

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باتنة 1 - الحاج لخضر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



أثر مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه ل.م.د في علم النفس
تخصص: علم نفس الصحة

إشراف الأستاذة الدكتورة:
عليوة سميرة

إعداد الطالبة الباحثة:
تعولميت شراز

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
جباري نور الدين	أستاذ	جامعة باتنة 1	رئيسا
عليوة سميرة	أستاذ	جامعة سطيف 2	مشرفا ومقررا
أحمان لبنى	أستاذ	جامعة باتنة 1	عضوا
سعيد عتيقة	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة 1	عضوا
توفيق برغوثي	أستاذ	مركز البحث في العلوم الإسلامية والحضارة - الأغواط	عضوا

السنة الجامعية: 2024/2023

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باتنة 1 - الحاج لخضر
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



أثر مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه ل.م.د في علم النفس
تخصص: علم نفس الصحة

إشراف الأستاذة الدكتورة:
عليوة سمية

إعداد الطالبة الباحثة:
تعولميت شراز

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
جباري نور الدين	أستاذ	جامعة باتنة 1	رئيسا
عليوة سمية	أستاذ	جامعة سطيف 2	مشرفا ومقررا
أحمان لبنى	أستاذ	جامعة باتنة 1	عضوا
سعيد عتيقة	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة 1	عضوا
توفيق برغوثي	أستاذ	مركز البحث في العلوم الإسلامية والحضارة - الأغواط	عضوا

السنة الجامعية: 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى سندي في الحياة، إلى من جعلت من نفسها شمعة تحترق لتنير لنا الدروب
حبيبة قلبي أُمي الغالية

إلى ذلك الرجل الحديدي المهيّب الذي بذل لأجلنا النفس والنفيس أباي العزيز

إلى إخوتي وكل أفراد عائلتي وأحبائي فردا فردا، إلى نبض الفؤاد

إلى كل من مد لي يد العون من قريب أو من بعيد

إلى مرضى السرطان وكل من يعانون في صمت

إلى بلدي العزيز الغالي بلد المليون ونصف المليون شهيد

أهديكم جميعا جهدي المتواضع

شراز

شكر وتقدير

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله

والشكر لله الذي أعانني ووفقني لإتمام هذا العمل المتواضع

تقديرا مني لعطائهم في مجال العلم أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى أساتذتي

الأفاضل وكل من علمني حرفا.

كما أتوجه بالشكر إلى الأستاذة المشرفة "عليوة سمية" على كل ما قدمته لي

من عون ومساعدات ونصائح وتوجيهات حتى رأى هذا البحث النور.

كما أتقدم بجزيل الشكر للأستاذة شينار سامية على كل ما قدمته لي من

مساعدات وتسهيلات ونصائح.

وشكري موصول لكل من ساعدني في هذا العمل المتواضع من قريب أو من

بعيد كل باسمه ومركزه، ولا أنسى زميلاتي وزملائي في الدفعة الذين كانوا دعما

وسندا ورفقاء الدرب.

الباحثة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مصدر الضبط الصحي السائد، ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، وكذا عن استراتيجيات إدارة الألم الأكثر استخداماً لديهم، كما هدفت للكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية، وعن أثر كل من متغيري مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجيات إدارة الألم التي يعتمدها مرضى السرطان لإدارة آلامهم، وقد شملت هذه الدراسة الوصفية الارتباطية عينة قوامها 93 مريض سرطان من الجنسين، تتراوح أعمارهم ما بين 25 و 74 سنة، تم اختيارهم بطريقة قصدية، حيث اقتضت العينة على مرضى السرطان الذين يعانون من آلام متوسطة إلى شديدة فقط، بعد أن تم تطبيق مقياس التصنيف الرقمي للألم NPRS Numeric Pain Rating Scale عليهم قبل البدء في تطبيق باقي أدوات الدراسة، والتي تمثلت في كل من مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لوالستون وآخرون (Wallston & Others) والذي كيّفه وقننه على البيئة الجزائرية جبالى نور الدين سنة 2007، وقائمة الصلابة النفسية لعماد محمد أحمد مخيمر (2002) والتي قام بتقنينها معمريّة بشير، وكذا استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ، وبالتحديد النسخة الألمانية المختصرة منه CSQ-DS، من اعداد كل من Martin Stoffel & Dorota Reis & Daniela Schwars and Annette Schroder سنة (2013)، وبعد التحقق من خصائصها السيكومترية، والاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات، توصلت الدراسة الحالية إلى مجموعة من النتائج تمثلت في:

1- سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان.

2- انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.

3- استراتيجيتي الصلاة وتجاهل الألم هي الأكثر استخداما لدى مرضى السرطان في إدارة الألم.

4- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي الخارجي ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.

5- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الصحي الخارجي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الألم المتمثلة في الصلاة، ولمستوى الصلابة النفسية فقط على استراتيجية إدارة الألم المتمثلة في الأمل لدى مرضى السرطان.

الكلمات المفتاحية: مصدر الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات إدارة الألم.

Abstract of the study:

This study aimed to determine the type of health locus of control and the level of psychological hardiness among cancer patients, as well as their most used pain management strategies, to identify the relationship between the dimensions of health of locus and psychological hardiness and the effect of both the health locus of control and psychological hardiness on the pain management strategies which used by cancer patients to manage their pain. The purposive sample of this correlative descriptive study consisted of 93 cancer patients of the two gender between the ages of 25 and 74 and with moderate to severe pain only. The study tools were : The NPRS Numiric Pain Rating Scale was applied to them before the rest of the study tools, Multidimensional health locus of control scale prepared by Walston & others. and adapted to Algerian environment by Jabali Nour Eddine in 2007, Psychological Hardiness Questionnaire prepared by Emad Mohammed Ahmed Makhimar's (2002) after being legalized by Mamaria Bashir, as well as the CSQ, specifically the German brief version of CSQ-DS prepared by Martin Stoffel & Dorota Reis & Daniela Schwars and Annette Schroder (2013). The results of the study are:

Abstract of the study

1– Prevalence of external health locus of control among cancer patients.

2– There is a low level of psychological hardiness among cancer patients.

3– Prayer and pain disregard strategies are the most used among cancer patients for managing their pain.

4– There is a statistically significant correlation between the source of external health locus of control and psychological hardiness among cancer patients.

5– There is a statistically significant effect of the source external health locus of control and the psychological hardiness on the pain management strategy of prayer, and the level of psychological hardiness only on the pain management strategy of hope among cancer patients.

Keywords: health locus of control, psychological hardiness, pain management strategies.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	إهداء شكر وتقدير ملخص الدراسة Abstract of the study فهرس المحتويات فهرس الجداول فهرس الأشكال
الجانب النظري	
الفصل الأول أساسيات الدراسة	
1	1- مقدمة إشكالية
16	2- الدراسات السابقة
51	3- فرضيات الدراسة
52	4- التحديد الاصطلاحي لمصطلحات الدراسة
54	الفصل الثاني مصدر الضبط الصحي
55	تمهيد
56	1- مفهوم مصدر الضبط الصحي
58	2- التأصيل النظري لمصدر الضبط الصحي
62	3- أبعاد مصدر الضبط الصحي
75	4- السمات الشخصية للأفراد في كل من فئتي الضبط الصحي
78	5- مصدر الضبط الصحي والصحة الجسدية (السرطان أنموذجاً)
85	خلاصة

90	الفصل الثالث الصلابة النفسية
91	تمهيد
92	1- مفهوم الصلابة النفسية
103	2- النظريات المفسرة للصلابة النفسية
116	3- أبعاد الصلابة النفسية
123	4- سمات ذوي الصلابة النفسية
125	5- أهمية الصلابة النفسية
126	6- المضامين التطبيقية للصلابة النفسية
129	7- الصلابة النفسية والصحة الجسدية (السرطان أنموذجا)
133	خلاصة
134	الفصل الرابع إدارة الألم لدى مرضى السرطان
135	تمهيد
136	1- تعريف الألم وإدارة الألم
141	2- أسباب الألم لدى مرضى السرطان
144	3- فيزيولوجية الألم والأسس العصبية والكيميائية لكبحه
147	4- تصنيفات الألم
153	5- تقييم وقياس الألم
158	6- النماذج النظرية المفسرة للألم
175	7- العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم
183	8- برامج إدارة الألم
187	9- طرق علاج الألم لدى مرضى السرطان
203	10- العوائق التي تحول دون علاج أو تخفيف آلام السرطان
203	11- إدارة الألم والسرطان
208	خلاصة
209	الجانب الميداني

210	الفصل الخامس إجراءات الدراسة الميدانية
211	1- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة
212	2- منهج الدراسة
213	3- حدود الدراسة
214	4- قصور الدراسة
215	5- عينة الدراسة
219	6- أدوات الدراسة
233	7- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة
235	الفصل السادس عرض نتائج الدراسة
236	1- عرض نتائج الفرضية الأولى
239	2- عرض نتائج الفرضية الثانية
240	3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
242	4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
245	5- عرض نتائج الفرضية الخامسة
255	الفصل السابع مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
256	1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
261	2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
266	3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
269	4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
272	5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
280	6- مناقشة عامة
285	خاتمة
289	قائمة المراجع
326	ملاحق

فهرس الجداول

الرقم	محتوى الجدول	الصفحة
01	يوضح متلازمات الالم الخاصة بمرضى السرطان	143
02	يوضح تصنيف الآلام وفقا للآلية العصبية	144
03	يوضح توزيع العينة حسب متغير السن	214
04	يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس	215
05	يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي	216
06	يوضح توزيع بنود مقياس مصدر الضبط الصحي على الأبعاد	218
07	يوضح معامل الثبات لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي	219
08	يوضح معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه لمقياس مصدر الضبط الصحي	220
09	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الضبط الداخلي	220
10	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد ذوي النفوذ	221
11	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الحظ	221
12	يوضح معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه لقائمة الصلابة النفسية	223
13	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الالتزام	224
14	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد التحكم	224
15	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد التحدي	225
16	يوضح توزيع بنود النسخة المختصرة من استبيان استراتيجيات إدارة الألم على الأبعاد	227
17	يوضح معامل الثبات لأبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الألم	227

228	يوضح معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه لاستبيان استراتيجيات إدارة الألم	18
229	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد التضخيم	19
230	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد تجاهل الألم	20
230	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد تحويل الانتباه	21
230	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد إعادة تفسير الألم	22
231	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الصلاة	23
231	يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الأمل	24
234	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة من مرضى السرطان	25
235	يوضح الفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان حسب اختبار فريدمان	26
237	يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على قائمة الصلابة النفسية	27
238	يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على كل بعد من أبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الألم	28
240	يوضح قيمة معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى السرطان	29
243	يوضح العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية وبين استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان	30
245	يوضح تأثير أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان	31

فهرس الأشكال

الصفحة	محتوى الشكل	الرقم
67	يوضح مخطط العزو وتحليل هيدر Heider للفعل أو الحدث السلوكي	1
73	يوضح العلاقة بين بعدي الاستقرار ومصدر الضبط وتفسيرهما لسببية السلوك	2
101	يوضح العناصر المشتركة بين كل من الصمود النفسي والصلابة النفسية	3
106	يمثل المراحل الثلاث لمتلازمة التكيف العام (GAS)	4
108	يمثل نموذج التقييم المعرفي للتغلب على أحداث الحياة الضاغطة للازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman	5
113	يوضح التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للصلابة النفسية	6
114	يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية	7
116	يوضح نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا Kobaza للتعامل مع الأحداث الشاقة وكيفية مقاومتها	8
168	يوضح نموذج الاشتراط الاستجابي للألم	9
172	يوضح النموذج المعرفي السلوكي المعدل للألم المزمن	10

190	يوضح تصنيف مختلف الأدوية المقاومة للألم حسب منظمة الصحة العالمية	11
192	يوضح سلم المسكنات ثلاثي الدرجات	12
215	رسم بياني يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن	13
216	رسم بياني يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	14
217	رسم بياني يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	15
236	يوضح تحليل التباين الثنائي حسب ترتيب فريدمان لأبعاد مصدر الضبط الصحي	16
241	يوضح منحى العلاقة بين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى السرطان	17
242	يوضح منحى العلاقة بين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي للحظ والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى السرطان	18
248	يوضح رسم المدرج التكراري لبيانات فحص أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على متغير استراتيجية الصلاة	19
249	يوضح الرسم البياني p-p plot لبيانات أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الصلاة	20

250	يوضح الرسم البياني شكل الانتشار للبواقي Residuals مع القيم المتوقعة لأثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الصلاة	21
251	يوضح رسم المدرج التكراري لبيانات فحص أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على متغير استراتيجية الأمل	22
252	يوضح الرسم البياني p-p plot لبيانات أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الأمل	23
253	يوضح الرسم البياني شكل الانتشار للبواقي Residuals مع القيم المتوقعة لأثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الأمل	24

الجانب النظري

الفصل الأول

أساسيات الدراسة

- 1- مقدمة إشكالية
- 2- الدراسات السابقة
- 3- فرضيات الدراسة
- 4- التحديد الاصطلاحي لمصطلحات الدراسة

1 - مقدمة إشكالية:

يواجه النظام الصحي الجزائري خلال السنوات الأخيرة على غرار باقي الأنظمة الصحية العالمية، تحديات كبرى فيما يتعلق بالتصدي للأمراض المزمنة، والتي أصبحت محط اهتمام عالمي كبير، نظرا لما ينجم عنها من مخاطر وأضرار صحية واقتصادية واجتماعية ترهق كاهل كل من الفرد المصاب بها، وكذا أنظمة الرعاية الصحية التي تتكفل به، مع ما تتطلبه هذه الأخيرة من تكاليف مالية باهضة، فقد بلغ معدل ما تم إنفاقه في الجزائر فيما يتعلق بالأدوية ما تقارب قيمته 392,16 مليار دينار جزائري خلال سنة 2018، وهذه القيمة تسجل زيادة مستمرة منذ ذلك الحين، خصوصا النفقات المتعلقة بتكاليف علاجات السرطان وأدويته الباهظة (رجيل، جوان 2018، ص 627).

والأمراض المزمنة تعبر عن اختلالات صحية كامنة لدى الفرد ترافقه خلال فترات طويلة يتطور فيها المرض بشكل بطيء غالبا، ويعاني خلالها المريض من انتكاسات صحية متكررة، تتخللها فترات راحة وشفاء مؤقتة (منظمة الصحة العالمية، 2020)، وتتساقط هذه الأمراض المزمنة نتيجة ما يتبعه الفرد من أنظمة وعادات غير صحية خلال فترات زمنية طويلة غالبا، وتضم أربعة أنماط أساسية تتمثل في كل من أمراض القلب الوعائية، السرطان، أمراض الجهاز التنفسي، داء السكري (الاستراتيجية الوطنية في دولة الكويت، 2017، ص 2).

ويعتبر مرض السرطان من أخطر الأمراض المزمنة وأكثرها تهديدا لحياة الفرد، ويبدأ بقيام بعض الخلايا بالنمو والتكاثر بدون ضوابط بحيث تتمركز بأجزاء معينة من الجسم، وفي حالة ما إذا تم اكتشاف مرض السرطان مبكرا فإنه غالبا ما يكون من الممكن استئصاله بالجراحة أو القيام بمعالجته بالأشعة أو بالأدوية، وبالتالي الرفع من فرصة الشفاء منه، أما في حالة انتشاره فإن الشفاء منه يصبح أصعب وربما مستحيلا (أوغست، 2001، ص 376).

والسرطان عبارة عن اصطلاح عام توصف به الأورام الخبيثة، وعملية التكاثر غير المنتظم التي تقوم بها الخلايا غير الطبيعية أو المرضية ضمن منطقة معينة في الجسم، وتوصف نقطة انطلاق ذلك أو نشأته بالورم الأول، بالنظر لعدد الأعضاء المستهدفة بذلك، ويمكن للسرطان الذي تم استئصاله أن يعود من جديد إلى نفس العضو الذي كان مصابا به، كما قد ينتشر في عدة مناطق من الجسم من خلال أورام ثانوية (Heron, 2002, p 50)، وتقوم الأورام السرطانية بمهاجمة وتدمير الخلايا والأنسجة التي تنتشر بها، ويتم هذا الانتشار من خلال ثلاثة طرق إما مباشرة بأنسجة الأعضاء التي تحيط بالعضو المصاب، وإما من خلال الجهاز اللمفاوي، أو عن طريق الدم، بحيث تنتقل خلية منفصلة من الورم السرطاني عن طريق الجهاز اللمفاوي أو الدموي إلى أعضاء أخرى، وتستقر بأحدها كالرئة أو الكبد أو العقد اللمفاوية، بحيث ينشأ عنها ما يسمى بالأورام الثانوية (الشرفاء، 2008، ص 52)، وهو ما يؤثر على الكفاءة المناعية لدى المريض ويدفعها إلى التدهور، ولذلك فإن نجاح علاج مرض السرطان والشفاء منه يعتمد أساسا على نجاعة الأساليب المعتمدة لتعزيز المناعة لدى مريض السرطان (الزباد، 2000، ص 34)، كما أن الإصابة بمرض السرطان مع ما ينتج عنها من معاناة وتدهور فيزيولوجي لا تقتصر على التمثلات الثقافية، بل تتخطاه إلى التمثلات الاجتماعية أيضا، فحسب الباحثين داني وديدور Dany L & Dudort E 2008 فإن تلك المعاناة وذلك التدهور الفيزيولوجي اللذين يعاني منهما مريض السرطان يشكلان قاعدة أساسية لرسم الصورة الخاصة بمريض السرطان، حيث تؤدي به هذه المظاهر إلى الانعزال والانفراد، ووصمه بالعار كون أن مظاهره الفيزيولوجية تذكر من حوله بالموت، مما يؤثر على معاشه النفسي واختياراته العلاجية، ويؤدي به إلى الإحساس بالذنب والمسؤولية اتجاه مرضه (شدمي، 2015، ص 61).

وعموما فإن مريض السرطان يواجه مدى واسعا من التحديات، كالأضطرابات الجسدية المتنوعة والكثيرة كالاتهابات والشعور بالغثيان والاسهال والإجهاد وفقدان الشهية واضطرابات

الجهاز العصبي المركزي، وكذا تراجع قدرة الجهاز المناعي على التنظيم، مما يجعل مريض السرطان عرضة لأمراض أخرى ومضاعفات مختلفة (شيلي، 2008، ص 614)، بالإضافة إلى ما يصيبه من أعراض اجتماعية ونفسية كالاكتئاب والقلق والأرق والانعزال الاجتماعي والوصمة الاجتماعية، وفقدان الدخل، كما أنه قد ينتج عن الأساليب العلاجية الطبية التي يخضع لها مريض السرطان تبعيات سلبية كما هو الحال بالنسبة للعلاجات الكيميائية، وما صاحبها من آثار جسدية ونفسية كالآلم، والذي يختلف عن الآلام الناتجة عن الإصابة بأمراض أخرى، فمريض السرطان يعاني من مرض قاتل وكامن تلعب فيه العوامل النفسية دورا كبيرا (Arrarras et al, 2002)، فقد يغير مرض السرطان علاقة المريض جذريا بذاته وبحياته، بحيث يفقد اهتمامه بكل ما كان يهمله ويجلب له الإحساس بالمتعة، ويعتبر المختصين بعلم الأورام النفسي من أمثال ماركس ورايش Marx E & Reich M 2009 بأن تشخيص مرض السرطان لدى المريض يدفعه إما إلى تفسير إصابته، وإما للوصول إلى تجسيد اعتقاداته والقيام بمقارنة اجتماعية مع مرضى آخرين، وكل ذلك بهدف تحقيق التكيف مع مرض السرطان (شدمي، 2015، ص 60).

هذا وقد دفعت الوتيرة السريعة لانتشار الأمراض المزمنة بما في ذلك مرض السرطان، مع ما يترتب عن رعاية المصابين بها من أعباء نفسية واقتصادية واجتماعية بالباحثين إلى صب اهتمامهم وتركيزهم أكثر على المتغيرات التي لها تأثير على الحالة الصحية للمصابين (Wild & King et al, 2004)، ومن بين المتغيرات النفسية التي تمت دراستها على نطاق واسع، والتي تؤثر بشكل كبير على الحالة الصحية للمريض متغير مصدر الضبط الصحي، حيث أنه يلعب دورا هاما في الوقاية من الإصابة بالأمراض الجسدية المختلفة، وهو ما تؤكدده خصوصا الدراسات التي تناولت علاقته بالسلوك الصحي، حيث توصلت في مجملها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من مصدر الضبط الصحي الداخلي وبين السلوكيات

الصحية، كما أن مصدر الضبط الصحي يلعب دورا هاما في كل من تقبل أو رفض العلاج، ويعد عاملا هاما يساعد على التنبؤ بحالة الأفراد الصحية (أحمان، 2012، ص 151).

وحسب رجاء خطيب 1990 فإن مصدر الضبط يعبر عن إدراك الفرد لمصدر مسؤوليته عن النتائج والأحداث التي تحصل له، سواء بكونها مسؤولية داخلية يتحملها الفرد في حد ذاته، ويعزوها لجهوده وقدراته الخاصة، أكانت نتيجتها نجاحا أم فشلا، أم بكونها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق تحكمه وقدراته، وإنما هي راجعة للصدفة أو لنفوذ الآخرين وسلطتهم (الذواد، 2003، ص 127)، ووفقا لنظرية وولكر Walker 2001 فإن الأفراد الذين لديهم اعتقاد بالضبط الخارجي، أي بعدم قدرتهم على التحكم في حالتهم الصحية، هم أقل ميلا للالتزام بالسلوكيات الوقائية من أولئك الذين لديهم اعتقاد بالضبط الداخلي (Alta Vandyk, 2008, p 128) وعلى هذا الأساس انصبت جهود الباحثين لدراسة مصدر الضبط نظرا لما لمصدر الضبط الداخلي من أهمية في مجال الصحة، فقد تم التوصل إلى أن لمصدر الضبط الصحي أهمية في تحسين الصحة لاتصاله بالسلوك التنبؤي، كما تم التوصل من خلال القيام بملاحظة العديد من المرضى إلى تمتع ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي منهم بصحة جيدة، وامتلاكهم لمعلومات أكثر عن مرضهم، واعتمادهم لسلوكيات وقائية أكثر من ذوي مصدر الضبط الخارجي (Schweitzer, 2001, p 31).

وقد أكدت العديد من الدراسات على أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي يتميزون بصفات إيجابية، وهم الأقل إصابة بالأمراض، والأكثر تمتعا بصحة جسدية جيدة مقارنة بالأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي، ومن بين هذه الدراسات التي تناولت دراسة العلاقة بين مصدر الضبط والسمات الشخصية للأفراد، دراسة روتر Rotter، حيث توصل من خلالها إلى أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي هم أكثر إحساسا بالمسؤولية والجدية، وأكثر قدرة على بذل المزيد من الجهود لتحسين أدائهم، ويمكن الاعتماد عليهم (مبارك، 2000، ص 38)، كما أن الدراسات التي تناولت علاقة مصدر الضبط بالوضع

الصحي للأفراد لم تكتفي بعمومه، وإنما خصصت أمراضا معينة بالبحث والدراسة كمرض السكري والسرطان والأمراض الاستقلابية وغيرها، وفي حين لم يتوصل بعضها إلى إثبات وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي بصفة عامة، وبين التمتع بصحة جيدة، أو الإصابة بالأمراض (جبالي، 2007، ص 17)، توصلت دراسة ساشا وجيباك Gibek K & Sacha.T إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان بالمقارنة مع غيرهم من المرضى، وأرجعت ذلك إلى تصورات مرضى السرطان بأن الآخرين هم المسؤولون عن حالتهم الصحية، وكذا إلى اعتمادهم على مصادر خارجية للتحكم بمرضهم، كالأطباء وأفراد أسرهم (Gibek & Sacha, 2019)، وهو نفس ما توصلت إليه دراسة كيران وآخرين Keren et al، 2022، حيث عزت سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى غالبية مرضى السرطان إضافة إلى ما سبق، إلى اتباعهم لأسلوب التكيف التجنبي (Dopelt et al, 2022)، وتوصلت دراسة قام بها أنجنوستي وآخرين Anagnosti F et al، 2023 إلى ارتباط مصدر الضبط الصحي الخارجي بالضيق التنفسي لدى مرضى سرطان الرئة والذي يتأثر بدوره بالمشاكل النفسية والجسدية المترابطة، مما يؤدي إلى تبنيهم لسلوكيات تؤثر عليهم بشكل سلبي، من ناحية التكيف مع مرضهم ونوعية حياتهم (Anagnosti et al, 2023)، أما دراسة مارتن ليندستروم وآخرين Martin Lindstrom et al، 2022، فقد توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي وأسباب الوفيات لدى كل من مرضى القلب والأوعية الدموية، ومرضى السرطان.

غير أن ذلك ليس على إطلاقه فقد توصلت دراسة ديركس وآخرين Derks et al، 2005 إلى سيادة مصدر الضبط الداخلي لدى مرضى السرطان من فئة الشباب (Derks et al, 2005)، وكذا دراستي تعولميت وعليوة 2021 و2022 التي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي لدى عينة مرضى السرطان التي شملتها الدراسة، ودراسة مارتن ليندستروم وآخرين Martin Lindstrom et al، 2022 التي توصلت إلى سيادة

مصدر الضبط الداخلي بنسبة 67.6% بين مرضى القلب والاعوية الدموية والسرطان من الرجال (Lindstrom et al, 2022).

ومنه فإنه يمكن القول بأن مفهوم مصدر الضبط الصحي أصبح يمثل مظهرا أساسيا لإدراك الفرد لذاته وللعالم المحيط به، وهو ما جعله من أهم مكونات حقل الطب السيكوسوماتي، لما يلعبه من دور مهم في تفسير السلوك المرتبط بالصحة والمرض وكذا التنبؤ به، فقد توصلت نتائج العديد من الدراسات إلى أن نظرة الأفراد اتجاه أنفسهم والآخرين والعالم المحيط بهم، واتجاه مستقبلهم تنبئ بمدى قابليتهم للإصابة بالمرض، بل وحتى بطول العمر الذي يمكن أن يعيشوه، حيث تعتمد نظرتهم هذه على فكرة أن أفعال الفرد تتأثر باعتقاداته حول العواقب والنتائج المحتملة من ورائها، ومنه فإن سلوكيات الفرد محددة مسبقا بناء على اعتقاداته حول عواقبها (جبالي، 2007، ص 16)، وهو ما يجعل مفهوم متغير مصدر الضبط الصحي متقارب مع مفهوم متغير الصلابة النفسية، فحسب ما توصلت إليه كوبازا Kobaza من نتائج من خلال الدراسات التي قامت بإجرائها، فإن الصلابة النفسية هي عبارة عن مجموعة من السمات تتمثل في اعتقادات الفرد واتجاهاته العامة حول مدى فعاليته وقدرته على استغلال المصادر النفسية والبيئية المتاحة له، حتى يتمكن من إدراك الأحداث الحياتية الضاغطة التي يتعرض لها بطريقة فعالة غير محرفة، ويفسرها بموضوعية وواقعية (عبد المطلب، 2016، ص 14).

فالصلابة النفسية تعد مصدر مقاومة يساعد الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة بمرونة أكثر، ومسؤولية وقدرة على اتخاذ القرار، كما أنها تعمل كعامل حماية من الإصابة بالأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية (قصير، 2015، ص 44)، وقد أشارت كوبازا Kobaza إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من الصلابة النفسية قادرين على مواجهة الضغوط دون الوصول إلى مرحلة الإصابة بالمرض (راضي، 2008، ص 52)، فالصلابة النفسية من المتغيرات النفسية التي تمت دراستها حديثا، وتشير إلى أن الأفراد الأكثر

صلابة يلزمون أنفسهم بسهولة بفعل ما يرونه لازماً، وبتخاذ القرارات وتقييمها على أنها قدرات إنسانية مهمة، ويعتقدون بقدرتهم على التحكم في نواتهم، وينظرون إلى الضغوط التي يتعرضون لها على أنها تحديات طبيعية تسمح لهم بالنمو السليم، مما يمكنهم من التمتع بصحة جسدية ونفسية جيدة (أبو حسين، 2012، ص 4)، وعموماً فإن الصلابة النفسية تغير الإدراك المعرفي للأحداث اليومية في حال اتخاذها منحى غير واقعي، بحيث يرونها بصورة واقعية وتقاولية، فالأفراد ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية يعتقدون بكفاءتهم في تناول الأحداث الحياتية والتعامل معها، وهو ما يجعل من الصلابة النفسية عاملاً فعالاً في التخفيف من الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث، والحيلولة دون وصول الفرد إلى حالة من الإجهاد المزمن والشعور باستنزاف طاقته، فالصلابة النفسية ترتبط بطرق التعايش التكيفية الفعالة، وتجعل الفرد بعيداً عن اعتماد أساليب التعايش التجنبية أو الانسحابية من المواقف الحياتية المختلفة (راضي، 2008، ص 39).

وعموماً تعد الصلابة النفسية من أهم المتغيرات التي تؤثر على الوضع الصحي للفرد عند تعرضه للإصابة بمرض أو حادث ما، خاصة إذا كان الوضع الصحي أو النفسي الناتج عن ذلك يؤثر في حالته الطبيعية (عبد صلاح، 2019، ص 21)، فالصلابة النفسية تعد أكثر من ضرورة لدى المصابين بالسرطان، كون أنها تلعب دوراً حاسماً في تقبلهم لمرضهم ولحياتهم الجديدة، والوصول إلى الرضا عنها والتكيف معها، بحيث يشكل تصورهم الإيجابي لمعنى الوضع القائم الذي تمثله إصابتهم بمرض السرطان، عاملاً مساعداً على رفع مستوى الصلابة النفسية لديهم (سعيدة، 2015، ص 3).

وقد توصلت دراسة راز وسولومون Raz & Solomon 2006 إلى أن الصلابة النفسية تساعد مرضى السرطان على التكيف مع الأحداث الصادمة، أو الأحداث المثيرة للضغط والمشقة النفسية، كما توصلت دراسة سعيدة قجال وعقيلة عيسى 2018 إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وفيما يتعلق

بمستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان فقد توصلت دراسة فؤاد صبيرة و رزان إسماعيل 2017 إلى أن مريضات سرطان الثدي ممن شملتهم عينة الدراسة يتمتعن بمستوى متوسط من الصلابة النفسية، وهو نفس ما توصلت إليه دراسة اشتية عماد عبد اللطيف حسين 2018، والتي شملت عينة من المصابين بأنواع مختلفة من السرطان، في حين توصلت دراسة سعيدة قبال وعقيلة عيسى، 2018 إلى وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمرحلة اكتشاف مرض السرطان لصالح الحالات التي تم اكتشافها مبكرا، أما دراسة أميرة الصلاح 2019 فقد توصلت إلى ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي، في حين توصلت دراسة تعولميت شرار وعليوة سمية 2022 إلى انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان عموما ممن شملتهم عينة الدراسة.

ومنه وعموما فإنه يمكن القول بأن الصلابة النفسية تنشئ جدار دفاع نفسي لدى الفرد، يعينه على التكيف بشكل فعال وإيجابي مع أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة، وتخلق لديه نمطا من الشخصية شديدة الاحتمال، تمكنه من مواجهة تلك الضغوط والتخفيف من آثارها السلبية للوصول به إلى مرحلة من التوافق، تجعله بعيدا عن الإصابة بالقلق والاكتئاب، وتؤهله للقيام بردود أفعال إيجابية وفعالة (قصير، 2015، ص 45)، غير أن ما يواجهه مريض السرطان خلال رحلة علاجه، وبدءا من اكتشافه لمرضه ليس هينا، خصوصا إذا ما تطرقنا إلى آثار كل ذلك عليه، جسديا ونفسيا واجتماعيا، واقتصاديا، فبغض النظر عن صعوبة كل الأعراض التي يعايشها، فإن الآلام التي يعانيتها مريض السرطان ليست ككل الآلام التي يعانيتها باقي المرضى المزمنين، فالألم هو أحد أكثر مشكلات مرضى السرطان شيوعا، غير المحلولة وغير المسيطر عليها، إضافة إلى ما لآثار المعاناة النفسية الناتجة عنه من آثار مدمرة (Gehdoo, 2006, p 375)، وتتعدد أشكال آلام السرطان تبعا لدرجة الإصابة، ولشدة الألم، وكذا مدته، حيث يحدث الألم الحاد فجأة وينتهي سريعا، ويدل على وجود إصابة نسيجية، في حين يستمر الألم المزمن لمدة قد تتجاوز الثلاثة أشهر، وتنتج عنه عدة آثار

نفسية كالقلق والاكتئاب، أما الآلام الناتجة عن الاعتلال العصبي فتكون ناتجة عن تغيرات فيزيولوجية تصيب الجهاز العصبي، وتؤدي للإحساس بالألم وإلى تنشيط مستقبلاته، وترتبط الآلام المفاجئة بحالات من الألم الشديد الذي يحدث بشكل دوري بدون سبب واضح، أو يكون نتيجة لفرط نشاط ما (Stilzlein & Yvonne, 2013, p 4)، وألم السرطان قد يكون إما ناتجا عن السرطان نفسه، بحيث تتسبب الأورام السرطانية في سحق الأنسجة واختراقها، وبالتالي حدوث التهابات، كما أن نمو الأورام السرطانية يتسبب في الضغط على أعضاء الجسم أو العظام أو الأعصاب، أو على الأوعية الدموية، وقد يكون الألم ناتجا عن علاجات السرطان، فلعلاجات الكيميائية والإشعاعية مثلا عدة آثار جانبية مؤلمة، حيث تتسبب في التهاب الأغشية، والاعتلال العصبي المحيطي، والإمساك والإسهال، والغثيان والقيء وتشنجات في البطن، بصرف النظر عما تسببه العلاجات الجراحية سواء فيما يتعلق بالآلام الحادة التي تلي الجراحة مباشرة وتتجم عنها، أو ما يمكن أن ينتج عنها لاحقا من آلام وهمية طويلة الأمد في المناطق المبتورة (Gehdoo, 2006, p 376)، إضافة إلى الآلام والمعاناة النفسية التي تسببها معايشة هذه الآلام على اختلاف شدتها لمريض السرطان.

وبغرض التخفيف من معاناة مرضى السرطان ومن شدة آلامهم، تم ابتكار العديد من التقنيات والتدخلات سواء الدوائية منها، والتي يتم منحها للمرضى بناء على السلم الذي قامت بوضعه منظمة الصحة العالمية، حيث يتم التدرج من الأدوية اللاأفيونية المخففة للألم كالبراسيتامول والأسبيرين ومضادات الالتهاب، ثم المواد الأفيونية الخفيفة، ثم المواد الأفيونية القوية كالمورفين (WHO, 2019)، وكذا التدخلات الجراحية للتخفيف من الآلام والتي تتم على مستوى الأعصاب، وصولا إلى أساليب الإدارة النفسية والاجتماعية لآلام السرطان، والتي من أهمها تقنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي أثبتت فعاليتها في التعامل مع الألم المزمن (Christopher et al, 2009, p 3)، وقد توصلت فالق باهية 2021 من خلال دراستها التي هدفت إلى تصميم خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، إلى

أن تعريض المشاركين في الدراسة من مرضى السرطان إلى الخطة العلاجية المعتمدة قد أدت إلى انخفاض درجات الألم لديهم (فالق، 2021).

وقد توصلت دراسة بيك وفالكسون Beck & Falkson، 2001 إلى أن المعتقدات والممارسات الثقافية تشكل سياقاً هاماً لفهم آلام السرطان وكيفية إدارتها، وهو ما أكدته دراسة ستايسي أوجبيد وأريسا فيتش Stacy Ogbeide & Arissa Fitch، 2016 حيث توصلت إلى أن لكل مريض سرطان تجربة ألم فريدة تشمل كلا من العوامل البيولوجية النفسية والاجتماعية، وفي دراسة قامت بها ميلاني لوفال وآخرين Melanie R Lovell et al، 2005 بهدف الكشف عن مدى فعالية تعليم مريض السرطان في تحسين إدارة ألمه، من خلال اعتماد الأساليب التي تركز على رعاية المريض، والإدارة الذاتية، والتدريب على الاستراتيجيات الفعالة لإدارة الألم، توصلت إلى أن الاستراتيجيات المثلى تشمل تلك المتعلقة بالاحتياجات الفردية للمريض، فهي جزء لا يتجزأ من تمكينه من إدارة ألمه، وبأن تثقيفه فعال في الحد من الآلام الناتجة عن الإصابة بمرض السرطان، وتوصلت دراسة تسي ميمي وآخرين Tse Mimi et al، 2012 إلى التأكيد على ضرورة تمكين مريضات السرطان من التعلم حول استراتيجيات إدارة آلام السرطان، أما دراسة ميلاني وآخرين Melanie et al، 2014 والتي هدفت إلى الكشف عن مدى فعالية تثقيف المرضى في تحسين إدارة آلام سرطان الثدي، باستخدام استراتيجيات الإدارة الذاتية، فقد توصلت إلى أن الاستراتيجيات المثلى لإدارة الألم هي تلك التي يكون المريض محوراً، كما أكدت دراسة موسافي وآخرين Musavi M et al، 2021 على وجود تأثير إيجابي للإدارة الذاتية للألم على تخفيف شدته لدى مرضى السرطان النقيلي، وفي الدراسة التي قام بإجرائها أورسولا ريليجيوني وآخرين Ursula Religioni et al، 2022، والتي تناولت استراتيجيات إدارة الألم بين مرضى السرطان، واعتمدت على استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ الذي قام بإعداده كل من كييف وروزنستيل Kees & Rosenstiel، فقد توصلت إلى أن المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والعوامل الطبية للفرد

تؤثر على نوعية استراتيجيات إدارة الألم التي يختارها المرضى، والتي تركزت عموماً في بعدي الصلاة والأمل، وبأن معرفة هذه المتغيرات التي تؤثر على اختيارات المرضى لنوع استراتيجية إدارة الألم، يمكن أن يسمح بتركيز أنشطة العلاج النفسي على المرضى الذين هم في أمس الحاجة للدعم وتعديل سلوكهم ومعارفهم حول الألم، وبالتالي التقليل من الألم ومن الآثار النفسية الناجمة عنه كالقلق والاكتئاب.

وليس من الصعب أو الغريب توقع أهمية الدور الذي يمكن أن تؤديه استراتيجيات إدارة الألم، في التأثير على آلام السرطان والتخفيف منها، فمنذ قيام لازاروس Lazarus 1966 باختبار الطريقة التي يدرك من خلالها الأفراد ويواجهون الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها، بناء على تقييمهم لها معرفياً، تم التأسيس للعلاقة التفاعلية التي بين الفرد وبيئته، بحيث قد يعتبر فرد ما الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها بمثابة تحديات، في حين يعتبرها آخر بمثابة أمر عادي وروتيني، وهو ما يتحدد بناء على التقييم المعرفي للفرد لكل موقف يواجهه، حيث أن للضغوط والخبرات الحادة والظروف المؤلمة التي يتعرض لها الفرد تأثير سلبي على استجاباته السلوكية اتجاهها، وبالتالي على تحديد نمط تكيفه معها، وقد أطلق على ذلك نظرية التقييم المعرفي للازاروس Lazarus 1966 (الشهري، 2015، ص 35)، وهو ما تأثرت به سوزان كوبازا Sosanne Kobaza 1979 خلال ابتكارها لمفهوم الصلابة النفسية (أبو حسين، 2012، ص 13).

وبما أن كلا من مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية يؤثران على معتقدات الفرد اتجاه الضغوط الحياتية التي يتعرض لها، وكذا على نظريته حول إمكانياته ومدى قدرته على مواجهتها، وبالتالي على السلوكيات التي يتخذها في مواجهتها، فإنه ربما يمكن القول بأنها تلتقي مع استراتيجيات إدارة الألم التي يتبناها ويختارها مريض السرطان بناء على معارفه وخبراته السابقة، في كون أن معتقدات الفرد حول النتائج التي يمكن أن يحققها من جهة، وحول مدى قدرته على استغلال إمكانياته سواء الشخصية أو البيئية في مواجهة ما يتعرض له من

تحديات من جهة أخرى، هو ما يحدد نمط سلوكياته اتجاهها، وكون أن آلام السرطان تشكل أكبر التحديات، وأشد الضغوط التي يمكن أن يتعرض لها مريض السرطان في حياته، فمن الأولى أن تتم دراسة طبيعة هذه المتغيرات لدى مرضى السرطان، ومدى علاقتها ببعضها البعض، وبالتالي أثرها في التنبؤ بنوعية استراتيجيات إدارة الألم التي يمكن أن يتبناها مريض السرطان، بغرض مواجهة آلامه والتخفيف منها.

ومن منطلق أن الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها بمناسبة إجراء الدراسة الحالية، قاصرة عن البحث في علاقة كل من هذين المتغيرين باستراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان، حيث تم التوصل إلى القليل من الدراسات التي اكدت بتناول متغير مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان، مقترنا بمتغيرات نفسية أخرى، كدراسة سان وستيوارت Sun, L & Stewart, S، 2000، التي تناولته مقترنا بمتغير المساندة الاجتماعية، ودراسة كل من ديركس وآخرين Derks et al، 2005، ودراسة ميلاني بيرجر Mélanie Berger، 2009، ودراسة ميدها تريباتي وآخرين Medha Tripathi et al، 2016 وغيرها، كما تم الاطلاع أيضا على دراسات معدودة تناولت متغير الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، مقترنا بمتغيرات نفسية أخرى بعيدة عن متغيرات الدراسة الحالية، ولم تتطرق أية دراسة في حدود إطلاع الباحثة إلى علاقته بإدارة الألم لدى مرضى السرطان، في حين تم التطرق لكل من متغير مصدر الضبط الصحي وإدارة الألم لدى مرضى السرطان في ثلاث دراسات فقط في حدود ما تم الاطلاع عليه، تتمثل في دراسة كل من أراس وآخرين Arraras et al، 2002، ودراسة مرازقة وليدة، 2009، وكذا دراسة فاضلي أحمد وتازي أمينة، 2018، وبالتالي فإن الباحثة قد توصلت إلى استنتاج مفاده عدم وجود أي دراسة تطرقت إلى علاقة كل من متغيري مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية بإدارة الألم لدى مرضى السرطان، في دراسة واحدة، ضمن حدود ما تم الاطلاع عليه من دراسات، رغم أهمية هذه المتغيرات، والحاجة الملحة لمرضى السرطان، خاصة فيما يتعلق بالألم الذي يعانون منه، إلى دراسات وأبحاث تتناول

المتغيرات النفسية التي من شأنها دعم وتحسين، وكذا بناء برامج قائمة على استراتيجيات إدارة الألم، وعلى تدريبهم وتعريفهم بها، وهو ما دفع الباحثة إلى اختيار موضوع البحث الحالي، رغم صعوبته، التي ترجع أساساً إلى عدم توفر عينة مرضى السرطان، خاصة الذين يعانون من الألم، والألم المزمن، وكذا إلى عدم توفر مقياس عربي خاص باستراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان، إضافة إلى صعوبة تطبيق المقاييس عموماً على مرضى السرطان، نظراً لكثرة بنودها من جهة، ولصعوبة الوصول إلى مرضى السرطان، ووجودهم في حالة من المعاناة تصعب الحصول على استجاباتهم من جهة أخرى.

غير أن ما للدراسة من أهمية بحثية كبيرة دفع بالباحثة إلى تخطي هذه الصعوبات، والقيام بإجراء هذه الدراسة، فغياب دراسات ومقاييس عربية، رغم تطور الأبحاث الأجنبية فيما يتعلق بإدارة الألم لدى مرضى السرطان، ومحاولة تحسينه، وبناء برامج تهدف إلى تدريب وتعليم مرضى السرطان على الاستراتيجيات الفعالة لإدارة الألم، وكذا القائمين على رعايتهم، والكشف عن تأثير العديد من المتغيرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية، على كفاءة هذه الاستراتيجيات، وكذا مدى فعالية برامج تم بناؤها خصيصاً بغرض تمكين مرضى السرطان من إدارة الآلامهم، حيث تكاد تغيب الدراسات العربية تماماً عن هذا المجال البحثي، رغم أهمية الخوض فيه، فمرض السرطان كما سبق توضيحه أصبح يعتبر من أخطر الأمراض المزمنة، وأكثرها تكلفة، مادية وبشرية، وأثقلها أثراً، إضافة إلى كون أن الألم لدى مريض السرطان يعتبر هاجساً، وأهم وأسوأ عرض، يختلف تماماً عن باقي الآلام رغم شدتها وصعوبتها، فألم السرطان إضافة إلى كونه جسدياً قاسياً، هو ألم نفسي يرتبط بإحساس قرب الموت، وألم اجتماعي يرتبط بالحاجة إلى المساندة والرعاية، والاعتماد الكلي على الغير، وألم مادي اقتصادي يثقل كاهل المريض الذي يتغير كل شيء من حوله، ويفقد وظيفته وطاقاته وقدراته الجسدية التي تمكنه من العمل والانفاق والرعاية لذاته ولغيره.

ومنه انبثقت أهداف الدراسة الحالية، وتبلورت في محاولة التعرف على نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السرطان، والكشف عن مستوى الصلابة النفسية لديهم، ثم تحديد نوع استراتيجيات إدارة الألم السائدة لدى هؤلاء المرضى، بغية اكتشاف طبيعة العلاقة بين كل هذه المتغيرات البحثية، وبالتالي فحص مدى تأثيرها على متغير إدارة الألم لدى مرضى السرطان، والقيام بمناسبة الخوض في ذلك بترجمة أهم استبيان تم استخدامه في الدراسات الأجنبية للكشف عن استراتيجيات إدارة الألم، منذ قيام كل من كليف وروزنستيل Keev & Rosensteil، ببنائه سنة 1983، حيث تمت ترجمته وإعادة تكييفه من طرف عدة باحثين، من عدة دول، وإلى العديد من اللغات، كاللغة الإيطالية، والإنجليزية، والألمانية، والفرنسية، والإيرانية، والتركية، وقيام أورشولا ريليجيوني وآخرين Ursula Religioni et al، مؤخرا سنة 2022، باستخدامه يهدف الكشف عن استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان.

وقد اعتمدت الدراسة الحالية بغرض تحقيق أهدافها، على المنهج الوصفي الارتباطي، لأنه يتناسب وطبيعة الموضوع، وفرضيات الدراسة، وتم اختيار عينتها بطريقة قصدية، تم اختيارها من بين المرضى الذين يتلقون علاجاً بمركز مكافحة السرطان بولاية باتنة، بعد تطبيق المقياس التصنيفي الرقمي، للتأكد من أن المريض يعاني من ألم متوسط أو شديد، واستبعاد المرضى الذين لا يعانون من أية آلام، للتمكن بعد ذلك من الانتقال إلى الخطوة التالية، والمتمثلة في تطبيق كل من مقياس مصدر الضبط الصحي، والصلابة النفسية، واستبيان استراتيجيات إدارة الألم.

وعلى الرغم من أن النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الحالية، جاءت متوافقة مع ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة، فيما يتعلق بأحد متغيرات الدراسة، أو بمتغيرين منها، في حين جاءت متناقضة مع ما توصل إليه البعض الآخر منها، ورغم اختلافها عنها في كل من المنهج المعتمد، والأدوات المستخدمة، إلا أن ما توصلت إليه من نتائج يعتبر منطلقاً مهماً وأساسياً لدراسات قادمة، ورغم أنه لا بد من التأكيد على احتوائها على نقائص

حاولت الباحثة تداركها، إلا أن قلة وانعدام الدراسات التي تناولت المتغيرات مجتمعة في حدود اطلاعها، وكذا غياب المقاييس العربية فيما يتعلق باستراتيجيات إدارة الألم، بل وحتى المراجع العربية، مما اضطرها كثيرا إلى اللجوء إلى الترجمة من اللغة الإنجليزية، إضافة إلى الصعوبة التي تحيط بإجراء الدراسة الميدانية، والوصول إلى عينة الدراسة من مرضى السرطان، والتي شكلت عائقا كبيرا أمام الدراسة الحالية.

وبناء على كل ما سبق تناوله حول الدراسة الحالية من منطلقاتها، وأهدافها، التي سعت إلى تحقيقها، تمت بلورة تساؤلاتها فيما يلي:

- 1- ما نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السرطان؟
- 2- ما مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان؟
- 3- ما هي الاستراتيجيات الأكثر استخداما لدى مرضى السرطان لإدارة الألم؟
- 4- هل توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان؟
- 5- هل يؤثر مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية في استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان؟

2- الدراسات السابقة:

2-1- الدراسات السابقة التي تناولت متغير مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان:

1- دراسة أراياس وآخرين **Arraras et al**، 2002، ركزت هذه الدراسة الإسبانية على طرق إدارة الألم من خلال الكشف عن نوع استراتيجيات المواجهة، مركز الضبط الصحي، وهدفت إلى الكشف عن فعالية هذه الاستراتيجيات في إدارة الألم، وكذا عن مستوى الضيق والسلوكيات المرتبطة بالألم، كما تناولت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومستوى الضيق،

والبحث في المتغيرات الاكلينيكية التي يمكن أن تنبئ بمستوى الضيق، واستخدمت كلا من قائمة استراتيجيات المواجهة، ومقياس مركز الضبط الصحي، ومقياس الاكتئاب والقلق المرتبطين بالمكوث بالمستشفى، مقياس واشنطن لتقييم الألم الاكلينيكي والذي يقوم على المقابلات وتقييم المعطيات السوسيو ديمغرافية والسلوكيات المرتبطة بالألم على عينة شملت 51 مريض سرطان يعانون من الألم، و67 مريض يعاني من الألم المزمن، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق في مصدر الضبط الداخلي، حيث توصلت إلى سيادة مركز الضبط الداخلي لدى مرضى الألم المزمن مقارنة بمرضى السرطان، وتوصلت الدراسة إلى أن استراتيجية التجنب تنبئ بمستوى عال من القلق، كما أن استراتيجية التجنب المرتبطة بالمعتقدات الضعيفة في مركز الضبط الداخلي تنبئ بدرجة عالية من الاكتئاب (Arrarras et al, 2002).

2- دراسة ديركس وآخرين Derks et al, 2005، هدفت للكشف عن الفروق في استراتيجيات المواجهة ومركز الضبط الصحي لدى عينة شملت 51 مسناً و70 شاباً من المصابين بسرطان العنق والرأس، استخدمت كلا من مقياس جودة الحياة، مقياس مصدر الضبط الصحي، مقياس الاكتئاب، ومقياس استراتيجيات المواجهة والتكيف، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في كل من مستوى الاكتئاب وجودة الحياة، كما توصلت إلى أن الشباب يستخدمون استراتيجيات تكيفية أكثر ملاءمة، وسيادة مصدر الضبط الداخلي لديهم، في حين استخدم المسنين استراتيجيات مواجهة دينية أكثر، وارتبطت استراتيجيات التجنب بالأعراض اكتئابية، ومستوى منخفض من جودة الحياة في كلا المجموعتين (Derks et al, 2005).

3- دراسة ميلاني بيرجر Mélanie Berger, 2009، قدمت في شكل أطروحة دكتوراه تخصص علم النفس بجامعة Trois-Rivières بكندا، هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين إحساس الوحدة، الإجهاد ومصدر الضبط الصحي لدى عينة شملت 49 امرأة و28 رجلاً من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، تتراوح أعمارهم ما بين 37 و78 سنة،

استخدمت أربع استبيانات تمثلت في كل من: استبيان خاص بالبيانات الاجتماعية والديمغرافية، مقياس الوحدة الخاص بجامعة Laval، والنسخة الفرنسية من مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد الذي أعده والستون وآخرون، ومقياس الاجهاد النفسي (MSP-B)، وتوصلت إلى أن مركز الضبط الصحي ينبئ بمستوى الإجهاد، حيث يرتبط مصدر الضبط الصحي الخارجي بالإجهاد ارتباطا كبيرا عندما يتم التحكم في المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية، وبأن مصدر الضبط الصحي الخارجي هو أكثر مؤشر على الاجهاد، وتوصلت إلى وجود أثر كبير للإحساس بالوحدة لدى المصابين بمرض السرطان، ورغم تأثير كل من العوامل الاجتماعية والديمغرافية ومصدر الضبط الصحي الخارجي على الإجهاد، إلا أن الأثر الأكبر يبقى للإحساس بالوحدة على متغير الاجهاد لدى العينة (Berger, 2009).

4- دراسة ميدها تريباتي وآخرين Medha Tripathi et al، 2016، تناولت مصدر الضبط الصحي والسلوكيات الصحية لدى عينة من 103 مريض سرطان رئة (77 ذكرا و26 أنثى)، تم تشخيص المرض بمراحل متقدمة منه لدى 43 مصابا، وبمراحل مبكرة منه لدى 60 مصابا بسرطان الرئة الآخرين، هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين السلوكيات الصحية ومصدر الضبط الصحي، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات المعززة للصحة، في حين ارتبطت ارتباطا سلبيا بالسلوكيات التي تضعف الصحة، وتوصلت إلى سيادة مصدر الضبط الخارجي، حيث توصلت إلى عزو أفراد العينة أسباب مرضهم إلى الأطباء وغيرهم من الأشخاص المهمين، وإلى الصدفة (Medha et al, 2016).

5- دراسة ساشا وجيباك Gibek K & Sacha T، 2019، وتوصلت إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان مقارنة مع غيرهم من المرضى نظرا لتصورهم بأن الآخرين مسؤولين عن حالتهم الصحية، وكذا لاعتمادهم على مصادر خارجية بغية التحكم

بمرضهم مثل الأطباء وأفراد الأسرة، وكذا وجود علاقة ارتباطية سلبية بين مصدر الضبط الصحي ومدة الإصابة بالمرض (Gibek & Sacha T, 2019).

6- دراسة تعولميت شرارز وعلوية سمية، 2021، حول مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السرطان، هدفت للكشف عن مستوى السلوك الصحي ونوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى العينة، وكذا العلاقة بينهما، وطبيعة الفروق في ضوء متغير الجنس، وتم تطبيق كل من مقياس مصدر الضبط الصحي لجبالي نور الدين، واستبيان السلوك الصحي الذي تم تصميمه من طرف الباحثين، وشملت الدراسة عينة مكونة من 48 مريض سرطان تتراوح أعمارهم ما بين 25 و65 سنة من كلا الجنسين، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى ممارسة السلوك الصحي مرتفع لدى أفراد العينة، وإلى سيادة مصدر الضبط الداخلي لديهم، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين كل من مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي، في حين توصلت إلى عدم وجود فروق جوهرية في كل من مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى أفراد العينة حسب متغير الجنس (تعولميت وعلوية، 2021).

7- دراسة تعولميت شرارز وعلوية سمية، 2022، حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، هدفت للكشف عن نوع مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، وكذا نوع العلاقة بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية، تم تطبيق كل من مقياس مصدر الضبط الصحي واستبيان الصلابة النفسية، وشملت عينة قوامها 42 مريض سرطان تتراوح أعمارهم ما بين 28 و67 سنة، وتوصلت إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي، وانخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة، ووجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية في البعد الداخلي وبعد الحظ والصدفة، وغيابها في بعد ذوي النفوذ (تعولميت وعلوية، 2022).

8- دراسة مارتن ليندستروم وآخرين **Martin Lindstrom et al**، 2022، هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وأسباب الوفيات لدى سكان جنوب السويد، تناولت كلا من مرض القلب والأوعية الدموية والسرطان وغيرها من أسباب الوفيات، تم توزيع استبيان الكتروني للصحة العامة في خريف 2008 على عينة عشوائية طبقية من السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و80 سنة، وكان معدل المشاركة 54.1% من سكان جنوب السويد، حيث شملت الدراسة 25517 مشاركاً، وتم ربط بيانات المسح الأساسي لسنة 2008 ببيانات سجل الوفيات لإنشاء مجموعة محتملة مع متابعة لمدة 8 سنوات تقريباً، وتم التحقق من العلاقة الارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والوفيات، وبلغت نسبة سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي 69%، في حين بلغت نسبة سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي 31% بين النساء، وكانت نسبة سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي 67.6% ومصدر الضبط الصحي الخارجي بنسبة 32.4% بين الرجال، فيما يتعلق بالمقارنات بين النساء والرجال، وارتبط مصدر الضبط الصحي الخارجي بدرجة كبيرة بجميع أسباب الوفيات من الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وغيرها حتى بعد عزل العوامل الاجتماعية والديمغرافية والأمراض المزمنة، وبعد إدخال متغير السلوكيات المتعلقة بالصحة ظهرت علاقة أكبر لمصدر الضبط الصحي الخارجي بالوفيات بين مرضى السرطان مقارنة بمصدر الضبط الصحي الداخلي، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي والوفيات بجميع الأسباب (السرطان وغيرها) بين الرجال وليس بين النساء في النموذج النهائي المعدل للسلوكيات المتعلقة بالصحة، وكذا وجود متغيرات أخرى غير السلوكيات المتعلقة بالصحة ترتبط بمصدر الضبط الصحي الخارجي ووفيات السرطان خاصة بين الرجال (Lindstrom et al, 2022).

9- دراسة كيران وآخرين **Keren D et al**، 2022، هدفت للكشف عن نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى عينة من مرضى السرطان، وتم ذلك من خلال إجراء مقابلات معمقة مع

المرضى وكذا أفراد أسرهم، بغرض الوصول إلى فهم أعمق لتصورات المرضى حول مرضهم واتجاهاتهم نحو نوع مصدر الضبط الصحي السائد لديهم، بهدف دعم تطوير وتنفيذ نماذج أنجع للتواصل بين أطباء الأورام والمرضى، حيث اعتمدت الدراسة المنهج الكيفي عكس غيرها من الدراسات التي تعتمد على المنهج الكمي، وتوصلت الدراسة إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى غالبية مرضى السرطان، وعزت ذلك إلى نظرتهم للأطباء على أن لديهم سيطرة كبيرة على مرضهم، في حين تم عزو ذلك حسب الدراسات السابقة إلى أسلوب التكيف التجنبي لدى مرضى السرطان (Dopelt et al, 2022).

10- دراسة أنجنوستي وآخرين Anagnosti F et al، 2023، تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والضائقة التنفسية لدى 160 مريض بسرطان الرئة خلال جائحة COVID-19 بمستشفى أثينا باليونان، تمثل المتوسط العمري للعينة في 66.2 سنة، حيث شملت الدراسة الفئة العمرية ما بين 45 و83 سنة، 70% منها ذكور، تمت مراجعة السجلات الطبية لجمع المعلومات الديمغرافية والسريرية عن المرضى، وتم استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي، ومقياس لتقييم مستويات الضيق التنفسي، تلقى جميع المرضى علاجاتهم خلال الجائحة، وتضمنت طرائق العلاج الكيميائي والعلاج المناعي والعلاج الإشعاعي بشكل مستقل أو بالتوازي، وتمثلت الأعراض السريرية الأكثر شيوعاً في كل من التعب (63.7%)، صعوبة التنفس (48.1%)، قلة النوم (45%)، في حين تمثلت المشاكل النفسية في كل من: التوتر (41.3%)، القلق (46.9%)، المخاوف (21.9%)، الحزن (29.4%)، وتوصلت الدراسة إلى ارتباط مصدر الضبط الصحي الخارجي ارتباطاً إيجابياً بوجود مشاكل نفسية، وتأثر مستوى الضيق التنفسي بشكل إيجابي ببعد نوي النفوذ (الأطباء) لمصدر الضبط الصحي، مما يدل على أن مرضى سرطان الرئة حسب هذه الدراسة يعتمدون أكثر على الأطباء بدلاً من الاعتماد على أنفسهم للسيطرة على مرضهم، وتوصلت ختاماً هذه الدراسة إلى ارتباط مصدر الضبط الصحي الخارجي بالضيق التنفسي، والذي يتأثر بدوره بالمشاكل النفسية والجسدية المترابطة،

مما يؤدي إلى سلوكيات تؤثر سلبا على مرضى سرطان الرئة من ناحية التكيف مع مرضهم ونوعية حياتهم، والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند علاج مرضى سرطان الرئة (Anagnosti et al, 2023).

التعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت متغير مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان:

لاحظت الباحثة بأن جل الدراسات السابقة تقريبا، والتي تم عرضها في الدراسة الحالية قد تناولت بالبحث علاقة متغير مصدر الضبط الصحي مع متغيرات نفسية أخرى، ولم تقم بتناوله منفردا فيما عدا الدراسات التي قام بها كل من ساشا وجيباك Gibek K & Sacha 2019 T، التي هدفت للكشف عن نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السرطان مقارنة مع مرضى مصابين بأمراض أخرى، واقتصرت على تناول علاقة مصدر الضبط الصحي بمدة الإصابة بالمرض، ودراسة مارتن ليندستروم وآخرين Martin Lindstrom et al، 2022 التي اقتصرت على البحث في علاقته بأسباب الوفيات لدى مرضى القلب والأوعية الدموية، ومرضى السرطان من سكان جنوب السويد، ودراسة كيران وآخرين Keren D et al، 2022 التي هدفت هي الأخرى للكشف عن نوع مصدر الضبط الصحي لدى عينة من مرضى السرطان، أما باقي الدراسات فقد تناولت علاقة مصدر الضبط الصحي بعدة متغيرات نفسية كاستراتيجيات المواجهة، وإدارة الألم كما في دراسة أراس وآخرين Arraras et al، 2002، ودراسة ديركس وآخرين Derks et al، 2005، في حين تناولت دراسة ميلاني بيرجر Mélanie Berger، 2009، علاقة مصدر الضبط الصحي بكل من إحساس الوحدة والإجهاد، وتناولت علاقته بالسلوكيات الصحية كل من دراستي ميدها تريباتي وآخرين Medha Tripathi et al، 2016، ودراسة تعولميت شرارز وعلوية سمية، 2021.

وبالنسبة للعينة فرغم أن كل الدراسات التي تم تناولها ضمن البحث الحالي، قد شملت مرضى السرطان تماشيا مع متطلباته، غير أنها اختلفت سواء من حيث نوع مرض السرطان

في حد ذاته، أو من حيث حجم العينة، ومكان توажدها، ففي حين اقتصرت دراسة أراس وأخريـن Arraras et al، 2002، على مرضى السرطان الذين يعانون من الألم والألم المزمن بإسبانيا، ودراسة ديركس وأخريـن Derks et al، 2005، التي شملت مرضى سرطان العنق والرأس من الشباب والمسنين، ودراسـتي كل من ميدها تريباتي وأخريـن Medha Tripathi et al، 2016، وأنجنوستي وأخريـن Anagnosti F et al، 2023، اللتين شملتـا مرضى سرطان الرئة دون غيرهم، ودراسة ميلاني بيرجر Mélanie Berger، 2009، التي خصصت العينة في مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، نجد بأن دراسة كل من دراسة ساشا وجيباك Gibek K & Sacha T، 2019، ودراسـتي تعولميت شرار وعليوة سمية، خلال سنتي 2021 و2022، ودراسة كيران وأخريـن Keren D et al، 2022، قد شملت عينة من مرضى السرطان بصفة عامة دون تحديد نوع مرضهم، في حين توسعت دراسة مارتن ليندستروم وأخريـن Martin Lindstrom et al، 2022، لتشمل مرضى القلب والأوعية الدموية إضافة إلى مرضى السرطان، من خلال بحثها في علاقة مصدر الضبط الصحي بأسباب الوفيات لديهم.

واختلفت الدراسات السابقة التي تناولت متغير مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان من حيث كل من الأدوات التي تم استخدامها، أو المناهج التي تم اعتمادها، وذلك تبعاً لأهداف كل دراسة، والمتغيرات التي تم تناولها، ففي حين اعتمدت بعض الدراسات على استخدام المقاييس الخاصة بكل متغير، مثل دراسة أراس وأخريـن Arraras et al، 2002، التي استخدمت كلا من قائمة استراتيجيات المواجهة، ومقياس مصدر الضبط الصحي، ومقياس الاكتئاب والقلق المرتبطين بالموث في المستشفى، وكذا مقياس واشنطن لتقييم الألم الكلينيكي، والذي يقوم على المقابلات وتقييم المعطيات السوسيو ديمغرافية والسلوكيات المرتبطة بالألم الكلينيكي، ودراسة ديركس وأخريـن Derks et al، 2005، التي استخدمت كلا من مقياس جودة الحياة ومقياس مصدر الضبط الصحي، ومقياس الاكتئاب، ومقياس

استراتيجيات المواجهة والتكيف، وغيرها، اعتمدت الدراسة التي قام بها كيران وآخرين Keren D et al، 2022 على إجراء مقابلات معمقة مع المرضى، وكذا مع أفراد أسرهم، بهدف الوصول إلى فهم أعمق لتصورات المرضى حول مرضهم واتجاهاتهم نحو نوع مصدر الضبط الصحي السائد لديهم، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج الكيفي، عكس باقي الدراسات التي اعتمدت المنهج الكمي.

ومن خلال النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، لاحظت الباحثة وجود اختلاف فيما بينها، حيث توصلت دراسة كل من ميلاني بيرجر Mélanie Berger، 2009، ودراسة ميدها تريباتي وآخرين Medha Tripathi et al، 2016، ودراسة مارتن ليندستروم وآخرين Martin Lindstrom et al، 2022 فيما يتعلق بعينة الرجال، ودراسة كيران وآخرين Keren D et al، 2022، ودراسة أنجنوستي وآخرين Anagnosti F et al، 2023، إلى سيادة مصدر الضبط الخارجي لدى عينة مرضى السرطان التي شملتها كل دراسة منها، في حين توصلت دراسة كل من أراراس وآخرين Arraras et al، 2002، ودراسة ديركس وآخرين Derks et al، 2005، ودراسة ساشا وجيباك Gibek K & Sacha T، 2019، وكذا دراسة تعولميت شراز وعلوية سمية، 2021 و2022، إلى سيادة مصدر الضبط الداخلي لدى مرضى السرطان.

2-2- الدراسات السابقة التي تناولت متغير الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان:

1- دراسة راز وسولومون Raz & Solomon، 2006، هدفت إلى الكشف عن تأثير الصلابة النفسية والتقييم المعرفي في التوافق النفسي لدى مرضى السرطان في بيلانوما، وشملت عينة الدراسة 300 من الناجين الذين خضعوا للعلاج بأحد المراكز الطبية، تراوحت أعمارهم ما بين 25 و60 سنة، وتحقيقا لهدف الدراسة تم استخدام مقياس التقييم المعرفي للصحة، ومقياس الصلابة النفسية من إعداد كوبازا وآخرين، وتوصلت الدراسة إلى أن الصلابة النفسية تساعد الأفراد على مسايرة الأحداث الصادمة أو الأحداث المثيرة للضغط والمشقة

النفسية، وبأن أسلوب التعلق الآمن يؤدي إلى السعادة والتوافق النفسي وعدم الشعور بالضغط النفسية (Raz & Solomon, 2006).

2- دراسة نورة بنت عبد العزيز الدامر، 2014، بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض، هدفت إلى الكشف عن الفروق بين معاملات الارتباط المتبادلة بين متغيرات الدراسة: الصلابة النفسية بأبعادها (الالتزام والتحكم والتحدي، وكذا الدرجة الكلية للصلابة النفسية)، والمساندة الاجتماعية بأبعادها (المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة، المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة، الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية) باختلاف نوع العينة، تكون مجتمع الدراسة من 600 مصابة بسرطان الثدي بمستشفيات مدينة الرياض، وجمعية زهرة لسرطان الثدي، والجمعية السعودية لمكافحة السرطان، وبلغت عينة الدراسة الأساسية 60 مريضة، وبلغ قوام عينة مستأصلات الثدي 30 مستأصلة، في حين بلغ عدد المعالجات 30 معالجة، واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، كما استخدمت كلا من استبانة البيانات الشخصية من إعداد الباحثة، واستبيان الصلابة النفسية من إعداد عماد مخيمر 2003، ومقياس المساندة الاجتماعية من إعداد عفاف عبد الفادي دانيال 2008، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى المتعالمات من سرطان الثدي، وبين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى مستأصلات الثدي، كما توصلت إلى وجود فروق جوهرية بين المتعالمات والمستأصلات في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لصالح المتعالمات، في حين لا توجد فروق دالة بين المتعالمات ومستأصلات الثدي في متغير الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية، وتوصلت الدراسة إلى أن بعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة هو المتغير الأحدث المؤثر في الصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي من عيني الدراسة الحالية (الدامر، 2014).

3- دراسة عوض و سنيورة، 2015، هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الرئة في محافظة شمال الضفة الغربية في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، وشملت العينة 350 مريض سرطان الرئة من المقيمين والمترددين على المستشفيات الحكومية والخاصة التي تعنى بعلاج أمراض السرطان في محافظات شمال الضفة الغربية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، حيث قامت الباحثين بإعداد استبيانين لقياس متغيرات الدراسة، تمثلت في كل من استبيان المساندة الاجتماعية، واستبيان الصلابة النفسية، وتوصلت الدراسة إلى أن متوسط النسبة المئوية التقديرية لدرجة الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات شمال الضفة الغربية قد بلغت 17.2%، في حين بلغ متوسط النسبة المئوية التقديرية للمساندة الاجتماعية 83.3%، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الرئة، وتبين عدم وجود فروق جوهرية في متوسطات الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات شمال الضفة الغربية حسب متغيرات الجنس، في حين توصلت إلى وجود فروق في متوسطات الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الرئة حسب متغير السن لصالح الأكبر سناً، ومتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، ومتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الأعلى (عوض و سنيورة، 2015).

4- دراسة صديق محمد أحمد، 2015، هدفت للكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي بالخرطوم، وشملت العينة 120 مريضة سرطان ثدي، تم اختيارهن بطريقة عشوائية طبقية، وطبق عليهن كلا من مقياس الصلابة النفسية ومقياس المساندة الاجتماعية، وتم استخدام المنهج الوصفي، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى مريضات سرطان الثدي، وعدم وجود فروق تعزى لمتغير العمر والحالة الزوجية ونوع الإصابة في مستوى

الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية، في حين توصلت إلى وجود فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي في كل من مستوى الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية (صديق، 2015).

5- دراسة فؤاد صبيبة ووزان إسماعيل، 2017، تهدف إلى الكشف عن مستوى الصلابة النفسية، وعلاقتها بالرضا عن الحياة ومستوى هذا الأخير لدى مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية، استخدمت المنهج الوصفي، وشملت عينة قوامها 112 مريضة سرطان الثدي، وطبقت كلا من مقياس الصلابة النفسية والرضا عن الحياة، وللتأكد من صدقها تم عرضها على مجموعة مؤلفة من 7 محكمين مختصين، كما تم التأكد من ثباتها من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية شملت 28 مريضة مصابة بسرطان الثدي، وحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغ 0.87 فيما يتعلق بمقياس الصلابة النفسية، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية كان بدرجة متوسطة، وكذا إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً (صبيبة وإسماعيل، 2017).

6- دراسة اشتية عماد عبد اللطيف حسين، 2018، هدفت إلى معرفة تأثير أبعاد المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان من وجهة نظرهم، ولتحقيق ذلك اعتمدت المنهج الوصفي الارتباطي، وطبقت كلا من مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الصلابة النفسية على عينة قوامها 60 مريض سرطان، يتلقون العلاج بمستشفيات مدينة نابلس، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة، وبعد جمع البيانات وتحليلها توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرضى السرطان عالي، في حين كان مستوى شعورهم بالصلابة النفسية متوسطاً، وتبين وجود علاقة خطية موجبة بين كل من مستوى المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان (اشتية، 2018).

7- دراسة سعيدة قجال وعقيلة عيسى، 2018، بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وقد هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرين، وكذا تأثير مرحلة اكتشاف المرض على هذه العلاقة، اعتمدت هذه الدراسة المنهج الوصفي

الارتباطي، وشملت عينة مكونة من 40 مريض سرطان تم اختيارهم بطريقة قصدية، 21 حالة تم اكتشافها مبكراً، و19 حالة متأخرة، طبقت كلا من مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر 1996، ومقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، وتوصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وكذا إلى وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية ونوعية الحياة تعزى إلى مرحلة اكتشاف المرض لصالح الحالات التي تم اكتشافها مبكراً (قجال وعيسو، 2018).

8- دراسة أميرة الصلاح، 2019، هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة، ولتحقيق ذلك اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، كما تم تطوير استبانة كأداة للدراسة شملت كلا من مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الصلابة النفسية، وتم التأكد من صدقها وثباتها، وتم اختيار عينة الدراسة التي شملت 123 مصابة بسرطان الثدي من محافظة رام الله والبيرة حيث شكلت ما نسبته 50% من مجتمع الدراسة الأصلية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع كل من درجة المساندة الاجتماعية ومستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة، وكذا وجود علاقة ارتباطية طردية موجبة بين درجة المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، وبأن للمساندة الاجتماعية قدرة تنبؤية بالصلابة النفسية، كما توصلت إلى وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير السن لصالح الفئة العمرية من 36 إلى 45 سنة مقارنة بالفئة العمرية من 25 فما فوق، وتبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح فئة المتزوجات مقارنة بالعايزات، في حين توصلت إلى عدم وجود فروق تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي ومستوى الدخل وعدد سنوات الإصابة بالمرض، وتبين من خلال الدراسة أيضاً وجود فروق دالة في مستوى الصلابة النفسية تبعاً لمتغير السن لصالح الفئة العمرية من 36 إلى 45 سنة مقارنة بالفئة العمرية من 25 سنة فما فوق، وتبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح فئة المتزوجات مقابل العازبات والمطلقات، وعدد سنوات الإصابة

بالمرض لصالح فئة من 4 إلى 6 سنوات مقارنة بالفئة أقل من سنة، في حين كشفت النتائج عن عدم وجود فروق تبعا لكل من متغيري المستوى التعليمي ومستوى الدخل (صلاح، 2019).

9- دراسة حسني محمد عوض، 2020، هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة بفلسطين، وشملت عينة مكونة من 123 مريضة سرطان الثدي، طبق عليهن مقياسي المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية، واستخدمت المنهج الوصفي، وتوصلت إلى وجود علاقة طردية موجبة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، وكذا إلى وجود فروق دالة إحصائية وفقا لمتغير العمر والحالة الاجتماعية في مستوى المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية تبعا لمتغير المستوى التعليمي ومستوى الدخل وعدد سنوات الإصابة بالمرض في مستوى كل من المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية (صلاح وعوض، 2020).

10- دراسة شيماء عاطف سيد، طه أحمد المستكاوي ومايسة محمد شكري، 2022، هدفت إلى التعرف على مدى إسهام كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بخفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي، وشملت عينة قوامها 60 مريضة سرطان الثدي، تتراوح أعمارهن ما بين 32 و62 عاما، منهن 29 من الريف و31 من الحضر، طبقت الدراسة كلا من مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر 2011، ومقياس المساندة الاجتماعية لـ Helen & Nortnouse، 1988، والذي قامت بترجمته شيماء عاطف، ومقياس قلق الموت لـ Templer 1970 والذي قام بترجمته أحمد عبد الخالق سنة 1986، وتوصلت الدراسة إلى أن لكل من الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وبعد التحكم فيما يتعلق بالصلابة النفسية إسهام في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي، في حين لا يساهم كل من بعدي الالتزام

والتحدي سواء معا أو كل على حدى في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي (سيد والمستكاوي وشكري، 2022).

11- دراسة تعولميت شراز وعلوية سمية، 2022، بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، وهدفت للكشف عن نوع مصدر الضبط الصحي السائد، وكذا عن مستوى الصلابة النفسية، وطبيعة العلاقة بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية لدى عينة الدراسة التي شملت 42 مريض سرطان تتراوح أعمارهم ما بين 28 و67 سنة تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي، وكلا من مقياس مصدر الضبط الصحي واستبيان الصلابة النفسية، وتوصلت الدراسة إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي، وانخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى العينة، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية في كل من البعد الداخلي وبعد الحظ والصدفة، في حين توصلت إلى عدم وجود علاقة بينهما فيما يتعلق ببعد ذوي النفوذ (تعولميت وعلوية، 2022).

التعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت متغير الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان:

لاحظت الباحثة بأن الدراسات السابقة التي تناولت متغير الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، والتي تم عرضها في البحث الحالي، لم تقتصر على الكشف عن مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مرضى السرطان ممن شملتهم الدراسة، وإنما بحثت في علاقة هذا المتغير بالعديد من المتغيرات النفسية الأخرى، والأثر المتبادل فيما بينها، حيث هدفت كل من دراسة راز وسولومون Raz & Solomon، 2006، ودراسة اشنية عماد عبد اللطيف حسين، 2018، ودراسة شيماء عاطف سيد، طه أحمد المستكاوي ومايسة محمد شكري، 2022، إلى الكشف عن التأثير المتبادل بين متغير الصلابة النفسية ومتغيرات أخرى كالمساندة الاجتماعية، والتقييم المعرفي والتوافق النفسي، وقلق الموت، وهدفت دراسة كل من سعيدة قجال وعقيلة عيسى، 2018، ودراسة تعولميت شراز وعلوية سمية، 2022، وغيرها إلى

الكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من الصلابة النفسية وعدة متغيرات أخرى، كأساليب التفكير وبعض سمات الشخصية، ونوعية الحياة، ومصدر الضبط الصحي، في حين هدفت دراسة فؤاد صبيبة و رزان إسماعيل، 2017، إلى الكشف عن مستوى الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية، والملاحظ على المتغيرات التي تناولتها هذه الدراسات السابقة تركيز أغلبها على دراسة العلاقة بين كل من متغير الصلابة النفسية ومتغير المساندة الاجتماعية.

أما فيما يتعلق بالعينة، فقد لاحظت الباحثة تركيز معظم الدراسات التي تم الاطلاع عليها، على مريضات سرطان الثدي، دون غيرهن من مرضى السرطان، مثل دراسة نورة بنت عبد العزيز الدامر، 2014، ودراسة صديق محمد أحمد، 2015، ودراسة فؤاد صبيبة و رزان إسماعيل، 2017، ودراسة أميرة الصلاح، 2019، ودراسة حسني محمد عوض، 2020، وكذا دراسة شيما عاتف سيد، طه أحمد المستكاوي ومايسة محمد شكري، 2022، في حين شملت دراسة كل من راز وسولومون Raz & Solomon، 2006، ودراسة اشتية عماد عبد اللطيف حسين، 2018، ودراسة سعيدة قجال وعقيلة عيسى، 2018، وكذا دراسة تعولميت شرار وعليوة سمية، 2022، مرضى السرطان عموماً، واقتصرت دراسة عوض و سنيورة، 2015، على مرضى سرطان الرئة، واختلف حجم العينة من دراسة إلى أخرى، حيث تراوح ما بين 40 مريض سرطان في الدراسة التي قامت بها سعيدة قجال وعقيلة عيسى سنة 2018، و600 مصابة بسرطان الثدي بمستشفيات مدينة الرياض في الدراسة التي قامت بها نورة بنت عبد العزيز الدامر سنة 2014.

وتنوعت الأدوات التي تم استخدامها لتحقيق أهداف هذه الدراسات السابقة، حيث تم اعتماد مقاييس واستبيانات تبعا للمتغيرات التي تناولتها كل دراسة، كما اختلفت النتائج التي تم التوصل إليها من خلالها، حيث توصلت دراسة عوض و سنيورة، 2015، إلى انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الرئة، حيث بلغت نسبته 17.2%، كما توصلت دراسة

تعولميت شرار وعلوية سمية، 2022، أيضا إلى انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، أما دراسة كل من فؤاد صبيبة ووزان إسماعيل، 2017، ودراسة اشنتية عماد عبد اللطيف حسين، 2018، فقد توصلتا إلى أن مستوى الصلابة النفسية كان بدرجة متوسطة، في حين توصلت دراسة أميرة الصلاح، 2019، إلى ارتفاع درجة الصلابة النفسية لدى أفراد العينة، وفيما يتعلق بالكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من متغير الصلابة النفسية وباقي المتغيرات التي تناولتها الدراسات، فقد تم الكشف عن وجود علاقة ارتباطية بينها وبين متغير المساندة الاجتماعية في كل الدراسات التي تناولت العلاقة بينهما، في حدود ما تم الاطلاع عليه من طرف الباحثة، وإيراده في هذه الدراسة، كدراسة نورة بنت عبد العزيز الدامر، 2014، ودراسة عوض وسنيورة، 2015، ودراسة صديق محمد أحمد، 2015، ودراسة اشنتية عماد عبد اللطيف حسين، 2018، ودراسة أميرة الصلاح، 2019، ودراسة حسني محمد عوض، 2020، وتوصلت دراسة تعولميت شرار وعلوية سمية، 2022، إلى وجود علاقة ارتباطية بين كل من متغير الصلابة النفسية ومصدر الضبط الصحي في كل من البعد الداخلي وبعد الحظ والصدفة.

2-3- الدراسات السابقة التي تناولت متغير إدارة الألم لدى مرضى السرطان:

1- دراسة بيك وفالكسون Beck & Falkson، 2001، وهي دراسة اثنوجرافية هدفت إلى تحديد العوامل التي تؤثر على إدارة آلام السرطان في جنوب إفريقيا، واستخدمت عدة طرق لجمع البيانات تمثلت في تحليل الوثائق وملاحظة المشاركين في الدراسة وكذا المقابلات، وشملت الدراسة عينة قوامها 263 مريض سرطان، وتوصلت إلى أن المعتقدات والممارسات الثقافية تشكل سياقاً هاماً لفهم آلام السرطان وكيفية إدارتها، ويوجد اختلافات ثقافية فيما يتعلق بالسرطان كمرض وتوقعات الألم وتحمله وطرق التعبير عنه، وكذا ممارسات الرعاية الصحية، وشملت الدراسة العوامل الرئيسية التي تؤثر على كيفية إدارة الألم، حيث تمثلت في كل من المعايير الثقافية والمعرفية والموارد والاتصالات والعلاقة بين المريض ومقدم الرعاية والعلاقات

المهنية، كما توصلت الدراسة إلى أن وجود هذه العوامل يعزز الإدارة الفعالة للألم، في حين أن غيابها يخلق حاجزا أمام تحقيق ذلك (Beck & Falkson, 2001).

2- دراسة أراس وآخريين Arraras et al، 2002، ركزت هذه الدراسة الاسبانية على طرق إدارة الألم من خلال الكشف عن نوع استراتيجيات المواجهة، مركز الضبط الصحي، وهدفت إلى الكشف عن فعالية هذه الاستراتيجيات في إدارة الألم، وكذا عن مستوى الضيق والسلوكيات المرتبطة بالألم، كما تناولت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومستوى الضيق، والبحث في المتغيرات الاكلينيكية التي يمكن أن تتبئ بمستوى الضيق، واستخدمت كلا من قائمة استراتيجيات المواجهة، ومقياس مركز الضبط الصحي، ومقياس الاكتئاب والقلق المرتبطين بالمكوث بالمستشفى، وكذا مقياس واشنطن لتقييم الألم الاكلينيكي والذي يقوم على المقابلات وتقييم المعطيات السوسيو ديمغرافية والسلوكيات المرتبطة بالألم على عينة شملت 51 مريض سرطان يعانون من الألم، و67 مريض يعاني من الألم المزمن، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق في مصدر الضبط الداخلي، حيث توصلت إلى سيادة مركز الضبط الداخلي لدى مرضى الألم المزمن مقارنة بمرضى السرطان، وتوصلت الدراسة إلى أن استراتيجية التجنب تتبئ بمستوى عال من القلق، كما أن استراتيجية التجنب المرتبطة بالمعتقدات الضعيفة في مركز الضبط الداخلي تتبئ بدرجة عالية من الاكتئاب (Arraras et al, 2002).

3- دراسة ميلاني لوفال وآخريين Melanie R Lovell et al، 2005، وهدفت للكشف عن مدى فعالية تعليم المريض في تحسين إدارة ألم السرطان، وذلك باستخدام الطرق والأساليب التي تركز على رعاية المريض، والإدارة الذاتية، والتدريب على الاستراتيجيات الفعالة لإدارة الألم، وأشارت النتائج إلى أن الاستراتيجيات المثلى تشمل تلك المتعلقة بالاحتياجات الفردية للمريض، وهي جزء لا يتجزأ من تمكين المريض من إدارة آلامه، وأن تثقيف المريض فعال في الحد من ألم السرطان، وينبغي أن يكون الأسلوب السائد في جميع الظروف لتحقيق أفضل النتائج (Melanie et al, 2010).

