

دور مركز ضبط الألم الخارجي في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح

the role of the center of controlling external pain in achieving psycho-social compatibility among patients coming to open heart surgery

راضية متوري*، جامعة الجزائر -2، الجزائر.

radhiametouri@hotmail.fr

أمال عبادة، جامعة الجزائر -2، الجزائر.

akramloulou@hotmail.com

تاريخ التسليم: (2020/03/18)، تاريخ المراجعة: (2020/06/26)، تاريخ القبول: (2020/08/27)

Abstract :

ملخص :

The current study aimed to research in the center of controlling external pain and its role in achieving psycho-social compatibility among patients coming to open heart surgery. For this purpose, a psychosocial compatibility measure designed by the two researchers was used. The scale was applied to a sample of eighty (80) patients between the ages of Twenty-four and forty-four (21 to 44) years, the information processing obtained through the Statistical Packages System for Social Sciences (SPSS) program with different statistical methods, and a set of important results have been reached that can be invested in building schemes that help this group with the aim of Exceeding the most important difficulties and the negative and complications that followed affect their future.

Key words: Pain Control Center, Psychosocial Adjustment, Open Heart Surgery

هدفت الدراسة الحالية إلى البحث في مركز ضبط الألم الخارجي ودوره في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح، من أجل ذلك تم استخدام مقياس التوافق النفسي الاجتماعي المصمم من طرف الباحثان وقد طبق المقياس على عينة من ثمانين (80) مريض تتراوح أعمارهم ما بين الواحد والعشرون والأربعة والأربعون (21- 44) سنة، كانت معالجة المعلومات المتحصل عليها عن طريق برنامج منظومة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) مع أساليب إحصائية مختلفة، وتم التوصل إلى مجموعة من النتائج المهمة التي يمكن استثمارها في بناء مخططات تساعد هذه الفئة بهدف التجاوز لأهم الصعوبات وما تابعها من سلبيات ومضاعفات تمس مستقبلهم.

الكلمات المفتاحية: مركز ضبط الألم الخارجي، التوافق النفسي الاجتماعي، جراحة قلب مفتوح

* المؤلف المراسل: راضية متوري، الإيميل: radhiametouri@hotmail.fr

1. اشكالية البحث:

يعتبر مرض القلب من أهم الأمراض المثيرة للخوف لدى الفرد لما له من عوامل مرتبطة بحياتنا اليومية وأنماط سلوكياتنا الغير صحية، حيث يراود الفرد المصاب به الشعور بالموت باستمرار وفي كل لحظة بسبب أعراضه الخطيرة خاصة إذا تضاعفت وضعفت البنية الجسمية، فيجبر على إجراء عملية جراحية على مستوى القلب التي تعتبر خاصة في مراحلها الأولى من الأشياء الصعبة المرهقة والحرجة للمريض بالرغم من استغلال قدراته الجسمية والمعرفية وخبراته الذاتية المعاشة من أجل تحقيق توافق نفسي اجتماعي بأبعاده، إلا أن ما يمر به من بقاء في المستشفى والذي يعتبر بالنسبة للمريض محيطاً مجهولاً وأناساً غير معروفين سيتصرفون في جسده، ويصبح مشابهاً لمجموعة من الأفراد في لباسهم و مأكلمهم مع تبادل لمعظم الأشياء بين المرضى (غرفة النوم، نفس الأكل في وقت محدد، نفس اللباس) حيث يصبح المريض وبعد أن كان له مسؤوليات وأدوار ومكانة اجتماعية متميزة تزول هذه الأهمية ويصبح التشابه بين المرضى لا يتميز الواحد عن الآخر. فالجراحة إعاقة تمنع المريض من تحقيق رغباته وأهدافه، خاصة ما تتميز به من آثار جسمية ونفسية خطيرة التي تكون مسؤولة عن الكثير من المعاناة والألم، ومع هذه التغيرات النفسية والجسدية وحتى المحيطية العميقة يضطرب توافقه النفسي الاجتماعي. ومن خلال التجارب المؤلمة التي يتعرض لها في رحلته مع المرض ومشفقته طوال رحلة العلاج بدءاً من تشخيص المرض وتعاقب الأحداث بشكل سريع، تظهر ردود أفعال مختلفة منها البسيطة ومنها المعقدة فيمكن بذلك اعتبار الجراحة القلبية خاصة ذات القلب مفتوح وضعيفة ضاغطة قوية، إذ يجد المريض صعوبات للسيطرة عليها ومراقبة الضغط الناجم عنها، فيبتين لنا أن قدرة وإمكانية الشخص على مراقبة الأحداث الضاغطة تكون نسبية فهي ليست بالدائمة والمستمرة، وبالرغم من تمسك الفرد بقوى خارجية للتخفيف من حدة الخطر إلا أنه لا يجدي نفعا، بل بالعكس، فإنها تجعله في دوامة لا مخرج منها فتجب الحقيقة عن المريض وتجعله يستسلم بسهولة دون التبصر للواقع والعمل على مواجهته وهذا ما أكدته على كتوم وخالدة علوان في دراستهما حول القدرة الوظيفية للمرضى المصابين بأمراض القلب الوعائية لمتوسطي الأعمار، فقد وجدوا أن العيش بمرض القلب عملية معقدة وديناميكية لكل من المرضى، فهو ينطوي على تحديات متعددة بما في ذلك التعامل مع الأعراض المخيفة والأدوية المعقدة، مع الاكتئاب والقلق وفقدان الدور والقدرات الوظيفية مما يؤدي إلى جودة حياة سيئة (Jassem,2012,P :114).

وبالرغم من معاناة المرضى وخضوعهم لنفس العملية الجراحية إلا أن استجاباتهم الانفعالية لها تختلف من فرد لآخر الذي يرجع إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالمواقف التي يمر بها والشروط التي تضبط الأحداث من حوله، وهذا ما أطلق عليه روتر (Rotter) (بمركز التحكم) (بني خالد، 2009، ص: 492)، الذي شغل اهتمام العلماء والباحثين في الآونة الأخيرة لما يرجع من أهميته في شخصية الفرد، فهو سمة من سمات الشخصية التي تساعد الفرد في النظر إلى نجاحه أو فشله وفق

ما لديه من قدرات و استعدادات داخلية و وفق الجهد الذي يبذله في سبيل تحقيق أهدافه (باشا،2006، ص:54)، وقد افترض سنة 1966 أن هناك أفراد يدركون أن أفعالهم و طريقة عملهم وخصائصهم الدائمة نسبيا تؤثر في شكل معيشتهم، حيث يعتقدون أنهم يسيطرون على أقدارهم ويتحملون مسؤولية ما يحدث لهم، وهم ذو مركز التحكم الداخلي ، أما ذوو مركز التحكم الخارجي فإنهم يدركون أن أسلوب معيشتهم لا حول ولا قوة لهم فيها فهي ترجع لعوامل خارجية كالحظ و القدر .

كما يعتبر الألم المصاحب للجراحة على مستوى الصدر من الآلام الملحوظة وهذا لشدها ومدتها على نحو حاد وهو من غير المستطاع التحكم فيه نهائيا، خاصة في مرحلة الاستشفاء والأشهر الأولى من العملية الجراحية، كما يكون هذا الألم الأكثر شيوعا والمعروف بمتلازمة الألم، فبالرغم من العلاج المسكن والفعال مع الخضوع للأدوية المسكنة إلا أن تطور الألم من بعد الجراحة عرف بأنه ألم تعسفي يتكرر ويستمر على طول شهرين على الأقل من إجراء العملية الجراحية. (Allam,2006, P: 594). كما تم وضع معايير لتشخيص الألم ما بعد العملية الجراحية التي تكمن في:

1. تطور الألم ونشوته بعد العملية الجراحية.

2. الشعور بالألم لمدة شهرين على الأقل.

3. استبعاد عوامل أخرى للألم كالأورام الخبيثة. (Reddi, 2016, P:64).

أما حسب كالكمان وآخرون (Kalkman and all) فإن الآلام ما قبل الجراحة تلعب أحد عوامل الخطر في تطوير الآلام الحادة مابعد الجراحة، كذلك في الأيام والأشهر المقبلة التي يكون لها دور في نشوء الألم المزمن. (Colin and McCartney, 2011,P:244)، حيث يكون له فيما بعد صعوبة تكيف المريض مسببا بذلك اجهادا نفسيا (Reddi , 2016, P:64)، كما أن للسيطرة السيئة حسب تانغ شوليانغ (Tang Chaoliang) على مستويات الألم التابع للجراحة يؤدي إلى زيادة معدلات الاعتلال والمضاعفات بما في ذلك الغثيان والإقامة لفترات طويلة في المستشفى وتطور متلازمة الألم المزمن والعكس صحيح. (Tang and Xia, 2017, P: 1899)، كما أعطت تولمي 2016 (Tolmie) أهمية للمعتقدات الصحية كمركز الضبط الصحي أهمية كبيرة في التدخل العلاجي الجراحي لمرضى القلب والحرص على تصحيح أهم اضطراباتها من أجل التقييم الفردي والتسيير الجيد للمريض للعملية الجراحية واستيعاب النصائح من أجل وقاية أفضل وتضيف أن المرضى الذين يخضعون للعملية الجراحية القلبية وفي هذه المرحلة يكون مركز الضبط الصحي أكثر خارجية وهو يرتبط عادة بنتائج صحية حسنة. (Rideout and all,2017,P:46)

أما حسب كابان وواخرون (Caplan and all) فإن ارتفاع درجة الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) لدى المرضى الذين يعانون من الألم المزمن يكون مع مرور الوقت الذي يعود على تطور المرض ومضاعفاته ويصبح مركز الضبط الألم الداخلي في الانخفاض بالتدرج (Rideout and all,2017,P: 429)، كذلك وجدت بعض الأبحاث أنه في حالة التدخل العلاجي الجراحي يتم تغيير

واجهت من مركز الضبط الألم الداخلي إلى مركز الضبط الألم الخارجي عند مرضى القلب الذين يمتازون بالنمط السلوكي (أ) وهنا يقومون بتفسير الألم عن طريق الجراحة (عامل خارجي) التي يقوم بها الأطباء الجراحون من أجل الحد من المرض ومضاعفاته وتحكمهم في الألم الذي يكون عن طريق الأدوية المسكنة والمكثفة من أجل التحكم في درجة الألم خاصة المرحلة الأولى من العملية الجراحية قلب مفتوح حيث تكون فيها الاعتمادية على:

- الأطباء (العمل الجراحي المتمثل في الاستبدال أو الإصلاح الصمامي مع الأدوية) .
- الأسرة في مساعدة المريض خاصة الحاجات الفردية من أكل وشرب ونظافة الهنءام.

وهنا وبالخصوص تميل الأكثرية لمركز ضبط الألم الخارجي الذي يعتبر الوجهة الصحيحة التي تؤخذ من طرف المريض بعدما كان ذو وجهة داخلية تتطلب التدخل الفردي والمسؤولية الشخصية كتنظيم الوقت للأدوية، الحماية، النظام الصحي الحياتي وهذا فعلا ما تم توصلنا إليه في بحثنا وبالتالي يمكن القول إن الاختيار لوجهة الضبط الصحيحة تحدد عن طريق الموقف الذي يواجهه المريض أي لكلا الوجهتين سلبيات وإيجابيات، وحسب مارك أوجيه (Marc auge) فإن المرض مشكلة يتطلب تفسيراً ذو معنى حتى يتمكن المريض من السيطرة عليه، وحتى لسوء الحظ والموت يجب أن يكون موجوداً وذو تفسير وهذا يعني أن للمرض ذو معنى اجتماعي يسمح للأفراد بادماج أحداث غير عادلة لا يمكن السيطرة عليها، فتمثيلات المرض وسلوكيات المريض متغيرة وفقاً للثقافة المتبعة كالأساطير الاعتقادات والممارسات الطبية التي تؤثر على تمثيلاتنا للمرض. (Hotte, 2004,P :120).

كما أن سوء فهم الألم يكون من المصادر للتشوهات المعرفية كالمبالغة في الأعراض والانشغال الكبير بها وتضخيمها وهذا ما يعيق التوافق النفسي الاجتماعي للمريض فيزيد من حدة التشاؤم من العملية الجراحية الذي يمتاز به ذوي مركز الضبط الألم الخارجي لذوي الحظ و من حدة استراتيجية الكارثية، فحسب لينتون 2011 (Linton) يستخدم المريض أنماطاً معرفية تسيء تمثيل الأحداث الفعلية أو الأحداث المستقبلية المحتملة، ادراك خاطئ للأحداث فيعطي توجهها سلبياً مبالغاً فيه وغير عقلاني نحو الألم فتعيق التعافي وتزيد من الألم والعجز المستمر، فالكارثة علامة على التطور الطويل للمشاكل (Linton and Shaw, 2011,PP:703-704).

