

نوقشت رسالة الطالب

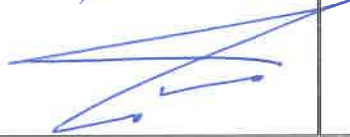
ثائر سامي عيسى

بمعنوان:

صعوبة التعبير عن المشاعر وعلاقتها بالأم الجسد وجودة الحياة

لدى عينة من مرضى الآلام المزمنة في مشافي محافظة اللاذقية

وأجيزت يوم الإثنين الواقع في 2024/10/21 من قبل السادة أعضاء لجنة
الحكم التالية أسمائهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
أ. د. أمل الأحمد	عضواً	
أ. د. محمود ميلاد	عضواً مشرفاً	
أ. د. معمر الهوارنة	عضواً	
د. لبنى جديد	عضواً	
د. سمر الحلح	عضواً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الدكتوراه
في علم النفس العام - قسم علم النفس.



الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية التربية
قسم علم النفس

**صعوبة التعبير عن المشاعر وعلاقتها بالآلام الجسد
وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الآلام المزمنة
في مشافي محافظة اللاذقية**

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس العام

إعداد

ثائر سامي عيسى

مشاركة الدكتور

إشراف الدكتور

سليمان كاسوحة

محمود ميلاد

الأستاذ في قسم علم النفس في كلية التربية
بجامعة دمشق

الأستاذ في قسم علم النفس في كلية التربية
بجامعة دمشق

2024/2023

شكر وتقدير

امتنالاً لقوله تعالى : "لئن شكرتم لأزيدنكم" فإني أحمد الله على ما يسّر له وأعان عليه، وأشكره على نعمه وأفضاله شكراً يليق بجلاله وعظيم سلطانه، وعملاً بقوله (ص) : (من لم يشكر الناس لم يشكر الله) فأولى الناس بالشكر وآيات العرفان هم أولو العلم والفضل أساتذتي ومن أخذوا بيدي لما قاموا به من جهدٍ أملاً منهم أن يظهر هذا العمل في أكمل صورة، فلا يسعني إلا أن أتقدم بخالص الشكر وفائق الاحترام للدكتور محمود ميلاد الذي سَعِدْتُ بإشرافه على هذه الرسالة، فقد كان ومازال نعم الموجه والمشرف، وأشكره جزيل الشكر لما خصّني به من وقته وجهده، فقد بذل جهداً كبيراً في توجيه البحث في جميع مراحله، وكان لنصائحه وإرشاداته وتوجيهاته أثراً كبيراً في توجيه البحث في جميع مراحله لتخرج الرسالة بهذه الصورة، فجزاه الله عنا خير جزاء، وأدعو الله أن يمنحه الصحة والعافية وأن يجعل التوفيق الدائم حليفه طوال الحياة.

كما أتوجه بالشكر الجزيل للدكتور سليمان كاسوحة الأستاذ في قسم علم النفس لمتابعته واهتمامه الكبيرين في كل مراحل وتفاصيل هذا البحث، وما قدّمه من نصائح جوهريّة ووقت وجهد بسخاءٍ لا نظير له، لينتهي البحث بهذا الشكل، كلُّ الأمنيات له بوافر الصحة والنجاح الدائم.

كما أتقدم بعظيم الشكر وعميق الامتنان للأساتذة أعضاء لجنة الحكم، على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، وعلى تحملهم عبء قراءتها ولما بذلوه من جهدٍ وما قدموه من ملاحظات قيّمة وحسن توجيهه فجزاهم الله عني خير جزاء.

الباحث

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	عنوان المحتوى
ت	فهرس المحتويات
ج	فهرس الجداول
خ	فهرس الأشكال
د	فهرس الملاحق
ذ	ملخص البحث باللغة العربية
9-1	الفصل الأول: الإطار العام للبحث
2	1- المقدمة.
3	2- مشكلة البحث.
6	3- أهمية البحث.
7	4- أهداف البحث.
7	5- فرضيات البحث.
8	6- حدود البحث.
9	7- مصطلحات البحث وتعريفات الإجرائية.
64-11	الفصل الثاني: الإطار النظري
12	تمهيد.
12	المحور الأول: صعوبة التعبير عن المشاعر
12	1- أصل ونشأة مصطلح التعبير عن المشاعر.
13	2- مفهوم صعوبة التعبير عن المشاعر (الالكسيثيميا).
15	3- أنواع المشاعر.
18	4- آلية التعبير عن المشاعر.
18	5- أنواع صعوبة التعبير عن المشاعر.
20	6- النظريات التي فسرت صعوبة التعبير عن المشاعر.
22	7- المشاعر الأساسية في حياة الناس.
32	8- الفرق في التعبير عن المشاعر عند الذكر والأنثى.
34	9- آلية تأثير المشاعر على أوامر الدماغ.
35	المحور الثاني: شدة الألم
35	1- مفهوم الألم.
36	2- تصنيف الألم.
37	3- تركيبات الألم.
39	4- الجانب المعرفي للألم.
40	5- نظريات الألم المعرفية.

42	6- التعبير عن الألم.
43	7- معتقدات الألم عند المرضى.
44	8- المعتقدات الخاطئة عند مرضى الألم.
45	9- تقييم الألم والعوامل التي تؤثر على تحمله.
46	10- تدبير الألم وعلاجه.
46	11- الإحساس بالألم.
47	12- العلاج المعرفي السلوكي.
48	13- فنيات العلاج المعرفي السلوكي.
50	14- سيكولوجية الأمراض المزمنة التي تناولها موضوع البحث.
51	15 - قياس الألم.
53	المحور الثالث: جودة الحياة لدى الأفراد
53	1- مفهوم جودة الحياة.
55	2- العوامل المؤثرة في جودة الحياة.
56	3- النظريات المفسرة لجودة الحياة
58	4- أبعاد جودة الحياة.
60	5- مؤشرات جودة الحياة.
60	6- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة.
63	7- مقومات جودة الحياة.
64	8- العوامل التي تؤثر في تحديد جودة حياة الفرد.
77-66	الفصل الثالث: منهج البحث وإجراءاته
67	1- منهج البحث.
67	2- مجتمع البحث وعينته.
69	3- أدوات البحث.
77	4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.
78	الفصل الرابع: نتائج البحث وتفسيرها
79	1- التحقق من فرضيات البحث ومناقشتها وتفسيرها.
95	2- المقترحات والتوصيات.
96	قائمة المراجع
107	الملاحق
I	ملخص البحث باللغة الإنجليزية

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	العوامل التي تسهم في التخفيف من شدة الألم أو زيادتها.	45
2	توزع أفراد العينة حسب المرض والجنس.	68
3	معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد صعوبة تحديد المشاعر والبنود الفرعية المكونة للبعد.	70
4	معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد صعوبة وصف المشاعر والبنود الفرعية المكونة للبعد.	71
5	معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد التفكير الموجه نحو الخارج والبنود الفرعية المكونة للبعد.	71
6	معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية لمقياس صعوبة التعبير عن المشاعر.	72
7	ثبات مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.	72
8	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمجموع شدة الألم للمرضى وبين شدة ألمهم في كل يوم من الأيام الأربعة عشرة.	74
9	معامل ثبات ألفا كرونباخ بين الدرجة الكلية لمجموع شدة الألم للمرضى وبين شدة ألمهم في كل يوم من الأيام الأربعة عشرة.	75
10	معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة والأبعاد الفرعية.	76
11	معادلة ألفا كرونباخ بين بنود كل بعد والدرجة الكلية للبعد وبين الدرجات الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.	76
12	جدول (12): معامل ارتباط بيرسون بين صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) مع شدة الألم.	79
13	معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة.	82
14	معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس شدة الألم ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة.	83
15	نتائج اختبار (t-test) للفروق بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس صعوبة المشاعر وفق متغير الجنس.	84

86	اختبار (ANOVA) للفروق بين مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس شدة الألم حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط).	16
87	نتائج اختبار (t-test) للفروق بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس جودة الحياة وفق متغير الجنس	17
90	اختبار (ANOVA) للفروق بين مرضى الآلام المزمنة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط).	18
92	اختبار (ANOVA) للفروق بين مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط).	19

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1	النسبة المئوية لمكونات الشعور بالسعادة.	26
2	توزُّع عَيِّنة المرضى وفقاً لمتغير الجنس.	68
3	توزُّع عَيِّنة المرضى وفقاً لمتغير المرض.	68

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	رقم الصفحة
1	مقياس شدة الألم بصورته النهائية.	108
2	السادة محكمي أدوات البحث.	110
3	مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بصورته النهائية.	111
4	مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بصورته الأولية.	114
5	مقياس جودة الحياة بصورته النهائية	116

ملخص البحث باللغة العربية

هدف البحث إلى دراسة العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر والآلام الجسدية وجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة. ولتحقيق أهداف البحث اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم مقاييس صعوبة التعبير عن المشاعر (TORENTO 1994) وشدة الألم (EVA) ومقياس جودة الحياة (QCD) Questionnaire Concissur les Douleurs، واختار عينة مكونة من (62) مريضاً ومريضةً مصابين بسرطان الدم (اللوكيميا) وارتفاع الضغط الشرياني والسكري من مشفى تشرين الجامعي.

وتوصل البحث إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة طردية دالة إحصائياً بين صعوبة التعبير عن المشاعر وشدة الألم لدى عينة المرضى، وعلاقة ارتباطية سالبة عكسية دالة إحصائياً بين صعوبة التعبير عن المشاعر وجودة الحياة لدى عينة المرضى، وعلاقة ارتباطية سالبة عكسية دالة إحصائياً بين شدة الألم وجودة الحياة لدى عينة المرضى؛ ولذلك أوصى الباحث بعمل الأطباء في المشافي الحكومية والخاصة على خفض مستوى صعوبة التعبير عن المشاعر لما تملكه من تأثير على مستوى شدة الآلام الجسدية والنفسية لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة خاصة مرضى السرطان قدر الإمكان، وتعزيز مستوى جودة الحياة لديهم، وتصميم برامج علاجية وإرشادية موجهة لمرضى الآلام المزمنة تهدف إلى مساعدتهم على التغلب على صعوبة التعبير عن المشاعر وتجاوز شدة آلامهم النفسية، وتعزيز مستويات جودة الحياة لديهم. واقتراح إجراء دراسات أخرى تستهدف مرضى الأمراض السيكوسوماتية، وصعوبة التعبير عن المشاعر لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة، وتتناول العلاقة بين التعبير عن المشاعر وأثرها على شدة الألم لدى مرضى الآلام المزمنة، والمشاعر الأساسية وجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

الكلمات المفتاحية: صعوبة التعبير عن المشاعر، آلام الجسد، جودة الحياة، مرضى الآلام المزمنة.

الإطار العام للبحث

- 1- المقدمة
- 2- مشكلة البحث
- 3- أهمية البحث
- 4- أهداف البحث
- 5- فرضيات البحث
- 6- حدود البحث
- 7- مصطلحات البحث وتعريفات الإجرائية

1- المقدمة:

تتجه أبحاث العلوم الطبية والنفسية إلى الاعتقاد بأن للعامل النفسي أثراً مهماً في معظم الأمراض الجسدية سواء في نشأتها واستمراريتها أو في ضعف مقاومة الفرد لها، وبين هاتين الظاهرتين صلة وتأثيراً متبادلاً حيث ينعكس الشعور في حركات الفرد الجسدية، ويؤثر الانفعال والعاطفة في مختلف أعضاء الجسم، ويدل على ذلك الاضطرابات السيكوسوماتية (الجسمية ذات المنشأ النفسي) كالقرحة المعدية، وارتفاع ضغط الدم، أو الأمراض العضوية وما يتبعها من اضطرابات انفعالية لدى الأشخاص الذين يعانون منها، فالفرد هو كل متكامل من الروح والجسد الذي لا يمكن تقسيمه إلى أجزاء (العاسمي، 2014، 132).

وفي ضوء ذلك تأخذ الانفعالات دوراً وظيفياً مهماً في تحقيق الصحة النفسية بكونها تسهم في تشكيل جوانب شخصية الفرد وسلوكياته وتؤدي البيئة الأسرية والاجتماعية دوراً مهماً في أساليب تعبير الفرد عن هذه الانفعالات، وبالمقابل فإن الحماية الزائدة والإهمال المفرط وما يتعرض له الفرد من صدمات وأحداث ضاغطة تعدّ سبباً رئيساً في قصور هذه الكفاءة الانفعالية وصعوبة في التعبير عن المشاعر.

ومن هذا المنطلق سيحتاج الفرد إلى التعبير عن آلامه الجسدية من جهة وعما يعيشه من انفعالات ومشاعر من جهة أخرى، كجزء من التواصل الذي يعد سمة البشر وكضرورة للتفريغ وعدم الكبت من جهة أخرى، إذ يوجد لدى بعض الأفراد مظاهر تتجلى بـ: صعوبات التعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم، وعدم التعلق الاجتماعي، بالإضافة إلى ضعف بالعلاقات الاجتماعية، وصعوبة فهم عواطف الآخرين وتحديد مشاعرهم، وضعف في القدرة على التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية لديهم، وهذا ما يعرف بالالكسيثيميا Alexithymia وهو مصطلح يوناني أصله alexiith وتمت ترجمته إلى اللغة العربية من خلال مصطلح "عدم الكلام عن العواطف". ويطلق وصف الألكسيثيميا على من تبدو عليهم علامات أعراض صعوبة التعبير عن المشاعر. وتعرف بأنها عجز الفرد عن التحديد والتعبير لفظياً عن مشاعره أو نقل مشاعره للآخرين (دهمش، 2017، 22).

وصعوبة التعبير عن المشاعر ليست مرضاً بل سمة شخصية قد تتفاوت شدتها، وتؤدي خطورتها إلى الإصابة بأنواع مختلفة من الأمراض النفسية والبدنية، والتغيرات المؤلمة عند المريض تتأثر بإدراكه وفهمه لبيئته

الثقافية والاجتماعية والعائلية وخبراته السابقة عن الألم، ومن ثم فإن الحالة الانفعالية لا تكون نتيجة بسيطة للإحساس بالألم فقط، بل انعكاس لخبرات المريض السابقة عن الألم، فالألم الجسد تشكل حدثاً صادماً يعمل على تغيير عالم المريض بما ينجم عنها من تغيرات سلبية تؤثر في حياته وحياة أسرته في جميع الجوانب النفسية والاجتماعية، وتشير إلى ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر وصعوبة وصف وتحديد المشاعر الذاتية، وصعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية مع الشعور المستمر بالقلق والضغط العصبي وعدم الشعور بالسعادة والرضا (غنيم، 2017، 16).

بالإضافة إلى أن صعوبة التعبير عن المشاعر المرتبطة بالألام الجسدية قد تكون سبباً في عدم التوافق، ومن ثم العجز عن أداء الوظائف اليومية، وبالتالي فإن الرضا عن الحياة وصعوبة التعبير عن المشاعر متغيران مهمان يؤثران في سلوك الفرد، وفي توافقه النفسي مع بيئته التي يعيش فيها. ولما كانت الأمراض المزمنة أمراضاً دائمة وملزمة لحياة الشخص المصاب بها فإنها تؤثر بطبيعة الحال على حياة الشخص البدنية والنفسية، لذلك يسعى البحث الحالي إلى تسليط الضوء على العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر وآلام الجسد المرافقة ودور جودة الحياة لدى عينة من المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة في مشافي محافظة اللاذقية.

2- مشكلة البحث:

تعد صعوبة التعبير عن المشاعر مشكلة أساسية بالنسبة للفرد، ولها تأثيرات مختلفة على حياته وعلاقاته الشخصية. فالثقافة السائدة تتأثر بالتقاليد الاجتماعية وتتميز بالتحفظ والحذر وتجعل من الصعب على الفرد التعبير عن مشاعره بطريقة مناسبة، فيصبح عاجزاً عن التمييز بين حالاته الانفعالية وبين إحساساته الجسدية، فيعبر الفرد عن ضيقه النفسي من خلال عوارض جسدية (رزيقة، 2019، 2). تنعكس صعوبة التعبير عن المشاعر على الأجساد بطرق مختلفة، منها تسارع نبضات القلب مما يزيد الضغط على القلب وارتفاع ضغط الدم. وهذا ما أكدته دراسة خديجة (2022)، التي توصلت إلى وجود مستوى الأكسثيميا بشكل مرتفع لدى الراشد قبل وبعد الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

أما دراسة العايش وقويدري (2022) كان من أبرز نتائجها وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التفكير السلبي وبين صعوبة التعبير عن المشاعر لدى العينة الكلية من مرضى ارتفاع الضغط الدموي. وقد تبين أن صعوبة التعبير عن المشاعر، وخاصة مشاعر الغضب والحزن، يمكن أن تؤدي إلى إجهاد مزمن، هذا الإجهاد قد يضعف الجهاز المناعي، مما يجعل الجسم أقل قدرة على مجاراة الخلايا السرطانية في مراحلها المبكرة. وهذا ما أكدته دراسة توليباني وآخرين (Tulipani et al, 2010)، التي توصلت في نتائجها إلى أن شدة الألم عند مرضى السرطان مرتبطة بقوة مع الالأكسيثيميا. فقد ازداد مستوى شدة الألم لديهم كلما ازدادت علاماتهم على مقياس الالأكسيثيميا، وازدياد المخاوف الجسدية بشكل ملحوظ مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون من صعوبة التعبير عن المشاعر.

إضافة لذلك فإن صعوبة التعبير عن المشاعر تؤدي إلى إجهاد نفسي مزمن، مما يزيد من إفراز هرمون الكورتيزول (هرمون الإجهاد). وهذا ما أثبتته دراسة مارتينو وآخرين (Martino et al, 2020)، التي أظهرت نتائجها وجود علاقة قوية بين الالأكسيثيميا ومرض السكري من النوع الثاني وفق المؤشرات التي تم التوصل إليها. كما وجدت ارتباطات قوية تساوي (0.75) لمجموع TAS-20، وبالتالي فإن الأشخاص الذين يميلون إلى كبت مشاعرهم يواجهون مستويات أعلى من الألم.

يمثل الألم جانباً مهماً من الجوانب التي يتعرض لها المرضى، ويعد من أهم الأعراض التي تدفع إلى تقديم العناية الطبية لهم؛ لكونه عارض متكرر يخيف المريض ويثير لديه الشعور بالقلق والتوتر وغيرها من المشاعر السلبية، وتدمر الأمراض المزمنة أمراض لفترات طويلة وتتطور بصورة بطيئة عموماً. وتحصد الأمراض المزمنة مثل داء السكري وأمراض القلب والسرطان، مجتمعةً أرواح أكثر من (70%) من سكان العالم أجمع، وفي سورية تشكل الأمراض المزمنة (75%) من أسباب الوفيات، ومحلياً تشير الإحصائيات الصادرة عن وزارة الصحة السورية لعام 2023م أن (40-45%) من مراجعي المشافي السورية يتلقون المعالجة المضادة للأمراض المزمنة، هذا الرقم يعكس الأهمية الكبيرة التي تشكلها هذه الأمراض في النظام الصحي، وتؤدي إلى مضاعفات ثانوية وانعكاسات خطيرة على الحالة النفسية والجسدية للمريض مثل (القلق، الحزن وفقدان الاستقلالية والاكتئاب)، وإن هذا الأمر يؤدي إلى تدهور القدرة الوظيفية والمناعية، واضطراب نظام النوم وغيرها، كل هذه العوامل تنعكس على الحالة النفسية للفرد وبالتالي تؤثر على جودة الحياة لديه.

حيث توصلت دراسة (Mattila, A., et al, 2007) إلى ارتباط صعوبة التعبير عن المشاعر بشكل كبير بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة بشكل مستقل عن المتغيرات الأخرى. وكان العامل الفرعي TAS-20، صعوبة تحديد المشاعر، هو أقوى قاسم مشترك بين فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر وجودة الحياة المرتبطة بالصحة.

حيث تؤثر صعوبة التعبير عن المشاعر بشكل كبير على جودة الحياة. هذه التأثيرات تمتد إلى عدة جوانب من الحياة، بما في ذلك الصحة النفسية والجسدية، العلاقات الاجتماعية، والرضا العام عن الحياة، وكذلك فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر يجعل الفرد أكثر عرضة للإصابة بأعراض جسدية ونفسية.

وإنَّ المتنبَّعَ لنتائج الدراسات في مجال الآلام المزمنة لدى نُزلاء المستشفيات يجدُ أنَّ العلاج الدوائي وحده لم يعطِ نتائج إيجابية في علاج مشكلة الألم، على اعتبار أنَّ هذه المشكلة ليست حالة مرضية بالمعنى البيولوجي فقط، وإنما هي حالة نفسية اجتماعية بالدرجة الأولى.

كما وجد الباحث عبر الدراسات الأجنبية أنَّ صعوبة التعبير عن المشاعر حظيت باهتمام كبير، وقبول واسع لدى علماء النفس، أمَّا في المجتمع المحلي فلم يلقَ الارتباط بين صعوبة التعبير عن المشاعر والآلام المزمنة الاهتمام الكافي، وكونُ الحالة النفسية لدى المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة قد تؤثر على فاعلية أيِّ علاج يُقدَّم لهم، ونظراً لتزايد أعداد المرضى، وقلة عدد المستشفيات الحكومية وافتقاد هذه المؤسسات العلاجية إلى خدمات الإرشاد والعلاج النفسي، وعدم وجود منهج واضح لدى العاملين في المشافي، وإنما تعتمد فقط على الجهود الشخصية للأفراد القائمين عليها.

في ضوء ما سبق عرضه من نتائج الدراسات السابقة، وما انبثق عنها وبناءً على اطلاع الباحث على بعض الدراسات السابقة العربية والأجنبية في سياق هذا الموضوع، لاحظ الباحث قلة الدراسات التي تتناول العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر والآلام الجسدية من جهة، والعلاقة بين التعبير عن المشاعر وجودة الحياة من جهة أخرى في حدود علم الباحث، إذ توضحت لدى الباحث مشكلة البحث، وظهرت الرغبة في دراسة العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر تجاه الآلام الجسدية وجودة الحياة لدى عينة من المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة في مشافي محافظة اللاذقية.

ومن هنا تتحدد مشكلة البحث بالإجابة عن السؤال الآتي:

ما العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر والآلام الجسدية وجودة الحياة لدى عينة من المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة في مشافي محافظة اللاذقية؟

3- أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في النقاط الآتية:

3-1- يتناول البحث شريحة مهمة في المجتمع، وهي الشريحة التي تعاني من الآلام المزمنة التي تؤثر على حياتهم، ويأمل أن تعود نتائج البحث بالفائدة على هذه الشريحة.

3-2- يتصف البحث بالحدثة والتجديد فيما يتعلق بتناوله صعوبة التعبير عن المشاعر، وارتباطه بآلام الجسد وجودة الحياة لدى مرضى الآلام المزمنة.

3-3- يقدم البحث رؤية متعددة الأبعاد من خلال دراسة تركيبات الألم (حسية، انفعالية، سلوكية، معرفية) وكيفية تأثير العوامل الانفعالية على الجوانب الحسية كالآلم الجسدي.

3-4- تزويد العاملين بالمجال الطبي بالعوامل النفسية والانفعالية التي يمكن أن تؤثر على شدة الأعراض المرضية لدى المرضى وازدياد الآلام نتيجة لذلك، مما قد يساهم في التخفيف من آلام المرضى.

3-5- قد تشكل نتائج البحث منطلقاً لأبحاث جديدة ضمن مجال التعبير عن الألم وتذليل الصعوبات المتعلقة به، وبالتالي الإسهام في إدارة التعبير عن المشاعر وتحقيق الفائدة للمريض، وفي إعداد المزيد من البرامج الإرشادية والتوجيهية في مجال علم النفس والتي تساعد في فهم كيفية التعبير عن المشاعر والانفعالات.

3-6- يزود البحث المكتبة العربية بهذا النمط من الأبحاث التي تتعلق بعلم النفس الإكلينيكي في كونه من الأبحاث القليلة التي تبحث العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر في البيئة العربية والآلام الجسدية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الآلام المزمنة في مشافي محافظة اللاذقية ضمن حدود علم الباحث.

4- أهداف البحث:

سعى الباحث إلى تحقيق الهدف الرئيس الآتي: دراسة العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر والآلام الجسدية وجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

ويتفرع عن هذا الهدف الأهداف الفرعية الآتية:

4-1- دراسة مؤشرات العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر والآلام الجسدية وجودة الحياة لدى مرضى الآلام المزمنة.

4-2- كشف الفروق بين الذكور والإناث في صعوبة التعبير عن المشاعر، وشدة الألم وجودة الحياة.

5- فرضيات البحث:

5-1- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) مع شدة الألم وفق مقياس EVA عند عينة من المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

5-2- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) وانعكاس الألم على جودة الحياة عند عينة من المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

5-3- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات شدة الألم وجودة الحياة عند عينة من مرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

5-4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى الآلام المزمنة الذكور والإناث في صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها.

5-5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس شدة الألم حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط الشرياني).

5-6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى الآلام المزمنة الذكور والإناث في انعكاس الألم على جودة الحياة.

5-7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط الشرياني).

5-8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة بأبعاده حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط الشرياني).

6- حدود البحث:

تتضمن حدود البحث المحددات التالية:

6-1- **الحدود البشرية:** عينة من المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة في مستشفى تشرين الجامعي في محافظة اللاذقية والبالغ عددهم (62) مريضاً (31) ذكراً و(31) أنثى مصاباً بسرطان الدم (اللمفوم والوكيميا)، ارتفاع الضغط الشرياني، السكري، مراجعين ومقيمين في المستشفى.

6-2- **الحدود المكانية:** طبقت أدوات البحث في مستشفى تشرين الجامعي في محافظة اللاذقية.

6-3- **الحدود الزمانية:** طبقت الأدوات في عام 2022 - 2023.

6-4- **الحدود العلمية:** اقتصر البحث على دراسة العلاقة بين صعوبة التعبير عن المشاعر والآلام الجسدية وجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

7- مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

7-1- صعوبة التعبير عن المشاعر Alexithymia:

هي تكوين افتراضي يشمل تجمعاً من السمات المعرفية والوجدانية مثل: صعوبة تحديد وصف الأحاسيس الذاتية، صعوبة التمييز بين الأحاسيس والإحساسات الجسدية ذات الأصل الانفعالي، قدرات تخيل مقيدة، نمط معرفي متوجه للخارج. وهي عدم القدرة على تحديد المشاعر أو صعوبة وصفها لفظياً، أو ضيق الأفق في التصور والتخيل. (Taylor, 1997, 26)

وتُعرف صعوبة التعبير عن المشاعر إجرائياً بأنها: سمة شخصية ذات خصائص وجدانية ومعرفية تتميز بصعوبة تحديد ووصف المشاعر والانفعالات لدى الشخص نفسه وكذلك الآخرين ونمط معرفي يتميز بتوجه خارجي، وهذه الخصائص المعرفية والانفعالية تعكس القصور في المعالجة المعرفية للمعلومات الانفعالية وتنظيم الانفعالات، ويمكن أن تُقاس من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس تورنتو للألكسيثيميا (TAS-20) المستخدم في البحث الحالي.

7-2- الألم: " تعريف الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP): هو إحساس مزعج وخبرة عاطفية وانفعالية بغضبة متعلقة بضرر نسيجي فعلي أو كامن، يصحبه إحساس أو شعور سلبي بعدم السعادة والمعاناة وينظر إليه بوصفه حالة نفسية ذاتية أو خبرة غير سارة. (قابيل، 2018، 3)

7-3- شدة الألم: الشعور الحسي والنفسي غير المستحب، الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم، أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض (البكوش، 2014، 136).

ويعرفها الباحث إجرائياً: بأنه التعبير للحالة المحسوسة بالألم من قبل المريض والذي يعبر عنه المريض بالدرجة التي يحصل عليها على مقياس شدة الألم المكون من سلم متدرج من 0 حتى 10 من خلال المكان الذي يوقف المريض المزلافة فيه.

7-4- الأمراض المزمنة: أمراض تدوم فترات طويلة وتتطور بصورة بطيئة عموماً. وتأتي الأمراض المزمنة، مثل ارتفاع الضغط الشرياني والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري. ويعد الألم الذي يستمر لمدة أطول من ستة شهور ألماً مزمناً (العاسمي، 2015، 105).

7-5- جودة الحياة: عرفها الأشول (2005، 10) بأنها: "درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على اشباع حاجاتهم المختلفة". ويعرف الباحث جودة الحياة إجرائياً بأنها: الدرجة التي يحصل عليها المريض من أفراد العينة على المقياس المستخدم في البحث الحالي والذي يتألف من سبعة أبعاد وهي المزاج، القدرة على المشي، الأعمال الاعتيادية اليومية، العلاقة مع الآخرين، النوم، الرغبة بالحياة، الرغبة الجنسية، وتتراوح درجاتها من (0-10)، وتشير الدرجات من (0-3) جودة الحياة جيدة، (4-7) متوسطة، والدرجات بين (8-10) ضعيفة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

1- المحور الأول: صعوبة التعبير عن المشاعر

2- المحور الثاني: شدة الألم

3- المحور الثالث: جودة الحياة لدى الأفراد

قُدّم في هذا الفصل أدبيات تربوية ذات صلة بالموضوع؛ لضرورة ذلك في تكوين خلفية علمية نظرية شاملة لموضوع البحث. وقد قسم الباحث هذا الفصل إلى ثلاث محاور: الأول يتناول صعوبة التعبير عن المشاعر، والثاني يتناول شدة الألم، والثالث يتناول جودة الحياة لدى الأفراد.

المحور الأول: صعوبة التعبير عن المشاعر

1- أصل ونشأة مصطلح المشاعر:

تعود كلمة "المشاعر" (Emotions) إلى عام (1579)، عندما تم اقتباسها من الكلمة الفرنسية إموفوار (émouvoir)، والتي تعني "إثارة". وتم إدخال مصطلح (Emotions) في المناقشة الأكاديمية كمصطلح جامع للعاطفة والحس والشغف. (Dixon, 2012, 338-339).

