

جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

دور السند الاجتماعي واستراتيجيات التعامل في
تحسين نوعية حياة المعانين من الألم المزمن لدى مرضى الفيبروميالجيا
*Role of social support and coping strategies in improving the
quality of life of chronic pain patients with fibromyalgia*

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه " ل م د" تخصص علم النفس الصحة.

إشراف
أ. د. زناد دليلة

إعداد الطالبة
عبدالسلام حفيظة

لجنة المناقشة :

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
مسيلي رشيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر -2-	رئيس
زناد دليلة	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر -2-	مقرر ومشرف
أجراد محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر -2-	عضوا
لونيس سعيدة	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر -2-	عضوا
يحياوي حسينة	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري -تيزي وزو-	عضوا خارجي 1
حفظ الله رفيقة	محاضرة أ	جامعة لونيس علي -البليدة-	عضوا خارجي 2

*University of Algiers 02 Aboul El Kacem Saad Allah
Faculty of Social Sciences
Department of Psychology*

***Role of social support and coping strategies in
improving the quality of life of chronic pain
patients with fibromyalgia***

A dissertation submitted for obtaining a doctorate degree « LMD »
majoring in Health Psychology

By
Abdesselam hafida

Supervisor
Zenad Dalila

Discussion Committee :

Name and Firtname	Grade	Original University	Quality
Rachid Mssili	Professor	University of Algiers- 2-	President
Dalila Zenad	Professor	University of Algiers- 2-	Rapporteur and supervisor
Adjrad Mohamed	Professor	University of Algiers -2-	Member
Lounis saida	Professor	University of Algiers -2-	Member
Yahyaoui Hassina	Professor	University Moulod Mammeri -Tizi Ouzou-	External Member
Hafed allah Rafika	Senior Lecturer A	University Lounis Ali - Blida -	External Member

2021-2022

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين

نبينا محمد وعلى آله وأصحابه أجمعين.

إن الحمد أوله وآخره لله عزّ جلاله على توفيقه لنا واعانتنا للقيام بهذا العمل، وبعد
يطب لي أن أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة الدكتورة الفاضلة "زناد دليّة" المشرفة
على أطروحتي التي يعود لها الفضل بعد الله عزّ وجلّ على اختياري لتخصص
علم النفس الصّحة وعلى كل ما قدمته من عناية، نصائح وتوجيهات سديدة
أثارت بها طريقي، والشكر موصول للأستاذة الدكتورة "خطار زهية" على
دعمها ومساعدتها الفعالة، وإلى كل من كانت له بصمة في انجاز هذا
البحث، كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل لكل من البروفيسور
"فلاح" رئيسة مركز علاج الألم لدى مستشفى "لمين دباغين"،
والأخصائية النفسانية "تابتي"، بالإضافة إلى البروفيسور
"لفكير" رئيسة مصلحة أمراض الروماتيزم لدى
المستشفى الجامعي "اسعد حساني" على
التسهيلات المقدمة لإجراء البحث،
فالشكر والامتنان
للجميع.

إِهْدَاء

إلى من زرع في قلبي شغف العلم والمعرفةوالديّ

إلى من كانوا ملاذي وملجئي..... إخوتي

إلى سندي ومصدر طاقتيأصدقائي

إلي من أضاء بعلمه عقلي.... أساتذتي

المخلص

أجري البحث الحالي حول دور السند الاجتماعي واستراتيجيات التعامل في تحسين نوعية حياة المعانين من الألم المزمن لدى مرضى الفيبروميالجيا. تكونت عينة البحث من 45 مريض بالفيبروميالجيا، تراوح سنهم بين 19 سنة إلى 59 سنة، بلغت نسبة مشاركة الإناث بـ 73,3%، مقابل 26,7% بالنسبة للذكور. تم الاعتماد على المنهج الوصفي وعلى مجموعة من الأدوات المتمثلة في استمارة المعلومات، سلم (EVA) لتقييم الألم، مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم (CSQ)، مقياس السند الاجتماعي (SSQ6)، ومقياس نوعية الحياة (WHOQOL-BREF). قمنا في موضع أول بتحديد مستوى الألم، البحث عن العلاقة التي تربط الألم المزمن بنوعية الحياة وعن التأثير الذي يخلفه المتغير المستقل (الألم) على المخرج (نوعية الحياة). ثم انصب اهتمامنا حول دور بعض العوامل (استراتيجيات التعامل والسند الاجتماعي) في تحسين نوعية حياة هؤلاء المرضى. وباعتبار نموذج علم النفس الصّحة من النماذج المركبة التي تهتم بالوسائط والمعدّلات والمتغيرات الديموغرافية، فقد اعتمدنا على كلّ من المتغير الوسيط والمعدّل بالإضافة إلى دراسة الفروق في متغيرات البحث بدلالة عاملي "الجنس" و"مدة الإصابة بالمرض".

أسفرت نتائج البحث عن وجود ارتفاع في مستوى الألم لدى عينة البحث، وجود علاقة عكسية بين الألم ونوعية الحياة، مع وجود تأثير سلبي لدرجة الألم على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا. اختبرنا لفرضية توسط استراتيجيات التعامل العلاقة بين الألم ونوعية الحياة أسفرت عن وجود وساطة استراتيجيتين: أحدهما فعالة "تجاهل الألم"، وأخرى سلبية وغير فعالة "التحويل". أما عن الفرضية الخاصة بالمتغير المعدّل، فقد أسفرت عن ظهور السند الاجتماعي كمعدّل للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة من جانب بعد "الرضا" دون بعد "التوفر"، وأخيرا وبخصوص الفروق فقد تبين عدم وجود فروق بدلالة الجنس بين متوسط درجات الألم، مع وجود فروق بين

متوسط درجات نوعية الحياة لصالح الرجال التي كانت أفضل من نوعية حياة النساء،
أما عن الفروق بين متوسط درجات الألم ونوعية الحياة بدلالة مدة الإصابة بالمرض
فقد تبين عدم وجود أي فرق بين أفراد العينة.

Abstract

The current research was conducted on the role of social support and coping strategies in improving the quality of life of chronic pain patients with fibromyalgia. A total of 45 patients with fibromyalgia participated in the research; their age ranged from 19 to 59 years; the female participation rate was 73%, with participation rate of 26.7% for males. The descriptive method and set of measurements have been relied: the information from, the Pain Assessment Scale «EVA», The Assessment of pain coping strategies «CSQ», The Short Form of Social Support Questionnaire (SSQ6), and The Quality of Life Assessment Scale (WHOQOL-BREF). First we determined the level of pain, reveal the relationship between chronic pain and quality of life and the effect of pain on the issue. Seen that the health psychology model which is a complex model; we research the role of certain factors in improving the quality of life of these patients: coping strategies as mediators, and social support as moderator of the "pain-quality of life" relationship, and study differences in gender and disease duration in the sample.

The results revealed a high level of pain in the research sample, a negative correlation between pain and quality of life with a negative effect of chronic pain on the quality of life of fibromyalgia patients. The hypothesis of coping strategies as mediators of the relationship "pain - quality of life" revealed the mediation of two strategies: one adaptive "Ignorance of pain", and the other dysfunctional and non-adaptive "Dramatization". Social support appeared as a moderator in the "Satisfaction" dimension, without the "Availability" dimension. However regarding the differences; it was found that there were no gender differences in degrees of pain, with differences for quality of life in favor of men being better than women; finally, it was found that there were no differences in disease duration between the research sample

الصفحة	فهرس العناوين
01	مقدمة
	الإطار العام للبحث
11	1- الإشكالية
19	2- الفرضيات
20	3- المفاهيم الإجرائية
22	4- أهداف البحث
22	5- أهمية البحث
	الجانب النظري
	الفصل الأول الألم المزمن
26	تمهيد
27	1- لمحة تاريخية عن تفسير الألم
30	2- مفهوم الألم المزمن
30	2-1 - تعريف الألم
32	2-2- أنواع الألم
35	3- النموذج البيونفسي اجتماعي للألم المزمن
38	4- مكانزمات الألم
38	4-1- الإستشارة لمستقبلات الألم
39	4-2- الآلام العصبية المنشئ
39	4-3- الآلام النفسية المنشئ
40	4-4- الآلام المجهولة السبب
41	5- مكونات الألم
41	5-1- المكوّن الحسي التمييزي

41	5-2-المكوّن العاطفي الانفعالي
41	5-3-المكوّن المعرفي
42	5-4-المكوّن السلوكي
43	6-دور العوامل النفسية في إدراك الألم
46	7- انعكاسات الألم المزمن
46	7-1-على المستوى البيولوجي
46	7-2-على المستوى النفسي
49	7-3-على المستوى الاجتماعي
50	7-4-على مستوى التكفل
52	8- علاقة الألم المزمن بمتغيرات البحث
55	- خلاصة
	الفصل الثاني الفيبروميالجيا
57	تمهيد
58	1- لمحة تاريخية عن الفيبروميالجيا
60	2- مفهوم الفيبروميالجيا
62	3- أنواع الفيبروميالجيا
62	3-1- الفيبروميالجيا الأولية أو المنعزلة
64	3-2- الفيبروميالجيا الثنائية أو المشتركة
66	4- الخصائص الإكلينيكية للفيبروميالجيا
66	4-1-الأعراض الأساسية
68	4-2-الأعراض الثانوية
69	5- معايير تشخيص الفيبروميالجيا
72	6- ميكانيزمات الفيبروميالجيا
72	6-1-فرضية اختلال الجهاز العصبي المركزي
73	6-2- الفرضية العصبية الهرمونية

73	6-3-فرضية الاختلالات الليفية العضلية
74	6-4-الفرضية الجينية
74	6-5- فرضية التجسيد
75	7-التداخل الموجود بين الفيروميالجيا ومختلف الاضطرابات النفسية والعقلية
75	7-1-على مستوى اضطراب الشخصية
77	7-2- على مستوى الاكتئاب
77	7-3-على مستوى القلق
78	7-4- على مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة
79	7-5- على مستوى الاضطرابات التحويلية
80	8- التكفل بالفيروميالجيا
81	-خلاصة
	الفصل الثالث استراتيجيات التعامل
83	تمهيد
84	1- تطور مفهوم استراتيجيات التعامل
88	2- مفهوم استراتيجيات التعامل
90	3- إستراتيجيات التعامل للتكيف مع الضغط
90	3-1- الضغط
91	3-2-1- نموذج تأثير المحيط
91	3-2-2- نموذج الاستجابة الفردية
92	3-2-3- نموذج السيرورة
93	4- التعامل مع الضغط
93	4-1-التناول التقليدي
93	4-1-1-النموذج الحيواني
94	4-1-2-النموذج التحليلي

95	4-2-التناول المعاصر
96	5- محددات التعامل
96	5-1- التناول الاستعدادي
97	5-2- التناول الظرفي
99	6- أنواع استراتيجيات التعامل
100	6-1-التصنيفات التقليدية
100	6-1-1-استراتيجيات التعامل العامة
101	6-1-2 استراتيجيات التعامل الخاصة
102	6-2-التصنيفات الحديثة
103	6-2-1- الوجهات الوقتية للتعامل
104	6-2-2-التعامل الثنائي
105	6-2-3- التعامل المركز حول المعنى
106	7- فعالية استراتيجيات التعامل
109	8-ميكانيزمات تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة
112	9- استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن
112	9-1- نموذج التعامل مع المشكل المركز حول انفعالات الألم
112	9-2- نموذج الخوف/ تجنب
113	9-3-نموذج التعامل اليقظ/ السلبي
113	9-4-نموذج تقبل الألم
113	9-5- النموذج المعرفي/ السلوكي
114	خلاصة
	الفصل الرابع السند الاجتماعي
116	تمهيد
117	1- تطور مفهوم السند الاجتماعي
119	2-مفهوم السند الاجتماعي

121	2-1- التناول البنيوي للسند الاجتماعي
122	2-2- التناول الوظيفي للسند الاجتماعي
123	3-أبعاد السند الاجتماعي
123	3-1-شبكة السند
125	3-2- السند الاجتماعي المتحصل عليه
126	3-3-السند الاجتماعي المدرك
127	4- أنواع السند الاجتماعي وفعاليتها
127	4-1 أنواع السند الاجتماعي
130	4-2- فعالية السند الاجتماعي
131	5- دور السند الاجتماعي في تحقيق الصحة العامة
133	6-كيفية تأثير السند الاجتماعي على الصحة العامة
134	6-1- نموذج الأثر المباشر (الأساسي)
137	6-2- نموذج الأثر غير المباشر (المعدل، المثبط، العازل)
142	7- ميكانيزمات تأثير السند الاجتماعي على الصحة العامة
142	7-1-الأثر المباشر
143	7-2-الأثر غير المباشر
147	خلاصة
	الفصل الخامس نوعية الحياة
149	تمهيد
150	1- تطور مفهوم نوعية الحياة
153	2-مفهوم نوعية الحياة
157	3- النماذج النظرية المفسرة لنوعية الحياة
157	3-1- نموذج Bubolz وآخرون (1980)
158	3-2-نموذج Bigelow(1982)

159	3-3- نموذج Reich et Zautra (1983-1984)
160	3-4- نموذج Abbey et Andrews (1985)
161	3-5 - نموذج Corten (1998)
163	4- وجهات نوعية الحياة
163	4-1- الوجهة الموضوعية لنوعية الحياة
164	4-2- الوجهة الذاتية لنوعية الحياة
166	4-3- الوجهة الشمولية
169	5- ميادين نوعية الحياة
169	5-1- الميدان الجسدي لنوعية الحياة
169	5-2- الميدان النفسي لنوعية الحياة
170	5-3- الميدان الاجتماعي لنوعية الحياة
170	5-4- الميدان المحيطي لنوعية الحياة
171	6- نوعية حياة المريض الفيبروميالجي
174	خلاصة
	الجانب التطبيقي
	الفصل السادس الإجراءات المنهجية للبحث
177	تمهيد
177	1- الدراسة الاستطلاعية
178	1-1- عينة الدراسة الاستطلاعية وإجراءات التطبيق
179	1-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية
180	2- الدراسة الأساسية
180	2-1- منهج البحث
182	2-2- عينة البحث وكيفية اختيارها
183	2-3- مواصفات عينة البحث
184	3- أدوات البحث

184	3-1- استمارة المعلومات
185	3-2- مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم CSQ
186	- الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات التعامل مع الألم
191	3-3- مقياس السند الاجتماعي SSQ6
192	- الخصائص السيكومترية لمقياس السند الاجتماعي
196	3-4- مقياس نوعية الحياة WHOQOL-Bref-26
197	- الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة
202	3-5- سلم الألم
203	4 - إجراءات التطبيق
204	5- الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث
205	خلاصة
	الفصل السابع عرض وتحليل النتائج
207	تمهيد
207	1 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى للبحث
208	2 - عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية للبحث
209	3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة للبحث
210	4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة للبحث
228	5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة للبحث
229	6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة للبحث
230	7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة للبحث
231	خلاصة
	الفصل الثامن تفسير نتائج البحث
233	تمهيد
233	1 - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى للبحث

235	2 - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية للبحث
238	3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة للبحث
240	4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة للبحث
250	5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة للبحث
256	6- مناقشة وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة للبحث
260	7- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة للبحث
264	- الاستنتاج العام لمناقشة نتائج البحث
274	- خاتمة واقتراحات

الصفحة	فهرس الجداول
128	جدول رقم (1) أنواع السند الاجتماعي حسب طبيعة المساعدة المقدمة
183	جدول رقم (02) خصائص عينة البحث من حيث عامل الجنس
183	جدول رقم (03) خصائص عينة البحث من حيث عامل السن
184	جدول رقم (04) خصائص عينة البحث من حيث عامل مدة الإصابة بالمرض
187	جدول رقم (05) اقتراحات المحكمين لتعديل بنود مقياس استراتيجيات التعامل
188	جدول رقم (06) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء تحويل الانتباه
188	جدول رقم (07) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء إعادة تفسير
189	جدول رقم (08) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء تجاهل الألم
189	جدول رقم (09) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء الدعاء
190	جدول رقم (10) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء التهويل
190	الجدول رقم (11) نتائج ثبات الأبعاد لمقياس استراتيجيات التعامل مع الألم
193	جدول رقم (12) اقتراحات المحكمين لتعديل بنود مقياس السند الاجتماعي
194	جدول رقم (13) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء توفر السند الاجتماعي

194	جدول رقم (14) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الرضا عن السند الاجتماعي
195	جدول رقم (15) نتائج الثبات الأبعاد مقياس السند الاجتماعي
198	جدول رقم (16) اقتراحات المحكمين لتعديل بنود مقياس نوعية الحياة
199	جدول رقم (17) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الصحة الجسدية
199	جدول رقم (18) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الصحة النفسية
200	جدول رقم (19) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد العلاقات الاجتماعية
200	جدول رقم (20) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد المحيط
201	جدول رقم (21) ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالمقياس الكلي
202	جدول رقم (22) يوضح نتائج الثبات الأبعاد نوعية الحياة
207	جدول رقم (23) نتائج اختبار كاف تربيع لدلالة الفرق في مستوى الألم الذي يشعر به مرضى الفيبروميالجيا
208	جدول رقم (24) نتائج ارتباط الشعور بالألم بنوعية الحياة وبدلالة أبعادها لدى مرضى الفيبروميالجيا
209	جدول رقم (25) نتائج تأثير الشعور بالألم على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا
211	جدول رقم (26) اختبار مدى وساطة إستراتيجية تجاهل الألم لعلاقة الشعور بالألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا
213	جدول رقم (27) التحقق من طبيعة الوساطة
215	جدول رقم (28) اختبار مدى وساطة إستراتيجية تحويل الانتباه

	لعلاقة الشعور بالألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا
216	جدول رقم(29)اختبار مدى وساطة إستراتيجية تفسير الإحساسات المؤلمة لعلاقة الشعور بالألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا
218	جدول رقم (30) اختبار مدى وساطة إستراتيجية الدعاء لعلاقة الشعور بالألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا
219	جدول رقم (31) اختبار مدى وساطة إستراتيجية التهويل لعلاقة الشعور بالألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا
221	جدول رقم (32) التحقق من طبيعة الوساطة
223	جدول رقم (33) تحليل الانحدار المتعدد الهرمي لبيان أثر درجة الألم على نوعية الحياة بوجود متغير السند الاجتماعي من جانب بعد التوفر متغيرا معدلا لدى مرضى الفيبروميالجيا
225	جدول رقم (34) تحليل الانحدار المتعدد الهرمي لبيان أثر درجة الألم على نوعية الحياة بوجود متغير السند الاجتماعي من جانب بعد الرضا متغيرا معدلا لدى مرضى الفيبروميالجيا
228	جدول رقم(35) الفروق في متوسط درجات الشعور بالألم لدى المرضى بدلالة عامل الجنس
229	جدول رقم(36) الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى بدلالة عامل الجنس
230	جدول رقم (37) الفروق في متوسط درجات الشعور بالألم لدى المرضى بدلالة عامل مدة الإصابة بالمرض
231	جدول رقم (38) الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى بدلالة عامل مدة الإصابة بالمرض

الصفحة	فهرس الأشكال
45	شكل رقم (1) النموذج المتعدد الأبعاد للألم المزمن
111	شكل رقم (2) مسارات تأثير الضغط والتعامل على الصحة
135	شكل رقم (3) نموذج الأثر المباشر
138	شكل رقم (4) تأثير السند الاجتماعي على الاستجابات للأحداث الضاغطة
140	شكل رقم (5) عملية التفاعل بين عوامل الضغط، المصادر البيئية واستراتيجيات التعامل
142	شكل رقم (6) أثر مباشر لمتغير مستقل على متغير تابع
143	شكل رقم (7) أثر مباشر للسند الاجتماعي على الصحة أو نوعية الحياة
143	شكل رقم (8) أثر غير مباشر ناتج عن متغير وسيط
144	شكل رقم (9) أثر غير مباشر للسند الاجتماعي عن طريق الوساطة
145	شكل رقم (10) أثر غير مباشر ناتج عن متغير معدّل
145	شكل رقم (11) أثر غير مباشر للسند الاجتماعي عن طريق التعديل
162	شكل رقم (12) نموذج نوعية الحياة حسب طرح Corton
168	شكل رقم (13) وجهة شمولية لنوعية الحياة
214	شكل رقم (14) وساطة إستراتيجية تجاهل الألم للعلاقة بين الشعور بالألم ونوعية الحياة
222	شكل رقم (15) وساطة إستراتيجية التهويل للعلاقة بين الشعور

	بالألم ونوعية الحياة
227	شكل رقم (16) الرضا عن السند كمعدل للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة
271	شكل رقم (17) تصور نظري لنموذج العلاقات التفاعلية بين السوابق، الوسائط والمحك

مقدمة

تغير مفهوم الألم عبر العصور نظرا للتطور الذي حدث ولا يزال ساريا لمحاولة فهم الميكانيزمات والآليات المسببة له وكيفية مواجهته، وبالرغم من المعتقدات الخرافية التي كانت سائدة قديما فقد اعتبر Hippocrate (460-377 قبل الميلاد) الألم ظاهرة طبيعية وليس لعنة أو عقابا إلهيا، إلا أنّ معتقد العقاب بقي سائدا في العصور الوسطى نظرا لهيمنة رجال الكنيسة وورود مصطلح الألم في كتب العهد القديم I' Ancien Testament. وبحلول عصر النهضة وظهر فلاسفة الأنوار طغى التفسير العلمي على المعتقدات الخرافية والدينية، فقد أشار Descartes (1596-1650) إلى الألم وقام بدراسته في العديد من مؤلفاته، بل وبقي تفكيره -ثنائية ديكارت- La Dichotomie de Descartes سائدا لقرون عديدة وهو الأمر الذي جعل من تناول ومعالجة الألم في البداية محصور في الميدان البيوطبي، إلا أنّ طبيعة الألم جعلت من النموذج البيوطبي عاجزا بصفة منفردة لتفسيره لاسيما الألم المزمن الذي يختلف عن الألم الحاد في كونه تجربة معقدة ومركبة من أبعاد مختلفة وهو ما يفرض وجود تناول كلي يدمج مختلف الأبعاد البيولوجية، النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى التأثيرات الثقافية والاقتصادية. وتزايد الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية للألم منذ ظهور النموذج البيونفسي اجتماعي، فقد أحدث هذا النموذج خطوة جديدة لتفسير الصّحة والمرض فهو يُعنى بالوحدة الكلية للإنسان مع عدم إمكانية الفصل بين العقل والجسد، ويجعل من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية متساوية الأهمية في تقرير الصّحة والمرض، فالنموذج البيونفسي اجتماعي يتبنى اتجاه الأنساق لتفسير الصّحة والمرض، أي جميع مستويات النظام تترابط مع بعضها على أساس هرمي فالتغير الذي يحدث في أي مستوى يُحدث بدوره تغيرا في مختلف المستويات.

من جهتها عززت الاكتشافات والأبحاث العلمية التي تم إجراؤها في مجال الألم دور العوامل النفسية والاجتماعية في ظهور واستمرار ظاهرة الألم، بل وأصبحت تلك العوامل بمثابة مؤشر وإشارة إنذار على حلول وتطور الألم من جهة، وعارض يحول دون إمكانية الشفاء من جهة أخرى، إلى أن أصبح النموذج البيو نفسي اجتماعي هو النموذج المعتمد عليه في شرح، تفسير والتكفل بتلك التجربة.

ويسمح علم النفس الصّحة للأخصائي الاهتمام بالصّحة بمفهومها الواسع،- من بينها صحة المرضى المعانون من الآلام المزمنة-، نظرا أنه يهدف إلى دراسة، فهم والتنبؤ بالعوامل السيكولوجية التي تلعب دورا في تفجير، ظهور وتثبيت الأمراض العضوية التي قد تحول دون إمكانية الشفاء من جهة، أو على العكس تساهم في تأجيل أو تخفيف من حدّة المرض من جهة أخرى، فالصّحة الجسدية لم تعد محصورة في المجال الطبي فحسب بعدما تبين دور المتغيرات النفسية والأثر الذي تخلّفه على المستوى الاعاشي، الغددي، المناعي وعلى مختلف المخارج، مع فهم السياقات المرضية كظهور، تفاقم وانتكاس المرض.

وأضحى الألم المزمن يعرف انتشارا كبيرا وتوسعا ملحوظا، فقد أوردت وكالة الصحافة الطبية APM- Agence de Presse Médicale (2004)، أنّ إحصائيات الجمعية الدولية لدراسة الألم International Association for the study of pain - IASP - والاتحاد الأوروبي للألم European Pain Federation - EFIC - تشير إلى معاناة شخص من خمسة أشخاص (5/1) في العالم من الألم المزمن (متوسط و/أو شديد) الذي يدوم أكثر من 03 أشهر، وهي الإحصائيات التي تم التصريح بها بمناسبة انعقاد اليوم العالمي للألم بجنيف تحت رعاية المنظمة العالمية للصحة خلال سنة 2004. فظاهرة الألم المزمن باتت تشكل تهديدا لقطاعات الصّحة بعدم قدرتها على تقديم الرعاية اللازمة لهؤلاء الأفراد، الأمر الذي دفع بمختلف الدول بإنشاء مراكز متخصصة

لعلاج الألم وتقديم الكفالة الطبية والنفسية على حدّ سواء، وهو الشيء الذي تم تجسيده في الجزائر أيضا.

وعادة ما يكون الألم المزمن ناتج عن مرض معين محدّد من حيث الإصابة الفيزيولوجية أو الخلل البيولوجي، إلا أنه قد يرجع لمرض غير محدد الأسباب وهو ما يزيد في تعقيد الأمر بالنسبة للفرد المعاني منه، كما هو الحال للفيبروميالجيا التي لا تزال إلى حدّ الآن مرض غير مضبوط الأبعاد والأسباب، فبالرغم من أنّ هذا المرض موجود منذ زمن بعيد وتغيرت تسميته عبر الزمن، إلا أنه كان يُنظر إليه على أنه مرض خيالي أو شكل من أشكال توهم المرض، نسبة لشخصية Argan التي أشار إليها الأديب الفرنسي Jean-Baptiste Poquelin المعروف باسم Molière (1622-1673) من خلال مسرحيته المشهورة "le Malade imaginaire"، "المريض الوهمي"، فبقي وضع المرضى المعانون من الفيبروميالجيا غير مستقر لمدة طويلة من حيث اعتبار الفيبروميالجيا توهم المرض، مجموعة فرعية للوهن النفسي، شكل من أشكال التجسيد، روماتيزم ذو منشأ نفسي، إلى أن بدأ نسب المرض للجهاز العصبي المركزي بالإضافة إلى مجموعة من الفرضيات كالفرضية العصبية الهرمونية، فرضية الاختلالات الليفية العضلية وغيرها من الفرضيات. واستمر الوضع كذلك إلى أن تم الاعتراف بالفيبروميالجيا من قبل مجموعة من المنظمات والجمعيات كالجمعية الأمريكية للطب، المنظمة العالمية للصحة، بالإضافة إلى وضع خصائص التصنيف من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم خلال سنة 1990، أين أصبحت الفيبروميالجيا تعتبر مرض مستقل لها كيان خاص تتميز به عن باقي الأمراض. ورغم أنه أصبح للفيبروميالجيا كيان مستقل إلا أنها لا تزال تطرح العديد من الاشكاليات انطلاقا من التشخيص إلى غاية التكفل والعلاج، فعادة ما يواجه المرضى صعوبة التشخيص ويدوم الأمر لعدّة سنوات قبل وضع التشخيص الايجابي نظرا لصعوبة استقصاء الآليات المرضية الفيزيولوجية الكامنة التي يطبعها

غياب الإصابة العضوية. وما يميز تتادر الفيبروميالجيا أو الفيبروميالجيا (المصطلحين مستعملين دون تمييز في الأدبيات العلمية)، عموماً هو وجود ألم منتشر، دائم على مستوى العضلات والمفاصل وعبر مختلف أنحاء الجسم (مناطق الحساسية المحددة من قبل قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم)، يصاحبه تعب واضطرابات في النوم تؤدي إلى التأثير على القدرات الوظيفية للمريض مع وجود آلام حشوية وفي بعض الأحيان صداع نصفي، بالإضافة إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية، العقلية والوظيفية.

واتجاه الألم المزمن الناتج عن الفيبروميالجيا يلجأ المريض لتبني مجموعة الاستجابات لمحاولة التعامل معه ومواجهته، وهو ما يوحى إلى مفهوم استراتيجيات التعامل التي هي عبارة عن مجموعة من الجهود، الاستجابات والإجابات التي يلجأ إليها الفرد من أجل التحكم، التقليل أو التكيف مع الوضعيات الضاغطة. وتتخذ استراتيجيات التعامل أشكال مختلفة فقد تكون معرفية، عاطفية أو سلوكية. وفيما سبق كانت هذه الاستراتيجيات معروفة بالميكانيزمات أو الآليات الدفاعية حسب المفهوم التحليلي، فقد لاحظ Freud و Breuer أنّ هناك مجموعة من الأفكار المزعجة والمقلقة غير القابلة للوصول إلى الشعور تتخذ شكل آليات تقوم بتحويل تشويه أو تمويه الأفكار أو العواطف غير المقبولة،(Bruchon -Sweitzer, et Boujut, 2014). وابتداءً من ستينيات القرن الماضي حلّ مفهوم استراتيجيات التعامل محلّ المكنيزمات الدفاعية إلى أن تم بلورته بصفة فعلية على يد Lazarus et Folkman (1984)، وأصبح النموذج التعاقدى من أكثر النماذج المفسرة لكيفية التعامل ومواجهة ضغوط الحياة والتكيف مع المرض. وحسب هذا التناول فإنّ الحدث الضاغط لا يعتمد فقط على الحدث أو الفرد وإنما يسجل ضمن سلسلة من التبادلات التي تؤدي بالنتيجة إلى زيادة أو تقليل الاستجابة لتلك الوضعية من خلال اللجوء إلى مختلف الاستراتيجيات العامة أو الخاصة. وكثيراً ما يلجأ مرضى الفيبروميالجيا إلى تبني إستراتيجية التهويل أو الكارثية للتعامل المرض والألم

الذين يعانون منه، وهو ما يزيد في سوء التكيف وبالنتيجة التأثير السلبي على نوعية حياة هؤلاء المرضى.

ولعلّ ما يساعد مرضى الفيبروميالجيا على تحسين نوعية حياتهم هو لجوئهم لتبني استراتيجيات تعامل فعّالة، بالإضافة إلى المساعدة التي يتلقونها من قبل محيطهم. وبالرغم من استقرار الأدبيات على عدم إمكانية الجزم بفعالية إستراتيجية معينة من عدمها، إلا أن الدراسات التي اهتمت بهذا المتغير في مختلف الميادين من بينها ميدان الألم المزمن أثبتت أنّ لجوء الفرد إلى استراتيجيات معينة يرتبط بمخارج ايجابية وتكيف نفسي جسمي أفضل. أما عن المساعدة التي يتحصل عليها مرضى الفيبروميالجيا، فحسب المفهوم السيكولوجي فهي توجي إلى مفهوم السند الاجتماعي الذي يجد جذوره مند عدة عصور، فقد أشار ابن خلدون (1332-1406) من خلال مقدمته إلى مفهوم العصبية الذي هو شكل من أشكال التضامن الاجتماعي، كما أنه انطلاقا من الدراسات الأولى لـ Durkheim تم ملاحظة أنّ الانتحار أكثر انتشارا لدى الأفراد المنعزلين، ثم قام علماء الاجتماع و علماء الابدئمولوجيا بوضع مفهوم وقياس الشبكة الاجتماعية le Réseau social أي عدد العلاقات الاجتماعية الذي يملكها الفرد، (Bruchon-Sweitzer, et Boujut, 2014). وابتداءا من سبعينيات القرن الماضي عرف السند الاجتماعي تطورا ملحوظا وأصبح من بين المفاهيم التي لها أهمية كبيرة في علم النفس الصّحة والميادين المجاورة له، نظرا للدور الفعّال الذي يلعبه في شتى مجالات الحياة . وإذا كان الدور الذي يلعبه السند الاجتماعي معترف به كعامل أساسي للتكيف الإنساني فقد أثار هذا الأخير نقاش وجدال نظري لتفسير الأثر الذي يتركه، والإحصاء الموجود في الأدبيات العلمية سمح بمعاينة وجود وجهات نظر مختلفة منبثقة من نظريات عديدة، ولعلّ أكثر النماذج شيوعا تتمثل في نموذج الأثر المباشر أو الأساسي: Cohen et Wills (1985) الذي يفترض وجود علاقة مباشرة بين السند الاجتماعي على الصّحة أو نوعية الحياة

بصفة عامة، ونموذج الأثر غير المباشر المثبط أو المعدّل: Caron et Guay (2005)،
(2000) Cohen, Gottlib et Underwood، الذي يركز أساساً على الأثر غير المباشر
الذي يخلقه السند الاجتماعي لتعديل وطأة الأحداث الضاغطة التي يعيشها الفرد وأثرها
على صحته، رفايته ونوعية حياته، أي أنه يعمل ككابح أو مثبط بين الحدث الصعب
والاستجابة الجسدية والنفسية والتقليل من أثرها ومن المخلفات السلبية على الخارج من
بينها نوعية الحياة.

فنوعية الحياة هي عبارة عن مفهوم مركب متعدد الأبعاد ويتطلب تدخل
تخصصات متعددة، فهي تشمل الصحة الجسدية، الصحة النفسية، العلاقات
الاجتماعية بالإضافة إلى المستوى الاجتماعي الاقتصادي للفرد ومحيطه، فهي بذلك
تضم وجهتين في آن واحد: وجهة موضوعية وأخرى ذاتية. وقد تأثرت نوعية الحياة
بمفاهيم من ميادين مختلفة (التيار الفلسفي، السياسي، الطبي، النفسي الاجتماعي)،
ساهمت كلها في بلورتها إلى أن أصبحت مفهوم شمولي يتسم بالعمومية والإلمام
لمختلف ميادين الحياة، بل وأضحت من بين المفاهيم التي لها قيمة شعبية وتطورية
وينعكس ذلك من خلال حجم الأبحاث والدراسات المهمة بها. وخلال سنوات 1990 تم
إنشاء الجمعية الدولية لنوعية الحياة التي ساهمت بصفة فعّالة في بلورة وتطور هذا
المفهوم بحكم ضمها لمجموعة من الميادين وتقبلها لعدد من الآراء ووجهات النظر.
وفي ميدان الصحة العمومية تعبر نوعية الحياة عن كيفية إدراك الفرد لصحته الجسمية
والنفسية وهي مؤشر منبئ عن السياسة الصحية المنتهجة نظراً لاهتمامها بكيفية إدراك
الفرد عن نوعية الخدمات والرعاية الصحية المقدمة له. ونظراً لأهمية هذا المتغير فقد
خصصت المنظمة العالمية للصحة فريق خاص يعنى بالاهتمام بنوعية الحياة
(WHOQOL Group) الذي قام بتطوير مقاييس خاصة بها.

من هذا المنطلق وتبعاً للمتغيرات التي تم ذكرها والمتمثلة في الألم المزمن لدى مرضى الفيبروميالجيا، استراتيجيات التعامل، السند الاجتماعي بالإضافة إلى نوعية الحياة، ارتأينا من خلال هذا البحث دراسة التفاعل والتأثير الموجود بين هذه المتغيرات في ضوء نموذج علم النفس الصّحة- الذي يهتم بالعوامل النفسية والاجتماعية والمتغيرات الديموغرافية والسوابق البيوطبية-، فأشكالية البحث انطلقت من مجموع الدراسات التي تناولت مشكل الألم المزمن والتأثير السلبي الذي يخلفه على نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا، ثم الاهتمام بدراسة استراتيجيات التعامل بصفاتها وسائط، والسند الاجتماعي كمتغير معدّل قصد التوصل إلى الكشف عن العوامل التي تساهم في تحسين نوعية حياة هؤلاء المرضى، واستناداً لذلك تم وضع الفرضيات التي تناسب إشكالية البحث، تحديد الأهداف، وأهمية البحث بالإضافة إلى المفاهيم الإجرائية. ثم قُسم البحث إلى جانبين: النظري والتطبيقي. فالجانب النظري تضمن أربع فصول للتعريف بمتغيرات البحث والعينة المرضية:

فقد خصص الفصل الأوّل للألم المزمن، حيث تم التطرق من خلاله إلى مختلف التفسيرات التي عرفها الألم عبر الزمن، تحديد مفهومه وتميزه عن الألم الحاد، النموذج الخاص به، الميكانيزمات المولدة له ومكوناته، دور العوامل التي تساهم في تثبيته بالإضافة إلى الانعكاسات التي يخلفها، وفي الأخير تطرقنا لعلاقة الألم المزمن - بصفته المتغير المستقل - بمختلف متغيرات البحث.

أما الفصل الثاني فخصص للفيبروميالجيا انطلاقاً من تطورها، تعريفها، أنواعها، خصائصها الاكلينيكية وأعراضها، مروراً بمعايير تشخيصها وميكانيزماتها المرضية بالإضافة إلى التداخل الموجود بينها وبين مختلف الاضطرابات، ووصولاً في النهاية إلى تحديد النموذج الأنسب للتكفل بها.

من خلال الفصل الثالث تطرقنا إلى استراتيجيات التعامل بالرجوع إلى تاريخها، التعريفات المقترحة من قبل الباحثين، كيفية التكيف والتعامل مع الضغط، محدّدات التعامل وأنواعه حسب التصنيفات التقليدية والحديثة، فعالية استراتيجيات التعامل وميكانيزمات تأثيرها على الصّحة، مع التطرق في الأخير لاستراتيجيات التعامل الخاصة بالألم المزمن.

تضمن الفصل الرابع السند الاجتماعي من خلال إلقاء نظرة عن الأطر النظرية والعلمية التي ساهمت في بلورته، تحديد مفهومه حسب الوجهة البنيوية والوظيفية، مع التطرق إلى أبعاده، أنواعه بالإضافة إلى فعاليته ودوره في تحقيق الصحة العامة، التعرض للنماذج المفسرة لكيفية تأثيره على الصّحة والميكانيزمات التي يؤثر بموجبها من وجهة منهجية.

أما الفصل الخامس والأخير للجانب النظري فقد خصص لنوعية الحياة من خلال التي التطرق إلى تطورها وتمييزها عن المفاهيم المجاورة لها، النماذج النظرية المساهمة في بلورتها، تحديد وجهاتها، ميادينها ومختلف مكوّناتها التي جعلت منها مفهوم شمولي يضم الواجهات الذاتية والموضوعية في آن واحد، وصولاً إلى معاينة نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا حسب مختلف الدراسات.

أما الجانب التطبيقي للبحث فقد تضمن ثلاث فصول، امتداداً للفصول السابقة:

تضمن الفصل السادس الإجراءات المنهجية للبحث الذي تعرضنا من خلاله إلى الخطوات والإجراءات التي تم إتباعها من أجل تنفيذ البحث انطلاقاً من الدراسة الاستطلاعية ونتائجها، تحديد منهج البحث وعينته، الأدوات والمقاييس التي تم الاعتماد عليها وخطوات تطبيقها، مع تحديد الأساليب الإحصائية المعتمد عليها لاختبار الفرضيات.

من خلال الفصل السابع تم عرض وتحليل النتائج الخاصة بكل فرضية من خلال الاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة.

أما من خلال الفصل الثامن والأخير فقد تم مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الأدبيات العلمية والعالمية المرتبطة بموضوع بحثنا، مع تقديم مناقشة عامة وخاتمة البحث.

الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية للبحث

" إن التفكير لا ينشأ إلا إذا وجدت مشكلة ... "

"جون ديوي"

1- الإشكالية

إنّ الترابط الموجود بين المكوّنات البيولوجية، النفسية والاجتماعية للألم المزمن جعله يندرج ضمن النموذج البيونفسي اجتماعي، فقد أصبح معروف ومسلّم به أنّ الألم المزمن له وجهات وأبعاد مختلفة لا يمكن أن تُجمل ضمن نموذج أحادي المنحنى، فهو عبارة عن سيرورة ديناميكية ناتجة عن التفاعلات التي تحدث بين مختلف تلك الجهات والمكوّنات، فلا يقتصر الألم المزمن على وجود اختلال فزيولوجي أو جسدي بل هو مُحصّلة التركيبية الفزيولوجية المرّضية، الانفعالية، السيكلوجية، المعرفية، المحيطية والاجتماعية، وهو بذلك يختلف عن الألم الحاد الذي هو عبارة عن إشارة إنذار لوجود خلل معين يسمح بالكشف عن المثير المؤلّد له.

وبغض النظر عن أهمية الأسباب العضوية والبيولوجية للألم المزمن فالعوامل النفسية والاجتماعية تلعب هي الأخرى دورا هاما في هذه التجربة بل وقد تصبح المهيمنة على باقي الأسباب، وفي هذا السياق أشار Bouckenaere (2004), Gatchel (2009), Cedraschi et al. (2007) ، أنّه بعد الانتقال من مرحلة الألم الحاد إلى مرحلة الألم المزمن تبدأ الأبعاد الاجتماعية، النفسية والانفعالية تحتل مكانا هاما في الأعراض المؤلمة، بل وتراجع أهمية الأسباب العضوية لصالح العوامل النفسية، الاجتماعية، السلوكية والعلائقية، يُضاف إلى ذلك طبيعة الألم المزمن التي هي عبارة عن تجربة ذاتية وشخصية (Cedraschi et al., 2009)، تجعل من التفسير والفهم الذي يتبناه الفرد يكون بمثابة المحرّك الذي يغيّر ويؤثر في تلك التجربة المركبة والمعقّدة.

فطبيعة الألم المزمن، نسبة انتشاره بالإضافة إلى الانعكاسات السلبية التي يخلفها جعلت منه مشكل من مشاكل الصحة العمومية، فبيانات المنظمة العالمية للصحة والجمعية الدولية لدراسة الألم أشارت إلى خطورة الوضع بحكم الضرر الذي يسببه والتداخل الموجود بينه وبين مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية من جهة، بالإضافة

إلى الآثار السلبية التي يخلفها على مختلف الجوانب الاجتماعية، المهنية والاقتصادية من جهة أخرى، فآثار الألم لم تعد مقصورة على الجانب الفردي بل تشمل الجانب المحيطي والمؤسسي للبيئة التي ينتمي إليها الفرد. وحسب المعاينة العامة للأدبيات العالمية التي قامت بها فلاح وآخرون (Fellah et al. (2013) بالجزائر، تبين من خلالها أنّ نسبة انتشار الألم المزمن في العالم تتراوح من 10.1 إلى 55.2% من المجتمع العام، فنسبة انتشار الألم أصبحت مؤشر يهدد صحة الفرد واقتصاد الدول في آن واحد.

أما عن الانعكاسات السيكوباتولوجية التي يخلفها الألم المزمن أثبتت هي الأخرى على نطاق واسع، فتبين أنّ الاكتئاب أكثر انتشارا لدى الأفراد المعانين من الألم المزمن (Radat et Koleck, 2010)، وتوصل (Lepine et Brieley (2004) أنّ 75% من المرضى المكتئبين في مصلحة العلاجات الأولية يعانون من آلام متعددة وأنّ خطر الإصابة بالاكتئاب يزيد كلّما كان الألم منتشرا، وبيانات المنظمة العالمية للصحة التي تم الحصول عليها في مراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع أنحاء العالم تشير إلى أنّ 22% من المرضى الذين يعانون من الألم المزمن والمرهق هم أربعة مرات عرضة للإصابة بالقلق أو اضطراب اكتئابي (Lepine et Brieley, 2004). وكشفت دراسة (McWilliams et al. (2004 إلى وجود ارتباط بين الألم والاضطرابات النفسية مع وجود دلالة إحصائية أكبر لصالح علاقة الألم بمختلف حالات القلق مقارنة بعلاقة الألم بالاكتئاب. وتم التوصل أنّ الألم المزمن يمكن أن يكون له أثر مدمر على حياة الفرد وعائلته، فهو يؤثر سلبا على نفسية الفرد، مزاجه، نومه، علاقاته ونوعية حياته (Dobkin et boothroyd, 2006).

ويختلف الألم المزمن باختلاف السبب المؤلّد له، فقد يكون العرض الأساسي للمرض كما هو الحال بالنسبة الفيبروميالجيا Fibromyalgie التي لم يُعترف بها كمرض قائم بذاته ومصدرا للعجز إلا في سنة 1987 من قبل جمعية الطب الأمريكية American

Smythe et Moldosky قبل وصفها من قبل Medical Association -AMA- سنة 1977 على أنها اعتلال يتميز بوجود حالات ألم دون سبب محدد، ثم أصبح لها كيان إكلينيكي مستقل بعدما تم الاعتراف بها من قبل المنظمة العالمية للصحة، ووضع معايير التشخيص من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم American College of Rheumatology -ACR- سنة 1990 (Delpire, Troisfontaines et Triffaux, 2007).
وبيّن تقرير السلطة العليا للصحة (2010) HAS- Haute Autorité de la Santé على غرار الأدبيات العلمية، خصائص الألم في الفيبروميالجيا بأنه: مزمن، يشكل العرض الأساسي يكون فريدا من نوعه، منتشرًا، دائما أو متقطعا يتخذ شكل الإفراط Hyperalgésie أو ناتجا عن مثير غير مؤلم بطبعه Allodynie، ويصاحب هذا الألم تعب مزمن، اضطرابات في النوم واضطرابات معرفية وانفعالية .

ويخلف الألم الناجم عن الفيبروميالجيا والاضطرابات المصاحبة له انعكاسات سلبية على نوعية حياة المريض فيحدث انقلاب في حياة الفرد من خلال المرور من نمط حياتي نشط وفعال إلى نمط سلبي وغير فعال (Cedraschi, 2003). وبيّنت الدراسة النوعية لـ (2010) Aini et al. التي أجريت على عينة مكونة من 22 فيبروميالجي بغرض الكشف عن التجربة الذاتية للمريض، أنّ الفيبروميالجيا تؤدي إلى انعكاسات مزاجية: (اكتئاب، حساسية مفرطة، اندفاع، شعور بالعجز، اضطراب صورة الذات)، بالإضافة إلى انعكاسات على الحياة اليومية (تعب دائم، عجز وظيفي)، مع وجود انعكاسات علائقية (عزلة، اضطراب في العلاقات العائلية والعلاقة طبيب- مريض). كما أنّ دراسة (2005) Bennett et al. التي أجريت على عينة مكونة من 313 مريض قصد الكشف عن نوعية حياة المرضى قبل وبعد تخفيض الألم، بيّنت أنّ الألم الناتج عن الفيبروميالجيا يؤثر سلبا على نوعية حياة المرضى، في حين أنّ تخفيض الألم يؤدي إلى نوعية حياة أفضل.

وتتوسط علاقة التجربة المؤلمة بالمخارج النفسية والجسمية (الألم - نوعية الحياة) سيرورات ديناميكية والمتمثلة في استراتيجيات التعامل، فمن منظور النموذج التعاقدى لا يقتصر التعامل على مجرد وجود علاقة خطية بين المثير والاستجابة، بل يشكل مجموعة من الجهود المعرفية السلوكية المتغيرة باستمرار وفقا لعمليات التقييم المتعددة من قبل الفرد وعلاقته مع محيطه (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014)، فالوسائط تصف السيرورات التي يؤثر من خلالها المتغير المستقل على المتغير التابع (Rasclé et Irachabal, 2001, p.99)، وأكد Folkman & Lazarus (1988) على الدور الهام للوسائط في مسار الوضعية الضاغطة، ومنه فاستراتيجيات التعامل بصفاتها وسائط قد تزيد من التأثير السلبي على نوعية الحياة وتجعلها متدنية لاسيما عندما يتم اللجوء إلى الاستراتيجيات السلبية التي ترتبط بالمخارج غير التكيفية كزيادة الألم والأعراض الاكتئابية كما هو الحال بالنسبة لإستراتيجية "التحويل/ الكارثية"، (Dany et al., 2008)، التي عادة ما يلجأ إليها مرضى الفيبروميالوجيا للتعامل مع المرض والألم الذين يعانون منه (Conversano et al., 2018). فالتحويل أو الكارثية كإستراتيجية هي الميل للتركز حول الألم، المبالغة فيه مع التوقع السلبي لمصير الألم، (O'Reilly, 2011). فقد لوحظ أنه كلما تم اللجوء إلى إستراتيجية "التحويل" كلما ارتفع مستوى الألم، فالتحويل عامل منبئ بشدة الألم والتكيف السلبي (Radat et Koleck, 2011).

إنّ الدراسات والملاحظات الاكلينيكية السالف عرضها تُبين أنّ الألم المزمن لدى مرضى الفيبروميالوجيا يعدّ مشكل من مشاكل الصّحة العامة، يضاف إلى ذلك نوعية الاستراتيجيات المستعملة التي قد تزيد من سوء التكيف والتأثير السلبي على نوعية حياة الأفراد المعانين منه، الأمر الذي يتطلب البحث عن عوامل إنقاذية تساعد على التكيف مع الألم والمرض. ونظرا أنّ نموذج علم النفس الصّحة فضلا على كونه بيولوجي نفسي اجتماعي فهو شمولي تعاقدى ومتعدد العوامل Transactionel Intégratif et

TIM - multifactoriel - (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014)، مما يسمح للأخصائي الانطلاق من الوحدة الكلية للإنسان والاهتمام بالتفاعلات التي تحدث بين الجانب العضوي والجوانب النفسية الاجتماعية، كما أنّ هذا النموذج لا يقتصر على البحث في السببية المرضية وتصنيف عوامل الهشاشة والعوامل الامراضية، بل يهتم بالعوامل الوقائية أو الإنقاذية التي تسمح بحماية الفرد من مختلف التأثيرات التي يتعرض لها قصد العمل على التقليل من المخلفات السلبية للمرض من جهة، بالإضافة إلى التكيف مع المرض من جهة أخرى، للوصول إلى الحفاظ وترقية الصّحة الجسمية، النفسية ونوعية الحياة.

ومن بين العوامل المعزّزة للصّحة نجد بعض استراتيجيات التعامل الفعّالة التي بصفتها كوسائط تقوم باحتواء الحدث الضاغط (الألم والمرض) والتقليل من تأثيره السلبي على المخرج - نوعية الحياة-، فاستراتيجيات التعامل هي متغيرات تؤثر على الصّحة ونوعية الحياة، والتدخلات العلاجية المعاصرة أضحت تهدف إلى تلقين استراتيجيات معينة على حساب أخرى، وفي هذا الإطار تشير Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014) أن التدخلات العلاجية التي هدفت لتلقين الأفراد استراتيجيات تعامل أكثر فعالية أثبتت نجاعتها على مختلف المستويات العصبية، الغددية والاعاشية سواء لدى الأفراد المتمتعون بصحة جيّدة أو لدى مرضى السرطان. وفي ميدان الألم المزمن أشارت (2008) Irachabal et al. إلى أن العديد من الدراسات بينت الدور الهام الذي تلعبه استراتيجيات التعامل للتكيف مع الألم سواء من ناحية الجانب النفسي، الانفعالي، الإعاقة ونوعية الحياة بصفة عامة.

من جهة أخرى يعتبر السند الاجتماعي كمصدر اجتماعي هام يساهم في الحفاظ على الصّحة وترقيتها، -حتى في حالة غياب بعض المصادر الشخصية لدى الفرد- يمكن للسند الاجتماعي أن يغيّر من استجابات الأفراد اتجاه المواقف الضاغطة. وحسب

(1983) Sarason et al. فإنّ السند الاجتماعي الناتج عن التفاعلات مع الغير ينمّي لدى الفرد الشعور بالتقبل الذي يمكنه من تقييم الوضعيات والأحداث بثقة أكبر في قدراته للمواجهة بالإضافة إلى مرونة أكبر للتكيف بنجاعة مع محيطه. فالسند الاجتماعي يمكن أن يساعد الفرد في تغيير إدراكه حول الوضعية الضاغطة ويكون بمثابة متغير معدّل يقلل من وطأة الآثار الضاغطة على الصّحة، وهو ما يتماشى مع فرضيات النماذج النفسية المعقدة والمتعددة العوامل. ويُعرف الدور المعدّل للسند الاجتماعي في الأدبيات العلمية بنموذج الأثر غير المباشر (المعدّل، المثبط، العازل) «Effet indirect modérateur, amortisseur ou tampon» Caron et Guay (1985) Cohen et Wills (2005)، الذي يعمل كمكيف adaptateur من خلال السماح بتحسين عملية إدراك الفرد لمحيطه الاجتماعي، تحسين الاستجابة العاطفية والتقليل من الاستجابات غير التكيفية، فهو يُعنى بإلغاء الضغط كلياً أو جزئياً حسب الظروف والمصادر المتوفرة لدى الفرد، ويُفسّر منهجياً عندما يقوم السند الاجتماعي بصفته متغير معدّل بتعديل شدّة واتجاه العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، ويتعلق الأمر بنموذج التقليل من الضغط، الذي يتماشى مع فرضيات النموذج التفاعلي.

من هذا المنطلق نتطلع من خلال هذا البحث إلى الكشف عن فعالية بعض استراتيجيات التعامل بصفاتها وسائط وعن دور السند الاجتماعي بصفته معدّل للعلاقة بين الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا وبالتالي تحسين نوعية حياتهم، فنوعية الحياة هي مفهوم مركب، متعدد العوامل والتخصصات يشمل في آن واحد المفاهيم الموضوعية المرتبطة بالصّحة الجسمية والوظيفية بالإضافة إلى المفاهيم الذاتية المتعلقة بإدراكات الفرد حول صحته النفسية، الرفاهية وعلاقاته مع محيطه، فهي تعبّر عن مكانة الفرد البيولوجية النفسية والاجتماعية، ومن زاوية علم النفس الصّحة تعتبر كمخرج يتأثر بمجموعة من المتغيرات -وفي موضوع بحثنا تتأثر نوعية الحياة بالسوابق

التي تشير إلى مجموعة من العوامل كالسوابق المرضية، الاجتماعية والديموغرافية (المرض: "الفيبروميالجيا والألم المزمن"، السياق الاجتماعي: السند الاجتماعي وبعض المتغيرات الديموغرافية)، بالإضافة إلى تأثيرها بالوسائط والتمثلة في استراتيجيات التعامل (التي تجمع بين العوامل الشخصية والسياقية نظرا أن محدّدات التعامل هي إستعدادية ووظيفية في آن واحد) ، فالنتقال الحاصل بين تلك المتغيرات يسمح لنا بالتنبؤ بالمحكك أو المخرج أي عن إدراك الفرد لنوعية حياته.

وقد اهتمت الأدبيات العلمية بدور هذه المتغيرات: " استراتيجيات التعامل والسند الاجتماعي" في ميدان الألم والفيبروميالجيا، فأشار (Dany et al. (2008 إلى أنّ استراتيجيات التعامل تلعب دورا هاما في المعاش البيونفسي اجتماعي للمرضى المعانين من الألم المزمن، وتوصل (Mazo & Estrada (2018 من خلال دراستهما أنّ نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا تعتمد على نوعية الاستراتيجيات المستعملة أكثر من أعراض المرض بحد ذاته. كما أسفرت نتائج دراسة (Freitas et al. (2014 إلى وجود فروق على مستوى الاكتئاب والعاطفة السلبية بين المريضات اللاتي تعانين من الفيبروميالجيا والحاصلات على السند الاجتماعي والمريضات دون سند، كما تبين أنّ السند عامل مهمّ يساهم في تحسين الصّحة العقلية والجسدية باعتبار أنّ المجموعة التي لم تحصل على سند تبين أنها تعاني من الاكتئاب، العاطفة السلبية وزيادة في الإحساس بالألم. وخلصت دراسة (Smite et al. (2012 أنّ السند الاجتماعي-لاسيما البعد الانفعالي- يساهم في تحسين نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من الألم المزمن.

من خلال المعطيات السالف عرضها، واستنادا للمفهوم المقدم من قبل فريق المنظمة العالمية للصّحة (WHOQOL Group) لنوعية الحياة بأنها مفهوم مركب يتأثر بصفة معقدة بالصّحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، ومستوى استقلاليتّه وعلاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه، نحاول من خلال البحث الحالي وبعد

تحديد مستوى الألم وطبيعة العلاقة التي تربط الألم المزمن بنوعية الحياة ومدى تأثيره على نوعية الحياة، نسعى إلى الكشف عن دور بعض استراتيجيات التعامل التي تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة وعن السند الاجتماعي بصفته معدّل للعلاقة القائمة بين الألم المزمن ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالوجيا، ومنه نطرح التساؤلات التالية:

1. هل يرتفع مستوى الألم لدى مرضى الفيبروميالوجيا؟
2. هل يوجد ارتباط سالب بين درجة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالوجيا؟
3. هل يوجد تأثير سلبي لدرجة الألم على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالوجيا؟
4. هل تتوسط استراتيجيات التعامل العلاقة بين الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالوجيا؟
5. هل يعدّل السند الاجتماعي (توفر السند، الرضا عن السند) من أثر درجة الألم على نوعية حياة مرضى الفيبروميالوجيا؟
6. هل يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالوجيا في متغيرات البحث (الألم - نوعية الحياة) يعزى لعامل الجنس؟
7. هل يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالوجيا في متغيرات البحث (الألم - نوعية الحياة) يعزى لعامل مدة الإصابة بالمرض؟

2- الفرضيات

1. يرتفع مستوى الألم لدى مرضى الفيبرومياليجا.
2. يوجد ارتباط سالب بين درجة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبرومياليجا.
3. يوجد تأثير سلبي لدرجة الألم على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبرومياليجا.
4. تتوسط استراتيجيات التعامل العلاقة بين الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبرومياليجا.
5. يعدّل السند الاجتماعي (توفر السند، الرضا عن السند) من أثر درجة الألم على نوعية حياة مرضى الفيبرومياليجا.
6. يوجد اختلاف بين مرضى الفيبرومياليجا في متغيرات البحث (الألم - نوعية الحياة) يعزى لعامل الجنس.
7. يوجد اختلاف بين مرضى الفيبرومياليجا في متغيرات البحث (الألم - نوعية الحياة) يعزى لعامل مدة الإصابة بالمرض.

3- تحديد المفاهيم الإجرائية

3-1- الألم المزمن لدى المريض الفيبروميالجي

هو نتاج التجربة الحسية الانفعالية التي يدركها المريض عن حالته الصحية والتي لا ترتبط بالضرورة بوجود إصابة عضوية، ويتميز الألم لدى المريض الفيبروميالجي بأنه مستمر منذ أكثر من 03 أشهر، منتشر على مستوى العضلات ويكون له أثر على القدرات الوظيفية، ويقيم مستوى الألم المزمن لدى المريض الفيبروميالجي في هذا البحث من خلال سلم الألم EVA- l'échelle visuelle analogique -، أين يتحصل المريض على درجة معينة تتراوح من 0 - تدل على انعدام الألم- إلى غاية 10 -تمثل أقصى درجة للألم-.

3-2- استراتيجيات التعامل

يقصد باستراتيجيات التعامل في هذا البحث الجهود المعرفية والسلوكية التي يتبناها المريض قصد التعامل مع الألم المزمن الناتج عن الفيبروميالجيا، وتقيم هذه الجهود بالدرجة التي يتحصل عليها المريض نتيجة تكرار استعماله لإستراتيجية معينة للتعامل مع ألمه بموجب مقياس CSQ coping strategy questionnaire، لـ Irchabal, (2008) Koleck, Rascle, et Bruchon -schweitzer الذي يضم 05 أبعاد تمثل الاستراتيجيات التي يتبناها عادة المريض الذي يعاني من الألم والمتمثلة في:

✓ تحويل الانتباه.

✓ إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة.

✓ تجاهل الألم.

✓ الدعاء.

✓ التهويل.

3-3-السند الاجتماعي

هو إدراك الفرد بوجود أشخاص من محيطه يمكنه الاعتماد عليهم للحصول على مساعدة عند الحاجة مع تقييمه لنوعية المساعدة المقدمة له من خلال التعبير عن رضاه أو عدم رضاه عن المساعدة المتحصل عليها، ويقاس السند الاجتماعي في هذا البحث بواسطة مقياس Social Support Questionnaire-SSQ6- لـ Bruchon- (2003). shweitzer, Rascle, Couson-Gélie et al. ، الذي يسمح بمعرفة من هم الأشخاص الذين يمكن الاعتماد عليهم للحصول على المساعدة في مختلف الأوضاع من خلال البنود الخاصة بالتوفر، وما هي درجة الرضا المرتبطة بهذا السند، فهو يسمح بالحصول على رصيد خاص بتوفر السند، ورصيد آخر متعلق بالرضا عن السند المتحصل عليه.

3-4-نوعية الحياة

هو التقدير الذاتي الذي يعبر عن إدراك المريض لنوعية حياته من خلال حصوله على درجة معينة تتعلق بأفكاره ومعتقداته حول صحته الجسمية، النفسية، علاقاته الاجتماعية والمحيط الذي يعيش فيه، وتقاس نوعية الحياة في البحث الحالي بمقياس WHOQOL-Bref-26 المُعد من قبل المنظمة العالمية للصحة (2004)، المتكون من 04 أبعاد:

- ✓ بعد الصّحة الجسمية يضم 07 بنود.
- ✓ بعد الصّحة النفسية يتضمن 06 بنود.
- ✓ بعد العلاقات الاجتماعية يضم 03 بنود.
- ✓ بعد المحيط والذي يشمل 08 بنود.
- ✓ بالإضافة إلى بندين (02) خاصين بالإدراك العام عن الصّحة وعن نوعية الحياة.

4-أهداف البحث

يهدف البحث الحالي إلى:

- تحديد مستوى الألم لدى مرضى الفيبروميالوجيا
- تحديد طبيعة العلاقة الموجودة بين الألم المزمن ونوعية الحياة.
- الكشف عن مدى تأثير الألم المزمن على نوعية الحياة.
- الكشف عن مدى توسط استراتيجيات التعامل العلاقة بين الألم المزمن ونوعية الحياة.
- الكشف عن ما إذا كان السند الاجتماعي يعدّل العلاقة القائمة بين الألم المزمن ونوعية الحياة.
- الكشف عن الفروق الموجودة بين مرضى الفيبروميالوجيا في متغيرات البحث (الألم، نوعية الحياة) بدلالة عاملي: الجنس ومدّة الإصابة بالمرض.
- المساهمة في إثراء التصور النظري من خلال التعريف بالفئة المرضية التي تعاني من الألم المزمن ومختلف متغيرات البحث.

5- أهمية البحث

تكمن أهمية البحث الحالي في أنه اهتم بمخرج له مكانة هامة في علم النفس الصّحة "نوعية الحياة" قصد التنبؤ بالعوامل التي تؤثر فيه (ألم مزمن ، استراتيجيات تعامل سلبية " التهويل") لدى فئة مرضية معينة، مع محاولة الكشف عن العوامل التي تساهم في تحسينه (استراتيجيات التعامل الفعّالة، السند اجتماعي) التي تعتبر كعوامل وقائية أو إنقاذية، وهذه العوامل لا تقتصر فائدتها على المريض من خلال التأثير الايجابي في عملية إدراك الفرد لمحيطه الاجتماعي، وإيجاد الحلول مع تحسين الاستجابة العاطفية إزاء الأحداث والمواقف الصعبة، وكذا التقليل من السلوكات غير التكيفية، بل تمتد أيضا إلى الفريق المعالج من خلال تزويده بالمعلومات عن أهمية هذه المتغيرات، فقد أصبحت التدخلات العلاجية تهدف إلى تلقين استراتيجيات تعامل معينة

على حساب أخرى نظرا لارتباط التعامل بالأجهزة الغددية المناعية والاعاشية، كما قد يشكل المعالج في كثير من الأحيان أول سند مدرك بالنسبة للمريض وهو ما يسمح بجعل العقد العلاجي مرن وزيادة في درجة الملائمة العلاجية للوصول في النهاية لصحة نفسية وجسمية أفضل، كما أنّ توضيح أهمية هذه المتغيرات تفتح المجال لاعتماد النموذج الشمولي في الوسط الاستشفائي وهو الأمر المطلوب لعلاج الآلام المزمنة نظرا لدور العوامل النفسية والاجتماعية في تفجير أو تثبيت المرض، وذلك من خلال الاهتمام بالوجهة الكلية المتعددة العوامل والعدول عن النموذج البيوطبي المقتصر على السببية المرضية، والذي لا تزال أسسه مطبقة في كثير من المصحات والأوساط الاستشفائية.

الجانب النظري

"العلم مغرسٌ كُلِّ فخرٍ فافتخر واحذر أن يفوتك فخرُ ذاك المغرس"

"الإمام الشافعي"

الفصل الأول

الألم المزمن

"أَلَمْ أَلَمْ أَلَمْ أَلَمْ أَلَمْ بِدَائِهِ إِنَّ أَنْ آَنْ آَنَ آَنَ آَوَانِهِ"

"المتنبي"

تمهيد

يعتبر الألم مفهوم عام محملٌ بدلالات ومراجع ثقافية انحدرت منه نظريات فلسفية وعلمية مختلفة، فمنذ العصور القديمة حاول الفلاسفة، الأطباء والفزيولوجيين تعريف الألم، فهم طبيعته وميكانيزمات عمله. ففضلا عن المكوّن البيولوجي للألم فهو يحتوي على مكوّن ثقافي واجتماعي جعل من تفسيره يختلف باختلاف الأزمنة والحضارات والتي بدورها تغيرت بتغير المعتقدات والمرجعية الثقافية والفلسفية، وبظهور التفسير العلمي للألم تم التراجع عن المعتقدات الخرافية وأصبح هذا المفهوم منحصر في الميدان البيوطبي، غير أنه وبعد تجاوز التفكير الثنائي الفاصل بين الجسم والنفس ظهر قصور هذا النموذج وتوسعت بذلك حلقة موضوع الألم وأصبح محل اهتمام باحثين من ميادين مختلفة نظرا للدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في هذه التجربة، والانعكاسات التي تخلفها على مختلف المستويات، فالعوامل النفسية والاجتماعية قد تكون عوامل مثبتة أو معرّزة تساهم في تقاوم واستمرار الألم وجعله مزمنا.

ومما لا شك فيه أنّ النموذج الأنسب لتناول والتكفل بموضوع الألم المزمن هو النموذج البيونفسي اجتماعي الذي يعتبر إشكالية الألم كمحصلة لتفاعلات دينامية ومعقدة تحدث بين مختلف العوامل الفزيولوجية، النفسية والاجتماعية التي تحدّد مستوى الألم، سبب ظهوره، استمراريته وتفاقمه، واستنادا لذلك توالت الدراسات العلمية التي اهتمت بمفهوم الألم، ميكانيزمات ظهوره، مكوّناته، أنواعه والآثار التي يخلفها على مختلف المستويات، وهو ما نحاول الإلمام به من خلال العناصر التي تضمنها هذا الفصل.

1-لمحة تاريخية عن تفسير الألم

في القديم كان يعتبر الألم مسّ من الجن، ضرباً من العقاب أو لعنة من الآلهة، وكان يتم فهمه وتفسيره بواسطة السّحر الذي يسمح بالتخفيض من القلق الناجم عنه، وبقي هذا التفسير سائداً إلى غاية ظهور الطب اليوناني الممثل من قبل Hippocrate (460-377 قبل الميلاد) الذي قدّم تفسير عقلائي للألم إذ اعتبره حالة مضادة للتوازن الطبيعي، ثم قام Gallien (131-202) وبعض الأطباء المعاصرين له (اليونانيين-الرومانيين) بتحديد مركز الإحساسات والألم في الدماغ (Fischer,2002)، أما أرسطو فقد اعتبره شكل خاص من أشكال الانفعال (Delrome, 2000)، وفي العصور الوسطى عرف الغرب انحطاط علمي كبير إذ تعرض المعالجين لأشدّ أنواع العقاب نظراً لمحاولة معالجة مرضاهم وتخفيف ألمهم ببعض المستخلصات النباتية، أما الأطباء العرب فقد أولوا عناية خاصة بالألم وكانوا يقومون بتخفيفه ببعض المستخلصات والمواد المسكنة، (Fischer,2002)، وبقي الألم في الديانة اليهودية والمسيحية نوع من العقاب مرتبط بالخطيئة الأصلية والذي أصبحت له فيما بعد قيمة فدائية نسبة لتضحية المسيح. واستمر تفسير الألم مختلف باختلاف الديانات والثقافات إلى أن بدأ التفسير العلمي على يد Descartes الذي كان له تصور ميكانيكي واعتبره اعتداء خارجي كالحرارة مثلاً التي تؤدي إلى استثارة البشرة والتي تسبب شدة في مسار أو خط معين وتؤدي إلى فتح مسام على مستوى المخ، واستمر التصور الميكانيكي للألم المعروف بنظرية الخصوصية أو نظرية "الألم - إصابة" *théorie de spécificité ou douleur-lésion*، -التصور الذي يفترض وجود مسار مباشر دون تغيير للرسالة المؤلمة التي تؤدي إلى المركز العصبي- سائداً لغاية سنوات 1960 وتم تعزيزه بموجب الاكتشافات المتعلقة بالجهاز العصبي (Delrome, 2000)، كما ظهرت نماذج أخرى اهتمت أيضاً بالطابع الميكانيكي للاستجابة للمثيرات الخارجية والتفسير الأحادي كنموذج Von Ferry , et Goldschneider. ثم تغيرت النظرة الأوتوماتيكية للألم لما تم معاينة مساهمة العديد من

التجارب والعوامل الخارجية في بروز أو استمرار ظاهرة الألم المعقدة، فقد لوحظ أنّ نسبة معاناة الأفراد من شبح العضو متفاوتة وهو ما يمكن أن يفسّر بالخلل الموجود في جهاز الكف أو جهاز الاستثارة، وتم التوصل إلى أنّ إدراك الألم يختلف من فرد لآخر بالإضافة إلى تدخل مكّونات أخرى في هذه الظاهرة، وهو الأمر الذي أدى إلى ظهور نظريات ونماذج أخرى لتفسير الألم (Delrome, 2000)، ومن بين أكثر النماذج شيوعاً التي أحدثت ثورة في ميدان الألم هي نظرية البوابة أو بوابة التحكم *théorie du portillon* التي اقترحها Melzak et Wall خلال سنة 1965 التي تقترض وجود أبواب على مستوى النخاع الشوكي وهذه الأبواب -النخاع يلعب دور من بينها- تستوعب المعلومات المتعلقة بالحالة الانفعالية النفسية الآتية من الألياف العصبية المحيطية والمركزية للدماغ والتي تقوم إما بنقل، عدم نقل أو تعديل الرسالة المؤلمة مسببة بذلك إدراك الألم إما بالزيادة أو الإنقاص من شدته، وهذه الأبواب هي بمثابة ألياف معدّلة التي يمكن أن تفتح أو تغلق وفقاً لبعض المعايير التي تنشط أو تثبط الرسالة المؤلمة وهي بذلك تسمح بالتغيير والتحسين أو التقليل من الإدراك المؤلم، وحدّد Melzak et Wall عدد من العوامل التي تلعب دور في فتح باب الألم (عوامل فزيولوجية: إصابات، جروح، عوامل شخصية: مضايقات، ضغط، نوعية حياة سيئة) أو غلقه (عوامل فزيولوجية: علاجات دوائية وطبية، عوامل سلوكية: هدوء، راحة، عوامل شخصية: استرخاء، انفعالات ايجابية)، فهذه النظرية تؤكد على الدور الأساسي الذي تلعبه الإحساسات الايجابية في كف وكبح الألم، (Guillemont et Nollet-Cléménçon, 2012). وفضلاً عن نظرية البوابة فإنّ نظرية المصفوفة العصبية *Neuromatrice* تعتبر هي الأخرى أنه يمكن لبعض المراكز العصبية: القشرة، النواة، المهاد وتحت المهاد، أن تراقب رسالة الألم والقيام بالرقابة المركزية عبر ألياف تساهم في تحرير السيروتونين، والأندورفين والتي تعتبر مواد مضادة للألم مفرزة طبيعياً من قبل العضوية تكف الألم وتغلق بابه.

فكل من نظرية البوابة والمصفوفة العصبية تؤكدان على أن الألم يحدث نتيجة تبادل العديد من المعلومات عبر مستويات مختلفة للجهاز العصبي فيتعلق الأمر بنظام دائري أين تقوم مختلف المكونات: التمييزية، المؤلدة للألم، الجسدية السلوكية والعاطفية بتبادل التأثير وهو ما يُنشئ الطابع الشخصي والذاتي للألم. (Guillemont et Nollet- Cléménçon, 2012)

وخلال سنة 1982 قام Loeser بتطوير نموذج يجمع بين أربعة أبعاد للألم:

- **البعد الخاص بمستقبلات الألم** والذي يمثل السيرورة الحسية،
- **بعد الألم** الذي يمثل الإدراك الذاتي،
- **بعد المعاناة** الذي يمثل الاستجابة الانفعالية،
- **بعد سلوكيات الألم** والذي يمثل كيفية التعامل مع الألم.

ثم عاين Gatchel أنّ انتقال الألم من الحاد إلى المزمن تتخلله عوامل نفسية وأنّ هذه العوامل تطبع التجربة المؤلمة، إلى أن توصل رفقة بعض الباحثين إلى أنّ النموذج البيونفسي اجتماعي هو النموذج الأنسب لفهم وعلاج المشاكل المرتبطة بالألم، فالعوامل النفسية الاجتماعية تتعلق بالانفعالات والمعارف، فالانفعالات تتوافق مع الاستجابات الآنية الناجمة عن مستقبلات الألم، أما عن المعارف فتتمثل في المعاني التي تفسّر التجربة المؤلمة وتكون لها مخلفات على السلوكيات، ويمكن للمعارف أن تؤدي أيضا إلى استجابة انفعالية أخرى تؤدي بذلك بتوسيع حلقة التجربة المؤلمة. (Gatchel, 2004)

وبذلك أصبح النموذج البيونفسي اجتماعي هو النموذج المعتمد عليه في شرح، تفسير والتكفل بتجربة الألم المزمن نظرا أنّ هذا النوع من الألم لا يقتصر على وجود اختلال فزيولوجي بل يضم مختلف الأبعاد الاجتماعية والنفسية التي تحتل مكانا هاما في ظهور أعراضه، مساره ومآله.

