

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية

د. نجوى إبراهيم الشناوي  
قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة طنطا

### الملخص:

تهدف الدراسة الراهنة إلى فحص الدور المعدل للنوع في العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم باعتباره إحدى النتائج النفسية السلبية، وفحص الدور المعدل للتعقل في العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة باعتباره إحدى النتائج النفسية الإيجابية لدى ٨٠ مشاركاً من المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية. والكشف عن الفروق بين (المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) في متغيرات الدراسة. وتم الاستعانة بمقياس قابلية التأثر بالضغط أحد المقياس الفرعية لمقياس العصابية بقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية إعداد "كوستا، وماكري" وترجمة بدر الأنصاري، ومقياس قلق الألم إعداد "مكراكين، ودينجرا" McCracken & Dhingra وترجمة الباحثة الحالية، واستخبار الرضا العام عن الحياة إعداد مجدي الدسوقي. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط إيجابي دال بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم، وارتباط سلبي دال بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة، وارتباط سلبي دال بين التعقل وقابلية التأثر بالضغط، وارتباط إيجابي دال بين التعقل والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية. واتضح وجود دور إيجابي للنوع كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم عند الذكور. وإن التعقل لديه القدرة على تعديل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة خاصة عند المستويات المتوسطة والمرتفعة للتعقل. وكشفت نتائج الدراسة كذلك عن وجود فروقاً دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متغير أعراض قلق الألم، وكانت هذه الفروق في اتجاه الإناث؛ أي أن الإناث هن الأكثر معاناة من قلق الألم.

**الكلمات المفتاحية:** النوع، والتعقل، والعصابية، وقلق الألم، والرضا عن الحياة، والألم المزمن الأولي والثانوي.

## مقدمة

الألم هو خبرة إنسانية عامة، وهو الحالة الجسدية الأكثر شيوعاً التي يتم الإبلاغ عنها. ويؤدي الألم وظيفة بيولوجية أساسية تنبهاً إلى تلف محتمل للأنسجة مما يسمح لنا بحماية المنطقة المصابة. ومع ذلك، عندما يمتد الألم إلى ما بعد الشفاء الطبيعي ويصل إلى حالة من الألم المزمن، يمكن أن يتسبب في عدد لا يحصى من المشكلات. وتم تحديد الألم المزمن كأحد أهم المشكلات الصحية التي تواجه الجمهور ومقدمي الرعاية الصحية، فهو يمثل أيضاً مشكلة كبيرة في الرعاية الصحية. وقد تطور الطب في تقديم حلول للألم الحاد، ولكن ليس للألم المزمن، فعلى الرغم من الفهم المتزايد للبيولوجية المرضية المتطورة للألم، لا تزال هناك فجوة كبيرة في مجال علاج الألم المزمن. ويعاني ما يقرب من خمس السكان البالغين من ألم مزمن يؤثر بشكل خطير على نوعية حياتهم. لذلك، فإن الوقاية من الألم المزمن وعلاجه هو أحد أهم الاهتمامات الحالية، ويمثل تحدياً مستمراً للمهنيين الصحيين في تطوير علاجات فعالة للألم المزمن (Kim, 2017; Leov, 2016; Almeida et al., 2014). وتشيع حالات الألم المزمن في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، وتعتبر أحد الأسباب الأكثر شيوعاً لطلب الرعاية الطبية. فعلى الرغم من أن معدلات الوفيات الأعلى تكون بسبب احتشاء القلب والسكتة، والأمراض المعدية، والسرطانات، والسكري، فإن الألم المزمن هو مصدر رئيس لمعاناة الإنسان وعجزه. حيث إن الألم ذاته وعديد من الأمراض المرتبطة به لا يهدد الحياة على الفور؛ ولكن يستمر الأشخاص في العيش مع الألم (Treede et al., 2019).

في كثير من الأحيان، تكون خبرة الألم نتيجة لتلف الأنسجة أو أحد أعراض مرضاً ما، فيتم تنشيط مستقبلات الألم عن طريق الجزء المكسور أو المصاب، ومن خلال نظام معقد من المضخات والمثبطات تُنقل الإشارات للأجزاء اليقظة من المخ، وهذا ما يسمى بالآلية الإحساس أو مستقبلات الألم<sup>1</sup>. النوع الثاني من الألم يسمى الاعتلال العصبي<sup>2</sup> ويتعلق بالألم الذي ينشأ عن تلف أو ضرر في الجهاز العصبي نفسه؛ كما هو الحال مع بتر الأطراف أو داء السكري أو التصلب المتناثر. وهناك أيضاً آلية ثالثة عندما ينشأ الألم من تغير أو تبدل مستقبل الألم<sup>3</sup>؛ فيحدث تغييرات في أداء أو وظائف الجهاز العصبي الطرفي و/أو المركزي<sup>4</sup>، وهذا النوع من الألم ليس له دليل على الضرر الجسدي المستمر للأنسجة أو الأعصاب، فالألم لم يعد عرضاً بل مرضاً في حد ذاته. وهو ما يحدث على سبيل المثال في زملة الألم العضلي الليفي<sup>5</sup>، وزملة الألم

1 Nociceptive Pain Mechanism

2 Neuropathic

3 Altered Nociception

4 The Peripheral and / or Central Nervous System

5 Fibromyalgia

الموضعي المعقدة<sup>١</sup>، وتسمى هذه الآلية الألم المصطنع<sup>٢</sup> وهي التي تؤدي إلى استمرار الأعراض غير المبررة طبيياً (4, Wicksell, 2020).

في عام ٢٠١٩ تم تقديم الألم المزمن لأول مرة بترميز خاص به، في التحديث الأخير للتصنيف الدولي للأمراض (المراجعة الحادية عشرة)<sup>٣</sup> الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وفيه تم الإقرار بفكرة أن الألم يمكن أن يكون مرضاً في حد ذاته وليس عرضاً. وإضافة الألم المزمن الأولي<sup>٤</sup> كتشخيص جديد، يتم التشخيص به عندما تكون المسببات غير واضحة، ولا يكون هذا الألم ثانوياً أو مصاحباً لإصابة أو مرض مستمر. وتشمل معايير التشخيص مدة الألم والتي تستمر لأكثر من ثلاثة أشهر، مع وجود دليل على ضعف أو عجز وظيفي و/أو كرب انفعالي شديد. وبذلك سمح التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشرة بالتعامل مع الألم المزمن من وجهة نظر حيوية ونفسية واجتماعية، وأنشأ سبع فئات تشخيصية رئيسية، والتي بدورها تنقسم إلى فئات فرعية تشخيصية محددة. الفئة الأولى؛ تسمى الألم المزمن الأولي؛ حيث لا يوجد مرض كامن أو ضرر محدد معروف يمكن أن تفسر أعراض الألم المزمن من خلاله. بينما في الفئات الست المتبقية يسمى الألم المزمن بالثانوي، حيث يفسره مرض أساسي أو ضرر محدد أو معروف.

الألم المزمن هو الأكثر شيوعاً بين البالغين، وهو مصدر قلق متزايد للصحة العامة، ويؤدي إلى تأثيرات فردية، واجتماعية، واقتصادية كبيرة في جميع أنحاء العالم. وتشير التقديرات إلى أن الألم المزمن يؤثر على حوالي ٢٠% من البالغين والأطفال. وأشارت بعض التقارير إلى نسب انتشار متغيرة تتراوح بين ١١-٥٠% بين البالغين في جميع أنحاء العالم، وبالتالي فإن واحداً من كل خمسة بالغين سيعاني من ألم مزمن في حياته. وقد بلغت نسبة انتشار الألم المزمن غير المحدد في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل حوالي ٣٤٪، مع انتشار أكبر بين كبار السن، والأشخاص الذين يعيشون في فقر. ويشيع الألم المزمن في كثير من الأحيان بين الإناث أكثر من الذكور، وأفادت الإناث أيضاً بوجود ألم أكثر حدة من الذكور (Arévalo-Martínez et al., 2022, 2; Rankin, 2020, 2; Wicksell, 2020, 4).

تفتقر البلدان النامية إلى بيانات وبائية دقيقة عن حالات الألم المزمن؛ فاختلاف التعريف بالأعراض، واختيار المريض الذاتي لمقدم الرعاية الصحية يحد من صحة البيانات الوبائية. وتضيف الاختلافات المنهجية الأخرى كطرق قياس شدة الألم إلى

1 Complex Regional Pain Syndrome

2 Nociplastic

3 International Classification Of Diseases 11th Revision (Icd-11)

4 Chronic Primary Pain (CPP)

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

صعوبة مقارنة البيانات بين الدراسات (Nossier, 2011). ومن بين التقارير التي أشارت إلى نسب انتشار حالات الألم المزمن بصفة عامة، وبعض الحالات بعينها بصفة خاصة في البلدان العربية، فقد أشار "الحافظ" وزملاؤه إلى أن نسبة انتشار الألم المزمن بين السكان البالغين في ليبيا بلغت حوالي ٢٠٪، وبلغ انتشار اعتلال الأعصاب بينهم ٧٪، أي ٩٪ من عامة السكان البالغين (Elzahaf et al., 2016). وتراوحت نسب انتشار الصداع النصفي - في المراجعة المنهجية التي قام بها "المتولي" وآخرون في الفترة الزمنية ١٩٩٠-٢٠١٩ - بين البالغين في الدول العربية بين ٢,٦٪-٣٢٪ (El-Metwally et al., 2020). وأشار "عطية" وآخرون في دراستهم إلى انتشار الآلام العضلية الهيكلية المزمنة بين طلاب المدارس الثانوية المصرية الذين تراوحت أعمارهم بين ١٥-١٧ عاماً، حيث بلغت نسبة الانتشار بين طلاب المدارس الثانوية العامة ٦٩,٧٪، وبلغت النسبة بين طلاب المدارس الفنية ٨٣,٨٪ (Atia et al., 2023).

ويُعد الألم المزمن (الألم الذي يستمر لأكثر من ٣ أشهر) مشكلة صحية شديدة طويلة الأمد، ومتعددة العوامل تشمل عوامل حيوية ونفسية واجتماعية. لذلك يشكل الألم المزمن عبئاً ثقیلاً على المجتمع وله تأثيرات فسيولوجية ونفسية واجتماعية واقتصادية كبيرة. فالألم المزمن له تكاليف مباشرة وغير مباشرة تصل تقريباً إلى ٥٪ من الناتج القومي الإجمالي في دول أوروبا الغربية علي سبيل المثال. حيث قدرت التكلفة الاقتصادية للألم المزمن في أوروبا بنحو ٣٠٠ مليار يورو، والتي تشمل التكاليف المباشرة وغير المباشرة الناتجة عن فقدان الدخل والعافية. وفي أستراليا، تم تقديره على أنه ثالث أكثر المشكلات الصحية تكلفة في البلاد. وتتجاوز تكلفة الألم المزمن في الولايات المتحدة التكلفة الإجمالية الفردية لأمراض القلب، والسرطان، والسكري (Ledermann et al., 2022; Rankin, 2020). فوفقاً لمعهد الطب (الأكاديمية الوطنية للطب الآن)<sup>١</sup> (٢٠١١) يتم إنفاق ما لا يقل عن ٥٦٠-٦٣٥ مليار دولار سنوياً على الآلام المزمنة في الولايات المتحدة، والتي تتراوح ما بين ٢٦١-٣٠٠ مليار دولار للتكلفة الإضافية للرعاية الصحية وما بين ٢٩٧-٣٣٦ مليار دولار لتكلفة فقدان الإنتاجية. وفي عام (٢٠١٤) قدر المعهد الوطني للصحة المهنية<sup>٢</sup>، تكلفة الألم إلى أكثر من ١٠٠ مليار دولار سنوياً متمثلة في أيام العمل الضائعة، ولا يشمل ذلك التكاليف غير الملموسة للضغوط الواقعة علي المريض، وأسرته، وانخفاض نوعية الحياة.

ولسوء الحظ، معدل انتشار الألم المزمن في ارتفاع مستمر، فعلى سبيل المثال ارتفع معدل الانتشار من ٢٧,٣٪ في أواخر التسعينيات إلى ٣٦,٦٪ في عام ٢٠١٠، وتستمر هذه النسبة في الزيادة سنوياً. بالإضافة إلى ذلك، أشار معهد الطب (٢٠١١) إلى أن المشكلات المتعلقة بالألم المزمن (مثل شدته، والعجز) تزداد مع تقدم عمر

1 Institute of Medicine (now the National Academy of Medicine)

2 the National Institute for Occupational Health

الفرد. ومع زيادة أعداد المواليد وارتفاع متوسط عمر الفراء، فإنه بحلول عام ٢٠٥٠ سيتضاعف عدد الأفراد الذين يبلغون من العمر ٦٥ عاماً تقريباً فأكثر، مما يعني زيادة المشكلات المرتبطة بالألم المزمن، وأيضاً زيادة تكاليفه وعلاجه (Ward, 2020, 12-). (14; Kim, 2017, 2).

نسبة كبيرة من حالات الألم والتعب الحاد والمزمن تظل غير مبررة، ومع ذلك هناك عديد من عوامل الخطر المرتبطة ببدا الأراض وتطورها ومنها؛ (أ)العوامل السكانية، ونمط الحياة والعوامل البيئية، بما في ذلك العوامل النفسية والجسدية؛ (ب)أعراض القلق والاكتئاب، وحالات الوظائف الجسمية (كزملة القولون العصبي)؛ (ج)سمات الشخصية، ولا سيما قابلية التأثر بالضغط/العصابية (الوجدان السلبي)؛ (د)حالات الألم المستمر، بما في ذلك الآلام المحددة والمزمنة المنتشرة؛ (هـ)العوامل الوراثية (2, 2018, Vassend et al., 115; Schug et al., 2020). لذلك نجد أن الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن هم أكثر عرضة بنسبة ٢٥-٤٠٪ لاستيفاء محكات اضطراب القلق، وأكثر عرضة للاكتئاب بمعدل ٣-٤ مرات أكثر من نظرائهم الذين لا يعانون من الألم. إضافة إلى ذلك، غالباً ما يكون العلاج الحالي للألم المزمن غير كافٍ، وهناك حاجة إلى استراتيجيات علاجية جديدة (Rankin, 2020; Palmeri, 2016). فتزايد عدد الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن باطراد، على الرغم من التحسن الشامل لمعايير الرعاية الصحية، يؤكد على الحاجة الملحة إلى رؤى جديدة تساعد في التشخيص والوقاية والعلاج الأفضل لمرضي الآلام المزمنة (Ledermann et al., 2022, 3).

## مدخل إلى مشكلة الدراسة

يُعد الألم خبرة عامة، فمعظم البشر لديهم معرفة عن كيف يكون الشعور بالألم. وفي ذات الوقت تُعد خبرة الألم فريدة وذاتية، فأى شخص يشعر بالألم؛ يشعر به في ضوء بيئته الشخصية. وتتأثر خبرة الألم كذلك بالأحداث الجارية، وذاكريات الألم السابقة، والأفكار حول المستقبل كل ذلك في ذات الوقت. وبالتالي، لا يمكن فهم الألم إلا في السياق الذي يحدث فيه (3, 2020, Wicksell). لذلك تختلف أعراض الألم من حيث شدته، ونوعه من فرد لآخر، بسبب الظروف المختلفة المرتبطة بالألم المزمن، والطبيعة الذاتية لخبرة الألم. كما أن الألم المزمن يمثل حالة تحدي تؤثر على جميع جوانب العافية النفسية والجسدية والاجتماعية للفرد. ويعيق ويؤثر سلباً على نوعية الحياة، والنوم، وكذلك معدلات السمنة، والتعب، والفعالية الطبية، والوفيات (Leov, 2016, 2).

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

ويؤدي النوع (كمتغير بيولوجي، ومتغير ثقافي) دوراً في التباين الصحي، ويكمن خلف عديد من السلوكيات الصحية المختلفة، على سبيل المثال؛ وجدت بعض الدراسات كدراسة "أوجدن" (Ogden, 2012)، و"أولدفيلد" (Oldfield, 2013) أن الإناث يقمن بزيارات أكثر لممارسي الرعاية الصحية، ويبلغن عن أعراض أكثر من الذكور، خاصة الأعراض التي تبدو في ظاهرها نفسية. لذلك كثيراً ما تقابل أعراض الإناث بشك من قبل المهنيين الطبيين، بينما تميل أعراض الذكور لأن تكون أكثر تصديقاً. ومن الشائع أيضاً عدم تصديق تقارير الإناث عن الألم، ويتم اتهامهن بتزوير الأعراض أو المبالغة فيها (Reeves, 2015, 11).

وقد سلطت نماذج الألم التكاملية الضوء على أهمية العوامل النفسية التي تسهم في استمرار الألم وتفاقمه. خاصة الشخصية باعتبارها أحد الجوانب الأكثر صلة بعلم النفس الإكلينيكي والسلوكي، وباعتبارها بناءً يشارك في الصحة والمرض. وارتبطت الشخصية والعوامل ذات الصلة (كالوجدان السلبي، والتقييمات، والمعتقدات غير التكيفية، والتهويل، والخوف التجنبي<sup>1</sup>، والسيطرة المتصورة على الألم، وضعف فعالية الذات، والمشكلات المتعلقة بقابلية التأثر بالضغط، والصمود، وعمه المشاعر، والضغط المتصورة، والتنظيم الانفعالي، والتعاطف، والاعتماد الانفعالي، ومركز الضبط، وما إلى ذلك) بخبرة الألم (كحالات الألم المزمن)، والاضطرابات النفسية (كالقلق والاكتئاب)، وحتى السلوكيات العنيفة والإجرامية وغيرها (Montoro & Galvez-Sánchez, 2022; Leov, 2016).

وقد اكتسب تأثير الشخصية على خبرة الألم المزمن - تحديداً زملة الألم العضلي الليفي - اهتماماً متزايداً مؤخراً، خاصة في ضوء المواجهة غير الملائمة للضغط، ودور الشخصية في تحويل هذه الضغوطات إلى استجابات فسيولوجية تؤدي في النهاية إلى تفاقم الأعراض. فمنذ عام (٢٠٠١) استخدمت الدراسات قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية للتحقيق في سمات الشخصية بين مرضى الألم العضلي الليفي، ومع ذلك كانت هذه الدراسات محدودة، إضافة إلى أنها أسفرت عن نتائج مختلطة. وقد أظهر عدد من الدراسات كدراسة "مالين، ولينلجون" (Malin & Littlejohn, 2012, 2016) ارتباط أبعاد الشخصية ببعض النتائج الصحية لمرضى الألم العضلي الليفي، خاصة العصابية التي ارتبطت ارتباطاً دالاً بالألم، والتعب، والضغط، والنوم، والقلق، وكان لديها القدرة على التنبؤ بشكل كبير بقلق الألم، وكارثية الألم (Seto et al., 2019, 149-150). وقد تم تصوير الشخصية أيضاً على أنها خاصية أو متغير يؤثر على نوعية حياة المرضى واستجابتهم للعلاج بشكل عام (Conversano et al., 2018, 229).

وتعد الأدلة التي فحصت العلاقة بين الشخصية والنتائج النفسية والاجتماعية والصحية لمرضى الألم المزمن محدودة. وتوضح دور الشخصية في الإصابة بحالات الألم المزمن (خاصة زملة الألم العضلي الليفي) سيؤدي إلى توسيع المعرفة بهذه الاضطرابات وطبيعتها المعقدة. ويؤدي التحقيق في العمليات الوجدانية، وحالات الصحة النفسية في هذه الاضطرابات إلى فهم أفضل للعمليات النفسية التي تنطوي عليها هذه الحالات. وقد يكون لهذا أثراً في تحسين نتائج المرضى من خلال توفير نظرة ثاقبة لتصميم خطط علاج أكثر فردية وفعالية تأخذ في الاعتبار المكونات المتنوعة التي تسهم في الأعراض الإكلينيكية (Ledermann et al., 2022, 3; Seto et al., 2019, 150).

وقد تم تحديد الألم المزمن باعتباره أحد العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى عدم الرضا العام عن الحياة بين المصابين. وذلك لتأثير الألم المزمن بشكل كبير على حياتهم، ومنعهم من المشاركة في الأنشطة البدنية اليومية. كما تؤثر القيود الجسدية على نوعية العلاقات بين الشخصية أو العلاقات الاجتماعية؛ فالاعتماد المفرط على الشريك أو أفراد الأسرة يمكن أن يؤدي إلى مشاكل شخصية أو انسحاب المريض من الأنشطة الاجتماعية، والذي بدوره يؤدي إلى العزلة الاجتماعية وانخفاض الرضا عن الحياة. ويرتبط الألم المزمن بالانفعالات السلبية، التي قد تزيد من خطر الإصابة باضطرابات نفسية مع مرور الوقت، وتعاطي الكحول أو المخدرات. فغالباً ما يعاني مرضى الألم المزمن من الإحباط لأن الألم لا يزول بغض النظر عما يفعلونه، وخيبات الأمل لأنهم لا يستطيعون الانخراط في أنشطة الحياة العادية كما كان من قبل، والغضب الذي يشعرون به تجاه سبب الألم، والمتخصصين الطبيين، وأنفسهم، و/أو الضغوط التي تجلب لهم الألم. لذلك كثيراً ما يترافق مع الألم المزمن الاكتئاب، واضطرابات القلق، والأرق، والتعب، والتغيب عن العمل/المدرسة، وعلاقات اجتماعية سيئة، وتدني نوعية الحياة (Ledermann et al., 2022, 3; Wicksell, 2020, 4; Kim, 2017, 1).

وذكرت المجلة الطبية البريطانية (١٩٩٣)<sup>١</sup> إن زيادة انتشار الأمراض والآلام المزمنة يتطلب زيادة في إدارة العميل الذاتية لتحسين نوعية الحياة، والحرص على انخفاض التكاليف الصحية. وصرحت منظمات صحية عديدة؛ كالرابطة الأوروبية لمواجهة الروماتيزم<sup>٢</sup>، والكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم<sup>٣</sup> بضرورة إضافة

1 British Medical Journal (1993)

2 European League Against Rheumatism

3 The American College of Rheumatology (ACR)

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية

استراتيجيات علاجية أكثر فاعلية لمرضي الألم العضلي الليفي وغيرها من حالات الألم المزمن، ودمج الأساليب غير الدوائية مثل التعقل، والاسترخاء، والتنقيف النفسي.

وقد تم الإشارة إلى التعقل علي وجه التحديد، باعتباره مفيداً للأشخاص الذين يعانون من الأمراض والآلام الجسمية المزمنة، وأن ممارسته تعد غاية في الأهمية للوقاية من بعض الاضطرابات النفسية والجسدية وعلاجها، خاصة برامج الحد من التوتر القائم على التعقل. وقد أوضح كل من "كبات-زين" (Kabat-Zinn, 1990)، و"باير" وزملاؤه (Baer et al. 2005) أن التعقل لديه القدرة كذلك علي خفض قابلية التأثر بالضغط لدى الأشخاص، كما أنه يؤدي إلى تحسين مهارات المواجهة. وتم إثبات فعالية ممارسات التعقل كتدخل علاجي للمشاكل النفسية والجسدية في عديد من الدراسات البحثية كدراسة "ماكنزي" وزملائه (McKenzie et al. 2006). وسلط عدد آخر من الباحثون - مثل "أمان" وزملاؤه (Aman et al. 2018) - الضوء على أهمية التحقيق في آثار التطبيق العلاجي للتعقل على مرضى الألم المزمن (Cejudo et al., 2019, 2; Merkes, 2010, 200; Penque, 2009, 17).

### مشكلة الدراسة

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤلات الآتية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية؟
2. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التعقل وكل من قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية؟
3. هل يُعدل النوع العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم (باعتباره إحدى النتائج النفسية السلبية) لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية؟
4. هل يُعدل التعقل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة (باعتباره إحدى النتائج النفسية الإيجابية) لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية؟
5. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين كل من (المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) إجمالاً؛ في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة؟

### أهمية الدراسة الراهنة ومبرراتها

1. ارتفاع عدد المصابين بالألم المزمن سواء الأولي أو الثانوي، حيث تتراوح نسب الانتشار وفقاً للتقارير بين ١١-٥٠٪ على مستوى العالم، وحوالي ٣٤٪ في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، وبين ٢٠-٣٢٪ في البلدان العربية، وبين



- ٦٩-٨٣٪ بين طلاب المدارس الثانوية المصرية. فعلي الرغم من إشارة الدراسات إلى انتشاره بنسبة أكبر بين الإناث، وكبار السن، إلا أنه من الملاحظ من خلال الدراسات أيضاً انتشاره بين فئات عمرية أصغر، إضافة إلى انتشاره بين الأطفال وطلاب المدارس الثانوية.
٢. يشكل الألم المزمن عبئاً اقتصادياً ثقيلاً على المجتمع قد يصل علي سبيل المثال إلى ٥٪ من الناتج القومي الإجمالي في دول أوروبا الغربية، وما يقرب ٦٣٥ مليار دولار سنوياً في الولايات المتحدة. أما البلدان النامية فإنها تفتقر إلى البيانات الوبائية الدقيقة سواء عن أعداد حالات الألم المزمن أو عن أعباء التكلفة الاقتصادية لهم. وأياً كانت التكلفة سواء نفقات الرعاية الصحية أو التغيب عن العمل وضعف الإنتاج، فهو في كل الأحوال يشكل عبئاً علي مؤسسات الدول النامية أو حتي الأفراد وأسرهم.
٣. معدل انتشار الألم المزمن في ارتفاع متزايد سنوياً خاصة مع ارتفاع متوسط عمر الفرد، مما يعني زيادة المشاكل المرتبطة بالألم المزمن، وأيضاً زيادة تكاليف الألم المزمن وعلاجه.
٤. يصاحب حالات الألم المزمن؛ مشقة انفعالية، وعجز وظيفي، واكتئاب، وقلق، وأرق، وتعب، وتغيب عن العمل/المدرسة، وعلاقات اجتماعية سيئة، وتدني في نوعية الحياة.
٥. التقدم في المعرفة حول كيفية تأثير العوامل النفسية على بداية الألم المزمن واستمراره، والتعرف علي خصائص مرضي الألم المزمن، له أهمية كبيرة في التأثير علي فعالية البرامج العلاجية المقترحة لهذه الحالات.
٦. ندرة الدراسات العربية - في حدود اطلاع الباحثة - التي تناولت بالبحث خصائص مرضي الألم المزمن الأولي والثانوي والمقارنة بينهم، وتقييم النتائج النفسية لديهم.

لذلك تسعى الدراسة الراهنة إلي تقييم خصائص الشخصية (العصابية/قابلية التأثر بالضغوط) في علاقتها بالنتائج النفسية (قلق الألم، والرضا عن الحياة) لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية. والتحقق من الدور المعدل لكل من النوع والتعقل في هذه العلاقات. وأيضاً الكشف عن الفروق بين (المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) علي متغيرات الدراسة.

