

استراتيجيات التغلب على الألم وعلاقتها بمستوى الألم والعجز والاكتئاب لدى عينة من مرضى الألم المزمن بمحافظة المنيا*

د. أحمد حسنين أحمد محمد

جامعة مصراته

ملخص:

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على طبيعة العلاقة بين استراتيجيات التغلب على الألم وكل من مستوى الألم والعجز والاكتئاب لدى عينة من مرضى الألم المزمن.

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من (58) مريضا من مرضى الألم المزمن "أسفل الظهر، الرقبة، الأكتاف، الروماتويد" المترددين على المركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل والروماتويد بمركز أبو قرقاص، محافظة المنيا، مصر.

أدوات البحث:

تم استخدام مقياس استراتيجيات التغلب على الألم ومقياس شدة الألم ومقياس التقييم الصحي ومقياس الاكتئاب.

أهم النتائج:

تشير نتائج البحث إلى وجود علاقة سالبة وغير ذات دلالة بين استراتيجيات التغلب ومستوى الألم ماعدا المساوية فقد كانت العلاقة بينها وبين الألم إيجابية ودالة عند مستوى (0.01)، كما وجدت علاقة سالبة وذات دلالة عند مستوى (0.01) و(0.05) بين استراتيجيات التغلب ومستوى العجز ما عدا المساوية فقد كانت العلاقة بينها وبين مستوى

* مدينة تقع في صعيد مصر على بعد "250" كيلومتراً من القاهرة جنوباً.

العجز إيجابية ودالة عند مستوى (0.01) و(0.05)، كما تبأت المساوية والاكتئاب بمستوى الألم والعجز.

مقدمة البحث:

يعد الألم المزمن مشكلة من المشكلات الطبية والاجتماعية التي تواجه الرعاية الصحية في أي مجتمع، حيث يؤثر بأبعاده "الفسولوجية" والنفسية والثقافية والاجتماعية على جميع أفراد المجتمع بكل مستوياته ومراحل العمرية .

وبالرغم من التقدم الهائل في علم "الباثولوجي"، وعلم وظائف الأعضاء، والكيمياء الحيوية، والعقاقير الطبية، وكذلك التدخلات الجراحية يظل الألم -وبالأخص المزمن منه- مشكلة من المشكلات المهمة للعديد من الأفراد؛ بل والحكومات؛ فالألم يمثل مشكلة عامة؛ حيث تشير الدراسات الوبائية إلى أن نسبة انتشار الألم المزمن تتراوح بين (15%) إلى (20%) في مجتمع الراشدين (Gureje et al 1998 ; Verhaak et al 1998 ; Blyth et al , 2001) وفي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يقدر أن ما بين (30:50) مليون أمريكي يعانون من أحد أشكال الألم منهم (28%) يعانون من ألم أسفل الظهر، و(16%) يعانون من الصداع أو الشقيقة، (15%) منهم يعانون من ألم في الوجه. (Pleis & Cales , 2002).

وبالإضافة إلى كون الألم مشكلة واسعة الانتشار فإنه أيضا يمثل مشكلة اقتصادية كبيرة تعاني منها الدول ؛ حيث تشير التقديرات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن تكاليف الرعاية الصحية لمشكلات الألم تتجاوز (70) بليون دولار كل عام (American Academy of pain management, 2003)، كما أشارت تقديرات أخرى إلى أن الألم يعتبر سبباً رئيسياً وراء ضياع نصف مليون يوم عمل، وذلك يكلف حوالي (150) بليون دولار سنويا كتكاليف للرعاية الصحية والعجز والنفقات ذات الصلة. (U.S. Census Bureau , 1996).

وليست هذه النسب العالية والتكاليف الباهظة قاصرة على الولايات المتحدة الأمريكية فقط، فلقد سجلت نسب انتشار مرتفعة للألم المزمن في دراسات عديدة، في بلدان مختلفة مثل:

المملكة المتحدة (50%) والنرويج (24%)، فرنسا (31%)، الدنمارك (38%)، كندا (20%)، وإسبانيا (78%) (أحمد حسانين، 2011، 12-13).

ويعتبر الألم من الخبرات المبكرة التي يعيشها الإنسان منذ اللحظات الأولى من العمر وحتى الممات، فلا يوجد إنسان على وجه الأرض لم يتعرض بشكل أو بآخر لأحد مظاهر الألم المختلفة، سواء أكانت حادة أم مزمنة؛ ولذلك فقد بذلت محاولات عديدة لتفسيره وتوضيح كيفية نشوئه وتطوره، واختلفت هذه المحاولات باختلاف التوجهات النظرية لمقدميها، ومن أكثر النماذج التي ظلت مهيمنة على التفكير بشأن الألم المزمن النموذج الطبي الحيوي الذي يفسر الألم باعتباره خبرة حسية تعتمد بشكل أساسي على درجة التضرر في النسيج الحي أو درجة نشاط مرض معين (Keefe et al, 2004).

ولكن نظراً لقصور هذا النموذج وعجزه عن تفسير كثير من الظواهر المتعلقة بالألم؛ مثل حدوث الألم في غياب الأسباب الباثولوجية "أو عدم تناسب الألم مع درجة التضرر في النسيج، أدى ذلك إلى تحويل الانتباه عن هذا النموذج والتركيز على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي يتعامل مع الألم باعتباره خبرة متعددة الأبعاد لا تعتمد فقط على الجوانب الفسيولوجية، بل تعتمد على الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية والثقافية والاجتماعية (Johnson, Radcliffe, 2008).

ومن العوامل التي وجه إليها الانتباه ونالت قدراً من الاهتمام والدراسة خلال العشرين سنة الماضية استراتيجيات التغلب على الألم Pain Coping Strategies حيث إن مرضى الألم المزمن يطورون استراتيجيات تعامل مع الألم خلال مراحلها المختلفة، وهذه الاستراتيجيات تؤثر بشكل كبير على إدراكهم للألم والعجز المرتبط به.

وتعرف استراتيجيات التغلب بأنها "جهود غرضية لإدارة أو إبطال التأثيرات السلبية للضغط" (Jensen et al, 1991) أو أنها "معارف الفرد وسلوكياته التي يهدف من خلالها إلى إدارة أو تحمل الألم وتأثيره" (Brown & Nicassio, 1987)، ولقد وصفت جهود

التغلب وأنشطته على امتداد عدة أبعاد مثال ذلك أن لازاروس وكوين وهلرويد "1994" قسموا استراتيجيات التغلب إلى نمطين: تلك التي تستخدم في تدبر الانفعالات السلبية المتعلقة بالضغوط، وتسمى التغلب المتمركز حول الانفعالات، وتلك المتجهة إلى حل المشكلات أو التحقق منها، وتسمى التغلب المتمركز حول المشكلة. (شيرلي بيرس وجوس مايز، 2002)

وفي مجال الألم صنف بعض الباحثين جهود التغلب إلى أبعاد إيجابية وأخرى سلبية، وتعرف الاستراتيجيات الإيجابية باعتبارها استجابات تتطلب استنفار بعض الأفعال لتدبر الألم "مثل ممارسة الرياضة"، أما الاستراتيجيات السلبية فتتضمن الانسحاب أو التخلي عن التحكم إلى قوة وسطية أو خارجية "مثل ذلك الركون إلى الراحة أو اللجوء لاستخدام العقاقير"، وثمة تصنيفات أخرى للتغلب تعتمد على التحليل العاملي للمقاييس التي تقيس التغلب، ومنها علي سبيل المثال: استراتيجيات التغلب المعرفية، استراتيجيات التغلب السلوكية، التي يمكن وصفها في ضوء أنها إما أن تكون سلبية أو إيجابية أو توافقية، أو غير توافقية. (Jensen et al, 1991، 450:).