4- دراسة بانال وكيف Panal & Keefe، 2008، بعنوان الكفاءة الذاتية لإدارة الألم والأعراض الوظيفية لدى مرضى سرطان الرئة والقائمين على رعايتهم، شملت الدراسة عينة قوامها 152 مريضا يعانون من سرطان الرئة في مراحل المبكرة، واستخدمت كلا من مقياس الكفاءة الذاتية والألم والارهاق ونوعية الحياة والاكنتاب والقلق، وتوصلت الدراسة إلى أن مستويات الكفاءة الذاتية لإدارة الألم والأعراض الوظيفية منخفضة نسبيا لدى المرضى، وبأن هناك علاقة ارتباطية بين كل من الفعالية الذاتية والتكيف، كما تبين من خلال نتائج الدراسة بأن مستويات الألم والتعب وأعراض سرطان الرئة والاكنتاب والقلق أعلى لدى المرضى الذين يعانون من انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، كما أن حالتهم البدنية والوظيفية كانت أسوأ بكثير، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستويات الكفاءة الذاتية للمريض ومستوياتها لدى مقدمي الرعاية، في حين توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين انخفاض مستويات الكفاءة الذاتية وارتفاع درجات الاجهاد والضيق النفسي لدى مقدمي الرعاية، وأشارت نتائج الدراسة إلى احتمال تأثير كل من الكفاءة الذاتية والأعراض الوظيفية للمريض ومقدمي الرعاية في التكيف مع الألم وإدارته، وإلى أن التدخلات التي تستهدف الرفع من الكفاءة الذاتية قد تكون مفيدة في تحسين ذلك (Panel & Keefe, 2008).

5- دراسة بانال وآخرين Panel et al، 2010، بعنوان الجوانب الأساسية للرضا عن إدارة الألم من وجهات نظر مرضى السرطان، وقد هدفت هذه الدراسة إلى وصف توقعات المرضى المتعلقة بتجربة آلام السرطان، والكشف عن العمليات المعرفية والتفسيرات التي تكمن خلف رضا المريض من عدمه عن إدارة الألم، وكذا الكشف عن الاختلافات في التصنيفات بين الرضا العالي عن إدارة الألم في حالات كونه شديدا، شملت الدراسة عينة مكونة من 33 مريضا، منهم 18 مريضا في حالة متقدمة من الإصابة بالسرطان، و15 مريضا يعانون من آلام ما بعد الجراحة، وتم الاعتماد على مقياس شدة الألم بالإضافة إلى المقابلة وطرح أسئلة مفتوحة حول المعنى الأساسي لإجاباتهم، وتوصلت النتائج إلى أن 55% من المرضى كانوا

راضين جدا عن إدارة الألم بشكل عام، وتشير النتائج الرئيسية إلى أنه بالنسبة للبعض كان أسوأ تصنيف للألم قصيرا في بعض الأحيان، وتم تحديد أربعة مواضيع رئيسية مهمة لجودة إدارة الألم تمثلت في ضرورة التعامل بشكل صحيح مع الألم، أن يكون لدى المريض شبكة أمان، أن تكون هناك شراكة ودعم مع فريق الرعاية الصحية، وأن يكون علاج الألم فعالا، وكانت الجوانب الرئيسية للعلاقة بين المريض ومقدم الرعاية هي كيفية تصرف الممرضات والأطباء اتجاههم، ومدى سرعة استجابتهم لتقارير الألم بالنسبة للبعض، وكان العامل المهم هو ما إذا كانت لديهم القدرة على السيطرة على مقدار الألم الذي عانوا منه (Panel et al, 2010).

6- دراسة تسي ميمي وآخرين Tse Mimi et al, 2012، بعنوان أثر برنامج إدارة الألم على المرضى الذين يعانون من آلام السرطان، وهدفت للكشف عن فعالية برنامج لإدارة الألم على شدة الألم واستخدام العقاقير، والاستراتيجيات غير الدوائية مثل تخفيف الآلام والعوائق التي تحول دون إدارة الألم لدى مريضات سرطان الثدي، أجريت هذه الدراسة في قسم الرعاية التلطيفية ودور العجزة بأحد المستشفيات العامة بهونغ كونغ، تم اختيار العينة بطريقة عشوائية، وتم تطبيق البرنامج على عينة تجريبية عددها 20 تتراوح أعمارهم ما بين 61 و95 سنة، منه 13 ذكرا و7 إناث، بالإضافة إلى مجموعة ضابطة شملت 18 مريضا، منهم 11 ذكرا و7 إناث تتراوح أعمارهم ما بين 63 و94 سنة، وتوصلت الدراسة إلى أنه ينبغي تمكين مريضات السرطان من التعليم حول كيفية إدارة آلام السرطان لاكتساب المعرفة وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول إدارة آلام السرطان (Tse et al, 2012).

7- دراسة لوپينك Leppink IJC, 2013، قدمت لمحة عامة عن التراث النظري وتوصيات بشأن تمكين المرضى من إدارة آلام السرطان، وشملت عينة من مريضات سرطان الثدي، واستخدمت قواعد البيانات Psycinfo Cinahl، وتوصلت نتائجها إلى أن التعليم والتدريب

على مهارة إدارة الألم قد يحسن من تمكين الذات للمريض، وأبرزت أهمية التدخل التعليمي لإدارة آلام السرطان وتشجيع المرضى للمشاركة النشطة في إدارة الألم (Leppink, 2013).

8- دراسة بوفيدت وآخرين Boveidt N et al، 2014، بعنوان تمكين المريض لإدارة آلام السرطان، وهدفت إلى وصف التمكين والمفاهيم المتعلقة به وإدارة المرضى لآلام السرطان، باستخدام الممارسات السريرية، وتوصلت النتائج إلى اقتراح نموذج مفاهيمي لتمكين المرضى من إدارة آلام السرطان، وأوصت بالتركيز على علاج الألم، وعلى المشاركة النشطة والفعالة من جانب المريض (Boveidtn et al, 2014).

9- دراسة ميلاني وآخرين Melanie et al، 2014، وهدفت إلى تحديد مدى فعالية تثقيف المرضى في تحسين إدارة آلام سرطان الثدي، باستخدام طرق الإدارة الذاتية والتدريب وعناصر أخرى لتثقيف المريض، وتوصلت النتائج إلى أن الاستراتيجيات المثلى لإدارة الألم هي التي يكون المريض محورها، فهي جزء لا يتجزأ من تمكين المريض من اتخاذ القرار بشأن حالته الصحية، وكذا إدارة وتنسيق رعاية مرضى السرطان (Melanie et al, 2014).

10- دراسة تامارا بيكر وآخرين Tamara A Baker et al، 2016، تناولت تحديد أثر عوامل الضيق النفسي على تجربة إدارة الألم وأعراضه لدى مرضى السرطان، وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تأثير الأعراض المرتبطة بالضيق النفسي على تواتر الألم ووجوده والضيق المرتبط به لدى مرضى السرطان، وتم جمع البيانات بالاعتماد على عينة شملت 232 من البالغين البيض والسود الذين يتلقون خدمات علاجية من مراكز علاج السرطان، وتم جمع اجاباتهم على استطلاع لتقييم أعراض الضيق النفسي (القلق والشعور بالحزن وصعوبة النوم)، والأعراض الصحية (وجود الألم، تواتر الألم، الأمراض المصاحبة، الأداء الجسدي)، الأعراض السلوكية (الضيق المرتبط بالألم)، وكذا الخصائص الديمغرافية، وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى الذين أبلغوا عن صعوبات في النوم وسرعة الانفعال كانوا أكثر عرضة

للإبلاغ عن الألم، كما توصلت إلى إبلاغ الأصغر سنا عن الضيق المرتبط بالألم أكثر مقارنة بالأكبر سنا (Barker et al, 2016).

11- دراسة ستايسي أوجبيد وأريسا فيتش Stacy Ogbeide & Arissa Fitch، 2016، تناولت تدخلات علماء النفس في مجال إدارة آلام السرطان، وهدفت إلى توفير دليل للقيام بذلك بناء على مراجعة التراث النظري الذي تناول آلام السرطان، باستخدام مصطلحات البحث التي شملت كلا من: التدخلات غير الدوائية، إدارة الألم، وقد شملت الدراسة مراجعة المقالات التي نشرت خلال الفترة الممتدة ما بين 2000 و2015 والتي تمكن القائمين بالدراسة من الوصول إليها، وكذا الكتب والمواقع الالكترونية المتعلقة بالموضوع، ليتم تنظيمها في العناصر التالية: متلازمات آلام السرطان المعقدة، العلاجات الفيزيولوجية الحديثة للسرطان، النموذج متعدد العوامل لألم السرطان، التقييم والتدخلات النفسية والاجتماعية والعوائق التي تحول دون العلاج، الآثار السريرية التي تؤثر على مستقبل التدخلات السلوكية كجزء من علاج السرطان، والنموذج متعدد العوامل لألم السرطان، والتقييم والتدخلات النفسية والاجتماعية، والعوائق التي تحول دون العلاج، والآثار السريرية التي تؤثر على مستقبل التدخلات السلوكية كجزء من علاج السرطان، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن كل مريض سرطان لديه تجربة ألم فريدة تتشكل من العوامل البيولوجية النفسية والاجتماعية، وهو ما يجعل الحاجة ملحة لاستخدام نهج متعدد الأبعاد ومتعدد التخصصات لتحسين نتائج إدارة آلام السرطان، ويحتاج علماء النفس الذين يعملون في هذا المجال إلى المساعدة لتسهيل هذه العملية ومعالجة أية عيوب معرفية قد تكون لديهم، كما يحتاجون إلى أن يكونوا على دراية بدور كل تخصص من أجل فهم أفضل لكيفية تكلمة النهج النفسي والاجتماعي للرعاية القائمة على الفريق، وعموما تشكل هذه الدراسة المراجعة الأولى والفريدة من نوعها التي قامت باستخلاص وجمع النقاط الرئيسية من التراث النظري لتقدمها في شكل دليل لعلماء النفس بهدف تحسين دورهم في تقييم وإدارة آلام السرطان (Ogbeide & Fitch, 2016).

12- دراسة جيورجيويس ماركوزان وآخرين Georgios Markozannes et al، 2017، تناولت استعراضاً شاملاً للدراسات المتعلقة بفعالية التدخلات النفسية للحد من الألم وإدارته، تم من خلال هذه الدراسة تلخيص 38 مقالا منشورا تناول التدخلات النفسية لعلاج الألم والحد من شدته لدى مرضى السرطان ومرضى التهاب المفاصل الروماتويدي وسرطان الثدي والألم العضلي الليفي، ومتلازمة القولون العصبي، باستخدام مجموعة من المعايير والأساليب الإحصائية، وتوصلت إلى عدم وجود أدلة تجريبية داعمة قوية على فعالية العلاجات النفسية لإدارة الألم وأن النتائج المقدمة على فعاليتها مبالغ فيها، وأكدت على أن تجارب التدخل النفسي لا تزال في مرحلة بحثية مبكرة وقاصرة مقارنة مع التجارب الدوائية، وقامت بتسليط الضوء على الحاجة الملحة لزيادة البحث في تقييم النهج الراسخ للتدخلات النفسية لتخفيف وإدارة الألم، وضرورة دمج عمل الفريق وبناء شبكات بحثية تشمل كل التخصصات لتحقيق توافق في الآراء وتقديم إرشادات حول أفضل الممارسات لتقييم الألم وإدارته بغية تقليل إمكانيات التحيز في تقديم النتائج وتحسين موثوقيته (Markozannes et al, 2017).

13- دراسة منى محمد أحمد قطب، حمدي محمد ياسين وهبة إسماعيل سري، 2017، هدفت للكشف عن علاقة تمكين الذات بمجموعة من المتغيرات الديمغرافية (السن، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نوع العلاج المستخدم)، وكذا الكشف عن درجة إدارة الألم التي تحدد تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي، وتم تطبيق كلا من مقياس تمكين الذات ومقياس إدارة الألم من إعداد الباحثين، وشملت عينة من 91 مريضة مصابة بسرطان الثدي، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين السن والمستوى التعليمي ونوع العلاج المستخدم تبعا لتمكين الذات بمكوناته لدى مريضات سرطان الثدي، كما توصلت إلى عدم وجود فروق بين الحالة الاجتماعية تبعا لمستوى تمكين الذات بمكوناته، كما توصلت إلى أن التغلب على الألم يسهم بنسبة إيجابية دالة في التنبؤ بمستوى تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي (قطب وآخرين، 2017).

14- دراسة شو وآخرين Chou et al، 2018، هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في تصورات مرضى السرطان حول المسكنات، والعلاقة بين الجنس والالتزام بالمسكن، وفعالية إدارة الألم، وفحص ما إذا كان يمكن التنبؤ من خلال متغير الجنس بمدى الالتزام بمسكنات الألم، تم إجراء الدراسة بقسم علاج الأورام للمرضى الخارجيين في المركز الطبي بتايوان، وتم اعتماد المنهج الوصفي، وشملت عينة الدراسة 362 مريض سرطان، واعتمدت كلا من النسخة المختصرة من مقياس الألم، ومقياس الالتزام ببرنامج المسكنات، ومؤشر إدارة الألم، واستبيان البيانات الديمغرافية والأمراض، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن شدة الألم والتذبذب في استخدام درجات المسكنات كانت أعلى بكثير بين الإناث منها بين الذكور، كما بينت نتائج مؤشر إدارة الألم أن هناك اختلافا بين الجنسين، حيث حقق الذكور نسبة أكبر من الإدارة الكافية للألم، كما حقق بعض الذكور درجة عالية من الالتزام بالمسكنات، وتوصلت إلى أنه يمكن التنبؤ من خلال متغير الجنس بدقة الالتزام بأدوية مرضى السرطان، وبأن النساء قد عانت من ألم أكبر بكثير من الرجال، غير أنه كان لديهم تردد أكبر في استخدام المسكنات، وانخفاض الالتزام وإدارة الألم (Chou et al, 2018).

15- دراسة نعمات شعبان علوان، 2019، وقد هدفت إلى الكشف عن دور مقدمي الرعاية في إدارة الألم النفسي لدى مرضى السرطان، اعتمدت المنهج الوصفي، واستخدمت المقابلة كأداة للدراسة، وتناولت البحث في كل من ماهية الألم النفسي لدى مرضى السرطان، وكيفية إدارته، والبحث في الفئات الأكثر فعالية لتقديم الرعاية النفسية لمرضى السرطان، والوسائل النفسية المستخدمة لتحقيق الاستجابات لإدارة الألم النفسي لديهم، كما تناولت أهم خطوات العلاج النفسي المرافقة للعلاج الطبي لمرضى السرطان (علوان، 2019).

16- دراسة ريبكا وآخرين Rebecca et al، 2021، تناولت تجارب إدارة الألم بين المرضى المصابين بسرطان المخ بعد إجراء الجراحة، وهدفت إلى وصف معاناة هؤلاء المرضى الخاضعين لعملية جراحية لإزالة ورم الدماغ أثناء علاج الأورام خلال مكوثهم بمستشفى بالغرب

الأوسط بالولايات المتحدة الأمريكية، واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي النوعي، واستخدمت المقابلات شبه المغلقة وركزت على طريقة إدارة هؤلاء المرضى لآلامهم بعد إجراء العملية الجراحية، وشملت عينة من 27 مريضاً، يبلغ المتوسط العمري للعينة 58.5 سنة، وتوصلت النتائج إلى وجود اختلاف في تجارب الألم لدى المرضى في كل من بعدي ظهور الألم أثناء التعافي، وتعقيد إدارة الألم استناداً إلى هذه الأبعاد، وتم تحديد ثلاثة أنواع مميزة من تجارب الألم تمثلت في: تجربة الألم الروتينية، تجربة الألم الروتيني في إدارة الألم الروتيني، وجود خبرة بارزة ومعقدة في إدارة الألم، كما توصلت النتائج إلى أن العديد المرضى قد واجهوا صعوبة في إدارة آلامهم (Rebecca et al, 2021).

17- دراسة فالح باهية وعدوان يوسف، 2021، وهدفت للكشف عن أثر الفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان، وشملت عينة الدراسة 46 مريض سرطان من الجنسين، تتراوح أعمارهم ما بين 28 و43 سنة، وتم الاستعانة بأداتين للقياس هما: مقياس الكفاءة الذاتية العامة لجيروزيليم وشوارتسر (1992) في صيغته المعربة من طرف سامر رضوان، ومقياس درجة الألم والنشاط، وتم تحليل البيانات بالاستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS24، وباستخدام أساليب الإحصاء المتمثلة في كل من: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل الانحدار الرتبي اللوجستي للتنبؤ باختبار الفعالية الذاتية في إدارة الألم، وكذلك اختبار "ت" لمعرفة الفروق في الفعالية الذاتية حسب متغيري السن ومدة العلاج، وقد توصلت الدراسة إلى ارتفاع مستوى الفعالية الذاتية المدركة، ووجود تأثير للفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم، كما توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الفعالية الذاتية المدركة تعزى لمتغير السن، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الفعالية الذاتية تعزى لمتغير مدة العلاج (فالح وعدوان، 2021).

18- دراسة موسافي وآخرين Musavi M et al، 2021، هدفت للكشف عن تأثير تثقيف الإدارة الذاتية للألم على شدة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان النقلي باستخدام مناهج

الطب التكميلي، وتم إجراء هذه الدراسة التجريبية السريرية بعيادة الأورام المتخصصة بمستشفى أهواز بخوزستان في إيران، وشملت عينة الدراسة 82 مريضاً مصاباً بالسرطان النقيلي تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، حيث تم تدريس الإدارة الذاتية للألم لأفراد المجموعة التجريبية في ثلاث خطوات لتوفير المعلومات وتنمية المهارات والتوجيه، كما تم قياس مستوى جودة الحياة، وتمت متابعتهم لمدة ثلاثة أشهر، وتم قياس شدة الألم كل سبعة أسابيع، أما في المجموعة الضابطة فتم توزيع استبيان جودة الحياة ومقياس شدة الألم، وتم تحليل البيانات بالاعتماد على الإصدار 22 من الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وتوصلت النتائج بعد التدخل إلى أن شدة الألم خلال الفترة الأولى الممتدة من أسبوع واحد إلى سبعة أسابيع مختلفة بشكل كبير بعد التدخل والمراقبة، كما لوحظ وجود اختلاف كبير في مستوى جودة الحياة بين شهر إلى ثلاثة أشهر بعد التدخل لدى مجموعتي الدراسة، وتوصلت إلى وجود تأثير إيجابي للإدارة الذاتية للألم على تحسين شدة الألم، وكذا على مؤشرات جودة الحياة لدى مرضى السرطان النقيلي، وأوصت الدراسة بأنه يمكن الاستفادة من نتائجها في مساعدة المرضى وطلاب التمريض وكل أعضاء فريق الرعاية الصحية على تحسين مهارات التحكم في الألم وبالتالي جودة الحياة لدى مرضى السرطان النقيلي (Musavi et al, 2021).

19- دراسة فائق باهية، 2021، بعنوان خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، وهدفت إلى تصميم خطة علاجية بالاعتماد على النموذج المعرفي لأرون بيك من أجل إدارة الألم لدى مرضى السرطان، واعتمدت منهج الحالة المفردة وفق التصميم (أ-ب) لقياس السلاسل الزمنية، باعتباره من المناهج التجريبية الاكلينيكية التي تدرس الظواهر من بداية الأعراض إلى مرحلة العلاج، وتم تطبيق خطة العلاج بشكل فردي على مشاركتين مصابتين بمرض السرطان وتعانين من آلام مزمنة، واستخدمت أدوات تمثلت في كل من مقياس درجة الألم والنشاط، والصياغة المعرفية لمشاركي الدراسة، وتم تفرغ البيانات بالاستعانة

ببرنامج Spss25، وتم استخراج كل من الارتباط الذاتي والجزئي، وتحليل التباين الأحادي، وتحليل الانحدار البسيط في السلاسل الزمنية، كما تم حساب الدلالة الاكينيكية، والدلالة العملية لحجم الأثر، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تعريض المشاركين في الدراسة إلى الخطة العلاجية المعتمدة أدى إلى انخفاض درجات الألم، وتم تأكيدها من خلال حساب الدلالة الاكينيكية وكذا الارتباط الذاتي للسلاسل الزمنية، كما تم التوصل إلى أن للخطة العلاجية المعتمدة أثر على درجات الألم وهذا باختلاف العمليات التي تتضمنها، وتم اثباتها من خلال تحليل التباين الأحادي وتحويلة اللوغاريتمية للسلاسل الزمنية فتم إيجاد أن للعمليات المعرفية دور في إدارة الألم لدى المشاركين والتي تتمثل في: إعادة تفسير أحاسيس الألم، تقنية تشتيت وصرف الانتباه، والتعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، المراقبة الذاتية، كما أظهرت نتائج الانحدار البسيط أنه كلما تم خضوع المشاركين في الدراسة للخطة العلاجية ولمدة زمنية طويلة كلما أدى ذلك إلى انخفاض درجات الألم، ومن خلال حساب الدلالة العملية لحجم الأثر تم التوصل إلى أن الخطة العلاجية المعرفية المقترحة أدت إلى تحسن متوسط لدى المشاركين في الدراسة (فالق، 2021).

20- دراسة أورسولا ريليجيوني وآخرين Ursula Religioni et al، 2022، وتناولت استراتيجيات إدارة الألم بين مرضى السرطان من خلال تطبيق نموذج استبيان CSQ، وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم تطبيق هذا الاستبيان بين مرضى السرطان، وتطوير معايير تسمح بالتمييز بين مرضى السرطان المشخص من حيث نوع استراتيجيات إدارة الألم المعتمدة من طرف المرضى، وشملت الدراسة عينة قوامها 1187 مريضا تم تشخيص إصابتهم بمرض السرطان يعانون من آلام مزمنة، يتلقون الرعاية الخارجية بمعهد ماريا سكوو دوفسكا كوري للأورام في وارسو، واعتمدت استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ الذي قام بإعداده كيف وروزنستيل Keev & Rosensteil، وتوصلت إلى أن المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والعوامل الطبية تؤثر على نوعية استراتيجيات إدارة الألم التي يختارها المرضى، والتي تركزت

عموما في بعدي الصلاة والأمل، كما توصلت إلى أن نوعية الأبعاد التي يعتمدها المرضى لإدارة الآلمهم تتأثر بالمستوى التعليمي ومستوى الدخل واتباع العلاج الإشعاعي، مما يعني أن علماء النفس العيادي يمكنهم بسهولة تحديد مجموعات المرضى الذين يحتاجون إلى الدعم النفسي خاصة فيما يتعلق بزيادة الثقة بالنفس في مكافحة المرض بالاعتماد على هذه النتائج، واقتُرحت الدراسة إجراء المزيد من الدراسات على مرضى السرطان بالاعتماد على استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ، حيث يمكن أن يكون تحديد نوع الاستراتيجية المستخدمة عاملا تنبؤيا لتحديد الآثار المتوقعة للعلاج، كما أن معرفة المتغيرات التي تؤثر على اختيار المرضى لنوع استراتيجية إدارة الألم يمكن أن يسمح بتركيز أنشطة العلاج النفسي على المرضى الذين هم في أمس الحاجة للدعم وتعديل سلوكهم ومواقفهم اتجاه الألم، مما يؤدي إلى تقليل حدوث القلق والاكتئاب وكذا تحسين تشخيص المرض، كما أشارت الدراسة إلى أن تحديد استراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان تؤثر على فعالية العلاج وتطور قابلية الألم (Religioni et al, 2022).

21- دراسة ساين فالينتا وآخرين Sabine Valenta & others، 2022، وهي عبارة عن تجربة سريرية عشوائية لتقييم فعالية التدخل الذاتي لإدارة الألم لدى مرضى السرطان الخارجيين، اعتمدت الدراسة على المقابلات، وشملت 21 مريضا بحالة متقدمة من السرطان و 07 من مقدمي الرعاية الأسرية من ثلاثة مستشفيات جامعية سويسرية، تلقت المجموعة التجريبية تدخلا لمدة ستة أسابيع هدف إلى التعليم وبناء المهارات وكذا تدريب الممرضات، في حين تلقت المجموعة الضابطة الرعاية المعتادة، وتوصلت الدراسة إلى تحسن درجات الألم والمعرفة المتعلقة بالألم ومؤشر إدارة الألم والكفاءة الذاتية وحالة الأداء، واعتبر كل المشاركين في الدراسة الذين تم إجراء مقابلات معهم بأن الحصص التعليمية حول إدارة الألم وجلسات التدخل المصممة خصيصا والدعم الأسبوعي كانت مفيدة، وكانت هذه الدراسة الأولى من نوعها التي اختبرت فعالية التدخل الذاتي لإدارة الألم لدى مرضى السرطان باللغة الألمانية،

وأوصت الدراسة بتوسيع استخدام المذكرات التعليمية فيما يتعلق بإدارة الألم لدى مرضى السرطان الذين يعانون من الآلام، إضافة إلى تكييف التدخلات مع المواقف الفردية للمرضى ومسارات الألم الديناميكية الخاصة بهم، وتدريب الممرضين المختصين مما قد يحسن مهارات ومعارف مقدمي الرعاية للمرضى وأسرههم واستراتيجيات إدارة الألم الذاتية بشكل مناسب في حياتهم اليومية (Valenta et al, 2022).

22- دراسة بخوش سارة، 2022، بعنوان التفاوضية الدفاعية والوظيفية وإدارة الألم لدى بعض مرضى السرطان من ذوي النمط السلوكي C، وهدفت إلى محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاوضية الدفاعية والوظيفية وإدارة الألم لدى عينة شملت 86 مريضا مصابا بالسرطان من ذوي النمط السلوكي C يعاني من ألم متوسط إلى شديد، ويتابع علاجه بمركز مكافحة السرطان -باتنة-، اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي، وكلا من مقياس التصنيف الرقمي للألم، قائمة تقدير الألم فنديريت، مقياس التفاوضية الدفاعية والوظيفية ومقياس النمط السلوكي C، وبعد التأكد من صدق وثبات المقاييس توصلت إلى أن أكثر الاستراتيجيات التي يستعملها مريض السرطان في إدارة الألم المرتبط بالمرض وإجراءات العلاج هي الاستراتيجيات التكيفية الإيجابية، بدلا من غير التكيفية السلبية، وبأن أغلب أفراد العينة يستخدمون التفاوضية الوظيفية أكثر من الدفاعية، كما توصلت إلى أن التفاوضية الوظيفية ترتبط إيجابا باستراتيجيات إدارة الألم التكيفية، وسلبا بالاستراتيجيات غير التكيفية، وترتبط التفاوضية الدفاعية سلبا بالاستراتيجيات التكيفية، وهذه العلاقة تتأثر بمتغير العمر والجنس في حين أن المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومدة المرض لا تؤثر، وبأن للتفاوضية الوظيفية قدرة على التنبؤ بمدى استخدام المريض للاستراتيجيات التكيفية وخفض استخدام الاستراتيجيات غير التكيفية في إدارة الألم المرتبط بالسرطان والنتائج عن المرض وإجراءات التشخيص والعلاج، وخلصت الدراسة إلى تأكيد الدور الهام الذي تلعبه الخصائص النفسية الإيجابية ممثلة في التفاوضية

الوظيفية في الإدارة التكيفية للألم الذي يعاني منه مريض السرطان والمرتبب بالورم وإجراءات التشخيص والعلاج، وبالتالي خفض شدة الألم لديه وتحسين جودة حياته (بخوش، 2022).

التعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت متغير إدارة الألم لدى مرضى السرطان:

ركزت أغلب الدراسات التي تم الاطلاع عليها فيما يتعلق بمتغير إدارة الألم لدى مرضى السرطان، على العوامل التي تؤثر على هذا المتغير، بهدف إيجاد حلول لتحسين إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وللمعوقات التي تحول دون تحقيق ذلك، كدراسة بيك وفالكسون Beck & Falkson، 2001، وهي دراسة اثنوجرافية هدفت إلى تحديد العوامل التي تؤثر على إدارة آلام السرطان في جنوب إفريقيا، ودراسة تامارا بيكر وآخرين Tamara A Baker et al، 2016، التي تناولت تحديد أثر عوامل الضيق النفسي على تجربة إدارة الألم وأعراضه لدى مرضى السرطان، ودراسة منى محمد أحمد قطب، وحمدى محمد ياسين وهبة إسماعيل سري، 2017، التي هدفت للكشف عن درجة إدارة الألم التي تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي، ودراسة فالح باهية وعدوان يوسف، 2021، والتي هدفت للكشف عن أثر الفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان، ودراسة بخوش سارة، 2022، التي هدفت للكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤلية الدفاعية والوظيفية وإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان من ذوي النمط السلوكي C.

كما هدفت دراسات أخرى إلى البحث عن مدى نجاعة أساليب إدارة الألم المختلفة في التخفيف من آلام السرطان، مثل دراسة ربيكا وآخرين Rebecca et al، 2021، والتي تناولت تجارب إدارة الألم بين المرضى المصابين بسرطان المخ بعد إجراء الجراحة، في حين ركزت بعض الدراسات على بناء برامج إدارة ألم، وفحص أثرها على هؤلاء المرضى، وهدف بعضها إلى تحديد مدى فعالية برامج التنقيف والتعليم فيما يتعلق باستراتيجيات إدارة الألم، في تحسينها، مثل دراسة ميلاني لوفال وآخرين Melanie R Lovell et al، 2005، حيث هدفت للكشف عن مدى فعالية تعليم المريض في تحسين إدارة ألم السرطان، ودراسة تسي

ميمي وآخرين Tse Mimi et al، 2012، والتي هدفت للكشف عن فعالية برنامج لإدارة الألم على شدة الألم واستخدام العقاقير والاستراتيجيات غير الدوائية، وكذا العوائق التي تحول دون إدارة الألم لدى مريضات سرطان الثدي، ودراسة لوبينك Leppink IJC، 2013، التي قدمت لمحة عامة عن التراث النظري وتوصيات بشأن تمكين المرضى من إدارة آلام السرطان، ودراسة بوفيدت وآخرين Boveidt N et al، 2014، بعنوان تمكين المريض لإدارة آلام السرطان، ودراسة ميلاني وآخرين Melanie et al، 2014، التي هدفت إلى تحديد مدى فعالية تثقيف المرضى في تحسين إدارة آلام سرطان الثدي، باستخدام طرق الإدارة الذاتية والتدريب وعناصر أخرى لتثقيف المريض، ودراسة موسافي وآخرين Musavi M et al، 2021، والتي هدفت للكشف عن تأثير تثقيف الإدارة الذاتية للألم على شدة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان النقيلي باستخدام مناهج الطب التكميلي، ودراسة فالك باهية، 2021، بعنوان خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، حيث هدفت إلى تصميم خطة علاجية بالاعتماد على النموذج المعرفي لأرون بيك من أجل إدارة الألم لدى مرضى السرطان.

في حين هدف البعض الآخر من الدراسات إلى تحديد دور التدخلات الخارجية في مجال الإدارة الذاتية لآلام السرطان، كدراسة ستايسي أوجبيد وأريسا فيتش Stacy Ogbeide & Arissa Fitch، 2016، التي تناولت تدخلات علماء النفس في مجال إدارة آلام السرطان، وهدفت إلى توفير دليل للقيام بذلك بناء على مراجعة التراث النظري الذي تناول آلام السرطان، ودراسة جيورجيوس ماركوزان وآخرين Georgios Markozannes et al، 2017، التي تناولت استعراضا شاملا للدراسات المتعلقة بفعالية التدخلات النفسية للحد من الألم وإدارته، ودراسة نعمات شعبان علوان، 2019، التي هدفت إلى الكشف عن دور مقدمي الرعاية في إدارة الألم النفسي لدى مرضى السرطان، وهدفت دراسة أورسولا ريليجيوني وآخرين Ursula Religioni et al، 2022، إلى التعرف على استراتيجيات إدارة الألم الشائعة بين مرضى

السرطان من خلال تطبيق نموذج استبيان CSQ، أما دراسة سابين فالينتا وآخرين Sabine Valenta et al، 2022، وهي عبارة عن تجربة سريرية عشوائية، فقد هدفت لتقييم فعالية التدخل الذاتي لإدارة الألم لدى مرضى السرطان الخارجيين.

وقد تنوعت المناهج والأدوات التي تم اعتمادها في هذه الدراسات، تبعا لتنوع المتغيرات التي تناولتها، وللأهداف التي تسعى لتحقيقها، حيث استخدم بعضها مقاييس لتحديد مستويات المتغيرات، كدراسة بانال وكيف Panal & Keefe، 2008، التي اعتمدت كلا من مقياس الكفاءة الذاتية، والألم والإجهاد، ونوعية الحياة، والاكئاب، والقلق، ودراسة بانال وآخرين Panel et al، 2010، التي اعتمدت مقياس شدة الألم، ودراسة منى محمد أحمد قطب، حمدي محمد ياسين وهبة إسماعيل سري، 2017، التي اعتمدت كلا من مقياس تمكين الذات ومقياس إدارة الألم من إعداد الباحثين، ودراسة شو وآخرين Chou et al، 2018، واعتمدت كلا من النسخة المختصرة من مقياس الألم، ومقياس الالتزام ببرامج المسكنات، ومؤشر إدارة الألم، واستبيان البيانات الديمغرافية والأمراض، ودراسة فالح باهية وعدوان يوسف، 2021، التي اعتمدت كلا من مقياس الكفاءة الذاتية العامة لجيروزيليم وشوارتسر (1992) في صيغته المعربة من طرف سامر رضوان، ومقياس درجة الألم والنشاط، ودراسة أورسولا ريليجيوني وآخرين Ursula Religioni et al، 2022، التي قامت بتطبيق استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ الذي قام بإعداده كيف وروزنستيل Keev & Rosensteil على مرضى السرطان، ودراسة بخوش سارة، 2022، التي اعتمدت المنهج الوصفي، وكلا من مقياس التصنيف الرقمي للألم، وقائمة تقدير الألم لفنديل، ومقياس التفاؤلية الدفاعية والوظيفية، ومقياس النمط السلوكي C.

في حين اعتمدت بعض الدراسات الأخرى على المقابلات وعدة طرق أخرى لجمع البيانات، مثل دراسة بيك وفالكسون Beck & Falkson، 2001، التي اعتمدت كلا من تحليل الوثائق، وملاحظة المشاركين في الدراسة، وكذا المقابلات، ودراسة لوبينك Leppink

IJC، 2013، التي استخدمت قواعد البيانات Psycinfo Cinahl، وكل من دراسة بانال وآخرين Panel et al، 2010، ودراسة بوفيدت وآخرين Boveidt N et al، 2014، ودراسة نعمات شعبان علوان، 2019، ودراسة ربيكا وآخرين Rebecca et al، 2021، ودراسة سابين فالينتا وآخرين Sabine Valenta et al، 2022، التي اعتمدت كلها على المقابلات كوسيلة لجمع المعلومات، في حين اعتمدت الدراسات التي هدفت إلى بناء برامج تثقيف المرضى وتدريبهم على الاستراتيجيات الفعالة لإدارة الألم، على برامج مصممة تبعاً لغرض كل دراسة منها، مثل دراسة ميلاني لوفال وآخرين Melanie R Lovell et al، 2005، ودراسة تسي ميمي وآخرين Tse Mimi et al، 2012، ودراسة ميلاني وآخرين Melanie et al، 2014، ودراسة موسافي وآخرين Musavi M et al، 2021، وكذا دراسة فالح باهية، 2021.

كما شمل بعضها مراجعات للمقالات والدراسات المنشورة والوثائق التي تتناول موضوعها، مثل كل من دراسة بيك وفالكسون Beck & Falkson، 2001، ودراسة ستايسي أوجبيد وأريسا فيتش Stacy Ogbeide & Arissa Fitch، 2016، ودراسة جيورجيوس ماركوزان وآخرين Georgios Markozannes et al، 2017، التي تناولت استعراضاً شاملاً للدراسات المتعلقة بفعالية التدخلات النفسية للحد من الألم وإدارته.

وتوصلت إلى نتائج مختلفة، تباينت تبعاً لموضوع الدراسة وأهدافها، حيث توصلت دراسة بيك وفالكسون Beck & Falkson، 2001، إلى أن المعتقدات والممارسات الثقافية تشكل سياقاً هاماً لفهم آلام السرطان وكيفية إدارتها، وإلى وجود اختلافات ثقافية فيما يتعلق بالسرطان كمرض وتوقعات الألم وتحمله وطرق التعبير عنه، وكذا ممارسات الرعاية الصحية، كما توصلت دراسة ميلاني لوفال وآخرين Melanie R Lovell et al، 2005، إلى أن الاستراتيجيات المثلى لإدارة الألم تشمل تلك المتعلقة بالاحتياجات الفردية للمريض، وهي جزء لا يتجزأ من تمكين المريض من إدارة آلامه، وأن تثقيف المريض فعال في الحد من ألم

السرطان، وينبغي أن يكون الأسلوب السائد في جميع الظروف لتحقيق أفضل النتائج، ودراسة تسي ميمي وآخرين Tse Mimi et al، 2012، التي توصلت إلى أنه ينبغي تمكين مريضات السرطان من التعليم حول كيفية إدارة آلام السرطان لاكتساب المعرفة وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول إدارة آلام السرطان، ودراسة لوبينك Leppink IJC، 2013، التي توصلت نتائجها إلى أن التعليم والتدريب على مهارة إدارة الألم قد يحسن من تمكين الذات للمريض، وأبرزت أهمية التدخل التعليمي لإدارة آلام السرطان وتشجيع المرضى للمشاركة النشطة في إدارة الألم، ودراسة بوفيدت وآخرين Boveidt N et al، 2014، التي توصلت إلى اقتراح نموذج مفاهيمي لتمكين المرضى من إدارة آلام السرطان، وأوصت بالتركيز على علاج الألم، وعلى المشاركة النشطة والفعالة من جانب المريض، في حين توصلت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين إدارة الألم وبين بعض المتغيرات، كدراسة بانال وكيف Panal & Keefe، 2008، التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين كل من الفعالية الذاتية والتكيف.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة، التي تناولت متغيرات الدراسة، تبين للباحثة بأن جل هذه الدراسات في حدود اطلاعها، قد تناولت إما أحد هذه المتغيرات منفردا لدى عينة من مرضى السرطان، أو تناولت متغيرين من متغيرات الدراسة الحالية لدى عينة من مرضى السرطان، وذلك في دراسات معدودة فقط، ففيما يتعلق بمتغير مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان، فمثلا نجد بأن دراسة سان وستيوارت Sun, L & Stewart, S، 2000، قد تناولته مقترنا بمتغير المساندة الاجتماعية، في دراسة لها هدفت للكشف عن العلاقة بين هذين المتغيرين، ودراسة ديركس وآخرين Derks et al، 2005، التي هدفت للكشف عن الفروق في استراتيجيات المواجهة ومركز الضبط الصحي، ودراسة ميلاني بيرجر Mélanie Berger، 2009، التي هدفت للكشف عن العلاقة بين إحساس الوحدة، والإجهاد ومصدر الضبط الصحي لدى عينة من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، ودراسة ميدها

تريباثي وآخرين Medha Tripathi et al، 2016، التي تناولت مصدر الضبط الصحي والسلوكيات الصحية لدى عينة من مرضى سرطان الرئة، وغيرها من الدراسات السابقة التي تم إيرادها فيما سبق، حيث تناولت متغير مصدر الضبط الصحي مقترنا بمتغيرات أخرى مختلفة عن متغيرات الدراسة الحالية، فيما عدى دراسات معدودة، وهو نفس ما يمكن أن يقال عن متغير الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، فأغلب الدراسات التي تم الاطلاع عليها، قد تناولت هذا المتغير إما منفردا، وإما مع متغيرات أخرى مختلفة عن متغيرات الدراسة الحالية، ركز أغلبها على علاقة الصلابة النفسية بمتغير المساندة الاجتماعية، فيما عدا دراسة تعولميت شرار وعليوة سمية، 2022، والتي هدفت للكشف عن العلاقة بين كل من متغير الصلابة النفسية ومتغير مصدر الضبط الصحي، حيث جمعت بين متغيرين من متغيرات الدراسة الحالية.

وعموما فالدراسات التي جمعت بين متغيرين من متغيرات الدراسة لدى عينة من مرضى السرطان، قليلة جدا ومعدودة، في حدود إطلاع الباحثة، حيث جمعت دراسة قام بها أراراس وآخرين Arraras et al، 2002، بين متغيري إدارة الألم ومصدر الضبط الصحي، حيث هدفت للكشف عن طرق إدارة الألم من خلال الكشف عن كل من نوع استراتيجيات المواجهة ومركز الضبط الصحي، وعن فعالية هذه الاستراتيجيات في إدارة الألم، وكذا دراسة مرازقة وليدة، 2009، المعنونة بمركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، ودراسة فاضلي أحمد وتازي أمينة، 2018، التي تناولت مصدر ضبط الألم واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الفيبروميالجي، ولم تقم أية دراسة في حدود إطلاع الباحثة، بالجمع بين متغير إدارة الألم لدى مرضى السرطان، ومتغير الصلابة النفسية.

وقد توصلت الباحثة من خلال اطلاعها على الدراسات السابقة، إلى عدم وجود أية دراسة تناولت كل متغيرات الدراسة مجتمعة لدى فئة مرضى السرطان.

مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

من خلال ما سبق الاطلاع عليه ومناقشته من دراسات سابقة، تم التوصل إلى أن متغيرات الدراسة الحالية تحتل أهمية كبيرة، سواء من الناحية النفسية، من خلال مدى تأثيرها على سلوك الأفراد، أم من ناحية الطبيعة الخاصة والحساسية لعينة الدراسة التي تم تناولها ضمن سياقها، فتحسين إدارة آلام مرضى السرطان، يعتبر هدفا إنسانيا بالدرجة الأولى، قبل أن يكون هدفا بحثيا وعلميا، يتم السعي من خلال دراسته إلى تحقيق نتائج، والتوصل إلى مدى تأثيره بمتغيرات نفسية تتم دراستها من خلال تطبيق مقاييس وأساليب إحصائية على المرضى، ومنه فإن الضرورة تبدو ملحة، لإجراء مثل هذه الدراسة التي إضافة إلى كون أنها تبحث عن العلاقة بين أحد أهم المتغيرات النفسية، والمتمثل في متغير الصلابة النفسية، بإدارة الألم لدى مرضى السرطان، بما أنه لم يتم التطرق له في أي من الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها، وكذا التعمق في دراسة علاقة متغير نفسي آخر لا يقل أهمية عنه لدى عينة مرضى السرطان، بما أن الدراسات التي تناولت الجمع بينهما لدى نفس العينة شحيحة جدا، في حدود إطلاع الباحثة، والمتمثل في متغير مصدر الضبط الصحي.

وزيادة على ما للدراسة الحالية وللنتائج التي تم التوصل إليها من خلالها، تم الجمع بين كل من هذين المتغيرين، مصدر الضبط الصحي، والصلابة النفسية، ومحاولة الكشف عن مدى تأثيرهما في متغير إدارة الألم، لدى عينة من مرضى السرطان، زيادة على السعي إلى التعرف على طبيعة كل من المتغيرات، وهو ما يجعل هذه الدراسة أشمل، من كل ما تطرقت له الدراسات السابقة، التي تم الاطلاع عليها، كون أن كلا من متغيراتها يمثل متغيرا نفسيا هاما تمت دراسته، وإثبات أثره على معتقدات الأفراد، وسلوكياتهم، ففوة متغير واحد في التأثير ربما تصل إلى إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وتتضاعف ربما بجمعه مع متغير قوي آخر ذو تأثير مماثل، وبالتالي التوصل إلى تحقيق النتيجة المرجوة، والتوصل إلى نتائج بحثية يمكن الاعتماد عليها بهدف مساعدة مرضى السرطان على التعامل مع أكثر الأعراض التي تورقهم،

والتكيف معه وربما التخفيف من شدته، ومنه فإن الدراسة الحالية قد جاءت كمحاولة لمعالجة القصور الذي لم تتطرق إليه الدراسات السابقة، فيما يتعلق بمرضى السرطان، وبالتالي يميزها عما سبقها من دراسات، ويمنحها قيمة علمية كإضافة بحثية في مجال علم نفس الصحة خصوصا، وعلم النفس عموما.

3- فرضيات الدراسة:

- 1-نتوقع سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان.
- 2-نتوقع انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.
- 3-نتوقع أن تكون استراتيجيتي الصلاة والأمل هي الأكثر استخداما لدى مرضى السرطان في إدارة الآلمهم.
- 4-نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.
- 5-نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان.

4- التحديد الاصطلاحي لمصطلحات الدراسة:

4-1- مصدر الضبط الصحي:

حسب والستون Wallston، 1978، فإن مصدر الضبط الصحي يشير إلى مدى عزو الشخص نتائج الصحة الشخصية إما إلى أفعاله وتصرفاته، وإما إلى قوى الآخرين، أو إلى الصدفة، أو الحظ (عزوز، 2015، ص 62).

4-2- الصلابة النفسية:

تعرف سوزان كوبازا Kobaza 1979 الصلابة النفسية على أنها مجموعة السمات الشخصية التي تشكل مصدرا للمقاومة لدى الفرد اتجاه الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها (محمود، 2007، ص 29).

4-3- إدارة الألم:

يقصد باستراتيجيات إدارة الألم الإجراءات التي يقوم المريض باتخاذها خلال معاناته من الألم، وتعتمد فعاليتها على درجة الألم، ومستوى التوتر الذي يعاني منه، وكذا على الخصائص الفردية التي تميزه، وقد تم التوصل إلى أن مرضى السرطان غالبا ما يعتمدون استراتيجيات معينة كاللجوء إلى الصلاة، والأمل، أو تجاهل الألم، أو تحويل الانتباه (Religioni et al, 2022, p 8).

الفصل الثاني

مصدر الضبط الصحي

تمهيد

- 1- مفهوم مصدر الضبط الصحي
- 2- التأسيس النظري لمصدر الضبط الصحي
- 3- أبعاد مصدر الضبط الصحي
- 4- السمات الشخصية للأفراد في كل من فئتي مصدر الضبط الصحي
- 4-1- السمات الشخصية للأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي
- 4-2- السمات الشخصية للأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي
- 5- مصدر الضبط الصحي والصحة الجسدية (السرطان أنموذجا)

خلاصة

تمهيد:

مصدر الضبط الصحي يعتبر من المفاهيم الهامة التي انبثقت عن نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر J.B.Rotter، وهو من متغيرات الشخصية الهامة، ويتعلق أساساً بمعتقدات الفرد حول العوامل التي تساهم في التحكم في نتائج سلوكه، وتتمثل إما في العوامل الشخصية كالمهارة، والقدرة والكفاءة أو في العوامل الخارجية كالصدفة والحظ وتأثير الأشخاص الآخرين، وهو نفس ما ذهب إليه والستون Wallston وزملاؤه، من أن مصدر الضبط الصحي يعبر عن مدى اعتقاد الفرد بأن ما يتحكم في صحته هو إما عبارة عن عوامل داخلية ذاتية، أو خارجية كالحظ أو الصدفة أو الآخرين من أطباء وعاملين في المجال الصحي.

ويجسد هذا المفهوم فكرة اختلاف اعتقادات الأفراد حول العوامل التي تتحكم في صحتهم، ويعتبر من أحدث المفاهيم التي انتشرت في المجال الصحي على اعتبار أنه يقدم تفسيراً للفروقات بين الأفراد في مصدر الضبط، وعلاقة الوضع الصحي بمصدر الضبط الذي يتبناه الأفراد، وقد توصلت عدة دراسات إلى أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي هم أكثر قدرة على تقبل المرض والتعايش معه وبالتالي تحقيق التكيف.

وهناك عدة ترجمات لهذا المصطلح الإنجليزي Locus of control وما يقابله بالفرنسية Lieu de contrôle، حيث ترجم بالعربية إلى كل من مركز الضبط، مصدر التحكم، وجهة الضبط، ومصدر الضبط، وهو ما تم تبنيه في الدراسة الحالية لأنه الأقرب إلى كل من المصطلحين الإنجليزي والفرنسي حسب رأي الباحثة، ومن خلال الفصل التالي سنتطرق إلى نشأة مفهوم مصدر الضبط الصحي، وتعريفه، وتأصيله النظري، وأبعاده، وسمات الأفراد المنتمين لكل فئة من فئتيه، وكذا تأثير هذا المفهوم على مرضى السرطان.

1- مفهوم مصدر الضبط الصحي:

من خلال ما سبق يتضح بأن نشأة مفهوم مصدر الضبط الصحي تعود إلى جوليان روتر Rotter في مجال التعلم الاجتماعي، ليتم بعد ذلك تطويره من قبل كل من فاريز وجيمس Phares & Gemes في دراساتها للشخصية، حيث أصبح يعتبر مصدر الضبط الصحي من المتغيرات الأساسية للشخصية، التي تعبر عن إدراك الفرد لكيفية التحكم في الأحداث والمواقف التي يمر بها.

وجاء في تعريف روتر Rotter، 1966 لمصدر الضبط الصحي، بأنه يعبر عن مدى إدراك الفرد لكون أن المكافأة أو الدعم اللذين يتحصل عليهما محكومين ومضبوطين بقوى خارجية، ربما تكون مستقلة عن سلوكه، فمركز الضبط هو إدراك الفرد لمدى وجود علاقة سببية بين السلوك وما يتلوه من مكافأة وتدعيم، كما عرفه على أنه ما يعزى إليه السبب وراء القيام بسلوك ما، فالأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يعتقدون بأن المكافآت والتدعيمات الإيجابية أو السلبية التي تحدث للفرد ترتبط بعوامل داخلية تتعلق بشخصية الفرد كالذكاء والمهارة والسمات الشخصية المميزة له، في حين يعتقد الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي بأنها ترتبط بعوامل خارجية غير شخصية مثل الفرص والصدف وتأثيرات الآخرين، ويرون بأنها عوامل هامة تلعب دورا كبيرا في التأثير على مسار حياتهم (أحمان، 2012، ص 129).

ووفقا لذلك فقد قسم روتر Rotter الأفراد إلى فئتين:

- فئة ذات مصدر ضبط داخلي (مصدر التحكم داخلي)، وهذه الفئة تدرك أن التدعيمات المرتبطة بأفعالهم هي نتاج لعوامل شخصية داخلية،
- وفئة ذات مصدر ضبط خارجي (مصدر التحكم خارجي)، وهي الفئة التي تدرك بأن التدعيمات المرتبطة بأفعالها هي نتاج لعوامل خارجة عن شخصهم (يخلف، 2001، ص 90-91).

وكما قدم روتر Rotter في نظريته الخاصة بالتعلم الاجتماعي مفاهيم أساسية، حيث انبثق منها كل من مفهوم مصدر الضبط الداخلي والخارجي، تمثلت في: الطاقة السلوكية، التوقع، قيمة التعزيز، والموقف النفسي (السيكولوجي) الذي يتضمن أغلب السلوكيات النفسية المتعلمة، كالحاجة إلى الاعتراف والمكانة، والحاجة إلى السيطرة، والحاجة إلى الاستقلال... (قارة، 2015، ص 16-17).

هذا وقد لفتت أهمية مصدر الضبط الصحي ودوره في تبني السلوكيات الصحية التي تؤدي للحفاظ على الصحة انتباه العديد من العلماء والباحثين، مما دفعهم إلى تناوله بالبحث والدراسة، وهو ما توضحه تعاريف العديد منهم لمصدر الضبط الصحي؛

وعرفه ووريل وستيل Worill & Still Well، 1981 على أنه يصف توقع الفرد العام حول ما يربط بين ما يبذله من جهود وما يمتلكه من مهارات، وبين ما يحققه من نجاح وتفوق في تحقيق أهدافه، ففي حين يعزو الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي ذلك إلى مهاراتهم الخاصة وما بذلوه من مجهودات في حالة النجاح، أو إلى إهمالهم في حالة الفشل، يميل الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي إلى عزو نجاحهم أو فشلهم إلى عوامل خارجية كالحظ سواء الجيد أو السيء، أو إلى دور الآخرين في إنجاح ذلك أو عرقلته.

في حين يرى موريس Mouris، 1982، بأن مصدر الضبط الصحي يتعلق بمدى تأثير التعزيزات في كل من التوقع والسلوك، ففي حين يميل ذوي مصدر الضبط الداخلي إلى النظر على أنهم متحكمون في زمام أقدارهم، وبأنهم أصل ما يتحصلون عليه من تعزيزات ومكافآت، ويبحثون عن وسائل لتحسين مهاراتهم وكفاءاتهم بدل انتظار الفرص والحظ، يميل ذوي مصدر الضبط الخارجي إلى التأكيد على دور الصدفة والحظ، ويهتمون بقراءة الحظ ومتابعة الأبراج، والحصول على التعويذات الجالبة للحظ الجيد، كما يرون بأن المكافآت والترقيات التي يمكن أن يتحصلوا عليها هي نتيجة للظروف الجيدة التي يصادفونها لا غير (معمرية، 2009، ص 10-11).

أما ليفكورت Lefcourt، 1984، فقد اعتبره بعداً من أبعاد الشخصية يؤثر في السلوك، كما اعتبر بأن اعتقاد الفرد في قدرته على التحكم والسيطرة على مجرى أموره يسمح له بالاستمرار بدون ضغوط، ويمكنه من التوافق مع بيئته بطريقة تكيفية جيدة.

وحسب رودان Rodin، 1986، فإن إدراك الفرد لقدرته الذاتية على التحكم في موقف معين يمكنه من اتخاذ القرار الصحيح اتجاهه، وكذا من مواجهته بطريقة فعالة.

وعرفه صفوت فرج، 1986 على أنه من المتغيرات الأساسية في الشخصية، والتي تتعلق بتفكير الفرد، وتمييزه لأي من العوامل هو الأقوى والأكثر تحكما في النتائج المهمة في حياته، سواء أكانت عوامل ذاتية من مهارات وقدرات وكفاءات، أم عوامل خارجية كالصدفة وقدرات الآخرين على التأثير عليه.

وحسب رجاء خطيب، 1990، فإن مصدر الضبط الصحي يعبر عن مدى إدراك الفرد لمسؤوليته عن النتائج والأحداث التي تقابله، سواء باعتبارها مسؤولية داخلية يأخذها الفرد على عاتقه، ويتحمل نتائجها سواء بالنجاح أو بالفشل، ويرجعها إلى جهوده وقدراته الخاصة، أو باعتبارها مسؤولية خارجة عن نطاق قدراته وإمكانياته (بن زاهي وبن الزين، 2012، ص 25).

ويرى معتز سيد عبد الله، ومحمود السيد عبد الرحمان، 1994، بأن مفهوم مصدر الضبط يستخدم لوصف ما يراه الفرد من قدرته على التحكم فيما يحصل له ويؤثر به من أحداث، وهو ما يقسم الأفراد إلى فئتين، فئة التحكم الداخلي، وفئة التحكم الخارجي.

أما هدية فؤاد، 1994، فتري بأن إدراك الفرد لوجود علاقة سببية بين الفعل والنتيجة، واعتباره للدور الكبير لمهارته في تعلم الأساليب السلوكية المختلفة للتعامل مع أي موقف، ينشئ لديه اعتقاداً في الضبط الداخلي، في حين أن الشخص الذي لا يدرك وجود هذه

العلاقة السببية، حيث يعتبر بأن للصدفة والقدر دور كبير في تعلمه هذه الأساليب السلوكية المختلفة يكون ذا مصدر ضبط خارجي.

ويرى محمد محمود نجيب، 2002، بأن مفهوم وجهة الضبط يشمل فئتين من الأفراد، فعندما يدرك الفرد بأن التدعيم الذي يلي أفعاله وتصرفاته الشخصية مستقل وغير متسق دائما معها، وإنما هو نتيجة للصدفة والحظ، فإنه ذو مصدر ضبط خارجي، أما إذا كان يدرك بأن هذه الأحداث تقع له بصورة متسقة ومرتبطة مع سلوكه الشخصي، فإنه يكون ذا اعتقاد في مصدر الضبط الخارجي (أحمان، 2012، ص 131).

وعرفته لينش شيرلي Lynch Shirley، 2002، على أنه يشير إلى توقعات الفرد العامة حول الأحداث الخارجية، أي بمعنى آخر أنه عبارة عن الإجابة عن تساؤل ما أو من المسؤول عما يحدث للشخص؟ (عليوة، 2015، ص 50).

وعموما ومن خلال كل ما سبق فإنه يمكننا القول بأن مصدر الضبط الصحي هو عبارة عما يمتلكه الفرد من اعتقادات حول صحته، سواء بالسلب أو بالإيجاب، وحول ما يراه من مدى قدرته على التحكم في صحته، فإذا كان الفرد يرى بأن لديه القدرة والإمكانية على التأثير في صحته من خلال ما يتبناه من سلوكيات واعتقادات، وما يتبعه من أنظمة، فإنه يكون ذا مصدر ضبط صحي داخلي، أما إذا كان يعتقد بأنه غير قادر على التأثير في حالته الصحية سواء بالسلب أو بالإيجاب، وبأن ما يحصل له إنما هو نتيجة للصدفة أو للحظ أو لما يقدمه له الآخرون كالأطباء والعائلة وغيرهم من ذوي النفوذ والأشخاص القادرين على التدخل والتأثير في حالته الصحية، فإنه يكون هنا ذا مصدر ضبط صحي خارجي.

2- التأسيس النظري لمصدر الضبط الصحي:

تناولت عدة نظريات مدى تمكن الفرد وقدرته على ضبط بيئته من خلال التفاعل مع الأحداث والمواقف، وذلك من خلال عدة مفاهيم وتحت عدة عناوين أهمها نظرية التعلم الاجتماعي لروتر Rotter التي قام بصياغتها سنة 1954، ونظرية العزو السببي لهيدر Heider سنة 1958، لتليها عدة مفاهيم وعناوين تناول فيها عدة باحثين بالدراسة مصدر الضبط الصحي كل من منظوره، وهي متسلسلة تاريخيا فيما يلي، بهدف تعميق فهم المفهوم وتوضيح تأصيله النظري.

2-1- نظرية التعلم الاجتماعي:

يعد مفهوم مصدر الضبط الصحي من المفاهيم ذات القاعدة النظرية متعددة الاتجاهات، كون أنه مستمد من نظرية التعلم الاجتماعي التي صاغها روتر Rotter سنة 1954، والتي كانت هي الأخرى وليدة أكبر نظريتين من نظريات علم النفس، هما النظرية المعرفية، والنظرية السلوكية، حيث حاول روتر Rotter من خلال نظرية التعلم الاجتماعي تحقيق تكامل بين اتجاهي علم النفس المعاصر المتمثلين في كل من اتجاه نظريات التدعيم ونظريات المثير والاستجابة من جهة، واتجاه النظريات المعرفية أو نظريات المجال من جهة أخرى، مستفيدة بذلك في تفسير السلوك الإنساني المعقد من الاختبارات التجريبية السابقة (عليوة، 2015، ص 51).

وقد ساعدت نظرية روتر Rotter هذه الباحثين على تقديم تفسيرات للأسباب الكامنة خلف السلوك الإنساني، حيث فسرت نظرية التعلم الاجتماعي السلوك على أنه عبارة عن نتيجة تفاعل بين كل من التعزيزات والتوقعات، فما يدفع الأفراد إلى تبني سلوك معين هو أنهم يتوقعون من ورائه تحقيق هدف أو نتيجة ذات قيمة ما، ووجود نظرية كهذه من شأنه تطوير العلاج السلوكي من خلال صياغة تقنيات سلوكية جديدة، وكذا الدمج بين الإجراءات

العلاجية السابقة المأخوذة من الاتجاه السيكو دينامي والتوجهات السلوكية المعرفية الجديدة (تيموثي، 2007، ص 644-645).

كما أن روتر Rotter قد مزج بين أفكاره وأفكار نظريات أخرى، حيث استمد فكرة المخططات المعرفية من إدوارد تشاس تولمان Edward Tchas Tolman، في حين استمد فكرة التعزيزات من هال Hall، كما أخذ فكرة السياقات الاجتماعية عن أدلر Adler (لوارانس، 2010، ص 187-188).

ويشير أبو ناهية إلى كون أن نظرية التعلم الاجتماعي تهتم أساسا بالبحث في السلوك الإنساني المعقد في المواقف الاجتماعية المختلفة، فهي لا تكتفي بمجرد تقديم تفسير دقيق للأساليب التي يتم من خلالها اكتساب أنماط معينة من السلوك، وإنما هي نظرية كلية تهدف للتعقب بالسلوك الذي يمكن أن يحدث في موقف معين، حيث تؤكد على أداء الإنسان في المواقف الاجتماعية المختلفة، وهو ما أدى بها لأن تكون بعيدة عن دراسة السلوك الحيواني أو الدراسات الفيزيولوجية العملية، لتشكل بذلك أشمل نظريات السلوك الإنساني، وتقدم إطارا للتعامل مع السلوك الظاهري والمعرفي والشخصية الإنسانية إضافة إلى العديد من المتغيرات (المحمدي، 2004، ص 25).

هذا ويشير باريس Pares إلى أن المسلمات الذاتية لدى الأفراد تمثل المنطلقات الأساسية لنظرية التعلم، فالدراسات الشخصية هي عبارة عن التفاعل بين الفرد وبيئته، حيث تتطلب دراسة السلوك التركيز على كل من المحددات الشخصية والبيئية معا، فالسمات والعادات والحاجات لا تكفي وحدها لذلك، فاستجابات الأفراد للبيئة ذاتية، حسب خبراتهم وسلوكياتهم المتعلمة، لذلك فإن الخصائص الموضوعية للمثيرات ليست كافية وحدها، بل يجب التركيز على تفسير الفرد لها، فمن المسلمات الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي أن الأفراد لا يستجيبون مع المثيرات البيئية بصورة واحدة، حيث تختلف تفاعلاتهم معها باختلاف معنى وأهمية المثيرات لديهم، وبذلك فإن قيمة التعزيزات لا تعتمد كلية على نوع

المثير الخارجي المعزز وما يحيط به من خصائص، وإنما على معناه ودلالاته المدركة، والتعزيزات التي يحصل عليها الفرد تدعم تقدمه نحو أهدافه المشبعة لدوافعه (بركات، 2009، ص 4).

وقد حدد روتر Rotter أربعة مفاهيم في نظريته انبثق منها مفهوم مركز الضبط الصحي تمثلت في:

أ- السلوك أو السلوك الكامن أو الطاقة السلوكية **Behavior Potential**: ويقصد به إمكانية حدوث سلوك معين في موقف ما بهدف الحصول على التعزيز والتدعيم، وبالتالي فهو مفهوم نسبي يشير إلى مدى احتمالية استجابة الفرد من خلال القيام بسلوك معين بطريقة معينة مقارنة بالأنماط السلوكية البديلة المتاحة له (عليوة، 2015، ص 53).

ب- التوقع **Expectancy**: وعرفه روتر Rotter بأنه الاحتمالية التي يرى الفرد بأن التدعيم والتعزيز سيحدث كنتيجة للسلوك الذي سيقوم به في موقف ما (الحربي، 2006، ص 40).

ويقوم التوقع على الخبرات السابقة للفرد، وكثيرا ما يصفه الباحثون على أنه مفهوم ذاتي كالباحث ليفين Levin 1951، في حين ركز برونزفيك Brunsvick 1951 على كونه مفهوما موضوعيا، في حين نجد بأن نظرية التعلم الاجتماعي تعرف التوقع على أنه احتمال ذاتي مع الاحتفاظ بالقدرة على الوصول إلى القياس الموضوعي، حيث أن للتوقع محددتين يتمثلان أولا في كون أن الاحتمالية القائمة على تاريخ الفرد المعني في مجال التعزيز، والتي تشمل عوامل النمذجة والحدثة وإدراك هذا الفرد لطبيعة العلاقة السببية بين السلوك وما يحصل عليه من ورائه من تعزيز، في حين يتمثل المحدد الثاني في تعميم التوقعات من خلال سلاسل السلوك والتدعيمات ذات العلاقة بها (جبالي، 2007، ص 47).

ج- **قيمة التعزيز Reinforcement Value**: ويقصد بها مدى رغبة الفرد في حدوث تدعيم معين، في حال ما إذا كانت إمكانية حدوثه متساوية مع احتمالية حدوث باقي البدائل التدعيمية أو التعزيزية (بن الزين، 2005، ص 77).

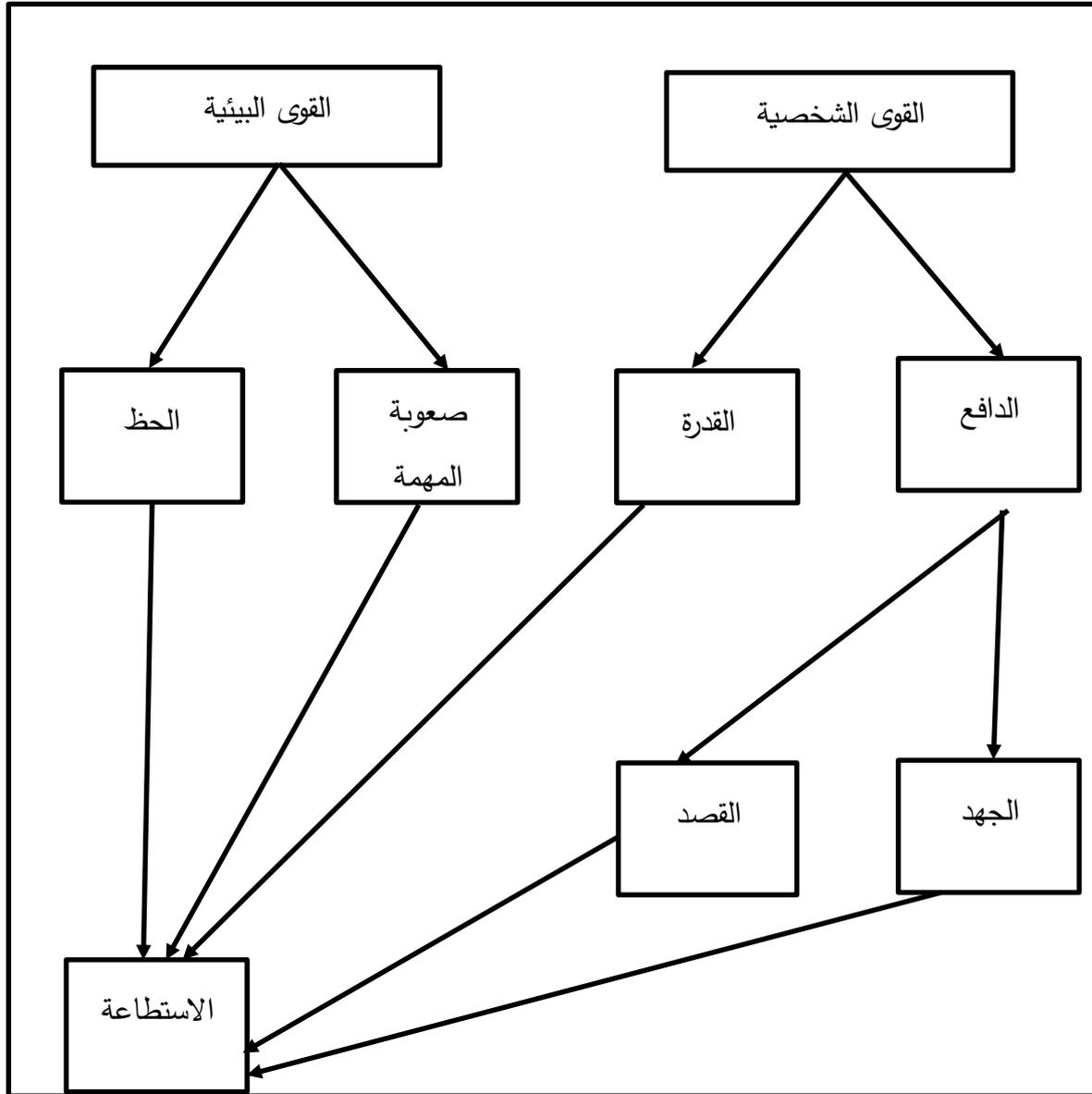
وقيمة التعزيز مثل التوقعات مرتبطة بمعززات مختلفة مبنية على الخبرات الماضية للفرد، وخارج هذه الروابط تتشكل التوقعات المستقبلية، بمعنى أن هناك علاقة بين قيمة التعزيز وبين النتيجة المتوقعة (بركات، 2009).

د- **الموقف النفسي Psychological Situation**: ويعرفه روتر Rotter بأنه الطريقة التي يرى من خلالها الفرد الموقف، أي تفسيره النفسي له، ويمثل البيئة الداخلية للفرد التي تحفزه على بناء خبراته وتجاربه، بهدف تحقيق أعلى مستوى من التعزيز ضمن أنسب الظروف، حيث أن السلوك الإنساني لا يأتي من الفراغ، فالخبرات والنتائج السابقة تلعب دوراً هاماً في حدوثه، بشكل يتسق مع خصوصيتها وتفردتها (مرازقة، 2009، ص 42).

2-2- نظرية العزو السببي:

وقد تناولها هيدر Heider من خلال كتابه المعنون بـ"سيكولوجية العلاقات المتبادلة" سنة 1958، حيث اهتم بتقديم تحليل وصفي فينومينولوجي للخصائص العامة للأفراد خلال عمليات التفاعل الاجتماعي، بهدف الوصول إلى السببية السلوكية، فلكل فرد حسب سمات واتجاهات وكذا استعدادات وقدرات متميزة عن غيره، مما يدفع بقوتين للتحكم في السلوك الإنساني تتمثلان في كل من القوى البيئية من جهة، والقوى الشخصية من جهة أخرى، والعلاقة بين كل منهما جمعية أو إضافية، ففوق إحداهما تدفع إلى حدوث السلوك حتى ولو كانت القوى الأخرى مختزلة للصفر، وحسب هيدر Heider فإن التأثير القوي للقوى البيئية يظهر نوعين من الأفراد من حيث اختلاف استجاباتهم للضغوط، ففي حين يبدي بعضهم الميل لرفض الضغوط ومقاومتها، وإظهار الإصرار والعناد في مواجهتها، يبدي البعض

الأخر منهم عكس ذلك، حيث يظهرون الاستسلام والرضا والقبول بالواقع (معمرية، 2009، ص 33).



شكل رقم 1 يوضح مخطط العزو وتحليل هيدر Heider للفعل أو الحدث السلوكي

(بوالليف، 2010، ص 71)

من خلال الشكل (1) يظهر بأن القوى الشخصية لا يمكن أن تؤثر في السلوك إلا إذا توفر لدى الفرد الدافع والقدرة، وغياهما يختزلها إلى الصفر، وينقسم الدافع إلى كل من الجهد الذي يشير إلى مدى محاولة الفرد القيام بالسلوك، والقصد الذي يشير إلى ما يهدف

الفرد لفعله، في حين يشير مفهوم الاستطاعة إلى العلاقة بين كل من القدرة من جهة والقوى البيئية من جهة أخرى، حيث يمكن للفرد القيام بالسلوك إذا حاول ذلك، وهنا يكون سبب قيامه به شخصياً، وإلا فإن تأثير القوى البيئية الخارجية سيكون أكبر، ويكون بذلك سبب القيام بالسلوك غير شخصي، ومنه فإنه يمكننا القول بأن تأثير السببية الشخصية حسب هيدر Heider يظهر في المواقف التي يكون فيها سلوك الفرد عبارة عن نتيجة لكل من القصد والجهد، أي أن السلوك الذي قام به الفرد قد كان قاصداً له، وحدث بتأثير جهده الخاص وصفاته الشخصية، كما يشمل اعتقاد الفرد بوجود علاقة بين فعله السلوكي وبين شعوره بالمسؤولية الشخصية عما يحدث، وهو ما يسمى بالعزو السببي الشخصي، في حين تشير السببية غير الشخصية إلى تلك المواقف التي لا يقصد فيها الفرد القيام بسلوك معين، وإنما يحدث هذا الأخير بشكل خارج عن إرادته، أي بسبب قوى خارجية في البيئة، ليس للفرد أي قصد فيها، وبذلك فإنه يعتقد بعدم وجود علاقة بين سلوكه وبين ما يحدث من استجابات بيئية، وهو ما يسمى بالعزو السببي غير الشخصي (بوالليف، 2010، ص 71).

وتبرز علاقة مفهوم مصدر الضبط لدى روتر Rotter بمفهومه في نظرية العزو السببي لهيدر Heider، حيث تشير السببية الشخصية إلى الفعل السلوكي الذي يكون للفرد قصد واعتقاد بعلاقة ما ينتج عنه من استجابات بيئية بمجهوده الشخصي، وهو ما يعبر عنه بالضبط الداخلي، وبالتالي فإنه يمكن القول بأن العزو السببي الشخصي ما هو إلا صورة أخرى لمصدر الضبط الداخلي، في حين تشير السببية غير الشخصية إلى السلوك الذي يحدث بفعل تأثير قوى بيئية خارجية، وتشمل اعتقاد الفرد بعدم وجود علاقة بين فعله السلوكي وبين الاستجابات البيئية التي حصلت كنتيجة له، ويشير الضبط الخارجي إلى اعتقاد الفرد في سيطرة القوى الخارجية في البيئة على ما يحصل له من أحداث، وأنها غير مرتبطة بسلوكه الشخصي، ومنه فإنه يمكن القول أيضاً بأن العزو السببي غير الشخصي

هو مظهر آخر من مظاهر الاعتقاد بمصدر الضبط الخارجي، حيث يعتقد الفرد بعدم وجود علاقة بين سلوكه ونتائجه (بن الزين، 2005، ص 63).

2-3- دافع الكفاءة والجدارة:

وقد انبثقت هذه النظرية عن فكرة وايت White R W 1959، حيث يرى بأن جميع الأفراد يولدون مزودين بدافع أولي للسيطرة على البيئة، وهو ما أطلق عليه بدافع الكفاءة، فحسب رأيه فإن افتراض هذا الدافع يساعد على تفسير أنماط عديدة من السلوك الإنساني، ودافع الكفاءة حسب وايت White R W يشير إلى حاجة الأفراد إلى التعامل بفعالية وكفاءة مع البيئة دون التفريق بين البيئة المادية والبيئة الاجتماعية، وهو ما يتطلب منا استطلاع واستكشاف البيئة من حولنا، لأنه من غير الممكن لنا أن نتعامل مع البيئة بكفاءة إلا إذا كنا على معرفة بها، فالنشاطات الاستطلاعية والاستكشافية هي نشاطات معرفية وتكيفية بالدرجة الأولى تهدف إلى تحقيق الكفاءة، وهو ما عبر عنه وايت White بقوله بأن "الكفاءة والجدارة تعني الملاحظات المستمرة والصعبة للأحداث في البيئة من قبل بعض الأفراد، والتي تجعلهم يشعرون بالرضا عن الذات، أكثر من أولئك الذين يميلون إلى ممارسة حياتهم بأكبر قدر من البساطة" (بوالليف، 2010، ص 77).

ويرى وايت White أن الانسان خلال مسعاه لتحقيق الكفاءة والسيطرة على بيئته يمر بمرحلتين تتمثلان في مرحلة دافعية التأثير، ومرحلة دافع الكفاءة:

أ- **مرحلة دافعية التأثير:** وفيها يتحرك الفرد للبحث والممارسة التي تهدف للتأثير على البيئة، فالطفل الذي يقضي معظم يومه باللعب يعبر عن رغبته في التحكم بالبيئة من حوله، وكلما كبر هذا الطفل زادت رغبته ومحاولته للتأثير ببيئته، مما ينمي لديه خبرة أو معرفة من خلال تفاعله المستمر، فالمجتمع يطالبه بأداء واجباته وتحقيق أهدافه منفردا، لذلك يجد الفرد نفسه مطالباً بأن يكون جديراً وكفؤاً لتحقيق ذلك، والتحول من دافعية التأثير إلى دافعية

الكفاءة أي من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية هو عملية وظيفية، لأن الفرد يصبح فعالاً في تفاعله مع البيئة.

ب- **مرحلة دافع الكفاءة:** فالطفل الذي يشعر بأنه ذو كفاءة عالية في تفاعله مع البيئة من خلال اللعب، والمهندس الذي يساهم بإضافة جديد في ميدان عمله يشعران بالسرور والتفوق والنجاح، ويقودهم دافع الكفاءة، بحيث يستخدمون قدراتهم للوصول إلى ذلك التفوق والنجاح، ويحصلون على التعزيزات المناسبة كالرضا عن الذات، وبذلك تتضح العلاقة بين السعي وملاحقة أحداث بيئية باستمرار لمحاولة السيطرة عليها سعياً لتحقيق الذات والشعور بالرضا، وقد أثبتت عدة دراسات كدراسة روتر 1966 Rotter ولاو 1970 Law وجود علاقة بين مصدر الضبط الداخلي والقدرة من التمكن والسيطرة على البيئة والعمل على تحسين الظروف بها (مدور، 2005، ص 30).

2-4- الاغتراب:

حيث ربط سيمان 1959 Seeman. M بين مفهوم الاغتراب الذي يشير به إلى انعدام السيطرة والضعف، وبين توقعات الضبط معتمداً على مفاهيم نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر J. Rotter كقيمة التعزيز والتوقع، فالفرد الذي يعاني من الاغتراب ليست لديه القدرة على السيطرة أو التحكم في مصيره، ليجد نفسه بمثابة ترس صغير في آلة كبيرة، فعندما يتصرف في موقف ما فإن تصرفه يتم تحت رحمة عوامل إما قوية جداً أو غامضة تماماً بحيث يصعب السيطرة عليها (بوالليف، 2010، ص 77).

ويرى سيمان Seeman بأن انعدام السيطرة أو الضعف يتم إدراكه كتوقع أو مجرد احتمال لدى الفرد بأن سلوكه غير قادر على تقرير حدوث النتائج والتعزيزات التي يسعى إليها، وقد حلل سيمان Seeman. M مفهوم الاغتراب إلى خمسة أبعاد تتمثل في كل من العزلة الاجتماعية، العجز، اللامعنى، اللامعيارية، واغتراب الذات، وأكد أن العامل الأساسي

الذي يكمن خلف الاغتراب هو الشعور بعدم القدرة على التحكم في نتائج كل من سلوكه والأحداث المحيطة به، كما أنه يكمن حسبه في عدم القدرة على تحديد مسار الأحداث، وتحديد النتائج التي تنشأ نتيجة لها، فعندما يكون الفرد عاجزا عن ضبط نتائج سلوكه فإنه يرجع الصعوبات التي يواجهها لمصادر غامضة وخفية ومجهولة.

إن استخدام سيمان Seeman. M لمفاهيم العجز وانعدام السيطرة كتوقعات يشير إلى أن مفهوم الاغتراب مرتبط ارتباطا وثيقا بمفهوم مصدر الضبط الداخلي مقابل مصدر الضبط الخارجي، ورغم أن كلا من مصدر الضبط والاعتراب لا يستخدمان عادة لفهم نفس الأشياء إلا أنهما مرتبطين جوهريا، حيث يستخدم مفهوم توقعات الضبط على أن له علاقة بإحساس الفرد بقدرته على التأثير بالأحداث، فارتباط كل من مفهوم مصدر الضبط والاعتراب بالنظام الاعتقادي للفرد، حيث يعني الضبط الخارجي اعتقاد الفرد بأن القوى الخارجية هي المسؤولة عن تقرير التعزيز أو تحقيق الأهداف، وبأن الاغتراب هو ارجاع الصعوبات التي تعترض الفرد إلى مصادر غيبية مجهولة، وتوقع الفرد بأن سلوكه الشخصي لن يؤدي إلى حصوله على المكافأة أو التعزيز هو ما يطلق عليه سيمان Seeman. M بانعدام السلطة أو الضعف، وهو ما يسميه روتر مصدر الضبط الخارجي، وقد دعمت بعض البحوث العلاقة بين مصدر الضبط والاعتراب، حيث توصلت إلى أن الأفراد الذين يمتلكون اعتقادا في مصدر الضبط الداخلي كانوا أقل اغترابا عن عملهم مقارنة بالأفراد الذين يمتلكون اعتقادا بمصدر الضبط الخارجي، حيث تبين بأن الاغتراب هو أحد الخصائص التي يتميز بها ذوو الاعتقاد في مصدر الضبط الخارجي (معمرية، 2009، ص 37).

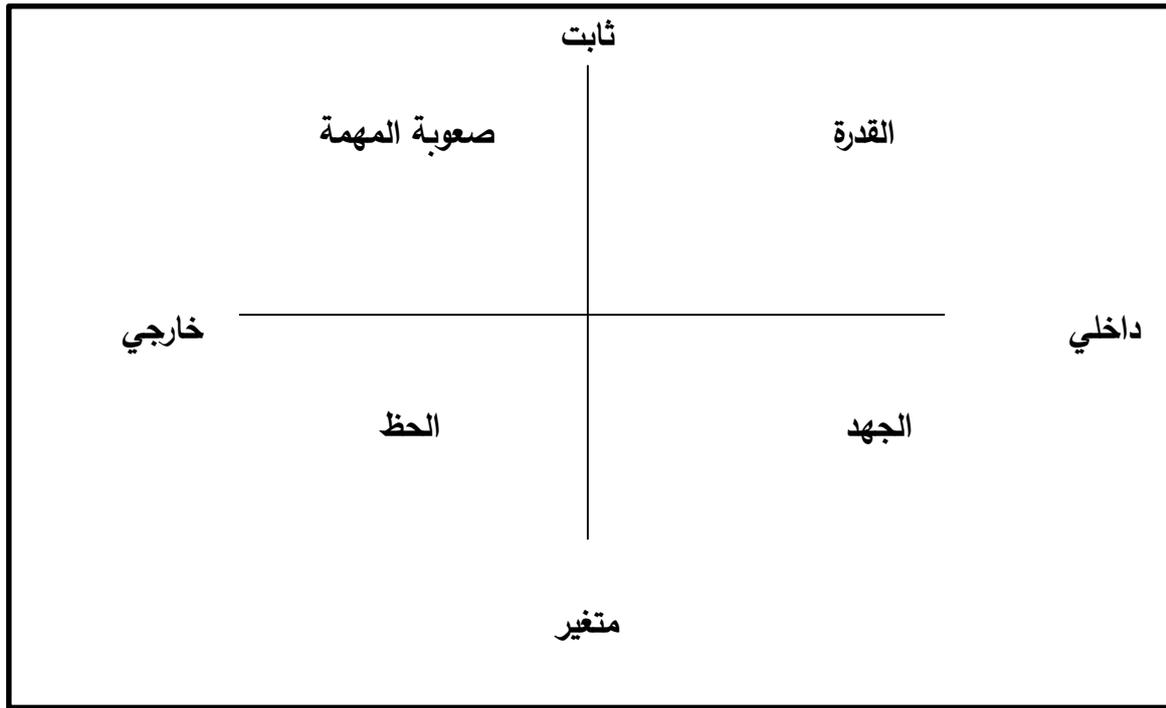
2-5- نظرية العزو:

افترض وينر Weiner. B 1974 بأن الفرد يعزو نجاحه أو فشله لأسباب داخلية أو خارجية متأثرا في صياغة نظريته بأفكار كل من هيدر Heider 1958 و روتر Rotter

1954، وقد أوضح بأن العناصر السببية للفعل السلوكي تتمثل في كل من: القدرة، الجهد، صعوبة المهمة، الحظ، وقد قام بصياغة هذه العناصر ضمن المعادلة التالية:

$$\text{الناتج السلوكي} = \text{د (القدرة + الجهد + صعوبة المهمة + الحظ)}$$

وكتوضيح منه لعمل هذه المعادلة قرر أن الناتج السلوكي من نجاح أو فشل له محددات ترتبط بإنجاز الفرد تتمثل في تقدير الفرد لإمكانياته أو مستوى قدراته، كمية الجهد المبذول، درجة صعوبة المهمة، واتجاه الحظ، ذلك أنه من المفترض أن الناتج السلوكي للفرد يعزى للمصادر السببية الأربعة السابق ذكرها، أي أن التوقعات المستقبلية من نجاح أو فشل تبني على أساس مستوى القدرة المفترض وصعوبة المهمة المدركة، وكذا تقدير حجم الجهد المبذول والحظ المتوقع، وبمحاولة الربط بين وجهتي نظر كل من هيدر Heider 1958 و روتر Rotter 1954 حول التفسير السببي للناتج السلوكي للفرد فإن القدرة والجهد يصفان خصائص الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي الذين يعززون نجاحهم أو فشلهم إلى قدراتهم وجهودهم، وبذلك فإن أسباب السلوك خاضعة للمسؤولية الشخصية للفرد، أما عزو نتيجة السلوك من نجاح أو فشل إلى صعوبة المهمة أو إلى الحظ فهو من خصائص الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي، وبالتالي تكون أسباب السلوك خارجة عن المسؤولية الشخصية للفرد، ومن أجل توضيح خصائص المتغيرات الأربعة لنظرية وينر Weiner فإنه قام بربطها بمفهوم مصدر الضبط لروتر Rotter، حيث أشار إلى أن لكل من القدرة وصعوبة المهمة خواص ثابتة، في حين أن كلا من الحظ والجهد نسبيين، وبذلك أمكن دمج العناصر الأربعة لنظرية وينر Weiner مع مفهوم مصدر الضبط، وتصنيفهما في بعدين أساسيين يتمثلان في كل من بعد الاستقرار ومصدر الضبط، وهو ما يوضحه الشكل التالي (بوالليف، 2010، ص 75):



شكل رقم 2 يوضح العلاقة بين بعدي الاستقرار ومصدر الضبط وتفسيرهما لسببية السلوك

(بوالليف، 2010، ص 76)

ومنه فإنه يمكن القول بأنه عندما يكون الفرد ذا مصدر ضبط داخلي فإنه يعزو أسباب سلوكه إلى قدرته وجهده، في كل من حالتي النجاح والفشل، أما إذا كان ذا مصدر ضبط خارجي فإنه يعزو أسباب سلوكه إلى صعوبة المهمة أو إلى الحظ.