2- مفهوم الألم المزمن

يختلف مفهوم الألم باختلاف طبيعته، مدّته ووظيفته، كما يختلف باختلاف النموذج الذي يحتضنه فقد يُصنف ضمن النموذج البيوطبي أو ضمن النموذج البيونفسي اجتماعي، من أجل ذلك يتعين الوقوف على التعريفات المقترحة من قبل الباحثين مع التطرق إلى أنواعه:

1-2 تعريف الألم

عرفت الجمعية الدولية لدراسة الألم International Association for the study of pain -IASP-(1979) الألم " تجربة حسّية وانفعالية مزعجة مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن أو موصوفة بمصطلحات تمثل ضرر مماثل. " (Merskey et Bogduk, 1994)

أما الألم المزمن فقد حاول العديد من الباحثين تعريفه بغرض تمييزه عن مفهوم الألم العام ومن بين التعريفات المقترحة:

ورد تعريف الألم المزمن في تقرير للسلطة العليا للصحة Haute autorité de la santé -HAS - (2008) كما يلي:

"يعتبر الألم مزمنًا بغض النظر عن امتداده وشدّته، عندما يظهر الخصائص الآتية:

- استمرار أو تكرار يدوم فوق العادة لسبب أصلي مفترض، لاسيما إذا كان الألم متطور منذ أكثر من 03 أشهر.

- استجابة غير كافية للعلاج.

- تدهور هام وتدرجي للقدرات الوظيفية والعلائقية للمريض في نشاطات الحياة اليومية في المنزل، المدرسة أو العمل" (p.23).

أما Boureau (1988) فاعتبره " مجموع التظاهرات الجسدية، النفسية، السلوكية والاجتماعية التي تميل إلى اعتبار الألم كظاهرة مستمرة بغض النظر عن سبب ظهوره،

واعتباره كمرض بحد ذاته عوض كمجرد إشارة لاختلال فزيولوجي كامن."، نقلًا عن
(De Broca, 2002, p.3)

في حين عرفت (2010) -ASA- American Society of Anesthesiologists
الجمعية الأمريكية للتخدير، الألم المزمن: بأنه " الألم الذي لا يُعزى لسبب خبيث مرتبط
بحالة مرضية مزمنة أو تفوق مدّته المدّة العادية لشفاء إصابة نسيجية أو الشفاء العادي،
يؤثر سلبًا على سلوك أو رفاهية المريض." (p.1)

واعتبرت المنظمة العالمية للصحة (1992) -OMS- الألم المزمن بأنه الألم الذي
يدوم طويلاً، فيكون دائم أو متكرر، ويسمى مزمنًا عندما يدوم أكثر من 06 أشهر. نقلًا
عن (Perruchoud, Albercht, et Moret, 2017)

فالألم المزمن هو الألم الذي يتطور منذ أكثر من -3 إلى 6 أشهر - و/أو من
المحتمل أن يؤثر بطريقة سلبية على سلوك ورفاهية المريض." (De Broca, 2002, p.6)
ويشير (2007) Bouckenaere أنّ التعريف الذي قدمه خبراء -IASP- رغم أنّه
تعريفًا موجزًا إلاّ أنّه هزّ مكانة النموذج البيوطبي التقليدي باعتبار أنّ الألم يظهر أولاً
كتجربة معقدة يدمج الأبعاد الحسيّة العاطفية والمعرفية، فضلاً عن أنّ هذه التجربة
معترف بها حتى في ظل غياب الإصابة وهو ما يؤدي بالنتيجة للاعتراف بالطابع
الذاتي للألم.

من خلال التعريفات السالف عرضها يتبين أنّ معظم الباحثين أخذوا بعين الاعتبار
عامل المدّة - من 03 إلى 06 أشهر - لتمييز وتحديد الألم المزمن، مع إدماج بعضهم
الطابع المؤذي للجانب النفسي للمعاني منه ماعدا التعريف الذي اعتمده خبراء IASP
والمقترح من قبل Merskey الذي لم يتم الإشارة من خلاله إلى عامل المدّة فهو تعريف
عام غير مميز بين أنواع الألم ومع ذلك فهو ينطبق على الألم المزمن بل وأصبح من
أكثر التعريفات شيوعاً وانتشاراً في الأدبيات العلمية نظراً أنّه مفهوم مركب غير فاصل

بين العضو والنفس يشمل التركيبة الحسية التي تضم الميكانيزمات المولدة للألم والتركيبة الانفعالية المطبوعة بالجوانب النفسية للفرد، فضلا عن إمامه بالضرر الكامن الغامض إلى جانب الضرر الحقيقي الواضح مع جمع كل هذه العناصر في مكون ذاتي والمتمثل في التجربة.

ولغرض توضيح مفهوم الألم المزمن بصفة أدق وجب تمييزه عن الألم الحاد من حيث الطبيعة، الوظيفة والمدّة وهو ما دفع بالباحثين إلى تصنيفه وعدم الاكتفاء بالعمومية.

2-2- أنواع الألم

تثير الممارسة العيادية مسألة التمييز بين أنواع الألم بغرض معرفة كيفية التعامل معه والبروتوكول العلاجي المناسب له، ويشير (Nusbaum et al., 2010) أنّ Boureau ميّز بين الألم الحاد "إشارة إنذار"، والألم المزمن "ألم مرض" مع التأكيد على الوظائف المختلفة بينهم، واستنادا لذلك نميز بين نوعين من الألم:

2-2-1- الألم الحاد

يُعرّف الألم الحاد على أنه عرضي مؤقت وله فائدة، فهو عبارة عن مثير يحمي الفرد ويوجّه التشخيص السببي (De Broca, 2002,p.19). فالألم الحاد هو إشارة إنذار تدلّ على وجود إصابة أو صدمة معينة، فالإشارة التي تأتي في الوقت المحدد للتنبه تعبر عن وجود اختلال معين ويكون لها معنى محدد، لكن إذا دامت هذه الإشارة بعد زوال الاضطراب يصبح الألم بدون معنى (Nusbaum et al., 2010).

فالألم الحاد يسمح بالكشف عن المثير المولد له ويعبر عن تلف نسيجي، كما أن له هدف بيولوجي للحفاظ على العضوية (Muller, Metzger et al., 2011). ويؤدي تنشيط الجهاز المسبب للألم إلى استجابات حركية، عصبية، إعاشية وسلوكية التي تسمح بحماية العضوية من الأضرار الفعلية أو المحتملة (Bouckenaere, 2007).

ويشير (Muller et al. 2011) أنّ الألم الحاد يندرج ضمن النموذج البيوطبي الكلاسيكي فهو عرض مرتبط بسبب محدّد ويرتبط الشفاء بغياب الألم، أما عن التظاهرات النفسية التي ترافق هذا النوع من الألم تتمثل عادة في القلق والحصر خاصة قبل تشخيص السبب المولّد له.

2-2-2 الألم المزمن

خلافًا للألم الحاد يعتبر الألم المزمن كمرض بحد ذاته وليس مجرد نتيجة لاضطراب معين، وإذا كان الألم الحاد مفيد باعتباره إشارة إنذار للجسد، فإنّ الألم المزمن ليس له معنى من الوجهة الطبية (Nusbaum et al., 2010)، فهو يفنقر لطابع إشارة إنذار كما أنّ المکانیزمات التي تؤدي ديمومته لا تزال غير واضحة، فضلًا عن العوامل المسببة له التي لا تزال متداخلة ومبهمة (Bouckenaere, 2007)، ومن مميزات الألم المزمن أن مدّته تساوي أو تفوق 3 أشهر دون فائدة ويسبب أعراض اكتئابية، كما له تأثير سلبي على الحياة الاجتماعية للمرضى (De Broca, 2002) . واعتبر Melzack et wall (1988) في البداية أنّ الألم يصبح مزمنًا عندما يدوم من 3 إلى 6 أشهر، ثم أشار فيما بعد (Loeser et Melzack 1999) ، أنّ الألم المزمن يتميز عن الألم الحاد ليس بالمدّة أو الاستمرارية فحسب وإنما بعدم قدرة الجسم على استعادة وظائفه الفيزيولوجية للوصول إلى إعادة التوازن الحيوي، نقلًا عن (Bourgault et Marchand, 2009).

واستنادًا لذلك يظهر الاختلاف بين الألم الحاد والألم المزمن لذا وُجب التمييز بينهما، بل وذهب بعض الباحثين - (Nusbaum et al. 2010) - إلى أبعد من ذلك ونادوا بالتمييز بين الألم المزمن الذي هو " ألم مرض" الذي تم وصفه من قبل Boureau، والألم المزمن الذي يعتبر من مخلفات "الآلام الحادة"، فقد اعتبروا أنه في بعض حالات الأمراض التطورية كالسرطانات وبعض الآلام الانتكاسية أو الالتهابية مثلًا، يمكن عزو استمرارية الألم إلى مثيرات ناجمة عن ذلك المرض وبالنتيجة نسبةً

لتلك إشارات الإنذار، وتم وصف هذه الظاهرة " بالألم حاد متكرر"، وما نلاحظه أن هذا الطرح يتوافق مع التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخدير السالف عرضه عند التطرق لتعريف الألم، إذ أنها اعتبرت الألم المزمن: "الألم الذي لا يُعزى لسبب خبيث"، أي حسب هؤلاء الباحثين - كل من Nusbaum, Ribes et Gaucher ، وخبراء الجمعية الأمريكية للتخدير- لا يكفي عامل المدة من " 03 إلى 06 أشهر"، بل يشترط أن يكون الألم مستقل عن إصابة نسيجية أو سبب خبيث، في حين اعتبرت وزارة الصحة الكندية Santé Canada عن (Dobkin et Boothroyd 2006) "الألم المزمن بأنه الألم الذي يدوم أكثر من المدة العادية للشفاء ويرتبط بمرض ممتد أو عرض خطير لإصابة متكررة."، (p.3) ، وبالتالي فيظهر أنه خلافا للرأي الأول أدمج هذا التعريف الأعراض الخطيرة للإصابات المتكررة ضمن الألم المزمن ولم يعتبره ألم حاد متكرر؛ كما أنه من الواضح أن الممارسة العيادية تعتبر الآلام الناجمة عن الأمراض السرطانية بمثابة آلام مزمنة فقد أشار (Perruchoud, Albercht et Moret 2017) أنه في ظل الممارسة يتم التمييز بين الألم المزمن من طبيعة سرطانية والألم المزمن من طبيعة غير سرطانية، وأضافوا بأن الطابع المزمن يختلف بين الباحثين إلا أنه عادة ما يتراوح بين 03 و06 أشهر.

وطالما أن موضع بحثنا يتعلق بالألم المزمن لدى مرضى الفيبرومياليجا والذي وقع الإجماع عليه في ظل الأدبيات العلمية والممارسة العيادية بأنه ألما مزمنًا، نكتفي بهذا التمييز دون الخوض أكثر في طبيعة الألم الناجم عن مرض السرطان أو الذي يُعزى إلى سبب خبيث.

ونظرا لخصوصية هذا النوع من الألم- الألم المزمن- فإنه يندرج ضمن النموذج البيونفسي اجتماعي (Muller et al., 2011)، وهذا الأمر يتطلب تجنيد مهارات مختلفة

(أطباء، أخصائيين نفسانيين، أطباء عقليين..) قصد التخفيف من الألم وتحسين نوعية حياة هؤلاء المرضى.

من خلال ما سبق عرضه يتبين أنّ كلّ من الألم المزمن والألم الحاد مختلفان من حيث الطبيعة، الوظيفة والآثار: فإذا كان الألم الحاد "عرض"، فإنّ الألم المزمن "مرض"، وإن كانت وظيفة الأول التنبيه والكشف عن اختلال معين، فالثاني - المزمن - لا وظيفة له، وإن كانت آثار الألم الحاد تتمثل في بعض التظاهرات النفسية المرتبطة به، فإنّ العوامل النفسية في الألم المزمن هي بمثابة سوابق تساهم في تفجيره أو تثبيته وهي اضطرابات قائمة بذاتها وليس مجرد أعراض عابرة، لذا وجب أن يكون تناول كلي ومتعدد التخصصات أي أنّ التناول الأنسب للتكفل بالألم المزمن هو النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي.

3- النموذج البيونفسي اجتماعي للألم المزمن

يقصد بالنماذج البيونفسية اجتماعية النماذج التي بدأت انطلاقاً من النموذج المقترح من قبل Engel خلال سنة 1980 إلى غاية التطور المعاصر للنموذج النفسي-العصبي-الغدي-المناعي، وغيرها من النماذج التي اقترحت المخارج البيولوجية النفسية الاجتماعية التي تؤثر من خلالها السوابق الاجتماعية والاستعدادية وبعض السيرورات التعاقدية على سير الأجهزة الفيزيولوجية والتي تكون سبب في ظهور وتفاقم الأمراض الجسمية والنفسية (Bruchon-Shweitzer et Boujut, 2014)، وبصورة مبسطة فالنموذج البيونفسي اجتماعي هو النموذج الذي يجمع بين النموذج البيوطبي، السيكوسوماتي والابيديمولوجي، فحسب هذا النموذج فإنّ مختلف وجهات الصّحة والمرض منظمة بصفة هرمية يمكن تصنيفها من العامة (ثقافة، مجتمع، عائلة) إلى الخاصة (الفرد، العضو، الخلايا)، أي إذا كان من الممكن دراسة كل جهاز أو مستوى بصفة مستقلة وفقاً لأساليب ملائمة فإنّ هذا النموذج يبيّن الترابط الموجود بين مختلف

الأجهزة والمستويات، (Bruchon-Schweitzer, 2011). ويفترض هذا النموذج أن ما يسبب المرض هو نظام معقد من العوامل المتداخلة فيما بينها وليس عامل واحد، بحيث لا يمكننا أن نتكلم عن السببية المرضية، ولا عن العلاقة الخطية بين المرض والسبب، بل يتعلق الأمر بمجموعة واسعة من المتغيرات التي تتجمع في ثلاثة مجموعات من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. ومنه أضى تكاثف الجهود بين مختلف العلوم الطبية، البيولوجية، الاقتصادية، الاجتماعية والنفسية أمراً ضرورياً للوقوف على الصحة والتنبؤ بها ومحاولة ضبطها، وظهرت اختصاصات علمية مهمة يتكفل كل اختصاص بجانب معين من جوانب الصحة (زناد و بورجي، 2017). وفي الممارسة الاكلينيكية يستند هذا النموذج في التعامل مع المرضى على مجموعة من المضامين، من بينها أنه يؤكد خلال عملية التشخيص على ضرورة مراعاة الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في تقييم حالة الفرد الصحية والمرضية، كما أن الأساليب العلاجية التي يتم إتباعها تركز هي الأخرى على مراعاة العوامل النفسية والاجتماعية إلى جانب العوامل البيولوجية وهو ما يتطلب الاعتماد على فريق متعدد التخصصات للتقييم والعلاج (شيلي تايلور، 2008).

وفي مجال الألم المزمن استقر العديد من الباحثين ، (Gatchel (2004) , Cedraschi et al. (2009) , Bouckenaere (2007) ، على وجوب التعامل مع هذا النوع من الألم وفق نموذج كلي نظراً للتشابك والترابط الموجود بين الوجهات البيولوجية، النفسية والاجتماعية للألم، ويضيف (Muller et al. (2011 أن الألم المزمن يندرج ضمن النموذج البيونفسي اجتماعي نظراً لوجود عوامل تساهم في تثبيته واستدامته والتي يمكن أن تصنف كعوامل سابقة أو نتائج، فالسوابق يمكن أن تتمثل في العوامل العضوية، أما النتائج فهي تتمثل في الفوائد العاطفية، الاجتماعية والمهنية.

كما أنّ العوامل النفسية الاجتماعية لا تتوقف عن كونها سوابق أو نتائج فحسب بل هي جزء من تجربة الألم فعلى سبيل المثال يشير (2007) Bouckenaere أنّ تقييم الألم المزمن بحد ذاته هو سيرورة تتطلب وقت طويل نظرا لضرورة الإلمام بمختلف العوامل: كالعوامل الجسدية، الاضطرابات النفسية، مستوى الشدة الانفعالية، التصورات، المعتقدات، الاتجاهات، نوعية الاستراتيجيات المستعملة إزاء هذا الألم، بالإضافة إلى توقعات المريض، درجة الإعاقة الوظيفية، السياق العائلي، الاجتماعي والمهني وغيرها من الوجهات المتعددة. وقد سبق الإشارة (من خلال إشكالية البحث) إلى ما توصل إليه الباحثين، أنّه بعد الانتقال من مرحلة الألم الحاد إلى مرحلة الألم المزمن تبدأ الأبعاد الاجتماعية النفسية الانفعالية تحتل مكانا هاما على حساب العوامل العضوية، من أجل ذلك كان من الضروري تجاوز التفكير الثنائي وتبني وجهة شمولية، لاسيما أنّ هذا الترابط لم يتم ملاحظته أمبريقيا فحسب بل كشفته المعارف العلمية وعززته نتائج الدراسات العصبية الفيزيولوجية نظرا لتعدد ميكانيزمات الألم ومكوّناته.

وبعد العرض الوجيز لمفهوم الألم المزمن والنموذج المعتمد عليه لشرحه والتكفل به، نسعى للكشف عن سبب حدوثه أي الميكانيزمات المؤلدة له والمتسببة في ظهوره، أي متى يكون الألم مزمنا ومتى يكون حادا؟

4- ميكانيزمات الألم

تختلف طبيعة الألم باختلاف الميكانيزمات المؤلدة له فقد يكون الألم ناتج عن المستقبلات Nociception، أو ألم من طبيعة عصبية Neurogènes - Désafférentation، أو حتى من طبيعة نفسية psychogène، وتتوافق هذه الميكانيزمات مع وضعيات إكلينيكية تم ملاحظتها، وسمحت الدراسات العلمية بفهم سيرورتها. واستنادا لذلك أحصت الجمعية الدولية لدراسة الألم "I'IASP" أربع ميكانيزمات مؤلدة للألم وتتمثل هذه الميكانيزمات فيما يلي:

4-1- الإستئارة لمستقبلات الألم Douleurs par excès de Nociception

إنّ الإحساس بالألم ناتج عن جهاز عصبي بيولوجي معقد الذي يجمع، يرسل ويغيّر المعلومة المؤلمة، وهذا الجهاز يتفاعل مع الجهاز المناعي والجهاز الغددي، ويُعد هذا الميكانيزم من الميكانيزمات الأكثر شيوعا الذي يتوافق مع الألم من نوع إشارة إنذار المُعادين في الآلام الاعتيادية كالكدمات، الرضوض، الكسور والآلام المرتبطة بالالتهابات (Delorme, 2000). فتقوم سيرورة مَرَضِيَّة بتنشيط على المستوى المحيطي الجهاز الفزيولوجي لنقل الرسالة المؤلمة بواسطة مستقبلات غير متخصصة إلى النخاع (الأحزمة النخاعية) ثم الهياكل المركزية (الجهاز اللمبي والقشرة المخية). (Moulin et Boureau, 2000)

والإحساس بالألم الناتج عن المستقبلات يتم بواسطة الفزيولوجية الآتية:

يحتوي الجسم بأكمله على مستقبلات غير متخصصة للإحساس بالألم متواجدة في بعض الألياف العصبية A delta et C Fibre، ويتم تنشيط مستقبلات الألم بمختلف المثيرات الميكانيكية، الحرارية، الكيميائية وبععض المواد الناجمة عن السيرورة الالتهابية، فإذا كان المتغير شديد تتشكل رسالة تحت شكل نبض عصبي يتم نقلها بواسطة الألياف A delta et C حتى تصل إلى الحبل الشوكي، وتدخل هذه الألياف إلى الحبل الشوكي من خلال القرن الخلفي، وفي هذا المستوى يتم نقل الرسالة للخلايا العصبية الشوكية أين تقوم مواد كيميائية بضمان التواصل بين مختلف العصبونات، ويتم تحرير ناقلات عصبية تعمل بعضها على تنشيط العصبون في حين يعمل البعض الآخر على تثبيطه، وبعد التنشيط يتم نقل المعلومات المؤلمة إلى الأجهزة العصبية (Delorme, 2000).

4-2- الآلام العصبية المنشئ Douleurs Neurogènes

تنتج الآلام العصبية جراء إصابة الأعصاب المحيطية (كحالة البتر مثلا) ، وتؤدي إصابة الأوردة المحيطية إلى اختلال في توازن الأجهزة التي تكف وتعَدّل في

عصبونات الترابط الشوكية (Moulin et Boureau, 2000)، كما قد تكون نتيجة اشتباك بين الميكانيزمات الفيزيومي مرضية المحيطية والمركزية في آن واحد وفي هذا النوع من الآلام يكون المكوّن النفسي السلوكي مهمين (Bouckenaere, 2007) ، ويمكن لبعض إصابات الجهاز العصبي أن تكون نقطة انطلاق آلام خاصة وفريدة من نوعها ولا تزال الميكانيزمات المؤلدة لهذه الآلام غير مضبوطة الأبعاد وغير محددة بدقة (Delorme, 2000). ويشير (Moulin et Boureau (2000 أنه لا ينبغي التعامل مع هذا الألم بموجب المسكنات المحيطية ومضادات الالتهاب وإنما ينبغي أن تكون العلاجات الأولية علاجات مركزية بالإضافة إلى تقنيات التحفيز العصبي.

3-4 - الآلام النفسية المنشئ Douleurs Psychogènes

تعتبر الآلام النفسية المنشئ آلام احتياطية فحتى وإن لم يتم تحديد الإصابة المسببة للألم لا يتم إثارة السبب النفسي إلا في مستوى متأخر، وبينت الممارسة العيادية أنّ هذه الطبيعة من الآلام تحتفظ ببصمة تجعلها عادة صعبة التمييز عن بقية الآلام، ونظراً أنّ هذه الآلام عادة ما تركز على الفحوصات السلبية فإنه ولتحديد طبيعتها بصفة موضوعية لا ينبغي مجرد التوقف على التشخيص المرتكز على التصفية وإنما ينبغي أن يكون التشخيص ايجابي محدّد الإطار، وهنا قد يتعلق الأمر بتصنيفات مرضية مختلفة كالهيسيريا التحويلية، حالات القلق، الاكتئاب المقنع، توهم المرض، وغيرها من الاضطرابات (Moulin et Boureau, 2000).

4-4 - الآلام المجهولة السبب Douleurs Idiopathiques

توجد العديد من الأمراض والأعراض التي تسبب آلام والتي لا تزال لحدّ الآن غامضة لا يمكن للفحوصات أن تحدّد سببها بالرغم من أنّه يمكن وصف هذه الأمراض والأعراض بدقّة ولها أسماء محددة، ويتعلق الأمر بتناذر الألم مجهول السبب Syndromes douloureux idiopathiques كما هو الحال في الفيروميالجيا، الصداع

النصفي، وألم الظهر المشترك، وفي كثير من الأحيان ورغم تحديد جداول بعض هذه الأمراض بنسبها لظواهر عصبية أو ناتجة عن استثارة مفرطة في مستقبلات الألم فلا يزال ينطبق عليها وصف الآلام المجهولة السبب وذلك قصد البحث عن سبل علاجية متخصصة (Delorme, 2000).

يتبين من مختلف الميكانيزمات المؤلدة للألم أنّ الألم الحاد يتكرر عادة عند استثارة مستقبلات الألم، أو لوجود أسباب عصبية في بعض الحالات، بينما الألم المزمن قد يرجع لأي ميكانيزم من الميكانيزمات الأربعة، بل قد تكون متداخلة فيما بينها كما هو الحال بالنسبة لبعض الآلام التي لم يحصل الاتفاق بشأنها، وبالرغم من وجود اختلاف في الأسباب المؤلدة للألم إلا أنّ مكوناته هي نفسها بغض النظر عن ما إذا كان الألم حادا أو مزمنا.

5-مكوّنات الألم

بغض النظر عن الميكانيزم المؤلّد للألم سواء كان جسدي، عصبي أو نفسي، يشكل الألم في جميع الحالات تجربة ذاتية فهو ظاهرة مركزية متغيرة يتأثر بعمليات التعلم السابقة، الدوافع الحالية والتوقعات، كما أن مسألة الثنائية الجسد/ النفس هي أيضا مسألة تتعلق بطبيعة الميكانيزم المؤلّد للألم أي السبب الذي أدى إلى ظهوره، غير أن الألم كظاهرة يبقى دائما ظاهرة عصبية نفسية (Moulin et Boureau, 2000). ويوجد في كلّ ألم أربع مكونات متداخلة ومتبادلة التأثير فيما بينها:

5-1-المكوّن الحسي التمييزي

يقصد بالمكوّن الحسي التمييزي المكوّن الذي ينبئ الفرد عن شدّة، امتداد، تمركز ونوعية المثير المسبب للألم (Bouckenaere,2007)، ويتضمن هذا المكوّن الوجهات الكيفية والكمية للإحساس المؤلم، فله قيمة تتعلق بالأعراض قصد تحديد سبب الألم (Muller et al., 2011).

5-2-المكوّن العاطفي الانفعالي

يتمثل هذا المكوّن في الانفعال غير المرغوب الذي يصاحب الإحساس المؤلم، وله وظيفة التحفيز للفعل مع الاحتفاظ بالمعلومات الانفعالية بطريقة سريعة ولمدة طويلة (Bouckenaere,2007)، ويعتمد هذا المكوّن على طبع وشخصية المريض، وتظهر أهميته خاصة في الألم المزمن وفي حالة الانهيار النفسي.

5-3-المكوّن المعرفي

وهو المكوّن الذي يتعلق بالسيرورات المعرفية التي يجنّدها الألم وهو بحد ذاته يعتمد على العوامل الاجتماعية الثقافية، حياة المريض الشخصية والعائلية (Muller et al., 2011).

فهذا المكوّن عبارة عن تفسير للمعلومات الحسيّة والعاطفية وفقا للسياق الحالي، التجارب السابقة، الإسقاطات على المستقبل من خلال شفرات ومعاني تطبع المحيط الاجتماعي الثقافي (Bouckenaere, 2007).

5-4-المكوّن السلوكي

يقصد بهذا المكوّن مجموع التظاهرات السلوكية الناجمة عن الألم فقد تكون استجابات غُدّية أو عصبية اعاشية، أو تظاهرات لفظية للتعبير على الألم أو غير لفظية على شكل اتجاهات أو إيماءات (Muller et al., 2011).

إن المكوّنات السابق عرضها أكّدها أبحاث مختلفة، فتوصل (Valet et al.,2004) عن (Bouckenaere 2007) إلى أنّ الدراسات التي اعتمدت على التصوير بالرنين المغناطيسي IRM سمحت بملاحظة التغيرات والنشاطات التي تحدث في مختلف المناطق الدماغية، فتبيّن وجود نشاط في القشرة الجدارية cortex pariétal لما يتعلق الأمر بالتحليل التمييزي، ونشاط في القشرة الحزامية والجزئية cortex insulinaire et cingulaire عندما يتعلق الأمر بالانفعالات، بالإضافة إلى القشرة الجبهية cortex

frontal لما يتعلق الأمر بالعمليات المعرفية، في حين التغيرات التي تحدث في السياق الانفعالي والانتباهي من خلال استعمال تقنيات معرفية للتحكم في الألم تؤدي إلى إحداث تغييرات في النشاطات القشرية المرتبطة بالألم.

فهذه الأبحاث تسلّم بأهمية النموذج المتعدد الأبعاد في عملية فهم الألم كما أنّها تقدّم سند عصبي بيولوجي للتداولات النفسية للتحكم في الألم، وهو ما يعزز مكانة العوامل النفسية في ظاهرة الألم.

6- دور العوامل النفسية في إدراك الألم

يختلف التعبير عن الألم من فرد لآخر وهو ما يقتضي الأخذ بعين الاعتبار مختلف العوامل عند تقييمه كالتشخيص الايجابي للألم، تحديد سببه، شدته والميكانيزم العصبي الفزيولوجي، مع تقدير آثاره على حياة المريض (De Broca, 2002)، فرغم تمتع كلّ الأفراد بنفس العضوية البيولوجية المتعلقة بالكشف وإرسال المعلومة الخاصة بالألم، إلا أنّ إدراكه -الألم- يختلف من فرد لآخر بل قد يتغير هذا الإدراك لدى نفس الفرد تبعاً لوضعيّات معينة (Delrome, 2000)، وهنا تتجلى أهمية العوامل النفسية في تثبيت أو تعزيز التجربة المؤلمة، ويشير (Bouckenaere, 2007) أن كلّ إدراك للألم يتطلب إدماج العديد من الإحساسات التي يقوم الفرد بموجبها بتبني اختيار معين، أخذ القرارات بناءً على المعارف السابقة، التوقعات، الدافعية، تقييم المحاسن والمساوئ المرتبطة بالقرار المدرك.

وسبق الإشارة إلى أنّ نظرية بوابة التحكم تعترف بوجود متغيرات وسيطية تتدخل في تجربة الألم وتؤكد على الإدراك النشط للألم عوض الإحساس السلبي له، وهذه النظرية أظهرت نموذج للألم قائم على سيرورات فزيولوجية (تضم مجموعة من العوامل كالإصابات النسيجية، تحرير الأندورفين، تغير معدّل ضربات القلب)، سيرورات ذاتية-عاطفية- معرفية (تضم مختلف تجارب التعلم، دور الحالات العاطفية كقلق، الخوف

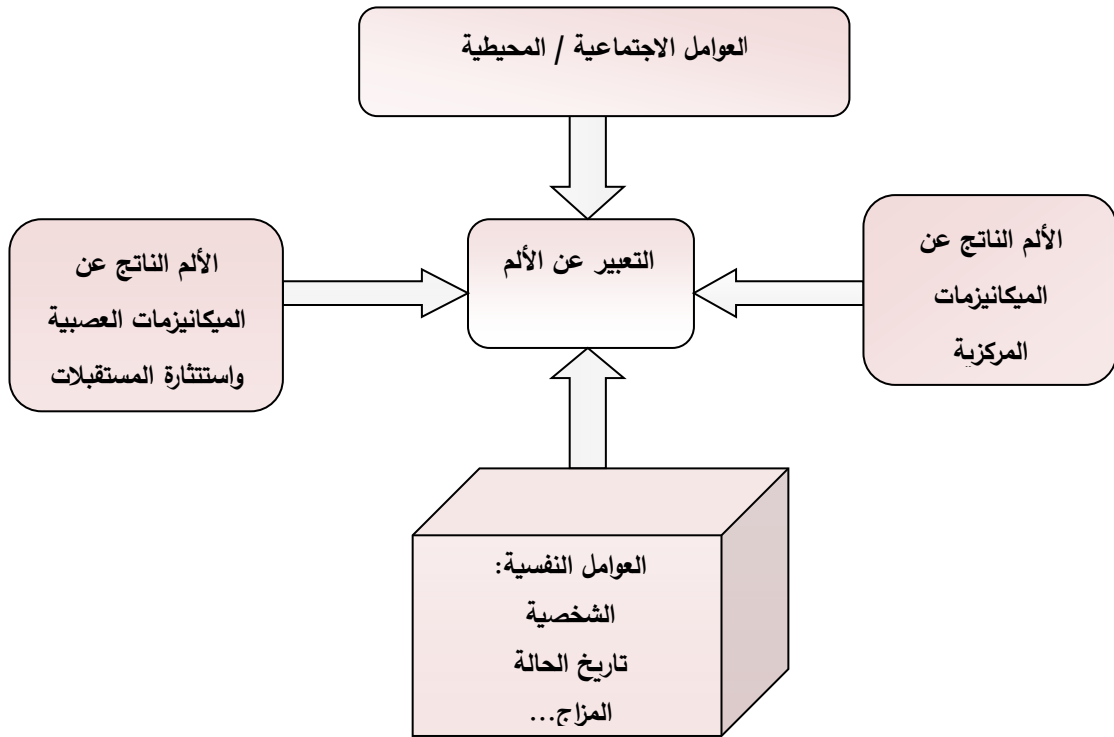
والمعنى الذي يُعطى للألم)، بالإضافة إلى سيرورات سلوكية (تضم كيفية التعبير عن الألم والفوائد الثانوية الناتجة عن هذا التعبير)، والتفاعل الذي يحدث بين مختلف هذه المكونات تؤثر على إدراك الألم (Ogden, 2018).

وأثبتت دراسات (Vlaeyen et Linton (2000) ، Peters et al. (2005) عن (Bouckenaere (2007) أهمية العوامل النفسية في بقاء واستمرارية الألم، فالعوامل النفسية والسلوكية يمكن أن تكون كعوامل هشاشة تساعد في تثبيت أو تعزيز سيرورة الألم، وتبين أنّ الانفعالات والسيرورات المعرفية تلعب دور العوامل المفجرة، المعززة أو المثبتة، ولاحظ (Gatchel (2004) أنّ النورأدرينالين والسيروتونين التي هي من أهم الناقلات العصبية المسؤولة في الفيزيولوجية المرضية لاضطرابات المزاج وهي متورطة أيضا في سيرورة الألم. وفي نفس السياق توصل (Graceley et coll (2004) إلى أنّ الانتباه الانتقائي يكون مجند لدى الأفراد المعانين من الآلام المزمنة، كما أن تصور الألم كتجربة كارثية، مرعبة ولا يمكن تفاديها يؤدي إلى تمركز الانتباه حول الألم. وعابن (Moroni et Laurent (2006) أنّ الألم يؤدي إلى تجنيد مكانيزمات تقوم بأسر سيرورات الانتباه، وهذين السيرورتين للتفكير (الانتباه الانتقائي المتمركز على التجربة المؤلمة، والميل إلى التهويل و الكارثية) يعتبران أعراض ترتبط بقوة مع الألم، فتتم في البداية ملاحظة التفكير المتمركز حول الذات (متمركز حول الألم وبالتالي حول الذات) مع صعوبة الانفصال والتواصل مع المحيط، ثم يظهر الميل إلى تضخيم ظاهرة الألم من خلال ما يعرف بالإفراط والتوهم بأنه لا يوجد أي شيء يمكن أن يوقف هذا الإحساس، نقلا عن (Nusbaum et al., 2010). وتبين أن شدة الألم بقدر ما تتأثر بمرض موضوعي تتأثر أيضا بمتغيرات نفسية وهو ما يؤدي إلى انشغال أكبر فيما يتعلق بالألم والاهتمام أكثر بإشارة الألم التي تغير من إدراك الألم (Bouckenaere, 2007).

وبعد هذه المعالجة الوجيزة لدور العوامل النفسية في تجربة الألم يتبين لما تم العدول عن النماذج الأحادية وتبني الوجة الشمولية لتفسير والتكفل بالألم، فالنموذج المتعدد الأبعاد يفرض عند تناول الألم الأخذ بعين الاعتبار مختلف الوجهات كما يظهر من خلال الشكل الآتي:

شكل 1

النموذج المتعدد الأبعاد للألم المزمن،
(Radat et Koleck, 2010)



وبالرغم من الوجة الشمولية لشرح، تفسير والتكفل بالألم المزمن لا تزال هذه التجربة تخلف العديد من الآثار والانعكاسات التي تؤثر سلبا على مختلف وجهات حياة للفرد المعاني منه.

7- انعكاسات الألم المزمن

يخلف الألم المزمن العديد من الآثار والانعكاسات على مختلف المستويات، وتبين أنّ الآلام المشخصة بطريقة سيئة والآلام غير المعالجة أو التي لا يتم تخفيضها كفاية تؤدي إلى نتائج سلبية تؤثر على المستوى الجسدي، النفسي الاجتماعي، والاقتصادي للمعاني منه:

7-1- على المستوى البيولوجي

أشارت بيانات مختلف الدراسات أن نوم الفرد المعاني من الألم عادة ما يكون متوترا فتوصل Affleck et al. (1996) عن Bourgault et Marchand (2009) إلى وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين الألم المزمن ونوعية النوم، وبينت دراسة Falque et Tartavull (2014) أنّ الألم كان له أثر على الحاجات الأولية فتم معاينة وجود اضطرابات في النوم لدى أغلبية المرضى سواء من ناحية المدة أو النوعية، وجود اضطرابات في الأكل لدى بعض الحالات، مع وصف الألم كنتيجة حتمية للتعب، بالإضافة إلى وجود تغيرات جسدية لدى بعض المرضى مع تأثير الألم على ملامح الوجه خلال حلقات الألم الشديد.

7-2- على المستوى النفسي

ورد في تقرير للسلطة العليا للصحة (2008) HAS: يصاحب الألم المزمن تظاهرات نفسية مَرَضِيَّة مع وجود طلبات ملحة من طرف المريض للجوء إلى الأدوية والإجراءات الطبية التي عادة ما تكون متكررة، وبالرغم من ذلك يصرح المرضى بعدم فعاليتها بالإضافة إلى وجود صعوبة لدى هؤلاء المرضى للتكيف مع وضعيتهم.

وبيّنت العديد من الدراسات الإبيديمولوجية والإكلينيكية , Cedraschi et al. (2003), Cedraschi et al. (2009), McWilliams et al. (2004), Lamé et al. (2005), Lepine et Brieley (2004), Radat et Koleck (2010) وجود ارتفاع في التداخل الموجود بين المشاكل النفسية والمعاناة من الآلام المزمنة لاسيما عندما يعوق الألم

القيام بالنشاطات اليومية، ومن بين أهم الاضطرابات المترتبة و/ أو المتداخلة مع الألم نجد مايلي:

7-2-1- الاكتئاب

لوحظ أن الأفراد المعانين من الآلام المزمنة يظهرون 2.5 إلى 3 مرات اكتئاب أساسي مقارنة مع المجموعة الضابطة من المجتمع العام، وتوصل آخرون إلى نتيجة عكسية أي وجود 2.5 من نسبة الألم المزمن لدى الأفراد المعانين من الاكتئاب الأساسي،(Radat et Koleck, 2010). ويرى بعض الباحثين أن خطر الإصابة بالاكتئاب لدى المعانين من الألم المزمن يزيد مع التقدم في السن وهو ما لاحظته Parmelee (1991) و Williamson et Schulz (1992)، وأكدّه Turk (1995): الأفراد المعانين من الألم المزمن و البالغين 70 سنة فما فوق أكثر اكتئابا من غيرهم من المعانين من الآلام المزمنة. وقد نفت بعض الدراسات الابدئيمولوجية العلاقة المباشرة بين الاكتئاب والألم، واقترح Casten et Parmelee (1995) وجود عوامل أخرى تتخلل العلاقة بين الألم والاكتئاب لاسيما العوامل النفسية كسمات توهم المرض، قمع الانفعالات السلبية، العصابية، الانبساطية، تأنيب الضمير، ونوعية استراتيجيات التعامل المستعملة . نقلا عن (Moulin et Boureau, 2000)

7-2-2- القلق

يعد القلق من بين العوامل النفسية الأكثر انتشارا لدى الأفراد المعانين من الآلام المزمنة، فعادة ما يشعر هؤلاء المرضى بالقلق حول تفسير أعراضهم، تطور ومصير هذا الألم، وتضم اضطرابات القلق: اضطراب الهلع، اضطراب القلق المعمم، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الإدمان على بعض المواد. ويشير O'Reilly (2011) أنّ نسبة إصابة الأفراد المعانين من الآلام المزمنة بالقلق تتراوح بين 15 و 20 % في حين تشير بيانات أخرى إلى وجود نسبة انتشار أكبر للقلق تصل إلى حدّ 40 % .

7-2-3- الاضطرابات المعرفية

يخلف الألم المزمن اضطرابات معرفية فقد تبين وجود معتقدات خاطئة لدى المعانين من الألم المزمن، ويتعلق الأمر بتفسيرات حول سبب الألم، شدة المرض، مخلفاته، دور المريض للتكفل بألمه ومرضه، توقعاته حول العلاج وكيفية التخفيف من حدة هذا الألم، وسمحت المقابلات العيادية بالكشف عن وجود مجموعة من التفسيرات الخاطئة التي يتبناها المعانين من الآلام والمتمثلة في:

➤ التهويل أو الكارثية "catastrophisme ou dramatisation": "لا يمكنني أن أتخلص منه أبدا"،

➤ التعميم الزائد "surgénéralisation": منذ بدأت أشعر بالألم فقدت حياتي"،

➤ التجريد الانتقائي "abstraction sélective": مادام أن الطبيب لا يريد إجراء عملية هذا يعني أنه لا يوجد أي شيء يمكن فعله"،

➤ التقليل من الايجابيات مع تضخيم السلبيات **minimalisation du positif/maximalisation du négatif** "حتى وإن كنت أقوى على المشي حاليا، فيما سبق كنت أركض"،

➤ الاستنتاج التعسفي أو الاستنتاج دون دليل **inférence arbitraire ou conclusion sans preuve** "بسبب السرير الذي أنام فيه لدي آلام في الظهر"،
➤ التصفية السلبية **filtrage du négatif** "لدي مجرد آثار جانبية بسبب الدواء الذي أتناوله".

إلى غيرها من التفسيرات الأخرى التي أسفرت عنها المقابلات العيادية والتي تؤدي في مجملها إلى زيادة القلق مع عجز مكتسب والاعتقاد الجازم بأن المرض خطير، بالإضافة إلى عدم التفهم، لوم الذات مع تأنيب الضمير (Laroche, 2014).

7-3- على المستوى الاجتماعي

يخلف الألم المزمن آثار سلبية على مستوى خلية الأسرة كالانعزال الاجتماعي، المشاكل العائلية، ضعف العلاقات الجنسية والقلق. فبينت دراسة Schwartz et al. (1996) التي تم إجراؤها على 29 زوج مصاب بآلام الظهر المزمن، أنّ أزواج هؤلاء المرضى كانوا يظهرون أعراض اكتئابية ومؤشرات تلك الأعراض ترجع إلى مستوى الألم الذي يعاني منه المريض، مستوى العدائية والغضب، بالإضافة إلى مستوى الرضا عن العلاقة الزوجية المدركة من قبل الزوجة، نقلا عن (Bourgault et Marchand, 2009). وفي دراسة نوعية لـ Falque et Tartavull (2014) حول عينة مكونة من 18 فرد معاني من الألم المزمن تبين أنّ الألم يؤثر على الحياة العائلية، المهنية والعلائقية، فمن خلال خطاب المرضى تم معاينة وجود عزلة لدى أغلبية الأفراد سواء كانت إرادية أو غير إرادية، مع تأثير الألم على سير الحياة اليومية إلى حدّ تشكيل إعاقة في بعض الحالات، وعلى مستوى الحياة العائلية فالألم يشكل عائق لإقامة علاقات ولقاءات وعائق أيضا في الحياة الزوجية، أما عن الحياة المهنية فالأثر أيضا كان واضح ومغاير يترواح ما بين الغياب إلى العجز الكلي عن العمل.

كما تم التوصل إلى أن العوامل الاجتماعية تؤثر على كيفية إدراك الألم، (Barlow et Durand, 2012). فقد لا يكون الألم وحده سبب لاضطراب العلاقات الاجتماعية، بل تلك العلاقات يمكن لها أن تؤثر على الإدراك والاستجابة للألم.

ومنه فإن العلاقة بين الألم والسياق الاجتماعي علاقة ثنائية متبادلة التأثير فتأثير السياق الاجتماعي العائلي بدوره على الألم المزمن قد تم إثباته على نطاق واسع، فبينت الأدبيات أهمية السياق الاجتماعي العائلي على الألم المزمن بالإضافة إلى المخلفات السلبية التي يعيشها قريب المريض كالقلق والاكتئاب، ودراسة (Schwartz et al. 1996)

التي هدفت لتقييم سلوك 61 مريض معاني من الألم المزمن - على مستوى العمود الفقري- خلصت نتائجها إلى أن النزاعات العائلية تؤدي إلى تفاقم العزلة الاجتماعية ولها نتائج سلبية على المستوى النفسي للمريض. (نقلا عن Bourgault et Marchand, 2009)

إنّ هذه النتائج تبين أنّ آثار السياق الاجتماعي العائلي لا تتوقف على مستوى أحادي وإنما قد تكون سبب لتفاقم بعض الأعراض لدى المريض أو نتيجة يعيشها قريب المريض جراء إصابة أحد أفراد العائلة.

7-4- على مستوى التكفل

يعتبر الألم المزمن مرض يتيم في الميدان الطبي ويبقى التخدير منذ زمن طويل مركز العلاجات، والاختلاف في نوع الألم المزمن في شدته، تكراره ومآله تجعل المعانين منه يتواجدون في مصالِح مختلفة ويتم علاجهم من قبل عدة متخصصين، وفي هذا الإطار تم التوصل إلى أن التكفل بالمعانين من الألم مهمل في الأوساط الطبية لعدة أسباب يمكن إجمالها فيما يلي:

➤ أن الألم المزمن يُدرك عادة كعرض عوض مرض، كما أن النقص في التكوين في معظم كليات الطب حول التكفل تجعل العديد من الأطباء ليست لهم معارف كافية لتبني علاجات مرتكزة على معلومات أكيدة فعلى سبيل المثال حتى وإن كان النموذج البيونفسي اجتماعي معترف به ويعتبر الأنسب للتكفل بالألم، فالقليل من الأطباء يتبنون هذا النموذج ويطبّقون أسسه، فيعتمد غالبهم على النموذج البيوطبي ويتم علاج الألم المزمن بموجب نموذج علاجي قصير المدة وليس كمرض عضوي،

➤ أنه وبالرغم من وجود أساليب تقييم ذاتية ذات مصداقية إلا أنها تبقى غير موضوعية فيمكن لتصريحات المريض أن يشوبها الغموض لاسيما عندما تكون الآلام

متفاوتة فيما يتعلق بالمؤشرات الفزيولوجية كما هو الحال في الفيبروميالجيا، وآلام الظهر.

► قد تتدخل بعض العوامل الثقافية والاجتماعية في استعراض مشكل الألم سواء من جانب المعانين منه أو من جانب المهنيين المعالجين، بالإضافة إلى تردد العديد من الأطباء في وصف بعض أصناف الأدوية لمعالجة الألم بسبب العراقيل المؤسساتية وكذا الآثار الجانبية التي تسببها هذه الأدوية كالتعبية مثلا، وكذا بسبب تعقد الألم المزمن كالوقت الطويل الذي يتطلبه التكفل وسياسة التعويض (Dobkin et Boothroyd, 2006).

إنّ مختلف الانعكاسات التي يخلفها الألم عادة ما تشكل علاقة متبادلة التأثير لا يقتصر أثرها على جانب واحد، بل أنها تؤدي في كثير من الأحيان إلى وجود تداخل بين بعض الاضطرابات النفسية والعقلية، من أجل ذلك ارتأينا أن نهتم بمتغير الألم المزمن لدى مرضى الفيبروميالجيا من جانب ايجابي أي البحث عن العوامل التي تحسّن من نوعية حياة هؤلاء المرضى من خلال التطرق إلى المتغيرات التي تلعب دورا فعالا في المعاش البيونفسي اجتماعي للمعاني من الألم والمتمثل في كلّ من السند الاجتماعي واستراتيجيات التعامل.

8- علاقة متغيرات البحث - استراتيجيات التعامل، السند الاجتماعي، نوعية

الحياة - بالألم المزمن

بيّنت الأدبيات ونتائج الدراسات السالف عرضها الآثار السلبية التي يخلفها الألم المزمن على مختلف المستويات بالإضافة إلى التداخل الموجود بينه وبين الاضطرابات النفسية وهو ما يفسّر المستوى المتدني الذي يدركه المريض عن نوعية حياته، والذي يُعد نتيجة حتمية إذا اكتفينا بالتفسير الأحادي المتمثل في سبب ← أثر، إلا أنّ تطور النماذج في علم النفس التي اهتمت بتأثير السياق والخصائص الفردية على السلوكات أدّت إلى إدخال متغير ثالث بعدما كان التفسير يقتصر على نماذج بسيطة من نوع

مثير استجابة وفقا للتناول السلوكي أو الحتمي، فالمفهوم التفاعلي للفرد في محيطه الذي يفترض تداخل بين دور السياق والخصائص المحيطة أدى إلى الاهتمام بمتغير نفسي الذي يصف السيورة الكامنة، ويتعلق الأمر بالنموذج التعاقدية. إلا أنه ومع ظهور النماذج النفسية المعقدة والمتعددة العوامل - كنموذج علم النفس الصّحة- أبدى الباحثين ضرورة تحديد بعض المتغيرات النفسية والتميز بين المتغيرات الوسيطة والمعدّلة. ومصطلحي الوسيط والمعدّل يشيران إلى نموذجين نظريين مختلفين حول الضغط: النموذج التعاقدية Transactionnel والنموذج التفاعلي Interactionniste، وفي إطار النموذج المتعدد العوامل لعلم النفس الصّحة يمكن التمييز بين نوعين من المعدّلات: الداخلية مثل سمات

الشخصية، والمعدّلات الخارجية كالسند الاجتماعي (Rasclé et Irachabal, 2001) - الذي هو محل الدراسة خلال البحث الحالي-.

وهذه المتغيرات الفردية والاجتماعية قد تكون عوامل لها آثار ايجابية، فهي تقلل من أثر الأحداث الضاغطة على عملية التكيف، ولما كانت لهذه المتغيرات أهمية بالغة من شأنها

أن تحسن نوعية حياة المريض المعاني من الألم المزمن هنا تتجلى أهمية دراسة عملية التفاعل التي تحدث بين كلّ من الألم، استراتيجيات التعامل، السند الاجتماعي، ونوعية الحياة بصفاتها محك تتأثر بكل تلك العوامل.

فاستراتيجيات التعامل تعد متغير مهم يؤثر على نوعية حياة المرضى المعانين من الألم المزمن (Irachabal et al., 2008)، والدراسات التي اهتمت بدراسة العلاقة بين استراتيجيات التعامل والألم بينت أن اللجوء إلى تبني استراتيجيات فعالة يؤدي إلى تكيف أفضل بحكم ارتباط تلك الاستراتيجيات بالعواطف الايجابية، الاستقرار النفسي والتقليل من الأعراض الاكتئابية، وبصفة عكسية فإن اللجوء إلى الاستراتيجيات السلبية كالتحويل أو الكارثية يؤدي إلى تكيف سلبي بحكم ارتباطها (استراتيجية التحويل و/أو

الكارثية) بتفانٍ الألم والأعراض الاكتئابية (Dany et al., 2008). ويشير (1997) Carpenito إلى أن استراتيجيات التعامل المناسبة والفعّالة تحقق جملة من النتائج كاحتواء الضغط وإرجاعه إلى مستوى يمكن التحكم فيه، الحفاظ على الأمل وإعادة إحيائه، الاحتفاظ على تقدير الذات أو استعادته. من جهته يعدّ السند الاجتماعي من الموضوعات المهمة التي يجب دراستها من الناحية الوظيفية كونه يمثل ذرعا واقيا ومخففا من الضغوط، كما يعمل على التخفيف وحماية الشخص سواء كان تحت ضغط أم لا، فشعوره بالانتماء إلى شبكة اجتماعية يمكن الرجوع إليها عند الحاجة سيحصّنه ويقيه من التأثيرات الضارة للضغط، أما في حالة التعرض الفعلي فإحاطة الآخرين به سيخفف حتما من وقع الضغط عليه، ويسمح السند الاجتماعي بجعل الأفراد أكثر ايجابية في تعاملهم مع الأحداث الضاغطة (بوشدوب، 2014). وقد أضى الأثر الإيجابي الذي يخلفه السند الاجتماعي على الفرد الذي يعاني من الألم المزمن حقيقة علمية، فدراسة (Jamison et virés 1990) التي أجريت على 521 مريض يعاني من الألم المزمن أسفرت نتائجها أن الحالات التي كان لها نقص في السند الاجتماعي من قبل العائلة أظهرت مستويات ومناطق مؤلمة أكبر من الحالات التي كان لها سند قوي، كما أظهرت تلك الحالات سلوكيات مرتبطة بالألم (كالبقاء في الفراش)، بالإضافة إلى شدة نفسية أكبر، في حين أظهرت الحالات التي تتمتع بسند أقربائها العودة بسرعة لنشاطاتهم المهنية، عدم الاعتماد كثيرا على مضادات الألم، ووجود ارتفاع في مستوى النشاطات بصفة عامة، نقلا عن (Barlow et Durand, 2012). ويبقى السند عبارة عن ظاهرة متغيرة وهو ما يسمح بتأدية وظائف مختلفة خلال المراحل المتطورة أو المختلفة إبان أزمة ما، ففي بداية أزمة معينة فإن المساعدة الممنوحة في شكل معلومة يمكن أن تكون أكثر فعالية من مساعدة حقيقة، فمصدر السند، شدته، مدته وفعالته هي الأخرى متقلبة، فالعلاقة التبادلية بين السند والحدث الضاغط يجب أن يُعترف بها طالما أن بعض عوامل الضغط لها أثر مباشر على توافر السند (Stellman, 2000).

ومما لا شك فيه هو أن وجود مصدر مهم كالسند الاجتماعي للمريض المعاني من الألم المزمن بالإضافة إلى اللجوء إلى استراتيجيات تعامل فعالة سيؤدي إلى إدراك أفضل لنوعية الحياة طالما أن نوعية الحياة هي عبارة عن مفهوم مركب متعدد الأبعاد يتأثر بالعوامل الشخصية والمحيطية والتفاعل الموجود بينهما، وهو ما نريد الكشف عنه من خلال هذا البحث من خلال الاهتمام بالألم المزمن لدى مرضى الفيبرومياليجا مع مختلف المتغيرات.

خلاصة

يشكل طلب تخفيض الألم السبب الأول للفحص الطبي، وعندما يكون الألم حاد فهو عبارة عن إشارة إنذار يكشف عن المثير المؤلّد له ويتم تخفيضه وعلاجه خلال مدّة قصيرة، إلاّ أنه ويتدخل العوامل النفسية والاجتماعية يصبح الألم مزمنًا ومرض بحذ ذاته ويحدث تأثير متبادل بينه ومختلف الأبعاد والوجهات الجسدية، الانفعالية، المعرفية، السلوكية، النفسية والاجتماعية وهو ما يزيد في صعوبة تكيف الفرد المعاني منه من جهة، وصعوبة التكفل به من جهة أخرى، كما يطبع التجربة المؤلمة الطابع الذاتي لذلك يختلف التعبير عن الألم من فرد لآخر وهو ما يستدعي الأخذ بعين الاعتبار مختلف العوامل عند تقييمه كالتشخيص الايجابي للألم، تحديد سببه، شدته والميكانيزم العصبي الفزيولوجي، تقدير آثاره على حياة المريض، وهذا الأمر لا يمكن أن يتحقق إلاّ بتناول الألم المزمن وفق نموذج شمولي يضمن أن يكون التكفل متعدد التخصصات من جهة، مع البحث عن العوامل الانتقادية والوقائية التي من شأنها التقليل من المخلفات السلبية وتحسين وترقية صحة ونوعية حياة الفرد المعاني منه من جهة أخرى.

الفصل الثاني

الفبروميالوجيا

" ما أنعم الله على عبده
وكل من عُوفي في جسمه
بنعمة أوفى من العافية
فإنه في عيشة راضية"
"الضحاك".

"

تمهيد

سمح تطور الأبحاث الإكلينيكية بالاعتراف وعزل الفيبروميالجيا عن غيرها من الاضطرابات النفسية والجسدية، فغياب الإصابة العضوية جعل من تصنيفها أمر صعب في البداية وتبعاً لذلك تباينت آراء الباحثين من حيث اعتبار الفيبروميالجيا مرضاً أو تناذر من جهة، ومن تحديد أصلها (روماتيزمي، عصبي، نفسي، جيني) من جهة أخرى، وبالرغم من أنّ الفيبروميالجيا لا تزال لحدّ الآن مبهمة الأسباب والأبعاد إلا أنّه تم الاعتراف بها ككيان إكلينيكي قائم بذاته من قبل جمعية الطب الأمريكية ثم من قبل منظمات أخرى، كما توالت الدراسات والأبحاث التي هدفت للكشف عن سببها، كيفية تشخيصها وتحديد مخرجاتها على مختلف المستويات قصد تمييزها عن غيرها من الاضطرابات النفسية والجسدية المشابهة لها. والفيبروميالجيا أو تناذر الفيبروميالجيا هي اضطراب هيكل عظمي مزمن له انعكاسات جسدية ونفسية تؤثر سلباً على نوعية حياة المصاب بها وتحدّ من نشاطاته المهنية والاجتماعية، فعندما يتم تشخيص الفيبروميالجيا، غالباً ما يواجه المريض غموضاً شديداً لفهم أسباب مرضه، والتي ترتبط خاصة بغموض الفحص واستقصاء الميكانيزمات المرضية وهو ما يزيد في صعوبة تكيف هؤلاء المرضى.

ولغرض الكشف عن هذا المرض أو التناذر سنحاول الإلمام بما توصلت إليه نتائج الأبحاث والملاحظات الإكلينيكية فيما يتعلق بكيفية تشخيصه وتمييزه عن الاضطرابات المشابهة له والمتداخلة معه مع تحديد النموذج الأنسب للتكفل به.

1- تطور مفهوم الفيبروميالجيا

تم وصف ألم العضلات والعظام منذ العصور القديمة لاسيما من قبل Hippocrate (460-377 قبل الميلاد)، غير أنّ الفيبروميالجيا ككيان إكلينيكي مستقل بذاته بقي غير بارز عبر العصور إلى غاية النصف الثاني من القرن التاسع عشر (Hamdan, 2014). فخلال سنة 1800 تم استعمال مصطلح روماتيزم العضلات Rhumatisme musculaire من قبل الأطباء الاسكندنافيين والألمان للدلالة على أعراض التعب الشديد الذي تصاحبه إحساسات مؤلمة في مختلف عضلات الجسم والتي ليس لها سبب عضوي معين (Guité et Bégin, 2000). ثمّ قام Beard سنة 1889 بنشر عمل حول العجز العصبي La faiblesse nerveuse أين اعتبر الفيبروميالجيا مجموعة فرعية للوهن النفسي Neurasthénie والذي يُعد مصطلح واسع تم استعماله خلال القرن الثامن عشر، التاسع عشر وبداية القرن العشرين والذي يضم حالة التعب النفسي والجسدي. وفي سنة 1904 اقترح Gowers مصطلح الالتهاب الليفي Aponévrite للدلالة على الفيبروميالجيا، إلا أنّه ونظرا للطابع الغامض لهذا المرض وعدم وجود قوام عضوي محدّد بقيت الحدود بينه وبين الاضطرابات العقلية غير واضحة (Hamdan, 2014). وباعتبار الفيبروميالجيا تتميّز بعدم وجود التهاب - بالرغم من أن مصطلح الالتهاب الليفي يدل على ذلك-، تم اقتراح سنة 1947 مصطلح الروماتيزم النفسي المنشئ Rhumatisme Psychogène لارتباط هذا التناذر بالاكتئاب والقلق، وارتكزت هذه الفرضية على الدراسات التي بيّنت الارتباط الموجود بين الفيبروميالجيا واضطراب الضغط ما بعد الصدمة وكذا الاكتئاب الذي أصاب الجنود إبان الحرب العالمية الثانية. ورغم وجود مصطلح بديل إلا أنّ مصطلح الالتهاب الليفي بقي مستعملا إلى غاية سنة 1976 أين أطلق Hench لأول مرة مصطلح الفيبروميالجيا، ودخل هذا المصطلح المفردات الطبية وحلّ نهائيا محل الالتهاب الليفي نتيجة تأكيد الدراسات العلمية غياب الالتهاب في نسيج الفيبروميالجيا (Guité et Bégin, 2000).

وخلال السبعينات بدأ التفكير أنّ أصل الفيبروميالجيا يرجع للجهاز العصبي المركزي، لما قاما Smythe et Modolfsky سنة 1978 بمعاينة وجود إضرابات النوم لدى الفيبروميالجي، واقترحا تفسير مركزي للمرض عوض للتفسير المحيطي الذي كان سائداً، وهو ما يتماشى مع الفرضيات التي لا تزال سائدة إلى حد الآن والمتمثلة في مشاركة الجهاز العصبي المركزي والمحيطي في عملية النوم. وفي سنة 1987 تم الاعتراف بالفيبروميالجيا كمرض ومصدر للعجز من قبل الجمعية الأمريكية للطب American Medical Association -AMA-، كما قامت منظمات أخرى بالاعتراف بها كالمعهد الوطني للصحة (الأمريكي) National Institute of Health والمنظمة العالمية للصحة World Health Organization -OMS-، إلى أن تم وضع معايير تصنيف الفيبروميالجيا من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم American College of Rheumatology -ACR- خلال سنة 1990 (Delpire, Troisfontaines et Triffaux, 2007). وفي سنة 1992 أدرجت المنظمة العالمية للصحة الفيبروميالجيا في التصنيف العالمي للأمراض CIM 10- Classification international standard des maladies، ثم في سنة 2006 اعتبرت كيان إكلينيكي مستقل لما قامت بمنحها رمز M.79.7 -أمراض العضلات والعظام والنسيج الضام-، بعدما كانت تتدرج إمّا ضمن اضطرابات الجهاز الحركي -كأمراض الروماتيزم غير المحددة-، أو ضمن اضطرابات التجسيد وبالأخص تحت رمز F45.4 التي تضم- تناذر الألم التحويلي المستمر- (HAS, 2010) وبذلك أصبحت الفيبروميالجيا لها كيان وقوام مستقل عن غيرها من الأمراض، الأعراض والتناذرات.

2- مفهوم الفيبروميالجيا

مصطلح الفيبروميالجيا مشتق من الكلمة اليونانية Fibra أي النسيج الضام، Myo العضلات، و Algos الألم، وبذلك يصف المصطلح حالة الألم العضلي المؤلم (Hamdan, 2014, p. 22).

والفيبروميالجيا هي كيان معقد يضم مجموعة من الأعراض الوظيفية المزمنة المتنوعة وغير المحددة، فهي تضم العديد من الواجهات الأمر الذي لا يجعلها تتدرج ضمن النموذج الكلاسيكي (Ho-Ting-Fat, 2017)، وتعد من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا التي تتسم بوجود ألام منتشرة (Laroche, 2009)، تصيب حوالي 3 إلى 5% من المجتمع العام، مع وجود هيمنة نسوية بنسبة 80% (Bourgault et Marchand, 2009)، تتميز بغياب إصابة عضوية محددة وهو ما دفع البعض إلى تصنيفها ضمن "الاضطرابات التحويلية" أو ضمن "الأعراض غير المبررة طبيا" (Laroche, 2009)، أو ما يعرف "بتناذر الآلام المجهولة السبب".

وتحديد طبيعة الفيبروميالجيا لا يزال محل جدال: هل هي "تناذر Syndrome, Inness أو" مرض "Maladie, Disease؟، فذهب فريق إلى اعتبار الفيبروميالجيا مرض أي كيان نوزوغرافي عضوي قائم بذاته يكون مصدر وسبب لظهور باقي الأعراض الأخرى، في حين يعتبرها البعض الآخر تناذر يضم مجموعة من الأعراض والآلام المرتبطة بصفة متغيرة، وفي الأدبيات العالمية لا يزال استعمال المصطلحين دون تمييز فتارة يطلق عليها تناذر الفيبروميالجيا وتارة أخرى الفيبروميالجيا (HAS, 2010).

ونظرا لتعدد الفيبروميالجيا فالجدال القائم لا يقتصر على تحديد طبيعتها فحسب بل يتعداه ليشمل التعريفات المقترحة لها، أصلها والميكانيزمات الفزيومرضية المسببة لها.

فيشير (Yunus et al. (2004) أنّ تناذر الفيبروميالجيا هو اضطراب هيكل عظمي يتميز بوجود ألم مزمن معمم، حساسية للألم لدى اللمس مع مجموعة من الاضطرابات الوظيفية . (p.2464)

واعتبرها (Claw (2001 بأنها تناذر شائع نسبيا تميزه ألام عضلية هيكلية مزمنة يصاحبها تعب، نقلا عن (Delpire et al., 2007, p.23).

ووصفا Block et Houvenagel الفيبروميالجيا: بأنها تناذر معقد يضم العديد من التظاهرات الإكلينيكية غير مفهومة السببية، نقلا عن (Bourgault et Marchand, 2009,p.6).

أما الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم American College of Rheumatology (1990) -ACR- فقد عرفت الفيبروميالجيا بأنها " تناذر يتميز بوجود ألم منتشر لمدة تزيد عن 03 أشهر موزع على جميع أنحاء الجسم، يؤثر على الجانب الأيسر والأيمن منه، الأجزاء العلوية والسفلية، مع وجود تمركز محوري وإدراك الألم عند اللمس في 11 نقطة على الأقل من أصل 18." نقلا عن (Laroche, 2009, p. 529)

الملاحظ من خلال التعريفات السالف عرضها أنّها تتسم بالعمومية، ماعدا التعريف الذي قدمته الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم، ورد فيه نوع من التفصيل والتحديد الدقيق للفيبروميالجيا بغرض تمييزها عن غيرها من الاضطرابات المشابهة لها، وبالرغم من أن هذا التعريف فرض بعض المعايير التي وُجب تحديدها مسبقا قبل وضع التشخيص مع مراعاة بعض الخصائص كتواجد الألم ومدته، غير أنّه لم يتطرق إلى أنواع الفيبروميالجيا التي كشفتها الممارسة العيادية والتي يتعين الوقوف عليها قبل التطرق للخصائص الإكلينيكية ومعايير التشخيص الموضوعة من قبل -ACR-.

3-أنواع الفيبروميالجيا

سمحت الممارسة العيادية بملاحظة تزامن الجدول العيادي للفيبروميالجيا مع بعض الأمراض المعروفة والمنعزلة عنها، لذا قام البعض بالتمييز بين الفيبروميالجيا الأولية والثنائية، غير أنه وما تجدر الإشارة إليه هو أنّ هذه الأنواع لم تتطرق إليها ولم تشر لها أي منظمة من منظمات التصنيف وهو ما دفع بالبعض -Blotman et Branco (2007)- للتأسف لعدم تطرق الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم -ACR- لهذا التمييز نظرا أنه في حالة الفيبروميالجيا الثنائية قد ينطفيء المرض الأصلي ويبقى المريض يعاني بحدّة، كما أن التحاليل البيولوجية تصبح متذبذبة وهو ما يزيد في صعوبة التشخيص، وتتميز الفيبروميالجيا الأولية عن الثنائية أو المشتركة بما يلي:

3-1- الفيبروميالجيا الأولية أو المنعزلة Fibromyalgie Primaire ou

Isolée

يقصد بالفيبروميالجيا الأولية الفيبروميالجيا المستقلة والمنعزلة عن أمراض أخرى والتي تم تحديد معاييرها من قبل -ACR- (سيتم التطرق للمعايير أدناه). وهي تتأزر أو مرض يصيب النساء بدرجة أولى بنسبة 70 إلى 80% من الحالات مع متوسط عمر ابتداء من سن الثلاثين، غير أنه يمكن مصادفة الفيبروميالجيا لدى الأطفال والمراهقين والرجال (Blotman et Branco, 2007)، ويرجع أول وصف للفيبروميالجيا لدى الأطفال إلى سنة 1985 أين قام أطباء الروماتيزم Yunus et Masi بعمل يصف مجموعة متكونة من 33 مريض حدث معاني من آلام وأعراض مشابهة للمرضى البالغين المشخصين بالفيبروميالجيا، واستنادا لذلك قاما بوضع معايير الفيبروميالجيا الخاصة بالأطفال أو الأحداث بالاعتماد على المعايير الموضوعية من قبل ACR، غير أنه يوجد قليل من الأدبيات الخاصة بطب الأطفال التي قامت بمتابعة التطور اللاحق لتلك المعايير، (Inserm, 2020).

ويشير (2007) Menkès et Godeau أنّ الفيبروميالجيا لدى الأطفال كانت موضوع مراجعة عامة لمختلف الأدبيات أين تم التوصل أنّ الجدل كان قائم بين أنصار الأصل البيولوجي للمرض، وأنصار الوجهة النفسية، غير أنه حالياً ومثل ما هو الأمر بالنسبة للبالغين فإن الوجهة البيولوجية النفسية الاجتماعية هي التي أصبحت مهيمنة لتفسير المرض. وسمحت دراسة خاصة بالنوم أجريت على عينة مكونة من 61 طفل مع أمهاتهم يعانون من آلام منتشرة، بالكشف عن وجود ارتباطات بين المجموعتين (الأطفال والأمهات)، مع وجود اختلالات بنسبة 44% لدى الأطفال، و96% لدى الأمهات وهو ما يوحي بوجود حتمية بيولوجية مشتركة. (Menkès et Godeau, 2007)

أما عن الفيبروميالجيا لدى الرجال فهي أقل تواتراً، ويعتبر البعض: Blotman et Branco (2007) أنّ أعراضها تختلف عن الأعراض المصادفة لدى النساء فيكون كلّ من الألم، التعب، اضطرابات النوم والقلق أقل حدةً وشدةً من الأعراض الملحوظة لدى النساء، في حين تشير بيانات بعض الأدبيات عدم وجود فروق بين الجنسين، (Yunus et al., 2004). بينما توصل فريق ثالث إلى أنّ أعراض الفيبروميالجيا لدى الرجال هي أكثر شدةً وتخلّف آثار سلبية على نوعية حياتهم بدرجة أكبر مقارنة مع النساء (Buskila et al., 2000).

فالفيبروميالجيا الأولية سواء كانت لدى النساء، الرجال أو الأطفال هي التي تكون منعزلة ومستقلة عن أي مرض آخر وتتوقف على وضع التشخيص الايجابي لها بعد التأكد من التشخيص الفارقي و كذا تمييزها عن باقي الأمراض المشابهة لها.

3-2- الفيبروميالجيا الثنائية أو المشتركة أو Fibromyalgie Secondaire ou

Associée

يقصد بالفيبروميالجيا الثنائية أو المشتركة الفيبروميالجيا المصاحبة والمتزامنة مع بعض الأمراض لاسيما: التهاب المفاصل الروماتويدي polyarthrite rhumatoïde (PR)، الذئبة الحمراء (LES) lupus érythémateux systémique، وتناذر شوغرن syndrome Gougerot de Sjögren (SGS) (Blotman et Branco, 2007)، فتم معاينة وجود الجدول العيادي للفيبروميالجيا مع بعض الأمراض المعروفة والتميزة عنها، فقد بيّنت دراسة ابيديمولوجية اعتمدت على عينة متكونة من 62.000 فرد من المجتمع العام، أنّ 2595 فيبروميالجي كانت لديهم أمراض أخرى مشتركة (فالى جانب القلق، الصداع، الاضطرابات المعوية الوظيفية التي تصاحب الفيبروميالجيا) تم معاينة معاناة هؤلاء المرضى من التهاب المفاصل الروماتويدي، وكذا معاناتهم من الذئبة الحمراء. وفي دراسة أخرى متكونة من عينة 11.866 مريض بالتهاب المفاصل الروماتويدي تبين أن الفيبروميالجيا كانت موجودة لدى 1731 فرد، أي بنسبة 14.58% ، وكان الالتهاب لديهم أكثر حدة يصعب التحكم فيه، مشترك مع داء السكري وتناذر اكتتابي، أما فيما يتعلق بالذئبة الحمراء فتم معاينة انتشار الفيبروميالجيا بنسبة 17.3% مع التأثير على نوعية حياة هؤلاء المرضى. (Menkès et Godeau, 2007)

ولوحظ أنّ تناذر شوغرن عادة ما يكون مرتبط بالفيبروميالجيا، فكشف التحقيق الابدديمولوجي الذي قامت به (Jasson 2007) على عينة متكونة من 1993 فيبروميالجي أنّ 955 حالة كان لديها سوابق أمراض روماتيزم أي بنسبة 50%، و45% من أفراد العينة يعانون من تناذر شوغرن مشيرة بأن ميكنيزمات اشتراك الفيبروميالجيا مع هذا التناذر لا تزال مبهمة وغير واضحة.

وتوصلت مجموعة بحث ايطالية من خلال دراستها التي أجريت على عينة متكونة من أفراد أصحاء، مرضى السكري، المرضى المعانين من تناذر شوغرن، ومن الفيبروميالجيا الأولية، إلى أنّ الفيبروميالجيا متواجدة لدى حوالي 22% من المرضى المعانين من تناذر شوغرن، و12.2% لدى مرضى السكري، (Menkès et Godeau, 2007).

غير أن التساؤل المطروح: هل يتم اعتبار مثل هذه الأشكال المرضية حالات فيبروميالجيا؟، باعتبار أنه عادة ما تقلت الفيبروميالجيا عند تواجد أمراض أخرى، من أجل ذلك قام Wolfe بأخذ مبادرة بتحديد ما يميز الفيبروميالجيا الثنائية عن الفيبروميالجيا المنعزلة وأطلق عليها "الفيبروميالجيا الثنائية المصاحبة" FM «*secondaire-concomitante*»، إلا أنه وبعد عدّة سنوات من هذا التمييز تم ملاحظة غياب الدراسات والمناقشات التي تعزز هذا التصنيف، (Menkès et Godeau, 2007). كما عاينا أن معظم الأدبيات العلمية لا تميز بين أشكال وأنواع الفيبروميالجيا بل تهتم بالخصائص الاكلينيكية والمعايير التي يجب الاعتماد عليها لوضع التشخيص.

وبغض النظر عن ما إذا كانت الفيبروميالجيا أولية أو ثنائية فأهم ما يميزها هو ضرورة توفر مجموعة من الخصائص الإكلينيكية المتفق عليها في الأدبيات العلمية والطبية، نظرا أن تشخيص هذا التناذر هو تشخيص إكلينيكي بالدرجة الأولى.