وقد أجريت دراسات عديدة تناولت استراتيجيات التغلب على الألم لدى مرضى الألم المزمن، وأظهرت نتائج هذه الدراسات أن استراتيجيات التغلب الإيجابية مثل المشاركة في النشاط، وتجاهل الألم ترتبط بالمستويات المنخفضة من الألم والعجز الوظيفي والتوافق الجيد مع الألم (Brown & Nicasio, 1987; Bussing et al, 2010; Ramirez-Maestre, 2011; Esteve, & Lopez, 2008; Tan et al, 2011) كما أن ارتفاع التغلب الإيجابي أثناء التدريب على مهارات التغلب ارتبط بالتحسن في الاكتئاب، والتغلب، والالتزام بالدواء لدى مرضى الروماتويد (Evers et al, 2002)، وتوصلا فرننديز وتيرك (Fernandez & Turk, 1989) في مراجعته للتراث النفسي المتعلق باستراتيجيات التغلب أن التدريب على استخدام استراتيجيات إيجابية يؤدي إلى انخفاض تقديرات شدة الألم، ويزيد من تحمل الألم.

أما استراتيجيات التغلب السلبية مثل تجنب النشاطات أو الاعتماد علي الآخرين ارتبطت بالمستويات المرتفعة من الألم، والعجز الوظيفي، والاكتئاب، وتنبأت بالعجز الوظيفي،

والألم بعد ستة أشهر (Brown & Nicassio, 1987; Watkins et al, 1999; Samwel
(H.G. et al, 2006 Ramirez-Maestre, Esteve, & Lopez, 2008)، كما ارتبط التوجه
المتمركز حول المشكلة بالتحسن في اليوم التالي في الألم، والمزاج، وذلك في دراسة طولية عن
استراتيجيات التغلب على الألم لدى مرضى الروماتويد طلب فيها من المشاركين تسجيل
إستراتيجيات التغلب التي يستخدمونها للتغلب على الألم علي مدار 30 يوما (Keefe et al
(1992, Affleck et al ; 1997)، وارتبط التوجه المتمركز حول الانفعالات بزيادة الألم لدى
مرضى روماتويد المفاصل (Affleck et al, 1999)، وارتبطت النظرة الإيجابية إلى الله أو القوى
الروحية باعتبارها استراتيجيات تغلب بالمزاج الإيجابي، والدعم الاجتماعي، أما النظرة السلبية إلى
الله، والقوى الروحية فارتبطت بالمزاج السلبي. (Keefe et al, 2001) .

وحدثا توصل اوسبرون وآخرون (Osborne et al, 2007) إلى أن استراتيجيات
التغلب على الألم كانت أكثر ارتباطا بتدخل الألم في الأنشطة والوظائف النفسية من ارتباطها
بشدة الألم، وخاصة أساليب التغلب المتعلقة "بالعرج، الراحة، التمرينات، استخدام عبارات
التغلب" كما لوحظ أن الاستخدام المرتفع لاستراتيجيات التغلب السلبية "العرج، الراحة" ارتبط
بزيادة تدخل الألم، وفي المقابل فإن الاستخدام المرتفع للاستراتيجيات التي تشمل على
الاستمرار في المهام والتمرينات ارتبط بانخفاض الألم، كما توصل اليكسندر وآخرون (
(2011, Alexander et al إلى وجود علاقة إيجابية ودالة بين الألم والمأساوية وكذلك بين
المأساوية والاكتئاب وفي نفس السياق توصل بينيون وآخرون (Benyan et al , 2013) إلى
نفس نتائج الدراسة السابقة في دراسة لهم عن استراتيجيات التغلب وقدرتها على التنبؤ بالألم
والعجز لدى عينة من مرضى الألم المزمن.

ومن العرض السابق لنتائج الدراسات التي تناولت استراتيجيات التغلب على الألم
وعلاقتها بمستوى الألم والعجز والاكتئاب يمكن أن نستشف أهمية التعرف على الاستراتيجيات
التي يستخدمها المرضى للتعامل مع آلامهم وعلاقتها بمستوى الألم والعجز والاكتئاب، حتى
يمكن تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية بما يقلل من الألم والأعراض النفسية ويساعد المرضى

على تعديل أساليب التغلب السلبية بأخرى إيجابية، وعليه فقد حددت تساؤلات البحث على النحو الآتي:

تساؤلات البحث:

1. ما طبيعة الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى للتغلب على الألم المزمن؟
2. ما طبيعة العلاقة بين استراتيجيات التغلب على الألم ومستوى الألم والعجز والاكنتاب؟
3. ما طبيعة العلاقة بين الاكنتاب والألم والعجز؟
4. هل يمكن التنبؤ بمستوى الألم والعجز في ضوء كل من "استراتيجيات التغلب والاكنتاب"؟

المنهج والإجراءات:

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من (58) مريضا من المرضى المترددين على كل من العيادة الخارجية بقسم الروماتزم والتأهيل بمستشفى المنيا الجامعي، والمركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل والروماتزم بمركز أبو قرقاص محافظة المنيا. منهم (37) مريضا بروماتويد المفاصل و(21) مريضا بالآلام مختلفة مثل: (الظهر، الركبة، الرقبة) بمتوسط عمري (34.52) وانحراف معياري (11.50) منهم (90%) إناث، (10%) ذكور (75%) منهم متزوج. أما بالنسبة للمستوى التعليمي فقد تنوع بين أفراد العينة حيث بلغت نسبة الأميين (10%)، من يقرءون ويكتبون (30%)، ومن ترك الدراسة في المرحلة الإعدادية (12%)، ومن أكمل التعليم المتوسط (20%)، وفوق المتوسط (10%)، والتعليم العالي (7%). أما بالنسبة لمتوسط استمرار المرض فقد بلغ (8.30) وانحراف معياري (5.11).