2-6- العجز المتعلم:

توصل مارتن سليجمان M. Seligman 1975 رائد نظرية التعلم الاجتماعي من خلال أبحاثه إلى أن بعض الأفراد عند مواجهتهم للأحداث الصعبة الخارجة عن سيطرتهم أو ضبطهم يستجيبون بممارسة العجز، ويبدو سلوكهم غير متناسب مع الأحداث الواقعة لهم، حيث يستجيبون لها بسلبية متقبلين التهديدات النفسية والعقاب، ويشعرون بعدم القدرة على فعل أي شيء، فيظهرون الاستسلام والتخلي عن أهدافهم، بدل القيام بسلوك قد

يساعدهم على استعادة السيطرة على الأحداث الواقعة في بيئتهم، فهم يتميزون بالسلبية، وبعضهم يعتبر أن حياته قد انتهت، وعند محاولة إقناعه بأن لديه من المهارات العالية ما يحتاجه الجميع فإنه غالباً ما يقابل ذلك بالمقاومة والأعدار والتبريرات التي تعكس إحساسهم العميق بالعجز، فالعجز هو استجابة لموقف مؤلم سبقت مواجهته على نحو لم يمكن السيطرة عليه بحيث يتوافق مع تعلم الهروب والتجنب، فالفرد العاجز يعتقد بأن استجاباته ليس لديها أي تأثير على إنهاء الأحداث المؤلمة، لأنه قام بتطوير توقعات معمة باستحالة ضبط الأحداث البيئية، في حين يعتقد الفرد غير العاجز بأن استجاباته ستكون فعالة في إنهاء تلك الأحداث لأنهم تعلموا من خلال خبراتهم أن استجاباتهم يمكن أن تغير الأحداث في بيئتهم، ونمت لديهم توقعات عامة بأنه يمكنهم التحكم في البيئة والسيطرة عليها.

وعندما يتبنى الانسان مفهوم العجز فإنه يكتسب ثلاثة صفات تتمثل في:

1- نقصان الدافع للسيطرة على النتيجة السلوكية.

2- اعتقاد الفرد بعدم قدرته على السيطرة على النتيجة.

3- الخوف من عدم القدرة على السيطرة.

ولذلك فإننا نجد بأن بعض الأفراد والمجتمعات غير قادرة على الهروب من بعض الوضعيات السلبية التي يعيشون فيها كال فقر والحرمان والخضوع، لأنهم تعلموا بأنهم غير قادرين على السيطرة على بيئاتهم (بوالليف، 2010، ص 76).

كما يضيف مارتين سليجمان M. Seligman بأن شخصية الفرد المتصف بالعجز

تتميز بثلاثة عيوب تتمثل في كل من:

1- الفشل في المبادرة بالاستجابات الملائمة أثناء معايشة المثير المزعج.

2- عدم القدرة على التعلم بأنه يمكن للفرد السيطرة على أحداث بيئته.

3- إظهار استجابات انفعالية سلبية كالقلق والاكتئاب (البسطامي، 2013، ص 18).

ومنه فإنه يمكن القول بأن شعور العجز وعدم القدرة على السيطرة على الأحداث البيئية المحيطة بالفرد، وكذا سلبيته وتقبله للتهديدات والعقاب دون محاولة تغيير الوضع، والتخلص من ذلك، لا اعتقاده بعدم قدرته على فعل ذلك، يدفعنا للقول بأن هذا الفرد ذا اعتقاد بمصدر الضبط الخارجي الذي يدفعه هو الآخر للاعتقاد في سيطرة قوى خارجية على حياته وبيئته، دون أن يكون لقدراته وإمكانياته أي دخل في ذلك، ودون أن يأخذ على عاتق مسؤوليته الشخصية تغيير واقعه أو تحمل نتائج أفعاله، وعزو ما يحدث ببيئته إليها، وبالتالي يمكننا القول بأن العجز ما هو إلا سمة من سمات الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي.

2-7- الدافعية الداخلية:

أو نظرية إدوارد ديسي E. Deci، 1980، ويطلق عليها أيضا نظرية الدافعية المعرفية، والأفراد حسب هذه النظرية أعضاء نشطين فعالين وليسوا سلبيين خاضعين للقوى الداخلية أو الخارجية، فالإنسان حسبها كائن نشط يبحث بإصرار عن حلول وطرق لمعالجة المثيرات البيئية الجديدة من حوله بفعالية، بحيث يشكل عضوا فعالا في البيئة التي يحيا بها، ويسعى لتحقيق إنجازات وإنتاج آثار من خلال نشاطه، وقد اعتمد إدوارد ديسي E. Deci في نظريته على عنصرين أساسيين يتمثلان في:

1- افتراض قدرة الأفراد على اختيار وتقرير ما يرغبون بفعله، بناء على تفسيراتهم

للأحداث البيئية والمعلومات المتوفرة لديهم عنها، وكذا التعامل معها بناء على ما يمتلكونه من قدرات معرفية كالتفكير والتخطيط والذاكرة...

2- افتراض أن الأفراد يشتركون في أنماط سلوكية متعددة تهدف إلى تحقيق الشعور

بكفاءتهم وتحقيق نواتهم، ليكونوا بذلك متسببين ومتحكمين في تفاعلاتهم البيئية

(زغلول، 2009، ص 167).

ويرى إدوارد ديسي E. Deci بأن هذه الأنماط السلوكية ذات الدوافع الداخلية قائمة

على أساس الحاجة الفردية إلى الكفاءة والفعالية، وكذا الرغبة في الشعور بالقدرة على

الضبط الذاتي عند القيام بسلوك معين، فالفرد المدفوع داخليا حسب إدوارد ديسي E. Deci

تكون لديه رغبة متواصلة وانهماك شديد في النشاط والفعل، كون أن ذلك يغذيه ويدفعه للعمل، خاصة إذا كان السبب وراء القيام بالسلوك رغبته في الحصول على الكفاءة والجدارة وليس الإكراه الخارجي (تيلوين وبوقرييس، 2007، ص 20).

ومن خلال ما سبق يمكن القول بأنه وحسب نظرية الدافعية الداخلية أو المعرفية لإدوارد ديسي E. Deci فإن الفرد من ذوي الدافع الداخلي يسعى لتحقيق الكفاءة والتمكن والقدرة وتحقيق ذاته والسيطرة على أحداث بيئته، وهي نفس الصفات التي يتميز بها ذوو مصدر الضبط الداخلي، ومنه فإنه يمكننا القول بأن الأفراد المدفوعين داخليا هم ذوو اعتقاد في مصدر الضبط الداخلي.

3- أبعاد مصدر الضبط الصحي:

ميز روتر Rotter فيما يتعلق بمصدر الضبط الصحي بين فئتين من الأفراد، مثلت الفئة الأولى الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي Internal control، وهم أولئك الذين يعززون نتائج أعمالهم وإنجازاتهم سواء كانت ناجحة أم فاشلة إلى نواتهم وقدراتهم الخاصة، أما الفئة الثانية فقد مثلت الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي External control، وهم أولئك الذين عادة ما يعززون النتائج السلبية والإيجابية التي تحدث في حياتهم إلى الظروف والعوامل الخارجية كالصدفة والحظ وسلطة الآخرين التي يصعب السيطرة عليها (بني يونس، 2006، ص 112).

وفي ذات السياق يرى كل من جولومبوك وفيفوش Golombok & Fivusch 1995 بأن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يعتقدون بأن النتائج المترتبة عن سلوكياتهم هي نتيجة لجهودهم المبذولة، في حين يرى الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي بأن نتائج سلوكياتهم محددة مسبقا نتيجة الحظ والقدر.

ومنه فإن اختلاف الأفراد من حيث الأسباب التي يعززون إليها نجاحاتهم أو فشلهم، يخلق اختلافاً بينهم من حيث مصدر دافعيتهم إلى العمل حسب إدراكهم لموجهات سلوكهم، سواء داخلية أم خارجية.

وقد أشار جوهرة عبد الله الذواد 2003 إلى أن توزيع الأفراد حسب مصدر الضبط الصحي يقع على خط متصل يبدأ بمصدر الضبط الداخلي حيث يتحكم الأفراد في أحداث بيئتهم وحياتهم، ويمتد إلى مصدر الضبط الخارجي حيث يعتمد الأفراد على القدر والحظ وقوى أخرى، ومنه فإن مصدر الضبط الصحي يشمل بعدين يتمثلان في مصدر الضبط الداخلي، ومصدر الضبط الخارجي، وحسب دراسة ليفينسون Levinson 1973 فإن مصدر الضبط الخارجي ينقسم إلى قسمين أحدهما مرتبط بنفوذ الآخرين، والآخر مرتبط بالحظ أو الصدفة (أحمان، 2012، ص 133-134).

وقد صنف روتر Rotter 1954 الأفراد من حيث معتقداتهم الصحية إلى ثلاثة أصناف تتمثل في كل من:

1- ذوي مصدر الضبط الداخلي: وهم أولئك الأفراد الذين يعتقدون بأنهم مسؤولين عن صحتهم.

2- ذوي مصدر الضبط الخارجي: وهم أولئك الأفراد الذين يعتقدون بأن القدر مسؤول عن صحتهم، مما يدفعهم إلى الإحجام عن محاولة التغيير.

3- ذوي مصدر ضبط الآخرين: وهم الأفراد الذين يمتنعون عن تحمل مسؤولية وضعيتهم الصحية، لاعتقادهم بمسؤولية الآخرين عنها (بن زاهي وبن الزين، 2012، ص 27).

وقد صنف الباحثون المهتمون بتغيير مصدر الضبط الصحي كمتغير نفسي مهم الأفراد بناء على مفهوم مصدر الضبط إلى فئتين:

1- ذوي التحكم الخارجي (مصدر الضبط الخارجي): ويعرف بأنه عبارة عن مجموعة العوامل التي يرى الفرد بأنها السبب في حدوث نتائج سلوكه، وبأن الأحداث البيئية المحيطة بهم خارجة عن سيطرتهم، وهي وليدة إما الصدفة والحظ، أو لنفوذ الآخرين الأقوياء (دروزه، 2007، ص 445).

2- ذوي التحكم الداخلي (مصدر الضبط الداخلي): وهنا يسود اعتقاد لدى الأفراد بأن الأحداث التي تؤثر فيهم ناتجة عن تصرفاتهم، وبأنهم مسؤولين عما يحدث لهم، وقادرين على التحكم فيه.

كما وقد أسهم واينر Weiner 1979 في تطوير ما جاء به روتر Rotter حيث صنف مكونات مصدر الضبط الداخلي والخارجي إلى ثلاثة أبعاد منفصلة تتمثل في:

1- المصدر، الموضع أو الواجهة: وتشير إلى مصدر أو سبب المخرجات أو النتائج فيما إذا كانت تتفق مع خصائص سلوك الفرد الداخلية أو مع متغير خارجي آخر.

2- الاستقرار بين الأسباب: وذلك على أساس ديمومتها أو استمراريتها، فالقدرة مثلا تعتبر ثابتة نسبيا عبر الزمن، في حين أن المجهود أو الحظ أو الحالة المزاجية يمكن أن تتغير في أية لحظة.

3- الضبط: ويقصد به مدى تحكم الفرد في السبب، فهو يستطيع التحكم في مقدار الجهد الذي يبذله، في حين أنه غير قادر على التحكم في حظوظه (علوية، 2015، ص 56).

أما كولينز Collins 1974 فقد قسمه إلى أربعة عوامل تتمثل في كل من:

1-العالم الصعب

2-العالم العادل

3-العالم القابل للتنبؤ، حيث يعتقد الفرد بأنه يمكن التنبؤ بالعالم، وبأنه لا تحكمه العشوائية والحظ والقدر.

4-العالم المستجيب سياسيا، حيث يعتقد الفرد بالحساسية السياسية لبيئته (عزوز، 2015، ص 67-68).

ومنه فإن مصدر الضبط الصحي ينقسم إلى بعدين، بعد داخلي يعتقد فيه الأفراد بقدرتهم على التأثير على صحتهم من خلال سلوكياتهم، ويتحملون مسؤولية نتائجها، وبعد خارجي يعتقد فيه الأفراد بعدم قدرتهم على التأثير بصحتهم، وبأن ما يحصل لهم ليس نتيجة مباشرة لما يقومون به من سلوكيات وإنما هو نتاج إما للحظ والصدفة، وإما لما يقوم به الآخرين من ذوي النفوذ من سلوكيات، وبالتالي فإنهم لا يتحملون مسؤولية صحتهم، ولا يمتلكون الدافعية السلوكية لمحاولة التغيير.

4- السمات الشخصية للأفراد في كل من فئتي الضبط الصحي:

إن الاختلاف بين الأفراد في مدى اعتقادهم في قدرتهم على التحكم في بيئتهم ومجرى الأحداث به، وكذا في مدى تحملهم للمسؤولية اتجاه ما ينتج عنها سواء بالنجاح أو بالفشل، يعكس فروقا هامة في أنماط السلوك الفردية، وقد تم إجراء عدة دراسات تناولت بالدراسة العلاقة بين مصدر الضبط والسمات الشخصية، اتفقت في معظمها على تمييز الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي بخصائص إيجابية واضحة مقارنة بالأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي، وقد توصل روتر Rotter إلى كون أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي أكثر جدية وتحملا للمسؤولية، ويستطيعون بذل المزيد من الجهود بهدف تحسين أدائهم، وبأنه يمكن الاعتماد عليهم (المبارك، 2000، ص 38).

غير أن فاريز J. Fares. 1976 قد أشار إلى أن لكل فئة من فئتي مصدر الضبط مزايا وعيوب، ففي حين يتصف ذوي مصدر الضبط الداخلي كلهم بالتفوق والفعالية إلا أن بعضهم يكونون قاسين أخلاقيا ومتصلبين ومحاصرين بمشاعر الخوف من التعرض للإحباط وخيبات الأمل ومن الفشل، ويواجهون مشاكلهم الحياتية بانفعال

مبالغ فيه، كما أنهم يفتقدون للتعاطف مع الآخرين الذين يكونون في حاجة إلى مساعدتهم، لاعتقادهم بأن أولئك الذين يواجهون المتاعب هم المتسببين فيها، وكذلك بالنسبة لذوي مصدر الضبط الخارجي، حيث أنهم يعتقدون بأن حصولهم على التعزيز مرتبط بالحظ وبأن يكون الوقت والمكان مناسبين (زلوف، 2005، ص 213).

وفيما يلي سنورد بشيء من التفصيل السمات الشخصية للأفراد في كل فئة من فئتي مصدر الضبط على حدى:

4-1- السمات الشخصية للأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي:

حسب ما توصل إليه روتر Rotter 1966 فإن الأفراد ذوي الاعتقاد في مصدر الضبط الداخلي لديهم اعتقاد راسخ بأنهم المتحكمين فيما يحصل لهم من أحداث، وبأنهم قادرين على ضبط والتحكم في بيئتهم، من خلال ما يقومون به من أفعال، فهم يتحملون مسؤولية الأحداث التي تواجههم سواء كانت سلبية أم إيجابية، وكذا عن نجاحهم أو فشلهم (بوزيد، 2009، ص 2)، وقد اتفقت دراسات كل من روتر Rotter 1966، وليفكورت وستريكلياند Lefcourt & Strickland 1977 على أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يتميزون عن الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي بالسمات التالية:

- هم أكثر حذرا وانتباها للنواحي البيئية المختلفة، بحيث يستفيدون منها بمعلومات توجه سلوكهم المستقبلي.
- يتخذون خطوات جادة تتميز بالفعالية والقدرة لتحسين حالة بيئتهم.
- يمنحون قيمة كبيرة لتعزيز مهاراتهم وأدائهم، ويبدون اهتماما أكبر بقدراتهم وحتى بفشلهم.
- يقاومون محاولات إغرائهم والتأثير بهم وفيهم، ويمتلكون القدرة على تأجيل إشباعاتهم (بن زاهي وبن الزين، 2012، ص 29).

- يتصفون بالمودة والصدقة ويحظون بالحب والاحترام في علاقاتهم مع الآخرين، ولديهم قابلية أكبر للتعاون ومشاركة الآخرين.
- لديهم معرفة شاملة بمحيط العمل والبيئة المحيطة به، كما أنهم يتمتعون بالرضا والإشباع في عملهم، وينهمكون به أكثر من غيرهم (المصدر، 2008، ص 587).
- ومن ناحية الأداء والتحصيل الأكاديمي فيتبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي، ونجاعة أساليبهم في حل المشكلات، كما أنهم يتمتعون بالمرونة والتفتح في التفكير، والقدرة على تحمل المسائل والمشكلات الغامضة، وتوقع الإجابات الصحيحة.
- ومن ناحية مدى توافقهم وصحتهم النفسية، فهم أكثر احتراماً للذات وقناعة ورضا عن الحياة، وأكثر هدوءاً واطمئناناً وثقة بالنفس، ويتمتعون بمستويات عالية من الثبات الانفعالي، ومستويات أقل من القلق والاكتئاب، وانخفاض في حالات الإصابة بالأمراض النفسية (مرازقة، 2009، ص 49).
- كما أنهم يتخذون خطوات تتميز بالفعالية، مما يمكنهم من تحسين ظروفهم البيئية (عزوز، 2015، ص 76).

4-2- السمات الشخصية للأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي:

عرف روتر Rotter 1966 مصدر الضبط الخارجي على أنه اعتقاد الفرد بسيطرة كل من الحظ ونفوذ الآخرين الأقوياء على ما يحدث له، وتشير العديد من الدراسات إلى اتصاف ذوي مصدر الضبط الخارجي بميلهم إلى عزو نتائج سلوكهم وما يحصلون عليه من دعم سواء إيجابياً أو سلبياً إلى تأثير قوى خارجية لا يمكنهم التأثير فيها، كالصدفة والحظ وسيطرة الآخرين على المواقف التي يتعرضون لها (عبد الله والسيد، 2020، ص 363).

وقد أوضح هينتراس وشارف Houintras & Sharf 1970 بأن ذوي مصدر الضبط الخارجي يتميزون بكونهم أكثر مسايرة وأقل ثقة بأنفسهم من ذوي مصدر الضبط الداخلي، كما أن أملهم بالنجاح أقل، وبأن اتجاهات ذوي مصدر الضبط الخارجي تشكل

في مجموعها دفاعا ضد أخطار الفشل، ويتصفون بالحيلة والأناية وعدم الاكتراث بحاجات واهتمامات غيرهم، كما أنهم مترددون وحذرين وغير متزنين في تفكيرهم ولا يمتلكون القدرة على توجيه ذواتهم ولا على ضبط أنفسهم، ويكونون أكثر قلقا وتسلاطا وسيطرة (بن زاهي وبن الزين، 2012، ص 30).

وأضاف ليفكورت Lefcourt 1973 بأن الأفراد من ذوي مصدر الضبط الخارجي يميلون إلى ممارسة العمليات المعرفية الملموسة التقاربية (Convergent)، في حين يمارس ذوي مصدر الضبط الداخلي عمليات معرفية ذات طابع عام وأكثر تجردا وتباعدا (Divergent) (الحريبي، 2004).

وأضاف سكوت وسيفرانس Scott & Severance 1975 بأن ذوي مصدر الضبط الخارجي هم أكثر عرضة للإصابة بالوسواس المرضي، والاكتئاب والانطوائية، في حين يتميز ذوي مصدر الضبط الداخلي بارتفاع قوة الأنا، والشعور بالمسؤولية والطمأنينة والمثابرة، وتوصلت دراسة بروكويك وآخرين Procuik et al إلى أن الفرد ذو مصدر الضبط الخارجي أكثر يأسا وشعورا بالاكتئاب والتشاؤم نحو المستقبل (جبالي، 2007، ص 65).

وفي دراسة سكونويتتر وآخرين Schonwetter 1993 أوضحوا بأن مصدر الضبط ينبئ بالنتائج التعليمية كون أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي يعتقدون بأنه ليست هناك علاقة بين نتائجهم وجهودهم، مما يؤدي إلى قلة مثابرتهم في أداء مهامهم (بوالليف، 2010، ص 61).

كما أشار علي بداري ومحمد الشاوي 1993 إلى أن ذوي مصدر الضبط الخارجي تعوزهم القدرة على مواجهة الآخرين والتعبير عن مشاعرهم بكل صراحة، مما

يؤدي إلى زيادة مستويات العصبية والقلق وكذا الشعور بالنقص وخيبات الأمل وانعدام الشعور بالأمان لديهم (الحريبي، 2004).

وعموماً فإن ذوي مصدر الضبط الخارجي يعتقدون بأن مصدر التدعيم أو التعزيز الذي يحصلون عليه يخضع لقوى خارجة عن سيطرتهم، مما يعني بأن نتائج سلوكهم تتوقف على تلك القوى سواء كانت راجعة إلى الغير أو إلى الحظ والقدر (الزبيدي، 2009، ص 101).

ومن خلال ما سبق يمكن القول بأن الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي يتسمون

بما يلي:

- يكون لديهم إحساس عام بالسلبية وقلة المشاركة والإنتاج.
- انخفاض في الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة.
- إرجاع الأحداث سواء إيجابية كانت أم سلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي، والافتقار إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على الأحداث من حولهم.
- الشعور بالدونية والنقص وعدم الثقة بالنفس والعصابية.
- انعدام الرغبة في المثابرة والتحمل، كما أنهم يشعرون بالملل والتعب بعد فترة قصيرة من بداية أي عمل يقومون به.
- انعدام الراحة والتوتر النفسي.
- التصلب في التفكير والإصرار على توجه عقلي محدد.
- الفشل في توقعاتهم للأحداث، وبالتالي التصرف في المواقف بأساليب غير ملائمة.
- قلة القدرة على استخلاص المعلومات أو استخدامها بأسلوب جيد وفعال (عزوز، 2015، ص 78).

من خلال ما سبق من توضيح لسمات كل فئة نصل للقول بأن روتر Rotter قد ميز بين فئتين من الأفراد تحمل كل منهما مجموعة من السمات، بحيث تتسم فئة ذوي

مصدر الضبط الداخلي بسمات إيجابية تجعل من هؤلاء الأفراد أكثر قدرة على التكيف والتوافق على المستوى النفسي والاجتماعي وحتى الصحي، في حين يتسم الأفراد من فئة ذوي مصدر الضبط الخارجي بسمات سلبية تجعلهم نوعاً ما أقل تكيفاً على كل المستويات، هذا رغم أنه قد يمتلك الأفراد من كلا الفئتين سمات من الفئة الأخرى، غير أن ذلك يكون أقل من ذوي نوع مصدر الضبط ذاتهم، بحيث لا تؤثر بشدة على طريقة تعاملهم مع الأحداث البيئية المحيطة بهم، وبالتالي على نتائجهم، ونظرتهم إلى مسبباتها.

5- مصدر الضبط الصحي والصحة الجسدية (السرطان أنموذجاً):

من خلال ما جاء به كل من والستون، ووالستون وديفيليس Wallston, Wallston & Devellis 1978 من أن مصدر الضبط مرتبط بالعالم الطبي وبعلم نفس الصحة، فإنه يمكن إدخال مفهوم مصدر الضبط ضمن مجالات صحية متعددة (Berger, 2009, p 29)، وهو ما جعل مفهوم مصدر الضبط الصحي يدخل ضمن مجالات علم النفس المختلفة، فخلال العقود الثلاثة الماضية تم تطبيقه في مجال الصحة السلوكية، حيث توصل الباحثون إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول صحته، أي بمصدر الضبط الصحي لديه (مفتاح، 2010، ص 151).

وقد عرف ويليامز وكوتشر Williams & Koocher 1998 مصدر الضبط الصحي على أنه عبارة عن مجموعة المعتقدات التي يمتلكها الفرد فيما يتعلق بالتأثير الذي قد يلعبه في الحفاظ على صحته وعلى بداية ومسار المرض لديه، وهو نفس ما ذهب إليه والستون وآخرين Wallston et al 1978، وكل من راو، مونتغومري، دوبرستين و بوفبارغ Rowe, Montgomery, Duberstein & Bovberg 2005، حيث يعتقد الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي حسبهم بأن أفعالهم هي من تحدد حالتهم الصحية، في حين يعتقد الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي بأن من سيحدد حالتهم الصحية هم الآخرون

كالأطباء والممرضين أو أفراد أسرهم، كما يرجعون مرضهم إلى القدر أو سوء الحظ، وبشكل أكثر تحديدا فإن الأشخاص الذين يعانون من مرض السرطان قد يعتبرونه عقابا من الله، وبأن الطبيب وحده يمكنه مساعدتهم، يظهر لديهم مصدر ضبط صحي خارجي، في حين أن مريض السرطان ذو مصدر الضبط الصحي الداخلي سيربط تشخيص المرض لديه بقلة ممارسته للرياضة، أو استمراره بالتدخين لسنوات طويلة، واقتناعه بأن لسلوكياته أثر على صحته يؤدي إلى تسهيل عملية علاجه (Berger, 2009, pp 29-30).

وللمعتقدات أو المدركات الفردية دور فعال في التأثير على حدوث المرض من عدمه، كما أنها تضيف جوانب ثقافية للمرض المدرك، فالتهديد المدرك لمرض الإيدز مثلا إذا كان عاليا كانت الإصابة المدركة عالية، وهو ما توصل إليه جرينهالغ وزملائه 1998 Greenhalgh et al، حيث أكد على أهمية توافر الخبرة بالأسباب الشائعة للإصابة بمرض السكري لدى عينة من البريطانيين البنجلاديشيين، حيث أكدوا من خلال دراستهم على أن نجاح علاج مرض السكري يتطلب فهم أسلوب حياة هؤلاء المرضى ومعتقداتهم واتجاهاتهم، وعلاقاتهم الاجتماعية والأسرية، وتوصلوا إلى ضرورة فهم الأطباء للتفسيرات غير العلمية لكل من الصحة والمرض، وقرروا بأن الخطة العلاجية والتثقيف الطبي يجب أن يصمم مع الأخذ بعين الاعتبار المعتقدات الراسخة لدى الأفراد، كون أن المرضى يتجاهلون النصائح الطبية في حالة ما إذا كانت متعارضة مع معتقداتهم (كارين، 2009، ص 22).

ورغم أن تمتع الأفراد الأصحاء بمصدر ضبط داخلي يرتبط عادة بتمتعه بمهارات تأقلم أفضل ويجعله بعيدا عن الاكتئاب، غير أنه قد يكون على عكس ذلك لدى الأفراد المصابين بمرض السرطان، فحسب كل من تايلور، ليشتمان و وود Taylor, Lichtman 1984 & Wood وكذا نوسة بريس وبيتر Naus, Price & Peter 2005 فإن قيام مريض السرطان بإلقاء اللوم على نفسه لإصابته بالمرض دون داع، وذلك لكون أنه ذو

مصدر ضبط صحي داخلي، يمكن أن يكون غير صحي له، إضافة إلى أن هناك عدة عوامل قد تؤثر على مصدر الضبط الصحي، حيث ثبت بأن الإصابة بمرض خطير كالسرطان، بما يتطلبه من خطة علاج طويلة المدى، مع تأثيرات العلاج المؤلمة قد تؤثر على نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مريض السرطان (Berger, 2009, p 30).

وقد أبرز هوم Hom 1965 أهمية الإدراكات في حدوث السلوك المسبب للمرض، حيث قام بتدريب مجموعة من العملاء يرغبون في التوقف عن التدخين، من خلال استبدال الاستجابة للرغبة الملحة في التدخين بتبني أفكار تشجع على الامتناع عن التدخين، كإقناع المريض بأنه سيصبح لديه تذوق أفضل للطعام في حال التوقف عن التدخين، والعمل على تعزيز هذه الإدراكات والأفكار من خلال التجربة (تايلور، 2008، ص 139).

كما أن طريقة إدراك الشخص لمدى سيطرته أثناء المرض تأثير مباشر على سلوكه اتجاه نظم الرعاية الصحية التي يخضع لها، حيث أن أولئك المرضى الذين يؤمنون بشدة بتأثير الآخرين على صحتهم سيلتزمون بخطة العلاج المقترحة عليهم بصرامة، في حين أنهم سيعانون من أعراض قلق أشد في حالة غياب الطبيب أو توقيف العلاج أو عجز الأطباء عن التنبؤ بتطور حالتهم الصحية مثلاً من أولئك المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي، وذلك لأن لديهم اعتقاداً راسخاً بالتأثير الوحيد الذي يلعبه هؤلاء الأشخاص على صحتهم، مما يؤدي إلى زعزعة استقرارهم النفسي في حال غيابهم أو عدم قدرتهم على مواجهة المرض، كما يلعب نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى المرضى دوراً هاماً في الألم حسب ما توصل إليه أراراس وزملائه Arraras et al 2002، كما أشار كل من تومي ومان وأباشيان وتومسون بوب Toomey, Mann, Abashian & Thompson- Pope 2002 إلى أنه ورغم صعوبة قياس تأثير مصدر الضبط الصحي على مرض السرطان، فإن المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي المزمن، والذين يمتلكون مصدر

ضبط صحي داخلي يصفون أنهم على أنها أقل تكرارا وكثافة من المرضى الذين يمتلكون مصدر ضبط خارجي، ويتمتع المصابون بالسرطان الذين يشعرون بقدرتهم على السيطرة على أعراض مرضهم بمهارات تأقلم واستراتيجيات مواجهة وكذا بصحة نفسية أفضل، ويعانون من قلق واكتئاب وتوتر أقل، ووفقا لدراسة فالك وفانك 1996 Valck & Vinck فإن المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي أكثر انتباها لأعراض المرض الجسدية المحتملة، كما أنهم أكثر حساسية للتغيرات الجسدية، ويبلغون أكثر من غيرهم عن الآثار الجانبية للعلاج (Berger, 2009, pp 31-32).

ومن خلال قيام أنتوني وزملائه 2009 Antoni et al بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من السيدات الخاضعات لعلاج سرطان الثدي لاحظوا بأن أولئك اللواتي يعانين من ضعف في مهارات المواجهة المعرفية والنظرة السلبية وقلة المصادر الاجتماعية يعانين من خبرات القلق والمشقة خلال محاولتهن التوافق مع تشخيص إصابتهن بسرطان الثدي، وخلال الفترة الشاقة للعلاج، وقد بين أنتوني وزملائه Antoni et al أن للتدخلات النفسية والاجتماعية المعتمدة على الاسترخاء فائدة من حيث تحسين التوافق الانفعالي ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاجات الطبية، كما أثبتوا على وجه الخصوص فعالية تدخلات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف مدة الاكتئاب والقلق وتحسين نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى (كارين، 2009، ص 162-163).

وقد ناقش كل من بينكوارت، فروليش وسيبيريزن Pinguart, Frohlich & Sibereisen 2007 تأثير المدة الزمنية للعلاج الكيميائي لمرضى السرطان على مصدر الضبط الصحي لديهم، حيث توصلوا إلى أن مستوى التفاؤلية واحترام الذات ومصدر الضبط الصحي الداخلي لديهم يميل إلى الانخفاض، فحتى مع وجود اعتقاد لدى المرضى قبل بداية سلسلة العلاج بقدرتهم على التأثير على مسار المرض، فإن ذلك التصور بالسيطرة يتناقص مع مرور الوقت، ويرتبط ذلك التناقص والانخفاض بالضغوط الكبيرة المرتبطة بتشخيص

مرض السرطان وكذا بعلاجه، كما ذكر كل من بيتينكورت، تالي، موليكس، شليغل، واستغايت Bettencourt, Talley, Molix, Schlegle, Westgate 2008 بأن المرضى من ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي الذين ينحدرون من مناطق ريفية يعانون من ضغوط نفسية أقل من أولئك المنحدرين من مناطق حضرية، كون أن الأفراد في المناطق الريفية قد اعتادوا على مساعدة ودعم جيرانهم عكس سكان المدينة، وهو ما يعني أن مصدر الضبط الصحي يمكن أن يتعرض لعدة تقلبات نتيجة متغيرات مختلفة، هذا بالإضافة إلى أن تأثيرات المرض على القدرات الجسدية للمرضى وما تتسبب فيه من صعوبات يواجهونها في أداء مهامهم اليومية يرتبط حسب الدراسات بانخفاض إدراكهم لقدرتهم على السيطرة، حيث يرتبط تصور مصدر الضبط الداخلي بتحسين الأداء البدني لدى مرضى السرطان، ومنه فإن إدراك القدرة على السيطرة مهم جدا لدى المصابين بأمراض مزمنة كالسرطان (Berger, 2009, pp 33-34).

خلاصة:

من خلال ما سبق التطرق إليه في هذا الفصل فإنه يمكن القول بأن لمتغير مصدر الضبط القدرة على التنبؤ بدوافع الفرد وشكل أدائه وسلوكه في المواقف الحياتية المختلفة، بحيث يشكل جانبا مهما في تحديد مصادر التوقعات الإنسانية وتنظيمها، فضلا عن الدور الذي يلعبه في تحديد العلاقات الارتباطية بين سلوك الفرد من جهة وبين ما يترتب عنه من نتائج من جهة أخرى، كما يمكن القول بأن مصدر الضبط متغير يمكننا من التمييز بين الأفراد بناء على درجة قبولهم للمسؤولية الشخصية عما يحدث لهم، ففي حين يتبنى الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي توقعات معمة حول التعزيزات التي ليست تحت سيطرتهم خلال التعامل مع المواقف المختلفة، يعتقد الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي بتحكمهم وسيطرتهم على قدراتهم، وبالتالي على تحديد مصائرهم، وبذلك ينشأ ويتحدد لديهم مصدر الضبط الصحي، بناء على إدراكهم للعلاقة بين سلوكهم الشخصي وما يتبعه من نتائج وما يترتب عنه من تدعيمات وتعزيزات، حيث نجد بأن كلا من ويليامز وكوتشر Williams & Koocher 1998 كما سبقت الإشارة إليه قد عرفا مصدر الضبط الصحي على أنه عبارة عن مجموعة المعتقدات التي يتبناها الفرد فيما يتعلق بالتأثير الذي قد يلعبه فيما يخص الحفاظ على صحته وعلى بداية ومسار المرض لديه، كما أن لهذه المعتقدات أو المدركات الفردية دور فعال في التأثير على احتمالية حدوث المرض من عدمه.

ونظرا لخصوصية مرض السرطان فإنه يمكن القول بأن ما ينطبق على باقي الأمراض فيما يتعلق بمصدر الضبط الصحي قد لا ينطبق هنا، حيث أن هناك عدة عوامل قد تتدخل لتؤثر على العلاقة بين مصدر الضبط الصحي للمريض وطريقة تفاعله مع مرضه وما يتلقاه من رعاية صحية، وحتى مع آلامه بما تحمله هي الأخرى من خصوصيات ترتبط بنوعية المرض من جهة وبالعلاجات التي يخضع لها مريض السرطان ومدتها من

جهة أخرى، كما وقد يكون للصلاية النفسية أيضا كمتغير نفسي لدى مريض السرطان تأثير على ذلك، وهو ما سنتناوله بشيء من التفصيل في الفصل التالي.

الفصل الثالث

الصلابة النفسية

تمهيد

- 1- مفهوم الصلابة النفسية.
- 2- النظريات المفسرة للصلابة النفسية
- 3- أبعاد الصلابة النفسية
- 4- سمات ذوي الصلابة النفسية
- 5- أهمية الصلابة النفسية
- 6- المضامين التطبيقية للصلابة النفسية
- 7- الصلابة النفسية والصحة الجسدية (السرطان أنموذجا)

خلاصة

تمهيد:

يعد مفهوم الصلابة النفسية حديثا نسبيا، وذا أهمية متزايدة فيما يتعلق بمجال علم النفس الحديث، وتعتبر الصلابة النفسية عاملا حيويا، وسمة هامة من سمات الشخصية، التي تعزز الأداء النفسي للفرد بصفة عامة، وصحته النفسية بصفة خاصة، وقد تمت دراسة مفهوم الصلابة النفسية كمفهوم حديث نسبيا على نطاق واسع من خلال الدراسات التي قامت بإجرائها كوبازا Kobaza، حيث اعتبرت من الأوائل والسباقين في وضع أسس هذا المصطلح، فمن خلال ملاحظاتها توصلت إلى اتصاف بعض الأفراد بالقدرة على تحقيق ذواتهم، واستغلال ما يمتلكونه من إمكانيات كامنة رغم ما يتعرضون له من إحباطات وضغوطات، هذا وقد تم التركيز في الدراسات الحديثة على الصلابة النفسية كعامل من بين العوامل النفسية التي تساهم في دفع الفرد إلى تحقيق التوافق خلال المواقف الحياتية المختلفة، رغم صعوبة وشدة وكثرة ما يتعرضون له من ضغوط، حيث تشكل الصلابة النفسية مصدرا من مصادر القوة الداخلية التي تعزز الصحة النفسية للفرد، من خلال تصحيح وتعديل إدراكه للأحداث التي تمر به وجعلها أقل تأثيرا، وهو ما يكسبه مرونة نفسية، تبقى محتفظا بصحته وسلامته الجسدية والنفسية، وتبقيه بعيدا عن الإصابة بالإرهاك النفسي.

1- مفهوم الصلابة النفسية:**1-1- تعريف الصلابة النفسية:**

تعتبر الصلابة النفسية سببا مهما من بين الأسباب الرئيسية التي تدفع بالفرد للوصول إلى درجة عالية من درجات الاستقرار النفسي، وتمنحه القدرة على مواجهة الضغوط الحياتية بفعالية، حيث تسهم في تعزيز قدرة الفرد على تقبل التغيرات والتعامل مع المشكلات التي يتعرض لها، ومنه فإن الصلابة النفسية تعمل بمثابة درع واق للفرد اتجاه الآثار السلبية التي يمكن أن يتعرض لها بمختلف الجوانب الحياتية (القطراوي، 2013، ص 47).

وبعد سلسلة من الأبحاث والدراسات التي قامت بها سوزان كوبازا Kobaza بهدف معرفة العوامل النفسية التي تكمن خلف تمكن بعض الأفراد دون البعض الآخر من الحفاظ على صحتهم النفسية والجسدية رغم ما يتعرضون له من ضغوط، توصلت في سنة 1979 إلى وضع مفهوم الصلابة النفسية، حيث يرجع لها الفضل في اكتشافه.

وقد ورد ذكر الصلابة النفسية في قاموس تابر الطبي على أنها عبارة عن مجموعة الخصائص التي يتمتع بها الفرد جسديا ونفسيا بحيث تمنحه مرونة وقدرة على تحمل الضغوط التي يتعرض لها (Venes, 2013, p 1069).

وحسب موسوعة علم النفس فإن الصلابة النفسية تعرف على أنها شكل متميز من أشكال مقاومة التغيير، بحيث يتسم الفرد باستمرارية التزامه بمواقفه ومعتقداته رغم التأثير الذي يعايشه من البيئة والمحيط والأحداث الخارجية، والذي من شأنه أن يحدث تغييرا فيها، وهذه الاستمرارية والحدة في الالتزام بالمواقف والمعتقدات لدى الفرد يمكن ملاحظتها على أنها سمة مرضية إلى حد ما في طبعه الشخصي (رولان وفرنسوا، 2012، ص 886).

وحسب قاموس علم النفس، تشير الصلابة النفسية إلى قدرة الفرد على المحافظة على بقائه قيد الحياة جسديا ونفسيا خلال المرور بظروف بيئية شديدة ومجهدة (Corisini, 2002, p 435).

ويعرف فنك 1992 Funk فقد عرف الصلابة النفسية على أنها سمة شخصية عامة لدى الفرد، تتكون بناء على الخبرات البيئية المختلفة والمتنوعة التي يتعرض لها الفرد منذ الصغر، في حين يرى كونستنتوف Konstantinove بأن مفهوم الصلابة النفسية يشمل مجموعة الأفعال التي تصدر عن الفرد بغرض التمكن من تقييم والتصدي للأحداث الضاغطة التي يتعرض لها، والتي يمكن أن تؤثر على صحته وسلامته الجسدية والنفسية، حيث يمكن للصلابة النفسية بأبعادها ومكوناتها المتعددة أن تجعل الفرد مهياً وقادراً على تقييم الأحداث الضاغطة، وجعلها أقل تهديداً، مما يؤدي إلى جعله يؤمن بكفاءته وقدرته على مواجهتها، وبالتالي دفعه إلى الاعتماد على استراتيجيات تركز على المشكلة، والسعي إلى حلها أو إلى طلب الدعم، وكذا التقليل من اعتماده على الاستراتيجيات التي تركز على المشاعر وبالتالي الهروب من مواجهة المشكلة (السيد، 2001، ص 210).

وقد عرف سيد أحمد الباهض الصلابة النفسية على أنها عبارة عن إدراك الفرد ومدى تقبله للمتغيرات والضغوط النفسية التي تواجهه، فتعمل الصلابة النفسية على وقايتها من عواقبها الجسدية الحسية والنفسية، كما أنها تلعب دوراً في تعديل العلاقة التي تنطلق من التعرض للضغوط وتتطور لتصل لمرحلة الإنهاك النفسي كمرحلة متقدمة في سلسلة التعرض للضغوط وما يترتب عنها من تأثير (سعيدة، 2015، ص 14).

وتعرفها لانسي Lanssi على أنها التوقع الذي يمتلكه الفرد حول مدى كفاءته وقدرته الذاتية في مواجهة الضغوط النفسية والمشكلات الحياتية، بحيث يدفعه مفهومه حول كفاءته الذاتية إلى الميل نحو القيام بسلوكيات توصله إلى تحقيق نتائج ناجحة، معتقداً بقدرته على القيام بذلك وعلى تحقيق النجاح (حمادة وعبد اللطيف، 2002، ص 230-235).

أما بروكس 2005 Brooks فيعرف الصلابة النفسية على أنها تعني قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع ما يعترضه من ضغوط نفسية، وكذا مدى قدرته على التكيف مع ما يتعرض له من تحديات وصعوبات يومية، وقدرته على التعامل مع الإحباطات والأخطاء التي قد يقع فيها، ومع الصدمات النفسية والمشاكل اليومية بهدف تطوير وسائل واقعية

ومحددة لحل المشكلات والتمكن من التفاعل مع الآخرين بأسلوب محترم وبطريقة سلسة، مع احترام الذات (سعيدة، 2015، ص 14).

وقد عرف عماد مخيمر 2012 الصلابة النفسية على أنها اعتقاد عام لدى الفرد بفاعليته وقدرته على استخدام كل مصادره النفسية والبيئية المتاحة، بغرض التمكن من إدراك وتفسير ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة بفاعلية (مخيمر، 2012، ص 30).

ومن خلال ما سبق تناوله فإنه يمكن تعريف الصلابة النفسية على أنها قدرة الفرد على التعامل والتفاعل مع الضغوط النفسية التي يواجهها بأسلوب إيجابي وفعال، وبالتالي قدرته على التكيف مع أحداث حياته بشكل جيد رغم ما يعترضه من صدمات وتحديات وإحباطات، بحيث تجعله الصلابة النفسية قادرا على تحقيق التوازن وإيجاد حلول للمشاكل التي تواجهه، مع حفاظه على استقراره النفسي واتزانه الانفعالي وبالتالي سلامته النفسية والجسدية.

1-2- بعض المفاهيم المرتبطة بالصلابة النفسية:

من خلال دراساتها أشارت كوبازا Kobaza 1979 إلى وجود تشابه بين كل من مفهوم الصلابة النفسية وبين عدة مفاهيم أخرى كالفعالية الذاتية، وقوة الأنا، وتقدير الذات والمرونة النفسية، وغيرها، ويمكن توضيح أوجه التشابه فيما بينها وكذا الفروق بين مفهوم الصلابة وباقي المفاهيم من خلال ما يلي:

1-2-1- الفاعلية الذاتية:

ويقصد بها توقعات الفرد بقدرته على تنفيذ والقيام بالسلوك المناسب والملائم الذي يمكنه من تحقيق النتائج المرغوب فيها، بحيث تؤثر بشكل إيجابي على صحته، وتزيد من ثقته في قدرته على التصدي للتحديات والضغوط التي تعترضه خلال حياته اليومية، وتعرف الفعالية الذاتية حسب باندورا Bandura 1989 بأنها التقييم الذي يراه الفرد لمدى كفاءته

وفاعليته في مواجهة المواقف، خاصة التي تتطوي على صعوبات وتحديات غير متوقعة (راضي، 2008، ص 45).

وقد ميز باندورا Bandura بين مفهومين مختلفين للفاعلية الذاتية يتمثلان في:

- أ- **الفاعلية الذاتية المتوقعة:** ويقصد بها الشعور الشخصي للفرد بقدرته أو عجزه عن القيام بسلوك معين أو عن انجاز ما يضمن تحقيق ذلك الشعور بالقدرة على التحكم لديه.
- ب- **الفاعلية الذاتية المرجعية:** وتعبّر عن اعتقاد الفرد بأن سلوكياته وتصرفاته سوف تؤدي به للوصول إلى تحقيق النتائج التي يسعى إليها، وتعرف الفاعلية الذاتية المرجعية على أنها عبارة عن مجموعة الاعتقادات والاحكام التي يتبناها الفرد، والتي تعبّر عن قناعاته ومعتقداته حول مدى قدرته على تنفيذ أفعال وسلوكيات محددة، كما تشمل الفاعلية الذاتية المرجعية أيضا اعتقاد الفرد وثقته حول قدرته على التعامل مع ما يواجهه من تحديات ومواقف صعبة ومعقدة، وتجاوزها بنجاح والتمكن من تحقيق الأهداف والتأثير في البيئة المحيطة رغم وجودها (أبو حسين، 2012، ص 29).

1-2-2- قوة الأنا:

ويقصد بها قوة الفرد وكفايته فيما يتعلق بوظائفه الجسدية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والخلقية، وكذا كفايته من حيث قدرته على الاستجابة لكل من المثيرات الداخلية والخارجية بأسلوب فعال وسليم، كما تتضمن قوة الأنا القدرة على تحقيق التوافق مع الذات، ومع المجتمع، والاحساس الإيجابي لدى الفرد بالكفاية الذاتية وبالرضا، وبالتالي تحقيق التوازن والخلو من الاضطرابات والأمراض النفسية (عبد الرحمان، 2001).

1-2-3- تقدير الذات:

وقد عرفه روزنبرج Rosenberg 1978 على أنه الحكم الشخصي الذي يمتلكه الفرد فيما يتعلق بقيمته الذاتية، والتي يعبر عنها من خلال اتجاهاته الإيجابية أو السلبية اتجاه نفسه، فالتقدير الذاتي المرتفع يعبر عن اعتقاد الفرد بقيمته وأهميته، في حين يعبر

التقدير الذاتي المنخفض عن عدم رضا الفرد عن نفسه وبالتالي رفضه لها واحتقارها، وقد أوضح يسري أبو العينين بأن الفرق بين كل من تقدير الذات والصلابة النفسية يرجع إلى كون أن تقدير الذات يعبر عن مدى اعتزاز الفرد بنفسه ويرتبط بمستوى تقييمه لها خلال المواقف العادية، في حين يظهر مفهوم الصلابة النفسية ويبرز جليا خلال المواقف الصعبة والشديدة، ويتضمن كلا من مفهوم تقدير الذات والجدارة، والكفاءة والثقة في النفس والقوة والمرونة والانجاز والاستقلالية، وهي جميعا سمات يمتلكها الفرد ذو المستوى المرتفع من الصلابة النفسية، في حين لا يمكن الجزم بامتلاكها لدى الفرد ذو التقدير الذاتي المرتفع، وبمعنى آخر فإن كل فرد يتمتع بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية لديه مستوى مرتفع من تقدير الذات، في حين لا يفترض العكس، فالفرد ذو المستوى المرتفع من تقدير الذات قد لا يمتلك مستوى مرتفع من الصلابة النفسية في حال مواجهته للأحداث الضاغطة والظروف الصعبة (الهادي، 2009، ص 97).

1-2-4- المرونة النفسية:

ويقصد بها الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تجعل الفرد قادرا على التكيف مع المواقف الحياتية المختلفة، سواء كان ذلك بالقابلية للتغيير أو بالتعايش إما بالوسطية في الأمور، أو الأخذ بأسهل الحلول (الأحمدي، 2007، ص 5).

1-2-5- التفاؤل والتماسك:

حيث يتشابه مفهوم الصلابة النفسية مع الشعور بالتفاؤل، في أن لكل منهما تأثير حيث يتشابه مفهوم الصلابة النفسية مع الشعور بالتفاؤل، في أن لكل منهما تأثير إيجابي على صحة الفرد، ورغم ذلك يوجد تمايز بين كل من المفهومين، ففي حين يرتبط الشعور بالتفاؤل بالتكيف مع الأحداث الضاغطة، إلا أنه لا يمكنه التقليل من احتمالية الإصابة بالأمراض الناتجة عن مواجهتها، في حين يعتبر متغير الصلابة النفسية عامل وقاية من الإصابة بالأمراض رغم التعرض للضغوط الشديدة ومواجهتها (Smith et al, 2004, p 745).

ومن أوائل من نادى بمفهوم التفاؤل أنتوفسكي 1987 Antovski، حيث اعتبره اتجاها ثابتا نسبيا في شخصية الفرد، يشمل كلا من القدرة على التعايش، وكذا القدرة التصويرية والقدرة على إضفاء معنى (حنفي، 2007، ص 50)، أما جيهان أحمد فقد أشارت إلى أن الاختلاف بين كل من مفهوم التماسك والصلابة النفسية، يتمثل في كون أن الصلابة النفسية تمثل إحدى السمات الإيجابية في شخصية الفرد التي تمكنه من تحمل أحداث الحياة الضاغطة والشاقة، ومواجهتها والتعايش معها بفعالية، والقدرة على تخطي آثارها السلبية، في حين أن مفهوم التماسك يشير إلى اتجاه الفرد الثابت نسبيا، بحيث يحاول من خلاله التعايش مع الظروف الضاغطة بشكل جزئي، وهو ما يؤثر على حالته الصحية، ومنه فإن مفهوم التماسك يتضمن جزءا من الصلابة النفسية، في حين أن الصلابة النفسية تشمل كل التماسك، فمفهومها أشمل من مفهوم التماسك (حراث، 2020، ص 36).

1-2-6- المناة النفسية:

وهي مفهوم فرضي يقصد به قدرة الفرد على مواجهة الأحداث الصعبة والأزمات، وتحمل الصعوبات والقدرة على مواجهة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر سلبية، من غضب وانتقام وعجز ويأس وتشاؤم، وللمناة النفسية ثلاثة أنواع تتمثل في كل من:

أ- **المناة النفسية الطبيعية:** وهي موجودة عند كل إنسان ضمن طبيعة تكوينه النفسي الناتج عن التفاعل بين الوراثة والبيئة، فالفرد الذي يتمتع بمناة نفسية طبيعية عالية في مواجهة الضغوط والأزمات يكون ذا تكوين نفسي صحي، ويكون قادرا على مواجهة الصعوبات وضبط نفسه أمامها.

ب- **المناة النفسية المكتسبة طبيعيا:** ويكتسبها الفرد من خلال التعلم والخبرات والتجارب التي يمر بها، والمعارف والمهارات التي يكتسبها خلال مواجهته لها.

ج- **المناة النفسية المكتسبة صناعيا:** وهي تتشابه مع المناة الجسمية بحيث يكتسبها الفرد من خلال القيام بحقنه بجرثومة مسببة للمرض، حتى يتمكن من التعرف عليها والحد

من خطورتها، وحتى تبقى تلك المناعة التي اكتسبها من خلال ذلك فترة طويلة، وهي ما يطلق عليها بالمناعة المكتسبة الفاعلة (شقورة، 2012، ص 12).

وفي حال ما إذا ضعفت المناعة النفسية للفرد فإنه سيعاني من أعراض مرضية تتمثل في فقدان سيطرته وتحكمه الذاتيين، وزيادة قابليته للتعرض للإيحاء، مما يجعله مهياً لاستقبال الأفكار رغم عدم صحتها، ويصبح مستسلماً للانعزالية والفتن، كما يفقد إحساسه بالفرح والمتعة، ويصبح منغلقاً ولديه جمود فكري (كامل، 2002، ص 220-221).

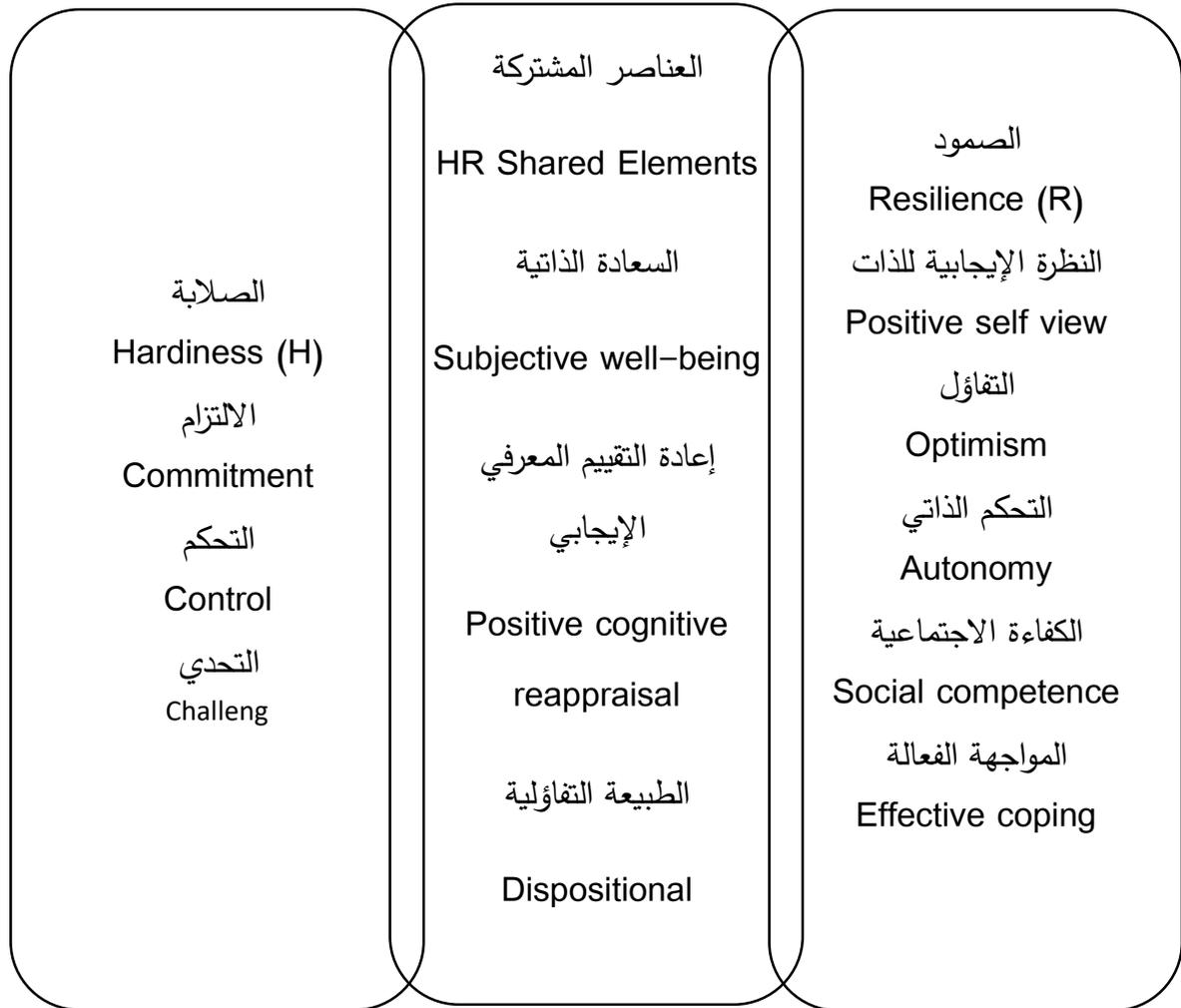
ومنه فإن كلا من مفهومي الصلابة النفسية والمناعة النفسية يلتقيان في كونهما يشكلان عاملاً يمكن الفرد من مقاومة المواقف والأحداث الضاغطة، وتحمل الصعوبات ومواجهتها بمرونة وفاعلية، حتى يكون الفرد قادراً على التكيف مع الظروف الحياتية المختلفة والتعايش معها.

1-2-7- الصمود النفسي:

يلعب الصمود النفسي دوراً هاماً في تمكين الفرد من مواجهة الأحداث الصعبة والصادمة، وتتحدد أبعاده من خلال عوامل داخلية لدى الفرد تتمثل في كل من أساليب المواجهة المعرفية، مستويات كفاءته الذاتية والاجتماعية، وإحساسه بالضبط في مواجهة الصعوبات والشدائد، الحفاظ على الهوية، تحقيق الأهداف الشخصية ومواجهة الأحداث الصعبة والتحديات، وعوامل بيئية اجتماعية كالعوامل الاقتصادية والاجتماعية وأساليب التنشئة الأسرية ومستوى المساندة الاجتماعية (البحيري، 2011، ص 479-480).

وقد اعتبرت أباطة 2011 عامل الصمود النفسي بعداً رابعاً من أبعاد الصلابة النفسية، معتبرة بأنه يمثل قدرة الفرد على المواجهة والتوافق الإيجابي مع التهديدات والأحداث الصعبة التي يتعرض لها الفرد خلال حياته، مع الوصول إلى نتائج إيجابية رغم كل ذلك (أباطة، 2011، ص 57).

وقد أشارت دراسة قام بها ميشال وآخرين Michael et al 2009 إلى أن كلا من مفهومي الصلابة النفسية والصلمود النفسي يعتبران من الأساليب الشخصية المتداخلة التي تساعد الفرد على مواجهة تقلبات الحياة وصعوباتها، وتزرع فيه الاهتمام والالتزام وروح التنافس، والنظر للحياة نظرة تفاؤلية من خلال تقييم الأحداث التي يتعرض لها تقييما معرفيا إيجابيا، وهو ما قاموا بتوضيحه من خلال الشكل التالي:



شكل رقم 3 يوضح العناصر المشتركة بين كل من الصمود النفسي والصلابة النفسية

(Michael et al, 2008, p 93)

يتضح من خلال الشكل (3) اشتراك كل من الصمود النفسي والصلابة النفسية في

أربعة عناصر تتمثل في:

- السعادة الذاتية والتي تعني مدى شعور الفرد بالرضا عن حياته وعن ذاته عموماً، وسعيه لتحقيق أهدافه،

- إعادة التقييم المعرفي الإيجابي، بحيث تصبح نظرة الفرد نحو المواقف والأحداث الضاغطة والمستقبلية نظرة إيجابية،

- الطبيعة التفاعلية،

- المواجهة الفعالة، والتي تشير إلى قيام الفرد بتكريس جهوده المعرفية والسلوكية بغرض التمكن من مواجهة الأحداث الضاغطة، أو التكيف معها بأسلوب ناجح.

ومن خلال ما سبق فإنه يمكن القول بأن الصمود النفسي مثله مثل الصلابة النفسية مفهوم حديث نسبياً ينتمي إلى علم النفس الإيجابي، يركز أساساً على حماية الفرد خلال تعرضه للأحداث والتحديات الصعبة، ويختلف الباحثون حول أي منهما هو الأساس وأي هو الفرع، غير أنه يمكن القول بأن كلا منهما يشكل عاملاً إيجابياً مساهماً في تنمية الآخر، رغم ذلك الاختلاف حولهما.

2- النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

تعتبر سوزان كوبازا Suzana Kobaza أول من تطرق للبحث في متغير الصلابة النفسية، ودراسة ما يشابهه من متغيرات المقاومة للأحداث الضاغطة، وتوصلت لنظرية رائدة في هذا المجال، والتي انطلقت منها الدراسات والبحوث عن الصلابة النفسية مستهدفة تحديداً أكثر لجوانب هذا المفهوم، إلا أن دراسات كوبازا Kobaza للصلابة النفسية وكما سبقت الإشارة إليه قد انطلقت هي الأخرى مما توصلت إليه كل من نظرية هانز سيلبي Hanz Seley ونظرية التقييم المعرفي للآزاروس Lazarus 1966، كما أن فنك Funk قد قدم فيما بعد نموذجاً متطوراً لنظرية كوبازا Kobaza وذلك من خلال دراستيه اللتين قام بهما في 1992 و1995 عن الصلابة النفسية.

2-1- نظرية متلازمة التكيف العام لهانز سيلبي (GAS) Hanz Seley:

قام عالم الفيزيولوجيا هانز سيلبي Hanz Seley بتقديم نظريته التي تناولت التكيف الفيزيولوجي مع الأحداث الحياتية الضاغطة سنة 1956، وأعاد صياغتها سنة 1976، وأطلق عليها تسمية متلازمة التكيف العام General Adaptation Syndrome، وتتمثل في سلسلة من الاستجابات الفيزيولوجية التي من خلالها يقوم الجسم بمواجهة الأحداث الضاغطة، وتمثل هذه المراحل متلازمة التكيف العام (GAS)، وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

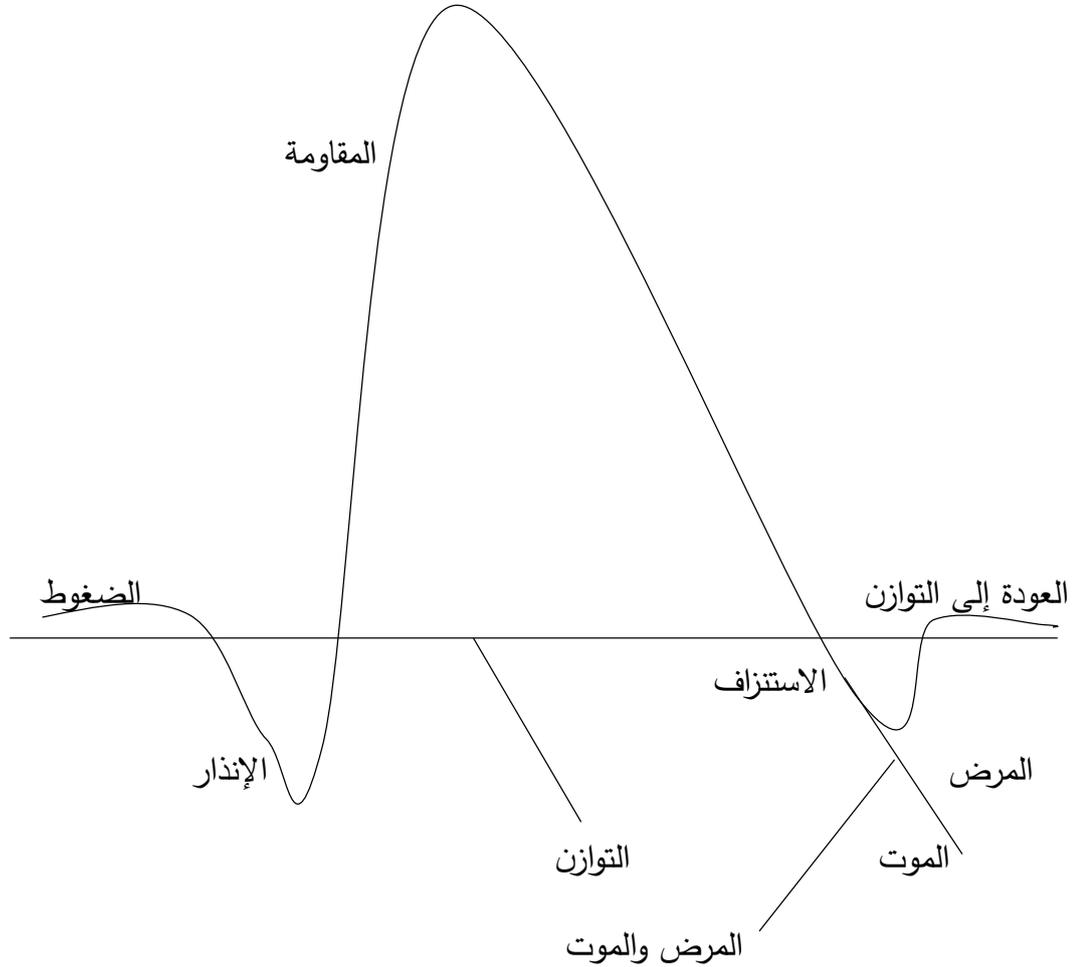
أ- **مرحلة الإنذار أو التنبيه:** وتصف الاستجابة الأولية التي يتم من خلالها استدعاء القوى الدفاعية للجسم بغرض مواجهة الخطر المحدق به، وتحدث هذه الاستجابات الفيزيولوجية كضيق التنفس، والارتعاش، وتسارع نبضات القلب، والتعرق نتيجة التعرض لمنبهات مفاجئة.

ب- **مرحلة المقاومة:** وتحدث في حال استمرار التعرض للموقف الضاغط، بحيث تتبع مرحلة الإنذار، وهنا يحاول الجسم العمل على مواجهة التهديد المحيط به، بحيث تخففي التغيرات الجسدية التي ظهرت خلال مرحلة الإنذار، وتظهر تغيرات تدل على التكيف مع الحدث الضاغط.

ج- **مرحلة الاستنزاف أو الإعياء:** وهي المرحلة الثالثة، وتلي مرحلة المقاومة، حيث أن طول مدة تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، تجعله يصل إلى مرحلة لا يستطيع فيها مقاومة ما يتعرض له من ضغوط، أو التغلب عليها، وبالتالي فإنه يصبح أكثر عرضة لاختلال وظائفه الفيزيولوجية والنفسية.

وحسب هانز سيلبي Hanz Seley فإن الردود الإيجابية التي تجعل الجسم في حالة سوية خلال مواجهته للضغوط لا تدوم لفترة طويلة، ويترتب عنها اختزال الألم والرفع من

مستوى الطاقة، وفي حال استمرار هذه الضغوط فإنه تظهر على الفرد استجابات طويلة المدى وغير صحية (Cooper & Dewe, 2004, pp 25-27).



شكل رقم 4 يمثل المراحل الثلاث لمتلازمة التكيف العام (GAS)

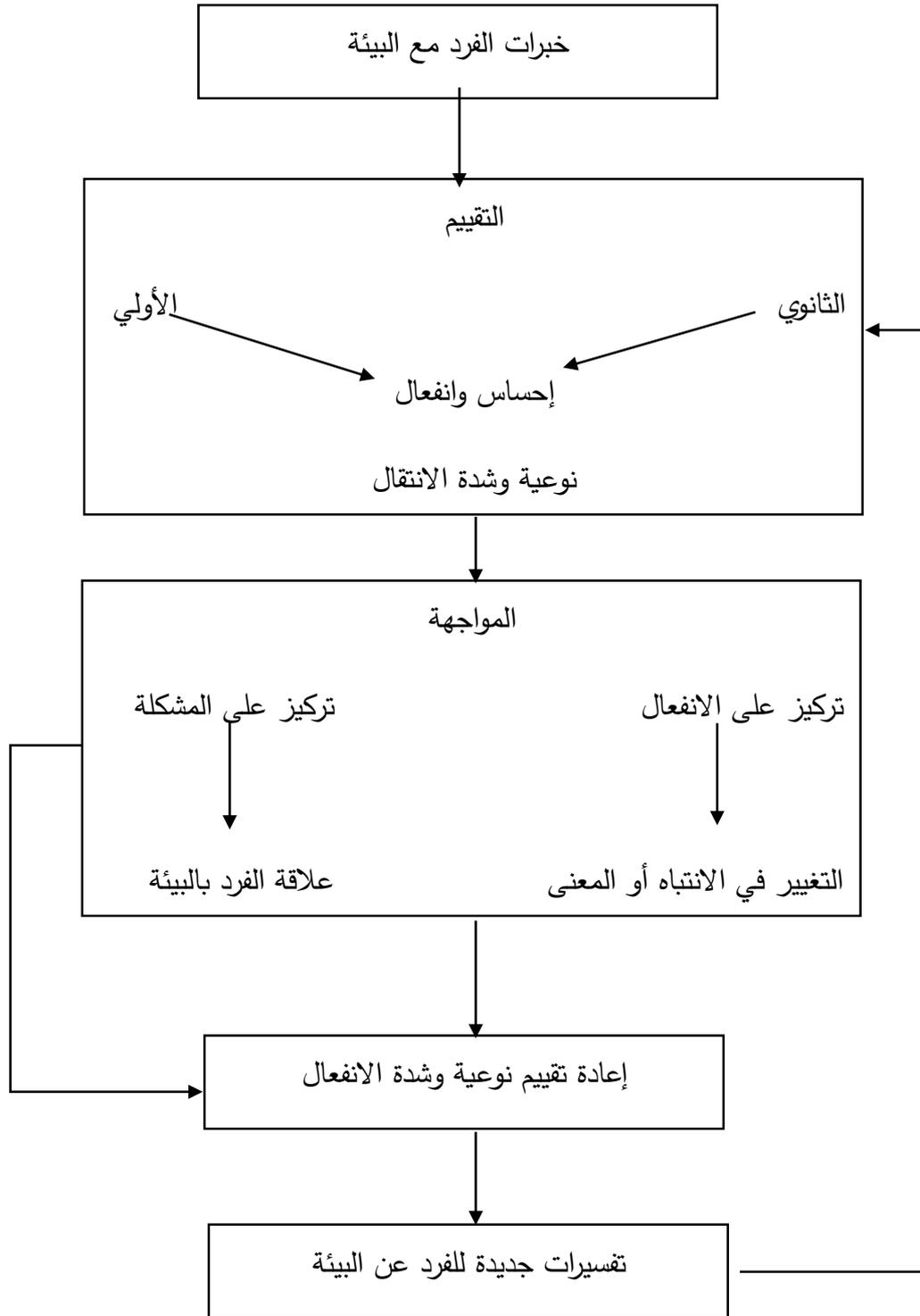
(Brannon et al, 2013, p 96)

يوضح الشكل (4) نموذج متلازمة التكيف العام General Adaptation Syndrome (GAS) الذي تم اقتراحه من طرف سيلبي Seley، ويتضح من خلاله المراحل الثلاث التي يمر بها الفرد خلال تعرضه للأحداث الضاغطة التي تستمر وتدوم لفترة طويلة، ومنه يتضح قيام هانز سيلبي Hanz Seley من خلال هذه النظرية بالربط بين التعرض للضغوط كعوامل نفسية وبين الاستجابات التي يمر بها الجسم خلال فترة

ذلك، كعوامل فيزيولوجية، بحيث توصل إلى أنه لا يمكن الفصل بين كل من الاجهاد الجسدي والنفسي الذين تتعرض لهما العضوية في مرحلة الاستنزاف.

2-2- نظرية التقييم المعرفي للازاروس Lazarus 1966:

حسب دراستي لازاروس Lazarus 1966، ولازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman 1980-1984 تم اختبار طريقة إدراك ومواجهة الأفراد للأحداث الضاغطة، وتقييمهم لها معرفياً، مما يؤسس لعلاقة تفاعلية بين كل من الفرد وبيئته، فالأحداث التي يعتبرها الفرد ضاغطة، قد يعتبرها فرد آخر بمثابة تحديات، في حين يعتبرها آخر أمراً عادياً وروتينياً، وذلك حسب تقييم الفرد المعرفي لكل موقف، والذي يشمل ثلاث جوانب تتمثل في كل من الأحداث الضاغطة، عملية التقييم، وأساليب المواجهة (الشهري، 2015، ص 35)، وهو ما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم 5 يمثل نموذج التقييم المعرفي للتغلب على أحداث الحياة الضاغطة

للأزاروس وفولكمان Lazarus & Folkman

(الشهري، 2015، ص 35)

يتضح من خلال الشكل (5) بأن نظرية التقييم المعرفي تشمل ثلاث جوانب تتمثل

في:

أ- الأحداث الضاغطة: وتعبّر عن العلاقة بين الفرد والبيئة، وتنقسم إلى:

- أحداث ضاغطة خارجية: وتتمثل في الأحداث التي تحيط بالفرد ضمن بيئته الخارجية، والتي تحدث دون إرادته أو تدخله.

- أحداث ضاغطة داخلية: وتتبع من داخل الفرد، وتتكون بناء على إدراكه للعالم الخارجي.

ب- عملية التقييم: وتنقسم إلى كل من:

- التقييم الأولي: وهو عبارة عن ناتج عملية التقييم المعرفي الأولية التي يصل من خلالها الفرد إلى إصدار حكم معين حول الموقف الذي يواجهه من حيث النوع ودرجة التهديد، حيث أن المواقف الضاغطة لا تكون كذلك إلا إذا قيمها الفرد على أنها ضاغطة، وتحدد عملية تقييم الموقف الأولية للفرد رد فعله الشعوري، مما يسبب لديه توترا أو قلقا أو خوفا، في حين تؤدي الأحداث التي يقيمها على أنها فرص تحدي ونمو إلى أن تنتج لديه ردود أفعال إيجابية كالأمل والمتعة والإثارة.

- التقييم الثانوي: ويبدأ بعد انتهاء التقييم المعرفي الأولي مع ما يتبعه من ردود أفعال شعورية، ويتضمن هذا الأخير بحث الفرد عن الموارد التي يمكن أن تساعد على تعامله مع المواقف الضاغطة، سواء كانت عوامل داخلية لدى الفرد، أو عوامل بيئية خارجية، مع ما يترتب من نتائج عن المواجهة، مثل ما قد يترتب عن اتخاذ قرار معين من مشكلات (الشهري، 2015، ص 36).

ج- أساليب المواجهة: وهي ما يستخدمه الفرد لمواجهة الأحداث الضاغطة، وهي تصنف إلى نوعين:

- استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكلة: حيث يتصرف الفرد هنا مباشرة بهدف تغيير علاقته مع البيئة، من خلال القيام بالبحث عما يتعلق بالمشكلة التي يواجهها، مما يمكنه من التعامل إما بأسلوب فعال مع الموقف الضاغط الذي يتعرض له، وإما باستبعاد أو إيقاف العوامل التي تشكل ضغطاً.
- استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال: حيث يقوم الفرد بالسيطرة على انفعالاته الناتجة عما يواجهه من مشاكل، وبالتالي تحويل انتباهه من خلال القيام باستخدام حيل دفاعية سلوكية كالتجنب والانكار، وتقبل المسؤولية، وإعادة تقييم الموقف على أنه لا يشكل تهديداً، وهذه الاستراتيجية تستخدم بكثرة كلما كانت الحلول غير متاحة للفرد أو غير عملية في مواجهة الضغوط التي يتعرض لها (الشهري، 2015، ص 37).

2-3- نظرية كوبازا Kobaza 1979 والدراسات المنبثقة عنها:

تستند هذه النظرية إلى عدة أسس نظرية وتجريبية، ويمثلها بعض العلماء مثل فرانكل وماسلو وروجرز Frankl & Masslou & Rojerz، حيث أشاروا إلى وجود هدف أو معنى لحياة الفرد الصعبة يعتمد بدرجة أولى على قدرته في استغلال امكانياته وقدراته الشخصية والاجتماعية بشكل جيد يخول له تطوير حياته.

ويعتبر نموذج لازاروس Lazarus من أهم النماذج التي تقوم عليها هذه النظرية، حيث تمت مناقشته من خلال الارتباط بعدة عوامل تتحدد في ثلاثة عوامل رئيسية و تتمثل في:

1-بنية الفرد الداخلية.

2-أسلوب الفرد الإدراكي المعرفي.

3- شعور الفرد بالتهديد والإحباط.

وقد بين لازاروس Lazarus بأن حدوث الخبرة الضاغطة يعتمد بشكل أساسي على إدراك الفرد للموقف، واعتبارها مواقف قابلة للتعايش معها، بما في ذلك عملية الإدراك الثانوي، وتقييم الفرد لقدراته الخاصة، وتحديد مدى كفاءتها في التعامل مع المواقف الصعبة. فالتقييم السلبي للفرد لقدراته يدل على ضعفها، وعدم كفايتها في التعامل مع المواقف الصعبة، مما يدفعه إلى الشعور بالتهديد، وهو ما يعني حسب لازاروس Lazarus 1966 توقعات الفرد لما يحدث له سواء بدنيا أو نفسيا، والتي تخلق لديه شعورا بالخطر والضرر الذي يقرر الفرد وقوعه بشكل فعلي (مخيمر، 2002، ص 5).

وهذه العوامل الثلاثة مترابطة فيما بينها، فعلى سبيل المثال يعتمد إدراك الفرد للتهديد على نمط إدراكه الظرفي، ويؤدي الإدراك الإيجابي إلى انخفاض الشعور بالتهديد، في حين يؤدي الإدراك السلبي إلى زيادته، مما يؤدي إلى تقييم بعض الخصائص الشخصية للفرد كتقدير الذات.

وقد طورت كوبازا Kobaza الافتراضات الأساسية لنظريتها بعد إجراء دراسة شملت رجال الأعمال والمحامين الذين يتمتعون بدرجة متوسطة وعليا من الصحة النفسية والجسدية، وكذا من حيث مدى تعرضهم للأحداث الصادمة، وتوصلت إلى عدة نتائج من بينها:

- تم الكشف مؤخرا عن مصدر إيجابي جديد في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية والجسمية، يتمثل في مفهوم الصلابة النفسية بأبعادها المتعددة، الالتزام، التحكم، والتحدي.
- أن الأفراد الأكثر صلابة حصلوا على معدلات أقل في الإصابة بالاضطرابات النفسية رغم تعرضهم للضغوط والأحداث الشاقة.

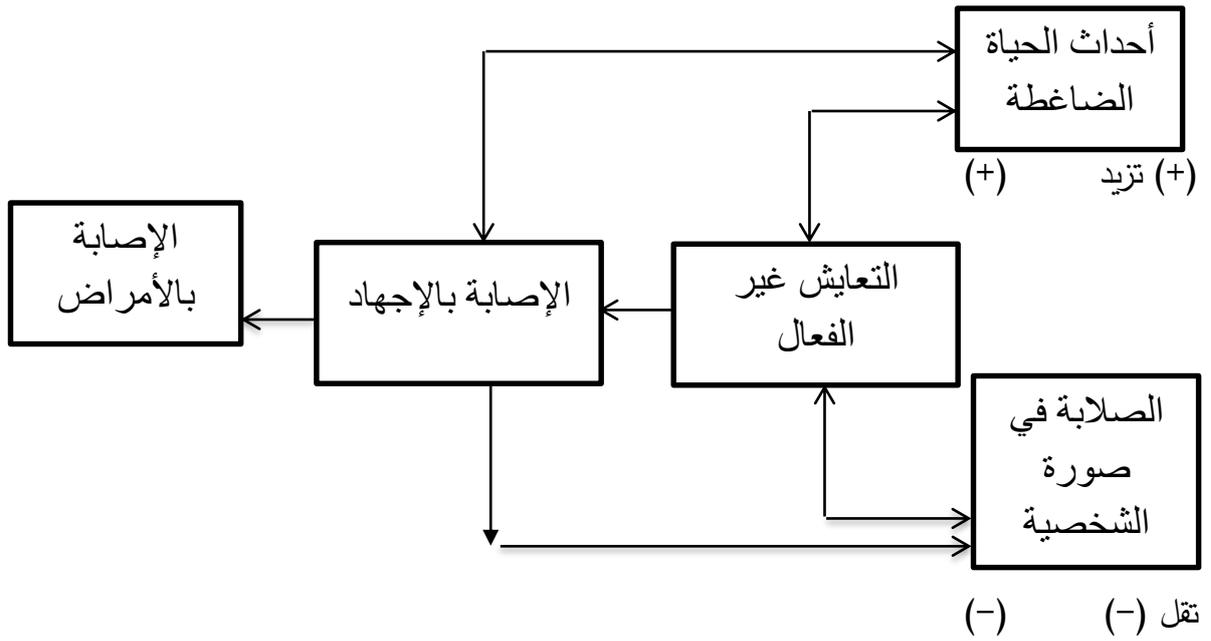
في السابق كان يفترض بأنه من الضروري التعرض للتجارب الحياتية الصعبة والمؤلمة والصادمة، وحتى أن ذلك يعتبر لازماً لارتقاء الفرد وتطوير شخصيته ووصوله إلى النضج الانفعالي والاجتماعي، كما أن الموارد النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد تزيد من قوته وصلابته حال تعرضه للأحداث الصادمة، والتي من أبرزها الصلابة النفسية (عودة، 2010، ص 79).

وفسرت كوبازا Kobaza الارتباط الموجود بين الصلابة النفسية والوقاية من الإصابة بالأمراض من خلال قيامها بتحديد سمات الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية، وكشفت عن الأدوار الفعالة التي يلعبها هذا المفهوم في التقليل من آثار التعرض للأحداث الحياتية الضاغطة.

ووفقاً لكوبازا Kobaza فإن الأفراد الذين يتميزون بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية يظهرون نشاطاً أكبر ومبادرة وقوة وقيادة وكذا قدرة أكبر على الضبط الداخلي، كما يبدون صموداً أكثر وقدرة على مقاومة تحديات الحياة، ويتسمون بالواقعية والقدرة على تحقيق الإنجازات، والسيطرة على المواقف، إضافة إلى قدرتهم على تفسير الأحداث بالطريقة المناسبة.

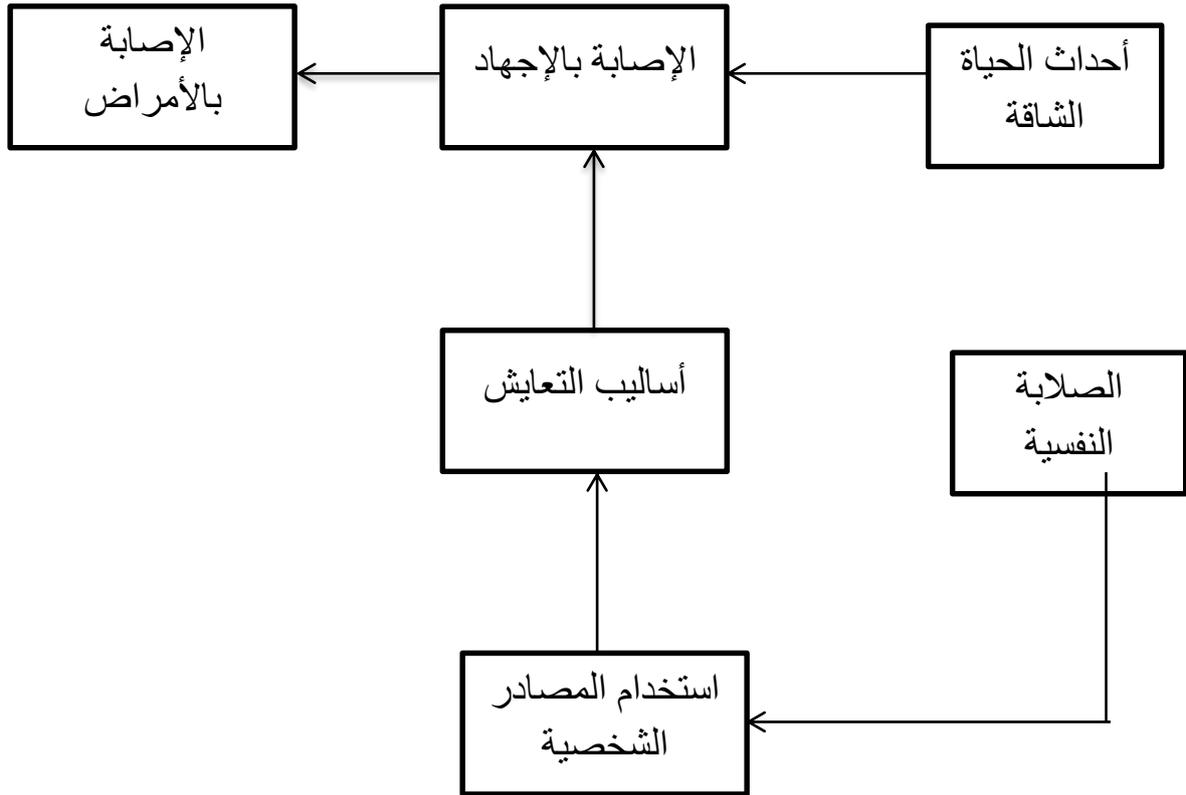
وبالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية يجدون بأن تجاربهم ممتعة وذات معنى، ويستفيدون منها، في حين يفتقر ذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية لإيجاد معنى فيما يتعرضون له من أحداث، ويشعرون بالتهديد المستمر، كما يعانون من الضعف في مواجهة الأحداث المتغيرة، ولديهم اعتقاد سلبي بأن الحياة ستكون أفضل في حال ما إذا تميزت بالثبات في أحداثها، أو كانت خالية من التجديد، بحيث يظهرون استجابات سلبية خلال تفاعلهم مع البيئة من حولهم (العبدلي، 2012، ص 18-19).

ومن خلال الأشكال التالية يظهر تأثير الصلابة النفسية على الفرد، كما يتضح المنظور الجديد للمتغيرات البناءة في علم النفس الحديث:



شكل رقم 6 يوضح التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للصلابة النفسية

من خلال الشكل السابق يتضح تجسيد صورة الشخصية الصلبة، التي تقلل بشكل مباشر التأثير السلبي للأحداث الحياتية الضاغطة، حيث يقل استخدام أساليب التعايش غير الفعالة، وبالتالي الإصابة بالإجهاد وكذا بالأمراض.



شكل رقم 7 يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية

(العبدلي، 2012، ص 18-19)

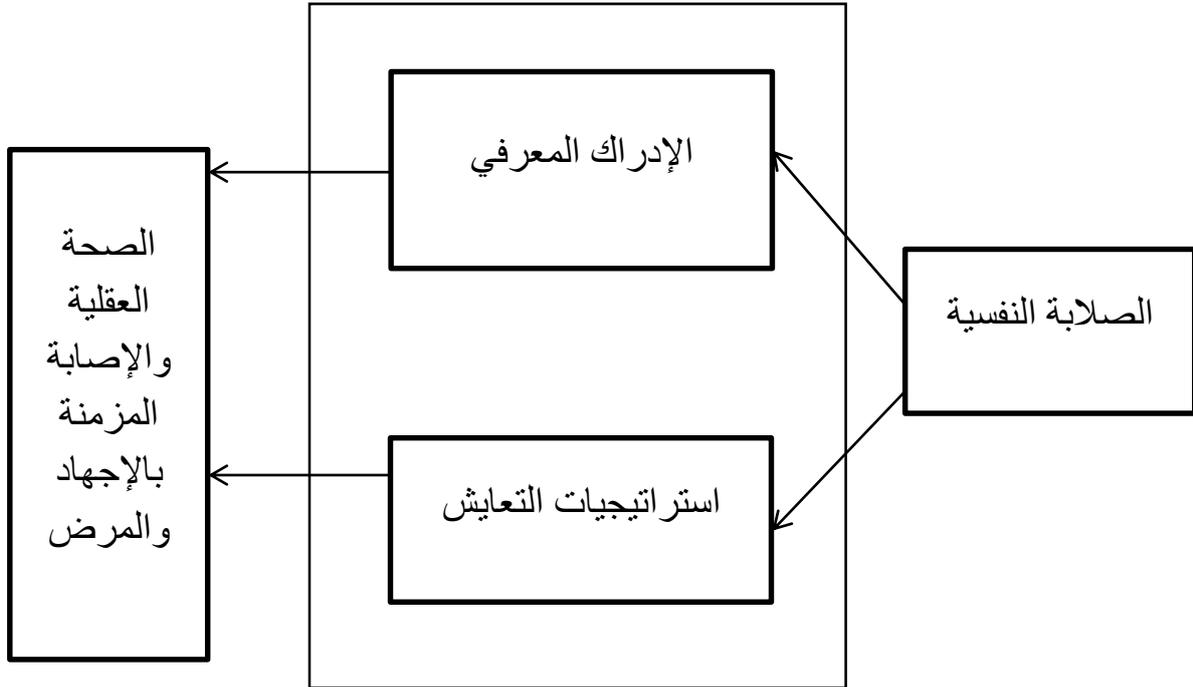
يظهر الشكل (7) بأن الصلابة النفسية تشكل متغيراً نفسياً مقاوماً ووقائياً يقلل من الإصابة بالإجهاد الذي ينتج جراء التعرض للضغوط، ويعزز استخدام الفرد لأساليب فعالة في التعامل مع هذه الضغوط، كما أن الصلابة النفسية تعمل على زيادة استغلال الفرد لمصادره الشخصية والاجتماعية المناسبة لمواجهة الظروف الضاغطة.

2-4- نموذج فنك Funk المحلل لنموذج كوبازا Kobaza:

وقد سعى فنك Funk سنة 1992 إلى تقديم أحدث نماذج الوقاية من الاضطرابات، وذلك من خلال الدراسة التي أجراها بهدف فهم العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي والتعايش الانفعالي من جهة، ومدى تأثير ذلك على الصحة العقلية للفرد من جهة ثانية، وقد شملت الدراسة عينة قوامها 167 جندياً إسرائيلياً، اعتمد فنك Funk خلالها في

تحديد دور الصلابة النفسية على دراسة المواقف الصعبة الشاقة والواقعية التي يواجهها أفراد العينة، وقد توصلت نتائج دراسته إلى وجود ارتباط بين بعدي التحكم والالتزام وبين الصحة العقلية الجيدة لدى العينة، بحيث يلعبان دوراً في تقليل الشعور بالتهديد، واعتماد استراتيجيات التعايش خاصة استراتيجية ضبط الانفعال، حيث ارتبط بعد التحكم ارتباطاً إيجابياً بالصحة العقلية، من خلال تأثيره على إدراك الأفراد للموقف على أنه أقل صعوبة ومشقة، واستخدامهم لاستراتيجية حل المشكلات كوسيلة للتعايش مع التحديات (رضوان، 2003، ص 40).

كما قام فنك Funk بإجراء دراسة ثانية سنة 1995 لتحقيق نفس الهدف الذي سعت لتحقيقه الدراسة الأولى، وشملت هي الأخرى عينة من الجنود الإسرائيليين، وتم تنفيذها خلال فترة تدريبية قاسية دامت أربعة أشهر، حيث قام المشاركين في الدراسة بتنفيذ أوامر صارمة تتعارض مع ميولهم واستعداداتهم الشخصية بشكل متواصل، وتم قياس مستوى الصلابة النفسية لديهم، وكيفية إدراكهم المعرفي لما يتعرضون له من أحداث شاقة واقعية، وكذا استراتيجيات تعايشهم معها، وذلك قبل وبعد التدريب، وقد توصلت هذه الدراسة إلى نفس النتائج التي توصلت إليها الدراسة الأولى، مما يدعم الاستنتاجات التي تم توصل إليها سابقاً حول الدور الذي تلعبه الصلابة النفسية في الحد من تأثير الأحداث الصعبة والضاغطة، كما أن هذه النتائج تسلط الضوء على الأهمية التي تلعبها الصلابة النفسية باستمرار في تحسين الصحة العقلية، وزيادة القدرة على التعامل مع الأحداث الضاغطة والمواقف الصعبة، وبعد ذلك قام فنك Funk بعرض نموذج المعدل لنموذج كوبازا Kobaza فيما يتعلق بكيفية التعامل مع الأحداث الشاقة ومقاومتها، والذي يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم 8 يوضح نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا Kobaza للتعامل مع

الأحداث الشاقة وكيفية مقاومتها

(الشهري، 2015، ص 47)

يتضح من خلال الشكل (8) بأن الصلابة النفسية تعمل من خلال بعدين أساسيين يؤثر كل منهما على أنماط الشخصية، ويتمثلان في الإدراك المعرفي، وأساليب التعايش مع أحداث الحياة الضاغطة، مما يؤدي بالفرد إما إلى الوصول إلى تحقيق الصحة النفسية أو إلى الإصابة بالإجهاد، والأمراض العضوية والنفسية.

2-5- النموذج النظري لمادي وكوبازا Madi & Kobaza:

قام بتحقيقه سلفادور مادي Salvador Madi 1984 ، فوفقا لهذا النموذج يسبب تراكم الأحداث الضاغطة زيادة التوتر الذي يمكن أن يظهره الأفراد في شكل تفاعلات كسرعة التهيج والقلق وغيرها من الاستجابات والمظاهر السلوكية التي تعكس حالة استنفار وتأهب بيولوجي لدى الفرد للتصدي للتحديات، ويمكن أن يؤدي استمرار هذه الحالة إلى ظهور أعراض مرضية، حيث تشكل المتغيرات الثلاثة المتمثلة في كل من الأحداث

الضاغطة، التوتر، والأعراض المرضية، علاقة أساسية وصف من خلالها الباحثين السمة الشخصية التي أطلق عليها بالصلابة النفسية، التي اعتبرت كمتغير وسيط في هذه العلاقة، وكذا مصدرا مهما من مصادر مواجهة الضغوط والتكيف معها (حمادة وعبد اللطيف، 2002، ص 236-237).

من خلال ما سبق تناوله بخصوص النماذج النظرية المفسرة للصلابة النفسية فإنه يتبين للباحثة بأنها ركزت على تحديد بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والمعرفية كالالتزام، وضوح الهدف، التحكم، التحدي، والاستعداد المعرفي...، وهي متغيرات تعزز من مستوى الصلابة النفسية لدى الأفراد، وبالتالي مساعدتهم للحفاظ على صحتهم النفسية والجسدية أمام التعرض للأحداث الضاغطة، هذا وقد أضاف نموذج كوبازا Kobaza متغيرات وسيطة إضافية كالوراثة التي قد تلعب دورا هاما وفاعلا في التكيف مع التحديات والأحداث الضاغطة، ولذلك يعتبر نموذج كوبازا Kobaza أشمل من النماذج المعرفية السابقة عليه، وقد حاول فنك Funk من خلال نموذج النظري الربط بين النموذج المعرفي وبين نموذج الصلابة النفسية، حيث توصلت النتائج إلى أن للصلابة النفسية دور فعال ومهم في اختيار الطرق والاستراتيجيات والأساليب الأمثل للتعامل مع التحديات والوصول إلى التعايش الفعال معها، وبالتالي الوقاية من الأمراض النفسية والجسدية.

3- أبعاد الصلابة النفسية:

من خلال الدراسات التي قامت بها كوبازا Kobaza فيما يتعلق بالصلابة النفسية توصلت إلى أنها تشمل ثلاثة أبعاد تتمثل في كل من: الالتزام، التحكم، والتحدي، في حين نجد بأن الباحث جبر محمد قد قام بإضافة بعد رابع يتمثل في بعد الثقة بالنفس، وهو ما سنتناول توضيحه على النحو التالي:

3-1- الالتزام:

يعتبر الالتزام مكونا رئيسيا من مكونات الصلابة النفسية، حيث يعرف على أنه ميل الفرد إلى المشاركة والانخراط في الأنشطة، ومواجهة التحديات التي تقابله بنجاح، كما أنه يتضمن التفاعل الإيجابي مع الأحداث الحياتية بدل الشعور بالاختلاف والعزلة والفرغ وغياب الأهداف، وتتجلى أهمية الالتزام في اعتقاد الفرد بقيمته الذاتية وأهميته الشخصية، ومن خلال ذلك تتضح قيمة الحياة لدى الفرد حيث يتمسك بمبادئه وقيمه واعتقاده بأن لحياته معنى وهدف يعيش لتحقيقه (حمزة، 2002، ص 35).

الالتزام يمثل نوعا من التعاقد الذي يلتزم الفرد بموجبه بتحقيق أهدافه وقيمه الشخصية اتجاه نفسه واتجاه الآخرين من حوله، والالتزام يظهر إحساسا عاما لدى الفرد بالعموم والتصميم الهادف ذي المعنى، يعبر عنه بميله لأن يكون أكثر نشاطا وقوة خلال تفاعله مع بيئته، بحيث يشارك في الأحداث الحياتية بإيجابية بحيث يكون بعيدا عن العزلة والسلبية والخمول والكسل، ويرى فولكمان Folkman 1984 بأن الالتزام يكشف عما هو مهم وذو معنى لدى الفرد، ويمكن تمييزه من خلال عدة مستويات من الأفكار المجردة، تتدرج من الأفكار والقيم إلى أهداف وغايات محددة، ويمكن للالتزام أيضا تحديد موضع الخطر والتهديد، فحسب ألد وسميث Allred & Smith 1989 فإنه يمكن التعبير من خلال الميل والمشاركة بدل العزلة والاعتزاب، لأن نقص الالتزام يظهر في صورة اغتراب (الشهري، 2015، ص 24).

ويعرف الالتزام حسب عماد مخيمر 1997 على أنه نوع من التعاقد النفسي الذي يلتزم بموجبه الفرد اتجاه نفسه والآخرين بقيمه وأهدافه، كما أنه مصطلح يشير إلى إحساس الفرد العام بتحمل المسؤولية اتجاه الآخرين واتجاه الأحداث الحياتية المختلفة، سواء كانت في الجوانب الاجتماعية، الزوجية، الأسرية، أو المهنية (مفتاح، 2010، ص 129).

أنواع الالتزام:

تطرقت كوبازا Kobaza إلى الالتزام من خلال دراستها على أنه مكون شخصي، ورأت بأنه يضم كلا من العناصر التالية:

أ- الالتزام نحو الذات:

وعرفته على أنه اتجاه الفرد نحو اكتشاف ذاته وتحديد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة، وكذا تحديد اتجاهاته الإيجابية التي تميزه عن غيره.

ب- الالتزام اتجاه العمل:

وعرفته كوبازا Kobaza على أنه اعتقاد الفرد بقيمة وأهمية العمل سواء لديه أو لدى الآخرين، وكذا اعتقاده بضرورة الاندماج في بيئة العمل، ومدى قدرته وكفاءته في أداء مهامه، وكذا ضرورة تحمل مسؤوليات العمل والالتزام بها.

ويتضح من خلال استعراض الأدب التربوي وجود مظاهر متعددة للالتزام تتمثل في كل من:

3-1-1- الالتزام الديني:

ويقصد به التزام الفرد المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح، وهو ما يتجلى من خلال سلوكه بحيث يمارس ما أمر به الله وينتهي عما نهاه عنه.

3-1-2- الالتزام الأخلاقي:

ويقصد به التزام الفرد بالقيم والأخلاق التي ترجع إلى أصول دينية وعقائدية، ومنه فإنه يتعين على الفرد المسلم الالتزام بالمبادئ الأخلاقية المستمدة من القرآن والسنة (راضي، 2008، ص 25).

3-1-3- الالتزام القانوني:

ويقصد به ضرورة التزام وانصياع الفرد لمجموعة القواعد والأحكام العامة، وقبول تنفيذها إما تلقائياً أو جبراً من خلال الاكراه الذي تمارسه السلطة المختصة، في حال مخالفته لها والخروج عنها لما تمثله هذه القواعد من أسس منظمة للسلوكيات العامة ضمن البيئة الاجتماعية للفرد (العبدلي، 2012، ص 290).

3-2- التحكم:

استمد مفهوم مركز التحكم الداخلي من نظرية جوليان روتر Julliane Ruter حول التعلم الاجتماعي، حيث قدمه لأول مرة سنة 1954 في مقال له بعنوان التعلم الاجتماعي وعلم النفس الاكلينيكي، وقد تأثر جوليان روتر Julliane Ruter بشكل كبير بأعمال كل من هال وسبنسر Hall & Spenser، وكذا بأفكار سكينر Skinner المتعلقة بالتعزيز، وكذا بفكرة التوقع التي تم تطويرها من طرف تولمان Tulman، وبنظرية المجال اللوين كورت Lewin Kurt.

ويمثل إدراك الضبط أمراً بالغ الأهمية فيما يتعلق بالتعامل مع تفاصيل ومجريات الأحداث اليومية، بحيث يشير إدراك الضبط الداخلي إلى مدى قدرة الفرد على مراقبة وتنظيم تفاصيل حياته اليومية، فالأفراد ذوي الإدراك الداخلي للضبط يتمتعون بقدرة أكبر على الحصول على المعلومات حول الأحداث التي تؤثر في حياتهم، وحسب لازاروس Lazarus 1996 فإن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يعتقدون بكفاءتهم وقدرتهم على ضبط والتحكم في نتائج ومخرجات الأحداث بعالمهم، ولديهم توقعات إيجابية فيما يخص ثقتهم واعتمادهم على أنفسهم (أبو ندى، 2007، ص 26).

وقد بينت الأبحاث التي ركزت على المكونات الثانوية للصلابة النفسية، أن وجود الإحساس بالقدرة على الضبط الذاتي لدى الفرد قد يشكل أهم مكون من مكونات سمة

الصلابة النفسية، التي تساعد على التنبؤ بحالة صحية أفضل لدى الفرد الذي يتمتع بها (تايلور، 2008، ص 422).

3-3- التحدي:

ويعرف حسب كل من كوبازا وبوستي Kobaza & Boussti 1983 على أنه اعتقاد الفرد بأن التغيير المستمر في الأحداث الحياتية هو أمر طبيعي ولازم لارتقاء الفرد ونموه، وليس تهديداً لأمنه ولثقتة بنفسه وسلامه ورفاهيته النفسية (عليوي، 2012، ص 17).

كما أن التحدي يشير إلى اعتقاد الفرد بأن التغيرات التي تطرأ على جوانب حياته المختلفة ضرورية لنموه وتطوره أكثر منها تهديداً، وهو ما يساعده ويشجعه للتخلي بالمبادرة واستكشاف البيئة من حوله، واستخدام مصادره النفسية والاجتماعية بالشكل الذي يمكنه من التعامل بفعالية مع الضغوط التي تواجهه، كما يظهر التحدي لدى الفرد من خلال قدرته على اقتحام المشكلات ومواجهتها، والعمل على إيجاد حلول لها، وكذا القدرة على المثابرة وعدم الخوف عند مواجهته للتحديات والمشكلات (شند، 2015، ص 451).

كما أن التحدي يعكس رغبة الأفراد وميلهم إلى فهم التغيرات التي تطرأ على حياتهم على أنها فرص وحوافز للنمو الشخصي، يمكن للفرد استغلالها لتحقيق النمو والتطور وتشجيعهم على قبول التغيرات على حالها كجزء من الواقع (أبو أسعد، 2015، ص 167).

هذا ويعرف التحدي على أنه اعتقاد الفرد وتوقعه بتحسين الظروف والأوضاع التي يعيشها نحو الأفضل، رغم كل التحديات والصعوبات والمعوقات التي يعيشها في الوقت الراهن، والتي لا تحول دون بقاء توقعاته المستقبلية متفائلة وإيجابية (الزبيدي والهاشمي، 2011، ص 364).

مكونات التحدي:

من خلال دراسات كوبازا Kobaza لمكونات التحدي باعتباره سمة يتميز بها الأفراد الذين يتعرضون لضغوط عالية دون الإصابة بالأمراض، والتي من بينها:

أ- المرونة المعرفية:

وتتمثل هذه البنية المعرفية في قدرة الفرد على الاستمرار في مواجهة تحديات الحياة حتى في البيئات الصعبة والأكثر تحدياً، وهي تمثل القدرة على التعلم والتكيف بتغيير التصورات والأفكار، ومن خلال استخدام استراتيجيات مرنة في التعامل مع التحديات، وهي تتناقض مع الجمود المعرفي الذي يشير إلى عدم القدرة على التكيف والتغيير، ومنه فإن المرونة المعرفية تعزز قدرة الفرد على التكيف والاستمرار في مواجهة التحديات والضغوط، والمساهمة في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية رغم ذلك.

ب- القدرة على التحمل:

وتتجلى من خلال قدرة الفرد على المثابرة والإصرار على تحدي الضغوطات، وبذل الجهد والكفاح إلى غاية حل المشكلات والتغلب على الضغوط والصعاب التي تعترض طريقه.

ج- المجازفة والمغامرة:

وتتمثل في القدرة على التحدي، والاقدام على مواجهة الصعاب والمشكلات بشجاعة وحذر دون تهور، مع وجود الميل والاهتمام لدى الفرد إلى اكتشاف الأحداث التي تدور من حوله.

د - الاهتمام بالتجارب:

ويتم ذلك من خلال قيام الفرد بتفسير الأحداث والنظر إليها على أنها تجارب مثيرة للاهتمام، مع شعوره بالمتعة خلال قيامه بحل المشكلات، والانتقال للبحث عن حلول لمشاكل أخرى (الشهري، 2015، ص 31).

- الثقة بالنفس:

وقد اعتبره جبر محمد جبر بعدا رابعا من أبعاد الصلابة النفسية، وهو يتمحور حول الثقة بالنفس، وقد أكدت عدة دراسات كدراسة كريستوفر 1996 Cristofer على أن الثقة بالنفس من المتغيرات الإيجابية التي ترتبط بالصلابة النفسية، وكذا دراسة كوبازا Kobaza 1983 ودراسة هالاهان وموس 1985 Halahan & Mouss، حيث اعتبرتها إحدى عوامل المقاومة الشخصية أو الاجتماعية التي تلعب دورا هاما في التخفيف من آثار الاضطرابات النفسية والجسدية، وفي مقاومة الضغوط الناتجة عنها، كما أشار يوسف ميخائيل إلى أن الثقة بالنفس هي عبارة عن إحساس الفرد بكفاءته في مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة، حيث أنها ليست مجرد اعتقاد عام ومطلق بل هي ثقة نوعية تتعلق بذات الفرد وتعكس إدراكه لقدرته على التعامل بفعالية مع كل المواقف الضاغطة، وهو نفس ما ذهب إليه شروجر Shrauger من أنها إدراك من الفرد للكفاءة والمهارة التي يمتلكها للتعامل بفعالية مع المواقف الضاغطة التي تواجهه، ويرى جبر محمد بأن الثقة بالنفس هي القدرة التي يمتلكها الفرد، والتي تدفعه إلى المثابرة والإصرار على أداء أدواره في الحياة بنجاح وعزيمة قوية، وطموح دون شعور بالخجل أو النقص أمام الآخرين (الهادي، 2009، ص 59).

4- سمات ذوي الصلابة النفسية:

حسب تايلور Taylor 1995 فإن الأشخاص الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يتسمون بالصفات التالية:

1- احساس الفرد بالالتزام ونيته في دفع نفسه إلى الانخراط في الأحداث والمستجدات التي تخصه.

2- ايمان الفرد بسيطرته واحساسه بأنه المتسبب فيما يحصل له من أحداث في حياته، وبأنه قادر على التأثير في بيئته.

3- رغبة الفرد في التغيير واستعداده لمواجهة الأحداث التي يعتبرها بمثابة فرص له للوصول إلى التطور والنمو.

ومنه فإنه يمكن تقسيم الأفراد إلى فئتين: فئة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية، وفئة الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية.

4-1 سمات الأفراد ذوي مستوى الصلابة النفسية المرتفع:

من خلال الدراسات التي قامت بإجرائها كوبازا Kobaza توصلت إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية يتميزون بمجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي:

- القدرة على القيادة والسيطرة
- يتمتعون بإنجاز أفضل
- يكونون ذوي وجهة ضبط داخلية
- يتمتعون بالقدرة على الصمود والمقاومة
- يكونون أكثر نشاطا وذوي دافعية أفضل
- لديهم القدرة على مواجهة المواقف الصعبة والحرجة

- لديهم إمكانية لاستمرارية عملية التوافق مع متطلبات الحياة.
- الاتجاه الإيجابي نحو الذات، لديهم ثقة بالنفس
- لديهم قدرة على إقامة علاقات اجتماعية فعالة
- يتمتعون بالإنجاز الشخصي
- لديهم القدرة على التحمل الاجتماعي
- لديهم نزعة تفاؤلية وأكثر توجها للحياة
- لديهم القدرة على تخطي الاجهاد
- يتمتعون بمستوى عالي من الدافعية (العيافي، 2013، ص 26، Taylor et al, 2007, p 258).

4-2- سمات الأفراد ذوي مستوى الصلابة النفسية المنخفض:

الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية يتسمون بفقدان الشعور بمعنى وقيمة حياتهم، وغياب التفاعل الإيجابي مع بيئتهم، وكذلك بتوقعهم المستمر للتهديد، وضعفهم في مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة، حيث أنهم يفضلون الروتين وثبات الأحداث اليومية، وليس بالاعتقاد بضرورة التجديد والسعي للارتقاء، كما أن تفاعلاتهم مع بيئتهم تتسم بالسلبية، والعجز عن مواجهة الآثار السلبية للأحداث الضاغطة التي تواجههم (حراث، 2020، ص 48).

ويمكن إيجاز الصفات التي يتسم بها الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية فيما يلي:

- عدم تحمل المشقة وعدم القدرة على الصبر
- عدم القدرة على تحمل المسؤولية

- قلة المرونة في اتخاذ القرارات
- الهروب من مواجهة الأحداث الضاغطة
- عدم القدرة على الضبط الداخلي
- ليس لديهم مبادئ معينة
- فقدان التوازن
- التجنب والبحث عن المساندة (محمد سيد، 2012، ص 18).

5- أهمية الصلابة النفسية:

من خلال دراسة كوبازا Kobaza توصلت إلى تقديم عدة تفسيرات لتوضيح السبب الذي يجعل من الصلابة النفسية عاملاً هاماً في التخفيف من الضغوط التي يواجهها الفرد في حياته، والتي من بينها:

- كون أن الصلابة النفسية تعمل على تعديل إدراك الفرد للأحداث وجعلها تبدو أقل شدة.
- تؤدي الصلابة النفسية إلى اعتماد الفرد لأساليب مواجهة نشطة كما أنها تساعد على الانتقال من حال إلى حال أفضل.
- تؤثر الصلابة النفسية على أسلوب المواجهة الذي يعتمد الفرد بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي.
- تدفع الفرد إلى تغيير ممارساته الصحية كالتباعد عن نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة مما يساعد على التقليل من الإصابة بالأمراض الجسدية (حمادة وعبد اللطيف، 2002، ص 236-237).

وتعد الصلابة النفسية مكونا أساسيا من مكونات الشخصية القاعدية التي تعمل على وقاية الانسان من آثار الضغوط الحياتية، كما أنها تلعب دورا حيويا كعامل حماية من الاضطرابات النفسية والأمراض الجسدية (الباهض، 2002).

منذ الدراسة الأولى التي قامت بإجرائها شيلي تايلور Chili Taylor وكذا الأبحاث العديدة التي أجريت والتي تؤكد على ارتباط الصلابة النفسية بكل من الصحة الجسدية والصحة النفسية الجيدة، حيث أشارت كوبازا Kobaza إلى أن الصلابة النفسية بكل أبعادها ومكوناتها تشكل عاملا نفسيا يلعب دورا هاما في التخفيف من تأثير الأحداث الحياتية الضاغطة على الصحة الجسدية والنفسية للفرد، فالأفراد ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية قادرين على مواجهة الضغوط ومقاومتها دون الإصابة بالأمراض (حراث، 2020، ص 54).

6- المضامين التطبيقية للصلابة النفسية:

من منطلق اعتبار أن الصلابة النفسية تعد من أهم المتغيرات النفسية التي تدعم توافق الفرد مع بيئته والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها، وتساعده في الحفاظ على صحته الجسدية والنفسية رغم ذلك، فإنه يمكن الاستفادة منها في عدة مجالات تتمثل فيما يلي:

6-1- مجال التنشئة الاجتماعية:

تشكل التنشئة الاجتماعية السوية المبنية على الحب والدفء والتعاون، أساسا قاعديا لتأسيس الأمن والأمان والثقة بالنفس، والقدرة على التحكم والتحدي وتعزيز الصلابة النفسية، حيث توصلت دراسة عماد مخيمر 1996 إلى أن العلاقة بين الوالدين والأبناء تؤثر بشكل أساسي على تطوير الصلابة النفسية، كما أن إدراك الأبناء للدفء والمحبة في علاقاتهم مع والديهم، وقيامهم بتشجيعهم على اتخاذ قراراتهم وحل مشكلاتهم بأنفسهم، وتشجيعهم على

المبادرة والاستكشاف وتحدي الظروف الصعبة والضاغطة من شأنه أن يعزز مستوى الصلابة النفسية لديهم، ويجعلهم أكثر شعورا بالقيمة الذاتية والكفاية والفاعلية.

6-2- في البرامج الوقائية والإرشادية والعلاجية:

أكدت الدراسات والأبحاث على أن الصلابة النفسية تعتبر من المفاهيم التي تلعب دورا أساسيا وهاما في مواجهة التحديات والصعوبات، وفي التغلب على الضغوط المهنية والوصول إلى تحقيق الإنجازات، كما تظهر الدراسات الدور الإيجابي الذي تلعبه الصلابة النفسية في التصدي للمشكلات في الحياة الزوجية، والتعامل مع السلوكيات المرضية وضغوط الحياة، ولذلك فإنه يجب التركيز في البرامج الإرشادية والعلاجية على تعزيز مستويات الصلابة النفسية لدى الأفراد من خلال التركيز على الخبرات الكفيلة بتحقيق ذلك، ومن ثم القيام بتدريبهم وتزويدهم بمهارات مواجهة مشكلات وأعباء الحياة، وكذا العمل على تنمية قدراتهم على تحمل المسؤولية وأداء المهام الموكلة إليهم، وعلى تقبل الانتقادات الموجهة إليهم وكذا الجزاءات التي يتعرضون لها (قصير، 2015، ص 63).

6-3- في مجال العلاقات مع الآخرين:

حيث تسهم الصلابة النفسية بشكل إيجابي مهم في تعزيز العلاقات الاجتماعية بين الفرد والآخرين من حوله، فقد أوضحت دراسة عماد محمد 1997 ودراسة كوبازا وآخرين Kobaza et al 1983 بأن الصلابة النفسية تؤدي إلى التقليل من الآثار السلبية الناتجة عن الضغوط بشكل كبير عندما تقترن مع المساندة الاجتماعية، وهو ما يدفعنا إلى القول بضرورة العمل على تعليم أبنائنا كيفية طلب المساعدة من الآخرين عند الحاجة، وكذا ضرورة قيامهم بتقديمها للآخرين، والالتزام الأخلاقي اتجاه أنفسهم والآخرين.

في حين يرى محمد عبد المؤمن بأن لإشراك الفرد في الأنشطة الجماعية أهمية كبيرة، في تعزيز شعوره بالأمن والأمان والانتماء والحب والتقبل، وفي تعزيز التفاعل الاجتماعي المبني على التعاون والاحترام المتبادل، فمن خلال حب الفرد للآخرين وثقته

فيهم واحترامه لهم وكذا تحمل المسؤولية اتجاههم يتحقق له الإحساس بالسعادة، وتزداد صلابته النفسية في مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة (قصير، 2015، ص 63).

6-4- في مجالات أخرى:

وإضافة لما سبق تلعب الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث دورا هاما في عدة مجالات حياتية أخرى نذكر منها مثلا:

- 1-المساهمة في مقاومة الأمراض الجسدية وتسريع الشفاء منها.
- 2-النجاح في التخلص من الوزن الزائد والوصول للوزن المثالي.
- 3-تحقيق النجاح الدراسي وتجاوز تجارب الفشل في العلاقات والدراسة والعمل.
- 4-تعزيز الأداء وتحقيق النجاح في الألعاب والمسابقات الرياضية.
- 5-تطوير مهارات القيادة والإدارة في المجالات التي تتطلب التعامل المستمر مع الضغوط.

6-تقديم الدعم للمراهقين في تخطي أزمة الهوية وتعزيز قدرتهم على التحكم في الضغوط والتحديات وتعزيز تفهم ذواتهم وتحديد أهدافهم بوضوح.

هذا وتؤكد الدراسات على وجود ارتباط ايجابي بين الصلابة النفسية وبين ممارسة التمارين الرياضية والتزام نظام صحي، وتبرز أهمية تطوير الصلابة النفسية في مراحل الشباب لتمكينهم من مواجهة التحديات الحياتية والأزمات بثقة واستقرار (جبر، 2005، ص 163).

وإلى جانب ذلك تلعب الصلابة النفسية أيضا دورا بارزا في بناء الشخصية السوية وتحقيق التوافق الذاتي والاجتماعي والتوازن النفسي، وتعزز الصلابة النفسية بناء الشخصية القادرة على تلبية وإشباع الحاجات الفيزيولوجية والاجتماعية والنفسية، والقادرة على مواجهة التحديات والاحباطات بقوة واستمرار، الأمر الذي يساهم في تعزيز الثقة بالنفس وتحقيق النمو النفسي، وتقوية الذات في مواجهة المشكلات الحياتية من جهة، والوصول إلى النضج النفسي والقدرة على أداء الوظائف المختلفة الجسدية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، ومن

ثم الوصول بالفرد إلى تحقيق حياة سعيدة متوافقة نفسيا وذاتيا واجتماعيا من جهة أخرى (قصير، 2015، ص 64).

7- الصلابة النفسية والصحة الجسدية (السرطان أنموذجا):

أظهرت عدة دراسات بأن الصلابة النفسية تؤثر إيجابيا على رفع مستوى كفاءة الفرد وقدرته على مواجهة الضغوطات الحياتية، وتحمل آثارها ونتائجها، ففي دراسة دامت خمس سنوات قامت بإجرائها سوزان كوبازا Suzane Kobaza سنة 1982 على عينة من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين 23 و65 سنة، حيث قامت بتطبيق كل من مقياس الصلابة النفسية، ومقياس أحداث الحياة الضاغطة لهولمز وراهي Holms & Rahe، وكذا استبيان وايلر Wiler للأمراض على عينة الدراسة، توصلت إلى أن الصلابة النفسية لا تخفف فقط من أحداث الحياة الضاغطة، وإنما تشكل مصدر مقاومة تقلل من آثارها على الصحة النفسية والجسدية، وتدعم مستوى الأداء خلال التعرض لها، كما توصل كل من وايب ومكالوم Wiebe & McCallum 1986 في دراسة استهدفت الكشف عن العلاقة المتبادلة بين متغير الصلابة النفسية وبين المرض شملت عينة قوامها 86 طالبا وطالبة، طبقت نفس أدوات دراسة سوزان كوبازا Suzane Kobaza 1982، إلى أن الأفراد ذوي الشخصية الصلبة قادرين على الاحتفاظ بسلوكيات راقية، وسلوكيات صحية إيجابية أثناء تعرضهم للضغوط الحياتية الصعبة والشاقة مقارنة بذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية، حيث كشفت الدراسة عن التأثير المباشر للصلابة النفسية على المرض، وهو ما يقترب مما توصلت إليه دراسة ألريد وسميث Allred & Smith 1989، من أن الصلابة النفسية مرتبطة بالأساليب الإدراكية للفرد وتأثره العضوي، حيث يفكر ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية بأسلوب إيجابي، وأظهروا مستويات أعلى من التحمل بضغط الدم الانقباضي مقارنة بذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية، وفي دراسة قام بها ناواك Nawack سنة 1989 بهدف الكشف عن تأثير الصلابة النفسية وأسلوب المواجهة على الحالة الصحية الجسدية والنفسية للفرد، وقد شملت عينة قوامها 194 فردا يعانون من

ضغوط العمل، وتوصلت إلى أن أساليب المواجهة غير الفعالة كالأفكار السلبية والتجنب ترتبط إيجابيا بما يتعرض له الفرد من ضغوط نفسية، وليس بما يعانيه من شكاوى جسدية، كما توصلت إلى وجود علاقة بين كل من العادات الصحية التي يتبعها الفرد ومقاييس الحالة الصحية لديه، في حين توصلت إلى عدم وجود علاقة بين أساليب المواجهة سواء الفعالة أو غير الفعالة منها وبين الحالة الصحية للفرد، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة وليامز ووايب وسميث 1992 Williams et al، والتي هدفت إلى فحص مدى تأثير أساليب المواجهة كعوامل وسيطة في العلاقة بين الصلابة النفسية والحالة الصحية، وشملت عينة قوامها 139 طالبا وطالبة، حيث توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الصلابة النفسية وأساليب المواجهة الفعالة كالتركيز على المشكلة، وتقديم الدعم البناء، في حين ارتبطت ارتباطا سلبيا مع أساليب المواجهة غير الفعالة كالانسحاب والتجنب، وفي دراسة قام بها شيرد وكاشاني Sheppard & Kashani سنة 1991، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية بمكوناتها وبين الأعراض الجسدية والنفسية، وشملت عينة من 150 مراهقا من الجنسين، توصلت إلى عدم وجود علاقة بين الالتزام والتحكم والجنس على مقاييس الصحة، ووجودها بين كل من الصلابة والضغوط النفسية والجنس على المقاييس ذاتها، وهدفت دراسة كرافت 1999 Craft إلى الكشف عن النموذج التصوري للصلابة النفسية الذي تتبناه النساء اللواتي تعانين من سرطان الثدي، حيث شملت عينة مكونة من 13 مريضة، وتوصلت إلى تمتعهن بمستوى مرتفع من القدرة على التحدي والالتزام، في حين لم يتم التعرف على دور التحدي (الدامر، 2014، ص 36-37).

وفيما يتعلق بالدراسات الحديثة فقد قام بروكس Brooks من خلال دراسته سنة 2003 بالكشف عن طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية والإصابة بالأمراض المزمنة، وتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بينهما، وإلى أن الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية يحققون نتائج إيجابية أكثر فيما يتعلق بالأعراض المزمنة (Brooks, 2003, p 12).

وفي دراسة قام بها كل من كلاج وبرادلي Klag & Brabley سنة 2004 بهدف التعرف على الآثار المخففة والمباشرة والوسيطه للصلابة النفسية على الضغوط والمرض، حيث شملت عينة قوامها 130 عضوا من هيئة التدريس بالجامعة من الجنسين، وتوصلا إلى نفس ما توصلت إليه دراسة كوبازا Kobaza التي قامت بإجرائها سنة 1982، من أن للصلابة النفسية دور في تخفيف الآثار الضارة للضغوط النفسية التي تؤدي للإصابة بالأمراض لدى عينة الذكور (Klage & Bradley, 2004, p 138).

أما دراسة هيكلان وكلاي Heckman & Clay 2005 فقد هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من الصلابة النفسية وبين الحالة الصحية لدى عينة قوامها 201 من النساء اللواتي عانين من الإساءة الجسدية والجنسية، وقد تم اختيارهن من بين متلقي العلاج بمستشفى ميد ويسترن لأمراض النساء Mid-Western Hospital، وكشفت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الصلابة النفسية لديهن وحالتهم الصحية الجسدية والنفسية، وكذا وجود علاقة بين أبعاد الصلابة النفسية وبين حالتهم العصبية (Heckman & Clay, 2005, p 768).

وقد تم إجراء العديد من الدراسات للبحث في الشخصية ذات الاستعداد للإصابة بمرض السرطان، وتوصلت إلى أنها تتصف بالمعاناة من الكبت، وبأنها محافظة اجتماعيا، ولديها إحساس عال بالقهر والاكنتاب، كما أنها تواجه صعوبة في التعبير عن غضبها وقلقها، بل انها تلجأ إلى محاولة الظهور بمظهر المبتهج السلبي والمطيع، حيث أنها كثيرا ما تعتمد على ميكانيزمات دفاعية معينة كالكبت والانكار، وتستجيب للضغوط باليأس والاكنتاب (تايلور، 2008، ص 116).

وبما أن الصلابة النفسية غالبا ما تنشئ لدى الفرد جدار دفاع نفسي يعينه على التكيف البناء مع الأحداث الحياتية الضاغطة والمؤلمة، وتخلق لديه شخصية شديدة الاحتمال، قادرة على مواجهة الضغوط الحياتية والتخفيف من آثارها السلبية، للوصول به

إلى مرحلة من التوافق، ونظرة ملؤها التفاؤل والأمل نحو المستقبل، وتجعل حياته خالية من القلق والاكتئاب (العبدلي، 2012، ص 33)، فإن الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان تعد ضرورة لا بد منها، وتلعب دورا حاسما في مدى تقبلهم لنمط حياتهم الجديد والتكيف معه، والرضا عنه، فالصلابة النفسية تعمل على تخفيف وقع الأحداث الضاغطة على كل من الصحة الجسدية والنفسية لمرضى السرطان، وتساهم في رفع قدرته على الإدراك والتقييم، والمواجهة المباشرة للأحداث الضاغطة، مما يقلل لديه من مستويات التوتر والقلق الذي يخلفه التعرض لهذه الضغوط (الهادي، 2009، ص 89).

كما أن مريض السرطان غالبا ما يعاني من الاكتئاب، والذي يعد عرضا نفسيا خطيرا من شأنه التأثير على كل من تقبل العلاج وكذا فعاليته، كما أن توقعاتهم السلبية حول مآل المرض، وحول مدى فعالية العلاجات الخاصة به من شأنه أن يثبط من عزيمة مريض السرطان، إضافة إلى لجوء الكثير من مرضى السرطان إلى إنكار المرض، ورفض التحدث عنه مع الآخرين، والإصرار على وجود خطأ في التشخيص، وقد يستمر ذلك الإحساس لديهم رغم بدء العلاج (Mayou et al, 2003).

وقد توصلت دراسة راز وسولومون Raz & Solomon، 2006، إلى أن الصلابة النفسية تساعد مرضى السرطان على التعايش مع الأحداث الصادمة أو الأحداث المثيرة للضغط والمشقة النفسية (Raz & Solomon, 2006)، كما توصلت دراسة شيما عطف سيد، طه أحمد المستكاوي ومايسة محمد شكري، 2022 إلى إسهام الصلابة النفسية فيما يتعلق ببعد التحكم في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي (سيد والمستكاوي وشكري، 2022).

خلاصة:

من خلال كل ما تم تناوله في هذا الفصل يظهر بأن الصلابة النفسية تبني للفرد درعا واقيا، وجدار دفاع نفسي، يمكنه من التكيف مع الأحداث والظروف الحياتية الضاغطة والمؤلمة، كما أن هذا المتغير النفسي يعمل على تطوير نمط من الشخصية القادرة على التحمل والتصدي ومواجهة الضغوط، مما يجعلها قادرة على مقاومة الأحداث الشديدة والتخفيف من تأثيراتها السلبية، مع احتفاظ الفرد بصحته الجسدية والنفسية، وتمكينه من بلوغ حالة من التوازن والوصول إلى مرحلة التوافق، مع نظرة مليئة بالتفاؤل والأمل نحو الحاضر والمستقبل، مهما كان الواقع يبدو مؤلما وصعبا وقاسيا، ومهما كانت الضغوط شديدة، فتخلو بذلك حياته من القلق والاكتئاب، وتصبح ردود أفعاله إيجابية وفاعلة وقادرة على التغيير وتحقيق النجاح رغم قساوة الظروف وشدة الضغوط.

الفصل الرابع

إدارة الألم لدى مرضى السرطان

تمهيد

- 1- تعريف الألم وإدارة الألم
- 2- أسباب الألم لدى مرضى السرطان
- 3- فيزيولوجية الألم والأسس العصبية والكيميائية لكبحه
- 4- تصنيفات الألم
- 5- تقييم وقياس الألم
 - 5-1- التقييم الكيفي للألم
 - 5-2- التقييم الكمي للألم
- 6- النماذج النظرية المفسرة للألم
- 7- العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم
- 8- برامج إدارة الألم
- 9- طرق علاج الألم لدى مرضى السرطان
- 10- معوقات تخفيف آلام السرطان
- 11- إدارة الألم ومرض السرطان

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الألم من أكثر الأعراض الشائعة لدى مرضى السرطان إزعاجاً، فزيادة على كونه عبارة عن تجربة متعددة الأبعاد، ومعقدة التفاعلات، فإن له تأثيرات على كل من الحالة الجسدية والنفسية لمرضى السرطان، من خلال ما يسببه له من معاناة وعراقيل في ممارسة مهامه خلال حياته اليومية، وكذا من خلال ما يشير إليه وما يعبر عنه حول الوضع الصحي لمرضى السرطان، ونظراً لأنه كثيراً ما يكون مريض السرطان غير قادر على التحكم في آلامه والسيطرة عليها، فإن ذلك يقوده غالباً إلى الإحساس بالضعف، والقلق، ويصل به إلى الاكتئاب، وربما رفض الخضوع للعلاج والاستسلام لفكرة الموت.

ومنه ظهرت الحاجة الماسة إلى إدخال مفهوم إدارة الألم لدى مرضى السرطان، حيث يشير هذا المفهوم إلى كل إجراءات التدخل التي تتم بغرض التخفيف من الألم، وتقليل آثاره السلبية، سواء كانت فيزيولوجية أو نفسية أو سلوكية، كما أن استراتيجيات إدارة الألم تتمثل في كل ما يعتمد عليه المريض نفسه خلال معاناته من إحساس الألم بغرض تجاوزه أو التخفيف منه.

1- تعريف الألم وإدارة الألم:

الألم هو ظاهرة حسية ضارة تعمل على نقل المعلومات حول حدوث تهديد بإصابة معينة، والألم تجربة متعددة الأبعاد تنتج عن تفاعل معقد بين مجموعة من المكونات البيولوجية والنفسية للفرد، وتتأثر أكثر بالعوامل السلوكية والاجتماعية، ويمكن أن يتراوح المسار الزمني للألم ما بين الحالات الحادة والمحدودة المدة، إلى الحالات المزمنة التي يستمر فيها الألم إلى ما بعد شفاء وإصلاح الأنسجة، ورغم أن نظرية بوابة التحكم في الألم لملازك ووال Melzack & Wall 1967 تقدم نموذجاً موحداً للألم، إلا أن هناك مجموعة متنوعة من الآلام الفرعية التي لها آليات أساسية مختلفة (Coons & Steglitz, 2020, p 1603).

وفي السبعينيات تم وصف شدة الألم ومدته وطبيعته المستمرة التي لا يمكن إرجاعها إلى وجود تلف بالأنسجة أو خلل وظيفي، من خلال مصطلح متلازمة الألم المزمن الحميد المستعصي، وأرجع بينسكي Pinsky 1978 الألم إلى ثبات أسلوب الحياة النفسي والاجتماعي للمريض، وعدم قدرته على التكيف، وهو ما يشكل في حد ذاته اضطراباً نفسياً جسدياً (Mailis et al, 2020, p 415).

وقد تم تعريف الألم حسب القاموس الطبي Medical Dictionary by Farlex بأنه شعور سلبي وإحساس غير سار ينتقل إلى المخ عبر الخلايا العصبية، وهو يدل على وجود إصابة بالجسم سواء فعلية أو محتملة، وإضافة إلى ذلك يتضمن الألم الإدراك الفردي وتفسيره الذاتي لما يعانيه من انزعاج، الأمر الذي يعبر عن موقعه وشدته، مما يمكن من تحديد طبيعته، وتشمل كلا من الاستجابات الواعية وغير الواعية للألم، وحتى الاستجابات الانفعالية، رؤية شاملة حول مفهوم الألم عموماً، كما ورد تعريف الألم بقاموس أكسفورد Oxford 2012 على أنه إحساس جسدي مزعج للغاية، ينتج عن إصابة معينة أو مرض ما، مما يسبب للمريض ضيقاً ومعاناة نفسية (أبو شمالة، 2018، ص 13).

وحسب الجمعية الدولية لدراسة الألم International Association for the Study of Pain (IASP) فإن الألم عبارة عن تجربة انفعالية وحسية غير مرغوب بها، ترتبط بالإصابة النسيجية أو التلف الفعلي أو المحتمل، والألم هو تعبير عن وجود هذه الإصابة ووصفها من خلال ما تسببه من ضرر (Peaz et al, 2013, p 7) (Reinhard, 2016, p 108).

وقد جمع التعريف الذي قام بصياغته ميرسكي Mersky، بين كل العوامل التي تتدخل في ظاهرة الإحساس بالألم، سواء كانت عوامل فيزيولوجية، اجتماعية، ثقافية، ونفسية، وهو يحتل أهمية كبيرة كون أنه يتجاوز ويلغي الفروق بين الأصل الوظيفي العضوي والنفسي للألم، وقد تم الأخذ بعين الاعتبار من خلال هذا التعريف بالبعد النفسي والإصابة أو التلف المرتبطين بتجربة الألم، من خلال ضمان التواصل مع المريض ومحاورته والاستماع إليه، والسعي إلى تخفيف معاناته، مع ما يلعبه ذلك من دور هام في مجال الممارسة الطبية (Duplan & Marty, 2001, p 268).

وقد عرفت جمعية أمريكا الشمالية للتشخيص التمريضي The North American Nursing Diagnosis Association الألم بأنه حالة يشعر الفرد من خلالها بعدم الارتياح الشديد، ويتم الإبلاغ عنه من خلال التواصل اللفظي المباشر أو غير المباشر، وحسب ماهر فوزي فالألم عبارة عن شعور حسي ونفسي غير مستحب، يكون مصاحباً لإصابة نسيجية تؤثر على المريض، ويعبر عنها (البكوش، 2014، ص 136).

وحسب ما ورد عن كل من ويليامز وكريغ 2016 فالألم عبارة عن تجربة مؤلمة ترتبط بتلف نسيجي فعلي أو محتمل مع ما تتضمنه من عوامل حسية، انفعالية، معرفية واجتماعية (Cunanan et al, 2017, p 4).

وعموماً فالألم ظاهرة معقدة بما تشمله من خبرة انفعالية وحسية مزعجة وغير سارة، ترتبط بتضرر نسيجي فعلي أو كامن ومحتمل، ويعد الألم تجربة ذاتية تتداخل فيها وبشكل

دقيق العوامل الانفعالية، مع ما يحدث بها من تأثيرات بفعل العوامل المعرفية والبيئية المحيطة بالمرضى (مرازقة، 2009، ص 24).

وقد قدم ماكافري وباسيرو McCaffery & Passero تعريفا للألم على أنه عبارة عما يصفه ويعبر عنه المريض الذي يعاني منه، وهو تعريف مفيد من الناحية السريرية (Kumar & Elavarasi, 2016, pp 87-88).

أما العالم الفيزيولوجي العصبي ملزك R. Melzak فقد قام بصياغة تعريف تكاملي للألم، على أنه عبارة عن تفاعل معقد بين أبعاد متعددة، وعوامل مترابطة بشكل معقد فيما بينها (Duplan & Marty, 2001, p 268).

وتشمل هذه العوامل كلا من:

- البعد الحسي للألم، ويشمل مجموعة من الأحاسيس والإدراكات التي تمكن من تحديد موقع الألم، نوعه، مدته، وشدته، ففي مجال الممارسة الطبية العيادية يقوم الممارسون المختصون بطلب وصف ما يشعر به المريض، بغرض تحديد وفهم تجربة الألم التي يمر بها بدقة.

- البعد الانفعالي للألم، ويتم وصفه والتعبير عنه من خلال طرق عديدة، تبعا لشدة الألم، واستمراريته، ويمكن أن يظهر في شكل مشاعر خوف، قلق، أو حزن واكتئاب.

- البعد المعرفي للألم، ويتضمن مجموع السياقات الذهنية لدى المريض، كالذاكرة، والانتباه، والتفسير، والتي تهدف إلى الوصول لتحديد دقيق حول الرؤية الشخصية للمريض فيما يتعلق بتجربة ألمه.

- البعد السلوكي للألم، ويشمل كل التعبيرات اللفظية وغير اللفظية التي تصدر عن المريض الذي يعاني من الألم (Pérrier & Fondras, 2004, p 10).

وحسب غانم 2006 فإن الألم يأخذ أحد المعنيين: إما معنى نفسي، أو معنى

فيزيولوجي:

- ويقصد بالمعنى النفسي ما يصاحب الألم من مشاعر مرتبطة به، فمن غير الممكن أن يكون الألم محايداً، حيث أنه غالباً ما تصاحبه حالة نفسية وجدانية إما إيجابية أو سلبية، ويكتسب الألم معناه الخاص من خلال الفرد ذاته، حيث يختلف من مريض إلى آخر تبعاً لتجاربه وتفاعلاته الشخصية، وعموماً فإن الانفعالات والعواطف تلعب دوراً كبيراً في رسم وصنع تجربة الألم الفردية، وتغييرها.

- أما المعنى الفيزيولوجي، فيرتبط بالعمليات التي تتم على المستوى الجسدي، حيث تحتوي معظم المناطق الجسدية على مستقبلات حسية للألم، يتم عبرها إرسال إشارات الألم بمجرد تنشيط هذه المستقبلات نتيجة لحدوث ضغط أو تضرر أو تلف نسيجي، وتنتقل هذه الإشارات إلى النخاع الشوكي من خلال الأعصاب، ومن ثم إلى المخ، الذي يقوم بتحليل الرسالة وبالتالي يحدث إحساس الألم الذي يختلف بشكل كبير فيما بين الأفراد (غانم، 2016، ص 397).

وأياً كان سبب الإحساس بالألم سواء فيزيولوجياً جسدياً، أو عصبياً أو نفسياً، فإن الألم عموماً يشكل ظاهرة معقدة، وتجربة ذاتية ذات بعد معرفي انفعالي، حيث يركز التوجه الكلاسيكي على الكشف عن الميكانيزم المتسبب في الألم بغض النظر عن ظاهرة الألم في حد ذاتها، في حين أنه يعتبر ظاهرة نفسية جسدية، حيث تنشأ هذه الاستجابة النفسية عن ضرر معين يصيب منطقة ما من الجسم (Boureau, 2006, p 8).

وحسب دافيد وسوانسون David & Swanson فإن الألم المزمن يشكل تحدياً مختلفاً تماماً عن الألم الحاد، فإضافة إلى أن الألم المزمن قد يستمر لفترة قد تزيد عن الستة أشهر حتى بعد الشفاء من الإصابة التي نتج عنها، وقد يبقى مجهول السبب، في حين يكون سبب الألم الحاد واضحاً، وقد ساد سابقاً اعتقاد بأن الألم المزمن ناتج عن مجرد

تخيلات لدى المريض، أو محاولة منه للفت الانتباه، أما في الوقت الحاضر فقد تم بفضل الأبحاث والدراسات والتطور الطبي تأكيد وجوده (Swanson, 2000, p 16).

هذا وتعرف شيلي تايلور الألم المزمن على أنه يبدأ بإحساس حاد ويختلف عن الألم الحاد في كونه يبقى على حاله ولا يخف بمرور الوقت وبتلقي العلاج، وتشير إلى وجود عدة أنواع للألم المزمن، فالألم المزمن الحميد هو ما يستمر لستة أشهر أو أكثر، وتختلف شدته، ويصعب علاجه كآلام أسفل الظهر، أما الألم الحاد المتكرر فيتضمن سلسلة منقطعاً من النوبات الحادة بطبيعتها من الألم، تستمر هي الأخرى لفترات تتجاوز ستة أشهر، ومن أمثلتها الشائعة تشنج العضلات والصداع النصفي، في حين يدوم النوع الثالث من الألم، وهو الألم المزمن المستقل لفترات طويلة، حيث وبمرور الوقت تتزايد شدته، ويرتبط عادة بأمراض انحلالية أو خبيثة كالسرطان والتهاب المفاصل (تايلور، 2008، ص 591).

أما إدارة الألم فيقصد بها القيام باتخاذ إجراءات بغرض علاج الآلام أو التخفيف منها كمراجعة الطبيب، والقيام بتناول الأدوية، أو الإقامة بالمستشفى، والخضوع للعلاجات الفيزيائية الخارجية (تايلور، 2008، ص 37).

كما تشير إدارة الألم إلى كل من التدخلات الفيزيولوجية والنفسية والسلوكية التي تهدف إلى التخفيف من الإحساس بالألم، والتقليل من الآثار السلبية المرتبطة به (Coons, 2020, p 1608).

هذا وتشكل إدارة الألم المزمن تحدياً كبيراً وفي غاية الصعوبة بالنسبة للقائمين على الرعاية الصحية، ففي حين أن الكثير من نوبات الألم الحاد تستجيب للتدخلات الطبية الاعتيادية، يتعذر الوصول إلى تحقيق استجابة فيما يتعلق بالألم المزمن من خلال استخدام أية وسيلة علاجية، مما يجعل المرضى الذين يعانون منه في حالة يأس من الشفاء، والتطور الذي شمل أساليب واستراتيجيات إدارة الألم بناء على تطور الوعي المرتبط بعدم استجابة الألم المزمن للإجراءات التي تعتمد على بعد واحد، واستمراره بناء على عوامل متعددة، وهو

ما نتج عنه اعتماد مناحي علاجية متعددة، كالعلاجات النفسية التي تتضمن كلا من العوامل الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية للألم (مرازقة، 2009، ص 38).

ومنه فإنه يمكننا القول بأن الألم عبارة عن تجربة حسية مزعجة، تشير إلى وجود إصابة جسدية، تتراوح ما بين الحالات الحادة والحالات المزمنة، تبعا لاستمراريتها الزمنية، ويتم التعبير عن إحساس الألم إما لفظيا أو ضمنيا، كما أنه يكتسي طابعا فرديا تبعا للتفاعلات والتجارب الشخصية.

كما أنه يمكن القول بأن المقصود بإدارة الألم كل إجراءات التدخل التي تتم بغرض تخفيف المعاناة المرتبطة بأحاسيس الألم، وتقليل آثارها السلبية، نفسية كانت أم فيزيولوجية، أم سلوكية.

2- أسباب الألم لدى مرضى السرطان:

يمكن أن تكون آلام مرضى السرطان ناتجة عما يلي:

- عن الإصابة بالسرطان في حد ذاته، وهو السبب الأكثر شيوعا.
 - يمكن أن تكون الآلام مرتبطة بالسرطان كالألمساك، وتقلص العضلات، وحدوث الوذمة اللمفية، وقرحة الفراش.
 - ويمكن أن تكون مرتبطة بالعلاجات المضادة للسرطان كالألام الناجمة عن الخضوع للعمليات الجراحية الاستئصالية.
 - وقد تكون ناتجة عن إصابات متزامنة كالتهاب المفاصل، وتتكس الفقرات.
- وقد يعاني المرضى في حالات متقدمة من السرطان، من آلام متعددة مرتبطة بعدد من هذه الأسباب، كما أن الإصابة بالسرطان في حد ذاتها تسبب آلاما تكون ناتجة عن عدة أسباب كتوسع الورم ضمن الأنسجة الرقيقة، تضرر الأحشاء أو العظام، الضغط على الأعصاب أو تضررها، ارتفاع الضغط داخل الجمجمة، وحسب الجدول التالي رقم (1) فقد

تم وصف سلسلة من متلازمات الألم الخاصة بمرضى السرطان، على مدى العشرين سنة الماضية، والتعرف عليها مفيد في إجراء التشخيص الصحيح، بالإضافة إلى أهمية الأخذ بعين الاعتبار الآلية العصبية التي تقوم عليها حسب ما هو موضح بالجدول رقم (1) (WHO EMRO, 1999, p 5).

جدول رقم 1 يوضح متلازمات الألم الخاصة بمرضى السرطان

متلازمات الألم الناجمة عن المعالجة المضادة للسرطان	متلازمات الألم الناجمة عن السرطان
بعد الجراحة:	وصول الورم للعظام:
- ألم حاد ما بعد الجراحة	- ورم في القحف وقاعدة الجمجمة
- متلازمة ما بعد بضع (شق) الصدر	- نقائل إلى الفقرة
- متلازمة ما بعد استئصال الثدي	- كسر الناتئ السني الشكل
- متلازمة ما بعد جراحة في الرقبة	- نقائل إلى الفقرات الصدرية السابعة والأولى
- المتلازمة الطرفية	- نقائل إلى الفقرة القطنية الأولى
بعد المعالجة الكيماوية:	- متلازمة عجزية
- التهاب الغشاء المخاطي للفم	وصول الورم للأحشاء
- تقلصات المثانة	وصول الورم للجملة العصبية
- النخر بالفخذ	- ألم الأعصاب القحفية
- روماتيزم كاذب	- الثلاثي التوائم
- ألم عصبي	- البلعومي
- اعتلال الأعصاب المحيطية	- آلام الأعصاب المحيطية
بعد المعالجة بالأشعة:	- اعتلال الأعصاب المحيطية
- التهاب الغشاء المخاطي للفم	- اعتلال الضفيرة العضدية
- التهاب المريء	- اعتلال الضفيرة القطنية العجزية
- حروق جلدية	- اعتلال الجذور العصبية
- تليف إشعاعي للضفيرتين العضدية والقطنية	- نقائل للسحايا الرقيقة
- اعتلال نقوي إشعاعي	- انضغاط النخاع
- ورم أولي ثانوي محرض بالإشعاع	- نقائل داخل القحف

جدول رقم 2 يوضح تصنيف الآلام وفقا للآلية العصبية

نوع الألم	الآلية	مثال
شديد حشوي جسدي تقلص عضلي اعتلال الأعصاب	تنبيه النهايات العصبية	ألم كبدي ألم عظمي تقلص
انضغاط عصب أذية الأعصاب	تنبيه الأعصاب	
- المحيطية - المركزية	أذية عصب محيطي أذية الجملة العصبية المركزية	ورم عصبي انضغاط النخاع أو ألم ما بعد السكتة الدماغية
- المختلطة - الودية	أذية محيطية ومركزية أذية الأعصاب الودية	ألم عصبي بعض الآلام الحادة التالية للجراحة

(WHO EMRO, 1999, p 7)

ينبغي التفريق بين نوعين من الألم الحاد، الأول هو الألم الذي يتعلق بإصابة في العصب المحيطي، وهي الأكثر شيوعاً، والثاني هو الألم الحاد المستمر بشكل ودي، وهو الأقل شيوعاً، ويمكن أن يكون من الصعب التمييز بينهما لتشابه الأعراض السريرية أحياناً، كما أن الألم المرتبط بوجود إصابة في العصب المحيطي يتميز بانتشاره على طول العصب، ويتسبب في ألم حاد سطحي، أو شعور حاد بالوخز يشبه الالتهابات العصبية والجلدية، ويصاحبه فقدان للإحساس، في حين يتوازن النوع الثاني شريانياً، ويمكن للصور الإشعاعية الطرفية أن تظهر تغيرات في العظام، وفي حالة وجود اشتباه بوجود هذا النوع من الألم الودي، فإن التخدير الموضعي يفيد إضافة إلى التمكن من تأكيد التشخيص، ومن تخفيف الألم لفترة تستمر أطول (WHO EMRO, 1999, pp 6-7).

3- فيزيولوجية الألم والأسس العصبية والكيميائية لكبحه:

تعد خبرة الألم آلية وقائية تمكن من الشعور بوجود تلف على مستوى الأنسجة، رغم أن الفرد المصاب قد يبقى بعيدا عن إدراك ذلك خلال مروره بتجربة الألم، ويتراقق الإحساس بالألم مع استجابات سلوكية كالانسحاب، واستجابات دافعية وانفعالية شديدة كال بكاء والخوف، وهي جزء أساسي في خبرة الألم، وتلعب دورا هاما في تشخيص الألم وعلاجه.

وللألم مستقبلات محددة، تتمثل في النهايات العصبية الموجودة بمعظم أنسجة الجسم، يتم من خلالها نقل الرسائل إلى الحبل الشوكي، مباشرة عند التعرض للمثيرات الضارة، وتتصل المستقبلات بالنواقل العصبية للألم الموجودة في الحبل الشوكي، ويتم نقل الرسالة من طرف الخلايا العصبية خلال مسارات محددة، باتجاه المراكز الأعلى، والتي تشمل كلا من جذع المخ والمهاد والقشرة الحسية الجسدية، والجهاز الطرفي (الحوافي)، والاعتقاد السائد أن العمليات الأساسية المرتبطة بإحساس الألم تشمل في المقام الأول كلا من المهاد والقشرة، وللألياف العصبية الطرفية نوعين، يشتركان في عملية إدراك الألم، يتمثلان في الألياف الصغيرة من نوع دلتا A، وهي ألياف نخاعية تقوم بنقل الألم الحاد، وألياف عصبية صغيرة الحجم من نوع دلتا C، وهي الألياف غير النخاعية التي تقوم بنقل الألم البطيء (سالم، 2016، ص 30).

تقوم ألياف دلتا A بنقل الألم الأولي المميز لإحساس الألم الحاد، والذي يكون على شكل وخز واضح، ويهدأ بسرعة نسبيا، في حين تنقل ألياف دلتا C الألم الثاني الذي يشكل إحساسا مهما لدى حالات الألم المزمن، ويكون عميقا وصعب التحديد من حيث موضعه، ويهدأ بصورة بطيئة، وتنتقل دفعة تنبيه الألم عبر النخاع الشوكي من خلال النواقل العصبية، من الجهاز العصبي المحيطي إلى الجهاز العصبي المركزي، وخلال ذلك تستثار في نفس الوقت لدى الفرد استجابات انعكاسية حركية، وخبرة الألم عموما يحددها توازن النشاط في الألياف العصبية، حيث يعكس نوع الإثارة وشدتها، وللنواقل العصبية تأثيرها على انتقال

الألم، كما تلعب القشرة الدماغية دورا هاما في الأحكام المعرفية المتعلقة بإحساس الألم، وإدراك معناه، فالآليات النفسية والعصبية المكونة للجانب الانفعالي للألم، تشكل جزءا هاما من خبرة الألم، ويرتبط هذا الجانب الانفعالي بالمشاعر والعواطف السلبية التي ترتبط بمشاعر القلق، التي يسميها الباحثون بالانفعالات الثانوية، كما أن شدة الألم وطول مدته يؤثران على الانفعالات السلبية المدركة كالقلق، والانفعالات الثانوية الناتجة عنها، حيث يتم دمج المعلومات التي تم إدراكها ضمن إطار الخبرة المؤلمة على مستوى القشرة الدماغية، مما يؤدي إلى استثارة الانفعالات القوية وتفاقمها، ومنه فإن خبرة الألم هي عبارة عن نتاج معقد من تفاعل كل العناصر السابق ذكرها (سالم، 2016، ص 31).

وقد أظهرت الدراسات بأن القيام بتحفيز عدة مستقبلات لا ينقل دفعة واحدة إلى القشرة الحسية الجسدية، وإنما إلى مناطق أخرى بالجهاز الطرفي وتحت المهاد (Auddette & Angela, 2004, p 752).

ويتمثل ألم الاعتلال العصبي في الضيق الناجم عن الإشارات غير الطبيعية للألم في حالة عدم وجود خلل وظيفي على مستوى الأنسجة، ويمكن أن ينشأ هذا الألم لدى مرضى السرطان بسبب إصابات على مستوى الأعصاب الطرفية الناتجة عن الجراحة مثلا، أو الخضوع للعلاج الكيميائي، ووجود ضغط عصبي مرتبط بالورم، وغالبا ما يكون ألما ثابتا ويتفاقم باللمس، وغالبا ما يصفه المرضى بأنه ألم حاد يظهر من خلال أعراض إيجابية كالإحساس بالحرق، أو أعراض سلبية كالوهن والخدر، ويمكن في الحالات الشديدة أن تسبب أدنى لمسة آلاما لا تطاق (Pearman et al, 2018, p 262).

يمتلك الدماغ القدرة على التحكم في مستوى ما يحس به الفرد من ألم، وذلك من خلال رسائل تمنع وصول إشارات الألم عبر النخاع الشوكي، وتمثل دراسة دف رينولدز 1969 D.V Reynolds نقطة تحول في هذا المجال، حيث قامت بإثبات صحة هذه الفرضية بالتجربة، فالاستثارة الكهربائية لمنطقة دماغية معينة لدى الجرذان، تمكنت من

إحداث فقدان كبير في الإحساس لديها، حيث أنها لم تحس بالألام المصاحبة لعملية جراحية بالبطن، وقد ساعدت هذه النتائج في دفع العلماء إلى النظر في الأسس العصبية الكيميائية الكامنة وراء مثل هذا التأثير، وخلال سنة 1972 تمكن كل من أكيل وزملائه Akil Mayer Libeskind et al (1972-1976) من اكتشاف وجود ما يطلق عليه بالأفيونات الذاتية، فالمخدرات ذات الصيغة الأفيونية من هيروين ومورفين، هي عبارة عن مشتقات نباتية تساعد على التحكم بشدة الألم، في حين أن الأفيونات الذاتية ذات التأثير المشابه، هي مواد يقوم بإفرازها الجسم، وتمثل نظاما عصبيا كيميائيا داخليا للتحكم في الألم وتنظيمه، وتقوم بإفراز هذه الأفيونات الذاتية عدة أجزاء من الدماغ والغدد، وتلعب دورا هاما في التحكم بالألم، وتعتبر مواد عصبية كيميائية هامة، يتشكل من خلالها نظام طبيعي لتخفيف الألم بالجسم، رغم أنه لا يعمل بشكل دائم، حيث هناك عوامل محددة تقوم باستثارتها، حيث تشير الأبحاث إلى أن الضغوط أحدها، فالضغوط المفاجئة والحادة، كالقيام بتوجيه صدمة إلى قدم الجرد، تؤدي بصورة ثابتة إلى عدم إحساسه بالألم، ويطلق عليها بظاهرة فقدان الإحساس المرتبط بالضغط، ويرجع ذلك حسب ما توصلت إليه الأبحاث، إلى أنه يصاحب هذه الظاهرة زيادة إفراز الأفيونات الذاتية في الدماغ (موقار، 2012، ص 58).

كما أن هناك عدة أنواع أخرى من المواد التي يفرزها كل من الدماغ والغدد فيما يتعلق بالألم، تتمثل في كل من:

- الأندروفينات بيتا Bita. Endorphins وهي مشتقة من عديد بيتيد أكبر هو البيبيتوربين بيتا ويصدر عن الجهاز العصبي المركزي، والغدة النخامية.

- الأنكفاليينات، وهي بيتيدات خماسية تتشابه مع الأندروفينات من حيث الأحماض الأمينية التي يحويها كل منهما.

- البرودينورفينات Prodorphins وتتواجد في مؤخرة الغدة النخامية، والأحشاء الداخلية.

- أنكيفالين Enkephalins، وهي بيبتيديات عصبية تقوم بتنشيط السيالة العصبية للألم، من خلال تنشيط تحرير مادة P، وترتبط بنفس مستقبلات المورفين على مستوى الدماغ.
- مادة P، وهي بيبتيديات الأندويكا، وقد تركزت الأبحاث حولها مؤخراً، وتحتوي 11 حمضا أمينياً، تنشأ في عقد الجذور الخلفية للنخاع الشوكي، وتنتشر بكثرة في الأمعاء الدقيقة، والأعصاب الحسية، والجهاز العصبي، وتقوم بنقل سيالات الألم إلى الجهاز العصبي المركزي (بن يونس، 2008، ص 208).

4- تصنيفات الألم:

يوجد تصنيفات متعددة للألم، من بينها التصنيف المتعلق بطريقة نشوء وإثارة الألم، حيث ينقسم حسب الألم إلى مجموعتين تتمثلان في:

- 1- الألم الناتج عن تحفيز مستقبلات محددة.
- 2- الألم الناتج عن تحفيز مستقبلات عصبية، ويشار إليه غالباً على أنه ألم عصبي مركزي.

ولكل من المجموعتين فئات فرعية، حيث يحدث الألم الحاد من خلال تنشيط مستقبلات الألم الموجودة على مستوى الأنسجة الطبيعية، وهو ما يوصف بالألم الفيزيولوجي، أو السريري، وينتج عن حصول الالتهابات، ويرتبط بالجهاز المحيطي والجهاز المركزي، وتوصف بالآلام المركزية أو آلام الاعتلال العصبي، تلك الآلام الناتجة عن الإصابة بالآفات أو حدوث خلل وظيفي على مستوى الجهاز العصبي المركزي (Moller, 2006, p. 151).

وقد بينت شيلي تايلور بأن للألم الاكلينيكي نوعين يتمثلان في كل من الألم الحاد، والألم المزمن:

4-1- الألم الحاد:

وينتج عادة عن إصابات محددة كالكسور والجروح حيث تحدث تلفا بالأنسجة الجسمية، ويدوم هذا النوع من الألم عادة لفترة قصيرة، كما أنه قد يستمر لمدة ستة أشهر، وينتج عنه إحساس بالقلق وبالتالي البحث عن العلاج، والقيام بتناول أدوية، ويزول القلق بشفاؤه، وهو قابل للارتداد أو الزوال إما تلقائياً أو بالاعتماد على علاجات مسكنة، وللألم الحاد دور هام كمؤشر ينذر بحدوث خطر، ورغم أن شدة الألم الحاد تختلف من شخص لآخر إلا أنها تبقى قابلة للاحتمال (Boucher & Pionchon, 2006, pp 45-46).

والألم الحاد غالباً سهل التشخيص، كون أن مكانه يكون قابلاً للتحديد، كونه يشكل عرضاً لصدمة أو مرض ما، ويرتبط بوجود التهابات أو ضرر في النسيج، وهو ما يؤدي بنا إلى وصف علاج لهذا المرض أو الإصابة التي نتج عنها الألم، وبالتالي القيام بوصف علاج أو مسكن له، والآلام الحادة غالباً ما تكون عابرة ومحدودة بمدة زمنية معينة، وتتمتع بقابلية للعلاج، وتقتصر الأعراض النفسية التي تترافق معها على خبرة عابرة من القلق والإرهاق (نوار، 2013، ص 147).

ومنه فإنه يمكن القول بأن الألم الحاد عادة ما يكون ناتجاً عن مرض حاد أو إصابة يمكن تحديد موضعها، وتكون بدايته معلومة ومحددة، ويمكن التنبؤ بها، وتصاحبه علامات سريرية، وقلق (Downing et al, 2010, p 10).

وقد يتطور الألم الحاد إلى ألم مزمن بمرور مدة تتراوح ما بين الثلاثة أسابيع والستة أشهر، وهنا يكمن دور الممرض القائم على رعاية المريض، بحيث يتعين عليه أن يعمل خلال معالجته للألم على أن يحول دون تحوله إلى ألم مزمن يتطلب علاجات أكثر صعوبة وتعقيداً (Guignery, 2002, p 287).

4-2- الألم المزمن:

حسب الجمعية الدولية لدراسة الألم International Association for the (IASP) Study of Pain ، يعرف الألم المزمن على أنه ألم يستمر حتى بعد الوقت المتوقع لشفاء الأنسجة، لمدة تتراوح من ثلاثة أشهر فأكثر، ويشمل الألم المزمن فئة واسعة بشكل استثنائي تشمل مجموعة واسعة من الاضطرابات، تختلف وفقا للآليات الأساسية المميزة لكل منها، وكذا لأسباب ومواقع الألم، كما أن هذا الألم قد يحدث حتى في غياب السبب أو التفسير الطبي، ويصنف الألم المزمن بشكل متزايد على أنه مرض في حد ذاته، وليس مجرد عرض لمرض ما (Iddon et al, 2016, p 134).

وعادة ما تكون بدايته بنوبة حادة، وهو لا يخف بمرور الوقت أو بالعلاج، ويظهر نتيجة لإصابة عضوية جسدية دائمة أو كنتيجة لمرض مزمن، ويستمر لفترات طويلة، وغالبا ما يتمكن المريض من تحديد موضعه وشدته بدقة، في حين تبقى أسبابه الفيزيولوجية مجهولة غالبا، ويمكن وصف الألم على أنه مزمن إذا دام لفترة تتجاوز الستة أشهر (نوار، 2013، ص 147).

ويوصف الألم المزمن بأنه اضطراب يعاني فيه المريض من الألم بصفة مستمرة في غياب الأعراض السريرية المرافقة له، ويرتبط بالعامل العضوي المرتبط به وشدته، وللعوامل النفسية دور كبير في ظهوره (حسن، 2003، ص 299)، كما أنه غير مرتبط بسن معين، وقد يستمر لسنوات عديدة، وغالبا ما تكون النساء أكثر عرضة للإصابة به من الرجال (فايد، 2004، ص 312).

فالألم المزمن قد ينتج عن الإصابة بمرض مزمن، ويبدأ بشكل تدريجي، غير محدد ومستمر، وغالبا ما يظهر لدى المريض المصاب به أعراض انسحابيه واكتئاب (Downing et al, 2010, p 10).

وللألم المزمن أنواع عديدة منها:

4-2-1- الألم المزمن الحميد:

وهو الألم الذي يدوم عادة لستة أشهر أو أكثر، ويتميز بصعوبة قابليته للعلاج، واختلاف شدته، كآلام أسفل الظهر المزمنة.

4-2-2- الألم المزمن المتكرر:

ويشمل عدة نوبات منقطعة من الألم، تكون ذات طبيعة مزمنة وحادة، وتستمر لمدة تتجاوز الستة أشهر، كالصداع النصفي، وتشنج عضلات الوجه.

4-2-3- الألم المزمن المتقدم (المستفحل):

وهو الألم الذي يستمر لمدة طويلة، وتزداد شدته بمرور الوقت، كما أنه يرتبط عادة بالإصابة بأمراض مزمنة خبيثة، كالسرطان والتهاب المفاصل (تايلور، 2008، ص 487-488).

في حين قسم كيفيري وآخرين Kiviri et al الألم إلى الأنواع التالية:

- **الألم الجسدي:** وينشأ عن وجود إصابة بالعظام أو العضلات أو الأنسجة، ويمكن وصفه على أنه حاد، ومتذبذب، ومتموضع، وينتج عن تحفيز المستقبلات الحسية التي تستجيب للمحفزات المؤلمة سواء على مستوى الأنسجة الجلدية أو العميقة، موضعياً وتكون مستمرة ومؤلمة، وتكون شائعة لدى مرضى السرطان.

- **الألم الحشوي:** وهو الألم الناتج عن وجود إصابة بالأعضاء الحشوية، كالبنكرياس والكبد والجهاز الهضمي، ويوصف بأنه مزعج، وعميق ومؤلم، ويسبب ضغطاً للمريض، ويمكن أن ينتقل إلى أماكن أخرى، وغالباً ما يصيب مرضى السرطان بسبب تمدد الأحشاء الناتج عن نمو الأورام (HCANJ, 2017, p 4).

- ألم الأعصاب: ويحدث نتيجة لإصابة أو ضرر على مستوى الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي، ويوصف غالبا بأنه حاد، ويشبه الإحساس بالطعنات أو بإطلاق النار، ويسبب وخزا وخدرا (Kiviri et al, 2012, p 12).

كل هذه الأنواع من الألم تكون محددة المكان بمنطقة مصابة بالضرر، ويمكن أن تظهر الآلام في مناطق جسدية أخرى بعيدة عن مكان الإصابة الأساسي (Mazzocato & David , 2008, p 13).

كما أن هناك أنواعا أخرى من الألم، كالألم الاعتلال العصبي المركزي (Murphy, p 10)، وهناك تصنيفات أخرى للألم كالتصنيف المفصل الذي قام بوضعه كل من واين موريس وروجر غوك Wayne Morriss & Roger Goucke، حيث قسما الألم بناء على مدة الإصابة به إلى ألم حاد يستمر لفترة أقل من ثلاثة أشهر، وألم مزمن إذا استمر لمدة تفوق ذلك، وقد يتحول الألم الحاد إلى مزمن في حال ما إذا لم يتم علاجه بالطريقة المناسبة.

وصنف حسب أصل الإصابة به، وإلى ألم سرطاني تميل أعراضه إلى التقادم إذا ترك بدون علاج، مما يعني أن أعراضه تتزايد تدريجيا، وغالبا ما يكون الألم السرطاني مزمنا، كما أن المريض قد يعاني أيضا من ألم حاد، كالألم الناتج عن كسر العظام الضعيفة بسبب ضغط الأورام، والألم غير السرطاني، والذي يمكن أن تكون له عدة أسباب وأصول كالخضوع للجراحة، أو الإصابة بالأمراض التنكسية كالتهاب المفاصل، والإصابات العصبية، ويمكن أن يكون هذا النوع من الألم حادا ومستمرا لمدة محددة، كما يمكن أن يصبح مزمنا، وقد يكون ذا منشأ واضح، كما قد يكون مجهولا.

كما صنف الألم حسب الآلية أو العملية الفيزيولوجية المرضية التي تتسبب في الإصابة به، فيمكن أن يكون الألم عصبيا، مزعجا، أو ألم اعتلال عصبي، كما قد يكون ألما مختلطا، فالألم المزعج هو الأكثر انتشارا وشيوعا، ويطلق عليه أحيانا بالألم الالتهابي

أو الفيزيولوجي، وينتج عن تحفيز لمستقبلات الألم الموجودة على مستوى المنطقة المصابة، ويوصف بأنه حاد وله وظيفة وقائية، ويمكن تحديد موضعه بدقة، في حين يوصف ألم الاعتلال العصبي بأنه ألم مرضي، وقد لا يكون موضع التلف النسيجي المسبب له واضحا، وليست له وظيفة وقائية، ويوصف بأنه ألم خاطف وحاد، وقد يسبب أحيانا وخزا وخدرا، ومن أمثله الآلام التي تلي عمليات البتر (Wayne & Roger, 2017, pp 11-12).

5- تقييم وقياس الألم:

الألم ظاهرة ذات أبعاد متعددة، ترجع إلى تدخل عوامل كثيرة طبيعية كانت أم نفسية، أو اجتماعية، أو عائلية، حيث تؤثر جميعا في ظهور الألم، وطريقة التعبير عنه، ويضاعف ظهور الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب مشكلة الألم، وهو ما يشير إلى ضرورة تناول الألم كظاهرة متعددة العوامل، ضمن إطارها المتعدد هذا (Beaulieu, 2005, p 441).

وتقييمات الألم والتكيف معه عمليات موحدة ترتبط بشكل كبير بتطور الأعراض وتاريخها، وقد قام الباحثين بالعديد من الدراسات والأبحاث لتحديد الاستراتيجيات التي يستخدمها المريض الذي يعاني من الألم للتمكن من التحكم فيه والسيطرة عليه (Franco et al, 2004, p 83).

وتقييم الألم يعد خطوة أساسية قبل اتخاذ القرارات العلاجية، تسمح بالتنبؤ بمدى فعاليتها مسبقا، كما أنها تهدف إلى تحديد شدة الألم من خلال التقييم الكمي، وكذا التمييز بين مكونات الألم المختلفة من خلال التقييم الكيفي، أي الكشف عن الآلية التي تم من خلالها حدوث الألم، سواء كان عصبيا أو التهابيا، وانعكاسات هذه الخبرة على المريض وآثارها النفسية، حيث تعد كل من الملاحظة، والتحاور، والفحوصات السريرية للمريض الذي يعاني من الألم، خطوات أولية أساسية لتقييم الألم، في حين قد يعرقل تدخل البعد الذاتي إمكانية الوصول لقياسات دقيقة، وهو ما دفع بالباحثين إلى تصميم أدوات تقييم

تهدف لتقنين هذه الملاحظات السريرية بغرض تسهيل تبادلها والتعامل معها، كسلاّم القياس، والاستبيانات، والاستمارات (Husson, 2000, p 52).

وتمر عملية تقييم الألم أساسا بأربعة مراحل تتمثل في كل من عملية التقييم الكيفي، والكمي، ومتعدد الأبعاد الذي يخص المرضى الذي يخضعون لعلاجات مخففة، حيث يتميز الألم لديهم بمقاومته للعلاجات الدوائية، كون أنه يترافق مع أعراض أخرى كالمشاكل والاضطرابات النفسية والاجتماعية، فيتم من خلال التقييم متعدد الأبعاد تحديد هذه العوامل التي تشارك في رسم معاناة المريض، والمرحلة الرابعة تتمثل في التقييم الطبي حيث يتم بالدرجة الأولى إخضاع المريض إلى فحص عصبي، وإجراء كشف مبكر عن احتمالية إصابته باضطرابات معرفية ونفسية كالإكتئاب والقلق، ويتضمن التقييم شبه الطبي مراجعة للفحوص التي قام بإجرائها المريض مسبقا، وإجراء فحوصات مخبرية بهدف تحديد نوعية الأدوية المسكنة والجرعات التي تتناسب مع حالة المريض، وكذا القيام بإجراء فحوصات مكملة كالتصوير الإشعاعي بهدف تحديد النموذج العلاجي المناسب له (Mazzocato & David, 2008, p 15).

5-1- التقييم الكيفي للألم:

ويهدف إلى:

- الكشف عن خصائص الألم، والميكانيزمات الفيزيوباثولوجية المتسببة في ظهوره، وأفضل طريقة للوصول إلى ذلك وبشكل دقيق هي بالاعتماد على استخدام استمارة QDSA، والتي قام بإعدادها سان أنطوان Saint Antoine، وهي عبارة عن سلم لفظي متعدد الأبعاد يسمح بتحديد العلامات الحسية للألم والمعاش النفسي المصاحب له.

- تحديد نوع الألم، موضعه، شدته، ومدى انتشاره، من خلال الاعتماد على ما يقوم المريض بالتصريح به ووصفه بطرق مختلفة.

- القيام بتحديد تاريخ تطور الألم، والعوامل التي سبقت ظهوره، وكذا العوامل التي تؤثر على شدته، وتزيد منها، كالقيام بحركات أو وضعيات معينة، ووجود أعراض أخرى أو انفعالات معينة تساهم في مضاعفته كالضغط النفسي، الوحدة، القلق، أو عوامل بيئية كالتعرض للحرارة أو البرودة، وأيضا وبالعكس العوامل التي تعمل على تخفيف حدته، حيث تسمح هذه الخطوة الأولية بتوجيه عملية التشخيص وتحديد نوع العلاج المسكن دوائيا كان أو غير دوائي (Mazzocato & David, 2008, p 15).

5-2- التقييم الكمي للألم:

ويهدف إلى تحديد شدة الألم، مما يؤثر على اختيار نوع العلاج المسكن، وتقييم مدى فعاليته، وتتم عملية التقييم الكمي بالموازاة مع المريض باستمرار كلما كان ذلك ممكنا، بالاعتماد على سلالمة قياس للحصول على تقديرات دقيقة للألم، حيث يمكن استخدام سلالمة التقييم الذاتي، والتي منها ما يسمح بالقياس المتكرر والسريع، ويضمن متابعة مدى الاستجابة التي يظهرها المريض للعلاجات المقدمة له، ويتم أثناء تحديد نوع السلالمة التي يتم الاعتماد عليها بناء على مدى شعور المريض بالارتياح منها، سؤاله عن شدة الألم خلال لحظة التقييم، وعن شدته حسب ما هو معتاد لديه منذ أيام أو ساعات، وكذا عن أضعف درجة منه خلال الأيام أو الساعات الماضية (Mazzocato & David, 2008, p 16).