4- الخصائص الإكلينيكية للفيبروميالجيا

تعتبر الفيبروميالجيا مرض مزمن غير أنها تختلف عن باقي الأمراض نظرا أنها تعبر عن اختلال وظيفي يتسم بغياب سبب عضوي معين يستجيب لمتطلبات النموذج البيوطبي الكلاسيكي (Delpire et al., 2007)، وما يميّز الفيبروميالجيا هو اشتراك ثلاثة أعراض أساسية، تصاحبها مجموعة من الأعراض الثانوية:

4-1-1-4- الأعراض الأساسية

3-1-1-1- الألم المزمن

يعتبر الألم المزمن الخاصية أو العرض الأساسي للفيبروميالجيا ويكون الألم فريد من نوعه، منتشر ودائم، متغير حسب الحالات يتخذ أحيانا شكل الآلام المفرطة Hyperalgésie ، أو الآلام غير مؤلمة بطبعها Allodynie، ويمكن أن يبدأ الألم على مستوى الرقبة والكتفين ليمتد على بقية أنحاء الجسم لاسيما في الظهر، الصدر، الذراعين والساقين، ويصعب لدى هؤلاء المرضى التمييز بين الآلام المفصلية والعضلية فيكون لديهم انطباع تورم المناطق المؤلمة مع تشوش الأطراف وذلك في ظل غياب أي علامة موضوعية لإصابة مفصلية أو عصبية (HAS, 2010) .

4-1-2- التعب

يعتبر التعب أيضا من الأعراض الأساسية التي يعاني منها الفيبروميالجي فحوالي 90 % من الحالات يعانون من التعب العام والذي يشكل إعاقة مثله مثل الألم ويحدّ من النشاطات الجسدية، وعادة ما يكون التعب لدى الاستيقاظ، يختفي أحيانا أثناء اليوم ليظهر مرة أخرى في المساء، ويرتبط التعب مع شدة المرض ويؤدي في بعض الأحيان إلى انهيار المريض، ويتفاقم التعب مع الضغط سواء كان نفسي، انفعالي، جسدي أو صدمي، ويشترك هذا العرض مع تناذر التعب المزمن من حيث المکانيزمات الفيزيولوجية المسببة له (Guino , Launois et Favre-Juvin, 2015) .

والملاحظ أن بعض الأدبيات: (Blotman et Branco 2007) استعملت مصطلح الوهن للدلالة عن التعب الذي يعاني منه المريض فاعتبرت أن التعب الذي يعاني منه المريض الفيبروميالجي هو تعب مرضي وليس تعب عادي متطور منذ أكثر من 06 أشهر، لا يختفي بالراحة وإن دامت أكثر من 15 يوما.

4-1-3-اضطرابات النوم

يعتبر Modolfsky أول من وصف تدخل خلايا ألفا خلال مرحلة النوم العميق وهو ما يفسر وجود اضطراب النوم لدى الفيبروميالجي، وتم تأكيد هذا الأمر من قبل باحثين آخرين (Delpire et al., 2007)، وتوالت الدراسات التي أثبتت وجود اختلال في نمط نوم مرضى الفيبروميالجيا، فتم ملاحظة طول مدة المرحلة الأولى من النوم (النوم الخفيف) على حساب مرحلة النوم العميق، فلا يوجد تعادل بين خلايا ألفا ودلتا نظرا لتدخل خلايا ألفا خلال مرحلة النوم العميق وهو ما يفسر ظاهرة الاستيقاظ المتكرر، (Bourgault et Marchand, 2009). فما يميز المريض الفيبروميالجي هو معاناته من اضطرابات النوم المتكررة، وتكون لديه صعوبة في النوم، نوعية نوم سيئة واستيقاظ متكرر خلال الليل.

وأصبحت اضطرابات النوم المتكررة تشكل عامل خطر للإصابة بالفيبروميالجيا، فقد بيّنت دراسة معاصرة اعتمدت على الملاحظة على مدار 11 سنة أن النساء اللاتي كانت تعانين من اضطرابات النوم لديها خطر الإصابة بالفيبروميالجيا بمعدّل 3.4 من غيرها، واتّجهت الدراسات الحديثة إلى اقتراح أن اضطرابات النوم على المدى الطويل تؤدي إلى تطوير آلام مزمنة أو تفاقمها (Guino et al., 2015).

وتصاحب الأعراض الأساسية مجموعة من الأعراض الثانوية المتمثلة في:

4-2-الأعراض الثانوية

توجد العديد من الأعراض المصاحبة للأعراض الأساسية والتي تدخل في إطار الأمراض المتداخلة، وهو الأمر الذي يجعل من الفيبروميالجيا مرض لا يمكن التعرف عليه وعزله بسهولة (Ho-Ting-Fat, 2017). ومن بين هذه الأعراض نجد تناذر القولون العصبي والاضطرابات المعوية الوظيفية، آلام الرأس والصداع النصفي، تصلب الرقبة عند الاستيقاظ بالرغم من غياب الإصابة المفصلية، اضطرابات القلق، آلام عسر الطمث، وقد تظهر حتى اضطرابات حركية كمتلازمة "رينود" "Raynaud" (Chiffolleau, Nizard, Berthelot, et al., 2004). كما يعاني هؤلاء المرضى من الاضطرابات المعرفية لاسيما الصعوبة في التركيز ومشاكل في الذاكرة والمعروفة "بالضباب الفيبروميالجي" "Fibrofog"، والتي عادة ما ترتبط بشكاوي حسية لاسيما الحساسية السمعية المفرطة لضجيج الحياة اليومية (Guino et al., 2015). وأسفرت نتائج دراسة (Glass et Park (2001) معاناة مرضى الفيبروميالجيا من تدني المهارات المعرفية المتمثلة في ذاكرة العمل، سرعة المعالجة، التذكر الحرّ والسيولة اللفظية مقارنة مع المجموعة الضابطة التي كانت لها نفس المستوى التعليمي، السن والجنس، نقلا عن (Hamdan,2014)

وهذه الأمراض المشتركة تم إدراجها في تناذر الفيبروميالجيا تحت اسم " تناذر الحساسية المركزية " من قبل Yunus سنة 2007 التي تجمع نفس الإطار النوزوغرافي للأمراض التي تتميز بغياب السببية المرضية والحساسية المفرطة للجهاز العصبي المركزي والتي تضم مجموعة من الأمراض الوظيفية التي لها تظاهرات مشتركة: كالألم، الوهن، الحساسية غير الطبيعية للمثيرات المؤلمة وغير المؤلمة ونوعية النوم السيئة (Ho-Ting-Fat, 2017). كما تم تحديد بعض العوامل التي تزيد من حساسية

المرض كوضعية الضغط، الرطوبة، تغير درجات الحرارة، الضجيج بالإضافة إلى بيئة العمل المتدنية وغير الملائمة (Chiffolleau et al., 2004).

وبالرغم من أنّ الخصائص الإكلينيكية للفيبروميالجيا معترف بها وتشكل جدول عيادي ملازم لهذا التناذر أو المرض، إلا أنّ وضع التشخيص لا يقتصر على هذه الخصائص فحسب، بل يتطلب ضرورة مراعاة المعايير الموضوعة من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم.

5-معايير تشخيص الفيبروميالجيا

يرتكز تشخيص الفيبروميالجيا على وجود أعراض إكلينيكية متكررة، وبالرغم من أنّ هذه الأعراض غير مدعّمة بيولوجيا ولا إشعاعيا إلا أنّ اشتراك بعض الأعراض يسمح بإثارة المرض ووضع التشخيص الايجابي، فهو تشخيص إقصائي بالدرجة الأولى. وتم وضع معايير التشخيص من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم -ACR- سنة 1990 التي وصفت الألم المزمن كعرض أساسي مع تحديد 18 نقطة حساسة، وعادة ما يتفاقم الألم مع الجهد ويجعل من النشاطات اليومية مملّة، كما أنّ الألم يتفاقم مع الانقباض الذي يحدث على مستوى النقاط الحساسة المتواجدة بشكل متناسق أساسيا على طول الهيكل العظمي المحوري (Chiffolleau et al., 2004).

وحسب (1990) -ACR- يتم تشخيص الفيبروميالجيا عندما يتم معاينة وجود اشتراك معيارين:

(1) -ألم منتشر لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر، ويعتبر الألم منتشر عندما تكون المميزات التالية موجودة:

أ. ألم على جانبي الجسم،

ب. ألم تحت وفوق الخصر، بالإضافة إلى ألم على مستوى الهيكل العظمي المحوري (العمود الفقري العنقي أو الجزء الأمامي من الصدر أو العمود الفقري الصدري أو العمود الفقري القطني -الظهر-) . ويجب أن يكون الألم موجودا (على مستوى العمود الفقري القطني والذي يعتبر كآلم للجزء السفلي من الجسم) ؛

(2) نقاط مؤلمة عند الضغط، وتقع بدقة في التصنيف التالي:

. 11 نقطة على الأقل من أصل 18 محدّدة مسبقاً، ويجب أن تكون مؤلمة وليس مجرد حساسية. وتتمثل المواقع الـ 18 فيما يلي:

أ. القفوي: occipital لدى إندماج القفوي للعضلات تحت قفوية (اليمين واليسار)؛

ب. الرقبة السفلية: cervical bas في الجزء الأمامي من المساحات المتداخلة في C5-C7 (على اليمين وعلى اليسار) ؛

ج. شبه منحرف: trapézien في الجزء الأوسط من الحافة العليا للعضلة (اليمين واليسار) ؛

د. فوق الشوكي: sus-épineux لدى الاندماج فوق العمود الفقري للكتف، بالقرب من الحافة الداخلية (يمينا ويسارًا) ؛

هـ. الضلع الثاني: 2e côte بجوار التقاطع الغضروفي، في الأعلى (اليمين واليسار)؛

و. المرفق: épicondylien على مستوى 2 سم تحت المرفقين (اليمين واليسار)؛

ز. الأرداف: fessier في الربع الخارجي العلوي من الأرداف (اليمين واليسار)؛

ح. المدوري: trochantérien وراء إسقاط المدور الأكبر (اليمين واليسار) ؛

ط. الركبة: genou بجانب لوحة الدهون الداخلية، بالقرب من الفضاء المشترك (في اليمين واليسار)، (HAS, 2010, p.9).

ثم في سنة 2010 وبفضل أعمال Wolfe قامت ACR بتعديل والتخفيف من صرامة معايير التشخيص مع الأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات الوظيفية المشتركة التي تضم الأعراض الجسدية، المعرفية، صعوبة الاستيقاظ، اضطرابات النوم، الاضطرابات المزاجية، وأضحى وضع التشخيص يركز على النقاط المؤلمة في الفحص الإكلينيكي الذي يشترط تواجد 7 نقاط على الأقل مع درجة شدة ≤ 5 ، أو على الأقل من 3 إلى 6 نقاط مؤلمة مع درجة خطورة ≤ 9 . وهو ما خفف من شدة المعايير الموضوعية خلال سنة 1990، مع إمكانية إدماج العديد من الأعراض الأخرى (Hamdan, 2014).

وبالرغم من أن معايير التشخيص والخصائص الإكلينيكية للفيبروميالوجيا أصبحت موحدة عالمياً إلا أنّ البعض - (Menkès et Godeau (2007) - يعتبرها مجرد خصائص للتصنيف وليس للتشخيص وذلك نظراً لغياب الإصابة العضوية، كما أن الميكانيزمات الفيزيوميترية لا تزال مبهمة ومثيرة للجدل بين العلماء والباحثين وهو ما أدى إلى ظهور تفسيرات علمية مختلفة.

6- ميكانيزمات الفيبروميالوجيا

لا تزال الآلام الناتجة عن الفيبروميالوجيا غير محدّدة وغير واضحة، وسمحت العديد من الأبحاث البيولوجية، العصبية، الهرمونية بالكشف عن وجود اعتلالات غير أنّها لا تزال غير موحدة واستناداً لذلك تم اقتراح عدّة فرضيات :

6-1-فرضية اختلال الجهاز العصبي المركزي

في معظم تناذرات الألم المزمن من بينها الفيبروميالجيا تم ملاحظة وجود حساسية مركزية مفرطة، مع ضعف في عملية الإدراك بالإضافة إلى تدخل الميكانيزمات المحيطة لتحفيز مستقبلات الألم، فاشترك الميكانيزمات المركزية والمحيطية بدعم بقاء واستمرارية الألم (Laroche, 2009). ويشير البعض أنّ الفيبروميالجيا ترجع إلى وجود اضطراب في المعالجة المركزية للألم والإحساس به، فيعاني المرضى من تشوه في عملية إدراك الألم والمثيرات كالحرارة، الضجيج، الروائح القوية وغيرها من المثيرات الأخرى، كما تم ملاحظة وجود العديد من التغيرات العصبية البيولوجية لاسيما في مستوى السيروتونين Sérotonine والنورإبينفرين Norépinephrine، فهذه المعدّلات العصبية تلعب دور أساسي في تعديل المزاج، بالإضافة إلى تدخل الجهاز السيروتوني في تنظيم النوم وإدراك الألم. وتم التوصل إلى وجود ارتفاع في نوربيبتيدي P الذي يساهم في إرسال الإشارات المؤلمة عبر المسارات الأولية، والذي يرتبط معدّلا عكسيا مع معدّل السيروتونين (Delpire et al., 2007).

6-2-الفرضية العصبية الهرمونية

تعددت الفرضيات العصبية الهرمونية وتوصلت معظمها إلى أنّ الخلل موجود على مستوى المحور - تحت المهاد النخامي - hypothalamo hypophysaire، وهو ما يفسر الألم المزمن، التعب، اضطرابات النوم واضطرابات الجهاز الهضمي (Laroche,2009). فتم التوصل إلى وجود مستوى مرتفع من الهرمون المحفّز للغدة الكظرية ACTH مع وجود انخفاض في كورتزول البلازما، كما تم ملاحظة وجود انخفاض في هرمون النمو المفرز خلال المرحلة الرابعة من النوم ويسبب هذا الانخفاض اضطرابات النوم (Delpire et al., 2007). أما فريق بحث الدكتور Griep توصل إلى وجود نقص في هرمون الأدرنالين المفرز من الغدة الكظرية لدى مرضى الفيبروميالجيا

وهو ما قد يفسر ضعف القدرة الحركية بالإضافة إلى الاختلالات الوظيفية في الكتلة العضلية، فالأدرينالين مسؤولة عن زيادة نبضات القلب، توسيع الشعب الهوائية لتحسين التنفس، زيادة تدفق الدم في العضلات وغيرها من المهام التي تساعد لمواجهة متطلبات الجهد الجسدي، فنقص في إفراز هذا الهرمون قد يشكل العديد من التظاهرات كالضعف، الخمول، الصداع، فقدان الذاكرة والحساسية (Guité et Bégin, 2000).

6-3-فرضية الاختلالات الليفية العضلية

يشير (Delpire et al. 2007) أنّ العديد من الباحثين عاينوا وجود اضطراب على مستوى دوران الأوعية الدقيقة مع وجود ارتفاع في مستوى ميتوكوندريون (الحبيبات الخيطية المتواجدة في سيتوبلازم الخلايا) وهذه التغيرات قد تؤدي إلى حساسية في مستقبلات الألم، تعب، بالإضافة إلى في ضعف العضلات. وكشفت نتائج اختبارات تم إجراؤها على مستوى العضلات وجود تلف في الألياف أو رابطات العضلات، بالإضافة إلى ضمور في حجم العضلات بسبب عدم استخدامها، وجود حموضة مبكرة داخل الخلايا بالإضافة إلى وجود زيادة في حمض اللاكتيك (Guité et Bégin, 2000).

6-4-الفرضية الجينية

يوجد انتشار واسع للفيبروميالجيا لدى بعض العائلات، إلا أنه وإلى حدّ اليوم لم يتم تحديد بدقة الجين المسؤول عن هذا الاضطراب، فعدة جينات بالإضافة إلى تفاعلها مع المحيط تكون مسؤولة عن بروز المرض أو استمراريته، غير أنّ الدراسات التي تم انجازها في هذا المجال تبقى جزئية ومتناقضة، وتوصلت إلى استكشاف جين واحد فقط، فالفرضيات الجينية الحالية تركز على اختلال جينات الجهاز السيروتونوني والكاتولاميني وهي الاختلالات التي تشترك مع أمراض أخرى كالاكتئاب، التظاهرات الوظيفية، وبعض سمات الشخصية (Laroche, 2009).

6-5- فرضية التجسيد

من وجهة نظر التيار السيكوسوماتي تعتبر الفيبروميالجيا كشكل مماثل للهستيريا التحويلية (تحويل الصراع النفسي على الجسد)، وفي هذا الإطار يرى Lejoyeux et al (1997) أنّ الألم والأعراض الأخرى للمرض هي بمثابة رسالة، نداء أو تعبير مجازي، وبالرغم من قلة الدراسات حول بروفييل الفيبروميالجي فإنّ بروفييل المعانين من الألم المزمن تم استكشافه بواسطة اختبار مينوسوتا المتعدد الأوجه MMPI خلال الستة أشهر الموالية لتطور الألم، أين تم معاينة وجود بروفييل عصابي يتعلق بالهستيريا، توهم المرض، الاكتئاب، وهو نفسه البروفييل المطابق لمرضى الآلام المزمنة، عن (Delpire et al., 2007).

والنظرية التي اعتبرت الفيبروميالجيا كشكل من أشكال التجسيد الناتج عن مرض عقلي، عصاب، اكتئاب، أعتبرت غير كافية لتفسير المرض، نظرا أنّ تلك الاضطرابات تظهر أكثر كعوامل هشاشة، كما أنّ نتائج الاختبارات المطبقة بيّنت وجود نتائج مماثلة للأفراد المعانين من الألم المزمن (Chiffolleau et al., 2004). فالى حد الآن لا يمكن التأكيد أو النفي أيضا بأنّ اضطرابات الشخصية هي أصل ظهور الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا.

إنّ مختلف الأبحاث والاكتشافات المتعلقة بالاختلالات البيولوجية واضطرابات الشخصية لا تزال غير مؤكدة ولا يوجد إجماع بين الباحثين عن هذا أصل المرض أو التناذر، كما أنّ النتائج المترتبة عنه هي متعددة ومعقدة، بل وتؤدي في كثير من الأحيان إلى وجود تداخل بين العديد من الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية، الأمر الذي قد يؤدي إلى صعوبة وضع التشخيص من جهة وصعوبة التكفل من جهة أخرى.

7-التداخل الموجود بين الفيبروميالجيا والاضطرابات النفسية والعقلية

تتطلب الأمراض المزمنة ضرورة تطبيق التناول الشمولي عند التشخيص والعلاج أي الأخذ بعين الاعتبار الجانب النفسي، السلوكي، كيفية تكيف المريض مع مرضه ... وغيرها من الجهات نظرا أنه عادة ما تكون الاضطرابات النفسية والعقلية مصاحبة للمرض المزمن، وفي ذات السياق يشير (Ho-Ting-Fat (2017 أن التداخل السيكاتري عادة ما يكون موجود لدى مرضى الفيبروميالجيا مقترحا وجود أسباب إكلينيكية وفيزومترية.

وفيما يلي نقف على التداخل الموجود بين بعض الاضطرابات والفيبروميالجيا:

7-1-على مستوى اضطراب الشخصية

اهتمت بعض الدراسات بالكشف عن مدى وجود اضطرابات الشخصية لدى مرضى الفيبروميالجيا وتوصلت نتائج تلك الدراسات إلى المعايير الآتية:
سمحت دراسة (Rose et al. (2009 التي أجريت على عينة مكونة من 30 مريض فيبروميالجي بغرض تقييم عوامل الهشاشة لدى هؤلاء المرضى والمعتمدة على Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI بالإضافة إلى Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II، بالكشف عن وجود اضطرابات سيكاترية، فقد تم معاينة في المحور الأول أنّ 63% من المرضى أظهروا اضطراب واحد على الأقل من اضطراب القلق أو الاكتئاب، أما في المحور الثاني من DSM-IV تبين أنّ 46.7% من أفراد العينة كان لهم اضطراب واحد من اضطرابات الشخصية، 30% من الحالات لهم شخصية وسواسية قهرية، 16.7% شخصية حدية و16.7% شخصية اكتئابية. وتوصلت دراستين اعتمدت على اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI، إلى أنّ سمات الشخصية الاكتئابية، الهستريونية وتوهم المرض كانت أكثر دلالة لدى مرضى

الفيبروميالجيا مقارنة مع مرضى الروماتيزم لاسيما التهاب المفاصل. واعتمد Epstein et al. (1990) على مقياس NEO Pi-R المؤسس على نموذج العوامل الخمس لـ Eysenck أين تم ملاحظة وجود رصيد مرتفع في العصابية (كسمة شخصية تضم الأعراض الجسدية)، نقلا عن (Rose, Cottencin, Chouraki et al., 2009). أما في دراسة (Bucourt, Martailé, Combes, et al. (2014) تم الاعتماد على مقياس العوامل الخمس للشخصية Big Five Inventory BFI أين تبين أن المريضات أظهرن مستوى مرتفع في بعد N (العصابية والعاطفة السلبية) بالإضافة إلى مستوى مرتفع من عامل A (لطف، تعاطف، تناغم).

ومنه نستشف أن نتائج الدراسات لا تزال متباينة فيما يتعلق ببروفيل المريض ولم يتم الإجماع حول بروفييل محدد حول شخصية الفيبروميالجي.

7-2- على مستوى الاكتئاب

يشير (Delpire et al. (2007) أنّ الارتباط بين تناذر الفيبروميالجيا والاكتئاب أكدته نتائج دراسات عديدة، فتبين أن 30 إلى 70% لهم سوابق مرضية اكتئابية أو يتم تشخيص اكتئاب بالموازاة مع الفيبروميالجيا. وتوصلت (Jasson (2007) إلى نتيجة مماثلة فقد أسفرت نتائج الدراسة الابدئيمولوجية التي أجريت على عينة مكونة 1993 فيبروميالجي معاناة 1385 حالة من الاكتئاب أي بنسبة 69% .

أما عن مسألة ما إذا كانت الفيبروميالجيا سبب، نتيجة أو تعبير لاضطراب اكتئابي، لا تزال محل نقاش بين الباحثين كما أنّ النتائج هي أيضا متباينة فيما يتعلق بتفضيل مسألة على أخرى، فيثير البعض مسألة ظهور اكتئاب استجابي مرتبط بالمعاش المؤلم للمرض المزمّن، بينما يميل البعض الآخر لإثارة مسألة الاكتئاب المقنّع الذي يصاحبه تعبير جسدي، ويرتكز فريق ثالث على الفرضية البيولوجية المشتركة (التحولات على مستوى النقلات العصبية)، (Delpire et al., 2007).

7-3- على مستوى القلق

يشير (Ho-Ting-Fat (2017) وجود العديد من الدراسات التي أثبتت التداخل الموجود بين الفيبروميالجيا واضطراب القلق، واستنادا للنتائج قُدرت نسبة إصابة مرضى الفيبروميالجيا باضطرابات القلق بحوالي 60%. في حين كشف التحقيق الابدئيمولوجي لـ (Jasson (2007 على عينة متكونة من 1993 فيبروميالجي وجود نسبة أكبر من حالات القلق فتبين أنّ 1516 حالة تعاني من القلق أي بنسبة 76%. ولاحظ Kemal et al. (2004) أنّ مستوى القلق والاكتئاب أكبر دلالة لدى مرضى الفيبروميالجيا مقارنة مع مرضى التهاب المفاصل، نقلا عن (Delpire et al., 2007). وتوصل Bucourt et al. (2014) من خلال دراستهم إلى وجود تداخل معتبر بين الفيبروميالجيا واضطرابات القلق والاكتئاب بالإضافة إلى مستوى مرتفع من درجة الألم، التعب والشدة النفسية، وتبين أنّ القلق أثر أساسا على انعكاسات المرض، الاختلال الاجتماعي ومستوى الاكتئاب.

وعليه فحتى وإن لم يكن إجماع بين الباحثين حول شخصية المريض الفيبروميالجي فإنّ الدراسات تكاد تجمع على وجود تداخل بين الفيبروميالجيا واضطرابات القلق والاكتئاب وهو ما قد يزيد من حدة المرض وسوء تكيف هؤلاء المرضى.

7-4- على مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

أسفرت نتائج الدراسات أنّ نسبة وجود حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD لدى مرضى الفيبروميالجيا تتراوح من 21 إلى 57%. فتم معاينة أنّ هؤلاء المرضى كانت لديهم نسبة عالية من أحداث الحياة الضاغطة (سوء المعاملة الجسدية و /أو اعتداءات جنسية خلال الطفولة)، فسوء المعاملة يمكن أن تكون عوامل ذات أهمية في تطوير وتثبيت الفيبروميالجيا وعدم القدرة الجسدية المرتبطة بها، كحالة إعادة

معايشة الصدمة. فالروابط الموجودة بين التفكك النفسي لدى وقوع الصدمة وظهور الاضطرابات الجسدية تمت إثارها كميكانيزمات نفسية مرضية (Rose et al., 2009). وبينت دراسة Alexander (1998) أنّ 57% من مرضى الفيبروميالجيا كانت لهم سوابق صدمية عنيفة أو اعتداء جنسي، كما تم التوصل إلى وجود تداخل بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD والفيبروميالجيا، وأنّ خطر الإصابة بهذا التناذر يزيد ثلاث مرات لدى هؤلاء الأفراد. نقلا عن (Ho-Ting-Fat, 2017) أما عن Cohen et al. (2002) توصل هو الآخر إلى وجود هذا الاضطراب لدى 57% من مرضى الفيبروميالجيا، واقترح Sherman et al رقم مماثل بـ 56%، نقلا عن (Delpire et al., 2007).

واهتم بعض الباحثين بالفروق الموجودة بين المرضى المعانين من الفيبروميالجيا دون حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، والمرضى الذين ظهر لديهم المرض بالموازاة مع هذا الاضطراب، وتم تسجيل أنّ المرضى الذين كانوا يعانون من حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لديهم دلالة أكبر فيما يتعلق بالألم، العجز الوظيفي، الصعوبات العاطفية وصعوبات التكيف بالإضافة إلى وجود نسبة تداخل أكبر مع القلق والاكتئاب. (Blotman et Branco, 2007)

7-5- على مستوى الاضطرابات التحويلية

بيّنت الملاحظات الاكلينيكية معاناة مرضى الفيبروميالجيا من الاضطرابات التحويلية التي تشمل مجموعة من الأعراض الوظيفية دون وجود إصابة عضوية والتي تكون ذات صلة مع صدمات، ومن أهم هذه الأشكال نجد:

- اضطراب الألم أين يكون الألم في مركز الجدول العيادي.
- الاضطراب التحويلي الذي يتميز بوجود عرض أو عدّة أعراض عصبية تؤثر على الحركة، أعراض مؤلمة مرتبطة بأعراض المعدة، أعراض جنسية أو عصبية زائفة.

➤ توهم المرض يميزه اعتقاد جازم بوجود مرض خطير مؤسس على تفسير خاطئ لبعض الأحاسيس والأعراض الجسدية (Ho-Ting-Fat, 2017).

وفي هذا الإطار يتبين أنه بالرغم من أن كلّ من الفيبروميالجيا والاضطرابات التحويلية أصبحت لها رمز محدد ضمن التصنيفات العالمية إلا أنّ الحدود ما بينها لا تزال غير واضحة لاشتراكهما في بعض الأعراض لاسيما العرض الأساسي والمتمثل في الألم، مع التذكير أن الفيبروميالجيا فيما سبق كانت مصنفة ضمن اضطرابات التجسيد وبالأخص تحت رمز F45.4 كما سبق عرضه عند التطرق لتطور مفهوم الفيبروميالجيا.

إنّ نتائج الدراسات السابقة حتى وإن توصلت إلى وجود تداخل بين الفيبروميالجيا ومختلف الاضطرابات النفسية والعقلية إلاّ أنها لم تتوصل إلى الفصل بين السبب والمُسبب أي لم تتوصل إلى تحديد ما إذا كانت تلك الاضطرابات سبب للفيبروميالجيا أو نتيجة لها، ومنه نعاين أن الفيبروميالجيا ومختلف الاضطرابات تستجيبان لعوامل هشاشة مشتركة لذا يجب أن يكون التكفل بها تكفل متعدد التخصصات، الأبعاد والعوامل.

8- التكفل بالفيبروميالجيا

إنّ تشخيص الفيبروميالجيا هو تشخيص إكلينيكي يرتكز على وجود آلام مزمنة منتشرة عبر الجهاز العضلي الهيكلي ولا يتم وضعه إلا بعد التأكد من التشخيص الفارقي، فأصل المرض لا يزال مبهم حتى وإن تم الوقوف لتفسير الألم على وجود حساسية مفرطة للأجهزة المركزية، غير أنّه لم يتم وإلى حدّ الآن تحديد بدقة سبب الفيبروميالجيا، ونظرا لتعدد الجدول العيادي فلا يوجد تدخل علاجي موحّد بل ينبغي أن يكون التكفل متعدد التخصصات (Chiffolleau et al., 2004). ففي ظل غياب السببية المرضية الواضحة يتفق العديد من الباحثين على تناول الفيبروميالجيا وفق وجهة بيولوجية، نفسية واجتماعية مع اعتبار التجربة المؤلمة كمحصّل للتفاعل المعقّد بين مختلف الظواهر البيولوجية، النفسية والعوامل الاقتصادية والثقافية، فبيّنت نتائج الدراسات

المهتمة بنماذج التدخلات الخاصة بالفيروميالوجيا بغرض تحسين نوعية حياة هؤلاء المرضى كالنماذج المرتكزة على بعض التدخلات فقط كالتناولات المعرفية، الطبية، التربوية أو الاسترخاء بأنّ هذه التدخلات وإن كان لها أثر فهو يقتصر على المدى القصير فقط. واستنادا لذلك اقترح (2003) claw et al. ، (2003) Mannerkorpi et al. أنّه لبلوغ أهداف ذات فعالية لا بدّ أن تكون التدخلات متعددة العوامل تشمل في آن واحد الوجهات الجسدية، النفسية، الاجتماعية مع إدماج استراتيجيات التسيير الذاتي للألم، نفلا عن (Bourgault et Marchand, 2009).

كما يشير خبراء Inserm-Institut National de la santé et de la recherche médicale - المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي الفرنسي-، من خلال تقريرهم أنّ تطور الأبحاث في مجال العلوم العصبية وغيرها من الأبحاث المعاصرة المهتمة بالسببية المرضية بيّنت أن الفيروميالوجيا هي متعددة العوامل تسجّل ضمن النموذج البيونفسي اجتماعي الذي يجعل على قدم المساواة كل من العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية في نظام السببية الدائرية المعقدة التي تؤدي إلى التغير في الحالة الصحية وظهور المرض، (Inserm, 2020). من أجل ذلك كان التحكم في الألم يتطلب تعلم تدريجي من حيث الوقت والإصرار ولتخفيفه ينبغي تحليل جميع الوجهات ثم محاولة ضبط المكونات الجسدية، النفسية والسلوكية (Guité et Bégin, 2000)، وهذا الأمر لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال تبني نموذج شمولي يأخذ بعين الاعتبار مختلف الوجهات، الأبعاد والعوامل مع إدماج تخصصات مختلفة.

خلاصة

يشكل الألم المزمن إعاقة للمريض المعاني منه ويزداد الأمر تعقيدا لما يواجه المفحوص غموض حول سبب هذا الألم، مآله، عدم تخفيفه كفاية وصعوبة تشخيص المرض المؤلد له، وفي الفيبروميالجيا لا يتم وضع التشخيص الايجابي إلا بعد التأكد من التشخيص الفارقي الذي قد يتطلب في كثير من الأحيان جهد ووقت كبير قبل وضعه نظرا أنّ الفيبروميالجيا لا تزال تتسم بالغموض-المرض المبهم- سواء فيما يتعلق بالهوية النزوغرافية، الميكانيزمات الفيزيوميضية، التداخلات الموجودة بينها وبين مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية فضلا عن المخلفات السلبية التي تسببها، وبما أنّ الاستجابة الطبية ليست بالضرورة دائمة وجب أن يكون التعاون وثيق بين الطبيب المتكفل بوضع التشخيص والطبيب العام الذي قام بالإحالة وكذا الطبيب المختص بالألم بالإضافة إلى الطبيب العقلي والأخصائي النفسي للتكفل بالمرض وبمختلف التداخلات والاضطرابات السيكاترية المصاحبة له، وبالتالي فالنموذج الأنسب للتكفل بهذا المرض هو النموذج البيونفسي اجتماعي وهو ما يسعى إليه نموذج علم النفس الصحة الذي يركز على مبادئ هذا النموذج بالإضافة إلى كونه شمولي تعاقدية ومتعدد العوامل.

الفصل الثالث

استراتيجيات التعامل

"سأحيا كما تشتهي لغتي أن أكون سأحيا بقوة هذا التحدي"

"محمود درويش"

تمهيد

تلعب استراتيجيات التعامل دورا هاما في المعاش البيونفسي اجتماعي للمريض، ولمواجهة اختلال أو اضطراب ناتج عن وضعية ضاغطة كالألم لا يبقى الفرد سلبي اتجاه هذه الوضعية لكن يحاول التكيف معها حتى يحد من آثارها. وقد كانت استراتيجيات التعامل فيما سبق معروفة بالميكانيزمات أو الآليات الدفاعية التي بُلورت في إطار نظرية التحليل النفسي، أما عن التعامل فهو يسجل ضمن الواجهة التبادلية للضغط، وحسب هذا التناول فإنّ الضغط لا يعتمد فقط على الحدث أو الفرد وإنما يسجل ضمن سلسلة من التبادلات التي تهدف إلى تغيير الوضعية الضاغطة وبالنتيجة توسيع أو تضيق من الاستجابة لتلك الوضعية والتي يمكن أن تكون ألم أو مرض معين، وتتعلق هذه التبادلات بالنشاط المعرفي، الانفعالي، التوجهي، السلوكي وحتى النفسي للفرد. وقد عرفت استراتيجيات التعامل تطورا ملحوظا وحظيت باهتمام العديد من الباحثين نظرا لارتباطها بالضغط الذي أصبح كلمة شائعة في الحياة اليومية المعاصرة، وبذلك لم يعد التعامل يقتصر على الاستراتيجيات الكلاسيكية بل أصبحت الأدبيات تميز بين التعامل الاستجابي والاستباقي من جهة، والتعامل العام والخاص بكل مرض أو حدث ضاغط من جهة أخرى.

ولغرض الكشف عن طبيعة هذا المتغير الذي أصبح يسجل ضمن المعاش البيونفسي اجتماعي للمريض نظرا للتعاقد الموجود بين الفرد وبيئته من خلال تأثير السياق والخصائص الفردية على كيفية التعامل مع أحداث الحياة تارة، بالإضافة إلى ارتباط التعامل بالأجهزة العصبية الغددية، العصبية المناعية تارة أخرى، فإنه يتعين تحليل السيرورة التي يتعامل بموجبها الفرد مع تلك الظروف والتي تظهر من خلال العناصر التي تضمنها هذا الفصل.

1- تطور مفهوم استراتيجيات التعامل

تاريخيا ارتبط مفهوم التعامل بالميكانيزمات أو الآليات الدفاعية التي عرفت تطورا ابتداء من نهاية القرن التاسع عشر من قبل مدرسة التحليل النفسي، كما ارتبطت أيضا بمفهوم التكيف l'adaptation الذي عرف انتشارا خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر في ميدان البيولوجيا، علم السببية، علم النفس الحيواني والوجهة التطورية لـ Darwin خاصة (Bruchon –Sweitzer et Boujut, 2014).

ومفهوم التعامل هو مفهوم حديث مقارنة بالميكانيزمات الدفاعية المستعملة في البداية من قبل Sigmund Freud ثم Anna Freud فقد عرّفت A. Freud الدفاع على أنه " نشاط للأنا يسعى إلى حماية الفرد من المطالب النزوية."، نقلا عن (Grebot, paty et Girard dephanix, 2006, p.316). وقام Freud من خلال كتاباته الأولى بوصف العديد من الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من قبل الفرد من أجل تغيير، تشويه أو تزيف المشاعر والأفكار غير المقبولة، ثم ابتداء من سنوات 1960-1970 بدأت الأبحاث المهمة بالميكانيزمات الدفاعية باستعمال مصطلح التعامل coping، فقد ظهر هذا المصطلح لأول مرة في الكلمات المفتاحية لـ Psychological Abstract سنة 1967 للدلالة عن الميكانيزمات الدفاعية الأكثر تكيفية (الإعلاء، المزاح). (Bruchon– Shweitzer et Boujut, 2014, p.472).

ويعتبر Shanan من الأوائل الذين نظروا في هذا المجال خلال سنوات 1967 من خلال ما سماه بأنماط الأساليب التكيفية type de recours adaptatif، التي تميزها 04 عناصر:

- توفر طاقة مركزة حول المصادر الممكنة للمشكل.
- التمييز دون غموض للحوادث الداخلية والخارجية للفرد.

➤ المواجهة بدلا من الهروب للصعوبات الخارجية.

➤ التوفيق بين المتطلبات الخارجية وحاجات الفرد (Stellman, 2000).

وفي سنة 1977 تم استعمال مصطلح التعامل من قبل Lazarus et Monat، ويشير هذا المفهوم إلى مجموعة النشاطات النفسية والسلوكية المبذولة من قبل الفرد من أجل التحكم، تحمل أو التقليل من وطأة المتطلبات والصراعات الداخلية والخارجية، (Carpenito,1997).

وبعد تبلور مفهوم استراتيجيات التعامل أضحى المفهومين-الدفاع والتعامل- مسجلان ضمن نماذج نظرية مختلفة: الميكانيزمات الدفاعية حسب النموذج التحليلي، واستراتيجيات التعامل حسب التناول السلوكي المعرفي، ولا يمكن حصر عدد الميكانيزمات الدفاعية واستراتيجيات التعامل التي لا تزال محل تزايد، وهذا التزايد يلعب دور في الغموض و/ أو التشابه الموجود بين هذين المفهومين، من أجل ذلك عمل بعض الباحثين على التمييز بينهما كما هو الحال بالنسبة لـ Hann و Cramer.

فقد ميّز Hann سيرورة الدفاع عن التعامل في إطار النموذج الثلاثي لوظيفة الأنا الذي يجمع بين الميكانيزم الدفاعي، ميكانيزم التعامل، ونمط فشل الأنا: واعتبر أنّ الميكانيزمات الدفاعية هي لا إرادية، صلبة، تشوّه الواقع، وتتعلق بسيرورات التفكير الأولية فهي تشمل التوقعات الخيالية لتثبيط المشاعر المضطربة لإشباع النزوات بواسطة الحيل، بينما ميكانيزمات التعامل هي مرنة، إرادية يمكن اختيارها وهي تأخذ بعين الاعتبار الواقع الحالي وتتعلق بسيرورات التفكير الثانوية متمركزة حول الحلول الواقعية بين الرغبة والواقع، تسمح بتعديل المشاعر المضطربة مع التعبير المقبول والمتحكم فيه للنزوات، فالدفاعات هي أشكال للنفي(المنطق، السببية، التقييم الذاتي، الواقع الحالي..)، في حين ميكانيزمات التعامل هي أساليب لحلّ المشاكل العامة للحياة. (Grebot et

(2006). al., ويشير Piquemal-Vieu (2001) أن Hann يعتبر الدفاعات الصارمة مرضية، بينما ميكانيزمات التعامل مرنة وتكيفية حسب بنية الشخصية.

أما Cramer فقد ميّز الدفاعات عن استراتيجيات التعامل فيما يلي:

- ✓ تعرّف الدفاعات كسيرورات لا شعورية، في حين تعرّف استراتيجيات التعامل على أنها سيرورات شعورية.
- ✓ استراتيجيات التعامل توجي إلى مجموعة من المحاولات المعرفية والسلوكية للفرد في حين تعمل الميكانيزمات الدفاعية بطريقة آلية دون التدخل الشعوري للفرد.
- ✓ قد تكون الدفاعات منظمة بطريقة هرمية حسب النضج النفسي، درجة التعقيد أو الارتباط مع العمر الزمني، في حين لا يخضع التعامل للترتيب الهرمي.
- ✓ الميكانيزمات الدفاعية هي استعدادية في حين استراتيجيات التعامل هي محيطية.
- ✓ ترتبط الدفاعات بالمرض أكثر من استراتيجيات التعامل (Greb et al., 2006).

ويشير Chabrol et Callahan أن الاختلاف بين الميكانيزمات الدفاعية واستراتيجيات التعامل يمكن تلخيصه فيما يلي:

- ✓ المکانيزم الدفاعي هو صلب، غير شعوري، غير مميز، يرتبط بصراعات بين نفسية وأحداث حياة ماضية، يشوّه الواقع عادة ويهدف إلى الحفاظ على القلق ضمن مستوى مقبول،
- ✓ في حين إستراتيجية التعامل هي مرنة، شعورية، مميزة (تتعلق بمشكل في إطار علاقة الفرد مع محيطه)، موجهة للواقع (داخلي أو خارجي) تهدف إلى السماح للفرد بالتحكم، التقليل أو تحمل الاضطرابات الناتجة عن وضعية، نقلا عن (Bruchon-Shweitzer et Boujut, 2014)

وما تجدر الإشارة إليه هو أن التقرييق بين الآليات الدفاعية واستراتيجيات التعامل لا يزال محل نقاش بين العلماء، فقد أشار (2006) Grebot et al. أن التصنيف الذي جاء

به Cramer تعرّض للنقد من قبل Newman من خلال مقاله Coping and defense no clear distinction، ويضيف بأنّ هذا التفريق غير معترف به في التسميات الأمريكية للاضطرابات العقلية التي لا تزال تطلق دون تمييز بين هذين المفهومين من خلال تعريف المکانیزمات الدفاعية والتعامل على أنّهما سيرورة نفسية أوتوماتيكية تحمي الفرد من القلق أو إدراك الخطر وعوامل الضغط الداخلية أو الخارجية، ولا يشعر الأفراد عادة بهذه السيرورات عندما يواجهون هذه الوضعيات.

من خلال قراءتنا نستنتج أنّ النماذج التفاعلية والتعاقدية والشمولية كنموذج علم النفس الصحة تعتبر التعامل كسيرورة مرتبطة بالوضعيات أساسا دون إهمال دور الخصائص الفردية التي تؤثر هي الأخرى على استجابات التعامل، فالتعامل من هذا المنظور يضم مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية المتطورة والمتغيرة باستمرار، كما أنّ التوجهات الحديثة أصبحت تهتم بتلقي الفرد اللجوء إلى استراتيجيات معينة قصد التخلص أو التخفيف من وطأة حدث معين، في حين المکانیزمات الدفاعية هي ثابتة ومرتبطة بشخصية الفرد، وهنا يظهر الاختلاف بينهما من حيث الطبيعة: (غير شعورية- ترجع لبنية الشخصية أساسا-، شعورية- تُحدد من قبل السياق والسوابق الشخصية-) والوظيفة: (آلية أوتوماتيكية، يمكن تعلمها وتلقينها)، غير أنه ورغم الاختلاف الموجود بينهما فإنّ كلاهما يهدفان إلى مساعدة الفرد للتكيف ومواجهة أحداث الحياة سواء تعلق الأمر بحدث ضاغط، حاد، مشكل معين أو مرض ما.

2- مفهوم استراتيجيات التعامل

يطلق على استراتيجيات التعامل في الأدبيات الأنجلوسكسونية بـ Coping Strategy، أما الأدبيات الفرنسية فنلاحظ استعمال مصطلح Stratégies d'ajustement، Stratégies de coping، و Stratégies d'adaptations، فعلى سبيل المثال استعمل Fischer (2002) مصطلح Stratégies d'adaptations، أما Bruchon-Shweitzer et Boujut (2014) فقد استعملت مصطلحي Stratégies d'ajustement و Coping في آن واحد، وأشارت إلى أن ترجمة مصطلح Coping إلى Stratégie d'ajustement مقبولة في المعاجم الفرنسية منذ 1999. أما الأدبيات العربية فتستعمل عبارات: استراتيجيات المواجهة، استراتيجيات المقاومة، واستراتيجيات التعامل للدلالة على Coping، وقد وقع اختيارنا على مصطلح التعامل لما يفيد من الدلالة على كيفية تصرف الفرد مع الوضعية الضاغطة، فنعتبر أنّ هذا المصطلح هو الأقرب طالما أنّ الغاية من هذه الاستراتيجيات ليست دوماً المواجهة ولا المقاومة وإنما تسيير الوضعية الضاغطة: بإلغائها، تغييرها، تجنبها، التقليل من وطأتها أو التعايش معها بغرض التكيف مع تلك الوضعية.

وتم اقتراح تعريفات لاستراتيجيات التعامل من بينها :

حسب Lazarus et Laurier (1978) يقصد بالتعامل Coping مجموع السيرورات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك على أنّه مهدّد من أجل التحكم، السماح أو التقليل من وطأة الحدث على رفايته النفسية والجسمية. نقلا عن (Piquemal-Vieu, 2001,p.88)

ويعرّف Edwards (1988) استراتيجيات التعامل بأنها مجموع الجهود التي تهدف

إلى التقليل من الآثار الضارة للضغط على رفاية الفرد، نقلا عن (Stellman, 2000)

ويبقى التعريف الأكثر شيوعاً في الأدبيات العلمية الذي قدّمه Lazarus et Folkman (1984) اللذان عرفا استراتيجيات التعامل بأنها "مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار الموجهة لتسيير المتطلبات الخارجية و/أو الداخلية المدركة على أنها منهكة ومتجاوزة لمصادر الفرد." (p.141)

ويتميز هذا التعريف حسب هاذين الباحثين عن التناولات التقليدية:

- على أنه ذا منحنى السيرورة عوض منحنى السّمة كما هو مبيّن من خلال عبارات "متغير باستمرار، المتطلبات الخاصة والصراعات" كما سيتم توضيحه:

- أن هذا التعريف يضم التمييز بين التعامل والسلوك التكيفي الآلي، فالتعامل يقتصر على المتطلبات التي يبدو أنها منهكة ومتجاوزة لمصادر الفرد، وفي الحقيقة يقتصر التعامل على ظروف الضغط النفسي الذي يتطلب تعبئة تلك المصادر، مع استبعاد السلوكات الآلية والأفكار التي لا تتطلب مجهوداً.

- يعالج هذا التعريف مشكلة الخلط بين التعامل والنتائج المترتبة عليه، فطالما أنّ التعامل هو مجموع الجهود التي تهدف إلى التسيير، الأمر الذي يسمح بأن يضم كل ما يفكر فيه الفرد بغض النظر عن مدى حسن أو سوء ما يترتب عليه.

- باستعمال كلمة تسيير نتجنب المساواة بين التعامل والضغط، فمعنى التسيير يمكن أن يضم التقليل، التجنب، التحمل وتقبل الظروف الضاغطة بالإضافة إلى محاولات ضبط المحيط. (Lazarus et Folkman, 1984, pp.141- 142)

وعليه فإنّ استراتيجيات التعامل هي سيرورة دينامية معقّدة يلجأ إليها الفرد لمواجهة وضعية مقلقة تعتبر مهددة أو خطيرة (عندما يشعر الفرد بالضغط)، قصد تعديل علاقة ضغط -آثار الضغط من أجل الوصول إلى هدف معين ألا وهو التكيف مع تلك الوضعية الضاغطة.

3- إستراتيجيات التعامل للتكيف مع الضغط

أشار (Lazarus et Folkman, 1984) أنه لتسيير وضعية ضاغطة يلجأ الأفراد إلى استعمال استراتيجيات معرفية وسلوكية، وهذه الاستراتيجيات تشكل مجموعة من الجهود من أجل محاولة، تقليل أو إزالة الوضعيات الضاغطة وشدة الحالات الانفعالية. وقبل التعرف على كيفية التعامل والتكيف مع الضغط يجدر بنا تقديم عرض وجيز لمفهوم الضغط ثم كيفية التعامل معه في ظل التناولات التقليدية و الحديثة:

3-1- الضغط

حسب (Lazarus, 1966) يظهر الضغط عندما يواجه الفرد متطلبات تفوق قدرته على التكيف.، ويقترّب هذا التعريف مع تعريف (Spilberger, 1979) الذي اعتبر الضغط مجموع التبادلات بين الفرد والمحيط أين ترتبط الضغوطات بالاستجابات المقلقة الناتجة عن إدراك التهديد. نقلا عن (Dumont, Plancher et al., 2001, p.13) أما (Hoskins, 1988) فقد اعتبر الضغط بأنه حالة ناتجة عن تغير في المحيط مدرك كتحدي أو تهديد أو ضرر للتوازن الدينامي للفرد. نقلا عن (Carpenito, 1997) فيظهر الضغط عندما يكون اختلال بين إدراك الفرد للإكراهات المفروضة من قبل المحيط، و الإدراك الذي يكون له اتجاه المصادر التي يملكها من أجل التعامل أو المواجهة. ورغم أنّ سيرورة تقييم الاكراهات والمصادر هي من طبيعة نفسية، إلا أنّ آثار الضغط لا تتوقف على الجانب النفسي بل تؤثر أيضا على الصحة الجسدية، الرفاهية والمردودية.

و يشير مصطلح الضغط إلى ثلاث عناصر:

- المثير الضاغط الذي يتعرض له الفرد كأحداث الحياة اليومية، صراع الأدوار، ومختلف الإكراهات.
- الاستجابة للضغط وتضم كافة الاستجابات النفسية والفزيولوجية للضغوطات.

➤ المخلفات الصحية والمهنية. (Grebot, 2008)

وعرف مفهوم الضغط ثلاث نماذج نظرية أساسية: الاستجابة للمحيط (مثير)، الاستجابة الفردية، والتفاعل بين الفرد والمحيط.

3-2-1- نموذج تأثير المحيط

الأبحاث الأولى التي تم إجراؤها حول الضغط تبنت نظرية محيطية وربطت الضغط باستجابات الفرد اتجاه مثيرات حقيقية: موضوعات ملموسة (حيوانات خطيرة، حشد، مصاعد)، وضعيات بيئية (حرارة، برد، فيروسات)، أحداث معينة (وفاة أحد الأقارب، طلاق)...، وحسب هذه النظرية فإن التعامل مع الضغط يتم عبر مستويين: تحديد المصدر (الظرف، السبب) ثم تغيير الوضعية لكي تصبح أقل ضغطا. غير أنه يعاب على هذا التناول أنه أهمل جانب الفروق الفردية وكيفية إدراك الفرد للوضعية الضاغطة، فيمكن لفردين أن يتعرضا لنفس الوضعية إلا أن الاستجابة تكون مغايرة (Hiebert, 1985).

وبذلك أصبح هذا النموذج غير كافي لوحده لتفسير الضغط الأمر الذي أدى إلى ظهور نموذج آخر يأخذ بعين الاعتبار استجابة كل فرد على حدى.

3-2-2- نموذج الاستجابة الفردية

اهتم نموذج الاستجابة الفردية بعملية إدراك الفرد للضغط ويتعلق الأمر بالاستجابة الخاصة، ويعتبر Hans Seley من رواد هذا التناول بتعريفه للضغط كاستجابة غير نوعية للجسم اتجاه مختلف المتطلبات، ومع مرور الوقت فتلك الاستجابة تتحول إلى مجموعة من الأعراض الجسدية، النفسية، أو الفزيولوجية، ويرتكز الماسكين لهذا التناول على ضرورة تلقين الفرد استجابات ملائمة بغرض تغيير أو تقليل من الاستجابات غير الملائمة.

إلا أنّ هذا التناول لا يخلو هو الآخر من العيوب فهو لم يميّز بين الضغط والمثير الذي قد لا يشكل مصدر للضغط كالإثارة أو النشوة، كما أنّ هذا التناول لا يفسر لماذا تعتبر بعض الوضعيات ضاغطة مقارنة مع وضعيات أخرى (Hiebert, 1985).

ومنه فإنّ هذا النموذج هو الآخر أحادي يهتم بالاستجابة الفردية دون الحدث الضاغط من جهة، ودون الاهتمام بالتأثير المتبادل بينهما من جهة أخرى.

3-2-3- نموذج السيرورة

تمّ العدول عن النماذج الأحادية المرتكزة على المثير أو الاستجابة قصد تبني نموذج تعاقدى يأخذ بعين الاعتبار العلاقة الدينامية الموجودة بين الفرد والمحيط مع التركيز على المعارف والانفعالات أكثر من السلوك، وهذه الواجهة كانت قد أثارت اهتمام Hann خلال سنوات 1977 و Vaillant سنة 1979 في إطار تيار سيكولوجية الأنا لكيفية تسيير الضغوط، إلا أنّ التناول الرائد في ميدان السيرورة هو التناول التعاقدى لـ Lazarus أين أضحى الاهتمام بالتأثير المتبادل أو الثنائي بين الفرد والمحيط (Dumont et Plancherel, 2001). فحسب النموذج التعاقدى للضغط والتعامل، فإنّ الضغط لا يوجد في الحدث ولا في استجابة الفرد وإنما في التعاقد والتعامل الذي يحصل بين الفرد والمحيط (Lazarus et Folkman, 1984)، فيحدث الضغط عندما يقيّم الفرد أنّ الوضعية تتجاوز مصادره ويمكن أن تُعرّض رفايته للخطر، فالاستجابة للضغط هي حاصل عدم التوازن الموجود بين المتطلبات الداخلية و/ أو الخارجية ومصادر الفرد من أجل مواجهة هذه المطالب . (Paulhan, 1992)

فهذا النموذج يأخذ بعين الاعتبار الحدث الضاغط والاستجابة الفردية في آن واحد، ولا يتوقف عند هذا الحدّ بل يركز أساساً على التعاقد الموجود بين هذين المكونين بالإضافة إلى عملية الإدراك.

ومهما كان النموذج المفسر للضغط فإن وجود مثير ضاغط ينجم عنه استجابة معينة، والاستجابة بحذ ذاتها تقتضي اللجوء إلى استراتيجيات معينة أي التعامل مع هذا الضغط بغرض الحفاظ على العضوية، التوازن والتكيف. وتحصي الأدبيات العلمية أساليب تقليدية وأخرى حديثة للتعامل مع الضغط أياً كان مجاله (نفسي، مهني، صحي...) وفقاً لما سيتم عرضه.

4-التعامل مع الضغط

حتى يكون الفرد فعال يجب أن تكون لديه أسباب للتعامل، أن يحدد طبيعة وحجم الموقف، السياق الواقعي الذي يكون فيه، وأخيراً اختيار أفضل حل للمشكلة (Stellman, 2000) ، وتفسير الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع الضغط عرفت تطوراً عبر الزمن، واستناداً لذلك يمكن تصنيف التعامل مع الضغط إلى تتاولين: تقليدي ومعاصر.

4-1-التناول التقليدي

ابتداءً من القرن التاسع عشر تم وصف الضغط كاستجابة العضوية للاعتداءات الخارجية (Grebott, 2008) . فحسب التناول التقليدي فإنّ التعامل والتكيف مع الضغط كان يشير بدوره إلى نموذجين الحيواني والتحليلي:

4-1-1-النموذج الحيواني

اعتبر أصحاب النموذج الحيواني المتأثرين بأفكار ومعتقدات Darwin أن التعامل مع الضغط يتمثل في مجموع النشاطات والأفعال التي تراقب وتتحكم في شروط وظروف المحيط العدائية قصد الإنقاص من الاضطرابات السيكوفيزيولوجية. (زناد، 2013). فحسب Darwin ونظرية التطور يُعتبر الخوف وسيلة للحفاظ على العيش، واعتبر Claude Bernard أنّ الحيوانات المعرضة لوضعيّات ضاغطة تكون لديها استجابة الهروب أو المواجهة، كما اعتبر Canon أن استجابة الهروب أو المواجهة لها وظيفة ايجابية للحفاظ على العيش وإعادة التوازن الحيوي Homéostasie. أما

الفزيولوجي Hans Seley فأشار إلى أن الاستجابة للضغط تمر بثلاثة مراحل متتالية: مرحلة الإنذار، المقاومة، والإرهاق مشكلة بذلك التناذر العام للتكيف، Syndrome général d'adaptation (Grebott, 2008)، فحسب النموذج الحيواني يعتبر التعامل كاستجابة سلوكية مكتسبة لمواجهة تهديد حيوي كالهروب أو التجنب، المواجهة أو الهجوم الناتج عن الخوف (Paulhan, 1992).

4-1-2- النموذج التحليلي

يعتبر النموذج التحليلي التعامل مع الضغط بأنه مجموع الدفاعات التي يستعملها الفرد لمواجهة العلاقات المضطربة والتحكم فيها، وتكون هذه الدفاعات النفسية متدرجة حيث تبدأ من الميكانيزمات الأولية غير الناضجة والتي ترفض الواقع حتى تصل إلى الميكانيزمات الناضجة. وقد ترك Freud مفهوم ميكانيزمات الدفاع التي تكمن وظيفتها في حماية الفرد من الانفعال، الأفكار والغرائز الأليمة، إلا أنّ لها نسبة تحتية للعديد من الاضطرابات النفسية (زناد، 2013). وعلى غرار الأعمال المهمة التي قامت بها A.Freud فيما يتعلق بميكانيزمات الأنا، فقد وجهه (1992) Vaillant الجزء الكبير من عمله العلمي لميكانيزمات الدفاع واعتبرها انشطارات معرفية مختارة من قبل الفرد قصد التخفيف من التناذر المعرفي، هي ميكانيزمات التكيف النفسية اللاشعورية تتمثل وظيفتها في الحفاظ والإبقاء على القلق في حدود معقولة وهي تختلف عن مهارات التكيف والتي هي تقنيات متعلمة تسمح للفرد بمواجهة القلق عن طريق الإرادة في حين الميكانيزمات الدفاعية تستعمل بطريقة لاشعورية خارج الإرادة (زناد، 2013، ص.205). فالظاهر من خلال التناول التقليدي أن التعامل مع الضغط يتمثل إما في استجابة سلوكية لحماية العضوية - النموذج الحيواني-، أو دفاعات نفسية - النموذج التحليلي- لاحتواء القلق، غير أن التناول المعاصر فسّر التعامل مع الضغط بطريقة مغايرة مرتكزا

على عملية معرفية " الإدراك والتقييم" ينجم عنها اختيار الاستجابة المناسبة التي قد تكون سلوكية أو نفسية انفعالية.

4-2-التناول المعاصر

حسب النموذج التعاقدى ل Lazarus فإن التعامل مع الضغط يتم من خلال سيرورة مقسمة على مرحلتين:

➤ **التقييم الأولي** يتم من خلاله تقييم معنى الحدث الضاغط مع الأخذ بعين الاعتبار المعتقدات، القيم ودافعية الفرد.

➤ **التقييم الثانوي** يتوقف على القدرات والموارد المتوفرة والتي يمكن أن تزيد أو تقلل من آثار الوضعية الضاغطة، فإذا كانت القدرات والموارد غير كافية أو غير ملائمة أو غير متوفرة، فالاستجابة للضغط تفرض وضع استراتيجيات للتعامل مع الوضعية. (Hartmann, 2008)

وتشير (Bruchon-Schweitzer 2001) أنه حسب المدرسة السلوكية الحديثة Neo Behaviorisme فإنّ التعامل يُفسّر من خلال المتغيرات الوسيطة، فالمتغيرات الوسيطة هي السيرورة التي تؤثر بموجبها المتغيرات المستقلة (المنبئات، prédicteurs) على المتغيرات التابعة (الخصائص، critères)، وهذه الوسائط تعدّل أثر الأحداث الضاغطة على الصّحة تضم بذلك مرحلة تقييم أولية ومرحلة تكيف Ajustement أو تعامل Coping، فخلال مرحلة التقييم كلّ فرد - مع الأخذ بعين الاعتبار شموليته (قصة حياته) والأحداث التي يتعرض إليها (هنا والآن) - يحاول التعرف على الوضعية (طبيعة، المعنى) وتقييمها (الشدة، المدة) مع تحديد المصادر (الشخصية، الاجتماعية) من أجل المواجهة faire face، أما عن مرحلة التكيف أو التعامل فهي تلي مرحلة تقييم التهديد والموارد المتوفرة والتي من خلالها يتم تبني الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع الوضعية. ويضيف (Piquemal-Vieu 2001) أنه في مختلف الجهات المتعددة

(سوابق، صفات بيولوجية، نفسية، اجتماعية) وظهور الاضطرابات الجسمية، الانفعالية، السلوكية والمعرفية يلجأ الفرد لتبني استراتيجيات التعامل التي تعتبر كتبادل بين الفرد ومحيطه، فهي تتدخل لتعديل العلاقة بين الحدث الضاغط والشدة الانفعالية.

وبذلك أضحي التعامل يشكل مفهوم مركزي في النظريات المعاصرة حول الضغط بصفة عامة أيًا كان مصدره أو مجاله، غير أنّ اختلاف الباحثين وقع على طبيعة محدّدات التعامل أي الخلفية أو الدافع الذي يجعل الفرد يتبنى إستراتيجية معينة دون الأخرى.

5-محدّدات التعامل

أثارت مسألة تحديد طبيعة استراتيجيات التعامل جدال بين الباحثين فقد اعتبرها البعض على أنها استعداد تتأثر بسمات الشخصية، بينما يرى البعض الآخر على أنّها ترجع لمتغيرات ظرفية ترتبط بسياق الوضعية.

5-1- التناول الاستعدادي

حسب التناول السيكودينامي فإن الاستجابات اتجاه الضغط ترجع لمتغيرات استعدادية مرتبطة بشخصية الفرد (Luminet, 2008). فالثبات النسبي يسمح بالتنبؤ باستجابة فرد ما في مختلف الوضعيات، ويحاول هذا التناول تحديد استراتيجيات التعامل المستعملة عادة في مختلف الوضعيات الضاغطة (Lussier, Bélanger, et Sabourin, 2017). فاستنادا لهذا التوجه ليست الخصائص الموضوعية للأحداث التي تؤثر على الفرد وإنما عملية إدراكه لهذا الحدث وكيفية تفسيره له والتي ترجع لبعض الخصائص المعرفية والاستعدادية الخاصة بكل فرد بالإضافة إلى قصة حياته (Bruchon-Shweitzer et Boujut, 2014)، فهذا التناول يفترض أنّ الفرد يتبنى دائما نفس السلوك أيًا كان الحدث الذي يواجهه، ويعتبر أنّ بعض الخصائص الثابتة للشخصية: كالقمع- الحساسية التي جاء به Byrne ، القضاء والقدر لـ Wheaton ، الصلابة لـ Kobasa،

(Paulhan, Madi et Kahn هي التي تدفع بالفرد للتعامل مع الضغط بكيفية محددة، ، 1992) ، كما لوحظ أنّ الفرد يفضل تجنيد بعض الاستراتيجيات عوض أخرى لمواجهة مختلف الوضعيات الضاغطة للحياة (Bruchon-Shweitzer et Boujut, 2014). غير أنّ الأبحاث حول التعامل التي تطورت خلال ستينيات القرن الماضي اعتبرت أنّ خصائص الشخصية غير كافية لتحديد الاستجابة وجعلت من المتغيرات الظرفية أو المرتبطة بالسياق هي التي تحدد الاستجابة للضغط.

5-2- التناول الظرفي

انطلاقاً من سبعينيات وثمانيات القرن الماضي تبنت الأدبيات المهمة بالتعامل وجهة ظرفية سياقية أساساً واعتبر Folkman et Lazarus أنّ الخصائص الفردية تؤثر تأثيراً ضعيفاً على استجابات التعامل، وهذا التوجه يفسر تمركز الأبحاث حول الأحداث الانفعالية القصوى، في حين الخصائص الفردية تم ملاحظتها بصفة عامة في الأحداث الانفعالية المتوسطة (Luminet, 2008). فلاحظ (Cohen et Lazarus 1979) ، Folkman et Lazarus (1986) أنّ سمات الشخصية هي منبئات ضعيفة لاستراتيجيات التعامل نظراً للطبيعة المتعددة الأبعاد للسيرورة الآنية للتعامل، فاتجاه وضعية واحدة يتم استعمال استراتيجيات مختلفة لا يمكن أن تنسب لمتغير أحادي البعد كالسمة، كما أنّ الطابع المتحرك والمتغير لاستراتيجيات التعامل يتأثر كثيراً بالسياق الظرفي فيمكن للفرد في بعض الوضعيات أن يستعمل استراتيجيات معرفية للتخفيف من الشدة واستراتيجيات سلوكية لحل المشكل. نقلاً عن (Paulhan, 1992)

فهذا التناول يعتبر استراتيجيات التعامل كسيرورة متغيرة عبر الزمن وفق للسياق الخاص بالوضعية، كما يحاول الكشف عن الاستراتيجيات المستعملة في الوضعيات الضاغطة على وجه الخصوص (Lussier, et al., 2017) .

إلا أنّ الدراسة الأمبريقية لاستراتيجيات التعامل الاستعدادية والظرفية لـ Bouchard, Guillemette et Jardy-Léger (2004) بيّنت التمايز والترابط الموجود بين هذين التناولين: أي كيفية استجابة الفرد عادة (استراتيجية استعدادية) تؤثر على كيفية التعامل مع ضغوطات خاصة (استراتيجية ظرفية)، ومنه فإنّ تناول الظرفي أصبح هو الآخر غير كافٍ لوحده لتحديد طبيعة الاستراتيجية المستعملة، عن (Lussier et al., 2017) وفي هذا الإطار يشير Luminet (2008) أنّه خلال التسعينات تمّ العودة إلى تناول الاستعدادي مع الأخذ بعين الاعتبار الدور الذي تلعبه سمات الشخصية في اختيار أسلوب التعامل.

كما أنّ النموذج الشمولي لعلم النفس الصّحة يعترف بدور العوامل المحيطة وبعض عوامل الشخصية على مختلف خصائص التعامل (الرفاهية، نوعية الحياة، الصّحة، التماثل أو الشفاء، تجاوز الفطام...)، أو عدم التعامل (اكتئاب عاطفة سلبية، عدم الرضا، ظهور بوادر المرض، انتكاسة، موت...)، وقد تمّ التحقق من هذه الآثار المباشرة بموجب العديد من الدراسات التي بينت بعض عوامل الهشاشة والعوامل الانقادية، فالتناول التعاقدية الذي جاء به Lazarus et Folkman يضع مكانة خاصة للمحاولات الآنية المبذولة من قبل الفرد للتكيف مع الاختلالات الحقيقية أو المدركة الناتجة عن المحيط (تعاقد فرد- محيط) والمتغيرات التعاقدية تتلاءم مع نشاط الفرد من خلال الوجهة المعرفية، الانفعالية، السلوكية والفزيولوجية. (Bruchon-Schweitzer, 2001)

ومنّه فإنّ تفسير محدّدات التعامل أصبح يجمع بين التناولين (الاستعدادي و الظرفي) في آن واحد دون إهمال السيرورة التبادلية التي تحدث بين مختلف الاستعدادات،- خصائص الشخصية وخصائص الوضعية بالإضافة إلى التفاعل الحاصل بينهما.-، ولمّا تعددت محدّدات التعامل فإنّ الاستراتيجيات المستعملة هي الأخرى تختلف بطبيعة الشخص والموقف وكلاهما في آن واحد.

6- أنواع استراتيجيات التعامل

الدراسات التي تم إجراؤها حول التعامل تركز أساسا على أعمال Lazarus et Folkman اللذان وضعوا وظيفتان أساسيتان للتعامل: تغيير المشكل وتسيير الضغط النفسي (Hartmann, 2008). وقبل أن تعرف نظرية الضغط انتشارا واسعا اقترح بعض الباحثين مجموعة من الاستراتيجيات للتعامل ومواجهة الوضعيات الصعبة، ومن بين أنواع استراتيجيات التعامل يمكن أن نذكر بصفة عامة ما جاء به Miller سنة 1979 من خلال ما سماه عملية "تحكّم - تثبيط" "Maitrise -atténuation"، أو ما جاء به Houston et Hodges سنة 1970 "القمع - الوعي" "répression -sensibilisation". أما Moos et Billings فقد ميزا خلال سنة 1982 بين الأساليب التكيفية الآتية: "المعرفي النشط" "Actif cognitif" أين يحاول الفرد تسيير تقديره للوضعيات الضاغطة، و"السلوكي النشط" "Actif comportemental" أين يتبنى الفرد سلوك له علاقة مباشرة بالوضعيات الضاغطة، بالإضافة إلى "التجنب" "Evitement" أي أنّ الفرد يتجنب مواجهة المشكل. (Stellman,2000).

ولعلّ أكثر التصنيفات انتشارا لاستراتيجيات التعامل هو التصنيف الذي جاء به Lazarus et Folkman الذي يضم الاستجابات المركزة حول المشكل (البحث عن المعلومة، بذل الجهد لإيجاد حل للمشكل)، الاستجابات المركزة حول الانفعال (تعبير وتغيير الانفعالات)، وتكمّل هذين الوجهتين أحيانا استجابة ثالثة مركزة حول السند الاجتماعي، إلّا أنّ تطور الأبحاث حول التعامل أدى إلى التمييز بين أنواع جديدة للتعامل وأصبحت توجد تصنيفات تقليدية وأخرى حديثة:

6-1- التصنيفات التقليدية

حسب الدراسات التي تم إجراؤها حول مختلف الضغوطات منذ أكثر من 20 سنة تم التوصل إلى تصنيف العديد من استراتيجيات التعامل الخاصة التي تختلف من

وضعية ضاغطة لأخرى، لكن إذا تم تجميع هذه الأخيرة ضمن عوامل أكثر عمومية فقد بينت النتائج الثابتة وجود نوعين أو ثلاثة من استراتيجيات التعامل العامة.

6-1-1-1- استراتيجيات التعامل العامة

وضع Lazarus et Folkman وظيفتان أساسيتان للتعامل: الأولى موجهة لتغيير المشكل فرد- محيط، أي إستراتيجية مركزة حول المشكل، بينما الثانية موجهة لتسيير الضغط النفسي وهي إستراتيجية مركزة حول الانفعال، وقام مجموعة من الباحثين: (Couson, Bruchon-Shweitzer, Quintard, Nuissier, Rascle (1996) بوضع إستراتيجية ثالثة المتمثلة في البحث عن السند الاجتماعي، نقلا عن (Hartmann, 2008).

➤ التعامل المركز حول المشكل

يرتبط هذا التعامل بالجهود المعرفية والسلوكية للفرد من أجل تعديل الوضعية ويضم العديد من الاستراتيجيات: كوضع خطة عمل، إعادة تقييم ايجابي، البحث عن المعلومة، روح التحدي...، ويطلق (Suls et Fletcher (1985) على هذا النوع من التعامل بالتعامل اليقظ Vigilant أو النشط Actif (Bruchon-Schweitzer, 2001).
فالتعامل المركز حول المشكل اليقظ يهدف إلى التقليل من متطلبات الوضعية للمواجهة ويتعلق الأمر بمحاولة الرقابة أو تعديل من الوضعية، (Dany, Roussel, Carayon et Blois, 2008)

➤ التعامل المركز حول الانفعال

يضم هذا النوع من التعامل مختلف محاولات الفرد من أجل تسيير الشدة الانفعالية الناتجة عن الوضعية كالنوم أكثر من العادة، أو عدم التفكير في المشكل، الترفيه، التعبير أو قمع الانفعالات السلبية، ويسمى هذا التعامل حسب Suls et Fletcher (1985) بالتعامل التجنبي évitant أو السلبي passif (Bruchon-Schweitzer, 2001).

➤ التعامل المركز حول البحث عن السند الاجتماعي

يظهر البحث عن السند الاجتماعي كإستراتيجية تعامل ثالثة وهي الجهود التي يبذلها الفرد من أجل الحصول على تعاطف ومساعدة الآخرين، وتشير Bruchon - Sweitzer et Boujut (2014) أنه يجب تمييز هذه الإستراتيجية عن شبكة السند والسند الاجتماعي اللذان يشكلان خصائص سياقية حقيقية أو مدركة والتي تعتبر كمصدر، وتتميز هذه الإستراتيجية بأنها عبارة عن جهود فعالة مبذولة من قبل الفرد من أجل الحصول على معلومات، إنصات، مساعدة مادية وليس موجودة كمصدر. (Bruchon-Schweitzer, 2001)

6-1-2 استراتيجيات التعامل الخاصة

إنّ اختيار إستراتيجية تعامل معينة تتحدد وفق بعض خصائص الفرد أو خصائص الوضعية، ففيما يتعلق بالخصائص الفردية فتتمثل في الاستعدادات والمعتقدات (كمركز التحكم، التفاؤل، العاطفة السلبية...) وغيره من الخصائص الفردية، وهو ما يؤدي إلى تبني استراتيجيات موجهة إمّا حول المشكل، أو حول الانفعال. أما عن الخصائص الحقيقية أو المدركة للوضعية (طبيعتها، مدّتها، شدّتها، درجة التحكم فيها)، فهي الأخرى تلعب دور في تبني إستراتيجية معينة.

واتجاه مختلف الضغوطات من بينها الضغوطات الصحية (المرض، العلاج، التدخلات الجراحية، الاستشفاء...) يلجأ الفرد لتبني استراتيجيات للتعامل مع هذه الوضعيات. وتم ملاحظة من خلال الأدبيات أنّ التعامل الخاص المركز حول المشكل في مجال الصّحة يمكن أن يترجم من خلال الملاءمة العلاجية، البحث عن المعلومة، روح التحدي، بينما التعامل الخاص المركز حول الانفعال يتفرع لدى المريض إلى أبعاد تحتية: العجز، فقدان الأمل (فقدان التحكم، الكارثية، التشاؤم)، إتهام الذات (عزو الأسباب داخلي، المسؤولية، تأنيب الضمير)، التجنب الانفعالي (قمع الانفعالات، نفي،

أفكار خيالية لا واقعية)، التعبير الانفعالي (أزمة البكاء، حالات القلق، حالات الغضب)، التجنب السلوكي والمعرفي (ترفيه، التملص من المسؤولية، الاسترخاء)، (Bruchon-Schweitzer, 2001)، وغيرها من الاستراتيجيات التي يكمن اعتبارها كاستراتيجيات تعامل خاصة.

6-2- التصفيات الحديثة

أصبحت الأبحاث الحالية تهتم بتوجهات جديدة في ميدان التعامل الذي يسمح بتجاوز الحدود التي اقتصر عليها التناولات التقليدية، فالتوجه الكلاسيكي يتعلق بأحداث ماضية أو حاضرة في حين ظهرت نظرية التعامل الاستباقي لـ Aspinwall, Taylor, Schwarzer, التي هي عبارة عن توجه يضم الواجهات الوقتية للتعامل (Hartmann, 2008)، كما أن الأبحاث والدارسات لم تعد مقصورة على اعتبار التعامل كسيرورة تعاقدية فردية فحسب، بل كسيرورة ثنائية، وكذا الاهتمام بالمشاعر الايجابية خلال مرحلة الضغط من خلال البحث عن المعنى، بالإضافة إلى الاهتمام بالتعامل المستقبلي قصد التحضير لمواجهة أحداث الحياة المستقبلية وهو ما تضمنته الأنواع الجديدة للتعامل:

6-2-1- الواجهات الوقتية للتعامل

يُميّز Schwarzer et Knoll بين أربع أنواع للتعامل تسمح بالتعامل مع الأحداث الماضية، الحاضرة والمستقبلية:

➤ التعامل الاستجابي Coping Réactionnel

يقصد بالتعامل الاستجابي مجموع الجهود المبذولة من أجل تسيير أحداث من الماضي أو الحاضر (حادث، فقدان عمل) بواسطة ظاهرة تعويض فقدان أو التقليل، أو إيجاد فرصة لتحقيق الأهداف وإيجاد المنافع والبحث عن معاني جديدة لتغيير طريقة

العيش، وهذا التعامل قد يكون مركز حول المشكل، الانفعال، أو العلاقات الاجتماعية وهو التناول التقليدي للتعامل.

➤ التعامل التوقعي Coping Anticipatoire

يختلف التعامل التوقعي عن الإستباقي في أنّ الحدث الحرج لم يحدث بعد لكنه وشيك وأكد وليس محتمل كما هو في التعامل الاستباقي، ويتعلق الأمر بالجهود المبذولة لتسيير الخطر المدرك إزاء وضعية مقيّمة على أنها تشكل تهديد، تحدي أو لها منافع (مقابلة مهنية، ترقية...)، ووظيفة التعامل هنا هي البحث عن حلّ المشكل من خلال مضاعفة الجهود، البحث عن مساعدة استثمار المصادر الشخصية، إعطاء معنى آخر للوضعية بجعلها أقلّ تهديد (Hartmann,2008).

➤ التعامل الوقائي Coping Préventif

يهدف التعامل الوقائي إلى التحضير لأحداث الحياة الاستثنائية - دون وجود علاقة مع وضعية ضغط حاد- كحالة إعاقة جسدية أو مرض، بالاعتماد على مصادر المقاومة والمواجهة بغرض التخفيف من شدة الحدث، وبالتالي حتى وإن ظهر الحدث فالنتائج تكون أقلّ شدة.

➤ التعامل الإستباقي أو الدينامي Coping Proactif ou Dynamique

أطلق (2002) Schwarzer et Knoll على هذا النوع من التعامل "النموذج للتعامل الايجابي" وهو تعامل يوحى إلى مجموع الجهود لبناء مصادر عامة موجهة لتحقيق تحديات والتطور الشخصي الذي يسمح لمواجهة الضغوطات المستقبلية المحتملة، نقلا عن (Hartmann, 2008).

6-2-2-التعامل الثنائي Coping Dyadique

تم دراسة التعامل أساسا ضمن وجهة فردية، إلا أنه وخلال سنة 1990 اقترح Bodenman نموذج نسقي وتعاقدى من أجل فهم أفضل لظاهرة الضغط في ظل الزواج، فالضغط وتسييره هو عبارة عن ظاهرة تفاعلية بين زوجين باعتبار أنّ الضغط الذي يتولد لدى أحدهما يولد استجابة التسيير لدى الآخر (تسيير ثنائي للضغط)، وحسب Bodenman التعامل الثنائي هو مجموع الجهود المبذولة من قبل أحد الزوجين أو كلاهما والذي يهدف إلى تسيير الأحداث الضاغطة والشدة التي يشعر بها أحدهما (ضغط فردي) أو كلاهما (ضغط ثنائي). فهذا التعامل يضم إستراتيجية تسيير موجهة للتحكم، استعادة التوازن الهيكلي، الوظيفي، السلوكي، الانفعالي والاجتماعي للنظام الثنائي، بالإضافة إلى توازن الزوجين. وتمر سيرورة التسيير الثنائي للضغط عبر ثلاثة مراحل أساسية:

➤ **التواصل حول موضوع الضغط** أي التكلم مع الشريك لطلب سند عملي أو انفعالي.

➤ **التعامل الثنائي** أي استجابة الشريك نتيجة هذا التواصل.

➤ **التغذية الرجعية** أي الفعالية المدركة والرضا عن تسيير الضغط. (Untas et al.,2012)

وحسب Bodenman فإنّ التعامل الثنائي يمكن أن يظهر على أشكال مختلفة (إيجابية، سلبية):

➤ **التسيير المشترك** الذي يتعلق بالجهود المشتركة لمواجهة المشكل، وهذه الإستراتيجية يمكن أن تكون مركزة حول المشكل وإيجاد الحلول، أو مركزة حول الانفعالات (الحديث عن المشاعر والتعبير عليها حتى يتم تهدئتها).

➤ **السند الثنائي المشترك** الذي يتعلق بجميع أشكال السند التي قد يقدمها أحد الشريكين للآخر لمواجهة الوضعية الضاغطة واتجاه هذا التسيير قد تكون استراتيجيات مركزة حول المشكل أو حول الانفعالات.

➤ **السند الثنائي السلبي** الذي يضم الوجهات السلبية للتعامل الثنائي مع خصائص عدائية (جعل الشريك يشعر بأنه غير معني بمشاكله) أو خصائص متناقضة وسطحية (تقديم السند دون دافعية). (Untas et al., 2009).

6-2-3- التعامل المركز حول المعنى

لاحظ Lazarus, Kanner , Folkman أنّ الانفعالات الايجابية لها 03 وظائف تكيفية خلال مرحلة الضغط : دعم محاولات التعامل، إعطاء وقت للراحة، واسترجاع المصادر. ثم تبين وجود تعايش بين الانفعالات الايجابية والسلبية أثناء الحدث الضاغط كحالة الحداد مثلا، وابتداءا من سنة 1997 قام Folkman بوصف بعض استراتيجيات التعامل الايجابية وقرّر الاهتمام باستراتيجية خاصة التي تتدخل بعد ظهور المخارج السلبية -بعد استعمال الاستراتيجيات الكلاسيكية وتتبين أنها غير فعّالة- والمتمثلة في التعامل المركز حول المعنى ويرتكز هذا النوع من التعامل على معتقدات الأفراد (الإيمان بالعدالة، المعتقدات الدينية...) فقيمهم وأهداف حياتهم تساعدهم للمواجهة والحفاظ على الرفاهية خلال الأوقات الصعبة، (Bruchon –Sweitzer et Boujut, 2014). فهذا النوع من التعامل يدفع بالفرد لمراجعة أولوياته وأهدافه مع استعادة مصادره على شكل حلقة تغذية رجعية (Untaset al., 2012).

إنّ مختلف التصنيفات والأنواع التي توصلت إليها الأبحاث والدراسات التقليدية منها والمعاصرة وضعت بغرض التمييز بين الاستراتيجيات من جهة، وبغرض الكشف عن فعالية بعض الاستراتيجيات مقارنة بأخرى.

7- فعالية استراتيجيات التعامل

إن المفهوم الدينامي لاستراتيجيات التعامل يجعل لها أثر ايجابي -على الأقل على المدى الطويل- على مختلف مستويات الضغط والتي يجدر أن تؤخذ بعين الاعتبار في ميدان الصّحة سواء من جانب متدخلين الصّحة أو المعالجين، وتوجد بعض

الاستراتيجيات التي لها قيمة اجتماعية وهو التعامل المدرك اجتماعيا على أنه ايجابي، كالسند الاجتماعي بمختلف أنواعه (انفعالي، إعلامي، تعاون مع الغير)، التركيز المعرفي والنشط، التحكم (الانفعالي، المعرفي) والتخطيط، بينما إستراتيجيات التعامل المدركة اجتماعيا بأنها سلبية نجد من بينها الانسحاب (العقلي، السلوكي، الاجتماعي)، الرفض، الإدمان، النفي، التمرکز الانفعالي والأكستيميا. (Piquemal-Vieu, 2001).

وفي مجال الألم توصل مجموعة من الباحثين من Cedraschi et al. (2003), Rouxel et al. (2001), Dany et al. (2008) إلى وجود بعض الاستراتيجيات الفعالة (إعادة تفسير الاحساسات المؤلمة، تحويل الانتباه) التي ترتبط بمخارج تكيفية كالعاطفة الايجابية والتقليل من الأعراض الاكتئابية، في حين ترتبط بعض الاستراتيجيات السلبية وغير الفعالة كالكارثية أو التهويل بمخارج غير تكيفية فهي تؤدي إلى تفاقم الأعراض المؤلمة والاكتئابية، العجز بالإضافة إلى عدم القدرة على التعامل مع الواقع الداخلي والخارجي.

وبصفة عامة فإنّ الاستراتيجيات المركزة حول المشكل هي أكثر فعالية لكن تظهر آثارها فقط على المدى الطويل وعلى أحداث يمكن التحكم فيها، أما عن الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال فهي عادة غير فعّالة غير أنها تحمي الفرد على المدى القصير وفي وضعيات لا يمكن التحكم فيها، فلمواجهة إصابة جسدية يكون التعامل المركز حول المشكل أفضل كالتعامل الإعلامي، البحث عن المعلومات، تبني اتجاه التحدي، الملائمة العلاجية، بذل مجهودات للتحكم في الآثار السلبية للمرض والعلاج. أما التعامل المركز حول الانفعال فعبر عنه (Bruchon-shweitzer et Quintard 2001) بأنّ هذا النوع من التعامل يتميز عادة بالاختلال ويضر المرضى عموماً، كما بينت

Cousson – Gélie (2000) أنّ العجز وفقدان الأمل كاستراتيجيات هي جد ضارة للصحة الجسدية والانفعالية على مختلف المرضى (السرطان، داء الايدس، ألام الظهر...)، عن (Bruchon-Schweitzer, 2001).

إلا أنه وما تجدر الإشارة إليه هو أنّ التعامل السلبي ليس بالضرورة غير فعّال أو خطر، فقد أشار (Piquemal-Vieu (2001 أن الفرد يلجأ لتسيير أحداث أزمة إلى استراتيجيات تعامل مدركة اجتماعيا على أنها سلبية، إلا أنها قد تكون فعّالة في ذلك الوقت وعلى المدى القصير، وبعد فوات الأزمنة وزوال مشاعر العجز والتهديد يتم اللجوء إلى استعمال استراتيجيات التعامل المدركة اجتماعيا ايجابية.

أما فيما يتعلق بالتجنب المعرفي السلوكي والانفعالي فله آثار متناقضة على الصحة فإذا كان يقوم بتقليل الشدة الانفعالية فقد يزيد أحيانا من الأعراض الجسدية كما تم ملاحظته من قبل (Nuissier (1996، (Aguerre (1999 بموجب دراسات تم إجراؤها على مرضى التهاب المفاصل والشلل النصفي. نقلا عن (Bruchon-Schweitzer, 2001)

فأحيانا توجد بعض الاستراتيجيات المتناقضة من حيث القيمة الاجتماعية، كالتقبل الذي يكون ايجابي عندما يرتبط بالتحكم الانفعالي، وسلبي عندما يكون على شكل خضوع، كما أنّ الترفيه يكون ايجابي لما يرتبط بالسند الاجتماعي ومهارات الاندماج في شبكة اجتماعية، وسلبي عندما يرتبط بالانسحاب العقلي، التحويل يكون ايجابي عندما يرتبط بتحكم معرفي في التخطيط أو التركيز النشط، وسلبي في التمرکز الانفعالي (Piquemal-Vieu, 2001).

وتشير شيلي تايلور (2008) إلى مجموعة من المعايير التي توصل إليها الباحثون والتي يمكن من خلالها اعتبار التعامل بأنه فعّال، فالمعيار الأول يعتمد على تقييم "نواتج التعامل" "coping outcomes" وذلك من خلال قياس الأداء الفزيولوجي

والبيوكيميائي للفرد بعد التعرض لحدث ضاغط، وعموما يتم الحكم على التعامل بأنه فعال متى مكن من تقليل الاستثارة والمؤشرات الدالة على وجودها (كمدل سرعة القلب، النبض، التقليل من الكاتوكولامينات...)، أما المعيار الثاني فهو يقوم على قياس مدى قدرة الفرد على استئناف حياته ونشاطه بعد التعرض لحدث ضاغط، غير أن هذا المعيار فيه نوع من التحيز الضمني نظرا أنه يصلح في حالة ما إذا كانت حياة الفرد السابقة للحدث الضاغط جيدة، باعتبار أنه قد يكون التغير الذي يلي الحدث الضاغط مؤشر لنجاح التعامل وليس لفشله، أما عن المعيار الثالث فيقوم على مدى فاعلية التعامل في تخفيف المعاناة النفسية كتقليل قلق الفرد أو كآبته ومنه يتم تقييم التعامل بأنه فعال، وأخيرا يمكن الحكم على التعامل في ضوء قدرته على إنهاء، وتخفيف أو تقليل فترة بقاء الحدث الضاغط. (شيلي تايلور، 2008، ص. 386)

ومنه فالتعامل أمر معقد ولا يمكن الجزم بفعالية أسلوب معين أو استراتيجية معينة على حساب أخرى، فقد تكون بعض الاستراتيجيات المدركة "سلبية" فعالة لوقت محدد ولمواجهة حدث معين، طالما أن معايير الفعالية لم تعد محصورة في نوعية الاستراتيجيات المستعملة فحسب وإنما تعدتها لتشمل وظيفة ومآل التعامل. غير أن تطور الأبحاث سمح بتحديد فعالية استراتيجيات معينة في مواقف محددة نظرا لارتباط التعامل بأجهزة محددة، من أجل ذلك أصبحت توجد تدخلات علاجية تهدف إلى تلقين مجموعة من الاستراتيجيات لما لها من آثار على الأجهزة العصبية، الغددية والاعاشية، وقدرتها على احتواء الضغط ومساعدة الفرد على التكيف وتجاوز الحدث الضاغط.

8- ميكانيزمات تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة

يمكن لإستراتيجية التعامل أن تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية اللاحقة للفرد من خلال عدّة مخارج: مباشرة وغير مباشرة، فأصبح معروف ومسلم به أن استجابة التعامل ترتبط بالأنشطة المتغيرة لبعض الأجهزة : عصبية غدديّة، عصبية ومناعية.

وتزايدت الدراسات التي اهتمت بتوضيح أنّ التقييمات واستجابات التعامل الخاصة بالنموذج التعاقدى ترتبط بالتوظيف المناعي والصحة الموضوعية، فالتدخلات العلاجية التي هدفت لتلقي الأفراد استراتيجيات تعامل أكثر فعالية أثبتت نجاعتها على مختلف المستويات العصبية، الغددية والاعاشية سواء لدى الأفراد المتمتعون بصحة جيّدة أو لدى مرضى السرطان. (Bruchon –Sweitzer et Boujut, 2014)

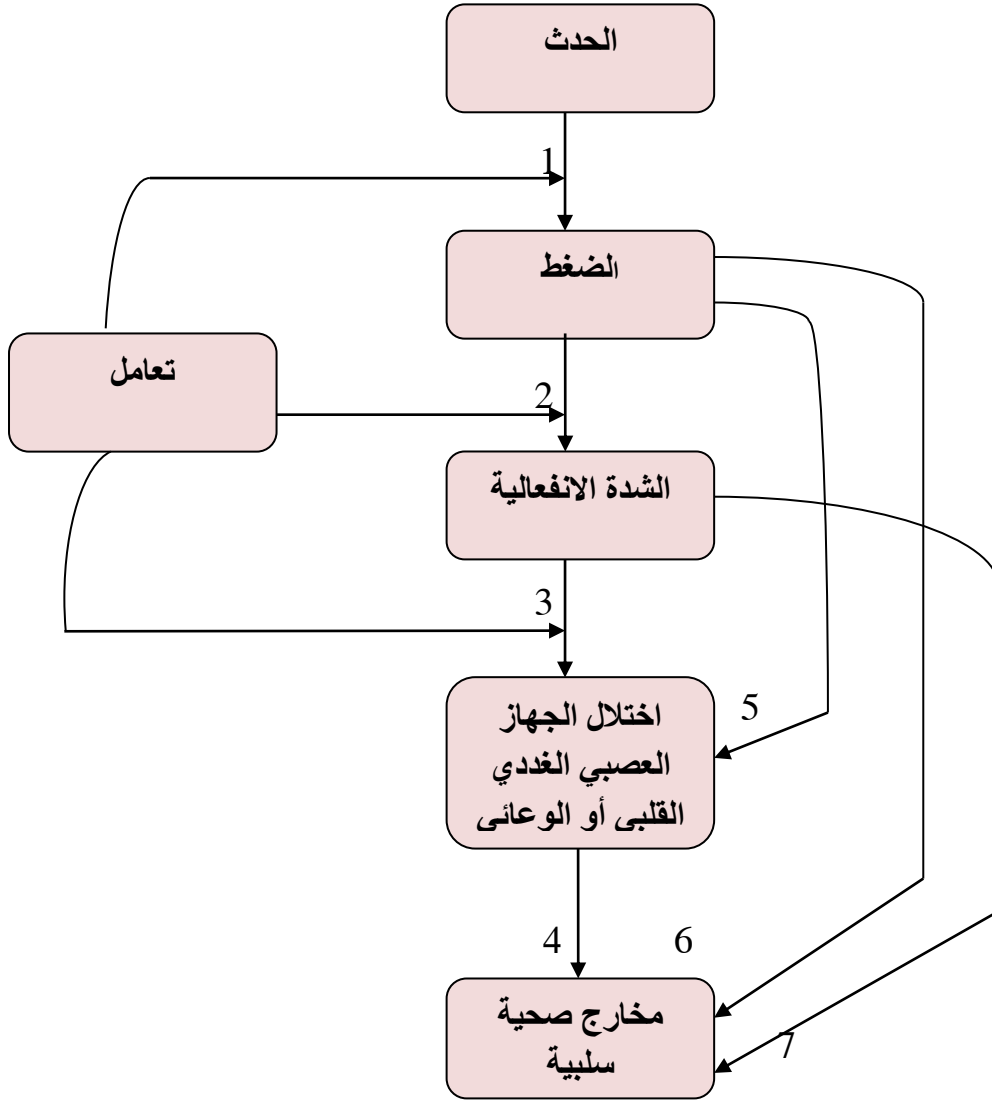
وعاين (2001) Folkman أن الدراسات لا تسمح بالتأكد عن وجود ارتباط بين الآثار المباشرة للتعامل (اتجاه الضغوطات اليومية) وصحة الأفراد العامة، فيمكن للتعامل أن يكون له أثر على الصحة من خلال وسائط لاسيما الجهاز المناعي، فالتعامل الفعال له آثار ايجابية على الوظيفة المناعية في حالة الضغط المرتفع، بينما التعامل التجنبي تكون له وظيفة تكيفية مع الضغط المنخفض. (Hartmann,2007)

وقام Carver et Vargas (2011) باقتراح مسارات افتراضية يمكن أن يؤثر من خلالها الضغط والتعامل على الصحة، فالشكل المبين أدناه يحدد المسارات العمودية (1، 2، 3 و4) التي يؤثر من خلالها الضغط على الصحة، التعامل يتدخل على مختلف المستويات بتعديل العلاقات 1 (بين الحدث الضاغط والضغط المدرك) و/أو 2 (بين الضغط المدرك والشدة الانفعالية) و/أو 3 (بين الشدة الانفعالية والوظيفة المناعية، العصبية الغددية، القلبية الوعائية). يمكن أن يعدل العلاقة 5 (بين الضغط و الوظيفة المناعية، العصبية الغددية، القلبية الوعائية)، 6 (بين الضغط والمرض) و 7 (بين الشدة الانفعالية والمرض)، نقلا عن (Bruchon -Sweitzer et Boujut, 2014)

شكل 2

مسارات تأثير الضغط والتعامل على الصحة

حسب طرح (Carver et Vargas (2011) ، عن (Bruchon -Sweitzer et Boujut, 2014)



ومنه تعتبر استراتيجيات التعامل كمتغير قابل للتدخل في مختلف المراحل لتفسير

العلاقة بين الضغط - أثاره على الصحة، عبر مسارات مباشرة وغير مباشرة.

9- استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن

يُصنف التعامل مع الألم المزمن ضمن استراتيجيات التعامل الخاصة السابق عرضها عند التطرق لأنواع التعامل، فيلجأ الأفراد المعانين من الألم المزمن إلى بذل مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية للتعامل، المواجهة والتقليل من الألم والإعاقة المرتبطة به، وتوجد العديد من الاستراتيجيات الخاصة بالألم، وأحصت الجمعية الدولية لدراسة الألم IASP خمس نماذج أساسية مفسرة لاستراتيجيات التعامل مع الألم، كل نموذج له خصوصيات تميزه :

9-1- نموذج التعامل مع المشكل المركز حول انفعالات الألم Model

d'adaptation au problème centré sur les émotions dans la douleur

يرتبط هذا النموذج بالنموذج التعاقدى لـ Lazarus et Folkman نظراً لاعتماده في عملية التقييم على الاستراتيجيات المركزة على المشكل والاستراتيجيات المركزة على الانفعال، ومن بين المقاييس المستعملة لتقييم استراتيجيات التعامل مع الألم هو Ways of Coping Check-List -WCCL (IASP, 2009)، ويعتبر هذا المقياس مقياس عام يصلح استعماله مع استراتيجيات التعامل العامة واستراتيجيات التعامل الخاصة، وكذا الاستراتيجيات الخاصة بالألم.

9-2- نموذج الخوف/ تجنب Model Peur/ Evitement

حسب هذا النموذج فإنّ التقييم السلبي للألم ومخلفاته "كالتهويل" يؤدي إلى الخوف من الألم والذي يؤدي بدوره إلى سلوكيات تجنبية، فالجهود المبذولة لتجنب الألم هي جهود معرفية تدفع لتبني سلوكيات تجنبية (الخوف من الحركة، تجنب الحركة)، وهذه السلوكيات تؤدي بدورها إلى استدامة وتفاقم القلق، ومن بين المقاييس التي تم تطويرها لقياس التجنب مقياس Fear of Pain Questionnaire و مقياس Fear avoidance Beliefs Questionnaire (O'Reilly, 2011) .

9-3- نموذج التعامل اليقظ/ السلبي Model d'adaptation actif/ Passif

يُميّز هذا النموذج بين استراتيجيات التعامل اليقظة والاستراتيجيات السلبية، ومن بين المقاييس التي تقيّم الاستراتيجيات اليقظة والسلبية نجد Vendebilt Pain Inventory -VPMI-، والدراسات التي اعتمدت على هذا المقياس بيّنت أن الاستعمال المتكرر للاستراتيجيات السلبية يرتبط مع نتائج سلبية كتفاقم الألم، الاكتئاب والإعاقة الجسدية (IASP, 2009).

9-4- نموذج تقبل الألم Model d'acceptation de la douleur

يرتكز هذا النموذج على فكرة أن عدم تقبل الأفراد للألم يؤدي إلى زيادة القابلية للإصابة بالقلق والاكتئاب، ومن أهم مكوّنات تقبل الألم هو اللجوء إلى نشاطات مستقلة عن تجربة الألم، أي لا توجد محاولة لرقابة أو تجنب الألم، وباستعمال مقياس Chronic Pain Acceptance Questionnaire تبين أن الأفراد الذين لهم اتجاهات تقبل الألم يظهرون تكيف أفضل (O'Reilly, 2011).

9-5- النموذج المعرفي/ السلوكي Model cognitif/ comportemental

هو النموذج الذي يوضّحه مقياس Coping Strategies Questionnaire -CSQ-، الذي تم تطويره من أجل تقييم تكرار استعمال الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية (إعادة تقييم الوضعية الضاغطة والمصادر المتوفرة كاستراتيجيات معرفية، الحدّ من النشاطات، الدعاء كاستراتيجيات سلوكية...)، ويُعد هذا المقياس من أوّل المقاييس التي تم تطويرها لتقييم التكيف مع الألم الحاد أو المستمر (المزمن)، (IASP, 2009). والأبحاث التي اهتمت بدراسة العلاقة بين الألم واستراتيجيات التعامل باستعمال مقياس CSQ بيّنت أن هناك استراتيجيات تعامل يقظة (كإعادة تفسير الاحساسات المؤلمة، تحويل الانتباه) والتي ترتبط عادة ببعض الآليات كالعاطفة الايجابية، تعامل أفضل، التقليل من الأعراض الاكتئابية، واستراتيجيات سلبية (كالتهويل أو الكارثية، الدعاء في بعض

(الحالات) التي ترتبط بمخارج غير تكيفية ، زيادة الألم، الأعراض الاكتئابية. (Dany et al , 2008).

وفي البحث الحالي تم الاعتماد على النموذج المعرفي السلوكي باستعمال مقياس CSQ- لغرض تقييم والكشف عن استراتيجيات التعامل التي يستعملها المريض الفيبروميالجي للتعامل مع ألمه المزمن.

خلاصة

إنّ مختلف النماذج المفسرة لاستراتيجيات التعامل سواء تلك المتعلقة بالتعامل مع الضغط بصفة عامة أو التعامل مع المرض أو الألم المزمن بصفة خاصة تكشف عن العلاقة الدينامية وثنائية الاتجاه بين الفرد والمحيط أو الفرد وموقف معين (كالمرض أو الألم)، كما تكشف هذه الاستراتيجيات عن الفروق الفردية في كيفية الاستجابة واللجوء إلى استجابات معينة دون أخرى، ولما كانت استراتيجيات التعامل تمثل سيرورة من التقييمات التي يتم من خلالها تجنيد المعتقدات الشخصية، التفسيرات والقيم المنسوبة للحدث الضاغط أو المرض، التوقعات، الرجوع لتجارب سابقة شخصية أو ملاحظة حتى يتم تحديد قوّة الحدث وتقييم الوضعية هل تشكل تهديد، فقدان أو تحدي، كما يقيم من خلالها الفرد المصادر الشخصية والاجتماعية من أجل مواجهة والتعامل مع الحدث الضاغط، المرض أو الألم قصد التقليل من التهديد الناتج عنه، هنا تتبين أهمية دراستها في كونها متغيرات تؤثر على الصّحة، الرفاهية ونوعية الحياة.

الفصل الرابع

السند الاجتماعي

"النوع الإنساني لا يتم وجوده الا بالتعاون... "

"ابن خلدون"

تمهيد

بيّنت العديد من الأبحاث المنبثقة من أطر نظرية، علمية وتخصصات مختلفة أهمية السند الاجتماعي كمصدر ذو فعالية يساهم في تحقيق الرفاهية والصحة العامة، غير أنّ تحليل الدور الذي يؤثر بموجبه السند على الصحة والرفاهية يتطلب الرجوع إلى مكنيزات عمله والتي لا يمكن فهمها إلا بعد إلقاء نظرة على النماذج التي فسرت هذا المفهوم، واختلف الباحثون في إعطاء مفهوم محدد للسند الاجتماعي إلا أنّ إجماعهم وقع على أنّ السند الاجتماعي هو مفهوم متعدد الأبعاد، وتبعاً لذلك تم اقتراح العديد من التصنيفات لوصف وتحديد مختلف الأبعاد التي يشملها هذا المفهوم، وخلصت الأدبيات العلمية إلى أنّ إعطاء مفهوم محدد للسند الاجتماعي يرتكز أساساً على التمييز بين الوجهة البنوية والوظيفية أي التمييز بين المفهوم الموضوعي (الكمية والتوفر)، والمفهوم الذاتي (النوعية والإدراك)، والذي على أساسه يمكن تحليل دور هذا المتغير وكيفية تأثيره على الصحة العامة هل يؤثر بصفة مباشرة أي أنه يضمن الرفاهية للفرد بغض النظر عن الوضعية التي يكون فيها الفرد أو بصفة غير مباشرة أي أن السند الاجتماعي يلعب دور المعدّل عندما يتعرض الفرد لوضعيّات ضاغطة، وهو الأمر الذي سنوضحه في هذا الفصل من خلال تحديد مفهوم السند الاجتماعي في مختلف مجالات العلاقات الإنسانية ثم تحليل السيرة التي يؤثر بموجبها السند الاجتماعي على الصحة والرفاهية بصفة عامة.

1- تطور مفهوم السند الاجتماعي

إنّ الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية ومساهمتها في تحقيق الرفاهية والصّحة كانت موضوع دراسات وأبحاث منذ أكثر من قرن، ففي سنة 1897 سلّم Durkheim أنّ انقطاع الروابط الاجتماعية يؤدي إلى فقدان المصادر الاجتماعية وُضعف في المعايير والأدوار الاجتماعية، فدراسته حول الانتحار بيّنت أنّ الانتحار كان منتشر لدى الأفراد الذين لهم علاقات اجتماعية ضعيفة (Cohen, Underwood et Gottlieb, 2000).

وإن كان علم الاجتماع يعد مهد ظهور مفهوم السند الاجتماعي نظرا لاهتمامه منذ وقت طويل بالشبكات الاجتماعية وكيفية ربط الفرد بمختلف المنظمات الاجتماعية وكذا اهتمامه بطريقة تواصل الفرد مع معايير وثقافات مجتمعه، إلّا أنّ هذا المفهوم لم ينحصر في ذلك المجال فحسب بل أثار اهتمام أطر علمية مختلفة، فقد لاحظ علماء البيئة الأوائل أمثال Park et Burgess خلال سنوات 1926 وجود زيادة في المشاكل السلوكية لدى الشعوب التي تخلت عن جذورها (Caron et Guay, 2005)، كما أنّ مفهوم السند الاجتماعي كان مندمج في إطار الممارسة العيادية، فعلاج Roger المبني على النّقل غير المشروط هي خطوة اتجاه السند الاجتماعي (Stellman, 2000). وفي منتصف القرن العشرين أشارت الدراسات التجريبية إلى إمكانية وجود علاقة بين السند الاجتماعي والصّحة، فالدراسة المخبرية لـ Conger, Saurey et Turrel (1958) التي تم إجراؤها على فئران بيّنت أنّ الفئران المنعزلين الذين تعرضوا لصدمات كهربائية كانوا أكثر عرضة لتطوّر قرحة مقارنة مع الفئران الذين تعرضوا لنفس الصدمة وبقوا مجتمعين (Dufort et Guay, 2001). في إطار علم النفس النمو فنظرية التعلق لـ Bowlby خلال سنة 1969 سلّمت بأن سلوكيات الرعاية والسند العاطفي المقدم من قبل الأشخاص الذين يتعلّق بهم الطفل (الأولياء عادة) هم الذين يضعون الحجر الأساسي للعالم العاطفي للطفل ويصبغون نظرتهم للعالم الذي يتطور فيه، وهذه السلوكيات تكون مشفرة يحتفظ بها الطفل في شكل نماذج معرفية داخلية عن الذات (الإحساس بالحب)

وعن الغير (الثقة بالآخرين الذين يحيطون به) وهو ما يؤثر على القدرة في تسيير عواطفه في حالة الأحداث المهددة، فنوعية التجارب المبكرة تعتبر مهمة في أصل التصورات التي تكون للفرد حول السند الاجتماعي بالإضافة إلى تطوير المهارات الاجتماعية الضرورية لطلب المساعدة (Tarabulsy et Provost, 2008). وأشار Bowlby إلى أنّ السند الاجتماعي يساعد على تحمل الاحباطات وحل المشاكل، عن (Sarason, Levine et al., 1983). وفي منتصف السبعينيات اكتشف المتدخلون في مجال الصّحة والمختصون الابديميولوجيين مفهوم السند الاجتماعي أو سند الجوار بمناسبة دراسات تم إجراؤها حول العلاقة السببية بين الضغط المرض والوفاة (Stellman, 2000)، ففي سنة 1976 نشر Cassel مقال بيّن من خلاله تأثير المحيط الاجتماعي على النمو والمرض، والإحصاء الذي قام به Cassel بخصوص الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال بيّنت الأثر المعدّل الايجابي للسند الاجتماعي لمواجهة الضغوطات وبالقيااس المرض، (Hartmann, 2007)، أما عن اهتمام Cobb (1976) بالسند فكان نابع من الملاحظات الإكلينيكية، فلاحظ أنّ السند الاجتماعي يعجّل في شفاء المرضى وأكّد هو الآخر على الأثر المعدّل للسند الاجتماعي من خلال مقاله المنشور "السند الاجتماعي كمعدّل للحياة الضاغطة"، *Social Support as a Moderator of Life Stress*. وأشار Cassel et Cobb على ضرورة زيادة وتطوير السند الاجتماعي عوض البحث عن التقليل من الضغط، بالإضافة إلى ضرورة تعليم الأفراد (أصحاء، مرضى أو مساعديهم) كيفية التحصل وإعطاء السند لمواجهة الأحداث الضاغطة (Hartmann, 2007). وخلال العشرية 1970-1980 توالى الأبحاث المهمة بدراسة علاقة الروابط الاجتماعية بالصّحة وأسفرت نتائجها على أنّ الأفراد المندمجين في مجتمعهم كانت لديهم صحة أفضل بصفة عامة من الأفراد المنعزلين (Caron et Guay, 2005)، وتم إدماج مفهوم السند الاجتماعي في مجال علم النفس الصّحة للدلالة

على المحيط الاجتماعي للمريض والذي يشمل الخصائص الموضوعية وإدراكات الأفراد
(Gauchet, 2008).

إنّ مفهوم السند الاجتماعي نابع من أطر نظرية وعلمية مختلفة الأمر الذي لم
يتمكّن الباحثين من الوصول إلى إجماع حول إعطاء تعريف محدّد له، ولا الاتفاق على
ميكانيزمات تأثيره على الصّحة (كما سنبينه لاحقاً)، إلا أنّ إجماعهم وقع إلى حدّ ما
على اعتباره متغير يساعد الفرد على التكيف ويساهم في تحقيق الرفاهية والصّحة
العامة.

2- مفهوم السند الاجتماعي

إنّ وجهات الباحثين المختلفة حول مفهوم السند الاجتماعي جعلت له تعريفات
متعددة تختلف باختلاف تناول وسيلة قياسه:

حسب (Sarason, 1983) السند الاجتماعي هو مفهوم يوحي إلى وجود أو توفر
الأشخاص الذين يمكن الاعتماد عليهم، ويتعلق الأمر بالأشخاص الذين يظهرون
الاهتمام، القيمة والحب (Sarason, Levine, Basham, et al., 1983, p.127).

ويعرف (Barrera, 1986) السند الاجتماعي بأنّه مجموعة من السلوكيات أو الأفعال
التي تقدّم المساعدة الفعلية للفرد (p.410).

أما (Cobb, 1976) وسّع مفهوم السند الاجتماعي موضحاً أن مجرد وجود شخص
لا يشكل سند اجتماعي فهو يسلم بضرورة توفر وتبادل للمعلومات، واستناداً لذلك قام
بتصنيف هذا التبادل من خلال 03 فئات:

➤ المعلومة التي تصل إلى الفرد والتي بموجبها يعتقد أنه محبوب وأنّ هناك أفراد
يحملون همّه (السند العاطفي).

➤ المعلومة التي بموجبها يشعر الفرد أنه مقدّر من قبل الغير (سند التقدير).

➤ المعلومة التي تصل إلى الفرد والتي بموجبها يعتقد أنه ينتمي إلى شبكة من الالتزامات المتبادلة والقائمة على التواصل (pp.300-301).

وفي السنوات التي تلت ظهور هذا المفهوم تم توسيعه أكثر وقد عرفه Hirsh (1980) من خلال 05 مكونات:

- السند العاطفي الذي يظهر من خلال الاهتمام، المواساة، الحب، العاطفة، الود.
- التشجيع والذي يضم الثناء، المجاملة، الوضعية التي يمنح سند التشجيع الأمل والرغبة في الاستعادة.
- النصيحة التي يزود من خلالها الفرد بالمعلومات الضرورية لحلّ المشاكل والإحساس بأنه يملك النصيحة.
- المرافقة التي تمكّن من عدم الإحساس بالوحدة.
- المساعدة الحقيقية والتي تشمل الإسهامات العملية (مساعدة مادية، انطباع بالتخلص من الأعباء)، نقلا عن (Stellman, 2000, p. 54).

وتوصل House (1981) في إطار دراسة مفهوم السند الاجتماعي في سياق الضغط المرتبط بالعمل إلى تعريف السند من خلال العناصر الآتية:

- السند العاطفي ويشمل التعاطف، الاهتمام، الحب، الثقة، تقدير أو التعبير عن الاهتمام.
- سند التقييم الذي يضم المعلومة التي تسهّل التقييم الذاتي، رأي الآخرين الذي يكون مفيد من أجل تأكيد الذات.
- السند المعلوماتي والذي يضم الاقتراحات، النصائح والمعلومات التي تساعد على حلّ المشاكل.
- السند العملي ويتمثل في المساعدة المباشرة (تقديم المال، الوقت أو العمل)، نقلا عن (Stellman, 2000, p. 54).

يتبين من خلال التعريفات السالف عرضها أنّ كلّ باحث تبني توجه معين، فقد ركّز بعضهم على الجانب السلوكي (Barrera)، بينما فضّل البعض الآخر التقييم المعرفي لنوع المساعدة المقدمة للفرد (Cobb)، وجمع بعضهم بين الجانب الانفعالي والسلوكي (Hirsh, House)، بل وذهب آخرون إلى الاهتمام بالسياق أو الهيكل لتفسير الأثر كما هو الحال بالنسبة لـ (Cohen) والذي سنتطرق إليه في إطار عرض كيفية تأثير السند الاجتماعي على الصّحة العامة.

وتجدر الإشارة إلى أنّ إعطاء مفهوم محدّد للسند الاجتماعي يرتكز أساسا على التمييز بين وجهة بنيوية Aspect structurel (الكمية، التوفر)، ووجهة وظيفية Aspect Fonctionnel (نوعية)، كما أنّ مسألة قياس مفهوم السند الاجتماعي والاهتمام بجعله مفهوما عمليا أدى إلى ظهور تناولين مختلفين: تناول بنيوي والآخر وظيفي.

2-1- التناول البنيوي للسند الاجتماعي Aspect Structurel

ينظر هذا التناول لمفهوم السند الاجتماعي بموضوعية ويعتبره بنية تحدّد العلاقات مع الغير، فالسند حسب هذا التوجه يمكن ملاحظته بعيدا عن ذاتية الأفراد ويرتبط بوصف الأفراد الذين يشكلون شبكة التفاعل الاجتماعي: ما هي هذه الشبكة ؟ كم عددها؟ ماذا تفعل؟ هل هي قريبة جغرافيا واجتماعيا؟، والهدف من ذلك هو التعرف الموضوعي لبنية العلاقات الاجتماعية الخاصة بالفرد وتكميمها (Herman, Bourguillon et al., 2007)

2-2- التناول الوظيفي للسند الاجتماعي Aspect Fonctionnel

خلافًا للتناول البنيوي يهتم هذا التناول بالادراكات الذاتية للأفراد: هل تحصلت فعلا على سند اجتماعي؟ هل تحصلت على التقدير والحب؟ هل يمكنني تقديم المساعدة

لزميل أو صديق؟، فهذا السند يسمح بتقييم ماذا كانت بعض أنواع السند كالعاطفة أو المساعدة المادية مدركة عندما تكون موجودة ومتوفرة عند الحاجة إليها، أو قد تم التحصل عليها فعليا خلال مناسبات سابقة. كما ظهر توجه آخر لا يركز على السند الذي يتحصل عليه الفرد أو يعتقد بتوفره عند الحاجة، وإنما على نوع السند الذي يعتقد الفرد بأنه قادر على منحه في وضعيات خاصة (Herman et al., 2007).

وتوصل Cohen et Wills (1985) إلى أنّ المقاييس ذات الواجهة الوظيفية تهدف إلى حصر الادراكات، توافر السند ووجوده، نوعيته والرضا عن المصادر المتوفرة، فهي تسمح بتقييم في أي وضع تقوم العلاقات بالاستجابة لمهام خاصة. ويعتبر Herman et al.(2007) أنّ التمييز بين التوجه البنوي (الموضوعي) والوظيفي (المدرک) للسند الاجتماعي يمكن تفسيره بالعلاقة الضعيفة الموجودة بينهما، فالارتباطات بين حجم الشبكة والسند الاجتماعي المدرک هي ضعيفة وغير دالة، والسبب في ذلك راجع لمسألة الفرق في الحجم، كما يمكن تفسير الاختلاف إلى عملية التقييم الذاتي للحدث المشكل الذي يحسم في مسألة النتائج استنادا للنموذج التعاقدی للضغط لـ Lazarus et Folkman,

وبالتالي فإنّ اختلاف الباحثين راجع إلى اهتمام أنصار التوجه البنوي بالكمية في حين يركز أنصار التوجه الوظيفي على إدراك الفرد لنوعية السند المقدم، وعادة ما يلجأ علماء الاجتماع والإبيدمولوجين إلى الاهتمام بالشبكة الاجتماعية الاندماج الاجتماعي، الكمية والعدد، في حين يميل علماء النفس إلى الاهتمام بنوعية السند وعملية تقييمه من قبل الفرد، وهذا الاختلاف في التوجه جعل من السند الاجتماعي مفهوم متعدد الأبعاد.

3- أبعاد السند الاجتماعي

إن لم يكن إجماع بين الباحثين حول تعريف السند الاجتماعي فإنّ اتفاقهم وقع على أنّ بناء مفهوم السند الاجتماعي هو مفهوم غير متجانس باعتباره يضم 03 أبعاد

أساسية، شبكة السند، السند المتحصل عليه وسند التقدير، (Tarabulsy et Provost, 2008)

3-1- شبكة السند Le Réseau du soutien

يقصد بشبكة السند المجموع المركب للعلاقات التي تكون للفرد مع غيره من الأفراد من جواره أو تلك العلاقات الناتجة عن المنظمات الاجتماعية (Dufort et Guay, 2001) فهي تضم مجموع الأشخاص الذين يقدمون المساعدة أو التفاعلات التي تكون مع الفرد (Devault et Fréchette, 2002). فهذا المفهوم يوحي إلى العلاقات التي تكون للأفراد مع غيرهم في بيئتهم الاجتماعية، ويصف هذا المفهوم درجة العزلة أو الاندماج الاجتماعي لدى الفرد وينطبق مع المفهوم أو التناول الموضوعي للسند الاجتماعي (Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014).

وتضم شبكة السند مجموعة من الخاصيات التي تضيء عليها هوية مميزة فيما يتعلق بالهيكل، التركيبية ونوعية العلاقات، وهذه الخاصيات توجي عموماً إلى مؤشرات محددة مثل حجم الشبكة (عدد الأفراد)، وضعية هؤلاء الأفراد (أولياء، زوج، صديق، جار، متدخل)، قوة العلاقة بين مختلف الأفراد (درجة الألفة)، درجة القرب مع هؤلاء الأفراد (العيش في نفس المدينة، الحي)، تردد الاتصال (يوميًا، مرة في الأسبوع) (Tarabulsy et Provost, 2008). ويضيف (Fournier et Monette 2000) أنه عادة ما توصف الشبكة الاجتماعية استناداً لحجمها، كثافتها، تركيبها تماثلها وثباتها وهي توجي إلى المصادر القادرة على منح السند للفرد.

وتتقسم شبكة السند أو المحيط الاجتماعي للسند إلى 03 فئات:

✓ **السند غير الرسمي** المنبثق من مجموع العلاقات التي تكون للفرد، وهذه الرابطة غير ناشئة عن منظمة رسمية، وعادة ما تكون مصادر هذا السند متمثلة في الزوج، الأبناء، العائلة، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل.

✓ **السند شبه الرسمي** ينبثق من سياق الجماعات المنظمة غير الرسمية مثل جماعات المساعدة، تجمعات الترفيه، اللجان المدرسية.

✓ **السند الرسمي** هو ذلك السند المقدم من قبل المهنيين العاملين في هيئات معينة (مصالح اجتماعية، صحية، مكاتب سند لتوفير العمل، مصالح قانونية) وغيرها من الهيئات الرسمية (Devault et Fréchette, 2002).

وحسب (Bruchon-shweitzer, 2002) فإن وجود شبكة سند ثابتة في حياة ما لا يعني بالضرورة وجود تجارب علائقية مرضية من وجهة نظر السند المقدم فشبكة السند لا يمكن أن تعتبر كمؤشر فعال من أجل تقييم نوعية تكيف الفرد فهي تعطي معلومات حول المصادر المحتملة للسند المتوفر. ومنه فمجرد قياس الشبكة الاجتماعية غير كاف لمعرفة حقيقة السند المقدم للفرد وإنما يتعين الخوض في مضمون التفاعلات التي تكون قادرة على منح السند (Fournier et Monette, 2000). ودراسة Tracy et Abell (1994) تؤكد أنّ اتساع الشبكة الاجتماعية لا تسمح لوحدها بتقييم كمية ونوعية السند الاجتماعي، فقد تكون شبكة اجتماعية صغيرة أكثر فعالية من شبكة كبيرة وهو ما يفرض بأن تكون لكل وسيلة قياس أسئلة خاصة بالتقدير الذاتي للسند أو السند المدرك. نقلا عن (Beauregard et Dumont, 1996)

ومنه فإنّ شبكة السند التي ظهرت في إطار الدراسات الاجتماعية والابديولوجية لم تعد كافية بمفردها لتقييم المساعدة المقدمة فقد يكون حجم العلاقات كبير مع وجود تفاعل ضئيل وهو ما دفع بالباحثين إلى الاهتمام بأبعاد أخرى.

2-3- السند الاجتماعي المتحصل عليه Le Soutien social reçu

يعرّف السند المتحصل عليه بأنه مجموع السلوكات المبدولة فعليا من قبل فرد أو مجموعة من الأفراد من أجل مساعدة شخص موجود في وضعية صعبة ومساعدته على التكيف (Tarabulsy et Provost, 2008). فالسند المتحصل عليه يوحى إلى المساعدة الفعّالة المقدمة للفرد من قبل جواره (Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014). ويشير كل من (Beauregard et Dumont 1996) أنه استنادا للتعريف المقترح من قبل (Barrera 1986) الذي يعتبر السند "مجموع الأفعال التي تقدّم المساعدة الفعلية للفرد"، فيتعلق الأمر بسند فعّال (عكس السند المحتمل) الذي يتكون من سلوكات وأفعال خاصة مجسّدة من قبل الغير ومعتبرة كتعبير صريح للسند والمساعدة، ويضيف أنه استنادا لتعريف (Tardy 1985) الذي يعتبر السند المتحصل عليه بأنه "يوحي إلى الاستعمال الآني لمصادر السند الاجتماعي"، فيتعلق الأمر بوصف سلوكي للسند، فسلوكات السند يمكن أن تضم الإنصات، التعبير عن القلق، إعارة المال، المساعدة من أجل تحقيق نتيجة، الحصول على آراء الآخرين، إظهار العاطفة.

فحسب هذا البعد لا يكفي مجرد توفر مصدر السند (مجموع العلاقات رسمية، شبه رسمية، غير رسمية) بل يهتم بالمساعدة المجسّدة بأفعال وسلوكات حقيقية يمكن الاعتماد عليها، ومع ذلك فهذا البعد هو الآخر لم يعد كاف نظرا لإهماله عملية تقييم الفرد لنوع السند المتحصل عليه ودرجة رضاه.

3-3- Le soutien social perçu المدرك الاجتماعي

أشار (Barrera 1986) بأنّ السند المدرك يوحى إلى التقييم المعرفي الذي يكون للفرد لقاء السند الفعّال الذي يمكن الحصول عليه من قبل الغير، ويضيف بأنّ هذا المفهوم ينطبق مع التعريف الذي قدّمه (Cobb 1976) الذي يعتبر السند بأنه المعلومة

التي تصل إلى الفرد، كما يتوافق مع طرح (Cassel 1976) الذي يركز حول وظيفة التغذية الرجعية التي يقوم بها السند الاجتماعي (Barrera, 1986, p.416)، ويشير (Beauregard et Dumont 1996) أنّ هذا التقييم المعرفي يضم مجموعة من الأبعاد مثل الشعور بالحصول على سند كاف، الرضا عن السند المتحصل عليه، إدراك الحاجات التي يغطيها السند والثقة بتوفر السند عند الحاجة إليه. ويضم السند المدرك مجموعة من الاعتقادات، الاتجاهات التي تسمح للفرد بتوقع وجود الغير لمنحه راحة وسند بالإضافة إلى تقييم درجة الملائمة بين السند و الحاجة المراد سدّها (Tarabulsy et Provost, 2008) ، ويرتبط هذا النوع من السند بتجربة شخصية أكثر من مجموعة من الحالات الموضوعية وهو ما يفسر ضرورة قياس إدراك السند، (Beauregard et Dumont, 1996). فبغض النظر عن الإدراك المرتفع للسند فإن الشيء المهم يكمن في فهم الفرد لعالمه الاجتماعي، وهذا المفهوم للسند الاجتماعي هو مفهوم ضمن نفسي مقارنة إلى ما ذهب إليه العديد من الباحثين في علم النفس الاجتماعي الذين يعتبرون السند الاجتماعي عبارة عن تقييم الفرد لوجهة خاصة من عالمه الخارجي الاجتماعي. (Dufort et Guay, 2001, p. 129)

وتشير (Bruchon-Sweitzer et Boujut 2014) أنّ السند الاجتماعي المدرك هو سيرورة تتناسق مع المفهوم التعاقدية للضغط الذي جاء به Folkman et Lazarus (1984) فهو يضم التقييم الخاص بمتطلبات الموقف والمصادر الاجتماعية المتوفرة، فلا يمكن للسند أن يحقق الرضا إلا عندما يقيم الفرد نوعية السند الذي تحصل عليه، أو المتوقع المتحصل عليه ويرى أنه يناسب توقعاته وحاجاته.

استنادا لأبعاد السند الثلاثة التي تم عرضها يتبين أنّ الاختلاف بين هذه الأبعاد ينسب إلى المفهوم أو التناول البنوي والوظيفي، فإن كانت "شبكة السند" تعد مفهوما بينويا محضا نظرا أنها تهتم بكمية السند وتوفره، فإن "السند المدرك" يعتبر مفهوما

وظيفيا نظرا لاهتمامه بادراكات الفرد لنوعية السند المقدم أو السند الذي يمكن الحصول عليه، أما عن بعد "السند المتحصل عليه" فيبدو أنه يجمع بين المفهوم البيئوي والوظيفي طالما أنه مفهوم سلوكي يتعلق تارة بتوفر السند -بتقديم المساعدة-، كما يركز تارة أخرى على المساعدة الفعّالة أي نوعية المساعدة المقدمة لكن دون اهتمامه بالتقييم الذاتي للفرد، وتبعاً لذلك فقد تعددت أنماط السند والوظيفة التي يقوم بها.

4- أنواع السند الاجتماعي وفعاليته

تختلف وظائف السند الاجتماعي باختلاف نوع المساعدة المقدمة ويلعب السياق الخاص للمساعدة دوراً هاماً في تحديد فعاليتها لذلك تم التمييز بين أشكال وأنواع السند، ويشير (Cohen et Wills (1985 أن بعض أشكال السند قد تكون غير فعالة.

4-1 أنواع السند الاجتماعي

قام مجموعة من الباحثين باقتراح أنواع السند حسب المساعدة المقدمة مثل ما هو واضح أدناه:

جدول 1

أنواع السند الاجتماعي حسب طبيعة المساعدة المقدمة

طبيعة المساعدة المقدمة	نوع السند	الباحثون
<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة مادية، إعاره أو تقديم أشياء مادية. - اقتسام المهام. - التعبير، واقتسام المشاعر والانشغالات. - إعطاء آراء، إرشاد. - معلومة ذاتية. - نشاطات ترفيهية. (Beauregard et Dumont, 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة مادية - مرافقة - تفاعل ودي - نصائح - تغذية رجعية - مشاركة - اجتماعية 	<p>Barrera (1981)</p>
<ul style="list-style-type: none"> -التعبير عن العواطف الايجابية، بعض السلوكات لاسترجاع الثقة، الحماية أو المواساة. -طمأنة الفرد بمهاراته وقيمه، زيادة الثقة بالنفس. - النصائح، الاقتراحات، معارف حول مشكل ما أو اقتراحات. - مساعدة فعالة كإعارة أو منح المال أو أشياء مادية، إسداء خدمات في أوقات صعبة. (Bruchon –Sweitzer et Boujut, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> - الانفعالي - التقدير - الإعلامي - المادي 	<p>House (1981)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - إظهار العاطفة، سند انفعالي، تشجيع. -مساعدة في تحديد وفهم الأحداث، تربية، نصائح. 	<ul style="list-style-type: none"> - تقدير - معلوماتي 	<p>Cohen et Wills (1985)</p>

<p>- نشاطات ترفيهية ونشاطات اجتماعية. - مساعدة مالية ومادية. (Beauregard et Dumont, 1996)</p>	<p>- مرافقة اجتماعية - مادي</p>	
<p>-التعبير عن الحب، التفهم، إظهار الاهتمام. -معلومات، نصائح، مسارات للتدخل. - تقديم معلومة حول سلوك، تشجيع من أجل مواصلة الجهود. -تنفيذ عمل، إعاره مال أو أشياء أخرى. -التفاعلات الاجتماعية الايجابية، الاسترخاء، الترفيه. يساعد في عملية التكيف مع الضغط.(Fournier et Monette, 2000)</p>	<p>- الانفعالي - النصيحة - التغذية الرجعية - سند التشجيع - الحقيقي أو المادي - المدرك</p>	<p>Vaux (1988)</p>

من خلال الجدول يظهر أنّ اتفاق الباحثين وقع على نوع السند المادي الذي يضم مساعدة مادية محضة مع اختلافهم في تحديد مصطلح السند الانفعالي الذي تم التعبير عنه بعبارات مختلفة (انفعالي، تقدير، تفاعل ودي...)، مع اهتمام بعضهم (House, Cohen et wills) بالسند الإعلامي أو المعلوماتي الذي قد يكون فعال وضعيات معينة.

وتشير (Bruchon-Sweitzer et Boujut (2014) أنه بالرغم من وجود العديد من التصنيفات للسند الاجتماعي إلا أنّ التصنيف الأكثر انتشارا هو التصنيف الذي جاء به (House (1981) -السابق الإشارة إليه- والذي يميز بين 04 وظائف للسند (الانفعالي،

التقدير، الإعلامي والعملي).

غير أنه ورغم وجود أنواع عديدة للسند الاجتماعي إلا أن مسألة فعاليته تختلف باختلاف الفرد وطبيعة الموقف الذي يستدعي المساعدة.

4-2- فعالية السند الاجتماعي

يعتبر بعض الباحثين أمثال (Cutrona et Russel 1990) أن طبيعة الحدث الضاغط هي التي تحدّد نمط ونوع السند المفضل في علاقة المساعدة، فيبدو أن السند الانفعالي يكون فعّال في حالة الضغط الناتج عن فقدان قريب، بينما السند العملي يكون أكثر نجاعة في حالة الضغط الناتج عن فقدان شيء مكتسب (فقدان عمل، مشاكل مواصلات)، نقلا عن (Tarabulsy et Provost, 2008). بينما يعتبر آخريين Bruchon-shweitz (2002) أن فعالية نمط السند يعتمد على الفرد المتحصل على المساعدة، فالفرد المتألم يكون أكثر قابلية لإرضائه بسند إعلامي صادر عن مختص صحي أكثر من سند انفعالي مقدّم له من قبل فرد قريب منه، ومثل هذه الفرضيات تقترح ضرورة التجانس بين نوع السند وطبيعة الحدث بالإضافة إلى مصدر السند (صديق، زوج، طبيب)، وهذا الأمر يعد شرط ضروري من أجل زيادة الآثار الايجابية للسند الاجتماعي.

وفي إطار تحديد السلوكات التي يفترض أنها تقدم سند حقيقي للفرد تم تحديد 03 أنماط فعّالة من السند الاجتماعي: السند الانفعالي، الإعلامي والعملي (Tarabulsy et Provost, 2008).

وتشير Bruchon-Sweitzer et Boujut (2014) أن معظم الدراسات التي تم إجراؤها حول فعالية أنواع السند الاجتماعي، بينت أن السند الانفعالي يلعب الدور الأكثر أهمية مقارنة مع الأنواع الأخرى، فهو يسمح بالتخفيف من الضغط المدرك وحالات القلق من خلال التأثير على عملية التقييم الأولي للوضعية وزيادة الضبط

المدرّك مسهلاً بذلك البحث عن استراتيجيات التعامل، لكن حسب تقدير نفس الباحثة فإنّ أنواع السند يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار وفق لانسجامها مع خصائص الوضعية الضاغطة بالإضافة إلى توقعات واحتياجات الفرد.

إنّ الجدال القائم بين الباحثين حول فعالية السند من حيث النوع المفضل (مادي، انفعالي، إعلامي...) من جهة، ومن حيث طبيعة الموقف واحتياجات الفرد من جهة أخرى يدفع بالاهتمام عن دوره في تحقيق الصحة العامة والرفاهية طالما أنّ الفعالية تخلّف آثار إيجابية.

5- دور السند الاجتماعي في تحقيق الصحة العامة

في إطار محاولة البحث عن الفروق الموجودة بين الأشخاص في مواجهة الضغط تبني Cassel (1976) مفهوم السند الاجتماعي في ميدان الصّحة العمومية لتفسير الاختلافات التي تمت ملاحظتها في ميدان الأمراض والتي يبدو أنها مرتبطة بالضغط، وفكرة السند الاجتماعي كمتغير متدخل في التقليل من ظهور المرض تعد منطقية طالما أنّ الكائن (إنسان، حيوان) الذي يتعرض للضغط يعيش توتر أقل عندما يكون بصحبة أقربائه مقارنة مع الأفراد المنعزلين. وقد أشار Lindeman خلال سنوات 1944 من خلال أعماله حول الحداد إلى الدور الأساسي للسند الاجتماعي في التقليل من الأزمات، كما أنّ نموذج الطب السيكايري لـ Caplan خلال ستينيات القرن الماضي أظهر أهمية جماعات السند، ولاحظ Pines (1983) أنّ القيمة الفعّالة للسند الاجتماعي تكمن في اقتسام واقع اجتماعي، وحسب Gottlieb السند الاجتماعي يعوّض الانتقادات التي يوجهها الفرد لنفسه وإبعاد الفكرة بأنّه المسؤول عن صعوباته، فمن خلال التفاعل مع المحيط يمكن أن ينفّس الفرد عن انشغالاته وبناء هوية اجتماعية سليمة، نقلاً عن (Stellman, 2000). ويشير Tarabulsy et (2008) Provost بأنّه تزايد الاهتمام بالدور الذي يلعبه السند الاجتماعي لما بينت العديد من

الأبحاث التي اهتمت بدراسة القلق، الاكتئاب والوفيات أنّ الأفراد المستفيدين من السند الاجتماعي أقل عرضة للمشاكل الصحية والعقلية، فمثلا الأفراد الذين يحصلون على سند عائلتهم وأصدقائهم يتمتعون بصحة أفضل ويسترجعون بسرعة أكبر عند تعرضهم لمشاكل صحية وانفعالية مقارنة مع الأفراد غير المندمجين اجتماعيا، كما أنّ خطر الوفيات يكون أكبر لدى الأفراد الذين لهم علاقات اجتماعية قليلة، كما تبين أنّ الأفراد الذين يستفيدون من سند أزواجهم يكونون أقل عرضة للاكتئاب من هؤلاء اللذين لهم سند قليل.

وعاين (Cobb 1979) أنّ السند الاجتماعي يسهل تسيير الأزمات، وعملية التكيف مع التغيرات التي تحدث، فالأفراد الذين يمرون بأزمات شديدة دون سند معرضين لخطر الإصابة بالاكتئاب بنسبة 10 مرات أكثر من غيرهم، ويقر بأنّ السند الاجتماعي يلعب دورا هاما ويرافق العديد من التجارب (حالات التواجد في المستشفى، المرض الخطير، الحداد، فقدان العمل)، ويعتبر أنّ عدد الدراسات، العينات، المناهج، والنتائج المتوفرة تشكل دليل مقنع على أنّ السند هو عامل مشترك للتقليل من الضغط، وذلك بعد قيامه بإحصاء العديد من الدراسات التي تم اجراؤها في تلك الميادين من خلال مقاله " السند الاجتماعي كمعدل للحياة الضاغطة". وأشار (Maltais et al . 2005) أنّ الدراسات توصلت إلى أنّ السند الاجتماعي يشكل عامل حماية ضد تطوير وتفاقم الاضطرابات النفسية ومشاكل الصحة الجسدية، كما أن السند الملائم يعدّل أثر العديد من أنواع الضغوطات على صّحة الأشخاص البالغين والمسنين.

وبالتالي فإنّ دور السند الاجتماعي في تحقيق الصّحة العامة أثبتته دراسات وأبحاث على نطاق واسع، إلا أن التساؤل الذي يطرح يتعلق بالكيفية التي يؤثر بموجبها على الصّحة، وهو الأمر الذي تبينه نماذج الأثر المباشر ونماذج الأثر غير المباشر.

6- كيفية تأثير السند الاجتماعي على الصحة العامة

أثار مفهوم السند الاجتماعي نقاش وجدال نظري لتفسير الأثر الذي يتركه هذا الأخير على تكيف الفرد، والإحصاء الذي قام به (2000) Lakey et Cohen سمح بمعاينة وجود وجهات نظر مختلفة منبثقة من نظريات عديدة ولعل أكثر النماذج شيوعاً هي نموذج الأثر المباشر ونموذج الأثر غير المباشر أو المعدّل، فالدور الذي يلعبه السند الاجتماعي ليس موحد في جميع الظروف، فالسند الاجتماعي يلعب دوره وفق لميكانيزمات مختلفة أي بصفة مباشرة وغير مباشرة، عن (Herman et al., 2007)

ويشير (2005) Caron et Guay إلى أنّ الجدال النظري المتعلق بالآثار المباشرة والمعدّلة للسند الاجتماعي لا يزال قائم والسبب في ذلك هو أنّ كلّ نموذج يكمل الآخر. فتحليل آثار السند الاجتماعي على الصحة يعتمد على سياق استخدام النماذج لمفهوم السند كمفهوم وظيفي أو بنيوي، أي حسب التوجه النظري (1985) Cohen et Wills). في بداية الأمر فإن قياس السند البنيوي (الاندماج الاجتماعي، الشبكة الاجتماعية) كان يهدف إلى تكميم مدى اندماج الفرد وقياس أثر هذا المتغير على الصحة، ثم استعمل السند الوظيفي في الواجهات المعرفية وفي سياق تقييم الضغط (2007) Hartmann).

وبالتالي فإنّ تفسير آثار السند الاجتماعي يعتمد على وسيلة القياس فالآثار المباشرة نجدها في المقاييس التي تقيّم درجة الاندماج (وجهة بنيوية) في شبكة اجتماعية واسعة، في حين الأثر غير المباشر يستعمل في الدراسات التي تقيّم السند المدرك (الوجهة الوظيفية) وهذا التمييز موجود عادة في النماذج المعاصرة.

وقبل التطرق إلى الميكانيزمات التي يؤثر بموجبها السند الاجتماعي بصفة مباشرة وغير مباشرة يجدر التذكير بماهية كلّ من نموذج الأثر المباشر وغير المباشر.

6-1- نموذج الأثر المباشر (الأساسي) Effet Direct, Principal

حسب الماسكين لهذا التناول فإن للسند الاجتماعي قيمة داخلية تجعل منه عامل أساسي للتكيف والرفاهية (Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000) ، فهذا النموذج يجعل من المصادر الاجتماعية ذات أثر إيجابي باستمرار على الفرد بغض النظر عما إذا كان معرض أو لا لأحداث حياة صعبة أو ضاغطة، فالأثر المباشر للسند الاجتماعي يكون عندما يضمن الرفاهية بغض النظر عن الوضعية التي يكون فيها. (Caron et Guay, 2005)

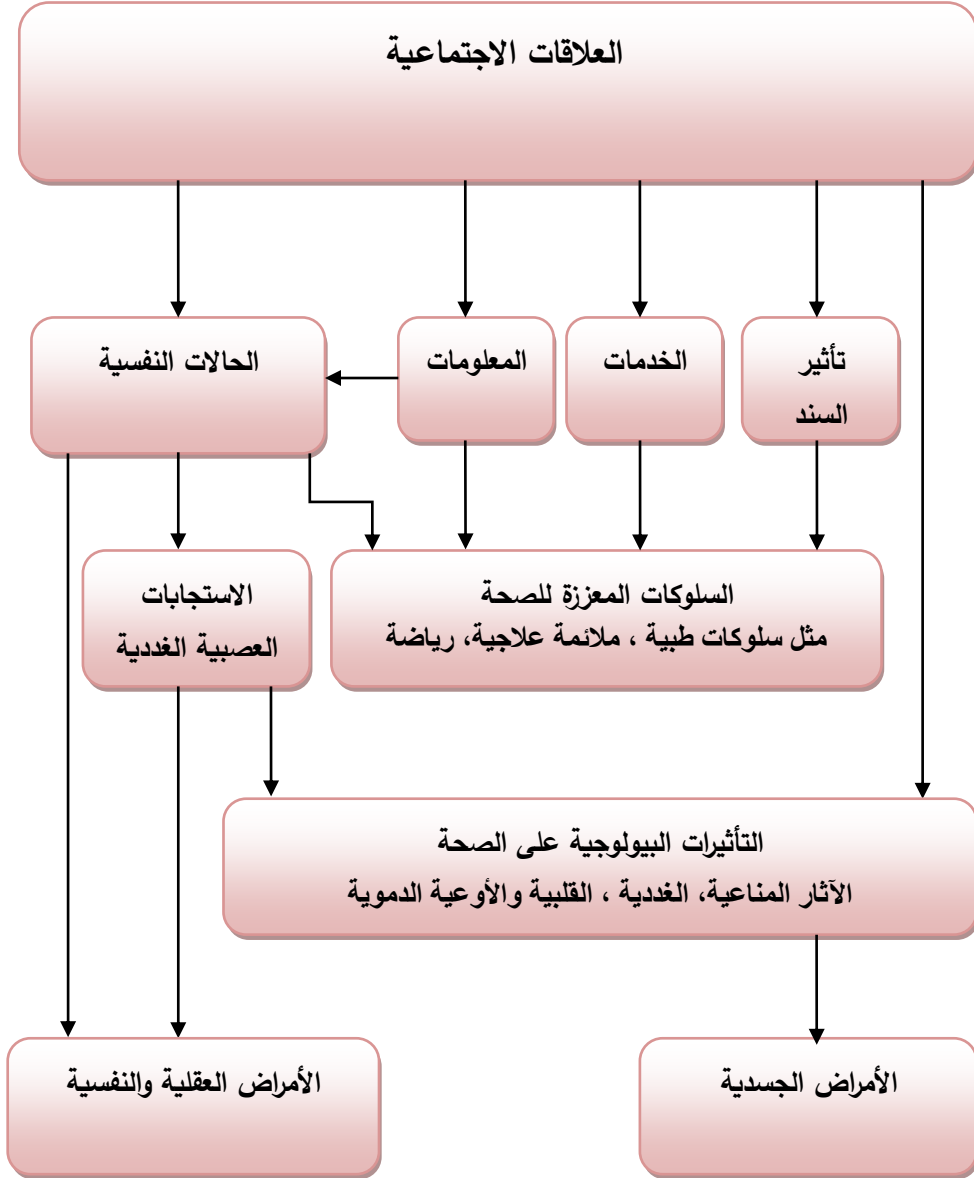
ويفسر الأثر المباشر للسند الاجتماعي من خلال القيام بدور الحاجز ضد آثار الضغط، فشبكة السند الاجتماعي يمكن أن تمنح المعلومة أو تبادل الأفكار المفقودة التي تساعد في المواجهة أو تعبئة المصادر التي يحتاج إليها الفرد للتقليل من الضغط، فالانتماء إلى جماعة يمكن أن يطبع الرأي الذي يكون للفرد على ذاته وهو ما يساعده على الحصول على ثقة بذاته، الشعور بالتحكم، المهارات، الشعور بالقدرة على التصرف في البيئة، ويتوافق هذا الطرح مع نظريات الضبط الشخصي لـ Bandura والمعدلة لأثار الضغط (Stellman, 2000).

والشكل الآتي يوضح كيف يؤثر السند الاجتماعي بصفة مباشرة على الرفاهية

والصحة:

شكل 3

نموذج الأثر المباشر
(Cohen, Underwood et Gottlieb, 2000)



وحسب (Cohen et Wills, 1985) فإنّ الأثر المباشر والثابت للسند الاجتماعي على الرفاهية ما هو إلاّ نتيجة للمشاعر الايجابية والإحساس بالثبات والشعور بالقيمة في نظر الغير الذي يحصل على السند، فالتجارب الايجابية والعلاقات الاجتماعية التي تمنحها شبكة السند تساعد في توليد لدى الفرد حالات نفسية ايجابية لاسيما فيما يتعلق في تحقيق التوازن اليومي، الثبات والرفاهية. فاستنادا لهذا التناول فإنّ السند الاجتماعي ينمي حاجات بيولوجية قاعدية تكون لها قيمة تكيفية (Caron et Guay, 2005).

ونظرا أنّ هذا النموذج يفترض أنّ السند الاجتماعي يؤثر مباشرة ويجابيا على تكيف الفرد مهما كانت شدة الأحداث الضاغطة التي يواجهها، فهو يسلم بضرورة تواجد السند الاجتماعي وملازمته للفرد في حياته اليومية من أجل التعامل مع أحداث الحياة السلبية (Tarabulsy et Provost, 2008). ويشير (Gottlieb, 1983) ، Cohen et Syme (1985) أنّه إذا كان للسند الاجتماعي انعكاسات أساسية أو مباشرة فيمكن بناء مؤشر لقياسه، لكن حسب Cohen et Syme (1985) فإنّ الطابع الآني لهذا الأثر يمكن أخذه بالمفهوم العكسي فتكون العزلة أو غياب السند الاجتماعي هو السبب في حدوث اضطرابات صحية وليس السند الذي يعزّز الصّحة، وطرح Gottlieb في موضع آخر مشكل بعض الأحداث التي تسبب غياب الشبكة الاجتماعية كما قد يحدث في حالة الكوارث، الحوادث الخطيرة، فقدان العمل، إلّا أنّ هذا الأثر لم يتمّ تكميمه بعد. (Stellman, 2000).

6-2- نموذج الأثر غير المباشر (المعدّل، المثبط، العازل) Effet Indirect

(Modérateur, Amortisseur ou Tampon)

يعرف هذا النموذج بنموذج التقليل من الضغط the stress-buffering model استنادا للفرضية التي وضعها Cassel (1976) الضغط- المثبط the stress-buffering hypothesis، وخلافا لنموذج الأثر المباشر، يفترض هذا النموذج أنّ الآثار الايجابية للسند الاجتماعي تظهر فقط عندما يكون الفرد معرض لوضعيات صعبة أو ضاغطة (Caron et Guay,2005 ; Cohen, Gottlib et underwood,2000) ، فيقوم السند بتعديل العلاقة بين الضغط والصحة من خلال القيام بالتقليل أو إبطال الأثر السلبي لعوامل الضغط (Dufort et Guay, 2001). وفي هذا الإطار توصل Cohen et wills (1985) أن السند الاجتماعي يحسّن من ميكانيزمات تسيير الجهاز المناعي من خلال التخفيض من الاستجابات غير التكيفية لمواجهة الحدث الضاغط، كما أنه يقلل من وطأة الحدث الضاغط سواء بتقديم حلول مادية للمشاكل التي يواجهها الفرد بالإضافة إلى التقليل من إدراك الوضعية بأنها ضاغطة من خلال السماح للقيام بنشاطات تهدف للترفيه عن الفرد.

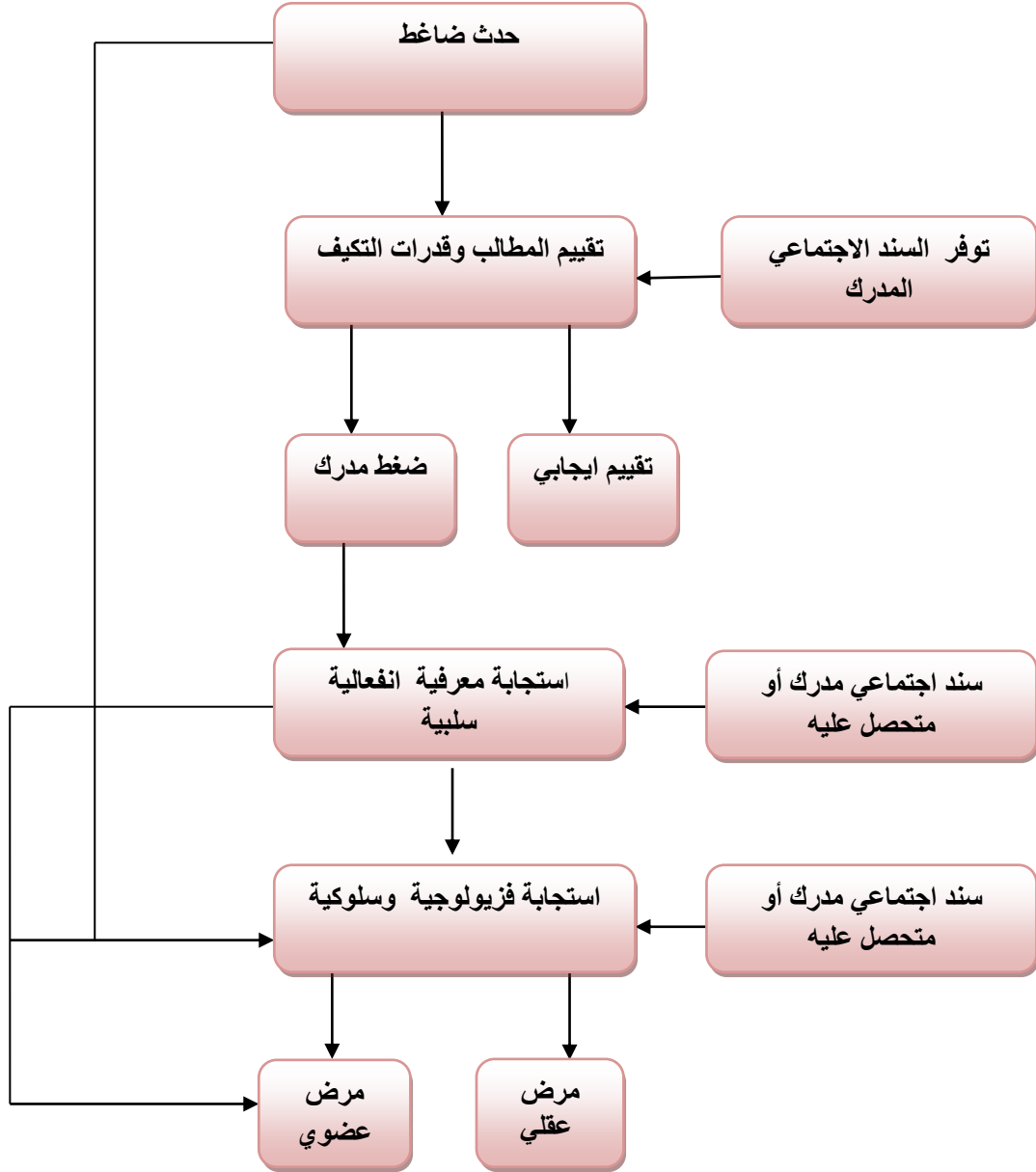
والشكل الآتي يعطي صورة عن دور السند الاجتماعي من خلال نموذج التقليل

من الضغط:

شكل 4

تأثير السند الاجتماعي على الاستجابات للأحداث الضاغطة

حسب (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000)



والعمل الذي قام به Cohen et Wills (1985) بتجميع الأبحاث التي تم إجراؤها حول العلاقة بين عوامل الضغط والموارد الشخصية بالإضافة إلى استراتيجيات التعامل تم التوصل بموجبه أنّ السند الاجتماعي يندرج ضمن توجيهين نظريين :

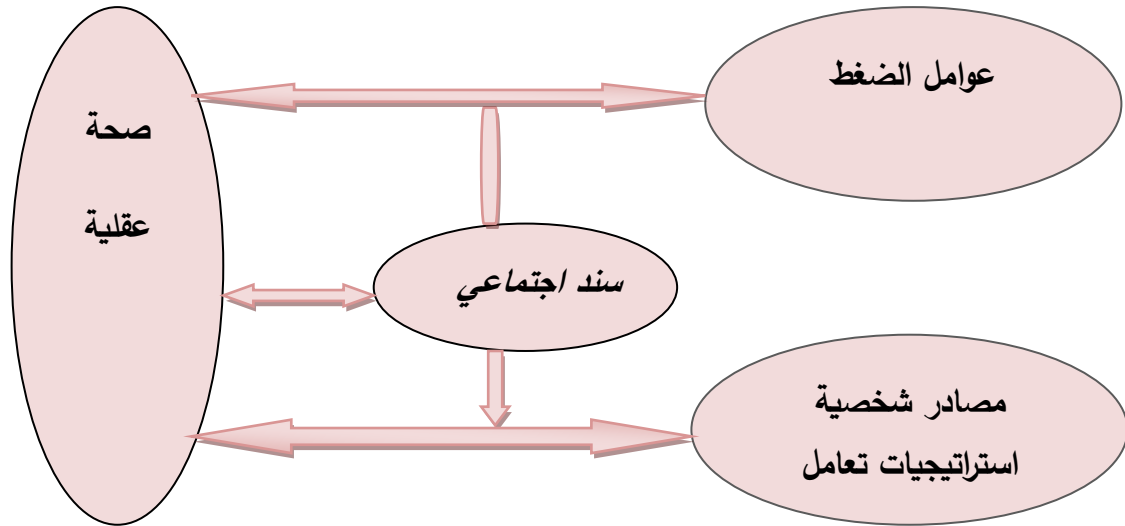
نموذج الأثر الوقائي المباشر Effet Protecteur Direct، ونموذج الأثر غير المباشر أو العازل Effet Indirect ou Tampon، وقد أكدت بعض الدراسات أهمية هذه النماذج، وقامت البعض منها بنفيها (Cohen et Wills, 1985)، ويرى Vaux (1998) عن (Dufort et Guay, 2001, p.130) نظراً أنّ الدراسات متباينة فيما يتعلق بقيمة هذه النماذج، فقد أدى الأمر إلى ظهور نماذج تبادلية Alternatif، ويتعلق الأمر بالاعتماد على النموذج المعرفي للضغط لـ Lazarus et Folkman لتفسير أثر السند الاجتماعي الذي يفترض وجود علاقات متبادلة بين عوامل الضغط، الموارد الشخصية واستراتيجيات التعامل، وهذه النماذج تسجل ضمن توجه البيئة الاجتماعية التي تسلم بوجود علاقة متبادلة بين الفرد ومحيطه، ومن ثمة فهي تسمح بتحديد الواقع المعاش.

فقام Cutrona et Russell (1990) باقتراح نموذج يفترض وجود تعايش أساسي بين الأحداث الضاغطة وحاجة الفرد لأنواع محدّدة من السند، فهذا النموذج يهتم بدراسة السند الاجتماعي كمكون لنموذج الضغط لـ Lazarus et Folkman أي كمصدر اجتماعي يمكن تعبئته لمواجهة الآثار السلبية لعوامل الضغط المعاش والحفاظ على الصحة العقلية، نقلا عن (Dufort et Guay, 2001).

والشكل الآتي يوضح عملية التفاعل بين عوامل الضغط، الموارد البيئية واستراتيجيات التعامل:

شكل 5

عملية التفاعل بين عوامل الضغط، المصادر البيئية واستراتيجيات التعامل حسب طرح Moos,1992 ; Munrose et Steiner,1986 عن (Dufort et Guay, 2001)



فأثر السند الاجتماعي حسب نموذج التقييم المعرفي للضغط يركز على فكرة أنّ وضعية ضاغطة (أو المحتمل أن تكون مهددة) تؤدي إلى استجابات انفعالية يمكن أن تؤثر على المعالجة المعرفية لهذه الوضعية، فالتقييم الذي يكون للفرد على وضعية ما هو العنصر الأساسي لهذا النموذج مادام أنّه هو الذي يحدّد ما إذا كانت الوضعية ستفسر بأنها ضاغطة أو لا، وهذه السيرورة - التقييم المعرفي - تمر بثلاث مستويات "أولي، ثنائي، ثلاثي". ففي المستوى الأولي يقيم الفرد ما إذا كان الحدث يؤدي إلى فقدان (وفاة قريب مثلا) أو يشكل تهديد (إمكانية فقدان عمل)، أو بالعكس أنّ الحدث أو الوضعية تشكل تحدي (تحمل أعباء جديدة)، في المستوى الثاني يقيم الفرد المصادر الشخصية أو البيئية في آن واحد (كفاءات اجتماعية، سند اجتماعي) من أجل التعامل مع هذه الوضعية الجديدة حسب ما سوف تؤدي إليه (فقدان أو تحدي)، وخلال هذه المرحلة - التقييم - فإن توفر السند الاجتماعي يلعب دوره باعتبار أن شدة

الضغط تبلغ ذروتها إذا تم إدراك الوضعية كفقْدان أو تهديد ولم يكن مع الفرد المصادر الضرورية للتكيف، أما المستوى الثالث يعتمد على التقييم الذي يتبناه الفرد والذي يسمح له باختيار الإستراتيجية المناسبة للتعامل مع الوضعية أو تقييم إلى حدّ ما كانت المساعد فعالة (Tarabulsy et Provost, 2008, p.40)

وتشير (2002) Bruchon-Sweitzer أنّ الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال والتي تعتبر السند الاجتماعي كوسيط استنادا للنموذج التعاقدية هي قليلة ونادرة لا تسمح بتأكيد الفرضية المحتملة.

وما يمكن استخلاصه من خلال قراءتنا أنّ الباحثين غير متفقين حول تفسير أثر السند الاجتماعي كمكوّن لنموذج الضغط من حيث اعتباره: يندرج ضمن نموذج الأثر غير المباشر كما اعتبره (2005) Caron et Guay، أو أنّه نموذج قائم بذاته. فبالنسبة للتوجه الذي اعتبره نموذج منفرد، أطلق عليه تسميات مختلفة: تأثير السند الاجتماعي استنادا لنموذج التقييم المعرفي للضغط (2008) (Tarabulsy et Provost)، نموذج الأثر الوسيط (2005) (Maltais et al.)، النموذج التبادلي (Dufort et Guay, 2001). ونعتبر أنّ أثر السند الاجتماعي كمكون معرفي للضغط يندرج ضمن نموذج الأثر غير المباشر، فهو لا يعتمد على السببية الخطية الكلاسيكية كما هو الحال بالنسبة لنموذج الأثر المباشر وإنّما يقوم على عملية التقييم ويؤثر على المخرج عن طريق الوساطة، ومنه نعتبر أنه يندرج ضمن نموذج الأثر غير المباشر وليس كعنصر مستقل بذاته.

أما عن كيفية عمل السند الاجتماعي حسب كل من نموذج الأثر المباشر، نموذج التقليل من الضغط والتقييم المعرفي، فتظهر من خلال تحليل السيرورة التي يؤثر بموجبها السند على أي بصفة مباشرة، أو عن طريق الوساطة أو عن طريق التعديل.

7- ميكانزمات تأثير السند الاجتماعي على الصحة العامة

إنّ تحليل السيرورة التي يؤثر بموجبها السند الاجتماعي على الصّحة (وبالموازاة على نوعية الحياة - موضوع بحثنا-) يعتمد على التفسير الذي تبناه مختلف الباحثين لشرح مختلف التوجهات والنماذج النظرية.

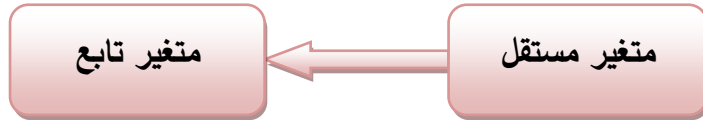
▪ الأثر المباشر مقابل الأثر غير المباشر Le Modèle de l'Effet Direct Versus Indirect

7-1- الأثر المباشر

يقترح نموذج الأثر المباشر أنّ كلّ من السند الاجتماعي والحدث الضاغط يكون لهما أثر مستقل (Herman et al., 2007)، فالسند الاجتماعي يؤثر ايجابيا على الرفاهية والصّحة بصفة مستقلة عن مستوى الضغط.

شكل 6

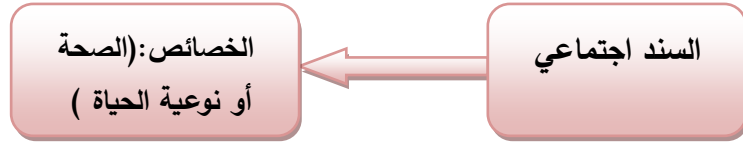
أثر مباشر لمتغير مستقل على متغير تابع



فهذا النموذج هو نموذج خطي سببي أين يؤثر المتغير المستقل X - السند الاجتماعي- على المتغير التابع Y - الخصائص- رغم تحكم وضبط الباحث لجميع المتغيرات (Hartmann, 2007).

شكل 7

أثر مباشر للسند الاجتماعي على الصّحة أو نوعية الحياة



والفرضية التي يعتبر بموجبها أنّ للسند الاجتماعي أثر مباشر على الصّحة يتوافق مع النموذج البيوطبي الكلاسيكي والتوجهات الأبيديميولوجية التي تهدف إلى تقييم الآثار الايجابية المباشرة للسند الاجتماعي على مختلف المخارج النفسية والجسمية. (Bruchon-Sweitzer, 2014 ; 2002).

7-2- الأثر غير المباشر

إنّ الأثر غير المباشر للسند الاجتماعي على الصّحة يكون من خلال تدخل متغير آخر: إما المتغير الوسيط أو المتغير المعدّل.

أ- الأثر غير المباشر عن طريق الوساطة

يقترح نموذج الأثر غير المباشر أنّ أثر المتغير المستقل على المتغير التابع يتوسطه متغير ثالث المعروف بالمتغير الوسيط.

شكل 8

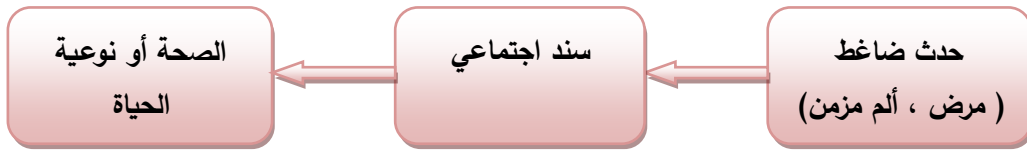
أثر غير مباشر ناتج عن متغير وسيط



الدراسات التي اعتمدت على النموذج التعاقدى تعتبر السند الاجتماعي مرحلة من مراحل التقييم الثانوي أين قوم بدور الوسيط بين الحدث الضاغط والمخارج، (Bruchon-Sweitzer, 2014 ;2002)

شكل 9

أثر غير مباشر للسند الاجتماعي عن طريق الوساطة



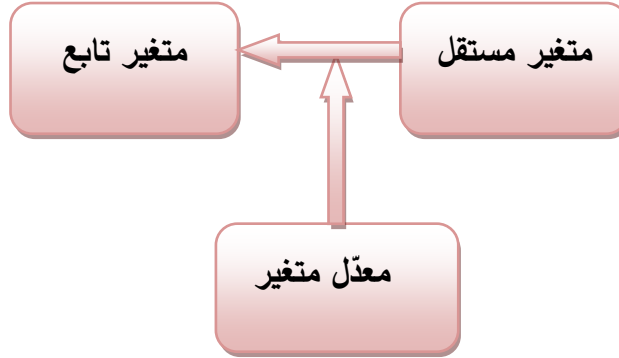
المتغير الوسيط M يكون خلال مرحلة تقييم المصادر (السند الاجتماعي) الذي يتوسط العلاقة بين المتغير المستقل X (الضغط)، والمتغير التابع Y (المخارج النفسية والجسمية).

ب- الأثر المثبط أو العازل

وضع Cassel (1976) فرضية: الضغط- المثبط the stress-buffering hypothesis لتفسير الميكانيزم الذي يؤثر بموجبه السند على الصحة (نوعية الحياة)، فالدور المثبط للسند الاجتماعي يكون حاسم في الأحداث الضاغطة، أين يعمل كمكيف adaptateur من خلال السماح بزيادة مصادر التعامل (تسيير المشكل، تبني سلوكيات صحية)، ومسلّمة هذا النموذج: السند الاجتماعي ليس له أثر في غياب الضغط ومن وجهة منهجية يتعلق الأمر بالأثر المثبط أو العازل أو الأثر غير المباشر عندما يقوم متغير بتعديل شدة الأثر الذي يتركه متغير على متغير آخر، أي المتغير المعدّل (Hartmann, 2007).

شكل 10

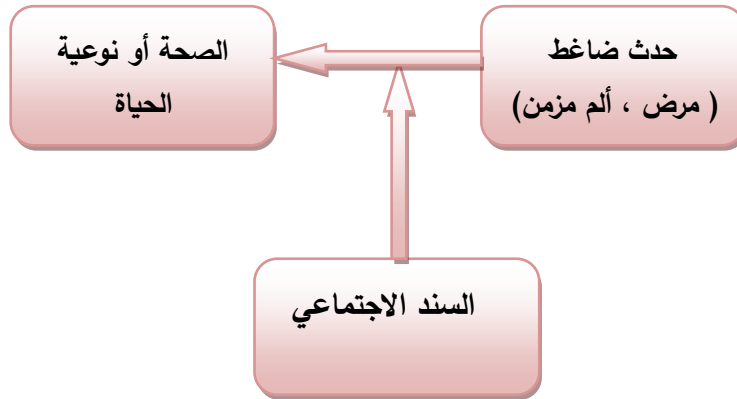
أثر غير مباشر ناتج عن متغير معدّل



فأثر المتغير المستقل X (الضغط) على المتغير التابع Y (الصحة النفسية والجسمية) ينخفض بتدخل المتغير المعدّل Z (السند الاجتماعي).

شكل رقم 11

أثر غير مباشر للسند الاجتماعي عن طريق التعديل



الفرضية التي يعتبر بموجبها السند الاجتماعي أثر معدّل ومخفض للآثار السلبية للضغط تتوافق مع النموذج التفاعلي (Bruchon-Sweitzer, 2014 ; 2002) .

وفي هذا السياق فإنّ السند الاجتماعي يعمل على مستويات مختلفة كما فسّره Rodriguez et al. (1998) : السند المدرك يتدخل في بادئ الأمر بين الحدث الضاغط والتجربة الخاصة بالاستجابة الفزيولوجية والنفسية للضغط مؤثرا على تقييم الضغط، وهنا يسمح السند المدرك بتحسين ادراكات الفرد المتعلقة بمواجهة المتطلبات المفروضة من قبل الحدث، وفي المرحلة الثانية يمكن أن يتدخل السند المدرك بين الاستجابة لتجربة الضغط التي تلي الحدث الضاغط وبداية المسار المرضي (نفسي أو فزيولوجي) من خلال التقليل أو القضاء على استجابة الضغط وهنا يقلّل السند من استجابة الضغط بزيادة جهود التعامل لتسيير النتائج العملية والانفعالية للحدث أو التقليل من أهميته المدركة. نقلا عن (Hartmann, 2007)

وفي البحث الحالي سيتم التحقق من الفرضيات بالاعتماد على نموذج الأثر غير المباشر (المثبط أو العازل) أي السند الاجتماعي كمتغير معدّل.

مما سبق عرضه نستنتج أن الأثر الايجابي للسند الاجتماعي على الصّحة العامة والرفاهية أضحى حقيقة علمية معززة بأبحاث ودراسات أمبريقية، أكاديمية وميدانية، إلّا أن الجدل القائم يتعلق بكيفية تفسير ذلك الأثر - بصفة مباشرة أو غير مباشرة - والذي لم يقع الإجماع بصدده إلى حدّ الآن، ويبدو من الصعب تفضيل تناول عن آخر طالما أن المسألة مسألة توجه واختصاص، إلّا أنّ التوجهات الحديثة أصبحت تميل إلى النماذج المركبة والمعقدة التي لا تكفي بالتفسير الأحادي السببي من نوع مثير استجابة، بل تهتم بالسوابق الشخصية والمحيطية والسيرورات الآنية واهتمامها بالوسائط والمعدّلات التي تقدّم تفسير دقيق عن كيفية تأثير مختلف المتغيرات على المخارج النفسية والجسمية، إلا وما تجدر الإشارة إليه هو أنّ نماذج الأثر المباشر ورغم بساطتها فلا تزال تفرض مكانتها لاسيما فيما يتعلق ببعض التخصصات كما هو الحال بالنسبة للدراسات الابدويمولوجية التي تقدم تفسيرات سببية للأمراض، أمّا عن النماذج التي تهتم

بالوسائط والمعدلات فتمثل في نموذج الأثر غير المباشر: "المعدّل المثبط أو العازل" - الذي يُعنى بإلغاء الحدث الضاغط كلياً أو جزئياً حسب الظروف والمصادر المتوفرة لدى الفرد-، و"السند الاجتماعي كمكون معرفي للضغط أو التبادلي" - الذي يعتبر السند الاجتماعي مرحلة من مراحل التقييم الثانوي أين يقوم بدور الوسيط بين الحدث الضاغط والمخارج الجسمية والنفسية-، وهي من النماذج التي تقدم تفسيرات أدق من نماذج الأثر المباشر الكلاسيكية، وقد انصب اهتمامنا على دور السند الاجتماعي حسب نموذج الأثر المعدّل نظراً أنه يقدم تفسيرات تفاعلية وهو ما يتماشى مع النموذج الشمولي لعلم النفس الصحة.

خلاصة

بغض النظر عن كيفية تأثير السند الاجتماعي على الصّحة العامة، الرفاهية ونوعية الحياة، سواء قام بدور الحاجز ضد آثار الضغط بالاعتماد على شبكة السند التي تؤثر على السلوكات والنشاطات اليومية للفرد، أو بطريقة غير مباشرة أي عندما يعمل ككابح أو مثبط بين الحدث الصعب والاستجابة الجسدية والنفسية بالاعتماد على الإدراك، فهو يعتبر مصدر اجتماعي مهم ومن العوامل الوقائية الإنقاذية التي تسعى إلى تعزيز وترقية الصّحة، ومن هنا تظهر أهمية التدخل بموجب السند الاجتماعي في ميدان التكفل بالمرضى، وكذا في ميدان الوقاية وتطوير صحة الأفراد بصفة عامة والمعرضين للخطر بصفة خاصة وذلك من خلال استهداف أولاً ادراكات سند الأشخاص وتطوير الكفاءات التي تسمح لهم بطلب المساعدة وكسب المنافع وتكوين شبكات يمكن الاعتماد عليها عند الحاجة.

وبعد التطرق إلى ما توصلت إليه الأدبيات عن دور هذا المتغير، فماذا عن دوره في تحسين نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا من خلال تعديل العلاقة بين الألم بصفته متغير مستقل ونوعية الحياة بصفتها متغيرا تابع ؟ هذا ما نريد الكشف عنه من خلال هذا البحث.

الفصل الخامس

نوعية الحياة

"أَحْكُمُ النَّاسِ فِي الْحَيَاةِ أَنَسُّ عَلْلُوهَا فَأَحْسِنُوا التَّعْلِيلَا"

"إِيلِيَا أَبُو مَاضِي"

تمهيد

ساهمت العديد من التيارات الفكرية، الفلسفية والعلمية في تحديد مكوّنات نوعية الحياة، إلا أنّ هذا المتغير كمفهوم علمي قائم بذاته لم ير النور إلا خلال النصف الثاني من القرن العشرين عقب ظهور حركة المحددات الاجتماعية، ثم بدأ يتطور شيء فشيء بظهور النماذج المهمة بالمحدّدات الذاتية والفردانية. ومفهوم نوعية الحياة يضم عوامل مرتبطة بالمحيط، الدخل، السياسة الاقتصادية، أساليب الحياة، الرفاهية، الرضا ومختلف وجهات الحياة بصفة عامة، وكلّ هذه العوامل تجعل من هذا المفهوم متعدد الأبعاد وهو ما أدى إلى ظهور نماذج نظرية مختلفة، اعتمد بعضها في البداية على الوجهات الموضوعية المهمة بتقييم الحاجات المادية دون الأخذ بعين الاعتبار الرفاهية التي يشعر بها الأفراد، إلا أنّه ونظرا لقصور النماذج الموضوعية في الإحاطة بهذا المفهوم الواسع ظهرت التناولات التي عزّزت الوجهات الذاتية والتي لم تتمكن أيضا من الإلمام بمفهوم نوعية الحياة بصفة منفردة وهو الأمر الذي أدى إلى ظهور تناول شمولي يجمع ويمزج بين الوجهتين الموضوعية والذاتية في آن واحد نظرا للتداخل والترابط الوثيق الموجود بينها. فنوعية الحياة تقع في نقطة التقاء بين الفردي والجماعي، البيولوجي والاجتماعي، الجسدي والنفسي، الطبيعة والثقافة، فهي تهتم بتنظيم التركيبة الإنسانية المعقدة في قلب قضايا المجتمع، فهي تتأثر بمختلف العوامل لتنبئ عن مستوى الفرد ومكانته في الوجود وفي سياق الثقافة التي يعيش فيها.

ولغرض الكشف عن هذا المتغير سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى مجموعة من العناصر التي تسعى لتمييز مفهوم نوعية الحياة عن المفاهيم المجاورة له، تحديد وجهاته، ميادينه ومختلف مكوناته التي جعلت منه مفهوم شمولي يضم الوجهات الذاتية والموضوعية في آن واحد.

1-تطور مفهوم نوعية الحياة

تاريخياً ارتبط مفهوم نوعية الحياة بالسعادة وبيعض المفاهيم المجاورة لها التي أثارت اهتمام العديد من الفلاسفة القدامى أمثال أرسطو، أفلاطون، سقراط وإبيقور (Fischer,2002). غير أن مفهوم نوعية الحياة كمفهوم علمي يُعد حديثاً نسبياً، فقد ظهر بصفة رسمية لأول مرة سنة 1964 في خطاب رئاسي لـ London B. Johnson ثم بدأ يلقي اهتمام في الوسط العلمي (Mercier et Filion,1987). ويجد هذا المفهوم العلمي جذوره في حركة المحددات الاجتماعية التي ظهرت خلال سنوات 1960 (Bruchon –Sweitzer et Boujut, 2014)، فارتبطت نوعية الحياة في البداية بتقييم نوعية البيئة المادية، الجوار والمجتمع انطلاقاً من بيانات إحصائية والتي تعتبر كمحددات اجتماعية، كما ظهر الاهتمام بنوعية الحياة في ميدان العمل بعد ظهور التيار المهتم بنظرية التنظيمات la théorie des organisations، أما في مجال الصّحة فقد تأثرت نوعية الحياة بالتعريف الذي قدمته المنظمة العالمية للصّحة سنة 1978 أين اعتبرت الصّحة حالة من الرفاهية الجسمية، الانفعالية والاجتماعية (Mercier et Filion,1987).

فمفهوم نوعية الحياة متداخل مع العديد من المفاهيم المجاورة كالسعادة ذات أصل فلسفي، الرفاهية المادية ذات أصل اقتصادي، الرفاهية الذاتية ذات أصل نفسي اجتماعي، الصّحة الجسدية ذات أصل طبي، والصّحة العقلية المنبثقة من الطب العقلي، وساهمت كلّ هذه المفاهيم في تحديد ما هي حياة ذات نوعية. والمفاهيم التي تم الاعتماد عليها في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية اهتمت بمحددات ذاتية وفردانية (الرفاهية Bien-être، الرضا Satisfaction، السعادة Bonheur) المنبثقة من ميدان الصّحة العقلية والفلسفة الإنسانية والنفعية، خلافا للمدرسة الاسكندنافية التي

اهتمت بمحددات موضوعية ومادية. ففي البداية كان يُنظر لنوعية الحياة كمفهوم تبادلي للرفاهية المادية ثم ابتعد عنه شيئاً فشيئاً ليقترّب أكثر من مفاهيم الرضا والرفاهية الذاتية. (Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014)

وفي ميدان علم النفس ظهر مصطلح نوعية الحياة لأول مرة في أبحاث Bardburn (1969) الذي قام بدراسة نوعية الحياة من زاوية الرفاهية الذاتية المرتبطة بالانفعالات الايجابية التي يشعر بها الفرد في حياته، نقلا عن (Corten,1998). ثم قام Campbell سنة 1976 من خلال كتابه نوعية الحياة الأمريكية The quality of American life بوضع المفاهيم الأساسية لهذا المفهوم انطلاقاً من أكثر من 2.160 مقابلة تم إجراؤها مع مواطنين أمريكيين، واستهل بتمييز مفهوم نوعية الحياة عن مفهوم السعادة Bonheur , Hapiness، فالمفهوم الأول - نوعية الحياة - يوحى إلى مفهوم الرضا Satisfaction، بينما ترتبط السعادة بالكمال Complétude, Fulfilness، فالأصل اللاتيني لكلمة الرضا يقصد به الكافية - كاف - assez، وتبعاً لذلك تبنى Campbell منطق ماسولي بتفضيل مفهوم الرضا. وفي موضع ثاني قام Campbell بتمييز الرضا/ نوعية الحياة عن الرفاهية، واعتبر أنّ الرفاهية ترتبط ببعد عاطفي في حين يحمل مفهوم نوعية الحياة بعد معرفي متمثل في إصدار الحكم: هل هو كاف؟ وخلص إلى أن أساس هذا الحكم ينقسم إلى قطبين: الأول يهدف إلى مقارنة الفرد لوضعيته مع وضعية الآخرين وخصوصاً مع أقرانه، أما القطب الثاني فهو يتعلق بسمات وتوقعات الفرد، واستناداً لذلك قام Campbell بعزل المحدّات التي يتم على أساسها تقييم نوعية الحياة وتوصل إلى مجموعة من المحدّات تتمثل في: محدّات مادية (المال، السكن، الملابس)، محدّات علائقية (الحب، العائلة، الجوار)، عوامل اجتماعية (وقت فراغ، العمل...)، واعتبر أن هذه المحدّات يمكن أن تُرتب وفقاً لتصنيف ماسلو للحاجات: الحاجات القاعدية، الحاجة للحماية، الحاجة إلى التحفيز، الحاجة للانتماء (Corten , 1993).

وقد ساهمت هذه الأبحاث في ظهور تناول معرفي يأخذ بعين الاعتبار إدراك الذات (الرضا عن الحياة) كسيرورة مهمة في دراسة نوعية الحياة (Corten,1998). كما ساهم الأطباء والباحثين في ميدان الصحة العمومية والابديميولوجيين بالإضافة إلى المختصين في الطب العقلي في تطوير مفهوم نوعية الحياة على حساب المفاهيم المجاورة لها (الرفاهية، الرضا، الصحة، السعادة...). وبعد مرحلة من الأبحاث حول الخصائص الموضوعية لتقييم نوعية الحياة اتّجه التفكير نحو تناول ذاتي لاسيما في ميدان الصّحة (Beumanoir et Roger, 2007). فبعدما اعتبرت المنظمة العالمية للصّحة "الصّحة ليست مجرد الخلو من المرض"، وسع الباحثون في الميدان الصحي والطبي مجالات البحث والدراسة على غرار (الأعراض، المرض والوافيات) وبدأ الاهتمام بالحالة الصحية « Health Statu»، إلّا أنّه وفي البداية تم التركيز أساسا على القدرات الوظيفية والجانب الجسدي كالحركة، النشاطات، ثم شيئا فشيئا بدأ الاهتمام بالأعراض النفسية المصاحبة للمرض العضوي (Corten,1998). وفي نهاية الثمانيات ومطلع التسعينات ظهرت بوضوح الخصائص الذاتية للصّحة من خلال الاهتمام ببعد أساسي والمتمثل في المعاناة الذي ارتبط في البداية بالألم ليشمل شيئا فشيئا الشدة النفسية وخلص في النهاية للاهتمام بالرفاهية الذاتية.(Beumanoir et Roger, 2007)

وإن كان لكلّ من المفاهيم المكوّنة لنوعية الحياة ميدان خاص به تبقى متداخلة فيما بينها ويبقى مفهوم نوعية الحياة هو الذي له طابع العمومية، وفي هذا الإطار يرى (2005) Cummins أنّ " نوعية الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يتأثر بالعوامل الشخصية والمحيطية والتفاعل الموجود بينهما يمكن تقييمه موضوعيا و/ أو ذاتيا."، نقلا عن (Bruchon -Sweitzer et Boujut, 2014, p. 39). ويبقى لهذا المفهوم شعبية وقيمة متطورة، فحسب Kaplan et Ries (2007) ظهر مصطلح نوعية الحياة ككلمة مفتاحية لـ أربعة آلاف وخمس مائة مقال خلال الفترة الممتدة من سنة 1972 إلى 2002 (متوسط

مائة وخمسون في السنة، مقابل خمس مائة ابتداء من سنة 2002). نقلا عن
(Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014)

يبرز هذا العرض الوجيز مكانة وأهمية مفهوم نوعية الحياة فقد أثار هذا المفهوم اهتمام باحثين من ميادين مختلفة ساهمت في بلورته، فضلا عن الحجم الكبير للدراسات الذي حظي بها، وتتجلى أهميته في البحث الحالي المعتمد على نموذج علم النفس الصحة في كونه مخرج أي نتيجة تتأثر بمكونات ومتغيرات مختلفة.

2- مفهوم نوعية الحياة

أشارت (Lourel 2007) أنّ مفهوم نوعية الحياة يدمج فسيفساء من المفاهيم التي يتم دراستها عادة بصفة مركبة والتي ترتبط : بالسعادة، الرفاهية الذاتية والمادية، درجة الرضا عن الحياة وغيرها من المفاهيم الأخرى، فهو يدمج العديد من العناصر: الذاتية (كالسعادة، الشعور بالرفاهية)، الموضوعية (كإطار الحياة، المستوى الاقتصادي والاجتماعي)، والجسدية (الحالة الواقعية للصحة، وجود أو غياب مرض وظيفي)، بالإضافة إلى أشكال ذات طبيعة معرفية واجتماعية. ويضيف Ferrans et Powers (2007) من الصعب إعطاء تعريف موحد لنوعية الحياة نظرا أنّ الأفراد لا يعطون نفس القيمة للأشياء فتوجد العديد من المحددات التي تم اقتراحها ك معايير مقياسية لنوعية الحياة ولا يوجد بشأنها لحدّ الآن إجماع بين العلماء حتى يتم اقتراح تعريف موحد.

وتبعاً لذلك اختلفت تعريفات نوعية الحياة باختلاف المدارس و أهداف القياس:

فيعرف (Nordenfelt 1994) نوعية الحياة على أنها "درجة الرضا و/أو السعادة

العامة التي يشعر بها الفرد في حياته." نقلا عن (Lourel, 2007, p.3)

وتعرف Géraldine Padilla نوعية الحياة على أنها "تقييم للخصائص الايجابية والسلبية التي تميز حياة فرد ما."

أما Kenneth Calman فيرى أن نوعية الحياة تعتمد على نمط الحياة الحالي للفرد، تجاربه السابقة، توقعاته نحو المستقبل، أحلامه وطموحاته. (نقلا عن Stanley et GaurtlettBeare, 2005).

ويعتبر Dalkey et Rourke نوعية الحياة بأنها شعور الفرد بالرفاهية، الرضا، عدم الرضا، بالسعادة أو الشقاء اتجاه الحياة. (نقلا عن Ferrans et Powers, 2007, p.33)

يتبين أنّ هذه التعريفات محدودة يقتصر بعضها على الذاتية المقيّمة من قبل الفرد، ويطغى طابع العمومية على بعضها الآخر فهي لا تأخذ بعين الاعتبار كلّ الجهات التي تشملها نوعية الحياة حاليا.

ونظرا أنّ مكونات نوعية الحياة تنحدر من محدّدات مختلفة (مادية، فلسفية، اقتصادية، نفسية) فقد اعتمد فريق آخر من الباحثين على مجموعة من المحدّدات والأبعاد لتعريف نوعية الحياة:

فاعتبر كل من Montreuil et al. (2009) نوعية الحياة مجموعة من الأبعاد وعرفوها انطلاقا من النموذج السائد حاليا: "بأنها مفهوم جدّ معقد يضم مجموعة من الميادين: النفسي، الجسدي أو البيولوجي والاجتماعي استنادا للنموذج البيو نفسي اجتماعي." (Montreuil, Tazopoulou et Truelle, 2009, p.136)

واقترحا شعبان جاب الله رضوان ، ووفاء إمام عبد الفتاح (2008) تعريفا شاملا للبعد الذاتي والموضوعي معا من خلال اعتبارهما : "نوعية الحياة هي المفهوم النسبي لشعور الفرد بالصحة (المستوى البدني)، أو السعادة (على المستوى النفسي الروحي)، أو

تقدير الذات (على المستوى الشخصي)، بما يتناسب مع المرحلة العمرية للفرد (طفلاً أو مراهقاً أو شاباً أو متقدماً في السن) ومع نوعه (ذكرًا كان أم أنثى)، وبما يتضمن كلا من الإشباع المادي والمعنوي لاحتياجاته الأساسية، وفقاً للسياق الثقافي والنسق القيمي الذي يعيشه، ولفترة طويلة ومستمرة، وبما يتفق مع إحساسه الداخلي بحسن الحال، والقدرة على رعاية الذات، والالتزام والوفاء بأدواره الاجتماعية، والاستفادة من المصادر البيئية المتاحة (اجتماعياً ومادياً)، وبما يتلاءم مع مؤشرات البعدين: الذاتي والموضوعي اللذين يساهمان في تشكيل إدراك الفرد وتقييمه لحياته ورضاه عنها. " (شعبان و وفاء، 2008، ص.ص 401-402).

ويبقى التعريف المتكرر في الأدبيات العلمية الذي اقترحه فريق نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة World Health Organization Quality of Life Group (1995) الذي عرّف نوعية الحياة على أنها "إدراك الفرد لمكانته في الوجود، في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها وذلك في إطار العلاقة مع أهدافه، توقعاته، معاييرها وانشغالاته." (WHOQOL Group, 1998, p. 551)

وتشير (Lourel 2007) أنّ التعريف الذي قدمته المنظمة العالمية للصحة ميّز بين 06 مجالات لنوعية الحياة: الصّحة الجسدية، الصّحة النفسية، استقلالية الفرد، العلاقات الاجتماعية، المحيط، الجانب الروحي والمعتقدات الشخصية، فيتعلق الأمر بوجهة ذاتية واجتماعية التي تسمح بإدماج مختلف الأنظمة المركبة التي توضح الرابط بين الفرد والمحيط العام والآني الموجود فيه، وهذا التوجه الشمولي يأخذ بعين الاعتبار ديناميكية التفاعلات بالإضافة إلى التركيبات المرتبطة بالمحيط والفرد على طريقة التقييم الذاتي والغيري لنوعية الحياة.

و اعتبرت (2002) Bruchon -Sweitzer أنّ نوعية الحياة كثيرا ما يتم خلطها مع نوعية الحياة المرتبطة بالصّحة والتي ترتبط بوجود وغياب المرض.

وحسب مركز مراقبة الأمراض والوقاية منها Centre Disease Control and Prevention CDC (2000) فإنّ نوعية الحياة المرتبطة بالصّحة هو: مفهوم متعدد الأبعاد تطور منذ سنوات 1980 يضم مختلف الجهات التقييمية للحياة التي تمس الصّحة الجسمية والعقلية والترابطات الموجودة بينها كالخطر والأمراض الحالة الوظيفية والسند الاجتماعي. نقلا عن (HAS, 2013, p.6)

فالملاحظ أنّ مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم شمولي مّوسع يضم بصفة مركبة الصّحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، درجة استقلاليته، معتقداته الشخصية وعلاقته مع خصوصيات محيطه، وهو ما يجعله يضم في حد ذاته مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصّحة التي وإن كانت تقييم و جهات مختلفة إلا أنّها تبقى مرتبطة بالحالة الصّحية. والمفهوم الشمولي لنوعية الحياة يدّل على تعدد وتشعب خلفياته ويكشف على أنه وليد تفسيرات نظرية مختلفة.

3-النماذج النظرية المفسرة لنوعية الحياة

يعتبر بعض الباحثين أمثال (Fischer 2002) أن نوعية الحياة تأثرت بأربع تيارات أو تناولات مختلفة : التناول الفلسفي ، النفسي الاجتماعي، السياسي، وأخيرا التناول الطبي، - وهي التناولات التي سبق الإشارة إليها عند عرض تطور مفهوم نوعية الحياة، التي تُعد بمثابة الخلفية النظرية-، إلا أنه ومع مطلع ثمانينات القرن الماضي قام بعض الباحثين بوضع نماذج لتفسير نوعية الحياة وتحديدها بدقة متعمدين على مفاهيم معيارية، وهي النماذج التي نُسبت لأصحابها لا لتيار أو تناول معين، غير أنه ونظرا لتعدد أبعاد نوعية الحياة (عوامل مرتبطة بالمحيط، الدخل المادي، أساليب الحياة، ومختلف وجهات الحياة) فلم يقع إجماع الباحثين على تفسير محدد وتبعاً لذلك ظهرت نماذج مختلفة:

3-1- نموذج Bubolz (1980)

اعتبر (Bubolz et al. 1980) أن نوعية الحياة ترتبط بدرجة استعمال الفرد لمصادر المحيط وإشباع مختلف حاجاته البيولوجية، الجسدية، الاقتصادية، والاجتماعية، فهذا النموذج هو نموذج بيئي يركز على المبادئ العامة للبيئة، والمفهوم الواسع لنوعية الحياة يصف رفاهية أو عدم رفاهية الأفراد في البيئة أو المحيط الذي يعيشون فيه، ومن وجهة نظر الفرد فإن نوعية الحياة تعبر عن درجة تحقيق أو إشباع حاجياته القاعدية، وقدرة المحيط على توفير المصادر التي يحتاجها لإشباع تلك الحاجيات. فحسب هذا التوجه نوعية الحياة الجيدة ترتبط بدرجة قدرة المحيط على توفير المصادر الضرورية من أجل إشباع حاجيات الأفراد. أما عن كيفية تقييم نوعية الحياة فيتم بصفة معيارية وذلك إما بالاستناد على معيار يتعلق بالحاجات المطلوب إشباعها، أو بمعيار يتعلق بالموارد المطلوبة .

وما يمكن ملاحظته هو أنّ هذا النموذج يعطي أهمية بالغة للمصادر البيئية في إشباع حاجيات الأفراد، فهو نموذج ينظر إلى نوعية الحياة من زاوية موضوعية بحثة دون الاهتمام بإدراكات الأفراد ومكانتهم في المحيط البيئي.

3-2- نموذج Bigelow (1982)

يتم الوصول إلى مستوى جيّد من نوعية الحياة عندما يستطيع الفرد إشباع الحاجيات الخمس المذكورة في هرم Maslow مع أداء مختلف الأدوار بكفاءة. (Bigelow et al., 1990)

فحسب أنصار هذا النموذج فإن نوعية الحياة تتركز على إشباع الحاجيات والمتطلبات التي يفرضها المجتمع على أفرادها، ويتم إشباع هذه الحاجيات بفضل الفرص التي تتيحها البيئة الاجتماعية من خلال ممارسة المهارات النفسية القاعدية (القدرات، المعارف، الإدراك، السلوك...)، فهذا النموذج يركز على وجهتين نظريتين: نظرية نوعية الحياة، ونظرية الأدوار، ومن ثمة فإن نوعية الحياة تتركز على عنصرين: الإحساس العام بالرفاهية (إشباع الحاجات)، والكفاءة (تحقيق المهارات). فالإحساس العام بالرفاهية يكون من خلال إشباع الحاجات حسب هرم Maslow (1943) وهي الحاجات القاعدية (الفيزيولوجية والحاجة إلى الأمن)، الحاجة إلى الانتماء، الحاجة إلى التقدير والاستقلالية، وأخيرا تحقيق الذات، ويقوم المحيط بمنح الإمكانيات لإشباع تلك الحاجات، إمكانيات مادية (أكل، سكن)، اجتماعية (عمل، أصدقاء، زواج). أما عن الكفاءة فتترجم من خلال أداء الفرد لمختلف الأدوار بعد إشباع حاجاته بموجب المهارات المعرفية، العاطفية، السلوكية والإدراكية (Mercier et Filion, 1987).

خلافا للنموذج الأول فإنّ هذا النموذج لم يهمل إدراك الفرد للمكانة التي يحتلها في محيطه من خلال الأدوار التي يقوم بها بعد إشباع حاجياته الموضوعية، إلا أنه يبقى

نموذج محدود نظرا لربط الجوانب الانفعالية والنفسية بالجوانب الوظيفية أي للقيام بأدواره وليس بالرفاهية والرضا.

3-3- نموذج Reich et Zautra (1983-1984)

يرتكز هذا النموذج على أنّ فكرة نوعية الحياة تعتمد على الأثر المعرفي والعاطفي للتجارب المعاشة من قبل الفرد أي الإحساس والتقييم الذي يتبناه الفرد: كمفهوم الاستقلال للاختيار والعمل، القدرة على رقابة الأحداث، القدرة على إدماج حاجاته ورغباته وهو ما يؤثر بدرجة كبيرة على نوعية الحياة، فالمبدأ النظري لهذا النموذج هو التحكم المعرفي والأسباب الداخلية والخارجية التي تشجع على القيام ببعض السلوكات، فالفرد يقوم ببعض الأشياء لأنه يرغب فيها، فاستقلالية الاختيار لها أثر مهم على كيفية تفسير وسيرورة حياته. ومن الناحية العملية فإن الدور الذي تلعبه الأحداث في نوعية الحياة تعتبر كسيرورة تقييمية متكونة من ثلاثة مكونات، فيحتوي المكون الأول على نوعين من الأحداث : متطلبات المحيط ، ورغبات الأفراد ، أما عن المكون الثاني فيمثل الاستجابات المقدّمة لتلبية المتطلبات، في حين يمثل المكون الثالث رضا الفرد أو عدم رضاه اتجاه تلك الأحداث والاستجابة المقدّمة. (Mercier et Filion, 1987)

الملاحظ أنّ هذا النموذج أولى أهمية بالغة للجانب المعرفي والانفعالي على حساب شروط الحياة المادية والموضوعية، وارتكز أساسا على الوجهة الذاتية لنوعية الحياة، فهو نموذج أحادي البعد مثله مثل النموذج الأول - نموذج Bubolz - الذي اهتم بالوجهات الموضوعية.

3-4- نموذج Abbey et Andrews (1985)

الإطار النظري المقترح من قبل Abbey et Andrews يربط بين الرفاهية المدركة، المفاهيم الخاصة بحركة المحدّات الاجتماعية بالإضافة إلى المفاهيم المدروسة في علم النفس، وقد اعتمد Abbey et Andrews لبلورة نظريتهم على أعمال Costa et Mc Crea ، Duppy، و Kamman et al. ويقترح Abbey et Andrews أنّ تفاعل الأفراد مع العالم الاجتماعي يؤثر على عدد من العوامل النفسية والتي بدورها تؤثر على الحالات الداخلية (الاكتئاب، القلق) وتؤدي بالنتيجة إلى الرفاهية أو عدم الرفاهية، فيستند هذا النموذج على التفاعل الموجود بين مختلف المفاهيم: نفسية اجتماعية (ضغط ، تحكم داخلي - ضبط الفرد لحياته الخاصة- ، تحكم خارجي - ضبط الآخرين لحياته، سند اجتماعي، و كفاءة)، مفاهيم نفسية (اكتئاب، قلق)، بالإضافة إلى مفهوم نوعية الحياة. واستنادا لذلك يرتبط المستوى الجيد لنوعية الحياة مع التحكم الداخلي والسند الاجتماعي، في حين يرتبط المستوى المتدني مع الضغط ، والتحكم الخارجي، عن (Mercier et Fillion, 1987).

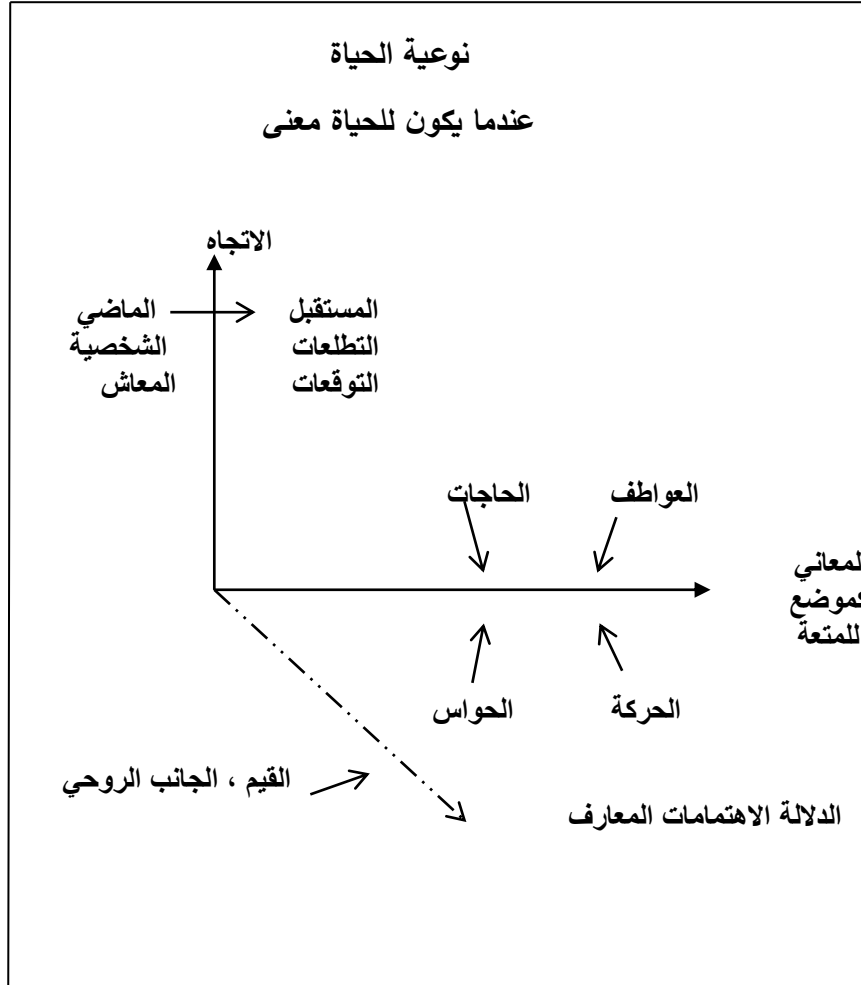
إنّ هذا النموذج يقترب إلى حدّ بعيد للنموذج الشمولي المعتمد عليه حاليا في تفسير نوعية الحياة كون أنّه أخذ بعين الاعتبار التفاعلات التي تحدث بين مختلف المحدّات الاجتماعية والمفاهيم النفسية الاجتماعية.

3-5 نموذج Corten (1998)

أشار Corten (1998) بعد إجرائه معاناة عامة للأدبيات الخاصة بنوعية الحياة انطلاقاً من 1.927 مقال أنجلو سكسوني، أنّ نوعية الحياة تأثرت بثلاث تيارات مفاهيمية: التيار السياسي، الذي بدأ انطلاقاً من الدراسات التي اهتمت بمحددات موضوعية محضة، أين تبين فيما بعد عدم وجود ارتباطات بين الشروط الموضوعية الملاحظة ومعاش الأفراد، مع عدم وجود ارتباط بين التقييمات للملاحظ الخارجي وانطباع الفرد الذاتي، وهو ما دفع بالاهتمام بمحددات ذاتية، ثم ظهر التيار الثاني المتمثل في التيار الطبي، الذي ظهرت معه نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والتي اهتمت أساساً بالأعراض، الاضطرابات الوظيفية والمعاناة، وأخيراً التيار النفسي الذي اعتمد على مفاهيم نفسية معرفية الذي ظهرت معه نوعية الحياة العامة والتي اهتمت بالمحددات الذاتية.

وخلص إلى اقتراح نموذج لنوعية الحياة يرتكز على "المعنى" مشيراً أنّ الحياة ذات نوعية هي الحياة التي لها معنى، ويجب النظر إلى المعنى في جميع معانيه: المعنى كموضع للتمتع الذي يضم العواطف والحاجات، بالإضافة إلى الحواس (السمع، النظر، الذوق) والحركة (المشي، الرقص، الاسترخاء)، المعنى كمعاني دالة تضم القيم، الاهتمامات، ولكن أيضاً الجانب الروحي، وأخيراً المعنى كطريق رابط بين الماضي (قصة الفرد، معاشه وشخصيته) والمستقبل (تطلعاته وتوقعاته)، مثلما هو موضح من خلال الشكل الآتي :

نموذج نوعية الحياة حسب طرح (Corten,1998)



الملاحظ من خلال هذا النموذج أن Corten اعتمد على التيارات السالف الإشارة إليها (المحيطة، الطبية الصحية، الذاتية النفسية) مع إضافة بعد المعنى الذي يربط الماضي بالمستقبل، ومنه فالنماذج المعاصرة Abbey et Andrews، و Corten أصبحت تهتم بوجهات عديدة ومختلفة جعلت من نوعية الحياة مفهوم متعدد الأبعاد والعوامل يحمل في أن واحد الوجهات الموضوعية المحيطة، والذاتية الخاصة بالفرد وآفاقه.

4- وجهات نوعية الحياة

ترتكز نوعية الحياة على العديد من الواجهات، وهذه الواجهات تجعل من المفهوم متعدد الأبعاد فهي تقوم على وجهات موضوعية (ظروف الحياة، الصحة الوظيفية) وأخرى ذاتية (الرضا، السعادة، الرفاهية) تشمل العديد من المحددات، فنوعية الحياة مرتبطة بشمولية الفرد وبتطوره في محيطه وقيمة هذه الواجهات متغيرة عبر الزمن ومن فرد لآخر (HAS, 2013).

ويمكن إجمال مختلف الواجهات المكونة لنوعية الحياة في الواجهة الموضوعية، الواجهة الذاتية، والواجهة شمولية التي تجمع بين الذاتية والموضوعية:

4-1- الواجهة الموضوعية لنوعية الحياة

تعد الواجهة الموضوعية لنوعية الحياة الواجهة الأولى التي ساهمت في ظهور مصطلح نوعية الحياة وهي تتعلق بمجموع شروط الحياة المتعلقة بمحددات اقتصادية واجتماعية كالدخل، مستوى التعليم، البطالة، الحالة الصحية، الحصول على الخدمات وغيرها من المحددات، و يرى (Rousseau, 1988) أنه يتم تقييم نوعية الحياة من خلال مقارنة ظروف حياة فرد ما بظروف متوسطة أو عادية ملاحظة في مجتمع معين، ومفهوم نوعية الحياة الموضوعي يفترض استعمال معايير مقياسية، ويفضل Harvey, Pellettier et Martin Laval الاستعمال الفعال للمصادر عوض مجرد توفر هذه المصادر أو غيابها، نقلا عن (Rondal et Comblain, 2001).

فالواجهة الموضوعية تتعلق بالمتطلبات الثقافية والاجتماعية المتعلقة بالمسائل المادية، الأحوال الاجتماعية، والرفاهية الجسدية.

والنموذج الطبي يعطي أهمية لقدرات الفرد على قيامه بحاجياته اليومية وإشباع العلاقات الاجتماعية والمهنية فهذه الواجهة تعتبر نوعية الحياة أنها تتعلق بتقدير ورضا المريض عن المستوى الفعلي - أي الوظيفي - مقارنة مع ما هو ممكن أو مثالي، إلا

أنه والجدير بالذكر أنّ الأحكام حول القدرات الجسدية والمهارات ما هي إلا نسبية كما أن التمرکز حول المحتوى الوظيفي (العمل، الحياة الجنسية ، نشاطات جسدية) يضم أسئلة لا يمكن أن تنطبق على جميع المرضى، فقد يكون للأفراد تقييم جيد حول نوعية حياتهم بالرغم من حدود قدراتهم الجسدية (Fernandez-Petite, 2007)، وهو الأمر الذي دفع بالباحثين بالاهتمام بوجهة أخرى والمتمثلة في الواجهة الذاتية .

4-2-الواجهة الذاتية لنوعية الحياة

يرى معظم الباحثين أنّ نوعية الحياة لا تقتصر على المصادر الموضوعية (ظروف المعيشة، الحالة الصحية...) فلا بد أن تضم المصادر المعاشة من قبل الفرد والتي تكون مرضية حسب الحاجات، الرغبات والطموح، فأحيانا الفرق بين الواقعي والمدرک يكون مهم، وبصفة عامة نوعية الحياة الجيدة تتوافق مع إحساس عام بالرضا في مختلف ميادين الحياة (Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014)، وتشير Mercier (1993) أنّ معظم الباحثين الذين اهتموا بنوعية الحياة الذاتية، خلصوا إلى أنّ الحكم على نوعية الحياة العامة أو الميادين المكونة لها تقوم على مبدأ المقارنة بين ما هو كائن (الوضعية الحالية) ، وما يجب أن يكون (التطلعات).

وبدأ الاهتمام بالتناول الذاتي لنوعية الحياة بعد إدماج مفهوم الرضا والرفاهية الذاتية، فالرضا كمكوّن لنوعية الحياة ينطبق على العوامل المدركة والعوامل الذاتية، فالفرد يقيّم وضعيته بنفسه، وهذا التناول مهمّ لأنه يرتكز على تصوّر تجربة الحياة فهو لا يقتصر على تقييم الإشباع أو التفاؤل العام، ولكن يأخذ بعين الاعتبار الصورة أو تقدير الذات، القدرة على التعبير على الانفعالات، التعلق، الميولات، الرغبات والطموح (Rondal et Comblain, 2001)، ففي سنة 1980 لاحظ Andrews et Mc Kennel أنّ قياس الرضا هو المؤشر الأكثر مصداقية يضم الواجهات العاطفية والمعرفية لنوعية الحياة، بينما الرفاهية الذاتية هي مؤشر اجتماعي، ثم قام Campbell et al. سنة 1989

باقترح أنّ نوعية الحياة ترتكز على فكرة الرضا بالإضافة إلى مختلف ميادين الحياة، نقلا عن (Beumanoir et Roger, 2007). ويشير (Ferrans et Powers, 2007) أنّ مجلة Psychological Abstract أوردت قائمة لأكثر من 400 دراسة ابتداء من سنة 1965 التي قيّمت وجهات الرضا عن الحياة لدى مختلف الفئات العمرية، وتم التوصل بموجب تلك الدراسات أن الرضا هو المحدد الأكثر أهمية لنوعية الحياة. ولاحظت (Mercier, 1993) أنّه في إطار الدراسات الوصفية اهتم الباحثون بالمتغيرات المرتبطة بالتقييم الايجابي لنوعية الحياة العامة، وقد تبين أنّ الادراكات الذاتية لبعض ميادين الحياة كان تأثيرها على الرضا عن الحياة أكبر من الخصائص السيسوديوموغرافية أو الشروط الموضوعية للحياة، ومن بين الميادين التي كان لها وزن أكبر على تقدير الحياة بصفة عامة هي الرضا عن الصحة، استغلال الوقت (عمل، انشغال رئيسي و ترفيهات)، والعلاقات الاجتماعية.

فالبعد الذاتي يوحي إلى رفاهية الفرد ورضاه عن محيطه، ونوعية الحياة الذاتية لا يمكن أن تفهم بطريقة جيّدة إلا من خلال التوضع في وجهة المريض والألم هو المثال الكلاسيكي عن ذلك، فنوعية الحياة الذاتية توحى إلى ميدان التجربة المعاشة داخليا من قبل الفرد حتى وإن كانت متأثرة بوضعية ملموسة فهي تتعلق أيضا بالاستثمار الشخصي لكل فرد في تلك الوضعية، ومن ثمة فلا يمكن حصر نوعية الحياة الذاتية في تقييم الصحة (تناول طبي) أو إلى ظروف مادية للحياة (تناول اجتماعي، اقتصادي)، فتقييم نوعية الحياة الذاتية لا يمكن أن يرتكز فقط على تقييم مستوى المهارات في نشاطات الحياة اليومية ولكن كلّ ما يمكن أن يقوله المريض (Fernandez-Petite, 2007). كما تعتمد الواجهة الذاتية لنوعية الحياة على كيفية تقدير الفرد للحياة سواء كان تقدير ذاتي (تقدير المريض لحياته) أو تقدير من الغير (العائلة، الطبيب)، واستنادا لذلك اقترح (Gerin et al. 1994) بضرورة التمييز بين نوعية حياة الفرد *Qualité de vie du*

sujet، ونوعية الحياة الذاتية *Qualité de vie subjective*، فنوعية حياة الفرد تشير إلى تقدير خبير خارجي عن كيفية عيش الفرد داخليا، أي حياته الحالية، أما عن نوعية الحياة الذاتية تشير إلى تقدير الفرد بذاته عن كيفية عيشه داخليا أي حياته الخاصة الحالية. نقلا عن (Beaumanoir et Roger, 2007)

ومنه فالوجهة الذاتية لنوعية الحياة أخذت بعين الاعتبار عامل مهم أهملته الوجهة الموضوعية والتمثل في إدراك الفرد وكيفية تقديره للحياة بصفة عامة، فضلا عن اهتمامها بالجوانب النفسية لاسيما الرضا العام، ومستوى التكيف وهو ما يكمل الجانب الموضوعي، إلا أنه لا يمكن الاعتماد على هذه الوجهة بمفردها لتقدير نوعية الحياة طالما أن النماذج المعاصرة المعروفة بالنماذج الشمولية أو المتعددة العوامل عدلت عن التفكير الثنائي الفاصل بين النفس والجسد تارة، والشروط الذاتية والموضوعية تارة أخرى وأضحت تعتمد على تناول يضم جميع المكونات المذكورة آنفا.

4-3-الوجهة الشمولية

يجمع أغلبية الباحثين حاليا على أنّ نوعية الحياة تضم الوجهات الموضوعية والذاتية في آن واحد وأن هاتين الوجهتين هي محدّات ذات مصداقية، وتشير (Bruchon-Sweitzer et Boujut (2014) أنه في مختلف التناولات (العلوم الاجتماعية، الاقتصاد) نوعية الحياة تُعرّف كمفهوم شمولي لا يقتصر على الحالة الصّحية ولا على مستوى الحياة وإنّما تشمل ميادين أخرى علائقية واجتماعية على وجه الخصوص (المحيط، العائلة، المهنة، الحياة الجنسية...). فخلافا للتوجه الأحادي - الموضوعي أو الذاتي- فإنّ الوجهة الشمولية لا تعارض بين المكوّنات الذاتية والموضوعية لنوعية الحياة، بل تعتبرها مكوّنات تكميلية، واستنادا لذلك أضحي مفهوم نوعية الحياة يضم محدّات ذاتية وموضوعية في آن واحد.

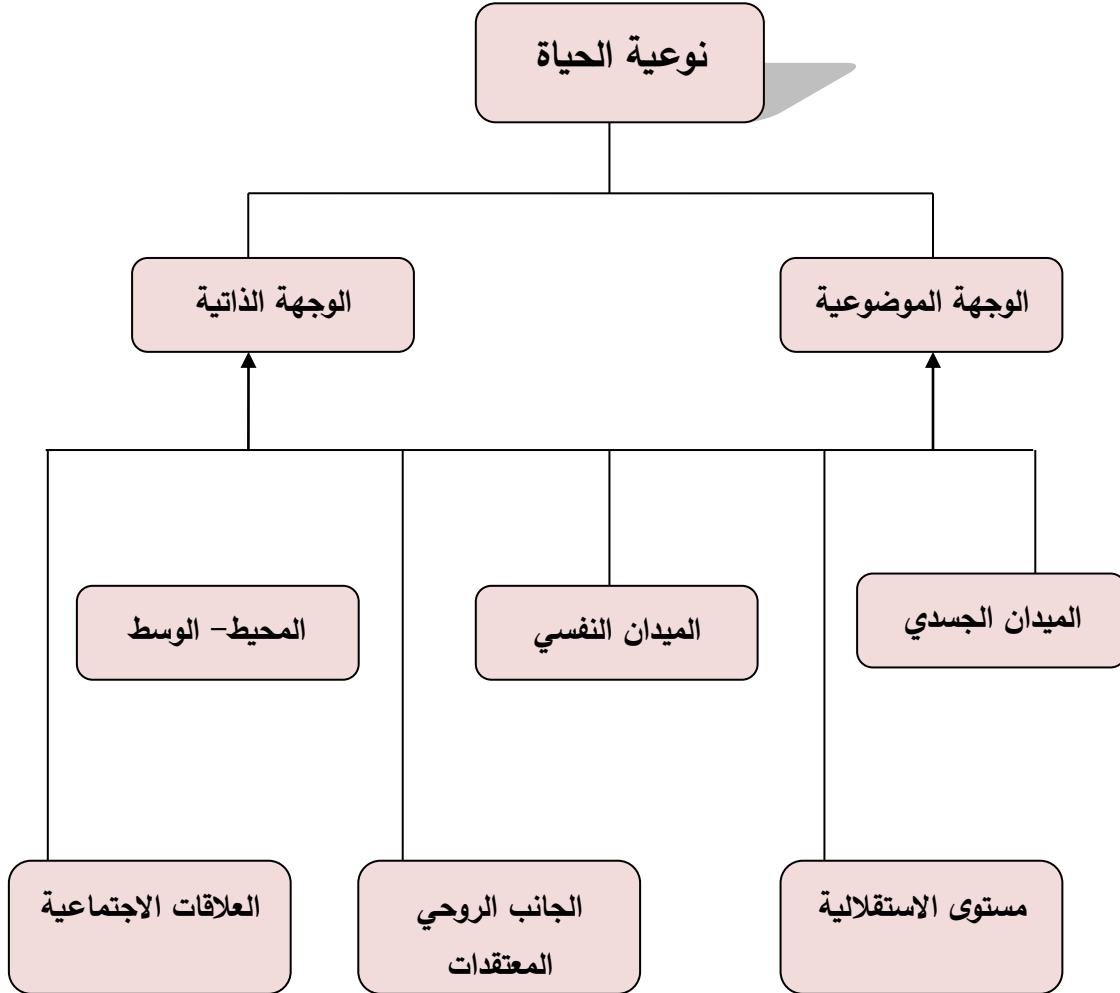
إلا أن التساؤل المطروح يكمن في: كيف يتم تنظيم مختلف المحددات ضمن نموذج عام لنوعية الحياة؟، وبمعاينة الأدبيات تبيّن وجود وجهتين شموليتين:

➤ يرتكز أحدها على تبني وجهة شمولية إدماجية Intégrative Additive كالوجهة التي تبناها فريق نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة WHOQOL Group (1995) الذي اعتبر نوعية الحياة بأنها مفهوم مركب يتأثر بصفة معقدة بالصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى استقلالته وعلاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه. وهو مفهوم شامل استند عليه Urzùa et Caqueo- (2012) لوضع نموذج نوعية الحياة كما هو واضح من خلال الشكل المبين أدناه. وبالرغم من شمولية هذا التوجه إلا أنه يبقى ثابت نسبياً، (Bruchon- Sweitzer et Boujut, 2014).

➤ أما عن الوجهة الثانية هي وجهة شمولية ديناميكية Intégrative dynamique تأخذ بعين الاعتبار التفاعل الموجود بين الفرد ومحيطه وذلك من خلال التقييم المتعدد الأبعاد الذي يقوم به الفرد، التفاعلات والعلاقات التي يقيمها مع محيطه. فيعتبر بعض الباحثين نوعية الحياة مجموعة من الأبعاد تختلف أهميتها باختلاف الأفراد، وهذه الوجهة الشمولية تأخذ بعين الاعتبار ديناميكية التفاعلات بالإضافة إلى المكونات المحيطة والذاتية المقيمة ذاتياً ومن قبل الغير. والشكل الآتي يبين الوجهة الشمولية الإدماجية لنوعية الحياة:

وجهة شمولية لنوعية الحياة تعريف (OMS (1995

حسب طرح Urzùa et Caqueo-Urizar عن (Bruchon -Sweitzer et Boujut, 2014)



وفي البحث الحالي سيتم تبني مفهوم الواجهة الشمولية الإدماجية لنوعية الحياة التي اعتمدها فريق نوعية حياة المنظمة العالمية للصحة طالما تم الاعتماد على المقياس المعد من قبل هذا الفريق -مقياس WHOQOL-Bref-26-، أما عن مسألة التفاعل بين مختلف المتغيرات فسيتم التطرق إليها من خلال تناول نوعية الحياة مع مختلف متغيرات البحث الأخرى.

5- ميادين نوعية الحياة

حتى وإن لم يكن إجماع بين الباحثين حول عدد الأبعاد المكوّنة لنوعية الحياة، إلا أنّ إجماعهم وقع على أنّ مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد، والتعريف المقدم من قبل المنظمة العالمية للصحة يرتكز على أبعاد قد تم الاتفاق عليها إلى حدّ كبير في الأدبيات العالمية والتي تضم في مجملها الميدان الجسدي، النفسي، الاجتماعي والمحيطي:

5-1- الميدان الجسدي لنوعية الحياة

يتفرع هذا الميدان إلى مجالين: الصّحة الجسدية (الحالة الصحية)، والقدرات الوظيفية (الاستقلالية) والتي تتفرع بدورها إلى مكونات أكثر دقة، فالحالة الصّحية تضم الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض ومختلف المؤشرات البيوطبية. أما عن القدرات الوظيفية فهي تضم الحالة الوظيفية، الحركة، النشاطات اليومية مع درجة الاستقلالية أو التبعية (Bruchon –Sweitzer et Boujut, 2014). واستنادا لذلك يمكن قياس الوجهتين (الصحة الجسدية والقدرات الوظيفية) بأسلوبين: الأول : خارجي (طبي) الذي يقيم بأكثر صفة موضوعية ممكنة الصحة الجسدية والقدرات الوظيفية، والأسلوب الثاني داخلي (ذاتي) يتعلق بتقييم المريض لحالته من أجل تحديد تصوراتته، إدراكاته، معاشه الذاتي الخاص بالصحة، وهذا التقييم يعبر عن رضا الفرد عن حياته. (Montreuil et al., 2009)

5-2- الميدان النفسي لنوعية الحياة

يضم هذا الميدان مختلف إحساسات الفرد ويتفرع إلى وجهات أكثر خصوصية فهو يضم مختلف الإحساسات الايجابية والسلبية، القدرات المعرفية: كالتفكير، الذاكرة، التعلم، التركيز، كما يضم سيرورات تقييمية كتقدير الذات، الرضا عن الذات وعن قدراته، الرضا عن صورة الذات (Bruchon –Sweitzer et Boujut, 2014).

ويشير (Montreuil et al., 2009) أنّ أغلبية الباحثين يعتبرون التقييم الايجابي لهذا المكوّن أو الميدان يكون عندما يضم الانفعالات والحالات العاطفية الايجابية، في حين يعتبر البعض الآخر أنّ ما يعبر عن هذا الميدان هو غياب العواطف السلبية، ويضيف أنّ هذا التوجه يقترب من مفاهيم الصحة النفسية والرفاهية الذاتية التي هي مفاهيم تتسم بالعمومية باعتبار أنّها تضم سيرورات معرفية كالرضا عن الحياة، كما يوجد توجه ثالث الذي يقيّم هذا الميدان من خلال وضع المكون النفسي ضمن مفاهيم ديناميكية كالتطور الشخصي، تحقيق الذات مع الأخذ بعين الاعتبار الإبداع، إعطاء معنى للحياة، الحياة الروحية، فهم العالم.

5-3-الميدان الاجتماعي لنوعية الحياة

تشكل العلاقات والنشاطات الاجتماعية الميدان الرئيسي الثالث لنوعية الحياة، وعادة ما يتم مقارنة حياة اجتماعية كثيفة بالانعزال والانسحاب الاجتماعي في العديد من المجالات: العائلية، المهنية، الصداقة والمواطنة، ويفترض السير الاجتماعي الأمثل وجود شبكة من العلاقات تكون كافية من حيث الكمية (الاندماج الاجتماعي) والنوعية (الحميمية، التبادل). (Montreuil et al., 2009).

5-4-الميدان المحيطي لنوعية الحياة

تم إدماج المحيط في بعض مقاييس نوعية الحياة كما هو الحال في المقياس المعدّ من قبل المنظمة العالمية للصحة WHOQOL-100 وكذا النسخة المختصرة WHOQOL-Bref-26، فالمحيط يضم ميادين فرعية يتعلق بعضها بالرفاهية المادية (الدخل، نوعية السكن)، والبعض الآخر يتعلق بالرفاهية الاقتصادية بالبلد، المدينة أو الحي (الحرية والأمن، الحصول بسهولة على العلاج ونوعية العلاجات، الجو، الضجيج، النقل)، أما عن ميادين الرفاهية المقترحة من قبل علم النفس الايجابي (تحقيق

الذات، معنى الايجابي للحياة) فهي تنطبق مع المحتويات الايجابية للميدان الجسدي، النفسي والاجتماعي لنوعية الحياة (Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014).

ومنه فمفهوم نوعية الحياة أصبح مفهوم عام يتسم بالشمولية يأخذ بعين الاعتبار مختلف وجهات الفرد: الداخلية والخارجية، الشخصية والمحيطية، الصحية والوظيفية، النفسية والاجتماعية، المادية والمعنوية قصد إعطاء تقدير محدد للفرد لمكانته في الوجود، وبما أنّ هذا المفهوم هو مفهوم مركب يتأثر بصفة أو بأخرى بالحالة الصحية والقدرات الوظيفية فعادة ما تكون نوعية حياة بعض المرضى متدنية كما هو الحال لدى مرضى الفيبروميالجيا.

6-نوعية حياة المريض الفيبروميالجي

أصبحت نوعية الحياة من بين المؤشرات الدالة عن محصل الحالة الجسمية، النفسية، المحيطية والاجتماعية في مختلف ميادين الحياة، من بينها الميدان الصحي. وأضحى الاهتمام بنوعية حياة المرضى لأسباب عديدة، من بينها: تحديد تأثير المرض على النشاط المهني، الاجتماعي والشخصي للمريض وعلى حياته اليومية، تحديد أثر العلاجات على نوعية الحياة، والبحث عن الأسس العلاجية التي تساهم في تحسينها، المقارنة بين مختلف الأساليب العلاجية، تحديد نوع المشاكل التي تنشأ لدى المرضى من نمط معين، وغيرها من المعلومات التي يمكن الحصول عليها والتي تمكن أصحاب القرار من انتهاز الأساليب الملائمة لتحسين نوعية حياة المرضى (شيلي تايلور، 2008). وفي مجال الفيبروميالجيا اهتمت العديد من الأبحاث والدراسات بالكشف عن نوعية حياة هذه الفئة المرضية، أين توصلت عموماً إلى وجود إدراك ضعيف للمريض عن نوعية حياته، نظراً لوجود العديد من الإشكاليات التي لا تزال غامضة، بالإضافة إلى الانعكاسات السلبية التي يخلفها المرض على مختلف الأبعاد والمستويات.

فرغم أنّ للفيبروميالجيا كيان طبي خاص بها إلا أنها لا تزال مرض مبهم الأسباب والأبعاد، الأمر الذي يدفع بعدم وضع التشخيص إلا بعد مدّة طويلة بل قد يتطلب الأمر عدّة سنوات في بعض الأحيان، وخلال تلك المدّة يلجأ المرضى إلى إجراء العديد من الفحوصات الطبية (طبيب عام، طبيب الروماتيزم، أطباء من اختصاص آخر...) ، نظراً أنّ هؤلاء المرضى يعتبرون كحالات معقّدة من جهة فضلاً عن وجود العديد من الاضطرابات والتناذرات المصاحبة لهذا المرض (Nacu et Benamouzig, 2015)، وهو ما يؤثر سلباً على نوعية حياتهم. فقد كشف التحقيق الابدئيمولوجي الذي قامت به Jasson (2007) إلى أنّ مرضى الفيبروميالجيا يعانون من الشرود الطبي، وقد يدوم الأمر من سنتين إلى خمسة عشرة سنة قبل وضع التشخيص ويمكن للمرضى استشارة أكثر من 10 أطباء. وبصفة عكسية فإن وضع التشخيص الايجابي للمرضى - تشخيصهم بالفيبروميالجيا- يحسّن من حالتهم ومن مستوى رضاهم ، مع التقليل من اللجوء للمصحات والخدمات الصحية (Choy et al., 2010). كما أنّ استمرارية الأعراض على مدار عدّة سنوات مع عدم نجاعة العلاجات يؤدي إلى التأثير السلبي على المستوى الاجتماعي والاقتصادي لهؤلاء المرضى (Dumolard et Juvin , 2003) . ونظراً لغياب الإصابة العضوية، والعلامات الإشعاعية أو البيولوجية في الفيبروميالجيا عادة ما يقوم المرضى بربط الشكاوي التي يعانون منها بسياق نفسي جسدي وهو ما يؤدي إلى إحباط مشترك من جانب المرضى والمعالجين، يضاف إلى ذلك الجدل القائم حول أصل الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الفيبروميالجي هل تشكل سبب أو نتيجة أو الاثنين معاً، مع عدم تحديد طبيعة الفيبروميالجيا هل هي مرض أو تناذر . (Nacu et Benamouzig, 2015) فكل هذه الأسباب يكون لها تأثير سلبي على مختلف جوانب وميادين حياة المريض.

فتشكل الفيبروميالجيا إعاقة حقيقية في شتى مجالات الحياة فالألم، التعب، اضطرابات النوم، الوهن العضلي، بالإضافة إلى الاضطرابات المعرفية لا يقتصر أثرها على الحدّ من نشاطات الحياة اليومية والمهنية فحسب بل يمتد إلى المساس بالجوانب الاجتماعية لما تسببه من انسحاب وعزلة لدى هؤلاء المرضى (Guino et al., 2015) ، فتم معاينة أنّ الشبكة الاجتماعية لمرضى الفيبروميالجيا أصغر مقارنة مع شبكة الأصحاء نظرا لمعاناتهم من حالات الاكتئاب والانطواء على الذات، ودراسة Wolfe بيّنت وجود نسبة انتشار الطلاق لدى هؤلاء المرضى مقارنة مع المجموعة الضابطة (Dumolard, et Juvin , 2003)، كما أثبتت (Jasson (2007 من خلال تحقيقها الذي تم إجراؤه على عينة متكونة من 1993 فيبروميالجي أنّ 54% من أفراد العينة يعانون من اضطراب الحياة الأسرية. وفي مجال الصّحة الجسدية والقدرات الوظيفية تم معاينة أنّ 40 إلى 90% من المرضى يجدون صعوبات للقيام بنشاطات الحياة اليومية، حوالي 40 إلى 50% يصعب عليهم استعمال الأدراج، صعوبات في المشي تتراوح من 11 إلى 29%، صعوبة أو استحالة الجري لدى 60 إلى 74 %، إلى غيرها من الصعوبات الأخرى (Guino et al ., 2015) . وتم تسجيل وجود تثاقل للقيام بالنشاطات المهنية، صعوبة للقيام بالحركات، وعدم الالتزام بمواقيت العمل مع تزايد الغياب، وحسب المقالات المنشورة فإن نسبة العجز المهني تتراوح بين 25 و 50 (Dumolard et Juvin , 2003)، وتشير (Jasson (2007 إلى أن الانعكاسات المهنية تختلف باختلاف نوعية العمل المؤدى. وكشف التحقيق الذي قام به (Choy et al. (2010 على عينة متكونة من 800 مريض بالفيبروميالجيا، تحقيق شامل لـ 08 دول (04 دول أوروبية، بالإضافة إلى المكسيك وكوريا الجنوبية) ، أنّ الألم، التعب، اضطرابات النوم وصعوبة التركيز من الأعراض الأساسية للمرض، و تبين أنه كلما قيّم المرضى مستوى الألم المنتشر من "معتدل" ، "شديد" ومتوسط الأعراض "معتدل" " شديد" كلما كان التأثير أكبر على حياتهم في مختلف المجالات ، وتبين أن 22% من المرضى كانوا غير

قادرين على العمل بتاتا، 25% منهم غير قادرين على العمل بصفة دائمة، انتظار المرضى متوسط سنة قبل اللجوء إلى الفحص الطبي، انتظار مهلة 02 إلى 03 سنوات مع زيارة العديد من الأطباء قبل الحصول على تشخيص ايجابي، إبداء هؤلاء المرضى صعوبة التواصل مع الأطباء حول أعراضهم، و35% غير راضين عن العلاج المتعلق بتخفيض الألم.

استنادا لنتائج مختلف الأبحاث يتبين أن نوعية حياة الفيروميالجي هي نوعية متدنية وهو ما يتطلب أن يكون التكفل بالمرضى تكفل متعدد التخصصات ومتعدد الأبعاد وكذا البحث عن العوامل الوقائية التي تساعد المريض في التكيف مع الألم، التعب ومخلفات المرض السلبية من شأن ذلك أن يقلل من التأثير السلبي للمرض على مختلف الجوانب السالف عرضها.

خلاصة

تعتبر نوعية الحياة مفهوم مركب متعدد العوامل وقابل للقياس من الناحية العلمية، وأضحى هذا المتغير يتمتع بمكانة هامة في مختلف البحوث والدراسات لأنه يكشف عن مكانة الفرد في الوجود والمحيط الذي يعيش فيه بصفة عامة، وعن محصل معاش المرض ومخلفاته على مختلف المستويات، فنوعية الحياة كمفهوم علمي سيكولوجي هو قياس مركب للرفاهية الجسمية، العقلية والاجتماعية المدركة من قبل كل فرد أو جماعة من الأفراد وهو يكشف عن درجة الرضا والإشباع أو عدم الرضا في ميادين مختلفة مثل الصحة، الوسط العائلي، الوسط المهني، المحيط، تقدير الذات والعلاقات مع الغير، وتتجلى أهمية دراسة نوعية الحياة في الوصول إلى تحديد المتغيرات التي تساهم في تحسينها من جهة، وتحسين وترقية الصحة الجسدية، النفسية والعقلية من جهة أخرى طالما أنها مفهوم يتأثر بالعوامل الشخصية والمحيطية والتفاعل الموجود بينهما.

الجانب التطبيقي

"إننا لا نقدر علمًا حقّ قدره ما دمنّا لا نعلمه إلا في صورته النظرية..."
"مالك بن نبي"

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية للبحث

" يمكن وصف العلم بأنه فن التبسيط المتناهي المنظم "

"كارل بوبر"

تمهيد

يكشف الجانب المنهجي عن الإستراتيجية والإجراءات المتبعة من قبل الباحث لتنفيذ بحثه، وسنتطرق من خلال هذا الفصل إلى الخطوات التي تم إجراؤها انطلاقاً من الدراسة الاستطلاعية، تحديد المنهج المناسب، توضيح خصائص عينة البحث، مكان إجراء البحث والمعينة التي تفيد موضوعه من خلال انتقاء الأدوات التي تساعد على قياس المتغيرات، والأساليب المستخدمة لاختبار فرضياته.

1- الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي نظراً لارتباطها المباشر بالميدان، فهي تعد أول خطوة يلجأ إليها الباحث للتعرف على ميدان بحثه، وعلى الظروف والإمكانيات المتوفرة، كما تسمح بالتعرف على المشكلات التي يمكن أن تظهر قبل القيام بالدراسة الأساسية. وفي البحث الحالي تم تنظيم الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسات الاستشفائية، بغرض التحقيق الأهداف الآتية:

. زيارة المؤسسات الاستشفائية وإعلامهم بموضوع البحث ومتطلباته من التطبيق في الميدان، بغرض حصر المستشفيات التي أبدت استعدادها للمساعدة بالترخيص لإجراء التطبيق، و تسهيل عملية تطبيق المقاييس على المرضى.

لذلك تم زيارة 5 مؤسسات استشفائية بالجزائر العاصمة، وبعد التواصل معهم تبين القبول المبدئي للمؤسستين الاستشفائيتين: "لمين دباغين: بباب الوادي"، و "اسعد حساني بني مسوس" لإجراء التطبيق. بالتالي تم تحديد الحدود المكانية للدراسة الأساسية في هاتين المؤسستين الاستشفائيتين .

. التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس المعتمدة في البحث، وذلك بعد تطبيقها على العينة الاستطلاعية وتحليل نتائجها .

1-1 - عينة الدراسة الاستطلاعية وإجراءات التطبيق

بلغ حجم العينة الاستطلاعية 30 مريض بالفيبروميالجيا، تم اختيارهم من مستشفى "أسعد حساني" ببني مسوس، وكخطوة أولى قمنا بترجمة النسخ الفرنسية لمقاييس البحث إلى العربية بحيث تم ترجمة كل من:

✓ مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم CSQ Coping strategy questionnaire . (الملحق رقم 02)

✓ مقياس السند الاجتماعي SSQ6 Social support questionnaire . (الملحق رقم 03).

✓ مقياس نوعية الحياة WHOQOL-Bref . (الملحق رقم 04) .

بعد عرض المقاييس على الأستاذة المشرفة" زناد دليلة " قمنا بعرضها على أساتذة من المحكمين من قسم علم النفس للتحكيم وهم: الأستاذة "خاطر زهية"، الأستاذة "بوجدوب شهرزاد" الأستاذة "سي بشير كريمة"، الأستاذ " فاضلي أحمد" ، الأستاذ "أماني"، كما تم عرضها على أساتذة آخرين ونظرا لتأخر الإجابات الكاملة اكتفينا بتحكيم الأستاذة المذكورين وبعد إجراء التعديلات المقترحة احتفظنا بالمقاييس كما هي مدرجة في الملاحق المشار إليها.

بعد الانتهاء من الترجمة شرعنا في التطبيق أين تبين لنا أن تعليمة المقاييس بالإضافة إلى العبارات والمعاني كانت واضحة ماعدا ما يتعلق بمقياس السند الاجتماعي الذي تلقينا أسئلة عن كيفية الإجابة (ليس فيما يتعلق بالتعليمة وإنما عن كيفية الإجابة) وهو الأمر الذي دفعنا إلى مرافقة المفحوص أثناء التطبيق لتفادي أي غموض وبالتالي ارتأينا أن نعتمد على طريقة التطبيق الفردية للتأكد من فهمهم لها وشرح كيفية الاستجابة، وذلك خلال الفترة الممتدة من فيفري 2018 إلى جوان 2018.

1-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية

أفرزت الدراسة الاستطلاعية نتائج مهمة، والمتمثلة في :

بعد استطلاع الميدان وقع اختيار الباحثة لإجراء الدراسة الأساسية للبحث
لمؤسستين استشفائيتين هما:

. المستشفى الجامعي " أسعد حساني " ببني مسوس مصلحة أمراض الروماتيزم .

. المستشفى الجامعي " لمين دباغين " بباب الوادي ، مركز علاج الألم .

وذلك بعد الاتصال بمسؤولي المصلحتين اللذين أبدا الموافقة على إجراء التطبيق،

مع توفير مكان التطبيق، وتقديم التسهيلات لإجراء ذلك .

-خلصت نتائج الخصائص السيكومترية للمقاييس المطبقة في الدراسة الاستطلاعية،

إلى ما يلي :

. بالنسبة لمقياس استراتيجيات التعامل مع الألم CSQ، تأكدنا من صدق المقياس

بالاعتماد طريقتي صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي، واستنادا لذلك قمنا بإجراء

بعض التعديلات الطفيفة بناءا على اقتراح المحكمين، كما تبين أن المقياس يتمتع بصدق

الاتساق الداخلي، بحيث تبين وجود ارتباط دال بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد.

بينما لتعيين الثبات فقد أعتمدت طريقة التباين بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ، تبين أن

المقياس يتميز بثبات جيد، وعليه الأداة صالحة للبحث الحالي .

. بخصوص مقياس السند الاجتماعي SSQ6 المتكون من بعدين (الرضا، التوفر)

فقد قمنا أيضا بالاعتماد على صدق المحكمين مع إجراء التعديلات اللازمة، كما تبين

أنه يتمتع بصدق الاتساق الداخلي ما عدا البند رقم 06 من بعد " التوفر" فقد تبين أنه

غير دال، وهو الأمر الذي دفعنا باستبعاده فأصبحت عدد بنوده 5 بدلا من 6،

بخصوص الثبات فقد تم التحقق منه بحساب ثبات الاتساق الداخلي بطريقة ثبات التباين

بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ تبين أنه يتميز بثبات جيد.

. في ذات السياق تميز مقياس نوعية الحياة WHOQOL-Bref بخصائص سيكومترية جيدة بعد التأكد من الصدق والثبات وإتباع نفس خطوات المقياسين السابقين. كما سيتم توضيحه أدناه (سيتم عرض الخصائص السيكومترية للمقياس مع أدوات البحث).

2- الدراسة الأساسية

بعد تحديد مكان التطبيق، وضبط أدوات البحث، تم الشروع في الدراسة الأساسية للبحث، وتمثلت خطواتها المنهجية على النحو الآتي:

2-1- منهج البحث

تم الاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه "الارتباطي والمقارن"، الذي يعرف بأنه "المنهج الذي يُعنى بتحديد خصائص الظاهرة، وصف طبيعتها، نوعية العلاقة بين متغيراتها وأسبابها واتجاهاتها بالإضافة إلى جوانب أخرى تتعلق بها للتعرف على حقيقتها في أرض الواقع، كما ينظر إليه بأنه بداية لتفسير الوضع القائم- أي ما هو كائن- وتحديد ظروف العلاقات الموجودة بين متغيرات هذا الوضع". (طريه، 2014، ص13). فالارتباطي لتباحث مدى وجود علاقة بين الألم ونوعية الحياة، بالإضافة إلى تحديد والتنبؤ بمدى تأثير المتغير المعدّل (السند الاجتماعي)، والمتغير الوسيط (استراتيجيات التعامل) على نوعية الحياة من خلال دراسة الانحدار. والمقارن نظراً أنّ البحث سعى للمقارنة في متغيرات البحث بدلالة عاملي "الجنس" و"مدة الإصابة بالمرض".

والمقصود بالمتغير الوسيط حسب (Baron et Kenny 1986) "السيرورة التي يقوم من خلالها المتغير المستقل بالتأثير على المتغير التابع، فالمتغيرات الوسيطة تفسر كيف ولماذا تظهر بعض الآثار. ويشكل المتغير المستقل (المنبه) نقطة بداية التأثير على المتغير الوسيط أو شدته الذي بدوره يؤثر على المتغير التابع." (p. 1176) ، أي المتغير الوسيط M يتدخل بين المتغير المستقل X والمتغير التابع Y بصفة تجعل من المتغير المستقل يؤثر على المتغير الوسيط والذي بدوره يؤثر على المتغير التابع، فأثر المتغير المستقل على المتغير التابع هو غير مباشر بفعل وجود المتغير الوسيط (Brauer , 2000).

في حين المتغير المعدل هو " المتغير الذي يؤثر على اتجاه أو شدة العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وقد يكون المتغير المعدل ذو طبيعة نوعية (جنس، عرق، سياق) أو كمية (مستوى الدخل)." (Baron et Kenny, 1986, p. 1174). فهو يعدل من أثر المتغير المستقل على المتغير التابع، فأثر المتغير المستقل على التابع يعتمد على مستويات المتغير المعدل، والمقصود به حسب لغة الإحصاء ووفقا للنماذج السببية هي التفاعل، فإذا عدل Z (المتغير المعدل) أثر X (المستقل) على التابع فإن كل من X و Z يحدثان أثر تفاعلي على Y. وإذا كان المتغير الوسيط ينبيء كيف ولماذا حدث الأثر، فالمتغير المعدل يفسر متى وتحت أي ظرف حدث هذا الأثر (Brauer , 2000).

والبحت الحالي تم وفق النموذج المتعدد العوامل لعلم النفس الصّحة الذي يهتم بدراسة الوسائط والمعدلات، كما أنه يعتمد على دراسة العلاقات، التأثير والتفاعل الموجود بين الفرد ومحيطه بالإضافة إلى اهتمامه بالمتغيرات الديموغرافية.

2-2- عينة البحث وكيفية اختيارها

لتحقيق أهداف البحث، تم الاعتماد منهجيا لاختيار عينة البحث الأساسية على معايير العينة العشوائية البسيطة، والتي تعرّف بأنها " ذلك الإجراء الذي يكون فيه لجميع الأفراد في مجتمع الدراسة نفس الاحتمال في أن يتم اختيارهم في عينة الدراسة بشكل مستقل ". (طلحة الياس، 2017، ص.8). ومن بين المعايير المنهجية التي تم اعتمادها لتحديد الاختيار العشوائي البسيط، هو طريقة القرعى، وتمت عبر المراحل الآتية:

- بالنسبة للمستشفى الجامعي " أسعد حساني " ببني مسوس ، نظرا لتواجد المرضى مقيمين بالمستشفى أثناء فترة العلاج، فقد تم بالتنسيق مع إدارة المصلحة تحضير قائمة المرضى المتواجدين بمصلحة الروماتيزم، الذين تم تشخيصهم من قبل الطبيب على وجود لديهم الفيروميالجيا، وبعد تحديد القائمة تختار منهم مجموعة عشوائيا بالقرعى، تطبق معهم المقاييس فرديا من قبل الباحثة . أعيدت هذه العملية عدّة مرات، أي كلّما تكمل الباحثة مع مجموعة ويتم استقبال مرضى آخرين بالمستشفى يتم اختيارهم بنفس الطريقة السابقة، بهذا بلغ عدد المرضى المطبق معهم بهذا المستشفى 27 مريضا.

- أما بمستشفى " لمين دباغين " فإن المرضى لم يكونوا مقيمين هناك ، بل يأتون لإجراء الفحوصات الخارجية الدورية تبعا لنظام المواعيد (RDV) ، لذلك وبالتنسيق مع إدارة مركز علاج الألم تم حصر قائمة المرضى المبرمجين للفحوصات في الفترة التي حددناها لإجراء التطبيق (من ديسمبر 2018 إلى ماي 2019) ، بعدها تم الاختيار العشوائي بالقرعى، بحيث بلغ عددهم 18 مريضا .

2-3- مواصفات عينة البحث

تكونت عينة البحث من 45 مريض مصاب بالفيرومياالجيا، متواجدين بمستشفى لمين دباغين (18 حالة) وأسعد حسني (27 حالة)، وتميزت عينة البحث بالخصائص الآتية :

- من حيث عامل الجنس

جدول 02

خصائص عينة البحث من حيث عامل الجنس

النسبة المئوية	العدد	عامل	الجنس
%26,7	12	ذكر	
%73,3	33	أنثى	
%100	45	المجموع	

يبين الجدول توزيع أفراد العينة من حيث الجنس، أين يتضح أن فئة الإناث أكبر تمثيلاً بنسبة(73,3%) من فئة الذكور التي قدرت بـ (26,7%).

- من حيث عامل السن

جدول 03

خصائص عينة البحث من حيث عامل السن

النسبة المئوية	العدد	عامل	السن
%31,1	14	من 19 الى 29 سنة	
%37,8	17	من 30 الى 39 سنة	
%15,6	7	من 40 الى 49 سنة	
%15,6	7	من 50 سنة فما فوق	
%100	45	المجموع	

يظهر أن أغلب أفراد العينة يتراوح سنهم من (30 إلى 39 سنة) إذ بلغت نسبة مشاركتهم بـ (37.8%)، تليها الفئة العمرية التي يتراوح سنّها من (19 إلى 29 سنة) بنسبة (31.1%) لتتساوى الفئتين العمريتين (40-49 / 50- فما فوق) بنسبة (15,6%)، أي غالبية أفراد العينة من فئة الشباب بنسبة 68%.

- من حيث عامل مدة ظهور المرض

جدول 04

خصائص عينة البحث من حيث عامل مدة الإصابة بالمرض

النسبة المئوية	العدد	عامل	
55,56%	25	أقل من 5 سنوات	مدة ظهور المرض
44,44%	20	من 5 سنوات فأكثر	
100%	45	المجموع	

يبين الجدول (04) أن الفئتين متقاربتين لكن تبقى فئة أكبر من فئة، فقدرت فئة المرضى الذين تزيد مدة إصابتهم عن 5 سنوات بـ (44.44%)، في حين قدرت فئة المرضى الذين تقل مدة إصابتهم عن 5 سنوات بـ (55,56%).

3- أدوات البحث

3-1- استمارة المعلومات

تم الاعتماد على استمارة المعلومات لجمع البيانات العامة والمتمثلة في البيانات الاجتماعية الديموغرافية كالسن، الجنس، المستوى التعليمي، بالإضافة إلى البيانات الطبية كتاريخ ظهور المرض، تاريخ بداية الألم قصد دراسة الفروق في بعض المتغيرات الديموغرافية. (ملحق رقم 01)

3-2- مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم CSQ

يعتبر مقياس coping strategy questionnaire CSQ لـ Rosenstiel et Keefe (1983) من المقاييس الأكثر استعمالاً لتقييم استراتيجيات التعامل الخاصة بالألم، وفي البحث الحالي تم الاعتماد على النسخة الفرنسية للمقياس CSQ-F لـ Irchabal, Koleck, Rasclé, et Bruchon-schweitzer (2008) المتكون من 05 أبعاد موزعة على 21 بند، تقييم استراتيجيات التعامل الآتية:

- البعد1: تحويل الانتباه أي التفكير بأشياء التي تسمح بعدم الانتباه للألم.
- البعد2: إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة أي محاولة إدراك الإحساسات بطريقة غير مؤلمة .
- البعد3: التهويل وتعتبر هذه الاستراتيجية الأكثر اختلالاً من الاستراتيجيات غير الفعالة.
- البعد4: تجاهل الألم أي إنكار وتجاهل أنه يؤلم ويؤثر سلباً.
- البعد5: الدعاء يتعلق بالأمل والدعاء بأن الألم سيتوقف يوماً ما.

• تنقيط وتصحيح المقياس

يتم تنقيط المقياس حسب سلم Lickert من (1) أبداً ، إلى (4) غالباً .
مجموع النقاط المتحصل عليها في البنود: 4،12،17 تحدد الرصيد الخاص ببند الدعاء الذي يتراوح بين (3 و12) ، ورصيد مرتفع يبين أن الفرد يستعمل إيمانه بالله للتعامل مع الألم.
رصيد التعامل مع تحويل الانتباه يتراوح بين (5 و20) يتحصل عليه بجمع النقاط الخاصة بالبنود 2، 10، 11،19،20، ورصيد مرتفع يدل على أن الفرد يحاول تجنب التفكير في الألم.

. المجموع المتحصل عليه في البنود 1، 5، 13، 21 يتعلق برصيد إعادة التفسير والذي يتراوح ما بين (4 و16) ويدل ارتفاع هذا الرصيد على محاولة الفرد لإدراك الألم بدلالات مختلفة عن تلك المرتبطة بالألم.

. رصيد التهويل يتحصل عليه بجمع النقاط الخاصة بالبنود 3، 9، 15، 18 والذي يتراوح بين (4 و16) ورصيد مرتفع يدل على أن الفرد كثير القلق ويتعلق بالوجهات السلبية للألم.

. النقاط المتحصل عليها في البنود 6، 7، 8، 14، 16 تحدد رصيد تجاهل الألم الذي يتراوح بين (5 و20) ويدل الرصيد المرتفع أن الفرد يحاول التصرف وكأن الألم غير موجود.

• خصائصه السيكومترية

أشارت (Irchabal et al. (2008 أن المقياس أثبت خصائص سيكومترية جيدة في العديد من الدراسات، وفيما يتعلق بالنسخة المعتمد عليها فقد تبين أن المقياس يتمتع بتماسك داخلي مرتفع يتراوح ما بين (0.71 إلى 0.83) ، وقد أظهر المقياس صدق مرتفع عن طريق التحليل العاملي التوكيدي .

التأكد من الخصائص السيكومترية

من أجل الوثوق في النتائج تم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية، فقد تم الاعتماد للتحقق من صدق المقياس على طريقتي صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي، بينما لتعيين الثبات فقد أعتمدت طريقة التباين بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ.

أ- الصدق

✓ صدق المحكمين

تم عرض المقياس على عينة من أساتذة علم النفس السالف الإشارة إليهم - عند عرض خطوات الدراسة الاستطلاعية- وجاءت آراء المحكمين تؤكد السلامة اللغوية للترجمة ما عدا بعض المقترحات المبينة أدناه:

جدول 05

اقتراحات المحكمين لتعديل البنود

التعديل	البند
إنه مربع...	3- مربع...
لدي شعور...	15- أشعر بأني...
لدي شعور...	18- أشعر بأني...

✓ صدق الاتساق الداخلي

تم التحقق منه من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد، حيث تراوحت نتائج قيم معاملات الارتباط كارل بيرسون بين (0,514 و0,935) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01. وعليه الأداة صالحة للبحث الحالي وفيما يلي سيتم عرض نتائج كل بعد:

- بعد تحويل الانتباه:

جدول 06

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء تحويل الانتباه

البعء	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
تحويل الانتباه	2	0,573**	0,01
	10	0,818**	0,01
	11	0,810**	0,01
	19	0,629**	0,01
	20	0,541**	0,01

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء تحويل

الانتباه، تتراوح النتائج بين 0,541** و 0,818** ، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

- بعد إعادة التفسير:

جدول 07

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء إعادة تفسير

البعء	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
إعادة تفسير	1	0,601**	0,01
	5	0,757**	0,01
	13	0,746**	0,01
	21	0,935**	0,01

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء إعادة

تفسير، تتراوح النتائج بين 0,601** و 0,935**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

- بعد تجاهل الألم:

جدول 08

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد تجاهل الألم

البعد	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
تجاهل الألم	6	0,749**	0,01
	7	0,591**	0,01
	8	0,721**	0,01
	14	0,738**	0,01
	16	0,773**	0,01

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد تجاهل الألم،

تتراوح النتائج بين 0,591** و 0,773**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

- بعد الدعاء:

جدول 09

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الدعاء

البعد	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الدعاء	4	0,901**	0,01
	12	0,902**	0,01
	17	0,514**	0,01

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الدعاء،

تتراوح النتائج بين 0,514** و 0,902**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

- بعد التهويل:

جدول 10

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء التهويل

البعء	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
التهويل	3	0,875**	0,01
	9	0,602**	0,01
	15	0,757**	0,01
	18	0,728**	0,01

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء التهويل، تتراوح النتائج بين 0,602** و 0,875**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

ب - ثبات مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم

تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق حساب ثبات الاتساق الداخلي بطريقة ثبات التباين وذلك بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ لملاءمتها للمقاييس المتعدد الاستجابة، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول 11

نتائج ثبات الأبعاد لمقياس استراتيجيات التعامل مع الألم

الرقم	الأبعاد	ألفا كرونباخ
1	تحويل الانتباه	0,702
2	إعادة التفسير	0,762
3	تجاهل الألم	0,758
4	الدعاء	0,693
5	التهويل	0,722

يتضح من خلال الجدول أن قيمة ألفا كرونباخ للأبعاد تتراوح ما بين 0,693 و0,762 مما يدل على أن المقياس يتميز بثبات جيد وعليه يمكن القول أنه صالح للبحث الحالي.

3-3- مقياس السند الاجتماعي SSQ6

مقياس السند الاجتماعي Social Support Questionnaire - SSQ6 - من المقاييس المعتمد عليها لتقييم السند الاجتماعي المدرك، تم إعداده من قبل Sarason, et al ; 1983,1987، توجد نسختين لهذا المقياس: النسخة الطويلة المتكونة من 27 بند، والقصيرة بـ 6 بنود. وفي البحث الحالي تم الاعتماد على النسخة الفرنسية القصيرة (SSQ6) المكيفة من قبل Bruchon-shweitzer, Rascle, Couson-Gélie et al. (2003) ويسمح هذا المقياس بمعرفة من هم الأشخاص (الأفراد) الذين يمكن الاعتماد عليهم للحصول على المساعدة في مختلف الأوضاع من خلال البنود الخاصة بالتوفر، وما هي درجة الرضا المرتبطة بهذا السند، فهو يسمح بالحصول على رصيد خاص بتوفر السند ورصيد متعلق بالرضا عن ذلك السند.

• تنقيط وتصحيح المقياس

من أجل جمع رصيد التوفر يجب تسجيل عدد الأشخاص الذين يصرح الفرد أنه يمكنه الاعتماد عليهم من (0 إلى 9) بالنسبة للبنود 1، 2، 3، 4، 5، 6 ثم حساب مجموع الرصيد الخاص بالتوفر الذي يتراوح بين 0 و 54.

يجمع رصيد الرضا بتسجيل درجة الرضا التي يعبر عليها الفرد في البنود 6 من (غير راض جدا إلى راض جدا) ثم حساب المجموع الرصيد الذي يتراوح بين 6 و 36.

✓ خصائصه السيكومترية

أثبت المقياس خصائص سيكومترية جيّدة في البيئة الأصلية فقد تم التحقق منها على عينة متكونة من 602 فرد، قُدرت ارتباطات التطبيق وإعادة التطبيق بـ 0.90 بالنسبة لتوفر السند، و0.83 بالنسبة للرضا، الاتساق الداخلي بـ 0.97 بالنسبة للتوفر، و0.94 بالنسبة للرضا عن السند، أما عن الارتباط بين التوفر والرضا فقدر بـ 0.34، وحسب Sarason et al. (1983) أن البعدين (توفر السند/ الرضا عن السند) مختلفين يمكن تقديرهما بصفة مستقلة عند تحليل المعطيات.

أما عن الخصائص السيكومترية في طبعته الفرنكوفونية Bruchon-shweitzer, Couson-Gélie, Rascle, et al.(2003) فقدر معامل الثبات بـ 0.89 بالنسبة للتوفر، و0.84 بالنسبة للرضا، والاتساق الداخلي 0.86 للتوفر، و0.87 للرضا كما تم التحقق من الصدق أيضا عن طريق صدق المحتوى وصدق المحك.

✓ التأكد من الخصائص السيكومترية

أسفرت العينة الاستطلاعية بأن مقياس السند الاجتماعي يتمتع بالخصائص السيكومترية التالية :

أ- الصدق

✓ صدق المحكمين

فيما يتعلق بهذا المقياس تم تعديل بعض العبارات استنادا للآراء المحكمين مثل ما هو مبين أدناه:

جدول 12

اقتراحات المحكمين لتعديل البنود

التعديل	البند
من هم الأشخاص المستعدين الذين يمكنك حقا الاعتماد عليهم عندما تكون بحاجة للمساعدة.	1- من هم الأشخاص المتوفرين الذين يمكنك حقا أن تعتمد عليهم عندما تحتاج للمساعدة.
على من يمكنك أن تعتمد حقا على الشعور أكثر بالارتياح عندما تكون تحت ضغط أو منقبض	2- على من يمكنك أن تعتمد حقا على الشعور بالاسترخاء عندما تكون تحت شدة أو منقبض.
عندما تصبح نظرتك سوداوية.	5-.... عندما تشعر بالكآبة.

✓ صدق الاتساق الداخلي

تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد، حيث تراوحت نتائج قيم معاملات الارتباط كارل بيرسون بين (0,336 و 0,818) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01. ما عدى البند السادس فيما يخص بعد توفر السند الاجتماعي حيث قدرت قمته بـ 0,33 وهي غير دالة. وفيما يلي سيتم عرض نتائج كل بعد :

- بعد توفر السند الاجتماعي

جدول 13

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء توفر السند الاجتماعي

مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	العبارات	البعء
0,01	0,804**	1	توفر السند الاجتماعي
0,01	0,568**	2	
0,01	0,631**	3	
0,01	0,728**	4	
0,01	0,550**	5	
غير دال	0,336	6	

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء توفر السند الاجتماعي، تتراوح النتائج بين 0,336 و 0,804**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01، ما عدا البند السادس فهو غير دال كما هو موضح في الجدول رقم وعليه تم استبعاده .

- بعد الرضا عن السند الاجتماعي

جدول 14

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء الرضا عن السند الاجتماعي

مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	العبارات	البعء
0,01	0,590**	1	الرضا عن السند الاجتماعي
0,01	0,750**	2	
0,01	0,818**	3	
0,01	0,634**	4	
0,01	0,565**	5	
0,01	0,576**	6	

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء الرضا عن السند الاجتماعي، تتراوح النتائج بين $0,565^{**}$ و $0,818^{**}$ ، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

تمت الاستعانة بالمقياس بعد استبعاد البند السادس من بعد توفر السند الاجتماعي لتصبح بذلك عدد بنوده خمسة بدل ستة.

- ثبات مقياس السند الاجتماعي

تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق حساب ثبات الاتساق الداخلي بطريقة ثبات التباين وذلك بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ.

جدول 15

نتائج الثبات الأبعاد مقياس السند الاجتماعي

الرقم	الأبعاد	الفا كرونباخ
1	توفر السند الاجتماعي	0,666
2	الرضا عن السند الاجتماعي	0,731

يتضح من خلال الجدول أن قيمة ألفا كرونباخ للبعدين تتراوح ما بين 0,666 و 0,731 مما يدل على أن المقياس يتميز بثبات جيد وعليه يمكن الاعتماد عليه في البحث الحالي.

3-4- مقياس نوعية الحياة WHOQOL-Bref-26

مقياس نوعية الحياة WHOQOL-Bref تم إعداده من قبل المنظمة العالمية للصحة سنة 2004 وهو نسخة مقصرة عن النسخة الأصلية (1998) WHOQOL-100. وفي البحث الحالي تم الاعتماد على النسخة الفرنسية WHOQOL-Bref-26 وهو مقياس تقييم ذاتي، عام، ومتعدد الأبعاد يتميز بسرعة وسهولة الاستعمال يصلح لثقافات مختلفة للأفراد الذين تتراوح أعمارهم من 12 إلى 79 سنة من مستويات مختلفة وحتى المستويات المحدودة، تمّ ترجمته إلى أكثر من 20 لغة، متكون من 26 بند، بند خاص بنوعية الحياة العامة، بند خاص بالصحة العامة و24 بند مقسمة على 04 أبعاد لنوعية الحياة قادرة على إعطاء إدراك عام لنوعية وتشمل هذه الأبعاد الميادين الآتية:

- **البعد 1: الصحة الجسدية** يضم 07 بنود تتعلق بالألم و الإزعاج، النوم- الراحة، التعب- الطاقة، الحركة، النشاط- العمل، الاعتماد على الأدوية.

- **البعد 2: الصحة العقلية (النفسية):** يضم 06 بنود تتعلق بالانفعالات الايجابية، الأفكار، التعلم، الذاكرة والتركيز، تقدير الذات، الصورة الجسدية، الانفعالات السلبية، الجانب الروحي والمعتقدات.

- **البعد 3: العلاقات الاجتماعية:** يحتوي على 03 بنود حول العلاقات الشخصية، السند الاجتماعي والنشاط الجنسي.

- **البعد 4: المحيط:** يضم 08 بنود حول الحرية، الأمن، محيط المنزل، المصادر الطبية والاجتماعية: توفر ونوعية العلاجات، المعلومات، النشاطات الترفيهية، السكن والنقل.

بالإضافة إلى بندين 02 لتقييم الإدراك العام للصحة ونوعية الحياة السالف الإشارة إليهما.

✓ تنقيط وتصحيح المقياس

يتم تنقيط المقياس بموجب 4 سلالم تضم إجابات موزعة على 5 نقاط تسمح بتقييم الشدة (" لا على الإطلاق- إلى أقصى حد")، القدرة ("ضعيفة جدا- جيدة")، التكرار ("دائما-أبدا")، تقييم الأسئلة ("غير راض جدا/ غير راض، جيدة/ ضعيفة) تكون متغيرة.

بالنسبة للصحة الجسدية يتم الحساب : (6 - 3س)+(6 - 4س)+10س+15س
16س+17س+18س أدنى رصيد ممكن هو 7 وأقصاه 35.

بالنسبة للصحة النفسية س 5+6س+7س+11س+19س+6س-26 (الرصيد الأدنى هو 6 والأقصى 30).

بالنسبة لميدان العلاقات الاجتماعية س 20+21س+22س (الرصيد الأدنى هو 3 والأقصى 15).

بالنسبة للمحيطس 8 + 9س + 12س + 13س + 14س + 23س + 24س + 25س (الرصيد الأدنى هو 8 والأقصى هو 40).

✓ خصائصه السيكومترية

بين فريق المنظمة العالمية للصحة WHOQOL Group (1998) وجود اتساق داخلي بين مقياس WHOQOL-100 والنسخة المقصرة WHOQOL-Bref-26، فمعامل ألفا كرونباخ للميادين الأربعة تراوح بين 0.66 إلى 0.84، كما أظهر المقياس صدق تمييزي جيد (الأصحاء، المرضى) مثله مثل النسخة المطولة.

✓ التأكد من الخصائص السيكومترية

بينت العينة الاستطلاعية بأن مقياس نوعية الحياة يتمتع بالخصائص السيكومترية التالية :

أ- الصدق

✓ صدق المحكمين

استنادا لاقتراحات المحكمين تم تعديل بعض العبارات الموضحة أدناه

جدول 16

اقتراحات المحكمين لتعديل البنود

التعديل	البند
هل تعيش في محيط صحي.	2- هل تعيش في محيط سليم.
هل تتقبل مظهرك الجسدي.	11- هل تتقبل صورتك الجسدية.
كيف تتمكن التنقل	15- كيف تتمكن من التحرك
هل لديك غالبا مشاعر سلبية مثل الحزن... .	26- هل لديك غالبا مشاعر سلبية مثل الكآبة... .

✓ صدق الاتساق الداخلي

تم التحقق من الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من كل بند بدرجة الكلية للبعد، ودرجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

حيث تراوحت قيم الارتباطات بين البنود والأبعاد ما بين *0,409 و **0,865 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,01 و 0,05. وتراوحت قيم الارتباطات بين الأبعاد والمجموع الكلي للمقياس ما بين **0,57 و **0,86 عند مستوى الدلالة $\alpha 0.01$. وفيما يلي سيتم عرض النتائج:

- بعد الصحة الجسدية

جدول 17

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الصحة الجسدية

البعد	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الصحة الجسدية	3	0,701**	0,01
	4	0,409*	0,05
	10	0,838**	0,01
	15	0,658**	0,01
	16	0,834**	0,01
	17	0,737**	0,01
	18	0,769**	0,01

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الصحة الجسدية، تتراوح النتائج بين*0,409 و**0,838، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01، ما عدى البند الرابع مستوى دلالاته 0,05 كما هو موضح في الجدول رقم 17.

- بعد الصحة النفسية

جدول 18

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الصحة النفسية

البعد	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	5	0,865**	0,01
	6	0,856**	0,01
	7	0,623**	0,01
	11	0,852**	0,01

0,01	0,863**	19	
0,01	0,702**	26	

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الصحة النفسية، تتراوح النتائج بين 0,623** و 0,865**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

- بعد العلاقات الاجتماعية

جدول 19

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد العلاقات الاجتماعية

البعد	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقات الاجتماعية	20	0,750**	0,01
	21	0,729**	0,01
	22	0,734**	0,01

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد الصحة النفسية، تتراوح النتائج بين 0,729** و 0,750**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

- بعد المحيط:

جدول رقم 20

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد المحيط

البعد	العبارات	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
المحيط	8	0,692**	0,01

0,01	0,517**	9
0,01	0,648**	12
0,01	0,602**	13
0,01	0,633**	14
0,01	0,494**	23
0,01	0,614**	24
0,01	0,547**	25

بتفحص قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لبعء المحيط، تتراوح النتائج بين 0,494** و 0,692**، هي دالة عند مستوى الدلالة 0,01.

1-2- ارتباط كل بعء من أبعء المقياس بالمقياس الكلي

تم تحديد ارتباط كل بعء من أبعء المقياس بالمقياس ككل وجاءت النتائج مثلما هي مبينة أدناه:

جدول 21

ارتباط كل بعء من أبعء المقياس بالمقياس الكلي

أبعء نوعية الحياة	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
- البعد 1: الصحة الجسدية	0.860**	0,01
- البعد 2: الصحة النفسية	0.831**	0,01
- البعد 3: العلاقات الاجتماعية	0.746**	0,01
- البعد 4: المحيط	0.923**	0,01
- بند: نوعية الحياة العامة	0.675**	0,01
- بند: الصحة العامة	0.574**	0,01

يتبين من خلال الجدول أن قيم الارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالمقياس ككل جاءت دالة إحصائياً باعتبار أنها تراوحت بين (0.57 و 0.86) عن مستوى الدلالة $\alpha=0.01$.

2- ثبات مقياس نوعية الحياة

تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق حساب ثبات الاتساق الداخلي بطريقة ثبات التباين وذلك بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ

الجدول 22

نتائج الثبات الأبعاد نوعية الحياة

الرقم	الأبعاد	ألفا كرونباخ
1	الصحة الجسدية	0,827
2	الصحة النفسية	0,879
3	العلاقات الاجتماعية	0,567
4	المحيط	0,733
	المقياس الكلي	0,926

يتضح من خلال الجدول أن قيمة ألفا كرونباخ للأبعاد تتراوح ما بين 0,567 و 0,879، وقدرت القيمة الكلية للمقياس بـ 0,926. مما يدل على أن المقياس يتميز بثبات مرتفع وعليه يمكن الاستعانة به في البحث الحالي.

3-5 - سلم الألم

سلم الألم EVA l'échelle visuelle analogique هو من السلالم التي تقيّم شدة الألم، ومن أكثرها استعمالاً في الممارسة العيادية. وهو سلم أحادي البعد للتقييم الذاتي يستعمل مع المرضى الذين يمكنهم التعبير والكلام ابتداءً من 5 سنوات، يتميز بالبساطة

وسرعة الاستعمال، يسمح باستكشاف الألم، تكميمه ومتابعة تطوره، ومن شروط استعماله مراقبة حدة بصر المريض مع فهمه لكيفية استعمال السلم.

بالنسبة لكيفية استعمال السلم فيتم عرضه أفقياً من خلال إظهار الواجهة غير المرقمة مع تقديم شرح للمريض " بأنه سلم من أجل تقييم شدة الألم الذي تعاني منه"، يتم تحريك المؤشر على الجهة اليسرى " ألم غير موجود" إلى الجهة اليمنى "أقصى ألم يمكن تخيله"، يقوم المريض بوضع المؤشر في المستوى الذي يطابق الألم الذي يشعر به ، ثم يتم تقييم الألم على ظهر السلم الذي يطابق مستوى المؤشر والذي يتراوح من 0 - تدل على انعدام الألم- إلى غاية 10 -تمثل أقصى درجة للألم-.

تنقيط السلم:

يسمح هذا السلم بالحصول على 04 درجات للألم :

- من 1 إلى 3 يمثل الألم البسيط تقابله درجة "1" ،
- أكثر من 3 إلى 5 يمثل ألم متوسط تقابله درجة "2" ،
- أكثر من 5 إلى 7 يمثل مستوى الألم المرتفع وتقابله درجة "3"،
- أكثر من 7 يمثل الألم الشديد وتقابله درجة "4"، تمثل أقصى درجة للألم.

4 - إجراءات التطبيق

4-1 الحدود المكانية تم إجراء البحث في مؤسستين استشفائيتين :

المستشفى الجامعي "لمين دباغين" بباب الوادي "مركز علاج الألم " Centre

،Anti douleur

المستشفى الجامعي "اسعد حساني" ببني مسوس مصلحة أمراض الروماتيزم .

4-2 الحدود الزمانية : تم إجراء التطبيق في فترتين زمانيتين :

. الفترة الأولى: كانت الفترة ممتدة من ديسمبر 2018 إلى غاية أواخر شهر ماي

. 2019

. أما الفترة الثانية : فقد دامت 03 أشهر، أي من سبتمبر 2020 إلى نوفمبر 2020

4- 3 خطوات وإجراءات التطبيق

تم تطبيق المقاييس في الأماكن المذكورة بعد الحصول على الموافقة المسبقة للمريض المشارك وإطلاعهم بأهداف البحث مع تمكينه من النتائج، وتم تمرير أدوات البحث المتمثلة في: استمارة المعلومات، 03 مقاييس (مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم، مقياس السند الاجتماعي، مقياس نوعية الحياة) بالإضافة إلى سلم خاص لتقييم الألم، بحضور الباحثة شخصيا في أكثر من 60 % من الحالات (أي 27 حالة) ، وتم الاعتماد على طريقة التطبيق الفردية أي مرافقة المريض دون التدخل في الإجابة ما عدا في حالة طلب المريض توضيح أو استفسار عن كيفية الإجابة، أما نسبة 40 % (18 حالة) المتبقية فقد تم الاستعانة بمساعدة الأخصائية النفسانية لمصلحة مركز علاج الألم لمستشفى لمين دباغين، نظرا لوجود عقد علاجي يربط المرضى بالأخصائية النفسانية، والتي قامت هي الأخرى بمرافقة المرضى أثناء التطبيق.

5- الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث

بعد التأكد من اعتدالية التوزيع، وخطية العلاقة بين المتغيرات ، ولتحقق من صحة فرضيات البحث ، تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية الآتية:

- معامل الارتباط بيرسون (r) : لتحديد العلاقة بين متغيرات البحث.
- اختبار كاف تربيع (χ^2): لتحديد مستوى الألم.
- الانحدار البسيط (Regression simple) : لتحديد تأثير الشعور بالألم على نوعية الحياة.

- اختبار الوساطة لكل من (Baron وKenny 1986): لاختبار الوساطة.

- الانحدار المتعدد الهرمي (Regression multiple hierarchique): للتحقق من المتغير المعدّل.

- اختبار (t) لدلالة الفرق بين متوسطين: لدراسة الفروق بين متغيرات البحث بدلالة الجنس ، ومدة الإصابة بالمرض .

الخلاصة

تم التطرق من خلال هذا الفصل إلى الخطوات والإجراءات التي تم إتباعها منهجياً وميدانياً مع تحديد الأساليب التي تم الاعتماد عليها لاختبار فرضيات البحث والتي أسفرت عن نتائج يتم التطرق إليها من خلال الفصل الموالي.

الفصل السابع

عرض و تحليل النتائج

" نتيجة العلم والتفكير صورتها يا حبذا بدع الأفكار في الصور"
"كشاجم"

تمهيد

بعدها قمنا بعرض الخطوات التي تم إتباعها لإجراء البحث، نتطرق فيما يلي إلى عرض وتحليل النتائج التي تم التوصل إليها بالاعتماد على الأساليب الإحصائية الخاصة بكل فرضية.

- عرض وتحليل نتائج البحث

1 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

نصت على أنه " يرتفع مستوى الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا " ، وللتأكد من صحتها تم اختبارها إحصائيا باختبار كاف تربيع (χ^2) لحسن التطابق، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول 23

نتائج اختبار كاف تربيع لدلالة الفرق في مستوى الألم الذي يشعر به مرضى الفيبروميالجيا

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار (χ^2)	النسبة المئوية	التكرار	مستوى الألم
دالة احصائيا عند $\alpha = 0,01$	41,2	4,4%	2	مستوى بسيط
		17,8%	8	مستوى متوسط
		77,8%	35	مستوى مرتفع الى الشديد

		45	%100	المجموع
--	--	----	------	---------

يتضح من الجدول أعلاه أن أعلى نسبة من مستوى الألم لدى أفراد العينة سجلتها نسبة المستوى المرتفع والشديد بـ 77,8% ، تقابلها نسبة 17,8% من المستوى المتوسط،

في حين نجد 4,4% فقط من المرضى الذين يشعرون بالألم بمستوى منخفض أو بسيط، وللتأكد من صحة هذا التباين تم اختبارها إحصائياً باختبار (χ^2) ، الذي قدرت قيمته بـ 41,2، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 ، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى للبحث، أي أن مرضى الفيبروميالجيا يشعرون بالألم من جراء مرضهم بنسبة مرتفعة جداً من المستوى المرتفع والشديد .

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

نصت على أنه " يوجد ارتباط سالب بين درجة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا" ، وللتحقق من صحتها تم اختبارها إحصائياً بمعامل ارتباط بيرسون، وكانت النتائج على النحو الآتي:

جدول رقم 24

نتائج ارتباط الألم بنوعية الحياة وبدلالة أبعادها لدى مرضى الفيبروميالجيا

العلاقة بين:	قيمة معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
الصحة العامة	-0,321	دالة احصائيا عند α 0,05
الصحة الجسدية	-0,518	دالة احصائيا عند α 0,01
الصحة النفسية	-0,40	دالة احصائيا عند α 0,01
العلاقات الاجتماعية	-0,327	دالة احصائيا عند α 0,05

دالة احصائيا عند α 0,05	0,341-	المحيط
دالة احصائيا عند α 0,01	0,485-	نوعية الحياة عامة

النتائج الواردة في الجدول رقم (24) تبيّن وجود علاقة سالبة بين الألم ونوعية الحياة، إذ قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بـ -0,48، وهي دالة إحصائيا، أي كلما زادت درجة الألم لدى مرضى الفيبرومياليجا كلما انتهجوا أساليب سيئة لنوعية الحياة، أي ساءت وضعيتهم، وهذا الأمر ينعكس أيضا على كل أبعاد نوعية الحياة (صحية، نفسية، علائقية، بيئية). بهذا تكون الفرضية الثانية للبحث قد تحققت.

3 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة

نصت الفرضية على أنه "يوجد تأثير سلبي لدرجة الألم على نوعية حياة مرضى الفيبرومياليجا" وللتأكد من صحتها، تم اختبارها إحصائيا بالانحدار البسيط، وجاءت النتائج على النحو الآتي:

جدول 25

نتائج تأثير الألم على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبرومياليجا

معنوية معامل الانحدار		معامل الانحدار أو التأثير		معنوية معامل التحديد		معامل التحديد	معامل الارتباط	المتغيرات	
الدالة الاحصائية	قيمة اختبار t	Beta	B	الدالة الاحصائية	قيمة اختبار F	R ²	R	الألم	المتغير المستقل
دال				دال					

المتغير التابع	نوعية الحياة	0,48-	0,23	13,22	احصائيا عند 0,01 α	4,73-	0,48-	3,63-	احصائيا عند 0,01 α
-------------------	-----------------	-------	------	-------	---------------------------------	-------	-------	-------	---------------------------------

بالرجوع للنتائج السابقة الذكر التي كشفت عن وجود علاقة عكسية وارتباط سالب بين الألم ونوعية الحياة، حاولنا الكشف عن مدى قدرة الألم التنبؤ بنوعية الحياة، بتطبيق الانحدار البسيط، الذي بدوره كشف لنا وجود ارتباط ودال إحصائياً بين الألم ونوعية الحياة (-0,48)، إذ يمكن التنبؤ بنسبة التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة تحت تأثير الألم بـ 23%، وهذا التأثير دال إحصائياً أي أن التغير الذي يطرأ على نوعية الحياة، هي من تأثير الألم بنسبة 23%، وباقي نسب التأثير ترجع لعوامل أخرى . كما قدر معامل التأثير (B) بـ -4,73، أي كلما زاد الألم ب (1) درجة واحدة، نقص متغير نوعية الحياة 4,9 درجة، بالتالي فالانحدار معنوي. وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثالثة للبحث، أي يمكن التنبؤ بتحسن نوعية الحياة من خلال انخفاض درجة الألم لدى المرضى.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة

نصت الفرضية على انه : " تتوسط استراتيجيات التعامل العلاقة بين الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا". وللتحقق من صحتها تم اختبارها إحصائياً باختبار الوساطة الخاص بنموذج كل من Barron & Kenny (1986)، القائم على الانحدار البسيط والمتعدد . وتمثلت النتائج الخاصة بكل إستراتيجية على حدى، كما هي موضحة في الجداول الموالية:

4 - 1 من جانب إستراتيجية تجاهل الألم

جدول 26

اختبار مدى وساطة إستراتيجية تجاهل الألم لعلاقة الألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا

القرار عن الوساطة	التحقق من المعادلات	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الارتباط ودلالته	معادلات اختبار الوساطة
توجد وساطة أي أن إستراتيجية تجاهل الألم تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة	(1) تحققت المعادلة 1	^{**} 0,441-Beta ^{**} 0,944- B (3,22- T) دال احصائيا	0,194	^{**} -0,441 (10,38 F) دال احصائيا	معادلة 1 تأثير درجة الألم على إستراتيجية تجاهل الألم
	(1) تحققت المعادلة 2	^{**} 0,485-Beta ^{**} 4,73- B (3,63- T) دال احصائيا	0,23	^{**} -0,48 (13,22F) دال احصائيا	معادلة 2 تأثير درجة الام على نوعية الحياة
	(1) تحققت المعادلة 3	^{**} 0,354Beta ^{**} 1,61 B 2,52T دال احصائيا	0,33	^{**} 0,58 (10,63 F) دال احصائيا	معادلة 3 تأثير استراتيجية تجاهل الالم على نوعية الحياة بوجود الألم

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث، والتي

تشير إلى أن:

. تأثير الألم على إستراتيجية تجاهل الألم دال إحصائيا، إذ قدر معامل التأثير -0,441 وهو دال إحصائيا، أي كلما زاد الألم بدرجة، نقصت معه إستراتيجية تجاهل الألم بـ 0,94. كما قدرت قيمة الارتباط بـ -0,44، وهو دال إحصائيا، يعني كلما نقص الألم كلما زاد معه تجاهل الألم.

. التأثير الكلي للألم على نوعية الحياة، إذ قدر معامل التأثير بـ -0,485 وهو دال إحصائيا، أي كلما زاد الألم بدرجة نقصت معه نوعية الحياة بـ 4,7 درجة . أما الارتباط بينهما فهو دال إحصائيا، إذ قدرت قيمته -0,48 . كما يشير معامل التحديد إلى أن 23% من التغيرات التي تحدث لنوعية الحياة سببها لها متغير الألم.

. تأثير إستراتيجية تجاهل الألم على نوعية الحياة بوجود الألم، إذ قدر معامل التأثير 0,35 وهو دال إحصائيا، يعني كلما يزيد تجاهل الألم بدرجة تزيد معه نوعية الحياة بـ 1,61 درجة ، بالرغم من وجود الألم. كما قدرت قيمة الارتباط بـ 0,58 وهي دالة إحصائيا.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة، أي أن إستراتيجية تجاهل الألم تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة. إذ يظهر لنا جليا ارتفاع طفيف في الارتباط، بحيث قدرت قيمة ارتباطا لألم بنوعية الحياة بـ -0,48 ، بينما قدرت العلاقة الارتباطية التفاعلية بين الألم ونوعية الحياة بوجود تجاهل الألم بـ 0,58 ، الأمر الذي يعكس تأثير تدخل العامل الوسيط في العلاقة الارتباطية.

تحقيق المعادلات الثلاث، يعكس تحقق الوساطة، أي أن إستراتيجية تجاهل الألم تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة. ولتحديد نوعية الوساطة، تم تحديدها على النحو الآتي:

جدول 27

التحقق من طبيعة الوساطة

النتيجة	شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير درجة الألم على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير إستراتيجية تجاهل الألم على نوعية الحياة بوجود الألم)	
	شروط 2	شروط 1
وساطة جزئية	قيمة معامل الأثر المباشر (-0,329) $t - 2,34^*$ ↓ الشرط الثاني تحقق (1)	. معامل الأثر المباشر - 0,329 . معامل الأثر الكلي -0,48 قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفري منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ↓ الشرط 1 تحقق (1)
معناه جزء من علاقة الألم ونوعية الحياة ، تمر بشكل مباشر . وجزء آخر يمر عبر إستراتيجية تجاهل الألم		

يتضح لنا من النتائج الواردة في الجدول رقم (27)، أن الوساطة جزئية، نظرا لتوفر

الشرطين الأساسيين لمثل هذه الوساطة، والمتمثلة في:

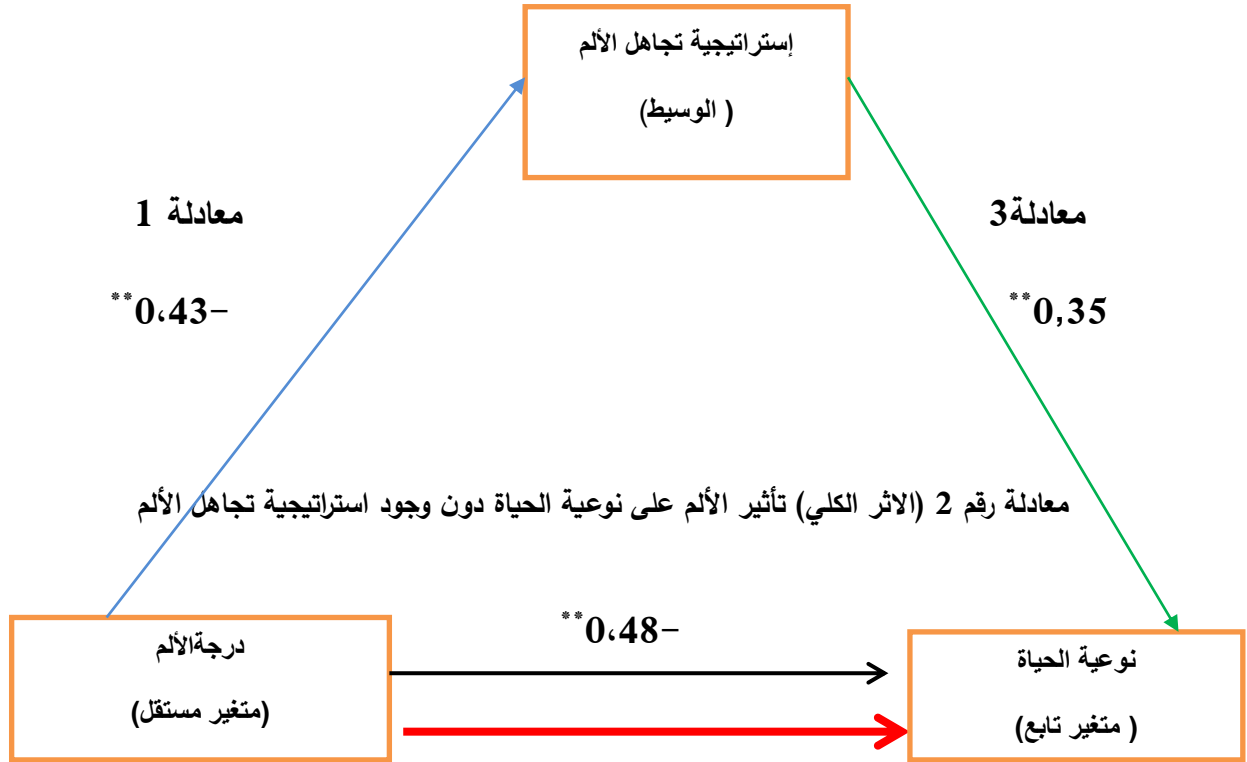
. قيمة معامل الأثر المباشر (يعكس ارتباط الألم بنوعية الحياة بوجود إستراتيجية تجاهل الألم) قدر ب -0,33 ، هذه القيمة أقرب منها للصفري من قيمة معامل الأثر الكلي (-0,48) والخاص بارتباط ارتباط الألم ونوعية الحياة ، دون وجود إستراتيجية تجاهل الألم.

. قيمة معامل الأثر المباشر (-0,33) دال إحصائيا .

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (26) و (27)، يتضح لنا أن إستراتيجية تجاهل الألم في تفاعلها مع الألم، يؤثران معا على نوعية الحياة، أي أن إستراتيجية تجاهل الألم تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، بحيث جزء من علاقة الألم ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر. والجزء الآخر يمر عبر إستراتيجية تجاهل الألم . ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي :

شكل 14

وساطة إستراتيجية تجاهل الألم للعلاقة بين الألم ونوعية الحياة.



تأثير الألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية تجاهل الألم

4 - 2 من جانب إستراتيجية تحويل الانتباه

جدول 28

اختبار مدى وساطة إستراتيجية تحويل الانتباه لعلاقة الألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير الألم على إستراتيجية تحويل الانتباه	0,094 F) (0,385 غير دال	0,009	0,094-Beta 0,196- B (0,621- T) غير دال احصائيا	(0) لم تتحقق المعادلة 1	لا توجد وساطة أي أن إستراتيجية تحويل الانتباه لا تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير الألم على نوعية الحياة	—	—	—	—	
معادلة 3 تأثير إستراتيجية تحويل الانتباه على نوعية الحياة بوجود درجة الألم	—	—	—	—	

يتضح لنا من الجدول رقم (28) أنّ الارتباط بين إستراتيجية تحويل الانتباه والألم غير دال إحصائياً، بالتالي فالألم لا يؤثر على إستراتيجية تحويل الانتباه، بهذا الشرط الخاص بالمعادلة الأولى لم يتحقق، لذلك لا داعي من التحقق من المعادلات الأخرى،

ويمكننا استنتاج عدم وجود وساطة، لأن الشرط الأساسي لتحقيق الوساطة، هو تحقق المعادلات الثلاث معا .

ومنه إستراتيجية تحويل الانتباه لا تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، أي أن الألم لديه تأثير كلي ومباشر على نوعية الحياة دون تدخل إستراتيجية تحويل الانتباه.

4-3 من جانب إستراتيجية إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة

جدول 29

اختبار مدى وساطة إستراتيجية إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة لعلاقة الألم

بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير الألم على إستراتيجية التفسير	** -0,45 (11,38 F) دال إحصائيا	0,209	**0,458-Beta **0,646- B (3,37- T) دال إحصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	لا توجد وساطة أي أن إستراتيجية التفسير لا تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير درجة الألم على نوعية الحياة	** -0,48 (13,22F) دال إحصائيا	0,23	**0,485-Beta **4,73- B (3,63- T) دال إحصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
معادلة 3 تأثير إستراتيجية إعادة التفسير على نوعية الحياة بوجود درجة الألم	**0,485 (6,47 F) دال إحصائيا	0,236	0,0194Beta 0,134 B 0,128T غير دال إحصائيا	(0) لم تتحقق المعادلة 3	

يظهر لنا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه ما يلي:

. تأثير الألم على إستراتيجية إعادة التفسير الألم دال إحصائياً، إذ قدر معامل التأثير -0,458 وهو دال إحصائياً، أي كلما زاد الألم بدرجة واحدة نقصت معه إستراتيجية إعادة التفسير ب 0,64 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب -0,45، وهو دال إحصائياً، يعني كلما نقص الألم كلما زادت معها إستراتيجية إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة.

. التأثير الكلي للألم على نوعية الحياة إذ قدر معامل التأثير ب -0,485 وهو دال إحصائياً، أي كلما زاد الألم بدرجة نقصت معه نوعية الحياة ب 4,7 درجة ، أما الارتباط بينهما فهو دال إحصائياً إذ قدرت قيمته -0,48 كما يشير معامل التحديد إلى أن 23% من التغيرات التي تحدث لنوعية الحياة سببها لها متغير الألم .

. تأثير إستراتيجية التفسير على نوعية الحياة بوجود الألم، إذ قدر معامل التأثير 0,019 وهو غير دال إحصائياً، و بالرغم من وجود علاقة تفاعلية إلا أنها لم ترتقي لدرجة التأثير.

عدم تحقق المعادلة الثالثة يجعلنا نستنتج أن إستراتيجية إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة لا تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة ، يعني التأثير الذي يمارسه الألم على نوعية الحياة لا يمر عبر إستراتيجية التفسير بل اتجاهه يكون مباشر . بالتالي إستراتيجية إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة لا تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة .

4 - 4 من جانب إستراتيجية الدعاء

جدول 30

اختبار مدى وساطة إستراتيجية الدعاء لعلاقة الألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا

القرار عن الوساطة	التحقق من المعادلات	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الارتباط ودلالته	معادلات اختبار الوساطة
لا توجد وساطة أي أن إستراتيجية الدعاء لا تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة	(0) لم تتحقق المعادلة 1	0,056-Beta 0,066- B (0,365- T) غير دال إحصائيا	0,003	0,056 (0,133 F) غير دال	معادلة 1 تأثير الألم على إستراتيجية الدعاء
	—	**0,485-Beta **4,73- B (3,63- T) دال إحصائيا	—	—	معادلة 2 تأثير الألم على نوعية الحياة
	—	**0,354Beta **1,61 B 2,52T دال إحصائيا	—	—	معادلة 3 تأثير إستراتيجية الدعاء على نوعية الحياة بوجود درجة الألم

يتضح لنا من الجدول رقم (30) أن الارتباط بين إستراتيجية الدعاء والألم، والذي قدر ب 0,056 غير دال إحصائيا، بالتالي فالألم لا يؤثر على إستراتيجية الدعاء، بهذا الشرط الخاص بالمعادلة الأولى لم يتحقق، لذلك لا داعي من التحقق من المعادلات

الأخرى، ويمكننا استنتاج عدم وجود وساطة، لان الشرط الأساسي لتحقيق الوساطة، هو تحقق المعادلات الثلاث معا .

ومنه إستراتيجية الدعاء لا تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، أي أن الألم لديه تأثير كلي ومباشر على نوعية الحياة دون تدخل إستراتيجية الدعاء .

5-4 من جانب إستراتيجية التهويل

جدول 31

اختبار مدى وساطة إستراتيجية التهويل لعلاقة الألم بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا

معدلات الوساطة	اختبار	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير الألم على التهويل	معادلة 1	**0,541 (17,82 F) دال إحصائيا	0,293	**0,541Beta **0,944 B (4,22T) دال إحصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	توجد وساطة أي أن إستراتيجية التهويل تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير درجة الألم على نوعية الحياة	معادلة 2	** -0,48 (13,22F) دال إحصائيا	0,23	**0,485-Beta **4,73- B (3,63- T) دال إحصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
معادلة 3 تأثير إستراتيجية التهويل على نوعية الحياة بوجود درجة الألم	معادلة 3	**0,626 (13,55 F) دال إحصائيا	0,392	**0,471-Beta **2,64-B 3,294-T دال إحصائيا	(1) تحققت المعادلة 3	

يظهر لنا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث، والتي تشير إلى أن:

. تأثير الألم على إستراتيجية التهويل دال إحصائياً، إذ قدر معامل التأثير 0,541 وهو دال إحصائياً، أي كلما زاد الألم بدرجة زادت معه إستراتيجية التهويل ب 0,94. كما قدرت قيمة الارتباط ب0,54، وهو دال إحصائياً، يعني كلما زاد الألم كلما زادت معها إستراتيجية التهويل.

. التأثير المباشر للألم على نوعية الحياة، إذ قدر معامل التأثير ب-0,485 وهو دال إحصائياً، أي كلما زاد الألم بدرجة نقصت معه نوعية الحياة ب4,7 درجة . أما الارتباط بينهما فهو دال إحصائياً، إذ قدرت قيمته -0,48 . كما يشير معامل التحديد إلى أن 23% من التغيرات التي تحدث لنوعية الحياة سببها لها متغير الألم.

.تأثير إستراتيجية التهويل على نوعية الحياة بوجود الألم، إذ قدر معامل التأثير ب-0,471 وهو دال إحصائياً، يعني كلما يزيد التهويل بدرجة تنقص معه نوعية الحياة ب2,64 درجة ، بوجود الألم . كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,626 وهي دالة إحصائياً.

تحقيق المعادلات الثلاث، يعكس تحقق الوساطة، أي أن إستراتيجية التهويل تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة. إذ يظهر لنا جليا ارتفاع طفيف في الارتباط ، بحيث قدرت قيمة ارتباط الألم بنوعية الحياة ب- 0,48 ، بينما قدرت العلاقة الارتباطية التفاعلية بين الألم ونوعية الحياة بوجود التهويل ب 0,62، الأمر الذي يعكس تأثير تدخل العامل الوسيط في العلاقة الارتباطية. ولتحديد نوعية الوساطة، تم تحديدها على النحو الآتي:

جدول 32

التحقق من طبيعة الوساطة

النتيجة	شروط نوع الوساطة :	
	شروط 2	شروط 1
وساطة كلية	<p>قيمة معامل الأثر المباشر (-0,23) $t = 1,607$</p> <p>غير دال إحصائياً</p> <p>↓</p> <p>الشرط الثاني لم يتحقق (0)</p>	<p>. معامل الأثر المباشر - 0,23</p> <p>. معامل الأثر الكلي - 0,48</p> <p>قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي</p> <p>↓</p> <p>الشرط 1 تحقق (1)</p>

يتضح لنا من النتائج الواردة في الجدول رقم (32)، أن الوساطة كلية، نظراً لعدم

توفر الشرطين الأساسيين لمثل هذه الوساطة، والمتمثلة في

. قيمة معامل الأثر المباشر (يعكس ارتباط الألم بنوعية الحياة بوجود إستراتيجية

التهويل) قدر ب -0,23 ، هذه القيمة أقرب منها للصفر من قيمة معامل الأثر الكلي

(-0,48) والخاص بارتباط الألم ونوعية الحياة ، دون وجود إستراتيجية التهويل

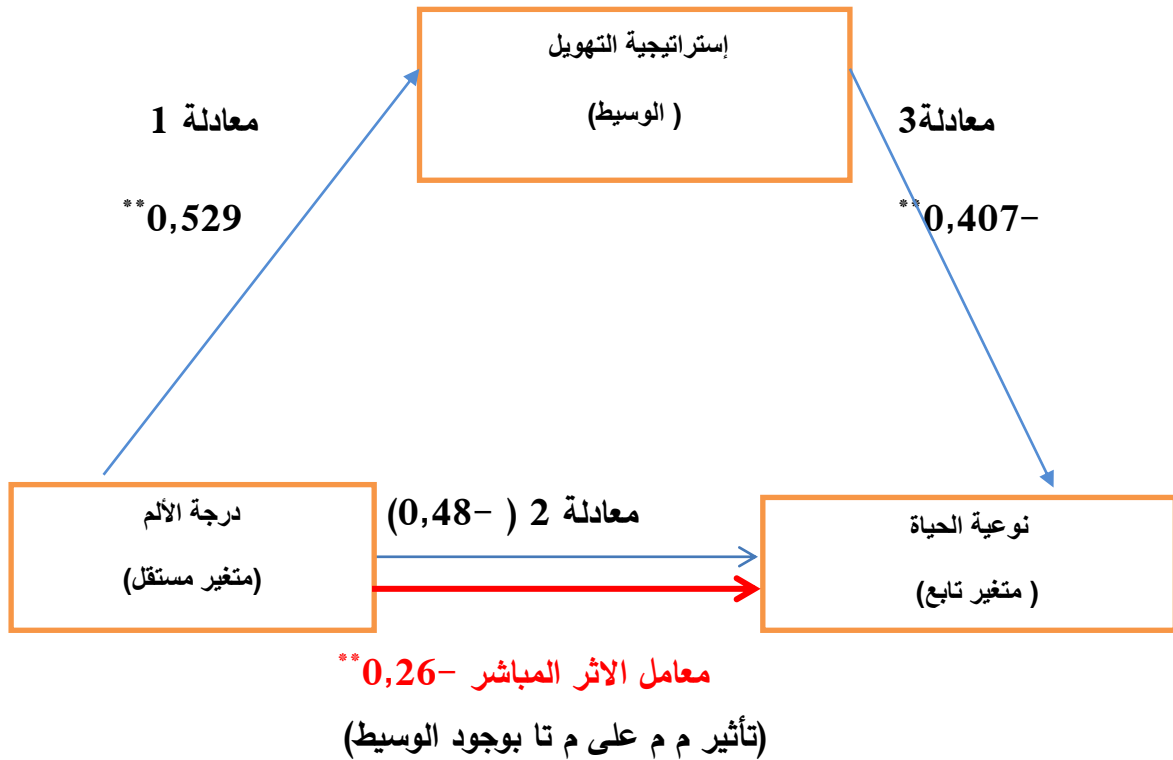
. قيمة معامل الأثر المباشر (-0,23) غير دال إحصائياً

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (31) و (32) ، يتضح لنا أن إستراتيجية التهويل في تفاعلها مع الألم ، يؤثران معا على نوعية الحياة، أي أن إستراتيجية التهويل تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة بشكل كلي ، لأن الوساطة التي يمثلها النموذج الحالي هي وساطة كلية، أي يختفي الأثر الكلي للألم على نوعية الحياة بوجود المتغير الوسيط إستراتيجية التهويل ، الذي يصبح المتبىء المباشر لنوعية الحياة .

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:

شكل 15

وساطة إستراتيجية التهويل للعلاقة بين الألم ونوعية الحياة.



بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول (26) ، (27) ، (31) ، (32) ، نستنتج أن استراتيجيتي التعامل مع المرض الخاصة "بتجاهل الألم " و"التهويل" لعبت دور الوسيط

في العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، مما جعل قيمة الارتباط ترتفع، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الرابعة للبحث .

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة (الخاصة بالمتغير المعدل)

نصت الفرضية على انه : " يعدل السند الاجتماعي (توفر السند ، الرضا عن السند) من أثر درجة الألم على نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا" وللتأكد من صحتها تم اختبارها إحصائياً باستخدام تحليل الانحدار المتعدد الهرمي، لقياس أثر الألم على نوعية الحياة بوجود السند الاجتماعي متغيراً معدلاً . وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجداول الموالية لكل بعد من أبعاد السند الاجتماعي على حدى :

5- 1 السند الاجتماعي من جانب توفر السند متغيراً معدلاً للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة

جدول 33

تحليل الانحدار المتعدد الهرمي لبيان أثر درجة الألم على نوعية الحياة بوجود متغير السند الاجتماعي من جانب بعد التوفر متغيراً معدلاً لدى مرضى الفيبروميالجيا

النموذج الثالث		النموذج الثاني		النموذج الأول		المتغير المستقل والمعدل	المتغير التابع
قيمة اختبار T ودلالته	قيمة معامل الانحدار Beta	قيمة اختبار T ودلالته	قيمة معامل الانحدار Beta	قيمة اختبار T ودلالته	قيمة معامل الانحدار Beta		
				-3,66**	-0,488	درجة الام	نوعية الحياة
		0,851 غير دال	0,114			توفر السند	

1,553- غير دال	0,851-			درجة الألم*توفر السند
	0,541	0,501	0,488	قيمة معامل الارتباط R
	0,293	0,251	0,238	قيمة معامل التحديد R ²
	0,055	0,013	0,238	قيمة معامل التحديد ΔR^2
	**5,66	**7,04	**13,46	قيمة اختبار F ودالاته
توفر السند لا يعتبر عامل معدل للعلاقة درجة الألم بنوعية الحياة				القرار عن المتغير المعدل

من الجدول الخاص بنتائج الانحدار المتعدد الهرمي، يتضح لنا ما يلي:

. بالنسبة للنموذج الأول : الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة ، كشفت لنا عن وجود ارتباط بين المتغيرين، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيرسون ب (-0,48) ، وهي دالة إحصائياً ، إذ قدرت قيمة اختبار F ب 13,46 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 . كما بلغ قيمة معامل التحديد (0,23) ، أي أن نسبة 23% من التغير لذي يطرأ على نوعية الحياة يرجع لدرجة الألم، وهذا ما يوضحه بدوره معامل التأثير Beta التي قدرت قيمتها -0,488 وهي دالة إحصائياً (t : -3.7**) إذ كلما نقصت درجة الألم بدرجة واحدة، كلما زادت وتحسنت نوعية الحياة ب 4,9 درجة (قيمة معامل B) .

