

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية

### ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الكشف عن الفروق في إدارة الألم والطاقة النفسية بين أفراد عينة الدراسة من ذوى الأمراض المزمنة وفقاً للنوع وعدد الأمراض المزمنة لديه ، والكشف عن الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من عدد (٧٠) حالة من مرضى الأمراض المزمنة من مراجعي العيادات الطبية الذين يعانون من أمراض ( ضغط وسكر وسمنة وريبو) تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٦٢) عاماً منهم (٢١) من الإناث و(٤٩)، طبق عليهم مقياس إدارة الألم ومقياس الطاقة النفسية، وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة في إدارة الألم والطاقة النفسية بين أفراد عينة الدراسة، وكشفت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب الفئات الثلاثة من المرضى في إدارة الألم والطاقة النفسية، بينما كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كافة أبعاد إدارة الألم بين منخفضي ومرتفعي الطاقة النفسية في اتجاه مرتفعي الطاقة النفسية فيما عدا بعد المساوية كانت الفروق في اتجاه منخفضي الطاقة النفسية

**كلمات مفتاحية:** الطاقة النفسية. إدارة الألم. الأمراض المزمنة.

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

د. إبراهيم بن عبد الجليل يمانى

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية

### مقدمة الدراسة:

تعد الأمراض المزمنة إحدى سمات عصرنا الحالي ، وهى أمراض معقدة الأسباب تتطلب بصفة عامة علاجًا طويل المدى، وتدخّل طبي مستمر، وغالبًا تستمر إلى نهاية الحياة، ويتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصحية، ومن ثم تؤثر على جودة الحياة لدى المريض حيث يترتب تغيير نمط الحياة وأسلوبها، صعوبة في أداء الأدوار الاجتماعية، صعوبة في إتخاذ القرارات، مشكلات العزلة والشعور بالوحدة، عدم القدرة على التحكم في الضغوط ومشاعر القلق والخوف، ومشكلات العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والمشكلات الاقتصادية وتعرض عليه قيود مرتبطة بأدوية معينة، ونظام غذائي معين، وممارسة أنشطة معينة ( الطملاوى ، ٢٠١٢).

وترى منظمة الصحة العالمية (٢٠١٣) أنه بسبب التغيرات في أنماط النظم الغذائية وأساليب الحياة، تُصبح الأمراض المزمنة ومن بينها البدانة، وداء السكر، ومرض أوعية القلب، وارتفاع ضغط الدم، والسكتة الدماغية، وبعض أنواع السرطان — أسبابًا للعجز وللوفاة السابقة لأنها تتزايد أهميتها باستمرار في كل من البلدان النامية والبلدان المتقدمة حديثًا، مما يفرض أعباء إضافية على الميزانيات الصحية القومية المثقلة بالفعل.

ويرى الباحث أن الألم يعد أحد أكثر المشاكل شيوعًا، والتي لم تتم معالجتها ولم يتم حلها لمرضى الأمراض المزمنة، ولا تزال هناك عقبات أو حواجز كبيرة تمنع تقليل الألم وإدارته لدى هؤلاء المرضى، سواء كانت هذه العقبات والحواجز من قبل المرضى (كفكرة أن الأدوية تسبب الإدمان، والشعور بالقلق واليأس وفقدان الأمل في التعافي، وضعف الإرادة والثقة بالنفس والطاقة الإيجابية)، أو الأطباء على حد سواء (كضيق الوقت، ووجود عدد كبير من الحالات المرضية)

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

وعلى الرغم من هذه التأكيدات العلمية على دور الإصابة بالمرض المزمن كحدث ضاغط يؤدي إلى تزايد المعاناة النفسية، إلا أن هذه الدراسات لم توضح لنا أسباب تباين مستوى المعاناة النفسية من مريض إلى آخر، وقد لا تظهر هذه النواتج النفسية السلبية عند بعضهم أو يتزايد، وقد حاولت بعض الدراسات تحديد بعض المتغيرات النفسية التي تزيد، والمتغيرات التي تلطف من التأثير السلبي للإصابة بالأمراض المزمنة.

ويرى (Schmitz,et al.2007) أن الآثار النفسية لألم الأمراض المزمنة قد تكون مدمرة، وإذا تمكنا من تجنب الحواجز المحتملة، وفهمنا مبادئ إدارة الألم وكيفية استخدام تطبيقاتها و فنياتها لتغيير الأحاسيس المؤلمة وتم اختيار الأدوية المناسبة، يمكن للمرء أن يتخلص من هذا الألم و يديره بشكل آمن وتعد إدارة الألم وتحفيز الطاقة النفسية الإيجابية هدفاً مهماً في الرعاية الشاملة للمرضى وفيما يتعلق بالمتغيرات النفسية التي تلطف من تأثير الأمراض المزمنة بوصفها حدث ضاغط، فقد برهنت دراسات ( Fall, Netuveli, ) (Hityoshi, and Montqomery,2015, Vincent, Guinn, and Dugas, 2009) على دور متغيرات الوقاية النفسية في نجاح المريض في استعادة توازنه النفسي وتحقيق التوافق بعد الإصابة بأحد الامراض المزمنة

ونظرا لذلك يميل الباحثون إلى تنمية بعض السمات الإيجابية لِيَتَقَي وتُحَصَّن الفرد ضد كافة الضغوط الحياتية المتلاحقة التي منها الضغوط الاجتماعية والأخلاقية والاقتصادية للمجتمعات، وإن كان هذا التحصين خاص بالأصحاء فأصحاب الأمراض المزمنة في ظل هذه المواجهة الكبيرة هم من يحتاجون ويشده لتعلم حسن اتخاذ القرارات والقدرة على المواجهة والثقة بالنفس والإدارة الذاتية وإعادة تفسير أحاسيس الألم والقدرة على الاستمتاع بالحياة فبمجرد تشخيص المرض، ينتاب المريض حالة من الاكتئاب الذي يعوق أداء وظائفه الحياتية فضلاً عن الجهد المتواصل لمتابعة العلاج لمدة سنوات والتكلفة الباهظة لهذا العلاج والمعاناة من الألم (قطب، سري، ٢٠١٧).

ومن الجدير بالذكر أن الطاقة النفسية للفرد ترتبط بنظام التنشيط الفسيولوجي الذي يحكم نظام عمل المخ وكيفية تبادل المعلومات بين الفرد والبيئة الخارجية فيحفز الفرد إلى النجاح وتحقيق الأهداف في حالة المستويات المرتفعة من الطاقة أو يعجز ويفشل في حالة المستويات المنخفضة من الطاقة (Posner,Rothbart,2010)

كذلك ينظر إلى الطاقة النفسية على أنها أكثر من كونها نوعاً من النشاط أو الحيوية والشدة لوظائف العقل وهي أساس الدافعية كما أن الطاقة النفسية يمكن أن تتخذ الشكل الإيجابي أو السلبي ويتوقف ذلك على طبيعة انفعالات مصدر الطاقة، فالإثارة والسعادة مصدران للطاقة الإيجابية، أما القلق والغضب فإنهما مصدران للطاقة السلبية وكما هو الحال بالنسبة لأغلب السمات النفسية فإن الطاقة النفسية تتميز بالتدرج إذ أن الأشخاص يتفاوتون من حيث الزيادة أو النقصان خلال الأوقات المختلفة ووفقاً لنوع الموقف (محمد، ٢٠١٠).

وتجدر الإشارة إلى مفهوم الطاقة النفسية من حيث كونه مفهومًا أساسيًا يمكن أن يستند عليه إدارة الألم لدى المرضى وبناءً على ذلك فإن التباين في مستوى الطاقة النفسية يؤثر في أساليب ومستوى إدارة الألم لدى المرضى من أصحاب الأمراض المزمنة وبناءً على ما سبق ذكره جاءت الدراسة الحالية لمعرفة دور الطاقة النفسية في إدارة الألم لدى المرضى.

### مشكلة الدراسة:

تؤكد وثيقة الإستراتيجية الوطنية للوقاية والتصدي للأمراض المزمنة غير السارية في دولة الكويت (٢٠٢٠ - ٢٠٢٥) تؤدي الأمراض المزمنة غير السارية كل عام بحياة أكثر من ٤١ مليون نسمة، بما يعادل ٧١% من إجمالي جميع الوفيات في العالم، وتشير الإحصائيات الصحية العالمية إلى أن ١٥ مليون شخص يقضون نحبهم جراء الأمراض المزمنة غير السارية هم أناس تتراوح أعمارهم من ٣٠-٦٩ عامًا، وتقف الأمراض القلبية الوعائية وراء حدوث معظم الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة إذ تتسبب في وقوع ١٧,٩ مليون حالة وفاة سنويًا، وتليها السرطانات التي تتسبب في وقوع (٩) مليون حالة وفاة ثم الأمراض التنفسية المزمنة (٣,٨ مليون حالة وفاة) والسكري (١,٦ مليون حالة وفاة) سنويًا، وتتسبب الأمراض الأربع السابقة مجتمعة هذه في حدوث نحو ٨٠% من مجموع الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة (٢٠٢٠).

وتوقعت منظمة الصحة العالمية أنه بحلول عام ٢٠٢٠ ستشكل الأمراض المزمنة ما يقرب من ثلاثة أرباع الوفيات في جميع أنحاء العالم، وأن ٧١% من الوفيات بسبب أمراض القلب، و٧٥% من الوفيات بسبب السكتة الدماغية، و٧٠% من الوفيات بسبب مرض السكري ستحدث في البلدان النامية، سيزداد عدد الأشخاص المصابين بالسكري في العالم النامي بأكثر من ٥,٢ مرة، من ٨٤ مليون في عام ١٩٩٥ إلى ٢٢٨ مليون في عام ٢٠٢٥

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

على الصعيد العالمي، ستحدث ٦٠٪ من عبء الأمراض المزمنة في البلدان النامية .  
(منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩).

من جهة أخرى، بالرغم من التقدم الهائل في علم الباثولوجي، وعلم وظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية والعقاقير الطبية وكذلك التدخلات الجراحية يظل الألم المزمن مشكلة من المشكلات الهامة للعديد من الأفراد بل والحكومات، فالألم يمثل مشكلة عامة حيث تشير الدراسات الوبائية إلى أن نسبة انتشار الألم المزمن تتراوح بين ١٥% إلى ٢٠% من مجتمع الراشدين وفي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يقدر أن ما بين ٣٠/٥٠ مليون أمريكي يعانون من أحد أشكال الألم منهم ٢٨% يعانون من ألم أسفل الظهر، و ١٦% يعانون من الصداع أو الشقيقة و ١٥% منهم يعانون من ألم في الوجه (أحمد، ٢٠١١).

من الجدير بالذكر وجود علاقة وطيدة بين الحالة النفسية وصحة الجسم، فإذا سيطر على الإنسان الجزع والخوف والتوتر الزائد جراء الإصابة بمرض ما فإن مناعة الجسم تضعف وقد تتفقم الحالة الصحية؛ لذا فإن الطاقة الإيجابية والحالة النفسية للمريض تلعب دوراً فعالاً في التصدي للمرض، وقد تسهم في التخلص منه أو تكون أحد أهم العلاجات الفعالة في التغلب على المرض لا سيما الأمراض المزمنة كالسكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب بأنواعها، والصداع النصفي وآلام الرأس والمعدة والعظام وكذلك أمراض السرطان، التي تتطلب من المريض التعايش والصبر وقوة الإرادة في مسيرة العلاج. (عبد الحميد، ٢٠١٩).

إلى جانب ذلك تشير الأبحاث إلى أن المفتاح لإدارة الأمراض المزمنة يكمن في التخفيف من عوامل الخطر، كما أن معظم الأبحاث النفسية التي تناولت الأمراض المزمنة ركزت على عوامل خطر مشتركة، مثل عدم ممارسة الأنشطة الرياضية، التغذية غير الصحية، وزيادة الوزن، حيث يمكن للتقنية المساهمة في تقليل عوامل الخطورة السلوكية والبيولوجية لانتشار الأمراض المزمنة، والآثار المترتبة عليها (تقرير أسبار، ٢٠٢٣).

إضافة إلى ذلك ركزت الدراسات على الآثار النفسية المترتبة على الأمراض المزمنة فقد أشارت دراسة الياس، (٢٠١٧) إلى أن الآثار النفسية للأمراض المزمنة يعاني الفرد المصاب من المشكلات النفسية وتتضح مظاهرها في المعاناة من الاكتئاب وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، كما كشفت دراسة التوم (٢٠١٥) أن هناك العديد من المشكلات النفسية منها القلق والاكتئاب لدى أصحاب الأمراض المزمنة مثل السرطان والفشل

الكلوي, كذلك برهنت نتائج دراسات سابقة (Katon&Sullivan,1990; Holmes et al,2010; Zis et al,2017; al,2013) أن الأمراض المزمنة تسبب الاكتئاب والقلق العام ، وقلق الموت لدى المرضى.

كما أظهرت بعض الدراسات (Lorig et al, 1989 ; Parker et al,1993; Keefe et al, 1997 ; Brekke et al, 2003; Rudy et al, 2003 ; Waby et al,2005) أن مرضى الألم المزمن يتباينون في فعاليتهم الذاتية وأن هذا التباين يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم ، فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الفاعلية الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم، والكدن النفسي، والنتائج الطبية السلبية، وعتبات مرتفعة للألم ، وتحمل أكثر للألم (أحمد، ٢٠١١).

وأوضح (syrjala, 2014) أن العوامل النفسية تؤثر على إدارة الألم والاستجابة للعلاج لدى ذوى الأمراض المزمنة، وأن (٣٨٪) من الناجين من مرضى السرطان والسكر وضغط الدم يعانون من اضطرابات المزاج والعديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية الأخرى، وترتبط هذه المعاناة بالامراض المزمنة.

ومن اللافت للانتباه أن البند الدولي، يقدر أن ٧٣,٢ في المائة من جميع الوفيات في المملكة العربية السعودية في عام ٢٠١٦ كانت ناجمة عن الأمراض المزمنة، بما في ذلك السرطان، والسكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الجهاز الهضمي، والأمراض الجلدية، وأمراض العضلات والعظام، والتشوهات الخلقية (lhme,2020) كذلك أنه بين ٢٠٠٩-٢٠١٩ زاد انتشار أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطانات وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة بين البالغين. وكانت الزيادة الأكبر من نصيب مرض السكري ب ٩٩٪ حيث ارتفعت من ١,٤ مليون إلى ٢,٧ مليون حالة، وزاد انتشار أمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة ٥٨٪ والسرطانات بجميع أنواعها زادت بنسبة ٥٢٪، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة انتشرت بنسبة ٥١٪. في عام ٢٠١٩ ولكل ألف من السكان كان لدى المملكة ما يقدر بنحو ٩٣,٧ حالة إصابة بالسرطان، و٧٥,٧ حالة إصابة بالسكري، و٤٤,٧ حالة من أمراض القلب والأوعية الدموية، و٣٥,٩ حالة من أمراض الجهاز التنفسي المزمنة (World Bank,2020). ومن الجدير بالذكر أن كل فرد يمتلك محرك لسلوكه، وهو ما يطلق عليه " مولد الطاقة النفسية " والذي يعمل علي دفع الفرد للسلوك بطريقة محددة، كما يدفعه إلى التفاعل مع

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

المواقف الضاغطة أو الاستجابة للضغوط المختلفة التي يمر بها، من خلال الاستفادة مما يمتلكه من طاقة نفسية فعالة دافعة للسلوك، حيث يعتمد تأثر الفرد بالمواقف البيئية على مستوى المخزون الفيزيائي للطاقة النشطة لديه (مصطفى، ٢٠٠١).