وحسب كريسون وكيفي 1988 (Cresson and Keefe) فإن أفراد ذوي مركز ضبط الألم الخارجي ينسبون أهمهم للصدفة، القدر والحظ مما يظهرون سلوكيات غير تكيفية، درجة عالية من الضغط النفسي مع حالات من الاكتئاب والشعور بالعجز، أقل قدرة في السيطرة على الألم والتخفيف منه وانخفاض في الأداء عكس مركز ضبط الألم الداخلي) فالداخلية تشير إلى سلوك الفرد وتأثيره في السيطرة على الألم، والخارجية ومن كلا الطرفين (القوى الخارجية والحظ) وهي اعتقاد أن تصرفات الآخرين والحظ دور في السيطرة على الألم. (Keck ,2006,P :9)

كما قام كل من كريسون وكيفي (Crisson and Keefe) 1988 بدراسة حول مركز الضبط، استراتيجيات التكيف والضغط النفسي في استخدامهم لمركز الضبط الصحي لعينة تكونت من اثنين وستين مريض (62) في المستشفى يعانون آلاماً مزمنة، وقد توصلوا إلى أن المرضى الذين تحصلوا على درجات أعلى في مركز الضبط الصحي للحظ يشعرون بعجز في التعامل مع آلامهم ملتجئين بذلك إلى استراتيجيات الصلاة، كما كانوا أكثر عرضة لاستخدام الكارثية وتجنب نشاطهم في التعامل مع الألم. (Keck,2006,P: 3)

ويعتقد الأشخاص الذين لديهم مركز تحكم داخلي للألم أن جهودهم الخاصة من المحتمل أن تؤثر في مسار آلامهم من ناحية أخرى، والأشخاص الذين لديهم مركز تحكم خارجي يعتقدون إما أن مسار الألم لديهم يتحدد من قبل الآخرين الأقوياء مثل الأطباء أو أفراد الأسرة أو التي تحدها عوامل الصدفة على سبيل المثال، مصير أو حظ. (Schaefer, 1989,P: 8)، كما يعمل مركز ضبط الألم الداخلي على توفير فعالية علاجية بوصفها متغير مساهم في العلاج النفسي والعديد من العلاجات الطبيعية، كذلك في علاج التنويم المغناطيسي الذاتي. (Keck,2006,P: 49).

وفي ضوء ما سبق ذكره نطرح التساؤل العام الآتي:

❖ هل لمركز ضبط الألم الخارجي (ذوي النفوذ، الحظ) دور في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسمي، العائلي، الاجتماعي، الكلي) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح؟

❖ التساؤلات الجزئية :

❖ هل توجد علاقة بين التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسمي، العائلي، الاجتماعي، الكلي) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح ومركز ضبط الألم ذوي النفوذ؟

❖ هل توجد علاقة بين التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسمي، العائلي، الاجتماعي، الكلي) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح ومركز ضبط الألم (الحظ)؟

2. الفرضية العامة:

❖ لمركز ضبط الألم الخارجي (ذوي النفوذ، الحظ) دور في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسمي، العائلي، الاجتماعي، الكلي) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح.

❖ الفرضيات الجزئية :

❖ توجد علاقة بين التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسمي، العائلي، الاجتماعي، الكلي) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح ومركز ضبط الألم ذوي النفوذ.

❖ توجد علاقة بين التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده (النفسي، الجسمي، العائلي، الاجتماعي، الكلي) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح ومركز ضبط الألم (الحظ).

3. تحديد المفاهيم:

• التوافق النفسي الاجتماعي:

تعريف الغريب رمزية: " العملية التي يستجيب بها الفرد لما يحدث في بيئته من تغيرات، وذلك بتعديل استجاباته محافظا على مناسبتها لمطالب البيئة، وهدفها توفير التوازن بين الفرد وبين هذه التغيرات" (الشاعر، 2014، ص: 113)

ويعرف اجرائيا بأنه: " الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (المرضى المقبلون على عملية جراحية قلب مفتوح) من خلال تطبيق مقياس التوافق النفسي الاجتماعي المصمم من قبل الباحثان".

• مركز ضبط الألم الخارجي:

يشير إلى الاعتقادات الخاصة التي يحملها الفرد حول السيطرة في الألم الذي يعانيه، حيث أن سلوكيات وأفعال الأشخاص الآخرين (كالأطباء، ممرضين، عائلة، أصحاب الدين) تؤثر على السيطرة في الألم إلى بعد ذوي نفوذ، في حين يشير الاعتقاد أن التحكم في الألم يستند بشكل كبير على عامل الحظ إلى بعد الحظ. (جبالى ومرزقة، 2016، ص: 167)

ويعرف اجرائيا بأنه: " الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (المرضى المقبلون على عملية جراحية قلب مفتوح) من خلال تطبيق مقياس مركز ضبط الألم المستعمل في الدراسة (مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم". والمترجم من طرف جبالى نورالدين ومرزقة وليدة.

• جراحة القلب (قلب مفتوح):

عملية جراحية صمامية تهدف لإصلاح أو استبدال صمامات القلب بصمامات بيولوجية أو ميكانيكية عن طريق فتح القفص الصدري. (8: P, 2017, Fondation Suisse de Cardiologie).
وتعرف اجرائيا بأنها عملية دقيقة تكون على مستوى الصدر مع فتح عضو القلب الذي يتم فيه اصلاح أو استبدال صمامات قلبية، مع بقاء فترة معتبرة في العناية المركزة.

4. أهداف وأهمية البحث:

تكمن أهمية وهدف الدراسة إلى التعرف على نوع مركز الضبط الألم المسيطر على المريض المقبل على عملية جراحية قلب مفتوح وأهميته في تفسير سلوكيات الألم مع تعزيز النوع المساعد على شفاء المريض، مع البحث عن أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية ومدى فعاليتها في التخفيف من معاناة المريض، والعمل على تعزيزها ما قبل وما بعد العملية الجراحية بهدف التحكم السليم في الألم والتحسن من درجة التوافق النفسي الاجتماعي، كما تبرز أهمية هذه الدراسة إلى ما تسفر عنه من نتائج في معرفة درجة التوافق النفسي الاجتماعي لدى المريض المقبل على الجراحة القلبية، وعلاقته بسمة من سمات الشخصية الذي يلعب دور في الكثير من الجوانب النفسية والانفعالية للفرد ألا وهو مركز التحكم الألم.