. بالنسبة للنموذج الثاني : الخاص بتأثير توفر السند على نوعية الحياة : قدرت قيمة الارتباط (0,501)، كما قدرت قيمة اختبار F ب 7,04 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01، مما يدل على وجود ارتباط دال إحصائياً بين المتغيرين ، لكن معامل التحديد الذي قدر ب 0,251، يعكس لنا أنه مع إدخال متغير توفر السند طرأ تغيير طفيف جداً قدر ب 1,3% من التغيير في نوعية الحياة ، كما نجد معامل التأثير Beta (0,114) كان ضعيف وغير دال إحصائياً، أي كلما زادت توفر السند بدرجة لم تتغير معها نوعية الحياة لا بالزيادة ولا بالنقصان .

. أما النموذج الثالث : الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة من خلال التفاعل بين درجة الألم والمتغير المعدل توفر السند: بالنسبة لقيمة الارتباط طراً عليها زيادة طفيفة (0,541) ترجع لتأثير التفاعل بين درجة الألم وتوفر السند ، تقابلها زيادة في معامل التحديد قدرت ب 5% فقط . أما قوة معامل التأثير (-0,851) فهي ضعيفة وغير دالة إحصائياً (t : -1,553) ، أي أن بالرغم من وجود علاقة تفاعلية لدرجة الألم وتوفر السند ونوعية الحياة ، لكنها لم تصل درجة التأثير والتعديل في العلاقة بين نوعية الحياة ودرجة الألم ، بهذا بعد توفر السند لا يعتبر عاملاً معدلاً لهذه العلاقة.

2-5 السند الاجتماعي من جانب الرضا عن السند متغيراً معدلاً للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة

جدول 34

تحليل الانحدار المتعدد الهرمي لبيان أثر درجة الألم على نوعية الحياة بوجود متغير السند الاجتماعي من جانب بعد الرضا متغيراً معدلاً لدى مرضى الفيبروميالجيا

النموذج الثالث		النموذج الثاني		النموذج الأول		المتغير المستقل والمعدل	المتغير التابع	
قيمة اختبار T ودلالته	قيمة معامل الانحدار Beta	قيمة اختبار T ودلالته	قيمة معامل الانحدار Beta	قيمة اختبار T ودلالته	قيمة معامل الانحدار Beta			
				**3,66-	0,488-	درجة الألم	نوعية الحياة	
		*2,119	0,281			الرضا عن السند		
*2,268-	1,319-					درجة الألم*توفر السند		
	0,623		0,559		0,488	قيمة معامل الارتباط R		
	0,389		0,312		0,238	قيمة معامل التحديد R ²		
	0,151		0,074		0,238	قيمة معامل التحديد ΔR ²		
	**5,66		**7,04		**13,46	قيمة اختبار F ودلالته		
الرضا عن السند يعتبر عاملاً معدلاً للعلاقة بين الألم ونوعية الحياة							القرار عن المتغير المعدل	

من الجدول الخاص بنتائج الانحدار المتعدد الهرمي، يتضح لنا ما يلي:

بالنسبة للنموذج الأول : الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة ، كشفت لنا عن وجود ارتباط بين المتغيرين، إذ قدرت قيمة معامل ارتباط بيرسون ب (-0,48) ، وهي دالة إحصائياً، إذ قدرت قيمة اختبار F ب 13,46 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01. كما بلغ قيمة معامل التحديد (0,23) ، أي أن نسبة 23 % من التغير الذي يطرأ على نوعية الحياة يرجع لدرجة الألم، وهذا ما يوضحه بدوره معامل التأثير Beta التي قدرت قيمتها -0,488 وهي دالة إحصائياً (t : -3.7**) إذ كلما نقصت درجة الألم بدرجة واحدة، كلما زادت وتحسنت نوعية الحياة ب 4,9 درجة (قيمة معامل B) .

بالنسبة للنموذج الثاني: الخاص بتأثير الرضا عن السند على نوعية الحياة : قدرت قيمة الارتباط (0,559) ، كما قدرت قيمة اختبار F ب 9,52 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 ، مما يدل على أن الانحدار معنوي ، بحيث قدرت نسبة التغير الذي يحدثه الرضا عن السند في نوعية الحياة ، حسب ما يبرزه معامل التحديد ب 31,2%.

كما نجد معامل Beta الذي قدر ب 0,281، وهو دال إحصائياً (t : 2,119*) إذ طرأ تغيير طفيف قدر ب 7,4% من التغير في نوعية الحياة بإدخال توفر السند، كما نجد معامل التأثير B (0,726)، أي كلما زاد الرضا عن السند بدرجة لم زادت معه نوعية الحياة ب 0,7 درجة .

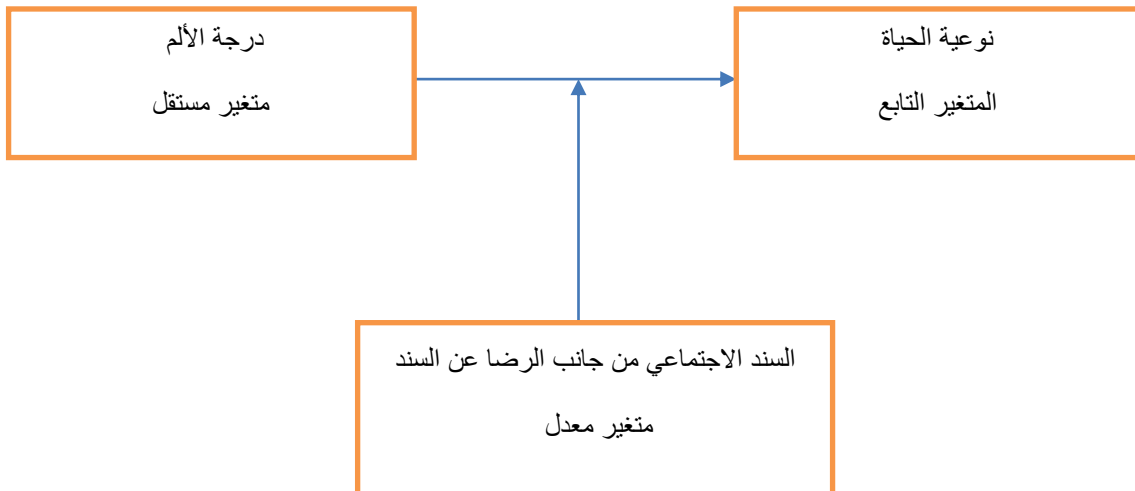
أما النموذج الثالث: الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة من خلال التفاعل بين درجة الألم والمتغير المعدل الرضا عن السند: بالنسبة لقيمة الارتباط المتعدد طرأ عليه زيادة إذ أصبح (0,62) بعدما كان (0,48)، ترجع لتأثير التفاعل بين درجة الألم وتوفر السند، تقابلها قيمة معامل التحديد (0,389) ، أي ما يعادل نسبة

38,9% من التغيير الذي يحدث في نوعية الحياة يرجع للتفاعل بين الرضا عن السند ودرجة الألم ، كل هذا يعكس معنوية الانحدار ($F=8,68^{**}$) ، تقابلها زيادة في معامل التحديد قدرت ب 15,1% . أما قوة معامل التأثير ($-1,319$) فهو دال إحصائيا (t : - $2,268^{*}$) ، أي أنه بوجود علاقة تفاعلية بين درجة الألم والرضا عن السند جعل نوعية الحياة تتحسن ب 1,31 درجة عندما ينخفض الألم بدرجة 1 وذلك بوجود الرضا عن السند ، بهذا يعتبر بعد الرضا للسند يعتبر عاملا معدلا للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة ، بحيث ساهم في رفعها .

بهذا تتحقق الفرضية الخامسة للبحث جزئيا، إذ يعتبر متغير السند الاجتماعي عاملا معدلا للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا، لكن من جانب الرضا عن السند ، ويمكن تمثيل ذلك في النموذج الموالي :

شكل 16

الرضا عن السند كمعدل للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة.



6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة

نصت الفرضية على أنه : " يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالجيا في متغيرات البحث (الألم ونوعية الحياة) تعزى لعامل الجنس " ، وللتأكد من صحتها تم اختبارها إحصائياً باختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين لمجموعتين مستقلتين ، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجداول الموالية :

1-6 الفروق في درجة الألم بين المرضى بدلالة جنسهم

جدول 35

الفروق في متوسط درجات الألم لدى المرضى بدلالة عامل الجنس

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التجانس ودلالته	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
الألم	ذكر	12	6	1,59	0,467 غير دال إحصائياً (يوجد تجانس)	1,919	غير دال إحصائياً
	أنثى	33	7,15	1,83			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفرق بين متوسط درجات الألم لدى المرضى رجال (6) ومتوسط درجات الألم لدى المرضى نساء (7,15) غير حقيقي، إذ قدرت قيمة اختبار t ب 1,919 وهي غير دالة إحصائياً، أي عامل الجنس لم يؤثر على الألم لدى المرضى .

2-6 - الفروق في نوعية الحياة بين المرضى بدلالة جنسهم:

جدول 36

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى بدلالة عامل الجنس

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التجانس ودلالته	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
الألم	نكر	12	81,25	17,81	0,039 غير دال إحصائيا (يوجد تجانس)	2,1	دال إحصائيا عند $0,05\alpha$
	أنثى	33	69,03	17,06			

يظهر من الجدول أن الفرق بين متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى رجال (81,25) ومتوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى نساء (69,03) حقيقي، إذ قدرت قيمة اختبار t ب 2,1 وهي دالة إحصائيا، إذن توجد فروق بدلالة الجنس لصالح المرضى رجال، هم الذين لديهم مستوى أكثر ارتفاعا لنوعية الحياة مقارنة بالنساء.

بالرجوع للنتائج الواردة في جدولي (35)، (36) يتبين لنا التحقق الجزئي لفرضية البحث، أي أن عامل الجنس اثر على نوعية الحياة دون الألم لدى المرضى.

7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة

نصت الفرضية على أنه : " يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالجيا في متغيرات البحث (الألم ونوعية الحياة) تعزى لعامل مدة الإصابة بالمرض " ، وللتأكد من صحتها تم اختبارها إحصائياً باختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين لمجموعتين مستقلتين ، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجداول الموالية:

7-1- الفروق في الألم بين المرضى بدلالة مدة الإصابة بالمرض

جدول 37

الفروق في متوسط درجات الألم لدى المرضى بدلالة عامل مدة الإصابة بالمرض

المتغير	مدة الإصابة بالمرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التجانس ودلالته	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
الألم	أقل من 5 سنوات	25	6,84	1,97	0,005 غير دال	-0,018	غير دال إحصائياً
	من 5 سنوات فأكثر	20	6,85	1,69			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفرق بين متوسط درجات الألم لدى المرضى الذين أصيبوا بالمرض أقل من 5 سنوات (6,84) ومتوسط درجات الألم لدى المرضى الذين أصيبوا من 5 سنوات فما فوق (6,85) غير حقيقي ، إذ قدرت قيمة اختبار t ب -

0,018 وهي غير دالة إحصائياً، أي عامل مدة الإصابة بالمرض لم يؤثر على الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا.

7-2- الفروق في نوعية الحياة بين المرضى بدلالة مدة الإصابة بالمرض

جدول 38

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى بدلالة عامل مدة الإصابة بالمرض

المتغير	مدة الإصابة بالمرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التجانس ودلالته	قيمة اختبار t	الدالة الإحصائية
نوعية الحياة	أقل من سنة	25	74	19,35	0,798	0,718	غير دال إحصائياً
	من سنة فأكثر	20	70,15	16,17			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفرق بين متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى الذين أصيبوا بالمرض أقل من 5 سنوات (74) ومتوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى الذين أصيبوا من 5 سنوات فما فوق (70,15) غير حقيقي، إذ قدرت قيمة اختبار t بـ 0,718 وهي غير دالة إحصائياً، أي عامل مدة الإصابة بالمرض لم يؤثر على نوعية الحياة لدى المرضى .

بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول السابقة، يتضح لنا عدم تحقق الفرضية السابعة للبحث.

خلاصة

أسفر اختبار الفرضيات عن مجموعة من النتائج التي سمحت بتحديد مستوى الألم لدى عينة البحث، الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط الألم بنوعية الحياة، التنبؤ بالتغيرات التي تحدث على مستوى المخرج من تأثير، توسط وتعديل.

الفصل الثامن

تفسير النتائج

"منوط به تفسير من كان غامضا وتفصيله إن كان في الأمر إجمال"

"ابن شهاب"

تمهيد

سنتعرض من خلال هذا الفصل إلى مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الأدبيات العلمية والعالمية المرتبطة بموضوع البحث.

- مناقشة وتفسير نتائج البحث

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى

نصت الفرضية الأولى على أنه "يرتفع مستوى الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا" وبينت النتائج أن أعلى نسبة من مستوى الألم بين المرضى سجلتها نسبة المستوى المرتفع والشديد بـ77,8%، تقابلها نسبة 17,8% من المستوى المتوسط، في حين نجد 4,4% فقط من المرضى الذين يشعرون بالألم بمستوى منخفض أو بسيط. ويعد الألم العرض الأساسي لمرض الفيبروميالجيا كما أنه يتخذ خاصية الألم الشديد والمفرط، وهو الأمر الذي ظهر من خلال تحقق الفرضية الحالية، فقد تبين أن أكثر من ثلاثة أرباع أفراد العينة (77,8%) تعاني من المستوى المرتفع والشديد للألم.

هذه المعطيات إذا ما قارناها بما هو وارد في الأدبيات العلمية والعالمية نجدها مطابقة إلى ما توصلنا إليه، بحيث ورد في تقرير السلطة العليا للصحة (HAS (2010 أن الألم المزمن لدى مرضى الفيبروميالجيا هو من الأعراض الأساسية للمرض ويتخذ شكل الآلام المفرطة Hyperalgésie . ويتميز بأنه مستمر وعادة ما يكون شديداً،

(Laroche, 2009). وكشفت الدراسة الطولية لـ Kennedy & Felson (1996) أنّ 55% من أفراد العينة صرحوا باستمرار الألم والتصلب (معتدل/ شديد) بعد 15 سنة من التشخيص التكفل والعلاج. كما أسفرت نتائج دراسة Lami et al. (2018) أنّ مرضى الفيبروميالجيا أظهروا مستويات مرتفعة من الألم مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة الذين أظهروا مستويات مرتفعة من تقبل الألم.

فيتم أخذ الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا خاصة الألم المرتفع والشديد، ويصنف الألم الفيبروميالجى ضمن الألم المزمن، الذي يفرض بطبيعته تناول البيونفسي اجتماعي (Muller et al., 2011). مع وجود خصوصية يتميز بها الألم الفيبروميالجى (آلام مزمنة منتشرة، آلام متمركزة "مناطق الحساسية"، زيادة في إدراك الألم، استجابات غير طبيعية للمثيرات الميكانيكية) (Bourgault et Marchand, 2009). ويعتبر الألم مزمنًا عندما "يتطور منذ أكثر من - 3 إلى 6 أشهر - و/أو من المحتمل أن يؤثر بطريقة سلبية على سلوك ورفاهية المريض." (De Broca, 2002,p.6)، ومن بين المعايير التي ارتكزت عليها الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم لتعريف الفيبروميالجيا هو وجود ألم منتشر لمدة تزيد عن 03 أشهر موزع على جميع أنحاء الجسم. فالألم المزمن يعبر عن اختلال في جهاز إدراك الألم، فإذا كان الألم الحاد مفيد باعتباره إشارة إنذار للجسد، فإن الألم المزمن ليس له معنى من الوجهة الطبية (Nusbaumet al., 2010)، ومنه فالألم الذي يعاني منه الفيبروميالجى يصنف ضمن الألم الذي يعاني منه بقية مرضى المعانون من الآلام المزمنة مع وجود ارتفاع في مستوى الألم والتعب لدى هؤلاء المرضى، (Dumolard et Juvin , 2003). وأشار (Bourgault et Marchand 2009) أنّ مرضى الفيبروميالجيا يعانون من زيادة في إدراك الألم، وأنّ هذا الأخير -الألم- يلعب دورًا هامًا في تحديد نوعية حياة هؤلاء المرضى. فشدة الألم تشكل منبئ مهم عن استمرارية الأعراض والإعاقة، كما تعتبر كجسر بين العوامل الجسدية والنفسية

(Cedraschi et al., 2009). وقد بينت نتائج الفرضية الحالية على غرار الأدبيات وجود مستوى مرتفع من الألم الذي تم قياسه بموجب سلم EVA لدى أفراد العينة. فالاتفاق في الأدبيات وارد حول مسألة زيادة إدراك الألم لدى هؤلاء المرضى غير أنه لا يوجد اتفاق حول سبب زيادة مستوى الألم، فيرجعها فريق من الباحثين إلى وجود اختلال في الجهاز العصبي المركزي، نظرا لوجود خلل في الميكانيزمات المسؤولة عن مراقبة الألم لدى هؤلاء المرضى، بينما يميل فريق آخر إلى اعتبار الفيبروميالجيا شكل من أشكال التجسيد أين يكون الألم والأعراض الأخرى الناجمة عنها بمثابة رسالة، نداء أو تعبير مجازي كما ذهب إليه (Lejoyeux et al. (1997 عن (Delpire et al., 2007)، بل وأن الاختلاف لا يزال قائما هل الألم سبب الفيبروميالجيا أو الفيبروميالجيا هي التي تسبب الألم، وبغياب الدراسات والأبحاث الفاصلة في هذه المسألة يمكن عزو سبب ارتفاع مستوى الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا إلى مجموعة من الأسباب، طالما أن الفيبروميالجيا هي متعددة الأسباب والأبعاد. ومنه وما نخلص إليه هو أن شدة الألم تعد كمنبئ لنوعية الحياة وهو ما سنتطرق إليه من خلال نتائج الفرضية الثانية والثالثة.

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية للبحث

نصت الفرضية الثانية على أنه " يوجد ارتباط سالب بين درجة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا"، وقد أسفرت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين الألم ونوعية الحياة، إذ قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بـ -0,48، وهي دالة إحصائيا عند مستوى $(\alpha = 0,01)$ ، ومنه كلما ارتفع مستوى الألم انخفضت نوعية الحياة، فنوعية الحياة هي من المؤشرات الدالة على رفاهية الفرد أو عدم رفاهيته في مختلف مجالات الحياة طالما أنّ الوجهة السائدة حاليا هي الوجهة الشمولية التي تضم المكونات الذاتية والموضوعية من جهة، كما أنها تدمج العديد من التخصصات وتشمل مختلف مجالات الحياة من جهة أخرى، والنتيجة الحالية بينت الارتباط العكسي الدال بين الألم

ومختلف أبعاد نوعية الحياة عند ($0,01\alpha$ و $0,05\alpha$)، ففي البعد الخاص بالصحة الجسدية قدر معامل الارتباط ب-0,51، يليه البعد الخاص بالصحة النفسية ب-0,40، ثم البعد الخاص بالمحيط المقدر ب-0,34، فبعد العلاقات الاجتماعية ب-0,33، وفي الأخير بعد الصحة العامة ب-0,32.

إذا ما عاينا الأدبيات نلاحظ اهتمام العديد من الأبحاث بالكشف عن العلاقة الموجودة بين الألم ونوعية الحياة سواء بصفة عامة (نوعية الحياة) أو خاصة (بأحد أبعادها)، فدراسة (Tremblay 2016) التي أجريت على عينة مكونة 235 فرد معاني من الألم المزمن أسفرت نتائجها إلى وجود ارتباط سلبي دال بين شدة الألم والرفاهية النفسية بمختلف أبعادها، كما توصل (Soyuer & Kepenek-Varol 2019) إلى وجود علاقة "جرعة-استجابة" بين شدة الألم ونوعية الحياة، فكلما ارتفع أحدهما انخفض الآخر، فعندما تزيد شدة الألم تنخفض نوعية الحياة، كما تبين أنّ الأفراد المعانون من الألم المزمن كان لهم رصيد منخفض في أبعاد نوعية الحياة مقارنة مع الأفراد المعانون من الألم الحاد والأفراد العاديين. وتوصل (Hadi, McHugh & Closs 2019) إلى نتيجة مماثلة بحيث تبين أنّ الأفراد المعانون من الآلام المزمنة كان لديهم رصيد منخفض في جميع أبعاد نوعية الحياة مقارنة مع أفراد المجتمع العام، ومقارنة مع باقي المرضى المعانون من الأمراض المزمنة، فقد تبين وجود تداخل بين الألم والجانب الجسدي، الحياة المهنية العلاقات العائلية، النوم والمزاج. وفي البعد الخاص بالصحة الجسدية أشار خبراء Inserm-Institut National de la santé et de la recherche médicale - المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي الفرنسي-، من خلال تقريرهم إلى وجود العديد الدراسات والأبحاث التي كشفت بأنّ الألم يتسبب في جعل المستوى العام لحالة الصحة الجسدية لمرضى الفيبروميالجيا منخفض مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة من نفس الجنس والسن لاسيما فيما يتعلق بقدرة الجهاز القلبي- التنفسي، قوة العضلات، القدرة على التحمل ومرونة المفاصل، انخفاض عام في الحالة الجسدية،

والقدرة على القيام بنشاطات الحياة اليومية (Inserm, 2020). وفي ميدان الصحة النفسية والعقلية أشارت بيانات العديد من الأدبيات، McWilliams, Laroche (2014), et al. (2004), Moulin et Boureau (2000), O'Reilly (2011), Radat et Koleck (2010)، إلى وجود ارتباط و/أو تداخل بين الألم (بغض النظر عن طبيعة المرض) والاضطرابات النفسية، والمتمثلة في القلق، الاكتئاب والاضطرابات المعرفية كالمعتقدات والتفسيرات الخاطئة (التهويل/ الكارثية، التعميم الزائد، الاستنتاج التعسفي...). أما عن الارتباط الموجود بين الاضطرابات النفسية و/ أو العقلية والفيروميالجيا بحذ ذاتها فتم إثباته هو الآخر على نطاق واسع، فبيّنت دراسة Lami et al. (2018) أنّ مرضى الفيروميالجيا أظهروا مستويات مرتفعة من الألم، الاكتئاب، القلق والتهويل. كما بيّنت دراسة Boonstra et al. (2013) التي أجريت على عينة من المرضى المعانين من الآلام المزمنة على مستوى العضلات والعظام (الفيروميالجيا) أنّ هؤلاء المرضى أظهروا مستوى ضئيل في الرضا عن الحياة (الرعاية الذاتية، الترفيه، الوضعية المهنية والمالية، الحياة الجنسية، العلاقات مع الأصدقاء) مقارنة مع أفراد المجتمع العام. كما أشارت بيانات العديد من الأدبيات، Bucourt, Martailé, Combes, et al. (2014), Jasson (2007), Delpire, Trois fontaines, et Triffaux (2007)، إلى وجود ارتباط و/أو تداخل بين الفيروميالجيا والاضطرابات النفسية، غير أن تلك الدراسات لم تبين إن كانت الاضطرابات يسببها الألم المزمن الناتج عن المرض، أم هي انعكاس عن الحالة المرضية ككل، بل أن الدراسات لم تفصل بعد في مسألة ما إذا كانت الفيروميالجيا سبب، نتيجة، أو تعبير لاضطراب اكتئابي فيثير البعض مسألة ظهور اكتئاب استجابي مرتبط بالمعاش المؤلم للمرض المزمن، بينما يميل البعض الآخر لإثارة مسألة الاكتئاب المقنّع الذي يصاحبه تعبير جسدي، ويرتكز فريق ثالث على الفرضية البيولوجية المشتركة (التحولات على مستوى النقلات العصبية)،(Delpire et al., 2007). ومنه فلا يوجد إجماع بين الباحثين عن مسألة الارتباط الموجود بين مستوى الألم كانعكاس على

الصحة النفسية/أو انعكاس للحالة المرضية ككل لدى مرضى الفيبروميالجيا، ومسألة ما إذا كانت الاضطرابات النفسية والعقلية سبب للمرض، وفي انتظار بيانات ونتائج الدراسات المهمة بالسببية المرضية للفيبروميالجيا يمكن اعتبار درجة الألم (المستوى المرتفع والشديد) كمنبئ يساهم في زيادة الأعراض النفسية قياساً لما توصلت إليه نتائج الدراسات بخصوص العلاقات الموجودة بين الألم (بغض النظر عن طبيعة المرض) والصحة النفسية والعقلية. فالألم المزمن له نتائج سلبية على مختلف المستويات (Lamé et al.,2005)، ويرتبط عكسيا بالصحة العامة، الرفاهية النفسية، الاجتماعية ونوعية الحياة.

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة للبحث

وقوفاً على نتائج الفرضية الثانية التي كشفت عن وجود علاقة عكسية وارتباط سالب بين الألم ونوعية الحياة، حاولنا الكشف عن مدى قدرة الألم التنبؤ بنوعية الحياة، فقد نصت الفرضية الثالثة على أنه " يوجد تأثير سلبي لدرجة الألم على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا" وقد أسفرت النتائج إلى وجود ارتباط دال إحصائياً بين الألم ونوعية الحياة (-0,84)، إذ يمكن التنبؤ بنسبة التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة تحت تأثير الشعور بالألم ب 23%، وهذا التأثير دال أي أن التغير الذي يطرأ على نوعية الحياة من تأثير الشعور بالألم بنسبة 23%، وباقي نسب التأثير ترجع لعوامل أخرى، كما قدر معامل التأثير (B) ب -4,73، أي كلما زاد الألم ب (1) درجة واحدة، نقص متغير نوعية الحياة 4,9 درجة، بالتالي فالانحدار معنوي، ومنه نستنتج أن متغير "الألم المزمن" يؤثر سلباً على المخرج "نوعية الحياة".

ورجوعاً للأدبيات العلمية نلاحظ تطابق النتائج، فمن بين المعايير التي استندت عليها "الجمعية الأمريكية للتخدير" American Society of Anesthesiologists لتعريف الألم المزمن هو الأثر الذي يخلفه واعتبرته مزمناً عندما "يؤثر سلباً على سلوك أو

رفاهية المريض." (ASA, 2010)، وأصبح الألم المزمن من بين العوامل الأكثر تهديداً لنوعية الحياة في العالم، فليست له وظيفة بيولوجية واضحة وهو يرتبط عموماً بالتأثير السلبي على الرفاهية الجسدية، النفسية والاجتماعية (Farezadi et al., 2008)، ويضيف Hadi, McHugh & Closs (2019) أنّ هناك أثر متعدد الأبعاد للألم على نوعية الحياة. ونعتبر أنّ هذه النتيجة تعد نتيجة حتمية طالما أنّ كلّ من الألم المزمن ونوعية الحياة هي مفاهيم متعددة الأبعاد. وأسفرت نتائج دراسة Rauf et al. (2014) التي أجريت بغرض معرفة طبيعة وحجم تأثير الألم المزمن على نوعية الحياة للأفراد المعانين منه، إلى أنّ الألم كان له تأثير سلبي وشديد على نوعية الحياة لدى 68% من أفراد العينة، فقد أثر على كلّ من نوعية النوم، القدرة على المشي، الأعمال اليومية، المزاج، العلاقات الشخصية، كما تبين أنه كلما ارتفع مستوى الألم كلما زاد الأثر على نوعية الحياة. وبيّنت دراسة Mazo & Estrada (2018) التي أجريت على عينة مكونة من 23 مريضة بالفيبروميالجيا بغرض الكشف عن أثر الألم المزمن على نوعية الحياة، أنّ الألم يتخلل نشاطات الحياة اليومية (الجانب الجسدي لنوعية الحياة)، الجانب الانفعالي وكذا الجانب المعرفي الذي يؤثر على الحياة الشخصية، العائلية، الاجتماعية والمهنية، فالألم يتسبب في الشعور بالإرهاق وينتج عن ذلك انخفاض في النشاطات الجسدية والاجتماعية. ويضيف Geoffroy, Amad & Thomas (2012) أنّ الفيبروميالجيا بصفتها مرض مزمن مؤلم تؤثر على نوعية الحياة، المهارات والمزاج. وفي إطار الدراسات المقارنة تم معاينة أنّ الفيبروميالجيا كان لها تأثير سلبي على نوعية حياة الأفراد المصابين بها مقارنة مع مرضى الروماتيزم المزمن كالتهاب المفاصل أو التهاب المفاصل الروماتويدي (Guino et al., 2015)، مع وجود ارتفاع في مستوى الألم والتعب (Dumolard, et Juvin, 2003). كما بيّنت نتائج دراسة Verbunt et al. (2008) أنّ مستوى الشدة النفسية وأثر الفيبروميالجيا على نوعية الحياة كان أكبر مقارنة مع المرضى المعانون من متلازمة الألم الناحي المركب وآلام الظهر.

فالألم يعد منبئاً لنوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا، كما بينَ التحقيق الذي قام به Choy et al. (2010) أنه كلما كان مستوى الألم الفيبروميالجي المنتشر شديداً كلما كان التأثير على حياة المرضى أكبر. وبصفة عكسية يشير خبراء (Inserm 2020) أنّ الأدبيات العلمية بينت الارتباط الموجود بين التحسن في الحالة الجسدية، المستوى المنخفض من الألم بالإضافة إلى التحسن في نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا، أي بمفهوم المخالفة فإن تخفيض الألم يؤدي إلى تحسن في نوعية حياة هؤلاء المرضى، وهو الأمر الذي كشفته (Bennett et al. 2005) من خلال دراستها التي أسفرت أنّ تخفيض الألم يؤدي إلى نوعية حياة أفضل لدى مرضى الفيبروميالجيا.

4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة للبحث

نصت الفرضية على أنه: " تتوسط استراتيجيات التعامل العلاقة بين الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا "، وتم التحقق منها بالاعتماد نموذج كَلّ من Barron & Kenny (1986) القائم على الانحدار البسيط والمتعدد، وأسفرت النتائج إلى وجود وساطة إستراتيجيتين لعلاقة الألم بنوعية الحياة: "تجاهل الألم"، والإستراتيجية الثانية "التهويل"، أما عن باقي الاستراتيجيات " تحويل الانتباه، إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة والدعاء" فهي لم تتوسط علاقة الشعور بالألم بنوعية الحياة، للتذكير بالنتائج فقد تم التوصل إلى:

➤ فيما يخص إستراتيجية "تجاهل الألم" فقد تحققت المعادلات الثلاث:

- تأثير الألم على إستراتيجية تجاهل الألم دال إحصائياً.
- التأثير الكلي للألم على نوعية الحياة.
- تأثير إستراتيجية تجاهل الألم على نوعية الحياة بوجود الشعور بالألم.

فإستراتيجية تجاهل الألم في تفاعلها مع الألم يؤثران معا على نوعية الحياة، أي أنّ إستراتيجية تجاهل الألم تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، بحيث جزء من علاقة الألم ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر، والجزء الآخر يمر عبر إستراتيجية تجاهل الألم.

➤ فيما يخص إستراتيجية التهويل فقد تحققت المعادلات الثلاث:

-تأثير الألم على إستراتيجية التهويل دال إحصائيا.

-التأثير المباشر للألم على نوعية الحياة.

-تأثير إستراتيجية التهويل على نوعية الحياة بوجود الألم.

ومنه فإستراتيجية التهويل في تفاعلها مع الألم يؤثران معا على نوعية الحياة، أي أنّ إستراتيجية التهويل تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة بشكل كلي، أي يختفي الأثر الكلي للألم على نوعية الحياة، بوجود المتغير الوسيط إستراتيجية التهويل ، الذي يصبح المنبىء المباشر لنوعية الحياة.

➤ فيما يخص الاستراتيجيات : "تحويل الانتباه"، و"الدعاء": فلم يتحقق الشرط

الخاص بالمعادلة الأولى ، ومنه فلم يتم التحقق من المعادلات الأخرى أي أنه لا توجد وساطة.

➤ فيما يخص إستراتيجية "إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة" فلم تتحقق الوساطة

بالرغم من وجود "تأثير الشعور بالألم على إستراتيجية إعادة التفسير دال، كما تبين وجود تأثير الكلي للألم على نوعية الحياة ، غير أنّ تأثير إستراتيجية إعادة التفسير على نوعية الحياة بوجود الألم غير دال إحصائيا أي بالرغم من وجود علاقة تفاعلية ، إلا أنها لم ترتقي لدرجة التأثير.

ومنه أسفرت نتائج هذه الفرضية وجود وساطة إستراتيجيتين لعلاقة الألم بنوعية

الحياة: أحدهما تبين أنها إستراتيجية فعالة: "تجاهل الألم" أي أنّ إستراتيجية تجاهل

الألم تتوسط ايجابيا علاقة الألم بنوعية الحياة، والإستراتيجية الثانية هي سلبية وغير

فعالة "التهويل" أي أنّ هذه الإستراتيجية تتوسط سلبيا العلاقة بين الألم بنوعية الحياة. وقبل تحليل الدور (الايجابي /السلبى) لاستراتيجيات التعامل في معاش المرضى المعانون من الألم المزمن، تجدر الإشارة إلى أن استراتيجيات التعامل تم اعتبارها من قبل (Lazarus et Laurier 1978) على أنها مجموع السيرورات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك على أنه مهدد من أجل التحكم، السماح أو التقليل من وطأة الحدث على رفايته النفسية والجسمية، نقلا عن (Piquemal-Vieu, 2001). ومن منظور النموذج التعاقدى لا يقتصر التعامل على مجرد وجود علاقة خطية بين المثير والاستجابة، بل يشكل مجموعة من الجهود المعرفية السلوكية المتغيرة باستمرار وفقا لعمليات التقييم المتعددة من قبل الفرد وعلاقته مع محيطه (Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014)، فالعديد من الأدبيات تعتبر استراتيجيات التعامل كوسائط، فالنموذج التعاقدى لـ Lazarus et Folkman يعتبر العلاقة بين الفرد والسياق كسيرورة متغيرة باستمرار، ثم أكدا (Folkman & Lazarus 1988) على الدور الفعّال للوسائط لتغيير الوضعية الضاغطة، المعارف والانفعالات المرتبطة بها، وأشارا إلى أنّ النماذج الكلاسيكية تعتبر أن الانفعالات تؤثر بصفة مباشرة (ايجابيا/ سلبيا) على التكيف، إلّا أنّ العلاقة الموجودة بينهما هي ثنائية متبادلة التأثير، وتوصلا من خلال دراستهما "Coping as a Mediator of Emotion" إلى أن استراتيجيات التعامل تعد كوسائط بين الانفعالات والوضعية الضاغطة نظرا لارتباط التعامل بالانفعالات ومساهمته في زيادة الانفعالات الايجابية تارة والسلبية تارة أخرى. من جهتها اعتبرت Rascle et Irachabal (2001) استراتيجيات التعامل كوسائط وأشارت إلى أنّ المتغيرات الوسيطة الأساسية هي: الضغط المدرك، الضبط المدرك واستراتيجيات التعامل، كما أنّ نموذج علم النفس الصحة " الشمولي التعاقدى والمتعدد العوامل " (Bruchon-Sweitzer -TIM- et Boujut, 2014) يعتبر استراتيجيات التعامل كوسائط بين المنبئات (الخصائص الشخصية والمحيطية) والمخارج (الصحة الجسمية والنفسية، نوعية الحياة والرفاهية).

أما عن فعالية استراتيجيات التعامل فعموما لا يمكن الجزم بفعالية أو عدم فعالية إستراتيجية معينة نظرا أن مسألة الفعالية تتوقف على الخصائص المحيطة كمدّة الحدث الضاغط والقدرة على التحكم فيه من عدمه (Paulhan, 1992). كما أنّ التعامل السلبي ليس بالضرورة غير فعّال فقد يلجأ الفرد لتسيير أحداث أزمية إلى استراتيجيات تعامل مدركة اجتماعيا على أنها سلبية، إلا أنّها قد تكون فعّالة في ذلك الوقت وعلى المدى القصير (Piquemal-Vieu, 2001)، فالإستراتيجية الفعّالة التي يتبناها فرد في موقف معين ولمدة محدّدة، قد لا تكون فعّالة بالنسبة لفرد آخر وفي ظروف مغايرة (Dany et al., 2008)، غير أنّ الدراسات والأبحاث التي تم إجراؤها في مجال الألم بينت الدور الايجابي/السلبي لبعض استراتيجيات التعامل (لاسيما الاستراتيجيات الخاصة بالألم والتي تم تطوير مقاييس خاصة بها)، كما بيّنت مختلف الأبحاث الدور الذي تلعبه استراتيجيات التعامل في المعاش البيونفسي اجتماعي للمرضى المعانين من الألم المزمن، وفي هذا الإطار تشير (Irachabal et al., 2008) إلى أنّه توجد العديد من الدراسات التي أثبتت الدور الهام والفعّال التي تلعبه استراتيجيات التعامل في عملية تكيف المرضى المعانين من الألم المزمن اتجاه مرضهم من حيث الشدة الانفعالية، الإعاقة ونوعية الحياة. وتوصل (Mazo & Estrada, 2018) إلى أنّ استراتيجيات التعامل التي يتبناها مرضى الفيبروميالجيا تسهل أو تعيق تقبل المرض، كما أنّ نوعية حياة هؤلاء المرضى تعتمد على نوعية الاستراتيجيات المستعملة أكثر من أعراض المرض بحذ ذاته، وهنا تتبين أهمية دراسة نوعية الاستراتيجيات المستعملة من قبل المرضى المعانين من الألم المزمن.

وبخصوص النتائج المتوصل إليها فقد تبين أنّ إستراتيجية "تجاهل الألم" توسطت ايجابيا العلاقة بين الألم ونوعية الحياة فكّما يزيد تجاهل الألم بدرجة تزيد معه نوعية الحياة بـ 1,61 درجة. وتجدر الإشارة إلى أنّ إستراتيجية "تجاهل الألم" تصنف عموما

ضمن الاستراتيجيات "التجنبية"، فقياسا للتصنيف الذي قام به (Suls et Fletcher 1985) عن (Bruchon-Schweitzer 2001) والذي توصلنا من خلاله إلى وجود نوعين من الاستراتيجيات: "الاستراتيجيات التجنبية": «avoidant coping» «stratégies évitantes» التي تضم مجموعة من الاستجابات: كتحويل الانتباه، التجنب، القمع، الإنكار، الهروب، الحتمية، الخضوع... وهو "التعامل السلبي"، أما النوع الثاني من الاستراتيجيات فيتمثل في الاستراتيجيات اليقظة: «vigilant coping» «stratégies vigilantes» وتشمل الانتباه، الحساسية، اليقظة، المشاركة، إعادة التقييم وهو "التعامل النشط". ومنه يبدو أن تجاهل الألم كإستراتيجية تعتبر إستراتيجية أو تعامل سلبي وغير نشط. غير أنه يجدر التذكير أن بعض الاستراتيجيات المدركة سلبية - نظرا لارتباطها بسلوكات خطيرة عموما- يمكن أن يكون لها دور ايجابي وتساهم في التكيف مع الوضعية الضاغطة، فالتعامل التجنبي ليس سلبيا في جميع الحالات والمواقف لاسيما في مجال الأمراض المزمنة وبعض الأمراض الخاصة، وقد بين بعض الباحثين Lazarus et Folkman (1992), Paulhan (1992), (1984) فعالية هذا النوع من الاستراتيجيات في وضعيات خاصة. كما أنه في إطار علم النفس الصحة لا يستخدم مصطلح "الإنكار" كيميكانيزم أو آلية دفاعية مَرَضِيَّة كما هي مدركة من قبل Freud وغيره من المؤلفين، بل يجعل التهديدات أكثر قابلية للتحمل ويسهل إدارتها، كما يساهم في السيرورات الخاصة بعملية التكيف، ويمكن أن يكون له حسب الأفراد تسلسلات وشدة مختلفة، وبالنتيجة فهو يسمح للفرد بأن يقدر خطورة الموقف مع تجنبه التأثير النفسي للمرض وانعكاساته (Fischer, 2002). أما في المجال الخاص بالألم فإن إستراتيجية "التجاهل" (مدركة عموما بأنها سلبية بل ضارة إذا استمرت لوقت طويل) تعد إستراتيجية فعّالة وتساهم في التكيف النفسي ومواجهة الألم، فدراسة (Dany et al. 2008) أسفرت إلى وجود ارتباط سلبي بين بعد أو "إستراتيجية تجاهل الألم"، الاكتئاب والمستوى المرتفع من الألم، فكلما لجأ الأفراد إلى تبني إستراتيجية تجاهل الألم كلما انخفض القلق ومستوى إدراك الألم. وفي إطار تكيف

مقياس CSQ في البيئة الاسبانية مع تقييم استراتيجيات التعامل الخاصة بالألم من قبل Franco et al. (2004) تم دراسة الارتباطات الموجودة بين الاستراتيجيات والتغيرات التي تحدث على المستوى الحسي (شدة الألم، مدته، تكراره) السياق الانفعالي المعرفي (القلق، الاكتئاب)، الوظيفي (السلوكيات المرتبطة بالألم، العجز)، والانعكاسات على الحياة الاجتماعية، أين تبين وجود ارتباطات سلبية بين استراتيجية "تجاهل الألم" والجوانب السلبية للألم (الحسية، المعرفية، الانفعالية، والسلوكية)، وارتباطات ايجابية مع الفعالية الذاتية. من جهة أخرى صنفا Radat et Koleck (2011) إستراتيجية "تجاهل الألم" ضمن الاستراتيجيات الوظيفية « Les stratégies Fonctionnelles » (في الميدان الخاص بالألم، بالأحرى في إطار تحليل المقياس الخاص باستراتيجيات التعامل مع الألم CSQ -المعتمد في البحث الحالي-)، فهذه الإستراتيجية بصفتها إستراتيجية "معرفية" تعمل بعدم السماح للألم التخلل والتدخل في النشاطات (الاستراتيجيات السلوكية)، غير أنه يجب التمييز بين هذه الإستراتيجية "التجاهل" بصفتها إستراتيجية "معرفية" وإستراتيجية "التجنب" المرتبطة بالخوف من الألم والحركة "كإستراتيجية "سلوكية" التي يتم قياسها أساسا بموجب مقياس الخوف من الألم Le Fear of Pain Questionnaire، فالتجنب السلوكي يؤدي إلى التخلي عن التعزيزات الايجابية وهو ما يتسبب في ظهور الاضطرابات الانفعالية كالحساسية المفرطة، الإحباط، الاكتئاب وهو ما يزيد في حدة الألم.

ومنه نعتبر أن النتائج الخاصة بإستراتيجية تجاهل الألم جاءت موافقة مع ما تم التوصل إليه، بالرغم من أن نتائج تلك الدراسات تعلق بالارتباطات، إلا أنه في البحث الحالي فقد تبين أنها تفاعلت مع الألم إلى حدّ التأثير على نوعية الحياة، ومنه فإستراتيجية تجاهل الألم تعد إستراتيجية فعالة تساهم في تحسين نوعية حياة المرضى المعانون من الألم المزمن.

أما عن إستراتيجية التهويل فتبيّن أنها تتوسط سلبيا العلاقة بين الألم ونوعية الحياة بل وظهرت الوساطة بشكل كلي، أي يختفي الأثر الكلي للألم على نوعية الحياة، بوجود إستراتيجية التهويل أي أنها تصبح المنبئ المباشر لنوعية الحياة، وهنا يجدر التذكير بأن هذه الإستراتيجية هي سلبية، غير فعّالة، غير تكيفية وغير وظيفية بامتياز، فإن كان الاختلاف بين الباحثين بشأن فعالية الاستراتيجيات (بالأخص المركزة على الانفعال والتجنبية) فإن إجماعهم واقع على اعتبار إستراتيجية التهويل/ الكارثية من الاستراتيجيات السلبية بحكم ارتباطها بالمآل السلبي للمرض، تفاقم أعراض الألم، ارتباطها بالاضطرابات النفسية والتأثير السلبي على المخرج (الصحة العامة، الرفاهية ونوعية الحياة). ومنه نعتبر التهويل أو الكارثية من العوامل الامراضية ومن عوامل الهشاشة، وقد تم تأكيد هذا الأمر من قبل عدّة أبحاث، فأشارت (Cedraschi et al. 2003) إلى أنّ الكارثية أو التهويل يعد عامل هشاشة يتميز بتوقعات ومعتقدات سلبية اتجاه الذات، الغير والمستقبل ويسبب عجز وعدم قدرة على التعامل مع الواقع الداخلي والخارجي. وهو الميل لاجترار أفكار سلبية مرتبطة بالألم فيما يتعلق بالإعاقة ومستقبل الألم، والتقييم السلبي للقدرة على التعامل مع الألم والإحساس بعدم توفر المصادر الضرورية للمواجهة (Radat et Koleck , 2011). فالتهويل يعد إستراتيجية تعامل، انفعال، ومعرفة، ويمكن اعتباره تشوه معرفي، نظرا لارتباطه بأعراض اكتئابية وهو

مؤشر منبئ لتفاقم الألم المزمن، والمستوى المرتفع من التهويل يعد فاصل لفهم معاش الألم المزمن (O'Reilly, 2011). وفي المقياس المعتمد عليه في البحث - CSQ - فإن بنود بعد التهويل تمثلت في: "إنه مريع وأشعر أن الوضع لن يتحسن أبدا"، "أقلق دوما لمعرفة ما إذا كان سينتهي"، "لدي شعور بأنني غير قادر على تحمل الألم"، "لدي شعور بأنني غير قادر على الاستمرار". أي أن هذه البنود تعبّر عن: المعتقدات السلبية اتجاه الألم، القلق، الإعاقة، والعجز. وتوصلت (Cedraschi et al. 2003) إلى أنّ

مرضى الفيبروميالجيا يميلون إلى التهويل، ويعتبر التهويل مؤشر على تفاقم الألم. كما توصلت Rouxel et al. (2001) أن استعمال إستراتيجية التهويل يرتبط بمستوى مرتفع من الألم والشدة الانفعالية. وتبين من خلال نتائج الفرضية الحالية أن إستراتيجية التهويل توسطت العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، فكّما يزيد التهويل بدرجة تنقص معه نوعية الحياة بـ 2,64 درجة بوجود الألم وظهرت الوساطة بشكل كلي.

هذه النتائج إذا ما قارناها بما هو وارد في الأدبيات فنجد أنها مطابقة لما تم التوصل إليه، بحيث أسفرت نتائج دراسة Lami et al. (2018) إلى وجود ارتباط ايجابي دال بين التهويل والألم، بالإضافة إلى ارتباط ايجابي بين أثر الفيبروميالجيا (الأثر الوظيفي المقاس بموجب Fibromyalgia Impact Questionnaire)، الاكتئاب، القلق، والتهويل وارتباط سلبي بينه -التهويل- وبين تقبل الألم، وظهر التهويل كوسيط للعلاقة بين الألم والاكتئاب، كما توسط العلاقة بين الألم والقلق. وبينت دراسة Franco & al. (2004) وجود ارتباطات سلبية بين إستراتيجية التهويل والاستراتيجيات التكيفية (تجاهل الألم، إعادة تفسير الإحساسات المؤلمة، التعليم الذاتي)، وارتباطات ايجابية دالة بين التهويل والجوانب السلبية للألم (الحسية، المعرفية، الانفعالية، والسلوكية). كما أسفرت نتائج دراسة Dany et al. (2008) إلى وجود ارتباط ايجابي بين التهويل والألم بصفة

عامة "0.37"، المستوى المنخفض من الألم "0.38"، مستوى الألم المرتفع الذي تم الإحساس به خلال الأسبوع الماضي "0.30"، القلق "0.41"، والاكتئاب "0.35"، مع وجود ارتباط سلبي مع الارتياح، فكّما كان مستوى الألم العام، مستوى الألم المنخفض ومستوى الألم المرتفع عالي كلما زاد مستوى القلق والاكتئاب.

ومنه فيظهر أن إستراتيجية التهويل هي إستراتيجية سلبية غير تكيفية وغير فعالة للتعامل مع الألم المزمن.

فيما يخص باقي الاستراتيجيات التي تم اختبارها في البحث الحالي " إعادة التفسير"، "تحويل الانتباه" و"الدعاء" فقد تبين أنها لم تتوسط العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، أما عن نتائج بعض الأدبيات التي قامت بدراسة الارتباطات القائمة بينها وبين المخارج فقد توصلت إلى:

بالنسبة لإستراتيجية "إعادة التفسير"، اعتبرها العديد من الباحثين على أنها إستراتيجية فعّالة (Franco & al. 2004 ; Radat et Koleck, 2011)، فهي تعتمد على إعادة البناء المعرفي وترتبط ببعض المعايير التكيفية كالعاطفة الايجابية، تكيف نفسي أفضل، انخفاض الأعراض الاكتئابية، إلا أنه وفي البحث الحالي النتيجة بينت أنه بالرغم من وجود علاقة تفاعلية، إلا أنها لم ترتقي لدرجة التأثير.

أما عن مركز كل من إستراتيجية "تحويل الانتباه" وإستراتيجية "الدعاء" فهو غير ثابت، فتظهر هاتين الاستراتيجيتين إستراتيجيات فعّالة وتكيفية تارة، وغير فعّالة تارة أخرى، فتوصل (Dany et al. 2008) إلى أنه كلما تم اللجوء إلى إستراتيجية "تحويل الانتباه" كلما ارتفع مستوى القلق، واعتبر أنه استنادا للدراسات إستراتيجية "تحويل الانتباه" تعد إستراتيجية غير فعّالة وهي مؤشر للقلق، في حين صنفها Radat et Koleck (2011) ضمن

الاستراتيجيات المعرفية الوظيفية. من جهة أخرى فإستراتيجية "الدعاء" تصنف عموما ضمن الاستراتيجيات السلبية، فيشير (Dany et al. 2008) إلى أن الأبحاث توصلت إلى أن الاستراتيجيات غير الفعّالة تتمثل في "التحويل" و"الدعاء" نظرا لارتباطها بمخارج غير تكيفية، غير أنه يؤكد -Dany et al.- أن إستراتيجية "الدعاء" تلعب دورا هاما في التعامل مع الألم فبالرغم من ارتباطها ايجابيا بالمستوى العام من الألم فهي ترتبط سلبيا

مع الاكتئاب، وقد توصل أن بعد "الدعاء" يرتبط بمستوى مرتفع من الألم ومنخفض من العواطف السلبية، فهذه الإستراتيجية تعدّل من الأعراض الاكتئابية، وفي هذا السياق تكون لهذه الإستراتيجية وظيفة تكيفية تسمح بعدم تراكم العواطف السلبية، وهي تسجل كعنصر لتفهم وتحليل نوعية الحياة. وبصفة أدق يمكن لهذه الإستراتيجية أن تلعب دور وقائي على المستوى النفسي وأنها تمنح ارتياح أو توازن انفعالي يسمح بذلك للفرد للتعامل مع الألم المستمر. كما أشارت Rouxel et al. (2001) أن إستراتيجية "الدعاء/الأمل" لا ترتبط بما ارتبطت به إستراتيجية الكارثية (شدة الألم، الشدة الانفعالية) وبالتالي فلا يمكن موازنة الطابع غير الفعّال للإستراتيجية مع التكيف السيء للألم. غير أن النتائج المتحصل عليها بخصوص كل من إستراتيجية "إعادة التفسير"، "تحويل الانتباه" و"الدعاء" لم تأت مطابقة لما توصلت إليه مختلف الأدبيات، و يمكن نسب الاختلاف إلى الوسيلة الإحصائية المستعملة فقد اخترنا في البحث الحالي وساطة تلك الاستراتيجيات أين تبين أنها لم ترتقي إلى درجة التأثير، في حين النتائج التي تم استظهارها اهتمت بدراسة الارتباطات.

5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة للبحث

نصت الفرضية على أنه : " يعدّل السند الاجتماعي (توفر السند ، الرضا عن السند) من أثر درجة الألم على نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا" وتم اختبارها إحصائيا باستخدام تحليل الانحدار المتعدد الهرمي لقياس أثر درجة الألم في نوعية الحياة بوجود السند الاجتماعي متغيرا معدلا ، وللتذكير بالنتائج:

➤ فمن جانب بعد توفر السند كمتغير معدل للعلاقة بين درجة الألم ونوعية

الحياة:

النتائج الخاصة بالانحدار المتعدد الهرمي بيّنت أنّ النموذج الأول الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة كشف عن وجود ارتباط دال إحصائياً وتبين أن نسبة 23 % من التغيير لذي يطرأ على نوعية الحياة يرجع لدرجة الألم، فكلما نقصت درجة الألم بدرجة واحدة، كلما زادت وتحسنت نوعية الحياة ب4,9 درجة. أما عن النموذج الثاني الخاص بتأثير توفر السند على نوعية الحياة فتبين أنه دال، غير أن معامل التحديد (بإدخال متغير توفر السند) أدى إلى تغيير طفيف جداً قدر ب1,3% غير أنّ معامل التأثير كان ضعيف وغير دال إحصائياً، أي كلما زادت توفر السند بدرجة لم تتغير معها نوعية الحياة. أما النموذج الثالث الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة من خلال التفاعل بين درجة الألم والمتغير المعدل توفر السند: فبالرغم من وجود علاقة تفاعلية لدرجة الألم وتوفر السند ونوعية الحياة، لكنها لم تصل درجة التأثير والتعديل في العلاقة بين نوعية الحياة ودرجة الألم، بهذا بعد توفر السند لا يعتبر عاملاً معدلاً لهذه العلاقة.

➤ أما من جانب الرضا عن السند متغيراً معدلاً للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة

نتائج الانحدار المتعدد الهرمي بينت أنه بالنسبة للنموذج الأول الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة فقد تبين وجود ارتباط بين المتغيرين وتأثير (نفس النتائج الخاصة بالنموذج الأول لبعد توفر السند). أما عن النموذج الثاني الخاص بتأثير الرضا عن السند على نوعية الحياة: فهو دال قيمة الارتباط (0,559)، كما قدرت قيمة اختبار F ب9,52 وهي دالة أيضاً، بحيث قدرت نسبة التغيير الذي يحدثه الرضا عن السند في نوعية الحياة ب31,2% (معامل التحديد). كما بين النموذج الثالث الخاص بتأثير درجة الألم على نوعية الحياة من خلال التفاعل بين درجة الألم والمتغير المعدل الرضا عن

السند : بالنسبة لقيمة الارتباط المتعدد طراً عليه زيادة إذ أصبح (0,62) بعدما كان (0,48) ، ترجع لتأثير التفاعل بين درجة الألم وتوفر السند، تقابلها قيمة معامل التحديد (0,389)، أي ما يعادل نسبة 38,9% من التغير الذي يحدث في نوعية الحياة يرجع للتفاعل بين الرضا عن السند ودرجة الألم ، كل هذا يعكس معنوية الانحدار (F 8,68**) ، تقابلها زيادة في معامل التحديد قدرت ب 15,1 % . أما قوة معامل التأثير (- 1,319) فهو دال إحصائياً (t : -2,268*)، أي أنه بوجود علاقة تفاعلية بين درجة الألم والرضا عن السند جعل نوعية الحياة تتحسن ب 1,31 درجة عندما ينخفض الشعور بالألم بدرجة 1 وذلك بوجود الرضا عن السند، بهذا يعتبر بعد الرضا عن السند عاملاً معدلاً للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة.

إذا ما عاينا الأدبيات العلمية والعالمية فنجد أنه يكاد يوجد إجماع بين الباحثين على الدور الايجابي الذي يلعبه السند الاجتماعي في مختلف مجالات الحياة وعلى مختلف المخارج، وفي السياق الخاص بالألم المزمن تم أيضاً إثبات الدور الايجابي للسند الاجتماعي على نطاق واسع، فبينت دراسة (Smite, Rudzite & Ancane (2012) التي أجريت على عينة من المرضى المعانين من الألم المزمن أنّ الشعور بوجود السند الاجتماعي والعاطفي كان له تفاعل مهم مع مستوى المشاركة في النشاطات اليومية وسلامة الصّحة العقلية ونوعية حياة أفضل مقارنة مع المرضى الذين كان لهم مستوى منخفض من السند الاجتماعي. كما أنّ الدراسة المقارنة لـ (Montoya et al. (2004 بيّنت أن السند الاجتماعي يؤدي إلى تغيير في إدراك الألم ومعالجة المعلومات المتعلقة به من خلال النّقل في التنشيط الدماغي مع عدم ملاحظة تلك النتائج لدى المرضى غير الحاصلين على السند. وتوصل (Mazo & Estrada (2018 إلى أنّ السند الاجتماعي يساعد مرضى الفيبروميالجيا في تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل مع مرضهم. أما عن مسألة الاختلاف الموجود بين الباحثين فتتعلق بميكانيزمات عمله أي

كيف يؤثر السند الاجتماعي على المخارج، ومن النماذج الأكثر شيوعاً لتفسير هذا الأثر نجد نموذج "الأثر المباشر"، ونموذج "الأثر غير المباشر" أو المعدل (المثبط)، بالإضافة إلى ظهور الأبحاث التي اهتمت بدراسة السند الاجتماعي كوسيط أي "كمكون للنموذج المعرفي للضغط"، وفي البحث الحالي تم اختبار فرضية البحث حسب نموذج "الأثر غير المباشر أو المعدل" الذي يعتمد على المقاييس ذات الواجهة الوظيفية التي تهتم بحصر الإدراكات، توافر السند ووجوده، نوعيته والرضا عن المصادر المتوفرة، وفي هذا الصدد فقد أشارت بيانات العديد من الأدبيات (Cobb (1976), Cohen & wills (1985), Caron et Guay (2005), Cohen, Gottlib et underwood (2000), Dufort (2001) et Guay (2001) ، أن السند الاجتماعي يقوم بتعديل العلاقة بين الضغط والصحة من خلال القيام بالتقليل أو إبطال الأثر السلبي لعوامل الضغط. فالسند الاجتماعي يحسن من ميكانيزمات سير الجهاز المناعي-الغدي من خلال التقليل في استجابة الأفراد الخاصة لمواجهة الأحداث الضاغطة، ويتم هذا الأمر عبر مستويين يتخللان العلاقة السببية بين الضغط والصحة، ففي المستوى الأول يتدخل السند الاجتماعي بين الحدث الضاغط والاستجابة فيقوم بتثبيط الاستجابة التقييمية للضغط وتعزيز القدرة المدركة لمواجهة المتطلبات المفروضة، أما على المستوى الثاني فيتدخل السند الملائم بين التجربة الضاغطة والمخارج المرضية من خلال تثبيط أو إلغاء الاستجابات الضاغطة أو التأثير على السيرورات الفيزيولوجية بتقديم حلول للوضعيات والتقليل من أهمية الحدث الضاغط المدرك بأنه مهدد (Cohen & wills,1985).

نلاحظ أن المعطيات التي تم التوصل إليها جاءت غير مطابقة تماماً لما هو وارد في الأدبيات الخاصة بالنموذج السالف الذكر (الأثر غير المباشر- المثبط)، نظراً أن الفرضية تحققت جزئياً فقط فقد تبين أن السند الاجتماعي يعدل العلاقة بين الألم ونوعية الحياة فيما تعلق ببعد الرضا، أما عن بعد التوفر فقد تبين أنه لم يظهر كمتغير معدّل، ويمكن رد الاختلاف الحالي إلى مجموعة من الاعتبارات:

أولها قد يرجع الأمر إلى طبيعة المقياس المعتمد عليه، فبالرغم من اعتمادنا على مقياس خاص بالسند المدرك (الوجهة الوظيفية) -وهي من المقاييس المعتمد عليها لاختبار فرضيات نموذج الأثر غير المباشر للسند الاجتماعي نظرا أن المقاييس ذات الواجهة البنوية تتعلق بالاندماج والشبكة الاجتماعية-، إلا أن المقياس الحالي يتكون من بعدين مختلفين (التوفر والرضا)، وقد أشار Sarason et al. (1983) إلى هذا الأمر من قبل وأكد أن البعدين (توفر السند/ الرضا عن السند) مختلفين يمكن تقديرهما بصفة مستقلة عند تحليل المعطيات، ومنه يتبين أنه يمكن تحليل النتائج بصفة مستقلة.

من جهة ثانية قد يرجع الاختلاف في النتائج إلى اضطراب العلاقات الاجتماعية لدى مرضى الفيبروميالجيا نظرا أن البعد الذي لم يظهر السند كمتغير معدّل يتعلق بالتوفر، وفي هذا الصدد بينت العديد من الأبحاث وجود اضطراب في العلاقات الاجتماعية لدى المرضى المعانين من الألم المزمن وعموما وبالأخص لدى مرضى الفيبروميالجيا، فتوصل Hadi, McHugh & Closs (2019) أنّ الألم المزمن يؤثر سلبا على الحياة الاجتماعية للأفراد المعانين منه، فالمعاناة تجعلهم يتخلون عن حياتهم الاجتماعية والمشاركة في مختلف النشاطات الاجتماعية وذلك إما بسبب العجز البدني الناجم عن الألم أو بسبب الاكتئاب. كما ورد في تقرير السلطة العليا للصحة أن الألم المزمن يؤدي إلى تدهور هام وتدرجي للقدرات الوظيفية والعلائقية للمريض في نشاطات الحياة اليومية في المنزل، المدرسة أو العمل (HAS, 2008, p.23) . وتشير شيلي تايلور (2008) أنه من بين العوامل المهددة للسند الاجتماعي وجود بعض الأحداث الضاغطة التي تحول دون إمكانية الاستفادة من السند كالكآبة الشديدة أو المرض الذي يجعل الفرد ينفر من أصدقائه وأفراد أسرته بدلا من الاستفادة بشكل فعال من السند المقدم له. كما بينت نتائج دراسة شيماء مصطفى (2020) التي تناولت مشكلات اضطراب العلاقات الاجتماعية لمرضى الفيبروميالجيا، أنّ المريضات كانت

تجدُّ صعوبة في توضيح طبيعة المرض لأسرتها وكذا صعوبة في اتخاذ قرارات تخص أسرتها كما تبين أنهم غير راضيات عن معاملة أبنائهن بسبب المرض وإيجاد صعوبة في القيام بمسئولياتهن اتجاه الأسرة، وانزعاجهن من الشجار مع أفراد الأسرة، وشعورهن بالأسى تجاه أبنائهن والشعور بأن أفراد أسرتها لا يهتمون بمرضهن، وسوء معاملة الزوج لهن بعد المرض وكثرة الخلاف بينهما وبين أزواجهن وشعورهن بأنهن عبء على أسرتها. كما أن التحقيق الابدئيمولوجي الذي قامت به (2007) Jasson على عينة متكونة من 1993 فيبروميالجي توصل إلى نتيجة مماثلة وكشف على أنّ 54% من أفراد العينة يعانون من اضطراب الحياة الأسرية، مع معاناة 73% منهم من العزلة الاجتماعية. فقياساً لنتائج الدراسات المستعرضة نعتبر أن السند الاجتماعي من خلال بعد التوفر لم يظهر كمتغير معدل قد يرجع لاضطراب العلاقات الاجتماعية لدى هؤلاء المرضى، ونتائج الفرضية الأولى بيّنت وجود ارتباط سلبي بين الألم ونوعية الحياة، فكلما يزيد الألم تنقص معه نوعية الحياة، بما فيها بعد العلاقات الاجتماعية. ومنه يمكن نسب الاختلاف الموجود في النتائج إلى تدهور واضطراب العلاقات الاجتماعية للمريض الفيبروميالجي.

كما قد يرجع الأمر لبعض الخصائص الشخصية للعينة كسمات الشخصية أو التوقعات التي لم يتم التطرق إليها، فدراسة (2015) Ibrahim et al. التي أجريت بغرض البحث عن دور الشخصية والسند الاجتماعي في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الكلى المزمن، بينت وجود علاقة بين الانبساطية والسند الاجتماعي، وارتبط السند بتقديم المساعدة المادية، في حين ارتبطت العصابية بضعف السند الاجتماعي المادي. وأشار (2008) Tarabulsy et Provost إلى أنّه قد يبدو بعض الأفراد سلبين في سعيهم للحصول على مساعدة أو اللجوء إلى السند الاجتماعي في وضعية الشدة وهذا الأمر لا يعني بالضرورة أن هؤلاء الأفراد لا يرغبون بالحصول على المساعدة، ومن

المحتمل أنّ هؤلاء الأفراد تكون توقعاتهم ضئيلة اتجاه السند الاجتماعي الذي يمكن أن يتحصلون عليها أو لا تكون لهم القدرة على بناء علاقات قادرة على منحهم السند، ويضيف أنّ مجموعة من الباحثين يعتبرون نوعية التجارب المبكرة جدّ مهمة في أصل التصورات التي تكون للفرد حول السند الاجتماعي بالإضافة إلى تطور المهارات الاجتماعية الضرورية لطلب المساعدة.

أما عن البعد الخاص بالرضا عن السند فقد ظهر كمتغير معدّل للعلاقة بين الألم ونوعية الحياة، وهو الأمر الذي جاء مطابق لما هو وارد في الأدبيات عامة، ونفسر الاختلاف الموجود بين البعدين (التوفر والرضا) بالرغم من أنهما تابعين لمقياس واحد إلاّ يبدو أن بعد الرضا هو بعد معرفي تقيمي يتعلق بعملية الإدراك، فمفهوم الرضا Satisfaction يوحي إلى الكفاية نظراً أنّ الأصل اللاتيني لكلمة الرضا يقصد به الكافية - كاف - assez، ومنه فبالرغم من اضطراب علاقة المريض الفيبروميالجي مع محيطه فعندما يتحصل على السند الفعال فهو يعبر عن رضاه لقاء المساعدة التي تحصل عليها. وقد سبق الإشارة أنه حسب Sarason et al. (1983) أن البعدين (توفر السند/ الرضا عن السند) مختلفين يمكن تقديرهما بصفة مستقلة عند تحليل المعطيات.

6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة للبحث

نصت الفرضية على أنه : " يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالجيا في متغيرات البحث (الألم ونوعية الحياة) تعزى لعامل الجنس"، وقد تم اختبارها إحصائياً باختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين لمجموعتين مستقلتين أين تبين

➤ فيما يتعلق بالفرق بين متوسط درجات الألم بدلالة الجنس فقد تبين أنه غير حقيقي، فقد تبين أن متوسط درجات الألم لدى المرضى رجال(6) ومتوسط درجات الألم لدى المرضى نساء (7,15) وقدرت قيمة اختبار t ب 1,919 وهي غير دالة إحصائياً، أي أن عامل الجنس لم يؤثر على الألم لدى المرضى .

➤ أما عن الفرق بين متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة الجنس فقد تبين أنه حقيقي، إذ أن الفرق بين متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى رجال (81,25) ومتوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى نساء (69,03)، وقدّرت قيمة اختبار t ب 2,1 وهي دالة إحصائية، إذن توجد فروق بدلالة الجنس لصالح المرضى رجال الذين ظهر لديهم مستوى أكثر ارتفاعاً لنوعية الحياة مقارنة بالنساء.

هذه النتائج إذا ما قورنت بما هو وارد في الأدبيات نجدها موافقة من جهة، ومختلفة من جهة أخرى لما خلصت إليه مختلف الأبحاث والدراسات، وهنا تجدر الإشارة إلى أن النتائج لا تزال متباينة بخصوص الفروق بين الجنسين في الآثار والانعكاسات التي تخلفها الفيبروميالجيا سواء تعلق الأمر بدرجة الألم، أو بنوعية الحياة بصفة عامة.

ففيما يتعلق بالفرضية الفرعية الأولى المتعلقة بالفروق بين الجنسين في درجات الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا فلا تزال الأدبيات مختلفة وغير متفقة، فبعض الدراسات تشير إلى وجود فروق بين الجنسين بينما تشير الأخرى إلى عدم وجود فروق في مستويات أو درجات الألم، فدراسة Buskila et al. (2000) توصلت إلى أن مستوى الألم لدى النساء أقل بكثير من مستوى الرجال فقد أظهر الرجال درجة أكبر في الألم، وتوصل Jiang et al. (2020) إلى نتيجة عكسية فقد تبين أن نقاط الحساسية المرتبطة بالألم كانت أكبر لدى النساء. في حين توصل Prados et al. (2013) إلى نتيجة مخالفة للدراسات السابقة ومطابقة لما تم التوصل إليه، فقد أسفرت دراسته التي أجريت على عينة مكونة من 22 امرأة و18 رجل، إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الألم، وتوصل Yunus (2001) إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في مستوى الألم المقاس بموجب سلم الألم -EVA-. كما توصل Aparicio et al. (2012) من خلال دراسته المكونة من 20 رجل و78 امرأة إلى نفس النتيجة، وأشار أن معظم الدراسات توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الألم.

أما فيما يتعلق بنتائج الفرضية الفرعية الثانية المتعلقة بالفروق بين الجنسين في متوسط نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا فهي الأخرى لا يوجد إجماع بصددتها لدى الباحثين، فتوصل مجموعة من الباحثين إلى نتائج مخالفة لما تم التوصل إليه بحيث توصلوا إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى نوعية الحياة، ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة (Jiang et al. (2020 التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في القلق، الاكتئاب، مشاكل النوم، شدة أعراض الفيبروميالجيا ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى، وأن الاختلاف كان فقط في نقاط الحساسية المتعلقة بالألم الذي كان أكبر لدى النساء. وأشار (Yunus (2001 إلى عدم وجود فروق دالة في مستوى العجز الوظيفي الناجم عن الفيبروميالجيا بين الجنسين، وفي دراسة أخرى لـ Yunus et al. (2004 للكشف عن الفيبروميالجيا لدى الرجال مقارنة وظيفية مع النساء على عينة مكونة من 40 رجلاً، و160 امرأة، تبين عدم وجود فروق في العوامل النفسية بين الجنسين على مستوى القلق، الضغط والاكتئاب. كما أسفرت نتائج كل من دراسة (Goldenberg et al. (1987، (White et al. (1999، إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الأثر الذي تخلفه الفيبروميالجيا. نقلا عن (Buskila et al., 2000)

أما الفريق الثاني فقد توصل إلى وجود فروق بين الجنسين، إلا أن الاختلاف عموماً بين نتائج الأدبيات ونتائج الفرضية الحالية يكمن في أن الرجال أظهروا مستويات منخفضة في نوعية الحياة مقارنة بالنساء خلافاً لما توصلنا إليه، فدراسة Buskila et al. (2000) بينت وجود فروق دالة بين الرجال والنساء في متوسط درجات نوعية الحياة، وتبين أن الرجال كان لديهم مستوى منخفض في جميع أبعاد نوعية الحياة ما عدا البعد الانفعالي الذي كان أكثر انخفاضاً لدى النساء، كما أسفرت نتائج دراسة Aparicio et al. (2012) إلى وجود فروق في مستوى أثر الفيبروميالجيا على نوعية الحياة بين الجنسين، فتبين أن نوعية حياة الرجال كانت أقل من نوعية حياة النساء في البعد الخاص بالجانب

الجسدي، في حين أظهرت النساء مستوى أكبر من التعب وأقل من الحيوية، وبالرغم من وجود فروق ضئيلة بين الجنسين، إلا أنّ نوعية حياة النساء عموماً كانت أفضل من نوعية حياة الرجال.

ويمكن عزو تباين النتائج الأدبيات بخصوص الفروق بين الجنسين (الألم/ نوعية الحياة) إلى مجموعة من الاعتبارات:

أولها نلاحظ أنّ معظم الأبحاث التي تم إجراؤها فيما مضى كانت حول عينة من جنس النساء نظراً أن الفيبروميالجيا تعتبر تناذر/ مرض نسوي بالدرجة الأولى، بينما أغلبية الأبحاث التي اهتمت بدراسة الفروق بين الجنسين معظمها أبحاث حديثة، كما أنّه من الملاحظ في معظم تلك الدراسات نجد حجم عينة النساء أكبر من حجم عينة الرجال، ومنه نعتبر أنّ تباين النتائج المتعلقة بالفروق قد يرجع إلى حجم العينة الذي يكون صغير في بعض الدراسات من جهة وعدم التجانس الموجود بين حجم عينة الرجال الذي هو عموماً أصغر مقارنة بحجم عينة النساء نظراً أن المرض بطبيعته هو مرض ذو هيمنة نسوية.

من جهة أخرى قد يرجع الاختلاف إلى وسائل القياس غير الموحدة بين مختلف الأبحاث والدراسات وكيفية اختيار العينة، وقد التقت (Conversano et al. 2020) إلى هذا الأمر وأثار مسألة تباين النتائج واستحالة القيام بالتحليل البعدي *Méta-analyse* للدراسات، نظراً لوجود اختلاف كبير بين الدراسات المهمة بالفروق بين الجنسين سواء من ناحية قياس العوامل التي تؤدي إلى التحسن وكذا معايير اختيار العينة فمعظم الدراسات تم إجراؤها كانت من مركز واحد.