## مفاهيم الدراسة

### ١. قابلية التأثر بالضغط<sup>١</sup>

هي إحدى مكونات عامل العصابية بنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وفقاً لنموذج "كوستا، وماكري" (Costa & McCrae (1992) (الأنصاري، ٢٠٠٢، ٧١٢). ويقصد بالعصابية الميل إلى خبرات انفعالية غير سارة أو سلبية؛ كالغضب، والقلق، والاكتئاب، وقابلية التأثر بالضغط، وعدم الاستقرار الانفعالي، ونقص التحكم في الاندفاع، وتحمل محدود للمثيرات المنفرة (Wrangler, 2016, 29; Kadimpati et al., 2015, 2).

وتُعرف قابلية التأثر بالضغط بعدم قدرة الفرد على تحمل الضغوط، لذا يشعر الفرد بالعجز أو اليأس والافتكال، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات في المواقف الضاغطة (الحسيني، ٢٠١٢، ١٧٣)، ويميل الأفراد الذين يتسموا بقابلية التأثر بالضغط أيضاً إلى الشعور الدائم بالذعر، وسرعة الاستثارة (Iani et al., 2017, 666)، والمبالغة في الاستجابة عند مواجهة خطر. ويدرك الأفراد القابلون للتأثر بالضغط المثيرات (أو الأحداث الطارئة) على أنها محبطة، ومنفرة، ولا يمكن إدارتها أو التحكم فيها، ولا يمكن التنبؤ بها. وكأحد جوانب العصابية، تمثل قابلية التأثر بالضغط الميل إلى تناوب الضغوط أو تكرارها، وتقييمها على أنها منفره أو بغضه، ومواجهتها بطرق محددة، من بينها الاعتمادية ونقد الذات (Piechurska-Kuciel, 2020, 40).

وفقاً لنموذج العوامل الخمسة، فإن سمات الشخصية هي أنماط ثابتة من الأفعال، والأفكار، والمشاعر (Kadimpati et al., 2015, 2). ومن بين جميع سمات الشخصية في نموذج العوامل الخمسة للشخصية، تعد العصابية من أقوى المؤشرات على العافية الذاتية (O'Loughlin et al., 2019). لذلك ركزت دراسات الألم على دور العصابية، باعتبارها أحد أبعاد الشخصية الأكثر ارتباطاً بأعراض التعب الشائعة، وزملة الألم المزمن، والزملاط المشابهة لها. كدراسة "نايلور" وآخرون (Naylor et al. (2017 التي أشارت إلى أن العصابية قد تزيد من قابلية الإصابة بالاكتئاب، والقلق، وكرثية الألم، وقلق الألم وتؤثر أيضاً على حالات تنظيم الألم مثل يقظة الألم والتهويل، وعمليات تضخيم الأعراض الجسدية بشكل عام. وتوصل "كويجبرز" وزملائه (Cuijpers et al. (2010 إلى أن العصابية لها علاقة قوية ومنبئة بمجموعة متنوعة من العمليات والنتائج المتعلقة بالصحة. وبالتالي، فإن الأشخاص مرتفعي العصابية أكثر قابلية لمجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية والجسمية، وبلوغ مستويات مرتفعة

من الاعتلال المشترك، والضغط المرتبطة بالعمل في حالات الألم المزمن. وأوضح "مكاري، وكوستا" (٢٠٠٨)، و"سفيجيتيك" وزملاؤه (Cvijetic et al., 2013) أن العصابية - بين الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن - ترتبط بشدة العجز، وضعف نوعية الحياة، وزيادة الاستجابات التفاعلية نحو الألم، وشدة المعاناة، واستخدام استراتيجيات سلبية في مواجهة الألم. وأضاف "كاتو" وزملاؤه (Kato et al., 2006) أنه من الأفضل النظر إلى العصابية على أنها عامل مهياً عام، قد يفسر - بشكل كلي أو جزئي - الارتباط بين التعب وعديد من عوامل الخطر المرتبطة به، بما في ذلك أعراض القلق والاكتئاب والألم (Ibrahim et al., 2020; Vassend et al., 2018, 3-). كما يجب توخي الحذر في تحليل وتفسير الارتباطات الخطية بين عوامل الشخصية وزملات الألم المزمن (كالصداع النصفي)، وقد يكون من المفيد الاستعانة بالنماذج الوسيطة والمعدلة لفهم دور جميع المتغيرات المعنية بشكل أفضل (Montoro & Galvez-Sánchez, 2022, 3).

## ٢. بعض النتائج النفسية:

وفيما يتعلق بالنتائج النفسية لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية التي سيتم تناولها بالدراسة الراهنة، سيتم تقييم قلق الألم باعتباره إحدى النتائج النفسية السلبية، والرضا عن الحياة باعتباره إحدى النتائج النفسية الإيجابية، وسوف تستعرض الباحثة ضمن هذا الجزء ثلاثة مفاهيم هي: الألم المزمن، وقلق الألم، والرضا عن الحياة.

### أ. الألم (الألم المزمن)

يُعرّف الألم بواسطة الرابطة الدولية لدراسة الألم<sup>١</sup> بأنه؛ خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة بتلف فعلي أو محتمل بالأنسجة، ويتم وصفه من حيث هذا الضرر، مع التأكيد على ذاتية خبرة الألم، وإن الإحساس به عملية معقدة. وقد أشارت الرابطة الدولية لدراسة الألم (٢٠٢٠) إلى أن الألم يتأثر بالعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ويمكن تعلمه من خلال خبرات الحياة. وقد يحدث نمط معين من السلوك نتيجة الإحساس بالألم والمعاناة؛ كالتجنب والهروب، ويمكن ملاحظة هذه السلوكيات وقياسها كمؤشرات لشدة الألم. ويتداخل الألم عادة مع الأنشطة اليومية؛ كمقابلة الأصدقاء، والحفاظ على العلاقات، وممارسة الجنس، والعمل، والتمارين الرياضية، والنوم، والقيام بالأعمال المنزلية. وتعتبر شدة الألم أحد العوامل المرتبطة بمستويات التداخل، والأداء الوظيفي، ونوعية الحياة (Li, 2021; Wicksell, 2020).

1 The International Association For The Study of Pain

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

لذلك يعرف تداخل الألم<sup>1</sup> - والذي يطلق عليه الألم التداخلي - بواسطة النظام المعلوماتي لقياس النتائج التي يصفها المريض<sup>2</sup>؛ بأنه الدرجة التي عندها يمثل الألم عقبة أمام أداء الأنشطة البدنية، والمعرفية، والانفعالية، والترفيهية والمشاركة فيها، بالإضافة إلى النوم، والرضا العام عن الحياة (Makhoul, 2019, 12). ويعتبر تداخل الألم، والأداء/العجز من المفاهيم وثيقة الصلة، وبالتالي يعد الألم التداخلي هدف علاجي مهم (Wicksell, 2020, 5).

وفي السابق، كان يُنظر إلى الألم المزمن على أنه مشابه للألم الحاد، ولكنه يختلف في المدة. واصطُح مؤخراً على أن الألم المزمن مرضاً في حد ذاته، وله تغييرات هيكلية قد تختلف وتتطور عن تلك التي لها سبب أساسي (Rankin, 2020).

### الألم الحاد مقابل الألم المزمن

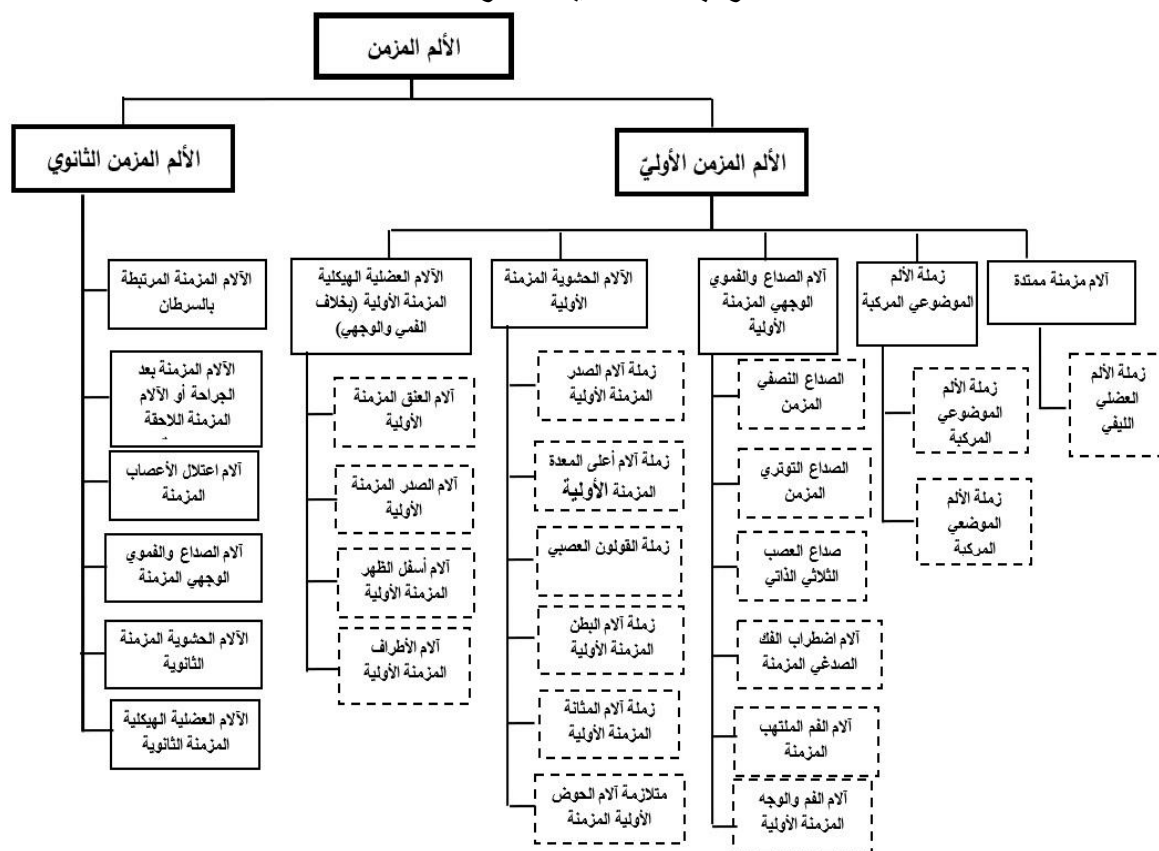
الألم الحاد؛ هو استجابة فسيولوجية مفاجئة وقصيرة تنتج عن تحفيز كيميائي، أو حراري، أو ميكانيكي وخيم. عادة ما يكون ناتجاً عن إصابة، أو عملية جراحية، أو صدمة، أو مرض ويتوقف قبل فترة طويلة من شفاء الأسباب. ويعد الألم الحاد تكيفي لأنه يشير إلى ضرر محتمل ويحفز الاستجابات لتجنب الضرر، ووفقاً لتعريفات الألم الحاد، فهو لا يستمر أكثر من ستة أشهر، أو الوقت المتوقع للشفاء (Li, 2021; World Health Organization (WHO), 2020).

الألم المزمن؛ عرفت منظمة الصحة العالمية، مع الرابطة الدولية لدراسة الألم - في المراجعة الأخيرة للتصنيف الدولي للأمراض الإصدار الحادي عشر - الألم المزمن بأنه؛ خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة أو شبه مرتبطة بتلف فعلي أو محتمل للأنسجة، والذي يستمر بعد وقت الشفاء الطبيعي التالي للإصابة أو يتكرر لمدة تزيد عن 3 أشهر. وهناك مجموعة واسعة من حالات الألم المزمن يتم تحديدها بناءً على موقع الإصابة (كالظهر، والرأس، والأحشاء)، ونوع الإصابة (كاعتلال الأعصاب، والتهاب المفاصل، والسرطان). وعلى عكس الألم الحاد، فإن الألم المزمن غير تكيفي، وغالباً ما يرتبط بالإعاقة أو العجز الجسدي، والكرب الانفعالي، والخلل الوظيفي في الحياة الاجتماعية والمهنية (Arévalo-Martínez et al., 2022; Li, 2021; Rankin, 2020). وقد تم تصنيف حالات الألم المزمن في التصنيف الدولي للأمراض بالمراجعة الحادية عشرة - شكل (1) - حيث تم التمييز بين زميلات الألم المزمن الأولي، وزميلات الألم المزمن الثانوي (Rinaldi, & Srinivasan, 2023; Rankin, 2020; Nicholas et al., 2019).

1 Pain Interference

2 Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)

شكل (١) حالات الألم المزمن الأولي والثانوي - وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض -  
المراجعة الحادية عشرة



**الألم المزمن الأولي؛** يعرف بأنه ألم مزمن يوجد في منطقة تشريحية واحدة أو مناطق تشريحية مختلفة، ويستمر أو يتكرر لمدة تزيد عن ٣ أشهر، ناتجة عن تفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ويرتبط بكارب انفعالي شديد أو عجز وظيفي يؤثر على الأنشطة الأساسية والأدائية المتنوعة للحياة اليومية (أي التداخل في أنشطة الحياة اليومية، والأدوار الاجتماعية)، ولا يتم تفسيره بشكل أفضل من خلال تشخيص آخر. وبذلك يتجاوز هذا النهج اعتبار الألم المزمن الأولي أحد الأعراض، بل اعتباره حالة صحية أو مرضاً طويلاً الأمد في حد ذاته، ويتطلب علاجاً ورعاية خاصة. وتشمل الأنواع الفرعية للألم المزمن الأولي؛ الآلام المزمنة المنتشرة أو الممتدة<sup>١</sup> (كالألم العضلي الليفي)، وزملة الألم الموضوعي المركبة<sup>٢</sup>، والألم الفموي الوجهي والصداع المزمن الأولي<sup>٣</sup> (كالصداع النصفي المزمن، أو اضطراب الفك

- 1 Chronic Widespread Pain
- 2 Complex Regional Pain Syndrome
- 3 Chronic Primary Headache and Orofacial Pain

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

(الصدغي)، والآلام الحشوية المزمنة الأولية<sup>١</sup> (كزملة القولون العصبي)، والآلام العضلية الهيكلية المزمنة الأولية<sup>٢</sup> (كالآلام أسفل الظهر غير المحددة). وتؤثر الفئات الفرعية الخمس للألم المزمن الأولي سلباً على حياة الشخص، وعلى السياقات المختلفة التي تقود حياته، سواء كانت الحياة الاجتماعية، أو الأسرية أو العملية، وترتبط بنوعية حياة منخفضة، فضلاً عن المشكلات الصحية الجسدية والنفسية ( Rinaldi, & Srinivasan, 2023, 300; Arévalo-Martínez et al., 2022, 2; WHO, 2020; Treede et al., 2019, 20-21).

**الألم المزمن الثانوي<sup>٣</sup>؛** ينشأ عن عرض يرتبط بتشخيص مرض أو مشكلات أخرى، حيث يعد الألم سبباً ضمناً، وعرضاً مميزاً لهذا المرض. وعندما تتطلب هذه الأعراض رعاية خاصة للمريض، فهذه المرحلة التي يصبح فيها الألم المزمن مشكلة في حد ذاته. ففي كثير من الحالات، قد يستمر الألم المزمن إلي ما بعد المعالجة الناجحة للسبب الأساسي، وفي مثل هذه الحالات سيبقى تشخيص الألم، حتى بعدما يصبح تشخيص المرض الأساسي ليس له علاقة وثيقة بالألم. ومن المتوقع أن يسهل الترميز الجديد - في التحديث الأخير للتصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشرة - مسارات العلاج للمرضى الذين يعانون مثل هذه الحالات المؤلمة من خلال التعرف على مشكلة الألم المزمن في وقت مبكر من مسار المرض. وهو أمر له أهمية أيضاً إذا كان المرض الأساسي مؤلماً لدى بعض المرضى فقط؛ فتشخيص المرض وحده لا يحدد هؤلاء المرضى دون التشخيص المشترك للألم المزمن<sup>٤</sup>. وينقسم الألم المزمن الثانوي أيضاً إلى ست فئات فرعية؛ الآلام المزمنة المرتبطة بالسرطان<sup>٥</sup>، والآلام المزمنة ما بعد الجراحة أو ما بعد الصدمة<sup>٦</sup>، وآلام اعتلال الأعصاب المزمنة<sup>٧</sup>، والألم الفموي الوجهي والصداع المزمن الثانوي، والآلام الحشوية المزمنة الثانوية، والآلام العضلية الهيكلية المزمنة الثانوية ( WHO, 2020; Rekatsina et al., 2020, 8; Nicholas et al., 2019, 29-30; Treede et al., 2019, 22).

### التصورات المفسرة للألم

حتى النصف الأول من القرن العشرين، كان يعد الألم المزمن في الغالب مشكلة طبية ذات سبباً فيسيولوجياً مرضياً يفسر شدة الأعراض. وقد سميت بنظرية

- 1 Chronic Primary Visceral Pain
- 2 Chronic Primary Musculoskeletal Pain
- 3 Chronic Secondary Pain
- 4 The Codiagnosis of Chronic Pain.
- 5 Chronic Cancer Related Pain
- 6 Chronic Postsurgical or Posttraumatic Pain
- 7 Chronic Neuropathic Pain

الخصوصية أو التحديد<sup>١</sup>، والتي تنص باختصار على أن شيئاً ما متضرراً، ويتم تنشيط مستقبلات الألم أو الإحساس بالألم (مستقبلات الألم المتخصصة)<sup>٢</sup> في المكان المتضرر لإرسال إشارات إلى المخ، لتستقبلها مداخل مستقبلات الألم بالمخ، ومن ثم نشعر بالألم. في نهاية الخمسينيات من القرن الماضي ظهرت نظرية بوابة التحكم البديلة<sup>٣</sup>، مدعية بأن الجهاز العصبي المركزي أداة نشطه، يعطي الأولوية للإشارات المختلفة، ليضخم بعضها ويثبط بعضها. وفي الستينيات من القرن الماضي، بدأ نموذج حيوي نفسي اجتماعي يهيمن على المجال، مشيراً إلى أن الألم المزمن متعدد العوامل، وتسهم العمليات الفسيولوجية والعمليات النفسية والعوامل الاجتماعية في حالات الألم المزمن. وبالتالي يمكن أن يؤدي الإحساس بالألم إلى سلوكيات الألم، ويتأثر الإحساس بالألم أيضاً بالسلوكيات والسياق؛ كالإشارات المؤلمة أو المسببة للألم، وانتقالها من الجهاز العصبي المركزي. ويسهم كل من التأويل اللفظي، والذكريات التي يتم استحضارها، والمخاوف المرتبطة بها، والأفعال الصريحة في الإحساس بالألم من جميع الاتجاهات. لذلك يُفهم الألم المزمن والعجز على أنهما "تفاعل ديناميكي متعدد الأبعاد بين العوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر بشكل متبادل على بعضها البعض، مما يؤدي إلى زمالات الألم المزمنة والمعقدة.

ويمكن للألم المزمن أن ينجم عن أي آليات أو أسباب غير واضحة، أو يكون مرتبطاً بعدد من العوامل الأخرى بما في ذلك الخبرات الصادمة، والاعتداء الجنسي، والالتهاب منخفض الدرجة، والجراحة أو الضغوط، بالإضافة إلى التحسس المحيطي والمركزي للجهاز العصبي<sup>٤</sup>. لقد ثبت أن الكميات الكبيرة من مدخلات الإحساس أو مستقبلات الألم يمكن أن تغير أداء أو وظائف الجهاز العصبي المركزي، وأن التنبيهات المسببة للألم والمتكررة من خلال التعلم قد تُسهل انتقال واستقبال الإشارات في مستقبلات الألم/الجهاز العصبي المركزي. حتى الآن، لا يزال دور ووظيفة هذه العوامل على الألم المزمن غير واضحة، وكذلك إلى أي مدى تؤثر على تطوره واستمراره، ولكن هناك إجماع على أن الإحساس أو مستقبلات الألم هذه متعددة العوامل (Wicksell, 2020, 3-4).

## ب. قلق الألم<sup>٥</sup>

يُعرف قلق الألم أو الخوف من الألم بأنه؛ قلق بشأن خبرة الألم، والانخراط في سلوكيات الخوف التجنبي، لتجنب مزيد من الألم (Williams, 2017). وهو أحد

1 The Specificity Theory

2 Specialized Pain Receptors

3 The Alternative Gate Control Theory

4 Peripheral and Central Sensitization of The Nervous System

5 Pain Anxiety

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

الانفعالات الأكثر شيوعاً المرتبطة بالألم، وتعد مشاعر القلق جزءاً أساسياً من خبرة الألم لدرجة أن المرضى قد يواجهون صعوبة في التمييز بين الاثنين. ونظراً لتأثير قلق الألم على عافية المريض، وحالته الجسدية، وصحته النفسية، فقد فحصت الدراسات الشواهد المعرفية والانفعالية الكامنة وراء هذه المفاهيم (Cimpean & David, 2019, 1).

قد يتطور قلق الألم في البداية عن طريق التشريط الكلاسيكي للألم والتوتر، الذي يحدث في حالة الألم الناتج عن الضرر الجسدي. في هذه الحالة، يتم استخدام تجنب الحركة في البداية لتقليل الألم في حالات الألم الحاد؛ ومع تقدم الوقت، يؤدي التجنب إلى زيادة في عدم الحركة، قد يصل إلى ضمور العضلات ومزيد من العجز، مما يزيد من التوتر والألم. وتؤدي المعتقدات الكارثية حول الألم (أي تفسير الألم على أنه علامة على إصابة خطيرة أو مرض) إلى خوف مبالغ فيه من الألم، والذي يمتد تدريجياً إلى تجنب أنشطة قد تؤدي إلى تفاقم الألم. وتشمل سلوكيات التجنب؛ تجنب حركات معينة، والتي تعد من عوامل الخطر التي تسهم في عدم النشاط والذي ينتج عنه اختلال نفسي واجتماعي، وعجز وظيفي. بالإضافة إلى ذلك يرتبط قلق الألم المرتفع، والخوف من الألم بمستويات مرتفعة من الانشغال بالألم والإحساس به، والعجز، والاكتئاب، وسلوكيات الألم، وطلب المساعدة، والمبالغة في التنبؤ بشدة الألم التي يتوقع المرء أن يعاني منه، وكذلك انخفاض مواجهة الألم وذلك لدى مرضي الألم المزمن والحاد (Williams, 2017).

وعند شرح تطور الألم المزمن وبقائه، سلطت نماذج الخوف التجنبي الضوء على ثلاثة مكونات تتعلق بالعجز المرتبط بالألم وهي؛ كارثية الألم، وقلق الألم، وحساسية القلق (والذي يقصد به الخوف من الإحساسات الجسدية المرتبطة بالاستثارة المرتبطة بالقلق). وعلى الرغم من استخدام مصطلحي "الخوف" و"القلق" بالتبادل في الأدبيات، يُعتقد أن القلق المرتبط بالألم أقل حدة من الخوف المرتبط بالألم. ويختلف الخوف المرتبط بالألم عن قلق الألم؛ في أن الأول يميل إلى تحفيز السلوكيات الدفاعية في وجود منبه مؤلم (الهروب)، بينما الثاني يميل إلى تحفيز السلوكيات الوقائية بما في ذلك التجنب وفرط الحذر من الألم الوشيك المتصور (التجنب). ويميل الأشخاص الذين يعانون من فرط الحذر إلى توجيه انتباههم نحو التهديد المحتمل لمنبهات مؤلمة بينما ينفصلون عن المنبهات المحايدة (Milosevic & McCabe, 2015, 6; Alappattu & Bishop, 2011, 1545).

وقد طور "مكراكين" وزملاؤه (McCracken et al, 1992) مقياساً لتقييم قلق الألم، وتوصلوا إلى أن استجابات القلق التي يثيرها الألم قد تكون مشابهة للاستجابات الرهابية التي لا تتناسب مع الخطر الحقيقي. ويقيم مقياس أعراض قلق الألم أربعة أبعاد لقلق الألم (المعرفي، والهروب/التجنبي، والخوف، والقلق الفسيولوجي).



وأوضحت نتائج تطبيق المقياس أن قلق الألم لديه القدرة على تفسير التباين التنبؤي للعجز المرتبط بالألم، وتداخل الألم في الأداء، وشدة الألم، والانشغال بالألم، وسلوكيات الألم. إضافة إلى ذلك، فإن قلق الألم مسؤول بشكل كبير عن التباين الذي يحدث في الاكتئاب، وكذلك التنبؤ بالشكاوى الجسدية غير المحددة لدى مرضى الألم المزمن (Strahl et al., 2000, 864).

ويتنبأ الخوف من الألم بالعجز المزمن بدرجة أكبر من الألم ذاته، فيمكن للخوف من العواقب طويلة المدى التنبؤ بالأشخاص الذين سيصابون بألم مزمن. وللتحقق من أكثر خصائص الشخصية ارتباطاً بالألم المزمن والحاد، أوضح "رابابورت" وآخرون (Rappaport et al. 1987) في دراستهم أن الأفراد المصابون (بالألم الظهر المزمنة) قد أظهروا مستويات مرتفعة من العصابية، بينما المصابون (بألم حاد) سجلوا درجات أقل ارتفاعاً (أي تعد ضمن النطاق الطبيعي) على العصابية. وميل الأشخاص إلى القلق، والعصابية يجعلهم أكثر عرضة لتفاقم الحلقة المفرغة من الخوف والألم (Baloh, 2020, 123; Niven, 2006, 260).

### التصورات النظرية المفسرة لقلق الألم

#### نظريات التعلم:

باستثناء الأطفال حديثي الولادة، لا يتم توليد الألم بناء على سجلات فارغة، حيث يعتمد الأفراد على ما تعلموه لتعديل - على المستوى الانفعالي - استجاباتهم السلوكية للألم، والتي غالباً ما تتضمن استجابة انفعالية. وبالتالي، يتم الاعتماد على الاشتراط الكلاسيكي والإجرائي لفهم سلوكيات الألم.

**الاشتراط الكلاسيكي** الذي يحدث عندما يقترن المنبه المحايد بعدد كافٍ من المرات بخبرة ممتعة أو غير سارة، ينطبق أيضاً مع الألم. على سبيل المثال، قد يبدأ الأطفال الذين عانوا من الحقن المؤلمة في البكاء (استجابة انفعالية سلبية) بمجرد رؤية إبرة ومحقنة. وقد يصبح الشعور بالألم استجابة شرطية للألم بعد الخبرة الأولى فقط. وبالتالي، فإن الاشتراط الكلاسيكي هو انفعالي.

من ناحية أخرى، يفرض **الاشتراط الإجرائي** استجابات حركية، عندما يقترن المعزز بالمنبه، فإن الاستجابة أو رد الفعل الحركي للفرد سوف يستجيب للمعزز وكذلك للمنبه. ويمكن أن تكون المعززات سلبية أو إيجابية، ويمكن أن تضعف أو تقوي الاستجابة أو رد الفعل الحركي. وتميل المنبهات القوية إلى استدعاء استجابة شرطية سريعة. وسيؤدي إزالة المعزز من الاستجابة الحركية إلى انطفاء الاشتراط في النهاية. ويعمل الاشتراط الإجرائي على هذا النحو أيضاً في حالة الألم؛ فإذا شعر الشخص

## النوع والتعلل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

بالآلم عند المشي، وتم تخفيف الآلم بالجلوس، فسيختار الشخص الجلوس بدلاً من المشي، أي أن الجلوس سيتم تعزيزه باختفاء الآلم.