ورأى تشارلز داروين Charles Darwin بأن تعبيرات الإنسان عن المشاعر كانت فطرية وعالمية عبر الثقافات، فالمشاعر تجربة واعية تتميز بالنشاط العقلي الشديد، وتكون بدرجة معينة من المتعة أو المعاناة، ترتبط مع الحالة النفسية، والمزاج، والشخصية، والتوجه، والدافعية لدى الأفراد، وتعرف بأنها حالات من الشعور التي تؤدي إلى تغيرات جسدية ونفسية تؤثر على السلوك، وترتبط فيزيولوجيا المشاعر ارتباطاً وثيقاً بإثارة الجهاز العصبي وتختلف حالات وقوة الإثارة المرتبطة تبعاً لنوع الشعور. ومن ناحية أخرى ترتبط المشاعر أيضاً بالميل السلوكي، فالشخص المنفتح اجتماعياً يعبر عن مشاعره بشكل أكبر، في حين أن الشخص الانطوائي يكون أكثر عرضة للإنسحاب الاجتماعي وإخفاء مشاعره. والتعبير عن المشاعر في علم النفس: هو ما يظهره الأفراد من سلوكيات لفظية وغير لفظية قابلة للملاحظة، وتنقل الشعور الداخلي والحالة الوجدانية. وهناك تعابير شعورية عن المشاعر تحدث بوعي أو بلا وعي ذاتي، مثل حركات الوجه مثل الابتسام أو العبوس، كما يوجد بعض السلوكيات التي تعبر عن المشاعر مثل البكاء أو الضحك أو الغضب أو الحزن أو السعادة أو الشكر، ويمكن كما ذكرنا أن تحدث التعبيرات الشعورية بوجود أو دون وجود الوعي الذاتي (Darwin, 1872, 33).

2- مفهوم صعوبة التعبير عن المشاعر "الالكسيثيميا":

يشترك مفهوم الالكسيثيميا من الاصل اليوناني Alexithymi وهو مفهوم مكون من ثلاث مقاطع وهي: (A) بمعنى لا يوجد أو فقدان، (Lexi) بمعنى كلمات، (Thymia) بمعنى انفعال والترجمة الحرفية للمفهوم "لا توجد كلمات للانفعال"

وتطور مصطلح صعوبة التعرف على المشاعر (الالكسيثيميا) تدريجياً وقد كانت بداية هذا التطور مع بعض الملاحظات الكلينيكية لمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، وفي عام 1948 أشار روش Ruesh إلى ما أسماه بالشخصية الطفولية، واعتبرها مشكلة أساسية لدى هؤلاء المرضى، وقد لاحظ روش أن هؤلاء المرضى كانت لديهم قدرة ضعيفة على التخيل، وأظهروا صعوبات في التعبير الانفعالي اللفظي، وقد أرجع هذه الخصائص إلى حدوث توقف في نمو الشخصية لديهم (Czopp, A., et al, 2015, 65 - 75).

وظهر مصطلح الالكسيثيميا أو ما يعرف بصعوبة التعبير عن المشاعر في سبعينات القرن التاسع عشر ليشير إلى اضطراب في تنظيم العاطفة، ويفترض أن هذا الاضطراب يرتبط بالعديد من المشكلات والنفسية والعقلية الأمر الذي يؤكد على القيمة التنبؤية للالكسيثيميا بالتنبؤ بمثل هذه المشكلات. (Kojima, 2012,23) ويعتبر سيفينوس (Sifneos, 1973) أول من أشار إلى مفهوم الالكسيثيميا حيث عرفه على أنه "عجز الفرد عن التحديد والتعبير لفظياً عن مشاعره أو نقل مشاعره للآخرين" (دهمش، 2017، 16)، ولقد أشار إلى أن ذوي اضطراب الالكسيثيميا يعانون نوعان من الأعراض الجسدية واللفظية تتمثلان في: العجز الشديد في وصف أو التعبير عن المشاعر.

ارتباط أفكار المرضى بالأحداث الخارجية بدلاً من التخيلات الداخلية. وهذا يشير إلى الصعوبة التي يواجهها مريض الالكسيثيميا بالاستبصار بما يعتريه من مشاعر وأحاسيس داخلية. وقد تم صياغة مفهوم الالكسيثيميا في أربعة جوانب رئيسية وهي:

1- صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بينها وبين الأحاسيس العاطفية الناتجة عن الاستثارة العاطفية.

2- صعوبة وصف مشاعر الأشخاص الآخرين.

3- ندرة التخييلات.

4- التوجه الخارجي للنمط المعرفي (Ruth et al, 2012,53).

وتشير هين مارياف وآخرون إلى أن الاكسيثيميا هي ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر، وصعوبة وصف وتحديد المشاعر الذاتية، وصعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية مع الشعور المستمر بالقلق والضغط العصبي، وعدم الشعور بالسعادة أو الرضا (غنيم، 2017، 22).

تعرف أنها ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر وصعوبة وصف وتحديد المشاعر الذاتية، وصعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية مع الشعور المستمر بالقلق والضغط العصبي وعدم الشعور بالسعادة والرضا (غنيم، 2017، 34) وهي مكون شخصي يعكس اضطراباً دالاً في تنظيم الانفعال، ويشير مفهوم تنظيم الانفعال إلى مجموعة واسعة من العمليات التي تقيد في تضخم أو تخفيف أو المحافظة على قوة ردود الأفعال الانفعالية وكما تتضمن التفاعلات المتبادلة بين المجالات المعرفية والحركية التعبيرية والفيسيولوجية العصبية لمنظومة الاستجابة الانفعالية (دهمش، 2017، 22).

ويتميز اضطراب الاكسيثيميا في خمس خصائص متميزة هي:

1- عدم القدرة على تجربة واختبار العواطف.

2- ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر.

3- ضعف أو عدم القدرة على التخیل.

4- غياب الرغبة في تفكير المرء في مشاعره.

5- صعوبة تحديد المشاعر (Larsen et al, 2003, pp. 533 - 541).

ومن خلال التعاريف السابقة يعرف الباحث مفهوم صعوبة التعرف على المشاعر الاكسيثيميا، بأنه عدم القدرة على التعرف على المشاعر أو تمييزها والاستجابة لها بالطريقة المناسبة، وذلك بسبب خلل في المعالجة المعرفية للمشاعر وخلل في تنظيم الوجدان مما يؤثر على جودة العلاقات الشخصية وكيفية استخدامها في اتخاذ قرارات فعالة في الحياة.

3- أنواع المشاعر:

يعتمد الباحثون في تصنيف المشاعر على كيفية تجربتنا لها، هنالك عدة تقسيمات للمشاعر سنتناول منها (الأولية والثانوية، السلبية والإيجابية، والمزدوجة والمختلطة):

3-1- المشاعر الأولية والثانوية:

يطلق على المشاعر الأولية هذا الاسم لأنها تأتي أولاً، وهي ردود فعل عاطفية مباشرة على موقف ما، ويطلق عليها اسم أولية لأنها تأتي أولاً، أو يمكن أن نطلق عليها رد الفعل الأولي، أما المشاعر الثانوية فهي استجابة عاطفية للمشاعر الأولية، وهي مشاعر نتجت لما نشعر به (Christensen, 2010,72). ومن الأمثلة على ذلك أن يقول لك شخص مهم شيئاً مؤلماً، فتشعر بالحزن، وهو من المشاعر الأساسية، ولكنك قد تشعر أيضاً بالغضب فيكون رد فعل ثانوي على هذا الحزن.

وعادة ما تكون مشاعرنا الأساسية هي المشاعر مثل الحزن والخوف والغضب والفرح. ومن الناحية النظرية، يمكن أن تكون جميع المشاعر الأساسية ثانوية أيضاً. ومع ذلك، فإن بعض المشاعر الثانوية أكثر شيوعاً من غيرها، مثل القلق والتهيج والمزاج المكتئب العالمي والعدوان والغضب والفراغ أو اليأس.

والمشاعر الثانوية عادة ما تكون غير مفيدة وذلك لأنها تخفي ما نشعر به حقاً وترسل إشارات مربكة إلى الأشخاص حول ما نحتاجه، وقد تميل لأن تبقى لفترة أطول عكس المشاعر الأولية وبالتالي تجعل ردود أفعالنا أكثر تعقيداً. (Smith, 2009,46). وعلى سبيل المثال، إذا كنت حزينا وتحتاج إلى دعم وقرب فإن الإشارة إلى الغضب الثانوي سيخبر الآخرين أنه يجب عليهم الابتعاد، وبالتالي خلق مسافة.

مع أن عدداً من علماء النفس قبلوا بنظرية المشاعر الأساسية، لكن لا يوجد إجماع للعدد الدقيق للعواطف الأساسية، حيث أن روبرت بلوتشيك اقترح ثمانية مشاعر أساسية: الغضب، والخوف، والحزن، والاشمئزاز، والمفاجأة، والترقب، والثقة، والفرح، ورتبها في عجلة الألوان، بينما اقترح إيكمان سبع عواطف أساسية: الخوف، والغضب، والفرح، والحزن، والازدراء، والاشمئزاز، والمفاجأة، لكنه تغير إلى ستة مشاعر

أساسية: الخوف، والغضب، والفرح، والحزن، والاشمئزاز، والمفاجأة. ومع ذلك، وجدت دراسة حديثة أن الاشمئزاز والغضب يشتركان في تجعد الأنف، والخوف والمفاجأة يشتركان في رفع الحواجب (Jack, 2014,34).

3-2- المشاعر الإيجابية والسلبية:

على الرغم من دراسة المشاعر لدى الأفراد إلا أن ظهور علم النفس الإيجابي كمجال معترف به قد سهل الاهتمام بدراسة المشاعر الإيجابية، وذلك باعتبار أن أهم مساهمات علم النفس الإيجابي هو تحديد الفروق بين المشاعر الإيجابية والسلبية، والمشاعر السلبية تميل إلى التركيز والربط بمسارات عمل فكرية محددة بينما المشاعر الإيجابية تميل إلى التفكير التوسعي الذي يوسع وعي الأفراد.

(Macintyre. P, Vincze. L, 2017,106).

كما أشارت (مراد، 2018، 62) في دراستها أنه يمكن تصنيف المشاعر على أنها سلبية أو إيجابية ولكن التصنيفات الحديثة للمشاعر نجدها تميل إلى أن تفرز المشاعر وفقاً لشدتها ونوعها، وبذلك يكون هناك مشاعر قد ترتبط باستجابات مرتفعة ومنخفضة الشدة إيجابية كانت وسلبية، وكل من هذه الأجزاء الأربعة يحتوي مجموعة مشاعر متقاربة في التعابير، وحسب علماء نفس النمو، يتم النظر إلى سيطرة كل ربع من عجلة المشاعر كمؤشر على المزاج، فهو يضم مجموعة مشاعر، أكثر ديمومة وأقل تأثراً بالأحداث الخارجية بشكل آني، لنترجم المشاعر إلى أمزجة لاسيما السلبية منها.

ويمكن القول: إن الانفعالات الشديدة سواء الإيجابية أو السلبية منها أكثر تذكرًا عند الفرد، وأن مفهوم إيجابي وسلبي يختلف تبعاً للفرد والهدف والحاجة وتبعاً للأحداث ولتأويل الفرد وحاجته وإدراكه.

3-3- المشاعر المزبوجة أو المختلطة:

تطورت المشاعر الأساسية للتعامل مع مهام الحياة الأساسية، على سبيل المثال، يمكن للخوف والغضب أن يساعدا في البقاء على قيد الحياة من خلال التأثير على الكائن الحي إما للفرار بحثاً عن الأمان أو القتال للدفاع عن نفسه. ويمكن الجمع بين عناصر المشاعر الأساسية لتكوين مشاعر معقدة أو مركبة (Ekman, 1992,72).

وقد ذكرت (مراد، 2018، 64) في دراستها أنّ المشاعر ترسل إلى الأفراد وخصوصاً الأطفال، وذلك عندما يحصلون على معلومات متعاكسة من الأهل.

ويمكن القول: إن المشاعر المختلطة تعني ظهور مشاعر عدة في الوقت ذاته، وهو ما يحدث لنا في معظم الأوقات، فلا يوجد شعور صاف مسيطر كلياً، فتكون المشاعر مختلطة ومتداخلة مثل مع الحزن يشعر المرء ببعض الخوف، لأن بنية المشاعر تعتمد على مزيج جسدي وهرموني وذاتي ومعرفي متأثر بتفسيرنا وتجاربنا وتوقعاتنا.

3-4- المشاعر الحالية والمشاعر المرتدة:

هناك أربعة مشاعر أصلية فقط وهي: الغضب والحزن والخوف والسعادة، وهذه المشاعر الأصلية الفطرية تظهر عند الرضيع بشكل عفوي قبل أن يتشكل لديه شعور بأنه مراقب، واستخدم بيرن (Berne, 1966) تعبير مرتد والمشاعر المرتدة، تكونت من محتويات المعارف القديمة، فهي تتشكل، مع خبرات الطفولة المبكرة، فقد يغلف الشخص مشاعره الأصلية بمشاعر مرتدة، وغالباً تنقلب المشاعر المرتدة بسرعة كبيرة دون وعي لأصل المشاعر الدفينة، وقد استخدم تعبير المشاعر الأصلية بدلاً من تعبير المشاعر الحقيقية فهي مشاعر فطرية، كما أن هذه المشاعر الأصلية تكون في بعض الحالات مشاعر مرتدة، وبذلك فإن المشاعر المرتدة لا تعني مشاعر مزيفة، المشاعر الأصلية تظهر في المواقف اليومية، وتساعد في حل المشكلات التي تواجهنا، فجزء من مشاعر السعادة أو الغضب أو الحزن، المرتبط بالموقف الأصلي مناسب ويفيد في التعامل لحل المشكلة، بينما تظهر مشاعر مرتدة من الماضي لموقف حالي دون وعي وبصيرة الشخص، يكون غير مناسب لحل المشكلات في كل موقف مزعج (مراد، 2018، 65).

4- آلية التعبير عن المشاعر:

التعبير عن المشاعر هو شكل من أشكال السلوك المميز للإنسان، الذي يمكن من خلاله الحكم على شخصيته وقدرته على التواصل مع من حوله، والتأثير بهم والتعاطف معهم؛ وعلى مدار العِقدَيْن الماضيين كان هناك اهتماماً علمياً واسعاً بالتنظيم الانفعالي وكيفية الوعي بالانفعالات ووصفها وتمييزها وضبطها وإلى أي مدى قد يؤثر عدم التنظيم الانفعالي على الصحة النفسية والجسمية (Taylor, 1997,26).

حيث أكد بعض الباحثين على اختلاف أسلوب وصف وتحديد المشاعر والوعي بها من شخص لآخر، فهناك اختلافات ثقافية مهمة في كيفية التعبير عن المشاعر وفقاً للتوقعات الاجتماعية والثقافية (Celeghin A, 2017,108).

وهناك من يمكنه التعبير عنها لفظياً، وهناك من يواجه صعوبة في التعبير عنها لفظياً معبراً عنها بالمرض والخوف أو القلق أو الضيق، إذ أنهم غير قادرين على وصف ما يمرون به من خبرات انفعالية، وغير قادرين على إيجاد الكلمات الضرورية والمناسبة لوصف مشاعرهم وهذه الحالة توضح مصطلح الاكسيثيميا (Alexithymia)، وتشير الاكسيثيميا إلى وجود صعوبة في التنظيم الذاتي للانفعالات لدى الأفراد المصابين فيها كما تُعد أحد أبرز عوامل الخطورة للعديد من الاضطرابات النفسية والانفعالية والجسمية. وقد استمد مفهوم الاكسيثيميا جذوره من مجال علم نفس الانفعالات وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية حيث أن نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون من أمراض سيكوسوماتية قد أظهروا صعوبة في القدرة الذاتية على التنظيم الانفعالي (البناء، 2003، 20).

5- أنواع صعوبة التعبير عن المشاعر:

يمكن تحديد نوعين من صعوبة التعبير عن المشاعر (الاكسيثيميا) وهي (الاكسيثيميا) الأولية، و(الاكسيثيميا) الثانوية.

5-1- الاكسيثيميا الأولية: تنشأ من أساس عصبي، ويعد فيربيرغر (Freyberger, 1977) أول من ميز بين الاكسيثيميا الأولية والثانوية، فالأولية تؤدي إلى اضطرابات سيكوسوماتية كعامل استعدادي، فهناك عجز في

الأحاسيس والمشاعر وليس في الانفعالات، حيث يكون خلل في الجهاز اللمبي والقشرة الدماغية فاللحاء القشري لا يستطيع أن يعطي الصورة الخيالية والتفكير الذي تستعمله اللغة من أجل التعبير، فتؤدي إلى استجابات غير متكيفة وغير مألوفة، وهذا ما أكد عليه سميث وتايلور (Smith and Taylor)؛ فقد أظهر أن هناك اختلافاً بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الاكسيثيميا والأشخاص العاديين أثناء الاتصال الذي يحدث بين نصفي الكرة المخية، وإن الاكسيثيميا الأولية راجعة إلى اضطرابات التقمص أو المشاركة الوجدانية (Pirlot, 2014, 73 - 81).

5-2- الاكسيثيميا الثانوية: لا تنشأ عن أساس عصبي ولكن عن خبرات صدمية مدمرة والخبرات الصدمية الطفولية ووضعيات الشدة، قبل اكتساب اللغة التي يمكن أن تجعل الطفل لا يستطيع التعبير عن انفعالاته عن طريق اللغة، فهي تدخل في إطار التنظيم النفسي.

ويرى (Corcos, D., 2011) أنها لا تظهر فقط لدى مرضى الاضطرابات النفسجسدية وإنما أيضاً لدى الأفراد الذين يعانون من الضغوط التالية للصدمة PTSD والأشخاص المدمنين على المخدرات والكحول المزمن، والأشخاص السيكوباتيين والحالات الحدية. وبالتالي هي رد فعل دفاعي ضد التعرف على الانفعالات وتؤدي إلى تطور وحدة المرض، فقد لاحظها (Freyberger, 1977) لدى الأشخاص الذين يعانون من قصور كلوي وأيضاً لدى الأشخاص الذين تم زرع لهم أعضاء، فأقر أن هذه الاكسيثيميا مرتبطة بصدمة انفعالية مصحوبة بمكانيزمات دفاع خاصة منها الإنكار، الذي يحسن من المعاش الصعب للمريض (Corcos, D., 2011, 26).

وتعد الانفعالات أحد المكونات الأساسية لكل من سلوك الإنسان وبنائه المعرفي، لذلك حظيت باهتمام المفكرين لتفسيرها ونجم عن ذلك مجموعة من النظريات فيما يتعلق بالتعبير عن المشاعر وصعوبته، وظهرت مجموعة من النظريات يمكن تلخيصها بما يلي:

6- النظريات التي فسرت صعوبة التعبير عن المشاعر:

6-1- النظرية البيولوجية الوراثية:

على الرغم من أن الالكسيثيميا هي سمة شخصية مستقلة عن الأمراض السريرية، فقد تم ارجاعها إلى أسباب عصبية حيث لوحظ ارتفاع معدل الإصابة بالالكسيثيميا في العديد من الحالات الطبية والاضطرابات النفسية مثل الربو وارتفاع ضغط الدم والألم المزمن على وجه الخصوص، وتعتبر عنصراً أساسياً مرتبطاً بالعملية النفسية الجسمية وتلعب دوراً في الأسباب العصبية للمرض الجسدي وتوصلت الدراسات إلى أن الالكسيثيميا ترتبط بجوانب عصبية وجسدية مثل:

1- خلل في الجهاز العصبي اللاإرادي والنظام العصبي الصدري.

2- ضعف المناعة.

3- زيادة مستويات الراحة، أو نشاط القلب والأوعية الدموية.

4- خلل الجهاز العصبي اللاإرادي في نظام الغدد الصماء.

كما قد تكون صعوبة التعبير عن المشاعر نتيجة لاتصالات خاطئة بين الجهاز الحوفي والقشرة المخية الحديثة، وأن النظام الحوفي إلى حد كبير مسؤول عن الأداء العاطفي ونظام القشرة المخية مسؤول عن اللغة، وبضرورة التعطيل بين هذين النظامين من شأنه أن يؤدي إلى صعوبات في الفهم والتعبير عن العواطف (بن يونس، 2013، 56).

فالمشاعر الذاتية هي نتاج لنظام مستقل في المعالجة الانفعالية الأساسية والمفتاح الرئيسي في هذا النظام الخاص بالانفعالات الخوف والغضب وهو اللوزة التي هي جزء من اللحاء الأمامي الذي يقوم بتقدير الدلالة الوجدانية للمثيرات البيئية الداخلية والخارجية التي يواجهها الفرد وتؤدي به إلى التفكير والتخيل والتذكر.

ومنه نلاحظ أن تمثيل العواطف عن طريق الكلمات والخيال والتأمل يكون من خلال ممرات اللوزة اللحائية والفشل في نقل المعلومات الوجدانية من النصف الأيمن للمخ إلى النصف الأيسر يمكن أن يسهم في مرض فيزيولوجي يصاحبه صعوبة التعبير عن المشاعر (العراقي، 2006، 204).

6-2- النظرية العصبية المعرفية:

تؤكد النظرية المعرفية على وجود علاقة بين ما نفكر فيه وما نشعر به، لكن لا أحد ينكر أن انفعالاتنا تتأثر بتفكيرنا، كما أن الانفعالات والمشاعر تعتمد على عنصرين هما الإثارة الجسمية والتصنيف المعرفي لمواقف الخبرة الانفعالية بمراكز المعالجة المعرفية بالمخ، ومن الجدير بالذكر أننا أصحاب هذه النظرية يركزون على بعض العمليات المعرفية التي تتضمن مدركات الفرد وتقييمه لعلاقاته الاجتماعية، حيث ذهب كل من (Jerome and Schachter) إلى أن العنصر الرئيسي في شعورنا بالانفعال هو تفسيرنا للموقف المثير للانفعال وللاستجابات الحشوية والعضلية التي تحدث في أجسامنا، تبعاً لتفسيرنا للمواقف المختلفة التي تحدث فيها، ومن ثم صعوبة التعبير وفق هذه النظرية حالة وجدانية تعكس عجز الفرد عن إدراك وتفسير الموقف المثير للانفعال، مما يؤدي إلى حدوث استجابة انفعالية مشوشة يعجز الفرد خلالها عن التفرقة بين مشاعره والاستجابات الفسيولوجية المرافقة لموقف الانفعال، أو موقف الخبرة الانفعالية (زين العابدين، 2016، 38).

6-3- النظرية التحليلية:

يعد علماء التحليل النفسي من الأوائل الذين لاحظوا أن مرضاهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، يجدون صعوبات بالغة في التعبير عن انفعالاتهم بطريقة لفظية، كما أن لديهم نقص في التمثيلات الرمزية، ومن ثم فأنهم يلجؤون إلى ترجمة مشاعرهم بدنياً، ويرجع التحليليون الاكسيثيميا إلى أنها آلية دفاعية ضد فرط الاستثارة الطاقوية المتعلقة بالجانب العاطفي أي عدم القدرة على ربط التمثيلية بالعاطفة، حيث يكون هذا الدفاع غير مرتبط بالجانب الذهاني بمعنى ليس الشكل النهائي لإلغاء الجانب النفسي كلياً وليس الاستثمار المضاد المتعلق بالعصاب والمكبوتات. فالفرد لا يستطيع إسقاط العواطف سواء الإيجابية أو العواطف العدوانية، كما لا يستطيع التقمص، أو التقمص بالمعتدي، وهذا جداً مشهور لدى الحالات البينية، فيظهر طابع عاطفي علائقي خاص، فالفرد يشعر بالعدوانية لكن يوجهها بسلبية باردة وصامتة فهي لا تتعلق بالموضوع الخارجي ولكن بالصورة الداخلية التي عليها ضباب (Corcos, D., 2011, 65 - 69)

7- المشاعر الأساسية في حياة الناس:

المشاعر الأساسية التي تم تحديدها في دراسة (Ekman, 1992) وهي:

7-1- الغضب:

اختلف الباحثون في تعريف الغضب، فنجد أن فريزر (Frazier, 2003, p. 105) عرفه بأنه "طاقة يمكن استغلالها واستثمارها وتوجيهها في الاتجاه الصحيح، أو يمكن تركها تضيع دون الاستفادة منها، من خلال ترك الأبناء يعبرون عنها بأساليب مختلفة غير موجهة".

أما موسوعة علم النفس والتحليل النفسي تعرف الغضب بأنه "انفعال سيء غير مريح، وبصاحب الرغبة في الاعتداء أو التدمير وإنزال الضرر بالآخرين أو الذات أحياناً" (طه، 2003، 608).

وقد وصف بول ايتمان الغضب بأنه أخطر المشاعر، فعندما نغضب على الأرجح لإيذاء الآخرين عمداً، وتختلف شدة الغضب من شخص لآخر، في طريقة الغضب وطريقة التعبير عنه، وقد يكون تهيجاً طفيفاً أو انزعاجاً يتراكم تدريجياً أو غضب شديد يحدث فجأة، وما الذي يفعلونه عندما يكونون غاضبين، وكم من الوقت يظلون غاضبين، قصيرة أو تندمج في سياق المجريات، أو تتفجر ويمكن أن تبقى عالقة وقد تستغرق ساعات للتغلب عليها، ويعتبر ايتمان ان الأشخاص الذين لا يستطيعون التعبير عن غضبهم هم من أكثر الأشخاص المعرضين للإصابة بالاضطرابات النفسية الجسدية (Ekman, 2003, p. 78 - 81).

وتوصل سبيلبرجر وسدمان Sadman and Spielberger أن الغضب والعدوانية والعدائية تمثل زملة مترابطة، يحتل الغضب فيها لب هذه الزملة، كما توصلوا إلى التفريق بين نوعين من الغضب، الغضب كحالة والغضب كسمة. والغضب كحالة هو حالة نفسية بيولوجية تتكون من مشاعر ذاتية بدرجة متفاوتة من الاستثارة أو الضيق البسيط، إلى الغضب الشديد يصاحبها تنشيط الجهاز العصبي الذاتي وتمثل حالة مؤقتة تختلف من وقت لآخر، وتستثيرها عادة إدراك الشخص أنه تعرض للإهانة أو الظلم أو الإحباط. أما الغضب كسمة يعبر عن تكرار تعرض الفرد لحالة الغضب فالأشخاص تكون سمة الغضب لديهم مرتفعة، يدركون مدى واسعاً من

المواقف على أنها مثيرة للغضب بذلك يتعرضون لحالة الغضب، بصورة أكثر تكراراً وأشد حدة بالمقارنة بالأشخاص الذين تكون سمة الغضب لديهم منخفضة.

وبذلك يكون الغضب حالة شعورية يمر بها الشخص، وتكون حسب الموقف المشكل للغضب، ويختلف تعريف الغضب ومفهومه من عالم إلى آخر وربما حسب المدارس النفسية التي ينتمون إليها.

7-1-1- أنواع الغضب:

هناك اختلاف في تحديد أنواع الغضب، وربما تتوع في هذه الأنواع فمن الناحية الصحية، كما ذكرت (حمودة و بلعسله، 2014، 132) هما:

1. الغضب الصحي: وهو استجابة طبيعية للظلم والأذى الذي يتعرض له الفرد، ويكون نابغاً من التخمينات المنطقية، كما أنه مفيد في حل المشكلات.

2. الغضب غير الصحي: يكون من الشدة بحيث لا يمكن السيطرة عليه، فهو ناتج عن الإحساس بعدم الوفاء والحرمان والاحباطات التي يتعرض لها الفرد، وتكون عواقبه وخيمة، فهو نابغ من التخمينات غير المنطقية.

7-1-2- مكونات انفعال الغضب:

يتكون انفعال الغضب من ثلاثة جوانب يمكن ملاحظتها ودراستها دراسة علمية وهي:

1. جانب شعوري ذاتي يعمل به الشخص المنفعل وحده، ويختلف من انفعال إلى آخر تبعاً لنوع الانفعال، وهذا الشعور يمكن دراسته عن طريق التأمل الباطني.

2. جانب فسيولوجي داخلي كخفقان القلب، وتغير ضغط الدم، واضطراب التنفس، وسوء الهضم، وازدياد إفراز الغدد الصماء.

3. جانب خارجي ظاهر، ويشتمل على مختلف التعبيرات والحركات والأوضاع والألفاظ والإيماءات التي تبدو على الشخص المنفعل، وهذا هو الجانب الذي نحكم منه على نوع الانفعال عن الآخرين (منى، 2017، 13).

وبالتالي يمكن القول أنَّ الجوانب الثلاثة لانفعال الغضب ليست جوانب منفصلة، أو ينتج بعضها عن

بعض، بل هي استجابات غير متكاملة تصدر عن الإنسان من حيث هو وحدة نفسية جسمية اجتماعية.

ويرى كل من طه (2007) وجاسم (2004) أن مكونات الغضب كالآتي:

* المثيرات: وتقوم المثيرات على استثارة الغضب، وهذه المثيرات يكون لها مصدر داخلي مرتبط بذات الفرد،

وللمثيرات ثلاث متغيرات أساسية تؤثر على انتقال المثير إلى الاستجابة وهي:

* مدى التهديد أو العنف أو الإحباط، حيث أن هذا المدى قد يكون في أضيق الحدود أو في قمته مثال: (خذ دورك في طابور، خذ دورك في الترقيات).

* سبب الأذى أو الإحباط ويقصد به العوامل التي تقف خلف الفعل (هل هو مقصود أو قذري) مثل: الكوارث الطبيعية.

* توقع المثير، فعندما يتوقع الفرد المثير تكون الاستجابة اهدأ من حدوثه فجأة.

* حالة الفرد قبل الغضب، وتتضمن: الحالة الجسمية، والانفعالية، والمعرفية، والخصائص النفسية للفرد، وهذه المكونات الثلاثة تتفاعل مع بعضها البعض لتوليد الغضب.

وبذلك تكون مكونات الغضب متفاعلة مع بعضها البعض وكل منها مدخلا للآخر، وكلها أسباب لبعضها البعض.

7-2- السعادة:

إن السعادة كما وصفها بول ايكمان هي عاطفة إيجابية بالمقارنة مع الخوف والغضب والاشمئزاز والحزن التي اعتبرها مشاعر سلبية، وذكر أن السعادة هي العاطفة التي يرغب معظم الناس في تجربتها، ويختلف الشعور بالسعادة من حيث نوعها أو حيث الشدة فيمكن أن تظهر شعورنا بالسعادة بصمت أو بشكل مسموع، ويمكن أن تختلف من ابتسامة خفيفة إلى ابتسامة عريضة أو ضحك مع دموع إذا كانت العاطفة مثيرة بدرجة كافية (Ekman, 2003, 99 - 113).

7-2-1- مفهوم السعادة:

يعرف معجم علم النفس السعادة على أنها "حالة من المرح والهناء، تنشأ أساساً من إشباع الدوافع، لكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي" (المحروقي، 2012، 13).