أدوات البحث:

مقياس استراتيجيات التغلب على الألم:

يعتبر هذا المقياس واحدا من أشهر المقاييس التي تستخدم لقياس التغلب لدى مرضى الألم المزمن، وقد اعد هذا المقياس روزانستيل وكيف. (Resenstiel & Keefe ,1983). وقام الباحث بترجمته ونقله إلى العربية في دراسة سابقة (أحمد حسانين، 2007) ويتكون المقياس من (48) عبارة موزعة علي سبعة مقاييس فرعية، يندرج تحت كل مقياس ستة بنود، وتشمل المقاييس الفرعية (6) مقاييس لقياس الاستراتيجيات المعرفية، وهي "تشتيت الانتباه، إعادة تفسير أحاسيس الألم، عبارات التغلب الذاتية، تجاهل أحاسيس الألم، الصلاة، المساوية" ومقياس لقياس الاستراتيجيات السلوكية وهي "زيادة الأنشطة السلوكية"، ويتم الاستجابة عن بنود المقياس من خلال تدرج من سبع نقاط يتم في ضوءه تقدير مدى تكرار استخدام كل استراتيجية من الاستراتيجيات عندما يتم الشعور بالألم، وذلك في ضوء البنود التي تقيس هذه الاستراتيجية حيث يشير الرقم (0) إلى عدم استخدام الاستراتيجية على الإطلاق، أما الرقم (3) فيشير إلى استخدام الاستراتيجية ولكن بشكل غير دائم أما الرقم (6) فيشير إلى الاستخدام الدائم لهذه الاستراتيجية.

وقد قام الباحث بتقدير ثبات وصدق هذا المقياس وكذلك جميع المقاييس المستخدمة في البحث الحالي على عينة مكونة من 50 مريضا بآلام مختلفة "الظهر، الركبة، الرقبة، والروماتويد، الاكتاف" من المرضى المترددين علي العيادة الخارجية بقسم الروماتزم والتأهيل بمستشفى المنيا الجامعي ولقد أظهرت نتائج تحليل الثبات بالنسبة لهذا المقياس إلى نتائج مرضية ودالة وذلك باستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث بلغت قيم معامل الفا بالنسبة للمقاييس الفرعية كما يأتي: مقياس تشتيت الانتباه (0.76)، ومقياس إعادة تفسير أحاسيس الألم (0.79)، ومقياس عبارات التغلب الذاتية (0.85)، ومقياس تجاهل الألم (0.81)، ومقياس الصلاة (0.76)، ومقياس المساوية (0.86)، ومقياس زيادة الأنشطة السلوكية (0.72)، وتم حساب صدق المقياس عن طريق صدق الاتساق الداخلي، ووجد أن جميع معاملات الارتباط بين البنود

والمقاييس الفرعية كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01، 0.05) كما هو موضح بجدول رقم (1) كما أن المقاييس الفرعية ارتبطت أيضا وبشكل دال مع بعضها البعض كما هو موضح بجدول رقم (2).

جدول رقم (1)

الارتباط بين البند والدرجة الكلية في مقياس استراتيجيات التغلب على الألم

مقياس فرعي (1): تشييت الانتباه			مقياس فرعي (2): إعادة تفسير الألم			مقياس فرعي (3): العبارات الذاتية		
رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف
3	0.86**	0.52**	1	0.63**	0.47**	6	0.78**	0.67**
10	0.70**	0.53**	4	0.65**	0.45**	8	0.79**	0.67**
13	0.52	0.34**	11	0.69**	0.49**	23	0.66**	0.51**
30	0.71**	0.53**	18	0.74**	0.55**	26	0.75**	0.63**
31	0.75**	0.61**	34	0.64**	0.45**	36	0.75**	0.63**
43	0.69**	0.54**	46	0.50	0.30**	37	0.82**	0.73**
مقياس فرعي (4): تجاهل أحاسيس الألم			مقياس فرعي (5): الصلاة			مقياس فرعي (6): المساوية		
20	0.71**	0.56**	15	0.48**	0.48**	5	0.74**	0.62**
22	0.53**	0.37**	17	0.81**	0.67**	12	0.81**	0.71**
24	0.70**	0.69**	21	0.41**	0.23*	14	0.75**	0.62**
27	0.79**	0.66**	25	0.68**	0.52**	28	0.83**	0.74**
35	0.81**	0.70**	32	0.81**	0.68**	38	0.76**	0.66**
40	0.75**	0.60**	41	0.78**	0.65**	42	0.73**	0.61**
مقياس فرعي (7): زيادة الأنشطة السلوكية								
رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف
2	0.45**	0.23*	7	0.53**	0.29*			

0.27*	0.83**	44	0.25*	0.68**	29
0.61**	0.57**	47	0.41**	0.46**	45

**دالة عند مستوى 0.01، *دالة عند مستوى 0.05

جدول رقم (2)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم

الأبعاد	1	2	3	4	5	6
1	1.00					
2	0.42**	1.00				
3	0.64**	0.43**	1.00			
4	0.57**	0.69**	0.66**	1.00		
5	0.31*	0.30**	0.25**	0.20*	1.00	
6	0.42**	0.26**	0.51**	0.39**	0.30**	1.00
7	0.64**	0.64**	0.59**	0.61**	0.37**	0.44**

**دالة عند مستوى 0.01، *دالة عند مستوى 0.05

مقياس الاكتئاب :

استخدم في قياس الاكتئاب مقياس الاكتئاب المشتق من قائمة الأعراض النفسية والعقلية ذات التسعين عبارة (SCL - 90R) ولقد أعد هذه القائمة ليونارد ودروجيتيس وآخرون (Leonard R. & Derogatisetel) وقام بنقلها إلي العربية عبد الرقيب البحيري (1984)، وهذه القائمة تحتوى على (90) عبارة تعكس (9) أبعاد للأعراض الأولية للمرضى الذين يعانون من القلق والاكتئاب، ويمكن تصنيف أبعاد هذه القائمة كما يأتي: "الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانونيا التخيلية، الذهانية".

ويتكون مقياس الاكتئاب الذي اشتق من هذه القائمة من (13) عبارة تعكس مدى واسبًا من العلامات المصاحبة لزمرة الأعراض "الإكلينيكية" للاكتئاب، حيث تشمل أعراض المزاج البائس، وعلامات الانسحاب، عدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية، فقدان الطاقة

والحيوية، بالإضافة إلى مشاعر اليأس وعدم النفع، وملازمات الاكتئاب الأخرى المعرفية والجسمانية والأفكار الانتحارية.

تمَّ حساب الثبات في البحث الحالي باستخدام معامل الفاكرونباخ، وقد بلغت قيمة معامل ألفا (0.90) وتشير هذه النسبة إلى ارتفاع معامل الثبات، وتم حساب معاملات الاتساق الداخلي كمؤشر للصدق من خلال حساب الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول رقم (3) معاملات الاتساق الداخلي للمقياس.

جدول رقم (3)

الارتباط بين البند والدرجة الكلية في مقياس الاكتئاب

مقياس الاكتئاب					
الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند	الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند
0.54**	0.65**	8	0.62**	0.68**	1
0.72**	0.80**	9	0.64**	0.70**	2
0.57**	0.65**	10	0.62**	0.68**	3
0.69**	0.74**	11	0.53**	0.62**	4
0.36**	0.44**	12	0.43**	0.51**	5
0.64**	0.70**	13	0.67**	0.78**	6
			0.65**	0.77**	7

*دالة عند مستوى 0.01

ومن الجدول السابق يتضح أن معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) مما يشير إلى صدق المقياس.