وفي حالات الآلم تصبح السلوكيات التي يكتسبها الفرد من خلال الاشتراط الكلاسيكي (الانفعالي) والإجرائي (الحركي) مترابطة ارتباطاً وثيقاً لأن منبهات الآلم هي في حد ذاتها معززات (Li, 2021, 7-8; Wicksell, 2020, 7; Staats et al., 2004, ). (30).

### نظرية الإطار العلائقي<sup>1</sup>

في العقود الأخيرة، برزت نظرية الإطار العلائقي في محاولة لتوسيع نطاق نظرية التعلم إلى ما وراء مجموعتي التعلم التقليديتين. تضيف نظرية الإطار العلائقي مفهوم التعلم المشتق إلى التعلم الإجرائي والكلاسيكي. فمع تطور اللغة والإشارات أو الرموز اللفظية<sup>2</sup>، أصبح لدى البشر إمكانية السماح للأفكار، والذكريات، والتخيلات، أو التأويلات بالتأثير على السلوك. تمنحنا اللغة البشرية إمكانية إنشاء روابط لم تحدث في أي مكان إلا في أذهاننا؛ وتحدث تنبيه أو تأثير دون أي علاقة ظاهرة عن طريق التعلم الكلاسيكي، وتنتج سلوكيات لا يمكن تفسيرها من خلال التعزيز أو التعلم الإجرائي. وفقاً لنظرية الإطار العلائقي يتم تنسيق السلوكيات من خلال مجموعتين من التأثيرات؛ الخبرة المباشرة، والإشارات اللفظية. الخبرات المباشرة هي ما نسمعه، وتذوقه، ونشمه، ونشعر به ونراه. والإشارات اللفظية أو القائمة على اللغة هي القواعد، والتعليمات، والتوقعات، والقصص، وإصدار الأحكام، والعمليات المعرفية، والتقييمات أو نتائج أخرى لعمليات نفسية. فمجرد التفكير أو تخيل أن القيام بنشاط ما ممكن ينتج عنه الدخول في نوبة آلم، حتى لو لم يكن تم تجربة هذا النشاط من قبل، يمكن أن يؤدي إلى تجنب القيام به. وتكون الإشارات اللفظية عندئذٍ "لا يمكنني القيام بأي أنشطة" أو "القيام بهذا النشاط سيكون سيئاً بالنسبة لي" (Wicksell, 2020, 8).

### نموذج الخوف التجنبي للآلم والعجز<sup>3</sup> لحالات الآلم المزمن:

يشرح نموذج الخوف التجنبي عملية تداخل الآلم وانخفاض الأداء لمرضى الآلم المزمن ضمن إطار التعلم. وهو أكثر النماذج شهرة وتأثيراً في وصف مسار الآلم، والذي من خلاله يمكن لعمليات محددة أن تؤثر على النتائج المرتبطة بالآلم. كما يقترح هذا النموذج أن بداية الآلم المزمن واستمراره والعجز المرتبط به، ناتج عن تفاعل سلسلة من العوامل؛ المعرفية، والانفعالية، والسلوكية المرتبطة بالخوف، وتسهل سمات

1 Relational Frame Theory

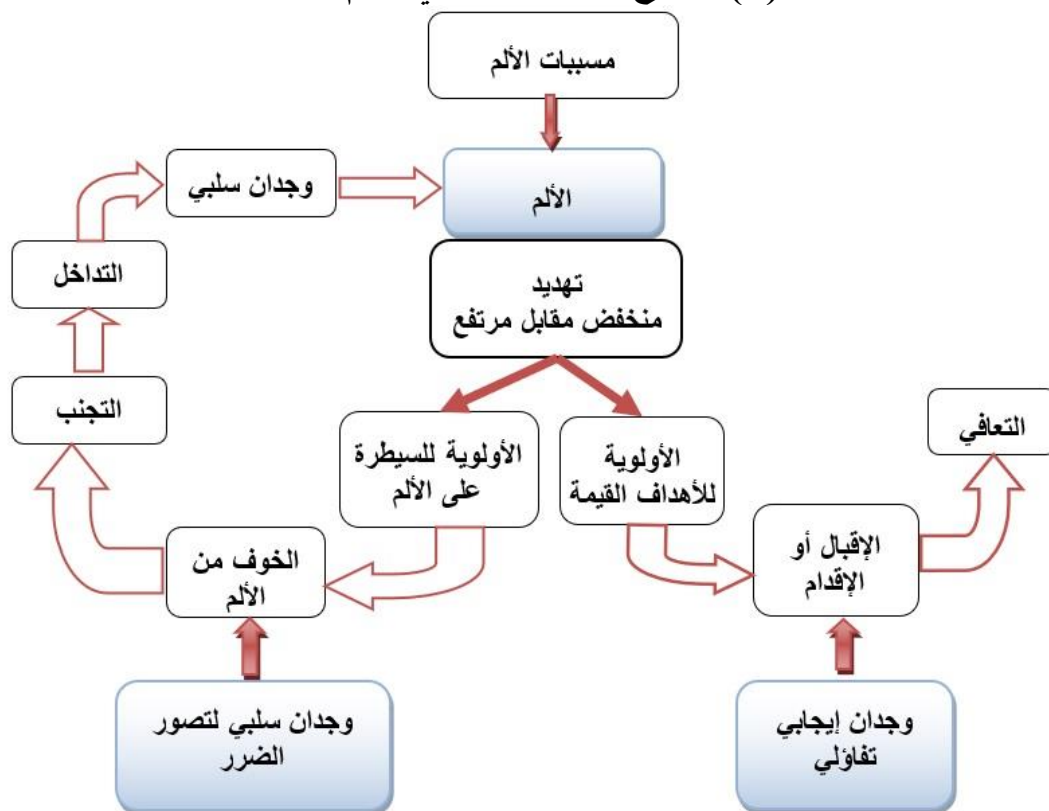
2 Verbal Cues

3 The Fear-Avoidance Model of Pain and Disability

شخصية الفرد في تشكيلها ( Li, 2021, 8; Wicksell, 2020, 8; Martínez et al., ) (2011, 381).

قدم "ليثم" وآخرون (Lethem et al. (1983) نموذج الخوف التجنبي كنموذج نظري لشرح سبب تعافي بعض الأشخاص من إصابة أو ضرر مؤلم، بينما يظهر آخرون سلوكيات، وإدراك معرفي محدد يتعلق بالألم ويؤدي إلى استمراره وتفاقمه. واعتمد النموذج الأولي على الفكرة المحورية للخوف من الألم (Alappattu & Bishop, 2011, 1544)، وهي إذا تم تفسير الألم على أنه يمثل تهديداً شديداً - شكل (٢) - فتكون الأولوية للسيطرة على الألم، والخوف من الألم، وسلوكيات التجنب، وهذا يؤدي إلى تداخل شديد للألم، ووجدان سلبي كالشعور بالفشل أو أعراض الاكتئاب. يعتبر الخوف أو القلق الناتج عن موقف مؤلم محتمل في هذا النموذج استجابات شرطية كلاسيكية، وسلوك التجنب الذي يتبعه، يخضع للسيطرة أو التحكم الإجرائي. أما في حالة تفسير الألم على أنه يمثل تهديداً منخفضاً فتكون الأولوية لمتابعة أهداف الحياة القيمة، والسلوكيات التي تتفق معها، ثم التعافي (Wicksell, 2020, 8-9).

شكل (٢) نموذج الخوف التجنبي للألم المزمن





يدرك معظم الأشخاص الألم علي أنه مزعجاً، وخبرة غير سارة وغير مريحة، ومع ذلك يمكن الاستجابة له بشكل تكيفي، من خلال تقييم الألم علي أنه لا يمثل تهديداً خطيراً لصحتهم العامة (مستوي منخفض من الخوف المرتبط بالألم)، ولا يتوقف هؤلاء الأفراد عن جميع أنشطتهم، بل يشاركون في سلوكيات محدودة ثم زيادة نشاطهم تدريجياً. ويتبنون اعتقاداً بأن النشاط علي أي حال سيؤدي إلى الألم، وفي هذه الحالة، يمارسون أنشطتهم، ولديهم خبرات مؤكدة أن الألم لا يساوي دائماً الضرر (المواجهة). وفي النهاية يحققون التعافي الوظيفي، ويحافظون على نوعية حياتهم. علي الجهة الأخرى، تكون التقييمات حول الألم سلبية وغير تكيفية، ويبدأ الأفراد في التهويل (كارثية الألم) عند تفسير خبرة الألم، والأسباب المحيطة بالأمهم، وتصورهم لأسوأ النتائج المحتملة، ويكون لديهم خوف شديد مرتبط بالألم، وتقييم الألم علي أنه يمثل تهديداً خطيراً لعافيتهم، مما يولد الخوف من الألم وقلق الألم. وتبدأ دورة أو دائرة تغذية راجعة سلبية للألم تتمثل في؛ خوف تجني، وتوقف للأنشطة يؤدي إلى هجرها، والعجز، والاكنتاب (Li, 2021, 8; Makhoul, 2019, 14; Turk & Wilson, 2010, ) (12).

ويتفاعل إدراك الألم (إصابة الجسد، والألم المزمن) مع عوامل الاستعداد (كحساسية القلق، وعوامل الخطر الجينية) لتؤدي إلى تعبير فردي عن الألم (Turk & Wilson, 2010, 12). وتتأثر كارثية الألم بالوجدان السلبي (العصابية)، ويتأثر كذلك تطور التفكير الكارثي بخصائص الاستعداد والحالات النفسية للأشخاص (Martínez et al., 2011; Li, 2021).

ومثل أي خوف آخر، يتداخل الخوف المرتبط بالألم أيضاً مع الأداء المعرفي، فيؤدي إلى زيادة انتباه الأفراد الخائفين للألم (اليقظة المفرطة أو الحذر المفرط)<sup>١</sup>، وعدم القدرة على تشتيت أنفسهم عن المعلومات المتعلقة بالألم. وقد يؤدي الاستكشاف المستمر للمعلومات المتعلقة بالألم إلى تفاقم خبرة الألم بشكل كبير. ويعتبر كل من (١) سلوك التجنب طويل المدى و (٢) اليقظة المفرطة نتائج منطقية لمزيد من التدهور، والذي يشار إليه باسم "زملة الترك أو الهجر"<sup>٢</sup>، وتفاقم اضطرابات المزاج كالاكتئاب (Makhoul, 2019, 15).

### ج. الرضا عن الحياة

عرّف "دينر" (1984) Diener الرضا عن الحياة بأنه تقييم شامل لنوعية الحياة (Santilli et al., 2018, 45). وأكثر التعريفات عمومية للرضا عن الحياة هي التي

1 Hypervigilance

2 Disuse syndrome

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

تعبر عن الطريقة التي يقيم بها الأفراد نوعية حياتهم وفقاً لمعاييرهم الخاصة (Kütük et al., 2022, 2). يرتكز هذا التقييم على رأي الفرد في وضعه الحالي، ويعتمد حكمه التقييمي على عناصر مختارة بشكل فردي أو خاصة بمجال معين، والتي تجتمع معاً لتشكيل حكماً عاماً بمستوى رضا الفرد. فالرضا عن الحياة هو جزء من العافية الذاتية التي تتطلب حكماً أو إدراكاً معرفياً (Silveira, 2018, 12). ويزداد الرضا عن الحياة عندما يتم تلبية توقعات واحتياجات الأفراد، وينخفض عندما لا يتم تلبية هذه التوقعات والاحتياجات (Kütük et al., 2022, 2).

ازدهرت في السنوات الأخيرة الدراسة العلمية للحياة الجيدة والعافية، ومع نمو هذا المجال، ظهر عدد من المفاهيم والتوجهات. يحتل بناء العافية الذاتية موقعاً مركزياً، ويُنظر إليه عادةً على أنه يشتمل على ثلاثة مكونات (وجدان إيجابي متكرر، وجدان سلبي غير متكرر، وتوفر الرضا عن الحياة). ويشمل الوجدان الإيجابي والسلبي الجزء الانفعالي من العافية الذاتية. ويمثل الرضا عن الحياة التقييم الشامل للحياة، وتلخيصاً نفسياً للحياة باعتبارها جيدة، أو غير جيدة، في ضوء قيم الفرد ومعاييرهم ومثله العليا. ويستخدم الأفراد الحالات الانفعالية الحالية والسابقة لتقييم مشاعرهم الحالية عن مستوى العافية. وعلى هذا النحو، فإن الرضا عن الحياة يمثل المكون المعرفي في العافية الذاتية والصحة النفسية الإيجابية (Silveira, 2018, 12; Røysamb et al., 2018, 1).

وغالباً ما يتم استخدام نوعية الحياة، والعافية الذاتية، والرضا عن الحياة بشكل مترادف. بسبب الأدبيات المحدودة التي تقيس الرضا عن الحياة خاصة بعد الإصابة بالأم المزمن (Silveira, 2018, 13). وللأم المزمن - لسوء الحظ - القدرة على تعطيل أو تقليل نوعية الحياة بشكل ملحوظ للمصابين بالأم المزمن والمساندين لهم، فالعيش مع الألم المزمن يعني المواجهة لأنها خبرة ثابتة إلى حد ما. وقد تتعطل طريقة عيش الأفراد تماماً أو تتحطم تقريباً نتيجة للتعدلات العديدة التي يجب على هؤلاء المرضى إجراؤها للتغلب على الأمر في ضوء فقدان الوظيفة على سبيل المثال، وأن يصبحوا غير منتجين بسبب انخفاض القدرة على العمل، والتغيب عن العمل والزيارات المتكررة للمراكز الطبية، وانخفاض الأداء بشكل عام، وارتفاع مستوى الألم، وضعف النظم الاجتماعية (Ward, 2020, 13-14; Kim, 2017, 1). لذلك ليس من المستغرب ارتفاع مستوى الكرب النفسي لدى المصابين بأمراض وآلام مزمنة مقارنة بعامة السكان في نفس العمر (Merkes, 2010, 200).

وتؤثر ميول الشخصية لخبرات انفعالية معينة، مثل القلق أو المشاعر الإيجابية على العافية الذاتية، ونوعية الحياة. فتُصنغ أحكام الفرد بالرضا عن الحياة من خلال كل من حالته الانفعالية الحالية، وذاكريات الحوادث الانفعالية الماضية، وبالتالي، يكون لجوانب الشخصية دوراً مهماً في إنتاج حياة طيبة. فكما تتأثر العافية البدنية للإنسان

بسمات الشخصية، يتأثر الرضا عن الحياة أيضاً بسمات الشخصية خاصة العصابية، وبمهارات حل المشكلات، ومواجهة الضغوط، وكذلك بأحداث الحياة، والصحة، والاقتصاد، والعلاقات الاجتماعية (Kütük et al., 2022, 2; Røysamb et al., 2018, 1-3). وتعد الفحوص التجريبية التي اهتمت بالكشف عن طبيعة العلاقات بين جوانب الشخصية والرضا عن الحياة محدودة (Røysamb et al., 2018)، وعلي الرغم من وجود علاقة بين العصابية والرضا عن الحياة إلا أنه لا يُعرف الكثير عن طبيعة العلاقة بينهما، لا سيما أنه لا يمكن تغيير العصابية بسهولة، وفي الغالب يظل مستواها مستقرًا حتى عمر الأربعين (Iani et al., 2017, 664).

### التصورات النظرية المفسرة للألم المزمن وعواقبه علي نوعية الحياة:

#### النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم وعواقبه علي نوعية الحياة<sup>١</sup>

يقدم النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (والذي يعتبر أساسياً في الألم) إطاراً لفهم كيفية ارتباط الأمراض بالعوامل الحسية، والمعرفية والوجدانية، وبين الشخصية، وكيف يرتبط الألم المزمن- شكل (٤)- بعمليات أخرى تؤثر بدورها على الألم (Dueñas et al., 2016, 457).

ويشرح النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم المزمن - الذي قدمه "إنجل" (Engel 1977) - علاقة العوامل النفسية والاجتماعية والفسولوجية بمرض ما. ومن بينها العوامل المهيأة<sup>٢</sup>، والمثيرات، والاستجابات المعجلة بالإصابة بالألم المزمن واستمراره، وطبيعة الخبرة الشخصية بالمرض، والإحساس الذاتي بالمعاناة. ووفقاً لهذا المنظور، فإن الاستجابات المختلفة للمرضى على الأعراض والعلاجات تكون ناتجة عن تفاعل معقد بين خصائص الاستعداد، والتغيرات الحيوية، والحالات النفسية، والسياقات الاجتماعية، والثقافية. أولاً، قد تسهم المتغيرات الجينية، وصددمات الحياة المبكرة، وخبرات التعلم الاجتماعي في تقليل عتبة الشعور بالألم. ثانياً، قد تعمل الأحداث المنفرة المستمرة مثل الضغوط المرتبطة بالألم، أو الحالات الانفعالية السلبية، أو ضغوط الحياة الأخرى كمنبه غير شرطي أو شرطي وتنشط الأعراض الجسدية وتحفز استجابات التجنب، ومن المرجح أن يؤدي تطور حالة الألم الدائمة إلى زيادة خطر التشخيص باضطرابات المزاج لاحقاً. وفي المقابل، غالباً ما تنتبأ الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، والقلق، والكرب بالانتقال من الألم الحاد إلى المزمن. كما أن الحالات والعمليات النفسية السلبية مرتبطة بانخفاض الاستفادة من علاجات تقليل الألم. ثالثاً، الاستجابة المهيأة هي عملية سلوكية، أو معرفية، أو فسيولوجية غير تكيفية تفضل

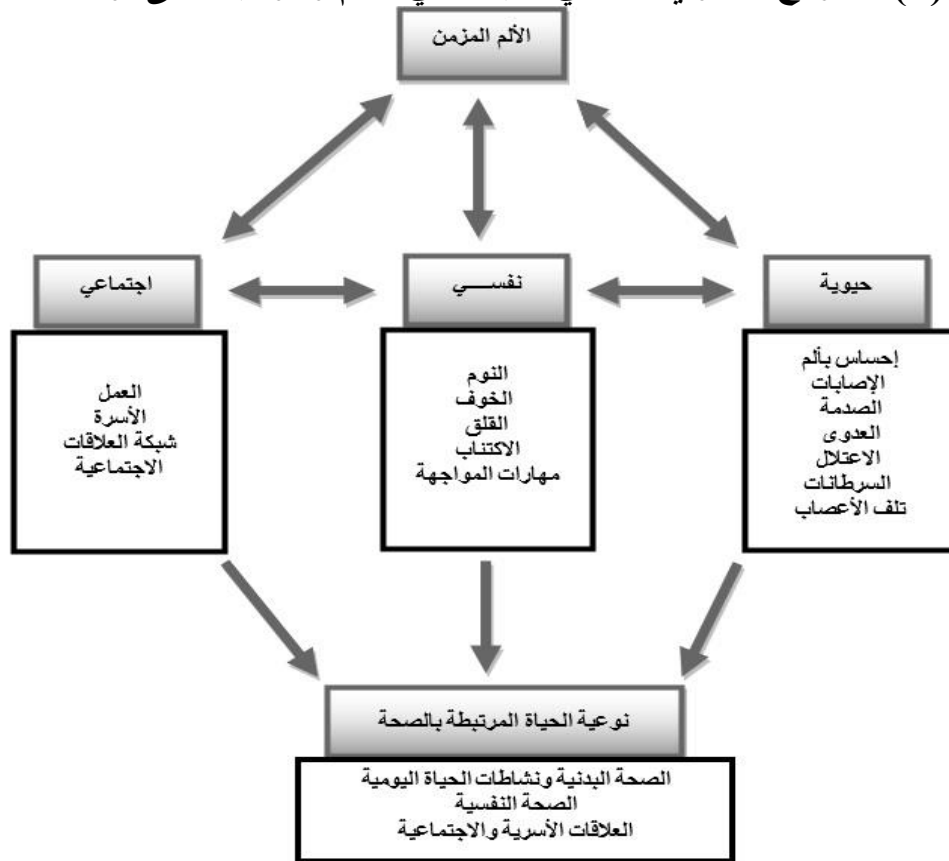
1 Biopsychosocial Model of Pain and Consequences on The Quality of Life

2 Predisposing Factors

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

في مساعدة الفرد على التكيف مع آثار الحدث المنفر. وأخيراً، تؤدي عمليات التعلم الكلاسيكي والإجرائي إلى ذكريات ضمنية وصريحة للألم والتي تؤدي دوراً مهماً في حدوث العجز وبقاء خبرة الألم (Li, 2021, 3-6). التي تتداخل مع جوانب مختلفة من حياة المريض مما يؤثر سلباً على أنشطته اليومية، والصحة البدنية والنفسية، والعلاقات الأسرية والاجتماعية، وتفاعلاتهم في مكان العمل. وتؤثر هذه المشكلة أيضاً على نظام الرعاية الصحية وما يُعرف بالعافية الاقتصادية، وهو العبء الشديد المرتبط بالألم المزمن الناجم ليس فقط من تكاليف الرعاية الصحية ولكن أيضاً من فقدان الإنتاجية، والمدفوعات التعويضية للمرضى نتيجة العجز الذي يسببه الألم (Dueñas et al., 2016, 458). وبناء على هذا النموذج، يجب أن تركز العلاجات على التغييرات في أفكار المريض، ومشاعره، وإدراكاته المعرفية المرتبطة بالألم المزمن، وبالتالي التأثير على سلوكياته المرتبطة بالألم ووظائف الأعضاء (Li, 2021, 6).

### شكل (٤) النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم وعواقبه على نوعية الحياة



### ٣. التعلق أو المراقبة الواعية<sup>١</sup>



يقصد بالتعقل السيطرة على الأفكار والمشاعر المؤلمة، والخبرات السلبية بحالة من الوعي المتوازن بدلاً من الانغماس المفرط؛ أي يقوم الشخص بتوجيه أفكاره وانفعالاته بشكل متوازن، فلا يقلل الاهتمام ولا يفرط الانغماس في الأفكار أو المشاعر السلبية. ويقصد به أيضاً مواجهة الأفكار المؤلمة دون تجنبها أو تضخيمها، وإدارة خيبة الأمل والإحباط وتهذبة رثاء الذات والمأساوية (Neff, 2003, 85). كما عرّف "براون، وريان" (Brown & Ryan (2003) التعقل بأنه حالة الانتباه والوعي لما يحدث في الوقت الحاضر (Stevens et al., 2018, 102).

ويشير مصطلح التعقل إلى "الوعي، والانتباه، والتذكر"، والذي عرفه "كابات-زين" (Kabat-Zinn (1990-1994 بأنه القدرة على الانتباه عن قصد للخبرة الراهنة بتوجه عقلي يتسم بالفتح والتقبل (Cejudo et al., 2019, 2)، وبدون إصدار أحكام. وهذا النوع من الانتباه يغذي وعياً أكبر، ووضوحاً، وقبولاً للحظة الراهنة. وأضافت "لينهان" (Linehan (2014 بأن التعقل يعد قدرة بشرية طبيعية، ومجموعة من المهارات التي يمكن صقلها وتطويرها من خلال ممارسة التأمل المنتظم أو التدخلات المصممة خصيصاً (Iani et al., 2017, 665). وتتضمن ممارسة التعقل تركيز انتباه الفرد على اللحظة الراهنة، في محاولة لاكتساب منظور متوازن، غير قائم على إصدار الأحكام، ومراقباً لحالته الداخلية (Jackson, 2017, 121).

وعلى الرغم من رواج مفهوم التعقل في الآونة الأخيرة، وحظوته باهتمام كبير لقدرته على لعب دور وقائي في خبرة الألم، ولعلاج مجموعة متنوعة من أعراض حالات الألم المزمن (Kim, 2017, 31). إلا أن "كابات-زين" (١٩٩٠) هو من قدمه إلى العالم الغربي، لعلاج الاضطرابات النفسية الجسمية، والضغط، والألم المزمن (Cejudo et al., 2019, 2). وقد أشار "براون، وريان" (٢٠٠٣)، و"كيرنز" وزملائه في مراجعتهم (Kerns et al. (2011 إلى أن الممارسة المنتظمة للتعقل تقلل من القلق، والاكتئاب، وتعزز عديد من العمليات النفسية الإيجابية بما في ذلك السعادة، وتقبل الذات، والتطور الشخصي، والوجدان الإيجابي، ويحسن الرضا العام عن الحياة. فمن خلال التعقل يمكن استهداف المستويات المنخفضة من هذه المتغيرات لدى المصابين بالألم المزمن؛ كمرضى التعب المزمن، والسرطان (Jackson, 2017, 121; Kim, (2017, 33).

وتدعم دراسات عديدة كدراسة "جريسون، وتشين" (Greeson and Chin, 2019) دمج التعقل في الرعاية الصحية كجزء من الرعاية الذاتية وإدارة الأمراض المختلفة (Cejudo et al., 2019, 2). فعلى مدى ما يقرب من ٢٥ سنة الماضية، تم دمج التعقل في علاج عدد من الاضطرابات النفسية والجسدية، واضطرابات الاكتئاب،

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

وضغوط ما بعد الصدمة، والقلق العام، واضطراب الهلع، واضطراب الشخصية الحدية، وتعاطي المخدرات، والألم العضلي الليفي (Askwith, 2011).

التصورات النظرية المفسرة لتداخل الألم وانخفاض أداء مرضي الألم المزمن

### نموذج المرونة النفسية لفهم الأداء المنخفض<sup>1</sup>

يقدم هذا التصور شرحاً لعملية تداخل الألم المزمن في ضوء المرونة النفسية، تُعرّف المرونة النفسية بأنها القدرة على الاتصال باللحظة الراهنة بوعي كامل، وتغيير السلوك أو الاستمرار فيه لتحقيق غايات قيّمة. وفقاً لنموذج المرونة النفسية، تحدث الأحداث/المنبهات/الاستجابات المنفرة بشكل طبيعي على مدار الحياة، وتجذب الخبرات الكريهة أو المنفرة غالباً ما يؤدي إلى مشكلات في الصحة النفسية. وتتشكل عدم المرونة النفسية لمرضى الألم المزمن تدريجياً نتيجة التجنب الاختباري<sup>2</sup>، فالسلوكيات التي يتم تعزيزها سلبياً وإيجابياً تخلق بمرور الوقت مخزوناً سلوكياً مَحْدُوداً وغير مرن، يخدم الوظيفة الإجرائية ذاتها لمرضى الألم المزمن؛ وهي تجنب الألم أو المشقة.

عادة ما يقلل تجنب المنبهات المؤلمة والأنشطة ذات القيمة من الشعور بعدم الراحة والألم والمشقة على المدى القصير لدى المصاب بالألم المزمن، ولكنه يضيق مظاهر الحياة لديه، ويؤدي به إلى مزيد من الهبوط أو الانحدار. ويصبح التجنب في النهاية نمطاً سلوكياً ثابتاً، وعلي المدى البعيد لا يرتبط بانخفاض الألم، وبمرور الوقت تميل سلوكيات التجنب إلى خفض الأداء ونوعية الحياة.