وتعد الطاقة النفسية من المفاهيم المهمة والمتصلة بشخصية الإنسان وفي علاقته التفاعلية من الناحية النفسية ومن خلالها يستطيع التعامل مع ضغوط الحياة بشكل إيجابي مما يساعده على الحفاظ على توازنه النفسي والسيولوجي في تحقيق ما يصبو إليه وأحياناً بشكل سلبي حيث من خلالها لا يستطيع التعامل مع ضغوط الحياة ولا يحافظ على توازنه النفسي والسيولوجي في تحقيق ما يصبو إليه (الجبوري، ٢٠١٨).

وقد توصلت دراسة (Molton et al ، 2008) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الطاقة النفسية وإدارة الألم ، لدى الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة، كما أن الدافع لإدارة الألم لديهم تأثر بمتغيرين أساسيين ( المعتقدات حول أهمية الانخراط في الإدارة الذاتية للألم والمعتقدات حول ثقة الفرد بنفسه، وإرادته)، وترتبط الطاقة النفسية الفعالة بقدرة الفرد على العمل والإنجاز، وأن الفرد ذو المستوى المرتفع من الطاقة النفسية الفعالة يكون أكثر حماساً من ذي المستوى المنخفض من الطاقة النفسية والذي لا يستطيع القيام بالمهام الموكلة إليه .

وأشار براون (Brown, 2012) إلى أن انخفاض الطاقة النفسية يكون لها تأثير سلبي على أداء العمل والعلاقات الاجتماعية وجودة الحياة والحالة النفسية للفرد وإصابتها ببعض الاضطرابات النفسية ومن أهمها الاكتئاب وعلم الإدراك وصعوبة التركيز، كما كشفت دراسة (Letzen et al. 2019) مدى تأثير برنامج تحفيزي للطاقة النفسية على إدارة الألم المزمن للمرض المزمن حيث تم تدريبهم على طرق تحفيز الإرادة الذاتية والقدرة على إدارة الألم، وقد زاد بشكل ملحوظ مستوى الالتزام بالعقاقير والفعالية الذاتية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وتأسيساً على ما سبق فإن لمستوى الطاقة النفسية لدى المريض دوراً مؤثراً في إدارة الألم النفسي، فعلى الرغم من وجود تأكيدات علمية علي دور الطاقة النفسية كمتغير مخفف للمتغيرات السلبية التي تبرزها الأحداث المؤلمة في حياة الفرد كما سبق ذكره، فإن تعدد أبعادها من ناحية وعدم توفر معلومات حول هذا الموضوع في الدراسات النفسية العربية من

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يمانى

ناحية أخرى (وذلك في حدود علمه) أوجد لدى الباحث الحالي حافزاً لإجراء الدراسة الحالية لسد الفجوة البحثية في هذا المجال حيث إن الأدبيات النفسية تقتصر لدراسات نظرية وميدانية تناولت العلاقة بين هذه المتغيرات (الطاقة النفسية الفعالة - إدارة الألم) مجتمعة معاً ولدى العينة نفسها، ومن ثم جاءت فكرة الدراسة الحالية والتي تختبر الطاقة النفسية وعلاقتها بإدارة الألم النفسي لدى المصابين بالأمراض المزمنة، والكشف عن مستوى الطاقة النفسية لدى الأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسدية المزمنة، من خلال التحقق من الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة في إدارة الألم وكذلك التحقق مما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات أفراد عينة البحث في مقياس الطاقة النفسية ومقياس إدارة الألم تبعاً لمتغيرات: النوع (ذكور - إناث)، وعدد الأمراض المزمنة التي يعانى منها الفرد؛ و لذلك تحدد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

### تساؤلات الدراسة:

١. ما الفروق في كل من إدارة الألم والطاقة النفسية بين أفراد عينة الدراسة من ذوي الأمراض المزمنة وفقاً للنوع؟
٢. ما الفروق في كل من إدارة الألم والطاقة النفسية وفقاً لعدد الأمراض المزمنة التي يعانى منها المريض؟
٣. ما الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من أفراد عينة الدراسة؟

### أهداف الدراسة:

١. الكشف عن الفروق في إدارة الألم والطاقة النفسية بين أفراد عينة الدراسة من ذوي الأمراض المزمنة وفقاً للنوع.
٢. الكشف عن الفروق في إدارة الألم والطاقة النفسية بين أفراد عينة الدراسة من ذوي الأمراض المزمنة وفقاً لعدد الأمراض المزمنة لديه.
٣. الكشف عن الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من أفراد عينة الدراسة.



## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

**رابعاً: أهمية الدراسة:** للدراسة الحالية أهمية نظرية وأخرى تطبيقية نعرضها على النحو التالي:

**الأهمية النظرية:** تعد الدراسة إسهاماً علمياً، وإضافة إلى الدراسات السابقة بإلقاء الضوء على متغيرات مهمة كالطاقة النفسية وإدارة الألم كمفاهيم حديثة ينبغي الاهتمام بها، وتكمن أهمية البحث بمحدودية الدراسات العربية (في حدود علم الباحث) التي تناولت العلاقة بين الطاقة النفسية وإدارة الألم ومن خلال نتائج الدراسة الحالية سنقوم بتقديم التوصيات والمقترحات لتحسين الطاقة النفسية وإدارة الألم.

**الأهمية التطبيقية:** تتمثل أهمية الدراسة كونه يمثل خطوة أولى لأبحاث مستقبلية على صعيد الطاقة النفسية وإدارة الألم والاستفادة من نتائج الدراسة في إعداد برامج إرشادية لتعبئة وتنظيم الطاقة النفسية للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسدية المزمنة وكيفية إدارة الألم النفسي لديهم. وتسعى هذه الدراسة للمساهمة في مجال العلاج الوظيفي والتوسع في نطاق اهتمامه مما يزيد من احتمالات الشفاء أو التحكم بمسار المرض بمساندة العلاج الدوائي.

**حدود الدراسة:** تتحدد الدراسة الحالية بمجموعة من المحددات، وهي:

**الحدود الموضوعية:** تتحدد هذه الدراسة بمتغيراتها المستقلة والتابعة وبالأدوات المستخدمة لجمع البيانات وإجراءاتها المستخدمة لتحليل النتائج وتفسيرها.

**الحدود المكانية:** اقتصر إجراء الدراسة على عينة من ذوي الأمراض الجسدية المزمنة.

**الحدود الزمانية:** تم تطبيق أداة الدراسة خلال شهر يناير وفبراير عام ٢٠٢٣.

### مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

أ. الطاقة النفسية:

يعرف الباحث الطاقة النفسية بأنها "استعداد الفرد وقدرته على إنجاز عمل أو مهمة ما حيث تعمل على تعديل أدائه وتنميتها إلى الأفضل، وتتحدد إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الطاقة النفسية.

ب. إدارة الألم:

عرفت (البكوش، ٢٠١٤) إدارة الألم بأنه استجابة الفرد لمجموعة من المثيرات للتخفيف من الألم. تتمثل في الوعي الصحي، المشاركة الاجتماعية، التغلب على الألم، الأعراض الفسيولوجية للألم، والدعم النفسي " ويعرف الباحث إدارة الألم إجرائياً بأنه مجموعة من الإستراتيجيات والتقنيات المستخدمة للتحكم في الألم وتقليل مدى تأثيره على الشخص، وتحدد إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس إدارة الألم.

### الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: الطاقة النفسية:

أول من تعرض إلى هذه المفهوم من علماء الغرب رائد التحليل النفسي (سيجموند فرويد) -ولو أنه لم يتعرض لها لكان أفضل -لأنه لم يستطع أن يضع لنا تفسيرات علمية دقيقة. لقد استعمل فرويد مصطلح (قوة دافعة) الذي يعني به تلك الطاقة التي تحرك السلوك باتجاهات متعددة، وعلينا أن نفسر (الدافعية) ونضع لها معانٍ محددة؛ لأننا لم نحصل على إجابة واضحة من (فرويد) حيث أشار فقط وبكل صراحة إلى أن (الجنس هو دافعنا الرئيس). وكذلك استعمل الغريزة على أنها شكل من أشكال الطاقة النفسية المحررة والمحورة من أشكال فيزيائية إلى أنظمة نفسية غير معروفة وغير محددة المعاني، حيث أشار إلى أن (الطاقة = الغريزة) وأن الغرائز هي مصدر الطاقة الوحيد لتحريك السلوك، وانتهى الاستنتاج عند هذا الحد. وعلينا الآن أن نعرف ما الغرائز؟ وكيف تنتج الطاقة لكي نقيسها ونطورها ونحولها لاتجاهات مثمرة، وقد أنتج (فرويد) مفهوم آخر للطاقة هو (الليبدو) ليعبر به عن الطاقة النفسية (الفلاحى، ٢٠١١).

تم استخدام مصطلح الطاقة النفسية كبديل عن الاستثارة الانفعالية في نهاية القرن الماضي حيث تهدف الجهود الكبيرة التي يبذلها الكادر التدريبي والإدارة ومجموعة العناصر الأخرى إلى الوصول بكل فرد من أفراد الفريق إلى الحالة البدنية والنفسية المثلى من خلال تحقيق متطلبات الوصول إلى ذلك الهدف (الزبيدي، ٢٠١٧).

ويعرف (Brown,2012) الطاقة النفسية بأنها "بناء ثلاثي الأبعاد يتكون من الحالة المزاجية (مشاعر عابره حول وجعه سواء تعب أو طاقة) التحفيز (التصميم والحماس) والإدراك المستمر (الانتباه واليقظة)".

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

وعرفها عابد (٢٠٢٢) بأنها "أفضل تهيئة نفسية يستطيع الفرد بموجبها تحقيق أفضل أداء، أو إجراء مع ذاته للتحكم بالشدة أو الحيوية التي يؤدي بها العقل وظائفه بناءً على دوافعه".

وتعرف عبد الحي (٢٠٢٢) الطاقة النفسية بأنها: مفهوم يعبر عن تصميم وإع من المريض لبذل ما لديه من جهود معرفية وسلوكية لتعديل ما يراه سيئاً في واقعه إلى واقع جديد يعيد له توازنه واعتباره لذاته وثقته بقدراته ومنه يصل لمعنى لحياته يدفعه للتكيف مع مستجداته. **أهمية الطاقة النفسية:**

إن حياتنا تمر بالعديد من الصراعات والتوترات التي من الممكن أن نتعامل ونتعايش معها في حياتنا بما نتمتع به من صحة نفسية وعلاقات اجتماعية مع الآخرين، وإن الفرد ذو الطاقة النفسية الإيجابية فعلاً ومؤثراً بما يمتلك من مواهب وقدرات تمكنه من العمل وإقباله على الحياة وابتهاجها. لكن المشكلة اليوم هو تعثر القوى النفسية والأفكار الذهنية، إذ من الصعب إيجاد هذه الإمكانيات الخلاقة منها لكي نستفيد منها في فعاليات وأنشطة ذات قيم عالية وعدم استغلالها في التسلية وتمضية الوقت (الراشد وحسين، ٢٠١٩).

ويرى كامل (٢٠٠١) أن كل فرد يمتلك محركاً لسلوكه، وهو ما يطلق عليه "مولد الطاقة النفسية" ويكون محكوماً بمستوى "التنشيط السيكوفسيولوجي" أي العلاقة المتبادلة بين العمليات الفسيولوجية والنفسية لدى الفرد ذاته، هذا المولد ينتج قدرًا محدودًا من الطاقة النفسية في صورتها الأولية، كطاقة لها معنى نفسي يتحدد في مفاهيم تتفق مع الموقف الذي يوجد فيه الفرد، وتدفع الفرد إلى التفاعل مع المواقف الضاغطة التي يمر بها، ومن هنا تظهر الفروق الفردية بين الأفراد في مستوى الطاقة النفسية والتي تتحدد أساساً بقدرة الأفراد على مقاومة المواقف المحبطة والإجهاد النفسي والاستجابة للضغوط التي يمرون بها من خلال الاستفادة بما يمتلكون من طاقة نفسية فعالة دافعة للسلوك حيث يعتمد تأثر الفرد بالمواقف البيئية التي يمر بها على مستوى المخزون الفيزيائي للطاقة المنشطة والنشطة لديه. **تصنيف الطاقة النفسية:**

تجر الإشارة إلى أن الطاقة النفسية تتباين في طبيعتها فبإمكاننا أن نميز نمطين من الطاقة النفسية هما الطاقة النفسية الإيجابية والتي مصدرها الإثارة والسعادة والطاقة النفسية السلبية ومصدرها القلق والغضب، ومن جهة أخرى فإن الطاقة النفسية تعد مفهومًا نسبيًا بمعنى

أن الأشخاص يتباينون من حيث الزيادة والنقصان في مستوى الطاقة خلال الأوقات والمواقف المختلفة التي يتعرضون لها. ومن جانب آخر فإن مستوى الأداء يرتبط أيضا بمصادر الطاقة إذ أن توفر المصادر الإيجابية للطاقة يمكن أن يقود إلى تحسين الأداء على حين أن زيادة المصادر السلبية يمكن أن يؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء وهبوطه. (علاوي، ١٩٩٨)

يصنف (Thayer, 2003) الطاقة النفسية وفقاً لتأثير الفرد بالضغط النفسية وطبقاً للتفاعل بين هذه المكونات إلى :

- ١- الاجهاد التوتري: حالة مزاجية ذات مستوى منخفض من التنشيط السيكوفسيولوجي والطاقة النفسية ومستوى مرتفع من التوتر والقلق والمزاج السلبي والقابلية للإجهاد .
- ٢- الاجهاد غير التوتري: حالة مزاجية ذات مستوى متوسط من التنشيط السيكوفسيولوجي والطاقة النفسية ومستوى توتر منخفض، وبدون تعرض الفرد للضغوط النفسية يشعر الفرد بالإجهاد غير التوتري.
- ٣- الطاقة الهادئة: حالة مزاجية إيجابية، ذات مستوى تنشيط سيكوفسيولوجي متوسط، وطاقة نفسية مرتفعة ومستوى توتر منخفض، ويطلق عليها طاقة الهدوء أو الاتزان.
- ٤- الطاقة التوتريّة: حالة مزاجية ذات مستوى تنشيط سيكوفسيولوجي مرتفع وطاقة نفسية ومستوى توتر مرتفع، يصابها مستوى أعلى من الدافعية والإحساس بالضغوط النفسية

النظريات المفسرة للطاقة النفسية:

نظرية التحليل النفسي سيجموند فرويد:

يعد فرويد أول من تحدث عن الطاقة النفسية وربط الطاقة النفسية بالطاقة الجنسية، وعد فرويد أن الأنا هي مستودع الطاقة النفسية ومركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والإدراك الحسي الداخلي وهو المشرف على جهازنا الحركي الإرادي ويتكفل الأنا بما لديه من طاقة بالدفاع عن الشخصية ويعمل على توافيقها مع البيئة وإحداث التكامل وحل الصراع بين مطالب الهو والأنا الأعلى والواقع والأنا بما يتحلى به من طاقة نفسية هائلة، وتأخذ الطاقة عند فرويد مسارين هما الحياة وهنا يكون مسار الطاقة النفسية مساراً إيجابياً وموجة نحو البناء حيث تهدف إلى البقاء وحفظ الذات والنوع وحب الذات الموضوع وتكون الشخصية المتوافقة اجتماعياً، وعندما تأخذ الطاقة مساراً سلبياً يتجه تفكير الفرد إلى غرائز الهدم أو القوى التدميرية في النفس وتهدف إلى الفناء وفي هذه الحالة، الشخصية يغلب عليها الطابع العدوانى سواء

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

أكان العدوان موجّهًا نحو الذات فيدمر ذاته أم نحو الآخرين فيكون غير متوافق اجتماعيًا، وقد اختصر فرويد الطاقة النفسية والدافعية وفسرها على أساس الغريزة (زيدان، ٢٠١٤) .