قياس مستوى الألم:

لقياس مستوى الألم تم استخدام مقياس شدة الألم المشتق من قائمة الأبعاد المتعددة للألم التي أعدها كيرنس، وتيرك، ورودي (Kerns, Turk & Rudy, 1985)، ونقلها وترجمها إلى العربية الباحث الحالي (أحمد حسانين، 2007)، وتتكون القائمة من (60) بنداً مقسمة إلى ثلاثة أقسام: يتكون القسم الأول من خمسة مقاييس فرعية لتقدير تأثير الألم وهي "مقياس شدة الألم، مقياس التدخل، مقياس التحكم في الحياة، مقياس الكدر الانفعالي، مقياس الدعم" أما القسم الثاني فيهتم بتقييم إدراك المريض لاستجابات الأفراد المهمين للألم الذي يعاني منه ويتكون من ثلاثة مقاييس فرعية، هي "مقياس الاستجابات السلبية، مقياس مراعاة المشاعر، مقياس استجابات تحويل الانتباه"، أما القسم الثالث فيهتم بتقييم التغير في أداء المريض في الأنشطة الشائعة، علي سبيل المثال: "أعمال المنزل، الأعمال الاجتماعية"، ويشتمل علي أربعة مقاييس فرعية هي "مقياس المهام المنزلية العادية أو الروتينية مقياس العمل الخارجي، مقياس النشاطات خارج المنزل، مقياس النشاطات الاجتماعية".

تم تقدير ثبات وصدق القائمة في دراسات عديدة (Turk ; Kerns et al, 1985) (Kerns et al, 1988) ووجد أن القائمة تتمتع بثبات وصدق مرتفعين، وفي الدراسة الحالية تم حساب ثبات المقياس الفرعي شدة الألم من خلال معامل ثبات الفا والذي بلغت قيمته (0.63) كما تم تقدير الصدق باستخدام الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والبنود الفرعية له. ويوضح جدول رقم (4) نتيجة هذا الإجراء.

جدول رقم (4)

الارتباط بين البند والدرجة الكلية في مقياس شدة الألم

مقياس فرعي رقم (1) شدة الألم		
الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند والمقياس
0.53**	0.82**	1
0.37**	0.38**	8
0.43**	0.72**	16

**دالة عند مستوى 0.01

ومن الجدول السابق يتضح أن معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) ، مما يشير إلى صدق المقياس .

استبانة التقييم الصحي:

أعد هذا المقياس فرايس وآخرون (Fries et al ,1980) لقياس مقدار الصعوبات التي يواجهها مرضى روماتويد المفاصل أثناء أداء الأنشطة اليومية (القدرات الوظيفية) ، ولكن هذا المقياس استخدم بعد ذلك مع بعض الأمراض الأخرى مثل التهاب المفاصل العظمي وزملة الألم العضلي الليفي، وقد قام بترجمة هذا المقياس ونقله إلى اللغة العربية أحمد عبد الناصر. (Abd el-Nasser, A.M. ,1995 ، ويتكون المقياس من (9) أبعاد رئيسة هي: ارتداء الثياب، القيام، الأكل، المشي، النظافة الشخصية، الوصول، الإمساك، الأنشطة العامة، الجنس)، ويندرج تحت كل بعد من هذه الأبعاد سؤال أو أكثر يبدأ بعبارة هل تستطيع أن ؟ وكل سؤال تتراوح الدرجة عليه من (0) إلى (3) وتعتبر الدرجة المرتفعة على أي سؤال داخل الأبعاد هي درجة البعد فعلي سبيل المثال البعد الأول الذي يندرج تحته ثلاثة أسئلة تحسب أعلى درجة لأي سؤال من هذه الأسئلة باعتبارها درجة البعد. ويتم حساب مؤشر العجز من خلال جمع الدرجات على كل الأبعاد ، وقسمتها على عدد الأبعاد التي أجاب عليها الفحوص ، ولذلك فإن درجة المقياس تتراوح بين (0) إلى (3). (Fries et al ,1980) ويعد هذا المقياس من أكثر الأدوات استخداما على المستوي العالمي لتقدير الحالة الوظيفية (العجز)، وأشارت نتائج معظم التقييمات

"السيكومترية" التي أجريت للمقياس أنه يتمتع بثبات وصدق مرتفعين عبر ثقافات عديدة. (Ramey & Fries, 1995).

وقد تم تقدير ثبات المقياس في الدراسة الحالية باستخدام معامل "ألفا كرونباخ"؛ حيث بلغت قيمته (0.91) وهي قيمة دالة ومرضية وتشير إلى معامل ثبات مرتفع للمقياس، كما تم تقدير الصدق من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات الأفراد علي البنود الفرعية للمقياس والدرجة الكلية مؤشراً للاتساق الداخلي للمقياس، وكما هو واضح في جدول رقم (5) جاءت جميع معاملات الارتباط داله عند مستوى (0.01) سواء قبل حذف درجة البند أو بعد حذف الدرجة.

جدول رقم (5)

الارتباط بين البند والدرجة الكلية في مقياس التقييم الصحي

الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	الرقم	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	الرقم
0.64**	0.52**	9	0.64**	0.59**	1
0.73**	0.42**	10	0.64**	0.64**	2
0.64**	0.49**	11	0.56**	0.64**	3
0.70**	0.71**	12	0.60**	0.70**	4
0.77**	0.58**	13	0.68**	0.68**	5
0.76**	0.72**	14	0.66**	0.76**	6
0.68**	0.51**	15	0.63**	0.68**	7
0.56**	0.49**	16	0.44**	0.56**	8

ومن الجدول السابق يتضح أن معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية دالة عند مستوى 0.01 وذلك يشير إلي معامل صدق جيد للاختبار

إجراءات التطبيق:

تم تطبيق أدوات الدراسة بعد التأكد من ثباتها وصدقها في الفترة من (1-6-2013) حتى (25-8-2013)، وكان التطبيق يتم بشكل فردي في الأوقات التي يتردد فيها المرضى على العيادة الخارجية بقسم الروماتيزم والتأهيل بمستشفى المنيا الجامعي، وكذلك من

المتردددين على المركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل والروماتيزم بمركز أبو قرقاص محافظة المنيا، وجميع أفراد العينة لهم ملفات وتشخيصات سابقة سواء بالمستشفى الجامعي أو بالمركز التخصصي.

التحليلات الإحصائية:

تم إجراء جميع التحليلات الإحصائية باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وتم استخدام الأساليب التالية:

1. معاملات الارتباط.

2. المتوسطات والانحرافات المعيارية.

3. معادلة الوسط المرجح.

4. تحليل الانحدار.

