



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باجي مختار - عنابة

إدارة العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس والأرطوفونيا

الموضوع:

العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن

- دراسة ميدانية على عينة من المرضى المزمنين بكل من مستشفى ابن رشد بعنابة

ومستشفى 01 نوفمبر 1954 بوهران -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة: تحت إشراف:

أستاذ التعليم العالي: بوفولة بوخميس

رحاحلية سمية

الصفة	الجامعة الأصلية	الدرجة العلمية	اسم و لقب الأستاذ
رئيسا	جامعة باجي مختار - عنابة	أستاذ محاضر - أ	لشطر ربيعة
مشرفا مقرا	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	بوفولة بوخميس
عضوا مناقشا	جامعة باجي مختار - عنابة	أستاذ محاضر - أ	مراح فطيمة
عضوا مناقشا	جامعة العربي بن مهدي - أم البواقي	أستاذة التعليم العالي	منايفي ياسمين
عضوا مناقشا	جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2	أستاذ محاضر - أ	حماني حازم
عضوا مناقشا	جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2	أستاذ محاضر - أ	بن معمر نبيل

السنة الجامعية: 2024 / 2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يقول جلال الدين الرومي في تدبر الألم:

" يجذب الألم صاحبه ويصقله صقلا و يعلمه الصمت الطويل

ويريه من بعيد ما لم يكن يراه عن قرب و يعلمه الدعاء و يوحشه من الناس

ويؤنسه بربه و يكفيه به....

إن للألم باطن فيه الرحمة..."

<< La douleur n'est pas
seulement un fait
physiologique, mais un fait
d'existence. Ce n'est pas le
corps qui souffre, mais
l'individu en son entier. Elle
n'est pas seulement la mesure
d'une lésion ou d'une
affection, mais la rencontre
intime d'une situation
potentiellement pénible et d'un
homme immergé dans une
condition sociale et
culturelle, ayant son histoire
propre, une psychologie qui
n'appartient qu'à lui. >>

David Le Breton

<< L'homme est un apprenti, la
douleur est son maître,
Et nul ne se connaît tant qu'il
n'a pas souffert.

C'est une dure loi, mais une
loi suprême

Vieille comme le monde et la
fatalité,

Qu'il nous faut du malheur
recevoir le baptême,

Et qu'à ce triste prix tout
doit être acheté.>>

**Alfred de Musset. (Extrait de
la Nuit d'octobre)**

شكر و عرفان

﴿وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنِ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾

﴿وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا﴾

ما سلكننا البدايات إلا بتيسيره و ما بلغنا النهايات إلا بتوفيقه و ما حققنا الغايات إلا بفضلہ .. الحمد لله رب العالمين على فضله العظيم وجزيل عطاياه الذي آتانا

من رحمته وخيره وأغدق علينا من أبوابه الواسعة.

لم تكن الرحلة قصيرة.. ولم تكن الأمور يسيرة ولكن بحول الله

نحن لها وإن أبت ..

أتقدم بجزيل الشكر إلى جامعتي التي أخذت من قلبي حكرًا.. دخلتها بأحلام

طفلة تعشق العلم.. فاحتضنتني لتغمرنني بأجوائها المستفيضة دفئا وعلما

ألف شكر لكل قائم على جامعة باجي مختار عناية ساهم في

تسهيل هذه الخطوات وجعلها هونا وسحرا وألقا.

أتقدم بجزيل الشكر للأستاذ: بوفولة بوخميس الذي شرفني بقبوله الاشراف على عملي المتواضع واستفاض مغدقا علي من صبره و علمه ما أنار هذه الدرب التي ما كنت لأصل إلى إتمامها دون الرجوع إلى سنده العلمي القيم.
جزاك الله خيرا عني وعن كل طالب علم.

جزيل الشكر لأعضاء لجنة المناقشة كل باسمه وسمو مقامه على تشريفي بمناقشة أطروحتي وتقديم توجيهاتهم التي لن تكون إلا دررا ثمينة أضيفها إلى عملي المتواضع.

أشكر كل من كان لي عوناً حتى أبلغ هذه اللحظة، بوجوده أو بقلبه أو بكلماته التي كانت بلسماً ساقني بعد كل العثرات إلى الاستمرار..

خالص الشكر والامتنان

سمية رحاحلية

إهداء

إلى كل من يؤمن مناجيا ربه في جوف الليل.. ربي إني سعت فلا تردني خائبا ...
إلى كل من يناضل بشرف في صف المبادئ والقيم دون أن يرده العذل أو يثنيه
وجع الركب...

إلى أطفال فلسطين الحرة الذين يتألمون.. وقد أصبحت جراحاتهم
آلما مزمنة في قلوبنا ...

إلى الذين ظلت أمنياتهم تدمي بأكية عند باب المدينة
لأن نور قبورهم كان أسرع إليهم من نور الصباح ...
أهدي هذا العمل المتواضع

سمية رحاحلية

إهداء

إلى والدي الذين صرت أغرق في قلبي المرتجف.. كلما رأيت شبح الكبر يتسلل
إلى جسديها .. هو ذات القلب الذي يغرق في حبهما ساجدا أمام التضحيات التي
قدمها حتى أبلغ هذه اللحظة...

لن يرى الكون شخصا مثلكما مرة أخرى في تاريخ الخلق بأسره..

إلى كل الذين أحبهم.. دونما استثناء..

سمية

ملخص:

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن،
وذلك من خلال جانبين، نظري تم فيه عرض أدبيات الموضوع من نظريات ومفاهيم ذات علاقة بمتغيرات
البحث، وميداني مر بدراسة استطلاعية ثم أساسية، هدفت أساسا للإجابة على التساؤلين الرئيسيين
التاليين:

1. هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن؟

2. هل تتسم معتقدات الكفاءة الذاتية العامة بقدرة تنبؤية موجبة بلستراتيجيات مواجهة الألم المزمن؟ وعلى الأسئلة الفرعية التالية:

1- هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن؟

2- هل توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن؟

3- هل توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن؟

4- هل توجد فروق دالة إحصائية في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير الجنس؟

5- هل توجد فروق دالة إحصائية في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير المرض المتسبب في الألم المزمن (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)؟

6- هل توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير الجنس (إناث / ذكور)؟

7- هل توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير المرض المتسبب في الألم المزمن (الصداع النصفي / ألم أسفل الظهر / التهاب المفاصل الروماتيزمي)؟

8- هل توجد فروق دالة إحصائية في نمط استراتيجيات المواجهة المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن (تجنبية / حل المشكل / الانفعال) تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور) ؟

حيث اشتملت الدراسة على عينة قوامها 95 مريضا يعانون من الآلام المزمنة (40 امرأة و 55 رجلا) الناجمة عن الصداع النصفي، آلام أسفل الظهر، التهاب المفاصل الروماتيزمي، المترددين على مستشفى 01 نوفمبر 1954 بولاية وهران أو مستشفى ابن رشد بولاية عنابة، و تم ذلك بالاعتماد على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتسر ومقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة لأندلر و باركر، و ذلك بعد التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات في البيئة الجزائرية، و استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة لطبيعة التساؤلات و الفرضيات .

حيث توصلت نتائج البحث إلى إجابتين رئيسيتين هما:

1. توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

2. تتسم معتقدات الكفاءة الذاتية العامة بقدرة تنبؤية موجبة بل استراتيجيات مواجهة الألم المزمن؟ وإجابات فرعية هي:

1- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن؟

2- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن؟

3- توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن؟

4- توجد فروق دالة إحصائية في الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير الجنس لصالح الإناث.

5- توجد فروق دالة إحصائية في الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير المرض المتسبب في الألم المزمن (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)

6- توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير الجنس (إناث / ذكور).

7- توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير المرض المتسبب في الألم المزمن (الصداع النصفي / ألم أسفل الظهر / التهاب المفاصل الروماتيزمي)

8- توجد فروق دالة إحصائية في نمط استراتيجيات المواجهة المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن (تجنبية / حل المشكل / الانفعال) تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

الكلمات المفتاحية:

الكفاءة الذاتية، استراتيجيات المواجهة، الألم، الألم المزمن.

Résumé :

L'étude actuelle vise à découvrir la relation entre l'auto-efficacité et les stratégies d'ajustement (Le coping) utilisées par les malades souffrants de la douleur chroniques, cela est réalisé à travers deux aspects, le premier contient la présentation de la littérature qui inclut

les théories et les concepts reliés avec les variables de la recherche, et le deuxième comprend l'étude exploratoire suivi par une étude principale son objectif est la réponse aux questions principales suivantes :

- 1- Y a-t-il une corrélation significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping utilisées face à la douleur chronique ?
- 2- Est-ce que l'auto-efficacité a une capacité prédictive positive des stratégies de coping utilisées face à la douleur chronique ?

Et aux questions secondaires suivantes :

- 1- Y a-t-il une corrélation positive significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping centrées sur le problème adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique ?
- 2- Y a-t-il une corrélation négative significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping évitant adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique ?
- 3- Y a-t-il une corrélation négative significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping centrées sur l'émotion adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique ?
- 4- Y a-t-il des différences significatives dans l'auto-efficacité chez les patients souffrants de la douleur chronique selon le sexe ?
- 5- Y a-t-il des différences significatives dans l'auto-efficacité chez les patients souffrants de la douleur chronique selon la maladie à l'origine de la douleur chronique ?
- 6- Y a-t-il des différences significatives dans les stratégies de coping adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique selon le sexe ?
- 7- Y a-t-il des différences significatives dans les stratégies de coping adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique selon la maladie à l'origine de la douleur ?
- 8- Y a-t-il des différences significatives dans le type des stratégies de coping adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique selon la maladie à l'origine de la douleur ?

L'étude principale a inclus un échantillon de 95 patients souffrants de la douleur chronique (40 femme, 55 homme) due à l'un des maladies suivantes : la migraine, les douleurs du bas du dos, la polyarthrite rhumatoïde) fréquentent régulièrement l'Hôpital du 1^{er} Novembre 1954 à Oran, ou d'Ibn Rochd à Annaba. En s'appuyant sur le questionnaire de l'auto-efficacité générale de Schwarzer, R et le questionnaire de CISS (Inventaire de coping pour situations stressantes) créé par Endler et Parker, après l'évaluation psychométrique des outils, et les méthodes statistique appropriées pour les questions et les hypothèses.

L'étude actuelle a atteint les résultats essentiels suivants :

- 1- Il existe une corrélation significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping chez les patients souffrants de la douleur chronique.
- 2- L'auto-efficacité a une capacité prédictive positive des stratégies de coping adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique.

Et arrive aux réponses secondaires suivantes :

- 1- Il existe une corrélation positive significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping centrées sur le problème adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique ?

- 2- Il existe une corrélation négative significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping évitant adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique.
- 3- Il existe une corrélation négative significative entre l'auto-efficacité et les stratégies de coping centrées sur l'émotion adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique .
- 4- Il existe des différences significatives dans l'auto-efficacité chez les patients souffrants de la douleur chronique selon le sexe.
- 5- Il existe des différences significatives dans l'auto-efficacité chez les patients souffrants de la douleur chronique selon la maladie à l'origine de la douleur chronique.
- 6- Il existe des différences significatives dans les stratégies de coping adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique selon le sexe.
- 7- Il existe des différences significatives dans les stratégies de coping adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique selon la maladie à l'origine de la douleur.
- 8- Il existe des différences significatives dans le type des stratégies de coping adoptées par les patients souffrants de la douleur chronique selon la maladie à l'origine de la douleur.

Les mots clés :

L'auto-efficacité, les stratégies de coping, la douleur, la douleur chronique.

فهرس المحتويات	
الصفحة	العنوان
	آيات قرآنية
	حكم وأقوال مأثورة
	شكر وعرقان
	إهداء
	ملخص
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	قائمة الملاحق
الجانب النظري	
الفصل الأول: مدخل عام للدراسة	
أ-د	مقدمة
5	1- إشكالية
9	2- فرضيات البحث
11	3- دوافع اختيار موضوع البحث
11	3-1- دوافع ذاتية
11	3-2- دوافع موضوعية وعلمية
12	4- أهداف البحث
13	5- أهمية البحث
13	6- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث
13	6-1- الكفاءة الذاتية
14	6-2- استراتيجيات المواجهة
14	6-3- الألم المزمن
14	7- الدراسات السابقة
14	7-1- الدراسات السابقة الخاصة بالكفاءة الذاتية
17	7-2- الدراسات السابقة باستراتيجيات المواجهة
15	7-3- الدراسات السابقة الخاصة بالألم المزمن

21	4-7- التعليق على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية	
28	تمهيد
29	1- تعريف الكفاءة الذاتية
30	2- الدلالات الفارقة بين الكفاءة الذاتية والمصطلحات المقاربة
31	3. أنواع الكفاءة الذاتية
31	3-1- الكفاءة الذاتية العامة
31	3-2- الكفاءة الذاتية الخاصة
31	3-3- الكفاءة الذاتية الاجتماعية
31	3-4- الكفاءة الذاتية الأكاديمية
32	4- مصادر الكفاءة الذاتية
32	4-1- الإنجازات الأدائية
32	4-2- النمذجة أو الخبرات البديلة
33	4-3- الإقناع الاجتماعي
34	4-4- الحالة الفيزيولوجية والانفعالية
36	4-5- الخبرات المتخيلة
37	5- أبعاد الكفاءة الذاتية
37	5-1- قدر الكفاءة
37	5-2- العمومية
38	5-3- القوة أو الشدة
39	6- النظرية المعرفية الاجتماعية والحمية المتبادلة
41	7- نظرية الكفاءة الذاتية لـ Bandura, A
43	8- الكفاءة الذاتية والتنظيم الذاتي
45	9- الاستثمارات الخالقة للكفاءة الذاتية في الصحة والمرض
45	9-1- الكفاءة الذاتية والالتزام بالسلوك الصحي
46	9-2- الكفاءة الذاتية والمناعة النفسية العصبية
46	9-3- الكفاءة الذاتية والرفاهية النفسية والجسدية
47	10- الكفاءة الذاتية كعامل تنبؤي في إدارة الآلام المزمنة

50	خلاصة
الفصل الثالث: المواجهة	
53	تمهيد
54	1-تعريف المواجهة
55	2-تصنيف استراتيجيات المواجهة
56	1-2- تصنيف Moos&Bellings
57	2-2- تصنيف Sheier et al.,
58	2-3- تصنيف Folkman & Lazarus
60	2-4- تصنيف Carver et al.,
61	2-5- تصنيف Kohen
62	2-6- تصنيف Parker & Endler
65	3- الفعالية المؤثرة لاستراتيجيات المواجهة
66	4- العوامل المتحكمة في المواجهة
67	4-1-الكفاءة الذاتية
67	4-2-مركز الضبط
67	4-3-الصلابة النفسية
68	4-4-التقاولية
68	4-5-الذكاء الانفعالي
69	5-الاتجاهات النظرية المفسرة للمواجهة
69	5-1- النظرية السيكودينامية
70	5-2- نظرية التفاعلات التقييمية لـFolkman&Lazarus
70	5-3- نظرية سمات الشخصية
71	6- الديناميكية النفسومعرفية لاستراتيجيات المواجهة في ضوء الكفاءة الذاتية
74	خلاصة
الفصل الرابع: الألم المزمن	
77	تمهيد
78	1-تعريف الألم
80	2-فيزيولوجيا الألم
82	3- تصنيف الألم

83	3-1-الألم الحاد
83	3-2- الألم المزمن
83	3-1- الألم المزمن الحميد
83	3-2- الألم الحاد المتكرر
83	3-3- الألم المزمن المتوالي
85	4- بعض نماذج الألم المزمن
85	4-1- آلام الرأس
86	4-2- آلام التهاب المفاصل
86	4-3- آلام أسفل الظهر
87	5-الاتجاهات النظرية المفسرة للألم المزمن
87	5-1- النظرية السلوكية
88	5-2- نظرية بوابة التحكم
89	5-3- نظرية الإرهاق (الاستعداد للألم)
90	6-التداعيات السيكولوجية والاجتماعية للألم المزمن
91	7-إسهامات الكفاءة الذاتية في مجال الألم المزمن
93	8-سيكولوجية الألم المزمن من بداية المعاناة إلى منتهى المواجهة
96	9-علاج الآلام المزمنة
97	9-1-العلاج بالأدوية
97	9-1-1-مسكنات الألم غير الأفيونية
98	9-1-2-المسكنات الأفيونية
98	9-1-3-الترامادول
98	9-1-4-المسكنات الموضعية
98	9-1-5-مخيمات العضلات
98	9-1-6-المسكنات التدعيمية
98	9-1-7-مسكنات الصداع
99	9-1-8-المعالجات الطبية التوغلية للألم المزمن

99	9-2- الجراحة
99	9-3- التغذية الحيوية الراجعة
100	9-4- الاسترخاء
100	9-5- الأساليب المعرفية
101	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
105	تمهيد
105	1- الدراسة الاستطلاعية
105	1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
107	1-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية
108	2- الدراسة الأساسية
108	2-1- منهج الدراسة
109	2-2- حدود الدراسة
109	2-2-1- الحدود الزمنية
109	2-2-2- الحدود المكانية
109	2-2-3- الحدود البشرية
112	3- أدوات القياس
112	3-1- استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jérusalem, M
112	3-1-1- أبعاد المقياس
113	3-1-2- أوزان المقياس
113	3-1-3- إجراءات التطبيق
113	3-1-4- عملية التفرغ
113	3-1-5- الخصائص السيكومترية للمقياس
117	3-2- قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker

117	3-2-1- أبعاد المقياس
117	3-2-2- أوزان المقياس
118	3-2-3- إجراءات التطبيق
118	3-2-4- عملية التفريغ
118	3-2-5- الخصائص السيكمترية للمقياس
122	4- الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات
124	خلاصة
الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج	
127	تمهيد
127	1- عرض وتحليل النتائج
128	1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى
129	1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثانية
131	1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الأولى
132	1-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثانية
134	1-5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة
135	1-6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة
136	1-7- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الخامسة
138	1-8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية السادسة
139	1-9- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية السابعة
141	1-10- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثامنة
147	2- مناقشة النتائج
147	2-1- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية العامة الأولى
149	2-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية العامة الثانية
152	2-3- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الأولى
154	2-4- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثانية

156	2-5- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثالثة
158	2-6- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الرابعة
160	2-7- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الخامسة
162	2-8- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية السادسة
163	2-9- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية السابعة
166	2-10- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثامنة
170	2-11- مناقشة عامة
173	خاتمة
174	توصيات واقتراحات
المراجع	
الملاحق	

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول
84	جدول رقم (01) : التصنيف متعدد المحاور للألم
106	جدول رقم (02) : يوضح خصائص العينة الاستطلاعية
111	جدول رقم (03) : يوضح خصائص العينة الأساسية
113	جدول رقم (04) : يوضح أوزان مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jérusalem, M
115	جدول رقم (05) : يوضح معاملات ارتباط بيرسون للبنود مع العلامة الكلية للاختبار في البيئة العربية والبيئة الجزائرية
116	جدول رقم (06) : يوضح نتائج اختبار ت للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لاستبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة
116	جدول رقم (07) : يوضح حاصل مؤشر الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة
117	جدول رقم (08) : يوضح أبعاد استبيان قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker.
120	جدول رقم (09) : يوضح معاملات α كرونباخ لثبات الاتساق الداخلي الخاصة بالدراستين الجزائرية و الفرنسية
120	جدول رقم (10) : يبين نتائج الثبات بواسطة التجزئة النصفية حسب دراسة مركز البحث في الأنثروبولوجيا الثقافية و الاجتماعية / جامعة وهران
121	جدول رقم (11) : يوضح نتائج اختبار ت للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا و الفئة الدنيا لمقياس قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة
121	جدول رقم (12) : يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون لمحاور مقياس قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة مع الدرجة الكلية للمقياس
122	جدول رقم (13) : يوضح حاصل مؤشر الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة
127	جدول رقم (14) : يوضح نتائج اختبار Shapiro-Wilk واختبار Kolmogorov-Smirnova للبحث لدراسة طبيعة توزيع بيانات

128	جدول رقم (15) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
128	جدول رقم (16) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة
129	جدول رقم (17) : يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون بين الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن
129	جدول رقم (18) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة
130	جدول رقم (19): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة
130	جدول رقم (20) : يوضح قيمة الانحدار بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن
131	جدول رقم (21): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
132	جدول رقم (22): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج المواجهة المتمركزة حول حل المشكل
132	جدول رقم (23) : يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن
133	جدول رقم (24) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
133	جدول رقم (25) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج المواجهة التجنبية
133	جدول رقم (26) : يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن
134	جدول رقم (27) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
134	جدول رقم (28) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج المواجهة المتمركزة حول الانفعال
135	جدول رقم (29) : يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة

	حول الانفعال لدى مرضى الألم المزمن
135	جدول رقم (30) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
136	جدول رقم (31) : يوضح الفروق بين الجنسين في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن
137	جدول رقم (32) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
137	جدول رقم (33) : المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب نوع المرض المتسبب في الألم المزمن
138	جدول رقم (34) : يوضح الفروق في نتائج الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض
139	جدول رقم (35) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة
139	جدول رقم (36) : يوضح الفروق بين الجنسين في نتائج استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن
140	جدول رقم (37) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة
140	جدول رقم (38) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لنتائج المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض المتسبب فيه
141	جدول رقم (39) : الفروق في نتائج استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض المتسبب فيه
142	جدول رقم (40) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة
142	جدول رقم (41) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأنماط استراتيجيات المواجهة المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن
143	جدول رقم (42) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لنتائج المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نمط المواجهة المتبناة لدى الجنسين
144	جدول رقم (43) : يوضح الفروق في نتائج استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نمط المواجهة المتبناة تبعاً لمتغير الجنس

فهرس الأشكال

الصفحة	
10	الشكل رقم (01) : يوضح فرضيات الدراسة
36	الشكل رقم(02) : يوضح مصادر الكفاءة الذاتية والأساليب الفرعية المساهمة في بنائها
38	الشكل رقم (03) : يوضح أبعاد الكفاءة الذاتية حسب Bandura, A
41	الشكل رقم (04): النظرية المعرفية الاجتماعية ومبدأ الحتمية المتبادلة
42	الشكل رقم (05) : يوضح السياق العام لأداء السلوك حسب نظرية الكفاءة الذاتية
57	الشكل رقم (06) : يوضح تصنيف المواجهة حسب Moos& Bellings
58	الشكل رقم (07) : يوضح تصنيف المواجهة حسب Sheier et al.,
59	الشكل رقم (08) : يوضح تصنيف المواجهة حسب Folkman & Lazarus
61	الشكل رقم (09) : يوضح تصنيف المواجهة حسب Carver et al.,
62	الشكل رقم (10) : يوضح تصنيف المواجهة حسب كوهن Kohen
62	الشكل رقم (11) : يوضح تصنيف المواجهة حسب Parker & Endler
80	الشكل رقم (12) : يوضح خبرة الألم وارتكاساته
111	الشكل رقم (13) : دائرتين نسبيتين لتوزيع أفراد العينة (رجال/نساء) حسب نوع المرض
131	الشكل رقم (14) : يوضح الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية والمواجهة لدى مرضى الألم المزمن

الملحق رقم (01) : استقارة معلومات خاصة بالمريض
الملحق رقم (02) : استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة Schwarzer& Jérusalem
الملحق رقم (03) : قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker
الملحق رقم(04) : دراسة توزيع البيانات اختباري Shapiro-Wilk وKolmogorov-smirnova
الملحق رقم (05) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة
الملحق رقم (06) : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة
الملحق رقم (07) : معاملات الارتباط بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة والمواجهة (النتائج العامة-حل المشكل-الانفعال-التجنيبية)
الملحق رقم (08) : معادلة الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة
الملحق رقم(09) : شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة
الملحق رقم (10) :المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير الجنس
الملحق رقم (11): نتائج اختبار U de Mann-Whitney لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير الجنس
الملحق رقم (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير نوع المرض.
الملحق رقم (11): نتائج اختبار Kruskal Wallis لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب الجنس
الملحق رقم (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير الجنس
الملحق رقم (13): نتائج اختبار U de Mann-Whitney لاستراتيجيات المواجهة حسب الجنس
الملحق رقم (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة حسب نوع المرض.
الملحق رقم (15): نتائج اختبار Kruskal Wallis لاستراتيجيات المواجهة حسب الجنس
الملحق رقم (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمواجهة المتمركزة حول حل المشكل حسب الجنس

الملحق رقم (17): U de Mann-Whitney للاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل حسب الجنس

الملحق رقم (18): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمواجهة المتمركزة حول الانفعال حسب الجنس

الملحق رقم (19): U de Mann-Whitney للاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال حسب الجنس

الملحق رقم (20): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمواجهة التجنبية حسب الجنس

الملحق رقم (21): U de Mann-Whitney لاستراتيجيات المواجهة التجنبية حسب الجنس

الملحق رقم (22): شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل

الملحق رقم (23): شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال

الملحق رقم (24): شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية

الملحق رقم (25) : نتائج عينة الدراسة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R
Jerusalem, M & وقائمة المواجهة في المواقف الضاغطة CISS

الجانب النظري

الفصل الأول مدخل عام للدراسة

مقدمة:

كانت دراسة الانفعالات السلبية متنسقة مع نموذج المرض أو النموذج الطبي في التركيز على الاضطراب و تم نقل هذا التصور في التعامل مع سيكولوجية الانسان، فمثلما كان اهتمام الدراسات متجها إلى البحث في الانفعالات السلبية التي يمكن أن يعاني منها الفرد، أكثر من الانفعالات الإيجابية التي بوسعها أن تحميه من المتاعب و توفر له مواجهة فعالة بينما يسعى إلى الحياة السعيدة، انصب بالموازاة توجه علماء النفس التجريبي إلى كيفية إدارة الانفعالات و المواقف السلبية مثل الاكتئاب و القلق و الغضب و الألم بدلا من آليات تضخيم المشاعر الإيجابية، إلا أن الأبحاث الأخيرة قد سلطت الضوء على دور هذه المشاعر الإيجابية في توسيع قدرة الناس على بناء التعلم القائم على تنظيم القدرة على النمو، و زيادة مقدارها و إدراكها و تعزيز المرونة السلوكية و المعرفية في بناء القدرات الإيجابية التي تزيد من إمكانيات الأفراد على التفكير التفاوضي و حل المشكلات و اتخاذ القرارات التي تؤدي إلى مزيد من المرونة في الحلول الإبداعية المبتكرة ، و قد أثبتت البحوث أن المشاعر الإيجابية تعزز أيضا القدرة على مواجهة آثار التوتر الانفعالي و المرونة الجسدية على حد سواء . (صادق، ي، الشربيني، ز، 2018، ص 303، 304)

و كما حول الطب تركيزه منذ عقود من علاج المرض إلى الوقاية منه، ثم طلب بديلا أكثر مثالية و كفاءة عبر تعزيز الصحة و مبادئ الرفاهية الصحية، فقد بات من الملح أن يتبنى علم النفس الاكلينيكي هذا التغيير المماثل في صب الاهتمام على الوقاية و الصحة، لئلا يكون مدفوعا إلى الصراع من أجل إثبات هويته و هدفه بين العلوم من خلال تبني إيديولوجية سياقها العام قائم على تعزيز الأبعاد المغذية للسعادة و الرفاهية الصحية كالكفاءة الذاتية و تعزيز استراتيجيات الموجهة الفعالة التي تسمح للأفراد بالاتجاه إلى المنحى الإيجابي من التفكير و الشعور و السلوك مما يغذي التفاؤلية و المرونة و القدرة على التجاوز الآمن لشتى أشكال الألم. (وود، أم، جونسون، ج، 2022، ص ص 77-84)

وحيث كان الألم خبرة مختلفة في طبيعتها و تشعباتها ، فقد شكل تحديا قويا أمام القائمين والباحثين في مجال الرعاية الصحية، إذ بينما تستجيب الكثير من نوبات الألم الحاد للتدخلات العلاجية الطبية ، فإن الألم قد يصبح مزمنا ولا يستجيب لأية وسيلة منفردة من وسائل العلاج ومع مقاومة حالة الألم يتزايد يأس المرضى من الشفاء، مما يفاقم من التعقيدات الطبية المنشأ، و لا يمكن تقدير تكلفة الألم المزمن من منظور معاناة المرضى فقط ، بل من منظور العوامل الاجتماعية و الاقتصادية التي تتضمن تراجع الأداء الوظيفي، و المشكلات العائلية المصاحبة، و نفقات الرعاية الصحية المتزايدة . (بيرس، ش، مايز،

ج، 2000، ص 18)

وانطلاقاً من المبدأ القائم على أن الألم تجربة عميقة ومعقدة ومتعددة الأبعاد لا ينبغي أن تكون استراتيجيات الرعاية بمنأى عن المقاربة الشمولية التي تتبنى على منهج متعدد التخصصات، (weiner,R.S, 2002, p 15) حيث بينما تؤثر شتى العوامل على معايشة المعاناة من هذه الخبرة، فإنه بالمقابل يتجلى أثر العوامل النفسية فيما أوجزه الطبيب William Osler في أن صفات المريض وليس نوعية المرض هي العامل الحاسم في التعامل مع الأمراض وما ينجم عنها من معاناة، أين تسهم سمات شخصية الفرد كالانبساطية والقلق والصلابة النفسية والكفاءة الذاتية إيجاباً أو سلباً في سيرورة مواجهة المرضى للألم والمعاناة الناجمة عن المرض والعلاجات المصاحبة.

(Sarafino, E.P, Smith, T.N, 2011, p 297)

وقد أدت استمرارية معاناة المرضى من الألم المزمن رغم تلقي العلاجات الطبية والجراحية إلى الاهتمام بالعوامل النفسية والمعرفية، إذ يلح Melzack & Casey 1968 أن الألم لا يمكن أن يعالج من خلال محاولة قطع مسارات الألم أو باستخدام المسكنات أو الإجراءات الجراحية وما شابه فحسب، ولكن أيضاً بالأخذ بالحسبان تأثير العوامل الوجدانية والدافعية والمعرفية. (حسانين، أ ، 2020 ، ص 141، 142)

و يقودنا هذا إلى الحديث عن الشكل النهائي للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي قدمه Waddell عام 1987 -من خلال المقارنة بين نموذج Leoser والنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي وضعه Engel- الذي أوضح فيه جوهرية الأخذ بالاعتبار تعدد وتفاعلية العوامل لفهم خبرة الألم ولتشكل ومعايشة هذه الخبرة كالعوامل الوجدانية والحيوية وإدراك الشخص في حد ذاته للألم كخبرة وكيفية استجابته لها، والعوامل الاجتماعية التي يمكن أن تضخم هذه الخبرة أو تضعفها.

إذ يفترض النموذج وجود تفاعل دينامي بين العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية التي تشكل استجابة الأفراد لخبرة الألم كالتغيرات التي تحدث في العضلات والأوتار والمفاصل والتي ينتج عنها نوع أو آخر من أنواع الألم، وكذلك معتقدات الفرد واتجاهاته نحو الألم، ودور الثقافة والتفاعل الاجتماعي والدور الاجتماعي للفرد. (Waxman, S, 2006,P 12,13)

وبالقدر الذي كان الاهتمام بتعدد العوامل الممرضة فيما في التشخيص الدقيق، أصبح التركيز منصبا على تشعب العوامل المحسنة من مآل الحالة الصحية بعدا فاعلا في التنبؤ الإيجابي بسرعة والتماثل الأفضل للمريض للشفاء، في سعي حثيث إلى دعم ما طرحنا في البداية حول أهمية تبني السياقات الإيجابية في علم النفس جنبا إلى جنب مع باقي العلوم، ومن أهم ما أكدته الدراسات الرائدة: الصدى

الذي تتركه معتقدات المريض حول كفاءته الذاتية في مواجهة الألم والتغلب عليه وقدرته على تجاوز المعاناة الجسدية و النفسية و هو ما فسره 1991 Bandura, A من خلال وساطتها المعرفية التي تخلق تأثيرا ملموسا ضمن سياقات محددة تتضح في: ميل الأفراد الذين ترتفع مستويات كفاءتهم إلى البحث عن المعلومات والمهارات الأكثر فعالية في إدارة الألم، وممارسة الأنشطة رغم المعاناة، كما تتجلى من خلال التقليل من توقعات الكدر والتوتر الجسدي والقلق مما يؤثر إيجابا في التخفيف من المعاناة، وتبدو أيضا في النظرة الإيجابية التفاعلية التي ينتحيا هؤلاء الأفراد في تقييمهم للمثيرات غير السارة باعتبارها ليست خطيرة مما يخفض من مستوى الألامهم. (Bandura, A , 1991 , p 237)

وأمام أقبال المرض وما يخلفه من عبء أوله إزمان الألم وأهونه حدة التأثيرات الجانبية للعلاج، ينتحي المريض جملة من الأساليب المعرفية والسلوكية والوجدانية في سعي إلى خفض مستويات المعاناة و القلق والكدر الناجم عن هذه الوضعية، وأملا منه في العودة إلى الوضعية السابقة أو الدنو من حدودها، لذلك تتمركز كل الجهود و المعتقدات و المشاعر حول هدف واحد هو التقليل من حدة الوضع الراهن والتخفيف مما قد يتسبب في تصدع الإحساس العام بالسواء و الاتساق والراحة، من خلال تبني استراتيجيات متنوعة في مواجهة المصادر المهددة لها.

ولأنها باتت ضرورة أن تعمل جهود الرعاية الصحية والتنقيف الصحي على مؤشر بدايته الوقاية من الإصابة بالمرض وتحسين نوعية حياة المريض، ومنتهاه مقارنة الرفاهية الصحية والرفع من التنبؤ الإيجابي بمستوى جودة الحياة ، فقد بات من الملح أن تصب البحوث اهتمامها في المتغيرات الوسيطة لدى الأفراد التي من شأنها التأثير في تحقيق الأهداف المنشودة مثل : الكفاءة الذاتية و استراتيجيات المواجهة الفعالة و ما تحققه من بناءات و تأثيرات في هذا المجال، لذلك حاولت الباحثة من خلال البحث الحالي الإحاطة بالمتغيرات التي تتدرج ضمن فرضية العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة، من خلال دراسة الأبعاد المطروحة ضمن ستة فصول - منها فصلان ميدانيان- جاءت وفقا للترتيب الآتي:

الفصل الأول: تضمن: مدخل عام للدراسة.

الفصل الثاني: جاء فيه: الكفاءة الذاتية.

الفصل الثالث: احتوى على: استراتيجيات المواجهة.

الفصل الرابع: تطرق إلى: الألم المزمن.

الفصل الخامس: اشتمل على: الإجراءات المنهجية للدراسة.

الفصل السادس: تم فيه عرض ومناقشة النتائج.

1- إشكالية:

باتت الأمراض المزمنة باعثة على الإنهاك لاتساع مجال مضارها ورواسبها التي لا تقف عند أعراضها العميقة أو علاجاتها الثقيلة، بل تخلف إرهاصات تبدل بالتغيرات الجسيمة التي تطال كل جزء من أسلوب الحياة ثم تمتد إلى أي شق من أبعاد الشخصية والجوانب العقلية والانفعالية والاجتماعية للمريض من ثم تشتتت تمركز الجهود الرامية إلى حسن الرعاية الصحية والتنبؤ الإيجابي بمآل المرض والمريض. (تايلور، ش، 2008، ص 365) لذلك كان جديرا بالاهتمام ألا تكون جهود الرعاية الصحية قاصرة على الوقوف عند تأثير طبيعة المرض وأبعاد العلاج فحسب، بل تستدعي الإلمام بالتفاعلات التي تشتمل في وقت واحد جوانب شخصية المريض ومعايشته للمرض وتفاقم الأعراض الجانبية للعلاج، ضمن هذه السيرورة المتكاملة والمتفاعلة والمؤكد دون منأى عن التأثير الجلي للعوامل الاجتماعية والعلاتنية.

(Thiery, M , Quivigier, P-Y, 2007, p 268,269)

ومن بين الأتقالات المتركمة جراء أعباء المرض، تبرز خبرة الألم كأبرز خصوصيات المرض إرهابا للمريض، كونه يمثل تجربة يتعدى أثرها البعد الفيزيولوجي ليجدد أبعادا انفعالية لها عيها الثقيل على كاهل المريض، كما أنه يعد أول الأعراض التي تسوقه إلى المعاينة وتدفعه إلى استكشاف أسبابه باحثا عن سبل التخفيف منه، وهو ما تؤكد إحصائيات Turk & Gatchel 1996 التي تشير إلى أن 80 % من زيارات المرضى لأطبائهم دافعها الأساسي هو الإحساس بالألم.

(Durand, M.V , Barlow, D.H, 2004, p 405)

وفي هذا السياق تصفه الرابطة العالمية لدراسة الألم خبرة حسية وانفعالية سيئة تتعلق بتلف نسيج فعلي أو كامن، يكون مصحوبا بإحساس سلبي بعدم الراحة، (Villard. M-L, 2002, p 336) و إذ يسعى المريض إلى إيجاد حلول كفيلة بالتقليل من هذه الأحاسيس السيئة المترافقة بالضيق والانزعاج فإنه لا محال سيعيش خبرة تعد من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض لأنه في الأساس خبرة سيكولوجية تعتمد درجة الإحساس به وما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره، (تايلور، ش، 2008، ص 580-590) زيادة على كون هذه التجربة تتضمن معاشا تتفاعل فيه الأبعاد النفسية والجسدية وتتداخل تبعا لتأثيرات كل منها على الأخرى، وتبعا للتنوع في معايشة الأفراد لهذه التجربة، حيث يبدو إدراك الشخص للإحساسات المؤلمة جد شبيه بالاختلال المفاجئ الذي يهاجم السكون النسبي للجسم، ويتميز بخصائص تختلف من حالة إلى أخرى، كما يختلف باختلاف شدة الألم ومدى تكراره.

ولا يحول ذلك بالمقابل دون اعتبار هذه التجربة الموجعة وسيلة معتمدة من طرف الجسم للتواصل، حيث يظهر بمثابة نداء استغاثة بشأن فقدان التوازن، و إدراك الاختلال الحاصل بالجسد، الذي يبعث رسائل خفية تمثل إحدى مؤشرات حفظ الذات ، أمام هذا التهديد لكليته و انسجامه ، أين لا يمكن أن تكون لديه القدرة على الدخول نفسيا في المواجهة مع المرض إلا من خلال تجربته الحسية المجسدة عبر الألم، (Boucher, C , 2018, p95) لاسيما لو طالمت مدته و تقاومت حدته و أدى إزمانه إلى اختلالات في الحياة العادية للفرد، و يعتبر دايفيد و سوانسون أن الألم المزمن هو ذلك الألم الذي يستمر حتى بعد التئام الإصابة، لفترة تزيد على الستة أشهر و تتعدد أنواعه و قوته، فهناك الألم الطاعن والحارق و الكليل والشديد ، و قد يكون مستمرا أو متقطعا ، و قد يبقى سببه مجهولا ، وحتى في وجود إصابة محددة فهو يتواصل رغم الشفاء الظاهر منها، (سوانسون، د 2000، ص 16) لذلك كان من المبادئ الفارقة في تحسين الصورة التنبؤية،تجاوز فكرة الاهتمام المتفرد بعامل واحد في التكفل بالمرضى، والاققتصار على الجانب الطبي أو النفسي لكل منهما بمعزل عن الآخر (تايلور، ش، ص ص 580-590) بل كان لزاما التعجيل في تبني النظرة الشمولية في إدارة الآلام المزمنة ،حيث أن الاهتمام التكاملي : الذي يوائم بين العوامل الطبية والأبعاد العلاجية من جهة، و الجوانب النفسية التي تشتمل على مختلف الحالات التي قد يمر بها المريض من قلق و اكتئاب و خوف و غضب ، والسيروورات المعرفية التي تتضمن تحسين تفكير المريض و معتقداته حول حالته و مآله، وأفكاره الخاصة حول المرض و العلاج، يسهم دون شك في مساعدة المريض عل التغلب على آلامه التي لا يقف مداها عند حدتها فحسب، بل يتجاوزها إلى الإزمان، الأمر الذي يصدم المريض في كثير من الأحيان و يجعله عاجزا و يسوقه إلى التجنب و الانطواء و التراجع عن ممارسة شتى وظائفه الاجتماعية و الأسرية بل و يسوقه إلى معاناة نفسية جسيمة كثيرا ما تؤدي به إلى تبني أساليب تخفق في سوقه إلى التقدم و المواصله .

ومن هذا المنطلق جاء اهتمام الأبحاث والدراسات بتعزيز الأساليب المعتمدة من قبل المريض في محاولة التصدي لوضعية الإصابة بالمرض وتلقي العلاج وما ينجم عنهما، والتكيف مع تبعات كل منهما، وهو ما يعرف بمفهوم استراتيجيات المواجهة (Coping) الذي يدل على مجموع الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي تهدف إلى السيطرة أو إلى تخفيض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد.(Schwarzer, R, Scholz, V, 2003, p 100)

وتساهم هذه الأساليب في خفض إحساس الأفراد بالألم من خلال استراتيجيات المواجهة الايجابية للتحكم في الألم (جهود العمل رغم الألم، أو تحويل الانتباه عن الألم) في حين ترتبط جهود المواجهة السلبية) الاعتماد على الغير ، التجنب ، الإنكار) بارتفاع مستوى الألم و الأعراض المصاحبة له من القلق والاكتئاب و مشاعر العجز و الخوف. (Nezu, A . M et al., 2003, p 303)

وتتدخل بعض الوسائط المعرفية في تعزيز هذه الأساليب، على رأسها الكفاءة الذاتية، التي تشير إلى معتقدات الأفراد واقتناعهم الذاتي بامتلاك القدرة على الأداء الناجح للمهام والسلوكيات التي يقومون بها. (Danjou, I, 2004, p 167) حيث تلعب الكفاءة الذاتية دورا حاسما في مجال الصحة و إدارة المرض، لذلك باتت تلقى عناية فائقة بعد أن عزت إليها عديد الدراسات فضلا كبيرا في التعزيز من قيمة المتغيرات الإيجابية، كممارسة السلوكيات الصحية، والالتزام بالعلاج، والتخلي عن العادات السلوكية السيئة . (رضوان، س، 1997، ص ص 30- 32)

وتتخذ الكفاءة الذاتية دور الوسيط المعرفي للسلوك من خلال تحديد أشكال ودرجة الجهد المبذول وكيفية إدراك المهام التي يمكن أن يقوم بها، و بالتالي اتخاذ القرار حول الإقدام نحوها أو الإحجام عنها، كما تؤثر معتقدات الكفاءة الذاتية على عمليات الانتباه و التفكير و مساعدة الذات ، إذ ينصب تركيز الأفراد الذين يتحلون بمستويات عالية من كفاءة الذات على تحليل المشكلة و يحاولون الوصول إلى الحلول المناسبة انطلاقا من حسن تقييم أبعاد المشكلة و المصادر المتاحة لحلها، و بالمقابل يحول الأفراد الذين يتسمون بمستويات متدنية من الكفاءة الذاتية انتباههم إلى الداخل و يغرقون أنفسهم في بالهموم عند مواجهة الصعوبات و العراقيل ، و هم بذلك أكثر ميلا إلى الاهتمام بالفشل و تركيزا عليه ، بحيث يفاقم هذا التفكير السلبي لديهم من حدة الضغط و التوتر ، كما يحد من الاستخدام الفعال للقدرة المعرفية من خلال تحويل الانتباه عن كيفية معالجة المتطلبات بأفضل شكل ممكن إلى إثارة القلق حول العجز الشخصي و احتمالية الوقوع بالفشل. (Scheitzer , M .B , Dantzer, R, 2002, pp 242-251)

كما تلعب الكفاءة الذاتية دور وسيط معرفي فعال أمام الاستجابات البيولوجية، إذ ترتبط المستويات المتدنية للاعتقاد بكفاءة الذات بزيادة إفراز الكاتيكولامينات (les catécholamines) و زيادة نشاط الجهاز العصبي الودي، كما يعمل الإدراك المرتفع لها على تعزيز الكفاءة المناعية وتنشيط إفراز الأندورفين الذي يلعب دور المورفين في خفض الإحساس بالألم. (Bandura,A, 2002, pp 398- 402)

وانطلاقاً من أهمية الارتباط القائم بين متغيرات الدراسة، ونظراً للقيمة وللاهتمام المتنامي لكل متغير منها على حداء، جاءت الدراسة الحالية لتبحث في وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المستخدمة من قبل المرضى في مواجهة الألم المزمن من خلال طرح تساؤلين عامين هما:
التساؤل العام الأول:

1. هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن؟

التساؤل العام الثاني:

2. هل تتسم معتقدات الكفاءة الذاتية العامة بقدرة تنبؤية موجبة بلستراتيجيات مواجهة الألم المزمن؟
ثم طرح التساؤلات الفرعية التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن؟

2. هل توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بينمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن؟

3. هل توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بينمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن؟

4. هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير الجنس؟

5. هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 دالة إحصائياً في الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير المرض المتسبب في الألم المزمن (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)؟

6. هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير الجنس (إناث / ذكور) ؟

7. هل توجد فروق دالة إحصائياً دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب متغير المرض المتسبب في الألم المزمن (الصداع النصفي / ألم أسفل الظهر / التهاب المفاصل الروماتيزمي) ؟

8. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في نمط استراتيجيات المواجهة المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن (تجنبية / حل المشكل / الانفعال) تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور) ؟

2-فرضيات البحث:

⇐ نقودنا التساؤلات السابقة إلى تقديم الفرضيتين العامتين التاليتين:

الفرضية العامة الأولى:

توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بينتوقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

الفرضية العامة الثانية:

تتسم معتقدات الكفاءة الذاتية بقدرة تنبؤية موجبة بلستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

⇐ وإلى تقديم الفرضيات الإجرائية التالية:

1. توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن.

2. توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن.

3. توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن.

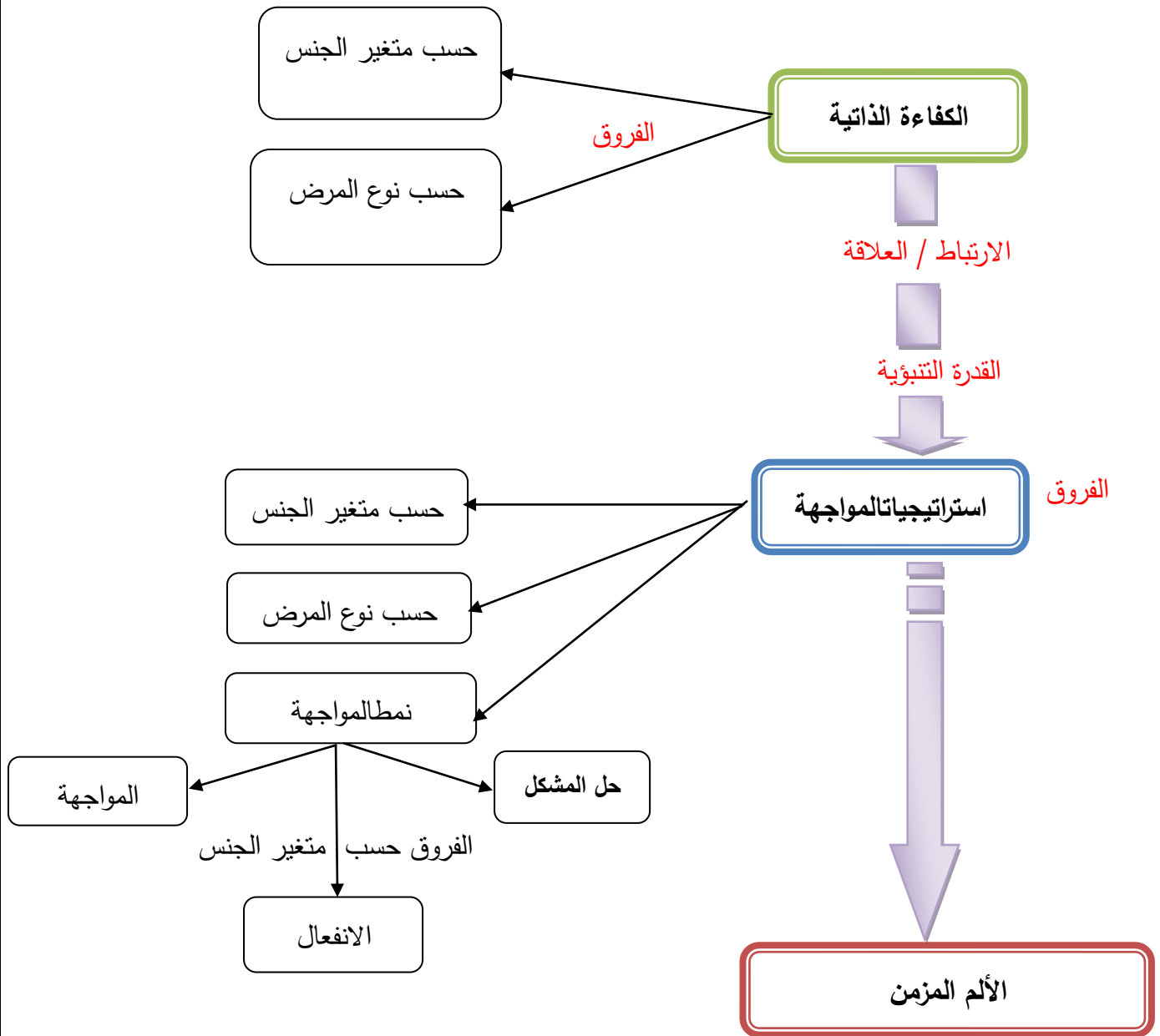
4. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

5. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي -آلام أسفل الظهر-التهاب المفاصل الروماتيزمي).

6. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة بين المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

7. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)

8. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في نمط استراتيجيات المواجهة (تجنبية / حل المشكل / الانفعال) المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس.



الشكل رقم (01): يوضح فرضيات الدراسة.

3-دوافع اختيار موضوع البحث:

اتجهت الباحثة في اختيارها لهذا الموضوع بعد الاطلاع على التراث العلمي في هذا المجال وبعد دراسة عدة بحوث سابقة كانت بمثابة محفز علمي وسند مرجعي في انطلاق البحث الحالي، على أمل التطرق إلى الموضوع من جانب قد يكون باعثا على بحوث أخرى لاحقة، تثري الرصيد العلمي في الموضوع، وتكون منطلقا لبناء استراتيجيات وبرامج تكفل وعلاج تسهم في التحسين من جودة حياة مرضى الآلام المزمنة، وقد دفعها في هذا الانتقاء دوافع ذاتية، وأخرى موضوعية أو علمية:

3-1- دوافع الذاتية :

أولا:

الرغبة الذاتية في اكتساب معارف حول مختلف الأبعاد الإيجابية التي من شأنها تعزيز أساليب تفكيرنا وتسييرنا للوضعيات والتجارب التي نواجهها في الحياة اليومية كالأثر الجوهري الذي قد تحدثه القيمة المرتفعة لبعد بوزن الكفاءة الذاتية في شتى الجوانب العقلية والانفعالية والصحية والتحصيلية للفرد، وكذلك لاستراتيجيات المعرفية والسلوكية الأكثر فاعلية في إدارة مختلف ما يجابهنا التي تتوقف نجاعتها وفاعلية ممارستها في حل هذه الأزمات إلى حد بعيد على ما يكمن لدى الأفراد من قوة أو ضعف في البعد الأول (الكفاءة الذاتية).

ثانيا:

السعي إلى اكتساب مهارات و ممارسات من شأنها تعزيز هذه الأبعاد الجوهريّة من الشخصية و تقويتها، ثم العمل على أداء رسالة مفادها إكساب هذه الفاعلية للأفراد الذين يتم التكفل بهم في المحيط المهني والعلائقي، الذي تكثر فيه حالات تعاني من ضعف إدراك الكفاءة الذاتية أو من تبني أساليب مواجهة غير فعالة في تسيير المشكلات و المواقف، وكذلك أفراد يعانون من آلام مزمنة أرهقت بثقلها كاهلهم ويكون توجيههم في الغالب إلى المعالجة الدوائية مع إغفال الجوانب الشخصية التي تمثل محورا بؤريا في استراتيجيات الإدارة الناجعة لوضعية الألم خاصة و المعاناة على وجه العموم .

3-2- دوافع موضوعية و علمية:

أولا:

الرغبة في التعرف على كفاءات إدارة المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة، لهذه المعاناة في ظل تأثير عوامل معرفية قد لا يبدو ظاهريا كيف تغير سياقات المواجهة وتغير سير ومآل الحالات، دون أن يكون تعرفنا إليها ذاتيا بل يتعداه إلى بحث علمي يقيس هذه المتغيرات ويقدر القيمة الفعلية لها سواء فيما

يتعلق بالتأثير الجلي للكفاءة الذاتية أو الأهمية الجوهرية للمواجهة المتبناة ونوعها ، في هذه القدرة الناجمة لسبل تكيفهم ومواجهتهم للمرض والتغلب على ما يترافق معه من آلام مزمنة.

ثانياً:

التفشي الكبير لأمراض باكتنلقي بظلالها المضنية على المرضى، و تخلف تأثيرات من الصعب العودة بوجودها إلى التوازن الذي كان ساريا في حياة المريض قبل الإصابة بها، كالأزمات المزمنة، و الأمراض المصنفة ضمن خانة الأمراض القاتلة و الأمراض النادرة، في الوقت الذي تتضح الأهمية المتزايدة لبعض الأبعاد النفسية التي تركت بصمة قوية من خلال الدراسات الرائدة في المجالات الصحية و النفسية مثل الكفاءة الذاتية و استراتيجيات المواجهة، و أثرها المثبت في تحسين المعاش النفسي للمرضى المزمنين، وكذلك المنحى التنبئي للمرض و مآله و إدارته و تقبل العلاجات الثقيلة منها .

ثالثاً:

فتح آفاق أمام دراسات أخرى لا تقف عند الرعاية الطبية للأمراض العضوية فحسب بل تصب الاهتمام على الجوانب النفسية والمعرفية لمعاناة المريض المزمن، وتعنى بالأبعاد التي من شأنها تحسين دوره في إدارة مرضه والتكيف معه في سبيل الوصول به إلى أعلى مستويات الرضا النفسي الذي يغير بدوره من الارتكاسات الجسدية.

4-أهداف البحث:

يهدف هذا البحث أساساً إلى:

1. تحديد وجود علاقة بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.
2. التعرف إلى وجود قدرة تنبئية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن. وذلك من خلال مقارنة الأهداف الفرعية التالية:
 1. تحديد وجود ونوع العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن.
 2. تحديد وجود ونوع العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن.
 3. تحديد وجود ونوع العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن.

4. تحديد وجود الفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور).
5. تحديد وجود الفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - آلام أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي).
6. تحديد وجود الفروق في استراتيجيات المواجهة بين المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور).
7. تحديد وجود الفروق في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي).
8. تحديد وجود الفروق في نمط استراتيجيات المواجهة (تجنبية / حل المشكل / الانفعال) المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس.

5- أهمية البحث:

* تأتي أهمية البحث الحاليين خلال أهمية المتغيرات التي تطرق إليها من جهة: فالكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة من أهم الأبعاد التي باتت تلعب دوراً فارقاً في العلوم النفسية والمعرفية وكذلك الصحة النفسية لما لها من أثر على تحسين المعاش النفسي ومستوى الرعاية الصحية.

* كما تكتسب الدراسة أهميتها من اهتمامها بجانب أساسي له وزنه الثقيل في المرض المزمن وكذلك بالنسبة للفريق القائم على الرعاية الصحية من أطباء وأخصائيين نفسيين وكذلك اجتماعيين وهو الألم المزمن الذي يحتم على المريض أعباء جديدة لم تكن مدمجة في جوانب حياته من تبعية للعلاجات وما تراكمه من آثار جانبية وكذلك نفسية من مخاوف و اكتئاب و انسحاب اجتماعي، و لا يقف أثره عند المريض فحسب بل يشكل أزمة اقتصادية (مالية) للأفراد و الحكومات لما يرتبط به من أعباء مادية متعلقة بالأدوية و العلاجات و إعادة التأهيل و وضعيات الانقطاع عن العمل.... إلخ

* كما تتضح أهمية هذه الدراسة في أنها ترمي إلى إبراز الأثر النفسي والمعرفي في سيرورة التكفل ومن ثم العمل على فتح التوجه إلى إنجاز بحوث رامية إلى بناء استراتيجيات رعاية أشمل وأكثر جدوى قائمة على التركيز على العلاقة التي تقوم بين جوانب المعرفة كالكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة، في التخفيف من المعاناة من الألم المزمن وإدارته بفعالية.

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث:

6-1- الكفاءة الذاتية:

تدل الكفاءة الذاتية على معتقدات الفرد حول إمكاناته وقدراته الذاتية على إنجاز مختلف المهام والتغلب على المواقف والمشكلات المختلفة التي تعترضه بصورة ناجحة.

* و تشير في البحث الحالي إلى الدرجة النهائية التي يتحصل عليها مريض الألم المزمن على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jérusalem, M.

6-2- استراتيجيات المواجهة:

هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة التي تهدف إلى السيطرة وتحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تشكل تهديدا يتجاوز قدرات الفرد.

* ويقصد بها في البحث الحالي الدرجة النهائية التي يتحصل عليها مريض الألم المزمن على قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker (Coping Inventory for Stressful Situation).

6-3- الألم المزمن:

هو خبرة حسية وانفعالية سيئة مرتبطة بنسج فعلي أو كامن.

أما في البحث الحالي فهو الإحساس بألم دائم ومتكرر لدى المرضى الذين يعانون من آلام الرأس (الصداع المزمن) أو آلام أسفل الظهر أو آلام التهاب المفاصل لمدة تزيد على السنة كاملة، الذين يتابعون حالتهم الصحية على مستوى المستشفى الجامعي 01 نوفمبر 1954 بوهران أو المستشفى الجامعي ابن رشد بعنابة.

7- الدراسات السابقة:

قامت عديد الدراسات بالبحث في المتغيرات موضوع البحث، هدفت كل واحدة منها إلى قياس جانب أو بعد معين، وقد حاولنا عرض أبرز ما جاء في التراث العلمي حول الموضوع في حدود اطلاع الباحثة:

7-1- الدراسات السابقة الخاصة بالكفاءة الذاتية:

7-1-1- دراسة Bandura et al., 1987:

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين كفاءة الذات والتحكم في الألم باشتغالها على عينة تحتوي على 36 رجلا و 36 امرأة، حيث تم تعليم جزء من أفراد العينة استراتيجيات معرفية للتحكم في الألم تلقوا بعدها أدوية إيحائية، أما الجزء الآخر من العينة فلم يتلق أي تدخل، ثم قيست درجة تحملهم للألم في مجالات مرحلية بعد إعطائهم إما محلول ملحي و إما النالوكسون وهو مضاد أفيوني يعيق التأثيرات المهدئة للأفيونات) ودلت النتائج على أن التدريب على التحكم المعرفي أقوى من كفاءة الذات المدركة لمقاومة خفض الألم، في حين أن الدواء الإيحائي رفع من كفاءة الذات المدركة لمقاومة الألم و لكن دون خفضه.

أما الذين لم يتلقوا أي تدخل فلم تتغير فعالية المواجهة لديهم، ودلت النتائج على أنه كلما زادت فعالية مواجهة الألم لدى الأفراد كلما زادت درجة تحملهم للتنبهات المتزايدة للألم. إن الأفراد الذين تلقوا تدريباً معرفياً وأعطى لهم الفالوكسون كانوا أقل تحملاً للألم من الذين أعطى لهم المحلول الملحي. بالإضافة إلى أن الأشخاص الذين تلقوا تدريباً معرفياً تمكنوا من رفع درجة تحملهم للألم بالرغم من أن ميكانيزمات تسكين الألم كانت موقفة بواسطة الفالوكسون، وعليه فإن الكفاءة الذاتية المدركة في مواجهة الألم هي التي تؤدي إلى تحمل الألم ودرجة تنشيط الأفيونات. (كوهين ا.ر، 1989، ص 17)

7-1-2-دراسة Heller & Krauss 1991:

أجريت في نيويورك بهدف التحقق من صحة افتراض أن الكفاءة الذاتية المكتسبة يمكنها أن تنبئ بصلاحية انتقال مرضى الإدمان من حالة إزالة السمية إلى مرحلة الرعاية اللاحقة، و قد بلغ قوام عينة الدراسة 63 مدمناً ذكراً من ذوي الإدمانات المتعددة في أحد مستشفيات الإدمان بنيويورك، و قد تلخصت أدوات الدراسة في مقياسين مهمين هما: مقياس الرعاية اللاحقة و يتكون من 17 مفردة، و مقياس الكفاءة الذاتية المكتسبة المؤهلة للرعاية اللاحقة و يتكون من 30 مفردة، و لقد اقتضت إجراءات الدراسة أن يقوم كل مريض من أفراد العينة بتقويم ذاتي لمفردات المقياسين الذين يحتويان على وصف للسلوكات الواجب توافرها و إتباعها للانتقال من مرحلة إزالة السمية و هي المرحلة الأولى في العلاج إلى مرحلة الرعاية اللاحقة و هي المرحلة النهائية في العلاج من الإدمان، و ذلك على أن يحتوي هذا التقويم على أمرين هما:

- مدى أهمية السلوك المطلوب للانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة.
- و مدى قدرة كل مريض على الالتزام بهذا السلوك أو تعذر الامتثال له و إمكان الاستغناء عن المفردة التي تمثلها في المقياس.

و لقد أسفرت النتائج عن أهمية توفر الكفاءة الذاتية لإمكانية الانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة رغم أن النتائج لم تكن جوهرياً أو مرتبطة بشكل دال. (أبو زيد، م، 2003، ص 393،394).

7-1-3-دراسة Cantral et al., 1993:

هدفت إلى دراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والارتكاس الكحولي من خلال برنامج علاجي وقائي لمدة ثلاثة أسابيع، حيث اعتمد الباحثون في دراسة عينة قوامها 43 مدمناً كحولي إستبانة الثقة الموقفية لقياس الكفاءة الذاتية ودلت النتائج على زيادة معدل الكفاءة الذاتية بعد تلقي العلاج ترجم ذلك من خلال شعور

المرضى بزيادة الثقة بأنفسهم، وبإمكانية التفاعل والاستجابة بفعالية في مواقف الخطورة، وقد انعكس اعتقادهم بالفعالية على عدم ارتكاسهم من جديد كما زادت نشاطاتهم الخارجية بشكل ايجابي.

7-1-4-دراسة،Muddle et al.,1995:

وهي دراسة طولية تناولت العلاقة بين أبعاد الكفاءة الذاتية المدركة (الصعوبة-التعميم-القدرة) و سلوك الإقلاع عن التدخين على المدى القريب و المتوسط و البعيد و ذلك باستخدام ثلاثة مقاييس مختلفة يقيس كل واحد منها بعدا من الأبعاد، وقد توصلت إلى أن معتقدات الكفاءة الذاتية تتنبأ بالإقلاع عن التدخين على المدى المتوسط والبعيد، وبينما تنبأ بعد الصعوبة لمعتقدات الكفاءة الذاتية بالامتناع عن التدخين على المدى القصير، فقد تنبأ بعد القدرة لمعتقدات الكفاءة الذاتية بالإقلاع عن التدخين على المدى الطويل، كما كان لبعدي التعميم و القدرة لمعتقدات الكفاءة الذاتية قدرة تنبؤية أكبر في الإقلاع عن التدخين بعد العلاج.

7-1-4-دراسة،Martinez et al.,1999:

إذ قام باحثون بتعيين مجموعة من الأفراد للمشاركة مع مجموعة تقوم بالتدريب على بعض التمارين، وطلب منهم التلاعب بمشاعرهم المتعلقة بإحساس الكفاءة الذاتية في أثناء الأداء، وذلك عن طريق تزويدهم بتغذية راجعة متناقضة حول مستوى جودة أدائهم أو ضعفه.

وقد أشارت النتائج بأن المجموعة التي وضعت في ظروف ولدت لديها شعورا بالكفاءة الذاتية كان لديها مستوى أعلى من الكفاءة الذاتية المدركة من المجموعة الضابطة، وأن هذه المدركات ارتبطت مع التحسن في المزاج والصحة النفسية. (تايلور، ش، ص 202)

7-2-5-دراسة،Booth et al.,2000:

وهي دراسة ميدانية أجريت في استراليا على عينة عشوائية متكونة من شخصا 499 مسنا وتم قياس نشاطهم الرياضي إضافة إلى قياس كفاءة الذات ومتغيرات نفسية واجتماعية أخرى.

ولقد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة العالية للذات كانوا أكثر نشاطا وحيوية من غيرهم .

(يخلف، ع، 2001 ، ص 114)

7-2-6-دراسة،Lam & Fieldings,2007:

قام Lam & Fieldings,2007 بدراسة على عينة مكونة من 405 امرأة مصابات بسرطان الثدي تمت

مقابلتهن بعد أسبوع من عملية استئصال الثدي وتم تقييم مستوى الكفاءة الذاتية والحالة النفسية لديهن، ثم تمت إعادة تقييمهن بعد شهر من العملية الجراحية، وقد أظهرت النتائج أن المريضات اللواتي تمتعن بمستوى مرتفع من الكفاءة الذاتية أبدن مستوى أعلى من التكيف الاجتماعي وتقبل صورة الجسد وأقل إظهارا للتوابع السلبية ما بعد الجراحة، كما أظهرت الدراسة أن تلك المريضات شكلن النسبة الأكبر من الناجيات، وأن الكفاءة الذاتية العالية تلعب دورا حيويا في التنبؤ الإيجابي بالنتائج الوظيفية والنفسية. (خلاف، أ، عدوان، ي، 2018، ص 328)

7-2-2- الدراسات السابقة الخاصة باستراتيجيات المواجهة:

7-2-1- دراسة محمد رجب 1995:

قام محمد رجب بدراسة الفروق الجنسية والعمر في أساليب مواجهة المواقف الضاغطة على عينة مكونة من 684 فردا من الجنسين. ودلت النتائج على عدم وجود فروق دالة في استخدام أساليب المواجهة بين الجنسين، كما أشارت إلى وجود تأثير لمتغير السن في استخدام أساليب المواجهة، حيث كان الشباب أكثر ميلا لاستخدام أسلوب إعادة التقييم الإيجابي للمواقف، وأسلوب التحليل المنطقي للموقف بغية فهمه، وأسلوب البحث عن المساندة الأسرية والاجتماعية بالمقارنة مع المراهقين (رجب، م، 1995، ص 75)

7-2-2- دراسة Nezu et al., 1995:

هدفت إلى البحث في علاقة أسلوب المواجهة المتمثل في حل المشكل والضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان. وكشفت نتائج الدراسة التي اشتملت على عينة قدرها 134 مريضا بالغيا يعاني السرطان، أن القدرة على حل المشكل كانت لتعديل و تهدئة تأثير الضغوط المرتبطة بالسرطان، و سجل المرضى المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل، مستويات عالية من الأعراض الإكتئابية و القلق مقارنة مع مرضى السرطان الذين يتسمون بارتفاع القدرة على حل المشكلات. (Nezu, A . M et al., p 277)

7-3- الدراسات السابقة الخاصة بالألم المزمن:

7-3-1- دراسة Mc Cracken & Eccleston 2003:

قام بدراسة حول العلاقة بين تقبل الألم واستراتيجيات المواجهة، وبحث في مجموعة من النتائج الناجمة عن الألم المزمن على عينة قوامها 230 مريضا يعانون من الألم المزمن، وتوصل إلى أن تقبل المريض للألم هو أكثر عامل تنبؤي مرتبط باستراتيجيات المواجهة يأتي ترتيبه قبل إدراك الخطورة، وشدة العجز، والاكتئاب والقلق وأفضلية الوضعية المهنية. كما توصلت الدراسة إلى الارتباط الإيجابي بين درجة تقبل الألم والتغيرات التي طرأت على المرضى في مفهوم الذات. (Ogden, J, 2018, pp 398, 400)

7-3-2- دراسة Newton-John & Williams 2006:

هدفت هذه الدراسة إلى فهم الآثار المترتبة على السلوكيات الداعمة من جانب الشركاء العاطفيين، على الصحة الجسدية والنفسية للمرضى الذين يعانون من حالات تنطوي على آلام مزمنة، حيث أجرى الباحثون مقابلات مع 95 زوجًا، عانى أحد الشريكين من حالة مزمنة تنطوي على الألم. أجرى هؤلاء الباحثون تحليلات كمية ونوعية بهدف دراسة وتحسين التنبؤ بالألم المزمن ومن بين النتائج التي توصلوا إليها: أن جميع السلوكيات تقريبًا من جانب الشريك العاطفي أدت إلى نوع من الاستجابة العاطفية، إما سلبية (مثل الشعور بالذنب) أو إيجابية (مثل الشعور بالرفاهية) من جانب المريض كما بينت الدراسة أن سلوكيات الرعاية من جانب الشريك هي نوع السلوك الذي لوحظ في أغلب الأحيان، وأن هذا كان مرتبطًا في كثير من الأحيان بالاستجابات العاطفية السلبية لدى الشخص الذي يعاني من ألم مزمن.

7-3-3- دراسة Smith & Osborn 2007:

اشتملت الدراسة على عينة من مرضى آلام أسفل الظهر الذي يتداعى عادة مع سن الأربعين و يصبح باعًا أساسيا على العجز و التوقف عن العمل، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف إلى كيفية معايشة المرضى لآلامهم انطلاقًا من المفهوم الذي يتبلور من قبلهم حول الهوية و مفهوم الذات، بالاعتماد على المقابلات النصف موجهة بغرض مقارنة أكبر حجم ممكن من البيانات حول الألم المزمن و المعاش المرتبط به، و مما أكدته الدراسة التأثير السلبي الهام للألم على الهوية و مفهوم الذات حتى أنه وجد أن بعضهم يصرح بمعايشة هويتين مختلفتين أطلق على الأولى الشخصية الجيدة و الثانية الشخصية السيئة التي ارتبطت بالمعاناة من الألم و ما يخلفه على الشخص من تأثيرات، كما بحثت الدراسة في الكيفيات التي يطور بها هؤلاء المرضى استراتيجياتهم في المواجهة عندما يجدون أنفسهم في وضعية أسمتها المقاومة ضد الألم. (Ogden, J, p 397)

7-3-4- دراسة Romano et al., 2009:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر التماس العون من الشريك كاستراتيجية إيجابية في التخفيف من المعاناة من الآلام المزمنة الناجمة عن متلازمة التعب المزمن وهي حالة تتميز بالتعب بالإضافة إلى آلام العضلات والمفاصل. حيث تم جمع تقارير عن السلوكيات الداعمة التي يقدمها الشريك المتعاطف، والتي أبداهها 117 مشاركًا يعانون من متلازمة التعب المزمن، في هذه الدراسة، أفاد الباحثون أن التصور بأن الشريك الحميم يقدم الدعم الملمس من قبل الشريك كان -مرتبطًا بالنسبة للمشاركين الذين يعانون من

متلازمة التعب المزمن-مع زيادة شدة الألم المبلغ عنها وعدد أكبر من القيود على الأنشطة اليومية. بالإضافة إلى ذلك، لاحظ نفس الباحثين بشكل مباشر التفاعلات بين 37 ثنائياً، تم اختيارهم عشوائياً من العينة، لتحديد السلوكيات المرتبطة بأسلوب التماس الدعم في بيئة طبيعية. و أفاد رومانو وزملاؤه أن سلوكيات الشريك الداعمة التي تمت ملاحظتها وتصنيفها على أنها مثيرة للقلق (على سبيل المثال، التعبير اللفظي عن المخاوف، وتقديم المساعدة، وإكمال المهام للشريك الذي يعاني من الألم) كانت مرتبطة بزيادة في سلوكيات الألم (على سبيل المثال، التعبير اللفظي عن الألم، المشي ببطء شديد وأحياناً مدعوماً

بللأثاث أو غيره) لدى الأفراد المصابين بمتلازمة التعب المزمن. (Lussier, Y et al., 2015, p 78)

7-3-5-دراسة Eccleston et al., 2009:

قام بدراسة اشتملت على إدخال عدد من المقاربات العلاجية النفسية لعلاج الألم المزمن تضمنت 29 تجربة وتقديم معلومات للمرضى حول الآلام التي يعانون منها، حيث اشتملت الدراسة على 1432 مريضاً من الأطفال والمراهقين يعانون ممن آلام الرأس المزمنة، آلام البطن، وآلام العضلي الليفي، والآلام العضلية الهيكلية، قسمت العينة إلى مجموعتين تلقت المجموعة الشاهدة أدوية مهدئة للألم، أو أدوية وهمية (placebo) وتلقت المجموعة الأساسية علاجات نفسية مخففة للألم على رأسها الاسترخاء وقد توصلت الدراسة إلى إثبات الأثر الفعال للعلاجات النفسية على التخفيف من الألم في حالة آلام الرأس المزمنة، آلام البطن، وآلام البطن والآلام العضلية الهيكلية لدى الأطفال والمراهقين، كما لم تظهر وجود علاقة ارتباطية دالة لهذه العلاجات مع المزاج أو عدم الفاعلية لدى المريض.

7-3-6-دراسة Samwel & al., 2009:

قام بدراسة مقارنة حول تأثيرات تقبل الألم على عينة اشتملت على 220 مريضاً قسمت مناصفة، خضعت المجموعة الأولى للمتابعة وتغيير مفهوم الألم لدى المريض لتحسين تقبله له، بعيادة متخصصة في الألم المزمن متعددة الخدمات، وتم تقييم مستوى تقبل الألم لدى المجموعتين منذ بداية الدراسة وتوصلت الدراسة أن تقبل المرضى لألمهم لا يؤثر على مستوى إحساسهم بشدة الألم فحسب، بل على مدى انتفاع هؤلاء المرضى من العلاج الذي يتلقونه.

7-3-7-دراسة Dituba, L M 2010:

اشتملت الدراسة على 63 مريضاً يعانون من آلام مزمنة متنوعة يتلقون المتابعة النفسية بإحدى العيادات المتخصصة بكندا بهدف تلقي المساعدة النفسية لمساعدتهم في التغلب على معاناتهم، حيث هدفت

الدراسة إلى التعرف على الخصائص الاكلينيكية للألم المزمن ، و تحديد اتجاهات المرضى إلى المواد الصيدلانية و غير الصيدلانية في التخفيف من الألم ، الإحاطة بالتوظيف النفسي ، أسلوب الحياة ، اضطرابات النوم لدى هؤلاء المرضى ، و دراسة الفرق بين المرضى الذين يتلقون المساعدة النفسية المتخصصة و الذين لا يتلقونها في اضطرابات المزاج و القلق . كما هدفت إلى التعرف على المتغيرات المصاحبة لحدة الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق. ومن بين نتائج الدراسة: ارتباط تدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي بارتفاع حدة المعاناة من الأعراض المؤلمة والميل إلى التهويل منها وضعف المواجهة الفعالة وتبني أسلوب الحياة غير الصحي أمام الألم. كما أكدت الدراسة على أهمية التحسيس والدعم النفسي الذي الدور الذي يمارسه الأخصائيون النفسانيون في التخفيف من حدة المعاناة من الآلام المزمنة وتحسين التوظيف النفسي وتبني أساليب مواجهة بناءة في مجابهة الألم وهو ما ترجمته الفروق الدالة بين العينتين من المرضى الذين يتلقون المتابعة النفسية والذين لا يتلقونها (Detuba, L M,2010, pp78-79)

7-3-8- دراسة الشناوي 2019 :

هدفت إلى فحص الدور المعدل للنوع في العلاقة بين قابلية التأثر بالضغوط و قلق الألم باعتباره أحد النتائج النفسية السلبية ، و فحص الدور المعدل للتعقل في العلاقة بين قابلية التأثر بالضغوط و الرضا عن الحياة باعتباره احدى النتائج النفسية الإيجابية ، اشتملت عينة الدراسة على 80 مريضا (40 ذكور و 40 إناث) يعانون من الآلام المزمنة أولية كانت أو ثانوية ، و دراسة الفروق بين هؤلاء المرضى حسب متغير الألم (أولي /ثانوي) و حسب متغير الجنس (ذكور / إناث) ، حيث اعتمدت الدراسة على مقياس قابلية التأثر بالضغوط لكوستا و ماكري ، و مقياس قلق الألم لـ Mc Cracken & Dhingra واستبيان الرضا عن الحياة للدسوقي، وكشفت الدراسة عن وجود ارتباط إيجابي دال بين قابلية التأثر بالضغوط وقلق الألم، وارتباط سلبي دال بين التعقل وقابلية التأثر بالضغوط، وارتباط إيجابي دال بين التعقل والرضا عن الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة الأولية والثانوية، كما اتضح وجود دور إيجابي للجنس كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغوط وقلق الألم لدى الذكور. (الشناوي، ن، 2023، ص 1)

7-3-9- دراسة موفق، أ و رديف، س م 2019:

حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية و تقبل الألم المزمن لدى مرضى يعانون من أمراض المزمنة، شملت الدراسة عينة قوامها 254 مريضا (104 مرضى ذكور، 150 إناث) تراوحت أعمارهم بين 20 و

60 سنة، بالاعتماد على مقياس تقبل الألم المزمن، و مقياس الدعم الاجتماعي، توصلت الدراسة إلى تدني مستوى تقبل الألم لدى الإناث مقارنة بالمرضى الذكور، و تأكيد وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم الاجتماعي و تقبل الألم المزمن و أن كل مصادر الدعم الاجتماعي (الأُسرة، الأصدقاء..) قد ساهمت في تقبل الألم المزمن مع التوصل إلى أن دعم الأصدقاء قد شكل المساهمة الأعلى في تقبل الألم المزمن. (Muwafaq, A, Radeef, S M , 2020, p 43)

7-4- التعليق على الدراسات السابقة :

بالنسبة للدراسات السابقة الخاصة بالكفاءة الذاتية فإننا نلخص أهم ما توصلت إليه فيما يلي :

الأولى * توصلت الدراسة، 1987 Bandura et al. إلى أن الكفاءة الذاتية المدركة في قدرة الفرد على هي التي تؤدي إلى تحمل درجة الألم وتتنبأ بدرجة تنشيط الأفيونات المسكنة للألم.

الثانية * بحثت الدراسة Heller & Krauss 1991 في فرضية أن الكفاءة المكتسبة يمكنها التنبؤ بإمكانية الانتقال من حالة إزالة السمية كمرحلة أولية في التعافي من الإدمان إلى المرحلة اللاحقة ودلت على أهمية توفر الكفاءة الذاتية لإمكانية الانتقال بين المرحلتين.

الثالثة * هدفت الدراسة، 1993 Cantral & al. إلى البحث في العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الارتكاس الكحولي من خلال تبني برنامج وقائي طيلة ثلاثة أسابيع وأسفرت نتائجها على تأكيد العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية وعدم ارتكاس هؤلاء المدمنين كما زادت الكفاءة المدركة -التي قيست من خلال استبانة الثقة الموقفية لقياس الكفاءة الذاتية- من النشاطات الخارجية إيجابيا.

* بحثت الدراسة الرابعة لـ، 1995 Muddle et al. في العلاقة بين أبعاد الكفاءة الذاتية المدركة (الصعوبة- التعميم- القدرة) وسلوك الإقلاع عن التدخين، وأسفرت نتائجها على تأكيد الارتباط بين معتقدات الكفاءة في كل بعد من أبعادها وسلوك الإقلاع عن واعتبرت أن لمعتقدات الكفاءة الذاتية قدرة تنبؤية في الإقلاع عن التدخين سواء على المدى القريب أو البعيد مع الأخذ بالاعتبار علاقة كل بعد من الأبعاد على حدا.

* أسفرت نتائج دراسة، 1999 Martinez et al. بأن الكفاءة الذاتية ترتبط بتحسن المزاج و بالصحة النفسية.

* أكدت نتائج دراسة، 2000 Booth et al. بأن الأفراد الذين يتسمون بمستويات مرتفعة من الكفاءة الذاتية أكثر حيوية ونشاطا من غيرهم.

* توصلت دراسة Lam & Fieldings 2007 إلى تأكيد العلاقة بين مستوى الكفاءة الذاتية المرتفع ومستوى

التكيف الاجتماعي وتقبل الصورة الجسدية وخفض إبداء التوابع السلبية ما بعد الجراحة، كما شكلن الفئة الأكبر الناجيات، مما رسخ أن الكفاءة الذاتية العالية تلعب دوراً حيوياً في التنبؤ الإيجابي بالنتائج الوظيفية والنفسية.

فمن مجمل التراث العلمي المعروض والمتعلق بالكفاءة الذاتية، فقد رست كل الدراسات على نتيجة مفادها العلاقة التي تربط الكفاءة الذاتية بالجانب الإيجابي للصحة والسلوك الصحي سواء كان ذلك بالنسبة للمرضى أين بلغت علاقتها الإيجابية حد ارتباطها بالنجاة من المرض التي جاءت حتماً من خلال أثرها أو للمدمنين على الكحول في بلوغ الحالة الانتقالية من مرحلة السمية و التبعية للعقار إلى مرحلة التعافي و التشافي من الإدمان أو بالنسبة للمدخنين في الالتزام بالإقلاع عن تدخين السجائر سواء على المدى القريب أو المتوسط أو البعيد من خلال العلاقة بين أبعاد الكفاءة المدركة و الالتزام المرحلي الآتي أو اللاحق أو حتى لدى الأفراد العاديين في سلوك تحمل الألم وفي درجة إنتاج الأندورفين (الذي يلعب دور المورفين في تخفيف الإحساس بالألم)، أو الممارسات العادية و السلوكات الصحية و تحسن المزاج وحتى في السمات كالحبوية والنشاط.

بالنسبة للدراسات السابقة الخاصة بالواجهة فيمكننا حوصلتها ضمن الآتي :

* بحثت الدراسة الأولى في الفروق في أساليب مواجهة المواقف الضاغطة حسب متغيري الجنس والسن وأسفرت النتائج على عدم وجود فروق دالة في استخدام أساليب المواجهة بين الجنسين مع تأكيد تأثير السن في انتقاء المواجهة، حيث كان الشباب أكثر ميلاً لاستخدام أسلوب إعادة التقييم الإيجابي للمواقف، وأسلوب التحليل المنطقي للموقف بغية فهمه، وأسلوب البحث عن المساندة الأسرية والاجتماعية بالمقارنة مع المراهقين.

* رمت الدراسة الثانية Nezu et al., 1995 إلى البحث في علاقة أسلوب المواجهة المتمثل في حل المشكل والضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان، وأوجدت أن حل المشكل كانت لتعديل وتهدة تأثير الضغوط المرتبطة بالسرطان، وسجل المرضى المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل، مستويات عالية من أعراض الاكتئاب والقلق مقارنة مع مرضى السرطان الذين يتسمون بارتفاع القدرة على حل المشكلات.

ومن خلال الدراستين المعروضتين المتوفرتين -في حدود اطلاع الباحثة- اللتين بحثنا في المواجهة فقد اختلف هدف البحث بين الدراستين بينما بحثت الأولى في الفروق بين الجنسين في أساليب المواجهة المتبناة لدى عينة من الأصحاء وتوصلت إلى أنه لا توجد فروق دالة بينهما، إلا أنها كشفت عن تأثير السن في

عملية انتقاء أسلوب المواجهة المستخدم من قبل فئة الشباب مقارنة بالمرهقين بالنسبة لأسلوب إعادة التقييم الإيجابي للموقف والتحليل المنطقي والبحث عن المساندة الاجتماعية، بالمقابل بحثت الدراسة الثانية في العلاقة بين أسلوب حل المشكل و الضيق الانفعالي لدى عينة مرضى السرطان و انتهت الدراسة إلى وجود علاقة بين ضعف القدرة على حل المشكل، وارتفاع مستوى أعراض الاكتئاب والقلق مقارنة مع مرضى السرطان الذين يتسمون بارتفاع القدرة على حل المشكلات، أي أن أسلوب حل المشكلات يصبح فاعلا في التصدي للأعراض الاكتئابية و المعاناة من القلق.

بالنسبة للدراسات السابقة الخاصة بالألم المزمن فإن النتائج الرئيسية التي جاءت بها هي :

*دلت نتائج الدراسة الأولى التي قام بها Mc Cracken & Eccleston 2003 على مرضى الآلام المزمنة أن العامل التنبؤي الأول الذي يترتب فيارتباطه باستراتيجيات المواجهة هو تقبل المريض لمرضه وذلك قبل إدراك الخطورة، وشدة العجز، والاكتئاب والقلق وأفضلية الوضعية المهنية. كما انتهت الدراسة إلى الارتباط الإيجابي بين درجة تقبل الألم والتغيرات التي طرأت على المرضى في مفهوم الذات.

*أسفرت نتائجالدراسة الثانية لـ Newton-John & Williams 2006 إلى أن جميعالسلوكيات تقريبا من جانب الشريك العاطفي أدت إلى نوع من الاستجابة العاطفية، إما سلبية (مثل الشعور بالذنب) أو إيجابية (مثل الشعور بالرفاهية) من جانب المريض كما بينتالدراسة أن سلوكيات الرعاية من جانب الشريك هي نوع السلوك الذي لوحظ في أغلب الأحيان، وارتباط هذا السلوك في كثير من الأحيان بالاستجابات العاطفية السلبية لدى الشخص الذي يعاني من ألم مزمن .

*دلت نتائج الدراسة الثالثة التي قام بها Smith & Osborn 2007 على التأثير السلبي للألم على الهوية ومفهوم الذات، كما بحثت الدراسة في الكيفيات التي يطور بها هؤلاء المرضى استراتيجياتهم في المواجهة عندما يجدون أنفسهم في وضعية أسمتها المقاومة ضد الآلام.

* توصلت دراسة Romano et al., إلى أنسلوكيات الشريك الداعمة المصنفة على أنها مثيرة2009 للقلق (على سبيل المثال، التعبير اللفظي عن المخاوف، والمبالغة في تقديم المساعدة، وإكمال المهام للشريك الذي يعاني من الألم) كانت مرتبطة بزيادة في سلوكيات الألم (على سبيل المثال، التعبير اللفظي عن الألم، المشي ببطء شديد وأحيانا مدعومًابالأثاث أو غيره) لدى الأفراد المصابين بمتلازمة التعب المزمن.

* أسفرت الدراسة الخامسة لـ Eccleston et al., 2009 على تأكيد أثر العلاجات النفسية في خفض آلام

الرأس المزمنا، آلام البطن، وآلام البطن والآلام العضلية الهيكلية لدى الأطفال والمراهقين، كما لم تظهر وجود علاقة ارتباطية دالة لهذه العلاجات مع المزاج أو عدم الفاعلية لدى المريض.

* توصلت الدراسة السادسة لـ Samwel & al., 2009 إلى أن تقبل المرضى لألمهم لا يؤثر على مستوى

إحساسهم بشدة الألم فحسب، بل يتخطاه إلى مدى انتفاع هؤلاء المرضى من العلاج الذي يتلقونه.

* دلت نتائج الدراسة السابعة لـ Dituba, L M 2010 على وجود ارتباط بين المستوى الاجتماعي

والاقتصادي وزيادة حدة المعاناة من الأعراض المؤلمة والميل إلى التهويل منها وضعف المواجهة الفعالة

وتبني أسلوب الحياة غير الصحي أمام الألم، وبالموازاة أهمية التحسيس والدعم النفسي الذي يمارسه

الأخصائيون النفسيون في التخفيف من حدة هذه المعاناة من الآلام المزمنة وتحسين التوظيف النفسي

وتبني أساليب مواجهة بناءة في مجابهة الألم.

* دلت الدراسة الثامنة للشناوي 2019 على وجود ارتباط إيجابي دال بين قابلية التأثر بالضغط وقلق

الألم، وارتباط سلبي دال بين التعقل وقابلية التأثر بالضغط، وارتباط إيجابي دال بين التعقل والرضا عن

الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة الأولية والثانوية، كما اتضح وجود دور إيجابي

للجنس كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم لدى الذكور.

* توصلت نتائج الدراسة التاسعة لموفق، أ و رديف، س م 2019 إلى إثبات تدني مستوى تقبل الألم لدى

المرضى المصابين بآلام مزمنة مقارنة بالمرضى الذكور، و تأكيد وجود علاقة ارتباطية موجبة بين

الدعم الاجتماعي و تقبل الألم المزمنا ومساهمة مصادر الدعم الاجتماعي (الأصدقاء، الأصدقاء... إلخ) في

تقبل الألم المزمنا أين شكل دعم الأصدقاء المساهمة الأعلى في تقبل الألم المزمنا.

من مجمل الدراسات المعروضة التي تناولت الألم المزمنا لدى المرضى في علاقته بعدد من المتغيرات

أسفرت على أهمية تقبل المريض للمرض كأولوية وتقبل الألم في التخفيف من شدة المعاناة من الألم

ومواجهته و الانتفاع بالعلاج الذي يتلقاه المريض، و بينما بحثت الدراسة الثالثة في امتدادات تأثير الألم

على الهوية التي قد يصل المريض إلى إدراكها في صورة هوية إيجابية و أخرى سلبية مرتبطة بالمعاناة

فقد جات الدراسات الثانية والرابعة والسابعة والتاسعة مؤكدة للدور الإيجابي الذي يلعبه الدعم الذي يتلقاه

المريض مقابل أن بعض سلوكيات الدعم المبالغ فيها كالتعبير اللفظي عن المخاوف، والمبالغة في تقديم

المساعدة قد تحفز نمطا من الاستجابات العاطفية السلبية لدى الشخص الذي يعاني من ألم مزمن والزيادة

في سلوكيات الألم بينما تلعب المساندة والتحسيس اللذين يتلقاهما المريض من قبل الأخصائي النفسي دورا

فاعلا التخفيف من حدة المعاناة من الألم، وهو ما تدعمه الدراسة الخامسة بشأن أثر العلاجات النفسية في

التخفيف من الألم وتحسين المزاج، على أن الدراسة السابعة أضافت فكرة مفادها أثر العوامل الاقتصادية و الاجتماعية المتدنية في زيادة حدة المعاناة من الأعراض المؤلمة والميل إلى التهويل منها وضعف المواجهة الفعالة وتبني أسلوب الحياة غير الصحي أمام الألم، و ذكرت الدراسة الثامنة أثر التعقل و قابلية التأثر بالضغوط في مواجهة القلق الناجم عن الألم.

ففي مجملها تناولت هذه الدراسات شتى المتغيرات التي قد ترتبط أو تؤثر في معيشة المريض لألمه المزمن، إلا أنها دلت على اتساع هذا المجال و تشعب العوامل المرتبطة به وهو أمر لا خلاف فيه يقودنا بالمحصلة إلى وصف الألم باعتباره خبرة حسية و انفعالية معقدة، يحشد فيها المريض قواه النفسية والانفعالية و رصيده المعرفي في سبيل هذه المواجهة التي يخوضها غير بعيد عن التفاعلات القائمة وسط بيئته الأسرية و الاجتماعية و في ظل ظروفه الاقتصادية تؤثر و تتأثر كل هذه العوامل بسمات المريض و قراءته لمرضه و درجة تقبله لألمه مما يوجه كيفية إدارته لهذه الخبرة .

الفصل الثاني الكفاءة الذاتية

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

تمهيد

1. تعريف الكفاءة الذاتية
 - 2- الدلالات الفارقة بين الكفاءة الذاتية والمصطلحات المقاربة
 3. أنواع الكفاءة الذاتية
 - 4- مصادر الكفاءة الذاتية
 - 5- أبعاد الكفاءة الذاتية
 - 6- النظرية المعرفية الاجتماعية والحتمية المتبادلة
 - 7- نظرية الكفاءة الذاتية لـ Bandura, A
 - 8- الكفاءة الذاتية والتنظيم الذاتي
 - 9- الاستثمارات الخلاقة للكفاءة الذاتية في الصحة والمرض
 - 10- الكفاءة الذاتية كعامل تنبؤي في إدارة الآلام المزمنة
- خلاصة

تمهيد:

تعتبر الكفاءة الذاتية من المفاهيم الرائدة في السنوات الأخيرة، كونها ترتبط من جهة بما يكونه الفرد من أحكام حول أدائه وقدراته وإمكانياته الفعالة في إنجاز مختلف النشاطات وتجاوز شتى الأزمات، ومن جهة أخرى ما تؤكد الدراسات العديدة التي أسهبت في البحث والإحاطة بالدور الهام الذي تمارسه الكفاءة الذاتية عبر تأثيرها في مختلف النواحي المعرفية والسلوكية وحتى الصحية والبيولوجية في حياة الفرد. كما تؤكد هذه الأبحاث على التباينات بين المرضى الذين يتسمون بمستويات مرتفعة من الكفاءة الذاتية والذين تتدنى مستوياتهم منها والتي تظهر من خلال ارتباطها الإيجابي بالالتزام بالخلق للسلوكيات الصحية و تبني أساليب المواجهة البناءة و إدارة الآلام المزمنة و تقوية المناعة و التغلب على مختلف التراكمات التي تخلفها الضغوط و ما تجلبه من انتكاسات على صحة الفرد لذلك أصبحت البحوث الهادفة إلى التكفل بالمرضى لا سيما في الأمراض المزمنة (كالأمراض الوعائية القلبية، والسكري، و ارتفاع ضغط الدم، و القصور الكلوي المزمن، و الأمراض القاتلة (كالسرطان، و السيدا... إلخ) . تعنى بشدة بالتركيز على هذا الأبعاد بغاية تحسين الالتزام بالعلاج والتنبؤ الإيجابي بمآل المرض، و معاش المريض. ومما لا شك فيه أن هذه العناية الشديدة لم تتأتى من الفراغ، بل مما فرضته النتائج الميدانية والدراسات التجريبية ومن ثقل الآثار التي يخلفها انسحاب المريض من العلاج أو إقدامه على الممارسات الغير صحية، لذلك وجود مجال خصب يفسح تعزيز أساليب التعامل والتعايش التي يتبناها المريض أو حتى السليم هو دون ريب فرصة للعلوم الصحية لاسيما النفسية منها أن تستلم الريادة في مجال التكفل والالتزام سواء في الصحة أو في المرض.

وإذ نقدم الفصل التالي نحاول من خلاله الإلمام بمختلف ما توصلت إليه الأبحاث الرائدة في هذا المجال، وعرض أهم ما قدمته الدراسات من نتائج تسهم في إثراء البحث، والتطرق إلى المفاهيم النظرية المرتبطة بالكفاءة الذاتية.

1- تعريف الكفاءة الذاتية:

*عرفها Harter 1982 بأنها قبول واعتبار الذات وشعور الفرد بقيمته كشخص، ويترجم هذا الشعور من خلال إظهار الفرد للكفاءة في بعض المجالات المهمة بالنسبة له كما أن شعور الفرد بقيمته يترجم أيضا من خلال ردود أفعال الأشخاص المهمين وأحكامهم تجاه كفاءته الشخصية في المواضيع المختلفة. (المصري، ع، محمد، ط، 2018، ص 199)

*ويرى Shunk, H 1983 بأن الكفاءة الذاتية تتعلق بالأحكام على مدى الجودة التي يستطيعها المرء أن ينظم ويستخدم مجريات الأحداث في المواقف التي تحتوي على عناصر جديدة. (الدردير، ع، 2004، ص 116)

*واعتبر Kirsh عن 1985 أن الكفاءة الذاتية تعني ثقة الشخص في قدراته على انجاز السلوك بعيدا شروط التعزيز، وهو مفهوم يختلف عن توقع الاستجابة التي ترجع أحيانا إلى حدوث الاستجابات الغير إرادية. (Feltz, D, L et al., 2008, p 33)

* كما يرى Murphy & Bruning 1989 بأنها ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة واستخدامه لإمكانياته المعرفية ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة والتي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدراته على النجاح في الأداء. (المصري، ع، محمد، ط، ص 151)

* وذهب Schwartzer 1994 إلى أن معتقدات الكفاءة الذاتية تمثل بعدا ثابتا من أبعاد الشخصية تتضمن قناعات الفرد الذاتية في قدرته على التغلب على المشكلات الصعبة ومتطلبات الحياة التي تواجهه. (Schwarzer, R, 2014, p 5)

* ثم حددها Bandura, A 1997 بأنها قدرة الفرد على تنظيم و تنفيذ مهاراته المعرفية و السلوكية والصحية الضرورية للأداء الناجح، تعتمد على حد كبير على أحكام الفرد ومعتقداته وتوقعاته القائمة حول إمكانياته و قدراته في التغلب على مواقف ومهمات مختلفة بصورة ناجحة. (Bandura, A, 2019, p 17)

وعرفها Regehr 2000 بأنها عملية معرفية عامة تحدث توقعات يتمكن الفرد بموجبها من حل المشكلات ومواجهة التوقعات الجديدة. (Groth-Marnat, 2003, p125)

وانتقى الألووسي 2001 إلى وصف الكفاءة الذاتية بأنها أحكام الفرد بخصوص قدراته الذاتية الناتجة من المحصلة الكلية لخبرات النجاح والفشل في حياته بشأن مبادرته للقيام بسلوك معين وبالجهد الذي يبذله في ذلك السلوك وبمثارته عليه رغم المعوقات في مواقف الحياة. (الخفاف، إ، 2013، ص 150)

ومن مجمل التعريفات السابقة نجد أن هنالك من الباحثين من اعتبر الكفاءة الذاتية بمثابة اعتبار للذات، ومنهم من وصفها بأنها حكم أو ثقة في القدرة الشخصية، ومنهم من اتجه إلى وصفها كعملية أو كميكانيزم ومنهم من وضعها بمثابة بعد شخصي ثابت، ومن مجمل ما تم عرضه يمكننا اعتبار الكفاءة الذاتية كبعد هام وثابت من أبعاد الشخصية يدل على الاعتقاد الذي يحكم من خلاله الفرد على قدراته ومهارته وكفاءته المعرفية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية في الأداء الناجح في مختلف الوضعيات والمواقف رغم وجود الصعوبات التي يمكن أن تحد من إمكاناته أو من أدائه، مستندا في ذلك على خبراته و تجاربه الفاشلة منها والناجحة.

2- الدلالات الفارقة بين الكفاءة الذاتية والمصطلحات المقاربة:

من بين الطرائق الإيجابية في حسن فهم الكفاءة الذاتية إيضاح الفروقات في المضمون جنبا إلى جنب مع المفاهيم المقاربة وذات العلاقة، ومن ضمن ذلك:

- أن الكفاءة الذاتية ليست مهارة متصورة أو مدركة ولكنها تصورات وإدراك لما يمكن أن يفعله الفرد بمهارة.
- أن الكفاءة الذاتية لا تختص بالمعتقدات المتعلقة بالقدرة على أداء مهام حركية محددة بسيطة وإنما هي معتقدات حول قدرة الفرد على تنسيق وتنظيم المهارات والقدرات في المواقف المتغيرة والصعبة.
- أن الكفاءة الذاتية لا تختص بما يعتقد الفرد أنه سيفعله، بل باعتقاده حول ما يستطيع فعله.
- أن الكفاءة الذاتية ليست عزو سببي لأن العزو السببي يتضمن تفسيرات للسلوك الذي تسبب في وقوع حدث معين، بينما تتضمن الكفاءة الذاتية الاعتقاد بالقدرة على أداء سلوك معين.
- أن الكفاءة الذاتية ليست نوايا للسلوك أو لعزم تحقيق هدف معين، ومن المحتمل أن تقوم بفعله، والنوايا تتأثر بعدد من العوامل من بينها الكفاءة الذاتية.
- أن الكفاءة الذاتية ليست تقدير الذات حيث ينطوي تقدير الذات على معتقدات حول نظرة وتقييم الآخرين نحو أنفسهم، ولا تساهم معتقدات الكفاءة الذاتية إلا بشكل يتناسب مباشرة مع أهمية الأداء أو مع مجال ما في حياة الفرد.
- أن الكفاءة الذاتية ليست دافعا أو حاجة للضبط والسيطرة فقد يكون لدى الفرد حاجة للسيطرة أو التحكم في مجال معين ولكن معتقداته حول كفاءته الذاتية في هذا المجال لا تزال ضعيفة.
- أن الكفاءة الذاتية لا تعتبر توقعات للنتائج أو نتائج سلوكية متوقعة حيث أن توقع نتائج السلوك هو اعتقاد بأن سلوك معين قد يؤدي إلى نتائج محددة في موقف محدد، أما الكفاءة الذاتية فهي الاعتقاد بالقدرة على أداء سلوك أو سلوكيات تنتج بدورها نتائج سلوكية معينة.

□ أن الكفاءة الذاتية ليست سمة شخصية بل هي مجموعة من المعتقدات حول قدرة الفرد على التنسيق الناجح للمهارات والقدرات لتحقيق الأهداف المقصودة في مجال أو مجالات محددة. (جراسكي، م ج، 2012، ص208)

3-أنواع الكفاءة الذاتية:

ميز الباحثون في دراسة الكفاءة الذاتية بين عدد من الأنواع، ترددت الآتية في أغلب الدراسات:

3-1-الكفاءة الذاتية العامة:

يعرف Schwarzer, R الكفاءة الذاتية العامة بأنها عبارة عن بعد شخصي ثابت يعبر عن القناعة الذاتية بالتمكن من مواجهة المطالب الصعبة استنادا إلى التصرفات الذاتية، وترتبط الكفاءة الذاتية إيجابيا بسمات كالتفاؤلية ومشاعر القيمة الذاتية والضبط الداخلي ودافعية الإنجاز وترتبط سلبا بمتغيرات القلق والاكتئاب وعلى الرغم من ثبات التوقعات الكفاءة الذاتية العامة إلا أنها ليست بمستحيحة التعديل بل تعزز هذه المعتقدات مع الوقت من خلال النجاحات وتنطور بتطور العوامل والمصادر المؤثرة بها.

(Schwarzer, R , p 33)

3-2-الكفاءة الذاتية الخاصة:

يشير Bandura. A بأن مفهوم الكفاءة الذاتية الخاصة يدل على معتقدات الفرد حول قدرته على الأداء الناجح لمهام و نشاطات محددة في مجال بعينه، واعتقاده بكفاءته في حل مشكلات محددة مثل: التغلب على سلوكيات التدخين، أو التقليل من الوزن الزائد. (Bandura, A, p 209)

3-3- الكفاءة الذاتية الجماعية:

يرى Bandura, A أن الكفاءة الذاتية الجماعية تنبع من اعتقاد الجماعة بقدرتها على انجاز ما تقبل عليه من مهام، ويؤكد بأن الكثير من المهمات تتطلب المجهودات الجماعية والمساندة لإنجازها، كما يرى بأن اعتقاد الجماعة بارتفاع كفاءتها الذاتية يؤثر على كم الجهد المبذول والوقت المستغرق لإنجاز الأهداف، لئما يؤثر على نوعية الأهداف المنتقاة. (Danvers. F, 2009 , p56)

3-4- الكفاءة الذاتية الأكاديمية:

تشير إلى اعتقاد الفرد بقدرته على أداء المهام التعليمية بمستويات مرغوب بها، وقد أكدت عديد الدراسات على العلاقة الارتباطية الموجبة بين الكفاءة الذاتية والتحصيل الدراسي، والأداء الأكاديمي.

(Caoron , I, P, 2016 ,p 38)

4- مصادر الكفاءة الذاتية:

تعد الكفاءة الذاتية بمثابة ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة وتستخدم وفقا للإمكانيات المعرفية و المهارات الاجتماعية و السلوكية الخاصة بالمهمة، وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه و قدرته على الأداء الناجح لمختلف المهام.

* وتتبع الكفاءة الذاتية حسب التحليل الذي قدمته نظرية التعلم الاجتماعي من أربعة مصادر رئيسية تشكل قاعدة للمعلومات التي يستند إليها الفرد في إصدار أحكام الكفاءة المتعلقة بالإقدام على مهمة معينة أو تجنبها، هذه المصادر هي:

4-1- الإنجازات الأدائية:

تعني خبرات وتجارب الفرد الشخصية الناجحة أو الفاشلة، وتعتبر إنجازات الأداء المصدر الأكثر تأثيرا لدى الفرد لأنها تعتمد على خبرات الإتقان الشخصية، وهي بذلك تعمل على زيادة توقعات الكفاءة، أما الإخفاقات المتكررة فتعمل على التقليل من ذلك. (الخفاف، إ ص 154)

* و يذكر Bandura, A أن هذا المصدر له تأثير خاص لأنه يعتمد أساسا على الخبرات التي يمتلكها الفرد، فالنجاح عادة يسمو بتوقعات الكفاءة بينما الإخفاق المتكرر يخفضها، وبعد أن يتم تحقيق الكفاءة الذاتية المرتفعة من خلال النجاحات المتكررة، فإن الأثر السلبي للفشل العارض عادة يتناقص، بل إن الإخفاقات العارضة التي يتم التغلب عليها من خلال الجهود الدؤوبة يمكن أن ترفع من الكفاءة الذاتية، ويمكن لهذه الأخيرة أن تعمم إلى مواقف أخرى سبق وأن كان الأداء فيها ضعيفا لانعدام الاعتقاد بالكفاءة المدركة. (Reeve, J et al., 2017, p208)

* وتعتقد Williams أن الأفراد الذين يعتمدون على إنجازاتهم الأدائية للحكم على كفاءتهم يستخدمون مصادر أخرى للمعلومات كمهارات الحكم الذاتي والتي تختلف عن الانجازات السابقة، وعندما يقع التناقض تصبح الكفاءة الذاتية أفضل منبع للإنجازات المستقبلية. (الخفاف، إ، ص 154)

* ويؤكد Bandura, A أن نظرية المعرفة الاجتماعية قد نشأت لتفسير التقييم الذاتي للقدرات في ظل غياب محك محايد في وجود العديد من العمليات التي من خلالها تؤثر الخبرات البديلة على التقييم الذاتي للكفاءة الذاتية لذلك طرح مصدرا آخر للحكم وتنمية الكفاءة وهو أداء الآخرين المشابه لأداء الفرد.

(Feltz, D.L et al., 2008, p 93)

4-2- النمذجة أو الخبرات البديلة :

تعرف كذلك التعلم بالنموذج وملاحظة الآخرين، ويقصد بها أن المصدر يشير إلى الخبرات الغير مباشرة التي يمكن أن يحصل عليها الفرد، وعلى الرغم من أن هذا المصدر أضعف من الخبرات المباشرة، إلا أن له أهمية عندما يكون الفرد ذو خبرات سابقة محدودة أو ضعيف الاعتقاد بكفاءته الذاتية.

* وعند الحديث عن النمذجة نجد أن الأفراد يميلون إلى ملاحظة غيرهم للاستفادة من خبراتهم ومهاراتهم ويتجهون في ذلك إلى البحث عن نماذج تمتلك كفاءات يطمحون إلى اكتسابها، حيث تسمح هذه النماذج بنقل ادراكات تجعلهم يتعلمون ملاحظة المهارات الفعالة والاستراتيجيات المثالية لإدارة مختلف المطالب المحيطة.

* و يرى Bandura, A أن الأشخاص لا يتقون في نموذج الخبرة كمصدر أساسي للمعلومات، ورغم

ذلك فكثير من التوقعات تشتق من الخبرات البديلة، ورؤية أداء الآخرين للأنشطة الصعبة، يمكن أن تنتج توقعات مرتفعة مع الملاحظة والرغبة في التحسن والمثابرة مع الجهود وتقييم أنفسهم بالنسبة لقدرات الآخرين وتلعب الثقة دورا استدلاليا في رفع مستوى الكفاءة الذاتية، إلا أن الاقتناع بتوقعات الكفاءة

بواسطة النمذجة أقل قوة من سابقه من المصادر وأكثر عرضة للتغير. (Bandura,A, p197)

* ومع أن الخبرات من خلال الآخرين أضعف من الخبرات المباشرة، إلا أن الخبرة من خلال الغير يمكن أن تنتج تغييرات دائمة ذات دلالة من خلال تأثيرها على الأداء، فالناس الذين يقتنعون من خلال غيرهم أنهم غير فعالين، يميلون إلى السلوك بطرق غير مؤثرة وبذلك يتولد في الواقع دليل عدم كفاءة مؤكدة بالمقابل فإن تأثيرات النموذج التي تحسن الكفاءة الذاتية يمكن أن تقلل من تأثير الخبرة المباشرة للفشل

وذلك من خلال التحمل للفشل المتكرر. (Wijers Buffet, I, 2012, p 19)

4-3- الإقناع الاجتماعي:

يحدد Bandura, A أن الإقناع اللفظي الذي سماه لاحقا الإقناع الاجتماعي، هو الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين، والاقتناع بها من قبل الفرد عن طريق معلومات تأتي لفظيا إليه من خلالهم، مما يؤثر على سلوكه أثناء القيام بمهمة معينة. وبالرغم أن الإقناع الاجتماعي وحده يملك حدودا معينة لخلق حس ثابت بالكفاءة الذاتية، إلا أنه قد يسهم في النجاحات التي تتم من خلال الأداء التصحيحي:

فالأشخاص الذين يتلقون الإقناع الاجتماعي يملكون قدرات خاصة للتصدي للمواقف الشائكة ويستطيعون بذل جهد أكبر من أولئك الذين لا يتلقون إقناعا اجتماعيا، مع ذلك فإن توفر الإقناع اللفظي وحده دون تهيئة الظروف المناسبة للأداء الفعال يؤدي غالبا إلى الفشل الذي يضعف الثقة بالشخص المقنع ويؤوض الكفاءة الذاتية المدركة للمتلقي للإقناع، وبالتالي فإن هنالك عملية تفاعلية لآثار الإقناع الاجتماعي

على الكفاءة الذاتية. (Bandura, A, p182)

* كما يضيف Bandura, A مع الثقة فيما أن الإقناع اللفظي يستخدمه الأشخاص على نحو جد واسع يملكونه من قدرات وما يستطيعون انجازهم، وأنه توجد علاقة تبادلية بين الإقناع اللفظي والأداء الناجح في رفع مستوى الكفاءة الشخصية والمهارات التي يمتلكها الفرد. (الزيات، أ، 2001، ص 516، 517)

* ويمكن الإقناع اللفظي في ظل الظروف السليمة من رفع الكفاءة الذاتية، ولتحقق ذلك ينبغي أن يؤمن الفرد بالشخص القائم بالإقناع أو تقديم النصائح، أو التحذيرات، وأن يكون النشاط الذي ينصح الفرد بأدائه في حصيلته هذا الفرد السلوكية على نحو واقعي، وذلك أنه لا يوجد إقناع لفظي يستطيع أن يغير حكم شخص على كفاءته وقدرته على القيام بعمل يستحيل أدائه في ظل الموقف الفعلي. (الخفاف، إ، ص 155)

* وتسهم التغذية الرجعية الإيجابية للإمكانيات الشخصية في التحسين من مستويات الكفاءة، كما يلعب السياق الاجتماعي والإطار الثقافي المدعم لدور المجهود الذاتي في تقوية وتعزيز الاتجاهات الإيجابية نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على المجهود الذاتي للنشط للفرد. (الزيات، أ، ص 516)

4-4- الحالة الفيزيولوجية والانفعالية:

إن البنية الفيزيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تؤثر تأثيرا عاما على الكفاءة الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية، والحسية العصبية لدى الفرد، ويرجع ذلك لثلاثة أساليب رئيسية من شأنها زيادة أو تفعيل إدراكات الكفاءة الذاتية وهي:

1- تعزيز أو زيادة تنشيط البنية البدنية أو الصحية.

2- تخفيض مستوى بالضغوط والنزعات أو الميل للانفعالية السلبية.

3- تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعتري الجسم. (الخفاف، إ، ص 156)

و يمكن من خلال الحالة الفيزيولوجية أن يتمكن الناس إلى حد كبير من تحديد مدى ثقتهم وقدرتهم على ممارسة سلوكيات صحية معينة، فعدم وجود أعراض جانبية للفرد بعد تخليه عن التدخين يعد مؤشرا لقدرته وكفاءته في التخلي عن هذا السلوك، بينما وجود حالة التوتر والقلق وزيادة الاستثارة الانفعالية يعكس الإخفاق والفشل في مواجهة هذا التغير ويتجه بالفرد إلى سوء المواجهة، على نقيض الأفراد الذين لا تظهر عليهم علامات الاستثارة الفيزيولوجية عند مواجهتهم موقفا لهم إحساس متزايد بالكفاءة على مواجهة ذلك التحدي بنجاح، وهم أكثر احتمالا من غيرهم في تحقيق النجاح في ممارستهم المختلفة في أساليب الحياة. (عبد العزيز، م، 2010، ص 58)

إن معظم الناس تعلموا الحكم على أنفسهم من خلال تنفيذ عمل معين في ضوء الاستثارة الانفعالية حيث تخفض قوة الانفعال غالبا من مستوى الكفاءة الذاتية، كما أن معلومات الاستثارة الانفعالية ترتبط بعدة متغيرات :

1- مستوى الاستثارة: فالاستثارة الانفعالية ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء.

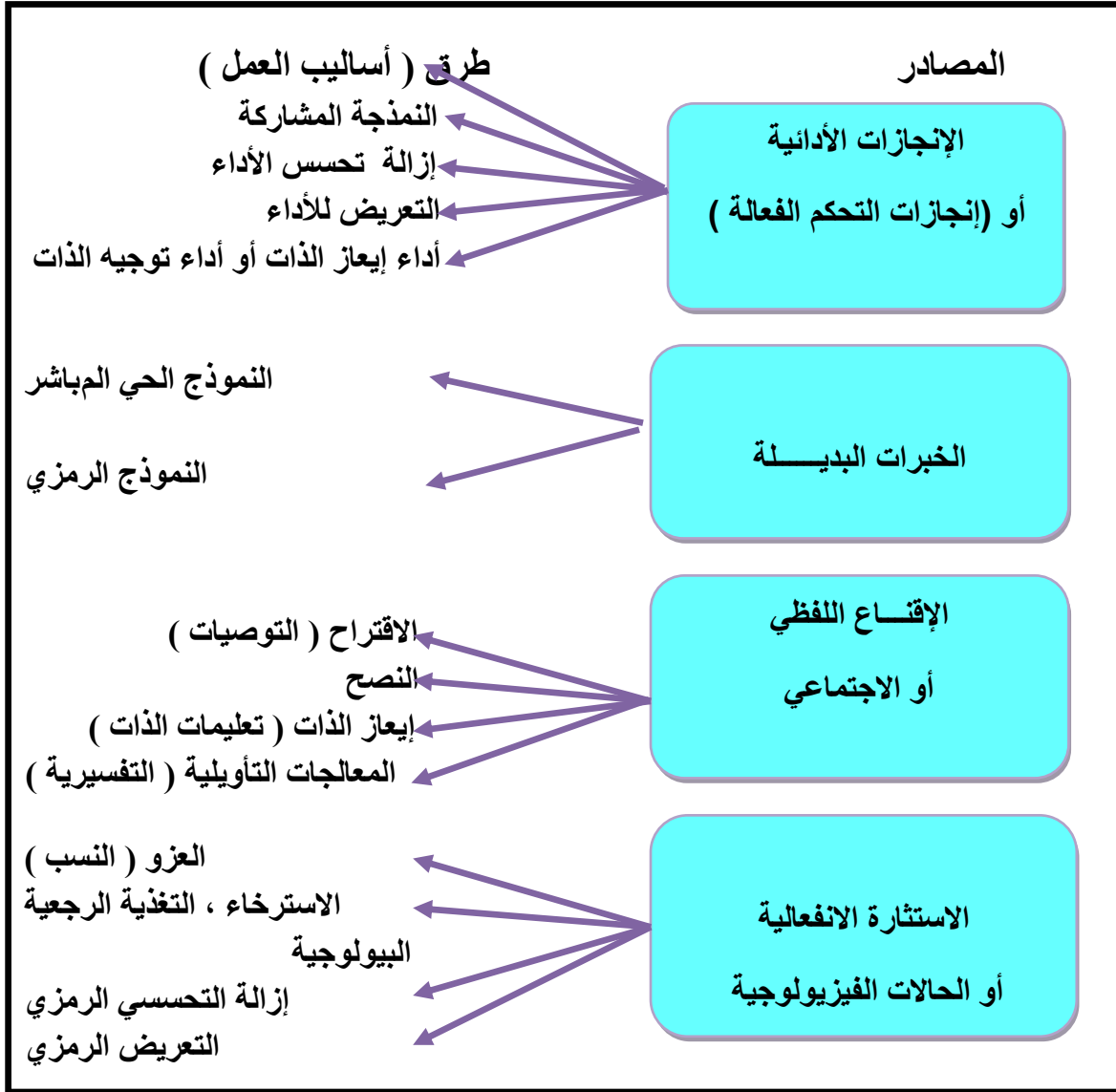
2- الدافعية المدركة: إذا عرف الفرد أن الخوف أمر واقعي فإن هذا الخوف قد يرفع من كفاءته، ولكن عندما يصبح الخوف مرضيا فإن الاستثارة الانفعالية تميل إلى خفض الكفاءة الذاتية.

3- طبيعة العمل: قد تيسر الاستثارة الانفعالية النجاح للأعمال البسيطة، كما أن الأنشطة المعقدة تؤدي إلى خفض الكفاءة الذاتية. (الخفاف، إ، ص 155)

وهذه العلاقة المتبادلة بينما تؤثر الاستثارة الانفعالية في مستوى الكفاءة الذاتية، تلعب هذه الأخيرة دورا مفصليا في الأداء المهام الموكلة للأفراد بجد ونجاح مع إظهار مستويات متدنية من الكفاءة الذاتية وهذا من شأنه إعطاء خبرة إضافية تعزز الاعتقاد بالفعالية، والفضل إلى الجهود الذاتية وليس إلى القدرات أو إلى العوامل الخارجية ومن ثم تقبل الفشل وتجاوزه أفضل من الذين يتسمون بمعتقدات متدنية حول الكفاءة الذاتية. (الرقب، إ 2010، ص 125)

* و يعتقد Bandura, A أن ممارسة الأنشطة التي تستدعي القوة أو القدرة على التحمل، ترتبط أساسا بالإدراكات أو الأحكام التي يكونها الفرد على إرهابه أو ألمه بمثابة مؤشرات أو محكات للوهن الفيزيولوجي، وفي هذه الحالة تصبح الأحكام والتفسيرات التي يكونها الفرد بشأن قدراته الفيزيولوجية تنبؤية في المقام الأول بالمقارنة مع ما تمارسه الضغوط وما يستجيب به من استنثارات فيزيولوجية، أي أن الأمر لا يتعلق بالاستجابة أو الحالة الفيزيولوجية في حد ذاتها بقدر ما يرتبط بالاعتقاد الذي يكونه الفرد حولها.

و بالموازاة تعمل الحالة الانفعالية الإيجابية التي يعيشها الأفراد بمثابة طاقة داعمة لمدرجات الكفاءة الذاتية، كما تحد الاستنثارات الانفعالية المشحونة بالاكنتاب و القلق من مستويات الكفاءة الذاتية و تضعفها تدريجيا. (Bandura,A, p74)



الشكل رقم (02) يوضح مصادر الكفاءة الذاتية و الأساليب الفرعية المساهمة في بنائها
(Bandura, A , p 195)

* ويضيف وود، أ و جونسون، ج ، إلى المصادر الأربعة الرئيسية التي تبناها Bandura , A مصدرا
خامسا:

4-5- الخبرات المتخيلة:

قد يكون من الصعب الحصول على نماذج حية، ولكن يعد الخيال مصدرا يمكن توفيره بسهولة حيث يمكننا تخيل أنفسنا نشارك في سلوكيات نخشاها أو التغلب على الصعوبات لتعزيز الكفاءة، على سبيل المثال يتضمن العلاج المعرفي للقلق والرهاب تعديل التخيلات البصرية أو المرئية للخطر والقلق بما في ذلك صور التعامل بكفاءة مع الموقف المخيف.

وقد تم استخدام النمذجة الخيالية (الخفية) بنجاح في التدخلات العلاجية لزيادة السلوك التوكيدي والكفاءة الذاتية، وجدير بالذكر أن تقليل الحساسية التدريجي والعلاج الاستقرازي هما من أساليب العلاج السلوكي التقليدية القائمة على القدرة على تخيل التعامل بفعالية مع المواقف الصعبة، نظرا لأن الالتخيلات السلبية غير التكيفية تعد مكونا هاما للقلق والاكتئاب، فقد تم تطوير العديد من الفنيات العلاجية لمساعدة العملاء على تعديل التشوهات المعرفية غير التوافقية الموجودة في تخيلاتهم البصرية للخطر والقلق، فيتمكن العميل من الحصول على شعور بال ضبط والسيطرة على الموقف الذي يخشاه من خلال تخيل الذات في المستقبل و هو يتعامل مع الموقف بكفاءة. (وود، أ، جونسون، ج، 2022، ص 220)

5- أبعاد الكفاءة الذاتية:

حدد Bandura, A ثلاثة أبعاد للكفاءة الذاتية مرتبطة بالأداء، و اعتبر أن معتقدات الفرد الذاتية واعتقاده بكفاءته الذاتية تختلف تبعا لهذه الأبعاد:

5-1- قدر الكفاءة:

ويعني مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة، ويختلف هذا المستوى تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويبدو قدر الكفاءة بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقا لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الكفاءة ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ومتوسطة الصعوبة ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها. (المصري، ع ، محمد، ع، ص 205)

و يتباين قدر الكفاءة الذاتية بتباين عوامل عدة أهمها: مستوى الإبداع أو المهارة ومدى تحمل الإجهاد ومستوى الدقة والإنتاجية ومدى تحمل الضغوط والضبط الذاتي المطلوب ومن المهم هنا أن تعكس اعتقادات الفرد تقديره لذاته بأن لديه قدرا من الكفاءة الذاتية يمكنه من أداء ما يوكل إليه أو يكلف به دائما و ليس أحيانا . (الخفاف، إ، ص 157)

5-2- العمومية:

يشير هذا البعد إلى انتقال كفاءة الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة. (المصري ، ع، محمد، ط ، ص 205)

وتتباين درجة العمومية بين اللامحدودية التي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة. (الزيات ، أ، ص 510)

وفي هذا الشأن يشير Bandura, A إلى أن العمومية تتحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في

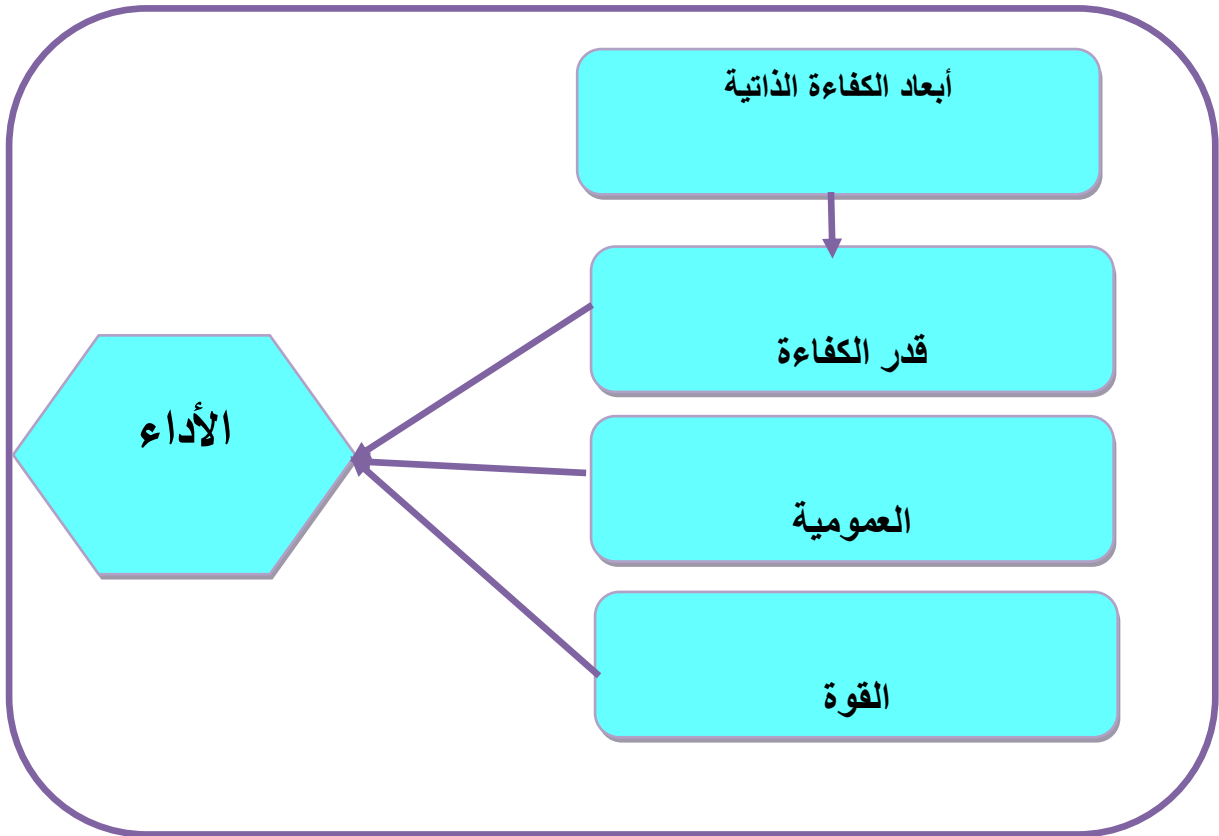
مقابل المجالات المحددة، وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل: درجة تشابه الأنشطة والطرق التي نعبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية والمعرفية والوجدانية ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه. (Bandura, A, p 43)

5-3- القوة أو الشدة:

يشير هذا البعد إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، ويندرج بعد القوة أو الشدة على مؤشر متصل ما بين قوي جدا إلى ضعيف جدا. (حسن، م، 2005، ص 38، 39)

و يؤكد Bandura, A أنها تحدد ضمن خبرة الشخص و مدى مناسبتها للموقف، و أن الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنه المواظبة في العمل وبذل جهد أكبر في مواجهة الخبرات الصعبة.

(Bandura, A, p 194)



الشكل رقم (03) يوضح أبعاد الكفاءة الذاتية حسب Bandura, A (الخفاف، إ، ص 158)

6- النظرية المعرفية الاجتماعية والحتمية المتبادلة:

* يوضح Bandura, A في كتابه أسس التفكير والأداء: أن النظرية المعرفية الاجتماعية تقوم على فكرة التعلم الاجتماعي المبني على الملاحظة، ويقصد بالتعلم الاجتماعي عند باندورا اكتساب المتعلم لاستجابات أو أنماط سلوكية جديدة من خلال موقف أو إطار اجتماعي. (رمضان، م، 2016، ص17)

* فخلف هذه النظرية تكمن الفكرة التي مفادها أن الأفراد يمكنهم اكتساب المعرفة من خلال الملاحظة والتقليد والنمذجة، لذلك فالتعلم قائم على التفاعل بين الفرد وبيئته وتحديد البيئة الاجتماعية، فبينما يشرح علماء النفس السلوكيون أن اكتساب مهارات ومعارف جديدة يتطلب مسارا تدريجيا قائما على تكرار التجارب المعززة، فإن Bandura, A حاول تقديم سياق تفاعلي لعملية التعلم بين الأفراد التي تتم تفاعليا وتسمح بإنقان القدرات والارتقاء بمستويات معارفهم دون الحاجة إلى اختبارات مكثفة أو تكرار العملية وبهذا تم العثور على الكلمة المفتاحية في مفهوم "اجتماعي" التي تم تضمينها في النظرية.

(Bandura, A, p56)

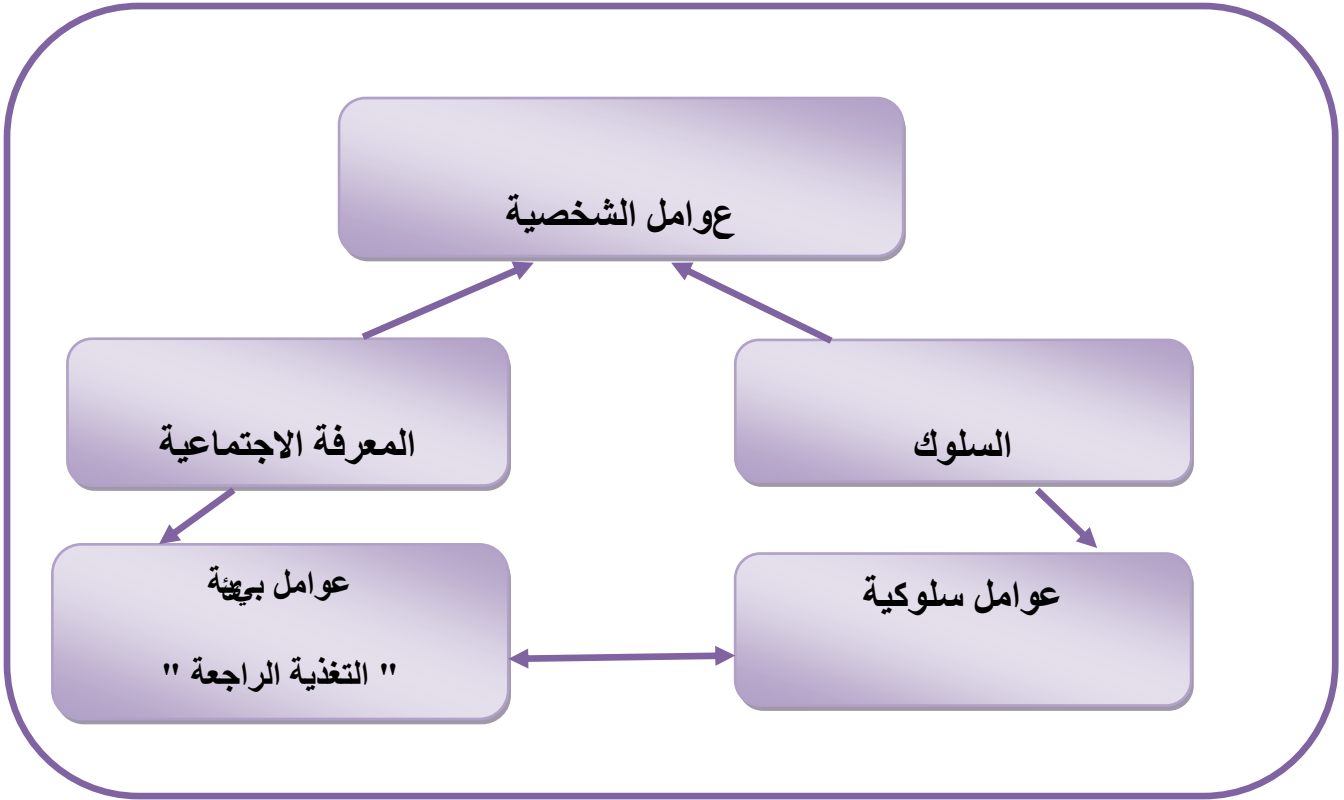
ويذكر Bandura, A في نظريته أن مفهوم الكفاءة الذاتية قد انبثق من النظرية المعرفية الاجتماعية التي وضع أسسها، وأكد فيها أن الأداء الانساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل المعرفية والشخصية والبيئية، وأن السلوك الانساني هو محصلة للتفاعل الدائم بين الذاتية والموضوعية وهو ما يبرزه مفهوم تبادل الحتمية. (غانم، م، 2015، ص 213)

* ويضيف Bandura, A بلن هذه المحددات الداخلية والخارجية تتفاعل أجزاءها في نسق مركب بطريقة معقدة يصعب حلها، ويمكن أن يؤثر التغيير في جزء من النسق في بقية الأجزاء، وليس هنالك جزء منها أكثر أهمية من الأجزاء الأخرى. (عبد الخالق، أ، 2016 ص 300)

وتقوم هذه النظرية على مجموعة من الافتراضات أهمها:

1. الكثير من التعلم الانساني معرفي: يتميز تعلم الانسان بالتصور أو المعرفة، وتتضمن هذه المعرفة النظم اللغوية والصور الذهنية والرموز الموسيقية والعددية، وتصبح المعرفة عملا رئيسيا في مجالات وظيفية مثل الإدراك وحل المشكلات والدافعية.
2. إنتاج الاستجابات مصدر التعلم الانساني: يؤدي حدوث الاستجابة على نتيجة إيجابية أو سلبية ومحايدة، فهي تمارس تأثيرها على رصيد السلوك.
3. التعلم عن طريق الملاحظة مصدر ثاني للتعلم: يكتسب الانسان الكثير من السلوكات عن طريق مراقبة ما يفعل الناس الذي يحدث عندما يفعلون ذلك، مثل اكتساب اللغة والعادات الثقافية والاتجاهات والانفعالات.

4. تتأثر عملية الانتباه بالنموذج والملاحظة وظروف الباحث: يتأثر الانتباه بالسن والجنس والمستويات الاقتصادية إلى جانب الجاذبية المتبادلة والقوة الاجتماعية التي يتم إدراكها.
5. الترميز والإعادة يساعدان عملية الاحتفاظ: يمكن تعزيز الاحتفاظ بعدد من استراتيجيات الإعادة والتدوين الرمزي اللفظي والتصوري، وهو الذي يفسر السرعة في الاكتساب والاحتفاظ الطويل المدى.
6. عملية الاستخراج الحركي تتضمن صوراً عقلية وأفكاراً لتوجيه الأداء الظاهر: تعمل الصور العقلية والأفكار المكتسبة كمثيرات داخلية شبيهة بالمثيرات الخارجية التي يقدمها النموذج، حيث يتم اختيار الاستجابات على أساسها وتنظيمها على المستوى المعرفي.
7. تتأثر الدافعية بالتعزيز الخارجي والبيديلي الذاتي: يعتمد اكتساب السلوك على توفر البواعث الضرورية لذلك، المتمثلة في أنواع التعزيز المقدمة من طرف النموذج الملاحظ فيؤدي ذلك إلى كبت السلوك أو إعادته.
8. تنتقل معلومات الاستجابة من خلال التوضيح المادي أو الصور: تعتبر المهارات التنظيمية المكتسبة من الوالدين أكثر الطرق في نقل المعلومات عن الاستجابات المراد نمذجتها كما يعتبر التمثيل بالصور لسلوك النموذج مصدراً آخرًا لاكتساب المعلومات.
9. التعرض للنموذج قد يؤدي إلى آثار مختلفة: يؤكد Bandura, A أن ملاحظة النموذج تؤدي إلى كف السلوك أو تحريه أو تعلم سلوكيات جديدة.
10. التعلم الاجتماعي مصدر لاكتساب المبادئ والقواعد الاجتماعية: من خلال الملاحظة، والنمذجة وفقاً للتعزيز المقدم إليه، حيث يرسم المتعلم صرة مجردة للعناصر العامة في سلوك النموذج المراد تطبيقه.
11. التعلم بالملاحظة مصدر للإبداع: إن التمايز واختلاف المتباين في النماذج المقدمة يؤدي إلى احتمال ظهور سلوك مستحدث. (أبو سعد، أ، 2015 ص 264)



الشكل رقم (04) النظرية المعرفية الاجتماعية و مبدأ الحتمية المتبادلة

(Ogden, J, p 66)

7- نظرية الكفاءة الذاتية لـ Bandura, A :

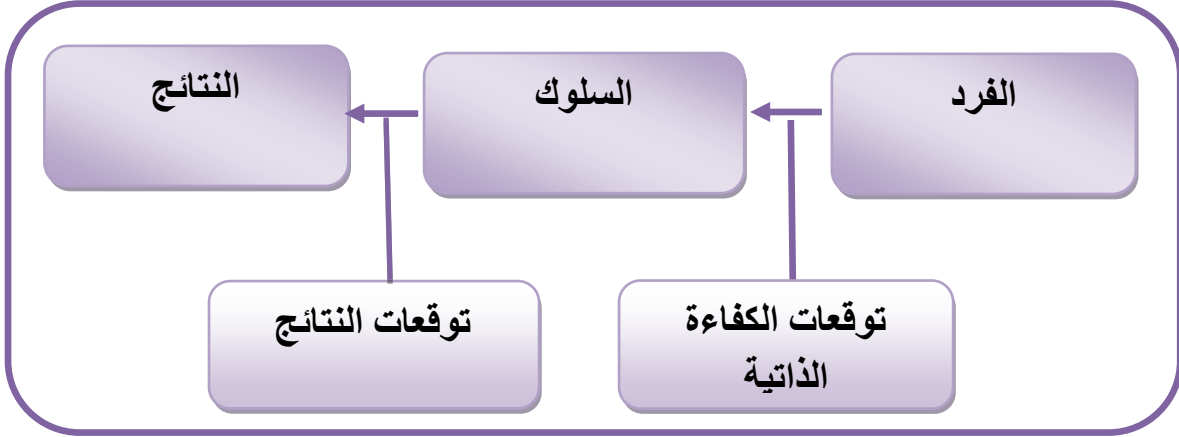
قدم Bandura, A نظرية متكاملة للكفاءة الذاتية ، مؤكدا أنها نتاج عشرين سنة من البحث السيكولوجي الذي امتد من 1977 إلى غاية 1997 وعبر عنها بأنها قوة مهمة تفسر الدوافع الكامنة وراء أداء الأفراد في المجالات المختلفة، وأن إدراك الكفاءة الذاتية يسهم في تحديد وفهم أسباب المدى المتنوع من السلوك الفردي والمتضمنة في التغييرات، وفي سلوك المثابرة الناتج عن حالات الأفراد المختلفة، ومستويات ردود الأفعال للضغوط الانفعالية، وضبط الذات والمثابرة من أجل الإنجاز ونمو الاهتمامات في مجالات خاصة، والاختيار المهني. (عقيلان، ف، 2014، ص 142)

و قدم Bandura, A في طرحه لنظريته فكرة ديناميكية الكفاءة الذاتية فهي قابلة للنمو والتطور من خلال إدراك الفرد لإمكاناته و قدراته الشخصية، ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته، حيث تعمل هذه الخبرات على مساعدته في التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه ، كما طرح فكرة مفادها أن

الفرد أثناء مواجهة الموقف الضاغط يمر بنوعين من التوقعات و هي : (Danvers, F, 2009,p56)
 أولاً: التوقعات المرتبطة بالكفاءة الذاتية: تتعلق بإدراك الفرد لقدرته على القيام بأداء سلوك محدد، وهذه التوقعات يمكنها أن تساعد على تمكن الفرد من تحديد ما إذا كان قادرا على القيام بسلوك معين أم لا،

وتحدد مقدار الجهد المطلوب، منه للقيام بهذا السلوك، و أن يحدد إلى أي حد يمكن لسلوكه التغلب على العراقيل المعيقة لهذه المهمة.

ثانياً: توقعات النتائج أو مخرجات السلوك: و يشير إلى تقويم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدي إلى نتيجة معينة، و تظهر العلاقات بين توقعات النتائج و تحدد السلوك المناسب للقيام بالمهمة ، بينما ترتبط توقعات الكفاءة بشكل واضح بأفعال الفرد في المستقبل. (Delobbe, N et al, 2003, p. 32)



الشكل رقم (05) يوضح السياق العام لأداء السلوك حسب نظرية الكفاءة الذاتية

(Cuhe, C , 2014, p 59)

و يعني هذا أن توقعات الكفاءة تسبق توقعات النتائج، ويرى Bandura, A أن كلا من توقعات الكفاءة وتوقعات النتائج أو توقعات مخرجات السلوك ميكانيزمان ينطويان تحت ما يعرف بـ "التقييم الذاتي" وهما يحددان معا إنجاز السلوك على نحو معين.

* ويتضمن بناء الشخصية الذي استندت عليه النظرية الكفاءة الذاتية في المقام الأول العمليات المعرفية، وهناك ثلاثة مفاهيم جديرة بالاهتمام وهي:

أولاً: التوقعات/الاعتقادات:

تركز نظرية الكفاءة الذاتية على التوقعات التي يحملها الناس بخصوص الأحداث، وعلى الاعتقادات التي يشغلون بها أنفسهم مثال ذلك أن الأفراد لديهم توقعات متصلة بسلوك الآخرين وبالثواب والعقاب الناتج عن سلوكهم الشخصي في أنواع معينة من المواقف كما أن لديهم أيضاً معتقدات مرتبطة بقدراتهم الخاصة للتعامل مع الأمور والتحديات التي تكمن في أنواع محددة من المواقف، والاستبطان، والتوقع المستقبلي، والأهم في هذا المجال هو نوع التوقعات والاعتقادات التي يطورها الشخص في علاقتها بمواقف معينة

و يكمن جوهر الشخصية حسب Bandura, A في اختلاف الطرق التي يدرك بها الأشخاص المواقف

والأنماط السلوكية التي كونوها بالنسبة لمختلف هذه الإدراكات.

ثانيا: الكفاءات و المهارات:

تركز النظرية على الكفاءات المعرفية و المهارات التي يمتلكها الفرد، أي: قدرة هذا الفرد على حل المشكلات و مواجهة الصعوبات التي تعترضه في الحياة، و بدلا من التركيز على السمات التي يحوزها الفرد فإن هذه النظرية تؤكد أن الكفاءات التي تتجسد فيما يقوم به من مهام ، و تشمل هذه الكفاءات كلا من طرق التفكير في مشكلات الحياة، و المهارات السلوكية في التوصل إلى حلول لها، والمهم أن الأفراد يمتلكون غالبا مثل هذه الكفاءات في سياقات معينة فقد يكون الشخص الكفؤ في سياق معين، أقل كفاءة في سياق آخر، فالأشخاص الذين يتسمون بالكفاءة الأكاديمية مثلا قد لا يتسمون بالكفاءة الاجتماعية أو في مجال الأعمال.

ثالثا: الأهداف :

يرتبط مفهوم الأهداف بقدرة الأشخاص على توقع المستقبل، وبأن تكون لديهم دافعية ذاتية، فالأهداف هي التي تقودنا إلى وضع الأولويات والاختيار بين المواقف، وهي التي تمكننا من أن نذهب أبعد من التأثيرات اللحظية، وتنظم سلوكنا عبر فترات طويلة من الزمن، وتنظم الأهداف الفرد بطريقة تجعل بعض هذه الأهداف أكثر أساسية وأهمية بالنسبة إلى غيرها، ولكن ذلك ليس نظاما جامدا أو ثابتا بوجه عام، وقد يختار الشخص بين عدد من الأهداف اعتمادا على ما يبدو أنه أكثر أهمية بالنسبة له في زمن معين.

(عبد الفتاح، م، ص، 302، 303)

8- الكفاءة الذاتية والتنظيم الذاتي:

يشير تنظيم الذات إلى عدد من العمليات التي يتحكم بواسطتها الأفراد في أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم، ولا يدل فهم من ينظم نفسه بشكل جيد ومن لا يفعل فحسب بل يقوم على ميولات ثابتة ومستقرة للتنظيم الذاتي بطرق معينة أو بمستويات مميزة من النجاح أو الفشل.

تتبع جميع تأثيرات الكفاءة الذاتية من خلال دورها الفاعل في تنظيم الذات، بما في ذلك الدور الذي تقدمه في مجال التكفل بالمشكلات النفسية و التدخلات النفسية الناجحة، حيث يمكن فهم مختلف المشكلات النفسية كونها ناجمة عن خلل في التنظيم الذاتي بعد التعرض للخلل السلوكي والمعرفي والانفعالي، إضافة لذلك وبغض النظر عما يحدث أثناء الجلسة العلاجية فإن نجاح التدخل العلاجي يعتمد على قدرة العملاء على تنفيذ استراتيجيات التغييرات المعرفية والانفعالية والسلوكية في حياته اليومية وهو ما يتطلب مهارات جيدة في التنظيم الذاتي.

وتعتبر النظرية المعرفية الاجتماعية أن تنظيم الذات يتألف إلى حد كبير من انتاج التباين الاستباقي من خلال تبني تحديات الأهداف التي يمكن تحقيقها بالتزامن مع الحد من التباين الاستباقي حتى يتم تحقيق هذه الأهداف. ومن خلال تحديد الأهداف يحدث الأشخاص بعض التباينات بين أين هم و أين يودون أن يكونوا، و من ثم العمل على التقليل من هذه التباينات من خلال السعي لتحقيق أهدافهم، ثم يقومون بتعبئة مواردهم وجهودهم بناء على ما يعتقدون أنه ضروري لتحقيق هذه الأهداف. (وود، أ، جونسون، ج، ص 213) وتؤثر الكفاءة الذاتية على تنظيم الذات من خلال عدة طرق هي:

أولاً: على مستوى سيرورات الانتقاء والسيرورات المعرفية:

يتم تنظيم الأساليب السلوكية أولاً على مستوى التفكير، لاعتبارها سلوكيات هادفة تخضع لاحقاً إلى تنظيم الأفكار أو التصورات المعرفية التي تتضمن أهدافاً واضحة وأساليب مدروسة لتحقيقها وتتأثر هذه الأهداف بالتقييمات التي يكونها الأفراد اعتماداً على التفكير التحليلي الإيجابي الذي يضمن نتائج معتبرة وذات قيمة توجه معتقدات الأفراد بكفاءتهم، وتدعم ثباتهم وتكرارهم لتحديات وخبرات مماثلة في سبيل بلوغ طموحهم، (Bandura, A, p71) حيث الكفاءة الذاتية يتجلى تأثير الكفاءة الذاتية على الأهداف التي يختارها الأفراد والتي تصبح أهدافاً نوعية كلما زادت الكفاءة الذاتية.

ثانياً: على مستوى اختيارات الأفراد للأنشطة الموجهة نحو الأهداف (سيرورات الدافعية):

وما يرتبط بها من تخصيص للقدرات والجهد والمثابرة في مواجهة الصعوبات والعراقيل وردود الفعل على التباينات والاختلافات المدركة بين أهداف الفرد وأدائه الحالي. ففي مواجهة الصعوبات يقوم الأفراد الذين يتسمون بالكفاءة الذاتية العالية بمواصلة الجهود لإتقان المهمة عندما تنشأ الصعوبات، وتعمل الدوافع لدى هذه الفئة من الأفراد على تعزيز الكفاءة في مواجهة الأفراد للأهداف صعبة التحقيق مما يجعلهم يحققون من خلال المثابرة النتائج المرجوة، وهذا النجاح يعزز ويقوي معتقداتهم حول كفاءتهم الذاتية، بينما تنمو شكوك الأفراد ذوي المستويات الدنيا من الكفاءة الذاتية حول قدرتهم على الأداء الناجح في المهمة المنوطة بهم.

ثالثاً: على مستوى اتخاذ القرارات والسيرورات الانفعالية:

تؤثر الكفاءة الذاتية لحل المشكلات واتخاذ القرارات على كفاءة حل المشكلات واتخاذ القرارات بنجاح عند مواجهة المواقف المعقدة أين يتسم تفكير الأفراد مرتفعو الكفاءة الذاتية بتفكير واضح يدعم القدرة على اتخاذ القرارات الأفضل مما يؤدي إلى حلول أفضل وإنجاز أكبر (وود، أ، جونسون، ج، ص 213) كما تؤثر الكفاءة في هذا المستوى على انفعالات الأفراد فبينما يتخطى الأفراد الذين يرتفع مستواهم من الكفاءة

الذاتية الاحباطات مطورين أساليب مواجهة بناءة، تقوم على تطوير ممارسة التحكم على البيئة التي يتفاعلون في نطاقها و على مخاوفهم وقلقهم، يسير الأفراد الذين يتسمون بمستوى متدني من الكفاءة الذاتية هذه الوضعيات وهم غارقون في قلقهم و تشاؤمهم ومخاوفهم من الصعوبات و المهمات التي يؤدونها. (Bandura,A, p75)

9- الاستثمارات الخلاقة للكفاءة الذاتية في الصحة والمرض:

تعتبر الكفاءة الذاتية المدركة محددًا مهمًا في السلوك التعزيزي للصحة، ويظهر مستويان جوهريان يلعب فيهما الاقتناع بكفاءة الذات دورًا مؤثرًا على صحة الفرد، حيث بداية في المستوى الأهم تتوسط معتقدات الأفراد بقدرتهم على تحمل التوترات في حياتهم تفعيل الأنظمة البيولوجية الكامنة في الصحة والمرض، وكذلك تظهر تأثيراتها من خلال ممارسة السيطرة مباشرة على الجوانب السلوكية القابلة للتعديل الخاصة بالصحة وجودة الحياة ومستوى التأثير يتقدم السن. (هادي، أم ، 2012، ص 107)

ونظرًا لهذه الأهمية البناءة للكفاءة الذاتية اتضح أنه من المجدي اغتنام هذه الوساطة في الرفع من الرفاهية الصحية والالتزام بالسلوكيات الصحية وحسن مجابهة الضغوط قبل المرض، وعلى الجبهة المقابلة إدارة المرض المزمن والألم المزمن والتكيف مع الأعباء الثقيلة للعلاجات المضنية - كالعلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة والعلاجات المتعددة المضادة للفيروسات وعلاجات الأمراض العقلية وما تحتمه من آثار - بعد الإصابة بالمرض في مسعى جاد للتنبؤ الإيجابي بحياة أكثر جودة في مواجهة ما تفرضه الحياة المعاصرة من صعوبات وعراقيل شكلت عاملاً لإنهاك وسبباً في الإخفاق في التكيف مع هذه الوضعيات، ومن بين المجالات الجوهرية التي تلعب فيها الكفاءة الذاتية دوراً محورياً ما يلي:

9-1 - الكفاءة الذاتية والالتزام بالسلوك الصحي:

ترتبط الكفاءة الذاتية بالممارسات الصحية والإقلاع عن الممارسات الغير صحية و الحفاظ على التغييرات السلوكية في مواجهة المشكلات و الصعوبات، فجميع النماذج النظرية الرئيسية للسلوك الصحي مثل نظرية دافع الحماية، و نموذج المعتقدات الصحية، ونظرية الفعل المنطقي والسلوك المخطط تشتمل على الكفاءة الذاتية كمتغير جوهري في النظرية، إضافة لذلك يعد تعزيز معتقدات الكفاءة الذاتية أمراً ضرورياً للتغيير الناجح و الحفاظ على كل السلوكيات الصحية الداعمة للصحة، بما في ذلك ممارسة التمارين الرياضية و الالتزام بالنظام الغذائي المتوازن و العناية بصحة الأسنان و الممارسة الجنسية الآمنة و الإقلاع عن التدخين و التغلب على تعاطي الكحول و الامتنال لأنظمة الوقاية و العلاج و سلوكيات الكشف عن الأمراض مثل الفحص الذاتي لسرطان الجلد.

9-2- الكفاءة الذاتية والمناعة النفسية العصبية:

تؤثر الكفاءة الذاتية على عدد من العمليات التي تؤثر بدورها على الصحة والمرض، حيث تتوسط بين الاستجابة المناعية ومواجهة الضغوط النفسية، أين يمكن أن يؤدي ضعف السيطرة والتحكم المدرك على المتطلبات البيئية إلى زيادة القابلية للإصابة بالعدوى والإسراع بتطور وتفاقم المرض. (وود، أ، جونسون، ج، ص 216، 217) كما يتوسط تأثير الكفاءة الذاتية في الاستجابات البيولوجية للتهديدات المدركة من خلال التباين المسجل في إفراز الكاتيكولامينات Les catécholamines بين الأفراد الذين يتسمون بمستويات مرتفعة عن غيرهم من ذوي الكفاءة الذاتية المتدنية، حيث يتغير مستوى إفراز هذه النواقل العصبية (Dopac, norépinéphrine, épinéphrine) بعد تعزيز الكفاءة الذاتية و بينما ترتفع هذه النواقل العصبية في حالات الوضعيات المدركة بمثابة تهديد، يتراجع épinéphrine, norépinéphrine تدريجياً، فيم يستمر Dopac الذي يتحفز بمجرد الإدراك البسيط للتهديدات الخارجية على أنها تتخطى قدرات الفرد رغم زوال الوضعية المهددة، الأمر الذي يعود إلى المستوى الطبيعي بمجرد تعزيز الكفاءة الذاتية لدى الأفراد. (Bandura, A, p400, 401)

لذلك تقود الكفاءة الذاتية إلى التحسين على المستوى المناعي والتحسين من استراتيجيات مواجهة المرض والتغلب عليه، حيث يتسم المرضى ذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة بقدرة أكبر على مقاومة المرض، والتغلب عليه وحتى يتسمون بمعدلات أعلى في عدد الخلايا المناعية البائية (تايلور، ش، ص، 787) كما أنهم أقل اعتماداً على السلوكيات الغير صحية، كما تسهم معتقدات الكفاءة الذاتية المرتفعة في تعزيز القدرة على ممارسة السلوكيات المرتبطة بالشفاء. (خمخام، د، جار الله، س، 2023، ص 418)

9-3- الكفاءة الذاتية والرفاهية النفسية والجسدية:

* تلعب الكفاءة الذاتية دوراً بارزاً في عدد من المشكلات النفسية الشائعة، حيث يعتبر تدني مستواها سمة هامة في اضطراب الاكتئاب لدى المراهقين والراشدين، أين يظهر القلق وسلوكيات التجنب بمثابة نتيجة مباشرة لتدني معتقدات الكفاءة الذاتية لإدارة المواقف المهددة، كما تلعب معتقدات الكفاءة الذاتية دوراً مسيراً في مشكلات تعاطي المخدرات، واضطرابات الأكل واضطراب كرب ما بعد الصدمة، والسلوكيات الانتحارية.

* وبالموازاة مع ما سبق يصبح تعزيز الكفاءة الذاتية أمراً ضرورياً للتغلب على الصعوبات والمشكلات النفسية وتنفيذ استراتيجيات ضبط الذات في المواقف الصعبة، لذلك من خلال تعزيز الخبرات الرامية إلى

تقوية مدركات الكفاءة لدى المرضى تتخذ التدخلات العلاجية مسارا تنفذ منه إلى إكساب العميل مهارات حل المشكلات دون الاعتماد على غيره، بل من خلال تعزيز التقييم الإيجابي لقدراته الذاتية.

* وعلى صعيد الرفاهية الجسدية التي تتدرج كمفهوم أساسي من مفاهيم علم النفس الإيجابي فإن الكفاءة الذاتية تقدم تحفيزا رائعا يستند إليه الأخصائيون الإكلينيكيون الإيجابيون في تقديم اقتراحات تبعث العملاء على إجراء تغييرات إيجابية في نمط الحياة من شأنها تعزيز صحتهم و تغيير نوعية الممارسات الفردية للارتقاء بالصحة و تبني مقاربة الرفاهية الصحية والوقاية قبل الإصابة بالمرض مثل الالتزام الخلاق بممارسة الرياضة، والإدارة الإيجابية لضغوط الحياة، وتجنب السلوكات المضرة بالصحة. (وود، أ، جونسون، ج، ص 215)

10- الكفاءة الذاتية كعامل تنبؤي في إدارة الآلام المزمنة:

قامت العديد من الدراسات بمقارنة القدرة المرتبطة بالكفاءة المدركة في إدارة الألم، وتوقعات النتائج لمقدار الألم المتوقع للتنبؤ بمستوى تحمل الألم بعد العلاج، وبعد التدريب على التقنيات المعرفية في السيطرة على الألم، مع التحكم في مستوى الألم، ومقدار الاهتمام الموجه للأحاسيس المؤلمة، فقد أكدت نتائج هذه الدراسات أن معتقدات الكفاءة الذاتية تتسم بقدرة تنبؤية فيما يتعلق بمقاومة الألم الناجم عن البرد، ومع ذلك فإن النتائج المؤلمة المتوقعة لم تؤثر بشكل مستقل على مقدار الألم الذي يمكن أن يتحمله الأفراد، عندما تم التحكم في معتقدات الكفاءة الذاتية. (Bandura, A, p 415)

إن الأثر الذي من خلاله تقوم الكفاءة الذاتية بتيسير إدارة الألم هو أثر مثبت بالرجوع إلى عدد من الدراسات المنجزة في مجال الألم الحاد والألم المزمن، حيث لا تسهم العلاجات القائمة على الكفاءة الذاتية في إطفاء الألم فحسب بل تنجح في التخفيف من حدته على المدى البعيد وتؤدي إلى تحسين الأداء الفيزيولوجي للجسم (المترجم من خلال قوة الجذع ومدى حركة الثدي والتمديد لدى المرضى الذين يعانون يعانون من التهاب المفاصل العظمي (l'arthrose) على سبيل المثال) (Bandura, A, p 415)

كما يترافق الاقتناع بممارسة بعض التحكم على الألم وعلى النشاط الفيزيولوجي بانخفاض السلوكات المؤلمة، وتراجع اضطرابات المزاج، وبتحسن الحالة النفسية وزيادة المشاركة الفعالة في مختلف الأنشطة اليومية، ويسمح الاعتقاد باستراتيجيات المواجهة المدركة بالتنبؤ بمستوى الألم بعد التأكد من خطورة المرض في ضوء العوامل الديمغرافية والاكنتاب، بل يصل الاعتقاد القوي بالقدرة على إدارة الألم إلى الحد الذي يسمح بالتنبؤ باستخدام المسكنات عقب إجراء العمليات الجراحية في أمراض الشريان التاجي على

سبيل الذكر، كما يعد ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية الذي يتم قياسه قبل الجراحة، يعد عاملاً تنبؤياً جوهرياً في خفض مستويات الألم واستخدام المنومات بعدها، بينما لا تشكل العوامل الديمغرافية والوضع الطبي أو الجراحي أمراً فارقاً في استخدام العلاج. (Bandura, A, p 416)

للهولة الأولى تبدو نظرية العجز ونظرية الكفاءة الذاتية متناقضتين بشأن الطريقة التي تتحكم بها الكفاءة في تحمل الألم والآليات التي تتوسط ذلك، ترتبط مقاومة الألم بعدم كفاية التحكم في الضغوط في نظرية العجز، بينما يتوفر التحكم المدرك في نظرية الكفاءة الذاتية، مما يطرح عدد من التفسيرات المحتملة لهذا التناقض، فالاعتقاد العالي بالكفاءة في المواجهة يجعل الوضعيات الضاغطة أقل إثارة للقلق ويخفض من إفراز الأندورفين المحفز جراء الضغط للتخفيف من مستوى الألم، وهذا يقودنا إلى أن الكفاءة الذاتية تسمح بزيادة المقاومة للألم من خلال آلية معرفية لأفيونية (non opioïde) في الوقت الذي يكون فيه هنالك التوقيف الأفيوني للألم أقل، وبالمقابل يتم إشغال الوعي بالمواضيع المدمجة مما يسمح بتوقيف الأحاسيس المؤلمة من خلال الآلية للأفيونية. (Bandura, A, p 416)

يتضح التفسير المنطقي الآخر للمفارقة في النتائج المتباينة في التحكم بمختلف الوضعيات الخاصة بالواجهة، فالتحكم الممارس ينتج شروط مختلفة لتنبئه للألم، وهذه الاختلافات تحدث بفضل التأثيرات للأفيونية المتولدة عن الكفاءة المدركة، إذ تسمح الممارسة الفعالة للتحكم المعرفي المدرك-الذي يوقف الإحساسات المؤلمة انطلاقاً من الوعي-للأفراد بتحمل المستويات المرتفعة للاستثارات المؤلمة. وبالموازاة تحسن الكفاءة الذاتية المدركة يرفع حتى من الالتزام الفعال ببعض الأنشطة التي ترفع من مستوى ومدّة الاستثارة المؤلمة، بل غالباً ما يتجاوز الإحساس بالكفاءة الذاتية المشاركة في الأنشطة المسببة للألم للحد الذي قد يخلق وضعيات صعبة مثيرة للقلق.

حيث يطرح Bandura, A حالة مرضى التهاب المفاصل يتسمون بالفعالية، و يعانون من الألم والانزعاج عند ممارسة المزيد من النشاط البدني للمرة الأولى، ويؤدي النشاط في النهاية إلى النقص من آلام المفاصل وتورمها، ولكنه يزيد الألم والتوتر على المدى القصير، وبالمقابل يشعر أفراد التجربة بتزايد الألم أثناء غمر أيديهم في الماء البارد في هذه الوضعية الممارسة المستمرة للكفاءة في التحكم عبر أساليب معرفية يرفع في النهاية الألم للحد الذي يتجاوز إمكانيات المواجهة لدى الأفراد، الذين يبدوون في الإحساس بالألم قوية لا تطاق.

ويفسر Bandura, A ذلك بأن الضغط الناجم عن الخوف من التحكم في الألم المتزايد أثناء المرحلة اللاحقة من المواجهة، يفعل (ينشط) النظام الأفيوني للتخفيف من الألم.

ففي هذا السياق ضمن سيرورة المواجهة: تستخدم الآليات الأفيونية واللاأفيونية لمواجهة الألم، إلا أن عزو التغيير في استخدام هذه الآليات يتغير تبعا لدرجة كفاءة التحكم في مختلف مراحل المواجهة، حيث تعزز الآليات المعرفية اللاأفيونية من القدرة على تحمل الألم، بينما يسمح إدراك الكفاءة في التحكم المعرفي بالتغلب بفعالية على الأحاسيس المؤلمة.

إضافة إلى ذلك، يتم تفعيل الآليات الأفيونية في المراحل اللاحقة أثناء المواجهة عندما يصبح التحكم قاصرا أمام تحمل الألم المتزايد أو لوقف الشعور به، كما يستمر النشاط الأفيوني منخفضا طيلة الفترة الفاعلة من التحكم المعرفي ولكن يرتفع بمجرد تراجع هذه الأخيرة وقد أكدت الدراسات أن الكفاءة الذاتية تخفف من الضغط بحيث لا يخلق ضيقا متناميا فيتجاوز بذلك إمكانيات المواجهة وهي نتائج مماثلة لنتائج الدراسات التي يضع فيها أثر التحكم المدرك حدا للإجهاد الجسدي. (Bandura, A, p 417)

إن أثر التحكم على الألم من خلال لآلية المزدوجة يتضح من خلال الدراسات التي قام بها Bandura, O'leary, Taylor, Guthier & Gaussard 1987 حول استخدام الأساليب المعرفية للتحكم في الألم، أو تلقوا دواء وهميا (un placebo) قدم لهم على أن مسكن للألم أو لم يتلقوا أي نوع من التدخل (مجموعة شاهدة)، ثم تم قياس مستوى كفاءتهم الذاتية في تحمل الألم الناجم عن التعرض للبرد بعد أن حقن أفراد العينة بمادة La naloxone المثبطة للأندورفين ليتم قياس استجاباتهم عند جرعات محددة وقد خلصت الدراسات إلى أن التكفل بدعم التحكم المعرفي يساهم في زيادة معتقدات الكفاءة لتعزيز تحمل الألم والتخفيف منه.

خلاصة:

تمارس الكفاءة الذاتية تأثيراتها من خلال الوساطة المعرفية إسهاما إيجابيا واسع المدى في المجال السلوكي و الصحي و المعرفي و الاجتماعي، و تطبع أبعاد شخصية الفرد بطابع إيجابي يمكنه من اجتياز العقبات و التغلب على العراقيل و تسيير المواقف و إدارة الأزمات و المرض و الآلام، وعلى الرغم من التنوع في التعريفات و التأثيرات بخصوصها، إلا أن مجمل الدراسات قد أكدت على ثقل دورها الإيجابي في مختلف القضايا النفسية من الصحة إلى المرض و العلاج مما يكسبها قيمة لامتناهية تفتح مجال البحث في علاقتها و تأثيرها على شتى المتغيرات.

الفصل الثالث

المواجهة Le coping

الفصل الثالث: المواجهة

تمهيد

1. تعريف المواجهة

2- تصنيف استراتيجيات المواجهة

3- الفعالية المؤثرة لاستراتيجيات المواجهة

4- العوامل المتحكمة في المواجهة

5. الاتجاهات النظرية المفسرة للمواجهة

6- الديناميكية النفسية المعرفية لاستراتيجيات المواجهة في ضوء الكفاءة الذاتية

خلاصة

تمهيد:

إن المواقف الضاغطة التي تعترض حياة كل فرد منا يوميا على اختلاف حدتها ومداهها وتأثيراتها، تجعلنا نلجأ إلى اعتماد سبل وأساليب للتغلب عليها والتخفيف من قدر القلق والتوتر الناجمين عنها ومحاولة استعادة التوازن الطبيعي للحياة، وكما تكون هذه الطرائق مجدية ونافعة حين تحقق النتائج المرغوبة منها، فإنها تصبح معيقة لحياة الفرد وسببا في حدوث شرخ بين الواقع وما يرغب به كما هو الشأن في بعض الاستراتيجيات التجنبية كالخيال وأحلام اليقظة.

ولمّا كان من المهم إدراك ما يمكنه تحسين الأنماط المتبناة للرفع من مستوى الرضا الشخصي في مختلف المواقف، كان من الجدير أيضا التعرف على هذا المجال الواسع وما يتضمنه من تفاصيل خاض الباحثون في دراستها، واختلفوا في تصنيفها ووظائفها، إلا أنهم اتفقوا على فاعلية بعض المتغيرات المؤثرة فيها وكذا تأثيرها على الجوانب المعاشة سواء لدى الأصحاء أو المرضى.

وسنحاول فيما يلي التّطرق إلى المواجهة، ومختلف المضامين المرتبطة بها، باعتبارها موضوعا أصبح يحظى بالاهتمام المتزايد، وباعتبارها متغيرا هاما يمكنه تغيير بعض المسارات من حياة مريض الألم المزمن على الخصوص.

1. تعريف المواجهة:

يشير مفهوم استراتيجيات المواجهة حسب المعجم الأساسي لعلم النفس إلى: طريقة التعامل مع وضعية ضاغطة والتحكم فيها وضبطها، وقد تكون عبارة عن استجابة مباشرة كحذف مصدر التهديد والخطر وقد تكون استجابة مخففة كتقليص الإدراك الخاص بالخطر مثل نفي الوضعية واللجوء إلى الأدوية، فالمواجهة قبل كل شيء هي ميكانيزم من أصل نفسي يؤثر على استجابات الجهاز العصبي والغدي. (Bloch et al., 1993, P757)

و يعتبرها Cox 1985 صورة من حل المشكلة والضغط وليد للفشل في حل هذه المشكلة، وتتضمن المواجهة مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها والخبرات الانفعالية الناتجة عنها. (Hill Rice , V , 2000,p353)
و هي الفكرة التي تبناها Lazarus سابقا 1978، محددًا واجهتين للمواجهة المترجمة بجملة الجهود المعرفية والسلوكية المتنبئة في محاولة من الفرد لتسيير الوضعية المشكّلة للتهديد من خلال السلوكيات الملاحظة والغير ملاحظة في سياق تحقيق مهمة الهدف.

* وهو بدوره ما يرجعنا قليلا إلى الطرح الذي قدمه Piaget 1947، حيث تكون بمثابة استجابات نهائية سواء كانت ملاحظة مباشرة أو غير مباشرة (Dellobe, N , p 251)

* نفس الفكرة تحدث عنها Fleishman 1980 محددًا إيّاها ضمن مجموعة السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي تحدث لتقلل من الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة. (Martz, E et al , p 137)

* ويرى Ray et al., 1982 بأن المواجهة تشير إلى الطريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصعبة ويتضمن هذا المفهوم تواجد مشكل حقيقي أو خيالي، ومنجهة أخرى الاستجابة لهذا الحدث الضاغط. (Scheitzer , M .B , Dantzer, R, p.100)

* ويعدها Fleming et al., 1984 جزءا مركزيا من عملية الضغوط، تبين كيف يستجيب الفرد للمواقف المثيرة للقلق، فهي تتضمن جميع الاستجابات التي يقوم بها الفرد اتجاه الخطر وأي شكل من أشكال التهديد، وجوهريا توجه استراتيجيات المواجهة إلى خفض الضغوط كليا، وتتضمن أي محاولة للتقليل أو لتجنب التعامل مع الآثار الناجمة عن الضغوط. (Dryden, W , Palmer, S ,1997 p 122)

* أما Cousson 2003 فقد اعتبر استراتيجيات المواجهة بمثابة سيرورة ديناميكية و ليست بعدا ثابتا في الشخصية، تركز على ما يدركه الشخص وما يبذله ويفعله في مواجهة الوضعية الضاغطة وكيف يعتقد أنه يستطيع تغييرها، وهو بهذا الطرح أبدى جانبا في المواجهة يرتبط بالكفاءة المدركة.

(Alexandre-Bailly, F , p 350)

* وفي تعريف عبد العزيز، ه للمواجهة فقد اعتبرها مؤشرا على: اجتهاد الفرد في تدبير الوفاء بالمطالب و التكاليفات، و التغلب على الأحداث الحرجة التي تمثل له تحديا أو تهديدا أو ضررا أو خسارة أو ربما تجلب له نफعا. (عبد العزيز، ه ، راشد ، م، 2020، ص 33)

* وحددتها تايلور باعتبارها عملية إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي تقيم من قبل الفرد بأنها شاقة أو تفوق إمكانياته، ويشتمل هذا التعريف على عدة مظاهر هامة:

* أولا: أن العلاقة بين المواجهة والحدث المسبب للضغط تتسم بالديناميكية فالمواجهة تشتمل على سلسلة من التفاعلات ما بين الفرد والذي يمتلك مجموعة من الإمكانيات والقيم والالتزامات من جهة، وما بين البيئة المحددة بمصادرها ومطالبها وقيودها، وبذلك فالمواجهة ليست مجرد عمل يقوم به الفرد في وقت معين، ولكنه مجموعة استجابات تحدث عبر الزمن خلال التأثير المتبادل بين الفرد وبيئته.

* ثانيا: يتمثل المظهر الثاني في اتساع التعريف كما هو واضح يشمل مجموعة من الأفعال وردود الفعل الانفعالية لدى مواجهة الظروف الضاغطة، فهو يتضمن إذا الإشارة إلى ردود الفعل الانفعالية بما في ذلك الغضب أو الكآبة التي يمكن عدها جزءا من عملية المواجهة، وكذلك الأفعال التي تتم طواعية لمواجهة الحدث وفي المقابل فإن عمليات المواجهة يتم تعديلها عن طريق الإمكانيات المتوفرة لدى الفرد. (تايلور، ش، ص 415، 416)

* و من مجمل التعريفات السابقة نجد هنالك من اعتبرها ميكانيزما وهنالك من وصفها كعملية و منهم من وجدها سيرة أو سلوكا أو اجتهدا أو استجابة... إلخ إلا أن الغاية منها واحدة و هي تخلص الفرد من حالة القلق و الضغط الدخيلة على جهازه النفسي و التي تفرض عليه البحث عن سبل للمواءمة و التوافق للرجوع إلى الحال السابقة أو بلوغ حال أفضل منها.

* لذلك خلصت الباحثة إلى أنها:

مجمل الممارسات الإرادية واللاإرادية التي يستجيب بها الفرد، قد تتخذ صورة جهود سلوكية أو إجراءات معرفية أو استجابات انفعالية ردا منه على الضغط الذي ينشأ جراء المواقف المختلفة التي تعترضه، بهدف التخفيف من حدة القلق الذي يهدد توازنه النفسي وتوافقه الاجتماعي ويحدث خلا في انسجام نشاطه البيولوجي والفيزيولوجي.

2- تصنيف استراتيجيات المواجهة:

وفقا لافتراض Fechner, G -مبدأ الثبات- فإن كل زيادة في التوتر النفسي يدركها الكائن كدرا

وكل نقص فيه يستشعره لذة، ومن ثم فإن الفرد مدفوع إلى تقليل التوتر أي مواجهة مصدر التوتر أو المشقة. ولن يكون من المجدي تجنب كل التوترات أو المواقف الضاغطة، لأنه أمر مستحيل تماما، فكل فرد يواجه الضغوط في العمل، أو المشاحنات والمضايقات اليومية أو وفاة أحد الأحباء ... وغيرها. لذلك لا نستطيع الهرب من الضغوط، وبالتالي فإننا بحاجة لتعلم آلية التعامل معها بفعالية.

وقد وصفها Lazarus 1991 بأنها حشد كل الجهود المعرفية والسلوكية الهادفة إلى تسيير المطالب المطالب الداخلية والخارجية (و الصراعات التي قد تنشأ بين الاثنين) و التي تم تقييمها بأنها مجهدة أو تتجاوز المصادر الذاتية للفرد. (Lazarus, R, S, 1991, p 112)

فأثناء مرحلة المقاومة، وهي المرحلة الثانية عند سيلي من زملة التكيف العام، يتم استخدام العديد من استراتيجيات المواجهة، لأن التعرض للمواقف الشديدة و / أو الضغوط المزمنة يسبب الاضطراب الانفعالي واعتلال الصحة الجسمية، ومن ثم فمن الضروري تعلم الاستراتيجيات الفعالة في خفض الآثار الجسيمة للضغوط. (إسماعيل، ب، 2004، ص 82)

وقد اختلفت الآراء والتصنيفات بين الباحثين، واتفق البعض حول الاستراتيجيات التي يستجيب بها الأفراد في مختلف المواقف، ومنهم من أضاف في تصنيفه آخذاً بالاعتبار مختلف الظروف التي قد تؤثر على فاعلية أو نمط المواجهة، وقد حاولنا في طرحنا لها التركيز على أكثر التصنيفات شيوعاً:

2-1 - تصنيف Moos & Bellings 1982:

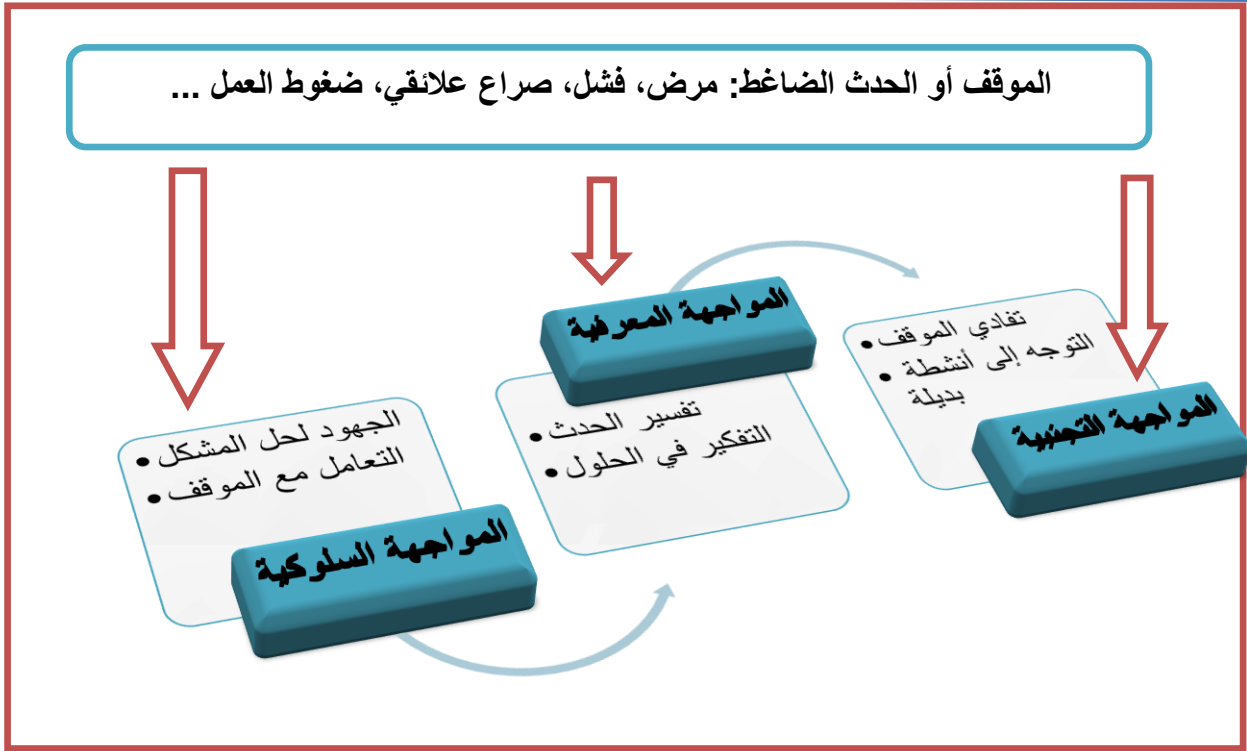
قدم كل من Moos & Bellings 1982 تصنيفاً يعتمد على فعالية المواجهة في التغلب على نواتج الموقف المثير للقلق، حيث صنّفها بناء على هذا المبدأ إلى:

أولاً: الاستراتيجيات المعرفية الفعالة: وتتمثل في مجموع المجهودات المعرفية الموجهة لتفسير الحدث الضاغط.

ثانياً: الاستراتيجيات السلوكية الفعالة: وتشمل مختلف الجهود والمحاولات السلوكية المبدولة من قبل الفرد، الظاهرة للتعامل مع المشكل.

ثالثاً: الاستراتيجيات التجنبية: وتشتمل على جملة المحاولات الساعية إلى تجنب الموقف الضاغط،

وتفادي مواجهة المشكل. (Stellman , J M , 2000, P 52)



شكل رقم (06): يوضح تصنيف المواجهة حسب Moos & Bellings 1982

(Stellman , J M, P 52)

2.2. تصنيف 1986 Sheier et al., :

صنف Sheier et al., 1986 استراتيجيات المواجهة إلى عدة أنواع هي:

أولاً: الإنكار: يشير إلى رفض الفرض الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو تجاهله كلياً.

ثانياً: التقبل والاستسلام: يشير إلى تقبل الفرد للمواقف نظراً لعجزه وانعدام حيلته، أو نتيجة لرفضه القيام بشيء تجاه الموقف.

ثالثاً: لوم الذات: حيث يعتقد الفرد أنه المسؤول عن الحدث الضاغط: مثل لوم المريض نفسه لاعتقاده أنه المتسبب في آلامه المزمنة التي يعاني منها.

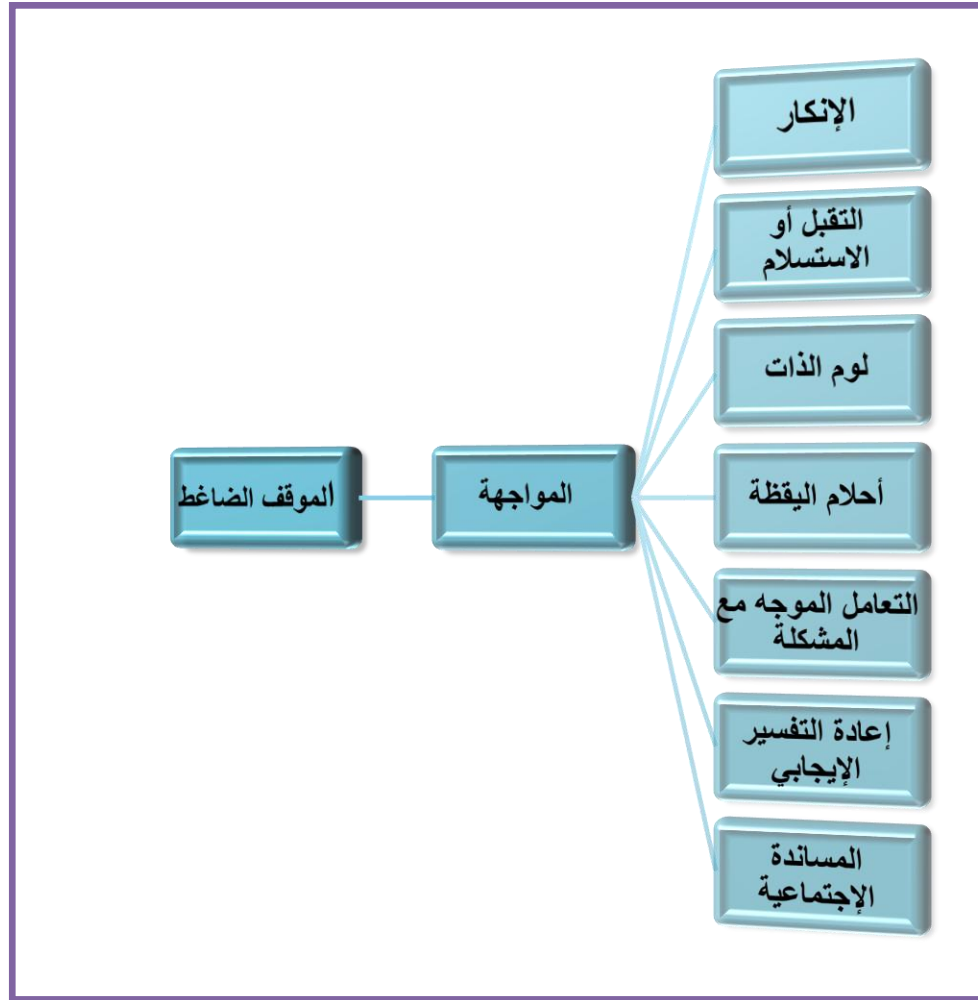
رابعاً: الهروب من خلال التخيل: عبر اللجوء إلى معايشة أحلام اليقظة.

خامساً: التعامل الموجه مع المشكلة: وهو أن يقوم الفرد بوضع خطة معينة، وأن يقوم بالاستجابة السريعة من خلالها بهدف السيطرة على الموقف الضاغط.

سادساً: إعادة التفسير الإيجابي للموقف: كان يحاول الفرد إيجاد معنى جديد للموقف يعيد إليه إحساسه بالثقة بنفسه.

سابعاً: المساندة الاجتماعية: من خلال طلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة من المحيط

العلائقي الخاص بالفرد. (Luminet. O , 2008, p. 50)



شكل رقم (07) يوضح تصنيف المواجهة حسب (Luminet, O, p 50) 1986Sheier et al.,

2-3- تصنيف Folkman & Lazarus 1988:

و هو أكثر التصنيفات شيوعا استند فيه العالمان إلى وظيفتين جوهريتين لاستراتيجيات مواجهة الضغط، و هما ضبط التوتر أو الضيق الانفعالي، و تغيير المشكل الذي يسبب الانزعاج أو القلق، لذلك قاما

(Massoudi . K , 2009, p. 39) بتصنيف المواجهة إلى:

أولاً: استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل:

تشير إلى الجهود الزامية إلى تغيير الظروف الناتجة عن تفاعل فرد / بيئة أي: التركيز على المشكل وهي محاولة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استخدام الفرد لمصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من حدة التأثير المترتب عن الحدث الضاغط، ووضع حلول أو بدائل تؤدي إلى تغيير الموقف المثير للقلق بما يتناسب مع صحة الفرد

النفسية أي تعديل العلاقة بين الفرد والمحيط. (Dewe. P et al ,1999, p.318)

وقد اعتبر Lazarus 1984 أن المواجهة المتمركزة حول المشكل فعّالة وأكثر جدوى في التأثير وإحداث التغيير، وحدد صورتين تتخذهما هما:

1. جمع المعلومات.

2. اتخاذ إجراءات لحل المشكل. (Dellefosse , M S , 2002 , p. 31)

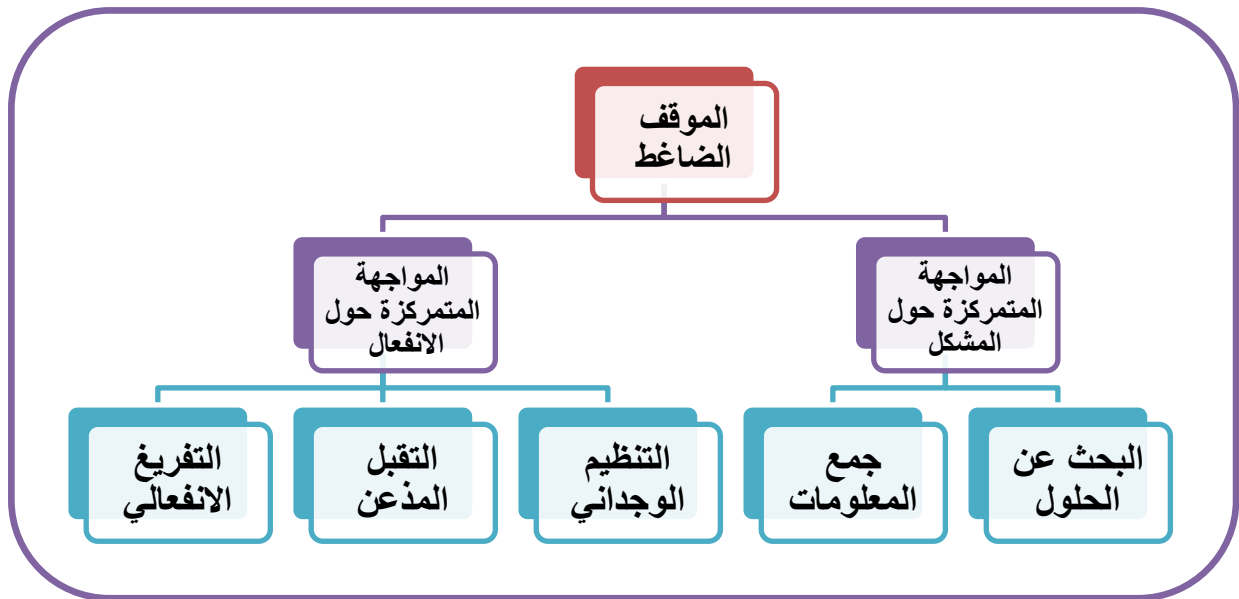
ثانياً: استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال:

وتشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط، والاحتفاظ بالاتزان الوجداني، ويكون هذا النوع من المواجهة عادة عندما تتجاوز المواقف قدرة الفرد على التحكم فيها ومن ثم عدم توفر إمكانية تغييرها من خلال أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكل. (De Soir , E et al. , 2012, P.41 وتشتمل على:)

1- التنظيم الوجداني: مثل الضبط الانفعالي، معايشة الانفعالات، والتعامل معها وعدم الانشغال بالانفعالات المتصارعة.

2- التقبل المذعن: كالانتظار بعض الوقت مع توقع الأسوأ، وتقبل الموقف كما هو والإقرار بأن لا شيء يمكن عمله والاستسلام للقدر.

3- التفريغ الانفعالي: ويشتمل على التعبيرات الكلامية، والبكاء وزيادة الأكل والانغماس في أنشطة موجهة إلى الخارج. (عبد الرحمن، 2000، ص 31)



شكل رقم (08) يوضح تصنيف المواجهة حسب Folkman & Lazarus 1988

2-4- تصنيف Carver et al., 1989 :

صنف Carver et al., مجموعة من الأساليب المعتمدة في مواجهة المواقف المثيرة للقلق ضمن مجموعات

هي :

أولاً: أساليب المواجهة: تشتمل هذه المجموعة على عدد من الأساليب هي:

1-التعامل النشط .

2-التخطيط.

3-كبت الأنشطة المتشاركة

4-التمهل.

ثانياً: أساليب التماس العون: وتدرج ضمنها الأساليب التالية:

1-اللجوء إلى الدين.

2-الدعم الاجتماعي العملي.

3-الدعم الاجتماعي التفاعلي.

4-التماس التفريغ العاطفي.

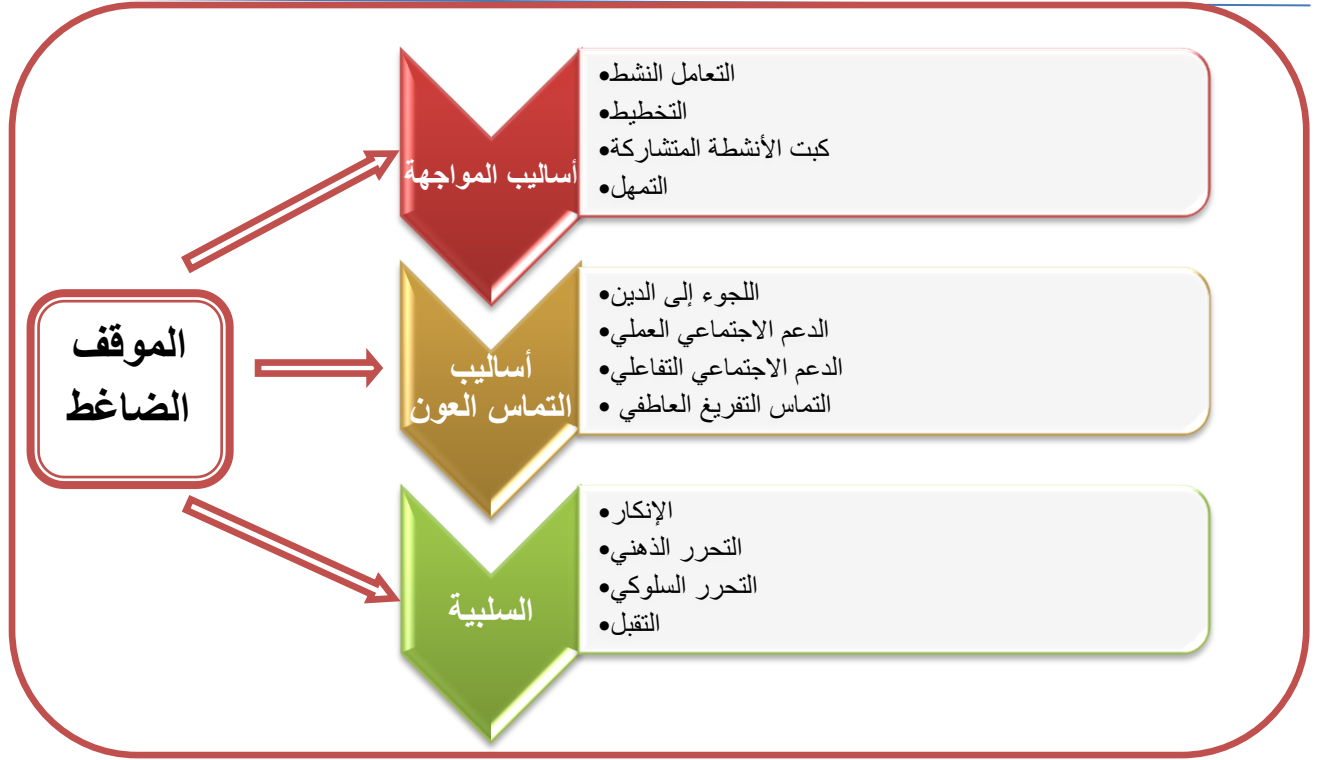
ثالثاً: السلبية: وتتضمن الأساليب التالية:

1-الإنكار.

2-التحرر الذهني.

3-التحرر السلوكي.

4- التقبل. (Cooper, C L, 2003 , p.101)



شكل رقم (09) يوضح تصنيف المواجهة حسب Carver et al., 1989

2-5- تصنيف Kohen 1994 :

وتضمن تقديم عدد من الاستراتيجيات هي:

أولاً: التفكير العقلاني: ويشير إلى مختلف أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الفرد للتغلب على الحدث الضاغط من خلال البحث عن مصادر الضغط وأسبابه.

ثانياً: حل المشكلة: هي نشاط يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لحل الموقف الضاغط.

ثالثاً: الفكاهة (الدعابة): استراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط بالبساطة وروح الفكاهة وتؤكد على الانفعالات الإيجابية أثناء المواجهة.

رابعاً: الرجوع إلى الدين: وتشير إلى رجوع الأفراد إلى الجانب الديني عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي لمواجهة الموقف الضاغط.

خامساً: الإنكار: عملية معرفية يسعى الفرد من خلالها إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل والانغلاق وكأنها لم تحدث على الإطلاق.

سادساً: التخيل: أسلوب يتجه فيه الفرد إلى التفكير مستخدماً القدرات التخيلية للتغلب على الحدث

الضاغط. (Liu, S, 2019, p 40 - 41)

الموقف الضاغط

المواجهة



شكل رقم (10) يوضح تصنيف المواجهة حسب Kohen 1994

2-6- تصنيف Parker&Endler 1990:

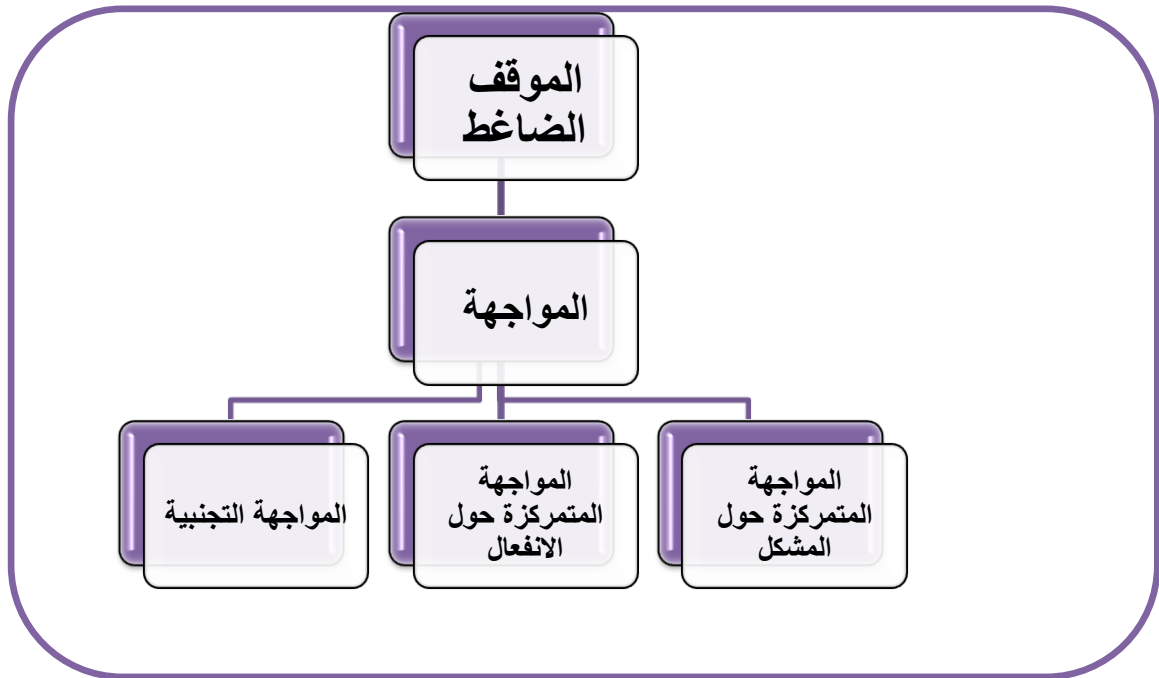
أضاف Parker&Endler 1990 للتصنيف الذي جاء به لازاروس و فولكمان زيادة على المواجهة المتمركزة حول المشكل ، المواجهة المتمركزة حول الانفعال ما يعرف بالمواجهة التجنبية.

(Zeinder, M , Endler, N S, 1996, p 11)

و حددا شكلين للمواجهة التجنبية :

أولاً: تجنب المهمة أو النشاط.

ثانياً: تجنب العلاقات مع الآخرين.



شكل رقم (11) يوضح تصنيف المواجهة حسب Parker& Endler 1990

وهكذا فإن كل التصنيفات السابقة للمواجهة تتفق على الفكرة التي مفاده أن هنالك أساليب مواجهة إيجابية بناءة تتجه مباشرة نحو حل الموقف الضاغط و مواجهته، و أساليب أخرى سلبية تحاول الهروب من مواجهة الموقف الضاغط ، لذلك يمكننا تقسيمها في المجمل إلى :

أولاً: أساليب إيجابية إقدامية في المواجهة:

حددها فهمي ، م 1994 في الصور التالية:

1- العمل من خلال الحدث: و يشير إلى استفادة الفرد من الحدث في حياته الحاضرة ، و تصحيح مساره بالنسبة لتوقعات المستقبل ، من خلال التفكير المتأنى المنطقي فيما تتضمنه طبيعة الحدث ، مما يمكن أن يساعد على التعامل معه و مع غيره .

2- المساندة الاجتماعية : و تتضمن محاولات الفرد للبحث عن يساعده في محنته و يمهده بالتوجيه للتعامل مع الحدث و إيجاد المواساة و المساعدة ، لمواجهة هذه الأحداث بصورة أكثر إيجابية .

3- العلاقات الاجتماعية : و تشير إلى إيجاد الفرد متنفس عن الأحداث التي مر بها في علاقات مع الآخرين بالتواجد معهم ، و الاهتمام بعقد علاقات مع الرفاق و الأصدقاء و الأهل لكي ينسى الذكريات المرتبطة بهذه الأحداث الصادمة .

4- تنمية الكفاءة الذاتية : و يتضمن تكريس الفرد الجهد للعمل ، و إنجاز مشاريع و خطط جديدة ترضي طموحاته ، و تتغلب على الأفكار المرتبطة بالحدث ، مما يشعره بالكفاءة و الرضا عن الذات .

كم أضاف عبد الباسط، ب، ل أسلوبيين آخرين :

5- المبادأة : تتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاولة مستمرة من جانبه لزيادة الجهد أو تعديله ، و الابتعاد عن الافعال التي قد تصرفه عن التهديد الذي يواجهه .

6- التزيت : و يتمثل في محاولة الفرد عدم التسرع و إجبار الذات على الانتظار للوقت المناسب ، و قد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة .

(إسماعيل، ب، ص 85)

ثانياً: أساليب سلبية احجامية في المواجهة :

وهي النمط المقابل للمواجهة الإقدامية للمواقف الضاغطة، وفيها يحاول الفرد الهروب من لمواجهة الفعلية أو المباشرة للمواقف الضاغطة، حيث يلجأ لأساليب و طرق تغيير مشاعره و أفكاره نحو هذه المواقف،

بمعنى تنظيم انفعالاته أكثر من التعامل مع المشكلة وحلها، و من بين هذه الأساليب السلبية الاحجامية في المواجهة:

- 1- السلبية : و تبدو في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط ، و الأفراد في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم و مشاهدة التلفاز ...إلخ
- 2-الالتفات إلى اتجاهات و أنشطة أخرى: و هي تتضمن قدرة الفرد على إعادة تنظيم حياته من جديد بعد الأحداث الصادمة ، و التفكير في الأشياء الجديدة في حياته و إيجاد عنصر فكاهي من خلال الاهتمام بأمور أخرى يستمتع بها و تنسيه هذه الأحداث .
- 3- التجنب و الإنكار: و هي تشير إلى مشاعر الانقباض التخيلي ، و إنكار المعاني و النتائج المترتبة على الحادثة ، و تبدل الاحساس ، و الشعور باللامبالاة الانفعالية إزاء الأحداث الصادمة التي مر بها ، و الكبت السلوكي للأنشطة المرتبطة بها .
- 4- الإلحاح و الاقتحام القهري : و هذا الأسلوب السلبي للمواجهة يشير إلى مدى تداخل الأفكار و التلقائية المرتبطة بالحدث بصورة قهرية ، و تكرار الأحلام المضطربة و الموجات المؤلمة من الأحاسيس و السلوكيات المتكررة المتعلقة بالحدث بحيث لا يجد منها فرارا . (إسماعيل، ب، ص 85)
كما أضاف عبد الباسط ، ل للأساليب السابقة :
- 5- عزل الذات : و تتضح هذه الاستراتيجية في محاولة الفرد إخفاء ما حدث و ما شعر به و الابتعاد عما يذكره بالمشكلة ، بل و يلوم نفسه بأنه سبب ما هو فيه .
- 6- التنفيس الانفعالي : و تتمثل في قيام الفرد بأفعال قد لا تكون مرتبطة بالمشكلة و لا يجيدها أصلا لتفريغ مشاعره ، و قد يقتضي ذلك التردّي في الاختيار و تنفيذ مثل هذه الأنشطة .
- 7- الإنكار أو خداع الذات : و هو نشاط يسعى من خلاله الفرد إلى تجاهل خطورة الموقف ، بل و رفض الاعتراف بما حدث ، و ربما تتيح هذه العملية فرصة الحصول على معلومات إضافية حول الموقف الضاغط إلا أن الإنكار للواقع قد يخلق مشكلات أخرى يصعب بعدها التحمل و المواجهة .
- 8- الانسحاب المعرفي العقلي : و تبدو هذه العملية في محاولة الفرد الاستغراق في أحلام اليقظة و التفكير في أشياء و موضوعات بعيدة عن المشكلة ، و برغم أن الانسحاب عن هدف ما يعد استجابة عالية التوافق -أحيانا- إلا أنها ربما تعيق التحمل المتوافق في حالات أخرى .
- 9- التحول إلى الدين : تتضح هذه الاستراتيجية في إكثار الفرد من الدعاء و ممارسة العادات و حضور الندوات الدينية ، حيث يعد الرجوع إلى الدين مصدرا للدعم الروحي (الانفعالي) أو سلوكا و عملا لتجاوز الموقف الضاغط .

و مما ذكر سابقا نخلص إلى أن الأساليب الإيجابية الإقدامية في المواجهة تتطلب تحديد مصدر الضغط و إزالته، أما الأساليب السلبية الاحجامية فهي تقلل فقط من الأعراض أو تخفف من حدتها مؤقتا فقط. إذا ففشل الأساليب الفردية لمواجهة الموقف الضاغط تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الجسمية و النفسية، و هي التي تقابل مرحلة الانهاك -المرحلة الأخيرة لزملة التكيف العام - عند سيلي حيث يؤدي فشل المقاومة إلى المرض الجسدي أو النفسي و قد يفضي إلى الوفاة أحيانا. (إسماعيل، ب، ص 87) * وتعتقد الباحثة أنه يمكننا تصنيف المواجهة إلى أساليب إقدامية إيجابية سواء كانت سلوكية أو معرفية، وأساليب إجمالية تجنبية تكون سلبية في أغلب المواقف وليس دائما، طالما أن هذه الأساليب التجنبية لم تتجاوز في استخدامها مدة كفيلة بتفاهم الوضع الضاغط، وطالما أن هذا التجنب سيسمح بأخذ فاصل انفعالي يسمح بحشد المزيد من الجهد كما ونوعا للمواجهة بطريقة أكثر جدوى.

3- الفعالية المؤثرة لاستراتيجيات المواجهة :

يتم تبني أساليب المواجهة حسب Folkman & Lazarus 1987 اعتبارها سلوكا موجها قائما على مبدأ الثنائية: ففي ظل عمل الوظيفة الأولى على معالجة المشكل، يتم توجيه المدركات و المعارف الفردية نحو المشكل المولد للضغط، تركز الوظيفة الثانية: على تعديل الانفعالات الناجمة عن القلق فيتم تقليص التوتّر المتراكم جراء التهديد، وخفض الضيق الانفعالي.

وعليه فالمواجهة تمثل عامل استقرار بإمكانها مساعدة الأفراد للحفاظ على توافقهم النفسي والاجتماعي خلال فترات الضغط. (Massoudi, K , 2009 , p 39)

و يعتقد Pearlin & Schooler 1978 بأن فعالية وظيفة المواجهة تتحدد تبعاً للتغيرات في طبيعة الجهود المعرفية والسلوكية المستخدمة من قبل الفرد للتكيف مع ما تفرضه الوضعيات التي يعيشها، حيث تهدف غايتها إلى وظيفة وقائية للتنظيم النفسي من خلال التركيز على مجموعة من الأبعاد: * يتضمن البعد الأول الجهود الهادفة إلى تغيير أو التحكم بمظاهر الوضعية المدركة بمثابة وضعية مثيرة للقلق: مثل التخطيط و التحليل المنطقي.

* يركز البعد الثاني على جملة الجهود الساعية إلى تغيير دلالة الوضعية المقلفة بغاية التقليل وضبط الانفعالات السلبية الناجمة عن تحليل الحدث الضاغط.

* يتم على مستوى البعد الثالث تبني كل المجهودات السلوكية لإيجاد حلول للوضعية المثيرة للقلق وضبط الضغط والتحكم فيه بعد حدوثه. (André, N , 2010, p 425)

ويعتبر Krohn 2003 بأن التنظيم النفسي يلجأ لاستخدام المواجهة لتنظيم الانفعال من خلال التخفيف

أو الزيادة في حدته هذه الزيادة التي تكون مظاهرها أكثرًا ضررا على الفرد وقد تفلح الوظائف المتبناة في العملية التكيفية كما تفشل فيها وذلك تبعا للسياق الذي تسيّر وتستمر فيه. (Reichert, M, 2012, p 37)

*فالحديث عن مواجهة فعالة و ناجحة يكون عندما تضمن الحلول الدائمة للمشكل و تحفظ الحالة الانفعالية الإيجابية للفرد أي: عندما تضمن المواجهة تحكمه في التقليل من أثر الاعتداء الذي يمارسه الألم على توازنه النفسي و الفيزيولوجي.

*وقد قدم عدد من الباحثين : Zeinder & ,Meneghan 1992, Perlin & Schooler 1978

1996 Saklofske نموذجاً عرض أهم المحكات المعتمدة في تقييم مدى فاعلية المواجهة وتحديد نجاعتها، واعتبرت هذه المحكات أساساً حتمياً للحكم على الفعالية:

1- حل الصراع أو المشكل المتسبب في الضغط.

2- خفض الاستجابات البيوكيميائية والفيزيولوجية (تعديل ضغط الدم المرتفع، وانتظام دقات القلب، انتظام التنفس)

- 3- التقليل من المعاناة النفسية من خلال حفظ القلق ضمن المستوى المعقول.
 - 4- استرجاع العلاقات الاجتماعية العادية.
 - 5- العودة إلى ممارسة الأنشطة الروتينية المعتادة قبل التعرض للموقف الضاغط.
 - 6- الإحساس بالارتياح لدى الفرد والأشخاص الذين يعيشون معه أو الوضعية المؤلمة.
 - 7- الحفاظ على تقدير إيجابي للذات.
 - 8- الكفاءة المدركة في استخدام الاستراتيجية المقيّمة بأنها مساعدة للفرد أمام الوضعية المؤلمة.
- (Dumont, M, Plancherel, B, 2001, p 47)

4- العوامل المتحكمة في المواجهة:

تتأثر المواجهة في كفاءتها في الأداء بجملة من العوامل التي تتحكم في السياق العام للحدث الضاغط وإدارته والخروج منه بطريقة تختلف تماماً من شخص لآخر تجعل ما يشكل خبرة وتحدياً لفرد ما يؤوّل بمثابة تهديد مضمّن لدى الآخر، وهو ما تفسره الظروف العامة المتحكمة في المواجهة، منها ما يعود لشخصية الفرد، ومنها ما يرتبط بالبيئة المحيطة به.

(Association azurienne de thérapie comportementale et cognitive , p.104)

*فللتدخل الإكلينيكي يرمي إلى مساعدة الفرد على تبني استراتيجيات ناجحة من خلال مساعدته على اكتساب القدرة على التحكم في تسيير قدراته و التأثير على تطوره، و بمعنى آخر تهدف المواجهة الفعالة إلى مساعدة الفرد على حسن انتقاء سياقات التحديات التي يخوضها وتجنب الوضعيات التي قد تكون

ساحقة له، و التغلب على المشكلات، و تقييم الوضعيات بتفاوت و عقلانية، و الاستجابة ضمن سيرورة منظمة و ثابتة متعلقة بحسن تقييم المصادر الذاتية و الاجتماعية للفرد، تتبلور هذه المواجهة في ظل التكامل العاملي للشخصية بما تشتمله من أبعاد أهمها:

4-1- الكفاءة الذاتية:

تدل الكفاءة الذاتية على قناعات الفرد الذاتية حول قدرته في التغلب على المواقف والمشكلات الصعبة ومتطلباتها التي تواجهه (بيروتى، ع ، حمدي، ن ، 2012، ص 285) و تشكل أحد أهم الأبعاد المكونة للشخصية، التي تلعب دورا محوريا في مواجهة الفرد للمواقف، و وسيطا معرفيا هاما في إدراك الضغوط و انتقاء أساليب مجابته، و يرى باندورا 1977 أن الأفراد الذين يرتفع مستوى كفاءتهم الذاتية لا يتجنبون التحديات الصعبة التي قد تعترضهم ، لثقتهم بقدرتهم على النجاح و الاستفادة و تنمية الكفاءات من خلال هذه الاختيارات ، كما أن التجارب السهلة التي ينتقيها الأفراد الذين يتسمون بمستوى متدني من الكفاءة الذاتية تجعلهم يتوقون نتائج سريعة و يستسلمون للإحباط بمجرد مواجهة عقبات بسيطة، و يؤكد في نفس السياق بأن المعنى المرين للكفاءة الذاتية يوجه الفرد إلى تجارب يتغلب فيها على العراقيل بواسطة الجهد الشخصي المبذول من خلال استراتيجيات فعالة، وتسهم الكفاءة الذاتية في تقوية الجهد المبذول من خلال الاقتناع بامتلاك القدرة اللازمة و المثابرة لمواجهة العراقيل و استرجاع القدرات بسرعة عقب الإخفاق. (Bandura , A, pp, 72-75)

4-2- مركز الضبط :

يشير مفهوم مركز الضبط الذي قدمه Rotter 1954 الطريقة التي يفسر بها الأفراد الأحداث وكيفية ضبطها و التحكم بها، حيث يتحدد نوع المواجهة و فعاليتها تبعا لمركز ضبطه، فتختلف من شخص لدية مركز ضبط داخلي يرى أن الأحداث و الإنجازات (الناجحة و الفاشلة) منها عائدة إلى محددات داخلية مرتبطة بشخصه، و بالتالي تدرك هذه الوضعيات على أنها أكثر قابلية للسيطرة و التحكم بالاعتماد على مواجهة متمركزة حول المشكل تتجح في حل الوضعية المثيرة للضغط و الحد مما ينجم عنها من توتر وضيق في حين يفسر ذوو الضبط الخارجي التحكم بأحداث حياتهم من خلال إسنادها إلى محددات خارجية كالقدر والحظ والصدفة ومن ثم يلجؤون إما إلى مواجهة متمركزة حول الانفعال للتخفيف من حدة الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط أو إلى التجنب الذي يحول دون تغيير الوضعية ويبقي المشكل قائما كما هو. (Association azurienne de thérapie comportementale et cognitive , p 104, 105)

4-3- الصلابة النفسية :

تعتبر الصلابة النفسية أو ما يعرف بالرجوعية إحدى مكونات الشخصية، وخاصة من الخصائص النفسية الإيجابية التي تتعلق بالقدرة على التحمل، و تعد وسيطا بين أساليب مواجهة الضغوط النفسية والمرض النفسي والجسدي، وتتأكد فاعليتها في التفاعل القائم بين مكوناتها (التحكم، الالتزام، التحدي) الذي يمنح للفرد القدرة على إدراك المثيرات والأحداث المحيطة به وتقييمها، و تشكل بذلك مصدرا للمواجهة بإمكانه خفض التوتر الناتج عن الضغوط والتخفيف من آثاره السلبية على الصحة و تبني استراتيجيات مواجهة بناءة، ولا يتوقف تأثير الصلابة على فاعلية الاستراتيجية المنتقاة فحسب بل في كيفية إدراك التجارب والأحداث إذ يجد الأفراد الذين يتسمون بصلابة شديدة متعة في مجابهة المواقف الصعبة ، و يدركونها بمثابة تحديات مؤكدة الانتصار . (Bonino, S , 2008, p 48,49)

4-4- التفاوضية :

عرفها Chaplin & Jerry بأنها سمة شخصية عريضة تتوقع الأحداث أو النتائج الإيجابية في الموقف ويستخدمها الأفراد في مقاومة ضغوط الحياة و الاضطرابات الناتجة عنها. و أشار Seligman 1998 إلى أهمية تحصين الأفراد من العجز بوقايتهم من النزعة التشاؤمية وتغييرها إلى التفاؤلية، أي الوصول إلى اعتقاد الفرد بأنه يمتلك القدرة على التأثير في الأحداث وإمكانية تعلم التفاؤل من خلال فعالية الذات والقدرة على التحكم و إمكانية مواجهة الأحداث بكل ثقة. * و يؤكد Carver & Sheier 1987 بأن الفرق في التفاؤلية بين الأفراد يعد مؤشرا حيويا في عمليات المواجهة، فالمتفاؤل يتوقع أن النتائج الإيجابية التي تحدث تؤدي به إلى أن يحل أو يواجه الموقف الحالي واستخدام المتفائل للتكيف الإيجابي يؤدي إلى خفض أثر الضغط على التوافق الانفعالي والصحة البدنية أما المتشائم فإنه يتوقع الأحداث السالبة والتي تؤدي إلى التقاعس وتعلم العجز والكسل والاستغراق في الاستجابة التخيلية. (محمود، 2009، ص 133)

إن الطبيعة التفاؤلية يمكن أن تقود إلى التعامل بفعالية أكثر مع العوامل الضاغطة، و يؤكد Carver و Sheier 1997 على ارتباط النزعة التفاؤلية بالميل إلى استخدام استراتيجيات متمركزة حول المشكل والبحث عن المساندة الاجتماعية والتأكيد على الجوانب الإيجابية للموقف الضاغط، بينما يرتبط التشاؤم بالإنكار، والابتعاد عن مواجهة الحدث، والتركيز المباشر على المشاعر المسببة للضغط، والتخلي عن الهدف الذي يرتبط بحدوث الضغط. (تايلور، ش، ص 357، 358)

4-5- الذكاء الانفعالي:

يعرفه Salovey & Mayer 1997 بأنه قدرة الفرد على معرفة انفعالاته وانفعالات الآخرين من أجل التمييز

بينها وبين استخدام هذه المعرفة لتوجيه تفكير الفرد. (Louivet , B , Campo, M , p 286)
كما شرحه Bar-On 2005 بأنه مجموعة منظمة من الكفاءات والمهارات الغير معرفية التي تتفاعل مع الجوانب الشخصية والانفعالية والاجتماعية التي تؤثر على قدرة الفرد على النجاح والتكيف مع متطلبات البيئة وضغوط الحياة وهو عامل مهم لتحديد قدرة الفرد على النجاح.

* وقد وجد 1997Martinez أن هنالك ارتباطا إيجابيا بين الذكاء الوجداني والتوافق الشخصي والأساليب التكيفية وعلاقة ارتباطية سلبية مع الاستجابات الاكتئابية أي كلما زاد مستوى الذكاء الوجداني ارتفعت معه الثقة الفردية في القدرة على تسيير الأحداث والضغوط ومواجهتها وقلت الأساليب التجنبية والاكتئابية.

* ويؤكد 2004Andrykowsky على الارتباط المترافق بين الإدراك الضعيف ومستوى الأساليب التجنبية أمام المرض لدى المصابات بسرطان الثدي بالمقابل ارتفاع الذكاء الوجداني يقلص من التأثير السلبي لضغوط المحيط الاجتماعي.

وفي السياق نفسه توصل 2006Shutte&Brown إلى أن مستوى العياء الشخصي المرتفع يتضاءل لدى الأفراد كلما زاد مستوى الذكاء الوجداني نتيجة أن هؤلاء يطورون استراتيجيات مواجهة ترتبط بمزاج أفضل وأساليب أفضل لتفسير الأحداث وفهم الآخرين، وفتح مجالات مساندة اجتماعية أثرى وأقوى تسمح بالتغلب على الآثار السلبية النفسية والصحية للضغوط. (Rossier, J , Hansenne, M , p 334, 335)

5. الاتجاهات النظرية المفسرة للمواجهة:

تعتبر المواجهة من المفاهيم النفسية الهامة التي حظيت بعدد الدراسات و الأبحاث سعيا إلى تفسيرها، لأنها العامل الأساسي في تحقيق راحة الفرد، و اتزانه و توافقه النفسي و الاجتماعي، و قد ظهرت عدة نظريات تبنت كل واحدة منها مبدأ لإيجاد شرح ملائم لها، سنحاول عرض أهمها فيما يأتي:

5-1- النظرية السيكودينامية :

قدم Freud, S بداية مفهوم الجهاز النفسي بهدف جعل تعقيد النشاط النفسي مفهوما من خلال تقسيم هذا النشاط إلى وظائف، وإلحاق كل وظيفة خاصة بجزء من الأجزاء المكونة للجهاز حيث يطلق على العمل الذي ينجزه الجهاز النفسي في سياقات مختلفة بقصد السيطرة على المثبرات التي تصل إليه والتي يتعرض تراكمها لأن يصبح مرضيا بالإرصان، ويدل الإرصان بالمعنى الواسع على مجمل عمليات هذا الجهاز النفسي، إلا أن استعمال Freud, S له يبدو أكثر تخصيصا فالإرصان النفسي هو تحويل كمية الطاقة مما يتيح السيطرة عليها إما بربطها أو جعلها تتحرف عن مسارها.

* وقد طرح Freud, S في نظريته مجموعة من المبادئ الأساسية ليوضح من خلالها ما يطرأ على الشخصية من سياقات فقدم مكونات الجهاز النفسي: الهو والأنا والأنا الأعلى، ثم شرح طبيعة الصراع القائم بين هذه المكونات حيث ينصب الدفاع بشكل عام على الإثارة الداخلية (النزوة: النابعة من الهو) و بشكل أكثر انتقائية على تلك التصورات (من ذكريات و هوامات) التي ترتبط بالنزوة و على تلك الوضعية القادرة على إطلاق هذه الإثارة إلى الحد الذي تتعارض فيه مع هذا التوازن و تشكل نتيجة لذلك إزعاجا للأنا، و يمكن للانفعالات المزعجة التي تشكل الإشارة للدفاع أو تحركه أن تصبح موضوعا له.
(Laplanche, P , Pantalís, B , 1967, p 108)

* وتعرف الآليات الدفاعية على أنها مجموعة من العمليات التي تستخدمها الأنا و تهدف إلى الصيانة وإلى نوع من الانبساط البيولوجي والنفسي اتجاه التأثيرات الداخلية(النزوات) والخارجية (المتطلبات والضغوط المحيطية) فالآليات الدفاعية هي محاولة من الفرد للتكيف مع الصدمات وحل الصراعات النفسية الشديدة التي يواجهها والتي تؤدي إلى شعوره بالقلق والتوتر وعدم الارتياح بالجوء لاشعوريا لوسائل دفاعية ترمي إلى الحفاظ على راحته، حيث تقوم هذه الآليات الدفاعية بتشويهه، رفض، أو تحويل أو كف الشعور بالتهديد وكل هذا في نطاق لاشعوري.

5-2- نظرية التفاعلات التقييمية لفولكمان & لازاروس 1984:

* قدم Folkman & Lazarus فكرة تتبني على تقييم الحدث المثير للقلق ويشير التقييم في سيرورات المواجهة، إلى عملية معرفية مستمرة يستطيع الفرد من خلالها تقييم الوضعية الضاغطة (تقييم أولي) وتقييم مصادره التي سيعتمد عليها في المواجهة (تقييم ثانوي) لذلك فكل تغيير أو تعديل في العلاقة بين الفرد والبيئة، تمنح الفرصة لإعادة تقييم الموقف الضاغط والمصادر المتاحة لديه للمواجهة.
(Bruchon-Schweitzer, M, Boujut, E, 2001, p 71)

* وكما ركز Lazarus & Folkman على ظهور الموقف الضاغط المثير للقلق، فقد أبرز أثر التقدير التقدير الشخصي للموقف الضاغط الذي ينجم عنه عملية المواجهة، وعن المشاعر السلبية والإيجابية وأهميتها في التأثير على الموقف الضاغط، فاعتبر أن الأولى تفاقم الموقف وتزيد من حدته، أما الثانية فتدعم تبني الفرد للاستراتيجيات الفعالة وتقويتها. (André , N, Laurencelle, L, 2010 , p 425)
وقد اعتمد Lazarus & Folkman على مبدأ العلاقة التفاعلية الذي يعتبر المواجهة محصلة لتفاعل المتغيرات الشخصية و النفسية مع الظروف البيئية، مصنفا إياها إلى: مواجهة مرتكزة على المشكل المشكل، و مواجهة مرتكزة على الانفعال كما وضحنا سابقا. (Ogden, J, p31)

5-3- نظرية سمات الشخصية :

تنطلق هذه النظرية من مبدأ وجود الفروق الفردية في مواجهة الأحداث الضاغطة، وتعتبر بأن سمات الشخصية تتميز من شخص لآخر معرفة إياها على أنها استعداد وميل الفرد للاستجابة وفق أسلوب خاص في المواقف التي تواجهه في حياته. (Grebot, E et al, 2006, p 316)

ومن ثم فاستراتيجيات المواجهة ما هي إلا واحدة من هذه السمات المكونة لشخصية الفرد، وتعتبرها استعدادا عاما أو ميلا للتعامل مع الأحداث المثيرة للمشقة بأسلوب يميز كل فرد عن الآخر. (Jardri, R et al, 2016, p05) وتعد استراتيجيات المواجهة حسب نظرية السمات سببا مفسرا للفروق بين الأفراد في نواتج المشقة، مثلها مثل سائر سمات الشخصية، لهذا يصبح بعض الأفراد ضحايا للضغط، في حين يصبح البعض الآخر مواجهها و متغلبا عليه. (Blogger,N, 1990 , p 540)

ومن بين النماذج التي ذكرتها النظرية:

□ التجنب مقابل المواجهة:

يستخدم الأسلوبان للتخفيف من أثر الحدث الضاغط على الفرد، إلا أن المواجهة تظهر أكثر فعالية من التجنب لاعتمادها على الجهود المعرفية والسلوكية لحل الموقف، أما التجنب فهو يبقى على المشكل المثير للتوتر قائما، على الرغم من جدوى التجنب المؤقت في بعض الأحيان إذا كان متنفسا لحشد المزيد من الجهود للتغلب على الحدث المثير.

□ الكبت مقابل الحساسية المفرطة:

يعتمد الكبت على تجنب مصادر الضغط، أما الحساسية المفرطة فتستند إلى رفع قدرة الفرد على الانتباه والتركيز على مصادر الضغط، ورغم أن كليهما قد يكون نافعا أحيانا إلا أن ما يؤخذ عليهما أن الأول أقل استجابة في المواقف، أما الثاني فهو يحشد طاقة انفعالية كبيرة قد تكون مؤذية في بعض الأحيان.

□ التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي:

يدل أسلوب التحكم الداخلي على إدراك الفرد على بأن المواقف والأحداث المختلفة مرتبطة بنتائج سلوكياته ومهاراته في مواجهتها وتسييرها والتغلب عليها، أما التحكم الخارجي فهو مرتبط باعتقاد الفرد بأن نتائج المواقف والأحداث الضاغطة متوقف على تأثير عوامل خارجية، أما فشله في مواجهتها والتغلب عليها فعائد إلى ضعف قدراته وإمكاناته على التحكم بها.

6-الديناميكية النفسية المعرفية لاستراتيجيات المواجهة في ضوء الكفاءة الذاتية:

إن تطور الكفاءة الذاتية يعد آلية أساسية لدى الفرد، حيث يكون قادرا على التحكم في الأحداث التي تمثل تهديدا بالنسبة له، ويتعلق التهديد بالمقارنة بين إدراك الشخص لاستراتيجيات المواجهة لديه والجوانب التي يحتمل أن تكون مؤذية في البيئة، حيث يختبر الشخص الموقف على أنه يمثل تهديدا بالنسبة له، إذا كان مدركا أن قدراته الشخصية المتاحة غير كافية لمواجهة المطالب الصعبة للبيئة، وفي مثل هذه المواقف يشعر الفرد بالقلق الشديد، وقد يعاني من تراكم للأفكار السلبية المتولدة عن الأخطار الشديدة للموقف، وعدم كفاءته في التعامل مع هذه الأخطار.

* و تخفّض الكفاءة الذاتية من القلق و تدفع بعمليات التفكير لدى الفرد في اتجاه التفاعلات الإيجابية مع البيئة ، و بهذه الطريقة تمارس الكفاءة الذاتية تأثيرا مساعدا ومقويا ، و هو ما أكدته البحوث الداعمة للتأثيرات الصحية الممكنة للكفاءة الذاتية ، مما وجه البحوث إلى وضع استراتيجيات هادفة لتقوية الكفاءة الذاتية لتعزيز أساليب مواجهة مختلف التهديدات . (عبد الفتاح، م، ص 298،299)

* و يعتقد Bandura, A أن تأثير الكفاءة الذاتية في السيرورات المعرفية يعد عاملا جوهريا لتنظيم التفكير المؤدي إلى القلق و الاكتئاب، فالاعتقاد بتدني مستوى الكفاءة الذاتية يؤدي إلى العجز في مواجهة وتسيير التهديدات والمعاناة من مستويات قلق أعلى، ويجعل الأفراد يستمرون في استخدام استراتيجيات مواجهة غير فعالة، و يفسرون المواقف و الأحداث بطرق تشاؤمية ، و يستمر تخوّفهم من الظروف المفاجئة، و قلقهم الناجم عن الفشل في تبني استراتيجيات مواجهة نشطة و فعالة، يسوقهم كل ذلك إلى الإخفاق في إتمام مهامهم و نشاطاتهم بنجاح،على عكس ممن يؤمنون بارتفاع مستويات اعتقادهم بالكفاءة، الذين يكون إدراكهم للعراقيل والضغط مبنيا على فكرة مفادها الاقتناع بقدرتهم على مواجهتها، انطلاقا من الانتقاء الإيجابي للمهام، وتبني الاتجاهات، وصولا إلى القدرة على صقل و تنمية القدرات والمهارات، مروراً بالتحديات و الصعوبات بكل ثقة في القدرة على الانجاز و الأداء و النجاح، و هو ما ينبني في الأساس على الاعتقاد بالكفاءة الذاتية بالرجوع إلى كل مستوى من مستويات تأثيرها ، و يقوم وعلى ما تمارسه بقوة في انتقاء وتبني أساليب المواجهة الفعالة . (Bandura, A, 1977 , p. 75)

* وفيما يقدم الأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع من الاقتناع بكفاءتهم الذاتية قدرة فائقة على تسيير المواقف والأحداث الصدمية من خلال تبني مسارات مرنة وقوية من المواجهة، يغذي بالمقابل ضعف الاعتقاد بالكفاءة الشخصية الهشاشة و العجز عن المواجهة و يجعله ينتحي أساليب يغلب عليها التجنب والرفض للوضعية المؤلمة على عكس الفئة الأولى التي يسيطر أفرادها بتحكم شديد على الوضعية الصادمة

ويسارعون إلى البحث عن الحلول لها والتكيف معها من خلال أكثر الاستراتيجيات مواءمة لها (البحث عن الحلول -الاستفادة من الدعم الاجتماعي ..) وتتعدى هذه الديناميكية الفعالة في تأثيرها على المواجهة لدى الأفراد لتمس النسق العام للجماعة من خلال رفع مستوى الكفاءة الجماعية التي تتحسن في ضوء التخلص من القلق والتخفيف من حدة الألم الذي ينجم عن الأحداث الصادمة.

(Coninckx, G , Teneau , 2010, pp 46-47)

* ويؤكد Reese 1993 على أن هذه الديناميكية لا تسير باتجاه واحد فقط أي انطلاقا من الكفاءة الذاتية تجاه استراتيجيات المواجهة بل تصبح هذه الديناميكية موجهة انطلاقا من الأساليب الفعالة في التخفيف من الألم والتي تصبح وسيطا مباشرا في تعزيز الكفاءة المدركة وتحفيز مقاومة الألم، لتتحول السيرورة إلى تغذية راجعة فالإدراك المرتفع للكفاءة الذاتية يساعد على المواجهة الفعالة وخفض الإحساس بالألم، والاستراتيجيات البناءة في المواجهة تغذي مصادر الكفاءة الذاتية وترفع من مؤشرها وتجعل الأفراد أكثر قابلية وقدرة في التغلب على مختلف الحالات المحفزة للألم والمعاناة. (Bandura,A ,2019,p414)

خلاصة:

إن التأثير الذي تلعبه المواقف الضاغطة المختلفة التي يتعرض لها الفرد، والنتائج التي تلقي بها على حياته على الأصعدة النفسية والصحية والاجتماعية، أعطت للاستراتيجيات التي ينتهجها في مواجهتها أهمية قصوى، لأنها مفصلية في مدى نجاحه أو فشله على مستوى هذه النطاقات، ولذلك حاولنا من خلال الفصل التعرض إلى أهم النقاط التي تجعل هذا الموضوع جوهريا في مجال الصحة والمرض، وإدارة الأمراض المزمنة والمستفحلة للتخفيف من وطأة ثقلها على المريض ومحيطه والذي سنتناول بعدا هاما من الأبعاد المضنية فيه في الفصل اللاحق وهو الألم المزمن كمعاش منهك للمريض يسترعي الاهتمام بكل ما قد يؤدي إلى تحسين مآله كاستراتيجيات المواجهة، والكفاءة الذاتية وغيرها من المتغيرات التي أسهب الباحثون في دراستها لاسيما في السنوات الأخيرة.

الفصل الرابع الألم المزمن

الفصل الخامس: الألم المزمن

تمهيد

1. تعريف الألم
 2. تصنيف الألم:
 3. بعض نماذج الألم المزمن
 4. النظريات المفسرة للألم المزمن
 5. التداويات السلوكية والاجتماعية للألم المزمن
 6. إسهامات الكفاءة الذاتية في مجال الألم المزمن
 - 7- سيكولوجية الألم المزمن من بداية المعاناة إلى منتهى المواجهة
 8. علاجات الآلام المزمنة
- خلاصة

تمهيد:

مما لا شك فيه أن كلا منا قد مر بخبرة الألم، فالألم يبقى ظاهرة تكيفية تيسر القدرة على تحديد الأذى الجسدي، و الاستجابة له، و العمل على الاستشفاء منه، و مع ذلك فإن الألم قد يستمر لفترة أطول بعد التئام العضو، و قد يعيق مختلف نواحي حياة الفرد ، و يحد من نشاطاته وعلاقاته، و يتسبب في معاناته من أعراض القلق و الاكتئاب و الغضب و مختلف مظاهر سوء التكيف : كالتجنب و الانطواء على النفس ، و الصراعات العلائقية الشخصية و الاجتماعية، مما يجعل أمر راحته و استمرارية حياته بشكل طبيعي أمرا منوطا بالعديد من العوامل .

لذلك تعتبر سيرورات معايشة الآلام المزمنة من نواحي عديدة بمثابة تهديد للعودة إلى حياته السابقة، و مدعى للاهتمام من خلال الدراسة لا سيما تعزيز الجوانب المعرفية والانفعالية لدى المريض، بتقوية وتحسين مداركه ومعتقداته، والتخفيف من حدة إحساسه بالقلق والاضطراب حتى يتسنى له مواجهة المظاهر المختلفة لآلامه المزمنة بفعالية أكثر تسمح له باستعادة تكيفه وتوازنه.

وهذا ما سنحاول تقديمه في الفصل الموالي، من خلال التطرق إلى تعريف الألم وتصنيفه والنماذج النظرية التي حاولت تفسيره، دون إغفال مختلف الجوانب النفسية المرتبطة به .

1- تعريف الألم:

* يحمل كل فرد منا في ذاته مفهوم الألم ويعيشه كتجربة ذاتية، فبالرغم من تعرض الأشخاص لمثيرات مدركة (حسية عصبية) إلا أنهم لا يتجاوبون بنفس الطريقة، إذ تختلف الاستجابة للألم من فرد لآخر حسب حالته الانفعالية، الوجدانية، ومدى حافظتيه.

* وقد عرفه 1972 Mc Caffrey بأنه الطريقة التي يعبر بها المريض عن شكواه، حيث يتموضع الألم أين يشير المريض، و يشند حسب ما يصفه . (Aerts, A et al, 1997, p35)

* و وصفه 1984 Pennal, B F بأنه مجرد إحساس شخصي بالأذى يشير إلى وجود تضرر حالي أو وشيك في النسيج، فهو عبارة عن مجموعة من الاستجابات التي تعمل على حماية الكائن الحي من الأذى . (Poulain ,P, 2005,p 35)

و من بين التعريفات المتكاملة ما قدمه العالم الفيزيولوجي العصبي Melzak, R الذي وصفه كظاهرة معقدة متعددة الأبعاد، تتكون من عدة أبعاد مترابطة فيما بينها:

1- البعد الحسي: هو مجموع الإحساسات والإدراكات التي تسمح لنا بتحديد موقع الألم، نوعه، شدته، مدته، وبهدف تحديد الألم بدقة عادة ما يقوم الممارسين المختصين بطرح السؤال التالي على المريض " صف لنا بماذا تحس "

2- البعد الانفعالي: يتم التعبير عنه بعدة طرق وذلك حسب شدة الألم ومدى إزمانه ويظهر في شكل خوف، قلق، اكتئاب.

3- البعد المعرفي: ويشمل السياقات الذهنية مثل الانتباه، الذاكرة، التفسير... إلخ وللوصول إلى تحديده بدقة يطرح على المريض السؤال التالي "ما هو الألم حسب تفكيرك؟"

4- البعد السلوكي: يعبر عنه بمجموع التظاهرات اللفظية و الغير لفظية الصادرة عن الشخص المريض. (Dum, N, Broyer, G ,2002, p. 114)

* ويعرفه فوزي 2006: بأنه ذلك الشعور الحسي والنفسي غير المستحب، الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم، أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض. (فوزي، م، 2006 ، ص 6)

* وفي محاولة لتقديم صياغة رسمية لتعريف الألم تبنت الجمعية الدولية لدراسة الألم الاقتراح الذي قدمه Mersky حيث عرفه بأنه تجربة حسية وانفعالية مزعجة مرتبطة بإصابة نسيجية تكون إما حقيقية أو افتراضية، كما يمكن أن يعبر عن الألم بهذه الإصابة. (Kastler, B, Fergane , B ,2005, p 17)

ويأخذ هذا التعريف بعين الاعتبار الجانب الوجداني والانفعالي بضمه إلى الجانب الحسي لتجربة الألم، كما أنه يعبر بشكل شامل عن تعدد العوامل الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية.

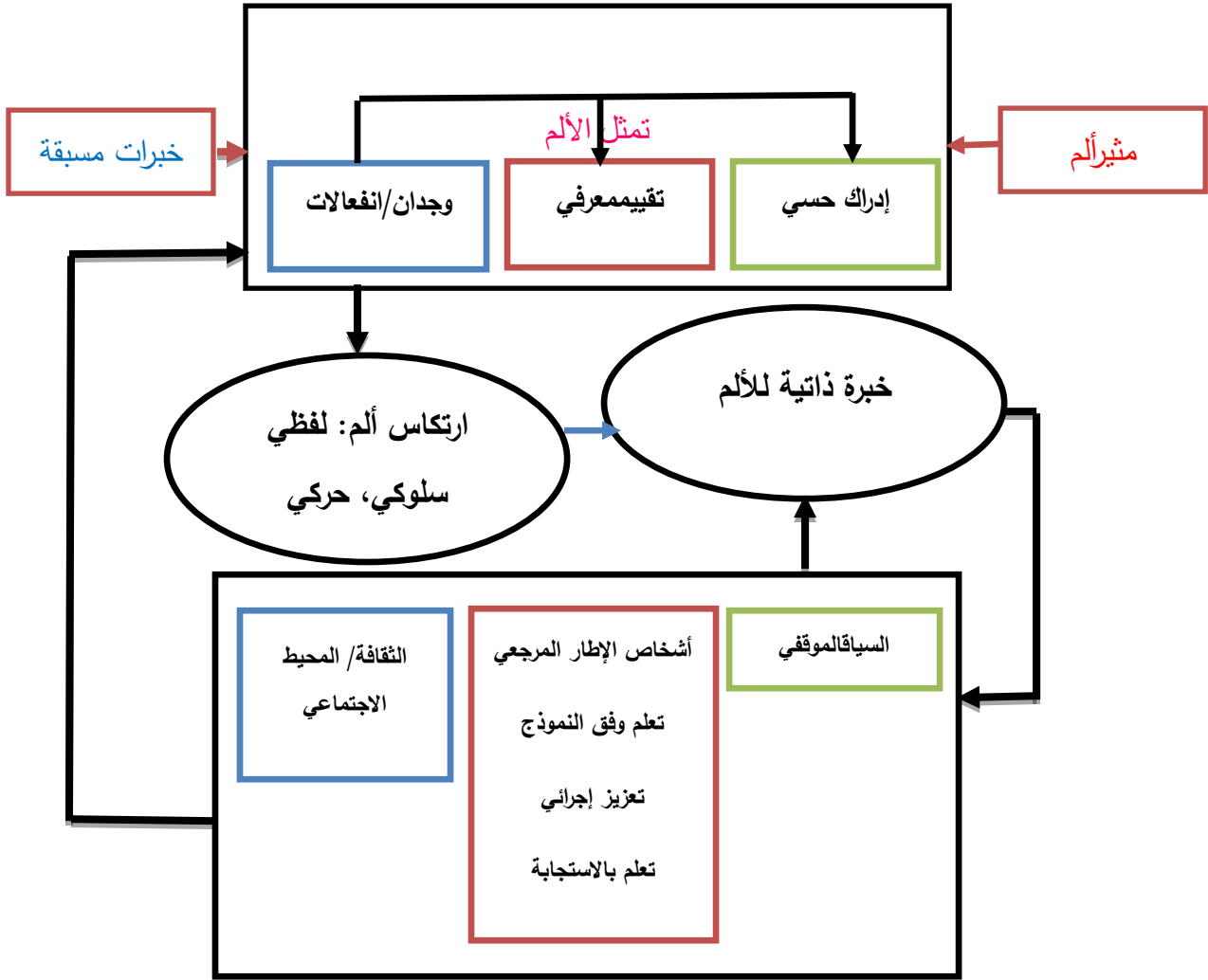
* وقد أزال هذا التعريف فكرة الفروقات في منشأ الألم بين الأساس العضوي الوظيفي، و النفسي له، بل اتجه في اهتمامه إلى الربط بين البعد النفسي والتلف (الإصابة) المرتبطان بخبرة الألم، وذلك عن طريق التمازج مع المريض والاستماع إليه والتخفيف من معاناته. (Duplan, B et Marty, M, 2001 ,p 268)

* ويشير هذا التعريف من جهة إلى أن الألم عبارة عن خبرة إحساس جسدية دون إمكانية وجود تضررات قابلة للبرهان في النسيج الحي أيضا، ويستند هذا إلى متلازمات الألم التي لا إيجاد لأسباب جسدية لها، ويتضمن هذا لتعريف من جهة أخرى ارتباط الألم بصورة وثيقة مع الانفعالات فالألم لا يدرك كمثير ضار فحسب وإنما غالبا ما يعاش مع انفعالات سلبية. (داغمار، ب وآخرون، ص 110، 111)

* ويعتقد Bradley 1995 من هذا التعريف أن الألم يعد تجربة ذاتية شخصية يشمل كل من الصفات الحسية (على سبيل المثال: الرماية، الحرق، التوجع) والعاطفية (على سبيل المثال: الخوف والانتزاع والمرض) حيث يمكن أن يزيد الخوف أو القلق من إدراك، و غالبا ما يصاحب الاكتئاب ألم مزمن ، ويرتبط إيجابيا مع تقييمات حدة الألم لمرضى الألم المزمن . (خضر، ش، 2022، ص 41)

* وفي حين أن الألم يعتبر تجربة وقائية للجسم كما اعتبره كولينز 1994، فقد خالفه البعض هذا الرأي انطلاقا من أن تعريفه لا يفسر تجربة الألم التي تشتمل كلا من الاحساس بالألم و بعض الاستجابات اللاإرادية، و حالات الشعور المرتبطة بها على سبيل المثال: فهم فيزيولوجية الألم لا يمكن أن يفسر قبول حدة الألم في التعذيب، أو ردود الفعل العاطفية القوية لبعض الأفراد على وخزة خفيفة من إبرة تحت الجلد.

* ويدعم Wool 2000 نفس السياق معتبرا أن الألم الصافي لا يتم الكشف عنه باعتباره ألما معزولا فهو دائما ما يصاحب بالعاطفة و المعنى، و لذلك فكل ألم هو ألم فريد من نوعه للفرد. (خضر، ش، ص 42)



الشكل رقم (12) يوضح خبرة الألم و ارتكاساته

(داغمار، ب وآخرون، ص 112)

2-فيزيولوجيا الألم:

تشتمل المنظومة العصبية لتمثل الألم على بنية عصبية و فيزيولوجية و بيوكيميائية معقدة، حيث تتضمن أعضاء الجسم البشري على ما يعرف بمستقبلات الألم التي كون عبارة عن نهايات عصبية (مستقبلات محيطية) تستجيب إلى المثيرات الفيزيائية أو الحرارية أو الكيميائية التي تبلغ شدة معينة، و تتعدل قابلية هذه المستقبلات للإستثارة من خلال مواد بيوكيميائية (وسائط داخلية المنشأ)، ويمكن لهذه المواد ويتم تحويل الدفقات الحسية في الجهاز العصبي المحيطي من خلال ألياف عصبية خاصة (ألياف دلتا A وألياف C اللانخاعية إلى القرون الخلفية للنخاع الشوكي، و هنا تحمل الألياف من النوع الأول

ما يعرف بالألم الحاد، بينما توصل ألياف النوع الثاني الرسائل العصبية المتعلقة بالألم المزمن بمساعدة من النواقل العصبية من الجهاز العصبي المحيطي إلى الجهاز العصبي المركزي. ومن خلال المسارات الخاصة يتم تحويل الرسائل إلى الدماغ خلال بضع من جزء من مئة من الثانية بعد تلقي المثير تحديدا في منطقة المهاد أو سرير المخ (Thalamus) لتجمع كل مثيرات المحيط وتحويل إلى الحسية والحركية في الدماغ مما يحفز الاستجابة الحسية أو الحسية الحركية بما يلائم شدة التنبيه المتلقى وحدة الألم المولد.

وعلى خلاف منظومات الحس الأخرى فإنه لا يوجد مركز ألم قشري وإنما توجد بنى عصبية وتشريحية عصبية مختلفة كليا تساهم في هذه السيرورة المعقدة منها:

* جذع الدماغ (تنظيم العمليات الإغاشية كالتنفس والدورة الدموية)

* منظومة الغدة النخامية / منطقة ما تحت المهاد (تنظيم المنظومة الغددية وإفراز الهرمونات و الاندورفين)

* التشكل الشبكي (توجيه الانتباه- استجابات الوجه)

* الجهاز اللمبي (مركز المشاعر- المركبات الانفعالية لخبرة الألم- نوعية الألم)

* اللحاء الجديد (وعي الألم - التوضع- التفسير و التقييم- توجيه التصرفات)

* جذع الدماغ (تنظيم العمليات الإغاشية كالتنفس والدورة الدموية)

وعند استثارة الألم تنتظم على مستوى الدماغ سيرورة تكيفية من خلال تعديل تمثل مثيرات الألم عبر آليات مسكنة داخلية المنشأ، وذلك بتخفيض تحريض المواد المثيرة في الجهاز المحيطي، أو رفع المواد الكابحة، و عند مناطق دماغية محددة تتحرر مواد بيوكيميائية (الاندورفين) التي تنشط مسارات عصبية تصل إشارتها الكهربائية إلى النخاع الشوكي أين يتم تخزين مواد أخرى في المشبك العصبي كالسيروتونين التي تكف من جهتها تحرير مواد ناقلة للألم (المادة P) و من خلال ذلك يتم كبح نشاط عصبونات القرون الخلفية المسؤولة عن توصيل الألم في النخاع الشوكي، وفي الوقت نفسه يتواصل تحرير الأندورفينات في الدماغ التي تخفض بصورة إضافية نقل الأحاسيس المؤلمة. (داغمار، ب و آخرون، ص

(114)

3- تصنيف الألم:

يظهر الألم كتجربة شخصية تتخذ صفة ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد، تبدأ انطلاقاً من اللحظة التي يشعر فيها الشخص به سواء كان سببه محددًا أو لا، حيث يصبح حقيقياً لا مجال فيه للافتراض.

(Guillemont, C et al., 2009, p. 16)

و تعتبر خبرة الألم ميكانيكياً وقائياً يفضي بالشعور أو الوعي بتلف في الأنسجة، و بعكس الأحاسيس البدنية الأخرى تصاحب خبرة الألم استجابات دافعية و سلوكية كالانسحاب و الانفعال الشديد كالبكاء أو الخوف و هي جزء لا يتجزأ من هذه الخبرة و بدأت تكتسب أهمية خاصة في تشخيصه و علاجه.

(تايلور، ش، ص 591، 593)

* وعند الحديث عن تصنيف الألم، فإن أول ما سيطرح هو DSM5 الذي حدد ما أسماه اضطراب الألم في فئة واحدة مع الجسمنة la somatisation وتوهم المرض تحت ما سمي باضطراب الأعراض الجسدية التي تخضع لتوفر ثلاث معايير أساسية:

- 1- وجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية التي تسبب مشقة أو تتداخل مع الحياة اليومية.
- 2- القلق أو الانشغال الزائد أو إهدار الوقت والطاقة نحو الأعراض الجسدية.
- 3- تستمر هذه الأعراض على الأقل ستة أشهر، وتتنوع الأعراض الجسدية بشكل جوهري، فالبعض تكون لديه خبرة تشمل أعراضاً متعددة من أجزاء وأجهزة مختلفة في الجسم والآخرين قد يكون لديهم خبرة الألم كأساس للانشغال بالصحة.

* وتبدأ الأعراض الجسدية بعد التعرض للمشقة أو للصراع، حيث يلاحظ أن الفرد يستخدم هذه الأعراض الجسدية لتجنب بعض الأنشطة الجسدية غير السارة أو لجذب الانتباه والتعاطف معه.

وكما احتوى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس على تغيرات عديدة في تشخيص هذه الأعراض -إذا ما قورن بالدليل الرابع التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي فصل اضطراب الألم والذي يعذ فيه الألم هو العرض الرئيسي، واضطراب الجسمنة الذي يشمل أعراضاً جسمية متعددة من أجهزة الجسم المختلفة - فقد دمج كذلك هتتين الفئتين التشخيصيتين معا في اضطراب واحد هو اضطراب الأعراض الجسدية، وبالمقارنة بين الدليلين نجد أن الدليل الخامس قد أكد على المشقة والسلوك المصاحب للأعراض الجسدية أكثر من عدد الأعراض الجسدية. (شويخ، ه ، 2017، ص

(470)

* وقد اعتمدت معايير عديدة لتصنيف الألم، إلا أن الأكثر تداولاً هو ما ميزه اعتماداً على مدة المعاناة من الألم إلى:

3-1- الألم الحاد:

الألم الحاد هو عبارة عن ألم قابل للزوال إما تلقائياً أو بمساعدة العلاجات المسكنة، وهو ألم قصير المدة يتراوح من بضع دقائق إلى بعض الأيام، فهو محدد البداية والنهاية ويتوافق بتظاهرات جسمية، نفسية وسلوكية تدخل ضمن حالة الضغط النفسي، حيث يعيش المريض هذا النوع من الآلام بنوع من الشدة والانزعاج ويعد رغم ذلك مهما وضرورياً لأنه يؤدي وظيفة جهاز الإنذار الذي ينبئ بالخطر ويردع الانسان عن الاستمرار في العمل المؤذي الذي يعرضه للمزيد من الألم. (Poulain, P, P.83)

3-2- الألم المزمن:

و هو عبارة عن حالة من استمرار الألم و استقراره بوتيرة معينة، يكون فيها مقاوما لكل العلاجات الدوائية و الجراحية سواء بوجود إصابة محددة أو في غيابها و يكون هذا النوع من الألم بدون بداية محددة وليس له حدود واضحة، فهو ألم يمكن أن يستمر حتى بعد الشفاء من الإصابة، و يتطور عادة انطلاقاً من 3 إلى 6 أشهر، يتسم باكتساحه حياة الفرد و يتوافق بتغيرات انفعالية تظهر في شكل اكتئاب، و قلق ... إلخ إضافة إلى التغيرات السلوكية و الاجتماعية و العائلية و المهنية كما يسمى أيضاً هذا الألم بـ " الألم .

مرض " كما سماه للمرة الأولى الجراح الفرنسي René Leriche (Duplan, B et Marty, M, p. 274).

فللألم المزمن ليس إنذاراً، بل هو مرض في حد ذاته يجعل من يعاني منه منفيًا حقيقياً، مستبعداً من العالم الصحي. وهو مشكل ألكو بكثير من الألم الحاد، لأنه يحد من إمكانيات العمل ويظلم الأفق، ويبعداً عن الصورة الشخصية التي يرسمها الألم، فإن السمة النفسية السائدة لدى مرضى الألم المزمن هي الاكتئاب، وهو نتيجة طبيعية للإزمانوفقدان الأمل في التعافي. (A, Muller et al., 2007, p 32).

وللألم المزمن عدة أنواع هي:

3-1-الألم المزمن الحميد: يدوم في العادة مدة ستة أشهر أو أكثر يتميز بصعوبة علاجه وتباين شدته مثل آلام أسفل الظهر المزمنة.

3-2-الألم الحاد المتكرر: يشمل سلسلة من نوبات الألم المتقطعة، والتي تكون ذات طبيعة حادة ومزمنة من حيث استمرارها لمدة تتجاوز ستة أشهر ومن أمثلتها: الصداع النصفي.

3-3-الألم المزمن المتوالي: يمتاز بطول مدته وازدياد شدته مع مرور الوقت كما يرتبط عادة بالأمراض الخبيثة كالسرطان و بالتهاب المفاصل. (تايلور ، ش، ص 590، 591)

أما الجمعية العالمية لدراسة الألم Interational Association for the Study of Pain

فقد وضعت في تصنيفها لحالات الألم المزمنة منهجية ألم تفرقية تشتمل وصفا على 300 متلازمة من الألم، وشفرت المحاور بصورة متعددة المحاور وفق التّوضع ومجال وظائف العضو المصاب وسمات الوقت والشدة والمدة والمنشأ المرضي، إلا أن بؤرة هذا التصنيف تتمركز على المظاهر الجسدية لسيرورة الألم وتراعي السمات النفسية والاجتماعية بصورة عارضة و ثانوية فقط في سياق صور الاضطرابات النفسية.

وقد قام Klinger et al., و للمرة الأولى بوضع تصويرة تصنيف للوصف المعياري لمتلازمات الألم تقوم على فهم اجتماعي بيولوجي للألم تتألف من:

- تصويرة التصنيف المتعدد المحاور للألم Multi axonal of Pain Classification والتي يرمز لها اختصارا MASC وتتألف من:

أولاً: جزء جسدي.

ثانياً: جزء يشفر المظاهر الجسدية لإشكالية الألم وفق: تموضع الألم- ومدة وتكرار وشدة الألم- والمجال الوظيفي المضاف والعوامل النشئية .

ويعكس الجزء النفسي الاجتماعي المظاهر النفسية والاجتماعية استنادا إلى نشوء الألم واستمراره وعواقب الآلام المزمنة بصورة ضمنية مثل:

*التضررات النفسية المتمركزة على الألم.

* السمات الخاصة بالشخص و التي تكبح أو تنمي مواجهة الألم.

*المجهودات والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على الألم.

وبهذا تتوفر منظومة تصنيف عملية تسمح باستطباب وتخطيط تفرقيين للمعالجة من أجل مبدا معالجة تكاملي، أي من أجل تنظيم مؤسس بصورة منطقية للتأثيرات الطبية منفردة، والطبية السلوكية في

متلازمات الألم خاصة. (داغمار، ب و آخرون ،ص 10)

التصنيف متعدد المحاور للألم: MASK-P	
<ul style="list-style-type: none"> * شذوذات سلوكية * سلوك ألم لفظي / غير لفظي * تجنب النشاطات الجسدية * تجنب النشاطات الاجتماعية 	مستويات سلوكية حركية

* سلوك التحمل	
* مزاج حزين . مكتئب * غضب . توتر . قلق * عدم استقرار داخلي * عدم استقرار مزاجي * نقص في التعبير الانفعالي	مستويات انفعالية
* تضخيم كارثي (تهويل) معمم * نقص في إدراك الحوادث الجسدية * تهوين الأعراض الجسدية * انتباه ذاتي واضح متمركز على الجسد * نموذج المرض الجسدي * توقعات غير واقعية من هدف المعالجة	المستوى المعرفي
* مرهقات * مشكلات اجتماعية: الأهل، الإخوة، الأصدقاء * إرهاقات من خلال المشكلات الصحية الاجتماعية * إرهاقات في وقت الفراغ * نموذج المرض الجسدي * توقعات غير واقعية من هدف المعالجة	المستوى الاجتماعي
* تحميل الذات فوق طاقتها * نقص في الكفاءات الاجتماعية * عجز في قيمة الذات * تضررات قيمية ومعايير جامدة * نقص في التعبير عن الذات	سمات شخصية اعتيادية

جدول (01) التصنيف متعدد المحاور للألم

(داغمار، ب و آخرون ، ص 16)

4- بعض نماذج الألم المزمن:

4-1-آلام الرأس:

تتنوع آلام الرأس من حيث الشدة والمدة، وقد تشمل كامل الرأس أو جزء منه وتعاود صاحبها في كل مرة في نفس المكان أو تنتقل إلى أماكن أخرى من الرأس، وتأتي في صورة وجع أو إحساس بالضغط أو وجع شديد من الداخل ومن الخارج.

ويجعل هذا الألم المريض يعاني ولا يحتمل الأصوات المرتفعة أو فوضى الآخرين، وقد ينقطع عن عمله بسبب تواصل الإحساس بالضيق والكدر والانزعاج، وقد ينسحب المريض تماما من جماعات الرفاق وينطوي منشغلا بالألمه فحسب.

4-2- آلام التهاب المفاصل:

التهاب المفاصل مرض يصيب المفاصل فتنتفخ وتتصلب وتصبح مؤلمة، عندما ينطوي أحد المفاصل يحثك طرفا العظمتين ببعضهما، حيث يغطي كل طرف بغضروف أملس مبلل بسائل مفصلي زيتي، يمكن المفاصل من التحرك بسهولة.

عندما يصاب الغضروف بالتلف يصبح خشنا فيثير هذا المفاصل فتلتهب وتفرز المزيد من السائل فتنتفخ ويزيد الالتهاب ويعاني المريض من آلام شديدة قد تعيق قيامه بأبسط الحركات.

(Dum, N et Broyer, G,2002, p36)

ويؤثر المرض على المفاصل الصغيرة في اليدين و القدمين و الرسغ و الركبة و الكاحل و العنق، و قد ينتشر الالتهاب ليطلق بقية الأعضاء كالقلب و الأوعية الدموية و الأنسجة الواقعة تحت الجلد ، و ترجعه بعض الدراسات إلى أمراض المناعة الذاتية ، بينما تقف الأخرى لا تجد تفسيراً أمام تشعب أعراضه ، وشدة آلامه التي تتسبب في الحد من نشاط المريض واعتماده على الآخرين ومعاناته من القلق والاكتئاب والعجز لذلك تبني بعض البحوث توجهات هادفة على تعزيز جوانب الكفاءة الذاتية و تعليمه تبني استراتيجيات مواجهة فعالة للتمكن من تسيير المناحي الصعبة لهذا المرض . (تايلور ، ش ، ص ص

(833 - 830)

4-3- آلام أسفل الظهر:

تتجم آلام أسفل الظهر نتيجة لعدة أسباب منها : وجود فتق في الفقرات القطنية من العمود الفقري ، داء القرص التكتسي، حدوث اختلال وظيفي في المفاصل، حدوث انزلاق في الفقرات، وجود تضيق في العمود الفقري، حدوث التهاب في المفاصل، وجود تشوهات وعيوب في العمود الفقري، التعرض للحوادث والصدمات و الرضوض.

ويعاني هؤلاء المرض من آلام شديدة، قد تصل حد العجز التام عن الوقوف، وصعوبة أداء مختلف الأنشطة إلا بالاعتماد على الآخرين، مما يدخل المرض في مزاج يتسم بالقلق والضيق والاكتئاب، ويجعله ينفّر من كل أشكال التنقل والتجمعات، ويصعب من وتيرة أعماله وأنشطته المعتادة.

(جيسون، م، 2013، ص ص 20-33)

5-الاتجاهات النظرية المفسرة للألم المزمن:

إن الألم ظاهرة لا تزال غامضة إلى حد بعيد كونها تُستثار لعوامل تمس الجوانب العضوية والانفعالية والمعرفية للانسان كما تترك الآثار والنتائج على الأبعاد النفسية والمعرفية والسلوكية والجسدية له، لذلك قطعت النماذج النظرية أشواطاً في تفسيرها، وارتأينا التركيز على النماذج الحديثة منها:

5-1-النظرية السلوكية:

اشتق التطور الذي حدث في مناحي التدبير التوافقي لعلاج الألم المزمن من وجهة نظر Fordyce للألم المزمن باعتباره مشكلة سلوكية أساسية، حيث يرى أن النشاط في النظام الفيزيولوجي يدرك على مستوى ذاتي من حيث هو **إحساس**: (كالاحتراق، أو الوخز) ومن حيث هو **تأثير غير سار**: (مثل الكدر وعدم الراحة) ويضيف بأن سلوك الألم قد يستمر في بضع حالات بدرجة كبيرة نتيجة لمتربياته التّدعيمية و ليس نتيجة للعمليات الفيزيولوجية الكامنة . (Fontaine, O, et al., 1984, P.372)

ويفسر Fordyce سلوكيات العديد من المرضى الذين يعانون آلاماً مزمنة باعتبارها سلوكيات إجرائية لأنها تتأثر بشكل كبير بالنتائج التي تترتب عليها فمرضى ألم أسفل الظهر مثلاً قد يطول استلقاؤه على السرير لأن هذه الوضعية تقلّل الألم، وقد يتفادى عدداً من الأنشطة لأنها تزيد من الألم، كما يجد أن التأثير السلبي لإحساس الألم يمارس دوراً واقعياً لسلوك الألم (تعاطي المهدئات مثلاً) بهدف خفض حدة المعاناة منه و إيصال الخبرة إلى المحيطين به. (Renard, S et al., 1988,p.146)

ويركز الإشراف الإجرائي على العلاقة بين هذه السلوكيات ونتائجها، وقد قدم في مقارنته النظرية وصفاً لأربعة أنماط من العلاقات بين السلوك ونتائجها يمكن من خلالها تفسير كيفية اكتساب وبقاء الألم والسلوكيات الجيدة، وهذه العلاقات يمكن تصنيفها في ضوء بعدين أساسيين هما:

- * إما أن تكون المثيرات البيئية إيجابية أو سلبية.
- * إما أن تقدم المثيرات أو تسحب ظهور الشكوى .

فسلوكيات الألم (الشكوى من الألم) التي يتم تدعيمها إيجابياً (الانتباه و العطف من الآخرين) يوجد احتمال كبير لاستمرارها ، و على العكس فإن السلوك الجيد (القيام ببعض المهام المنزلية) ربما يعاقب

(بالاستجابة المحرجة من الزوج) يكون هناك ميل كبير لعدم تكراره ، و هناك عدد كبير من المتغيرات البيئية ذات العلاقة بسلوك الألم و التي دائما ما يتم مناقشتها باعتبارها متغيرات مؤثرة في تشكيل سلوك الألم ، و من هذه المتغيرات :

* تدعيم الآخرين ذوي الأهمية لدى المريض لسلوك الألم (التعزيز).

* سلوك التجنب في صورة الحد من الممارسات، والعمل وحتى الأنشطة اليومية الروتينية.

*التقاضي ونظم الحماية.

*التأخر في العودة إلى العمل الذي يلي العلاج والشفاء.(بيرس، ش، مايز، ج، ص 740)

5-2- نظرية بوابة التحكم والألم المزمن:

تعتبر هذه النظرية أول محاولة منظمة لوضع نموذج تكاملي يعتمد على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية للألم، ولا يعتبر رواد هذا التيار أمثال MelzacK & Wall أن الألم خبرة حسية تعتمد 1965 على درجة التضرر الحادث في النسيج الحي، بل يفسر باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية و انفعالية و تقديرية، حيث يفترض وجود ميكانيزمات فيزيولوجية عصبية معقدة في الحبل الشوكي و الدماغ: تعمل على تعديل إشارات الألم الواردة، و قبل وصول هذه الإشارات تمر ببوابة عصبية موجودة في القرن الظهري للحبل الشوكي، وهذه البوابة يمكن غلقها و فتحها وفق نشاط نسبي في ألياف ناقلة (صغيرة و كبيرة)، تعمل الألياف الكبيرة على إعاقة نقل رسائل الألم بغلق البوابة بينما تعمل الألياف الصغيرة على تسهيل نقل إشارات الألم بفتح البوابة. (Renard, S et al, 1988,145)

و بناء على ذلك فإن المدخلات الحسية يمكن تعديلها من خلال تحقيق التوازن في نشاط الألياف الصغيرة و الكبيرة، بالإضافة إلى تأثير ميكانيزم البوابة بنشاط الألياف فإنه يتأثر أيضا بالتعليمات الآتية من الدماغ حيث تقترح النظرية أن المراكز العليا الموجودة في المخ و المسؤولة عن المعرفة و الوجدان تؤثر في نقل إشارات الألم. (Brunner, S et al, 2011, p. 294)

ووفقا لذلك فإن العوامل التي تؤدي إلى فتح البوابة وبالتالي الشعور بمزيد من المعاناة تتضمن:

***العوامل الحسية:** مثل الإصابة، وعدم النشاط والخمول وميكانيزمات جسمية ضعيفة للألم، و عدم التقدم في ممارسة الأنشطة و استخدام طويل المدى للأدوية.

***العوامل المعرفية:** فتشمل التركيز الزائد على الألم و الانزعاج منه و تذكر أشياء سيئة تتعلق بالألم، و التفكير في أن المستقبل سيكون مأساوي.

***العوامل الوجدانية:** تشمل على الاكتئاب والغضب والقلق والضغط والإحباط واليأس والشعور بالعجز.

وتغلق البوابة في توفر عوامل حسية منها زيادة نشاط الاستخدام قصير المدى للأدوية، و تدريبات الأيروبيك و الاسترخاء، أما الوجدانية فتتضمن الاتجاهات الإيجابية نحو الألم، انخفاض الاكتئاب و الشعور بالقدرة على التحكم في الألم و الحياة و إدارة الضغوط (استراتيجيات المواجهة الفعالة).
* وقد أثرت هذه النظرية بشكل كبير في الدراسة النفسية للألم، و ذلك باقتراحها وجود أساس بيولوجي لتأثير العوامل النفسية في الألم كما أنها أثارت العديد من الأبحاث العملية للألم، والتي حاولت دراسة أثر العوامل المعرفية (التوقعات، الذاكرة ، العوامل الوجدانية، القلق ، الاكتئاب) على إدراك مثير الألم التجريبي ، كما أنها مهدت للدور الذي يمكن أن تلعبه التدخلات النفسية في إدارة الألم.
(Fatio, M M, Leroy , B ,2019, p. 62) .

□ وقد أضاف Melzack حديثا نظرية مكملة لنظريته الأولى أسماها نظرية المصفوفة العصبية تفترض وجود نظام قائم من خلال شبكة عصبية بالمخ تعمل على تكامل المعلومات من مصادر عديدة لكي يتم الإحساس بالألم، والمدخلات الأساسية لهذه المصفوفة لا تتضمن المدخلات الحسية فقط بل تشمل كذلك على مدخلات مرحلية أخرى من مناطق المخ المسؤولة عن المعرفة والوجدان، وكذلك أنظمة تعديل الضغوط الجسمية، وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل النفسية في خبرة الألم، كما أنها أثارت عددا من الأبحاث المعلمية و الإكلينيكية . (Kolb, B , 2019, P.387)
5-3- نظرية الإرهاق (الاستعداد للألم):

يفسر هذا النموذج الألم المزمن باعتباره ظاهرة معقدة ناشئة عن تفاعل متغيرات بيولوجية وسلوكية ومعرفية وبيئية، ويطرح فكرة مفادها وجوب التأكيد على ضرورة وجود حدث أولي في نشوء الألم المزمن ومحصلة لتظافر عوامل عديدة، مع التمييز بين ما هو متسبب في الحالة وما هو ناجم عنها.
(Metzger, C, 2007, p. 33)

أولا: الاستعداد الفيزيولوجي للاستجابة: مع تغير في منظومة جسدية معينة، ويتألف هذا الاستعداد بموجة منخفضة من التنشيط لمراكز الألم، وهذا يعني أن مراكز الألم الحسية يمكن أن تنثار حتى من خلال مثيرات ذات شدة منخفضة مثلا، ويقوم هذا الاستعداد على أساس وراثي أو حدث سابق أو سيرورات تعلم اجتماعية. (داغمار، ب وآخرون، 2003، ص 17)

ثانيا: المتغيرات البيولوجية: وهي تغيرات فيزيولوجية تعاش كألم، وتشير إلى الأسباب المتعلقة بوجود تلف فعلي أو مرض متسبب في تلف معين بالنسيج، وتساهم شدة الألم بالتفاعل مع طول مدته في التأثير على المشاعر غير السارة المدركة وهو ما يؤثر بدوره على الإفراز الطبيعي لمواد كالأندورفين الذي يصبح غير

مجد في خفض شدة الألم عند بلوغه حداً معيناً، وتعتبر هذه الأنماط وتفسيرها أنماطاً استجابية متكررة يمكن قياسها موضوعياً (كتوتر العضلات من خلال التخطيط العضلي الكهربائي).

ثالثاً: العوامل المعرفية السلوكية: وتشمل سيرورات التعلم والتعزيز، متضمنة المعتقدات والتقدير

والمغيرات الانفعالية كالقلق والاكتئاب والكدر والخوف (كالخوف من الألم عند الحركة) وغيرها من المتغيرات السلوكية التي تنجم عن مختلف الأنشطة والوضعيات التي يعايشها مريض الألم المزمن.

رابعاً: العوامل البيئية أو الاجتماعية: وتدل على مفهوم بيئة المريض بمعناها الواسع، وتتضمن محيطه

الاجتماعي والعلائقي سواء كان أسرياً أو مهنياً أو جماعات الرفاق والأصدقاء، وتؤثر العوامل الاجتماعية حسب النظرية من خلال تلقي المريض لمختلف الاستجابات من قبل محيطه سواء كانت سلبية كالتجاهل والنقد والتهرب من شكوى المريض، أو إيجابية كتقديم المساندة والإصغاء المتفهم ومحاولة التخفيف على المريض، والتي ستوجه لاحقاً سيرورة الألم إلى التفاقم أو إلى التحسن. (Maigne, J-Y, 2009, p 6)

فحسب هذا النموذج لا يمكن تفسير الألم المزمن بالرجوع إلى أحد هذه العوامل بمنأى عن البقية، بل ينشأ الألم عبر التفاعلات القائمة بين مجموع العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية دون إغفال جانب معين والتركيز على الآخر.

6- التداعيات السيكلوجية والاجتماعية للألم المزمن:

تعتبر النظرة إلى الألم على أنه خبرة مكونة من عناصر نفسية و سلوكية و حسية مفيدة و بناءة في فهم تلك المسارات متشعبة الجوانب، و يعد الألم آلية وقائية تفضي إلى الشعور أو الوعي بتلف في الأنسجة، مع أن الفرد في ذلك الوقت أبعد ما يكون عن ذلك الوعي، و بعكس الأحاسيس البدنية الأخرى تصاحب خبرة الألم استجابات دافعية و سلوكية كالانسحاب والانفعال الشديد كال بكاء، أو الخوف و هي جزء لا يتجزأ من خبرة الألم، وبدأت تكتسي أهمية خاصة في تشخيصه وعلاجه. (تايلور، ش، ص 586)

*تتشابك عناصر الألم والقلق والتوتر في حالة الألم المزمن مشكلة حلقة مفرغة يزيد فيها القلق والتوتر

من حدة الألم، ويضاعف فيها الألم بالموازاة من شدة القلق والتوتر، (Nkayé, E, 2015, p. 17)

وبصبح القلق بحد ذاته مشكلة لأنه قد يحد من قدرة المريض على القيام بوظائفه، لما يخلفه من استثارة

انفعالية سببها حالة الكدر المصاحبة للألم، والخوف من العلاج وما قد ينجم عنه، (تايلور، ص 518)

وصولاً إلى القلق الوجودي الذي يبدأ فيه المريض بالتساؤل عن معنى الحياة والوجود، متبوعاً بلخفض

انجازاته أو انقطاعها نتيجة لفقدان الأمل في الحياة مصحوباً بسوء المزاج و الاكتئاب.

(Golse, B, H, 2008 , p. 218)

* ويعد الاكتئاب عاملا مرافقا لأغلب حالات الألم المزمن ومعيقا للتنبؤ الإيجابي للتخفيف منه والتماثل للشفاء، حيث ترتبط النتائج الأكثر خطورة للألم المزمن كالانتحار وتعاطي المواد الكحولية والمخدرات ارتباطا موجبا بترافق الألم والاكتئاب. (Fatio, M M et Leroy, B, 2019 , p. 98)
وكما هو الشأن بالنسبة للقلق، فإن الاكتئاب يصبح ناتجا ومفاقما للألم المزمن لكونه عاملا مضعفا للقدرات الإيجابية التي تسمح للمريض بالتحمل والمجابهة والتكيف مع الألم المزمن.
(Corruble, E , 2013 , p. 192)

ونظرا للدور الذي تلعبه العوامل النفسية في خبرة الألم بات الصعب من الفصل في مسألة وجود سمات شخصية تهيئ بعض الأفراد للألم المزمن، أو نشوء تغييرات في الشخصية نتيجة لهذه الخبرة التي لا يستهان بها، فتصبح التغييرات المنحوتة على الشخصية ناجمة عن الألم وليست سببا له، فضلا عن كون خبرات الألم الفردية عادة ما تكون على درجة من التنوع والتباين والتعقيد بحيث يتعذر تفسيرها من خلال بروفييل شخصي واحد. (تايلور، ش، ص 596)

* وقد يؤدي الألم المزمن إلى خلل كلي في حياة الفرد، إذ يترك المريض عمله ويتخلى عن نشاطاته، وينسحب من أسرته وأصدقائه، كما يلقي بظلاله على العلاقات الزوجية والأسريّة الأخرى، ويصاحبه تدهور في العلاقات الجنسية، وتصبح حياته كلها تدور حول محور واحد هو الألم، وقد يصل الأمر أن يشكل تهديدا للعلاقات الاجتماعية، وينتج عن ذلك تدنّ في مستوى الاتصال الاجتماعي ينجم عنه انكفاء المريض وانهماكه بذاته، مما يؤدي إلى نشوء السلوك العصابي، بما يتضمنه من اهتمام زائد بالأعراض الجسمية والانفعالية. (تايلور، ش، ص ص 593، 594)

7- إسهامات الكفاءة الذاتية في مجال الألم المزمن:

بعد محاولات التعايش مع الألم المزمن، يجد المريض نفسه أمام عدة واجهات، مثل تناول العقاقير الطبية وممارسة التمارين الرياضية، ومحاولة منه لتسيير مختلف الصعوبات النفسية المترافقة مع الألم وخلق توازن بين مواصلة حياته اليومية بشكل عادي، و تقبل الوضعية الجديدة بما تحمله من ثقل لمفهوم " الإزمان " يبدو دور الاعتقاد بالكفاءة الذاتية دورا فاعلا في مواجهة الألم ، و له بالغ الأثر الإيجابي في تحسين إدارة المريض لآلامه المزمنة و مواجهتها بفعالية . (Lussier, Y, P 167)
و هو ما تدعمه بحوث Bandura, A في هذا المجال، حيث يلح بأن الكفاءة الذاتية تحتل مكانة وسيط معرفي تنبؤي بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة ، من خلال تأثيرها المباشر على عوامل أخرى تفاقم إدراكهم لآلامهم كالقلق و الميل إلى التصور الكارثي للألم و تهويل الحالة الصحية للمريض.
(Levy, J J, 2003 , p 145)

و تؤثر كفاءة الذات على خفض الألم من خلال تأثيرها على مستوى التفكير و الإدراك و تقييم الألم، زيادة على تأثيرها على الأساليب التي سيعتمدها الفرد في مواجهة الألم و التغلب عليه و تجاوزه أو الغرق في المعاناة منه و تحويل الحياة إلى مأساة يصعب التعايش معها، و من ثم تحويل الوجهة إلى سبل تخفيف بديلة كالإدمان و الانهيار أو ربما تفاقم الأمر حد الانتحار عندما تقشل كل الاستراتيجيات أمام هذه المعاناة. (André, N, laurencelle, L, pp 390-392)

و تشير الدراسة التي قام بها Bandura, A 1988 - لقياس قدرة على تحمل الألم الناتج جراء وضع أفراد عينة الدراسة أيديهم في الماء المتجمد عقب تلقيهم مادة La naflozone التي تثبط الأثر المهدئ للألم للأندورفين . إلى تأكيد الارتباط الإيجابي بين مستويات الكفاءة الذاتية الذي يدعم الإحساس بالقدرة على السيطرة على التهديدات والضغوطات، والقدرة على تحمل الألم على الرغم من عدم تلقي المادة المثبطة للأندورفين، بينما أبدا الأفراد الذين يتسمون بمستوى متدني من الكفاءة الذاتية، مستوى مرتفعا من الخوف من التهديد، وزالت قدرتهم على تحمل الألم بمجرد انتهاء مفعول المادة المثبطة للأندورفين، وهو ما دفع بـ Bandura, A إلى التأكيد بأن: إفراز الجسم للأندورفين لا يحدث نتيجة للتنبهات المؤلمة بل يتأتى جراء ضعف الاعتقاد بالكفاءة الشخصية في مواجهة الفعالة للوضعية المؤلمة.

(Bandura, A, pp 413-414)

إن إدراك الأهمية المتزايدة للتأثير الذي تمارسه معتقدات الكفاءة الذاتية على حياة المرضى و سلوكياتهم من ممارسة السلوكات الصحية و الالتزام بالحمية الغذائية و الإقلاع عن التدخين و تقادي الممارسات الجنسية غير الآمنة (يخلف، ع، ص ص 109-115) و تبني استراتيجيات مواجهة فعالة ، وتأثيراتها البيولوجية عن طريق الوساطة المعرفية كإفراز الأمينات القشرية (Les catécholamines) وزيادة النشاط وزيادة النشاط العصبي الودي و تقوية الكفاءات المناعية وتعزيز القدرة على تحمل الألم، دون إغفال مسألة الالتزام بالعلاجات ذات الآثار الجانبية الثقيلة على المريض. (Fisher, G-N, 2002, pp 55-57)

* إن هذا الاقتناع بالأهمية النابعة من الفرد ومعتقداته واقتناعه بقدرته الذاتية التي ستلعب الدور الفاصل في النجاح أو الفشل، جعلت العديد من الأبحاث تتجه إلى بناء استراتيجيات التكفل بمرضى الآلام المزمنة متبنين الفكرة التي شرحها Bandura من بينهم Backal 1981 و Andrasik & Holroyd 1982 حيث أكدت دراساتهم على زيادة قدرة مريض الألم المزمن على السيطرة على آلامه، كلما زاد اقتناعه بامتلاكه الآلية المتحكممة في ذلك والقدرة على تخطيها بنجاح وهو ما يترجم إحساسه بارتفاع كفاءته الذاتية.

(Fontaine, O et al., p411)

8- سيكولوجية الألم المزمن من بداية المعاناة إلى منتهى المواجهة:

يشير مفهوم المعاناة إلى المكابدة والعناء سواء من الناحية الجسدية أو النفسية وهو مفهوم أكثر شمولاً من مصطلح الألم الذي ينجم عن أي تهديد للسلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية، تختلف حدة تأثيره السلبي في الدرجة، ويتوافق بمشاعر فقدان و العجز. (Rouxeville, Y et al., 2007, p 218)

لكن الألم مجال جد معقد يفرض تبعات وتعبئات، كونه يطال في ضرره أبعاد أو مستويات عديدة، لا يمنحه إدراك المريض خلالها القيمة المطلوبة، لأنه وحتى مرحلة متقدمة من المعاناة تكون كل القيمة ممنوحة لفكرة استعادة الحالة الصحية السابقة، أو الحصول على نوع من الراحة مقابل المعاناة، لذلك يكون الألم معبئاً بكم هائل من قيم المريض وتمثلاته ومعتقداته الذاتية وهو ما يأخذنا بالمحصلة إلى التعبير الذي وصفه به David Le Breton :

"الألم ليس حقيقة فيزيولوجية فحسب بل حقيقة وجودية في المقام الأول، لا تكون المعاناة فيها قاصرة على الجسد وإنما تطال الفرد في كليته، لذلك لا يسعنا الاكتفاء باعتباره معياراً للضرر أو للإصابة فقط، بل لابد أن يشخص بمثابة مواجهة ذاتية لوضعية قد تخلق احساساً بالضيق لدى إنسان مغمور في ظروف اجتماعية وثقافية، يمتلك تاريخه الخاص وعمقه النفسي الذي لا يمكن أن ينتمي إلى سواه. "

(Bioy, A, Fouques, D, 2002, p 262)

تقييم هذه الوضعية يكون بمثابة الخطوة الأولى في سيرورة المواجهة، مواجهة للمعاناة وللألم، لذلك التقييم الأولي يكون تقييماً لطبيعة هذا التعدي على تكامل الوحدة، والنتائج التي قد تتجم عنه، في مرض السرطان على سبيل المثال: يُدرك المرض بطرق مختلفة: بمثابة تهديد (ألم، فقدان للسلامة الجسدية ...) مولداً للخوف والقلق (فقدان المقربين، للعمل ...)، باعثاً على الحزن والاكتئاب، أو بمثابة امتحان أو تحد يستوجب ترافق خطوات نشطة لخوض المواجهة. (Dolbeault, S et al., 2007, p42)

إذا هذا التقييم الأولي الذي يختلف من مريض لآخر هو ما سيحدد سيرورات المواجهة القادمة، فإدراك الوافد الجديد (الألم) بمثابة تحد على سبيل المثال يختلف تماماً عن تقييمه بمثابة تهديد، أو خطر، أين سيتوافق هذا الاعتقاد الإيجابي -بمثابة امتحان / تحدي- حول التغييرات الطارئة بقدرات معتبرة للمواجهة، و تحمل الغموض و الشك و قد يستند إلى البحث عن الدعم الاجتماعي و طلب المزيد من المعلومات من الآخرين على اعتبار أن الخبرات المستسفاة من الآخرين قد تساعد على التكيف مع الوضعية التي لا تزال للآن مبهمه إلى حدما. (Wiart, Y , Rouëssé, J, 2017, P61)

يكون الانكار والتجنب من أولى الاستراتيجيات المستخدمة في الاستجابة حتى بالنسبة للمرضى الذين تتسم تنظيماتهم النفسية بمستوى جيد من المرونة، فإنهم يميلون إلى تجنب الإقرار بجدية الأعراض الأولى للمرض، لا سيما في الأمراض السرطانية والوعائية القلبية، ولكن هل يمكننا اعتبار أن التجنب والانكار كاستراتيجيات مواجهة سلبية دائما سيئة الأثر على المريض؟ وهنا تذهب العديد من الدراسات إلى تأكيد على فاعلية الانكار في المراحل الأولى من التشخيص واكتشاف المرض في حسن مكابدة الصدمة الأولية بعناء أقل، ومن ثم حشد القوى النفسية لإدراك الانفعالات وتقبل الوضعية.

(David, Het al., 2016, P345)

و يرتبط الألم المزمن بسوء التكيف، لأن المريض يميل إلى التركيز على الأشياء التي كان بوسعه فعلها لمنع المرض ، في الوقت ذاته يشير عدد من الأبحاث إلى أن لوم الذات في حد ذاته قد يكون نمطا من استراتيجيات المواجهة التي يعتمدها المريض في محاولة للتكيف مع الألم، و مع ما يترتب عنه من تعقيدات، فهناك عدد من الحالات التي تبين أن شعور المريض بالمسؤولية يرتبط بمواجهة أفضل في حالة إصابة العمود الفقري مثلا) فعزو المرض لمصدر ذاتي يجعل المريض يأخذ زمام المبادرة في السيطرة عليه و على الألم ، و هذه المشاعر قد تكون تكيفية في التعامل مع حالته و فهمه لها .

(Coudeyre, E, 2003 , p. 7)

وعلى المستوى المعرفي يسمح التجنب جنبا إلى جنب مع الاستراتيجيات المتمركزة حول تعديل أو إعادة البناء المعرفي، بالتقليل من خطورة الأثر الصدمي، لكنها تصبح غير مجدية بل وضارة عندما يطول استخدامها لأنها تحول دون إعادة التنظيم المعرفي تبعا للحدث ومن ثم تصبح خطرا كذلك ينبئ بظهور أعراض الاضطراب النفسي وفشل التنظيم في الوصول إلى درجة من التكيف المطلوب.

(Leys,C, Fossion, O, 2023,p)

ومن بين الاستراتيجيات الشائعة التي يستخدمها المرضى في مواجهة الآلام المزمنة جراء المعتقدات المرتبطة بالخوف والأفكار الخاطئة عن الألم: العجز والتجنب، كمثل السلوك التجنبي الذي يعتمده بعض مرضى آلام أسفل الظهر الذين يفسرون آلامهم على أنها ناجمة عن مرض خطير فتكون العزلة والانسحاب أكثر الأساليب ملائمة للخروج من حالتهم لاعتقادهم أن الأنشطة الفيزيائية أو العمل، ستقاوم من حدة هذه الآلام وهو ما تدعمه نتائج دراسات عديدة في نفس الموضوع من بينها دراسات :
(Coudeyre, E, p8) Waddel et al., Smith et al, Fritz et al., Vlaeyen et al.,
الألم المزمن استراتيجيات منحرفا كالانغماس في أفكار و تمنيات بعيدة عن الواقع، أو الانسحاب الاجتماعي، و التي يمكن أن تجعل المعالجة أكثر تعقيدا (تايلور، ش ، ص 592)

إن هذا الأمر يجعلنا نتطرق إلى سؤال آخر وهو هل هنالك شخصية تتسم باستعدادات مسبقة تهيئها للمعاناة من الآلام المزمنة، وهو ما لا يبدو أن الدراسات تتجه إلى تأكيده، ولكن بالمقابل يتسم الأفراد الذين يعانون منها بخصوصية انفعالية ومعرفية وسلوكية ثابتة فالقلق الزائد والاكنتاب وعدم الإحساس بالرضا هي السمات الواضحة لدى الأفراد الذين يجدون أنفسهم في مواجهة الآلام المزمنة.

(De Broca,A, 2023, p179)

إن شدة الاندماج بين الاستراتيجيات النفسية في مواجهة الآلام الجسدية لا ينبغي أن تجعل القائم على الرعاية الصحية يغفل عن الأثر الانفعالي الذي قد يخلفه الألم المزمن على المريض والذي قد يصبح منشأ لخلل كبير في التنظيم النفسي تظهر أعراضه على الأصعدة المعرفية والسلوكية والنفسية تبدأ باضطرابات المزاج واضطرابات النوم وسرعة الغضب وزيادة تهيجه أو انسحابه وانطوائه و هو ما يوجهه لبناء التشخيص الملائم و تقديم المساعدة الضرورية في أوانها دون ترك المريض ضحية لثقل صدمة المرض التي يعاني منها من جهة و ثقل الألم من جهة أخرى و عدم فاعلية المواجهة دون مساندة من جهة أخرى. (Brasseur, L, Djian, M-C, 2023, A, p179)

هذا لا ينفي أن هذه الانفعالات قد تقدم حلولاً مؤقتة أو شكلية، ومحاولة إيقاف المريض عن معاشتها سيخلق آثاراً أولها المساس بتوافقه الانفعالي الذي يحتل الأهمية الأولية بالنسبة له، لأنه يشعر بأنه تائه وخاو، وثانياً سيواصل اللجوء إلى شقه العاطفي رغم محاولات تقاديبها التي قد تدخله في حيرة شديدة، لذلك المواجهة الانفعالية تصبح شديدة الأهمية لأنها لا تمنحه فرصة تفريغ هذه المشاعر فحسب، بل تمنحه مجالاً لاستخدامها في تغذية معلوماته حول اختياراته وتوجهاته القادمة، وتسمح هذه السيرورة بالتغذية الذاتية لآليات الحفاظ على التناغم بين المستويات المختلفة المكونة للفرد. (Kramer, U et al., 2015, p39)

وبينما يسمح التجنب (المعرفي والسلوكي) أو تحويل الانتباه (المعرفي) بخفض أثر التوتر المعاش بالتركيز على جوانب أخرى غير الألم، فإن المواجهة النشطة المتمركزة حول المشكلة تهدف إلى حشد الجهود التي تصب في إيجاد حل فعلي لها، وتقدم أثناء ذلك للمريض الإحساس بالتحكم في سياق عام يغلب عليه معاناة المريض من مشاعر اليأس، ويتمشى مع هذه المواجهة بالموازاة للتأثيرات الإيجابية لإعادة التقييم الإيجابي الراجعة إلى أثر الاستراتيجيات المعرفية الرامية إلى إعادة تقييم للوضعية تحت عنوان ما هو إيجابي. (Zech, E , 2013, p76)

و تتأثر المواجهة التي يتبناها المريض بجملة من العوامل الحاسمة في تحديد الطريقة التي سيتكيف بها المريض مع آلامه المزمنة لعل أهمها ردود أفعال الشريك و العائلة، فالتغيرات الطارئة على حياة مريض

الألم المزمن و ما قد تخلفه من ضيق على المريض ومحيطه تؤدي إلى غياب التواصل، و ظهور المشاحنات و الحوار النقدي كلها عوامل تتسبب في الاكتئاب لكلا الطرفين، وتؤثر على العلاقة الزوجية و تهويبأسلوب حياة المريض وتسوقه إلى تبني استراتيجيات غير فعالة كالانسحاب من الحياة الاجتماعية والانطواء واللجوء إلى الأساليب التي لا تجدي نفعا في تحسن وضعيته، وعلى النقيض من ذلك تلقي الدعم من قبل الشريك يزيد من رضا المريض، ويبعده عن التفكير في أنماط مواجهة غير

فعالة كالتعاطيها قد يجلبه من أساليب سلوكية. (Chila, A, 2017, p 949)

وكما يتجه بعض المرضى إلى الأساليب التي تبوء بالفشل في التكيف والتخفيف من المعاناة، تصنف بعض الاستراتيجيات بمثابة أساليب فعالة في مواجهة الألم المزمن حيث يرتبط النمط الإيجابي لاستراتيجيات المواجهة بالمستويات العالية من الضبط الداخلي، ومعتقدات الكفاءة الذاتية، كما يعد التنوع في الاستراتيجيات المستخدمة مع ضغوط المرض المزمن، أفضل من تبني أسلوب واحد في المواجهة، فالمريض الذي يتمتع بمثل هذه التعددية يكون أقدر على عمليات الحفاظ توازن التنظيم الذاتي من ذلك الذي يعتمد أسلوبا واحدا.

وبصورة عامة التعامل النشط مع المرض يرتبط بالمواجهة الجيدة له، بينما يرتبط النمط التجنبي بسوء التكيف معه، حتى مجرد إدراك الفرد لذاته أنه شخص يجيد المواجهة، يمكن أن يحسن من قدراته التكيفية. (تايلور، ص637)

ويبقى رهان المرض المزمن عموما والألم المزمن بشكل خاص تحديا يجابه فريق الرعاية الصحية كما يواجه المريض قبله، كون السيرورات التكيفية التي يقودها المريض وبشاركه فيها محيطه (أسرته، أقرباؤه...)، قد تصل إلى الأهداف الحقيقية التي ترمي إليها المواجهة، كما قد تفشل في ذلك مما يجعل المريض في الواجهة مع أعراض الاضطراب الذي لن يكون وقعه إلا تفاقم الوضع والزيادة من تعقيداته، وهو ما يطرح في هذا السياق أهمية فكرة التربية العلاجية.

9- علاج الآلام المزمنة:

يولد مصطلح علاجات الآلام المزمنة إحساسا بانعدام الأمان لدى المريض وأسرته والقائم على رعايته وعلى مستوى الإدراك الجمعي العام، لذلك تفرض الحماية من تعقيدات الألم سلسلة من الإجراءات التي تعزز الوقاية من النتائج الناجمة عنها، ومع ذلك تعد السيطرة على وضعيات الألم إلى حد كبير صعبة المنال، لذلك نتساءل هل الهدف من هذه العلاجات هو التلطيف من الإحساس الجسدي فحسب بينما تمس انعكاسات الألم المزمن أبسط التفاصيل في حياة المريض بما في ذلك العادات؟

(Untas, A et al., 2017, p.106)

ومن وجهة نظر تفاؤلية لا ينبغي أن يترتب عن فكرة الإزمان أن الألم مستمر ومتواصل دون انقطاع، ففي بعض الحالات يتناقص بين الحين و الآخر مما يتيح للمريض أداء نشاطاته ومواكبة حياته بطريقة عادية، ولدى البعض الآخر يكاد يختفي تماما في أوقات معينة، وفي حين يوحى الإزمان بفشل محاولات تبني حلول إلا أنه بالمقابل تفلح بعض التدخلات العلاجية في التخفيف من حدة ومدة تواتر حدوث الألم. (Grondin, S , 2015, p.24) وفي طريقه إلى الشفاء يواجه المريض المزمّن عددا من المسائل التي تدفعه إلى الاستعانة بأساليب للمواجهة، وتشمل هذه المسائل صعوبات جسمية ذات صلة بالمرض وصعوبات مهنية، و صعوبات متعلقة بالعلاقات الاجتماعية و مسائل شخصية ذات صلة بالمرض المزمن، وتعتبر آلام الصدر لدى مرض القلب، والآلام الشديدة التي يعاني منها مرضى السرطان أو الآلام المزمنة المصاحبة لالتهاب المفاصل و آلام الناجمة عن إصابات العمود الفقري من بين المشكلات الأكثر تعقيدا و التي لا يستهان بها لما يترافق معها من معاناة متشعبة ليست بسيطة التحكم (تايلور، ش، ص 529)

و من بين العلاجات المتبعة في التخفيف من حدة الآلام المزمنة:

9-1- العلاج بالأدوية:

ومن ضمن العلاجات المتبعة استخدام المهدئات والأدوية المضادة للالتهاب، والأدوية المرخية للعضلات، والعقاقير النفسية ومما لا شك فيه أن كلا من الأدوية السابقة لها فاعليتها ولها آثارها الجانبية ومن النقاط الأساسية التي تراعى عند اعتماد أحد هذه العلاجات:

- القدرة على تقليل الإحساس الأولي بالألم.
- تخفيف الألم على مجال واسع من مستويات الألم.
- أن يعمل بفعالية متساوية سواء كان الاستخدام عن طريق الفم أو الحقن.
- فعاليته حسب السن المريض ونوع الاضطراب المؤدي للألم.
- أن تكون الأعراض الجانبية قليلة مقارنة بالتحسن الذي يجلبه.
- أن يكون خاليا من أي ميول إلى إحداث الإدمان أو التعود. (أبو المجد، أ، ص 36)

9-1-1- مسكنات الألم غير الأفيونية:

كالأسبرين ومركبات أخرى ذات علاقة تمثل صنفا من العقاقير تعرف باسم العقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهاب، ويولد هذا الصنف من الدواء تأثيرات مرغوبة تتضمن مضاد الالتهاب والتسكين ومضاد الحرارة (خافض الحمى).

9-1-2- المسكنات الأفيونية:

من اسم المركبات يتضح أنها تؤثر من خلال ارتباطها بمستقبلات الأفيون في الدماغ، وعلى الرغم من استخدام لفظ الأفيون والأفيونات بالتبادل، إلا أن لفظ الأفيون يعود على المادة الصمغية الطبيعية التي توجد في زنبق شجرة الأفيون، بينما الأفيونات تتضمن أيضا المواد المصنعة، ولذلك يفضل هذا الاسم الأكثر عمومية وشمولية، ويمكن لهذه الفئة أن تكون قصيرة أو طويلة المفعول.

9-1-3- الترامادول:

الترامادول لا يقع بوضوح في فئة واحدة بسبب تأثيره الثنائي، فهو يتدخل في نقل إشارات الألم مثل الأفيونات، لكنه أيضا يطلق النورابنفرين و السيروتونين كما تفعل مضادات الاكتئاب، و يستخدم الترامادول لمعالجة المستوى المتوسط إلى الشديد من الألم المزمن، و أكثر تأثيراته الجانبية شيوعا: الدوخة و الخدر و الإمساك و الغثيان و الصداع.

9-1-4- المسكنات الموضعية:

توضع المسكنات الموضعية على البشرة لنقل الدواء إلى مناطق ألم مستهدفة، فهي تحجب توليد ونقل الإشارات العصبية من خلال أثرها التخديري، وتتوفر المسكنات الموضعية في منتجات متنوعة من الكريمات والجل واللاصقات، وبما أنها توضع خارجيا على مناطق محددة فإنها أقل خطرا فيما يتعلق بالأعراض السلبية والتأثيرات الجانبية.

9-1-5- مرخيات العضلات:

توصف مرخيات العضلات (أو مانعات التشنج أو مضادات التشنج) بأكثر درجة من الشيوخ لألم أسفل الظهر، وألم الرقبة والألم النسيجي والصداع التوتري في المواقف التي يبدو فيها انقباض العضلات أنه عنصر بارز في الألم.

9-1-6- المسكنات التدعيمية:

أو المسكنات المصاحبة، أدوية طورت وسوقت في البداية لاستخدامات غير تسكين الألم وأصبحت تستخدم أيضا في إدارة الألم، ومن أكثرها شيوعا بعض أنواع مضادات الاكتئاب ومضادات التشنج.

□ من الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب: الغثيان والتقيؤ والأرق وانخفاض الرغبة الجنسية.

□ من الآثار الجانبية لمضادات التشنج: الدوخة والانهاك وزيادة الوزن والنعاس.

9-1-7- مسكنات الصداع:

تختلف المسكنات المستخدمة لعلاج الألم اختلافا كبيرا ولا تقع ضمن صنف واحد مستقل، فأدوية الصداع النصفي تصنف حسب طبيعة تأثيرها إلى:

* وقائية : مثل propranolol , topiranate / topamax

* إنهاءية : مثل sumatriptan , maxalt

* إنقاذية : مثل butalbital, acetaminophen, caffeine

9-1-8-المعالجات الطبية التوغلية للألم المزمن:

* الحقن الستيرويدية الجافية.

* حاجبات العصب.

* حقن نقط الإثارة.

* الحقن الوجهية.

* الاستئصال بالتردد الصوتي.

* حقن البوتوكس.

* إثارة الحبل الشوكي.

* المضخة داخل القرابية. (مورفي، ج . ل و آخرون، 2004، ص 14-24)

9-2- الجراحة:

يلجأ للجراحة بعد استنفاد البدائل الأخرى في التخفيف من الألم، و على الرغم من تاريخها الطويل إلا أن الفصل بين جدواها كوسيلة أخيرة للعلاج، أمر تتزايد شكوك الأطباء و المختصين حوله باستمرار ، نظرا لاحتمال تفاقم الحالة أو ظهور آلام مزمنة جديدة متولدة من الآثار الناجمة عن فشلها ، (تايلور، ص 600) على الرغم من كونها حلا لا بديل عنه في بعض الحالات الآلام الناجمة عن إصابات العمود الفقري مثل : تثبيت الفقرات في حالات الآلام الغضروفية الفقرية التي لا تستجيب لباقي العلاجات.

(بريس ، 2014 ، ص 122)

9-3-التغذية الحيوية الراجعة:

حيث يتعلم المريض من خلال المحاولة والخطأ، والتغذية الراجعة المستمرة الصادرة عن الآلة الأفكار أو السلوكات التي يمكن أن تعدل من الوظيفة الجسمية المستهدفة، ويثبت هذا الأسلوب نجاعته في السيطرة على الألم، لاسيما خفض آلام الصداع النصفي وخفض توتر العضلات واستخدمت كذلك في معالجة

عديد الآلام المزمنة الناجمة عن التهاب المفاصل، ومرض رينود وهو اضطراب يصيب القلب والشرابين، حيث تضيق الشرايين الصغيرة في الأطراف مما يحد من تدفق الدم) (تايلور، ش، ص 602، 603) **9-4-الاسترخاء:**

ترتكز تقنيات الاسترخاء على انتقال بالفرد من حالة التوتر إلى حالة أقل استثارة من خلال تلقي تعليمات تساعد المريض على التدرج بالجسد والتفكير إلى وضعية الراحة من خلال التنفس العميق، وتبرز فعالية هذه التقنية لارتباطها بإفراز الأندورفين، وقد أثبتت جدواها لا سيما في الآلام الناشئة بسبب الأورام الحميدة. (Gloaguen, D, 2007 , p. 82)

9-5-الأساليب المعرفية:

وتتبنى على تعديل أفكار المريض ومعتقداته التي كونها حول آلامه وإعادة تفسير أسبابها وتوضيح مآلها، وإقناعه بأنها مشكلة يمكن إدارتها، وتشجيع المريض على إعادة النظر في عمليات تدبير الألم من مجرد شخص مستقبل للألم بسلبية، إلى فرد فاعل ونشط في قادر على السيطرة على الألم، وقد أثبتت هذه الأساليب فاعلية كبيرة في الآونة الأخيرة، وجذبت اهتماما متزايدا من خلال تبنيها في عمليات التكفل بالمرضى المزمنين. (تايلور، ش، 609)

خلاصة:

لكل ما سبق ذكره نخلص إلى أن الألم الجسدي من شأنه أن يفاقم المعاناة النفسية و الاجتماعية كما أن العوامل النفسية و الاجتماعية بدورها قد تصبح عائقا أمام عمليتي التقييم و التكفل العلاجي للألم المزمن، لذلك من الخطأ الاهتمام بأحد المظاهر بعيدا عن الصورة التكاملية للحالة، بل ينبغي الإلمام بمجمل الأعراض و الأسباب مترافقة ، حتى يصبح من الممكن الخروج بالمريض من مشاعر العجز و القلق و الاكتئاب و التأنيب الذاتي و حتى الإنكار التي قد تنجم عن الألم أو تفاقمه ، و لا يبقى المريض عالقا في هذه الدائرة المفرغة من المعاناة الجسدية و النفسية و الاجتماعية .

الجانب الميداني

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية

1-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

1-2-1- منهج الدراسة

2-2- حدود الدراسة:

1-2-2- الحدود الزمنية

2-2-2- الحدود المكانية

2-2-3- الحدود البشرية

2-3- أدوات القياس

2-4- الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات

خلاصة

تمهيد:

بعد عرض الجانب النظري الذي يسمح بالإحاطة المعرفية بشتى الجوانب المنوطة بالمتغيرات وما توصلت إليه البحوث والدراسات من نتائج اتفق بعضها، واختلف البض الآخر في جانب أو آخر، يتضمن الجانب الميداني بالموازاة واجهة أخرى من البحث تشتمل على الولوج إلى الميدان من أجل التقرب من العينة المعنية بالدراسة واستخدام الأدوات المنتقاة في ظل منهج يتلاءم مع الدراسة الحالية. وتتم الخطوات وفق أسس منهجية تسمح بالإجابة على الإشكالية المطروحة والتحقق من الفرضيات المقترحة، يتمه الجانب الميداني بالدراسة الاستطلاعية، وتستكمل بإجراءات الدراسة النهائية وصولاً إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها في ضوء فرضيات الدراسة وبالاستناد إلى الدراسات السابقة المرصودة في الموضوع.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى لأي بحث علمي، في جانبه الميداني لأنها تمكن الباحث من الإلمام بمختلف الجوانب المطروحة، ناهيك عن كونها تقدم نظرة أولية عن متغيرات الدراسة، وتسمح بضبطها بدقة، كما تلقي الضوء على الفرضيات مما يمكن الباحث من تعديلها أو إعادة صياغتها بهدف ضبطها بدقة بما يخدم أهداف بحثه.

كما تسمح الدراسة الاستطلاعية باختبار الأدوات المعتمدة في الدراسة من خلال التحقق من خصائصها السيكمترية، والتعرف على العينة التي سيختبر الباحث عليها أدواته، كما تفتح له المجال للتعرف على أبعاد وعناصر في بحثه ربما لم يكن منتبهاً لها من قبل.

وتتيح الدراسة الاستطلاعية بالموازاة مع كل ما سبق التعرف على شتى الصعوبات والعراقيل التي من شأنها أن تعيق سير البحث، ما يمكن الباحث من بناء نظرة استشرافية إيجابية إن صمم من الوسائل والأساليب والحلول ما سيدل من هذه الصعوبات، وسيضعه على المسار الصحيح في بحثه.

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

رمت الدراسة الاستطلاعية في بحثنا الحالي إلى تحقيق النقاط الجوهرية التالية:

أولاً: التعرف على الظروف العامة التي ستنتم فيها الدراسة الحالية.

ثانياً: التمكن من ضبط الفرضيات بدقة تبعاً للمعلومات المستسقة من الميدان.

ثالثاً: التعرف على عينة الدراسة، وتحديد خصائصها.

رابعاً: التحقق من خصائص أدوات الدراسة واختبار مدى ملاءمتها لقياس المتغيرات المدروسة.

خامسا: التعرف على الصعوبات التي قد تعترض الباحثة أثناء الدراسة الأساسية ومحاولة تذليلها والتغلب عليها.

سادسا: التدريب على الدراسة الأساسية والتمرن على التعامل مع العينة واستخدام الأدوات واكتساب خبرة التطبيق.

وقد تمت الدراسة الاستطلاعية منذ بداية البحث في الفترة الممتدة بين أكتوبر 2018 و فيفري 2019، حيث قامت الباحثة بزيارة مستشفى 01 نوفمبر 1954 بوهران، ومستشفى ابن رشد بولاية عنابة . حيث تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من ستين مريضا يعانون من الآلام المزمنة الناجمة عن ثلاثة أمراض مزمنة هي الصداع النصفي ، آلام أسفل الظهر، و الآلام الناجمة عن التهاب المفاصل المزمن، تراوحت أعمارهم بين 27 سنة و 67 سنة ، قسمت عينة الدراسة الاستطلاعية مناصفة بين الجنسين " ثلاثون (30) امرأة ، و ثلاثون (30) رجلا " ، تراوح مستواهم التعليمي بين تعليم متوسط و تعليم جامعي لتسهيل فهم الأدوات المعتمدة في قياس متغيرات الدراسة ، بلغ عدد المرضى بمستشفى 01 نوفمبر وهران 35 مريضا من بينهم 17 امرأة و 18 رجلا ، و بلغ عدد المرضى بمستشفى ابن رشد 25 مريضا من بينهم 13 امرأة و 12 رجلا .ويمكن عرض خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجدول التالي:

النساء: 30		الرجال: 30		الجنس	
% 50		% 50		الخصائص	
النسبة	التكرارات	النسبة	التكرارات	الفئات	السن
% 03,33	2	% 05	3	[30 ، 20]	
% 06,66	4	% 08,33	5	[40 ، 30]	
% 10,66	10	% 15	9	[50 ، 40]	
% 15	9	% 11,66	07	[60 ، 50]	
% 08,33	5	% 10	06	[70 ، 60]	
% 11,66	07	% 20	12	متوسط	

المستوى	ثانوي	11	% 18,33	15	% 25
الثقافي	جامعي	07	% 11,66	08	% 13,33
الحالة	أعزب	14	% 23,33	13	% 21,66
المدنية	متزوج	16	% 26,66	17	% 28,66
نوع الألم المزمن	الصداع النصفي	04	% 10	08	% 13,33
	آلام أسفل الظهر	18	% 30	15	% 25
	آلام التهاب المفاصل المزمن	08	% 13,33	07	% 11,66
مدة المعاناة من الألم المزمن وتلقي العلاج			لا تقل عن سنة كاملة		

جدول رقم (02) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية

وقد اعتمدت الباحثة لتحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة على أداتين هما: استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jerusalem, M و قائمة المواجهة في مواقف الضاغطة لـ Endler & Parker. تم تطبيق كل أداة من الأداتين على أفراد العينة الاستطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لها ومدى ملاءمتها للدراسة الأساسية.

1-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أولاً: تم التعرف على الظروف العامة التي ستنم فيها الدراسة الحالية: مما سيسهل الولوج إلى مكان البحث ومقاربة العينة في ظروف عادية تسمح بالتعامل معها وتطبيق الأدوات بسلاسة.

ثانياً: تم ضبط الفرضيات بدقة بعد التعرف إلى خصوصية العينة وخصائص الأدوات.

ثالثا: التعرف على خصائص عينة البحث، وبناء علاقة ثقة مع المرضى الذين تتكرر زيارتهم للمستشفى جراء المعاناة من الألم.

رابعا: تم التحقق من خصائص أدوات الدراسة وكذلك اختبار مدى ملاءمتها لقياس المتغيرات المدروسة والتدريب على استخدام بعض الأساليب الإحصائية والاطلاع على استخداماتها والتنوع في مميزات وأهدافها.

خامسا: تم التعرف على الصعوبات التي قد تعترض الباحثة أثناء الدراسة الأساسية من بينها:

- الصعوبات الإدارية في الحصول على التصريح لإجراء الدراسة بالمستشفى الجامعي 01 نوفمبر 1954 بوهان في حين أنه يمكن ذلك من خلال الاستعانة بنشاط بعض الجمعيات التي تؤدي خدمات للمرضى وتمكننا من التقرب من الحالات وإجراء البحث.

- صعوبة في الحصول على نفس العينة من أجل استكمال التحقق من ثبات الأدوات بسبب انقطاع بعض المرضى وطول مدة معابنتهم ولجئهم إلى بدائل أخرى للتخفيف من المعاناة.

سادسا: التدريب على الدراسة الأساسية والتمرن على التعامل مع العينة واستخدام الأدوات واكتساب خبرة التطبيق.

2- الدراسة الأساسية :

تهدف الدراسة الأساسية إلى الإجابة على الإشكالية المطروحة من خلال اتباع كافة الخطوات المنهجية الميدانية التي تأتي استكمالاً للجانب النظري المقدم، وسيرا باتباع الخطوات التي مهدتها الدراسة الاستطلاعية، لذلك لا يمكن إغفال أهمية أي جزء من البحث العلمي لأن كل خطوة تكون إما تأييدا لما سبق أو تمهيدا لما سيأتي من مراحل.

2-1 - منهج الدراسة:

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن العلاقة بين متغيرين أساسيين هما الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من مرضى الألم المزمن، كما يرمي إلى البحث في طبيعة الفروق في كلا المتغيرين وفق عدد من المتغيرات، لذلك فإن المنهج المناسب هو المنهج الوصفي الذي يشير إلى كل استقصاء ينصب على الظاهرة كما هي قائمة في الوقت الحاضر، بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها وبين ظواهر أخرى.

ولا يقف المنهج الوصفي عند حدود وصف الظاهرة وإنما يذهب إلى أبعد من ذلك فيحلل ويفسر ويقارن ويقيم بقصد الوصول إلى تقييمات ذات معنى بقصد التبصر بتلك الظواهر، فضلا عن أن الأبحاث الوصفية لا تقتصر على التنبؤ بالمستقبل بل تنفذ من الحاضر إلى الماضي كي تزداد تبصرا بالحاضر.

(الفتلي، ح هـ، 2014، ص 143)

وتم الاعتماد تحديداً: على طريقة دراسة العلاقات الارتباطية التي الارتباطية فهي ذلك النوع من البحوث التي تهتم بدراسة العلاقات بين جزئيات الظاهرة المدروسة من خلال البيانات التي تم جمعها للوصول إلى فهم عميق لهذه الظاهرة ومعالجته، وتسعى البحوث الارتباطية إلى تقرير ما إذا كانت هنالك علاقة قائمة بين متغير وآخر، وذلك بهدف إقرار العلاقات أو عدم إقرارها أو استخدام الارتباط في التنبؤ، وبمعرفة أن المتغيرين يرتبطان ببعضهما لا تعني أننا نستخلص أن أحدهما هو سبب حدوث الآخر بل تكمن أهمية البحوث الارتباطية في الوصول إلى معلومات تبين قوة العلاقة بين المتغيرين أو التنبؤ بالعلاقات بين المتغيرات. (الحري، ر و آخرون، 2017، ص 120) وهي الأهداف الرئيسية للبحث الحالي إلى جانب التحقق من وجود الفروق بين متغيرات البحث الحالي حسب الجنس، أو نوع المرض المتسبب بالألم.

2-2-2- حدود الدراسة:

2-2-1- الحدود الزمنية:

جرت الدراسة الأساسية طيلة الفترة الممتدة بين أوت 2021 وجانفي 2022، كان الوقت ملائماً للحصول على العينة المطلوبة.

2-2-2- الحدود المكانية:

تمت الدراسة الاستطلاعية على مستوى مستشفى 01 نوفمبر 1954 بوهرا، ومستشفى ابن رشد بولاية عنابة من خلال عدد من الزيارات المتكررة المتلائمة مع مواعيد المرضى.

2-2-3- الحدود البشرية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من خمس وتسعين مريضاً يعانون من الآلام المزمنة الناجمة عن ثلاثة أمراض مزمنة هي الصداع النصفي، آلام أسفل الظهر، والآلام الناجمة عن التهاب المفاصل المزمن، ممن يترددون على أحد المستشفيات المذكورين سابقاً، تم اختيار العينة التي أمكننا الحصول عليها ويتفق هذا العدد مع ما قدمه Onwuegbuzie & Collins 2007 في مقالهما من مقترحات لتقديم أحجام العينات

حيث حددا الحد الأدنى في الدراسات الارتباطية (العلائقية) بـ 64 مشاركا بالنسبة للفرضيات أحادية الطرف (ذات متغير واحد) 82 مشاركا بالنسبة للفرضيات ثنائية الطرف (ذات متغيرين). (دليو، ف، 2024، ص ص 193، 194)

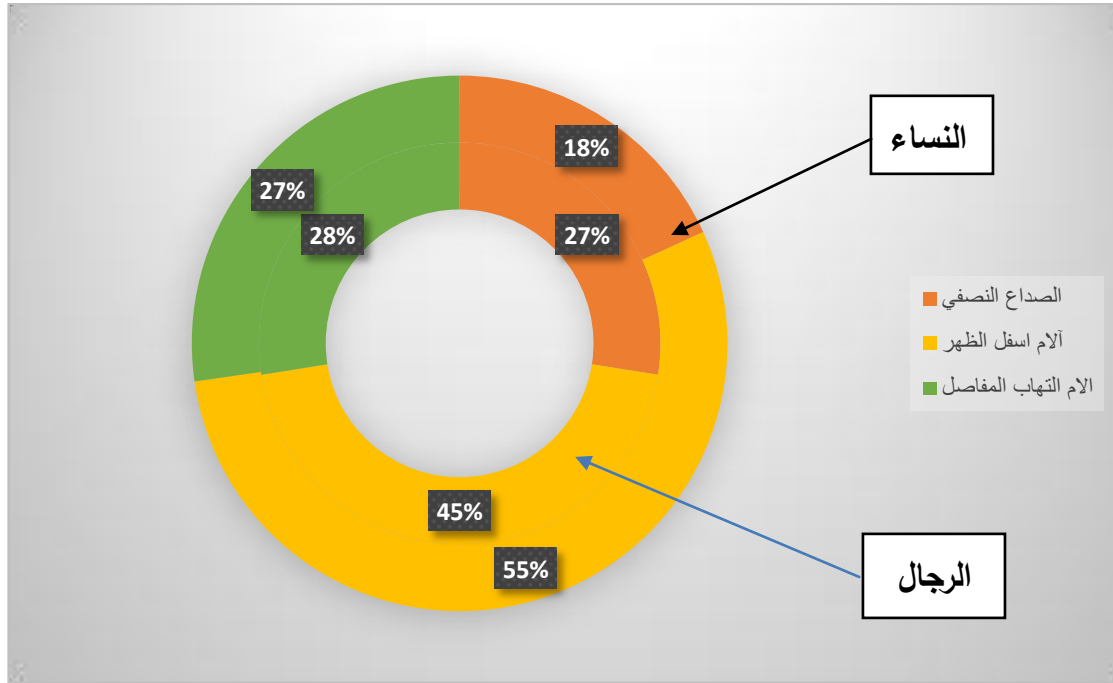
وتم اختيار هذه النماذج من الآلام المزمنة لأنها تمثل ثلاثة نماذج مختلفة من أنواع الآلام المزمنة، فالصداع النصفي يصنف بمثابة ألم حاد متكرر (وهو النوع الأول من الألم المزمن) وآلام أسفل الظهر تندرج ضمن الآلام المزمنة الحميدة، والآلام الناجمة عن التهاب المفاصل الروماتيزمي تعتبر بمثابة ألم مزمن متوالي و الأنواع الثلاثة السابقة تندرج تحت الألم المزمن الذي تتخطى مدته الستة أشهر، و تم استبعاد الآلام الناجمة عن الأمراض السرطانية على الرغم من توفر العينة للخصوصية التي يتسم بها معاش مريض السرطان وعلاجاته والتنبؤ الحيوي المنوط به والذي من شأنه التأثير على السياق العام للدراسة وعلى تطبيق الأدوات ونتائج الدراسة.

2-2-3-1- خصائص عينة الدراسة الأساسية:

النساء: 40 % 42,11		الرجال: 55 % 57,89		الجنس	
النسبة		النسبة		الخصائص	
النسبة	التكرارات	النسبة	التكرارات	الفئات	
% 06,31	6	% 05,26	5	[30، 20]	السن
% 09,47	9	% 07,36	7	[40، 30]	
% 18,94	18	% 09,47	9	[50، 40]	
% 13,68	13	% 11,57	11	[60، 50]	
% 09,47	09	% 08,42	08	[70، 60]	
% 11,52	11	% 15,78	15	متوسط	المستوى الثقافي
% 12,63	12	% 09,47	09	ثانوي	
% 23,15	22	% 16,84	16	جامعي	
% 17,89	17	% 30,52	29	أعزب	الحالة
% 40	38	% 11,57	11	متزوج	المدنية
% 10,52	10	% 11,57	11	الصداع النصفي	

30	19,94%	18	آلام أسفل الظهر	نوع الألم المزمن
15	11,57%	11	آلام التهاب المفاصل المزمن	
لا تقل عن سنة كاملة		مدة المعاناة من الألم المزمن وتلقي العلاج		

جدول رقم (03) يوضح خصائص العينة الأساسية



شكل رقم (13) دائرتين نسبيتين لتوزيع أفراد العينة (رجال/نساء) حسب نوع المرض

تكونت عينة الدراسة الأساسية من خمس و تسعين مريضاً يعانون من الآلام المزمنة الناجمة عن ثلاثة أمراض مزمنة هي الصداع النصفي، آلام أسفل الظهر، و الآلام الناجمة عن التهاب المفاصل المزمن، تلوحت أعمارهم بين 27 سنة و 63 سنة، احتوت عينة الدراسة على أربعين (40) امرأة، و خمس و خمسين (55) رجلاً، من بينهم ثمانية و ستين (68) مريضاً بمستشفى 01 نوفمبر 1954 منهم 29 امرأة و 39 رجلاً كما اشتملت على سبع و عشرين (27) مريضاً بمستشفى ابن رشد بعناية من بينهم 11 امرأة و 16 رجلاً، توزعوا حسب نوع المرض المتسبب في الألم المزمن إلى واحد و عشرين (21) مريضاً يعانون من آلام مزمنة ناجمة عن الصداع النصفي من بينهم 11 رجلاً و 10 نساء، و ثمانية و أربعين (48) مريضاً يعانون من آلام أسفل الظهر من بينهم 18 رجلاً و 30 امرأة، وستة و عشرين (26) مريضاً يعانون من آلام مزمنة تعود إلى التهاب المفاصل الروماتيزمي من بينهم 11 رجلاً و 15

امرأة ، حيث تراوح مستواهم التعليمي في كلا المستشفيين بين تعليم متوسط و تعليم جامعي لتسهيل فهم الأدوات المعتمدة في قياس متغيرات الدراسة.

3- أدوات القياس:

بعد اجتياز مرحلة الدراسة الاستطلاعية وما حققته من أهداف أهمها التعرف إلى عينة الدراسة وبناء علاقة أولية مع أفرادها، والتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات و تأكيد مدى ملاءمتها للتحقق من فرضيات البحث الحالي و الإجابة على تساؤلاته، إضافة إلى تذليل الصعوبات العامة التي من شأنها تشكيل عائق أمام بلوغ مختلف أهداف البحث، بلغت الباحثة مرحلة الدراسة الأساسية التي تمت في ظروف عادية -رغم بعض الصعوبات الإدارية في مقابلة المرضى -بدأت بتوزيع استمارة معلومات أعدتها الباحثة للاستعانة بها في حصر الخصائص العامة للعينة، ثم تقديم الأدوات المتمثلة في:

* استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jérusalem, M.

* قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker.

3-1- استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jerusalem, M

اعتمدت للدراسة الحالية على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer & Jerusalem في نسخته المترجمة إلى العربية من قبل سامر جميلروضوان، وقد عمل شفارتسر منذ 1981 في جامعة برلين الحرة على تطوير أداة تشخيصية لقياس توقعات الكفاءة الذاتية لتتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف، على عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط، و قد شملت هذه الأداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة والنزوعية بالإضافة إلى ذلك فقد طور شفارتسر و زملاؤه ستة (06) مقاييس خاصة لقياس الكفاءة الذاتية تجاه التغذية الصحية و إغراء التدخين و سلوك الوقاية من السرطان و مساعدة الآخرين .

احتوى المقياس المطور على عشرين (20) بنداً تم تخفيضها عام 1986 إلى 10 بنود فقط و سمي بـ: توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

ثم ترجمت الصيغة الألمانية إلى ما يزيد عن 30 لغة كالإنجليزية والفرنسية والمجرية والتركية والنشيكية والسلفاكية والعبرية والصينية واليابانية والكورية .

لذلك اختارت الباحثة في الدراسة الحالية الاعتماد على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لكونها تتسم بمستوى مرتفع من الصدق و الثبات الذي تم التحقق منه في مختلف الدراسات الأجنبية و المحلية .

3-1-1- أبعاد المقياس:

يتكون المقياس من عشرة (10) بنود يختار فيها المفحوص الإجابة بما يتلاءم معه، وفق مقترح مندرج يبدأ من: لا -نادرا-غالبا-دائما.

3-1-2-أوزان المقياس:

يتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و 40 كما يلي:

الدرجات	البدائل
1	لا
2	نادرا
3	غالبا
4	دائما

جدول رقم (04) يوضح أوزان مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jérusalem, M

3-1-3-إجراء التطبيق:

يطبق المقياس على أفراد يتمتعون بمستوى تعليمي يسمح لهم بقراءة وفهم وحدات المقياس والإجابة عليها، يتم شرح الهدف من المقياس ليجيب المفحوص بكل ثقة وموضوعية، وعند تقديم الاستبيان يطلب من المفحوص ملء كل البيانات الخاصة به.

3-1-4-عملية التفرغ:

تتم عملية التفرغ من خلال إعطاء الأوزان التالية لإجابات المفحوص: (1,2,3,4) بما يقابل استجاباته للاختبار (لا- نادرا- غالبا- دائما) كما تم شرحه، لتفرغ النتائج لاحقا في مبرمج الحزمة الاحصائية (للعلوم الاجتماعية. SPSS 18)

3-1-5-الخصائص السيكومترية للمقياس:

أتاحت ترجمة الاستبيان من اللغة الألمانية إلى العديد من اللغات تطبيقه واعتماده في مختلف الدراسات، كما اختير من الباحثين في مجال الكفاءة الذاتية لأنه قدم موثوقية عالية في درجة الثبات إذ تراوح معامل ارتباط α كرونباخ بين 0,74 و 0,93، كما ارتبط المقياس مع متغيرات عديدة ارتباطا إيجابيا و سلبيا فأشار معامل الارتباط مع الانبساط إلى 0,49 و مع الانطواء -0,64 و العصابية -0,42 و مشاعر

القيمة الذاتية 0,52 و القلق العام -0,54 و مع قلق الانجاز -0,42 و مع قناعات الضبط الداخلي 0,40 و ارتبط مع الاكتئاب -0,31 عند الرجال و -0,44 عند النساء و مع القلق -0,39 لكلا الجنسين و مع تقدير الذات 0,51 عند الرجال و 0,59 عند النساء. (بوقصارة. م ، زياد. ر ، 2015، ص 26) و ترجم إلى اللغة العربية من قبل سامر جميل رضوان سنة 1997 و طبقه في البيئة السورية ليشير معامل صدقه ب 0,85 و معامل ثباته ب 0,71 و كانت جميع قيم معامل الثبات للبنود منفردة أعلى من 0,80 ، لذلك فقد تمتعت بنود الاستبيان في صيغته العربية بدرجة عالية من الثبات، و بالتالي أمكن الاحتفاظ بجميع البنود. (جميل رضوان، ص 35)

و تقنيه في البيئة الجزائرية أتاح الاعتماد عليه في مختلف الدراسات لاسيما كونه أداة بحثية يمكن تطبيقها بسهولة كما أنها تقيس الكفاءة الذاتية في عمومها و لا تقتصر على كفاءة موقفية أو خاصة بمتغير محدد ، حيث قام أستاذان بجامعة وهران (بوقصارة منصور و زياد رشيد) في دراسة معنونة بالخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لاستبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة على عينة قوامها 339 تلميذا من بينهم 111 ذكور و 228 إناث زيادة على عينة أخرى مختلفة عن العينة الأساسية مكونة من 69 تلميذا و تلميذة استخدمت للتحقق من الثبات بإعادة التطبيق ، ومن خلال استخدام أربع طرق : ألفا كرونباخ ، الثبات بإعادة التطبيق، معامل جتمان، و معامل سبيرمان- براون المصحح .كما تم التحق من صدق المقياس اعتمادا على : الصدق الظاهري، الصدق التمييزي للبنود ، الصدق المحكمي (التلازمي)، وصدق التحليل العاملي الاستكشافي، و التحليل العاملي التوكيدي .

وأكدت جميع النتائج على جودة الخصائص السيكومترية لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في البيئة الجزائرية.

و قد قامت الباحثة في دراسة سابقة معنونة ب العلاقة بين الكفاءة الذاتية و تقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي بجامعة باتنة ، بالتحقق من الخصائص السيكومترية للأداة من خلال تطبيقه على عينة قوامها 62 فردا من بينهم 37 رجلا و 25 امرأة متوسط أعمارهم 49,45 و انحراف معياري قدره 9,08 ، و أشارت النتائج إلى درجة عالية من الثبات بالاعتماد على معامل بيرسون الذي قدر ب 0,964 و ذلك بعد إعادة التطبيق بفاصل زمني قدر ب 15 يوما ، و قدر صدق الأداة بعد حسابه من خلال الصدق الإحصائي قدر ب 0,981 و هو يقارب 1 مما يدعم صدق الأداة .

وهذا لم يمنع من إعادة التحقق من خصائص الأدوات في الدراسة الحالية حيث اعتمدت الباحثة على:

أولا:الصدق:

أصدق الاتساق الداخلي:

ومقارنته بالنتائج التي توصل لها سامر جميل رضوان في البيئة العربية وأشارت نتائج معاملات ارتباط بيرسون للبند مع الدرجة الكلية للمقياس كالتالي:

البند	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية في البيئة العربية	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية في البيئة الجزائرية	الدلالة
1	0,83	0,75	0,01
2	0,83	0,82	0,01
3	0,83	0,72	0,01
4	0,83	0,74	0,01
5	0,82	0,73	0,01
6	0,84	0,82	0,01
7	0,82	0,78	0,01
8	0,82	0,79	0,01
9	0,82	0,81	0,01
10	0,82	0,74	0,01

جدول رقم (05) يوضح معاملات ارتباط بيرسون للبند مع العلامة الكلية للاختبار في البيئة العربية والبيئة الجزائرية

و مما عرض بالجدول رقم (05) يتضح أن جميع معاملات ارتباط فقرات مقياس الكفاءة الذاتية دالة إحصائيا حيث تراوحت المعاملات ما بين 0,73 و 0,81 مما يدل أن المقياس يتسم بدرجة مقبولة من الصدق .

ب- الصدق التمييزي أو صدق المقارنات الطرفية :

يقوم الصدق التمييزي على أحد مفاهيم الصدق و هو التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها من خلال مقارنة من 27 % إلى 33% من حجم العينة بعد ترتيب نتائج الأفراد تنازليا أو تصاعديا ثم حساب قيمة اختبار ت للمجموعتين المتطرفتين.

الكفاءة الذاتية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	قيمة الاختبار T	مستوى الدلالة
-----------------	-----------------	-------------------	------------------------	-----------------	---------------

0,01	23,71	0,61	4,79	33,46	العينة العليا (16)
0,01		0,29	2,25	13,26	العينة الدنيا (16)

جدول رقم (06) يوضح نتائج اختبارات للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لاستبيان

توقعات الكفاءة الذاتية العامة

توضح نتائج الجدول رقم (06) أن قيمة اختبارات للمقارنة الطرفية بين الفئة الدنيا و الفئة العليا قد بلغت 23,71 و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 مما يؤكد صدق استبيان من خلال قدرته التمييزية بين العينتين المتطرفتين للكفاءة الذاتية.

ثانياً: الثبات:

تم الاعتماد على:

أ- مؤشر الثبات وفق طريقة الاستقرار عبر الزمن:

من خلال تطبيق المقياس في المرة الأولى ثم تطبيقه ثانية بعد مدة تقدر بخمسة عشر يوماً، مع مراعاة نفس الظروف البحثية التي توفرت في التطبيق الأول، وحساب معامل ارتباط بيرسون الذي قدر بـ 0,89 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 مما يدل على ثبات الاستبيان بنسبة عالية.

ب-مؤشر الثبات وفق طريقة التجزئة النصفية:

يتم حساب مؤشر الثبات بطريقة التجزئة النصفية من خلال تجزئة الاختبار إلى مجموعتين تضم الأولى الأسئلة أو البنود الفردية وتحتوي الثانية على البنود الزوجية ثم جمع درجات كل فرد من العينة في المجموعة الأولى والمجموعة الثانية حتى ولو لم يتساوى عدد البنود في المجموعتينم حساب معامل الارتباط بين المجموعتين الفردية والزوجية بمعامل بيرسون .

مستوى الدلالة	قيمة المعامل	البنود
0,01	0,90	التجزئة النصفية

جدول رقم (07) يوضح حاصل مؤشر الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان توقعات الكفاءة الذاتية

العامة

من خلال الجدول رقم (07) يشير معامل ارتباط بيرسون إلى قيمة قدرها 0,90 وهي قيمة مرتفعة تدل على مستوى عال من الثبات للمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

* واستنادا إلى النتائج المتحصل عليها للخصائص السيكومترية لاستبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة، فإنها تتسم بمستوى عال من الصدق والثبات في البيئة الجزائرية وبالتالي يمكن الاعتماد عليها في قياس متغير البحث والتحقق من صحة فرضياته.

3-2- قائمة المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker :

(Coping Inventory for stressful situation)

استخدمت الباحثة قائمة المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker 1998 و اعتمدت على النسخة المقننة من مقياس استراتيجيات المواجهة (CISS) المتكون من 48 فقرة تم تقنينها و ترجمتها في البيئة الجزائرية على مستوى مركز البحث في الانثروبولوجيا الثقافية والاجتماعية CRASE بجامعة وهران من قبل الباحثين : فراحي فيصل، كبداني خديجة، قويدري مليكة شعبان الزهرة سنة 2006.

وقد اعتمدنا في الدراسة الحالية على هذا المقياس استنادا إلى عدد من الاعتبارات منها توفر المقياس مقننا في البيئة الجزائرية بخصائص سيكومترية مرتفعة جعله أداة بحثية معتمدة في عديد الدراسات والبحوث، إلى جانب ملاءمة أبعاده للفرضيات المقترحة في الدراسة الحالية.

3-2-1- أبعاد المقياس:

يتكون مقياس استراتيجيات المواجهة من ثلاثة أبعاد حيث يحتوي كل بعد على مجموعة من الفقرات التي تشكل في مجموعها 48 فقرة موضحة في الجدول التالي:

المجموع	الفقرات	الأبعاد
16	-36-27-26-24-21-15-10-6-2-1 . 47-46-43-42-41-39	حل المشكل
16	-25-22-19-17-16-14-13-8-7-5 . 45-38-34-33-30-28	الانفعال
16	-31-29-23-20-18-12-11-9-4-3 . 48-44-40-37-35-32	التجنب
48		المجموع

جدول رقم (08) يوضح أبعاد استبيان قائمة المواقف الضاغطة لـ Endler و Parker

و قد احتوى بعد التجنب على بعدين فرعيين هما: التسلية: 08 عبارات (9-11-12-18-20-40-
44-48) و الدعم الاجتماعي : 05 عبارات (4-29-31-35-37)
3-2-2- أوزان المقياس:

تترتب الخيارات المتاحة وفق سلم متدرج من 1 إلى 5 درجات تعبيراً عن إجابات تتدرج من دائماً إلى أبداً حيث تأخذ عبارة أبداً الدرجة 1 و تأخذ العبارة دائماً الدرجة 5 و تتخللها الدرجات التالية: 2-3-4 .

□ 5 نقاط إذا كانت الإجابة موافق تماماً

□ 4 نقاط إذا كانت الإجابة موافق

□ 3 نقاط إذا كانت الإجابة أحياناً

□ 2 نقاط إذا كانت الإجابة نادر

□ 1 نقاط إذا كانت الإجابة على الإطلاق

3-2-3- إجراءات التطبيق:

1- يطبق المقياس على أفراد يتمتعون بمستوى تعليمي يسمح لهم بقراءة وفهم وحدات المقياس والإجابة عليها.

2- يتم شرح الهدف من المقياس ليتسنى للمفحوص تكوين فكرة عن الموقف المقلق قبل الإجابة على المقياس.

3- يقدم المقياس ويطلب من المفحوص ملء كل البيانات الخاصة به.

4- التأكد من فهم المفحوص للتعليمات، وعند التطبيق الجماعي تقرأ التعليمات بصوت مسموع، قراءة واضحة للجميع.

5- التأكد من قراءة المفحوص قراءة دقيقة لكل عبارة من المقياس وفهمها، ثم يجيب بوضع دائرة حول الدرجة التي تناسبه من بين الدرجات الخمسة.

6- إذا قرر المفحوص تغيير إجابته لا تمحى الإجابة الأولى بل يضع علامة X على الإجابة الخاطئة و يحيط مرة أخرى على الإجابة الصحيحة.

3-2-4- عملية التفرغ :

تتم عملية التفرغ من خلال إعطاء الأوزان التالية لإجابات المفحوص: (1،2،3،4،5) بما يقابل استجاباته للاختبار كما تم شرحه ثم حساب النتائج لتفرغ في مبرمج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 18) .

3-2-5- الخصائص السيكومترية للمقياس :

تم تقنين مقياس استراتيجيات المواجهة من قبل مجموعة من الأساتذة الباحثين: فراحي فيصل، كبداني خديجة، قويدري مليكة، شعبان الزهرة سنة 2006 بجامعة وهران، على مستوى مركز البحث في الأنتروبولوجيا الثقافية والاجتماعية بعد تطبيقه على عينة مكونة من 888 فردا (479 امرأة و 409 رجلا) بمتوسط حسابي قدر بـ 33,39 و انحراف معياري قدره 9,71 بمدى عمري تراوح بين حد أدناه 15 سنة و أقصاه 64 سنة . وتم تطبيقه بطريقة فردية حيث أشارت معاملات الصدق والثبات إلى ما يلي:

أ- صدق الارتباطات المتعددة (برافي - بيرسون):

بينت النتائج وجود ارتباطات دالة إحصائيا بين الأبعاد الثلاثة للاختبار والمواجهة عند مستوى دلالة 0,01 حيث قدرت قيمة معامل بيرسون بين المشكل والمواجهة بـ 0,634 و بين الانفعال و المواجهة بـ 0,701 و بين التجنب و المواجهة بـ 0,700.

كما بينت الارتباطات ضعف العلاقة بين المشكل و الانفعال ($r = 0,238$) مما يفسر استقلالية البعدين، في حين ارتبط البعدين الفرعيين (التسلية و الدعم الاجتماعي) لأنهما يشقان من بعد واحد هو التجنب الاجتماعي.

ب- ثبات الاتساق الداخلي:

معاملات ألفا كرونباخ كانت كالتالي :

المشكل: 0,819

الانفعال: 0,817

التجنب: 0,812

في حين كان معامل α كرونباخ للاختبار الكلي 0,847 وكانت معاملات α كرونباخ للبعدين الفرعيين علنا التوالي : 0,732 للتسلية و 0,665 للدعم الاجتماعي .

و قد جاءت هذه المعاملات مقارنة لنتائج الدراسة الفرنسية Jean-Pierre Rolland حيث توصلت إلى:

الدراسة	الدراسة الجزائرية	الدراسة الفرنسية
المشكل	0,81	0,88
الانفعال	0,81	0,87

0,86	0,81	التجنب
0,77	0,73	التسلية
0,76	0,66	الدعم الاجتماعي

جدول رقم (09) يوضح معاملات α كرونباخ لثبات الاتساق الداخلي الخاصة بالدراستين الجزائرية والفرنسية.

توضح النتائج المسجلة بالجدول (09) أن معاملات α كرونباخ الخاصة بالدراستين الجزائرية و الفرنسية متقاربة من حيث ارتفاع قيمة المعامل مما يشير إلى ثبات الأداة.
* التجزئة النصفية:

تستخدم التجزئة النصفية لحساب ثبات الأبعاد المكونة للاختبار، وقد بينت النتائج ارتفاع قيم معامل سبيرمان - براون.

قيم سبيرمان - براون	الأبعاد
0,789	المشكل
0,798	الانفعال
0,747	التجنب
0,661	التسلية
0,660	الدعم الاجتماعي

جدول رقم (10) يبين نتائج الثبات بواسطة التجزئة النصفية حسب دراسة مركز البحث في الأنتروبولوجيا الثقافية و الاجتماعية / جامعة وهران

وقد قامت الباحثة في البحث الحالي بالتحقق من الخصائص السيكومترية من خلال حساب:
أولاً: الصدق:

اعتمدت الباحثة في التحقق من صدق مقياس: قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة على طريقتين:
أ-الصدق التمييزي أو صدق المقارنات الطرفية:

من خلال التحقق من إحدى خصائص الصدق وهي التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها من خلال مقارنة من 27 % إلى 33% من حجم العينة بعد ترتيب نتائج الأفراد تنازلياً أو تصاعدياً ثم حساب قيمة اختبارات للمجموعتين المتطرفتين.

استراتيجيات	المتوسط	الانحراف	الخطأ	قيمة	مستوى
-------------	---------	----------	-------	------	-------

المواجهة	الحسابي	المعياري	المعياري للمتوسط	الاختبار t	الدلالة
العينة العليا (16)	151,50	4,03	0,52	37,91	0,01
العينة الدنيا (16)	217	6,30	0,81		0,01

جدول رقم (11) يوضح نتائج اختبارات للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا و الفئة الدنيا لمقياس قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة

توضح نتائج الجدول رقم (11) أن قيمة اختبارت للمقارنة الطرفية بين الفئة الدنيا والفئة العليا قد بلغت 37,91 وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 مما يؤكد صدق استبيان من خلال قدرته التمييزية بين العينتين المتطرفتين العليا والدنيا لاستراتيجيات المواجهة.

ب- صدق الاتساق الداخلي:

يحسب صدق الاتساق الداخلي للتحقق من مدى اتساق جميع البنود مع المحور الذي ينتمي إليه أو مع الدرجة الكلية للاختبار، أي أن العبارات تقيس فعلا ما وضعت لقياسه وليس شيئا آخر، ويتم ذلك من خلال حساب معامل ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للاختبار، وقد توصلت الباحثة بعد حساب معامل بيرسون لدرجات المفحوصين في كل محور (المشكّل-الانفعال-التجنب) مع الدرجة الكلية لقائمة المواجهة في المواقف الضاغطة إلى ما يلي:

البند	معامل ارتباط بيرسون للبند مع الدرجة الكلية للاختبار	مستوى الدلالة
حل المشكّل	0,89	0,01
الانفعال	0,87	0,01
التجنب	0,75	0,01

جدول رقم (12) يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون لمحاور مقياس قائمة المواجهة في المواقف

الضاغطة مع الدرجة الكلية للمقياس

من خلال نتائج الجدول رقم (12) التي تشير إلى أن قيمة معامل بيرسون لمحاور مقياس قائمة المواجهة للمواقف الضاغطة تفوق جميعها 0,60 وبالتالي فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 مما يؤكد صدق المقياس.

ثانيا: الثبات:

اعتمدت الباحثة في التحقق من ثبات المقياس على:

أ- مؤشر الثبات وفق طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بحساب مؤشر الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث قامت بتجزئة الاختبار إلى مجموعتين احتوت الأولى على البنود الفردية واشتملت الثانية على البنود الزوجية ثم قامت بجمع درجات كل فرد من العينة في المجموعة الأولى والمجموعة الثانية بغرض حساب معامل الارتباط بين المجموعتين الفردية والزوجية من خلال حساب قيمة بيرسون.

مستوى الدلالة	قيمة المعامل	البنود
0,01	0,85	التجزئة النصفية

جدول رقم (13) يوضح حاصل مؤشر الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة

يشير الجدول رقم (13) إلى قيمة مرتفعة لمعامل ارتباط بيرسون قدرت بـ 0,85 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 مما يدل على ثبات مقياس: قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة.

* واستناداً إلى النتائج المتحصل عليها للخصائص السيكومترية لمقياس قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة، فإنها تحظى بمستوى مرتفع من الصدق والثبات في البيئة الجزائرية لذلك أمكن الاعتماد عليها في قياس متغير البحث والتحقق من صحة فرضياته.

□ تم استبعاد الاستبيانات التي احتوت على أسئلة لم تتم الإجابة عليها، أو لم تتفق إجابتها مع تعليمية الاستبيانين (مثلاً تقديم إجابتين لنفس البند)

□ تم استبعاد استبيانات المرضى الذين قلت مدة معاناتهم من الألم المزمن عن السنة لضمان توفر شرط إزمان الألم (هنالك من المرضى من عانى من الألم لمدة فاقت الستة أشهر و لكنه كان متواتراً قل ما يحس به المرض خاصة في حالة الصداع النصفي لذلك تم تمديد مدة المعاناة من الألم إلى سنة)

4- الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات:

اعتمدت الباحثة في البحث الحالي على ما يتلاءم مع الموضوع، ويناسب العينة والفرضيات

و لتيسير الحساب الدقيق وتحليل النتائج فقد استخدمت برنامج JASP 23 إلى جانب SPSS

(الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية 23) وذلك لضمان صحة ودقة النتائج المتحصل عليها حيث تم

حساب عدد من المقاييس هي:

◆ المتوسط الحسابي

- ◆ الانحراف المعياري
- ◆ متوسط الخطأ المعياري
- ◆ الفئات
- ◆ النسب المئوية
- ◆ معامل ارتباط بيرسون
- ◆ معامل ارتباط سيرمان
- ◆ معامل α كرونباخ
- ◆ معامل الاتساق الداخلي
- ◆ اختبار T
- ◆ اختبار Shapiro-Wilk
- ◆ اختبار Kolmogorov-Smirnova
- ◆ معادلة الانحدار
- ◆ اختبار Mann-Whitney
- ◆ اختبار Kruskal-Walis
- ◆ اختبار Kolmogorov-Smirnova

خلاصة:

تضمن هذا الفصل محورين رئيسيين، سمحا ببسط المعطيات النظرية على الميدان، مررنا بداية بالدراسة الاستطلاعية التي كانت ممهدة للدراسة الأساسية التي استكملنا من خلالها ما قمنا به من إجراءات أولية كالتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات ومدى ملاءمتها، وسمحت الدراسة الأساسية بالتقدم نحو الإجابة على تساؤلات البحث والتحقق من فرضياته عبر تحويلها إلى نتائج تسمح بتقديم تصور حول الارتباطات والفروق والقدرة التنبؤية ودلالاتها وهو ما سيستكمل في الفصل التالي من خلال عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الفرضيات

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى

2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثانية

3-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الأولى

4-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثانية

5-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة

6-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة

7-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الخامسة

8-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية السادسة

9-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية السابعة

10-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثامنة

خلاصة

تمهيد:

نسعى من خلال هذا الفصل إلى عرض النتائج الإحصائية المتحصل عليها، بما يتلاءم مع تساؤلات البحث ومناقشة هذه النتائج في ضوء الفرضيات المقترحة، ثم التحقق من مدى اتفاقها مع الدراسات السابقة في الموضوع مجال البحث وتفسيرها من خلال ما تم رصده من معارف في الجانب النظري، على أن يختتم الفصل بعرض إسهامات البحث الحالي في مجال البحث العلمي، وبلورة عدد من الاقتراحات التي تفتح مجالاً للمزيد من الفجوات البحثية في الموضوع.

1- عرض وتحليل النتائج:

بعد تفرغ النتائج المتحصل عليها وتحميلها في نظام SPSS 23 و بالموازاة في مبرمج JASP قمنا بحساب المقاييس المطلوبة من خلال النظامين، حيث قامت الباحثة بدراسة طبيعة توزيع البيانات ما إذا كان توزيعاً طبيعياً أو غير طبيعي يتم تطبيق اختبار Shapiro-Wilk بالإضافة إلى تطبيق اختبار Kolmogorov-Smirnova واتخاذ القرار بشأن طبيعة التوزيع وذلك بعد التحقق صحة الفرضية الصفرية التي تنص على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

Shapiro-Wilk		Kolmogorov-Smirnova				
,000	95	,846	,000	95	,171	معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
,000	95	,932	,002	95	,121	المواجهة المتمركزة حول حل المشكل
,000	95	,901	,000	95	,155	المواجهة المتمركزة حول الانفعال
,000	95	,941	,000	95	,149	المواجهة التجنبية
,000	95	,899	,000	95	,201	النتائج العامة للمواجهة

جدول رقم (14) يوضح نتائج اختبار Shapiro-Wilk واختبار Kolmogorov-Smirnova للدراسة

طبيعة توزيع بيانات البحث

نلاحظ جميع المتغيرات دالة احصائياً أي أقل من 0.05 أي مستوى الدلالة Sig<0.05

وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية التي تنص أن البيانات تتوزع توزيعاً طبيعياً، وقبول الفرضية البديلة أي أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي وهذا يقودنا إلى الاعتماد على الاختبارات اللابارامترية.

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى:

للتحقق من الفرضية العامة الأولى التي نصت على أنه:

توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

قمنا بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، ومعامل ارتباط بيرسون بين نتائج أفراد العينة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer & Jerusalem وقائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker .

1-1-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	24.60	11.70	0,000

جدول رقم (15): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس الكفاءة الذاتية فأشارت إلى متوسط حسابي قدر بـ: 24,60 وانحراف معياري قدر بـ: 11,70.

استراتيجيات المواجهة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	106,58	6,094	0,000

جدول رقم (16) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة

قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة فأشارت إلى متوسط حسابي قدر بـ: 106,58 وانحراف معياري قدر بـ: 6,094.

1-1-2-دلالة معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن:

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	95	0,787	0,05
استراتيجيات المواجهة			

جدول رقم (17) يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين نتائج توقعات الكفاءة الذاتية

العامة واستراتيجيات المواجهة لمرضى الألم المزمن إلى قيمة قدرت بـ: 0,787

□ من خلال الجدول يتضح أن قيمة معامل بيرسون قد بلغت 0,787 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05.

1-2-عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الثانية:

للتحقق من الفرضية العامة الثانية التي نصت على أنه:

تتسم معتقدات الكفاءة الذاتية بقدرة تنبؤية موجبة بلستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

قمنا بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري ومعادلة الانحدار لنتائج أفراد العينة على

استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer & Jerusalem وقائمة المواجهة في المواقف

الضاغطة لـ Endler & Parker .

1-2-1-دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية:

الكفاءة الذاتية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	24.60	11.70	0,000

جدول رقم (18) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة

قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على

مقياس الكفاءة الذاتية فأشارت إلى متوسط حسابي قدر بـ: 24,60 وانحراف معياري قدر بـ: 11,70.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	استراتيجيات المواجهة
0,000	6,094	106,58	95	

جدول رقم (19): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة

بعد حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة أشارت النتائج إلى متوسط حسابي قدر بـ: 106,58 وانحراف معياري قدر بـ: 6,094.

1-2-2-دلالة معادلة الانحدار بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن:

مستوى الدلالة	ر مربع	ر	ت	بيتا	الخطأ المعياري	ب	الخاصية	الكفاءة الذاتية
0,000	2161,247	2161,247	12,294	0,787	0,033	0,41	استراتيجيات المواجهة	

جدول رقم (20) يوضح قيمة الانحدار بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين نتائج توقعات الكفاءة الذاتية

العامة واستراتيجيات المواجهة لمرضى الألم المزمن إلى قيمة قدرت بـ: 0,787

قمنا بحساب معادلة الانحدار لنتائج أفراد العينة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ

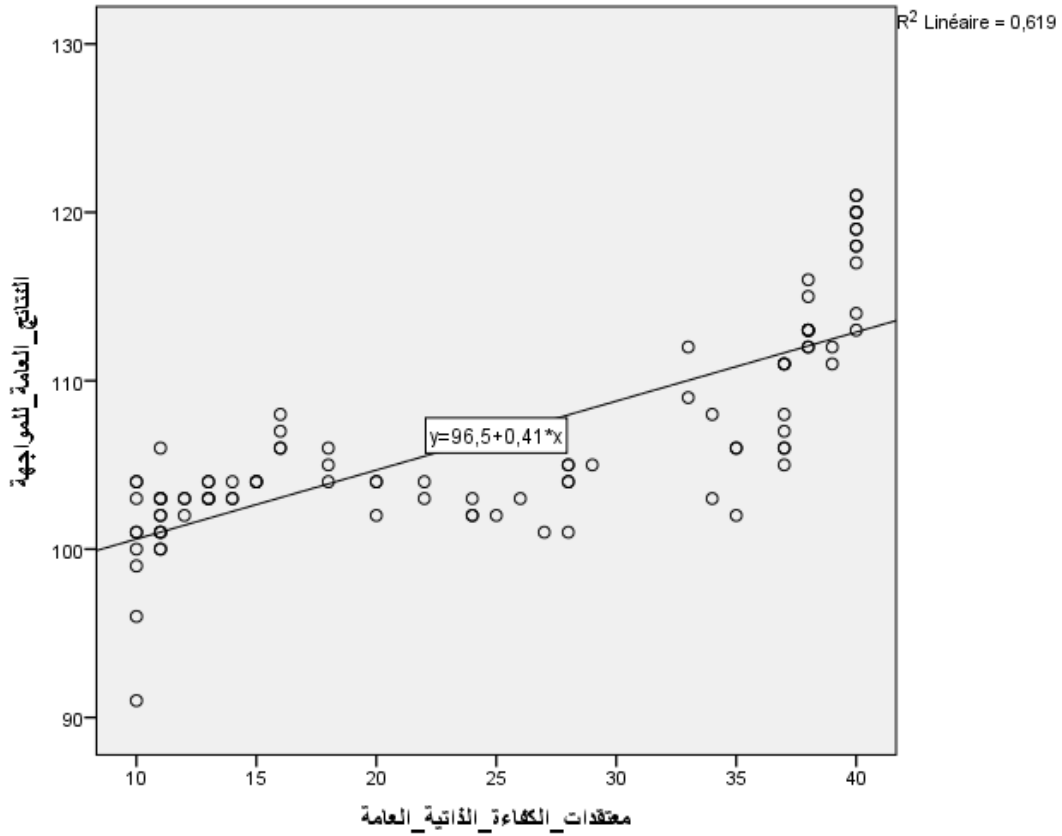
Schwarzer, & Jerusalem وقائمة المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker

حيث معادلة الانحدار هي: $Y=96.5+0.41 * X$

مع النتائج العامة للمواجهة: Y و معتقدات الكفاءة الذاتية العامة: X

ومن خلال النتائج المتحصل عليها فقد أشارت قيمة معادلة الانحدار إلى: 0,41 وهي دالة إحصائياً عند

مستوى الدلالة 0,05 .



شكل رقم: (14) يوضح الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية والمواجهة لدى مرضى الألم المزمن

1-3-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الأولى:

للتحقق من الفرضية الإجرائية الأولى التي تصت على أنه:

توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية

العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن.

قمنا بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، ومعامل ارتباط بيرسون بين نتائج أفراد

العينة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer & Jerusalem وقائمة المواجهة

في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker . (محور المواجهة المتمركزة حول حل المشكل)

1-3-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفاءة الذاتية:

مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الكفاءة الذاتية
0,000	11.70	24.60	95	

جدول رقم (21): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة

من النتائج المتحصل عليها يشير المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس الكفاءة

الذاتية	مستوى	الانحراف	المتوسط	حجم	المواجهة
24,60	الدلالة	المعياري	الحسابي	العينة	المتمركة حول
وانحراف معياري قدره ب: 11,70.	0,000	18,832	45,98	95	حل المشكل

جدول رقم (22): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج المواجهة المتمركة حول حل المشكل

قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة (محور المواجهة المتمركة حول حل المشكل) فأشارت إلى متوسط حسابي قدر ب: 45,98 وانحراف معياري قدر ب: 18,832.

1-3-2- دلالة معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المتمركة حول المشكل لدى مرضى الألم المزمن:

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	95	,963**	0,000
المواجهة المتمركة حول حل المشكل			

جدول رقم (23) يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المتمركة حول حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين نتائج توقعات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة لمرضى الألم المزمن إلى قيمة قدرت ب: 0,963 و هي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,000

1-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثانية:

للتحقق من الفرضية الإجرائية الثانية التي تصت على أنه:

توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن.

قمنا بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، ومعامل ارتباط بيرسون بين نتائج أفراد العينة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer & Jerusalem وقائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker . (محور المواجهة التجنبية)

1-4-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	24.60	11.70	0,000

جدول رقم (24) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة من النتائج المتحصل عليها يشير المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس الكفاءة الذاتية 24,60 وانحراف معياري قدره بـ: 11,70.

المواجهة التجنبية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	29,84	6,349	0,000

جدول رقم (25) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج المواجهة التجنبية قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة المواجهة فأشارت إلى متوسط حسابي قدر بـ: 29,84 وانحراف معياري قدر بـ: 6,349.

1-4-2- دلالة معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن:

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	95	-0,742**	0,000

المواجهة التجنبية

جدول رقم (26) يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين نتائج توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لمرضى الألم المزمن إلى قيمة قدرت بـ: 0,742-

1-5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثالثة:

للتحقق من الفرضية الإجرائية الثالثة التي تصت على أنه:

توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن.

قمنا بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، ومعامل ارتباط بيرسون بين نتائج أفراد العينة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer & Jerusalem وقائمة المواجهة في المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker . (محور المواجهة المتمركزة نحو الانفعال) 1-5-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	24.60	11.70	0,000

جدول رقم (27) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة من النتائج المتحصل عليها يشير المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس الكفاءة الذاتية 24,60 وانحراف معياري قدره بـ: 11,70.

المواجهة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة

0,000	7,537	30,76	95	المتمركزة حول الانفعال
-------	-------	-------	----	---------------------------

جدول رقم (28): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج المواجهة المتمركزة حول الانفعال
قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على
مقياس الكفاءة الذاتية فأشارت إلى متوسط حسابي قدر بـ: 30,76 وانحراف معياري قدر بـ: 7,537.
1-5-2- دلالة معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال
لدى مرضى الألم المزمن:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة	المتغيرات
0,000	-0,962**	95	الكفاءة الذاتية المواجهة المتمركزة حول الانفعال

جدول رقم (29) يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال
لدى مرضى الألم المزمن

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة معامل ارتباط بيرسون بين نتائج توقعات الكفاءة الذاتية
العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال لمرضى الألم المزمن إلى قيمة قدرت بـ: -0,962.
و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,000

1-6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة:

للتحقق من الفرضية الإجرائية الرابعة التي نصت على أنه:

**توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين
يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور).**

قمنا بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، واختبار مان ويتي لنتائج أفراد العينة على
استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jerusalem, M.

1-6-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفاءة الذاتية:

مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الكفاءة الذاتية
0,000	11.70	24.60	95	

جدول رقم (30): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة من النتائج المتحصل عليها يشير المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس الكفاءة الذاتية 24,60 وانحراف معياري قدره ب: 11,70.

1-6-2- دلالة الفروق في الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب الجنس:

بما أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي فإنه لا يمكننا استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين، لذلك نلجأ إلى اختبار بديل وهو اختبار مان ويتي Mann-Whitney وهو اختبار لا معلمي، يقيس الاختلاف في المتغيرات (الصفة أو السلوك) لدى المجموعة الأولى عن المجموعة الثانية. حيث دلت النتائج على ما يلي:

مستوى الدلالة	U de Mann- Whitney	المتوسط الحسابي	العينة	الجنس	المتغيرات
,000	530,500	30,12	40	إناث	الكفاءة الذاتية
		20,58	55	ذكور	

جدول رقم (31) يوضح الفروق بين الجنسين في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة اختبار Mann Whitney إلى 530,500 لنتائج توقعات الكفاءة الذاتية العامة لدى مرضى الألم المزمن بين الجنسين، وهي دالة عند مستوى الدلالة الذي يساوي $0,05 > 0,000$.

1-7- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الخامسة:

للتحقق من الفرضية الإجرائية الخامسة التي نصت على أنه:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي -آلام أسفل الظهر-التهاب المفاصل الروماتيزمي).

قمنا بحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، و اختبار مان ويتني لنتائج أفراد العينة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer,R & Jerusalem,M. 1-7-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	24.60	11.70	0,000

جدول رقم (32) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة من النتائج المتحصل عليها يشير المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس الكفاءة الذاتية 24,60 وانحراف معياري قدره ب: 11,70.

المتغير	نوع المرض	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
الكفاءة الذاتية	الصداع النصفي	21	52,88	12,03
	آلام أسفل الظهر	48	56,26	11,13
	التهاب المفاصل الروماتيزمي	26	28,81	9,10

جدول رقم (33) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لنتائج معتقدات الكفاءة الذاتية العامة

حسب نوع المرض المتسبب في الألم المزمن

من النتائج المتحصل عليها تشير المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس الكفاءة الذاتية حسب نوع المرض إلى:

بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة أشارت إلى ما يلي:

- * المتوسط الحسابي لدى مرضى الصداع النصفي قدر بـ 52,88 بانحراف معياري يساوي: 12,03.
- * المتوسط الحسابي لدى مرضى آلام أسفل الظهر قدر بـ 56,26 بانحراف معياري يساوي: 11,13.
- * المتوسط الحسابي لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي قدر بـ 28,81 بانحراف معياري يساوي: 9,10.

1-7-2- دلالة الفروق في الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض:

بما أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي فإنه لا يمكننا الاعتماد على تحليل التباين ANOVA لذلك نلجأ إلى اختبار بديل وهو اختبار Kruskal Wallis وهو اختبار لا بارامترى، الذي يقيس الفروق بين مجموعتين مستقلتين أو أكثر. وقد دلت النتائج على ما يلي:

المتغيرات	نوع المرض	العينة	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	الصداع النصفي	21	17,67	2	,000
	آلام أسفل الظهر	48			
	التهاب المفاصل الروماتيزمي	26			

جدول رقم (34) يوضح الفروق في نتائج الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة اختبار Kruskal Wallis إلى 17,67 لنتائج توقعات الكفاءة الذاتية العامة لدى مرضى الألم المزمن بين المرضى حسب نوع المرض، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة يساوي $0,05 > 0,000$.

1-8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية السادسة:

للتحقق من الفرضية الإجرائية السادسة التي نصت على أنه:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة بين المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

1-8-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة:

استراتيجيات المواجهة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
	95	106,58	6,094	0,000

جدول رقم (35): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة أشارت إلى متوسط حسابي قدر بـ: 106,58 وانحراف معياري قدر بـ: 6,094.

1-8-2- دلالة الفروق في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب الجنس:

بما أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي فإنه لا يمكننا استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين، لذلك نلجأ إلى اختبار بديل وهو اختبار مان ويتي Mann-Whitney.

وبعد تفريغ النتائج المتحصل عليها وتحميلها في نظام SPSS 23 ومبرمج JASP حيث أشارت النتائج إلى ما يلي:

مستوى الدلالة	U de Mann-Whitney	المتوسط الحسابي	العينة	الجنس	المتغيرات
,000	581,500	60,96	40	إناث	استراتيجيات المواجهة
		38,57	55	ذكور	

جدول رقم (36) يوضح الفروق بين الجنسين في نتائج استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن

ومن خلال النتائج المتحصل عليها أشارت قيمة اختبار Mann-Whitney إلى 581,500 لنتائج استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن بين الجنسين، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة يساوي $0,05 > 0,000$.

1-9- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية السابعة:

للتحقق من الفرضية الإجرائية السابعة التي نصت على أنه:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)

بما أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي فإنه لا يمكننا الاعتماد على تحليل التباين ANOVA لذلك نلجأ إلى اختبار بديل وهو اختبار Kruskal Wallis الذي يقيس الفروق بين مجموعتين مستقلتين أو أكثر، حيث دلت النتائج على ما يلي:

1-9-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة:

مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	استراتيجيات المواجهة
0,000	6,094	106,58	95	

جدول رقم (37) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة أشارت إلى متوسط حسابي قدر بـ: 106,58 وانحراف معياري قدر بـ: 6,094.

الانحراف المعياري	المتوسط	العينة	نوع المرض	المتغير
6,72	55,29	21	الصداع النصفي	استراتيجيات المواجهة
6,09	51,69	48	آلام أسفل الظهر	
6,10	35,31	26	التهاب المفاصل الروماتيزمي	

جدول رقم (38) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لنتائج المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض المتسبب فيه

بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة أشارت إلى ما يلي :

* المتوسط الحسابي لدى مرضى الصداع النصفي قدر بـ 55,29 بانحراف معياري يساوي: 6,72.

* المتوسط الحسابي لدى مرضى الصداع النصفي قدر بـ 51,69 بانحراف معياري يساوي: 6,09.

* لمتوسط الحسابي لدى مرضى الصداع النصفي قدر بـ 35,31 بانحراف معياري يساوي: 6,10.

1-9-2- دلالة الفروق في نمط استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض:

بما أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي فقد تعذر الاعتماد على تحليل التباين ANOVA و لجأنا إلى اختبار Kruskal Wallis.

بعد تفريغ النتائج المتحصل عليها وتحميلها في نظام SPSS 23 و بالموازاة في مبرمج JASP قمنا بحساب المقاييس المطلوبة من خلال النظامين، حيث قامت الباحثة بالخطوات التالية:

المتغيرات	نوع المرض	العينة	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة
استراتيجيات المواجهة	الصداع النصفي	21	7,909	2	0,019
	آلام أسفل الظهر	48			
	التهاب المفاصل الروماتيزمي	26			
المجموع			95		

جدول رقم (39) الفروق في نتائج استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض المتسبب فيه

ومن خلال النتائج المتحصل عليها بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis نتائج استراتيجيات

المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض (الصداع النصفي، آلام أسفل الظهر، التهاب المفاصل الروماتيزمي) قيمة قدرها 7,909 و هي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة يساوي $0,019 > 0,05$ (درجة الحرية = 2)

10-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الإجرائية الثامنة:

للتحقق من الفرضية الإجرائية الثامنة التي نصت على أنه:

توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في نمط استراتيجيات المواجهة (تجنبية / حل المشكل/ الانفعال) المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس.

1-10-1- دلالة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة:

استراتيجيات المواجهة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
المواجهة	95	106,58	6,094	0,000

جدول رقم (40) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة

دلت نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة إلى متوسط حسابي قدر بـ: 106,58 وانحراف معياري قدر بـ: 6,094.

المتغير	نمط المواجهة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
استراتيجيات المواجهة	حل المشكل	95	45,98	6,72
	تجنبية		29,84	6,09
	الانفعال		30,76	7,537

جدول رقم (41) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأنماط استراتيجيات المواجهة المتبناة من

قبل مرضى الألم المزمن

بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة أشارت إلى ما يلي:

* المتوسط الحسابي لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل قدر بـ 45,98 بانحراف معياري يساوي: 6,72.

* المتوسط لنتائج استراتيجيات المواجهة التجنبية قدر بـ 29,84 بانحراف معياري يساوي: 6,09.

* لمتوسط الحسابي لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال قدر بـ 30,76 بانحراف معياري يساوي: 7,537

الانحراف المعياري	المتوسط	الجنس	نمط المواجهة	المتغير
6,72	62,11	إناث	حل المشكل	استراتيجيات المواجهة
	37,74	ذكور		
6,09	34,44	إناث	تجنبية	
	51,69	ذكور		
6,10	35,08	إناث	الانفعال	
	57,40	ذكور		

جدول رقم (42) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لنتائج المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نمط المواجهة المتبناة لدى الجنسين

بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة (مرضى الألم المزمن) على مقياس قائمة مواجهة المواقف الضاغطة أشارت إلى ما يلي:

* المتوسط الحسابي لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل قدر بـ 62,11 لدى الإناث و 37,74 لدى الذكور بانحراف معياري يساوي: 6,72.

* المتوسط لنتائج استراتيجيات المواجهة التجنبية قدر بـ 34,44 لدى الإناث و 51,69 لدى الذكور بانحراف معياري يساوي: 6,09.

* لمتوسط الحسابي لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال قدر بـ 35,08 لدى الإناث و 57,40 لدى الذكور بانحراف معياري يساوي: 6,10.

1-10-2- دلالة الفروق في نمط استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض بين الجنسين :

بما أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي فإنه لا يمكننا الاعتماد على تحليل التباين ANOVA

لذلك نلجأ إلى اختبار Kruskal Wallis الذي يقيس الفروق بين مجموعتين أو أكثر .
وقد دلت النتائج على ما يلي:

مستوى الدلالة	درجة الحرية	Khi- deux	العينة	الجنس	نمط المواجهة	المتغيرات	جدول رقم (43)
0,000	2	535,500	40	إناث	حل المشكل	استراتيجيات المواجهة	
			55	ذكور			
		557,500	40	إناث	تجنبيه		
			55	ذكور			
		580,000	40	إناث	الانفعال		
			55	ذكور			

يوضح الفروق في نتائج استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نمط المواجهة المتبناة
تبعاً لمتغير الجنس

ومن خلال النتائج المتحصل عليها بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج استراتيجيات
المواجهة لدى مرضى الألم المزمن حسب نوع المرض (الصداع النصفي، آلام أسفل الظهر، التهاب
المفاصل الروماتيزمي) حسب متغير الجنس:

- * بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل
حسب الجنس 535,500 وهي دالة احصائياً عند مستوى الدلالة $0,05 > 0,000$ / درجة الحرية
تساوي 2.
- * بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج استراتيجيات المواجهة التجنبية حسب الجنس
557,500 وهي دالة احصائياً عند مستوى الدلالة $0,05 > 0,000$ / درجة الحرية تساوي 2.
- * بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال
حسب الجنس 580,000 وهي دالة احصائياً عند مستوى الدلالة $0,05 > 0,000$ / درجة الحرية
تساوي 2.

* لقد تم الاعتماد على عدد من المقاييس الإحصائية لبلوغ أهداف الدراسة الأساسية، بما يتلاءم مع كل فرضية من فرضيات البحث، حيث استقينا النتائج المتحصل عليها بالاعتماد على المبرمجين المختارين لضمان دقة و صحة النتائج التي ستتحول من خلال تفسيرها في ضوء الفرضيات من نتائج إحصائية غير محددة إلى نتائج واضحة بالاستناد إلى الدراسات السابقة و بالرجوع إلى الفرضيات المقترحة وهو ما سنعرضه فيما سيأتي.

2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء فرضيات البحث

- 1-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية العامة الأولى
- 2-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية العامة الثانية
- 3-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الأولى
- 4-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثانية
- 5-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثالثة
- 6-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الرابعة
- 7-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الخامسة
- 8-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية السادسة
- 9-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية السابعة
- 10-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثامنة
- 11-2- مناقشة عامة.

توصيات واقتراحات

خاتمة

2- مناقشة النتائج على ضوء فرضيات البحث:

بعد تفريغ النتائج المتحصل عليها وتحميلها في نظام SPSS 23 و بالموازاة في مبرمج JASP قمنا بحساب المقاييس المطلوبة من خلال النظامين، تأتي مرحلة ترجمة النتائج المتحصل عليه إلى تفسيرات في ضوء الفرضيات الخاصة بالبحث.

2-1 مناقشة و تفسير النتائج على ضوء الفرضية العامة الأولى:

التذكير بنص الفرضية العامة الأولى:

يشير نص الفرضية العامة الأولى إلى أنه: **توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بينتوقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.**

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة معامل ارتباط بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة لمرضى الألم المزمن التي قدرت ب: 0,787، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 ، ودلت على ارتباط إيجابي قوي بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم لأن قيمة معامل ارتباط بيرسون فاقت 0.7 وبالتالي اقتربت من 1 بمتوسط حسابي قدر ب: 24,60 وانحراف معياري قدر ب: 11,70 بالنسبة للكفاءة الذاتية بمتوسط حسابي قدر ب: 106,58 وانحراف معياري قدر ب: 6,094 بالنسبة للمواجهة فإننا نخلص إلى ما يلي:

أولاً: يبدو مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة البحث (مرضى الألم المزمن) بالنظر إلى المتوسط الحسابي مرتفعا و لكن بالنظر إلى قيمة الانحراف المعياري المرتفعة 11,70 التي تدل على عدم تجانس النتائج قد تعود إلى وجود القيم المتطرفة و هو ما يتأكد بالرجوع إلى جدول النتائج (أعلى قيمة 40 و أدنى قيمة 10) لذلك يمكننا اعتبار مستوى العينة في الكفاءة الذاتية مقبولا قد يعود ذلك إلى المتطلبات التي يفرضها الألم المزمن على المريض من ضرورة الاعتقاد بالتحكم وممارسته حتى يتسنى له معاشة مختلف أبعاد حياته الأسرية والمهنية والاجتماعية والإحساس بالتوافق وإدراك التحكم الذي يعد جزءا لا يتجزأ من معتقدات الكفاءة العامة يسمح برفع المعززات الإيجابية في حياة المريض و يسهل من اندماجه و تقبله للمرض و العلاج.

ثانياً: جاءت نتائج المواجهة متناسبة مع نتائج الكفاءة الذاتية دلت على مستوى مقبول من المواجهة 106,58 وانحراف معياري قدر ب: 6,094 قادتنا إلى اعتبار النتائج شبه متجانسة بالنظر إلى قيمة الانحراف المعياري ، و نعتقد أن هذا التجانس يرجع إلى ميل المرضى إلى استخدام نمط معين من المواجهة في الغالب بمعنى أن هنالك من المرضى من يتجه في أغلب الأحيان إلى الاستراتيجيات

المتركزة حول حل المشكل، و يستخدم بشكل أقل الاستراتيجيات التجنبية و الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال فتصبح بذلك النتائج متقاربة إلى حد ما و هو ما كان باعنا لنا للبحث عبر فرضية أخرى في الفروق بين المرضى في نمط المواجهة المتنبئة.

ثالثاً: بالنظر إلى قيمة معامل الارتباط التي أشارت إلى 0,0787 عند مستوى الدلالة 0,000 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 وعلى هذا الأساس يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن، و بالنظر إلى قيمة معامل الارتباط التي تفوق 0,7 فإن هذا الارتباط قوي أي أن الفرضية العامة الأولى قد تحققت لذلك نخلص إلى أن:

توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بينتوقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

وهو ما يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي بحثت في مجال الصحة والمرض على رأسها ما قدمته بحوث Bandura, A 2000 التي خلصت أن الكفاءة الذاتية المرتفعة تلعب دور الوساطة لدى الأفراد و تدفعهم إلى بذل مجهودات أكبر في مواجهة المواقف المختلفة، كما تجعلهم أكثر مرونة في التغلب على المواقف المحفزة للقلق ، وفي مجال الصحة والمرض لا يمكننا إغفال هذا الارتباط الذي يجعل المرضى الذين يبدون مستويات عالية من الكفاءة الذاتية أكثر قدرة على إدارة المرض و مواجهة ما يترتب عنه من ضنك، من خلال تيسير المرونة في تبني أساليب المواجهة الملائمة حسب الحالة التي يعاني منها المريض، و للتخفيف من الألم يستخدم المرضى أساليب لا تقتصر على نمط معين من المواجهة للتغلب على معاناتهم، بينما سرعان ما يفقد المرضى ذوو الكفاءة المتدنية تركيزهم و تحفزهم في تبني استراتيجيات تعود عليهم بالمنفعة، بالمقابل يمكن لإدراك الأفراد لكفاءتهم الشخصية أن يتوسط للقدرة المهدئة في العديد من السيرورات النفسية، و تتمركز بمثابة إجراء معرفي مشابه للاسترخاء يرمي إلى التخفيف من الألم. (Bandura,A ,p414)

وفي مجال الألم دلت بحوث Lin & Ward 1996 بأن معتقدات الكفاءة الذاتية تعدل إدراك الألم من خلال المهام لداعمة للمواجهة، حيث يتدخل إدراك الأفراد لكفاءتهم في إدارة الألم، وخفض حدته والتقليل من آثاره على الحياة اليومية للمريض بشكل مباشر عبر المواجهة المعرفية والسلوكية التي تسهم في التغلب على أعبائه.

فالمواجهة تكون محصلة قائمة على تحليل للأسباب والعوامل المؤثرة، وبالاستناد إلى تقييم النتائج المتوقعة التي تعد بعدا مركزيا لتوقعات الكفاءة الذاتية، ويسمح هذا التقييم بانتقاء استراتيجيات أكثر فاعلية في التغلب على وضعية الألم، حيث يعمل الإدراك المرتفع للمواجهة ولمعتقدات الفعالية الذاتية على التقليل من إنتاج الأندورفين المحفز بالقلق الناجم عن الضغط بهدف تخفيف الألم، وهو ما يدعم الفكرة مفادها أن استراتيجية المواجهة المتبناة من قبل المريض ترفع من مقاومة الألم عبر آلية معرفية لا أفيونية، كما تشغل الكفاءة الذاتية الممارسة الإدراك بمواضيع مدمجة لوقف إدراك الألم من خلال آلية معرفية لا أندورفينية (لا أفيونية). (Bandura,A ,p417)

♦ و يجد كل من 1991Buescher et al., 1987 Affleck, Tennen,Pfeiffer & Fifield

1991 Jensen& Karoly1994 Buckelew et al. بأن الكفاءة الذاتية تمارس بعضا من التحكم في الألم والنشاط الجسمي وتقلل من تظاهرات الألم واضطرابات المزاج كما ترفع من المشاعر الإيجابية والإحساس بالرضا، ويتجلى تأثير الكفاءة الذاتية على مواجهة الألم من خلال الكفاءة المدركة للمواجهة التي تسمح بتوقع درجة الألم وخطورة المرض في ضوء العوامل الديمغرافية وبعض العوامل النفسية (كالقلق والاكتئاب).

♦ كما يدعم Bastone & Kerns بأن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية المدركة يسمح بإدارة الألم واستخدام المهدئات وذلك عقب دراسة لتأثير الكفاءة الذاتية لدى مرضى العمود الفقري الخاضعين للجراحة، ويؤكد على وجود فروق دالة بين المرضى الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من إدراك كفاءة الذات ومنخفضي الكفاءة الذاتية المقيمة قبل الخضوع للجراحة، في المعاناة من الألم بعد الجراحة وكذلك في الالتزام بالعلاج واستخدام المنومات دون تسجيل تأثير العوامل الديمغرافية أو الوضعية الطبية أو الجراحية. (Bandura,A ,p 416)

ومن خلال النتائج المتوصل إليها وبالاستناد إلى الدراسات الرائدة في مجال الكفاءة الذاتية و المواجهة والألم وفي ضوء الفرضية المقترحة فإننا نخلص إلى أن هنالك ارتباطا إيجابيا قويا بين معتقدات الكفاءة الذاتية واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

2-2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية العامة الثانية:

يشير نص الفرضية العامة الثانية إلى أنه: **تتسم معتقدات الكفاءة الذاتية بقدرة تنبؤية موجبة بلستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.**

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة معادلة الانحدار بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة لمرضى الألم المزمن التي قدرت بـ: 0,41، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 حيث قدر المتوسط الحسابي بـ: 24,60 والانحراف المعياري بـ: 11,70 بالنسبة للكفاءة الذاتية وكانت قيمة المتوسط حسابي مقدرة بـ: 106,58 والانحراف المعياري مقدرة بـ: 6,094 بالنسبة للمواجهة ومن ثم فإننا نخلص إلى ما يلي:

بالنظر إلى قيمة معامل الانحدار التي أشارت إلى 0,41 أي كلما تغيرت معتقدات الكفاءة الذاتية العامة بدرجة واحدة تتغير النتائج العامة للمواجهة بمقدار 0,041 وفي نفس الاتجاه، إذا يوجد تأثير موجب دال إحصائياً لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة على استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن نظراً لأن مستوى الدلالة قدر بـ 0,000 ، بلغت قيمة معامل التحديد 0,619 (61,90%) و هي درجة تأثير متوسطة أما بالنسبة للقيمة المتبقية التي تساوي تقريباً 0,38 (38,10%) فهي تعود إلى عوامل أخرى خارج النموذج اختبار F متوسطة يثبت الدلالة الكلية لمعلومات النموذج، مستوى دلالة الاختبار يساوي 0,000 أي أن النموذج المقدر مقبول من الناحية الإحصائية من خلال جدول تحليل التباين حيث يلاحظ أن تباين المتغير التابع وهو النتائج العلمية للمواجهة يقدر بـ 3491 حيث أن 247,2191 منها مصدره المتغير المستقل في حين أن التباين 1329,911 يتمثل في تباين البواقي وهذا ما يثبت تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع بحكم أن قيمة معامل التحديد تمثل نسبة تباين الانحدار إلى التباين الكلي. أي أن الفرضية العامة الثانية قد تحققت لذلك نخلص إلى أنه:

تتسم معتقدات الكفاءة الذاتية بقدرة تنبؤية موجبة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

حيث استناداً إلى قيمة معامل التحديد المقدرة بـ 61,90 % وهي قيمة مرتفعة يمكننا اعتبار أن معتقدات الكفاءة الذاتية تعتبر عاملاً تنبؤياً بمستوى استراتيجيات مواجهة الألم المزمن، لأنها تتيح تعزيز مختلف جوانب إدارة الألم ومواجهته من خلال اعتقاد المرضى بقدرتهم الذاتية على المواجهة الإيجابية لمختلف الوضعيات التي يمرون بها بما في ذلك معاشة الألم المزمن، والالتزام بالعلاجات التي تتسم بأعراض جانبية مزعجة، واتباع أسلوب الحياة الصحي الذي يحول دون تفاقم حالة المريض وتحسين التنبؤ بها و تبقى نسبة 38,10 % ترجع إلى عوامل أخرى تؤثر على مواجهة المريض للألم المزمن قد تشمل على المعاش العام للمريض بما في ذلك استقاداته من الدعم الاجتماعي، وضعيته الاقتصادية، معتقداته الصحية حول المرض و مآله والعلاج الذي يتلقاه، نمط الشخصية، المستوى الثقافي للمريض... إلخ

♦ و تتفق نتائج البحث الحالي مع ما توصل إليه Lin & Ward 1996 إلى والتي دلت بأن الكفاءة

الذاتية المدركة تمارس هذا التأثير على الإحساس بالألم من خلال دعم الأنشطة التي تعزز المواجهة والدافعية، وفي هذا السياق يستندان إلى الدراسة التي قاما بها على عينة من مرضى يعانون من آلام الفقرات القطنية ومن بين نتائج الدراسة أن الكفاءة الذاتية تحل دورا تنبؤيا في إدارة الألم والتقليل من شدته ومن تأثيره على الحياة اليومية للمريض من خلال تحسين استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة: السلوكية والمعرفية التي تسمح بتخفيف الإحساس بالألم، وأكد أن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية المدركة يؤثر بشكل غير مباشر على الألم من خلال استراتيجيات المواجهة. (Bandura,A, p 416)

♦ وتتفق دراسات 1991Mc Auley & Jacobson ، 1991Mc Auley ، و1991Mc Auley

1984 Mitchel & Stuart ، 1991Rowney ، في مجال الصحة اعتبار معتقدات الكفاءة الذاتية عاملا تنبؤيا دالا في الالتزام ببرامج تغيير العادات الغير صحية، حيث يلتزم المرضى الذين يرتفع مستوى كفاءتهم الذاتية باحترام العادات الصحية، على عكس الأفراد الذين يتدنى مستوى كفاءتهم الذاتية والذين يكون التزامهم ضعيفا وغير منظم. (Bandura,A, p 428)

و أوضح Jensen et al., 2000 بأن أفضل عامل تنبؤي لتحسن الحالة الصحية لمرضى الألم المزمن عقب اقتناعهم بفعالية العلاج المتبنى هو اعتقادهم بقدرتهم على تعلم استراتيجيات مواجهة هادفة و هو ما يلح على وجوب طرح متغير معرفي هام هو الكفاءة الذاتية التي تعتبر عاملا تنبؤيا في التطور الوظيفي للمرضى، حيث تتضح الوساطة التي تلعبها هذه الأخيرة فيتحسين نوع و جودة الاستراتيجيات المتبناة والتي تمكن المريض من تحسين المعاش العام الذي يصاحب الألم المزمن الذي يجابهه وتجعل الأمر اقل معاناة و أكثر تقبلا ، وبالمقابل يبقى الأفراد الذين يتدنى مستواهم من الكفاءة الذاتية عالقين في نمط المواجهة الذي يتسم بالتهويل أو التجنب و لا يتمكنون إلا من زيادة تفاقم حالة الألم التي يعانون منها وجعلها أكثر سوءا. (Coudeyre, E et al, p.9)

♦ و يؤكد Bandura.A بأن تأثير الكفاءة الذاتية على مواجهة الألم يتأتى عبر لعبها دور الأندورفين في خفض الإحساس بالألم حيث أن غياب الاقتناع بالكفاءة في مواجهة الألم هو ما يمنع خفض مستويات الإحساس به، ويؤدي إلى تحريض إفراز هذه المواد بمعنى أن إفراز الأندورفين ينجم عن الاعتقاد بغياب الكفاءة في مواجهة الألم وليس التنبهات الناجمة عن الألم في حد ذاته. (يخلف، ع ، ص43)

♦ كما يؤكد Lam & Fieldings 2007 في دراستهما على مريضات السرطان أن المستويات المرتفعة

من الكفاءة الذاتية تسمح بارتفاع مستوى التكيف الاجتماعي وتقبل صورة الجسد وانخفاض التبعات السلبية التي تظهر بعد الجراحة، والنجاة من الأمراض القاتلة حيث أن الكفاءة الذاتية العالية تلعب دوراً حيوياً في التنبؤ الإيجابي بالنتائج الوظيفية و النفسية. (عدوان. ي ، خلاف. أ، 2017، ص 328)

♦ و يذهب Reese 1993 إلى أبعد من هذا مؤكداً أن الاستراتيجيات الرامية إلى التخفيف من الألم تعمل على تعزيز الكفاءة المدركة وتحفيز مقاومة الألم، لتتحول السيرورة إلى تغذية راجعة فالإدراك المرتفع للكفاءة الذاتية يساعد على المواجهة الفعالة وخفض الإحساس بالألم، والاستراتيجيات البناءة في المواجهة تغذي مصادر الكفاءة الذاتية و ترفع من مؤثرها و تجعل الأفراد أكثر قابلية و قدرة في التغلب على مختلف الحالات المحفزة للألم أو المعاناة. (Bandura,A, p414)

لذلك وبالنظر إلى النتائج المتوصل إليها واستناداً إلى ما تقدم من دراسات فإننا وفي ضوء الفرضية المقترحة فإننا نخلص إلى أن معتقدات الكفاءة الذاتية العامة تتسم بقدرة تنبؤية موجبة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن.

2-3- مناقشة و تفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الأولى :

التذكير بنص الفرضية الإجرائية الأولى :

يشير نص الفرضية إلى أنه: **توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن.**

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة معامل ارتباط بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة لمرضى الألم المزمن التي قدرت ب: 0,963، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 ودلت على ارتباط قوي بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم لأن قيمة معامل ارتباط بيرسون فاقت 0.7 وبالتالي اقتربت من 1، حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي ب: 24,60 والانحراف المعياري قدر ب: 11,70 بالنسبة للكفاءة الذاتية، و قدر المتوسط الحسابي ب: 45,98 والانحراف المعياري ب: 18,83 بالنسبة للمواجهة المتمركزة حول حل المشكل.

و بالتالي فإننا نخلص إلى ما يلي:

أولاً: بالنسبة لمستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة البحث وبالنظر إلى المتوسط الحسابي المقبول وقيمة الانحراف المعياري المرتفعة 11,70 التي تدل على عدم تجانس النتائج كما أن قيمته المرتفعة تعود إلى وجود القيم المتطرفة وهو ما يتأكد بالرجوع إلى جدول النتائج لذلك يمكننا اعتبار مستوى العينة في الكفاءة الذاتية مقبولاً وهو ما تم توضيحه في مناقشة الفرضية العامة الأولى.

ثانياً: جاءت نتائج المواجهة المتمركزة حول حل المشكل متناسبة مع نتائج الكفاءة الذاتية دلت على مستوى مقبول من المواجهة المتمركزة حول حل المشكل قدره 45,98 وانحراف معياري قدر ب: 18,83 قادتنا إلى اعتبار النتائج غير متجانسة التوزيع بالنظر إلى قيمة الانحراف المعياري، على الرغم من وجود القيم المتطرفة التي تؤثر على قيمة معامل الانحراف ونعتقد أن قيمة المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ترتفع بالنظر إلى سعي المرضى إلى البحث عن حلول لتجاوز الوضعية المؤلمة والتغلب عليها كون هذه التجربة المعاشة تصبح عائقاً أمام الممارسة العادية لمختلف جوانب الحياة، حيث يجد المريض نفسه مقيداً بما يحتمه عليه الألم من معاناة جسدية و نفسية تجعله منسحباً من الحياة الاجتماعية ويتراجع مردوده المهني و العلائقي لذلك يسعى للبحث عن حل للتخفيف من حدة المعاناة الجسدية في المقام الأول، جنباً إلى جنب مع ضرورة التقليل من التعقيدات الناجمة عنها.

ثالثاً: بالنظر إلى قيمة معامل الارتباط التي أشارت إلى 0,963 عند مستوى الدلالة 0,000 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 وعلى هذا الأساس يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة والاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن أي أن الفرضية الثالثة قد تحققت لذلك نخلص إلى أن:

توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن.

و هذا ما يتفق مع جاء في الدراسات التالية:

♦ تتفق النتائج المتحصل عليها في البحث مع ما توصل إليه كل من Vauth et al., 2007، و Sibitz et al., 2011 اللذان أكدوا على وجود ارتباط إيجابي لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة بالانتقاء الإيجابي للاستراتيجيات الفعالة سواء المعرفية أو السلوكية (كمناقشة المشكل والبحث عن الحلول البديلة باعتبارها استراتيجيات مواجهة إيجابية)

♦ كما يؤكد مؤسس نظرية الكفاءة الذاتية Bandura, A أن العلاقة الارتباطية الموجبة التي تمارسها الكفاءة الذاتية على المواجهة تبرزفي عملية انتقاء استراتيجيات مواجهة فعالة، تسمح بالتخطيط والاستخدام الأمثل للموارد الشخصية لتجسيد توجهات إيجابية وتحديد أهداف بناءة.

(Shankland , A et al, 2022, P76)

* و في السياق نفسه يشرح Dorardet al., 2013 أن التأثير العميق لتوقعات الكفاءة الذاتية يظهر جلياً

من خلال اقتناع الأفراد مرتفعي المستوى بامتلاكهم قدرة أكبر على السيطرة و التحكم في مختلف المصادر و ذلك يترجم عبر تبنيهم استراتيجيات مواجهة متمركزة نحو حل المشكل لأنها أكثر قدرة على إحداث التغيير في العوامل و المواقف المتسببة في القلق و هو ما يسمح بتحسين إدراكهم عبر التخلص من المواقف المثيرة بالقضاء على مسبباتها نتيجة تبني استراتيجية هادفة مباشرة إلى حل المشكل و تصبح العلاقة عبارة عن تأثير متبادل ففعالية الاستراتيجية المتبناة ستؤدي إلى زيادة الشعور بالكفاءة الذاتية. * و هو ما يتفق مع ما توصل إليه Boyer et al., 2000 الذي أكد أن توقعات الكفاءة الذاتية تلعب دور مؤثر محوري في تبني استراتيجيات المواجهة لأنها تمكن الفرد من التقييم الذاتي لمصادره الشخصية والمادية والاجتماعية فإذا كان هذا التقييم إيجابيا انتحى الفرد مجموعة الأساليب المتمركزة نحو حل المشكل مما يسمح بتقليل الضغط والحفاظ على الصحة الإيجابية. (Masson. J , Ratenet. L, 2020, p, 16)

لذلك وبالنظر إلى النتائج المتوصل إليها واستنادا إلى ما تقدم من دراسات فإننا وفي ضوء الفرضية المقترحة نخلص إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن.

2-4- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثانية:

التذكير بنص الفرضية الإجرائية الثانية:

يشير نص الفرضية إلى أنه: **توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن.**

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة معامل ارتباط بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة لمرضى الألم المزمن التي قدرت ب: -0,742، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 حيث اقتربت قيمة معامل الارتباط من -1 ودلت على الارتباط السالب بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن، حيث قدر المتوسط الحسابي ب: 24,60 وانحراف معياري قدر ب: 11,70 بالنسبة للكفاءة الذاتية وقدر المتوسط الحسابي ب: 29,84 والانحراف المعياري ب: 6,349 بالنسبة للمواجهة التجنبية فإننا نخلص إلى ما يلي:

أولاً: بالنسبة لمستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة البحث وبالنظر إلى المتوسط الحسابي المقبول وقيمة الانحراف المعياري المرتفعة 11,70 التي تدل على عدم تجانس النتائج كما أن قيمته المرتفعة تعود إلى

وجود القيم المتطرفة وهو ما يتأكد بالرجوع إلى جدول النتائج لذلك يمكننا اعتبار مستوى العينة في الكفاءة الذاتية مقبولا وهو ما تم توضيحه في مناقشة الفرضية العامة الأولى.

ثانيا: جاءت نتائج المواجهة التجنبية على خلاف نتائج الكفاءة الذاتية تشير إلى مستوى متدني من المواجهة التجنبية بمتوسط حسابي قدره 29.84 وانحراف معياري قدر ب: 6,349 قادتنا إلى اعتبار النتائج غير متجانسة التوزيع بالنظر إلى قيمة الانحراف المعياري، على الرغم من وجود القيم المتطرفة التي تؤثر على قيمة معامل الانحراف ونعتقد أن قيمة المواجهة التجنبية متدنية بالنظر إلى عدم قدرة المرضى على تلافي (تفادي) إدراك مشاعر الألم كونها قوية ومسيطره وتحول دون التوافق الأمثل نفسيا واجتماعيا لذلك ينخفض مستواها في حين يتجه هؤلاء المرضى إلى إيجاد أساليب تخفف من حدة معاناتهم عوضا عن تجنبها باعتبارها عائقا يعرقل مختلف أبعاد حياة المريض و يخيم بسلبياته على جوانبها مما يدفع به إلى القلق و الاكتئاب.

ثالثا: بالنظر إلى القيمة السالبة لمعامل الارتباط التي أشارت إلى -0,742 عند مستوى الدلالة 0,000 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 وعلى هذا الأساس يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود ارتباط سالب ودال إحصائيا بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن، وقد قلت قيمة معامل الارتباط عن -0.5 مما دل على قوة الارتباط السالب بين المتغيرين أي أن الفرضية الإجرائية الثانية قد تحققت لذلك نخلص إلى أن:

توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن.

فالكفاءة الذاتية المرتفعة تعمل على تعزيز كل ما هو إيجابي من قدرات واتجاهات لدى الفرد وبالمقابل تدني مستوى الكفاءة الذاتية يمثل عاملا تنبؤيا لانتحاء الأساليب السلبية كممارسة السلوكات المضرة بالصحة وعدم الالتزام بالأساليب الصحية والاتجاهات الخاطئة والتدخين وعدم ممارسة التمارين الرياضية وضعف إدارة الأمراض والآلام المزمنة، لذلك فالارتباط السالب بين معتقدات الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة التجنبية لا يعتبر مختلفا عما جاءت به الدراسات المنجزة في هذا الشأن، هذا ما يتفق مع الدراسات التالية:

♦ يؤكد Stadler 1985 أن انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المدركة يرفع الأساليب التجنبية لدى الأفراد

في المواقف الضاغطة، كذلك من خلال المواجهة التجنبية لا يعيش الفرد خبرة قدراته على مواجهة هذه المواقف مما يخفض من كفاءته الذاتية و يرفع من خطر نشوء الاضطراب. (رضوان ، س ، 2010، ص 13)

◆ كما يؤكد Livingston & Boyd 2010 على الارتباط بين تدني مؤشر الكفاءة الذاتية والافتناع الشخصي بالفعالية بالتوجه إلى استراتيجيات سلبية وغير فعالة كالتجنب و تجاهل أسباب الضغوط. (Frank. N ,2017,P 68)

◆ و لا يجعل ذلك المواجهة التجنبية عديمة الجدوى حيث يؤكد Ciofi 1991 بأن التحكم الذي يعتقد المريض بإمكانية ممارسته من خلال صرف نتباهه إلى استثمارات بديلة في أنشطة تحظى باهتمامه يعتبر استراتيجية إيجابية للمواجهة أكثر من كونها استراتيجية تجنبية، تسمح بتقديم بعض الفرص لفهم الرسائل الجسدية التي تعبر عما يعاني منه، كما تسمح بالتخفيف من ألمه عبر صب تركيزه على المظاهر الحسية لحالته وليس على المظاهر الانفعالية مما يخفف من الضغط ويرفع من القدرة على تحمل الألم. (Bandura, A, P. 414)

لذلك و بالنظر إلى النتائج المتوصل إليها واستنادا إلى ما تقدم من دراسات فإننا وفي ضوء الفرضية المقترحة نخلص إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن

2-5- مناقشة و تفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثالثة:

التذكير بنص الفرضية الإجرائية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة معامل ارتباط بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال لمرضى الألم المزمن التي قدرت ب: -0,962، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 ، ودلت على ارتباط سالب قوي بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم لأن قيمة معامل ارتباط بيرسون اقتربت من -1، حيث قدر المتوسط الحسابي:

24,60 والانحراف المعياري ب: 11,70 بالنسبة للكفاءة الذاتية وقدر المتوسط الحسابي ب: 30,76

والانحراف المعياري ب: 7,535 بالنسبة للمواجهة المتمركزة حول الانفعال فإننا نخلص إلى ما يلي:

أولاً: بالنسبة لمستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة البحث وبالنظر إلى المتوسط الحسابي المقبول وقيمة

الانحراف المعياري المرتفعة 11,70 التي تدل على عدم تجانس النتائج كما أن قيمته المرتفعة تعود إلى

وجود القيم المتطرفة وهو ما يتأكد بالرجوع إلى جدول النتائج لذلك يمكننا اعتبار مستوى العينة في الكفاءة الذاتية مقبولا وهو ما تم توضيحه في مناقشة الفرضية الأولى.

ثانيا: جاءت نتائج المواجهة المتمركزة حول الانفعال على خلاف نتائج الكفاءة الذاتية دلت على مستوى ضعيف نسبيا من المواجهة المتمركزة حول الانفعال قدره 30,76 وانحراف معياري قدر ب: 7,537 قادتنا إلى اعتبار النتائج غير متجانسة التوزيع بالنظر إلى قيمة الانحراف المعياري، على الرغم من وجود القيم المتطرفة التي تؤثر على قيمة معامل الانحراف ونعتقد أن قيمة المواجهة المتمركزة حول الانفعال معقولة باعتبار أن حالة المعاناة المزمنة لا يمكن أن يعايشها المريض دون ترافقها مع مشاعر الحزن والقلق والغضب أحيانا واليأس والعجز والضيق والخوف في أحيان أخرى، باعتبار وحدة التناغم والتكامل الجسدي والنفسي للإنسان الذي لا يمكنه أن يواجه هذه الوضعيات المؤلمة لاسيما فقدان موضوع هام كالصحة يعايش من خلاله حدادا نفسيا عميقا قد يصبح مرضيا في بعض الأحيان، دون أخذ الوقت الكافي ضمن هذه السيرورة المتكاملة من الانفعالات والسلوكات على الرغم من أن المواجهة الانفعالية يقف تأثيرها أنيا في امتصاص صدمة المرض ولكنها لا تصبح مجدية في مواجهة الألم على المدى البعيد.

ثالثا: بالنظر إلى قيمة معامل الارتباط التي أشارت إلى -0,962 عند مستوى الدلالة 0,000 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 وعلى هذا الأساس يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود ارتباط سالب قوي (لأن قيمة معامل ارتباط بيرسون اقتربت من -1) ودال إحصائيا بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة والاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لدى مرضى الألم المزمن أي أن الفرضية الإجرائية الثالثة قد تحققت لذلك نخلص إلى أن:

توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة والاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لدى مرضى الألم المزمن.

و هذا ما يتفق مع جاء في الدراسات التالية:

♦ كما يدعم, 1995 Vollrath et al نفس الاتجاه حيث يوضح أن الأفراد الذين يتدنى إحساسهم بالتحكم والسيطرة في مختلف المواقف التي تعترضهم ويعتقدون بانخفاض مستوى كفاءتهم الذاتية فإنهم يظهرون مستويات مرتفعة من القلق والعصابية والاكتئاب ويبدون ميلا إلى استخدام استراتيجيات مواجهة متمركزة نحو الانفعال أو استراتيجيات تجنبية لن تكون مجدية في السيطرة على المواقف المقلقة مما يزيد من حدة

معاناة المريض. (Masson. J , Ratenet. L, 2020, p, 16)

♦ و قد أكد Lazarus et Folkman 1985 على العلاقة الارتباطية الهامة بين معتقدات الكفاءة العامة والانفعالات السلبية التي تتسبب بإخفاق المواجهة أمام مختلف الوضعيات المدركة بمثابة تهديدات للفرد، بينما تسمح الكفاءة الذاتية المرتفعة بحسن تحديد تأثير القلق والضغط الناجمين عن أي موقف مهدد (كالأمم مثلا) و تحديد أساليب مواجهته و التغلب على آثاره على الفرد. (Reeve. J , p, 301) لذلك وبالنظر إلى النتائج المتوصل إليها واستنادا إلى ما تقدم من دراسات فإننا وفي ضوء الفرضية المقترحة نخلص إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال لدى مرضى الألم المزمن.

2-6- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الرابعة:

التذكير بنص الفرضية الإجرائية الرابعة:

توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة اختبار مان ويتي للفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية العامة بين الجنسين التي قدرت بـ: 530,500، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض، بمتوسط حسابي قدر بـ: 30,12 لدى الإناث 20,58 لدى الذكور وبالتالي فقيمة معامل ويتي دالة إحصائيا أي يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود فروق دالة إحصائيا في معتقدات الكفاءة الذاتية العامة لدى مرضى الألم المزمن تعزى إلى نوع الجنس. أي أن الفرضية الإجرائية الرابعة قد تحققت لذلك يمكننا القول:

توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

بالنسبة للكفاءة الذاتية فإننا نخلص إلى ما يلي:

أولاً: نجد أن: مستوى الكفاءة الذاتية لدى مجموعتي الإناث و الذكور بالنظر إلى المتوسط الحسابي 30,12 و 20,58 على الترتيب يتضح أن مستوى الكفاءة الذاتية لدى الإناث أعلى من متوسط الكفاءة لدى الذكور من عينة البحث حيث يفسر ذلك بشدة الاهتمام الذي تبديه الإناث عموما بالصورة الجسدية وتطوير معتقدات الكفاءة كنتيجة حتمية للنمذجة والتعلم كما جاء في نظرية Bandura, A و ما يترافق من رعاية تتخطى ذلك إلى العناية الصحية مما يسمح بتعزيز كل ما يندرج ضمن هذا الاهتمام ويغذيه

لذلك تتطور معتقداتهن حول الكفاءة الذاتية لتصبح أعلى من معتقدات الذكور، وقد يقف ذلك عند عينة الدراسة فحسب.

ثانياً: بالنظر إلى قيمة اختبار مان ويتي التي أشارت إلى: 530,500 عند مستوى الدلالة 0,000 و هو أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 و على هذا الأساس يرفض الفرض الصفري و يقبل الفرض البديل الذي نص على وجود دالة إحصائية في معتقدات الكفاءة الذاتية العامة لدى مرضى الألم المزمن تعزى إلى عامل الجنس.

أي أن الفرضية السادسة قد تحققت لذلك نخلص إلى أن:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

وبينما تدل نتائج عديد الدراسات على أن الجنس لا يمثل عاملاً تعزى إليه الفروق في نتائج الكفاءة الذاتية فقد جاءت دراسات أخرى بنتائج موازية اعتبرته غير ذلك من بينها:

♦ دراسة Bandura, A كان 2003 التي عزت الفروق في نتائج الكفاءة الذاتية إلى عامل الجنس حيث

كان مستوى الكفاءة الذاتية لدى الذكور أعلى من الإناث في مجال ممارسة التمارين الرياضية والكفاءة الذاتية في مجال السلوكيات الاجتماعية الإيجابية بينما تكون الكفاءة الذاتية أكثر ارتفاعاً لدى الإناث في مجال التنظيم الذاتي لتأثيرات الضغوط الاجتماعية. (Bandura, A , p, 101)

وعلى الرغم من أن نتائج الفروق في الكفاءة الذاتية قد جاءت دالة في الدراسة الحالية وفقاً لمتغير الجنس إلا أنه لا يمكن عزو هذه الفروق إلى الجنس في حد ذاته بقدر ما قد يتعلق الأمر بالدور الذي يمارسه كل من الرجال والنساء في مختلف أبعاد الحياة تجعل من إدراك الكفاءة لدى الإناث أعلى مستوى بسبب تعدد الأدوار التي تمارسها في الحياة اليومية تفرض عليها ممارسة قدر عالٍ من إدراك الأداء الناجح في شتى هذه المهام وهو ما يقودنا إلى مفهوم الكفاءة الذاتية، رغم أن هذا لا يختزل الأدوار الاجتماعية التي يؤديها الذكور إلا أن التحولات المجتمعية الراهنة فرضت أدواراً أكثر تعدداً و تشعباً على النساء.

كما تعود هذه النتائج المرتفعة لدى الإناث مقارنة بالذكور إلى نوعية المعتقدات الصحية التي تكونها النساء حول الألم المزمن بما في ذلك مشاعر العجز واليأس وتغير مفهوم الهوية، مما يدفعها إلى رصد قدر أكبر من المعلومات والمعارف حول الألم في مقاومة منها للإقصاء الاجتماعي الذي قد تقع ضحية له، وهذه المعلومات تغذي بدورها اعتقاداتهن بقدرتهن على التحكم في مسألة الألم والعلاج و بالمقابل يكون الذكور في وضعيات الألم أكثر تقبلاً من طرف محيطهم الاجتماعي مما يجعل تأثيرهم بالتغذية

الراجعة المتشكلة بين معتقدات الكفاءة الذاتية والرسائل الرمزية الاجتماعية للمعاناة من الألم أقل من الإناث.

ومن مجمل ما تقدم من دراسات فإننا نخلص إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور)

2-7- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الخامسة:

التذكير بنص الفرضية الإجرائية الخامسة:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - آلام أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة اختبار Kruskal Wallis للفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب نوع المرض المتسبب في الألم المزمن التي قدرت بـ: 17,67، و هي دالة عند مستوى الدلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05، بمتوسطات حسابية قدرت بـ: * المتوسط الحسابي للكفاءة الذاتية لدى مرضى الصداع النصفي قدر بـ 52,88 بانحراف معياري يساوي: 12,03.

* المتوسط الحسابي للكفاءة الذاتية لدى مرضى آلام أسفل الظهر قدر بـ 56,26 بانحراف معياري يساوي: 11,13.

* المتوسط الحسابي للكفاءة الذاتية لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي قدر بـ 28,81 بانحراف معياري يساوي: 9,10.

دلت قيمة اختبار KruskalWallis للفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية حسب نوع المرض على 17,67، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 أي أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,000 تعزى إلى نوع المرض حيث تترتب الكفاءة الذاتية من الأعلى كفاءة إلى الأدنى حسب المتوسطات الحسابية على النحو التالي: مرضى الصداع النصفي، مرضى آلام أسفل الظهر، مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي.

ويمكننا تفسير هذه الفروق بالعودة إلى المعتقدات التي يكونها المرضى حول المرض والألم والعلاج

المتعلق به، والقدرة على التعامل الناجح مع مختلف الوضعيات التي يحول الألم دونها فالاعتقاد المكون حول مرض مآله إيجابي يختلف عن الاقتناع بسلبية الأفكار السائدة مع الأمراض الفائلة على سبيل المثال.

و في البحث الحالي كانت معتقدات الكفاءة الذاتية مرتفعة لدى مرضى الصداع النصفي تقل بشكل طفيف لدى مرضى آلام أسفل الظهر و تتخفف إلى النصف لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي و قد يعود ذلك إلى طبيعة الألم الناجم عن هذه الأمراض فالألم في الصداع النصفي يندرج ضمن الآلام الحادة المتكررة التي تتكرر في شكل نوبات لكنها قد تتوقف بين الفترة و الأخرى، أما آلام أسفل الظهر فتعتبر نوعا من الآلام المزمنة الحميدة التي رغم أنها تعيق الممارسات اليومية العادية إلا أن شدتها تتباين من مريض لآخر كما تختلف لدى نفس المريض من فترة لآخرى يتبع ذلك إلى حد كبير وفقا لما يندرج ضمن أسلوب حياته من أساليب وقائية لتفادي تعقيدات الألم أو تصرفات تتسم باللامبالاة و الإهمال، أما الآلام الناجمة عن التهاب المفاصل الروماتيزمي فهي تتسم بمطول مدة المعاناة و ازدياد الشدة مع مرور الوقت مما لا يجعل التنبؤ بمآلها و تطورها إيجابيا لذلك إدراك الكفاءة الذاتية يأتي في هذه الحالة تبعا لإدراك المريض بمدى قدرته التحكم في المرض.

كما يرتبط الأمر بما كونه المرضى من معتقدات حول المرض في حد ذاته فالمرضى الأولين متمركزين بعضو معين، أما التهاب المفاصل الروماتيزمي فهو مرض يجتاح سائر الجسد من خلال آلام تستحوذ على كل المفاصل فيه لاسيما الصغيرة منها مما يشعر المريض بضعف كفاءته الذاتية حول المرض و الصحة خاصة و من كفاءته الذاتية عموما.

كما تشكل الآثار الجانبية المزعجة للعلاجات المستخدمة في هذا المرض باعثة ثانيا على تدني الاعتقاد بالتحكم والتنظيم الذاتي، مما يجعل المريض يدرك مستوى منخفضا من كفاءته الذاتية في إدارة مرضه ناجمة عن ضعف تقبله للعلاج والالتزام به، وسرعان ما سيجد نفسه في حلقة من تدني الاعتقاد بالكفاءة المتعلقة بالمرض وإدارته، إلى ضعف التزامه بالعلاج إلى تفاقم أعراض المرض إلى الرجوع إلى نقطة البداية من انخفاض الاقتناع بفعاليتها الشخصية.

لذلك نخلص إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لمتغير المرض (الصداع النصفي - آلام أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)

2-8- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية السادسة:

التذكير بنص الفرضية الإجرائية السادسة:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة بين المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور).

أولاً: نجد أن: مستوى المواجهة لدى مجموعتي الإناث والذكور بالنظر إلى المتوسط الحسابي 60,96 و 38,57 على الترتيب يتضح أن مستوى المواجهة لدى الإناث أعلى من متوسط المواجهة لدى الذكور من عينة البحث، وهو ما يمكننا إرجاعه إلى الارتباط الإيجابي المثبت في الفرضية العامة الأولى بين معتقدات الكفاءة الذاتية و استراتيجيات مواجهة الألم لدى مرض الألم المزمن، و كذلك القدرة التنبؤية المثبتة لمعتقدات الكفاءة الذاتية باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن و بالعودة إلى الفروق المثبتة في الفرضية الإجرائية الرابعة في مستوى معتقدات الكفاءة الذاتية حسب متغير الجنس لصالح الإناث فإننا نوجز التفسير ضمن النقاط التالية:

يرتبط مستوى المواجهة المرتفع لدى المريضات بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية المثبت لديهن من خلال الفرضية الإجرائية الرابعة (30,12)، كما تشكل كفاءتهن الذاتية المرتفعة عاملاً تنبؤياً بارتفاع المواجهة لديهن بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الثانية.

يرتبط مستوى المواجهة المنخفض لدى المرضى الذكور بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المثبت لديهم من خلال الفرضية الإجرائية الرابعة (20,58)، كما تشكل كفاءتهم الذاتية المنخفضة عاملاً تنبؤياً بانخفاض المواجهة لديهم بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الثانية.

ثانياً: بالنظر إلى قيمة اختبار مان ويتي التي أشارت إلى: 581,500 عند مستوى الدلالة 0,000 وهو أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 وعلى هذا الأساس يرفض الفرض الصفري ويقبل الفرض البديل الذي نص على وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن تعزى إلى عامل الجنس.

بالمقابل فإن قدرنا معتبراً من الأدبيات البحثية تشير إلى أن العامل التنبؤي في مواجهة الألم المزمن لا يمثل الجنس في حد ذاته، بل يجسده الدور المدرك الذي تتبناه الإناث أو الذكور من أثر، وهو ما تحدده التوقعات ويترجم عبر السلوكيات أو الممارسات وجميعها مدخلات يدمجها الفرد من مجتمعه الذي له هوية هذا الدور باعتباره رجلاً أو امرأة وهو ما أكدته الدراسة الحديثة التي قام بها، Strath et al. ينسب وبالرجوع إلى آراء رواد النموذج الحيوي نفسو اجتماعي الذي اعتبر الألم بمثابة تجربة تتأثر في آن واحد

بالمكونات البيولوجية والنفسية والاجتماعية، فإنه يظل تجربة تواصلية كذلك تضمن الحماية وتلعب دورا مفتاحيا في التماس دعم الآخرين و هو ما يختلف بين الجنسين من حيث مظاهر التعبير والاعتراف بالألم للآخرين حسب ما توصلت إليه دراسة، 2014 Keogh ، 2012 Collet al., 2007 Gatchelet et al., Nascimento et al., 2019 Earp et al.، وحتى في التعامل مع الألم و قد ترجع بعض هذه الفروق بين الجنسين إلى تأثير المعايير الثقافية والاجتماعية. (Côté, C, 2022, P13)

♦ في حين عزت دراسة، 2012 Hosseret al. الفروق بين الجنسين في نتائج الألم المزمن إلى انخفاض عتبة الإحساس بالألم لدى الإناث مقارنة بالذكور كما أضافت الدراستين إلى دور العوامل النفسية والاجتماعية في إدراك الألم وتحمله لدى الجنسين كمستوى الضغوط واستراتيجيات المواجهة، والاتجاهات النفسية الاجتماعية.

♦ كما قدمت دراسة، 2020 Conversano et al. في تقييم أولي للفروق بين الجنسين في مسألة الألم تحت الاصطلاح الذي مفاده أن الذكور "صيادون محاربون" كونهم هم أقل عرضة للإصابة بالألم الحاد الناجم عن الصدمات الجسدية والإصابات، واعتبار أن الإناث أكثر معاناة من الآلام الطويلة للدورة الشهرية والحمل.

♦ و بالقدر الذي تدعم بعض الدراسات التأثير الذي يمارسه الجنس في استراتيجيات مواجهة الألم المزمن كدراسة 2000 Fillingim ، 2009 Fillingim et al.، و 2002 Moulin، و الدراسة الطولية التي قام بها 2008 Hurley & Adams التي أشارت في مجملها إلى أن النساء يبدين عجزا أكبر في مواجهتهن للألم المزمن من الرجال، فإن مسألة مواجهة الألم تبقى نسبية باختلاف العوامل التي تحيط بالمرضى وتؤثر فيه كمحيطه الاجتماعي والاقتصادي والثقافي.

وبالاستناد إلى مجمل الدراسات المعروضة، وبالرجوع إلى الفرضيات المقترحة يمكننا القول بأنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة بين المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لمتغير الجنس (إناث / ذكور)

2-9- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية السابعة:

التذكير بنص الفرضية الإجرائية السابعة:

توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)

- ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة اختبار Kruskal Wallis للنتائج
المواجهة حسب نوع المرض المتسبب في الألم المزمن التي قدرت بـ: 7,909 وهي دالة عند مستوى
الدلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05، بمتوسطات حسابية قدرت بـ:
* المتوسط الحسابي للمواجهة لدى مرضى الصداع النصفي قدر بـ 55,29 بانحراف معياري يساوي:
6,72.
* المتوسط الحسابي للمواجهة لدى مرضى آلام أسفل الظهر قدر بـ 51,69 بانحراف معياري يساوي:
6,09
* المتوسط الحسابي للمواجهة لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي قدر بـ 35,31 بانحراف معياري
يساوي: 6,10.

دلت قيمة اختبار Kruskal Wallis للفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية حسب نوع المرض على
على 7,909، وجاءت دالة عند مستوى الدلالة 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة المفترض 0,05 أي
أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,000 تعزى إلى نوع المرض حيث تترتب الكفاءة
الذاتية من الأعلى كفاءة إلى الأدنى حسب المتوسطات الحسابية على النحو التالي: مرضى الصداع
النصفي، مرضى آلام أسفل الظهر، مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي.
ونفس النتائج المذكورة آنفاً لمتوسطات المواجهة بعزوها الارتباط الإيجابي المثبت في الفرضية العامة
الأولى بين معتقدات الكفاءة الذاتية واستراتيجيات مواجهة الألم لدى مرضى الألم المزمن، وكذلك القدرة
التنبؤية المثبتة لمعتقدات الكفاءة الذاتية باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن في الفرضية العامة الثانية
وبالعودة إلى الفروق المثبتة في الفرضية الإجرائية الخامسة في مستوى معتقدات الكفاءة الذاتية حسب
متغير نوع المرض التي ترتبت تنازلياً: مرضى الصداع النصفي، مرضى آلام أسفل الظهر، مرضى
التهاب المفاصل الروماتيزمي فإننا نتجه إلى التفسير ضمن النقاط التالية:

يرتبط مستوى المواجهة المرتفع لدى مرضى الصداع النصفي بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية المثبت لديهم
من خلال الفرضية الإجرائية الخامسة (52,88)، كما تشكل كفاءتهم الذاتية المرتفعة عاملاً تنبؤياً بارتفاع
المواجهة لديهم بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الثانية.

يرتبط مستوى المواجهة المرتفع لدى مرضى آلام أسفل الظهر بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية المثبت لديهم
من خلال الفرضية الإجرائية الخامسة (56,26)، كما تشكل كفاءتهم الذاتية المرتفعة عاملاً تنبؤياً بارتفاع
المواجهة لديهم بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الثانية.

يرتبط مستوى المواجهة المنخفض لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المثبت لديهم من خلال الفرضية الإجرائية الخامسة (28,81)، كما تشكل كفاءتهم الذاتية المرتفعة عاملا تنبؤيا بانخفاض المواجهة لديهم بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الثانية. بالرجوع إلى قيمة اختبار Kruskal Wallis للفروق في نتائج المواجهة حسب نوع المرض فإننا نعزو ذلك إلى:

جاءت معتقدات الكفاءة الذاتية -في الدراسة الحالية-مرتفعة لدى مرضى الصداع النصفي لتقل بشكل طفيف لدى مرضى آلام أسفل الظهر و تتخفف إلى النصف لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي و جاءت نتائج المواجهة بالموازاة نتيجة للارتباط المثبت بين معتقدات الكفاءة الذاتية و استراتيجيات المواجهة و القدرة التنبؤية للكفاءة الذاتية باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن. كما يعود ذلك إلى طبيعة الألم المزمن في كل حالة من الحالات الثلاثة وإلى التراكمات المعرفية التي يشكها المرضى من معتقدات حول المرض حيث كما أوضحنا سابقا (الصداع النصفي وآلام أسفل الظهر أمراض متمركزة بعضو بعينه، تختلف عن التهاب المفاصل الروماتيزمي الذي تمتد أوجاعه إلى مختلف المفاصل بالجسم لتخلق بذلك مشاعر العجز عن المواجهة، وهو ما يترجم لنا انخفاض مستوى المواجهة لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتيزمي مقارنة ببقية المرضى.

♦ و تتفق النتائج الحالية مع نتائج دراسة Huber et al., 2008 التي توصلت إلى أن استجابات استجابات المرضى لآلامهم المزمنة تكون تبعا لعدد من المتغيرات تبرز المنطقة أو العضو مركز الألم كأحد أهم المتغيرات المرتبطة بنمط استجابة الأفراد، كما أشارت الدراسة أن حدة الألم المزمن لا تصبح عاملا محددًا بحد ذاته بالقدر الذي يشكل مصدره (العضو أو المرض المؤدي له) عاملا تنبؤيا للإحساس بالعجز وضعف المواجهة أمام الكدر النفسي الناجم عنه.

♦ كما يضيف Huber et al., 2008 أن الهيكلية المعرفية للمريض التي تدعم المواجهة تسمح بتغيير إمكانيات التحكم و تعزيز الاتجاهات الإيجابية للمرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة ليس تجاه تعاطي المهدئات فحسب و إنما تقوي التفكير الإيجابي لديهم حتى بعد إجراء الجراحة.

(Huber, W , 2010, PP 140-147)

وبالاستناد إلى مجمل الدراسات المعروضة، وبالرجوع إلى الفرضيات المقترحة يمكننا القول بأنه:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعا لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي)

2-10- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضية الإجرائية الثامنة:

التذكير بنص الفرضية الإجرائية الثامنة:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في نمط استراتيجيات المواجهة (تجنبية / حل المشكل/ الانفعال) المتبناة من قبل مرضى الألم المزمن تبعا لمتغير الجنس.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها التي أشارت إلى قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج المواجهة حسب نوع المرض المتسبب في الألم المزمن التي قدرت بـ:

* بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل

حسب الجنس 535,500 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة $0,000 > 0,05$ / درجة الحرية تساوي 2.

* بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج استراتيجيات المواجهة التجنبية حسب الجنس

557,500 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة $0,000 > 0,05$ / درجة الحرية تساوي 2.

* بلغت قيمة اختبار Kruskal Wallis لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال

حسب الجنس 580,000 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة $0,000 > 0,05$ / درجة الحرية تساوي 2.

* المتوسط الحسابي لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل قدر بـ 62,11 لدى الإناث و 37,74 لدى الذكور بانحراف معياري يساوي: 6,72.

* المتوسط لنتائج استراتيجيات المواجهة التجنبية قدر بـ 34,44 لدى الاناث و 51,69 لدى الذكور بانحراف معياري يساوي: 6,09.

* لمتوسط الحسابي لنتائج استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال قدر بـ 35,08 لدى الإناث و 57,40 لدى الذكور بانحراف معياري يساوي: 6,10.

إذا جاءت قيم اختبار Kruskal Wallis لنتائج نمط استراتيجيات المواجهة بين الجنسين دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,000 الذي يقل بكثير عن مستوى الدلالة المفترض، وذلك بالنسبة للأنماط الثلاثة، وبالتالي فالفرضية الإجرائية الثامنة قد تحققت.

حيث عبرت نتائج المواجهة المتمركزة حول حل المشكل على متوسط أعلى لدى الإناث من الذكور (62,11 لدى الإناث و 37,74 لدى الذكور) يفسر ذلك بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الأولى التي دلت على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات مواجهة الألم المزمن و نتائج الفرضية العامة الثانية التي دلت على أن الكفاءة الذاتية تتسم بقدرة تنبؤية موجبة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن و نتائج الفرضية الإجرائية الأولى التي دلت على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل و نتائج الفرضية الإجرائية الرابعة التي دلت على وجود فروق دالة إحصائية في معتقدات الكفاءة الذاتية لصالح الإناث.

وانطلاقاً مما تقدم، فإنه يمكننا تفسير اتسام المريضات بمستوى أعلى من المواجهة المتمركزة حول حل المشكل مقارنة بالذكور يرتبط بالمستوى المرتفع من الكفاءة الذاتية التي تبعث فيهن القدرة على المواجهة الإيجابية بالرجوع إلى كل العوامل التي قدمناها سابقاً، بينما يرتبط المستوى المنخفض من الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذكور من أفراد العينة بانخفاض مستوى المواجهة المتمركزة حول حل المشكل.

دلت نتائج المواجهة التجنبية على متوسط أعلى لدى الذكور من الإناث (34,44 لدى الإناث و 51,69 لدى الذكور) يفسر ذلك بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الأولى التي دلت على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن ونتائج الفرضية العامة الثانية التي دلت على أن الكفاءة الذاتية تتسم بقدرة تنبؤية موجبة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن ونتائج الفرضية الإجرائية الثانية التي دلت على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية ونتائج الفرضية الإجرائية الرابعة التي دلت على وجود فروق دالة إحصائية في معتقدات الكفاءة الذاتية لصالح الإناث.

وانطلاقاً مما تقدم، فإنه يمكننا تفسير اتسام المريضات بمستوى أدنى من المواجهة التجنبية مقارنة بالذكور كونه يرتبط بالمستوى المرتفع من الكفاءة الذاتية التي تجعلهن يلجأن إلى المواجهة الإيجابية الفعالة، نتيجة لعدة عوامل من بينها تزامن الأدوار لدى الإناث بين العمل و الأمومة و مسؤوليات الأسرة و الأبناء و متابعة دروس الأطفال... إلخ، فتصبح المواجهة التجنبية غير فعالة أمام المشقة و القلق الناجمين عن الاضطلاع بكل هذه الأدوار، زيادة على العناية التي توليها المرأة للصورة الجسدية التي تتأثر بالألم المزمن و تجعلها تقاوم الخدوش التي يمكن أن تطالها من خلال البحث عن حلول ستحول المواجهة التجنبية دونها بينما يرتبط المستوى المنخفض من الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذكور من أفراد العينة

بارتفاع مستوى المواجهة التجنبية باعتبار أن الرجال أقل اتجاهها إلى المعاينة الطبية و أقل تركيزا مع الأعراض الجسدية التي قد يعانون منها و هذا ما سنقدمه من خلال بعض الدراسات لاحقا.

حيث عبرت نتائج المواجهة المتمركزة حول الانفعال على متوسط أعلى لدى الذكور من الإناث (35,08 لدى الإناث و 57,40 لدى الذكور) يفسر ذلك بالاستناد إلى نتائج الفرضية العامة الأولى التي دلت على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن ونتائج الفرضية العامة الثانية التي دلت على أن الكفاءة الذاتية تتسم بقدرة تنبؤية موجبة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن ونتائج الفرضية الإجرائية الثالثة التي دلت على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال ونتائج الفرضية الإجرائية الرابعة التي دلت على وجود فروق دالة إحصائية في معتقدات الكفاءة الذاتية لصالح الإناث.

و يمكننا تفسير النتائج المتحصل عليها بأن الأثر المثبت الذي تمارسه الكفاءة الذاتية المدركة يدعم الانتقائية في أساليب المواجهة المعتمدة و يجعل الفرد يتجه إلى خيارات أكثر فاعلية تثبت جدواها في التخفيف من حدة الضغط الذي ينجم عن المرض و الألم، لذلك جاءت نتائج العينة في المواجهة المتمركزة حول الانفعال مرتفعة لدى الذكور ارتباطا بتدني مستوى الكفاءة الذاتية لديهم، حيث أبدى المرضى الذكور تعبيرا أكثر عن مشاعر الاستياء و القلق و الغضب أحيانا و حتى الحزن و الميل إلى العزلة الاجتماعية تعبيرا عن احساسهم بالعجز عن الأداء لاسيما في المهام التي تتطلب المجهود العضلي و التي تكون في الغالب أسلوب ارتزاقهم ، كما عبروا عن الاستياء حتى في القيام ببعض المهام البسيطة في بيوتهم مع عائلاتهم، و بالمقابل انخفضت المواجهة الانفعالية لدى المريضات من عينة الدراسة نتيجة للأثر الإيجابي الذي مارسه الكفاءة الذاتية المرتفعة لديهن و دعمت عملية انتقاء أساليب أكثر فاعلية من المواجهة المتمركزة حول الانفعال التي قد تزيد من حدة معاناة المريض.

♦ و خلافا لما تم ذكره يضيف Bandura. A بأن إحساس الفرد بكفاءته الذاتية واقتناعه بها لا يأتي من فراغ ، بل يعتمد على تفاعل الفرد مع بيئته المحيطة و خبراته الاجتماعية المكتسبة وهذا الأمر سيان بالنسبة للإناث و الذكور، و بالمقابل يتوقف الأمر في الأداء الناجح لمختلف المهام على التأثير الذي تجسده الكفاءة الذاتية لدى الفرد سواء كان ذكرا أو أنثى في مستوى اعتماده على نفسه أو إنجاز تلك المهام و تجاوز مختلف الصعوبات و الضغوط الناجمة عنها من خلال تلقي مساعدة الآخرين.

(Bandura. A, p.92)

و مع كل ما تقدم ذكره لا يمكننا الاكتفاء في التعميم حول الاستراتيجيات الأكثر استخداما أو الأكثر فاعلية، تبعا لطبيعة المرض في حد ذاته، أو للآلام المترتبة عنه، أو للمعاناة من أعباء الآثار الجانبية للعلاجات المعتمدة في التخفيف من وطأته، بل نقودنا هذه الدراسات إلى الاعتقاد بأن هنالك عوامل أخرى تتحكم في انتقاء نمط أو أنماط الاستراتيجيات التي قد تفلح لدى مريض و تفشل لدى آخر، و تجدي مع مرض و لا تنفع مع غيره و يمكننا تلخيص هذه العوامل فيما يأتي:

- ◆ العوامل الديمغرافية و الشخصية: كالسن ، و الجنس، و المكانة الاجتماعية و الدين .
- ◆ العوامل الاجتماعية و المحيطة : كتوفر المساندة الاجتماعية .
- ◆ عوامل متعلقة بطبيعة المرض في حد ذاته : كصعوبة معايشة الألم ، أو التشوهات و الندبات التي قد تتسبب بها بعض الأمراض . (Ogden. j ,p. 272)

2-11- مناقشة عامة:

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق عدد من الأهداف كان أول أهدافها العامة تحديد وجود علاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن، وقد أشارت النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن أي أن الفرضية العامة الأولى قد تحققت.

وكان الهدف الرئيسي الثاني للدراسة هو التعرف إلى وجود قدرة تنبؤية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن معتقدات الكفاءة الذاتية تتسم بقدرة تنبؤية موجبة بل استراتيجيات مواجهة الألم المزمن. أي أن الفرضية العامة الثانية قد تحققت. كما رمت الدراسة إلى مقارنة عدد من الأهداف الفرعية كان أولها تحديد وجود ونوع العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن، حيث قادتنا النتائج إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات حل المشكل لدى مرضى الألم المزمن مما يشير إلى أن الفرضية الإجرائية الأولى قد تحققت.

وكان الهدف الفرعي الثاني هو تحديد وجود ونوع العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن، حيث دلت النتائج على أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة التجنبية لدى مرضى الألم المزمن أي أن الفرضية الإجرائية الثانية قد تحققت.

وهدفنا الدراسة إلى تحديد وجود ونوع العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال لدى مرضى الألم المزمن، لتؤكد النتائج أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة نحو الانفعال، أي أن الفرضية الإجرائية الثالثة قد تحققت.

كما هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد وجود فروق في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور)، وكانت النتائج دالة على أن توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور). أي أن الفرضية الإجرائية الرابعة قد تحققت.

وسعت الدراسة إلى تحديد وجود الفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - آلام أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي). ودلت نتائجها على أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في معتقدات الكفاءة الذاتية لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - آلام أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي) و بالتالي فإن الفرضية الإجرائية الخامسة قد تحققت.

وكان من بين أهداف الدراسة تحديد وجود الفروق في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور)، حيث توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة بين المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس (إناث / ذكور)، فالفرضية الإجرائية السادسة قد تحققت.

كما رمت الدراسة الحالية إلى تحديد وجود الفروقات في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي) وجاءت النتائج على أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن تبعاً لنوع المرض المتسبب فيه (الصداع النصفي - ألم أسفل الظهر - التهاب المفاصل الروماتيزمي) لذلك فالفرضية الإجرائية السابعة قد تحققت.

وكان الهدف الفرعي الأخير للدراسة هو تحديد وجود الفروق في نمط استراتيجيات المواجهة (تجنبية / حل المشكل / الانفعال) المتنبأة من قبل مرضى الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس، حيث دلت النتائج على أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في نمط استراتيجيات المواجهة (تجنبية / حل المشكل / الانفعال) المتنبأة من قبل مرضى الألم المزمن تبعاً لمتغير الجنس. مما يعني أن الفرضية الإجرائية الثامنة قد تحققت.

وعلى الرغم من تحقق مجمل فرضيات الدراسة التي جاءت متفقة مع نتائج بعض الدراسات واختلقت مع نتائج دراسات أخرى إلا أنه لا يمكننا اعتبار الكفاءة الذاتية هي العامل الوحيد الذي ترتبط به نتائج الدراسة الحالية، بل لا يمكننا إغفال أثر عوامل أخرى منها ما هو شخصي خاص بالمرض في حد ذاته، و ما يتجلى معه من مدركات و اعتقادات و منها ما هو خاص بالمريض من إدراك وتفاعل و أساليب في التعامل مع المرض و الأدوار التي يضطلع بها ومنها ما هو عائد إلى بيئته الأسرية والاجتماعي والثقافية و الاقتصادية و ما تمارسه عليه من تأثيرات قد تكون داعمة لدى بعض المرضى و تصبح معرقله لدى

البعض الآخر، لذلك تبقى نتائج الدراسة الحالية مرتبطة بالعينة محل الدراسة و ما تتسم به من خصائص.

خاتمة:

إن الحتمية التي يفرضها الألم المزمن سواء من حيث شدته الموجعة أو مدته المرهقة على كل بعد من أبعاد حياة المريض، يفرض علينا إيلاء العناية للبحث في المكامن المعرفية والسلوكية للفرد، والتي من شأنها تعزيز أساليبه في مواجهة أثقاله، والتغلب على تبعاته، وحسن استغلال العوامل الشخصية والبيئية في دعم عملية المواجهة البناءة التي ستمكنه من اجتياز مسألة تقبل المرض و العلاج إلى التعايش الإيجابي معهما لا سيما في حالة العلاجات الثقيلة طويلة الأمد، و قد استندت الدراسة الحالية إلى عدد من الدراسات السابقة في المجال أجمعت جلها على الدور الفاعل للكفاءة الذاتية في شتى المسائل الإيجابية للتنظيم الذاتي مما دفعنا للانطلاق فيها من افتراض وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و استراتيجيات مواجهة الألم المزمن، وأن الكفاءة الذاتية تتسم بقدرة تنبؤية موجبة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن، وهو ما تمت الإجابة عنه من خلال الخطوات و المراحل التي تم اجتيازها في الجانب الميداني و التي أوصلتنا في الأخير إلى التحقق من صحة الفرضيات المقترحة أي: وجود علاقة ارتباطية موجبة بين معتقدات الكفاءة الذاتية واستراتيجيات مواجهة الألم المزمن في المقام الأول، وأن الكفاءة الذاتية تتسم بقدرة تنبؤية موجبة باستراتيجيات مواجهة الألم المزمن في المقام الثاني. وهو ما لا يختلف مع نتائج الدراسات السابقة التي كانت سندا لانطلاق الدراسة الحالية، مما يؤكد أنه من الجدير بالاهتمام توجيه أساليب التكفل إلى استراتيجيات تبنى على تعزيز الوسائط المعرفية الخلاقة وما تسهم به من تأثيرات لم يعد فيها من خلاف.

توصيات واقتراحات:

يقودنا البحث الحالي إلى تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات أهمها:

أولاً: تقديم الأولوية للمزيد من البحوث التي تعنى بالبحث في مجال المتغيرات المعرفية الوسيطة في مختلف التظاهرات والارتكاسات البيولوجية من خلال تشجيع الباحثين فيها.

ثانياً: تشجيع التوأمة العلمية في البحث العلمي بين العلوم النفسية والبيولوجية لا سيما العلاقة الوثيقة بين بعض المتغيرات المعرفية كالكفاءة الذاتية، واستراتيجيات المواجهة، والتفاؤلية والصلابة النفسية بإمكانيات تعزيز الجوانب الصحية للمرضى مثل تعزيز المناعة، والالتزام بالسلوكيات الصحية، وتقبل العلاجات الطويلة الأمد، والرفع من جودة الحياة، وتعزيز الرفاهية الصحية.

ثالثاً: توجيه البحوث إلى العمل على بناء برامج إرشادية قائمة على الفعالية الإيجابية لبعض المتغيرات في حياة الأفراد، يمكن استغلالها لاحقاً في سياق التكفل التكاملي القائم على مبادئ النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي.

رابعاً: منح أهمية لدراسة بعض القضايا المحورية في حياة المرضى المزمنين مثل ما تفرضه مسألة المعاناة من الألم المزمن، بغرض إعادة التأهيل لهؤلاء المرضى وإكسابهم استراتيجيات بناءة وأساليب سلوكية مبنية على أسس مدروسة من شأنها تعديل النظرة التشاؤمية التي تلقي بظلالها على حياة المريض.

خامساً: قد يستجيب العديد من المرضى للعلاجات الطبية والنفسية في رحلة علاج وكفاح في مواجهة المرض، لذلك من الضروري تكثيف القيام بالعمليات التوعوية والتنقيفية المساندة التي يكون مدى تأثيرها على بعدين البعد التعليمي التنقيفي للمريض حول مرضه أو ألمه وكيفية التعامل والتعايش معه، وعلى بعد المساندة النفسية والاجتماعية التي تسهم في تفادي انتكاس هؤلاء المرضى أمام ثقل المرض والألم والعلاج.

المراجع

المراجع:

- 1- أبو أسعد، أحمد. (2011): دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية: مقاييس الصحة النفسية، مقاييس المشكلات والاضطرابات. الأردن: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- 2- أبو زيد، مدحت، عبد الحميد. (2003): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج5. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 3- الخفاف، إيمان، عباس. (2013). الذكاء الانفعالي: تعلم كيف تفكر انفعاليا. الأردن: دار المناهج.
- 4- الدردير، عبد المنعم أحمد (2004): دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، ط1، ج1. القاهرة: عالم الكتب.
- 5- الرقب، إبراهيم سليمان. (2010): العنف الأسري وتأثيره على المرأة. الأردن: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- 6- الزيات، فتحي مصطفى. (2005): علم النفس المعرفي. ط1. ج2. مصر: دار النشر للجامعات.
- 7- السيد، عثمان فاروق . (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 8- الشناوي، نجوى إبراهيم. (2023) : النوع و التعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغوط و بعض النتائج النفسية لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية . مجلة الدراسات النفسية المعاصرة. المجلد 05. العدد 2. سبتمبر 2023.
- 9- الفرحتي، السيد، محمود. (2009): العجز المتعلم سياقاته وقضاياه التربوية والاجتماعية: قراءات في علم النفس الإيجابي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- 10- المصري، عامر، محمد، طارق، عبد الرؤوف. (2018): مفهوم وتقدير الذات. عمان: دار المنهل.
- 11- برويكر، داغمار و آخرون ، ترجمة رضوان، سامر، جميل. (2003): سيكوفيزيولوجية الألم. مجلة الثقافة النفسية، مركز الدراسات النفسية و النفسية الجسدية، العدد 54، المجلد 14، لبنان
- 12- بول، ج، ليندزاي، س، ترجمة صفوت فرج. (2000): مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 13- بولنج، آن، ترجمة حشمت ، حسين، قياس الصحة : عرض لمقاييس جودة الحياة ، مجموعة النيل العربية ، القاهرة
- 14- سيوس، ش، مايز، ج ، ترجمة فرج، ص. (2002): مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين. القاهرة: دار الأنجلو المصرية.

- 15-بيروت، عائدة يعقوب، حمدي، زويه. (2012): فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز التفاضلي و إعادة التصور في خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن و تحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأمهات. المجلة الأردنية في العلوم التربوية. 8(4): 302-283
- 16- تالور، شيلي، ترجمة درويش، وسام بريك ، شاكرا ، طعمية داود،. (2008). علم النفس الصحي. الأردن: دار الحامد.
- 17- جيسون ، م الكوم، ترجمة مارك عبود. (2013) : آلام الظهر. لبنان: دار المؤلف.
- 18- حسانين، محمد. (2010): العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن: المبادئ والاستراتيجيات. مجلة الثقافة النفسية. 01(01): 139-157. الجزائر: دار الخلدونية
- 19- حسين، عبد العظيم، طه ، حسين، سلامة عبد العظيم :الذكاء الوجداني للقيادة التربوية. الأردن: دار الفكر. 2006 ، ط1
- 20- جيسون، م الكوم. ترجمة عبود، مارك. (2013): آلام الظهر. لبنان: دار المؤلف.
- 21-خلاف، أسماء، عدوان، يوسف. (2018):التوافق النفسي و علاقته بفعالية الذات لدى عينة من مرضى سرطان الثدي. مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 25. ص336-323.
- 22-خمخام دليلة ، جار الله سليمان. (2023): تنمية الكفاءة الذاتية لدى المصابين بالأمراض المزمنة : السمعة أنموذجاً: مجلة العلوم الإنسانية، العدد 2 المجلد 23. ص 416-437.
- 23- دليو فضيل. (2024): مدخل إلى منهجية البحث العلمي. الجزائر: مخبر الاستخدام والتلقي في الجزائر.
- 24-رجب، محمد علي شعبان. (1995): الفروق الجنسية و العمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة. مجلة علم النفس. 9(34): 110-123 .
- 25-رضوان، سامر جميل . (2010) : أثر الكفاءة الذاتية في خفض مستوى القلق. مجلة دراسات نفسية. مركز البصيرة و الاستشارات و الخدمات التعليمية العدد 03. الجزائر
- 26-رضوان، سامر جميل. (1997): توقعات الكفاءة الذاتية "البناء النظري و القياس". مجلة شؤون اجتماعية. العدد 1. دمشق.
- 27-فؤوي، م حمد. (2006): الألم -أسبابه وكيف تتخلص منه. القاهرة: دار الهلال

- 28-غانم، محمد حسن . (2015):كيف تتعامل بكفاءة مع نفسك والآخر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 29-صراق، يسرية،الشربيني، زكريا.(2018):مقتطفات من علم النفس في الكوارث و الأزمات. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- 30- عبد الخالق، أحمد، محمد.(2015): علم نفس الشخصية. ط2، ج1، الإسكندرية: دار المنهل.
- 31- عبد العزيز، محمود ، (2010):مقدمة في علم نفس الصحة. ط1، عمان: دار وائل للنشر .
- 32-عبد العزيز، هشام،راشد،مؤمن . (2020): الصمود النفسي. الأردن: دار نبراس للنشر والتوزيع.
- 33-عقيلان، فلهي، حسن . 2014: إدارة الوقت والذات. (ط2). الأردن: دار المعترف للنشر والتوزيع.
- 34- هادي، أنوار، مجيدي . (2012):الطلاق العاطفي و علاقته بفاعلية الذات لدى الأسر. لبنان: دار النهضة العربية .
- 35-هوفمان، إس جي، ترجمة علي، علي عيسى.(2012):العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. القاهرة: دار الفجر
- 36- وود، أليكس، جونسون، جوديث ، ترجمة عبد الله. أ وآخرون. (2022):مصنف وايبي في علم النفس الإيجابي. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- 37-خلف، عثمان . (2001): علم النفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الدوحة: دار الثقافة.
- 38- Aerts. A et al. (1997) : **Soins de plaies** . France : De Boeck.
- 39- Alexandre-Bailly.F.(2013): **Comportement humain et management** , pearson, France, 4ème édition.
- 40- André, N , Laurencelle, L. (2010) : **Questionnaire psychologiques pour l'activité physique, le sport et l'exercice**. Québec : les presses de l'université de Québec
- 41- Association azuréeenne de thérapie comportementale et cognitiv. (2013) : **Les thérapies brèves: actualité et perspectives des TCC** . Paris : édition Mon Petit .
- 42- Bandura, A.(1991) : Self Efficacy Mechanism In Physiological Activation And Health Promoting Behavior In Maden J-Ed Neurobiology Of Learning Emotion And Effect. New York : Combridge University Press.
- 43- Bandura, A. (2019) : Auto- efficacité : comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie .Paris : De Boeck. 3ème édition.
- 44- Bandura, A . (2002) : **Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle** , France : Edition De Boeck .
- 45- Binoche, T, Martineau, C, (2005) : Guide pratique du traitement des douleurs, Paris : Masson.
- 46- Bioy, A, Fouques, D. (2002) :**Manuel de psychologie du soin**. Paris : Bréal, Rosny.

- 47- Bonino, S. (2008) : **Vivre la maladie : ces liens qui me rattachent à la vie** .
Bruxelle : De Boeck.
- 48- Boucher, C. (2018) : **Développez vos capacités psychiques : Prenez conscience de votre plein potentiel**. Canada : Les éditions ATMA Internationales.
- 49- Brasseur, L, Djian, M-C.(2010) : **Douleurs : thérapeutiques invasives**. France : Arnette - John Libbey Eurotext.
- 50- Bruchon-Schweitzer, M, Boujut, E. (2001) : **Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles**. France : Dunod
- 51- Brunner, S et al. (2011) : **Soins infirmiers médecine et chirurgie** . Bruxelles : De Boeck.
- 52- Caoron., I, P. (2014) : **Le sentiment d'efficacité personnelle d'élèves en contexte plurilingue**. France : Amazon
- 53- Chila, A. (2017) : **Traité d'ostéopathie**. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.
- 54- Coninckx.G,T. (2010) : **résilience organisationnelle : rebondir face aux turbulences**. Bruxelles : De Boeck.
- 55- Côté, C. (2022) : **Comprendre la douleur chronique au spectre du genre : attentes de rôles de genre et pandémie** , Journal sur l'identité, les relations interpersonnelles et les relations intergroupes Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity Volume 15 .
- 56- Cooper. C L, (2003) : **The handbook of work and health psychology**. Great Britain : édition John Wiley.
- 57- Corruble, E , (2013) : **Les antidépresseurs** . Paris : édition Lavoisier.
- 58- Coudeyre, E et al, (2003) : **Information du patient et lombalgie commune** . France : Elsevier Masson.
- 59- Danjou, I , (2004). Entreprendre la passion d'accomplir ensemble. Paris : Edition L'Harmatan.
- 60- Danvers, F. (2009) : **S'orienter dans la vie : une valeur suprême? essai d'anthropologie de la formation**. France : Presses universitaires du Septentrion.
- 61- David H et al., . (2016) : **Psychopathologie : une approche intégrative**. 3ième Ed. Belgique : De Boeck supérieur.
- 62- De Broca, (2023) : Douleurs, soins palliatifs, deuils, éthique. 3ième Ed. France : Issy-les-Moulineaux .Elsevier-Masson.
- 63- Dellefosse . M S (2002) : **Psychologie de la santé : Perspectives qualitatives et cliniques**.Belgique : Sprimont.
- 64- Delobbe, N et al., (2002) : **Comportement organisationnel**.France : De Boeck.
- 65- De Soir. E et al., (2012) : stress et trauma dans les services de police et de secours. Maklu : édition Antwerpen.
- 66- Detuba, L M, (2010) : **Caractéristiques de la douleur et variables associés à la santé mentale dans une population souffrant de la douleur chronique suivis en consultation externe de psychiatrie**. Québec : édition Rouyn-Noranda.
- 67- Dewe, P et al., (2010) : **Coping, health and organizations**. France : CRP Press.
- 68- Dolbeault, S et al. (2007) : **La psycho-oncologie**. Paris : Edition John Libbey Eurotext.
- 69- Dryden. W, Palmer. S. (1997) : **Stress management and counseling : theory, practice, research and methodology**. London : Cassel.

- 70- Dum, N , Broyer, G. (2002) : **Clinique du corps** . France. Presse univrstitaires de Lyon.
- 71- Dumont, M, Plancherel. B. (2001) : **Stress et adaptation chez l'enfant**. Québec. Presses de l'Université du Québec
- 72- Duplan, B et Marty, M (2001) : **Bien soigner le mal de dos**. Paris : Odile Jacob.
- 73- Durand, M.V, Barlow, D.H. (2002) : **Psychopathologie**.2ème éd. Belgique : De Boeck.
- 74- Ecoffey,C , Annequin ,D. (2011) : **La douleur chez l'enfant**. 2^{ème} éd. Paris : Lavoisier : Paris.
- 75- Fatio, M M et Leroy, B (2019) : **Réadaptation du Handicap douloureux chronique : Pain management programmes et pratique**. France : Elsevier Masson
- 76- Feltz, D L et al. (2008) : **Self efficacy and sport : Research and strategies for workin with athletes, teams, and coaches**. France : Amazon
- 77- Fisher, G-N (2002) : **Traité de psychologie de la santé**. Paris : édition Dunod.
- 78- Fontaine, O et al, (1989) : **Clinique de thérapie comportementale**. Paris : éditions Mardaga.
- 79- Frank. N (2017) : **Remédiation cognitive**. 2^{ème} éd. France : Elsevier Masson
- 80- Groth-Marnat, (2003): **Student's and teachers values, attitudes, feellings and beliefs in mathematic classrooms**. Great Britain : Springer édition
- 81- Grondin, S. (2015). **La psychologie au quotidien**. Québec : Presses de l'Université Laval.
- 82- Guillemont, C et al, (2009) : **Ma douleur, comment l'apprivoiser ?** , France : De Boeck.
- 83- Huber, W. (2010) : **la psychologie clinique d'aujourd'hui**. France : édition Mardaga.
- 84- Jardri, R. (2016) : **Psychothérapies des hallucinations**. France : Elsevier Masson.
- 85- Kastler. B, Fergane . B (2005) : **Radiologie interventionnelle dans le traitement de la douleur**. France : Issy-les-Moullineaux.
- 86- Kolb, B. (2019) : **Cerveau et comportement**. France : De Boeck
- 87- Kramer, U et al. (2015) : **la psychothérapie centrée sur les émotions**. Philadelphia : Elsevier - Health Sciences Division.
- 88- Laplanche, P et Pantalís, B. (1967) : **Vocabulaire de la psychanalyse**. Paris : Presses universitaires de France.
- 89- Levy, J J. (2003) : **Enjeux psychosociaux de la santé**. Canada : Presses Universitaires de Québec.
- 90- Leys,C, Fossion, O. (2023) : **Science de la résilience Petit traite pour les psys et pour les autres** . Paris : Odile Jacob.
- 91- Liu. S . (2019) : **Social support network, Coping and positive aging among the community-dewlling elderly in Hong Kon**. New-York : Springer édition.
- 92- Louivet,B et Campo ,M. (2016) : **Les émotion en sort et en EPS apprentissageperformance et santé**. France : De Boeck
- 93- Luminet. O. (2008) : **Psychologie des émotions : confrontation et évitement** . 2ème édition Belgique : De Boeck .
- 94- Lussier, Y et al. (2019) : **Les fondements de la psychologie des couples**. Québec : presses de l'université de Québec.
- 95- Masson. J , Ratenet. L. (2020) : **Relation entre sentiment d'efficacité personnelle à entrer à l'université chez les étudiants de 1^{ier} cycle et stratégies de coping :**

- construction et validation d'une échelle.** Lyon : Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur . 36(1) pages 01-21
- 96- Maigne, J-Y , (2009) : **Le mal de dos : pou une prise en charge efficace.** 2^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson.
- 97- Martz. E et al (2007) : **Coping with chronic illness and didability theoretical, empirical, and clinical aspects.** Boston : Springer Science et Business Media.
- 98- Massoudi. K, (2009) : **Le stress professionnel : une analyse des vulnérabilités individuelles et des facteurs de risque environnementaux.** Bern : p. Lang .
- 99- Metzger, C, (2007) : **Soins infirmiers et douleur** . 3^{ème}, édition. Paris : édition Elsevier Masson.
- 100- Muwafaq, A, Radeef, S M. (2020) : **Chronic pain acceptance and Social Support Among Patients with Chronic Disease.** Al-Ustath Journal for Human and Social Sciences Vol. (59) No.(4) . pages 01-26
- 101- Nezu, A, M et al. (2003) : **Handbook of psychology** .New Jersey : John Whily and sons Inc.
- 102- Nkayé, E, (2015).**Une problématique de la douleur chronique.** Paris : L'Harmatan
- 103- Ogden, J. (2014) : **Psychologie de la santé.** 2^{ème} édition. Belgique : De boeck.
- 104- Poulain, P. (2005) : **Douleur en oncologie.** France : John Libbey.
- 105- Reeve et al. (2017) : **psychologie de la motivation et des émotions.** 2^{ème} Ed. Paris : De Boeck.
- 106- Reicherts. M (2012) : l'ouverture émotionnelle : une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels, wavre, Belgium : Edition Margada.
- 107- Renard, S et al. (1988) : **Psychologie et problèmes gynécologiques.** Bruxelles : édition Pierre Mardaga
- 108- Rossier, J , Hansenne, M (2018) : **Psychologie de la personnalité.** France : De Boeck
- 109- Rouxville, Y et al. (2007) : **Auriculothérapie : Acupuncture auriculaire.** France : Springer-Verlag .
- 110- Sarafino, E.P, Smith, Timothy.N. (2011) : **Health Psychology. Biopsychosocialinteraction.**(7E). New Jersey: John Wiley & Sons.
- 111- Shankland , A et al. (2022) : **la santé mentale des étudiants : Approches innovantes en prévention et dans l'accompagnement.** France : Issy-les-Moulineaux.
- 112- Schwarzer, R, (2014) : **Self efficacy.** Great Britain : Routledge édition
- 113- Thiery, M, Quivigier, P-Y. (2007) : **Action médical et confiance.** France : Presses universitaires.
- 114- Schwarzer, R, Scholz, V. (2002) : **Cross-cultural assessment of coping resources. The general perceived self-efficacy scale.** Journal of Psychological Assessment. 139(5) : 439-457
- 115- Schweitzer , M .B , Dantzer, R. (2003) : **Introduction à la psychologie de la santé.** France : Presses universitaires
- 116- Untas, A et al., (2017) : **Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques : Accompagner les patients et leurs proches.** Belgique Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

- 117- Waxman, S, (2006) : **Chronic low Back and impact on relationships satisfactions** . Canada : Queen' University .
- 118- Wijers Buffet, I. (2012) : **Acteur de sa vie : développer l'empowerment : mieux être au travail et dans sa vie personnelle**. Paris : Mon petit éditeur.
- 119- Zech, E. (2013) : **Psychologie du deuil : Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche**. Cork : Primento Publishing.
- 120- Zeinder. M , Endler. N S (1996) : **Handbook of coping : theory, research, applications**. New York : John Wiley & sons.

الملاحق

الملاحق:

الملحق رقم: (01) استمارة معلومات خاصة بالمريض

استمارة معلومات خاصة بالمريض

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى مواجهة المريض للألم يعاني منه، يرجى منك ملء هذه المعلومات بكل موضوعية بوضع علامة X أمام الخيار الذي ينطبق عليك .

معلومات خاصة بالمريض:

الاسم:(اختياري)

السن:

الجنس: ذكر:..... أنثى:.....

الحالة الاجتماعية:

أعزب:..... متزوج:..... أرمل:..... مطلق:.....

المستوى التعليمي:

أمي:..... ابتدائي:..... متوسط:..... ثانوي:..... جامعي:.....

معلومات بخصوص المرض:

نوع المرض: مدة المرض:.....

مدة المعاناة من الألم الناجم عن المرض:

ثلاثة أشهر:..... ستة أشهر:..... سنة:..... أكثر من سنة:.....

حدة الألم الذي تعاني منه:

ضعيف:..... متوسط:..... شديد:..... شديد جدا:.....

نوع العلاج الذي تتلقاه:

دوائي:..... جراحي:..... علاجات أخرى حددها:.....

مكان العلاج: داخل المستشفى:..... خارج المستشفى:.....

الملحق رقم: (02) استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jerusalem, M

استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jerusalem, M

السن:..... الجنس:.....

العمل: (إذا كنت تعمل)

تعليمات:

أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، و ذلك بوضع علامة X أمام كلمة واحدة مما يلي كل عبارة منها.

ليس هنالك إجابة صحيحة و إجابة خاطئة و ليست هناك عبارات خادعة، أجب بسرعة و لا تفكر كثيرا بالمعنى الدقيق لكل عبارة، و لا تترك أي عبارة دون إجابة.

العبارات	مطل	نادرا	غال	دائما
	قا		با	
1 عندما يقف شخص في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فإنني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي				
2 إذا ما بذلت من جهد كفاية، فإنني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.				
3 من السهل علي تحقيق أهدافي و نواياي.				
4 أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة.				
5 أعتقد بأنني قادر على التعامل مع الأحداث حتى ولو كانت هذه مفاجأة لي.				
6 أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأنني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية.				
7 مهما يحدث فإنني أستطيع التعامل مع ذلك.				
8 أجد حلا لكل مشكلة تواجهني.				
9 إذا ما واجهني أمر جديد فإنني أعرف كيفية التعامل معه				

				أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.	10
--	--	--	--	---	----

الملحق رقم: (03) قائمة المواقف الضاغطة لـ Endler & Parker
قائمة المواقف الضاغطة CISS

تعليمات: يرجى منك الإجابة على كل واحدة من النماذج المقترحة وذلك بوضع دائرة على الإجابة المناسبة لطريقة استجابتك المعتادة للمواقف. طريقة الإجابة عبارة عن سلم من 1 (أبدا) إلى 5 (كثيرا) و يمر بإجابات متوسطة (2-3-4) تسمح لك بتوضيح حالتك .

كثيرا

أبدا

5	4	3	2	1		1
5	4	3	2	1	أنظم وقتي بشكل أفضل	1
5	4	3	2	1	أركز على المشكلة وأرى كيف أستطيع حلها	2
5	4	3	2	1	أعيد التفكير في الأوقات الجميلة التي عرفتتها	3
5	4	3	2	1	أسعى إلى أن أكون برفقة أشخاص آخرين	4
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على تضييع الوقت	5
5	4	3	2	1	أقوم بما أظن أنه صحيح	6
5	4	3	2	1	أقلق وأنزعج لمشاكلي	7
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على أنني وجدت في هذه الوضعية	8
5	4	3	2	1	أخرج للتسوق أتأمل الواجهات التجارية	9
5	4	3	2	1	أحدد وأوضح أولوياتي	10
5	4	3	2	1	أحاول أن أنام	11
5	4	3	2	1	أتناول أحد الأطباق المفضلة لدي	12
5	4	3	2	1	أشعر بالقلق وعدم القدرة على تجاوز المواقف	13
5	4	3	2	1	أصبح متوترا أو منقبضا	14
5	4	3	2	1	أفكر في الطريقة التي أستخدمها في حل المشاكل المتماثلة	15
5	4	3	2	1	لا أصدق أن هذا يحدث لي (في الواقع)	16
5	4	3	2	1	ألوم نفسي لحساسيتي المفرطة وانفعالي الزائد أمام الموقف	17
5	4	3	2	1	أذهب إلى المطعم أو أكل شيئا	18

5	4	3	2	1	أشعر بالضيق أكثر فأكثر	19
5	4	3	2	1	أشتري شيئاً ما لنفسي	20
5	4	3	2	1	أحدد طريقة للعمل وأتبعها	21
5	4	3	2	1	ألوم نفسي لأنني لا أعرف ما يجب أن أقوم به	22
5	4	3	2	1	أذهب للسهر " إلى حفلة عند الأصدقاء"	23
5	4	3	2	1	أجهد نفسي لأحلل وأفهم الوضعية التي تواجهني	24
5	4	3	2	1	أعجز ولا أعرف ماذا أفعل	25
5	4	3	2	1	أتصرف مباشرة دون انتظار	26
5	4	3	2	1	أفكر فيما يحدث لي أو ما شعرت به	27
5	4	3	2	1	أتمنى لو كان باستطاعتي تغيير ما شعرت به	28
5	4	3	2	1	أذهب لزيارة صديق(ة)	29
5	4	3	2	1	أقلق مما سأقوم به	30
5	4	3	2	1	أقضي وقتي مع شخص حميم(ة)	31
5	4	3	2	1	أخرج للتنزه (التجول)	32
5	4	3	2	1	عاهدت نفسي بأن هذا الوضع لن يتكرر ثانية	33
5	4	3	2	1	أتكلم عن نقائصي وعدم تكيفي عموماً	34
5	4	3	2	1	أتكلم مع شخص أقدر نصائحه	35
5	4	3	2	1	أحلل المشكل قبل أن أقوم برد الفعل	36
5	4	3	2	1	أهاتف صديق(ة)	37
5	4	3	2	1	أغضب	38
5	4	3	2	1	أضبط أولوياتي	39
5	4	3	2	1	أشاهد فيلماً	40
5	4	3	2	1	أتحكم في زمام الموقف	41
5	4	3	2	1	أقوم بمجهود إضافي لتسيير الأمور	42
5	4	3	2	1	أحاول إيجاد مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل	43
5	4	3	2	1	أحاول إيجاد وسيلة لعدم التفكير وتجنب الموقف	44
5	4	3	2	1	أصب غضبي على أشخاص آخرين	45
5	4	3	2	1	أغنتم الموقف لإظهار قدراتي	46
5	4	3	2	1	أحاول تنظيم نفسي لأتحكم أفضل في الموقف	47

الملحق رقم: 04 دراسة توزيع البيانات اختباري Shapiro-Wilk و Kolmogorov-smirnova

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	Ddl	Sig.	Statistiques	Ddl	Sig.
معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	,171	95	,000	,846	95	,000
المواجهة المتمركزة حول حل المشكل	,121	95	,002	,932	95	,000
المواجهة المتمركزة حول الانفعال	,155	95	,000	,901	95	,000
المواجهة التجنبية	,149	95	,000	,941	95	,000
النتائج العامة للمواجهة	,201	95	,000	,899	95	,000

a. Correction de signification de Lilliefors

الملحق رقم: (05): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة:

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	95	24,60	11,703	10	40

الملحق رقم: (06) المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لاستراتيجيات المواجهة:

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
النتائج_العامة_للمواجهة	95	106,58	6,094	91	121

الملحق رقم: (07) معاملات الارتباط بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة والمواجهة (النتائج العامة-
حل المشكل-الانفعال-التجنبية):

الملحق رقم: (08) معادلة الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة:

Corrélations						
		معتقدات_الكفاءة_الذاتية العامة	المواجهة_المتمرکزة_حول حل_المشکل	المواجهة_المتمرکزة_حول_الانفعال	المواجهة_التجنیبية	النتائج_العامة_للمواجهة
معتقدات_الكفاءة_الذاتية_العامة	Corrélation de Pearson	1	,963**	-,962**	-,958**	,787**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	95	95	95	95	95
المواجهة_المتمرکزة_حول حل_المشکل	Corrélation de Pearson	,963**	1	-,974**	-,940**	,906**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000
	N	95	95	95	95	95
المواجهة_المتمرکزة_حول_الانفعال	Corrélation de Pearson	-,962**	-,974**	1	,907**	-,830**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	95	95	95	95	95
المواجهة_التجنیبية	Corrélation de Pearson	-,958**	-,940**	,907**	1	-,742**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	95	95	95	95	95
النتائج_العامة_للمواجهة	Corrélation de Pearson	,787**	,906**	-,830**	-,742**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	95	95	95	95	95

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,787 ^a	,619	,615	3,782

a. Prédicteurs : (Constante), معتقدات الكفاءة الذاتية العامة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	2161,247	1	2161,247	151,135	,000 ^b
	Résidu	1329,911	93	14,300		
	Total	3491,158	94			

a. Variable dépendante : النتائج العامة للمواجهة

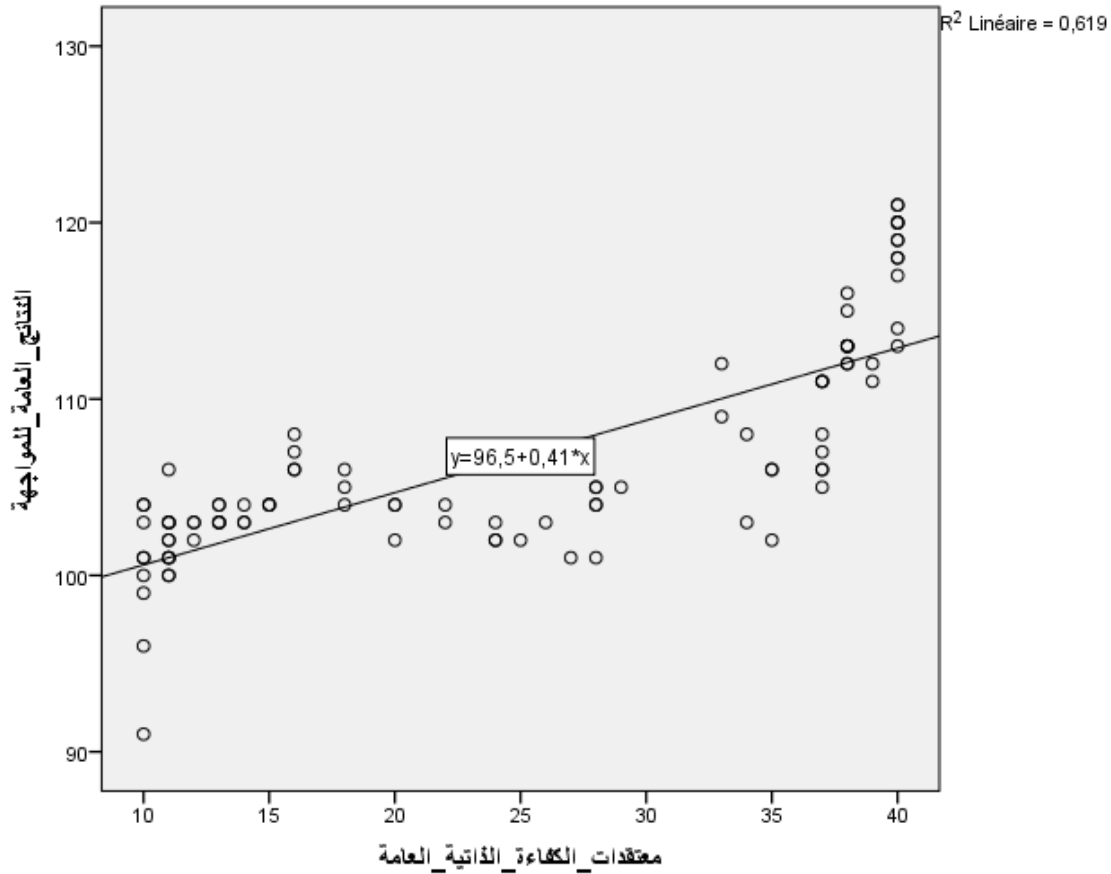
b. Prédicteurs : (Constante), معتقدات الكفاءة الذاتية العامة

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Sig.
		B	Erreur standard	Bêta	t	
1	(Constante)	96,500	,907		106,393	,000
	معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	,410	,033	,787	12,294	,000

a. Variable dépendante : النتائج العامة للمواجهة

الملحق رقم: (09) شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة واستراتيجيات المواجهة:



الملحق رقم (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير الجنس:

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	95	24,60	11,703	10	40
الجنس	95	1,42	,496	1	2

Rangs				
	الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	ذكر	55	37,65	2070,50
	أنثى	40	62,24	2489,50
	Total	95		

الملحق رقم (11): نتائج U de Mann-Whitney لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير الجنس: اختبار

Tests statistiques ^a	
	معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
U de Mann-Whitney	530,500
W de Wilcoxon	2070,500
Z	-4,306
Sig. asymptotique (bilatérale)	,000
a. Variable de regroupement : الجنس	

الملحق رقم (12): المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير نوع المرض:

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	95	24,60	11,703	10	40
نوع المرض	95	2,05	,705	1	3

Rangs			
	نوع المرض	N	Rang moyen :
معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	1	21	52,88
	2	48	56,26
	3	26	28,81
	Total	95	

الملحق رقم (11): نتائج اختبار Kruskal Wallis لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير الجنس:

Tests statistiques ^{a,b}	
	معتقدات الكفاءة الذاتية العامة
Khi-deux	17,677
Ddl	2
Sig. Asymptotique	,000
a. Test de Kruskal Wallis	
b. Variable de regroupement : نوع_المرض	

الملحق رقم (12): المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمعتقدات الكفاءة الذاتية العامة حسب متغير الجنس:

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
النتائج العامة للمواجهة	95	106,58	6,094	91	121
الجنس	95	1,42	,496	1	2

Rangs				
	الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
النتائج العامة للمواجهة	ذكر	55	38,57	2121,50
	أنثى	40	60,96	2438,50
	Total	95		

الملحق رقم (13): نتائج اختبار U de Mann-Whitney للاستراتيجيات المواجهة حسب متغير الجنس:

Tests statistiques ^a	
	النتائج العامة للمواجهة
U de Mann-Whitney	581,500
W de Wilcoxon	2121,500
Z	-3,926
Sig. asymptotique (bilatérale)	,000
a. Variable de regroupement : الجنس	

الملحق رقم (14): المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة حسب متغير نوع المرض:

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
النتائج العامة للمواجهة	95	106,58	6,094	91	121
نوع المرض	95	2,05	,705	1	3

Rangs			
	نوع المرض	N	Rang moyen :
النتائج العامة للمواجهة	1	21	55,29
	2	48	51,69
	3	26	35,31
	Total	95	

الملحق رقم (15): نتائج اختبار Kruskal Wallis لاستراتيجيات المواجهة حسب الجنس:

Tests statistiques^{a,b}

النتائج العامة للمواجهة	
Khi-deux	7,909
Ddl	2
Sig. Asymptotique	,019

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : نوع_المرض

الملحق رقم (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمواجهة المتمركزة حول حل المشكل حسب الجنس:

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
المواجهة_المتمركزة_حول_حل_المشكل	95	45,98	18,832	16	80
الجنس	95	1,42	,496	1	2

Rangs

	الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
المواجهة_المتمركزة_حول_حل_المشكل	1	55	37,74	2075,50
ل	2	40	62,11	2484,50
	Total	95		

الملحق رقم (17): نتائج اختبار U de Mann-Whitney للاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل حسب متغير الجنس:

Tests statistiques^a

المواجهة المتمركزة حول حل المشكل	
U de Mann-Whitney	535,500
W de Wilcoxon	2075,500
Z	-4,257
Sig. asymptotique (bilatérale)	,000

a. Variable de regroupement : الجنس

الملحق رقم (18): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمواجهة المتمركزة حول الانفعال حسب الجنس:

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
المواجهة_المتمركزة_حول_الانفعال	95	30,76	7,537	17	41
الجنس	95	1,42	,496	1	2

Rangs				
	الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
المواجهة_المتمركزة_حول_الانفعال	1	55	57,40	3157,00
	2	40	35,08	1403,00
	Total	95		

الملحق رقم (19): نتائج اختبار U de Mann-Whitney للاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال حسب متغير الجنس:

Tests statistiques ^a	
	المواجهة_المتمركزة_حول_الانفعال
U de Mann-Whitney	583,000
W de Wilcoxon	1403,000
Z	-3,904
Sig. asymptotique (bilatérale)	,000
a. Variable de regroupement : الجنس	

الملحق رقم (20): المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمواجهة التجنبية حسب الجنس:

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
المواجهة_التجنبية	95	29,84	6,349	19	45
الجنس	95	1,42	,496	1	2

Rangs

	الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
المواجهة_التجنبية	1	55	57,86	3182,50
	2	40	34,44	1377,50
	Total	95		

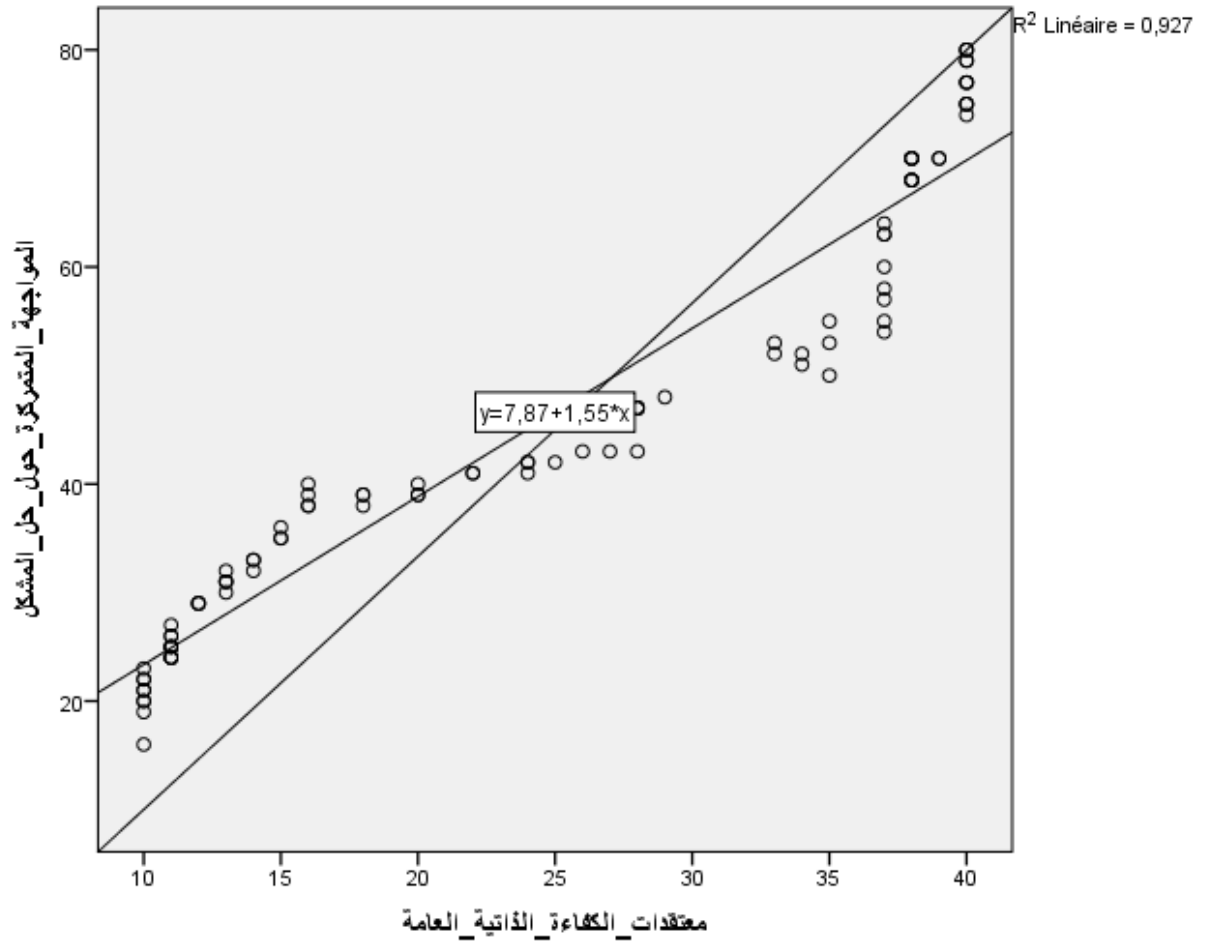
الملحق رقم (21): نتائج U de Mann-Whitney للاستراتيجيات المواجهة التجنبية حسب متغير الجنس:
اختبار

Tests statistiques^a

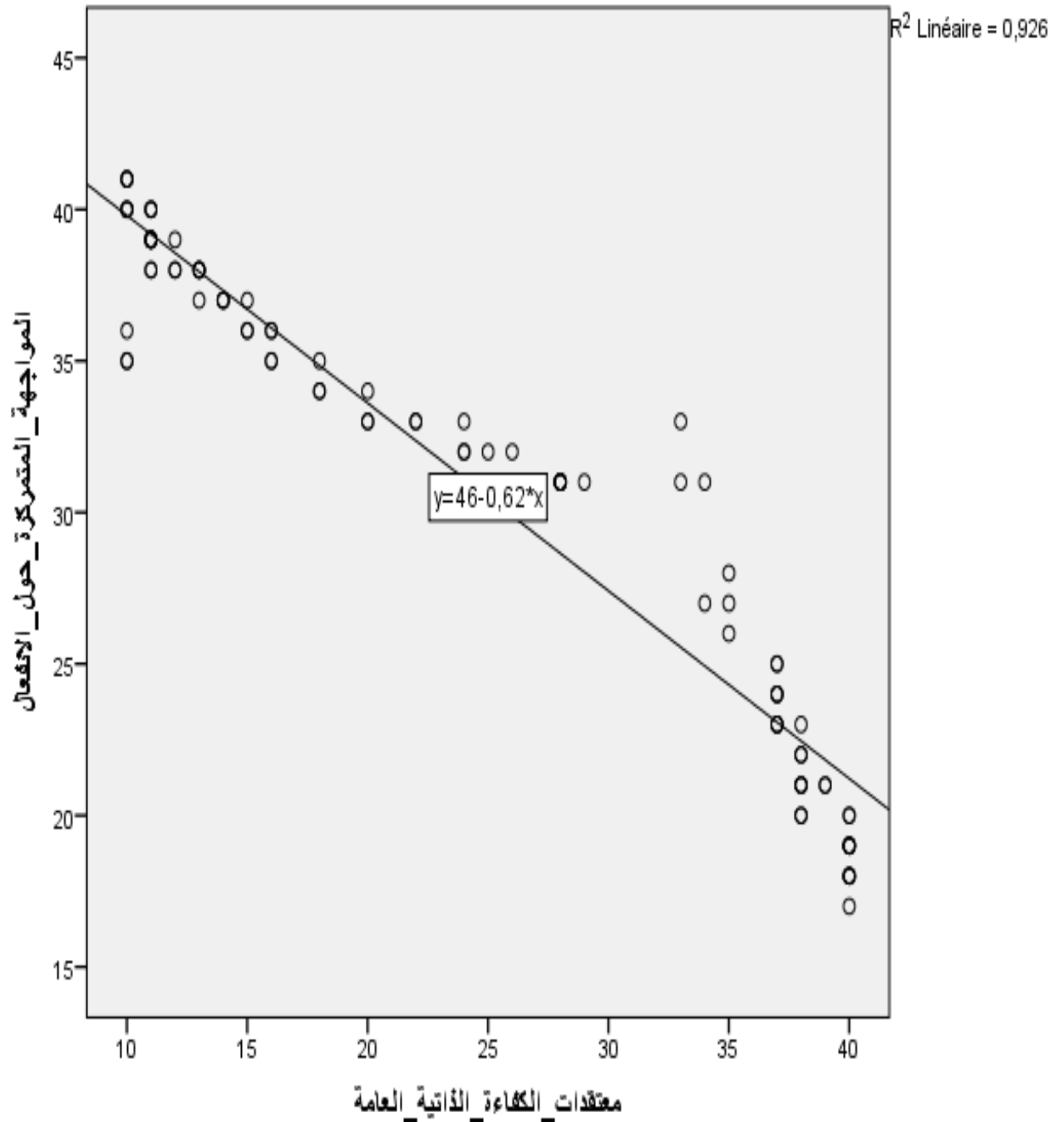
	المواجهة_التجنبية
U de Mann-Whitney	557,500
W de Wilcoxon	1377,500
Z	-4,098
Sig. asymptotique (bilatérale)	,000

a. Variable de regroupement : الجنس

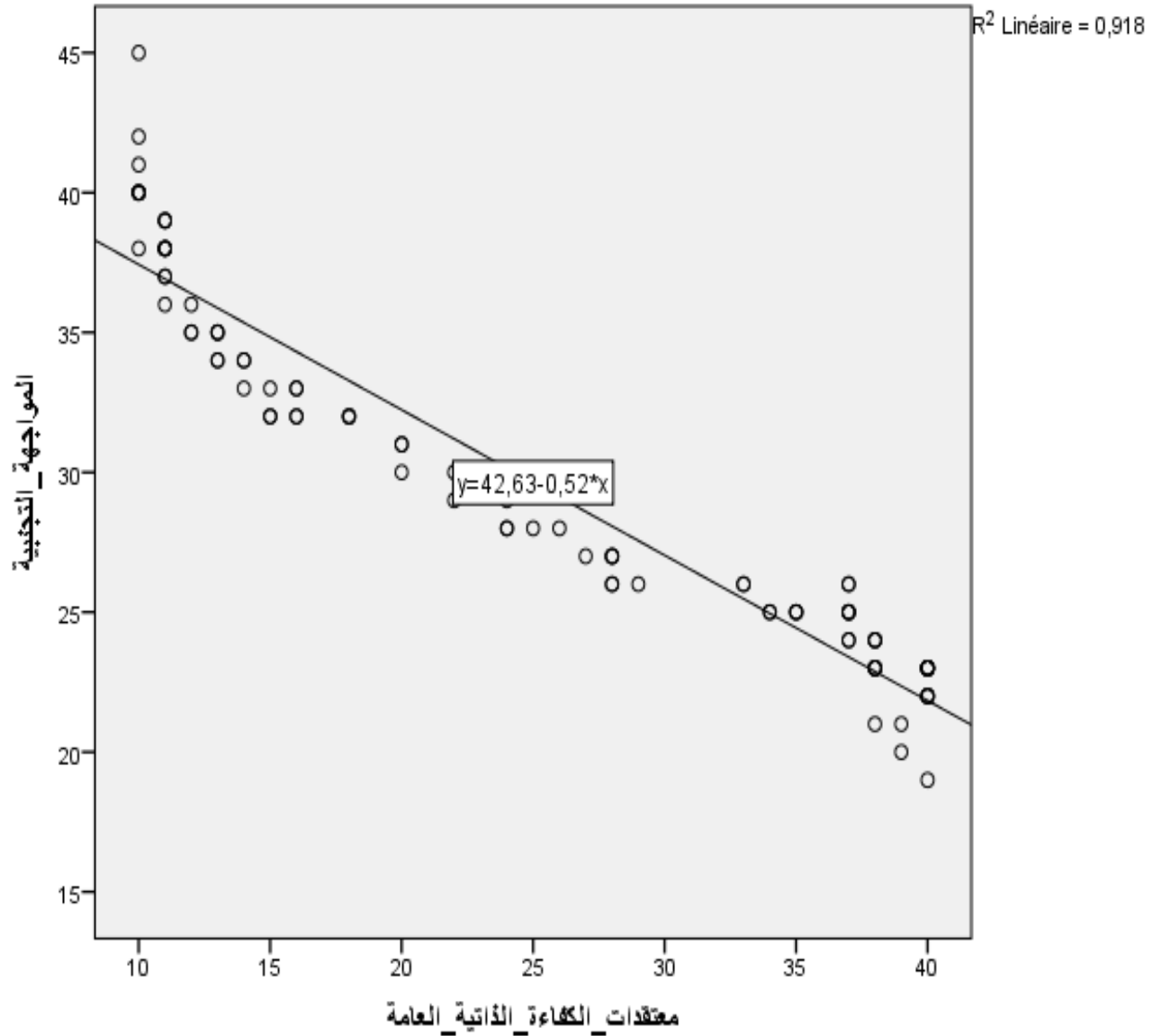
الملحق رقم (22): شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة
المتمركة حول حل المشكل:



الملحق رقم (23): شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة
المتمركزة حول الانفعال



الملحق رقم (24): شكل الانحدار بين معتقدات الكفاءة الذاتية العامة و استراتيجيات المواجهة
التجنبيه:



الملحق رقم: (25)

نتائج عينة الدراسة على استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Schwarzer, R & Jerusalem, M

وقائمة المواقف الضاغطة CISS

النتائج العامة للمواجهة	المواجهة التجنبية	المواجهة المتمركزة حول الانفعال	المواجهة المتمركزة حول حل المشكل	معتقدات الكفاءة الذاتية العامة	نوع المرض	الجنس	الرقم
118	22	19	77	40	1	1	1
113	23	20	70	38	1	1	2
112	23	21	68	38	1	1	3
105	26	25	54	37	1	1	4
105	26	31	48	29	1	1	5
103	29	33	41	22	1	1	6
103	34	38	31	13	1	1	7
100	37	39	24	11	1	1	8
101	37	40	24	11	1	1	9
101	38	38	25	11	1	1	10
121	23	18	80	40	1	2	11
119	23	19	77	40	1	2	12
118	23	20	75	40	1	2	13
116	24	22	70	38	1	2	14
112	26	33	53	33	1	2	15
105	27	31	47	28	1	2	16
106	32	36	38	16	1	2	17
108	32	36	40	16	1	2	18
106	33	35	38	16	1	2	19
103	34	38	31	13	1	2	20
103	35	38	30	13	1	2	21
113	19	19	75	40	2	1	22
113	21	22	70	38	2	1	23
117	23	20	74	40	2	1	24
113	23	20	70	38	2	1	25
108	24	24	60	37	2	1	26

111	25	23	63	37	2	1	27
106	25	24	57	37	2	1	28
107	25	24	58	37	2	1	29
106	25	26	55	35	2	1	30
104	26	31	47	28	2	1	31
101	27	31	43	28	2	1	32
101	27	31	43	27	2	1	33
102	28	32	42	24	2	1	34
103	29	32	42	24	2	1	35
102	30	33	39	20	2	1	36
104	31	33	40	20	2	1	37
105	32	34	39	18	2	1	38
106	32	35	39	18	2	1	39
104	32	36	36	15	2	1	40
107	33	35	39	16	2	1	41
103	33	37	33	14	2	1	42
104	35	37	32	13	2	1	43
104	35	38	31	13	2	1	44
102	35	38	29	12	2	1	45
103	35	39	29	12	2	1	46
103	36	38	29	12	2	1	47
101	38	39	24	11	2	1	48
102	39	38	25	11	2	1	49
103	42	40	21	10	2	1	50
99	45	35	19	10	2	1	51
111	20	21	70	39	2	2	52
112	21	21	70	39	2	2	53
114	22	17	75	40	2	2	54
120	22	18	80	40	2	2	55
120	22	18	80	40	2	2	56
120	23	18	79	40	2	2	57
119	23	19	77	40	2	2	58
121	23	19	79	40	2	2	59
112	23	21	68	38	2	2	60
115	24	23	68	38	2	2	61
111	25	23	63	37	2	2	62
102	25	27	50	35	2	2	63
103	25	27	51	34	2	2	64
106	25	28	53	35	2	2	65
106	26	25	55	37	2	2	66
109	26	31	52	33	2	2	67
102	28	32	42	25	2	2	68
102	28	33	41	24	2	2	69

111	24	23	64	37	3	1	70
104	34	37	33	14	3	1	71
100	36	40	24	11	3	1	72
103	38	39	26	11	3	1	73
102	38	39	25	11	3	1	74
103	38	39	26	11	3	1	75
101	38	41	22	10	3	1	76
103	39	39	25	11	3	1	77
106	39	40	27	11	3	1	78
91	40	35	16	10	3	1	79
96	40	36	20	10	3	1	80
101	40	40	21	10	3	1	81
100	40	40	20	10	3	1	82
104	40	41	23	10	3	1	83
104	41	41	22	10	3	1	84
113	24	21	68	38	3	2	85
108	25	31	52	34	3	2	86
104	26	31	47	28	3	2	87
105	27	31	47	28	3	2	88
103	28	32	43	26	3	2	89
104	30	33	41	22	3	2	90
104	31	34	39	20	3	2	91
104	32	34	38	18	3	2	92
104	32	37	35	15	3	2	93
104	33	36	35	15	3	2	94
103	34	37	32	14	3	2	95