في الواقع تؤدي سلوكيات التحكم أو التجنب إلى نتائج عكسية بالنسبة لمرضى الألم المزمن، تماماً كما يمكن أن يؤدي التجنب إلى نتائج عكسية مع مرضي اضطرابات القلق؛ فتجنب المواقف التي تثير القلق/الألم، تؤدي إلى مزيد ومزيد من تجنب المواقف، مع انخفاض الأداء دون أي انخفاض جوهري في القلق/الألم. كما يشير نموذج المرونة النفسية، إلي أن سلوكيات التجنب في هذه الحالات تكون أقل حساسية للسياق الواقعي أو الفعلي، بل يتم توجيهها عادة من خلال الإشارات كالأفكار، والقواعد، والذكريات. ولكن حينما يتم توجيه السلوك من قبل القيم بدلاً من التجنب الاختباري، يمكن القيام بمدى واسع من السلوكيات الممكنة، والتعامل مع الحالات الطارئة طويلة المدى (Wicksell, 2020, 9-10).

1 The Psychological Flexibility Model to Understand Reduced Functioning

2 Experiential Avoidance

## الدراسات السابقة

في هذا الجزء سيتم عرض الجهود السابقة التي أجريت في هذا الموضوع في فئتين:

### الفئة الأولى: دراسات تناولت دور النوع في خبرة الألم لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

هدفت دراسة "برادوس" وزملائه (Prados et al., 2013) - بعنوان "زملة الألم العضلي الليفي؛ الفروق بين الجنسين والتنفس المضطرب أثناء النوم" - إلى مقارنة الأعراض الإكلينيكية ومعايير النوم بين الذكور والإناث من مرضى الألم العضلي الليفي. تم تقييم ٤٠ مريضاً (١٨ ذكراً، ٢٢ أنثى)، بمتوسط عمري ٤٨ عاماً، واستخدمت مقاييس لتقييم الألم، والنوم، والتعب، والاكتئاب، والقلق، والتأثير الوظيفي، وتخطيط النوم. وقد أظهرت النتائج أن ٦١٪ من الذكور لديهم مؤشر توقف التنفس مقارنة بـ ٣١,٨٪ من الإناث، وكان لدى الذكور جودة نوم أقل من الإناث. ولم يتم العثور على فروق بين المجموعتين في مستوى الألم، والكرب الانفعالي، أو الأداء اليومي. ومع ذلك، يبدو أن الألم عند الذكور، والتعب عند الإناث، والتأثير الوظيفي في كلا الجنسين مرتبط بنوعية النوم السيئة. وكانت التغيرات في أنماط التنفس أثناء النوم، والتغيرات في أنماط النوم، والنوم غير المفيد أكثر انتشاراً بين الذكور مقارنة بالإناث.

وفحصت دراسة "راميريز- مايستر، واستيف" (Ramírez-Maestre & Esteve, 2014) - بعنوان "دور النوع في خبرة الألم: الصمود، والخوف، والتقبل كمتغيرات مركزية في تكيف الذكور والإناث مع الألم المزمن" - دور النوع في خبرة الألم المزمن، وتم تضمين الصمود، والخوف التجنبي، وتقبل الألم في نموذج افتراضي كمتغيرات تشارك في تعديل الألم المزمن. شارك بالدراسة ٤٠٠ مريضاً بألم العمود الفقري المزمن (١٩٠ ذكور و ٢١٠ إناث) من مرتادي وحدات الرعاية الأولية. وقد أظهرت نتائج اختبار "ت" أن متوسط درجات الإناث كان أكثر ارتفاعاً من الذكور في كل من شدة الألم، وقلق الألم، والأداء الحالي، وتم إجراء تحليل LISREL متعدد العينات للنموذج النظري عبر الجنسين، وأظهرت التحليلات وجود ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين الخوف التجنبي، والمزاج السلبي في كلتا العينتين.

وسعت دراسة "ألميدا" وزملائه (Almeida et al., 2014) - بعنوان "القلق والاكتئاب والضغط لدى مرضى الآلام المزمنة" - إلى فهم لأي مدى يؤثر القلق، والاكتئاب، وقابلية التأثر بالضغط، على شدة العجز المرتبط بالألم لدى مرضى الألم المزمن. بلغ عدد المشاركين ٥٣ مريضاً بوحدة الألم المزمن في مستشفى ومركز

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

جامعة "كويمبرا"، تتراوح أعمارهم بين ٢٥ إلى ٨٦ عاماً. وقد أظهرت النتائج أن ٧١,٧٪ من المرضى يعانون من اضطرابات القلق، و٣٩,٦٪ من اضطرابات المزاج، وكانت مستويات القلق والاكتئاب لديهم أكثر ارتفاعاً مقارنة بالجمهور العام. وسجل ٧٧,٤٪ من المرضى مستويات مرتفعة بشدة علي قابلية التأثر بالضغط، وكانت أكثر انتشاراً بين الأقل تعليماً. وكانت المناطق الجنسية والممارسة الجنسية هي الأشد تأثراً، وكلما ارتفعت مستويات القلق، والاكتئاب، وقابلية التأثر بالضغط عند الإناث ازدادت شدة الألم لديهن.

وفحصت دراسة "كروك-شوين، ووبكير" (Krok-Schoen & Baker, 2016) بعنوان "الفروق بين الجنسين في الشخصية والألم المرتبط بالسرطان بين مرضى السرطان الأكبر سناً" - الفروق بين الجنسين في شدة الألم المرتبط بالسرطان، ونموذج العوامل الخمسة للشخصية، والوجدان السلبي بين مرضى السرطان كبار السن؛ بلغ عدد المشاركين ٨٦ إناث، و٦٤ ذكور بمتوسط عمري ٥٥ عاماً. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في شدة الألم بين الجنسين، وقدرة النوع علي تعديل العلاقة بين العصابية ومعدل الألم. وأن كلاً من النوع وسمات الشخصية المختلفة قد تؤثر على شدة الألم المبلغ عنه. وخلص الباحثون إلي أن هناك حاجة لتركز البحث على تأثير الشخصية والنوع على النتائج الصحية لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية في تصميم برامج علاجية ملائمة، وبالتالي تعزيز الإدارة المثلى للأعراض.

وهدف دراسة "ورانكير" (Wranger, 2016) - بعنوان "خصائص الألم من منظور النوع بين كبار السن" - إلي التحقق من مدى انتشار الألم بين الجنسين، وتأثير العوامل البيولوجية، والاجتماعية والنفسية والوجودية على العلاقة بين الألم ونوعية الحياة، والتحقق من وجود ارتباطات محتملة بين الألم وسمات الشخصية، والتغيرات التي تحدث في الألم بمرور الوقت خلال فترات المتابعة. وذلك علي مجموعة من كبار السن بلغ عددهم ١٤٠٢ مشاركاً، تبدأ أعمارهم من ٧٢ عاماً فيما أكثر وذلك في المرحلة الأولى من التقييم، وتم فحصهم ثانية في مرحلة المتابعة والتي استمرت لتسع سنوات. أوضحت نتائج الدراسة أن ٥٥٪ من المشاركين أفادوا بوجود معاناة مع الألم المزمن، أغلبهم من الإناث، وبلغ مستوي شدة الألم لديهم متوسطة وشديدة، وشدة الألم بين الإناث كانت أكثر ارتفاعاً من الذكور. وارتبطت سمات الشخصية بالألم بين كبار السن، وكانت هناك علاقة دالة بين الألم والعصابية عند الإناث والذكور. وانخفض انتشار الألم وشدته مع تقدم العمر (٨١ سنة فما فوق)، لكنه ظل أعلى بين الإناث. وخلصت الدراسة إلي أن الألم شائع بين كبار السن، وخاصة بين الإناث، ولكنه يقل مع تقدم العمر وتقل شدته بين الذكور. وإن هناك فروق بين الجنسين في كيفية تأثير الألم على نوعية الحياة، كما تؤدي سمات الشخصية دوراً في ذلك.

فحصت دراسة "فاسيند" وزملائه (Vassend et al., 2018) - بعنوان "أعراض التعب في علاقتها بالعصبية، والقلق، والاكتئاب، وآلام العضلات الهيكلية. دراسة طولية للتوائم" - الارتباط الوراثي والبيئي بين القلق والاكتئاب وآلام العضلات الهيكلية والتعب. وتحققت من دور العصبية كعامل خطر مشترك قد يفسر حدوث الاعتلال المشترك بين هذه الأنماط الظاهرية في تصميم مزدوج عرضي وطولي، لدى ٧٤٦ توأم أحادي البويضة و ٧٧٠ توأم ثنائي البويضة، في الفئة العمرية  $65 \pm 50$  (متوسط = ٥٧, ١١ عام). وقد تم إجراء تحليلات لمقاييس العصبية والتي قد تم تطبيقها علي المشاركين قبل ١٣ عاماً وحتى ١٩ عاماً. وقد أظهرت نتائج تحليلات الانحدار المتعدد ارتباط كل من العصبية (القياس الأول، والقياس الثاني)، وأعراض القلق، والاكتئاب، وآلام التصلب المتناثر بمؤشرات التعب، وارتبط النوع الأنثوي، والتعليم المنخفض بالتعب.

وهدفت المراجعة المنهجية لـ "كونفيرسانو" وآخرون (Conversano et al., 2020) - بعنوان "الفروق بين الجنسين من مرضى الألم العضلي الليفي في العوامل النفسية: مراجعة منهجية" - إلي تسليط الضوء على الفروق بين الذكور والإناث المصابين بزملة الألم العضلي الليفي. تم تضمين الدراسات المنشورة بين يناير ١٩٩٣ و فبراير ٢٠٢٠ باستخدام PubMed و PsycInfo، واستخدمت الكلمات الرئيسية؛ (ذكر)، و (أنثى)، و (زملة الألم العضلي الليفي). وكانت أبرز النتائج التي توصل إليها الباحثون هي ميل الذكور المصابون إلي تحمل الألم لفترات أطول من الإناث قبل طلب العلاج. وخلص الباحثون أنه لسوء الحظ، لا يزال هناك ندرة في الأدلة على التوصيف الإكلينيكي وخيارات العلاج لزملة الألم العضلي الليفي عند الذكور.

وقامت دراسة "بيوووارزيك" وزملائه (Piwowarczyk et al., 2021) - بعنوان "ارتباط النوع، واستخدام مسكنات الألم، والمعاناة من الألم بالخوف والقلق المرتبطتان بالألم بين طلاب الجامعات وفقاً لاستخبار الخوف من الألم" - الخوف من الألم بين ٧١٧ طالباً جامعياً، والعوامل المرتبطة بالخوف من الألم، وفحصت العوامل المرتبطة بالخوف من الألم؛ كالنوع، وحجم المدينة التي يعيش فيها الأشخاص، وموضوع الدراسة الأكاديمية، وسنة الدراسة، وأقصى شدة للألم قد عانى منه المشاركين في السابق، وتكرار استخدام المسكنات، ووجود مرض مزمن أو نفسي، ودخول المستشفى في الماضي. وقد أظهرت النتائج ارتباط الخوف من الألم بكل من النوع، وتكرار استخدام مسكنات الألم، وشدة الألم. وخلص الباحثون إلي إن معالجة الخوف من الألم، وتكرار استخدام مسكنات الألم، وأقصى شدة من الألم وفقاً لنوع المريض؛ يمكن أن تحسن جودة إدارة الألم لدى المرضى.

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

الفئة الثانية: دراسات تناولت علاقة قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم، وعلاقة التعلق بالرضا عن الحياة لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية.

صممت دراسة "فيلاسكو-فورلونج" وآخرون (Velasco-Furlong et al., 2010) بعنوان "المقومات الوجدانية-المعرفية وقابلية التأثر: عاملان يؤثران على التكيف مع الألم العضلي الليفي" - لاستكشاف ما إذا كانت المتغيرات المتعلقة بالمقومات المعرفية والوجدانية، وقابلية التأثر النفسي تتنبأ بالأداء الجسدي، وتحمل الألم لدى ١٣٨ مصابة بزملة الألم العضلي الليفي. وقد استخدمت مقاييس للاكتئاب، والقلق، والاستجابة للضغط، وقابلية التأثير بالضغط كمقاييس لقابلية التأثر، وتم تحديد فعالية الذات للألم، كمقومات للوجدان الإيجابي. وقد أظهرت النتائج ارتباط الألم والأعراض المصاحبة له بقابلية التأثر، في حين أن الأداء الجسدي وتحمل الألم تم التنبؤ بهما بشكل أفضل من خلال المقومات الوجدانية-المعرفية.

وقد تناولت دراسة "مارتينيز" وزملائه (Martínez et al., 2011) بعنوان "العلاقة بين نموذج الخوف التجنبي للألم وخصائص الشخصية لدى مرضى الألم العضلي الليفي" - بالفحص العلاقة بين بعض العوامل المعرفية والوجدانية لنموذج الخوف التجنبي للألم، ونموذج العوامل الخمسة للشخصية، والاعتلال الوظيفي لدى ٧٤ مريضاً بزملة الألم العضلي الليفي (٧٠ إناث، و٤ ذكور، بمتوسط عمري ٤٦,٥ عام). وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن العصابية (الوجدان السلبي) كانت أكبر مساهم في حدوث كل من كل من كارثية الألم وقلق الألم، وتتنبأ كل من العصابية، والضمير بشكل دال بكارثية الألم، وتتنبأ كل من العصابية، والانفتاح، والقبول، بقلق الألم. ولم تسهم سمات الشخصية بشكل كبير في التنبؤ بالحذر أو اليقظة المفرطة للألم. ووجدت ارتباطات إيجابية دالة إحصائياً بين العصابية وكارثية الألم وقلق الألم.

واختبرت دراسة "كاديمباتي" وزملائه (Kadimpati et al., 2015) بعنوان "العصابية والاكتئاب وعلاقتهم بالتهويل، والقلق المرتبط بالألم لدى مرضى الألم المزمن" - الارتباطات بين العصابية والاكتئاب ومؤشرات التهويل وقلق الألم بين الباحثين عن علاج للألم المزمن. وافترض الباحثون أن العصابية ستظل مرتبطة بشكل فريد بكل من كارثية الألم وقلق الألم، حتى بعد حساب الأعراض الحالية للاكتئاب. وذلك لدى عينة مكونة ٥٩٥ مريضاً تم قبولهم من خارج المستشفى في برنامج لعلاج الألم. وقد أشارت نتائج الانحدار الهرمي إلى أن العصابية كانت مرتبطة بشكل مستقل بكل من كارثية الألم وقلق الألم، بالإضافة إلى إسهامات الخصائص الاجتماعية السكانية، وشدة الألم، والاكتئاب.

وفحصت دراسة "هنريكسو" وزملائه (Henriksson et al., 2016) تأثير برنامج التعلق المطبق عبر شبكة المعلومات الدولية لمدة ثمانية أسابيع والمصمم

للمصابين بالألم المزمن، والذي بلغ عددهم ١٠٧ مشارك يعاني من آلام مزمنة بمتوسط عمري ٥١ عام. تضمن برنامج التعقل ٢٠ دقيقة من التدريب يومياً، ستة أيام في الأسبوع، لمدة ثمانية أسابيع. أظهرت المجموعة التي تم تدريبها علي التعقل زيادة في مهارات التعقل، وانخفاض في شدة الألم، وانخفاض تداخل/المعاناة المرتبطة بالألم، وزيادة تقبل الألم، وانخفاض الكرب الانفعالي، وارتفاع درجات الرضا عن الحياة وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق أي تدريب.

وهدفت دراسة "رويسامب" وزملائه (Røysamb et al., 2018) - بعنوان "الوراثة، والشخصية والعافية؛ دراسة السمات وجوانب الرضا عن الحياة" - إلي تحديد جوانب الشخصية المهمة للرضا عن الحياة، وتقدير مساهمة العوامل الوراثية والبيئية في الارتباط بين الشخصية والرضا عن الحياة، بين التوائم الترويجيون (ن= ١,٥١٦) الذين تراوحت أعمارهم بين ٥٠-٦٥ عاماً. وأظهرت نتائج الدراسة أن العصائية أسهمت بحوالي ٢٤٪ من التباين الذي يحدث في الرضا عن الحياة، وقد شكلت جوانب الشخصية الأخرى ٣٢٪ من التباين في الرضا عن الحياة. وخلصت الدراسة إلى أن العلاقة بين الشخصية والرضا عن الحياة مدفوعة بشكل أساسي بأربعة جوانب شخصية يغلب عليها الطابع الانفعالي، وتؤدي العوامل الوراثية دوراً مهماً في هذه الارتباطات.

وقد فحصت دراسة "سيتو" وزملائه (Seto et al., 2019) - بعنوان "دور الشخصية في زملة الألم العضلي الليفي". - الارتباطات بين الشخصية وتأثير الألم العضلي الليفي، والنتائج المرتبطة بالصحة لدى مرضى الألم العضلي الليفي، واختبار ما إذا كان القلق والاكتئاب يتوسطان العلاقة بين الشخصية ونتائج الألم العضلي الليفي. وذلك لدى ٩٢ مشاركاً، بمتوسط عمري ٥٢ عاماً، ومتوسط مدة المعاناة من الألم الجسدي ١٤ عاماً، و ٩٥٪ منهم إناث. وقد أظهرت النتائج ارتباط العصائية المرتفعة بشكل دال وشديد بارتفاع تأثيرات الألم العضلي الليفي، وشدة الأعراض. بالإضافة إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والضغط، وضعف كبير في عناصر نوعية الحياة النفسية، وانخفاض في كل فعالية الذات، والتعقل، والمساندة الاجتماعية، وبشكل عام ارتبط ارتفاع مستويات العصائية بنتائج صحية أسوأ.

وحددت المراجعة التي قام بها "زالي" وزملاؤه (Zale et al., 2019) - بعنوان "العوامل المعرفية الوجدانية عبر التشخيصية المرتبطة بقابلية استخدام الكحول والمواد الأفيونية الموصوفة في سياق الألم" - الدوافع لاستخدام الكحول والمواد الأفيونية الموصوفة في سياق الألم والتي من بينها؛ الألم، والعوامل الوجدانية المعرفية، وقابلية التأثر، والتوقعات/الدوافع للتعامل مع الألم، وكارثية الألم، والقلق المرتبط بالألم، وعدم تحمل الكرب، والحساسية للقلق، والعلاقات المتصورة. وتم البحث في قواعد البيانات

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

PubMed, PsycINFO, and Embas، وتم فحص الارتباطات بين المتغيرات المحددة ذات الأهمية واستخدام الكحول والمواد الأفيونية الموصوفة في سياق الألم. وأظهرت نتائج المراجعة أن دوافع المصابين بالألم المزمن لاستخدام الكحول والمواد الأفيونية تمثلت في؛ الوجدان السلبي، والتوقعات/دوافع التعامل مع الألم. واتضح أيضاً أن قابلية التأثر بالضغط تؤدي إلى صعوبة إدارة الحالات الداخلية المنفرة أو غير المحببة (أي عدم تحمل الكرب، وحساسية القلق)، والاستجابات غير التكيفية مع الألم (أي قلق الألم، وكارثية الألم)، وكانت متورطة أيضاً في تحفيز تعاطي الكحول والمواد الأفيونية.

فحصت دراسة "أولوغلين" وزملائه (O'Loughlin et al., 2019) - بعنوان "توسط التعقل، وتقييم الضغوط لتأثير العصابية على الصحة البدنية" - التعقل باعتباره آلية محتملة لتعديل تأثيرات العصابية الضارة على الصحة الجسدية. وتم قياس الصحة بأثر رجعي لدى ٢٨٣ مشاركاً (٢١٠ أنثى، و٧٣ ذكر) باستخدام المذكرات اليومية والمنهج الطولي. وقد أفاد الأشخاص المرتفعون في العصابية (أي التقلب الانفعالي) عن مزيد من المشكلات الجسدية، وانخفاض مستويات التعقل (أي الوعي غير التقييمي للحظة الراهنة). والذين يعانون من ضعف التعقل كانوا أكثر عرضة لرؤية الأحداث اليومية المعتادة على أنها ضاغطة، والتي ارتبطت بعد ذلك بمستويات أعلى من الأعراض المبلغ عنها.

وهدف دراسة "إبراهيم" وزملائه (Ibrahim et al., 2020) - بعنوان "سمات الشخصية الخمس الكبرى وعجز ألم أسفل الظهر المزمن؛ وارتباطه بالخوف التجنبي والقلق والاكتئاب" - إلى التعرف على السمات الشخصية المميزة لمجموعة من المرضى الذين يعانون من عجز ألم أسفل الظهر المزمن، وتحديد الارتباطات بين تلك السمات ومعتقدات الخوف التجنبي والحالات المزاجية الاكتئابية والقلق. تضمنت هذه الدراسة المستعرضة ١٠٢ مصاباً بالآلام أسفل الظهر المزمنة؛ ٥٧٪ ذكور، ممن خضعوا لبرنامج متعدد التخصصات لإعادة تأهيل. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباطات دالة بين العصابية وكل من الخوف التجنبي، والاكتئاب، والقلق.

وقارنت دراسة "ليدرمان" وزملائه (Ledermann et al., 2022) - بعنوان "التفاعلات بين شدة الألم المبلغ عنها ذاتياً وتأثيرها على الحياة اليومية: دراسة استرشادية تقارن مرضي الألم المزمن الأولي مع مرضي الألم المزمن الثانوي" - بين مرضي الألم المزمن الأولي والثانوي في شدة الألم، حيث أكمل ١٦ مريضاً - (١٣ إناث) بالآلام المزمنة؛ الألم المزمن الأولي ن=١٠ (٣ صداع نصفي+ ٥ الألم العضلي الليفي + ١ زملة فرط حركة المفاصل + ١ آلام أسفل الظهر)، والألم المزمن الثانوي ن=٦ (٢ التهاب مفاصل + ٣ أمراض روماتيزمية أخرى + ١ انزلاق بالقرص الغضروفي القطني) - يوميات الألم على مدار أسبوعين متتاليين،



بواقع ٣ مرات في اليوم، بفترات زمنية محددة (الصباح، ومنتصف النهار، والمساء). وتم استخدام مقاييس التقرير الذاتي لقياس أعراض الاكتئاب والقلق، وتم تصنيف الحالات الوجدانية الراهنة إلى إيجابية وسلبية. وقد أظهرت نتائج الدراسة؛ أن من أفاد عن وجود حالة وجدانية إيجابية كان تقديره لشدة الألم منخفض بشكل ملحوظ (وذلك بصرف نظر عن مجموعة الألم المزمن). وأتضح أيضاً أن أفراد مجموعة الألم المزمن الأولي يميلوا إلى الإبلاغ عن شدة ألم أعلى مقارنة بمجموعة الألم الثانوي. وأشارت التحليلات الاستكشافية إلى وجود ارتباطاً دالاً بين شدة الألم وأعراض الاكتئاب، وشدة الألم والحالة الوجدانية في مجموعة الألم الأولي فقط. وخلص الباحثون في نهاية الدراسة إلى أنه على الرغم من أنها محاولة أولية نظراً لصغر حجم عينة الدراسة، إلا أن النتائج التي خلصت إليها تشير إلى تأثير الوجدان الإيجابي اللحظي على شدة الألم في الحياة اليومية. وتقدم دليل على الفروق في إدراك شدة الألم بين مرضى الألم المزمن الأولي والثانوي.

مما سبق عرضه من دراسات يمكن استخلاص النقاط التالية:

١. أكدت أغلب الدراسات السابقة على أن مرضى الألم المزمن سجلوا مستويات مرتفعة علي قابلية التأثر بالضغط، وكانت أكثر انتشاراً بين الأقل تعليماً. وكانت شدة الألم في ازدياد عند الإناث كلما ارتفعت مستويات قابلية التأثر بالضغط كدراسة "الميدا" وزملائه (٢٠١٤)، وارتبط الألم والأعراض المصاحبة له بقابلية التأثر لدى مرضى الألم العضلي الليفي كدراسة "فيلاسكو- فورلونج" (٢٠١٠). وإن قابلية التأثر بالضغط تؤدي إلى صعوبة إدارة الحالات الداخلية المنفرة أو غير المحببة (أي عدم تحمل الكرب، وحساسية القلق)، والاستجابات غير التكيفية مع الألم (أي قلق الألم، وكارثية الألم)، وكانت متورطة أيضاً في تحفيز تعاطي الكحول والمواد الأفيونية بين المصابين بالألم المزمن كدراسة "زالي" وزملائه (٢٠١٩).
٢. كشفت نتائج عديد من الدراسات عن وجود ارتباطات إيجابية دالة بين العصابية وكل من الألم، وشدة التعب، والخوف التجنبي، والاكتئاب، والقلق، وشدة الأعراض، وضعف كبير في عناصر نوعية الحياة النفسية، وانخفاض في كل فعالية الذات، والتعقل، والمساندة الاجتماعية، وتنبأت العصابية بشكل دال بكارثية الألم، وقلق الألم، وبشكل عام ارتبط ارتفاع مستويات العصابية بنتائج صحية أسوأ بين المصابين بالألم المزمن، وآلام العضلات الهيكلية المزمنة، وآلام أسفل الظهر المزمنة، وزملة الألم العضلي الليفي كدراسة كل من "مارتينيز" (٢٠١١)، و"كاديمباتي" وزملائه (٢٠١٥)، و"ورانكير" (٢٠١٦)، و"فاسيند" وزملائه (٢٠١٨)، و"سيتو" وزملائه (٢٠١٩)، و"إبراهيم" وزملائه (٢٠٢٠). وقد أظهرت دراسة "رويسامب" (٢٠١٨) أن

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

العصابية أسهمت بحوالي ٢٤٪ من التباين الذي يحدث في الرضا عن الحياة، وأن العلاقة بين الشخصية والرضا عن الحياة مدفوعة بشكل أساسي بأربعة جوانب شخصية يغلب عليها الطابع الانفعالي، وتؤدي العوامل الوراثية دوراً مهماً في هذه الارتباطات.

٣. توصلت أغلب الدراسات السابقة إلى وجود فروق دالة بين الجنسين في كل من شدة الألم، وقلق الألم، ومستوي الأداء الحالي وكانت الفروق في اتجاه الإناث كدراسة "راميريز- مايستر، واستيف" (٢٠١٤)، ودراسة "كروك-شوين، ووبكير" (٢٠١٦). ولم يتم العثور على فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى الألم العضلي الليفي في مستوى الألم، والكرب الانفعالي، أو الأداء اليومي كدراسة "برادوس" وزملائه (٢٠١٣). ووجدت فروق بين الجنسين في كيفية تأثير الألم على نوعية الحياة، وارتبط التعب بالنوع الأنثوي، والتعليم المنخفض كدراسة "فاسيند" وزملائه (٢٠١٨).

٤. خلص الباحثون إلى إن معالجة كل من الخوف من الألم، وتكرار استخدام مسكنات الألم، وأقصى شدة من الألم وفقاً لنوع المريض يمكن أن يحسن من جودة إدارة الألم لدى المصابين بالألم المزمن كدراسة "بيوووارزيك" وزملائه (٢٠٢١).

### فروض الدراسة

هدفت الدراسة الراهنة إلى اختبار الفروض التالية:

١. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم والرضا عن الحياة لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.
٢. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التعقل وكل من قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.
٣. يُعدل النوع العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم (باعتباره إحدى النتائج النفسية السلبية) لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.
٤. يُعدل التعقل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة (باعتباره إحدى النتائج النفسية الإيجابية) لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.
٥. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين كل من (المصابين بالآلام مزمنة أولية، والمصابين بالآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) إجمالاً؛ في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة.