ومن منطلق كون أن الألم عبارة عن تجربة ذاتية في جوهرها، لا يمكن الاطلاع على مقداره، وهو ما يشكل تحديا كبيرا أمام تقييمه وفهمه، قام الباحثون بتطوير عدة تقنيات بغرض تخطي ذلك والوصول إلى قياس الألم بشكل موضوعي، والتي من بينها:

5-2-1- مقاييس التقرير الذاتي:

يتم من خلالها طلب تقديم وصف للألم من طرف المريض، وللألم عدة مظاهر سلوكية، ويمكن للمريض التعبير عن شدته، وبدايته، والعلاجات التي تم استخدامها لتسكينه، وكذا تأثير هذا الألم على حياة المريض الذي يعاني منه، والطريقة التي يتعامل بها معه، وفي بعض الحالات يتم تعبيره عن خبرة الألم التي يمر بها من خلال تحديد استجاباته على بنود استبيان مكتوب كالقائمة التي تقيس الألم، ومدى تأثيره السلبي على حياة المريض (عيسى ووشواش، 2019، ص 332).

ويمكن في حالات معينة اللجوء إلى سؤال أقارب المريض وعائلته حول المشكلات المرتبطة بالألم، كظهوره والعلاجات التي تم استخدامها عليه مسبقاً، ومدى تأثيره على حياة المريض الشخصية والمهنية، وكذا طريقة تعامله معه (Sanderson, 2013, p 307).

وقد يلجأ إلى طلب تقييم من المريض حول شدة ألمه، ضمن مجال رقمي يتراوح ما بين 0 و10، يمثل 0 حالة الغياب التام للإحساس بالألم، في حين يمثل رقم 10 أشد إحساس به، كما قد يتم الاعتماد على المقاييس الوجهية Face Scales خصوصاً مع فئتي كبار السن والأطفال، إلا أن ما يؤخذ على مقاييس التصنيف عموماً كون أنها لا تقيس إلا شدة الألم، دون البحث في خصائصه الأخرى، كما أنه قد تستخدم استبيانات مكتوبة أخرى، يصف من خلالها المريض ألمه كقائمة الألم متعدد الأبعاد MPI Multidimensional Pain Inventory الخاصة بوست هافين بيل West Haven Yale، وتستخدم أيضاً إضافة إلى ذلك الاختبارات النفسية المقننة بهدف تقييم الألم، كبطارية مينسوتا متعددة الأوجه (MMPI) Minnesota Multiphasic Personality Inventory والتي تستعمل بغرض تشخيص الأعراض السريرية كالإكتئاب والبرانويا والفصام وغيرها، وكذا مقياس بيك للاكتئاب، حيث توصلت الأبحاث إلى أن الأفراد

الذين يعانون من الألم المزمن يمتلكون معتقدات سلبية حول ذواتهم خلال معاناتهم من الاكتئاب أكثر ممن لا يعانون من أعراض اكتئابية (Brannon et al, 2013, p 157).

ويعتبر استبيان ماك جيل للألم (MPQ) Mc Gill Pain Questionnaire، الأكثر استعمالاً حيث يقوم المريض بوصف ألمه من خلال اختيار كلمات محددة، وكذا وصف منطقة الألم، وتوقيته، وشدته أو قوته، ويتكون من ثلاثة مقاييس رئيسية تشمل كلا من مؤشر تصنيف الألم، وعدد الكلمات المستخدمة لوصف الألم، وشدّة الألم الحالية وفق مقياس شدة يتراوح ما بين 1 إلى 5، وقد تم بناء مؤشر الألم من خلال تصنيف عددي للكلمات التي تصف كلا من الجوانب الحسية والعاطفية والتقييمية للألم، ويعتبر استبيان MPQ الأداة الأكثر شمولية لقياس الألم، وقد تم استخدامه مؤخراً ضمن العديد من الدراسات، وتم استعراضه على نطاق واسع (Haefeli & Elfering, 2006, p 20).

5-2-2- المقاييس السلوكية:

وهي المقاييس التي تعتمد على وجود مظاهر خارجية للألم، حيث أشار الباحث ويلبرت فورديس Wilbort Fordyce 1974 إلى أن الأفراد الذين يعانون من الألم غالباً ما يسجلون مستويات منخفضة من النشاط، ومن الاعتماد على أدوية الألم، كما أنهم يظهرون أعراضاً جسدية وتعبير وجهية، وهو ما يجعل الملاحظة السلوكية مفيدة لتقييم الألم لدى المرضى الذين يجدون صعوبة في تقديم تقارير ذاتية عما يعانونه (Brannon et al, 2013, p 159).

ويتم تقييم الألم أيضاً من خلال فحص مدى التزام المريض بالعلاجات الطبية الموصوفة له خلال معاناته اليومية مع الألم، وبما أن ثلث مرضى الألم تقريباً يلتزمون باستخدام المسكنات والمهدئات بشكل منتظم، فإن تخفيض الجرعات ومعدلات العلاجات الطبية لا يعتبر مقياساً عن تحقيق نتيجة إيجابية فيما يتعلق بالألم، وهو ما يبرز ضرورة إجراء تقييم عام لمستوى النشاط، واعتماد الملاحظة المقننة للسلوك، وكذا استخدام المقاييس

السلوكية Pain Behavior Scale بهدف الوصول إلى تقدير عام لسلوكيات الألم (عبد الله، 1999، ص 262).

مما يمكننا من الكشف عن المقدار الحقيقي للألم الذي يعانيه المريض، والذي قد لا يصرح عن حقيقته، فقد يتظاهر بمستويات أعلى مما يعانيه بهدف الحصول على مزايا أو تجنب إجراءات معينة، كما أن المريض قد يلجأ إلى إخفاء إحساسه بالألم بغرض تجنب الخضوع إلى إجراء طبي قاس، أو الظهور بمظهر ضعف أمام الآخرين (Sanderson, 2013, p 307).

5-2-3- المقاييس الفيزيولوجية:

تعتمد المقاييس الفيزيولوجية على قياس مستوى التوتر في العضلات، ويعتبر تخطيط EMG العضلي من بين هذه التقنيات الفيزيولوجية، وتقوم هذه المقاييس على أساس أن إحساس الألم يؤدي إلى الزيادة في توتر العضلات، وتتم هذه القياسات من خلال توصيل أقطاب على مستوى سطح الجلد، وهي طريقة سهلة للحصول على قياس لمستوى الشد العضلي (Brannon et al, 2013, p 159).

وقد ساعدت مثل هذه التقنيات كثيرا على الوصول إلى فهم أفضل لتجربة الألم، وتشمل طرقا مختلفة كالتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي FMRI، والتصوير المقطعي بانبعثات البوزيترون PET، وتركز مثل هذه التقنيات من التصوير على القيام بإزاحة تدفق الدم في مناطق دماغية محددة، حيث أنه وحسب ما توصلت إليه نتائج دراسات عديدة، فإن هناك مناطق معينة تؤثر على إدراك الألم بالدماغ، كالفص الجبهي الصدغي، والفص الجزيري (Gatchel et al, 2018, p 549).

6- النماذج النظرية المفسرة للألم:

خلال بدايات القرن العشرين بدأ يظهر اهتمام أخصائي الطب النفسي والسلوكي بالدور الذي تلعبه العوامل النفسية في تمكينهم من تفسير الألم المزمن، حيث تم إرجاعه أيضا إلى العوامل النفسية، وليس إلى العوامل الطبية فقط، وتم طرح أفكار عديدة مبنية على عوامل متعددة فيما يتعلق بتفسير خبرة الألم المزمن، والتي من بينها:

6-1- نظرية بوابة التحكم في الألم:

كان أول من اقترح فكرة نظرية بوابة التحكم في الألم كل من ملزك ووال Melzack & Wall سنة 1965، حيث شكل ذلك أول محاولة لوضع نموذج تكاملي منظم يعتمد على تفاعل كل من العوامل البيولوجية والنفسية في تفسير خبرة الألم، حيث تم افتراض وجود آلية تقع في منطقة المادة الموجودة بالقرن الخلفي من النخاع الشوكي، تنتهي فيها الألياف العصبية الواردة (Kazrian & Evans, 2001, p 246)، والألياف العصبية الواردة على نوعين، ألياف كبيرة القطر تمنع الإرسال من خلال غلق البوابة، وألياف صغيرة القطر تقوم بتسهيل عملية نقل الرسائل من خلال فتح البوابة، وتؤثر الاندفاعات العصبية النازلة من الدماغ في هذه الآلية (Hadjistavropoulos & Craig, 2004, p 17).

تم بناء الإطار الأولي لهذه النظرية بالاعتماد على أفكار طبيب الجراحة الهولندي نوردينبراس Nordenbras 1959، وتتناول هذه النظرية الطريقة التي تتفاعل من خلالها العوامل القشرية كالذاكرة والانتباه مع نظام البوابات المحيطة التي تقع ضمن العمود الفقري، لإحداث تأثير على إدراك الفرد للألم، ليقوم بعد ذلك كل من ملزك ووال Melzack & Wall 1965 بالجمع بين النظريات التي تناولت أنماط الاستجابة والتفسيرات الانفعالية من أجل استحداث نظرية بوابة التحكم في الألم، وتوصلوا إلى إدراك مفاده أن هناك درجة معينة من الخصوصية بوظيفة العصب المحيطي، وبأن هناك درجة معينة للتعرف على أنماط المعالجة المركزية الأساسية للمعلومات السلبية الضارة (Moore, 2012, p 367).

وحسب مفاهيم نظرية بوابة التحكم في الألم، فإنه لا يتم النظر إلى الألم على أنه خبرة حسية تعتمد على مستوى الضرر الذي أصاب النسيج فقط، بل تنظر إليه على اعتبار أنه خبرة تشترك فيها عوامل متعددة، انفعالية وحسية وميكانيزمات فيزيولوجية عصبية معقدة، موجودة في كل من النخاع الشوكي والمخ، وهي تعمل على إحداث تعديلات في إشارات الألم الواردة، حيث أنها تمر عبر البوابات العصبية الموجودة بالقرن الخلفي من النخاع الشوكي قبل أن تصل إلى المخ، ويمكن فتح هذه البوابات وغلقتها تبعاً لنشاط نسبي في الألياف الناقلة الصغيرة والكبيرة، حيث يؤدي نشاط الألياف الكبيرة إلى إعاقة نقل رسائل الألم من خلال غلق البوابة، في حين يؤدي نشاط الألياف الصغيرة إلى تسهيل نقلها من خلال فتح البوابة، ومنه فإنه يمكن القيام بتعديل المدخلات الحسية من خلال تحقيق توازن في نشاط كل من الألياف الصغيرة والكبيرة، كما أن التعليمات النازلة من المخ تؤثر في ميكانيزم البوابة العصبية وتأثيرها المرتبط بنشاط كل من الألياف الصغيرة والكبيرة، فمن خلال نظرية بوابة التحكم في الألم تم طرح فكرة أن المراكز العليا بالمخ المسؤولة عن العمليات المعرفية العليا، تؤثر على عملية نقل إشارات الألم، ما بين المنطقة المصابة والمخ، حيث أنها تقوم بتنشيط أنظمة محددة، تؤدي إلى تعديل آلية عمل البوابة العصبية (أحمد، 2013، ص 91).

وقد أحدثت هذه النظرية تأثيراً كبيراً في الدراسات النفسية المتعلقة بالألم، حيث اقترحت وجود أساس بيولوجي للتأثير الذي تحدثه العوامل النفسية فيما يتعلق بالألم، إضافة إلى آلية البوابة العصبية الموجودة على مستوى القرن الخلفي للنخاع الشوكي، تطرق ملزك ووال Melzack & Wall إلى مجموعة من الألياف المتخصصة التي تقع في كل من جذع الدماغ والبنيات اللحائية القشرية، والتي لها دور في إحداث مختلف العمليات النفسية المرتبطة بالانتباه والمعرفة والانفعال (قاسم، 2012، ص 435)، وهو ما دفع إلى إجراء العديد من أبحاث الألم المخبرية، في محاولة لدراسة أثر العوامل المعرفية المختلفة كالذاكرة

والقلق والاكتئاب، والعوامل الوجدانية الانفعالية على إدراك المثير التجريبي للألم، ومهدت الطريق أمام دراسة الأثر الذي يمكن أن تحدثه التدخلات النفسية فيما يتعلق بإدارة الألم (Keefe et al, 2005, p 605).

تم الإقرار بأن النموذج النظري الشامل، يتعين أن يتناول الآثار التي تترتب عن الانفعالات ودورها التفسيري في التقييم المعرفي على النحو الذي حدده ملزك Melzack سنة 1996، حيث تم بناء نظرية بوابة التحكم في الألم انطلاقاً من عدة مسلمات، كالمسلمة التي مفادها بأن العلاقة بين الإصابة المسببة للألم وبين الألم متغيرة وغير ثابتة، ومسلمة أن الألم يمكن أن ينتج عن منبهات غير ضارة أحياناً، ومسلمة أن موقع الألم يختلف في بعض الحالات عن موقع التلف النسيجي، ومسلمة أن الألم يمكن أن يستمر بعد التئام الأنسجة وشفائها لفترة طويلة، وأن طبيعة الألم وموقعه يمكن أن يتغيرا بمرور الوقت، وكذا بأن الألم هو عبارة عن تجربة ذات عوامل وأبعاد متعددة (Robert et al, 2007, p 583).

كما قام ملزك Melzack 1999-2001 بتطوير هذه الأفكار بشكل كبير، خلال محاولته لفهم وتفسير كيفية حدوث الألم رغم غياب التحفيز المحيطي، حيث اقترح انطلاقاً مما توصل إليه سابقاً ما يطلق عليه بنموذج المصفوفة العصبية للألم، بحيث يتم الدمج بين عوامل الاجهاد والعوامل النفسية والفيزيولوجية المرتبطة بالألم، فبناء على هذه النظرية فإن الألم هو نتاج عملية معقدة ناتجة عن التشابك العصبي بالدماغ، تشمل نطاقاً واسعاً مما دفع ملزك Melzack لأن يطلق عليها اسم المصفوفة العصبية الذاتية في الجسم، وهي مسؤولة عن التكامل بين كل من الوظائف المعرفية والنفسية والحسية والتحفيزية والتمييزية التي تم اقتراحها أصلاً من طرف ملزك وكيسي Melzack & Keissi في 1968، وتكوين هذه الشبكة العصبية هو ما يحدد نوع الاستجابات الجسدية اتجاه الألم،

وتقترح هذه المصنوفة إضافة إلى ذلك بأن معالجة الألم تكون موزعة وتشمل نطاقا واسعا من المصنوفة ككل، وهو ما ينتج عنه تجربة الألم (Bever et al, 2016, p 101).

ويشير مفهوم المصنوفة العصبية للألم الذي قام بتقديمه رونالد ملزاك R. Melzack 1999-2001، إلى أنه وعلى الرغم من أن عملية معالجة الألم التي تتم على مستوى الدماغ محددة من خلال عوامل وراثية، إلا أنه يتم تعديلها من خلال التجربة، بحيث قد تؤدي عوامل زيادة التدفق الحسي لإشارات الألم بمرور الوقت، إلى تغير عتبات الإثارة المركزية، وبالتالي إلى زيادة الحساسية اتجاه الألم، من خلال انخراط الفرد في نشاط معرفي يضخم إشارات الألم، ويجعل من الآليات العصبية المركزية المسؤولة عن استقبال إشارات الألم أكثر حساسية، وهو ما يؤدي للوصول إلى حالة فرط تقييم مزمنة للألم (Sullivan, 2009, p 14).

وحسب هذا النموذج، فإن الأنماط التي تتم على أساسها المخرجات من المصنوفة العصبية، تكون مسؤولة عن تنشيط أنظمة الإدراك السلوكية والحسية والتماثلية خلال الاستجابة للإصابات والاجهاد المزمّن، ومفهوم المصنوفة العصبية للألم يشير إلى أنه يتم تعديل إدراك الألم من خلال التأثير المتعدد لكل من تجارب الفرد السابقة وأبعاده الثقافية وحالاته الانفعالية، ومدخلاته المعرفية، وأنظمتها المناعية بصورة أساسية، ونموذج المصنوفة العصبية للألم يفيد خصوصا في افتراض كون أن الضغوط يمكن أن تكون نقطة بداية متلازمات وتجارب الألم المزمّن (Madenski, 2014, p 16).

6-2- النموذج الطبي الحيوي للألم المزمّن:

وهو نموذج تقليدي اختزالي، يقوم على افتراض أن الألم يتعين أن يرتبط بطريقة تتناسب مع أسباب عضوية مادية محددة، بحيث تكون شدة الألم متوازنة ومرتبطة بشكل مباشر مع الاضطرابات الفيزيولوجية التي يتم الكشف عنها، وغالبا ما يبذل مقدمي الرعاية

الصحية جهودا كبيرة لمحاولة اكتشاف واثبات هذه العلاقة النوعية التي تكون بين شدة الألم وحجم الإصابة أو التلف النسيجي، فحسب هذا النموذج فإن مجرد الكشف عن السبب المادي الكامن خلف الألم يعني الوصول إلى تحديد العلاج المناسب له، إما من خلال الأدوية الفموية، أو التخدير الموضعي، أو العمليات الجراحية، كعمليات البتر واستئصال الأورام السرطانية، أو من خلال النبضات الكهربائية على مستوى النخاع الشوكي بهدف سد مسارات الألم (Nezu et al, 2003, p 294).

6-3- النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للألم:

حسب النموذج التقليدي فإنه يتم النظر إلى الألم بنظرة ثنائية، تصوره على أنه عبارة عن نتاج عوامل عضوية بيولوجية بحتة، كالتعرض للفيروسات، وحدث اختلالات بالتوازن البيو كيميائي للجسم، أو أعطاب جسدية، مع اهماله التام لباقي العوامل بالفرد، ونتج عن هذه النظرة الاختزالية العديد من الثغرات فيما يتعلق بتفسير ظواهر الصحة والمرض، مما جعل من الضروري البحث عن نموذج جديد يتجاوز تلك التفسيرات الأحادية البعد، ويسد الثغرات التي ميزت النموذج الطبي الحيوي للألم، بحيث يقوم بدراسة الفرد كوحدة واحدة متعددة العوامل والابعاد التي تتفاعل فيما بينها، وهو ما تبناه النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي ذو النظرة الشمولية.

ويعتبر الباحث جورج إنجل George Engel 1977 أول من طرح فكرة الحاجة إلى نهج جديد يتجاوز الفلسفة التقليدية الاختزالية التي كانت سائدة في النموذج الطبي الحيوي والتي سيطرت على الحقل الطبي منذ عصر النهضة، مما أدى فيما بعد إلى إحداث نمو في مجال علم النفس عموما والطب السلوكي خصوصا، وقد أثر النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بشكل خاص فيما يتعلق بالألم المزمن، حيث ركز على كل من المرض والاضطراب، على اعتبار أنهما عبارة عن تفاعل معقد لكل من العوامل البيولوجية والنفسية

والاجتماعية، بشكل يكاد يكون متساويا نسبيا من حيث تأثير كل منها على الحالات المرضية عموما (شويخ، 2012، ص 36).

ويعرف المرض حسب النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، على أنه عبارة عن حدث بيولوجي موضوعي ينتج عن ضرر بهياكل الجسم أو أنظمة أعضائه نتيجة حدوث تغيرات مرضية أو تشريحية أو فيزيولوجية، وقد حدد هذا النموذج في الأصل أربعة أبعاد ترتبط بمفهوم الألم تتمثل في كل من أبعاد الألم والمعاناة كالاستجابات الانفعالية التي تمت استثارته من خلال نوبة الألم، أو بعض الأحداث الكارثية التي ترتبط بها كالخوف والاكئاب، وسلوكيات الألم كتجنب القيام بالأنشطة أو الامتناع عن ممارسة الرياضة خوفا من التعرض مجددا لنوبة الألم (Robert et al, 2007, p 582).

6-4- نموذج النظم الثلاثة للألم والنماذج المطورة له:

وهو النموذج المستحدث من طرف فورديس Fordyce سنة 1978، حيث يرى بأن النشاط الفيزيولوجي يتم ادراكه بشكل ذاتي، كإحساس بالوخز أو الاحتراق، وكتأثير غير سار كالكدر وعدم الارتياح، كما يرى بأن ذلك التأثير السلبي يؤدي إلى سلوك واقعي بغرض مواجهة الألم والتخفيف من شدته واعلام الآخرين بوجوده كالقيام بتناول دواء مثلا، وقد تؤثر عوامل أخرى في خبرة الألم والسلوكيات الناجمة عنها، كالتغيرات الاجتماعية والبيئية، وربما تؤثر بنفس القدر الذي يؤثر به نشاط أنسجة الجسم، وبالتالي فإن الانسجام بين كل من النظام الفيزيولوجي والذاتي والسلوكي للفرد يمكن أن يكون متباينا.

وقد قام بتوسيع هذا النموذج الباحث كارولي Karoly سنة 1985 ليشمل عاملين إضافيين يتمثلان في كل من تأثير نمط الحياة كالتغيرات الوظيفية مثلا، وعمليات تبادل المعلومات، والتحكم الذاتي كأساليب مواجهة المشكلات، ومهارات حلها، والمعتقدات الصحية، وهو ما أصبح يطلق عليه نموذج كارولي Karoly.

كما قام بعد ذلك الباحث فيليبس Philips سنة 1987 برسم الخطوط العريضة لنموذج يتناول العلاقة بين مستويين للاستجابة في نموذج كارولي Karoly، حيث قام بوصف التأثير المعرفي على أسلوب الألم، مؤكدا على الدور الذي تلعبه توقعات المرضى حول تأثيرات أفعالهم ومعتقداتهم في قدرتهم على التحكم بنوبات الألم، فحينما تكون الكفاءة الشخصية منخفضة، يستجيب المرضى للأنشطة التي تستثير زيادة الألم، وينظر إلى سلوك المرضى باعتباره سلوكا تجنبيا له تأثيره على استمرارية مشكلة الألم، وهو ما أطلق عليه نموذج فيليبس Philips (مرازمة، 2009، ص 32-33).

6-5- نموذج الإرهاق (الاستعداد):

وهو مبدأ مبني على محاولة المكاملة بين كل المعارف الطبية والعوامل النفسية، ويقوم على احتمالية وجود ارتباط بين نشوء واستمرار حالات الألم المزمن، وبين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية من خلال ما بينها من تفاعلات متبادلة، ويقوم هذا النموذج على أن كل فرد يمتلك استعدادات لتنمية ألم مرضي محدد، وهو ما لا يثبت على شكل مرض فحسب، إلا بتوافر جملة من العوامل تتمثل في كل من:

- الاستعداد الفيزيولوجي للاستجابة للتغيرات الجسدية ضمن منظومة جسدية معينة، وينشأ ذلك الاستعداد عن تنشيط جهاز الألم من خلال موجات منخفضة، فمشاعر الألم الحسية يمكن أن تستثار بمثيرات محددة ذات شدة منخفضة، وهذا الاستعداد الفيزيولوجي يرتبط بالاستعداد الوراثي أو بالأحداث الصادمة السابقة، أو بسيرورات تعلم اجتماعية.

- التغيرات الفيزيولوجية التي تشكل خبرة ألم، وتعتبر هذه الخبرات وما يتبعها من تفسيرات أنماطا استجابية متكررة، يمكن قياسها موضوعيا، كتوتر العضلات الذي يمكن قياسه من خلال التخطيط الكهربائي العضلي.

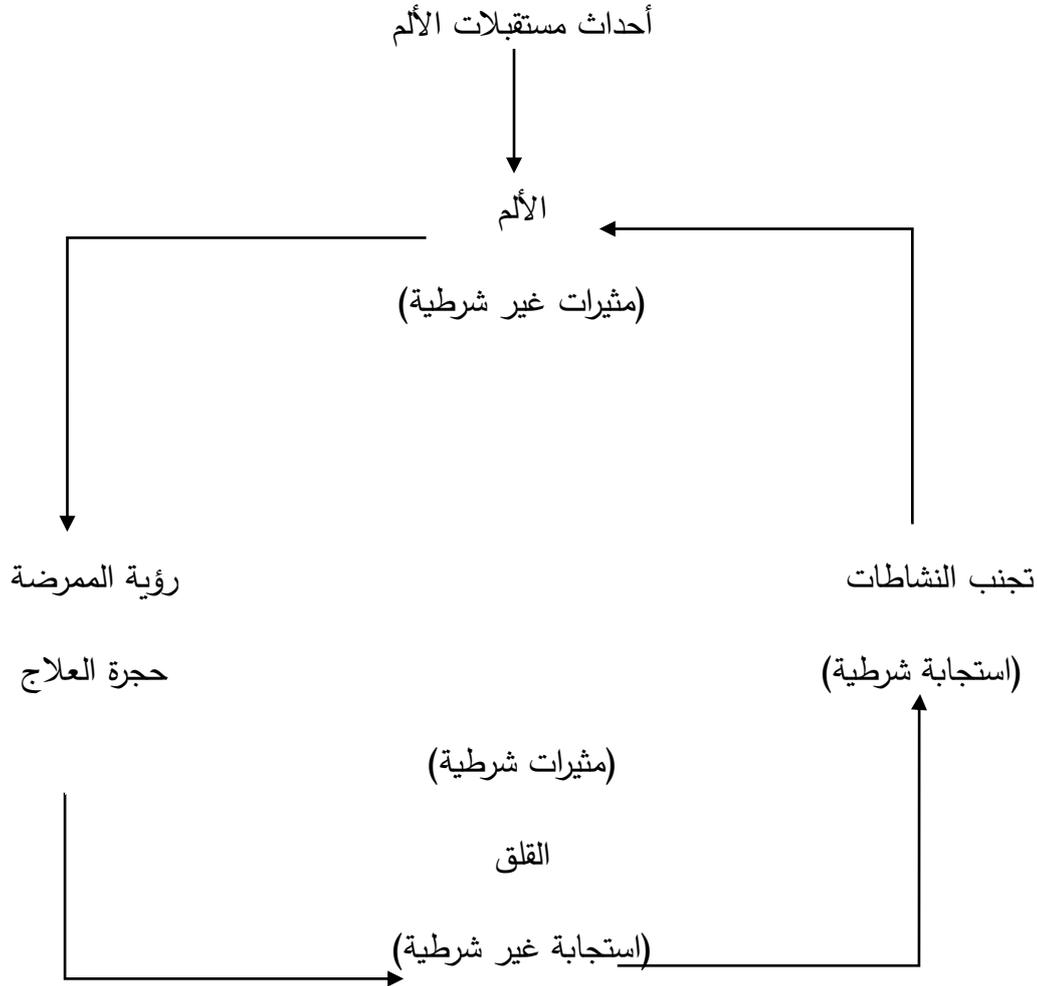
- الأنماط الاستجابية المتكررة التي تتم استثارتها من خلال مثيرات إما داخلية أو خارجية سلبية كالمحادثات ذات التوتر العالي، أو من خلال الاستجابات كتوقع الألم، وقصور معتقدات الضبط، مما يقود إلى ظهور سلوك الألم من خلال مستوى معين.

- تجارب تعليمية وتعزيزية لخبرات الألم، كالخوف من القيام بالحركة التي تسبب ألماً، والانتباه والاهتمام عند وجود ألم، وهو ما يجعل الألم مستمرا (جميل، 2009، ص 655-656).

6-6- النظرية السلوكية والألم المزمن:

قدمت المدرسة السلوكية خلال فترة السبعينيات تفسيراً جديداً للدور الذي تلعبه العمليات النفسية في نشوء خبرة الألم المزمن، حيث اهتمت بالسلوك الموضوعي الظاهر، في محاولة من أنصارها لإثبات أنه من الممكن تشكيل وتغيير وتقوية أو إضعاف السلوك بناء على المعالجات البيئية، ويعتبر فورديس Fordyce 1986 أول عالم نفس يقوم بتكريس مبادئ النظرية السلوكية لتفسير الألم، حيث اهتم بدراسة ما عرف بسلوكيات الألم، بالاعتماد على التقرير الذاتي للمريض، وحسب ما جاء به فورديس Fordyce في هذا النموذج، فإن ما يترتب عن سلوكيات الألم المتعلمة من خلال كل من الاشارات الكلاسيكي والاجرائي والافتراضي الرئيسي، من تعزيز سيؤثر في تشكيل سلوكيات الفرد فيما بعد، فوفقاً لمبادئ الاشارات الكلاسيكي، فإنه في حالة اقتران مثيرات الألم بمثيرات طبيعية لعدة مرات، فإن تلك المثيرات الطبيعية ستصبح قادرة على إثارة استجابة الألم، وفي حالة ما إذا كان الألم حاداً فإن أي نشاط محايد أو سار قد يؤدي إلى استثارة الألم، وربما إلى تفاقمه، مما يجعلها مثيرات منفرة يتم تجنبها، وبالتالي فإن الفرد وبمرور الوقت يقوم بتجنب الكثير من النشاطات والأفراد وحتى المواقع، كون أنها أصبحت مرتبطة بالضرر، وبالتالي أصبحت ضارة وتؤدي لزيادة الإحساس بالألم، إضافة إلى أن توقع القلق الذي يرتبط ببعض الأنشطة يمكن أن يتطور ليصبح عبارة عن مثير شرطي يستثير أعراض الألم، وهو ما يطلق عليه

بالاستجابة الشرطية، كما أن القلق قد يبقى حتى بعد اختفاء المثيرات الاصلية غير الشرطية، ويمكن عرض تصور لنموذج الاشتراط الاستجابي على النحو التالي:



شكل رقم 9 يوضح نموذج الاشتراط الاستجابي للألم

(أحمد، 2013، ص 93)

وحسب ما جاء في الشكل السابق، فإن الاشرط الاستجابي يعتبر الألم الحاد مثيرا شرطيا، والمثيرات المرتبطة بالألم هي مثيرات شرطية يمكن أن تستثير استجابة شرطية، وبالتالي يمكن توقع حدوث الألم، وذلك لا يقتصر على الألم الحاد، وإنما يشمل أيضا الألم المرتبط بالأمراض المزمنة كالسرطان، فرغم أن للألم أسباب باثولوجية تتسبب في حدوثه، وأن سلوكيات الفرد المتعلقة به ترتبط بأسباب مرضية، إلا أن تلك السلوكيات هي الأخرى

يمكن أن تخضع للاشراط ولقوانين التعلم، كما يمكن أن تتدرج العوامل التي تساهم في حدوث الألم بناء على مبادئ التعلم الاستجابي ضمن مبادئ التعلم الفعال، ورغم أن هذا النموذج قد قدم شرحا جيدا للدور الذي يمكن أن تلعبه العوامل الإجرائية في حدوث خبرة الألم، إلا أنه قد تعرض لانتقادات عديدة مفادها أنه ركز على الجوانب السلوكية في حين أهمل الجوانب الانفعالية والمعرفية للألم (أحمد، 2013، ص 93-95).

ويواجه الأفراد تحديات عديدة في محاولة تبني سلوكيات جديدة، وإعادة تنظيم الاستجابات والتسلسل السلوكي اليومي التلقائي بشكل كبير، خلال مواجهتهم لشكوكهم وآمالهم فيما يتعلق بتشخيص إصابتهم بالسرطان ومواجهة أعراضه، والانتقال إلى تلقي العلاج أو إنهائه بعد تقرير فشله، بحيث يتضمن كل انتقال إلى إعادة تعديل وجهة نظر المريض حول كل من مرض السرطان، وعلاجاته (Leventhal et al, 2016, p 89).

6-7- النموذج المعرفي السلوكي:

قام باقتراحه كل من تيرك وآخرين Tirek et al خلال منتصف الثمانينيات، وبالتحديد في سنة 1983، حيث برز الاهتمام في مجال علم النفس عموما، وفي مجال التعديل السلوكي خصوصا بالعوامل المعرفية، كما ظهرت بعض أشكال العلاجات المعرفية، وترافق ذلك مع ما عرفته نظرية التعلم الاجتماعي من تطورات، وقد أصبح هذا النموذج يشكل التصور العقلي الأكثر اقناعا وقبولا فيما يتعلق بكل من الألم المزمن والألم الحاد، كما يتميز هذا النموذج بالمرونة حيث يمكن استخدامه في تفسير أغلب أشكال الألم، ويتصف بالشمولية، حيث يرى الألم بنظرة تفاعلية تبادلية بين كل من العوامل البيولوجية والنفسية، والاجتماعية، وقد ساعد هذا النموذج على ظهور عدة أساليب علاجية مقننة تقوم على تعليم المرضى وتزويدهم بأساليب معرفية ومهارات سلوكية معينة تساعدهم على إدارة آلامهم (أحمد، 2013، ص 96)، وتشمل استراتيجيات التأقلم المعرفي كلا من الصلاة والتضخيم، وتشثيت انتباه المريض، في حين تشمل استراتيجيات التكيف السلوكية كلا من

القيام بممارسة نشاط بدني، أو القيام بالأعمال المنزلية، أو قضاء الوقت مع الآخرين (Maki et al, 2018, p 25).

وقد أكدت العديد من الدراسات على أن الاستراتيجيات التي يعتمدها المريض الذي يعاني من الألم، للتعامل مع ألمه المزمن تلعب دورا هاما للغاية في التكيف معها، وتقليل آثارها التي تتمثل أساسا في كل من الضيق العاطفي، والاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، والتي من بينها تشتيت أو تحويل الانتباه، التضخيم، وإعادة تفسير أحاسيس الألم، والتعامل مع الأفكار الذاتية، والقيام بتجاهل أحاسيس الألم، وكذا من خلال اللجوء إلى الصلاة والأمل (Irachabal et al, 2008, p 48).

وللكشف عن الاستراتيجيات التي يعتمدها الفرد أهمية سريرية، حيث ثبت بأنها تتوسط العلاقة بين تأثير شدة الألم وكلا من الإعاقة الوظيفية، وجودة حياة المريض، كما تؤثر على إدارة الألم، ويعد استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ الذي قام بإعداده كل من كليف وروزنستيل Keefe & Rosenstiel 1983، أداة سريرية مفيدة لفحص أنماط التكيف مع الألم، والقيام بتوفير معلومات حول فعالية استراتيجيات إدارة الألم لكل من المرضى والأطباء والقائمين على رعايتهم، وتمكينهم من التدخل لتحسين فعاليتها ونتائجها الوظيفية (Abbott, 2010, p 63).

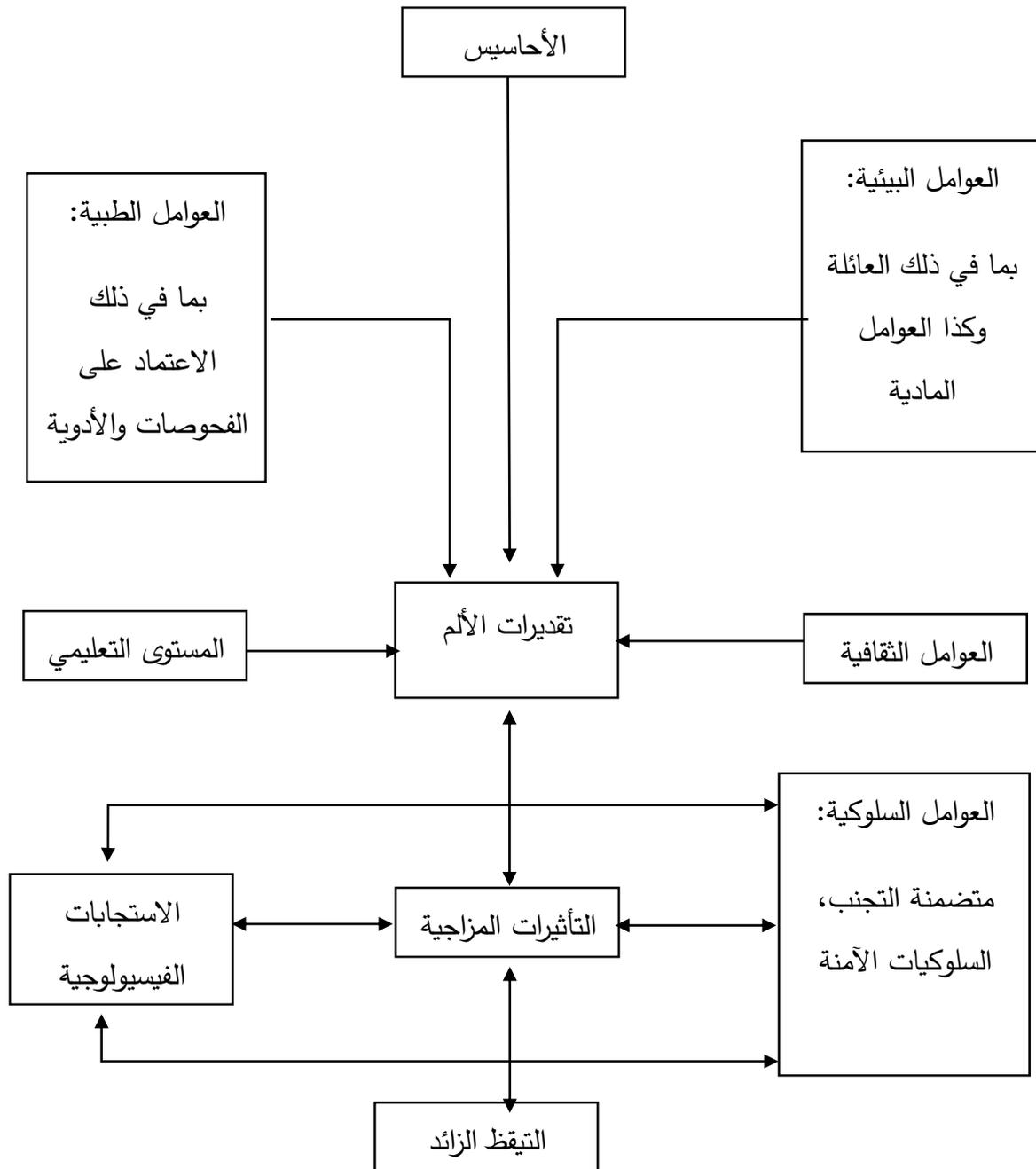
ورغم أن الألم المزمن يتميز باقترانه بخلل وظيفي جسدي وإعاقة وتغيرات مزاجية عادة، إلا أن ذلك ليس مطلقا، فقد يعاني شخص من آلام مزمنة في حين لا يعاني من الإعاقة الجسدية أو الاكتئاب، ويتمكن من مواصلة أنشطته الاجتماعية بشكل عادي، ونادرا ما يلجأ إلى طلب المساعدة الطبية، وهو ما يجعل من المهم العمل على تحديد العوامل المعرفية التي قد تعزز أداءه التكيفي رغم معاناته من الألم، كاستراتيجيات التكيف، واستخدامه للتقنيات المعرفية السلوكية لإدارة آلامه والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها، لأن ذلك من الممكن أن يساعد على تفسير الاختلافات في التكيف فيما بين الأفراد الذين

يعانون من الآلام المزمنة، وتحديد نقاط الضعف والقوة المعرفية لدى كل منهم، وكذا تحديد أهداف العلاج والتنبؤ بنتائجه (Monticone et al, 2014, p 153).

وتركز التدخلات المعرفية السلوكية على تطوير مهارات التكيف مع الألم، بحيث تهدف هذه المهارات إلى التقليل من تجربة الألم، والحد من الآثار السلبية المرتبطة بالألم، وتعالج التدخلات المعرفية السلوكية الجوانب الذاتية والسياقات التي يتم من خلالها حدوث الألم، ويتم تلقين المريض الذي يعاني من الألم تثقيفاً حول الألم، لتعزيز فهمه حول أسباب استمرار أحاسيس الألم حتى بعد شفاء الأنسجة، كما قد تشمل التدخلات المعرفية السلوكية إعادة هيكلة معرفية للتقليل من تضخيم الألم، وتقنيات تحويل وتشتيت الانتباه، وكذا التدريب على تقنيات حل المشكلات، وغالبا ما تكون التدخلات المعرفية السلوكية أكثر فعالية عند تنفيذها ضمن سياقات فرق الرعاية متعددة التخصصات، ويمكن استخدامها كمساعد للعلاجات الدوائية، أو الجسدية، أو الجراحية الأخرى (Coons & Steglitz, 2020, p 1607).

ويأخذ النموذج المعرفي السلوكي بعين الاعتبار استجابات الفرد المعرفية ومعتقداته وتوقعاته، فيما يخص نشوء واستمرار الآلام المزمنة، حيث تلعب هذه العوامل دورا هاما في فهم وإدراك الألم والتوافق معه، وبدل حصر التركيز فيما للعوامل المعرفية والسلوكية من تأثير على تصور الألم وإدراك أعراضه، يتم التركيز حسب هذا النموذج على العلاقة التفاعلية المتبادلة بين كل من العوامل الجسدية والمعرفية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية، وهو ما ينعكس على نظرة المريض اتجاه أعراضه، والتي ترتبط بمعتقداته واتجاهاته وميوله الفطرية، ومخططاته الغريزية، بحيث تتفاعل بشكل متبادل مع كل من العوامل الانفعالية والاجتماعية، والحسية، والاستجابات السلوكية للفرد، ومن المفترض أن يكون لدى المرضى الذين يعانون من الألم توقعات سلبية حول مدى قدرتهم على مواجهة الألم والتعامل معها، ومحاولة التخفيف من شدتها، كما تتجه انفعالاتهم وأفكارهم نحو آثار المرض والألم السلبية

عليهم، مما يعوقهم عن تطوير استراتيجيات إيجابية تمكنهم من التكيف مع الألم، ومواجهته، وينتابهم شعور بأن الألم يقيدهم ويسيطر على حياتهم، مما ينجم عنه إحساسهم باليأس، وهي المشاعر التي يمكن أن تؤدي إلى رسم صورة سلبية عن ذواتهم، وكذا إلى الإصابة بالاكئاب والاضطرابات المزاجية وزيادة حساسيتهم اتجاه الألم (جميل، 2009، ص 654).



شكل رقم 10 يوضح النموذج المعرفي السلوكي المعدل للألم المزمن

(حسانين، 2007، ص 40)

وحسب النموذج السلوكي المعرفي للألم، فإنه يمكن لسلوك المرضى أن يؤدي إلى تحفيز استجابات الآخرين من أفراد مهمين لهم، بحيث يمكن لهذه الاستجابات أن تدعم أنماط تفكيرهم ومشاعرهم التكيفية وغير التكيفية، ويقوم هذا النموذج على عدة افتراضات أثناء تفسيره لخبرة الألم، كافتراض أنه لدى الأفراد القدرة على معالجة المعلومات البيئية بطريقة نشطة، بدل القيام بتمثيلها بشكل سلبي، فهم يحاولون فهم ما يتعرضون له من مشيرات بيئية خارجية، من خلال اتجاهاتهم ومخططاتهم الفطرية، التي اكتسبوها سابقا من خلال التعلم، إضافة إلى استراتيجياته العامة لمعالجة المعلومات، بحيث تعتمد استجابات الأفراد الصريحة والضمنية على توقعاتهم وتقديراتهم المستقبلية، وليس على نتائج السلوكية الفعلية، ووفقا لهذا النموذج فإن توقع الفرد للنتائج يؤثر بشكل فعال على توجيه سلوكياته، كما يمكن لأفكاره أن تؤثر على حالته المزاجية وعملياته الفيزيولوجية والمعرفية، والعكس صحيح حيث يمكن أن تؤثر العوامل البيئية والسلوكية على عمليات تفكير الفرد، ومنه فإنه وعلى خلاف الكثير مما جاءت به العديد من النماذج السلوكية كالاشرط الاجرائي والاشترط الكلاسيكي، بحيث تؤكد على تأثير العوامل البيئية على سلوك الفرد، يركز النموذج المعرفي السلوكي على التأثير التبادلي بين كل من الفرد وبيئته، وعلى التفاعلات المعقدة فيما بينهم وليس على السببية المطلقة، ويشير إلى قدرة الأفراد على تعلم أساليب تفكير وتفاعل وتعامل تكيفية، وتغيير أفكارهم ومشاعرهم اللاتكيفية التي اكتسبوها سابقا، من خلال استخدام أساليب التدخل الفعالة التي تشمل كلا من هذه المشاعر والأفكار والسلوكيات، وحتى الجوانب الفيزيولوجية، فحسب هذا النموذج فإنه ينبغي أن يكون للأفراد دور فعال في تغيير أساليبهم اللاتوافقية مع الأعراض، بغض النظر عما يعانونه من أعراض شديدة ناجمة عن شدة الألم المزمن، كما أن المخططات المعرفية لدى الفرد Cognitive Schéma تلعب دورا هاما في التأثير على خبرة الألم، وعلى علاجه، فغالبا ما يتجاوب الفرد مع الظروف البيئية بشكل جزئي استنادا إلى مخططاته المعرفية الشخصية حول المرض وأعراضه، فمعتقدات وتصورات الفرد حول معنى الألم وحول مدى قدرته على أداء مهامه رغم وجوده

يشكل جانبا هاما من مخططاته المعرفية المتعلقة بالألم، فعند تعرض الفرد إلى مثير جديد كحالة مرضية مثلا يقوم بتحليله من خلال مخططاته المعرفية، وبناء على ذلك يقوم ببناء تمثيل دقيق لحالته الجسدية، والتي تشكل قاعدة أساسية لتفسير ذلك المثير، وفهم أعراضه، واتخاذ السلوكيات المناسبة للتعامل معه، ففي حالة تبني الفرد لمخطط مبني على اعتقاد أن وضعه خطير جدا، وبأن النشاط يشكل خطورة على حالته، وبأن الألم الذي يعانيه يعد سببا مقبولا يدفعه لإهمال مسؤولياته، فإن ذلك سيؤدي بالضرورة إلى استجابات غير تكيفية، ويتجنب النشاط بشكل أكبر شيئا فشيئا، وبالتالي فإنه يصبح غير قادر على تحقيق التكيف، ويؤدي به إلى المزيد من العجز، وهناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر في تجربة المريض مع الألم، ومدى استجابته للعلاج، وعلى قدرته على تحمل المسؤولية، ومستوى ادراكه للعجز، كمعتقداته الشخصية، وتقديراته، وتوقعاته حول الألم، والدعم الذي يتلقاه من دائرته الاجتماعية، والجهود التي يبذلها في سبيل التغلب على الألم، وطبيعة مرضه، ونظام الرعاية الصحية الذي يشملها، كما أن تفسيراته المعرفية تؤثر أيضا على الطريقة التي يقوم من خلالها المريض بوصف أعراضه لكل من الأشخاص المهمين من حوله، والأطباء والقائمين على رعايته، وتأثير طريقة الوصف هذه على الآخرين تمكن المريض من الحصول على استجاباتهم التي قد تدعم سلوكيات الألم لديه، وانطباعاته حول الألم، وشدته وخطورته، وعدم قدرته على التحكم فيه، مما قد يدفع بالأطباء إلى اللجوء لوصف أدوية أكثر فعالية، وربما القيام بإجراء عمليات جراحية، وبالعائلة إلى التعاطف معه، وتجنب تحميله أية مسؤوليات، مما يدعم لديه السلبية والعجز وعدم التكيف الجسدي، وعموما فإنه يمكن القول بأن النموذج المعرفي السلوكي يجمع بين كل من مبادئ الاشتراط الاجرائي الذي يركز على التعزيز الخارجي، والاشتراط الاستجابي الذي يؤكد على التجنب المتعلم، وذلك ضمن إطار قيام المريض بعملية معالجة المعلومات (أحمد، 2013، ص 97-99).

وتركز التدخلات المعرفية السلوكية على تطوير مهارات التكيف مع الألم لتخفيف هذه التجربة الضارة، ومنع تفاقمها بمرور الوقت، وتقليل الأضرار الناجمة عنها، فغالبا ما يصبح الأفراد الذين يعانون من الألم لفترات طويلة سواء كان ألما متقطعا أو مستمرا، قلقين وخائفين من تجربة الألم، ويتجنبون الانخراط في أي نشاط جسدي بهدف التقليل من التعرض لتجربة الألم، حيث يؤدي هذا التجنب السلوكي بمرور الوقت إلى فقدان القوة الجسدية، وضعف التكيف الفيزيائي، وضمور العضلات، وبالتالي إلى تفاقم الإحساس بالألم، فتجنب النشاط الجسدي بسبب الألم هو ما يؤدي بشكل أساسي إلى تفاقم الإحساس بالألم، وما يعزز هذا التجنب السلوكي هو الخوف من الألم، كما أن هذا التجنب قد يؤدي بالفرد مع الوقت إلى الشعور بالعزلة، ويقلل من ثقته في قدرته على إدارة آلامه، ويزيد من تركيزه على إدراك الألم، وبالتالي تفاقم الاكتئاب، وتفاقم الألم، والتداخل بين ذلك وبين آثاره السلبية (Coons, 2020, p 1612).

كما أن هذا النموذج يفترض بأن قيام المريض بتفسير مرضه بطريقة سلبية، كاعتبار أن ألمه خطيرا، وبأنه شيء فظيع جدا، وبأن عدم قدرته على التحكم فيه ستجعله مجنونا، وبأن تفكيره المستمر بالألم يمنعه من التركيز بأي شيء آخر، من شأنه أن يزيد من تكرار هذه الأفكار، حتى وإن حاول قمعها بعد ذلك، ومن ثم يبدأ المريض بتطوير مفهوم العجز المتعلم، وسيطر عليه اعتقاد عدم جدوى أي من الإجراءات أو الاستراتيجيات في مواجهة هذا الألم، مما يؤدي به إلى التوقف عن بذل جهده في مواجهته، وفقدان الدافعية، وبالتالي الرفع من احتمالية عدم جدوى العلاج، وتعزيز هذه الاعتقادات يجعل هؤلاء المرضى وجوبا مستهدفين من خلال برامج علاجية معرفية سلوكية، والملاحظ أن معارف الأفراد ومعتقداتهم حول الألم تظهر نتيجة خلفياتهم التعليمية والثقافية السابقة، وتتكون اعتمادا على خبراتهم السابقة مع الألم، أو من خلال معارف الأفراد من حولهم وملاحظة تجاربهم واستجاباتهم

مع الألم، والطريقة التي يدركونه بها بناء على ثقافتهم الخاصة، والتي قد تكون مختلفة عنهم (حسانين، 2007، ص 92).

ويستخدم النموذج المعرفي السلوكي كذلك بعد خضوع المريض إلى العلاج الكيميائي للسرطان، فعلى الرغم من أن الأسباب الكامنة وراء معاناتهم من مشاكل الذاكرة والانتباه بعد الخضوع للعلاج الكيميائي غير واضحة، إلا أنه يمكن تعزيز التكيف مع هذه المشكلات المعرفية اليومية، والتعامل معها، وبالتالي الوصول إلى تحسين جودة حياة مريض السرطان من خلال تعديل سلوكياته والعوامل المعرفية التي تتحكم بها، وهو ما يتشابه مع النهج المتبع في الإدارة المعرفية السلوكية للألم المزمن، حيث يتمثل الهدف هنا في تحسين أداء المريض ونوعية حياته رغم معاناته المستمرة من الألم، ويركز هذا التدريب على تحسين تكيف الذاكرة والانتباه (MAAT) Memory and attention adaptation training من خلال استراتيجيات التعلم التي تعمل على إصلاح مشاكل الذاكرة خلال الحياة اليومية، وهذا النموذج يختلف قليلاً عن نموذج إعادة التأهيل المعرفي التقليدي، ويتم التركيز من خلاله على تمكين المريض من التكيف مع بيئته (Ferguson et al, 2010, p 31).

7- العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم:

تجربة الألم عبارة عن نتاج تفاعل بين عدة ديناميكيات بيولوجية ونفسية واجتماعية مترابطة، وقد تناولت العديد من الدراسات علاقة الألم بكل من المتغيرات النفسية والاجتماعية، وذلك لما لها من أهمية في التأثير على الألم (Petrini et al, 2020, p 12).

والألم عرض متكرر ومزعج يؤثر بشكل سلبي على جودة حياة مرضى السرطان، ووفقاً للإحصائيات الحديثة فإن واحداً من كل أربعة مرضى سرطان خلال مراحله المبكرة يعانون من آلام مرتبطة بالإصابة بالسرطان، في حين يعاني ثلاثة من بين أربعة مرضى

سرطان خلال مراحل المتقدمة من الألم، كما توصل كل من أوليفر وآخرين Oliver et al بأن للألم غير المسيطر عليه تأثير كبير على الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي والروحي للمريض، في حين توصلت العديد من الدراسات الحديثة إلى أنه على الرغم من الكثير من الارشادات والتوجيهات التي يتم تقديمها، وطرائق العلاج الجديدة فيما يتعلق بالألم مرضى السرطان، إلا أن نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى في جميع أنحاء العالم غير قادرين بعد على السيطرة بشكل مرض على الألمهم (Edirisinghe et al, 2021, p 2).

وسنتناول من خلال ما يلي أهم هذه المتغيرات النفسية والاجتماعية والعلاقات فيما بينها وبين آلام مرضى السرطان:

7-1- علاقة المعتقدات بالألم:

تظهر لدى المرضى الذين يعانون من الألم، عدة معتقدات مختلفة تتعلق بأسباب ومعاني الألم، وكذا بالطرق العلاجية المناسبة لعلاجه، ويمكن ألا تكون هذه المعتقدات فردية، وإنما متأثرة بالثقافة التي ينتمي إليها المريض، والتي غالباً ما تكون غير صحيحة وغير تكيفية (حسانين، 2011، ص 73)، وقد كان هوارد بيتشر Howard Beecher واحداً من أوائل الأطباء الذين أدركوا أهمية علاقة درجة إحساس الفرد بالألم وبالعجز، بطريقة تفسيره لألمه، فخلال الحرب العالمية الثانية، وأثناء عمله بالخدمة العسكرية لاحظ العديد من إصابات الحرب، ولفت انتباهه أثناء قيامه بعلاجها، أن ربع الجنود فقط من طلبوا استعمال المورفين للتخفيف من ألمهم، رغم أن كل الإصابات كانت مؤلمة وشديدة، وبعودته إلى عيادته بمدينة بوسطن، وقيامه بعلاج إصابات مشابهة لدى المدنيين، توصل من خلال المقارنة بينهم إلى أن 80% من المدنيين الذين عانوا من الألم الشديد قد طلبوا استخدام المورفين، ولتفسير ذلك استنتج بيتشر Beecher بأن المعنى الذي يمنحه الفرد للألم يحدد وبدرجة كبيرة طريقة تعامله مع هذا الألم، ففي حين يفسره الجندي على أنه دليل

على خروجه حيا من المعركة، وبأنه سيتمكن من العودة إلى وطنه، يفسره المدني على أنه حدث دخيل غير مرحب به في حياته وضمن نشاطه اليومي (تايلور، 2008، ص 581).

وفي دراسة شملت مجموعات مختلفة من مرضى الألم المزمن، تم التوصل إلى أن أولئك الذين قاموا بإرجاع الألم إلى تعرضهم لإصابات أو صدمات ما، قد أظهروا مستويات أعلى من حيث شدة الألم، والانفعال، وتأثيرا أكبر لذلك على حياتهم اليومية، خصوصا عند القيام بمقارنتهم بمجموعة أخرى من الأفراد الذين قاموا بإرجاع الألم إلى أسباب وعوامل مجهولة، رغم عدم وجود فروق موضوعية بينهم، وتبين أيضا بأن المجموعة الأولى التي قامت بإرجاع الألم إلى أسباب مرضية وصدمية، قد قام الأطباء بوصف مسكنات لهم، أكثر من المجموعة الثانية، ومن بين المعتقدات التي تؤثر أيضا على الألم المزمن، المعتقدات المتعلقة بمدى قدرة المريض على التحكم في ألمه، أو ما يطلق عليه بوجهة الضبط، حيث توصلت الدراسات إلى أن المرضى ذوي وجهة الضبط الداخلية يسجلون مستويات منخفضة، ونوبات أقل من الألم، ويستفيدون بشكل أكبر من البرامج العلاجية للألم، كما أنهم يلتزمون بتأدية تمارينهم بشكل منضبط بعد الانتهاء من الخضوع للعلاج، مقارنة بالمرضى ذوي وجهة الضبط الخارجية (Harkapaa et al, 1991).

7-2- الفعالية الذاتية والألم:

قام باندورا Bandura 1991 بتقديم العديد من النقاط الهامة حول إمكانية تأثير الفعالية الذاتية على الألم وعلاجه، وجاء فيها بأن:

- الأفراد الذين لديهم اعتقاد بقدرتهم على تخفيف الألم، هم أكثر ميلا للبحث عن المعلومات والمهارات التي من شأنها أن تساعدهم على إدارة الألم، وتمكنهم من الاستمرار في أداء أنشطتهم رغم ما يعانونه من ألم.

- الأفراد الذين لديهم مستوى أعلى من الشعور بالفعالية الذاتية، تكون مستويات التوتر الجسدي والقلق لديهم أقل، مما يؤثر إيجاباً على التخفيف من آلامهم.
- الأفراد ذوي الاعتقاد القوي في فعاليتهم الذاتية هم أكثر ميلاً للنظر إلى المثبرات الضارة على أنها أقل خطراً، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الألم لديهم (حدان، 2015، ص 54).

7-3- الاكتئاب والألم المزمن لدى مرضى السرطان:

الاكتئاب مرض نفسي، غالباً ما يظهر لدى الأفراد الذين يعانون من الألم المزمن، فالعلاقة بين كل من الاكتئاب والألم المزمن معقدة، وتناولته الكثير من الدراسات، فغالباً ما يكون الاكتئاب أحد أعراض الألم، ويؤدي إلى تقليل قدرة الفرد على احتمالته، كما يؤثر سلباً على آليات تكيفه معه، ويشكل الألم عامل خطر لدى الأفراد الذين لديهم استعدادات اكتئابية عائلية أو شخصية، وقد بينت الدراسات بأن الاكتئاب يشكل خطراً على شدة وتعدد الآلام التي يعاني منها الفرد، بحيث يشكو المرضى المصابين بالاكتئاب من آلام عديدة بالرأس والعضلات، إضافة إلى معاناتهم من الضعف العام عموماً، كما أن الاكتئاب يضعف الشعور بالألم، ويؤخر علاجه (مرازقة، 2009، ص 35).

وقد حاول العديد من العلماء تفسير العلاقة بين الاكتئاب والألم المزمن، من خلال اقتراح ما يطلق عليه باضطراب استهداف الألم، أو الألم ذو المنشأ النفسي، أو الاكتئاب المقنع، ومن أمثلة الدراسات التي قدمت أدلة مقنعة على ذلك، دراسة كل من رودي وآخرين Rudy et al 1988 ودراسة تيرك وآخرين Turk et al 1995، حيث توصلت إلى وجود عاملين أساسيين يتوسطان العلاقة بين كل من الاكتئاب والألم المزمن، ويتمثلان في اعتقادات المريض حول تأثير الألم على حياته، وحول مدى قدرته على السيطرة على ذلك الألم، حيث يكون المرضى الذين يعتقدون بقدرتهم على أداء وظائفهم رغم الألم أقل عرضة

للاكتئاب، كما قدمت دراسات عديدة أدلة مقنعة عن كون أن الألم المزمن يسبب الاكتئاب لدى المرضى، حيث تظهر النوبات الاكتئابية بعد ظهور مشكلة الألم، وليس قبلها، كما توصلت دراسات أخرى أيضا إلى أن العديد من مرضى الألم المزمن يعانون من نوبات اكتئابية قبل إصابتهم بالألم بسنوات عديدة (حسانين، 2011، ص 87-89).

وتشير النتائج التي توصلت إليها دراسات كل من رومانو وتيرنر Romano & Turner 1985، وبنك وكيرنس Bank & Kerns 1996، وديرش وآخرين Dersh et al 2006، إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن، تتراوح ما بين 40 و50%، وتزداد هذه النسبة لدى بعض الفئات من المرضى مقارنة بفئات أخرى، كمرضى آلام البطن، والجهاز العضلي الهيكلي، والآلام المتعلقة بالروماتويد، كما أشارت كيف وآخرين Keefe et al 2002 إلى أن الإصابة بالاكتئاب تؤدي إلى زيادة أعراض الضعف الوظيفي والتهاب المفاصل لدى المرضى المصابين بالروماتويد (حدان، 2015، ص 55).

ويشيع انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين يعانون من الألم، وتشير الدراسات إلى ارتفاع معدلات إصابة مرضى السرطان الذين يعانون من الألم المزمن بالاكتئاب نسبيا، في حين أن هناك نقص من حيث الأدلة التي تشير إلى أن الاكتئاب يسبب الألم لدى هؤلاء المرضى، غير أن بعض الدراسات قد توصلت إلى أن العوامل النفسية بما فيها الاكتئاب تساهم في تباين درجات الألم الذي يعاني منه مريض السرطان، فقد يؤدي الاكتئاب إلى زيادة شدة الألم، كما أنه من المرجح أن يتسبب الألم في الاكتئاب، حيث توصل سبيجل وآخرين Spiegel et al 1994 إلى أن معدل إصابة مرضى السرطان باضطراب الاكتئاب كان أعلى في المجموعة التي تعاني من الآلام الشديدة، أكثر منه في المجموعة التي تعاني من آلام أقل حدة، واستنتجوا بالتالي بأن الألم يلعب دورا هاما في الإصابة بالاكتئاب، كما توصل كل من سياراميللا وبولي Ciaramelle

2001 & Polli إلى أن معدل الاكتئاب كان أعلى لدى المرضى الذين يعانون من الألم، وعموما فإنه يمكن القول بأن الدراسات والأدلة على وجود علاقة بين الاكتئاب وآلام السرطان كثيرة وقوية، بحيث يؤثر كل منهما على شدة الآخر وتفاقمه، وبالعكس فإن التخفيف من أحدهما يجعل من إدارة الآخر أكثر فعالية، فحسب ما توصلت إليه دراسة إنديانا Indiana حول الألم والاكتئاب لدى مرضى السرطان، فإن علاج الاكتئاب يؤدي إلى تخفيف الألم، في حين أن إدارة الألم الناجحة لا ترتبط دائما بالتخفيف من أعراض الاكتئاب (Thompson et al, 2012, p 630).

7-4- الخوف والقلق وعلاقتها بالألم المزمن:

تناولت عدة دراسات تأثير كل من القلق والخوف على خبرة الألم المزمن، والنتائج المرتبطة بذلك، حيث توصلت دراسة ميكركين وآخرين 1996 Mecracken et al إلى أن مرضى الألم المزمن الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق المرتبط بالألم، هم أكثر ميلا إلى توقع الإصابة بمستويات أعلى من الألم مقارنة بالأفراد ذوي المستويات المنخفضة من القلق، وهو ما يؤدي إلى تراجع أدائهم السلوكي، وتختلف أسباب القلق والخوف لدى مرضى الألم المزمن، فقد يرتبط ذلك بالأعراض التي يعانون منها، وطريقة تفسيرهم لها، ونظرتهم حول المستقبل، فالقيام بتجنب الحدث المسبب لإحساس الخوف يعتبر أمرا إيجابيا ومفيدا وصحيا، في حالة ما إذا كان الألم الذي يعاني منه المريض حادا، في حين أنه قد يشكل عائقا أمام العلاج في حالة ما إذا كان الألم مزمنا، كما أن القلق والخوف اللذين يعايشهما المريض قد يخلقان لديه إحساسا حقيقيا بالألم، كما توصلت دراسة كل من ميكركين 1997 Mecracken ودراسة كرومبيز وآخرين 1999 Crombez et al أيضا إلى أن الأفراد ذوي المستويات المرتفعة من القلق يكون لديهم مستويات أعلى من التركيز على أحاسيس الألم، وسلوكيات الألم، وطلب المساعدة، كما توصل أيضا واديل وآخرين 1993 Waddel et al إلى نتيجة هامة جدا ضمن سياق الحديث عن العلاقة

بين إحساس الخوف والألم المزمن، حيث توصل من خلال دراسته إلى أن هناك علاقة بين مستوى العجز لدى مرضى الألم المزمن وبين الخوف من الانخراط في ممارسة الأنشطة والأعمال الاعتيادية، أكثر من ارتباطه بالعوامل البيئية والحيوية للألم (حسانين، 2011، ص 97).

والعلاقة بين كل من مستويات القلق والاحساس بالألم لدى مرضى السرطان قوية وطردية، حيث أنه قد يتسبب شعور مرضى السرطان بالألم واضطرابهم للتعايش معه، في الرفع من مستويات القلق لديهم، كون أنهم يعتبرون الإحساس بالألم علامة على تفاقم السرطان لديهم وعدم فعالية العلاج الذي يتلقونه (Meghani & Green, 2018, p 825).

7-5- العوامل الثقافية والألم المزمن:

توصلت عدة دراسات كدراسة دووركين وآخرين Dworkin et al 1992، ودراسة تيرك وآخرين Turk et al 1994-1995، إلى أن للعوامل الثقافية والاجتماعية دور هام في فهم وتشكيل خبرة الألم، حيث تؤثر العوامل الثقافية، خاصة فيما يتعلق منها باعتقادات الجماعات العرقية على الطريقة التي يدرك من خلالها الفرد الألم، والتي يستجيب بها لأعراضه، ويمكن أن تكون الفروق في درجة الألم المرتبط بالانتماء العرقي والثقافي للفرد، راجعة إلى اختلاف المعايير الثقافية المرتبطة بالتعبير عن الألم، أو إلى آليات الألم أحيانا، كما أن خبرة الألم قد تتأثر بالجنس، حيث تظهر النساء حساسية أكبر اتجاه الآلام (حدان، 2015، ص 56).

7-6- العوامل الدينية والألم المزمن:

توصلت الدراسة التي قام بإجرائها إيمي وآخرين Amy et al 2007 إلى وجود عدد من الافتراضات ترتبط بالكيفية التي يؤثر من خلالها كل من الدين والمعتقدات الدينية،

واستراتيجيات التعامل مع الألم الدينية، حيث وجدت بأن للعوامل الدينية خمسة عناصر أساسية يمكن أن تؤثر من خلالها على مستوى الألم، وتتمثل في كل من:

1- قيام الأفراد باللجوء إلى العزو الديني للمشكلات التي تواجههم، بغرض إيجاد معنى وسبب لما يعانونه من ألم، فحسب لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman 1984 فإن سلوكيات الفرد اتجاه الأحداث لا تحددها خصائصه، وإنما طريقة إدراك الفرد للموقف، ولقدراته وللمصادر التي يتعامل من خلالها معه، وبالتالي فإن تفسير المرض والألم ضمن إطار ديني قد يمنح الفرد الراحة والقدرة على المواجهة، كأن يعتقد الفرد بأن الألم الذي يعانيه سيجعله أقوى ويقربه أكثر من ربه، كما أن العكس قد يكون صحيحاً، بحيث يؤدي العزو الديني السلبي إلى اليأس وانخفاض المعنويات لدى الفرد، كأن يفكر بسبب إصابته هو بالألم دوناً عن باقي الناس، وهو ما يؤدي به إلى نتائج صحية سلبية (حسانين، 2011، ص 105).

2- العزو الديني المرتبط بقدرة الفرد على التحكم بفعالية فيما يتعرض له من مواقف، قد يؤدي به إلى زيادة فعاليته الذاتية وتحسين قدرته على التكيف مع الألم والعجز، والرفع من قدرته على استخدام استراتيجيات المواجهة الإيجابية.

3- يمكن أن تفيد الصلاة وقراءة النصوص الدينية، كوسائل تعمل على تشتيت انتباه المريض بعيداً عن الألم، وبالتالي زيادة قدرته على تحمل الألم.

4- الاشتراك بصورة نشطة في العبادات الجماعية، قد يكون وسيلة فعالة تتيح للمريض الفرصة للحصول على الدعم الديني، والجماعي، حيث تم التوصل إلى أن المشاركة في العبادات ضمن جماعات يعتبر عاملاً منبئاً بالصحة الجسدية والعقلية للفرد.

5- قيام الفرد بالممارسات الدينية كالصلاة والتأمل والدعاء يؤدي إلى حالة تشبه الاسترخاء، تؤدي مباشرة إلى إحداث تغيير في الجوانب الفيزيولوجية للألم، حيث توصل كارلسون

وأخريين Carlson et al 1988 من خلال دراسة قاموا فيها بالمقارنة بين كل من تقنيات الاسترخاء والتأمل الديني، إلى نتائج مفادها أن الطلاب الذين قاموا بالمشاركة في برامج العبادة التأملية، قد أظهروا مستويات أقل من القلق والغضب، مقارنة بمجموعة أخرى قامت بتمارين الاسترخاء (حسانين، 2011، ص 106).

8- برامج إدارة الألم:

وتستخدم هذه البرامج بهدف الدمج بين كل من العلاجات الجسدية، والتدخلات النفسية والاجتماعية والطبية معا، بغرض التمكن من تقديم برامج رعاية متكاملة تمتد لفترات طويلة، وتحقق فعالية أكبر، وبتكلفة أقل، كما أنها تركز على كسر الحلقة المفرغة من سلوكيات الألم، وتغيير الإدراكات والمعتقدات السلبية حول الألم (Leauren & Sean, 2020, p 4).

وتتضمن برامج إدارة الألم عدة مكونات متفاعلة تتضمن كلا من: تقييم الألم، وتحديد الاستراتيجيات والتدخلات التي يتم اعتمادها لإدارة الألم، وتقييم فعاليتها، وإعادة واستمرار تقييم الألم، ويؤدي تخطيط إدارة الألم والقيام باتخاذ القرارات بخصوصه ضمن فريق الرعاية متعدد التخصصات، إلى تحقيق نتائج أفضل والتمكن من تحقيق إدارة تعاونية عالية الجودة للألم، وللتمكن من إدارة الألم بفعالية يكون مقدمي الرعاية مسؤولين عن القيام بإجراء تقييم شامل مناسب، وكذا تقديم علاج سريع التأثير، ومنخفض التكلفة، ومناسب للمريض من الناحية الثقافية والنمائية، وآمن، كما أن توفير التثقيف والمعلومات اللازمة حول إدارة الألم يعد عنصرا أساسيا ضمن خطة الإدارة الفعالة للألم، وفي الأخير فإن تقييم مدى استجابة المريض للعلاج، والقيام بإعادة تقييمها يشكّلان خطة إدارة فعالة للألم (Sherwood & Neill, 2016, p 208).

8-1- التقييم الأولي للألم:

قبل التطرق إلى برامج إدارة الألم، يتم خضوع المريض إلى إجراء تقييم دقيق حول الألم الذي يعانيه، وسلوكيات الألم التي ترتبط به، ويبدأ هذا التقييم بإجراء قياس كفي وكمي للألم، وموقعه وخصائصه الحسية، وشدته، ومدته، وتكراره، بالإضافة إلى تطوره وتاريخ بدايته، ثم الانتقال إلى قياس جوانبه الوظيفية، الانفعالية والعقلية.

ولا يزال تقييم الألم يشكل تحدياً لمقدمي الرعاية من مهنيين وأطباء، مما جعله يحظى باهتمام بالغ خلال العقد السابق، كما أن الإدارة الفعالة للألم لا تزال تمثل مؤشراً هاماً لجودة الرعاية المقدمة للمرضى، وتفيد مقاييس الألم عموماً في التقييم السريري لمدى إحساس المرضى بالألم، وكذا تقييم مدى فعالية العلاجات المقدمة خلال فترات زمنية مختلفة، وقد تم تطوير عدة استبيانات لتقييم الألم كما سبق توضيحه، ويتم استخدامها بشكل أساسي كأدوات بحث بهدف تقييم مدى تأثير العلاجات السريرية المقدمة، كما يمكن استخدامها بالعيادات المتخصصة بعلاج الألم (Kumar & Tripathi, 2014, p 61).

وحسب دراسة فانجا كابريك وآخرين Vanja Cabric et al 2021 التي تناولت اختبار أداء أربعة مقاييس شائعة بهدف تحسين كفاءتها في قياس إدارة الألم السرطان، فقد توصلت إلى أن هذه المقاييس شائعة الاستخدام ذات صلاحية بناء ضعيفة، وقد قدمت اقتراحات لتحسينها (Cabric et al, 2021, p 3).

8-2- المعالجة الفردية للألم:

بمجرد الانتهاء من إعداد الملف الذي يتناول كل ما يتعلق بالألم الذي يعانيه المريض، وتأثيراته على حياته، يتم القيام بإعداد برنامج خاص بإدارة الألم لديه، ويكون هذا البرنامج محددًا ومدرّوس البناء، ويرتبط بجدول زمني وأهداف واضحة يجب تحقيقها من طرف المريض الذي تم تصميم البرنامج لأجله، وتشمل هذه الأهداف كلاً من تخفيف شدة

الألم، وزيادة النشاط الجسدي، وتقليل اعتمادية الفرد على الأدوية، وتحسين أدائه النفسي والاجتماعي، وضمان عودته إلى العمل، وتقليل حاجته للجوء إلى خدمات الرعاية الصحية، وبمجرد القيام بتحديد أهداف البرنامج، يقوم المريض بتوقيع عقد مع المختص، يتم من خلاله توضيح تفاصيل حول ما هو مطلوب منه إنجازه بدقة، وما هو متوقع منه، ويعتبر ذلك الإجراء بمثابة ضمان للحفاظ على مستوى كاف من الدافعية لدى الفرد لإنجاح برنامجه (Tai & Lovell, 2013, p 24).

8-3- عناصر برامج إدارة الألم المزمن:

تتشترك برامج إدارة الألم عموماً في مجموعة خصائص، حيث أنها تسعى إلى تعليم المريض وتزويده بالفهم الكامل حول طبيعة وضعه الصحي، ويتم ذلك ضمن سياق اجتماعي، وتشمل هذه البرامج مواضيع مختلفة كالقيام بمناقشة آثار الأدوية، وتدريب الفرد على المهارات الاجتماعية، وتعزيز ثقته بنفسه، وطرق التعامل مع مشاكل النوم، والتغلب على الاكتئاب الناتج عن الألم، كما تركز هذه البرامج على تزويد المريض بأساليب غير دوائية تمكنه من السيطرة على ألمه، كالاسترخاء والتثنية (Tai & Lovell, 2013, p 24).

8-4- مشاركة الأسرة:

حيث أن عدداً كبيراً من برامج إدارة الألم تتم على مستوى العائلة، حيث يتم الجمع بين كل من العلاج الأسري، والعلاجات الأخرى، وذلك لأن الكثير من المرضى يقومون بالانعزال عن أسرهم نتيجة لما يعانونه من ألم، بالإضافة إلى أن المحاولات التي تقوم بها الأسر بهدف تقديم الدعم والمساندة للمريض، يمكن أن تؤدي أحياناً إلى تعزيز سلوكيات الألم لديه، عن غير قصد، ولذلك فإن إشراك الأسرة في العمل يعتبر ضرورياً ولا يمكن

تجاهله، خاصة فيما يتعلق بالتخلص من الأنماط السلوكية السلبية وغير المفيدة (شيلي تايلور، 2008، ص 503).

8-5- منع الانتكاس:

وكمرحلة أخيرة يجب تضمين البرنامج أنشطة تهدف للمتابعة المستمرة ومنع الانتكاس، ومن بين أكثر المشكلات الشائعة بين مرضى الألم المزمن، مشكلة عدم الالتزام ببرامج علاج الألم، حيث يمكن أن تكون نسبة الانتكاس والتراجع لدى مرضى الألم، بعد تمكنهم من تحقيق نجاح مبدئي، مرتفعة، ومن الواضح حسب ما تم التوصل إليه، بأن هذا الانتكاس يرتبط بشكل مباشر بعدم التزام المريض، ولذلك فإن القيام باستخدام الأساليب التي تهدف إلى منع حصول التراجع والانتكاس، وتعزز الالتزام من شأنها أن تساعد في الحفاظ على مستويات أفضل فيما يتعلق بتخفيف الألم خلال مرحلة ما بعد التشافي (شيلي تايلور، 2008، ص 504)، وعموماً فإن عدم التمكن من تخفيف الألم في الحالات المتقدمة من مرض السرطان، تشكل مخاوفاً شائعة لدى هؤلاء المرضى، حيث يحتاج المرضى في هذه المرحلة من المرض، وكذا أسرهم إلى تقييم وإدارة شاملين للألم، بغرض التمكن من التحكم الجيد في الألم، وذلك ممكن عموماً، ويؤدي إلى تحقيق رعاية أفضل لكل من المرضى وأسرهم خلال هذه المرحلة الصعبة والقاسية من المرض (Tai & Lovell, 2013, p 24).

ويتم من خلال قياس مدى جودة الرعاية فيما يتعلق بإدارة الألم لدى مرضى السرطان، مع مراعاة تجارب كل من المرضى وأسرهم، تحديد الأنظمة والقائمين على الرعاية التي تحتاج إلى تعديلات وبرامج تدريبية لتحسين كفاءتها، والعمل على توثيق تأثير برامج الرعاية وإدارة الألم على مرضى السرطان وعائلاتهم بدقة، وتقييم آثار هذه التدخلات على تحسين جودة حياتهم (Lee & Others, 2018, p 122).

9- طرق علاج الألم لدى مرضى السرطان:

غالبا ما يتم علاج الألم لكونه السبب الأول الذي يدفع المرضى إلى طلب الخضوع للفحوصات الطبية، ولارتباط الألم غالبا بالمعاناة، والمزيد من المضاعفات التي يكون المريض في غنى عنها، كون أنها تسبب المزيد من العجز والتعقيدات الصحية الجسدية (Nuseir et al, 2016, p 1).

ويجب الأخذ بعين الاعتبار كلا من البعدين الجسدي والنفسي عند القيام بإجراء عملية تقييم للألم، حيث أنه ينبغي الحرص على تجنب التركيز على الإصابة العضوية المرتبطة بالألم، أو المرض، فيما يتعلق بالعلاج، من خلال وصف المسكنات والأدوية، دون الأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية للمريض، مما يقود إلى فشل علاج آلام المريض، كما أن التركيز الزائد على المشكلات والصعوبات النفسية المرتبطة بحالة المريض، قد يمنع تقديم العلاج اللازم للألم، ومنه فإن عملية الكفالة العلاجية لمرضى الألم ينبغي أن تكون شاملة، بحيث تأخذ بعين الاعتبار التركيز على القيام بوصف الأدوية المسكنة الضرورية للألم، وكذا توفير الدعم النفسي للمريض، واللجوء أحيانا إلى استخدام تقنيات نفسية كالاسترخاء والعلاجات النفسية غير الدوائية (Alvin & Marcelli, 2005, p 305).

9-1- العلاجات الدوائية لآلام السرطان:

تعتبر العلاجات الدوائية الطريقة الأكثر استخداما وشيوعا للتمكن من إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وذلك من خلال استخدام العقاقير والأدوية، وخاصة المورفين، والذي يعتبر منذ عدة عقود أحد أكثر مسكنات الألم استخداما، غير أن للمورفين المشتق من الأفيون أضرارا عديدة، وتأثيرات جانبية غير مرغوبة، حيث يقود إلى الإدمان، ويتسم بدرجة اعتمادية عالية، مما يجعل أمر الجرعات المتزايدة ضروريا لإحداث نفس التأثير بمرور الوقت، وهو ما يجعل أمر البحث عن بدائل أخرى خالية من هذه الآثار الجانبية أمرا لازما (Hadjistavropoulos & Craig, 2004, p 249).

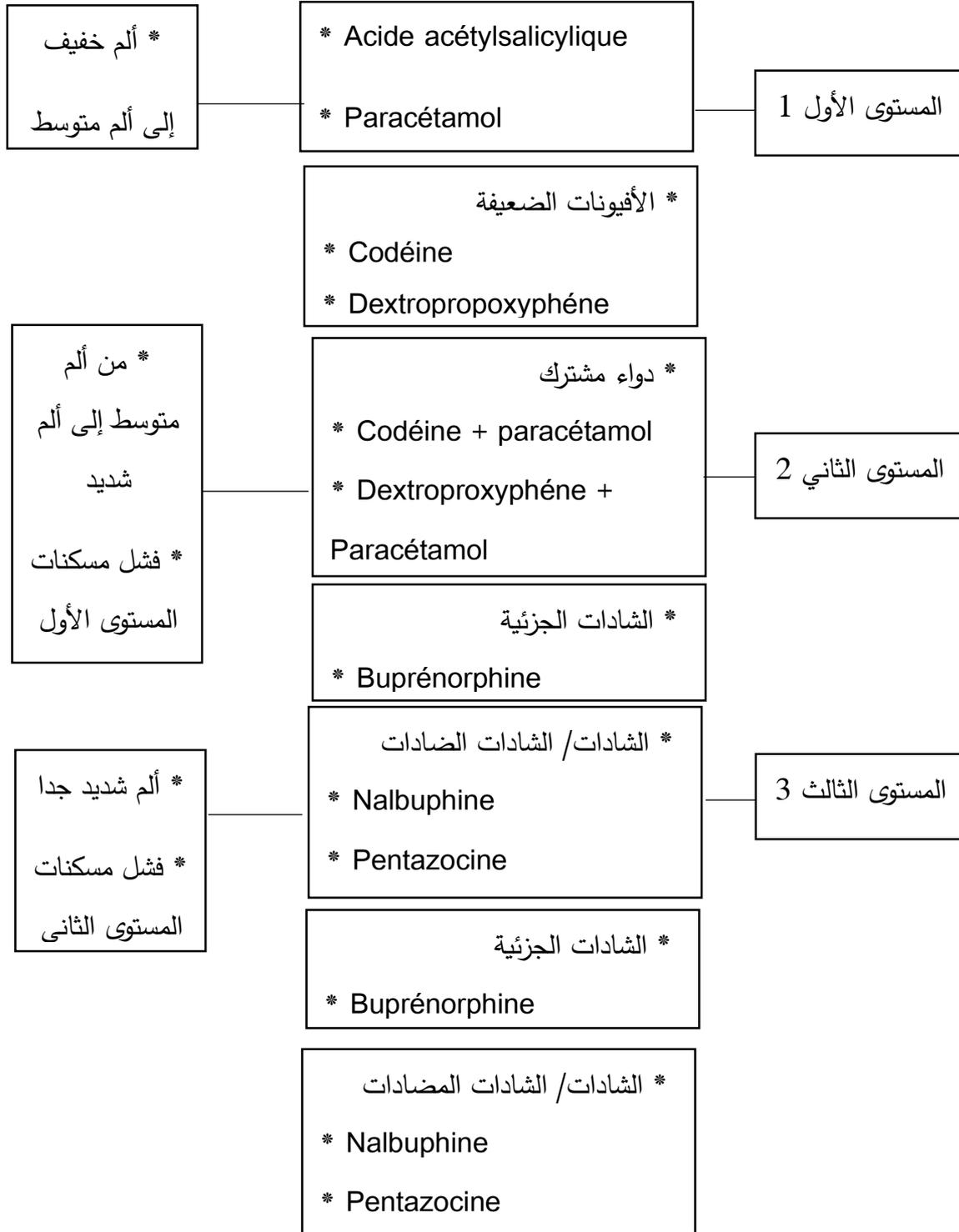
هذا ويمكن استخدام أي من العقاقير التي يمكن أن تؤثر على الوصلات العصبية، كمخفف للألم، ويؤدي بعضها دور المخدر الموضعي، كونها قادرة على التأثير في انتقال إشارات الألم من المستقبلات الطرفية، إلى النخاع الشوكي، ويمكن استخدام مثل هذه المخدرات الموضعية على الجرح مباشرة، كما يمكن القيام بحقن المريض بالعقاقير، كتلك التي تقوم بالتخدير على مستوى النخاع الشوكي، وتمنع انتقال الألم من خلاله، إضافة إلى أنه يمكن تخفيف الألم بالاعتماد على العقاقير التي تؤثر على آليات التحكم المركزي بالدماغ (تايلور، 2008، ص 598-599).

حيث تستخدم مضادات الاكتئاب مثلا في بعض حالات التعامل مع الألم، بحيث تؤثر في المسارات العصبية النازلة من الدماغ، وبالتالي تخفف من الألم، وتظهر فعاليتها حتى مع مرضى الألم الذين لا تظهر عليهم أية أعراض سريرية واضحة كالاكتئاب، ورغم أن التدخلات الدوائية تعتبر خط الدفاع الفعال الأول في مواجهة الألم، وعادة ما تكون ناجحة وفعالة في كل من حالاتي الألم الحاد والمزمن، ورغم أن استخدامها بعد الخضوع للعمليات الجراحية لا يطرح إشكالية الإدمان، كون أن فترة الاستخدام تكون قصيرة، غير أن هذه الإشكالية تبقى قائمة خاصة في الحالات التي تتطلب استخدامها لفترات طويلة، ولإدارة آلام مزمنة كالتهاب المفاصل، مما يجعل الحرص على استخدامها تحت الإشراف الطبي، ومراعاة التقليل من جرعاتها تدريجيا أمرا ضروريا، لتقديم رعاية أمثل لمرضى الألم، والوصول إلى تحقيق أقصى فائدة من هذه العلاجات مع ضمان الحد من مخاطرها قدر الإمكان (Hadjistavropoulos & Craig, 2004, p 249).

وضمن السياق نفسه، تتوفر عدة أصناف دوائية مسكنة للألم، غير أن ذلك لا يعني التنوع في أصنافها الصيدلانية، حيث أنها تندرج جميعا ضمن ثلاثة أقسام دوائية رئيسية سنقوم بعرضها لاحقا (Boureau, 2006, p 59).

