جامـــعة الجزائـــر-2-

أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

عنـــوان البحـــــث:

نوعية الحياة والفعالية الذاتية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة

أطـــــروحـــة مقدمة لنيل شهادة دكـتوراه ل.م.د تخصص علم النفس الصحة

إعداد الطالبة الباحثة:

حاج صحـــراوي نسرين

إشراف الأستاذة الدكتورة:

بلاش صليـــــحة

السنة الجـــــــــــــامعية: 2018-2019

شكر وعرفان:

الحمد لله الذي وفقني على إنجاز هذا البحث المتواضع، فاللهم لكَ الحمد وحدكَ دون غيركَ، أحمدكَ وأشكركَ على كل ما أنعمتَ به علينا.

الشكر الجزيل إلى كل من كانت له يد العون في إتمامي هذا البحث.

أخص بالشكر الأستاذة المشرفة "الأستاذة الدكتورة بلاش صليحة" التي لم تبخل عليا بعملها ووقتها وكانت حريصة على إخراج هذا العمل في أحسن صورة. وأشكرها شكرا خاصا على تشجيعها ومساندتها الدائمة لي في أصعب الظروف، فأسأل الله عز وجل أن يجزيها عني خير الجزاء.

وشكر خاص للأستاذة رئيسة المشروع «الأستاذة الدكتورة زناد دليلة» على دعمها المتواصل لنا ونصائحها السديدة، وتوجيهاتها القيمة، وعطاءها الدائم من أجل إبراز تخصص علم النفس الصحة والحرص على إظهاره في أحسن صورة.

وأخيرا أتوجه بأسمى عبارات الشكر والامتنان لكافة الأطباء الذين سمحوا لي بالدخول إلى عياداتهم الخاصة وإجراء تطبيقات على الحالات التي تأتي لزيارتهم وأخص بالشكر الطبيب المختص في جراحة الكسور والعظام آيت مجبر حسان، والدكتورة رماش، وأخصائي الأعصاب الدكتور بن صغير.

كما لا أنسى شكري للمشرف على معمل المسح الرقمي للمكتبة المركزية الجديدة بالقاهرة "إيهاب حسان" وكل العاملين في أكاديمية البحث العلمي المتواجدة على مستوى وزارة التعليم العالي والبحث العلمي بالقاهرة وعلى تزويدهم لي بمجموعة من المصادر والمراجع التي ساعدتني في إنجاز هذه الدراسة، كما أتقدم بجزيل شكري وعرفاني لكل الحالات التي أعانتني في إتمام الدراسة.

الباحثة حاج صحراوي نسرين

إهداء

إلى من ربياني فأحسنا تربيتي.....

إلى من علمني النجاح والصبر، إلى من كنت له الأمل الذي راوده في حياته فحلم أن يراني في مثل هذا اليوم إلى روح حبيبي ووالدي الطاهرة..... رحمه الله وغفر له .

إلى والدتي الكريمة التي غمرتني بالكثير من العطاء وما تزال تقدمه لي نصحا وإرشادا وتوجيها لإكمال دراستي والتقدم نحو الأمام متجاوزة مصاعب الحياة بالأمل الجديد، فأسأل الله أن يعطيها العمر المديد وأن يرزقها سعادة الدارين إنه تعالى سميع مجيب.

كما أهدي هذا العمل لجميع أفراد عائلتي وأخص بالذكر:

صلاح الدين، سلمى، زين الدين، علاء الدين، سناء، كريمة

وإلى كل من ساندني وحثني على تجاوز مصاعب الحياة، وإلى كل من تسعده إنجازاتي من الأقارب والأصدقاء أقدم لكم كل شكري وامتناني.

إلى كل من علمني حرفا من ذهب وكلمات من درر وعبارات من أسمى وأجلى عبارات في العلم، إلى من صاغوا لنا علمهم حروفا ومن فكرهم منارة تنير لنا سيرة العلم والنجاح إلى أساتذتي الكرام وأخص بالذكر الأستاذة الحبيبة والغالية واكلي بديعة.

وفي الختام أسأل الله العلي القدير أن يجعل هذه الرسالة وجميع أعمالنا خالصة لوجهه الكريم، وإن أصبت فمن الله وبفضله، وإن أخطأت فمن نفسي ومن الشيطان وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الباحثة حاج صحراوي نسرين

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة مع معرفة أكثر الاستراتيجيات استعمالا لدى هذه الفئة، واعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، وشملت عينة الدراسة 90 حالة (60 أنثى،30 ذكر) وتم تطبيق مجموعة من المقاييس: مقياس نوعية الحياة«**SF-36**» ، مقياس الفعالية الذاتية **"PSEQ"** مقياس استراتيجيات المواجهة **"CSQ-F"** ، وسلم الألم **"EVA".**

وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة، كما خلصت الدراسة إلى أن المصابين بهذه الآلام يعانون من نوعية حياة متدهورة في المقابل يتميزون بفعالية ذاتية مرتفعة، كما توصلنا أيضا إلى أن المصابين بالآلام المزمنة يستخدمون استراتيجيات مواجهة مختلفة كاستراتيجية التهويل، التسلية، التشجيع الذاتي، تجاهل الأحاسيس المؤلمة، إعادة التأويل، الأمل للتخفيف من هذه الآلام.

الكلمات المفتاحية:

نوعية الـــــحياة، الفعالية الذاتية، استراتيجيات المواجهة، الألم المزمن.

ملخص الدراسة بالأجنبية:

La présente étude visait à révéler la relation entre la qualité de vie et l'auto-efficacité avec les stratégies de coping des personnes souffrant de douleur chronique, et déterminer les stratégies les plus utilisées. L'échantillon est composée de 90 patients (60 femmes, 30hommes), et on a appliquées des multiples questionnaires comme le : questionnaire de qualité de vie SF-36, questionnaire d'auto-efficacité, questionnaire des stratégies de coping et l'échelle de la douleur.

Les résultats de l'étude ont montrés qu'il n'existe pas une corrélation entre la qualité de vie et l'auto-efficacité avec des stratégies de coping. Et dans cette étude, nous avons constaté que les personnes souffrant de douleur chronique utilisent différentes stratégies de coping telles que la stratégie de dramatisation, distraction, d'auto-encouragement, ignorance des sensations douloureuses, la réinterprétation et l'espoir. Pour soulager ces douleurs.

Mots clés :
Qualité de vie, auto-efficacité, stratégies de coping, douleur chronique.

فهـــــرس المحـــتويـــات

العناوين	الصفحات
ملخص الدراسة باللغة العربية	.I
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	.II
فهرس المحتويات	.III
قائمة الجداول	.IV
قائمة الاشكال	.V
قائمة الملاحق	.VI
مقدمة	01
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1- الإشكالية	05
2- فرضيات الدراسة	11
3- أهداف الدراسة	11
4- أهمية الدراسة	12
5- مصطلحات الدراسة	12
6- حدود الدراسة	13
7- الدراسات السابقة	14
8- تعقيب على الدراسات السابقة	21
الإطـــــــار النظري **الفصـــــل الثاني: الألـــم المزمن**	
تمهيد	25
1- لمحة تاريخية عن الألم	26
2- تعريفات الألم والألم المزمن	31
3- أنواع الألم المزمن	34
3-1 الألم الحاد والألم المزمن	34
3-2 الألم المسبب للألم وآلام الأعصاب	36
3-3 الألم العضوي و الألم نفسي المنشأ	37
4- سلوكيات الألم المزمن	37
5- النظريات المفسرة للألم	39

1-5 نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory)	39
2-5 نظرية العزو (Attribution Theory)	41
3-5 نظرية التشريط الكلاسيكي (Classical Conditioning Theory)	42
4-5 نظرية بوابة التحكم (Gate Control Theory)	43
6- النماذج المفسرة للألم	45
1-6 النموذج الحسي للألم (ثنائية ديكارت)	45
2-6 نموذج الدافعية	46
3-6 النماذج المعرفية	47
4-6 النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي	50
خلاصة الفصل	53
الفصل الثالث: نوعية الحياة	
تمهيد	55
1- لمحة تاريخية عن مفهوم نوعية الحياة	56
2- مرجعيات وتعاريف نوعية الحياة	59
1-2 المرجعية الموضوعية لنوعية الحياة	59
2-2 المرجعية الذاتية لنوعية الحياة	60
3-2 المرجعية التكاملية أو المدمجة لنوعية الحياة	61
3- مجالات ومكونات نوعية الحياة	63
1-3 المجال الجسمي لنوعية الحياة	63
2-3 المجال النفسي لنوعية الحياة	64
3-3 المجال الاجتماعي لنوعية الحياة	65
4-3 المجالات الأخرى لنوعية الحياة	66
4- التوجهات النظرية لنوعية الحياة	67
1-4 التوجه المعرفي	67
1-1-4 نظرية "لاوتن" 1997	67
2-1-4 نظرية "شالوك" 2002	68
2-4 التوجه الإنساني	69
1-2-4 نظرية "رايف" 1999	70
3-4 التوجه التكاملي	73
1-3-4 نظرية "اندرسون" 2003	73

5- تقييم نوعية الحياة	74
6- قياس نوعية الحياة	75
6-1 وسائل القياس العامة	75
6-2 وسائل القياس الخاصة	76
خلاصة الفصل	78
الفصل الرابع: الفعالية الذاتية	
تمهيد	80
1- تعريف الفعالية الذاتية	81
2- الفعالية الذاتية والصحة	82
3- صلة الفعالية الذاتية ببعض المفاهيم	83
3-1 مفهوم الذات	83
3-2 تقدير الذات	85
3-3 مفهوم إدراك التحكم في السلوك	86
4- مصادر الفعالية الذاتية	86
5- خصائص الفعالية الذاتية	89
6- العوامل المؤثرة في فعالية الذات	91
6-1 المجموعة الأولى: التأثيرات الشخصية	91
6-2 المجموعة الثانية: التأثيرات السلوكية	92
6-3 المجموعة الثالثة: التأثيرات البيئية	93
7- آثار فعالية الذات على السلوك الإنساني	94
8- نظريات الفعالية الذاتية	97
8-1 نظرية الفعالية الذاتية لباندورا (Bandura)	97
8-2 نظرية شيل وميرفي (Shell &Murphy)	100
8-3 نظرية شفارتسر (Schwarzer)	100
8-4 نظرية التوقع (Expectancy Value Theory)	101
9- الفعالية الذاتية والألم المزمن	103
خلاصة الفصل	105
الفصل الخامس: استراتيجيات المواجهة	
تمهيد	107
1- لمحة تاريخية حول استراتيجيات المواجهة	108

2- نماذج المواجهة	110
1-2 النماذج التقليدية	110
2-2 نموذج سيكولوجية الأنا	110
3-2 النموذج التعاملي	111
3- أنواع استراتيجيات المواجهة	112
1-3 تصنيف لازاروس وفولكمان (Lazarus &Folkman) 1984	112
2-3 مختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة تجاه الآلام المزمنة	114
4- العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة	118
1-4 العوامل المرتبطة بالفرد (خصائص شخصيته)	118
2-4 العوامل المرتبطة بالمحيط	120
5- وظائف استراتيجيات المواجهة	121
6- التناولات النظرية لمفهوم استراتيجيات المواجهة	123
1-6 نظرية "فرويد" في الشخصية	123
2-6 النموذج التفاعلي	126
خلاصة الفصل	130
الإطار التطبيقي: **الفصل السادس: منهجية البحث**	
تمهيد	133
1- الدراسة الاستطلاعية	134
2- منهج الدراسة	135
3- عينة الدراسة وخصائصها	135
4- أدوات جمع البيانات	139
1-4 مقياس نوعية الحياة SF-36	139
2-4 مقياس الفعالية الذاتية PSEQ	146
3-4 مقياس استراتيجيات المواجهة CSQ-F	150
4-4 مقياس الألم EVA	154
5- المعالجة الإحصائية	155
خلاصة الفصل	156
الفصل السابع: عرض ومناقشة النتائج	

تمهيد	158
1- عرض نتائج الدراسة	158
2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات	167
3- استنتاج عام	178
4- الاقتراحات	179
الخاتمة	180
قائمة المراجع	183
الملاحق	192

قـــــائمة الجـــــــداول		
رقم الجدول	عناوين الجداول	الصحفة
.1	جدول يوضح الفرق بين الألم الحاد والألم المزمن	35
.2	يوضح المجالات الثمانية لنوعية الحياة بالنسبة لنظرية	69
.3	أهم تصنيفات العلماء لاستراتيجيات المواجهة	115
.4	توزيع أفراد العينة حسب نوع الألم المزمن	136
.5	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	137
.6	توزيع أفراد العينة حسب السن	138
.7	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	138
.8	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	139
.9	الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة (معامل ألفا كرونباخ) لمقياس نوعية الحياة	144
.10	معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه في مقياس نوعية الحياة	145
.11	حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي	146
.12	العبارات المعدلة في مقياس الفعالية الذاتية	147
.13	يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ (α) لمقياس الفعالية الذاتية	149
.14	يوضح الاتساق الداخلي للبنود مقياس الفعالية الذاتية	149
.15	العبارات المعدلة في مقياس استراتيجيات المواجهة	151
.16	يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ (α) لمقياس استراتيجيات المواجهة	153
.17	يوضح معامل الاتساق الداخلي للبنود مقياس استراتيجيات المواجهة	153
.18	يوضح صدق الاتساق الداخلي بين مقياس استراتيجيات المواجهة وأبعاده	154
.19	يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط نوعية الحياة بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة	159
.20	نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في مستويات نوعية الحياة (المنخفضة ، المتوسطة، المرتفعة)	160

.21	نتائج تطبيق اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الفعالية الذاتية بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة	162
.22	يبين نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في مستويات الفعالية الذاتية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)	162
.23	يبين نتائج تطبيق اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في رتب استراتيجيات المواجهة	164
.24	يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط بيرسون لدراسة دلالة العلاقة بين نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة	165
.25	يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط برسون لدراسة دلالة العلاقة بين الفعالية الذاتية وأبعاد استراتيجيات المواجهة	167

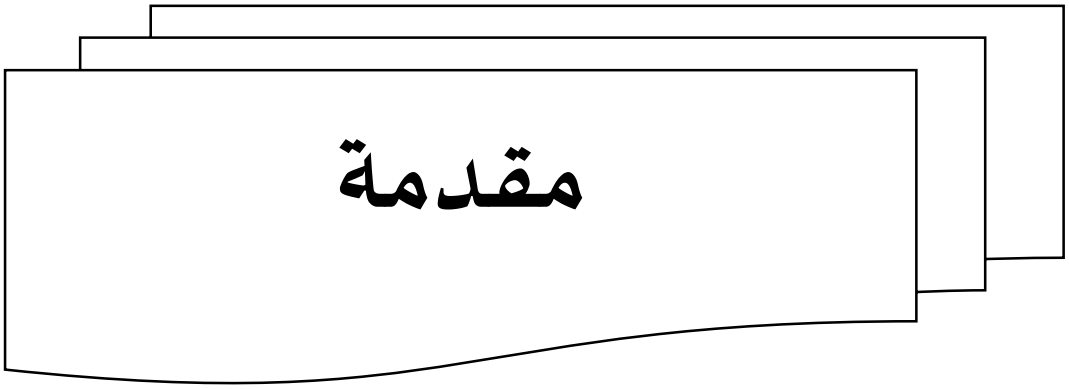
قـــــائمة الأشـــــكـــال

رقم الشكل	عناوين الأشكال	الصفحة
.1	نموذج "الخوف"- التجنب الذي وضعه **(2000) Vlaeyen &Linton**	47
.2	النموذج النفسي البيولوجي الاجتماعي	52
.3	المفهوم التكاملي أو الإدماجي لنوعية الحياة	62
.4	جودة الحياة المدركة وفق مفهوم طبيعة البيئة	68
.5	مصادر الفعالية الذاتية حسب باندورا **1999 (Bandura)**	89
.6	مبدأ الحتمية المتبادلة	98
.7	مخطط يوضح نموذج لازاروس- فولكمان في رد فعل الفرد في التعامل مع العوامل المولدة للضغط	129
.8	دائرة نسبية توضح توزيع الافراد حسب نوع الألم المزمن	137
.9	نسب توزيع مستويات نوعية الحياة لدى مرضى الألم المزمن	161
.10	نسب توزيع مستويات الفعالية الذاتية لدى مرضى الألم المزمن	163

قـــــائمة المـــــلاحـــق

رقم الملحق	عناوين الملاحق	الصفحة
.1	البيانات الخاصة بالعينة الاستطلاعية	196
.2	قائمة المحكمين لمقاييس استراتيجيات المواجهة	200

.3	قائمة المحكمين لمقاييس الدراسة	201
.4	استبيان استراتيجيات المواجهة	202
.5	استبيان الفعالية الذاتية	204
.6	سلم جودة الحياة المرتبطة بالصحة (SF-36)	207
.7	سلم الألم EVA	213
.8	المعالجة الإحصائـــية	214


مقدمة

مقدمة:

يعتبر الألم من الخبرات المبكرة التي يعيشها الإنسان منذ اللحظات الأولى من العمر حتى الممات، فلا يوجد إنسان على وجه الأرض لم يتعرض بشكل أو بآخر لأحد مظاهر الألم كحرق أو جرح ...الخ، وفي مثل هذه الحالات إما أن يكون الألم حاد **(ACUTE PAIN)** لا يدوم طويلا وعلاجه لا يستغرق وقتا كبيرا، بل إنه يؤدي وظيفة مهمة لأنه يقوم مقام جهاز الإنذار الذي يردع الإنسان عن الاستمرار في العمل المؤذي، والبحث عن العلاج.

كما قد يكون الألم مزمنا من حيث أنه قد يستمر لفترات طويلة لمدة أشهر أو أعوام عديدة، ففي هذه الحالة لا يمكن القول أن الألم يخدم وظيفة تكيفية لأنه يؤثر وبشكل كبير جدا على الوظائف الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، والمهنية.

فقد شهدت العشريات الأخيرة تطورا وتقدما كبيرا في البحوث العلمية المتخصصة في موضوع الألم (وظائف الأعضاء، الكيمياء، والعقاقير الطبية والتدخلات الجراحية....). ورغم هذا التقدم يظل الألم وبالأخص الألم المزمن، مشكلة من المشكلات العامة والاقتصادية التي تعرف انتشارا هائلا في الآونة الأخيرة، والتي تعود بتكاليف باهضه على الرعاية الصحية حيث صرحت **(American Academy of pain management,2003)** أن تكاليف الخاصة بمشاكل الألم تتجاوز 70 بليون دولار كل عام. كما أشارت الدراسات الوبائية إلى أن نسبة انتشار الألم المزمن تتراوح بين 15% إلى 20 % بين مجتمع الراشدين، وفي و.م.أ وحدها تقدر بـــــ30 إلى 50 مليون أمريكي يعانون من أحد أشكال الألم (28% يعانون من آلام أسفل الظهر، و16% يعانون من الصداع النصفي...). **(Pleis &Cales, 2002)**

و.م.أ: الولايات المتحدة الأمريكية

ولأهمية هذه الظاهرة ومدى انتشارها بين المجتمعات حاول مختلف الباحثين وضع نظريات ونماذج لتفسيرها، وأيضا الاهتمام بدور العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والمعرفية التي تؤثر على طبيعة الألم (بالزيادة او النقصان).

فمن خلال دراستنا الحالية، حاولنا معرفة طبيعة نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من آلام مزمنة أي المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق الرضا عن الحياة من خلال توفر مستوى معيشي، والقدرة على أداء مختلف نشاطات الحياة اليومية واللياقة النفسية وغيرها من أبعاد نوعية الحياة ومدى تأثير هذه الأخيرة في استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة للتخفيف من الموقف الضاغط (الألم المزمن) الذي يعيشه الفرد، وكذلك ارتئينا في هذه الدراسة القاء الضوء على متغير آخر والذي يعد من المتغيرات المهمة في مجال علم النفس الصحة ألا وهو الفعالية الذاتية، اذ يعبر في هذه الدراسة عن اعتقاد الفرد حول قدرته على تنظيم وتنفيذ أعمال معينة في حياته اليومية، رغم تواجد الألم وتأثير هذه المجهودات أو الكفاءات التي يتمتع بها الفرد على انتقاء أسلوب المواجهة الأمثل للتعامل مع الضغوط التي تعترضه في مراحل حياته. **(جولتان حجازي،2013،ص420)**

إلا أن هدف دراستنا الحالية لا يتوقف فقط على الكشف عن العلاقة بين كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة، بل يتعداها لمعرفة ماهي الاستراتيجيات الأكثر استعمالا لدى الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة بمختلف أنواعها (صداع نصفي، آلام أسفل الظهر...). وللإلمام بهذا الموضوع قسمنا بحثنا إلى جانبين (جانب نظري وجانب تطبيقي)، حيث تناولنا في الجانب النظري لمتغيرات البحث، حيث ضم الفصل الأول طرح موضوع الدراسة من حيث تحديد الإشكالية، فرضيات وأهداف الدراسة، أهميتها، التعريف الإجرائي لمتغيراتها الأساسية، وسرد بعض الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

في حين اشتمل الفصل الثاني، على متغير الألم المزمن من حيث عرض لمحة تاريخية عن الألم، وتعريفه، وأنواعه، وسلوكياته، وأنهينا هذا الفصل بالنظريات والنماذج المفسرة للألم. أما الفصل الثالث فضم لمحة تاريخية عن مفهوم نوعية الحياة، مرجعيات وتعاريف نوعية الحياة، ومجالاتها ومكوناتها، والتوجهات النظرية المفسرة لها، وكيفية تقييمها، مع التطرق لوسائل قياسها (وسائل قياس عامة، وسائل قياس خاصة.)

كما عرضنا في الفصل الرابع مفهوم الفعالية الذاتية وصلتها ببعض المفاهيم، ومعرفة مصادرها، وخصائصها، والعوامل المؤثرة فيها، وآثارها على السلوك الإنساني وأخيرا أهم النظريات المفسرة لها.

ثم الفصل الخامس احتوى على استراتيجيات المواجهة، وتطرقنا فيه إلى لمحة تاريخية حول مفهوم المواجهة، ونماذجها، أنواعها، العوامل المؤثرة فيها، ووظائفها، والتناولات النظرية لمفهوم المواجهة.

أما الجانب الميداني للبحث فضم فصلين، يتناول الفصل السادس إجراءات الدراسة الميدانية من حيث الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة وإجراءاته، حجم العينة وخصائصها، وعرض مختلف الأدوات المستعملة، ترجمتها، ودراسة خصائصها السيكو مترية، وصولا لأهم المعالجات الإحصائية المستخدمة فيها، لنصل من خلال ذلك إلى الفصل السابع الذي ضم في طياته عرض النتائج، وتفسيرها، ومناقشتها، لنختتم دراستنا بمجموعة من الاقتراحات وخاتمة.

1- الإشكالية:

إن الاهتمام بظاهرة الألم يعود إلى القرن الرابع قبل الميلاد، حيث استعمل القدماء الأفيون كعلاج لألم الرأس ومنذ ذلك الوقت أصبح الألم محور اهتمام العديد من الفلاسفة والأطباء والأخصائيين النفسانيين والأعصاب، وهذا لمدى صعوبة حصر هذه الظاهرة وتحديدها بدقة. فالألم تجربة تمس كل شخص حيث يعتبر من بين الأسباب التي تدفع الناس إلى زيارة عيادات الفحص الطبي، بحيث قدرت نسبة الأشخاص الذين يتوافدون على العيادات من أجل الاستشارات الطبية حول الألم بـ 40%. **(Cochinaire ,2009,p.22)**

فالألم ما هو إلا إشارة تدل على تعرض الجسم للخطر والذي يكون في شكل جروح أو عظام مكسورة أو كدمات أو في شكل إصابة داخلية أوفي مراحل تطور مرض ما. لذا يعد الألم إنذارا يستوجب الانتباه، وإذا تمت معالجته بطريقة مناسبة فعادة ما يزول. ويتسم هذا الألم بأن دورة حياته قصيرة فلا تستمر العلامات الدالة عليه أكثر من ستة أشهر. وعادة ما يطلق على هذا النوع اسم "الألم الحاد"، ويتم النظر إليه بكونه ألما "غير خطير". **(نيفيل شون،2005، ص 19)**.

وإذا ما استمر الألم لمدة طويلة يصبح مزمنا "شديد الخطورة"، اذ يعتبره ميلر **Muller.A (2012)** على أنه:" ذلك الألم الذي يدوم أكثر من 03 أشهر والذي يحدث خلل في شخصية الفرد وكذلك حياته العائلية والاجتماعية والمهنية"**(Muller.A,2012,p. 7)**

وقد وجد كوكشنير **Cochinaire (2009)** أن الألم المزمن يعد أيضا من بين المشكلات الشائعة والمكلفة اقتصاديا والتي يعاني منها الكثير من الأفراد، حيث أن هناك من الأبحاث والدراسات ما يشير إلى أن نسبة التكلفة العلاجية للألم قد تجاوزت تكاليف علاج الأمراض المزمنة الأخرى مثل أمراض القلب، أمراض الجهاز التنفسي،

أو حتى أمراض السرطان **(Merskey &Bogduk 1994، Loeser 1999)**، اذ قدرت نسبة الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة في الولايات المتحدة الأمريكية (و.م.أ) ما بين 25% إلى 30%، كما أكد كوركوفيك **Curkovic** في دراسة حول انتشار الألم المزمن إلى أنه يصل إلى نسبة 22 % على المستوى العالمي، وبنسبة 19% على المستوى الأوربي. **(Cochinaire,2009,p. 22)**.

أما على المستوى الوطني، فقد أشار تقرير بجريدة الشروق اليومي **(2010)** إلى أن جزائريا من بين خمسة يعانون من هذه الآلام أي قرابة 7 ملايين جزائري، فهذه الحقيقة جعلت السلطات تصنفه مرض العصر وأحد مشاكل الصحة العمومية ذات التبعات الثقيلة اجتماعيا ومهنيا واقتصاديا.

فالألم المزمن حالة صحية معقدة ومثل أيّ مشكلة طويلة الأمد، فإنه في غالب الأحيان يؤدي إلى مضاعفات تتجاوز الأعراض الجسمية: مثل الاكتئاب، القلق، واضطرابات النوم، مما قد يصعِّب على الفرد مواصلة عمله أو إدارة وظائفه اليومية كالقيام بالأعمال المنزلية، أو حضور الاجتماعات وغيرها من الأمور، والتي قد تؤدي بدورها إلى مشكلات في العلاقات وعدم الاستقرار المالي إلى غير ذلك. وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على القيود التي يفرضها الألم على نوعية حياة الأفراد، مما قد يجعلها متدنية أو متدهورة، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات كدراسة **ليبتون وآخرون Lipton &Al (2003)**، و**أميكو وآخرون Amico &Al (2003)**، والتي خلصت إلى وجود تأثير سلبي للألم المزمن على نوعية حياة الفرد.

فطريقة أو نوعية حياة فرد ما، بمختلف جوانبها سواء كانت جسمية، عقلية، انفعالية أو اجتماعية لها أهمية خاصة في مجال الأمراض والآلام المزمنة. فهذا المصطلح ليس بجديد بل يعتبر مفهوم قديم، تطور في الخمسينات عندما برزت العلاجات في حقل الأمراض المزمنة، واتفق في مجمله على أنه **مفهوم ذاتي** فردي متعدد الجوانب. إلا أنه

وبعد فترة زمنية ظهرت اختلافات عديدة بين العلماء على إعطاء مفهوم محدد لهذا المصطلح، فنجد في الطب مثلا أن مفهوم نوعية الحياة يقاس بالفترة التي يبقى بها الفرد على قيد الحياة بوجود المرض، مع عدم أخذ بعين الاعتبار مسألة المشاكل النفسية والاجتماعية التي يخلفها المرض والعلاج (كالعلاج الكيماوي، الإشعاعي...). **(شيلي تايلور، 2008، ص620)**

إلا أنه وبعد دراسات مختلفة، أصبحت المعايير الطبية ضعيفة الارتباط بتقييم حالة المريض والعلاج، وأصبح يفترض أن لنوعية الحياة أبعاد مختلفة والتي تشتمل على: البعد الجسدي الوظيفي (كالاستقلالية الجسدية، الراحة، النوم، التغذية، الألم...)، البعد النفسي السيكولوجي (درجة الحصر والاكتئاب، إدراك الصحة، الرضا العام حول الحياة المعاشة)، البعد البيئي الاجتماعي (كظروف الحياة والمحيط العائلي، النشاطات المرتبطة بالأدوار الاجتماعية...).

ومن هنا بدأ الباحثون بإلقاء الضوء على هذه العناصر والاهتمام بها سواء كانت عند المرضى ذوي الإعاقات أو الذين يعانون من أمراض أو آلام مزمنة، حيث طورت في هذا الصدد عدة مقاييس لنوعية الحياة مثال: كقائمة المشكلات ذات الصلة بالسرطان **(the Cancer Inventory of Problem Situations)**، **(L'AIMS)** وغيرها من المقاييس.

كما زاد الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة، مع تطور مجالات علم النفس، حيث ارتبط هذا المصطلح بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء كاستجابة لأهمية النظرة الإيجابية للحياة كبديل للتركيز على النواحي السلبية للحياة وما تحمله من عقبات ومشاكل وغيرها من الأمور السيئة. حيث أثبتت معظم الدراسات الدور المهم والرئيسي الذي تلعبه نوعية الحياة في التخفيف من الأثر السلبي للضغوط الحياتية، وهذا كما تقدمت به دراسة **Gavala جافالا (2005)**، ودراسة **عبد الحميد المحرزي وإبراهيم (2006)**. فالحياة

الهنيئة والسعيدة تنعكس على دور الإنسان في حياته، وممارسة التحكم والسيطرة على هذا الاستقرار الذاتي والصحي والحياة الجيدة التي يعيشها الفرد مع وجود ظروف ضاغطة مثل الألم في دراستنا الحالية يستلزم دورا كبيرا من قبل الذات، حيث تعتبر فعالية الذات الفاعل الرئيسي للحفاظ على الصحة والتعامل مع الألم الناتج عن مرض معين، فحسب ما قدمته نظرية فعالية الذات **لباندورا (Bondura)** أن الصحة لا تتحقق بصفة كلية إلا بتنمية فعالية الذات والممارسة الصحية للسلوكيات الإيجابية، أي عندما تصبح فعالية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد. **(عثمان يخلف، 2001، ص 103).**

فهي تشمل كل ما يتوقعه الفرد عن ذاته بأنه قادر على أداء وتنفيذ السلوك الملائم والمناسب، والذي يعود عليه بنتائج تخدم صحته وتزيد من تقديره الايجابي لذاته وتعطيه القدرة على مواجهة مختلف التحديات والصعوبات التي تصادفه في حياته اليومية، فدورها مهم في التحكم في الألم ومواجهته، حيث أشارت نتائج معظم الدراسات إلى أن درجة الآلام تقل حدتها بتحقق فعالية ذاتية عالية، كدراسة **Ann (1994)**، التي أقرت بوجود علاقة عكسية بين زيادة الفعالية الذاتية وألم أسفل الظهر، حيث أن المرضى ذوي الفعالية الذاتية المرتفعة يظهر لديهم تحسن في أعراض الألم الجسمية على عكس الأشخاص ذوي الفعالية الذاتية المنخفضة.

كما جاءت دراسة أخرى لـ **Freach** فريش **(2000)**، والتي أكدت على أن مرتفعي الفعالية الذاتية يمكنهم التحكم في سير المرض بطريقة أفضل، كما أن معاناتهم تكون أقل. وهذا ما زاد تأكيده من طرف الباحثين في مختلف الدراسات التي كانت على الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة مختلفة (صداع نصفي، آلام أسفل الظهر، ... الخ)، وعن العلاقة بين فعالية الذات والألم المزمن، أي أنه كلما كان الفرد يتمتع بفعالية ذاتية عالية، كلما زادت قدرته على تحمل الألم والسيطرة عليه والعكس صحيح، وهذا إن

دل على شيء، فإنه يدل على دور الفعالية الذاتية في التسيير والتحكم والسيطرة على مختلف الآلام، حيث تبقى هذه الأخيرة ليست مجرد إحساسات عادية عابرة، **فهي عبارة عن حدث ضاغط تعمل على إيقاف السير السوي لوجود الفرد**، كما تغير نظرته للأشياء فيصبح غير قادر على التعامل معها، وهذا ما يجعل الفرد يبحث عن استراتيجيات فعالة تساعده في التعايش معها.

فقد بدأ الاهتمام بدراسة موضوع استراتيجيات المواجهة مع الضغوط النفسية منذ الستينات وتعد دراسة مورفي **Murphy (1962)** كما ورد عند لازاروس **Lazarus**، من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح التعامل مع الضغوط، وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها. **(Lazarus, 1986, p.141)**

فاستراتيجيات المواجهة كما عرفها كل من لازاروس ولونيي **lazarus& Lonyi (1978)** بأنها مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو إدارة وتسيير المتطلبات الخارجية و/أو الداخلية الخاصة، والتي يدركها بأنها مهددة وتتجاوز موارده الشخصية. **(Cousson-gélie et al ,2000, p.89)**

وتظهر هذه الاستراتيجيات في عدة أنواع منها: استراتيجيات حل المشكل، استراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي، استراتيجيات التجنب، استراتيجية الانفعال. ويلجأ الشخص الذي يعاني من أي مرض أو آلام، إلى استعمال الاستراتيجيات المختلفة لمواجهة الموقف الذي يعيشه أو الأفكار الناتجة عن الضغوطات الخارجية من الأشخاص المحيطين به أو الظروف المعيشية. كما قد تمكنه هذه الاستراتيجيات من إدراك مرضه والتأقلم معه والسيطرة على معظم المثيرات سواء كانت خارجية أو داخلية. ففي دراسة لتايلور وآخرون **Tayler et al (1991)** رأى أن مرضى السرطان، يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة، حيث استعملوا مجموعة من الأساليب، والتي كان من بينها:

الدعم الاجتماعي، الحل المباشر للمشكلات، الإقصاء، التجنب، فهذه الاستراتيجيات لا تختلف كثيرا عن التي يستخدمها الشخص غير مصاب أثناء مواجهته لمواقف ضاغطةّ. **(شيلي تايلور، 2008، ص 660)**

ويفترض بأن مرضى الألم المزمن يمتلكون توقعات سلبية فيما يتعلق بقدرتهم على التعامل مع الألم ومنطلق محاولات المعالجة والشدة المستقبلية لآلمهم وتحقيق رغبات الحياة. فمعظم أفكارهم وانفعالاتهم تدور حول التأثيرات السلبية للمرض والألم، وبالتالي لا يتم تطوير استراتيجيات إيجابية في المواجهة، ويشعر المعنيون بأنه مسيطر عليهم من خلال ألمهم ومقيدون في حياتهم. ويمكن لمشاعر اليأس الناجمة عن ذلك أن تقود ضمن أشياء أخرى إلى السلبية وتعكرات المزاج الاكتئابية وارتفاع الحساسية للألم وإلى صورة سلبية عن الذات.

وعلى هذا الأساس نجد أن معظم جهود الباحثين، انصبت في محاولة إيجاد العلاقة بين استراتيجيات المواجهة وغيرها من المتغيرات التي تلعب دورا رئيسيا في اختيار الفرد لاستراتيجية معينة عن أخرى، والتي اخترنا منها في دراستنا الحالية المتغيرات السابقة الذكر. وانطلاقا من هذا جاء البحث الحالي لدراسة علاقة كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة. وفي ضوء ما تقدم يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

1. ما هو مستوى الفعالية الذاتية لدى الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة؟
2. ما هو مستوى نوعية الحياة لدى الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة؟
3. ماهي أكثر الاستراتيجيات استعمالا لدى الأفراد الذين يعانون من آلام مزمنة؟
4. هل يوجد ارتباط دال بين نوعية الحياة واستراتيجية المواجهة التي يستعملها الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة؟

5. هل يوجد ارتباط دال بين الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى الأفراد الذين يعانون من الآلام المزمنة؟

2- فرضيات البحث:

1. مستوى الفعالية الذاتية لدى الاشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة منخفض،
2. مستوى نوعية الحياة لدى الاشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة منخفض،
3. يستعمل الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة استراتيجيات مواجهة مختلفة
4. يوجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة عند الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة،
5. يوجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين فعالية الذات واستراتيجيات المواجهة عند الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة.

3- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق ما يلي:

- التعرف على العلاقة بين كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأشخاص الذين يعانون من بالآلام المزمنة،
- الكشف عن نوع الاستراتيجيات التي يستعملها الشخص الذي يعاني من آلام مزمنة،
- معرفة مستوى فعالية الذات التي يمتاز بها هذا الشخص الذي يعاني من آلام مزمنة.
- معرفة نوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة، والتي تساعدنا على تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لديهم، والكشف عن علاقتها باختيار استراتيجيات مواجهة معينة.

4-أهمية الدراسة:

- ✓ تتمثل أهمية الدراسة الحالية في عدة نقاط والتي من أبرزها:
- ✓ أن موضوع محل الدراسة يعتبر من بين المواضيع المهمة في ميدان علم النفس الصحة حيث تطرقنا فيه لمتغيرات لا تقل أهمية عن المتغيرات التي درست من طرف باحثين في هذا المجال، حيث أننا أردنا من خلال هذه الدراسة أن نكشف عن العلاقة التي تربط كل من الفعالية الذاتية ونوعية حياة الشخص الذي يعاني من آلام مزمنة باستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أثناء مواجهته لمواقف ضاغطة معينة،
- ✓ إلقاء الضوء على مشكلة الآلام المزمنة والاهتمام بها لأنها أصبحت تمثل عائقا ومشكلا أساسيا من مشاكل الصحة العمومية وهذا لما تشكله من التبعات ثقيلة سواءً كان اجتماعيا ومهنيا واقتصاديا. بحيث تعد من الاسباب الأساسية لاستهلاك الادوية المسكنة وللتردد على عيادات الفحص الطبي ولظاهرة التغيب عن العمل وغيرها،. ..

5-مصطلحات الدراسة:

1- نوعية الحياة :(Qualité de vie):

هي إدراك الفرد لمكانته في الوجود وفي سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه وعلاقته مع أهدافه وتطلعاته ومعاييره وانشغالاته. **(Brouchon-schweitzer, Marilou (2014, p.40**

- **التعريف الاجرائي:** وهي مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد من خلال إجابته على المقياس المستخدم في الدراسة "**مقياس نوعية الحياة (SF-36)"**

2- الفعالية الذاتية: (l'Auto-efficacité):

ويشير مفهوم الفعالية الذاتية إلى معتقدات الفرد وقناعته فيما يخص قدراته على ممارسة النشاطات اللازمة، وتنفيذها قصد بسط السيطرة على حدث معين أو التحكم فيه، **(يخلف، 2001، ص33)**

- **التعريف الاجرائي:** هي مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد من خلال إجابته على استبيان الفعالية الذاتية " **Self-Efficacy and chronic pain "PSEQ"**

3- استراتيجيات المواجهة: (Stratégies de coping):

هي مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد بهدف التعامل مع المواقف الضاغطة الناتجة عن تفاعل الفرد مع بيئته.

- **التعريف الاجرائي:** هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها الفرد من خلال إجابته على مقياس استراتيجيات المواجهة المستعمل في هذه الدراسة " **Coping Stratégies Questionnaire "CSQ-F"**

4- الألم المزمن: (Douleurs Chroniques):

(ألم طويل الأمد) هو مجموعة من الأعراض (متلازمة) متعددة الأبعاد (الجسدية والنفسية والاجتماعية... بحيث يعمل على تعطيل حياة الفرد الاجتماعية، المهنية والعائلية.

6-حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** تتمثل حدود الدراسة المكانية في عيادات أطباء متخصصين (في الأعصاب، وأمراض العظام والروماتيزم) بمدينة العلمة ولاية سطيف.

- **الحدود الزمانية:** حددت الدراسة زمنيا من تاريخ 05 سبتمبر 2016، إلى غاية 31 ماي 2017.
- **الحدود البشرية:** تتمثل حدود الدراسة البشرية في عينة تتكون من (90) شخص (60 إناث، 30 ذكر).

7-الدراسات السابقة:

على الرغم من أن الدراسات السابقة تساعد الباحث على استطلاع المنطقة العلمية المفترض إجراء بحثه فيها، وتحديد مشكلته وصياغته فروضه ورسم خطة بحثه واختيار الأدوات المناسبة لهذا البحث، إلا أنه نادرا ما يجد الباحث دراسات تغطي جميع متغيرات بحثه، فكيف يفسر النتائج الخاصة بالمتغيرات التي لم تتوافر على دراسات سابقة، ولو توفر للباحث دراسات تغطي متغيرات بحثه، فما الجديد الذي يمكن ان يضيفه ذلك البحث؟

هذا وقد توفر للباحثة العديد من الدراسات السابقة التي تغطي متغير نوعية الحياة، الفعالية الذاتية، استراتيجيات المواجهة، إلا أنه تعذر الحصول على مجموعة كبيرة من الدراسات التي ربطت المتغيرات السابقة بمتغير الألم المزمن. وفيما يلي سنقوم بعرض أهم الدراسات (العربية، الأجنبية) التي تم الاعتماد عليها في بحثنا الحالي:

7-1 الدراسات العربية:

1-دراسة عماد محمد عبد الله جبريل (2007): كان الهدف منها معرفة مدى تأثير الألم المزمن (صداع نصفي والتهاب المفاصل) على جودة الحياة ودافعية الإنجاز وصورة الجسم، مقارنة بمجموعة ضابطة من الأصحاء ومجموعة مرضى آخرين، وتكونت عينة الدراسة من 50 فرد (ذكر وأنثى)، 25 يعانون من صداع نصفي و25 يعانون من التهاب المفاصل، واستخدم فيها مقياس جودة الحياة، مقياس الدافعية للإنجاز، مقياس صورة الجسم، مقياس النظر المرئي لقدير شدة

الألم، وخلصت النتائج إلى أن الألم المزمن (صداع نصفي، ألم أسفل الظهر)، أثر سلبا على جودة الحياة وتسبب في اضطراب صورة الجسم ودافعية الإنجاز.

2- دراسة خالد حامد مهاوش**(2012)**، كان الهدف منها هو الكشف عن مستوى نوعية الحياة، وأبرز استراتيجيات التعامل، والعلاقة بينهما لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، على عينة مكونة من 143 مريض ومريضة، على عينة مكونة من **143** مريض ومريضة، وطبق الباحث مجموعة من المقاييس تمثلت في: مقياس نوعية الحياة، مقياس استراتيجيات المواجهة، وأظهرت نتائج الدراسة على عدم وجود علاقة بين مستوى نوعية الحياة وأبعادها من جهة، واستراتيجيات التعامل وأبعادها من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي.

3- دراسة صليحة عدودة **(2014):** كان الهدف منها الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي، 129 فردا (مرضى قصور الشريان التاجي)، واعتمدت الباحثة على جملة من المقاييس تمثلت في: مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة **لرالف شفارتزر (schwarzer)**، مقياس الالتزام بالعلاج من تصميمها، وأسفرت الدراسة على أن مرضى قصور الشريان التاجي يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة.

4- دراسة نرمين غريب **(2014)**، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري والتعرف إلى استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعا للنمط وتبعا لجنس المريض لدى 250 مريض سكري نمط ثاني، حيث استخدمت في الدراسة مجموعة من المقاييس: كاستبانة للضغوط النفسية، استبانة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط من إعداد الباحثة، وقد أظهرت النتائج وجود فروق بين الأساليب التي يستخدمها مرضى السكري في مواجهة الضغوط حيث نجد أن مرضى السكري من نمط "**1**" يستخدمون الاستراتيجيات السلبية،

ومرضى السكري من نوع "2" يستخدمون الاستراتيجيات الإيجابية في مواجهة الضغوط النفسية.

7-2 الدراسات الأجنبية:

5-دراسة **Alastair & al** آلستير وآخرون **(1991):** كان الهدف منها معرفة العلاقة بين الفعالية الذاتية ومواقف الحياة الضاغطة، وطبقت على عينة متكونة من **273** من الشباب المصابين بالسرطان، واعتمدت هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات والمقاييس والتي تمثلت في: مقياس الفعالية الذاتية، بروفيل الحالات المزاجية، ومقياس ضغوط الحياة. وأوضحت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفاعلية الذاتية ومواقف الحياة الضاغطة، بالإضافة إلى أن الفاعلية الذاتية يتم تدعيمها بالممارسة والتدريب من خلال الأسرة والأصدقاء، وزملاء الدراسة عن طريق المشاركة الاجتماعية.

6-دراسة **Tayler et al** لتايلور وآخرون **(1991) :** والتي كان الهدف منها معرفة أهم الاستراتيجيات التي استخدمت في مواجهة المشكلات، وأجريت على عينة من **603** مريض مصاب بالسرطان، وطبق عليهم مقياس استراتيجيات المواجهة، فكانت نتائج هذه الدراسة هو أن المرضى يستخدمون استراتيجيات مواجهة مختلفة والتي من بينها: الدعم الاجتماعي، الحل المباشر للمشكلات، الإقصاء، التجنب.

7-دراسة **Karol &Jensen** جينسين وكارول **(1992):** كان الهدف منها هو فحص معتقدات 118 مصاب بالألم المزمن حول الألم، ومدى توافقهم معه، واستخدم مقياس الكفاءة الذاتية والمعتقدات الصحية، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين المعتقدات السلبية حول الألم وسوء التوافق لدى المرضى رغم اختلاف نوع

الألم، ووجود علاقة بين المعتقدات السلبية وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة الجسمية.

8-دراسة **Ann** آن **(1994)**، كان الهدف منها معرفة العلاقة بين الفعالية الذاتية والألم المزمن لدى عينة متكونة من 31 مريضا من مرضى ألم أسفل الظهر، مقياس الفعالية الذاتية، فأوضحت النتائج على وجود علاقة عكسية بين زيادة الفعالية الذات وألم أسفل الظهر، حيث أظهر المرضى ذوي الفعالية الذاتية المرتفعة تحسنا في أعراض الألم الجسمية، وذلك مقارنة بالمرضى ذوي الفعالية الذاتية المنخفضة.

9-دراسة **Delehant** ديلهنت **(1995)**: هدفت للكشف على العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والفعالية الذاتية وأحداث الحياة الشاقة، 150من الرجال المحاربين، برنامج علاجي يحتوي على مجموعة من الحصص إضافة إلى مجموعة من الأدوات والتي تمثلت في قائمة استراتيجيات المواجهة، استخبار المواقف المثيرة للثقة، ومقياس الفعالية الذاتية، توصلت النتائج إلى أن الأشخاص الذين نجحوا في التعامل مع المواقف عالية الخطورة وأحداث الحياة الشاقة هم من يمتلكون فعالية ذاتية مرتفعة واستراتيجيات مواجهة إيجابية.

10- دراسة **Sherbourne et Al** شيربورن **(1999)**: هدفت إلى تقييم الحالة الصحية وجودة الحياة في ظل المعاناة من أمراض وآلام مزمنة (التهاب المفاصل، ربو، صداع نصفي، آلام أسفل الظهر....)، وطبقت الدراسة على مجموعة من المرضى من 46 عيادة في ولاية كاليفورنيا وتكساس ومينيسوتا، وميريلاند، وكولورادو، واستخدمت في هذه الدراسة مجموعة من المقاييس: مقياس جودة الحياة الصيغة المختصرة **(SF-12)**، تقريرا ذاتيا لتقييم الصحة المرتبطة بجودة الحياة، مسح للحالة الصحية والاكتئاب، وخلصت الدراسة إلى أن غالبية المرضى يعانون من جودة حياة متدهورة وسيئة بسبب ما يعانون من حالة صحية مزمنة.

11- دراسة **Freach** فريش**(2000):** اكتشاف العلاقة بين إدراك كفاءة الذات وبين سلوك الوقاية من الصداع على 329 مريضا يعانون من صداع خفيف، ة طبق عليهم مقياس الكفاءة الذاتية، و لوحظ في الأخير أن مرتفعي الكفاءة الذاتية يتحكمون في سير المرض بطريقة أفضل كما أن معاناتهم وإعاقتهم أقل.

12- دراسة **Fitzsimons & al** فيتزسيمون **(2000):** هدفها تقييم مستوى جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي على عينة من مرضى قصور الشريان التاجي واستخدم في هذه الدراسة: مقياس النموذج المختصر **(SF-36)** للمسح الصحي، حيث أوضحت الدراسة على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات الاعتلال وشدة الذبحة الصدرية، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القدرات الوظيفية ودرجة الذبحة الصدرية، كما أظهرت نتائج الدراسة انخفاضا في بعض المجالات لدى المرضى المسجلين في قائمة الانتظار منذ 6 أشهر إلى عام للتدخل لترقيع الشريان التاجي.

13- دراسة **Choe et Al** شيو وآخرون**(2001):** هدفت إلى الكشف على مدى تأثر جودة الحياة بمرض مزمن كالسكر، 22 مريضا بالسكر "**عينة كورية**"، **طبق عليها** قائمة مكونة من 26 بنـــد عن معنى جودة الحياة من إعداد الباحث، وأظهرت نتائجها على تأثر أرباع المشاركين من جودة حياتهم بشكل سلبي، إضافة إلى اضطرابات جسدية كفقدان الشهية والشعور بالتعب والاعياء ونقص الطاقة والحيوية ومصاعب في نظام التغذية وأداء العمل.

14- دراسة **Blyth et Al** بليت وآخرون **(2003):** هدفها هو معرفة مدى تأثير الألم المزمن (الصداع على نشاطات الحياة اليومية والاجتماعية والمهنية والأسرية، وقدرة العميل على العمل الدائم لفترة من الوقت والتكيف مع الألم المزمن) على عينة مكونة من 484 مريضا بالألم المزمن (سيدني بأستراليا)، واعتمدت الدراسة على مقياس تقييم درجة الألم، مقياس الضغوط النفسية لقياس القلق والاكتئاب،

مقياس تأثير العمل على التكيف مع الألم. وقد أكد أكثر من نصف المشاركين اضطرارهم للتغيب عن العمل وتدني معدل إنتاجهم بسبب الألم المزمن وشعورهم بالقلق والاكتئاب والضيق النفسي والعجز وتدني مستوى القدرات الوظيفية، وبلغ معدل المعاناة من الألم خلال (6) شهور حوالي (83.8) يوما.

15- دراسة **Amico &al** آميكيو (2003): هدفت إلى البحث عن العجز الناتج عن الصداع النصفي وتأثيره على جودة الحياة، على عينة من 150 مريض بالصداع النصفي، طبق عليهم مجموعة من المقاييس: مقياس عجز الصداع النصفي **(MIDAS)**، مقياس جودة الحياة الصيغة المختصرة **(SF-36)**، وأظهرت نتائج الدراسة على وجود عجز ناتج عن الإصابة بالصداع النصفي، مما أحدث تغيرات ضارة بجودة حياة المشاركين، خاصة في الصحة الجسمية والمشكلات الانفعالية، كما تأثرت نشاطات العمل بصورة سلبية ضارة من نوبات الصداع، حيث انخفض معدل انتاج العمل لدى (50%) من أفراد العينة، إلا أنهم استمروا في العمل، في حين أن (39%) أجبر على التوقف عن العمل بسبب ما يعانيه من مرض مزمن.

16- دراسة **Eriksen et Al** اريكسن وآخرون **(2003)**: هدفت إلى تقييم جودة الحياة لدى عينة من مرضى الألم المزمن وعينة من الأصحاء، وتكونت عينة البحث من **1006 (إناث وذكور)** من الذين يعانون من آلام في أماكن مختلفة من الجسم (الذراع، الركبة، اليد، أسفل الظهر وأعلاه، الكتف، الرقبة، الرأس) في الدانمارك، واعتمدت الدراسة على مقياس جودة الحياة الصيغة المختصرة **(SF-36)**، حيث أظهرت الدراسة أن مجموعة الألم المزمن حصل أفرادها على درجات متدنية للغاية على كل أبعاد المقياس الثمانية، ماعدا الألم الجسمي والصحة العامة على عكس مجموعة الأصحاء، مما يشير إلى الدور السلبي للألم المزمن في تدهور جودة الحياة.

17- دراسة **Lipton et Al** ليبتون وآخرون **(2003):** هدفت إلى مقارنة جودة الحياة وأبعادها الصحية وأبعادها الصحية لدى عينة من مرضى الصداع النصفي مقارنة بعينة من الأصحاء، لتقييم أثر الصداع النصفي على جودة، وعلاقة الصداع النصفي بالعجز عن العمل، واعتمدت الدراسة على مقياس جودة الحياة الصيغة المختصرة **(SF-36)**، حيث أكدت النتائج على تدهور جودة الحياة وأبعادها الثمانية التي يقيسها مقياس جودة الحياة المختصرة، مقارنة بالمجموعة الضابطة (الأصحاء). كما عانى نصف مجموعة المرضى من مستويات عالية من العجز وصعوبات العمل، بمعدل **(16)** يوم من العجز كل شهر، وقد خلصت الدراسة إلى أن للصداع النصفي تأثيرا سلبيا ضارا على جودة الحياة، وأن هناك ارتباطا عكسيا بين الصداع وجودة الحياة.

18- دراسة **Inge E.Lam &Al** اينج **(2014):** كان الهدف منها التحقق من إدراك الألم ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى الألم المزمن في عيادة متعددة التخصصات لإدارة الألم (بمستشفى ماستريخت الجامعي) واستخدم فيها مقياس نوعية الحياة **(SF-36)**، حيث أظهرت نتائجها أن عينة الدراسة تعاني من مستوى منخفض لنوعية الحياة في كل مجالات المقياس المستعمل، ودرجات أقل بكثير مما وجد في الدراسات السابقة مع مجموعات الآلام المزمنة الأخرى.

19- دراسة **Dysvik et Al** دايسفيك وآخرون **(2004)**: هدفت إلى تقييم مدى الاختلاف الموجود في جودة الحياة والأبعاد الصحية المرتبطة بها بين الأصحاء ومرضى الألم المزمن، وتكونت عينة الدراسة من 81 مريضا غير مقيمين بالمستشفيات (عدة مقاطعات بالنرويج)، حيث اعتمدت الدراسة على استفتاء تقرير ذاتي للحالة الصحية، مقياس جودة الحياة الصيغة المختصرة **(SF-36)**، وأظهرت النتائج أن مرضى الألم المزمن يفتقرون إلى الدافع للقيام بالنشاطات الجسمية، كما أكدت النتائج أن الأبعاد الثمانية مقياس جودة الحياة، كانت

منخفضة بشكل ملحوظ عند عينة مرضى الألم المزمن على عكس عينة الأصحاء، مما يؤكد تأثر جودة حياة هؤلاء المرضى بشكل سلبي جراء ما يعانون من الآلام مزمنة.

20- دراسة **Strong &Meredith** سترونج وميريديت **(2006):** كان الهدف منها فحص كل من القلق والفعالية الذاتية كمنبئين بشدة الألم، والعجز المترتب عليه، على151 مريضا من مرضى الألم المزمن (ألم أسفل الظهر، وألم الذراعين)، واعتمد على مقياس القلق، مقياس الفعالية الذاتية، وأوضحت نتائج الدراسة على معاناة المرضى من فعالية ذاتية منخفضة حيث كانت هذه الأخيرة من أكثر المتغيرات تنبؤا بشدة الألم والعجز المترتب عليه.

8- تعقيب على الدراسات السابقة:

مما سبق يتضح لنا أن معظم الدراسات تناولت متغير الفعالية الذاتية ونوعية الحياة وتأثرهما بالألم المزمن (التهاب المفاصل، آلام أسفل الظهر، ...) أو أمراض مزمنة كالسرطان، فأغلب هذه الدراسات أوضحت أن الأفراد الذين يعانون من آلام أو أمراض مزمنة يعانون من نوعية حياة منخفضة حيث أن هذه المعاناة تأثر بشكل سلبي حتى على قيامهم بمختلف النشاطات والأعمال اليومية البسيطة، وتدهور الظروف الاقتصادية، اضطراب علاقتهم (العائلية أو الصداقات) وغيرها، كما لاحظنا من خلال الدراسات السابقة أنها اهتمت بدراسة متغير آخر وهو متغير الفعالية الذاتية باعتباره متغير لا يقل أهمية عن سابقه، وتم ربطه أيضا بأمراض مختلفة وخلصت نتائج معظم الدراسات إلى تؤثر هذا المتغير بالتأثيرات التي تسببها مختلف الأمراض و الآلام، وأوضحت معظم الدراسات عن الدور الفعال الذي تلعبه الفعالية الذاتية في فهم الألم المزمن، وعلاجه، ففي ضوء ما أشارت إليه الأبحاث من أن انخفاض الفعالية الذاتية يرتبط بارتفاع مستوى الألم، والعجز، واستخدام ضعيف لاستراتيجيات المواجهة على الألم، كما أن التحسن في

الكفاءة الذاتية ارتبط بالتحسن في المزاج، والألم والعجز فإنه يجب أخذ هذا المتغير بعين الاعتبار عند علاج الألم المزمن.

أما فيما يخص متغير استراتيجيات المواجهة فالدراسات التي اعتمدنا عليها، أسفرت على أن الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة أو أمراض كالسرطان وأمراض القلب ... يستخدمون طرق وآليات متعددة لمواجهة المرض أو الألم (التجنب، المساندة الاجتماعية، استراتيجيات مركزة على الانفعال، ...).

إلا أننا وأثناء قيامنا بدراستنا الحالية وحسب إطلاع الباحثة، لا حظنا خلو البحوث العربية في مجال الآلام المزمنة، كما أن البحوث التي تناولت العلاقة بين نوعية الحياة والفعالية الذاتية مع استراتيجيات المواجهة لم تحظ بالاهتمام الكافي من طرف الباحثين خاصة في مجال الآلام المزمنة باعتبارها عينة دراستنا الحالية.

الإطار النظري

الفصل الثاني:

الألم المزمن

تمهيد:

يعتبر الألم المزمن من أبرز المشاكل الصحية التي يعاني منها المجتمع، فهو يندرج تحت الحالات الطبية المستعصية، نظرا لاختلاف تموضعه عبر أجزاء الجسم. فقد تتفاوت شدة الألم ما بين ألم معتدل قد لا يظهر تأثيره إلا من خلال الإحساس بالضيق، وألم شديد قد يمنع المريض من مزاولة حياته اليومية بالنشاط المعتاد. وعلى الرغم من أن الألم المزمن يصيب بصورة أكبر كبار السن إلا أنه قد يظهر لدى الشباب وحتى الأطفال، بمعنى أنه قد يظهر في أي مرحلة من مراحل العمر. من أمثلة هذه الآلام: الصداع والشقيقة (الصداع النصفي) Migraine – آلام الظهر، ألام الرقبة، آلام المفاصل ...إلخ.

فمن خلال العرض التالي سنحاول تغطية مختلف الجوانب المتعلقة بالألم المزمن بداية من لمحة تاريخية عنه، وتطورات تفسيره عبر العصور، من ثم سوف نتطرق لأهم التعاريف التي وضعها العلماء والأخصائيين وصولا إلى أهم أنواع الألم ومختلف النماذج والنظريات التي حاولت تطوير مفهوم ظاهرة الألم المزمن.

1- لمحة تاريخية عن الألم:

ذهبت الروايات التاريخية القديمة إلى أنه ليس هناك فرق بين الألم الجسدي والألم العاطفي أو ألم النفس، كما أن السجلات القديمة المصرية اعتقدت بأن الشياطين هي التي تسبب الألم. **(Karenberg & Leitz,2001)**.

وفي وقت لاحق ذهب التاريخ المصري إلى فرضية تعود إلى أن عملية الهضم غير الكاملة للأغذية التي تمر عبر الجسم تسبب الأمراض المؤلمة. **(Karenberg & Leitz, 2001, p.911)**

وفي السلالة الحاكمة في **(2450 قبل الميلاد)**، كان يعتقد المصريون أن التمازج الجسمي مثل السوائل والغازات يجب أن يكون "في حالة صحيحة للاستمرار". لأن باعتقادهم الألم سببه "فقدان الاستمرارية". وفي عام **(348 –322 قبل الميلاد)** كان أرسطو يعتقد بأن القلب هو مقر المشاعر، ويصنف الألم على أنه عاطفة أو "شغف الروح" وأن المخ لا توجد له وظيفة مباشرة في العمليات الحسية ولكن هذا التصور لم يكن شاملا وواضحا، على عكس من ذلك تماما فقد تحدث جالينوس **(130 –201 م)** بوضوح عن التحليل البنيوي للخلايا العصبية والقحفية، وميز بين ثلاث أنواع من الأعصاب واعتبر أن الدماغ هو "عضو الشعور" ويصنف الألم على أنه إحساس، وكان أول من صنف الألم من حيث صفاته الحسية.

أما في الفترة الإسلامية فقد ربطت المفاهيم المصرية واليونانية القديمة للألم وإدارة الألم مع عصر النهضة الحديثة. وعرفت هذه الحقبة التقدم في جميع فروع المعرفة العلمية وظهر فيها العديد من العلماء الذين أرسوا قواعد الدراسة العلمية في المجال الطبي ومن بينهم **ابن سينا** (كبير الأطباء في العالم الإسلامي) الذي قام بتقديم أساليب مختلفة للتخفيف من الألم مثل التمارين من بينها التدليك واستخدام الأدوية المساعدة على

النوم والحد من الإحساس بالألم، على سبيل المثال: "مسكن الأفيون" وأيضا تغطية الجرح بورقة زيت الخروع وغيرها. **(Ansary & al, 2003, p.84)**

أما في " الثقافات "البدائية"، كان يعتقد أن الآلام لم تكن مرتبطة مباشرة بإصابة مرئية بل تنطوي على السوائل السحرية، والأرواح الشريرة، أو شياطين الألم التي تطفوا في الجسم، وكان الناس يستخدمون السحر أو الفتن لدرء شياطين الألم، كما يلجئون إلى "رجال الطب" أو المعالجين لطرد الشياطين إذا استمر الألم. (**Bonica & Loeser, 2001, pp. 3,4**

كما فُسّر ظهور الألم أيضا على أنه نتيجة لإهمال الجانب الروحي، أو الشر الذي يهاجم الفرد على كل من المستوى البدني والروحي. إلا أنه لم يكن هناك تقسيم خاص بين الألم الروحي، العاطفي أو الجسدي، والعلاج انطوى على ارضاء الإله بالتذلل، والصلاة من أجل طلب الرحمة، والذهاب إلى استعمال الأعشاب، وضم الجروح (للإفراج عن السوائل أو الأبخرة)، أو لتحقيق التوازن بين الطاقات. كما استخدم الناس أيضا الحرارة والبرودة، التدليك، النظام الغذائي، والوخز بالإبر الصينية للتخفيف من الألم. **(Bonica & Loeser , 2001, p.5)**

أما في العصور الوسطى في أوروبا فقد ظهر تصور آخر للألم، حيث تحدث ديكارت عام **(1596 –1650)** عن الانقسام بين الجسم والروح والذي كان الخطوة التي تفصل الألم الجسدي عن الألم الروحي أو العاطفي كاملا، وفسر الألم من منظور ثنائية العقل والجسم الديكارتية فالألم "خبرة حسية تعتمد بشكل أساسي على درجة المثيرات الحسية الضارة التي يتعرض لها الفرد". ووفقا لما توصل إليه ديكارت فإنه يوجد مسارين للألم. **(Main & spanswick,2000)**

خلال القرن التاسع عشر والعشرين، دعمت التجارب العلمية نماذج فسيولوجية من الألم، وأدى التقدم في البحوث الفسيولوجية إلى البحث عن الإحساس والألم، واقترح

ميلر **Müller's** في **(1840)** أطروحة أن الدماغ يلعب دورا رئيسيا في الحصول على المعلومات عن طريق الأعصاب الحسية. على الرغم من أنه يعتقد أن الأحاسيس كانت تنتقل دون تعديل، من الجسم إلى أجزاء من الدماغ مسؤولة عن الإحساس.

وبعدها في القرن التاسع عشر والعشرين، دعمت التجارب العلمية النماذج الفسيولوجية لتفسير الألم، وأدى التقدم في البحوث الفسيولوجية إلى البحث عن الإحساس والألم، واقترح ميلر **Müller's** في **(1840)** فرضية: "أن الدماغ يلعب دورا رئيسيا في الحصول على المعلومات عن طريق الأعصاب الحسية. على الرغم من أنه يعتقد أن الأحاسيس كانت تنتقل دون تعديل، من الجسم إلى أجزاء من الدماغ مسؤولة عن الإحساس. وخلال منتصف إلى أواخر 1800 ظهرت ثلاث مدارس فكرية تفسر طبيعة الألم كالتالي :

- نظرية الخصوصية والتي تعتقد أن الألياف العصبية المتخصصة لنقل الألم مستقلة عن الحواس الأخرى .
- نظرية الجمع وترى أن أي حافز يمكن أن ينتج الألم نظرا لأنها تعطى كثافة كافية .
- وأخيرا، وجهة النظر "التقليدية" من زمن أرسطو وترى أن الألم عاطفي. والفلاسفة وعلماء النفس يعتقدون أن الألم يزيد من الدافعية. **(Bronica & (Loeser, 2001, pp.7,8**

إلا أن هذه الآراء المتنافسة في عام **(1895)** جمعت من قبل سترونغ **Strong** رئيس جمعية علم النفس الأمريكية في ذلك الوقت، واقترح أن الألم يتكون من جزأين: الإحساس الجسدي ورد الفعل النفسي على هذا الإحساس. وقد حافظ الباحثون على هذا الرأي حتى عام **(1940)**، واعتقدوا أنه يمكن فصل الألم إلى: تصور الألم، ورد الفعل على الألم. واقترح النموذج أن تصور الألم هو عملية عصبية بسيطة تنطوي على آليات عصبية بسيطة نسبيا في حين كان رد الفعل على الألم عملية فيزيو–نفسية معقدة تنطوي على

المعرفة، والخبرة المكتسبة والثقافة، والعوامل النفسية الأخرى لإنتاج استجابة متغيرة لعتبة الألم. (**Bronica & Loeser, 2001, p.9**)

في حين تم دمج العوامل النفسية والاجتماعية في النموذج، والعمليات العصبية التي تنطوي على نقل "إشارات الألم"، أو حس الألم الذي يعتقد أن يكون من الآليات الرئيسية. ساد هذا النموذج حتى منتصف الستينيات عندما نشر ميلزاك ووال **Melzack & Wall** نظرية بوابة التحكم في الألم، حيث ترى هذه النظرية أن النبضات العصبية تنقل إلى القرن الظهري من الحبل الشوكي، ثم يتم تشكيلها عن طريق الألياف التنازلية المثبطة " إلى البوابة" وكمية المعلومات ترسل إلى الدماغ. وكانت هناك تعديلات كبيرة على النموذج منذ ذلك الحين، ولكن الابتكارات الرئيسية لهذه النظرية أثارت استعراض لأهمية العوامل النفسية والاجتماعية، بدلا من معالجة المعلومات بعد وقوعها، كان ينظر إلى الدماغ بأنه يشارك في نشاط اختيار وتعديل المدخلات العصبية من الأطراف أو المحيط، كما يرى عمليات الألم لا تبدأ مع تحفيز المستقبلات، وبدلا من ذلك، الإصابة العصبية أو المرض ينتج إشارات عصبية تدخل في الجهاز العصبي النشاط (لدى الكائن الحي البالغ) وهو الركيزة من التجارب السابقة، والثقافة، ومجموعة كبيرة من العوامل البيئية والشخصية الأخرى. عمليات الدماغ هذه تشارك في نشاط الاختيار، التجريد، وتركيب المعلومات من مجموع المدخلات الحسية. الألم ليس مجرد منتج نهائي لنظام نقل الحس الخطي، بل هو عملية ديناميكية تنطوي على التفاعلات المستمرة بين النظم الصاعدة والنازلة المعقدة. (**Melzack & Katz,2013, p.10**)، وقد ازدهرت البحوث التي اهتمت بالجوانب النفسية والاجتماعية للألم منذ ظهور نظرية بوابة التحكم في (**1965**)، بدءا من ظهور نظريات التعلم السلوكي في منتصف السبعينات والنظريات السلوكية المختلفة التي تنظر للألم كتجربة من السلوكيات المرتبطة بالخبرة. (**Fordyce,1976,1981**)

ومن خلال هذا النموذج ازداد الفهم فيما يتعلق بالنمذجة الاجتماعية، والأنماط العائلية في سلوك الألم، وتأثير العوامل الاجتماعية. وقد حدد الباحثون أن الاستجابة والتكييف الفعال يؤثر على تواتر ونوع سلوكيات الألم التي تظهر عند الأفراد الذين يعانون من الألم منذ الولادة، حيث يراقب الأفراد الآخرين وتعزز سلوكياتهم، وتتفق سلوكيات الألم تدريجيا مع المعايير الاجتماعية والثقافية. **(Hadjistavropoulos & al,2004)**

ومع مرور الوقت ظهرت النماذج الإدراكية فيما يتعلق بالألم والإعاقة حيث تم استبدال توجه الاهتمام بالسلوكيات تدريجيا والاهتمام بالآليات المعرفية. حيث أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من الألم يظهرون نشاطا معززا في مناطق الدماغ المرتبطة بالمعالجة العاطفية والتحفيزية، وخفض في تفعيل المناطق المتعلقة بتثبيط الألم. **(Edwards & al,2009, p.237)**

وقد أظهر باحثون آخرون مثل سوليفان **Sullivan (2008)** أن العجز أو الفشل قد يكون شكلا من أشكال التواصل الاجتماعي. والأفراد الذين لديهم عجزا يظهرون مستويات أعلى من السلوكيات الناتجة عن الألم، وهذا قد يترافق مع الجهود المبذولة للحصول على الدعم الشخصي لألمهم والضغط المسيطر عليهم.

2-تعريفات الألم والألم المزمن:

2-1 تعريف الألم:

2-1-1التعريف اللغوي:

ألم جمعه آلام، مصدر ألم، الحزن والأسى والألم في علم النفس شعور بما يضادّ اللّذة من عدم الرَّاحة أو الضِّيق أو المضض، سواء أكان شعورًا نفسيًّا أم خلقيًّا. **(معجم المعاني الجامع)**

2-1-1التعريف الاصطلاحي:

يعرفه M.A PETIT (1799): يقول على أن الألم:" هو الشعور الأول الذي يجعلنا نرى الحياة، ويختلط في كل لحظة من لحظات حياتنا القصيرة." **(M.A PETIT,1799)**

وفي قاموس **Le Petit Robert (1993)**: يعرف الألم على أنه:" إحساس مرهق ومتعب في نقطة أو منطقة من الجسم " وأضاف على أنه شعور أو عاطفة مؤلمة ناتجة من عدم الرضا عن الاتجاهات أو الحاجات".

تعرفه الجمعية الدولية لدراسة الألم **(L'IASP)** على أنه:" تجربة حسية انفعالية بشعة قد تكون مرتبطة أو غير مرتبطة بإصابات حقيقية أو محتملة". **(L'IASP,1994).**

يؤخذ هذا التعريف بعين الاعتبار التجربة الذاتية المؤلمة لكل فرد، ولكن أيضا الجانب العاطفي المسؤول عن تفسير الألم. فكل فرد يعيش تجربته الخاصة من الألم وفقا لخبرته، والبيئة والثقافة أو سياقه النفسي.

كما أن هذا التعريف يتطرق لميزتين هامتين للألم، الأولى هي أن الألم تجربة ذاتية متعددة الأبعاد، وفي نفس الوقت حسية انفعالية. أما الميزة الثانية هي أن الألم يقبل

إمكانية الفصل الكامل بين شدة إدراك الألم وخطورة الإصابة. (**Michel & Françoise, 2004, p.09**)

كما يعرف ميرسكي **(Mesrsky.H,1994)**: "على أنه خبرة مرتبطة بإصابة جسدية يعبر عنها بأسلوب نفسي (مثل الإحساس بالضيق، والبؤس، والحزن، وعدم الارتياح، والتعاسة)، فالألم شعور فردي يختلف من شخص لآخر، إذ تتداخل فيه عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية فتحدد مستوى وردة الفعل عليه، فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذاته. **(Mersky & Bogduk , 1994, p.12)**

كما تعرفه **الهيئة العليا للصحة سنة (2008) على أنه:** " مجموع الأحاسيس المعقدة، وليس عبارة عن شعور ناتج عن مثير واحد." **(www.has-sante.fr)**

ويعتبره شيلي تايلور: "من أكثر الظواهر التي يكشفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية. وتعتمد درجة الإحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره، كما يعتبر الألم على أنه إشارة مهمة على حدوث ضرر في الأنسجة، مما يستوجب الحد من نشاط الجسم.(**شيلي تايلور،2008، ص ص480-481**)

وتعرفه الأكاديمية الأمريكية لعلاج الألم: "على أنه إحساس مزعج وبشع، ورد فعل انفعالي مثير عن هذا الإحساس."

أما بينال **(Pinnel BF)** في كتابه " شخصية الألم**" Personnality of Pain**: عرف الألم على أنه: " مفهوم مجرد والذي يشير إلى:

- إحساس خاص وشخصي بالأذى،
- كما يشير إلى وجود ضرر أو تلف حالي أو وشيك في الأنسجة،
- كما يعتبر مجموعة من ردود الأفعال التي تعمل على حماية الكائنات الحية من الأذى. (/http://pain-management-info.com)

2-2 الألم المزمن: (Douleur chronique):

يعرفه مركز الصحة والخدمات الاجتماعية: «على أنه عدم الشعور بالراحة النفسية والجسدية والذي يستمر لمدة 03 أشهر على الأقل أو يتجاوز الفترة المعروفة للعلاج الطبيعي، اذ يعمل على التقليل من أداء الشخص . كما يعتبر على أنه شعور مزعج ومنهك وغير محتمل، اذ يؤثر على النشاط البدني والاجتماعي، كما يؤدي إلى استنزاف الطاقة ويؤدي إلى التقليل من تقدير الذات وهذا ما يؤدي إلى العزلةّ.» **(www.Oppq.qc.ca)**

ويعرفه ميلر **Muller.A (2012)** على أنه :" ذلك الألم الذي يدوم أكثر من 03 أشهر والذي يحدث خلل في شخصية الفرد وكذلك حياته العائلية والاجتماعية والمهنية." **(Muller.A, 2012, p. 7)**

الألم المزمن هو ذلك الألم الذي يستمر لأسابيع أو شهور أو سنوات وفي كثير من الأحيان لا يخفف بالأدوية. **(http://www.hhs.gov/asl/testify/t051208a.html)**

وقد يكون لهذا الألم سبب واضح مثل الإصابة مؤقتة أو الإصابة بمرض على المدى الطويل. وقد يكون هذا الألم بدون سبب واضح، مما قد يسبب مشاكل في النوم والأنشطة اليومية والحد من نوعية الحياة الخاصة بالفرد.

(http://www.ninds.nih.gov/disorders/chronic_pain/chronic_pain)

3-أنواع الألم المزمن:

هناك عدة طرق لتصنيف الألم:

- **التصنيف الزمني** مفيد للتمييز بين الألم الحاد والمزمن.
- وهناك طريقة أخرى لتصنيف الألم تميز بين **الألم الناجم عن إصابات جسدية أو كيميائية لينة وإصابات في الأنسجة العظمية وألم الاعتلال العصبي** (الناجم عن إصابة الأعصاب، وهياكل الجهاز العصبي المركزي).
- وهناك تصنيف آخر غالبا ما يكون بارزا في عقل الطبيب يميز **العضوية من الألم النفسي**. كل هذه التصنيفات لها تداعيات سريرية (طبية) هامة من أجل تقييم الألم وإدارته.

3-1 الألم الحاد والمزمن: (Acute and chronic pain)

الإصابة الحادة تنتج الألم الذي يختلف من الناحية الفسيولوجية وفي الطريقة التي يتم التعبير عنها، من الألم المزمن. فالمريض الذي يعاني من آلام حادة في البطن، والمريض الذي يعاني من آلام بعد العملية الجراحية، والمريض الذي يعاني من آلام الكسر الحاد يستحضر بعض الصور. **(Sternbach,1989, p.14)** ، ففي متلازمات الألم الحاد، مصدر تلف الأنسجة غالبا ما يكون واضحا تماما. فنجد المريض في كثير من الأحيان يعاني من التعرق، وعدم انتظام دقات القلب، نراها في تعابير الوجه ونلاحظها من خلال اللفظ والتي يمكن أن نعترف بأنها مؤلمة. هذه الصورة كثيرا ما يستخدمها العديد من الأطباء عن طريق الخطأ لقياس الألم. ومع ذلك، فالعديد من المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة لا يظهرون أيا من هذه الميزات، على الرغم من أن آلامهم يمكن أن تكون شديدة، وهذا يؤدي في كثير من الأحيان إلى عدم الثقة في تقارير المرضى للألم لأنها " لا تبدي الألم".

وكما ذكرنا سابقا فإن الجمعية الدولية لدراسة الألم حددت أن الألم المزمن يستمر لمدة 3 أشهر أو أكثر بعد الإصابة الأولية، على الرغم من أن هذا التصنيف مفيد عندما يكون هناك إصابة ظاهرة، ويفشل المرء عند النظر في الألم المزمن كألم السرطان والتهاب المفاصل المزمن، حيث الألم ينتقل بسرعة، وغالبا ما يكون بشكل غير محسوس من الألم الحاد إلى الألم المزمن دون تغيير في النوع أو الشدة.**(Sullivan, 1991, p.193)**

يتأثر الألم المزمن أيضا بكثير من العوامل التي تنتج مشاكل نفسية واجتماعية، وذلك بسبب مدة الألم وتأثير المرض الذي يكون في كثير من الأحيان خطيرا. ولذلك يجب أن يكون علاج الألم المزمن أكثر شمولية، ليس لمعالجة المشاكل الجسدية فحسب، بل أيضا معالجة المشاكل النفسية الاجتماعية التي تؤثر على المريض والأسرة. والهدف من العلاج في كثير من الأحيان هو الراحة لأن العلاج نادرا ما يكون ممكنا. ففي الواقع، التدخلات التي تهدف إلى العلاج على سبيل المثال: تكرار عملية جراحية في الظهر لدى المريض مع آلام الظهر المزمنة، يمكن أن تضر أكثر مما تنفع المريض. **(waddell &all,1979, p.266)**

	الألـــــم الحاد	الألـــــم المزمن
المدة	قصيرة	طويلة
الأصل	• بسيط • سببه معروف	• معقد • غير معروف ومتعدد الأسباب ولا يعرف له علاج محدد.
العلاج	• تجميد الألم • الجراحة • الأدوية (مسكنات الألم)	• العلاجات طويلة المدى التي تعمل على تخفيف الالم
الأهداف العلاجية	• القمع أو الغمر	• الإدارة الجيدة للألم • تحسين نوعية الحياة

جدول رقم 1: جدول يوضح الفرق بين الألم الحاد والألم المزمن

3-2 الألم المسبب للألم وآلام الأعصاب: (Nociceptive and neuropathic pain)

الفرق بين الألم المسبب للألم وآلام الأعصاب يمكن أن يساعد الطبيب والأسرة لفهم الألم. الألم المسبب للألم **Nociceptive pain** يحدث عند تلف الأنسجة اللينة، ويثير رد فعل حاد يليه المزيد من الألم المزمن، غالبا ما يكون في موضع أفضل وغالبا ما يكون حادا أو مؤلما. وعادة لا ينتشر على طول القطاع الجلدي العصبي، بالرغم من أنه يشعر به في بعض الأحيان بالمناطق البعيدة، على سبيل المثال: ألم الورك في الركبة أو آلام في الكبد وفي الكتف.

أما ألم الأعصاب فيحدث بسبب الضغط أو خلل في الأعصاب والأنسجة العصبية، هذا الألم يتبع توزيع جذور الأعصاب أو الأعصاب الطرفية، وغالبا ما توصف نوعية الألم العصبي كما هو الحال في الحرق والآلام العميقة مع مميزات متغيرة، مثل: الإحساس بالخدر، أو بوخز الإبر، وفي مناطق زيادة الحساسية للمس. كما أن كثير من الأشخاص الذين يعانون من "ظهور الفشل أو العجز" غالبا ما يكون لديه الألم العصبي. وهنا أنواع أخرى من الألم العصبي:

- الألم العصبي المزمن ما بعد الصدمة،

- ألم الأطراف الوهمي هو نوع خاص من ألم الأعصاب يعتبر منشأه في الجهاز العصبي المركزي.(**Melzack.R, 1992, p124)**

ففهم الفيزيولوجيا المرضية المعقدة لكل من اعتلال الأعصاب والألم المسبب للألم يبقى ناقصا وغير كامل، والتمييز بين هذه الأنواع من الألم مهم سريريا، ويعتمد هذا التمايز غالبا على تاريخ الألم وعلى فهم سبب الإصابة أو المرض.

فالألم المسبب للألم **Nociceptive pain** عادة ما يقاوم العلاج بالأفيونيات والمسكنات غير الأفيونية كما قد يتطلب في الغالب استخدام الأدوية الخاصة المساعدة لتحقيق السيطرة بشكل عام. أما ألم الأعصاب**Neuropathic pain** صعب من ناحية العلاج، وتخفيف الألم هو أكثر صعوبة لتحقيقه.

3-3 الألم العضوي والألم نفسي المنشأ: (Organic and Psychogenic pain)

هو أقل أهمية من جميع التصنيفات، حيث يصنف هذا النوع الألم على أساس الأسباب العضوية مقابل النفسية. والمفهوم الإجمالي للألم يعني أن الألم دائما له مكون نفسي، ويعترف بالألم الموضعي من الناحية النفسية جيدا، ولكنه في الواقع نادر جدا.

ويرى هذا النوع على أن متلازمات الألم لدى الأسرة الممارسة لها أسباب نفسية كبيرة، مثل الصداع التوتر، ومتلازمة الالتهاب الليفي والتي غالبا ما تكون ذات مصدر جسدي للألم مثل: تشنجات العضلات. والتمايز هو مفيد للمرضى الذين يساوون الأسباب النفسية مع تخيل الألم، كما يمكن أيضا للطبيب أن يصف فقط الأدوية والمسكنات، وتقديم المشورة، وغيرها من العلاجات الجسدية المطلوبة للسيطرة على الألم. **(S .Lawrence, 1993, p.542)**

4-سلوكيات الألم المزمن:

الألم المزمن يؤدي بالإنسان للقيام بسلوكيات التي تعمل على استمرارية الألم. فمثلا في بعض الأحيان يقوم الشخص الذي يعاني من الألم المزمن بإجراء تغييرات أساسية على مستوى بيئته أو نشاطه، فقد يبتعد عن الضوضاء والصخب كما يحاول التقليل من نشاطه البدني ويتجنب التواصل مع الغير. وهذه التعديلات تصبح جزء من مشكلة الألم. حيث من الممكن أن تتدخل هذه السلوكيات في نجاح معالجة هذه الآلام. فمعرفة ما إذا

كانت هذه السلوكيات مستمرة وتحديد كيفية إزالتها بعد معالجة الألم، تعتبر من أهم العوامل التي تعمل على المعالجة الكلية لخبرة الألم.

كما أن العديد من المرضى الذين يعانون من هاته الآلام يتحملون أعباء مالية كبيرة أثناء خضوعهم للجراحة مثلا، حيث تحاول معظم الأساليب الجراحية ان تعطل وصول الألم من الجهاز الطرفي إلى الحبل الشوكي، بينما تعمل أساليب أخرى على منع تدفق إحساسات الألم من الحبل الشوكي صعودا إلى الدماغ. إلا أن الجراحة ممكن أن تكون سببا رئيسيا في زيادة درجة الألم لدى هؤلاء الأشخاص لأن تخفيف الألم يكون مؤقتا وآثارها عموما تكون محدودة المدى. كما أن معظم المرضى يلجئون للمسكنات والمهدئات والتي قد تكون غير فعالة بالنسبة لدرجة الألم الذي يعاني منه الشخص المصاب. وهذا ما قد يؤدي إلى العديد من التظاهرات السلبية كعدم القدرة على التركيز وفقدان الإحساس والإدمان عليها أيضا...إلخ. كما أن هذه المسكنات حتى لو كانت ناجحة فالألم يعود بعد مدة زمنية قصيرة.

فالألم المزمن يحدد طبيعة حياة المريض، عائلته، أصدقاؤه ومعالجيه. بالإضافة لانخفاض جودة حياة المريض والمقربين منه، يشكل الألم المزمن عبئاً اقتصاديا ثقيلاً بقدر التكاليف المتعلقة بعلاج مرض السرطان وأمراض القلب. تشمل التكاليف المتعلقة بالمرض المزمن: تكلفة الأدوية والوسائل العلاجية، غيابات متكررة من مكان العمل واضطراب بالأداء في العمل، فقدان الدَّخل، نتاج ماديّ منخفض خارج البيت وعدم القدرة على العمل في إطار البيت، ضائقة مالية للعائلة، الأصدقاء وصاحب العمل، إعانة بطالة، ومنح اجتماعية. **(شيلي تايلور،2008، ص ص490-494)**

5-النظريات المفسرة للألم:

5-1 نظرية التعلم الاجتماعي: (Social learning Theory):

تفترض النظرية وجود تأثير للمتغيرات النفسية المعرفية والاجتماعية على اكتساب الفرد الخبرة وأنماط السلوك الصادرة عنه. وعند تناول خبرة الشعور بالألم في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي ينصب الاهتمام على كيفية استجابة الفرد للبيئة المحيطة به، وكيفية اكتسابه المعلومات وتنظيمها لاستخدامها في التغلب على الآلام التي يشعر بها. ويتحدد في ضوئها الاستراتيجيات التي يتبعها في هذا الصدد، حيث يشير الألم عادة إلى وجود إصابة فعلية في أحد أنسجة الجسم، ويمثل مصدر تهديد بالنسبة للفرد، فالألم يعد عرضا مهما لكثير من الامراض والإصابات، ويسعى الأفراد إلى فهم أصل وطبيعة الألم الذي يشعرون به، ويحاولون قدر استطاعتهم التغلب على مصدره باعتباره مهددا لحياتهم.

وتعتمد سلوكيات الفرد في هذا الشأن على ما يتعلمه من خلال افراد أسرته والمجتمع الذي يخبر في ظله التنبيهات المثيرة للشعور بالألم، والإحساسات التي يدركها على انها مهددة أو منذرة بوقوع ضرر ، وكيف يسلك عندما يتعرض لإصابات أو أمراض معينة، والمهارات الاجتماعية والسلوكية والمعرفية التي يمكن من خلالها تحقيق الشعور بالألم أو التقليل منه بقدر الإمكان. **(فيفي عشماوي،1994،ص ص41-42)**

ووفقا لنظرية التعلم الاجتماعي فالفرد يمكن أن يكتسب سلوكيات الألم من خلال التعلم بالملاحظة، أو من خلال التعلم بالنمذجة، فالأطفال ترتقي لديهم الاتجاهات نحو الصحة والرعاية وتفسيراتهم للأعراض المرضية من خلال الوالدين والبيئة المحيطة، ويتعلمون الاستجابة المناسبة عند التعرض لمثير مؤلم.

واعتمادا على نظرية التعلم الاجتماعي فقد أجريت دراسات معملية عديدة، وتوصلت نتائجها إلى ان أطفال الأفراد الذين يعانون من الألم المزمن يتعلمون من خلال **الملاحظة–كيفية** الاستجابة للمنبهات المؤلمة. **(Turk &Okifugi,2003,PP.297, 298)**

فيتعلم الفرد من خلال ملاحظته لشخص يعاني من الألم كيف يستجيب عندما يمر بخبرة مماثلة دون التعرض المباشر لخبرة الألم. ومن أكثر الأساليب فعالية في تخفيف الألم تقديم **نماذج** لأفراد يعانون من الألم، وتوضح لهم كيفية التوافق مع آلام فعلية، وتتمثل فائدة هذه النماذج في تقديم معلومات للأفراد عما سيحدث لهم، وكيف يسلكون عندما يمرون بهذه الخبرة، فالأفراد الذين يعانون آلاما نتيجة أسباب طبية يكون قدر معاناتهم قليل عندما يخبرون بالآلام المتوقعة ويتعلمون كيفية التحكم في هذه الآلام.

وكذلك يمكن التعلم من خلال النمذجة، إذ تشير الدراسات التجريبية والإكلينيكية إلى أن النمذجة تعد واحدة من أهم الأساليب المؤثرة في استجابة الأفراد للتنبيهات المؤلمة، حيث أنها تمكن الفرد من التعرف على نتائج الموقف أو التنبيه المؤلم الذي يتعرض له. كما أن مشاهدة الفرد شخصا آخر يتعرض لتنبيه مؤلم يستطيع التحكم فيه وتحمله يقلل من درجة قلقه، ويخفض من استجابته الخاصة بالمشكلة والشعور بالألم، مما يجعله أكثر تكيفا وتوافقا مع التنبيه المؤلم لذي يتعرض له. **(فيفيان عشماوي،1994، ص43)**

ولنظرية التعلم الاجتماعي أهمية كبيرة في تفسير العديد من التناقضات، والتي تتعلق بأن هناك مرضى يعانون من الألم المزمن ويمارسون انشطتهم بشكل طبيعي ولا يحدث لديهم عجز جوهري، بينما هناك مرضى آخرون يقرون أن الألم لديهم بسيط، على الرغم من كونهم يعانون من عجز وعدم القدرة على ممارسة أنشطتهم بشكل طبيعي، وذلك من خلال ظهور نموذج الفاعلية الذاتية الذي انبثق عن نظرية التعلم الاجتماعي، وهذا النموذج عبارة عن إطار تصوري استخدم في مجال بحوث السلوك الصحي، ووفقا

له فإن العمليات المعرفية (المعتقدات، الاتجاهات) والسلوك، والعوامل البيئية، من شأنها أن تتدخل في تشكيل السلوك الصحي للأفراد.

ولدت نظرية التعلم الاجتماعي –والنموذج الذي انبثق عنها–تطبيقات عملية في مجال المشكلات الصحية، على سبيل المثال: التوقف عن التدخين، ومشكلات السمنة، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وتعاطي الكحوليات، والألم المزمن...الخ. ولنموذج الفاعلية الذاتية أهمية كبير في إدراك المرضى لطبيعة المهام التي يقومون بها في مواجهة المرض، وفي إدراكهم للتحكم في الألم. وقد تمكنت عدة بحوث من الكشف عن القدرة التنبئية للفعالية الذاتية في نطاق وظائف العمود الفقري، وأوضحت نتائجها أن الفعالية الذاتية منبئ جيد ليس فقط بالعجز المترتب على الألم، بل أيضا بالأحكام التي يضعها الافراد حول قدرتهم على الأداء. **(Jeffry &Carosella,1999)**

5-2 نظرية العزو: (Attribution Theory)

توضح النظرية أن الفرد في حياته اليومية يحاول تفسي أي سلوك يصدر عنه او عن الآخرين في ضوء ما هو متوفر لديه من معلومات، وتهتم النظرية بكيفية إدراك الشخص أسباب سلوكه وسلوك الآخرين، ذلك أن الأفراد لا يعزون السببية للآخرين فقط، ولكنهم يعزونها أيضا للبيئة. وتحدد العلل السببية سلوكنا واتجاهاتنا نحو أنفسنا والآخرين.

ويفترض منظرو العزو أن هناك دورا مهما للمعارف والمعلومات في عملية العزو، حيث يسعى الفرد إلى تفسير وفهم الأحداث والوقائع، ومحاولة التنبؤ بها أحيانا عن طريق هذه المعارف. ولذلك يركز الباحثون في هذا المجال على العزو المعرفي السببي، على اعتبار أن المعرفة لا تؤثر فقط في عملية العزو (التفسير)، ولكنها تشتمل أيضا على السلوك والأفعال. **(عبد اللطيف خليفة، معتز عبد الله، 2001،ص ص285-287)**

ويوضح **ديفيدسون (Davidson) وفالينز (Valins)** من خلال النظرية كيف يمكن زيادة تحمل الأفراد للألم من خلال تعليمهم عزو الألم الذي يشعرون به إلى أسباب ترجع إليهم أكثر مما ترجع إلى البيئة والظروف الخارجية، وتتوقف على حالتهم ومجهودهم للتحكم فيه كمقابل لتأثير العقاقير.

ويعد العزو إلى العوامل الداخلية عاملا مهما في علاج مرض ألم أسفل الظهر، حيث يظهر مرضى العزو الخارجي درجة مرتفعة من العجز المكتسب نتيجة للعزو المترتب على الألم، واعتمادهم على الآخرين وعلى العقاقير، وهنا يتم تعليم هؤلاء المرضى التنظيم الذاتي والاعتماد على النفس أكثر من التنظيم بالعقاقير والاعتماد على الآخرين، وذلك للتغلب على مشكلاتهم كجزء من برنامجهم العلاجي. **(فيفيان عشماوي،1994، ص45)**

5-3 نظرية التشريط الكلاسيكي:

تنطلق هذه الرؤية في تفسير الألم من أن الفرد يتعرض في حياته اليومية للعديد من المنبهات، بعضها يثير الشعور بالألم وبعضها محايد، ومع تكرار التعرض لهذه المنبهات المحايدة في صحبة المنبهات المثيرة للألم، تصبح المنبهات المحايدة في حد ذاتها مثيرة للألم في غياب المنبهات الأصلية، أي يصبح لدى الفرد ارتباط شرطي بين تلك المنبهات والشعور بالألم. وتنطبق هذه القاعدة على استخدام بعض المفاهيم والكلمات المرتبطة بالشعور بالألم التي مع تكرار استخدامها تصبح منبهات شرطية مثيرة للألم. **(Sarafino,2008,PP318,319)**

ويظهر دور الارتباط الشرطي بشكل خاص في العلاجات الطبيعية، على سبيل المثال تزيد خبرة الشعور بالألم لدى المرضى الذين يعانون من الألم أثناء الجلسات العلاجية الطبيعية، فيمكن أن يحدث ارتباط شرطي بين وجود المعالج والاستجابة الانفعالية السيئة (التقلبات المزاجية)، وقد تؤدي هذه الانفعالات إلى حدوث بعض

التوترات العضلية لدى المرضى، وهذا مثال على الارتباط الشرطي الذي تترتب عليه استجابات سلبية، وقد تكون هناك بعض الأنشطة الممتعة التي يمارسها مرضى الألم المزمن في الحياة اليومية قد تؤدي بدورها إلى خفض الشعور بشدة الألم، ومع تكرار ممارسة هذه الأنشطة يحدث ارتباط شرطي بينها وبين خفض الشعور بشدة الألم. **(Turk& Okifugi , 2003, PP.295,296)**

وبناءا على ما سبق فيمكن القول أن الهدف من أسلوب العلاج بالتشريط هو إضعاف الرابطة الشرطية بين الكلمات والعبارات التي يستخدمها الفرد من جهة، والإحساس بالألم من جهة أخرى، ومساعدة المرضى في خفض الاعتماد على الادوية، وممارسة الأنشطة اليومية بشكل أفضل.

5-4 نظرية بوابة التحكم Gate Control theory:

تعتبر هذه النظرية أول محاولة منظمة لوضع نموذج تكاملي يعتمد على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية لتفسير الألم وقد اقترح هذه النظرية رونالد ميلزاك وباتريك وال **(Melzack &Wall 1965)** ووفقا لهذه النظرية لا ينظر للألم باعتباره خبرة حسية تعتمد فقط على درجة التضرر الحادث في النسيج الحي، ولكن ينظر إليه باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية وانفعالية حيث يفترض وجود ميكانيزمات فسيولوجية عصبية معقدة في كل من الحبل الشوكي والمخ تعمل على تعديل إشارات الألم الواردة، فقبل أن تصل هذه الإشارات إلى المخ تمر ببوابة عصبية موجودة في القرن الظهري للحبل الشوكي وهذه البوابة يمكن فتحها وغلقها وفق نشاط نسبي في ألياف ناقلة صغيرة وكبيرة حيث إن نشاط الألياف الكبيرة يعمل على إعاقة نقل رسائل الألم (بغلق البوابة) بينما نشاط الألياف الصغيرة يعمل على تسهيل نقل إشارات الألم (يفتح البوابة) وبناء على ذلك فإن المدخلات الحسية يمكن تعديلها من خلال تحقيق التوازن في نشاط الألياف الصغيرة والكبيرة، بالإضافة إلى تأثير ميكانزيم البوابة على نشاط الألياف

الصغيرة والكبيرة فإنه يتأثر أيضا بالتعليمات الآتية من المخ، فتقترح هذه النظرية أن المراكز العليا في المخ والمسؤولة عن المعرفة والوجدان تؤثر في نقل إشارات الألم من منطقة الإصابة إلى المخ حيث إن هذه المراكز تقوم بتنشيط أنظمة معينة تعمل على تعديل عمل البوابة العصبية **(Melzack 1999)**، وبشكل مبسط يمكن القول إن بوابة الألم كما اقترحها ميلزاك ووال تتأثر بعدد من العوامل يمكن أن تعمل على فتحها أو غلقها وهذه العوامل تقسم إلى: **عوامل حسية وعوامل معرفية وعوامل وجدانية** :

- تتضمن العوامل الحسية أشياء تتعلق بالضرر الجسمي الحقيقي،
- وتشمل العوامل المعرفية جوانب تتعلق بأفكارنا وذاكرتنا وتفسيراتنا للموقف الحالي والتنبؤ في المستقبل،
- أما العوامل الوجدانية فتشمل الأشياء التي تتعلق بالوجدان أو المشاعر والسعادة والحزن والأسى والذنب.

ووفقا لذلك فإن العوامل التي تؤدي إلى **فتح البوابة**، وبالتالي تؤدي إلى الشعور بمزيد من المعاناة تتضمن **جوانب حسية** مثل الإصابة وعدم النشاط أو الخمول وميكانيزمات جسمية ضعيفة وعدم التقدم في ممارسة الأنشطة والاستخدام طويل المدى للأدوية، أما **العوامل المعرفية** فتشمل التركيز الزائد على الألم والانزعاج منه وتذكر أشياء سيئة تتعلق بالألم، والتفكير في أن المستقبل سيكون كارثيا أو مأساويا، وتتضمن **العوامل الوجدانية:** الاكتئاب، الغضب، القلق، الضغوط، الإحباط اليأس والشعور بالعجز. أما عن **العوامل الحسية** التي **تغلق البوابة** فتشمل: زيادة النشاط والاستخدام قصير المدى للأدوية وتدريبات الاسترخاء...، وتتضمن **العوامل المعرفية** الاهتمامات الخارجية والاعتقادات في القدرة على التغلب على الألم، وتشتيت الانتباه بعيدا عن الألم، أما **العوامل الوجدانية** فتشمل الاتجاهات الإيجابية نحو الألم، انخفاض الاكتئاب والشعور بالقدرة على التحكم في الألم والحياة وإدارة الضغوط.

وقد أثرت هذه النظرية بشكل كبير في الدراسة النفسية للألم وذلك باقتراحها وجود أساس بيولوجي لتأثير العوامل النفسية في الألم، كما أنها أثارت العديد من الأبحاث المعملية للألم والتي حاولت دراسة أثر العوامل المعرفية (التوقعات، والذاكرة، العوامل الوجدانية، القلق، الاكتئاب) على إدراك مثير الألم التجريبي، كما أنها مهدت للدور الذي يمكن أن تلعبه التدخلات النفسية في إدارة الألم. **(Keefe et al ,2005, p.605)**

وحديثا اقترح ميلزاك **(1999)** نظرية جديدة مكملة لنظرية التحكم بالبوابة سماها نظرية **المصفوفة العصبية،** وحسب هذه النظرية يوجد بالمخ شبكة عصبية تعمل على تكامل المعلومات من مصادر عديدة لكي يتم الإحساس بالألم والمدخلات الأساسية لهذه المصفوفة لا تتضمن المدخلات الحسية فقط , ولكن تشمل أيضا مدخلات مرحلية أخرى من مناطق المخ المسؤولة عن المعرفة والوجدان وكذلك أيضا أنظمة تعديل الضغوط الجسمية وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل النفسية في خبرة الألم , كما أنها أثارت عددا من الأبحاث المعملية والاكلينيكية. **(Melzack, 1999, p.121)**

6-النماذج المفسرة للألم:

6-1 النموذج الحسي للألم (ثنائية ديكارت):

يرجع أصل هذا النموذج إلى الإغريق القدماء، ولكنه طور في القرن 17م مع ديكارت، حيث قام بتفسير النموذج من منظور ثنائية (العقل والجسم) فالألم خبرة حسية تعتمد على المثيرات الحسية الضارة التي يتعرض لها الفرد بشكل أساسي. وبالنسبة لهذا النموذج توجد نهايتان للألم وتعتبر المدخلات الحسية إحدى هذه النهايات والتي تؤثر مباشرة على النهاية الأخرى للمخ، وبذلك يمكن القول أن الإثارة الواقعة على المناطق المحيطية تؤدي مباشرة إلى إثارة في الجانب الآخر. **(Main C. J.& Spanswick,2000)**

فهذا النموذج يفترض أن الألم إحساس خاص ومتميز ويختلف عن الأحاسيس الأخرى وينتج عن مستقبلات الألم المحيطية الواقعة في مكان الإصابة. **(Turk,1997, p.128)**

فحسب هذا النموذج فإن درجة الألم التي يخبرها الفرد تعتمد بشكل مباشر على درجة التضرر الواقع عليه، كما أن تقييم الألم يركز على إيجاد أسباب الألم والعلاج يقوم على أساس إزالة السبب، أو قطع أو غلق مسارات الألم المتخصصة بالطرق الجراحية أو الدوائية.

ظل هذا النموذج مسيطر على تفسير آلية الألم حتى بداية القرن العشرين حيث رسخت فكرة أن الألم يعتبر نتيجة مباشرة لتلف النسيج الحي، ولكن نظرا لقصوره في تفسير معظم القضايا المتعلقة بالألم بشكل عام والألم المزمن بشكل خاص، دفع بعض الباحثين إلى البحث عن نماذج بديلة.

2-6 نموذج الدافعية : Motivational Model

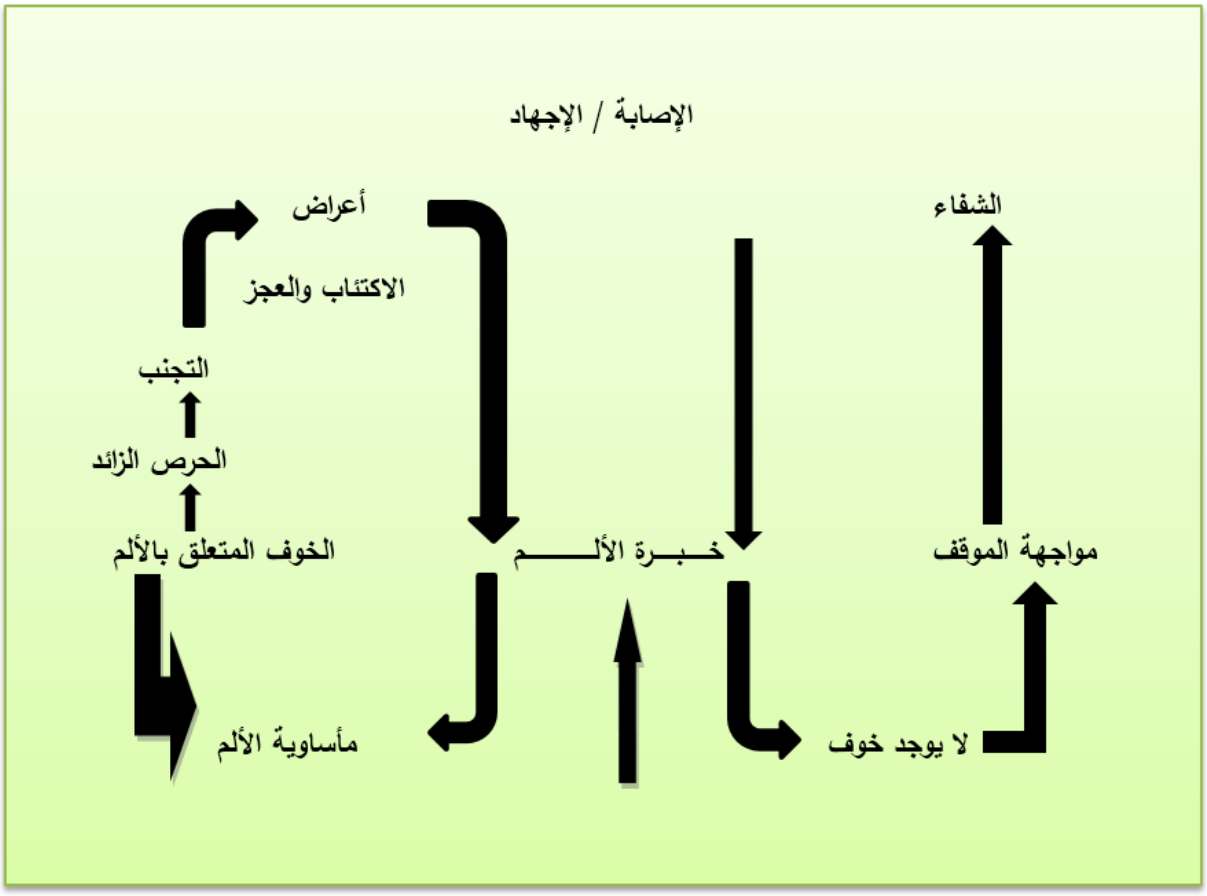
نظرا للتباين في وجهات النظر النفسية المنشأ، والجسمية المنشأ في تفسير الألم المزمن اقترح البعض وجهة نظر ثالثة تقوم على افتراض مؤداه: أنه عندما لا يكون هناك دليل طبي واضح لتفسير الألم الذي يعاني منه الفرد، فيمكن أن تكون الشكوى من الألم زائفة، أو أنها نوع من التمارض للحصول على مكاسب مالية أو غير ذلك، وقد أدى هذا الاعتقاد إلى استخدام أساليب ملاحظة متطورة، وآلات مصممة خصيصا لتمييز التضارب في الأداء الوظيفي للأفراد وقد وجد أن صدق هذه الوسائل غير كاف. كما أنها لم تلق قبولا من الباحثين بالإضافة إلى ذلك لم تجر دراسات للتأكد من وجود تحسن في تقارير الألم من المرضى بعد استلام مكافأة مالية أو الحصول على مكاسب معينة. **(Turk ; 2002)**

ونظرا للتعارض بين النموذج النفسي المنشأ والنموذج الحسي وكذلك نموذج الدافعية ظهرت نماذج تكاملية بين العوامل النفسية والعوامل الجسمية والعوامل البيئية لتفسير خبرة الألم ومن هذه النماذج ما يلي:

6-3 النماذج المعرفية:

6-3-1 نموذج الخوف والتجنب المرتبط بالألم:

وهو نموذج قدمه **Lethem, Slade, Troup & Bentley(1983)**، والذي اقترحه في وقت سابق **Philips & Hunter(1981)**، ولكنه مرتبط أكثر بأعمال كل من **Johan Vlaeyen** وزملاءه في جامعة **Maastricht (; Vlaeyen & Linton, 2000, 2012 (Vlaeyen & Al 1999, ….**



شكل رقم 1: نموذج "الخوف"- التجنب التي وضعه Vlaeyen & Linton (2000).

هذا النموذج هو واحد من النماذج السريرية الأكثر تأثيرا واستخداما اليوم. وهو ذو أهمية خاصة لشرح الآليات التي يطور بها بعض الأفراد العجز عن الحركة. واستنادا إلى السياق المفاهيمي لمرض الرهاب البسيط، يفترض أصحاب هذا النموذج وجود نوعين مختلفين من تقديرات الألم:

حيث يتضمن النوع الأول الأفراد الذين لديهم ميل أكبر للتأثير السلبي، وقد يكون كارثيا، أو "يفكرون بسوء" في تجربتهم. حيث أن الأفراد بعد أن تفسر آلامهم بطريقة مأساوية، يصبحون خائفين وتظهر لديهم يقظة مفرطة عن تجربتهم من الألم، ثم يتجنبون المواقف والحركات التي تنطوي على خطر التعرض للألم، ومن ثم يصبحون أكثر عرضة لتطور الإهمال والاكتئاب والعجز بالمقابل، هذا يغذي العودة لتجربة الألم، إلا أن تفسر مرة أخرى على أنه تهديد، مما يديم الدورة السلبية.

أما النوع الثاني يشمل الفرد الذي يعاني من الألم، ولكنه لا يطور الخوف، وبالتالي يكون قادرا على مواجهة الحركات وتعاقب الأحداث والمواقف، مما يسمح في نهاية المطاف بالشفاء والتعافي.

وفي المجالات الحديثة لهذا النموذج، وبعد اثني عشر عاما من العرض الأخير من قبل نفس المؤلفين فاليان وليبتون **Vlaeyen & Linton (2012)**، يشيران إلى أنه بالرغم من أن هناك العديد من الدراسات التجريبية التي تدعم هذا النموذج، فإنه لم يكن هناك حتى الآن تفسير عن كيفية حدوث المرض، أو الخوف المتعلق بالألم في المقام الأول. بالإضافة إلى ذلك يوضح كل من فاليان وليبتون **Vlaeyen & Linton (2012)** بأن بعض سمات الألم المزمن والخوف المرتبط بالألم تؤثر بشكل مختلف على التجنب. على سبيل المثال: هناك مسارات متعددة يقوم الفرد من خلالها بتطوير الخوف:

(1) <u>الخبرة المباشرة</u>: حيث يعتبر الألم حافز غير مرغوب فيه ينشط استجابة دفاعية، مما يتسبب الشخص في ربط الإشارات المحايدة (أو التحفيز المشروط –المكيف–) مع التحفيز غير المشروط، أو الألم، ثم يتم استدعاء استجابة مكيفة (التجنب، وكذلك زيادة الإثارة الفيزيولوجية والمشاعر السلبية) في وجود التحفيز المكيف، دون الحاجة إلى الشعور بالألم. مثلا بخصوص الخبرة المباشرة، يحدث بعد لمس السياج الكهربائي الذي يستخدم لاحتواء الماشية بطريق الخطأ، في المرات القادمة غالبا ما يصدر الخوف والتردد عند الاقتراب من السياج.

(2) <u>التعلم غير المباشر</u>: أو التعلم من خلال استجابات أو ردود الأفراد الآخرين، يمكن أيضا إثارة الخوف من خلال التحفيز الذي يعتقد أن يثير الألم، مثلا عندما يرى شخص آخر حصول صدمة من السياج الكهربائي، يؤدي ذلك إلى تردده في الاقتراب من السور.

(3) <u>المعلومات اللفظية</u>: مثلا يقال أن أسلاك السور سوف تؤدي لصدمة كهربائية، مع عواقب مماثلة للشرطين السابقين. ويشير فاليان وليبتون **Vlaeyen & Linton (2012)** إلى أنه قد تكون هناك تفاعلات بين مسارات التعلم المختلفة، بحيث أن التحذيرات اللفظية السابقة حول السياج الكهربائي يليها تلقي الصدمة، وقد تعزز الاستجابة المستفادة. كما يناقش دور عدم القدرة على التنبؤ في توليد الخوف المرتبط بالألم والتجنب، مشيرا إلى العجز لدى الأفراد الذين يعانون من الألم مزمن المنتشر، بدلا من الأفراد الذين يتجنبون تحديدا بعض الأنشطة أو الحركات. ويشير فاليان وليبتون **Vlaeyen & Linton (2012)** إلى أن هذا قد يحدث لأنه يصعب على الأفراد الذين يعانون من الألم، ولا يمكن التنبؤ به لتطوير سلوكيات السلامة التي يمكن أن تؤدي إلى خفض أو تجنب حدوث الألم لدى بعض الأفراد وهذا يمكن أن يؤدي إلى العجز المكتسب. **(Samwel,Kraaimaat,Evers & Crul,2007,pp.237,241).**

6-4 النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للألم المزمن:

لقد كانت البحوث في العقود السابقة تعتمد على النموذج البيولوجي الطبي الذي يفترض أن الألم ينتج أساسا عن الضرر الجسمي، وكانت العلاجات تصاغ بناءا على هذا الافتراض، وكان من أهم الانتقادات التي وجهت لهذا النموذج أنه لم يأخذ بعين الاعتبار دور العوامل النفسية والاجتماعية التي تتدخل في تشكيل خبرة الألم وتأثيراته على الفرد. **(Turk& Okifuji,2002)**

ولقد نادى الباحث جورج انجل **George Engel** سنة 1977، بالدعوة إلى الحاجة لنظرة جديدة

يمكن من خلالها تفسير الألم المزمن بدلا من النظرة البيولوجية الطبية، هذه النظرة الجديدة تأخذ في اعتبارها العوامل المتعددة لخبرة الألم.

وترتب على هذه الدعوة نمو الاهتمام بالطب السلوكي وعلم نفس الصحة. وفي عام 1982 قدم لويسر **(Loeser)** نموذجا عاما وضع من خلاله أربعة جوانب أساسية لخبرة الألم، ويتمثل **الجانب الأول** في أعراض الألم، وهي ترجع إلى المثيرات التي تقع على الجهاز العصبي. أما **الجانب الثاني** فيتمثل في العوامل الوجدانية التي سببته. و**الجانب الثالث** يتمثل في سلوك الألم. و**الجانب الرابع** هو المعاناة الشديدة من الألم، وهو الجانب الأخير لخبرة الألم. **(Gatchel,et al 2007)**

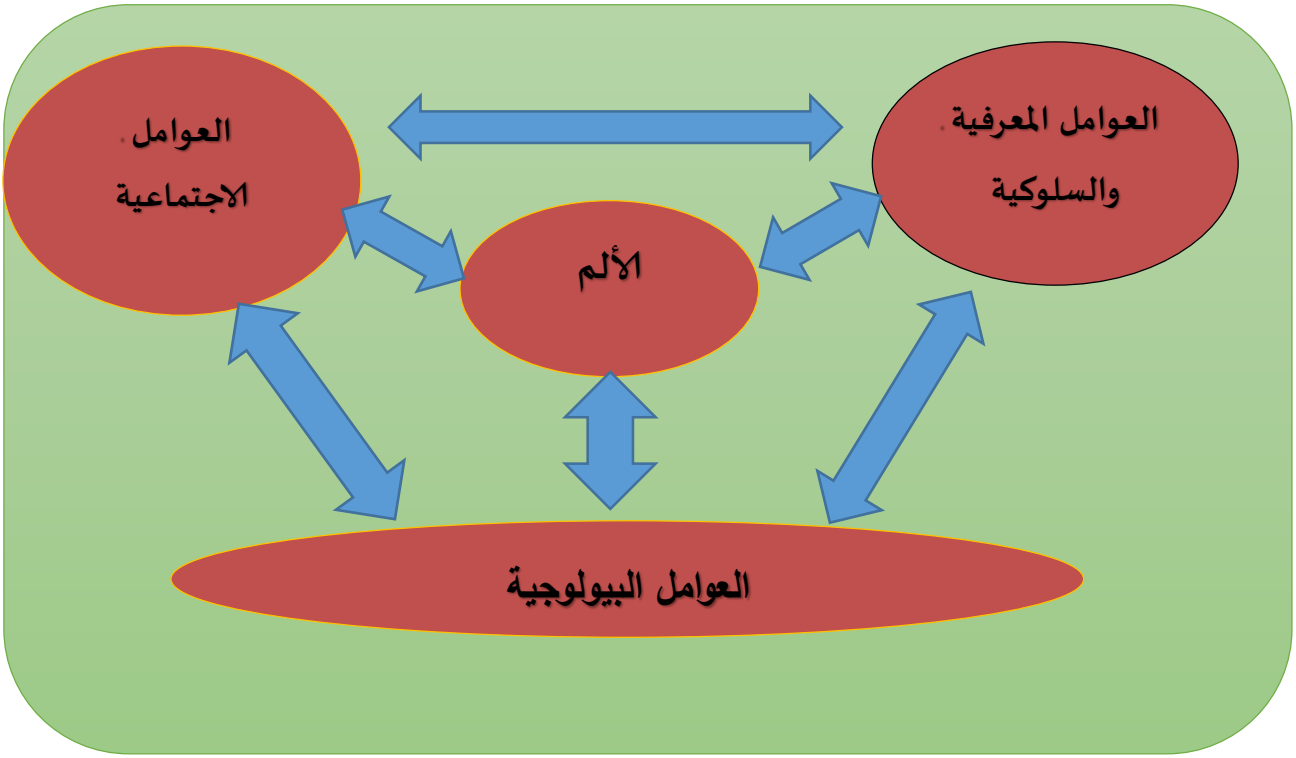
وفي عام 1987 قام وودل **(Waddell)** بوضع الشكل النهائي للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي من خلال المقارنة التي أجراها لويسر **(Loeser)** والنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي وضعه أنجل **(Engel).** ولقد أوضح في نموذجه أنه لكي يتم فهم خبرة الألم لابد من أن نأخذ بعين الاعتبار عددا من العوامل التي تتفاعل مع لتشكيل خبرة الألم، كالعوامل البيولوجية والوجدانية، وإدراك الشخص لخبرة الألم وكيفية استجابته

لهذه الخبرة والعوامل التي يمكن أن تضخم أو تعظم فكرة أو خبرة الألم لدى الشخص. **(Mathew, Ravichandran, May& Morsly ;2001,Gatchel et al ;2007)**

ويقوم النموذج على افتراض وجود تفاعل دينامي بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تشكل استجابة الفرد لخبرة الألم، على سبيل المثال: التغيرات التي تحدث في العضلات والأوتار، والمفاصل، والتي ينتج عنها نوع آخر من أنواع الألم، وكذلك معتقدات الشخص واتجاهاته نحو الألم، ودور الثقافة والتفاعل الاجتماعي، والدور الاجتماعي للفرد. **(Waxman,2006,pp.12 ,13)**

وقد أوضحت الممارسة الاكلينيكية، والبحوث الاكاديمية الحديثة ضرورة تبني النموذج متعدد الأبعاد القائم على إسهام العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وبناءا على ما افترضه النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، تطور منحى العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن. **(Ann,2002,PP. 11,12)**

وأسهم ذلك في ظهور العديد من مراكز التأهيل لمرضى الألم المزمن، والتي أوضحت أهمية الاعتماد على التقنيات السلوكية كجزء أساسي في علاج مرضى الآلام (ألم أسفل الظهر المزمن نموذجا)، وذلك لأنه يمكن تفسيره في ضوء العوامل المرضية بمفردها، بل لابد من أن نأخذ بعين الاعتبار سلوكيات الفرد، إدراكاته، عواطفه، البيئة الاجتماعية المحيطة به. **(Roelofs,Boissevain,Peters,Degong& Vlaeyen,2002)**



شكل رقم 2: النموذج النفسي البيولوجي الاجتماعي

خلاصة الفصل:

من خلال العرض السابق لمختلف ما يدور حول الألم المزمن، نستنتج أن هذا الأخير يعتبر من الظواهر الصحية المعقدة التي يكتنفها الغموض سواء من التظاهرات التي تتجسد في الشخص المصاب أو في طريقة علاجه. كما يعتبر الألم المزمن خبرة متعددة المحاور أي تساهم في نشؤه مختلف المتغيرات سواء كانت النفسية أو الاجتماعية أو البيولوجية أو الاقتصادية...الخ. حيث تكون هذه العوامل السبب في حدوث الألم أو الشفاء منه.

الفـصل الثالث:

نـوعية الحياة

تمهيد:

يعد مفهوم نوعية الحياة، من بين المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما كبيرا من طرف العديد من الباحثين في عدة ميادين، ومن بينها ميدان علم النفس الصحة. حيث نجده قد ارتبط بالعديد من الاضطرابات والمشكلات الصحية والتي اخترنا من بينها الألم المزمن في هذه الدراسة.

إذ حاولنا في هذا الفصل، التطرق إلى تاريخ نوعية الحياة، مع تقديم مرجعيات وتعاريف حول هذا المفهوم مع أهم المجالات التي ارتبط بها، والاتجاهات أو النظريات التي حاولت إعطاء صورة واضحة عن نوعية الحياة، حيث نجد أن كل اتجاه انطلق من نقطة معينة في تفسيرها. وفي الأخير حاولنا التطرق لأهم المقاييس التي استعملت لقياسها سواء كانت عامة أو خاصة.

1-لمحة تاريخية عن مفهوم نوعية الحياة:

يعتبر مفهوم "نوعية الحياة" مفهوم قديم ومفهوم عالمي رغم حداثته، فيرجع الاهتمام بهذا المصطلح إلى الفلسفة اليونانية. حيث اهتم ارسطو من خلال أعماله بتوضيح الأسباب والعوامل المؤدية إلى الحياة الجيدة ويأتي على رأسها السعادة.

يعد أرسطو من أوائل الذين تحدثوا مبكرا عن نوعية الحياة وذلك في كتابه "الأخلاق" (322-284 ق.م)، إذ قال:" أن كل العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة، وهي أن يكونوا سعداء، ولكن الحياة الجيدة ومكونات السعادة عليها خلاف، إذ يقول بعض الناس شيئا ما، في حين يقول آخرون أشياء مختلفة ومن الشائع كذلك أن الفرد نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة، وعندما يكون فقيرا يرى السعادة في الغني، ويرى أرسطو أن الحياة الطبية **WELL-BEING** تعني حالة شعورية، ونوعا من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث سوى نوعية الحياة. **(Fayers&Machinm,2007, p.5)**

وقد نقل أيضا عن **سقراط** في قوله: "اهتم بنوعية حياتي أكثر من اهتمامي بعدد الأيام التي أعيشها." **(Auquier,2004,p9)**

وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على الاهتمام الذي كان يولى لهذا المفهوم منذ القدم. وتطور مفهوم "**نوعية الحياة**" في 1950 بعد الحرب العالمية الثانية كمفهوم عام، ومرجعية هذا المصطلح كانت بالخصوص في مستوى الحياة الأمثل، ظروف أو شروط الرخاء المادي التي يجب أن يتمكن كل فرد أن يصل إليها.

في بداية الأمر استعمله الرئيس الأمريكي جوهانس **Lyndon. B.Johnson** سنة 1964 في خطاب له بلغة علمية، ليبرز اهتمامه بنوعية حياة شعبه. ثم تمدد هذا المفهوم تدريجيا ليشمل المستوى الاجتماعي والفردي وبداية استعماله في الدراسات الطبية

منذ السبعينات. وفي هاته المرحلة تمحورت أبحاث معظم الباحثين حول الفرد العامل في حالة النشاط (على سبيل المثال الوقاية من حوادث العمل أو حوادث المرور الطرقات)، وحول الأرباح الإنتاجية في الإجراءات الطبية المناسبة. إلا أنه لم يكن هناك اهتمام بالفئة الغير عاملة وبالخصوص الأفراد المسنين، لم يتم أخذهم بعين الاعتبار في هاته الدراسات، وحتى العينة المريضة (أي الأفراد المرضى). أما الأهمية التي يعطيها العالم الطبي لنوعية الحياة منذ سنوات 1980، يمكن شرحها بعدة طرق:

حيث سمح التطور التكنولوجي الطبي في المجتمعات الغربية خـلال القرن 20م، بزيادة طول العمر الأفراد، ولكن في نفس الوقت نجد أن معظم الشعوب تعرضت لارتفاع مفاجئ للأمراض المزمنة، والأمراض التنكسية أو التدرجية **(كالزهايمر)** التي لا يملك الطب لمواجهتها علاج فعال. ولكن في بعض الاختصاصات (كالأورام السرطانية الذي يعتبر كأول ميدان تم الاهتمام به) تعددت العلاجات الخاصة به كالعلاجات الغازية **(Invasifs)**، ومختلف آثارها الجانبية والآثار النفسية والاجتماعية الرئيسية (مثل: استئصال الثدي بالنسبة للمصابين بالسرطان)، هذا ما أدى بالباحثين للتساؤل عن أهمية هذه التقنية وثمنها وحول القيمة الحقيقية لفوائد العلاج على المريض. فالهدف من التساؤل الذي وضعه الباحثون هو معرفة ما إذا كان إطالة الوجود في سنوات الحياة المكتسبة يرافقه الحفاظ على نوعية الحياة أم لا.

إضافة إلى ذلك، اقترح المعالجين علاجات لمعظم الأمراض المزمنة ذات الأعراض القليلة (مثل: ارتفاع الضغط الدموي)، والتي يمكن أن تولد بعض الآثار الثانوية المزعجة (مثل التأثير على الطاقة الجنسية)، حيث لم تعد فعاليتها على المرض كافية لإثبات تفوقها مقارنة بالآخرين. وفي هذا الإطار، اعتبرت المؤشرات التقليدية المتاحة للصحة (كالأعراض، العلاج، الموت)، لا تسمح بالتأكيد على الفروق ذات الصلة بين العلاجات والترجمة الضمنية لوجهة النظر الطبية للتقييم. **(Mailhan,2003)**

في نفس الوقت، عملت **(Association active)** الجمعية النشطة، على تسجيل القرارات التي يضعها المفحوصين حول العلاج وأحكامهم الذاتية، مما أدى بالأطباء للأخذ بعين الاعتبار تصورات وميولات هؤلاء المرضى واهتمامهم بنوعية حياتهم.

كما سمحت مقاييس نوعية الحياة بتغييرات وجهة النظر لتبني وجهة نظر المريض. حيث أضيف للمقاييس نوعية الحياة البدائية أو الأولية مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. على الاقل، تحليل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لم يقم في معظم الاوقات إلا بإضافة مكونات كالسعادة والرضا عن الحياة والتي تهتم إلا بالمظاهر التي مسها المرض، أو علاج المرض، وغالبا ما تمتد إلى النتائج غير مباشرة للمرض تحت عبارة الانتاجية (البطالة، المالية...).

هذا المنظور اذن لا يأخذ بعين الاعتبار العلاقات الوثيقة بين الحالة الصحية والمظاهر الأخرى كصورة الذات، والاستراتيجيات الشخصية. **(Leplége,2001)**

كما سمح مصطلح **Santé Conceptuelle** أو الصحة الذاتية المطور من طرف **Bucquet(1991)** باجتياز مرحلة إضافية وبتوسيع مفهوم الذاتية إلى مجال قياس أوسع. فبالفعل فهو يدمج إحساس المفحوص باتجاه مرضه **(في التكامل مع مرضه الحقيقي ومرضه الموضوعي او المشخص)**. كما هو الحال بالنسبة لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، فهو يأخذ بعين الاعتبار تقدير المفحوصين حول نتائج صحتهم مثلما يدركونها هم بحد ذاتهم. فبالتالي هنا يستخدم المفحوص نظامه التقييمي وأولوياته. **(Mailhan,2003)**

ويقول باسكال اكيير **Pascal Auquier** أن المستحدث أو المستجد، ليس البحث في نوعية الحياة وإنما الإرادة الطبية في استعمال أداة للقياس تسمح بتكميم نوعية الحياة هذه من خلال استجابات المريض عن الأسئلة المطروحة. وصرح بارجي جونسون **Bergt Jônsson** أنه "بينما كان الاهتمام في السبعينيات ينصب حول القيمة والميزانية

الطبية والمداخيل وفوائد الربح المحققة من التقدم الطبي، فإنه بالموازاة بعيدا عن النشاطات العادية في المستشفيات والعيادات الطبية كانت تقام دراسات إبيديميولوجية، استغلت لفهم تراجع أو تباطؤ المرض أو بالعكس استفحاله في أواخر الثمانينات في **1987**، لكن دون توفر مقياس معياري يعتمد عليه، حيث ظهر بداية مقياس **(QALY): Years Quality Ajusted Life** ليترجم إلى اللغة الفرنسية **(AVAQ): Années de Vie Ajustées sur la Qualité**، ثم تم توسيع اهتمامات نوعية الحياة إذ لم يعد يحدد في أسئلة تقنية تخص القياس فقط وأصبحت أدواتها تجد معناها في رؤية تمس جوانب الفرد ككل، كوحدة ينتمي لمجتمع معين، ليصبح بعدها مسألة سياسية متجذرة وعميقة. **(Peslin, 2004, pp.12,13)**

2-مرجعيات وتعاريف نوعية الحياة:

2-1 المرجعية الموضوعية لنوعية الحياة:

إلى غاية 1960 كانت نوعية الحياة تقيم انطلاقا من مؤشرات اقتصادية موضوعية (معدل الفقر، معدل البطالة، المنتوج الداخلي الخام...). بعد ذلك تم الاهتمام بالارتياح **(Bien-être)** المجتمعات باستعمال مؤشرات متنوعة (أمل الحياة، وفيات الأطفال، الأوبئة، التلوث...).

في نهاية القرن 20 تطورت المفاهيم الموضوعية لنوعية الحياة باتجاه مفاهيم ذاتية ومؤشرات اقتصادية وباتجاه مؤشرات سيكو-اجتماعية ومن مفهوم اجتماعي إلى مفهوم فردي. حيث أعد برنامج للأمم المتحدة للتنمية **2011 (UNDP)** مؤشر لنوعية الحياة المركب ذو الابعاد الثلاثة: الصحة، التربية، ومستوى المعيشة.

فإحدى المشكلات التي تطرحها المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة هي صعوبة الاتفاق حول الموارد والفرص والسلع والخدمات التي تسمح بتلبية وضمان حاجات

البشرية، كما أنها تستعمل في معظم الأوقات لوصف حالة المجتمعات والأفراد.
(M.Bruchon-schweitzer, 2014, p.41)

2-2 المرجعية الذاتية لنوعية الحياة:

فبالنسبة لنوعية الحياة الذاتية فهي استمدت أصولها من حركة المؤشرات الاجتماعية التي ظهرت في منتصف 1960 بالولايات المتحدة وغرب أوربا والتي تهتم بمؤشرات ذاتية –فردية (الارتياح **"bien être"**، الرضا**"satisfaction"**، السعادة **"bonheur»**)، المنبثقة عن ميدان الصحة العقلية والفلسفات الإنسانية والنفعية.
(Rapley,2003,pp.5,10)

وفي المقابل وحسب المدرسة الاسكندنافية، ترى أن نوعية الحياة مفهوم بديل لمصطلح الرفاهية المادية **(Bien-être matériel)** والتي ترى أنها تقترب أكثر من مفاهيم الرضا**(Satisfaction)** والارتياح الذاتي **(Bien-être subjectif).**

(M.Bruchon-schweitzer, 2014, p.42)

وتعرفها منظمة الصحة العالمية **OMS:** "بأنها إدراك الفرد لمكانته الاجتماعية في الحياة في سياق ثقافته ومنظومة القيم التي ينتمي إليها في علاقته بأهدافه وتوقعاته واهتماماته". **(Peslin, 2004, p11)**

فبالنسبة لمعظم العلماء يرون أن نوعية الحياة لا تقتصر على الموارد الموضوعية (ظروف الحياة والحالة الصحية....) بل يجب أخذ بعين الاعتبار هل تلبي هذه الموارد حاجاتهم ورغباتهم وتطلعاتهم.

ولكن في مجال الاقتصاد والعلوم الاجتماعية، فنوعية الحياة تعرف على أساس مفهوم ادماجي، لا يقتصر فقط على الحالة الصحية ومستوى المعيشة بل يتصل بميادين أخرى علائقية واجتماعية خاصة (المجتمع، العمل، ...).

أما نوعية الحياة المتعلقة بالصحة **(DdVS)** فهي تتأثر بالصحة الجسمية والعقلية للأفراد وما هي إلا مجموعة جزئية من نوعية الحياة. ولتقييمها، نطلب في العموم من الأفراد أن يصفوا حالتهم الصحية وانعكاسات هذه الأخيرة على ميادين حياتهم المختلفة.

لكن المشكل المطروح هو أن قياسها، لا يأخذ بعين الاعتبار تداخل الحالة الصحية والصحة الذاتية ومشاكل الصحة الفعلية مما يعقد من تفسير وتحليل النتائج.

(M.Bruchon-schweitzer,,2014, p.43)

2-3 المرجعية التكاملية أو المدمجة لنوعية الحياة:

معظم العلماء الآن يعتقدون أن نوعية الحياة تشتمل على جانبين في نفس الوقت (الجوانب الموضوعية والذاتية) كمؤشرات صحيحة.

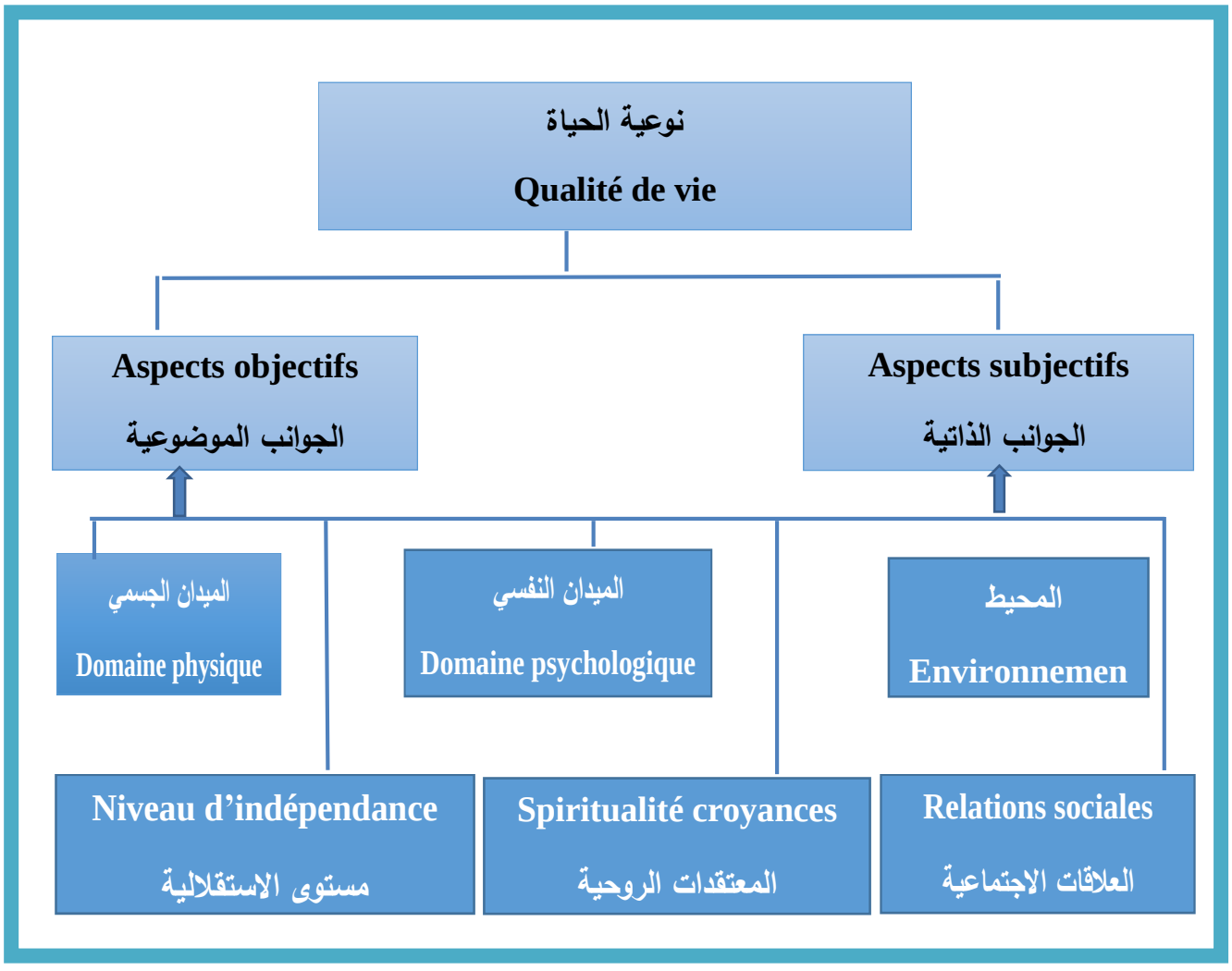
حيث تعرف **هناء الجوهري** نوعية الحياة من هذا المنطلق: "بأنها إشباع الحاجات الأساسية للأفراد بحيث يمكن قياس الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية تقيس المقدار الذي يحقق من الإشباع." **(هناء الجوهري، 1994)**

ومن بين المفاهيم التكاملية أيضا لنوعية الحياة نجد تعريف **(WHOQOL Group,1995)** على أنها: "مفهوم جد واسع ويتأثر بطريقة معقدة أو مركبة بالصحة الجسمية للفرد وحالته النفسية، ومستوى حكمه الذاتي وعلاقاته مع العوامل الأساسية لبيئته."

والنموذج المنبثق من هذا التعريف والذي اقترحه كل من Urizar et Caqueo-Urizar(2012) يوضح مفهوما تكامليا وإضافيا لنوعية الحياة ويتضمن وجهات نظر ذاتية وموضوعية تجاه الميادين الأساسية المختلفة. رغم أن هذا التعريف يعتبر تعريفا كاملا إلا أنه يبدو بعض الشيء ثابتا. فمعظم تعاريف نوعية الحياة تسلط الضوء على الجوانب العملية مثل تعريف **OMS (1984)** التي تعرفها:" على أنها

مجموع الموارد (الاجتماعية، الشخصية والجسمية) المهمة بالنسبة للفرد لتحقيق طموحاته وتلبية حاجياته".

وهنا تعاريف أخرى لنوعية الحياة التكاملية كتعريف **(Lawton,1997)** الذي يرى أنها: "التقييم متعدد الأبعاد يكون وفقا للمعايير الاجتماعية والمعايير الفردية للنظام "فرد–المحيط" لكل فرد. انظر الشكل الموالي:



شكل رقم 3: المفهوم التكاملي أو الإدماجي لنوعية الحياة

(تعريف المنظمة العالمية للصحة، 1995) (M.Bruchon-schweitzer,,2014,p.45)

3-مجالات ومكونات نوعية الحياة:

يتفق معظم الباحثين والمختصين في مجال الصحة أن نوعية الحياة هي مفهوم مركب ومعقد، يضم مجالات عديدة جسمية، عقلية واجتماعية وهذه المجالات تقدر حسب معيارين:

- موضوعي من طرف الملاحظ، طبيب أو فاحص، تشخيص طبي شمولي، فحوص شبه عياديه، أشعة، تخطيط دماغ، تحاليل،
- وآخر ذاتي من قبل المريض ذاته أو ما يعرف بالصحة المدركة، وذلك بهدف الوصول إلى تقدير أكثر دقة وموضوعية.

وحسب منظمة الصحة العالمية **OMS** ترى أن نوعية الحياة تستند إلى أبعاد مقبولة إلى حد ما والتي تتمثل في: الصحة الجسمية، الصحة النفسية الذاتية، العلاقات الاجتماعية والبيئية وهناك أيضا من يضيف الجانب الروحي. ومن أهم مجالات نوعية الحياة ما يلي:

3-1 المجال الجسمي لنوعية الحياة:

يضم هذا المجال عناصر عديدة للصحة أهمها الصحة الجسمية والوظيفية، والكفاءات الوظيفية التي تنقسم بدورها إلى مكونات جد دقيقة، فالصحة الجسمية تضم الطاقة الحيوية (التعب، النوم، الراحة، الآلام، الاعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية)، في حين تشمل القدرات الوظائفية:

الوضعية الوظيفية، حركية الفرد، النشاطات اليومية التي بإمكانه القيام بها ومدى استقلالية أو ارتباطه (حاجته للمساعدة)، لذا يظهر أن فصل الاختلال النفسي عن الجسمي والاجتماعي في تداخلهم وتأثيراتهم المتبادلة، افتراضي أو اصطناعي لتسهيل التداول لا غير.

والأدوات المرتبطة بهذا المجال لا توضح في أغلب الأحيان ان المفهوم يرتبط بـ **QdVS** وفي معظم الأوقات نجدها في تسميات مختلفة (كالارتياح، الصحة، المرض، نوعية الحياة) كمقياس **MOS-SF36**، **QWB (Quality of Well Being scale)**، **SIP**(Sickness Impact Profile) فهي مقاييس تعطي أهمية كبيرة للاستقلالية الوظيفية (تأدية المهام اليومية والأدوار العائلية، والاجتماعية والمهنية). اذن فنوعية الحياة المرتبطة بالصحة هي مفهوم جد خاص اذ لا تتعلق بالأداء العام للأفراد كما هو الحال بالنسبة لنوعية الحياة العامة.

فالمجال الجسمي لنوعية الحياة يتضمن جانبين: جانب الصحة البدنية (الحالة الصحية) التي تضم: الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الألم، ومختلف الأعراض والعوامل البيو–طبية وكذلك جانب القدرات الأدائية (الاستقلالية)، وهذين الجانبين يمكن تقييمهما خارجيا من خلال: " نتائج التحاليل والاختبارات، التشخيص الطبي... أو تقييمها داخليا من خلال: "الصحة والقدرات الادائية الذاتية". وبعد مدة من الزمن، يمكن استعمال البيانات أو المعطيات الخارجية في تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ولكن نعطي الأهمية الكبيرة لجانب التقويم الذاتي.**(M.Bruchon-schweitzer, 2014, p49)**

3-2 المجال النفسي لنوعية الحياة:

هذا المجال يضم مجموعة من الجوانب التي تتميز بالخصوصية فهناك مقاييس عديدة اهتمت بهذا الجانب كمقياس **WHOQOL-100** الذي يحتوي على 06 جوانب بما فيها الصحة النفسية التي تنقسم بدورها إلى 05 مكونات: العواطف الإيجابية، العواطف السلبية، تقدير الذات، القدرات المعرفية "الذاكرة، التفكير، التركيز، قدرات التعلم"، صورة الجسد، المظاهر المدركة. وفي معظم الأحيان نجد أن المجال النفسي، يضم الجانب الروحاني والمعتقدات الشخصية والجانب الديني كجزء منه.

فالمجال النفسي لنوعية الحياة يضم الانفعالات والحالة العاطفية الإيجابية وكذلك غياب او ضعف شدة الوجدانيات السلبية (حصر، اكتئاب)، وهم بذلك يقتربون أكثر من مفهوم الصحة النفسية أو الراحة الذاتية كمفاهيم واسعة نوعا ما، لأنها تضم تفعيلات معرفية كالرضا عن الحياة. أما الكفاءات العصبية النفسية، المعرفية والنفس حركية، فيصفها بعض الباحثين في البعد النفسي، وآخرون ضمن بند الصحة الجسمية والقدرات الوظيفية حيث ترى **M.Bruchon** :" نضمن أنه من الأكثر وضوحا تصنيف كل الاختلالات والاضطرابات المتعلقة بالتوظيف النفسي للفرد أو بالعلاجات التي يتلقاها بعض الباحثين، لإضافة مفاهيم ديناميكية فاعلة مثل : (النمو الشخصي، تحديد وتحقيق الذات، الإبداع، معنى الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية وفهم العالم...)، في حين يقترح آخرون وضع قيم الإنسان في بعد إضافي خاص" .وأخيرا ولضمان تقدير ذاتي جيد للبعد النفسي لنوعية الحياة يقترح المختصون إضافة وسائل تقدير مكملة، كالاختبارات التي تقيس الفقدان أو الفعاليات المتعلقة بالقدرات العقلية، بواسطة الملاحظة مثلا، أو سلالم تقدير موضوعية من قبل ملاحظين آخرين، لتقديم توضيحات وتفسيرات للأعراض أو المشكلات النفسية. (**M.Bruchon-schweitzer, 2014, p.50**)

3-3 المجال الاجتماعي لنوعية الحياة:

تمثل العلاقات والنشاطات الاجتماعية الميدان الثالث لنوعية الحياة والذي يعد من أهم المجالات كذلك. عموما تتعارض الحياة الاجتماعية مع الانعزال والانسحابية

وهذا في جوانب عديدة: (عائلية، صداقات، مهنية، ....)، هذا اعتبارا من أن التوظيف الاجتماعي يفترض شبكة علاقات كيفية مثل: (الاندماج الاجتماعي الفعلي)، وكيفا (المساندة الاجتماعية). لهذا الغرض وضعت سلاليم عديدة لتقدير وقياس الصحة

الاجتماعية والتي تعرف بالمشاركة في النشاطات الاجتماعية: (عائلية، صداقة، تسلية، ...) والأمر يتعلق بسلم **(WHOQOL-26 ou 100, le NHP).**

نوعية الحياة الاجتماعية تقدر في معظم الأحيان بوسائل عامة، مع وجود وسائل خاصة تبحث عن التوظيف الاجتماعي للأفراد، الذي يمكن تقديره من طرف الشخص نفسه كتقدير ذاتي كما هو الحال في سلم **SAS (Social Adjustement Scale)** لـ**Weissman, Bothwell,1976.** أو سلم **SFQ (Social Functioning Questionnaire)** لـــــ **Tyrer et al 2005.**

لذا فمن المهم تقدير التوظيف الاجتماعي للأفراد من خلال تكييف التقنيات والوسائل القياس ووجهات النظر المختلفة.

3-4 المجالات الأخرى لنوعية الحياة:

بالإضافة إلى المجالات الثلاثة المشكلة لنوعية الحياة يضيف المختصون عنصر البيئة. ففي مقياس **WHOQOL-100** تعتبر البيئة بعد يشتمل على مجموعة من الجوانب الخاصة، فهناك جوانب تخص الارتياح المادي للأفراد (الدخل، نوعية السكن...)، وأخرى تخص المكان الذي يقيم فيه الفرد "الحي أو المدينة" وما تشتمل عليه هذه الاخيرة من :(أمن وحرية، تسهيلات وتوفر مراكز العلاج، نوعية العلاجات، الجو، الضوضاء، التلوث، وسائل النقل...).

وفيما يخص أبعاد الارتياح المقترحة من طرف علم النفس الإيجابي مثل: (الازدهار، تحقيق الذات، معنى الحياة، الالتزام...)، فهي تتلاءم والمحتويات الإيجابية للأبعاد النفسية، الجسدية والاجتماعية لنوعية الحياة.

(M.Bruchon-schweitzer, 2014, p.53)

وبهذا نرى أنها طرحت العديد من التعاريف حول نوعية الحياة تختلف باختلاف المدارس والتوجهات واختلاف موضوع القياس والأهداف التي يسعى لتحقيقها. وتبقى على أنها مفهوم يصعب إعطاء تعريف محدد له، كونها ذاتية وضمنية ومتعددة العوامل. **(Leplége, 1999, p.13)**

4-التوجهات النظرية لنوعية الحياة:

نظرا لتعدد تعاريف نوعية الحياة من طرف العديد من الباحثين والعلماء وكذلك بالنسبة للفلاسفة القدماء من خلال ضبط المسار التاريخي لهذا المفهوم الذي أدى إلى تعدد وظهور العديد من الاتجاهات التي تفسر هذا المصطلح وهي:

4-1 التوجه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى: إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية الحياة.

الثانية: وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة. ووفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير نوعية الحياة

4-1-1 نظرية "لاوتن" (1997 Lawton theory):

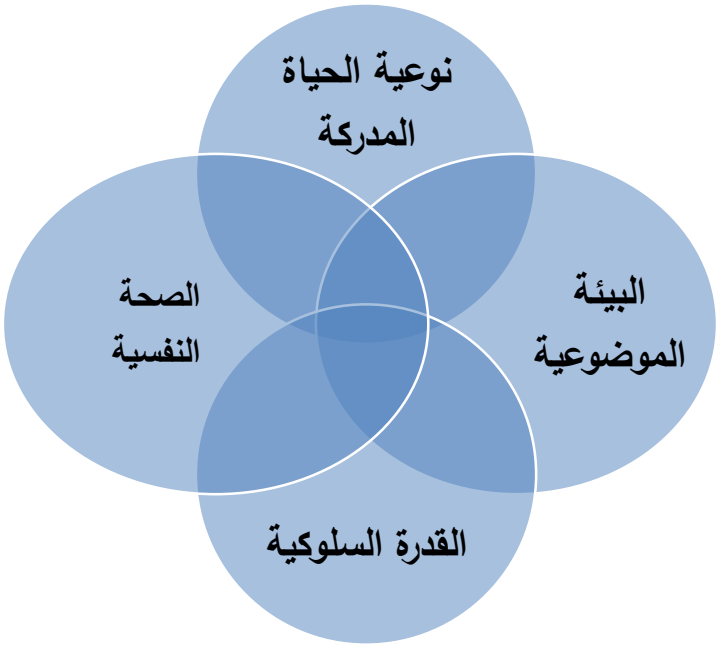
طرح لاوتن مفهوم طبعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

- **الظرف المكاني:** إن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة

الفرد كالتأثير على الصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزماني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته. **(Argyle,1999, pp.353,373)**

والمخطط التالي يبين أثر طبعة البيئة على إدراك الفرد لنوعية حياته وتأثر قدرته السلوكية وصحته النفسية بهذا الأثر.



(Brown,2009, p.25)

شكل رقم 4: جودة الحياة المدركة وفق مفهوم طبيعة البيئة

4-1-2 نظرية شالوك (2002 Schalok theory):

قام **2002 Schalok** بإعطاء تحليل مفصل لمفهوم نوعية الحياة على أنه يتكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور

الفرد بنوعية الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لنوعية حياته.

والمخطط الآتي يوضح المجالات الثمانية التي تطرق إليها **Schalok** في نظريته:

	المجـــــــالات							
	السعادة الوجدانية	**العلاقات بين الشخصية**	**السعادة المادية**	**النمو الشخصي**	**السعادة البدنية**	**تقرير المصير**	**الاندماج الاجتماعي**	**الحقوق البشرية والقانونية**
المؤشرات	الرضا مفهوم الذات انخفاض الضغوط	التفاعلات العلاقات الاسناد	الحالة المادية العمل المسكن	التعليم الكفاءة الشخصية الأداء	الصحة الأنشطة اليومية وقت الفراغ	الاستقلالية الاختبارات الأهداف	الترابط الاجتماعي الأدوار الاجتماعية التكامل	الحقوق الفردية والجماعية القانون

جدول رقم 2: يوضح المجالات الثمانية لنوعية الحياة بالنسبة لنظرية Schalok

4-2 التوجه الإنساني:

حيث يرى أن التوجه أن نوعية الحياة مرتبطة بعنصرين هامين وهما:

أ- وجود كائن حي مناسب

ب-توفر بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن،

وذلك لأن ظاهرة الحياة تظهر من خلال التأثير المتبادل بين العنصرين، فهناك بيئة وما تتوفر عليه من موارد طبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، والناحية الثانية البيئة الاجتماعية والتي تقوم بضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع. فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه الأسس وعدم خروجهم عنها. **(رضوان، 2006، ص ص96-99)**

وقد أكد هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على مفهوم الذات **Self concept**، وقد بين ان حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة. **(Rebecca,2000, p.39)**

ومن أكثر نظريات هذا التوجه حداثة ما يلـي:

4-2-1 نظرية رايف (1999 Ryff theory):

حيث اهتمت هذه النظرية بمفهوم السعادة النفسية **" Psychological Happiness"** اذ أن شعور الفرد بنوعية الحية ينعكس في درجة احساسه بالسعادة التي حددها رايف **Ryff** بستة ابعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته، وهذه الابعاد هي:

البعد الأول: الاستقلالية Autonomy: وصفاته تتمثل بقدرة الشخص على:

- يقرر مصيره بنفسه
- يكون مستقلاً بذاته .
- قادراً على مقاومة الضغوط الاجتماعية
- يتصرف بطرائق مناسبة .
- منظم في سلوكه .
- يقيم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية.

البعد الثاني: التمكن البيئي Environmental mastery: ومن صفاته:

- الكفاية الذاتية للفرد
- قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته
- قدرته على الافادة من الفرص المتاحة لديه

- قدرته على اتخاذ الخيارات
- الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية
- قدرته على اختبار قيمه الشخصية.
- قدرته على التصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه.

البعد الثالث: النمو الشخصي Personal Growth:

ومن صفاته:

- شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر
- ادراكه لتطور وتوسع ذاته
- انفتاحه للتجارب الجديدة
- احساسه الواقعي بالحياة
- شعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوماً بعد اخر
- سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفاعليته الذاتية

البعد الرابع: العلاقات الايجابية مع الاخرين Positive relation with others:

- ومن صفاته:
- رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية
- ثقته بالآخرين من حوله
- قناعته برفاهية الاخرين
- قدرته على التعاطف والتودد للآخرين
- اهتمامه بالتبادل الاجتماعي
- اظهاره للسلوك التواصلي مع الاخرين.

البعد الخامس : تقبل الذات Self – Acceptance:

ومن صفاته:

- اظهار الفرد توجهاً ايجابياً نحو ذاته
- قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية والايجابية)
- الشعور الايجابي لحياته الماضية
- تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية
- يشعر بخصائص ذاته المميزة
- يظهر النقد الايجابي لذاته.

البعد السادس : الهدف من الحياة Purpose in life:

- ان يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحيات الماضية والحاضرة.
- ان يضع اهدافاً تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها.
- ان يسعى لتحقيق غاياته في الحياة.
- ان تكون له القدرة على توجيه اهداف حياته.
- ان يكون قادراً على الادراك الواضح لأهداف حياته.

ان يدرك ان صحته النفسية تكمن في احساسه بمعنى الحياة.

لقد بين **Ryff** أن نوعية حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الازمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وان تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بنوعية الحياة. **(Ryff,1989,pp.971,972)**

4-3 التوجه التكاملي:

4-3-1 نظرية اندرسون (Anderson Theory 2003):

طرح اندرسون **Anderson (2003)** شرحا تكامليا لنوعية الحياة، حيث أخذ بعين الاعتبار عدة عوامل فضلا عن العوامل الموضوعية مثل: السعادة **Hapiness**، معنى الحياة **Meaning of life**، نظام المعلومات البيولوجي **The biological information system**، الحياة الواقعية **realizing life**، وتحقيق الحاجات **fulfillment of needs** من أجل إعطاء إطار نظري شامل ومتكامل لتفسير نوعية الحياة. **(Ventegot,2003, p.141)**

لقد أشار أندرسون **Anderson** إلى أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يّقيم شخصياً ما يدور حوله، كما يمكنه من ان يكون أفكارا كي يصل الى الرضا عن الحياة **Life satisfaction**، وأن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي للشعور بنوعية الحياة:

1- الأولى: وهي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد الى تحقيقه.

2- الثانية: المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الافكار والأهداف.

3- الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي.

ومن خلال هذه السمات فإن التوجه التكاملي يضع مجموعة من المؤشرات التي تدل على نوعية الحياة:

- إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بنوعية حياته، وإن هذا الشعور يتحقق بالآتي:

أ- أن نضع أهدافاً واقعية نكون قادرين على تحقيقها.

ب- أن سعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.

- إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضروري إلى رضا الفرد وإلى شعوره بنوعية الحياة، ذلك إنه أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.
- إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات ابداعية، وعلاقات اجتماعية جيده وأهداف ذات معنى، وبعائلة تبث فيه الاحساس بالحياة هو الذي يشعره بنوعية الحياة. **(Anderson,1991, p. 28)**

5-تقييم نوعية الحياة:

كان موضوع تقييم نوعية الحياة موضوع جدل كبير خاصة فيما يتعلق بالكمي والنوعي، بالخصوص أنه في أغلب الأوقات يتم القياس على عناصر ذاتية (رأي المفحوص). وفي الآونة الأخيرة تم تطوير العديد من السلالم المرتبطة بمنهجية صارمة وهي صالحة لحد الآن في العديد من السلالم الثابتة والمستعملة لقياس نوعية الحياة.

فتقييم نوعية الحياة يمكن أن يكون من خلال تقييم ذاتي **(Auto-évaluation)** أو تقييم مغاير **(Hétéro-évaluation).**

- **الاستبيانات على شكل تقييم ذاتي:** وهو نوع من الاستبيانات التي تسمح بمقاربة ذاتية لنوعية الحياة. وفي مثل هذه الاستبيانات المفحوصين هم من يقومون بمليء السلالم وتكون في شروط موحدة قدر الإمكان. وهذا النوع من التقييم تظهر إيجابيته في سهولة وبساطة استعماله، كما أنه صالح للاستعمال في الدراسات الطولية، دون خطر إدخال حكم طرف ثالث كما يمكن أن يحدث في السلالم الخاصة بالتقييم المغاير **(Hétéro-évaluation).** تسمح هاته المقاربة

بتقييم نوعي لنوعية الحياة، وهذا بالتركيز على النتيجة الكاملة النهائية، وكذلك النتيجة الخاصة بكل بعد سواء كان (نفسي، جسمي، اجتماعي...). كما تسمح سلالم التقييم الذاتي لنوعية الحياة للمفحوص بعرض مشاكله وصعوباته النفسية، المادية، الاجتماعية، الروحانية وحتى الجسمية، ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار الأفراد الذين هم مصابون بمرض عصبي ولهم أعراض على المستوى المعرفي، ويجب الحذر عند تقييمهم.

- **الاستبيانات على شكل تقييم مغاير:** تكون فيها المقاربة أكثر موضوعية، يتم ملء الاستبيان من طرف الأخصائي في إطار المقابلة، وهو أكثر سهولة في الدراسات الاكلينيكية، لكن لا يمكن الوصول إلى ذاتية المفحوص من خلاله. **(Christophe.C ,2010, pp.129,130)**

6-قياس نوعية الحياة:

فيما يخص أدوات قياس نوعية الحياة فقد تم إحصاء حوالي 80 أداة في نهاية 1980، وقد بلغ عددها 500 أداة بعد 20 سنة من ذلك التاريخ. وهناك نوعان من السلاليم العامة والخاصة.

6-1 وسائل القياس العامة (Générique):

تم تطوير هاته الوسائل لكي تصلح لأكبر عدد من الأفراد والمجموعات وتغطي مظاهر عديدة من الوجود منها الجسمية، العقلية والاجتماعية للأفراد وللطريقة التي يقيم بها هؤلاء حياتهم. اذ سمحت هذه السلاليم بدراسة ومقارنة مجموعات جد مختلفة، إلا أنها جد طويلة ويمكن أن تؤثر على الإجابات. من بين هاته السلالم بعضها ما يتعلق بجودة الحياة العامة وأخرى بجودة الحياة المرتبطة بالصحة. وبعضها يكون من نوع تقييم ذاتي.

واليوم يعتبر **questionnaire de santé SF-36 Short Form-36 Health (survey questionnary)**، أكثر المقاييس استعمالا في العالم. وكما يوضح اسمه هو استبيان يركز أكثر على الجانب الجسمي، ومن المؤسف أنه يهمش الجانب النفسي لنوعية الحياة. ونجد أيضا هناك العديد من المقاييس العامة لنوعية الحياة مثل: **SIP**(Sickness Impact Profile) لـ (**Bergner** et al 1976)، **NHP**(Nottingham (Health Profile لـــ (**Hunt**,1981)، EQ-5D (European Quality of Life (Instrument لـــــ (**EuroQol Group**,1990)، WHOQOL 26 et **WHOQOL 100** (World Organisation Quality of Life) لـــ (**WHOQOL Group**,1994). **(Leplège et al , 2000)**

6-2 وسائل قياس خاصة:

نوعية الحياة المرتبطة بالصحة العامة أو الخاصة، قد انبثقت عن العديد من المحاولات العيادية، والشيء الإيجابي في وسائل القياس العامة أنها تسمح بمقارنات بين المجتمعات المختلفة، في حين المقاييس الخاصة تبدو أكثر حساسية لاكتشاف تأثير المرض والعلاجات على مختلف ميادين الحياة بالنسبة لمختلف الأمراض.

(M.Bruchon-schweitzer, 2014, p.59)

ومن بين أنواع هاته الاستبيانات ما يلي:

- **(AIMS) Arthritis Impact Measurement Scale** لـــــــ **(Meenan et al 1982) :** يقيس نوعية الحياة عند الأشخاص المصابين بالتهاب المفاصل بمركز بحث في جامعة بوسطن **Boston**، كان يحتوي في البداية على 57 بند و09 سلالم (الحركية، النشاطات الجسمية، النشاطات اليومية، الأعراض، الصحة المدركة العامة، الإصابة الوظيفية، شدة الالتهاب... الخ)، تم تحكيم هذه الوسيلة على عينة من 625 مفحوصين حث الباحثين على التعديل والتحسين منه واقتراح نسخة أو طبعة ثانية

AIMS2 أكثر طولا من الأول، ويحتوي على 78 بند و12 بعدا. ثم وضعت نسخة أخرى مطورة ومختصرة لـــ **AIMS2** تحتوي على 26 بندا.

- **Quality of Life for Cancer patients (QLQ-C30) لـــــ (Aaronson et al 1993):** تم اقتراحه من طرف **l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer)** من أجل تقييم نوعية حياة الأشخاص المصابين بسرطان الرئة، ثم كيف مع المصابين بالسرطان. ويحتوي على 30 بند ويقيس 09 أبعاد لنوعية الحياة الخاصة (الحالة النفسية، النشاطات المحدودة، الحالة المعرفية، الحالة الانفعالية، العلاقات الاجتماعية، الغثيان، التعب، الألم والحالة الصحية العامة).و قد قدمت دراسة عام 1994 على 500 مريضة مصابة بسرطان الثدي، حيث أكدت استقرار هذا البناء العاملي وتجانسه واستقرار المقاييس.

وفي الخلاصة لتقييم نوعية الحياة في عينة عياديه

يمكن أن تستعمل إما مقاييس عامة والتي تكمن فائدتها في أنها تسمح بالمقارنة بين المجموعات كما ذكرنا سابقا، وإما أن تكون خاصة مكيفة مع كل مرض وأكثر حساسية للتغيير. والحل يكمن هنا في إمكانية إضافة بنود خاصة في مقاييس عامة كما هو الحال في **Profile de Qualité de Vie Subjectif (PQVS) لـ (Gérin Dazord et al 1991).**

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا للجانب النظري لنوعية الحياة تبين لنا أن مفهوم نوعية الحياة، له أهمية بالغة في حياة الفرد، فإدراك الواقع المعاش والرضا عنه هو ما يحقق التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي، ومن ثمة يمكن مواجهة وتحدي صعوبات ومعيقات الحياة والعيش في سعادة.

الفصل الرابع:

الفعالية الذاتية

تمهيد:

يمثل مفهوم الفعالية الذاتية **(Self-Efficacy)** بعدا هاما من أبعاد الشخصية حيث يعبر عن قدرة الفرد في التغلب على المشكلات والمصاعب التي تواجهه أثناء تعرضه لمواقف حياتية مختلفة.

حيث أكد **Bondura** على أهميته باعتباره عاملا وسيطا في تعديل السلوك ومؤشرا على التوقعات حول قدرة الفرد في التغلب على معظم المشكلات، كما قد تكون هذه الفعالية إيجابية بحيث نجد الأفراد يميلون إلى تحليل المشكلات محاولين التوصل إلى حلول منطقية لمشكلاتهم مما يؤثر بشكل فعال في سلوكياتهم، وقد تكون سلبية اذ نجد أن معظم الأشخاص يقللون من قدراتهم الذاتية ومضطربين عند مواجهتهم لمواقف صعبة.

ولأهمية هذا المفهوم حاولنا التطرق في هذا الفصل إلى مفهوم الفعالية الذاتية، أبعادها ومصادرها بالإضافة إلى خصائصها والعوامل التي تؤثر عليها وتأثيرها على السلوك الإنساني، وفي الأخير عرضنا أهم النظريات التي فسرت هذا المفهوم.

1- تعريف الفعالية الذاتية:

ويعرفها باندورا **Bandura (1977)** على أنها: توقع الفرد بأنه قادر على أداء تنفيذ السلوك الملائم و المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبا فيها تخدم صحته وتزيد ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية"-**M.Bruchon** **(schweitzer, 2014, p.317)**

يعرفها مادوكس **Maddux (1998)** على أنها :" اعتقاد الفرد بقابليته العامة على عمل الأشياء التي ستوصله إلى ما يريده في الحياة ". **(Maddux,1987, p.203)**

يعرفها جيلهان **Gilihan(2003)** على أنها:" اعتقادات الفرد في قدرته لإنتاج مهمة معينة" **(Gilihan,2003,P33)**

أما **شفارتزر (Schwarzar):** فرأى أن الفعالية الذاتية هي: "عبارة عن بعد من أبعاد الشخصية، والقدرة في التغلب على المشكلات والمواقف الضاغطة التي تواجه الفرد، والتي تدفعه لاختيار القرارات المتعلقة باستراتيجيات مواجهة المشكلات."

كما رأى فولرات **vollrath (2006)** أن الفعالية الذاتية تلعب دور المعدل بالتخفيف من أثر الأحداث على نوعية الحياة والصحة.**(Vollrath,2006,pp.86,87) .**

يرى ديمبولو **Dimopolou (2012)** أن فعالية الذات تعني: " هي ثقة الفرد في قدرته على تنفيذ و تنظيم موضوعات العمل اللازمة المتطلبة لإدارة المواقف المستقبلية. كي يكون هناك تأثير ايجابي على الطرف الآخر "كالممرض للمريض". **(Dimopolou, (2012, p.509**

وقد رأى **أحمد الزغبي** أن فعالية الذات لا تعني ما يمتلكه الفرد، بل تعني اعتقاداته وأحكامه حول ما يمكنه القيام به، وقد اعتبرها على أنها حالة دافعية يتم من خلالها قياس

التقدير الذاتي للفرد، على تنفيذ أعمال معينة لتحقيق بعض أهدافه. (**أحمد محمد الزعبي، 2014، ص 475**)

ويسمي باندورا **Bandura** المستوى الذي من خلاله يدرك الفرد اكتسابه للفعالية الذاتية بفعالية الذات المدركة: **L'auto-efficacité perçue**

والتي تشير إلى معتقدات الفرد حول قدرته على تنظيم و تنفيذ مخططاته العقلية المطلوبة لإنجاز أهدافه وتحقيقها، بمعنى أن الفرد يعتقد انه يمتلك القدرة على إنجاز نتيجة معينة. **(Takeda, 2011, p.10)**

ولقد عرفها بعض الباحثين في الألم المزمن: "بأنها تشير إلى ثقة الأفراد في قدرتهم على تحمل الالم والتحكم فيه" **(Jeffrey&Carosella,1999)**

2- الفعالية الذاتية و الصحة:

لقد رأى باندورا **Bandura(1977)** من خلال نظريته "نظرية الفعالية الذاتية" أن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية الذات و الممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية أي عندما تصبح فعالية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفيسيولوجي و الصحي للفرد. و قد أكدت هذه النظرية أن أداء السلوك الصحي و ممارسته الفعلية يتم وفق شرطين أساسيين:

أ- توقعات الفعالية:

خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك، ويعني القدرة على أداء السلوك مثلا هل أعتقد أنني قادر على أداء السلوك المناسب أو الملائم.

ب- توقعات النتيجة:

خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه ويعني الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الإيجابية مثلا: "هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية."**(مفتاح محمد عبد العزيز،2010، ص160)**

3- صلة الفعالية الذاتية ببعض المفاهيم:

إن مفهوم فعالية الذات يتداخل مع العديد من المفاهيم و نعرض منها مايلي:

3-1-مفهوم الذات:

بين كل من **(Shavelson, Hubner et stanton) (1976)** أن مفهوم الذات هو مفهوم وصفي وتقييمي وهذا يتجلى في الطريقة التي يصف بها الأفراد ذواتهم، لكن باحثين آخرين مثل :**(Calland et Grégorie, 2000/ Marsh, 1999)** اعتبروا مفهوم الذات بصفة عامة أنه يحتوي على أبعاد معرفية ووصفية. **(Gwenaelle,2010, p.60)**

مفهوم فعالية الذات يختلف عن مفهوم الذات الذي يعرف على أنه: "إدراك الذات الذي يكونه الشخص انطلاقا من تجاربه وتفسيراته في بيئته المعاشة". **(Gwenaelle, 2010, p60)**

ويرى كل من نصر محمد ومحمد عبد الله (2006) أن مصطلح فعالية الذات يختلف عن مصطلح مفهوم الذات، فبينما يتحدد مفهوم الذات بالسؤال عن الكينونة (من أنا)، فإن فعالية الذات تتحد بالسؤال عن الاستطاعة (هل أستطيع أن أؤدي هذا العمل بكفاءة واقتدار).**(نصر محمد ومحمد عبد الله، 2006، ص95)**

ويعتبر ويليام جيمس **Wiliam James (1908)** من الأوائل الذين اهتموا بعلم "الذات"، وقد اعتبر **James** الذات ظاهرة شعورية، ويرى أنها: المجموع الكلي لكل ما يستطيع الفرد أن يعتبره له.**(دويدار، 1999، ص31)**

ويعرف محمد أحمد إبراهيم غنيم **(2001)** مفهوم الذات على أنه: تكوين معرفي منظم موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية، وتشمل هذه العناصر المدركات التي تحدد خصائص الذات، وتظهر اجرائيا في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو "الذات المدركة"، والتي يمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين "الذات الاجتماعية" والمدركات التي تحدد الصورة المثالية للفرد الذي يود أن يكون "الذات المثالية".

ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم عالم الخبرة الذي يوجد الفرد في وسطه، فإنه ينظم ويحدد السلوك. **(نفس المرجع، 1999، ص31)**

وقد ميز **Pagares et Miller (1994)** بين فعالية الذات ومفهوم الذات، بأن فعالية الذات عبارة عن "تقييم محدد السياق للكفاءة في أداء مهمة محددة والحكم على قدرة الفرد على أداء سلوكات محدودة في مواقف معينة، أما مفهوم الذات فيشمل على معتقدات القيمة الذاتية المرتبطة بالكفاءة المدركة لدى الفرد. **(Pajares & Miller, 1994, p.195)**

في حين يؤكد باندورا **Bandura**على التأثير المتبادل بين مفهوم الذات وفعالية الذات لدى الفرد، فالفعالية الذاتية تحسن من مفهوم الذات، والمفهوم الإيجابي للذات يساهم في رفع مستوى فعالية الذات. **(Mayor & Sutton, 1996, p.13)**

3-2 فعالية الذات وتقدير الذات :

كما يؤكد "باندورا"**Bandura** أن أهمية الفعالية لها تأثير في مظاهر متعددة من سلوك الفرد، فالفرد يختار النشاطات التي يعتقد أنه سوف ينجح فيها وبالتالي يتجنب النشاطات التي يعتقد أنه سوف يفشل في حلها. ويشير صابر عبد القادر (2003) إلى أن تقدير الذات يدور حول حكم الفرد على قيمته بينما مفهوم فعالية الذات يدور حول اعتقاد الفرد عن قدرته على إنجاز الفعل في المستقبل أن تقدير الذات يعني بالجوانب الوجدانية والمعرفية معا، وأما فعالية الذات فهي غالبا معرفية، وأن مفهوم تقدير الذات وفعالية الذات بعدان هامان لمفهوم الذات لأنهما يسهمان في صياغة مفهوم الفرد عن نفسه (مفهوم الذات). **(صابر عبد القادر، 2003، 3ص)**

في حين نجد باندورا **Bandura** يميز بين المصطلحين بكون مفهوم تقدير الذات يتضمن الحكم على قيمة الذات، بينما يتضمن مفهوم فعالية الذات الأحكام حول القدرة وليس قيمة الذات. **(Bandura, 2006, p.309)**

كما يؤثر كل منهما في الآخر فالأفراد الذين يدركون أنفسهم على أنهم ذو قيمة ومؤثرين وناجحين بمعنى تقدير ذات مرتفع بشكل عام سوف يتنبأ لهم باحتمالات النجاح في المهام حيث أن هذه الاحتمالات تكون مرتفعة وبالتالي فعالية ذات مرتفعة عن أولئك الذين يرون أنفسهم أقل كفاءة وتأثيرا ونجاحا وقيمة وبالتالي تقدير ذات منخفض.

مما سبق فمفهوم تقدير الذات يتضمن الحكم على قيمة الذات، ويتميز بالشمولية والثبات النسبي، بينما يتضمن مفهوم فعالية الذات الحكم على القدرة، ويتميز بالخصوصية والتغير.

3-3 مفهوم إدراك التحكم في السلوك:

يعرف كل من **Modden** & **Ajzen** (1986) مفهوم إدراك التحكم في السلوك على أنه تقدير الفرد، لمدى سهولة أو الصعوبة التي ستصادفه لإنجاز سلوك ما.

وعندما نميز بين هذا المصطلح ومصطلح فعالية الذات نجد أن فعالية الذات هي اعتقاد الفرد بأنه قادر على إنجاز السلوك. بينما إدراك التحكم في السلوك هو إدراك صعوبة أو سهولة إنجاز السلوك. يتضح لنا أن كلا المصطلحين يتضمنان التحكم.

فالتحكم يكون في شكلين: تحكم داخلي وتحكم خارجي، فالتحكم الداخلي يرتكز على عوامل نابعة من الداخل كالدافعية مثلا، في حين يرتكز التحكم الخارجي على العوامل خارجة عن نطاق الفرد كإرغامات المنصب، وقد بين **Terry** وزملاؤه أن فعالية الذات تستعمل للإشارة إلى عوامل التحكم الداخلي، في حين أن إدراك التحكم في السلوك يستعمل للإشارة إلى عوامل التحكم الخارجي.

حسب رأي الباحثة اتضح أن فعالية الذات مفهوم مركب تحكمه عدة عوامل ومتغيرات، وأن لها إفادة في شتى الميادين منها الاجتماعية والتربوية والمهنية.

4- مصادر الفعالية الذاتية:

إن فعالية الذات من أهم المفاهيم التي قدمها باندورا في نظريته الاجتماعية المعرفية في التعلم، إذ يرى أن اعتقادات الفرد حول القدرات والمهارات التي يمتلكها تساهم في بناء تقويماته عن فعاليته الذاتية وتحقيق النتائج الإيجابية.

وفي هذا الصدد، يرى باندورا **(Bandura,1986)** أنه توجد أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الفعالية ونذكرها كما يلي:

4-1 الإنجازات الأدائية Mastery experiences:

ويعتبر مصدر الإنجازات الأدائية أهم مصدر للمعلومات حول فعالية الفرد الذاتية، حيث يظهر هذا الجانب من خلال أنشطة الإنسان وممارساته اليومية.

فمحاولات الإنسان وسعيه للتفوق من خلال أدائه الجيد يعزز وينمي فعاليته الذاتية، لذا نجد أن الفرد الذي يسعى لنجاحات متتالية في نشاط معين، ينمو لديه إحساس عال بالفعالية الذاتية، مما يزيد من قدرته وثقته على ممارسة وأداء السلوك الملائم والمناسب.

أما إخفاق الشخص وفشله في ممارسة نشاط ما، يولد لدى الفرد الشعور بالتشاؤم والإحباط وانعدام الثقة في الذات. وعليه تعتبر إنجازات الفرد الأدائية أهم العوامل المؤثرة في فعالية الذات. **(مفتاح محمد عبد العزيز،2010،ص ص162-163)**.

4-2 الخبرات البديلة (النمذجة) Modeling :

ويحصل عليها الفرد من خلال ملاحظته لغيره حتى يتعلم من خبراتهم وإنجازاتهم، خاصة فيما يتعلق بالنماذج الإيجابية، حيث تنقل لنا الشعور والإحساس بالفعالية على أننا قادرون على تحقيق ممارسات مباشرة وناجحة مثلهم.

فالإنسان حسب هذا المصدر يقيم ويعي ما يمتلكه من قدرات، من خلال مقارنة نفسه بغيره من الناس. فالخبرات الناجحة لهؤلاء الأشخاص، ونجاحهم الدائم يولدون شعور متزايد بفعالية الذات للأفراد الآخرين، مما يساعدهم على مزاولة أنشطتهم المختلفة.

4-3 الإقناع الاجتماعي Social Persuasion:

يعد الإقناع الاجتماعي مصدرا ذا تأثير هام يعمل على تنمية الفعالية الذاتية، حيث يعتمد الناس فيه على أفكار وآراء الآخرين وانطباعاتهم بصفة كبيرة في محاولة اقتناعهم بشأن قدرتهم على تحقيق إنجازات هامة في أنماط حياتهم.

مثلا الطبيب الذي يحاول ان يقنع مرضاه عن التخلي عن عادة التدخين وضبط وزنهم، اذ يوحي لمرضاه وبشكل غير مباشر بأن لهم الفعالية الضرورية على تنفيذ ما نصح به.

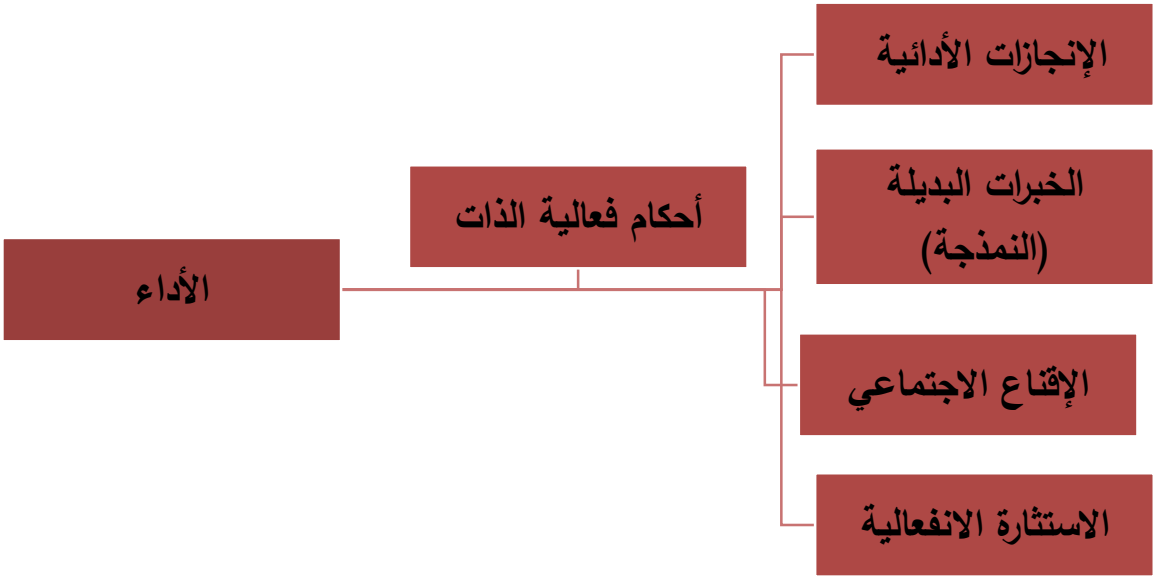
وهنا يتبين أن مصدر الإقناع الاجتماعي له تأثير كبير ومتغير من المتغيرات الأساسية والفاعلة في تفاعل الفرد وتوافقه في الحياة.

4-4 الاستثارة الانفعالية Emotional States:

كما يمكن من خلال الحالة الفسيولوجية أن يتمكن الناس إلى حد كبير من تحديد ومعرفة مدى ثقتهم وقدرتهم على ممارسة سلوكيات صحية معينة بناءا على مؤشرات فسيولوجية داخلية، فعدم وجود أعراض جانبية بعد تخليه مثلا على عادة التدخين، بينما وجود حالة التوتر والقلق والاستثارة الانفعالية يعكس إخفاقه أو فشله في مواجهة هذا التغيير، ويتجه الفرد إلى سوء التوافق، عكس ذلك نجد أن الأفراد الذين لا تظهر عليهم علامات الاستثارة الفسيولوجية عند تعاملهم أو مواجهتهم لموقف معين لهم إحساس متزايد بالفعالية على مواجهة ذلك التحدي بنجاح، وبالتالي هم أكثر احتمالا من غيرهم على تحقيق النجاح في ممارستهم المختلفة في أساليب الحياة. **(نفس المرجع، ص ص163-164)**

فالاستثارة الانفعالية تشير إلى حالات القلق والضغوط النفسية والاستثارة والإجهاد وما تتركه من أثر في معتقدات فعالة للذات، وأن الإنسان ذا الكفاية الأعلى أكثر قدرة على التحكم بها، وتظهر الاستثارة الانفعالية بصفة عامة في المواقف الصعبة والتي تتطلب مجهودا عاليا، وتعتمد على معلومات الفرد فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية، وتقويم معلوماته فيما يتعلق بالقدرة على إنجاز المواقف، وقد إعتاد بعض من الأفراد على تنفيذ عمل معين في الاستثارة الانفعالية، فنجد الفرد الذي يعاني من قلق مرتفع، يغلب أن تكون توقعاته حول فعالية الذات لديه منخفضة، في حين أن القلق الطبيعي والواقعي

يزيد من توقعات فعالية الذات ويساهم في رفع مستواها لدى الفرد. (**Bandura, 1997, pp. 38,39**)



الشكل رقم 05: مصادر فعالية الذات عند باندورا 1997

4-5 النظرية المعرفية الاجتماعية:

والتي سيتم التطرق إليها بالتفصيل فيما بعد في جزء النظريات المفسرة للفعالية الذاتية.

5- خصائص الفعالية الذاتية:

يذكر باندورا **Bandura**(1997) أن هناك خصائص عامة يتميز بها ذوي فعالية الذات المرتفعة والمنخفضة، فحسب نظرية "باندورا" **Bandura** فإن فعالية الذات تركز على؛ كيف يفكر الأشخاص وكيف يشعرون وما هي سلوكياتهم؟، وعليه قسمت خصائص الفعالية الذاتية إلى قسمين:

أ- **فعالية الذات المرتفعة:** ويكون لدى أشخاص هذه الفئة إيمان قوي في قدراتهم حيث نجد معظمهم يتميزون بالخصائص التالية:

- يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس،
- لديهم قدر عالي من تحمل المسؤولية،
- لديهم مهارات اجتماعية عالية وقدرة فائقة على التواصل مع الآخرين،
- يواجهون المواقف المهدرة بفعالية تضمن لهم التحكم في أنفسهم وانفعالاتهم.
- يتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة العقبات التي تقابلهم.
- لديهم طاقة عالية،
- لديهم مستوى طموح مرتفع، فهم يضعون أهداف صعبة ويلتزمون وصولها،
- يتصفون بالتفاؤل،
- لديهم القدرة على التخطيط للمستقبل،
- لديهم القدرة على تحمل الضغوط.

ب- **فعالية الذات المنخفضة:** حيث نجد أفراد هذه الفئة يشككون في قدراتهم اذ تميزهم مجموعة من الخصائص وهي كالآتي:

- يركزون على النتائج الفاشلة.
- أفكار متشائمة وتجدهم يشككون في قدراتهم أمام المهام الصعبة.
- مستوى الطموح ضعيف ومنخفض.
- عدم الالتزام بالأهداف التي يضعونها،
- يستسلمون بسرعة، وينشغلون بنقائصهم.
- ليس من السهل أن ينهضون من النكسات،

- يركزون على الصعوبات وعلى الموانع التي سيوجهونها أكثر من تركيزهم على النجاح، مما يجعلهم ينسحبون من مواجهة هذه الصعاب.
- سهولة تعرضهم لحالات الاكتئاب والضغط والقلق. **(Bandura, 1994, p.2)**

6- العوامل المؤثرة في فعالية الذات:

ولما لفعالية الذات من أهمية بالغة في حياة الإنسان فإن هناك عددا من العوامل التي تؤثر في فعالية الذات وتساهم في تشكيلها، ويمكن تقسيمها في ثلاث مجموعات هي:

6-1 المجموعة الأولى – التأثيرات الشخصية:

يعتمد إدراك الفرد لفعاليته الذاتية لدى الأفراد على أربعة مؤثرات شخصية هي:

- **المعرفة المكتسبة:** هناك حد فاصل بين المعرفة كما هي موجودة في البيئة وبين تنظيم الأفراد لتلك المعرفة ذاتيا وفق المجال النفسي لكل منهم، فعندما يكتسب الفرد معرفة ما، فإنه ينظمها وفقا للألفاظ التي احتوتها، أو وفقا للبناء الهرمي أو وفقا للبناء المتتابع، ومن خلال ذلك فإنه يقوم بترتيبها وتخزينها للتلاؤم مع خبراته وكيفية استخدامها في المواقف المستقبلية. **(Zimmerman, 1989)**

- **عمليات ما وراء المعرفة:** إن عمليات ما وراء المعرفة تؤثر في قرارات الأفراد وكيفية تنظيم الذات، فالفرد يقسم أهدافه ويدرسها حسب نوعها ومستوى صعوبتها وتزامنها مع الحاجة، وأن عمليات ما وراء المعرفة تقودم الفرد إلى كيفية التخطيط والمراقبة والتقويم لأفكاره التي تحقق أهدافه وآليات اتخاذ قراراته، وفي ضوء ذلك يقرر فعالية ذاته.

- **الأهداف:** ويشير باندورا **Bandura (1997)** إلى أن الأشخاص الطلبة الذين يمتلكون إحساسا قويا بفعالية الذات يميلون أكثر إلى إنجاز الأهداف الذاتية الصعبة،

وتكون أهدافهم واضحة ومحددة وواقعية، وتتلاءم مع توقعاتهم الذاتية، كما أن ذوي الفعالية الذاتية المرتفعة يمتلكون حب التحدي والمواجهة لأهدافهم، فنراهم أكثر مقدرة على مواجهة المشكلات والصعوبات بسبب الرغبة في التحدي لتحقيق الأهداف والرغبات، وبالتالي الحصول على القدر المرضي من الإشباع والرضا النفسي وتحقيق الذات.

– المؤثرات الذاتية: وهي العوامل الداخلية للفرد والتي تؤثر على سلوكه تأثيرا مباشرا أثناء أدائه لبعض الأعمال والمهمات، وهذه المؤثرات تؤدي إلى صعوبة في التنظيم الذاتي، وإحباط على المدى البعيد وهذه المؤثرات مثل القلق، وصعوبة تحديد الأهداف الشخصية، ومستوى الدافعية وعمليتي التفاؤل والتشاؤم، وهذه المؤثرات تجعل من فعالية الذات لدى الفرد في انخفاض. **(Zimmerman, 1989)**

6-2 المجموعة الثانية-التأثيرات السلوكية:

يؤكد باندورا **Bandura (1977)** أن الفرد في أثناء قيامه بالسلوك يمر بثلاث مراحل هي ملاحظة الذات، والتقويم ورد الفعل الذاتي، وتبرز في استجابات الفرد بعد تأثره بدافعية الذات، وفيما يأتي توضيح لكل مرحلة.

- ملاحظة الذات: ويقصد بها المراقبة المنظمة للأداء، وملاحظة الفرد لنفسه، وإمداده بمعلومات عن مدى تقدمه نحو إنجاز أحد الأهداف، وتتأثر ملاحظة الذات بالعمليات الشخصية مثل، فعالية فاعلية الذات وتركيب الهدف، ومخطط العمليات المعرفية، وينشأ من ملاحظة الذات عمليتان سلوكيتان، هما: نقل الأخبار شفهيا أو كتابيا، وبيان كمي بالأفعال وردود الأفعال.
- الحكم على الذات: وتعني استجابة الأفراد والتي تحتوي على المقارنة المنظمة لأدائهم مع الأهداف المنشودة والمراد تحقيقها، أو تحقيقها إلى مستوى معين.
- رد فعل الذات: وتحتوي هذه المرحلة على ثلاثة ردود أفعال هي:

1) رد الفعل الذاتي السلوكي: ويسعى فيه الفرد للبحث عن الاستجابة التعليمية النوعية التي تحقق أهدافه، لترك الأثر المرضي في نفسه.

2) رد الفعل الذاتي الشخصي: ويبحث فيه الفرد عن استراتيجيات ترفع من كفاءته الشخصية في أثناء عملية التعلم.

3) رد الفعل الذاتي البيئي: وهنا يبحث الفرد عن أفضل الظروف البيئية الملائمة والمناسبة لعملية التعلم.

6-3 المجموعة الثالثة: التأثيرات البيئية:

يذكر باندورا **(Bandura, 1977)** أن هنالك عوامل بيئية مؤثرة بفعالية الفرد الذاتية من خلال النمذجة والصور المختلفة، وأن النمذجة لها طرق مختلفة مثل الوسائل المرئية ومنها التلفاز، وأن تأثير النمذجة الرمزية يكون لها أثر كبير على اعتقادات الفعالية بسبب الاسترجاع المعرفي وأن هناك خصائص متعلقة بالنموذج ولها تأثير على فعالية الذات هي:

خاصية التشابه: وتقوم على خصائص محددة مثل: الجنس، والعمر، والمستويات التربوية والمتغيرات الطبيعية.

التنوع في النموذج: وتعني عرض نماذج متعددة من المهارة أفضل في عرض نموذج واحد فقط، وبالتالي تأثيرها أقوى في رفع الاعتقاد في فاعلية الذات.

(برهان ماهر، 2014، ص 190)

7- آثار فعالية الذات على السلوك الإنساني:

معتقدات الفعالية الذاتية تحدد كيف يشعر الناس، كيف يفكرون وكيف يتحفزون ويتصرفون. هذه المعتقدات تنتج آثارا متنوعة، حيث يرى باندورا أن الإحساس بفعالية الذات من طرف الأفراد يؤثر على طريقة التفكير والسلوك من خلال أربع عوامل داخلية أساسية:

7-1 العوامل المعرفية Processus cognitifs:

يرى باندورا أن الفرد من خلال قدرته على التفكير، يستطيع التنبؤ بالأحداث ومعرفة العوامل المؤدية إلى وقوع هذه الأحداث، فكثير من الوضعيات في الحياة اليومية تعتمد على الاستدلال من طرف الأشخاص لتقييم الأحداث وتنظيم السلوك الإنساني، وكل فشل في العمليات المعرفية الاستدلالية يضعف من فعالية الذات، وهذا على عكس الأشخاص الذين لديهم مرونة في الشعور بالفعالية الذاتية، والذين يكونون أكثر استعادة للشعور بالفعالية الذاتية في حالات الفشل.

إذا فتأثير فعالية الذات على السلوك يظهر من خلال القدرة على التنبؤ والاستدلال لتنظيم وضبط السلوك، أي أن الشعور بفعالية الذات يؤثر في النشاط المعرفي للفرد.

7-2 عوامل الدافعية Processus de motivation:

من خلال نتيجة تأثير الشعور بفعالية الذات على تنظيم وضبط السلوك، فإنه يجب على الأفراد التمتع بقدر من الدافعية التي تسمح لهم بالوصول إلى نتائجهم المرجوة.

وكلما تمتع الفرد بقدر عالي من فعالية الذات كلما كانت لديه دافعية كبيرة لتحقيق أهدافه، بمعنى أن فعالية الذات تزيد من دافعية الفرد للإنجاز، من خلال المثابرة والعزيمة ووضع الأهداف وتعديل كمية الجهود للوصول إلى الأهداف المرجوة.

في المقابل فإن الوضعيات التي ترافقها حالات من الشك وعدم الثقة في القدرات، أي إحساس ضعيف بفعالية الذات تجعل الأفراد لا يبذلون جهدا لرفع الصعوبات والتحديات التي تواجههم وبالتالي يحصلون على نتائج ضعيفة.

3-7 عوامل انفعالية Processus Affectifs:

يمكن أن تواجه الأشخاص حالات، وضعيات صعبة، ففي هذا الإطار فإن الإحساس بفعالية الذات يكون له تأثير على كمية الضغط والقلق والحالات الانفعالية الأخرى، والأفراد الذين يحسون أنفسهم قادرين على مواجهة الوضعيات الصعبة لا يضطربون انفعاليا في هذه الوضعيات، بينما نجد الأفراد الذين لا يتمتعون بفعالية ذات عالية يتأثرون بسهولة بحالات الضغط والقلق في الوضعيات الصعبة التي تواجههم، فالإحساس بفعالية الذات يسمح للفرد بتعديل الطريقة التي من خلالها يدرك ويعالج معرفيا وضعية مدركة على أنها مهددة.

4-7 عوامل ذات الصلة بالاختيار Processus de sélection:

بإمكان الأفراد التأثير في حياتهم من خلال تعديلهم وضبطهم لبيئتهم، فالإحساس بفعالية الذات له دور في اختيار الفرد للبيئة التي يريد أن يتفاعل معها.

فالأفراد الذين لديهم شكوك في قدراتهم لا يتفاعلون جيدا مع بيئتهم، في المقابل فإن الأفراد ذووا فعالية ذات عالية تكون لديهم اختيارات كثيرة، بعض هذه الاختيارات تكون لها نتائج جيدة في حياة الفرد خاصة لما تتعلق (الاختيارات) بالمجال المهني. **(Gwenaelle, 2010, pp. 81,87)**

ويرى باندورا (1986) نقلا عن يخلف (2001) أن: فعالية الذات هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة

الصحية، وقد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة:

3- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.

4- من خلال تأثيرها على مستوى طبيعة تفكيره وتصوراته للواقع.

5- من خلال تأثيرها على مستوى المثابرة في مواجهة الصعوبات المتكررة.

6- من خلال تأثيرها على الجهد المبذول للوصول لهدف معين في حياته المهنية والشخصية.

7- من خلال تأثيرها على الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته. **(يخلف، 2001، ص 35)**

8- نظريات الفعالية الذاتية:

8-1 نظرية الفاعلية الذاتية لباندورا:

أشار **باندورا Bandura (1986)** للنظرية المعرفية الاجتماعية التي اشتقت من نظرية التعلم الاجتماعي في كتابة بعنوان: **«Social Fondation of thought and action»**

حيث يعود الفضل لـ باندورا**"Bandura"** في وضع أسس وتطوير وإثراء هذه النظرية كنتاج لعشرين عاما من البحث السيكولوجي امتد من 1977 حتى 1997، ويفترض مضمون هذه النظرية أن التعلم الإنساني معرفي والتأكيد على المصادر الاجتماعية للتفكير ويظهر ذلك من خلال تعريف:

قاموس علم النفس للجمعية الأمريكية لعلم النفس **(APA)** للنظرية المعرفية الاجتماعية على أنها:

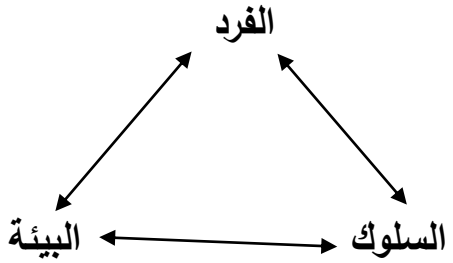
"الإطار الذي من خلاله تفسر الشخصية على أساس المحتوى المعرفي والوظائف المكتسبة من خلال التفاعل مع المحيط الاجتماعي والثقافي".

كما يعتبر باندورا أن التفكير والسلوك الإنساني يعتبران كنتاج دينامي لتأثيرات كل من:

- العوامل الشخصية التي تمثل: (المعرفة، التوقعات، الاتجاهات، ...)
- العوامل السلوكية التي تمثل: (المهارات، الممارسة، التدريب، الاستجابات)
- العوامل البيئية التي تمثل: (المعايير الاجتماعية، تأثير الآخرين)

وقد عبر عن هذا التفاعل من خلال مبدأ الحتمية المتبادلة. **(Determinisme reciproque)** الذي ينص على أن السلوك الإنساني يتحدد تبادليا من خلال تفاعل هذه العوامل الثلاثة.

حيث يعد مبدأ الحتمية المتبادلة من أهم افتراضات النظرية المعرفية الاجتماعية.



شكل رقم 06: مبدأ الحتمية المتبادلة

يتبين من خلال الشكل السابق، أن نموذج الحتمية المتبادلة يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك، وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة.

فالطبيعة المتبادلة للوظيفة الحتمية للإنسان في النظرية المعرفية الاجتماعية ممكن أن تعمل لتوجيه جهد العلاج والإرشاد إلى العوامل الشخصية والبيئية والسلوكية، واستراتيجيات زيادة الصحة النفسية تهدف إلى تحسين العمليات العاطفية والمعرفية والدافعية، وزيادة كفاءة السلوك. **(كمال أحمد النشاوي، 2006، ص 476)**

فالأشخاص بإمكانهم التفاعل وإعطاء نتائج مرغوبة من خلال التحكم في الأحداث التي تؤثر في حياتهم، هذا يعني أن كل فرد يملك نظاما خاصا به يسمى بالتنظيم الذاتي يجعله قادرا على ضبط طريقة تعامله وتفكيره. فيما يلي نتطرق لأهم المحددات التي افترضتها نظرية التعلم الاجتماعي لـ: باندورا **(Bandura)**

1) إن معظم انواع السلوك ذات هدف معين، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي؛ كالتنبؤ أو التوقع، وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز.

2) يتعلم الفرد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجها، والتعلم عن طريق الملاحظة يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، ويسمح الاكتساب السريع للمهارات المعتقدة، التي ليس من الممكن اكتسابها عن طريق الممارسة.

3) يمتلك الفرد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال، والاختيار لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج، والاتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.

4) يمتلك الفرد القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكه، وعن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية التي تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، ويقيمون سلوكهم بناء على هذه المعايير، وهذا يمكنهم من بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك.

5) يمتلك الفرد القدرة على التأمل الذاتي والتقييم للأفكار الذاتية ويتيح هذه القدرات التحكم الذاتي في السلوك.

6) يتحدد سلوك الفرد من خلال تفاعل الميكانيزمات والأبنية النفسية المعقدة وتزويده بالمرونة.

7) تتفاعل الأحداث البيئية والعوامل الداخلية مع السلوك بطريقة متبادلة باستجابة

الأفراد معرفيا وسلوكيا وهذا ما ذكرناه سابقا من خلال مبدأ الحتمية المتبادلة.
(مدحت عبد الحميد، 1999، ص 24)

ومن خلال ما سبق نجد أن باندورا **(Bandura)** قدم نظرية متكاملة لفعالية الذات وأكد أنها قوة مهمة تفسر الدوافع الكامنة وراء أداء الأفراد في مختلف المجالات.

وأنها تسهم في تحديد سلوك المثابرة، ومستويات ردود الأفعال للضغوط الانفعالية، وضبط الذات، والاختيار المهني والمثابرة من أجل الإنجاز.

8-2 نظرية شيل وميرفي :(Shell & Murphy)

يشير باجارس **Pagérs (1996)** إلى أن فاعلية الذات عبارة عن" ميكانزيم "ينشأ من خلال تفاعل الفرد واستخدامه بإمكاناته المعرفية، ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة، وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدرته على النجاح في أداء هذه المهمة، أما توقعات المخرجات أو الناتج النهائي للسلوك فهي تتحدد في ضوء العلاقة بين أداء المهمة بنجاح وما يتصوره الفرد عن طبيعة هذه المخرجات، أو الوصول إلى أهداف السلوك، وبينت النظرية أن التوقعات الخاصة بالفاعلية الذاتية عند الفرد تعبر عن إدراكه لإمكاناته المعرفية، ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالأداء أو المهمة المتضمنة في السلوك، وتنعكس على مدى ثقة الفرد بنفسه، وقدرته على التنبؤ بالإمكانات اللازمة للموقف وقدرته على استخدامها في تلك المواقف، وفاعلية الذات لدى الأفراد تنبع من سماتهم الشخصية العقلية والاجتماعية والانفعالية. **(Pagares, 1996, p.542)**

8-3 نظرية شفارتسر :(Schwarzer)

ينظر شفارتسر للفاعلية الذاتية على أنها عبارة عن بعد ثابت من أبعاد الشخصية، تتمثل في قناعات ذاتية، وفي القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد خلال التصرفات الذاتية، وأن توقعات الفاعلية

الذاتية تنسب لها وظيفة توجيه السلوك، وتقوم على التحضير أو الإعداد للتصرف، وضبطه والتخطيط الواقعي له، لأنها تؤثر في الكيفية التي يشعر ويفكر بها الناس، فهي ترتبط على المستوى الانفعالي بصورة سلبية مع مشاعر القلق والاكتئاب والقيمة الذاتية المنخفضة، وترتبط على المستوى المعرفي بالميول التشاؤمية وبالتقليل من قيمة الذات، ويبين "شفارتسر "أنه كلما ازداد اعتقاد الإنسان بامتلاكه سلوكيات توافقية من أجل التمكن من حل مشكلة ما بصورة عملية، كان أكثر اندفاعاً لتحويل هذه القناعات أيضاً إلى سلوك فاعل. **(Schwarzer, 1994, p.105)**

وعندما يواجه الفرد مشكلة ما أو موقف يتطلب الحل، فإن الفرد قبل أن يقوم بسلوك معين يعزو لنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك، وهذا ما يشكل الشق الأول من الفاعلية الذاتية، في حين يشكل إدراك هذه القدرة الشق الثاني من الفعالية الذاتية، أي عندما يكون مقتنعاً على أساس من المعرفة والقدرة، بأنه يمتلك الفعالية اللازمة للقيام بسلوك ما بصورة ناجحة فإنه بذلك يوجه سلوكه نحو جهة معينة. **(زيدان، 2001، ص08)**

4-8 نظرية التوقع :(Expectancy Value Theory)

وضع أسس هذه النظرية **Victor Froom** وتفترض أن الإنسان يستطيع إجراء عمليات عقلية كالتفكير قبل الإقدام على سلوك محدد، وأنه سوف يختار سلوكاً واحداً بين عدد من بدائل السلوك الذي يحقق أكبر قيمة لتوقعاته، من حيث النتائج ذات النفع التي سيعود عليه وعلى عمله .ويلعب عنصر التوقعات دوار مهما في جعل الإنسان يتخذ قرار في اختيار نشاط معين من البدائل العديدة المتاحة؛ كما ويشير ماهر إن دافعية الفرد لأداء عمل معين هي محصلة لثلاث عناصر:

1) توقع الفرد أن مجهوده سيؤدي إلى أداء معين.
2) توقع الفرد أن هذا الأداء هو الوسيلة للحصول على عوائد مادية.

3) توقع الفرد إن العائد الذي يحصل عليه ذو منفعة وجاذبية له.

إن العناصر الثلاثة السابقة أو التوقع والوسيلة والمنفعة تمثل عملية تقدير شخصي للفرد، وانه باختلاف الأفراد يختلف التقدير، فما يشعر به فرد آخر، وعليه فإن هذه العناصر الثلاثة تمثل عناصر إدراكية .ترى النظرية أن الفرد لديه القدرة والوعي بإمكانية البحث في ذاته عن العناصر الثلاثة السابقة وإعطائها تقديرات وقيم من خلال استعراض النظريات السابقة يتبين أن فاعلية الذات تمثل جزء من إدراك الفرد واعتقاداته، كما أنها نتاج تفاعل بين الفرد وبيئته، تؤثر فيها الخبرات الماضية وتنعكس على خبرات الفرد المستقبلية إيجاباً وسلباً بناء على أثر الخبرة السابقة، ويختلف الأفراد في فاعليتهم الذاتية مثلما يختلفون في اعتقاداتهم، وإن هذه الاعتقادات والأحكام هي التي تحرك الأفراد وتمثل فاعليتهم الذاتية، وهي محددات لسلوكهم، ونجد أن باندورا قدم نظرية متكاملة لفعالية الذات، موضحاً كيفية تكوينها وتأثيرها على السلوك الإنساني، كما بينت تلك النظريات أن البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تؤثر تأثيرا عاماً على الفعالية الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية والمعرفية، والحسية والعصبية لدى الفرد، لأنها جزء من سمات شخصية الفرد .ومن خلال عرض النظريات السابقة لفعالية الذات، نجد أنها تؤكد على أن جميع العمليات التي تحدث التغيرات النفسية والسلوكية تعمل على تعديل الشعور بفاعلية الذات، كما أنها تشير إلى معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر في حياته، فهي لا تهتم بالمهارات التي يمتلكها الفرد فحسب، وإنما تهتم أيضاً بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها.

9- الفعالية الذاتية والألم المزمن:

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

كما أظهرت بعض الدراسات أن مرضى الألم يختلفون في فعاليتهم الذاتية، وأن هذا الاختلاف يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم، فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الفعالية الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم، والنتائج الطبية السلبية، ودرجات مرتفعة للألم، وتحمل أكثر للألم، ففي دراسة طولية استمرت سنتين قام بها بريك وكول **(Brekke,M et coll,2001)** بالنرويج على مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي **(Polyarthrite Rhumatoïde)** توصل إلى أن الفعالية الذاتية ترتبط ارتباطا إيجابيا مع تدابير الحالة الصحية مثل الألم، التعب، أي أن مستويات أعلى من الألم والتعب كانت مرتبطة مع انخفاض الفعالية الذاتية. **(Barlow.J, 2010, p.4).**

كما وجد أن الفعالية الذاتية تتنبأ بمستوى الأداء الطبيعي لدى مرضى ألم أسفل الظهر المزمن، وأن التحسن في الفعالية الذاتية ارتبط بالتحسن في الألم، والعجز، والحالة المزاجية، وكذلك ارتبط بالنتائج قصيرة المدى، وطويلة المدى لتدريبات مهارات التغلب، والتدريبات المعتمدة في البرامج التعليمية للمساعدة الذاتية.

علاوة على ذلك فإن الفعالية الذاتية تؤثر أيضا على التنبؤ ببعض النتائج العلاجية بعد تدخلات الجراحية، فلقد أشارت بعض الدراسات الاستطلاعية على عينة من المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية في العظام، أن المرضى الذين أظهروا مستويات مرتفعة من الفعالية الذاتية قبل العمليات الجراحية كانوا أسرع في الشفاء كما أنهم أظهروا تحسنات علاجية لفترات زمنية طويلة، كما وجد أن التحسن في الفعالية

الذاتية بعد التدخلات العلاجية القائمة على الإدارة الذاتية، والعلاج المعرفي السلوكي ارتبط بالتحسن في الألم، والحالة الوظيفية، والتوافق النفسي.

كما أن تقديرات الفعالية الذاتية، وتوقعات الألم ارتبطا بشكل دال بأداء حركات معينة، فقد قام جينسين وآخرون **(Jensen.M et Al,1991)** بتقييم معتقدات الفعالية الذاتية لدى عينة من مرضى الألم المزمن في أثناء أداء ثماني سلوكيات للتغلب على الألم كالاسترخاء مثلا، وتوصل إلى أن معتقدات الفعالية الذاتية المتعلقة بسلوك المواجهة لدى المرضى ارتبطت بشكل مرتفع بالأداء الحقيقي أو الفعلي للسلوك.

ومن الدراسات المهمة أيضا في إطار العلاقة بين الفعالية الذاتية، وتقديرات الألم، والمزاج، الدراسة التي أجراها ليفيبفر وآخرون **Lefebvre.J et Al (1999)** على عينة من **128** مريضا برروماتويد المفاصل، وتوصل فيها إلى أن الفعالية الذاتية ارتبطت بشكل دال بالتقديرات اليومية للألم، والمزاج، وفعالية المواجهة حتى بعد التحكم في تأثير المتغيرات الديموغرافية والطبية.

وقد أثيرت مناقشات عديدة حول الميكانيزمات التي تؤثر بها الفعالية الذاتية على الألم، وقدم باندورا **(Bandura)** عددا من النقاط الهامة للطرق التي يمكن للفعالية الذاتية أن تؤثر بها على الألم، وعلاجه، وذلك على النحو التالي:

- الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات، ومعلومات تساعدهم في إدارة آلامهم، والاستمرار في الأنشطة بالرغم من الألم.
- الشعور بالفعالية الذاتية يقلل من توقعات الكدر، والتوتر الجسمي، والقلق، وذلك يؤثر بشكل ايجابي في تخفيف الألم.
- الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية يميلون إلى النظر إلى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة وذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منه **(أحمد حسانين،2011، ص ص 76-79)**.

خلاصة الفصل:

على ضوء ما تم عرضه في هذا الفصل حول مفهوم الفعالية الذاتية يمكن أن نستخلص بأنها متعلقة بمعتقدات الأفراد حول قدراتهم على إنجاز السلوك المرغوب وتحدي المواقف الصعبة والمعقدة، وهي بعد من أبعاد الشخصية تلعب دور كبير في الحفاظ على الصحة والتعامل مع المرض، فالصحة لا تتحقق إلا من خلال تنمية فعالية الذات وممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح فعالية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد وبهذا يتضح الدور الذي تؤديه في مجال الصحة.

وفي الفصل الموالي سنحاول التطرق لمتغير لا يقل أهمية عن متغير الفعالية الذاتية ألا وهو استراتيجيات المواجهة حيث سيتم عرض مختلف العناصر المرتبطة بهذا المفهوم ونبرز أيضا أهم الاستراتيجيات التي تستخدمها فئة الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة.

الفصل الخامس:

استراتيجيات المواجهة

تمهيد:

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة والمؤلمة التي تؤثر بشكل أو بأخر على مختلف مكونات شخصيته اذ تؤدي إلى فقدانه لتوازنه النفسي والانفعالي والبيولوجي، ولإعادة حالة التوازن النفسي، يلجأ إلى تطبيق مجموعة من الاستراتيجيات أو الأساليب لمواجهة هذه الضغوطات التي تسمح بالمحافظة على صحته الجسدية والنفسية.

ولى هذا الأساس تم الاهتمام بدراسة هذا المتغير في دراستنا الحالية ومعرفة مدى تأثره بكل من نوعية الحياة وفعالية ذات الفرد، ولذلك تم تخصيص فصل لهذا المتغير حيث تطرقنا فيه للعناصر التالية: لمحة تاريخية حول استراتيجيات المواجهة وتعاريفها المختلفة وكذلك أهم النماذج المفسرة والعوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المواجهة، وأهم التصنيفات التي وضعها العلماء لتحديد وظائف الاستراتيجيات حيث قام كل باحث بتفسيرها حسب توجهه وفهمه لها، وفي الأخير تم التطرق لأهم النظريات التي فسرت هذه الاستراتيجيات.

1- لمحة تاريخية حول مفهوم المواجهة:

يعتبر مفهوم المواجهة **(Coping)** مفهوم جديد نسبيا، حيث بدأ الاهتمام بدراسة هذا المصطلح في الستينات، حيث تعد دراسة مورفي **(Murphy)** من أولى الدراسات التي أشارت إلى هذا المفهوم من خلال أهم الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها وهذا على حسب ما ورد في أوائل الدراسات التي قام بها لازاروس **Lazarus** حول هذا المصطلح. **(Lazarus, 1984, p.141)**

وتاريخيا مفهوم الـ "**Coping**" تابع لمفهوم آلية الدفاع، الذي تطور في نهاية القرن 19م من طرف التحليل النفسي ومع مفهوم التكيف الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 م والذي يعتبر مفهوما مشتركا بين البيولوجيا والاتيولوجيا وعلم النفس الحيواني.

(Bruchon & Emilie,2014,p.472)

1-1 المواجهة والدفاع:(Coping et Défense)

ظهر مصطلح الدفاع مع نهاية القرن 19 م وكان مرتبطا بتطور التحليل النفسي، وعلم النفس الدينامي وعلم نفس الأنا.

لاحظ كل من بروير وفرويد **Breuer et Freud** أن بعض الأفكار المزعجة والمضطربة أحيانا تمنع أو تعذر الوصول إلى الشعور. ففرويد في كتاباته الأولى قام بوصف مختلف الميكانيزمات الدفاعية التي يستعملها الفرد لتغيير، تبديل، أو إنكار مشاعر أو أفكار مرفوضة. وبعد تطور مفهوم الدفاع تطرق فرويد لمصطلح الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم وهذا ما أوضحه في كتابه سنة 1926 ("الكف والعرض والقلق")، حيث عرف فرويد مصطلح الدفاع بأنه: " تحدي الانا للأفكار والمشاعر المؤلمة والصراعات النفسية الحادة، معتبرا الكبت هو أحد أهم ميكانيزمات الدفاع لقمع هذه المشاعر والصراعات".

ابتداءا من سنوات 1960-1970 بدأ الباحثون في ميدان آليات الدفاع باستعمال مصطلح **"coping"** للكلام عن آليات الدفاع الأكثر تكيفا (التسامي أو الإعلاء ....). وتجدر الإشارة إلى أن الاعمال الأولى المخصصة لمفهوم **"coping"** قد اندرجت ضمن الدراسات المخصصة لآليات الدفاع. مثلا: وصف سنة (1979) أربعة أنواع من السلوكيات عند مرضى سرطان الثدي: الإنكار **"Déni"**، الروح القتالية **" Esprit combatif"**، كبت الغرائز **"Stoïcisme"**، والعجز-اليأس **"Impuissance-Désespoir"**. التقنية المستعملة (المقابلات العيادية)، وهذه التسميات ميزت الانتقال بين آليات الدفاع الكلاسيكية والمواجهة **"coping"**. **(Bruchon & Emilie, 2014, pp.472, 473)**

والفرق بين آليات الدفاع واستراتيجيات المواجهة يمكن تلخيصه كما يلي. آلية الدفاع قوية، لاشعورية، غير متمايزة، مرتبطة بصراعات نفسية داخلية وبأحداث حياتية قديمة كما أنها عادة ما تشوه الواقع. ووظيفتها هي الإبقاء على القلق في مستوى يمكن تحمله. أما استراتيجية المواجهة فهي مرنة، شعورية، متباينة، موجهة نحو الحقيقة. وظيفتها السماح للفرد بالتحكم في الاضطرابات الناجمة عن وضعية معينة والتقليل منها.

1-2 المواجهة والتكيف:

يستمد **"Coping"** مصاره كذلك من النظريات المتعلقة بالتكيف وبتطور الأنواع **"Espèces"** . حيث ترى هذه الاخيرة أن الفرد يمتلك رصيد من الاستجابات وردود الأفعال (مكتسبة أو فطرية) تسمح له بمواجهة مختلف التهديدات التي تصادفه في حياته: الهجوم أو الفرار، وخاصة عندما يتعلق الامر بوضعية خطيرة.

فحسب لازاروس وفو لكمان **Lazarus et Folkman (1984)** يجب أن نميز بوضوح بين التكيف والمواجهة، فالتكيف مفهوم جد واسع يخص كل علم النفس بل حتى البيولوجيا، ويتضمن كل أنماط ردود فعل الكائنات الحية المتفاعلة مع الظروف البيئية

المتغيرة. بينما المواجهة فهي مفهوم جد خاص ومحدود، رغم أنه يتضمن استجابات معرفية وسلوكيات شعورية متغيرة وأحيانا جديدة بالنسبة للفرد والنوع. مؤخرا أصبح يفضل مصطلح التوافق **(ajustement)** لأنه مرن على مصطلح التكيف **(adaptation)** لأنه جد موجه. **(Bruchon & Emilie, 2014, p.473)**

2-نماذج المواجهة:

لقد تم تناول مصطلح المواجهة من نماذج أو تيارات نظرية متعددة ومن أهم هذه النماذج ما يلي:

2-1 النماذج التقليدية:

2-1-1 النموذج الحيواني:

وينبثق هذا النموذج عن النظرية التطورية (خاصة نظرية داروين **Darwin**)، وهو نموذج جد عام، وينطبق بالنسبة لكل الاجسام الحية ويشتمل على استجابات سلوكية أتوماتيكية ذات انواع مختلفة هجوم أو هروب، فطرية او مكتسبة، أو اتجاه تهديد من المحيط. ونجاح استراتيجية مواجهة يتمثل في التحكم أو التخفيض في النشاط الفيزيولوجي الذي يترتب عنها. **(Schweitzer,Dantzer,1994,p101)**

أظهر هذا النموذج نقصا في دراسة المواجهة ويظهر ذلك النقص في مجال الأنساق المعرفية والانفعالية حيث ينفرد الإنسان بهذه الأنساق. كما أن هذا النموذج احادي الابعاد يتمثل في سلوك التجنب أو الهروب. **(زناد دليلة، 2013، ص200)**

2-2 نموذج سيكولوجية الأنا:

حسب هذا النموذج فالمواجهة مرتبطة بميكانيزمات أو آليات الدفاع، لا شعورية وصلبة وظيفتها تقليل القلق اتجاه الأفكار والعواطف غير مقبولة. **(Rahe & Arthur,1978)**

وقد ادخل مفهوم الدفاع للمرة الأولى سنة 1894، وقد عرف فيما بعد بأنه تسمية عامة لكل الآليات او التقنيات التي يستخدمها الأنا في مواجهة المشاكل والصراعات التي من المحتمل ان تؤدي إلى العصاب حسب ما ذكره فرويد عام 1926، وفيما بعد قامت ابنته أنا فرويد **A.Freud** بتوسيع مجال وظائف آليات الدفاع لتشمل الانفعالات والمثيرات المهددة للمحيط أيضا. **(سامر جميل رضوان، 2002، ص162)**

2-3 النموذج التعاملي: (Transactionnel):

في المقاربة التعاملية الخاصة بالمواجهة، عرف كل من لازاروس وفولكمان **(Lazarus & Folkman)** عام 1984 المواجهة بأنها:" مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار لتسيير متطلبات خاصة، داخلية أو خارجية والتي تعتبر بأنها تستهلك مواردنا الذاتية أو تتجاوزها.

هذا النموذج يختلف عن النماذج التي سبقته، فهنا تعتبر المواجهة **(Coping)** على أنها عملية أو سيرورة ديناميكية وليس كردة فعل بسيطة أوتوماتيكية ومتكررة – شعورية وخاصة–وليست لا شعورية وعامة وثابتة للحالة التي كانت ضاغطة أو مكلفة.

فعملية التقييم المعرفي هي عملية عقلية، تسعى لتحقيق هدفين، هما:

- إدراك ما إذا كان الموقف مهددا أم لا، وتسمى هذه العملية بالتقييم الأولي
- حصر المصادر المتوفرة عند الفرد لمواجهة التهديد المدرك والتصدي له وتسمى هذه العملية بالتقييم الثانوي. **(Taylor, S.E,1995, p 71)**

3- أنواع استراتيجيات المواجهة:

لقد أظهرت البحوث التي قام بها العلماء على أن هناك تصنيفات عديدة للاستراتيجيات التي يستعملها الأشخاص أثناء مواجهتهم لمختلف المواقف الحياتية سواء كانت العائلية والاجتماعية والمهنية ...الخ ومن بين هذه التصنيفات ما يلي:

3-1 تصنيف لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984):

حيث يفترض فولكمان ولازاروس وجود نوعين أساسيين من المواجهة هما:

أ- المواجهة المتمركزة حول المشكل:

وهو يتضمن محاولات من قبل الفرد من أجل التحكم أو تعديل مصادر الضغوط، بمعنى أن الفرد يتصرف أو يسلك بما يعدل بيئته الامر الذي يؤدي إلى إزالة أسباب التوتر منها.

وهو ينطوي على التعامل بشكل مباشر مع المواقف الشاقة، ومن ثم العمل على إيجاد وسيلة لحلها، ومن أمثلة هذا النوع من المواجهة وضع خطة عمل أو التركيز على الخطوة التالية لحل المشكلة. **(هناء شويخ، 2012، ص152)**

ومن الاستراتيجيات التي تندرج تحت هذه الفئة:

1) البحث عن المساندة الاجتماعية: ويتلخص هذا النوع من المواجهة في مجهودات الفرد للحصول على تعاطف ومساعدة الآخرين، كما قد يكمن هذا النوع من الاستراتيجيات في سعي الشخص الذي يتواجد في وضعية ضاغطة الحصول على نصائح أو دعم مادي أو التزود بمعلومات، والبحث عن الدعم المعنوي والعاطفي من الأشخاص الذين بإمكانه التفاهم والحديث معهم. وحسب الدراسات التي قام بها كل من **(Nielson, Jensen, 2004)** رأوا أن هذا

النوع من الاستراتيجيات يحسن من الأداء الوظيفي لدى الاشخاص الذين يعانون من فيبروميالجيا. **(Nielson, Jensen, 2004, p.109)**

2) التخطيط لحل المشكلة: يقوم الفرد بناء على الاستراتيجية ببذل جهد قصدي لحل المشكلة، وتغيير المصدر الضاغط إضافة التفكير في كيفية المواجهة مع هذا المصدر الضاغط. **(Folkman&Lazarus,1988)**

اذن فاستراتيجيات المواجهة المركز على المشكل تركز كثيرا على الجانب السلوكي والمعرفي، اذ تجعل الفرد يتقبل الوضع كحدث مفروض عليه يهدد وضعيته أو أهدافه، فيقوم الفرد بتحليله لتحديد الاستجابات المناسبة لحله ببذل الجهود الممكنة.

ب-المواجهة التي تركز على الانفعال:(Coping centré sur l'émotion)

ويتضمن هذا النوع من الاستراتيجيات محاولات عديدة من طرف الفرد لضبط التوترات الانفعالية الناتجة عن الوضعية الضاغطة والتي تتم بطرق مختلفة: (انفعالية، سيكولوجية، معرفية، سلوكية...). **(Bruchon & Emilie,2014,p.475)**

هذا الشكل من المواجهة يطلق عليه أيضا اسم المواجهة التلطيفية أو المخففة **(Coping palliatif)** والتي تعني التجنب وردود الأفعال الانفعالية والشعور بالتحسن دون البحث عن حل المشكل. **(Didier. T, 2004, p.51)**

ويتمثل هدف هذا النوع من الاستراتيجيات في ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الوضعية الضاغطة مع الاحتفاظ بحالة من الاتزان الوجداني. **(الرشيدي وآخرون, 2001, ص 147)**

أي التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط وتقبل الفرد لمشاعره وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على

ضبطها والتحكم فيها، ومن ثمة لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة. **(عبد الرحمان ،2000، ص 316)**

إضافة إلى هذين النوعين قام **Cousson.G et al** حسب النسخة الفرنسية بإضافة نوع آخر للاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد أثناء مواجهته للمواقف الضاغطة ألا وهو المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية.

3-2 مختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة تجاه الآلام المزمنة:

في مجال الألم صنف الباحثين استراتيجيات المواجهة إلى أبعاد إيجابية وأخرى سلبية، وتعرف الاستراتيجيات الإيجابية باعتبارها استجابات تتطلب التدريب على بعض الأفعال التي تساعد على انخفاض تقديرات شدة الألم، وزيادة تحمله، مثل: "ممارسة الرياضة"، أما الاستراتيجيات السلبية فتتضمن الانسحاب أو تجنب القيام بالنشاطات والاعتماد على الآخرين، والعجز الوظيفي والاكتئاب مثال هذه الاستراتيجيات: "الانعزال واللجوء إلى استخدام العقاقير". **(Jensen et al,1991, p.450)**

وقد أجريت العديد من الدراسات التي تناولت استراتيجيات مواجهة الألم لدى مرضى الألم المزمن، وأظهرت نتائج هذه الدراسات أن استراتيجيات المواجهة الإيجابية مثل المشاركة في النشاط، وتجاهل الألم ترتبط بمستويات الألم المنخفضة والتوافق الجيد معه. **(Brown & Nicassio ,1987; Bussing et al, 2010 ; Ramirez-Maestre Esteve, & Lopez, 2008; Tan et al, 2011)**،

كما رأى **(Evers et al, 2002)** أن الاستعمال الأمثل لهذه الاستراتيجيات يساعد في التخفيف من درجة الاكتئاب، والالتزام بالدواء لدى مرضى الروماتويد.

(Evers & al,2002,pp.141,153)

3-3 جدول يمثل أهم تصنيفات العلماء لاستراتيجيات المواجهة:

العالم	السنة	تصنيفه
موريـــــــس Morris	1972	صنفها إلى: ➢ المواجهة المباشرة ➢ المواجهة الدفاعية
مادنيك Mednick et al	1975	قسمها إلى: ➢ ردود فعل التكيف للضغط: ردود فعل المواجهة نحو المشكل. ➢ ردود الفعل الموجهة نحو الدفاع: تضم استراتيجيات العصابية والذهانية
بيلنجس موس Billings-Moos	1981	استراتيجيات المواجهة الإقدامية استراتيجيات المواجهة الإحجامية
استون–نيل Astone-Neale	1984	وصنف كلا العالمان أساليب المواجهة في 08: التشتت–إعادة تعريف الموقف–رد الفعل المباشر–التنفيس–التقبل–البحث عن المساندة الاجتماعية–التدين–الاسترخاء
سيشر Scheier	1986	➢ الإنكار ➢ التعامل الموجه مع المشكل ➢ لوم الذات ➢ التقبل ➢ الاستسلام ➢ إعادة التفسير الإيجابي ➢ الهروب ➢ المساندة الاجتماعية
موثني Matheny	1986	صنف المواجهة إلى: ➢ المواجهة الوقائية

		➢ المواجهة القتالية
بينز-ارنسون Pines Aronson	**1988**	➢ أساليب المواجهة المباشرة (الفعالة) ➢ أساليب مواجهة غير المباشرة (غير الفعالة) ➢ أساليب مواجهة مباشرة وغير مباشرة ➢ أساليب مواجهة غير فعالة وغير مباشرة
افرلي Everly	**1989**	➢ أساليب تحقيق التوافق وخفض الضغوط ➢ أساليب سوء التوافق
كوتن Cotton	**1990**	➢ استراتيجية فسيولوجية ترتكز حول المشكل ➢ استراتيجية معرفية ترتكز حول المشكل ➢ استراتيجية سلوكية ترتكز حول المشكل ➢ استراتيجية فسيولوجية ترتكز حول الانفعال ➢ استراتيجية معرفية ترتكز حول الانفعال ➢ استراتيجية سلوكية ترتكز حول الانفعال
جوردن Gordan	**1993**	➢ استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة: التكيف الإدراكي-إدارة الوقت-الدعم والمساندة الاجتماعية(الزملاء)-الوظيفة-إعادة تصميم الوظيفة-الانتقاء-التدريب. ➢ استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال/ التواصل المفتوح-الاسترخاء.
تصنيف البيئة العربية حسن عبد المعطي	**1994**	➢ العمل من خلال الحدث ➢ الالتفات حول الاتجاهات وأنشطة أخرى ➢ التجنب والإنكار ➢ طلب المساعدة الاجتماعية ➢ الالحاح والاقتحام القهري ➢ العلاقات الاجتماعية ➢ تنمية الكفاءة الذاتية

لطفي عبد الباسط	**1994**	➢ العمليات السلوكية الموجهة نحو المشكل ➢ العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال ➢ العمليات المعرفية الموجهة نحو المشكل ➢ العمليات المعرفية الموجهة نحو الانفعال ➢ العمليات المختلطة(سلوكية–معرفية)

(عبد العظيم، 2006، ص108)

جدول رقم 03: يمثل أهم تصنيفات العلماء لاستراتيجيات المواجهة

ومن خلال عرض هذه التصنيفات لاستراتيجيات المواجهة، تم استخلاص أهم المعالم المميزة التي تحدد السلوك الذي نعتبره استراتيجية مواجهة، على النحو التالي:

- إن استراتيجيات المواجهة يتبناها الفرد ذاته
- تتميز استراتيجيات المواجهة بالوعي من قبل الفرد، أي يستخدمها الفرد وهو واع ومدرك لأهميتها.
- تتميز بأنها سلوك مقصود وموجه غالبا لتحقيق عدد من الأهداف، والتي تؤدي في النهاية إلى خفض شدة المعاناة لدى المريض، والقيام بواجباته ووظائفه في البيئة بشكل فعال، أي كما كان قبل تعرضه لمصدر المشكلة.
- تخضع هاته الاستراتيجيات للتحكم من قبل الفرد، أي انها قابلة للتغيير والتعديل.
- تسعى هاته الاستراتيجيات إما إلى حل المشكلة على نحو مباشر، من خلال التخلص من المشكلة بشكل نهائي، أو على نحو غير مباشر من خلال التحكم في الانفعالات الناتجة عن مصدر التهديد.

4- العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة:

4-1 العوامل المرتبطة بالفرد (خصائص شخصيته):

4-1-1 نمط الشخصية:

فالأفراد يختلفون في استجابتهم للمواقف الضاغطة، فنجد كل فرد يستجيب للحدث الضاغط بطريقة مختلفة عن الآخر طبقا لنمط الشخصية الذي يميزه، فكل شخص سمات وأساليب سلوكية ثابتة تؤثر في تعامله، ومن هذه الأنماط: نمط (أ) الذي يتصف بالاندفاعية والسرعة وتركيز كل اهتمامه داخل العمل والتشاؤم. ويضم هذا النمط أكثر الأفراد الذين يزداد تأثرهم بالضغوط. **(دردير، 2008، ص09)**

أما النمط (ب) فيضم الأشخاص غير تنافسين ولا يثارون بسرعة كما أنهم منسجمون مع بيئتهم، ويتميزون بالصبر والهدوء والاتزان الانفعالي ويميل هذا النمط لاستخدام استراتيجيات مواجهة إيجابية للتعامل مع الضغط. **(حسين، 2006، ص ص158-ص159)**

4-1-2 مركز الضبط والتحكم:

يشير مركز الضبط لإدراك الفرد لأحداث الحياة أو إدراكه لعوامل الضبط أحد متغيرات الشخصية التي تسهم بدور فعال في تحديد كيفية الاستجابة للمواقف الضاغطة فالأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي يعتقدون أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث لعوامل خارجية.

وفي نفس السياق يشير **لازاروس وفولكمان Lazarus &Folkman** سنة **1984** إلى أن القدرة على التحكم في الحدث أو الموقف الضاغط تشكل أو تحدد أسلوب المواجهة لدى الفرد.

كما كشفت النتائج التي قام بها كوبر **Ress Cooper** سنة**1992** عن ضغوط العمل أن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة من الضبط المدرك يستخدمون استراتيجيات المواجهة التي تركز على المهمة ويتمتعون بمستوى مرتفع من الصحة النفسية والجسدية كما أنهم يميلون إلى التقييم الإيجابي لقدراتهم وإمكاناتهم.

4-1-3 تقدير الذات :

يعتبر تقدير الذات مؤشرا هاما في تحديد نوع استراتيجية المواجهة التي يستخدمها الأفراد مع المواقف الضاغطة، فإدراك ورؤية الذات بطريقة ايجابية تمثل مصدرا نفسيا هاما في عملية المواجهة للمواقف الضاغطة التي تواجه الفرد، وقد كشفت نتائج دراسة شان **Chan** (1993) إن الأفراد ذو تقدير الذات مرتفع يستعملون استراتيجيات مواجهة ترتكز على الانفعال كالإنكار والميل للانسحاب، تعاطي العقاقير، المخدرات، التدخين المفرط في مواجهة الضغوط. **(طه، 2006، ص 126)**

4-1-4 فعالية الذات:

ففعالية الذات حسب **Bundura** هي اعتقاد الفرد بقدرته على مواجهة المواقف الضاغطة من جهة، ومن جهة أخرى يظهر هذا المصطلح من خلال التقييم المعرفي لقدراته ومن خلال تعدد الخبرات التي مر بها.

فإذا كانت الفعالية الذاتية المرتفعة يشعر الفرد بالرغبة في مواجهة العقبات ومجابهتها، وفي الغالب ما يلجأ الفرد إلى استراتيجية حل المشكل باعتبارها من الاستراتيجيات التي تزيد من قدرة الفرد على التحكم في المواقف الضاغطة. **(عبد المنعم، 2006، ص ص132-133)**

4-2 العوامل المرتبطة بالمحيط:

4-2-1 طبيعة الموقف وخصائصه:

فالمواقف والأحداث التي يستطيع الفرد التحكم والسيطرة عليها يستخدم فيها استراتيجيات المواجهة الاقدامية واستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكلة، في حين أن الأحداث الضاغطة التي لا يمكن للفرد التحكم والسيطرة عليها فان ذلك يجعله يستخدم استراتيجيات المواجهة الاحجامية واستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على الانفعال، فطبيعة الخطر، قربه، مدته .وأيضا كلما كان الموقف ضاغطا كان

افراز الهرمونات أعلى من معدلاته الطبيعية، وهو ما يعوق بعض العمليات الحيوية وكذا يؤثر على الحالة الانفعالية.

ولقد حدد **Ress,Symer** (1980) أربعة أنماط من المواقف التي يمكن ان ترتبط بالضغط وتؤثر فيه وهي:

- البيولوجية مثل المرض او الموت،
- الشخصية مثل الزواج،
- البيئية الفيزيائية مثل الكوارث الطبيعية والانفجارات،
- الاجتماعية الثقافية (الأعراف والعادات)

وعندما لا يستطيع الفرد تغيير الحدث او إثارته فإنه يقوم عادة بمحاولة تغيير معنى الموقف بالنسبة له وكذلك تغيير مشاعره نحو الحدث. **(Beech&Etal, 1992)**

4-2-2 البيئة:

يمكن لها ان تسهم بشكل جوهري في تحديد قدرة الفرد على مواجهة المواقف الضاغطة فهي إما تساعد على زيادة الضعف الناتج عن الضغوط أو تدعم مستوى

الصحة الجسدية والنفسية والسعادة لدى الفرد. وهناك نوعين من البيئة.البيئة الفيزيقية كالحرارة والبرودة الشديدة، الضوضاء، التلوث والمخاطر الطبيعية وغير ذلك، البيئة الاجتماعية ما تحتويه من عناصر داعمة كالمساندة والتعاون من الآخرين وعناصر مضادة تماما كالصراعات والتنافس. **(يوسف، 2007، ص45)**

5-وظائف استراتيجيات المواجهة:

اهتم عدد من الباحثين بإبراز وظائف استراتيجيات المواجهة كل حسب انتمائه النظري وتصوره لمفهوم استراتيجيات المواجهة، وفيما يلي سيتم عرض بعض هذه الوظائف حسب عدد من الباحثين:

5-1 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب ميكانيك Mechanic:

يشير **" Mechanic "** (1974) الذي يتبنى النظرية الاجتماعية النفسية نقلا **(Lazarus & Folkman)** عن بأن لاستراتيجيات المواجهة ثلاث وظائف وهي:

- التعامل مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية.
- خلق الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات.
- الاحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود والمهارات نحو المتطلبات الخارجية. **(Lazarus et Folkman , 1984, p.149)**

5-2 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب برلين وسكولر Pearlin et Schooler

بينما يرى كل من **" Pearlin " و" Schooler " (1978)** نقلا عن **Lazarus & Folkman** بأن للمواجهة وظيفة وقائية تتجلى في المظاهر التالية: - تغيير أو إزالة الظروف التي تثير المشكل.

- ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.

- ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه. **(Lazarus et , 1984, p 151) Folkman**

5-3 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman :

كما تمثل المواجهة حسب **"Lazarus" و"Folkman" (1984)** سلوك موجه لتحقيق وظيفتين رئيسيتين هما:

- الوظيفة الأولى: تعمل على معالجة المشكل، فيتم توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط.

- الوظيفة الثانية: تعمل على تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة، فيكون تقليص التوتر الناتج عن التهديد وخفض الضيق الانفعالي.

وعليه فالمواجهة تمثل عامل استقرار بإمكانها مساعدة الأفراد للحفاظ على توافقهم النفسي والاجتماعي خلال فترات الضغط. **(Valentiner et al,1994, p.194)**

5-4 وظائف استراتيجيات المواجهة حسب سولس وفلتشر Suls et (1985) Fletcher :

ويضيف سولس وفلتشر **"Suls" و"Fletcher" (1985)** نقلا عن

(Legeron & Andre) بأن المواجهة تهدف إلى تقليص استجابة الضغط بالتأثير على الاستجابة الفزيولوجية والانفعالية (الاسترخاء)

وعلى الاستجابات المعرفية (التفكير في شيء آخر)، وإلى ضبط الوضعية الضاغطة بوضع إجراء لحل المشكل كالبحث عن المعلومات. على العموم، يتفق أغلب

الباحثين أن لاستراتيجيات المواجهة دور تكيفي ووقائي، فهي تعمل على تقليص آثار الضغوط على الفرد بهدف التوافق مع الوضعية المهددة أو تغييرها.

(Legeron & Andre, 1993, p.80)

6-التناولات النظرية لمفهوم استراتيجيات المواجهة:

اختلف مفهوم المواجهة وتعددت تعاريف من باحث لآخر تبعا للتوجهات النظرية التي ينتمي إليها كل واحد منهم، حيث تعتبر النظرية هي المنبع الأساسي لهم، لذا سنتناول أهم النظريات التي فسرت مفهوم المواجهة.

6-1 نظرية " فرويد" في الشخصية:

ترجع الأصول النظرية لمفهوم المواجهة في علم النفس إلى أفكار "فرويد" حول الشخصية الانسانية والآليات الدفاعية، والتي قدمها فرويد **(1920-1936)** وتلاميذه. ولكن قبل عرض هذه الآليات الدفاعية وإبراز معالمها ودورها المشابه لمفهوم المواجهة في معالجة الصراعات والضغوط، نجد أنه من الضروري تقديم عرض موجز لنظرية "فرويد" في الشخصية لفهم مصدر الصراعات والضغوط التي يواجهها الفرد وكيفية معالجته لها. قسم "فرويد" (1933) الشخصية الانسانية إلى ثلاثة بنيات وهي:

- **البنية الأولى: الهو**

تختص بنية الهو بكل ما هو موروث وغريزي، ويعد الهو أساس الشخصية ومصدر طاقة هذا النظام، حيث تسعى هذه الغرائز الناتجة عن مصادر حيوية وجسمية للإشباع من خلال مصدر خارجي، وذلك لتقليل التوتر الناتج عنها. وينتج التوتر وعدم الراحة مع زيادة هذه الطاقة الناتجة عن تنبيه داخلي، والتي لا يستطيع الهو تحمله، وبالتالي لا يستطيع الهو تحمله، وبالتالي يبحث الهو عن الخفض الفوري لهذا التوتر دون اهتمام بقيم المجتمع ومعاييره، ويسمى هذا الميل نحو الإشباع الفوري بمبدأ اللذة،

ويقسم فرويد هذه الغرائز إلى الغريزة الجنسية وغريزة الموت وغريزة العدوان، ومع محاولات الهو للإشباع الفوري للهو يتطور وينشأ الأنا.

- **البنية الثانية: الأنا**

يعتبر الأنا الوصلة المباشرة مع العالم الخارجي، ويسعى الأنا لتحقيق التوازن بين العالم الخارجي بمعاييره وضوابطه وبين عالم الهو الغريزي برغباته واندفاعاته. وهذه المهمة من وجهة نظر فرويد من أصعب المهام، ويتحكم في وظائف الأنا مبدأ الواقعية والذي يعمل على إشباع وتفريغ التوتر الناشئ عن الغرائز في ضوء ظروف بيئية واجتماعية وأخلاقية مناسبة.

- **البنية الثالثة: الأنا الأعلى**

يعد الأنا الأعلى بمثابة القاضي والحاكم على صحة الأشياء من خطئها، فهو يسعى إلى المثالية والمعايير والأخلاق التي تصبح فيما بعد جزءا من العالم الداخلي للفرد أثناء تطور الشخصية. **(Freud .S, 1947, pp.19,44)**

فبينما يطلب الهو المتعة الفورية , ويختبر الأنا الواقع , ويطلب الأنا الأعلى الكمال , من هنا ينشأ الصراع الناتج عن التفاعل المستمر والصدمات المتتالية بين هذه المكونات الثلاثة, وتسمى هذه التفاعلات بمصطلح الديناميات.

من خلال سعي الهو إلى الإشباع الفوري لرغباته العاكسة لطبيعة الإنسان، تؤدي هذه الرغبات الموروثة إلى تصادم بين الفرد والبيئة حيث لا تسمح البيئة بمعاييرها وأخلاقها بهذا الإشباع، وبالتالي لا يرضى الأنا وكذلك الأنا الأعلى، وينتج عن هذا الصراع القلق. ولأن القلق يسبب الألم، فإن الفرد يسعى إلى تقليل هذا الألم بأسرع ما يمكن، لذا يلجأ لاستخدام ما يسمى بالآليات الدفاعية التي تعمل كوسيلة لإخفاء هذه الصراعات المؤلمة.

وقد حدد فرويد استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة ومعالجة مصادر الضغوط الداخلية، وهي الصراعات الجنسية والعدائية، بينما اتجه نظر أدلر **(1930)** ليقتصر استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة مصادر الضغوط الخارجية والتهديدات البيئية، ثم قدمت أنا فرويد **Anna Freud(1936)** رؤية تجمع بين التوجهين معا، حيث أشارت إلى أن الآليات الدفاعية تستخدم في مواجهة كل من المهددات الداخلية والمهددات الخارجية. **(Synder,C.R & Dinoff ,B.l , 1999,p.7)**

هذا عن القلق الناجم عن الصراعات المثيرة للضغط النفسي من منظور نظرية فرويد في الشخصية. أما عن الآليات الدفاعية التي يقدمها الأنا لتحقيق التوافق بين الهو والأنا الأعلى، فهي تتمثل فيما يلي:

1- الكبت:

ويقصد بالكبت في نظرية فرويد في الشخصية بأنه "نمط خاص من الإنكار"

(Freud . A, 1942 , p.45)

ويعرفه "وايت" **White (1964)** بأنه " نسيان أو طرح الذكريات المؤلمة أو المهددة من الشعور، ويحدث الطرح في مواجهة الدوافع الغريزية التي تقابل بمعارضة اجتماعية وأخلاقية , فيسعى الكبت إلى كف الدوافع المهددة من خلال ردها إلى اللاشعور

(Mischel . W, 1999, p.45)

2-الإنكار:

استخدم "فرويد" الإنكار ليصف الآلية التي يرفض بها الفرد إدراك الواقع، بالإضافة إلى أن هذه الآلية تحدث عندما لا يستطيع الفرد الهروب أو مواجهة مصدر التهديد. خاصة عندما يكون مصدر الألم مؤلما بدرجة كبيرة، فأفضل خيار له هو إنكار هذا الألم. **(Cloninger.S.C, 1996, p.209)**

3-التثبيت:

من خلال آلية التثبيت يثبت الفرد على مرحلة من مراحل التطور بسبب أن المرحلة التالية محملة بالتوتر والقلق، ويحدث التثبيت لدى الطفل لكي يحمي نفسه من القلق بسبب تعلمه الاستقلال والاعتماد على نفسه في المرحلة القادمة.

4-التبرير:

ويعد التبرير شكلا آخر من أشكال الآليات الدفاعية، وهو محاولة تبرير المشاعر من خلال إعطاء تبريرات وأعذار، فالشخص الذي لا يطيق تصرفات زوجته، قد يرجع هذا الضيق إلى ضغط العمل وليس بسبب تصرفات زوجته. **(Mischel. W, 1999, p.46)**

من خلال عرض أهم الآليات الدفاعية التي وضعها كل من فرويد وتلامذته والتي كان الهدف منها التخفيف من القلق والتقليل من التوتر عند الفرد إلا أنها ليست مشابهة تماما لمفهوم المواجهة.

2-6 النموذج التفاعلي :

ارتبط هذا النموذج بإسهامات وبحوث كل **لازاروس وفولكمان Lazarus &Folkman(1984)**، وقد جاء كرد فعل على النموذج السيكو_دينامي الذي استمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي، حيث أكد هذا الاتجاه بان الفرد يتمكن من حل مشاكله كلما كانت ميكانيزمات التكيف مع البيئة بعقلانية وشعورية بدلا من أن تكون لا شعورية ولا إرادية .

أكد هذا النموذج أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين مطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية لديه، حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما أساسيا في هذا النموذج. **(طه، 2006،ص ص89-90)**

فهذا النموذج يرى أن الفرد أثناء مواجهة الضغوط أو المواقف الصعبة فإنه يستخدم ثلاثة أنواع من التقييم والتي تمثلت فيما يلي:

أ- التقييم الأولي (المبدئي):

تهدف هذه المرحلة الى تقديم معنى للموقف أو للحدث الذي يتعرض له الفرد، ويساعد على تقديم هذا المعنى خبرة ومعرفة الفرد السابقة. وعرف "**فولكمان**" **(1982)** التقييم الأولي بأنه " العملية التي تختص بتقييم الأفراد لأهمية الموقف أو الحدث"

كما أوضح كوكس **" Cox" (1987)** أن هذه العملية تسعى للإجابة عن التساؤلين التاليين:

- ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة للفرد؟
- وهل سيصبح هذا الموقف مثير للمشقة أم لا؟ **(Cox, 1995, p.25)**

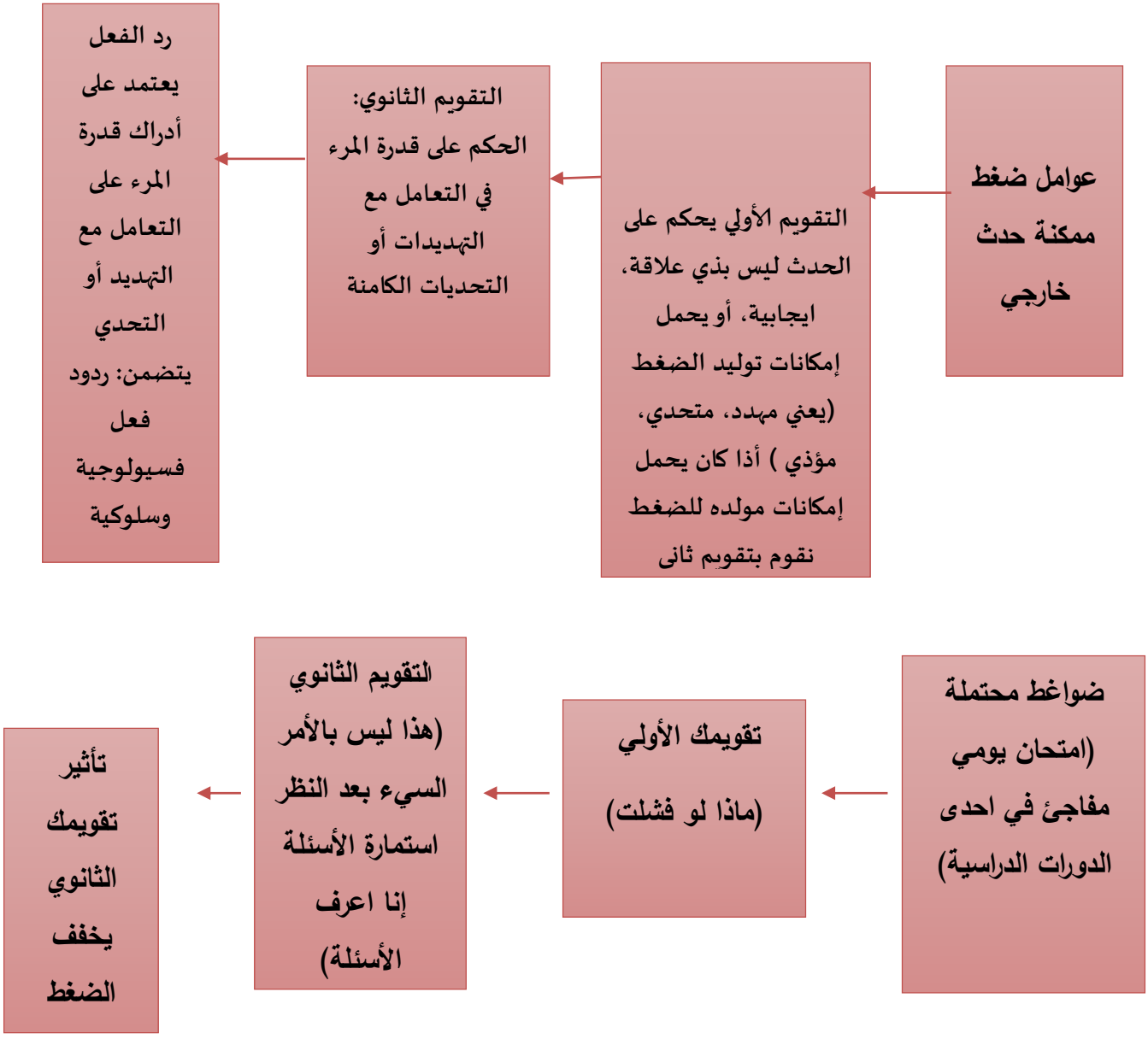
وقد قدم" لازاروس" و" سبايسمان **Lazarus &Speisman** (1964)"تجربة كلاسيكية، لتوضح مدى تنوع واختلاف الأفراد في الاستجابة لموقف ما. والتي تعتمد على عملية التقييم الأولي، والتي تسهم في تشكيلها خبرة الفرد ومعارفه ودافعيته وتقييمه لذاته، وتدور التجربة حول مشاهدة فيلم لعملية جراحية لذكر بعنوان " تحت الجرح"، وتم تقسيم الأفراد إلى أربعة مجموعات.

حيث ترى المجموعة الأولى الفيلم بدون استخدام مؤثرات صوتية، أما المجموعة الثانية فتشاهد الفيلم مع مؤثرات صوتية تبرز الألم والخطر أثناء إجراء العملية الجراحية، أما المجموعة الثالثة فتسمع المرضى وهم ينكرون ألمهم، ويصنفونه في صور وتعبيرات مضحكة، أما المجموعة الرابعة تسمع وتشاهد الفيلم في صورة أقرب ما تكون لمحاضرة عملية عن الجراحة.

وبعد مشاهدة الفيلم بهذه الطرق الأربعة، تم تسجيل وتقييم درجة المشقة لكل مجموعة من خلال استخدام التقارير الذاتية والمقاييس الجسمية مثل ضربات القلب وضغط الدم أثناء وبعد مشاهدة الفيلم. وجاءت النتائج لتوضح أن المجموعة التي رأت الفيلم بدون المؤثرات الصوتية، والمجموعة التي سمعت تعبيرات إنكار المرضى لألمهم، والمجموعة التي شاهدت المحاضرة العلمية، كانوا أقل مشقة سواء أكانت ذاتية أم جسمية من المجموعة التي شاهدت الفيلم باستخدام المؤثرات الصوتية. **(Taylor, 1993, p72 & Lazarus, 1996, p46)**

ب- **التقييم الثانوي:** فيشير الى قدرة الفرد على تحديد مصادر التعامل مع الموقف الضاغط، نظرية الاختيار والتقييم إذ يتم التقويم بطرق التعامل المتاحة ونتائج اختيار أي منها واحتمال نجاحها. وعلى الرغم من أهمية التقييم الأولي الى أن التقييم الثانوي يكتسب أهمية كبرى لدى لازاروس.

ت- **إعادة التقييم:** فيه يقوم الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخض الموقف الضاغط. (سلامة، 2006، ص92)



(Martine & Oosborne ,1993 , p.140)

شكل رقم 07: مخطط يوضح نموذج لازاروس – فولكمان في رد فعل الفرد في التعامل مع العوامل المولدة للضغط

خلاصة الفصل:

قدمنا في هذا الفصل عرضا مفصلا حول تاريخ مصطلح المواجهة وأهم النماذج التي تطرقت لهذا المفهوم. كما تطرقنا لأهم أنواع الاستراتيجيات. أشرنا بعد ذلك للعوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة، ووظائفها وأخيرا تطرقنا للنظريات المفسرة للضغط كالنظرية المعرفية للضغط والمواجهة.

الإطار التطبيقي

الفصل السادس:

منهجية البحث

تمهيد:

يهدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على العلاقة بين كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة التي يستعملها المصابون بالآلام المزمنة أثناء مواجهتهم لمواقف حياتية ضاغطة، وما هي أكثر الاستراتيجيات استعمالا من طرف هذه الفئة.

كما يهدف أيضا إلى معرفة طبيعة فعالية الذات ونوعية حياة المصاب بالآلام المزمنة والتي تساعدنا على تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المصابين والكشف عن علاقتها باختيار استراتيجيات مواجهة معينة.

وللتمكن من الكشف أو التعرف على هذه العلاقات قمنا بجملة من الخطوات شكلت الجزء الخاص بالفصل المنهجي الذي احتوى على الدراسة الاستطلاعية والتي كان الهدف منها التحقق من أدوات الدراسة وترجمتها ودراسة خصائصها السيكو مترية (الصدق، الثبات)، والتعديلات التي طرأت على بنودها إضافة إلى التعرف على المنهج المستعمل وعينة الدراسة ومختلف خصائصها.

1- الدراسة الاستطلاعية:

لقد دامت الدراسة الاستطلاعية حولي 04 أشهر من 05 سبتمبر 2016 إلى غاية شهر الأحد 15 جانفي 2017. وكان الهدف منها ما يلي:

- التعرف على ميدان البحث ومجتمع الدراسة وذلك بالتنقل لمختلف العيادات الطبية المختصة في أمراض العظام وعيادات أخرى خاصة بالأعصاب المتوفرة على مستوى دائرة العلمة ولاية سطيف، لتوفرها على عينة دراستنا وهي **الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة.** (انظر الملحق رقم 01 ص196).
- من جهة أخرى، حاولت الباحثة التأكد من صلاحية المقاييس (مقياس نوعية الحياة، مقياس الفعالية الذاتية، مقياس استراتيجيات المواجهة)، من خلال دراسة خصائصها السيكو مترية (صدق –ثبات)، تحضيرا لاستخدامها في الدراسة الأساسية. وسنتطرق لاحقا لهذا الجزء بالتفصيل.
- والحقيقة أنه خلال الدراسة الاستطلاعية أيضا، واجهتنا صعوبات كثيرة في تقديم المقاييس وشرحها وقبول الأفراد الإجابة عليها، رغم أننا اخترنا المقاييس الأقصر إلا أنها في نظرهم كانت تبدو كثيرة خاصة وأنهم يعانون من ألم مزمن معين مما يجعلهم غير قادرين على التركيز والثبات في مكان واحد من أجل الإجابة عليها، وهذا الإشكال لم يمس فقط عينة الدراسة، بل هناك جانب آخر الذي يخص تحكيم الأساتذة للمقاييس وطول مدة استرجاعها أو أنها لا تسترجع بتاتا، والتواصل معهم العديد من المرات من أجل إعادتها و هذا ما جعل الباحثة تعيد توزيع المقاييس على مجموعة أخرى من المحكمين، حتى تتمكن الباحثة من انهاء مرحلة التأكد من صلاحية هذه المقاييس وتحكيمها وإمكانية استخدامها في الدراسة الأساسية.

2- منهج الدراسة:

يهتم البحث الحالي بمحاولة معرفة والكشف عن العلاقة بين كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة التي يستعملها المصابون بالآلام المزمنة أثناء مواجهتهم لمواقف حياتية ضاغطة وبذلك استعملنا **المنهج الوصفي** هو منهج يقوم على دراسة الظواهر والأحداث أو المواقف كما هي في الواقع ووصفها وصفا دقيقا من خلال التعبير النوعي عن الخصائص أو التعبير الكمي عن الظاهرة أو الحدث أو الموقف. **(محمد شفيق،1985،ص84)**

3- العينة وخصائصها:

يتطلب اختيار عينة البحث تحديد المجتمع الأصلي وهو مجموع الأشخاص الذين يعانون من آلام مختلفة، وكانت العيادات الخاصة بأمراض العظام والروماتيزم، والأعصاب الإطار المكاني الأمثل للالتقاء بهذه العينة من الأفراد وبالتحديد:

- عيادة أمراض العظام والروماتيزم: الدكتور (آ.ح)، (ر)
- عيادة التأهيل الحركي والوظيفي: الدكتور (ز،ع)
- عيادة أخصائي الأعصاب: الدكتور (ب، ص)، (د، هـ)

ولنتمكن من التحقق من فرضياتنا، قمنا بمحاولة الحصول على أكبر عدد من الأشخاص من الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة مختلفة، وهذا بمختلف العيادات السابقة الذكر، أين يتردد هؤلاء الأفراد بهدف المتابعة وأخذ العلاج للتخفيف من هذه الآلام.

حيث اعتمدنا في دراستنا هذه على **الطريقة العرضية لاختيار** العينة، فنقصد بها الطريقة التي ينتقي الباحث أفراد عينته بما يخدم أهداف دراسته، وبناءا على معرفته دون أن يكون هناك قيود أو شروط غير التي يراها هو مناسبة من حيث الكفاءة أو المؤهل العلمي أو الاختصاص أو غيرها، وهذه عينة غير ممثلة لكافة وجهات النظر ولكنها

تعتبر أساس متين للتحليل العلمي ومصدر ثري للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع الدراسة. **(زياد احمد الطويسي،2001، ص6)**

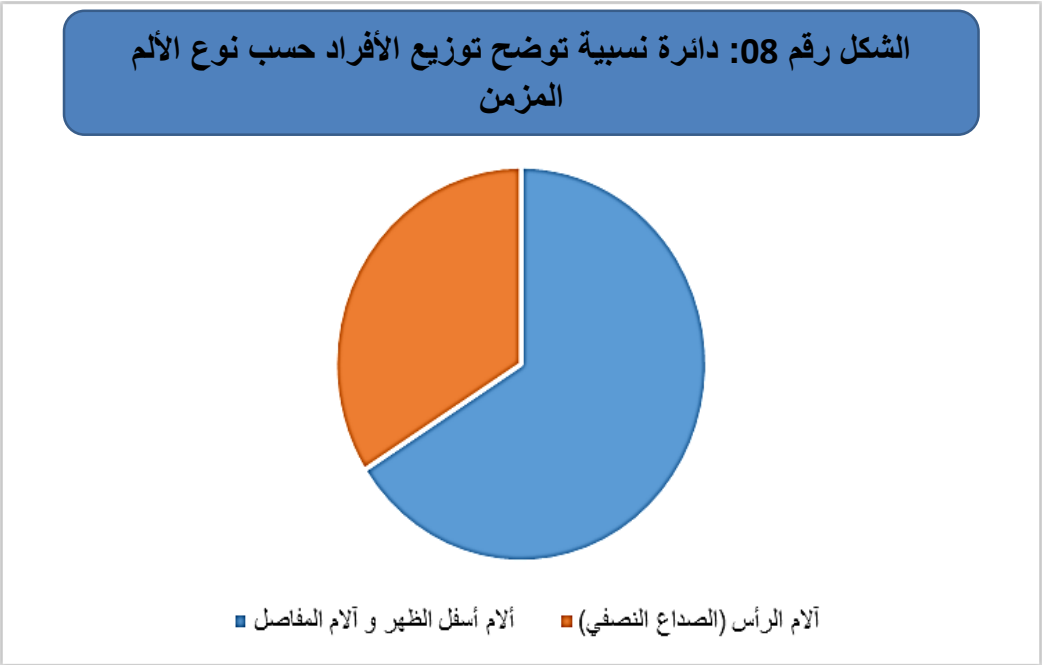
فهي طريقة يسعى من خلالها الباحث على اختيار عدد من الافراد الذين يستطيع الحصول عليهم في مكان ما أو في فترة زمنية محددة وعن طريق الصدفة. وتكونت عينة بحثنا من 90 (ذكر وانثى)، وقد تميزت بمجموعة من الخصائص وتمثلت فيما يلي:

3-1 من حيث نوع الألم المزمن:

نوع الألم المزمن	التكرارات	النسب المؤوية
ألام أسفل الظهر وآلام المفاصل	66	%73,33
آلام الرأس (الصداع النصفي)	34	%37,77
المجموع	90	%100

جدول رقم 04: يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الألم المزمن

نلاحظ من خلال هذا الجدول، أن عينة بحثنا شملت نوعين من الألم المزمن، ولكن بنسب متفاوتة، حيث كانت نسبة الذين يعانون من آلام أسفل الظهر وآلام المفاصل 73,33 %، والأشخاص الذين يعانون من آلام الرأس (صداع نصفي) 37,77%.



3-2 من حيث الجنس:

الجنس	عينة الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة	
	العدد	النسبة المئوية
إناث	60	66.66
ذكور	30	33.33
المجموع	90	100

جدول رقم 05: توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن فئة الإناث أكثر تمثيلا من فئة الذكور، اذ تمثل فئة الإناث 66,66 %، في حين تمثل فئة الذكور نسبة 33,33% من أفراد العينة.

3-3 من حيث السن:

الفئة العمرية	عينة الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة	
	العدد	النسبة المئوية
40-20	37	41.11
60-41	30	33.33
70-61	14	15.55
80-71	09	10
المجموع	90	100

جدول رقم 06: توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن فئة الشباب والراشدين أكثر تمثيلا من باقي الفئات.

3-4 من حيث المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	العينة	
	العدد	النسبة المئوية
ابتدائي	14	15,55
متوسط	25	27,77
ثانوي	38	42,22
جامعي	13	14.44
المجموع	90	100

جدول رقم 07: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن عينة البحث شملت كل المستويات الدراسية من الابتدائي إلى الجامعي، ولكن بنسب متفاوتة، وكانت نسبة ذوي المستوى الثانوي 42,22% والمتوسط 27,77 % أكثر تمثيلا من باقي المستويات.

3-4 من حيث الحالة المدنية:

الحالة المدنية	العينة	
	العدد	النسبة المئوية
أعزب/عزباء	25	27,77
متزوج (ة)	57	63.33
مطلق(ة)	08	8,88
المجموع	90	100

جدول رقم08: توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن فئة المتزوجين تشير إلى نسبة 63,3 % من أفراد العينة وهي أكثر تمثيلا مقارنة بالفئات الأخرى، اذ تشير فئة العازبين إلى نسبة 27,77%، في حين تشير فئة المطلقين إلى 8,88%.

4- أدوات جمع البيانات:

4-1 مقياس نوعية الحياة: تم اختيار استبيان الشكل القصير للمسح الصحي (SF-36):

4-1-1 وصف المقياس:

هو استبيان مختصر طور من طرف شركة راند الأمريكية **(RAND)** لدراسة النتائج الطبية والتأمين الصحي التجريبي (**Ware et, Stewant and Ware 1992/1993).**

وهو أكثر المقاييس الحالة الصحية شيوعا في العالم نظرا لقصره وطريقته المختصرة فهو يتكون من 36 فقرة تغطي الحالة الصحية الشاملة. وزاد استخدامه عبر العالم منذ 1990، وكان هدف المؤلفين وضع مقياس قصير حتى يمكن تطبيقه على كبار السن وفي أماكن عدة. واختيرت أبعاده 08 من 40 بعدا من **MOS**. ومعظم فقراته أسست

على الأجهزة المستخدمة منذ 1970 والثمانينات، بما فيها مؤشر الرفاهية السيكولوجية العامة.

وتم توزيع هذا المقياس في البداية بواسطة منظمة **(RAND)** في سانت مونيكا وقبلها بواسطة معهد نواتج الصحة (بلومنجتون). ومازال يوزع **SF-36 RAND** الأصلي بدون مقابل واسمه مسح الـ 36 فقرة للصحة. وشكل مشابه للجهاز وزع فقط بواسطة **(MOT)** الخاص بمعهد الصحة في مركز **نيد انجلاند** الطبي في بوسطن، حيث يعمل أحد مطوريه الأصليين هو **John Ware** والجهاز معروف هناك باسم نموذج 36 القصير للمسح الصحي. ويمكن استعمال هذا المقياس استخداما ذاتيا، أو بمقابلات، أو تيليفونيا أو عن طريق الكمبيوتر ويحتاج إلى 05 دقائق للانتهاء منه. إلا أن **Ryan et al (2002)** رأى أن 71% من الأصحاء والمرضى بالآلام المزمنة يفضلون النسخ الالكترونية على الورقية. **(حسين حشمت، 2007، ص ص175-186)**

وتتمثل الأبعاد الثمانية للمقياس فيما يلي:

الأبعاد	اسم السلم
1	**Fonctionnement Physique** **الوظائف البدنية ويحتوي على 10 بنود (3،4،5،6،7،8،9،10،11،12)**
2	**Rôle Physique** **الصحة الجسمية ويحتوي على 04 بنود (13،14،15،16)**
3	**Rôle Emotionnel** **الصحة النفسية ويحتوي على 03 بنود (17،18،19)**
4	**Fonctionnement social** **الأنشطة الاجتماعية ويحتوي على 02 بنود (20،32)**

5	**Douleur Physique** **الألم البدني ويحتوي على 02 بنود (21،22)**
6	**Santé Mentale** **الصحة العقلية ويحتوي على 05 بنود (24،25،26،30،31)**
7	**Vitalité** **الحيوية ويحتوي على 4 بنود (23،27،28،29)**
8	**Santé Perçue** **الصحة العامة** **يحتوي على 6 بنود (1،2،33،34،35،36)**

كيفية التصحيح:

التقدير الذاتي مبني على سلم ليكرت **Likert**، يتم التقدير بوضع درجة أولى حسب التسلسل من (1 إلى 3)، أو من (1إلى 5) أو من (1إلى 6) حسب الاحتمالات الخاصة بكل سؤال، هذا التقدير يقيم فيما بعد بدرجات تتراوح بين (0إلى 100)

تجمع درجات المتحصل عليها من كل بعد وتقسم على عدد أسئلة البند وهذا للحصول على درجة البند. اما لتقدير نوعية الحياة فيتم جمع كل درجات البنود وتقسم على 08 للحصول على الدرجة النهائية، فكلما كانت النتيجة جيدة ارتفعت نوعية ال حياة وكلما كانت سيئة انخفضت نوعية الحياة لأن التقدير المتحصل عليه يقدر على100.

(John.E,& all,2007,p.146)

1) قامت الباحثة أولا بالحصول على النسخة الاصلية لمقياس نوعية الحياة "**استبيان الشكل القصير للمسح الصحي (SF-36)**" (انظر الملحق رقم 06 ص207)

2) ثم تمت ترجمته من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية دون الاطلاع على الترجمات السابقة لنفس المقياس. وعرضه على أستاذة في اللغة الإنجليزية بثانوية البشير قصاب بالعلمة ولاية سطيف.

3) بعد إجراء التصحيحات اللازمة، تم الاطلاع على النسخ المترجمة للمقياس الأصلي للمقارنة بين ترجمة الباحثة وترجمات سابقة لباحثين والمتمثلة في:

- استخبار نوعية الحياة المرتبطة بالصحة
- ترجمة هناء محمد أحمد شويخ **fom 36 questionnaire for health related quality of life Short**
- استبيان المسح الصحي

4) بعدها وزعت النسخة المترجمة على مجموعة من المحكمين والذين بلغ عددهم 10 أساتذة ومختصين في مجال علم النفس من مختلف جامعات الجزائر (باتنة، سطيف، مسيلة، تيزي وزو..).**(انظر الملحق رقم 03 ص 201)** ، فلم يكن لديهم أية ملاحظات فيما يخص صياغة عبارات المقياس ووضوحها أو ملاءمتها للموضوع أي أجمعوا أنه مقياس جيد ومناسب، لكن الملاحظة الوحيدة التي قدمها معظم المحكمين هو طول المقياس فقط.

4-1-2 الخصائص السيكو مترية لمقياس نوعية الحياة:

لقد أكدت العديد من الدراسات على مصداقية المقياس واتساقه الداخلي الممتاز حيث تجاوزت درجة معامل ألفا كرونباخ **0,80** بالنسبة للأبعاد الفرعية الثمانية له (بعد الوظائف البدنية، الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الأنشطة الاجتماعية، الصحة العقلية، الحيوية، الصحة العامة).(www.strokengine.ca)

3-1-4 الخصائص السيكو مترية للدراسة الحالية:

❖ **الصدق:**

1-صدق المحكمين: (صدق ترجمة المحتوى):

ولدراسة صدق هذا المقياس تم حساب معامل التوافق بين المحكمين على بنود المقياس من خلال الدرجات التي قدموها لكل بند بالاعتماد على طريقة:

❖**طريقة لاوشي Lawshe:** لحساب معامل الاتفاق بين المحكمين على مدى تمثيل الفقرة للمجال أو البعد الذي تندرج تحته. حيث أن:

$$CVR = \frac{n - N/2}{N/2}$$

CVR= نسبة صدق المحتوى

Ne= عدد المحكمين الذين اتفقوا على أن العبارة أساسية وتقيس البعد الذي وضعت لأجله.

N= عدد المحكمين الكلي.

وقد أظهرت النتائج باستخدام طريقة لاوشي، بأن متوسط درجات صدق محتوى عبارات المقياس ككل: **0,85** وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على أن الترجمة ملائمة وبالتالي المقياس يمكن تطبيقه.

❖ **الثبات:**

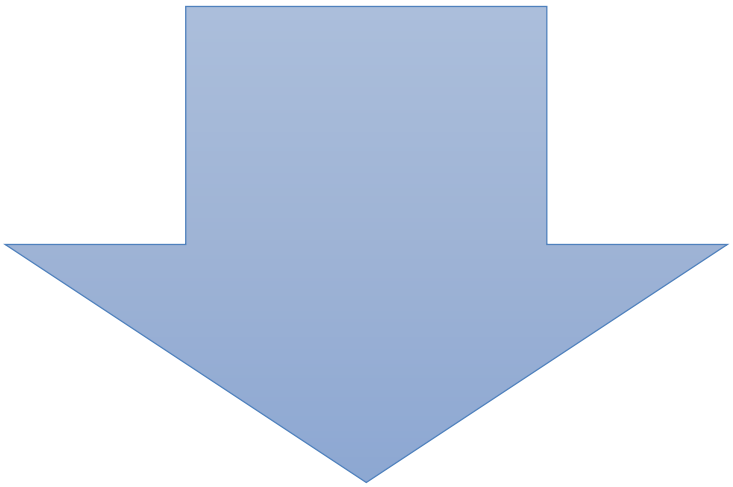
1-**حساب الاتساق الداخلي للمقياس: ألفا كرونباخ (α):** والذي يبين مدى الارتباط بين درجات عبارات مقياس نوعية الحياة –كل على حدة– ودرجة المقياس ككل:

معامل ثبات المقياس	
عدد البنود	قيمة معامل الاتساق الداخلي الفا كرونباخ α
36	0,977

وهي قيمة عالية تؤكد ثبات المقياس وصلاحية استخدامه

جدول رقم 09: الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة ألفا كرونباخ (α)

2-**حساب الاتساق الداخلي للبنود:** وتم ذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه:



جدول رقم 10: معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه في مقياس نوعية الحياة

** دال عند (0,01)

* دال عند (0,05)

البعد	البنود	معامل الارتباط	البعد	البنود	معامل الارتباط
الوظائف البدنية	3	0,936**	الوظائف النفسية	17	0**,897
	4	0,839**		18	0**,846
	5	0,871**		19	0**,950
	6	0,878**	الأنشطة الاجتماعية	20	48,90**
	7	0 ,624*		32	50**6,0
	8	0,842**	الألم البدني	21	0,938**
	9	0 ,711*		22	0,943**
	10	0,822**	الصحة العقلية	24	0,920**
	11	0 ,699*		25	0,979**
	12	0,883**		26	0,846**
الوظائف الجسمية	13	0,957**		30	0,873**
	14	0,856**		31	0,758*
	15	0,905**	الصحة العامة	1	0,822**
	16	0,904**		2	0,885**
الحيوية	23	0,793**		33	0,892**
	27	0,896**		34	0,848**
	28	0,910**		35	0,603*
	29	0,954**		36	0,848**

يتضح من الجدول أن أغلب قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه دالة احصائيا عند مستوى (0.01) و(0.05) حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0,603 و0,979) وهذا يحقق درجة جيدة ومقبولة من الاتساق الداخلي للبنود فيما يخص مقياس نوعية الحياة.

أما فيما يخص ارتباط درجة الابعاد بالدرجة الكلية للمقياس فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 11: حساب الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي

البعد	الوظائف البدنية	الوظائف الجسمية	الوظائف النفسية	الأنشطة الاجتماعية	الألم البدني	الصحة العقلية	الحيوية	الصحة العامة
R	0,986**	0,909**	0,920**	0,406*	0,897**	0,961**	0,933**	0,806**

نلاحظ أن معاملات ارتباط درجات الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس هي ارتباطات عالية وتدل على الاتساق والانسجام بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية له بالنسبة للهدف الذي وضع من أجل قياسه وبالتالي فهو صادق وثابت ويصلح للاستخدام.

4-2 مقياس الفعالية الذاتية:(Self-Efficacy and chronic pain) "PSEQ"

4-2-1 وصف المقياس:

هو الاستبيان يتكون من 10 بنود يقيس ثقة الاشخاص وقدرتهم مع الألم المستمر وأداء أنشطتهم على الرغم من الألم. ويشمل مجموعة متنوعة من الوظائف (الأعمال المنزلية، والتنشئة الاجتماعية، والعمل، والتعامل من دون دواء...) وضع من طرف **Michael Nicholas** سنة 1980 ويطبق على مختلف مظاهر الألم ويتضمن المقياس بنودا مثل:

«أنا أستطيع فعل الكثير من الأشياء وأن أستمتع بها، مثل الهوايات أو الأنشطة الترفيهية، وعلى الرغم من الألم ". يتم تصنيف العناصر على مقياس ليكرت (من 0 = غير قادر على الإطلاق لـ 6 =قادر تماما).

1-حيث تحصلنا على المقياس الأصلي للقياس الفعالية الذاتية (**Self-Efficacy and chronic pain) "PSEQ"** وقمنا بترجمته من لغته الأصلية (الإنجليزية إلى العربية) **(انظر الملحق رقم 05 ص204).**

2-قمنا بعرض المقياس على أستاذة في اللغة الإنجليزية بمركز المجد للتطوير والتدريب والإنتاج الإعلامي **بمدينة العلمة -ولاية سطيف-**

3-بعد إجراء التصحيحات اللازمة، تم توزيع الاستبيان على نفس المحكمين، (**انظر الملحق رقم 03 ص201**)، فكانت لديهم الملاحظات التالية فيما يخص صياغة عبارات الاستبيان:

جدول رقم 12: العبارات المعدلة في مقياس الفعالية الذاتية

العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
1.أستطيع التمتع بالأشياء على الرغم من الألم. 2.يمكنني القيام بمعظم الأعمال المنزلية (ترتيب الاشياء، غسل الأواني...الخ)، على الرغم من الألم. 3.أستطيع أن أجتمع مع أصدقائي أو أفراد العائلة بالقدر الذي اعتدت عليه ، رغم الألم. 4.أستطيع التعامل مع ألمي في مختلف الحالات. 5.يمكنني القيام بمعظم أعمالي رغم تواجد بالألم. 6.مازال باستطاعتي أن أفعل معظم الاشياء التي أستمتع بها، مثل الهوايات والأنشطة الترفيهية، رغم الألم. 7.يمكنني أن أتعامل مع الألم دون الأدوية.	اتفق معظم الأساتذة على أن تكون بداية العبارات بنفس العبارة كالتالي: **على الرغم من** أو **رغم الألم** ما دامت متكررة في أغلب العبارات.

8.أستطيع انجاز معظم أهدافي في الحياة على الرغم من الألم. 9.أستطيع أن أعيش حياة طبيعية، على الرغم من الألم. 10.يمكنني أن أصبح تدريجيا أكثر نشاطا، على الرغم من الألم.	

4-2-2 الخصائص السيكو مترية للمقياس:

المقياس يتمتع باتساق داخلي ممتاز حيث قدر معامل ألفا كرو نباخ بـ **0,92** ومصداقية الاختبار، ومصداقية الاختبار من خلال معامل التطبيق وإعادة التطبيق ارتفعت بعد مدة 03 أشهر. **(Nicholas &Asghari 2001).**

4-2-3 الخصائص السيكو مترية للدراسة الحالية:

1-**صدق المحكمين:** (صدق ترجمة المحتوى): بناءا على آراء المحكمين تم تعديل العبارات التي أشاروا بضرورة تعديلها لغويا. وتم حساب صدق المحكمين من حيث أن العبارة تترجم ما جاء في العبارة الأصلية بالطريقة التالية:

❖ **طريقة لاوشي Lawshe:** وقد أظهرت النتائج باستخدام طريقة لا وشي بأن متوسط درجات صدق محتوى عبارات المقياس المترجمة ككل: **CVR** بـــ: 0,86 وهذا يعني أن الترجمة ملائمة وبالتالي المقياس يمكن تطبيقه.

❖ **الثبات:**

1-**حساب الاتساق الداخلي للمقياس: ألفا كرونباخ (α):** والذي يبين مدى الارتباط بين درجات عبارات مقياس نوعية الحياة -كل على حدة-ودرجة المقياس ككل:

معامل ثبات المقياس	
عدد البنود	قيمة معامل الاتساق الداخلي الفا كرونباخ α
10	0,982

جدول رقم 13: يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ (α)

2- حساب الاتساق الداخلي للبنود:

البند	معامل الارتباط
1	**0.930
2	**0.992
3	**0.965
4	**0.831
5	**0.992
6	**0.961
7	**0.868
8	**0.965
9	**0.982
10	**0.982

جدول رقم 14: يوضح الاتساق الداخلي للبنود

يتضح من الجدول أن أغلب قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس دالة احصائيا عند مستوى **(0.01)** و**(0.05)** ويحقق هذا درجة جيدة ومقبولة من الاتساق الداخلي للبنود فيما يخص مقياس الفعالية الذاتية.

4-3 مقياس استراتيجيات المواجهة: Coping Stratégies Questionnaire "CSQ-F» لـ: (Rosenstiel et Keefe) (2008):

4-3-1 وصف المقياس:

هو الأداة الأكثر استعمالا لتقييم استراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من الألم. وقد ترجم وكيف هذا المقياس إلى عدة لغات.

وفي دراستنا الحالية تم اختيار النسخة الفرنسية المترجمة **(CSQ-F)** والتي تم التحقق من مصداقيتها من قبل **Irachabal Sandrine** وزملائه، وتحتوي هذه الصيغة الفرنسية على 27 بند التي يتم من خلالها اكتشاف مختلف الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستعملها الشخص أثناء حدوث الألم. وبالنسبة لكل بند، يبين الشخص المصاب أي استراتيجية يستخدم من

خلال سلم تنقيط من نوع ليكرت برصيد أربع نقاط:

1:أبدا نقطة

2: أحيانا نقطتين

3: غالبا 3 نقاط

4: في بعض الأحيان 4 نقاط

تمثل القيم الخام مجموع إجابات الفرد للبنود.

وقد تم تجميع هذه العناصر في 06 أبعاد أو عوامل وهي كالتالي:

- **العامل الأول: التسلية:** ويشمل البنود التالية: 2-15-16-25-26 (المجموع من 5 إلى 20).

- **العامل الثاني: التهويل:** ويشمل البنود التالية: 3-6-7-14-21-24 (المجموع من 6 إلى 30).
- **العامل الثالث: تجاهل الأحاسيس المؤلمة:** ويشمل البنود التالية: 10-12-13-19-22(المجموع من 5 إلى 20).
- **العامل الرابع: إعادة التأويل:** ويشمل البنود التالية: 1-9-18-27(المجموع من 4إلى 16).
- **العامل الخامس: التشجيع الذاتي:** ويشمل البنود التالية: 4-5-11-20(المجموع من 4إلى 16).
- **العامل السادس: الأمل أو الصلاة:** ويشمل البنود التالية: 8-17-23(المجموع من 3إلى 12). **(انظر الملحق رقم 04 ص202)**

1-قامت الباحثة أولا بالحصول على النسخة الاصلية لمقياس استراتيجيات المواجهة **"CSQ-F" Stratégies Questionnaire Coping**

3-ثم تمت ترجمته من قبل الباحثة من لغته الرسمية الفرنسية إلى اللغة العربية، وتم تقديمه لأساتذة محكمين للمرة الأولى. **(انظر الملحق رقم 02 ص 200)**، وهذا لأنه كان من بين المقاييس الأولى الجاهزة للتحكيم، فوضعت عدت ملاحظات من طرف الأساتذة حول الترجمة وقاموا بمجموعة من التعديلات على مستوى صياغة العبارات كما هو موضح في الجدول الآتي:

العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
البند رقم 03: إن الامر مريع ولي انطباع....	-إن الأمر مخيف ولي انطباع...
البند رقم 12: لا ألفت أي انتباه للألم	-لا أعير أي انتباه للألم
البند رقم 13: أفعل وكأن الألم غير موجود	-أتصرف وكأن الألم غير موجود
البند رقم 19: أكمل وكأنه لا يوجد شيء	-استمر وكأنه لا يوجد شيء
البند رقم 21: لي انطباع أنني لن أستطيع ...	-انطباعي الحالي أنني لن أستطيع...

البند رقم 26: أفعل شيء أحبه ...	- أقوم بالأشياء التي أحبها....

جدول رقم 15: العبارات المعدلة في مقياس استراتيجيات المواجهة.

- وبعد التعديلات التي قام بها الأساتذة، قامت الباحثة بتصحيح مختلف الأخطاء اللغوية وإعادة صياغة العبارات.
- إلا أنه وبعد مرور مدة من الزمن، وبعد ضبط الباحثة لمختلف مقاييس الدراسة وجمعها، أعادت تقديمها لمجموعة أخرى من المحكمين الذين تم اعتمادهم في تحكيم المقاييس السابقة (انظر الملحق رقم 03 ص 201)، ومن أهم ما تم ملاحظته من طرف معظم الأساتذة والمختصين، هو أن المقياس جيد وترجمته جيدة أي لا يحتاج لأي تعديل وقاموا بوضع درجات أمام كل بند من البنود المقياس لحساب معامل الاتفاق بينهم على مدى تمثيل مفردات المقياس لمجال السلوك المراد قياسه.

4-3-2 الخصائص السيكو مترية لمقياس استراتيجيات المواجهة:

إن المقياس في نسخته الاصلية يتمتع باتساق داخلي جيد وصدق عالي وهذا باستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث قدرت نسبة معامل صدق المقياس بـ: 0,72

4-3-3 الخصائص السيكو مترية للدراسة الحالية:

❖ الصدق:

1-صدق المحكمين: (صدق ترجمة المحتوى): بناءا على آراء المحكمين تم تعديل العبارات التي أشاروا بضرورة تعديلها لغويا. وتم حساب صدق المحكمين من حيث أن العبارة تترجم ما جاء في العبارة الأصلية بالطريقة التالية:

❖ **طريقة لاوشي Lawshe:**

وقد أظهرت النتائج باستخدام طريقة لاوشي بأن متوسط درجات صدق محتوى عبارات المقياس المترجمة ككل: **CVR** بـــــ: **0,90** وهذا يعني أن الترجمة ملائمة وبالتالي المقياس يمكن تطبيقه.

❖ **الثبات:**

1- حساب الاتساق الداخلي للمقياس: ألفا كرونباخ (α)

للتأكد من ثبات المقياس، قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستعمال طريقة ألفا كرونباخ التي تعكس تقديرات الاتساق الداخلي للاختبار ومعاملات تجانس فقراته أو مدى ترابط الاستجابات على الفقرة الواحدة مع درجة الاختبار الكلية. فقامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرونباخ لكل استراتيجية من استراتيجيات المواجهة، ثم حساب هذا المعامل بالنسبة لكل المقياس.

معامل ثبات المقياس	
عدد البنود	قيمة معامل الاتساق الداخلي الفا كرونباخ α
27	0,888

جدول رقم 16: يوضح معامل ثبات ألفا كرونباخ (α)

2-حساب الاتساق الداخلي للبنود:

استراتيجية المواجهة	عدد العبارات	معامل ألفا كرومباخ
التسلية	05	0,73
التهويل	06	0,70
تجاهل الأحاسيس المؤلمة	05	0,68

إعادة التأويل	04	0,77
التشجيع الذاتي	04	0,68
الأمل	03	0,68

جدول رقم 17: يوضح معامل الاتساق الداخلي للبنود

قراءة الجدول تمكننا من القول إن فقرات هذا الاستبيان متجانسة وبالتالي نستنتج أن هذا الاستبيان ثابت، حيث كانت قيمة معامل ألفا كرو نباخ ككل تساوي 0,706 وهذا ما يدل على أن الاستبيان ثابت.

العبارة	معامل بيرسون	العبارة	معامل بيرسون	العبارة	معامل بيرسون
01	0,55	10	0,60	19	0,60
02	0,56	11	0,66	20	0,80
03	0,65	12	0,74.	21	0,76
04	0,79	13	0,70	22	0,77
05	0,79	14	0,84.	23	0,78
06	0,82	15	0,79	24	0,65
07	0,50	16	0,80	25	0,72
08	0,61	17	0,64	26	0,80
09	0,87	18	0,88	27	0,79

جدول رقم 18: يوضح صدق الاتساق الداخلي بين المقياس وأبعاده:

4-4 سلم الألم EVA (Échelle d'évaluation analogique):

وهو مقياس وضعه **Huskisson** في 1974. هو مقياس التقييم الذاتي للألم يتميز بالحساسية، والتي يمكن الاعتماد عليها والتحقق من صحتها في كل من حالات الألم الحادة والمزمنة. كان في الاول يستعمل أكثر مع الآلام التي تصاحب المصابين بالسرطان فقط، لكن تم تمديد استعماله للآلام التي تصيب أمراض أخرى.

ويتكون المقياس من وجهين: واحد للمريض، ويحتوي على خط مستمر من عشرة سنتمترات، والذي يتم وضع علامة على طرفيه على التوالي: من غياب الألم إلى ألم حاد. والوجه الآخر للأداة خاص بالمعالج. ويتم تقديمه للمريض أفقيا أو عموديا.
(Frédéric Boursier,2003,p19)

0: لا يوجد ألم

1-3: ألم خفيف

4-6 ألم متوسط

7-10 ألم شديد (انظر الملحق رقم 07 ص213)

5-المعالجة الإحصائية:

لإنجاز هذا البحث، استعملت الباحثة مجموعة من التحليلات الإحصائية واستعملت كذلك **(SPSS)** لمعالجة فرضيات الدراسة. (انظر الملحق رقم 08 ص214)، والتحليلات الإحصائية المستعملة هي كالآتي:

- التكرارات والنسب المئوية، لبيان توزيع أفراد العينة وخصائصها، وفق متغيرات الدراسة (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، نوع الألم المزمن).
- الانحراف المعياري
- المتوسط الحسابي
- صدق المحكمين **(طريقة لاوشي)**، الصدق الذاتي، حساب الاتساق الداخلي للمقياس **(ألفا كرونباخ)** لتقدير الاتساق الداخلي للاختبار، ومعاملات تجانس فقرات الاختبار، أو مدى ترابط الاستجابات على الفقرة الواحدة مع درجة الاختبار الكلية. وهذا المعامل (ألفا كرونباخ). (صلاح مراد وفوزية هادي, 2002, ص 196)

- طريقة صدق المحتوى **(صدق المحكمين)**، لدراسة صدق استبيان مقياس نوعية الحياة، الفعالية الذاتية، مقياس استراتيجيات المواجهة. تعبر هذه الطريقة **(صدق المضمون)** عن مدى تمثيل مفردات الاختبار لمجال السلوك المراد قياسه.

- ويقاس بإجراء تحليل منطقي لمحتويات الاختبار أو لمحتوى أداة القياس، اعتمادا على رأي المحكمين من أصحاب الخبرة والاختصاص، للحكم على مدى تمثيل وحدات المقياس لمجالات الموضوع المراد قياسه، سواء كان ذلك على مستوى الشكل أو المضمون. **(صلاح مراد وفوزية هادي, 2002, ص 182)**

- معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقات بين متغيرات الدراسة. واستعمل هذا المعامل دون غيره، لأنه يقيس الارتباط بين متغيرين متغير كميا متصلا، فهو إذن الأنسب لدراسة الارتباط بين متغيرات البحث الحالي.
- اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في متوسط الرتب.
- اختبار "T" لعينة واحدة

خلاصة الفصل:

تعرفنا في هذا الفصل على ما يلي: المنهج المستخدم في هذه الدراسة، وخصائص العينة التي تكونت من 90 شخص مصاب بالآلام المزمنة، والذين تم اختيارهم من مجموعة من العيادات الخاصة. كما تعرفنا على أهم المقاييس المعتمدة من طرف الباحثة في هذه الدراسة (مقياس نوعية الحياة، مقياس الفعالية الذاتية، مقياس استراتيجيات المواجهة) مع حساب خصائصها السيكو مترية لمعرفة مدى تمتعها بثبات وصدق مقبولين، والتي سيتم عرض نتائجها في الفصل التالي وهو فصل "عرض وتحليل ومناقشة النتائج".

الفصل السابع:

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

يعرض هذا الفصل نتائج التحليلات الإحصائية التي أجريت على بيانات الدراسة، بهدف اختبار فروض الدراسة ومحاولة تفسيرها وما تشير إليه من دلالات، وبداية سوف يتم عرض الإحصاءات الوصفية لمقاييس الدراسة، ثم عرض النتائج وفق ترتيب الفروض، ثم تتبع كل نتيجة بمحاولة لتفسيرها ومناقشتها.

1- عرض نتائج الدراسة:

عرض نتائج الفرضية الأولى: والتي تنص على ما يلي:" **مستوى نوعية الحياة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة منخفض** " لدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، واختبار ($كا^2$) لدراسة دلالة الفروق في مستويات نوعية الحياة (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة). وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم 19: يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط نوعية الحياة بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة.

نوعية الحياة	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	الدلالة الإحصائية
	90	108	106.01	6.81	2.77	89	2.62	دال عند 0.01

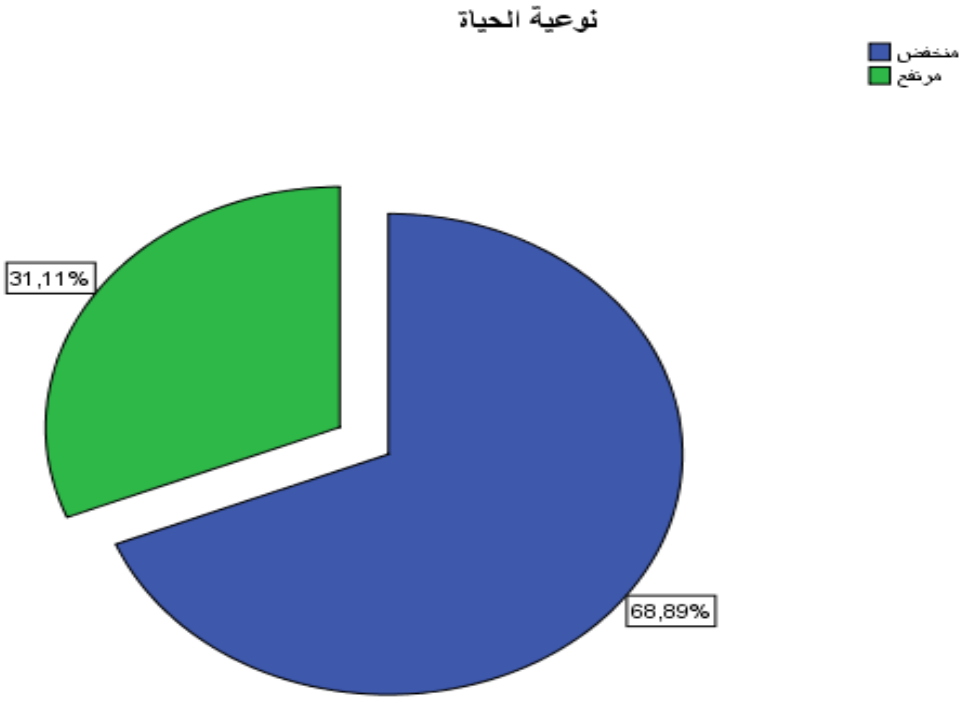
جدول رقم 20: يبين نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في مستويات نوعية الحياة (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة).

نوعية الحياة	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا2 المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا2 المجدولة	الدلالة الإحصائية
منخفضة	62	%68.9	12.84	1	6.63	دال عند 0.01
متوسطة	00	%00				
مرتفعة	28	%31.1				
المجموع	88	%100				

التعليق على الجداول: يتبين من نتائج الجدول رقم(19)، ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط نوعية الحياة بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (2.77) أكبر من قيمة(ت) المجدولة والمساوية (2.62)، حيث أن متوسط العينة (106.01) أصغر من المتوسط الافتراضي (108)، وهذا يعني أن متوسط نوعية الحياة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة منخفضة.

كما يتبين من تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في مستويات نوعية الحياة (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند 0.01، حيث أن قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (12.84) أكبر من قيمة كا2 المجدولة والمساوية(6.63) وهذا يعني أن نسبة الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة ذوي مستوى منخفض في نوعية الحياة (68.9%) أكبر من نسبة الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة ذوي مستوى مرتفع في نوعية الحياة (31.1%). **الشكل رقم(09) ص 160** يوضح مختلف النتائج.

وعليه نقبل فرضية البحث الأولى وكجواب لها يمكن القول :" مستوى نوعية الحياة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة منخفض، حيث أن نسبة الأشخاص ذوي مستوى منخفض في نوعية الحياة (68.9%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى مرتفع في نوعية الحياة (31.1%) ".



الشكل رقم 09: يبين نسب توزيع مستويات نوعية الحياة لدى مرضى الألم المزمن

عرض نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص على ما يلي:" **مستوى الفعالية الذاتية لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة منخفضة** "

الدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، واختبار ($كا^2$) لدراسة دلالة الفروق في مستويات الفعالية الذاتية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة). وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم 21: يبين نتائج تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الفعالية الذاتية بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة.

الفعالية الذاتية	حجم العينة	المتوسط الافتراضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري للعينة	قيمة(ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) المجدولة	الدلالة الإحصائية
	90	30	40.04	3.10	30.73	89	2.62	دال عند 0.01

جدول رقم 22: يبين نتائج تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في مستويات الفعالية الذاتية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)

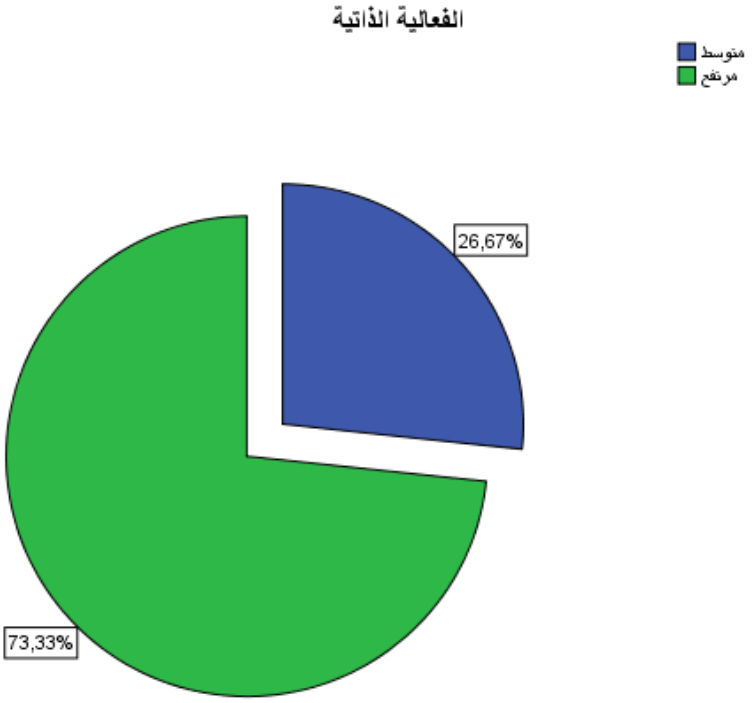
الفعالية الذاتية	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا2 المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا2 المجدولة	الدلالة الإحصائية
منخفضة	00	%00	19.60	1	6.63	دال عند 0.01
متوسطة	24	%26.7				
مرتفعة	66	%73.3				
المجموع	90	%100				

التعليق على الجداول: يتبين من نتائج الجدول رقم (21)، ومن تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الفعالية الذاتية بين المتوسط الافتراضي ومتوسط العينة، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة والمساوية (30.73) أكبر من قيمة(ت) المجدولة والمساوية (2.62)، حيث أن متوسط العينة (40.04) أكبر من المتوسط الافتراضي (30)، وهذا يعني أن متوسط الفعالية الذاتية لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة مرتفعة.

كما يتبين من تطبيق اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في مستويات الفعالية الذاتية (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة)، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند 0.01، حيث أن

قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (19.60) أكبر من قيمة كا2 المجدولة والمساوية(6.63)، وهذا يعني أن نسبة الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة ذوي مستوى مرتفع في الفعالية الذاتية (73.3%) أكبر من نسبة الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة ذوي مستوى متوسط في الفعالية الذاتية (26.7%). **الشكل رقم(10) ص 162** يوضح مختلف النتائج.

وعليه نرفض فرضية البحث الثانية وكجواب لها يمكن القول:» مستوى الفعالية الذاتية لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة مرتفع، حيث أن نسبة الأشخاص ذوي مستوى مرتفع في الفعالية الذاتية (73.3%) أكبر من نسبة المرضى ذوي مستوى متوسط في الفعالية الذاتية (26.7%) ".



الشكل رقم 10: يبين نسب توزيع مستويات الفعالية الذاتية لدى مرضى الألم

عرض نتائج الفرضية الثالثة: والتي مفادها ما يلي: " **يستعمل الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة استراتيجيات مواجهة مختلفة**" لدراسة هذه الفرضية وللإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية قامت الباحثة بحساب متوسطات الرتب لاستراتيجيات المواجهة، ثم دراسة دلالة الفروق في الرتب باستخدام اختبار فريدمان، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم23: يبين نتائج تطبيق اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في رتب استراتيجيات المواجهة.

استراتيجيات المواجهة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل فريدمان	الرتب	كا2 المحسوبة	درجة الحرية	كا2 المجدولة	الدلالة الاحصائية
التسلية	13.47	2.98	4.61	2	182.17	5	15.08	دالة عند 0.01
التهويل	14.17	3.78	4.84	1				
الأحاسيس المؤلمة	12.37	3.03	4.01	3				
إعادة التأويل	9.63	2.68	2.62	5				
التشجيع الذاتي	10.68	2.65	3.02	4				
الأمل	8.22	2.61	1.90	6				

التعليق على الجدول: يتبين من الجدول ومن تطبيق اختبار فريدمان لدراسة دلالة الفروق في متوسط رتب استراتيجيات المواجهة، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، حيث أن قيمة كا2 المحسوبة والمساوية (182.17) أكبر من قيمة كا2 المجدولة والمساوية (15.08) وهذا يعني ما يلي :

يستعمل الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة استراتيجيات المواجهة مركزة حول التهويل بالدرجة الأولى (14.13)، تليها استراتيجيات المواجهة المركزة حول التسلية بمتوسط (13.47)، تليها المركزة حول الأحاسيس المؤلمة (12.37)، تليها المركزة حول التشجيع الذاتي بمتوسط (10.68)، تليها المركزة حول إعادة التأويل بمتوسط (9.63) ثم تليها المركزة حول الأمل (8.22).، وهذا يحقق الفرضية وكجواب يمكن القول : " يستعمل الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة من استراتيجيات المواجهة مركزة على التهويل بالدرجة الأولى، تليها التسلية، تليها الأحاسيس المؤلمة، تليها المركزة حول التشجيع الذاتي، ثم إعادة التأويل وأخيرا الأمل ".

عرض نتائج الفرضية الرابعة: والتي تنص على ما يلي: " **توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجة نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة**". لدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، قامت الباحثة بتفريغ نتائج إجابات أفراد عينة البحث على مقياس نوعية الحياة ونتائجهم على مقياس استراتيجيات المواجهة، ثم حساب واستخراج المجموع الكلي على المقياسين لكل فرد من أفراد عينة البحث.

ولدراسة العلاقة استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون البسيط، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم 24: يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط بيرسون لدراسة دلالة العلاقة بين نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة.

العلاقة أبعاد استراتيجيات المواجهة	نوعية الحياة العينة الكلية (90فرد)	الدلالة الاحصائية
التسلية	0.048	غير دال
التهويل	-0.130	غير دال
الأحاسيس المؤلمة	00	غير دال
إعادة التأويل	-0.177	غير دال

التشجيع الذاتي	0.024	غير دال
الأمل	0.379	دال عند 0.01

التعليق على الجدول: يتبين من نتائج تطبيق معامل الارتباط بيرسون لدراسة دلالة العلاقة بين نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة ما يلي:

لا توجد علاقة دالة إحصائيا عند مستوى ألفا (0.05) بين نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة المركزة حول: التسلية، التهويل، الأحاسيس المؤلمة، إعادة التأويل، التشجيع الذاتي لدى الأشخاص الذين يعانون من لآلام المزمنة، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية على التوالي: 0.048، 0.13، 0، 0.177، 0.024 أصغر من قيمة (r) المجدولة والمساوية (0.205).

بينما توجد علاقة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة واستراتيجية المواجهة المركزة حول الأمل، حيث أن قيمة **(r)** المحسوبة والمساوية (0.379) أكبر من قيمة (r) المجدولة والمساوية (0.264).

وعليه يمكن القول كجواب للفرضية: " لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة المركزة حول التسلية، التهويل، الأحاسيس المؤلمة، إعادة التأويل، التشجيع الذاتي، بينما توجد علاقة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة واستراتيجية المواجهة المركزة حول الأمل، بحيث نوعية الحياة الجيدة ترتبط بوجود الأمل لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة".

عرض نتائج الفرضية الخامسة: والتي تنص على ما يلي: " **توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة** ". لدراسة هذه الفرضية والإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية، قامت الباحثة بتفريغ نتائج إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الفعالية الذاتية ونتائجهم

على مقياس أبعاد استراتيجيات المواجهة، ثم حساب واستخراج المجموع الكلي على المقياسين لكل فرد من أفراد عينة البحث.

ولدراسة العلاقة استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون البسيط، وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم25: يبين نتائج تطبيق معامل ارتباط بيرسون لدراسة دلالة العلاقة بين الفعالية الذاتية وأبعاد استراتيجيات المواجهة.

العلاقة أبعاد استراتيجيات المواجهة	الفعالية الذاتية العينة الكلية (90فرد)	الدلالة الإحصائية
التسلية	-0.11	غير دال
التهويل	0.19	غير دال
الأحاسيس المؤلمة	0.004	غير دال
إعادة التأويل	-0.003	غير دال
التشجيع الذاتي	-0.031	غير دال
الأمل	-0.036	دال عند 0.01

التعليق على الجدول: يتبين من نتائج تطبيق معامل الارتباط بيرسون لدراسة دلالة العلاقة بين الفعالية الذاتية وأبعاد استراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة ما يلي:

لا توجد علاقة دالة إحصائيا عند مستوى ألفا (0.05) بين نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة المركزة حول: التسلية، التهويل، الأحاسيس المؤلمة، إعادة التأويل، التشجيع الذاتي والأمل لدى الأشخاص الذين يعانون من لآلام المزمنة، حيث أن قيمة (r) المحسوبة والمساوية على التوالي: 0.19، 0.004، 0.003، 0.031، 0.036 أصغر من قيمة (r) المجدولة والمساوية (0.205).

وعليه نرفض فرضية البحث ويمكن القول كجواب للفرضية: " لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين الفعالية الذاتية وأبعاد استراتيجيات المواجهة المركزة حول التسلية، التهويل، الأحاسيس المؤلمة، إعادة التأويل، التشجيع الذاتي والأمل لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة".

2-مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

2-1 نتائج الارتباط بين نوعية الحياة والألم المزمن:

ينص الفرض الأول على أن:" مستوى نوعية الحياة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة منخفض".

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية والموضحة في **(الجدول رقم 19 ص159)**، **أن** المصابون بالألم المزمن يعانون من نوعية حياة متدهورة.

ويؤكد هذه النتيجة **Sherbourne et Al (1999) في دراسة له**، إذ توصل إلى غالبية المرضى **(تم اختيارهم من 46 عيادة في ولاية كاليفورنيا وتكساس ومينيسوتا، وميريلاند، وكولورادو)** يعانون من نوعية حياة متدهورة وسيئة بسبب ما يعانون من حالة صحية مزمنة.

كما أثبتت دراسات عديدة عن مدى التأثير السيء للآلام المزمنة على نوعية حياة الأفراد، منها دراسة كل من **Eriksen& Al (2003)** والتي هدفت لتقييم نوعية الحياة لدى عينة من مرضى الألم المزمن في أماكن مختلفة من الجسم(الذراع، الركبة، أسفل الظهر، الرأس....، وعينة من الأصحاء، في الدانمارك، حيث أظهرت نتائجها أن مجموعة المصابين بالألم المزمن حصل أفرادها على درجات متدنية للغاية على كل أبعاد المقياس الثمانية، ماعدا الألم الجسمي والصحة العامة على عكس مجموعة الأصحاء. وبينت

دراسة **Inge E. Lam & Al (2004)** و التي طبقت على مرضى الألم المزمن في عيادة متعددة التخصصات لإدارة الألم **(بمستشفى ماستريخت الجامعي)**، أن المرضى يعانون من مستوى منخفض لنوعية الحياة في كل مجالات المقياس المستعمل، ودرجات أقل بكثير مما وجد في الدراسات السابقة مع مجموعات الآلام المزمنة الأخرى.

وفي دراسة أخرى لـ: **عماد محمد عبد الله (2007)**، عن تأثير الألم المزمن على نوعية حياة الفرد ودافعية الانجاز وصورة الجسم، لدى عينة مكونة من 25 فرد يعانون من صداع نصفي، و25 فرد يعانون من التهاب المفاصل، أكدت نتائجها أن الألم المزمن أثر سلبا على نوعية الحياة، وتسبب في اضطراب صورة الجسم ودافعية الانجاز.

كما تؤكد دراسات عدة على الدور السلبي للألم المزمن على نوعية الحياة، كدراسة **Eriksen et Al(2003)، Gavala (2005)، &Paul Lips Natasja M. van(2005)، هناء أحمد محمد شويخ وسهير فهيم الغباشي (2009)، وائل مصطفى أبو الحسن (2014).**

من خلال ما سبق نخلص أن فرضية بحثنا قد تحققت، وأن الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة يعانون من نوعية حياة متدهورة، حيث يمكن تفسير هذا الانخفاض في نوعية الحياة إلى شدة الألم وقوته في بعض الأحيان، والذي أدى بأفراد عينة بحثنا إلى التبعية المستمرة للدواء، وعدم القدرة على أداء الوظائف المنزلية أو الخارجية، كما لاحظنا من خلال معظم استجابات الأفراد على المقياس المستخدم في الدراسة، أن الألم أثر حتى على أنشطتهم الاجتماعية (حيث أصبحوا يعانون من التعب الشديد والفشل المستمر) مما عرقل قيامهم بالنشاطات المختلفة. إلا أن البعض الآخر من العينة والذين يمثلون 31.11% رأوا أن الألم لم يؤثر على نوعية حياتهم. فحسب رأيهم أن التكفل العلاجي الجيد من طرف الأطباء وتعاملهم الحسن مع المرضى من حيث نصحهم بشرب الدواء

واتباع نصائحهم وأخذها بعين الاعتبار، يجعلهم يمتازون بنوعية حياة مرتفعة رغم تواجد الألم.

2-2 نتائج الارتباط بين الفعالية الذاتية والألم المزمن:

ينص الفرض الثاني:

"**على أن مستوى الفعالية الذاتية لدى الاشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة منخفض**"

وللتحقق من صحة الفرضية تم حساب قيمة كا^2 و التي قدرت بـ: (19.60) أكبر من قيمة كا^2 المجدولة المساوية لـ (6.63). **(انظر الجدول رقم 21 ص 162)**

مما يدل على ارتفاع مستوى الفعالية الذاتية لدى المصابين بالألم المزمن. وبالتالي النتيجة تشير إلى عدم تحقق الفرضية التي نصت على أن: "**المصابين بالألم المزمن يعانون من فعالية ذاتية منخفضة**". ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى طبيعة الألم ومتطلباته، فالألم المزمن سواء كان (صداع نصفي أو آلام أسفل الظهر أو غيره)، يتطلب من الفرد الذي يعاني منه، بذل قصارى جهده في الاعتناء بنفسه والسيطرة على الحالة التي يعاني منها، وهذا لا يتحقق إلا من خلال اكتساب معتقدات شخصية حول مشاعر القدرة على التحكم في الأحداث المحيطة به.

وهذا ما أكدته دراسة كل من **Jensen& Karoly(1992)** على عينة من 118 مريضا يعانون من آلام مزمنة مختلفة (آلام أسفل الظهر، الصداع النصفي...)، بهدف فحص معتقداتهم حول الألم المزمن ومدى توافقهم معه، فتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين المعتقدات السلبية حول الألم وسوء التوافق لدى المرضى رغم اختلاف نوع الألم، ووجود علاقة بين المعتقدات السلبية وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة الجسمية.

كما أن إدراك الأفراد لوضعهم الصحي، وما ينجم عنه من تظاهرات، في حالة سوء تسيير أو إدارة هذا الوضع، يجعلهم يهيئون إمكاناتهم الشخصية مما يسمح لهم ببلوغ الأهداف وتحقيق ما يريدون الوصول إليه، والتغلب على العوائق و المشاكل التي تواجههم بمختلف الطرق والأساليب، واستثمار كل الموارد الذاتية المتاحة قصد التأثير النشط، وممارسة الضبط، و التعامل بإيجابية مع الألم، و هذا ما يتفق مع نظرية الفعالية الذاتية لباندورا **(Bandura)**، التي ترى بأن التنبؤ بالنتائج والاتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين، يجعل الأفراد يمتلكون القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم، و عن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية، التي بدورها تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، و يقومون بتقييمه بناء على هذه المعايير، و بالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع و يرشد السلوك. اذن تنمية فعالية ذات الفرد والسيطرة على كافة المتغيرات التي يعيشها، تساهم في إدراك الفرد لمعاناته وإيجاد الحلول اللازمة التي تساهم في التخفيف مما يعاني منه. أي أن الفعالية الذاتية المرتفعة تساعد الفرد المصاب بأي نوع من الألم السيطرة والتحكم فيه. وهذا ما أكدته نتائج معظم الدراسات مثل:

دراسة **Ann (1994)** التي كان هدفها **التعرف** على العلاقة بين الفعالية الذاتية، وتحسن أعراض ألم أسفل الظهر المزمن، والتي طبقت على عينة مكونة من 31 مريضا من مرضى ألم أسفل الظهر ممن يترددون على العيادات الخارجية، فأوضحت النتائج على وجود علاقة عكسية بين زيادة فعالية الذات وألم أسفل الظهر المزمن، حيث أظهر المرضى ذوو الفعالية الذاتية المرتفعة تحسنا في أعراض الألم الجسمية وذلك بالمقارنة بالمرضى ذوي الفعالية الذاتية المنخفضة.

كما توصلت دراسة **Hynes(1997)** التي أقيمت على عينة مكونة من 41 مريضا ومريضة من مرضى ألم أسفل الظهر المزمن من كلا الجنسين، إلى أن الأشخاص الذين

يعانون من ألم مزمن ومستمر وشديد ارتبطت شدة الألم لديهم بالمستويات المنخفضة من الفعالية الذاتية.

كما أجرى كل من **Strong & Meredith (2006)** دراسة اتجهت إلى فحص كل من القلق و الفعالية الذاتية كمنبئين بشدة الألم، والعجز المترتب عليه، لدى عينة مكونة من 151 مريضا من مرضى الألم المزمن (ألم اسفل الظهر، وألم الذراعين) وقد أوضحت نتائج الدراسة على معاناة المرضى من فعالية ذاتية منخفضة حيث كانت هذه الأخيرة من أكثر المتغيرات تنبؤا بشدة الألم و العجز المترتب عليه.

وبناءا على ما سبق يتبين من أن الفعالية الذاتية ليست مجرد مشاعر عامة، ولكنها تقويم من جانب الفرد، عما يستطيع القيام به ومدى مثابرته ومقدار الجهد الذي يقوم به ومدى مرونته مع المواقف الصعبة والمعقدة ومقدار مقاومته للفشل" وهذا ما تم ملاحظته على عينة بحثنا الحالية.

2-3 نتائج أكثر الاستراتيجيات استخداما لدى المصابين بالآلام المزمنة:

تنص الفرضية على أنه: "يستعمل المصابين بالألم المزمن استراتيجيات مواجهة مختلفة"

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب متوسطات الرتب لاستراتيجيات المواجهة، ثم دراسة دلالة الفروق في الرتب باستخدام اختبار فريدمان كما هو موضح **(في الجدول رقم 23 ص164)**، وقد بينت النتائج عن اختلاف أفراد العينة في استخدام استراتيجيات أو أساليب مواجهة الألم المزمن.

فهذه الفرضية وحسب نتائج المعالجة الإحصائية قد تحققت، وعليه فنتائج الدراسة اتفقت مع ما أجمعت عليه العديد من الدراسات، كدراسة **هويدة حنفي محمود (2009)** والتي كان الهدف منها دراسة أساليب التعايش مع ضغوط الحياة لدى طلاب جامعة الإسكندرية من المكفوفين والمبصرين، حيث تكونت عينة الدراسة من **306 من الطلاب والطالبات (المكفوفين والمبصرين)**، وطبق عليهم كل من مقياس التعايش مع ضغوط الحياة الصورة الأولى "أ" على المبصرين، والصورة "ب" على المكفوفين من إعداد الباحثة، وأظهرت نتائجها على وجود فروق بين الفئتين في التعايش الإيجابي والاعتماد الأكبر على المساندة الاجتماعية.

كما أكدت **دراسة عبد الله بن حميد السهيلي، إلهامي عبد العزيز إمام (2009)** والتي أقيمت على عينة مكونة من 210 فرد تتراوح أعمارهم بين 20-30 سنة، إلى وجود فروق بين المرضى وغير المرضى في استخدام أساليب المواجهة إلا أننا نجدهم أكثر ميلا للأساليب السلبية عند مواجهة الضغوط، وأظهرت النتائج أن أسلوب التدين كان في مقدمة الأساليب التي يعتمد عليها المرضى وغير المرضى عند مواجهتهم لمواقف ضاغطة.

كما جاء في **دراسة منال الشيخ (2011)** حول أساليب التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من (100) طفل وطفلة في مرحلة التعليم الأساسي في مدينة دمشق إلى استعمال الأطفال لأساليب مختلفة في التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة منها: أسلوب طلب المساعدة الاجتماعية والذي بلغ أعلى نسبة (85.2%)، وأسلوب الاسترخاء (40%).

وبينت دراسة نرمين غريب (2014) حول استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى مرضى السكري، أيضا عن وجود فروق بين الأساليب التي يستخدمها مرضى السكري في مواجهة الضغوط حيث نجد أن مرضى السكري من نمط "1" يستخدمون الاستراتيجيات السلبية، ومرضى السكري من نوع "2" يستخدمون الاستراتيجيات الإيجابية في مواجهة الضغوط النفسية.

ومن خلال ما سبق يظهر أن نتائج الدراسات خلصت إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة لمواقف الضاغطة. حيث نجد أن الباحثين والعلماء في مجال الألم صنفوا استراتيجيات المواجهة إلى أبعاد إيجابية وأخرى سلبية، حيث يختلف الأفراد على استخدامها فنجد من يستعمل استراتيجيات إيجابية فعالة والتي تعتبر على أنها استجابات تتطلب التدريب على بعض الأفعال التي تساعد على انخفاض تقديرات شدة الألم، وزيادة تحمله كالمشاركة في النشاط وتجاهل الألم والتوافق الجيد معه، وهناك من يستخدم الاستراتيجيات السلبية والتي تتضمن الانسحاب أو تجنب القيام بالنشاطات والاعتماد على الآخرين والعجز الوظيفي وغيرها.

4-2 نتائج الارتباط بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة:

ينص الفرض الرابع:" على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة عند المرضى المصابين بآلام مزمنة"

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه لا يوجد ارتباط دال إحصائيا بين نوعية الحياة وأبعاد استراتيجيات المواجهة المركزة حول التسلية، التهويل، الأحاسيس المؤلمة، إعادة التأويل، التشجيع الذاتي، بينما توجد علاقة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة واستراتيجية المواجهة المركزة حول الأمل، بحيث نوعية الحياة الجيدة ترتبط بوجود الأمل لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة". كما هو موضح **(في الجدول رقم24 ص165)**.

وهذا ما أكدته دراسة **خالد حامد مهاوش (2012)** والتي كان الهدف منها هو الكشف عن مستوى نوعية الحياة، وأبرز استراتيجيات التعامل، والعلاقة بينهما لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد على عينة مكونة من 143 مريض ومريضة وأظهرت نتائج الدراسة على عدم وجود علاقة بين مستوى نوعية الحياة وأبعادها من جهة، واستراتيجيات التعامل وأبعادها من جهة أخرى لدى مرضى التصلب اللويحي.

وهذا ما يجعل دراستنا الحالية تتنافى مع نتائج الدراسات السابقة ويمكن تفسير هذه النتائج في إطار دراستنا هو أن عينة بحثنا رغم معاناة أغلبية أفرادها من نوعية حياة منخفضة إلا أن هذا لم يؤثر على اختيارهم لأساليب أو استراتيجيات موجبة وفعالة كأسلوب التسلية مثلا حيث نجد الأفراد يرون أن التفكير في الألم وإعطائه اهتمام بالغ يزيد من حدته، اذ نجد أن معظم اختياراتهم كانت على هذه البنود (لا أفكر في الألم، لا أعير أي انتباه للألم، أتصرف و كأن الألم غير موجود...) في حين نجد البعض الآخر من أفراد العينة يلجؤون لاستراتيجية سالبة كاستراتيجية التهويل مثال:(انطباعي الحالي لا أستطيع تحمل الألم، لي انطباع بأن الحياة لا تستحق أن تعاش...)، حيث نجد أن المصابين بالألم والذين كانت اختياراتهم لمثل هذه الاستراتيجية هم من زادت عندهم شدة الألم ولم يعودوا

قادرين على تحملها، فلا الأدوية تنفع في التخفيف من شدتها، ولا الراحة ولا حتى النصائح التي يقدمها الطبيب أصبحت لها منفعة.

على عكس الأشخاص الذين يلتزمون باستراتيجيات إيجابية، تجعلهم يشعرون بتهديد لحياتهم وتخوفهم من تفاقم ومضاعفة الآلام، مما يزيد من حرصهم الدائم على صحتهم واتخاذ جميع أساليب الوقاية والتعامل الجيد مع الألم.

2-5 نتائج الارتباط بين الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة

ينص الفرض الخامس: على أنه "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة عند المرضى المصابين بآلام مزمنة"،

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة **(الجدول رقم25 ص167)**، أثبتت عدم وجود علاقة دالة إحصائيا عند مستوى ألفا (0.05) بين الفعالية الذاتية وأبعاد استراتيجيات المواجهة المركزة حول: التسلية، التهويل، الأحاسيس المؤلمة، إعادة التأويل، التشجيع الذاتي لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة، حيث أن قيمة **(r)** المحسوبة والمساوية على التوالي: 0.048، 0.13، 0، 0.177، 0.024 أصغر من قيمة **(r)** المجدولة والمساوية (0.205). بينما توجد علاقة دالة إحصائيا بين نوعية الحياة واستراتيجية المواجهة المركزة حول الأمل، حيث أن قيمة **(r)** المحسوبة والمساوية (0.379) أكبر من قيمة (r) المجدولة والمساوية (0.264). وهذا ما أكدته دراسة **Norman** وزملائه على فئة تعاني من أمراض مزمنة مكونة من 137 مريضا، وفئة مصابة بأمراض حادة مكونة من134 مريضا، والتي أكدت عدم وجود علاقة بين المتغيرين، ويمكن تفسير عدم وجود علاقة بين الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة حسب الكثير من العلماء أن الفعالية الذاتية هي استعداد ومصدر شخصي يسهل على الفرد اللجوء إلى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية تجاه وضعيات صعبة.

رغم ذلك فأن هناك دراسات أثبتت وجود العلاقة بين المتغيرين كدراسة **Judith A. Turner , Joan M. Romano(1991)**،حول الفعالية الذاتية و النتائج المتوقعة: العلاقة بأساليب مواجهة الألم المزمن والتوافق معه، والتي بينت أن معتقدات المرضى فيما يتعلق بقدراتهم ارتبط ارتباطاً قوياً باستراتيجيات المواجهة التي أعلنوا عنها.

حيث يمكن تفسير هذا بأن أساليب المواجهة تلعب دورا مهما في التوافق والتكيف مع الألم، كما أن معتقدات الفعالية الذاتية (الأحكام المتعلقة بقدرات الفرد) النتائج المتوقعة (الأحكام المتعلقة بعواقب السلوكيات)، هي محددات هامة لسلوك المواجهة. حيث رأى باندورا **(Bandura)** في دراسته للنظرية التعلم الاجتماعي عن مساهمة هذه المعتقدات (الفعالية الذاتية) في التنبؤ بسلوك المواجهة لدى المرضى المصابين بالآلام المزمنة، وبعد دراسة أقامها على 114 مريض مصاب بالألم المزمن، لمعرفة النتائج المتوقعة والفعالية الذاتية فيما يخص أساليب المواجهة، حيث أسفرت النتائج على وجود ارتباط وثيق بين الفعالية الذاتية وأساليب المواجهة. وأشارت دراسة أخرى قام بها **Chia-Chin Lin &Sandra E (1998)** ، والتي طبقت على85 مريض يعانون من آلام مزمنة أسفل الظهر، على أن المرضى يستعملون مجموعة من الاستراتيجيات للتخفيف من الألم كالتشجيع الذاتي مثلا وارتباط هذه الاستراتيجيات ارتباطا قويا بالفعالية الذاتية حيث تساهم هذه الفعالية في التخفيف من الآثار التي يخلفها الألم كما أنها تدفع بالمريض في الاستمرار في استخدام الاستراتيجيات الأكثر فعالية للتخفيف من حدة الألم.

3-استنتاج عام:

من خلال الدراسة التي قمنا بها، والتي تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة، مع محاولة التعرف على أكثر الاستراتيجيات استخداما من طرف هذه الفئة وما هو مستوى نوعية الحياة والفعالية الذاتية لديهم.

تبين من خلال المعالجة الإحصائية اللازمة ما يلي:

1-وجود ارتباط سالب بين كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة.

2-معاناة المصابين بالألم المزمن خاصة ألم أسفل الظهر والصداع النصفي من نوعية حياة متدهورة.

3-يمتاز المصاب بالألم المزمن بفعالية ذاتية مرتفعة.

4-يستعمل الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة استراتيجيات المواجهة مختلفة: مركزة على التهويل بالدرجة الأولى، تليها التسلية، تليها الأحاسيس المؤلمة، تليها المركزة حول التشجيع الذاتي، ثم إعادة التأويل وأخيرا الأمل ".

4-الاقتراحات:

واستكمالا لنتائج الدراسة، تعرض الباحثة جملة من الاقتراحات التي نلخصها فيما يلي:

- إجراء دراسات على هذا النوع من الألم باعتباره من الظواهر الصحية التي لها تأثير كبير على الجانب النفسي والجسمي للإنسان،
- تشجيع البحث العلمي في دراسة مجال الأبعاد النفسية للآلام المزمنة،
- دراسة متغيرات أخرى في مجال علم النفس الصحة وتأثيراتها على هذا النوع من الألم،
- إنشاء مراكز خاصة للتكفل بالأفراد الذين يعانون الآلام المزمنة في العديد من مناطق الوطن، وذلك لتفادي مشاق السفر والأعباء المادية والجسدية التي قد يتعرض لها الشخص الذي يعاني من هذه الآلام، والتي قد تزيد من معاناتهم.
- اقتراح تطبيق العلاجات المعرفية وخاصة منها علاجات الموجة الثالثة كالعلاج بالتقبل والالتزام باعتباره علاج يساعد الفرد الذي يعاني من آلام مزمنة على تقبل الألم والالتزام بما يساعده في تحقيق نوعية حياة جيدة وتطوير قدرات وكفاءات ذاتية لمواجهته.
- التكفل النفسي بالمرضى المصابين بالآلام المزمنة، من خلال بناء برامج علاجية مبنية على تنمية مختلف الجوانب الحياتية.

الخاتمة

الخاتمة:

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة بين كل من نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة، مع معرفة نوع الاستراتيجيات التي يستعملها هؤلاء الأفراد، وما هو مستوى فعالية الذات التي يمتازون بها مع معرفة نوعية حياتهم، والتي تساعدنا على تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لديهم والكشف عن علاقتها باختيار استراتيجيات مواجهة معينة.

وحتى تنجز هذه الدراسة، قامت الباحثة بتقديم تصور شامل عن متغيرات البحث تحت فصول نظرية شاملة. كما قدمت لمحة عن العينة المستهدفة في هذه الدراسة ألا وهي الأفراد الذين يعانون من آلام مزمنة، من خلال تقديم لمحة تاريخية عن تطور هذا المصطلح "الألم المزمن"، ومدى انتشاره في الآونة الأخيرة في المجتمعات الغربية والعربية والتطرق لأهم النظريات أو النماذج التي فسرته.

وبعد ذلك قامت الباحثة بعرض تساؤلات البحث، مردفه إياها بفرضيات مؤسسة على معاملات الارتباط، مستعملة في ذلك مقاييس اشتملت على مقياس نوعية الحياة، الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة وتم تطبيقها على عينة من 90 فرد (60 أنثى، 30ذكر). وبعدها قامت الباحثة بالمعالجات الإحصائية التي ارتكزت على معامل الارتباط الذي يهدف إلى قياس قوة الارتباط الخطي المفترض بين المتغيرات، اذ تم الاعتماد في هذه الدراسة على معامل ارتباط بيرسون تحديدا للتعرف على العلاقة القائمة بين متغيرات البحث. ومن خلال العرض السابق لنتائج الدراسة تبين لنا أن البعض من فرضيات البحث قد تحقق بينما البعض الآخر لم يتحقق، حيث ظهر واضحا أن استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا من طرف المصابين بالآلام المزمنة استراتيجيات المواجهة المركزة على التهويل بالدرجة الأولى، تليها التسلية، تليها تجاهل الأحاسيس المؤلمة،

تليها المركزة حول التشجيع الذاتي، ثم إعادة التأويل وأخيرا الأمل ". وهذا حسب ما أكدته نتائج البحث الحالي.

كما اتضح عدم وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة والفعالية الذاتية باستراتيجيات المواجهة. وهذا حسبما ذكرت الدراسات وأكدته نتائج دراستنا الحالية.

- ✓ وعليه يمكن أن نشير إلى أن نتائج الدراسة الحالية يمكن أن تساهم ولو بشكل بسيط في التعرف أو الكشف عن أهم الاستراتيجيات التي يمكن أن تساعد الشخص الذي يعاني من الألم المزمن استخدامها للتخفيف من آلامه،

- ✓ القاء الضوء على مشكلة الآلام المزمنة والاهتمام بها لأنها أصبحت تمثل عائقا ومشكلا أساسيا من مشاكل الصحة العمومية وهذا لما تشكله من التبعات ثقيلة سوآءا كان اجتماعيا ومهنيا واقتصاديا. بحيث تعد من الأسباب الأساسية لاستهلاك الأدوية المسكنة والتردد على عيادات الفحص الطبي ولظاهرة التغيب عن العمل وغيرها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

1- أحمد حسانين، أحمد. (2011). سيكولوجية الألم، ط1: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

2- أحمد حسانين، أحمد. (2013). المناحي النفسية المفسرة للألم المزمن وتطبيقاتها العلمية. دار المنظومة. دراسات نفسية، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية. الجزائر.

3- أحمد محمد، الزعبي. (2014). فاعلية الذات الإبداعية لدى الطلبة الموهوبين ومعلميهم في الأردن: **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، مجلد 10، عدد 4.

4- برهان، ماهر. (2014) .الفروق في مستوى فاعلية الذات لدى عينة أردنية من الطلبة المعوقين سمعيا في جامعة اليرموك. **مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية**. المجلد الثاني. ع(5) : المملكة العربية السعودية.

5- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي .ط 1. عمان. الأردن :دار الحامد للنشر والتوزيع.

6- جولتان حسن، حجازي. (2013). فاعلية الذات وعلاقتها بالتوافق المهني وجودة الأداء لدى معلمات غرف المصادر في المدارس الحكومية في الضفة الغربية. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**. مجلد 9. عدد 4 والعشرون. العدد الأول.

7- حدان، ابتسام. (2014). فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن (دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بولاية ورقلة). رسالة ماجيستير منشورة. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

8- حسين، طه عبد العظيم، سلامة، عبد العظيم، حسين. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. (ط1). الأردن. دار الفكر.

9- دردير، نشوة كرم، عمار، أبو بكر. (2008). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات. رسالة ماجيستير. كلية التربية جامعة الفيوم.

10- دودو، صونيا. (2016). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالتوافق النفسي في ضوء متغيري التفاؤل والتشاؤم لدى فريق الشبه الطبي. رسالة دكتوراه ل.م.د منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

11- دويدار، عبد الفتاح محمد. (1999). العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات. دار الفكر العربي.

12- رالف، شفارتسر.(1994). التفاؤلية الدفاعية والوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي. ترجمة سامر جميل رضوان. **مجلة الثقافة النفسية**. ع 38، المجلد 10.

13-رامي، محمود اليوسف.(2013) . المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة والتحصيل الدراسي العام لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في منطقة حائل – السعودية في ضوء عدد من المتغيرات. **مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية**.

14-الرشيدي، بشير وآخرون. **(2001)**: سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية. ط1. الديوان الأميري. مكتبة الإنماء الاجتماعي. الكويت.

15-رضوان، فوقية حسن عبد الحميد. (2006). علم النفس التطبيقي وجودة الحياة. **وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة**. جامعة السلطان قابوس. مسقط. ديسمبر.

16-زناد، دليلة. (2013): علم النفس الصحي (تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديااليز نموذجا). دار الخلدونية للنشر والتوزيع. القبة، الجزائر.

17-سامر، جميل رضوان. (2002). الصحة النفسية، ط1. دار المسيرة للنشر والتوزيع. الأردن.

18-صابر، عبد القادر. (2003). فاعلية الذات وعلاقتها باتخاذ القرار لدى المراهقين من الجنسين رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس.

19-صليحة، عدودة. (2014). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. رسالة دكتوراه علوم منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة.

20-عبد الرحمان، محمد السيد (2000). علم الأمراض النفسية والعقلية. الجزء الأول. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.

21-عماد محمد، عبد الله، جبريل. (2007). جودة الحياة وبعض متغيرات الشخصية لدى فئتين من مرضى الألم المزمن مقارنة بالأصحاء، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة المنوفية. مصر.

22-فيفيان، عشماوي. (1994). العلاقة بين الشعور بالألم وبعض سمات الشخصية. رسالة ماجيستير (غير منشورة). كلية الآداب-جامعة القاهرة.

23- كمال، أحمد الإمام النشاوى. (2006). فعالية الذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى طلاب كلية التربية النوعية. مؤتمر التعليم النوعي ودوره في التنمية البشرية في عصر العولمة. جامعة المنصورة.

24- محمد، شفيق. (1985). الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث. ط1. القاهرة. مصر.

25- مدحت، عبد الحميد عبد اللطيف. (1996). الصحة النفسية والتفوق الدراسي. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. بيروت.

26- مصطفى، حجازي. (2012). إطلاق طاقات الحياة. دار النشر والتوزيع. بدون طبعة. بيروت/لبنان.

27- معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف خليفة. (2001). علم النفس الاجتماعي. دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

28- مفتاح، محمد عبد العزيز. (2010). مقدمة في علم النفس الصحة. ط 1. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.

29- نصر، محمد علي ومحمد، عبد الله محلول. (2006). العلاقة بين فاعلية الذات دافعية الإنجاز وأثرهما في التحصيل الأكاديمي لدى طلبة الثانوية في مدينة صنعاء. **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية**، المجلد 18.

30- نيفيل، شون. (2005). كيف نتعايش مع الألم؟ Coping Succesfuly with Pain. شيلدون، دار الفاروق للنشر والتوزيع. مصر. www.Iqra.almontada.com

31- هناء أحمد، محمد شويخ. (2012). علم النفس الصحي. القاهرة. المكتبة الانجلو المصرية.

32- هناء، الجوهري (1994). علم الاجتماع الحضري. ط1. دار المسيرة للنشر. الأردن عمان.

33- واكلي، بديعة. (2013). استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين. رسالة دكتوراه علوم منشورة. جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.

34- يخلف، عثمان.(2001) . علم نفس الصحة. الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الطبعة الأولى. دار الثقافة. الدوحة. قطر.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

35-An Update of NIH Pain Research and Related Program Initiatives: Statement for the Record Before the Subcommittee on Health, Committee on Energy and Commerce, United States House of Representatives, (December 8, 2005) (testimony of the National Institutes of Health, united states Department of Health and Human

services). http://www.hhs.gov/asl/testify/t051208a.html. Accessed january 26.2017.

36- Anderson, S. (2003) . Quality of life Theory . The IQol Theory, the Quality of life Research center.Copenhagenk, Denmark ventegodt@Livsk valitet.org .

37- Ann, D.K (2002). Development of a self efficacy in strument for patients with chronic low back pain and its use a predictor of physical therapy outcome. Doctoral Dissertation, University of connect oat.

38- Ansary, Maged El, Steigerwald, Ilona, & Esser, Stefan. (2003). Egypt: Over 5000 Years of Pain Management—Cultural and Historic Aspects. Pain Practice, *3*(1), 84-87.

39- Argyle, M. (1999). Causes and Correlates of Happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology.New York: Russell Sage Foundation

40- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84(2), 191-215.

41- Bandura.(1989) A. & wood R.Effect of perceived control ability and performance standards on selp regulation of compreadision making journal of personality and social psychology Vol (56), (5).

42- Bandura, A. *(*1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: **Academic Press.**

43- Bandura, A.(1997). Self efficacy: the exercise of control,w, H, Freeman. New York.

44- Bandura, A. (2000). Self-efficacy: The foundation of agency. In W. J. Perrig, & A. Grob (Eds.). Control of human behavior. mental processes and consciousness(pp. 17-33) Mahwak, NJ: Erlbaum.

45- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.).Self-efficacy beliefs of adolescents, (Vol. 5, pp. 1-43) Greenwich, CT: IAP - Information Age Publishing.

46- Barlow J.(2010). Self-efficacy in the context of rehabilitation, Faculty of Health and Life Sciences, Coventry University, Coventry.

47-Beaupre, P , Weisberg, J. &Helm, SM. (1996) . Spouse Assisted Coping Skills Training in the Management of Osteoarthritic Knee pain.Arthritis Care and Research, 93.

48-Bonica, John Joseph, & Loeser, John D. (2001). History of Pain Concepts and Therapies. In J. D. Loeser (Ed.), Bonica's Management of Pain (Third ed., Vol. 1, pp. 3-16). Philadelphia : Lippincott, Williams and Wilkins.

49-Brown, p.(2009) : Quality of life and affect across the adult life span ,was hington university .

50-Christophe Coupé, (2010), Etude des liens entre troubles émotionnels et cognitifs, stratégies de « coping » et qualité de vie dans la sclérose en plaques de forme progressive et sclérose latérale ayotrophique, encadré par : professeur Michèle Montreuil, Université Paris 8.

51-Cochinaire, J.P. (2009). Importance des facteurs sociaux, culturels et religieux dans la perception, l'interretation et la réponse a la douleur chronique non cancéreuse de l'adulte. Thése pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université Henri Poincare. Nancy1.

52-Coussen-Gélie F.(2000). Breast cancer, coping and quality of life : A semi-prospective study. European Review of Applied Psychology.50 (3).CV Mosby.

53-Desmette, D ; jaminon (2001): le sentiment d'éfficacité personnelle de chomeurs en formation, un construct dynamique revue européenne de psychologie appliqué, vol 51 N° 3, pp 217-228.

54-Didier Truchot (2004) : Epuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions, Dunod, Paris

55-Edwards, Robert R., Campbell, Claudia, Jamison, Robert N., & Wiech, Katja. (2009). The neurobiological underpinnings of coping with pain. Current Directions in Psychological Science, 18(4), 237-241. doi: http://dx.doi.org.

56- Evers A. W. M., Kraamaat F. W., Van Riel P. L. &De Jong A. J.(2002). Tailored Cognitive- Behavioral therapy inj early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trails, pain; 100.

57-Fayers, P., & Machin, D. (2007). Quality Of Life: The Assessment, Analysis And InterpretationOf Patient-Reported Outcomes. Chichester, West Suss ex, England: John Wiley & Son.

58-Fordyce W.E. (1976) Behavioral method for chronic pain and illness. St Louis:

59-Frédéric, Boursier. (2003), validation des echelles d'evaluation de la douleur en pre-hospitalier,thése pour diplôme d'état doctorat en médecine. Faculté de médecine de Bobigny. Léonard de Vinci.

60-Gatchel, R. Peng, Y, Fuchs, P. & Turk, D.(2007). The biopsychosocial approach to chronic pain : scientific advances and future direction. Psychological Bulletin, 133(4), 581-624.

61-Gillihan, S. (2002). Sex differentces in the provision of skill ful emotional support the mediating role of self- Efficacy. Journal of communication Report, P: 6-21.

62-H. Merskey, "Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the IASP, Subcommitee ou Taxonomy", Pain Suppl. 1986, 3, S 1-226.

63-HAS,(2008). Douleur chronique : reconnaitre le syndrome douleureux chronique l'évaluer et orienter le patient, récupéré janvier 25,2017 de www.has-santé.fr.

64-Jeffrey,M.L & Carosella , A.M (1999).The relative influence of perceived pain control, anxiety and functional self-efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. Spain, 24(21), 2254-2261.

65-Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., &Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: critical review of the literature. Pain(47).

66-Karenberg, A., & Leitz, C. (2001). Headache in magical and medical papyri of Ancient Egypt. Cephalalgia.

67-Keefe J. F. Abrnethy P. A. &Campbell C. L. (2005). Psychological Approaches to Understanding and Treating Disease - Related Pain, Annual Revieus psychology

68-Lazarus. RS, Folkman. S (1986): Appraisal coping, health status and psychological symptoms. Journal of personality and social psychology, 3-571-579.

69-Leplége Alain, (1999), Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie et santé, Marseille Edition système SLENARI.

70-Leplège, A. (2001). Introduction, définitions, enjeux. In A. Leplège et J. Coste Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications, Paris, Estem, 15-35.

71-Mailhan, L. (2003).Devenir et qualité de vie des patients traumatisés crâniens sévères et de leur entourage 2 à 7 ans après le traumatisme. Thèse de science de la vie et de la santé. Dijon.

72-Main C.J& Spanswick C.C. (2000). Pain managment :An interdisplinary approach, Churchill Livingstone; UK .
73-Margaret etvollrath (2006). Hand book of personality and health oslonor way.
74-Mathew.K.M, Ravichandran. G.May, K& Morsley, K. (2001). The biopsychosocial model and spinal cord injury. Spinal Cord.
75-Mayor,F.S. & Sutton .(1996): Personality: An Intergrative Approach
76-Melzack R. (1999). From the Gate to the Neuromatrix, Pain; (6)3 121-26.
77-Melzack, Ronald, & Katz, Joel. (2013). Pain. Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science.co
78-Merskey H. & Spear F. G. (1967). Pain: Psychological and Psychiatric Aspects, baillière, Tindall ana Cassell; London.
79-Meryskey H. &Bogduk N. (Eds). (1994). Classification of Chronic Pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms, Seattle:IASP Press.
80-Michel, Vanhalewyn &Françoise C. (2004). La Douleur Chronique. ETHICA CLINICA 2001 n° 14, formation des soignants.
81-Muller, A. (2012). Physiologie et physiopathologie des douleurs. In A. Muller, C. Metzger, M. Schwetta & C. Walter. Soins infirmiers et douleur (pp.7-36). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
82-National Institute of Neurological Disorders and stroke. NINDs chronicpain information page.http://www.ninds. Nih.gov/disorders /chronic_pain/chronic_pain.htm. Updated July 24, 2010. Accessed january 28, 2017.
83-Nielson, W.R. & Jensen M.P. (2004). Relationship Between changes in Coping and Treatment Outcome in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain*, 109 : 233-241
84-Pain Management Information (2017).definition of pain, récupéré january14, 2017 http://pain-management-info.com/ . Practitioners' Hand Book, New York, Guiliord press.
85-Pajares, F., & Miller, M. D. (1994). The Role of Self-Efficacy and Self-Concept Beliefs in Mathematical Problem-Solving: A Path Analysis. Journal of Educational Psychology, 86, 193-203. http://dx.doi.org .

86- Peslin Natasha, (2004). La valorisation des critères de qualité de vie, thèse pour diplôme d'état de docteur en médecine université de Nantes.Prentice-Hall.

87- Pleis, J.R., Coles.R. (2002). Summary health statistics for U.S. adults : National health interview survey. National center for Health Statistics. Vital Health statistics. 10.(209).

88- Rahe, R.H. et Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies: history and future directions, Journal of Human Stress, 4, 3-13.

89- Rapley,M, (2003) .Qualité of Life Research :A critical introduction, London, Sage publications.

90- Rebecca, R. (2000): Quality of life research unit, http//: www. UToronto . ca(910) unit htm .

91- Roelofs, J. Boissevain,, M.D, Peters, M.l, Dejong,J.R & Vlaeyen J.W (2002). Psychological treatment for chronic low back pain: past present and beyond. Pain Review, (9), 29-40.

92- Ryff, C.D. (1984). Happiness is everything or is it exploration on the meaning of psychological well-being, Journal of personality and social psychology, vol (4).

93- S.Lawrence Librach,Librach,MD,(1993).Managing Chronic Pain in Family Practice,Canadian Family Physician Vol.39,March.

94- Samwel, Han JA, Kraaimaat, Floris W, Evers, Andrea WM, & Crul, Ben JP. (2007). The role of fear-avoidance and helplessness in explaining functional disability in chronic pain: a prospective study. International journal of behavioral medicine, 14(4).

95- Sarafino,E.P. (2008). Health psychology Biopsychosocial Interaction, (6th Ed) New York: John Wiley & Sons.

96- Schweitzer Marilou Bruchon et Robert Dantzer (1994). Introduction à la psychologie de la santé, premiére édition,press universitaire de France.

97- Schweitzer, Marilou Brouchon, & Emilie Boujut. (2014). Psychologie de la santé (concepts, méthodes et modèles) .2émé édition. Dunod. Paris.

98- Seiffge, Krenke. I, Traduction Bariaud. F (1994). Les modes d'ajustements aux situations stressantes du développement: Comparaison d'adolescents normaux et d'adolescents perturbés. L'orientation scolaire et professionnelle. Vol 23, nº 3, pp 313-327.

99- Sternbach RA(1989).Acute and chronic pain.In Wall PD,Melzack R,editors.Textbook of pain.London :Churchill-livingstone,1.14.

100- Sullivan MD,Turner JA,Romano J(1991).Pain primary care :identification and management of psychosocial factors .J Fam Pract.

101- Takeda, T (n.d): Self-Effocacy coping Behavior, and the health locus of control in junior high school students with Renal Disease, Retrieved on May, 16th 2011.

102- Turk D C &Okifuji A (1997) .What Factors Affect Physicians' Decisions to Prescribe Opioids for Chronic Non-Cancer Pain Patients?, Clin. J. Pain; 13.

103- Turk D. C. (2002) : A Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in : Turk D.C., Gatchel R. J. (EDS) Psychological Approaches to Pain Management : A

104- Turk, D.& Okifuji, A. (2003). Pain management. In: A.M. Nezu & C.M Nezu Eds), Handbook of psychologie. Vol(9) health psychologie. (293-338) New York : John Wiley& Sons, Inc.

105- Turk,D & Okifuji,A. (2002). Psychological factor in chronic pain: Evaluation and Revolution. Journal of consulting and Clinical psychology,70 (3).

106- Ventegodt, C. et al., (2003). Mesurment of Quality of lif, the scientific world Journal, No. (3).

107- Waddell.G, Kummel.E.G, Lotto WN,Graham JD,Hall H ,McCulloch JA.(1979).Failed Lumbar disc surgery and repeat surgery following industrial injuries.J Bone Joint Surg (Am).

108- Waxman,S.(2006). Chronic low back pain and impact relationships Satisfaction. Master of Arts, Queen's University Canada.

109- Yannick Tousignant-Laflamme (janvier 2017). La douleur chronique affecte votre quotidien ? la psychothérapie peut vous aider, récupéré janvier 25, 2017 de http://www.oppq.qc.ca.

الملاحق

- ملـــحق رقم 1: البيانات الخاصة بالعينة الاستطلاعية
- ملحق رقم 2: قائمة المحكمين لمقياس استراتيجيات المواجهة
- ملـــحق رقم 3: قائمة المحكمين لمقاييس استراتيجيات المواجهة، الفعالية الذاتية، نوعية الحياة
- ملـــحق رقم 4: مقياس نوعية الحياة
- ملـــحق رقم 5: مقياس الفعالية الذاتية
- ملـــحق رقم 6: مقياس استراتيجيات المواجهة
- ملحق رقم 7: سلم الألم
- ملـــحق رقم 8: المعالجة الإحصائية

ملحق رقم 01:

البيانات الخاصة بالعينة الاستطلاعية

الحالات	الجنس	السن	الحالة المدنية	المستوى الدراسي	نوع الألم المزمن	مدة الألم	سبب الألم المزمن
01	أنثى	35	متزوجة	1 ثانوي	آلام أسفل الظهر وآلام في الرأس	11 سنة	التعب الشديد والعمل المتواصل
02	أنثى	24	عزباء	3 ثانوي	آلام المفاصل	2 عامين	العمل الكثير على الحاسوب ونقص التغذية
03	أنثى	35	متزوجة	2 ثانوي	آلام الرأس	5 سنوات	كثرة غسل الشعر والخروج دون تجفيفه
04	أنثى	38	متزوجة	جامعي	آلام المفاصل	10 سنوات	حمل الأشياء الثقيلة
05	أنثى	39	متزوجة	جامعي	آلام أسفل الظهر وآلام الرأس	3 سنوات	الإجهاد والقلق

06	أنثى	38	متزوجة	جامعي	آلام أسفل الظهر	منذ الصغر	السقوط المتكرر
07	أنثى	32	عزباء	2 ثانوي	آلام أسفل الظهر	8 أشهر	غير معروف
08	أنثى	24	عزباء	جامعي	آلام المفاصل	07 أشهر	كسر في الرجل
09	أنثى	78	متزوجة	6 ابتدائي	آلام المفاصل	عام	الأعمال المنزلية
10	أنثى	42	متزوجة	6 ابتدائي	آلام المفاصل	عام	الإجهاد في الأعمال المنزلية
11	أنثى	26	عزباء	جامعي	آلام المفاصل	8 أشهر	حمل أشياء ثقيلة
12	أنثى	49	متزوجة	متوسط	آلام أسفل الظهر	9 أشهر	سقوط
13	أنثى	32	عزباء	جامعي	آلام الرأس والتهاب في العضلات	15 سنة	غير معروف
14	أنثى	55	متزوجة	3 ثانوي	آلام أسفل الظهر والمفاصل	15 سنة	العمل المطول وهي واقفة
15	أنثى	52	متزوجة	3 ثانوي	آلام أسفل الظهر والمفاصل	عام	السقوط
16	ذكر	20	عزباء	2 متوسط	آلام المفاصل وأسفل الظهر	عام	السقوط في الملعب

17	أنثى	45	متزوجة	6 ابتدائي	التهاب في المفاصل والعمود الفقري مع آلام أسفل الظهر	منذ سنتين	التعب الشديد
18	ذكر	48	متزوج	6 ابتدائي	آلام أسفل الظهر	6 سنوات	التعب الشديد
19	أنثى	56	متزوجة	9 أساسي	هشاشة العظام وآلام أسفل الظهر	سنتين	السقوط من السلالم مع التعب الشديد
20	ذكر	56	متزوج	9 أساسي	هشاشة العظام وآلام أسفل الظهر	4 سنوات	حادث مرور
21	أنثى	42	متزوجة	أولى ثانوي	آلام في المفاصل وأسفل الظهر	عام	التعب الشديد
22	أنثى	20	عزباء	جامعي	صداع نصفي مع آلام أسفل الظهر	10 سنوات	رفع أشياء ثقيلة
23	ذكر	36	مطلقة	6 ابتدائي	آلام أسفل الظهر وآلام المفاصل	3 سنوات	سقوط من بناية
24	أنثى	70	متزوجة	5 ابتدائي	آلام المفاصل وأسفل الظهر	3 سنوات	انتفاخ الساقين
25	أنثى	60	متزوجة	6 ابتدائي	آلام أسفل الظهر وآلام المفاصل	5 سنوات	التعب الشديد

26	أنثى	27	متزوجة	جامعي	آلام المفاصل وآلام أسفل الظهر	10 سنوات	السقوط
27	أنثى	20	عزباء	4 متوسط	صداع نصفي مع آلام المفاصل	8 أشهر	التعب الشديد
28	أنثى	62	متزوجة	6 ابتدائي	آلام أسفل الظهر وانزلاق غضروفي	6 سنوات	التعب الشديد
29	أنثى	54	مطلقة	2 ثانوي	هشاشة العظام مع التهاب في الجيوب الانفية وآلام الرأس	10 سنوات	سوء التغذية والتعب الشديد
30	أنثى	41	متزوجة	3 ثانوي	هشاشة العظام مع آلام في المفاصل	7 سنوات	نقص التغذية حسب التحاليل

ملحق رقم 02:

قائمة المحكمين لمقياس استراتيجيات المواجهة

الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
مسيلي رشيد	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	الجزائر-2-
زناد دليلة	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	الجزائر-2-
نادية بعيبن	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	باتنة -1-
آيت حمودة حكيمة	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	الجزائر-2-
سي بشير كريمة	أستاذ محاضر –أ-	علم النفس العيادي	الجزائر-2-
فاضلي أحمد	أستاذ محاضر –أ-	علم النفس العيادي	البليدة -2-
براهيمي شبلي	أستاذ محاضر –أ-	ارشاد وصحة نفسية	الجزائر-2-
لغينونة محمد يزيد	أستاذ مساعد –أ-	علم النفس العيادي	الجزائر-2-

الملحق رقم 03:

قائمة المحكمين، مقياس استراتيجيات المواجهة، مقياس الفعالية الذاتية، مقياس نوعية الحياة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
نادية بعيبن	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيـادي	جامعة باتنة -1-
آيت مجبر بديعة	أستاذة محاضرة –أ-	علم النفس العيـادي	جامعة سطيف-2-
حافري زهية	أستاذة محاضرة –أ-	علم النفس العيـادي	جامعة سطيف -2-
نايت عبد السلام كريمة	أستاذة محاضرة –أ-	علم النفس العيـادي	جامعة تيزي وزو
بن غدفة شريفة	أستاذة محاضرة –أ-	علم النفس العيـادي	جامعة سطيف -2-
القص صليحة	أستاذة محاضـرة –أ-	علم النفس العيـادي	جامعة سطيف -2-
جبار رتيبة	أستاذة محاضـرة –أ-	علم النفس العيـادي	جامعة سطيف -2-
عزوز اسمهان	أستاذة محاضرة –أ-	علم النفس العيـادي	جامعة سطيف -2-
عدودة صليحة	أستاذة محاضرة –أ-	علم النفس العيادي	جامعة مســـيلة
فاطمة الزهراء بلخباط	أخصائية نفسانية	علم النفس العيادي	جامعة باتنة -1-

ملحق رقم 04:

مقياس استراتيجيات المواجهة:

إليك مجموعة من الأساليب التي تستخدم عادة لمواجهة أو كيفية التعامل مع الآلام المزمنة التي تعاني منها يوميا أثناء أدائك لمهام مختلفة.

المرجو منك: 1-قراءة هذه الأساليب بدقة

2-التفكير بمدى تطابقها مع أساليبك الشخصية

3-اقرأ كل عبارة بتمعن وضع علامة (×) أمام الخانة المناسبة

البنود	أبدا	أحيانا	غالبا	في بعض الأحيان
1.أحاول تجنب الألم، وكأنه يوجد في جسم شخص آخر				
2.أحاول التفكير في شيء ممتع				
3.إن الأمر فضيع ولي انطباع بأن الأمور سوف لن تتحسن				
4.أقول لنفسي بأنني شجاع وبأنني أستمر رغم الألم				
5.أقول لنفسي بأنني أستطيع السيطرة على الألم				
6.إن الأمر مخيف وأشعر بأنه يقهرني				
7.لي انطباع بأن الحياة لا تستحق أن تعاش				
8.أدعو الله ألا تستمر الآلام مدة طويلة				
9.أحاول عدم التفكير في الألم وكأن الأمر يتعلق بجسدي، بل كأنه منفصل عني				
10.لا أفكر في الألم				

11.أقول لنفسي بأنني لا أترك الالم يعيق ما أرغب القيام به.				
12.لا أعير أي انتباه للألم				
13.أتصرف وكأن الألم غير موجود				
14.أنا حائر كل الوقت بسبب معرفة إذا كان هذا سوف ينتهي.				
15.أفكر من جديد في أوقات ممتعة مضت				
16.أفكر في أشخاص أريد أن أكون معهم				
17.أدعو الله أن يزول الألم				
18.أتخيل وكأن الالم يوجد خارج جسدي				
19. أستمر وكأنه لا يوجد شيء				
20. حتى ولو احسست بالألم أستمر في فعل ما يجب علي فعله				
21. انطباعي الحالي أنني لن أستطيع تحمل الألم				
22.أتجاهل الألم				
23.أنا أعتمد على ثقتي في الله				
24. لي انطباع بأنني لا أستطيع الاستمرار				
25.أفكر في الأشياء التي أرغب القيام بها				
26.أقوم بالأشياء التي أحبها، كمشاهدة التلفاز مثلا				
27.أتصرف وكأن الالم ليس جزءا من جسدي				

ملحق رقم 05:

استبيان الفعالية الذاتية:

أمامك مجموعة من العبارات التي من خلالها يمكن أن تقيم نفسك في قدرتك على القيام بمعظم الأعمال والأمور في الوقت الحاضر على الرغم من وجود الألم.

وللإشارة إلى الإجابة قم بوضع دائرة على الرقم الذي تراه مناسب لك حيث أن:

0: يعني عدم قدرتك الكاملة على القيام بأمورك وأعمالك في الوقت الحاضر

6: هي قدرتك الكاملة على القيام بمختلف الأمور والاعمال رغم وجود الألم.

1.على الرغم من الألم أستطيع التمتع بالأشياء.

0	1	2	3	4	5	6

قادر على الاطلاق **غير قادر تماما**

2. على الرغم من الألم ،يمكنني القيام بمعظم الأعمال المنزلية (ترتيب الاشياء، غسل الأواني...الخ).

0	1	2	3	4	5	6

قادر على الاطلاق **غير قادر تماما**

3. على الرغم من الألم، أستطيع أن أجتمع مع أصدقائي أو أفراد العائلة بالقدر الذي اعتدت عليه.

0 1 2 3 4 5 6

قادر على الاطلاق غير قادر تماما

4.على الرغم من الألم، أستطيع التعامل معه في مختلف الحالات.

0 1 2 3 4 5 6

قادر على الاطلاق غير قادر تماما

5.على الرغم من تواجد الألم ،يمكنني القيام بمعظم أعمالي.

0 1 2 3 4 5 6

قادر على الاطلاق غير قادر تماما

6.على الرغم من الألم، مازال باستطاعتي أن أفعل معظم الاشياء التي أستمتع بها، مثل الهوايات والانشطة الترفيهية

0 1 2 3 4 5 6

قادر على الاطلاق غير قادر تماما

7.على الرغم من الألم يمكنني التعامل معه دون أدوية.

0 1 2 3 4 5 6

قادر على الاطلاق غير قادر تماما

8. على الرغم من الألم، أستطيع انجاز معظم أهدافي في الحياة.

0 1 2 3 4 5 6

قادر على الاطلاق غير قادر تماما

9.على الرغم من الألم ،أستطيع أن أعيش حياة طبيعية.

0	1	2	3	4	5	6

قادر على الاطلاق **غير قادر تماما**

10.على الرغم من الألم، يمكنني أن أصبح تدريجيا أكثر نشاطا.

0	1	2	3	4	5	6

قادر على الاطلاق **غير قادر تماما**

ملحق رقم 06:

سلم جودة الحياة المرتبطة بالصحة (SF-36):

من فضلك اجب على كل الأسئلة، بعض الاسئلة يمكن أن تكون متشابهة فيما بينها، إلا أنّها مختلفة عن بعضها البعض. من فضلك خذ الوقت الكافي للقراءة والاجابة عن كل سؤال بحذر، اختر الجواب الأقرب لحالتك وبكل مصداقية.

الصحة العامة:

1-بصفة عامة، كيف ترى حالتك الصحية؟

1 ممتازة 2 جيدة جدا 3 جيدة 4 لا بأس بها 5 سيئة

2-مقارنة بالسنة الماضية، كيف تقيم حالتك الصحية الآن بصورة عامة؟

1. أفضل بكثير مما كانت عليه قبل عام
2. أفضل نوعا ما من العام الماضي
3. تقريبا على ما هي عليه
4. أسوأ نوعا ما من العام الماضي
5. أسوأ بكثير مما كانت عليه قبل عام

3- تتعلق البنود التالية بأنشطة يمكن أن تقوم به خلال يومك العادي: في الوقت الحالي ،إلى أي مدى تقيدك حالتك الصحية؟

العبارات	1 نعم تقيدني كثيرا	2 نعم تقيدني قليلا	3لا تقيدني إطلاقا
من ممارسة الأنشطة الشاقة مثل: الجري، حمل الأشياء الثقيلة أو مزاولة الأنشطة الرياضية المجهدة جدا؟			

من ممارسة الأنشطة متوسطة الجهد، كتحريك الطاولة أو التنظيف باستخدام المكنسة الكهربائية أو تنظيف حديقة المنزل والعناية بها؟			
من حمل المشتريات من البقالة أو السوق المركزي (السوبرماركت)؟			
من صعود الدرج لعدة أدوار؟			
من صعود الدرج لدور واحد فقط؟			
من الانحناء أو الركوع أو السجود؟			
من المشي لأكثر من كيلومتر ونصف؟			
المشي مائة متر؟			
المشي لبعض مئات الأمتار؟			
من الاستحمام أو ارتداء الملابس بنفسك؟			

4-مشاكل الصحة الجسمية:

خلال الأسابيع الأربعة الماضية ،هل كان لديك أي من المشاكل التالية في عملك أو غيرها من الأنشطة اليومية العادية نتيجة لصحتك البدنية؟

العبارات	في كل الأوقات1	في معظم الأوقات 2	في بعض الأوقات 3	في قليل من الأوقات 4	لم أشعر في أي وقت من الاوقات5
التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي أنشطة أخرى؟					
التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى؟					
تقييدك في أداء نوع معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى؟					

أن تجد صعوبة في تأدية العمل أو أي أنشطة أخرى؟ (على سبيل المثال: احتجت إلى جهد إضافي لتأديتها)					

5-مشاكل الصحة النفسية:

خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل كان لديك أي من المشاكل التالية في عملك أو غيرها من الأنشطة اليومية العادية نتيجة لحالتك النفسية: (مثلا الشعور بالاكتئاب أو القلق)؟

العبارات	في كل الأوقات	في معظم الأوقات	في بعض من الاوقات	في قليل من الاوقات	لم أشعر في أي وقت من الأوقات
التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل او في أي أنشطة أخرى					
التقليل مما تود إنجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى					
عدم انجاز العمل أو أي أنشطة أخرى بالحرص المعتاد					

6-الأنشطة الاجتماعية:

إلى أي مدى تعارضت صحتك النفسية مع تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية المعتادة مع عائلتك أو أصدقائك أو جيرانك أو أي من المناسبات الاجتماعية الأخرى؟

1- لم يكن هناك أي تعارض إطلاقا
2- كان هناك تعارض قليل
3- كان هناك تعارض متوسط
4- كان هناك تعارض كبير
5- كان هناك تعارض كبير جدا

7-الألم:

أ- ما شدة الألم الذي عانيت منه خلال الأسابيع الأربعة الماضية؟

1- لم يكن عناك أي ألم
2- كان هناك ألم خفيف جدا
3- كان هناك ألم خفيف
4- كان هناك الم متوسط
5- كان هناك ألم شديد
6- كان هناك ألم شديد جدا

ب- خلال الأسابيع الأربعة الماضية ،إلى أي مدى أدى الألم إلى التعارض مع تأديتك لأعمالك المعتادة (سواء داخل المنزل أو خارجه) ؟

1- لم يكن هناك أي تعارض
2- كان هناك تعارض قليل جدا
3- كان هناك تعارض متوسط
4- كان هناك تعارض كبير
5- كان هناك تعارض كبير جدا

8-الحيوية والأحاسيس:

الأسئلة التالية تتعلق بكيفية شعورك وطبيعة سير الأمور معك خلال الأسابيع الأربعة الماضية ،الرجاء إعطاء إجابة واحدة لكل سؤال بحيث تكون هذه الإجابة هي الأقرب إلى الحالة التي كنت تشعر بها.

خلال الأسابيع الأربعة الماضية ،كم من الوقت؟

العبارات	في كل الأوقات 1	في معظم الأوقات 2	في كثير الأوقات 3	في بعض الأوقات 4	في قليل من الأوقات 5	لم أشعر في أي وقت من الأوقات 6

شعرت بأنك مليء بالحيوية والنشاط؟						
كنت شخص عصبيا جدا						
شعرت بأنك في حالة اكتئاب إلى درجة لم يمكن معها إدخال السرور إليك؟						
شعرت بالهدوء والطمأنينة؟						
كانت لديك طاقة كبيرة؟						
شعرت بالإحباط واليأس؟						
شعرت بأنك منهك (استنفذت قواك)؟						
شعرت بأنك شخص سعيد؟						
شعرت بأنك تعبان؟						

9-الأنشطة الاجتماعية:

خلال الأسابيع الأربعة الماضية ،ما مقدار الوقت الذي تعارضت فيه صحتك الجسمية أو مشاكلك النفسية مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء، والأقارب وغير ذلك)؟

1- كان التعارض في كل الأوقات
2- كان التعارض في معظم الأوقات
3- كان التعارض في بعض الأوقات
4- كان التعارض في قليل من الأوقات
5- لم يكن هنالك تعارض في أي وقت من الأوقات

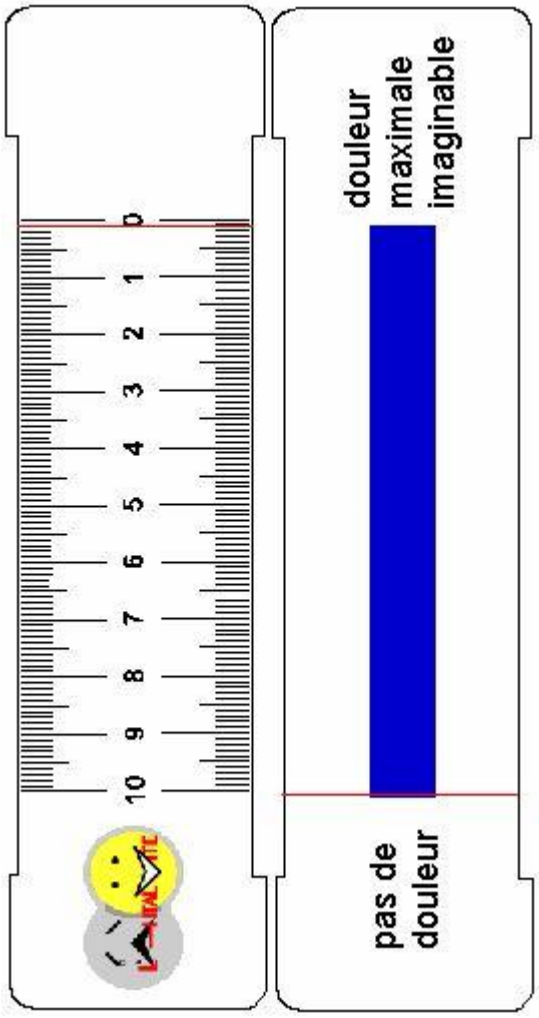
10-الصحة العامة:

ما مدى صحة او خطأ كل من العبارات التالية بالنسبة إلى حالتك الصحية؟

العبارات	صحيحة بلا شك 1	صحيحة غالبا 2	لا أعلم 3	خطأ غالبا 4	خطأ بلا شك 5
يبدو أنني أصاب بالمرض أسهل من الآخرين					
حالتي الصحية مساوية لأي شخص أعرفه					
أتوقع أن تسوء حالتي الصحية					
حالتي الصحية ممتازة					

ملحق رقم 07:

سلم الألم (EVA):



الوجه الذي يعرض على المفحوص	الوجه الخاص بالفاحص

ملحق رقم 08:

المعالجة الإحصائية (SPSS):

الفعالية الذاتية:

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
effica	90	40,0444	3,10096	,32687

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 30					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
effica	30,729	89	,000	10,04444	9,3950	10,6939

Test du Khi-deux

Fréquences

VAR00011

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
1,00	24	45,0	-21,0
2,00	66	45,0	21,0
Total	90		

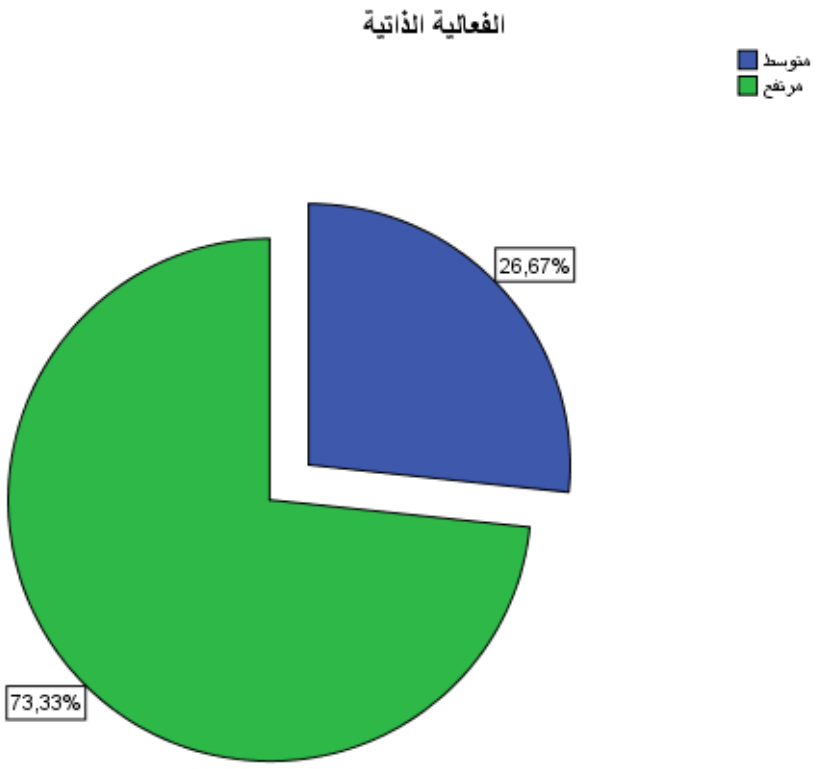
Test

	VAR00011
Khi-deux	19,600[a]
ddl	1
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 45,0.

VAR00011

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1,00	24	26,7	26,7	26,7
	2,00	66	73,3	73,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	



توزيع مستويات الفعالية الذاتية لدى مرضى الألم المزمن

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
qualit	90	106,0111	6,81455	,71832

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 108					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
qualit	-2,769	89	,007	-1,98889	-3,4162	-,5616

Tests non paramétriques
Test du Khi-deux.

Fréquences

Quali

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
,00	62	45,0	17,0
2,00	28	45,0	-17,0
Total	90		

Test

	quali
Khi-deux	12,844[a]
Ddl	1
Signification asymptotique	,000

a. 0 cellules (0,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 45,0.

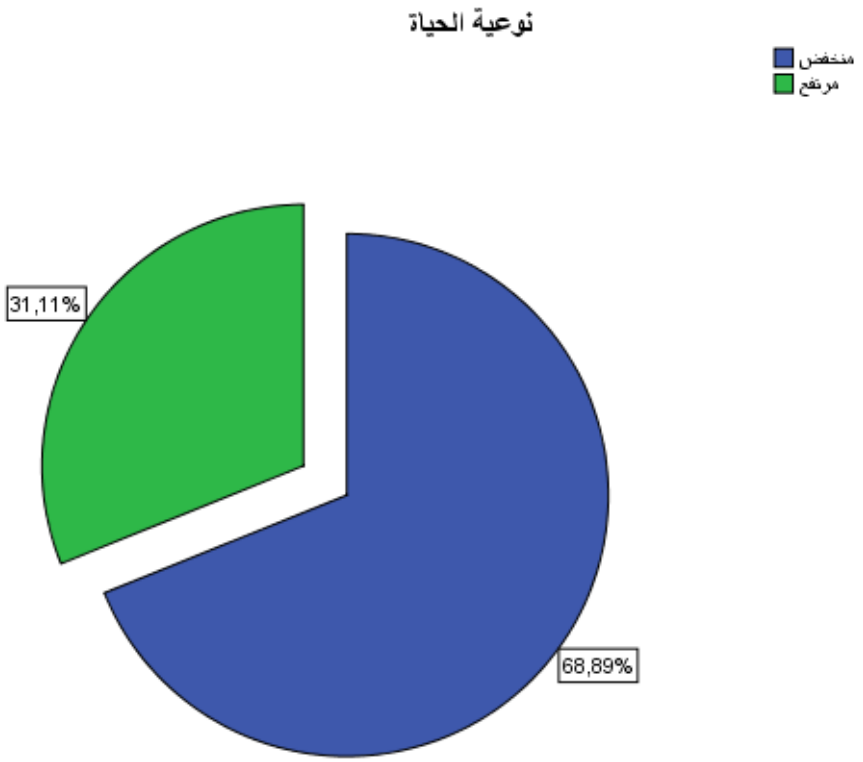
Statistiques

Quali

N	Valide	90
	Manquante	0

Quali

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	,00	62	68,9	68,9	68,9
	2,00	28	31,1	31,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	



نسب توزيع مستويات نوعية الحياة لدى مرضى الألم المزمن

استراتيجيات المواجهة:

Tests non paramétriques

Remarques

Résultat obtenu		22-JUN-2018 23:11:16
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	90

Gestion des valeurs manquantes	Définition des valeurs manquantes	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les statistiques pour tous les tests sont basées sur des observations n'ayant aucune valeur manquante pour aucune des valeurs utilisées.
Syntaxe		NPAR TESTS /FRIEDMAN=tasli ya tahouil mualima taaouil tachjia amel /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING LISTWISE.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,05
	Nombre d'observations autorisées[a]	71493

a. Basée sur la disponibilité de la mémoire de l'espace de travail.

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
tasliya	90	13,4667	2,98008	7,00	20,00
tahouil	90	14,1667	3,78718	6,00	22,00
mualima	90	12,3667	3,03334	5,00	19,00
taaouil	90	9,6333	2,67930	4,00	14,00
tachjia	90	10,6778	2,65562	4,00	16,00
amel	90	8,2222	2,60845	4,00	12,00

Test de Friedman

Rangs

	Rang moyen
tasliya	4,61
tahouil	4,84
mualima	4,01
taaouil	2,62
tachjia	3,02
amel	1,90

Test[a]

N	90
Khi-deux	182,173
ddl	5
Signification asymptotique	,000

a. Test de Friedman

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=quali effic
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Remarques

Résultat obtenu		22-JUN-2018 23:16:15
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	90
Traitement valeurs manquantes	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques pour chaque paire de variables sont basées sur toutes les observations comportant des données valides pour cette paire.

Syntaxe		CORRELATIONS /VARIABLES=quali effic /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,08

[Ensemble_de_données0]

Corrélations

		quali	effic
quali	Corrélation de Pearson	1	,054
	Sig. (bilatérale)		,612
	N	90	90
effic	Corrélation de Pearson	,054	1
	Sig. (bilatérale)	,612	
	N	90	90

CORRELATIONS
/VARIABLES=quali tasliya tahouil mualima taaouil tachjia amel
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Remarques

Résultat obtenu		22-JUN-2018 23:16:54
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	90
Traitement valeurs manquantes	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques pour chaque paire de variables sont basées sur toutes les observations comportant des données valides pour cette paire.

Syntaxe		CORRELATIONS /VARIABLES=quali tasliya tahouil mualima taaouil tachjia amel /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,03

[Ensemble_de_données0]

Corrélations

		quali	tasliya	tahouil	Mualima	taaouil	tachjia
quali	Corrélation de Pearson	1	,048	-,130	,000	-,177	,024
	Sig. (bilatérale)		,650	,221	,997	,095	,819
	N	90	90	90	90	90	90
tasliya	Corrélation de Pearson	,048	1	,145	-,043	,078	,421**
	Sig. (bilatérale)	,650		,172	,689	,465	,000
	N	90	90	90	90	90	90
tahouil	Corrélation de Pearson	-,130	,145	1	-,093	,157	-,002
	Sig. (bilatérale)	,221	,172		,381	,140	,982
	N	90	90	90	90	90	90

mualim a	Corrélation de Pearson	,000	-,043	-,093	1	,465**	,083	
	Sig. (bilatérale)	,997	,689	,381		,000	,436	
	N	90	90	90	90	90	90	
taaouil	Corrélation de Pearson	-,177	,078	,157	,465**	1	-,017	
	Sig. (bilatérale)	,095	,465	,140	,000		,875	
	N	90	90	90	90	90	90	
tachjia	Corrélation de Pearson	,024	,421**	-,002	,083	-,017	1	
	Sig. (bilatérale)	,819	,000	,982	,436	,875		
	N	90	90	90	90	90	90	
amel	Corrélation de Pearson	,379**	,095	-,029	,056	-,398**	,327**	
	Sig. (bilatérale)	,000	,374	,787	,598	,000	,002	
	N	90	90	90	90	90	90	

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=tasliya tahouil mualima taaouil tachjia amel effic
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Remarques

Résultat obtenu		22-JUN-2018 23:17:4
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_donnée
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	90

	Définition de manquante	Les valeurs man définies par l'utilisate traitées comme manq
Traitement manquantes	valeurs	Les statistiques pour paire de variables sont
	Observations utilisées	sur toutes les obser comportant des d valides pour cette pai
Syntaxe		CORRELATIONS /VARIABLES=tasli tahouil mualima tachjia amel effic /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRW
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,03
	Temps écoulé	00:00:00,03

T-TEST GROUPS=VAR00030(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=tasliya tahouil mualima taaouil tachjia amel quali effic

Test-t

Remarques

Résultat obtenu		22-JUN-2018 23:21:05
Commentaires		
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	90

Corrélations

		tasliya	tahouil	mualima	taaouil	tachjia	Amel	effic
tasliya	Corrélation de Pearson	1	,145	-,043	,078	,421**	,095	-,110
	Sig. (bilatérale)		,172	,689	,465	,000	,374	,300
	N	90	90	90	90	90	90	90
tahouil	Corrélation de Pearson	,145	1	-,093	,157	-,002	-,029	,019
	Sig. (bilatérale)	,172		,381	,140	,982	,787	,856
	N	90	90	90	90	90	90	90
mualima	Corrélation de Pearson	-,043	-,093	1	,465**	,083	,056	,004
	Sig. (bilatérale)	,689	,381		,000	,436	,598	,969
	N	90	90	90	90	90	90	90
taaouil	Corrélation de Pearson	,078	,157	,465**	1	-,017	-,398**	-,003
	Sig. (bilatérale)	,465	,140	,000		,875	,000	,974
	N	90	90	90	90	90	90	90
tachjia	Corrélation de Pearson	,421**	-,002	,083	-,017	1	,327**	-,031
	Sig. (bilatérale)	,000	,982	,436	,875		,002	,772
	N	90	90	90	90	90	90	90
amel	Corrélation de Pearson	,095	-,029	,056	-,398**	,327**	1	-,036
	Sig. (bilatérale)	,374	,787	,598	,000	,002		,736
	N	90	90	90	90	90	90	90
effic	Corrélation de Pearson	-,110	,019	,004	-,003	-,031	-,036	1
	Sig. (bilatérale)	,300	,856	,969	,974	,772	,736	
	N	90	90	90	90	90	90	90

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Traitement des valeurs manquantes	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.

Syntaxe		Les statistiques de chaque analyse sont basées sur les observations ne comportant aucune donnée manquante ou hors intervalle pour aucune variable de l'analyse. T-TEST GROUPS=VAR00030(0 1) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=tasliya tahouil mualima taaouil tachjia amel quali effic /CRITERIA=CI(.95).
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,00
	Temps écoulé	00:00:00,01

Statistiques de groupe

	VAR00030	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
tasliya	,00	60	13,1333	3,02233	,39018
	1,00	30	14,1333	2,82517	,51580
tahouil	,00	60	14,5667	3,72516	,48092
	1,00	30	13,3667	3,84603	,70219

mualima	,00	60	12,5833	2,99317	,38642
	1,00	30	11,9333	3,11762	,56920
taaouil	,00	60	9,8667	2,47336	,31931
	1,00	30	9,1667	3,04091	,55519
tachjia	,00	60	10,7667	2,71447	,35044
	1,00	30	10,5000	2,56972	,46916
amel	,00	60	8,2833	2,66230	,34370
	1,00	30	8,1000	2,53731	,46325
quali	,00	60	105,6333	6,41494	,82816
	1,00	30	106,7667	7,60981	1,38935
effic	,00	60	39,5667	3,15888	,40781
	1,00	30	41,0000	2,79161	,50968

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
tasliya	Hypothèse de variances égales	1,371	,245	-1,511	88	,134	-1,00000	,66161	-2,31481	,31481
	Hypothèse de variances inégales			-1,546	61,747	,127	-1,00000	,64676	-2,29295	,29295

Tahouil	Hypothèse de variances égales	,002	,964	1,425	88	,158	1,20000	,84197	-,47325	2,87325
	Hypothèse de variances inégales			1,410	56,479	,164	1,20000	,85109	-,50461	2,90461
Mualima	Hypothèse de variances égales	,011	,915	,958	88	,341	,65000	,67859	-,69855	1,99855
	Hypothèse de variances inégales			,945	56,040	,349	,65000	,68797	-,72815	2,02815
Taaouil	Hypothèse de variances égales	2,967	,089	1,171	88	,245	,70000	,59787	-,48813	1,88813
	Hypothèse de variances inégales			1,093	48,737	,280	,70000	,64047	-,58724	1,98724
Tachjia	Hypothèse de variances égales	,155	,695	,447	88	,656	,26667	,59650	-,91876	1,45209

	Hypothèse de variances inégales			,455	61,046	,650	,26667	,58559	-,90428	1,43762
	Hypothèse de variances égales	,615	,435	,313	88	,755	,18333	,58625	-,98171	1,34837
amel	Hypothèse de variances inégales			,318	60,678	,752	,18333	,57683	-,97023	1,33689
	Hypothèse de variances égales	,743	,391	-,742	88	,460	-1,13333	1,52764	-4,16920	1,90254
quali	Hypothèse de variances inégales			-,701	50,157	,487	-1,13333	1,61746	-4,38184	2,11517
	Hypothèse de variances égales	,000	,990	-2,107	88	,038	-1,43333	,68038	-2,78545	-,08122
Effic	Hypothèse de variances inégales			-2,196	64,937	,032	-1,43333	,65275	-2,73698	-,12968