ويؤكد فرويد أن كمية الطاقة النفسية تمثل مقياسًا لما يطالب به العقل من العمل المنتج وتمثل جميع الغرائز المجموع الكلي للطاقة النفسية المتاحة للطاقة الشخصية، وتخزن هذه الطاقة في جزء واحد من الشخصية هو الأنا الدنيا. وهذا الجزء هو نفسه مركز الغرائز التي تقوم بالعمليات المتعددة للشخصية، وتستمد هذه الطاقة من عمليات الأيض الحيوي في الجسم، إن الطاقة النفسية تتحول من موضوع لآخر، وهذا يفسر سمة المرونة الظاهرة الأصيلة للطبيعة الإنسانية والقدرة البارزة على التشكيل في سلوك الإنسان، إن اهتمامات الفرد وتفضيلاته وعاداته واتجاهاته كلها تمثل عمليات إزاحة للطاقة، وتمثل مشتقات للغرائز الأصيلة، وهذا الموقف يقوم على أساس افتراضي (أن الغرائز هي المصادر الوحيدة للطاقة في سلوك الإنسان)، وأشار (فرويد) إلى أن غريزة الحياة ووظيفتها الجنس وإن كل ما يصدر عن الفرد يمكن تفسيره على أنه تعبيرات جنسية ورغبات شبقية تصدر من مناطق مختلفة من الجسم. أما غريزة الموت أو غريزة التدمير فلم يستطع أن يوضح أصلها، وكيف تعمل من أجل تحقيق الهدف النهائي لها، وأكد على وجود رغبة لاشعورية للفرد لأن يموت ولم يعين المصادر الجسمية لغريزة الموت وكان عليه أن يتذكر أن أصل طاقة الموت موجودة في عمليات الهدم الكامنة في الخلايا الجسمية، حيث يزداد نشاطها كلما تقدم الإنسان في العمر (لندزي ١٩٦٨).

**نظرية يونج (١٨٧٥ - ١٩٦١):**

فمفهوم يونج عن الطاقة النفسية المستثمرة في الأنشطة والأحداث العقلية، تجذب الطاقة النفسية مجموعة من الأفكار المترابطة والمشحونة انفعاليًا مكونة العقد، والعقد هي الطريق المميز والذي تعد النفس من خلاله عن ذاتها (عبد الرحمن، ١٩٩٨)، ويشير يونج إلى وجود الطاقة النفسية وأن الشخصية توظف هذه الطاقة في اتجاهين: الأول للأعمال الضرورية للمحافظة على الحياة وتكاثر النوع، وهي تمثل الوظائف الفطرية الغريزية - تشابه مع فرويد - والثاني يوظف في النشاطات الثقافية والعلمية والروحية، وهي التي تشكل أهداف الحياة التي تشمل أرقى التصورات والاتجاهات.

وهناك عدم توازن في اتجاهات الطاقة النفسية، فإذا اتجه الجزء الأول منها باتجاه الهدف الأول فإن الإنسان يتجه نحو اللذة والمتعة ويتسبب في ضعف الاتجاه الثاني، وإذا قل توظيف

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

الطاقة في الهدف الأول سوف يزداد توظيفها في الهدف الثاني فيحدث التطور والارتقاء في أهداف الحياة (الفلاحي، ٢٠١١).

### نظرية المجال ليفين:

أطلق ليفين على نوع الطاقة التي تقوم بالأعمال النفسية اسم الطاقة النفسية، حيث تنطلق الطاقة النفسية عندما يحاول الجهاز النفسي والشخصي العودة إلى التوازن بعد أن يوضع في حالة من انعدام التوازن وينتج انعدام التوازن هذا عن ازدياد التوتر في جزء من أجزاء الجهاز النفسي بالقياس إلى بقية أجزائه سواء كان ذلك نتيجة تنبيه خارجي أم تغيير داخلي، وعندما يتساوى التوتر داخل الجهاز كل مرة يتوقف توليد الطاقة بأسره إلى الراحة، وقد سمى ليفين الحقائق النفسية بالحيز الشخصي أو حيز حياة الفرد وقد تكون هذه الحقائق النفسية ذات قوى إيجابية أو قوى سلبية تدفعه إلى اتجاه آخر وأن التفاعل بين القوة الإيجابية والسلبية تدفع الفرد إلى حيز الحياة أو تشده بعيداً عنها ويرشد السلوك تجاه إعادة حل التوازن بين القوى المتصارعة (الراشد وحسين، ٢٠١٩).

### نظرية أدلر (١٨٧٠ - ١٩٣٧):

اهتم أدلر بالطاقة النفسية من خلال مفهوم الغائية أو هدف الحياة، وقال إن الشخصية لا يمكن أن تنمو وتتكون إلا إذا كانت النفس الإنسانية تتجه في نشاطها اتجاهها هادفاً يوجهها، وبين أدلر إن هدف الحياة ينظم للفرد سلوكه نحو غاية معينة وتخفض الطاقة النفسية عندما يكون اتجاه الفرد موجهها نحو غاية وهمية أو هدف لا يستطيع تحقيقه (زيدان، ٢٠١٤).

### ثانياً: إدارة الألم:

يعد الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية، ولقد تصدى البشر تاريخياً للألم من خلال الأدوية والجراحة، ولكن مع تزايد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الإحساس بالألم ومعالجته، أصبح لعلماء النفس دور في مواجهة الألم، ونتيجة لذلك بدأت الأساليب ذات البعد السيكولوجي تستخدم بشكل متزايد يوماً بعد يوم وتشمل هذه الأساليب تقنيات متعددة منها التغذية الحيوية الراجعة والاسترخاء، وتشتمل الانتباه، والأخيلة والتنويم المغناطيسي، والوخز بالإبر وأساليب معرفية أخرى (شيلي، تايلور، ٢٠٠٨).

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

ويعد الطبيب بونيكا (Bonika، ١٩٥٣) أول من بحث في علم الآلام، حيث أصدر كتابه الأول بعنوان إدارة الألم (Pain Management، ١٩٥٣)، ثم توالى الدراسات والأبحاث بخصوص أسباب الألم وطرق علاجه، ونشأ في العقد الأخير من القرن العشرين مصطلح ما يسمى بالألم الشامل، الذي يركز على أساس أن الألم يتأثر بعوامل اجتماعية ونفسية وروحية، لا بد أن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء العملية العلاجية.

كما عرف الألم المزمن بأنه: "الألم الذي يستغرق أكثر مما هو متوقع لشفائه، أو ألم مزمن لمرض دفين غير معروف (Stephen, 2011, p. ٢١٤).

وعرفت (البكوش، ٢٠١٤) إدارة الألم بأنه استجابة الفرد لمجموعة من المثيرات لتخفيف من الألم، تتمثل في الوعي الصحي، المشاركة الاجتماعية، التغلب على الألم، الأعراض الفسيولوجية للألم، والدعم النفسي

ويعد الألم النفسي المنشأ بأنه " اضطراب يسبب الألم أو يطيل مدة استمراره، ويكون سبب هذا الألم هو الاستجابة لسبب نفسي مستبطن، وليس لسبب عضوي " (عبد، ٢٠١٧).

هذا ما يسمى المرض السيكوسوماتي حيث تؤثر نفسية الفرد على أعضاء جسمه الضعيفة مثل: المعدة، القولون الكبد، الكلى، فيشعر بالألم،

### أنواع الألم Pain Types:

يتم الشعور بالألم عبر تفاعلات كيميائية وكهربائية، من خلال الأعصاب وعن طريق النخاع الشوكي وصولاً إلى الدماغ. وتشكل الأعصاب من شبكة ألياف عصبية وظيفتها نقل الشعور بالألم كالجروح والحروق وآلام المفاصل والعظام، مروراً بالنخاع الشوكي وصولاً إلى الدماغ حيث يتم الشعور الحقيقي بالألم (Schofferman & Mazanec.2008).

ويمكن تصنيف أنواع الألم وفقاً للمعايير الآتية:

**حسب المدة:** يمكن تصنيف الألم كما يرى ( Steven & Marianne, 2001, )

(p.299) حسب المدة إلى:

- **الألم الحاد:** وهذا النوع من الألم يحدث عادة نتيجة تعرض الأنسجة لضرر حاد مثل الحروق، أو الجروح. وإذا لم يتم تداركه فقد يتحول إلى ألم مزمن من الصعب علاجه
- **الألم المزمن:** وهذا النوع من الألم مستمر، وعادة ما ينجم عن ضرر دائم يصيب بعض أنسجة الجسم، أو عن إصابة الأعصاب بضرر وتهيج، ويترافق مع هذا النوع من

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يمانى

الألم الاكتئاب والانكسار والميل إلى العزلة. ونادرًا ما يتم النجاح في تخفيف وطأة الألم المزمن والمستديم نظرًا لأنه يرجع للعديد من الاعتلالات العصبية وغالبًا ما تكون الآلام المزمنة مجهولة الأسباب (في خليفة، ٢٠١٤).

ويرى (Kneebone, 2007, p247) أن الألم المزمن له العديد من المعاني في المجال الطبي، ويتم التفريق بين الألم الحاد والألم المزمن بناءً على المدة الزمنية التي يستمر فيها الألم وتعد الفترة بين (٣-٦ شهور) من بداية الألم من أكثر الطرق المستخدمة شيوعًا للتفريق بين الألم الحاد والمزمن، وقد حدد بعض الباحثين اثني عشر شهرًا للانتقال من الألم الحاد إلى الألم المزمن، وهناك من يطلق لفظ الألم الحاد على الألم الذي يستغرق (أقل من ٣٠ يومًا). والألم المزمن على الألم الذي يستمر أكثر من (٦ أشهر) (في خليفة، ٢٠١٤).

حسب الموقع **Pain Type by Location** يمكن تصنيف الألم كما يرى (كوروبن

وآخرون، ٢٠٠٨) إلى ما يلي:

- **الألم العضوي Physical Pain** (جسمي أو حسي): وينجم هذا النوع من الألم نتيجة تحفيز مباشر للمستقبلات الكيميائية أو الحرارية مما يؤدي إلى الشعور بالألم الحاد.
- **الألم العصبي Nerve Pain**: ينشأ هذا النوع من الألم نتيجة إصابة الأعصاب بالضرر، مما يؤدي إلى الشعور بأنواع من الألم توصف بالوخز أو الخدران أو الحرق أو الصدمة الكهربائية.

### أساليب السيطرة على الألم **Pain Control Techniques**:

هنالك العديد من الأساليب التي تستخدم للتحكم بالألم أو التخفيف من حدته، وتعتمد معظم هذه الأساليب على الطرق الكيميائية أو الفسيولوجية، ومن هذه الأساليب:

### السيطرة على الألم باستخدام الأدوية والمستحضرات الصيدلانية **Pharmacological Control of Pain**:

تعد هذه الطريقة من أكثر الطرق شيوعًا في السيطرة على الألم، وتعتمد على استخدام العقاقير والأدوية، فأى عقار يمكنه التأثير في الموصلات العصبية يعد عقارًا مخففًا للألم، كما يمكن تخفيف الألم من خلال عقاقير تؤثر في ميكانيزمات الضبط المركزي في الدماغ، مثل مضادات الاكتئاب التي تستخدم في مواجهة الألم من خلال التأثير في المسارات النازلة في الدماغ، وغالبًا ما تتمكن العقاقير والأدوية من السيطرة على الألم. (خليفة، ٢٠١٤).



### السيطرة على الألم بالجراحة **Surgical Control of Pain**:

تستخدم هذه الطريقة من القدم، من خلال إجراء قطع في ألياف الألم، وفي عدة نقاط من المريض، بهدف عدم الإحساس بالألم، من خلال تعطيل وصول إشارات الألم من الجهاز الطرفي إلى الحبل الشوكي، صعودًا إلى الدماغ، وعلى الرغم من نجاح الطريقة الجراحية في علاج العديد من الحالات، إلا أن آثارها محدودة المدى، عدا عن الخطورة التي تصاحب العمليات الجراحية والنتائج السلبية المحتملة، إضافة إلى كلفة إجراء العمليات الجراحية العالية في معظم الحالات (Stephen, 2011).

### السيطرة على الألم بالطريقة الحسية **Sensory**:

حققت الطريقة الحسية نجاحًا محدودًا في التخفيف من الألم، ويمكن نجاحها في تخفيف الألم الحاد المؤقت بشكل عام، أو إدخال هذا النوع من السيطرة على الألم كجزء من البرنامج المتبع في معالجة الألم المزمن، وتساعد هذه الطريقة في منع الألم عن طريق إحداث الإثارة في جزء آخر وذلك بوضع مجموعة صغيرة من الأقطاب الكهربائية قرب النقطة التي تدخل منها الألياف العصبية القادمة من منطقة الألم إلى الحبل الشوكي، وهنا يتم إرسال إشارة إشعاعية تحمل مثيلًا كهربائيًا بسيطًا لتلك المنطقة، مما يؤدي إلى منع انتقال الشعور بالألم (بريك وطعيمه، ٢٠٠٨).

### السيطرة على الألم بالتغذية الحيوية الراجعة **Biofeedback**:

ترتكز هذه الطريقة على تعليم المريض الوسائل والطرق للسيطرة على الأفكار أو السلوكيات، التي يمكن أن تعمل على تعديل الوظيفة الجسمية المستهدفة، حيث يعطى الإنسان معلومات عن وظائف الأجهزة ومن خلال هذه المعلومات يصبح الفرد قادرًا على التنظيم الذاتي لوظائف هذه الأجهزة ليصبح المريض قادرًا على التحكم بوظيفة جسمية كانت تحت سيطرة الجهاز العصبي الطرفي، وعند إتقان المريض السيطرة على معدل ضربات القلب، مثلاً، تنتفي الحاجة إلى الأجهزة التي تترجم ضربات القلب إلى نغمات، إلا أن من أكثر مشاكل هذه الطريقة هي في كلفتها الباهظة وصعوبة إتقانها (بريك وطعيمه، ٢٠٠٨، ص ٦٠٢).

### السيطرة على الألم بالاسترخاء **Relaxation Techniques to Control Pain**:

إن تقنيات الاسترخاء تساعد على التخلص من مصادر التوتر التي تكمن وراء الألم. ولقد استنتج الخبراء أن تقنيات التأمل والتتويم المغناطيسي، قادرة على تخفيف الألم المزمن.

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يمانى

ويقول العلماء إن هذه النشاطات تريح الجهاز العصبي، والمعروف بأن بعض تقنيات الاسترخاء، تتطوي أيضاً على تمارين رياضية (Stephen, 2011)، كما وجد الخبراء والمختصون أدلة تشير إلى أن للاسترخاء فاعلية عالية في تخفيف بعض الأوجاع، والآم الصداع والتهابات المفاصل، وغيرها من الاعتلالات المسببة للآلام المزمنة، إضافة إلى مساهمتها في تقليل زيارات الطبيب (في خليفة، ٢٠١٤).

والاسترخاء حالة ذهنية متزنة ناتجة عن تصفية الذهن والتخلص من الأفكار السلبية التي تشجع الألم ويتم فيها تركيز التفكير على تكرار كلمة أو فكرة معينة أو من خلال عدد مرات التنفس.