نتائج البحث:

نتائج التساؤل الأول:

ينص هذا التساؤل على "ما طبيعة الاستراتيجيات التي يستخدمها مرضى الألم المزمن للتغلب على الألم؟"

للإجابة على هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الأبعاد المختلفة لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول رقم (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الأبعاد

الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب

المقياس	أدنى درجة	أعلى درجة	المتوسط	الانحراف	التباين
تشبيت الانتباه	0.00	20.00	6.7586	5.03430	25.344
إعادة تفسير احساس الألم	0.00	16.00	4.6034	3.87044	14.980

36.003	6.00023	7.8793	27.00	0.00	عبارات التغلب الذاتية
23.783	4.87683	5.3793	21.00	0.00	تجاهل أحاسيس الألم
53.549	7.31770	17.1724	33.00	2.00	الصلاة والدعاء
63.628	7.97669	20.6724	36.00	0.00	المساوية
26.528	5.15049	8.4138	24.00	0.00	زيادة الأنشطة السلوكية

ومن الجدول السابق يمكن القول بأن المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة على الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب "تجاهل أحاسيس الألم، إعادة تفسير الأحاسيس المتعلقة بالألم، عبارات التغلب الذاتية، تشتيت الانتباه، زيادة الأنشطة"، التي ينظر إليها باعتبارها استراتيجيات توافقية أو إيجابية كانت منخفضة فيما عدا الصلاة والدعاء، بينما حصلت المساوية باعتبارها استراتيجية تغلب لا توافقية أو سلبية على متوسط مرتفع مقارنة بمتوسطات الاستراتيجيات الأخرى، وللوقوف أكثر على طبيعة استجابة أفراد العينة على الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب قام الباحث بحساب الوسط المرجح والوزن المئوي لاستجابات المرضى على البنود الفرعية لكل بعد من الأبعاد، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول رقم (7)

الوسط المرجح والوزن المئوي لاستجابات العينة على

مقياس استراتيجيات التغلب

رقم البند	تشتيت الانتباه	الوسط المرجح	الوزن المئوي
3	أحاول أن أفكر في شيء سار.	1.02	16.95
10	أقوم بإجراء حسابات في ذهني أو أعني أغنية من رأسي.	1.03	17.24
13	أمارس ألعاباً عقلية مع نفسي حتى أبعد تفكيري عن الألم.	0.89	14.94
30	أستعيد من ذاكرتي تجارب سارة في الماضي.	1.22	20.40
31	أفكر في أشخاص أستمتع بفعل أشياء معهم.	1.32	22.13
43	أتحيل أن الألم بعيد عن جسدي.	1.22	20.40

رقم البند	إعادة تفسير أحاسيس الألم	الوسط المرجح	الوزن المثوي
1	أتحيل أن الألم بعيد عني كأنه في جسد شخص آخر.	0.52	8.62
4	لا أفكر فيه كالم ولكن كشعور فاتر أو دافئ	0.69	11.49
11	أفكر فيه كأنه إحساس آخر مثل التنميل.	0.91	15.23
18	لا أفكر في الألم كأنه جزء مني ولكنه شيء منفصل أو بعيد عني.	1.02	16.95
34	أتحيل أن الألم بعيد عن جسدي.	0.76	12.64
46	أتحيل أنه ليس جزء مني.	0.71	11.78
رقم البند	العبارات الذاتية للتغلب	الوسط المرجح	الوزن المثوي
6	أوهم نفسي أنني قوي و أتحمل بالرغم من الألم .	1.55	25.86
8	لا أفكر فيه كالمًا ولكن كشعورًا فاترًا أو دافئًا.	1.24	20.69
23	أقول لنفسي إنني لن أجعل الألم يقف عائقًا في طريقي .	1.29	21.55
26	مهمل ساء الألم فإنني أعرف كيف أتعامل معه .	1.25	20.98
36	أراه تحديًا ولا أدعه يزعجني.	1.09	18.10
37	بالرغم من أنه مؤلم إلا أنني استمر في الحركة.	1.47	24.43
رقم البند	تجاهل أحاسيس الألم	الوسط المرجح	الوزن المثوي
20	لا أفكر في الألم.	1	16.66
22	أقول لنفسي إنه غير مؤلم .	0.69	11.49
24	لا أنتبه إليه .	0.74	12.36
27	أظهار أنه غير موجود.	1.05	17.53
35	أستمر كأن شيئًا لم يكن.	0.96	16.09
40	أتجاهله.	1.16	19.25
رقم البند	الأمل والصلاة	الوسط المرجح	الوزن المثوي
15	أعلم أنه في يوم ما سوف يساعدني شخص ما ويذهب الألم لفترة قصيرة.	2.38	39.66
17	أصلي لكي لا أشعر بالألم.	3.07	51.15
21	أفكر في السنوات القادمة كيف سيبدو كل شيء بعد أن تخلصت من الألم.	2.02	33.62
25	أثق انه سيأتي يوم من الأيام يستطيع الأطباء فيه أن يعالجوا ألمي	2.83	47.13
32	أصلي لكي يتوقف الألم.	2.93	48.85
41	أعتمد على إيماني بالله.	3.95	65.80

رقم البند	المأساوية	الوسط المرجح	الوزن المثوي
5	أشعر أنه شيء فظيع لن يتحسن .	3.69	61.49
12	أشعر أنه شيء مخيف و يسبب علي .	3.67	61.21
14	أشعر أن حياتي لا تستحق العيش .	3.17	52.87
28	إنني مضطرب معظم الوقت عما إذا كان ألمي سينتهي.	3.69	61.49
38	أشعر أنني لم أعد أستطيع مقاومته أكثر من ذلك.	3.43	57.18
42	أشعر أنني لا أستطيع الاستمرار.	3.21	53.45
رقم البند	زيادة الأنشطة السلوكية	الوسط المرجح	الوزن المثوي
2	أغادر المنزل و أفعل شيء مثل التسوق	1.16	19.25
7	أقرأ	0.95	15.80
39	أحاول أن أكون مع أشخاص آخرين.	1.66	27.59
44	أفعل أي شيء لكي أجعل تفكيري بعيدا عن الألم.	1.36	22.70
45	أفعل شيئًا ما أستمتع به مثل مشاهدة التلفاز أو الاستماع للموسيقى.	1.79	29.89
47	أفعل أي شيء إيجابي (الاشتراك مع الأسرة في أي عمل).	1.53	25.57

ومن الجدول السابق يمكن القول: إن جميع الاواسط المرجحة والأوزان المثوية لاستجابات أفراد العينة على البنود المتعلقة بالمقاييس الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب "تجاهل احاسيس الألم ،إعادة تفسير الأحاسيس المتعلقة بالألم ،عبارات التغلب الذاتية ، تشتيت الانتباه ، زيادة الأنشطة السلوكية" كانت منخفضة وبشكل دال؛ حيث لم تتجاوز قيمة الوسط المرجح لهذه البنود (2) كذلك لم تتجاوز قيمة الوزن المثوي (50%) باعتبارها محكين للحكم على الفقرات، بينما حصلت البنود التي تندرج تحت بعد الصلاة والدعاء على وزن مثوي تراوح بين (2.02) و(3.95) ووسط مثوي تراوح بين (33.62) و (65.80) ، مما يشير إلى شيوع استخدام هذه الاستراتيجية لدى أفراد العينة ، كما حصلت البنود التي تندرج تحت بعد المأساوية التي تعرف بأنها الميل إلى توقع النتائج السلبية أو الجوانب المنفرة في خبرة ما أو إساءة تفسير حدث ما على أنها سلبية إلى حد كبير (Lefebvre, 1981) على أواسط مرجحه تراوحت بين (3.17) و(3.69)، أوزان مثوية تراوحت بين (52.87) و(61.49)