5. عينة البحث:

تتكون عينة البحث من ثمانين (80) فرد مصاب بمرض القلب بالأخص الأمراض الصمامية الذين سيخضعون لعملية جراحية ذات قلب مفتوح تم اختيارها بطريقة عرضية قصدية وقد شملت كلا الجنسين (ذكور - إناث) وتتميز بما يلي:

- الجنس: كان عدد الذكور اثنان وخمسون (52)، أما الإناث كان عددهن ثمانية وعشرون (28).
- السن: يتراوح سن العينة ما بين الواحد والعشرين سنة إلى الأربعة وأربعين سنة.
- المستوى الدراسي: احتوت العينة على مصابين ذو مستويات مختلفة (أمي، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

كما تم بناء العينة على أسس من بينها:

1. ألا يكون المريض مصابا بشلل نصفي.
2. ألا يكون المريض مصابا باضطرابات معرفية.
3. ألا يكون المريض في حالة استعجالية كضيق التنفس الحاد.
4. قدرة تعامل المريض مع الأسئلة والإجابة عنها.
5. ألا يكون المريض تحت أدوية مهدئة.

6. منهج البحث:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعد من أكثر المناهج استخداما في ميدان العلوم الاجتماعية، لما يتميز به من خصوصيات تتلاءم وطبيعة الظاهرة الاجتماعية بهدف الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة البحث وتحديد نطاق ومجال المسح وفحص جميع الوثائق المتعلقة بالمشكلة وتحليلها وتفسيرها بشكل علمي منظم وأخيرا الوصول إلى الاستنتاجات واستخدامها للأغراض المحلية أو القومية (عيسور وآخرون، 2017، ص ص: 216- 217).

7. أدوات البحث وخصائصها السيكمترية:

أولا: مقياس مركز الضبط للألم:

✓ وصف المقياس:

تم تطوير مفهوم مركز التحكم من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر (Rotter) وتوسيعه من طرف والستون وآخرون (Wallston et al) لتغطية الجانب متعدد الأبعاد للسلوك المرتبط بالصحة (مقياس مركز التحكم الصحي المتعددة الأبعاد (MHCL) أين استخرج مقياس مركز الضبط للألم، وقد استخدم في هذه الدراسة الشكل (C) حيث تم تطبيق المقياس عن طريق استبدال كلمة الصحة بكلمة ألم، يحتوي المقياس على 18 بندا مقسمة إلى أربعة مقاييس (Araújo and all, 2010, P :440). قبل التطبيق تم الشرح للمشاركين أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة وأن الموافقة أو عدم الموافقة وإنما تعتمد على تجاربهم الفردية المتعلقة بالألم (Araújo and all, 2010, P:445)، ويتم تصحيح المقياس وفق ما يلي:

5 نقاط لموافق تماما

4 نقاط لموافق

3 نقاط لغير متأكد

2 نقطة لغير موافق

1 نقطة لغير موافق تماما

ولمعرفة اتجاه مركز الضبط يحسب مجموع نتائج البنود لكل بعد وهي كالتالي:

البعد الداخلي: العبارات هي

1-6-8-12-13-17

البعد الخارجي: ويقسم بدوره الى

• بعد الحظ: 2-4-9-11-15-16

• بعد ذوي النفوذ ويقسم الى

1. بعد الاطباء: 3-5-14

2. بعد الأشخاص الآخرون: 7-10-18 (Araújo and all, 2010,P:445)

✓ الخصائص السيكومترية للمقياس:

من أجل بحث الخصائص السيكومترية للمقياس تم اتباع ما يلي:

- الثبات: تم اختيار ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (01): ثبات مقياس مركز ضبط الألم حسب ألفا كرونباخ

البعد	عدد البنود	ألفا كرونباخ
البعد الداخلي	6	0,65
بعد الحظ	6	0,63
بعد ذوي النفوذ	6	0,62
الدرجة الكلية	18	0,58

يتضح من خلال الجدول رقم (01) أن كل المعاملات ألفا كرونباخ للأبعاد تراوحت بين 0,58

و0,65 وهي كلها نتائج مرتفعة مما يدل على قلة تباين البنود وهو ما يدل على ثبات المقياس.

-الصدق

المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي): لاختبار صدق المقياس تم استخدام طريقة المقارنة الطرفية

(الصدق التمييزي) بعد تطبيق المقياس في الدراسة الاستطلاعية، وتم تقييم العينة إلى عينة طرفية عليا

ودنيا بنسبة (27%) والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (02) : صدق مقياس مركز ضبط الألم بالمقارنة الطرفية

الأبعاد	المجموعات	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	T test	الدلالة الاحصائية
البعد الداخلي	أعلى	25,10	1,72	13,28-	دالة إحصائية عند 0,01
	أدنى	15,30	1,56		
بعد الحظ	أعلى	16,80	3,64	6,08	دالة إحصائية عند 0,01
	أدنى	25	2,21		
بعد ذوي النفوذ	أعلى	19,50	1,78	7,78	دالة إحصائية عند 0,01
	أدنى	26,90	2,42		
الكلبي	أعلى	72,10	5,15	8,31-	دالة إحصائية عند 0,01
	أدنى	56,80	2,70		

يتضح من خلال الجدول السابق أن كل معاملات **Ttest** للأبعاد ككل دالة إحصائية، مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية.

ثانياً: مقياس التوافق النفسي الاجتماعي

أولاً: مقياس التوافق النفسي الاجتماعي (من إعداد الباحثة):

1. صياغة البنود:

من أهم الأسس التي عملنا بها في البحث هو بناء مقياس التوافق النفسي الاجتماعي الخاص بالمرضى المقبلين على الجراحة القلبية - قلب مفتوح - لعدم تمكننا من الحصول عليه حسب مجهوداتنا الشخصية، فكان من أولويات بناءه الدراسة الاستطلاعية والتطرق لمجموعة من أدبيات الموضوع (مجلات، كتب) مع المقاييس التي عملت على دراسة التوافق النفسي الاجتماعي التي كان لها الدور الفعال في الإلمام على العبارات والمفاهيم الأساسية والهامة المساعدة في ذلك من بينها:

- ❖ استبيان حول صحة المريض (PHQ_9) لروبرت إل سبيتزر، جانيت بي نيليو وليامز (Robert L. Spitzer, Janet P. Neely Williams)
- ❖ The psychological adjustment to illness scale (PAIS-SR) مقياس التوافق النفسي مع المرض لديروقاتيس (Derogatis)

وقد تم في بادئ الأمر الحصول على مئة وثمانية (108) جملة ومع التدقيق تم الاستغناء عن مجموعة منها خاصة التي كانت تحوي كثرة التكرار والعمل على اختزالها في عبارة واحدة، ومع العمل بهذه الطريقة تم الحصول على خمسة وثمانون (85) جملة، بعد ذلك عملنا على تقسيمها لأربعة بنود هي التوافق النفسي، التوافق الصحي التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي وتم عرضه على مجموعة من الأساتذة.

