

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد ملين دباغين. سطيف2

قسم علم النفس وعلوم التربية و الأطفونيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في شعبة علم النفس
تخصص: علم نفس الصحة .
بعنوان:

**إدارة الألم والصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية لدى
عينة من المرضى المصابين بالسرطان - بحث ارتباطي مقارن-**

إعداد الطالبة:

زوبية سارة

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	لحسن بوعبدالله
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	خرباش هدى
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر -أ-	حمائية علي
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر -أ-	بوزيد ابراهيم
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر -أ-	فلوسي سمية

السنة الجامعية: 2024 / 2025 م

شكر و عرفان

باسم الله و الصلاة و السلام على رسوله الله، الحمد لله حمدا مباركا الذي وفقني لإنجاز و اتمام هذا البحث، و أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة و هي الأستاذة خرباش هدى على متابعتها و إشرافها على هذا البحث بكل تفاصيله و تقديم النصح و الارشاد.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من والدي الغاليين و أفراد عائلتي الكريمة على الدعم و المساندة الكبيرة وكل من الأصدقاء و الزملاء و الأساتذة و من له فضل ولو صغير في تقديم المساعدة في إنجاز هذا البحث.

فهرس المحتويات:

الصفحة	المحتويات
	شكر و تقدير
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	الملخص باللغة العربية
	الملخص باللغة الانجليزية
	مقدمة
الفصل الاول: مدخل عام	
4	اشكالية الدراسة
8	أسئلة الدراسة
9	فرضيات الدراسة
10	أهمية الدراسة
11	أهداف الدراسة
11	المفاهيم الاجرائية لمتغيرات الدراسة
الفصل الثاني: إدارة الألم	
15	أولاً: الألم
15	(1) تعريف الألم
17	(2) تصنيف الألم
21	(3) نظريات الألم
26	(4) الجوانب النفسية و الاجتماعية في الألم
34	ثانياً: إدارة الألم

34	(1) مفهوم إدارة الألم
37	(2) تقنيات إدارة الألم
52	(3) برامج إدارة الألم
57	(4) بعض الدراسات التي تناولت إدارة الألم
الفصل الثالث: بعض العوامل المساعدة على إدارة الألم	
64	أولاً: الصلابة النفسية
64	(1) مفهوم الصلابة النفسية
68	(2) أبعاد الصلابة النفسية
71	(3) أهمية الصلابة النفسية
73	(4) خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة و المنخفضة
75	(5) نظريات الصلابة النفسية
78	(6) بعض الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية و الصحة
80	ثانياً: المساندة الاجتماعية
80	(1) مفهوم المساندة الاجتماعية
84	(2) أشكال المساندة الاجتماعية
87	(3) أهمية المساندة الاجتماعية
90	(4) المساندة الاجتماعية والصحة
95	(5) المساندة الاجتماعية و الألم
97	(6) بعض الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية و الألم
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية	
104	(1) منهج الدراسة
104	(2) عينة الدراسة
105	(3) أدوات الدراسة
115	(4) الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة
الفصل 5: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة	
117	(1) عرض و مناقشة الفرضية 1

119	(2) عرض و مناقشة الفرضية 2
121	(3) عرض و مناقشة الفرضية 3
123	(4) عرض و مناقشة الفرضية 4
134	(5) عرض و مناقشة الفرضية 5
136	(6) عرض و مناقشة الفرضية 6
139	(7) عرض و مناقشة الفرضية 7
141	(8) عرض و مناقشة الفرضية 8
149	(9) مناقشة عامة
153	خاتمة و توصيات
155	قائمة المراجع
169	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	قائمة الجداول
22	جدول (1): يوضح الظروف التي تفتح و تغلق بوابة الألم.
105	جدول (2): يوضح خصائص عينة الدراسة.
107	جدول (3): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الأول لمقياس الصلابة النفسية (الالتزام) و بنوده.
108	جدول (4): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثاني لمقياس الصلابة النفسية (التحكم) و بنوده.
108	جدول (5): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثالث لمقياس الصلابة النفسية (التحدي) و بنوده.
108	جدول (6): يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية و أبعاده.
109	جدول (7): يوضح قيمة اختبار "ت" لدلالة الفروق بين الدرجات العليا و الدنيا لمقياس الصلابة النفسية.
110	جدول (8): يوضح معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الصلابة النفسية.
111	جدول (9): يوضح قيمة معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية.
112	جدول (10): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الأول (الأسرة) لمقياس المساندة الاجتماعية و بنوده.
112	جدول (11): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثاني (الأصدقاء) لمقياس المساندة الاجتماعية و بنوده.
113	جدول (12): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثالث (الشخص المميز) لمقياس المساندة الاجتماعية و بنوده.
113	جدول (13): يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية و بنوده.
114	جدول (14): يوضح قيمة اختبار "ت" لدلالة الفروق بين الدرجات العليا و الدنيا لمقياس المساندة الاجتماعية.
114	جدول (15): يوضح قيمة معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية.
115	جدول (16): يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية.
118	جدول (17): يوضح نتائج معامل الارتباط الثنائي الأصيل للكشف عن الارتباطات بين مستويات المساندة الاجتماعية و ادارة الألم.
120	جدول (18): يوضح نتائج معامل كا تربيع لحساب الفروق بين مستويات المساندة الاجتماعية و ادارة الألم.
122	جدول (19): يوضح نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لحساب الفروق بين الجنسين من أفراد العينة في المساندة الاجتماعية.

124	جدول (20): يوضح نتائج اختبار كروسكال - وليس لحساب الفروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم والتي تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية.
125	جدول (21): يوضح نتائج اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية (مساندة الأسرة) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.
127	جدول (22): يوضح نتائج اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية (مساندة الأصدقاء) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.
129	جدول (23): يوضح نتائج اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية (مساندة الشخص المميز) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.
131	جدول (24): يوضح نتائج اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.
134	جدول (25): يوضح نتائج معامل الارتباط الثنائي الأصيل للكشف عن الارتباطات بين مستويات الصلابة النفسية و ادارة الألم.
137	جدول (26): يوضح نتائج معامل كا تربيع لحساب الفروق بين مستويات الصلابة النفسية و ادارة الألم.
140	جدول (27): يوضح نتائج اختبار "ت" لعينيتين مستقلتين لحساب الفروق بين الجنسين من أفراد العينة في الصلابة النفسية.
142	جدول (28): يوضح نتائج اختبار كروسكال - وليس لحساب الفروق بين أفراد العينة ذوي الحالات الاجتماعية المختلفة في الصلابة النفسية.
143	جدول (29): يوضح نتائج اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في الصلابة النفسية (بعد التحكم) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.
145	جدول (30): يوضح نتائج اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في الصلابة النفسية (بعد التحدي) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.
147	جدول (31): يوضح نتائج اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في الصلابة النفسية (الدرجة الكلية) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.

فهرس الأشكال

الصفحة	الأشكال
23	شكل رقم (1): يوضح العمليات المعرفية و الذاتية والسلوكية التي تؤثر على الألم
84	الشكل (2) العلاقة السببية بين الضغط و المرض و نقاط عمل المساندة الاجتماعية.
87	شكل (3): يوضح نموذج الأثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية كما تصوره كابلان و آخرون. 1993.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى البحث في وجود ارتباطات و فروق بين متغيرات و عينات الدراسة، و تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن و قد طبقت الدراسة على عينة من 121 مريض من مرضى سرطان الدم، و ذلك باستخدام قائمة إدارة الألم من اعداد الطالبة و مقياس الصلابة النفسية من إعداد النجار و الطلاع سنة 2015 و مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ل Dahlen Zimet و Forley (1988) المترجم، و من النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من المساندة الاجتماعية و إدارة الألم عند مرضى سرطان الدم.
 - عدم وجود فروق في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمستويات المساندة الاجتماعية (منخفض-متوسط- مرتفع).
 - عدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم و التي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/إناث)
 - وجود فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للحالة الاجتماعية في جميع أبعاد الدعم الاجتماعي (الأسرة، الأصدقاء، الشخص المميز، الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي) وكانت الفروق دالة احصائيا بين كل من المتزوجين و المطلقين و الأرامل لصالح المتزوجين ، بالإضافة كذلك إلى وجود فروق بين العزاب و المطلقين و كانت لصالح العزاب و ذلك في دعم الأصدقاء.
 - وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من ادارة الألم الصلابة النفسية عند مرضى سرطان الدم.
 - وجود فروق بين كل من مستويات الصلابة النفسية و استخدام الأدوية والاسترخاء و العلاج الطبيعي و التدليك و الالهاء و عدم وجود فروق في استخدام الكمادات الباردة و الساخنة و العلاج النفسي.
 - عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في كل من بعد الالتزام و التحكم ووجود فروق بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في بعد التحدي.
 - وجود فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للحالة الاجتماعية في كل من بعد التحكم (بين العزاب و المتزوجين لصالح المتزوجين) و بعد التحدي (بين المتزوجين و الارامل لصالح المتزوجين) و وجود فروق بين عينات الدراسة لصالح المتزوجين في الدرجة الكلية و لا توجد فروق في بعد الالتزام.
- الكلمات المفتاحية: إدارة الألم، الصلابة النفسية، المساندة الاجتماعية، سرطان الدم.

Abstract

The current study aimed to identify the presence of correlations and differences between the variables and samples of the study, and Correlative comparative descriptive methodology was used. The study was applied to a sample of 121 blood cancer patients, using the pain management checklist prepared by the student and the psychological hardness questionnaire. Prepared by Al-Najjar and Al-Tala'a in 2015 and the Perceived Social Support questionnaire by Dahlen Zimet and Forley (1988), translated, and the results of the study are:

- There are a significant correlation between social support and pain management in blood cancer patients.
- No differences between levels of social support (low - medium - high) and pain management strategies.
 - No differences in social support between genders among blood cancer patients.
- There are differences in social support for blood cancer patients due to social status in all dimensions of social support (family, friends, distinguished person, total degree of social support). The differences were statistically significant between married, divorced and widowed in favor of married couples, in addition to the presence of differences between bachelors and divorced people and were in favor of singles in support of friends..
- There are a significant correlation between psychological hardness and pain management in blood cancer patients.
- There are differences between each of the levels of psychological hardness, the use of medications, relaxation, naturopathy, massage, and distraction, and there are no differences in the use of cold and hot compresses and psychotherapy.
 - No differences between the gender of blood cancer patients in both the commitment and control dimensions, and there are differences between the gender of blood cancer patients in the challenge dimension.
- There are differences in psychological hardness among blood cancer patients due to social status in both the control dimension (between single and married people in favor of the married) and challenge dimension (between married and widowed people in favor of the married) and there are differences between the study samples in favor of the married in the total degree and there are no differences in the commitment dimension.

Keywords: Pain management, psychological hardness, social support blood cancer.

مقدمة

يحتل مرض السرطان و هو من الأمراض الخبيثة الحيز الأكبر من الاهتمام من طرف المريض وعائلته و مسؤولي الرعاية الصحية و خصوصا في الاعوام الأخيرة لارتفاع نسب الاصابة والوفيات و التأثير الكبير للمرض على الجوانب النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية وغيرها.

و على الرغم من أن السرطان لا يعني الموت المؤكد ، إلا أنه يثير صور التشوه والألم والمشاكل المالية والاجتماعية والتبعية والتفكك الأسري والموت ، مما يتسبب في مشاكل عاطفية عميقة لدى المرضى وعائلاتهم (Hosseini & al , 2017,p136) و يمكن أن يؤدي ألم السرطان المزمن إلى تغييرات كبيرة في الحالة المزاجية و الشخصية و جودة الحياة و المشاكل العلائقية و القدرة الوظيفية. (Holland,2010,p215)و يتطلب العلاج الأمثل له استراتيجيات متعددة التخصصات ، بما في ذلك الأساليب الدوائية والعلاج النفسي وإعادة التأهيل والتدخل. و تتضمن المشاركة النفسية في إدارة الألم استخدام التدخلات العلاجية النفسية والسلوكية المعرفية و الأدوية النفسية ، وعادة ما تكون مجتمعة مع بعض. (Holand & al, 2010, p218) ، و تقدم خدمات إدارة الألم نهجًا متعدد التخصصات لا يعالج فقط المكون الطبي الحيوي للألم الذي يعاني منه ، ولكن أيضًا السياق الاجتماعي والعاطفي والاقتصادي لخبرة الألم لكل من المرضى ومقدمي الرعاية لهم. و ينصب التركيز على إدارة الأعراض بدلاً من تشخيص سبب الألم. (pain management task group,2006,p66)و لإدارة أعراض السرطان و آلامه يحتاج الفرد لأكثر من الاعتماد على الجانب الطبي، و تلعب السمات الشخصية و المتغيرات الاجتماعية دورا كبيرا في تقبل المرض و أعراضه و علاجه و التكيف مع الضغوط و التحديات التي يخلقها ومن بين هذه المتغيرات الهامة الصلابة النفسية و الدعم الاجتماعي و التي تعتبر من العوامل الوقائية للضغوط.

و يشير زايبكا و تشمبرلين (Zika & Chamberlain,1987) إلى أهمية التركيز على دراسة المتغيرات المخففة أو المعدلة و التي تشير إلى وجود متغيرات نفسية أو اجتماعية (كالصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية) التي تؤثر في كيفية رؤية الفرد للأحداث الضاغطة، و كيفية إدراكه و تفسيره لها، كما تؤثر أيضا في كيفية تقييم الفرد لمدى قدرته على مواجهة هذا الحدث. (مخيمر،2002،ص2)

و يرتكز مفهوم الصلابة النفسية من الناحية النظرية على أعمال الفلاسفة الوجوديين وعلماء النفس (Kobasa & Maddi 1977)، مثل (Heidegger 1986) و (Frankl 1960) و (Binswanger 1963) . (Bartone & killy & Matthews , 2013, p202). وقد توصل كل من كوباسا ومادي (Kobasa and Maddi. 1979) من خلال دراساتهم إلى أن الصلابة النفسية إحدى المتغيرات الشخصية الايجابية التي من شأنها مساعدة الفرد في الوقاية من الأثر النفسي والجسمي الذي ينتج عن التعرض للضغوط، حيث أن غياب الصلابة النفسية يقلل من قدرة الفرد على مواجهة الضغوط وتزيد الشكاوى البدنية. (نصر، 2014، ص1) بالإضافة إلى السمات الشخصية تلعب البيئة الأسرية و الاجتماعية دورا جوهريا و هاما في علاقة المريض مع السرطان و تكيفه معه و استجابته و مواجهته له.

و قد نال مصطلح الدعم الاجتماعي اهتماما كبيرا و استخدم بشكل واسع للإشارة إلى تلك الآليات التي تقوم بها العلاقات الاجتماعية بين الأشخاص بوقايتهم من الآثار الشديدة للضغوط، و للدعم الاجتماعي دوران أساسيان في حياة الفرد: دور إنمائي و دور وقائي. (عبد الرحمن، 2012، ص 143) و يعتبر الدعم الاجتماعي أحد الظواهر الأكثر توثيقا في علم النفس الصحة، وفوائده للصحة الجسدية وافرة و لا تتكرر. و كما قال "توماس باووس" : " إن الانهيار في نظام الدعم الاجتماعي يمهد لانهيار في جهاز المناعة في الجسم. (بوميرانتز، 2018، ص545)، و نظرا للأهمية الكبيرة التي تحظى بها هذه المتغيرات في جوانب عدة من ادارة الضغوط و المحافظة على الصحة، و التكيف و التأقلم مع الأمراض و خصوصا المزمنة و الخبيثة كالسرطان و القدرة على مجابقتها و المحافظة على المزاج و جودة الحياة خصوصا في ظل التحديات و الضغوط التي تخلقها، و إمكانية استخدامها في البرامج العلاجية كبرامج إدارة الألم لمساعدة مرضى السرطان، فقد طبقت هذه الدراسة على عينة من مرضى سرطان الدم، و هدفت إلى محاولة معرفة مدى وجود ارتباط بين كل من الصلابة النفسية و الدعم الاجتماعي بإدارة الألم عند هاته الفئة و معرفة الفروق بين مستويات هاته المتغيرات في إدارة الألم. و يتجلى ذلك في خمسة فصول تناول الفصل الأول مدخل عام للدراسة أما الفصل الثاني و الثالث فقد تضمن الجانب النظري و في الفصل الرابع و الخامس تناولنا إجراءات الدراسة الميدانية و عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الاول

مدخل عام

1. مشكلة الدراسة:

الألم المزمن هو ظاهرة معقدة ذات مكونات جسدية ونفسية واجتماعية وسلوكية، و يساهم عدم مراعاة كل من هذه العوامل في فشل العلاج المناسب والمعاناة المفرطة. (Liewlyn,Kennedy, 2003, P131-132) و يصيب الألم الملايين من مرضى السرطان في جميع أنحاء العالم، وهو أحد أكثر الأعراض المرتبطة بالسرطان شيوعاً والأكثر رعباً. إن ألم السرطان ظاهرة غير متجانسة تشمل الألم الحاد والألم المزمن والألم الخاص بالورم والألم الناتج عن العلاج. (Bruera,Portenoy, 2010, P 343) وهو أحد الأعراض المنتشرة التي يعاني منها ما لا يقل عن 30% من المرضى الذين يخضعون لعلاج الأورام لمرض النقائل السرطانية وأكثر من 70% من مرضى السرطان المتقدمين. (Mercadante,Fulfaro, 2005, P1) وتشير التقديرات إلى أن الملايين من مرضى السرطان في جميع أنحاء العالم يعانون من آلام متوسطة إلى شديدة، ويختلف انتشار وشدة ألم السرطان اعتماداً على نوع الورم ومرحلة المرض ووجود النقائل وموقعها وكفاية علاج الألم. (Larue & al, 1995, P 1034) في المتوسط، يعاني 30 - 45% من المرضى في المراحل المبكرة والمتوسطة من السرطان من ألم متوسط إلى شديد، وما يصل إلى 75% من هؤلاء المرضى في المراحل المتقدمة من السرطان يعانون من الألم 25 - 30% من هؤلاء المرضى يعانون من آلام شديدة. (Pargeon , Johailey, 1999.)

و تتغير طبيعة آلام السرطان على مدار مسار المرض، مما يمثل تحدياً أكبر لكل من المرضى والأطباء الذين يسعون إلى فهمها وإدارتها. مع تقدم السرطان، يكون الألم أكثر انتشاراً وقد يصبح أيضاً أكثر شدة، خاصةً مع تطور كتل الورم التي تصطمم بالأعصاب أو تآكل العظام (Bruera,Portenoy, 2010,p343)

و قد قارن Ahles وزملاؤه مرضى السرطان الذين يعانون من الألم وبدونه وأظهروا أن المرضى الذين يعانون من الألم سجلوا درجات أعلى في مقاييس الاكتئاب والقلق والعداء والجسدية. وبالتالي، فإن الاهتمام بالمتغيرات النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان من خلال التدخل غير الدوائي يوفر على ما يبدو وسيلة إضافية وقابلة للتطبيق لعلاج الآلام المرتبطة بالسرطان. (Thomas, Weiss, 2000, P 158)

ووجد كل من (Syrjala & Chapko, 1995) في دراسة مستقبلية أن استراتيجيات المواجهة غير المتكيفة، وانخفاض مستويات الكفاءة الذاتية، والضيق الناجم عن العلاج أو تطور المرض، تنبئ بشدة الألم. على العكس من ذلك، يمكن للحالات العاطفية الإيجابية أن تقلل الألم ووجدت دراسة حديثة أن مرضى السرطان الذين يعانون من الاكتئاب هم أكثر عرضة للإبلاغ عن الألم من أولئك الذين لا يعانون من الاكتئاب. (Ciaramella & Poli, 2001) ووجد تورك وزملاؤه (1998) أن مرضى السرطان الذين يعانون من صعوبات في التعامل مع الألم كانوا أكثر عرضة للإبلاغ عن أنه يتدخل بشكل كبير في أنشطتهم مقارنة بالمرضى الذين يعانون من الألم ولكنهم يتعاملون بشكل أكثر فعالية. (Turc, Gatchel, 2002, P 502)

إن الألم الناجم عن السرطان ليس مجرد تجربة مادية أو جسدية بحتة ولكنه ينطوي على جوانب معقدة من أداء الإنسان بما في ذلك الشخصية والتأثير والادراك والسلوك والعلاقات الاجتماعية، ومن المهم ملاحظة أن استخدام المسكنات وحدها لا تؤدي دائما إلى تخفيف الألم وأن العوامل النفسية تلعب دورا متوازنا ولكنه مهم في شدة الألم. (Holland & al. 2010) ضمن هذا الإطار أشار الطبيب "وليام أوسلر" William osler "بأن صفات المريض (شخصيته) وليس نوعية المرض هي العامل الحاسم في التعامل مع الأمراض الخبيثة كما أكد أن سمات الشخصية كالانبساطية، والقلق، ونمط الشخصية، والصلابة النفسية، وغيرها من السمات تساهم إيجاباً أو سلباً في التعامل مع الضغوط الواقعة على الفرد. (شويطر ، 2017، ص 89) و تعد الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية المناعية التي تسهم في الحفاظ على الصحة النفسية و الجسدية ، لكونها تحافظ على الصحة و الأداء و تزيد من الانتاجية في العمل و من الملاحظ احتفاظ معظم الأفراد بصحتهم النفسية و الجسمية ولا يصيبهم الارهاق و المرض بالرغم من تعرضهم لمحن و أحداث حياتية ضاغطة. (الرجيبي و الشيخ حمود، 2017، ص59)

فالصلابة النفسية لها تأثير إيجابي في التعامل مع السرطان وهي تزيد من تحمل الناس في مواجهة المرض. والصلابة النفسية لها دور وسيط بين الإجهاد والمرض، حيث يتصرف الأشخاص الذين يتمتعون بدرجة صلابة نفسية عالية بشكل أفضل في مواجهة الصعوبات والتعامل مع مشكلات الحياة. (Naeini & al, 2016, P 2) ففي دراسة أنس رمضان المصري حول الضغوط وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي من النتائج التي توصلت إليها وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية ككل والضغوط الصحية، الأسرية، الاجتماعية، الاقتصادية، النفسية، أي الضغوط ككل. (المصري، 2020، ص157) وقد قامت راز وسولومون Solomon & Raz 2006 بدراسة لغرض التعرف على اسهامات الصلابة النفسية والتقييم المعرفي في التوافق النفسي لدى مرضى السرطان وقد أسهمت النتائج عن أن الصلابة النفسية تسهم بقدر كبير في الشعور بجودة الحياة والتغلب على المحن النفسية.

و عندما يتعلق الأمر بالموارد الاجتماعية، يمكن أن يكون الدعم من الأشخاص المقربين عاملاً رئيسياً. ومع ذلك، قد لا يكون مرضى السرطان دائماً جزءاً من نظام اجتماعي جيد الأداء أو قد يُثقل كاهل أقاربهم أنفسهم بمرض أحد أفراد أسرته. وبالتالي، يمكن أن يؤدي الضغط الاجتماعي أيضاً إلى انخفاض الرفاه النفسي لدى المرضى الذين يواجهون المزيد من الصعوبات في التعامل مع الألم. وبناءً على ذلك، فإن التدخلات النفسية والاجتماعية قد تحمي من الآثار الضارة اجتماعياً لمرض عضال وعلاجه. (Naeini, & al, 2016, P 3) وقد وجدت مراجعة Zaza و Baine لآلام السرطان والعوامل النفسية والاجتماعية دليلاً قوياً على وجود علاقة بين زيادة الألم وزيادة الضيق والأدلة المتوسطة على الارتباط مع انخفاض مستويات النشاط الاجتماعي والدعم. وخلصوا إلى أن التقييم الجيد للألم يجب أن يشمل فحص الضيق النفسي. (Sykes & al, 2003, P 49) ويؤثر الدعم الاجتماعي في الحالة الصحية للإنسان بشكل مباشر، بصرف النظر عن وجود التوتر، أو مستوى التوتر؛ إذ يكمن تأثير الدعم الاجتماعي في مرضى السرطان من خلال إحداث تغييرات عاطفية تؤثر في الجهاز المناعي أو الهرموني العصبي، وتعزيز الشعور بالانتماء إلى جماعة يمكن أن تعزز المزاج الإيجابي، وكذلك الشعور بالتحكم الشخصي، وزيادة الثقة بالنفس، بالإضافة إلى تعزيز (طشوش، 2015، ص452)

السلوكات الصحية التي تمنع ظهور المرض وبطء تقدمه، أو التأثير في عملية الانتعاش؛ كممارسة التمارين الرياضية، وتنشيط السلوكات غير الصحية كالتدخين، أو الحاجة إلى المساعدة الطبية. (طشوش، 2015، ص452) ويتمتع معظم المرضى بدعم اجتماعي جيد جداً، خاصة في بداية مسار علاج السرطان. غالباً ما يقضي الأصدقاء والعائلة الكثير من الوقت والطاقة لدعم المريض. إذا كان هناك نقص في الدعم الاجتماعي، فغالباً ما يؤدي ذلك إلى زيادة الضيق وفي بعض الأحيان، يكون الدعم الاجتماعي سلبياً، خاصة إذا كان الأقارب أو الأصدقاء مفروطون في الحماية مما يعني أن المريض لم يعد قادراً على رعاية نفسه). (Goerling, 2014, P 6) ويرتبط الدعم الاجتماعي المدرك ارتباطاً إيجابياً بالصحة ويرتبط بشكل عكسي بتصنيفات الألم والعجز عبر عدد من حالات الألم المزمن، ويرتبط الدعم الاجتماعي الضعيف بزيادة استخدام الخدمات الطبية للمرضى الداخليين والخارجيين. (Wallace , Staats, 2005, P 33)

وقد يعزز أفراد الأسرة وغيرهم من المقربين من المريض عن غير قصد سلوكيات الألم السلبية هذه عن طريق زيادة الاهتمام عند تقديم السلوكيات، أو توفير الفرص للمريض لتجنب الأنشطة غير المرغوب فيها عند إظهار سلوكيات الألم. وقد اقترح ترك وآخرون (2016) أن تعزيز سلوك الألم يرتبط بـ "زيادة الألم، وزيادة سلوك الألم، والحفاظ على الإعاقة" (Breedon , Rowe, 2017, P 5).

ويقدم الدعم الاجتماعي مساهمة مهمة في عمل ورفاهية مرضى السرطان ولكن من الصعب قياسه. فالعلاقات والأنشطة مع أفراد الأسرة والأصدقاء قد تؤثر على كيفية تعامل الفرد مع الألم المرتبط بالسرطان. (Bruera , Portenoy, 2010, P 96-97) ووجد كل من Turk and Rudy (1990) أن المرضى الذين يعانون من الألم المزمن الذين ينظرون إلى عائلاتهم وأصدقائهم على أنهم غير داعمين يعانون من اضطرابات نفسية نتيجة لذلك. (Turc , Gatchel, 2002, P 503) ويستمر مقدمو الرعاية الأسرية في لعب دور حيوي ومتوسع في تلبية الاحتياجات العملية والجسدية والنفسية الاجتماعية لمرضى السرطان، بما في ذلك إدارة الألم. شهدت السنوات العديدة الماضية تحولاً نحو الخروج المبكر من المستشفى وبروتوكولات . (Bruera , Portenoy, 2010, P 597)

العلاج المنزلي المعقدة بشكل متزايد والتوقعات المتزايدة بأن مقدمي الرعاية يشاركون بنشاط في صنع القرار المتعلق بالعلاج، تحقيق أهداف العلاج - بما في ذلك إدارة الأعراض - والرعاية المنزلية. ومع ذلك، لم تواكب السياسات والبحوث والخدمات السريرية لمقدمي الرعاية هذه التطورات الجديدة. (Bruera , Portenoy, 2010, P 597)

و العائلة هي عامل رئيسي في تزويد الشباب بمجموعة مستقرة نسيباً من الاتجاهات وعادات العمل، واللغة، والتفكير فيما يتعلق بالألم. وتتأثر ديناميكيات الأسرة أيضاً بالألم المزمن لأي من أفرادها، وغالباً في اتجاه الاضطراب وإعادة الاستقرار حول الأعضاء المرضى. (Karoly , Jensen, 1987, P 19)

و تشير الدراسات إلى أن 25-65 بالمائة من الأفراد في علاقات الألم المزمن يلاحظون انخفاضاً في الرضا الزوجي بعد ظهور الألم لدى أحد الشركاء (Silver, 2004 p,30). و يتأثر الألم المزمن بصفة عامة و إدارة الألم بصفة خاصة و خصوصاً في الأمراض المستحثة و الخبيثة كالسرطان بمجموعة من المتغيرات و العوامل من متغيرات معرفية، سلوكية، اجتماعية، ثقافية و خصائص شخصية و غيرها ، منها ما تم دراسته من قبل في الدراسات و منها ما لم يتم دراسته في حدود علم الطالبة و التي تتفاعل فيما بينها و تؤثر كلها بدرجات مختلفة على سير عملية العلاج و حسن الإدارة. و قد تحددت إشكالية هذه الدراسة في البحث عن وجود ارتباط و فروق بين بعض المتغيرات الداعمة كالصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم. و قد تعلقت المشكلة المطروحة هنا بجانبين:

- جانب يدرس وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم

- و جانب يدرس وجود فروق بين المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية و إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تعزى لبعض المتغيرات

و ذلك من خلال محاولة الاجابة على التساؤلات التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين المساندة الاجتماعية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم

؟

2. هل توجد فروق في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمستويات المساندة الاجتماعية (منخفض - متوسط - مرتفع) ؟
3. هل توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث)؟
4. هل توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية ؟
5. هل توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم؟
6. هل توجد فروق في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمستويات الصلابة النفسية (منخفضة- متوسطة - مرتفعة) ؟
7. هل توجد فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث)؟
8. هل توجد فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية ؟

2. فرضيات الدراسة:

ولمحاولة الاجابة على أسئلة الدراسة السابقة نقترح الفرضيات التالي:

- لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدعم الاجتماعي وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.
- لا توجد فروق في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمستويات المساندة الاجتماعية (منخفض - متوسط - مرتفع).
- لا توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث).
- لا توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية.
- لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم

- لا توجد فروق في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمستويات الصلابة النفسية (منخفضة-متوسطة-مرتفعة)
- لا توجد فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث)
- لا توجد فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية.

3. أهمية الدراسة:

ستتطرق الدراسة الحالية إلى مرض سرطان الدم وهو من الأمراض الخبيثة المنتشرة التي لها تأثير كبير على حالة المريض النفسية والانفعالية والاجتماعية وجودة حياته وتحتاج إلى تكفل بالمريض لتقبل المرض ومواجهته وتخفيف أعراضه والالتزام بالإجراءات العلاجية، كما تتناول الدراسة موضوع الألم عند مرضى السرطان وهو أكثر عرض جسدي يخلق معاناة عند مرضى السرطان حيث يؤثر على الصحة البدنية والانفعالية للمرضى ويسبب الإعاقة والعجز وتحديد الأنشطة الشخصية والاجتماعية وانخفاض جودة الحياة وزيادة استخدام الأدوية والرعاية الطبية ويؤثر على الحالة المزاجية والعاطفية وخصوصا إذا كان مزمنًا ولمدة طويلة. كما وستتطرق الدراسة إلى مجموعة من المتغيرات الهامة في علم نفس الصحة كإدارة الألم وهو متعدد الأبعاد وخاصة عند مرضى السرطان ويتطلب نهج متعدد التخصصات لتحقيق الإدارة الفعالة كما ستتناول متغيرات الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتساهم هذه المتغيرات في التكيف الإيجابي والمواجهة مع الضغوط وتخفيفها وتحسين جودة الحياة وبالتالي يمكن تشجيعها كجزء من برنامج العلاج.

- ويمكن أن تفيد نتائج الدراسة الحالية في تحديد بعض الجوانب التي يمكن استغلالها في البرامج العلاجية والإرشادية لإدارة الألم والتدخلات النفسية التي يمكن أن تساهم في تعليم المريض العديد من المهارات التي يمكن تطبيقها على العديد من التحديات اليومية للعيش مع الألم المستمر مثل التعامل مع مشاعر الألم وإدارة ردود الفعل العاطفية للألم مثل القلق والخوف الاكتئاب والحفاظ على حياة

نشطة ومنتجة على الرغم من تواجد الألم وزيادة مستوى النشاط وتقلل استخدام الأدوية والرعاية الطبية.

4. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- 1) التعرف على وجود علاقة ارتباطية بين مستوى المساندة الاجتماعية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.
- 2) التعرف على وجود فروق بين مستويات المساندة الاجتماعية في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.
- 3) التعرف على وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس
- 4) التعرف على وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية.
- 5) التعرف على وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.
- 6) التعرف على وجود فروق بين مستويات الصلابة النفسية في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.
- 7) التعرف على وجود فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس.
- 8) التعرف على وجود فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية.

5. المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

إدارة الألم:

يعرف إدارة الألم بأنه: الدراسة المنهجية للعلوم السريرية والأساسية وتطبيقها للحد من الألم والمعاناة وهو مزج الأدوات والتقنيات والمبادئ المأخوذة من تخصصات في العلاج المنفصلة وإعادة صياغتها كتطبيق شامل للحد من الألم والمعاناة. (Weiner, 2002, P 1111) وإجرائيا يعرف بأنه إجابات المفحوصين على قائمة إدارة الألم المستخدمة في الدراسة.

الصلابة النفسية:

تعرفها كوياسا بأنها اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والاجتماعية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة وهي تتكون من زملة من الخصائص النفسية وهي: الالتزام - التحكم - التحدي. (مخير، 2002، ص 6).

وإجرائيا تعرف الصلابة النفسية بأنها الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوص على مقياس الصلابة النفسية وكلما ارتفعت الدرجة تعبر عن صلابة نفسية مرتفعة وكلما انخفضت درجات المفحوص تعبر عن صلابة نفسية منخفضة.

المساندة الاجتماعية:

يعرفها ساراسون وآخرون (Sarason & al (1983) بأنها : "إدراك الفرد بأن البيئة تمثل مصدرا للتدعيم الاجتماعي الفاعل ومدى توافر أشخاص يهتمون بالفرد ويدعمونه ويتقنون فيه، ويأخذون بيده، ويقفون بجانبه عند الحاجة ومن ذلك الأسرة والأصدقاء والجيران". (المنصوري، البدران، 2010، ص107).

ويعرفها سارافينو (Sarafino (1994 بأنها تتعلق بمدى اعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص ومؤسسات ما هي إلا مصادر للدعم الفعال، فهي عملية تقييمية لمدى إدراك الفرد لعمق و كفاية علاقاته مع الآخرين فكلما أقر الفرد بعمق وكفاية هذه العلاقات ازداد الدور الفعال للمساندة الاجتماعية. (يوسفي، 2016، ص 128).

وأجرائها تعرف المساندة الاجتماعية بأنها الدرجات الكلية التي يتحصل عليها المفحوصين على استبيان المساندة الاجتماعية وتعتبر الدرجات المرتفعة عن مساندة اجتماعية مرتفعة والدرجات المنخفضة على المقياس على مساندة اجتماعية منخفضة.

الفصل الثاني :

ادارة الألم

إدارة الألم:

يعتبر الألم تجربة تشترك فيها مجموعة من الجوانب الحسية و الشخصية و الاجتماعية و البيئية و الثقافية و هو يؤثر على المريض من الجوانب النفسية و الانفعالية و السلوكية و المعرفية و غيرها بالإضافة إلى تأثيره على أسرته و المحيطين به و يحتاج التكفل الأمثل بالألم و إدارته و علاجه و خصوصا في حالات الألم المزمن أخذ جميع الجوانب في الاعتبار و الاعتماد على الطرق الدوائية و غير الدوائية لتخفيف معاناة المريض و عائلته و تحسين جودة حياته و تقليل مستوى إعاقته لتحقيق التكيف مع المرض و تداعياته المختلفة و تحسين مستوى النشاط في الحياة.

أولا: الألم:

1) تعريف الألم:

لا بد لكل محاولة لوصف الألم بصورة شاملة و موضوعية من أن تواجه صعوبات من خلال العلاقة المتبادلة بين الشعور الحسي و التفسير و التقييم المعرفي و المعاني المختلفة لمشاعر الألم و تتأثر هذه التأثيرات المتبادلة ضمن أشياء أخرى بعمليات التعلم و الخبرات القبلية و مستوى النمو المعرفي. (بيترمان، 2009، ص637)

و تعرف الجمعية العالمية لدراسة الألم (The International Association For The Study Of Pain) (IASP) : الألم على أنه "خبرة مزعجة من الاحساس و المشاعر ترتبط بتضرر فعلي أو ممكن للأنسجة أو يتم وصفه بمفاهيم مثل هذا التضرر " و بهذا فإن الخبرة الذاتية تمثل المركب الأساسي لخبرة الألم. (شلونكه و آخرون، 2008، ص410) و يحمل التعريف مظهرين مهمين بالنسبة لدراسة الألم: فهو لا يفرق بين الألم الحاد (بيترمان، 2009، ص638)

و المزمن و يشير إلى خبرة الألم الانفعالية فقط و لا يأخذ التأثيرات على السلوك بعين الاعتبار، فمن المهم من أجل الفهم الشامل للظاهرة ينبغي الأخذ بعين الاعتبار المجموعة التالية من المظاهر و أن ينظر إليها ككل متكامل:

- الادراك الجسدي الحسي.
 - الخبرة الانفعالية.
 - التفسير المعرفي و التقييم.
 - السلوك الناجم عن ذلك.
- (بيترمان، 2009، ص638)

و أبسط تعريف للألم هو الاحساس الذي يمكن أن يتراوح من الانزعاج الخفيف الذي يقتصر على منطقة معينة إلى الأحاسيس الأكثر عمومية و الشديدة من الكرب و العذاب، و يتكون الألم من مكونات جسدية و نفسية ينتج الجانب المادي للألم من تحفيز النهايات العصبية المتخصصة، و عندما ينتج الألم عن تحفيز الأعصاب يمكن أن يشير إلى ضرر فعلي أو محتمل للجسم و مع ذلك يمكن أن يكون الألم ظاهرة نفسية موجودة حتى في غياب الأذى الفعلي أو التهديد بالضرر الفعلي للجسم. (Taylor,2006,p238)

لقد فصل تعريف الألم مفهوم شدة الألم كونه متناسب بشكل مباشر مع تلف الأنسجة الذي يمكن ملاحظته بشكل موضوعي مع التركيز على الطبيعة الذاتية لتجربة الألم، و مع ذلك في مرضى آلام السرطان عادة ما يكون هناك دليل كبير على تلف الأنسجة المرتبط بشكوى الألم، يوضح هذا التعريف ولاسيما المكون الذي يؤكد على الألم كتجربة عاطفية و كذلك حسية بوضوح الحاجة إلى المشاركة النفسية الاجتماعية في تقييم الألم و إدارته. (Holland & al,2010,p215)

(2) تصنيف الألم:

يعتبر الوصف الدقيق و التصنيف المنهجي لظواهر الألم ضروري لإجراء الدراسات المضبوطة القابلة للإعادة من جهة و لطرح الاستطباب و تخطيط المعالجة المبررين. (بيترمان،2009، ص640)، و هناك العديد من الطرق لتصنيف الألم و قد تتداخل الفئات، يمكن تصنيف الألم من حيث شدته (خفيف أو متوسط أو شديد) أو من حيث المدة (الحاد أو المزمّن)، من حيث الفيزيولوجيا المرضية (مسبب الألم أو التهابي أو اعتلال عصبي)، و حسب النوع أو المتلازمة (السرطان أو الألم العضلي أو الصداع النصفي أو الخلايا المنجلية...الخ). تصنيف الألم ضروري لتوجيه مناهج التقييم و العلاج و لتحديد أهداف العلاج. (Ebert ,Kerns,2011,p5)

1 . الآلام المزمنة:

يمكن اعتبار الألم المزمن حالة مرضية إنه ألم يدوم أكثر من الوقت الطبيعي للشفاء إذا كان مرتبطا بمرض أو إصابة (Filip & al,2013,p4). حيث يستمر الألم المزمن إلى ما بعد النقطة التي يتوقع أن يكتمل فيها الشفاء (عادة ما يستغرق 3-6 أشهر أو يحدث في عمليات المرض التي لا يحدث فيها الشفاء، و قد يكون الألم مستمرا أو متقطعا). (the pain management task group,2006,p66). و يترافق الألم المزمن مع مشاعر قلة الحيلة و الاكتئاب و القلق و سرعة الاستثارة العصبية. (شلوتكة و آخرون ،2016، ص410) و الناس الذين يخبرون الألم المزمن يعتمدون على نوعين من العوامل:

1. فيما إذا كانت حالتهم الأساسية سليمة (لا يوجد مرض خطير أو خبيث) أو يعانون من مرض خبيث أو خطير يقف خلف خبراتهم للألم المزمن.
2. فيما إذا كانت حالة الضيق و الألم متواصلة أم تحدث بشكل متقطع.