وقد أدرجت منظمة الصحة العالمية مبادئ توجيهية لمساعدة المرضى على إدارة آلام السرطان، منذ أكثر من 20 سنة، واستنادا إليها تم وضع مبادئ توجيهية أخرى على المستويين الوطني والدولي، ورغم وجود الإرشادات اللازمة، وتوافر المواد الأفيونية التي تمثل الدعامة الأساسية لإدارة آلام السرطان المتوسطة والشديدة، إلا أنه غالبا ما تكون إدارة آلام السرطان غير كافية، مما يؤثر كثيرا على مستوى الرفاهية النفسية والجسدية والعاطفية للمريض (Zieliska et al, 2020, p 3).

ففي سنة 1987 قامت منظمة الصحة العالمية بوضع تصنيف لكل الأدوية المقاومة للألم المدرك (Nociceptif)، حيث تم تقسيمها إلى ثلاث فئات أو أقسام دوائية، يوضحها المخطط التالي:



شكل رقم 11 يوضح تصنيف مختلف الأدوية المقاومة للألم حسب منظمة الصحة العالمية (Maiga، 2005، ص 54)

وقد قامت منظمة الصحة العالمية بتمثيل استخدام الأدوية والمسكنات من خلال تدرج هرمي لتخفيف آلام السرطان، وقد ثبتت فعاليته لدى مرضى الألم بنسبة تتراوح ما بين 70 و90%، وأوصت بالاستخدام التدرجي للأدوية بناء عليه، حسب ما هو موضح من خلال الشكل التالي رقم (12)، ففي الدرجة الأولى يتم استخدام الأدوية غير الأفيونية المفعول، وفي حالة ما إذا كانت هذه الجرعة غير قادرة على تخفيف الألم، يتم إضافة الأدوية الأفيونية للألام الخفيفة والمتوسطة، وفي حالة إخفاق هذه الأخيرة في التخفيف من الألم، يتم استبدالها بمسكنات أفيونية المفعول للتخفيف من الآلام المتوسطة والشديدة، ولكل مجموعة من هذه المجموعات الدوائية، توقيت محدد يتعين إعطاؤها فيه، كما أن الأدوية المساعدة ينبغي أن تعطى للمريض عند توفر مؤشرات محددة، وفي حال ما إذا أصبح الدواء غير مجد فإنه يتم وصف دواء ذا فعالية أكبر كالمورفين، وليس الانتقال إلى أدوية ذات فعالية مشابهة (WHO EMRO, 1999, pp 15-16).



شكل رقم 12 يوضح سلم المسكنات ثلاثي الدرجات

(Pearman et al, 2018, p 263)

وحسب دراسة قام بها بييلا وآخرين 2014 Peyla et al، فقد تم الكشف من خلال تحليل المحتويات الموضوعية بأن تنفيذ العلاجات الأفيونية المسكنة ليس بالسهولة التي يبدو عليها، حيث أن تمثيلات ومعتقدات كل من المرضى والأطباء حول المورفين تؤدي إلى إعاقة الوضع العلاجي، مما جعل من قيام الفريق الطبي بتنفيذ استراتيجيات مختلفة لتحقيق الهدف من استخدام هذه التقنيات الدوائية، والوصول إلى تخفيف الألم لدى مرضى السرطان لازماً، فقد يحتاج الطبيب إلى القيام بتثقيف المريض وطمأنته حول الانتكاسات التي قد يتعرض لها، ففضية لفت انتباه الأطباء وفريق الرعاية إلى ضرورة التواصل مع المرضى، وأخذ تأثير القضايا النفسية والاجتماعية في الوضع العلاجي بعين الاعتبار،

ضروري للغاية لتحقيق الهدف من استخدام العلاجات الدوائية والوصول إلى تخفيف آلام مرضى السرطان (Peyla et al, 2014, p 215).

كما أن الاستراتيجيات غير المضبوطة من استخدام المواد الأفيونية والمبالغة فيها، يؤدي إلى حدوث الأضرار المرتبطة باستعمال المواد الأفيونية، ويسبب الإدمان والمعاناة (Khan et al, 2018, p 99).

ولذلك توصي النماذج الدوائية الحديثة لإدارة آلام السرطان، باستعمال المواد المساعدة كتدخلات اختيارية بدلا من الاقتصار على الاعتماد على النهج الدوائية التي تم تحديدها من طرف منظمة الصحة العالمية OMS، حيث أن هناك أدلة متزايدة على ما للجمع بين كل من المواد الأفيونية بشكل روتيني والعوامل الدوائية الأخرى، من فائدة في تحقيق تأثيرات متآزرة للتخفيف من الألم، مع احتمال التمكن من خلال ذلك من تخفيف السمية (BPS, 2013, p 44).

9-2- العلاجات الجراحية والإجراءات الخاصة لآلام السرطان:

في حالة عدم استجابة المرضى بالشكل الكافي للعلاجات الدوائية، يتم اللجوء إلى علاجات مسكنة بديلة أخرى، والتي تشمل التدخلات التخديرية، والجراحية، وتقنيات التحفيز العصبي الفيزيائي، ويتم اتخاذ القرار باللجوء إليها على أساس تقييم آلام المريض، وحالته الطبية الجسدية والنفسية والاجتماعية، ودرجة المرض، وكذا الأهداف العلاجية، كما يجب على فريق الرعاية تقييم كل من الفوائد والأعباء التي تحققت من وراء العلاج الذي تم تطبيقه (Portenoy & Lesage, 1999, p 1695).

والإجراءات الجراحية التلطيفية، والتدابير الخاصة غير الدوائية هي إجراءات مفيدة في علاج بعض أنواع الألم المرتبطة بمرض السرطان، بحيث يمكن للجراحة أن تلعب دورا في التقليل من حجم الأورام، من خلال إزالة الكتل الورمية أو جزء منها، وتخفيف ضغطها

على الأعصاب، والقيام بتصريف السوائل المرتبطة بنمو الورم السرطاني، أو ما يطلق عليه بالاستسقاء، كما أن العلاجات الجراحية قد تستخدم أيضا لتعطيل وصول الألم إلى النخاع الشوكي، من خلال القيام بإجراء قطع في الالياف العصبية المسؤولة عن نقل إحساس الألم، كما تمنع أساليب جراحية أخرى انتقال إحساس الألم من الجهاز الطرفي إلى النخاع الشوكي، في حين تستهدف أساليب أخرى منع تدفقه من النخاع الشوكي إلى الدماغ، وعلى الرغم من أن لهذه الأساليب الجراحية القدرة على تخفيف الألم بشكل مؤقت، إلا أن آثارها على العموم تبقى محدودة نظرا لقدرة الجهاز العصبي العالية على التجديد، حيث أن نبضات الألم التي تم منعها من خلال الجراحة، سرعان ما تجد طريقها للدماغ عبر مسارات عصبية أخرى مختلفة عن تلك التي تم قطعها، وإضافة إلى ذلك فإنه ينشأ عن استخدام العلاجات الجراحية عدة مخاطر وآثار جانبية مرتفعة التكاليف، كما أن هناك أدلة على أنها يمكن أن تجعل المشكلة أسوأ، حيث تؤدي إلى إحداث تلف على مستوى الجهاز العصبي، وهو ما يسبب في حد ذاته سببا رئيسيا للألم المزمن، ورغم أن العلاجات الجراحية للألم كانت شائعة في الماضي نسبيا، غير أن دراسات المختصين والأطباء اليوم أصبحت متزايدة بخصوص فعاليتها كوسيلة علاجية (Gehdoo, 2006, p 383).

وحسب ما توصلت إليه دراسة لي وانغ وآخرين Li Wang et al 2016 من أن التطور المستمر للألم بعد جراحة سرطان الثدي، يرتبط بصغر السن والعلاج الإشعاعي، وبتشريح العقد اللمفاوية الإبطينية، وكذا بالآلام الحادة فيما بعد الجراحة، والآلام قبل الجراحة، كما أوصت بضرورة تركيز الدراسات المستقبلية على العلاقة بين جرعة العلاج الإشعاعي والآلام المستمرة فيما بعد الجراحة، وكذا على تحديد ما إذا كانت تقنيات الجراحة التي تتم على الأعصاب الإبطينية فعالة في تخفيف الألم المزمن بعد إجراء جراحة الثدي (Wang et al, 2016, p 359).

9-3- العلاجات غير الدوائية والتكميلية للألم السرطان:

وهي إجراءات هامة تساعد على التخفيف من الألم لدى مرضى السرطان، حيث توجد عدة طرق غير دوائية يمكن استخدامها، سواء للتقليل من الألم أو تحسين الحالة المزاجية للمريض، وتحسين نوعية حياته، وتشمل هذه الوسائل كلا من الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية للألم، طبقا لما جاء به النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، وقد تم تطبيقها على مرضى السرطان الذين يعانون من الألم، وهناك عدة طرق مهمة ومفيدة في إدارة الألم لدى مرضى السرطان، منها ما هو طبي غير دوائي، ومنها ما هو طبي تكميلي، ويشير الطب التكميلي إلى اللجوء لاستخدام أساليب صحية تكميلية جنبا إلى جنب مع أساليب الطب التقليدي، كاستخدام الوخز بالإبر إضافة إلى الرعاية الطبية المعتادة بغرض المساعدة على تخفيف الألم، في حين يشير مصطلح الطب البديل إلى استخدام الأساليب الصحية التكميلية بدلا عن أساليب الطب التقليدي (Davis et al, 2018, p 663).

وسيتم تناول هذه العلاجات من خلال ما يلي:

9-3-1- الطرائق المادية لإدارة آلام السرطان:

الوسائل المادية الجسدية المحددة، والتي غالبا ما يتم استخدامها لتحسين خطط علاج الألم، وتشمل إعادة التأهيل، حيث يتم تحسين التحكم العصبي العضلي، وزيادة القوة والتحمل وتحسين نطاق الحركة، ويمكن أن يلعب دورا في التقليل من عدم استقرار الألم، كما أن هناك طريقة شائعة أخرى للعلاج الفيزيائي، تتم من خلال التحفيز الكهربائي عبر الجلد، بحيث يتم تركيز تحفيز كهربائي خفيف على مستوى المنطقة المؤلمة، كما يمكن أن يتم استخدام الحرارة أو البرودة أو مزيج منهما، حيث تستخدم عادة التقنيات الحرارية للتخفيف من ألم ما بعد الجراحة، وكذا في الحالات الالتهابية المرتبطة بمرض السرطان، ويمكن في

الأخير استخدام التدليك والتمارين العلاجية لتحسين مجال الحركة، وتقليل التوتر بالعضلات (Gehdoo, 2006, p 382).

وتسعى هذه الطرائق إلى استعادة أو تطوير والحفاظ على المهارات اليومية وأنشطة العمل، والترفيه، لدى الأشخاص الذين يعانون من عوائق جسدية أو معرفية تحول دون تحقيق ذلك، وذلك من خلال القيام بتعزيز الأداء، وتحسين مجال الحركة والتنقل ونوعية الحياة من خلال التدخلات الجسدية، وغالبا ما تشمل هذه التدخلات تدريب المرضى على القيام بإجراءات جسدية فعالة بمفردهم وفي المنزل (Gottumukkala et al, 2017, p 48).

9-3-2- التدخلات النفسية:

أثر علماء النفس بدرجة كبيرة على كل من تقييم الألم المزمن وعلاجه، وركزت مساهماتهم في عدة مجالات كالضيق النفسي، والاستجابات السلوكية، والمعرفية، والاضطرابات النفسية والاجتماعية التي تتبع المعاناة من الألم المزمن، وقد تمكنوا من توضيح طبيعة الألم متعددة الأبعاد، مما جعل علماء النفس يلعبون دورا أساسيا في تقييم وعلاج الألم المزمن، وهو ما تدعمه الدراسات التجريبية التي توصلت إلى دعم التأثير القوي للعلاجات السلوكية والمعرفية في علاج الآلام المزمنة (Novy, 2004, p 279).

ويتطلب استخدام الأساليب النفسية في إدارة الألم، قيام المريض بالمشاركة الفعالة والتعلم، عكس الأساليب الجراحية والدوائية والحسية، والتي تتطلب التدخل المباشر، ولذلك فإن التدخلات النفسية فعالة أكثر في إدارة الألم البطني، والذي يمكن توقعه والاعداد له مقارنة بالألم الشديد والمفاجئ، أو غير المتوقع، وكما سبق توضيحه من أن علاج الألم تاريخيا ومنذ وقت طويل كان يتم من خلال الأدوية والتدخلات الجراحية، إلا أن الاعتراف المتزايد بتأثير العوامل النفسية على كل من الإحساس بالألم وعلاجه، منح لعلماء النفس دورا حيويا خاصة فيما يتعلق بإدارة الألم (تايلور، 2008، ص 600-601).

وتشير الدراسات إلى أن استراتيجيات التدخل المثلى تشمل تلك التي تركز على المريض، وتكون مصممة خصيصا لاحتياجاته الفردية، ويتم دمجها بشكل روتيني ضمن برامج الرعاية، لتمكين المرضى من الإدارة الذاتية لآلامهم، كما أن تعليم المريض فعال في الحد من آلام السرطان، ولتحقيق النتائج الأمثل يتم دمج تثقيف المرضى مع استراتيجيات رعاية أخرى قائمة على الأدلة، بحيث تركز على تمكين كل من المريض ومقدمي الرعاية والنظام الصحي من التغلب على الحواجز (Melanie et al, 2014, p 1712).

ويمكن أن تتزايد حدة آلام السرطان نتيجة التعرض للضغوط النفسية، وخصوصا للاكتئاب، والخوف والقلق، وقد توصل كل من زازا وباين Zaza & Bayn من خلال قيامهم بمراجعة 19 دراسة، إلى أن أحاسيس الخوف من تطور المرض، ومن التعرض إلى الموت المؤلم، وكذا الاضطرابات النفسية التي تحتاج إلى علاج شائعة بين مرضى السرطان، غير أنها تكون أكثر انتشارا بين مرضى السرطان الذين يعانون من آلام شديدة، ولذلك فإن التشاور المبكر مع الأخصائيين النفسانيين يعد أمرا في غاية الأهمية، فيما يتعلق بتشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها كاضطرابات التكيف، والقلق والاضطرابات الانفعالية.

وقد توصل كل من ووغ وزملائه Waugh et al إلى أن إحساس المريض الذي يعاني من الألم المزمن بالذنب يرتبط بمستويات أعلى من تضخم الإحساس بالألم أو الألم الكارثي، مما يؤثر سلبا على إحساسه بالقدرة على السيطرة على آلامه، وبالتالي فإنه يمكن توقع مدى تأثير ارتفاع مستوى الإحساس بالذنب لدى هؤلاء المرضى على زيادة تضخم الألم لديهم، ورغم أن الدراسات التي تناولت البحث في ذلك منعدمة، إلا أن البحث في هذه الفجوة العلمية يمثل فرصة للكشف عن المحددات النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الألم، وبالتالي التمكن من تقليلها والتخفيف من أثرها لتحسين نتائج إدارة الألم (Terry et al, 2020, p 884).

9-3-3- التدخلات السلوكية:

فالعلاجات السلوكية تتضمن القيام بتحليل السلوك المتعلم، أو تكييفه بغرض تقييم الألم، أو الاضطراب النفسي والوقاية منه وعلاجه، وقد تم تصنيف كل من التدخلات النفسية الفيزيولوجية، كالتغذية الحيوية الراجعة، أو الارتجاع البيولوجي، والاسترخاء، على أنها تقنيات سلوكية، في حين تشمل بعض الاستراتيجيات المركبة كلا من التأمل، والتنويم المغناطيسي، والعلاج بالموسيقى، وإزالة الحساسية الممنهجة، ويقترن هذا الأخير بالاسترخاء خلال التعرض للمثيرات المسببة للقلق، حيث يمكن أن تؤدي إلى التحكم في إحساس القلق (Gehdoo, 2006, p 383).

وعموماً فإن التدخلات السلوكية تشمل كلا من الاسترخاء، وتقنيات التنفس من خلال الحجاب الحاجز، والتنشيط السلوكي، والتعرض المتدرج للأنشطة البدنية التي ترتبط بمخاوف لدى المريض (Coons & Steglitz, 2020, p 1607).

أ- تقنيات الاسترخاء:

وقد تم استخدامها بشكل واسع على مرضى الألم، سواء منفردة أو بالتزامن مع أساليب أخرى، وقد تم تطوير أساليب الاسترخاء أصلاً بغرض معالجة الاضطرابات المرتبطة بالقلق، وتعزيز إدارة الضغوط، ويتم تعليمها للمرضى بهدف مساعدتهم على التعامل مع القلق والضغوط وتخفيف تجربة الألم، ويمكن إضافة إلى ذلك تأثير الاسترخاء مباشرة على الألم، من خلال تخفيف توتر العضلات، وتحويل تدفق الدم الناتج عن الاسترخاء، وبالتالي التخفيف من الألم المرتبط بتلك العمليات الفيزيولوجية، وتركز تقنيات الاسترخاء على التخفيف من الاستثارة، والتقليل من التوتر، وقد يتم التوصل من خلال التدريب على الاسترخاء عموماً إلى الوصول إلى تخفيف الآلام الحادة، ومعالجة الآلام المزمنة، وبأن استخدامه بالتزامن مع أساليب أخرى يساعد على إدارة الألم، بحيث يمكن أن

تعزى الآثار الفيزيولوجية الإيجابية للاسترخاء إلى إطلاق الأفيونات الذاتية، ويمكن أيضا أن يكون له تأثير إيجابي على أداء الجهاز المناعي (موقار، 2012، ص 68).

ب- التنويم المغناطيسي:

التنويم المغناطيسي عبارة عن عملية معقدة تشمل كلا من التركيز اليقظ، والاستقبال المتميز بالحساسية المعدلة، والحالة النفسية المتغيرة، وحد أدنى من الأداء الحركي، ويمكن استخدام التنويم المغناطيسي كحالة من التركيز التي يتم من خلالها التركيز بشكل خاص لتغيير الأحاسيس المؤلمة، والتخفيف من الغثيان والقيء المرتبطين بالعلاج الكيميائي (Gehdoo, 2006, p 383).

ويعتبر التنويم المغناطيسي من أقدم الأساليب التي تستخدم في إدارة الألم، رغم أنه قد تم إساءة فهمه، وقد تم استخدامه كبديل للتخدير منذ أوائل القرن 19، وقد تناولته عدة مراجع طبية قديمة، وتعتمد هذه التقنية على أساليب عديدة لتخفيف الألم، ويلعب الاسترخاء دورا هاما فيها، حيث يمكنه في حد ذاته أن يؤدي إلى تخفيف الألم، كما يعتبر الإيحاء أسلوبا هاما آخر، حيث يمكن من خلاله القيام بتوجيه المريض نحو تغيير تفكيره ومعتقداته حول الألم، مما يؤدي إلى تغيير تجربة الألم لديه، كما أنه يتم منح المريض مسكنات للألم في حال خضوعه لعمليات مؤلمة أثناء التنويم، ومنه فإن فعالية التنويم المغناطيسي في تخفيف الألم، وكذا الآثار الجانبية المترتبة عنه تعزى إلى عدة إجراءات مركبة تشمل كلا من الاسترخاء، وإعادة التفسير، والتثيت، واستخدام العقاقير، وبغض النظر عن الآليات التي يعمل من خلالها التنويم المغناطيسي فقد ثبتت فعاليته في التخفيف من الآلام الحادة التي ترتبط ببعض الحالات الجراحية، كالولادة، وعمليات الأسنان، والحروق، والصداع، وكذا في إدارة والتخفيف من الآلام المزمنة المرتبطة بالإصابة بمرض السرطان وعلاجها، وغالبا ما يتم استخدامه بالاشتراك مع أساليب أخرى لتعزيز فعاليته (تايلور، 2008، ص 604-605).

ج- التثتيت:

يعتبر التثتيت من الأساليب شائعة الاستخدام في إدارة الألم، ويتمثل في تحويل انتباه الفرد نحو موضوع آخر بعيد عن الألم، من خلال شد تركيزه إلى نشاط آخر، فالأفراد الذين يشغلون أنفسهم بأنشطة أخرى كتمارين الرياضة، والقيام بالمناورات العسكرية، يقل انتباههم للألم، وتنقسم الاستراتيجيات العقلية التي تستخدم في إدارة الألم إلى نوعين مختلفين، حيث يتم من خلال النوع الأول القيام بتثتيت انتباه الفرد عن الألم من خلال جعله يركز على نشاط ما، في حين يتمثل النوع الثاني من هذه الاستراتيجيات العقلية في تركيز الانتباه على الحادث المسبب للألم في حد ذاته، مع القيام بإعادة تفسيره بطريقة تجعل الخبرة أقل إيلاما، ويحقق أسلوب التثتيت نتائج هامة فيما يتعلق بتخفيف الألم والسيطرة عليه، خصوصا الآلام الحادة، فحسب نتائج دراسة تم إجراؤها، شملت 38 مريضا يعانون من آلام على مستوى الأسنان، تم تعريضهم إلى إحدى الحالات من ثلاث، حيث أتيح لثلثهم سماع الموسيقى خلال الخضوع للإجراءات العلاجية، وأتيح لثلثهم الثاني سماع الموسيقى مع الإيحاء بأنها ستساعدهم على التخفيف من مستوى توترهم، في حين لم يتم تمكين ثلثهم الأخير من سماع أي موسيقى، لتتوصل الدراسة إلى نتيجة مفادها أن كلا من مجموعتي المرضى الذين تم إسماعهم الموسيقى، كان مستوى شعورهم بالتوتر أقل من المجموعة الأخيرة، وقد يكون الأثر الإيجابي الذي يحدثه التثتيت راجعا إلى التعديل الذي يحدثه على الذاكرة المرتبطة بالألم، كما أنه أكثر فاعلية في الحالات التي يكون فيها الألم بسيطا، في حين أن فعاليته محدودة في حالات الألم المزمن، كون أن المريض غير قادر على تثتيت تركيزه لفترة غير محدودة، وحسب ما توصلت إليه دراسة كل من ماكول ومونسون وماكي Makol & Monson & Maki فإن فعالية التثتيت تزداد إذا ما تم استخدامه مع أساليب أخرى، حيث توصلوا إلى أن استخدامه منفردا يجعله مفنقرا للقدرة على تهدئة التوتر لدى مريض الألم (تايلور، 2008، ص 606-607)، وقد تم إثبات أن القيام بتحويل الانتباه

بعيدا عن الألم، نحو محفزات أكثر لطفا يؤدي إلى التقليل من آلام الأطفال، حيث يعتقد بأن الآليات المعرفية السلوكية تمثل عناصر فعالة في عملية التثتيت، وأوصي بأن ينخرط الأطفال الذين يعانون من الألم في التثتيت الذي يتميز بتعدد الوسائط التي تركز على السمع والرؤية واللمس، مع محفزات تفاعلية تتناسب مع أعمارهم، وقد يتم التشجيع على إشراك البالغين في عملية التثتيت كوالدين والممرضات، خاصة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الأصغر سنا، وتشير الأدلة التي تم التوصل إليها إلى أن الأطفال أكثر قابلية للانخراط في عمليات التثتيت والاستجابة لها، إذا ما تم تدريبهم على ذلك من طرف البالغين، وقد تم إجراء دراسات عديدة على أنواع مختلفة من الوسائط المستخدمة في عمليات التثتيت، حيث تناولت دراسة إينال وكيلسي Inal & Kelleci 2012 تقنية البطاقات والمشاهد، وتناولت دراسة مكارثي وآخرين McCarthy et al 2010 تقنيات الإلهاء اللفظي، ودراسة وانغ سن وتشين Wang Sun & Chen 2008 تقنيات الإلهاء البصري، ودراسة كريسانس دوتير Kristjans dottir 2011 الموسيقى، وتناولت دراسة ميلر وآخرين Miller et al 2011 تقنيات التثتيت متعددة الوسائط، ودراسة جولد وماهير Gold & Mahrer 2017 التقنيات الأحدث والتي تتمثل في الواقع الافتراضي، وتوصي أغلب الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال ببدء التثتيت قبل حدوث الألم الحاد، واستمراره طوال معاشته، ولعدة دقائق بعد انتهاء الألم (Cohen et al, 2020, p 255).

9-3-4- التدخلات والأساليب المعرفية:

منذ زمن طويل عرف استخدام استراتيجيات وأساليب المواجهة المعرفية فيما يتعلق بالتعامل مع الألم، وتعتمد هذه الاستراتيجيات على إحداث تأثير في الألم الذي يعاني منه الفرد، من خلال التأثير على تفكيره، وتتميز هذه الأساليب عن الأساليب السلوكية، في كون أن هذه الأخيرة تركز على إحداث تغييرات وتعديلات على السلوك الظاهري للمريض، في حين أن الأحداث المعرفية تتضمن تعديل كل من عمليات الانتباه، والتحكم في التقارير

الذاتية أو الصور الذهنية، أو كليهما لدى الفرد، وقد تم تطوير تصنيف الأساليب والاستراتيجيات المعرفية على النحو التالي:

- **النشاط الإيقاعي المعرفي:** ويتم من خلاله جعل المريض الذي يعاني من الألم، يقوم بأنشطة تكرارية نظامية، كالعكسي من الرقم 100 مع إنقاص ثلاثة أرقام في كل مرة.

- **الصور الذهنية السارة:** حيث يقوم المريض من خلال هذه الاستراتيجية بتخيل مشاهد وأحداث إيجابية تسبب له الإحساس بالسعادة، كأن يجلس جلسة مريحة ويستمتع إلى الموسيقى.

- **التركيز الخارجي للانتباه:** ويتم ذلك من خلال الانخراط في مشاهدة الطبيعة، أو المشاهد التلفزيونية، بحيث تهدف هذه الاستراتيجية إلى إعادة توجيه انتباه الفرد بعيدا عن مثيرات الألم.

- **تقدير الألم:** ويتضمن ذلك القيام بإعادة تقييم المنبه المسبب للألم من خلال التركيز على المتغيرات الحسية الموضوعية، كالتركيز على إحساس التبدل المرتبط بالأذى الناجم عن التعرض لماء بارد.

- **التغلب الدرامي:** وتتضمن هذه الاستراتيجيات استخدام أنساق ذات طابع درامي للسياق الذي يحدث ضمنه الألم، كالقيام بتخيل تزايد الإحساس بالألم بسبب جرح أصاب الشخص خلال لعبه مباراة كرة قدم.

- **التخيل المحايد:** ويتم من خلال هذه الاستراتيجية القيام بدفع المريض الذي يعاني من الألم إلى تخيل أحداث سارة أو غير سارة، كالاستماع لمحاضرة باعتبار أنها تخيل محايد.

وتجدر الإشارة من خلال الاستراتيجيات التي سبق تناولها، إلى أن أغلب الدراسات التي تم اعتمادها خلال ذلك تناول، قد ربطتها بالألم الحاد الذي يتم احداثه ضمن سياقات

تجريبية، غير أن ذلك لا يقلل من قيمتها وفائدتها في التعامل مع الآلام المزمنة (مرازقة، 2009، ص 39-40).

10- العوائق التي تحول دون علاج أو تخفيف آلام السرطان:

هناك عدة أسباب في الوقت الراهن تعيق إمكانية علاج أو تخفيف آلام السرطان بالصورة الملائمة، وتتضمن ما يلي:

- قصور السياسات الوطنية الصحية فيما يتعلق بتخفيف آلام مرضى السرطان، والرعاية التلطيفية.

- قلة وعي العاملين في مجال الرعاية الصحية، وكذا واضعي السياسات، والمدراء، والمحيطين بالمرضى، فيما يتعلق بكون أنه يمكن التخفيف من أغلب آلام مريض السرطان.

- قلة الموارد المالية المخصصة لذلك، ومحدودية وتقييد أنظمة الرعاية الصحية، وكذا قلة القائمين بها.

- التخوف من التسبب بالإدمان والاعتماد النفسي على الأدوية الأفيونية، لدى مرضى الألم.

- القيود القانونية المفروضة على استعمال وتوفير المسكنات والأدوية الأفيونية (WHO, EMRO, 1999, p 42).

11- إدارة الألم والسرطان:

مع تزايد تعقيد الألم وكلفته والاهتمام به، أصبح يعتبر مسألة طبية هامة بحد ذاتها، بدل اعتباره مجرد عرض مزعج وغير مريح للمريض كما كان عليه الحال في الماضي، وتجدر الإشارة إلى أن برامج إدارة الألم قد أعطت أملاً لآلاف المرضى الذين عانوا من آلام

شديدة سابقا، ولم يتمكنوا من إيجاد أساليب للتخفيف منها، وإضافة إلى كون أن المأمول من هذه البرامج هو أن تصنع لنا عالما خاليا من الآلام، أن تكون أيضا ماثرا لأهداف سامية ونبيلة، تشمل كلا من تعزيز القدرة الذاتية على التحكم والسيطرة على الألم، وتوفير حياة حرة خالية من الإدمان والاكنتاب للمريض (تايلور، 2008، ص 614)، وغالبا ما يثير تشخيص السرطان، مع ما يتبعه من شكوك حول فعالية العلاج، ألما عاطفيا مع ما يتصل به من ضائقة نفسية، فحجم المسؤولية الذي لا حصر له يضع المريض في حالة عقلية وجسدية أكثر ضعفا، مما يجعله في معاناة أكبر من الضيق النفسي والأعراض المرتبطة به، ورغم أنه قد يشمل متطلبات وتجارب ومشاعر متعددة، فإنه يؤثر على بعض الخصائص المحددة، فحسب الدراسات التي تم إجراؤها تبين بأن الضيق النفسي يسيطر في أنواع معينة من السرطان، أهمها سرطان الثدي، وسرطان الغدد اللمفاوية، ويؤثر بشدة على الأعراض المتصلة بها كالنوم، والتعب، والألم خصوصا (Barker et al, 2016, p 1).

وعلى الرغم من تخصيص موارد هائلة للبحث ودراسة وعلاج آلام السرطان، إلا أن الألم لا يزال سائدا بين مرضى السرطان، ورغم أنه تم تحديد عدة استراتيجيات لإدارة الألم والتغلب على الحواجز التي تحول دون ذلك، وتم نشر إرشادات لعلاج آلام السرطان، فإنه ورغم هذه الجهود تشير الدراسات إلى أن واحدا من مرضى السرطان يعاني، أو قد عانى سابقا من الألم (Thronaes et al, 2020, p 1676).

وحسب المعهد الوطني للسرطان، فإن ما يقارب 20 إلى 50% من مرضى السرطان يعانون من الألم، في حين يعاني حوالي 80% من المرضى المصابين بالسرطان في مراحله المتقدمة من آثار جانبية إضافة إلى ذلك، وتعتمد شدة هذا الألم وانتشاره على عدة عوامل، كنوع السرطان والمرحلة التي وصل إليها، وغالبا ما يكون الألم في هذه الحالة شديدا، إما بسبب الورم نفسه، أو نتيجة للآثار الجانبية التي تخلفها العلاجات التي يخضع لها مريض السرطان على النحو الذي سبق توضيحه، وحسب الدراسات فإن ما يقارب 55% من

المرضى المصابين بالسرطان، يعانون من آلام مرتبطة إما بالمرض أو بالعلاج، ورغم وجود أدلة على مدى فعالية السلم التدرجي الخاص بأدوية ومسكنات الألم الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO، فقد توصلت الدراسات إلى أن ما يقارب 46% من مرضى السرطان، يعانون من تعقيدات وتباينات في شدة الألم، وهو ما يؤكد على الحاجة إلى تطوير برامج علاجية تكون أكثر تخصيصاً وفردية وانتقائية (Gehdoo, 2006, p 375)، ويعد ألم السرطان الشديد من الأعراض المزعجة والمتكررة، بمسارات معقدة وديناميكية، ورغم الاهتمام المتزايد بإدارة آلام السرطان، والتطورات العلاجية للسرطان، وطرق التعايش معه، إلا أنه غالباً ما يتم علاج هذه الآلام بالأدوية والمسكنات (Valenta et al, 2022, p 39).

وتحتل إدارة الألم أهمية بالغة فيما يتعلق بتحسين جودة حياة مرضى السرطان، ومدى قدرتهم على مواصلة تلقي العلاجات، ذلك أن الألم لديهم لا يرتبط فقط بكونه مزعجاً في حد ذاته، ولكن بكونه أيضاً مرتبطاً بكل من أحاسيس الخوف والقلق والاكتئاب واليأس والضعف لدى المريض، وتشمل إدارة الألم لدى مرضى السرطان استخدام عدة أساليب كالأدوية، والعلاجات العصبية، كما تساعد الرعاية المتكاملة للمريض من خلال ما توفره من خدمات داعمة تشمل كلا من الجوانب الجسدية والانفعالية والروحية المرتبطة بالألم، والتي من بينها علاجات الوخز بالإبر الصينية، وتقويم العمود الفقري، وخدمات إعادة التأهيل للتمكن من مواجهة الألم، وكذا الاستراتيجيات السلوكية، التي تشمل كلا من تقنيات التنفس، والاسترخاء، والإيحاء، والتخيل الموجه، وعلاج الألم بالموسيقى، الذي يساعد المرضى على التخلص من السلبية والتوتر، كما أنها تساعد أيضاً على التخلص من المشكلات الأساسية التي تعرقل علاج الألم (National Institute of Health NIH, 2023).

كما أن إدارة الألم والأعراض لدى مرضى السرطان تعد جزءاً لا يتجزأ من الممارسات السريرية في علم الأورام، وقد تم تطوير عدة إرشادات لمساعدة الأطباء ومقدمي الرعاية في تحسين إدارة الألم وتقديم الرعاية لمرضى السرطان (Pen et al, 1999, p 361).

وتلعب التدخلات السلوكية دوراً حيوياً هاماً جداً في علاج الألم، حيث تساعد هذه التدخلات على منح المرضى شعوراً بالقدرة على التحكم والسيطرة، وتساعدهم على تطوير مهاراتهم في التكيف مع المرض وأعراضه، ويلعب الإخضاع المبكر للمريض لهذه التدخلات، دوراً هاماً ومفيداً في التأثير على مسار مرضه، حيث يمكنهم من تعلم هذه المهارات وممارستها أثناء تمتعهم بالقوة والطاقة لفعل ذلك، ومن أهم هذه التقنيات التفكير الموجه، والتخيل، والاسترخاء، وكذا القيام بتثقيف المريض وعائلته، من خلال منحه معلومات وتعليمات حول إدارة الألم والتعامل معه، وتأكيد قدرتهم على السيطرة على أغلب الآلام الناجمة عن الإصابة بمرض السرطان بشكل فعال وناجح، كما أنه ينبغي إضافة إلى ذلك أن يتم التطرق من طرف مقدمي الرعاية إلى مناقشة العقبات والعوائق التي يمكن أن تحول دون التمكن من الوصول إلى إدارة فعالة للألم، وتلعب مجموعات الدعم دوراً هاماً في مساعدة العديد من المرضى على إدارة آلامهم بشكل أكثر فعالية، وعموماً فإنه يمكن أن يكون الدمج بين كل من العلاجات الجسدية والنفسية والاجتماعية، وبين العلاجات الدوائية والعلاجات الأخرى فعالاً في التمكن من التحكم في الألم وإدارته خلال كل مراحل علاج مرض السرطان، ويعتمد نجاح وفعالية هذه التدخلات على مدى مشاركة المريض وفعاليتها، وكذا قدرته على وصف ما تعلمه حول طرق تخفيف الألم لمقدمي الرعاية الصحية، وتشمل التدخلات الجسدية للتخفيف من الألم كلا من أساليب العلاج التي تعتمد على البرودة والحرارة، والتدليك، والضغط، وممارسة التمارين، وتغيير الوضعيات الجسدية لدى مريض السرطان (Markman, 2022).

هذا ويبدو مستقبل تطوير التدخلات الالكترونية في مجال تعزيز إدارة الألم مشرقا، حيث يقوم مطورو التكنولوجيات في هذا المجال بتصميم أدوات وبرامج جديدة لدعم الاتصال الصحي الفعال الذي يساعد في تلبية احتياجات المرضى الذي يعانون من الآلام الخطيرة، ومقدمي الرعاية، فيما يتعلق بالمعلومات الصحية، وبالتالي فإن تكنولوجيات الاتصال الصحي ستصبح جزءا أساسيا في الإدارة الفعالة للألم، نظرا لكون أن هذه التقنيات والمعلومات الرقمية قد أصبحت أكثر انتشارا وأقل تكلفة، وينبغي التركيز على أن تكون سهلة الاستخدام، ومتوفرة لكل المرضى، حتى يسهل تقديم المعلومات بطرق يسهل على مرضى السرطان من مختلف المستويات التعليمية والفئات الثقافية والاجتماعية الوصول إليها وفهمها (Kreps, 2018, p 78).

خلاصة:

من خلال كل ما سبق تناوله في هذا الفصل يمكننا القول بأن خبرة الألم التي يعايشها مريض السرطان تعتبر من أكثر صور المعاناة التي يمكن لأي مريض معايشتها، وذلك نظرا لخصوصية مرض السرطان من جهة، وكذا لخصوصية الآلام المرتبطة به من جهة أخرى، والتي غالبا ما تكون ناجمة عن الأورام، وعن العلاجات التي يتلقاها مرضى السرطان على تعددها وتنوعها، من علاجات كيميائية وإشعاعية، إلى علاجات جراحية، يتم من خلالها استئصال الكتل الورمية، وبتر الأعضاء المصابة الميؤوس من شفائها.

ومنه برزت الحاجة الماسة إلى اعتماد مريض السرطان إضافة إلى كل العلاجات التي تستهدف هذه الآلام، على مجموعة من استراتيجيات التكيف المعرفية كالصلاة، وتشتيت الانتباه، أو تضخيم أحاسيس الألم، أو استراتيجيات التكيف السلوكية كقيام المريض بقضاء وقت مع الآخرين، أو ممارسة نشاط بدني، أو القيام بالأعمال المنزلية، والتي تلعب كلها على تعددها وتنوعها بين الإيجابي والسلبي دورا في تمكين مريض السرطان من التعامل مع آلامه المزمنة، وفي التمكن من تحقيق التكيف معها، وتقليل آثارها النفسية السلبية، إضافة إلى ما للكشف عن نوعية هذه الاستراتيجيات من دور في تمكين القائمين على رعاية هؤلاء المرضى من التدخل في الوقت المناسب لتحسين فعاليتها وتعديل نتائجها، والحؤول دون تضاعف المعاناة وتحولها من جسدية إلى نفسية، من خلال دخول مريض السرطان في دوامة من الاكتئاب والقلق، ورفض العلاج وربما اعتزال الحياة جملة وتفصيلا.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

- 1- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة
- 2- منهج الدراسة
- 3- حدود الدراسة
- 4- قصور الدراسة
- 5- عينة الدراسة
- 6- أدوات الدراسة
- 7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

بغرض التمكن من الربط بين كل ما تناولناه ضمن الفصول السابقة من هذه الدراسة، وبين ما نسعى للوصول إليه من إجابات لإشكالية وتساؤلات الدراسة الحالية، فإننا نقوم من خلال الفصل التالي بوضع الأسس القاعدية التي يقوم عليها أي بحث علمي، والمتمثلة في إجراءات الدراسة الميدانية، التي ستوصلنا في الأخير إما إلى تأكيد ما سبق التوصل إليه من خلال الدراسات السابقة وما تم تناوله في التراث النظري، أو إلى نفيه.

1 - التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

1-1- مصدر الضبط الصحي:

ويقصد به ما يتبناه الفرد من معتقدات حول مدى تحكمه في حالته الصحية، ومدى تمكنه من السيطرة على نتائج ما يعتمده من سلوكيات على صحته، إما من خلال العوامل الداخلية لديه، أو من خلال عوامل خارجية ترتبط بالآخرين أو بالحظ والصدفة، وعلى أساس ذلك يتحدد البعد السائد لديه، فإما أن يكون ذا مصدر ضبط داخلي، أو ذا مصدر ضبط خارجي.

ويتحدد إجرائيا حسب الدراسة الحالية من خلال الدرجة التي يتحصل عليها مريض السرطان على كل بعد من أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لوالستون وآخرين Wallston et al والذي كيفه وقننه على البيئة الجزائرية جبالى نور الدين 2007، وتتمثل هذه الأبعاد في كل من البعد الداخلي، والبعد الخارجي لذوي النفوذ، والبعد الخارجي للحظ.

1-2 - الصلابة النفسية:

ويقصد بها مدى قدرة الفرد على التعامل مع الضغوط النفسية التي يتعرض لها، بطريقة إيجابية فعالة، مما يجعله قادرا على التكيف مع أحداث حياته بشكل جيد رغم كل

ما يواجهه من ضغوط وصدمات، وتحديات واحباطات، فالصلابة النفسية هي ما يمكنه من تحقيق التوازن والحفاظ على الاستقرار النفسي والالتزان الانفعالي، وبالتالي على سلامة صحته الجسدية والنفسية رغم كل ذلك.

وتتحدد إجرائياً من خلال الدرجة التي يتحصل عليها مريض السرطان من خلال الإجابة على بنود قائمة الصلابة النفسية لعماد محمد أحمد مخيمر 2002 التي قام معمرية بشير بتقنينها، وعلى أساس تلك الدرجة الكلية التي يتحصل عليها مريض السرطان يتحدد مستوى الصلابة النفسية لديه، فإما أن يكون منخفضاً أو مرتفعاً، فكلما كانت الدرجة الكلية لاستجابة مريض السرطان على قائمة الصلابة النفسية مرتفعة كلما كان مستوى الصلابة النفسية لديه مرتفعاً، والعكس بالعكس.

3-1- إدارة الألم:

ويقصد بها الاستراتيجيات التي يتم اعتمادها من طرف المريض المصاب بالألم بهدف التمكن من التعامل مع الألم الذي يعانیه، والتخفيف منه، سواء كانت هذه الاستراتيجيات مرتبطة باتخاذ فعل ما، أو تخيل حدث سار، أو تجنب التفكير بالألم من خلال تشتيت الانتباه وتركيزه على أمور أخرى، أو القيام بسلوكيات دينية كالصلاة، والتعلق بالأمل.

ويتحدد إجرائياً من خلال ما يتحصل عليه مريض السرطان من درجة كلية على كل بعد من أبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الألم على حدی، والتي على أساسها تتحدد استراتيجيات إدارة الألم السائدة لدى مريض السرطان، بناء على البعد الذي تحصل من خلال الاستجابة عليه على أعلى درجة، حيث تتوزع هذه الاستراتيجيات حسب استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ المعتمد في هذه الدراسة، وبالتحديد النسخة الألمانية المختصرة منه CSQ-DS، التي قام بإعدادها كل من Martin Stoffel & Dorota

أبعاد أو استراتيجيات، تتمثل في كل من: استراتيجية التضخيم، تجاهل الألم، تحويل الانتباه، إعادة تفسير الألم، الصلاة، الأمل.

2- منهج الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى الكشف عن أثر كل من مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وكذا معرفة نوع مصدر الضبط الصحي السائد، ومستوى الصلابة النفسية، واستراتيجيات إدارة الألم السائدة لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، ولذلك فإن المنهج الأنسب لتحقيق أهداف هذه الدراسة، والذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الارتباطي، كون أنه الأنسب لطبيعة الموضوع، وللإجابة على التساؤلات المطروحة من خلاله.

3- حدود الدراسة:

3-1 - الحدود الزمانية:

تم اجراء الدراسة الحالية خلال الفترة الزمنية التي تتراوح ما بين سنة 2019 وسنة 2023، سواء فيما يتعلق بالجانب النظري بما يتضمنه من بحث وجمع للمراجع، وغيرها من الخطوات، أو فيما يتعلق بالجانب الميداني من بحث عن أدوات الدراسة، وترجمة وتكييف، وبحث عن العينة، وتطبيق للمقاييس، واستخراج للنتائج، وغيرها من إجراءات الدراسة الميدانية.

وقد استغرق منا الحصول على المقياس والقيام بترجمته وتكييفه وقتا طويلا، وبحثا كبيرا في المراجع والدراسات الأجنبية، وكذا الوصول إلى صاحبه وطلب الإذن منه للتمكن من القيام بذلك، كما أن إجراء مثل هذه الدراسات على عينة حساسة مثل عينة مرضى

السرطان تتطلب مدة زمنية أطول من المدة المحددة للدراسة الحالية، وذلك لما تتطلبه من بناء لمقاييس مخصصة لمثل هذه الفئة، تتلاءم وطبيعة مرضها، وكذا مع ظروف تطبيق.

2-3 - الحدود المكانية:

تم إجراء الدراسة الحالية بمستشفى الدكتور حمدي بلقاسم لمكافحة السرطان بولاية باتنة، مع الاستعانة بجمعيات مرضى السرطان المتواجدة على مستوى ولاية باتنة كجمعية مفتاح الفرج لمرضى السرطان.

وكان من الأفضل أن يكون الامتداد المكاني لهذه الدراسة شاملا لمستشفيات ومراكز مكافحة السرطان بولايات أخرى، غير أن إمكانيات الباحثة لم تسمح لها بذلك، لصعوبة التنقل إلى الولايات الأخرى من جهة، ولضيق الوقت المخصص للدراسة من جهة أخرى، فصعوبة الحصول على المراجع والدراسات الأجنبية مع ما تتطلبه من ترجمة، فيما يتعلق ببعض متغيرات الدراسة من وقت طويل من جهة أخرى، وكذا الوقت الذي تتطلبه الحصول على مقياس استراتيجيات إدارة الألم كما سبقت الإشارة إليه، والقيام بكل إجراءات الدراسة الميدانية، إضافة إلى تزامن إجراء الدراسة مع جائحة كورونا، جعل من الصعب التوسع في الحدود المكانية للدراسة، رغم أنه كان سيكون أفيد للبحث خصوصا من حيث حجم العينة، وقابلية نتائجها للتعميم، رغم عدم تمكن الباحثة من الحصول على الاحصائيات اللازمة لتأكيد ذلك.

3-3 - الحدود الموضوعية:

تتناول الدراسة الحالية كلا من متغيري مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية وأثرهما على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان، حيث تتضمن تحديد كل من نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى السرطان، وكذا مستوى الصلابة النفسية، ونوع استراتيجيات إدارة الألم الأكثر استخداما لديهم، كما وتتضمن

الحدود الموضوعية للدراسة إضافة إلى ذلك تحديد طبيعة العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة، وأثر كل منهما على نوع استراتيجيات إدارة الألم التي يستخدمها هؤلاء المرضى خلال تعاملهم مع الآلام التي يعانون منها.

4- قصور الدراسة:

من بين الصعوبات التي اكتتفت الدراسة الحالية:

- عدم وجود الدراسات السابقة التي تناولت متغير إدارة الألم، واستراتيجيات إدارة الألم، في حدود إطلاع الطالبة الباحثة.
- انعدام مقياس للكشف عن استراتيجيات إدارة الألم لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة عموماً، أو لدى مرضى السرطان بصفة خاصة، باللغة العربية، مما اضطر الطالبة الباحثة إلى البحث عنه باللغة الإنجليزية والقيام بترجمته وتكييفه، مع ما يتطلبه ذلك من وقت ومجهود.
- تزامن إجراء الدراسة مع فترة انتشار جائحة كورونا COVID-19 مما عرقل مسيرتها الطبيعية، وجعل الطالبة الباحثة تخسر الكثير من الوقت.
- تعذر الحصول على الإحصائيات الدقيقة التي تتطلبها الدراسة.
- صعوبة إجراء الدراسة الميدانية وعرقلة سيرها، وبالتالي صعوبة الحصول على عينة الدراسة، خصوصاً على مستوى مركز مكافحة السرطان (مستشفى الدكتور حمديكن بلقاسم لمكافحة السرطان لولاية باتنة).

- خضوع أغلب المرضى الذين تمكنت الطالبة الباحثة من الوصول إليهم لإجراءات العلاج الكيميائي، مما صعب من عملية تطبيق أدوات الدراسة عليهم، خصوصا مع كثرتها وكثرة بنودها.

5 - عينة الدراسة:

بلغ عدد أفراد العينة الإجمالي 107 مريض سرطان، وبعد أن تم استبعاد المقاييس التي لم تتم الاستجابة على كل بنودها، والتي بلغ عددها 14، شملت عينة الدراسة الحالية 93 مريض سرطان من مختلف الفئات العمرية، حيث تراوحت أعمارهم ما بين 25 و74 سنة، من كلى الجنسين، حيث بلغ عدد مرضى السرطان الذكور 39، بنسبة 41,93%، في حين بلغ عدد مريضات السرطان من الإناث 54، بنسبة 58,06%، وقد تم اختيارهم انطلاقا من طبيعة الموضوع بطريقة قصدية، كون أنها الطريقة الأنسب، وقد حاولت الباحثة جاهدة الحصول على إحصائيات عدد المصابين بمرض السرطان الذين يتلقون علاجهم على مستوى مركز مكافحة السرطان بولاية باتنة، من خلال الاتصال بإدارة المستشفى ذاته، وكذا بمديرية الصحة والسكان لولاية باتنة، غير أنها لم تتمكن من ذلك لعدم وجود إحصائيات دقيقة بخصوص ذلك، وقد تم الاقتصار في عينة الدراسة الحالية على مرضى السرطان الذين يعانون من آلام متوسطة إلى شديدة بغرض التعرف على استراتيجيات إدارة الألم السائدة لديهم، كون أن موضوع الدراسة يتركز حول ذلك، وذلك من خلال الاعتماد على تطبيق مقياس التصنيف الرقمي للألم NPRS Numiric Pain Rating Scale عليهم قبل البدء في تطبيق باقي أدوات الدراسة، بهدف عزل مرضى السرطان الذين لا يعانون من الألم، أو الذين يعانون من ألم خفيف يتراوح ما بين 0 إلى 3 درجة على مقياس التصنيف الرقمي للألم NPRS .

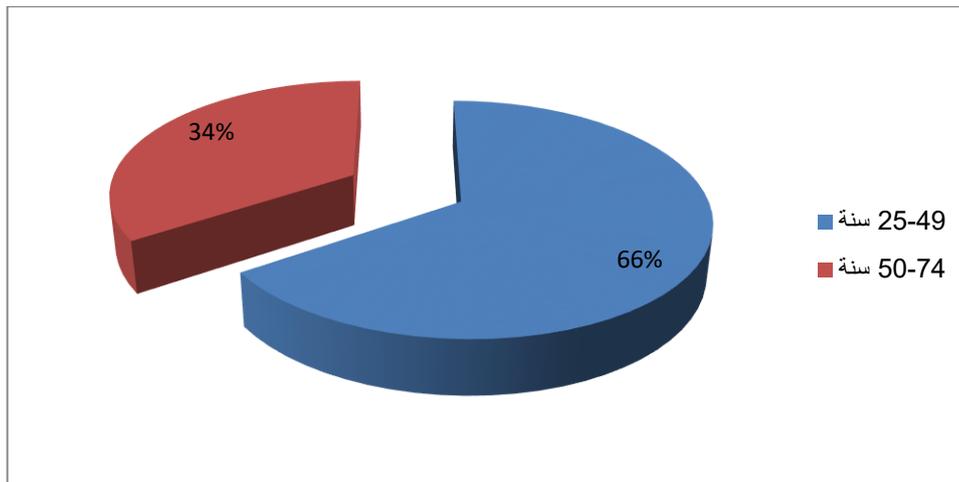
وقد توزعت عينة الدراسة الحالية حسب الخصائص التالية:

أ- حسب السن:

جدول رقم 3 يوضح توزيع العينة حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
65,59%	61	49-25 سنة
34,40%	32	74-50 سنة
100%	93	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (3) بأن أعمار العينة تراوحت ما بين 25 سنة و74 سنة، وكانت النسبة المئوية الأكبر للفئة العمرية التي تتراوح ما بين 25 و49 سنة بنسبة 65,59%، ثم تأتي بعدها الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 50 و74 سنة بنسبة 34,40%، والرسم البياني التالي يوضح توزيع العينة حسب متغير السن:



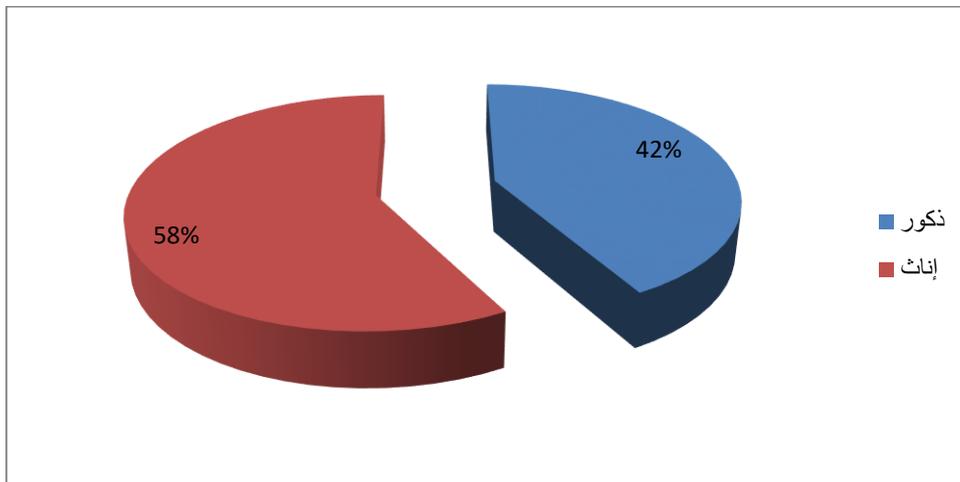
شكل رقم 13 رسم بياني يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن

ب- حسب الجنس:

جدول رقم 4 يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
41,93%	39	ذكر
58,06%	54	أنثى
100%	93	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (4) بأن العينة متنوعة ما بين الجنسين، وقد بلغ عدد الذكور من أفراد العينة 39 ذكرا بنسبة 41,93%، في حين بلغ عدد الإناث 54 أنثى بنسبة 58,06%، ونلاحظ عدم التوازن ما بين عدد الذكور والإناث، حيث أن عدد مريضات السرطان من الإناث أكبر من عدد مرضى السرطان من الذكور، والرسم البياني التالي يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس:



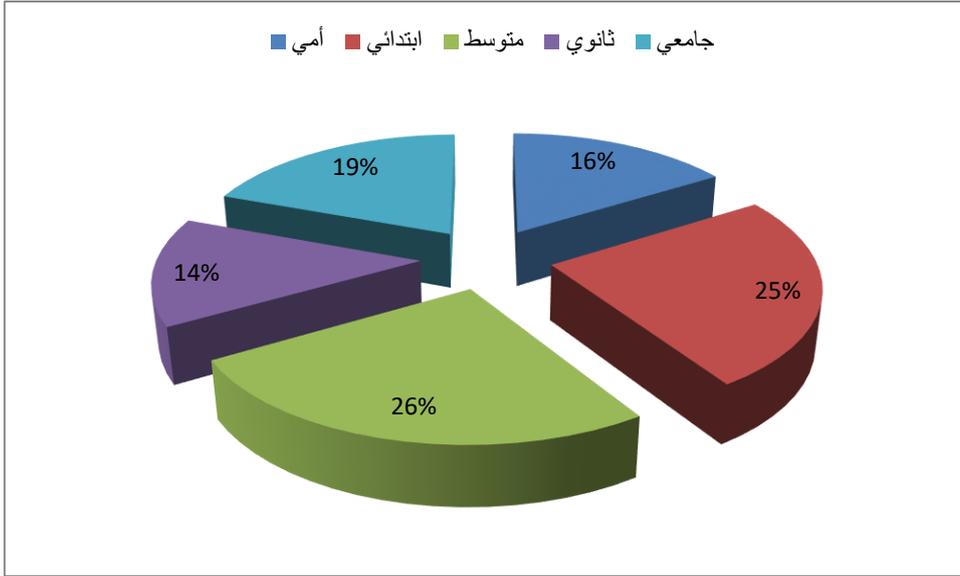
شكل رقم 14 رسم بياني يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

ج- حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم 5 يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
16,12%	15	أمي
24,73%	23	ابتدائي
25,80%	24	متوسط
13,97%	13	ثانوي
19,35%	18	جامعي
100%	93	المجموع

يتضح من الجدول (5) أن العينة متنوعة من حيث المستوى التعليمي من الأمي إلى الجامعي، وأن أعلى نسبة سجلت بالمستوى المتوسط بنسبة 25,80%، ثم يليها المستوى الابتدائي بنسبة 24,73%، ثم المستوى الجامعي بنسبة 19,35%، ثم الأمي بنسبة 16,12%، وفي الأخير المستوى الثانوي بنسبة 13,97%، والرسم البياني التالي يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي:



شكل رقم 15 رسم بياني يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

6- أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على ثلاث مقاييس:

- مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لوالستون وآخرين Wallston et al والذي كيفه وقننه على البيئة الجزائرية جبالي نور الدين 2007.
- قائمة الصلابة النفسية لعماد محمد أحمد مخيمر 2002 تتكون من 47 بنداً، موزعة على ثلاثة أبعاد، وبعد تقنينها من طرف معمرية بشير أصبح عدد بنودها 48 بنداً.
- استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ، وبالتحديد النسخة الألمانية المختصرة منه CSQ-DS، من اعداد كل من Martin Stoffel & Dorota Reis & Daniela Schwars & Annette Schroder سنة 2013.

6-1-1- وصف مقياس مصدر الضبط الصحي وخصائصه السيكمترية:

6-1-1-1- وصف المقياس وطريقة تصحيحه:

قام بتصميمه كل من باربرا وكينيث والستون 1974-1978 ويعرف المقياس بتسمية Multidimensionnel health locus of control، ويعتبر من أهم مقاييس مصدر الضبط الصحي وأكثرها استخداما في مجال علم نفس الصحة، وقد قام بتكليفه وتقنيته على البيئة الجزائرية جباري نور الدين 2007، ويتكون من 18 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد، وتتم الإجابة عنها ضمن خمسة بدائل، موافق تماما وتمنح 5 نقاط، موافق 4 نقاط، غير متأكد 3 نقاط، غير موافق نقطتين 2، غير موافق تماما نقطة واحدة 1، والجدول التالي يوضح توزيع البنود الثمانية عشر 18 على الأبعاد الثلاثة للمقياس:

جدول رقم 6 يوضح توزيع بنود مقياس مصدر الضبط الصحي على الأبعاد

البعد	البعد الداخلي	البعد ذوي النفوذ	البعد الحظ
البنود الخاصة به	01	03	02
	06	05	04
	08	07	09
	12	10	11
	13	14	15
	17	18	16

6-1-2- الخصائص السيكمترية للمقياس:

6-1-2-1- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات درجات مقياس مصدر الضبط الصحي بالاعتماد على عينة مرضى السرطان البالغ عددها 93 مريضا، حيث تم حسابه من خلال استخراج معامل الثبات ألفا

كرونباخ، وكذا بطريقة التجزئة النصفية بعد استخدام معادلة جوتمان لتصحيح الطول، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول 7 يوضح معامل الثبات لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي

معامل الارتباط	معامل الثبات	عدد البنود	البعد
0,815	0,721	06	البعد الداخلي
0,817	0,701	06	بعد ذوي النفوذ
0,813	0,697	06	بعد الحظ

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ قد تراوحت ما بين 0,697 و 0,721، في حين تراوحت قيمة معامل ارتباط التجزئة النصفية بعد تطبيق معادلة جوتمان لتصحيح الطول ما بين 0,813 و 0,817، وهي كلها قيم مقبولة تدل على تمتع مقياس مصدر الضبط الصحي بالثبات في كل أبعاده.

6-1-2-2- صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس مصدر الضبط الصحي من خلال حساب كل من صدق التكوين والصدق التمييزي، حيث تم حساب الصدق التكويني من خلال استخراج معامل الارتباط بين كل بند والبعد المتعلق به، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم 8 يوضح معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه لمقياس مصدر الضبط الصحي

معامل الارتباط مع بعد الحظ	البنود	معامل الارتباط مع بعد ذوي النفوذ	البنود	معامل الارتباط مع البعد الداخلي	البنود
0,492**	2	0,622**	3	0,616**	1
0,625**	4	0,642**	5	0,689**	6
0,629**	9	0,541**	7	0,514**	8
0,450**	11	0,590**	10	0,456**	12
0,539**	15	0,318**	14	0,575**	13
0,416**	16	0,448**	18	0,513**	17

** دال عند مستوى الدلالة 0.01

من خلال الجدول يتضح بأن كل معاملات الارتباط دالة عند 0.01، حيث تراوحت قيمتها ما بين 0,318 و0,689.

أما فيما يتعلق بالصدق التمييزي فقد تم استخراجها بعد ترتيب الدرجات تنازلياً، ثم اختيار مجموعتين دنيا وعليا، تمثل كل منهما نسبة 27% من العينة بواقع 25 مريض سرطان في كل مجموعة، ثم تم حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين، وهو ما توضحه الجداول التالية:

جدول رقم 9 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الضبط الداخلي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-22,406	1,915	17,60	الدنيا
0,000		1,180	27,68	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعده الضبط الداخلي، حيث بلغت قيمة "ت" $-22,406$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 10 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد ذوي النفوذ

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدنيا	21,44	2,364	-14,703	0,000
العليا	28,76	0,779		0,000

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعده ذوي النفوذ، حيث بلغت قيمة "ت" $-14,703$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 11 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الحظ

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدنيا	16,80	1,826	-18,898	0,000
العليا	25,96	1,594		0,000

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعده الحظ، حيث بلغت قيمة "ت" $-18,898$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

ومن خلال كل ما سبق يتضح لنا بأن مقياس مصدر الضبط الصحي يتمتع بالصدق التمييزي، والقابلية للتمييز بين المجموعتين المتناقضتين في أبعاده الثلاث.

6-2-2- وصف قائمة الصلابة النفسية وخصائصها السيكومترية:**6-2-1- التعريف بقائمة الصلابة النفسية وطريقة تصحيحها:**

قام بإعدادها عماد أحمد محمد مخيمر سنة 2002، وتتكون من 47 بنداً موزعة على ثلاث محاور تتمثل في: الالتزام ويتكون من 16 بنداً، التحكم من 15 بنداً، وقد قام بشير معمرية بعد تعديلها وتقنينها على البيئة الجزائرية سنة 2019، بإضافة بند إليها لتصبح 16 بنداً، وبعد التحدي الذي يضم هو الآخر 16 بنداً، ليصبح عدد بنود المقياس ككل 48 بنداً، تتم الإجابة عنها ضمن أربعة بدائل: لا ويقابلها 0 درجة، قليلاً وتتنال 1 درجة، متوسطاً ويقابلها درجتين 2، كثيراً ويقابلها 3 درجات، وتتراوح الدرجة الكلية للقائمة ما بين 0 و144 درجة، كلما ارتفعت كلما كان مستوى الصلابة النفسية لدى المستجيب أعلى، فإذا كان مجموع الدرجات الكلية للصلابة النفسية يتراوح ما بين 0 و72 درجة فإن مستوى الصلابة النفسية لدى المستجيب منخفض، وإذا كانت الدرجة الكلية للصلابة النفسية تتراوح ما بين 73 و144 فإن مستوى الصلابة النفسية لدى المستجيب مرتفع.

6-2-2- الخصائص السيكومترية لقائمة الصلابة النفسية:**6-2-2-1- ثبات القائمة:**

تم حساب ثبات درجات قائمة الصلابة النفسية بالاعتماد على عينة مرضى السرطان التي بلغ عددها 93 مريضاً، حيث تم حسابه من خلال استخراج معامل الثبات ألفا كرونباخ وبلغت قيمته 0,698، ومنه فإن قائمة الصلابة النفسية تتمتع بمستوى مقبول من الثبات.

6-2-2-2- صدق القائمة:

تم حساب صدق قائمة الصلابة النفسية من خلال حساب كل من صدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي، حيث تم حساب الصدق التكويني من خلال استخراج معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم 12 يوضح معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه لقائمة الصلابة النفسية

معامل الارتباط مع بعد التحدي	البند	معامل الارتباط مع بعد التحكم	البند	معامل الارتباط مع بعد الالتزام	البند
**0,386	03	**0,343	02	0,132	01
**0,370	06	**0,523	05	**0,439	04
**0,301	09	**0,354	08	-0,012	07
**0,761	12	0,079	11	**0,339	10
**0,435	15	**0,680	14	**0,279	13
**0,699	18	**0,662	17	0,028	16
0,109	21	**0,471	20	**0,505	19
**0,522	24	- 0,057	23	**0,522	22
**0,504	27	**0,458	26	**0,270	25
**0,489	30	**0,533	29	**0,549	28
**0,528	33	-0,049	32	**0,516	31
-0,114	36	** -0,334	35	**0,395	34
**0,486	39	-0,058	38	-0,032	37
0,158	42	**0,477	41	**0,665	40
**0,515	45	**0,539	44	**0,543	43
-0,024	48	*0,215	47	**0,491	46

* دال عند مستوى الدلالة 0.05

** دال عند مستوى الدلالة 0.01

من خلال الجدول يتضح بأن أغلب معاملات الارتباط دالة عند 0.05 و 0.01، حيث تراوحت قيمتها ما بين -0,012 و 0,761.

أما فيما يتعلق بالصدق التمييزي فقد تم استخراجها بعد ترتيب الدرجات تنازليا، ثم اختيار مجموعتين دنيا وعليا، تمثل كل منهما نسبة 27% من العينة بواقع 25 فردا في كل مجموعة، ثم تم حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين، وهو ما توضحه الجداول التالية:

جدول رقم 13 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الالتزام

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-20,829	1,155	22,40	الدنيا
0,000		2,806	35,04	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعء الالتزام، حيث بلغت قيمة "ت" -20,829، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 14 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد التحكم

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-17,147	1,470	16,08	الدنيا
0,000		3,072	27,76	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعء التحكم، حيث بلغت قيمة "ت" -17,147، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 15 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد التحدي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-17,158	2,322	18,32	الدنيا
0,000		3,551	32,88	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعء التحدي، حيث بلغت قيمة "ت" -17,158، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

ومن خلال كل ما سبق يتضح لنا بأن قائمة الصلابة النفسية تتمتع بالصدق التمييزي، والقابلية للتمييز بين المجموعتين المتناقضتين في أبعادها الثلاث.

3-6- وصف استبيان استراتيجيات إدارة الألم وخصائصه السيكمترية:

3-6-1- وصف الاستبيان وطريقة تصحيحه:

يعد استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ الذي قام بإعداده كل من Rosenstiel & Keefe 1983، أحد أهم المقاييس وأكثرها استخداماً للكشف عن استراتيجيات إدارة الألم لدى المرضى الذين يعانون من الآلام، وقد قام العديد من الباحثين من دول مختلفة بترجمته وتكييفه وتقنين نسخ مختصرة منه بعدة لغات، فبعد قيام Verra Martin L & Angst Felix & Lehmann Susanne and Aeschlimann André بترجمتها في 2006 إلى اللغة الألمانية مع الإبقاء على بنودها الـ 48 وأبعادها الثمانية على حالها، ظهرت النسخة المختصرة الألمانية CSQ-DS حيث قام كل من Martin Stoffel & Dorota Reis & Daniela Schwars and Annette Schroder سنة 2013 بحذف بعدين بعدما كان الاستبيان الأصلي يحتوي على ثمانية أبعاد و48 بنداً، لتصبح 26 بنداً موزعة على ستة أبعاد في النسخة المختصرة، تتم الإجابة عنها ضمن سبعة بدائل حسب سلم

ليكرت تتراوح ما بين لا أوافق بشدة وتمنح لها درجة 0، إلى أوافق بشدة وتمنح لها درجة 6، وعلى أساس الدرجة الكلية لكل بعد يتم تحديد البعد السائد في استراتيجيات إدارة الألم من طرف المريض.

وقد تم اختبار هذه النسخة الألمانية المختصرة حسب دراسة قام بها Martin Stoffel et al حيث تم تطبيقها على عينة من مرضى الألم العضلي الليفي، شملت 321 مريضا، وتوصلت النتائج إلى أن النسخة المختصرة الجديدة تتمتع بمستوى جيد من الموثوقية والصلاحية للتطبيق على المرضى الذين يعانون من الألم، وهي النسخة التي تم اعتمادها وترجمتها وتكييفها وتطبيقها على عينة الدراسة الحالية، وذلك بعد التواصل مع القائم عليها Martin Stoffel والحصول على إذنه باستخدامها في الدراسة الحالية، والقيام بترجمتها من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم القيام بالترجمة العكسية من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية، والقيام بالتعديلات المطلوبة على البنود العربية من حيث الصياغة والترجمة لتكون مناسبة للمجتمع الجزائري من جهة، ولكل المستويات التعليمية من جهة أخرى، وذلك بعد عرضها على أساتذة متخصصين في علم النفس وفي اللغة الإنجليزية.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك عدة نسخ مختصرة أخرى لنفس الاستبيان حيث تمت ترجمته إلى عدة لغات واستخدامه في عدة دراسات شملت عينات مختلفة من المرضى للتعرف على استراتيجيات إدارة الألم السائدة لديهم، من بينها دراسة تمت على مرضى السرطان أوردناها ضمن الدراسات السابقة، من بينها وحسب اطلاعنا وجدنا النسخة الإيطالية والفرنسية والإيرانية والتركية، غير أننا اخترنا من بينها النسخة الألمانية كون أنها الأحدث بينها، وكذا لتمتعها بأعلى مستوى من الصدق والثبات من النسخ الأخرى.

والجدول التالي يوضح توزيع البنود الـ 26 على الأبعاد الستة للاستبيان:

جدول رقم 16 يوضح توزيع بنود النسخة المختصرة من استبيان استراتيجيات إدارة الأمل على الأبعاد

الأمل	الصلاة	إعادة تفسير الأمل	تحويل الانتباه	تجاهل الأمل	التضخيم	البعد
7	8	1	2	11	3	البنود الخاصة به
10	17	4	15	12	5	
13	22	9	16	19	6	
		18	24	21	14	
		26	25		20	
					23	

6-3-2- الخصائص السيكومترية لاستبيان استراتيجيات إدارة الأمل:

6-3-2-1- ثبات الاستبيان:

تم حساب ثبات درجات استبيان استراتيجيات إدارة الأمل بالاعتماد على عينة مرضى السرطان البالغ عددها 93 مريضاً، حيث تم حسابه من خلال استخراج معامل الثبات ألفا كرونباخ، وكذا بطريقة التجزئة النصفية بعد استخدام معادلة جوتمان لتصحيح الطول، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم 17 يوضح معامل الثبات لأبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الأمل

معامل الارتباط	معامل الثبات	عدد البنود	البعد
0,882	0,788	06	التضخيم
0,860	0,809	04	تجاهل الأمل
0,801	0,832	05	تحويل الانتباه
0,866	0,818	05	إعادة تفسير الأمل
0,597	0,637	03	الصلاة
0,639	0,710	03	الأمل

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ قد تراوحت ما بين 0,637 و0,832، في حين تراوحت قيمة معامل ارتباط التجزئة النصفية بعد تطبيق معادلة جوتمان لتصحيح الطول ما بين 0,597 و0,882، وهي كلها قيم مقبولة تدل على تمتع استبيان استراتيجيات إدارة الألم بالثبات في كل أبعاده.

6-3-2-2- صدق الاستبيان:

تم حساب صدق استبيان استراتيجيات إدارة الألم من خلال حساب كل من صدق التكوين والصدق التمييزي، حيث تم حساب الصدق التكويني من خلال استخراج معامل الارتباط بين كل بند والبعد المتعلق به، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم 18 يوضح معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه لاستبيان استراتيجيات إدارة الألم

معامل الارتباط مع بعد تحويل الانتباه	البند	معامل الارتباط مع بعد تجاهل الألم	البند	معامل الارتباط مع بعد التضخيم	البند
0,965**	2	0,656**	11	0,850**	3
0,976**	15	0,760**	12	0,798**	5
0,976**	16	0,790**	19	0,549**	6
0,934**	24	0,902**	21	0,889**	14
0,934**	25			0,696**	20
				0,702**	23
معامل الارتباط مع بعد الأمل	البند	معامل الارتباط مع بعد الصلاة	البند	معامل الارتباط مع بعد إعادة تفسير الألم	البند
0,196	7	0,398**	8	0,931**	1
0,771**	10	0,647**	17	0,915**	4
0,743**	13	0,585**	22	0,863**	9
				0,867**	18

				0,787**	26

** دال عند مستوى الدلالة 0.01

من خلال الجدول يتضح بأن كل معاملات الارتباط تقريبا دالة عند 0.01، حيث تراوحت قيمتها ما بين 0,196 و 0,976، وهي كلها قيم مرتفعة تقريبا مما يدل على تمتع استبيان استراتيجيات إدارة الألم بمستوى عال من الصدق.

أما فيما يتعلق بالصدق التمييزي فقد تم استخراجها بعد ترتيب الدرجات تنازليا، ثم اختيار مجموعتين دنيا وعليا، تمثل كل منهما نسبة 27% من العينة بواقع 25 مريض سرطان في كل مجموعة، ثم تم حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين، وهو ما توضحه الجداول التالية:

جدول رقم 19 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد التضخيم

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-33,609	2,200	3,56	الدنيا
0,000		1,186	20,36	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعء التضخيم، حيث بلغت قيمة "ت" -33,609، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 20 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد تجاهل الألم

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-23,218	2,615	7,44	الدنيا
0,000		1,375	21,16	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعده تجاهل الألم، حيث بلغت قيمة "ت" -23,218، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 21 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد تحويل الانتباه

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-45,424	2,179	6,20	الدنيا
0,000		0,000	26,00	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعده تحويل الانتباه، حيث بلغت قيمة "ت" -45,424، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 22 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد إعادة تفسير الألم

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,000	-15,852	1,308	2,72	الدنيا
0,000		5,499	20,64	العليا

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعد إعادة تفسير الألم، حيث بلغت قيمة "ت" $-15,852$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 23 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الصلاة

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدنيا	14,96	0,735	-14,311	0,000
العليا	17,52	0,510		0,000

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعد الصلاة، حيث بلغت قيمة "ت" $-14,311$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 24 يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئتين الدنيا والعليا في بعد الأمل

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدنيا	11,72	0,792	-19,550	0,000
العليا	15,36	0,490		0,000

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات كل من الفئة الدنيا والفئة العليا لبعد الأمل، حيث بلغت قيمة "ت" $-19,550$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

ومن خلال كل ما سبق يتضح لنا بأن استبيان استراتيجيات إدارة الألم يتمتع بالصدق التمييزي، والقابلية للتمييز بين المجموعتين المتناقضتين في أبعاده الستة.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار 22 حيث

تم استعمال كل من:

- معامل الثبات ألفا كرونباخ

- اختبار "ت" «T test»

- معامل الارتباط لبيرسون

- المتوسط الحسابي

- الانحراف المعياري

- تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Stepwise Multiple Regression.

كما استعانت الباحثة ببرنامج Microsoft Excel 2016 لإجراء بعض العمليات

الحسابية، ولإجراء الدوائر النسبية.

الفصل السادس

عرض نتائج الدراسة

- 1- عرض نتائج الفرضية الأولى
- 2- عرض نتائج الفرضية الثانية
- 3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
- 4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
- 5- عرض نتائج الفرضية الخامسة

1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

والتي تنص على أنه: "نتوقع سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان".

جدول رقم 25 يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة من مرضى السرطان

أبعاد مصدر الضبط الصحي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الداخلي	22,62	4,110
البعد الخارجي لذوي النفوذ	25,41	3,118
البعد الخارجي للحظ والصدفة	21,19	3,702

من أجل التعرف على البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد منها، وهو ما يوضحه الجدول رقم (25) الوارد أعلاه، وقد أظهرت النتائج بأن المتوسط الحسابي لكل من البعد الداخلي والبعد الخارجي للحظ والصدفة متقاربين، حيث بلغ المتوسط الحسابي للبعد الداخلي 22,62 بانحراف معياري قدره 4,110، وبلغ المتوسط الحسابي للبعد الخارجي للحظ والصدفة 21,19 بانحراف معياري قدره 3,702، في حين كان المتوسط الحسابي للبعد الخارجي لذوي النفوذ الأعلى بينهم حيث بلغ 25,41 بانحراف معياري قدره 3,118، وهو ما يوضح هيمنة البعد الخارجي لذوي النفوذ، ولكون أن الفارق بينهم ليس كبيراً، قمنا بتطبيق معادلة روتر للتأكد من مصدر الضبط الصحي السائد لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، وذلك حسب المعادلة التالية:

نسبة الداخلي/الخارجي = (مصدر الضبط الداخلي * 2) / (مصدر ضبط الآخرين + الحظ والصدفة)

ومن خلال التعويض في المعادلة بالاعتماد على المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي فإن:

$$0,97 = 46,6/45,24 = \text{نسبة الداخلي/الخارجي}$$

وبما أن النتيجة أقل من واحد (1)، فإننا نستنتج سيادة مصدر الضبط الخارجي لدى أفراد العينة من مرضى السرطان.

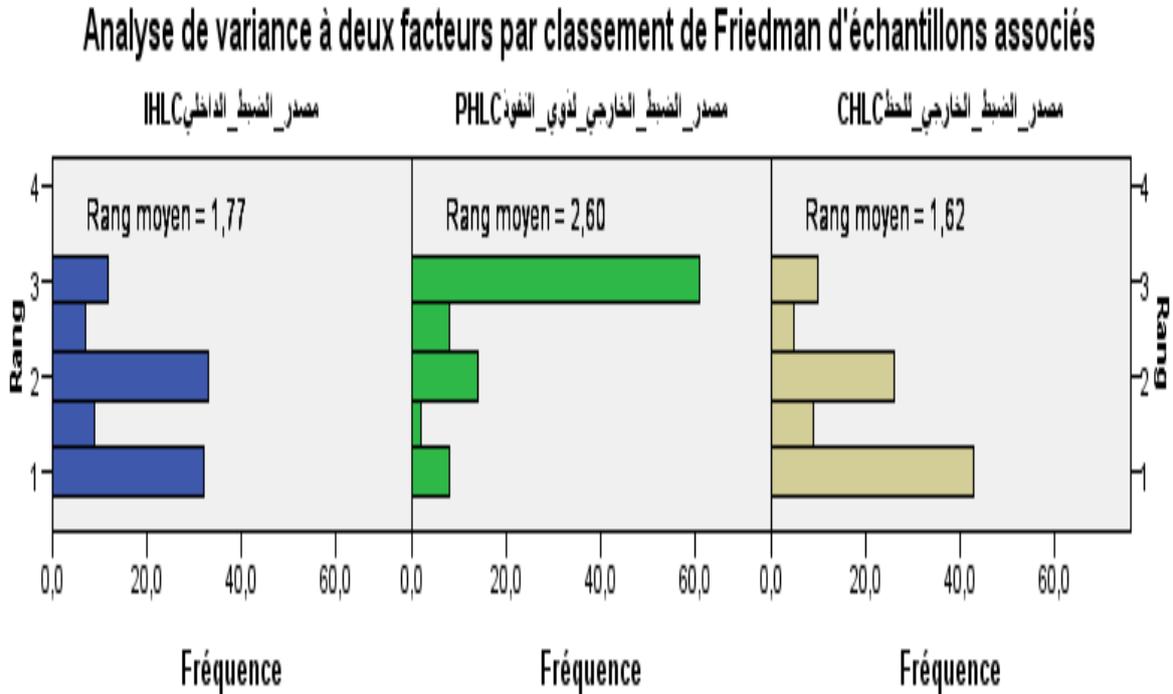
وللتأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أبعاد مصدر الضبط الصحي، والتعرف على اتجاهها، تم استخدام اختبار فريدمان اللامعلمي، والجدول التالي رقم (26) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول رقم 26 يوضح الفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان حسب اختبار فريدمان

أبعاد مصدر الضبط الصحي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الرتب	كا ²	مستوى الدلالة
البعد الداخلي	22,62	4,110	1,77	54,568	0,000
البعد الخارجي لذوي النفوذ	25,41	3,118	2,60		
البعد الخارجي للحظ والصدفة	21,19	3,702	1,62		

من خلال الجدول يتضح بأن قيمة كا² قد بلغت 54,568 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01 لصالح أكبر متوسط حسابي، وهو ما يقابل البعد الخارجي لذوي النفوذ،

ولتأكيد ذلك تم استخراج الشكل التالي رقم (16) الذي يوضح تحليل التباين الثنائي حسب ترتيب فريدمان للعينات المرتبطة:



شكل رقم 16 يوضح تحليل التباين الثنائي حسب ترتيب فريدمان لأبعاد مصدر الضبط الصحي

ونلاحظ من خلاله وجود تقارب في مستوى الرتب بين كل من مصدر الضبط الداخلي، ومصدر الضبط الخارجي للحظ والصدفة، في حين نلاحظ بأن المرتبة الأولى هي لمصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ بفروق واضحة، ومنه نستنتج بأنه البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، ومنه فإن الفرضية الأولى قد تحققت.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على أنه: " نتوقع انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان".

جدول رقم 27 يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على قائمة الصلابة النفسية

الدرجة الكلية للصلابة النفسية		الدرجة الكلية
النسب المئوية	التكرارات	مستويات الصلابة النفسية
63,44%	59	منخفض
36,55%	34	مرتفع
100%	93	المجموع

من أجل معرفة مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، تم استخراج عدد التكرارات التي تقابل كلا من المستوى المنخفض والمستوى المرتفع من الصلابة النفسية، حيث يتحدد المستوى المنخفض من خلال الدرجة الكلية التي تم التحصل عليها من خلال استجابات أفراد العينة على قائمة الصلابة النفسية، وتمثله الدرجة الكلية التي تتراوح ما بين 0 و72، والمستوى المرتفع، الذي تمثله الدرجة الكلية من الاستجابة على قائمة الصلابة النفسية التي تتراوح ما بين 73 و144.

وللتمكن من معرفة مستوى الصلابة النفسية السائد لدى عينة الدراسة تم استخراج النسبة المئوية لكل من فئتي المستوى المنخفض والمستوى المرتفع من خلال التكرارات التي تقابل كلا منهما، حيث يتبين بأن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان منخفض، حيث يمثل عدد تكرار استجابات أفراد العينة التي تقع بين الدرجة الكلية 0 و72 على قائمة الصلابة النفسية، والتي تمثل المستوى المنخفض 59 مريضاً، وهو ما تقابله نسبة 63,44%

من العينة الكلية للدراسة، والتي بلغت 93 مريض سرطان، ومنه فإنه يمكن القول بأن الفرضية الثانية قد تحققت، وبأن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان منخفض.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على أنه: " نتوقع أن تكون استراتيجيتي الصلاة والأمل هي الأكثر استخداما لدى مرضى السرطان في إدارة الآلام "

جدول رقم 28 يوضح التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على كل بعد من أبعاد استراتيجيات إدارة الألم

الدرجة الكلية على كل بعد من أبعاد استراتيجيات إدارة الألم						الدرجة الكلية
النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	الدرجة	عدد	
المئوية	الاستجابات	المئوية	الاستجابات	الكلية	بنود	استراتيجيات إدارة الألم
للاستجابات المرتفعة	المرتفعة على كل بعد	للاستجابات المنخفضة	المنخفضة على كل بعد	على كل بعد	كل بعد	
%55,91	52	%44,08	41	36-0	6	التضخيم
%68,81	64	%31,18	29	24-0	4	تجاهل الألم
%60,21	56	%39,78	37	30-0	5	تحويل الانتباه
%19,35	18	%80,64	75	30-0	5	إعادة تفسير الألم
%76,34	71	%23,65	22	18-0	3	الصلاة
%63,44	59	%36,55	34	18-0	3	الأمل

من أجل التعرف على استراتيجيات إدارة الألم السائدة لدى مرضى السرطان، تم استخراج مستوى استجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على كل بعد من أبعاد استبيان استراتيجيات الألم، ولكون أن عدد البنود غير متساوية في كل الأبعاد تم استخراج النسبة المئوية للاستجابات على كل بعد على حدى، وتم تقسيمها إلى فئتين مثلت الفئة الأولى النسبة المئوية للاستجابات المنخفضة وتتراوح ما بين 0 و 50%، في حين مثلت الفئة الثانية النسبة المئوية للاستجابات المرتفعة وتتراوح ما بين 51 و 100%.

ومن خلال الجدول نلاحظ بأن نسبة الاستجابات المنخفضة لأفراد العينة على أبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الألم كانت أعلى في بعد إعادة تفسير الألم حيث بلغت نسبتها 80,64%، ثم في بعد التضخيم حيث بلغت نسبتها 44,08%، ثم تلتها النسبة المئوية لعدد الاستجابات ذات المستوى المنخفض على كل من بعدي تحويل الانتباه، وتجاهل الألم، حيث مثلت كل منهما نسبة 39,78% و 31,18% على التوالي، مما يعني بأن نسبة كبيرة من مرضى السرطان لا تلجأ إلى استراتيجية إعادة تفسير الألم لإدارة الآلامهم، في حين أن هناك نسبة أقل من المرضى الذين لا يلجؤون إلى كل من استراتيجيتي التضخيم وتحويل الانتباه، أما فيما يتعلق بكل من استراتيجيات الصلاة وتجاهل الألم والأمل فإن أكثر من 60% من مرضى السرطان يلجؤون إلى استخدامها، وهو ما يفسره الحصول على نسبة 76,34% من الاستجابات المرتفعة فيما يتعلق باستراتيجية الصلاة، وعلى نسبة 68,81% فيما يتعلق باستراتيجية تجاهل الألم، وعلى نسبة 63,44% فيما يتعلق باستراتيجية الأمل، وهي النسب الأكثر ارتفاعاً بين استجابات مرضى السرطان على أبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الألم، ومنه فإنه يمكننا القول بأن الفرضية الثالثة قد تحققت في جزء منها وبأن استراتيجية الصلاة وتجاهل الألم هي الأكثر استخداماً لدى مرضى السرطان في إدارة الآلامهم، لتليها بعد ذلك استراتيجية الأمل.