بعد التمكن من ترتيب العبارات ووضعها على شكل بنود مع إخضاعها للتصحيح من طرف مجموعة من الأساتذة المحكمين وتعديل العبارات الغير الموافق عليها ، تم اختيار عينة عشوائية تكونت من ثلاثين (30) مريض مصابين بأمراض مزمنة كالقلب، الكلى، السكري من كلا الجنسين (ذكر، أنثى) تراوحت أعمارهم ما بين (18،48)، كان الهدف من العينة تطبيق مقياس التوافق النفسي الاجتماعي المصمم من طرف الباحثة وهو في صورته الأولية وهذا بهدف دراسة كل من صدق وثبات الأداة ومدى صلاحيتها في تطبيقها للدراسة ، و بعد هذه المرحلة، قمنا بالبحث عن الاتساق الداخلي للبنود تم استخدام معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للأبعاد ودرجة كل بعد وارتباطه بالدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من ثلاثون (30) مريض.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

من أجل بحث الخصائص السيكومترية للمقياس تم إتباع ما يلي:

- الثبات: تم اختيار ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (03): ثبات مقياس التوافق النفسي الاجتماعي حسب ألفا كرونباخ

البعد	عدد البنود	ألفا كرونباخ
البعد النفسي	16	0,90
البعد الصحي	7	0,75
البعد الأسري	10	0,73
البعد الاجتماعي	5	0,67
الدرجة الكلية	38	0,90

يتضح من خلال الجدول رقم (03) أن كل المعاملات ألفا كرونباخ للأبعاد تراوحت بين 0,67 و 0,90 وهي كلها نتائج مرتفعة مما يدل على قلة تباين البنود وهو ما يدل على ثبات المقياس.

- الصدق:

المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي): لاختبار صدق المقياس تم استخدام طريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) بعد تطبيق المقياس في الدراسة الاستطلاعية، وتم تقسيم العينة إلى عينة طرفية عليا ودنيا بنسبة (27%) والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): صدق المقياس للتوافق النفسي الاجتماعي بالمقارنة الطرفية

الأبعاد	المجموعات	المتوسط الحسابي	انحراف المعياري	T test	الدالة الاحصائية
البعد النفسي	أعلى	44,80	1,93	19,11_	0,01
	أدنى	27,80	2,04		
البعد الصحي	أعلى	18,80	1,93	10,82	0,01
	أدنى	10,80	1,31		
البعد الأسري	أعلى	28,80	1,31	11,00_	0,01
	أدنى	20,30	2,05		
البعد الاجتماعي	أعلى	13,80	0,63	9,52_	0,01
	أدنى	7,90	1,85		
الكلبي	أعلى	102,40	7,08	10,62-	0,01
	أدنى	72,50	5,38		

يتضح من خلال الجدول رقم (04) السابق أن كل معاملات **Ttest** للأبعاد ككل دالة إحصائية، مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية.

أنظر الملحق رقم (02) الصورة النهائية لمقياس التوافق النفسي الاجتماعي

8. المعالجة الاحصائية:

بعد تطبيق كلا من المقياسين للتوافق النفسي الاجتماعي ومركز ضبط الألم وتفرغ النتائج تم استخدام برنامج التحليل الاحصائي في العلوم الاجتماعية بالإعلام الآلي (SPSS) مع التقنيات الاحصائية التالية:

1. النسب المئوية المتوسطات الحسابية مع الانحرافات المعيارية.
2. اختبار كل من اختبار كولموغوروف سيميرنوف (Kolmogorov-Smirnov Test)،
Ttest لدراسة الفروق بين الذكور والإناث مع الانحدار المتعدد الآني أو المعياري
(Simulatneous or standared Multiple regression)، مع اختبار بيرسون (r) لدراسة الارتباط بين المتغيرين.

9. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

توقعنا في الفرضية العامة للبحث "وجود علاقة بين التوافق النفسي الاجتماعي ومركز ضبط الألم الخارجي (ذوي النفوذ، والحظ) لدى المرضى المقبلين على جراحة قلب مفتوح"، واختبار صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام معامل الارتباط بيرسون من أجل البحث عن العلاقة الارتباطية بين التوافق النفسي الاجتماعي بأبعاده ومركز ضبط الألم الخارجي ببعديه وقد تم التوصل إلى أنه توجد علاقة موجبة

بين التوافق النفسي الاجتماعي عند (0,05) مع مركز ضبط الألم الخارجي ذوي النفوذ و توجد علاقة سلبية ضعيفة بين التوافق الكلي وبين مركز ضبط الألم الخارجي (الحظ) ولاختبار صحة الفرضية يتم استخدام معامل الارتباط بيرسون، والنتائج مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (05): العلاقة الارتباطية بين التوافق النفسي الاجتماعي ومركز ضبط الألم الخارجي

مركز ضبط الألم الخارجي				
خارجي (ذوي النفوذ)	خارجي (الحظ)			
0,23*	0,01	بيرسون	النفسي	التوافق النفسي الاجتماعي
0,03	0,89	الدالة الاحصائية		
80	80	حجم العينة		
-0,04	-0,22*	بيرسون	الجسمي	
0,69	0,04	الدالة الاحصائية		
80	80	حجم العينة		
0,25*	-0,21	بيرسون	العائلي	
0,02	0,05	الدالة الاحصائية		
80	80	حجم العينة		
0,34**	-0,07	بيرسون	الاجتماعي	
0,00	0,52	الدالة الاحصائية		
80	80	حجم العينة		
0,24*	-0,13	بيرسون	الكلي	
0,02	0,23	الدالة الاحصائية		
80	80	حجم العينة		

يتضح من خلال الجدول رقم (05) أنه توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,05) بين التوافق النفسي الاجتماعي ومركز ضبط الألم ذوي النفوذ و توجد علاقة سلبية ضعيفة بين التوافق النفسي الاجتماعي ومركز ضبط الألم (الحظ). و منه تحققت فرضيتنا الجزئية الأولى و جاءت نتائجها متفقة مع دراسة كل من ستريكلاند 1978 ولين (Linn and Strickland) 1987 إذ توصلا إلى أنه يميل الأشخاص الذين لديهم مركز ضبط صحي خارجي (ذوي النفوذ) السيطرة الخارجية إلى الاعتماد على الآراء الصحية التي يقدمها المتخصصون في الرعاية الصحية بالنسبة لهؤلاء الأشخاص، حيث يمكن للمبادئ التوجيهية الواضحة للرعاية الذاتية النشطة والتوجيه القوي والإشراف مع الأنشطة

المهيكلة للغاية من قبل المهنيين الصحيين أن تسهل تحقيق نتائج صحية أفضل ومزيداً من الارتياح وانضماماً أفضل إلى نظام طبي محققاً بذلك توافقاً (Wu and all,2004,P :22)

وتتفق نتائج بحثنا مع دراسة ريدوت وآخرون (Rideout and all) حول مراحل مركز ضبط الصحي للمرضى المقبلين على جراحة القلب تبين أنه قبل العمل الجراحي أظهر الأفراد أن لديهم درجات أعلى على مستوى مركز ضبط الألم الصحي (ربما تعكس قناعة في قرارهم بالخضوع لعملية جراحية) وكان لديهم حالة مماثلة في سبع سنوات بعد الجراحة (المسؤولية عن توافقهم النفسي مرة أخرى إلى اختيارهم في التواصل مع متخصصي الرعاية الصحية) ، في حين الفترة المؤقتة (تقييم ما بعد الجراحة لمدة عام واحد) تم الإبلاغ عن درجات أعلى من مركز الضبط الخارجي مما يشير ربما إلى أنهم يعززون رفاهم إلى جهود الآخرين ، وكثيراً ما يكون الجراح وفريق إعادة التأهيل. Rideout and all,2017, P:51)

وتتفق نتائج بحثنا مع أبحاث جانوسكي وآخرون (Janowski, and all) لدى عينة من مرضى السرطان، حيث وجد أن هناك علاقة موجبة بين مركز الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) والسلوكيات الوقائية، ممارسات صحية، والتزامات غذائية، مواقف ايجابية (Janowski and all,2013,P :2i). من خلال التطرق لعينة بحثنا تم التوصل إلى وجود علاقة موجبة بين التوافق الكلي ومركز ضبط الألم ذوي النفوذ وقد يرجع ذلك:

للمعتقدات الصحية المستوحاة من الثقافة التي يتبناها الفرد فقد أعطى كل من ليتون وسكوت (Lighton and Scott) اهتمام لدور الثقافة في تفسير المرض خاصة في المجتمعات التقليدية حيث يتعامل أفرادها مع المرض باعتباره اعجازي تعلق عن مستوى الطبيعة وأن اختبارهم لأنماط المعالين يكون في إطار تمسكهم بالمعتقدات والممارسات الصحية التقليدية النابعة من ثقافتهم، وبالتالي فإن المرض حسب ريس (Riss) مفهوم مرتبط بالقيم الثقافية والدينية والبناء الاجتماعي والمعرفية الاجتماعية. (صولة، 2014، ص:32)

كما قد يرجع ذلك إلى التعليمات والحصص التعليمية وكيفية التقيد بالأدوية مع كيفية التعامل مع الحالات الاستعجالية الخطرة، تعليم المريض على كيفية الإدراك الجيد والتفسير الصحيح للمضاعفات التي تحدث حتى يستطيع بناء سلوكيات وقائية تعمل على تجنب العوامل الخطيرة وكأننا مع الوقت في اكتساب هذه المعلومات والتعامل الجيد معها يقرب للمريض فكرة العيش كإنسان خالي من المرض كذلك دراسة كوماش وآخرون 1999 (Comeche et al) حيث توصل إلى أن ذوي مركز الضبط الألم (ذوي النفوذ) يميل إلى الالتزام بالعلاج الجيد (Pupat et all, 2007, P :41) ، وحسب دراسة ماكونيل وآخرون (McConnell et al) فإن لمركز الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) دور في التعزيز السلوكي الصحي. (Janowski and all,2013,P :2i)

وقد يرجع ذلك حسب دراسة عزوز اسمهان وجبالي نور الدين لدى مرضى القصور الكلوي فقد تم وجود غياب علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي الداخلي والمواجهة الفعالة الذي يرجع إلى شعورهم بالعجز من إيجاد حل جذري لمشاكلهم ومواجهة احتياجاتهم وهذا ما يبدو من خلال معاناتهم ورفض واقعهم لأنه يخفف طموحاتهم وآمالهم مما يدفعهم إلى مركز ضبط صحي خارجي (Poll 1980)، فلم المريض بأن مصيره محدد بالأطباء كونهم المسؤولين على علاجهم المرحلة الحرجة بالإضافة إلى التوجه نحو التمسك بالقوى الغيبية والتقليدية في المجتمع فالمرض مسألة قدر ولا بد من تقبله (جبالي وعزوز، 2014، ص: 215)

• تحققت فرضيتنا الجزئية الثانية و هذا لوجود علاقة سلبية ضعيفة بين التوافق النفسي الاجتماعي ومركز ضبط الألم (الحظ)

وقد يرجع ذلك إلى متغير الكارثية، ففي دراسة غراي 2001 (Gray) وجد أن كل من مركز الضبط والكارثية تؤثر في كل من شدة الألم وتكراره (Hansen and all, 2009, P: 341)، فحسب ما تطرقنا إليه فإن مركز الضبط الداخلي يعمل على تسيير جيد للألم مما يصبح ظهوره بظهور أخطار وانذارات تضر الجسم، في حين تعمل مركز الضبط الألم الخارجي الذي يرتبط بالكارثية على استمراريته وإدخال المريض في حالة من الاضطرابات النفسية التي تطرقنا إليها في الجانب النظري والمتمثل في الحلقة المفرغة بين الفلق والألم والاكنتاب، في هذه الحالة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الألم، فقد تبين أن مركز الضبط مرتبط بأسلوب التعامل مع الألم والاستجابة للعلاج (Hansen and all, 2009, P: 341)، بالتالي الأفراد ذوي مركز الضبط الألم الداخلي يمتازون بتكيف نفسي اجتماعي، أما ذوي مركز الضبط الألم الخارجي فهم يعتمدون على الحظ للحصول على الإغاثة من مشاكلهم مما ينشأ لديهم توافق نفسي اجتماعي سيء.

كما قد يرجع إلى نوعية إستراتيجية المواجهة المتنبأة من طرف المريض المقبل على جراحة قلب مفتوح وحسب فالونتيير وآخرون 1996 (Valentiner) فإن مركز الضبط الخارجي مرتبط أكثر بمواجهة انفعالية، في حين مركز الضبط الداخلي مرتبط أكثر بمواجهة مركزة على حل المشكل. (جبالي وعزوز، 2014، ص: 212)

وقد يرجع ذلك حسب كنجويلهام (Canguilhem) بأنه لا يوجد ألم موضوعي فهو يفسر تحت محددات اجتماعية، ثقافية وشخصية، فهو ألم فردي يعود إلى تصور الفرد له الناتج من خبراته السابقة وشدته ويضيف: "يعيش المريض الألم كما يعيش المرض وكما يعيش الحداد"، الألم لا يعطي أي ذوق لحياة الفرد، فهو عدوان على الجسم وأقل حيوية". (LeBreton, 2011, P: 65).

وهذا ما يجعلنا القول الألم ذو خاصية فردية يعيشها المريض لوحده وبهذا تنتوع طريقة تفسيره ودرجة استيعابه والتحكم فيه فقد ينسب إلى مركز ضبط داخلي، أو مركز ضبط خارجي (ذوي النفوذ، أو الحظ) وهذا ما توصلنا إليه من خلال بحثنا في حياة المريض الذي ينسب الألم إلى مركز ضبط ألم خارجي

وخاصة الحظ فإن ألمه يحاط دائما بدرجة محسوسة من المعاناة سواء النفسية أو الجسدية (هذا هو زهري، نوض دائما عيانة كرهانة، عايشة دابمن مع السطر "الآلام" حتى كيما يكونش عندك تيقاي ديميا خايبة منو)، كما لا يعمل الألم (حقيقي أو وهمي) على تهديد جسدي فقط فإنه يتعدى الجانب الجسمي، فهو يغير من حياة الفرد اليومية والعلاقات الاجتماعية فيمس وجود الفرد فمن المرحلة الأولى كجهاز انذار إلى معقد يكسوه الطابع الفردي الانتظار من العملية عواقب سلبية وتكون في الكارثية أين يتم تفسير سلبى الحدث (العملية الجراحية).

فالطب التقني وضع تصورا للجسد يضع الشخص في نوع من الثنائية اتجاه نفسه فهو حينئذ إلا ظاهرة عارضة لحدث فيزيولوجي "المرض" الذي يجري في جسده، وهذه الرؤية لا تقود إلا أن يضع المريض نفسه بشكل سلبى بين أيدي الطبيب في هذه الحالة فإن المريض لم يشجع على أن يسأل نفسه عن المعنى الحميم لمرضه. ولا على أن يتكفل هو بنفسه، لقد طلب إليه بدقة أن يكون مريضا، وأن يتناول أدويته بشكل جيد، وأن ينظر بعد ذلك النتائج. (صولة، 2014، ص: 93) وهذا نستطيع تفسير به مركز ضبط الألم الخارجي وأهميته في التوافق النفسي الاجتماعي حيث يلجأ المريض وهو في المستشفى إلى الخضوع إلى تعليمات الطبيب الذي يكون مسؤولا على المريض أي يمكن القول العلاج في هذه المرحلة يكون بيد ذوي النفوذ وذوي القدرات والذي نعتبره بالشئ الإيجابي.

وحسب رونود (Renaud) فقد ركزت دراسات أخرى على تحديد العوامل الاجتماعية والعاطفية التي تجعل الشخص يقتنع بتفسير مرضه أو تأويل مرضه، فالناس لا تتصرف بنفس الطريقة للألم، أي أن المجتمع والثقافة هما اللذان يحددان نوع الألم ونوع الأعراض. (صولة، 2014، ص: 99) فالتخفيف من القلق الناتج عن المصائب غير متوقعة والهجوم المفاجئ لأمراض التي تنزل به وبعائلته، ومن هنا جاء الاعتقاد بوجود قوة عليا تسيطر وتوجه الأحداث وجاء حرصه على الاتصال بها بحثا عن الأمن الروحي ولما عجز عن تفسير ما يراه ويشاهده من أحداث الطبيعية توصل بخياله إلى أن هناك قوى فوق الطبيعية. (صولة، 2014، ص: 104 - 105)

فالمعتقدات غير الدينية الرسمية، الطقوس، الرموز والقيم الشعبية والخرافية، الأساطير، التصورات الفلكلورية كلها تعتبر مجالات وأساليب يمكن أن تكون غير منطقية في إرجاع أسباب المرض إلى عقاب رباني. فالجانب الروحاني البدني وكل الأديان السماوية بعيدة كل البعد عن الأساليب الخرافية وأساليبها في التعامل مع الحاجات الإنسانية في الصحة والمرض والتوجه والتشخيص والعلاج ولهذا فإن الإنسان يعيش جوهر الصراعات الاجتماعية والثقافية التي تصطدم مع أساليب الخرافة والتفكير الشعبي ومع المعرفة العلمية. (صولة، 2014، ص: 105)

وحسب هلمان (Helman) مصدر المرض في داخل الشخص المريض حول عجز الجسم الإنساني عن أداءه الطبيعي قد تنسب المرض في بعض الأحيان إلى التغييرات التي تحدث في السلوك أو في

النظام الغذائي، وهنا تقع مسؤولية المرض على الشخص المريض وذلك ليس بشكل نهائي على الإهمال واللامبالاة وبالتالي يشعر بالذنب. (صولة، 2014، ص: 109)

وفي وجود مركز ضبط الخارجي حيث يعزى المريض في هذا المجال إلى الأفعال المباشرة للكائنات ما فوق الطبيعة مثل الآلهة والأرواح وغالبا ما يوصف المرض في هذا العالم بأنه تكبير وتنبية آهي بسبب بعض الزلات السلوكية مثل عدم الانتظام في أداء العبادات وعدم التضرع بالدعاء إلى الله أو عدم شكر الله على نعمه. ولذلك لا يفيد العلاج المنزلي ولا علاج الطبيب في هذه الحالة يقتضي الأمر الاعتراف باقتراف الذنب والندم عليه هما وأن يتعهد المرء بحسن سلوكه وهنا الدعاء والتوبة هو العلاج. (صولة، 2014، ص: 112)

ويشير المكتوب عادة في أذهان الناس إلى شيء لا يمكن التحكم فيه، شيء يوجه حياتهم أو قوة لا شخصية، فالإنسان مهما بلغت درجة حذره لا يمكنه إلا أن يكون خاضعا مستكينا لمكتوبه، فالإيمان بالمكتوب يعني قبل كل شيء إدراك المرض كظاهرة عادية لا مفر منها واستقباله بعد ذلك كامتحن يجب عمله بالصبر، إن قدرة الله وسعت كل شيء، ويشعر المؤمن بذلك كقوة حماية وخلص ودعم وشفاء لكل المخلوقات مهما كانت درجة خطورة مرضه فإله في تصور المرضى هو الشافي العافي الطبيب الأكبر لكل مرض، فالمرض يفسر:

- كعقوبة: فقد يأتي المرض عقب ارتكاب ذنوب وخرق المحرمات، كعقوبة الوالدين فالسخرطة أو الدعوة هي العبارة التي يستعملها الناس للتعبير عن الخلل الاجتماعي الناجم عن ارتكاب الذنوب كالعقوق، والفكرة التي ترى أن الله يعاقب المذنبين منتشر بقوة لدى الناس.

- كتطهير أو تكفير: حيث يحمل المرض في بعض الأحيان معنى ايجابي لدى البعض، ويعيشه الفرد كمكفر أو مطهر وفي الثقافة الإسلامية عند زيارة المرضى يقال له طهورا إن شاء الله، يعني ذلك أن المرض سيطره الله من الخطايا والذنوب. وعندما يتعرض الأتقياء من الناس للمصائب والأمراض نجد أن محيطهم يفسر ذلك على أنه تخفيف من عقاب الآخرة الذي يفوق بلا شك عقاب الدنيا بكثير، وهذه النظرة للأحداث تحقق كثيرا وقع المرض والموت، وهو أمر مهم للمريض ومحيطه لأن فهم ما يحدث بدون شك من وقع الألم خاصة إذا ما تبين لهم أي سبب الأذى "خارجيا" أي أنه غير مسئول أو غير مذنب (صولة، 2014، ص: 126).

خاتمة:

من خلال ما تم عرضه من نتائج إحصائية ومناقشة وتحليل للمعطيات المتحصل عليها فقد تبين أن تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لمرضى القلب المقبلين على جراحة قلب مفتوح لكلا الجنسين (ذكر، أنثى) بأبعاده (النفسي، الجسمي، العائلي، الاجتماعي، الكلي) يمر بعدة مراحل مختلفة وعبر تسلسل زمني معتمدا بذلك على تفاعل متشابك ومعقد بين مجموعة من المتغيرات النفسية والاجتماعية يكون تفسيره ذو طابع فردي (يختلف من فرد لآخر)، وفي بحثنا هذا تمكنا من الوصول إلى وجود علاقة

موجبة بين كل من مركز ضبط الألم الخارجي بالخصوص ذوي النفوذ و التوافق النفسي الاجتماعي لدى المرضى و أهميته في مرحلة الاستعداد للعملية الجراحية القلبية (جراحة قلب مفتوح) و توصلنا أيضا الى وجود علاقة سلبية ضعيفة بين التوافق النفسي الاجتماعي و مركز ضبط الألم المرتبط بالحظ و منه فقد تحققت الفرضية العامة للبحث .

قائمة المراجع:

أولا - المراجع باللغة العربية:

- باشا صلاح عبد المبيع،(2006)، الفروق في مركز التحكم و تقدير الذات بين التلاميذ العاديين وذوي صعوبات التعلم في الصف الخامس الابتدائي، مجلة بحوث التربية النوعية، ع:7 .
- بني خالد محمد سليمان، (يوليو 2009)، " مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت"، مجلة الجامعة الإسلامية، 17(2)، ISSN، الأردن .
- جبالي نورالدين، عزوز اسمهان،(2014)، مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مجلة العلوم الاجتماعية، 19، الجزائر .
- صولة فيروز،(2014)، المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم، تخصص علم الاجتماع التتمية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم العلوم الاجتماعية، بسكرة.
- الشاعر علي محمد،(2014)، التوافق النفسي لمعلم مرحلة التعليم الثانوي بمدينة سبها، مجلة جامعة سبها (العلوم الإنسانية)، 3(1).
- عيشور نادية مع مجموعة من الباحثين، (2017)، منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، الجزائر: مؤسسة حسين راس الجبل.

ثانيا - المراجع باللغة الأجنبية:

- Araújo, L. G., Lima, D. M., Sampaio, R. F., and Pereira, L. S. (October 2010). Lima Débora: Pain Locus of control scale: adaption and reliability for elderly, Locus of control scale: adaption and reliability for elderly, Brazilian Journal of Physical Therapy, 14(5).
- Colin, JL.and McCartney, MD. (2011) Chronic Pain after Surgery, Review: perioperative pain management, Elsevier.
- Fondation Suisse de Cardiologie, Traitement des valvulopathies Brochure d'information à l'intention du patient, 2017.
- Hansen, J. S., Bendtsen, L., and Jensen, R. (2009). Psychometric properties of the Danish versions of headache-specific locus of control scale and headache management self-efficacy scale. The journal of headache and pain, 10(5).
- Hotte, A. (2004). Entre souffrance et projet de vie : les patients atteints de la mucoviscidose. Pensée plurielle, 8(2).
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., and Jedynek, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. PloS one, 8(5).

- Jassem, A. K. (2012). Functional capacity of patients with coronary artery disease at middle age. *kufa Journal for Nursing sciences*, 2(3).
- LeBreton, « Anthropologie de la douleur », colloque « Maladies orphelines et douleur », 2011, Fédération des maladies orphelines
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical therapy*, 91(5).
- Pupat, A., (2007). La perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques, (Doctoral dissertation), Département de Psychologie de la Santé Université de Toulouse-le-Mirail, Master 1 – 2006/2007
- Keck, Sherry Denise Andrews. (2006). pain locus of control and quality of life, index scores in chronic pain patient, a thesis for the degree master of science in nursing, university of North Carolina, Greensboro, 2006
- Reddi, D. (2016). Preventing chronic postoperative pain. *Anaesthesia*, 71.
- Rideout, A., Tolmie, E., and Lindsay, G. (2017). Health locus of control in patients undergoing coronary artery surgery—changes and associated outcomes: a seven-year cohort study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1).
- Schaefer Kay Linda. (1989). Concurrent validity of the pain locus of control scale and its relationship to treatment outcome variables, Master of Arts in Counseling, University of Nebraska at Omaha. Department of Counseling and the Faculty of the Graduate College.
- Tang, C., and Xia, Z. (2017). Dexmedetomidine in perioperative acute pain management: a non-opioid adjuvant analgesic. *Journal of pain research*, 10.
- Wu, A. M. S., Tang, C. K. K., & Kwok, T. C. Y. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & mental health*, 8(1).