ويعد مفهوم السعادة من المفاهيم التي حيرت العلماء، ولم يتم التوصل إلى تعريف مشترك وعام لمفهوم

السعادة (Nettle, 2005, 16) وينظر إلى السعادة من زاويتين:

- زاوية نفسية وجدانية: تشمل الشعور بالمتعة واللذة، والفرح والسرور، ومشاعر الأمن والطمأنينة.
 - زاوية عقلية معرفية: تتضمن ما يدركه الفرد من رضا عام عن حياته أو أحد جوانب حياته الخاصة.
- ولا يوجد خلاف بين الزاويتين السابقتين لأن الإنسان يعبر بسلوكياته عن السعادة التي يشعر بها بوجوده ويدركها بعقله (مرسي، 2000، 40).

ويعرفها آكور (Achor, 2012, 48) بأنها: "اختبار الانفعالات الإيجابية (المتعة) ممزوجة بمشاعر عميقة من المعنى والهدف".

في حين أن يانغ (Yang, 2008, p. 1237) أكد على الجانب الانفعالي للسعادة فيعرفها بأنها "شعور الفرد بالرضا والسرور في جوانب الحياة المختلفة.

أما غوبتا (Gupta, S & Kumar, D, 2010, p. 60) عرف السعادة بأنها "التقييم العام للتجارب الانفعالية (السلبية والإيجابية) والرضا عن الحياة".

وعرفت (جودة، 2007، 701) بأنها "حالة انفعالية عقلية تتسم بالإيجابية يخبرها الإنسان ذاتياً، وتتضمن الشعور بالرضا والمتعة والتفاؤل والأمل، والإحساس بالقدرة على التأثير في الأحداث بشكل إيجابي".

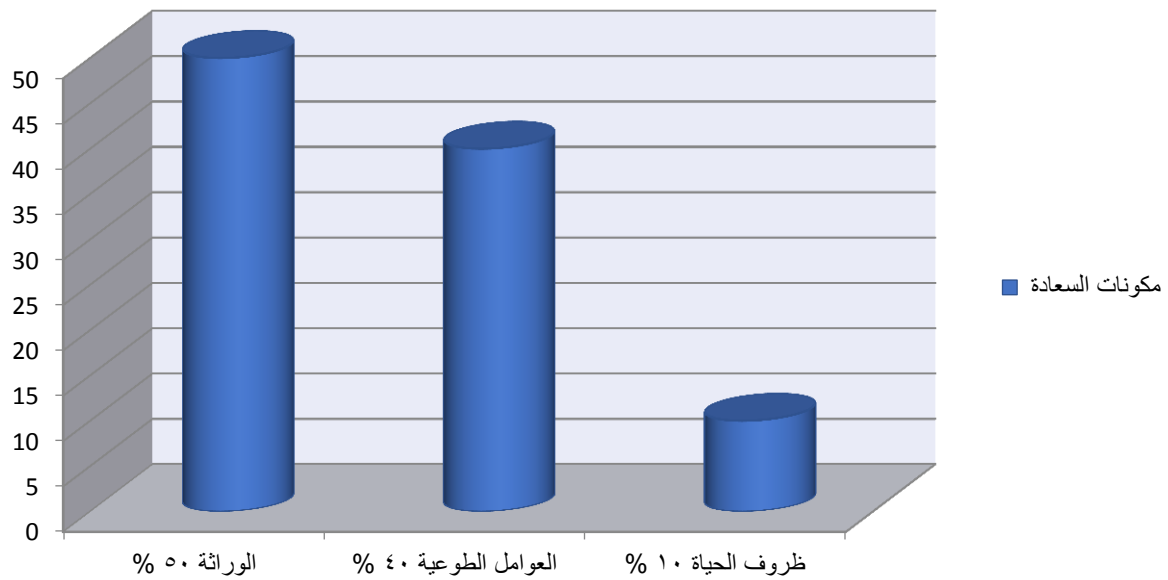
يتضح مما سبق أن السعادة حالة انفعالية إيجابية، ثابتة نسبياً، وهي تعبير عن حياة الفرد الانفعالية، وتعبر عن رضا الفرد عن الجوانب المختلفة لحياته سواء الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية، وتترافق مشاعر السرور والبهجة التي تتضمنها السعادة مع مجموعة أخرى من السمات كالتفاؤل والأمل.

7-2-2- مكونات السعادة:

اختلف العلماء فيما إذا كانت السعادة تحمل الطابع الوراثي أم أن للبيئة دوراً في السعادة، وبعد الكثير من النقاشات والأبحاث توصل سليجمان ورويزمان (Seligman, M. E., & Royzman, E, 2003) إلى صياغة معادلة توضح السعادة ومكوناتها الأساسية وفق الآتي:

$$H = S + C + V$$

حيث تشير (H) إلى مستوى الشعور بالسعادة الذي يختبره الإنسان، أما (S) فتشير إلى الوراثة، وتتضمن ظروف الحياة، فيما تشير (V) إلى العوامل الطوعية أو المقصودة، والشكل (1) يوضح النسب المئوية لمكونات الشعور بالسعادة:



الشكل (1): النسبة المئوية لمكونات الشعور بالسعادة

(Lyubomirsky, 2010, p. 20)

يتبين من خلال الشكل (1) أن (50%) من الشعور بالسعادة يعود إلى المورثات التي يملكها الفرد، وأن (40%) من الشعور بالسعادة يعود لما يقوم به الفرد من أنشطة وممارسات بهدف زيادة شعوره بالسعادة، وأن (10%) من الشعور بالسعادة يعود لظروف الحياة التي يعيشها الفرد.

ويرى العلماء أن كمية ونوعية السعادة التي يختبرها الإنسان هي عبارة عن وظيفة لكيفية تفاعل العوامل

الثلاثة السابقة مع بعضها البعض (Haidt, 2006, p. 91)

7-3- الحزن:

ربط (السراج، 2011، 15) الحزن بالفقدان وعرفه بأنه: "الفقدان من خلال الموت، وردات الفعل للفقدان

هي الاستجابات النفسية والفسولوجية أو السلوكية للفقدان. والحزن هو أحد المشاعر الصامتة، حيث أن الفرد

عندما يحزن غالباً لا يبكي بصوت عال ولكن تكون محنته صامتة بشكل أكبر، ويمكن لأي شيء أن يسبب الحزن ولكن غالباً ما يتأتى الحزن نتيجة خسارة شخص ما من خلال الموت أو الرفض أو فقدان فرصة أو مكافأة بسبب مجهود تم بذله، أو فقدان الصحة، أو فقدان جزء من الجسد من خلال مرض أو حادث، وتعتبر المعاناة الناجمة عن عاطفة الحزن ليست ألماً جسدياً وإنما معاناة الخسارة أو خيبة الأمل أو اليأس، ويمكن تحملها لفترات أطول والبقاء على قيد الحياة، في حين أن الحزن الناجم عن الضيق تكون المعاناة فيه عالية وليست هادئة وتكون الصرخة مسموعة وليست صامتة. وقد يؤدي التأقلم مع الحزن إلى إزالة مصدر الضيق عن قصد؛ فعندما يكون الحزن ناتجاً عن الضيق فمن المحتمل أن يظهر نفس الحزن الذي يأتي بعد الشعور بالضيق، ولكن من المرجح أن تكون التجربة مختلفة. وهناك ثلاث مناطق في الوجه تبرز عاطفة الحزن وهي: رفع الزوايا الداخلية للحاجبين ويمكن سحبها معاً، وسحب الزاوية الداخلية للجفن العلوي ويظهر الجفن السفلي مرتفعاً، وسحب زوايا الشفاه للأسفل أو يبدو أن الشفاه ترتجف (Ekman, 2003, 114 - 117).

7-3-1- نماذج الحزن:

7-3-1-1- الحزن المزمّن: وهو الأكثر شيوعاً ويتميز برؤية شمولية مثالية للمتوفي، وغالباً ما يحدث عندما تكون العلاقة بين المتوفي والشخص المحزون قوية أو غير مستقرة، أو عندما تكون الشخصيات اعتمادية، أو أن الدعم الاجتماعي ضعيف والأصدقاء والأقارب غير متواجدين لتوفير الدعم والعزاء.

7-3-1-2- الحزن الضخم: يحدث غالباً بعد فقدان المفاجئ وغير المتوقع، وفيه تكون ردة الفعل شديدة، وطرق التأقلم المستخدمة غير فعالة لتقليل القلق، وقد يستمر هذا النوع من الحزن لفترة معينة من الوقت.

7-3-1-3- الحزن المؤجل: يشير إلى منع ظهور أو غياب الحزن عندما يكون متوقع من الشخص أن يبدي حزناً نتيجة فقدان، ويتميز بوجود إنكار وغضب، أو شعور بالذنب، وعلى الرغم من أن الأهل والأصدقاء يلاحظون وجود أعراض حزن قليلة، ولكن الدلائل المخبرية لم تجد علاقة بين الحزن المتأخر وتبعياته السلبية (Kaplan, 1995, 17).

وبالتالي يتضح مما سبق أن الحزن حالة تعايش الفرد في فترة من الزمن يكون لها سبب قد يكون ذو تأثير كبير، وربما قليل حسب الحالة النفسية المرافقة للفرد، وربما تزداد حسب الحالة النفسية للفرد والتأثير على الفرد هل هو على اتصال مباشر أو غير مباشر بالموقف الحزن.

7-4- الخوف:

الخوف هو عاطفة إنسانية طبيعية، قوية وبدائية تنطوي على استجابة كيميائية حيوية بالإضافة إلى استجابة عاطفية فردية عالية. وينبئ الخوف لوجود الخطر أو التهديد بالضرر سواء كان ذلك الخطر جسدياً أو نفسياً، وينبع الخوف أحياناً من تهديدات حقيقية، ولكنه قد ينشأ أيضاً من مخاطر متخيلة. ويمكن أن يكون أيضاً أحد أعراض بعض حالات الصحة العقلية بما في ذلك اضطراب الهلع واضطراب القلق الاجتماعي والرهاب واضطراب ما بعد الصدمة (Kozłowska, 2015, 68).

كما ويعرف أيضاً بأنه انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما وتوقع حدوثه (فاضل، 2016، 5).

وهي خشية الأفراد من التعرض للأذى الجسدي أو النفسي أو كليهما، ويختلف الضرر الجسدي من شيء بسيط إلى إصابات فعلية تهدد الحياة، ويمكن أن يختلف الأذى النفسي من إهانات بسيطة أو خيبات الأمل إلى اعتداءات شديدة، وقد ينتاب الفرد حالة نفسية عند تعرضه لمواقف مفاجئة أو مواقف تهدده أو تهدد كيانه، ويمكن تسمية كل هذا هو الشعور بالخوف. وغالباً ما يتم الشعور بالخوف قبل التعرض للأذى سواء كانت جسدية أو نفسية، ومن الممكن أيضاً أن يكون مدى الخوف انعكاس لمدى شدة الألم، فقد يصبح الخوف أكثر حدة إذا توقع الفرد أملاً أسوأ أو ألماً مستعصياً (Ekman, 2003, 47 - 50).

ووصفه (Lewis M., 2000) بأنه رد فعل طبيعي وضروري لحماية النفس والمحافظة عليها، وظهوره يرتبط باستجابات نفسية جسدية واستجابات سلوكية، ومن الأعراض النفسية الجسدية للخوف (ارتفاع ضغط الدم، تسارع النبض، زيادة التنفس، والتعرق الشديد) وغير ذلك من الاستجابات التي تعبر عن استعداد أجهزة الجسم والتهيئة العامة إلى ردود فعل ضرر محتمل الوقوع، وإن كل التغيرات السابقة تحدث بشكل لا إرادي عند شعور

الفرد بالخطر الذي يهدد الفرد أو السلوك الخائف فيؤدي إلى ردود غير ملائمة للغرض تماماً، وهذا يظهر في السلوك الفردي الخائف وقد ينتج عن الخوف سلوك إيجابي أو سلوك سلبي؛ فالخوف يقترن بردود فعل إيجابية تجعله في حالة استعداد للصراع والهجوم والعدوانية، وإذا كانت درجة الخوف واطئة، أما في حالة الخوف الشديد فإن الفرد يستجيب برد فعل دفاعي سلبي بأخذ أحد الأشكال الآتية: الرفض، الهروب، التردد، الجمود، فقدان السيطرة على النفس. (فاضل، 2016، 5)

أسباب الخوف:

إن للخوف مصادر كثيرة من أهمها:

- **الخبرات غير السارة:** إن الخبرات غير السارة التي يمر بها الفرد تترك آثار سلبية لا تزول بسهولة، إذ يخاف الفرد من تكرار الخبرات المؤلمة التي مر بها كالعلاج الطبي أو عملية جراحية أو غيرها.
- **التأثير على الآخرين:** يمكن للفرد أن يستخدم المخاوف كوسيلة للتأثير على الآخرين واستغلالهم، حيث يمكن إظهار الخوف كأحدى الطرق القوية لجذب الانتباه.
- **الضعف النفسي أو الجسدي:** يكون الفرد أكثر استعداداً لتطوير المخاوف عندما يكون متعب أو مريض، وخصوصاً إذا استمرت حالة الضعف الجسدي لفترة طويلة، فهي ستؤدي إلى شعور بالعجز وضعف المقاومة بحيث تصبح الدفاعات السيكلوجية أقل فاعلية، وكذلك عندما يكون اعتبار الذات منخفضاً يكون الفرد أكثر عرضة لتطوير المخاوف لديه (القول، 2006، 8).
- يتضح مما سبق أن الخوف مصدره خارجي يتعزز داخلياً وذلك حسب الحالة النفسية للفرد، وتتعدد أسبابه ومصادره، والعلاج يكون حسب كل حالة ومصدرها.

5-7- الدهشة:

يتجلى شعور الدهشة كما وصفها ايكمان بأنه أقصر شعور من بين باقي المشاعر، وقد سماه بأنه الحدث "غير المتوقع"، فهو مفاجئ في بدايته ولا يمتد لفترة طويلة، ما لم يكشف الحدث المفاجئ عن عناصر جديدة مفاجئة، وبالمثل يختفي شعور الدهشة بشكل مفاجئ كما حدث في بدايته. ويسمى بالحدث غير المتوقع،

ويمكن لأي شيء أن يكون مفاجئ بشرط أن يكون حدث غير متوقع. ومن الممكن أن يكون صوت أو مشهد أو رائحة أو ذوق أو اللمس المفاجئ، وقد يكون فكرة أو تعليق أو اقتراح غير متوقع أو خاطئ من شخص آخر يؤدي إلى الإحساس بالدهشة. وعلى هذا يمكن القول: إنه شعور يتجلى في الإنسان عند حدوث أمر لم يكن يتوقع أنه سيحدث معه.

ويعرف الإحساس بالدهشة أنه: "شعور باليقظة أو الرهبة ناتج عن توسع وعي الفرد بما هو ممكن أو عن طريق المواجهة مع اتساع المكان والزمان، كما يحدث من خلال قراءة الخيال العلمي. ووصفه جون (2010) ورادوف (2010) بأنه رد فعل عاطفي للقارئ الذي يواجه فجأة أو يفهم أو يرى مفهوماً جديداً في سياق المعلومات الجديدة.

ويوجد نوعين للإحساس بالدهشة هما: الدهشة الطبيعية والدهشة الفلسفية.

7-5-1- الدهشة الطبيعية: الشعور الذي يعتري الإنسان من حالة ناشئة عن حدوث أمر غير متوقع ومفاجئ، وهذا الانفعال يصحبه حالة وجدانية شديدة وعنيفة نتيجة الدهول أمام شيء خارق للعادة وغير مألوف، أما على الصعيد النفسي فيرافق الدهشة الشعور بالتوتر والحيرة وشيء من الألم، وهي تحصل للعقل عندما يعجز عن استيعاب حدث أو أمر أو ظاهرة ما فينشأ صراع وتحد معرفي داخلي.

خصائص الدهشة الطبيعية:

الدهشة الطبيعية هي شعور وملكة تولد مع الإنسان وتمنحه الفضول لاكتشاف العالم من حوله، وطرح تساؤلات بسيطة. والاعتقاد على رؤية كل شيء طبيعياً يمثل الخصيصة الأبرز لدى الدهشة الطبيعية، حيث يتوقف الإنسان بفعلها عن طرح التساؤلات بشأن العالم من حوله. والدهشة الطبيعية حين تثير الأسئلة عادة ما تبدأ بالمشكلات العادية التي لا يتجاوزها معظم البشر وصولاً نحو المشكلات الأعمق. والدهشة الطبيعية سمة مشتركة لدى جميع البشر (المجيدل، 2019، 35).

7-5-2- الدهشة الفلسفية: تُعد الدهشة الفلسفية إحدى خصائص التفكير الفلسفي، وهي تشير إلى الحالة الذهنية التي عندها تصبح الأشياء مختلفة عن مظهرها الطبيعي، لتذوب معانيها الاعتيادية، الأمر الذي يؤدي

إلى التساؤل ودافعه الجهل وعدم الفهم الكافي، وهما يدلان على أولى مراحل المعرفة. ولا تكون فضولية وإنما متأملة، وذلك لأنها بتفكيكها المعنى العادي للأشياء لا تبحث عن التفسير، وإنما عن معنى أعمق، وهي في بحثها عن هذا المعنى، تكشف القيود الكامنة وراء الأشياء، ثم تعمل على تفكيكها، ثم تتجاوزها، وتشير إلى ذلك التساؤل والبحث الذي لا نهاية له، والدهشة الفلسفية بدأت مع الفلاسفة اليونانيين، إذ أكد أرسطو أن الدافع الأول وراء البحوث الفلسفية الأولى هو الدهشة (Schinkel, A., 2018, 264).

خصائص الدهشة الفلسفية:

في الدهشة الفلسفية تتحول التساؤلات البسيطة لدى الدهشة الطبيعية إلى تساؤلات تطّلع لمعرفة الأسرار والظواهر وعلة الوجود، فينشأ عن فضول الدهشة فلسفة. الدهشة الفلسفية نزوع إلى المعرفة، كونها تكشف عن الجهل غير المرئي داخل الإنسان. وتدفع الدهشة الفلسفية الإنسان إلى التفلسف فيذهب أبعد وأبعد ليتساءل بشكل أكبر وأعمق، جاعلة بذلك المؤلف غير مألوف. الدهشة الفلسفية سمة فردية تختلف من إنسان لآخر باختلاف تجربة اندهاشه (المجيدل، 2019، 37).

7-6- الاشمنزاز:

الاشمنزاز هو رد فعل عاطفي من تجاه شيء يعتبر مسيئاً أو مقيتاً أو غير سار (ماتيو، 2016)، واكتشف ايتمان نقلاً عن (Phillips, 1998, 373 - 375) أن الاشمنزاز هو واحد من المشاعر الأساسية التي يمكن التعرف عليها عبر الثقافات المتعددة، وقد أثبت أن تعبيرات الوجه العاطفية ليست محددة ثقافياً، وإنما عالمية عبر الثقافات البشرية، وبالتالي من المحتمل أن تكون بيولوجية في الأصل.

وذكر داروين في كتابه "التعبير عن العواطف في الإنسان والحيوان" أن الاشمنزاز هو إحساس يشير إلى شيء مدمر، ويتم الشعور بالاشمنزاز في المقام الأول فيما يتعلق بحاسة الذوق (إما متصورة أو متخيلة)، وبشكل ثانوي إلى أي شيء يتسبب في شعور مماثل من خلال الشعور بالرائحة أو اللمس أو الرؤية. كما قد يشعر الناس الذين يشعرون بالحساسية الموسيقية بالاشمنزاز من نشاز الأصوات غير المتجانسة (سيسلر وآخرون، 2009، 675-689).

والاشمئزاز هو أحد المشاعر الأساسية لنظرية روبرت بلوتشيك للعواطف، وقد تمت دراسته على نطاق واسع من قبل بول روزين، حيث إنه يستحضر تعبير وجه مميز على عكس عواطف الخوف والغضب والحزن، كما أنه يرتبط بانخفاض في معدل ضربات القلب.

وقد أدرج إيكمان وآخرون (1969) الاشمئزاز ضمن المشاعر الستة الأساسية التي يمكن التعرف عليها باختلاف الثقافات، ورأى فيليس وآخرون (1998) أنها العاطفة المنسية في علم النفس المرضي التجريبي. وبعد الاشمئزاز عاطفة مسببة للاضطرابات النفسية المختلفة واضطرابات تناول الطعام.

7-6-1- أنواع الاشمئزاز:

1. الاشمئزاز الممرض الذي يحفز على تجنب الكائنات الدقيقة المعدية، وينشأ الاشمئزاز الممرض من الرغبة في البقاء.

2. الاشمئزاز الجنسي الذي يحفز على تجنب الشركاء الجنسيين وسلوكاتهم، وينشأ من الرغبة في تجنب زملاء مكلفين بيولوجياً، والنظر في نتائج بعض خيارات الإنجاب. والاعتباران الأساسيان في هذه الحالة هما الجودة الجوهرية.

3. الاشمئزاز المعنوي (الأخلاقي) الذي يحفز الناس على تجنب كسر الأعراف الاجتماعية، ويتعلق بالتجاوزات الاجتماعية وقد يتضمن تصرفات مثل الكذب والسرقة والقتل والاعتداء، وعلى عكس النوعين السابقين فإن الاشمئزاز الأخلاقي يحفز على تجنب العلاقات الاجتماعية مع الأفراد الذين ينتهكون المعايير؛ لأن تلك العلاقات تهدد تماسك المجموعة (Davey, 2006, p p. 4 - 15).

8- الفرق في التعبير عن المشاعر عند الذكر والأنثى:

عادة ما تقوم المرأة بالتعبير عن مشاعرها، بينما يميل الرجل إلى إخفاء مشاعره والتحكم فيها. وتتميز المرأة بقدرتها على التعبير عما تفكر فيه وما تشعر به، بينما يميل الرجل إلى الصمت أو التعبير بأقل قدر ممكن من الكلمات. وتحتاج المرأة غالباً إلى التحدث عن مشاكلها، في حين يتكلم الرجل فقط بعد أن يحل المشكلة.

إلا أن استنتاجات العديد من الباحثين أكدت أن الاختلافات العاطفية الملحوظة بين الرجال والنساء تتبع أساساً من الأدوار الجندرية الاجتماعية، ويعتمد بالتالي مدى التعبير العاطفي الذي تختبره بعض الشعوب في جزء كبير على توقعات ثقافتهم للأنوثة والذكورة. (Wester, S. V., & Heesacker, M., 2002, 630 - 652).

ولكن يرفض العديد من علماء النفس فكرة أن اختبار الرجال في الواقع للعواطف أقل من النساء، واقترح الباحثون بدلاً من ذلك أن الرجال يظهرون العاطفية التقييدية التي تشير إلى الميل لمنع التعبير عن بعض المشاعر، وعدم الرغبة في الإفصاح الذاتي عن المشاعر العميقة. وقد ثبت أن العاطفية التقييدية للرجال تؤثر على الصحة والتقدير العاطفي والهوية العامة، وترتبط الميل تجاه العاطفية التقييدية بزيادة خطر الإصابة ببعض اضطرابات القلق (Jansz, 2000, 166 - 186).

وأفادت برودي وهال (2008) أن النساء يبتسمن ويضحكن ويُشِرْنَ برؤوسهن ويستخدمن إشارات اليد أكثر من الرجال، والاستثناء الوحيد المعروف لهذه القاعدة هو أن الرجال هم أكثر ما يعبرون عن الغضب. ولا تُلاحظ عموماً جميع هذه التأثيرات إلا بعد مرحلة رياض الأطفال، ما يشير إلى أن هذه الاختلافات قد تكون نتيجة لعمليات تنشئة اجتماعية معينة. وتُعتبر النساء أيضاً أكثر دقة في التعبير عن المشاعر، وتنسق هذه القدرة التعبيرية المتزايدة في التعبير العاطفي عبر الحضارات، مع النساء اللاتي يبلغن عن تجارب عاطفية أكثر كثافة، وتعبيرات عاطفية أكثر صراحة، ووجد أن الرجال والنساء يبرزون تعبيرات جندرية نمطية بشكل دقيق، فيعبر الرجال بشكل أكثر دقة عن الغضب والازدراء، بينما تعبر النساء بشكل أكثر دقة عن الخوف والسعادة.

وأظهرت دراسات أخرى أن النساء يظهرن مستويات دقيقة في التعبير والحكم على الإشارات العاطفية غير اللفظية، وأعلى من الرجال بشكل عام. ولا تتفق مع ذلك هذه الأنماط بين الثقافات، ما يشير مرة أخرى إلى أن التنشئة الاجتماعية تؤثر على الاختلافات الجندرية الملحوظة في التعبير العاطفي. وأشارت الأبحاث على سبيل المثال، إلى أن النساء في اليابان، يعبرن عن الغضب والازدراء بشكل أفضل من الرجال.

وأظهرت الأبحاث أن للثقافة والأدوار الجندرية محددة السياق تأثيراً أقوى على التعبير العاطفي من العوامل البيولوجية، وتقترح الدلائل التجريبية أن الفتيات تُنشأ اجتماعياً لتكون عاطفيات وغير معاديات وراعات

ومطيعات، في حين يُنشأ الأولاد اجتماعيًا ليكونوا غير عاطفيين وعدوانيين وموجهين نحو الإنجاز ومعتمدين على أنفسهم. وتشير دراسة دانتجي وبيهفور أن ميل الناس لإظهار تعابير وجه سلبية أكثر حدة في الظروف المنعزلة، والابتسام أكثر عندما يكون هناك آخرون والتعبير عن غضبهم لا يختلف لدى الرجال والنساء.

(Daantje, H., & Behavior., 2008, 766-785).

ووجد كوتسوفيلدمان (1996) أن النساء اللاتي كن أكثر دقة في التعبير عن السعادة اعتُبرن أكثر شعبية، في حين اعتُبر الرجال الذين كانوا أكثر دقة في التعبير عن الغضب أكثر شعبية أيضًا؛ ويشير هذا إلى أن هناك عواقب سلبية بالنسبة للأشخاص الأقل دقة في التعبير عن المشاعر الجندرية النطية.

9- آلية تأثير المشاعر على أوامر الدماغ:

تلعب كل من المشاعر الإيجابية والسلبية أدواراً مهمة عندما يتعلق الأمر بالدماغ، ولكنها عموماً أدوار منفصلة، وتؤثر المشاعر الإيجابية على الدماغ بالطرائق الآتية:

- 9-1- زيادة أداء الإنسان في مهمة ما عن طريق رفع المعنويات دون تشتيت الانتباه عكس المشاعر السلبية.
- 9-2- تؤدي المشاعر الإيجابية إلى تحفيز مسارات المكافأة في الدماغ مما يساهم في انخفاض مستويات هرمون التوتر وزيادة الرفاهية والتفاؤل.

9-3- تساعد المشاعر الإيجابية على زيادة القدرة على التفكير وتوسيع نطاق تركيز العقل.

أما عن الطرائق الإيجابية التي تؤثر بها المشاعر السلبية على الدماغ، نذكر منها:

- تسهيل معالجة الصراع العاطفي، ومساعدتنا على فهم المعلومات العاطفية المتضاربة وغير المتضاربة؛ أي يمكن أن تساعدنا المشاعر السلبية في التعرف على المشكلات العاطفية الصعبة والمعقدة.
- الحد من تجربة التعاطف مع الآخرين، والتي يمكن أن تساعدنا في حمايتنا من الانخراط بشكل كبير مع

الآخرين والاستمرار في التركيز على أهدافنا (Zinchenko, 2015,188).

المحور الثاني: شدة الألم

1- مفهوم الألم:

هناك عدة تعاريف للألم نذكر منها:

"إحساس مزعج وخبرة عاطفية وانفعالية بغیضة متعلقة بضرر نسيجي فعلي أو كامن، يصحبه إحساس أو شعور سلبي بعدم السعادة والمعاناة وينظر إليه بوصفه حالة نفسية ذاتية أو خبرة غير سارة" (قابيل، 2018، 3).

"الشعور الحسي والنفسي غير المستحب، الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم، أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض" (البكوش، 2014، 136).

ورأى الصباغ (2012، 352) أنه "شعور شخصي بعدم الارتياح أو بوجود أذى من شدة ما، لا يعرفه إلا من يجربه ولا يحسن وصفه إلا من يعانيه، والألم أول دلائل المرض، وهو شعور واقٍ ومحذر غايته حفظ الذات، إذ من دونه يمكن أن يطعن الإنسان أو يصاب بحرق أو بمرض خطير أو جهد قاتل من غير أن ينتبه للخطر الذي يهدده، وقد يكون الألم تعبيراً عن أذية نفسية سببها عمل لا يرضى عنه صاحبه، أو أوضاع عائلية أو اجتماعية صعبة، أو قلق أو خوف من مرض خطير، أو تهديد لتقدير الذات، وله مظهران، الأول إدراك محايد لمنبه قوي أحدث أذية في النسيج، والثاني استجابة وجدانية وانفعالية لهذا الإدراك".

"خبرة غير مقبولة من المشاعر والأحاسيس، مرتبطة بتضرر حاد أو كامن في النسيج الحي (داغمار، 2003)

ورأى لينا (2016) أن للألم معنيين هما:

1-1- المعنى النفسي: لا يمكن أن يكون الألم حيادياً أو تصاحبه مشاعر حيادية، لا بد أن تصاحبه حالة وجدانية إما سارة أو غير سارة، والألم يكتسب معنى خاص بالنسبة لكل إنسان، وعموماً العواطف هي التي ترسم آلامنا وتحركها وأحياناً تصنعها.

1-2- المعنى الفيزيولوجي: تحتوي معظم أجزاء الجسم على مستقبلات ألم، وعندما تنشيط هذه المستقبلات بالضغط أو بسبب تضرر نسيج الجسم تبدأ رسالة الألم وتنتقل الرسالة من خلال الأعصاب إلى الحبل الشوكي ثم إلى الدماغ، وعندما يقرأ الدماغ هذه الرسالة يُشعر بالألم (غانم، 2016، 7).

وبالتالي ركزت جميع التعاريف السابقة على أن الألم إحساس مزعج ومرتببط بأذى جسدي، وعليه يعرف الباحث الألم بأنه عبارة عن: ظاهرة معقدة ترتبط بانفعالات وإحساسات غير سارة ناتجة عن أذية أو ضرر نسيجي حقيقي أو كامن، وله أربع تركيبات تشمل الحسية والمعرفية والانفعالية والسلوكية.