، ويشير ذلك إلى أن الصلاة والمساوية كاستراتيجيات تغلب كانت من أكثر الاستراتيجيات المستخدمة من قبل المرضى للتغلب على الألم ، وتتفق هذه النتيجة مع التراث الأدبي في هذا المجال؛ ففي مراجعة بعدية لعدد من الدراسات التي تناولت التدين وعلاقته بالألم توصل كل من كوينج واينترروب (Koeing, 2001 ; Rippentrop, 2005) إلى أن الصلاة كانت تأتي إما في المرتبة الأولى أو الثانية في ترتيب الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى للتعامل مع الألم في الدراسات التي قاموا بمراجعتها، كما وجد أيضا في دراسات أخرى أن المساوية تعد من الاستجابات الشائعة لدى مرضي الألم المزمن التي ترتبط بنتائج سيئة لدى هؤلاء المرضى، سواء فيما يتعلق بالوظائف الطبيعية أو الوظائف النفسية. (Sullivan ,2002 ; Buer& Lintan ,2002) (et al, 1995 ; Severeijrs et al, 2002 ; Edwards et al, 2008 ; Boer. De, et al, 2012)

ويمكن تفسير نتيجة التساؤل الأول أيضا في ضوء ما أشارت إليه بعض النظريات في مجال التعامل مع الضغوط، فوفقا لما توصل اليه لازاروس وفلوكمان (Lazarus & Folkman , 1987)، يمكن القول إن الأفراد عندما يتعرضون لأحداث ضاغطة ينخرطون في أساليب للتغلب على هذه الأحداث الضاغطة، وهذه الأساليب تأخذ بعدين: التغلب المتمركز حول الانفعال، والتغلب المتمركز حول المشكلة، ويرتبط كلا النمطين بنتائج متعلقة بالحدث الضاغط ، وفيما يتعلق بالألم يمكن اعتبار الألم بمثابة الحدث الضاغط ومن ثم فإن من يعانون من الألم يستخدمون استراتيجيات للتعامل مع هذا الألم وهذه الاستراتيجيات يترتب على استخدامها نتائج قد تكون إيجابية أو سلبية على حسب طبيعة الاستراتيجيات التي يستخدمونها، وقد أجريت دراسات عديدة خلال الثلاثين سنة الماضية لاستكشاف الاستراتيجيات التي يستخدمها مرضى الألم المزمن للتغلب على الألم واستكشاف علاقة هذه الاستراتيجيات بالصحة العقلية والجسمية للمرضى ووجد أن إعادة تفسير أحاسيس الألم وعبارات التغلب الايجابية والمشاركة في نشاطات تشتيت الانتباه باعتبارها استراتيجيات تغلب ايجابية تميل الى الارتباط بالمستويات المنخفضة من الألم والعجز والكدر النفسي. (Harkapaa, 1991; and Jensen et al., 1992; Hill, 1993; Geisser et al., 1994; Hill et al., 1995; ter Kuile, Spinhoven,

Linszen, van Houwelingen, 1995 Schmitz et al, 1996. Robinson et al, 1997; Edwards et al, 2008; Ramirez-Maestre, Esteve, & Lopez, 2008; Boer. De, et al, 2012), كما وجد أن استراتيجيات التغلب السلبية أو اللاتوافقية ترتبط بالمستويات المرتفعة من الألم والعجز والكدر النفسي (Sullivan et al, 1995 ; Buer& Lintan ,2002 ; Severeijns et al, 2002 ; Edwards et al, 2008 ; Boer. De, et al, 2012) وتشير هذه النتائج في مجملها إلى أهمية التعرف على استراتيجيات التغلب على الألم لدى مرضى الألم المزمن لأن ذلك يمثل عاملاً هاماً في الصحة النفسية والجسمية لهؤلاء المرضى.

نتائج التساؤل الثاني:

ينص هذا التساؤل على "هل هناك علاقة بين استراتيجيات التغلب على الألم وكل من مستوى الألم والعجز والاكتئاب؟" للإجابة على هذا التساؤل تم حساب معامل الارتباط بين الأبعاد المختلفة لمقياس استراتيجيات التغلب وكل من مستوى الألم والعجز والاكتئاب ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول رقم (8)

معاملات الارتباط بين استراتيجيات التغلب على الألم ومستوى الألم والعجز والاكتئاب

الاكتئاب	العجز	مستوى الألم	الاستراتيجيات
0.15-	0.33-	0.09-	تشثيت الانتباه
0.02-	0.35-	0.22-	إعادة تفسير أحاسيس الألم
0.19-	0.45-	0.14-	عبارات التغلب الذاتية
0.11-	0.43-	0.26-	تجاهل أحاسيس الألم
0.09	0.43-	0.13	الصلاة والدعاء
0.24-	0.57	0.42	المساوية
0.15-	0.32-	0.06-	زيادة الأنشطة السلوكية

ومن الجدول السابق يمكن التوصل إلى ما يلي :

- توجد علاقة سالبة وغير دالة بين استراتيجيات التغلب على الألم ومستوى الألم ماعدا المساوية فقد كانت العلاقة بينها وبين الألم ايجابية وداله عند مستوى (0.01).
- توجد علاقة سالبة ودالة عند مستوى (0.01، 0.05) بين استراتيجيات التغلب على الألم ،ومستوى العجز ما عدا المساوية فقد كانت العلاقة بينها وبين مستوى العجز إيجابية ودالة عند مستوى (0.01).
- توجد علاقة سالبة ولكن غير دالة بين استراتيجيات التغلب على الألم والاكتئاب.

وقد اتفقت نتيجة البحث الحالي جزئيا مع نتائج الدراسات السابقة، فقد توصلت دراسات عديدة إلى أن استراتيجيات التغلب السلبية مثل تجنب النشاطات أو الاعتماد على الآخرين ارتبطت بالمستويات المرتفعة من الألم والعجز الوظيفي والاكتئاب، وتنبأت بالعجز الوظيفي والألم لدى عينات مختلفة من مرضى الألم المزمن (Watkins et al, 199 ;Samwell et al, 2006 ;Osborn et al , 2007 ;Tan et al,2011) أشارت الدراسات- أيضا - إلى أن استراتيجيات التغلب الإيجابية مثل: إعادة تفسير أحاسيس الألم وعبارات التغلب الإيجابية والمشاركة في نشاطات متعلقة بتشتيت الانتباه بعيدا عن الألم ترتبط بالمستويات المنخفضة من الألم والعجز والكدر النفسي. (Geisser et al,1993; Harkapaa, 1991; Hill, 1993 ;Jensen et al, 1992 ;Robinson et al, 1997 ;Benyon et al, 2013 ;Tan et al,2011)

التساؤل الثالث:

ينص هذا التساؤل على "هل توجد علاقة بين الاكتئاب والألم والعجز؟"
للإجابة على هذا التساؤل تم حساب معاملات الارتباط بين الاكتئاب والألم والعجز باستخدام معامل الارتباط "بيرسون"، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول رقم(9)