(عبد الله،2012، ص428)

واستنادا إلى هذين العاملين يمكن تصنيف الألم المزمن إلى ثلاثة أنواع:

➤ **الألم المزمن المتكرر:(متكرر الحدوث)** و هو الألم الذي تكون أسبابه سليمة و ليس له أساس عضوي خبيث أو خطير، والذي يحدث على شكل نوبات من الألم يتخللها فترات راحة، ومن أمثلة هذين النوعين من الألم: الصداع النصفي أو الشقيقة و الصداع التوترى الانقباضي. (عبد الله،2012، ص428)

➤ **الألم الحميد المزمن:** حيث يعاني الشخص لألم طويل المدى بدرجة متماثلة بمرور الوقت مثل: آلام أسفل الظهر.(Morrison ,Bennett,2009,p480)

➤ **الألم المزمن التدريجي:** يتميز بالانزعاج المستمر و يرتبط بحالة خبيثة، و تزداد حدته مع تفاقم الحالة الأساسية، اثنين من أبرز الحالات الخبيثة التي تنتج في كثير من الأحيان الألم المزمن التقدمي هما: التهاب المفاصل و السرطان. (Sarafino ,Smith,2011,p284)

2 . الألم الحاد:

عادة ما يحدث بعد حادث يمكن تحديده حيث تحدث إصابة مثل كسر الذراع أو الكاحل الملثوي، إنه قابل للتكيف لأنه يؤدي إلى تركيز الانتباه على موقف مهدد و الألم الحاد محدود بالزمن يتضاءل مع الشفاء و السبب معروف. (Murphy & al,p11) و هو ذو مدة زمنية محدودة (نادرا ما تطول أكثر من شهر واحد) و قابلة للمعالجة بسبب في العادة، و غالبا ما تقتصر العواقب النفسية للألام الحادة على الخبرة العابرة للقلق و الارهاق (بيترمان، ص640)، ويتم علاج الألم الحاد في الغالب بالتدخلات الدوائية و مع ذلك أثبت الألم المزمن أنه أكثر مقاومة لمثل هذه الأساليب و قد تم مؤخرا إنشاء عيادات ألم متعددة التخصصات تعتمد نهجا متعدد التخصصات لعلاج الألم. (Ogden,2004,p295)

و قد تم تصنيف الألم أيضا إلى نوعين آخرين هما: الألم السرطاني و الألم اللاسرطاني (غير السرطاني)، ويرتبط ألم السرطان ببعض أنواع السرطان، و قد ارتبط تقييم و معالجة ألم السرطان بعمليات التسكين و التخفيف من أسباب الألم. بالرغم من أنه غالبا ما تركز المحاولات الطبية على علاجه و التخفيف (كفاي، علاء الدين،2006، ص72)

منه فإن الألم المصاحب لحالات السرطان قد تم قبوله واعتباره شيئاً أساسياً غير قابل للنقاش مقارنة بحالات الألم المزمن غير السرطاني الذي اعتبر دوماً مطروحاً للنقاش و مشكوكاً فيه، و قد ارتبطت كلتا الحالتين من الألم ببرامج تحسين نوعية الحياة و التدريب على السيطرة على الألم. (كفافي، علاء الدين،2006، ص72)

1. الألم المزمن غير السرطاني:

يتضمن الألم المزمن غير السرطاني ، وهو العامل الأساسي لمعظم عيادات الألم ، عددًا من المشكلات الفيزيولوجية المرضية المختلفة التي تجعل المريض غير قادر على الاستمتاع بالحياة ، ولكنه لا يهدد بإنهاء الحياة. غالبًا ما يوصف هذا النوع من الألم بالعلاقة مع موقع تشريحي ويولد قلقًا كبيرًا. (Weiner,2001,p31)

تشمل أسبابه الإصابة الحادة التي انتقلت إلى الألم المزمن والحالات المزمنة المختلفة. في بعض الحالات لا يوجد سبب واضح ويعتبر الألم مرضاً. يمكن أن يؤثر فعليًا على أي نظام أو منطقة في الجسم ، وتتراوح شدة الألم من خفيف إلى مؤلم. بعض أنواع الألم المزمن غير السرطاني لها خصائص وأنماط محددة جيدًا، في حين أن البعض الآخر لا يمتلكها. (NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL,2001,p12)

2 . الألم السرطاني:

و ينجم الألم عن أسباب متعددة و مختلفة، من أهمها بطبيعة الحال السرطان نفسه و تأثيراته و مضاعفاته، إضافة إلى تأثيرات علاجاته المختلفة، و يعتمد نمطه على نوع الورم و مرحلته و موضعه و مدى انتقاله من موضعه الأصلي. (adam childhood cancer society,2016,www.adamcs.org) يمكن أن تتراوح آلام السرطان من خفيفة إلى شديدة للغاية. في بعض الأيام يمكن أن يكون أسوأ من غيرها. يمكن أن يكون سببه السرطان نفسه أو العلاج أو كليهما. (Health Psychology Research Focus Series, 2009, p5)

يسبب السرطان وعلاجه معظم آلام السرطان. تشمل الأسباب الرئيسية للألم ما يلي:

- ألم من الفحوصات الطبية: بعض الطرق المستخدمة لتشخيص السرطان أو معرفة مدى نجاح العلاج مؤلمة. قد تكون الأمثلة خزعة أو فحص النخاع الشوكي أو اختبار نخاع العظم.
- ألم من ورم: إذا نما السرطان أو انتشر، فقد يسبب الألم بالضغط على الأنسجة المحيطة به. على سبيل المثال، يمكن أن يسبب الورم الألم إذا ضغط على العظام أو الأعصاب أو النخاع الشوكي أو أعضاء الجسم.

- ضغط الحبل الشوكي: عندما ينتشر الورم في العمود الفقري ، يمكن أن يضغط على الحبل الشوكي ويسبب ضغط الحبل الشوكي. غالبًا ما تكون أول علامة على ذلك هي آلام الظهر أو الرقبة أو كليهما. قد يؤدي السعال أو العطس أو أي حركات أخرى إلى تفاقم الأمر.
- ألم من العلاج: قد يسبب العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي والجراحة والعلاجات الأخرى ألمًا لبعض الأشخاص. بعض أمثلة الألم الناتج عن العلاج هي:

ألم الاعتلال العصبي: هذا هو الألم الذي قد يحدث إذا تسبب العلاج في إتلاف الأعصاب. غالبًا ما يكون الألم حارقًا أو حادًا أو ناريًا. يمكن أن يسبب السرطان نفسه هذا النوع من الألم.

ألم وهمي: قد يشعر بالألم أو أي إزعاج آخر ناتج عن جزء من الجسم تمت إزالته عن طريق الجراحة. (

Health Psychology Research Focus Series, 2009, P6)

- وجود عدوى أو التهابات.
- وهن و تصلب الأعضاء نتيجة لانخفاض النشاط الجسدي.
- ردود الفعل النفسية تجاه المرض، مثل الاكتئاب أو القلق أو التوتر العصبي.

(adam childhood cancer society,2016,)

3) نظريات الألم:

هناك عدة نظريات تطرقت إلى جوانب مختلفة للألم منها:

1. نظرية بوابة الألم:

تجمع نظرية التحكم في البوابة بين النهج الطبي للنظريات السابقة و العوامل النفسية و الاجتماعية التي تساهم في تجربة الألم- النهج البيونفسي اجتماعي- تقترح النظرية أن هناك بوابة في الجهاز العصبي تسمح لرسائل الألم بالانتقال إلى الدماغ أو توقف تلك الرسائل. (Banyard,2002,p59)

و كانت المحاولة الأولى لدمج العوامل الفيسيولوجية و النفسية و تطوير نموذج متكامل للألم المزمن للتغلب على أوجه القصور في النماذج أحادية البعد كانت نظرية التحكم في البوابة. (Turk, Gatchel,2002,n5) نظرية بوابة الألم التي وصفت في البداية في عام 1965 من قبل رونالد ميلزك و باتريك وول (Ronald Melzack & Patrick Wall) وافترضت أن تجربة الألم لم تكن ببساطة نتيجة تفسير النبضات العصبية المرسله مباشرة من الخلايا العصبية الحسية إلى الدماغ، وافترضت النظرية أن مسار الاندفاع كان أكثر تعقيدا أو سمح بفرصة تعديل النبضات بواسطة محفزات واردة أخرى قبل الوصول إلى الدماغ. وفقا للنظرية يحدث تعديل للإشارة في موقع في القرن الظهري للحبل الشوكي حيث يوجد نوع من "آلية البوابة" تفتح البوابة و تغلق بناء على التغذية الراجعة من الألياف العصبية الأخرى في الجسم بما في ذلك النبضات العصبية النازلة من الدماغ مثل تلك المتعلقة بأفكار الفرد أو مزاجه (على سبيل المثال القلق أو الاكتئاب) عندما تكون البوابة مفتوحة يسمح بنقل المزيد من المعلومات الحسية المتعلقة بالألم إلى الدماغ لكن عندما يتم إغلاق البوابة يتم نقل معلومات أقل إلى الدماغ، وبالتالي كان للنظرية تأثير كبير على دراسة الألم لأنها أدركت أن العوامل النفسية يمكن أن يكون لها أدوار مهمة في تجربة الألم. (Boyer, Paharia,2008,p351-352) حيث يمكن للمخ أن يضبط غلق أو فتح البوابة بإرسال إشارات إلى الحبل الشوكي و تحديدا إن ميكانيزم الضبط المركزي يؤثر على مقدار المعلومات التي يتم انتقالها من المخ إلى (سندرسون،2019،ص330)،

الحبل الشوكي عندما يشعر المرء بالقلق أو الخوف على سبيل المثال فإن المخ يفتح البوابة و يزيد من خلال ذلك فرصة المرور بخبرة الألم و على الجانب الآخر عندما يكون الفرد مسترخيا فإن المخ يغلق البوابة و من ثم يقلل من فرصة المرور بخبرة الألم. (سندرسون،2019،ص330)، و تدخل التنبيهات المؤذية عبر آلية البوابة في النخاع الشوكي قادمة من قطر ألياف الألم و خاصة دلتا (D) و ألياف (C)، و بعد أن تعبر هذه المثيرات أو الاشارات عبر البوابة فإنها تنشط أو تنبه خلايا النقل العصبي التي تعمل على نقل الدفعات أو السيالات العصبية حتى تصل إلى مرحلة حرجة يدرك فيها الألم و يشعر به الشخص.

إن آلية و عمل البوابة هي أنها مركز ضبط و تحكم بالناقلات العصبية القادمة و المغادرة و الناتجة عن مثيرات الألم و إشاراته، فحين تدخل مثيرات الألم و إشاراته إلى النخاع الشوكي تنفتح البوابة و تقوم الناقلات العصبية بإطلاق الدفعات العصبية بحرية، ولكن حين تكون البوابة مغلقة فإن الناقلات العصبية تكف عن العمل و بالتالي يتوقف النقل العصبي. (عبد الله،2012،ص435)

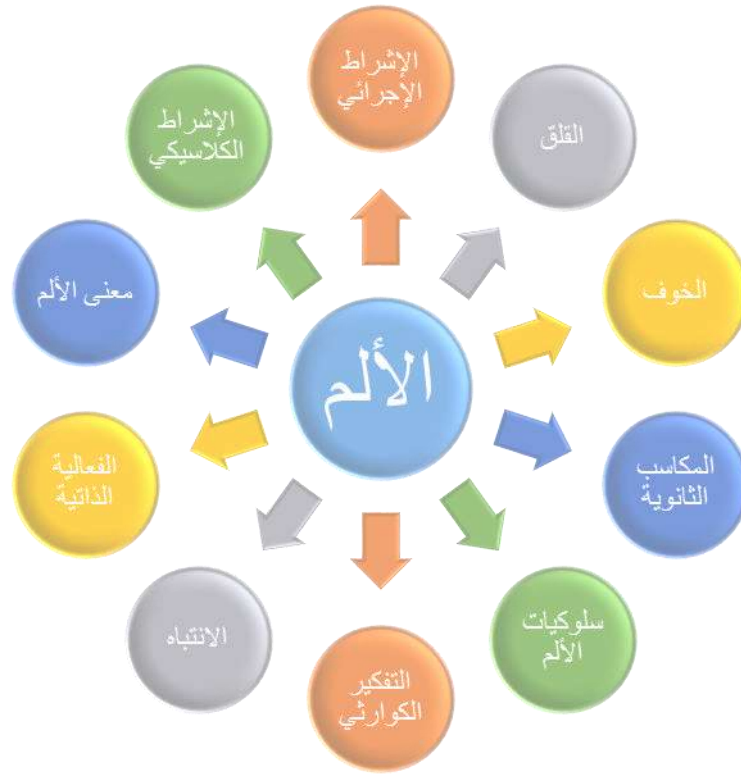
جدول (1): يوضح الظروف التي تفتح و تغلق بوابة الألم

الظروف التي تغلق البوابة	الظروف التي تفتح البوابة
الظروف الجسمية:	الظروف الجسمية:
التأمل.	مستوى غير مناسب من النشاط.
التحفيز المضاد (الحرارة أو التدليك).	مدى التأذي (الإصابة).
الظروف الانفعالية:	الظروف الانفعالية:
المشاعر الإيجابية (سعادة و التفاؤل)	القلق و الهم.
الاسترخاء/الراحة.	التوتر.
	الاكتئاب.
الظروف العقلية:	الظروف العقلية:
الإلهاء.	التركيز على الألم.
المشاركة و الاهتمام في أنشطة الحياة.	الشعور بالملل و عدم الاهتمام بالأنشطة اليومية.

(Sarafino,Smith,2011,p291).

تعد نظرية التحكم في البوابة تطورا للنظريات السابقة بمعنى أنها تدرك وجود متغيرات وسيطة تؤكد على الإدراك النشط بدلا من الاحساس السلبي. هذه النظرية و المحاولات اللاحقة لتقييم المكونات المختلفة لإدراك الألم تعكس نموذجا ثلاثيا للألم، و مكونات هذا النموذج هي العمليات الفسيولوجية و العمليات الإدراكية الذاتية العاطفية، و العمليات السلوكية، تشمل العمليات الفسيولوجية عوامل مثل: تلف الأنسجة و تحرير الأندورفين و التغيرات في معدل نبضات القلب، و يتم توضيح العمليات المعرفية و الذاتية و العاطفية و السلوكية في الشكل التالي:

شكل رقم (1): يوضح العمليات المعرفية و الذاتية والسلوكية التي تؤثر على الألم



(Ogden,2004 ,p391)

كانت لهذه النظرية قيمة استرشادية هائلة في تحفيز مزيد من البحث في العلوم الأساسية لآليات الألم و قد أدى أيضا إلى ظهور علاجات إكلينيكية جديدة، بما في ذلك الإجراءات القائمة على الفسيولوجيا

(Turk,Gatchel,2002,p5)

العصبية (مثل تقنيات التحفيز العصبي)، من الأعصاب الطرفية و العمليات الجانبية في الأعمدة الظهرية للحبل الشوكي، و التقدم الدوائي، العلاجات السلوكية و التدخلات التي تهدف إلى تعديل عمليات الانتباه و الإدراك المشاركة في تجربة الألم. (Turk,Gatchel,2002,p5)

و أصبحت العوامل النفسية التي تم رفضها سابقا على أنها "ردود فعل للألم" جزءا لا يتجزأ من معالجة الألم و تم فتح سبل جديدة للسيطرة على الألم عن طريق العلاجات النفسية.

(Hadjistavropoulos, Craig,2004,p17)

لم تأخذ نظرية التحكم في البوابة بعين الاعتبار التغيرات طويلة المدى في الجهاز العصبي التي أحدثتها تلف الأنسجة و العوامل الخارجية الأخرى و أظهرت الدراسات الفسيولوجية و السلوكية أن للتعلم دورا يلعبه في الألم. من الواضح أن الدماغ يمكن أن يولد الألم حتى بدون إدخال حسي من المستقبلات أو النخاع الشوكي على سبيل المثال: ألم الأطراف الوهمية. (Banyard,2002,p60)

2.نظرية المصفوفة العصبية:

و هي امتداد لنظرية ضبط البوابة (ميلزك،1993) و تؤكد بقوة على تأثير المخ في إدراك الألم، ووفقا لهذه النظرية فإن شبكة الأعصاب توزع في المخ و تجهز المعلومات التي تتدفق خلاله (سندرسون، 2019،ص331) و المصفوفة العصبية للألم هي مزيج من الآليات القشرية التي عند تنشيطها تنتج الألم. (Mosely.p131)

و يتم تحديد مصفوفة الخلايا العصبية إلى حد ما وراثيا و لكن يتم تعديلها من خلال الخبرة الحسية والتعلم، ميزة أخرى لنظرية المصفوفة العصبية هي أن أنماط النبضات العصبية يفترض أن يتم تشغيلها إما عن طريق المدخلات الحسية أو بشكل مركزي بغض النظر عن أي تحفيز. (Turk,Gatchel,2002,p5)

و تنص نظرية المصفوفة العصبية للألم على أن إدراك المنبهات المؤلمة لا ينجم عن مجرد استقبال الدماغ لإشارات الضرر الجسدي بشكل سلبي و لكن من توليده الفعال للتجارب الفردية من خلال شبكة من (الجبر،2011،.ptideas.org).

الخلايا العصبية المعروفة باسم المصفوفة العصبية. و لا توجد منطقة واحدة في الدماغ يتم فيها معالجة الألم بدلا من ذلك يعتقد أن هناك سلسلة من الروابط العصبية المعروفة باسم المصفوفة العصبية حيث يعتقد أن مصفوفة الألم تتكون من عدة مناطق و لعل أبرزها:

- قشرة الجبهة الأمامية الظاهرة.
- القشرة الجزيرية.
- القشرة الحزامية الأمامية.
- القشرة الحسية الأولية و الثانوية.
- المهاد.

(الجبر، 2011، .<https://ptideas.org>).

3. النموذج البيونفسي اجتماعي:

النموذج الطبي التقليدي يعتبر الألم خبرة جسدية تصدر من الإصابة الجسمية أو الأمراض الأخرى، أما المناظير الأخرى الأكثر حداثة فقد أدخلت العوامل النفسية من أجل التعريف الأفضل لخبرة الألم، وفقا لهذه النماذج فإن الألم ظاهرة ادراكية معقدة تتطوي على عدد من العوامل النفسية. (هوفمان ،2012، ص217). يشير النموذج الطبي الحيوي ، الذي أثر على التفكير في الألم الحاد ، إلى وجود ارتباط قوي بين الأعراض ودرجة إصابة الأنسجة العلنية. من منظور علاجي، يشجع هذا النموذج الرأي القائل بأن القضاء على المنبه الضار سيققل من الشعور بالألم وبالتالي يخفف الألم ويعيد الوظيفة (Massie,2000, p3). قد يكمن أساس النتائج غير المؤثرة للتدخلات المركزة طبياً في حقيقة أنها لا تعالج بشكل كاف العمليات البيولوجية النفسية والاجتماعية التي تلعب دوراً حاسماً في معاناة وإعاقة الألم المزمن. اختلفت النماذج النفسية التي تصف العمليات التي يؤدي بها الألم المزمن إلى الإعاقة والمعاناة على مر السنين (Moore, 2009, P4).

و يرى النهج البيولوجي النفسي الاجتماعي أن تجربة الألم يتم تحديدها من خلال التفاعل بين العوامل البيولوجية و النفسية (التي تشمل الإدراك و العاطفة والسلوك) و العوامل الاجتماعية (التي تشمل السياقات (Hadjistavropoulos,Craig,2004,p42)

الاجتماعية و الثقافية التي تؤثر على ادراك الشخص واستجابته إلى العلامات و الأعراض الجسدية) مقارنة بأي من المواقف الطبية الحيوية التقليدية أو الديناميكية النفسية، فإن النهج البيولوجي النفسي الاجتماعي يفترض منظور أوسع و متعدد الأبعاد و معقد للألم. (Hadjistavropoulos,Craig,2004,p42)

حيث يعترف مثل هذا النموذج متعدد الأبعاد بالألم المزمن كعملية ديناميكية تنتج عن تفاعل مستمر بين الخصائص الجسدية والنفسية. كما يؤكد أيضًا على الطبيعة متعددة الأوجه للألم وكذلك التداخل الكبير الموجود بين المتغيرات وكذلك تشابك العمليات النفسية.(Pickering, Gibson, 2015,p22) و يوفر النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للألم الأساس المنطقي المفاهيمي لإدراج التدخلات المعرفية في استراتيجيات إدارة الألم. (Turk,2004,p5) وجهة النظر الحالية لتجربة الألم هي متعددة الأبعاد و ديناميكية و ليست خطية، يفترض أن العوامل النفسية و الاجتماعية و المعرفية و الفيسيولوجية و السلوكية تتفاعل و تتسبب في تجربة الألم الفردي. من هذا المنظور يعزى التنوع في التعبير عن المرض (الذي يشمل شدته و مدته و عواقبه بالنسبة للفرد) إلى العلاقات المتبادلة بين التغيرات البيولوجية و الحالة النفسية و السياقات الاجتماعية و الثقافية، كل هذه المتغيرات تشكل تصور الشخص واستجابته للمرض. (Ebert, Kerns,2011,p16)

4) الجوانب النفسية و الاجتماعية في الألم:

يدرك الجميع أن العوامل البيولوجية تؤثر على الألم و مع ذلك لا يفهم مقدموا الرعاية الصحية و المرضى دائما أن العوامل النفسية تؤثر أيضا على تجربة الألم، فضلا عن آثار الألم على الأداء النفسي (الاكتئاب و القلق) و الأداء اليومي (مستوى النشاط و الأداء الاجتماعي)، أكد البحث العلمي بوضوح أهمية العوامل النفسية في فهم الألم و علاجه و نعرف الآن العوامل النفسية المنطقية المرتبطة ارتباطا وثيقا بتجربة الألم و تأثيره. (Jensen,2011,p23)

1.التعلم والألم:

يؤثر التعلم أيضا على الطريقة التي يتصرف بها الناس عندما يشعرون بالألم، يتصرف الأشخاص الذين يعانون من الألم بطرق مميزة قد يئنون أو يتجهمون أو يعرجون على سبيل المثال: تسمى هذه الاجراءات سلوكيات الألم، إن تقييم سلوك الألم للإشارة إلى وجود الألم و شدته نقطة الانطلاق لعلماء النفس السلوكي في ادارة الألم (سلوكيات المريض هذه سواء كانت لفظية أو غير لفظية، أو تتعلق بالأدوية، و السلوكيات الانفعالية واتخاذ الوضع و الدليل في تعابير الوجه) (Jay,2007,p262). تُعد السلوكيات المرتبطة بالألم جانبًا مهمًا من جوانب التقييم ، لأنها توفر معلومات إضافية وعملية تتعلق بألم المريض. ومع ذلك، يلاحظ أن السلوكيات المرتبطة بالألم يمكن أن تكون مبالغًا فيها أو غير مناسبة وتحتاج إلى تقييم دقيق. (Jansen,2008, p56)

من الممكن كسر دورة سلوك الألم غير المناسب والبقاء داعمًا. يعد تعليم أفراد الأسرة و / أو مقدمي الرعاية لتعزيز السلوكيات التكيفية أو الإيجابية أمرًا بالغ الأهمية في تغيير السلوكيات التي تسهل دورة سوء التكيف. يمكن أن تؤدي إعادة توجيه الدعم والتعبير عن القلق إلى "السلوكيات الجيدة" إلى تقليل تعزيز "الدور المريض" (Jansen,2008, p59) . قد يتم تعزيز سلوكيات الألم بشكل إيجابي على سبيل المثال من خلال اهتمام الزوج أو مقدمي الرعاية الصحية، يمكن أيضا الحفاظ على سلوكيات الألم عن طريق الهروب من التحفيز الضار عن طريق استخدام الأدوية أو الراحة، أو تجنب الأنشطة غير المرغوب فيها مثل: العمل، بالإضافة إلى ذلك السلوكيات الجيدة (على سبيل المثال: النشاط، العمل) قد لا تكون معززة بما فيه الكفاية وبالتالي يمكن الحفاظ على سلوكيات الألم لأنها أكثر مكافأة. (Baum & al,2001,p120) يتم تعليم موظفي برنامج الألم وأزواج مرضى الألم الاهتمام بشكل مختلف بالسلوكيات الصحية (على سبيل المثال ، زيادة النشاط) وتجاهل تعبيرات الألم. تم الإبلاغ عن مظاهر سريرية لفعالية نموذج العلاج هذا المستوحى من النظرية الإجرائية ، بواسطة (Fordyce et al. 1973)، الذي لاحظ زيادة النشاط وانخفاض الألم لدى 36 مريضًا يخضعون لإعادة تأهيل الآلام المزمنة. (Massie,2000,p112)

تتأثر الاستجابة للألم و الشدة الإدراكية و معنى الألم في المواقف الطبيعية بعدد من العوامل النفسية و الاجتماعية حتى في المواقف المعملية يظهر الأشخاص من خلفيات مختلفة اختلافات ملحوظة في تحمل الألم، و مستوى الألم الذي يرفض فيه الشخص تحمل المزيد من الألم. (Bruera,Portenoy,2010,p113)

تلقى التعلم الاجتماعي بعض الاهتمام في تطوير و الحفاظ على حالات الألم المزمن، من هذا المنظور قد يحدث اكتساب سلوكيات الألم عن طريق عمليات التعلم، الملاحظة، و النمذجة، أي أنه يمكن للأفراد الحصول على استجابات لم تكن من قبل في ذخيرتهم السلوكية من خلال ملاحظة الآخرين الذين يؤدون هذه الأنشطة. وصف باندورا (1969) الدور الهام لتعلم الملاحظة و توثيقه في العديد من مجالات الأداء البشري، يكتسب الأطفال مواقف حول الصحة والرعاية الصحية و ادراك و تفسير الأعراض و العمليات الفسيولوجية من آبائهم و بيئتهم الاجتماعية، بالإضافة إلى الاستجابات المناسبة للإصابة و المرض و بالتالي قد يكونون أكثر أو أقل عرضة للتجاهل أو التغلب على الأعراض التي يعانون منها. (Baum & al, 2001,p121-122)

بغض النظر عن سبب السلوكيات غالبا ما يتم تعزيزها أو الحفاظ عليها عن طريق التعزيز الاجرائي دون وعي الشخص عندما يستمر الألم و يصبح مزمنا غالبا ما تصبح هذه السلوكيات جزءا من عادات الشخص و أسلوب حياته و غالبا ما يشعر الأشخاص الذين يعانون من أنماط راسخة من سلوك الألم بالعجز عن التغيير. (Sarafino, Smith,2011,p293)

2. العوامل المعرفية و الألم:

•.المعتقدات:

على الرغم من أن المعنى الذي يعزوه المرضى لألمهم اعتبر منذ فترة طويلة مهما لتوافقهم إلا أن البحوث بدأت حديثا فقط في الكشف عن دور معتقدات المرضى في توافقهم مع الألم المزمن. (لنيدزي، بول،2000، ص727)، قد تؤدي بعض المعتقدات إلى التأقلم غير المناسب و زيادة المعاناة و زيادة الإعاقة. المرضى (Baum & al,2001,p122)

الذين يعتقدون أن الألم من المحتمل أن تستمر قد يكونون سلبيين تماما في جهودهم في التكيف و فشلوا في الاستفادة من الاستراتيجيات المعرفية أو الاستراتيجيات السلوكية للتعامل مع الألم. (Baum & al,2001,p122)

تؤثر معتقدات المرضى حول الألم المزمنة على أدائهم السلوكي والنفسي. (Massie,2000,p1) المرضى الذين يعتبرون ألمهم غامض و غير قابل للتفسير قد يقيمون بشكل سلبي قدراتهم على التحكم في الألم أو تقليله، و هم أقل احتمالا لتقييم استراتيجياتهم في المواجهة على أنها فعالة في السيطرة على الألم و تقليله. إن افتراضات الناس (المعتقدات، التقييمات، التوقعات) لها عواقب مباشرة فيما يتعلق بعواقب الحدث و قدراتهم. (Baum & al,2001,p122) حيث أفترض أن معتقدات المرضى و العناصر المعرفية المتعلقة بمشكلات

الألم و مترتبات حدث معين و قدرتهم على التغلب على هذا الحدث لها تأثير على أدائهم بطريقتين:

- الأولى هي أن المعتقدات الخاصة بدلالات الأحداث يمكن أن تؤثر مباشرة على المزاج و على الأفكار السلبية التي تؤكد على النتائج المفجعة و إدراك الشخص لعدم قدرته على التحكم في هذه المترتبات يمكن أن يسهم أو يؤدي إلى الاكتئاب.
- الثانية هي أن المعتقدات قد تؤثر على التوافق بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على جهود المواجهة مثال أن مرضى الألم المزمن الذين يعتقدون أنهم غير قادرين على ممارسة النشاط بشكل منتظم يحتمل أن يكونوا أقدر على المبادرة في برامج النشاط و الاستمرار فيها. (ليندزاي، بول، 2000، ص727-728)

في الواقع كانت معتقدات الألم و الكفاءة الذاتية للألم (أي الاعتقاد في قدرة المرء على التعامل مع الألم) مرتبطة بالتكيف النفسي و الأداء البدني و مستويات الألم بالإضافة إلى نتائج العلاج. (Winterowd & al,2003,p14)

المعتقدات المتعلقة بالألم هي آليات للتدبر، و تشير إلى أنماط تفكير الفرد حول ألمه، بما في ذلك توقع تجارب الألم المستقبلية و تفسير إشارات الألم و المعتقدات حول دور الذات و الآخرين في العلاج الفعال (أو غير الفعال). و قد ثبت أن المعتقدات ذات الصلة بالألم تتنبأ بالإعاقة و مستوى الألم و الأداء النفسي الاجتماعي و النشاط في مجموعات الألم المتعددة. (Moore,2012,p11)

• . التفكير الكارثي:

تم تعريف التفكير الكارثي للألم على أنه مجموعة معرفية سلبية مبالغ فيها يتم استخدامها أثناء تجربة الألم الفعلية أو المتوقعة. (Pickering,Gibson,2015.p24-25) المرضى الذين يعانون من الألم و خاصة الألم المزمن تماشياً مع العديد من المرضى الآخرين غالباً ما يظهرون التفكير الكارثي، وقد وصف Keefe & al (2000) التفكير الكارثي بأنه ينطوي على ثلاث مكونات: الاجترار، التضخيم و العجز. (Ogden,2004,p292-293)

الاجترار: يشير الاجترار إلى محتوى الفكر الذي يعكس القلق والخوف وعدم القدرة على صرف الانتباه عن الألم.

التضخيم: يشير التضخيم إلى الميل إلى التضخيم أو المبالغة في قيمة التهديد أو خطورة الإحساس بالألم. (Pickering,Gibson,2015.p24-25)

العجز: الاستخفاف بالموارد الشخصية و الرئيسية واسعة النطاق التي قد تخفف من الخطر و العواقب الوخيمة (مثل لا أحد يفهم كيفية حل المشكلة و لا يمكنني تحمل المزيد من الآلام). (Ogden,2004,p292-293)

المرضى الذين يعانون من التفكير الكارثي هم أسوأ بكثير من المرضى الذين لا يعانون من التفكير الكارثي، و يبلغون عن مستويات أعلى من الألم و الاكتئاب و القلق و الضيق و العجز. (Jensen,2011,p25) حيث ثبت أن التفكير الكارثي المرتبط بالألم مرتبط باستمرار بألم أكبر واختلال وظيفي (Pickering,Gibson,2015,p25)

جسدي ونفسي لدى الأفراد المصابين بألم مزمن. وقد ثبت أيضاً أن الأفكار الكارثية المرتبطة بالألم تميل إلى أن تكون مستقرة وليست متغيرة بمرور الوقت في حالة عدم وجود تدخل يستهدف التفكير الكارثي أو تقليل الألم أو الاكتئاب. (Pickering, Gibson, 2015, p25)

و تظهر الأبحاث أيضاً أن المرضى الذين يتعلمون تقليل أو إيقاف التفكير الكارثي يظهرون تحسينات على العديد من متغيرات النتائج بما في ذلك شدة الألم و الأداء النفسي و مستوى النشاط، علاوة على ذلك فإن المرضى القادرين على الحفاظ على مستويات أقل من التفكير الكارثي بعد العلاج هم الأكثر عرضة للحفاظ على مكاسب العلاج التي تم تحقيقها في الأداء النفسي و الجسدي. (Jensen, 2011, p25)

و يبدو أن التفكير الكارثي طريقة قوية بشكل خاص تؤثر بشكل كبير على الألم و الاعاقة. أظهر Turner and Clancy (1986) أنه خلال العلاج المعرفي السلوكي كان الانخفاض في التفكير الكارثي مرتبط بشكل كبير بانخفاض تحمل الألم والضعف الجسدي و النفسي الاجتماعي، و أظهروا أن انخفاض التفكير الكارثي بعد العلاج المعرفي السلوكي مرتبط بانخفاض شدة الألم و الضعف الجسدي. (Baum & al, 2001, p125)

• . الفعالية الذاتية:

يرتبط مفهوم الفعالية الذاتية ارتباطاً وثيقاً بشعور السيطرة على التحفيز المفرط، و يعرف توقع الفعالية الذاتية بأنه اقتناع شخصي بأنه يمكن للمرء أن ينجح في تنفيذ مسار العمل (أداء السلوكيات المطلوبة) لتحقيق النتيجة المرجوة في موقف معين و قد ثبت أن هذا التركيب هو الوسيط الرئيسي للتغيير العلاجي واقترح باندورا (1977) أنه بالنظر إلى الدافع الكافي للانخراط في سلوك ما فإن معتقدات الكفاءة الذاتية للشخص هي التي تحدد اختيار الأنشطة التي سيبدأها الشخص و مقدار الجهد الذي سيبدله إلى متى سيستمر الشخص في مواجهة العقبات و التجارب المكروهة. (Baum & al, 2001, p125) .

و تعتبر الفعالية الذاتية من المعتقدات التي نالت قسما كبيرا من الدراسة و البحث في هذا المجال، و لقد أظهرت الدراسات التي أجريت على مرضى الألم المزمن أن هؤلاء يتباينون في فعاليتهم الذاتية و أن المرضى الذين يحصلون على درجات مرتفعة من الفعالية الذاتية يخبرون مستويات منخفضة من الألم و الكدر النفسي و عتبات ألم مرتفعة و مستوى مرتفع من تحمل الألم. (حسانين ، ص145)

كما و ذكر كل من (Dolie & Crocker & Molelteire (1986) Dolegs & Lit (1988) أن تصنيفات الكفاءة الذاتية المنخفضة فيما يتعلق بالتحكم في الألم ترتبط بانخفاض تحمل الألم و هي تنبؤ بالاحتمال بشكل أفضل من مستويات الألم. (Baum & al,2001,p124) كما و أكدت بعض الأبحاث على دور الكفاءة الذاتية في إدراك الألم و تخفيفه واقترح (Turk (1983) إلى أن زيادة الكفاءة الذاتية للألم قد تكون عاملا مهما في تحديد درجة إدراك الألم. (Ogden,2004,p293). و من المرجح أن يتخذ الأفراد الذين لديهم مستويات عالية من الكفاءة الذاتية خطوات للتعامل مع ألمهم بشكل متكيف مما قد يسهم بعد ذلك في تحسين جودة الحياة و المزاج العام. إن تشجيع المرضى على الاعتقاد بأنهم قادرين على التحكم في آلامهم و تعليمهم مهارات معينة للقيام بذلك (مثل التنويم المغناطيسي الذاتي) هي إحدى الطرق لزيادة الكفاءة الذاتية للمريض. (Jensen,2011,p26)

• استراتيجيات المواجهة:

إن توقعات الناس بشأن قدرتهم على مجابهة و التكيف مع الألم تؤثر أيضا على مقدار ما يمرون به من ألم، في الحقيقة إن قدرة الناس المتوقعة على مجابهة الألم مؤشر قوي لشدة و زمن الألم، و أيضا مقدار الاعاقة التي يسببها الألم. إن التوقعات بشأن القدرة على مجابهة الألم ربما تؤثر على الألم من خلال تأثيرها على استراتيجيات التدبر التي يستخدمها الناس لمجابهة الألم. (ساندرسون،2019، ص339) و توصف استراتيجيات مواجهة الألم طرقًا مختلفة "للتعامل" مع الألم بعد أن يتم التعامل معه وتفسيره (تقييمه) على أنه تهديد ويمكن تقسيمه إلى استراتيجيات معرفية وسلوكية. من أمثلة استراتيجيات المواجهة المعرفية صرف الانتباه عن الإحساس أو إعادة تفسير الألم. تشير المواجهة السلوكية إلى استراتيجيات مثل زيادة أو تقليل النشاط الاجتماعي أو البدني أو البحث عن الدعم الاجتماعي أو الطبي (Pickering,Gibson,2015,p200).

وقد وجدت الدراسات أن استراتيجيات المواجهة الفعالة (جهود العمل على الرغم من الألم أو تشتيت الانتباه عن الألم مثل النشاط و تجاهل الألم) ترتبط بالوظيفة التكيفية و استراتيجيات المواجهة السلبية (اعتماد على الآخرين للمساعدة في السيطرة على الألم و الأنشطة المقيدة) مرتبطة بمزيد من الألم و الاكتئاب.

و مع ذلك لا يوجد دليل يدعم الفعالية الأكبر لاستراتيجية واحدة للمواجهة النشطة مقارنة بأي استراتيجية أخرى، يبدو من المرجح أن الاستراتيجيات المختلفة ستكون أكثر فعالية من غيرها لبعض الأفراد في بعض الوقت و لكن ليس بالضرورة لجميع الأفراد طوال الوقت. (Baum & al,2001,p124)

• الحالة المزاجية:

كشفت العديد من البحوث عن أن الانفعالات السالبة و خصوصا القلق و الاكتئاب ترتبط بخبرة الألم، إن من يمرون بخبرة الألم يعلنون عن الشعور بالقلق و الاكتئاب. (ساندرسون،2019، ص340)، حيث يعاني معظم الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة من مستويات عالية من الاكتئاب، القلق أو الغضب. (Sarafino,Smith,2011,p295) بالإضافة إلى الانزعاج الجسدي يعاني المرضى الذين يعانون من الألم من اضطراب عاطفي و لا تظهر العوامل العاطفية (مثل الاكتئاب و القلق) نتيجة للألم فحسب بل يمكن أن تساهم أيضا في الألم مما يؤدي إلى تفاقمه و الحفاظ عليه، و بالمثل يمكن أن تتداخل العوامل النفسية مع الالتزام بالعلاج و فعاليته يمكن أن يساهم إحباط المرضى الناجم عن الألم المستمر و الآثار على الأداء و التأثير على العائلات و العلاقات بشكل كبير في المراضة النفسية. (Leo,2007,p3-4)

و وجد فريتز وجورج وديليتيو (Fritz, George, and Delitto(2001) أن الخوف المرتبط بالألم المحدد للعمل تنبأ بالإعاقة بعد أربعة أسابيع ، وأظهر سيبن وفلايين وتورلينكس وبورتيجيس (Sieben, 2002) Vlaeyen, Tuerlinckx and Portegijs أن مدة وشدة هذا الخوف يزيدان من خطر الإعاقة المستمرة.

و في مراجعة كمية لـ 37 دراسة مستقبلية لعوامل الخطر المتعلقة بآلام الظهر والرقبة ، أفاد لينتون (Linton(2000) أن الغالبية العظمى من الدراسات وجدت أن مستويات التوتر وصعوبات المزاج والقلق أثناء المراحل الحادة من الألم كانت تنبئ بشكل موثوق بالصعوبات المرتبطة بالألم على المدى الطويل. (Moore,2009,p5)

ثانيا: إدارة الألم:

1. مفهوم إدارة الألم:

لأن الألم تجربة متعددة الأبعاد فإنه يتطلب نهجا متعدد التخصصات و لا يؤثر الألم بعمق على الأبعاد الجسدية فحسب بل على الأبعاد النفسية و الاجتماعية و الثقافية و الروحية للحياة. و يتطلب التحكم الناجح في الألم الانتباه إلى جميع جوانب الرعاية و المعاناة و لن تخفف أي كمية من التسكين الموصوف جيدا الألم إلا إذا تمت معالجة العناصر التي تفاقم المشكلة. (Weiner,2002,p20) ولقد تطورت المناهج النفسية لإدارة الألم المزمن بشكل كبير منذ السبعينيات عندما وصف رواد مثل فورديس لأول مرة تطبيقات مبادئ تغيير السلوك للألم ومظاهره السلوكية. تم أيضا توسيع المحيط الذي تم فيه تطبيق هذه الأساليب بشكل كبير منذ عمل Fordyce الأصلي في مستشفى إعادة التأهيل. (Pickering,Gibson,2015,p153) و تشمل إدارة الألم الطرق الدوائية و غيرها من الأساليب لمنع أحاسيس الألم أو تقليلها أو إيقافها، ويمكن أن تتطلب الإدارة نهجا متعدد التخصصات تشمل عناصر هذا النهج معالجة السبب الرئيسي للألم و العلاجات الدوائية و غير الدوائية و بعض الإجراءات الجراحية.

(medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain+management)

و يعرف إدارة الألم بأنه: الدراسة المنهجية للعلوم السريرية و الأساسية و تطبيقها للحد من الألم و المعاناة، و هو مزج الأدوات و التقنيات و المبادئ المأخوذة من تخصصات في العلاج المنفصلة و إعادة صياغتها كتطبيق شامل للحد من الألم و المعاناة. وهو نظام حديث العهد يؤكد على نهج متعدد التخصصات بهدف الحد من الألم و المعاناة. (Weiner,2002,p1111) و قد تطور تدبير الألم المزمن أساسا في ضوء علاقته بنمو الوعي أن الألم المزمن لا يستجيب للعلاجات أحادية البعد و أنه يستمر نتيجة لعوامل متعددة. (ليندزاي، بول، 2000، ص739)

مع العديد من حالات الألم المزمن فإن علاج السبب غير ممكن. و يركز العلاج على تخفيف الألم قدر الإمكان وتحسين قدرة المريض على العمل ونوعية الحياة، و الهدف هو فعل المزيد والاستمتاع أكثر. و يشمل العلاج أيضًا تنقيف المريض وعائلته بشأن الألم المزمن وسلوكيات الألم غير المتكيفة، وإعلامهم بالخيارات العلاجية المتاحة، ومساعدتهم على تحديد طرق تعديل الروتين اليومي لاستيعاب الحالة، و استعادة الشعور بالاستقلالية والسيطرة واحترام الذات، و هي أيضًا جزء لا يتجزأ من علاج الألم المزمن.

(Silver,2004,p126)

و تتطلب الإدارة الفعالة للألم المزمن تقييمًا شاملاً ونهجًا علاجيًا مصممًا لتلبية الاحتياجات الفريدة لكل مريض. يمكن استخدام مجموعة متنوعة من استراتيجيات العلاج (Massie,2000,p68). بالنسبة للباحثين ومقدمي الرعاية الصحية لفهم الألم وإدارته بشكل أفضل، من المهم التمييز بدقة بين تجارب الألم المختلفة، وتحديد أسبابها الأولية، وتحديد التأثيرات التي تحافظ على الألم نفسه وتحدد آثار الألم على الحياة اليومية لمن يعانون من الألم. (Moore,2009,p1) .

بالنسبة للعديد من الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن، إن لم يكن معظمهم، فإن أهداف العلاج تركز على تحسين مستوى الألم لديهم والقدرة على الوظيفة. (Silver,2004,p126) و تدعم الأدلة المستمدة من عدد من التجارب السريرية والمراجعات المنهجية فكرة أن الحفاظ على النشاط أو استئنافه مهم ، للأفراد الذين يعانون من الألم لتعزيز والحفاظ على الصحة العامة والرفاهية ، وتقليل مستوى الإعاقة ، وزيادة جودة الحياة . (Pickering,Gibson,2015,p180)

و تعتمد العلاجات النفسية للأشخاص الذين يعانون من ألم مزمن سبب العجز على فهم أن العوامل النفسية تساهم في تجربة هذا الألم وتؤثر وتحافظ عليه ، بغض النظر عن السبب الأصلي. العوامل النفسية التي وجد أنها تؤثر على شدة الألم ، وتؤثر وتحافظ عليه تشمل الإدراك (مثل المعتقدات غير المتكيفة) ، وحالات المزاج (مثل القلق أو الاكتئاب) والسلوكيات (مثل سلوكيات الحذر المفرطة أو التجنب) وكلها قد تتأثر بالسياق الذي تحدث فيه وتاريخه (مثل تاريخ التعزيز)(Pickering,Gibson,2015,p153-154) .

و تتطلب إدارة الألم اتباع نهج شامل في المجالات البيولوجية (الحيوية) و النفسية و الاجتماعية بالإضافة إلى علاج تلف الأنسجة يجب فهم الأبعاد الثقافية و النفسية للألم و معالجتها بشكل مناسب. (Leigh ,Reiser,1980,p152) و يتم استخدام العديد من الاستراتيجيات المختلفة في إدارة الألم و لكن النهج العام ينطبق على علاج أي نوع من الألم: تحديد و القضاء على السبب أو تقليله (إن أمكن) و العلاج بمزيج من العلاجات الدوائية و غير الدوائية و الجمع بين طرائق الصيدلانية و غير الصيدلانية بطريقة متوازنة مصممة لنوع الألم و الفرد. (Ebert,Kerns,2011,p8)

الخطوة الأولى في إدارة الألم المزمن هي تقييم المريض: يجب تقييم المريض للتأكد أو التشخيص من خلال التاريخ والفحص البدني وتقييم بيانات المختبر والأشعة. ويجب أيضًا تقييم التاريخ النفسي والاجتماعي للمريض قبل البدء في إدارة الألم. (Taylor,2015,p6) مع ذلك، فإن القياس الكمي للألم وحده غير كافٍ لتحسين نتائج الألم، حيث إن التقييم الكمي والنوعي المفصل ضروري لتحديد أفضل السبل لعلاج المرضى. قد يحتاج التقييم أيضًا إلى أن يكون مصممًا وفقًا للمكان، أو لخصائص المرضى، بما في ذلك العوامل الثقافية أو المعرفية، والتي قد تؤثر على ما إذا كان المرضى يبلغون عن الأعراض، ومعنى الألم ، واستجابة المريض. (Moore,2009,p323)

يجب أن يحاول التقييم النفسي الاجتماعي توصيف الاضطرابات النفسية السابقة للمرض، وأساليب المواجهة المستخدمة أثناء النوبات السابقة من المرض الجسدي أو الإجهاد النفسي، والحالة النفسية الحالية مع إشارة خاصة إلى القلق والاكتئاب، والموارد الحالية (الاجتماعية ، والعائلية ، والمالية) ، والحالة الوظيفية الحالية. يجب وصف أنشطة المريض اليومية للمساعدة في توضيح درجة الخمول البدني والعزلة الاجتماعية . (Massie,2000,p8)

2. تقنيات إدارة الألم:

هناك العديد من أساليب السيطرة على الألم التي تستخدم بهدف التحكم بالألم أو التخفيف منه و معظم هذه الأساليب تصلح للسيطرة على الآلام الحادة و لا تصلح بنفس الدرجة للسيطرة على الآلام المزمنة، و تحقق بعض هذه الأساليب أثرها بشكل رئيسي بالطرق الكيميائية أو الجسمية، و قد بقيت هذه الطرق هي السائدة حتى فترة قريبة و هي تضم الإجراءات الصيدلانية و الجراحية و الإثارة الحسية و حديثا ازداد الاعتماد على الأساليب التي تأخذ البعد النفسي بالاعتبار. (تايلور، 2008، ص493-494)

و نظرا لأن العديد من العوامل تساهم في كمية و نوع الألم الذي نشعر به فمن الضروري غالبا استخدام مجموعة من العلاجات لإدارة ألم المريض الفردي، كل من العلاجات غير الدوائية و الدوائية مهمة.

1. العلاجات الدوائية:

غالبا ما تكون الأدوية هي الدعامة الأساسية للعلاج، تعمل الأدوية المختلفة على أجزاء مختلفة من مسار المستقبل و غالبا ما يكون من المهم استخدام مجموعة من الأدوية بالإضافة إلى ذلك قد يؤدي الجمع بين الأدوية إلى آثار جانبية أقل. (Morris, Goucke, 2016, p20) ولكن تحديد نوع الأدوية الأنسب لشخص معين يعتمد على عدد من العوامل، بما في ذلك الحالة الطبية الأساسية ونوع الألم (على سبيل المثال، آلام المفاصل وآلام الأعصاب) ، والآثار الجانبية المحتملة للدواء ، والأدوية الأخرى التي يتناولها المريض حاليا. (Silver, 2004, p127)

و يمكن اعتبار السيطرة الدوائية خط الدفاع الأول ضد الألم و غالبا ما تكون السيطرة كافية و ناجحة في تدبير الألم الحاد بالإضافة إلى ذلك فإنها تستخدم مع أساليب أخرى في تدبير الألم المزمن و أكثر ما يشغل بال الأطباء و المختصين فيما يتعلق بالسيطرة الدوائية للألم هو احتمالات الإدمان، و على ما يبدو يعتبر هذا التخوف في الوقت الحاضر أخف مما كان عليه في السابق حيث أن نسبة الذين يدمنون على المخدرات بعد العمليات الجراحية مثلا قليل جدا. و حتى الاستخدام طويل المدى لهذه العقاقير كالذي يحدث في حالات التهاب المفاصل لا يقود إلى نسب إدمان عالية و مع ذلك يمارس حرص شديد في استخدام هذا النوع من العقاقير بحيث يبقى المرضى بعيدين عن مخاطر الإدمان قدر الإمكان. (تايلور، 2008، ص493)

2. العلاج الفيزيائي:

هناك عدد من الطرائق العلاجية و التدخلات المتاحة لإدارة الألم الحاد و المزمن تعتمد ملاءمة التدخل جزئيا على مسببات و طبيعة ألم المريض و المخاطر المحتملة للإجراء و احتمال حدوث آثار مفيدة. (Morrison,Bennett,2009,p161)

• **التحفيز العصبي الكهربائي ما وراء الجلدي:**

التحفيز العصبي الكهربائي ما وراء الجلدي (TENS) هو طريقة تستخدم لتقليل الألم في مجموعة من حالات الألم الحادة و المزمنة بما في ذلك آلام المخاض و آلام ما بعد الجراحة و آلام الأعصاب و آلام العضلات و العظام.(Leo,2007,p164) و هو ينطوي على وضع أقطاب على الجلد و تطبيق تحفيز كهربائي مستمر، يرتدي المرضى وحدة صغيرة يمكن حملها توصل الأقطاب الكهربائية بالجلد (ساندرسون،2019،ص342) و هذا يسمح بتمرير شحنة كهربائية صغيرة منخفضة الكثافة عبر المنطقة، عادة ما يتم استخدام أجهزة التحفيز هذه لمدة تتراوح بين 15-20 دقيقة، عدة مرات في اليوم و يتم التحكم فيها من قبل المستخدم. (Morrison ,Bennett,2009,p501)، ويمكن زيادة أو نقص درجة التحفيز بناء على الحاجة لهذا التحفيز و هو لا يؤدي و يؤدي إلى الشعور بالتنميل في المنطقة و هو بذلك فعال في تقليل الألم لبعض الحالات المزمنة. (ساندرسون،2019،ص342)

•.الوخز بالإبر:

الوخز بالإبر هو من أقدم أشكال التدخل في الألم و يعود تاريخه إلى 2600 قبل الميلاد تم تطبيقه على المرضى الذين يعانون من آلام حادة و مزمنة. (Leo,2007,p163) و هو مثال آخر على التسكين المحيطي الناجم عن التحفيز المحيطي الذي يعمل بطريقة مختلفة عن TENS (Helme, Katz,1993,p90)

و هو يستخدم بكثرة في الطب الآسيوي و يقوم على فكرة أن قوة الجسم تتدفق في 14 قناة مميزة للطاقة و تعتمد صحة الفرد افتراضا على توازن الطاقة المتدفقة من خلالها، ويمكن تصويب عدم التوازن بوضع إبرة صغيرة في الجلد و تدويرها. (ساندرسون،2019،ص342) الوخز بالإبر هو شكل من أشكال الطب الصيني. يتضمن إدخال إبر معدنية رفيعة جدًا في الجلد في نقاط معينة من الجسم. الهدف هو تغيير تدفق طاقة الجسم حتى يتمكن من شفاء نفسه(Nova Biomedical Books,2009,p37) .

إن الوخز بالإبرة يستخدم في علاج العديد من أنواع الألم بما في ذلك بعد جراحة الأسنان، ألم الدورة، ألم أسفل الظهر، و ألم الصداع، كما أنه طريقة فعالة في تقليل الألم المزمن لدى الأطفال و أثناء الجراحة. (ساندرسون،2019،ص342) ثبت أن الوخز بالإبر يساعد في الغثيان والقيء المرتبطين بعلاج السرطان. وقد أظهرت بعض الدراسات أنه قد يساعد في علاج آلام السرطان (Nova Biomedical Books,2009,p38)

.العلاج بالتدليك:

العلاج بالتدليك هو شكل من أشكال العلاج اليدوي الذي يتم تطبيقه على يد معالج بالتدليك إما على منطقة واحدة أو مناطق متعددة من الجسم. تركز معظم الأبحاث الخاصة بالتدليك من أجل الألم على المرضى الذين يعانون من حالات الألم المنفصلة أو الفردية، مثل آلام أسفل الظهر أو آلام الرقبة أو الألم العضلي الليفي. لم يتم دراسة التأثيرات المسكنة للعلاج بالتدليك لحالات الألم المعقدة أو المتعددة بشكل جيد ، وعادة ما يكون علاج هذه الحالات أكثر صعوبة. الاستثناء هو الاستخدام الواسع الانتشار للعلاج بالتدليك في الممارسة السريرية لتقليل الألم وتحسين نوعية الحياة بين مرضى السرطان . (Moore,2009,p383)

. قد يساعد التدليك في تقليل الألم والقلق. قد يساعد أيضاً في التخلص من التعب والإجهاد. بالنسبة للألم، قد تعمل الحركة الدائرية الثابتة بالقرب من موقع الألم بشكل أفضل. قد يساعد التدليك أيضاً في تخفيف التوتر وزيادة تدفق الدم. لا ينبغي استخدام الضغط الشديد أو القوي مع مرضى السرطان إلا إذا قال فريق الرعاية الصحية الخاص بهم أنه من المقبول القيام بذلك. (Nova Biomedical Books,2009,p40)

3). العلاج النفسي:

يشمل العلاج النفسي للألم الأساليب الإجرائية و المعرفية و السلوكية تستخدم هذه العلاجات في الغالب بالتزامن مع العلاجات الدوائية التي تشتمل على المسكنات و المخدرات. (Ogden,2004,p302)

الألم هو تجربة فردية و ذاتية يتم تعديلها بواسطة عوامل فيسيولوجية و نفسية و بيئية مثل: الأحداث السابقة و الثقافة و التوقعات و استراتيجيات المواجهة و الخوف و القلق. (Rwanda ministry of Health,2012,p1)

فالعوامل النفسية تلعب دورا كبيرا في خبرة الألم و على مدى السنوات القليلة الماضية هناك قبول متزايد بقيمة هذه التدخلات النفسية في علاج الألم مثل: الاسترخاء و التغذية الراجعة البيولوجية، التنويم المغناطيسي، المهارات المعرفية و الاشرط الاجرائي، التصور العقلي و الكفاءة الذاتية. (العاسمي،2016،ص328).

تهدف العلاجات النفسية عادة إلى معالجة واحد أو أكثر من العوامل النفسية والاجتماعية المساهمة. من المتوقع أن يكون الألم المزمن أقل تعطيلا أو مزعجا وأن تتحسن الحالة النفسية والرفاه الجسدي. على وجه التحديد ، سيكون الإدراك أكثر تكيفاً ، وستكون الحالة المزاجية أقل إزعاجاً و الوظيفة (مثل الأنشطة العادية للحياة اليومية) سيتم تحسينها أو استعادتها إلى حد كبير. بالترافق مع هذه المكاسب، من المتوقع أن يكون هناك انخفاض في العلاج الساعي للألم وفي استخدام الأدوية غير المفيدة. (Pickering,Gibson,2015,p154)

فيما يلي بعض العلاجات النفسية المستخدمة لعلاج الألم المزمن عادة ما يكون الجمع بين العلاجات النفسية و الطبية أكثر فعالية من العلاج أحادي البعد لمشاكل الألم المزمن المعقدة للفرد (Zacharoff & al,2010,p119)

1. العلاج السلوكي:

خلال السبعينات و الثمانينات أكتشف العديد من باحثي الألم فعالية العلاجات السلوكية لدى مرضى الألم المزمن، بشكل عام كانت الأساليب السلوكية لإدارة الألم فعالة في الحد من مستويات الألم واستخدام مسكنات الألم و الضيق النفسي بالإضافة إلى تحسين الأداء البدني (على سبيل المثال: نطاق الحركة ووقت المشي و مستويات النشاط و النوم) في مجموعة متنوعة من مرضى الألم المزمن مثل: مرضى التهاب المفاصل، مرضى آلام الظهر، مرضى الصداع و مرضى آلام اللقافة العضلية و المرضى الذين يعانون من آلام غير محددة. (Winterowd & al,2003,p20)

تعتبر النظريات السلوكية الألم المزمن سلوكاً مرضياً مكتسباً يتم الحفاظ عليه، بمعنى آخر، مشروط. وبالتالي، يهدف العلاج السلوكي إلى تمكين المريض من استبدال سلوك الألم من جميع جوانبه المختلفة، بما في ذلك العلائقية بسلوكيات أكثر ملاءمة (مثل السلوكيات الصحية). تركز هذه الطريقة على "كيفية القيام بذلك"، في سياق الحياة اليومية. هناك نموذجان تعليميان معروفان جيداً: الاشراف الكلاسيكي لبافلوف و الاشراف الاجرائي لسكينر: (Marchand & al,2014,p267)

تجمع العديد من برامج العلاج السلوكي لإدارة الألم بين الأساليب السلوكية في علاج الألم على سبيل المثال: الاسترخاء و التغذية الراجعة البيولوجية و استرخاء العضلات التدريجي و التنفس، الصور. (Winterowd & al,2003,p20) في السابق كان علماء النفس يشاركون فقط بعد فشل الطرق البيولوجية الأخرى و اليوم غالباً ما يتم تقييم التدخلات النفسية بالتزامن مع العديد من التدخلات القائمة على أساس بيولوجي مثل: العلاج الطبيعي و العلاج بالتمارين، يمكن تقديم العلاج في سياق متعدد الخدمات و لكن أيضاً كخدمة مستقلة أو منفصلة، قد يحدث العلاج في العيادات الداخلية أو للمرضى الخارجيين و يمكن تقديمه بشكل فردي أو في سياق جماعي مع أو بدون مشاركة أفراد الأسرة أو آخرين المهمين. (Leo,2007,p271) و ينظر السلوكيون في كيفية تعلم سلوكيات الألم و الحفاظ عليها أو تعزيزها من خلال الاشراف، و التدخلات تتطوي على تغيير عتبات الألم و تحمل الألم و تغيير العجز المكتسب و سلوك دور المريض إما بشكل فردي أو عن طريق إشراك الأسرة، تم توضيح الأساليب السلوكية المختلفة لإدارة الألم أدناه: (the pain management task group,2006,p66)

• الاسترخاء:

الاسترخاء هو أحد أساليب التحكم في الألم و قد يكون عنصر أساسي في أنواع أخرى من التحكم في الألم. تم استخدام تقنيات الاسترخاء بنجاح لعلاج مشاكل الألم مثل: التوتر و الصداع النصفي، والتهاب المفاصل الروماتويدي و آلام أسفل الظهر و آخرون. (Brannon & al,2013,p167)

و تقنيات الاسترخاء هي شكل من أشكال المراقبة الذاتية الفيزيولوجية. و هناك إجراءان شائعان هما استرخاء العضلات التقدمي و الاسترخاء الذاتي. استرخاء العضلات التقدمي هو إجراء يتضمن الشد و الاسترخاء البديل لمجموعات العضلات المختلفة بالتسلسل غالبا ما يقترن هذا الشكل من استرخاء العضلات بالتنفس البطني و هو مفيد للمرضى الذين لا يعرفون مستوى التوتر العضلي. (Zacharoff & al,2010,p121)

هذه الطريقة تساعد المرضى على تمييز حالات الشد من حالات الاسترخاء لذلك تدرّب الناس بطرائق لتهدئة أنفسهم في أي موقف ضاغط كما أن له تأثيرا طويلا المدى. (ساندرسون،2019،ص347) تسمح تقنيات الاسترخاء والتخيل الموجه للعملاء بالاحتفاظ بإحساس بالسيطرة على الألم بالإضافة إلى تحسين النتائج الجراحية ، وتعزيز وظيفة المناعة ، وإطالة عمر المرضى المصابين بالسرطان(Jansen,2008,p169).

• التغذية الحيوية الراجعة:

يتعلم الشخص ممارسة السيطرة الطوعية على وظيفة جسدية مثل معدل ضربات القلب من خلال مراقبة حالته بمعلومات من الأجهزة الالكترونية. (Sarafino,Smith,2011,p314)، الافتراض المتعلق بعلاج التغذية الحيوية الراجعة هو أن مستوى الألم يتم الحفاظ عليه أو تفاقمه بسبب خلل تنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي و الذي يعتقد أنه مرتبط بإنتاج التحفيز المسبب للألم.(Turk & al,2008,p219)

الهدف من الارتجاع البيولوجي هو تعليم الناس ممارسة السيطرة على عملياتهم الفسيولوجية للمساعدة في إعادة تنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي عندما يتم علاج الناس بالتغذية الحيوية يتم ربطهم بواسطة أقطاب كهربائية سطحية بمعدات مرتبطة بجهاز كمبيوتر يقوم بتحويل و تسجيل الاستجابات الفسيولوجية يمكن أن تشمل هذه العمليات الفسيولوجية التي تتم مراقبتها: (Turk & al,2008,p219)

توصيل الجلد و التنفس، معدل ضربات القلب و تغيير معدل ضربات القلب و درجة حرارة الجلد و نشاط الموجة الدماغية و توتر العضلات. تنقل معدات الارتجاع البيولوجي الاستجابات الفيسيولوجية كإشارات مرئية أو سمعية يمكن للفرد ملاحظتها على شاشة الكمبيوتر. (Turk & al,2008,p219) ثم يطلب من المريض بعد ذلك الانخراط في أفكار أو سلوكيات مختلفة في محاولة للتأثير في تلك الاستجابة الفيسيولوجية ربما تعطى له تعليمات بأن يفكر في الأفكار و السلوكيات على استجاباته الفيسيولوجية. (ساندرسون،2019،ص349)

في المرحلة الأولى من العلاج يتم تدريب المريض على زيادة الوعي بالاستجابة الفيسيولوجية المحددة (على سبيل المثال: التوتر العضلي، درجة حرارة اليد، معدل ضربات القلب أو ضغط الدم، اعتمادا على تركيز التغذية الحيوية المحددة المستخدمة) ثم يتم تعليم المريض السيطرة الارادية (التحكم الارادي) على استجابته الفيسيولوجية من خلال التغذية الراجعة من مختلف النظم الفيسيولوجية في المرحلة الثالثة يشمل العلاج استخدام التحكم الارادي المكتسب حديثا في البيئة الطبيعية. (Bruera,Portenoy,2003,p231) على الرغم من أن التغذية الحيوية الراجعة طريقة فعالة لتقليل الأنواع المختلفة من الألم، إلا أن لها العديد من نقاط الضعف تحديدا أن التغذية الراجعة الحيوية مستهلك لوقت و عالية الثمن مع الأخذ في الاعتبار الوقت و التدريب اللازم لتعلم هذا الأسلوب لا بد من ممارسة كبيرة حتى يتعلم المرضى كيفية التأثير على استجاباتهم الفيسيولوجية و هذا يتطلب وقتا من جانب الفني و الحصول على الأداة مكلفة و عالية الثمن لذا فإنها ليست مستخدمة على نطاق واسع لإدارة الألم. (ساندرسون،2019،ص349) أثبتت إجراءات الارتجاع البيولوجي المحددة أنها فعالة في ظل ظروف معينة في علاج الألم المزمن و مع ذلك فإن سبب عملهم غير مفهوم جيدا. (Lynch, Vasudevan,1988,p172)

2. العلاج المعرفي:

يمكن أن يكون للأفكار و المعتقدات السلبية عن الألم تأثير كبير و سلبي على الأداء الجسدي و النفسي للمرضى، في العلاج المعرفي يتعلم المرضى كيفية تحديد و تقييم و تعديل الحديث الذاتي و الصور و المعتقدات الأساسية المتعلقة بالألم و الضيق. (Winterowd & al,2003,p125)

تركز الأساليب المعرفية على مساعدة الناس على فهم كيف تؤثر أفكارهم و مشاعرهم في خبرة الألم و أيضا مساعدة الناس على تغيير ردود أفعالهم تجاه الألم و قدرتهم على إدارة هذا الألم. (ساندرسون،2019،ص350) و هذا النوع من العلاج يعلم المرضى مهارات في المواجهة المعرفية (على سبيل المثال: التشنيت و الحديث الذاتي و الصور الموجهة)، و إعادة الهيكلة المعرفية (أي تحديد و تقييم و تعديل الأفكار غير الواقعية و السلبية و الصور و المعتقدات)، و حل المشكلات و تدريب الاسترخاء و يتعلم المريض رؤية الألم على أنه تجربة ديناميكية و متعددة الأوجه تشمل التصورات الحسية (الادراك الحسي) و أنماط التفكير و الاستجابات العاطفية و السلوكية نظرا لسياقاتهم البيئية. (Winterowd & al,2003,p14)

• صرف الانتباه:

ترتكز بعض الأساليب ببساطة على محاولة صرف انتباه المريض لإبعاد عقله عن الألم بناء على فكرة أن المرضى لن يستطيعوا التركيز على الألم لأنهم يركزون على شيء آخر. (ساندرسون،2019،ص353) و الالهاء هو أسلوب التركيز على تحفيز غير مؤلم في البيئة المباشرة لتحويل الانتباه عن المشقة. (Sarafino,Smith,2011,p317-318) هناك نوعان مختلفان من الاستراتيجيات العقلية في السيطرة على الألم، يتمثل الأول بتشنيت انتباه الفرد من خلال التركيز على نشاط ما، أما النوع الثاني من الاستراتيجيات العقلية في السيطرة على الحوادث الضاغطة فهو التركيز مباشرة على الحادث ولكن مع إعادة تفسير الخبرة. (تايلور،2008،ص499).

ليس من المرجح أن تعمل كل محاولات التشنيت في تخفيف الألم، أظهرت الأبحاث حول الألم أن التشنيت يكون أكثر فاعلية إذا كان الألم خفيفا أو معتدلا عما إذا كان قويا. و يبدو أن ثلاثة جوانب لمهمة التشنيت تؤثر على مدى نجاحها: (Sarafino, Smith,2011,p317)

1. مقدار الاهتمام الذي تتطلبه المهمة: كلما زاد الاهتمام المطلوب انخفضت درجات الألم، تكون مهام الالهاء أكثر فاعلية عندما يجب أن يكون الشخص مشاركا نشطا عنها عندما يكون سلبيا.
2. مدى أهمية المهمة أو الانغماس فيها مثل مشاهدة فيلم أو الانخراط في نشاط اختاره الشخص.
3. مصداقية المهمة اتجاه الشخص على سبيل المثال إذا طلب منك الاستماع إلى صوت غير موجود فستنفذ المهمة مصداقيتها و لا تخفف الألم.

تعد استراتيجية التشبث مفيدة لتقليل الألم الحاد مثل: تلك التي يعاني منها في بعض الاجراءات الطبية أو اجراءات طب الأسنان و يمكنها أيضا توفير الراحة لمرضى الألم المزمن في بعض الظروف.
(Sarafino, Smith,2011,p317)

• الصور الموجهة:

استخدمت الأخيذة الموجهة في السيطرة على بعض الآلام الحادة و حالات عدم الارتياح. (تايلور،2008،ص500) و هي استراتيجية يحاول من خلالها الشخص تخفيف الانزعاج من خلال استحضار مشهد عقلي غير مرتبط أو غير متوافق مع الألم. (Sarafino,Smith,2011,p317)، التخيل الموجه هو إجراء يجمع بين الاسترخاء وتركيز الانتباه والتنفس وتخيل الصورة. يمكن أن تختلف طبيعة الصورة وفقاً لخصائص المريض والشكوى، من "صورة" مريحة وممتعة، إلى صورة مركزة تتعلق بمرض أو جزء من الجسم. (Moore,2009,p386) و النوع الأكثر شيوعا من الصور التي يستخدمها الأشخاص يتضمن مشاهد ممتعة فهم يفكرون فيها "بشيء لطيف" و عادة ما يشجع المعالجون أو يوجهون الشخص لتخمين جوانب الحواس المختلفة: الرؤية و السمع و التدوق و الشم و اللمس، و يحاول الشخص عموما وضع الحدث المتخيل في الاعتبار لأطول فترة ممكنة. (Sarafino,Smith,2011,p317). و باستخدام الأخيذة الموجهة كوسيلة للاسترخاء يمكن السيطرة على الآلام البطيئة أو المتوقعة و الإعداد لها كالولادة أو الآلام الناجمة عن الإجراءات الطبية كالعلاج بالأشعة. (تايلور،2008،ص500) و هناك تخيل من نوع آخر مختلف تمام يتخذ فيه المريض موقفا متناقضا تماما للتخيلات الهادئة حيث تتسم تخيلات المريض بالمواجهة و تتضمن أخيلة عدوانية فيها تصد و تحد و مشاهد مليئة بالأفعال و الدراما، ومع أن الأخيذة الاسترخائية أكثر استخداما من الأخيذة العدوانية إلا أن الأخيرة أظهرت فعاليتها خصوصا عندما استخدمت بالاشتراك مع العلاج الكيماوي. (تايلور،2008،ص500)

غالبًا ما تُستخدم الصور جنبًا إلى جنب مع علاجات التنويم المغناطيسي والاسترخاء ، جزئيًا لتعزيز قدرات تخفيف الآلام لتلك العلاجات. نظرًا لأن الاسترخاء يعد خطوة مهمة في بدء جلسة التخيل الموجهة ، فإن أسلوب الاسترخاء المحدد يتم ممارسته بشكل شائع في بداية كل جلسة ، مثل استرخاء العضلات التدريجي (Moore,2009,p386) .. يبدو أن الصور الموجهة تعمل بشكل أفضل عندما تجذب مستويات عالية من انتباه الشخص أو مشاركته و من المرجح أن تعمل بشكل أفضل مع ألم خفيف أو معتدل من الألم الشديد، على الرغم من أن الصور الموجهة تساعد بشكل واضح في تقليل الألم الحاد إلا أن مدى فائدة هذه التقنية مع نوبات الألم الطويلة الأمد غير واضح. أحد قيود استخدام الصور في التحكم في الألم هو أن بعض الأفراد أقل مهارة في تخيل المشاهد من الآخرين. (Sarafino, Smith,2011,p317) التصوير الموجه فعال في إنتاج تخفيضات مهمة سريريًا في تجربة الألم والأحاسيس الضارة (سلومان ، 1995). من خلال الصور الموجهة ، يتم تشجيع العملاء على مواجهة مشاعرهم والعمل من خلالها ، وتعزيز الاسترخاء وحالة التركيز. يتم إنتاج إحساس بالرفاهية الجسدية والعاطفية ، مما يعزز الصحة النفسية والسيولوجية للعمل . (Jansen,2008,p169)

• التنويم المغناطيسي:

تم استخدام التنويم المغناطيسي كتدخل علاجي للسيطرة على الألم على الأقل منذ خمسينات القرن التاسع عشر، وقد ثبت أنه مفيد في تخفيف الألم للأشخاص الذين يعانون من الصداع و إصابات الحروق والتهاب المفاصل و السرطان و آلام الظهر المزمنة. (Turk & al,2008,p220)، تم استخدام التنويم المغناطيسي بشكل متكرر كنوع بديل من التدخل لتخفيف الآلام، بالإضافة إلى استخدامه بطريقة تكملية، إلى جانب علاجات الألم التقليدية (الدوائية في المقام الأول). (Moore,2009,p384)

على سبيل المثال إن مريضات سرطان الثدي اللواتي تلقين جلسة تنويم مغناطيسي قدرها 15 دقيقة قبل الجراحة أعلن عن قلة الألم و حدته و قلة التعب و الغثيان و الأسي الانفعالي مقارنة بمن لم يحصلن على هذه الجلسة. (ساندرسون،2019،ص351)، وكما هو الحال مع تقنيات الاسترخاء و الصور و التغذية الحيوية الراجعة نادرا ما يستخدم التنويم المغناطيسي وحده في الألم المزمن على الرغم من أنه تم استخدامه كنموذج نفسي منفرد مع بعض النجاح مع مرضى السرطان الذين يستخدمونه في كثير من الأحيان مع تدخلات العلاج الأخرى.

(Turk & al,2008,p220)

يشير التنويم المغناطيسي إلى الحالة المتغيرة من الوعي التي قد يعبر عنها المرء تحت إشراف المعالج (كاثرين ساندرسون،2019،ص351) و يعمل التنويم المغناطيسي و التقنيات المماثلة من خلال آليتين أساسيتين: استرخاء العضلات و دمج التغيير الإدراكي و التشتيت المعرفي. (Breivik & al,2008,p147)

• . التأمل:

التأمل استراتيجية معرفية تتطوي على أن يقوم الناس بإرخاء أجسامهم و تركيز انتباههم على فكرة واحدة و أحيانا النطق بكلمة واحدة. (ساندرسون،2019،ص351) وهو مصمم خصيصا لمساعدة المرضى على زيادة وعيهم و تسهيل الاسترخاء و زيادة اللياقة البدنية. (Winterowd & al,2003,p117) قد يساعد في الألم وكذلك القلق أو التوتر أو الاكتئاب (Nova Biomedical Books,2009,p40) يتضمن التأمل تركيزا داخلي على الذات أثناء الجلوس في عزلة أو مع مجموعة من الأشخاص مما يسمح للأفكار والمشاعر و الأحاسيس الجسدية بالانتقال إلى داخل و خارج وعي الفرد، إنه تمرين أن تكون مراقبا لنفسك دون محاولة حل أو القيام بأي شيء حيال تلك التجارب الداخلية قد يكون التأمل صعبا بالنسبة لبعض المرضى لأنهم قد يركزون على الألمهم. (Winterowd & al,2003,p117)

يستخدم الأشخاص الذين يمارسون التأمل تقنيات معينة مثل تركيز الانتباه على شيء ما ، مثل كلمة أو عبارة أو شيء ما أو التنفس. قد يجلسون أو يستلقون أو يمشون أو يكونون في أي وضع آخر يجعلهم يشعرون بالراحة. الهدف أثناء التأمل هو محاولة أن يكون لديك موقف منفتح تجاه تشتيت الأفكار أو العواطف. عند حدوثها ، يعود الانتباه بلطف إلى التنفس أو التكرار الصامت للعبارة (Nova Biomedical Books,2009,p40).

تمت دراسة التأمل كوسيلة لتحسين نوعية الحياة ، وتعزيز الرفاهية ، ولمعالجة المشاكل الصحية بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم ، وتعاطي المخدرات ، واضطرابات الصحة العقلية. من الناحية السريرية ، يستخدم التأمل أيضًا في بعض الأحيان لإدارة الألم ، على الرغم من أن الأدبيات التي تدرس فعالية وآليات التأمل من أجل الألم ليست واسعة النطاق. في سياق إدارة الألم ، يُعتقد أن التأمل يعمل عن طريق إعادة تركيز الوعي بالألم والاستجابات للألم ، عن طريق إحداث حالة استرخاء وسلمية ، و / أو عن طريق تعزيز التغييرات الفسيولوجية مثل التغييرات في العمليات الالتهابية التي قد تؤدي بدورها لتقليل الألم (Moore,2009,p388)

(3). العلاجات المعرفية السلوكية:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي أحد الأساليب النفسية الشائعة بشكل خاص لعلاج الألم المزمن. و يسعى العلاج السلوكي المعرفي لتقليل السلوكيات غير المتكيفة و المعتقدات و أنماط التفكير المتعلقة بالألم الشخص، و تشمل التقنيات: التدريب على الاسترخاء، وتيرة النشاط، حل المشكلات، بالإضافة إلى تطوير الهدف الشخصي و تسهيل الانجاز و التنشيط السلوكي و إعادة الهيكلة المعرفية. (Hadjistavropoulos, Craig,2004,p24) و الهدف الأساسي من العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن هو تمكين المرضى المعالجين من عيش حياتهم بأقل قدر ممكن من التدخل بسبب الألم. هذا يعني أنه يجب عليهم استخدام استراتيجيات الإدارة الذاتية الفعالة للألم لمكافحة تجربة الألم في حياتهم اليومية. من منظور العلاج السلوكي المعرفي ، تستلزم هذه العلاجات تقوية السلوكيات الجديدة الأكثر فائدة وإضعاف السلوكيات القديمة الأقل فائدة. (Pickering,Gibson,2015,p156)

واستنادا إلى فرضية العلاج السلوكي المعرفي فإن الألم يتأثر بأربعة مصادر من المعلومات:

1. المصادر المعرفية: مثل معنى الألم " إنه سوف يمنعني من العمل".
2. المصادر الانفعالية: مثل الانفعالات المرتبطة بالألم مثل: "أنا قلق بأن ألمي سوف لا ينتهي".
3. مصادر فيسيولوجية: مثل حالة مشكلات الضرر البدني.
4. المصادر السلوكية: مثل السلوك الذي قد يزيد الألم كعدم القيام بأي تمرين أو السلوك الذي يقلل الألم مثل القيام بممارسة رياضة كافية.

يركز العلاج السلوكي المعرفي على هذه الجوانب للإحساس بالألم و يستخدم مجموعة من الاستراتيجيات لتمكين الأفراد من نبذ الممارسات غير المفيدة و تعلم طرائق سلوكية و فكرية جديدة. (العاسمي،2016،ص332) تركز أهداف العلاج على مساعدة الأشخاص الذين يعانون من الألم على إدراك أنه يمكنهم في الواقع إدارة مشاكلهم وتزويدهم بالمهارات اللازمة للاستجابة بطرق أكثر تكيفاً يمكن الحفاظ عليها بعد إنهاء العلاج. (Ebert,Kerns,2011,p30)

عادةً ما يتضمن العلاج السلوكي المعرفي مزيجاً من إدارة الإجهاد ، وحل المشكلات ، وتحديد الأهداف ، وتيرة الأنشطة ، والتأكيد. يمكن دمج هذه المهارات في نهج إعادة التأهيل. يمكن دمج كل من الارتجاع البيولوجي والاسترخاء والوساطة والصور الموجهة والتنويم المغناطيسي في العلاج السلوكي المعرفي لتسهيل تصورات ضبط النفس (Ebert,Kerns,2011,p30). و الهدف الأساسي من العلاج السلوكي المعرفي للألم هو تعزيز اعتماد نهج نشط لحل المشكلات للتعامل مع العديد من التحديات المرتبطة بتجربة الألم المزمن، يتم تشجيع التحول من منظور اليأس فيما يتعلق بهذه التحديات إلى واحد من المسؤولية الشخصية و التحكم في النفس و الثقة. (Boyer, Paharia,2008,p361-362)

يصف ترك و جانشيل (2002) Turk & Gatchel بإيجاز خمسة أهداف للعلاج السلوكي المعرفي للمرضى الذين يعانون من آلام مزمنة:

الهدف الأول: هو مساعدة المرضى على تغيير تصوراتهم و إدراكهم لألمهم من شيء لا يمكن التحكم فيه إلى شيء يمكن التحكم فيه. (O'Donohue,Fisher,2008,p377)

الهدف الثاني: هو تثقيف المرضى حول العلاج السلوكي المعرفي و كيف سيزودهم بالأدوات التي يحتاجونها لإدارة الألم.

الهدف الثالث: هو تغيير تصورات الأفراد عن أنفسهم من شخص سلبي إلى شخص منخرط بنشاط و قصد في إدارة أنفسهم و التأثير على بيئتهم.

الهدف الرابع: هو ارشاد المرضى حول كيفية إدراك و تطوير فهم التفاعل بين أفكارهم و مشاعرهم و سلوكهم و أدائهم البدني.

الهدف الخامس: هو توجيه المرضى بطرق أكثر تكيف لإدارة الألم التي يمكن استخدامها في محيط مختلف. (O'Donohue,Fisher,2008,p377)

أما ترك (2002) Turk فقد حدد أربعة أهداف من العلاج المعرفي السلوكي لإدارة الألم المزمن:

- (1) تمكين المرضى من الاعتقاد بأنهم قادرون على إدارة الألم.
- (2) مساعدة الذين يعانون من الألم المزمن على تعلم التعرف على أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم ومراقبتها وفهم كيفية ترابط هذه الظواهر.
- (3) المساعدة في تطوير السلوكيات المناسبة للتعامل بشكل أكثر فعالية مع الألم.
- (4) الحفاظ على التحسينات المكتسبة أثناء العلاج بعد مرحلة العلاج النشط ودمجها في إدارتها اليومية للألم. (Roy,2008,p117)

مع أخذ هذه الأهداف في الاعتبار يتكون العلاج من أربعة مكونات رئيسية وهي:

1. إعادة الصياغة المعرفية.
2. اكتساب المهارات.
3. تعزيز المهارات.
4. التعميم و الصيانة. (O'Donohue, Fisher,2008,p377)

و يستند النهج المعرفي السلوكي إلى الفهم بأن الناس عموما لا يتوقفون عن النشاط بسبب الألم و لكن لأنهم أصبحوا متكيفين مع فكرة أنهم معاقون جسديا، وبالتالي فإن العلاج السلوكي المعرفي للألم المزمن ينطوي على تحدي تلك المعتقدات و تعليم المرضى طرق إعادة إدخال الأنشطة الممتعة بأمان في حياتهم و يمكن أن تكون هذه مهمة شاقة بشكل خاص عندما تكون الأفكار المتعلقة بالإعاقة في مكانها لسنوات عديدة. (Boyer, Paharia,2008,p362)

توضح عدد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن في تقليل مستويات الألم واستخدام مسكنات الألم و الأفكار السلبية و مدى الإعاقة الجسدية بالإضافة إلى تعزيز التحكم في الألم و التكيف النفسي (مثل الحالة المزاجية و سلوكيات الألم و التكيف و الكفاءة الذاتية) و الأداء البدني و الحالة الصحية (على سبيل المثال: نطاق الحركة و مستوى النشاط)(Winterowd & al, 2003,p22)

و الأداء النفسي و الاجتماعي، مع مجموعة متنوعة من مرضى الألم المزمن و تشمل هذه مرضى التهاب المفاصل، مرضى ألم الظهر مع الاضطرابات المزمنة المرتبطة بالإصابات، المرضى الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي، مرضى آلام الركبة، المرضى الذين يعانون من آلام مختلفة أو متنوعة، مرضى آلام الأطراف العلوية، مرضى ألم الصدر غير القلبي، ومرضى الألم الحاد المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة. (Winterowd & al, 2003,p22).

5).برامج إدارة الألم:

برامج إدارة الألم هي نهج علاجي للأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن الذين يعانون من الكرب والعجز المرتبطين بالمهم. و تجمع هذه البرامج بين سائر الأساليب المعروفة في مجال السيطرة على الألم و توفرها، ولقد تطورت هذه البرامج بشكل كبير خلال العقدين الماضيين، ففي البداية كان العديد منها داخليا و يتضمن محاولات للتقليل من استخدام عقاقير الألم واستعادة مهارات الحياة اليومية و ذلك على مدى أسابيع متعددة، أما في السنوات الأخيرة فمعظم الجهود في هذا المجال تركزت على البرامج الخارجية و ذلك لأنها أكثر نجاحا و أقل تكلفة. (تايلور، 2008، ص250) إن العديد من برامج إدارة الألم تستخدم العديد من الأساليب المدمجة معا والتي تشتمل على طرق متعددة قد تكون فعالة على سبيل المثال: إن نسبة 66% من الأطفال ذوي ألم البطن المتكرر الذين يتلقون تدريبا على الاستراتيجيات السلوكية و المعرفية لإدارة الألم لم يعلنوا عن ألم بعد 6 أشهر متابعة مقارنة بنسبة 27 % فقط من أولئك الذين تلقوا العلاج المعياري. (ساندرسون، 2019، ص355)

وصف وليامز وآخرون. (1996) برامج إدارة الألم متعددة التخصصات القائمة على العلاج المعرفي السلوكي على أنها تحتوي على: التمرين والتمدد ، وتحديد الأهداف ، وتيرة النشاط (كوسيلة لتحقيق العديد من الأهداف الوظيفية) ، والتعليم ، وحل المشكلات ، وتحديد الأفكار غير المفيدة وتغييرها ، والتعزيز الذاتي للإنجازات ، الانسحاب من الأدوية ، التدريب على الاسترخاء ، إدارة النوم ، مشاركة الأسرة والوقاية من الانتكاس. (Pickering, Gibson, 2015, p160)

و يعد الهدف الأساسي من برامج إدارة الألم ليس تخفيف الألم و لكن لتمكين الناس من التعامل مع الألم أو التحكم فيه بشكل أفضل بهدف الحد من الشدة والعجز و تحسين نوعية الحياة. (Bruera, Portenoy, 2010, p270)

تشير الأدلة إلى أن الجمع بين العلاجات والأساليب المختلفة لعلاج الألم قد أسفر عن نتائج واعدة. على سبيل المثال، (Blanchard et al. 1990) استخدم نهجًا متعدد الوسائط لمقارنة فعالية مجموعات العلاج الأربعة التالية في علاج صداع التوتر: مجموعة استرخاء العضلات التدريجي، ومجموعة تستخدم الاسترخاء التدريجي للعضلات جنبًا إلى جنب مع مجموعة العلاج المعرفي، ومجموعة التأمل الزائفة (الزائفة) ومجموعة ضابطة. أبلغت أول مجموعتين تجريبيتين عن تحسن كبير مقارنة بالمجموعتين الضابطة الأخيرتين على مؤشر الصداع وانخفاض كبير في استخدام الأدوية. ومع ذلك، فإن آليات تخفيف الآلام التي تنطوي على علاجات وعلاجات مشتركة مثل هذه لا تزال غير معروفة نسبيًا. مطلوب مزيد من البحث لتحديد أنواع العلاجات الأكثر فعالية لأنواع معينة من تجارب الألم. (Curtis,2000,p68)

جاءت نتائج الدراسات التي أجريت على البرامج الشاملة إيجابية. فقد أظهرت أن الذين يتبعون برنامجا شاملا يحققون تحسنا في سيطرتهم على الألم و نظرتهم إلى الحياة أكثر من الذين يتبعون نمطا علاجيا واحدا أو لا يخضعون إلى أي علاج يذكر. فتنضاعف نسبة من يعود منهم إلى عمله و تخف عندهم الحاجة المستمرة إلى زيارة الطبيب أو الاختصاصيين الصحيين يحافظون على استقرار حالتهم لفترة طويلة. (سواتسون، 2000، ص178)

1. القضايا التي يتم تناولها بشكل شائع:

تختلف البرامج على الرغم من وجود جوهر مشترك للقضايا التي يتم تناولها:

- فهم طبيعة و أسباب الألم المزمن و إيجابيات و سلبيات التدخلات الطبية و الإضافية.
- الاستخدام المناسب للأدوية.
- معالجة المعتقدات/ المفاهيم الخاطئة الشائعة غير المفيدة حول الألم.
- برنامج تمرين متدرج و أنشطة السرعة.
- استرخاء.
- تحسين النوم.
- التواصل و العلاقات بما في ذلك الجنس. (Bruera,Portenoy, 2010,p270)

- الوضعية.
- إدارة الأنشطة اليومية بما في ذلك العمل.
- إدارة الاكتئاب و القلق و الاحباط و الغضب و الذنب وما إلى ذلك.
- وضع أهداف واقعية و العمل على تحقيقها. (Bruera,Portenoy, 2010,p270)

يعالج الألم الحاد في الغالب بالتدخلات الدوائية. ومع ذلك ، فقد ثبت أن الألم المزمن أكثر مقاومة لمثل هذه الأساليب ، وقد تم مؤخرًا إنشاء عيادات متعددة التخصصات للألم تعتمد نهجًا متعدد التخصصات لعلاج الألم. تشمل الأهداف التي تحدها هذه العيادات ما يلي:

- تحسين الأداء البدني ونمط الحياة. يتضمن ذلك تحسين قوة العضلات ، وتحسين احترام الذات ، وتحسين الكفاءة الذاتية ، وتحسين الإلهاء وتقليل الملل وسلوك الألم والمكاسب الثانوية.
- تقليل الاعتماد على الأدوية والخدمات الطبية. يتضمن ذلك تحسين التحكم الشخصي وتقليل الدور المرضي وزيادة الكفاءة الذاتية.
- زيادة الدعم الاجتماعي والحياة الأسرية. يهدف هذا إلى زيادة التفاؤل والإلهاء وتقليل الملل والقلق وسلوك الأدوار المرضية والمكاسب الثانوية(Ogden,2007,p 282) .

2. برامج إدارة الألم عند مرضى السرطان:

يتألف ألم السرطان من مزيج متنوع من الآلام الحادة أحادية الطور (على سبيل المثال ، تلك المرتبطة بالإجراءات الطبية) ، والآلام الحادة المتكررة (على سبيل المثال ، التهاب الفم الناجم عن العلاج الكيميائي) ، والألم المزمن المحدد والاعتلال العصبي. غالبًا ما يكون الألم مصحوبًا بالعديد من المشكلات الأخرى التي تساهم في معاناة المريض وعائلته. التقييم الشامل ضروري ويمكن أن يوجه استراتيجية علاجية يتم فيها دمج إدارة الألم في نهج أوسع للرعاية التلطيفية. (Massie,2000,p6)

يعاني معظم المرضى الذين يعانون من آلام السرطان من مرض متقدم ومجموعة متنوعة من الأعراض الجسدية والمضاعفات النفسية والاجتماعية الوخيمة ، والتي قد يؤثر بعضها ، (مثل القلق أو الاكتئاب) ، على التعبير عن شدة الألم. ستؤثر الأعراض الأخرى ، مثل الغثيان والارتباك ، على اختيار التدخلات العلاجية لعلاج الألم. لذلك ، من الأهمية بمكان النظر إلى الألم في سياق الأعراض الجسدية والنفسية الاجتماعية الأخرى ومراقبة آثار الألم وعلاجه على هذه الأعراض الأخرى. (Sykes & al,2008,p39)

بالنسبة لهؤلاء المرضى ، مثل المصابين بالسرطان ، يجب مراعاة امتداد ومسار المرض الأساسي ، بالإضافة إلى آثاره النفسية والاجتماعية والوظيفية ، عند وضع خطة علاج شاملة. يجب استكشاف دور العلاجات التي تستهدف المرض الأساسي كجزء من هذا التقييم. (Massie,2000,p1)

خلال السنوات الأخيرة، أصبح من الواضح أكثر أن التقييم الأمثل للمريض المصاب بألم السرطان يتطلب تقييمًا متعدد الأبعاد لمتلازمة الألم ، والخصائص السريرية والنفسية والعقلية للمريض، وعدد من المتغيرات الاجتماعية والعائلية. (Sykes & al,2008,p38) سيركز العلاج النفسي على الألم الناجم عن المرض وسيستخدم عددًا من التقنيات ، بما في ذلك الاستماع النشط والتعاطف ، وتعزيز وتعبئة نقاط القوة لدى المريض ، واستراتيجيات المواجهة التي تم اختبارها بالفعل وتطوير استراتيجيات جديدة ، والتي قد تشمل تقنيات الاسترخاء ، الإلهاء وجدولة النشاط. سيشمل العلاج النفسي أيضًا بعض التنقيف حول استخدام المسكنات والنصائح حول التواصل بشكل أكثر فعالية مع الطاقم الطبي والتمريض. في المراحل النهائية من المرض، قد يصاب المريض بالتعب بشكل متزايد وقد يتم تخديره إلى حد ما باستخدام الأدوية المسكنة. ونتيجة لذلك ، ستكون الجلسات أقصر وقد يتطلب الأمر وقتًا إضافيًا لدعم الأقارب. يمكن أن يؤدي القلق والاكتئاب المصاحبان إلى زيادة الحساسية للألم وقد يلزم علاجهما بالإضافة إلى الألم نفسه .

(Turk,Gatchel,2002,p508)

و قد قام العديد من الباحثين بتكييف المنظور السلوكي المعرفي لمعالجة الألم المرتبط بالسرطان على وجه التحديد. أي أن ألم السرطان معروف باحتوائه على مكون موضوعي (منبه الألم) ومكون شخصي (إدراك منبه الألم). يُفترض أن الجزء الشخصي من الألم يتأثر بأفكار أو سلوكيات مشوهة أو غير عقلانية ، والتي بدورها تولد حالات شعور مبالغ فيها وتزيد من إدراك الألم. (Thomas,Weiss,2000,p161)

يحاول التدخل تعديل السلوكيات أو الإدراك أو مزيج من الاثنين. من خلال تغيير الأفكار أو السلوكيات بطريقة إيجابية، يُفترض أن حالات الشعور والألم تتأثر بشكل طبيعي ومتشابه. (Thomas,Weiss,2000,p161) و يهدف استخدام الأساليب المعرفية السلوكية في إدارة الألم إلى الجزء الشخصي من تجربة الألم ، والذي يتم تحديده بشكل أكبر من خلال الحالة المزاجية للمرضى ، والأفكار ، والمعتقدات حول الألم والسلوكيات اللاحقة. تهدف تقنيات العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل الأفكار والسلوكيات بحيث يتم تغيير تجربة الألم. (Sykes & al,2008,p300)

و تشمل الاستراتيجيات السلوكية المعرفية الشائعة مع مرضى السرطان ما يلي:

• التدريب على مهارات المواجهة

→ استراتيجيات تحويل الانتباه

■ تدريب الاسترخاء

■ التنفس الحجابي

■ الصور الموجهة

■ الانخراط في أنشطة هادفة ومحفزة

→ العلاجات المعرفية

■ العلاج المعرفي (إعادة الهيكلة المعرفية)

(Republic of Rwanda, 2012,p25)

(6) بعض الدراسات التي تناولت إدارة الألم:

توضح عدد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن في تقليل مستويات الألم واستخدام مسكنات الألم و الأفكار السلبية و مدى الإعاقة الجسدية بالإضافة إلى تعزيز التحكم في الألم و التكيف النفسي (مثل الحالة المزاجية و سلوكيات الألم و التكيف و الكفاءة الذاتية) و الأداء البدني و الحالة الصحية (على سبيل المثال: نطاق الحركة و مستوى النشاط) و الأداء النفسي و الاجتماعي، مع مجموعة متنوعة من مرضى الألم المزمن و تشمل هذه مرضى التهاب المفاصل، مرضى ألم الظهر مع الاضطرابات المزمنة المرتبطة بالإصابات، المرضى الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي، مرضى آلام الركبة، المرضى الذين يعانون من آلام مختلفة أو متنوعة، مرضى آلام الأطراف العلوية، مرضى ألم الصدر غير القلبي، و مرضى الألم الحاد المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة. (Winterowd & al,2003,p22).

قدم (2002) Hazlett-Stevens and Craske مراجعة شاملة حول فعالية مؤلفات العلاج السلوكي المعرفي الموجز مع اضطرابات مثل الرهاب و متلازمة الإجهاد اللاحق للصدمة و اضطرابات القلق و الاكتئاب و اضطرابات الأكل و تعاطي الكحول و إدارة الألم. كانت ملاحظتهم العامة ، بشكل عام ، أن العلاج المعرفي السلوكي الموجز أثبت فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية و الاجتماعية. (Roy,2008,p120).

قام (1983) Elliott & Olson بالبحث في فعالية حزمة العلاج للحد من ضائقة الأطفال الذين تعرضوا لحروق و الذين يخضعون لإجراءات علاجية مرهقة. تضمنت الحزمة تشييت الانتباه، و التنفس بالاسترخاء، و استخدام الصور الموجهة، و إعادة تفسير سياق الألم و تعزيز استخدام تقنيات المواجهة. تم إثبات أن الأطفال كانوا قادرين على تقليل مستويات الضيق بشكل كبير كما تم قياسها بواسطة مقياس الضغط لعلاج الحروق، في ثلاث نقاط ضغط: فك الضمادات، أول 15 دقيقة من العلاج المائي، و إعادة لف المناطق المحروقة. و من المثير للاهتمام، أن الأطفال كانوا قادرين فقط على تقليل الضيق بنجاح عندما تم تدريبهم بنشاط من قبل المعالج. (Broome, Llewelyn,1989, p363).

و قام سلومان وبراون وألدانا وتشبي (Sloman, Brown, Aldana, and Chee, 1994) بتدريس الاسترخاء لمرضى الأورام المنومين. أثبت كل من الاسترخاء من شريط صوتي والاسترخاء الذي يدرسه الطبيب مباشرة للمريض أنه فعال بنفس القدر في السيطرة على الألم وأكثر فاعلية من العلاج كالمعتاد. قارن (Arathuzik, 1994) بين التدريب على الاسترخاء والتخيل مع وبدون تقنيات معرفية وسلوكية أخرى في 24 امرأة مصابة بسرطان الثدي. كلا العلاجين كانا فعالين بنفس القدر. (Turk, Gatchal, 2002, p512)

في دراسة أخرى أجراها Syrjala & al، تم توزيع 27 مريضاً بالسرطان يعانون من آلام التهاب الغشاء المخاطي للفق والخصوع لعملية زرع نخاع عظمي بشكل عشوائي إلى واحدة من أربع مجموعات: (1) العلاج الروتيني ، (2) تحكم المعالج ، (3) التنويم المغناطيسي (أي الاسترخاء وصور ذات طبيعة بصرية وسمعية وحركية) ، أو (4) حزمة مهارات سلوكية معرفية. كانت حزمة المهارات المعرفية السلوكية شاملة للغاية وتضمنت الاسترخاء التدريجي للعضلات ، والتدريب الذاتي ، وإعادة الهيكلة المعرفية ، والإلهاء ، والتعامل مع البيانات الذاتية ، وحل المشكلات ، واستكشاف تفسيرات المرضى لأمراضهم وعلاجاتهم. بالإضافة إلى ذلك ، تم توفير التنقيف النفسي الخاص بآلام الزرع. ومع ذلك ، تم استبعاد الصور الموجهة على وجه التحديد من حزمة المهارات السلوكية المعرفية. شارك المرضى المعينون للتنويم المغناطيسي والمجموعات السلوكية المعرفية في جلستين تدريبيتين لفظيتين فرديتين قبل إجراء الزرع ، وتلقوا تعليمات مكتوبة ومسجلة بالصوت لممارسة مهاراتهم قبل دخول المستشفى. تم تقديم جلسات علاجية لتعزيز التدريب مرتين في الأسبوع للأسابيع الخمسة الأولى من الاستشفاء. ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن مجموعة التنويم المغناطيسي وحدها أبلغت عن ألم أقل بكثير بعد الزرع من تلك التي أبلغت عنها المجموعة الضابطة. كان هذا صحيحاً بشكل خاص خلال الأسبوعين 2 و 3 بعد الزرع. في الواقع ، كان ألم الذروة المبلغ عنه لمجموعة التنويم المغناطيسي أقل شدة ومدة أقصر. لم تكن هناك اختلافات بين المجموعات الأربع من حيث استخدام المواد. (Thomas, Weiss, 2000, p162)

تؤكد الأدلة حتى الآن فعالية الأساليب النفسية للسيطرة على الألم في مرض السرطان ، وخاصة التقنيات البسيطة مثل التنويم المغناطيسي والاسترخاء. إضافة الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية الأخرى لم تثبت بعد أنها تضيف إلى تأثير هذه الأساليب. من المحتمل أن يكون العلاج المعرفي السلوكي أكثر فاعلية في حالات الألم المزمن المعقد ، حيث تلعب العوامل النفسية الموصوفة سابقاً دوراً مهماً في تقاوم الألم المؤلم بالفعل من السرطان.(Turk,Gatchal,2002,p512)

و في الدراسة التي أجرتها(2006) Turner & Mancl & Aaron ، أظهر المرضى الذين تلقوا تدخلاً معرفياً سلوكياً مكوناً من أربع جلسات لألم اضطراب الفك الصدغي تحسناً ملحوظاً في النتيجة ، والاعتقاد ، قياسات التفكير الكارثي ، وتنفيذ أكبر لتقنيات الاسترخاء من أجل التعامل مع الألم ، ومعدلات أعلى بنسبة 35% للإبلاغ عن "عدم تدخل الألم" في الأنشطة في متابعة لمدة 12 شهراً ، وتحسينات ذات مغزى إكلينيكيًا أكبر في شدة الألم ، ووظيفة الفك ، والاكنتاب في متابعة لمدة 12 شهرًا.(Boyer, Baharia,2008,p361)

وفي دراسة (2004) Karen.O.Anderson & al حول التنقيف بشأن الألم لمرضى السرطان من الأقليات المحرومة و طبقت الدراسة على 97 مريضا من أصل إفريقي و أمريكي من أصل اسباني يعانون من آلام مرتبطة بالسرطان في تجربة سريرية عشوائية لتعليم إدارة الألم، و تلقت المجموعة التجريبية مقطع فيديو و كتيب عن إدارة الألم بينما تلقت المجموعة الضابطة فيديو و كتيب عن التغذية، و قد تم قياس التغيرات في شدة الألم و التدخل المرتبط بالألم من 2-10 أسابيع بعد التدخل و كذلك التغيرات في نوعية الحياة و التحكم في الألم المتصور و الحالة الوظيفية و المسكنات و تقييمات طبيب الألم. و على الرغم من انخفاض شدة الألم و تداخله مع مرور الوقت لكلا المجموعتين لم يكن هناك فرق معتد به احصائيا بين المجموعتين لم يؤثر تنقيف الألم على نوعية الحياة أو السيطرة على الألم المتصورة أو الحالة الوظيفية، و كان للتنقيف المختصر تأثير محدود على نتائج الألم للمرضى.(Anderson & al,2004,p4917)

وفي دراسة ريمر وزملاؤه Rimer and colleagues في آثار تطبيق برنامج تنقيف لمرضى السرطان لمدة 15 دقيقة طبقت على 230 مريض. و تم تخصيص المواد المطبوعة المتعلقة بالمسائل الدوائية ومناقشتها مع المرضى من قبل مختص. بعد شهر واحد، أشارت النتائج إلى أن أعضاء مجموعة التدخل كانوا أكثر عرضة بشكل كبير لأخذ أدويتهم وفقاً للجدول الزمني الصحيح والجرعة الصحيحة. كما أنهم كانوا أقل عرضة للتوقف عن تناول الدواء عندما شعروا بتحسن. في حين أن كلا المجموعتين كان من المرجح أن يواجهوا آثاراً جانبية للأدوية ، كان من المرجح أن تعتقد المجموعة التجريبية أنه يمكن منع الآثار الجانبية وأن لديهم بعض السيطرة الشخصية على تجربة الألم الخاصة بهم. علاوة على ذلك، كان المشاركون في التدخل أقل خوفاً من احتمالات التسامح والإدمان. لم يكن هناك اختلاف في تخفيف الألم المبلغ عنه للمريض ، على الرغم من وجود اتجاه للمشاركين التجريبيين للإبلاغ عن ألم أقل. في الواقع ، أفاد 44% من الأشخاص في مجموعة التدخل بعدم وجود ألم أو ألم خفيف مقارنة بـ 24% من الأشخاص الخاضعين للمراقبة. (Thomas,Weiss,2000,p158)

و قام سلومان وآخرون Sloman et al بتخصيص عشوائي لمرضى السرطان المقيمين في المستشفى والذين كانوا يعانون من آلام جسدية في واحدة من الحالات الثلاثة لنظام لمدة أسبوعين من (1) الرعاية الروتينية (أي حالة التحكم) ، (2) استرخاء العضلات التدريجي و التخيل الموجه بواسطة الشريط السمعي أو (3) استرخاء العضلات التدريجي والتخيل الموجه عن طريق تعليمات الممرضة المباشرة. تلقى الأفراد في مجموعات التسجيل الصوتي ومجموعات التدخل المباشر جلسيتين من الاسترخاء والتخيل كل أسبوع ، وتم توجيههم للتدريب مرتين في اليوم. بالمقارنة مع مجموعات الضابطة ، أشارت النتائج إلى أن كلا مجموعتي التدخل أبلغا عن انخفاض كبير في شدة الألم وحدته بشكل عام. أبلغت مجموعة التعليمات المباشرة أيضاً عن إحساس أقل بالألم من المجموعة الضابطة ، مما يشير إلى أن التدخل المباشر قد يؤدي إلى بعض الفوائد الإضافية. أخيراً ، تطلب المشاركون في مجموعات التسجيل الصوتي ومجموعات التعليمات المباشرة أدوية غير أفيونية أقل حسب الحاجة من الأشخاص الضابطة. (Thomas,Weiss,2000,p163)

أما بالنسبة لفعالية التنويم المغناطيسي لحالات الألم المزمن، تتوفر دراسات أكثر وأفضل إلى حد ما تُظهر أن التنويم المغناطيسي يمكن أن يقلل الألم الناتج عن مجموعة متنوعة من حالات الألم المزمن ، مثل الألم العضلي الليفي (Haanen et al. ، 1991) ، وآلام السرطان (Elkins ، Cheung ، Marcus ، Palamara ، Rajab ، & ، 2004) وآلام أسفل الظهر المزمنة (Spinhoven & Linssen ، 1989) . ومع ذلك ، في بعض الدراسات حول التنويم المغناطيسي بالنسبة للألم المزمن ، وجد أن التنويم المغناطيسي مكافئ وليس متفوقاً على الاستراتيجيات الأخرى مثل التنقيف الصحي أو العلاج الطبيعي (Elkins ، Jensen ، Patterson ، & ، 2007) ، مما يثير أسئلة بخصوص خصوصية آثار التنويم المغناطيسي (Moore,2009,p385) .

و وجدت مراجعة لتجارب مستقبلية للتنويم المغناطيسي في علاج مجموعة متنوعة من حالات الألم المزمن أن التنويم كان أكثر فعالية من تشييت الانتباه و العلاج الطبيعي و التعليم و مع ذلك وجد التحليل العاملي للعلاج بالتنويم المغناطيسي للألم أنه لم يكن أكثر أو أقل فعالية من تقنيات الاسترخاء (Zacharoff & al,2010,p128)

و بشكل عام ، أظهرت تدخلات العلاجات البديلة التي نجحت في علاج البالغين بعض الفعالية للأطفال والمراهقين . على سبيل المثال ، تمت دراسة التنويم المغناطيسي والصور الموجهة والارتجاع البيولوجي في مجموعة متنوعة من حالات الألم لدى الأطفال (Hermann & Blanchard ، 2002 ، Uman ، Chambers ، McGrath ، Kisely ، & ، 2006 ؛ Wild & Espie ، 2004) ، وقد أظهر الجميع مستوى الفعالية والأمان ، فضلاً عن الاستعداد العام للأطفال وأسره لتجربة هذه الاستراتيجيات . (Moore,2009,p400)

الخلاصة:

تهدف برامج إدارة الألم إلى التعايش مع الألم المزمن ومحاولة تخفيف تداعياته على جوانب حياة المريض و تحسين جودة حياته ذلك خصوصا عند الأمراض التي تتميز باستمرار الألم، و هو يركز في ذلك من خلال مبادئ النموذج البيو نفسو اجتماعي و الذي ينظر للألم من جوانب متعددة بيولوجية نفسية اجتماعية و بيئية و هو الذي يخالف النموذج الطبي الأحادي و يعتمد في ذلك على مجموعة من العلاجات كالطبية و الجراحية و الفيزيائية و العلاجات السلوكية المعرفية بتقنياتها المختلفة كالتنويم المغناطيسي و الاسترخاء و الالهاء و جدولة النشاط و أنشطة السرعة و إعادة البناء المعرفي و التدليك و التنويم المغناطيسي و غيرها.

الفصل الثالث:

بعض العوامل المساعدة

على إدارة الألم

بعض العوامل المساعدة على إدارة الألم:

تتداخل المتغيرات النفسية و الاجتماعية في الجوانب المختلفة للأمراض و خاصة المزمنة و التي تحتاج إلى تقبل و مواجهة المرض و تداعياته المختلفة على حياة المريض و أسرته، و من هذه المتغيرات خصائص شخصية في المريض كالصلابة النفسية و التي تؤثر على تقييم و استجابة الفرد للضغوط و المحافظة على صحته و كذلك نمط استجابته للمرض في حال وقوعه و تكيفه معه و لعلاجاته المختلفة و الآلام الناتجة عنه، و منها ما يعود إلى البيئة الاجتماعية و الأسرية للمريض كالمساندة الاجتماعية و ما تساهم في توفير الدعم للمريض و مساعدته و التخفيف من الضغوط الناتجة عنه و طريقة ادراكه و تفسيره لها و كذلك تحقيق التكيف و التوافق النفسي.

أولاً: الصلابة النفسية:

1) مفهوم الصلابة النفسية:

الصلابة النفسية هي مفهوم طرحته لأول مرة سوزان كوباسا (Suzanne Kobasa, 1979) . و الذي يصف مجموعة من السمات التي يمكن أن تحمي الشخص من تأثيرات الاجهاد و التي تشمل الضبط كعامل، هذا النهج قائم على الشخصية ويركز على خصائص الفرد بدلا من البيئة. (Forsaw, 2002, p71) و يعد مفهوم الصلابة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبيا و قد حظي باهتمام الكثيرين من العلماء و الباحثين في علم النفس بصفته من العوامل النفسية المهمة التي تساعد الأفراد على التوافق مع مواقف الحياة المختلفة (الرجيبي، حمود، 2017، ص60)

التي يتعرضون لها، و تعود نشأة مفهوم الصلابة النفسية بجذوره العلمية و البحثية إلى عالمة النفس الأمريكية سوزان كوباسا التي وضعت الأساس لمفهوم الصلابة النفسية أثناء إعدادها لرسالة الدكتوراه. (الرجبي، حمود،2017، ص60) و توصلت كوباسا في دراستها إلى أن الصلابة النفسية هي اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته و قدرته على استخدام كل المصادر النفسية و الاجتماعية المتاحة كي يدرك و يفسر و يواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة و الصلابة النفسية وفقا للتراث المتاح تتكون من زملة من الخصائص النفسية و هي: الالتزام – التحكم – التحدي. (مخير،2002،ص6)

و قد ذهب أنتونوفسكي Antonovski. إلى أن الصلابة مصدر مقاومة يمكنه معادلة الآثار المحتملة للضغط. (البيرقدار،2011، ص30) و عرفها كارفر و سشير بأنها "ترحيب الفرد و تقبله للمتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها حيث تعمل الصلابة كمصدر واق ضد العواقب الجسمية السيئة للضغوط". (القصي،2014، ص147)

و يرى فنك (1992) Funk أن الصلابة النفسية هي سمة عامة في الشخصية تعمل الخبرات البيئية المتنوعة على تكوينها و تنميتها لدى الفرد منذ الصغر. (مريم،2016، ص356)

ويعبر مفهوم الصلابة النفسية عن قدرة التحمل التي تعكس نمطا معرفيا وانفعاليا و سلوكيا من المقاومة للارهاقات فهي سمة شخصية يمتلكها الفرد تساعده على مواجهة ضغوط الحياة و العمل بإيجابية وباستخدام أساليب المواجهة الفعالة التي تحمي الفرد و تقيه من الوقوع في براثن الأمراض النفسية و الجسدية الناتجة عن التعرض لتلك الضغوط و المشكلات و العراقيل. (نصر، 2014، ص1)

و تعرفها كوباسا كذلك بأنها كوكبة من السمات الشخصية و التي تعمل كمصدر للمقاومة في مواجهة الأحداث الضاغطة. (حنصالي،2013،ص121)

و كذلك عرفها مادي (2004) Maddi بأنها بناء مكون من ثلاث مركبات كالتالي: الالتزام و التحكم و التحدي تعمل معا على تحويل الظروف الضاغطة أو المجهدة إلى فرص للنمو. (شويطر، الزقاي،2015، ص52)

أما مخيمر (1996) فهو يرى أن الصلابة النفسية هي نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه و أهدافه و قيمه و الآخرين من حوله، واعتقاد الفرد بأن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث يتحمل المسؤولية عنها و أن ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر مثير و ضروري للنمو أكثر من كونه تهديد أو إعاقة له. (شويطر، الزقاي، 2015، ص52)

و من جهة أخرى عرفها مخيمر سنة (2002) بأنها قدرة الفرد على استخدام المساندة الاجتماعية كوقاية من آثار الأحداث الضاغطة و خاصة الاكتئاب. (البيرقدار، 2011، ص32)

و يعتبر لاشي Lachi أن الصلابة النفسية هي توقع الكفاءة الذاتية عند الفرد في قدرته على مواجهة الضغوط و المشكلات و هو يستعين بمفهوم الكفاءة الذاتية الذي افترضه باندورا (1977)..والذي يقر بأن الأشخاص الذي لديهم مستوى عال من الكفاءة يميلون إلى القيام بسلوكيات تقود إلى نتائج ناجحة مع الاعتقاد بقدرتهم على القيام بذلك. (قجال، عيسو، 2018، ص 206)

أما جيرسون (1999) Gerson فعرف الصلابة النفسية بأنها قدرة الفرد على مواجهة الضغوط بمهارة المواجهة الآتية: التحليل المنطقي، التجنب المعرفي، التفريغ الانفعالي، الاستسلام. (البيرقدار، 2011، ص32) فضلاً عما سبق ، يرى "بروكس (2005) Brooks بأنها قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية والقدرة على التكيف مع التحديات والصعوبات والصدمات النفسية، والإحباط ، والمشاكل اليومية لتطوير أهداف محددة وواقعية، لحل المشاكل وكذا التفاعل بسلاسة مع الآخرين ، ومعاملة الآخرين باحترام، واحترام الذات. (خيرة، 2016، ص92-93)

و تعد الصلابة النفسية من أهم المتغيرات التي تؤدي دورا مهما في ادراك الأحداث الضاغطة و مواجهتها و التي تؤثر في ادراك الفرد و تقييمه للحدث الضاغط، و تؤثر أيضا في مدى تقييم الفرد لفاعلية مصادره النفسية و الاجتماعية لمواجهة الحدث الضاغط. (الحكاك، 2015، ص6-7)

و تمثل الصلابة النفسية نمطا معرفيا و انفعاليا و سلوكيا من مقاومة الضغوط و تعد أحد أهم أساليب المواجهة الفعالة للضغوط فهي تؤثر في التقييم المعرفي للفرد للحدث الضاغط و ما ينطوي عليه من تهديد لأمنه النفسي واستقراره الانفعالي و صحته النفسية و تقديره لذاته، كما تؤثر في تقييم الفرد لأساليب المواجهة لديه لذلك الموقف الضاغط فالصلابة النفسية تبعا لكوبازا و مادي تؤدي إلى تغيير الإدراك المعرفي للأحداث اليومية: فالأشخاص ذوو الصلابة النفسية يرون أحداثهم اليومية و الشاقة بصورة واقعية و نقاؤلية كما تخفف من الشعور بالاجهاد الناتج عن الادراك السلبي للأحداث و تحول دون وصول الفرد إلى حالة من الاجهاد المزمن. (علاء الدين،2016،ص15)

(2) أبعاد الصلابة النفسية:

يمكن القول أن الصلابة النفسية سمة ذات ثلاثة أبعاد الالتزام، و التحكم و التحدي، يستطيع الفرد من خلالها مواجهة الصعاب و التحديات بل و الأزمات التي تقف عائق بينه و بين التمتع بالحياة و الرضا عنها والشعور بمعناها. (تفاحة،2009، ص742)

(1) الالتزام:

هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه و أهدافه و قيمه والآخرين من حوله. (النجار، الطلاع،2012، ص2) و ينظر إلى المواقف الضاغطة أن وراءها معنى و أنها شيء يدعو للمتعة. (تفاحة،2009، ص742)

و الالتزام كخاصية يتكون من مجموعة أبعاد حيث يشير التراث السيكولوجي إلى أن الخصائص العامة المكونة لبعد الالتزام الشخصي تشمل كل من الاحساس بالمسؤولية، النمو الشخصي، المشاركة الاجتماعية، الانتساب، الايثار، التغلب على الضغوط و مقاومتها، السعي الدائم لتحقيق الأهداف و الإصرار عليها. (يوسفي،2015، ص109)

إذا كان الانسان متمسما بالالتزام فإنه يود الانخراط مع الناس و الأحداث من حوله بدلا من أن يكون سلبيًا و يبدو له هذا طريق الحصول على المعنى و التجربة المثيرة ومما يزعجه أن يغرق في الوحدة و الاغتراب و يبدو أن من يتسمون بالالتزام العالي يؤدون عملهم في حالة من البهجة و الجهد القليل. (حسان،ص188)، و قد أشارت كوبازا أن الأشخاص الملتزمين لديهم نظام قوي من الإيمان يجعلهم يدركون حجم التهديدات المحيطة بهم و يواجهونها من دون تراجع أو انسحاب عن الأوساط الاجتماعية في أكثر الأوقات العصيبة، و يشعرون بالاندماج مع الآخرين، ويحصلون على إسناد اجتماعي كبير، كما أكدت كوبازا أن الالتزام نحو الذات و تقديرها من الأمور الأساسية التي يتمتع بها الشخص الصلب، فضلا عن التزاماته الأخرى تجاه المحيطين به. (شويطر، الزقاي،2015، ص52)

ويعتبر مكون الالتزام من أكثر مكونات الصلابة النفسية ارتباطا بالدور الوقائي للصلابة النفسية بوصفها مصدرا لمقاومة مثيرات الضغوط ، و قد أشار ساراسون و جونسون (1978) إلى أن غياب هذا المكون يرتبط بالكشف عن الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية و الجسدية. (نوار، زكري، 2016، ص 91)

(2) التحكم:

و يشير إلى مدى اعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث و يتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له. (النجار، الطلاع، 2012، ص 2)، وهو يشير إلى القدرة على الضبط و السيطرة على النفس تجاه أحداث الحياة المتقلبة و المواقف الضاغطة و ذلك بتحديد مصادر الخطر و الطاقات و الامكانيات الذاتية ثم اتخاذ القرار المناسب لمواجهة هذه الأحداث و خفض المواقف الضاغطة بكل ما أتيح من قوة. (الرجبي، حمود، 2017، ص 61) ويتضمن التحكم ما يلي:

- القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار من بين بدائل متعددة.
- القدرة على تفسير و التقدير للأحداث الضاغطة.
- القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز و التحدي.
- ومن يتسم بقوة التحكم يزعجه الاحساس بانعدام الحيلة والسلبية و يميل للتصرف بطريقة تؤثر في أحداث الحياة بدلا من الشعور بالعجز عندما تقابله الشدائد و المحن. (حسان، ص 123-188)

(3) التحدي:

و هو اعتقاد الفرد في أي ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير و فرصة ضرورية للنمو أكثر من كونه تهديد، و يمثل جانبا طبيعيا في الحياة، مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة و معرفة المصادر النفسية و الاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعلية. (معمرية، 2019، ص 51)

و إذا اتسم الإنسان بقوة التحدي فإنه يستمر في التعلم من تجاربه السابقة السالبة و الموجبة، ويعتبرها مصدرا للنمو و الانجاز و على ذلك فإن الحرص على المرور بتجارب مألوفة و الاحساس بالتهديد نتيجة التغيير تبدو له أمورا سطحية، كما يعتقد بأن التغيير و ليس الثبات هو الطبيعي في الحياة ، وأن التعامل الفعال الإيجابي مع التغيير يؤدي للنضج و ليس لتهديد الإحساس بالأمان. (حسان، ص 188)

و حسب مادي و كوباسا (1984) إن الصلابة النفسية ميزة عامة تبرز نتيجة لخبرات الطفولة المتنوعة و المتعددة و الايجابية. و الأشخاص الذين يقاومون الضغوط النفسية يحافظون على صحتهم النفسية و الجسمية، و يرحبون أيضا بالمواقف الضاغطة و يعتقدون أنها ضرورية لنموهم و أن الصلابة النفسية لديهم تعمل كمصدر لمقاومتهم عند تعرضهم لهذه الأحداث. (علاء الدين، 2016، ص 28)

4) أهمية الصلابة النفسية:

تعتبر الصلابة النفسية مصدرا من المصادر الشخصية الهامة لمقاومة ضغوط الحياة و التخفيف من آثارها على الصحة النفسية و الجسمية، فالصلابة النفسية تساهم في تسهيل وجود ذلك النوع من الادراك و التقويم و المواجهة الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلقت الظروف الضاغطة و مساعدة الأفراد على الاستمرار في إعادة التوافق. (نوار، زكري،2016، ص90)

وقد أشار هانتون إلى أن الفرد الذي يتمتع بالصلابة النفسية يستخدم التقييم واستراتيجيات المواجهة بفاعلية و هذا ما يشير إلى أن لدى ذلك الفرد مستوى عال من الثقة النفسية و هكذا فإن الفرد يقدر الموقف الضاغط بأنه أقل تهديدا ثم يعيد بناءه إلى شيء أكثر إيجابية. (زغير ، خنشول، 2019، ص733)

و تعطي الصلابة النفسية مؤشرا من مؤشرات الصحة النفسية و الجسمية و تحدد مستوى قابلية الفرد على التوافق مع التغيرات البيئية المختلفة، ولما كانت الصحة النفسية معيار يدل على نضج الشخصية و تكاملها فالشخص الناضج هو الذي يتمكن من السيطرة على انفعالاته و الاحتفاظ برباطة جشأه عند مواجهة المشكلات (الدفاعي، القلاوي، ص 3)

و يكمن دور الصلابة النفسية في كونها:

- أولا تعدل من إدراك الأحداث وتجعلها تبدو أقل وطأة.
- وثانيا تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو تنقله من حال إلى حال.
- ثالثا تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي.
- وأخيرا تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية و هذا كله يقلل من الأمراض و الاضطرابات سواء الجسمية أو النفسية الأمر الذي يترتب عليه رفع مستوى الصحة النفسية. (تفاحة، 2009، ص 261-270)

أي أن الشخصية الصلبة عندما تتعرض لما يثير الاحساس بالقلق أو عند تعرضها للضغوط النفسية الشديدة أو المزمنة فإن اتجاهاتها نحو هذه العوامل تتخذ سمة الالتزام بالتعامل معها لما فيه خير للفرد و مجتمعه، و كذلك سمة الضبط من خلال إدراكها أن هذه المتغيرات قابلة للتعامل معها و حل ما يستعصي منها باختيار الفرد لسلوكه إزاءها، و أخيرا من خلال سمة التحدي لتلك المتغيرات و التعامل معها كفرص للنمو و ليس كمهددات للأمن الشخصي. (حسان، ص190)

إن الاحساس بالسيطرة على الأحداث في حياة المرء مؤشر مهم للصحة لذا فإن أصحاب الصلابة ووجهة الضبط الداخلي يمرون بخبرة سعادة نفسية أفضل على سبيل المثال: إن الناس الذين يعتقدون بأن لهم السيطرة لا يعانون كثيرا من الاكتئاب استجابة للأمراض مثل: الفشل الكلوي و أمراض القلب و السرطان، إن مشاعر السيطرة أو التحكم ترتبط أيضا بتحسن الصحة الجسمية و توقع الحياة لفترة أطول. (ساندرسون، 2019، ص188)

وحول الدور الوقائي الذي تلعبه صلابة الشخصية في حماية الفرد من خطر الإصابة بالمرض، أقيمت العديد من الدراسات التي وصلت إلى أن سمة الصلابة ترفع من مستوى ميل الأفراد للتعامل بشكل فعال ومنطقي مع المواقف الضاغطة، إذ إن أهمية الشخصية الصلبة في حماية الفرد من الإصابة بالمرض تكمن في احتوائها على سمة مركز التحكم الداخلي و غياب عامل العصابية. (زروق، 2015، ص29)

و تقوم الصلابة النفسية بعمليات دعم المتغيرات الواقعية من آثار الضغوط السلبية كالمساندة الاجتماعية و المرونة و التماسك و الفعالية الذاتية، وهي تؤدي بذلك إلى تحقيق الشخصية القوية القادرة على احتمال الضغوط و مقاومتها و تسهم في ارتقاء الفرد و نضجه الانفعالي. (الرجيبي، الشيخ حمود، 2017، ص61)

5) خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة و المنخفضة:

وجد كل من مادي و كوبازا أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يكونون أكثر قدرة على الاستفادة من أساليب مواجهتهم للضغوط بحيث تفيدهم في خفض تهديد الأحداث الضاغطة لرؤيتها من منظور أوسع و تحليلها إلى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها، (جديد، 2018، ص 85) فالشخصية التي تتسم بالصلابة النفسية لديها مستوى عال من القدرة على احتمال الآلام و المشاق و الصمود في سير فعل ما برغم الصعاب و التوافق و التعامل مع ضغوط الحياة و تطوير مجالات العمل.

كما اتفق العديد من الباحثين على تحديد مجموعة من الخصائص التي تميز الصلابة النفسية المرتفعة بأنهم يتميزون بالالتزام أمام الآخرين و الجرأة و المنافسة و لديهم القدرة على التحمل و المقاومة و كذلك يتصفون بالقدرة على إيجاد العديد من البدائل للمشكلات و الجاذبية الشخصية، و الاصرار و التحدي كما أنهم يتمتعون بالإنجاز الشخصي و النزعة التفاوضية. (مريم، 2016، ص356) و توصلت كوبازا إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر صمودا و مقاومة وانجازا و ضبطا داخليا و قيادة واقتدارا و مبادأة و نشاطا وواقعية. (مخير، 2020، ص6) حيث يتمتع الأشخاص ذوو الصلابة النفسية المرتفعة بقدرة عالية على تحمل الضغوط و ذلك لأن الصلابة النفسية تعد بمثابة الدرع الواقي و الجدار المنيع الذي يساعد الفرد على التكيف الإيجابي و الهادف للتعامل مع أحداث الحياة الضاغطة. (الرجيبي، الشيخ حمود، 2017، ص61)

كما يتميز الأفراد الذين يتميزون بالصلابة بالكفاءة في استخدام استراتيجيات التعامل الفعالة النشطة مثل استراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكلة و البحث عن المساندة الاجتماعية و هم أقل ميلا للتعامل عن طريق التجنب. (تايلور، 2012، ص356)

و أكدت العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة يتأقلمون مع الظروف المجهدة بشكل أكثر فعالية من أولئك الذين لا يتمتعون بالصلابة سواء من حيث الصحة و الأداء و هذا يستلزم التكيف بشكل فعال في مواجهة التغيرات و الأحداث غير المتوقعة في الحياة. (Bartone & al, 2013,p203)

و عليه يتميز الأفراد ذوي الصلابة العالية بأنهم أقل إصابة بالأمراض الجسمية و النفسية لأنهم يفسرون الوضعيات المجهدة بمنطقية و كفاءة عالية و يلتزمون بمواجهة العامل المجهد بتحدي كبير و يساعدهم في ذلك غياب عامل العصائية. (أوشيخ،2022،ص158)

و قد اقترح بعض الباحثين بأن الصلابة قد تعكس غياب الوجدانية السلبية، فالأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة على مقياس الصلابة قد يكونون ببساطة من ذلك النوع الذي يتميز بخصائص تميل إلى إظهار نزعة وجدانية سلبية وميل إلى الكآبة و القلق و العدوانية، مما يؤدي إلى زيادة الميل لدى هؤلاء الذين يتصفون بتدني الصلابة للإفادة من وجود أعراض جسمية لديهم. (تايلور،2012، ص357)

6) نظريات الصلابة النفسية:

لقد قام كل من كوباسا و مادي (Kobasa & Maddi 1979) بمجموعة من الدراسات التي استهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء احتفاظ بعض الأشخاص بصحتهم النفسية و الجسمية عند تعرضهم للضغوط، بينما يتعرض آخرون للمرض و الاجهاد عند تعرضهم للضغوط نفسها، و توصلا من خلالها إلى أن الصلابة النفسية إحدى المتغيرات الشخصية الإيجابية التي من شأنها مساعدة الفرد في الوقاية من الأثر النفسي و الجسمي الذي ينتج عن التعرض للضغوط، حيث أن غياب الصلابة النفسية يقلل من قدرة الفرد على مواجهة الضغوط و تزيد الشكاوى البدنية. (نصر، 2014، ص16)

واعتمدت كوباسا على عدد من الأسس النظرية و التجريبية تمثلت في آراء بعض العلماء أمثال فرانكل و ماسلو و روجرز و التي أشارت إلى أن وجود هدف للفرد أو معنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على استغلال إمكاناته الشخصية و الاجتماعية بصورة جيدة. (نوار، زكري، 2016، ص92)

كما تتفق كوباسا مع فولكما و لازاروس (1986) في أن الخصائص النفسية كالصلابة مثلا تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه و صحته النفسية و تقديره لذاته، كما تؤثر أيضا في تقييم الفرد لأساليب المواجهة و هي تلك الأساليب أو الآليات التي يواجه بها الفرد الحدث الضاغط مثل (مواجهة المشكلات، الهروب، التجنب، تحمل المسؤولية، البحث عن المساعدة الاجتماعية، التحكم الذاتي). (عبد العزيز، 2010، ص130) وقد اشتقت كوباسا مصطلح الصلابة النفسية متأثرة بالفكر الفلسفي الوجودي و أدركت نقاط التقاطع بين أساليب مواجهة الضغوط مع التوجه نحو المستقبل وافترضت أن الشخصية الصلبة تتمتع بثلاث خصائص هي:

- القدرة على الانخراط و الالتزام تجاه حياته أو اتجاه المجتمع.
- القدرة على التحكم و التأثير في مجريات أمور حياته.
- الاعتقاد بأن التغيير مثير للتحدي. (حسان، ص 188-189)

و في محاولاتها لدراسة الصلابة قامت كوباسا بدراسة المدراء التنفيذيين الذين يعملون في المستويات الادارية المتوسطة و العليا لمعرفة لدى أي منهم تطورت الأمراض بسبب نمط الحياة الضاغط الذي كانوا يتعرضون إليه، و لدى أي منهم لم تتطور، وبناء عليه قسمت المجموعتين إلى فئتين هما: المديرون التنفيذيون الذين تعرضوا إلى ضغوطات كثيرة خلال السنوات الثلاث الماضية و المدراء الذين تعرضوا لضغوطات أقل، بعد ذلك ركزت انتباهها على المجموعة التي تعرضت إلى ضغط شديد، ثم قامت بمقارنة أولئك الذين يعانون من أمراض كثيرة منهم مع أولئك الذين لديهم نسبيا القليل من الأمراض، وذلك لمعرفة ما الذي يميزهم فوجدت بأن أولئك الذين تعرضوا إلى ضغوط شديدة و لكنهم يتمتعون بالصحة الجيدة لديهم نمط متعدد المظاهر أطلقت عليه النمط الصلب. (تايلور، ص356) وانتهت إلى عدد من النتائج التي ساعدتها في صياغة بعض الأسس التي اعتمدت عليها في وضع نظريتها في الصلابة النفسية و هي:

- إن التعرض لأحداث الحياة الشاقة يعد أمرا ضروريا بل إنه حتمي لا بد منه لارتقاء الفرد و نضجه الانفعالي و الاجتماعي و النفسي.
- إن الشخصية التي تتسم بالصلابة النفسية لديها مستوى عال من القدرة على احتمال الآلام و المشاق و الصمود في سير فعل ما برغم الصعاب و التوافق و التعامل مع ضغوط الحياة و تطوير مجالات العمل.
- إن الصلابة النفسية مكتسبة أكثر منها فطرية بناء على نتائج الدراسات التي تضمنت أيضا مقابلات عن تاريخ الحياة المبكرة للموظفين المشاركين.

كما توصلت إلى أن الصلابة النفسية تتسم بثلاثة أبعاد: الالتزام - التحكم - التحدي. (نصر، 2014، ص2) وإن هذه المكونات تعمل كمتغير سيكولوجي من شأنه مساعدة الفرد في الوقاية من الأثر النفسي و الجسمي الذي ينتج عن الضغوط النفسية. (مريم، 2016، ص356)

ومن خلال تأثر كوباسا بكل ما سبق فقد استهدفت من سلسلة دراساتها معرفة المتغيرات النفسية و الاجتماعية التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم الجسمية و النفسية رغم تعرضهم للضغوط. (مخير، 2002، ص5)

و حسب وجهة نظر كوباسا فإن الصلابة هي خاصية عامة تنشأ نتيجة خبرات الطفولة المعززة و تبرز من خلال السلوكيات و المشاعر التي تتصف بالالتزام و التحكم و التحدي. (شويطر، الزقاي، 2015، ص 58) و قد أوردت كوباسا مجموعة من المتغيرات التي تساعد على ظهور الصلابة النفسية و تعزيزها و هي: الوراثة و التدوين و الدعم النفسي و الاجتماعي، و المستوى الاقتصادي المرتفع، و الرعاية الطبية و التعلم الاجتماعي و النموذج الايجابي، و هي ترى أن الصلابة النفسية تنشأ في مرحلة الطفولة حيث يتعرض الفرد للخبرات المتنوعة التي تشكل شخصيته و تعزيزها. (علاء الدين، 2016، ص2) و توضح كوباسا أن تجارب الطفولة و التفاعل الايجابي مع الآباء و مقدمي الرعاية يمكن أن تؤدي إلى شخصية صلبة. (Azarian & al, 2016, P217) بناءً على قول "جونزالس" فإن الصلابة النفسية يكتمل تطورها ببلوغ مرحلة الرشد. من جهة سمة أخرى فإن للجانب الاجتماعي أيضا دور في تكوين الصلابة النفسية ، فالمتغيرات في حقيقتها ليست منفصلة بل متصلة و متفاعلة بتأثيراتها المتبادلة سواء المباشرة أو غير المباشرة لذلك لا يمكن اعتبارها سمة نفسية محضة. (شويطر، الزقاي، 2015، ص 89). و منذ تقرير كوباسا الأصلي عن الصلابة و الصحة في المديرين التنفيذيين تراكمت مجموعة واسعة من الأبحاث تظهر أن الصلابة تحمي من الآثار السيئة للضغط على الصحة و الأداء. (Bartone & al, 2013, p202)

(7) بعض الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية و الصحة:

تعتبر الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي عاملين ضروريين لتحسين الصحة يقويان الأفراد ليظلوا أصحاء نفسياً وجسدياً على الرغم من مواجهة أحداث الحياة السلبية. (Jalali, Rahimi,2019,p159) و قد بدأت الدراسات في السنوات القليلة الماضية تتجاوز مجرد دراسة العلاقة بين ادراك الأحداث الضاغطة و أشكال المعاناة النفسية إلى الاهتمام و التركيز على المتغيرات المدعمة لقدرة الفرد على المواجهة الفعالة أو عوامل المقاومة أي المتغيرات النفسية أو البيئية المرتبطة باستمرار السلامة النفسية حتى في مواجهة الظروف الضاغطة و التي من شأنها دعم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات و التغلب عليها. (عبد العزيز، 2010، ص128)، وقد أكدت بعض الدراسات على تناول العلاقة بين الشخصية الصلبة القوية و الصحة (Williams & Wiebe & Smith.1992. Holahan & Moos.1985) و الدور الصحي لسمّة الصلابة، و توصلت على وجه الخصوص إلى أن الأفراد الذين تتميز شخصيتهم بمستوى عال من الصلابة لديهم ميل للتفاعل مع مواقف ضاغطة بأكثر فعالية و جدية من سواهم من الذين لا تتوفر لديهم سمّة الصلابة، كما أن بعض الدراسات كشفت من الناحية الفيسيولوجية (مثلاً كونترادا 1989. Contrada) أن ذوي نمط الصلابة إثر تعرضهم للضغوط يتأثرون أقل من الذين لا يتميزون بصفة الصلابة في شخصيتهم. (بخلف، 2001، ص86) و تشير كوباسا و مادي (1984) أن الصلابة النفسية كمصدر نفسي واقى لا يختلف عن المساندة الاجتماعية و التكوين الجسمي و عادات الحياة الصحية و التي تعمل على حماية الأفراد ضد الآثار السلبية للضغط، و أيضاً فالفرد الذي يحظى بهذه المصادر و ما تمارسه من تأثيرات مخففة تزداد و تنمو أثناء فترات الضغط، أضف إلى ذلك ما تتركه من آثار إيجابية على الصحة. (يوسفى، 2015، ص121)

و في دراسة Mahsa Jalali , Masumeh Rahimi سنة 2019 حول العلاقة بين الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي لدى المصابات بسرطان الثدي توصلت إلى وجود ارتباط ايجابي بين المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية بمختلف أبعادها لدى مرضى سرطان الثدي. (Jalali, Rahimi,2019,p159)

ونفس النتائج توصلت إليها دراسة الدامر (2014) و التي كانت بعنوان الصلابة النفسية و علاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض، أشارت النتائج إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الثدي، و كذلك توجد فروق جوهريّة بين المتعاليات و المتأصلات للثدي في الصلابة النفسية لصالح المتعاليات، و لا توجد فروق بين المتعاليات و المتأصلات للثدي في متغير المساندة الاجتماعية، فيما كان بعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة هو المتغير الأوحد المؤثر في الصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي. (اشتيه،2018، ص104)

و بالمثل في دراسة Afsaneh Taheria & al (2014) حول الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي في الرضا عن الحياة لمرضى سرطان الثدي و قد أظهرت النتائج ارتباطا كبيرا بين المتغيرات الثلاثة، و وفقا لنتائج البحث، فإن التغيير في مصادر الدعم الاجتماعي وبعد سمة الصلابة النفسية يمكن أن يتنبأ بالرضا عن الحياة في المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي. (Taheria & al,2014,p406)

و في دراسة عماد عبد اللطيف حسين اشتيه (2018) هدفت إلى معرفة تأثير أبعاد المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان من وجهة نظرهم و طبقت على 60 مريضا بالسرطان و أظهرت النتائج أن مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرضى السرطان كانت بدرجة كبيرة في حين كان مستوى شعورهم بالصلابة النفسية بدرجة متوسطة و تبين وجود علاقة خطية موجبة بين مستوى المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان كما تبين وجود تأثير دال احصائيا لأبعاد المساندة في بعدي الالتزام و التحدي و عدم وجود أثر لأبعاد المساندة الاجتماعية في بعد التحكم لأبعاد الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان. (اشتيه،2018، ص104)

ثانيا: المساعدة الاجتماعية:

1) مفهوم المساعدة الاجتماعية:

لقد قدم الكثير من العلماء و الباحثين تعريفات مختلفة لمفهوم المساعدة الاجتماعية و تباينت هذه التعريفات من حيث العمومية و النوعية.

و يعرف كوب (Cobb,1976) المساعدة الاجتماعية بأنها: " انتماء إدراك الفرد لشبكة اتصالات اجتماعية و واجبات متبادلة عن طريق المجموعة الموجودة داخل الشبكة الاجتماعية فتتم عملية الاعتماد المتبادل و تشابه القيم المتعارف عليها التي يحملها أعضاء الشبكة و تنشأ من خلالها في النهاية علاقة ود و حب و اعتناء متبادلة." (عبد العزيز، 2010، ص82)

و يعرف كابلن (Caplen, 1981) المساعدة الاجتماعية على أنها: " النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط و التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين و التي تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها و الثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي. (عطار، 2016، ص125)

و يعرفها هوس (House, 1981) بأنها " تلك المساعدات ذات الأثر المخفف و هي جد مهمة و معقدة في نفس الوقت كونها مستمدة من مصادر شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد و التي تمنحه مساعدة عاطفية و مساعدة عملية (وسائلية - مالية) و مساعدة بالمعلومات إزاء الموقف المهدد". (بوشدوب، 2014، ص127) كما و تعد المساعدة الاجتماعية الحماية التي يحصل عليها الأفراد من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية بين الأفراد. (سلطان، 2009، ص54)

و يرى ثوتس (1982) كذلك أن المساعدة الاجتماعية تعني شبكة العلاقات الاجتماعية التي تزود الفرد بالمساعدة الاجتماعية و العاطفية و الأدائية. (العاسمي، 2005، ص435)، و هي تشير إلى الراحة أو الرعاية أو التقدير أو المساعدة المتاحة للشخص من طرف أشخاص أو مجموعات أخرى. (Sarafino, Smith, 2011,

p81)

و قد اعتبرها كوهين و زملاؤه Cohen & al بأنها: "المتطلبات الخاصة بالفرد الذي يطلبها من البيئة المحيطة سواء أكانوا أفراد أم جماعات تساعد هذا الشخص على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة". (عبد العزيز، 2010، ص82)

و تعرف المساعدة الاجتماعية بأنها" الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب و الاهتمام و الاحترام و التقدير و يشكلون جزءا من دائرة علاقاته الاجتماعية و يرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل: الوالدين و شريك الحياة و الحبيب و الأقرباء الآخرين. (عبد الرحمن، 2012، ص 144)

و يعرف بروسيدانو و آخرون (1980) المساعدة الاجتماعية بأنها: "المدى الذي يدركه فرد ما بأن حاجته إلى المساعدة بالمعلومات و التغذية الرجعية و الثقة بالآخرين قد أشبعت". (العاسمي، 2005، ص435)

أما ساراسون و آخرون (1983) Sarason & al فقد عرفها بأنها" إدراك الفرد بأن البيئة تمثل مصدرا للتدعيم الاجتماعي الفاعل و مدى توافر أشخاص يهتمون بالفرد و يدعمونه و يتقنون فيه، و يأخذون بيده، ويقفون بجانبه عند الحاجة و من ذلك الأسرة و الأصدقاء و الجيران." (المنصوري، البدران، 2010، ص107، ن34)

فالمساعدة الاجتماعية هي إدراك الفرد للمساعدة المترتبة عن علاقته الاجتماعية ذات الأهمية و تعد تماسكا اجتماعيا نتيجة ما يتلقاه الفرد من مساعدة من الأفراد المحيطين به أو من أي فرد آخر في بيئة اجتماعية (سلطان، 2009، ص54)

و يشير ليبور (1994) Lepore إلى أن المساعدة الاجتماعية هي الامكانيات الاجتماعية المتاحة للفرد التي يمكن أن يستخدمها في أوقات الضيق و التي تهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقي المساعدة. (العاسمي، 2005، ص435)

أماسارافينو (1994) Sarafino فيرى بأن المساندة الاجتماعية تتعلق بمدى اعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص و مؤسسات ماهي إلا مصادر للدعم الفعال، فهي عملية تقييمية لمدى ادراك الفرد لعمق و كفاية علاقاته مع الآخرين، فكلما أقر الفرد بعمق و كفاية هذه العلاقات ازداد الدور الفعال للمساندة الاجتماعية. (يوسفي، 2016، ص128)

و يُعرّف "الدعم الاجتماعي" عموماً من حيث توافر الأشخاص الذين يثق بهم الفرد، و الذين يمكنه الاعتماد عليهم ، والذين يجعلونه يشعر بأنه يتم الاهتمام بهم وتقديرهم كشخص. (McDowell.p152) و عرف لوبور (Lepore 1994)المساندة الاجتماعية بأنها الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق ، ويتزود الفرد بالمساندة من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منظم بشكل أو بآخر وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة، والأصدقاء وزملاء العمل. (نوار، 2013، ص145)

و تنوعت التعاريف التي تناولت المساندة الاجتماعية حسب العلماء و كل تناولها من مجال محدد فمنهم من تناولها بناء على خصائص الشبكة الاجتماعية و مدى توافرها و دعمها في أوقات الحاجة بأنواعها المختلفة، و منهم من تناولها حسب مدى ادراك الشخص و تقييمه لتوافر المساندة المتاحة من طرف العائلة و المحيط و مدى جودتها و فاعليتها.

و لتوضيح طبيعة مفهوم المساندة الاجتماعية قام بيرس و زملائه (Pierce & al (1974) بمسح لهذه التعريفات و تم حصرها في ثلاث تصورات و هي:

- الخصائص البنائية للشبكة الاجتماعية.
- المساندة الاجتماعية كمكونات وظيفية.
- إدراك المساندة الاجتماعية. (عبد الرحمن، 2012، ص 144)

و يمكن تمييز الدعم الاجتماعي عن مفهوم الشبكات الاجتماعية ، والذي يشير إلى الأدوار والعلاقات التي تربط الأشخاص عبر مسارات محددة من القرابة أو الصداقة أو التعارف. قد يُنظر إلى الشبكات الاجتماعية على أنها الهيكل الذي يتم من خلاله تقديم الدعم. (McDowell.p152) فكما يرى بعض الباحثين إلى أنه ليست كل شبكة علاقات اجتماعية تعد شبكة مساندة بل المساندة منها هي التي تميل إلى دعم متلقي المساندة ورفاهيته و المساندة هنا مكونة من شقين:

الشق الأول: مرتبط بعملية إدراك لوجود عدد معين كاف من الأشخاص الذين يمكن أن يرجع إليهم الشخص أو ما يسمى بعدد الاتصالات الاجتماعية.

و الشق الآخر: مرتبط بعملية الرضا الذي يشعر به الفرد من هذه المساندة المتاحة و الاعتقاد بكفاية الدعم أو ما يسمى بالرضا عن العلاقات الاجتماعية. (عبد العزيز، 2010، ص82-83)

ويمكن أن يكون الدعم الاجتماعي فعليا أو متصورا، و يعتقد الأشخاص الذين يتمتعون بالدعم الاجتماعي أنهم محبوبون و يتم الاعتناء بهم واحترامهم و تقديرهم و هم جزء من شبكة اجتماعية للتواصل و الالتزام المتبادل مثل تلك التي غالبا ما يتم مشاركتها مع العائلة أو الأصدقاء أو أعضاء منظمة اجتماعية. (Morrison, Bennett,2009,p382)

ومن الضروري الإشارة إلى أنه على الرغم من أن مقدار المساندة المتاح لنا يمثل ضرورة، فإن الأكثر أهمية هو إدراكنا لمستوى المساندة التي نمتلكها، فالأفراد الذين يعتقدون بأن لديهم مساندة اجتماعية يشعرون بالمحبة و الرعاية و التقدير و القيمة.

و قد أوضح جيرنيج (2006) دليلا وصف من خلاله فائدة المساندة الاجتماعية بأنها مذهلة، فالمساندة الاجتماعية تمثل ضرورة للحصول على الدعم الوجداني و المعلوماتي و الأدائي من الآخرين، كما ترتبط بتحسين الصحة و سرعة الشفاء من المرض و تخفيض الكرب النفسي و تحسين جودة الحياة الوجدانية. (شويخ، ص157).

(2) أشكال المساندة الاجتماعية:

على الرغم من أن مصطلح الدعم الاجتماعي يصف المساعدة العامة التي قد يتلقاها أو يحصل عليها الناس، إلا أننا قد نتلقى أنواعا مختلفة من الدعم. (ساندرسون، 2019، ص170)، و يعتمد نوع الدعم المتاح على الشبكة الاجتماعية للفرد و نوعه و ثقافته و العديد من العوامل الأخرى. (Forshaw.2002.p67) ومن أنواع الدعم الاجتماعي نذكر منها:

(1) الدعم الانفعالي:

يصف التعبير عن الاهتمام و التعاطف للشخص و تقديم الطمأنينة و الحب لذلك الشخص، إن معظم من يواجهون أحداثا حياتية ضاغطة يحتاجون إلى الحديث عن هذه الأحداث مع الآخرين و يحتاجون إلى آذان صاغية، فقد وجدت إحدى الدراسات عن مرضى السرطان أن أكثر من نسبة 90% يرون الدعم الانفعالي أحد أهم أنواع الدعم. (ساندرسون، 2019، ص170)

(2) الدعم المعلوماتي أو المساندة عن طريق تقديم المعلومات:

ويشتمل هذا النوع من الدعم على تقديم النصح و التعليمات و المعلومات المرتدة أو التغذية الراجعة المتعلقة بسلوكه و عمله حتى يكون على دراية و معرفة بنتائج تصرفاته و أدائه، فالمريض قد يتلقى معلومات من أسرته أو من طبيبه حول طريقة العلاج و كيفية استعمال الدواء، والشخص في عمله يتلقى معلومات (تغذية راجعة) من زملاء العمل حول طريقة أدائه أو أفكاره و خاصة حين يكون في مواقف يتخذ فيها قرارات مهمة تتعلق بالعمل. (عبد الله، 2012، ص134)

3 . الدعم المادي:

يتضمن توفير الموارد المساعدة مثل: الخدمات و المساعدة المالية و البضائع، فمثلا إن تقديم الهدايا من الأطعمة للعائلة التي تتعرض لوفاة أحد أفرادها يعني أن أفراد عائلة الفقيد ليس عليهم إعداد الطعام لأنفسهم أو لزوارهم من الأقارب في وقت لا يملكون فيه لا طاقة و لا الحماس بمثل هذه المهمات. (تايلور، 2008، ص375).

4. المساندة التقييمية:

مساعدة الفرد على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط و الاستراتيجيات التي يجب حشدها للتعامل معه ومن خلال تبادل التقييمات يستطيع الفرد الذي يواجه حدثا ضاغطا أن يقرر مقدار التهديد الذي يسببه الحدث الضاغط و يستطيع الاستفادة من المقترحات حول كيفية إدارة الموقف. (تايلور، 2008، ص375)

و قد يستفيد الناس أيضا من تلقي دعم التصديق أو التقدير و يعني توكيد تقدير الذات، يعطي هذا النوع من الدعم الشخص التغذية الراجعة على أنه يلفت احترام و تقدير الآخرين، و جدت إحدى الدراسات عن التعافي طويل المدى من جراحة القلب أن المرضى الذين تلقوا دعما تقديريا من الأزواج كانت لديهم مستويات مرتفعة من الصحة الانفعالية. (ساندرسون، 2019، ص172)

قد يكون الدعم من أنواع مختلفة وميز شيربورن وستيوارت (Sherbourne and Stewart) خمسة أنواع: تقديم الدعم العاطفي والحب والتعاطف ؛ تقديم دعم فعال أو ملموس ؛ توفير المعلومات أو التوجيه أو المشورة أو التغذية الراجعة بشأن السلوك ؛ تقديم دعم التقييم الذي يساعد الشخص على تقييم نفسه ؛ والعتاء و الرفقة في أوقات الفراغ والأنشطة الترفيهية (McDowell.2006.p153) .

و يتفق هاوس (1981) مع كوهين وويلز في بعض أشكال المساندة الاجتماعية لكنه مع ذلك يقترح أنواع المساندة التالية:

المساندة الانفعالية: تظهر من خلال تقديم الرعاية و التعاطف و تعميق الثقة بنفس المتلقي.

المساندة الأدائية: تتمثل في المعلومات المفيدة و المساعدة على حل المشكلات.

مساندة الأصدقاء: تظهر في المشاركة الاجتماعية و التفاعل من خلال الانتماء لشبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد. (عطار، ص158-159)

وقد حدد سارسون و آخرون (1983) و ويلز (1985) عدة أنواع للدعم الاجتماعي:

دعم الثقة بالذات: إذ يطلب من الأشخاص الآخرين دعم ثقة الفرد بنفسه.

الدعم الاعلامي: حيث يطلب من الأشخاص تقييم المشورة المناسبة.

الرفقة الاجتماعية: والذي ينطوي على الدعم من خلال الأنشطة المختلفة.

الدعم الفعال: و الذي ينطوي على المساعدة المالية. (العاسمي، 2005، ص436)

بينما ترى باربرا أن هناك ثلاثة أبعاد للمساندة الاجتماعية المتمثلة فيما يلي:

المساندة الفعلية: يقصد بها الأفعال التي يقوم بها الآخرون بهدف مساعدة شخص معين.

المساندة المدركة: ينظر إليها باعتبارها تقويما معرفيا للعلاقات الثابتة مع الآخرين.

الغمر الاجتماعي: يقصد بها روابط اجتماعية للأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم الاجتماعية.

(شويطر، 2017، ص522)

(3) أهمية المساندة الاجتماعية:

يؤدي حجم الدعم الاجتماعي المقدم من الشبكة الاجتماعية المحيطة بالفرد دورا في توفير فرصة العيش للفرد و ذلك من خلال المساعدة في تحقيق تكيف الفرد ابتداء من الصحة البدنية إلى الصحة النفسية و الاجتماعية خلال و بعد أحداث الحياة الضاغطة، حيث إن الدعم العاطفي له دور فعال في تقليل الاكتئاب الناتج عن أحداث الحياة السلبية. (طشوش،2015، ص452)

فالدعم الاجتماعي له أهمية كبيرة في حياة الفرد حيث يؤثر حجم الدعم الاجتماعي و مستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة و أساليب مواجهتها و كيفية تعامله مع هذه الأحداث.

و حسب كوب (1976) تعمل المساندة على تعميق التوافق النفسي و الاجتماعي و تنمي روح الانتماء لديهم حيث يشعرون بأنهم جزء من شبكة اجتماعية قوية و متماسكة يمكن أن توفر لهم الحماية اللازمة عند الحاجة، و أنهم كذلك موضع حب و عناية واحترام و تقدير من طرف الذين يحيطون بهم. (بخلف،2001، ص138)

و يتفق ساراسون و آخرون، و بريهام و ألبي و كيسلر و آخرون، و كابلان و آخرون، في أن المساندة الاجتماعية يمكن أيضا أن تلعب دورا هاما في وقاية الفرد من الاضطرابات النفسية و المشكلات السلوكية و تساهم في تدعيم التوافق النفسي و الاجتماعي الايجابي له و تساعده على اجتياز الأزمات التي يمر بها. (سعيد، بعوني، ص182)

ويرى بولبي (1980) أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على المقاومة و التغلب على الاحباطات و تجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة. (دياب،2006، ص87) فالأفراد الذين يحصلون على مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية قد يشعرون بضغط أقل عندما يتعرضون لخبرة ضاغطة و قد يتعاملون معها بنجاح أكبر. (تايلور،2008، ص375)

من خلال معرفتنا بأنماط المساندة الاجتماعية يمكننا استخلاص مجموعة من الوظائف المتعلقة بها إذ أن المساندة الاجتماعية تسهم في توفير الراحة النفسية كما يبرز دور التفاعل الاجتماعي المساند و الذي يعمل على توليد درجة من المشاعر الايجابية التي تحقق الصحة النفسية فضلا عن دورها في تخفيف المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية فالمساندة الاجتماعية تعتبر وظيفة نمائية عندما يكون لدى الفرد شبكة من العلاقات الاجتماعية الحميمة التي تساعده على تحقيق التوافق الإيجابي. (عبد الصلاح، 2019، ص16) و يؤكد كثير من الباحثين على أن المساندة المدركة أو المساندة المقدمة عن طريق العلاقات الاجتماعية و تعلم المهارات الاجتماعية من العوامل المهمة التي تقي الفرد من العديد من الاضطرابات النفسية و التي قد تتمثل في القلق و الاكتئاب و الشعور بالوحدة (العاسمي، 2005، ص435) و بين بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الجماعات الي ينتمي إليها كالأسرة و الأصدقاء و زملاء العمل يقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية، كما أنه يقي من الآثار النفسية السلبية الناجمة عن الخبرات المؤلمة كاللقد حتى أنه يعد عامل مساعد في الشفاء من بعض الأعراض النفسية و السيكوسوماتية. (بدر، 2014، ص34)

و يرى بولبي (1980) أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على المقاومة و التغلب على الاحباطات و تجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة، و يشير ساراسون و آخرون (1983) إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسر مترابطة تسود المودة و الألفة بين أفرادها و يصبحون أفرادا قادرين على تحمل المسؤولية و لديهم صفات قيادية، لذا تجد أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الاحباط و تقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية، و أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية كما تسهم في التوافق الايجابي و النمو الشخصي للفرد و كذلك تقي الفرد من الأثر الناتج عن الأحداث الضاغطة أو أنها تخفف من حدة هذا الأثر. (هوارية، 2013، ص81).

و خلص التراث السيكلوجي إلى تحديد وظيفتين أساسيتين للمساندة الاجتماعية وهما الوظيفة الوقائية ضد التأثيرات السلبية للضغوط على الصحة النفسية والجسدية للفرد،(نوار،2013،ص141) و وظيفة علاجية فمشاركة الأسرة والأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الالتزام بالعلاج، و اهتمام أسرة المريض بأدويته ومواعيد زيارته للطبيب وحميته الغذائية يساعد المريض على تقبل العلاج والالتزام به. (السلمي، الحميضي،2021، ص411)

4) المساندة الاجتماعية و الصحة:

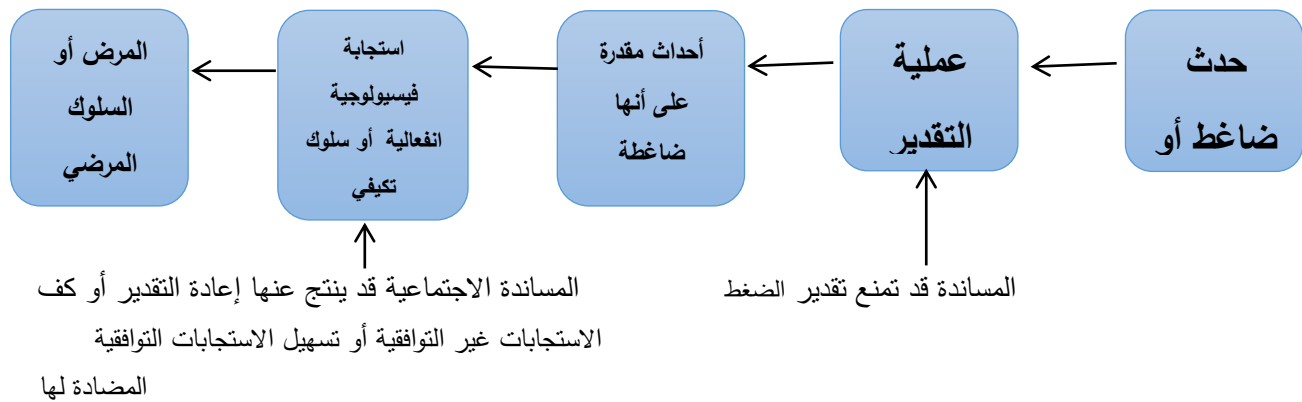
بسبب النتائج المتراكمة حول الآثار الصحية للدعم الاجتماعي تحول البحث في السنوات الأخيرة نحو دراسة كيفية حدوث هذه الآثار، في حين أن الشبكات الاجتماعية أو الدعم الاجتماعي يمكن أن يكون مرتبطا بالحالة الصحية دون اشتغال أي عمليات أخرى، فمن المعقول أن يكون للمتغيرات الاجتماعية تأثيرات على العمليات الوسيطة التي تؤثر بعد ذلك على الحالة الصحية للشخص، و هي عملية تسمى الوساطة، يمكن أن يكون الوسيط عملية نفسية مثل: الضبط المدرك أو عملية سلوكية مثل التدخين أو عملية فيسيولوجية مثل: تفاعل الاجهاد. (Ayers & al.2007.p204)

على الرغم من أن البحوث تبين دوما علاقة ارتباطية قوية بين الدعم الاجتماعي و الصحة إلا أن الميكانيزم الدقيق الذي يؤدي إلى هذا الارتباط غير واضح تحديدا يعتقد الباحثون أن الدعم الاجتماعي مفيد بشكل أساسي عندما يشعر الناس بالضغط بينما يعتقد آخرون أن الدعم الاجتماعي مفيد عموما في كل مواقف الحياة اليومية (ساندرسون،2019، ص117)

1. فرضية الحاجز:

عندما يمر الشخص بضغط متكررة واستجاباتها الفيسيولوجية المصاحبة فإن جسمه قد يمر بخبرة حالة الحمل الزائد الذي قد يؤدي إلى التعرض للمرض، وفقا لفرضية الحاجز فإن الدعم الاجتماعي يقدم الحاجز لضغوط الحياة اليومية، و هذا بدوره يحمي الناس من النواتج الصحية السالبة للضغط مثل زيادة ضغط الدم و الكورتيزول و الاكتئاب. (ساندرسون،2019، ص117) حيث تعمل المساندة الاجتماعية عن طريق حماية الأفراد من الآثار السلبية للمشقة فالمساندة الاجتماعية تقوم بدور تخيفي سواء من خلال التأثير على طريقة إدراك الفرد للموقف الشاق (تقييمهم) أو عن طريق تعديل استراتيجيات المواجهة التي يعتمد عليها الأفراد. (شويخ، ص158)

- حيث يحمي الشخص من الآثار السلبية للضغط الغالب حيث يعمل الدعم الاجتماعي كعازل عن طريق إما:
1. التأثير على تقييمات الشخص المعرفية للموقف حتى ينظر إلى موارده على أنها أكبر لمواجهة التهديد.
 2. تعديل استجابة الشخص تجاه الضغوطات بعد أن يتم تقييمه على أنه مرهق. (أي أنه لا يواجه بمفرده) (Morrison, Bennett, 2009, p 384)



شكل (2): العلاقة السببية بين الضغط و المرض و نقاط عمل المساعدة الاجتماعية.

(عبد الرحمن، 1999، ص320)

2. فرضية التأثيرات المباشرة:

تعتبر هذه الفرضية أن الدعم الاجتماعي مفيد لصحة الناس و حسن حالتهم و سعادتهم بغض النظر عن كمية الضغوط النفسية التي يخبرونها، ووفقا لذلك فإن الآثار المفيدة للدعم الاجتماعي متشابهة سواء كان الضغط بسيطاً أو شديداً. (عبد الله، 2012، ص139)

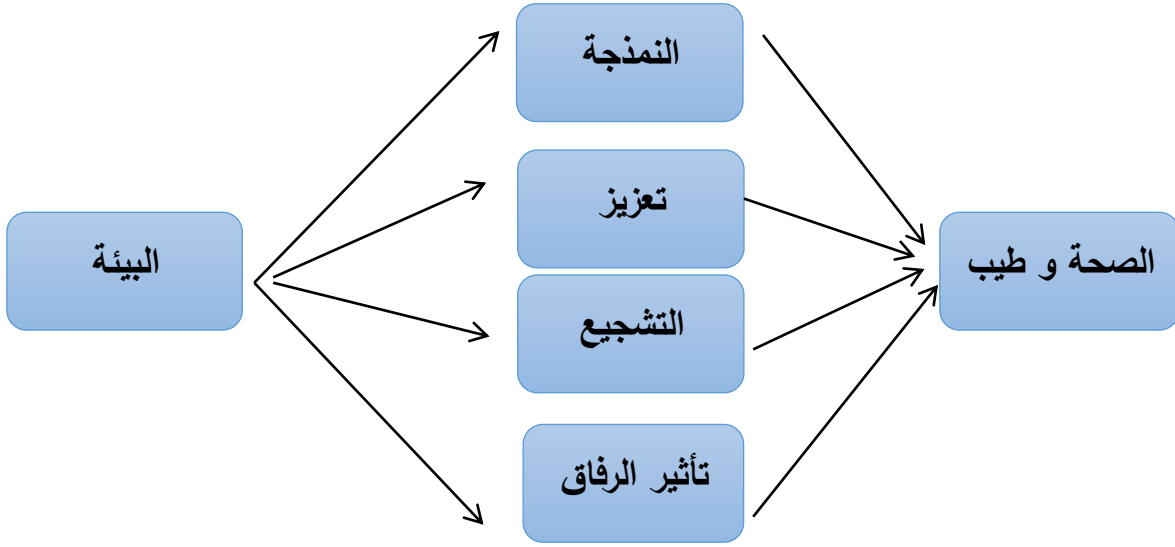
بالتوافق مع هذه الفرضية يظهر ذوو العلاقات الاجتماعية الجيدة سلوكا صحيا جيدا بغض النظر عن مستوى الضغوط إذ ذوي الدعم الاجتماعي المرتفع يستهلكون القليل من الكحول و من غير المحتمل أن يدخنوا و ينخرطوا في سلوك جنسي خطير و من المحتمل أن يلبسوا حزام الأمان في السيارة. (ساندرسون، 2019، ص180)

كما أوضحنا من قبل فإن ذوي المستويات المرتفعة من الدعم الاجتماعي يظهرون أيضا تغيرات فيسيولوجية مهمة داخل أجسامهم على سبيل المثال من غير المحتمل أن يظهر من يعلنون عن تلقي المزيد من الدعم الاجتماعي من أسرهم و أصدقائهم علامات على مرض القلب، السكري، و فقدان الذاكرة، بالإضافة إلى ذلك ترتبط المستويات المرتفعة من الدعم الاجتماعي بالتغيرات في جزء المخ المرتبط بالتجهيز الاجتماعي و الانفعالي و هذا يشير إلى تلقي الدعم يساعد الناس على الادارة الفعالة لمشاعرهم في وجه الخبرات الحياتية الضاغطة. (ساندرسون، 2019، ص180)

يشير نموذج التأثير المباشر للدعم الاجتماعي إلى أن الدعم الاجتماعي له آثار مفيدة على الصحة و الرفاهية بغض النظر عن مستوى الاجهاد بعبارة أخرى يعتبر الدعم الاجتماعي منشطا جيدا له تأثير إيجابي بغض النظر عن مستويات التوتر (أي في المواقف ذات الضغط المرتفع و المنخفض) (Harrington,2013,p 259) ، فهناك أثر عام مفيد للدعم الاجتماعي على الصحة البدنية و النفسية يمكن أن (سلطان، 2009، ص70)

يحدث لأن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية منتظمة و مجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع من المساعدة يمكن أن يرتبط مع السعادة إذ أنها توفر حالة إيجابية من الوجدان و إحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة و الاعتراف بأهمية الذات، كذلك فإن التكامل في الشبكة الاجتماعية يمكن أن يساعد أيضا في تجنب الخبرات السالبة (مثلا المشكلات المالية و القانونية) و التي كان من الممكن بدون وجود المساعدة أن تزيد من احتمال حدوث الاضطراب النفسي أو البدني. (سلطان،2009،ص70)

و هذا النوع من المساعدة الخاصة بالشبكة الاجتماعية يمكن أن يرتبط بالصحة البدنية عن طريق آثار الانفعال على الهرمونات العصبية أو وظائف جهاز المناعة أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة. (سلطان،2009،ص71) بمعنى أن أعضاء شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد يدعمون عادات صحية معينة من السلوكيات معينة إلا أن ذلك يؤدي في النهاية إلى جعل المساعدة الاجتماعية تحد من السلوكيات المدمرة للصحة كتجنب تعاطي المخدرات و التدخين و تعاطي الكحول، و تسهم في المقابل لذلك في دعم السلوكيات المحافظة عليها مثل: الحصول على نوم كاف واتباع نظام غذائي سليم و ممارسة الرياضة و البقاء نشطا و الحصول على رعاية طبية مناسبة و مستمرة. (عبد الرحمن،1999،ص322)



شكل (3): نموذج الأثر الرئيسي للمساعدة الاجتماعية كما تصوره كابلان و آخرون 1993

(عبد الرحمن، 1999، ص320)

(5) المساندة الاجتماعية و الألم:

بشكل عام ، من الواضح أن الدعم الاجتماعي هو عامل رئيسي في الحفاظ على المواجهة وتعزيز التكيف لدى مريض السرطان. تم تسجيل معدلات وفيات أعلى لمرضى السرطان في السنة الأولى بعد فقدان الزوج ، ولوحظ أن المتزوجين عاشوا لفترة أطول من المرضى غير المتزوجين. يميل المرضى الذين يعانون من درجات عالية من الألم إلى التعبير عن مزيد من القلق بشأن مستقبل أسرهم، وبالتالي هناك توافق بين مستويات القلق لدى الأسرة والمريض. هناك أيضاً روابط بين الاكتئاب الأسري وإعاقة المريض والأعراض. (Sykes & al, 2008,p49)

فعندما يعاني الفرد من الألم سيكون له تأثير على أسرته و أصدقائه على سبيل المثال قد تعاني الأسرة المباشرة أيضا من فقدان الدخل و الحرية، وقد يكون هناك تغيير في الدور في الأسرة مثل من المسيطر إلى الخاضع، وقد تتعرض الأسرة للضيق بشكل غير مباشر و يمكن أن تصبح العائلات نفسها منغمسة في سلوك المرض مثل إدارة الإذعان أو تشجيعه. قد تثبت الأسرة السلوكيات الجيدة معتقدة أنها تحمي أحبائها بشكل مناسب من مزيد من الألم في حالة الألم المزمن من المفيد النظر إلى الفرد في سياق أسرته و هذا أمر غير معتاد في الممارسة الطبية الروتينية. (Tyrer, 1992,p41)

و الأدبيات الموجودة حول تأثير الأسرة على الألم لها العديد من الآثار السريرية. على سبيل المثال ، من المهم أن يقوم الأطباء بتقييم إدراك الأسرة (على سبيل المثال ، المواقف والمعتقدات والسمات) فيما يتعلق بتجربة الألم ، وكذلك استجاباتهم السلوكية والعاطفية لألم المريض كجزء مهم من تقييم شامل للألم. (Boyer & al,2008,p 357) لا يقتصر تأثير الألم على الأسرة على نوعية حياة الأقارب فحسب بل أيضا لأن رد فعل العائلات سيؤثر بدوره على من يعاني من الألم. من المهم بشكل خاص تقييم آلام الأسرة لأن الأسرة غالبا ما تكون أكثر تأثرا من مقدمي الرعاية الصحية في تشكيل تقييم آلام المريض، كما أن تقوم الأسرة عن غير قصد بتعزيز سلوك الألم. (Tyrer, 1992,p41).

يمكن للأخصائيين بعد ذلك تطوير تسلسل زمني لتطور الألم المزمن الذي يفحص التفاعلات بين الألم والتحديات المرتبطة به وجهود الفرد والأسرة للتعامل معها. على أساس التقييم الشامل ، يجب أن يكون الأخصائي قادرًا على وضع فرضيات محددة حول طبيعة المشكلات التي يتم مواجهتها والعوامل التي قد تساهم في المحافظة عليها بمرور الوقت. على أساس هذا التصور يمكن تطوير خطة متعددة الأبعاد للعلاج .
(Boyer, Paharia,2008,p 357)

من الممكن كسر دورة سلوك الألم غير المتكيف والبقاء داعمًا. يعد تعليم أفراد الأسرة و مقدمي الرعاية لتعزيز السلوكيات التكيفية أو الإيجابية أمرًا بالغ الأهمية في تغيير السلوكيات التي تسهل دورة سوء التكيف. يمكن أن تؤدي إعادة توجيه الدعم والتعبير عن القلق إلى "السلوكيات الجيدة" إلى تقليل تعزيز "دور المريض". (Jansen,2008,p 59) ليس فقط الأسرة ولكن أيضًا نظام الرعاية الصحية الذي يؤثر على المرضى ويتفاعل معهم. على سبيل المثال ، تؤدي العلوم الطبية وتطوراتها إلى توقعات بإمكانية الوصول إلى تشخيص أو علاج ناجح. من الواضح أن مثل هذه المواقف تشكل توقعات المرضى ، ولكن أيضًا توقعات العاملين الصحيين. (Tyrrer, 1992,p41)

في النهاية، يمكن لمقدم الرعاية الصحية، بالتعاون مع العائلة، تطوير خطة إدارة الألم التي تستهدف المشكلات المحددة والعوامل المفترضة التي تساهم في تجربة المريض للألم. نظرًا لتعقيد تجربة الألم المزمن، تتضمن خطة التدخل عادةً أهدافًا واستراتيجيات علاجية متعددة. على النحو الأمثل ، يجب أن تظل خطة علاج مقدم الرعاية الصحية وتنفيذها متنسقة مع أهداف علاج الأسرة. من المهم أن نتذكر أن المرضى الذين يعانون من الألم المزمن لا يُعانون في بعض الأحيان إلا بعد سنوات من الألم الذي أثر على حياتهم بشكل كبير. بمرور الوقت ، يمكن أن تصبح الديناميكيات والأدوار الأسرية ، حتى تلك الخاصة بالزوج المعوق ، شديدة المقاومة للتغيير (Boyer, Paharia,2008,p 357-358) .

6) بعض الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية والصحة:

هناك أدلة قوية على الآثار الإيجابية للدعم الاجتماعي على سبيل المثال: أشارت مراجعة شاملة لـ 81 دراسة (Uchino & al.1996) إلى أن الدعم الاجتماعي كان مرتبطاً بالتأثيرات المفيدة على وظائف القلب والأوعية الدموية والغدد الصماء والمناعة، ووجد هؤلاء الباحثون أيضاً أن التدخلات لتحسين الدعم الاجتماعي كان لها آثار مفيدة على عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب مثل: ضغط الدم. (Abraham & al, 2016, p107)، وقد أشار أرنجو Arango و آخرون (1972-1973) أن مرضى الربو الذين يتمتعون بدعم اجتماعي جيد يتطلبون مستويات أقل من الدواء لإحداث تحسن سريري من المصابين بالربو مع دعم اجتماعي ضعيف. وتشير العديد من الدراسات إلى أن الدعم الاجتماعي يعمل كمسرف على آثار أحداث الحياة المجهددة على التكيف النفسي وقد يكون تأثير الوسيط وقائياً أو تأهلياً. وأظهر ميلر و انغهام (Miller & Ingham 1976) أن الدعم الاجتماعي (وجود أحد المقربين و الأصدقاء) قلل من احتمال حدوث أعراض نفسية و جسدية (القلق و الاكتئاب و خفقان القلب و الدوخة) تحت الضغط و هناك أيضاً أدلة على أن توافر الدعم الاجتماعي يسهل الصحة الجسدية و أن نقص هذا الدعم له تأثير ضار. و درس جور (1978) العلاقة بين الدعم الاجتماعي و صحة العمال بعد الاستغناء عنهم ووجد أن الشعور المنخفض بالدعم الاجتماعي يفاقم الأمراض بعد ضغوط فقدان الوظيفة. (Kaplan, Michael, 1985, p227).

و ربطت الدراسات الطولية الدعم الاجتماعي بتطور المرض لعدة حالات بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان، و على سبيل المثال وجد أنجرير و آخرون (Angerer & al 2000) أن الدعم العاطفي كان مرتبطاً بتطور أقل لمرض الشريان التاجي على مدار عامين وفقاً لتقييم التصوير الوعائي، و فحصت دراسة لمدة 9 سنوات للمرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية آثار الأحداث الحياتية و الدعم الاجتماعي ووجدت أن الأشخاص الذين لديهم دعم وظيفي أعلى أظهروا تقدماً أبطأ في المرض كما تم قياس عدد خلايا CD4 و التشخيصات السريرية. (Ayers & al, 2007, p 201)

وفي دراسة أجراها س.م. ليفي و زملاؤه (S.M.Levy et al.1990) على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي، وجد أن إدراك المريضة للمساعدة الاجتماعية و الاحساس بالدعم العاطفي الجيد من شريكها أو من شخص آخر تربطها به علاقة حميمة أو من الطبيب جميعها ترتبط بمستوى عال من نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة. (تايلور، 2006، ص642)

و في دراسة (Allision & al (2014) حول التفاؤل و الدعم الاجتماعي و نتائج الصحة العقلية لدى مرضى السرطان المتقدم، توصلت إلى ارتباط المستويات العليا من التفاؤل بشكل كبير مع أعراض أقل للقلق و الاكتئاب و اليأس و تحسين جودة الحياة، كما ارتبطت المستويات العليا من الدعم الاجتماعي المتصور بشكل كبير بتحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان المتقدم. (Allision & al.2014. p

كما لاحظ كل من WeidmanGibbs و Achterberg–Lawlis (1978) ، على سبيل المثال ، وجود علاقة عكسية بين الدعم العاطفي المتصور من أفراد الأسرة ودرجة الخوف والألم الملحوظ بين 16 مريضاً بالسرطان. وبالمثل ، أفاد كاري (1974) أن الدعم المتصور كان مرتبطاً بتقييمات القائمين بالمقابلة للتكيف العاطفي الأفضل بين 74 مريضاً متقدماً بالسرطان. في مقابلة 41 امرأة خضعن لاستئصال الثدي ، و وجدت جاميسون وويليش وياسناو (Jamison, Wellisch, and Pasnau(1978) ارتباطاً إيجابياً بين الدعم المتصور و التكيف العاطفي الذاتي. بين الأطفال المصابين بالسرطان. (Dunkel-Schetter,1984,p80)

و وجدت دراسة كل من Funch & Mettlin(1982) التي أجريت على 151 مريضاً بسرطان الثدي أن الدعم الاجتماعي من أعضاء الشبكة كان مرتبطاً بشكل كبير بالتأثير أو الحالة المزاجية خلال السنة الأولى التي أعقبت استئصال الثدي(Dunkel-Schetter,1984,p80).

و بشكل عام يعتقد أن الدعم الاجتماعي يؤثر على الصحة العقلية و الجسدية من خلال تأثيره على الانفعالات و الإدراك و السلوك. في حالة الصحة العقلية يعتقد أن الدعم الاجتماعي يحافظ على تنظيم أنظمة الاستجابة و يمنع الاستجابات المتطرفة المرتبطة باختلال وظيفي، يحدث هذا التنظيم من خلال توصيل ما هو متوقع و المعايير المناسبة و المكافآت و العقوبات ومن خلال تقديم المساعدة على المواجهة. (Cohen & al,2000,p 10) و قد بينت نتائج البحوث العلمية أن الدعم الاجتماعي يخفض من مستوى الضغط النفسي الذي يخبره الناس، ففي دراسة قام بها جيمس و لاروكو و زملاؤه (Larroco & French 1980) تم جمع بيانات من مقاييس واستبيانات الضغوط النفسية و الدعم الاجتماعي على عينة مؤلفة من (2000) رجل يعملون في مهن مختلفة راقية (ذوي الياقات البيضاء) و قد تم قياس الدعم الاجتماعي الذي يحصلون عليه من ثلاثة مصادر :

من مشرفيهم في العمل.

من الأسرة كالزوجة و أعضاء الأسرة.

من الأصدقاء.

وقد أظهرت الدراسة الارتباطية أن هناك علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي و الضغط النفسي فكلما زاد الدعم الاجتماعي قل مستوى تعرضهم للضغوط النفسية أما ضغوط العمل البسيطة فقد ارتبطت بالدعم الاجتماعي الذي يتلقونه من الأسرة و قد أثبتت هذه النتائج دراسات أخرى مثل دراسة كوتينتون و هواس (Cottington & House 1987) ، وهكذا يمكن للدعم الاجتماعي أن يخفض من الضغوط النفسية. (عبد الله،2012، ص137) ويؤكد كثير من الباحثين على أن المساندة المدركة أو المساندة المقدمة عن طريق العلاقات الاجتماعية و تعلم المهارات الاجتماعية من العوامل المهمة التي تقي الفرد من العديد من الاضطرابات النفسية و التي قد تتمثل في القلق و الشعور بالوحدة النفسية، فالفرد الذي لديه ضغوط نفسية شديدة مثلاً: يفتقر إلى المهارات الاجتماعية و من ثم يجد صعوبة في مشاركة الآخرين له مما يؤدي إلى شعوره بعدم التقدير الكافي لذاته فيما يعيش من مواقف اجتماعية. (العاسمي،2005، ص436-437)

و تشير الدراسات إلى وجود ارتباط إيجابي بين الدعم الاجتماعي و النتائج الصحية الأفضل فعلى سبيل المثال تتبع ويليامز و زملاؤه Williams & al (1999) حوالي 1400 مريض يعانون من مرض الشريان التاجي لمدة 9 سنوات في المتوسط ووجدوا أن المرضى الذين كانت درجاتهم أعلى على مقياس الدعم الاجتماعي (كالمتروجين و القادرين على منح الثقة للشريك العاطفي) أظهروا نسب أقل من الوفيات بصورة دالة أثناء فترة المتابعة و قد ظلت هذه العلاقة قائمة حتى بعد ضبط المتغيرات الديموغرافية و عوامل الخطورة الطبية. (ترول،2007، ص777)

وقد وصف كينج و زملاؤه (2006) المساندة الاجتماعية بأنها أحد أهم العوامل المؤثرة على كيفية توافق الأفراد مع الشدائد كما اكتشفوا أهمية المساندة الاجتماعية في أحداث الحياة الحاسمة فأجروا مقابلات مع 15 فردا تتراوح أعمارهم بين 30-40 سنة ممن يعانون من اضطرابات مزمنة مثل: الاعاقة الجسمية أو اضطراب نقص الانتباه و خلصوا إلى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في توافق المشاركين مع الأحداث و الخبرات الشاقة في حياتهم، فالأنماط المختلفة للمساندة الاجتماعية تجعلهم يشعرون بالرضا عن أنفسهم (المساندة الوجدانية) و توفر لهم طرقا واستراتيجيات لمعالجة الموضوعات الخاصة بهم(المساندة الأدائية) كما تساعدهم على الشعور بأنهم ليسوا وحدهم في أوضاعهم و خبراتهم (المساندة المعرفية). (شويخ، ص175)

ووجد كل من أنجيرير و آخرون (Angerer & al (2000) أن الدعم العاطفي كان مرتبطا بتطور أقل لمرضى الشريان التاجي على مدار عامين وفقا لتقييم التصوير الوعائي. و قد ربطت الدراسات الطولية الدعم الاجتماعي بتقدم المرض لعدة حالات بما في ذلك أمراض القلب و الأوعية الدموية و السرطان. (Ayers & al,2007,p203) وفي دراسة Julia Hannum Rose 1990 حول رغبة المرضى البالغين في الحصول على الدعم من العائلة والأصدقاء والمتخصصين الصحيين توصلت الدراسة إلى تفضيل المرضى العام للمساعدة الملموسة من الأسرة ، و النمذجة من الأصدقاء المصابين بالسرطان ، والتواصل المفتوح (Hannum- Rose,1990,p439)

والتوضيح من المهنيين الصحيين. وكانت الأسرة والأصدقاء مصادر مفضلة بنفس القدر للتعامل مع ردود الفعل العاطفية على توتر السرطان . كانت جميع المصادر الثلاثة مرغوبة بالمثل لتعزيز احترام الذات والتخفيف من مسؤوليات اتخاذ القرار وحل المشكلات. أخيراً ، ارتبط توقع المرضى ولكن ليس الشدة الموضوعية لمرضهم بالرغبة المتزايدة في الدعم ، خاصةً بالنسبة لوظائف دعم مفيدة.

(Hannum- Rose,1990,p439)

الخلاصة:

تتفاعل مجموعة من العوامل في التأثير على سلوكياتنا سماتنا الشخصية و طريقة تفكيرنا و معقداتنا و غيرها و في حالة الاصابة بمرض مزمن أو خبيث يحتاج المريض إلى تنمية خصائص شخصية للقدرة على تقبل و تحدي و مواجهة المرض و آثاره المختلفة على نمط الحياة و رفايته الجسدية و النفسية و الاجتماعية و لمقاومة الآلام و الضغوط الذي يسببها المرض و علاجاته و من بين هذه الخصائص الصلابة النفسية و ما تتسم به من القدرة على الالتزام و تحمل الآلام و المشاق و التوافق و تحدي الضغوط المفروضة و قد تنوعت الدراسات التي أثبتت تأثير الصلابة النفسية على المحافظة على الصحة و مواجهة الضغوط، كما يساهم الدعم الاجتماعي المقدم و المدرك بأنواعه المختلفة في التأثير على الحالة الصحية و النفسية للمريض و التخفيض من ضغوط المرض و العلاج و قد أثبتت العديد من الدراسات التي أجريت في المجال التأثير الايجابي لكل من الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية على الصحة العامة و مواجهة الضغوط و الشفاء من الأمراض.

الفصل الرابع :

إجراءات الدراسة الميدانية

إجراءات الدراسة الميدانية

سيتم في هذا الفصل التطرق إلى أهم الاجراءات المنهجية التي تمت بها هذه الدراسة، من خلال التعرف على منهج الدراسة و خصائص العينة التي تمت عليها و مكان إجرائها و الأدوات المستخدمة في جمع المعلومات ومعالجتها و حساب خصائصها السيكومترية والتعرف على الأساليب الاحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.

منهج الدراسة:

استخدمت الطالبة في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن وهو أحد أنواع المنهج الوصفي، وهو المنهج الأنسب لهذه الدراسة لغرض الاجابة على التساؤلات ومعرفة الفروق بين العينات المدروسة ومعرفة طبيعة العلاقات الارتباطية بين المتغيرات المدروسة وذلك لتحقيق أهداف الدراسة.

عينة الدراسة:

نظرا لطبيعة الدراسة وأهدافها تم اختيار عينة قصدية قوامها (121) فرد من المرضى المصابين بسرطان الدم بالمستشفى الجامعي بن فليس التهامي و مركز مكافحة السرطان بباتنة في الفترة الممتدة بين 2019 - 2021 وكانت خصائصها كالتالي:

جدول (2): يوضح خصائص عينة الدراسة.

حجم العينة	النسبة المئوية	التكرارات		
121	%44.6	54	ذكور	الجنس
	%55.5	67	إناث	
121	%24.8	30	أعزب	الوضعية الاجتماعية
	%56.2	68	متزوج	
	%6.6	8	مطلق	
	%12.4	15	أرمل	

حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة بين 15 أبريل 2019 إلى غاية 30 أكتوبر 2021 (مع تحديد فترات توقف بسبب وباء كورونا).

الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس باتنة و مركز مكافحة أمراض السرطان باتنة.

الحدود البشرية: تتحدد الحدود البشرية للدراسة بالمرضى الذين يعانون من مرض سرطان الدم.

أدوات الدراسة:

لجمع البيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة وامكانية معالجتها قامت الطالبة بالاعتماد على المقاييس التالية:

- قائمة إدارة الألم و هي من إعداد الطالبة.
- مقياس الصلابة النفسية من إعداد النجار والطلاع سنة 2015.
- مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ل Dahlen Zimet و Forley (1988) المترجم.

قائمة إدارة الألم:

للتعرف على إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تم إعداد قائمة لإدارة الألم من طرف الطالبة و ذلك بعد الاطلاع على مختلف الاستراتيجيات المستخدمة في إدارة الألم عند مرضى السرطان في الجانب النظري و الاستعانة باستبيان مركز علاج الألم و البحوث UW Pain Treatment and Research Center و ذلك بـ university of wisconsin hospital and clinics و كذلك الاستعانة باستبيان-Pre consultation Patient Questionnaire و كذلك على استبيان Multimethod Assessment of Chronic Pain(Pain-coping strategies) المستخدمة في إدارة الألم و الاستعانة بالمختصين و الأطباء المختصين في الأمراض الدموية تم تصميم قائمة إدارة الألم المستخدمة في الدراسة والتي تتكون من 7 عبارات لقياس إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم و هي الاستراتيجيات التي يمكن للمرضى استخدامها في البيئة المحلية لإدارة آلام السرطان و تتكون من: استخدام الأدوية و الكمادات الباردة و الساخنة، العلاج النفسي، الاسترخاء، واستخدام العلاج الطبيعي، التدليك، و الالهاء، ويتم الإجابة عليها ب نعم/لا.

حساب صدق قائمة إدارة الألم:

صدق المحكمين:

قامت الطالبة بعرض القائمة في صورتها الأولية على المتخصصين و مجموعة من الأطباء المختصين في الأمراض الدموية لتحديد مدى سلامتها و مدى مناسبتها للتطبيق على عينة الدراسة و تم حذف بعض الاستراتيجيات لعدم توفرها في الجزائر و غير ممكن تطبيقها كاستراتيجيات ادارة الألم عند مرضى سرطان الدم بحيث لا ينصح باستخدامها من طرف الأطباء، و تم تحديد القائمة النهائية بعد الموافقة عليها من طرف المحكمين و التي تحتوي على أهم الاستراتيجيات الممكن استخدامها في إدارة الألم عند مرضى سرطان الدم، و قد تكونت من 7 عبارات لقياس إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم، و هي استخدام الأدوية و الكمادات الباردة و الساخنة، العلاج النفسي، الاسترخاء، واستخدام العلاج الطبيعي، التدليك، و الالهاء و يتم الاجابة عليها بنعم/ لا.

مقياس الصلابة النفسية:

تم استخدام مقياس الصلابة النفسية من إعداد النجار والطلاع سنة 2015 ويتكون المقياس من 30 بند يقيس مختلف أبعاد الصلابة النفسية (التحكم - الالتزام - التحدي) ويتم الإجابة عليه باستخدام أربعة بدائل وهي : بدرجة مرتفعة جدا، بدرجة مرتفعة، بدرجة منخفضة، بدرجة منخفضة جدا و يتحصل المفحوص على الدرجات التالية 1-2-3-4 في العبارات الموجبة على الترتيب، و العكس بالنسبة للعبارات السالبة و تدل الدرجة المرتفعة على المقياس الصلابة النفسية المرتفعة و الدرجة المنخفضة على الصلابة النفسية المنخفضة و كانت المجالات كالآتي:

- صلابة نفسية منخفضة جدا: إذا تراوحت درجات المفحوص بين (30-52.5)
- صلابة نفسية منخفضة: إذا تراوحت درجات المفحوص بين (52.5-75)
- صلابة نفسية مرتفعة: إذا تراوحت درجات المفحوص بين (75-97.5)
- صلابة نفسية مرتفعة جدا: إذا تراوحت درجات المفحوص بين (97.5-120)

الخصائص السيكومترية للمقياس:

حساب صدق مقياس الصلابة النفسية:

صدق الاتساق الداخلي:

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصلابة النفسية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل من درجات البنود والدرجة الكلية للأبعاد وبين كل من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

جدول (3): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الأول لمقياس الصلابة النفسية (الالتزام) و بنوده:

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
معامل الارتباط	0.489	0.396	0.28	0.607	0.619	0.665	0.318	0.555	0.288	0.436
مستوى الدلالة الإحصائية	0.01	0.01	0.05	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.05	0.01

يتبين من النتائج المسجلة في الجدول رقم (3) أن معاملات الارتباط دالة عند 0.01، والبند رقم 3 عند 0.05 مما يدل على وجود ارتباط دال إحصائياً بين البنود وبعد الالتزام الذي تنتمي إليه.

جدول (4): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثاني لمقياس الصلابة النفسية (التحكم) و بنوده:

الأبعاد	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
معامل الارتباط	0.549	0.592	0.780	0.403	0.539	0.420	0.530	0.406	0.445	0.728
مستوى الدلالة الإحصائية	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

يظهر من النتائج في الجدول رقم (4) أن معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند 0.01 مما يدل على وجود ارتباط دال إحصائياً بين البنود و البعد الثاني للمقياس.

جدول (5): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثالث لمقياس الصلابة النفسية (التحدي) و بنوده:

الأبعاد	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
معامل الارتباط	0.702	0.781	0.633	0.752	0.511	0.502	0.663	0.686	0.413	0.405
مستوى الدلالة الإحصائية	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

يتضح من النتائج المتحصل عليها المسجلة في الجدول رقم (5) أن معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند 0.01 مما يدل على ارتباط دال إحصائياً بين البعد الثالث للمقياس و بنوده.

جدول (6): يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية و أبعاده.

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الالتزام	0.774	0.01
التحكم	0.834	0.01
التحدي	0.875	0.01

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (6)، يتضح أن معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس (الالتزام - التحكم - التحدي) والدرجة الكلية للمقياس مرتفعة ودالة إحصائيا عند 0.01 و كذلك يوجد ارتباط بين بنود الاختبار و أبعاده مما يدل على صدق المقياس.

حساب الصدق التمييزي:

لحساب الصدق التمييزي و قدرة المقياس على التمييز تم تطبيقه على العينة و ترتيب الدرجات الكلية تنازليا من أعلى درجة إلى أدنى درجة و تم حساب الفروق بين الدرجات العليا و الدنيا بعد أخذ نسبة 27% من الدرجات الكلية من المقياس و ذلك باستعمال اختبار "ت" لعينتين مستقلتين و كانت النتائج كالتالي:

جدول (7): يوضح قيمة اختبار "ت" لدلالة الفروق بين الدرجات العليا و الدنيا لمقياس الصلابة النفسية.

الدرجة الكلية	الدرجات العليا		الدرجات الدنيا		قيمة "ت"
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
	104.61	4.354	70.22	7.581	-16.688

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (7) يتضح أن قيمة اختبار "ت" المتحصل عليها دالة إحصائيا مما يدل على وجود فروق بين العينتين العليا و الدنيا و الذي يبين أن المقياس يتميز بمستوى عال من الصدق التمييزي.

حساب ثبات مقياس الصلابة النفسية:

1. الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وتقسيم المقياس إلى بنود فردية وزوجية وحساب معامل الارتباط بينهما وقد توصلنا إلى النتائج التالية:

جدول رقم (8): يوضح معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الصلابة النفسية.

الأبعاد	عدد البنود	معامل الارتباط قبل التعديل	معامل الارتباط بعد التعديل
الالتزام	10	0.235	0.381
التحكم	10	0.578	0.733
التحدي	10	0.582	0.736
المقياس الكلي	30	0.728	0.842

يتضح من النتائج المحصل عليها في الجدول السابق أن معامل الثبات للمقياس ككل هو (0.706) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان/ براون لتصحيح الطول تحصلنا على (0.828) مما يدل على أن المقياس يتمتع بالثبات.

الثبات عن طريق حساب ألفا كرونباخ:

قمنا بحساب الثبات عن طريق حساب معادلة ألفا كرونباخ والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (9): يوضح قيمة معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية.

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ
الالتزام	0.577
التحكم	0.667
التحدي	0.762
المقياس الكلي	0.847

يتبين من الجدول رقم (9) أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصلابة النفسية، أنها مرتفعة ومعامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل وصل إلى (0.847) وهو معامل مرتفع أي أن المقياس يتمتع بثبات جيد.

مقياس المساندة الاجتماعية:

تم استخدام مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ل Dahlen Zimet و Forley (1988) المترجم، و الذي يتكون من 12 بند يقيس الدعم الاجتماعي المدرك للمفحوص من مصادر متعددة (العائلة، الأصدقاء، الشخص المميز) و ذلك على سبع بدائل و هي: معارض تماما، معارض بشدة، معارض، محايد، موافق، موافق بشدة، و يتحصل المفحوص على الدرجات التالية 1-2-3-4-5-6-7، و لتحقيق أغراض الدراسة تم استخدام 5 بدائل و هي: لا، قليلا، متوسط، كثيرا، كثيرا جدا، و يتحصل المفحوص على الدرجات التالية بعد الإجابة على المقياس 1-2-3-4-5.

حساب صدق مقياس المساندة الاجتماعية:

صدق الاتساق الداخلي:

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس المساندة الاجتماعية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل من البنود والدرجة الكلية للأبعاد وبين كل من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

جدول (10): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الأول (الأسرة) لمقياس المساندة الاجتماعية و بنوده:

الأبعاد	3	4	8	11
معامل الارتباط	0.772	0.739	0.753	0.776
مستوى الدلالة الإحصائية	0.01	0.01	0.01	0.01

يتبين من النتائج المسجلة في الجدول رقم (10) أن معاملات الارتباط بين كل من البنود و البعد الأول كلها دالة عند 0.01 مما يدل على وجود ارتباط بين كل من البنود و البعد الأول.

جدول (11): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثاني (الأصدقاء) لمقياس المساندة الاجتماعية و بنوده:

الأبعاد	6	7	9	12
معامل الارتباط	0.86	0.836	0.902	0.874
مستوى الدلالة الإحصائية	0.01	0.01	0.01	0.01

يظهر من النتائج في الجدول رقم (11) أن معاملات الارتباط بين البنود 6-7-9-12 و البعد الثاني كلها دالة إحصائيا عند 0.01 مما يدل على وجود ارتباط إيجابي بين بنود البعد الثاني و بعد الأصدقاء.

جدول (12): يوضح معاملات الارتباط بين البعد الثالث (الشخص المميز) لمقياس المساندة الاجتماعية و بنوده:

الأبعاد	1	2	5	10
معامل الارتباط	0.878	0.935	0.857	0.861
مستوى الدلالة الإحصائية	0.01	0.01	0.01	0.01

يتضح من النتائج المتحصل عليها المسجلة في الجدول رقم (12) أن معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند 0.01 مما يدل على وجود ارتباط إيجابي بين البنود 1-2-5-10 و البعد الثالث وهو المساندة من شخص مميز .

جدول (13): يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية و بنوده.

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الأسرة	0.810	0.01
الأصدقاء	0.788	0.01
الشخص المميز	0.850	0.01

من النتائج المتحصل عليها و المسجلة في الجدول رقم (13)، أن معاملات الارتباط بين مختلف أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس مرتفعة ودالة إحصائيا عند 0.01 مما يدل على وجود ارتباط إيجابي بين كل من البنود و الأبعاد و بين أبعاد المقياس و درجته الكلية مما يدل على أن المقياس يتمتع بالصدق.

حساب الصدق التمييزي:

لحساب الصدق التمييزي لمقياس المساندة الاجتماعية و قدرته على التمييز قمنا بحساب الفروق بين الدرجات العليا و الدنيا بعد أخذ نسبة 27% من الدرجات الكلية من المقياس و ذلك بعد ترتيب الدرجات الكلية تنازليا و كانت نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين موضحة في الجدول التالي:

جدول (14): يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية و بنوده

قيمة "ت"	الدرجات الدنيا		الدرجات العليا		الدرجة الكلية
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
14.079-	8.873	30	0	60	

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول السابق كانت قيمة اختبار "ت" دالة احصائيا عند 0.01 مما يدل على وجود فروق بين العينتين العليا و الدنيا ما يوضح أن المقياس يتمتع بالصدق التمييزي. حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية:
1. الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وتقسيم المقياس إلى بنود فردية وزوجية وحساب معامل الارتباط بينهما وقد توصلنا إلى النتائج التالية:

جدول رقم (15): يوضح قيمة معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية.

الأبعاد	عدد البنود	معامل الارتباط قبل التعديل	معامل الارتباط بعد التعديل
الأسرة	4	0.772	0.871
الأصدقاء	4	0.895	0.944
الشخص المميز	4	0.866	0.928
المقياس الكلي	12	0.929	0.963

يتضح من النتائج المحصل عليها في الجدول السابق أن معامل الارتباط للمقياس ككل هو (0.929) وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان/ براون لتصحيح الطول تحصلنا على (0.963) مما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات عال.

الثبات عن طريق حساب ألفا كرونباخ:

قمنا بحساب الثبات عن طريق حساب معادلة ألفا كرونباخ والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (16): يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية.

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ
الأسرة	0.874
الأصدقاء	0.909
الشخص المميز	0.905
المقياس الكلي	0.923

يتبين من الجدول رقم (16) أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصلابة النفسية، أنها مرتفعة ومعامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل وصل إلى (0.923) وهو معامل مرتفع أي أن المقياس يتمتع بثبات عال.

الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة:

من أجل معالجة بيانات الدراسة و الاجابة على الفرضيات المطروحة تم الاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، و باستخدام الأساليب الإحصائية التالي:

- المتوسطات الحسابية
- الانحرافات المعيارية
- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.
- اختبار كروسكال- واليس Kruskal-Wallis
- اختبار مان-وتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية
- معامل الارتباط الثنائي الأصيل.
- اختبار كا تربيع.

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

سنتناول في هذا الفصل عرض لبيانات الدراسة الحالية و معالجتها بالأساليب الاحصائية المذكورة،

و مناقشة النتائج المتحصل عليها وفق الفرضيات المطروحة.

عرض و مناقشة الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: و التي تنص على عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدعم الاجتماعي وإدارة

الألم لدى مرضى سرطان الدم.

و لاختبار الفرضية السابقة تم حساب معامل الارتباط الثنائي الاصيل و كانت النتائج المتحصل عليها

كالتالي:

جدول (17): يوضح نتائج معامل الارتباط الثنائي الاصيل للكشف عن الارتباطات بين المساندة الاجتماعية و إدارة الألم.

الارتباط	معامل الارتباط الثنائي الاصيل	إدارة الألم
دال	0.042	الأدوية
دال	0.064	الكمادات
دال	0.125	العلاج النفسي
دال	0.038	الاسترخاء
دال	0.087	العلاج الطبيعي
دال	0.02	التدليك
دال	0.180	الالهاء

يتضح من خلال الجدول (17) و الذي يتضمن نتائج معامل الارتباط الثنائي الاصيل لحساب

الارتباط بين المساندة الاجتماعية و إدارة الألم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من استراتيجيات ادارة الألم و المساندة الاجتماعية.

مناقشة الفرضية الأولى:

يتبين من الجدول رقم (17) لمعامل الارتباط الثنائي الاصيل لبحث الارتباط بين الدعم الاجتماعي

و إدارة الألم عن وجود علاقة ارتباطية بين كل من الدعم الاجتماعي و إدارة الألم فلعائلة المريض و مقدمي

الرعاية الصحية دور ولو قليل في التزام المريض بالعلاج و تشجيعه للامتثال لنوع معين من علاجات الألم

او اعاقته و التخلي عنه او استخدام طرق مختلفة لتخفيف الالام فأسرة مريض السرطان و مسؤولي الرعاية

الصحية دور في تشجيع المرضى على أخذ دواء معين أو مسكن معين أو استخدام استراتيجية معينة في تخفيف الألم و الالتزام بالعلاج و ذلك بالتعزيز و الاهتمام أو التثبيط و حسب Eduardo.D.Bruera & Russell. K. Portenoy قد يلعب مقدمو الرعاية دورًا في توفير إدارة غير دوائية للألم مثل التدليك واستخدام المستحضرات والمراهم وكمادات الحرارة والبرودة والإلهاء والاسترخاء. وقد ثبت أن مثل هذه التقنيات مفيدة كعامل مساعد لمسكنات الألم. (Bruera & Portenoy,2010,p599) و كما توصلت دراسة Ferrell وزملاؤه على 40 مريض من مرضى السرطان و عائلاتهم و طبقوا برنامج إدارة الألم في ثلاث جلسات منفصلة و من نتائج الدراسة التي توصلت إليها إلى أن الأفراد أبلغوا عن زيادة في المعرفة واستخدام الأدوية بالإضافة إلى انخفاض في الخوف من الإدمان. انخفضت مستويات القلق ، وتحسن النوم. والأهم من ذلك ، أظهر المرضى انخفاضًا في شدة الألم وإدراك شدة الألم. كما أبلغوا عن مواقف إيجابية تجاه العلاجات غير الدوائية، واستخدموا طرقًا مثل الحرارة والتدليك لتقليل مستويات الألم. و كشفت نتائج مقدم الرعاية تغييرات مماثلة وإيجابية بشكل ملحوظ في المعرفة و لوحظت تغييرات في سلوكيات مقدمي الرعاية مثل توفير جرعات كافية من الأدوية وأدوية المرضى على أساس ثابت. فتساهم كل من العائلة و المسؤولين على الصحة في سلوكيات المريض و رد فعله اتجاه المرض و الآلام بدرجة معينة فكما و سبق و ذكرنا في الجانب النظري ففي إدارة الألم عند المرضى يتأثر بمجموعة من المتغيرات و العوامل المتداخلة التي تساهم في سلوكيات المريض و اختيار استراتيجيات معينة للتعامل مع الألم.

عرض و مناقشة الفرضية الثانية:

الفرضية الثانية: و التي تنص على عدم وجود فروق بين مستويات المساندة الاجتماعية (منخفض- متوسط- مرتفع) في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.

و لاختبار الفرضية التالية تم حساب معامل كا تربيع للبحث عن الفروق بين مستويات المساندة الاجتماعية (منخفض - متوسط - مرتفع) و إدارة الألم.

جدول (18) : يوضح نتائج معامل كا تربيع لحساب الفروق بين مستويات المساندة الاجتماعية و إدارة الألم

إدارة الألم	مستويات المساندة الاجتماعية	معامل كا تربيع	مستوى الدلالة
الأدوية	المنخفضين في المساندة الاجتماعية	1.036	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في المساندة الاجتماعية		
	المرتفعين في المساندة الاجتماعية		
الكمامات الباردة والساخنة	المنخفضين في المساندة الاجتماعية	3.167	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في المساندة الاجتماعية		
	المرتفعين في المساندة الاجتماعية		
العلاج النفسي	المنخفضين في المساندة الاجتماعية	4.576	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في المساندة الاجتماعية		
	المرتفعين في المساندة الاجتماعية		
الاسترخاء	المنخفضين في المساندة الاجتماعية	2.011	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في المساندة الاجتماعية		
	المرتفعين في المساندة الاجتماعية		
العلاج الطبيعي	المنخفضين في المساندة الاجتماعية	3.127	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في المساندة الاجتماعية		
	المرتفعين في المساندة الاجتماعية		
التدليك	المنخفضين في المساندة الاجتماعية	0.029	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في المساندة الاجتماعية		
	المرتفعين في المساندة الاجتماعية		
الالهاء	المنخفضين في المساندة الاجتماعية	5.213	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في المساندة الاجتماعية		
	المرتفعين في المساندة الاجتماعية		

من خلال الجدول رقم (18) يتضح أن قيمة اختبار كا تربيع بين مستويات المساندة الاجتماعية (المنخفض- المتوسط- المرتفع) و استراتيجيات إدارة الألم كانت غير دالة احصائيا و بالتالي يمكن القول بأنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين مستويات المساندة الاجتماعية و استراتيجيات ادارة الألم

مناقشة الفرضية الثانية:

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها في الجدول السابق توصلنا إلى عدم وجود فروق بين مختلف مستويات المساندة الاجتماعية (المنخفض- المتوسط - المرتفع) و استراتيجيات إدارة الألم أي ان استخدام مختلف استراتيجيات ادارة الام لا تختلف باختلاف مستويات المساندة الاجتماعية و قد يرجع ذلك إلى كون إدارة الألم و خصوصا عند مرضى السرطان تتداخل فيه مختلف المتغيرات التي تؤثر عليه مثل البيئة الاجتماعية و مسؤولي الرعاية الصحة و معتقدات و توقعات المرضى و الفعالية الذاتية و شخصية المريض و غيرها و بالتالي فإن تأثير مستويات الدعم الاجتماعي عند مرضى السرطان قد تترافق مع عوامل أخرى قد تؤثر فيها بنسب مختلفة.

عرض و مناقشة الفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة: و التي تنص على عدم تواجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث)

و لاختبار هذه الفرضية تم حساب اختبار "ت" لعينتين مستقلتين بين الجنسين من أفراد العينة في المساندة الاجتماعية، و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

جدول (19): نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لحساب الفروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم التي

تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث).

الدلالة الاحصائية	اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد		الدعم الاجتماعي
غير دالة	1.1-	5.13	15.35	54	ذكور	دعم الأسرة
		5.2	16.40	67	إناث	
غير دالة	0.6	6.07	12.5	57	ذكور	دعم الأصدقاء
		6.4	11.18	67	إناث	
غير دالة	0.6-	6.05	13.65	54	ذكور	دعم الشخص المميز
		6.33	14.34	67	إناث	
غير دالة	0.05-	14.4	40.93	54	ذكور	الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي
		15.25	41.07	67	إناث	

يظهر لنا من خلال الجدول رقم (19) أن قيمة اختبار "ت" في كل من أبعاد الدعم الاجتماعي

(دعم الأسرة و الأصدقاء و دعم الشخص المميز) و الدرجة الكلية غير دالة احصائيا مما يشير إلى عدم

وجود فروق دالة احصائيا في الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الجنس.

مناقشة الفرضية الثالثة:

دللت النتائج المتحصل عليها في الفرضية الأولى بعد حساب اختبار "ت" لعينتين مستقلتين عدم

وجود فروق بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في الدعم الاجتماعي المدرك من طرف الأصدقاء و الأسرة

و الشخص المميز و الدرجة الكلية حيث جاءت نتائج اختبار "ت" غير دالة احصائيا و هي نفس النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات الأخرى مثل دراسة رياش السعيد و بعوني نجاه (2016) وكذلك دراسة سنيورة سيرين أحمد سعيد (2015) و دراسة ياسرة محمد (2019) ، و قد أسفرت كذلك نتائجها على عدم وجود فروق بين أفراد العينة تعود للجنس، وقد يعود عدم وجود فروق بين الجنسين في إدراك الدعم الاجتماعي إلى طبيعة العينة و هي مرضى سرطان الدم و الهالة الاجتماعية التي يتصف بها هذا المرض. فالأفراد الذين يعانون من مرض السرطان يتلقون مساندة اجتماعية كبيرة و تعاطف من كل من الأسرة و الأصدقاء و الجمعيات الخيرية غيرها و ذلك بغض النظر عن جنس المريض لما يحمله المرض من تداعيات على المستوى الاقتصادي و النفسي و الاجتماعي و ذلك خصوصا في بيئاتنا العربية الاسلامية التي تتميز بنوع من التعاون و التكافل الاجتماعي و العلاقات الاجتماعية و الأسرية المترابطة نوعا ما مما لم يسفر عن وجود فروق بين الجنسين في تلقي الدعم الاجتماعي و إدراكهم له و هي نفس النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.

عرض و مناقشة الفرضية الرابعة:

الفرضية الرابعة: و التي تنص على عدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية.

و لاختبار الفرضية السابقة تم حساب اختبار كروسكال- واليس Kruskal-Wallis لحساب الفروق بين فئات أفراد العينة ذوي الحالات الاجتماعية المختلفة في المساندة الاجتماعية و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

جدول (20) : يوضح نتائج اختبار كروسكال - واليس لحساب الفروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم

والتي تعزى لمتغير الوضعية الاجتماعية

الأبعاد	عدد العينة	درجة الحرية	اختبار كروسكال- واليس	الدالة
دعم الأسرة	121	3	8.696	دال احصائيا
دعم الأصدقاء		3	11.457	دال احصائيا
دعم الشخص المميز		3	11.595	دال احصائيا
الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي		3	15.994	دال احصائيا

من خلال الاطلاع على نتائج الجدول رقم (20) يتضح أن قيمة اختبار كروسكال- واليس المتحصل عليها كانت كلها دالة احصائيا و مما يدل على وجود فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للحالة الاجتماعية، و للكشف عن الفروق بين عينات الدراسة و اتجاهها قمنا بحساب اختبار مان- ويتي للمقارنات البعدية و النتائج المتحصل عليها موضحة في الجداول التالية:

جدول (21) : يوضح نتائج اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة

الاجتماعية (دعم الأسرة) التي تعزي إلى الحالة الاجتماعية.

الدالة الاحصائية	اختبار مان- ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد العينة	العينة	البعد
غير دال احصائيا	899.5	1364.5	45.48	30	أعزب	دعم الأسرة
		3486.5	51.27	68	متزوج	
غير دال احصائيا	82.5	622.5	20.75	30	أعزب	
		118.5	14.81	8	مطلق	
غير دال احصائيا	175.5	739.5	24.65	30	أعزب	
		295.5	19.70	15	أرمل	
دال احصائيا	150.5	2739.5	40.29	68	متزوج	
		186.5	23.31	8	مطلق	
دال احصائيا	324.5	3041.5	44.73	68	متزوج	
		444.5	29.63	15	أرمل	
غير دال احصائيا	54.5	90.5	11.31	8	مطلق	
		185.5	12.37	15	أرمل	

من نتائج اختبار مان - ويتي الموضحة في الجدول السابق يتضح وجود فروق بين أفراد العينة المتزوجين و المطلقين و ذلك لصالح المتزوجين و المتزوجين و الأرامل و كانت لصالح المتزوجين كذلك في دعم الأسرة و لم توجد دالة احصائية بين باقي العينات.

جدول (22) : يوضح نتائج اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة

الاجتماعية (دعم الأصدقاء) التي تعزي إلى الحالة الاجتماعية.

البعد	العينة	عدد العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان-ويتني	الدلالة الاحصائية
دعم الأصدقاء	أعزب	30	43.87	1316	851	غير دال احصائيا
	متزوج	68	51.99	3535		
	أعزب	30	21.43	643	62	دال احصائيا
	مطلق	8	12.25	98		
	أعزب	30	24.67	740	175	غير دال احصائيا
	أرمل	15	19.67	295		
	متزوج	68	40.73	2769.5	120.5	دال احصائيا
	مطلق	8	19.56	156.5		
	متزوج	68	44.86	3050.5	315.5	دال احصائيا
	أرمل	15	29.03	435.5		
	مطلق	8	10.13	81	45	غير دال احصائيا
	أرمل	15	13	195		

من نتائج الجدول السابق و بعد تطبيق اختبار مان - ويتني للمقارنات البعدية تم التوصل إلى وجود فروق بين أفراد العينة من العزاب و المطلقين وكانت لصالح العزاب ووجود فروق بين المتزوجين و المطلقين و كذلك بين المتزوجين و الأرامل وكانت لصالح المتزوجين من مرضى سرطان الدم في دعم الأصدقاء، أما باقي عينات الدراسة فلا توجد فروق دالة احصائيا.

جدول (23) : يوضح نتائج اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة

الاجتماعية (دعم الشخص المميز) التي تعزي إلى الحالة الاجتماعية.

الدالة الاحصائية	اختبار مان- ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد العينة	العينة	البعد
غير دال احصائيا	905.5	1370.5	45.68	30	أعزب	دعم الشخص المميز
		3480.5	51.18	68	متزوج	
غير دال احصائيا	68.5	636.5	21.22	30	أعزب	
		104.5	13.06	8	مطلق	
غير دال احصائيا	146	76.9	25.63	30	أعزب	
		266	17.73	15	أرمل	
دال احصائيا	133.5	2756.5	40.54	68	متزوج	
		169.5	21.19	8	مطلق	
دال احصائيا	297	3069	45.13	68	متزوج	
		417	27.80	15	أرمل	
غير دال احصائيا	60	96	12	8	مطلق	
		180	12	15	أرمل	

من النتائج المتحصل عليها لاختبار مان - ويتني في الجدول السابق تم التوصل إلى وجود فروق في العينة بين المتزوجين و المطلقين ووجود فروق بين المتزوجين و الأراامل من عينة الدراسة و ذلك لصالح المتزوجين في ادراك دعم الشخص المميز، و عدم وجود فروق دالة احصائيا بين العينات الأخرى.

جدول (24) : يوضح نتائج اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في المساندة

الاجتماعية (الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي) التي تعزى إلى الحالة الاجتماعية.

البعد	العينة	عدد العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان-ويتني	الدالة الاحصائية
الدعم الكلي	أعزب	30	42.32	1269.5	804.5	غير دال
	متزوج	68	52.67	3581.5		احصائيا
	أعزب	30	21.17	635	70	غير دال
	مطلق	8	13.25	106		احصائيا
	أعزب	30	25.25	757.5	157.5	غير دال
	أرمل	15	18.5	277.5		احصائيا
	متزوج	68	41.18	2800	90	دال
	مطلق	8	15.75	126		احصائيا
	متزوج	68	45.54	3097	269	دال
	أرمل	15	25.93	389		احصائيا
	مطلق	8	11.06	88.5	52.5	غير دال
	أرمل	15	12.5	187.5		احصائيا

من النتائج المتحصل عليها من تطبيق اختبار مان- ويتني تم التوصل إلى وجود فروق في الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية بين المتزوجين و المطلقين و بين المتزوجين و الأرامل من أفراد عينة الدراسة و ذلك لصالح المتزوجين، و عدم وجود فروق دالة احصائيا بين العينات الأخرى.

مناقشة الفرضية الرابعة:

يتبين من الجداول السابقة و من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق اختبار كروسكال- واليس واختبار مان- ويتني للمقارنات البعدية توصلنا إلى وجود فروق دالة احصائيا بين مرضى سرطان الدم من ذوي الحالة الاجتماعية المختلفة في جميع أبعاد المساعدة الاجتماعية (دعم الأسرة، الأصدقاء، الشخص المميز، الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي) وكانت الفروق دالة احصائيا بين كل من المتزوجين و المطلقين لصالح المتزوجين و بين المتزوجين و الأرامل وكانت كذلك لصالح المتزوجين في كل أبعاد الدعم الاجتماعي (الأسرة، الأصدقاء، الشخص المميز، و الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي)، بالإضافة كذلك إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين العزاب و المطلقين و كانت لصالح العزاب و ذلك في دعم الأصدقاء و عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين باقي العينات الأخرى، و هي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة كل أميرة أحمد عبد صلاح (2019) حيث كانت النتائج تعبر عن وجود فروق بين مريضات السرطان من ذوي الحالة الاجتماعية و ذلك لصالح فئة المتزوجات عن العازبات. و كذلك دراسة سبيرين أحمد سعيد (2015). و كذلك دراسة أريج خالد عبد الخالق السلمي (2020) ودراسة Havva T et al, (2013) و كذلك دراسة دراسة أوزتونك وآخرون (Oztunc, et al., 2013)، حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات المساعدة الاجتماعية للمرضى تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح

المتزوجين لدى مرضى السرطان. و قد ترجع هذه الفروق إلى استفادة المتزوجين من توفر الدعم بمختلف أشكاله و خصوصا من الزوج و الأولاد بصفة عامة و معاناة العينة من المطلقين و الأرامل من غياب الشريك و هو مصدر دعم أساسي في الحياة و خصوصا ما يتميز به غيابه في خلق فراغ و انخفاض الدعم والعون الأساسي مما يزيد من حجم المسؤوليات المفروضة والمتطلبات الحياتية و التوقعات سواء الأسرية أو في العمل ما يخلق التعب و الارهاق و انخفاض جودة الحياة و زيادة الضغط و ذلك خصوصا بعد المرض، فمرض السرطان عامة و سرطان الدم بصفة خاصة له آثار كثيرة و شديدة على مختلف الجوانب الهامة في حياة الفرد و يخلق مجموعة من الأزمات النفسية و الصراعات و يلعب وجود الدعم الاجتماعي فيه دورا كبيرا في تقبل المرض و مواجهته و تخفيف أعبائه و تحسين جودة الحياة و إدارة تداعياته، و نفس الشيء بالنسبة لأفراد العينة من العزاب و المطلقين حيث أسفرت النتائج عن وجود فروق بينهما لصالح العزاب في بعد دعم الأصدقاء و قد يعود ذلك الأفراد العزاب يحافظون على نمط العلاقات مع الأصدقاء أكثر من المطلقين في مجتمعنا وما يعكسه الطلاق في المجتمعات المحلية من تداعيات و ضغوط نفسية واجتماعية على الشخص، وهو عكس ما توصلت إليه دراسات كل من رامي عبد الله طشطوش (2015) و كذلك دراسة نبيلة باوية و نادية مصطفى الزقاي يوب (2013) ، و كذلك دراسة الزهراني ،عبدالله (2017) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا و قد ترجع هذه الاختلافات في النتائج إلى العينة المدروسة و التي تناولت مرضى سرطان الثدي، و وسائل القياس.

عرض و مناقشة الفرضية الخامسة:

الفرضية الخامسة: و التي تنص على عدم وجود ارتباط بين الصلابة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.

و لاختبار الفرضية السابقة تم حساب معامل الارتباط الثنائي الاصيل لحساب وجود ارتباط بين الصلابة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم، و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

جدول (25): يوضح نتائج معامل الارتباط الثنائي الاصيل للبحث عن وجود ارتباطات بين الصلابة النفسية و إدارة الألم.

الارتباط	معامل الارتباط الاصيل	إدارة الألم
دال	0.326	الأدوية
دال	0.021	الكمادات
دال	0.139	العلاج النفسي
دال	0.231	الاسترخاء
دال	0.192	العلاج الطبيعي
دال	0.39	التدليك
دال	0.433	الالهاء

يتضح من خلال الجدول (25) و الذي يتضمن نتائج معامل الارتباط الثنائي الاصيل لحساب

الارتباط بين الصلابة النفسية و إدارة الألم وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من الصلابة النفسية و إدارة الألم.

مناقشة الفرضية الخامسة:

انطلاقاً من نتائج معامل الارتباط الثنائي الاصيل و الموضحة في الجدول السابق لحساب الارتباط بين الصلابة النفسية و استراتيجيات إدارة الألم توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية دالة. وقد ترجع هذه النتائج إلى كون الصلابة النفسية كما هو معروف في الجانب النظري تؤثر على الجوانب المعرفية و الانفعالية و السلوكية للشخص و تساهم في إدراك الاحداث الضاغطة ومواجهتها بفعالية و القدرة على التكيف مع الأحداث و الضغوط و التحديات الحياتية و خصوصاً بالنسبة للأمراض المزمنة و مرض السرطان بصفة خاصة و ما يتميز به من آثار على جوانب الحياة النفسية و الجسدية و الاجتماعية و جودة الحياة و ما يخلقه من آلام، و حسب (Henderson & Donatelle، 2003) لقد ثبت أن مصدر الضبط الداخلي ، أو الاعتقاد بأن المرء له تأثير على سبب و / أو مسار السرطان ، مرتبط بزيادة استخدام الطب التكميلي بين مرضى سرطان الثدي (Boyer, Baharia,2008,p159) و تساهم الصلابة النفسية في مقدرة المريض على مواجهة تحديات الألم و التكيف معه و اختيار أساليب واستراتيجيات مواجهته و اتباع استراتيجيات معينة في التكيف مع الألم و التخفيف منه و التعايش معه و بالنسبة لمرض السرطان فيتم كذلك بتوصيات من مسؤولي الرعاية الصحية و المتابعين لحالة المريض و الذي قد يساهم في اختيارات المريض لعلاجات الألم.

عرض و مناقشة الفرضية السادسة:

- الفرضية السادسة : و التي تنص على عدم وجود فروق بين مستويات الصلابة النفسية (منخفضة - متوسطة - مرتفعة) في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم.
- و لاختبار الفرضية التالية تم حساب معامل كا تربيع بين مستويات الصلابة النفسية (منخفضة - متوسطة - مرتفعة) و استراتيجيات ادارة الألم

جدول (26): يوضح نتائج اختبار كا تربيع لحساب الفروق بين مستويات الصلابة النفسية (منخفضين - المتوسطين - المرتفعين) و استراتيجيات إدارة الألم

إدارة الألم	مستويات الصلابة النفسية	معامل كا تربيع	مستوى الدلالة
الأدوية	المرتفعين في الصلابة النفسية	10.959	دال إحصائيا
	المتوسطين في الصلابة النفسية		
	المنخفضين في الصلابة النفسية		
الكمامات الباردة والساخنة	المرتفعين في الصلابة النفسية	0.138	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في الصلابة النفسية		
	المنخفضين في الصلابة النفسية		
العلاج النفسي	المرتفعين في الصلابة النفسية	2.135	غير دال إحصائيا
	المتوسطين في الصلابة النفسية		
	المنخفضين في الصلابة النفسية		
الاسترخاء	المرتفعين في الصلابة النفسية	7.132	دال إحصائيا
	المتوسطين في الصلابة النفسية		
	المنخفضين في الصلابة النفسية		
العلاج الطبيعي	المرتفعين في الصلابة النفسية	8.919	دال إحصائيا
	المتوسطين في الصلابة النفسية		
	المنخفضين في الصلابة النفسية		
التدليك	المرتفعين في الصلابة النفسية	18.68	دال إحصائيا
	المتوسطين في الصلابة النفسية		
	المنخفضين في الصلابة النفسية		
الالهاء	المرتفعين في الصلابة النفسية	23.98	دال إحصائيا
	المنخفضين في الصلابة النفسية		
	المنخفضين في الصلابة النفسية		

يتضح من الجدول رقم (26) و الذي يتضمن نتائج اختبار كا تربيع لحساب الفروق بين مستويات الصلابة النفسية (منخفضين- المتوسطين- المرتفعين) و استراتيجيات إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم ومن خلال النتائج توصلنا إلى وجود فروق دالة احصائيا بين كل من مستويات الصلابة النفسية و استخدام الأدوية والاسترخاء و العلاج الطبيعي و التدليك و الالهاء و عدم وجود فروق دالة احصائيا في استخدام الكمادات الباردة و الساخنة و العلاج النفسي.

مناقشة الفرضية السادسة:

انطلاقا من الجدول رقم (26) و المتضمن نتائج اختبار كا تربيع بين مستويات الصلابة النفسية (منخفضة - متوسطة- مرتفعة) و استراتيجيات ادارة الألم توصلنا إلى وجود فروق دالة احصائيا بين كل مستويات الصلابة النفسية و استراتيجيات ادارة الألم المتمثلة في استخدام الأدوية والاسترخاء و العلاج الطبيعي و التدليك و الالهاء و عدم وجود فروق دالة بين مستويات الصلابة النفسية في الاستراتيجيات الأخرى مثل استخدام الكمادات الباردة و الساخنة و استخدام العلاج النفسي لإدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم و قد ترجع هذه النتائج إلى كون الصلابة النفسية عامل مهم في مواجهة وتحدي المشكلات و ذلك خصوصا في حالة مرض مزمن مثل مرض السرطان فالأفراد الذين يتمتعون بصلابة عالية يتسمون باستخدام مواجهة فعالة أمام التحديات و الضغوط النفسية و اللجوء إلى اتباع السلوكيات الصحية و تبني أساليب نشطة في مواجهة تداعيات المرض آلامه و خصوصا اللجوء إلى تحدي الألم الناتج عن المرض والاحساس بالتحكم و الضبط في الظروف المحيطة و المتغيرات و الالتزام بعلاجاته مقارنة بالذين يتمتعون بصلابة نفسية منخفضة و الذي يدفع أصحاب الصلابة العالية إلى تبني استراتيجيات نشطة لمواجهة و تحدي الألم و

عدم الاستسلام و الحزن و الاكتئاب و ذلك ما قد يخلق فروقا بين مستويات الصلابة النفسية في مواجهة آلام السرطان و التكيف مع الألم و التعايش معه و خصوصا تلك المنتشرة في بلادنا مثل استخدام الأدوية والاسترخاء و العلاج الطبيعي و التدليك و الالهاء، و حسب كويازا أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر صمودا و مقاومة وانجازا و ضبطا داخليا و قيادة واقتدارا و مبادأة و نشاطا وواقعية. (مخير، 2020، ص6)

عرض و مناقشة الفرضية السابعة:

الفرضية السابعة: و التي تنص على عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في الصلابة النفسية.

و لاختبار الفرضية السابقة تم حساب اختبار "ت" لعينتين مستقلتين بين الجنسين من أفراد العينة في الصلابة النفسية، و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

جدول (27): يوضح نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لحساب الفروق بين الجنسين من أفراد العينة في الصلابة

النفسية.

الصلابة النفسية	العدد		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	الدلالة الاحصائية
الالتزام	ذكور	54	29.7	6.263	0.316	غير دال احصائيا
	إناث	67	29.34	6.224		
التحكم	ذكور	57	28.41	6.1	0.17	غير دال احصائيا
	إناث	67	28.07	12.7		
التحدي	ذكور	54	28.74	7.97	2.38	دال احصائيا
	إناث	67	25.37	7.5		

من خلال نتائج الجدول السابق تتضح ان قيمة اختبار "ت" المتحصل عليها غير دالة احصائيا عند كل من الالتزام و التحكم و وكانت النتائج دالة احصائيا عند بعد التحدي مما يدل على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في كل من بعد الالتزام و التحكم ووجود فروق دالة احصائيا بين الجنسين من مرضى السرطان في بعد التحدي.

مناقشة الفرضية السابعة:

من النتائج المتحصل عليها بعد حساب اختبار ت لعينتين مستقلتين عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في الصلابة النفسية في بعدي الالتزام و التحكم ووجود فروق دالة احصائيا بين الجنسين في بعد التحدي و بالمثل توصلت دراسة ريم سالم علي الكريديس (2021) حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى عينة من المسنين مرضى السرطان إلى وجود فروق في الصلابة النفسية بين الجنسين لصالح الذكور. وقد ترجع هذه النتائج إلى طبيعة البيئة الاجتماعية و الثقافية التي تمت فيها الدراسة و كذلك التنشئة الاجتماعية السائدة في البلدان العربية و التي تعزز التحدي عند الذكور و التغلب و مواجهة المشاكل و الظروف الضاغطة و مواجهتها و كذلك الالتزام و الوصول الى الاهداف و القيام بالأدوار و تحمل المسؤوليات رغم الظروف الضاغطة و هذا ما خلق فروق بين أفراد العينة في بعد التحدي لصالح الذكور.

عرض و مناقشة الفرضية الثامنة:

الفرضية الثامنة: و التي تنص على عدم وجود فروق بين مرضى سرطان الدم ذوي الحالة الاجتماعية المختلفة في الصلابة النفسية.

و لاختبار الفرضية السابقة تم حساب اختبار كروسكال- واليس Kruskal-Wallis لحساب الفروق بين بين مرضى سرطان الدم ذوي الحالة الاجتماعية المختلفة في الصلابة النفسية، و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

جدول (28): يوضح نتائج اختبار كروسكال- واليس Kruskal-Wallis لحساب الفروق بين أفراد العينة ذوي الحالات

الاجتماعية المختلفة في الصلابة النفسية

الأبعاد	عدد العينة	درجة الحرية	اختبار كروسكال- واليس	الدلالة
الالتزام	121	3	6.870	غير دال احصائيا
التحكم		3	8.341	دال احصائيا
التحدي		3	10.19	دال احصائيا
الدرجة الكلية للصلابة النفسية		3	10.38	دال احصائيا

من خلال الاطلاع على نتائج الجدول (28) تظهر قيمة اختبار كروسكال- واليس غير دالة

احصائيا في بعد الالتزام ودالة احصائيا عند كل من التحكم و التحدي و الدرجة الكلية للصلابة النفسية

وبالتالي نقبل بوجود فروق ذات دلالة احصائية في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للحالة

الاجتماعية في كل من بعدي التحكم و التحدي و لا توجد فروق دالة احصائيا في بعد الالتزام و لمعرفة اتجاه

الفروق بين عينات الدراسة قمنا بحساب اختبار مان-وتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية و كانت

النتائج المتحصل عليها موضحة في الجداول التالية:

جدول (29) : يوضح نتائج اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في الصلابة

النفسية (بعد التحكم) التي تعزي إلى الحالة الاجتماعية.

البعد	العينة	عدد العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان-ويتني	الدلالة الاحصائية
التحكم	أعزب	30	38.47	1154	689	دال احصائيا
	متزوج	68	54.37	3697		
	أعزب	30	19.75	592.5	112.5	غير دال احصائيا
	مطلق	8	18.56	148.5		
	أعزب	30	22.33	670	205	غير دال احصائيا
	أرمل	15	24.33	365		
	متزوج	68	40.09	2726	164	غير دال احصائيا
	مطلق	8	25	200		
	متزوج	68	43.26	2942	424	غير دال احصائيا
	أرمل	15	36.27	544		
	مطلق	8	10.44	83.5	47.5	غير دال احصائيا
	أرمل	15	12.83	192.5		

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد حساب اختبار مان- ويتني وجدت فروق بين عينات الدراسة في الصلابة النفسية و ذلك بين العزاب و المتزوجين في بعد التحكم وكانت لصالح المتزوجين.

جدول (30) : يوضح نتائج اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في الصلابة

النفسية (بعد التحدي) التي تعزي إلى الحالة الاجتماعية.

الدالة الاحصائية	اختبار مان-ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد العينة	العينة	البعد
غير دال احصائيا	807	1272	42.4	30	أعزب	التحدي
		3579	52.63	68	متزوج	
غير دال احصائيا	103	602	20.07	30	أعزب	
		139	17.38	8	مطلق	
غير دال احصائيا	179.5	735.5	24.52	30	أعزب	
		299.5	19.97	15	أرمل	
غير دال احصائيا	158.5	2731.5	40.17	68	متزوج	
		194.5	24.31	8	مطلق	
دال احصائيا	280	3086	45.38	68	متزوج	
		400	26.67	15	أرمل	
غير دال احصائيا	58	98	12.25	8	مطلق	
		178	11.87	15	أرمل	

من خلال تطبيق اختبار مان- ويتي توصلت النتائج إلى وجود فروق بين المتزوجين و الأراامل من

عينة الدراسة من مرضى سرطان الدم في بعد التحدي لصالح المتزوجين.

جدول (31) : يوضح نتائج اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للمقارنات البعدية للكشف عن الفروق في الصلابة

النفسية (الدرجة الكلية) التي تعزي إلى الحالة الاجتماعية.

الدالة الاحصائية	اختبار مان-ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد العينة	العينة	البعد
دال	729.5	1194.5	39.82	30	أعزب	الدرجة الكلية في الصلابة النفسية
احصائيا		3656.5	53.77	68	متزوج	
غير دال	100.5	604.5	20.15	30	أعزب	
احصائيا		136.5	17.06	8	مطلق	
غير دال	207	708	23.06	30	أعزب	
احصائيا		327	21.80	15	أرمل	
دال	141	2749	40.43	68	متزوج	
احصائيا		177	22.13	8	مطلق	
دال	335	3031	44.57	68	متزوج	
احصائيا		455	30.33	15	أرمل	
غير دال	53.5	89.5	11.19	8	مطلق	
احصائيا		186.5	12.43	15	أرمل	

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول السابق يتضح وجود فروق في عينة الدراسة من العزاب و المتزوجين لصالح المتزوجين وبين المتزوجين و المطلقين و الارامل و ذلك لصالح المتزوجين في الدرجة الكلية من الصلابة النفسية.

مناقشة الفرضية الثامنة:

بالنظر إلى الجداول السابقة و الخاصة باختبار كروسكال - وليس يتضح وجود فروق بين مرضى سرطان الدم ذوي الحالة الاجتماعية المختلفة في الصلابة النفسية و ذلك في بعد التحكم و التحدي و الدرجة الكلية للصلابة النفسية و بعد تطبيق اختبار مان ويتي للمقارنات البعدية أظهرت النتائج وجود فروق بين العزاب و المتزوجين لصالح المتزوجين في بعد التحكم و بين المتزوجين و الأارامل لصالح المتزوجين في بعد التحدي و بين المتزوجين و العزاب و المطلقين و الارامل و ذلك لصالح المتزوجين في الدرجة الكلية من الصلابة النفسية. و هي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسات كل من أميرة أحمد عبد صلاح و دراسة ريم سالم علي الكريديس (2021) و كذلك دراسة فؤاد صبيبة و رزان معلا اسماعيل (2017) و توصلت النتائج في دراساتهم كذلك إلى وجود فروق دالة احصائيا لصالح المتزوجين من أفراد العينات و قد ترجع هذه النتائج إلى كون أفراد العينة من المتزوجين قد تعودوا على تحمل المسؤولية و التحكم في الظروف و يتمتعون بنوع من النضج و التعود على المسؤوليات و التحديات و الضغوطات و كيفية ادارتها مقارنة بالأفراد غير المتزوجين، بالإضافة إلى ذلك فإن توفر الشريك و السند و الدعم الاجتماعي و خصوصا من الزوج يساهم في مواجهة الصعاب و الأزمات و تنمية استراتيجيات نشطة في تحدي ضغوط المرض و الذي يساهم في تنمية سمات الصلابة النفسية. وتذكر كوباسا و بوكستي نقلا عن دراسة أنتونوفسكي 197 أن هناك عددا من

المتغيرات تعمل كحاجز واق ، أو تخفف أو تعدل من الأثر المؤذي للضغوط، منها: قوة البنية الجسمية المتمثل في نظام المناعة ذي الأداء الوظيفي الجيد، وتاريخ العائلة الصحي الخالي من الأمراض الوراثية، والدعم الاجتماعي؛ كأن يكون الفرد متزوجا بدلا من أن يكون أعزب، والمستوى الاقتصادي المرتفع، وغياب السلوك المرتبط بنمط السلوك . أ - ، ومن بين هذه المتغيرات الصلابة النفسية. (معمرية، 2019، ص50)

مناقشة عامة:

من خلال النتائج التي تم الوصول إليها باستخدام الأساليب الاحصائية السابقة الذكر لدراسة الفروق و الارتباطات بين عينات و متغيرات الدراسة يمكن تلخيص أهم ما ورد في نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، و هنا نعرف أن مرضى السرطان بصفة عامة يأخذون حيزا من الاهتمام و التعاطف و الدعم من طرف جميع المحيطين بالمرضى سواء من العائلة أو الأصدقاء أو مسؤولي الرعاية الصحية و الجمعيات الخيرية و التي تنشط في مجال مساعدة المرضى وتوفير احتياجاتهم و بأنواعها سواء مساندة معلوماتية أو مادية أو انفعالية و غيرها و بغض النظر عن خصائصهم الاجتماعية و ذلك خصوصا في البيئات العربية الاسلامية التي تتمتع ببعض الخصائص مثل التكافل و التعاون و توفر نوع من التماسك الأسري و الدعم، وتوصلت الدراسة كذلك إلى وجود فروق دالة احصائيا في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للحالة الاجتماعية و ذلك لصالح المتزوجين من أفراد العينة عن باقي العينات، بحيث يتميز الأشخاص المتزوجون بتوفر الدعم من الزوج و الشريك و الأولاد عن باقي العينات و الذين يمثلون السند و المساعدة نوعا ما وقت الحاجة و خصوصا أن مرضى السرطان في حاجة ضرورية إلى الدعم و ذلك من بداية اكتشاف المرض و صدمة

الاعلان و تطور الأعراض و زيادة الألم و بداية مسار العلاج حيث يخلق السرطان و علاجاته نوعا من التبعية و الحاجة الماسة إلى أفراد الأسرة و الأصدقاء، و كذلك من نتائج الدراسة وجود فروق دالة احصائيا في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للجنس و ذلك في بعد التحدي، و في الوضعية الاجتماعية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية و بعد التحكم و التحدي و ذلك لصالح المتزوجين من أفراد عينة الدراسة. و قد ترجع هذه النتائج إلى البيئة الاجتماعية و الثقافية حيث تؤثر التنشئة الاجتماعية و الثقافية التي يتلقاها الشخص من بيئة اجتماعية اسرية و معتقدات و توقعات و أسلوب التربية و غيرها في طبيعة السمات التي يتميز بها فمثلا في البيئات العربية يشجع الذكور على أسلوب معين في مواجهة الضغوط و الصراعات عنه عند النساء، وقد توصلت دراسة كل من هولاهان و موس ، على عينة مكونة من 267 من الذكور وإناث، بلغ متوسط أعمار الرجال 44 سنة، ومتوسط عمر النساء 42 سنة. فبينت النتائج أن البيئة الأسرية، التي تتسم بالدفء والحب، تجعل الفرد أكثر صلابة وفاعلية، وقدرة على المواجهة، وأقل اكتئابا. كما بينت وجود فروق بين الذكور والإناث في متغيرات الشخصية، والمساندة الاجتماعية، حيث كان الرجال أكثر ثقة بالنفس، وأكثر صلابة من النساء. في حين كانت النساء أكثر سعيا إلى المساندة الاجتماعية في مواجهة الضغوط (معمرية، 2019، ص54) و تعتبر كل من الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية من المتغيرات الوقائية التي تساهم في الاستجابة للضغوط و الحماية من الاصابة بالأمراض و التعامل بفعالية مع الصدمات و التحديات و الصعوبات اليومية لحل المشاكل وهما تساعدان في استمرار الحفاظ على السلامة النفسية و الجسدية رغم الأزمات و الضغوط و التحديات.

و بالنسبة إلى متغير ادارة الألم فقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي و استراتيجيات إدارة الألم، و عدم وجود فروق بين مستويات الدعم الاجتماعي (منخفض- متوسط- مرتفع) في إدارة الألم. و كذلك توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية و استراتيجيات إدارة الألم. و من نتائج الدراسة كذلك وجود فروق في مستويات الصلابة النفسية (منخفضة - متوسطة - مرتفعة) و استراتيجيات إدارة الألم المتمثلة في استخدام الأدوية و الاسترخاء و العلاج الطبيعي و التدليك و الالهاء. فمتغير إدارة الألم هو من المتغيرات التي تتأثر بمجموعة من العوامل منها خارجية و بيئية مجتمعية كالدعم الاجتماعي و قد وجدنا ارتباط بينهما أو داخلية كالصلابة النفسية و التي توصلنا إلى وجود تأثير للصلابة على إدارة الألم و اختيار الاستراتيجيات يختلف باختلاف مستويات الصلابة النفسية، فالألم و إدارة الألم وخصوصا عند مرضى السرطان يتأثر بمجموعة من العوامل البيئية الاجتماعية كالمساندة الاجتماعية و الثقافية و المجتمعية كالمعتقدات و التوقعات و المتغيرات الشخصية كالصلابة النفسية و الفعالية الذاتية و مصدر ضبط الألم و غيرها و حسب النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي أن تجربة الألم يتم تحديدها من خلال التفاعل بين العوامل البيولوجية و النفسية (التي تشمل الإدراك و العاطفة والسلوك) و العوامل الاجتماعية (التي تشمل السياقات الاجتماعية و الثقافية التي تؤثر على ادراك الشخص واستجابته إلى العلامات و الأعراض الجسدية)، فإن النهج البيولوجي النفسي الاجتماعي يفترض منظور أوسع و متعدد الأبعاد و معقد للألم. (Hadjistavropoulos, Craig,2004,p42) . وتؤكد جميع الدراسات أن الألم ظاهرة معقدة وأن مساعدة الأشخاص المصابين بالسرطان يحتاج إلى أكثر بكثير من وصف الأدوية الماهرة. سيأخذ التحكم الجيد في الألم في الاعتبار مجتمع وثقافة المريض، سيسعى إلى فهم العمليات النفسية للفرد في

التعامل مع الإجهاد، وسيوفر اتصالاً ودعمًا ممتازين عند الاقتضاء للمريض والأسرة. من المهم أن نتذكر أنه مع تدخلات الألم والأعراض المناسبة والدعم الاجتماعي الجيد، فإن بعض المرضى المحتضرين يسجلون مستويات من احترام الذات والرفاهية مماثلة لتلك الخاصة بالسكان الأصحاء. (Sykes & al, 2003, P 49)

خاتمة

يشكل الألم في الأمراض المزمنة و الخبيثة التحدي الأكبر بالنسبة للمريض و عائلته وخصوصا في الأمراض الخبيثة و المستفحلة كالسرطان، و يحتاج المريض إلى التكيف مع مختلف الوضعيات و التغيرات و التحديات التي يفرضها المرض و علاجاته، و من أهمها الألم و من أجل الإدارة الأمثل للألم و أعراضه يجب الالمام بالجوانب المختلفة من عوامل نفسية جسدية اجتماعية معرفية و سلوكية و غيرها فالألم ظاهرة متداخلة تشترك في حدوثها عوامل عدة و تؤثر على سلوكيات المريض و أسلوب مواجهته و اختيار الاستراتيجيات المعينة لإدارته، و قد قمنا في هذه الدراسة بمحاولة دراسة جوانب مختلفة منها ما يتعلق بالبيئة الاجتماعية و مدى مشاركة و تأثير المحيط الاجتماعي في الألم و إدارته كالمساندة الاجتماعية و قد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بينها و بين إدارة الألم، و منها ما يتعلق بطبيعة السمات التي يتحلى بها الشخص كالصلابة النفسية و ما تتميز به من اتسام الشخص بالتحدي و الالتزام والتحكم في مواجهة ضغوط الحياة و نواتجها و المحافظة على الصحة في ظلها، و من النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية و مختلف استراتيجيات إدارة الألم عند العينة المدروسة. و ما يزال المجال مفتوحا خصوصا في دراسة المتغيرات التي من الممكن أن يختلف تأثيرها في الألم و إدارته و خصوصا عند مرضى السرطان بصفة عامة و التي من الممكن استغلالها و تميمتها في برامج علاجية لهاته الفئة في محاولة لمواجهة و التكيف مع ألم السرطان و تخفيض تأثيراته على المريض و عائلته و تحسين جودة حياته. و لذلك نقترح:

- ضرورة دراسة بعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية و التي قد تساهم في تجربة الألم و قد يكون لها دور هام إلى جانب الجوانب البيولوجية في استجابة المريض للألم و إدارته و تكيفه معه.
- ضرورة دراسة و الانتباه إلى تقييم المريض من الأبعاد المختلفة مثل الجوانب النفسية و الاجتماعية و المعرفية و السلوكية و دراسة بعض المتغيرات النفسية التي لها علاقة به بالإضافة إلى الجوانب الطبية الجسدية و خصوصا في البيئة المحلية لتحقيق التكفل الأمثل بالمريض و نجاح إدارة ألمه بشكل أفضل و التخفيف من معاناته و تحسين جودة حياته.
- ضرورة تنمية و ادراج برامج إدارة الألم متعددة التخصصات في الرعاية الصحية و التي تساعد المرضى بشكل أفضل في مواجهة الألم و التقليل من المعاناة و التخفيف من العبء الموجود على مسؤولي الرعاية الصحية.
- ضرورة تنمية و ادراج برامج تدريب المحيطين و المسؤولين على المرضى لإدارة ضغوط المرض و آثاره على العائلة و فهم المريض و احتياجاته لتقديم المساندة المثلى التي يحتاجها.
- إجراء دراسات على فئات أخرى من مرضى السرطان و متغيرات نفسية أخرى التي تؤثر على إدارة الألم لدى هذه العينات و تساهم في فهم و بناء و تحسين برامج إدارة الألم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- ابتسام، محمد الحبيشي. (2020). الدعم الاجتماعي الأسري لدى مريضات السرطان، (دراسة وصفية تحليلية على عينة من مريضات السرطان). مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية. (22). ص 707-732.
- أريج، خالد عبد الخالق السلمي. أحمد، علي الحميضي. (2021). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكنتاب لدى مريضات سرطان الثدي في جدة. المجلة العربية للنشر العلمي. (35). ص 404-435.
- أشتية، عماد عبد اللطيف. (2018). تأثير المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان. مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الانسانية و الاجتماعية. (46). ص 103-122.
- البيرقدار، تنهيد عادل فاضل. (2011). الضغط النفسي و علاقته بالصلابة النفسية لدى طلبة كلية التربية. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية. 11(1). ص 28-56.
- الجبر، فاطمة. (2011). الألم و المصفوفة العصبية. <https://ptideas.org/2020/03/15/neuromatrix/>
- الرجبي، يوسف بن سيف و الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. (2017). الصلابة النفسية لدى معلمي مرحلة التعليم ما بعد الأساسي بمحافظة جنوب الباطنة و علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة الدراسات التربوية و النفسية. 16(1). ص 58-75.
- الحكاك، وجدان و جعفر، جواد عبد المهدي. (2015). أسلوب مواجهة غير المتزوجة للضغوطات النفسية اليومية و علاقته بالصلابة النفسية. مجلة الأستاذ. 2(214). ص 1-26.
- الدفاعي، حامد حمزة و الفتلاوي، محمود شاكرا. (دت). الصلابة النفسية و علاقتها بالمقبولية لدى طلبة جامعة الكربلاء.
- الزروق، فاطمة الزهراء. (2015). علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته و المفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

قائمة المراجع

- العاسمي، رياض نايل. (2016). **علم نفس الصحة الاكلينيكي**. جزء1. عمان: دار الاعصار العلمي.
- القسبي، فتحية العربي.(2014). مدى تمتع الشباب الجامعي بالصلابة النفسية في مواجهة بعض الضغوط الحياتية المعاصرة. **مجلة الجامعة**. 4(6). ص 141-166.
- المصري، أنس رمضان. (2020). الضغوط و علاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي. **المجلة العربية للعلوم و نشر الأبحاث**. 4(41). ص157-185.
- المنصوري، أمل عبد الرزاق و البدران، هناء صادق.(2010). مستوى التفاعل الاجتماعي و علاقته بالمساندة الاجتماعية لدى طلبة قسم الارشاد النفسي. **مجلة أبحاث البصرة** . 35(2). ص 100-132.
- النجار، يحي محمود و الطلاع، عبد الرؤوف أحمد.(2012). الصلابة النفسية و علاقتها بالتوافق المهني لدى الأكاديميين العاملين في الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة. **مجلة جامعة الخليل للبحوث**. 7(1). ص1-30.
- أوشيخ، نورة.(2022). **علم نفس الصحة الكتاب البيداغوجي لطلبة ماستر علم النفس**. قسنطينة: دار الهدى.
- بوشدوب، شهرزاد. (2014). المساندة الاجتماعية و أثرها في بعض العوامل الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي، بحث تجريبي على تلاميذ التعليم الثانوي بمنطقة بن عكنون. **مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس**. 1(1). ص 123-187.
- بوميرانتر، أندرو.(2018). **علم النفس الاكلينيكي، العلوم و الممارسة و الثقافة**. (ترجمة تيسير الياس شواش و أحمد إسماعيل هاشم). ط1. عمان: دار الفكر.
- بيترمان، فرانز. (2009). **علم نفس الأطفال الاكلينيكي نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة** (ترجمة سامر جميل رضوان). غزة: دار الكتاب الجامعي.
- تايلور، شيلي. (2008). **علم النفس الصحي**. (ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر طعيمة). عمان: دار حامد.
- تفاحة، جمال السيد. (2009). الصلابة النفسية و الرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين: دراسة مقارنة. **مجلة كلية التربية**. 9(3). ص 269-318.

قائمة المراجع

- جديد، أحلام. (2018). مستوى الصلابة النفسية لدى أستاذ التعليم الثانوي، كتاب التربية و التعليم، المؤتمر الدولي الخامس باسطنبول، تركيا، ص 81-90.
- حسان، منال رضا. (د ت). الصلابة النفسية في علاقتها بقلق المستقبل لدى عينة من معلمات طفل ما قبل المدرسة بمحافظة الغربية دراسة ارتباطية.
- حسانين، أحمد. (د.ت). العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن: المبادئ و الاستراتيجيات. مجلة دراسات نفسية. ص 139-157.
- حنصالي، مريامة. (2013). إدارة الضغوط النفسية و علاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية و التوكيدية) في ضوء الذكاء الانفعالي (أطروحة دكتوراه منشورة)، كلية العلوم الانسانية الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- رياش، السعيد و بعوني، نجاه. (د.ت). المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري. حوليات جامعة الجزائر 1. (30)1. ص 180-195.
- زغير، رشيد حميد و خنشول، حسينة. (2019). الصلابة النفسية و علاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري. مجلة آفاق علمية. (210). ص 727-756.
- زناد، دليلة. (2013). علم النفس الصحي: تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن و علاجه، الهيمودياليز نموذجاً. الجزائر: دار الخلدونية.
- ساندرسون، كاثرين. (2019). علم نفس الصحة، فهم العلاقة بين العقل والجسد. (ترجمة مراد على عيسى وتيسير الياس شواش). ط1. عمان: دار الفكر.
- سلطان، ابتسام محمود محمد. (2009). المساندة الاجتماعية و أحداث الحياة الضاغطة. ط1. عمان: دار صفاء للنشر و التوزيع.
- س. ليندزي، ج. بول. (2000). مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين. (ترجمة صفوت فرج) القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

قائمة المراجع

- سوانسون، دافيد. (2000). **مايوكلينيك حول الألم المزمن**. (مركز التعريب و الترجمة). ط1. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- سوهاد، سميرة بدر. (2014). **الدعم النفسي الاجتماعي و علاقته بكل من الحاجات النفسية و الرضا عن الحياة لدى المسنين** (أطروحة دكتوراه منشورة)، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- شلوتكة، بيتر و كالديار، فرانس و رولر، بيرند. (2016). **التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية**. (ترجمة سامر جميل رضوان). جزء 1. العين: دار الكتاب الجامعي.
- شويخ، هناء أحمد محمد (دت). **علم النفس الصحي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- شويطر، خيرة و الزقاي، نادية يوب مصطفى. (2015). **الصلابة النفسية لدى الأمهات العاملات بقطاع التعليم بوهران، دراسة سيكومترية وصفية**. *مجلة دراسات نفسية و تربوية*. (15). ص 47-66.
- شويطر، خيرة. (2017). **قدرة الأثر التفاعلي لكل من الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية في التنبؤ باستراتيجيات التعامل مع الضغوط لدى الأمهات، دراسة ميدانية على عينة من الأمهات العاملات بالتعليم بوهران**. *مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية*. (30). ص 519-526.
- طشوش، رامي عبد الله. (2015). **الرضا عن الحياة و الدعم الاجتماعي المدرك و العلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي**. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*. 11(4). ص 467-499.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (1999). **علم الأمراض النفسية و العقلية، الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج**. القاهرة: دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.
- عبد الرحمن، مروى محمد شحاتة. (2012). **مقياس ادراك المساندة الاجتماعية للمسنين**. *مجلة دراسات عربية في التربية و علم النفس*. 1(30). ص 143-154.
- عبد الصلاح، أميرة أحمد. (2019). **المساندة الاجتماعية و علاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله و البيرة** (رسالة ماجستير منشورة)، كلية العلوم الانسانية، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.

قائمة المراجع

- عبد العزيز، مفتاح محمد. (2010). مقدمة في علم نفس الصحة، مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات. ط1. عمان: دار وائل.
- عبد الله، محمد قاسم. (2012). علم نفس الصحة. ط1. عمان: دار الفكر.
- عطار، اقبال بنت أحمد. (2016). الذكاء الاجتماعي و علاقته بكل من مفهوم الذات و الصلابة النفسية لدى طالبات الاقتصاد المنزلي بجامعة الملك عبد العزيز. ن28
- عطار، سعيدة. (2016). الصحة النفسية بين التنظير و تطور المفهوم و دور المساندة الاجتماعية. تلمسان: النشر الجامعي الجديد.
- علاء الدين، هلكا عمر. (2016). الصلابة النفسية و علاقتها لكل من تحمل الضيق و الأبعاد الأساسية للشخصية لدى عينة من المراهقين اللبنانيين (أطروحة دكتوراه منشورة)، كلية العلوم الانسانية ، جامعة بيروت العربية، لبنان.
- قجال، سعيدة و عيسو، عقيلة. (2018). الصلابة النفسية و علاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات نفسية و تربوية. 11(1). ص 205-221.
- كفاي، علاء الدين و علاء الدين، جهاد. (2006). موسوعة علم النفس التأهيلي، الأمراض المزمنة. مجلد4. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ليندزاي، س. و بول، ج. (2000). مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين. (ترجمة صفوت فرج). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مخيمر، عماد أحمد محمد. (2002). استبيان الصلابة النفسية" دليل الاستبيان". القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مريم، رجاء محمود. (2016). الصلابة النفسية و علاقتها بجودة الحياة لدى طالبات جامعة الملك سعود. مجلة دراسات عربية في التربية و علم النفس (ASEP). (74). ص355-384.
- معمري، بشير. (2019). تقنين مقياس الصلابة النفسية في المجتمع الجزائري. المجلة العربية لعلم النفس. 4(4). ص 46-66.

قائمة المراجع

- نصر، علا دارب. (2014). الصلابة النفسية. www.arabsynet.com
- نوار، شهرزاد. (2013). دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي و الألم العضوي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية. (13). ص139-162.
- نوار، شهرزاد و زكري، نرجس. (2016). الصلابة النفسية و علاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. مجلة العلوم النفسية و التربوية. 2(2). ص 85-108.
- هوارية، قدور بن عباد. (2013). المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، دراسة ميدانية بقطاع الصحة العمومية بوهان (أطروحة دكتوراه منشورة)، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر.
- هوفمان، إ.س.جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. ط1. القاهرة: دار الفجر.
- يخلف، عثمان. (2001). علم نفس الصحة: الأسس النفسية و السلوكية للصحة. ط1. الدوحة: دار الثقافة.
- يوسف، حدة. (2015). الاستراتيجيات الارشادية لتخفيف الضغوط النفسية و تنمية الصحة النفسية. ط1. عمان: دار أسامة للنشر و التوزيع.
- Abraham, C., Comma, M., Jones, F., O'connor, D. (2016), **Health psychology**. 2é. London: Routledge Taylor & Francis group.
- Adam childhood cancer society. (2016). Pain management. <https://www.adamcs.org/Pain.htm>
- Anderson, K.O., Mendoza, T.R., Payne, R., Valero,V., Palos,G.R., Nazario,A,.. Lynch,G.R. (2004).Pain education for underserved minority cancer patients , a randomized controlled trial. **Journal of clinical oncology**.22(24). p4918-4925.
- Applebaumi, A. J., Stein, E. M., Lord- Bessen, J., Pessin, H., Rosenfel, B., Breitbart, W. (2014). Optimism social support and mental health outcomes in

patients with advanced cancer. **journal of the psychological. social and behavioral dimensions of cancer**. P 77–98.

–Ayers, S., Baum, A., Manus, C.MC., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., West, R. (2007). **Cambridge handbook of psychology, health and medicine**. 2é. New York: Cambridge university press.

– Azarian, A., Asghar, A., Farokh, Z. E. (2016). Relationship between psychological hardiness and emotional control index, a communicative approach, **International journal of medical research and health science**. P 216–221.

– Banyars, P. (2002). **Psychology in practice health**. London: Hodder & Stoughton.

– Bartone, P., Dennis, K. T., Mathews, M.D. (2013). Psychological hardiness predicts adaptability in military leaders, a prospective study. **International journal of selection and assessment**. 2 (2). P 200–210.

– Baum, A., Revenson, T. A, Singer, J. E(2001),**Handbook of health psychology**. London: Lawrence Erlbaum associates publishers.

– Boyer, B.A., Paharia, I. M. (2008). **Comprehensive handbook of clinical health psychology**. New York: John Wiley & Sons.

– Brannon, L., Feist, J., Updegraff, J. A.(2013). **Health psychology, an introduction to behavior and health**. 8é. New York: wadsworth cengage learning.

- Breeden, K., Rowe, N. (2017). A Biopsychosocial approach for addressing chronic pain in everyday occupational therapy practice. **AOTA continuing education article**. 22 (13). P 1-8.
- Broome, A., Liewelyn, S.(1989). **Health psychology processes and applications**. 2é, Chicago: Springer science+ Business.
- Bruera, E. D., Portenoy, R.K. (2010). **Cancer pain assessment and management**. 2é. New York: Cambridge university press.
- Ciaramelle, A., Poli, P.(2001). Assessment of depression among cancer patients, the role of pain cancer type and treatment. **Psycho-Onchology**. P 156-165.
- Cohen, S., Undeswood, L.G., Gottlieb, B.H.(2000). **Social support measurement and intervention, a guide for health and social scientists**, New York : OXFORD university press.
- Curtis, A. J.(2000). **Health psychology**. London: Routledge (Taylor & Francis group).
- Ebert, M. H., Krems, R.D. (2011). **Behavioral and psycho-pharmacologic pain management**. New York : Cambridge university press.
- Filip, R. S., Drozed, M., Prystupa, A. (2013). Assessment of pain types mechanism and treatment. **An Agric environ med**. (1). p1-7.
- Forshaw, M. (2002). **Essential health psychology**. London: Arnold.
- Gisèle, P., Gribson, S. (2015). **Pain emotion and cognition a complex nescus**. Chicago: Springer international publishing.

- Goerling, UTE. (2014). **Psycho-Onchology**. Berlin: Springer- verlag Berlin Heidelberg.
- Hadjistavropoules, T., Craig, K.D. (2004). **Pain psychological perspectives**. London: Lawrence Erlbaum Associates publisher.
- Harald, B. Campbell, W.I. Nicholas, M.K. (2008). **Clinical pain management; practice and procedures**, 2é, London: Hodder Arnold.
- Harrington, R. (2013). **Stress health and well being, triving in the 21 century**. New York: Wadsworth lengage learning.
- Health psychology research focus series. (2009). **Pain control support for people with cancer**. New York : Nova Biomedical Books.
- Helme, R.M., Katz, B. (1993). Management of chronic pain. **The medical journal of Australia**, 3, p86-93.
- Holland, J. C., Golant, M., Greenberg, D.B., Hughes, M.K., Levenson, J.A., Loscalzo, L.M.J, Pirl, W.F.(2010).**Psycho-onchology, a quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management**, 2é, New York: OXFORD university press.
- Hosseini, S. Nasrolahi, B. Aghili, M. (2017). Prediction of Hope of Life Based on Spiritual Well-being and Psychological Hardiness in Women With Breast Cancer. **Archives Breast Cancer** . 4(4). (P 136-140)
- Jansen, M.P. (2008). **Managing pain in the older adult**. Chicago: Springer publishing company.

- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M.(1992). Chronic pain coping measures, the individual. Vs. composite scores. **Elsevier science publishers**. P273-280.
- Joy, G.W. (2007). **Chronic pain**. New York : Informa Healthcare.
- Kaplan, R.M., Criqui, M.H.(2016). **Behavioral epidemiology and disease prevention**. New York: Plenum press.
- Karoly, P., Jensen, M.P. (1987). **Multimethod assessment chronic of chronic pain**. New York: pergamer press.
- Lan, M.D. (2006). **Measuring health, a guide to rating scales and questionnaires**. 3é. New York: OXFORD university press.
- Larue, F., Colleau, S.M., Brasseur, L., Deeland, C.S. (1995). Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. **BMJ**. 310. p1034-1037.
- Leigh, H., Reiser, M. F. (1980). **The patient, Biological, Psychological and social dimentions of medical practice**. New York: Library of congress cataloging.
- Leo, R.J. (2007). **Clinical manual of pain management in psychiatry**. London: American psychiatric publishing.
- Liewlyn, S., Kennedy, P. (2003). **Handbook of clinical health psychology**. New York: John Wiley & Sons.
- Massie, M. J. (2000). **Pain what psychiatrists need to know**. New york: American psychiatric press.

- Mercadante.S., Fulfaro. F.(2005). world health organization guideline for cancer pain, a reappraisal. **European society of medical oncology**. p132-135.
- Moore, R.J. (2009). **Handbook of pain and palliative care, biobehavioral approaches for the life course**. New york: Springer.
- Morriss, W., Goucke, R. (2016). **Essential pain management workshop manual**. 2é. Australian: FPM. Faculty of pain medicine ANZCA.
- Morrison, V., Bennett, P. (2009). **An introduction to health psychology**. 2é. England: Pearson education limited.
- Mosley.G.L. (2003). Apain neuromatrix approach to patients with chronic pain. **Manual Therapy**. 8(3). p130-140.
- Murphy, J. L., McKellar, J. D., Raffa, S. D., Clark, M. E., Kerns, R. D., Karlin, B. E. (R.D), **Cognitive behavioral therapy for chronic pain among veterans, therapist manual**, Florida: Department of veterans affairs.
- Naeini, E., Zaker, B., Beyuandy, P.(2016). The effectiveness of stress management training on hardiness in patients with breast cancer. **Abnormal and Behavioral psychology**. 2(2). p1-5.
- Nicola, A., Linda, F. (2015). Pain management: Psychology and social aspects of pain. **British Journal of Nursing**. 10(11). P60-78.
- O'Donohue, W., Ficher, J.E(2008). **Cognitive behavior therapy applying empirically supported technique in your practice**, 2é, New Jersy: John Wily & Sons.
- Ogden, J. (2004). **Health psychology a textbook**. 3é. England: Open university press.

- Ogden, J. (2007). **Health psychology a textbook**. 3é. England: Open university press.
- Rose, J. H. (1990). Social support and cancer, adult patients desire for support from family, friends and health professionals. **Journal of community psychology**. P 439-464.
- Roy, R. (2008). **Psychosocial interventions for chronic pain in search of evidence**. Chicago: Springer science+ Business media.
- Rwanda Ministry of Health. (2012). **Pain management**, Guideline republic of Rwanda, Ministry of Health.
 - Sarafino, E. P., Smith T, N. (2011). **Health Psychology. Biopsychosocial interaction**. 7E. New Jersey: John Wiley & Sons .
- Serge, M., Saravome, D., Gaumond, I. (2014). **Mental health and pain,somatic and psychiatric components of pain in mental health**. Paris: Springer- verlag.
- Silver, J.K.(2004). **Chronic pain and the family a new guide**. London: The Harvard university press.
- Sykes, N., Bennett, M., Yuan, C. (2008). **Clinical pain management** . 2é. London: Hodder Arnold.
- Taylor, D. R. (2015). **Managing patients with pain and opioid addiction**. Chicago: Springer international publishing.
- Taylor, R.R. (2006). **Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability**. New York : Springer.

- The free dictionary by farlex. **Pain management**. Medical – dictionary thefree dictionary.com/pain+management.
- The pain management Task group. (2006). **Adult pain management guidelines**. Hull & East riding clinical policy forum (NHS).
- Thomas, E.M., Weiss, S, M. (2000). Nonpharmacological intervention with chronic cancer pain in adults. **Sylvester comprehensive cancer centre. Miami**. 7(2). p157-164.
- Timothy, L.N., Vasudevan, S.V. (1988). **Persistent pain: psychosocial assessment and intervention**. Boston: Kluwer Academic publishers.
- Turk, D. C., Gatchel, R.J. (2002). **Psychological approaches to pain management, a practitioner's Handbook**. 2é. London: The Guilford press.
- Turk, D.C. (2004). **Cognitive therapy for chronic pain**. London: The Guilford press.
- Tyrer, S. P. (1992). **Psychology, psychiatry and chronic pain**, London: Butterworth Heinemann. LTD.
- Wallace, M. S., Staats, P.S. (2005).**Pain medicine and management just the facts**. New York: McGraw-hill medical publishing.
- Weiner, R. S.(2002). **Pain management, a practical guide for clinicians**. 6é. London: CRC press.
- Winterowd, C., Back, A.T., Gruener, D. (2003). **Cognitive therapy with chronic pain patients**. New York: Springer publishing company.

قائمة المراجع

- Zacharoff, K. L., Pujol, L. M., Corsini, E. (2010). **Pain EDU org manual a pocket guide to pain management.** Boston: Inflescion.

ملاحق الدراسة

الملحق رقم (1)

قائمة إدارة الألم

لا	نعم	العبارات
		أدوية الألم
		الكمادات الباردة/ الكمادات الحارة
		العلاج النفسي
		تقنيات الاسترخاء
		العلاج الطبيعي
		التدليك
		الإلهاء

الملحق رقم (2)

مقياس الصلابة النفسية للنجار و الطلاع

الرقم	العبارة	درجة مرتفعة جدا	درجة مرتفعة	درجة منخفضة	درجة منخفضة جدا
1	استطيع تحقيق أهدافي مهما كانت العقبات.				
2	تكمن قيمة الحياة في التزام الفرد بالمبادئ.				
3	تضيع أوقاتي في أنشطة لا معنى لها.				
4	أعتقد أن لي هدفا أعيش من أجله.				
5	أعتقد أن لدي الدافعية للمشاركة في الأنشطة المجتمعية.				
6	أبادر لمساعدة الآخرين لحل مشاكلهم.				
7	أعتقد أن البعد عن الناس راحة.				
8	أهتم بالأحداث التي تجري حولي.				
9	أجد صعوبة في التكيف مع الآخرين.				
10	أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين.				
11	اتخذ قراراتي بنفسي دون إملاء خارجي.				
12	أعتقد أن لدي القدرة على تنفيذ خطتي المستقبلية.				
13	يعتمد نجاح أعمالي على مجهودي الذاتي.				
14	أعتقد أن الحياة مجرد فرص.				
15	أعتقد أن ما يحدث لي نتاج تخطيطي.				
16	تلعب الصدفة دورا هاما في حياتي.				
17	أستطيع التحكم في مجرى حياتي.				
18	أعتقد أن سوء الحظ يعود لسوء التخطيط.				
19	أعتقد أن لي تأثيرا قويا على أحداث حياتي.				

ملاحق

				أخطط لحياتي و لا أتركها تحت رحمة الصدفة.	20
				أعتقد أن متعة الحياة تكمن في المواجهة.	21
				أقتحم المشكلات لعلاجها.	22
				أشعر أن لدي حب استطلاع و رغبة في المعرفة.	23
				أعتقد أن لدي القدرة على المواصلة حتى الوصول إلى الحل.	24
				تستغفر المشكلات قدرتي على التحدي.	25
				أشعر بالتهديد على حياتي من الظروف المستقبلية.	26
				أشعر أن لدي حب المغامرة.	27
				أبادر لمواجهة المشكلات لأنني أثق في قدراتي.	28
				أستمتع بالحياة الثابتة و الساكنة.	29
				أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات قبل أن تحدث.	30

الملحق رقم (3)

مقياس الدعم الاجتماعي المدرك Zimet, Dahlem , Zimet and Farley

1988

العبارة	لا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كثيرًا جدا
1. هناك شخص مميز بقربي عندما أكون بحاجة إليه.					
2. هناك شخص مميز أستطيع مشاركته أفراحي واحزاني.					
3. عائلتي تحاول فعلا مساعدتي.					
4. أحصل على المساعدة العاطفية والدعم الذي احتاجه من عائلتي.					
5. لدي شخص مميز يعتبر مصدر عون لي.					
6. أصدقائي فعلا يحاولون مساعدتي.					
7. أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما تسوء الأمور.					
8. أستطيع التحدث عن مشاكلي مع عائلتي.					
9. لدي أصدقاء يمكنني مشاركتهم أفراحي واحزاني.					
10. لدي شخص مميز في حياتي يحرص على مشاعري.					

ملاحق

					11. عائلتي مستعدة لمساعدتي في اتخاذ قراراتي.
					12. يمكنني التحدث حول مشاكلي مع أصدقائي.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى البحث في وجود ارتباطات و فروق بين متغيرات و عينات الدراسة، و تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن و قد طبقت الدراسة على عينة من 121 مريض من مرضى سرطان الدم، و ذلك باستخدام قائمة إدارة الألم من اعداد الطالبة و مقياس الصلابة النفسية من إعداد النجار و الطلاع سنة 2015 و مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ل Dahlen Zimet و Forley (1988) المترجم، و من النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من المساندة الاجتماعية و إدارة الألم عند مرضى سرطان الدم.
- عدم وجود فروق في إدارة الألم لدى مرضى سرطان الدم تعزى لمستويات المساندة الاجتماعية (منخفض-متوسط- مرتفع).
- عدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم و التي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/إناث)
- وجود فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للحالة الاجتماعية في جميع أبعاد الدعم الاجتماعي (الأسرة، الأصدقاء، الشخص المميز، الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي) وكانت الفروق دالة احصائيا بين كل من المتزوجين و المطلقين و الأرامل لصالح المتزوجين ، بالإضافة كذلك إلى وجود فروق بين العزاب و المطلقين و كانت لصالح العزاب و ذلك في دعم الأصدقاء.
- وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من ادارة الألم الصلابة النفسية عند مرضى سرطان الدم.
- وجود فروق بين كل من مستويات الصلابة النفسية و استخدام الأدوية والاسترخاء و العلاج الطبيعي و التدليك و الالهاء و عدم وجود فروق في استخدام الكمادات الباردة و الساخنة و العلاج النفسي.
- عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في كل من بعد الالتزام و التحكم ووجود فروق بين الجنسين من مرضى سرطان الدم في بعد التحدي.

ملاحق

- وجود فروق في الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الدم تعزى للحالة الاجتماعية في كل من بعد التحكم (بين العزاب و المتزوجين لصالح المتزوجين) و بعد التحدي (بين المتزوجين و الارامل لصالح المتزوجين) و وجود فروق بين عينات الدراسة لصالح المتزوجين في الدرجة الكلية و لا توجد فروق في بعد الالتزام.

الكلمات المفتاحية: إدارة الألم، الصلابة النفسية، المساندة الاجتماعية، سرطان الدم.

Abstract

The current study aimed to identify the presence of correlations and differences between the variables and samples of the study, and Correlative comparative descriptive methodology was used. The study was applied to a sample of 121 blood cancer patients, using the pain management checklist prepared by the student and the psychological hardness questionnaire. Prepared by Al-Najjar and Al-Tala'a in 2015 and the Perceived Social Support questionnaire by Dahlen Zimet and Forley (1988), translated, and the results of the study are:

- There are a significant correlation between social support and pain management in blood cancer patients.
- No differences between levels of social support (low - medium - high) and pain management strategies.
 - No differences in social support between genders among blood cancer patients.
- There are differences in social support for blood cancer patients due to social status in all dimensions of social support (family, friends, distinguished person, total degree of social support). The differences were statistically significant between married, divorced and widowed in favor of married couples, in addition to the presence of differences between bachelors and divorced people and were in favor of singles in support of friends..
- There are a significant correlation between psychological hardness and pain management in blood cancer patients.
- There are differences between each of the levels of psychological hardness, the use of medications, relaxation, naturopathy, massage, and distraction, and there are no differences in the use of cold and hot compresses and psychotherapy.
 - No differences between the gender of blood cancer patients in both the commitment and control dimensions, and there are differences between the gender of blood cancer patients in the challenge dimension.
- There are differences in psychological hardness among blood cancer patients due to social status in both the control dimension (between single and married people in favor of the married) and challenge dimension (between married and widowed people in favor of the married) and there are differences between the study samples in favor of the married in the total degree and there are no differences in the commitment dimension.

Keywords: Pain management, psychological hardness, social support blood cancer.