2- تصنيف الألم:

1-2- الآلام الحادة: وهو حالة من الضيق والانزعاج يخبره الناس لفترة زمنية مؤقتة تستغرق أقل من 6 أشهر، وله عدة أنواع مثل: ألم واخز، ألم مفاجئ، ألم متقطع أو مستمر، ألم ملتهب، أو حارق، تشنجي، ألم حكة، أو ألم متواصل، وغالبا ما تكون قابلة للتحديد وقابلة للمعالجة في العادة، وغالبا ما تقتصر العواقب النفسية للآلام الحادة على الخبرة العابرة للقلق والإرهاق (حمود وعبد الله، 2010، 201 - 203).

2-2- الآلام المزمنة: وتظهر نتيجة لإصابات عضوية دائمة (حوادث، احتراق) أو لمتضررات في النسيج الحية نتيجة لمرض مزمن (التهاب المفاصل المزمن، الناعور، التهاب الألم العصبي، سرطان)، وغالبا ما تكون قابلة للتحديد ويستطيع المرضى تحديد مكانها بدقة وتقدير شدتها. وتسمى زمناً إذا ما امتدت إلى أبعد من وقت الشفاء المتوقع أو أكثر من ستة أشهر، ويكون الألم فيها مستمر ومتواصل يرافقه حالة من الإزعاج والضيق المستمر ويصبح مع مرور الزمن شديداً (حمود وعبد الله، 2010، 204).

2-3- الآلام الانتكاسية المتواترة: هي الآلام المتكررة بصورة منتظمة وتمتلك منشأ غير واضح وتظهر بدون تضرر عضوي قابل للتحديد على شكل أطوار وباختلاف في التواتر والمدة والشدة، ولا يعاني المعنيون في الفترات الزمنية الواقعة بين هذه الأطوار من أية آلام ويكونون أصحاء كلياً وغالبا ما تكون الآلام الانتكاسية صعبة الموضعية وظهورها غير قابل للتنبؤ ويغلب أن تعالج بصورة عرضية ولا يمكن تحديد مثيرات طور الألم

فيها بوضوح، إذ يمكن أن تدخل في الحسبان عوامل اجتماعية وعوامل خارجية وعوامل شخصية (غانم، 2016، 8).

وبالتالي يمكن القول: إن الألم إما أن يكون حاد مدته أقل من 6 أشهر أو مزمن يمتد لأكثر من 6 أشهر ويكون الألم فيها مستمراً ومتواصلًا وعليه قد يترافق ببعض المشكلات النفسية.

وأيضاً قام كلينغر وآخرون (Klinger et al) وللمرة الأولى بوضع تصنيف متعدد المحاور للألم يرمز لها اختصاراً ماسك (MASK)، وتتألف من جزء جسدي ويرمز لها (ماسك -ج)، وجزء نفسي اجتماعي جديد (ماسك -ن). ويمثل الماسك الجسدي المظاهر الجسدية لإشكالية الألم ويعكس الجزء النفسي الاجتماعي الجديد المظاهر النفسية والاجتماعية استناداً إلى منشأ واستمرار وعواقب الآلام المزمنة بصورة ضمنية، مثل: (التضررات النفسية المتمركزة على الألم، والسمات الخاصة بالشخص والتي تكبح أو تنمي مواجهة الألم والمجهودات والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على الألم). ويتضمن هذا التصنيف المستويات الآتية: مستويات سلوكية حركية، مستويات انفعالية، مستوى معرفي، مستوى اجتماعي، سمات شخصية اعتيادية (داغمار، 2003).

3- تركيبات الألم:

3-1- التركيب الحسي: ما يستخدمه المريض من مفردات يصف بها ألمه، وتكون عبارة عن استجابة لفظية ذاتية يميزها خبرة الألم، أي يتم إدراك مشاعر الألم وتقييمها وتفسيرها من خلال مقولات عن الشدة والآلام والأوجاع والبكاء (داغمار، 2003، 72). وتترافق التجربة الحسية للألم أياً كان نوعها بثلاث استجابات عامة هي:

3-1-1- الإدراك الحسي: يحدث في القشر المخي بشكل أساسي، ممكن أن يحصل بعضه في مستوى تحت قشري وفي هذا النوع يكون الإدراك بوجود معلومات تولد الألم دون أن توجد مقدرة على تحديد خصائص هذا الألم وأماكنه السطحية الدقيقة.

3-1-2- رد الفعل الحركي (الاستجابة الأولية لأعضاء الحواس): يولد التنبيه الحسي بشكل عام والألمي بشكل خاص يولد الاستجابة الحركية غالباً.

3-1-3- تخزين التجربة الحسية ونتائجها في الذاكرة: تتأثر التجربة الحسية الألمية بعدد من العوامل الهامة هي: مقدار يقظة التشكيل الشبكي لجذع الدماغ، والحالة الوجدانية المسيطرة في أثناء التجربة الألمية، وخبرات الفرد المكتسبة وتجاربه الألمية السابقة فوجود معاناة سابقة من الألم يجعل الشخص ذو استجابة تختلف عن حالة وجود سهولة في التعامل مع الألم سابقاً، والسمات السلوكية المميزة لشخصية المريض (قوشجي، 2013، 1-2).

3-2- التركيب السلوكي: إن تأثير الألم على سلوكيات المرضى أمر لا يمكن تجنبه حيث يعبر عن الألم المزمن من خلال اضطرابات في السلوك مثل الانطواء على النفس، ورفض الاندماج في المجتمع، والاكتئاب، والاضطرابات الغذائية والعنصرية، والصمت، والدموع، والهيجان، والقلق الذي لا يمكن السيطرة عليه (Baszanger, 1995). وقد عرف كلينمان وإيزنبرغ (Kleinman and Eisenberg, 1978) هذا السلوك على أنه تجربة عادية محكومة بقواعد ثقافية " نحن نتعلم بطرق ثابتة كيف نكون مرضى. وعليه يمكن أن توزع المظاهر السلوكية في عدة أنماط من التعبير نذكر منها: تعابير شفوية مسموعة أو غير شفوية (شكوى، صرخات، أنين)، وتعابير مرئية من خلال التصرفات (فرط توتر، هروب، انعدام نشاط)، وتعديلات طارئة من الناحية الجسدية ونمط الحياة (النوم، الغذاء)، وتعديلات في العلاقة مع الوسط المحيط (اضطراب بالمزاج وصعوبة التواصل مع الآخر). وصنف بورو (Boureau, 2002) ردات الفعل إلى ثلاث أنماط: مباشرة وتكون سلوكية مثل الهيجان والصراخ، وجسدية مثل التعب، وغير مباشرة مرتبطة بالسلوك تقود إلى مواقف مسكنة للألم.

3-3- التركيب المعرفي: بحسب (IASP) التركيب المعرفي للألم هو "تجربة حسية وخبرة وجدانية مرتبطة بجرح حقيقي أو كامن أو وصف لكلمة جرح، وهذا يعني أنه ألم إذا كان الموضوع المتكلم عنه يتعلق بمصطلح جرح، حتى ولو كان هذا الجرح مخفي". ويستخدم هذا التركيب خلفيات انفعالية ومعرفية، وتمنح الخلفية الانفعالية للألم سمته غير المحبوبة والمقلقة، أما المعرفية فتدخل في الوظائف المتعلقة بالذاكرة والإحساس والانتباه والتصور والتخيل المسؤولة عن المعرفة؛ أي أنها تسمح بإدراك الألم والتعبير عنه (Salamagne, 1994, 63).

3-4- التركيب الانفعالي: لا يمكن أن يكون الألم حيادياً أو تصاحبه مشاعر حيادية، بل لا بد أن تصاحبه حالة وجدانية سارة أو غير سارة، وعليه يكتسب معنى خاص عند كل إنسان، وهذا المعنى يُكتسب إما من تلك الحالة الوجدانية أو من عواطف مالت باتجاه معين ولذلك فإن المسار الحقيقي للألم هو من العقل إلى الجسم، ومن الوجدان أو الفكر إلى مصدر الألم (صادق، 2005، 22 - 23).

4- الجانب المعرفي للألم:

يسعى الإنسان إلى استخدام الأفكار لوضع أهدافه والسعي إلى تحقيقها، وحينما يمر الإنسان بأحداث يعجز معها عن تحقيق أهداف معينة فإنه يشعر بالضيق، ومن بين ما يحمله الأفراد من معتقدات حول هذه الأحداث تنعكس المشاعر والسلوكيات النابعة لديهم، ويبدو أن الأحداث بحد ذاتها لا تخلق المشاعر وإنما الأفكار حول هذه الأحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر وإظهارها على نحو محدد (الشرييني، 2005، 66). وهناك عدة أساليب يتم من خلالها التفكير:

4-1- الصور الذهنية: كثيراً ما يتصور الإنسان في ذهنه صوراً لمدرجات حسية سبق وأن خبرها؛ لأن عملية التفكير تحدث من خلال الصور الذهنية التي قد تتخذ شكل صور لفظية مثل تصور كلمة مكتوبة (بصرية) أو كلمة منطوقة (سمعية)، والصور الذهنية هي استعادة المدرجات الحسية السابق تعلمها (مراد، 2000، 151).

4-2- الكلام الداخلي: من خلال نشاط حركي لأعضاء النطق (دسوقي، 2002، 166).

4-3- التصور العقلي المجرد: من خلال معاني مجردة، ويستهدف حل مشكلة معينة تسبب له توتر نفسي يحاول الفرد حلها بالاستعانة بخبراته السابقة (دسوقي، 2002، 166).

إن الأفكار الخاطئة هي في الأصل رغبات وأشياء يحبها الإنسان ويفضلها، إلا أنها أخذت طابعاً لمطالبه المطلقة والشروط اللازمة التي لا يمكن التنازل عنها، وهناك ثلاثة أنواع من هذه الأفكار، وهي:

4-1- أفكار تتعلق بالذات: مثل أحب أن أتقن كل شيء، وإذا لم أفعل ذلك فإنه أمر فظيع لا يمكن أن أتحملة، ومثل هذه الأفكار تؤدي إلى الخوف، والقلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب.

4-2- أفكار تتعلق بالآخرين: مثل يجب أن يعاملني الناس معاملة حسنة عادلة، وإذا لم يفعلوا ذلك فإنه أمر فظيع لا أتحملة وتؤدي هذه الأفكار إلى الشعور بالغضب والعدوانية والسلبية.

4-3- أفكار تتعلق بظروف الحياة: مثل يجب أن تكون الحياة بالشكل الذي أريده، وإذا لم تكن كذلك فإنه أمر فظيع لا أتحملة، وتؤدي هذه الأفكار إلى الشعور بالأسى والألم النفسي. (بوزاهر، 2020، 19)

5- نظريات الألم المعرفية:

هناك نظريتان تتناول الألم من منظور معرفي هما:

5-1- النظرية الأولى: تركز على النموذج الكلاسيكي الذي وصفه بيك (Beck, 1976) الذي يعتبر أن الأحداث تفسر من خلال المعتقدات والتي ينتج عنها انفعالات وسلوكيات خاصة، وتأتي أهمية هذا النموذج من أخذه بعين الاعتبار المعتقدات والتصورات المشتركة للأفراد، بالإضافة إلى ذلك فهو يمثل إطار واضح لسلوكيات المرضى المقبولة أو المرفوضة. ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية وهي المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات التي اكتسبها الفرد خلال مراحل النمو، ويرى بأن الأمزجة والمشاعر السلبية هي نتاج معارف محرفة ولا عقلانية، ويبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية، وأن شكل البناء المعرفي هو ما يميز الإشكاليات النفسية عند الشخص المصاب بالاضطرابات النفسية، فيؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء، وأن إدراك أية خبرة جديدة يتم في ضوء علاقاتها بالأبنية المعرفية هذه، فمن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية فنجد في ضوء هذه النظرية أن الفرق بين اضطرابات القلق مثلاً واضطراب آخر مثل سوء التوافق الاجتماعي يتمثل في إمكانية تحديدهما في إطار أبنية معرفية مختلفة حيث نلاحظ أن الأبنية المعرفية السائدة تتعلق بالآراء السلبية عن الذات والآخرين والعالم.

في حين تتعلق الأبنية المعرفية في حالة القلق بالخطر واحتمالات عرض له، ويقوم البناء المعرفي على حدث الفرد للاستجابة وفق التفسيرات الخاطئة التي كونها الفرد عن ذاته والمحيط الذي يعيش فيه، وينتج عن الفرد في الوقت نفسه حالة عاطفية تتلاءم مع ما هو عليه، ويقترح بيك بأن التفكير الاكتئابي هو نتاج لخلل في الأبنية

المعرفية الأساسية، وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة، ويعتقد بيك أن الإدراك السلبي يحدث أولاً ومن ثم تظهر الأعراض الاضطرابية في السلوك والانفعال والتفكير (Beck, 1963, 324 - 333).

ويميز بيك بين أربعة أنواع من التفكير الشاذ:

5-1-1- التفكير الثنائي (Dichotomous Thinking): وهو التفكير بطريقة مطلقة مثل الاعتقاد بأن

الإنسان الذي يرتكب خطأ واحداً هو إنسان سيء لا يفعل إلا الأخطاء، ولا يصدر عنه إلا الخطأ أو العكس.

5-1-2- الاستنتاج الاعباطي (Arbitrary Inference): يشمل الخروج بالاستنتاجات اعتماداً على أدلة

غير كافية، مثل أن يغضب الإنسان نتيجة كلمة أو نظرة غاضبة من شخص آخر، وهذه الكلمة أو النظرة لم تكن في الأصل موجهة نحوه شخصياً.

5-1-3- الإفراط في التعميم (Overgeneralization): تبني اعتقادات وأفكار عامة بناءً على خبرات

محددة، مثل يعتقد الشخص أنه فاشل في كل شيء إذا فشل مرة واحدة.

5-1-4- تعظيم الأمور (Magnification): ويشمل المبالغة في معنى أو أهمية الخبرات، كأن يشعر

الشخص إن عدم قدرته على تحقيق ما يصبو إليه كارثة (شامخ، 2012، 920 - 921).

5-2- النظرية الثانية: تركز على نموذج لازوراس وفولكمان

(Lazaraus and Folkman, 1984)، والتي تقول: إنه عندما يقيم الفرد منبهاً بشكل مبدئي على أنه تهديد،

فيجب عليه تقييم مصادر مواجهته وذلك حسب معتقداته الخاصة، الأمر الذي يسمح بتوجيه اختيار استراتيجية المواجهة من أجل التكيف الأفضل مع الانزعاج.

وبالتالي فإن هاتين النظريتين ترى أن المعتقدات تؤدي دوراً هاماً في التجربة المرضية، وبذلك نكون أمام

نماذج متعددة لاستراتيجيات المواجهة التي تفسح المجال أمام المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة لكي

يتعايشوا مع وضعهم. ووجد جينسين وآخرون (Jensen et al., 2000) وتيسون وآخرون (Tison et al.,

2009) أن هذين النموذجين اللذين يحكمهما معتقدات مرضى الآلام المزمنة يرتبطان بمجموعةٍ من

الاستراتيجيات هي:

- 5-1- استراتيجية البحث عن داعم اجتماعي التي تفسر على أساس النتائج المرتفعة لمفهوم الاهتمام.
- 5-2- استراتيجية النشاط في مواجهة الألم التي ربما تجد أساساً لها في النتائج المرتفعة لمفهوم النشاط.
- 5-3- استراتيجية التهويل المؤذية لأنها ترتبط بمفاهيم متعلقة بالضغط وتقليص النشاط.
- 5-4- استراتيجية السلبية في مواجهة الألم التي يحتمل أنها مدعومة من مفهوم الحل المعجزة من الأدوية أو التدخلات الخارجية.

5-5- استراتيجية الهروب التي تعني ترك المهام التي يحتمل أنها تتعلق بالنتائج المرتفعة لمفهوم الإعاقة.

وتؤدي هذه الاستراتيجيات بالمرضى إما إلى تحسين شروط حياته أو تدهورها ويمكن أن تقاس من أبعادها المختلفة مثل الوظيفة وعدم المقدرة والألم والمزاج؛ وبالتالي فإن هذه الاستراتيجيات تكون في أوقات ملائمة وفي أوقات تكون غير ملائمة وفي أخرى تكون بلا نتيجة (Moulán and Bourea, 2003).

ولقد سلط كييف وويليامز (Keefe and Williams, 1991) الضوء على مرضى يعانون من أمراض مزمنة غامضة، ويستخدمون استراتيجيات لا تتلاءم مع وضعهم وغير فعالة. ولدى هؤلاء المرضى ميل أقل فعالية للعلاج بالمقارنة مع المرضى الذين يفهمون جيداً أصل مرضهم ويقدرونه في وقت قصير.

6- التعبير عن الألم:

إن الإحساس بالألم هو مفهوم يدل على التصورات التي يمتلكها الشخص عن بيئته (Folkman and Lazarus, 1984)، ويمكن تعريفه على أنه افتراضات شخصية بخصوص عناصر مفسرة للواقع، والارتباط بين هذه العناصر يحفظ العلاقة بينها؛ فكل شخص اعتقاداته الخاصة التي تتميز بمحتواها وبمسارها وشكلها، وتكون متأثرة بعوامل اجتماعية ثقافية مثل الانتماء إلى العرق والعائلة والحالة الاجتماعية.

وللألم ألوان كثيرة تتعدد بتعدد بواعثه؛ فهناك ألم يقبض النفس ذاتها يؤدي إلى أن يصبح كل شيء مرأً، وهناك ألم يثير غضباً لنفس ويجيش انفعالاتها الصاخبة فتتفجر عنفاً وعدواناً على من حولها، وهناك ألم يضغط على الأعصاب والذهن فيوجعها بما يشلها عن كل تفكير أو حركة. وإذا كان للألم ألواناً فإن للتعبير عنه ألوان أيضاً، وما يدل على ذلك أن الناس يعبرون عن آلامهم بصور مختلفة (حلوم، 2016، 9).

7- معتقدات الألم عند المرضى:

في دراسة تحليلية لمعتقدات الأشخاص الذين يواجهون المرض أجراها بروشونوسيكويتزر (Bruchonschweitzer, 2002,142) تم تحليل بعض الأبعاد التي تتعلق بتاريخ المرض، وحاضر ومستقبل المرض، وأصل المرض، وتحديد هويته، والتدهور، والسيطرة، والقابلية للشفاء، واستمرارية المرض ونتائجه، نتائج المرض، والمعتقدات من خلال مجالات أخرى تنطلق من إشارات وأعراض المرض مثل تدهوره وأماكن الجسم المصابة بالمرض والعدوى والتنبؤ بمآل المرض.

إن النظريات التي تهتم بالمعنى الذي يعطيه المريض لمرضه وتحديد هويته وماهيته، يكون استخدامها بشكل ضيق بالممارسات الطبية، واستناداً إلى ذلك فإن تقييم معتقدات المرضى مهم جداً لوضع استراتيجيات العلاج المناسبة بوجه المرض فهناك مداخل مختلفة في علم النفس تعتبر أن معتقدات المرضى تلعب دوراً هاماً في تبني نموذج للحياة سليمة أو خطيرة (BruchonSchweitzer, 2002; Apostolidis and Morin, 2002).

ويسمح المدخل السلوكي المعرفي بتنظيم معتقدات الشخص لمواجهة ألمه، وبالتالي التكيف المناسب مع المرض (Williams and Thorn, 1989)، وقد تؤثر هذه المعتقدات بشكل سلبي على معالجة الآلام المزمنة (Morley and Wilkinson, 2002; Spitz, 1995)، وعرضت أبحاث أخرى دور التصورات السلبية للمرضى بالتنبؤ بالألم وفقدان القدرة والحزن عندهم خصوصاً هؤلاء الذين يعانون من آلام مزمنة (Boothby et al., 1999)، وبالمقابل هناك مرضى يملكون السيطرة الجيدة على ألمهم، وبالتالي يستفيدون من المداخلة النفسية والاجتماعية بشكل فعال (Jensen et al., 2000)، وتم تحديد تصورات المرضى المتكيفة أم غير المتكيفة منها والمرتبطة بالألم التي تسمح بفهم أفضل لإجابات المرضى نحو الألم المزمن، ويساهم بوضع خطة علاجية أكثر تأثيراً (Jensen et al., 1994)؛ ولذلك فإن تقييم المعتقدات يهدف إلى التعامل بشكل أفضل مع الألم.

8- المعتقدات الخاطئة عند مرضى الألم:

استنتج لاروش وآخرون (Laroushe et al., 2009) وجود كثيرٍ من التصورات والمعتقدات الخاطئة

لدى المرضى المصابين بالسرطان، وقد صاغوها على النحو الآتي:

8-1- غامض: يصعب علي فهم ألمي.

8-2- كارثي: سوف لن أشفى منه أبداً.

8-3- الديمومة: أتألم بشكل دائم.

8-4- شخصي: هذا خطأي إذا كنت أعاني من الألم.

8-5- شعور بالذنب: إذا كنت أشعر بالألم فهذا لأنني ارتكبت أخطاء في حياتي.

8-6- استمرارية: سيستمر ألمي معي.

ومن الممكن للمعتقدات الخاطئة لدى المريض أن تؤدي إلى إبطال تأثير الأدوية المستخدمة في العلاج؛

فبحسب والش وراذكليف (Walsh and Radcliffe, 2002,75) هذه المعتقدات تشكل حاجزاً عند المرضى

الذين يعانون من مرض مزمن، وبالتالي ستؤثر في تصرفاتهم اليومية وقرار العلاج، فمثلاً الإخفاق في إنجاز

الأعمال الاعتيادية يرتبط أحياناً بمعتقدات الهروب وبالتالي سلوك الهروب له نتائج خطيرة مثل الصعوبة المهنية

والمشاكل الجسدية.

وتغذي الأفكار السلبية السلوكيات الانهزامية مثل الخمول والانعزال عن المجتمع الأمر الذي يزيد من

الألم، وينتج عن وجود المشاعر المرتبطة بالألم تنشيط المعتقدات السلبية المتعلقة به. وترى دراسة روبنسون

وآخرون (Robinson et al., 1994) أن الاعتقاد باستمرارية الألم مرتبط بشدته، وباستمرارية حالة القلق

والاعتقادات المتعلقة بغموض الألم ترتبط بالحزن النفسي والاعتقادات المتعلقة بالشعور بالذنب والأعراض

الاكتئابية.

وأظهرت الدراسة التي أجراها تيسون وآخرون (Tison et al., 2009) حول معتقدات الأفراد الذين

يعانون من الأمراض المزمنة والذين لا يعانون منها أن الذين يعانون من الأمراض المزمنة لديهم معتقدات مرتفعة

حول الكوارث والإعاقة والغموض، أما معتقدات الذين لا يعانون من الأمراض المزمنة فكانت تتمحور حول الاهتمام والسيطرة والنشاط.

9- تقييم الألم والعوامل التي تؤثر على تحمّله:

لا بد أن يجري تقييم دقيق قبل العلاج لتحديد سبب ونوع وشدة الألم وتأثيره على المريض، ولا بد أن يتضمن تقييم الألم الآتي مع الأخذ بعين الاعتبار أنّ المريض هو المقيّم الأساسي لألمه:

9-1- التأثيرات والتظاهرات الفيزيائية للألم.

9-2- التأثيرات الوظيفية (التداخل مع أنشطة الحياة اليومية).

9-3- العوامل النفسية (درجة القلق، المزاج، التأثيرات الثقافية، المخاوف، التأثيرات على العلاقات الشخصية، العوامل التي تؤثر على تحمّل الألم، الجوانب الروحية).

9-4- التقييم المعرفي (الأفكار، والمعتقدات، والألفاظ الذاتية، التوقعات).

وقد صنف الباحث العوامل التي تسهم في التخفيف من شدة الألم وزيادتها ضمن الجدول (1) الآتي:

جدول (1): العوامل التي تسهم في التخفيف من شدة الألم أو زيادتها

العوامل التي تسهم في زيادة شدة الألم	العوامل التي تسهم في التخفيف من شدة الألم
عدم الارتياح	تخفيف الأعراض
التعب	النوم
القلق	الراحة، العلاج الفيزيائي
الخوف	العلاج الاسترخائي
الغضب	التفهم/التعاطف
الضجر	الرفق / الاستماع
الاكتئاب	الإيضاح/الدعم
الانطواء	رفع المزاج
الحزن	فهم لمعنى وأهمية الألم
الهجر الاجتماعي	الإدماج الاجتماعي
العزلة النفسية	التشجيع للتعبير عن المشاعر

وبناءً على ذلك ينبغي تقييم العوامل التي تزيد من شدة الألم ومحاولة التقليل منها ومن أعراضها قدر

الإمكان؛ وذلك من خلال التركيز على العوامل التي تخفف الألم، وتشجيع ومساعدة المريض على تطبيقها.

10- تدبير الألم وعلاجه:

10-1- العلاج الطبيعي: هناك مجموعة واسعة من العلاجات الطبيعية التي يتم استخدامها للتخفيف أو السيطرة على الألم، وتشمل التدليك والعلاجات الميكانيكية مثل الجر، والعلاج بالماء البارد، والحرارة والموجات فوق الصوتية، وكمادات الثلج، والوخز بالإبر. ويستخدم العلاج بالحرارة على نطاق واسع في علاج الألم، كذلك يمكن أن يستخدم أسلوب الوخز بالإبر وهو فن قديم يستعمله كثير من الناس في الشرق الأدنى الإبر والذي أصبح الآن مقبولاً كعلاج للآلام في الغرب، وهناك أمثلة لاستخدامه الناجح مع الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن.

10-2- العلاج عن طريق التحفيز الكهربائي: استخدم التحفيز الكهربائي للسيطرة على الألم منذ فترة من الزمن حيث تم تطبيق هذه التقنيات من خلال تحفيز الحبل الشوكي، وأجزاء من الدماغ، ونقاط من الأعصاب الطرفية، والوخز بالإبر التقليدية (White et al., 2001,92)، ويستخدم تحفيز الحبل الشوكي (SCS) لعلاج مجموعة واسعة من الآلام المزمنة عن طريق استخدام الغازات المكثفة وذلك عندما تفشل العلاجات التقليدية الأخرى، وفي هذا العلاج يتلقى المريض نبضات خفيفة من الكهرباء في المنطقة المؤلمة من خلال منصات تُعلق على الجلد، وقد وجد تأثير إيجابي لهذه التقنية في الحد من الألم، مثل التهاب العصبى والمفاصل.

10-3- العلاج النفسي للألم: تلعب العوامل النفسية دوراً كبيراً في خبرة الألم. وعلى مدى السنوات القليلة الماضية هناك قبول متزايد لقيمة هذه التدخلات النفسية في علاج الألم. مثل: الاسترخاء، والتغذية الراجعة البيولوجية، التنويم المغناطيسي، والمهارات المعرفية، والإشراف الإجرائي، والتصور العقلي، والكفاءة الذاتية.

11- الإحساس بالألم:

يمكن التحكم في الألم في مختلف مستويات السبل الناقلة له ورفع عتبه بإعطاء الأدوية المسكنة والمهدئة التي تعمل مركزياً مثل المركبات الأفيونية وأمثالها، وفي حالات الآلام المبرحة يمكن التأثير مباشرة في مراكز الألم في المهاد عن طريق جراحة التصوير الجسم، أو بقطع الألياف البيض الواسلة بين المهاد والقشر الحسي. وبعد هذه العملية يبقى الإحساس بالألم ولكنه يصبح غير مزعج للمريض، لأن قطع هذه الألياف يزيل

طريق التداعي فلا يبقى للخبرات الألمية المخزونة المتعلّمة أثر في تفسير الألم أو في التفاعل حياله (صباغ، 2012، 352).

ويعتقد بعض الأطباء أن على المريض أن يصبر على الألم، ويأخذ أقل جرعة ممكنة من المسكنات وذلك لتقليل الأعراض الجانبية، إلا أن العلم أثبت أن بقاء الألم يزيد من التوتر وارتفاع الأدرينالين والكورتيزون في الجسم، وهذا يؤثر سلباً على التحسن والشفاء (صباغ، 2012، 353).

ولا يوجد هناك مانع من إعطاء العقاقير مثل المورفين أو الأفيون للمرضى الذين يعانون من آلام شديدة مهما قصرت مدة العلاج أو طالت، وحتى لو كان المريض يعاني من صعوبة في التنفس أو هبوط في الضغط أو هبوط في مستوى الوعي، شريطة أن يتم تعديل الجرعة وفقاً للمعايير الطبية المتعارف عليها، ومن الخطأ الاعتقاد أن الطبيب وحده قادر على علاج الآلام بل لا بد من إشراك المريض والأهل في الخطة العلاجية من جهة وكافة الفريق الطبي من ممرّضين وصيادلة وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين من جهة أخرى (بشناق، 2012، 51 - 52).

12- العلاج السلوكي المعرفي:

منهج علاج يستخدم فنيات تعديل السلوك ويدمجها مع مناهج تغيير الاعتقادات غير المتكيفة، والمعالج هنا يحاول مساعدة الحالات على ضبط ردود أفعالهم الانفعالية المزعجة عن طريق تعليمهم الأساليب الأكثر فاعلية في التفكير والتحدث مع الذات بشأن التجارب الحياتية التي يخوضونها، وترد بدايات تطور العلاج السلوكي المعرفي إلى أعمال إليس (Ellis, 1962) وبيك (Beck, 1976) وباندورا (Pandora, 1969) وسليجمان (Seilgman, 1970)، وكان لهم أثر كبير في تطوير العلاج المعرفي ليصبح بشكله الحالي الذي يستوعب فنيات سلوكية ومعرفية معاً وهذا الدمج بين السلوكية والمعرفية في العلاج أصبح واضحاً وجلياً للمعالج بعد أن تم وضع عدد من الافتراضات حول مبادئ العلاج السلوكي المعرفي، وهي على النحو الآتي:

12-1- أن الحالة والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.

12-2- للمعرفة دور أساسي في التعلم الإنساني.

12-3- المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.

12-4- الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في فهم وإنتاج السلوك ويؤثر في العلاج.

12-5- العمليات المعرفية تتدمج معاً في نماذج سلوكية.

ويرى العلاج المعرفي السلوكي أن المشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأولى إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراسات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث في إحدى مراحل نموه المعرفي (Beck, 2000, p. 7).

13- فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

13-1- إعادة تفسير الإحساس بالألم: يشمل هذا الأسلوب تنمية مهارات حل المشكلات من خلال تطوير

استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها، ويتحدد هذا الأسلوب بما يأتي:

- تحديد المشكلة أو توليدها وفهم معناها.

- إعادة صياغة المشكلة في صيغة تسمح بالبحث فيها.

- التخطيط المفصل للعمل على حل المشكلة.

- تنفيذ الخطة المرسومة لحل المشكلة.

- استخلاص البيانات وعرضها على شكل تقرير لاختيار الحل المناسب بين عدة حلول.

- تفسير البيانات واستخلاص النتائج من أجل التوصل إلى أسباب اختيارنا لهذا الحل.

- تقويم الخطوات المتبعة في حل المشكلة وتقويم النتيجة النهائية.

13-2- التكيف مع حالة الذات: يقيس اختبار الذات أن الفرد قادر على التكيف مع الألم بغض النظر عن

شدته، مثل أقول لنفسي كن شجاعاً وأن أستمع برغم الألم. وتقوم خطوات هذه الفنية على الآتي:

1. تحديد المشكلة.

2. جمع البيانات.

3. تحديد الأنماط والمصادر.

4. اختبار الخيارات.

5. تجريب الخيارات

6. التوسع بالخيارات وتنقيحها.

7. استبدال الخيارات.

13-3- الإيحاء الذاتي: يقيس التحدث مع الذات بضرورة التمني والدعاء بأن الألم سيتحسن في يوم ما، كما

أن أول من استخدم هذا الأسلوب في العلاج هو الفرنسي إميل كوي (Emile Coue) وأطلق عليه حينها الإيحاء الذاتي (Self suggestion) فقد كان يعلم حالاته أن يقولوا لأنفسهم يوماً بعد يوم قناعةً من كون هذا الإيحاء الذاتي بإمكانه تغيير السلوك ويهدف هذا الأسلوب إلى تدريب الحالات الاستجابات اللفظية على افتراض أن ذلك سيؤدي إلى تعديل السلوك، والتعود على الاسترخاء في المواقف التي تبعث على القلق وعدم الراحة (شامخ، 2012، 922 - 923).

13-4- تقنية توكيد الذات: لكل إنسان شخصيته وطبيعته الخاصة، وقد تبين أن طبيعة الشخصية تؤثر تأثيراً

مباشراً على تطور الألم أو السيطرة عليه، الناس الإيجابيون يتعاملون مع الأزمات بشكل أكثر كفاءة وواقعية، على سبيل المثال، كثيراً ما يردد الإنسان الإيجابي بعض الكلمات التي تدل على أنه قوي وثابت في أوقات الأزمات مثل: لست عاجزاً، أستطيع التعامل مع هذه المشكلة، لدي القدرة على تدبر أمري، أنا مصرّ أبقى سعيداً بحياتي مهما صعبت الظروف، وأن أدخل السعادة في قلوب الآخرين، لا أنتظر الشفقة من أحد، كلما أريده التفهم والتواصل، أفكر في طرق أفضل للتكيف مع المرض من أجل تحقيق حياة أفضل، مازال لدي الكثير لأقوم به، حيث أن هناك مجموعة من أنماط التفكير الإيجابي وهي: تحدي التوقعات، التركيز على الممكن، تحفيز اعتبار الذات، تطوير نظام اجتماعي، تحسين القدرة على التواصل، ممارسة الضحك والمرح، الاسترخاء، تحديد أهداف منطقية وقابلة للتحقق (بشناق، 2012، 67 - 72).

14- سيكولوجيا الأمراض المزمنة التي تناولها موضوع البحث:

14-1- مرض السرطان:

يعدّ مرض السرطان مشكلة الصحة العامة في بلدان العالم كلها كما في بلدنا، فالألم السرطاني يتصف بطبيعة معقدة، ويظهر بأشكال متعددة مثل: الآلام مضاعفة، والآلام عصبية، ونتائجه خطيرة على الحالة النفسية والسلوك اليومي للمريض، وهي لا تنعكس عليه فقط بل على عائلته ومحيطه، كما يتوقف هذا الألم على نوع السرطان، ومرحلة المرض، والعلاج المستخدم، ومن ثم فإن تشجيع المرضى على التعبير عن ألمهم سيساعدهم على التخفيف منه.

والأمراض السرطانية شائعة سريريا، وتظهر بأشكال متعددة، وتشكل مشكلة تلامس كثيراً من المرضى وآلية الألم معقدة في هذا المرض، كونها ترتبط بانضغاط الأعصاب، وإفراط التنبيهات الألمية، والتأثيرات الثانوية للأدوية، لذلك يجب عدم إهمال الألم السرطاني حتى لو كان خفيفاً، وذلك لاتصافه بعنصر الاستمرارية (صقور، 2018، 338).

14-2- مرض السكري:

داء السكري هو حالة مرضية مزمنة تنتج عن زيادة مستوى السكر في الدم، وتعود أسبابها إلى عوامل وراثية أو بيئية، أو مشتركة تؤدي إلى توقف أو نقص هرمون الأنسولين، والأنسولين عبارة عن هرمون ذو طبيعة بروتينية يتكون من (51) حمضاً أمينياً، يوفر من خلايا بيتا في جزر لانغرهانس الموجودة في البنكرياس، وتمر مباشرة إلى مجرى الدم حيث ينظم عملية بناء المواد الكربوهيدراتية من سكر ونشاء.

وهو من الأمراض التي ترافق الفرد طيلة حياته، ويصيب الأعمار المختلفة، والأشخاص الذين يعانون منه يشعرون أحياناً بالتحدي نتيجة مرضهم والتعامل اليومي معه والمتطلبات الناشئة عنه، فطبيعة المرض طويلة المدى تؤثر على جودة حياة المصاب، وتحدث في نفسه مشاعر القلق والخوف، وتجعله ينظر إلى كل خطوة من خطوات العلاج بمزيد من اليأس وعدم الرضا، خصوصاً إذا شعر المريض بعدم قدرته على القيام بوظائفه

ومسؤولياته المعتادة أو عيش حياته بصورة طبيعية، ما ينعكس على مفهوم الذات وجودة الحياة لديه (زريق، 2020، 16).

14-3-ارتفاع ضغط الدم:

يعدّ ارتفاع ضغط الدم المزمن من أكثر الأمراض شيوعاً، وتزداد الإصابة به بعد عم (50) سنة، وخاصة في الفترة الممتدة بين (60-70) سنة فما فوق، وهو من عوامل الخطورة لحدوث اضطراب القلب والفشل الكلوي وجلطات الدماغ، ولا يوجد أساس عضوي لارتفاع ضغط الدم الأساسي، ويتسم في مراحله الأولى بوجود فترات وقتية وعرضية في ارتفاع الضغط، فإذا استمرت المشكلة من دون تدخل يستمر الضغط ويصل إلى مستوى عال من الخطورة.

وتتضمن عوامل الخطر فيه تعاطي التبغ والسمنة وارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم، وهو نتيجة العادات السيئة التي يمارسها الفرد يومياً، ما لم يكن ناتج عن تاريخ مرضي للعائلة. وتختلف الخطة العلاجية لهذا المرض من شخص لآخر حسب اختلاف العوامل في وضع الخطة، مثل: جنس المريض، وتاريخ العائلة، والعمر، فإذا كانت المريضة بارتفاع ضغط الدم حاملاً، فتكون لها خطة علاجية مختلفة، وغيره من العناصر المهمة في الخطة العلاجية.

15- قياس الألم:

تعددت الأساليب والطرائق التي استخدمها الباحثون لقياس شدة الألم والتعبير عنه، ونظراً لخصوصية البحث قرر الباحث اختيار مقياس إذا لشدة الألم، ويستخدم هذا المقياس لقياس شدة الألم في اللحظة الراهنة عند المريض ويعتبر كثير الاستخدام ويقدم فعالية عالية ويُعد بسيطاً جداً. وتم اقتراحه من قبل هوسكيسون (Huskisson, 1974) وله جانبان؛ يُعرض الجانب الأول على المريض مؤلف من خط أفقي، طرفه الأيسر يدل على عدم وجود ألم، وطرفه الأيمن يُشير إلى أن الألم لا يُطاق، ويُحرك المريض مزلاقة تستجيب إلى مستوى الألم الذي يناسب حالته الراهنة. أما الجانب الآخر من المسطرة يسمح للطبيب أو الأخصائي الصحي أن يقرأ شدة الألم كمياً على سلمٍ متدرج (من 0 إلى 10) من خلال المكان الذي يُوقف المريض المزلاقة فيه. ويسمح هذا

السلم بتحديد كمية الألم عند المريض الذي تتراوح شدته بين (0 لا يوجد ألم - 10 الألم قوي)، بذلك تكون الشدة بين (3-0) ألم ضعيف، بين (4-7) ألم متوسط، بين (8-10) ألم قوي. وتعدّ هذه الأداة نموذجاً لما تتمتع فيه من حساسية وصدق عالٍ في قياس شدة الألم، واستخدامها في معظم المجتمعات الغربية. وقد قام الفريق المؤلف من غريلوا وآخرون (Griloa et al., 2007) بالتأكد من صدق المقياس، من خلال التقييم الذاتي اليومي للألم من قبل المريض نفسه مع مقياس شفوي لراحة من الألم (EVS)، وتم تقنيه على البيئة السورية من قبل الدكتور سام صقور (2012) وأظهرت الترابطات نتائج عالية.

المحور الثالث: جودة الحياة لدى الأفراد

1- مفهوم جودة الحياة:

يعود الاهتمام بمفهوم جودة الحياة إلى الفلسفة اليونانية إذ أهتم أرسطو عن طريق أعماله بتوضيح العوامل والأسباب المؤدية إلى الحياة الجيدة، ويأتي على رأسها الشعور بالسعادة والأمل، ويعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من مجتمع لآخر، بل من وقت لآخر ويرجع ذلك إلى اختلاف جودة الحياة التي يتحقق من خلالها وفي إطارها إشباع حاجات الأفراد من مجتمع لآخر تم التعبير عنه بأنه مصطلح زئبقي وأهم صفة تميزه أنه يقيم من خلاله كل شخص حياته بما يشمل هذا التقييم من تعبير الفرد عن حريته ورفاهيته كما يصطلح عنها (Well-being)، بالإضافة إلى سعادته والهناء الذي يعيشه ومدى تحقيقه لذاته وصحته النفسية والجسدية بمعنى آخر حياته الجيدة (Boyle et al., 2000,21).

ويعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الأكثر انتشاراً في الوقت الحالي، وقد تناولته العديد من العلوم كالطب، والعلوم الإنسانية، وفي مقدمتهم علم النفس، إضافة إلى الاقتصاد والتنمية والسياسة والتربية وعلم الاجتماع وذلك لما له من امتدادات في كل جوانب حياة الإنسان، الثقافية والحضارية، والقيم وطرائق إشباع الحاجات وتوفير الخدمات والعلاقات الإنسانية المشبعة، حيث تم استخدامه بالمجال الاقتصادي من قبل كارل ماركس، فقد اعتبر أن تقدير جودة الحياة يكون من خلال تحديد المستوى المادي للمعيشة عن طريق مؤشرات الدخل الوطني الخام وحصّة كل فرد منه، أما بالنسبة للمجال الاجتماعي فقد تم التطرق إلى جودة الحياة بنظرة تختلف من مجتمع إلى آخر، فمنها ركز على مُعدل الولادات والوفيات داخل المجتمع لتقييم جودة الحياة فيه، ومنها ما ركز على مستويات التعليم ونوعية السكن داخل المجتمع، ومنها من ركز على علاقات الفرد داخل المجتمع مع المحيط وعلاقاته مع زملاء العمل الأمر الذي ينعكس على جودة حياته وعمله وبالتالي أثر هذه العلاقة على المجتمع، وقد اعتمدَ هذا المجال لقياس هذه الجودة على تحديد المؤشرات الاجتماعية ومدى الفجوة الموجودة بينها وبين المؤشرات المادية في كل مجتمع، أما في المجال الطبي والصحي فقد استخدمت جودة الحياة باعتبارها هدف يتم السعي لتحقيقه للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة أو عقلية أو نفسية، وبذلك

أصبحت جودة حياة المريض عاملاً مهماً في الرعاية الصحية، كما أضافت بعداً جديداً في علم النفس الوقائي وتحسين القرارات المرتبطة بصحة الأفراد والجماعات والتحكم بالكلفة الاقتصادية للرعاية مما أدى إلى ظهور مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة (Health Related Quality Of Life) أو اختصاراً (HRQOL)، أما المجال النفسي فانطلق من فكرة أن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها، فكان تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته من مسكن ودخل وعمل وتعليم يمثل انعكاساً مباشراً لإدراك الفرد لجودة الحياة، بالإضافة إلى المؤشرات الموضوعية هناك المفاهيم النفسية: كالإدراك الذاتي، القيم، الحاجات، الاتجاهات، الطموح، التوافق، والصحة النفسية، فالمؤشرات الإيجابية لهذه المفاهيم ترتبط ارتباط طردي مع وجود جودة حياة مناسبة لكل فرد. وبالتالي يعد مفهوم جودة الحياة ومجالاته من المفاهيم المهمة من الناحية النفسية، نظراً لما يقوم به هذا المفهوم في تكوين وتقييم الشخصية الإنسانية ومدى تأثيره على جوانب الفرد المختلفة، سواء كانت صحية أو نفسية أو اجتماعية.

وقد تعددت تعريفات هذا المصطلح ونذكر منها:

عرفتها منظمة الصحة العالمية بأنه إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة والنظم القيمية التي يعيشون فيها، وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومستوياتهم واهتماماتهم، فهو مفهوم ذو امتداد واسع يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية وحالته النفسية ومستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية ومعتقداته الشخصية وعلاقته بالجوانب الملحوظة أو البارزة في البيئة التي يعيش فيها (Whoqol - Brife, 1996).

وعرفها شيخي (2014) بأنها عبارة عن دراسة إحصائية لقياس مدى الشعور بالراحة التي تتوافر عند الإنسان، من خلال خبرته الحياتية في هذا العالم.

ورأى الأشول (2005) أنَّ جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرات الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، ويذكر أيضاً بأنه لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم مثل الأصدقاء والزملاء

والأشقاء، والأقارب، وغيرهم أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

ورأى الفرماوي (1999) أنَّ السبيل إلى جودة الحياة يكمن في تمسك الإنسان بكيئونه، وأن يكون نشاطه موجهاً من داخله باستخدام مثير لطاقاته، فيتصف نشاطه بالإيجابية والفعالية والتجدد، وأن يكون مرناً مع المواقف منشغلاً بتحقيق ذاته في حياة متجددة ومتدفقة" (الفرماوي، 1999، 36).

مما سبق يمكن الاستنتاج أنَّ جودة الحياة ناتجة عن إشباع الفرد لحاجاته، وشعوره بالراحة والرضا، والصحة النفسية والجسدية، وتوافر ظروف مادية جيدة، وكذلك علاقات اجتماعية جيدة.

2- العوامل المؤثرة في جودة الحياة:

2-1- العوامل الذاتية: إن العوامل الذاتية تتعلق بالفرد وبتقييمه لحياته، وما تحققه هذه الحياة من إشباع

لحاجاته، ويمكن تصنيف هذه العوامل إلى الآتي:

1. رضا الفرد عن حياته ومدى إشباع حاجاته.

2. تحقيق الذات.

3. الصلابة النفسية.

4. السعادة.

2-2- العوامل الموضوعية: تتمثل بما يوفرها المجتمع من إمكانيات مادية ومعنوية، بالإضافة إلى الحياة

الاجتماعية للفرد، ومن هذه العوامل:

1. الأسرة.

2. جماعة الأقران.

3. العمل (Bishop and Feistprice, 2002,124).

3- النظريات المفسرة لجودة الحياة:

3-1- النظرية الوجودية (معنى الحياة):

فسر فيكتور فرانكل مفهوم جودة الحياة انطلاقاً من نظريته (معنى الحياة)، حيث وجد أن الحياة بمختلف جوانبها، هي ذات معنى وتحفظ بهذا المعنى، وهذا الأمر ينطبق على كل إنسان حتى على المريض وإن كان مريضاً في عقله، والحياة في نظره لها معنى غير مشروط ولدينا الحاجة المشروطة للإيمان بها، وهذه الحاجة وهذا الإيمان هي أكثر لزوماً في حياتنا المعاصرة، لما يحمله هذا العصر من إحباط وجودي أو فراغ وجودي، لأن إدراك الفرد لوجوده يؤدي إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والجسمية والدينية التي يؤمن بها، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

إن نظرية فرانكل في معنى الحياة وتحقيق الوجود تركز على أن مظاهر جودة الحياة تشمل العوامل المادية وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد الإيجابي لمعنى حياته، ومدى إحساسه بالسعادة وإدراكه لصحته النفسية والجسمية، وتتيح له الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية وإشباع حاجاته وبالتالي رضاه عن حياته وإدراكه لمظاهر القوة بها وشعوره بمعنى حياته، مما يؤدي إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع (محمد، 1996، 55).

3-2- نظرية أندرسون (المنظور التكاملي):

طرح أندرسون في نظريتهم المفهوم التكاملي شرح متكامل لمفهوم جودة الحياة، متخذاً من مفاهيم السعادة ومعنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية وتحقيق الحاجات فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً تكاملياً لتفسير جودة الحياة. وقد أشار أندرسون أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله من أن يكون أفكاراً لكي يصل إلى الرضا عن الحياة (اليزيدي، 2016، 37).

3-3- النظرية المعرفية:

تركز هذه النظرية على فكرتين أساسيتين هما: طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة حياته، وإطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، حيث أن العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.

وهناك نظريتين معرفيتين فسرت مفهوم جودة الحياة وهما:

3-3-1- نظرية لاولتن:

طرح لاولتن مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة، والتي تدور حول أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين وهما:

3-3-1-1- الظرف المكاني: أي أن هنالك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على ادراكه لجودة حياته وطبيعة البيئة لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً والآخر تأثيره أيضاً مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

3-3-1-2- الظرف الزمني: أن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابياً كلما تقدم الفرد في العمر، فكلما تقدم في العمر كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته وبالتالي أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة. (Argyl, 1999, p. 353)

3-3-2- نظرية شالوك:

قدم شالوك تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثماني مجالات وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة. على أن هنالك نسبة في درجة هذا الشعور فاعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته (اليزيدي، 2016، 34 - 35).

3-4- النظرية الإنسانية:

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تعنى بوجود عنصرين أساسيين، الأول وجود كائن حي، والثاني وجود البيئة الجيدة ليعيش فيها سواء كانت البيئة الطبيعية التي يتوافر فيها الموارد الطبيعية وهي تشكل إحدى مقومات الأفراد، أو البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ويخضع لقوانينها والمعايير السائدة فيها، وجودة هذه البيئة تتوقف على مدى امتثال الأفراد لتلك المعايير، أو البيئة الثقافية والتي تتحقق جودتها بمدى قدرة أفرادها على صنع بيئة حضارية من الناحية المادية أو المعنوية، انطلاقاً من هذين العنصرين أكدت هذه النظرية على فكرة أن الحياة الإنسانية تتحقق بمدى توفر إمكانيات كبيرة لتحقيق مستويات أفضل والتطور والارتقاء في الحياة (Rebecca et al., 2003,211).

4- أبعاد جودة الحياة:

اختلفت أبعاد جودة الحياة باختلاف الباحثين والدراسات، ولعلّ أبرز التصنيفات التي تناولتها هي الآتية:

4-1- الأبعاد التي حددتها موسوعة علم النفس:

1. الاتزان الانفعالي ويعني ضبط الانفعالات كالحزن والقلق والكآبة وغيرها.
2. الحالة الصحية للجسم.
3. الاستقرار المهني؛ ويمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعداً هاماً في جودة الحياة.
4. الاستقرار الأسري، من خلال تواصل العلاقات داخل البناء العائلي.
5. الاستقرار الاقتصادي، ويتعلق بدخل الفرد الذي يحتاجه لمواجهة الحياة.
6. التواءم الجسدي؛ ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام (حسن، 2006، 114).

وأكد وانغ وآخرون نقلاً عن مبارك (2012) على أن الشعور بجودة الحياة يعبر عن الرضا في خمس مجالات أساسية في الحياة وهي: النمو الشخصي، العمل، الحياة العائلية، العلاقات الاجتماعية، والإحساس بالأمن.

ورأى رايف نقلاً عن مبارك (2012) أن شعور جودة الحياة ينعكس في درجة إحساس الفرد بالسعادة التي حددها في ست مجالات وهي: الاستقلالية، التمكّن البيئي، النمو الشخصي، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، تقبل الذات، والهدف من الحياة.

أما الأبعاد التي حددتها منظمة الصحة العالمية هي:

4-1- الصحة الجسدية: تعبر عما يحمله الجسم من لياقة بدنية وقدرة على القيام بوظائفه على أكمل وجه، فهي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وقدرته على التكيف مع العوامل الضارة التي من الممكن أن يتعرض لها.

4-2- الصحة النفسية: تتمثل بشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون وجود تردد أو اضطراب، وهي تعبر عن التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات والصعوبات العادية المحيطة بالإنسان والإحساس الإيجابي بالنشاط والسعادة والرضا، إن مدى امتلاك الفرد للصحة النفسية يحمل معه فهم الفرد لنفسه وتقبلها بما فيها من سلبيات وإيجابيات، بدعم الإيجابيات والعمل على معالجة السلبيات، القدرة على ضبط النفس وتحمل المسؤولية واتخاذ أهداف واقعية تتناسب مع إمكانياته، بالإضافة إلى تقبل الآخرين كما هم بسلبياتهم وإيجابياتهم والتركيز في تعامله معهم على الإيجابيات، وتحمل أيضاً مفهوم ذات إيجابي، مما يساعد في تكيفه شخصياً واجتماعياً وشعوره بالسعادة والكفاية.

4-3- الصحة الروحية: المتعلقة بالمعتقدات والممارسات الدينية للحصول على السلام مع النفس.

4-4- الصحة العقلية: التي تتحدد بقدرة الفرد على التفكير بوضوح وتناسق والقدرة على حسم القرارات وتحمل المسؤولية.

4-5- الصحة الاجتماعية: وذلك بقدرة الفرد على إقامة علاقات مع الآخرين والتواصل معهم.

(Ferrell, 1995,118).

5- مؤشرات جودة الحياة:

يمكن التعرف على المتغيرات المتعلقة بكل جانب من جوانب جودة الحياة للأفراد عن طريق نوعين من المؤشرات، وقد ذكرها بوعيشة (2014) على النحو الآتي:

5-1- المؤشرات الذاتية: يتضمن أبعاداً فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية، والإحساس بحسن الحال، والرضا عن الحياة، والسعادة، والحياة ذات المعنى فهي تعكس إدراك وتقييم الأفراد لحياتهم، سواء تقييم لكل المجالات أو للمجالات معينة كالمسكن، والأكل والمشرب، والدخل، والعمل، والتعليم.

5-2- المؤشرات الموضوعية: يتضمن أبعاداً فرعية تتمثل في: عوامل موضوعية مثل: (المعايير الثقافية، وإشباع الاحتياجات، وتحقيق الإمكانيات، والسلامة البدنية)، وتكون هذه المؤشرات متعلقة أساساً بالمتغيرات الرئيسية لجودة الحياة مثل حجم ومستوى تطور المرافق والخدمات المتوفرة بالمناطق السكنية، ومستوى الخدمات الصحية والعلاجية التي تقدمها المؤسسات الصحية، وكذلك ما تقدمه الهيئات التعليمية العاملة بالمدارس من حيث الأداء والكفاءة لهذه الخدمة المقدمة للتلاميذ والأماكن والوسائل الترويحية المتاحة، وكافة الأنشطة الاقتصادية والسلع المتوفرة من حيث الكم والنوع والجودة يضاف إليها دور المؤسسات الأمنية ودورها في تحقيق الأمن.

6- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

هناك العديد من الاتجاهات التي فسرت جودة الحياة ومن هذه الاتجاهات:

6-1- الاتجاه الطبي: يؤكد علم النفس الإيجابي أن القدرة على التصدي والتغلب على الانفعالات السلبية لها قيمة حاسمة لدى المرضى الميؤوس من شفائهم، وليس فقط لأنها تساعد على تحقيق حياة أفضل، وإنما لأنها قد تطيل الحياة نفسها (أورسولام، 2006، 107). ومن جهة أخرى فإن جودة الحياة في هذا الاتجاه تعني التقدم الحاصل في حياة الأفراد نتيجة الحصول على الرعاية الخاضعة للبرامج الطبية، والعلاجية المختلفة في مراعاة لجوانب التكلفة الاقتصادية وفقاً لأوضاع الأفراد الاجتماعية، كما أن قياس جودة الحياة من منظور طبي يختلف باختلاف نوعية الحالة أو نوعية المعاناة المرضية (عزب، 2004). وأكد الغندور (1999) أهمية موضوع جودة

الحياة في المجال الطبي، واستناداً إلى تدرج الحاجات الإنسانية من الفسيولوجية إلى النفسية والاجتماعية والمعرفية وغيرها، يمكن القول بأن جودة الحياة الصحية الجيدة لدى الفرد هي القاعدة الأساسية التي إذا ما تحققت لدى الفرد بالمستوى المطلوب بما يضمن له المحافظة على صحته وجودتها فإنه عندها يستطيع أن يصل إلى مقومات لجودة حياته النفسية والاجتماعية بكفاءة.

6-2- الاتجاه النفسي: يستند هذا الاتجاه إلى مفاهيم عديدة في تفسير جودة الحياة التي حازت على اهتمام كبير نظراً لأهميتها، وقد اكتسبت دراسة جودة الحياة من المنظور النفسي أهمية كبيرة بسبب إدراك علماء الاقتصاد والاجتماع وصانعي القرارات لحقيقة لا تقاس بالأرقام، إنما هي في حقيقتها استجابات ومشاعر، مفادها أن الزيادة في معدلات النمو الاقتصادي وارتفاع مستوى دخل الفرد وتحسن مستوى ما يقدم له من خدمات ورفاهية، لا يؤدي بالضرورة إلى إشباع حاجاته المتنوعة وطموحاته الشخصية وكذلك تأكيد قيمته الإنسانية، فكل فرد إدراك مختلف حول مدى إشباع حاجاته وتأكيد قيمته وهذا يعطي تأكيداً على دور الإدراك الذاتي لدى الفرد في تحديده لجودة حياته، وهو من أحد المفاهيم التي يعتمد عليها هذا الاتجاه في تفسيره لجودة الحياة (سلاف، 2014، 59). ورأى عبد الله (2008) أن الإدراك يعتبر محدداً أساسياً لجودة الحياة، إذ أن جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها، ومن ناحية أخرى يعتمد هذا الاتجاه على عدة مفاهيم نفسية أساسية منها: مفهوم القيم، ومفهوم الإدراك الذاتي، ومفهوم الحاجات، ومفهوم الاتجاهات، والطموح، والتوقع، إضافة إلى مفاهيم الرضا، والتوافق، والصحة النفسية.

أما المفهوم الثاني في هذا الاتجاه هو مفهوم الحاجات وإشباعها، إذ يعد إشباع الحاجات مكوناً أساسياً لجودة الحياة، وقد أكدت غنيمه (2011) في نظرتها لجودة الحياة على أنها البناء الكلي الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية، وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع/ ما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة، فيظهر الرضا في حالة الإشباع، وعدم الرضا في حالة عدم الإشباع كنتيجة

لتوافر مستوى مناسب أو غير مناسب من جودة الحياة. ويشمل هذا المفهوم من الناحية النفسية عدة أبعاد مثل: رضا الفرد عن حياته، والشعور بالسعادة والصفاء الروحي، والتفاؤل والثقة بالذات، والحالة النفسية، ومستوى الاستقلالية، والمعتقدات الشخصية، والعلاقات الاجتماعية، وقبول الشخص لإمكاناته وقدراته. (غنيمة، 2011، 38).

6-3- الاتجاه الاجتماعي: يركز أصحاب هذا الاتجاه في تفسيرهم لجودة الحياة على المجتمع وما يقدمه للفرد من خدمات ودعم ووفرة وتفاعل بين الأفراد، وقد أشار ماك كول (McCall, 1980,225) أن جودة الحياة تتضمن متطلبات السعادة العامة، ويمكن أن يتضمن هذا المفهوم الوفرة في متطلبات السعادة العامة في كافة أنحاء المجتمع، وإلى أي مدى تجتمع هذه المتطلبات وتتوفر لدى الأفراد في حدها الأعلى. وأكد بيجيليو وآخرون (Bigelow et al., 1991) أن مفهوم جودة الحياة جاء من تحقيق العقد أو الإجماع على الحاجات المطلوبة في المجتمع، وأن تكون هذه الحاجات محققة من خلال الفرص التي تقدمها البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد؛ فالتفاعل البيئي الشخصي من وجهة نظره يرضي حاجة الشخص إلى الانتساب والقبول والدعم وتتوزع أدواره الشخصية في المجال الاجتماعي. واعتبر إلمير هانكيس (Elemér Hankiss, 1984) أن نمط الترف في الحياة لا يمكن تحقيقه سوى في مجتمع الوفرة الذي استطاع أن يحل كافة المشاكل المعيشية لغالبية سكانه، وهذا ما تم إثباته تاريخياً عبر العصور، كما أنشأت المدن الكبرى والدول المتقدمة شبكات هائلة لجمع المعلومات لتقييم رفاهية الأفراد وطبيعة الحياة الملائمة لهم. كما اهتم علماء الاجتماع عند دراستهم لجودة الحياة بالمؤشرات الموضوعية مثل معدلات المواليد، والوفيات وضحايا الأمراض المختلفة، ونوعية المساكن، والمستويات التعليمية لأفراد المجتمع، ومستوى الدخل ومستوى الاستيعاب والقبول في مراحل التعليم الحديثة، وما يقوم به الفرد من عمل أو وظيفة، وأوضاع العمل نفسه والعائد المادي، والمكانة المهنية للفرد (ابراهيم، 2008).

وتوصل أرغايل (Argyl, 1999, 355) في دراسته لجودة الحياة الأمريكية التي أجريت لمعرفة الارتباط بين الظروف الموضوعية مثل الصحة والأصدقاء والدخل والتعليم وبين الرضا عن هذه الظروف إلى وجود علاقة منخفضة بين مستوى التعليم والرضا عن التعليم؛ فالأشخاص الأكثر تعليماً أكثر سعادة إلى حد ما، وسبب هذا

جزئياً أنهم يتحررون من الهموم المادية، كما أن فقدان العمل يمثل سبباً لانخفاض الرضا وعلى الرغم من ذلك فليست الوظائف الأعلى أجراً فقط هي التي تسبب الشعور بالرضا، فرجال الدين ومدرسو الجامعات أكثر شعوراً بالرضا من المديرين، كما يعتبر أن الآخرين والعمل ونشاط وقت الفراغ هي المجالات الرئيسية للشعور بالرضا عن الحياة.