### السيطرة على الألم بالتنويم المغناطيسي Hypnosis:

هذا النوع من العلاج بدأ منذ منتصف القرن التاسع عشر، ويعد التنويم نوعاً من الاسترخاء الجسدي، يساعد على الإحساس بالراحة الجسدية، وقد استخدم التنويم كعامل مساعد طبي في التخدير ومسكن للألم، حيث يساعد التنويم على جعل المخ يفرز مادة كيميائية تشبه المورفين تسمى المورفينات الذاتية Endorphins وهي قادرة على القضاء على الألم أكثر مما يفعل المورفين، وتشكل جزءاً أساسياً من دفاع المخ ضد التوتر والقلق والعصبية، كما أن إفراز هذه المواد يؤثر بشكل عميق على العواطف والسلوك، وهذا يفسر الإحساس بالراحة الذي يشعر به الشخص الخاضع للتنويم (Turner, et al., 2007).

### السيطرة على الألم بوخز الإبر Acupuncture to Control Pain:

أكدت الدراسات العلمية الحديثة أن هذه الطريقة من العلاج تستند إلى أساس فسيولوجي متين، ساهم في تخفيف آلام الكثير من المرضى، إذا ما أحسن استخدامها بالشكل الصحيح والدقيق. وقد أسهم التطور التكنولوجي الحديث في تسهيل استخدام الوخز الإبري بشكل عام، إذ تم في مجال الوخز الإبري تصميم أجهزة تعمل بأشعة الليزر تقوم مقام الأصابع، فأصبح بالإمكان الآن استعمال هذه الأجهزة وتوجيهها إلى نقاط مسارات الطاقة أو نقاط الوخز، ولمدة زمنية محدودة، فتؤدي مهمة الأصابع نفسها وبطريقة أقل جهداً ودون الحاجة إلى التدريب على الوخز الإبري التقليدي، الذي قد يستغرق تعلمه وقتاً طويلاً، ويحتاج إلى مهارة خاصة وتركيز كبير ودقة متناهية (Hatnagar, , et al., 2013).

### السيطرة على الألم بالتشتيت **Distractin**:

هذا النوع من السيطرة مبني على أساس تركيز انتباه الفرد على مثير آخر بعيد، والعمل على تشتيته من خلال نشاط آخر مكثف يعمل على إبعاد انتباهه عن الألم، وهناك طريقتان لتشتيت الانتباه عن الألم هما:

الأولى: تشتيت انتباه الفرد بالتركيز على نشاط ما.

الثانية: التركيز المباشر على الحدث مع إعادة تفسير الخبرة. وتسهم الطريقة الثانية بإحداث تعديل في الذاكرة المتصلة بالألم. إلا أن من عيوب هذه الطريقة أنها غير مجدية في حالات الألم المزمن، كون المريض لا يستطيع تشتيت نفسه لفترات غير محددة من الزمن أو لفترات طويلة. (في الخليفة، ٢٠١٤).

### السيطرة على الألم بالتخيل الموجه **Guided Imagery**:

تعد وسيلة التخيل الموجه كما يرى (Silije, 2012) وسيلة مؤثرة لتخفيف الأفكار السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية ففيها يستحضر الذهن صوراً أو مشاهد عقلية ليحسن توجيه طاقة الجسم، بمعنى آخر فبدلاً من مشاهدة الألم يقوم الفرد بالتركيز على صورة ممتعة مثل يوم جميل على الشاطئ مما يزيد الاسترخاء وبالتالي فإنه يتمكن من السيطرة على الألم، وقد أثبت هذا الأسلوب فاعلية في علاج الروماتيزم المفصلي (Rheumatoid Arthritis) وخفض ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، كما أثبت فاعلية في تنبيه جهاز المناعة إذا عمل بطريقة صحيحة، وبذلك فإن التخيل الموجه يمكن أن يكون شكلاً مؤثراً من الرعاية الذاتية (في الخليفة، ٢٠١٤).

### السيطرة على الألم بأساليب معرفية **Other Cognitive Techniques to Control**

#### **:Pain**

شهدت الفترة الأخيرة اهتمام علماء النفس بالأساليب المعرفية والسلوكية في السيطرة على الألم والتخفيف من حدته، وهذه الأساليب تساعد في تشجيع المرضى لفهم المشكلة وتفسيرها، وتوليد القناعة لديهم بالقدرة على تعلم المهارات الضرورية للسيطرة على الألم، فهناك نهج معرفي ومعرفي سلوكي ثبت أنه فعال للغاية في السيطرة على الألم وعواقبها على حد سواء وفي البيئة العلاجية. في التجارب المعملية كما ظهر ذلك في معظم الأبحاث وتهتم الأساليب المعرفية بالطريقة الذي يدرك بها الشخص ويفسر كل ما يتعلق بألمه ويتم التركيز على

- الكفاءة الذاتية، والسيطرة المدركة، والعلاج بالتلقيح ضد التوتر. هناك أيضًا مناقشة لبعض القيود المفروضة وتحديدها مع المريض ومن ثم العمل على تعديل الأفكار السلبية من خلال الحوار والجلسات العلاجية وعلى بالاستراتيجيات التالية: -
- أ. تركيز على الاهتمام الخارجي مثل شرائح المناظر الطبيعية
- ب. الصور المحايدة (أي الصور التي لم تكن ممتعة أو غير سارة)
- ت. المواجهة الدرامية التي تتطوي على إعادة بناء سياق الإحساس بالألم مثل مباراة كرة القدم
- ث. النشاط المعرفي الإيقاعي والذي يشير إلى النشاط المعرفي ذو الطبيعة المتكررة أو المنهجية مثل العد التنازلي من ١٠٠ إلى ثلاثة
- ج. الاعتراف بالألم، والذي يتضمن إعادة تقييم الإحساس بالألم
- ح. الصور الممتعة، مثل تخيل الشخص نفسه جالسًا بشكل مريح والاستماع إلى الموسيقى (Weisenberg, 1998).

#### نظريات إدارة الألم Pain Management Theories

**نظرية الخصوصية Privacy Theory:** طرح ديكارت نظرية الخصوصية في القرن السابع عشر، تقترض هذه النظرية أن مؤشرات الألم مرتبطة بنقطة محورية للألم في الدماغ، تتقل المستقبلات الشعور بالألم مباشرة إلى الدماغ، وأي إحساس ناتج يُفهم على أنه (مجرد استجابة للدفعة الأولية للألم) تم قبول نظرية الخصوصية على نطاق واسع لعدة سنوات، ومع ذلك، فإن النظرية قائمة على أساس بيولوجي ولا تعترف بأي عناصر نفسية في حدوث الألم حيث إن النظرية لا تأخذ في الاعتبار ظاهرة الألم عندما يكون الأساس العضوي للألم مجهولاً، على سبيل المثال لاعبًا رياضيًا يستمر في اللعب، غير مدرك لإصابة مكتسبة، حتى نهاية اللعبة، على الرغم من وجود الأساس العضوي ولا يتم الشعور بالألم حتى يركز الفرد انتباهه على الجزء المؤلم من الجسم (Wozniak, 1992).

**نظرية النمط Pattern Theory:** تم تطوير نظرية النمط في القرن التاسع عشر من قبل طبيب الأعصاب الألماني جولدشنيذر، وزعم بعدم وجود بنية واحدة للتعرف على الألم، حيث إن مستقبلات الألم موزعة مع غيرها من الحواس مثل اللمس، في جميع أنحاء الجسم ووفقًا لنظرية النمط، يعاني الأفراد من الألم عند حدوث أنماط معينة من الحركة العصبية على سبيل المثال، عندما تصل أشكال معينة من النشاط إلى مستويات عالية للغاية في الدماغ،

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

تقترح هذه النظرية أن هذه الأنماط تظهر فقط مع التحفيز القوي، حيث تؤدي شدة التحفيز المختلفة إلى ظهور أنماط متنوعة من النشاط الحسي، يمكن ملاحظة ذلك من خلال: الأحاسيس المختلفة التي يتم الشعور بها عند تعرض المرء لضربة شديدة (وهو أمر مؤلم)، بدلاً من مجرد لمسه (وهو أمر غير مؤلم) (Melzack & Wall, 2008).

### نظرية التحكم في البوابة للألم : Gate control theory for pain

تؤكد هذه النظرية أهمية دور العقل والدماع في إدراك الألم، ويفترض هذا التصور، وجود مدخل موجود في الجهاز العصبي الرئيس بدوره يسمح أو يمنع نقل إشارات الألم على طول الطريق إلى الدماغ، توجد مجموعة من الخلايا العصبية داخل الحبل الشوكي، على غرار نظام البوابة، تعمل كحارس بوابة يقرر متى يُسمح للرسالة الحسية أو لا يسمح لها بالاتصال بالدماغ، توجه النظرية أن البوابة تؤدي وظيفة مهمة في إدارة الألم في الجهاز العصبي الرئيس، تثير رسائل الألم التي تعبر البوابة الخلايا العصبية داخل الحبل الشوكي، والتي بدورها تساعد في نقل رسائل الألم إلى الدماغ، علمًا بأن فتح المسارات وقلها يحددان مقدار المعلومات التي تصل من المنطقة المتضررة، حيث إن الأفكار السلبية تفتح المسارات وتزيد من رسائل الألم، وهذا يعني أن المشاعر الإيجابية تغلق المسار وتقلل من رسالة الألم، وهذا يعني أن رسالة الألم قد يتم تضخيمها أو إلغاؤها أو تقليلها قبل أن تصل إلى الدماغ (Melzack & Wall 2008).

### تصنيف الأمراض المزمنة:

صنفت منظمة الصحة العالمية الأمراض المزمنة (غير السارية) لأربع مجموعات

رئيسية، وهي:

أ. أمراض القلب والأوعية الدموية: كارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين. حيث بلغت عدد

الإصابات في العام ٢٠١٩، ١٨٥,٥٠٠ حالة في العام بمعدل ٥٨ ٪ نمو في حدوث الإصابة

بأمراض القلب والشرايين في المملكة مقارنة بباقي الأمراض المزمنة

ب. السرطانات بأنواعها: حيث بلغ العدد الإجمالي لحالات السرطان في المملكة وفق أحدث

إحصاءات السجل السعودي للأورام في عام ٢٠١٦م، ١٦٨٥ حالة، منها ٣١٦١ عند

السعوديين، بنسبة ٧٨,١ ٪ استحوذ منها الذكور على نسبة ٤٤,١ ٪، بينما استحوذت النساء

على ٥٥,٩ ٪ منها. واحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى ٢٢٨٢ حالة، بنسبة ١٧,٣ ٪ لدى

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

الجنسين، ونسبة ٣٠,٤% من مجموع السرطانات لدى النساء. ثم تلاه سرطان القولون والمستقيم، ثم سرطان الغدة الدرقية، بمعدل إصابة ٢٧,٢ لكل ١٠٠٠ سيدة سعودية .

ت. أمراض الجهاز التنفسي كالربو والانسداد الرئوي المزمن: وتبلغ نسبة انتشار الإسهاد الرئوي المزمن حالياً في المملكة حوالي ٢,٤%، فضلاً عن العديد من الحالات التي لا يتم اكتشافها نتيجة عدم تشخيصها بشكل صحيح في كثير من الأحيان، ومن الأعراض الأكثر شيوعاً لهذا المرض ضيق التنفس والسعال المزمن. وبالرغم من أنه مرض مزمن، إلا أنه من الممكن الوقاية منه حيث إن العلاجات تساهم في انخفاض ملحوظ في معدل تطور المرض

ث. السكري: أشارت منظمة الصحة العالمية في دراسة أجرتها في العام ٢٠١٦ إلى أنه مع حلول العام ٢٠٣٠ المملكة العربية السعودية ودول الخليج سيصبحون من العشر الدول الأوائل في الإصابة بالسكري، كذلك وأفادت بأن المملكة العربية السعودية تحتل المرتبة الثانية في الشرق الأوسط، والسابعة على مستوى العالم من حيث معدل الإصابة بالسكري، وتشير التقديرات إلى أن حوالي ٧ ملايين من السكان مصابون وحوالي ٧ ملايين يعانون من مقدمات السكري، الجدير بالذكر أن السكري النوع الأول يحدث لأسباب مناعية وراثية والنوع الثاني يحدث بسبب نمط الحياة الغير صحي.

إلى جانب ما سبق من الأمراض أشارت دراسة أجريت في المملكة إلى ارتفاع مؤشر إصابة الأفراد بالأمراض المناعية بنسبة ٢٥% تشمل التهاب القولون التقرحي، التهابات المفاصل المزمن: كالروماتيزم وصدفية المفاصل والعديد من الأمراض المناعية (تقرير متلقى أسبار، ٢٠٢٢).

### الدراسات السابقة:

#### دراسات تناولت الطاقة النفسية:

أجرت خطاب (٢٠١٣) دراسة هدفت إلى الكشف عن مفهوم الطاقة الإيجابية وعلاقته بمستويات الإعاقة الحركية لدى عينة من طلاب الجامعة المعاقين حركياً ككل (ذكور إناث)، كما هدفت أيضاً إلى الكشف عن الفروق النوعية في الطاقة الإيجابية تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث) والعلاقة بين الطاقة الإيجابية واختلاف التخصص الأكاديمي، والطاقة الإيجابية وعلاقتها بممارسة الأنشطة من عدم ممارستها، وأيضاً بين مفهوم الطاقة الإيجابية والمفاهيم النفسية الأخرى التي تتشابه المفهوم، حيث طبقت أدوات الدراسة (مقياس الطاقة

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

الإيجابية) على عينة قوامها (٩٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة المعاقين حركياً، وقد تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٢٥). وتوصلت نتائج الدراسة إلى: وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المعاقين حركياً في مستويات الطاقة الإيجابية لصالح الذكور، في حين لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المعاقين حركياً في مستويات الطاقة الإيجابية تعزي إلى متغير التخصص الأكاديمي سواء علمي أو أدبي، بالإضافة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المعاقين حركياً في مستويات الطاقة الإيجابية تعزي إلى التفاعل بين النوع والتخصص، وأيضاً وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المعاقين حركياً في مستويات الطاقة الإيجابية تعزي إلى التفاعل بين النوع والتخصص وممارسة الأنشطة.

وهدفت دراسة المتولي وآخرون (٢٠١٦) إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي لتنمية الطاقة النفسية لدي المراهقات ضعاف السمع، وقد أجريت الدراسة علي عينة قوامها (٢٨) طالبة من المراهقات ضعاف السمع؛ تم تقسيمهن إلى مجموعتين: مجموعته ضابطه (١٤) طالبة لم تتلق أي معالجه تجريبية ومجموعة تجريبية (١٤) طالبة تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليها، وتم تطبيق مقياس الطاقة النفسية (إعداد الباحثة)، لتحقيق التكافؤ بين المجموعتين، واستمر تطبيق البرنامج مدة شهرين ونصف بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً تراوحت مدة كل جلسة بين (٤٠-٦٠) دقيقة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الطاقة النفسية لصالح أفراد المجموعة التجريبية. ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والبعدى لمقياس الطاقة النفسية لصالح التطبيق البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس الطاقة النفسية.

وهدفت دراسة الجمعات وآخرون (٢٠١٨) إلى التعرف على العلاقة بين الطاقة النفسية والرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعة، وقام الباحث ببناء مقياس الطاقة النفسية

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يمانى

والذي تكون من (٣٥) فقرة، كما تبنى مقياس (الزييدات، ٢٠١٥) للرضا عن الحياة وقد تحدد مجتمع البحث بطلبة جامعة البصرة، وقد تم اختيار عينه بلغ حجمها (٣٦٨) طالب وطالبة وأشارت نتائج البحث إلى وجود علاقة بين الطاقة النفسية والرضا عن الحياة.

وهدف دراسة فيصل (٢٠٢١) إلى التحقق من فعالية برنامج تدريبي في تحسين مستوى الطاقة النفسية والمناعة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة مكونة من (٣٣) طالبًا وطالبة من طلاب كلية التربية بجامعة العريش، تراوحت أعمارهم بين (١٩ - ٢٠) عام بمتوسط عمري ١٩,٥٢ عام وإنحراف معياري ٠,٥١، حيث تم استخدام المنهج التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) بالقياسات القبلية والبعديّة والتتبعية، وتم استخدام مقياس الطاقة النفسية إعداد (Fehnel, et al. ٢٠٠٤) تعريب وتقنين الباحث، ومقياس المناعة النفسية إعداد عصام زيدان (٢٠١٣)، والبرنامج التدريبي إعداد الباحث. وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحسين مستوى الطاقة النفسية والمناعة النفسية واستمرارية البرنامج في الفعالية.

وأجرى رضوان (٢٠٢١) دراسة هدفت للتعرف على مستوى الطاقة النفسية الفعالة لدى الممرضين والممرضات العاملين بالمستشفيات الحكومية في ظل انتشار فيروس كورونا المستجد (كوفيد - ١٩)، والتحقق من وجود علاقة إرتباطية بين الطاقة النفسية الفعالة وكل من الإجهاد الوظيفي ومعنى الحياة، والكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات أفراد عينة البحث الحالي من الممرضين والممرضات على مقياس الطاقة النفسية الفعالة تبعًا لمتغيرات: النوع (ذكور - إناث)، والمؤهل (متوسط - فوق المتوسط - عالي)، وسنوات الخبرة (أقل من ٥ سنوات - من ٥ : ١٠ سنوات - أكثر من ١٠ سنوات)، وكذلك التحقق من إمكانية التنبؤ بدرجات أفراد عينة البحث من الممرضين والممرضات على مقياس الإجهاد الوظيفي ومعنى الحياة من خلال درجاتهم على مقياس الطاقة النفسية الفعالة، وتكونت عينة البحث من (٢٥٠) ممرضًا وممرضة من الممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية، تراوحت أعمارهم من (٢٢ - ٥٠) سنة، بمتوسط عمري قدره (٣٦,٥) سنة وإنحراف معياري قدره (٣,٢٤)، وتم استخدام مقياس الطاقة النفسية الفعالة، ومقياس الإجهاد الوظيفي، ومقياس معنى الحياة من إعداد الباحثة، وأسفرت النتائج عن وجود مستوى متوسط من الطاقة النفسية الفعالة لدى الممرضين والممرضات، كما وجدت



## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

علاقة إرتباطية سالبة بين الطاقة النفسية الفعالة والإجهااد الوظيفي وموجبة بين الطاقة النفسية الفعالة ومعنى الحياة، كما أسفرت النتائج عن وجود فروق في متوسطات درجات أفراد عينة البحث من الممرضين والمرضات تبعًا للنوع لصالح الذكور، والمؤهل لصالح المؤهل العالى، وسنوات الخبرة لصالح الخبرة أكثر من عشر سنوات كما أظهرت النتائج عدم وجود تفاعل بين النوع (ذكور . إناث) والمؤهل (متوسط . فوق المتوسط - عالى) . والنوع ( ذكور - إناث ) وسنوات الخبرة (أقل من ٥ سنوات — من ١٠:٥ سنوات . أكثر من عشر سنوات)، كما أسفرت النتائج عن إمكانية التنبؤ بدرجات أفراد عينة البحث على مقياسي الإجهااد الوظيفي (تنبؤ سلبي) ومعنى الحياة (تنبؤ إيجابي) من خلال درجاتهم على مقياس الطاقة النفسية الفعالة.

وهدفت دراسة جارش وآخرون (٢٠٢٢) إلى الكشف عن العلاقة بين الطاقة النفسية ودافعيه الإنجاز لدى لاعبي كرة القدم، وكذلك إبراز مستوى كل من الطاقة النفسية ودافعية الإنجاز الرياضي ببعديها (دافع إنجاز النجاح ودافع تجنب الفشل لدى لاعبي كرة القدم ولتحقيق هدف هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي على عينه عشوائية قوامها أربعة (٠٤) فرق (٨٧لاعب) لفرق رابطة عناية الجهوي، وتم جمع البيانات باستخدام مقياسي الطاقة النفسية ودافعية الإنجاز الرياضي وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج (SPSS) توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية طردية (موجبة) دالة إحصائيًا بين الطاقة النفسية ودافعيه الإنجاز الرياضي ببعديها (دافع إنجاز النجاح ودافع تجنب الفشل) لدى لاعبي كرة القدم وكذلك توصلت الدراسة أن عينه الدراسة تتمتع بمستوى مرتفع من الطاقة النفسية ومستوى مرتفع من دافعية الإنجاز الرياضي ببعديها.

### دراسات تناولت إدارة الألم:

أجرى خليفة (٢٠١٤) دراسة هدفت إلى فحص مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى أسفل الظهر، وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ مريضًا (٢٩) ذكورًا، و(٣١) إناثًا، تراوحت أعمارهم بين (٢٠-٦٠ سنة) من مراجعي أقسام المستشفى التخصصي في مدينة عمان، قسمت العينة بالتساوي إلى مجموعتين: ضابطة (٣٠) مريضًا وتجريبية (٣٠) مريضًا، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم مقياس شدة الألم الرقمي لتقييم شدة الألم لدى أفراد العينة قبل وبعد تعريض العينة التجريبية إلى البرنامج

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

المعرفي السلوكي (Otis,2007) المراد فحص فعاليته، وقد استخرجت قيمة معامل ثبات الأداة (PII-NRS) بطريقة إعادة تطبيق الاختبار فبلغت (٠,٧٨٢). ولقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج نذكر أهمها: وجود فروق دالة في مستويات شدة الألم بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى لاستخدام البرنامج التدريبي ولصالح المجموعة التجريبية، وعدم وجود أثر لاستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في مستويات شدة الألم بين المجموعتين الضابطة والتجريبية يعزى لتفاعل متغيري نوع المجموعة والجنس، بينت النتائج إن متوسط مستوى شدة الألم أقل لدى فئة (٢٠-٤٠ سنة) في المجموعة التجريبية مما يدل على وجود فعالية أكبر للبرنامج على الفئة العمرية، عدم وجود أثر لاستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في مستويات شدة الألم بين المجموعتين الضابطة والتجريبية يعزى لمتغيري نوع المجموعة والمستوى الأكاديمي.

هدفت دراسة ياسين وآخرون (٢٠١٧) إلى الكشف عن علاقة تمكين الذات بمجموعة من المتغيرات الديموجرافية (العمر الحالة الاجتماعية - المستوى التعليمي - نوع العلاج المستخدم)، وهدفت أيضاً إلى الكشف عن درجة إدارة الألم التي تحدد تمكين الذات لمريضات سرطان الثدي، وتم تطبيق مقياس تمكين الذات ومقياس إدارة الألم (إعداد الباحثين) على (ن=٩١) من مريضات سرطان الثدي، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والمستوى التعليمي ونوع العلاج المستخدم تبعاً لتمكين الذات بمكوناته لمريضات سرطان الثدي، وخلصت أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية تبعاً لمستوى تمكين الذات بمكوناته، وأشارت النتائج أيضاً إلى أنه يسهم التغلب على الألم بنسبة إسهام إيجابية دالة للتنبؤ بمستوى تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي.

وهدفت دراسة بشير والغباشي (٢٠١٨) إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي تعليمي لخفض أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن لدي عينة مكونة من (١٢) مريضاً من مرضي أسفل الظهر المزمن، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتكونت كل مجموعة من (٦) مرضي واعتمدت الدراسة على مجموعة من الاستخبارات هي: البطارية التشخيصية لشدة ألم أسفل الظهر المزمن، أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات عن وجود فروق غير جوهريّة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة القياس

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

القلبي، بينما وجدت فروق جوهرية بينهما في كل من القياس البعدي وقياس المتابعة الأولى بينما لم تسفر النتائج عن فروق جوهرية في قياس المتابعة الثانية.

### دراسات تناولت إدارة الألم والطاقة النفسية :

هدفت دراسة (Letzen et al. 2019) إلى الكشف عن تأثير ( التحفيز والادارة الذاتية) كأبعاد للطاقة النفسية على القدرة على إدارة الألم المزمين لمرضى السرطان، أجريت الدراسة على (٨٠) مريضًا بالسرطان تم تخصيصهم عشوائيًا لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، خضعت المجموعة التجريبية للبرنامج التحفيزي، وتم تدريبهم على طرق التحفيز والإدارة الذاتية والقدرة على إدارة الألم، في نهاية الدراسة تم تقييم المرضى في المجموعتان، في المجموعة التجريبية زاد بشكل ملحوظ مستوى الالتزام بالعقاقير والفعالية الذاتية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المصابين بالسرطان مقارنة بالمجموعة الضابطة كما أوضحت دور برامج التحفيز في التنبؤ بإدارة الألم لدى مرضى السرطان.

كما هدفت دراسة (Larowe et al , 2020) معرفة دور العوامل المعرفية في العلاقات المتبادلة بين الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المدخنين المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة ( الإيدز) تم اختيار المشاركين من عيادة الأمراض المعدية الخارجية، لإجراء الدراسة حيث بلغت عينة الدراسة (٧٦) مريضًا، أوضحت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في القابلية للتحفيز والقدرة على إدارة الألم باختلاف مرحلة المرض، كما أن الإدارة الذاتية للألم كانت مرتبطة بشكل إيجابي ببعض أبعاد الطاقة النفسية (الأهمية المتصورة للإقلاع عن التدخين والإرادة الذاتية ومواجهة المتاعب والثقة في النفس والمقدرة على تحمل الإقلاع عن التدخين).

كما أجرى (Ehrich et al, 2021) دراسة بغرض تحفيز الطاقة النفسية لإدارة الألم لدى مرضى سرطان واستخدام بعض الفنيات والتقنيات خلال هذه الجلسات لتوضيح العوامل المعرفية والعاطفية الكامنة وراء سلوكيات إدارة الألم بعد انتهاء الجلسات، أوضحت النتائج أن التدخلات كانت مفيدة وجديرة بالاهتمام فبعد أول تدخل كان متوسط الدرجات للكفاءة الذاتية لإدارة الألم هي (١١,٢%) وبعد التدخل الرابع ارتفع متوسط الدرجات للكفاءة الذاتية لإدارة الألم إلى (٣١,٥%) ، عند الجلسة الثالثة عشرة ارتفع المتوسط حتى وصل إلى (٦٠%) ، بعد الجلسة الثالثة عشرة كان المشاركون على استعداد للانخراط في جلسات تحفيزه لرفع مستوى

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

الطاقة النفسية ، كما أوضحت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تحفيز الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم وتكييف التدخلات للتعويض بإدارة الألم.

هدفت دراسة عبد الحى (٢٠٢٢) إلى التعرف على العلاقة بين إدارة الألم وكلاً من اليأس والطاقة النفسية لدى عينة من مرضى السرطان، والكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات عينة من مرضى السرطان على مقياس إدارة الألم وفقاً لمتغير النوع (ذكور/ إناث) ومرحلة المرض ( المرحلة الثانية - المرحلة الثالثة) والتفاعل بينهما، أيضاً التحقق من إمكانية التنبؤ بإدارة الألم في ضوء أبعاد الطاقة النفسية واليأس لدى عينة من مرضى السرطان، تكونت عينة البحث الأساسية من (٢٠٠) حالة من مرضى السرطان تتراوح أعمارهم بين (٣٥ - ٥٠) عامًا بواقع (١٠٠) من الإناث و(١٠٠) من الذكور ، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن لتحقيق أهداف البحث ، ولتحقق من ذلك تم تطبيق ثلاثة مقاييس مقياس الطاقة النفسية لمرضى السرطان (إعداد الباحثة)، مقياس بيك لليأس: Beck Hopelessness Scale أعده بيك وآخرون (Beck et al, 1974)، مقياس إدارة الألم وقد أعد هذا المقياس ريزنستيل وكيف (Resenstiel & Keefe, 1983) ، وكشفت نتائج البحث عن وجود علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) ، (٠,٠٥) بين أبعاد مقياس إدارة الألم والدرجة الكلية وأبعاد مقياس الطاقة النفسية والدرجة الكلية لدى مرضى السرطان ما عدا بعدي المأساوية والاستمتاع بالحياة فلا يوجد علاقة دالة بينهما، وجود علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين أبعاد مقياس إدارة الألم والدرجة الكلية والدرجة الكلية لمقياس اليأس لدى مرضى السرطان ، بالإضافة إلى وجود أثر دال إحصائياً لمتغير النوع (ذكور-إناث) في أبعاد إدارة الألم حيث كانت قيم ف دالة إحصائياً عند مستوي ٠,٠١ ، وجود أثر دال إحصائياً لمتغير المرحلة (الثانية/الثالثة) في أبعاد إدارة الألم، حيث كانت قيمة "ف" دالة إحصائياً عند مستوي ٠,٠١. كما توصلت نتيجة الدراسة إلى إمكانية التنبؤ بإدارة الألم من خلال اليأس والطاقة النفسية لدى مرضى السرطان.

### تعقيب على الدراسات السابقة:

- ١) اتفقت نتائج دراسات الفئة الثالثة على وجود ارتباط بين إدارة الألم والطاقة النفسية
- ٢) معظم دراسات الفئة الثالثة ودراسة ياسين وآخرون (٢٠١٧) بالفئة الثانية أجريت على عينات من مرضى السرطان بوصفه أحد الأمراض المزمنة.

### الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

٣)دراسات الفئة الأولى والتي تناولت الطاقة النفسية أجريت على عينات من الأسوياء ولم تجر أي دراسة للطاقة النفسية على عينات من المرضى في ماعدا دراسة عبد الحي (٢٠٢٢) التي تناولت الطاقة النفسية لدى مرضى السرطان حيث هذا المتغير مع الرياضيين وطلاب الجامعة والتمريض وعمد الباحث لدراسته مع عينة اكلينيكية وخاصة مرضى الأمراض المزمنة لضرورة لفت الانتباه له ولغيره من المتغيرات الإيجابية، ومدى أهمية مثل هذه المتغيرات وخاصة مع هذه الفئة .

٤)لا توجد دراسة محلية تناولت إدارة الألم والطاقة النفسية لدى أصحاب الأمراض المزمنة في البيئة السعودية.

٥)لم يجد الباحث مقياسًا واحدًا أعد لقياس الطاقة النفسية لمرضى الأمراض المزمنة (في حدود اطلاعه) فأعد مقياسًا يعد هو الأول من نوعه لقياس الطاقة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة

### فروض الدراسة:

بناءً على الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض الصفرية التالية

للدراسة الحالية وهي: -

١)لا توجد فروق دالة إحصائية في كل من إدارة الألم والطاقة النفسية بين أفراد عينة الدراسة من ذوي الأمراض المزمنة وفقاً للنوع.

٢)لا توجد فروق دالة إحصائية في كل من إدارة الألم والطاقة النفسية وفقاً لعدد الأمراض المزمنة التي يعاني منها المريض.

٣)لا توجد فروق دالة إحصائية في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من أفراد عينة الدراسة.

### منهج الدراسة واجراءاتها:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي المقارن للكشف عن الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة والتعرف على الفروق لديهم وفقاً لتفاعل النوع " ذكور - إناث" والحالة الاجتماعية ومدة المرض ونوعه.

**مجتمع الدراسة:** تمثل مجتمع الدراسة من مرضى الأمراض المزمنة والتي تراوحت أعمارهم (٣٠ - ٥٠) بمتوسط (٣٩,٥) سنة من مرضى السكر والضغط والقولون والسمنة من مراجعي العيادات الطبية.

**عينة الدراسة:** بعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات الأساسية قام الباحث بتحديد عينة الدراسة الأساسية. تمثلت عينة البحث الأساسية من عدد (٧٠) حالة من مرضى الأمراض المزمنة من مراجعي العيادات الطبية والذين يعانون من أمراض (ضغط وسكر وسمنة وربو) تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٦٢) عام، منهم (٢١) من الإناث و(٤٩) والجدول التالي يوضح خصائص العينة:

جدول (١) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب بعض المتغيرات الديموغرافية (ن=٧٠)

الأمراض المزمنة	العدد	%	الحالة الاجتماعية	العدد	%	المستوى التعليمي	العدد	%
سكر	٣٠	٤٢,٨%	متزوج	٤٠	58.0	جامعي	٥٠	٧١%
ضغط	٢٠	٢٤%	أعزب	٢٧	39.1	متوسط	١٢	١٧,١%
سمنة	٢	٢,٨%	مطلق	٣	2.9	اقل من المتوسط	٨	١١,٤%
قولون	١٢	١٧,١%	الاجمالي	٧٠	١٠٠%	الاجمالي	٧٠	١٠٠%
ربو وحساسية صدر	٦	٨,٥%						
الاجمالي	٧٠	١٠٠%						

## أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المقاييس التالية:

١- مقياس استراتيجيات التغلب على الألم من إعداد Resenstiel & Keefe, 1983, ترجمة أحمد (٢٠٠٧) يتكون المقياس من (٤٨) عبارة موزعة على سبعة مقاييس فرعية يندرج تحت كل مقياس ستة بنود وتشمل المقاييس الفرعية (٦) مقاييس لقياس الاستراتيجيات المعرفية، ومقياس لقياس الاستراتيجيات السلوكية وتم تسمية هذه المقاييس: (تحويل) (تشتيت) الانتباه - إعادة تفسير أحاسيس الألم. وعبارات التغلب الذاتية. - تجاهل أحاسيس الألم، الصلاة والمساوية). يتم الاستجابة على بنود المقياس من خلال تدرج من سبع نقاط يتم في ضوءه تقدير مدى تكرار استخدام كل استراتيجية من الاستراتيجيات عندما يتم الشعور بالألم

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

وذلك في ضوء البنود التي تقيس هذه الاستراتيجية حيث يشير الرقم (٠) إلى عدم استخدام الاستراتيجية على الإطلاق، أما الرقم (٣) فيشير إلى استخدام الاستراتيجية ولكن بشكل غير دائم، أما الرقم (٢) فيشير إلى الاستخدام الدائم لهذه الاستراتيجية، ويتم تقدير الدرجات على الأبعاد الفرعية للمقياس كما في الجدول التالي:

جدول (٢) يوضح طريقة تقدير الدرجات على المقاييس الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم

أرقام البنود الخاصة بالمقاييس الفرعية	اسم المقياس الفرعي
$3 + 10 + 13 + 30 + 31 + 34 =$	تحويل (تشتيت) الانتباه
$1 + 4 + 11 + 18 + 34 + 46 =$	إعادة تفسير أحاسيس الألم
$6 + 8 + 23 + 26 + 36 + 37 =$	عبارات التغلب الذاتية
$20 + 22 + 24 + 27 + 35 + 40 =$	تجاهل أحاسيس الألم
$15 + 17 + 21 + 25 + 32 + 41 =$	الصلاة
$5 + 12 + 14 + 28 + 38 + 42 =$	المأساوية
$2 + 7 + 39 + 44 + 45 + 47 =$	زيادة الأنشطة السلوكية

ويتمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة في صورته الأصلية تم حساب ثبات الاختبار في دراسات عديدة باستخدام معامل الفاكرونباخ، وإعادة التطبيق، وقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن الاختبار يتمتع بثبات مرتفع الفا لا يعادة تراوحت (٠,٧١ الي ٠,٨٥)، وثبات عن طريق إعادة التطبيق تراوحت قيمه لأبعاد المقياس (٠,٦٨ الي ٠,٩١)، ويتمتع المقياس كذلك في صورته الأصلية بصدق عاملي وصدق ظاهري.

أما في الصورة المعربة للمقياس قام الباحث بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل الفاكرونباخ ووجد أن المقياس يتمتع بثبات مرتفع الفا لايعادة تراوحت (٠,٧٢ إلى ٠,٨٥) وتم التحقق من صدق الصورة العربية من خلال صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي للمقياس، وفي الدراسة الحالية قام الباحث بتقدير ثبات وصدق هذا المقياس وكذلك أدوات الدراسة الحالية على عينة مكونة من (٤٠) مريضاً من مرضى السكر والضغط والقلولون من مراجعي العيادات الطبية.

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يمانى

ثبات المقياس في الدراسة الحالية: ولقد أظهرت نتائج تحليل الثبات بالنسبة للمقياس إلى نتائج مرضية ودالة وذلك باستخدام معامل ألفا كرونباخ وثبات التجزئة النصفية للمقياس الفرعية والجدول (٣) يوضح معاملات الثبات

جدول (٣) يوضح معاملات ثبات مقياس استراتيجيات التغلب على الألم عينة استطلاعية (ن=٤٠)

أبعاد المقياس	معاملات ثبات الفا	معاملات ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيح الطول
تحويل (تثتيت) الانتباه	٠,٨٤	٠,٩٤
إعادة تفسير أحاسيس الألم	٠,٧٦	٠,٨٩
عبارات التغلب الذاتية	٠,٧٦	٠,٨٩
تجاهل أحاسيس الألم	٠,٦٣	٠,٧٩
الصلاة	٠,٧٢	٠,٨٩
المساوية	٠,٧٣	٠,٩١
زيادة الأنشطة السلوكية	٠,٧٧	٠,٨٧

الصدق: تم التحقق من صدق المقياس في الدراسة الحالية بطريقتين هما: صدق المحتوى وصدق الظاهري

صدق المحتوى: قام الباحث بحساب صدق المحتوى لأبعاد المقياس وذلك بحساب معاملات ارتباط الأبعاد المكونة للمقياس بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٤) يوضح نتائج:

جدول (٤) معاملات ارتباط أبعاد مقياس إستراتيجيات التغلب على الألم بالدرجة الكلية للمقياس عينة استطلاعية (ن=٤٠)

أبعاد مقياس الألكسيثيميا	الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
تحويل (تثتيت) الانتباه	٠,٨٤**
إعادة تفسير أحاسيس الألم	٠,٨٢**
عبارات التغلب الذاتية	٠,٦٣**
تجاهل أحاسيس الألم	٠,٣٥**
الصلاة	٠,٣٤**
المساوية	٠,٤٤**
زيادة الأنشطة السلوكية	٠,٥٤**



## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

من قراءة الجدول (٤) يتضح أن جميع معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس دالة عند (٠,٠١)، مما يعد ذلك مؤشراً لصدق المقياس.

٢- **الصدق الظاهري:** للتحقق من صدق المقياس تم عرضه على (١٠) من المحكمين من أساتذة علم النفس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالسعودية، حيث 'طلب منهم الاطلاع على المقياس وإبداء رأيهم في بنوده، وذلك من حيث مدى مناسبة البند لما وضع لقياسه، ومدى ملائمة الصياغة اللغوية، أو أيه ملاحظات يرونها مناسبة فيما يتعلق بالتعديل، أو التغيير، وبناءً على ملاحظات المحكمين واقتراحاتهم أجريت تعديلات لبعض البنود لتصبح أكثر ملائمة للثقافة السعودية وقد عد الباحث الأخذ بملاحظات المحكمين بمثابة صدق ظاهري للمقياس.

### مقياس الطاقة النفسية: إعداد مكاوي (٢٠١٢)

يشتمل مقياس " الطاقة النفسية " على (٣٠) عبارة، تقابلها ثلاث استجابات لكل عبارة، وتدرج من (١،٢،٣) تعبر عن مستوى الطاقة النفسية الفعالة (قليلاً، إلى حد ما، كثيراً)، ويبدأ التصحيح بجمع (التكرارات) التي وضعها المفحوص في كل فئة من هذه الفئات الثلاث للقائمة، وتستخلص الدرجة الكلية للمقياس، وهي درجة خام تشتق من حاصل تكرارات المقياس.

ويتمتع المقياس في صورته الأصلية بخصائص سيكومترية جيدة حيث قام معد المقياس بتطبيق مقياس الطاقة النفسية الفعالة مرتين على العينة الاستطلاعية (ن = ٨٠) بغاصل زمني مدته أسبوعين، وتم حساب معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين، والذي يعبر عن معامل ثبات المقياس حيث بلغ (٠,٧٥)، وهذا يشير إلى أن مقياس الطاقة النفسية الفعالة يتمتع بدرجة ثبات كافية، ويصبح بذلك أداة قابلة وصالحة للتطبيق، أما بالنسبة لصدق المقياس استخدم معد المقياس للتأكد من صدق المقياس طريقة الصدق التلازمي ، فقد طبق معد المقياس الذي أعده، وأيضاً مقياس " محمد على كامل " للطاقة النفسية الفعالة (٢٠٠١) على عينة استطلاعية (ن = ٨٠) من الشباب الجامعي، ثم تم تقدير معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين، وتبين أن الارتباط بين نتائج التطبيقين (٠,٨٢)، وهذا يشير إلى أن مقياس الطاقة النفسية الفعالة يتمتع بدرجة كافية من الصدق.، في الدراسة الحالية قام الباحث بتقدير ثبات وصدق هذا المقياس ، وكذلك أدوات الدراسة الحالية على عينة مكونة من (٤٠) مريضاً من مرضى السكر والضغط والقلولون من مرجعي العيادات الطبية.

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

ثبات المقياس في الدراسة الحالية تم حساب الثبات بطريقتين وهما: الثبات بمعامل ألفا كرونباخ والثبات بطريقة القسمة النصفية: واستخدام معادلة لتعديل الطول سبيرمان بيروان وسوف نعرض قيم معاملات الثبات بالجدول (٥).

جدول (٥) معاملات ثبات مقياس الطاقة النفسية العينة الاستطلاعية (ن=٤٠)

القسمة النصفية بعد تصحيح الطول		معامل ألفا	مقياس الطاقة النفسية الدرجة الكلية
سبيرمان	جتمان		
٠,٩٢	----	٠,٧٧	

يتبين من الجدول (٥) أن درجات الثبات مرتفعة للمقياس لدراسة الحالية .

**صدق المقياس** تم الحصول على بعض مؤشرات لمقياس الدراسة الراهنة من خلال:

١- **الصدق الظاهري:** تم توزيع أدوات الدراسة على (١٠) من الأساتذة المتخصصين في علم النفس، وطلب منهم تمحيص بنود كل اختبار، والتدقيق في أبعاده الفرعية، ومن ثمَّ الحكم على مدى وضوح البنود بكل اختبار من الاختبارات الثلاثة ومدى تغطيتها للبعد الذي تنتمي إليه، وبعد أخذ الباحث بملاحظات المحكمين من حيث التعاريف الإجرائية وصياغة بعض البنود، وقد تمَّ حساب معامل الاتفاق (بين المحكمين) فطبق معادلة كوبر Cooper، عام ١٩٧٤ الحساب نسبة الاتفاق (الوكيل والمفتي، ٢٠٠٧)

٢- **الصدق التلازمي** وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين درجات العينة الاستطلاعية على مقياس الدراسة الحالية مع درجات مقاييس أخرى من المتوقع أن ترتبط بالاختبارات الحالية، لذلك حدد الباحث عددًا من الاختبارات لتكون بمثابة اختبارات محكية في الدراسة الحالية مقياس الطاقة النفسية الفعالة كامل (٢٠٠١)، ثم تم تقدير معامل الارتباط، وتبين أن الارتباط بين الدرجة الكلية لكلا المقياسين (٠,٥٨٢)، وهذا يشير إلى أن مقياس الطاقة النفسية الحالي يتمتع بدرجة كافية من الصدق.

### إجراءات التطبيق:

جمعت بيانات الدراسة الحالية من قبل الباحث بمساعدة عدد من الزملاء اللذين يعملون بالعيادات الطبية حيث تم تدريبهم على الأسلوب الأمثل لجمع بيانات الدراسة الحالية، وقد تم التطبيق في عدد من الجلسات ويستغرق تطبيق المقياسين من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة وجمعت البيانات خلال شهر يناير وفبراير من عام ٢٠٢٣.

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

### خطة التحليلات الإحصائية:

لمعالجة بيانات الدراسة إحصائيًا استخدم الباحث:

- ١- أختبار مان وتتي .
  - ٢- الأرباعي الأعلى والأدنى.
  - ٣- اختبار كروسكال والزر
  - ٤- اختبار التوزيع الطبيعي كولموجروف سميرنوف
- التحقق من اعتدالية درجات العينة:

تم التحقق من اعتدالية التوزيع لدرجات أفراد العينة على مقياسي الدراسة الحالية من خلال اختبار التوزيع الطبيعي كولموجروف سميرنوف الموضح البيانات المبينة بالجدول (٦) جدول (٦) يوضح اعتدالية توزيع درجات العينة (ن=٧٠) على مقياس الطاقة النفسية ومقياس إدارة الألم

أبعاد إدارة الألم	المتوسط	الانحراف المعياري	نتيجة اختبار كولموجروف سميرنوف	الدلالة
إعادة تفسير أحاسيس الألم	8.2174	7.99976	1.526	.019
تحويل (تشتيت) الانتباه	11.8551	8.48922	1.274	.078
المساوية	8.8116	8.14803	1.353	.051
الصلاة	15.0725	9.01848	1.165	.133
عبارات التغلب الذاتية	15.4058	9.17368	.807	.533
تجاهل أحاسيس الألم	12.1159	9.44105	1.255	.086
زيادة الأنشطة السلوكية	9.9420	6.75165	1.289	.072
الدرجة الكلية لمقياس الطاقة النفسية	137.8116	24.49446	.754	.620

إن قيم اختبار سميرنوف أقل من ٠,٠٥ لا تتبع التوزيع الاعتمالي ولذلك سوف يستخدم الباحث لمعالجة النتائج الأساليب غير معلمية

### نتائج الدراسة

سيتم عرض نتائج الدراسة الحالية على النحو الذي يعكس الإجابة عن الأسئلة والفروض التي طرحت، وذلك على النحو التالي:

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

نتائج الفرض الأول: لا توجد فروق دالة إحصائية في إدارة الألم والطاقة النفسية بين مرضى الأمراض المزمنة من أفراد عينة الدراسة وفقاً للنوع وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب مان وتني للمقارنة بين رتب متوسطى الذكور والإناث في كل من درجاتهم على اختبار الطاقة النفسية واختبار إدارة الألم والجدول (٦) يوضح نتائج المقارنة جدول (٧) يبين نتائج اختبار مان وتني للفروق بين رتب درجات الذكور والإناث في إدارة الألم والطاقة النفسية (ن = ٧٠)

أبعاد مقياس إدارة الألم	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
إعادة تفسير أحاسيس الألم	ذكور	48	36.17	1736.00	733	463
	إناث	22	32.33	679.00		
	الإجمالي	70				
تحويل (تشتيت) الانتباه	ذكور	48	33.81	1623.00	-745-	.457
	إناث	22	37.71	792.00		
	الإجمالي	70				
المساوية	ذكور	48	33.99	1631.50	-634	.526
	إناث	22	37.31	783.50		
	الإجمالي	70				
الصلاة	ذكور	48	31.94	1533.00	-1.920	.055
	إناث	22	42.00	882.00		
	الإجمالي	70				
عبارات التغلب الذاتية	ذكور	48	31.94	1533.00	-1.919	.055
	إناث	22	42.00	882.00		
	الإجمالي	70				
تجاهل أحاسيس الألم	ذكور	48	32.71	1570.00	-1.436	.151
	إناث	22	40.24	845.00		
	الإجمالي	70				
زيادة الأنشطة السلوكية	ذكور	48	32.52	1561.00	-1.555	.120
	إناث	22	40.67	854.00		
	الإجمالي	70				
الدرجة الكلية لمقياس الطاقة النفسية	ذكور	48	33.85	1625.00	-717-	.473
	إناث	22	37.62	790.00		
	الإجمالي	70				

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

يشير الجدول إلى النتائج التالية:

- ١- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متوسطات رتب (الدرجة الكلية لمقياس الطاقة النفسية).
  - ٢- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متوسطات رتب درجات أبعاد إدارة الألم وهي (إعادة تفسير أحاسيس الألم، تحويل (تشتيت) الانتباه، المساوية، تجاهل أحاسيس الألم، زيادة الأنشطة السلوكية).
  - ٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متوسطات رتب درجات أبعاد إدارة الألم والمتمثلة في (الصلاة، عبارات التغلب الذاتية) والفروق في اتجاه الإناث.
- نتائج الفرض الثاني والذي نصه: لا توجد فروق دالة إحصائية في كل من إدارة الألم والطاقة النفسية وفقًا لعدد الأمراض المزمنة التي يعاني منها المريض، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الدراسة الحالية اختبار كرسكال-والز للمقارنة بين ثلاث فئات من المرضى وهي: (الذين يعانون من مرض مزمن واحد/ المعاناة من مرضين من الأمراض المزمنة/ من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر) في كل إدارة الألم والطاقة النفسية وجدول (٨) يوضح نتائج تلك المقارنات.

جدول (٨) اختبار كروسكال والز لدلالة الفروق في متوسط رتب إدارة الألم والطاقة النفسية حسب عدد الأمراض المزمنة (ن=٧٠)

البيان	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	٢١٤	درجات الحرية	الدلالة
إعادة تفسير أحاسيس الألم	المعاناة من مرض مزمن واحد	29	33.17	1.030	2	.598
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	37.66			
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	10	31.72			
تحويل (تشثيت) الانتباه	المعاناة من مرض مزمن واحد	70		1.225	2	.542
	المعاناة من مرضين مزمنين	29	37.88			
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	31	32.18			
		10	35.44			
المساوية	المعاناة من مرض مزمن واحد	29	33.52	2.090	2	.352
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	38.37			
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	10	28.17			
		70				
الصلاة	المعاناة من مرض مزمن واحد	29	33.00	1.467	2	.480
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	38.13			
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	10	30.67			
		70				
عبارات التغلب الذاتية	المعاناة من مرض مزمن واحد	29	32.41	1.366	2	.505
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	35.63			
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	10	41.17			
تجاهل أحاسيس الألم		70		2.363	2	.307
	المعاناة من مرض مزمن واحد	29	34.52			
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	32.74			
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	10	44.33			
زيادة الأنشطة السلوكية	المعاناة من مرض مزمن واحد	29	32.59	.993	2	.609
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	37.63			
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	10	33.72			
		70				
الدرجة الكلية لمقياس الطاقة النفسية	المعاناة من مرض مزمن واحد	29	34.07		2	.908
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	35.18			
	المعاناة من مرضين مزمنين	31	35.18	.193		
	المعاناة من ثلاثة أمراض مزمنة فأكثر	10	37.39			
		70				

يشير جدول (٨) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب الفئات الثلاثة من المرضى في كل من إدارة الألم والطاقة النفسية.

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

نتائج الفرض الثالث والذي نصه لا توجد فروق دالة إحصائية في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية بين مرضى الأمراض المزمنة من أفراد عينة الدراسة. وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بتقسيم أفراد العينة وفقاً لدرجاتهم علي مقياس الطاقة النفسية إلى مرتفعين ومنخفضين حساب الأرباعي الأعلى لدرجات العينة في مقياس الطاقة النفسية وحساب الحد الأدنى له ثم تحديد الأفراد على درجات مساوية أو أعلى من الأرباعي الأعلى بأنهم مجموعة مرتفعة في مستوى الطاقة النفسية، وحساب الأرباعي الأدنى لدرجات افراد العينة على مقياس الطاقة النفسية، ثم المقارنة بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية في إدارة الألم بأبعاده المختلفة عن طريق اختبار مان وتني لمجموعتين مستقلتين والجدول (٩) يوضح ذلك جدول (٩) نتائج اختبار مان وتني للفروق بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية في متوسطي رتب إدارة الألم (ن=٧٠)

أبعاد مقياس إدارة الألم	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
إعادة تفسير أحاسيس الألم	منخفضي الطاقة	29	15.00	435.00	-3.870	.000
	مرتفعي الطاقة	6	32.50	195.00		
	الاجمالي	35				
تحويل (تشتيت) الانتباه	منخفضي الطاقة	36	18.50	666.00	-5.321	.000
	مرتفعي الطاقة	13	43.00	559.00		
	الاجمالي	49				
المساوية	منخفضي الطاقة	46	50.50	404.00	-4.506	.000
	مرتفعي الطاقة	8	23.50	1081.00		
	الاجمالي	54				
الصلاة	منخفضي الطاقة	4	2.50	10.00	-3.263	.001
	مرتفعي الطاقة	38	23.50	893.00		
	الاجمالي	42				
عبارات التغلب الذاتية	منخفضي الطاقة	12	6.50	78.00	-5.023	.000
	مرتفعي الطاقة	30	27.50	825.00		
	الاجمالي	42				
تجاهل أحاسيس الألم	منخفضي الطاقة	10	5.50	55.00	4.716-	.000
	مرتفعي الطاقة	31	26.00	806.00		
	الاجمالي	41				
زيادة الأنشطة السلوكية	منخفضي الطاقة	32	16.50	528.00	-5.950	000
	مرتفعي الطاقة	19	42.00	798.00		
	الاجمالي	51				

يشير جدول (٩) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كافة أبعاد إدارة الألم بين منخفضي ومرتفعي الطاقة النفسية في اتجاه مرتفعي الطاقة النفسية في ماعدا بعد المساوية كان الفروق في اتجاه منخفضي الطاقة النفسية

### مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

#### مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

بالنسبة للنوع أوضحت نتائج الفرض الأول عدم وجود أثر دال إحصائيًا لمتغير النوع (ذكور-إناث) في متوسطات رتب درجات أبعاد إدارة الألم وهي (إعادة تفسير أحاسيس الألم، تحويل (تشتيت) الانتباه، المساوية، تجاهل أحاسيس الألم، زيادة الأنشطة السلوكية)، ما عدا بعدى (الصلاة، وعبارات التغلب الذاتية) فكانت فروق ذات دلالة بين الجنسين والفروق في اتجاه الإناث

ويفسر الباحث عدم وجود فروق بين الجنسين في كل من أبعاد إدارة الألم وهي (إعادة تفسير أحاسيس الألم، تحويل (تشتيت) الانتباه، المساوية، تجاهل أحاسيس الألم، زيادة الأنشطة السلوكية)، أن الألم هو أحد الأعراض الشائعة لدى ذوي الأمراض المزمنة من الجنسين، أما تفسير وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متوسطات رتب درجات أبعاد إدارة الألم والمتمثلة في (الصلاة، وعبارات التغلب الذاتية) والفروق في اتجاه الإناث. ويفسر الباحث تلك النتيجة أن حدة الألم لدى المرضى تختلف من حالة لأخرى وتعتمد على عدة عوامل، ويفسر الباحث أن عوامل نفسية مثل الثقة بالله وبالنفس وقوة البنيان والقدرة على التحمل تلعب دورًا في قدرة الإناث على التعامل مع أعراض الأمراض المزمنة.

بالنسبة لتفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متوسطات رتب (الدرجة الكلية لمقياس الطاقة النفسية) فهذه النتيجة تعنى عدم وجود تأثير لعامل الجنس في مستوى الطاقة النفسية بين أصحاب الأمراض المزمنة من أفراد عينة الدراسة وطبيعة التجربة المرضية والألم موحدة والتي يعيش فيها أفراد عينة الدراسة، وكذلك يعيشون في ظروف المجتمع نفسها.

تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Abrahamse, & Steg2009) التي استنتجت عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس الطاقة النفسية وتتفق بشكل جزئي مع دراسة (McClelland, & Canter, 2014) التي أشارت



## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث على مقياس الطاقة النفسية ودراسة صديق (Zhang, et al., 2024) التي استنتجت عدم وجود علاقة بين الطاقة النفسية لدى طلبة الجامعة والنوع. إلا أن نتيجة هذا الفرض تختلف مع دراسة الجبوري (٢٠١٨) التي أشارت في الطاقة النفسية إلى وجود فروق بين الذكور والإناث وكانت لصالح الإناث.

### مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

يمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من إدارة الألم والطاقة النفسية بين أفراد العينة وفقاً لوجود مرض مزمن أو أكثر لديه وأن يتعرض له المريض سواء لديه مرض واحد أو أكثر يتعرض بشكل متشابه للضغوط والمشكلات التي يفرضها المرض المزمن ونواتجها النفسية السلبية التي يتساوى فيها أصحاب الأمراض المزمنة إذ أن الإصابة بمرض مزمن يؤثر على كافة الجوانب والذي يسبب لهم أزمة، وتؤثر بشكل كبير على كل من إدارة الألم والطاقة النفسية لديهم وهذه النتيجة جاءت متسقة مع نتائج الفرض الأول التي كشفت عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائية بين إدارة الألم والطاقة النفسية

ويدعم النتيجة التي أشارت إلى عدم وجود فروق في الطاقة النفسية بين أصحاب الأمراض المزمنة ما ذكره محمد (٢٠٠١) وهي أن كل فرد لديه مولد للطاقة النفسية الفعالة ينتج قدرًا محددًا من الطاقة ذات المعنى السيكولوجي تتشكل حسب الموقف الذي يمر به الفرد فيحفزه إلى مجابهة المواقف الضاغطة التي يمر بها، ومن هنا تظهر الفروق الفردية بين المرضى، فالبعض يكون لديه القدرة على إدارة آلامه والتغلب عليها في حين يقع آخرون فريسة للمرض واليأس والقلق والاكتئاب والألم، حيث يعتمد ذلك على مستوى المخزون الفيزيائي للطاقة النشطة لدى المريض.

ومن الجدير بالذكر أنه لا توجد نتائج تؤيد أو تخالف نتيجة هذا الفرض؛ ولذلك النتيجة في حاجة إلى دراسات أخرى امبريقية مشابهة.

### مناقشة نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

كشفت نتائج الفرض الثالث عن وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية في إدارة الألم والفروق في اتجاه مرتفعي الطاقة النفسية، ويفسر الباحث أن الطاقة النفسية لدى المرضى تؤثر على إدارة الألم لديهم فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي التركيز على النشاطات

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يمانى

الإيجابية والمرحة وتجنب الشعور بالتوتر والقلق والاكتئاب إلى تخفيف الألم لدى المرضى، بالإضافة إلى ذلك، هناك بعض التقنيات الاسترخائية مثل اليوغا والتأمل والتدليك، والتي يمكن أن تساعد في تقليل التوتر والتوجه نحو الاسترخاء والهدوء، وبالتالي تخفيف الألم، ويتم التنبؤ بقدرة المريض على إدارة الألم من خلال ثقته بنفسه ومدى التفاؤل والتحكم في العواطف ومدى الدعم الاجتماعي وغيرها من العوامل النفسية، وحيث إن الطاقة النفسية للفرد ترتبط بنظام التنشيط الفسيولوجي الذي يحكم نظام عمل المخ وكيفية تبادل المعلومات بين الفرد والبيئة الخارجية فيحفز الفرد إلى النجاح وتحقيق الأهداف في حالة المستويات المرتفعة من الطاقة أو يعجز ويفشل في حالة المستويات المنخفضة من الطاقة (Posner,Rothbart,2010) ، كما أن كل فرد لديه مولد للطاقة النفسية الفعالة ينتج قدرًا محددًا من الطاقة ذات المعنى السيكولوجي تتشكل حسب الموقف الذي يمر به الفرد فيحفزه إلى مجابهة المواقف الضاغطة التي يمر بها (كامل، ٢٠٠١) .

وفي تفسير هذه النتيجة قول لقمان عليه السلام لابنه في قوله تعالى "يا بني أقم الصلاة وأمر بالمعروف وانه عن المنكر واصبر على ما أصابك إن ذلك من عزم الأمور" فقد حدث نبي الله (عليه السلام) ابنه على إدارة ذاته إذا أصابته مصيبة وأرشده إلى إقامة الصلاة والصبر على ما أصابه، وتعد وسائل لإدارة الألم كما حثه على المواجهة، وتعد أحد أبعاد الطاقة النفسية عندما أرشده إلى الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، ومن هنا وجب علينا اتباع تعاليم ديننا الحنيف ومواجهة مصائبنا وألما وعدم الاستسلام واليأس.

وتدعم هذه النتيجة ما أسفرت المراجعات الأدبية المكثفة لمصادر مثل Google Scholar، Web of Science، Medline، Academic Search Premier وغيرها، في فهم الدور الذي تلعبه الطاقة النفسية للتكيف النفسي والاجتماعي مع الأمراض المزمنة واليأس وتخطي الأزمات والصدمات (Baumeister and Vohs, 2007; Ryan and Deci, 2008).

ويذكر (Bowman,2003) أن المصادر السلبية للطاقة النفسية تجعل التعب يحل بسرعة، أما المصادر الإيجابية للطاقة النفسية تساعد على التخلص من التوتر والقلق ومصادر الأفكار السلبية.

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات سابقة منها نتائج دراسات ( Molton,et ) ( Molton,et )  
2021,Ehrich et al.,2019,Letzen,et al.,2008,al. التي كشفت عن وجود فروق  
بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية في إدارة الألم لدى المرضى.

### توصيات ومقترحات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج ومتضمنات تم تقديم التوصيات  
والمقترحات التالية:

١-التوسع في الدراسات والأبحاث النفسية التي تستهدف الجوانب النفسية الإيجابية لدى  
أصحاب الأمراض المزمنة، وإضافة العديد من المتغيرات والبحوث المقترحة على المستوى  
المحلي.

٢-رفع الأولوية الممنوحة للوقاية النفسية من نواتج النفسية السلبية للأمراض المزمنة  
ومكافحتها ضمن أهداف التنمية النفسية الإيجابية.

في ضوء النتائج يقترح الباحث بعض البحوث وهي كالآتي:

- ١-اليأس وعلاقته بقلق الموت لدى أصحاب الأمراض المزمنة.
- ٢- بعض المتغيرات النفسية المنبأة بالصلابة النفسية لدى أصحاب الأمراض المزمنة.

## المراجع

أحمد، حسنين أحمد. (٢٠٠٧). *فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. رسالة دكتوراه (غير منشورة)*، كلية الآداب، جامعة المنيا.

أحمد، حسنين أحمد. (٢٠١١). *سيكولوجية الألم*. ايتراك للطباعة والنشر، القاهرة، ط١.  
بريك، وسام، وطعيمة، فوزي. (٢٠٠٨). *علم النفس الصحي*. ط١. مترجم عن كتاب (Taylor, Sh.2003)، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان. الأردن.

بشير، إيمان رمضان، والغباشي، سهير فهم. (٢٠١٨). *فعالية برنامج علاجي تعليمي في تخفيض أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٦ (١)، ٦٣ - ٨٨.

الكوش، خيرية عبدالله. (٢٠١٤). *العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان*. جامعة الزاوية.

التوم، أحمد عثمان. (٢٠١٥). *المشكلات الناجمة عن الإصابة بالأمراض المزمنة وكيفية معالجتها: دراسة من منظور إستراتيجي على مرضى السكري والسرطان بولاية الخرطوم*. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة الخرطوم.

جارش، عبدالمجيد، وبن يوب، عبدالعلي، وشكري، سهايلية. (٢٠٢٢). *الطاقة النفسية وعلاقتها بدافعية الإنجاز الرياضي لدى لاعبي كرة القدم: دراسة ميدانية لفرق رابطة عناية الجهوي الأول: صنف أقل من ١٩ سنة "U. 19"*. *مجلة التحدي*، ١٤ (٢)، ٨٧ - ١٠٠.

الجبوري، زينب حسن فليح. (٢٠١٨). *الاغتراب النفسي بانخفاض الطاقة النفسية للنساء المصابات بالبدانة. مجلة الاجتهاد للأبحاث العلمية*، ٣، ٤٨ - ٦٦.

الجمعات، صفاء عبدالزهرة حميد، وشريف، محمد عبدالرضا. (٢٠١٨). *الطاقة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعة. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية*، ٤٣ (٣٤)، ١ - ١٧.

خطاب، ريهام عصام. (٢٠١٣). *الطاقة الإيجابية لدى عينة من طلاب الجامعة المعاقين حركيًا وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير (غير منشورة)*، كلية التربية، جامعة حلوان، جمهورية مصر العربية.

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

خليفة، ليلى أحمد خليفة، وبريك، وسام درويش. (٢٠١٤). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلم أسفل الظهر. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان الأهلية، السلط.

الراشد، صفاء حامد، وحسين، حلا خضير. (٢٠١٩). الطاقة النفسية وعلاقتها بالانغماس الوظيفي لدى موظفي جامعة الأنبار. مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية، كلية التربية، جامعة الأنبار، (٣)، ١٦٣-١٩٧.

رضوان، بدوية محمد سعد. (٢٠٢١). الطاقة النفسية الفعالة كعامل منبئ بالإجهاد الوظيفي ومعنى الحياة لدى الممرضين والممرضات العاملين بالمستشفيات الحكومية. مجلة التربية، جامعة الأزهر، كلية التربية بالقاهرة، ٤٠ (١٩٠)، ٧٨-١.

الزبيدي، ختام علي كريم. (٢٠١٧). العلاقة بين الطاقة النفسية ومفهوم الذات المهارية لدى لاعبي كرة اليد في الجامعات الأردنية. مجلة البحث العلمي في التربية، الأردن، ١٨ (٣)، ٥٢٥-٥٤٦.

زيدان، حمدي. (٢٠١٤). الطاقة النفسية وقوة الذات. ط١، دار الكتاب العربي، العين، الإمارات العربية المتحدة.

شيلي، تايلر، (٢٠٠٨)، علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك، فوزى شاكور داود، دار حامد للنشر ط١، عمان، الأردن

الطملاوي، منال محمد محروس. (٢٠١٢). استخدام المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة وتحسين جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة. المؤتمر الدولي الخامس والعشرون، مستقبل الخدمة الاجتماعية في ظل الدولة المدنية الحديثة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ج ٢.

عابد، ولاء محمد كامل. (٢٠٢٢). تأثير برنامج إرشادي نفسي في تعبئة الطاقة النفسية وتحسين المستوى الرقمي لسباحي الزعانف. المجلة العلمية لعلوم التربية الرياضية، ٢٨ (٢٨)، ٣٥٥-٣٨٣.

عبد الحي، شيماء محمود زيدان. (٢٠٢٢). الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان. مجلة الإرشاد النفسي، ٧٢ (٢)، ٣٥٥-٤٣٣.

عبد الرحمن، محمد السيد. (١٩٩٨). نظريات الشخصية. دار الإباء للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.

## د. إبراهيم بن عبد الجليل يماني

- عبد، لمياء علي. (٢٠١٧). الألم نفسي المنشأ: الأسباب والعلاج. مجلة الغذ. علاوي، محمد حسن. (١٩٩٨). مدخل في علم النفس الرياضي. القاهرة، مركز الكتاب للنشر.
- الفلاحي، حسن حمود إبراهيم. (٢٠١١). الطاقة النفسية واتجاهات الإبداع. المؤتمر العلمي العربي الثامن لرعاية الموهوبين والمتفوقين - الموهبة والإبداع منعطفات هامة في حياة الشعوب، مجلة المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين، (٢)، ١ - ٦.
- فيصل، ضياء أبو عاصي. (٢٠٢١). فعالية برنامج تدريبي في تحسين مستويي الطاقة النفسية والمناعة النفسية لدى طلاب الجامعة في ظل جائحة كورونا. مجلة كلية التربية، ٩ (٢٨)، ١٧٤ - ٢٣٢.
- كامل، محمد علي. (٢٠٠١). دراسة مقارنة لبروفيلات الضغوط النفسية والإجهاد النفسي لدى ثلاث مستويات مختلفة للطاقة النفسية الفعالة. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، ٢ (٣٠)، ص ١٦٩-١٩٧.
- كوروبن، بيرني و رودل بيتر وبالمر ستيفين. (٢٠٠٨). العلاج المعرفي - السلوكي المختصر. دار ابتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- لندزي، ك. هول، جي. (١٩٦٨). نظريات الشخصية، دار الشائع للنشر والتوزيع، القاهرة.
- المتولي، فاتن حسين محمد زكي، والبناء، إسعاد عبد العظيم محمد، والشورى، فؤاد حامد الموافي. (٢٠١٦). فعالية برنامج إرشادي لتنمية الطاقة النفسية لدى المراهقات ضعاف السمع. المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، ٣ (١)، ٢٠٩ - ٢٥٧.
- محمد، هوشيار عبد الرحمن. (٢٠١٠). تعبئة الطاقة النفسية ومفهوم الذات البدني وعلاقتها بمهارة الدفاع عن الملعب بالكرة الطائرة. مجلة علوم التربية الرياضية، كلية التربية الرياضية، جامعة بابل العراق، ٣(٢)، ٢٦٦-٢٨٧.
- مصطفى، محمد علي. (٢٠٠١). الطاقة النفسية الفعالة. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، (٣٠). ١٩٤-٢٢٤.
- مكاوي، صلاح فؤاد محمد. (٢٠١٢). الطاقة النفسية الفعالة وعلاقتها بمعني الحياة لدي الشباب الجامعي المشاركين في ثورة ٢٥ يناير. مجلة كلية التربية بالزقازيق، ٢٧(٧٦)، ٣٠١-٣٥٥.

## الفروق في إدارة الألم بين مرتفعي ومنخفضي الطاقة النفسية من مرضى الأمراض المزمنة

- ملتقى أسباب تقرير رقم (٩٥). (٢٠٢٢). الأمراض المزمنة: واقعها وأثرها على الحياة في المملكة. لجنة الشؤون الصحية والرياضة.
- منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٣). مذكرة عن ارتفاع ضغط الدم "القاتل الصامت وإحدى أزمات الصحة العمومية. سويسرا.
- وثيقة الاستراتيجية الوطنية للوقاية والتصدي للأمراض المزمنة غير السارية في دولة الكويت (٢٠٢٠ - ٢٠٢٥). (٢٠٢٠). وزارة الصحة. دولة الكويت.
- الوكيل، حلمي أحمد، والمفتي، محمد أمين. (٢٠٠٧). أسس بناء المناهج وتنظيماتها. (ط. ٢). عمان، دار المسيرة.
- لياس، بغيجة. (٢٠١٧) تقدير الذات وعلاقته بمستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، (١٢). ٣٢٨-٣١٥.
- ياسين، حمدي محمد، وقطب، منى محمد أحمد، وسري، هبة إسماعيل. (٢٠١٧). تمكين الذات وإدارة الألم لمرضى سرطان الثدي. مجلة البحث العلمي في الآداب، جامعة عين شمس، ١٨(٣)، ٢٥-١.
- Abrahamse, W., & Steg, L. (2009). *How do socio-demographic and psychological factors relate to households' direct and indirect energy use and savings?*. **Journal of economic psychology**, 30(5), 711-720.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). *Self-Regulation, ego depletion, and motivation*. **Social and personality psychology compass**, 1(1), 115-128
- Bonika, John. (1953). **Pain Management**, Oxford University Press, New York.
- Bowman J. (2003). **sport psychologist Tips for psyching up**
- Brekke, M., Hjortdahl, P., & Kvien, T. K. (2003). *Changes in self-efficacy and health status over 5 years: a longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis*. **Arthritis care & research**, 49(3), 342-348.
- Brown. (2012). *Nutritional brain energy enhancement for reducing mental fatigue improving mood and cognition*. **Orthomolecular**, 27(4).
- Duffy, E. (2007). **Activation and behavior**, Willey, New York, USA: (n.p.).
- Thayer, R. E. (1996): **The origin of everyday moods managing energy, tension and stress**, USA: Oxford university press.

- Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. **Pain Management Nursing**, 22(6), 716-723
- Fall, K., Netuveli, G. Hiyoshi, A., & Montgomery, S. (2015). **Remarriage after divorce and depression risk**. **Social Science & Medicine**, 141, 109-114.
- Hatnagar, B., Polter C., Gllmore, S., Tatt, N., & Bao, T. (2013). **Acupuncture and low Dose Gabanentin Effectively Treat Paclitaxel Induced Peripheral Neuropathy and Prevent Chemotherapy Dose Reduction**, *Alternative and Integrative Medicine*.
- Holmes, A., Christelis, N., & Arnold, C. (2013). **Depression and chronic pain**. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), S17-S20.
- Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., ... & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. **New England Journal of Medicine**, 363(27), 2611-2620.
- Katon, W., & Sullivan, M. D. (1990). Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 51(Suppl 6), 3-11.
- Keefe F.J. Lefebvre J.C. Maixner W. Salley A.N. Caldwell D.S.(1997). Self-efficacy for arthritis pain: Relationship to perception of thermal laboratory **pain stimuli**, **Arthritis Care and Research**, 10: 177-184.
- Larowe, L. R., Rother, Y., Powers, J. M., Zvolensky, M. J., Vanable, P. A., & Ditre, J. W. (2020). Pain self-efficacy, race, and motivation to quit smoking among persons living with HIV (PLWH). **Addictive behaviors**, 105, 106318
- Letzen, J. E., Seminowicz, D. A., Campbell, C. M., & Finan, P. H. (2019). Exploring the potential role of mesocorticolimbic circuitry in motivation for and adherence to chronic pain self-management interventions. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, 98, 10-17.
- Lorig K. Chastain R.L. Unge E. Shoor S. & Holman H.R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis, **Arthritis and rheumatism**; 32: 37-44.
- McClelland, L., & Canter, R. J. (2014). **Psychological research on energy conservation: Context, approaches, methods**. In **Advances in environmental psychology** (pp. 1-25). Psychology Press
- Melzack R. & Wall P.D. (2008). *Pain mechanisms: A new theory*, *Science* 150:971-979.



- Molton, I. R., Jensen, M. P., Nielson, W., Cardenas, D., & Ehde, D. M. (2008). A preliminary evaluation of the motivational model of pain selfmanagement in persons with spinal cord injury–related pain. **The Journal of Pain**, 9(7), 606-612.
- Parker, J. D., Michael Bagby, R., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). *Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. **European Journal of personality**, 7(4), 221-232
- Posner, M. and Rothbart, M. (2010). *The concept of energy in Psychological theory: Cognitive science program, technical*. American Psychologist, 75 (4): 100-121
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). *The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment*. **Pain**, 17, 33–44. S
- Rudy, T. E., Manzi, S. & Greco, C. M., (2003). Adaptation to chronic pain in systemic lupus erythematosus: applicability of the multidimensional pain inventory. **Pain medicine**, 4(1), 39-50.
- Ryan, R. M ;Deci, E. L. (2008). *Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health*. **Canadian psychology/Psychologie canadienne**, 49(3), 182.
- Schmitz, N., Wang, J., Malla, A., & Lesage, A. (2007). Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study. **Psychosomatic medicine**, 69(4), 332-338.
- Schofferman, J., Mazanec, D. (2008). *Evidence-informed Management of chronic low back pain with opioid analgesics*, **the spine Journal**, (8), 185-194.
- Stephen, M. (2011). *Efficacy and effectiveness of nitive behavior therapy for chronic pain: Progress and some challenges*, **International Association for the Study of Pain**, 152, P. 99-106.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Jean, C. Y., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. **Journal of Clinical Oncology**, 32(16), 1703.
- Thayer, E. (2003). **Calm energy: How people regulate mood with food and exercise**. U.K: Oxford University Press.
- Turner, J., Holtzman, S., & Mancl, L. (2007). *Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive behavioral therapy for chronic pain*, **International Association for the Study of Pain**, 127. PP. 276-286.

- Waby, J. L., Williams, R. J., & Williamson, M. P. Tunnicliffe, R. B (2005). **An experimental investigation of conformational fluctuations in proteins G and L. Structure**, 13(11), 1677-1684.
- WORLD BANK. (2020). **DATABANK—HEALTH NUTRITION AND POPULATION STATISTICS (DATABASE)**. WASHINGTON, DC: WORLD BANK
- World health organization(٢٠١٩): from  
:<http://www.emro.who.int/egy/programmes/noncommunicable-diseases.html>
- Wozniak, Robert H. **Mind and Body: René Descartes to William James**. National Library of Medicine; Washington, DC: **American Psychological Association**, 1992
- Weisenberg, M. (1998). Cognitive aspects of pain and control. **International journal of clinical and experimental hypnosis**, 46(1), 44-61. pain
- Zhang, M., Yang, J., Yu, P., Tinajero, G. D. A., Guan, Y., Yan, Q., ... & Guo, H. (2024). *Dual-Stackelberg game-based trading in community integrated energy system considering uncertain demand response and carbon trading*. **Sustainable Cities and Society**, 101, 105088.
- Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. **Clinical interventions in aging**, 709-720.

## Comparison of the management of pain Between high and low psychological energy patients with chronic diseases

**Dr. Ibrahim bin Abdul Jalil Yamani.**

**Department of Psychology - College of Social Sciences.  
Imam Muhammad Bin Saud Islamic University**

The current study aimed to uncover differences. In the management of pain and psychological energy among members of the study sample of people with chronic diseases according to the type and number of chronic diseases they have, and revealing the differences in pain management between those with high and low psychological energy. The study sample consisted of a number of (70) cases of chronic disease patients who visited medical clinics and who Suffering from diseases (pressure, diabetes, obesity, and asthma), their ages ranged between (25-62) years, including (21) females and (49) the pain management scale and the psychological energy scale were applied to them. The study revealed that there were no statistically significant differences between the average ranks of the three categories of patients, each of pain management and psychological energy, while the study revealed the presence of statistically significant differences in all dimensions of pain management between those with low and high psychological energy in the direction of those with high psychological energy, except after a tragedy, which was Differences in the direction of those with low psychological energy.

**Keywords:** psychological energy. Pain management. chronic diseases