معاملات الارتباط بين الاكتئاب والألم والعجز

العجز	الألم	المتغيرات
0.49	0.33	الاكتئاب

من الجدول السابق يتضح أن هناك علاقة إيجابية ودالة عند مستوى 0.05، 0.01 بين الاكتئاب والعجز والألم وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة؛ حيث أشارت دراسات عديدة إلى أن الاكتئاب يرتبط بالمستويات المرتفعة من الألم والعجز لدى عينات مختلفة من الألم المزمن عبر مراحل عمرية مختلفة. (Keefe, Jarvik et al, 2005; Katz et al, 2005; Andersen L.N, et al, 2002; Williams L. et al, 2012; Castillo, H, et al 2013. Andersen L.N, et al 2014)

وقد قدمت أدلة تفسيرية لتوضيح طبيعة العلاقة بين الاكتئاب والألم، وذلك للإجابة على ما إذا كان الألم يؤدي إلى الاكتئاب أم أن الاكتئاب هو الذي يؤدي إلى الألم، واختلفت نتائج الأبحاث والتوجهات في هذا السياق، ففي حين أشارت بعض الدراسات إلى أن الألم يؤدي إلى الاكتئاب (Tkinson et al, 1991)، أشارت دراسات أخرى إلى أن الاكتئاب يؤدي إلى الألم (Magni et al, 1994)، وخرج تيرك وآخرون (Turk et al, 1995) بوجهة نظر ثالثة تبدو مقنعة في هذا السياق؛ حيث أشار إلى أن هناك عاملين أساسيين يبدو أنهما يتوسطان العلاقة بين الألم والاكتئاب، وهما تقديرات المرضى لتأثير الألم على حياتهم، وتقديراتهم لقدراتهم على ممارسة أي تحكم على الألم وعلى حياتهم.

التساؤل الرابع:

وينص هذا التساؤل على "هل يمكن التنبؤ بمستوى الألم والعجز في ضوء كل من الاكتئاب والمساوية؟"

وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد التدريجي لتحديد القدرة التنبؤية لكل من الاكتئاب والمساوية بمستويات الألم والعجز، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا التحليل.

جدول رقم (10)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	قيمة الثابت	المعامل البائي	بيتا	ت	مستوى الدلالة
الاكتئاب	مستوى الألم	8.281	0.15	0.33	3.96	0.000
المأساوية	مستوى العجز	0.09	0.05	0.57	4.33	0.000
المأساوية الاكتئاب	مستوى العجز	-1.32	0.046 0.049	0.482 0.374	3.87 3.006	0.000 0.005

ومن الجدول السابق يتضح أن الاكتئاب تنبأ بمستوى الألم عند مستوى دلالة 0.01 بينما لم تنبأ المأساوية بمستوى الألم، وبالتالي يمكن صياغة معادلة التنبؤ بالألم من الاكتئاب على النحو الآتي:

$$\text{الألم} = 8.281 + 0.015 \times \text{الاكتئاب}$$

أما بالنسبة للعجز فقد تنبأت المأساوية بمفردها بمستوى العجز، بينما تنبأ كل من الاكتئاب والمأساوية بمستوى العجز، ويمكن صياغة معادلة التنبؤ بالعجز من المأساوية والاكتئاب على النحو التالي:

$$\text{العجز} = 1.32 + 0.046 \times \text{المأساوية} + 0.049 \times \text{الاكتئاب}$$

و تتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال، فقد توصل هووكر وآخرون (Hawker et al 2011) في دراسة لهم عن عينة من المرضى الذين يعانون من ألم متعلق بالتهاب المفاصل والعظام إلى أن الاكتئاب تنبأ بمستوى الألم بينما لم يتنبأ مستوى الألم بالاكتئاب، كما توصل جارفيك وآخرون (Jarvik et al , 2005) في دراسة على عينة من مرضى أسفل الظهر المزمن إلى أن مستوى الاكتئاب يتنبأ بتطور ألم أسفل الظهر المزمن بعد ثلاث سنوات من التقييم الأولي، كما أن المرضى الذين أظهروا مستويات مرتفعة من الاكتئاب أخبروا ألماً في الظهر يزيد بمقدار (2.3) مقارنة بالمرضى الذين لم يحصلوا على درجات مرتفعة في

الاكتئاب، كما أن الاكتئاب كان من أكثر العوامل التي تتنبأ بألم الظهر مقارنة بالعوامل الإكلينيكية الأخرى.

أما فيما يتعلق بالمساوية فقد اتفقت نتيجة البحث الحالي أيضا مع نتيجة الدراسات السابقة فيما يتعلق بالتنبؤ بمستوى العجز؛ حيث أشارت الأدبيات في هذا المجال إلى أن المساوية والاكتئاب من أكثر المتغيرات التي تتنبأ بمستوى الألم والعجز لدى عينات من مرضى الألم المزمن. (Jarvik, 2004; Keef et al, 2004; Sever et al, 2005; Picav et al, 2002) (2005)

ويمكن تفسير هذه النتيجة وفقا لتصورات النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم الذى ينظر إلى الألم من منظور متعدد الابعاد ووفقا لهذا التصور فإن الاكتئاب والمساوية يؤثران على مستوى الألم من خلال النقاط الآتية:

- يزيد كل من الاكتئاب والمساوية الانتباه لمثيرات الألم والتحيز المعرفي لهما.
- يسهل الاكتئاب والمساوية مرور رسائل الألم في الجهاز العصبي المركزي.
- يؤثر كل من الاكتئاب والمساوية على البيئة الاجتماعية للمريض من خلال تأثيرهما على استجابات الدعم التي يمكن ان تزيد من سلوكيات الألم والعجز.

مناقشة عامة:

من خلال العرض السابق لنتائج البحث يمكن القول: إن معظم النتائج جاءت متفقة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بالعلاقة بين استراتيجيات التغلب ومستوى الألم والعجز والاكتئاب وكذلك فيما يتعلق بالاكتئاب ومستوى الألم والعجز، وتشير هذه النتائج إلى أهمية استراتيجيات التغلب كعاملاً من العوامل التي تسهم في نشوء وتطور وعلاج الألم المزمن، ومن ثم فإنه يجب الأخذ في الاعتبار أهمية التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى عند تقديم خدمات الرعاية الصحية لهم؛ لأن ذلك سوف -ينعكس وبشكل كبير -على تحقيق نتائج علاجية أفضل.

كما يجب الاهتمام بإعداد برامج علاجية تعمل على تنمية مهارات التعامل الإيجابية مع الألم، ويتم تقديم هذه البرامج جنباً إلى جنب مع خدمات الرعاية الطبية التقليدية. بالإضافة إلى ما سبق فإن هذا المجال يحتاج إلى مزيد من البحث على عينات متجانسة من مرضى الألم، كمرضى ألم أسفل الظهر المزمن والألم العضلي الليفي وألم الجهاز العضلي الهيكلي والألم المرتبط بالأورام إلى آخره؛ لأن ذلك سيساعد بشكل كبير في فهم الألم والمعاناة التي يعاني منها هؤلاء المرضى، وذلك سيساعد أيضاً في تقديم خدمات علاجية وخاصة في ضوء التوجهات المعاصرة فيما يتعلق بالنظر على الألم المزمن باعتباره ظاهرة متعددة الأبعاد لا تعتمد على الجوانب الجسمية فقط ولكن تعتمد على الجوانب المعرفية والنفسية والسلوكية والثقافية والاجتماعية.

المصادر والمراجع:

أولاً: العربية:

- 1- أحمد حسنين أحمد "2007"، مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا، مصر.
- 2- أحمد حسنين أحمد "2011"، سيكولوجية الألم، الطبعة الأولى، دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة.
- 3- شيرلي بيرس وجويس مايز "2000"، المناحي النفسية لتدبر الألم المزمن في ليندزاي، ج.بول، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين لترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 4- عبد الرقيب البحيري "1984"، قائمة الأعراض المرضية "SCL -90"، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

ثانياً: الأجنبية:

- 1- Abdel-Nasser, AM. (1995). disability in patient with rheumatoid arthritis. PhD. Faculty of medicine , Minia university , Minia, Egypt
- 2- Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Kashikar-Zuck, S.(1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis : independent effects of disease and gender on daily pain mood and coping, pain 83 (3):601-609.
- 3- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: patterns and correlates, Pain (51)(2)pp 221-229

- 4- Alexandra.M , Jose L.Mark, P. (2011). coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the united states : a cross cultural study. Pain medicine,(12) pp1470-1480
- 5- American Academy of Pain Management. (2003). Proceedings of the 2003 Annual Meeting of the American Chronic Pain Association, Denver,CO
1. Andersen. LN, Kohberg. G.M, Juul. K, et al. (2014). Psychosocial aspects of everyday life with chronic musculoskeletal pain: A systematic review. Scand J Pain, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain> pp01.001
- 6- Atkinson J. H. ,Slater M. A. ,Patterson T. L. ,Gant I. &Garfin S. R. (1991). Prevalence ,onset and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: A controlled study, Pain;(45) pp 111-121
- 7- Benyon, K.Sara, M. Susan, H.Christian M.,. (2013). Coping strategies as predictors of pain and disability in older people in primary care:a longitudinal study. BMC Family Practice, 14:67
- 8- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., &Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. Pain (89) pp 127-134.
- 9- Boer de M.J., Struys,G.J.(2012). pain – related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population , European Journal of pain 16 , 1044-1052
- 10- Brown G. &Nicassio P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients, Pain; 31(1): 53-64

- 11- Buer, N., Linton, S.J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing :Occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain* 99, 485-491
- 12- Bussing, S., Ostermann, T. Neugebauer, A. M., Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BioMed Central Public Health*, 10 (507), 1-10.
- 13- Castillo R.C, Stephen T. Wegener , Sara E. Heins , Jennifer A. (2013). Longitudinal relationships between anxiety, depression, and pain: Results from a two-year cohort study of lower extremity trauma patients. *PAIN*(154) pp 2860-2866
- 14- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9, 13-28.
- 15- Edwards, R.R., Kronfli, T., Haythornthwaite, J.A., Smith, M.T.,McGuire, L., Page, G.G. (2008). Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. *Pain* 140, 135-144.
- 16- Evers A. W. M. ,Kraamaat F. W. ,Van Riel P. L. &De Jong A. J.(2002). Tailored Cognitive- Behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk :a randomized controlled trails, *pain*; 100: 141-153
- 17- Fernandez E. &Turk D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta-analysis, *Pain*, 83: 123 – 135
- 18- Fries, JF., P. Spitz et al. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis& Rheumatism* ,23(2): 137-45.

- 19- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulliten*, 133(4), 581-624.
- 20- Geisser, M. E., Robinson, M. E., & Henson, C. D. (1994). The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: A conceptual and empirical reanalysis. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 98-106
- 21- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280, 145-151.
- 22- Harkapaa, K. (1991). Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clinical Journal of Pain*(7) pp 275-282.
- 23- Hawker, G.A. Monique A. M., et al (2011). Longitudinal Study to Explain the Pain-Depression Link in Older Adults With Osteoarthritis. *arthritis Care & Research* Vol. 63, No. 10, pp 1382-1390
- 24- Hill, A. (1993). The use of pain coping strategies by patients with phantom limb pain. *Pain*, 55, 347-353.
- 25- Hill, A., Niven, C. A., & Knussen, C. (1995). The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain*(62) pp 79-86
- 26- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: critical review of the literature. *Pain*(47) pp 249-283
- 27- Jarvik J. G. ,Hollingworth W. ,Heagerty P. J. ,Haynor D. R. ,Boyco E. J. & Deyo R. A. (2005). Three-year incidence of low back pain in an

- initially asymptomatic cohort Clinical and imaging risk factors, *Spine*; 30: 1541-1548.
- 28- Jensen, MP. & Karoly, P. (1992). Pain-specific beliefs, perceived symptom severity and adjustment to chronic pain. *clinical journal of pain*. 8: 123-130.
- 29- Johnson, N., & Radcliffe, A. (2008). The increasing role of psychology health research and interventions and a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6) pp 652-657
- 30- Katz J., McDermott M. P., Cooper E. M., Walther R. R., Sweeney E. W. & Dworkin R. H. (2005). Psychosocial risk factors for post herpetic neuralgia: A prospective study of patients with herpes zoster, *Pain* (6) pp 782-795
- 31- Keefe F. J., Affleck G., Lefebvre J. C., Starrk Caldwell D. S. & Tennen H. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis : A daily process analysis, *Pain* (96) pp 35- 42.
- 32- Keefe F. J., Affleck G., Lefebvre J. C., Underwood L. & Caldwell D. S. (2001). Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping, *Journal of pain*; 2(2) pp 101-110
- 33- Keefe, F., Abernethy, A., & Campbell, L. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *American Review of Psychology*, 56, 601-630.
- 34- Keefe, FJ., Rumble, ME., Scipio, CD., Giordano, LA. & Perri, LC. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The journal of Pain*, Vol 5, No (4) pp 195- 211

- 35- Kerns R. D. Turk D. C. ,Rudy T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain;(23) pp 345-356.
- 36- Koenig, H. G. (2001). Religion and medicine IV: Religion, physical health, and clinical implications. International Journal of Psychiatry in Medicine, (31) pp 321-336.
- 37- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality (1) pp 141-169.
- 38- Lefebver M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients, Journal Consulting and clinic psychology (49) pp 517-525.
- 39- Magni G. ,Moreschi C. ,RigattiLuchini S. &Merskey H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain, Pain(56) pp 289-297.
- 40- Osborn T. L. ,Jensen M. P. ,Ehde D. M. ,Hanlay M. A. &Kraft C. (2007). Psychosocial factors associated with pain intensity ,pain-related interference and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain, Pain1(27) pp52 – 62
- 41- Picvet, H., Veyn, JW. &Schouten, JS. (2002). Pain catastrophizing and kinesophobia : Predictors of chronic back pain.American journal of epidemilagy, (156) pp 1028-1034.
- 42- Pleis JR, Coles R. (2002) Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, national center for health statistics. Vital Health Statistics,10 (209)

- 43- Ramey, D., J. