

## دور كلا من شدة الألم، القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية في تشكيل خبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن

### Intensity of pain, Anxiety, Depression, Will to live, Post-traumatic growth and Resilience in shaping the experience of Functional Disability resulting from Chronic Pain

هناء أحمد محمد شويخ<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>جامعة الفيوم (مصر)، Has11@fayoum.edu.eg

تاريخ الاستلام: 2024-02-08

تاريخ القبول: 2024-03-26

تاريخ النشر: 2024-03-30

**ملخص:** تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف دور كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية في تشكيل خبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، وقد اشتملت أدوات الدراسة على: استمارة البيانات الأولية، ومقياس شدة الألم المزمن، ومقياس القلق العام (GAD-7)، واستبيان صحة المريض للاكتئاب (PHQ-9)، ومقياس الرغبة في الحياة (WTELS)، ومقياس نمو ما بعد الصدمة (PTGI) ومقياس "كونور دايفيدسون" للمرونة النفسية (CD-RISC)، ومؤشر العجز الناتج عن الألم (PDI)، وقد تكونت العينة من (211) مريض بالألم المزمن (52) ذكر و(159) أنثى، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين (18-65 سنة)، بمتوسط مقداره (29.71 سنة)، وانحراف معياري يقدر بـ (± 11.32 سنة)؛ وجاءت نتائج الدراسة لتؤكد أن الإناث أقل إدراكا بالعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، وأكثر شعورا بالقلق، والاكتئاب، وشدة الألم المزمن بالمقارنة بالذكور، كما كشفت متغيرات شدة الألم المزمن، والاكتئاب، والمرونة النفسية عن قدرتها التنبؤية بدرجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بمستويات عالية الدلالة.

**الكلمات المفتاحية:** الألم المزمن؛ القلق؛ الاكتئاب؛ الرغبة في الحياة؛ نمو ما بعد الصدمة؛ المرونة النفسية؛ العجز الوظيفي.

**Abstract:** This study aims to exploring the role of chronic pain severity, anxiety depression will to live, post-traumatic growth and resilience in functional disability resulting from chronic pain. In order to verify the hypotheses of study, a battery of questionnaires including the demographic questionnaire, The chronic pain severity scale, The general anxiety scale (GAD-7), The patient health questionnaire for depression (PHQ-9), The desire to live scale (WTELS), The post-traumatic growth scale (PTGI), The Connor-Davidson Psychological Resilience Scale (CD-RISC) and The Pain Disability Index (PDI) have been used, The data were collected from a sample (n=211) patients with chronic pain, (130) males and (159) females, there ages ranged from 18-65 years, with a mean of 29.71 (SD = 11.32); The results of the study confirmed that that females are less of the functional disability resulting from chronic pain, and are more anxiety, depression, and the intensity of chronic pain compared to males. The variables of Intensity of chronic pain, depression and resilience are able to predict the degree of functional disability resulting from chronic pain at highly significant levels.

**Keywords:** Chronic Pain; Anxiety; Depression; Will to live; Post-traumatic growth; Resilience; Functional disability

## 1- مقدمة

ترتبط الصحة الجسمية بشكل جوهري مع الصحة النفسية، فهناك علاقة تبادلية بينهما، بمعنى أن الصحة الجسمية تؤثر على الصحة النفسية، والعكس صحيح (Hays & Stewart, 1990) ولقد بدأ George Engel سنة (1977) بالتركيز على ضرورة تفسير الألم المزمن Chronic Pain في ضوء العوامل المتعددة لخبرة الألم: العوامل البيولوجية، والوجدانية، وإدراك الفرد لخبرة الألم، وكيفية استجابته لهذه الخبرة، والعوامل الاجتماعية (Angela & Myers, 2002; Gatchel, Peng, Fuchs & Turk, 2007) والنظرة البيولوجية الطبية، والتي تفترض أن الألم ينتج أساساً عن الضرر الجسدي (Mathew, Ravichandran, May & Morsley, 2001) وفي عام (1982) طرح Loeser نموذجاً عاماً يحتوي على أربعة جوانب أساسية لخبرة الألم؛ يتمثل الجانب الأول في أعراض الألم وهي ترجع إلى المثيرات التي تقع على الجهاز العصبي، أما الجانب الثاني فيشمل العوامل الوجدانية التي سببته والجانب الثالث يحتوي على سلوك الألم، والجانب الرابع والأخير هو المعاناة الشديدة من الألم (Gatchel, et al., 2007).

وينتشر الألم المزمن في الدراسات المسحية بنسب تتراوح ما بين (15%) إلى (20%) لدى الراشدين (Verhaak, Dekker, Sorbi, & Bensing, 1998; Blyth, March, Brnabic, Jorm, Williamson & Cousins, 2001). ويؤثر الألم المزمن على ما يقرب من (100 مليون) راشد في الولايات المتحدة، وله آثار فسيولوجية ونفسية واجتماعية واقتصادية سواء على مستوى الفرد أو المجتمع (DeCosmo, 2023)، ويشخص في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي ما بين (30) و(50) مليون أمريكي يعانون من الأشكال المختلفة للألم، حيث وجد معاناة (28%) من ألم أسفل الظهر، و(16%) يعانون من الصداع (Pleis, Ward & Lucas, 2010)، وتختلف تقديرات انتشار الألم المزمن في الولايات المتحدة بشكل كبير، وتشير تقديرات تقرير صادر عن معهد الطب في عام (2011) بعنوان تخفيف الألم في أمريكا، إلى أن (116) مليون بالغ يعانون من آلام مزمنة بتكلفة تبلغ نحو (635) مليار دولار سنوياً، الألم المزمن هو السبب الرئيسي الثالث للإعاقة الجسدية في الولايات المتحدة والسبب الرئيسي لعبء المرض والإعاقة على مستوى العالم، قد يعاني المرضى الذين يعانون من الألم المزمن أيضاً من تغيرات في المزاج، والاكتئاب واضطرابات النوم، والتعب، وانخفاض الأداء البدني بشكل عام (Anthony, 2023)، وتصل معدلات انتشاره بين الإناث إلى ضعفها مقارنة بالذكور، وتبلغ تلك المعدلات قمتها في العقدين الرابع والخامس من العمر، كما يزداد انتشاره بين الطبقات الكادحة (حمودة، 2004، 480).

لذا تتبنى بعض الدراسات الطبية النفسية الحديثة النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model في تفسيرها للصحة الجسمية كمنظومة متعددة الأبعاد، ولم يعد تفسيرها يقتصر على النموذج البيولوجي Biological Model التقليدي، الذي يعزوها إلى عوامل بيولوجية فقط (Suls & Rothman, 2004)، وبناءً على النموذج الذي يأخذ في اعتباره دور العوامل النفسية والاجتماعية التي تتدخل في تشكيل خبرة الألم وتأثيراته على الفرد (Turk & Okifuji, 2002).

وفي فحص الارتباطات بين عوامل الخطر النفسية العامة والمرتبطة بالألم (مثل معتقدات تجنب الخوف ورهاب الحركة، والاكتئاب)، والإعاقة المرتبطة بالألم، والوظيفة الجسدية (سرعة المشي) لدى كبار السن المصابين بآلام أسفل الظهر المزمن (ن = 250)، جاءت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لتؤكد دور

العوامل النفسية العامة والمرتبطة بالألم بشكل مستقل في التنبؤ بالإعاقة والوظائف الجسدية في هذه المجموعة (Knox et al., 2023)، وأضاف أحمد (2015) أن الاكتئاب من المنبئات الدالة للألم والعجز المترتب عليه لدى مرضي أمراض المفاصل والروماتيد ممن يعانون الألم المزمن.

فقد وجد (Dhaif & Ellis, 2019) أن مرضى الألم المزمن يعانون من ضغوطات مختلفة، لا ترتبط فقط بدرجة الألم، ومنها العجز الوظيفي، وانخفاض الانتاجية، وصعوبات المالية، بالإضافة إلى أهمية دور المتغيرات النفسية التي تزيد من حدة الألم المزمن لدى عينة (50 مريضا مصابا بالفيبروميالجيا و(48) مريضا مصابا بالتهاب المفاصل الروماتويدي) من المرضى المصريين الذين يعانون من آلام المزمنة؛ ووجدت النتائج ارتفاع معدل انتشار أعراض الاكتئاب، والتوافق السلبي، والعصابية المرتفعة، وانخفاض الانبساط، وأوصت الدراسة إلى ضرورة وجود برامج تراعي الجوانب النفسية لتدبر أعراض الألم المزمن، كذلك ترتبط شدة الألم المزمن بالمتغيرات الديموجرافية كالعمر، والنوع، ومستوى التعليم، والدخل لدى عينة (ن=397) من مرضى الفك الصدغي (Cundiff-O'Sullivan, Wang, Thomas, Zhu, Campbell & Colloca, 2023)، كما أكدت بعض الدراسات أن هناك تباين بين شدة الألم داخل الفئة المرضية الواحدة مثل التهاب مفصل الركبة، وبالمقارنة بين مجموعتين أحدهما تعاني من الألم والأخرى لا تعاني، وجد أن مجموعة الألم المزمن أعلى في معدلات الاكتئاب، والقلق، والتكيف السلبي، والإجهاد المدرك، والأعراض الجسدية مقارنة بمجموعة أخرى من نفس المرض ولكن بدون ألم، وأضافت أن المرضى ذو الخصال النفسية عالية الخطورة مثل الاكتئاب والقلق أكثر تعبيرا عن شدة الألم، وطلبا للعلاج الطبي على مدار عامين مقارنة بالمجموعات الأخرى (Kusko et al., 2022)، كما وجد أن الاكتئاب، والقلق، وتضخيم الألم، وثقة المريض في الطبيب دور رئيسي في تحديد احتمالية الإصابة بالألم المزمن بعد الجراحة (Grolimund, 2020). كما وجد أن الكفاءة الذاتية للتحكم في الألم، ومهارات التعايش المرتكزة على المرض، والشعور بالتميز (العنصري والعرقى والطبقي)، وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة تتنبأ بشكل كبير بالتباين في نتائج شدة الألم بين مرضى ولاية شيكاغو (DeCosmo, 2023; Yuan et al., 2021)، ويؤثر الألم العضلي الهيكلي المزمن (CMP) سلبا على نوعية الحياة والأنشطة اليومية والحياة الاجتماعية والمهنية (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006)، ويُعد الاكتئاب من أكثر المتغيرات التي تتنبأ بمستويات الألم والعجز لدى عينات من مرضى الألم المزمن (Keefe et al., 2004; Jarvik, 2005).

لذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة أولية في استكشاف دور كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية في تشكيل خبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن.

وعليه تتشكل تساؤلات الدراسة:

- هل يختلف الذكور والإناث في كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن؟
- هل يتباين العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بتباين كل من الحالة المهنية، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، وتقدير الحالة الصحية، والفترة الزمنية للمرض، وسبب الألم، ونوع العلاج، وشدة الألم المزمن؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية من ناحية وبين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن من ناحية أخرى؟
- هل يعتبر كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية متغيرات مُعَدِّلة للعلاقة بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه؟
- ما مدى إسهام كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية في تشكيل درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن؟

### 1.1 - فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن.
- يتباين العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بتباين كل من الحالة المهنية، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، وتقدير الحالة الصحية، والفترة الزمنية للمرض، وسبب الألم، ونوع العلاج، وشدة الألم المزمن.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية من ناحية وبين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن من ناحية أخرى.
- يعتبر كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية متغيرات مُعَدِّلة للعلاقة بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه.
- يسهم كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية في تشكيل درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن.

### 1.2 - الإطار النظري للدراسة:

#### 1-2-1 الألم المزمن:

يُعد الألم المزمن والذي يستمر أكثر من ستة أشهر متتالية من أكثر المشكلات الصحية السائدة في العالم (Casey, Greenberg, Nicasion, Harpin & Hubbard, 2007; D'arcy, 2011:217)، فالألم المزمن هو الألم الذي يستمر لفترة أطول من الإطار الزمني المتوقع (عادة أكثر من 3 أشهر) أو الذي يرتبط بمرض غير خبيث تقدمي، وتعرف الرابطة الدولية لدراسة الألم The International Association for the Study of Pain (IASP) بأنه "تجربة حسية وعاطفية غير سارة ترتبط بتلف الأنسجة الفعلي أو المحتمل أو تكون مصحوبة بتهديد حدوث مثل هذا التلف، كما أنها تجربة فردية تتباين بدرجات متفاوتة" (Leo, 2008; Ushida, 2023)، ويتأثر إدراك الألم بالعوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، وقد يكون الألم المزمن نتيجة مباشرة لعملية مرضية كامنة أو قد يكون حالة منفصلة في حد ذاتها، وهو من أكثر الشكاوي المرضية شيوعاً، بل ومن أكثر أسباب الاستشارات الطبية؛ ونظراً لتأثيره في نوعية الحياة وأداء الأعمال (حمودة، 2004، 480).

ويقوم النموذج على افتراض وجود تفاعل دينامي بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تشكّل استجابة الأفراد لخبرة الألم؛ على سبيل المثال التغيرات التي تحدث في العضلات والأوتار والمفاصل، والتي ينتج عنها نوع أو آخر من أنواع الألم، وكذلك معتقدات الشخص واتجاهاته نحو الألم، ودور الثقافة والتفاعل الاجتماعي والدور الاجتماعي للفرد (Waxman, 2006, 11-13)، ولقد أوضحت الممارسة

الإكلينيكية والبحوث الأكاديمية الحديثة ضرورة تبني النموذج متعدد الأبعاد القائم على إسهام العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وبناءً على ما افترضه النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي تطور منحى العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن (Anne, 2002, 11-12)، وأسهم ذلك في ظهور عديد من مراكز التأهيل لمرضى الألم المزمن، والتي أوضحت أهمية الاعتماد على الفنيات السلوكية كجزء أساسي في علاج مرضى الألم المزمن؛ وذلك لأنه لا يمكن تفسيره في ضوء العوامل المرضية بمفردها، لكن لا بد من أن نأخذ في الاعتبار السلوك، والإدراكات، والعواطف، والبيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد (Roelofs, Boissevain, Peters, Degong & Vlaeyen, 2002).

وتكشف بحوث الألم عبر العقود الثلاثة الماضية عن تنامي الاهتمام ببحث العوامل السيكولوجية في دراسة الألم المستمر؛ حيث أشارت الدراسات إلى أن هناك متغيرات سيكولوجية من شأنها أن تزيد الشعور بالألم، ومع ازدياد التركيز على دور الجهاز العصبي في الشعور بالألم، ازداد اتجاه البحوث نحو الاهتمام بالجوانب السيكولوجية والاجتماعية في تفسير الألم، مثل معتقدات الفعالية الذاتية، والمعتقدات حول الألم، وخبرات المشقة، والأساليب والاستراتيجيات التي يتبناها الأفراد للتحكم في الألم (Nachemson, 1999)، وخبرة الأفراد عن الأزمة الصحية وتأثيرها في الألم، والنشاطات التي يقوم بها الفرد في الحياة اليومية، والعجز المترتب على الألم، ودور هذه المتغيرات في استجابة الفرد للعلاج (Turk & Okifuji, 2003: 300).

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM IV مجموعة من المحكات التشخيصية للألم بوجه عام، وهذه المحكات تتمثل فيما يلي:

- يتمثل لب الصورة الإكلينيكية للألم في وجود ألم بموضع تشريحي واحد أو أكثر، ويكون من الشدة بحيث يسترعي انتباهها إكلينيكيًا.
- يؤدي الألم إلى شعور بـكرب دالّ إكلينيكيًا، أو إلى حدوث اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.
- ألا يكون الألم مُفْتَعَلًا أو مُلَفَقًا (كما هو الحال في الاضطرابات المصطنعة أو حالات التمارض).
- ألا يكون التعليل الأقرب إلى الصحة للألم على أنه ناتج عن اضطرابات مزاجية أو اضطرابات قلق أو اضطراب ذهاني، ولا يستوفي معايير عسر الجماع.

### 1-2-2- القلق:

يعرف القلق بأنه "حالة من عدم الاستقرار العام، ويظهر في مجموعة من الأعراض الجسمية، مثل الغثيان واضطراب النوم، وارتفاع ضغط الدم، وعسر الهضم وآلام المعدة..... إلخ، ومجموعة أخرى من الأعراض النفسية مثل: ضعف التركيز، وسوء التوافق، والهم، والخوف.... إلخ (عبد الفتاح، 2004، الأنصاري، 2003).

### 1-2-3- الاكتئاب:

يقصد بالاكتئاب "مجموعة من الأعراض كالحزن، والشعور بالتعب، وانخفاض المزاج والطاقة، وقلة النشاط ومشاعر الذنب وانخفاض القيمة، بالإضافة إلى خفض المقدرة على الإنجاز، وصعوبة التركيز والتفكير، ونقصان الوزن، وانعدام الرغبة الجنسية (الغباشي، شوخ، 2008).

### 1-2-4- الرغبة في الحياة:

تم طرح هذا المفهوم حديثاً ليمثل الحافز الرئيسي لاستمرار الحياة، والأسلوب الفعال للتوافق مع الضغط المستمر من أحداث الحياة الصدمية، وقد يتم بوعي وبدون وعي، ويختلف باختلاف السن والنوع (Carmel, 2001; Kira et al., 2014; Kira et al., 2020; Kira et al., 2020)، كما وجد ارتباط إيجابي دال بين الرغبة في الحياة وكل من المرونة، والرضا عن الحياة، والسعادة، والهدف من الحياة، ونوعية الحياة، والصحة النفسية، والحالة المهنية، ووجود شبكة علاقات اجتماعية، وسلبيات بتمني الموت، والتفكير في الانتحار، والاكتئاب والشعور بالعبء على الآخرين (Bornet et al., 2020).

ويعرف Hutschnecker (1951) الرغبة في الحياة بأنه "التعبير الذاتي عن التزام الفرد بالحياة، والرغبة في مواصلة الحياة" (Kira et al., 2020)، ويُعرف كذلك بأنه التعبير عن الفطرة البشرية في حب التواجد في الحياة والقتال المستمر لتحقيق الذات والبقاء، وذلك من أجل حياة تستحق العيش كما يريدونها الفرد (Kira, Ayna, Shuwiekh & Ashby, 2021).

### 1-2-5- نمو ما بعد الصدمة:

ويرى كل من Tedeschi & Calhoun (2004) نمو ما بعد الصدمة بأنه "الشعور بالتغيير الإيجابي الذي يحدث بعد التعرض للصراع مع التحديات والأزمات الحياتية"، ويضيف أيضاً أنه "نمو وتطور نفسي إيجابي شامل لجوانب الشخصية"، ويرى Alexander و Oesterreich (2013) أن النمو ما بعد الصدمة هو "التعبير عن عمليات التحول في ترتيبات الحياة والأولويات، بالإضافة إلى تحقيق مشاعر ووعي ذاتي جديد، وهذه العمليات تبدأ من محاولات التوافق مع ظروف الحياة الشاقة (يونس، 2018، 19)، وأشارت (أبو القمصان، 2016) أن نمو ما بعد الصدمة هو "بناء من التغيير النفسي الإيجابي الذي يحدث نتيجة تعرض المرء لصراع مع حالة صعبة للغاية حيث يتجه نحو الإيجابية في حياته، فيحدث التعاطف والألفة مع الآخرين، ويحدث أدواراً اجتماعية جديدة، كما يرى (يونس، 2018) نمو ما بعد الصدمة بأنه "الإدراك بالتغيرات الإيجابية المختلفة التي يكتسبها ويمارسها الفرد بعد تعرضه للأحداث الصدمية".

ويعرفه "تيديشي" بأنه التغيير النفسي الإيجابي الذي يشهده الفرد نتيجة تعرضه للصدمات والمحن والشدائد والتي تؤدي إلى الارتفاع في مستوى الأداء، تلك الظروف تمثل مجموعة من التحديات يسعى الفرد للتكيف معها مما يقوده للتغيير في شخصيته من خلال نظرتة لنفسه وعلاقته بالآخرين ونظرتة للعالم من حوله، وقد حصرت مجموعة من العوامل التي تزيد من القدرة على النمو ما بعد الصدمة، منها: المتغيرات الديموجرافية (الجنس، الديانة العمر، المستوى التعليمي، مستوى الدخل)، الدعم الاجتماعي، التفاؤل، التكيف، الخبرة الشخصية، وميكانزمات الدفاع، مستوى الصدمة ونوعيتها، فعالية الذات، معنى الحياة، وأخيراً الخصال المزاجية (أبو عيشة، 2017، 53-55).

ولا يعبر مفهوم نمو ما بعد الصدمة عن حدث مفرد، ولكنه يعبر عن متغير متعدد الأبعاد، فهو يتكون من خمسة أبعاد للنمو، تم التوصل إليها عن طريق التحليل العاملي في عدد من الأبحاث، وهي: زيادة في جوانب القوة الشخصية، وتكوين علاقات شخصية أكثر عدداً ودلالة، وإدراك فرص جديدة في الحياة، وزيادة تقدير الحياة وحدث تغيرات روحانية، ولا تزال أبعاد نمو ما بعد الصدمة موضوعاً للبحث، حيث إن التحليل الكيفي الأولى للبيانات، في دراسة "تيداسكي" و"كالهون" (2006) أنتج ثلاثة أبعاد فقط يعايشها الأشخاص الذين يظهرون نمو ما بعد الصدمة وهي: تغيرات في إدراك الذات، وتغير في العلاقات مع الآخرين، وتغير في الفلسفة العامة

عن الحياة، بحيث يشمل بُعد التغيير في إدراك الذات على عنصرى "إدراك جوانب القوة الشخصية، وإدراك الفرص الجديدة في الحياة"، ويشمل بعد التغيير في فلسفة الحياة على عنصرى: تغيرات روحانية، وزيادة تقدير الحياة، ويبقى بُعد التغيير في العلاقات مع الآخرين كما هو (أحمد، 2017).

### 1-2-6- المرونة النفسية:

وتعرف المرونة لغويا بأنها "مرن الميم والراء والنون أصل صحيح يدل على لين شيء وسهولته"، وجاء في لسان العرب: "مَرَنٌ . مَرَّنٌ . مَرْنٌ . مَرَانَةٌ، ومُرُونَةٌ: وهو لين في صلابته، ومرنت يد فلان على العمل أي صلبت واستمرت، والمرانة: اللين" (عمر، 2012، 9)، وترجع جذور مفهوم المرونة إلى نظرية الجشطالت، وهو كغيره من المصطلحات في العلوم الإنسانية تتعدد فيه التعريفات، حيث نجد بعض الباحثين يروا أن المرونة هي التوسط ومنهم من يرى أنها الحل الأيسر، ومنهم من يرى أنها اللين واليسر، ومنهم من يرى أنها القابلية للتغيير إلى الحسن وأخيرا من يرى أنها تقبل الآخرين وأفكارهم (محمد، 2017).

وقد جاءت نظرية Theory of Karmiloff Smith لتؤكد أن تنمية المرونة ليس أمرا بسيطا يتم تعلمه من خلال أداء بعض المهمات المحددة، بل يتضمن أمورا أبعد من النجاح في أداء مهمة معينة، مثل الانتقال من الأداء الغير متأمل الذي لا يقوم على تحليل الموقف إلى عناصر مختلفة، والبحث عن الارتباطات الداخلية من تلك العناصر، وتشير إلى أن طريقة اكتساب المعرفة تكمن في استغلال العقل للمعلومات الداخلية المخزنة فيه وذلك من خلال إعادة وصف تمثيل المعلومات في العقل مما ينتج عنه نقل المعرفة من المستوي الضمني إلى المستوي الصريح (غالي وحسين، 2018).

كما وضع Spiro وآخرون (1988) نظريتهم مفترضين أن تنمية المرونة وتطويرها لدى المتعلمين يحتاج إلى توفير بيئة تعليمية تقوم على التنوع في طرق وأساليب تقديم المعلومات لهم، بحيث تساعدهم على اكتساب المعرفة في المجالات غير محددة البنية، لذلك يجب على المعلمين تجنب التبسيط الزائد في المعرفة المقدمة لهم وتزويدهم بأنشطة تعليمية تعتمد على تمثيلات معرفية متعددة المحتوى، وتشجيعهم على بناء المعرفة بدلا من نقلها وهذا يتطلب من المتعلمين توليد بنية معرفية جديدة خاصة بالمفهوم من خلال البني المعرفية الموجودة لديهم، وعدم تقسيم المعرفة وتجزئتها، فمصادر المعرفة تحتاج لأن مترابطة إلى حد كبير بدلا من أن تكون مجزأة، وعدم تقديم المعلومات بشكل خطى للطلب عندما تكون هذه المعلومات معقدة، وغير محددة البنية، لأن النموذج الخطي يكون غير فعال وغير قادر على نقل المعرفة عبر مجالات جديدة ومتنوعة (كامل، 2016).

### 1-2-7- العجز الوظيفي:

تعرف منظمة الصحة العالمية الوظائف الحياتية بأنها "القدرات التي تساعد الفرد على القيام بسلوك توافقي وإيجابي، وتدفعه للتعامل مع تحديات الحياة اليومية، وهذا التعريف يتفق مع تعريفات الباحثين لما هيه الوظائف الحياتية، والتي تنقسم إلى اللياقة الجسمية، الخاصة بالقوة والطاقة، والقدرة على أداء نشاطات الحياة اليومية، واللياقة النفسية، وهي الخاصة بمدى البعد أو القرب من الخبرة بأعراض القلق والخوف من المرض، واللياقة الاجتماعية وتعتمد على العلاقات بالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، والأعراض المرتبطة بالمرض الجسمي، مثل القيء والغثيان والألم، واللياقة الروحانية، وهي معنى الحياة والهدف منها (King, 1998, pp. 25-26; Grant & Rivera, 1998, p.5; Graves, 2003; Kandil, 1998; Haberman & Bush, 1998, p.118; Vukadinovic, 2000).

يمكن تعريفها أيضاً بأنها مجموعة المهارات الفردية التي يحتاجها الفرد لتعامل مع المجتمع بفعالية أفضل وبقدرة عالية على اتخاذ القرارات المهمة في حياته، أما عن تعريف الوظائف الحياتية المتداخلة مع الألم المزمن فهي "قدرة الفرد على الانخراط في مسؤوليات الأسرة/المنزل، والترفيه، والنشاط الاجتماعي، والمهنة، والسلوك الجنسي، والرعاية الذاتية، وأنشطة دعم الحياة (Pollard, 1984) .

ومن ثم يعرف العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن كما تستخدمه الدراسة الراهنة بأنه صعوبة أداء الوظائف الحياتية المتداخلة مع الألم المزمن طبقاً لمقياس مؤشر العجز الناتج عن الألم.

وتستمد الدراسة الراهنة الإطار النظري لها من شقين؛ الأول والخاص بالعلاقة بين متغيرات الدراسة (شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية) من ناحية والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن من ناحية أخرى، وهو يتسق مع النتائج السابقة المؤكدة أن الشكاوى الجسمية تنتج عن عوامل نفسية (Flahiff, 2005; Gandhi et al., 2014)، أما الشق الثاني والمتعلق بالعلاقة بين متغيرات الدراسة والصحة الجسمية، وهو يتماشى مع بعض النماذج المفسرة لأسباب الصحة والمرض، ومن ضمن النماذج التي قُدمت في هذا الإطار النموذج الطبي الحيوي، والنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

## 2 - الطريقة والأدوات:

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن ليعتاسب مع هدف الدراسة وهو بيان تأثير كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية في تشكيل خبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن.

### 2.1. مجتمع الدراسة:

شمل مجتمع الدراسة المرضى بالألم المزمن بالمستشفيات الحكومية بجمهورية مصر العربية، والمسجلين في سنة (2023)، ولا يوجد إحصاءات دقيقة لهذا المرض.

### 2.2. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (211) مريض بالألم المزمن من المترددين على عيادات الألم بمستشفيات الحكومية بالقاهرة، (52) ذكر، و(159) أنثى، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين (18- 65) سنة، بمتوسط مقداره (29.71) سنة، وانحراف معياري يقدر بـ  $(\pm 11.32)$  سنة، وقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، وفيما يلي الخصائص الديموجرافية والطبية لتلك المجموعة مبينة في الجدول (1).

جدول (1) الخصائص الديموجرافية والمرضية لعينة الدراسة

مستوى الدخل		الحالة الاجتماعية				التعليم		الحالة المهنية		
مرتفع	متوسط	منخفض	مطلق	عازب	متزوج	دراسات عليا	جامعي	متوسط	لا يعمل	يعمل
19	186	6	9	38	164	63	144	4	32	179
نوع العلاج		تقدير الحالة الصحية				الفترة الزمنية للمرض		أقل من سنة		
كل ما سبق	جراحي	دوائي	ممتاز	جيد	ضعيف	أكثر من 5 سنوات	5 سنوات	من 1 إلى 5 سنوات	من 1 إلى 5 سنوات	84
6	20	185	33	154	24	58	69	سبب الألم المزمن		
شديدة لدرجة لا يمكن تحملها		متوسطة		يمكن تحملها		أسباب أخرى		الصداع		الروماتويد
26		112		73		40		69		102

### 3.2. أدوات الدراسة:

2-3-1- استمارة البيانات الأولية: وهي تتضمن عددا من البيانات الديموجرافية الخاصة: كالنوع، والعمر والدخل، وتقدير الحالة الصحية، تشخيص الحالة المرضية (مصدر الألم)، ومدة المرض، ونوع العلاج، وتقدير شدة الألم.

2-3-2- مقياس شدة الألم المزمن: يتكون المقياس من (30) بندا لتقييم خبرة الفرد الذي يعاني من الألم المزمن ويحتوي هذا المقياس على استبيانين فرعيين، هما استبيان "ماكجيل" للألم The McGill Pain Questionnaire (ويحتوي على 15 بند لمراقبة الألم مع مرور الوقت وتحديد مدى فعالية أي تدخل) (Melzack, 1975)، واستبيان صحة المريض لشدة الأعراض الجسدية (PHQ-15 Patient Health Questionnaire-15) (ويحتوي على 15 بند تعكس التقرير الذاتي لفحص الجسد، ومراقبة شدة الأعراض الجسدية (Kroenke, 2002) Spitzer & Williams, 2002)، وقد تم ترجمة هذه المقاييس إلى عدة لغات، واستخدامها على نطاق واسع ومفيد في مجالات الرعاية الإكلينيكية والبحثية.

2-3-3- مقياس القلق العام (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006): مكون من (7) بنود تعكس أعراض القلق العام، وتتطلب الإجابة عليه أن يختار الفرد واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة لكل بند (لا على الإطلاق - عدة أيام - أكثر من نصف الأيام - كل يوم تقريبا)، وتأكدت الكفاءة القياسية للمقياس باستخدام العينات العربية، وجاء معامل ألفا كرونباخ (0.918) (Sawaya et al., 2016).

2-3-4- استبيان صحة المريض للاكتئاب (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001): وهو عبارة عن استبيان تقرير ذاتي مكون من (9) بنود تعكس درجة لتشخيص شدة الاكتئاب وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، ويتم الإجابة على كل بند وفقا لمقياس شدة رباعي تعكس وجود العرض خلال الأسبوعين الماضيين، حيث تشير درجة (0) إلى "عدم الوجود على الإطلاق" و(1) "وجود العرض عدة أيام"، و(2) "وجود العرض أكثر من نصف الأيام"، و(3) "كل يوم تقريبا"، ومن ثم تتراوح الدرجات على الاستبيان ما بين صفر و(27)، وتم التحقق من الكفاءة السيكمترية لهذا المقياس في العديد من العينات العربية، وجاء معامل ألفا كرونباخ (0.88) (Kira et al., 2022).

2-3-5- مقياس الرغبة في الحياة (WTELS) (Kira, Shuwiekh, Will to exist-live and survive): يتكون المقياس من (6) بنود تمثل الرغبة في الوجود والعيش والبقاء والازدهار، ويتم الإجابة على المقياس باختيار بديل من البدائل الخمسة التالية: (4) = قوي جدا، (3) = قوي، (2) = محايد، (1) = مستنزف، (0) = شديد مستنفذ / ليس لدي إرادة للبقاء على قيد الحياة، وجاء كل من معامل الثبات بطريقة حساب إعادة التطبيق بفواصل زمني (4) أسابيع هو (0.82)، وألفا كرونباخ (0.91) كما وجد ارتباطه سلبيا بكل من القلق الوجودي، وأعراض الصحة العقلية، وإيجابيا بكل من إعادة التقييم واحترام الذات والنمو ما بعد الصدمة (شوخ، 2022).

2-3-6- مقياس نمو ما بعد الصدمة (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996): ويتكون المقياس من (21) بند، تعكس التغيرات الحياتية الإيجابية المدركة بعد التعرض للخبرات والتجارب والأحداث الضاغطة، وتحدد إجابة المشارك من الدرجة صفر (لم أواجه أي تغيير كنتيجة لأزمتي) إلى خمسة (واجهت هذا التغيير إلى درجة شديدة جدًا كنتيجة لأزمتي)، وقد كشف

Calhoun & Tedeschi (1996) عن أن ألفا كرونباخ للمقياس ككل هي (0.90)، ومعامل ثبات إعادة التطبيق (0.90) كما توفرت بعض الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة العربية، حيث جاء معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل (0.96) وتراوحت معاملات ألفا للمقاييس الخمسة الفرعية ما بين (0.70) و(0.83) (Kira et al., 2013).

**2-3-7- مقياس "كونور . دايفيدسون" للمرونة النفسية-CD Connor-Davidson Resilience Scale (RISC):** ويحتوي على (25) بند، لتشير إلى المقدرة على الازدهار في مواجهة الأزمات، وتحدد الإجابة في ضوء مقياس رباعي الشدة من (صفر إلى 4 درجات، وبالتالي تكون الدرجة العليا للمقياس = 100 والدرجة الدنيا = صفر)، ومن ثم تمثل الدرجة العليا اتسام الفرد بقدر أكبر من المرونة عند مواجهة الضغوط. وقد تراوحت معاملات ألفا كرونباخ من (0.89) إلى (0.94) (Connor & Davidson, 2003).

**2-3-8- مؤشر العجز الناتج عن الألم the Pain Disability Index (PDI):** وهو أداة تقرير ذاتي تم استخدامها لتقييم درجة تداخل الألم المزمن مع الأنشطة اليومية المختلفة، ويساعد الأطباء على فهم مدى تأثير الألم المزمن على نوعية حياة المريض، وقدرته على أداء وظائفه الحياتية السبعة التالية: مسؤوليات الأسرة / المنزل الترفيه، النشاط الاجتماعي، الوظيفة، السلوك الجنسي، الرعاية الذاتية، أنشطة دعم الحياة، حيث يطلب من المريض وضع دائرة حول الرقم الذي يصف مستوى الإعاقة التي يعاني منها، وتعني الدرجة (صفر) عدم وجود إعاقة على الإطلاق، وتشير الدرجة (10) إلى أن جميع الأنشطة التي من الطبيعي أن تشارك فيها قد تعطلت تماماً أو منعها الألم، وقد تم التحقق من الكفاءة السيكومترية له كمقياس مختصر للإعاقة المرتبطة بالألم (Tait, Chibnall & Krause, 1990) ويتميز بأنه أداة عامة، يمكن تطبيقها على مجموعات مرضية متعددة، مثل مرضى آلام أسفل الظهر المزمن، أو الألم العضلي الليفي، أو السرطان، أو الألم المزمن المنتشر، وغيرها من الأمراض (Beemster et al., 2018).

#### الصلاحية القياسية للأدوات:

تم تقييم الصلاحية القياسية للأدوات باستخدام مجموعة مكونة من مائة مريض بالألم المزمن (50 ذكر، 50 أنثى)، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين (20-63) سنة، بمتوسط مقداره (28.15) سنة، وانحراف معياري يقدر بـ (± 10.16) سنة.

#### 2-4-1- الصدق: تم إتباع الطريقتين الآتيتين لتقييم صدق الأدوات:

- **طريقة المجموعات المتطرفة:** تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متطرفتين اعتماداً على الدرجة الكلية لكل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، حيث تمثل المجموعة الأولى أقل (25%) (الربيع الأدنى) من المشاركين في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى (25%) (الربيع الأعلى)، ثم بيان دلالة الفرق بين المجموعتين المتطرفتين وتوضح قدرة المقاييس على التمييز الجوهرية بين المجموعتين المتطرفتين، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على صدق الأدوات المعنية.

- **طريقة تقدير الاتساق الداخلي:** من خلال حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة المُجمعة على كل مقاييس الدراسة، وجاءت جميع بنود مقاييس الدراسة مرتفعة الدلالة عند مستوى (0.001)، وتراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.65) و(0.89)، وبالتالي لم يتم حذف أي بند.

## 2-4-2- ثبات الأدوات:

تراوحت معاملات الثبات لمقاييس الدراسة (شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن) المستخلصة من طريقتي ألفا كرونباخ والقسمه النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سييرمان براون بين (0.78) و(0.94)، مما يشير إلى تمتع المقياسين بمؤشرات ثبات جيدة.

## 3- النتائج ومناقشتها:

1.3. نتائج الفرض الأول: يختلف الذكور والإناث بشكل دال إحصائيًا في كل من شدة الألم المزمن، والقلق والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن: وتم استخدام اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطين لمجموعتين مستقلتين.

جدول (2) دلالة قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن

م	البنود	عينة الذكور (ن=52)		عينة الإناث (ن=159)		قيمة "ت"	الدلالة
		م	ع	م	ع		
1-	شدة الألم المزمن	27.50	18.14	35.42	14.74	3.17-	0.002
2-	القلق	5.52	5.49	9.75	5.35	4.92-	0.001
3-	الاكتئاب	7.48	7.23	12.68	6.89	4.66-	0.001
4-	الرغبة في الحياة	32	9.56	30.04	7.65	1.50	غير دال
5-	نمو ما بعد الصدمة	21.29	15.42	23.66	12.53	1.12-	غير دال
6-	المرونة النفسية	25.65	8.83	22.72	7.55	2.33	0.02
7-	العجز الوظيفي	9.13	14.58	13.87	13.76	2.12-	0.03

جاءت نتائج الجدول السابق لتؤكد:

- وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من مرضى الألم المزمن في بعض متغيرات الدراسة عند مستوى (0.001)، حيث جاءت الإناث أقل إدراكا بالعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، وأكثر شعورا بالقلق، والاكتئاب وشدة الألم المزمن بالمقارنة بالذكور.

- أما عن متغير المرونة النفسية: فقد جاء الذكور أكثر مرونة نفسية من الإناث بشكل دال إحصائيا.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من الرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة.

2.3. نتائج الفرض الثاني: يتباين العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بتباين كل من الحالة المهنية والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، وتقدير الحالة الصحية، والفترة الزمنية للمرض، ونوع العلاج، وشدة الألم المزمن: وفي سبيل ذلك تم استخدام أسلوب تحليل التباين ذو الاتجاه الأحادي لكشف عن دلالة الفروق بين المجموعات الفرعية الثلاثة لكل متغير ديموجرافي وعيادي على حدة.

جدول (3) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للكشف عن تباين العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بتباين كل من الحالة المهنية، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، وتقدير الحالة الصحية، والفترة الزمنية للمرض، وسبب الألم، ونوع العلاج، ودرجة شدة الألم المزمن

المتغيرات	عدد الأفراد	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الحالة المهنية	يعمل	179	1	797.49	3.16	غير دال
	لا يعمل	32				
المستوى التعليمي	متوسط	4	2	996.04	1.38	غير دال
	جامعي	144				
	دراسات عليا	63				
الحالة الاجتماعية	متزوج	164	2	789.66	1.56	غير دال
	عازب	38				
	مطلق	9				
مستوى الدخل	منخفض	6	2	748.72	1.47	غير دال
	متوسط	186				
	مرتفع	19				
تقدير الحالة الصحية	ضعيف	24	2	5798.41	12.62	0.001
	جيد	154				
	ممتاز	33				
الفترة الزمنية للمرض	أقل من سنة	84	2	1295.94	2.58	غير دال
	من سنة إلى 5 سنوات	69				
	أكثر من 5 سنوات	58				
سبب الألم	الروماتويد	102	2	523.72	0.92	غير دال
	الصداع	69				
	أسباب أخرى	40				
نوع العلاج	دوائي	185	2	5253.07	11.30	0.001
	جراحي	20				
	كل ما سبق	6				
درجة شدة الألم المزمن	يمكن تحملها	73	2	16973.9	48.21	0.001
	متوسطة	112				
	شديدة لدرجة لا يمكن تحملها	26				

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال إحصائياً لمتغيرات تقدير الحالة الصحية، ونوع العلاج، ودرجة شدة الألم المزمن في تحديد درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، حيث جاءت قيم "ف" دالة لهم في حين جاءت قيم "ف" الخاصة بكل من الحالة المهنية، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل من المتغيرات الديموجرافية، وسبب الألم، والفترة الزمنية للمرض كأحد المتغيرات العيادية، غير دالة التأثير في تحديد درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه".

جدول (4) الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاثة لكل من تقدير الحالة الصحية، ونوع العلاج، ودرجة شدة الألم في تحديد درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن

المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الفروق (2/1)	متوسط الفروق (3/1)	متوسط الفروق (3/2)
تقدير الحالة	1. ضعيف	24	4.66	19.48	14.83
	2. جيد	154	(غير دال)	(0.001)	(0.001)
	3. ممتاز	33			
نوع العلاج	1. دوائي	185	15.21	12.10-	27.32-
	2. جراحي	20	(0.001)	(0.001)	(0.001)
	3. كل ما سبق	6			
درجة شدة الألم المزمن	1. يمكن تحملها	73	13.76-	27.76-	14-
	2. متوسطة	112	(0.001)	(0.001)	(0.001)
	3. شديدة لدرجة لا يمكن تحملها	26			

قد كشفت نتائج المقارنات الثنائية في الجدول السابق أن متغير تقدير الحالة الصحية يُفرد بصورة دالة بين المرضى ذوي تقدير الحالة الصحية بشكل ممتاز وبين يقدرونها بشكل ضعيف أو جيد في تحديد درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن في اتجاه تفوق المجموعة الثالثة على كل من المجموعة الأولى والثانية، أما متغير نوع العلاج فقد أظهر أن المرضى ذوي العلاج الدوائي والجراحي معا أكثر شعورا بخبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بالمقارنة بكل مجموعة منهما بشكل منفرد، كما أثر متغير درجة شدة الألم المزمن بصورة دالة في متغير تحديد درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن؛ فبدأ المدركين لدرجة شدة الألم المزمن بدرجة شديدة لا يمكن تحملها وبدرجة متوسطة أسوأ في شعورهم بخبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بالمقارنة بالمدركين لدرجة شدة الألم بصورة يمكن تحملها.

**3.3. نتائج الفرض الثالث:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية من ناحية وبين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن من ناحية أخرى:

وفي سبيل التحقق من هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson correlation coefficient لحساب دلالة معامل الارتباط بين شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية من ناحية وبين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن من ناحية أخرى.

جدول (5) دلالة معامل الارتباط بين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن وكل من شدة الألم والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية

م	المتغيرات	درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن	الدلالة
1	شدة الألم المزمن	0.46	0.001
2	القلق	0.38	0.001
3	الاكتئاب	0.38	0.001
4	الرغبة في الحياة	0.26-	0.001
5	نمو ما بعد الصدمة	0.11	غير دال
6	المرونة النفسية	0.22-	0.001

يتضح من الجدول (5) ما يأتي:

- فيما يتعلق بالعلاقة ما بين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن وكل من شدة الألم المزمن، والقلق والاكتئاب: فقد ارتبطت درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بكل هذه المتغيرات بشكل دال إحصائياً وإيجابي عند مستوى (0.001)، بمعنى أن ارتفاع أ درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن يلازمه ارتفاع كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والعكس صحيح.
- أما عن علاقة درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن وكل من الرغبة في الحياة والمرونة النفسية: ظهر ارتباط سلبي دال إحصائياً بين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن وكل منهما على حدة عند مستوى (0.001)، بمعنى أن ارتفاع درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن يلازمه انخفاض كل من الرغبة في الحياة والمرونة النفسية والعكس صحيح.
- في حين لم توجد علاقة ارتباطية بين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى الألم المزمن.

ونستخلص مما سبق وجود تلازم إيجابي دال إحصائياً بين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن وكل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، وتلازم سلبي دال إحصائياً مع كل من الرغبة في الحياة والمرونة النفسية.

**4.3. نتائج الفرض الرابع: يعتبر كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية متغيرات مُعدّلة للعلاقة بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه.**

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة معاملات الارتباط الجزئي Partial correlation coefficient، وذلك للتحقق من دلالة معامل الارتباط بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه في ظل استبعاد كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، وجاءت النتائج كما هو موضح في جدول (6).

جدول (6) معاملات الارتباط الجزئي بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه في ظل الضبط الإحصائي لكل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية

دلالة معامل الارتباط الجزئي			المتغيرات
القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية	الرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية (المتغيرات إيجابية)	القلق والاكتئاب (المتغيرات سلبية)	شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه
**0.20	***0.39	***0.32	

(\*\*) دال فيما وراء 0.01

(\*\*\*) دال فيما وراء 0.001

يبدو من استقراء الجدولية (5) و(6) أن العزل الإحصائي لتأثير درجات كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية قد أدى إلى تناقص قيمة الارتباط بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه (من  $r=0.46$  إلى  $r=0.20$ )، وكذلك دلالة معامل الارتباط التي انخفضت من (0.001) إلى (0.01)، ولكنها مازالت دالة إحصائياً، في حين أدى عزل تأثير درجات المتغيرات السلبية (القلق والاكتئاب) عن العلاقة بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه إلى انخفاض قيمة معامل الارتباط من ( $r=0.46$  إلى  $r=0.32$ )، وما زالت قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى (0.001)، أما في حالة ضبط المتغيرات الإيجابية (الرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية) فقد أصبح معامل الارتباط ( $r=0.39$ ) بدلاً من ( $r=0.46$ ).

ويتضح مما سبق أن كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية تُعد متغيرات مُعدّلة للعلاقة بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه، في خفض كل من معامل الارتباط بينهما ودلالته، ولكن مازالت العلاقة بينهما دالة أيضاً.

5.3. نتائج الفرض الخامس: يسهم كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية في تشكيل درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن: وللإجابة عن هذا التساؤل استخدم تحليل الانحدار المتعدد، ولكن قبل الشروع في إجراء هذا التحليل، يجب التأكد من شرطين أساسيين، هما: (1) عدم وجود التواء دال في المتغيرات المستقلة، وقد كشفت نتائج معاملات الالتواء عن عدم وجود التواء دال في جميع متغيرات الدراسة، (2) كذلك يجب التحقق من عدم وجود ازدواج خطي Multicollinearity بين المتغيرات المستقلة، ويعرف الازدواج الخطي بأنه وجود علاقة خطية بين المتغيرات المستقلة بعضها ببعض، ونتحقق من هذا عندما يزيد معامل الارتباط بين أي متغيرين مستقلين عن ( $0.8 \pm$ ) (عاشور، سالم، 2005، 49)، وبالرجوع إلى جدول (5) يتضح أن معاملات الارتباط بين المتغيرات المستقلة بعضها ببعض لم تزد على (0.8)، ومن ثم لم يعد هناك ازدواج خطي، مما يعكس استقلال المتغيرات المستقلة بعضها عن بعض، ويبين الجدول (7) نتائج تحليل الانحدار المتعدد.

جدول (7) نتائج معامل الانحدار المتعدد المتغيرات المنبئة: شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية المتغير التابع: درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	B	Beta	"ت"	الدلالة	نسبة التفسير (R <sup>2</sup> )
شدة الألم المزمن	درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن	0.33	0.29	4.78	0.001	20%
القلق		0.29	0.10	1.05	غير دال	6%
الاكتئاب		0.56	0.26	2.51	0.01	16%
الرغبة في الحياة		-0.18	-0.09	-1.43	غير دال	7%
نمو ما بعد الصدمة		-0.12	-0.06	-0.94	غير دال	8%
المرونة النفسية		-0.23	-0.18	-2.92	0.01	15%
الثابت		5.66		مستوى الدلالة	0.001	
ف		87.42				
نسبة الإسهام الكلي		72%				

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بالجدول (7) أن متغيرات شدة الألم المزمن، والاكتئاب والمرونة النفسية قادرة على التنبؤ بدرجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بمستويات عالية الدلالة (0.001) في حين غاب كل من القلق، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة عن أي تأثير تنبئي، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جميعها (شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية) فسرت (72%) من التباين في درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، ويمكن صياغة المعادلة التنبئية كما يأتي:

$$\text{درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن} = 5.66 + (0.33) \text{ شدة الألم المزمن} + (0.29) \text{ القلق} + (0.65) \text{ الاكتئاب} + (-0.18) \text{ الرغبة في الحياة} + (-0.12) \text{ نمو ما بعد الصدمة} + (-0.23) \text{ المرونة النفسية}$$

ونستخلص من مجمل النتائج الخاصة بالفرض الخامس أن شدة الألم المزمن كان على رأس قائمة العوامل المفسرة لدرجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، فقد فسر وحده (20%) من هذا التباين، ثم يليه متغير الاكتئاب فقد وصلت نسبة إسهامه إلى (16%)، وأخيراً متغير المرونة النفسية الذي فسّر (15%).

#### مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمها عند الوصف بالجزء السابق، وذلك بما يخدم التساؤلات الخمسة التي قامت عليها الدراسة، وذلك للوصول إلى نظرة إجمالية لنتائج الدراسة تساعدنا في وضع مجموعة من التوصيات.

**المحور الأول: الفروق بين الذكور والإناث في كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن:**

فقد أشارت النتائج الراهنة إلى صحة الفرض الأول بشكل جزئي، وهو أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في بعض متغيرات الدراسة المتمثلة في: شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من مرضى الألم المزمن في بعض متغيرات الدراسة، فقد

جاءت الإناث أقل إدراكا بالعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، وأكثر شعورا بالقلق، والاكتئاب، وشدة الألم المزمن بالمقارنة بالذكور، بينما جاء الذكور أكثر مرونة نفسية من الإناث، في حين اختفت الفروق بينهما في كل من الرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، وتتفق هذه النتائج مع دراسة (Cundiff-O'Sullivan et al (2023) التي وجد ارتباط شدة الألم المزمن بالنوع لدى مرضى الفك الصدغي، كما وجد Michael, El-Hamady, El- (2019) أن الإناث أكثر شكوي من الألم المزمن المرتبط بالقولون العصبي بالمقارنة بالذكور بنسبة (66% للإناث في مقابل 34% من الذكور)، ودعمت دراسة (Tiffany (2022) أن خبرة الشعور بالألم المزمن تختلف بين الجنسين، وترتبط بشكل ملحوظ بانعدام الأمن، والعلاقات الاجتماعية المعقدة، والقلق، والاكتئاب، وأضافت أن الإناث تواجه تحديات مختلفة عن نظرائهن من الذكور، مما يجعلهن أكثر عرضة لتجربة الأعراض الداخلية بالإضافة إلى تطوير حالات الألم المزمن، وأخيرا كشف دراسة فليج والجبوري (2020) عن أن الإناث قد أظهرن مستوى أعلى من تقبل الألم المزمن من الذكور، بالإضافة إلى أن جميع مصادر الدعم الاجتماعي (الأسرة والأصدقاء والحكومة) قد أسهمت في تقبل الألم المزمن، ووجدت (شوخ) 2023 أن الإناث أكثر شعورا بكل من القلق، والمعاناة من مشقة أعراض الصحة الجسمية من الذكور.

ومن ثم نستخلص أن هناك تأكيد من كافة الدراسات التي أجريت سواء في بيئات أجنبية أو عربية أن هناك فروق بين الجنسين بشكل دال إحصائيا في خبرة الألم المزمن، والمتغيرات النفسية المصاحبة مثل القلق، والاكتئاب والعجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن.

**المحور الثاني: يتباين العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بتباين كل من الحالة المهنية، والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، وتقدير الحالة الصحية، والفترة الزمنية للمرض، ونوع العلاج وشدة الألم المزمن:**

فيما يتصل بالإجابة عن سؤال الدراسة الثاني، فقد أجابت النتائج الراهنة عنه، وأشارت إلى صحة الفرض الثاني بشكل جزئي وهو وجود تأثير دال إحصائيا لمتغيرات تقدير الحالة الصحية، ونوع العلاج، ودرجة شدة الألم المزمن في تحديد درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، أما عن الحالة المهنية، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، وسبب الألم، والفترة الزمنية للمرض فقد جاءت غير دالة التأثير في تحديد درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، واستخلصت نتائج هذا الفرض أن درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن تزداد مع المجموعة التي اتسمت بتقدير حالتها الصحية بشكل ضعيف، وتتعالج بالعلاج الدوائي والجراحي معا، وأدركت شدة الألم المزمن بدرجة شديدة لا يمكن تحملها، وهذه النتائج في مجملها تتفق مع ما توصلت إليه دراسات متعددة، منها على سبيل المثال دراسة (Higgins et al (2014) التي وجدت أن الألم المزمن الناتج من صابة العضلات والعظام والصدمات المتعددة المرتبطة بالقتال تؤدي في كثير من الأحيان إلى الإعاقة وتقييد العمل العسكري، كما وجد Serbic, Friedrich & Murray (2023) أن الطلاب الذين يعانون من الألم المزمن لديهم انخفاض في الأداء النفسي والاجتماعي والأكاديمي، ونوعية حياة مقارنة بالطلاب الذين لا يعانون من الألم المزمن، وأضاف (Caes et al (2023) أن زيادة إعاقة المراهقين المصابين بالألم المزمن، تساهم في انخفاض قدرتهم الحركية وأداء وظائفهم التنفيذية، كما أكدت دراسة (Manor et al (2001) أن تقدير الصحة العامة بشكل جيد ينعكس على انخفاض شدة الأعراض الجسمية، وأيدته دراسة Mellner & Lundberg (2003) من حيث إن تقدير الصحة العامة لدى السيدات بأنها جيدة يجعلهن أقل معاناة من الأعراض الجسمية،

ويتسق مع حقيقة أن الإدراك الجيد للصحة يرفع من درجات الفرد على مقاييس نوعية الحياة بغض النظر عن المرض (Sobhonslidsuk, Silpakit, Kongskan, & Satitpornkul, 2006).

**المحور الثالث:** توجد علاقة ارتباطية بشكل دال إحصائياً بين شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية من ناحية وبين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن من ناحية أخرى:

حيث تشير النتائج المستخلصة في مجملها إلى وجود تلازم إيجابي بين درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن وكل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، وتلازم سلبي مع كل من الرغبة في الحياة والمرونة النفسية، وهذه النتائج بهذا الشكل تتفق مع ما توصلت إليه دراسات متعددة، ومجملها أن الألكسيثيميا والقلق يتلازمان مع المعاناة من الأعراض الجسمية، وتدهور الحالة الصحية (Shahidi, Molaie & Dehghani, 2000; Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro, & Kaszniak, 2012; Colloca et al., 2021; Lynch et al., 2021; Rogers et al., 2020; et al., 2020) وأيدت بعض الدراسات أن الاكتئاب من أهم العوامل المرتبطة بكل من شدة الألم والعجز الناتج عنه (Keef et al., 2004; Jarvik, 2005).

**المحور الرابع:** نتائج اعتبار كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية متغيرات مُعَدِّلة للعلاقة بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه:

حيث اتضح من العزل الإحصائي لتأثير درجات كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية - انخفاض كل من قيمة ودلالة معامل الارتباط بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه، ولكن مازالت العلاقة بينهما دالة أيضاً بمعنى أن وجود هذه المتغيرات يعدل من هذه العلاقة سواء بوجودهم أم عدمهم، أي نستخلص من هذه النتائج أن القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية تُعد متغيرات مُعَدِّلة للعلاقة بين شدة الألم المزمن والعجز الوظيفي الناتج عنه، في خفض كل من معامل الارتباط بينهما ودلالته، وتتسق نتائج الدراسة الراهنة مع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في تفسيرها للصحة الجسمية كمنظومة متعددة الأبعاد، والذي يعزوها إلى أبعاد طبية ونفسية واجتماعية (Suls & Rothman, 2004; Witlich, 2005)، وبناءً على النموذج الذي يأخذ في اعتباره دور العوامل النفسية والاجتماعية التي تتدخل في تشكيل خبرة الألم وتأثيراته على الفرد (Turk & Okifujji, 2002).

**المحور الخامس:** نتائج إسهام كل من شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية في تشكيل درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن:

تدعم النتائج الراهنة صحة الفرض الخامس، حيث أوضحت نتائج تحليل الانحدار متغيرات شدة الألم المزمن والاكتئاب، والمرونة النفسية قادرة على التنبؤ بدرجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن بمستويات عالية الدلالة (0.001)، في حين غاب كل من القلق، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة عن أي تأثير تنبؤي، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جَمِيعُها (شدة الألم المزمن، والقلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة والمرونة النفسية) فسرت (72%) من التباين في درجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، كما جاء شدة الألم المزمن كان على رأس قائمة العوامل المفسرة لدرجة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن، فقد فسر وحده (20%) من هذا التباين، ثم يليه متغير الاكتئاب فقد وصلت نسبة إسهامه إلى (16%)، وأخيراً

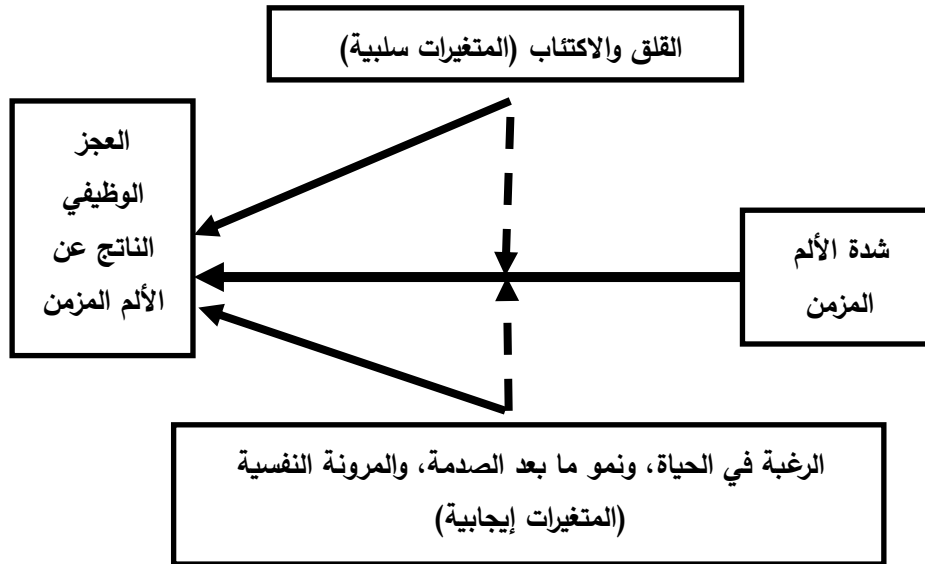
متغير المرونة النفسية الذي فسر (15%) وهذه النتيجة تتسق مع ما استخلصته الدراسات الطولية من أن القلق والألكسيثيميا من المتغيرات ذات التأثير السلبي التنبؤي للمرض الجسدي (Shahidi, Molaie & Dehghani, 2012)، كما وجدت تحليلات الانحدار لدراسة (Rachor, 2022) أن الإعاقات المهنية المرتبطة بالألم يتم التنبؤ بشكل ملحوظ من خلال مستويات شدة الألم، وأعراض الاكتئاب، والتعب.

وبنظرة عامة على مجمل ما توصلت إليه نتائجنا الراهنة بشأن تشكيل خبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن في ضوء كل من القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية، نستطيع أن نخلص إلى أن تلك النتائج تبدو مؤيدة للنموذج التصوري لنوعية الحياة الذي قدمه Cleary & Wilson سنة (1995) ركيزة تستند إليها الدراسة الراهنة، وهو نموذج يرسى النظرة متعددة المتغيرات لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، فإلى جانب المتغيرات البيولوجية والفسولوجية وخصائص الفرد والبيئة، تشتمل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة طبقاً للنموذج على إدراك الصحة، ومستوى العرض Symptom status، والمستوى الوظيفي Functional status، وفي هذا يفترض النموذج أن إدراك الصحة يرتبط بكل من المستوى الوظيفي ومستوى العرض والمتغيرات البيولوجية والفسولوجية (Sobhonslidsuk et al., 2006)، ومن الجلي أن نلاحظ هنا أن البنية الأساسية التي أقيم عليها هذا النموذج التصوري تتمثل في المنظور الأعرض، وهو النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، والذي يفترض أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تمثل معا محددات مهمة للصحة والمرض؛ حيث تتفاعل تلك العوامل معا لتنتج حالة من الصحة أو المرض، وهذا التصور ينطوي على أن الصحة والمرض يسببهما عوامل عديدة، كما أنهما يولدان دورهما آثارا عديدة (Taylor, 2000).

وللإجابة على تساؤل كيف تتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معا تبنت الباحثة منحنى نظرية المنظومات Systems theory approach، ويرجع مفهوم "المنظومة" Systems إلى Ludwlg Von Bertalanfy (1968)، واستخدمه George Engle (1980) لفهم الصحة والمرض من منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Sarafino, 1995)، ويشير مفهوم المنظومة إلى كيان دينامي يتألف من مكونات تقوم فيما بينها على علاقات متبادلة Interrelated relationship على نحو مستمر، وتزعم نظرية المنظومات أن الترابط بين كل مستويات التنظيم في أي كيان هو ترابط هرمي Hierarchal، وأن التغير في أي واحد من هذه المستويات سوف يستتبعه تغير في كل المستويات الأخرى (Taylor, 2000)، من ثم فإن الصحة والمرض والرعاية الصحية كلها عمليات ذات علاقات متبادلة فيما بينها، وهي تنطوي على تغيرات متفاعلة داخل الفرد على المستويات المختلفة.

على ضوء هذا كله نتفق مع Sobhonslidusk فيما ذهب إليه من توصية مؤداها أنه إذا كان العلاج الطبي يعد بمثابة مفتاح لتحسين حالة المريض وتشكيل خبرة العجز الوظيفي الناتج من الألم المزمن، فثمة علاج إضافي مع مساندة نفسية ضروري لرفع إدراك المريض للصحة، وهو ما يمكن أن يؤدي بدوره إلى تحسين وظائفه الحياتية المرتبطة بالصحة والمرض لديه وربما للأفضل.

وكل هذه النتائج كافية لتشير إلى أن هناك متغيرات مستقلة لها تأثير منفرد، وهناك متغيرات أخرى مستقلة لا يظهر تأثيرها إلا في التفاعل مع متغيرات أخرى؛ وذلك لأن طبيعة الظواهر النفسية هي التأثيرات المتعددة Multifactor، وهذا ما يستدعي القيام باستخلاص تصور نظري جامع لهذه المتغيرات معا في تأثيرها في ظهور العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن أو إخفاءه، وهو كالاتي:



#### 4-الخلاصة:

انتهت الدراسة الراهنة إلى أن مساهمة العديد من المتغيرات النفسية في تشكيل خبرة العجز الناتج عن الألم المزمن، وقد أمكن معرفة بعضها في ضوء الدراسة الراهنة مثل القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة، والمرونة النفسية لدى مرضى الألم المزمن، ولكن هناك متغيرات أخرى يجب تركيز البحوث الحديثة على اكتشافها.

- ضرورة توفر إطار نظري مفسر لخبرة العجز الناتج عن الألم المزمن يأخذ في اعتباره العوامل النفسية المرتبطة به.

- من المهم عمل دورات تدريبية للعاملين في عيادات الألم المزمن، لمساعدتهم في فهم الاحتياجات والمتطلبات النفسية للمرضى، وكيفية الاستعانة بها في خبرة العجز الناتج عن الألم المزمن.

- إضافة إلى ما سبق فإن مجمل النتائج تحتاج إلى مزيد من البحث على عينات من مرضى الألم المزمن كمرضى ألم أسفل الظهر المزمن، والألم العضلي الليفي، والألم من الصداع، والألم المرتبط بالأورام... الخ، وذلك سيساعد بشكل كبير في فهم الألم والمعاناة التي يعانيها المرضى.

- فهم طبيعة كل فئة مرضية للألم المزمن ستدفع أيضا في اتجاه تقديم خدمات علاجية تتلاءم مع التوجيهات المعاصرة للألم المزمن بأنه ظاهرة متعددة الأبعاد، ولا تعتمد فقط على الجوانب الجسمية، بل تعتمد على الجوانب المعرفية والنفسية والسلوكية والثقافية والاجتماعية.

#### - الإحالات والمراجع:

أبو القصمان، آلاء (2016). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحروب الأخيرة على غزة. رسالة ماجستير. جامعة الإسلامية، غزة.

أبو عيشة، محمد (2017). نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بأعراض الاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان "دراسة وصفية تحليلية". رسالة ماجستير. كلية التربية، غزة.

أحمد، أحمد حسانين (2015). المناحي النفسية المفسرة للألم المزمن وتطبيقاتها العملية. المجلة العلمية لكلية التربية، 2(3)، 438 - 477.

أحمد، مروة (2017). نمو ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وعلاقته بكل من المواجهة التهيؤية وعدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية والإكلينيكية. مؤتمر التوافق الإيجابي والنمو ما بعد الصدمة. غازي عتاب، تركيا.

- الأنصاري، بدر محمد (2003). *الفروق بين طلبة وطالبات جامعة الكويت في القلق والاكتئاب*. المؤتمر السنوي العاشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- حمودة، محمود (2004). *الطب النفسي: النفس أسرارها وأمراضه*. (الطبعة الثالثة)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الدسوقي، مجدي (1998). *مقياس مظاهر القلق لدى المرافقين*. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- شوخ، هناء (2022). *الإسهام النسبي للوظائف التنفيذية في التنبؤ ببعض المتغيرات النفسية لدى الراشدين، دراسات نفسية، (2)32، 20-57*.
- شوخ، هناء (2023). *الألكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض*. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 22(1)، 1-42.
- عاشور، سمير؛ سالم، سامية (2005). *العرض والتحليل الإحصائي باستخدام SPSSWIN*. معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
- عبد الفتاح، نيرة (2004). *مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب*. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- عمر، يحيى. (2012). *المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة*. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
- غالي، عبد الكريم وحسين، فجر (2018). *المرونة المعرفية لدى طلبة الجامعة*. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، 43(2)، 296-313.
- الغباشي، سهير وشوخ، هناء (2008). *البطالة بين الشباب ومخاطر الصحة النفسية والجسمية المرتبطة بها*. دراسات عربية في علم النفس، 7(4)، 835-879.
- فليح، أشرف والجبوري، سيف محمد رديف (2020). *تقبل الألم المزمن وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى ذوي الأمراض المزمنة*. مجلة الأستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 59(4)، 43-62.
- كامل، مديحة. (2016). *الحاجة إلى المعرفة وعلاقتها بالمرونة المعرفية في التفكير لدى طلبة المرحلة الثانوية في الجليل الأعلى*. رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.
- محمد، برفيقة. (2017). *علاقة المرونة النفسية بمتغيري الجنس والسن: دراسة ميدانية لطلبة معهد علوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية جامعة قاصدي مرباح*. ورقة. رسالة ماجستير، معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة قاصدي مرباح. ورقلة، الجزائر.
- يونس، إبراهيم (2018). *نمو ما بعد الصدمة "النظرية والقياس والممارسة"*. القاهرة: يسطرون للنشر والتوزيع.

Angela, J.K. & Myers, A. (2002). *Understanding chronic pain*. Jackson: University Press of Mississippi.

Anne, D. K. (2002). *Development of a self-efficacy instrument for patients with Chronic Low Back and its use as a predictor of physical therapy outcome*. Doctoral Dissertation, University of Connecticut.

Anthony, A. (2023). *Pain Management in Chronic Pain*. clinicalkey-com.mplbci.ekb.eg/B9780323755733006727

Beemster, T., van Bennekom, C., van Velzen, L., Reneman, M. & Frings-Dresen, M. (2018). The interpretation of change score of the pain disability index after vocational rehabilitation is baseline dependent. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 182-192.

Blyth, F., March, L., Brnabic, A., Jorm, L., Williamson, M., & Cousins, M. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 89(2-3), 127-134.

Bornet, M., Bernard, M., Jaques, C., Truchard, E. R., Borasio, G. D., & Jox, R. J. (2020). Assessing the will to live: a scoping review. *Journal of Pain and Symptom Management*. Online first

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 10(4), 287-333.

- Caes, L., Dick, B., Duncan, C., & Allan, J. (2023). The Cyclical Relation Between Chronic Pain, Executive Functioning, Emotional Regulation, and Self-Management. *Journal of pediatric psychology, 46*(3), 286-292.
- Carmel, S. (2001). The will to live: Gender differences among elderly persons. *Social Science & Medicine, 52*(6), 949-958.
- Casey, C., Greenberg, M., Nicassio, P., Harpin, E., & Hubberd, D. (2007). Transition from acute to chronic pain and disability: A model including cognitive, affective and trauma factors. *Pain, 3* (30), 205-220.
- Colloca, L., Thomas, S., Yin, M., Haycock, N. R., & Wang, Y. (2021). Pain experience and mood disorders during the lockdown of the COVID-19 pandemic in the United States: An opportunistic study. *Pain Reports, 6*, e958.
- Cundiff-O'Sullivan, R., Wang, Y., Thomas, S., Zhu, S., Campbell, C., & Colloca, L. (2023). Individual Dimensions of Pain Catastrophizing Do Not Mediate the Effect of Sociodemographic and Psychological Factors on Chronic Orofacial Pain Severity, Interference, and Jaw Limitation: A Structural Equation Modeling Approach. *The Journal of Pain, 24*(9), 1617-1632.
- D'arcy, Y. (2011). *Chronic pain management*. New York: Springer Publishing Company.
- DeCosmo, S. (2023). *Trauma and its impact on pain, self-efficacy, and pain coping abilities within an adult chronic pain patient sample*. PH.D., the faculty of alder university Chicago.
- Dhaif, R., & Ellis, K. (2019). The association between personality, coping and depression in patients with chronic pain. *Egyptian Journal of Psychiatry, 40*(2), 1110-1105.
- Flahiff, J. (2005). Healing adult acne: your guide to clear skin & self-confidence. *Library Journal, 130*(15), 20-25.
- Gandhi, S., Sangeetha, G., Ahmed, N., & Chaturvedi, S. (2014). Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. *Asian Journal of Psychiatry, 12*, 77-81.
- Gatchel, R., Peng, Y., Fuchs, P. & Turk, D. (2007). The Biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future direction. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581- 624.
- Grant, M.M., & Rivera, L.M. (1998). Evolution of Quality of life in Oncology and oncology Nursing. In C.R.King & P.S.Hinds, *Quality of life from Nursing and patient perspectives* (pp.3-22), Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Graves, K.D., (2003). Social Cognitive Theory and Cancer Patient's QOL: A Meta-Analysis of Psychosocial Intervention Components. *Health Psychology, 22*(2), 210-219.
- Grolimund, J. (2020). Chronic postoperative pain and Psychological factors. *Ther Umsch, 77* (6), 252-257.
- Haberman, M.R., & Bush, N. (1998). Quality of life Methodological and Measurement Issues. In C.R.King & P.S.Hinds (Ed.), *Quality of life from Nursing and Patient Perspectives* (pp.117-139), Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Hays, R., & Stewart, A. (1990). The Structure of Self – Reported Health in Chronic Disease Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(1), 22-30.
- Higgins, D. M., Kerns, R. D., Brandt, C. A., Haskell, S. G., Bathulapalli, H., Gilliam, W., & Goulet, J. L. (2014). Persistent pain and comorbidity among Operation En-during Freedom / Operation Iraqi Freedom/ operation New Dawn veterans. *Pain Medicine, 15*, 782-790.
- Jarvik, K., Hollingworth, W., Heagerty, P., Haynor, D., Boyco, E., & Deyo, R. (2005). Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort clinical and imaging risk factors. *Spine (Phila Pa 1976), 30*(13), 1541-1548.
- Kandil, F.S., (1998). *Quality of Life among Cancer Bladder Patient with Different Urinary Diversions*. MD, Faculty of Nursing, Cairo University.
- Keefe, F., Rumble, M., Scipio, C., Giordano, L., & Perri, L. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *The Journal of Pain, 15*(4), 195-211.
- King, C. (1998). Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In C. R. King & P. S. Hinds (Ed.), *Quality of life from Nursing and Patient Perspectives* (pp.23-34), Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Kira, I. A., Özcan, N. A., Shuwiekh, H., Kucharska, J., Al-Huwailah, A. & Kanaan, A. (2020). The compelling dynamics of “will to exist, live and survive” on effecting PTG upon exposure to adversities: Is it mediated, in part, by emotional regulation, resilience, and spirituality. *Traumatology, 26*(4), 405-419.

- Kira, I., Alawneh, A., Boumediene, S., Lewandowski, L. & Laddis, A. (2014). Dynamics of Oppression and Coping from Traumatology Perspective: The Example of Palestinian Youth. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 20 (4), 385–411.
- Kira, I., Ayna, Y.E., Shuwiekh, H. & Ashby, J.S. (2021). The association of WTELS as a master motivator with higher executive functioning and better mental health. *Current Psychology*. 42(9), 7309-7320.
- Kira, I., Shuwiekh, H., Kucharska, J., Al-Huwailah, A. & Moustafa, A. (2020). “Will to Exist, Live and Survive” (WTELS): Measuring its role as master/meta-motivator and in resisting oppression and related adversities. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 26(1), 47–61.
- Kira, I.A., Alpay, E.H., Ayna, Y.E., Shuwiekh, H., Ashby, J., & Turkeli, A. (2022). The effects of COVID-19 continuous traumatic stressors on mental health and cognitive functioning: A case example from Turkey. *Current Psychology*, 41, 7371–7382.
- Knox, P., Simon, C., Pohlig, R., Pugliese, J., Coyle, P., Sions, J. & Hicks, G. (2023). Examining psychological factors as contributors to pain, disability, and physical function in geriatric chronic low back pain: a prospective analysis of the Delaware Spine Studies cohort. *The Journal of Pain*, doi.org/10.1016/j.jpain.2023.12.005.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 64(2), 258-266.
- Kusko, D., Gonzalez, C., Hollaway, E., Kennedy, L., Sibille, K., Fillingim, E., & Goodin, B. (2022). The Relationship between Psychological Profiles and Longitudinal Pain Trajectories in People with Chronic Knee Pain. *The Journal of Pain*, 23(5), 55.
- Lane, R., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. & Kaszniak, A. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosom Med*, 62, 492-501.
- Leo, R. J. (2008). Pain disorders. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & G. O. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of Psychiatry* (pp. 1025–1050). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lynch, M. E., Williamson, O. D., & Banfield, J. C. (2020). COVID-19 impact and response by Canadian pain clinics: A national survey of adult pain clinics. *Canadian Journal of Pain*, 4, 204-209.
- Manor, O., Matthews, S., & Power, C., (2001). Self – rated health and limiting longstanding illness: inter – relationship with morbidity in early adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 600-607.
- Mathew, K. M., Ravichandran, G., May, K. & Morsley, K. (2001). The biopsychosocial model and spinal cord injury. *SpinalCord*, 39, 644-649.
- Mellner, C., & Lundberg, M., (2003). Self and physician – rated general health in relation to symptoms and disease among woman. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 123-134.
- Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1: 277-299.
- Michael, S., El-Hamady, M., El-Bakry, S., & Awd, M. (2019). A study of psychiatric comorbidities in irritable bowel syndrome. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 39,140–149.
- Nachemson, A. (1999). Back pain delimiting the problem in the next millennium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(5-6), 473-490.
- Pleis, J., Ward, B. & Lucas, R. (2010). Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey 2009. *Vital Health Stat*, 10(249), 1-207.
- Pollard, C. A. (1984). Preliminary validity study of the Pain Disability Index. *Perceptual and Motor Skills*, 59(3), 974.
- Rachor, G. (2022). *Psychological Responses to Covid-19 and Predictors of Functional Impairment among Individuals Living with Chronic Pain: A Web-based Population Representation Survey*. MD., the Faculty of Graduate Studies and Research, the University of Regina (Canada).
- Roelofs, J., Boissevain, M., Peters, M., Degong, J. & Vlaeyen, J. (2002). Psychological Treatment for Chronic Low Back Pain; Past Present and Beyond. *Pain Review*, (9), 29-40.
- Rogers, A. H., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2021). COVID-19 psychological factors associated with pain status, pain intensity, and pain-related interference. *Cognitive Behavior Therapy*, 50, 466-478.
- Sarafino, E. (1995). *Health Psychology: Biopsychological Interactions*. New York: Wiley.

- Sawaya, H., Atoui, M., Hamadeh, A., Zeinoun, P., & Nahas, Z. (2016). Adaptation and initial validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder-7 Questionnaire (GAD-7) in an Arabic-speaking Lebanese psychiatric outpatient sample. *Psychiatry Research*, 239, 245-252.
- Serbic, D., Friedrich, C., & Murray, R. (2023). Psychological, social and academic functioning in university students with chronic pain: A systematic review. *Journal of American College Health*, 71(9), 2894-2908.
- Shahidi, S., Molaie, A., & Dehghani, M. (2012). Relationship between health anxiety and alexithymia in an Iranian sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 591-595.
- Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongskan, R., & Satitpornkul, P. (2006). Factors influencing health - related quality of life in chronic liver disease. *World J of Gastroenterology*, 12(48), 7786-7791.
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Tait, R., Chibnall, J., & Krause, S. (1990). The Pain Disability Index: psychometric properties. *Pain*, 40(2), 171-182.
- Taylor, S. (2000). *Health psychology* (4th). New York: McGraw – Hill, Inc.
- Tiffany, O. (2022). *Adolescent Girls with Chronic Pain: An Exploration of Risk and Resilience Factors*. Ph.D., California School of Professional Psychology Alliant International University Los Angeles.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factor in chronic pain Evaluation and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2003). Pain management. In: A.M. Nezu & C. M. Nezu (Eds.), *Handbook of Psychology*. Health psychology. (293-338). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ushida, T. (2023). Chronic Pain: Definition/Conception/Classification of Pain. *Brain Nerve*, 75(3), 201-205.
- Verhaak, P., Dekker, J., Sorbi, M. & Bensing, J. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: review of the literature. *Pain*, 77, 231-239.
- Vukadinovic, C.S., (2000). Quality of Life. *Philosophy and Sociology*, 2(7), 373-377.
- Waxman, S. (2006). *Chronic low back pain and impact on relationship satisfaction*. M.D., Queen's University: Canada.
- Witlch, A., (2005). *Medical adherence: A structural approach to the logic of middle - class allergic rhinitis patient behaviour*. PH.D, the University of Alabama at Birmingham.
- Yuan, K., Gong, Y., Liu, L., Sun, Y., Tian, S., Wang, Y., Zhong, Y., Zhang, A., Su, S., Liu, X., Zhang, Y., Lin, X., Shi, L., Yan, W., Fazel, S., Vitiello, M., Bryant, R., Zhou, X., Ran, M., Bao, R., Shi, J., & Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: A meta-analysis and systematic review. *Molecular Psychiatry*, 26, 4982-4998.

#### كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

شويخ، هناء أحمد محمد (2024). دور كلا من شدة الألم، القلق، والاكتئاب، والرغبة في الحياة، ونمو ما بعد الصدمة

والمرونة النفسية في تشكيل خبرة العجز الوظيفي الناتج عن الألم المزمن. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 10(1)،

الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 31-54.