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص على أنه: " نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان".

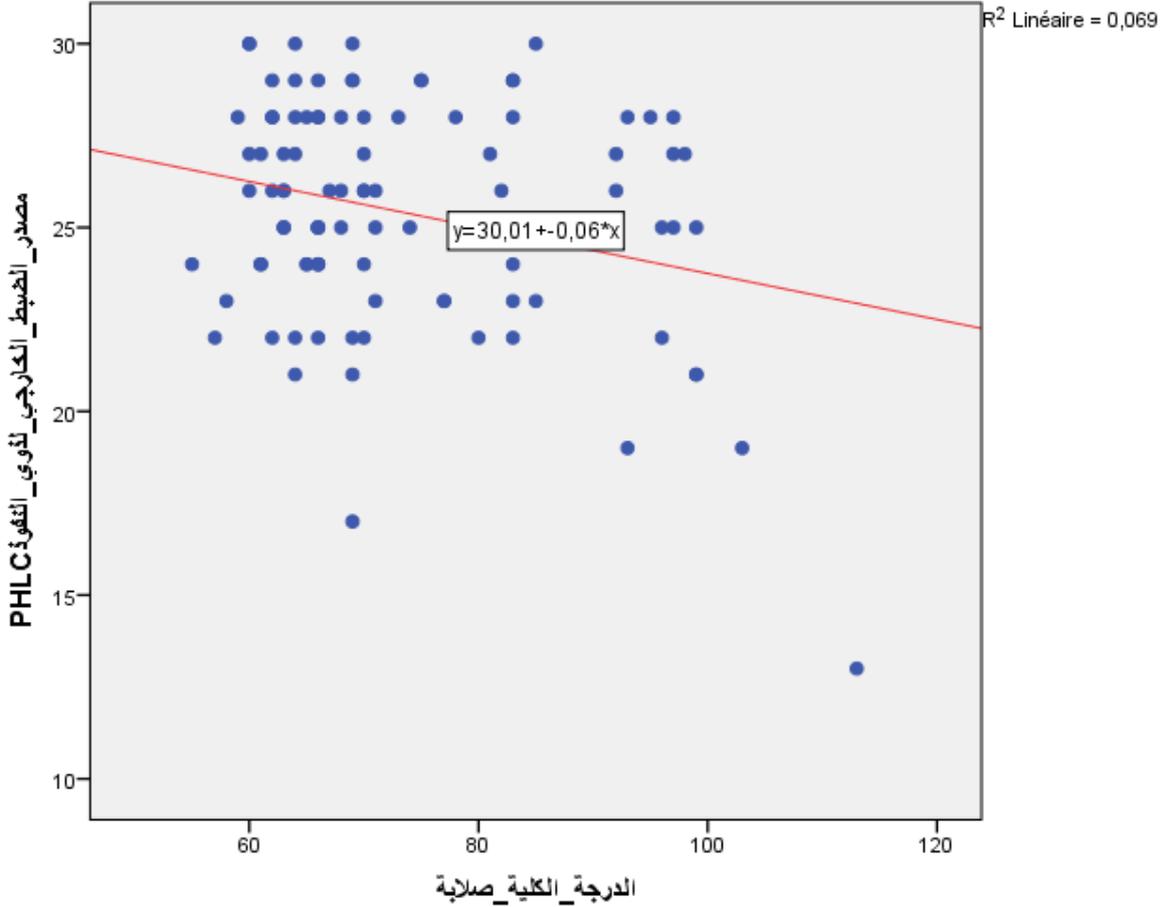
جدول رقم 29 يوضح قيمة معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى السرطان

مستوى الدلالة	معامل الارتباط « r »	أبعاد مصدر الضبط الصحي	الصلابة النفسية
0,978 غير دال	-0,003	البعد الداخلي	
0,011 دال عند 0,05	-0,262*	البعد الخارجي لذوي النفوذ	
0,022 دال عند 0,05	-0,237*	البعد الخارجي للحظ والصدفة	

* دال عند مستوى الدلالة 0,05.

من أجل الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين كل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي، وبين الدرجة الكلية للصلابة النفسية، تم استخراج معاملات الارتباط، وهو ما يوضحه الجدول رقم (29) الوارد أعلاه، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط -0,262، وبينها وبين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي للحظ والصدفة حيث بلغت قيمته -0,237، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة 0,05، في حين يتضح لنا من خلال الجدول رقم (29) أعلاه بأن معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي قد بلغت قيمته -0,003 عند مستوى الدلالة 0,978 وهي قيمة غير دالة، مما يعني عدم وجود علاقة

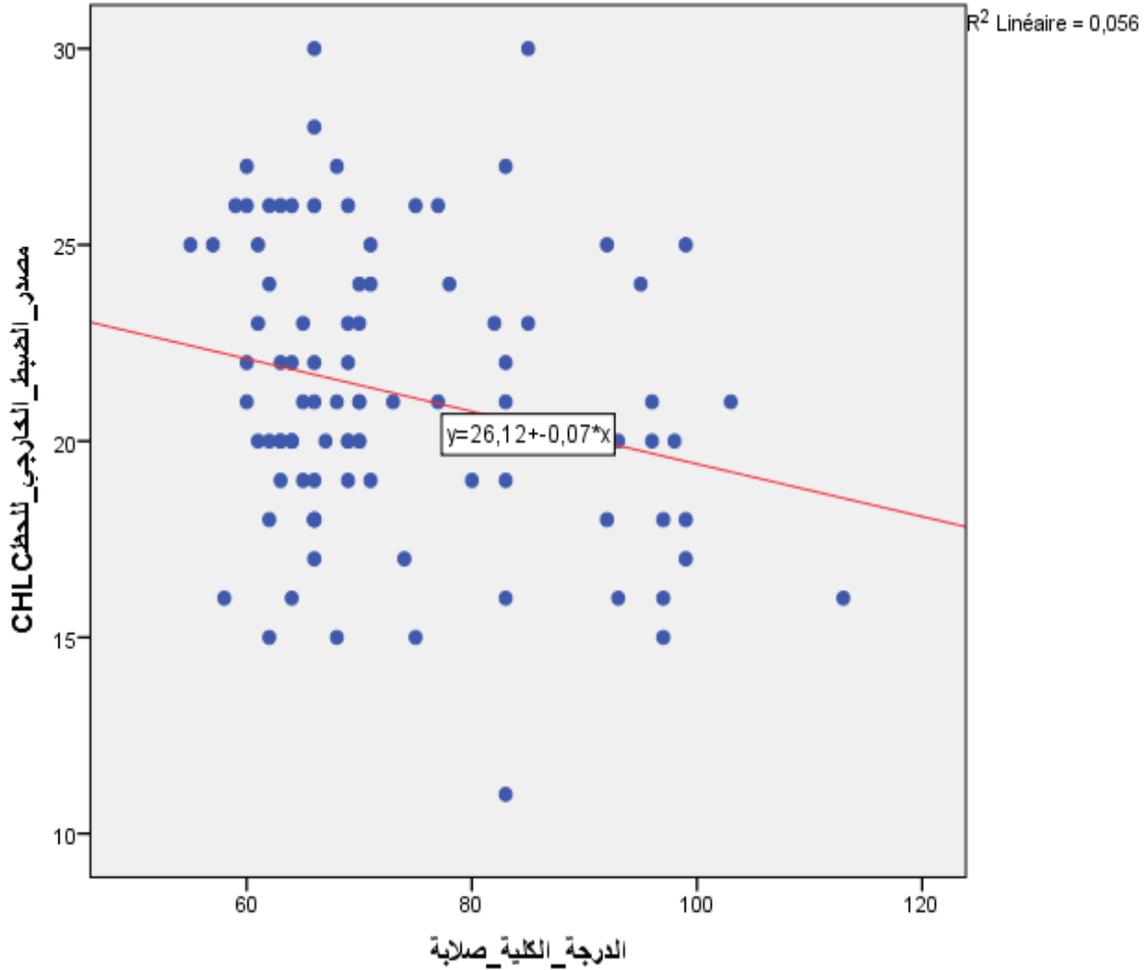
ارتباطية دالة احصائيا بين كل من البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والدرجة الكلية للصلابة النفسية، ومنه فإنه يمكن القول بأن الفرضية الرابعة قد تحققت، وبأنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مصدر الضبط الصحي الخارجي السائد لدى مرضى السرطان وبين مستوى الصلابة النفسية لديهم.



شكل رقم 17 يوضح منحنى العلاقة بين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى مرضى السرطان

وللتحقق من اتجاه العلاقة الارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ والدرجة الكلية للصلابة النفسية تم استخراج الشكل رقم (17) الذي يوضح منحنى العلاقة بينهما، ويتضح من خلاله وجود علاقة ارتباطية عكسية بين كل من مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ وبين الدرجة الكلية للصلابة النفسية، حيث أنه كلما كانت الدرجة الكلية على

البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ أعلى كلما كانت الدرجة الكلية للصلاية النفسية أقل.



شكل رقم 18 يوضح منحنى العلاقة بين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي للحظ والدرجة الكلية للصلاية النفسية لدى مرضى السرطان

وللتحقق أيضا من اتجاه العلاقة الارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي للحظ والدرجة الكلية للصلاية النفسية تم استخراج الشكل رقم (18) الذي يوضح منحنى العلاقة بينهما، ويتضح من خلاله وجود علاقة ارتباطية عكسية بين كل من مصدر الضبط الخارجي للحظ وبين الدرجة الكلية للصلاية النفسية، حيث أنه كلما كانت الدرجة الكلية على البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي للحظ أعلى كلما كانت الدرجة الكلية للصلاية النفسية أقل.

5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على أنه: " نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان ".
من أجل الكشف عن وجود علاقة بين المتغيرات من عدمه تم استخدام معامل الارتباط بيرسون Persson's Correlation بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية وبين استراتيجيات إدارة الألم، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

جدول رقم 30 يوضح العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية وبين استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان

المتغيرات المستقلة	المتغير التابع	معامل الارتباط ومستوى الدلالة	مصدر الضبط الداخلي	مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ	مصدر الضبط الخارجي للحظ	مستوى الصلابة النفسية
التضخيم	معامل الارتباط	-0,027	0,058	0,076	-0,106	
	مستوى الدلالة	0,397	0,292	0,236	0,156	
تجاهل الألم	معامل الارتباط	0,049	0,092	0,109	-0,152	
	مستوى الدلالة	0,320	0,189	0,149	0,073	
تحويل الانتباه	معامل الارتباط	-0,028	0,056	0,083	-0,164	
	مستوى الدلالة	0,395	0,299	0,215	0,059	
إعادة تفسير الألم	معامل الارتباط	0,002	0,090	0,042	-0,164	
	مستوى الدلالة	0,491	0,196	0,346	0,059	
الصلابة	معامل الارتباط	0,116	-0,033	0,182	0,708	
	مستوى الدلالة	0,134	0,376	0,041	0,000	
الأمل	معامل الارتباط	-0,058	-0,132	-0,157	0,646	
	مستوى الدلالة	0,291	0,104	0,067	0,000	

ونلاحظ من خلال الجدول رقم (30) عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية، وبين استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان، والمتمثلة في استراتيجية التضخيم، واستراتيجية تجاهل الألم، واستراتيجية تحويل الانتباه، وكذا استراتيجية إعادة تفسير الألم.

في حين أننا نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من استراتيجيات الصلاة ومصدر الضبط الصحي الخارجي، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما 0,182، عند مستوى الدلالة 0,041 وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,05، مما يدل على أن اعتماد مرضى السرطان لاستراتيجية الصلاة في إدارة الآلام مرتبط بالبعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لديهم فقط دون باقي أبعاد مصدر الضبط الصحي، أي أنه كلما كان مريض السرطان ذا مصدر ضبط صحي خارجي فإنه يلجأ إلى استراتيجية الصلاة لإدارة ألمه.

كما تم الكشف عن وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من مستوى الصلابة النفسية واستراتيجية الصلاة، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما 0,708، عند مستوى الدلالة 0,000، وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01، مما يدل على أن اعتماد مرضى السرطان لاستراتيجية الصلاة في إدارة الآلام مرتبط أيضا بمستوى الصلابة النفسية لديهم، وهي علاقة طردية موجبة، أي أنه كلما كان مستوى الصلابة النفسية مرتفعا لديهم، كلما كان لجوؤهم إلى استخدام استراتيجية الصلاة لإدارة الآلام أكثر، في حين يتضح لنا عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي واستراتيجية الصلاة.

ومن خلال ملاحظة الجدول رقم (30) فإنه يتضح لنا أيضا بأنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من مستوى الصلابة النفسية واستراتيجية الأمل، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما 0,646 عند مستوى الدلالة 0,000، وهي قيمة دالة احصائيا عند

مستوى الدلالة 0,01، وهي علاقة ارتباطية طردية موجبة، مما يدل على أنه كلما كان مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان أعلى فإن لجوؤهم إلى الأمل كاستراتيجية لإدارة الآلام يكون أكثر، في حين يتضح لنا عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي وبين اعتماد استراتيجيات الأمل في إدارة الألم لدى مرضى السرطان.

وهو ما ينقلنا إلى البحث في معامل التأثير بين هذه الاستراتيجيات والمتغيرات التي تبين وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً فيما بينها، وذلك من خلال استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Stepwise Multiple Regression بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية وبين استراتيجيات إدارة الألم التي تم الكشف عن وجود علاقة دالة احصائياً بينها فقط، والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول رقم 31 يوضح تأثير أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان

الرقم	المتغير المتنبأ به	استراتيجيات إدارة الألم	قيمة BETA	قيمة T	قيمة F	قيمة R	قيمة R2	قيمة SIG
1	مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ	الصلاة	0,164	2,182	50,107	0,726	0,527	0,000
2	مستوى الصلابة النفسية	الصلاة	0,751	10,000	91,665	0,708	0,502	0,000
		الأمل	0,646	8,079	65,263	0,646	0,418	0,000

وللتوضيح فإننا نورد شرحاً لما ورد في الجدول على النحو التالي:

BETA: وهي القيمة التنبؤية للمتغير التابع.

T: وتمثل قيمة التباين، كما أنها تعبر عن معنوية معامل الانحدار.

F: ويستخدم للحكم على معنوية النموذج ككل عند مستوى معنوي معين.

R: وتمثل قيمة معامل الارتباط بين كل من المتغير المستقل والمتغير التابع.

R2: ويسمى معامل التحديد، ويستخدم للتعرف على القوة التفسيرية للنموذج المقدر، كما

يستخدم للتنبؤ بقيمة المتغير التابع، ويوضح قيمة أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.

SIG: وتمثل الدلالة الإحصائية، وهي نتيجة يتم التوصل إليها من خلال تحليل التباين

.ANOVA

وتبعاً لما جاء في الفرضية الخامسة، وحسب ما تناولناه من خلال عرض نتائجها،

فإنه يمكننا تلخيص نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي فيما يلي:

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ على استراتيجية إدارة

الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة، حيث بلغت قيمة $R^2 = 0,527$ ، وبلغت

قيمة $F = 50,107$ ، كما بلغت قيمة $SIG = 0,000$ ، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى

الدلالة 0,01.

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الألم لدى

مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة، حيث بلغت قيمة $R^2 = 0,502$ ، وبلغت قيمة $F =$

91,665، كما بلغت قيمة $SIG = 0,000$ ، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة

0,01.

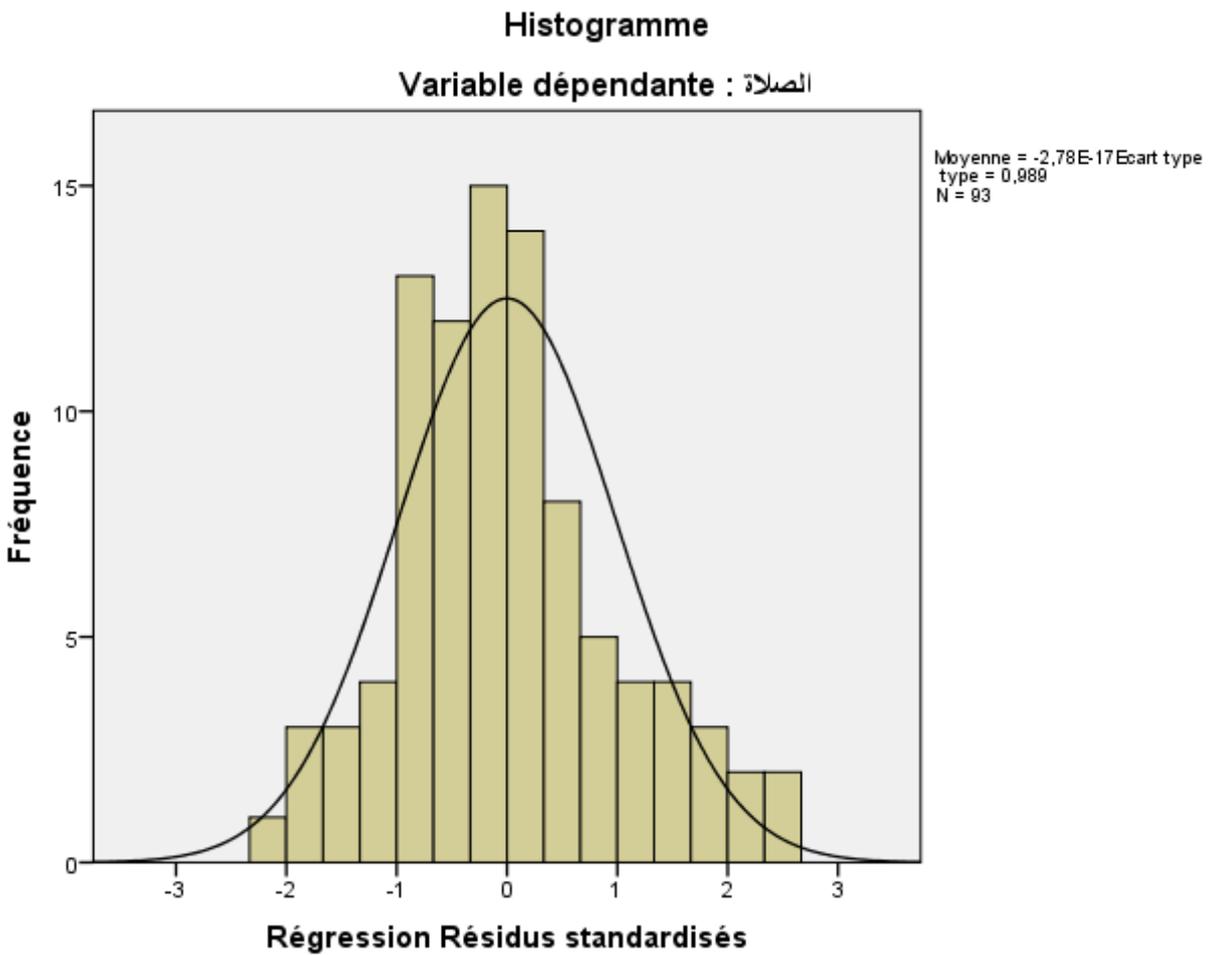
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الألم لدى

مرضى السرطان المتمثلة في الأمل، حيث بلغت قيمة $R^2 = 0,418$ ، وبلغت قيمة $F =$

65,263، كما بلغت قيمة $SIG = 0,000$ ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01.

ومنه فإن الفرضية الخامسة قد تحققت فيما يتعلق بمصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ، ومستوى الصلابة النفسية، وأثرهم على استراتيجيتي الصلاة والأمل فقط.

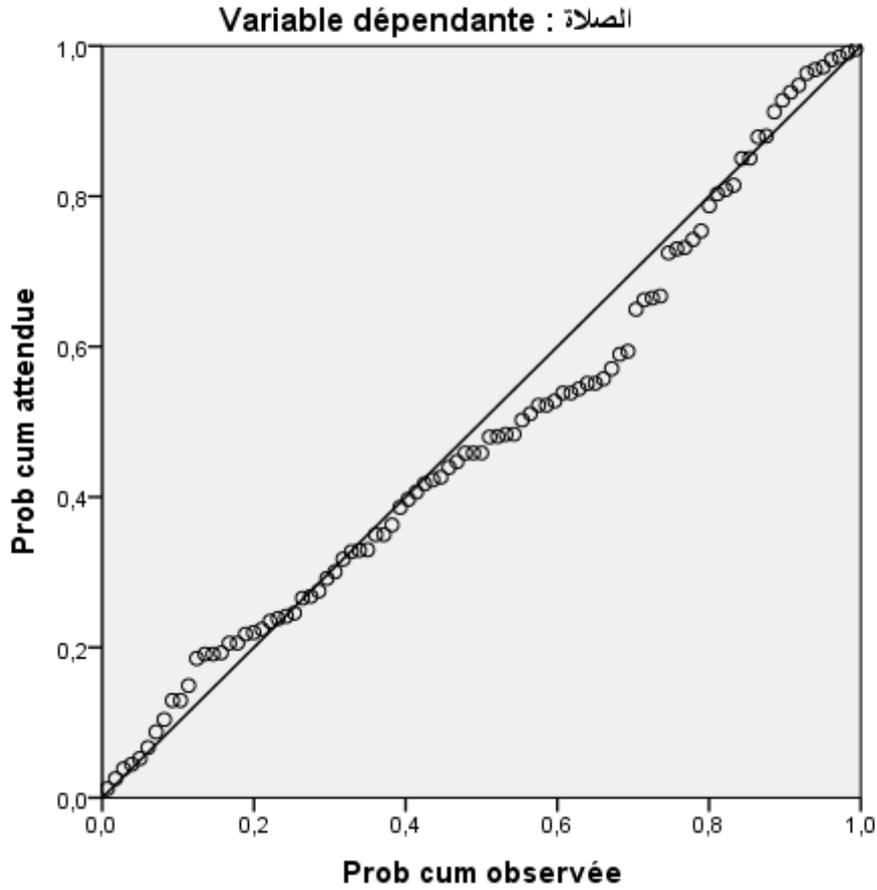
والأشكال التالية تؤكد صدق النتائج التي تم التوصل إليها:



شكل رقم 19 يوضح رسم المدرج التكراري لبيانات فحص أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على متغير استراتيجيتي الصلاة

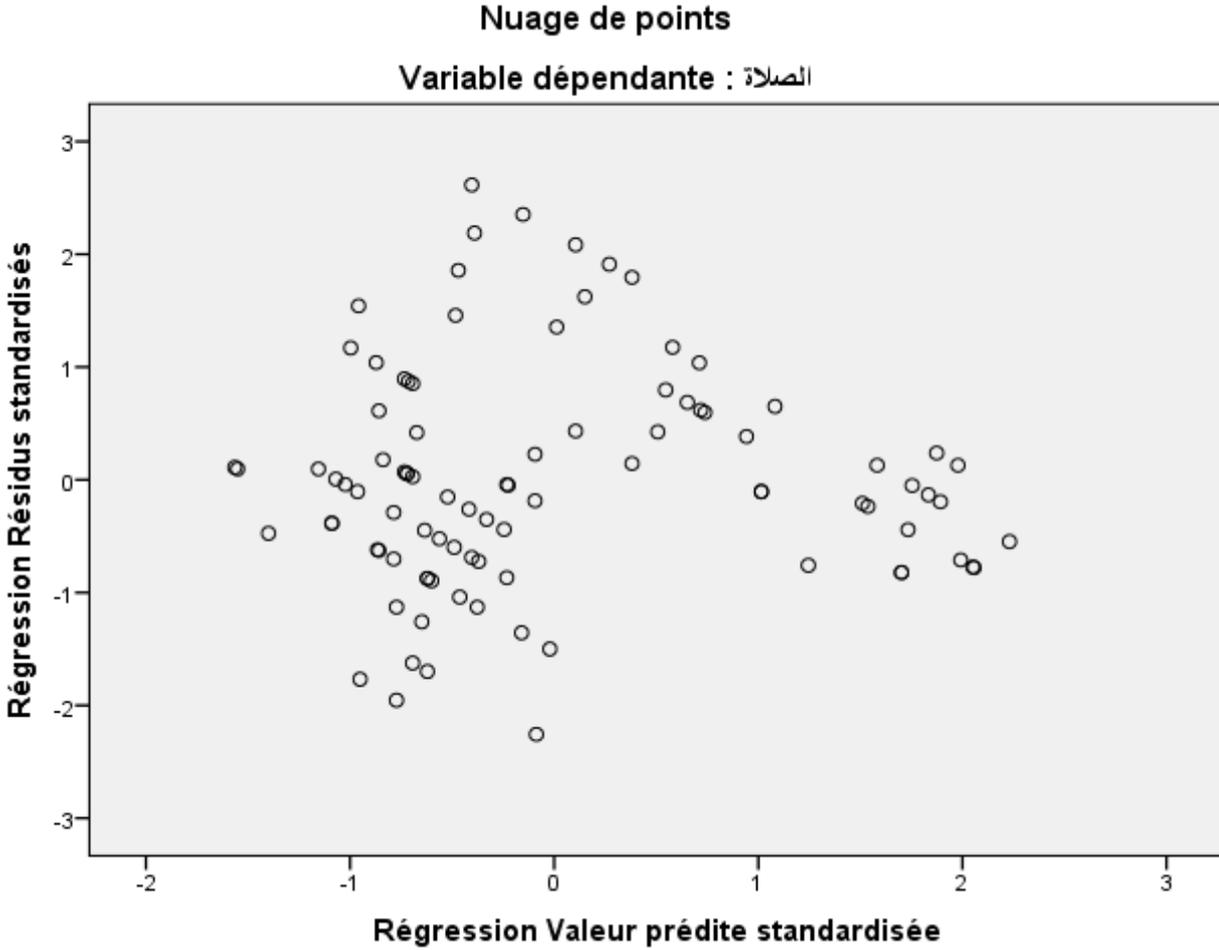
ويتضح من خلال الشكل رقم (19) بأن التوزيع طبيعي فيما يتعلق باستراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة.

Tracé P-P normal de régression Résidus standardisés

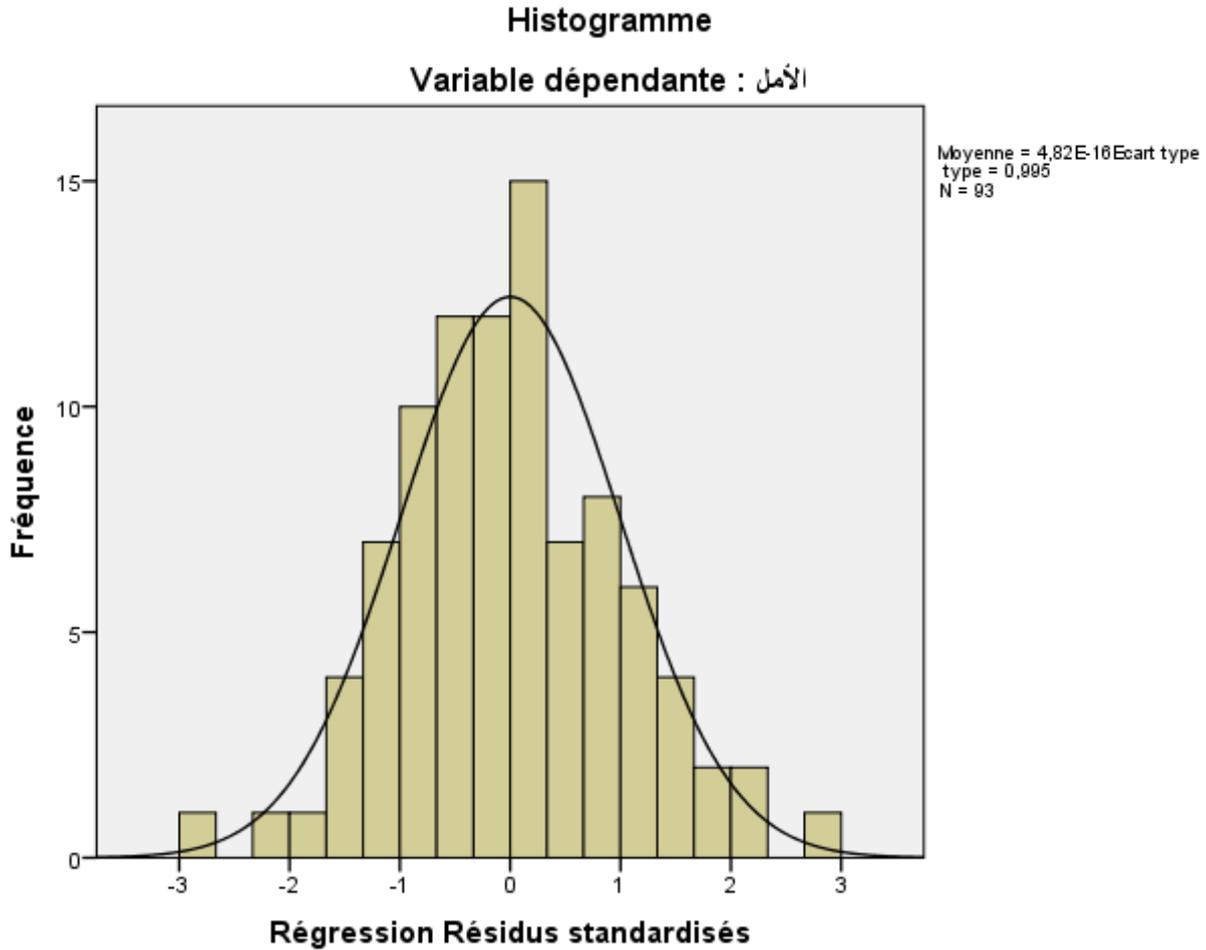


شكل رقم 20 يوضح الرسم البياني p-p plot لبيانات أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الصلاة

ويتضح من خلال الشكل رقم (20) بأن البيانات المتعلقة باستراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة تتجمع حول الخط المستقيم وبالتالي فإن البواقي Residuals تتوزع حسب التوزيع الطبيعي، وهو شرط من شروط تحليل الانحدار.



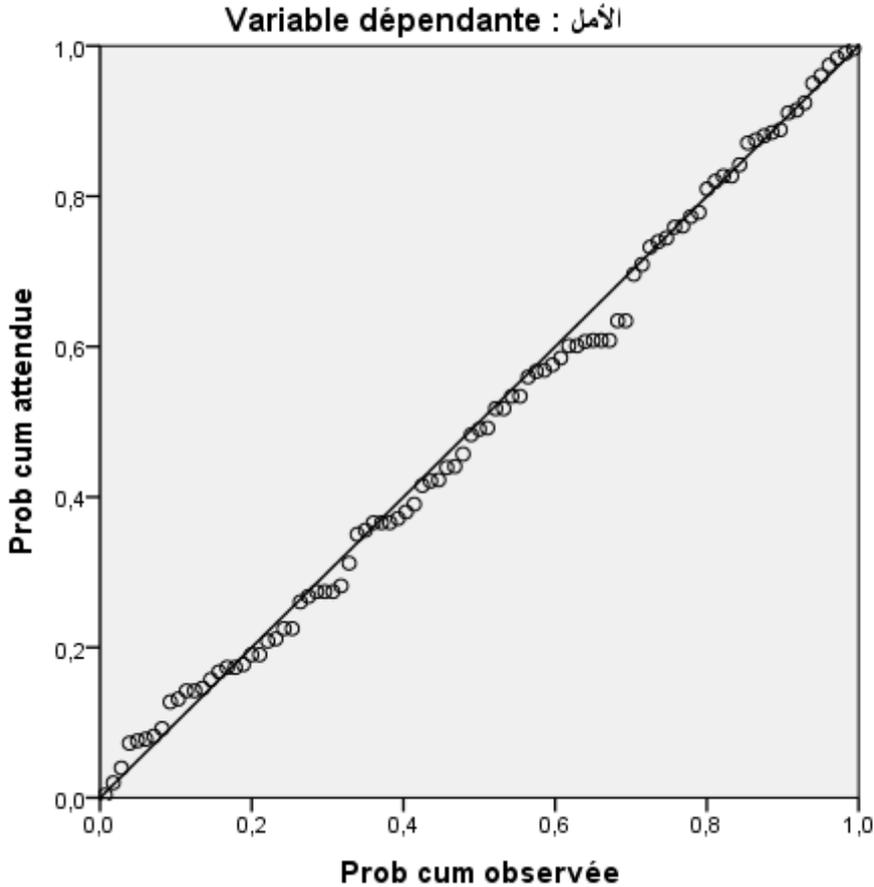
شكل رقم 21 يوضح الرسم البياني شكل الانتشار للبواقي Residuals مع القيم المتوقعة لأثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الصلاة ويتضح من خلال الشكل رقم (21) عدم وجود نمط معين للنقاط في الرسم البياني لشكل الانتشار للبواقي Residuals مع القيم المتوقعة لأثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الصلاة، وهو ما يتسق مع شرط الخطية الذي يتطلبه تحليل الانحدار، ومنه فإن كل الشروط متحققة.



شكل رقم 22 يوضح رسم المدرج التكراري لبيانات فحص أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على متغير استراتيجية الأمل

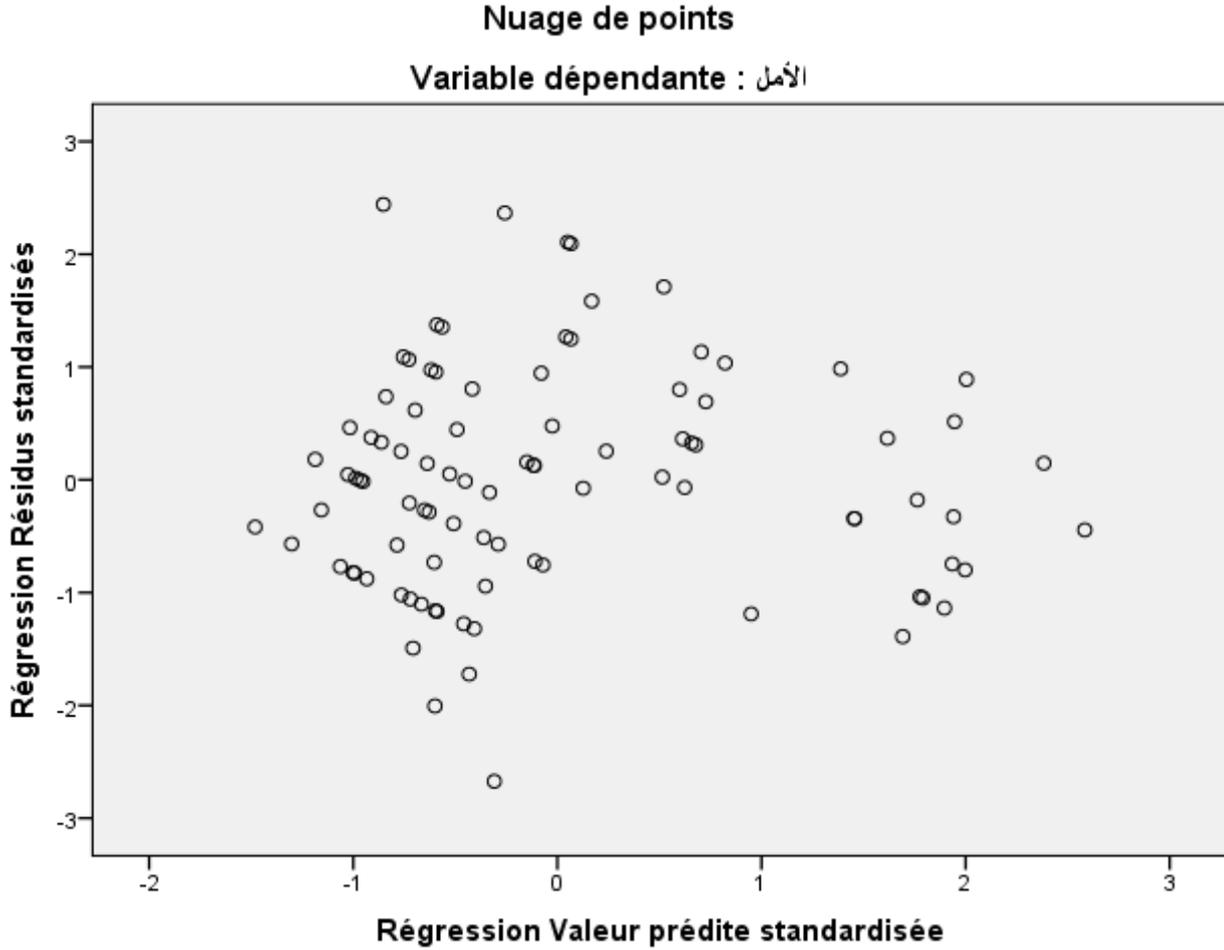
ويتضح من خلال الشكل رقم (22) بأن التوزيع طبيعي فيما يتعلق باستراتيجية إدارة الأمل لدى مرضى السرطان المتمثلة في الأمل.

Tracé P-P normal de régression Résidus standardisés



شكل رقم 23 يوضح الرسم البياني p-p plot لبيانات أثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الأمل

ويتضح من خلال الشكل رقم (23) بأن البيانات المتعلقة باستراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الأمل تتجمع حول الخط المستقيم وبالتالي فإن البواقي Residuals تتوزع حسب التوزيع الطبيعي، وهو شرط من شروط تحليل الانحدار.



شكل رقم 24 يوضح الرسم البياني شكل الانتشار للبواقي Residuals مع القيم المتوقعة لأثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الأمل ويتضح من خلال الشكل رقم (24) عدم وجود نمط معين للنقاط في الرسم البياني لشكل الانتشار للبواقي Residuals مع القيم المتوقعة لأثر مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الأمل، وهو ما يتسق مع شرط الخطية الذي يتطلبه تحليل الانحدار، ومنه فإن كل الشروط متحققة.

الفصل السابع

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

- 1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
- 2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
- 3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
- 4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
- 5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
- 6- مناقشة عامة

بناء على كل ما سبق تناوله فإننا نتطرق من خلال الفصل الحالي إلى محاولة لمناقشة وتفسير النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، والتي تم توضيحها من خلال الفصل السادس المعنون بعرض نتائج الدراسة، وهذه المناقشة والتفسير للنتائج ستنم في ضوء ما تم إيراده خلال بحثنا هذا من دراسات سابقة، وكذا في ضوء التراث النظري الذي تم تناوله في كل فصل من الفصول التي تناولت متغيرات الدراسة.

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

والتي تنص على أنه: "نتوقع سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان".

من خلال قيام الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على كل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي، تبين بأن المتوسط الحسابي لكل من البعد الداخلي والبعد الخارجي للحظ والصدفة متقاربين، في حين كان المتوسط الحسابي للبعد الخارجي لذوي النفوذ الأعلى قيمة بينهم، ومنه يتضح هيمنة البعد الخارجي لمصدر الضبط لذوي النفوذ لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، وقد تم التأكد من ذلك من خلال تطبيق معادلة روتر *Rotter*، وكذا اختبار فريدمان اللامعلمي، وتم التوصل إلى أن الفرضية الأولى قد تحققت، وبالتالي فإنه يمكننا القول بأننا نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل.

وهو ما يتفق مع الدراسة التي قام بها أراس وآخرين *Arraras et al 2002*، والتي توصلت إلى سيادة مركز الضبط الداخلي لدى مرضى الألم المزمن مقارنة بمرضى السرطان الذين يسود لديهم مركز الضبط الخارجي، ودراسة ميلاني بيرجر *Mélanie Berger 2009*، التي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الخارجي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وكذا دراسة ميدها تريباتي وآخرين *Medha Tripathi et*

al 2016، التي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الخارجي لدى عينة مكونة من 103 مريض سرطان رئة، ودراسة ساشا وجيباك Gibek K & Sacha T 2019، التي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان بالمقارنة مع غيرهم من المرضى نظرا لتصورهم بأن الآخرين مسؤولين عن حالتهم الصحية، وكذا لاعتمادهم على مصادر خارجية بغية التحكم بمرضهم مثل الأطباء وأفراد الأسرة، ودراسة مارتن ليندستروم وآخرين Martin Lindstrom et al 2022، والتي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الخارجي لدى النساء، وسيادة مصدر الضبط الداخلي لدى الرجال من مرضى القلب والأوعية الدموية والسرطان، ودراسة كيران وآخرين Keren D et al 2022، التي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى غالبية مرضى السرطان، وعزت ذلك إلى نظرتهم للأطباء على أن لديهم سيطرة كبيرة على مرضهم، في حين تم عزو ذلك حسب الدراسات السابقة إلى أسلوب التكيف التجنبي لدى مرضى السرطان، ودراسة أنجنوستي وآخرين Anagnosti F et al 2023، التي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ (الأطباء)، مما يدل على أن مرضى سرطان الرئة حسب هذه الدراسة يعتمدون أكثر على الأطباء بدلا من الاعتماد على أنفسهم للسيطرة على مرضهم.

في حين يختلف مع دراسة ديركس وآخرين Derks et al 2005، حيث توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الداخلي لدى المصابين بسرطان العنق والرأس من المسنين والشباب، وكذا دراسة تعولميت شرار وعلوية سمية 2021، حول مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السرطان، والتي توصلت إلى سيادة مصدر الضبط الداخلي لدى أفراد العينة المكونة من 48 مريض سرطان، وكذا دراستهما في 2022، حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، حيث تم التوصل من خلالها إلى سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي لديهم.

وبالرجوع إلى التراث النظري فقد عرف ويليامز وكوتشر Williams & Koocher 1998 مصدر الضبط الصحي على أنه عبارة عن مجموعة المعتقدات التي يمتلكها الفرد فيما يتعلق بالتأثير الذي قد يلعبه في الحفاظ على صحته وعلى بداية المرض ومساره، وهو نفس ما ذهب إليه والستون وآخرين 1978 Wallston et al، وكل من راو، مونتغومري، دوبيرستين وبوفبارغ 2005 Rowe, Montgomery, Duberstein & Bovberg، حيث يعتقد الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي حسبهم بأن أفعالهم هي من تحدد حالتهم الصحية، في حين يعتقد الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي بأن من سيحدد حالتهم الصحية هم الآخرين كالأطباء والممرضين أو أفراد أسرهم، وقد يرجعون مرضهم إلى القدر أو سوء الحظ، وبشكل أكثر تحديدا فإن الأشخاص الذين يعانون من مرض السرطان قد يعتبرونه عقابا من الله، وبأن الطبيب وحده يمكنه مساعدتهم، وهو ما يؤدي إلى ظهور مصدر الضبط الصحي الخارجي لديهم، في حين أن مريض السرطان ذو مصدر الضبط الصحي الداخلي سيربط تشخيص المرض لديه بقلته ممارسته للرياضة، أو باستمراره في التدخين لسنوات طويلة، واقتناعه بأن لسلوكياته أثر على صحته، وهو ما يؤدي إلى تسهيل عملية علاجه (Berger, 2009, pp 29–30).

ورغم أن تمتع الأفراد الأصحاء بمصدر ضبط داخلي يرتبط عادة بتمتعهم بمهارات تأقلم أفضل ويجعلهم بعيدين عن الاكتئاب، غير أنه قد يكون على عكس ذلك لدى الأفراد المصابين بمرض السرطان، فحسب كل من تايلور، ليشتمان و وود Taylor, Lichtman 1984 & Wood وكذا نوسة بريس وبيتر 2005 Naus, Price & Peter فإن قيام مريض السرطان بإلقاء اللوم على نفسه لإصابته بالمرض دون داع، وذلك لكون أنه ذو مصدر ضبط صحي داخلي، يمكن أن يكون غير صحي له، إضافة إلى أن هناك عدة عوامل قد تؤثر على مصدر الضبط الصحي، حيث ثبت بأن الإصابة بمرض خطير

كالسرطان، بما يتطلبه من خطة علاج طويلة المدى، مع تأثيرات العلاج المؤلمة قد تؤثر على نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مريض السرطان (Berger, 2009, p30).

كما أن لطريقة إدراك الشخص حول مدى سيطرته أثناء المرض تأثير مباشر على سلوكه اتجاه نظم الرعاية الصحية التي يخضع لها، حيث أن أولئك المرضى الذين يؤمنون بشدة بتأثير الآخرين على صحتهم سيلتزمون بخطة العلاج المقترحة عليهم بصرامة، في حين أنهم سيعانون من أعراض قلق أشد في حالة غياب الطبيب أو توقيف العلاج، أو عجز الأطباء عن التنبؤ بتطور حالتهم الصحية مثلاً، من أولئك المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي، وذلك لأن لديهم اعتقاداً راسخاً بالتأثير الوحيد الذي يلعبه هؤلاء الأشخاص على صحتهم، مما يؤدي إلى زعزعة استقرارهم النفسي في حال غيابهم أو عدم قدرتهم على مواجهة المرض (Berger, 2009, p 31).

وبالرجوع إلى التراث النظري فإنه يمكننا القول بأن شعور العجز وعدم القدرة على السيطرة على الأحداث البيئية المحيطة بالفرد، وكذا سلبيته وتقبله للتهديدات والعقاب دون محاولة تغيير الوضع، والتخلص من ذلك، لاعتقاده بعدم قدرته على فعل ذلك، يدل على أن هذا الفرد ذو اعتقاد بمصدر الضبط الخارجي، وهو ما يدفعه بدوره إلى الاعتقاد بسيطرة قوى خارجية على حياته وبيئته، دون أن يكون لقدراته وإمكانياته أي دخل في ذلك، ودون أن يأخذ على عاتق مسؤوليته الشخصية تغيير واقعه أو تحمل نتائج أفعاله، وعزو ما يحدث ببيئته إليها، وبالتالي فإنه يمكننا القول بأن العجز ما هو إلا سمة من سمات الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي.

وهو ما يؤكد روتر Rotter 1954 من خلال قيامه بتصنيف الأفراد من حيث معتقداتهم الصحية إلى ثلاثة أصناف، من بينهم ذوي مصدر ضبط الآخرين، وهم الأفراد الذين يمتنعون عن تحمل مسؤولية وضعيتهم الصحية، لاعتقادهم بمسؤولية الآخرين عنها، وهو ما يفسر سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ لدى أفراد عينة الدراسة

الحالية من مرضى السرطان، وذلك لارتباطهم بالأطباء ومقدمي الرعاية الصحية لهم، واعتقادهم بسلطتهم ومسئوليتهم عن مرضهم وشفائهم، وبأن ذلك خارج عن حدود قدراتهم ومعارفهم.

كما أنه يمكن تفسير سيادة مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لديهم من خلال ارتباطه بالمستوى التعليمي لدى أفراد العينة، فحسب جبالي نور الدين فإن مصدر الضبط الداخلي يرتبط بالمستوى التعليمي، وأغلب عينتنا من المستوى التعليمي المتوسط، حيث بلغت نسبتهم 25,80% وهي أعلى نسبة، وهو ما يفسر سيادة مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لديهم.

ومنه وحسب رأينا فإنه يمكن عزو سيادة مصدر الضبط الخارجي لدى عينة الدراسة الحالية إلى خطورة مرض السرطان، وصعوبة العلاجات الخاصة به، فسيادة مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ ترتبط باعتماد هؤلاء المرضى على الأطباء ومقدمي الرعاية لهم، وكما يؤكد التراث النظري فإن الأفراد الذين يتميزون بمصدر ضبط خارجي يجدون صعوبة في مواجهة الضغوط التي يتعرضون لها ويشعرون بالعجز المتزايد مع مرور الوقت، لاعتقادهم بعدم قدرتهم على التحكم في صحتهم، وحياتهم عموماً لعجزهم عن أداء أعمالهم ومهامهم اليومية المعتادة، فكلها تؤدي إلى تغيير نمط حياتهم مع ما يرافق ذلك من تعقيدات للمرض ويعزز لديهم مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لارتباطهم الدائم بالآخرين، وهو ما تعززه طبيعة التنشئة الاجتماعية وكذا الثقافة السائدة في مجتمعنا، من اعتقاد بسيطرة الأطباء وذوي النفوذ والسلطة على الأحداث المرتبطة بصحتنا وحياتنا عموماً، كما أن الغموض المحيط بمرض السرطان وبإجراءاته يساهم في تعزيز ذلك أيضاً.

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على أنه: "تتوقع انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان".

من خلال النتائج المتحصل عليها والموضحة في الجدول رقم (27)، فبعد أن تم استخراج التكرارات المقابلة لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على قائمة الصلابة النفسية، حيث تتوزع هذه الاستجابات على مستويين، المستوى المنخفض وتمثله الدرجة الكلية للاستجابات التي تتراوح ما بين 0 و 72، والمستوى المرتفع الذي تمثله الدرجة الكلية التي تتراوح ما بين 73 و 144، وبعد القيام باستخراج النسب المئوية لكل فئة من الفئتين من خلال التكرارات التي تقابل كلا منهما، حيث يمثل تكرار استجابات أفراد العينة التي تقع بين الدرجة 0 و 72 على قائمة الصلابة النفسية 59 مريضاً وهو ما تقابله نسبة 63,44% من أصل 93 مريضاً الذين تشملهم العينة الكلية للدراسة، وهو ما يعني بأن الفرضية الثانية قد تحققت، وبأن مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مرضى السرطان منخفض. وهو ما يتفق مع دراسة عوض وسنيورة 2015، حيث توصلت إلى أن متوسط النسبة المئوية التقديرية لدرجة الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات شمال الضفة الغربية بفلسطين قد بلغ 17.2%، وهي نسبة منخفضة، مما يعني بأن مستوى الصلابة النفسية لديهم منخفض، وكذا مع ما توصلت إليه دراسة تعولميت شراز وعلوية سمية سنة 2022، بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، حيث كشفت عن انخفاض في مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مرضى السرطان الذين شملتهم الدراسة.

في حين يختلف مع دراسة فؤاد صبيبة ورزان إسماعيل 2017، حيث توصلت إلى أن مستوى الصلابة النفسية كان بدرجة متوسطة لدى مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية، وكذا دراسة اشتية عماد عبد اللطيف حسين 2018، التي توصلت إلى أن مستوى

شعور المصابين بمرض السرطان بالصلابة النفسية كان متوسطاً، ودراسة أميرة الصلاح 2019، التي توصلت إلى ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة.

وبالرجوع إلى التراث النظري فإن الصلابة النفسية تعتبر سبباً مهماً من بين الأسباب الرئيسية التي تدفع بالفرد للوصول إلى درجة عالية من درجات الاستقرار النفسي، وتمنحه القدرة على مواجهة الضغوط الحياتية بفعالية، حيث تسهم في تعزيز قدرة الفرد على تقبل التغيرات والتعامل مع المشكلات التي يتعرض لها، ومنه فإن الصلابة النفسية تعمل بمثابة درع واق للفرد اتجاه الآثار السلبية التي يمكن أن يتعرض لها بمختلف الجوانب الحياتية (القطراوي، 2013، ص 47).

ويرى فنك 1992 Funk بأن الصلابة النفسية عبارة عن سمة شخصية عامة لدى الفرد، تتكون بناءً على الخبرات البيئية المختلفة والمتنوعة التي يتعرض لها الفرد منذ الصغر، في حين يرى كونستنتوف Konstantinove بأن مفهوم الصلابة النفسية يشمل مجموعة الأفعال التي تصدر عن الفرد بغرض التمكن من تقييم الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد، والتي يمكن أن تؤثر على صحته وسلامته الجسدية والنفسية، والتصدي لها، حيث يمكن للصلابة النفسية بأبعادها ومكوناتها المتعددة أن تجعل الفرد مهياً وقادراً على تقييم الأحداث الضاغطة، وجعلها أقل تهديداً (السيد، 2001، ص 210).

ووفقاً لكوبازا Kobaza فإن الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الصلابة النفسية يفتقرون لإيجاد معنى فيما يتعرضون له من أحداث، ويشعرون بالتهديد المستمر، كما يعانون من الضعف في مواجهة الأحداث المتغيرة، ولديهم اعتقاد سلبي بأن الحياة ستكون أفضل في حال ما إذا تميزت بالثبات في أحداثها، أو كانت خالية من التجديد، بحيث يظهرون استجابات سلبية خلال تفاعلهم مع البيئة من حولهم (العبدلي، 2012، ص 18-19).

وبما أن الصلابة النفسية غالباً ما تنشئ لدى الفرد جدار دفاع نفسي يعينه على التكيف السليم مع الأحداث الحياتية الضاغطة والمؤلمة، وتخلق لديه شخصية شديدة الاحتمال، قادرة على مواجهة الضغوط الحياتية والتخفيف من آثارها السلبية، للوصول به إلى مرحلة من التوافق، والنظر بنظرة ملؤها التفاؤل والأمل نحو المستقبل، وتجعل حياته خالية من القلق والاكتئاب (العبدلي، 2012، ص 33)، فإن الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان تعد ضرورة لابد منها، وتلعب دوراً حاسماً في مدى تقبلهم لنمط حياتهم الجديد والتكيف معه، والرضا عنه، فالصلابة النفسية تعمل على تخفيف وقع الأحداث الضاغطة على كل من الصحة الجسدية والنفسية لمرضى السرطان، وتساهم في رفع قدرته على الإدراك والتقويم، والمواجهة المباشرة للأحداث الضاغطة، مما يقلل لديه من مستويات التوتر والقلق الذي يخلفه التعرض لهذه الضغوط (الهادي، 2009، ص 89).

وغالباً ما يعاني مريض السرطان من الاكتئاب، والذي يعد عرضاً نفسياً خطيراً من شأنه التأثير على كل من تقبل العلاج وكذا فعاليته، إضافة إلى أن توقعاتهم السلبية حول مآل المرض، وحول مدى فعالية العلاجات الخاصة به من شأنها أن تثبط من عزيمة مريض السرطان، وقد يلجأ الكثير من مرضى السرطان إلى إنكار المرض، ورفض التحدث عنه مع الآخرين، والإصرار على وجود خطأ في التشخيص، ويستمر ذلك الإحساس لديهم رغم بدء العلاج (Mayou Richard et al, 2003).

وقد توصلت دراسة راز وسولومون Raz & Solomon 2006، إلى أن الصلابة النفسية تساعد مرضى السرطان على التعايش مع الأحداث الصادمة أو الأحداث المثيرة للضغط والمشقة النفسية (Raz Y.H & Solomon Z, 2006)، كما توصلت دراسة شيماء عاطف سيد، طه أحمد المستكاوي ومايسة محمد شكري 2022 إلى إسهام الصلابة النفسية فيما يتعلق ببعد التحكم في خفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي (سيد والمستكاوي وشكري، 2022).

غير أنه يمكننا تفسير انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان الذي تم التوصل إليه في الدراسة الحالية، من خلال ما قدمه عالم الفيزيولوجيا هانز سيلبي Hanz Seley في نظريته التي تناولت التكيف الفيزيولوجي مع الأحداث الحياتية الضاغطة سنة 1956، وأعاد صياغتها سنة 1976، وأطلق عليها تسمية متلازمة التكيف العام (GAS) General Adaptation Syndrome، وتتمثل في سلسلة من الاستجابات الفيزيولوجية التي من خلالها يقوم الجسم بمواجهة الأحداث الضاغطة، وتتمثل هذه المراحل في مرحلة الإنذار أو التنبيه، والتي تصف الاستجابة الأولية التي يتم من خلالها استدعاء القوى الدفاعية للجسم بغرض مواجهة الخطر المحدق به، ومرحلة المقاومة، والتي تحدث في حال استمرار التعرض للموقف الضاغط، بحيث تتبع مرحلة الإنذار، وهنا يحاول الجسم العمل على مواجهة التهديد المحيط به، وأخيرا مرحلة الاستنزاف أو الإعياء، حيث أن طول مدة تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، تجعله يصل إلى مرحلة لا يستطيع فيها مقاومة ما يتعرض له من ضغوط، أو التغلب عليها، وبالتالي فإنه يصبح أكثر عرضة لاختلال وظائفه الفيزيولوجية والنفسية، بحيث توصل إلى أنه لا يمكن الفصل بين كل من الاجهاد الجسدي والنفسي الذين تتعرض لهما العضوية في مرحلة الاستنزاف، وهو ما يتطابق مع ما يمر به ويعايشه مريض السرطان من ضغوط شديدة تبدأ من يوم إعلان التشخيص بإصابته بهذا المرض وتستمر معه خلال مسار العلاج ومسار الألم والمعاناة، مما يؤدي به إلى مرحلة الاستنزاف، والاجهاد الجسدي والنفسي، وانهايار دفاعاته، والتي من بينها مستويات الصلابة النفسية لديه.

كما أن لازاروس Lazarus قد بين بأن حدوث الخبرة الضاغطة يعتمد بشكل أساسي على إدراك الفرد للموقف، واعتبارها مواقف قابلة للتعايش معها، بما في ذلك عملية الإدراك الثانوي، وتقييم الفرد لقدراته الخاصة، وتحديد مدى كفاءتها في التعامل مع المواقف الصعبة، فالتقييم السلبي للفرد لقدراته يدل على ضعفها، وعدم كفايتها في التعامل مع

المواقف الصعبة، مما يدفعه إلى الشعور بالتهديد، وهو ما يعني حسب لازاروس Lazarus 1966 توقعات الفرد لما يحدث له سواء بدنيا أو نفسيا، والتي تخلق لديه شعورا بالخطر والضرر الذي يقرر الفرد وقوعه بشكل فعلي (مخير، 2002، ص 5)، وهو ما يتعرض له مريض السرطان من خلال معاشته لكل الأحداث الضاغطة التي تترافق مع إصابته بهذا المرض وتلقي العلاجات الخاصة به.

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

والتي تنص على أنه: "نتوقع أن تكون استراتيجيتي الصلاة والأمل هي الأكثر استخداما لدى مرضى السرطان في إدارة الألم".

من خلال النتائج المتوصل إليها بعد قيام الباحثة باستخراج كل من التكرارات والنسب المئوية المقابلة لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على كل بعد من أبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الألم، تبين لنا بأن الفرضية الثالثة قد تحققت في جزء منها فقط، وبأن الاستراتيجيتين السائدتين في إدارة الألم لدى مرضى السرطان هما استراتيجيتي الصلاة وتجاهل الألم، حيث بلغت نسبة تكرار استجابات أفراد العينة من مرضى السرطان فيما يتعلق باستراتيجية الصلاة 76,34%، وبلغت فيما يتعلق باستراتيجية تجاهل الألم 68,81%، لتأتي بعد ذلك استراتيجية الأمل بنسبة 63,44%، ثم استراتيجية تحويل الانتباه بنسبة 60,21%، واستراتيجية التضخيم بنسبة 55,91%، وفي الأخير الاستراتيجية الأقل استخداما لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، وهي استراتيجية إعادة تفسير الألم حيث بلغت نسبة تكرار الاستجابات عليها 19,35%، وهي الأقل بين كل استراتيجيات إدارة الألم.

وهو ما يتفق جزئيا مع دراسة أورسولا ريليجيوني وآخرين Ursula Religioni et al، 2022، والتي تناولت استراتيجيات إدارة الألم السائدة لدى مرضى السرطان من خلال

تطبيق نموذج استبيان CSQ، حيث توصلت إلى أن المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والعوامل الطبية تؤثر على نوعية استراتيجيات إدارة الألم التي يختارها المرضى، والتي تركزت عموماً في بعدي الصلاة والأمل، كما توصلت إلى أن نوعية الأبعاد التي يعتمدها المرضى لإدارة الألم تتأثر بالمستوى التعليمي ومستوى الدخل واتباع العلاج الإشعاعي، مما يعني أن علماء النفس العيادي يمكنهم بسهولة تحديد مجموعات المرضى الذين يحتاجون إلى الدعم النفسي خاصة فيما يتعلق بزيادة الثقة بالنفس في مكافحة المرض بالاعتماد على هذه النتائج، واقتُرحت الدراسة إجراء المزيد من الدراسات على مرضى السرطان بالاعتماد على استبيان استراتيجيات إدارة الألم CSQ، حيث يمكن أن يكون تحديد نوع الاستراتيجية المستخدمة عاملاً تنبؤياً لتحديد الآثار المتوقعة للعلاج، كما أن معرفة المتغيرات التي تؤثر على اختيار المرضى لنوع استراتيجيات إدارة الألم يمكن أن يسمح بتركيز أنشطة العلاج النفسي على المرضى الذين هم في أمس الحاجة للدعم وتعديل سلوكهم ومواقفهم اتجاه الألم، مما يؤدي إلى تقليل حدوث القلق والاكتئاب وكذا تحسين تشخيص المرض، كما أشارت الدراسة إلى أن تحديد استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان تؤثر على فعالية العلاج وتطور قابلية التعرض للألم، كما توصلت دراسة بخوش سارة 2022، إلى أن أكثر الاستراتيجيات التي يستعملها مريض السرطان في إدارة الألم المرتبط بالمرض وإجراءات العلاج هي الاستراتيجيات التكيفية الإيجابية، بدلاً من الاستراتيجيات غير التكيفية السلبية.

وتوصلت دراسة بيك وفالكسون Beck & Falkson، 2001، إلى أن المعتقدات والممارسات الثقافية تشكل سياقاً هاماً لفهم آلام السرطان وكيفية إدارتها، ويوجد اختلافات ثقافية فيما يتعلق بالسرطان كمرض وتوقعات الألم وتحمله وطرق التعبير عنه، وكذا ممارسات الرعاية الصحية، وشملت الدراسة العوامل الرئيسية التي تؤثر على كيفية إدارة الألم، حيث تمثلت في كل من المعايير الثقافية والمعرفية والموارد والاتصالات والعلاقة بين

المريض ومقدم الرعاية والعلاقات المهنية، كما توصلت الدراسة إلى أن وجود هذه العوامل يعزز الإدارة الفعالة للألم، في حين أن غيابها يخلق حاجزا أمام تحقيق ذلك (Beck & Falkson, 2001).

وبالرجوع إلى التراث النظري فإن استراتيجيات إدارة الألم تمثل الإجراءات التي يقوم المريض باتخاذها خلال معاناته من الألم، وتعتمد فعاليتها على درجة الألم، ومستوى التوتر الذي يعاني منه، وكذا على الخصائص الفردية التي تميزه، وقد تم التوصل إلى أن مرضى السرطان غالبا ما يعتمدون استراتيجيات معينة كاللجوء إلى الصلاة، والأمل، أو تجاهل الألم، أو تحويل الانتباه (Ursula Religioni et al, 2022, p 8).

وقد توصلت الدراسة التي قام بإجرائها إيمي وآخرين Amy et al 2007 إلى وجود عدد من الافتراضات ترتبط بالكيفية التي يؤثر من خلالها كل من الدين والمعتقدات الدينية، واستراتيجيات التعامل مع الألم الدينية، حيث وجدت بأن للعوامل الدينية خمسة عناصر أساسية يمكن أن تؤثر من خلالها على مستوى الألم، والتي من بينها قيام الأفراد باللجوء إلى العزو الديني للمشكلات التي تواجههم، بغرض إيجاد معنى وسبب لما يعانونه من ألم، فحسب لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman 1984 فإن سلوكيات الفرد اتجاه الأحداث لا تحددها خصائصه، وإنما طريقة إدراك الفرد للموقف، ولقدراته وللمصادر التي يتعامل من خلالها معه، وبالتالي فإن تفسير المرض والألم ضمن إطار ديني قد يمنح الفرد الراحة والقدرة على المواجهة، كأن يعتقد الفرد بأن الألم الذي يعانيه سيجعله أقوى ويقربه أكثر من ربه، كما أن العكس قد يكون صحيحا، بحيث يؤدي العزو الديني السلبي إلى اليأس وانخفاض المعنويات لدى الفرد، كأن يفكر بسبب إصابته هو بالألم دونا عن باقي الناس، وهو ما يؤدي به إلى نتائج صحية سلبية، كما أن العزو الديني المرتبط بقدرة الفرد على التحكم بفعالية فيما يتعرض له من مواقف، قد يؤدي به إلى زيادة فعاليته الذاتية وتحسين قدرته على التكيف مع الألم والعجز، والرفع من قدرته على استخدام استراتيجيات

المواجهة الإيجابية، ويمكن أن تفيد الصلاة وقراءة النصوص الدينية، كوسائل تعمل على تشتيت انتباه المريض بعيدا عن الألم، وبالتالي زيادة قدرته على تحمل الألم، إضافة إلى أن الاشتراك بصورة نشطة في العبادات الجماعية، قد يكون وسيلة فعالة تتيح للمريض الفرصة للحصول على الدعم الديني والجماعي، حيث تم التوصل إلى أن المشاركة في العبادات ضمن جماعات يعتبر عاملا منبئا بالصحة الجسدية والعقلية للفرد، وأن قيام الفرد بالممارسات الدينية كالصلاة والتأمل والدعاء يؤدي إلى حالة تشبه الاسترخاء، تؤدي مباشرة إلى إحداث تغيير في الجوانب الفيزيولوجية للألم، حيث توصل كارلسون وآخرين Carlson 1988 et al من خلال دراسة قاموا فيها بالمقارنة بين كل من تقنيات الاسترخاء والتأمل الديني، إلى نتائج مفادها أن الطلاب الذين قاموا بالمشاركة في برامج العبادة التأملية، قد أظهروا مستويات أقل من القلق والغضب، مقارنة بمجموعة أخرى قامت بتمارين الاسترخاء (حسانين، 2011، ص 105-106).

إضافة إلى ذلك وحسب رأي الطالبة الباحثة فإن سيادة كل من استراتيجيتي الصلاة وتجاهل الألم لدى أفراد العينة من مرضى السرطان راجع إلى الثقافة المسلمة التي تربي عليها المجتمع الجزائري، فقيام مريض السرطان بتفسير المرض والألم ضمن إطار ديني قد يمنحه الراحة والقدرة على مواجهة والتصدي لمعاناته، والعكس صحيح، حيث أن قيامه بمنحها تفسيراً دينياً سلبياً قد يؤدي به إلى اليأس وانخفاض معنوياته، إضافة إلى أن انشغال المريض بالصلاة وقراءة القرآن من شأنه أن يؤدي إلى تشتيت انتباهه بعيداً عن الألم، وبالتالي زيادة قدرته على تحمله، وانخراط المريض في الممارسات الدينية كالصلاة والتأمل والدعاء تجعله في حالة شبيهة بالاسترخاء، مما يؤدي مباشرة إلى حدوث تغييرات في الجوانب الفيزيولوجية للألم، كما سبقت الإشارة إليه.

فالمعاناة التي يعايشها مريض السرطان تؤدي به إلى البحث عن ركن شديد يأوي إليه ويتمسك به ليحس بالأمان في مواجهة الضغوط الشديدة التي تتسبب فيها الإصابة بهذا

المرض الخطير والغامض من حيث آثاره ومآلاته، وليس هنالك ركن شديد كاللجوء إلى الله، من خلال الصلاة والدعاء، وخصوصاً صلاة الجماعة التي يحث عليها الدين الإسلامي، واشتراكه في العبادات الجماعية من شأنه أن يتيح له الفرصة للحصول على الدعم الديني والجماعي من أفراد مجتمعه والمحيطين به، وهو ما يفسر لجوء مريض السرطان إلى الصلاة كاستراتيجية لإدارة آلامه.

ويمكن إرجاع سيادة استراتيجية تجاهل الألم لدى مريض السرطان أيضاً حسب رأينا إلى الثقافة الإسلامية التي تربي عليها مجتمعنا، والتي تحث على الصبر، وتؤكد على ما للصابرين من أجر عظيم، فأمام إحساس مريض السرطان بغموض ما يواجهه من مرض خطير، ومن آلام تتجاوز حدود قدراته على السيطرة عليها، فإنه يلجأ إلى الصبر كحل ليس له بديل، وليس هناك ما هو أفضل منه حسب ثقافتنا الدينية، وبالتالي تجاهل آلامه، ومحاولة الانشغال عنها بالقيام بما يرضي الله، وما يدعم رغبته في الحصول على دعم هذا الركن الشديد من خلال التقرب إليه بالصلاة والعبادات، سعياً منه للحصول على دعمه وتمكينه من مواجهة هذه المعاناة التي تتجاوز حدود قدراته وإدراكاته.

وإضافة إلى ذلك فإن لسمات الشخصية ذات الاستعداد للإصابة بالسرطان التي يتميز بها هؤلاء المرضى أساساً والتي من أبرزها التكتّم وكبت المشاعر، دوراً هاماً حسب رأينا في دفع مريض السرطان إلى الميل نحو تجاهل آلامه، وعدم التعبير عنها، والرغبة في الهروب منها وعدم مواجهتها، وبالتالي اعتماده لتجاهل الألم كاستراتيجية لإدارة ما يعانیه من آلام.

4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

والتي تنص على أنه: "تتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان".

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد قيام الطالبة الباحثة باستخراج معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي وبين الدرجة الكلية للصلابة النفسية، اتضح وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبين البعد الخارجي لذوي النفوذ، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما $-0,262$ ، أما معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبين البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي للحظ والصدفة فقد بلغت قيمته $-0,237$ ، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة $0,05$ ، في حين أن معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي قد بلغت قيمته $-0,003$ عند مستوى الدلالة $0,978$ وهي قيمة غير دالة، مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كل من البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والدرجة الكلية للصلابة النفسية، ومنه فإنه يمكن القول بأن الفرضية الرابعة قد تحققت، وبأنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي الخارجي السائد لدى مرضى السرطان وبين مستوى الصلابة النفسية لديهم.

وبغرض التحقق من اتجاه هذه العلاقات الارتباطية تم استخراج الشكلين رقم (17) و(18) الذين يوضحان منحى العلاقة بينهما، حيث اتضح من خلالهما وجود علاقة ارتباطية عكسية، فكلما كانت استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالبعد الخارجي لمصدر الضبط لذوي النفوذ والبعد الخارجي لمصدر الضبط للحظ أعلى كلما كانت الدرجة الكلية للصلابة النفسية أقل.

وهو ما يتفق مع دراسة تعولميت شراز وعلوية سمية، 2022، حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، حيث توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كل من مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، في البعد الداخلي وبعد الحظ والصدفة، وعدم وجودها في بعد ذوي النفوذ،

في حين أنه لا توجد أية دراسات سابقة أخرى تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية ومصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان في حدود إطلاع الطالبة الباحثة.

وبالرجوع إلى التراث النظري فإننا نجد بأن الصلابة النفسية ترتبط باعتقاد الفرد بمدى فعاليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة له، حتى يتمكن من إدراك وتفسير وكذا التصدي بفعالية لما يواجهه من أحداث الحياة الضاغطة (دخان والحجار، 2006، ص 373)، إضافة إلى أن إدراك الفرد للظروف المحيطة به سواء كانت داخلية أم خارجية، هو ما يحدد مدى فعالية مصادره النفسية والبيئية في جعله قادرا على مواجهة والتغلب على الضغوط، وهو ما يعبر عنه مفهوم مصدر الضبط الصحي، والذي يعكس إدراك الفرد بخصوص العلاقات المحتملة بين ما يصدر عنه من سلوكيات وبين الأحداث التي تترتب عن تلك السلوكيات، ففي حال ما إذا اعتقد الفرد بأن العوامل التي تتحكم في النتائج المترتبة عن سلوكه ترتبط بسماته الشخصية، ومدى كفاءته ومهاراته الخاصة وجهده الشخصي، كان ذا مصدر ضبط داخلي، أما إذا اعتقد بأن العوامل التي تتحكم في سلوكه مرتبطة بقوى خارجة عن نطاق سيطرته كان ذا مصدر ضبط خارجي، وقد توصلت عدة دراسات كدراسة (Kobasa, 1979)، (Fielding & Gall, 1982)، (Sarason et al, 1983)، (Younger, 1995)، (Frazier, 1999)، (Hobbis et al, 2003)، إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التغلب على الضغوط النفسية وبين مصدر الضبط الداخلي، وكذا بين تأثير الضغوط النفسية ومصدر الضبط الخارجي.

وبالتالي فإن مصدر الضبط الصحي يلعب دورا هاما في التأثير على النتائج المترتبة عن الضغوط النفسية (أحمان، 2012، ص 25-26)، ومنه فإنه يمكننا تفسير النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية من وجود علاقة ارتباطية بين كل من مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية، يكون أنهما يلتقيان في نقطة واحدة تتمحور أساسا حول مدى اعتقاد مريض السرطان وإدراكه لإمكانياته وقدراته الداخلية من جهة، وكذا حول ما يحيط

به من ظروف خارجية من جهة أخرى، ونظرته حول مدى فعالية استخدام كل منها لتمكينه من التغلب على الضغوط التي تسببها له الإصابة بهذا المرض، مع ما يتبع ذلك من آثار نفسية وتبعات مادية وعلاجات وآلام جسدية.

فكل من الصلابة النفسية ومصدر الضبط الصحي يرتبطان بمعتقدات الفرد حول إمكانياته وقدراته، ففي حين يرتبط مفهوم الصلابة النفسية باعتقاد الفرد بقدرته على استغلال كل المصادر المتاحة له، من إمكانيات نفسية وبيئية، بغرض التمكن من مواجهة والتصدي لما يتعرض له من أحداث ضاغطة، يرتبط مفهوم مصدر الضبط الصحي بالكيفية التي يدرك من خلالها الفرد ما يحيط به من ظروف داخلية وخارجية، وحول العلاقات المحتملة بينها وبين ما يصدر عنه من سلوكيات وتصرفات في مواجهة الأحداث التي يعايشها، سواء من خلال اعتقاده بتحكمه في النتائج المترتبة عن سلوكياته، وبعلاقتها بكفاءته ومهاراته، أو من خلال اعتقاده بتحكم قوى خارجية خارجة عن نطاق سيطرته فيها.

ومن خلال ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بوجود علاقة ارتباطية عكسية، حيث أنه كلما كانت استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالبعد الخارجي لمصدر الضبط لذوي النفوذ والبعد الخارجي لمصدر الضبط للحظ أعلى كلما كانت الدرجة الكلية للصلابة النفسية أقل، فذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي سواء لذوي النفوذ أو للحظ يرجعون النتائج التي يتحصلون عليها إلى الآخرين من ذوي النفوذ أو إلى الحظ والصدفة، وليس إلى سلوكهم الشخصي، وقدراتهم وإمكانياتهم، في حين أن ذوي المستوى المرتفع من الصلابة النفسية يتميزون بعكس ذلك، حيث أنهم يتميزون حسب تايلور 1995 Taylor بإيمانهم بسيطرتهم واحساسهم بأنهم المتسببين فيما يحصل لهم من أحداث حياتية، وبأنهم قادرين على التأثير في بيئتهم، كما أنه ومن خلال الدراسات التي قامت بإجرائها كوبازا Kobaza فقد توصلت إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية يكونون ذوي وجهة ضبط داخلية، وليس خارجية، وهو ما يتفق مع تفسيرنا للنتيجة التي تم

التوصل إليها من خلال الدراسة الحالية، والمتمثلة في وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ والحظ وبين المستوى المنخفض للصلاية النفسية.

5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

والتي تنص على أنه: "نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلاية النفسية على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان".

من خلال قيام الطالبة الباحثة باستخراج معامل الارتباط بين استراتيجيات إدارة الألم وبين أبعاد مصدر الضبط الصحي والدرجة الكلية للصلاية النفسية، اتضح بأنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بينها فيما يتعلق باستراتيجيات التضخيم، وتجاهل الألم، وتحويل الانتباه، وإعادة تفسير الألم، في حين توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من استراتيجية الصلاة والبعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما 0,182، عند مستوى الدلالة 0,041 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05، مما يدل على أن اعتماد مرضى السرطان لاستراتيجية الصلاة في إدارة آلامهم مرتبط بالبعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لديهم فقط دون باقي أبعاد مصدر الضبط الصحي، أي أنه كلما كان مريض السرطان ذا مصدر ضبط صحي خارجي فإنه يلجأ إلى استراتيجية الصلاة لإدارة ألمه، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بينها وبين مستوى الصلاية النفسية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما 0,708، عند مستوى الدلالة 0,000، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01، مما يدل على أن اعتماد مرضى السرطان على استراتيجية الصلاة في إدارة آلامهم مرتبط أيضاً بمستوى الصلاية النفسية لديهم، وهي علاقة طردية موجبة، أي أنه كلما كان مستوى الصلاية النفسية مرتفعاً لديهم، كلما كان لجوؤهم إلى استخدام استراتيجية

الصلاة لإدارة الآمهم أكثر، في حين يتضح لنا عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي واستراتيجية الصلاة.

كما اتضح لنا أيضاً من خلال النتائج المتحصل عليها والموضحة في الجدول رقم (30) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كل من مستوى الصلابة النفسية واستراتيجية الأمل، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما 0,646 عند مستوى الدلالة 0,000، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01، وهي علاقة ارتباطية طردية موجبة، مما يدل على أنه كلما كان مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان أعلى فإن لجوؤهم إلى الأمل كاستراتيجية لإدارة الآمهم يكون أكثر، في حين يتضح لنا عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي وبين اعتماد استراتيجية الأمل في إدارة الأمل لدى مرضى السرطان.

ومن خلال هذه النتائج المتحصل عليها قامت الطالبة الباحثة بالبحث في معامل التأثير بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية واستراتيجيات إدارة الأمل، بغرض التمكن من الإجابة عن الفرضية الخامسة، حيث تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Stepwise Multiple Regression، وتم التوصل إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ على استراتيجية إدارة الأمل لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة، حيث بلغت قيمة $R^2 = 0,527$ ، وبلغت قيمة $F = 50,107$ ، كما بلغت قيمة $SIG = 0,000$ ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01، كما تم التوصل إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الأمل لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة، حيث بلغت قيمة $R^2 = 0,502$ ، وبلغت قيمة $F = 91,665$ ، كما بلغت قيمة $SIG = 0,000$ ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01.

وتوصلت الدراسة أيضا إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الأمل، حيث بلغت قيمة $R^2 = 0,418$ ، وبلغت قيمة $F = 65,263$ ، كما بلغت قيمة $SIG = 0,000$ ، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $0,01$ ، ومنه فإن الفرضية الخامسة قد تحققت فيما يتعلق بمصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ، ومستوى الصلابة النفسية، وأثرهم على استراتيجية الصلاة، وكذا أثر مستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الأمل فقط.

وقد توصلت دراسة ديركس وآخرين Derks et al، 2005، إلى أن الشباب يستخدمون استراتيجيات تكيفية أكثر ملاءمة، وإلى سيادة مصدر الضبط الداخلي لديهم، في حين استخدم المسنين استراتيجيات مواجهة دينية أكثر، وارتبطت استراتيجيات التجنب بالأعراض الاكتئابية، ومستوى منخفض من جودة الحياة في كلا المجموعتين، في حين لم تتمكن الطالبة الباحثة في حدود اطلاعها من إيجاد أية دراسة سابقة بحثت في أثر أي من متغيري مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية على استراتيجيات إدارة الألم التي يعتمدها مرضى السرطان في إدارة الألم.

غير أنه وبالرجوع إلى التراث النظري فإننا نجد بأن نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى المرضى يلعب دورا هاما في الألم، وذلك حسب ما توصلت إليه دراسة أراس وزملائه Arraras et al، 2002، وكما أشار إليه كل من تومي ومان وأباشيان وتومسون بوب Toomey, Mann, Abashian & Thompson- Pope، 2002، من أنه ورغم صعوبة قياس تأثير مصدر الضبط الصحي لدى مرض السرطان، فإن المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي المزمن، والذين يمتلكون مصدر ضبط صحي داخلي يصفون آلامهم على أنها أقل تكرارا وكثافة من المرضى الذين يمتلكون مصدر ضبط خارجي، ويتمتع المصابون بالسرطان الذين يشعرون بقدرتهم على السيطرة على أعراض مرضهم بمهارات تأقلم واستراتيجيات مواجهة وكذا بصحة نفسية أفضل، ويعانون من قلق واكتئاب

وتوتر أقل، ووفقا لدراسة فالك وفانك Valck & Vinck 1996 فإن المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي أكثر انتباها لأعراض المرض الجسدية المحتملة، كما أنهم أكثر حساسية للتغيرات الجسدية، ويبلغون أكثر من غيرهم عن الآثار الجانبية للعلاج (Berger, 2009, pp 31-32) وهو ما يأخذنا إلى القول بأنه ربما كان من الأفيد لمريض السرطان أمام كل ما يعانیه من آلام أن يكون ذا مصدر ضبط خارجي، حتى تقل لديه هذه الحساسية اتجاه التغيرات الجسدية التي تصيبه، كما أنه يمكننا أن نفسر وجود أثر ذو دلالة إحصائية قوية بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لدى مرضى السرطان وبين استخدامهم لاستراتيجية الصلاة لإدارة الآلام، بكون أن هؤلاء المرضى يقومون باللجوء إلى القوة الأكبر بالنسبة لهم وذو النفوذ المطلق وهو الله، ليشكو له معاناتهم مع الألم، وعدم قدرتهم على السيطرة عليه، ومعرفة حل له، وذلك من خلال صلاتهم.

كما يمكن تفسير ارتباط إدراك هؤلاء المرضى للألم على أنه ضغط خارجي يمكن لذوي النفوذ فقط السيطرة عليه، وبأن ذلك خارج عن نطاق سيطرة المريض في حد ذاته، وارتباط ذلك بالعوامل الثقافية لأفراد عينة الدراسة من مرضى السرطان الذين ينتمون إلى بيئة مسلمة، دفعهم إلى اللجوء للصلاة لله كون أنه صاحب النفوذ المطلق في الوجود، وهو ما يفسر لنا وجود أثر ذو دلالة إحصائية قوية بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ وبين اعتماد مرضى السرطان لاستراتيجية الصلاة لإدارة الآلام.

وقد توصلت عدة دراسات كدراسة دووركين وآخرين Dworkin et al 1992، ودراسة تيرك وآخرين Turk et al 1994-1995، إلى أن للعوامل الثقافية والاجتماعية دور هام في فهم وتشكيل خبرة الألم، حيث تؤثر العوامل الثقافية، خاصة فيما يتعلق منها باعتقادات الجماعات العرقية على الطريقة التي يدرك من خلالها الفرد الألم، والتي يستجيب بها لأعراضه، ويمكن أن تكون الفروق في درجة الألم المرتبط بالانتماء العرقي والثقافي

للفرد، راجعة إلى اختلاف المعايير الثقافية المرتبطة بالتعبير عن الألم (حدان، 2015، ص 56)، وهو ما يؤكد التفسير الذي سبق لنا تقديمه.

أما في دراسة سكونويتز وآخرين 1993 Schonwetter فقد أوضحوا بأن مصدر الضبط ينبئ بالنتائج التعليمية كون أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي يعتقدون بأنه ليست هناك علاقة بين نتائجهم وجهودهم، مما يؤدي إلى قلة مثابرتهم في أداء مهامهم (بوالليف، 2010، ص 61).

وتظهر لدى المرضى الذين يعانون من الألم، عدة معتقدات مختلفة تتعلق بأسباب ومعاني الألم، وكذا بالطرق العلاجية المناسبة لعلاج، ويمكن أن لا تكون هذه المعتقدات فردية، وإنما متأثرة بالثقافة التي ينتمي إليها المريض، والتي غالباً ما تكون غير صحيحة وغير تكيفية (حسانين، 2011، ص 73)، وقد كان هوارد بيتشر Howard Beecher 1959 واحداً من أوائل الأطباء الذين أدركوا أهمية علاقة درجة إحساس الفرد بالألم وبالعجز، بطريقة تفسيره لألمه، فخلال الحرب العالمية الثانية، وأثناء عمله بالخدمة العسكرية لاحظ العديد من إصابات الحرب، ولفت انتباهه أثناء قيامه بعلاجها، أن ربع الجنود فقط من طلبوا استعمال المورفين للتخفيف من ألمهم، رغم أن كل الإصابات كانت مؤلمة وشديدة، وبعودته إلى عيادته بمدينة بوسطن، وقيامه بعلاج إصابات مشابهة لدى المدنيين، توصل من خلال المقارنة بينهم إلى أن 80% من المدنيين الذين عانوا من الألم الشديد قد طلبوا استخدام المورفين، ولتفسير ذلك استنتج بيتشر Beecher بأن المعنى الذي يمنحه الفرد للألم يحدد وبدرجة كبيرة طريقة تعامله مع هذا الألم، ففي حين يفسره الجندي على أنه دليل على خروجه حياً من المعركة، وبأنه سيتمكن من العودة إلى وطنه، يفسره المدني على أنه حدث دخيل غير مرحب به في حياته وضمن نشاطه اليومي (شيلي تايلور، 2008، ص 581)، وهو ما يفسر لنا ارتباط مصدر الضبط الصحي كون أنه يعبر عن معتقدات الفرد حول صحته، باستراتيجيات إدارة الألم التي يعتمدها مريض السرطان.

وفي دراسة شملت مجموعات مختلفة من مرضى الألم المزمن، تم التوصل إلى أن أولئك الذين قاموا بإرجاع الألم إلى تعرضهم لإصابات أو صدمات ما، قد أظهروا مستويات أعلى من حيث شدة الألم، والانفعال، وتأثيرا أكبر لذلك على حياتهم اليومية، خصوصا عند القيام بمقارنتهم بمجموعة أخرى من الأفراد الذين قاموا بإرجاع الألم إلى أسباب وعوامل مجهولة، رغم عدم وجود فروق موضوعية بينهم، وتبين أيضا بأن المجموعة الأولى التي قامت بإرجاع الألم إلى أسباب مرضية وصدمية، قد قام الأطباء بوصف مسكنات لهم، أكثر من المجموعة الثانية، ومن بين المعتقدات التي تؤثر على الألم المزمن، المعتقدات المتعلقة بمدى قدرة المريض على التحكم في ألمه، أو ما يطلق عليه بوجهة الضبط، حيث توصلت الدراسات إلى أن المرضى ذوي وجهة الضبط الداخلية يسجلون مستويات منخفضة، ونوبات أقل من الألم، ويستفيدون بشكل أكبر من البرامج العلاجية للألم، كما أنهم يلتزمون بتأدية تمارينهم بشكل منضبط بعد الانتهاء من الخضوع للعلاج، مقارنة بالمرضى ذوي وجهة الضبط الخارجية (Harkapaa et al, 1991).

وحسب النموذج المعرفي السلوكي فالملاحظ أن معارف الأفراد ومعتقداتهم حول الألم تظهر نتيجة خلفياتهم التعليمية والثقافية السابقة، وتتكون اعتمادا على خبراتهم السابقة مع الألم، أو من خلال معارف الأفراد من حولهم وملاحظة تجاربهم واستجاباتهم مع الألم، والطريقة التي يدركونه بها بناء على ثقافتهم الخاصة، والتي قد تكون مختلفة عنهم (حسانين، 2007، ص 92).

وقد توصل كل من ووغ وزملائه Waugh et al إلى أن إحساس المريض الذي يعاني من الألم المزمن بالذنب يرتبط بمستويات أعلى من تضخم الإحساس بالألم أو الألم الكارثي، مما يؤثر سلبا على إحساسه بالقدرة على السيطرة على ألمه، وبالتالي فإنه يمكن توقع مدى تأثير ارتفاع مستوى الإحساس بالذنب لدى هؤلاء المرضى على زيادة تضخم الألم لديهم، ورغم أن الدراسات التي تناولت البحث في ذلك منعدمة، إلا أن البحث في هذه

الفجوة العلمية يمثل فرصة للكشف عن المحددات النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الألم، وبالتالي التمكن من تقليلها والتخفيف من أثرها لتحسين نتائج إدارة الألم (Terry et al, 2020, p 884)، كما أنه وبناء على ما سبق تناوله من أن الإحساس بالذنب يرتبط بمصدر الضبط الداخلي، فإنه يمكننا تفسير أن عدم وجود أثر لمصدر الضبط الصحي على استراتيجية إدارة الألم المتمثلة في التضخيم لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، راجع إلى سيادة مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لديهم.

وحسب النموذج المعرفي السلوكي أيضا الذي قام باقتراحه كل من تيرك وآخرين Tirek et al خلال منتصف الثمانينيات، وبالتحديد في سنة 1983، حيث برز الاهتمام في مجال علم النفس عموما، وفي مجال التعديل السلوكي خصوصا بالعوامل المعرفية، فإنه ينظر إلى الألم بنظرة تفاعلية تبادلية بين كل من العوامل البيولوجية والنفسية، والاجتماعية، وقد ساعد هذا النموذج على ظهور عدة أساليب علاجية مقننة تقوم على تعليم المرضى وتزويدهم بأساليب معرفية ومهارات سلوكية معينة تساعدهم على إدارة الآلام (أحمد، 2013، ص 96)، حيث تشمل استراتيجيات التأقلم المعرفي كلا من الصلاة والتضخيم، وتشتيت انتباه المريض، في حين تشمل استراتيجيات التكيف السلوكية كلا من القيام بممارسة نشاط بدني، أو القيام بالأعمال المنزلية، أو قضاء الوقت مع الآخرين (Maki et al, 2018, p 25).

وبما أن الصلابة النفسية تتعلق بقدرة الفرد على التعامل والتفاعل مع الضغوط النفسية التي يواجهها بأسلوب إيجابي وفعال، وبالتالي قدرته على التكيف مع أحداث حياته بشكل جيد رغم ما يعترضه من صدمات وتحديات وإحباطات، بحيث تجعله الصلابة النفسية قادرا على تحقيق التوازن وإيجاد حلول للمشاكل التي تواجهه، مع حفاظه على استقراره النفسي وامتزانه الانفعالي وبالتالي سلامته النفسية والجسدية، فإنه يمكننا تفسير وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان على لجوئهم إلى استخدام

كل من استراتيجيتي الصلاة وتجاهل الألم في إدارة الآلام التي يعانون منها، كشكل من أشكال الضغوط الحياتية، والتحديات اليومية.

6- مناقشة عامة:

من خلال ما سبق التوصل إليه ومناقشته من نتائج للدراسة الحالية، فإنه يتضح لنا بأن لكل من مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، أثر على استراتيجيات إدارة الألم التي يعتمدونها في التعامل مع الآلام التي يعانون منها، وهو ما يقودنا إلى القول بأن دراسة هذه المتغيرات النفسية يلعب دورا هاما في تمكين هؤلاء المرضى من المعارف والمعلومات اللازمة للتعامل مع آلام السرطان بطريقة إيجابية وفعالة، بهدف الوصول إلى التخفيف منها والتمكن من إدارتها من خلال اعتماد استراتيجيات فعالة وإيجابية.

وقد تحققت الأهداف التي سعت الدراسة الحالية للوصول إليها، من حيث الكشف عن نوع مصدر الضبط الصحي السائد، ومستوى الصلابة النفسية، ونوع استراتيجيات إدارة الألم الأكثر استخداما لدى أفراد العينة من مرضى السرطان، وكذا الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين كل من مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية لديهم، ووجود أثر لكل منهما على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وذلك من خلال النتائج التي توصلت إليها بعد الكشف عن مدى تحقق فرضيات الدراسة من عدمه.

- فبالنسبة للفرضية الأولى والتي نصت على أننا نتوقع سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السرطان، فقد تحققت، حيث تم التوصل من خلال نتائج الدراسة الحالية إلى أن المتوسط الحسابي لكل من البعد الداخلي والبعد الخارجي للحظ والصدفة متقاربين، في حين كان المتوسط الحسابي للبعد الخارجي لذوي النفوذ الأعلى قيمة بينهم، مما يعني هيمنة البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ لدى أفراد العينة من

مرضى السرطان، وقد تم التأكد من ذلك من خلال تطبيق كل من معادلة روتر (Rotter)، واختبار فريدمان اللامعلمي.

- وبالنسبة للفرضية الثانية والتي نصت على أننا نتوقع انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، فبعد أن تم استخراج التكرارات المقابلة لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على قائمة الصلابة النفسية، حيث تتوزع هذه الاستجابات على مستويين، المستوى المنخفض والمستوى المرتفع، وبعد القيام باستخراج النسب المئوية لكل فئة من الفئتين من خلال التكرارات التي تقابل كلا منهما، توصلنا إلى أن الفرضية الثانية قد تحققت، وبأن مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مرضى السرطان منخفض.

- وبالنسبة للفرضية الثالثة والتي تنص على أننا نتوقع أن تكون استراتيجيتي الصلاة والأمل هي الأكثر استخداماً لدى مرضى السرطان في إدارة الألم، فبعد قيام الباحثة باستخراج كل من التكرارات والنسب المئوية المقابلة لاستجابات أفراد العينة من مرضى السرطان على كل بعد من أبعاد استبيان استراتيجيات إدارة الألم، تبين بأن الفرضية الثالثة قد تحققت في جزء منها فقط، وبأن الاستراتيجيتين السائدتين في إدارة الألم لدى مرضى السرطان هما استراتيجيتي الصلاة وتجاهل الألم.

- وبالنسبة للفرضية الرابعة والتي تنص على أننا نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، فبعد أن قمنا باستخراج معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي وبين الدرجة الكلية للصلابة النفسية، اتضح وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبين البعد الخارجي لذوي النفوذ، ومنه فإنه يمكننا القول بأن الفرضية الرابعة قد تحققت، وبأنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي الخارجي السائد لدى مرضى السرطان وبين مستوى الصلابة النفسية لديهم.

وبغرض التحقق من اتجاه هذه العلاقات الارتباطية تم استخراج الشكلين الذين يوضحان منحى العلاقة بينهما، حيث اتضح من خلالهما وجود علاقة ارتباطية عكسية، فكلما كانت استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالبعد الخارجي لمصدر الضبط لذوي النفوذ والبعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي للحظ أعلى كلما كانت الدرجة الكلية للصلاية النفسية أقل.

- وبالنسبة للفرضية الخامسة والتي تنص على أننا نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الصحي السائد ومستوى الصلاية النفسية على استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى السرطان، فبعد قيامنا باستخراج معامل الارتباط بين استراتيجيات إدارة الألم وبين أبعاد مصدر الضبط الصحي والدرجة الكلية للصلاية النفسية، اتضح لنا عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بينها فيما يتعلق بكل من استراتيجيات التضخيم، وتجاهل الألم، وتحويل الانتباه، وإعادة تفسير الألم، في حين توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من استراتيجية الصلاة والبعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي، مما يعني أن اعتماد مرضى السرطان لاستراتيجية الصلاة في إدارة آلامهم مرتبط بالبعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لديهم فقط دون باقي أبعاد مصدر الضبط الصحي، أي أنه كلما كان مريض السرطان ذا مصدر ضبط صحي خارجي فإنه يلجأ إلى استراتيجية الصلاة لإدارة ألمه، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بينها وبين مستوى الصلاية النفسية، مما يدل على أن اعتماد مرضى السرطان على استراتيجية الصلاة في إدارة آلامهم مرتبط أيضا بمستوى الصلاية النفسية لديهم، وهي علاقة طردية موجبة، أي أنه كلما كان مستوى الصلاية النفسية مرتفعا لديهم، كلما كان لجوؤهم إلى استخدام استراتيجية الصلاة لإدارة آلامهم أكثر، في حين يتضح لنا عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي واستراتيجية الصلاة.

كما اتضح لنا أيضا من خلال النتائج المتحصل عليها وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من مستوى الصلابة النفسية واستراتيجية الأمل، وهي علاقة ارتباطية طردية موجبة، مما يدل على أنه كلما كان مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان أعلى فإن لجوؤهم إلى الأمل كاستراتيجية لإدارة الآلمهم يكون أكثر، في حين يتضح لنا عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي وبين اعتماد استراتيجية الأمل في إدارة الألم لدى مرضى السرطان.

ومن خلال هذه النتائج المتحصل عليها قامت الطالبة الباحثة بالبحث في معامل التأثير بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية واستراتيجيات إدارة الألم، بغرض التمكن من الإجابة عن الفرضية الخامسة، حيث تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Stepwise Multiple Regression، وتم التوصل إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ على استراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة، كما تم التوصل إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة، وتوصلت الدراسة أيضا إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الصلاة، وتوصلت الدراسة أيضا إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى الصلابة النفسية على استراتيجية إدارة الألم لدى مرضى السرطان المتمثلة في الأمل، وهو ما يعني بأن الفرضية الخامسة قد تحققت فيما يتعلق بمصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ، ومستوى الصلابة النفسية، وأثرهم على استراتيجية الصلاة، وكذا أثر مستوى الصلابة النفسية على استراتيجية الأمل فقط.

وقد تمت مناقشة وتفسير هذه النتائج في ضوء كل من الدراسات السابقة والإطار النظري، حيث اتفقت بعض الدراسات مع النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الحالية، في حين اختلف بعضها الآخر معها، حيث جاءت نتائج الفرضية الأولى متفقة مع كل من دراسة أراس وآخرين 2002 Arraras et al، ودراسة ميلاني بيرجر Mélanie

وBerger 2009، وكذا دراسة ميدها تريباتي وآخرين Medha Tripathi et al 2016، ودراسة ساشا وجيباك Gibek K & Sacha T 2019، ودراسة مارتن ليندستروم وآخرين Keren D et al 2022، ودراسة كيران وآخرين Martin Lindstrom et al 2022، ودراسة أنجنوستي وآخرين Anagnosti F et al 2023، في حين اختلفت مع ما توصلت إليه دراسة كل من ديركس وآخرين Derks et al 2005، ودراسة تعولميت شرارز وعليوة سمية 2021، وكذا دراستهما في 2022.

كما جاءت نتائج الفرضية الثانية متفقة مع ما توصلت إليه دراسة كل من عوض وسنيورة 2015، ودراسة تعولميت شرارز وعليوة سمية سنة 2022، حيث كشفت عن انخفاض في مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة من مرضى السرطان الذين شملتهم الدراسة، في حين اختلفت مع ما توصلت إليه دراسة فؤاد صبيبة ورزان إسماعيل 2017، وكذا دراسة اشنتية عماد عبد اللطيف حسين 2018، ودراسة أميرة الصلاح 2019، التي توصلت إلى ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان ممن شملتهم العينة. في حين جاءت نتائج الفرضية الثالثة متفقة جزئياً مع ما توصلت إليه دراسة أورسولا ريليجيوني وآخرين Ursula Religioni et al 2022، وهي الدراسة الوحيدة في حدود اطلاعنا التي تناولت استراتيجيات إدارة الألم السائدة لدى مرضى السرطان من خلال تطبيق نموذج استبيان CSQ، وتوصلت إلى أن استراتيجيتي الصلاة والأمل هما الأكثر استخداماً لديهم.

وهو نفس ما ينطبق على ما توصلت إليه الفرضية الرابعة، حيث أنها جاءت متفقة مع الدراسة الوحيدة في حدود اطلاعنا التي تناولت العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، وهي الدراسة التي قامت بإجرائها الطالبة الباحثة تعولميت شرارز رفقة عليوة سمية سنة 2022.

في حين أنه وفيما يتعلق بنتائج الفرضية الخامسة، فلم تتمكن الطالبة الباحثة في حدود اطلاعها من إيجاد أية دراسة سابقة بحثت في أثر أي من متغيري مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية على استراتيجيات إدارة الألم التي يعتمدها مرضى السرطان في إدارة الألم.

وعلى العموم فإنه يمكن القول بأنه وعلى الرغم من أن الألم المزمن يتميز باقترانه بخلل وظيفي جسدي وإعاقة وتغيرات مزاجية عادة، إلا أن ذلك ليس مطلقاً، وهو ما يجعل من المهم العمل على تحديد العوامل المعرفية التي قد تعزز أداءه التكيفي رغم معاناته من الألم، كاستراتيجيات التكيف، واستخدامه للتقنيات المعرفية السلوكية لإدارة آلامه والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها، لأن ذلك من الممكن أن يساعد على تفسير الاختلافات في التكيف فيما بين الأفراد الذين يعانون من الآلام المزمنة، وتحديد نقاط الضعف والقوة المعرفية لدى كل منهم، وكذا تحديد أهداف العلاج والتنبؤ بنتائجه (Monticone et al, 2014, p 153).

ويأخذ النموذج المعرفي السلوكي بعين الاعتبار استجابات الفرد المعرفية ومعتقداته وتوقعاته، فيما يخص نشوء واستمرار الآلام المزمنة، حيث تلعب هذه العوامل دوراً هاماً في فهم وإدراك الألم والتوافق معه، وبدل حصر التركيز فيما للعوامل المعرفية والسلوكية من تأثير على تصور الألم وإدراك أعراضه، يتم التركيز حسب هذا النموذج على العلاقة التفاعلية المتبادلة بين كل من العوامل الجسدية والمعرفية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية، وهو ما ينعكس على نظرة المريض اتجاه أعراضه، والتي ترتبط بمعتقداته واتجاهاته وميوله الفطرية، ومخططاته الغريزية، بحيث تتفاعل بشكل متبادل مع كل من العوامل الانفعالية والاجتماعية، والحسية، والاستجابات السلوكية للفرد، ومن المفترض أن يكون لدى المرضى الذين يعانون من الألم توقعات سلبية حول مدى قدرتهم على مواجهة الألم والتعامل معها، ومحاولة التخفيف من شدتها، كما تتجه انفعالاتهم وأفكارهم نحو آثار المرض والألم السلبية

عليهم، مما يعوق تطويرهم لاستراتيجيات إيجابية تمكنهم من التكيف مع الألم، ومواجهته، وينتابهم شعور بأن الألم يقيدهم ويسيطر على حياتهم، مما ينجم عنه إحساسهم باليأس، وهي المشاعر التي يمكن أن تؤدي إلى رسم صورة سلبية عن ذواتهم، وكذا إلى الإصابة بالاكئاب والاضطرابات المزاجية وزيادة حساسيتهم للألم (رضوان جميل، 2009، ص 654).

وحسب النموذج السلوكي المعرفي للألم، الذي يقوم على عدة افتراضات أثناء تفسيره لخبرة الألم، كافتراض أنه لدى الأفراد القدرة على معالجة المعلومات البيئية بطريقة نشطة، بدل القيام بتمثيلها بشكل سلبي، فهم يحاولون فهم ما يتعرضون له من مثيرات بيئية خارجية، من خلال اتجاهاتهم ومخططاتهم الفطرية، التي اكتسبوها سابقا من خلال التعلم، إضافة إلى استراتيجياته العامة لمعالجة المعلومات، بحيث تعتمد استجابات الأفراد الصريحة والضمنية على توقعاتهم وتقديراتهم المستقبلية، وليس على نتائجهم السلوكية الفعلية، ووفقا لهذا النموذج فإن توقع الفرد للنتائج يؤثر بشكل فعال على توجيه سلوكياته، كما يمكن لأفكاره أن تؤثر على حالته المزاجية وعملياته الفيزيولوجية والمعرفية، والعكس صحيح حيث يمكن أن تؤثر العوامل البيئية والسلوكية على عمليات تفكير الفرد، ومنه فإنه وعلى خلاف الكثير مما جاءت به العديد من النماذج السلوكية كالاشرط الاجرائي والاشترط الكلاسيكي، بحيث تؤكد على تأثير العوامل البيئية على سلوك الفرد، يركز النموذج المعرفي السلوكي على التأثير التبادلي بين كل من الفرد وبيئته، وعلى التفاعلات المعقدة فيما بينهم وليس على السببية المطلقة، ويشير إلى قدرة الأفراد على تعلم أساليب تفكير وتفاعل وتعامل تكيفية، وتغيير أفكارهم ومشاعرهم اللاتكيفية التي اكتسبوها سابقا، من خلال استخدام أساليب التدخل الفعالة التي تشمل كلا من هذه المشاعر والأفكار والسلوكيات، وحتى الجوانب الفيزيولوجية، فحسب هذا النموذج فإنه ينبغي أن يكون للأفراد دور فعال في تغيير أساليبهم اللاتوافقية مع الأعراض، بغض النظر عما يعانونه من أعراض شديدة ناجمة عن

شدة الألم المزمن، كما أن المخططات المعرفية لدى الفرد Cognitive Schéma تلعب دورا هاما في التأثير على خبرة الألم، وعلى علاجه، فغالبا ما يتجاوب الفرد مع الظروف البيئية بشكل جزئي استنادا إلى مخططاته المعرفية الشخصية حول المرض وأعراضه، فمعتقدات وتصورات الفرد حول معنى الألم وحول مدى قدرته على أداء مهامه رغم وجوده يشكل جانبا هاما من مخططاته المعرفية المتعلقة بالألم، فعند تعرض الفرد إلى مثير جديد كحالة مرضية مثلا يقوم بتحليله من خلال مخططاته المعرفية، وبناء على ذلك يقوم ببناء تمثيل دقيق لحالته الجسدية، والتي تشكل قاعدة أساسية لتفسير ذلك المثير، وفهم أعراضه، واتخاذ السلوكيات المناسبة للتعامل معه، ففي حالة تبني الفرد لمخطط مبني على اعتقاد أن وضعه خطير جدا، وبأن النشاط يشكل خطورة على حالته، وبأن الألم الذي يعانيه يعد سببا مقبولا يدفعه لإهمال مسؤولياته، فإن ذلك سيؤدي بالضرورة إلى استجابات غير تكيفية، وإلى تجنبه للنشاط بشكل أكبر شيئا فشيئا، وبالتالي فإنه يصبح غير قادر على تحقيق التكيف، مما يؤدي به إلى المزيد من العجز (أحمد، 2013، ص 97-98).

وهناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر في تجربة المريض مع الألم، ومدى استجابته للعلاج، وعلى قدرته على تحمل المسؤولية، ومستوى ادراكه للعجز، كمعتقداته الشخصية، وتقديراته، وتوقعاته حول الألم، والدعم الذي يتلقاه من دائرته الاجتماعية، والجهود التي يبذلها في سبيل التغلب على الألم، وطبيعة مرضه، ونظام الرعاية الصحية الذي يشملها، كما أن تفسيراته المعرفية تؤثر أيضا على الطريقة التي يقوم من خلالها المريض بوصف أعراضه لكل من الأشخاص المهمين من حوله، والأطباء والقائمين على رعايته، وتأثير طريقة الوصف هذه على الآخرين تمكن المريض من الحصول على استجاباتهم التي قد تدعم سلوكيات الألم لديه، وانطباعاته حوله، وحول شدته وخطورته، وعدم قدرته على التحكم فيه، مما قد يدفع بالأطباء إلى اللجوء لوصف أدوية أكثر فعالية، وربما القيام بإجراء عمليات

جراحية، وبالعائلة إلى التعاطف معه، وتجنب تحميله أية مسؤوليات، مما يدعم لديه السلبية والعجز وعدم التكيف الجسدي (أحمد، 2013، ص 99).

وحسب ما قدمه باندورا 1991 Bandura من نقاط هامة فإن الأفراد الذين لديهم اعتقاد بقدرتهم على تخفيف الألم، هم أكثر ميلا للبحث عن المعلومات والمهارات التي من شأنها أن تساعدهم على إدارة الآلمهم، وتمكنهم من الاستمرار في أداء أنشطتهم رغم ما يعانونه من ألم، وهو ما يفسر ارتباط نوعية استراتيجيات إدارة الألم بمفهومي مصدر الضبط الصحي والصلابة النفسية.

وقد أكدت العديد من الدراسات على أن الاستراتيجيات التي يعتمدها المريض الذي يعاني من الألم، للتعامل مع ألمه المزمن تغلب دورا هاما للغاية في التكيف معها، وتقليل آثارها التي تتمثل أساسا في كل من الضيق العاطفي، والاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، والتي من بينها تشتيت أو تحويل الانتباه، التضخيم، وإعادة تفسير أحاسيس الألم، والتعامل مع الأفكار الذاتية، والقيام بتجاهل أحاسيس الألم، وكذا من خلال اللجوء إلى الصلاة والأمل (Irachabal et al, 2008, p 48).

وللكشف عن الاستراتيجيات التي يعتمدها الفرد أهمية سريرية، حيث ثبت بأنها تتوسط العلاقة بين تأثير شدة الألم وكلا من الإعاقة الوظيفية، وجودة حياة المريض، كما تؤثر على إدارة الألم لديه (Abbott, 2010, p 63).

وخلاصة القول وبناء على ما تم التوصل إليه من خلال الدراسة الحالية من نتائج، وكذا من خلال الدراسات السابقة التي تم التطرق إليها، فإننا نصل إلى القول بأن لكل من نوع مصدر الضبط الصحي السائد، ومستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان دور في التأثير على نوعية استراتيجيات إدارة الألم التي يعتمدها هؤلاء المرضى، وبالتالي دور في التخفيف من معاناتهم وآلمهم، وبأن النموذج المعرفي السلوكي هو النموذج الذي يجب اعتماده حسب رأينا لتفسير هذه العلاقة، وكذا للبحث والتفصيل في استراتيجيات إدارة الألم

لدى هذه الفئة من المرضى مع ما تعانيه من آلام ومعاناة ذات خصوصية، تجعل البحث في هذا المجال، والسعي لتخفيف هذه المعاناة هدفاً بحثياً ضرورياً لا غنى عنه، سعت الدراسة الحالية للخوض فيه بما توفر لنا من إمكانيات، ونتمنى أن تشكل نتائجها انطلاقة لدراسات أخرى تهدف إلى تخفيف آلام مرضى السرطان واحتواء معاناتهم.

خاتمة

خاتمة:

اتجهت الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على كل من متغيري مصدر الضبط الصحي، والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، وأثرهما على استراتيجيات إدارة الألم لديهم، من منطلق أن للألم التي يعاني منها هؤلاء المرضى خصوصية ترتبط بطبيعة المرض من جهة، وبتمثلاته الاجتماعية، وآثاره النفسية والمادية من جهة أخرى، زيادة على كون أن الألم في حد ذاته هو شعور مزعج وغير سار يؤثر على حالة المريض وقدراته وإدراكه لكل ما يحيط به، ويضعف تركيزه، ويؤدي إلى تدني نشاطه وتفاعلاته الإيجابية عموماً.

وهو ما يدفعنا إلى البحث في إمكانية التخفيف منه، والسيطرة عليه، وبما أن للألم خصوصية فردية، كان من الأفضل التوصل إلى أساليب واستراتيجيات فردية للتمكن من إدارته والسيطرة عليه، وللوصول إلى درجة جيدة من التحكم في كل العوامل المحيطة بذلك، وتمكين مريض السرطان من الاستراتيجيات الإيجابية لإدارة ألمه، وكذا من المعارف والمعلومات حولها من جهة، وتحسين قدراته في استخدامها والاتجاه نحو أفضلها من جهة أخرى، كان من اللازم دراسة المتغيرات النفسية التي ربما تكون لها علاقة بذلك، وتأثيرات على تحديدها، بغية الوصول فيما بعد إلى إدراج تدخلات في جوانب القصور بهدف معالجة النقص والتدريب على تحسين المتغيرات التي تؤثر على اختيار المريض للاستراتيجيات الفعالة في إدارة ألمه، وبالتالي تمكينه من السيطرة عليه والتعايش معه بطريقة إيجابية لا تعوق حياته، ولا تحد من تمكنه من استخدام إمكانياته وقدراته في عيش حياته بطريقة إيجابية رغم معاناته مع مرض السرطان.

فمن خلال الدراسة الحالية توصلت الباحثة إلى وجود أثر قوي لكل من مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السرطان، ومستوى الصلابة النفسية لديهم على نوع استراتيجيات إدارة الألم التي يعتمدونها في إدارة الآلامهم، حيث أن لمصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ أثر في اعتمادهم على استراتيجية الصلاة، كما أن لمستوى الصلابة النفسية لديهم أثر في اعتمادهم على كل من استراتيجية الصلاة والأمل في إدارة الآلامهم.

وهو ما يؤكد على دور التدخل على مستوى هذين المتغيرين في تحديد نوع الاستراتيجيات المستخدمة لدى مرضى السرطان، كالعامل على الرفع من مستوى الصلابة النفسية مثلا، والتدخل في حال ما إذا كان مصدر الضبط الصحي السائد لدى هؤلاء المرضى غير ملائم لاعتمادهم لاستراتيجيات إيجابية لإدارة الآلامهم.

ورغم أهمية الدراسة الحالية وأبعادها الهادفة، إلا أن الطالبة الباحثة قد واجهت عدة صعوبات خلال قيامها بإجرائها، منها صعوبة الوصول إلى أفراد العينة، والحصول على الاحصائيات والمقاييس اللازمة لإجراء الدراسة، وكذا تزامنها مع فترة انتشار جائحة كورونا مما أعاق كثيرا القيام بإجراءات البحث، والتنقل، وكذا قصر الفترة الزمنية مقارنة مع ما يتطلبه مثل هذا البحث من بناء لمقاييس مخصصة لمرضى السرطان تراعي طبيعة مرضهم وظروف التعامل معهم وتطبيق أدوات الدراسة عليهم.

وتبقى هذه الدراسة مجرد محاولة لفتح الآفاق العلمية نحو المزيد من الدراسات التي تهتم بحل الإشكالات التي يعانيها مرضى السرطان، والمساعدة على تخفيف معاناتهم على تعدد أشكالها، وباختلاف الأساليب والطرق.

ولذلك توصي الطالبة الباحثة بإجراء المزيد من الدراسات والأبحاث في هذا المجال، وسد الثغرات التي من الممكن أن تكون السبب في معاناة مرضى السرطان، من خلال محاولة إيجاد أساليب للتدخل المبكر سواء بالبرامج التدريبية التعليمية حول الاستراتيجيات

الإيجابية التي يجب على مريض السرطان اعتمادها لإدارة ألمه، أو على مستوى المتغيرات التي تؤثر في خياراته فيما يتعلق بذلك، والعمل على تحسينها، وكذا توفير الإمكانيات لإجراء البحوث المماثلة، والحصول على الاحصائيات والوسائل والأدوات اللازمة وتسهيل مهمة الباحثين في هذا المجال، وتشجيعهم على إجراء المزيد من الدراسات المماثلة.

كما أن الدراسة الحالية تولي أهمية كبيرة لبناء وتطوير مقاييس عربية خاصة بمرضى السرطان، حيث يتم من خلالها مراعاة ظروفهم الصحية، ومدى قدرتهم على التجاوب معها بشكل يسمح بالحصول على استجابات مطابقة لواقعهم، ومجسدة لمعاناتهم، وكذا السعي إلى الكشف عن أثر العديد من المتغيرات النفسية والاجتماعية على خبرة الألم مع ما يكتنفها من خصوصية لدى مرضى السرطان، وبالتالي الوصول إلى بناء برامج تهدف إلى تعليم هؤلاء المرضى وتدريبهم على الاستراتيجيات التي تمكنهم من الإدارة الفعالة للألمهم، وتدريب مقدمي الرعاية لهم وفقا لما هو معمول به في المستشفيات العالمية التي تمكنت من تحقيق نتائج إيجابية في هذا المجال، وفتح الآفاق البحثية أمام الدراسات والأبحاث اللاحقة التي من شأنها إحداث أثر إيجابي فيما يتعلق بتحسين الرعاية وتقديم العون لفئة مرضى السرطان التي تتحمل الكثير من الألم والمعاناة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- لورانس أ.ب ترجمة السيد و آخرون، عبد الحليو محمود، أيمن محمد عامر، محمد يحيى الرخاوي. (2010). علم الشخصية، الجزء 1. القاهرة- مصر: المركز القومي للترجمة.
- ابتسام حدان. (2015). فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. ورقلة، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.
- ابراهيم بوزيد. (2009). علاقة وجهة الضبط باليأس لدى عينة من العائدين إلى الجريمة. رسالة ماجستير. بسكرة، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- أحمد أحمد حسانين. (2011). سيكولوجية الألم، ط 1. القاهرة، مصر: إيتراك للطباعة والنشر.
- أحمد بن عبد الله محمد العيافي. (2013). الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة ومحافظة الليف. رسالة ماجستير. جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- أحمد جبر جبر. (2005). مدى فعالية ثلاثة أساليب في التوجيه والارشاد النفسي لتنمية مفهوم الذات والصلابة النفسية. مؤتمر الارشاد الاجتماعي النفسي ودوره في العملية التعليمية. سوريا.
- أحمد حسانين. (2007). مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. رسالة دكتوراه. جامعة المنيا.

أحمد عبد اللطيف أبو أسعد. (2015). الصحة النفسية منظور جديد، الطبعة الأولى. عمان، الأردن: دار الميسرة.

أحمد محمد محمود. (2007). مستويات الصلابة النفسية ومدى فعالية برنامج لتنميتها لدى المعاقين بصريا. رسالة الدكتوراه. كلية الآداب، جامعة المنوفية.

أديب محمد الخالدي. (2009). الصحة النفسية، الطبعة 3. عمان، الأردن: دار وائل.

أسماء رجيل. (جوان 2018). تأثير التحول الوبائي على زيادة التكاليف الصحية في الجزائر -دراسة حالة ولاية الجزائر العاصمة-. مجلة اقتصاديات المال والأعمال، العدد السادس، 619-629.

اسمهان عزوز. (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. باتنة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والإسلامية، الجزائر.

أفنان نظير دروزه. (2007). العلاقة بين مركز الضبط ومتغيرات أخرى ذات علاقة لدى طلبة الدراسات العليا في كلية التربية في جامعة النجاح الوطنية. مجلة العلوم الاسلامية، سلسلة الدراسات الانسانية، المجلد 15، العدد 1، 443-464.

الاستراتيجية الوطنية في دولة الكويت. (2017). الاستراتيجية الوطنية للوقاية والتصدي للأمراض المزمنة غير السارية في دولة الكويت من 2017 إلى 2025. الكويت.

الجوهرة عبد الله الذواد. (2003). وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى بعض طالبات الجامعة السعوديات والمصريات: دراسة عبر ثقافية. دراسات عربية في علم النفس، المجموعة 1، العدد 3، القاهرة، 119-156.

الحسين بن حسن محمد سيد. (2012). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية (المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة). رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي. جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

الشهري وفاء السيد والكشكي مجدة عبد الله. (2020). وجهة الضبط وعلاقتها باحتمالية الانتحار لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة جدة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية، المجلد 29، العدد 1، 360-377.

أمال بوالليف. (2010). مركز الضبط وعلاقته بالتفوق الدراسي الجامعي دراسة مقارنة بين طلبة كلية العلوم الطبية وطلبة كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. رسالة ماجستير في علم النفس التربوي. عناية، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

أمال عبد السميع أباطة. (2011). الشعور بالانتماء الوطني والقومي العربي وعلاقته بالصلابة الشخصية لدى طلاب وطالبات كلية التربية: دراسة سيكومترية كLINIكية. المؤتمر السنوي السادس عشر للإرشاد النفسي بجامعة عين شمس (الصفحات 39-78). مصر: المجلد 1، 25 يناير.

إمام مصطفى سيد. (2001). مدى فعالية تقييم الأداء باستخدام أنشطة الذكاءات المتعددة لجاردنر في اكتشاف الموهوبين من تلاميذ المرحلة الابتدائية. مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، المجلد 17، العدد الأول.

آمنة موقار. (2012). الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة. رسالة ماجستير. جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.

أميرة أحمد عبد صلاح. (2019). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة. رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. القدس، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.

أميرة عوض وحسني محمد صلاح. (2020). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة. مجلة البحوث التربوية والنفسية، 1-41.

أنس سليم الأحمدى. (2007). المرونة، الطبعة الأولى. الرياض، السعودية: مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع.

أوهام نعمان ثابت. (2008). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن. الأردن: أطروحة دكتوراه في علم النفس.

باهية فالق. (2021). خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان. أطروحة دكتوراه في علم النفس. جامعة باتنة 1، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، الجزائر.

باهية فالق ويوسف عدوان. (2021). الفعالية الذاتية المدركة وإدارة الألم لدى مرضى السرطان. مجلة الروائز، المجلد 5، العدد 1، 47-63.

براء محمد حسن الهاشمي ولطيف غازي مكي الزبيدي. (2011). صلابة الشخصية وعلاقتها بتقدير الذات لدى التدريسيين في الجامعة. مجلة البحوث التربوية والنفسية، المجلد 8، العدد 31، 353-403.

بشرى اسماعيل. (2004). ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

بشير معمريّة. (2009). مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه السلوكي المعرفي. مصر: المكتبة العصرية، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء 6، ط1.

شيلي تايلور ترجمة وسام درويش. (2008). علم النفس الصحي. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

تغريد حسنين حنفي. (2007). المناخ الأسري وعلاقته بالصلابة النفسية لدى المراهقين من الجنسين. رسالة ماجستير. معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر.

تيموثي ج.ت، ترجمة طعيمة داود، فوزي شاكّر، حنان لطفي زين الدين. (2007). علم النفس الإكلينيكي. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

جابر محمد جبر. (2004). تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء. مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد 3، العدد 3، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

جاين ماكسويل، روني لوفيتش، كاترين شبيرو أوغست برنر. (2001). الصحة لجميع النساء، ط 1. بيروت، لبنان: ورشة الموارد العربية للنشر والتوزيع.

جميل رضوان جميل. (2009). علم نفس الأطفال الإكلينيكي نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة، الطبعة الأولى. غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.

جولتان وعاطف حجازي وأبو غالي. (2008). مشكلات الشيخوخة وعلاقتها بالصلابة النفسية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)، غزة، فلسطين، 109-156.

جيهان أحمد حمزة. (2002). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل. رسالة ماجستير. كلية الآداب، جامعة القاهرة، مصر.

حبيب بوقرييس وفريد تيلوين. (2007). الدافعية واستراتيجيات ما وراء المعرفة في وضعية التعلم. الجزائر: دار الغرب للنشر والتوزيع.

حدة يوسف. (2012). فاعلية برنامج إرشادي (معرفي-سلوكي) في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة: دراسة شبه تجريبية. رسالة دكتوراه في علم النفس. جامعة باتنة، الجزائر.

حسانين أحمد أحمد. (2013). المناحي النفسية المفسرة للألم المزمن وتطبيقاتها العملية. دراسات نفسية، 83-111.

حسن عبد الرؤوف القطراوي. (2013). المساندة الاجتماعية، الاهمال والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية للمعاقين حركيا بقطاع غزة. رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي. غزة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، فلسطين.

حسني سنيورة وسيرين عوض. (2015). الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات شمال الضفة الغربية. مجلة شؤون اجتماعية، العدد 23.

حسين فايد. ح. (2004). علم النفس المرضي -السيكوباتولوجي-، الطبعة 1. القاهرة، مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

حنان حمادي الحربي. (2006). معتقدات الكفاءة العامة واتجاه الضبط وعلاقتها بالتحصيل الدراسي. رسالة ماجستير. مكة المكرمة، جامعة أم القرى، السعودية.

خالد بن عبد الله العبدلي. (2012). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير. مكة المكرمة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، السعودية.

خيرية عبد الله البكوش. (2014). العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان. جامعة الزاوية، المجلد الثاني، العدد 16.

دورون فرنسوا وزيارو رولان. (2012). موسوعة علم النفس، معجم مصطلحات -شرح المعاني-. بيروت- لبنان: دار عويدات للنشر والطباعة.

كارين ر، ترجمة: شويخ هناء أحمد محمد. (2009). علم النفس الصحي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

رشيدة شدمي. (2015). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي. تلمسان، الجزائر: جامعة أبي بكر بلقايد.

رؤى الطيب عمر سالم. (2016). الاكتئاب لدى مرضى السرطان الذين يعانون من الألم المزمن وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير في علم النفس الصحي. جامعة الجزيرة، السودان.

زينب نوفل أحمد راضي. (2008). الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير في الصحة النفسية. غزة، كلية التربية، قسم علم النفس، فلسطين.

سارة بخوش. (2022). التفاؤلية الدفاعية والوظيفية وإدارة الألم لدى بعض مرضى السرطان من ذوي النمط السلوكي C. أطروحة دكتوراه في علم نفس الصحة. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة باتنة 1، الجزائر.

سارة حمدي نجيب التلاوي. (2015). الصلابة النفسية وأساليب التفكير وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة. رسالة دكتوراه. كلية الآداب، جامعة أسيوط، مصر.

سامر جميل رضوان. (2003). الصحة النفسية، الطبعة 2. الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

سعيد قارة. (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. باتنة، قسم العلوم الاجتماعية، الجزائر.

سعيدة قجال وعقيلة عيسو. (2018). الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان. دراسات نفسية وتربوية، 205-221.

سلام راضي أنيس البسطامي. (2013). مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهم في محافظة نابلس. رسالة ماجستير. نابلس، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

سمية عليوة. (2015). علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. باتنة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والإسلامية، الجزائر.

سميرة محمد شند. (2015). الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية. مجلة الإرشاد النفسي، العدد 44، 445-462.

سناء محمد ابراهيم أبو حسين. (2012). الصلابة النفسية والأمل وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة. رسالة ماجستير في علم النفس. غزة، كلية التربية، جامعة الأزهر، فلسطين.

سيد أحمد الباهض. (2002). الإنهاك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، المجلد 01، العدد 31.

شاهر يوسف ياغي. (2006). الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلابة النفسية. رسالة ماجستير في علم النفس. غزة، قسم علم النفس، فلسطين.

شراز تعولميت وسمية عليوة. (2021). مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السرطان. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 15، العدد 2، 153-169.

شراز تعولميت وسمية عليوة. (2022). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان. مجلة العلوم الإسلامية والحضارة، المجلد 7، العدد 1، 533-554.

شهرزاد نوار. (2013). دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 13.

- شيماء عاطف شكري وطه أحمد ومايسة محمد سيد والمستكاوي. (2022). إسهام الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بخفض قلق الموت لدى مريضات سرطان الثدي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 32، العدد 116، 463-498*.
- ضحى قصير. (2015). الصلابة النفسية وعلاقتها بالطمأنينة الإنفعالية لدى عينة من المسنين في محافظة حلب. *رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي*. حلب، كلية التربية بجامعة حلب، سورية.
- عادل عبد الله محمد. (2000). *دراسات في الصحة النفسية الهوية-الاغتراب-الاضطرابات السلوكية*. القاهرة، مصر: دار الرشاد.
- عباس مدحت. (2010). الصلابة النفسية كمنبئ لخفض الضغوط النفسية والسلوك العدوانى لدى معلمي الاعدادية. *مجلة كلية التربية، المجلد 26، الرياض*.
- عبد الجليل العاقب مبارك. (2000). الانطواء لدى تلاميذ الصف الثامن بمرحلة الأساسى وعلاقته بمركز التحكم والتحصيل الدراسى والاتجاهات الوالدية فى التنشئة. *رسالة دكتوراه*. جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
- عبد الرحمان محمد فتحي الضبع. (2001). قوة الأنا وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية والدافعية للإنجاز لدى المعوقين حركيا. *رسالة ماجستير*. جامعة سواهج، مصر.
- عبد الرحمن أبو ندى. (2007). الصلابة النفسية وعلاقتها بضغط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة. *رسالة ماجستير*. غزة، كلية التربية، جامعة الأزهر غزة، فلسطين.

عبد الرحمن بن عبد الجهنبي. (2011). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك التوكيدي والصلابة النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية. مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية، المجلد 4، العدد 1 سبتمبر.

عبد العزيز مفتاح. (2010). مقدمة في علم نفس الصحة (مفاهيم - نظريات - نماذج - دراسات)، الطبعة الأولى. الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

عبد العظيم سليمان المصدر. (2008). الذكاء الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات الانفعالية لدى طلبة الجامعة. مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات النفسية، المجلد 16، العدد الأول، فلسطين، 587-632.

عبد الله علي مرعي الشهري. (2015). الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلبة كلية التربية جامعة الدمام. رسالة الماجستير في تخصص التوجيه والإرشاد النفسي. كلية التربية، المملكة العربية السعودية.

عبد المطلب عبد القادر. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات الجسمية وبعض المتغيرات الديمغرافية. مجلة الطفولة العربية، العدد 4، الكويت.

عبد الوهاب كامل. (2002). اتجاهات معاصرة في علم النفس. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

عثمان يخلف. (2001). علم نفس الصحة. قطر: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.

علي حراث. (2020). الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة ماستر علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا بجامعة عمار ثليجي -دراسة ميدانية بمدينة الأغواط-. أطروحة دكتوراه تخصص الإرشاد النفسي والتربوي. ورقلة، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

علي راجح بركات. (2009). نظرية جوليان روتر في التعلم الاجتماعي المعرفي. مكة المكرمة، السعودية: جامعة أم القرى.

عماد الرحيم زغلول. (2009). مبادئ علم النفس التربوي، ط 1. عمان - الأردن: دار المسيرة.

عماد عبد اللطيف حسين اشتية. (2018). تأثير المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان. مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الانسانية والاجتماعية، المجلد 1، العدد 46، 103-122.

عماد محمد أحمد مخيمر. (2002). استبيان الصلابة النفسية "دليل الاستبيان". القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

عماد محمد مخيمر. (2012). مقياس الصلابة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فاتح سعيدة. (2015). الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. رسالة ماجستير. بسكرة، جامعة محمد خيضر، الجزائر.

فاروق عثمان السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط، الطبعة الأولى. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

فاضلي أحمد وتازي أمينة. (2018). مصدر ضبط الألم واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الفيبروميالجي. مجلة دراسات في علم الأرواقونيا وعلم النفس العصبي، المجلد 3، العدد 3، 39-50.

فاطمة الحريبي. (2004). علاقة الخجل بوجهة الضبط والدافع للإنجاز لدى المراهقات من الطالبات في المرحلتين المتوسطة والثانوي بمدينة الرياض. رسالة ماجستير. جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- فؤاد اسماعيل ورزان معلا صبيرة. (2017). العلاقة بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. ورقة بحثية. اللاذقية، جامعة تشرين، سوريا.
- فيصل محمد خير الزراد. (2000). *الأمراض النفسية الجسدية (أمراض العصر)*، الطبعة الأولى. بيروت، لبنان: دار النفائس.
- كامل علوان الزبيدي. (2009). *الصحة النفسية من وجهة نظر علماء النفس*، الطبعة 1. دار علاء للنشر والتوزيع.
- لبنى أحمان. (2012). دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. باتنة، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.
- لؤلؤة عبد اللطيف وحسن حمادة. (2002). الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة. *دراسات نفسية*، المجلد 12، العدد 2، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 229-272.
- لينا سليمان غانم. (2016). العلاقة بين شدة الألم والتعبيرات الشفوية (حسي - إنفعالي). *مجلة العلوم الانسانية*، جامعة تشرين، المجلد 38، العدد 4.
- محمد أحمد صديق. (2015). الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي بولاية الخرطوم. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا، جامعة النيلين، السودان.
- محمد العيسوي عبد الرحمان. (2001). *الجديد في الصحة النفسية*. الاسكندرية، مصر: منشأة المعارف.

محمد بن بجل منور الشمري. (2014). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية: دراسة تطبيقية على عينة اكلينيكية في مستشفى الملك خالد العام محافظة حفر الباطن. رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية والنفسية، تخصص الرعاية والصحة النفسية. الرياض، المملكة العربية السعودية.

محمد رزق البحيري. (2011). تباين الصمود النفسي بتباين بعض المتغيرات لدى عينة من الأيتام. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 21، 70، 479-536.

محمد زهير راضي عليوي. (2012). العلاقة بين الصلابة النفسية ودافعية الإنجاز لدى الرياضيين من ذوي الإعاقة الحركية في الضفة الغربية. رسالة ماجستير. جامعة الجناح الوطنية، فلسطين.

محمد عادل عبد الله. (1999). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. المملكة العربية السعودية: دار الرشاد.

محمد عبد الله قاسم. (2012). علم نفس الصحة. الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

محمد محمد عودة. (2010). الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة. رسالة ماجستير في علم النفس. غزة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، فلسطين.

محمد محمود بني يونس. (2006). سيكولوجية الدافعية والانفعالات، الطبعة 2. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

محمود إمام الرمادي ونور أحمد حنفي. (2001). الصحة النفسية والاضطرابات النفسية. القاهرة، مصر: عالم الكتب.

مراد علي وشواش وتيسير إلياس عيسى. (2019). علم نفس الصحة، الطبعة الأولى. عمان، الأردن: دار الفكر.

مروان المحمدي. (2004). الأفكار العقلانية وغير العقلانية وعلاقتها بوجهتي الضبط الداخلي - الخارجي. رسالة ماجستير. مكة المكرمة، قسم علم النفس، كلية التربية، السعودية: جامعة أم القرى.

مروى السيد علي الهادي. (2009). الأمن النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية -دراسة سيكومترية اكلينيكية-. رسالة ماجستير في التربية تخصص صحة نفسية. قسم التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة الزقازيق، مصر.

مروى علي أحمد أبو شمالة. (2018). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات إدارة الألم للمرضى لدى طلبة التمريض في قطاع غزة. رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي. جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.

مريامة حنصالي. (2013). المقاربة النظرية لإحدى سمات الشخصية المناعية الصلابة النفسية. مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد 8، 271- 287.

مليكة مدور. (2005). وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط التفكير. رسالة ماجستير. جامعة باتنة، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

منصور بن الزين ونبيلة بن زاهي. (2012). مركز الضبط (الداخلي/ الخارجي) في المجال الدراسي -المفهوم وطرق القياس. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 7، 23-34.

منظمة الصحة العالمية. (2020). دليل توعوي صحي شامل (فيروس كورونا المستجد COVID-19).

- منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط WHO EMRO. (1999).
تخفيف آلام السرطان مع دليل توافر الأفيونيات، الطبعة الثانية. الاسكندرية، مصر.
- منى محمد أحمد، حمدي محمد ياسين، هبة اسماعيل سري قطب وآخرين. (2017). تمكين
الذات وإدارة الألم لمريضات سرطان الثدي. مجلة البحث العلمي في الآداب، العدد
18، الجزء 3، 1-25.
- منيرة زلوف. (2005). مركز التحكم مفهومه ووجهاته. مجلة البحوث والدراسات، قسم علم
النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، المجلد 1، العدد 2، 211-220.
- ناصر بوركلي حسن. (2003). الصحة النفسية والاضطرابات النفسية والسلوكية، ط 1.
دمشق، سوريا: دار ابن النفيس.
- نبيل كامل محمد الحجار وبشير إبراهيم دخان. (2006). الضغوط النفسية لدى طلبة
الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم. مجلة الجامعة الإسلامية سلسلة
الدراسات الانسانية، المجلد 14، العدد 02، 369-398.
- نبيلة بن الزين. (2005). مركز الضبط لدى الطلبة المتفوقين والمتأخرين دراسيا. منكرة
ماجستير. ورقلة، قسم علم النفس، الجزائر.
- نعمات شعبان علوان. (2019). دور مقدمي الرعاية في إدارة الألم النفسي لمرضى
السرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، المجلد 4، العدد 1، 149-160.
- نور الدين جبالي. (2007). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي
-دراسة ميدانية-. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. باتنة، كلية الآداب
والعلوم الانسانية، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

نورة بنت عبد العزيز الدامر. (2014). الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض. رسالة ماجستير في علم النفس تخصص الرعاية والصحة النفسية. الرياض، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية، المملكة العربية السعودية.

هناء أحمد محمد شويخ. (2012). علم النفس الصحي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية. وليدة مرزوقة. (2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. رسالة ماجستير في علم نفس الصحة. باتنة، كلية الآداب والعلوم الانسانية، الجزائر.

يحي عمار شقورة. (2012). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة. رسالة ماجستير في علم النفس. غزة، كلية التربية، جامعة الأزهر، فلسطين.

يسرى محمد أبو العينين. (2002). تأثير نوعية الإعاقة، السواء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي على وجهة الضبط والصلابة النفسية ودافعية الانجاز لدى الذكور. رسالة ماجستير. كلية الآداب، جامعة المنوفية.

يوسف الشرفاء. (2008). الوقاية من أمراض السرطان للتخلص من سموم الجسم بطريقة الشاولين الصينية، ط 1. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

Abbott, A. (2010). The Coping Strategy Questionnaire. *Journal of Physiotherapy, Volume 56, 63*

- Alta Vandyk. (2008). *HIV/ AIDS care and conselling, a multidisciplinary approach, 4th edition*. South Africa: Pearson Education.
- Alvin. P & Marcelli. D. (2005). *Médecine de l'adolescent*. Paris, France: Masson.
- Anagnosti et al, F. H.-A. (2023). The relationship of health locus of control and psychological distress in lung cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Psychology, 14*, 201-212.
- Arrarras J.I et al. (2002). Coping Style, Locus of control, psychological distress and pain related behaviours in cancer and other deseases. *Psychology health and medicine, Vol 7, N°2, Spain*.
- Auddette & Angela, J. M. (2004). *The role of acupuncture in pain management*. America: Physical Medicine and rehabilitation clinic of north America.
- Beaulieu. P. (2005). *Pharmacologie de la douleur*. Canada: Les presses de l'université de Montréal.
- Beck & Falkson, S. L. (2001). Prevalence and management of cancer pain in South Africa. *Pain, Volume 94, Issue 1*, 75-84.

- Berger, M. (2009). Le sentiment de solitude, le stress et le lieu de controle chez les personnes atteintes de cancer. *Thèse du doctorat en psychologie*. L'université du Québec à Trois-Rivières, Canada.
- Bervers. K et al, W. L. (2016). The Biopsychosocial model of the assessment, Prevention, and treatment of chronic pain. *US Neurol, Volume 12, N 2, 98-104*.
- Boucher. Y & Pionchon. P. (2006). *Douleurs Orofaciales*. France: CDP.
- Boureau, F. (2006). *Pratique du traitement de la douleur*. Paris, France: Institut UPSA de la douleur.
- Boveidtn N et al. (2014). Patient empowement in cancer pain management: An integrative literature view. *Psycho-Oncology*.
- BPS, T. B. (2013). *Cancer Pain Management- A perspective from the British Pain Society, supported by the Association for Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners*. UK: The British Pain Society, Churchill House.
- Brannon et al, L. F. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont, California: Wadsworth, Cengage Learning.

- Brooks, M. V. (2003). Health – related hardiness and chronic illness. A synthesis of current research. *Nursing forum, Vol 38, No 3*, 11–20.
- Cabric V et al. (2021). How do we measure the adequacy of cancer pain management? Testing the performance of 4 commonly used measures and steps towards measurement refinement. *Measuring the adequacy of cancer pain Management*, 1–44.
- Chou Angela et al. (2018). Tailored first – line and second – line CDK4 – targeting treatment combinations in mouse models of pancreatic cancer. *Gut Journal*, 2142–2155.
- Christopher et al. (2009). Psychology therapies for the management of chronic pain –Excluding headache– In Adults. *The Cohcrane Collaboration, Issue 3*.
- Cohen et al, L. L. (2020). *Acute and Chronic Pain Management in Children, Handbook of Evidence– Based Therapies for Children*. USA: Springer Nature Switzerland AG.
- Coons & Steglitz, M. J. (2020). Pain. *Encyclopedia of Behavioral Medicin, Springer Nature Switzerland AG*, 1603– 1607.
- Coons M.J, M. J. (2020). Pain Management/ Control. *Springer Nature Switzerland AG, Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1611– 1613.

Coons, M. J. (2020). Pain Anxiety. *Springer Nature Switzerland AG, Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1608– 1609.

Cooper & Dewe, C. P. (2004). *Stress: A brief history*. U.K: Oxford: Blackwell.

Corisini, R. (2002). *The dictionary of psychology*. New York: Brunner Routledge.

Cunanan V et al. (2017). *Chronic Pain Management: A Toolkit for Physiotherapists*. Alberta, Canada: Physiotherapy Alberta, College Association.

Davis et al, D. L.–L. (2018). *Complementary and Integrative Health in Chronic Pain and Palliative Care*. USA: Springer International Publishing AG, Part of Springer Nature.

Derks et al, W. (2005). Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head neck cancer. *clinical otolaryngology & allied sciences*, 30, 186–192.

Downing et al, J. (2010). *Beating Pain, A Pocket Guide for Pain Management in Africa*. Kampala, Uganda.

Du Pen et al, S. L. (1999). Implementing Guidelines for Cancer Pain Management: Results of a Randomized Controlled Clinical

- Trial. *Journal of Clinical Oncology, Volume 17, No 1, 361–370.*
- Duplan & Marty, B. M. (2001). *Bien soigner le mal de dos.* Paris: Odile Jacob.
- Edirisinghe et al, N. P. (2021). Evaluating Psychometric Properties of the Short Form Brief Pain Inventory Sinhala Version (SF BPI– Sin) among Sinhala speaking patients with cancer pain in Sri Lanka. *BMC Psychology, Volume 9, No 34, 1–10.*
- Ferguson et al, R. J. (2010). Cognitive Effects of cancer chemotherapy in adult cancer survivors: Cognitive–Behavioral Management. *Journal Rat–Emo Cognitive–Behavioral Therapy, 28, 25–41.*
- Franco et al, L. R. (2004). Assessment of Chronic pain coping Strategies. *Actas Esp Psiquiair, Volume 32, No 2, 82– 91.*
- Gatchel et al, R. H. (2018). *Biopsychosocial Approaches to Understanding Chronic Pain and Disability, Handbook of Pain and Palliative Care, 2nd Ed.* USA: Dokumen Pub.
- Gehdoo R.P. (2006). Cancer pain management. *Indian journal Anaesth, Vol 50, No 5, 375–390.*

Gehdoo, R. P. (2006). Cancer Pain Management. *Indian Journal Anaesth, 50, (5), 375– 390.*

Georgios Markozannes et al. (2017). An umbrella review of the literature on the effectiveness of psychological interventions for pain reduction. *BMC Psychology, Vol 5, No 31, 1–16.*

Gibek K & Sacha T. (2019). Comparison of health locus of control in oncological and non–oncological patients. *Contemporary Oncology, Vol 23, 2, 115–120.*

Gottumukkala et al, A. P. (2017). Pocket Guide for clinicians for management of chronic pain. Michigan, USA: South Central Mental Illness, Research and Clinical Centers.

Guignery, D. H. (2002). *Urgences – Réanimation.* Paris: Estem.

Hadjistavropoulos & Craig, T. &. (2004). *Pain Psychological Perspectives.* Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Haefeli & Elfering, M. (2006). Pain assessment. *Eur Spin Journal, 15, 17–24.*

Harkapaa K.J et al. (1991). Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in

- low back pain patients: results of a 3 month follow-up a controlled intervention study. *Pain*, 46, 35-41.
- HCANJ, H. C. (2017). *Pain Management Guideline*. New Jersey, USA: Best Practice Committee of the Health Care Association of New Jersey HCANJ.
- Heckman & Clay, C. (2005). Hardiness, history of abuse and women's health. *journal of health psychology*, Vol10, No 6, 767-777.
- Heron, J. (2002). *Les Reactions pathologique du cancer*. Edition facultes de medecine ferons.
- Husson. MC. (2000). Traitement de la douleur. *Revue déévaluation sur le médicament*.
- Iddon J. E et al. (2016). Positive Psychological Interventions and Chronic Non-Cancer Pain: A Systematic Review of the Literature. *Int Journal Appl Posit Psychology*, 1, 133-157.
- Irachabal S. M. S et al. (2008). Stratégies de Coping des patients douloureux: adaptation française du coping strategies questionnaire (CSQ-F). *L'Encéphale*, Volume 34, 47-53.
- Kazrian & Evans, S. S. (2001). *Handbook of cultural health psychology*. USA: Academic Press.

- Keefe J.F, A. P et al. (2005). Psychological Approaches to Understanding and Treating Disease – Related Pain. *Annual Review Psychology, 56*, 601–620.
- Keren Dopelt et al. (2022). Health locus of control in cancer patient and oncologist decision – making: An exploratory qualitative study. *Plos One, Vol 17,1*, 1–12.
- Khan M. L et al. (2018). *Assessment of Pain: Tools, Challenges, and Special Populations*. USA: Springer International Publishing AG.
- Kiviri et al. (2012). *Pain management guidelines*. Kigali, USA: Ministry of Health.
- Klage & Bradley, S. (2004). The role of hardiness in stress and illness. An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British journal of health psychology, Vol 9, No 2*, 137–161.
- Kreps, G. (2018). *Communication and Palliative Care: E-Health Interventions and Pain Management – Handbook of Pain and Palliative Care*. USA: Springer International Publishing AG, part of Springer Nature.

- Kumar & Elavarasi, K. P. (2016). Definition of pain and classification of pain disorders. *Journal of advanced clinical & reasearch insights, Volume 3*.
- Kumar & Tripathi, P. L. (2014). Challenges in pain assessment: Pain intensity scales. *Indian Journal of Pain, Volume 28, Issue 2, 61-70*.
- L.N & S.M Sun & Stewart.(2000) Psychological adjustment to cancer in a collective culture. *International journal of psychology, 35, 177-185*.
- Leauren & Sean, T. (2020). *Chronic Pain Clinical Practice Guideline*. USA: The OHIO State University, Wexner Medical Center.
- Lee K. A et al. (2018). *Quality Indicators for Pain in Palliative Care, Handbook of Pain and Palliative care*. USA: Springer International Publishing AG.
- Leppink IJC. (2013). Patient empowerment in cancer pain management: an interegative review. *Medicine Psychology, 1-26*.
- Leventhal H. J.-D et al. (2016). *Cognitive Mechanisms and Common - Sense Management of cancer Risk: Do Patients*

Make Decisions? USA: Springer Science & Business Media
New York.

Li Wang G. H et al. (2016). Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *CMAJ, 188 (14), 352– 361.*

Lindstrom Martin et al. (2022). Health locus of control and all-cause, cardiovascular, cancer and other cause mortality: A population-based prospective cohort study in southern Sweden. *Preventive Medicine, Elseiver, Lund University, Sweden, 161.*

M Maiga. .(2005) Douleur Post- Opératoire, Prise en charge dans le servise de chirurgie orthopédique et traumatologique. *Thèse de Doctorat en Pharmacie .Bamako ,Université de Bamako , Mali.*

Maddi, S. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 54, 173–185.*

Madenski. D, A. (2014). Improving Nurses' Pain Management in the Post Anesthesia Care Unit (PACU). *Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects.* College of Nursing, University of Massachusetts Amherst, USA.

- Mailis A. P et al. (2020). Chronic Pain: Evolution of Clinical Definitions and Implications for Practice. *Psychological Injury and Law, 13, Springer Science*, 412–426.
- Maki D. E et al. (2018). The Coping Strategies Questionnaire in an Arabic Low Back Pain Population. *Journal of the Physiotherapy Pain Association, 25– 37*.
- Markman, M. M. (2022, April 29). *City of Hope*. Récupéré sur www.cancercenter.com:
<https://www.cancercenter.com/integrative-care/pain>
- Mayou Richard et al. (2003). *ABC Psychological medecine*. U.K: MBJ Publishing Group.
- Mazzocato. C & David. S. (2008). L'évaluation de la douleur. *Guide des soins palliatifs, N 2, 1– 24*.
- Medha Tripathi et al. (2016). Health Locus of Control and Health Behaviours in Lung Cancer Patients. *The international journal of Indian psychology, Volume 3, Issue 3, N 11, 20– 30*.
- Meghani & Green, S. H. (2018). *Disparities in Pain Care, Handbook of Pain and Paliative Care*. USA: Springer International Publishing AG, Part of Springer Nature.

Mélanie Berger. (2009). Le Sentiment de solitude, Le stress et le lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer. *Thèse du doctorat en psychologie*. l'université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada.

Melanie R. L. M et al. (2014). Patient Education, Coaching, and Self-Management for Cancer Pain. *Journal of clinical oncology, Volume 32, Number 16*, 1712-1721.

Melanie R Lovell et al. (2010). A Randomized controlled trial of a standardized educational intervention for patients with cancer pain. *Journal of pain and symptom management, Vol 40, No 1*, 49-59.

Michael J. E et al. (2008). *Wing youth empowerment and volunteerism: Principles, Policies and practices*. Hong Kong: City University of Hong Kong Press.

Moller, A. (2006). *Plasticity and disorders of the nervous system*. UK: Cambridge University Press.

Monticone M. S et al. (2014). The 27-item Coping Strategies Questionnaire- Revised: Confirmatory factor analysis, reliability and validity in Italian - speaking subjects with chronic pain. *Pain Res Management, Volume 19, No 3*, 153- 158.

- Moore. RJ. (2012). *Handbook of pain and palliative care biobehavioral approaches for the life course, Edition 1*. New York: Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
- Murphy. L. (s.d.). *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain*. Sydney: University of Sydney.
- Musavi M et al, J. S. (2021). The Effect of Pain Self-Management Education on Pain Severity and Quality of Life in Metastatic Cancer Patients. *Asia Pac journal Oncology Nursing*, 8, 419-426.
- National Institute of Health NIH. (2023, July 14). *National Cancer Institute NCI*. Récupéré sur [www.cancer.gov: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-hp-pdq](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-hp-pdq)
- Nezu Arthur M et al. (2003). *Handbook of Psychology*. New Jersey: John Wiley and sons Inc, Vol 9.
- Novy, D. M. (2004). Psychological Approaches for Managing Chronic Pain. *Journal of Psychology and Behavioral Assessment*, Volume 26, No 4, 279- 288.
- Nuseir. K et al. (2016). Healthcare Providers' Knowledge and Current Practice of Pain Assessment and Management: How

Much Progress Have We Made? *Pain Research and Management, Hindawi Publishing Corporation, 1-7.*

P Joshi, A Schug, Kehlet Girish & Stephan & Henrik. (2014) Procedure-specific pain management and outcome strategies. *Best practice & research clinical anaesthesiology journal.201-191* ،

Panel L & Keefe J. (2008). Self efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers Associations with symptoms and distress. *Associations with symptoms and distress, Volume 137, Issue 2.*

Panel S et al. (2010). Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients perspectives. *journal of pain and symptom management, volume 39, Issue 1.*

Pearman T. P et al. (2018). *Adult Cancer- Related Pain, Handbook of Pain and Palliative Care.* USA: Springer International Publishing AG.

Peaz B et al. (2013). *Guidelines on pain management & palliative care.* Europa: European Association of Urology.

Périer & Fondras, M. J. (2004). *Soins palliatifs.* Paris: Dion.

- Petrini L. N et al. (2020). Understanding Pain Catastrophizing: Putting Pieces Together. *Frontiers in Psychology, Volume 11*, 1–16.
- Peyla L. L et al. (2014). Oncologists Facing Pain: A Qualitative Study – Les oncologues face à la douleur: une étude qualitative. *Psycho-Oncology, Volume 8*, 215–221.
- Portenoy & Lesage, R. K. (1999). Management of cancer pain. *The Lancet, Volume 353*, 1695– 1700.
- Raz Y.H & Solomon Z. (2006). Psychological adjustment of melanoma survivor: the contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. *Journal of Individual Differences, Vol 27, No 3*, 172–182.
- Rebecca E. F et al. (2021). Pain management experiences among hospitalized post- craniotomy brain tumor patients. *Journal of cancer nursing, 44, 3*, 170–180.
- Reinhard, R. (2016). *Atlas de Poche de Neurologie, 2ème édition*. France: Médecine Universitaire et Paramédical.
- Robert et al. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin, Volume 133, N 4*.

- Russ H & Rita. (2011). *28 Measures of locus of control: will tow power press*. Beache Haven.
- Sabine Valenta et al. (2022). Randomized clinical trial to evaluate a cancer pain self-management intervention for outpatients. *Asia Pacific journal of oncology nursing, Science Direct, 9*, 39–47.
- Sanderson. C. (2013). *Health Psychology, 2nd édition*. USA: John Wiley & Sons.
- Schweitzer, M. B. (2001). *Personnalité et Maladies, stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.
- Sherwood & McNeill, G. J. (2016). Integrated Care for Pain Management Among Hispanic Populations, Chapter 12. Dans L. T. Benuto & Donohue, *Enhancing Behavioral Health in Latino Populations – Reducing Disparities Through Integrated Behavioral and Primary Care* (pp. 207– 230). USA: Springer International Publishing Switzerland.
- Smith N. Y et al. (2004). Optimism, health-related hardiness and well-being and older Australian women. *Journal of health psychology, Volume 9, No 6*, 741–752.
- Stacy M Ogbeide & Arissa Fitch. (2016). Cancer Pain Management: Implications for Psychologists. *Psychology, Community & Health, Literature Reviews, Vol 5, 1*, 61–79.

- Stilzlein P & Yvonne. (2013). *Compact clinical to cancer pain management*. New York, USA: Springer Publishing company.
- Sullivan, M. J. (2009). *The Pain Catastrophizing Scale PCS*. Montreal, Quebec, Canada: Departments of Psychology, Medicine, and Neurology, School of Physical and Occupational Therapy, McGill University.
- Swanson, D. W. (2000). *La douleur chronique – Approche globale*. France: Lavoie Broquet.
- Tai V & Lovell. (2013). Pain Relief and the end of life. *Medicine Today, Volume 14 (4)*, 16–24.
- Tamara A. Barker J. L.S et al. (2016). Identifying factors of psychological distress on the experience of pain and symptom management among cancer patients. *BMC Psychology, Volume 4, Issue 52*, 1–7.
- Taylor S. L et al. (2007). Facial expressions of emotions reveal neuroendocrine and cardiovascular stress responses. *Society of Biological Psychiatry, 61*, 253– 260.
- Terry E. L et al. (2020). Everyday Discrimination in Adults with Knee Pain: The Role of Perceived Stress and Pain Catastrophizing. *Journal of Pain Research, 13*, 883– 895.

Thompson L. M et al. (2012). Pain, Depression, And Anxiety in Cancer. Dans R. J. Moore, *Handbook of Pain and Palliative Care– Biopsychosocial and Environmental Approaches for the life Course, 2end Edition* (pp. 625– 651). USA: Library of Congress Control, Springer International Publishing AG.

Thronaes M. T et al. (2020). Pain Management index (PMI)– does it reflect cancer patients' wish for focus on pain? *Supportive Care in Cancer, Volume 28, Springer*, 1675– 1684.

Tse M. M et al. (2012). The effect of a pain management program on patients with cancer pain. *Cancer nursing, The international journal for cancer care research, Vol 35, Issue 6*, 438–446.

Ursula Religioni et al. (2022). Pain Management Strategies among Cancer Patients. Normalization of the CSQ (The Pain Coping Strategies Questionnaire) Form. *International journal of environmental research and public health, 19, Article No 1013*, 1–11.

Venes, D. (2013). *Taber's cyclopedic medical dictionary, 22nd Edition*. Philadelphia: PA: F.A. Davis.

Wayne. M & Roger. G. (2017). *Gestion Essentielle de la Douleur, Edition 2*. Manuel de l'atelier.

WHO. (2019). *Diagnosis and treatment*. USA.

Wild, S., King, H., et al. (2004). Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projection for 2030. *Diabetes Care*, 27, (5), 1047 – 1053.

Zieliska A. W et al. (2020). Management of Pain in Colorectal Cancer Patients. *Journal Pre-Proof, Clinical Reviews in Oncology/ Hematology, Volume 157*, 1-44.

ملاحق

- 1- مقياس التصنيف الرقمي للألم.
- 2- مقياس مصدر الضبط الصحي.
- 3- قائمة الصلابة النفسية.
- 4- النسخة الألمانية الأصلية لاستبيان استراتيجيات إدارة الألم باللغة الانجليزية.
- 5- ترجمة استبيان استراتيجيات إدارة الألم إلى اللغة العربية.
- 6- الترجمة العكسية لاستبيان استراتيجيات إدارة الألم من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية.
- 7- النسخة النهائية لاستبيان استراتيجيات إدارة الألم باللغة العربية.
- 8- قائمة الأساتذة المراجعين لترجمة استبيان استراتيجيات إدارة الألم و إن صاحب النسخة الألمانية Dr Martin Stoffel.

الملحق الأول

مقياس التصنيف الرقمي للألم

NPRS Numiric Pain Rating Scale

مقياس التصنيف الرقمي للألم

NPRS Numiric Pain Rating Scale

التعليمية:

قم بتحديد شدة الألم الذي تشعر به ما بين درجة 0 و10، حيث أن الدرجة 0 تشير إلى

أنك لا تعاني من أية آلام، وتشير الدرجة 10 إلى أسوأ ألم يمكن لك تحمله.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1



الملحق الثاني
مقياس مصدر الضبط
الصحي

السن المهنة:

الجنس ذكر (.....) انثى (.....) مدة المرض.....

المستوى التعليمي امي () ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()
الحالة الاجتماعية: متزوج () اعزب () مطلق () ارمل ()

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض. اقرأ كل عبارة على حدى جيدا، والمطلوب منك تحديد الاجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

ارجو ان تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة دون اجابة، اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن اجابتك عن العبارة السابقة. اجب بصراحة وصدق لان هذا يخدم البحث العلمي، تأكد ان اجابتك تبقى موضع سرية

غير موافق تماما	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق تماما	العبارات
					1 - سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض
					2 - اذا قدر لي ان امرض فانني لا استطيع فعل شيء لتفادي المرض
					3 - المداومة على زيارة الطبيب هي افضل وسيلة لتفادي المرض
					4 - اغلب ما يؤثر على صحتي يعود الى الصدفة
					5 - عند شعوري بوعكة صحية ازور فورا طبيبا مختصا
					6 - اعتقد اني متحكم في صحتي
					7 - لأسرتي دور كبير في اصابتي بالمرض او بقائي سليما
					8 - لا الوم إلا نفسي عند اصابتي بالمرض
					9 - يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض
					10. يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي
					11. حظي السعيد هو الذي جعلني اتمتع بصحة جيدة
					12. تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي
					13. اذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض
					14. يرجع شفائي من المرض الى العناية التي القاها من (الاطباء, الاقارب, الاصدقاء...)
					15. اعتقد انني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه
					16. القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة
					17. يمكنني المحافظة على صحتي اذا اعتنيت بنفسني
					18. اتباع ارشادات الطبيب حرفيا هي افضل وسيلة للحفاظ على صحتي

جزء خاص بالمختص

IHLC	PHLC	CHLC
------	------	------

الملحق الثالث

قائمة الصلابة النفسية

عماد محمد أحمد مخيمر (2002)

تعديل وتقنين: بشير معمرية (2011)

الجنس: السن: المهنة:

المستوى التعليمي: التخصص التعليمي:

الحالة الاجتماعية: نوع المرض:

مدة المرض:

الرقم	العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
01	مهما كانت الصعوبات التي تعترضني فإنني أستطيع تحقيق أهدافي				
02	أأخذ قراراتي بنفسني ولا تملئ علي من مصدر خارجي				
03	أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها				
04	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادئه وقيمه				
05	عندما أضع خطتي المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها				
06	أقحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها				
07	معظم أوقاتي أستثمرها في أنشطة ذات معنى وفائدة				
08	نجاحي في أمور حياتي يعتمد على جهدي وليس على الصدفة والحظ				
09	لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة الجديد				
10	أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله				
11	أعتقد أن الحياة كفاح وعمل وليست حفا وفرصا				
12	أعتقد أن الحياة التي ينبغي أن تعاش هي التي تنطوي على تحديات والعمل على مواجهتها				
13	لدي مبادئ وقيم ألتزم بها و أحافظ عليها				
14	أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلك إلى أسباب تكمن في شخصيته				
15	لدي القدرة على التحدي والمثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني				
16	لدي أهداف أتمسك بها و أدافع عنها				
17	أعتقد أن الكثير مما يحدث لي هو نتيجة تخطيطي				
18	عندما تواجهني مشكلة أتحداه بكل قواي وقدراتي				
19	أبادر بالمشاركة في النشاطات التي تخدم مجتمعي				
20	أنا من الذين يرفضون تماما ما يسمى بالحظ كسبب للنجاح				
21	أكون مستعدا بكل جدارة لما قد يحدث في حياتي من أحداث وتغيرات				
22	أبادر بالوقوف إلى جانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة				
23	أعتقد أن العمل وبذل الجهد يؤديان دورا هاما في حياتي				

				عندما أنجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى	24
				أعتقد أن الاتصال بالآخرين ومشاركتهم في انشغالاتهم عمل جيد	25
				أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي	26
				أعتقد أن مواجهة المشكلات اختبار لقوة تحملي وقدرتي على حلها	27
				اهتمامي بالأعمال والأنشطة يفوق بكثير اهتمامي بنفسي	28
				أعتقد أن العمل السيء وغير الناجح يعود إلى سوء التخطيط	29
				لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي	30
				أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يفيد أسرتي أو مجتمعي	31
				أعتقد أن تأثيري قوي على الأحداث التي تقع لي	32
				أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها	33
				أهتم بما يحدث حولي من قضايا وأحداث	34
				أعتقد أن حياة الناس تتأثر بطرق تفكيرهم وتخطيطهم لأنشطتهم	35
				إن الحياة المتنوعة والمثيرة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي	36
				إن الحياة التي نتعرض فيها للضغوط ونعمل على مواجهتها هي التي يجب أن نحياها	37
				إن النجاح الذي أحققه بجهدني هو الذي أشعر معه بالمتعة والاعتزاز وليس الي أحققه بالصدفة	38
				أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحد هي حياة مملة	39
				أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين وأبادر إلى مساعدتهم	40
				أعتقد أن لي تأثيرا قويا على ما يجري لي من أحداث	41
				أتوقع التغيرات التي تحدث في الحياة ولا تخيفني لأنها أمور طبيعية	42
				أهتم بقضايا أسرتي ومجتمعي وأشارك فيها كلما أمكن ذلك	43
				أخطط لأمر حياتي ولا أتركها للحظ والصدفة والظروف الخارجية	44
				إن التغيير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح	45
				أبقى ثابتا على مبادئ وقيمي حتى إذا تغيرت الظروف	46
				أشعر أنني أتحكم فيما يحيط بي من أحداث	47
				أشعر أنني قوي في مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث	48

الملحق الرابع

النسخة الألمانية الأصلية لاستبيان

استراتيجيات إدارة الألم باللغة

الانجليزية

Items	Strongly disagree	Disagree	Somewhat disagree	Netural	Somewhat agree	agree	Strongly agree
1- I try to feel distant from the pain, almost as if the pain was somebody else's body.							
2- I try to think of something pleasant.							
3- It is terrible and I feel it is never going to get any better.							
4- I just think of it as some other sensation such as numbness.							
5- It is awful and I feel it overwhelms me.							
6- I feel my life isn't worth living.							
7- I know someday someone will be there to help me and it will go away for awhile.							
8- I pray to god it won't last long.							
9- I try not to think of it as my body, but rather as something separate from me.							
10- I try to think years ahead, of what everything will be like after I have gotten rid of the pain.							
11- I tell myself I can't let the pain stand in the way of what I have to do.							
12- I don't pay any attention to it.							
13- I have faith in doctors that someday							

there will be a cure for my pain.							
14- I worry all the time about whether it will end.							
15- I replay in my mind pleasant experiences in the past.							
16- I think of people I enjoy doing things with.							
17- I pray for the pain to stop.							
18- I imagine that the pain is outside of my body.							
19- I see it as a challenge and don't let it bother me.							
20- I feel I can't stand it any more.							
21- I ignore it.							
22- I rely on my faith in god.							
23- I feel like I can't go on.							
24- I think of things I enjoy doing.							
25- I do something I enjoy, such as watching TV or listening to music.							
26- I pretend it's not a part of me.							

الملحق الخامس

ترجمة استبيان استراتيجيات إدارة

الألم إلى اللغة العربية

أوافق بشدة	أوافق	أوافق نوعا ما	محايد	لا أوافق نوعا ما	لا أوافق	لا أوافق بشدة	العبارات
							1- أحاول أن أشعر بأنني بعيد عن الألم، كما لو أن الألم في جسد شخص آخر.
							2- أحاول التفكير بشيء ممتع.
							3- إنه رهيب وأشعر أنه لن يتحسن أبدا.
							4- أفكر بالأمر على أنه مجرد إحساس آخر مثل التنميل.
							5- إنه مريع وأشعر بأنه يتقل كاهلي.
							6- أشعر أن حياتي لا تستحق العيش.
							7- أعرف أنه يوما ما سيكون هناك شخص ما لمساعدتي وسيختفي الألم لفترة.
							8- أدعو الله ألا يدوم طويلا.
							9- أحاول أن أفكر بأن الألم بعيد عن جسدي ومنفصل عني.
							10- أحاول التفكير كيف سيكون كل شيء بعد أن أتخلص من الألم بمرور سنوات قليلة من الآن.
							11- أحدث نفسي بأنه لا يمكنني السماح للألم بأن يقف في طريق ما يجب عليا أن أفعله.
							12- أنا لا أعير أي انتباه للألم.

						13- لدي إيمان بأن الأطباء سيتمكنون يوماً ما من إيجاد علاج لآلمي.
						14- أنا قلق طوال الوقت بشأن ما إذا كان سينتهي آلمي.
						15- أعيد في ذهني تجارب ممتعة حصلت في الماضي.
						16- أفكر في الأشخاص الذين أستمتع بفعل الأشياء معهم.
						17- أدعو الله أن يتوقف الألم.
						18- أتخيل أن الألم خارج جسدي.
						19- أراه تحدياً ولا أسمح له بأن يزعجني.
						20- أشعر أنني لا أستطيع تحمل ذلك بعد الآن.
						21- أتجاهل آلمي.
						22- أنا أعتد على إيماني بالله.
						23- أشعر أنني لا أستطيع الاستمرار.
						24- أفكر في الأشياء التي أستمتع بفعلها.
						25- أفعل شيئاً أستمتع به، مثل مشاهدة التلفزيون أو الاستماع إلى الموسيقى.
						26- أظاهر بأنه ليس جزءاً مني.

الملحق السادس

الترجمة العكسية لاستبيان

استراتيجيات إدارة الأتم من اللغة

العربية إلى اللغة الانجليزية

Items	Strongly disagree	Disagree	Somewhat disagree	Netural	Somewhat agree	agree	Strongly agree
1- I try to feel out of pain, as if the pain is in someone else's body.							
2- I'm trying to think of something fun.							
3- It's terrible and I feel like it's never going to get better.							
4- I think of it as just another feeling like numbness.							
5- It's terrible and I feel like it's weighing me down.							
6- I feel like my life is not worth living.							
7- I know someday there will be someone to help me and the pain will disappear for a while.							
8- I pray it doesn't last long.							
9- I'm trying to think that the pain is far from my body and separate from me.							
10- I'm trying to think about how everything will be after I get rid of the pain a few years from now.							
11- Tell myself that I can't let pain stand in the way of what I have to do.							
12- I don't pay any attention to the pain.							

13- I have faith that one day doctors will be able to find a cure for my pain.							
14- I'm worried all the time about whether my pain will end.							
15- I recover in my mind pleasant experiences that have taken place in the past.							
16- I think about the people I enjoy doing things with.							
17- I pray that the pain stops.							
18- I imagine the pain is out of my body.							
19- I see it as a challenge and I don't let it bother me.							
20- I feel like I can't take it anymore.							
21- I ignore my pain.							
22- I rely on my faith in God.							
23- I feel like I can't keep going.							
24- I think about the things I enjoy doing.							
25- I do something I enjoy, like watching TV or listening to music.							
26- I pretend it's not part of me.							

الملحق السابع

النسخة النهائية لاستبيان

استراتيجيات إدارة الأتم باللغة

العربية

الجنس.....السن.....المهنة.....
المستوى التعليمي.....التخصص التعليمي.....
الحالة الاجتماعية.....نوع المرض.....
مدة المرض.....

أوافق بشدة	أوافق	أوافق نوعا ما	محايد	لا أوافق نوعا ما	لا أوافق	لا أوافق بشدة	العبارات
							1- أحاول أن أشعر بأنني بعيد عن الألم، كما لو أن الألم في جسد شخص آخر.
							2- أحاول التفكير بشيء ممتع.
							3- إنه أمر مروع وأشعر أنه لن يتحسن أبدا.
							4- أنا فقط أفكر في الأمر على أنه إحساس آخر مثل التتميل.
							5- إنه أمر مروع وأشعر أنه يغمرنني.
							6- أشعر أن حياتي لا تستحق العيش.
							7- أعلم أن شخصا ما سيكون بجانبني يوما ما لمساعدتي وسيختفي لفترة من الوقت
							8- أدعو الله ألا يدوم طويلا.
							9- أحاول أن أفكر بأن الألم بعيد عن جسدي ومنفصل عني.
							10- أحاول التفكير كيف سيكون كل شيء بعد أن أتخلص من الألم بمرور سنوات قليلة من الآن.
							11- أحدث نفسي بأنه لا يمكنني السماح للألم بأن يقف في طريق ما يجب عليا أن أفعله.
							12- أنا لا أعير أي انتباه للألم.

						13- لدي إيمان بأن الأطباء سيتمكنون يوماً ما من إيجاد علاج للألم.
						14- أنا قلق طوال الوقت بشأن ما إذا كان سينتهي ألمي.
						15- أعيد في ذهني تجارب ممتعة حصلت لي في الماضي.
						16- أفكر في الأشخاص الذين أستمتع بفعل الأشياء معهم.
						17- أدعو الله أن يتوقف الألم.
						18- أتخيل أن الألم خارج جسدي.
						19- أراه تحدياً ولا أسمح له بأن يزعجني.
						20- أشعر أنني لا أستطيع تحمل ذلك بعد الآن.
						21- أتجاهل ألمي.
						22- أنا أعتمد على إيماني بالله.
						23- أشعر أنني لا أستطيع الاستمرار.
						24- أفكر في الأشياء التي أستمتع بفعلها.
						25- أفعل شيئاً أستمتع به، مثل مشاهدة التلفزيون أو الاستماع إلى الموسيقى.
						26- أتظاهر بأنه ليس جزءاً مني.

الملحق الثامن

قائمة الأساتذة المراجعين لترجمة

استبيان استراتيجيات إدارة الأتم

وإذن صاحب النسخة الألمانية

قائمة الأساتذة المراجعين لترجمة استبيان استراتيجيات إدارة الألم

المراجع	وظيفته
جبالى نور الدين	أستاذ التعليم العالي في علم النفس
بن كمشي فوزية	أستاذة بقسم علم النفس جامعة خنشلة
محمودي يونس	أستاذ اللغة الإنجليزية بجامعة باتنة 1

إذن صاحب النسخة الألمانية Dr Martin Stoffel