6-4- الاتجاه الفلسفي: يؤكد هذا الاتجاه أن جودة الحياة حق متكافئ في الحياة والازدهار وهنالك كثير من المواطن التي تتطلب الجودة حتى يحصل الإنسان على جودة الحياة؛ فمفهوم جودة الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البرجماتية المشهورة، المتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي أو القيمة الفورية. وقد ارتبطت نشأة المفهوم بالأصول الفلسفية البرجماتية للفكر الرأسمالي الغربي في مجالات حساب المنفعة الكلية والمتوسطة والحرية المشتقة من الاستفادة من السلع والخدمات، ولعل الأمر يرجع إلى عصر أفلاطون الذي افترض أن الذين يملكون المال هم أقرب للرضا من الذين لا يملكون المال. وينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي آخر على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من الواقع عبر التسامي وتخيل حالة من السعادة وتجاهل الآلام ومصاعب الحياة (بوعرفة، 2010، 37).

ويرى الباحث هنا أن الاتجاه الفلسفي لمفهوم جودة الحياة يتناقض إلى حد ما مع الاتجاهات الأخرى خاصة النفسية حيث يتشابه مع الآليات الدفاعية المتمثلة بالنكران والتجنب.

7- مقومات جودة الحياة:

لقد تعددت وتنوعت مقومات جودة الحياة، حيث أن ذلك يرتبط بكل من ثقافة المجتمع، وكذلك حسب الفئة العمرية والمتغيرات الاجتماعية، وكذلك البيئة التي يعيش فيها الفرد، والحالة الصحية، والمادية، ووقت الفراغ وفيما يلي عرض لبعض محددات ومقومات جودة الحياة:

7-1- من ناحية ثقافة المجتمع: تختلف جودة الحياة من منطقة لأخرى ومن مجتمع لآخر وتنقسم إلى أربعة عوامل أساسية تشكل جودة الحياة في المجتمع وهي: حاجات الأفراد، التوقعات، المصادر المتاحة لإشباع الحاجات بصورة مقبولة، والنسيج البيئي (Goode, 1994).

7-2- من ناحية الفئة العمرية: أكدت دراسة (Cheongh and Kim,) أن جودة الحياة عند المسنين تتمثل في أشكال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الآباء من الأبناء، حيث أن الآباء الذين يتلقون المساندة الاجتماعية من أبنائهم أكثر رضا عن حياتهم من الذين لا يتلقون أي شكل من أشكال المساندة الاجتماعية.

8- العوامل التي تؤثر في تحديد جودة حياة الفرد:

- مستوى الرعاية الصحية والتغذية التي يتلقاها الفرد.
- ظروف المعيشة والسكن الذي يعيش فيه الفرد.
- مستوى التعليم الخاص بالفرد.
- مدى رؤية وإدراك الفرد لذاته وللحياة التي يحيها ومدى تكيفه معها.
- الظروف المهنية التي يعيشها الفرد ومدى قدرته على انجاز أعماله وتحقيق ذاته (Dorathy, 1996,84).

إنَّ العجز عن التعبير عن المشاعر هو سمة شخصية في البناء الشخصي للفرد، يفقده القدرة على التعبير عن انفعالاته، وقد تتأثر حالته النفسية والجسدية والاجتماعية، فهو عامل خطر ومؤشر قوي للوقوع فريسة اضطرابات نفسية وجسدية، وآلام الجسد التي يشعر بها المريض ولاسيما (مرضى الآلام المزمنة) تردي بطبيعة الحال إلى مضاعفات ثانوية وانعكاسات خطيرة على الحالة النفسية والمناخية، وقد تختلط مظاهر الألم نتيجة هذا العجز في التعبير عن المشاعر بأعراض أخرى مثل الاكتئاب والقلق وفقدان الشهية واضطراب النوم، فيؤدي ذلك إلى استجابة سلبية نحو المداواة، وما يصاحب ذلك من خطر الانتكاس أكثر في المرض، وهذا التأثير يتطلب بدرجة أولى تحسين الحالة النفسية التي عجز المريض عن التعبير عنها بدقة لأن ذلك يساعد في تخفيض آلامه الجسدية، ولما كانت جودة الحياة تؤثر بصورة معقدة في الحالة الجسدية للمريض وحالته النفسية، ومستوى استقلالته وعلاقته الاجتماعية نتيجة ارتباطها بأبعاد ذاتية وموضوعية في آنٍ معاً، فإنَّ مرضى الآلام المزمنة سيعانون من صعوبات تتعلق بنشاطاتهم اليومية وحالتهم الانفعالية، ما يؤثر على توافق المريض وجودة الحياة لديه، ولذلك فإن الطريقة المثلى لمساعدة المريض على تحسين جودة الحياة لديه تتجلى بالمساندة والدعم.

منهج البحث وإجراءاته

- 1- منهج البحث
- 2- مجتمع البحث وعينته
- 3- أدوات البحث
- 4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث

يتناول الفصل الحالي تفصيلياً المنهج المستخدم في البحث، وكيفية تحديد مجتمع البحث وعيّنته ومتغيراته، وكذلك يقدّم وصفاً شاملاً لإجراءات تصميم أدوات البحث، بدءاً من مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر ومقياس شدة الألم، وصولاً إلى مقياس جودة الحياة، وقد جاءت الدراسة الاستطلاعية للتأكد من وضوح مفردات المقاييس، وتحديد الزمن اللازم للإجابة عن كل مقياس والتحقّق من صلاحية أدوات البحث للتطبيق، وفي ضوء ملحوظات السادة المحكّمين والمعالجة الإحصائية لنتائج معاملات الصدق والثبات، جاءت مرحلة التطبيق النهائي للحصول على نتائج البحث، وأخيراً حدّد الباحث الصّعوبات التي واجهها، والأساليب الإحصائية التي استخدمها في تحليل البيانات والتوصّل إلى النتائج.

1- منهج البحث:

تقتضي طبيعة البحث استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وذلك للإجابة عن الأسئلة وتحقيق أهدافه المحددة، إذ يعتمد على رصد الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً من خلال التعبير النوعي الذي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أو التعبير الكمي الذي يعطي وصفاً رقمياً يوضح مقدار وحجم الظاهرة، ويعرف بأنه من أساليب البحث التي تدرس الظواهر الطبيعية والاجتماعية والنفسية دراسة كيفية توضح خصائص الظاهرة، ومقدار حجمها وتغيّراتها ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى.

2- مجتمع البحث وعيّنته:

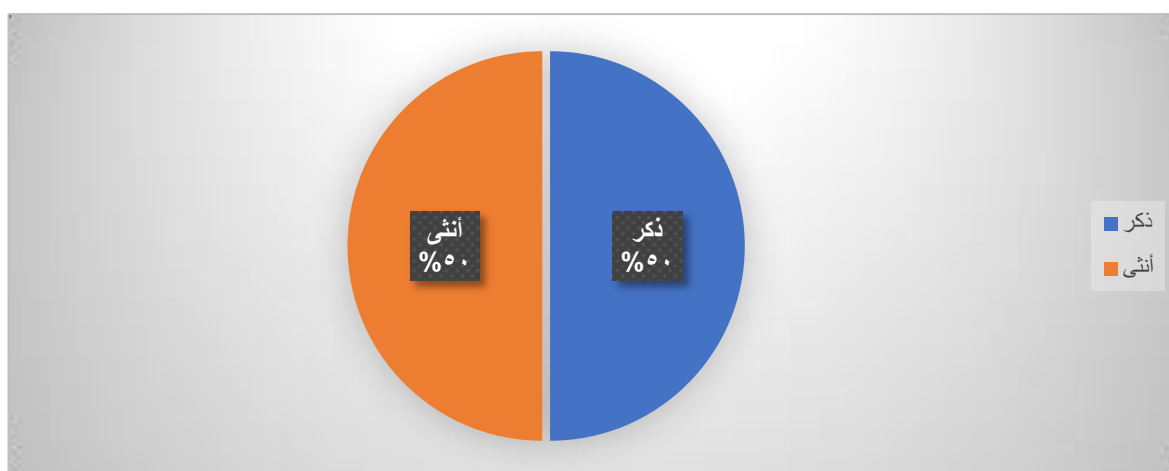
تألّف مجتمع البحث من جميع مرضى سرطان الدم (اللوكيميا)، ارتفاع الضغط الشرياني، السكري المترددين والمقيمين في مستشفى تشرين الجامعي، الذين قُدروا بـ (334) مريضاً وفق السجل الإحصائي لعدد المرضى المسجلين والمقبولين في المستشفى في عام 2022 - 2023. وبلغ حجم عينة البحث (62) مريضاً ومريضةً مصابين بسرطان الدم (اللوكيميا) وارتفاع الضغط الشرياني والسكري من المراجعين والنزلاء في المستشفى الذين تتراوح أعمارهم بين (20 - 45) سنة في مرحلتَي المرض الأولى والثانية، موزعين بالتساوي إلى ذكور وإناثٍ متزوجين، ويتراوح عمرهم التشخيصي بين شهر وسنة بالنسبة لمرضى السرطان، وعدة سنوات بالنسبة لمرضى السكري وارتفاع الضغط الشرياني.

وقد تم اختيار العينة طبقية نسبية بالطريقة العشوائية بنسبة سحب بلغت (18.56%) من حجم مجتمع

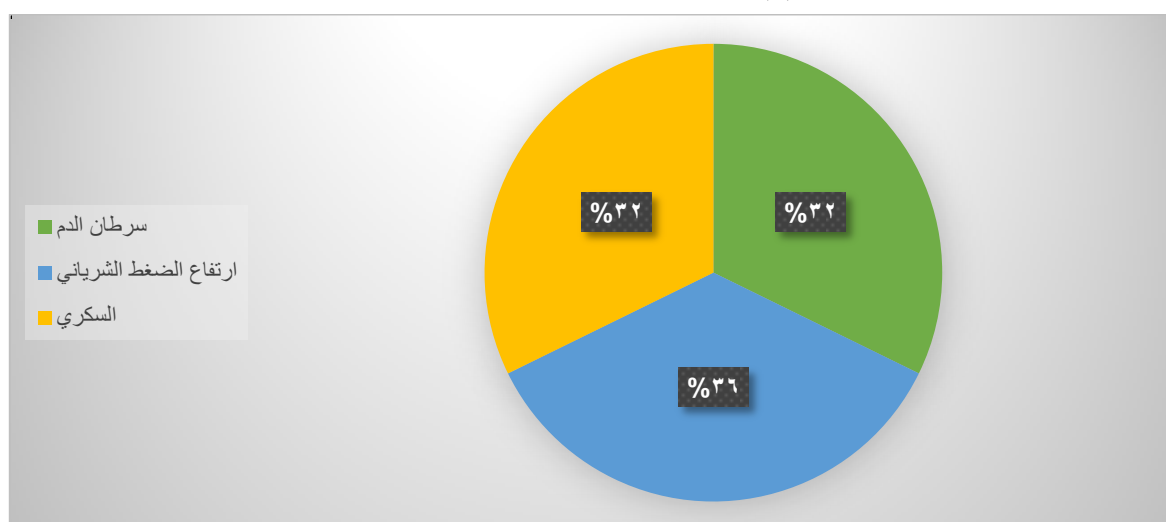
البحث، ويوضح الجدول (2) والشكلين (2) و(3) خصائص عينة البحث:

جدول (2): توزع أفراد العينة حسب المرض والجنس.

العينة	المرض			الجنس	
	سرطان الدم	ارتفاع الضغط الشرياني	السكري	ذكر	أنثى
العدد	20	22	20	31	31
النسبة المئوية	%32.26	%35.48	% 32.26	%50	%50



شكل (2): توزع عينة المرضى وفقاً لمتغير الجنس



شكل (3): توزع عينة المرضى وفقاً لمتغير المرض

وقد تكونت عينة التجربة الاستطلاعية من (30) مريضاً ومريضةً من مشفى تشرين الجامعي من خارج

عينة البحث الأساسية، والهدف منها التحقق من صدق وثبات أدوات البحث وصلاحيّتها للتطبيق.

3- أدوات البحث:

بهدف التحقق من صعوبة التعبير عن المشاعر وعلاقتها بآلام الجسد وجودة الحياة لدى عينة من

مرضى الآلام المزمنة قام الباحث بالاعتماد على الأدوات الآتية:

3-1- مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر (1994 Toronto)

3-2- مقياس شدة الألم (EVA)

3-3- مقياس جودة الحياة (QSD) .

3-1- مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر:

تم اعتماد الصيغة المختصرة لمقياس تورنتو (1994) لصعوبة وصف المشاعر والذي يتألف من (20)

عبارة، ويظهر التحليل العاملي بأنه مكون من عدة أبعاد يمكن من خلالها وصف هذا المتغير، وهي: صعوبة

تحديد المشاعر وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية، صعوبة وصف المشاعر والتعبير عنها، والأسلوب المعرفي

الموجهة خارجياً (التفكير الخارجي) (ملحق 1).

3-1-1- التحقق من مدى تمتع المقياس بالخصائص السيكومترية: قام الباحث بتطبيق المقياس على العينة

الاستطلاعية بتاريخ 2022/11/23 لتحديد الوقت المستغرق للإجابة عن بنود المقياس وتحديد زمن المقياس

الكلي، إضافة إلى الكشف عن الصعوبات التي قد تظهر في أثناء تطبيق المقياس استطلاعياً لمحاولة تلافيها في

أثناء التطبيق النهائي، وسجل الزمن الذي بدأ فيه كل مريض، وكذلك زمن الانتهاء لحساب الوقت اللازم للإجابة

عن بنود المقياس، إذ حُسِبَ زمن المقياس بجمع الوقت الذي استغرقه أول مريض انتهى من الإجابة عن بنود

المقياس مع الوقت الذي استغرقه آخر مريض انتهى من الإجابة ، ثم تقسيم المجموع على اثنان، فكان 35 دقيقة

ونتم زيادة حوالي 5 دقائق لشرح المقياس وقراءة التعليمات، وبذلك يصبح الزمن اللازم لتطبيق المقياس 40 دقيقة ،

وكذلك سُجِّلَت أرقام البنود غير المفهومة والتي أحدثت تداخلاً وحيرة لدى المرضى في الإجابة عنها.

3-1-1-1- التحقق من صدق مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر: يُقصد بالصدق هو مدى قياس أداة

التقويم لما وُضِعَت لقياسه أو مدى تأدية الأداة للوظيفة والغرض الذي يجب أن تحققه (أبو شعبان وعطوان،

(2019، 21). إذ يتمثل جوهر الصدق فيما إذا كان المقياس يقيس فعلاً ما أُعدَّ لقياسه، وتمَّ التحقق من صدق المقياس وفق الآتي:

1. صدق المحتوى: استخدم الباحث طريقة صدق المحتوى في تقدير صدق المقياس، بحيث يجب على الباحث أن يختار البنود التي تسمح بقياس مختلف الأوجه مع تقادي وضع بنود غير ملائمة، ومن المفيد في هذه الحالة الرجوع إلى خبراء محكمين يُطلب إليهم تقييم صدق مضمون كل بند من بنود الأداة المصممة، وذلك بتقدير ارتباطه بالبناء المقصود، ويُحتفظ بعد ذلك بالبنود التي رأى الخبراء أنها ملائمة ومهمة (محمد، 2016، 232)، ولتحقيق صدق المحتوى عُرضَ مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر على مجموعة من السادة المحكمين في كلية التربية بجامعة دمشق وتشرين بلغ عددهم (11) محكم (ملحق 2)، لإبداء آرائهم في: دقة تعليمات المقياس ووضوحها، مناسبة المقياس للهدف الذي أُعدَّ من أجله، ملائمة بنود المقياس للفئة المستهدفة (مرضى السرطان والسكري وارتفاع الضغط)، سلامة الصياغة العلمية واللغوية للبنود، تقديم ملاحظات بهدف تحسين المقياس. وقد وجَّه السادة المحكمون مجموعة من الملاحظات تمثلت بإعادة صياغة بعض البنود لتتناسب المستوى المطلوب، وأجريت التعديلات في ضوء آراء السادة المحكمين وملاحظاتهم.

2. الصدق البنوي: للتحقق من الصدق البنوي تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة على كل بند من بنود البعد، وحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد والدرجة الكلية لمقياس صعوبة التعبير عن المشاعر وكانت جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً كما توضح الجداول الآتية:

جدول (3) معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد صعوبة تحديد المشاعر والبنود الفرعية المكونة للبعد

القرار	القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	صعوبة تحديد المشاعر
دال إحصائياً	0.00	0.80**	1
دال إحصائياً	0.00	0.84**	2
دال إحصائياً	0.00	0.62**	3
دال إحصائياً	0.00	0.83**	4
دال إحصائياً	0.00	0.79**	5
دال إحصائياً	0.00	0.85**	6
دال إحصائياً	0.00	0.87**	7

يتبين من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد صعوبة التعبير عن المشاعر والبنود الفرعية المكونة للبعد تتراوح بين (0.62-0.87**) وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من 0.05 مما يدل الصدق البنوي لبعد صعوبة التعبير عن المشاعر

جدول (4) معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد صعوبة وصف المشاعر والبنود الفرعية المكونة للبعد

صعوبة وصف المشاعر	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية	القرار
1	0.86**	0.00	دال إحصائياً
2	0.87**	0.00	دال إحصائياً
3	0.51**	0.00	دال إحصائياً
4	0.78**	0.00	دال إحصائياً
5	0.81**	0.00	دال إحصائياً

يتبين من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد وصف المشاعر والبنود الفرعية المكونة للبعد تتراوح بين (0.51-0.87**) وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من 0.05 مما يدل الصدق البنوي لبعد وصف المشاعر .

جدول (5): معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد التفكير الموجه نحو الخارج والبنود الفرعية المكونة للبعد

التفكير الموجه نحو الخارج	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية	القرار
1	0.53**	0.00	دال إحصائياً
2	0.91**	0.00	دال إحصائياً
3	0.91**	0.00	دال إحصائياً
4	0.84**	0.00	دال إحصائياً
5	0.93**	0.00	دال إحصائياً
6	0.48**	0.00	دال إحصائياً
7	0.48**	0.00	دال إحصائياً
8	0.91**	0.00	دال إحصائياً

يتبين من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد التفكير الموجه نحو الخارج والبنود الفرعية المكونة للبعد تتراوح بين (0.48-0.91**) وكانت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أصغر من 0.05 مما يدل الصدق البنوي لبعد التفكير الموجه نحو الخارج

جدول (6): معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية لمقياس صعوبة التعبير عن المشاعر

الدرجة الكلية	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية	القرار
صعوبة تحديد المشاعر	0.96**	0.00	دال إحصائياً
صعوبة وصف المشاعر	0.92**	0.00	دال إحصائياً
التفكير الموجه نحو الخارج	0.96**	0.00	دال إحصائياً

يُلاحظ من الجدول السابق أن معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت ما بين (0.92- 0.96) وهي معاملات ارتباط مرتفعة ودالة إحصائياً عند (0.01) ما يدل على الصدق البنوي للمقياس، وارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس.

3-1-1-2- ثبات مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر:

يُعدّ ثبات الاختبار على درجة عالية من الأهمية، فالنّبات يعني الاستقرار أي إعطاء نفس النّتائج تقريباً عند إعادة تطبيق الأداة على نفس العيّنة في نفس الظروف، وقد حُسِبَ ثبات مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر باستخدام طريقة النّبات بالتجزئة النّصفية وطريقة ألفا كرونباخ.

ثبات المقياس بطريقة التّجزئة النّصفية وألفا كرونباخ: تمّ التحقّق من ثبات مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر باستخدام النّبات بطريقة التّجزئة النّصفية (فردية - زوجي) إذ قُسمت درجات المقياس إلى نصفين متعادلين بجعل البنود ذات الأرقام الفردية في أحد النّصفين والبنود ذات الأرقام الزوجية في النّصف الآخر، وقد استُخرج معامل النّبات بهذه الطّريقة باستخدام معادلة سبيرمان براون (Spearman-Brown) وكما استُخرج معامل ثبات مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، جاءت النّتائج كما يوضحها الجدول (7):

جدول (7): ثبات مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

المقياس وأبعاده	العدد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
صعوبة تحديد المشاعر	7	0.852	0.823
صعوبة وصف المشاعر	5	0.767	0.745
التفكير الموجه نحو الخارج	8	0.833	0.841
الدرجة الكلية للمقياس	20	0.959	0.953

يُلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ تراوحت بين (0.767-0.852) في حين بلغت قيمة معامل الثبات للبند ككل بطريقة ألفا كرونباخ (0.959) وهي معاملات ثبات مرتفعة ودالة إحصائياً. في حين تراوحت قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية بين (0.745-0.841) في حين بلغت قيمة معامل الثبات للبند ككل بطريقة ألفا كرونباخ (0.953) وهي معاملات ثبات مرتفعة ودالة إحصائياً أيضاً. وهكذا تمّ التحقق من ثبات مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بطريقة التجزئة النصفية وبطريقة ألفا كرونباخ، وتُشير النتائج إلى أنَّ المقياس على درجة عالية من الثبات وهو صالح للتطبيق.

3-2- مقياس شدة الألم:

يقيس المقياس شدة الألم في اللحظة الراهنة عند المريض من خلال سلم Echelle Visuelle (EVA) Alogique، ويعدّ كثير الاستخدام ويقدم فعالية عالية ويُعدّ بسيطاً جداً، وقد تم اقتراحه من قبل هوسكيسون Huskisson عام (1974) وله جانبان، الجانب الأول يُعرض على المريض مؤلف من خط أفقي، طرفه الأيسر يدل على عدم وجود ألم، وطرفه الأيمن يُشير إلى أن الألم لا يُطاق، يُحرك المريض مزلاق يستجيب إلى مستوى الألم الذي يناسب حالته الراهنة، والجانب الآخر من المسطرة يسمح للطبيب أو الأخصائي الصحي أن يقرأ شدة الألم كمياً على سلمٍ متدرّج (من 0 إلى 10) من خلال المكان الذي يُوقف المريض المزلاق فيه، ويسمح هذا السلم بتحديد كمية الألم عند المريض الذي تتراوح شدته بين (0 لا يوجد ألم-10الألم قوي). بذلك تكون الشدة بين (0-3) ألم ضعيف، بين (4-7) ألم متوسط، بين (8-10) ألم قوي، وتعدّ هذه الأداة نموذجاً لما تتمتع فيه من حساسية وصدق عالٍ في قياس شدة الألم، واستخدامها في معظم المجتمعات الغربية، قام الفريق المؤلف من غريلوا وآخرون (Grilloa et al., 2007) بالتأكد من صدق المقياس، من خلال التقييم الذاتي اليومي للألم من قبل المريض نفسه مع مقياس شفوي للراحة من الألم (EVS).

3-2-1- دراسة مدى تمتع مقياس شدة الألم بالخصائص السيكومترية:

3-2-1-1- صدق المحتوى: عُرضَ المقياس على مجموعة من السادة المحكّمين في كلية التربية بجامعة دمشق وتشرين بلغ عددهم (11) محكم، وقد رأوا أنَّ المقياس مناسب ولا يحتاج إلى أيّ تعديل.

3-2-1-2- الصدق البنيوي: للتحقق من الصدق البنيوي طبق الباحث المقياس على مرضى العينة الاستطلاعية وقاس خلاله شدة ألمهم على مدار أربعة عشر يوماً متوالياً، ثم حسب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لمجموع شدة الألم للمرضى وبين شدة ألمهم في كل يوم من الأيام الأربعة عشرة، ويبين الجدول الآتي نتائج معاملات ارتباط بيرسون للمقياس:

جدول (8) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمجموع شدة الألم للمرضى وبين شدة ألمهم في كل يوم من الأيام الأربعة عشرة

الأيام	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية	القرار
1	0.886**	0.000	دال إحصائياً
2	0.919**	0.000	دال إحصائياً
3	0.926**	0.000	دال إحصائياً
4	0.930**	0.000	دال إحصائياً
5	0.878**	0.000	دال إحصائياً
6	0.832**	0.000	دال إحصائياً
7	0.904**	0.000	دال إحصائياً
8	0.860**	0.000	دال إحصائياً
9	0.912**	0.000	دال إحصائياً
10	0.926**	0.000	دال إحصائياً
11	0.832**	0.000	دال إحصائياً
12	0.705**	0.000	دال إحصائياً
13	0.800**	0.000	دال إحصائياً
14	0.845**	0.000	دال إحصائياً

يتبين من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق البنيوي؛ إذ تراوحت معاملات ارتباط بيرسون بين (0.705 - 0.930)، وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً نتيجة بلوغ قيمها الاحتمالية (0.000) عند مستوى دلالة (0.001).

3-2-1-3- الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ: استخرج الباحث معامل ثبات مقياس شدة الألم باستخدام معادلة ألفا كرونباخ بين بين الدرجة الكلية لمجموع شدة الألم للمرضى وبين شدة ألمهم في كل يوم من الأيام الأربعة عشرة، ويبين الجدول (9) النتائج:

جدول (9) معامل ثبات ألفا كرونباخ بين الدرجة الكلية لمجموع شدة الألم للمرضى وبين شدة ألمهم في كل يوم من الأيام الأربعة عشرة

معامل ألفا كرونباخ	مقياس شدة الألم
0.778	

يتبين من الجدول السابق أنَّ معامل ألفا كرونباخ لمقياس شدة الألم بلغ (0.778)؛ ويشير ذلك إلى تمتع المقياس بمستوى عالٍ من الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.

3-3- مقياس جودة الحياة:

قام الباحث بقياس الأبعاد الآتية من المقياس: المزاج، القدرة على المشي، القدرة على القيام بالأعمال الاعتيادية، القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين، النوم، الرغبة بالحياة، القدرة الجنسية.

تم تطبيق مقياس جودة الحياة والمعروف باسم Questionnaire Concissur les (QCD) Douleurs الذي تم بناؤه من قبل براسور وآخرون (Brasseur et al., 1997)، والذي يتألف من سبعة أبعاد تستجيب لجودة الحياة وهي المزاج، القدرة على المشي، الأعمال الاعتيادية اليومية، العلاقة مع الآخرين، النوم، الرغبة بالحياة، الرغبة الجنسية، وتتراوح درجاتها (من 0 إلى 10)، تشير الدرجات بين (3-0) جودة حياة جيدة، والدرجات بين (4-7) جودة حياة متوسطة، والدرجات بين (8-10) جودة حياة ضعيفة (ملحق 8).

3-3-1- دراسة مدى تمتع مقياس جودة الحياة بالخصائص السيكومترية:

3-3-1-1- صدق المحتوى: استخدم الباحث طريقة صدق المحكّمين في تقدير صدق مقياس جودة الحياة، إذ عُرض على مجموعة من السادة المحكّمين من كلية التربية بجامعة دمشق وتشيرين بلغ عددها (11) محكم، وذلك لإبداء الرأي في مدى ملائمة عبارات المقياس لما وُضعت من أجله، من حيث التأكد من وضوح الصياغة اللغوية للبند المتضمنة في المقياس وصحتها، وكذلك اقتراح ما يرويه مناسباً من إضافة أو حذف أو تعديل، وقد تمتثلت الملاحظات بتعديل صياغة بعض العبارات وحذف بعض العبارات غير الملائمة، وقد أفاد الباحثة ممّا قدّمه السادة المحكّمين من ملاحظات وتوجيهات واقتراحات، وعمل على الأخذ بما رآه مناسباً من آرائهم ممّا كان له أهمية كبيرة في توجيهه نحو الخطوات الصحيحة لتصحيح مسار هذا البحث وتحقيق هدفه، وفي ضوء آراء

السادة المحكمين اختيرت البنود التي حصلت على نسبة اتفاقٍ عالية، وأُجريت التعديلات المطلوبة وبذلك تمّ التحقق من صدق المحكمين لمقياس جودة الحياة.

3-3-1-2- صدق البنيوي: للتحقق من الصدق البنيوي تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية والدرجة على كل بند من بنود المقياس وكانت جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً كما يوضح الجدول الآتي:

جدول (10) معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة والأبعاد الفرعية

المقياس	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية	القرار
المزاج	0.74**	0.00	دال
القدرة على المشي	0.83**	0.00	دال
العمل اليومي	0.77**	0.00	دال
العلاقات مع الآخرين	0.97**	0.00	دال
النوم	0.77**	0.00	دال
الرغبة بالحياة	0.95**	0.00	دال
الرغبة الجنسية	0.87**	0.00	دال

يُلاحظ من الجدول السابق أن معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت ما بين (0.74 - 0.97) وهي معاملات ارتباط جيدة ودالة إحصائياً عند (0.01) ما يدل على الصدق البنيوي وارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس.

3-3-1-3- الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ: استخرج الباحث معاملات ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام معادلة ألفا كرونباخ بين بنود كل بعد والدرجة الكلية للبعد، ثم بين الدرجات الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس كاملاً. ويبين الجدول (11) النتائج:

جدول (11): معادلة ألفا كرونباخ بين بنود كل بعد والدرجة الكلية للبعد وبين الدرجات الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

المقياس وأبعاده	معاملات ثبات ألفا كرونباخ
المزاج	0.833
القدرة على المشي	0.745
العمل اليومي	0.811

0.909	العلاقات مع الآخرين
0.852	النوم
0.767	الرغبة بالحياة
0.723	الرغبة الجنسية
0.848	الدرجة الكلية للمقياس

يتبين من الجدول السابق أن مقياس جودة الحياة يتمتع بثبات عالٍ وفق طريقة ألفا كرونباخ؛ إذ تراوحت معاملات الثبات بالنسبة للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس بين (0.723 - 0.909).

4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

4-1- معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة وأبعادها.

4-2- معامل سبيرمان براون في التجزئة النصفية.

4-3- معامل ثبات ألفا كرونباخ.

4-4- اختبار ت ستيودنت للعينات المستقلة لتحليل الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس.

4-5- اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لتحليل الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث وفق متغير نوع المرض.

نتائج البحث وتفسيرها

1- التحقق من فرضيات البحث ومناقشتها وتفسيرها

2- المقترحات والتوصيات

بعد أن استعرض البحث في الفصل السابق المنهج المتبع وإجراءاته، هدفَ هذا الفصل إلى تحليل البيانات التي توصل إليها البحث ومعالجتها إحصائياً بهدف التحقق من صحة فروض البحث، وعرض النتائج التي تمّ التوصل إليها وذلك بعد تحليلها إحصائياً وتفسيرها ومناقشتها في ضوء نتائج الدراسات السابقة والإطار النظري، وصولاً إلى تقديم بعض المقترحات في ضوء النتائج والتي من الممكن أن تفيد الباحثين والمهتمين في مجال البحث.

1- التحقق من فرضيات البحث ومناقشتها وتفسيرها:

1-1- الفرضية الأولى، وتنصُّ على أنه: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) مع شدة الألم وفق مقياس EVA لدى عينة من مرضى الآلام المزمنة.

لاختبار هذه الفرضية تمَّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة (مرضى الآلام المزمنة) على أبعاد مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر ودرجاتهم على مقياس شدة الألم، والجدول (12) يبيِّن نتائج ذلك:

جدول (12): معامل ارتباط بيرسون بين درجات صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) ومستوى الألم

الأبعاد	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	0.828**	0.000	دال إحصائياً
صعوبة تحديد المشاعر	0.773**	0.000	دال إحصائياً
صعوبة وصف المشاعر	0.883**	0.000	دال إحصائياً
التفكير الموجه نحو الخارج	0.749**	0.000	دال إحصائياً

يتبيّن من الجدول السابق أنَّ جميع قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة (مرضى الآلام المزمنة) على أبعاد مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر، وبين درجاتهم على مقياس شدة الألم موجبة

ودالة إحصائية، حيث تقدر قيمة الترابط بـ (0.828^{**}) بينما تتراوح الارتباطات الفرعية (0.749^{**}) - (0.883^{**}) مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر وبين درجاتهم على مقياس شدة الألم.

ويمكن تفسير ذلك بأن لصعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) تأثيرها على شدة الألم، حيث إن صعوبة التعبير عن المشاعر تزيد من شدة الألم عند المريض، فالترابط بين الألم المزمن من جهة وصعوبة التعبير عن المشاعر من جهة أخرى يكون معروفاً لدى العاملين في الحقل الطبي، والتعرف إلى الاختلافات في الخطة الانفعالية لدى المرضى من كلا الجنسين يتم اكتشافه من خلال مقياس (صعوبة التعبير عن المشاعر) الذي تعكس درجات المرضى عليه صعوبة تحديد ووصف مشاعرهم، إذ تُقدم هذه الأداة نتائج مهمة لها دلالتها على الخطة الإكلينيكية، فالتقييم يجري من قبل المريض نفسه على أبعاد صعوبة التعبير عن المشاعر. وهي تسمح بالمقارنة بين المجموعات المختبرة، وتعتبر أداة حساسة جداً للتغيرات التي تحدث في خضم المرض كالتدخلات العلاجية نفسياً ودوائياً، فإن المرضى ذوي الآلام المزمنة لديهم مشكلة في الجانب الوجداني ويجدون صعوبة في القدرة على التحدث عن المشاعر الخاصة، إذ يعانون من القصور في التعبير عما بداخلهم من مشاعر، ويظهر الأثر السلبي لهذه الأساليب غير الفعالة في تنظيم المشاعر بما في ذلك كبت المشاعر وصعوبة التعبير عنها ووصفها في تعاملهم مع الآخرين فلا يستطيعون إقامة علاقات جيدة معهم نظراً لضعف القدرة على التواصل الوجداني الأمر الذي يسبب ضغوطاً إضافية في مجالات الحياة الاجتماعية والعاطفية والجسدية خاصة في ثقافات مثل الثقافة العربية، فالألم المزمن يعد في هذه الثقافات خبرة تصعب مشاركتها لاعتبارات انفعالية ووجدانية حيث يساء فهم الإشارات العاطفية وتترك على أنها علامات للمرض، ومن هنا يمكن القول: إن صعوبة التعبير عن المشاعر تؤثر على شدة الألم، ويؤكد فيشر (2019) أن المراهقين الذين يعانون من ألم مزمن مقابل الألم غير المزمن لديهم درجات أعلى من الالكسيسيثيميا على وجه التحديد في صعوبة تحديد المشاعر، فإن صعوبة التعرف على المشاعر مرتبطة بشدة الألم المزمن، ويرى راشيل وآخرون (2017) أن الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة لديهم درجات عالية

من الالكسيثيميا مقارنة مع الأشخاص الذين ليس لديهم آلام وارتباط الالكسيثيميا بألم أكبر من ناحية الشدة، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة ضيف الله (2023) التي أكدت أن للأمراض المزمنة دوراً كبيراً في التأثير على الجانب النفسي لدى الشخص المسن، ولاسيما الأمراض التي تحتاج إلى استمرارية في العلاج مدى الحياة كمرض السكري ومرض ارتفاع الضغط الدموي، ودراسة العايش وقويدري (2022)، بينما تختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة مارتينيز وآخرين (2021) التي أكدت وجود علاقة سلبية بين صعوبة التعبير عن المشاعر والمكون المعرفي للاكتئاب.

لكن العلاقة الارتباطية هنا ليست علاقة سببية، أي لا يمكن اعتبار صعوبة التعبير عن المشاعر العامل الوحيد الذي يؤثر في شدة الألم بل هناك عوامل أخرى، فالمجتمع الذي يعيش فيه المريض هو مجتمع لديه صعوبة في التعبير عن مشاعره إذ لا يعطي أهمية كافية لها مما يجعل الأمور أكثر تعقيداً في مجال المرض حيث توجد لدى المريض مشاعر مختلطة وليس لديه معرفة بكيفية تحديد مشاعره والتعبير عنه ، فضلاً عن الفكرة السائدة أن المشاركة الوجدانية في التعبير عن المشاعر أو التصريح بالألم ستؤدي إلى نتائج سلبية لدى الطرف الآخر، فيحاول بالتالي صاحب الألم كبت مشاعره وعدم الإفصاح عنه لغياب الثقافة النفسية في مجتمعنا حول أهمية المشاركة الوجدانية والتعبير عن المشاعر، لكن حتى الآن الدراسات ليست كافية وهناك حاجة أكبر في المستقبل لفهم أكبر حول تصور وتقييم صعوبة التعبير عن المشاعر وأثره على الآلام المزمنة.

1-2- الفرضية الثانية، وتنص على أنه: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) وانعكاس الألم على جودة الحياة عند عينة من المرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

لاختبار هذه الفرضية تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة (مرضى الآلام المزمنة) على أبعاد مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة، والجدول (13) يوضح ذلك:

جدول (13): معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة

القرار	مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون	المتغيرات
دال إحصائياً	0.000	-0.665**	الدرجة الكلية
دال إحصائياً	0.000	-0.578**	صعوبة تحديد المشاعر
دال إحصائياً	0.000	-0.786**	صعوبة وصف المشاعر على جودة الحياة
دال إحصائياً	0.000	-0.588**	التفكير الموجه نحو الخارج على جودة الحياة

يتبين من الجدول السابق أنَّ جميع قيم معاملات الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة (مرضى الآلام المزمنة) على أبعاد مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر، وبين درجاتهم على مقياس جودة الحياة عكسية ودالة إحصائياً، حيث تقدر قيمة الترابط بـ (0.665**) (-) بينما تتراوح الارتباطات الفرعية (0.578**) - (0.786**) مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية وذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر وبين درجاتهم على مقياس جودة الحياة.

ويفسر الباحث ذلك بأن صعوبة التعبير عن المشاعر تنعكس على سلوكيات الحياة اليومية كالحالة المزاجية وحياة المريض المهنية وعلاقته مع المحيط بعض النظر عن نوع المرض، فمعظم المرضى من أفراد العينة يخضعون للعلاج الطبي اللازم منذ لحظة التشخيص، كما أن العلاج الدوائي له تأثير وانعكاس واضح على صعوبة التعبير عن مشاعرهم وسلوكياتهم اليومية الاعتيادية، ويكون خلط المشاعر وعدم تحديدها بدقة حالة اعتيادية لديهم وتترجم من خلال انخفاض الأنشطة الاجتماعية والمهنية كصعوبة التواصل مع الآخرين واضطراب العلاقة الحميمة مع الشريك وصعوبة النوم وكل ما ذكر سابقاً عوامل أساسية في جودة الحياة ، وفي هذا الصدد يؤكد اينو وآخرين (Aino et al., 2013) أن سبب الفهم الخاطئ للأحاسيس لدى الأفراد الذين لديهم صعوبة في التعبير عن المشاعر خاصة في بعد صعوبة تحديد المشاعر ناجم عن الإجهاد العقلي لفترات طويلة والمعاناة الناجمة عن الألم، ووفقاً لمدرسة التحليل النفسي عندما يتم التصريح عن المخاوف الداخلية والمكبوتات خاصة عند الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة، هذا التصريح يساعد في عملية إفراغ كمية كبيرة من الشحنات الانفعالية المؤذية بمجرد إعطاء قيمة لفظية محسوسة لهذه الشحنات، وهذا سيساعد في مواجهة المشاعر السلبية والضغوط وبالتالي سينعكس على جودة الحياة لديهم، وتوجد عدة مظاهر للتعبير عن سلوكيات

الحياة اليومية عند مرضى الآلام المزمنة مثل انعدام النشاط وعدم القدرة على المشي، وصعوبة النوم والأكل واضطراب المزاج وصعوبة التواصل مع الآخرين واضطراب العلاقة الحميمة مع الشريك وغيرها من المظاهر السلوكية التي تعد قاسماً مشتركاً يظهر من خلاله أثر الألم على جودة حياة المريض، تتفق مع دراسة توليباني وآخرين (2010) التي أكدت على ارتباط الألم بقوة مع الاكسيثيميا والعديد من الأبعاد النفسية.

1-3- الفرضية الثالثة، والتي تنصُّ على أنه: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات شدة الألم وجودة الحياة عند عينة من مرضى الذين يعانون من الآلام المزمنة.

لاختبار هذه الفرضية تمَّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة (مرضى الآلام

المزمنة) على مقياس شدة الألم ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة، والجدول (14) يوضح نتائج ذلك:

جدول (14): معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس شدة الألم ودرجاتهم على مقياس جودة الحياة

المتغيرات	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	القرار
انعكاس الألم على جودة الحياة	-0.867**	0.000	دال إحصائياً

يتبيّن من الجدول أنّ معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة (مرضى الآلام المزمنة) على مقياس شدة الألم، وبين درجاتهم على مقياس جودة الحياة عكسية ودالة إحصائياً، حيث تقدر قيمة الارتباط ب (-0.867**)؛ وتشير إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية وذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس شدة الألم وبين درجاتهم على مقياس جودة الحياة، أي أنه كلما انخفضت درجات الألم أدت إلى تحسين جودة الحياة، فالمرض المزمن والمستعصي يعتبر من النوع المهدد للحياة، مما يؤدي إلى تغيير جذري في حياة المريض إضافة إلى آثار المرض النفسية والجسدية والاجتماعية والتي تسبب عجز للمريض كالآلم المزمن، فمن أجل التكيف مع المرض ومواجهته لا بد من الاعتماد على أساليب واستراتيجيات للتصدي المرض وإدارة الذات والتعامل مع الأنظمة الصحية، فجودة الحياة ترتبط ارتباطاً إيجابياً مع إرضاء الحاجات النفسية والاجتماعية وتلعب دوراً هاماً في التحكم وإدارة الألم من خلال اتباع خطط علاجية وتبني استراتيجيات وأساليب لمواجهة وتدبر الألم، ويعتمد ذلك على حكم الفرد الشخصي المبني على معايير انتقائها بناء على الجوانب المعرفية له، ومعظم المرضى من أفراد العينة يمرون بمرحلة التقبل والتعايش مع المرض، وهكذا تكون شدة الألم عندهم شعوراً

اعتيادياً تترجم من خلال مظاهر نفسية وجسمية تتمثل بانخفاض في الأنشطة الاجتماعية والمهنية وسوء في الحالة النفسية والجسدية، وبطبيعة الحال الألم هو شعور غير سار ويؤدي إلى تدني جودة الحياة وعدم استمتاع الفرد بحياته، فالألم الشديد يؤدي إلى عدم القدرة على ممارسة الأنشطة الاجتماعية وعدم القدرة على النوم وإحساس بالعجز وسوء المزاج وانخفاض الطاقة الجنسية، وربما يؤثر على الرغبة بالحياة، بالإضافة إلى أن إحدى مكونات جودة الحياة هو جودة الحياة الصحية أي غياب المرض والألم، فالمعاناة المرضية والشعور بالألم سيؤدي إلى انخفاض في إحدى مكونات جودة الحياة وبالتالي سيؤدي إلى التأثير في جودة الحياة العامة ويؤكد فازكيز وآخرين (Vàzquez, et al.,2005) أن أعراض الألم ترتبط بالتركيبية الانفعالية والاجتماعية لجودة الحياة، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة صقور (2018) التي توصلت إلى وجود انعكاس للألم في بعد الرغبة في الحياة.

1-4- الفرضية الرابعة والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد العينة (مرضى الآلام المزمنة) على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) تعزى لمتغير الجنس

للتحقق من هذه الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة (مرضى الآلام المزمنة) في مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر، وتم استخدام اختبار (t-test) لعينتين مستقلتين (Independent Samples t-test) وفق متغير الجنس، وتم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول (15):

جدول (15): نتائج اختبار (t-test) للفروق بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس صعوبة المشاعر وفق متغير الجنس

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	ذكور	31	59.871	16.313	30	0.898	0.899	غير دال إحصائياً
	إناث	31	56.032	17.346				
صعوبة تحديد المشاعر	ذكور	31	20.387	4.695	30	1.278	0.542	غير دال إحصائياً
	إناث	31	18.741	5.415				

غير دال إحصائياً	0.947	1.123	30	4.415	16.032	31	ذكور	صعوبة وصف المشاعر
				4.402	14.774	31	إناث	
غير دال إحصائياً	0.797	0.392	30	7.381	20.096	31	ذكور	التفكير الموجه نحو الخارج
				7.534	19.354	31	إناث	

وباستقراء النتائج الموضحة في الجدول السابق يتبين أن قيم الدلالة الإحصائية لاختبار (t. test) تتراوح بين (0.947-0.542) وهي قيم أكبر من (0.05) وتأسيساً على ما تقدم تقرّر قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة: أي لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) تعزى لمتغير الجنس.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الآلام المزمنة لها نتائج ملموسة على المرضى من كلا الجنسين في صعوبة التعبير عن المشاعر، ولم يكن هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين المرضى، وبالتالي صعوبة التعبير عن المشاعر لا تتغير تبعاً لجنس المريض، وقد يُعزى ذلك إلى أن هناك تغييراً في المعايير الاجتماعية ومستوى تبادل الأدوار الاجتماعية وتغيير الصورة النمطية لدور كل من الأنثى والذكر في المجتمع، الذي كان يتطلب من الرجل أن يلعب دوراً أكبر من الأنثى، كما أن لنوع المرض ومرحلته والأعراض المرتبطة به لاسيما أنها أمراض مزمنة دور في هذه النتيجة، بالإضافة إلى أن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة يواجهون أعراض متشابهة بغض النظر عن جنسهم. والتجربة المشتركة للألم والتوتر الناتج عن الأمراض المزمنة يمكن أن يقلل من الفروق بين الجنسين في صعوبة التعبير عن المشاعر، تتفق هذه النتيجة مع دراسة Porcelli, P., & Taylor, G. J. (2018) بينما تختلف هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة بن غدقة (2022) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين في درجة الأليكسثيميا وكانت الفروق لصالح الذكور.

1-5- الفرضية الخامسة والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس شدة الألم حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط).

لاختبار هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة من مرضى الآلام المزمنة على مقياس شدة الألم وتم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) وفق متغير نوع المرض، والجدول (16) يبين نتائج ذلك:

جدول (16) اختبار (ANOVA) للفروق بين مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس شدة الألم حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط)

نوع المرض	العدد	المتوسط الحسابي	قيمة F	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	القرار
سرطان	20	7.85	92.609	0.446	0.000	دال إحصائياً
السكري	22	2		0.456		
ارتفاع الضغط	20	3.35		0.446		

باستقراء النتائج الواردة في الجدول السابق يتضح أن قيم الدلالة الإحصائية بلغت (0.000) وهي قيمة أصغر من (0.05) وتأسيساً على ما تقدم تقرر رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة، أي يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس شدة الألم حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط)، ولصالح مرضى السرطان بالمقارنة مع مرضى السكري و ارتفاع الضغط.

ويعزى ذلك إلى أن مريض السرطان يعاني من آلام مركبة ومختلطة كالغثيان والتعب والقلق والاكتئاب واضطرابات النوم والشهية وضيق التنفس وأحاسيس جسدية كالوخز بالإبر والدبابيس كل ذلك يجعل تجربة الألم صعبة لدى مرضى السرطان، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه شكودرا (Shkodra.2019) إذ أكد أن مرضى السرطان يعانون آلاماً متوسطة إلى شديدة بسبب الطبيعة المتعلقة بشدة الألم الذي يعد أكثر الأعراض المخيفة بسبب الخصائص السريرية بالمرض والفيزيولوجيا المرضية حوله. أما بالنسبة لمرضى السكري فالألم ليس السمة الرئيسية للمرض، بالإضافة إلى أن مرضى ارتفاع الضغط والسكري ربما امتلكوا وعياً كافياً بواقع

مرضهم (إذا كانوا منتظمين في العلاج) الأمر الذي يفرض عليهم التصدي العقلي والقناعة النفسية بضرورة التفاعل مع المرض والبحث عن سبل مواجهة الآلام الناجمة عنه، وذلك من خلال الالتزام بتناول الأدوية واتباع نظام غذائي معين والقيام بالأنشطة الرياضية كالمشي والحفاظ على العلاقات الاجتماعية فالمساندة والدعم الاجتماعي والعوامل العقلية والنشاط والاسترخاء والقناعة تلعب دوراً كبيراً في التخفيف من القلق والتوتر المرافق للمريض، وتختلف هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه دراسة نارانجو (Naranjo, 2020) التي أشارت إلى أن أغلب مرضى السكري لديهم آلام عالية وشديدة مرتبطة بدرجات عالية من القلق والاكتئاب بالإضافة لاضطرابات النوم وآلام الأعصاب والأعراض المصاحبة ومضاعفات مرض السكري، كما تختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة السالم (2021) التي أشارت أن مرضى السرطان لديهم درجة عالية من إدارة الألم.

1-6- الفرضية السادسة والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

لاختبار هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتم استخدام اختبار (t-test) لعينتين مستقلتين ((Independent Samples t-test) وفق متغير الجنس لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة على مقياس جودة الحياة، وتم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول (17):

جدول (17): نتائج اختبار (t-test) للفروق بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس جودة الحياة وفق متغير الجنس

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	ذكور	31	42.161	16.05	30	0.361	0.67	غير دال إحصائياً
	إناث	31	40.645	17.01				
المزاج	ذكور	31	7.548	1.785	30	0.739	0.64	غير دال إحصائياً
	إناث	31	7.193	1.990				

غير دال إحصائياً	0.85	0.819	30	2.920	5.741	31	ذكور	القدرة على المشي
				2.974	5.129	31	إناث	
غير دال إحصائياً	0.53	0.264	30	3.008	6.129	31	ذكور	العمل اليومي
				2.749	6.322	31	إناث	
غير دال إحصائياً	0.56	0.073	30	3.541	4.161	31	ذكور	العلاقات مع الآخرين
				3.379	4.096	31	إناث	
غير دال إحصائياً	0.059	0.904	30	1.213	8.161	31	ذكور	النوم
				1.572	7.838	31	إناث	
غير دال إحصائياً	0.46	0.355	30	3.088	5.161	31	ذكور	الرغبة بالحياة
				3.354	4.871	31	إناث	
غير دال إحصائياً	0.58	0.077	30	3.346	5.258	31	ذكور	الرغبة الجنسية
				3.229	5.193	31	إناث	

وباستقراء النتائج الواردة في الجدول (48) يتضح أنَّ قيم الدلالة الإحصائية لاختبار (t. test) بالنسبة للدرجة الكلية بلغت (0.67) وهي قيمة أكبر من (0.05) وتأسيساً على ما تقدّم تقرّر قبول الفرضية الصفرية ورفض البديلة، أي لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس جودة الحياة وفقاً لمتغير الجنس.

وتفسر هذه النتيجة من خلال تحليل إجابات المرضى على الأبعاد السبعة الفرعية لجودة الحياة، مما يترك انطباعاً بأنه يوجد تقارب بين المرضى من كلا الجنسين في ضعف مقاومة ومواجهة تأثير الألم على حياتهم، وهذه الفروق في المتوسطات بين الجنسين ليس لها أية دلالة إحصائية، ويؤكد التحليل النفسي أن هناك تأثيراً واضحاً للألم على السلوكيات اليومية بكافة أبعادها: المزاج، الأعمال الاعتيادية، القدرة على المشي، العلاقة مع الآخرين، النوم، طعم الحياة، أي أن عامل جنس المريض مهمل فهو يؤثر على الذكر مثل الأنثى لأن الأعراض والمضاعفات تكون على مستوى الجسم، وقد يُفسر ذلك أن العلاقات الاجتماعية تكون مقدّرة في المجتمع السوري، وهذه العلاقات تحمل مساندة اجتماعية قوية من قبل المحيط، وتصل قيم أبعاد سلوكيات الحياة اليومية عند المرضى في عينة البحث الحالي إلى درجات متوسطة على سلم (QCD)، وتُعزى هذه الدرجات إلى نوع المرض (سرطان الدم، السكري، وارتفاع ضغط الدم)، ويعود ذلك للمساندة الاجتماعية التي يحظى بها

المريض من قبل المحيط واحساسه ورغبته بأنه قادر على ممارسة حياته الاجتماعية بشكل طبيعي رغم الألم الذي يشعر به.

ويمكن أن يعزى ذلك إلى أن معظم المرضى الإناث والذكور من المتزوجين ولديهم أطفال، فيرغبو بمواصلة الحياة لرؤية أبنائهم وهم يحققون طموحاتهم. وقد أكد شندو وآخرون (Chandu et al., 2006) أن مرض السرطان يؤدي إلى اضطراب في الحياة الاجتماعية ومنظومة التواصل عند المريض، التي تتعلق بالتعبير الشفوي لديه، كذلك يؤدي إلى اضطراب الوظائف الحيوية (التنفس، الأكل، الشرب).

وهناك بعض الأعمال التي جاءت نتائجها متوافقة مع هذا البحث في بعض الأبعاد، وغير متوافقة مع أبعاد أخرى من جودة الحياة، واهتمت في الاختلافات بين الجنسين بانعكاس الألم على الحياة اليومية، كدراسة بيجيت وآخرون (Piguet et al., 1998) التي وجدت أن انعكاس الألم على البعد الاجتماعي يكون أكثر وضوحاً وأهمية عند الإناث مقارنة بالذكور، ودراسة أخرى حول انعكاس الألم على الناحية المزاجية لبرادين وآخرون (Braden et al., 2008) وجدوا أن العامل النفسي الذي يرتبط بشكاوى الألم المزمن يؤدي إلى اضطرابات في الحالة المزاجية تكون أكثر تكراراً عند الإناث منه عند الذكور.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة صفور (2018) التي أكدت عدم تأثير الجنس في انعكاس الألم على جودة الحياة في حين تختلف مع دراسة كريمة (2021) التي أظهرت فروقاً في مستويات الرضا عن الحياة لدى الجنسين لصالح الذكور.

1-7- الفرضية السابعة والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط).

وللتحقُّق من صحَّة هذه الفرضيَّة استُخرجت المتوسطات الحسابيَّة والانحرافات المعياريَّة لدرجات مرضى الآلام المزمنة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر واستُخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة من مرضى الآلام المزمنة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر وفق متغير نوع المرض والجدول (18) يبيِّن نتائج ذلك:

جدول (18): اختبار (ANOVA) للفروق بين مرضى الآلام المزمنة على مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط).

نوع المرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
سرطان	20	74.65	2.351	119.357	0.000	دال إحصائياً
السكري	22	39	2.406			
ارتفاع الضغط	20	62.1	2.351			

باستقراء النَّتائج الواردة في الجدول السابق يتَّضح أنَّ قيم الدَّلالة الإحصائيَّة بلغت (0.000) وهي قيمة أصغر من (0.05) وتأسيساً على ما تقدَّم تقرر رفض الفرضيَّة الصفرية وقبول البديلة، أي يوجد فرق ذو دلالة إحصائيَّة بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بأبعادها (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه نحو الخارج) حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، أمراض الضغط)، ولصالح مرضى السرطان بالمقارنة مع ارتفاع الضغط والسكري ولصالح مرضى ارتفاع الضغط بالمقارنة مع مرضى السكري

ويمكن تفسير النتيجة بأن طريقة إدارة المشاعر لدى نسبة كبيرة من المصابين بمرض السكري تلعب دوراً مهماً في اتباع النظام الصحي المناسب، كما أن لديهم سوء إدارة في السيطرة على سكر الدم، ومعرفة أقل بأعراضهم الجسدية، وتتفق هذه الدراسة مع ما ذهب إليه كاثرين وآخرون (Kathrin et al., 2014) إذ يؤكد أن الالكسيثيميا مرضى السكري لديهم سيطرة أقل على نسبة السكر في الدم مقارنة بنظرائهم غير الالكسيثيميا، وأن وجود ألكسيثيميا مرتبط بالتحكم في نسبة السكر في الدم.

كما أظهرت النتائج أن الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم لديهم صعوبة في التعرف على مشاعرهم وعدم القدرة على الوعي بمشاعرهم، من الممكن أن يقودهم إلى تجسيد عواطفهم والتعبير عنها من المكون الفيزيولوجي، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كاسكرند وآخرين (Casagrande et al., 2019) التي أكدت أن الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم مرتبكون بشأن مشاعرهم، كما يقومون بتجسيد المشاعر وتقليل المكونات العاطفية والتعبير عن مشاعرهم من خلال المكونات الفيزيولوجية، لأنهم لا يستطيعون ضبط مشاعرهم بوعي. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة العايش وقويدري (2022) التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التفكير السلبي وبين الأليكسثيميا لدى العينة الكلية من مرضى الضغط الدموي.

أما بالنسبة لمرض السرطان فيعتبر من الأمراض التي تسبب ضغوطاً نفسية كبيرة، الخوف من الموت، الشعور بالذنب، الشعور بالألم، والتغيرات الجسدية، كلها عوامل تؤدي إلى زيادة صعوبة التعبير عن المشاعر، بالإضافة لأن العلاقات الاجتماعية والشبكة الاجتماعية لمرضى السرطان يمكن أن تلعب دوراً في التعبير عن مشاعرهم، وغالباً ما يكون لمرضى السرطان دعماً مختلفاً عن مرضى السكري، أو مرضى ارتفاع ضغط الدم، مما يؤثر على قدرتهم على التعبير عن مشاعرهم وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004).

1-8- الفرضية الثامنة والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس جودة الحياة بأبعاده حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط).

لاختبار هذه الفرضية حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة من مرضى الآلام المزمنة في مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة، وتم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) وفق متغير نوع المرض، والجدول (19) يبين نتائج ذلك:

جدول (19) اختبار (ANOVA) للفروق بين مرضى الآلام المزمنة في متوسط درجاتهم على مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، ارتفاع الضغط)

البعد	المرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	سرطان	20	64.4	1.106	612.1	0.000	دال إحصائياً
	السكري	22	31.727	1.132			
	أمراض القلب	20	29.05	1.106			
المزاج	سرطان	20	9.25	0.284	98.11	0.000	دال إحصائياً
	السكري	22	7.63	0.291			
	أمراض القلب	20	5.2	0.284			
القدرة على المشي	سرطان	20	8.7	0.337	191.93	0.000	دال إحصائياً
	السكري	22	5.63	0.345			
	أمراض القلب	20	1.95	0.337			
العمل اليومي	سرطان	20	9.4	0.373	140.93	0.000	دال إحصائياً
	السكري	22	3.13	0.382			
	أمراض القلب	20	6.45	0.373			
العلاقات مع الآخرين	سرطان	20	8.9	0.275	422.33	0.000	دال إحصائياً
	السكري	22	1.86	0.282			
	أمراض القلب	20	1.85	0.275			
النوم	سرطان	20	9.4	0.309	30.431	0.000	دال إحصائياً
	السكري	22	7.59	0.316			
	أمراض القلب	20	7.05	0.309			
الرغبة بالحياة	سرطان	20	9.3	0.237	501.06	0.000	دال إحصائياً
	السكري	22	4	0.242			
	أمراض القلب	20	1.85	0.237			

دال إحصائياً	0.000	477.66	0.247	9.45	20	سرطان	الرغبة الجنسية
			0.252	1.86	22	السكري	
			0.247	4.7	20	أمراض القلب	

باستقراء النتائج الواردة في الجدول السابق يتضح أنَّ جميع قيم الدلالة الإحصائية بلغت (0.000) وهي قيمة أصغر من (0.05) وتأسيساً على ما تقدّم تقرّر رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة، أي يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى الآلام المزمنة في مقياس جودة الحياة حسب متغير نوع المرض (سرطان دم، سكري، أمراض القلب)، ولصالح المتوسط الأعلى وهم مرضى السرطان

ويفسر الباحث نتيجة الفرضية إلى الآثار الجانبية للعلاج الشعاعي والجراحي والكيميائي عند مرضى السرطان والتي تتكرر بعد كل جرعة، وإلى طول فترة العلاج وتعدد الجرعات، وعدم مشاركتهم للخبرات المؤلمة مع غيرهم من المرضى أثناء تلقي الجرعة، مما يدفعها لمقارنة حالتهم مع المرضى الآخرين، كذلك خوفهم من الآثار الجانبية للعلاج التي بدأت بالظهور خلال تطبيق الدراسة مما يؤدي إلى صعوبة تعبيرهم عن مشاعرهم فالتوتر النفسي والخوف والقلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان فقد يعاني المريض من القلق أثناء إجراء الاختبارات والتحاليل الأولية للسرطان أو حين انتظار نتائج الفحوص وعند تلقي نبأ التشخيص وحين البدء بالمعالجات الجراحية والكيميائية والإشعاعية أو عند توقع عودة الورم، بعكس مرضى السكري والقلب الذين ليس لديهم آلام مزمنة جراء علاجهم إذ لا يتأثر أدائهم الوظيفي وعلاقاتهم الاجتماعية في حال تم الالتزام بالإرشادات الصحية والتقيد بالعلاج والالتزام التام بالتعليمات الطبية الأمر الذي يحفز المريض ليتماشى مع طبيعته مرضه وبالتالي التكيف الاجتماعي مع نمط الحياة الجديد والالتزام بالإرشادات الصحية القادرة على ضبط مستوى السكر في الدم وتنظيم معدل ضربات القلب وبالتالي الشعور بالراحة.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة زريق (2020) التي توصلت إلى أن (56%) من مرضى السكري لديهم جودة حياة متوسطة، ومع دراسة (حدة وقلاتي، 2021) التي أشارت إلى أن جودة الحياة لدى

مرضى ارتفاع الضغط متوسطة بشكل عام وتختلف مع دراسة (الأمين، 2020) و(تفس، 2022) التي أشارت إلى أن جودة الحياة مرتفع لدى مرضى السكري وكذلك دراسة (عدودة وبراجل، 2018) التي أشارت إلى تمتع مرضى ارتفاع الضغط بمستوى مرتفع من جودة الحياة.

2- المقترحات والتوصيات:

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث الحالي يقترح الباحث الآتي:

1-2- يجب على الأطباء في المشافي الحكومية والخاصة العمل على خفض مستوى صعوبة التعبير عن المشاعر ومستوى شدة الألم الجسدية والنفسية لدى مرضى الآلام المزمنة خاصة مرضى السرطان قدر الإمكان باعتماد جلسات معالجة نفسية وترفيهية من قبل الاختصاصيين.

2-2- العمل على تعزيز مستوى جودة الحياة لدى مرضى الآلام المزمنة من قبل الأطباء في المشافي الحكومية والخاصة.

2-3- تصميم برامج علاجية وإرشادية موجهة لمرضى الآلام المزمنة تهدف إلى مساعدتهم على التغلب على صعوبة التعبير عن المشاعر.

2-4- تصميم برامج علاجية وإرشادية موجهة لمرضى الآلام المزمنة تهدف إلى مساعدتهم على تجاوز شدة آلامهم النفسية.

2-5- تصميم برامج إرشادية موجهة لمرضى الآلام المزمنة تهدف إلى تعزيز مستويات جودة الحياة لديهم.

2-6- يوصي الباحث في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها بإجراء دراسات أخرى على مرضى الأمراض السيكوسوماتية تستهدف المشاعر الأساسية وجودة الحياة لدى مرضى الآلام المزمنة في المحافظات السورية.

مراجع البحث

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- الأمين، بوظراف. (2020). جودة الحياة لدى مريض السكري، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، الجزائر.
- الأشول، عادل عز الدين. (2005). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث الإنماء النفسى والتربية للإنسان العربى فى ضوء جودة الحياة ، جامعة الزقازيق، 15-16 مارس، ص 3-11 .
- البكوش، خيرية عبد الله. (2014). العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى مرضى السرطان، المجلة
- بن غدقة، شريفة. (2022). الألكستيميا لدى المسنين المصابين بالأمراض المزمنة. جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2، مجلة الروائز، المجلد (6)، العدد (1)، ص ص 7-24.
- بن يونس، محمد. (2013). سيكولوجية الدافعية والانفعالات. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- البناء، ايمان عبدالله. (2003). الالكسيثيميا (صعوبة تحديد ووصف المشاعر) وأنماط التعامل مع الضغوط لدى عينة من طلبة الجامعة. عين شمس: حوليات آداب عين شمس.
- الجامعة، 2(16)، ص: 133-152.
- بوزاهر، نورة. (2020). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى التلاميذ المعبدن للمستوى النهائي من التعليم الثانوي. - دراسة ميدانية بثانوية مكي منى بسكرة-، رسالة ماجستير في علم النفس المدرسي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- جودة، آمال. (2007). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالسعادة والثقة بالنفس لدى طلبة جامعة الأقصى. مجلة جامعة النجاح للأبحاث.
- حدة، وحيدة وقلاتي، لمياء (2021). نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القلب والأوعية. مجلة دراسات نفسية، المجلد 12 العدد 1، من ص 7-29، الجزائر

- حسن، عبد الحميد سعيد. (2006). جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسي واستراتيجيات مقاومتها. سلطنة عمان: جامعة السلطان قابوس.
- حسين، طه. (2007). استراتيجيات إدارة الغضب والعدوان. عمان: دار الفكر الجامعي.
- حلوم، ولاء ؛ شروف، أنساب. (2016). العلاقة بين شدة الألم والتعبيرات الشفوية عنه لدى عينة من مرضى التهاب الاعصاب في مدينة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، 38(5)، 15.
- حمودة، حكيمة أيت و بلعسل، فتحية. (2014). علاقة كل من الضغوط الاقتصادية وانفعال الغضب بظهور السلوك العدواني لدى فئة من الشباب البطل. مجلة دراسات نفسية وتربوية، عدد 12.
- خديجة، ملال. (2022). الألكستيميا لدى الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي. جامعة محمد بن أحمد، مجلة آفاق فنية، المجلد (1)، العدد (1)، ص ص 123-142.
- داغمار، برويكر. (2003). سيكوفيزيولوجية الألم. الثقافة النفسية المتخصصة (المجلد 14).
- دهمش، عبلة. (2017). مستوى صعوبة التعرف على المشاعر (الالكسيثيميا)، دراسة وصفية مقارنة بين المراهقين العدوانيين وغير العدوانيين. بوضياف: جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- رزيقة، زوييري. (2019). التكتم الانفعالي وعلاقته بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلبة الجامعة، دراسة ميدانية بجامعة قاصدي مرياح - ورقلة-، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرياح، الجزائر.
- زريق، علي. (2020). جودة الحياة عند مرضى السكري الذين يتلقون العلاج بالأنسولين. جامعة حماة، مجلة جامعة حماة، المجلد (3)، العدد (16)، ص ص 14-24.
- زعطوط، رمضان وقريشي، عبد الكريم. (2008). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 17.
- زين العابدين، فارس. (2016). صعوبة التعرف على المشاعر (الالكسيثيميا). مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، مخبر المهارات الحياتية، 38.

- السالم، قاسم. (2021). إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس، جامعة القادسية، العراق.
- السراج، هالة صلاح. (2011). استجابة الحزن والتوافق النفسي لدى الأطفال بعد الحرب الأخيرة على غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، . غزة: كلية التربية، الجامعة الإسلامية في غزة، فلسطين.
- سيسلر، جم ؛ أولاتونجي ، بو ؛ لوهر ، جم ؛ وليامز . (2009). اختلافات التحيز المتعمد بين الخوف والاشمئزاز: الآثار المترتبة على دور الاشمئزاز في اضطرابات القلق المرتبطة بالاشمئزاز . الإدراك والعاطفة. doi:10.1080 / 026999308020
- صقور، سام.(2018). شدة الألم وأثرها في الحالة الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان. جامعة دمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد (34)، العدد (1)، ص ص 325-365.
- ضيف الله، حبيبة.(2023). الأمراض المزمنة وأثرها على الصحة النفسية لدى المسنين. دراسة ميدانية على عينة من مسنين مرضى ارتفاع الضغط الدموي ومرض السكري النوع الثاني. جامعة البليدة 2، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (7)، العدد (1)، ص 1-18.
- طه، فرج عبد القادر. (2003). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- العارف بالله، محمد الغندور. (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة.. القاهرة: ورقة مقدمة إلى المؤتمر الدولي السادس للإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة 10-12 تشرين الثاني.
- العاسمي، رياض (2015). التصميم الناجح لبرامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة، دار الإعصار للنشر، عمان
- العاسمي، رياض (2015). علم النفس الإيجابي السريري، ج1+2، دار الاعصار العلمي، عمان.

- العايش، آمال، وقويدري، علي. (2022). التفكير السلبي وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من مرضى الضغط الدموي - دراسة ميدانية بولاية الأغواط. جامعة عمار تليجي الأغواط، مجلة المواقف للبحوث والدراسات في المجتمع والتاريخ، المجلد (18)، العدد (1)، ص 1081-1099.
- عدودة، صليحة وبراغل، إحسان. (2018). جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، العدد 7، من 64-83.
- العراقي، صلاح الدين. (2006). دراسة العلاقة بين عجز / نقص كلمات التعبير عن المشاعر والتعلق الوالدي لدى الراشدين. مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- عزب، حسام الدين. (2004). برنامج إرشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، القاهرة: ورقة مقدمة للمؤتمر السنوي الثالث عشر، جامعة عين شمس، القاهرة 28-29 آذار.
- غنيم، شاهنده عادل. (2017). فعالية برنامج إرشادي في خفض الأليكسيثيميا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم. مجلة التربية - جامعة بورسعيد.
- فاضل، حازم ناظم (2016). الخوف (أنواعه - أسبابه - علاجه)، فضولي للطباعة - كركوك - العراق.
- فالق، باهية وعدوان، يوسف. (2022). أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. جامعة باتنة 1 الحاج لخضر، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد (7)، العدد (1)، ص ص 577-592.
- الفوال، محمد خير أحمد. (2006). مقاومة الخوف والسلوك الفردي لدى الأطفال. دمشق: كلية التربية جامعة دمشق .
- قابيل، رأفت عبد الباسط. (2018). العلاقة بين أعراض القلق وشدة الألم لدى مرضى الألم المزمن. مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، 86.

- كريمة، نايت عبد السلام.(2021). مظاهر الغضب ومستوى الرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعة - دراسة ميدانية لطلبة قسم علم النفس بجامعة تيزي وزو - جامعة تيزي وزو، حوليات جامعة قالمه للعلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد(15)، العدد(1)، ص 101-118.
- المجيدل، عبد الله شمت. (2019). تطور الفكر الفلسفي من الفلسفة اليونانية إلى المعاصرة. دمشق: جامعة دمشق - كلية التربية.
- المحروقي، عائشة. (2012). مصادر السعادة لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة والثانوية والجامعية في ضوء الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والأكاديمية. مكة المكرمة: جامعة أم القرى، السعودية.
- محمد، محمد ابراهيم (2016). صدق المحتوى في البحوث التربوية: الواقع والتطوير، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 92، المجلد 26.
- محمد، محمد جاسم. (2004). مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمد، هلا، غانم لينا سليمان. (2016). العلاقة بين شدة الألم وتعبيراته الشفوية (حسي / انفعالي) - دراسة ميدانية على عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة الآداب والعلوم الانسانية، 38
- مراد، آلاء. (2018). فاعلية برنامج تدريبي لنمو الأنا الراشدة وفق نظرية تحليل المعاملات الانسانية وأثر ذلك على الاتزان الانفعالي للمراهقين. دمشق: جامعة دمشق - كلية التربية - قسم علم النفس.
- مرسي، كمال إبراهيم. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- مسحل، رابعة. (2019). جودة الحياة كمنبئ باليقظة العقلية والشعور بالسعادة والابداع الانفعالي لدى طلاب الجامعة. 3، 72.
- وادي، منى. (2017). مكونات انفعال الغضب وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. غزة: كلية التربية، الجامعة الإسلامية في غزة، فلسطين.

- وليدة، مرازقة. (2015). نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. جامعة المسيلة.

المراجع الأجنبية:

62 (06). P (657-665).

- Achor, S. (2012). The Happiness Advantage: The Seven Principles of Positive Psychology That Fuel Success and Performance at Work. New York: Crown Business.
- BISHOP, M., & FEISTPRICE, S. (2002). Quality of life assessment in the rehabilitation counseling rehabilitation: strategies and measures. Journal of Applied rehabilitation.
- BOYLE, A.; JOYCE, B.; MCGEE, M.; HANNAH, M.; CIARAN, A. (2000). Individual quality of life approaches to conceptualization and assessment. Bulletin of the World Health Organization.
- Celeghin. A. (2017). Basic emotions in human neuroscience: Neuroimaging and beyond. Front Psychol. National Library of Medicine, 13. doi:10.3389/fpsyg.2017.01432
- Christensen, D. (2010). Primary and Secondary Emotions. PhD., M.S.C.P.
- Corcos, D., Coombes, S., Pavuluri, M., Vaillancourt D. (2011), Maintaining force control despite changes in emotional context engages dorsomedial prefrontal and premotor cortex, National Library of Medicine, Mar; 22(3):616-27. doi: 10.1093/cercor/bhr141. Epub 2011 Jun 15. PMID: 21677029; PMCID: PMC3278319.
- Czopp, A. ; Kay, A. ; Cheryan, S. (2015). Positive Stereotypes Are Pervasive and Powerful, Sage Journals, Volume 10, Issue 4, <https://doi.org/10.1177/1745691>.
- Daantje, 7. D., H., F. A., & Behavior., B. A. (2008). The role of emotion in computer-mediated communication: A review". Computers in Human. doi:10.1016/j.chb.2007.04.004.
- Darwin, C. (1872). The Expression of Emotion in man and animals. New York: Oxford University.

-
- Davey, G. C. (2006). **Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: the case of disgust, hypochondriasis and health anxiety.** J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. doi:10.1016/j.jbtep.2005.09.001
 - Dixon, T. (2012). **School of history** (Vol. 4). London, UK: Queen Mary University of London.
doi:10.1017/CBO9780511628191.009. ISBN 9780511628191.
doi:doi:10.1097/HRP.0000000000000065
 - Dorathy, R. (1996). **Beneficiary Profile** ‘Yesterday ‘Today ‘And Tomorrow Helth Care Financing Review.
 - Ekman, P. (1992). **Are there basic emotions?** Psychol. doi:Rev. 99, 550–553.
doi: 10.1037/0033-295X.99.3.550
 - Ferrell, H. (1995). **GRANT, D Quality of Life Instrument - Breast Cancer Patient Version.** NATIONAL MEDICAL CENTER AND BECKMAN RESEARCH INSTITUTE.
 - Fischer, M. (2000). **The relation between gender and emotion in different cultures.** In A. H. Fischer (Ed.) ‘Gender and emotion: Social psychological perspectives. New York: Cambridge University Pres.
 - Frazier, D. (2003). **All About Families.** New York: Thomason Brooks Cole.
 - Galli.F, Caputi.M, ,**Elena.S Vegni,S &Tassorelli.C.(2017). Alexithymia in chronic and episodic migraine: a comparative study.** Volume 26, 2017 - Issue 3. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124404>
 - Goode, D. (1994). Quality Of Life For Persons With Disabilities; International Perspectives And Issues. **Journal Of Intellectual & Developmenta Disability,** 22.
 - Gupta ,S & Kumar ,D. (2010): **”Psychological correlates of happiness”**, Indian Journal of social science researches,7(10) ,60-64.
 - Haidt, J. (2006). **The Happiness Hypothesis.** London: Arrow Books. London.
 - Jack, R. G. (2014). **Dynamic facial expressions of emotion transmit an evolving hierarchy of signals over time.** Curr. Biol. doi:. 24, 187–192. doi: 10.1016/j.cub.2013.11.064

-
- Jansz, J. (2000). **Masculine identity and restrictive emotionality. Gender and Emotion:** Social Psychological Perspectives.
 - Kaplan, H. (1995). **Comprehensive text book of psychiatry/** VI. (Vol. 1). USA: Williams & Wilkins.
 - Kojima, M. (2012). **Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: A brief review of epidemiological studies.** BioPsychoSocial Medicine. 6.
 - Kozłowska, K. (2015). **Fear and the defense cascade:** Clinical implications and management. Harv Rev Psychiatry.
 - Larsen, K. J.; Nico, B.; Bob, B.; Ron, H. (2003). **Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of Neurobiological Research.**
 - Lewis M. (2000). **Emergence of human emotions.** In: Lewis M, Haviland-Jones JM, editors. Handbook of emotions. 2. New York, NY: Guilford Press;. pp. 253–322.
 - Lyubomirsky, S. (2010). **The How of Happiness: A Practical Approach To Getting The Life You Want.** . London:Piatkus.
 - Macintyre. P, Vincze. L, (2017). **Positive and negative emotions underlie.** doi:10.14746/ssl.2017.7.1.4
 - Martino.G; Caputo. A; Vicario. C; Catalano. A; Schwarz. p; Quattropani, m. (2020). **The Relationship between Alexithymia and Type 2 Diabetes: A Systematic Review.** Psychological Factors as Determinants of Medical Conditions, Volume II. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02026>.
 - Mattila, A.k ; Kirsi, A.; & Teija, H.; Jouko, K.; Salminen. Heini, Huhtala & Matti, Joukama. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. **Journal of Psychosomatic Research.** <https://doi.org/10.1159/000286960>.
 - Mccall.S. (1980). **What is Quality of Life** ,Philosophical, Vol. 25.
 - Nettle, D. (2005). **Happiness: The Science Behind Your Smile.** . NewYork: Oxford University Press.
 - Paul Ekman, a. W. (2003). **Unmasking The Face. Cambridge:** Malor Books.

-
- Phillips, M. L. (1998). **Disgust-the forgotten emotion of psychiatry**. Br. J. Psychiatry. doi: 10.1192/bjp.172.5.373
 - Pirlot, G. (2014). **Alexithymie et Pensee Operatoire, la Revue Hermes**, edition C.N.R.S.
 - Porcelli, P., & Taylor, G. J. (2018). **"Alexithymia and Physical Illness: A Psychosomatic Approach."** Elsevier.
 - Rebecca, R.; Schormans, A.; Zekovic, B. (2003). Quality of Life for Children with Developmental Disabilities. **JOURNAL ON DEVELOPMENTAL DISABILITIES**, 10 (1), PP 107 – 122.
 - rgyl, M. (1999). **Causes and correl ates of happiness N&Schwarz(Eds), well-being** : The foundations of hedonic psychology.
 - Ruth, I., Stijn, V., Reitske, M., Virginie, D., Eline, T., & and Mattias, D. (2012). Interpersonal problems and cognitive characteristics if interpersonal representations in Alexithymia. **The Journal of Nervous and Mental Disease**.
 - Salamagne, M. (1994). **la douleur cancreuse et son traitement,aproche globale et soins palliatifs**, ed frissonnoche. Paris.
 - Schinkel, A. (2018). Wonder, Mystery, and Meaning", tandfonline.
 - Seligman, M. E., & Royzman, E. (2003). **Happiness: The three traditional theories**, from:<http://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/news/news6.html>
 - Smith, H. (2009, may). **Critiquing Models of Emotion. Sociological Methods & Research**. doi:10.1177/0049124109335790
 - Taylor, G.B. (1997). **Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness**. Cambridge: Cambridge University Press.
 - Taylor, J. J., & Bagby, R. M. (2004). **Loss of the ability to express emotions in chronic illness:**
 - Tulipani.C ; Morelli.F ; Spedicato.M.R; Maiello .E; Todarello. O; Porcelli, P. (2010). **Alexithymia and Cancer Pain: The Effect of Psychological Intervention. Psychotherapy and Psychosomatics**.
 - Wester, S. V., & Heesacker, M. (2002). **Sex Differences in Emotion: A Critical Review of the Literature and Implications for Counseling Psychology**". The Counseling Psychologist. doi:10.1177/0010000203000400

- Whoqol-Brife. (1996). **Introduction ‘Administration ‘Scoring And Generic Version Of The Assessment.** . Field Trial Version. Geneva
- Yang, Y. (2008). **Long and Happy Living. Social Science Rsearch.**
- Zinchenko, A. K. (2015). **Emotion and goal-directed behavior: ERP evidence on cognitive and emotional conflict.** Social Cognitive and Affective Neuroscience, . pp. 10, 1577-1587.

ملاحق البحث

ملحق (1):

مقياس شدة الألم بصورته النهائية

يقوم الباحث بدراسة تهدف إلى معرفة شدة الألم التي يعاني منها مرضى الذين يعانون من الألم المزمن نأمل تعاونكم باختيار الرقم المناسب للشدة التي تنطبق مع درجة الألم. علما بأن الإجابات ستكون بغاية السرية والبيانات هي لأغراض البحث العلمي فقط.

معلومات عن المقياس:

المقياس هو عبارة عن مسطرة مرقمة من 0 - 10، حيث يختار المريض رقم يدل على شدة ألمه الحالي. مع العلم أن الدرجة من 0-3 ألم ضعيف

والدرجة من 4-7 ألم متوسط

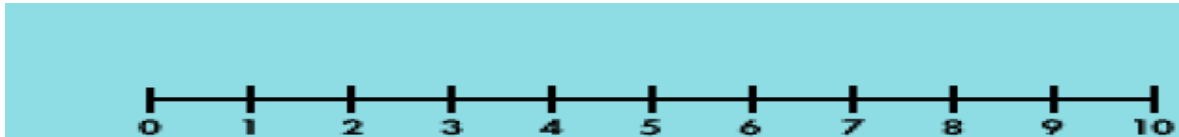
والدرجة من 8-10 ألم شديد

الحالة الاجتماعية:

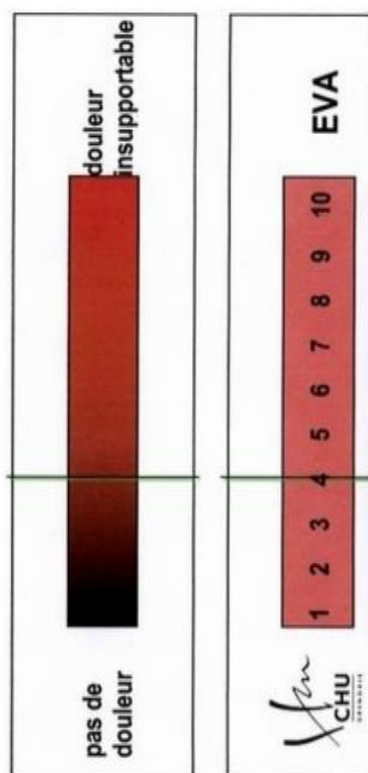
الجنس:

العمر:

درجة شدة الألم:



النسخة الاولى مقياس ايفا لشدة الألم:



لا يوجد ألم	الألم ضعيف	الألم متوسط	الألم شديد	الألم لا يحتمل
Douleur absente	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable

ملحق (2):

السادة محكمي أدوات البحث

الاختصاص الدقيق	الرتبة العلمية والمؤسسة	الاسم	
برامج إرشادية	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة دمشق	أ.د. رياض العاسمي	1
علم نفس معرفي	أستاذ في قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة دمشق	أ.د. غسان منصور	2
علم نفس الشخصية	أستاذ في قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة دمشق	أ.د. أمينة رزق	3
الإرشاد النفسي	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة دمشق	أ.د. ضحى عبود	4
علم نفس بيئي	أستاذ في قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة تشرين	أ.د. بشرى شريبه	5
القياس والتقويم	أستاذ في قسم القياس والتقويم في كلية التربية بجامعة تشرين	أ.د. منذر بوبو	6
التربية الخاصة	أستاذ مساعد في قسم التربية الخاصة في كلية التربية بجامعة تشرين	د. أنساب شروف	7
علم نفس تجريبي	أستاذ مساعد في قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة تشرين	د. سام صقور	8
إرشاد نفسي مدرسي	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة تشرين	د. هلا محمد	9



ملحق (3): مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بصورته النهائية

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم علم النفس

عززي / عزيزتي.....

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "صعوبة التعبير عن المشاعر وعلاقتها بآلام الجسد وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الآلام المزمنة في مشافي محافظة اللاذقية"، واستكمالاً لإجراءات الدراسة، أعد الباحث هذه الاستبانة، بهدف التعرف على الصعوبات التي تعترض تعبيركم عن مشاعركم، علماً أن الاستبانة موجهة إلى خدمة البحث العلمي وهي سرية بشكل كامل.

نرجو التكرم بوضع إشارة √ أمام العبارة التي ترونها تعبر عن وجهة نظركم.

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

العمر:

نوع المرض المزمن:

فترة العلاج:

شكراً لحسن تعاونكم

الرقم	العبارات	درجة الموافقة			
		تتطبق تماماً	تتطبق بدرجة كبيرة	تتطبق بدرجة متوسطة	تتطبق بدرجة قليلة
1	مشاعري غير واضحة.				
2	أجد صعوبة في ايجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعري.				
3	تتناوبني احساس جسدية يصعب فهمها حتى على الاطباء.				
4	أصف بسهولة مشاعري.				
5	أفضل تحليل المشاكل بدل الاكتفاء بوصفها.				
6	عندما اكون متضايقاً لا أستطيع تحديد ما إذا كنت حزينا، او خائفاً، او غاضباً.				
7	أنشغل كثيراً بالاحاسيس على مستوي جسدي.				
8	أفضل ببساطة ترك الامور تحدث على ان افهم لما اخذت هذا المنحى.				
9	لدي مشاعر لن اتمكن ابدا من التعرف عليها.				
10	من المهم بالنسبة لي ان اكون واعيا بانفعالاتي.				
11	أجد صعوبة في وصف مشاعري اتجاه الناس.				
12	يطلب مني الاخرين التعبير أكثر عما اشعر به.				
13	لا أدرك ماذا يحدث بداخلي.				
14	في اغلب الاحيان لا اعرف لماذا انا غاضب.				
15	أفضل الحديث مع الناس حول نشاطاتهم اليومية بدلا من التحدث معهم عن مشاعرهم.				
16	أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية على البرامج الحزينة.				
17	يصعب علي الكشف عن مشاعري الحميمة حتى لاصدقائي المقربين جدا.				

					استطيع ان اشعر بأني قريب من شخص ما حتى في لحظات صمته.	18
					اجد انه من المفيد فهم مشاعري لحل مشاكل الشخصية.	19
					البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يشتت انتباهك عن الاستمتاع بها.	20

ملحق (4): مقياس صعوبة التعبير عن المشاعر بصورته الأولية

م	العبـارات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	عندما يسألني شخص ما عن مشاعري، لا أستطيع معرفة الإجابة عنها.					
2	غير متأكد من الكلمات التي استخدمها لوصف مشاعري					
3	أبذل قصارى جهدي لفهم مشاعر الآخرين					
4	أشعر بالألم في جسدي لكن الأطباء لم يستطيعو تفسير سبب الألم.					
5	لا اعتبر نفسي من الأشخاص الذين يحلمون كثيراً.					
6	ليس لدي رغبة جنسية كما في السابق.					
7	استطيع وصف مشاعري بسهولة.					
8	لا يمكن لي أن أمارس أدائي الوظيفي دون فهم مشاعري.					
9	لا أستطيع أن أعي لماذا ينزعج بعض الناس مني.					
10	لا استمع لمشاعر الناس على نحو جيد.					
11	أجد صعوبة في التعرف إلى مشاعري في حالة الضيق.					
12	عندما أكون منزعج من شيء ما ، غالباً ما أحتفظ به لنفسني					
13	لا أشارك الآخرين مشاعري.					
14	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري للناس المقربين مني.					
15	لا أستطيع فهم احتياجات الناس، عندما يُعبرون عن مشاعرهم.					
16	لدي صورة سيئة عن جسدي.					
17	غير راض عن أدائي الجنسي مع الطرف الآخر.					
18	يصفني الناس بأنني بارد ولا استجيب لاحتياجاتهم ومشاعرهم.					
19	لا أحلم، وإذا حدث ذلك يبدو غريباً					
20	أفكر في عقلي أكثر من قلبي.					
21	لا أستطيع تحديد مشاعري بدقة.					
22	اسأل الآخرين عما سيشعرون به لو كانوا مكانني.					
23	أتأمل مشاعري وأحدد أولوياتي عندما تعامل مع مشاكلي.					
24	اتخيل الحل لأي مشكلة وأقوم بالتخطيط لها.					
25	أشعر بنفسني غير كفاء في مهامني الجنسية					
26	أشعر بتعب جسدي في علاقتي مع الآخرين.					
27	اعتمد على الآخرين في فهم التفاصيل للأحداث والمشاكل التي اتعرض لها.					
28	لا أناقش الموضوعات التي نتناول التعبير عن المشاعر مع الآخرين					

					ارتبك من اقامة علاقات جنسية مع الآخرين.	29
					يشتكى المقربون من برودة مشاعري نحوهم.	30
					افهم مشاعر الآخرين عندما يمرون بتجارب مشابهة لظروفي.	31
					لا يمكن التنبؤ بمشاعري عندما تتتابني أية مشكلة.	32
					أقدم مساعدة مادية للآخرين بدلاً من تقديم المساعدة المعنوية لهم.	33
					لا يفهم الآخرون مشاعري بسهولة.	34
					انزعج عند وصف ما أشعر به تجاه موقف ما.	35
					أتخيل الأمور بطريقة سهلة وعفوية	36
					اتخذ قراراتتي وفق مبادئ بدلاً من مشاعري	37

ملحق (5): مقياس جودة الحياة بصورته النهائية

- مزاجك

لا يزعج ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ يزعج بشدة

- قدرتك على المشي

لا يزعج ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ يزعج بشدة

- عملك اليومي (خارج وداخل المنزل)

لا يزعج ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ يزعج بشدة

- علاقتك مع الآخرين

لا يزعج ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ يزعج بشدة

- نومك

لا يزعج ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ يزعج بشدة

- رغباتك بالحياة

لا يزعج ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ يزعج بشدة

- الرغبة الجنسية

لا يزعج ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ يزعج بشدة

ملخص البحث باللغة الإنجليزية

Abstract

The research aimed to study the relationship between difficulty expressing feelings, physical pain, and quality of life among chronic pain patients. To achieve the research objectives, the researcher followed the descriptive analytical approach, and used measures of difficulty in expressing feelings, intensity of pain, and quality of life. He selected a sample of (62) male and female patients suffering from blood cancer (lymphoma and leukemia), high blood pressure, and diabetes from Tishreen University Hospital.

The research found that there is a positive, statistically significant correlation between the difficulty of expressing feelings and the intensity of pain in a sample of patients, and an inverse negative correlation that is statistically significant between the difficulty of expressing feelings and quality of life in a sample of patients, and an inverse negative correlation that is statistically significant between intensity of pain and quality of life in a sample of patients. patient sample; Therefore, the researcher recommended that doctors in public and private hospitals work to reduce the level of difficulty in expressing feelings and the level of severity of physical and psychological pain among chronic pain patients, especially cancer patients, as much as possible, enhance their level of quality of life, and design therapeutic and counseling programs directed at chronic pain patients aiming to help them overcome They find it difficult to express feelings, overcome the severity of their psychological pain, and enhance their quality of life. He suggested conducting other studies targeting patients with psychosomatic diseases, basic feelings and the difficulty of expressing feelings in chronic pain patients, basic feelings and pain intensity in chronic pain patients, basic feelings and quality of life in chronic pain patients, and chronic pain patients in the Syrian governorates.

KEYWORDS: Difficulty expressing feelings, Body pains, Quality of life, Chronic pain patients

Syrian Arab Republic
Damascus University
Faculty of Education
Department of psychology



**Difficulty in expressing feelings and its relation to
physical pain and quality of life of a sample of chronic
diseases patients in hospitals in Lattakia Governorate**

**A dissertation submitted in partial fulfillment of the
requirements for the Ph.D in General psychology**

by

Thaer Sami Issa

Prepared by:

Co-Supervisor:

Souleiman Kassouha

**Pro. Doctor in the Department of
Psychology at the Faculty of Education at
Damascus University**

Supervisor:

Mahmoud Milad

**Pro. Doctor in the Department of
Psychology at the Faculty of Education at
Damascus University**

2023/2024