تهدف الدراسة الراهنة إلى فحص الدور المعدل للنوع والتعقل في العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم باعتباره إحدى النتائج النفسية السلبية، والرضا عن الحياة باعتباره إحدى النتائج النفسية الإيجابية

## منهج الدراسة وإجراءاتها

استخدمت الدراسة الراهنة المنهج الوصفي السببي المقارن، القائم على تناول متغيرات الدراسة (قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، والنوع، وقلق الألم باعتباره إحدى النتائج النفسية السلبية، والرضا عن الحياة باعتباره إحدى النتائج النفسية الإيجابية) تناولاً وصفيًا، حيث لم يتم التدخل في ضبط هذه المتغيرات، وفيما يلي عرض لمكونات هذا المنهج:

### (١) التصميم البحثي

تم استخدام التصميم الارتباطي حيث يتم حساب معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة في شكل علاقات ثنائية متبادلة، ثم عقد مقارنات تعكس الفروق بين مجموعات الدراسة.

### (٢) وصف المشاركين

أجريت الدراسة الراهنة على عينة قوامها (٨٠) مشاركاً من المصابين بالألم المزمن (٤٠ ذكور، و ٤٠ إناث)، تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٦٦)\* سنة وقد بلغ متوسط أعمارهم (٤٣,٠٥) سنة، بانحراف معياري قدره (٩,١٨) سنة. وتنقسم هذه العينة إلي مجموعتين، كما يلي:

**المجموعة الأولى:** وهي عينة من المصابين بالألم المزمن الأولي (آلام مزمنة ممتدة أو منتشرة؛ زملة الألم العضلي الليفي)، وبلغ قوامها (٤٠) مشاركاً (٢٠ ذكور، و ٢٠ إناث) تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٦٠) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهم (٤١,٤٢) سنة، بانحراف معياري قدره (٨,٣٦) سنة.

**المجموعة الثانية:** وهي عينة من المصابين بالألم المزمن الثانوي (آلام اعتلال الأعصاب المزمنة ناتجة عن داء السكري، وناتجة عن السرطان وعلاجه الكيميائي)، وبلغ قوامها (٤٠) مشاركاً (٢٠ ذكور، و ٢٠ إناث) تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٦٦) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهم (٤٤,٦٧) سنة، بانحراف معياري قدره (٩,٧٦) سنة. واشتملت عينة الذكور بهذه المجموعة علي ١٨ مصاب باعتلال عصبي ناتج عن داء السكري، و ٢ مصابين باعتلال عصبي ناتج عن العلاج

\* وتبرر الباحثة صغر حجم العينة، والمدى العمري الواسع للعينة نظراً لمحدودية وندرة المشاركين من الذكور المصابين بالألم المزمن خاصة المصابين بالألم المزمن الأولي (زملة الألم العضلي الليفي) حيث تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٦٠) عاماً، وتراوحت أعمار الذكور المصابين بالألم المزمن الثانوي (آلام اعتلال الأعصاب المزمنة) بين (٣٥-٦٦) عاماً.

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

الكيميائي للسرطان ( ١ سرطان المثانة + ١ سرطان الغدد الليمفاوية). واشتملت عينة الإناث بهذه المجموعة علي ١٢ مصابة باعتلال عصبي ناتج عن داء السكري، و ٨ مصابات باعتلال عصبي ناتج عن العلاج الكيميائي للسرطان (٨ سرطان الثدي).

تم اختيار المشاركين بالمجموعتين السابقتين من المرضى المترددين على عيادات الألم بالمستشفيات الحكومية أو العيادات الخاصة، وكذلك تم تطبيق أدوات الدراسة عبر شبكة المعلومات الدولية عبر صفحات التواصل الاجتماعي لمجموعات دعم المرضى فيما بينهم أو لمجموعات عيادة الطبيب المعالج.

جدول (١) الفروق بين مجموعتي الألم المزمن، وبين الذكور والإناث للعينة الأساسية\*في (العمر، ومستوى التعليم، ومدة المعاناة من الألم المزمن).

الدالة	قيمة ت	مجموعة المصابين بالألم المزمن الثانوي (ن=٤٠)		مجموعة المصابين بالألم المزمن الأولي (ن=٤٠)		مجموعتا المقارنة
		ع	م	ع	م	
غير دالة	١,٥٥٩	٩,٧٦	٤٤,٦٧	٨,٣٦	٤١,٤٢	متغيرات المقارنة
٠,١١٤	١,٥٥٩	٩,٧٦	٤٤,٦٧	٨,٣٦	٤١,٤٢	العمر
٠,٤٩٢	٠,٦٩١	١,٩٨	١٧,٦٠	١,٨٩	١٧,٣٠	سنوات التعليم
٠,١١٩	١,٥٧٤	١,٩٦	٥,٠٠	٢,٠١	٤,٨٠	مدة المعاناة من الألم
الدالة	قيمة ت	الإناث (ن=٤٠) (٢٠ مصابة بألم مزمن أولي + ٢٠ مصابة بألم مزمن ثانوي)		الذكور (ن=٤٠) (٢٠ مصاباً بألم مزمن أولي + ٢٠ مصاباً بألم مزمن ثانوي)		مجموعتا المقارنة
		ع	م	ع	م	
٠,٨٨٥	٠,١٤٥	٩,١٧	٤٣,٢٠	٩,٢٩	٤٢,٩٠	متغيرات المقارنة
٠,٨١٩	٠,٢٣٠	١,٩٦	١٧,٥٠	١,٩٣	١٧,٤٠	العمر
٠,١١٩	١,٥٧٤	١,٩٦	٥,٥٠	٢,٠١	٤,٨٠	سنوات التعليم
٠,١١٩	١,٥٧٤	١,٩٦	٥,٥٠	٢,٠١	٤,٨٠	مدة المعاناة من الألم

وتبين من جدول (١) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المصابين بالألم المزمن الأولي والمصابين بالألم المزمن الثانوي في (العمر، ومستوى التعليم، ومدة المعاناة من الألم المزمن)، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في (العمر، ومستوى التعليم، ومدة المعاناة من الألم المزمن).

### (٣) أدوات الدراسة وكفاءتها

• وتوجه الباحثة إلي أنه تم عقد مقارنة بين الذكور والإناث إجمالاً في متغير العمر، ولم يتم عقد مقارنة بين الذكور بالمجموعة الأولى والذكور بالمجموعة الثانية وبالمثل للإناث؛ وذلك لأن تساؤلات وفروض الدراسة تدور حول الفروق بين الذكور والإناث المصابين بالألم المزمن إجمالاً سواء الأولي أو الثانوي، بينما الفروق بين ذات النوع في كلا الفئتين ليس له محل بين تساؤلات الدراسة وفروضها.

لتقدير الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة، تم الاستعانة بمجموعة من المشاركين بالدراسة الاستطلاعية تكونت من (٤٠) مصاباً بالألم المزمن (٢٠ ذكور، ٢٠ إناث). تراوحت أعمارهم بين ٢٥-٦٠ عاماً، بمتوسط عمري بلغ (٤١,٣٥) عاماً وانحرافاً معيارياً (٨,٩٦) عام.

**جدول (٢) الفروق بين مجموعتي الألم المزمن، وبين الذكور والإناث بعينة الدراسة الاستطلاعية في (العمر، ومستوى التعليم، ومدة المعاناة من الألم المزمن) باستخدام مان وتني:**

دلالتها	الدرجة المعيارية (Z)	مجموعة المصابين بالألم المزمن الثانوي (ن=٢٠)	مجموعة المصابين بالألم المزمن الأولي (ن=٢٠)	مجموعتا المقارنة
		متوسط رتب المجموعة	متوسط رتب المجموعة	متغيرات المقارنة
٠,٧٤٣ غير دالة	- ٠,٣٢٩	١٩,٩٠	٢١,١٠	العمر
٠,٦٠٢ غير دالة	- ٠,٦٥٥	٢١,٥٠	١٩,٥٠	سنوات التعليم
٠,٤٢٩ غير دالة	- ٠,٩٤٧	٢٢,٠٠	١٩,٠٠	مدة المعاناة من الألم
دلالتها	الدرجة المعيارية (Z)	الإناث (ن=٢٠) (١٠ مصابة بألم مزمن أولي + ١٠ مصابة بألم مزمن ثانوي)	الذكور (ن=٢٠) (١٠ مصاباً بألم مزمن أولي + ١٠ مصاباً بألم مزمن ثانوي)	مجموعتا المقارنة
		متوسط رتب المجموعة	متوسط رتب المجموعة	متغيرات المقارنة
٠,٧٦٣ غير دالة	- ٠,٣٠١	٢١,٠٥	١٩,٩٥	العمر
٠,٦٠٢ غير دالة	- ٠,٦٥٥	٢١,٥٠	١٩,٥٠	سنوات التعليم
٠,٤٢٩ غير دالة	- ٠,٩٤٧	٢٢,٠٠	١٩,٠٠	مدة المعاناة من الألم

وتبين من جدول (٢) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعة الألم المزمن الأولي ومجموعة الألم المزمن الثانوي في (العمر، ومستوى التعليم، ومدة المعاناة من الألم المزمن)، ولا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في (العمر، ومستوى التعليم، ومدة المعاناة من الألم المزمن).

• تم استخدام اختبار "Z" حينما يكون حجم مجموعات المقارنة أقل من ٣٠ مشاركاً، وعندما تتجاوز ٣٠ مشاركاً يتم استخدام اختبار "t"، وذلك وفقاً لشروط استخدام اختبار "t" أنه يفضل أن يزيد حجم مجموعة المقارنة عن ٣٠ مشاركاً.

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

### (١) مقياس قابلية التأثر بالضغط

وهو مقياس فرعي من أصل ستة مقاييس تمثل عامل العصابية من قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (الصورة المطولة المعدلة) إعداد "كوستا، وماكري" (1992) Costa & McCrae، وتَرْجَمَة بدر الأنصاري (٢٠٠٥). ويتألف مقياس قابلية التأثر بالضغط على حدة من (٨) عبارات، ويجب المشارك علي كل عبارة وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من (معارض بشدة) حتى (موافق بشدة). وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك علي كل عبارة بالدراسة الراهنة ما بين (١-٥) درجات بدلاً من (٠-٤) درجات بالنسخة الأصلية<sup>♦</sup>، وذلك وفقاً لاتجاه العبارة.

### الكفاءة القياسية للمقياس:

أ- حساب الصدق:

- صدق المحك التلازمي:

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس قابلية التأثر بالضغط، وبين مقياسي الاتزان (٦) عبارات، والمثابرة (٣) عبارات، وهما مقياسين فرعيين لمقياس كفاءة المواجهة البعد الثاني والرابع للمقياس علي التوالي؛ إعداد "واجنيلد، ويونج" (1993) wagnild & Young، وتَرْجَمَة سميرة أبو غزالة (٢٠٠٩). ويتمتع المقياس في صورته الأساسية بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (أبو غزالة، ٢٠٠٩). ويعرض جدول (٣) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس قابلية التأثر بالضغط، وبين المقياس المرجعي مقياس كفاءة المواجهة (الاتزان، والمثابرة) لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

جدول (٣) معاملات الارتباط بين مقياس قابلية التأثر بالضغط، وبين المقياس المرجعي مقياس كفاءة المواجهة (الاتزان، والمثابرة) لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية (مرضي الألم المزمن ن = ٤٠).

المقاييس المحكية		المقاييس المحكية مقياس الدراسة الراهنة
المثابرة (مقياس كفاءة المواجهة)	الاتزان (مقياس كفاءة المواجهة)	
٠,٣٨٨*	٠,٦٢٨**	مقياس قابلية التأثر بالضغط

\* دال عند مستوي ٠,٠٥ \*  
\*\* دال عند مستوي ٠,٠١

♦ وتيرر الباحثة استبدال بداية التدرج بـ (١) بدلاً من (٠) وذلك لتوفر السمة عند الشخص، حتى لو بدرجة ضئيلة جداً وليس انعدامها تماماً لتصل إلي صفر.

وتبين من جدول (٣) أن معاملات صدق التعلق بمحك لمقياس قابلية التأثر بالضغط مقبولة.

#### ب- حساب الثبات:

تم الاعتماد في حساب معاملات الثبات على أساليب: معامل أوميغا ماكدونالد، ومعامل ألفا كرونباخ، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٤) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

#### جدول (٤) معاملات الثبات لمقياس قابلية التأثر بالضغط لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

معاملات الثبات للمقياس	طرق حساب الثبات	الاستخبار
٠,٨٥٧	معامل أوميغا ماكدونالد	مقياس قابلية التأثر بالضغط
٠,٨٧٣	معامل ألفا	
٠,٨٩٧	القسمة النصفية	

وتبين من جدول (٤) أن معاملات ثبات مقياس قابلية التأثر بالضغط مرتفعة إجمالاً.

#### ٢) مقياس أعراض قلق الألم - نسخة قصير<sup>١</sup>

وهو مقياس لأعراض قلق الألم (نسخة مختصرة - ٢٠ عبارة)، إعداد "مراكين، ودينجرا" (2002) McCracken & Dhingra، وترجمته الباحثة. يتألف مقياس أعراض قلق الألم من (٢٠) مفردة لتقييم استجابات الخوف والقلق من الألم. ويتكون من أربعة مقاييس فرعية، الأول الجانب المعرفي (٥) عبارات، والثاني الهروب/التجنب (٥) عبارات، والثالث الخوف (٥) عبارات، والأخير القلق الفسيولوجي (٥) عبارات. يجب المشارك على كل عبارة وفقاً لبدائل معدة بطريقة "ليكرت" تبدأ من "إطلاقاً" تقدر بدرجة واحدة حتى "دائماً" تقدر بخمس درجات.

#### الكفاءة القياسية للمقياس:

##### أ- حساب الصدق:

##### - صدق المحك التلازمي:

<sup>١</sup> Pain Anxiety Symptom Scale Short Form 20

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس أعراض قلق الألم، وبين مقياس الاندفاعية (٨ عبارات تشير إلى شعور الفرد بالتوتر، والقلق، وسرعة الاستثارة، والعجز عن ضبط الانفعالات والتحكم فيها) وهو أحد المقاييس الفرعية من أصل ستة مقاييس تمثل عامل العصابية من قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (الصورة المطولة المعدلة) إعداد "كوستا، وماكري" (Costa & McCrae (1992) تَرْجَمَة وإعداد بدر الأنصاري (٢٠٠٥). ويتمتع المقياس في صورته الأساسية بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة. وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس أعراض قلق الألم، وبين مقياس الوجدان السلبي (٧ عبارات تشير إلى شعور الفرد بانفعالات سلبية، ومشقة، وقلق، واكتئاب) وهو المقياس الفرعي الأول من مقياس نمط الشخصية (د) إعداد؛ "جوهان دينوليت" (Johan Denollet (2005)، وترجمة الباحثة الحالية (الشناوي، تحت النشر). ويعرض جدول (٥) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس أعراض قلق الألم، وبين المقياس المرجعي الاندفاعية (مقياس العصابية/قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية)، والوجدان السلبي (مقياس نمط الشخصية "د") لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

جدول (٥) معاملات الارتباط بين مقياس أعراض قلق الألم، وبين المقياس المرجعي الاندفاعية (مقياس العصابية)، والوجدان السلبي (مقياس نمط الشخصية "د") لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية (مرضى الألم المزمن ن=٤٠).

المقاييس المحكية		المقاييس المحكية
الوجدان السلبي	الاندفاعية (مقياس العصابية)	مقياس الدراسة الراهنة
**٠,٥٥٨	*٠,٣٨٦	مقياس أعراض قلق الألم
	* دال عند مستوي ٠,٠٥	** دال عند مستوي ٠,٠١

وتبين من جدول (٥) أن معاملات صدق التعلق بمحك لمقياس أعراض قلق الألم مقبولة.

### ب- حساب الثبات:

تم الاعتماد في حساب معاملات الثبات على أساليب: معامل أوميغا ماكدونالد، ومعامل ألفا كرونباخ، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٦) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

جدول (٦) معاملات الثبات لمقياس أعراض قلق الألم لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

معاملات الثبات للمقياس	طرق حساب الثبات	الاستخبار
٠,٨٩٠	معامل أوميغا ماكدونالد	مقياس أعراض قلق الألم
٠,٨٩٧	معامل ألفا	
٠,٦٥٠	القسمة النصفية	



وتبين من جدول (٦) أن معاملات ثبات مقياس قابلية التأثر بالضغط مرتفعة إجمالاً.

### ٣) اختبار الرضا عن الحياة

وهو اختبار لقياس الرضا العام عن الحياة، إعداد مجدي الدسوقي (١٩٩٩). يتألف المقياس من (٣٠) عبارة موزعة على ستة أبعاد هي؛ السعادة، والجانب الاجتماعي، والطمأنينة، والاستقرار النفسي، والتقدير الاجتماعي، والقناعة. وتتم الإجابة عن المقياس بطريقة ليكرت الخماسي، تتراوح بين (لا تنطبق أبداً) (١) درجة، و (تنطبق تماماً) (٥) درجات.

#### الكفاءة القياسية للمقياس:

أ- حساب الصدق:

- صدق المحك التلازمي:

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الرضا العام عن الحياة، وبين مقياسي المعنى (٧ عبارات تشير إلى إحساس الفرد بوجود هدف في حياته أو غاية من حياته)، والاتزان (٦ عبارات تشير إلى المنظور المتزن لحياة الفرد)، وهما مقياسين فرعيين لمقياس كفاءة المواجهة البعد الأول والثاني للمقياس علي التوالي؛ إعداد "واجنيلد، ويونج" (1993) wagnild & Young، تَرْجَمَة سميرة أبو غزالة (٢٠٠٩). ويتمتع المقياس في صورته الأساسية بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (أبو غزالة، ٢٠٠٩). ويعرض جدول (٧) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الرضا العام عن الحياة، وبين المقياس المرجعي مقياس كفاءة المواجهة (المعني، والاتزان) لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

جدول (٧) معاملات الارتباط بين مقياس الرضا العام عن الحياة، وبين المقياس المرجعي مقياس كفاءة المواجهة (المعني، والاتزان) لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية (مرضي الألم المزمن ن = ٤٠).

المقاييس المحكية		المقاييس المحكية
الاتزان	المعني	استخبار الدراسة الراهنة
**٠,٧٠١	**٠,٦٩١	مقياس الرضا العام عن الحياة

\*\* دال عند مستوي ٠,٠١

وتبين من جدول (٧) أن معاملات صدق التعلق بمحك لمقياس الرضا العام عن الحياة مقبولة.

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

### ب- حساب الثبات:

تم الاعتماد في حساب معاملات الثبات على أساليب: معامل أوميغا ماكدونالد، ومعامل ألفا كرونباخ، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٨) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

### جدول (٨) معاملات الثبات لمقياس الرضا العام عن الحياة لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

الاستخبار	طرق حساب الثبات	معاملات الثبات للمقياس
مقياس الرضا العام عن الحياة	معامل أوميغا ماكدونالد	٠,٩٨٧
	معامل ألفا	٠,٩٧٨
	القسمة النصفية	٠,٩١٧

وتبين من جدول (٨) أن معاملات ثبات مقياس قابلية التأثر بالضغط مرتفعة إجمالاً.

### ٤) مقياس التعقل

مقياس التعقل هو المكون والمقياس الفرعي الثالث لقائمة الشفقة مع الذات إعداد "كريستين نيف" (Kristin Neff 2003)، وترجمة الباحثة الحالية (الشناوي، ٢٠١٩). يتألف مقياس التعقل من (٨) عبارات، وينقسم إلى قطبين؛ مقياس التعقل (٤) عبارات تشير إلى الوعي بالخبرات السلبية بتوازن، ومواجهة الأفكار المؤلمة دون تجنبها أو تضخيمها، وإدارة خيبة الأمل والإحباط)، ومقياس التماهي المفرط وهو طرف القطب المتمم لمكون التعقل (٤) عبارات تشير إلى الميل إلى المبالغة أو الانشغال بالانفعالات الشخصية والافتقار للنظرة الموضوعية لهذه الاستجابات) وتم تصحيح مقياس التماهي المفرط عكسياً حتى يتفق مع اتجاه مفهوم التعقل المَعْنَى بالقياس في الدراسة الراهنة. ويجيب المشارك عن كل عبارة من عبارات المقياس وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من (لا تنطبق مطلقاً) (١) درجة حتى (تنطبق تماماً) (٥) درجات.

### الكفاءة القياسية للمقياس:

#### أ- حساب الصدق:

#### ب- صدق المحك التلازمي:

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس التعقل، وبين مقياس الانشغال بصورة الذات (٨) عبارات تشير إلى انشغال الفرد بصورة ذاته، والشعور بالإثم، والحرص الناتج عن عدم الظهور أمام الآخرين بصورة مقبولة) وهو أحد

المقاييس الفرعية من أصل ستة مقاييس تمثل عامل العصابية من قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (الصورة المطولة المعدلة) إعداد "كوستا، وماكري" (Costa & McCrae (1992) تَرْجَمَة وإعداد بدر الأنصاري (٢٠٠٥)، ويتمتع المقياس في صورته الأساسية بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة. وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس التعقل، وبين مقياس الاتزان (٦ عبارات تشير إلى المنظور المتزن لحياة الفرد) وهو أحد المقاييس الفرعية لمقياس كفاءة المواجهة البعد الثاني؛ إعداد "واجنيلد، ويونج" (Wagnild & Young (1993) تَرْجَمَة سميرة أبو غزالة (٢٠٠٩). ويتمتع المقياس في صورته الأساسية بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (أبو غزالة، ٢٠٠٩). ويعرض جدول (٩) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس التعقل، وبين المقياس المرجعي مقياس الانشغال بصورة الذات (مقياس العصابية/ قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية)، ومقياس الاتزان (مقياس كفاءة المواجهة) لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

جدول (٩) معاملات الارتباط بين مقياس التعقل، وبين المقياس المرجعي مقياس الانشغال بصورة الذات (مقياس العصابية/ قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية)، ومقياس الاتزان (مقياس كفاءة المواجهة) لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية (مرضى الألم المزمن ن=٤٠).

المقاييس المحكية		المقاييس المحكية
الاتزان (مقياس كفاءة المواجهة)	الانشغال بصورة الذات (مقياس العصابية)	مقياس الدراسة الراهنة مقياس التعقل
*٠,٣٨٩	**٠,٥٦١-	

\*\* دال عند مستوي ٠,٠١ \* دال عند مستوي ٠,٠٥

وتبين من جدول (٩) أن معاملات صدق التعلق بمحك لمقياس قابلية التأثر بالضغط مقبولة.

#### ب- حساب الثبات:

تم الاعتماد في حساب معاملات الثبات على أساليب: معامل أوميغا ماكdonald، ومعامل ألفا كرونباخ، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (١٠) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

#### جدول (١٠) معاملات الثبات لمقياس التعقل لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية.

معاملات الثبات للمقياس	طرق حساب الثبات	الاستخبار
٠,٧١١	معامل أوميغا ماكdonald	مقياس التعقل
٠,٧١٥	معامل ألفا	

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية

٠,٧٧١

القسمه النصفية

وتبين من جدول (١٠) أن معاملات ثبات مقياس التعقل مرتفعة إجمالاً.

### (٤) إجراءات جمع البيانات والتحليلات الإحصائية

بعد جمع البيانات من المشاركين بالدراسة تم إجراء التحليلات الإحصائية عن طريق معالجة البيانات باستخدام حزم البرامج الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتضمنت التحليلات الإحصائية للبيانات ما يلي:

١. حساب معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين متغيرات الدراسة، وذلك لفحص العلاقة الارتباطية فيما بينها وبين بعضها، ومدى شدة هذه العلاقات الارتباطية ووجهتها.
٢. معادلات الانحدار ونمذجة العلاقات بين المتغيرات وبعضها بعضاً باستخدام أسلوب "هايز" من خلال برنامج "ماكرو هايز" النسخة (٤,٢) Hayes Macro (Model 1) لاختبار تأثير الدور المعدل للنوع في العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم باعتباره إحدى النتائج النفسية السلبية، واختبار الدور المعدل للتعقل في العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة باعتباره إحدى النتائج النفسية الإيجابية.
٣. اختبار (ت) t-test للكشف عن الفروق ودلالاتها بين مجموعتي (المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية)، ومجموعتي (الذكور، والإناث) إجمالاً، في بعض متغيرات الدراسة.

### نتائج الدراسة

فيما يلي عرض لنتائج التحليلات الإحصائية لمتغيرات الدراسة بما يتسق مع مشكلة الدراسة وفروضها، وذلك على النحو الآتي:

١. الفرض الأول: الذي ينص على أنه؛ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم، والرضا عن الحياة لتحديد مدى شدة واتجاهات هذه الارتباطات لدى المشاركين بالدراسة إجمالاً. ويعرض جدول (١١) هذه المعاملات ودلالاتها لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً.

جدول (١١) معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) ودلالاتها بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم، والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً.

الاستخبارات	مقياس أعراض قلق الألم	مقياس الرضا عن الحياة
مقياس قابلية التأثر بالضغط	**٠,٣٧٠	- ٠,٦٢٩, **

\*\* دال عند مستوي ٠,٠١

وكشف جدول (١١) عن وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم، وعن وجود ارتباط سلبي دال إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

ويتضح من النتائج المعروضة بجدول (١١) تحقق الفرض الأول، الذي ينص على أنه؛ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

٢. الفرض الثاني: الذي ينص على أنه؛ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التعقل وكل من قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين التعقل وكل من قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لتحديد مدى شدة واتجاهات هذه الارتباطات لدى المشاركين بالدراسة إجمالاً. ويعرض جدول (١٢) هذه المعاملات ودلالاتها لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً.

جدول (١٢) معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) ودلالاتها بين التعقل وكل من قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً.

الاستخبارات	مقياس قابلية التأثر بالضغط	مقياس الرضا عن الحياة
مقياس التعقل	- ٠,٧٣١, **	**٠,٥٧٦

\*\* دال عند مستوي ٠,٠١

وكشف جدول (١٢) عن وجود ارتباط سلبي دال إحصائياً بين التعقل وقابلية التأثر بالضغط، وعن وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين التعقل والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

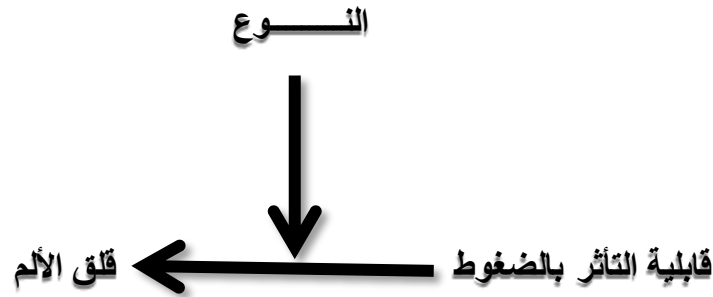
ويتضح من النتائج المعروضة بجدول (١٢) تحقق الفرض الثاني، الذي ينص على أنه؛ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التعقل وكل من قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

٣. الفرض الثالث: الذي ينص على؛ يُعدل النوع العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معادلات الانحدار ونمذجة العلاقات بين المتغيرات وبعضها بعضاً بطريقة "هايز" باستخدام برنامج ماكرو "هايز" النسخة (٤,٢). وتم اختبار نموذج المتغير المعدل من نتائج المتغير التنبؤي (قابلية التأثر بالضغط)، والمتغير المتنبأ به (قلق الألم)، في حالة وجود متغير ثالث معدل (النوع) - شكل (٥) - فهل يؤثر المتغير المعدل (النوع) في قوة العلاقة أو اتجاه العلاقة بين المتغيرات أو يؤثر في المتنبأ به. ويعرض جدول (١٣) نتائج اختبار "هايز" لاختبار دور النوع بصفته معدلاً للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وأعراض قلق الألم لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً.

شكل (٥) النموذج النظري للنوع بصفته متغيراً معدلاً للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم.

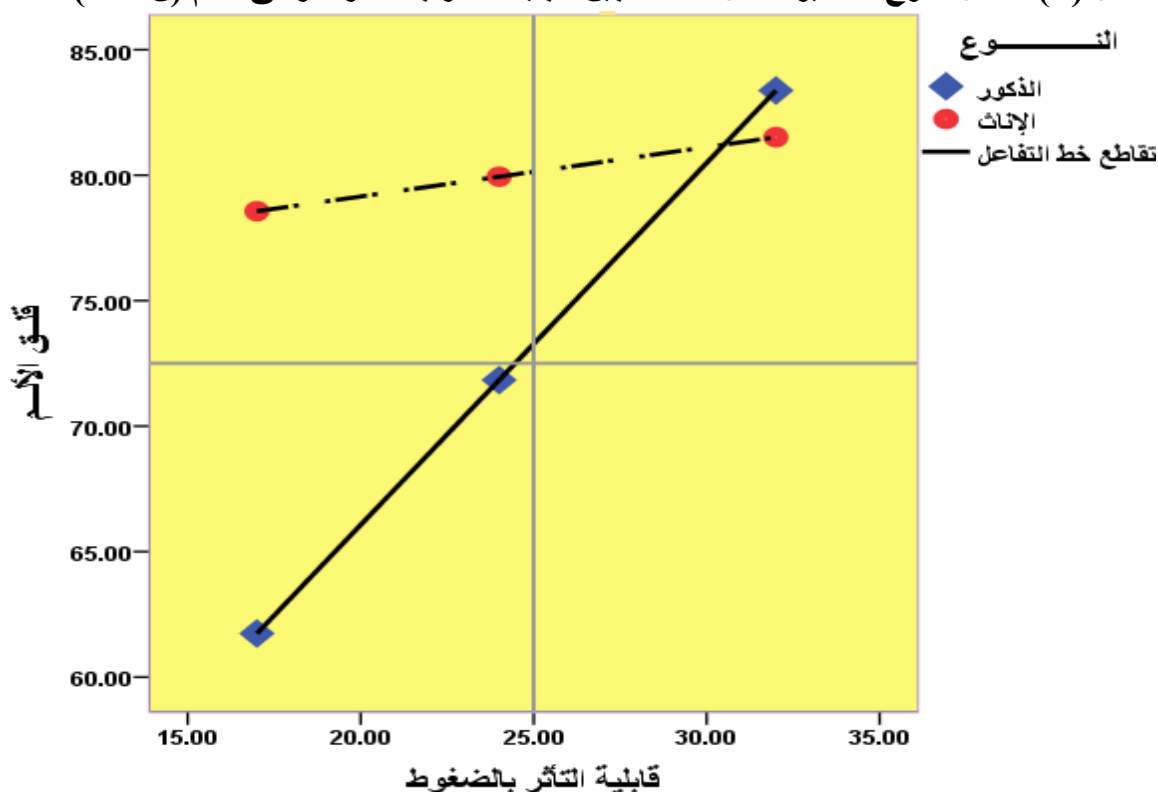


جدول (١٣) نتائج تحليل المسار بأسلوب "هايز" لاختبار تأثير النوع كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وأعراض قلق الألم لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً (ن = ٨٠).

المعاملات الإحصائية والمتغيرات		معامل بيتا	حجم التقدير	قيمة ت	الدلالة	الحد الأدنى	الحد الأعلى
قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم		٢,٦٨٨٦	٠,٧٩٢٩	٣,٣٦٥٣	٠,٠٠١٢	١,٠٩٧٤	٤,٢٧٩٧
النوع وقلق الألم		٣٨,٠٠٨٤	١٢,٦٧٩	٢,٩٩٧٦	٠,٠٠٣٧	١٢,٧٥٥٠	٦٣,٢٦١٨
تفاعل النوع وقابلية التأثر بالضغط وقلق الألم		١,٢٤٦٠-	٠,٥٠١٧	٢,٤٨٣٥-	٠,٠١٥٢	٢,٢٤٥٣-	٠,٢٤٦٨-
التأثيرات							
المتغير المعدل		معامل التأثير	حجم التقدير	قيمة ت	الدلالة	الحد الأدنى	الحد الأعلى
الذكور		١,٤٤٢٦	٠,٣٥٨٩	٤,٠١٨٩	٠,٠٠٠١	٠,٧٢٧٦	٢,١٥٧٥
الإناث		٠,١٩٦٥	٠,٣٥٠٥	٠,٥٦٠٧	٠,٥٧٦٧	٠,٥٠١٦-	٠,٨٩٤٧

وكشف جدول (١٣) عن أن مسار النوع وقلق الألم كان دالاً وفقاً لمستويات دلالة "ت" والتي بلغت ٠,٠٠٣، وكذلك مسار التفاعل - شكل (٦) - بين النوع وقابلية التأثر بالضغط وقلق الألم كان دالاً حيث بلغت دلالة "ت" ٠,٠١٥. وقد بلغت قيمة تفسير النموذج للتباين الذي يحدث في قلق الألم ٢٤% عند مستوى دلالة ٠,٠٠٠١.

شكل (٥) تفاعل النوع كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم (ن=٨٠).



أما عن نتائج التأثير فقد تبين أن هناك فروقاً ملحوظة بين الذكور والإناث، فقد بلغ معامل التأثير عند الذكور ١,٤٤٢٦ وهو أكبر من معامل التأثير في عينة الإناث حيث بلغ ٠,١٩٦٥. وكانت قيمة (ت) دالة عند الذكور وبلغ مستوى الدلالة ٠,٠٠٠١، ولم تكن دالة عند الإناث حيث بلغت دلالة قيمة (ت) ٠,٥٧٦٧. ويتضح من هذه النتائج أن النوع لديه القدرة علي تعديل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم، وذلك عند الذكور فقط، وأن النوع (الأنثوي) له دور في معاناة الإناث من قلق الألم، بشكل أكبر من الذكور بين المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية. وبناء عليه يتضح وجود دور إيجابي للنوع كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم عند الذكور؛ فقد تتدخل الخصائص النفسية والاجتماعية والفسولوجية للذكور لتقليل مستوى قلق الألم لديهم.

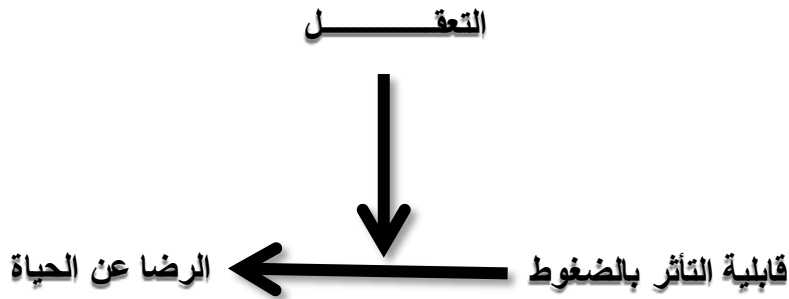
## النوع والتعلل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية

وبناء علي ما سبق يتضح من النتائج المعروضة بجدول (١٣) تحقق الفرض الثالث، الذي ينص على؛ يُعدل النوع العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

٤. الفرض الرابع: الذي ينص على؛ يُعدل التعلل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معادلات الانحدار ونمذجة العلاقات بين المتغيرات وبعضها بعضا بطريقة "هايز" باستخدام برنامج ماكرو "هايز" النسخة (٤,٢). وتم اختبار نموذج المتغير المعدل من نتائج المتغير التنبؤي (قابلية التأثر بالضغط)، والمتغير المتنبأ به (الرضا عن الحياة)، في حالة وجود متغير ثالث معدل (التعلل) - شكل (٧) - فهل يؤثر المتغير المعدل (التعلل) في قوة العلاقة أو اتجاه العلاقة بين المتغيرات أو يؤثر في المتنبأ به. ويعرض جدول (١٤) نتائج اختبار "هايز" لاختبار دور التعلل بصفته معدلاً للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً.

شكل (٧) النموذج النظري للتعلل بصفته معدلاً للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة.



جدول (١٤) نتائج تحليل المسار بأسلوب "هايز" لاختبار تأثير التعلل كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بآلام مزمنة أولية أو ثانوية إجمالاً (ن = ٨٠).

المعاملات الإحصائية والمتغيرات	معامل بيتا	حجم التقدير	قيمة ت	الدلالة	الحد الأدنى	الحد الأعلى
قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة	٠,٥٤٨٢	١,٣٩١٨	٠,٣٩٣٩	٠,٦٩٤٨	٢,٢٢٣٨	٣,٣٢٠٢
التعلل والرضا عن الحياة	٤,٠٧٥٠	١,٥٩١٠	٢,٥٦١٣	٠,٠١٢٤	٠,٩٠٦٣	٧,٢٤٣٧

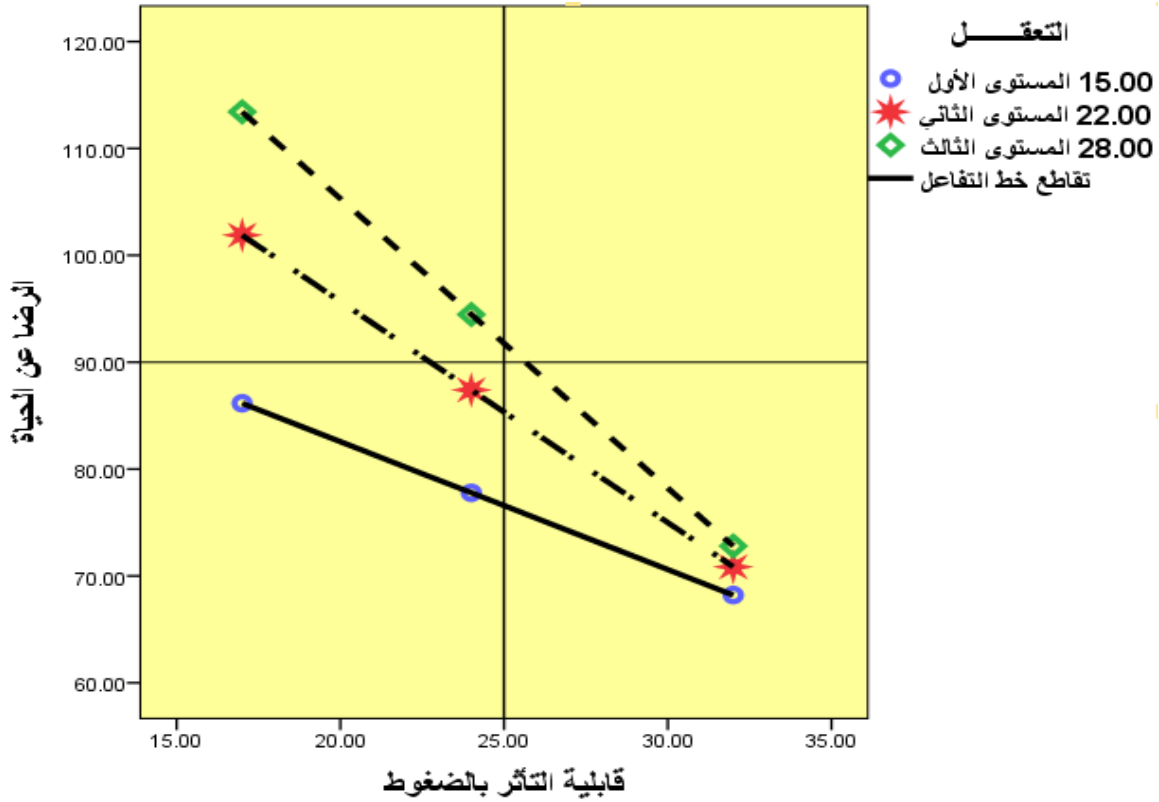


التأثيرات						
الحد الأعلى	الحد الأدنى	الدلالة	قيمة ت	حجم التقدير	معامل التأثير	المتغير المعدل
٠,٠٠٣٥	٠,٢٣٦١	٠,٠٥٦٩	١,٩٣٣٥	٠,٠٦٠٢	٠,١١٦٣	تفاعل التعقل وقابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة
٠,١١٧١	٢,٥٠٩٨	٠,٠٧٣٦	١,٨١٤١	٠,٦٥٩٥	١,١٩٦٣	المستوى الأول
٠,٩٨٧٩	٣,١٤٩٣	٠,٠٠٠٣	٣,٨١٢٥	٠,٥٤٢٦	٢,٠٦٨٦	المستوى الثاني
١,٣٧٢١	٤,٠٤٤٤	٠,٠٠٠١	٤,٠٣٦٩	٠,٦٧٠٩	٢,٧٠٨٣	المستوى الثالث

وكشف جدول (١٤) عن أن هناك دوراً للتعقل كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة، وأن مسار التعقل والرضا عن الحياة كان دالاً وفقاً لمستويات دلالة "ت" والتي بلغت ٠,٠١. بينما مسار التفاعل - شكل (٨) - بين التعقل وقابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة كان غير دالاً حيث بلغت الدلالة ٠,٠٥٦. وكانت قيمة تفسير النموذج للتباين الذي يحدث في الرضا عن الحياة ٤٥% عند مستوى دلالة ٠,٠٠٠٠١.

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

شكل (٨) تفاعل التعقل كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة.



أما عن نتائج التأثير فقد تبين أن هناك فروقاً ملحوظة بين مستويات التعقل، فكان أعلى معامل تأثير  $2,7083$  عند المستوي الثالث وكانت قيمة (ت) دالة عند  $0,0001$  يليه المستوى الثاني حيث بلغ معامل التأثير  $2,0686$  وكانت قيمة (ت) دالة عند  $0,0003$  بينما انخفض معامل التأثير في المستوى الأول وكانت قيمة (ت) غير دالة حيث بلغت قيمتها  $0,07$ . ويتضح من هذه النتائج أن التعقل لديه القدرة علي تعديل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة خاصة عند المستويات المتوسطة والمرتفعة، وانخفاضه يؤثر سلباً علي مستويات الرضا عن الحياة لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية. وبناء عليه يتضح وجود دور إيجابي للتعقل كمتغير معدل للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة.

وبناء علي ما سبق يتضح من النتائج المعروضة بجدول (١٤) تحقق الفرض الرابع إجمالاً، والذي ينص على؛ يُعدل التعقل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية.

٥. الفرض الخامس: الذي ينص على؛ لا توجد فروق دالة إحصائياً بين كل من (المصابين بالأم مزمنة أولية، والمصابين بالأم مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) إجمالاً؛ في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب اختبار (ت) للكشف عن الفروق ودلالاتها بين كل من (المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) إجمالاً في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة. ويوضح جدول (١٥) قيم اختبار (ت) ودلالاتها.

جدول (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالاتها لقياس الفروق بين (المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) إجمالاً في متغيرات الدراسة.

دالاتها	قيمة (ت)	المصابين بآلام مزمنة ثانوية ن=٤٠		المصابين بآلام مزمنة أولية ن=٤٠		الاستخبارات
		ع	م	ع	م	
٠,٩٢٥ غير دالة	٠,٠٩٤	٧,٢٨٧	٢٤,٣٧٥	٧,٠٠٧	٢٤,٢٢٥	قابلية التأثر بالضغط
٠,٢٤٩ غير دالة	١,١٦١	٥,٨٠٥	٢٠,٨٧٥	٦,٥٠٠	٢٢,٤٧٥	التعقل
٠,٦٩١ غير دالة	٠,٤٠٠	١٨,٠٦٨	٧٦,٠٥٠	١٧,١٧٣	٧٤,٤٧٥	قلق الألم
٠,٥٢٨ غير دالة	٠,٦٣٤	٢٩,٦٠٦	٨٧,٢٥٠٠	٣٢,٠٤٦	٩١,٦٢٥	الرضا عن الحياة
دالاتها	قيمة (ت)	الإناث إجمالاً ن=٤٠		الذكور إجمالاً ن=٤٠		الاستخبارات
		ع	م	ع	م	
٠,٠٧٨ غير دالة	١,٧٨٧	٧,٠٨٩	٢٥,٧٠٠	٦,٩٢٣	٢٢,٩٠٠	قابلية التأثر بالضغط
٠,١٩٤ غير دالة	١,٣٠٩	٥,٧٩٣	٢٠,٧٧٥	٦,٤٨٤	٢٢,٥٧٥	التعقل
٠,٠١٠ دالة	٢,٦٥٣	١١,٠٢٦	٨٠,٢٧٥	٢١,٢٠٢	٧٠,٢٥٠	قلق الألم
٠,٨٥٤ غير دالة	٠,١٨٤	٣١,٦١١	٨٨,٨٠٠	٣٠,٢١٩	٩٠,٠٧٥	الرضا عن الحياة

كشفت قيم (ت) بجدول (١٥) عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المصابين بآلام مزمنة أولية والمصابين بآلام مزمنة ثانوية في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة. وكشفت قيم (ت) أيضاً عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث إجمالاً في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، والرضا عن الحياة، بينما وجدت فروقاً دالة إحصائياً بين الذكور والإناث إجمالاً في متغير أعراض قلق الألم، وكانت الفروق في اتجاه الإناث؛ أي أن الإناث أكثر معاناة من قلق الألم مقارنة بالذكور.

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بجدول (١٥) تحقق الفرض الخامس إجمالاً، والذي ينص على أنه؛ لا توجد فروق دالة إحصائياً بين كل من (المصابين

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

بالآلام مزمنة أولية، والمصابين بالآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) إجمالاً؛ في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة.

### مناقشة النتائج

فيما يلي ستم مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية في ضوء الأطر النظرية ونتائج البحوث السابقة، ومدى تأييدها لفروض الدراسة كل على حدة:

١. نتائج الفرض الأول، وينص على أنه؛ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط وكل من قلق الألم والرضا عن الحياة لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

كشفت نتائج الفرض الأول عن (أ) وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم، وعن (ب) وجود ارتباط سلبي دال إحصائياً بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

وتتسق النتيجة (أ) مع نتائج دراسة "زالي" وزملاؤه (٢٠١٩) التي أوضحت أن قابلية التأثر بالضغط تؤدي إلى استجابات غير تكيفية مع الألم؛ كقلق الألم، وكارثية الألم. وقد تورطت أيضاً في تحفيز المصابين بالألم المزمن علي تعاطي الكحوليات والمواد الأفيونية. ومع دراسة "فيلاسكو-فورلونج" (٢٠١٠) التي توصلت إلي ارتباط قابلية التأثر بالضغط بالألم والأعراض المصاحبة له لدى المصابين بالألم العضلي الليفي. ومع دراسة "ألמידا" وزملائه (٢٠١٤) التي أوضحت أن شدة الألم عند الإناث كانت في تزايد كلما ارتفعت مستويات قابلية التأثر بالضغط لديهن. ومع نتائج دراسات كل من "مارتينيز" (٢٠١١)، و"كاديمباتي" (٢٠١٥) و"فاسيند" وزملائه (٢٠١٨)، و"ورانكير" (٢٠١٦)، و"إبراهيم" وزملائه (٢٠٢٠) حيث أجمعت تلك الدراسات علي ارتباط العصابية إيجابياً بكل من (كارثية الألم، وقلق الألم، والخوف التجنبي، والتعب)، وكذلك قدرتها علي التنبؤ بهم لدى المصابين (بالألم المزمن، والألم العضلي الليفي، وآلام العضلات الهيكلية، وآلام أسفل الظهر المزمنة).

ويمكن تفسير هذه النتيجة (أ) في ضوء نموذج الخوف التجنبي، والذي يرى أن سمات الشخصية تسهم في العوامل المعرفية والوجدانية المرتبطة بالألم، ويمثل الوجدان السلبي (تحديداً العصابية) أحد أهم العوامل المهيأة لكارثية الألم (Martínez et al., 2011). ويصف نموذج التقييم<sup>١</sup> - وهو إطار عمل آخر - كارثية الألم كنتيجة لتقييمين؛ (١) التقييم الأولي (وهو تقييم الموقف)، و (٢) التقييم الثانوي (وهو تقييم القدرة على مواجهة الموقف). ووفقاً لهذا النموذج؛ إذا قام الفرد بتقييم الموقف على أنه

يمثل تهديداً، ويعتقد أنه/أنها لن يكون قادراً على مواجهته، فسيكون لدى هذا الشخص أفكار كارثية حول الألم. ويركز هذا النموذج في المقام الأول على أصل كارثية الألم بدلاً من آثارها (Makhoul, 2019, 16-17). بينما يركز التصور المقترح لتفسير الألم التداخلي في ضوء نظريات التعلم على عواقبها؛ فإذا قام الفرد بتفسير الألم على أنه يمثل تهديداً؛ تكون الأولوية للسيطرة على الألم، والخوف والقلق منه، ومن ثم حدوث سلوكيات التجنب. وهذا يؤدي إلى تداخل شديد للألم، وتأثير سلبي كالشعور بالفشل، وظهور أعراض الاكتئاب (Wicksell, 2020).

ويتفاعل إدراك الألم مع عوامل الاستعداد (كحساسية القلق) ليؤدي إلى تعبير فردي عن الألم (Turk & Wilson, 2010, 12). لذلك يعد التقييم السلبي للألم وعواقبه (كارثية وتهويل الألم) مقدمة محتملة للخوف والقلق المرتبطان بالألم مما يدفع المرضى إلى تركيز انتباههم على الإشارات الجسدية المحتملة للتهديد (اليقظة أو الحذر المفرط)، وإظهار سلوكيات التجنب/الهروب. والذي بدوره يؤدي إلى تفاقم مشكلات الألم، والعجز والتدهور التدريجي للجهاز العضلي وحدث الاكتئاب، الذي بدوره يؤدي إلى استمرار خبرة الألم، ويسهم في تكرار دوامة الخوف والقلق والتجنب المتزايد (Martínez et al., 2011).

وغالباً ما يتسم مرضى الألم المزمن بتوجه سلبي نحو المنبهات في البيئة الخارجية والداخلية والتي تربط بالألم، والعجز، والاعتلال. وأوضح "أومان" وآخرون (2000) Öhman أن هذا التوجه السلبي يتم تعزيزه إلى حد كبير من خلال السمات والمكونات الانفعالية السلبية المتفاوتة بين الأفراد؛ كالوجدان السلبي، وقلق السمة، وبشكل أكثر تحديداً (حساسية القلق، وحساسية الإصابة/المرض، والخوف من الألم، وكارثية الألم)، وغيرهما من المكونات المرتبطة بالخوف والتي تسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في حدوث الألم (المزمن) وبقائه. وعلي هذا النحو يُنظر إلي الوجدان السلبي وقلق السمة على أنهما ميلاً عاماً وثابتاً لرؤية العالم بطريقة سلبية، والتفاعل بخوف مع مجموعة واسعة من المواقف، ووجد أنهما يرتبطان بضعف مواجهة الألم، وشدة الألم وحدته، والعجز الناتج عن الألم، كما أشار "كيو، وأسmondسون" Keogh (2004) & Asmundson في دراستهما (Vancleef, 2008, 47-48). لذلك قد يؤثر النمط العصابي علي طريقة المعالجة المعرفية للمنبهات المرتبطة بالألم، ويقلل من القدرة المتصورة على إدارة المشقة، ويهيئ الأفراد الذين يعانون من قيود في الأداء اليومي إلي الشعور بقلق الألم مما يؤدي في النهاية إلى تفاقم المرض. لذلك هناك حاجة إلى استكشاف دور قابلية التأثير بالضغوط المرتبطة بالعصابية، وأبعاد الشخصية الأخرى في حدوث زمالات الألم المزمن واستمرارها (Martínez et al., 2011, 387-388).

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

وتتسق النتيجة (ب) مع نتائج دراسة "ورانكير" (٢٠١٦) التي أشارت إلى أن سمات الشخصية، والألم لهما تأثيراً دالاً على نوعية الحياة لدى المصابين بالألم المزمن. ومع دراسة "رويسامب" (٢٠١٨) التي توصلت إلى أن العصابية أسهمت بحوالي ٢٤٪ من التباين الذي يحدث في الرضا عن الحياة. ومع دراسة "سينو" وزملائه (٢٠١٩) التي توصلت إلى ارتباط المستويات المرتفعة من العصابية ارتباطاً دالاً بالضعف الشديد في عناصر نوعية الحياة النفسية لدى المصابين بالألم العضلي الليفي، وبشكل عام ارتبطت المستويات المرتفعة من العصابية بنتائج صحية أسوأ لديهم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة (ب) في ضوء أكثر نماذج الشخصية شهرة علي الإطلاق؛ نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، حيث يعتمد التقييم المعرفي للرضا عن الحياة على الميول الانفعالية المتأصلة في نموذج العوامل الخمسة. وفيه تمثل الانفعالات الأساسية استجابات تكيفية ووظيفية، فعلى الرغم من قدرة الجميع على الشعور بالانفعالات الأساسية، إلا أنه من منظور الشخصية وأبعادها، هناك اختلافات فردية في ميول الأفراد، واستعدادهم إلى تنشيط انفعالات محددة. لذلك يتأثر الرضا عن الحياة بطريقتنا الخاصة التي نرى من خلالها حياتنا بشكل عام، وتلون الميول الوجدانية السلبية والإيجابية تقييماتنا المستمرة لهذه الحياة، وتسهم أيضاً هذه الميول بمرور الوقت في خبرات الحياة التي تؤخذ في الاعتبار عند إجراء تقييم حالي للحياة. فالشخص الذي لديه ميل واستعداد قوي للشعور بانفعالات إيجابية ونشاط/طاقة، جنباً إلى جنب ميله المنخفض للاكتئاب والقلق، يجعله يتذكر عدداً كبيراً من الأحداث التي تتميز بمثل هذه الخبرات، ومن ثم يلخص الحياة في الغالب على أنها جيدة. وفي المقابل، قد يحتفظ الشخص المعرض للقلق والاكتئاب، والذي يعاني من بعض المشاعر السلبية، وانخفاض النشاط/الطاقة بسجل ذهني ونفسي يتكون من أحداث وفترات من حياته أقل إرضاءً أو استحساناً.

وعلى الرغم من محدودية الفحوص التجريبية للعلاقة بين جوانب الشخصية والرضا عن الحياة، فقد قدمت بعض الدراسات نتائج مهمة حول الارتباطات الدقيقة بين الشخصية والرضا عن الحياة، مع الإشارة إلى بعض جوانب الشخصية الأكثر أهمية بشكل خاص. فعلى مستوى السمات الرئيسية، تنبأت العصابية والانبساطية بالرضا عن الحياة كما جاء بدراسة "شيمك" وزملاؤه (Schimmack et al. 2004)، بينما وجد "ألبوكيرك" وآخرون (Albuquerque et al. 2012) أن قابلية التأثر بالضغط كأحد جوانب العصابية لها تأثيراً إضافياً على الرضا عن الحياة. وقد فسرت سمات الشخصية (بشكل عام)، وسمات الشخصية العصابية والانبساطية (بشكل أكثر تحديداً) قدراً كبيراً من التباين الذي يحدث في العافية (بشكل عام) والرضا عن الحياة (بشكل خاص). ومع ذلك، ما زالت النتائج محدودة، نظراً لتباين بعض النتائج جزئياً،

واعتماد الدراسات علي عينات محدودة. وبالتالي، فهناك حاجة لتكرار النتائج والتوسع في الفئات المدروسة خاصة بين مرضي الألم المزمن (Røysamb et al., 2018).

٢. نتائج الفرض الثاني، وينص على أنه؛ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التعقل وكل من قابلية التأثر بالضغوط والرضا عن الحياة لدى المصابين بالألم مزمنة أولية أو ثانوية.

كشفت نتائج الفرض الثاني عن (أ) وجود ارتباط سلبي دال إحصائياً بين التعقل وقابلية التأثر بالضغوط، وكشفت أيضاً عن (ب) وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين التعقل والرضا عن الحياة لدى المصابين بالألم مزمنة أولية أو ثانوية.

وتتسق النتيجة (أ) مع نتائج دراسة "سيتو" وزملائه (٢٠١٩) التي توصلت إلي ارتباط المستويات المرتفعة من العصابية بشكل دال وشديد بانخفاض كل من التعقل، وفعالية الذات، ونتائج صحية سيئة لدى المصابين بالألم العضلي الليفي. ومع دراسة "أولوغلين" وزملائه (٢٠١٩) التي أشارت إلى أن المشاركون بالدراسة المرتفعون في العصابية أفادوا بوجود مزيد من المشكلات الجسدية، إضافة إلي انخفاض مستويات التعقل لديهم. ومع دراسة "إياني" وزملائه (٢٠١٧) التي توصلت إلي ارتباط التعقل سلباً بجوانب العصابية. ومع دراسة "كيرنز" وزملائه (٢٠١١) التي توصلت إلي أن التعقل يقلل من القلق، والاكتئاب. ومع دراسة "الباير" وزملاؤه (٢٠٠٥) التي أشارت إلي أن التعقل لديه القدرة علي خفض قابلية التأثر بالضغوط لدى الأشخاص، كما أنه يؤدي إلي تحسين مهارات المواجهة المرتبطة بتعزيز المراقبة الذاتية. ومع دراسة "براون، وريان" (٢٠٠٣) التي أكدت علي أن الممارسة المنتظمة للتعقل تعزز عديد من العمليات النفسية الإيجابية بما في ذلك السعادة، وتقبل الذات، والوجدان الإيجابي، ونتيجة لذلك يمكن استخدامها لاستهداف المستويات المنخفضة من هذه المتغيرات الموجودة لدى مرضي الألم المزمن كمرضى زملة التعب المزمن.

ويمكن تفسير هذه النتيجة (أ) في ضوء نموذج معاملات أو سلوكيات الضغوط والمواجهة<sup>١</sup>، والذي يصف الفروق بين الأفراد في تقييم المواقف خاصة الصعبة، وتقييم الموارد المتاحة لهم عند مواجهة المواقف الصعبة. فوفقاً لهذا النموذج، تولد الأحداث الضاغطة تقييماً أولياً (أي تقييم الموقف)، وتقييماً ثانوياً (أي تقييم الموارد المتاحة للتعامل مع الضغوط). من المرجح أن يقيم الأفراد - الذين يتسموا بعصابية مرتفعة - المواقف في البداية باعتبارها تمثل تهديداً أكثر من اللازم، ويعتقدون كذلك أن مواردهم المتاحة من الدعم الشخصي والاجتماعي للتعامل مع المشكلات تعد قليلة. لذلك يعاني مرتفعي العصابية من مستويات شديدة من الضغوط (O'Loughlin et al., 2019).

1 The Transactional Model of Stress and Coping

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

ويميلون إلى توجيه انتباههم لخبراتهم الداخلية، ويجتروا المشاعر والأفكار السلبية، ويتجنبون التفاعل مع الآخرين (Labbé, 2011, 23).

وبينما يرتبط كلا المفهومين (العصابية، والتعقل) بالتركيز على الحالات أو الأوضاع الراهنة، إلا أنهما يختلفان في استجابات الأفراد تجاه تلك الحالات. فتنطوي العصابية على اجترار الأحداث الماضية والقلق بشأن ما قد يحدث في المستقبل، وترتبط بالقلق والوجدان السلبي، فغالباً ما يتم تصوير العصابية على أنها تقلب انفعالي. بينما يُعتقد أن التعقل هو القدرة على الحفاظ على الاستقرار الانفعالي، ويشمل الانتباه إلى اللحظة الراهنة والانفصال عن الماضي والمستقبل، ويرتبط التعقل بالاستقرار والوجدان الإيجابي.

لذلك يتم ربط التعقل – نظراً لقوة العلاقة السلبية بين العصابية والتعقل - بآليات تعامل العصابي مع المواقف الصعبة ومواجهتها، ويكون لفوائد التعقل تأثيرات وقائية في كل خطوة من خطوات مواجهة العصابي للمواقف الصعبة. فمن المرجح أن يقلل التعقل من التقييم الأولي للتأثير المحتمل للضغط، بالإضافة إلى تحسين التقييم الثانوي؛ أي تقييم الفرد لقدراته واستعداداته والموارد المتاحة له عند مواجهة المشكلة. حيث يتيح الوعي باللحظة الراهنة للفرد حشد موارد أكبر تجاه المشكلات الحالية التي يواجهها، وذلك من خلال زيادة الإدراك، واستخدام استراتيجيات المواجهة التكيفية (O'Loughlin et al., 2019).

وتتسق النتيجة (ب) مع نتائج دراسة كل من "باير" (Baer, 2003) التي توصلت إلى أن التعقل يرتبط ارتباطاً إيجابياً بالرضا عن الحياة، وترتبط سلباً بالمشقة بين طلاب الجامعة. ومع دراسة "هنريكسو" وزملائه (٢٠١٦) التي طبقت برنامج للتعقل مصمم للمصابين بالألم المزمن، وأشارت نتائجها إلى أنه يمكن تحسين مستوى الرضا عن الحياة من خلال الحد من التوتر القائم على التعقل والذي يتضمن أنواعاً مختلفة من ممارسات التعقل كالتأمل، وتفعيل المراقبة الواعية أثناء التنفس، والأكل، والمشي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة (ب) في ضوء نموذج المرونة النفسية لفهم الأداء المنخفض، حيث تتشكل عدم المرونة النفسية لمريض الألم المزمن تدريجياً، من خلال السلوكيات المعززة بشكل سلبي وإيجابي التي تخلق بمرور الوقت مخزون سلوكي محدود وغير مرن تماماً. والسلوكيات المختلفة في الشكل - كاستخدام الأدوية، أو اتخاذ قرار بعدم الرد علي الهاتف - قد تكون متنوعة بيانياً، ولكنها تخدم نفس الوظيفة الإجرائية لمريض الألم المزمن؛ والتي هي غالباً تجنب الألم أو المشقة. وعادة ما يقلل تجنب المنبهات المؤلمة من الشعور بعدم الراحة عبر المدى القصير وبالتالي يتم تعزيزه بشكل سلبي. وغالباً ما تكون السلوكيات التي تقلل الانزعاج (كالراحة أو رفض



حدث اجتماعي) في ذات الوقت أقل تحفيزاً ونشاطاً. ونتيجة لذلك، يتم تضيق مظاهر الحياة، والتي يمكن وصفها بأنه دوامة من الهبوط أو الانحدار، يتم فيها تقليل كم الأنشطة ذات القيمة. ويصبح تعزيز تخفيف الألم والضيق قصير الأمد وغالباً لا يرتبط بتقليل الألم على المدى الطويل لدى مريض الألم المزمن. وفي النهاية، يصبح التجنب نمطاً سلوكياً ثابتاً، وبمرور الوقت تؤدي سلوكيات التجنب إلى انخفاض الأداء ونوعية الحياة (Wicksell, 2020).

ويشير مفهوم التعقل بمعناه العام إلى القدرة على التركيز على الأحداث التي تحدث هنا والآن دون انحياز أو انحراف. وينطوي على إزالة الافتراضات السلبية القائمة على الخبرات السابقة، والحماية من التوقعات المزعجة بشأن المستقبل، والتركيز على اللحظة الراهنة. والأشخاص الذين يستوفون هذه المعايير (أي لديهم تعقل مرتفع) هم أكثر عرضة للاستمتاع باللحظة الراهنة وبالتالي زيادة الرضا عن الحياة. وقد أكد "براون" وآخرون (٢٠٠٧) علي أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من التعقل يتمتعون بصحة نفسية أفضل، ومهارات مواجهة أكبر، وانفعالات إيجابية مما يزيد من الرضا عن الحياة لديهم (Kütük et al., 2022).

وقد تزايدت البحوث حول التأثيرات الإيجابية لممارسة التعقل بين المصابين بالألم المزمن كدراسة "هيرفاس" وزملاؤه (Hervás et al. 2016) حيث لاحظ الباحثون فيها فعالية التعقل في زيادة عافية الأفراد من خلال تحسين الجوانب الجسمية، والنفسية، والرعاية الأولية. وخلصت دراسات أخرى كدراسة "كرامر" وآخرين (Cramer et al., 2018) إلى أن ممارسة التعقل تعمل على تحسين الوعي بوضعية الجسد، مما يؤدي إلى انخفاض الألم لدى المرضى الذين يعانون من آلام العمود الفقري وآلام الكتف. وإن التدريب على التعقل يساعد في تخفيف المعاناة المرتبطة بالألم المزمن، وسوء نوعية الحياة، وتحسين إدارته والآليات العصبية الحيوية المعنية، وتحسن في إدراك الألم وشدته، ونوعية النوم، والكرب النفسي. وعلى وجه التحديد الدراسات التي أجريت على مرضى زملة الألم العضلي الليفي كدراسة "أميتيو" وزملائه (Amutio et al. 2015) فقد رصدت تحسن كبير في بعض الأعراض المرتبطة بها؛ مثل التعب والشكاوى الجسدية، والضغط، والنوم، والألم، والكورتيزول اللعابي، والعافية العامة، وقد استمرت التحسن إلي وقت متابعة التقييم (Cejudo et al., 2019).

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية

### ٣. نتائج الفرض الثالث، وينص على؛ يُعدل النوع العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم لدى المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

كشفت نتائج الفرض الثالث عن أن النوع لديه القدرة على تعديل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وقلق الألم عند الذكور فقط، وأن النوع (الأنثوي) له دور في معاناة الإناث من قلق الألم بشكل أكبر من الذكور بين المصابين بالآلام مزمنة أولية أو ثانوية.

لم يتم تناول المؤشرات التي توضح الفروق بين الجنسين في الشخصية والألم بشكل كافٍ، وكذلك لم يتم فحص الدور الوسيط أو المعدل للنوع في العلاقة بين الشخصية وقلق الألم بين مرضي الألم المزمن كالمصابين بزملة الألم الليفي نظراً لانتشارها بنسب أكبر بين الإناث مقارنة بالذكور. ومع ذلك اتسقت نتائج الفرض الثالث بالدراسة الراهنة مع نتائج دراسة "كروك-شوين، ووبكير" (٢٠١٦) التي توصلت إلى أن النوع يتوسط العلاقة بين العصابية ومعدل الألم. وإن كل من النوع، وسمات الشخصية المختلفة قد يؤثران على شدة الألم المبلغ عنه، وقد تكون معاناة المرضى من الألم وشدته متعلقة بنوعهم. ومع دراسة "فاسيند" وزملائه (٢٠١٨) التي أشارت إلى ارتباط التعب بالنوع الأنثوي بين المصابين بالآلام العضلات الهيكلية. ومع دراسة "كونفيرسانو" وآخرون (٢٠٢٠) التي أشارت إلى ميل الذكور المصابون بزملة الألم العضلي الليفي إلى تحمل الألم لفترات أطول من الإناث قبل طلب العلاج. ومع دراسة "بيووارزيك" وزملائه (٢٠٢١) التي توصلت إلى ارتباط الخوف من الألم بالنوع، وتحسن معالجة الخوف من الألم وفقاً لنوع المريض من جودة إدارة الألم.

ونظراً لانتشار الألم المزمن - خاصة الألم العضلي الليفي - بمعدل أقل بين الذكور، فقد تم تطوير البحث في هذا المجال بشكل أساسي على عينات من الإناث؛ وتعتبر دراسة هذه الزملات بين الذكور نادرة. وبالتالي، قامت دراسات قليلة بتحليل الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بتقييم الألم. وقد نسبت الفروق بين الجنسين في بعض التفسيرات إلى انخفاض عتبة الإحساس بالألم، وزيادة عدد نقاط الإحساس بالألم لدى الإناث مقارنة بالذكور كدراسة "هوسر" (٢٠١١)، ودراسة "ميرو" Miró et al. (2012) (Prados et al., 2013). وقد تم الإشارة أيضاً إلى دور العوامل النفسية والاجتماعية في إدراك الألم وتحمله لدى الجنسين؛ كمستويات الضغط، واستراتيجيات المواجهة، والاتجاهات النفسية الاجتماعية (Conversano et al., 2020). فقد وجدت - في عينة مأخوذة من مستشفيات بباكستان مكونة ٤٠ مريضاً بالصداع (٢٠ صداع نصفي، ٢٠ توتر) - فروقاً دالة بين الجنسين في الضغوط المدركة، وخطط المواجهة، وكانت الفروق في اتجاه الإناث (Najam & Aslam, 2010). وارتفعت الإناث أيضاً في طلب المساعدة الخارجية، وطلب الرعاية الصحية،

والتعبير عن الشعور بالمشقة، وتم الإشارة كذلك إلى تأثير الإناث بشكل كبير بالوجدان السلبي، وتفاعل المزاج والضغط لديهن (Wang et al., 2023).

ومن الفرضيات الأخرى المقترحة حول الفروق بين الجنسين في تقييم الألم؛ التصور الاجتماعي للذكور باعتبارهم "صيادين ومحاربين"، وبالتالي هم أكثر عرضة للإصابة بالألم الحاد الناتج عن الصدمات الجسدية والإصابات، واعتبار الإناث هن الأكثر معاناة من الألم الطويلة بسبب الدورة الشهرية والحمل. وبناء على هذه الفرضية يتحمل الذكور مزيد من الألم الحاد، وتتعامل الإناث بشكل دائم مع الألم المزمن (Conversano et al., 2020). إضافة إلى قمع الذكور لاحتياجاتهم ورفضهم الاعتراف بالاعتلالات الصحية من أجل الحفاظ على الصورة القوية وكل ما يعبر عنها. لذلك قد تثني الصورة النمطية السائدة للذكورة (الهيمنة) عن تعبير الذكور عن انفعالاتهم، وقد تؤثر الصورة النمطية السائدة للأنوثة على إدارتهن للألم (Krok-Schoen & Baker, 2016)، ويزيد من مرات إبلاغهن عن الألم الشديد، والمتكرر، وطول مدة بقاء الألم مقارنة بالذكور. وبناء على ذلك فقد اتفق على أن الإدراك الذاتي للألم المزمن يعد متغيراً إكلينيكياً أساسياً عند دراسة الفروق بين الجنسين في تقييم الألم، وعتبة الألم الذاتية، وتسكين الألم (Conversano et al., 2020).

#### ٤. نتائج الفرض الرابع، وينص على؛ يُعدل التعقل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة لدى المصابين بالألم مزمنة أولية أو ثانوية.

كشفت نتائج الفرض الرابع عن؛ أن التعقل لديه القدرة على تعديل العلاقة بين قابلية التأثر بالضغط والرضا عن الحياة خاصة عند المستويات المتوسطة والمرتفعة، ويؤثر انخفاض التعقل سلباً على مستوى الرضا عن الحياة لدى المصابين بالألم مزمنة أولية أو ثانوية.

وتتنسق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "هنريكسو" وزملائه (٢٠١٦) التي أظهرت أن المصابين بالألم المزمن الذين تم تدريبهم على التعقل انخفض لديهم كل من شدة الألم، وتداخل المعاناة المرتبطة بالألم، والكرب الانفعالي وارتفع لديهم تقبل الألم، ودرجات الرضا عن الحياة وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق أي تدريب. ومع دراسة "أولوغلين" وزملائه (٢٠١٩) التي أظهرت انخفاض مستويات التعقل لدي مرتفعي العصابية، وقد أفادوا بوجود مزيد من المشكلات الجسدية، وكانوا أكثر عرضة لرؤية الأحداث اليومية المعتادة على أنها ضاغطة.

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نموذج تسلسل أو تعاقب العصابية<sup>1</sup> وهو أحد التصورات النظرية المستخدمة لشرح كيف تؤدي الخبرات اليومية للعصابي - من خلال عديد من الآليات الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية - إلى انخفاض العافية لديه. حتى في حالة عدم وجود اضطرابات نفسية أساسية، يكون الشخص مرتفع العصابية في حالة صحية أسوأ مقارنة بمنخفض العصابية، وذلك بسبب الخسائر الجسدية التي تحدثها استجاباته المبالغ، والاجترار، والقلق. ويصف النموذج - في خطوته الأولى - المرتفعين علي العصابية باعتبارهم أكثر حساسية من الناحية البيولوجية لإصدار استجابات انفعالية رداً علي المنبهات التي تمثل تهديداً وتنفيراً لهم، ويظهر ذلك من علاقة العصابية ببنية الدماغ المرتبطة بالانفعالات السلبية، لذلك عند تعرض مرتفعي العصابية لأحداث سلبية، يعانون من استثارة مرتفعة مقارنة بمنخفضي العصابية. وتتضمن الخطوة الثانية، إبراز هذه الفروق عند التعرض لأحداث سلبية، فمن المرجح أن يواجه مرتفعي العصابية عدداً أكبر من الأحداث السلبية، مقارنة بمنخفضي العصابية. ويُعتقد أن الاستجابات الانفعالية السريعة والمبالغ فيها التي تم إبرازها في الخطوة الأولى تؤدي إلى نتائج سلبية إضافية في مجالات أخرى من حياتهم؛ كضعف الأداء الوظيفي، وانخفاض الرضا العام عن الحياة أو الرضا الزوجي، وزيادة معدل الوفيات. وترتبط زيادة العصابية بمزيد من الانفعالات السلبية، مما يزيد من علاقتها بالمشقة، ويُنباأ بعدم الرضا.

ونظراً لقوة العلاقة السلبية بين العصابية والتعقل، يتم ربط التعقل بآليات تسلسل العصابية، وذلك لفوائد التعقل وتأثيراته الوقائية في كل خطوة من خطوات تسلسل العصابية. فالتعقل له قدرة على مراجعة اندفاع مرتفعي العصابية في إصدار الاستجابات الانفعالية، مما يؤدي إلى تقليل الاستجابات الانفعالية السلبية الفورية تجاه المنبهات. وقدرته أيضاً علي تقليل الكرب الانفعالي من خلال خفض الإدراك المعرفي المتحيز سلبياً، بالإضافة إلى التحسن في حل المشكلات الداخلية من خلال تقليل التقييمات التلقائية. ويرتبط التعقل كذلك بالنتائج التكيفية في عديد من المجالات، مما يقلل من الفروق بين الأفراد (مرتفعي ومنخفضي العصابية) عند التعرض للأحداث سلبية. وتشمل هذه المجالات الرضا عن العلاقات، وفاعلية الذات، والتقييم الإجمالي لنوعية الحياة، مما يشير إلى أن التعقل يعمل كحاجز للآثار السلبية للعصابية على الأعراض الجسدية والعافية (O'Loughlin et al., 2019). فقد أكد "براون" وآخرون (٢٠٠٧) في دراستهم على أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من التعقل يتمتعون بصحة نفسية أفضل، ومهارات مواجهة أفضل، وانفعالات إيجابية مما يزيد من رضاهم عن حياتهم (Kütük et al., 2022). ويمكن تحسين مستوى التعقل والرضا

عن الحياة من خلال التدخلات القائمة على ممارسات التأمل، والتنفس اليقظ، والأكل اليقظ، والمشي اليقظ (Wang & Kong, 2020).

وقد تزايدت البحوث التي اهتمت بفحص التأثير الإيجابي لممارسة التعقل علي الألم المزمن؛ فقد لاحظ "كاش" وزملاؤه (Cash et al. 2015) في دراستهم تحسن كبير لبعض الأعراض المرتبطة بزملة الألم العضلي الليفي، كالتعب، والشكاوى الجسدية، والضغط، والعافية العامة نتيجة ممارسة التعقل، وقد احتفظ المرضى بهذا التحسن في فترات المتابعة (Cejudo et al., 2019). لذلك، ينظر إلي التعقل ومكوناته كمتغيرات متداخلة في الارتباط الوثيق بين العصابية والعافية، بل أنه يعد العامل الذي من خلاله يمكن أن تؤدي العصابية إلى العافية. وبناء عليه، فإن اعتبار التعقل معدلاً للعلاقة بين العصابية والعافية سيكون مفيداً للأغراض النظرية والإكلينيكية (Iani et al., 2017). كما أن فهم العوامل التي تؤثر على الأنشطة المفيدة للحياة اليومية أمراً بالغ الأهمية في لتخطيط المستقبلي لخدمات الرعاية الصحية (Cwirlej-Sozanska et al., 2018, 506).

٥. نتائج الفرض الخامس، وينص على أنه؛ لا توجد فروق دالة إحصائية بين كل من (المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية)، و (الذكور، والإناث) إجمالاً؛ في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة.

كشفت نتائج الفرض الخامس عن؛ (أ) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المصابين بآلام مزمنة أولية والمصابين بآلام مزمنة ثانوية في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، وقلق الألم، والرضا عن الحياة. وكشفت النتائج أيضاً عن (ب) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث إجمالاً في كل من قابلية التأثر بالضغط، والتعقل، والرضا عن الحياة، بينما وجدت فروقاً دالة إحصائية بين الذكور والإناث إجمالاً في متغير أعراض قلق الألم، وكانت الفروق في اتجاه الإناث؛ أي أن الإناث أكثر معاناة من قلق الألم مقارنة بالذكور.

تعد المحاولات التي تناولت الفروق بين المصابين بآلام مزمنة أولية، والمصابين بآلام مزمنة ثانوية نادرة، ومنها دراسة "ليدرمان" وزملائه (٢٠٢٢) والتي تعد محاولة أولية كما أشار الباحثون في هذه الدراسة نظراً لصغر حجم العينة المشاركة بالدراسة والتي بلغت ١٦ مصاباً بالألم المزمن (١٠ ألم مزمن أولي + ٦ ألم مزمن ثانوي)، واعتمد الباحثون في جمع البيانات علي يوميات الألم للمشاركين. وأظهرت نتائج الدراسة أن أفراد مجموعة الألم المزمن الأولي يميلوا إلى الإبلاغ عن شدة ألم أعلى من مجموعة الألم الثانوي. وإن هناك ارتباطاً دالاً بين شدة الألم وأعراض

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

الاكتئاب، وارتباطاً دالاً بين شدة الألم والحالة الوجدانية في مجموعة الألم الأولي فقط. وهو ما يتناقض مع نتائج الدراسة الراهنة التي أظهرت عدم وجود فروق بين مجموعتي الألم المزمن الأولي والثانوي في أي من متغيرات الدراسة ومن بينها متغير قلق الألم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما توصل إليه "يونس" وزملائه (٢٠١٢) في مراجعتهم، وهو انتشار زملة الألم العضلي الليفي بين حالات الألم المزمن الأخرى، ومنها على سبيل المثال، التهاب المفاصل الروماتويدي، والذئبة الحمامية المجموعية (الحمراء)، والتهاب الفقار الروماتويدي، والتهاب المفاصل، وداء السكري، والتهاب الأمعاء. وهو أيضاً ما أشار إليه كل من "أرون" وزملاؤه (Aaron et al. 2000)، و"كاكيت" وزملاؤه (Cakit et al. 2010) أن ما يقرب ٦٧% من المصابون بالأم أسفل الظهر المزمنة "مجهول السبب" يعانون أيضاً من زملة الألم العضلي الليفي. ويظهر مرضى آلام أسفل الظهر أو الرقبة المزمنة مؤشرات على الإصابة بالتحسس المركزي، وغالباً ما يصاب هؤلاء المرضى بألم واسع النطاق، وزملة الألم العضلي الليفي في وقت لاحق (Yunus et al., 2012).

وهو ما أعلن عنه المشاركون بالدراسة الراهنة (٤٠ مشاركاً) بالمجموعة الثانية مجموعة الألم المزمن الثانوي؛ أن الشكوى الأساسية والتشخيص الرئيسي لهم آلام اعتلال الأعصاب المزمنة (٣٠ مشاركاً يعانون من اعتلال الأعصاب الناتج عن داء السكري، و١٠ مشاركين يعانون من اعتلال الأعصاب الناتج عن العلاج الكيميائي للسرطان). بينما الشكوى الثانوية - والتي لم يتم تشخيصها بعد - آلام منتشرة ومتفرقة بالجسم وكثير من مؤشرات علي أعراض زملة الألم العضلي الليفي؛ كالتعب، واضطرابات النوم، وحساسية الجلد، وغيرها. لذلك لا يستبعد أن يكون المشاركون بالدراسة الراهنة بمجموعة الألم المزمن الثانوي يعانون أيضاً من آلام عضلية هيكلية وأعراض زملة الألم العضلي الليفي، ولكنهم إما لم يستوفوا معايير تشخيص زملة الألم العضلي الليفي بعد أو لم يتم تشخيصهم تشخيصاً صحيحاً ونهائياً. مما يفسر سبب انطماس الفروق بين مجموعتي الألم المزمن الأولي والألم المزمن الثانوي في متغيرات الدراسة خاصة في متغير أعراض قلق الألم.

ويدعم هذا التصور ما توصل إليه "دينيس" (Dennis 2012) في دراسته من وجود عديد من التشوهات العضلية الهيكلية بين عينة مرضى السكري، كالاكتلال العظمي المفصلي السكري، وزملة اليد السكري، وتقلص دوبيوتران<sup>١</sup> (هو شد متفاقم لأشرطة النسيج الليفية داخل الراحنتين)، والتهاب حوائط المفصل والكتف. كما قدرت عديد من الدراسات انتشار زملة الألم العضلي الليفي في المرضى البالغين المصابين

بداء السكري، ومنها دراسة "موشيه" وآخرون (2003) Moshe et al. التي وجدت أن ١٧٪ من عينة الدراسة المصابين بالسكري تم تشخيصهم بزملة الألم العضلي الليفي مقارنة بـ ٢٪ فقط من عينة الأصحاء. ووجد "يانماز" وآخرون Yanmaz et al. (2012) أن ١٨٪ من عينة دراستهم المصابون بالسكري النوع الثاني يعانون من أعراض الألم العضلي الليفي.

وقد كشفت نتائج دراسة "غالي" وزملائه (٢٠١٢) أيضاً عن زيادة انتشار زملة الألم العضلي الليفي للأحداث<sup>١</sup> بين مرضى السكري النوع الأول (بمتوسط عمري ١٢,٤٧) حيث بلغت نسبة الانتشار بينهم ١٣%، وذلك مقارنة بالعينة الضابطة من الأصحاء حيث بلغت نسبة الانتشار بينهم ٢%. وتعد هذه الدراسة هي الأولى التي بحثت وتيرة حدوث الألم العضلي الليفي بين الأحداث في مرضى السكري النوع الأول بمدينة الإسماعيلية بمصر، وكانت هذه النتائج مماثلة لنتائج البالغين من مرضى السكري والأصحاء، والتي كشفت عنها دراسة كل من "موشيه" وآخرون (٢٠٠٣)، و"تيشلر" وزملاؤه (2003) Tishler et al.

ولم يتمكن "غالي" وزملائه من العثور على أي علاقة بين ارتفاع السكر في الدم ووجود أعراض زملة الألم العضلي الليفي، وقد اتفق في ذلك مع "يانماز" وزملائه (٢٠١٢) الذين لم يجدوا فروقاً دالة في متوسطات مستويات السكر في الدم أثناء الصيام، والهيموغلوبين السكري بين مرضى السكري مع أعراض زملة الألم العضلي الليفي، ومرضى السكري بدون أعراض زملة الألم العضلي الليفي. وقد نسبت زيادة انتشار أعراض زملة الألم العضلي الليفي إلى التأثير الطبي النفسي الناجم عن الإزمان (إزمان المرض) والذي قد يسبب مشاكل في الحركة. ويتم دعم ذلك من خلال ارتفاع معدل انتشار مماثل لمرض التصلب العصبي المتعدد في عديد من الحالات المرضية الأخرى ذات العوامل المرضية المختلفة تماماً، مثل الروماتيزم، وفقر الدم الناجم عن نقص الحديد، والثلاسيميا الصغرى وذلك كما جاء بدراسة كل من "تيشلر" وزملاؤه (٢٠٠٣)، ودراسة "جولسوم" وآخرون (2008) Gülsüm et al. وخلص "غالي" وزملاؤه إلي أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث وفحص ملاحظات مراكز علاج السكري الأخرى للتحقق من صحة ارتباط الألم العضلي الليفي للأحداث بداء السكري (Ghaly et al., 2012, 223-226).

وتتنسق النتيجة (ب) مع نتائج دراسة "برادوس" وزملائه (٢٠١٣) التي أشارت إلى أنه لم يتم العثور على فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى الألم العضلي الليفي في الكرب الانفعالي. ومع دراسة "هوسر" (٢٠١١) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في العوامل النفسية، والأعراض المرضية النفسية، والكرب

1 Juvenile Fibromyalgia (JFM)

## النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

الانفعالي من المصابين بالألم العضلي الليفي. ومع دراسة "راميريز- ماينستر، واستيف" (٢٠١٤) التي توصلت إلى أن متوسط درجات الإناث كان أكثر ارتفاعاً من الذكور في كل من شدة الألم، وقلق الألم. ومع دراسة "فاسيندا" وزملائه (٢٠١٨) التي أوضحت أن النوع الأنثوي ارتبط بالتعب. ودراسة "كونفيرسانو" وآخرون (٢٠٢٠) التي أشارت إلى أن ميل الذكور المصابون بزملة الألم العضلي الليفي إلى تحمل الألم لفترات أطول من الإناث قبل طلب العلاج. بينما أوضحت دراسة "برادوس" وزملائه (٢٠١٣) أنه لم يتم العثور على فروقاً دالة بين الذكور والإناث من مرضى الألم العضلي الليفي في مستوى الألم.

وتشير الأدبيات إلى وجود عديد من التفاوتات الصحية بين الجنسين، وكذلك إلي تناقض في كثير من النتائج (Reeves, 2015). ولا تزال هناك أوجه ضعف في المعرفة حول الفروق بين الجنسين في تقييم وعلاج حالات الألم الحاد والمزمن. وفي مؤتمر اتحاد طب الطوارئ الأكاديمي الذي انعقد في دالاس، تكساس في مايو ٢٠١٤، حدد الخبراء في مجال بحوث الألم ثمانية مجالات يتسبب فيها النوع في إحداث فروق بين الجنسين في كل من التدخلات الدوائية وغير الدوائية المتعلقة بالألم، وهي الفروق بين الجنسين في؛ ١- تحمل المواد الأفيونية، والآثار الجانبية، وسوء الاستخدام، و٢- تصورات شدة الألم، و٣- نتائج الألم، و٤- العلاقة بين الألم والاستجابات النفسية، و٥- علاقة الطبيب بالمريض، و٦- تأثير الضغوط علي الألم الحاد والمزمن، و٧- الآليات البيولوجية والمسارات الفردية التي تتوسط تفاقم الألم المزمن بعد التعرض لصدمة أو ضغوط أو مرض (Wrangler, 2016, 29-30).

ويمكن تفسير هذه النتيجة (ب) في ضوء النماذج النظرية التي حاولت تفسير لأي مدى يمكن للتفكير الكارثي (الكارثية، والتهويل) أن يؤثر على خبرة الألم والنتائج المرتبطة بالألم. فعلى سبيل المثال، يؤكد النموذج الجماعي أو المجتمعي<sup>٢</sup> للألم على أهمية السياق الاجتماعي في فهم كارثية الألم. وركز هذا النموذج على السعي وراء المساندة الاجتماعية باعتبارها الوظيفة الوحيدة للتهويل والكارثية. لذلك قد يستخدم الأشخاص التهويل أو التضخيم كوسيلة لطلب المساندة الاجتماعية ممن حولهم. (Makhoul, 2019, 16). لذلك يمكن تفسير ارتفاع الإناث علي قلق الألم مقارنة بالذكور علي اعتبار أن الإناث هن الأكثر سعياً لطلب المساندة الاجتماعية مقارنة بالذكور خاصة في ضوء الأعباء اليومية خاصة المنزلية المنوطة بهن وبأدوارهن، والتي تتطلب قدر كبير من الكفاءة البدنية.

1 The Academic Emergency Medicine Consensus Conference Convened In Dallas, Texas (2014)

2 The Communal Model



وفي مقابل تأثير الآليات الاجتماعية والنفسية على شدة الألم المبلغ عنه من الجنسين، تركز بعض التفسيرات النظرية على الآليات البيولوجية المتعلقة بكون المصاب بالألم المزمن ذكراً مقابل أنثى؛ كالهرمونات، والأوعية الدموية (-Krok Schoen & Baker, 2016). ولكن لا تزال الآليات الدقيقة التي تكشف عن ميل الإناث إلى الكارثية أو التضخيم أكثر من الذكور غير معروفة، وقد اقترح "جودين" وآخرون (Goodin et.al (2009 أن الإناث لديهن عدد أقل من الدوائر العصبية المسؤولة عن التحكم في تثبيط الألم، وهو مسار تعديل داخلي للألم الذي يثبط الألم الناجم عن المنبهات الضارة، وهذا بدوره يعرضهم لكارثية الألم أكثر من الذكور. إضافة إلى ذلك، أشار "نسيم، وأحمد" (٢٠١٦) إلى أن من العوامل التي تسهم في ميل الإناث إلى الكارثية أو التهويل أكثر من الذكور هو الفروق بينهم في الاستجابات الانفعالية، فعند التعرض لألم الحرارة علي سبيل المثال، تعاني الإناث من مستوى مرتفع من القلق، وتظهرن إحباطاً انفعالياً أعلى مقارنة بالذكور، وتماشياً مع هذه الفكرة، يُعتقد أن الكارثية هي خاصية أنثوية (Makhoul, 2019, 19).

وفي ضوء التفسيرات السابقة يتضح انقسامها إلى فئتين؛ نتائج تميل إلى تأكيد دور النوع (كمتغير بيولوجي)، وأخرى تميل إلى تأكيد دور النوع (كمتغير ثقافي اجتماعي) في التباين الصحي، وقلق الألم أو كارثية الألم. بينما في ضوء نتائج دراسة "غالي" وزملائه (٢٠١٢) يمكن ترجيح دور النوع (كمتغير بيولوجي) فقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً بين الجنسين من الأطفال (متوسط عمري ١٢,٤٧) المرضي علي شدة الألم، وتبين أيضاً تأثير الفتيات بالألم أكثر من الأولاد، وقد تشابهت هذه النتيجة مع نتائج البالغين كما جاء في عديد من الدراسات كدراسة "جولسوم" وآخرون (٢٠٠٨). كما أنه لا يمكن إغفال دور الآليات الاجتماعية والنفسية التي تتدخل في إبراز تلك الفروق بين الجنسين.

وفي ختام مناقشة النتائج يمكن الإشارة إلى التطبيقات المحتملة للدراسة **الراهنة**؛ ضرورة التركيز على إعداد برامج تدخل نفسية لفئة مرضي الألم المزمن، فعلي الرغم من أن الألم ذاته لا يهدد الحياة على الفور؛ ولكن يستمر الأشخاص في العيش مع معاناة الألم، كما أن الألم المزمن يمثل حالة تحدي تؤثر على جميع جوانب العافية النفسية والجسمية والاجتماعية للفرد. وضرورة الأخذ في الاعتبار عند إعداد مثل هذه البرامج التركيز على سمات الشخصية كالعصابية وغيرها من السمات التي أجمعت عليها أغلب الدراسات السابقة والأدبيات والتي تعتبر مهياًة لتحويل الألم الحاد إلى ألم مزمن وتؤدي إلى استمراره، وتفاقمه، وتؤدي غلي العجز المصاحب للألم المزمن. بالإضافة إلى التركيز على تنمية المهارات والقدرات التي من شأنها خلق استجابات تكيفية لدى المصابين بالألم المزمن كالتعقل الذي تكررت فوائده لدى المصابين بزملات متنوعة من الألم المزمن في عديد من الدراسات السابقة. وعن

## النوع والتعلق كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

إمكانية تعميم نتائج الدراسة الراهنة يمكن تعميم النتائج في نطاق المصابين بمختلف زميلات الألم المزمن، ويمكن التوسع في التعميم إلى فئات عمرية متباينة عن المشاركين بالدراسة الراهنة كالمراهقين أو الأطفال، حيث أوضحت الدراسات التي أجريت علي على هذه الفئات العمرية أن هناك تطابق في نتائجهم مع نتائج البالغين فيما يتعلق ببعض خصائصهم، إضافة إلى تأثير الألم المزمن عليهم. وتوصي الدراسة الراهنة بأهمية تركيز البحوث المستقبلية تفحص دور النوع في إبراز الفروق بين الذكور والإناث فيما يتعلق بالنتائج الصحية والنفسية، وكذلك أهم الآليات الاجتماعية والنفسية التي تسهم في تباين النتائج بين الذكور والإناث، وبين الأصحاء والمصابين والمهيئين للإصابة بمختلف زميلات الألم المزمن.

### قائمة المراجع

#### أولاً: مراجع باللغة العربية

أبو غزالة؛ سميرة (٢٠٠٩). مقياس كفاءة المواجهة وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. العلوم التربوية، ١٧ (٢)، ٢٠٥ - ٢٦٠.

الأنصاري؛ بدر (٢٠٠٢). المرجع في مقاييس الشخصية. دار الكتاب الحديث.

الحسيني؛ هشام (٢٠١٢). العوامل الخمسة للشخصية. الأنجلو المصرية.

الشناوي؛ نجوى (٢٠١٩). الشفقة مع الذات كمنبئ بالرضا عن صورة الجسم والقلق والاكئاب لدي عينة من طالبات الجامعة. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٧ (١)، ١ - ٢٧.

الشناوي؛ نجوى (تحت النشر). التعاطف ونمط الشخصية (د) كمنبئين بإجهاد الشفقة لدي مقدمي الرعاية الصحية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي.

#### ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية

Alappattu, M. J., & Bishop, M. D. (2011). Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. *Physical Therapy*, 91 (10), 1542-1550.

- Almeida, J., Pereira, A., & Clemente, V. (2014). Anxiety, depression and stress in chronic pain patients [Abstract]. 2nd World Congress of Health Research, 34-35.
- Arévalo-Martínez, A., Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Blázquez-Alonso, M., & Cantillo-Cordero, P. (2022). Psychopathological and neuropsychological disorders associated with chronic primary visceral pain: Systematic review. *Frontiers In Psychology*, 13, 1-24.
- Askwith, T. R. (2011). Effect of mindfulness-based cognitive therapy on self-compassion, satisfaction with life, and mindfulness. [Unpublished doctoral dissertation]. Pacific University.
- Atia, D. T., Elsayed, N. I., Abdelmonem, A. F., Mahmoud, S. M. S., Mahmoud, M. M. M., Mohamed, K. E. S., Turkey, K. T. Y., Rashad, U. M. & Abdel Karim, A. E. (2023). Prevalence of musculoskeletal disorders among general and technical secondary school students in Egypt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (2), 1465.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10 (2), 125.
- Baloh, R. W. (2020). *Medically unexplained symptoms: A brain-centered approach*. Springer Nature.
- Cejudo, J., García-Castillo, F. J., Luna, P., Rodrigo-Ruiz, D., Feltrero, R., & Moreno-Gómez, A. (2019). Using a mindfulness-based intervention to promote subjective well-being, trait emotional intelligence, mental health, and resilience in women with fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-11.
- Cimpean, A., & David, D. (2019). The mechanisms of pain tolerance and pain-related anxiety in acute pain. *Health Psychology Open*, 6 (2), 1-13.
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orru, G., Bazzichi, M. L., Gemignani, A., & Miniati, M. (2020). Gender differences on psychological factors in

- fibromyalgia: a systematic review on male's experience. *Clin Exp Rheumatol*, 2, 174-185.
- Cwirlej-Sozanska, A. B., Sozanski, B., Wisniowska-Szurlej, A., & Wilmowska-Pietruszynska, A. (2018). An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25 (3), 504-511
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457-467.
- El-Metwally, A., Toivola, P., AlAhmary, K., Bahkali, S., AlKhathaami, A., Al Ammar, S. A., Altamimi, I.B., Alosaimi S.M., Jawed, M. & Almustanyir, S. (2020). The epidemiology of migraine headache in Arab countries: a systematic review. *The Scientific World Journal*, 1-11.
- Elzahaf, R. A., Johnson, M. I., & Tashani, O. A. (2016). The epidemiology of chronic pain in Libya: a cross-sectional telephone survey. *BMC Public Health*, 16 (1), 1-14.
- Ghaly, M., Hefny, M., Ashour, Y., & Atwa, H. (2012). Prevalence of Juvenile fibromyalgia among children with type1 diabetes mellitus in Ismailia-Egypt. *Ann Pediatr Rheumatol*, 1, 222-226.
- Henriksson, J., Wasara, E., & Rönnlund, M. (2016). Effects of eight-week-web-based mindfulness training on pain intensity, pain acceptance, and life satisfaction in individuals with chronic pain. *Psychological Reports*, 119 (3), 586-607.
- Iani, L., Lauriola, M., Cafaro, V., & Didonna, F. (2017). Dimensions of mindfulness and their relations with psychological well-being and neuroticism. *Mindfulness*, 8 (3), 664-676.
- Ibrahim, M. E., Weber, K., Courvoisier, D. S., & Genevay, S. (2020). Big five personality traits and disabling chronic low back pain: association with fear-avoidance, anxious and depressive moods. *Journal of pain research*, 745-754.

- Jackson, H. (2017). Well-being in chronic fatigue syndrome: relationship to symptoms and psychological distress. [Unpublished doctoral dissertation]. University of London.
- Kadimpati, S., Zale, E. L., Hooten, M. W., Ditre, J. W., & Warner, D. O. (2015). Associations between neuroticism and depression in relation to catastrophizing and pain-related anxiety in chronic pain patients. *PLoS One*, 10 (4), e0126351.
- Kim, S. (2017). Pain And Stress Processes: The Role Of The Transactional Model Of Stress And Mindfulness In Acute Pain. [Unpublished Master dissertation]. University of Michigan-Dearborn.
- Krok-Schoen, J. L., & Baker, T. A. (2016). Gender differences in personality and cancer-related pain among older cancer patients. *Journal of Gender Studies*, 25 (5), 507-521.
- Kütük, H., Hatun, O., Ekşi, H., & Ekşi, F. (2022). Investigation of the Relationships Between Mindfulness, Wisdom, Resilience and Life Satisfaction in Turkish Adult Population. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-16.
- Labbé, E. E. (2011). Psychology moment by moment: A guide to enhancing your clinical practice with mindfulness and meditation. New Harbinger Publications.
- Ledermann, K., Piccolo, M., Recabarren, R., Blanc, J., Martin-Soelch, C., & Sprott, H. (2022) Interactions between Self-Reported Pain Intensity and Affects in Daily Life: A Pilot Study Comparing Individuals with Chronic Pain with Primary and Secondary Pain Disorders. Available at SSRN 4298195.
- Leov, J. N. (2016). An online mindfulness intervention for pain and wellbeing. [Unpublished doctoral dissertation]. University of Otago.
- Li, M. (2021). A systematic review of the use of interoceptive exposure interventions in chronic pain. [Unpublished doctoral dissertation]. Auckland University of Technology.

النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية  
لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

---

- Makhoul, M. A. (2019). Pain catastrophizing and its relationship with pain-related outcomes in patients with rheumatoid arthritis. [Unpublished doctoral dissertation]. The American University of Beirut.
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Miró, E., Medina, A., & Lami, M. J. (2011). The relationship between the fear-avoidance model of pain and personality traits in fibromyalgia patients. *Journal of Clinical Psychology In Medical Settings*, 18, 380-391.
- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 16 (3), 200-210.
- Milosevic, I., & McCabe, R. E. (2015). Phobias: The psychology of irrational fear: The psychology of irrational fear. An Imprint of Abc-Clio, LLC.
- Montoro, C. I., & Galvez-Sánchez, C. M. (2022). Personality, intervention and psychological treatment: untangling and explaining new horizons and perspectives. *Behavioral Sciences*, 12 (8), 1-5.
- Najam, N., & Aslam, S. (2010). Perceived stress and coping strategies in headache (migraine & tension-type headache) patients. *Journal of Behavioural Sciences*, 20 (1), 1-15.
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.
- Nicholas, M., Vlaeyen, J. W., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohenh, M., Evers, S., Giamberardino, M., Goebelk, A., Beatrice Korwisie, Perrotl, S., Svensson, P., Wango, S., & Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*, 160 (1), 28-37.
- Niven, N. (2006). *The psychology of nursing care*. Bloomsbury Publishing.
- Nossier, S. A. (2011). Editorial. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 86 (1 & 2), 1-2.

- O'Loughlin, R. E., Fryer, J. W., & Zuckerman, M. (2019). Mindfulness and stress appraisals mediate the effect of neuroticism on physical health. *Personality and Individual Differences*, 142, 122-131.
- Palmeri, T. L. (2016). The lived experience of individuals with chronic back and neck pain, depression, and/or anxiety. [Unpublished doctoral dissertation]. Western Michigan University.
- Penque, S. (2009). Mindfulness based stress reduction effects on registered nurses. [Unpublished doctoral dissertation]. The University Of Minnesota.
- Piechurska-Kuciel, E. (2020). *The big five in SLA*. Springer International Publishing.
- Piwowarczyk, P., Kaczmarska, A., Kutnik, P., Hap, A., Chajec, J., Myśliwiec, U., Czuczwar, M. & Borys, M. (2021). Association of Gender, Painkiller Use, and Experienced Pain with Pain-Related Fear and Anxiety among University Students According to the Fear of Pain Questionnaire-9. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (8), 4098- 4116.
- Prados, G., Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., López, S., & Sáez, G. (2013). Fibromyalgia: gender differences and sleep-disordered breathing. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 31, 102-110.
- Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2014). The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *The Journal of Pain*, 15 (6), 608-618.
- Rankin, L. (2020). Chronic pain: from the study of student attitudes and preferences to the in vitro investigation of a novel treatment strategy [Unpublished doctoral dissertation]. Umeå universitet.
- Reeves, G. (2015). Intervention-causation fallacy: treatment approach, gender, illness sensitivity and prior knowledge in attitudes to fibromyalgia. Department of Psychology Dublin Business School.

النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية  
لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

---

- Rekatsina, M., Paladini, A., Piroli, A., Zis, P., Pergolizzi, J. V., & Varrassi, G. (2020). Pathophysiologic approach to pain therapy for complex pain entities: a narrative review. *Pain and Therapy*, 9 (1), 7-21.
- Rinaldi, R. J., & Srinivasan, R. (2023). *Handbook of Pediatric Rehabilitation Medicine*. Springer Publishing Company.
- Røysamb, E., Nes, R. B., Czajkowski, N. O., & Vassend, O. (2018). Genetics, personality and wellbeing. A twin study of traits, facets and life satisfaction. *Scientific Reports*, 8 (1), 1-13.
- Schug, S. A., Palmer, G. M., Scott, D. A., Alcock, M., Halliwell, R., & Mott, J. (Eds.). (2020). *Acute pain management: scientific evidence*. Australian and New Zealand College of Anaesthetists.
- Santilli, S., Maggio, I. D., Marcionetti, J., & Grossen, S. (2018). Life designing and positive youth development. In V. Cohen-Scali, J. Rossier & L. Nota (Eds.), *New perspectives on career counseling and guidance in Europe* (pp. 39-51). Springer.
- Seto, A., Han, X., Price, L. L., Harvey, W. F., Bannuru, R. R., & Wang, C. (2019). The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 38, 149-157.
- Silveira, S. L. (2018). *Well on Wheels: A holistic wellness intervention for individuals with spinal cord injuries: risk profile, longitudinal outcomes, and success*. [Unpublished doctoral dissertation]. University of Houston.
- Staats, P. S., Hekmat, H., & Staats, A. W. (2004). The psychological behaviorism theory of pain and the placebo: its principles and results of research application. In *Pain and Depression*, 25, 28-40.
- Stevens, L., Gauthier-Braham, M., & Bush, B. (2018). The brain that longs to care for itself: The current neuroscience of self-compassion. In L. Stevens & C. C. Woodruff (Eds.), *The neuroscience of empathy, compassion, and self-compassion* (pp. 91–120). Elsevier Academic Press.
- Strahl, C., Kleinknecht, R. A., & Dinnel, D. L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research And Therapy*, 38 (9), 863-873.



- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, W.J., & Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160 (1), 19-27.
- Turk, D. C., & Wilson, H. D. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain And Headache Reports*, 14 (2), 88-95.
- Vancleef, L. M. (2008). At risk for pain: pain-related anxiety, cognition, and processing biases. *Nederlands Tijdschrift Voor Pijn En Pijnbestrijding*, 27 (34), 14.
- Vassend, O., Røysamb, E., Nielsen, C. S., & Czajkowski, N. O. (2018). Fatigue symptoms in relation to neuroticism, anxiety-depression, and musculoskeletal pain. A longitudinal twin study. *Plos One*, 13 (6), 1-21.
- Velasco Furlong, L., Zautra, A., Penacoba Puente, C., López-López, A., & Barjola Valero, P. (2010). Cognitive-affective assets and vulnerabilities: two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychology and Health*, 25 (2), 197-212.
- Wang, K., & Kong, F. (2020). Linking trait mindfulness to life satisfaction in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Indicators Research*, 13 (1), 321-335.
- Wang, T., Li, Q., Liu, H., Shi, Q., Yang, F., Zhang, B., Ahmed, F., Jian, W. & Guo, J. (2023). Gender difference in the relationship between personality traits and changes in depressive symptoms before and after the COVID-19 outbreak: A follow-up study among Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, 326, 49-56
- Ward, M. (2020). Development and Evaluation of a Nurse Practitioner-Directed Mindfulness Program for Adults with Chronic Low Back Pain in an Outpatient Massage Clinic. [Unpublished doctoral dissertation]. Wilmington University.

النوع والتعقل كمعدلين للعلاقة بين قابلية التأثر بالضغط وبعض النتائج النفسية  
لدى المصابين بالأم مزمنة أولية أو ثانوية

---

- Wicksell, R. (2020). Make friends with your pain monster: internet-delivered acceptance-and value-based exposure in chronic pain: model and treatment. [Unpublished doctoral dissertation]. Karolinska Institutet.
- Williams, A.M. (2017). Chronic Pain: Psychological and Behavioral Factors. In A. E. Wenzel (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*. Sage Publishing.
- World Health Organization. (2020). Guidelines on the management of chronic pain in children.
- Wranger, L. S. (2016). Gender perspectives on pain among older adults. Findings from the Swedish National Study on aging and Care. [Published doctoral dissertation]. Lund University.
- Yunus, M. B. (2012). The prevalence of fibromyalgia in other chronic pain conditions. *Pain Research and Treatment*, 17, 1-9.
- Zale, E. L., LaRowe, L. R., Boissoneault, J., Maisto, S. A., & Ditre, J. W. (2019). Gender differences in associations between pain-related anxiety and alcohol use among adults with chronic pain. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45 (5), 479-487.

## **Gender and Mindfulness as Moderators for the Relation between Vulnerability and Psychological Outcomes Among Patients with Chronic Primary or Secondary Pain**

**Nagwa I. El-Shennawy**  
Dept. Psychology - Tanta University

### **Abstract:**

The present study aimed to examine the moderator role of gender in the relationship between vulnerability to stress and pain anxiety as one of the negative psychological outcomes, and the moderator role of mindfulness in the relationship between vulnerability to stress and life satisfaction as one of the positive psychological outcomes in 80 participants with primary or secondary chronic pain. Finding the differences between (Patients with primary chronic pain, and patients with secondary chronic pain), and (Males and females) in the variables of the study. The scales were used Pain Anxiety Symptom Scale Short Form 20, authored by McCracken & Dhingra (2002) and translated by the current researcher. and the vulnerability scale, it's one of the sub-scales of scale the five major factors of personality, authored by Costa & McCrae and translated by Badr Al-Ansari. and the general life satisfaction scale prepared by Majdi Al-Desouki. The results of the study revealed that there is a significant positive correlation between vulnerability and pain anxiety, Significant negative correlation between vulnerability and life satisfaction, a significant negative correlation between Mindfulness and vulnerability. and a significant positive correlation between Mindfulness and life satisfaction for patients with primary or secondary chronic pain. It has been shown that there is a positive role for gender as a modifier for the relationship between vulnerability and pain anxiety in males. and that Mindfulness has the ability to modify the relationship between vulnerability and satisfaction with life, especially at medium and high levels. The results also revealed that there were statistically significant differences between males and females in pain anxiety, and the differences were in the direction of females, which means that females suffered more pain anxiety.

**Keywords:** Gender, Mindfulness, Neuroticism, Pain anxiety, Life Satisfaction and Chronic Primary and Secondary Pain.