كما قد يرجع الاختلاف إلى العوامل الاجتماعية-الثقافية الخاصة بأفراد العينة لاسيما فيما تم التوصل إليه بوجود فروق بين الجنسين في مستوى نوعية الحياة، بحيث أظهر الرجال نوعية حياة أفضل من نوعية حياة النساء خلافاً للدراسات التي توصلت

إلى وجود فروق لكن أظهرن النساء نوعية حياة أفضل، و منه نعتبر أن الاختلاف بين نتائج هذه الفرضية والدراسات السابقة يرجع إلى العامل الاجتماعي الثقافي السائد في مجتمعنا والمجتمع العربي عموماً وهو ما دفع بإدراك الرجال يكون أفضل من إدراك النساء في مستوى نوعية الحياة، كما أنه قياساً لنتائج دراسة شعبان و وفاء (2008) التي أجريت في بيئة عربية على عينة من المرضى المعانين من التعب المزمن توصلت هي الأخرى إلى وجود فروق في مستوى نوعية الحياة بين الذكور والإناث، بتميز الذكور بدرجة مرتفعة في نوعية الحياة مقارنة بالإناث، ومنه نعتبر أن العامل الاجتماعي الثقافي قد يكون هو المؤدي إلى وجود اختلاف بين نتائج فرضية البحث والأدبيات الأجنبية الغربية السالف عرضها. وفي هذا الإطار أشارت دراسة حديثة لـ Alvarez & al. (2021) إلى العامل الثقافي لما تبين وجود فروق من نفس الجنس بين المريضات بالفيبروميالغيا من البرازيل ومثيلاتهن من البرتغال، وتم عزو الفرق للعامل الثقافي والجغرافي وأكد الباحثين على ضرورة أخذه بعين الاعتبار عند وصف أعراض الفيبروميالغيا.

7- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة للبحث

نصت الفرضية على أنه : " يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالغيا في متغيرات البحث (الألم ونوعية الحياة) تعزى لعامل مدة الإصابة بالمرض"، وللتأكد من صحتها تم اختبارها إحصائياً باختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين لمجموعتين مستقلتين، وتمثلت النتائج:

➤ فيما يتعلق بالفروق الخاصة بالألم بين المرضى بدلالة مدة الإصابة بالمرض: فقد تبين أن الفرق بين متوسط درجات الألم لدى المرضى الذين أصيبوا بالمرض أقل من 5 سنوات (6,84) ومتوسط درجات الألم لدى المرضى الذين أصيبوا من 5 سنوات فما فوق (6,85) غير حقيقي، إذ قدرت قيمة اختبار t ب -0,018 وهي غير دالة إحصائياً.

➤ أما عن الفرق بين متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى الذين أصيبوا بالمرض أقل من 5 سنوات (74) ومتوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى الذين أصيبوا من 5 سنوات فما فوق (70,15)، فهو الآخر غير حقيقي إذ قدرت قيمة اختبار t ب 0,718 وهي غير دالة إحصائياً.

ومنه فإنّ عامل مدّة الإصابة بالمرض لم يؤثر على الألم ولا على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا.

بالرجوع إلى الأدبيات العلمية فقد لاحظنا عدم وجود دراسات التي تناولت مسألة الفروق بين (الألم/ نوعية الحياة) بدلالة مدّة الإصابة بالمرض (الفيبروميالجيا) - حسب إطلاعنا - ماعدا الدراسات الطولية التتبعية والدراسات التي اهتمت بمعرفة الحالة المستقبلية لمرضى الفيبروميالجيا، والتي هي بدورها قليلة ومحدودة، وفي هذا الإطار يشير خبراء (2020) Inserm من خلال تقريرهم إلى أنّ بيانات الأدبيات حول الحالة المستقبلية لمرضى الفيبروميالجيا لا تزال ناقصة، كما التفت (2016) Schaefer et al. إلى هذا الأمر وأشار إلى أن البحث الطولي حول نتائج مرضى الفيبروميالجيا محدود وناقص. وقد افترضنا وجود فروق بدلالة مدّة الإصابة بالمرض بغرض استكشاف مدى تواجد تلك الفروق استناداً لما توصل إليه الباحثين في بعض الدراسات الطولية التي تم إجراؤها في مجال الفيبروميالجيا والمجالات المجاورة لها كما هو الحال في ميدان الألم المزمن، فقد أشار (2019) Soyuer & Kepenek-Varol إلى أنّ نوع الألم، مدّته، شدّته، أسبابه بالإضافة إلى الحالة المرضية والخصائص السوسيوديموغرافية للمريض هي التي تؤثر على نوعية حياة المرضى، وبينت نتائج دراسته إلى أنّ نوعية حياة المرضى المعانون من الألم الحاد أفضل من نوعية حياة المعانون من الألم المزمن على مستوى كل الأبعاد، ويرجع ذلك إلى الفرق في مدّة الألم. إلا أنّ نتائج الفرضية الحالية بفرعيها أسفرت بعدم وجود فروق.

ففيما يتعلق بالفرضية الفرعية الأولى المتعلقة بالفروق الخاصة بالألم بين المرضى بدلالة مدة الإصابة بالمرض فإذا ما قارناها بما هو وارد في الأدبيات نجدها مخالفة لما تم التوصل إليه في الدراسات الطولية الخاصة بمرضى الفيبروميالجيا، فقد بينت الدراسة الطولية لـ Kennedy & Felson (1996) أن 55% من أفراد العينة صرحوا باستمرار الألم والتصلب بعد 15 سنة، وتوصلت نتائج دراسة Walitt et al. (2011) إلى أن 38.6% أظهروا زيادة في مستوى الألم بعد 05 سنوات. كما أن دراسة Schaefer et al. (2016) التي هدفت للكشف عن الفيبروميالجيا عبر مرور الوقت أسفرت عن وجود تحسن في نقاط الحساسية المرتبطة بالألم، وتحسن في مؤشر شدة الألم، وكذا مؤشر تداخل الألم بنسبة 14.5%. أي أن نتائج تلك الدراسات بينت أن عامل المدة نتج عنه ظهور تغير ولو طفيف في مستوى الألم.

أما فيما يتعلق بالفرضية الفرعية الثانية المتعلقة بالفروق في متوسط نوعية الحياة بين المرضى بدلالة مدة الإصابة بالمرض فنتائجها جاءت هي الأخرى مخالفة عموماً لما هو وارد في الأدبيات المتعلقة بالدراسات الطولية، فنتائج دراسة Walitt et al. (2011) التي أجريت على عينة مكونة من 1555 فيبروميالجي سعت إلى تقييم حالة هؤلاء المرضى كل 06 أشهر على مدار 11 سنة، تبين أن الفرق بعد 05 سنوات بين متوسط: "الألم، التعب، الأعراض الوظيفية، والحالة العامة" هو فرق ضئيل، غير أنه توجد اختلافات فردية فقد تبين أن 10% أظهروا تحسن واضح، 15% تحسن معتدل، 35.9% من المرضى أظهروا زيادة في أعراض الفيبروميالجيا. كما أن نتائج دراسة Kennedy & Felson (1996) أسفرت إلى أن 66% من أفراد العينة أظهروا تحسن في أعراض الفيبروميالجيا مقارنة مع أول تشخيص. والدراسة الطولية التتبعية لـ Wolfe et al. (1997) التي هدفت للكشف عن نتائج الفيبروميالجيا على المدى الطويل في مراكز مختلفة، بينت وجود تغيرات طفيفة خلال طول مدة المرض، فمتوسط مدة المرض لدى

أول تقييم كان بـ 7 سنوات والتقييم النهائي كان بعد 7 سنوات، فبالرغم من وجود تحسن طفيف في الرضا عن الحالة الصحية، تبين وجود ارتباطات بين -أول وآخر تقييم- تتراوح بين "0.82"، "0.53"، "0.65" بالنسبة للعجز، الألم، والتعب كما تبين أن نصف المرضى غير راضين عن صحتهم وحوالي 59% يقيمون حالتهم بأنها متوسطة.

استنتجا لنتائج هذه الدراسات نلاحظ أن مدة المرض أدت إلى وجود تغيرات ولو بسيطة في مستوى الألم ونوعية الحياة بصفة عامة التي تضم الحالة الصحية، أعراض المرض والحالة النفسية، وهو الشيء الذي لم يظهر من خلال الفرضية الحالية - الفروق بدلالة مدة الإصابة- بفرعيها، غير أن الاختلاف الموجود بين نتائج تلك الدراسات والفرضية الحالية يمكن نسبه أساسا إلى المنهج المتبع فقد اعتمدنا لدراسة الفروق على اختبار t، في حين أن المنهج المتبع في الدراسات الطولية يعتمد على مجموعة من الخطوات (الملاحظة، إعادة التطبيق، المقارنة بين البيانات السابقة، والجديدة، تحديد النسب) وغيرها من الخطوات، واستشهدنا بتلك الدراسات على سبيل القياس نظرا لأخذها بعين الاعتبار عامل مدة المرض كمتغير أساسي لمعرفة الحالة اللاحقة لمرضى الفيروميالجيا.

الاستنتاج العام لمناقشة نتائج البحث

أسفرت نتائج البحث إلى معاناة مرضى الفيبروميالجيا من المستوى المرتفع من الألم، وجود علاقة سلبية بين الألم ونوعية الحياة، مع تأثير سلبي للألم على نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا، توسط كل من إستراتيجية "تجاهل الألم" و"التحويل" علاقة الألم بنوعية الحياة، ظهور السند الاجتماعي متغيراً معدّلاً للعلاقة بين درجة الألم ونوعية الحياة من جانب بعد الرضا دون بعد التوفر، عدم وجود فروق بين متوسط درجات الألم بدلالة الجنس، مع وجود فروق بين متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة الجنس، وأخيراً عدم وجود فروق في درجات الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجا بدلالة مدّة الإصابة بالمرض.

فالألم المزمن المنتشر الذي يعاني منه المريض الفيبروميالجي يعد من الأعراض الأساسية للمرض، مع وجود زيادة في إدراكه، فنظراً لخصوصية الفيبروميالجيا وغياب الإصابة العضوية يبقى تشخيصها تشخيصاً إقصائياً بالدرجة الأولى يرتكز أساساً على وجود نقاط مؤلمة مع مراعاة المعايير المحددة من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم، بالإضافة إلى مجموعة الأعراض كالتعب اضطرابات النوم ومجموعة من الاضطرابات الوظيفية، النفسية والعقلية. ونتائج الفرضية الأولى كشفت عن معاناة معظم أفراد العينة من المستوى المرتفع والشديد من الألم بنسبة 77,8%، وهو ما يتوافق مع بيانات

الدراسات المعروضة التي أشارت إلى معاناة مرضى الفيبروميالجيا من زيادة في ادراك الألم مقارنة مع باقي المرضى المعانون من الآلام المزمنة. ويشترك مرضى الفيبروميالجيا مع باقي المرضى المعانون من الآلام المزمنة في سيرورة الألم وانتقاله من مرحلة الألم الحاد إلى المزمّن.

وقد وضح (Gatchel 2004) سيرورة متكونة من ثلاثة مراحل يمر بها الألم المزمّن، فخلال المرحلة الأولى يرتبط الألم باستجابات انفعالية كالخوف أو القلق، وتعد هذه الاستجابة طبيعية نظرا لإدراك الفرد وإحساسه بالألم المسبّب للضرر، لكن إذا استمر الألم (من 02-04 أشهر) ينتقل الألم إلى المرحلة الثانية أين يرتبط باستجابات واسعة ومشاكل نفسية كالعجز المكتسب، الاكتئاب، التجسيد...، وهو ما يجعله يدخل في إطار الألم المزمّن، وتصبح تلك المشاكل مرهونة بالخصائص النفسية الاجتماعية والظروف المحيطة، الاقتصادية الراهنة، فقد تكون لدى المريض مجرد أعراض طفيفة تصبح لها دلالة أكبر وتأثير على قدراته في مختلف مجالات حياته، أما عن المرحلة الثالثة فهي المرحلة التي يتم فيها تقبل أو تبني " دور المرض " أين يتخلى المريض عن التزاماته ومسؤولياته اليومية. غير أنه تختلف الفيبروميالجيا عن باقي الأمراض المسببة للآلام المزمنة في غياب الإصابة العضوية أو النسيجية بالإضافة إلى الهوية النوروغرافية التي لا تزال مبهمة، فتشير الأدبيات إلى أنّ الفيبروميالجيا تعد تناذر معقد يضم العديد من التظاهرات الإكلينيكية غير مفهومة السببية (Bourgault et Marchand, 2009) ، كما أنها تختلف عن باقي الأمراض نظرا أنها تعبر عن اختلال وظيفي يتسم بغياب سبب عضوي معين (Delpire et al.,2007)، فضلا عن فرضية اختلال الجهاز العصبي المركزي، التي تسلّم بوجود حساسية مركزية مفرطة لدى مرضى الفيبروميالجيا، وتدخل الميكانيزمات المحيطة لتحفيز مستقبلات الألم (Laroche,2009) ، بالإضافة إلى

معاناة المرضى من الشرود الطبي، فقد يتطلب الأمر عدّة سنوات قبل وضع التشخيص (Jasson, 2007)، وهو ما قد يسبب زيادة في إدراك الألم وجعله أكثر شدة، فتمثل الفيبروميالجيا النموذج الأنسب لحالة الألم المزمن المنتشر المجهول السبب.

وإن كان الاتفاق في الأدبيات حول وجود زيادة في إدراك المريض الفيبروميالجي للألم، فلا يزال الاختلاف قائم هل يعتبر الألم سبب أو نتيجة للمرض وهي المسألة التي لم يفصل فيها بعد وتحتاج إلى مزيد من المعارف الأساسية حول السببية المرضية قصد الكشف عن أصل الألم "سبب أو نتيجة" من جهة، بالإضافة إلى أصل الاضطرابات النفسية والعقلية "سبب أو نتيجة" في السيرورة المرضية، (Geoffroy, Amad, & Thomas, 2012)، فالألم المزمن الذي يعاني منه الفيبروميالجي يشكل إعاقة حقيقة في شتى مجالات الحياة.

والعلاقة العكسية القائمة بين المتغيرين (الألم المزمن ونوعية الحياة) بالإضافة إلى التأثير السلبي للألم المزمن على نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا تعد نتيجة متوقعة طالما أنّ كلّ من الألم المزمن ونوعية الحياة ظاهرتان تشتركان في العديد من الخصائص والمكونات: فالألم المزمن بصفته تجربة معقدة ومركبة تضم المكونات البيولوجية، النفسية، الاجتماعية، يستحيل حصره في تناول أحادي ميكانيكي من نوع مثير- استجابة، بل أصبح النموذج البيونفسي اجتماعي هو النموذج الأنسب لفهم وعلاج المشاكل المرتبطة بالألم (Gatchel, 2004)، من جهتها نوعية الحياة واستنادا للتعريف المقدم من قبل فريق نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة WHOQOL Group، تضم الصّحة الجسدية، الصّحة النفسية، استقلالية الفرد، العلاقات الاجتماعية، المحيط، الجانب الروحي والمعتقدات الشخصية، فيتعلق الأمر بوجهة شمولية تضم الجوانب الذاتية والموضوعية في آن واحد، أي جميع وجهات الفرد:

الداخلية والخارجية، الشخصية والمحيطية، الصحية والوظيفية، النفسية والاجتماعية، المادية والمعنوية. فكلاهما (الألم، ونوعية الحياة) مفاهيم متعددة الأبعاد، ومنه فتأثير الألم المزمن (الذي هو تأثير بيونفسي اجتماعي) على نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا يجعل منها نوعية حياة متدنية عبر مختلف المستويات والأبعاد، خصوصا وأنّ الألم يعدّ من أهم الأعراض التي يعاني منها الفيبروميالجيا كما سبق الإشارة إليه، فضلا عن الفيبروميالجيا بحد ذاتها التي تسجّل هي الأخرى ضمن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي نظرا أنها متعددة العوامل (Inserm, 2020)، ومتداخلة مع العديد من الأعراض والاضطرابات لاسيما القلق والاكتئاب اللذان يشكلان مجموعتين مرتبطتين ومتداخلتين مع الفيبروميالجيا (Geoffroy, Amad & Thomas , 2012). فمن منظور النموذج البيونفسي اجتماعي يمكن تفسير سيرورة الفيبروميالجيا كترجمة للتغيرات العصبية، البيولوجية التي تظهر نتيجة للهشاشة الاستعدادية أو المكتسبة (العوامل الوراثية، الأحداث الصدمية، السوابق المؤلمة المفجرة بناء على أحداث صدمية ضغوطات جسدية و/أو نفسية) والتي يتم تعزيزها بموجب إصابات مؤلمة وبعض الأساليب المعرفية والسلوكية، فالعوامل الجسدية، النفسية والسلوكية تلعب دورا هاما سواء كعوامل استعدادية، مفجرة أو معززة للأعراض (Fontaine,2015). ومنه فكلّ من الألم المزمن الذي هو عرض للمرض، نوعية الحياة بالإضافة إلى الفيبروميالجيا هي مفاهيم متعددة الأبعاد والتخصصات.

وتتوسط هذه العلاقة (الألم الفيبروميالجيا - نوعية الحياة) سيرورات ديناميكية (وسائط) المتمثلة في استراتيجيات التعامل، فالمريض يقوم بالتعامل مع مرضه بغرض تغيير الوضعية الضاغطة (المرض والألم) وبالنتيجة يترتب عن لجوئه لاستراتيجيات معينة إما توسيع أو تضيق من حلقة الألم والمرض ومن الانعكاسات المترتبة على نوعية الحياة، والنتيجة الحالية أسفرت عن وجود وساطة لبعض الاستراتيجيات والمتمثلة

في "تجاهل الألم"، و"التحويل"، وقد تبين أن التحويل يتوسط بشكل كلي العلاقة بين الألم ونوعية الحياة بل يختفي الأثر الكلي للشعور بالألم على نوعية الحياة، وتصبح هذه

الإستراتيجية المنبئ المباشر لنوعية الحياة، فالتحويل يوسّع ويزيد من حلقة الألم والمرض ومن التأثير السلبي للألم على نوعية الحياة، فهو عامل هشاشة تم إثباته على نطاق واسع في الأدبيات العلمية، وهو الميل للتفسير السلبي للتجربة المؤلمة بصفة مفرطة ومبالغة وهو من أكثر العوامل المؤثرة سلبيا على الألم والمؤدية إلى ديمومته لدى المريض الفيبروميالجي، فهو منبئ للمستوى المرتفع من الألم، الشدة النفسية (القلق، الاكتئاب) بالإضافة التكيف السلبي مع المرض، فالمريض الذي يميل إلى التحويل يركز انتباهه على مثير الألم ويكون غير قادر على تحويل الانتباه، ومنه تصبح حتى المثيرات غير المؤلمة بطبعها مزعجة وهو ما يؤدي إلى تضخيم الإحساس به، بل تم ملاحظة أن المستوى المرتفع من التحويل لدى الأفراد غير المعانين من أمراض مرتبطة بالألم يمكن التوقع في المستقبل على أن يطوروا آلام مزمنة مع اللجوء إلى الخدمات الصحية (Conversano et al., 2018).

ومنه فالعوامل النفسية تلعب دور أساسي في تثبيت الألم واختلال الاستجابة للعلاج، ويؤكد (O'Reilly 2011) أنّ العوامل النفسية قد تشكل عائقا لتحسن الحالة الصحية في مجال الألم المزمن. ويهتم علم النفس الصّحة بالفهم والتنبؤ بالعوامل السيكولوجية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض العضوية والتي تستطيع أيضا أن تعجل أو تبطئ تطورها (زناد و بورجي، 2017)، وهو ما دفعنا بالاهتمام بالعوامل السيكولوجية التي تساهم في تحسين نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا.

وقد تبين أنّ لجوء الفيبروميالجي لتبني إستراتيجية "تجاهل الألم" يخفف من حدّة التأثير السلبي للألم على نوعية الحياة، وهو ما يتوافق عموما مع نتائج مجموعة من الدراسات التي أشرنا إليها أعلاه، أي تبين أنّها إستراتيجية فعالة بالرغم من أنها لا تدخل

ضمن الاستراتيجيات اليقظة، وفي هذا الإطار فإن معايير فعالية استراتيجيات التعامل لا تقتصر على كون الإستراتيجية يقظة أو سلبية (تجنبية)، بل توصلت الدراسات أنه يمكن اعتبار استراتيجية فعالة إذا مكنت الفرد من التحكم والتقليل من أثر الحدث الضاغط على الرفاهية الجسمية والنفسية (Paulhan,1992)، وهو الأمر الذي أسفرت عنه نتيجة الوساطة فقد تبين أنه كلما يزيد تجاهل الألم بدرجة تزيد معه نوعية الحياة بـ1,61 درجة، بالرغم من وجود الألم، فالاستجابة بالتعامل ليست نفسية فقط فهي مرتبطة بمتغيرات عصبية غددية ومناعية فالاستجابات التجنبية مثلا تؤدي إلى التقليل من الكاتيكولامين، والتقليل من النشاط المناعي للخلايا القاتلة طبيعيا(NK)، في حين أن الاستجابة بالمواجهة تؤدي إلى سلوكيات مغايرة وهو ما أشار إليه (Dantzer 1989) ، نقلا عن (Paulhan,1992).

ومنه فإستراتيجية التجاهل تعد إستراتيجية فعالة تساهم في تحسين نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا المعانون من الألم.

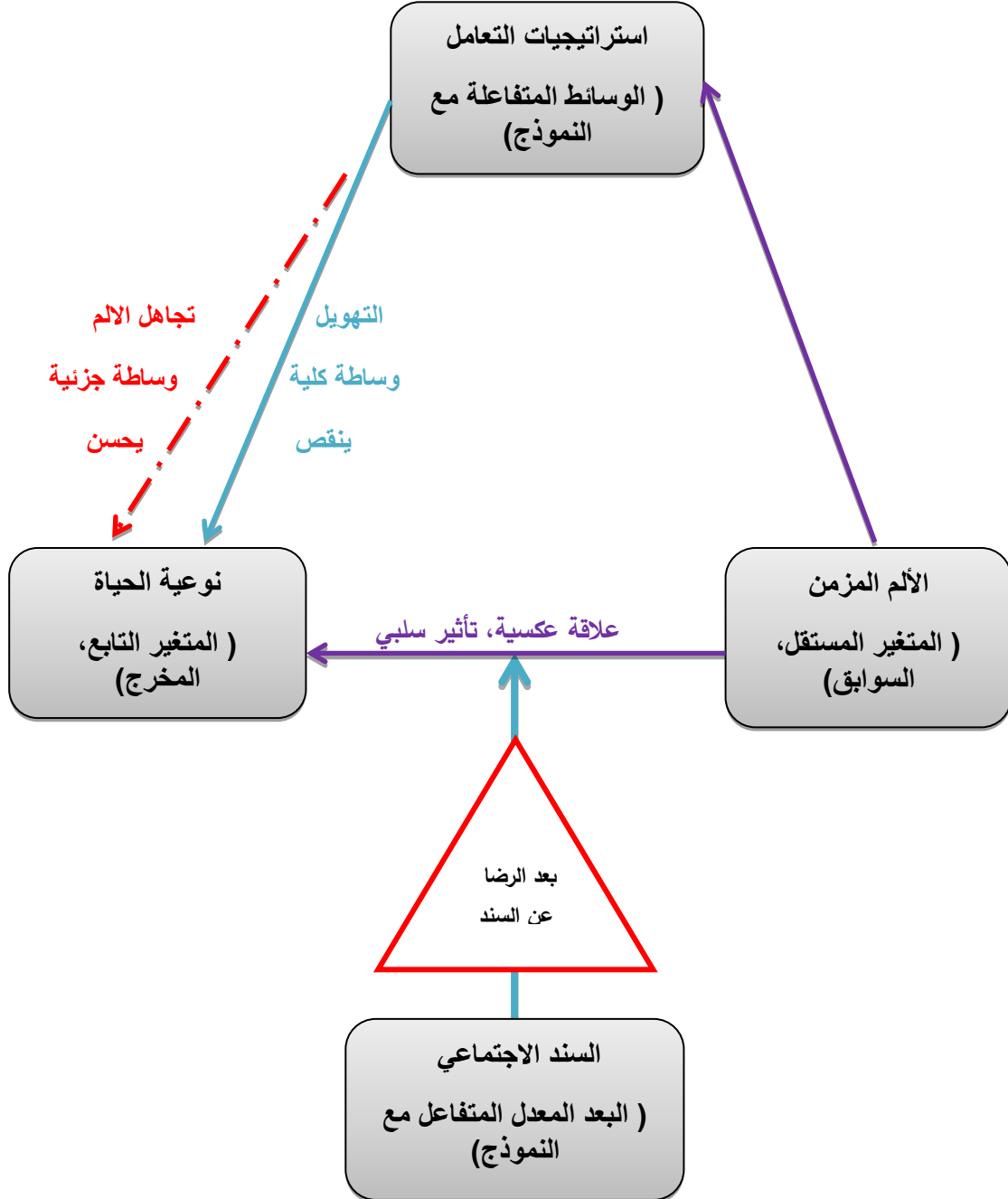
من جهة أخرى يساهم السند الاجتماعي بصفته مصدر اجتماعي (من السوابق حسب النموذج الشمولي لعلم النفس الصّحة) في ترقية الصّحة، الرفاهية ونوعية الحياة، فهو شكل من أشكال المساعدة الفعالة التي يتلقاها الفرد في حالة الأزمات والتي من شأنها تسهيل الاستجابة للتكيف وإيجاد الحلول للوضعيات الصعبة، ولا يتوقف السند الاجتماعي عند توفر أفراد من المحيط لمّ يد المساعدة، بل يتعداه ليشمل جانب معرفي تقييمي خاص بالفرد الذي يتلقى تلك المساعدة ومدى رضاه عنها. فالسند المدرك هو عبارة عن الأثر الذاتي الناتج عن المساعدة المقدمة للفرد من جواره والتي يعتبر أنها تلبى حاجاته وتوقعاته (Bruchon-Sweitzer et Boujut, 2014, p. 460) . وبالرغم من أنّ النتيجة الحالية غير موافقة تماما لنموذج الأثر غير المباشر الذي يفترض تدخل

السند الاجتماعي كمتغير معدّل للعلاقة بين الضغط والصّحة من خلال القيام بالتقليل أو إبطال الأثر السلبي لعوامل الضغط (Dufort et Guay, 2001)، إلا أنّها تحققت من خلال بعد الرضا الذي يوحى إلى التقييم المعرفي الذي يكون للفرد لقاء السند الفعّال الذي تحصل عليه، لاسيما أن البعدين (التوفر والرضا) مختلفين يمكن تفسيرهما بصفة مستقلة كما أشار إليه Sarason.

ويشير (Cohen et Will (1985), Caron et Guay (2005) أنّ الآثار الايجابية للسند الاجتماعي تظهر عندما يكون الفرد معرضا لوضعيات مجهدة أو ضاغطة، فالسند الاجتماعي يلعب دور المعدّل من خلال ثلاث جهات: الوجهة الأولى: يؤثر ايجابيا في عملية إدراك الفرد لمحيطه الاجتماعي، الثانية: يؤثر ايجابيا على الاستجابة العاطفية المرتبطة بأحداث صعبة أو ضاغطة من خلال تقييم النتائج المترتبة على هذه الاستجابة فهو بذلك يسمح للفرد بإيجاد حلول للأحداث الصعبة من خلال التقليل من السلوكات غير المتكيفة، أما الوجهة الثالثة فهو يؤثر مباشرة على السيرورات الفيزيولوجية من خلال التقليل من استجابات الفرد في الوضعيات الضاغطة.

وفيما يلي نقدم تصور نظري لنموذج العلاقات التفاعلية بين السوابق، الوسائط والمحك:

تصور نظري لنموذج العلاقات التفاعلية بين السوابق، الوسائط والمحك



فيحقق السند الاجتماعي واستراتيجيات التعامل جملة من الأهداف في مجال الوقاية وتطوير صحة المرضى، ويتعين على المختصين في ميدان علم النفس الصحة أن ينظروا إلى السند الاجتماعي على أنه مصدر مهم من مصادر الوقاية الأولية، فالتعرف على الطرق التي تزيد من فعالية السند وتوفيره يجب أن تكون من الأولويات، ويجب تشجيع الأفراد للتعرف على الإمكانيات الممددة للسند والكشف عن الطرق التي تساعد على تكوين الروابط الاجتماعية، بالإضافة إلى مساعدة الفئة التي لا تستطيع الاستفادة من هذه المصادر القيمة. كما أنه لا يجب النظر إلى التعامل على أنه مجموعة من العمليات التي تحدث كاستجابة للمشاكل التي تنشأ عن مصدر محدد للضغط، بل يجب النظر إليه على أنه جهود تسعى لتحقيق أهداف معينة، والمتمثلة أساسا في تخفيف الظروف البيئية المؤذية وتعزيز احتمالات الشفاء، التحمل أو التكيف مع الأحداث أو الواقع السلبي، الحفاظ على صورة ايجابية عن الذات، والحفاظ على التوازن الانفعالي (شيلي تايلور، 2008).

وتلعب السوابق الشخصية (المتغيرات الديموغرافية "الجنس"، والسوابق البيوطبية "مدة الإصابة") عادة دورا مهما في تحديد الصحة العامة (الجسدية، النفسية، الرفاهية ونوعية الحياة)، سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة بتفاعلها مع الوسائط المعرفية، السلوكية، التعاقدية والفيزيولوجية (Bruchon -Sweitzer, et Boujut, 2014,p.535)، وهو الشيء الذي لم يظهر بنفس الأهمية من خلال البحث الحالي، كما لم يظهر من خلال مختلف الأدبيات ولعل ذلك يعود لخصوصية هذا المرض وغياب الإصابة العضوية، فلا تزال الفيبرومياليجا إلى حدّ الآن مرض مبهم الأسباب والأبعاد، فلا يوجد إجماع بين الباحثين إلى حدّ الآن في مسألة الفروق في المتغيرات الديموغرافية لمرضى الفيبرومياليجا بدلالة الجنس، كما لم تظهر الفروق بدلالة مدّة الإصابة بالمرض بصفة

صريحة وبيّنة من خلال نتائج الدراسات الطولية المهمة بمعرفة الأثر المستقبلي لمرض الفيبروميالجيا، ما عدا بعض التغيرات الطفيفة التي ظهرت عبر الزمن، وقد أشار أحد الباحثين الرّواد في مجال الفيبروميالجيا: (Yunus 2001) إلى أنّ الفروق بين الجنسين في تناذر الفيبروميالجيا لا يزال مبهم وقد يرجع الأمر للتفاعل الحاصل بين الجانب البيولوجي، النفسي، والعوامل الاجتماعية الثقافية.

ويأخذ النموذج الشمولي التكاملي والمتعدد العوامل لعلم النفس الصحة TIM بعين الاعتبار مختلف العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية لتفسير الصّحة والمرض ونوعية الحياة، فالتفاعل الحاصل بين مختلف الأنظمة المعقدة من سوابق بيوطبية، سياقية، اجتماعية وشخصية، مع الوسائط المعرفية، السلوكية، الفيزيولوجية والتعاقدية يسمح بالتنبؤ بالنهايات والمخارج البيوطبية والنفسية المختلفة (بداية المرض وتطوره، الانتكاسة، التحسن، نوعية الحياة، التكيف النفسي الاجتماعي...)، إلاّ أنّه وفي البحث الحالي فقد اعتمدنا على مجموعة بسيطة ومحدودة من المتغيرات (من سوابق ووسائط) فضلا عن الحجم الصغير للعينة وهو ما يجعل البحث الحالي محدود.

خاتمة واقتراحات

تعبّر نوعية الحياة عن معاش الفرد البيولوجي النفسي الاجتماعي فهي محصل مركّب متعدد الأبعاد والتخصصات يكشف عن إدراك الفرد لمكانته في الحياة وعن نتائج صحته الجسدية والنفسية، وفي الإطار الاستشفائي ومجال الأمراض المزمنة تعد نوعية الحياة أداة مهمة لتقييم أثر المرض، التدخلات العلاجية، والعوامل المساهمة في تثبيت المرض أو تحسينه، فالتدخلات المعاصرة لعلم النفس الصّحة لا تقتصر على اهتمامها بالعوامل المؤدية لطول العمر وإنما بالبحث عن العوامل التي تساعد الفرد للعيش بنوعية جيّدة رغم السوابق المرضية وأحداث الحياة الضاغطة، فالعديد من الأمراض تؤدي إلى انعكاسات سلبية تؤثر على الجانب الجسدي والنفسي على حدّ سواء، كما هو الحال بالنسبة للفيبروميالجيا التي هي تناذر معقّد يشمل مجموعة من الأعراض الوظيفية الجسدية والنفسية، يتسم بغياب سبب عضوي معين يستجيب لمتطلبات النموذج البيوطبي الكلاسيكي، فالعديد من الأدبيات بيّنت أن الألم المزمن يؤثر سلبا على نوعية حياة المرضى كما تم تأكيد هذا الأمر من خلال نتائج البحث الحالي بحيث تم التوصل إلى وجود مستوى مرتفع من الألم، وجود علاقة سلبية بين الألم ونوعية الحياة بالإضافة إلى وجود تأثير سلبي للألم على نوعية حياة المرضى، ونظرا لاشتراك كل من نوعية الحياة والألم المزمن -الذي هو من الأعراض الأساسية للفيبروميالجيا- في كونهما مفاهيم متعددة الأبعاد والتخصصات فإنه لا يسوغ التعامل مع المرضى وفقا لمقتضيات النموذج البيوطبي الذي هو نموذج ميكانيكي أحادي المنحنى والتفسير، أي أنّ العلاج الدوائي لوحده يعد قاصرا وغير كاف لشعور المرضى بالتحسن، بل يتعين تبني النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي يهتم بالوحدة الكلية للمريض أي عموميته وشموليته، وهو منطلق نموذج علم النفس الصّحة الذي فضلا عن إمامه بالنموذج البيولوجي

النفسي اجتماعي فهو يهتم بعدد كبير من المتغيرات النفسية والاجتماعية، السوابق الشخصية والبيوطبية، وقد انصب اهتمامنا على عدد قليل من العوامل النفسية (استراتيجيات التعامل، السند الاجتماعي وبعض الفروق بدلالة عاملي "الجنس" و"مدة الإصابة") التي سمحت لنا بالكشف عن نوعية الحياة مرضى الفيبرومياليجا نظرا للتفاعل الحاصل بينهما، فاستراتيجيات التعامل تعد وسائط جدّ مهمة تسمح بالتنبؤ بنوعية الحياة، وقد تطرقنا إليها بغرض الكشف عن فعالية بعض الاستراتيجيات الخاصة بميدان الألم المزمن، ونظرا لخصوصية التجربة المؤلمة فقد تبين لنا على غرار الأدبيات العلمية أنّ استراتيجية التجاهل - التي عادة ما تعد استراتيجية سلبية وغير فعّالة في ميادين الحياة العامة ومجال بعض الأمراض-، تعد إستراتيجية فعّالة نظرا أنها تساعد المريض المعاني من الألم بعدم التركيز والتمركز حول الإحساس المؤلم والضار الذي يشمل العديد من المكونات فهو يضم مكوّن حسي تمييزي، مكوّن عاطفي انفعالي، مكوّن معرفي وآخر سلوكي، فالتجاهل يساعد المريض على اعتبار الألم وكأنه غير موجود، بعدم التفكير به، بالاستمرار رغم وجوده. من جهة أخرى يشكّل السند الاجتماعي ذرعا واقيا للتخفيف من حدّة الأزمات ومن أثرها السلبي على الصّحة الجسمية والنفسية، وبالرغم من أنّه لم يظهر بنفس تلك الأهمية من خلال البحث الحالي، فإنه لعب دور المعدّل من جانب بعد الرضا، وساهم في تحسين نوعية الحياة .

أما عن المتغيرات الديموغرافية لاسيما متغير الجنس فنلاحظ أن الأدبيات غير متفّقة بل وأن النتائج لا تزال متابينة، والواضح أنّ مجال البحث في متغيرات الفروق لدى مرضى الفيبرومياليجا لا يزال مجال خصب يستدعي البحث والدراسة بغرض الكشف عن التباين والاختلاف الموجود بين نتائج الدراسات.

إن النموذج الشمولي لعلم النفس الصّحة يهتم بعدد كبير من العوامل مما يجعل مجال البحث موسعا لدراسة عدد من العوامل التي تساهم في استثمار وتطوير قدرات المريض للوصول إلى ترقية الصحة النفسية والجسدية وتحقيق الرفاهية أو بالأحرى نوعية الحياة التي تضم كافة هذه المكوّنات.

وأخيرا فإنّ البحث الحالي يوجه الأبحاث المستقبلية إلى

- الاهتمام بالمتغيرات السيكولوجية التي تساعد على فهم السياقات المرضية كظهور، تفاقم، انتكاس المرض وزيادة الألم، مع التأكيد على دور الأخصائي النفسي في عملية تقييم الألم المزمن التكفل به ومتابعته.

- توسيع البحوث النفسية المعتمدة على النموذج الشمولي، التفاعلي والمتعدد العوامل للكشف عن المتغيرات التي تساهم في تحسين نوعية الحياة، الرفاهية، الصحة النفسية والعضوية.

-توسيع عينة البحث للمقارنة والكشف عن الفروق في المتغيرات السوسيوديموغرافية والسوابق البيوطبية لمرضى الفيبروميالجيا.

المراجع

المراجع

- 1- بوجدوب، شهرزاد.(2014). المساندة الاجتماعية وأثرها في بعض العوامل الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي: بحث تجريبي على تلاميذ التعليم الثانوي بمنطقة بن عكنون. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، 12(1)، 163-187.
- 2- شعبان جاب الله ، رضوان .، و وفاء إمام، عبد الفتاح.(2018). دور نوعية الحياة في التنبؤ بزملة أعراض التعب المزمن. دراسات عربية في علم النفس، 17(02)، 377-448.
- 3- شيلي، تايلور. (2008). علم النفس الصحي.(ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر طعميه داود). الطبعة 1، الأردن : دار الحامد للنشر و التوزيع .
- 4- شيماء، مصطفى محمد حسين.(2020). مشكلات اضطراب العلاقات الاجتماعية لمريضات الالتهاب العضلي الليفي (فيبروميالجيا) ودور الخدمة الاجتماعية في لتخفيف من حدتها، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 19، الجزء 3. 561-582. doi: 10.21608/jfss.2020.107209
- 5- طلحة، الياس. (2017). نظام المعاينة في البحوث الاجتماعية والعالمية. مجلة الباحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، 7 (2)، 9-23.
- 6- طريه، مأمون .(2014). تقنيات البحث الخاصة في علم النفس الاجتماعي. ط1، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- 7- زنادة، دليلة .(2013). علم النفس الصحي. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- 8- زنادة، دليلة، وشاكر أمير الدين، بوجي. (2017). علم النفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات، دراسات في علم النفس الصحة، 2(1)، 8-23.

9-APM Media.(2004).*Une personne sur cinq dans le monde souffre de douleurs chroniques modérées à fortes.* Repéré à <https://www.apmnews.com/freestory/10/139906>.

10-Aini, K. Curelli-Chéreau, A. ,& Antoine, P.(2010). L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie: analyse qualitative. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson*, 168 (4),255. doi :10.1016/j.amp.2007.11.022. hal-00638569.

11-Alvarez, M. C., Albuquerque, M. L. L., Neiva, H. P., Cid, L., Rodrigues, F., Teixeira, D. S., & Monteiro, D. (2021). Differences between Portuguese and Brazilian Patients with Fibromyalgia Syndrome: Exploring the Associations across Age, Time of Diagnosis, and Fatigue-Related Symptoms. *Medicina*, 57(4), 322.

12-American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. (2010). Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*, 112(4), 810.

13-Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Carbonell-Baeza, A., Femia, P., Tercedor, P., Ruiz, J. R., & Delgado-Fernández, M. (2012). Are there gender differences in quality of life and symptomatology between fibromyalgia patients?. *American journal of men's health*, 6(4), 314-319.

14- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.

15-Barlow, D.H. & Durand, V.M.(2012).*Psychopathologie : une approche intégrative.* (3^e éd). Paris: De Boeck Supérieur.

16-Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

17-Beaumanoir, A. & Roger, J. (2007).*Une histoire de l'épileptologie francophone.* France: Jhon Libbey Eurotext.

18-Beauregard, I. et Dumont, S .(1996) .La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55-76. doi: 10.7202/706737ar.

19- Bennett, R. M., Schein, J., Kosinski, M. R., Hewitt, D. J., Jordan, D. M., & Rosenthal, N. R. (2005). Impact of fibromyalgia pain on health-related

quality of life before and after treatment with tramadol/acetaminophen. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 53(4), 519-527. doi 10.1002/art.21319.

20-Bigelow, D.A, Gareau, M.J., & Young, D.J. (1990). A Quality of Life Interview. *Psychosocial Rehabilitation Journal* .14(2), 94-98. Doi:10.1037/h0099440.

21-Blotman, F., & Branco, J. (2007). *Fibromyalgia*. New York: Editions Privat, 253.

22-Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Preuper, H. R. S. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of Life Research*, 22(1), 93-101. Doi: org /10.1007/ s11136-012-0132-8.

23- Bouckenaere, D.(2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade, *Cahiers de psychologie clinique,1* (28),167-183.Doï : 10.3917/cpc.028.0167.

24-Bourgault, P., &Marchand, S.(2009). Développement, implantation et évaluation d'intervention de type « école interactionnelle » adaptée à des personnes souffrant de fibromyalgie ou de lombalgie ,*Protocole de recherche , volet 3-A - programme ACCORD*, Canada.

25-Brauer, M. (2000). L'identification des processus médiateurs dans a recherche en psychologie. *L'Année psychologique*, 100(4), 661-681. doi : 10.3406/psy.2000.28668.

26- Bruchon-Schweitzer, M. (2001).Concepts, Stress, Coping ; Concepts et modèles en Psychologie de la santé, *Recherche en soins infirmiers*,(67), 4-39.

27- Bruchon-Schweitzer M.,(2002).*Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*, Paris :Dunod.

28- Bruchon-Schweitzer, M., Rasclé, N., Cousson-Gélie, F., Bidan-Fortier, C., Sifakis, Y., & Constant, A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie française*, 48(3), 41-53.

29-Bruchon-Sweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé :concepts, méthodes et modèles*.(2e éd). Paris: Dunod.

30-Bucourt, E., Martailé, V., Combes, S., Mulleman, D., Plaisant, O., Réveillère, C., & Courtois, R. (2014). Profil de personnalité et adaptation dans la fibromyalgie : étude préliminaire à partir de 23 patientes. In V.

Christophe, C. Ducro & P. Antoine (Eds.), *Psychologie de la santé : individu, famille et société*. Paris, FR: Presses Universitaires du Septentrion. 125-129.

31-Bubolz, M. M., Eicher, J. B., Evers, S. J., & Sontag, M. S. (1980). A human ecological approach to quality of life: Conceptual framework and results of a preliminary study. *Social Indicators Research*, 7(1-4), 103-136.

32-Buskila, D., Neumann, L., Alhoashle, A., & Abu-Shakra, M. (2000). Fibromyalgia syndrome in men. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 30(1), 47-51.

33-Caron, J., et Guay, S.(2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens, *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41. doi : 10.7202/012137ar.

34-Carpenito, L. J. (1997). *Plans de soins et dossier infirmier: diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.

35-Cedraschi, C., Desmeules, J., Luthy, C., Allaz, A F.(2003). Aspects psychologiques de la fibromyalgie, *Revue du rhumatisme*, 70(4) . 331–336.doi: 10. 1016 /S1169-8330 (0 3) 00104-2.

36-Cedraschi, C., Piguet, V., Luthy, C., Rentsch, D .,Desmeules, J. Desmeules.,et Allaz, A.F. (2009) Aspects psychologiques de la douleur chronique, *Revue du Rhumatisme*, 76(6). 587–592. doi:10.1016/j.rhum.2008.11.008.

37-Chiffolleau, A., Nizard, J., Berthelot, J. M., Gillet, P., & Jolliet, P. (2004). La fibromyalgie, maladie ou syndrome? Actualités diagnostiques et thérapeutiques. *La Lettre du pharmacologue (Boulogne)*, 18(4), 123-129.

38- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., & Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC health services research*, 10(1), 1-9.

39-Cobb, S. (1976).Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

40- Cohen, S., Wills, T, A.(1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

41- Cohen, S., Underwood, B. H. & Gottlieb, L. G.(2000). *Social Support Measurement and Intervention*. New York: Oxford University Press.

- 42-**Conversano C, Laura M, Rebecca C, Mirabelli V, Angelo G (2018) Catastrophizing and Fibromyalgia: A Mini Review, *33*(3:7). doi : 10.21767/2573-5349.100020.
- 43-** Conversano, C., Ciacchini, R., Orru, G., Bazzichi, M. L., Gemignani, A., & Miniati, M. (2020). Gender differences on psychological factors in fibromyalgia: asystematic review on male's experience. *Clin Exp Rheumatol*.
- 44-** Corten ,P. (1993).Qualité subjective de la vie et réadaptation :émergence et évolution conceptuelle. *Santé mentale au Québec,18*(2), 33–47. doi :10.7202/ 032270ar.
- 45-** Corten,P. (1998) .Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. *L'Information Psychiatrique,9*, 922-932.
- 46-**Dany, L., Apostolidis, T., Blois, S., Roussel, P., & Carayon, S. (2008). Douleur, stratégies d'ajustement et détresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du coping strategies questionnaire. *Douleur et analgésie, 21*(4), 227-234.doi : 10.1007/s11724-008-0102-7.
- 47-**De Broca, A, (2002). *Douleur soin palliatif deuil*. Paris : Edition Masson.
- 48-**Delpire, M., Troisfontaines, B., & Triffaux, J. M. (2007). Aspects psychiatriques en matière de syndrome fibromyalgique. *Acta psychiatrica Belgica, 107*(2), 23-29.
- 49-**Delorme, T. (2000). La douleur. Un mal à combattre, *Les Cahiers du MURS, 38*,17-35.
- 50-**Devault, A. & Fréchette,L.(2002) . *Le soutien social et l'intervention de nature psychosocial ou communautaire*, (N°19), Cahier du GÉRIS: série RECHERCHES.
- 51-**Dobkin, P. L.,& Boothroyd, L. J.(2006).*Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) :Organisation des services de santé*, Rapport préparé pour l'AETMIS; 2 (4), Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé Québec.
- 52-**Dufort, F., & Guay, J.(2001). *Agir au cour des communautés : La psychologie communautaire et le changement social*. Canada : Presses Université Laval.
- 53-**Dumolard, A., & Juvin, R. (2003). Fibromyalgie: aspects médico-sociaux. *Revue du rhumatisme (Ed. française), 70*(4), 310-313.doi: 10.1016/S1169-8330(03)00100-5.

54- Dumont, M., & Plancherel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Canada : Presses de l'Université du Québec.

55- Falque, S., & Tartavull, S. (2014). Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale : étude qualitative en Rhône-Alpes. *Médecine humaine et pathologie*. Repéré à https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/1063748/filename/2014GRE15044_falque_stephanie_et_tartavull_sebastien_1_D_.pdf.

56-Farezadi, Z., Normah, C. D., Zubaidah, J., & Maria, C. (2008). Chronic pain and psychological well-being. *Ethnicity*, 35, 39-8.

57-Fellah,N ; Benmoussa, D ; Ourrad, B ; & Griène, B .(2013). *Actualité dans la prise en charge de la douleur* . Repéré à <http://saetd-dz.com/upload/File/9C2013/pleniere/1-Jeudi/2-Fellah-SAETD-2013.pdf>.

58-Ferrans, C.E,& Powers, M.J. (2007). L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques, *Recherche en soins infirmiers*, 1(88), 32-37. doi : 10.3917/rsi.088.0032.

59-Fernandez-Petite, M. (2007). Qualité de vie en soins palliatifs: discours et représentations des patients. *InfoKara*, 22(4), 105-110.doi :10.3917/ inka.074.0105.

60-Fischer, G. N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

61-Fontaine, E. (2015). Facteurs émotionnels, cognitifs et comportementaux dans la fibromyalgie. *Médecine humaine et pathologie*. ffdumas-01215161, *Archive ouverte HAL*. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01659250>.

62-Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.

63-Franco, L. R., Garcia, F. C., & Picabia, A. B. (2004). Assessment of chronic pain coping strategies. *Actas espanolas de psiquiatria*, 32(2), 82-91.

64-Freitas, R. P. D. A., Andrade, S. C. D., Spyrides, M. H. C., Micussi, M. T. A. B. C., & Sousa, M. B. C. D. (2017). Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. *Revista brasileira de reumatologia*, 57(3), 197-203.doi :org/10.1016/ j. rbre.2016.07.001.

65- Fournier, F. & Monette, M.(2000) *L'insertion socioprofessionnelle : un jeu de stratégie ou un jeu de hasard ?*. Canada : Presses Université Laval.

66-Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59(8), 794–805.

67-Gauchet, A. (2008). *Observance thérapeutique et VIH : enquête sur les facteurs biologique et psychosociaux*. France: Edition l'Harmattan.

68-Geoffroy, P. A., Amad, A., Gangloff, C., & Thomas, P. (2012). Fibromyalgie et psychiatrie: 35 ans plus tard... Quoi de neuf?. *La Presse Médicale*, 41(5), 455-465.

69-Guino , M. , Launois , S., & Favre-Juvin, A. (2015) Fibromyalgie: physiopathologie et accompagnement thérapeutique , *Elsevier Masson SAS*. doi :10.1016/S1283-0887(14)60207-3 .

70-Guillemont, C.,& Nollet-Cléménçon, Ch.(2012). *Ma douleur, comment l'apprivoiser?*. Paris : Odile Jacob.

71-Guité, M., & Bégin, A.D. (2000). *La Fibromyalgie : bien la connaître pour mieux surmonter la douleur, la fatigue chronique et les troubles du sommeil*. Québec, Canada : Éditions Multi Mondes.

72- Grebot, E., Paty, B., & Dephanix, N. G. (2006). Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante. *L'Encéphale*, 32(3), 315-324.

73- Grebot, E, (2008). *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir*. Paris: Edition d'Organisation.

74-Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: a comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133-141.

75- Ho-Ting-Fat , L (2017). Enquête sur la prise en charge de la fibromyalgie par les médecins généralistes : une uniformisation des pratiques est-elle possible? *Médecine humaine et pathologie*, ffdumas01659250f, *Archive ouverte HAL*. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01659250>.

76-Hamdan, M. (2014) *Etude dimensionnelle de la personnalité, des traits anxio-dépressifs et alexithymiques chez les patientes fibromyalgiques par rapport à une population féminine standard*, (Doctoral dissertation, Université de Limoges).

77-Hartmann, A. (2007). *Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur accompagnant référent*. (Doctoral dissertation, Université Rennes 2). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00267588>.

78- Hartmann, A. (2008) . Les orientations nouvelles dans le champ du coping, *Pratiques psychologiques*, 14, 285–299 .doi: 10.1016/ j.prps . 2008.01.002

79-HAS. (2008).Recommandations professionnelles.-*Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*-Repéré à www.has-sante.fr. Consulté le 05/03/2018 16 :07

80-HAS.(2010). Rapport d'orientation –*Syndrome fibromyalgique de l'adulte*. Repéré à www.has-sante.fr. Consulté le 02/02/2017 10 :57

81- HAS. (2013). Programmes pilotes – *Impact Clinique – Qualité de vie & Infarctus du myocarde*. Repéré à www.has-sante.fr. Consulté le 02/03/2017 15 :17.

82-Herman, G., Bourguignon, D., Stinglhamberg, F. & Jourdan, D. (2007). Résister au chômage : Rôle du soutien social et de l'identité. In. G. Herman (Ed). Travail, chômage et stigmatisation : *Une analyse psychosociale*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.

83-Hiebert, B. (1985). *Le stress chez les enseignants : perspective canadienne*.Canada : Canadian Education Association.

84-Ibrahim, N., Teo, S. S., Che Din, N., Abdul Gafor, A. H., & Ismail, R. (2015). The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *PloS one*, 10(7), e0129015. doi:10.1371/journal.pone.0129015

85- International Association of Study of Pain - IASP-. (2009). Faire face à la douleur- version française-,*Clinical updates*,18(5), 1-9. Repéré à <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/index.aspx?ItemNumber=756>.

86-Inserm.(2020). Fibromyalgie. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences. Repéré à <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-04/inserm-ec-2020-fibromyalgie-rapportcomplet.pdf>.

87-Irachabal, S., Koleck, M., Rascle, N., &Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stratégies de coping des patients douloureux: adaptation française du copingstrategies questionnaire (CSQ-F). *l'Encephale*, 34(1), 47-53.doi:10.1016/ j. encep.2006.11.002.

88-Jasson, M. C. (2007). Mieux connaître et diagnostiquer la fibromyalgie par l'étude de la symptomatologie clinique-Enquête directe auprès de 1993 patients fibromyalgiques. Repéré à http://www.frm.org/images/pdf/infos/fibromyal_mcj.pdf.

- 89-** Jiang, L., D'Souza, R. S., Oh, T., Vincent, A., Mohabbat, A. B., Ashmore, Z., & Qu, W. (2020). Sex-related differences in symptoms and psychosocial outcomes in patients with fibromyalgia: A prospective questionnaire study. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 4(6), 767-774.
- 90-** Kennedy, M., & Felson, D. T. (1996). A prospective long term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 39(4), 682-685.
- 91-**Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., &Guzmán, M. A. (2018). Catastrophizing, acceptance, and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(1), 80-92.
- 92-**Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., Kleef, M. V., &Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European journal of Pain*, 9(1), 15-24.doi:10.1016/j.ejpain.2004.02.006.
- 93-** Laroche, F.(2014). Douleur chronique. Thérapies comportementales et cognitives. *Annales Médico-Psychologiques, Elsevier Masson* ,172, 132–135.
- 94-**Laroche, F.(2009). Actualités de la fibromyalgie, *Revue du Rhumatisme* 76, 529–536, doi:10.1016/j.rhum.2009.02.001.
- 95-**Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- 96-**Lépine, J. P., & Briley, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 19(S1), S3-S7.doi: 10.1002/hup.618.
- 97-**Lourel M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 4-17.
- 98-**Lussier, Y., Bélanger, C., et Sabourin, S. (2017). *Les fondements de la psychologie du couple*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- 99-**Luminet, O.(2008). *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*, Belgique , Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- 100-**Maltais ,D., Lachance, L., Brassard, A.,& Dubois, M.(2005). Soutien social et santé psychologique de victimes d'inondations. In: *Sciences sociales et santé*. 23(2), 5-38.doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.2005.1648>.

- 101-**Mazo, J. P. S., & Estrada, M. G. (2018) Implications of chronic pain on the quality of life of women with fibromyalgia. *Psicologiaem Estudo*, 23, 81-91. doi: 10.4025/psicolestud.v23.38447.
- 102-**McWilliams,L.A., Goodwinb , R.D.,& Cox, B.J .(2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample, *International Association for the Study of Pain*, 77-83.doi:10.1016/j.pain.2004.06.002.
- 103-**Menkès, C. J., & Godeau, P. (2007). La fibromyalgie. Rapport. *Bull AcadNatl Med*, 191(1), 143-8.
- 104-** Mercier, C.& Filion, F.(1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 135–143. doi : 10.7202/ 030380 ar.
- 105-** Mercier, C. (1993). Qualité de vie et qualité des services. *Santé mental au Québec*, 18(2), 9–19. doi:10.7202/032268ar.
- 106-**Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. *Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press (Also available online at www. iasp-painorg)*
- 107-**Montreuil, M .,Tazopoulou, E.,& Truelle, J.L.(2009) .La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle. *Noesis*, 34,133-143.
- 108-**Montoya, P., Larbig, W., Braun, C., Preissl, H., & Birbaumer, N. (2004). Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(12), 4035-4044.doi 10.1002/art.20660.
- 109-**Moulin, J. F., & Boureau, F. (2000). Douleur chronique et psychiatrie. *Éditions scientifiques et Médicales Elsevier, Psychiatrie*, 37-677.
- 110-** Muller, A.,Metzger, C, Schwetta, M.,& Walter, C.(2011).*Soins infirmiers et douleur*, (3 éd), France : Elsevier Health Sciences.
- 111-**Nacu, A., & Benamouzig, D. (2010). La fibromyalgie: du problème public à l'expérience des patients. *Santé publique*, 22(5), 551-562.
- 112-**Nusbaum, F., Ribes, G., & Gaucher, J. (2010). La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose, *Bulletin de psychologie*, 3(507), 191-201. doi : 10.3917/ bupsy. 507.0191.

113-Ogden, J.(2018). *Psychologie de la santé*.(3 éd ; traduction d' Desrichard, O.,Blum,A., Gauchet, A.). Paris: The Boeck Supérieur.

114-O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(4), 126-131 .doi:10.1016/j.jtcc.2011.08.003.

115-Paulhan, I.(1992) .Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557.doi : 10.3406/psy.1992.29539.

116-Perruchoud, C., Albrecht, E., & Moret, V. (2017). *Manuel pratique d'algologie: Prise en charge de la douleur chronique*. France : Elsevier Health Sciences.

117-Piquemal-Vieu, L. (2001). Le coping : une ressource à identifier dans le soin infirmier, *Recherche en soins infirmiers*(67), 84-98.

118-Prados, G., Miró, E., Martínez, M. P., Sanchez, A. I., López, S., & Saez, G. (2013). Fibromyalgia: gender differences and sleep-disorder edbreathing. *Clin Exp Rheumatol*, 31(6 Suppl 79), S102-10.

119-Radat, F., Koleck M. (2010). Douleur et dépression : les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente. *L'Encéphale*, 37(3), 172-179.doi: 10.1016 /j. encep.2010.08.013.

120-Rasclé, N. et Irachabal,S .(2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé, *Le travail humain* ,64(2), 97-118.doi : 10.3917/th.642.0097.

121-Rauf, W. N., Meyer, H. P., Marcus, T. S., & Becker, P. J. (2014). The impact of chronic pain on the quality of life of patients attending primary health care clinics. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 20(2), 122-126.

122-Rondal, J.A., & Comblain, A.(2001). *Manuel de psychologie des handicap : sémiologie et principe de remédiation*, France :Editions Mardaga.

123- Rose, S., Cottencin ,O ., Chouraki ,V., Wattier, J.M., Houvenagel, E., Vallet, B., & Goudeman, M. (2009) . Importance des troubles de la personnalité et des comorbidités psychiatriques chez 30 patients atteints de fibromyalgie. *La Presse Médicale*, 38(5), 695-700.doi: 10.1016/j.lpm.2008.11.013.

124-Rouxel,G., Le Helias, L., Mury, S .(2001).Douleur chronique et coping :Concomitant psychologiques, Contextuels et démographique, Question de psychologie différentielle (p397-402).Renne:PUR.

- 125-**Schaefer, C. P., Adams, E. H., Udall, M., Masters, E. T., Mann, R. M., Daniel, S. R., & Silverman, S. L. (2016). Fibromyalgia outcomes over time: Results from a prospective observational study in the United States. *The open rheumatology journal*, *10*, 109.
- 126-**Sarason, I. G., Levine, H.M., Basham, R. B., & Sarason, B. R., (1983). Assessing social support : The social support questionnaire, *journal of personality and social psychology*, *14*, 127-139.
- 127-** Smite, D., Rudzite, I. & Ancane, G. (2012). Sense of social support in chronic pain patients, *SHS Web of Conferences, EDP Sciences*, *2*, 00030. doi: 10.1051/ shsconf / 20120200030.
- 128-**Soyuer, F., & Kepenek-Varol, B. (2019). Quality of life and pain. *Int J Fam Commun Med*, *3*(3), 110-114. doi: 10.15406/ijfcm.2019.03.00140.
- 129-**Stanley, M., et Gaultlett Beare, P.(2005). *Soin infirmier en gériatrie : vieillissement normal et pathologique*, 1 éd , Bruxelles: De Boek Université .
- 130-**Stellman, J.M. (2000). *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, (3^eéd), Genève :Bureau international du travail.
- 131-**Tarabulsky, G.M. & Provost, M.A (2008). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- 132-** Tremblay, I. (2016). *Associations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique*, (Doctoral dissertation, Université du Québec à Chicoutimi).
- 133-** Untas , A., Quintard, B., Koleck, M., Borteyrou, X., Azencot, A. (2009). Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer. *Annales Médico Psychologiques. Elsevier Masson .SAS*, *167*, 134–141.
- 134-** Untas, A., Koleck, M., Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé, *Psychologie française, Elsevier Masson .SAS*, *97–110*, doi:10.1016/ j.psfr. 2012.03.004.
- 135-**Verbunt, J. A., Pernot, D. H., & Smeets, R. J. (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, *6*(1), 1-8.
- 136-**Walitt, B., Fitzcharles, M. A., Hassett, A. L., Katz, R. S., Häuser, W., & Wolfe, F. (2011). The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555

patients. *The Journal of rheumatology*, 38(10), 2238-2246.
doi:10.3899/jrheum.110026.

137- WHOQOL Group . (1998).Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

138-Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L., Russel, J., & Yunus, M. B. (1997). Health status and disease severity in fibromyalgia. Results of a six center longitudinal study. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 40(9), 1571-1579.

139-Yunus, M. B. (2001). The role of gender in fibromyalgia syndrome. *Current Rheumatology Reports*, 3(2), 128-134.

140-Yunus, M. B., Celiker, R., & Aldag, J. C. (2004). Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *The Journal of rheumatology*, 31(12), 2464-2467.

الملاحق

الملحق (01)

استمارة المعلومات

➤ البيانات الاجتماعية الديموغرافية

الجنس: ذكر، أنثى

السن:

المستوى التعليمي: بدون مستوى ، ابتدائي ، متوسط ، ثانوي ، جامعي

الحالة الاجتماعية: عازب(ة) ، متزوج (ة) ، مطلق(ة) ، أرمل

عدد الأطفال:

مستوى الدخل: ضعيف ، متوسط ، جيد

الحالة المهنية: عامل(ة) ، بدون عمل

➤ البيانات الطبية

تاريخ ظهور المرض:

تاريخ بداية الألم:

وجود اضطرابات نفسية نعم ، لا ، تحديد نوع الاضطراب:

الملحق (2)

مقياس استراتيجيات التعامل CSQ

أشر إلى أي مدى تستخدم الإستراتيجيات المقترحة أدناه للتعامل مع ألمك اليومي ، مع العلم أن:

عندما أتالم:

أبدا	أحيانا	في كثير من الأحيان	غالباً	
				1- أحاول الابتعاد عن الألم، وكأنه موجود في جسم شخص آخر
				2- أحاول التفكير في شيء لطيف.
				3- إنه مريع وأشعر أن الوضع لن يتحسن أبدا
				4- أدعو الله بأن لا يدوم طويلاً.
				5- أحاول عدم التفكير بأنه جسيمي ، وإنما كشيء منفصل عني.
				6- لا أفكر في الألم.
				7- لا أبدي أي اهتمام للألم.
				8- أتصرف وكأنه غير موجود.
				9- أقلق دوما لمعرفة ما إذا كان سينتهي.
				10- أعيد التفكير في لحظات لطيفة من الماضي.
				11- أفكر في الأشخاص الذين أحب أن أكون معهم.
				12- أدعو لكي يخطي الألم.
				13- أتخيل أن الألم خارج جسيمي.
				14- أستمر و كأن شيئاً لم يكن.
				15- لدي شعورياًني غير قادر على تحمل الألم.
				16- أتجاهله.
				17- اعتمد على إيماني بالله.
				18- لدي شعور بأنني غير قادر على الاستمرار.
				19- أفكر في الأشياء التي أحب أن أفعلها.
				20- أفعل شيء أرغب فيه كمشاهدة التلفاز أو سماع الموسيقى.
				21- افعل وكأنه ليس جزء مني .

الملحق (3)

مقياس السند الاجتماعي SSQ6

التعليمة:

الأسئلة الموائية تتعلق بأشخاص من محيطك الذين يقدمون لك مساعدة أو سند . كل سؤال له جزأين .
في موضع أول، قم بذكر جميع الأشخاص (ماعدا نفسك) الذي يمكن أن تعتمد عليهم للحصول على مساعدة أو سند في الوضعية المذكورة . أكتب الحروف الأولى لاسم الشخص والصلة التي تربطك معه.

كل رقم يجب أن يتطابق مع شخص واحد.

في موضع ثاني، ضع دائرة للإجابة التي تناسب درجة رضاك بالنسبة للسند المتحصل عليه.
بالنسبة لأي سؤال لم تتحصل فيه على سند استعمل عبارة " لا أحد" ، ولكن قيم بالرغم من ذلك درجة رضاك. لا تذكر أكثر من تسعة أشخاص لكل سؤال.
شكرا على إجابتك بأفضل ما يمكن على كل الأسئلة .
ستبقى إجاباتك سرية .

1- من هم الأشخاص المستعدين الذين يمكنك حقا الاعتماد عليهم عندما تكون بحاجة للمساعدة ؟

-7	-4	-1	لا أحد
-8	-5	-2	
-9	-6	-3	

ما هي درجة رضاك بالنسبة للسند المتحصل عليه؟

1. غير راض جدا 2. غير راض 3. غير راض نوعا ما 4. راض نوعا ما 5. راضي 6. راض جدا

2- على من يمكنك أن تعتمد حقا لمساعدتك على الشعور أكثر بالارتياح عندما تكون تحت ضغط أو منقبض ؟

-7	-4	-1	لا أحد
-8	-5	-2	
-9	-6	-3	

ما هي درجة رضاك بالنسبة للسند المتحصل عليه؟

1. غير راض جدا 2. غير راض 3. غير راض نوعا ما 4. راض نوعا ما 5. راضي 6. راض جدا

3- من يتقبلك على ما أنت عليه، أي بجوانبك الحسنة والسيئة ؟

-7	-4	-1	لا أحد
----	----	----	--------

-8 -5 -2
-9 -6 -3

ما هي درجة رضاك بالنسبة للسند المتحصل عليه؟

1. غير راض جدا 2. غير راض 3. غير راض نوعا ما 4. راض نوعا ما 5. راضي 6.
راض جدا

4- علمن يمكنك أن تعتمد حقا للتكفل بك مهما يحدث؟

لا أحد -1 -4 -7
-2 -5 -8
-3 -6 -9

ما هي درجة رضاك بالنسبة للسند المتحصل عليه؟

1. غير راض جدا 2. غير راض 3. غير راض نوعا ما 4. راض نوعا ما 5. راضي 6.
راض جدا

5- على من يمكنك أن تعتمد حقا لمساعدتك أن تشعر بالتحسن عندما تصبح نظرتك سوداوية ؟

لا أحد -1 -4 -7
-2 -5 -8
-3 -6 -9

ما هي درجة رضاك بالنسبة للسند المتحصل عليه؟

1. غير راض جدا 2. غير راض 3. غير راض نوعا ما 4. راض نوعا ما 5. راضي 6.
راض جدا

6- على من يمكنك أن تعتمد حقا لمواساتك عندما تكون مهتز نفسيا ؟

لا أحد -1 -4 -7
-2 -5 -8
-3 -6 -9

ما هي درجة رضاك بالنسبة للسند المتحصل عليه؟

1. غير راض جدا 2. غير راض 3. غير راض نوعا ما 4. راض نوعا ما 5. راضي 6.
راض جدا

الملحق (4)

WHOQOL-Bref

التاريخ اللقب الاسم

التعليمة

الأسئلة التالية تعبر عن ما تشعر به حاليا. لا يوجد إجابة صحيحة، فهي قبل كل شيء أسئلة شخصية.

جيدة	حسنة	غير ضعيفة وغير حسنة	ضعيفة	ضعيفة جدا	1- كيف تقيم نوعية حياتك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

راض جدا	راض	ليس راض و ليس غير راض	غير راض	راض غير جدا	2- هل أنت راض عن صحتك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

إلى أقصى حد	كثيرا	باعتدال	قليلا	لا على الإطلاق	3- هل الألم الجسدي يمنعك من القيام بما ترغب به؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- هل أنت بحاجة إلى علاج دوائي يوميا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- هل تحب حياتك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- هل تعتبر أن لحياتك معنى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7- هل أنت قادر على التركيز؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8- هل تشعر بالأمان في حياتك اليومية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9- هل تعيش في محيط صحي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10- هل لديك الطاقة الكافية في حياتك اليومية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11- هل تتقبل مظهرك الجسدي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12- هل لديك المال الكافي لتلبية حاجاتك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13- هل لديك امكانية الحصول على المعلومات الضرورية لحياتك اليومية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14- هل لديك غالبا الفرصة لممارسة الترفيهات؟

بسهولة جدا	بسهولة	بصعوبة نوعا ما	بصعوبة	بصعوبة كبيرة	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15- كيف تتمكن من التنقل؟

راض جدا	راض	ليس راض و ليس غير راض	غير راض	راض غير جدا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16- هل أنت راض عن نومك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17- هل أنت راض عن قدرتك لأداء مهام الحياة اليومية؟
راض جدا	راض	ليس راض و ليس غير راض	غير راض	غير راض جدا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18- هل أنت راض عن قدرتك لأداء نشاطك المهني؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19- هل أنت راض عن نفسك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20- هل أنت راض عن علاقتك مع الغير؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21- هل أنت راض عن حياتك الجنسية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22- هل أنت راض عن سند أصدقائك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23- هل أنت راض عن مكان عيشك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24- هل أنت راض عن إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25- هل أنت راض عن وسيلتك للنقل؟

أبدا	أحيانا	في كثير من	كثيرا	دائما
------	--------	------------	-------	-------

		الأحيان			26- هل لديك غالبا مشاعر سلبية مثل الحزن، اليأس، القلق أو الاكتئاب؟
--	--	---------	--	--	--------------------------------------------------------------------

الملحق (5)

النسخة الفرنسية لمقياس استراتيجيات التعامل مع الألم

CopingStrategies Questionnaire (CSQ-F) S

- Dans quelle mesure utilisez-vous les stratégies proposées ci-dessous pour faire face à votre douleur au quotidien ?

		0	1	2	3
		jamais	parfois	Souvent	très souvent
1	J'essaie de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre.				
2	essaie de penser à quelque chose d'agréable				
3	C'est terrible et j'ai l'impression que jamais ça n'ira mieux				
4	Je prie Dieu que ça ne dure pas longtemps				
5	J'essaie de ne pas penser à la douleur				
6	J'essaie de ne pas y penser comme si c'était mon corps, mais plutôt comme quelque chose séparé de moi				
7	Je ne porte aucune attention à la douleur				
8	Je fais comme si elle n'était pas là				
9	Je m'inquiète tout le temps de savoir si ça va finir				
10	Je repense à des moments agréables du passé				
11	Je pense à des personnes avec lesquelles j'aime être				
12	Je prie pour que la douleur disparaisse				
13	J'imagine que la douleur est en dehors de mon corps				
14	Je continue comme si de rien n'était				
15	Je fais quelque chose que j'aime comme regarder la télé ou écouter de la musique				
16	J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur				
17	J'ignore la douleur				
18	Je compte sur ma foi en Dieu				
19	J'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer				
20	Je pense aux choses que j'aime faire				
21	Je fais comme si la douleur ne faisait pas partie de moi				

الملحق (6)

النسخة الفرنسية لمقياس السند الاجتماعي

Le SSQ6 (Social Support Questionnaire) de I.G.
Sarason et al., version abrégée, 1987).

Instructions:

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.
Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.
Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.
Vos réponses resteront confidentielles.

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide? (N1)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S2)

1. Très satisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
-------------------	----------------	-----------------------	---------------------	--------------	-------------------

2-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé? (N2)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S2)

1. Très satisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
-------------------	----------------	-----------------------	---------------------	--------------	-------------------

3-Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés? (N3)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S3)

1. Très satisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait
-------------------	----------------	-----------------------	---------------------	--------------	-------------------

4. En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive? (N4)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S4)

1. Très satisfait	2. Insatisfait insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très
-------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------	--------------	---------

5-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir? (N5)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S5)

1. Très satisfait	2. Insatisfait insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très
-------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------	--------------	---------

6-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé? (N6)

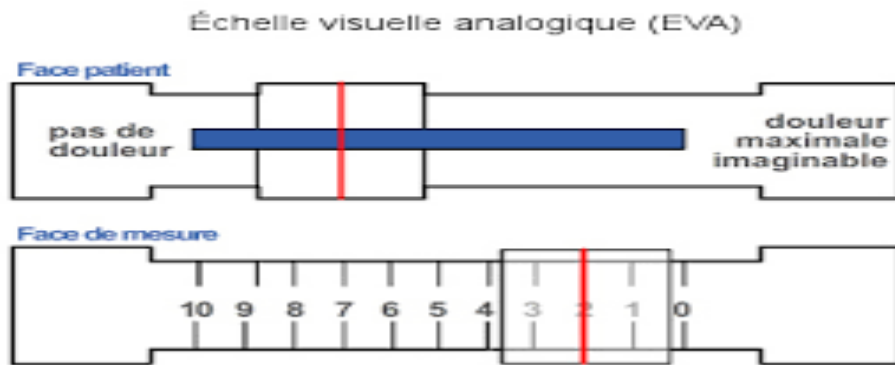
Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu? (S6)

1. Très satisfait	2. Insatisfait insatisfait	3. Plutôt	4. Plutôt satisfait insatisfait	5. Satisfait	6. Très
-------------------	----------------------------	-----------	---------------------------------	--------------	---------

الملحق (7)

صورة عن سلم الألم EVA



(8) الملحق

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	Très bonne
1-Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	Très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
3- La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	modérément <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	extrêmement <input type="checkbox"/>
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 -Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 -Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Vivez-vous dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>un environnement sain ?</p> <p>10- Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?</p> <p>11- Acceptez-vous votre apparence physique ?</p> <p>12- Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?</p> <p>13- Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?</p> <p>14- Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>15- Comment arrivez-vous à vous déplacer ?</p>	<p>très difficilement</p> <input type="checkbox"/>	<p>difficilement</p> <input type="checkbox"/>	<p>assez facilement</p> <input type="checkbox"/>	<p>facilement</p> <input type="checkbox"/>	<p>très facilement</p> <input type="checkbox"/>
<p>16- Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?</p> <p>17- Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?</p>	<p>très insatisfait(e)</p> <input type="checkbox"/>	<p>insatisfait(e)</p> <input type="checkbox"/>	<p>ni satisfait(e) ni insatisfait(e)</p> <input type="checkbox"/>	<p>satisfait(e)</p> <input type="checkbox"/>	<p>très satisfait(e)</p> <input type="checkbox"/>

18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation.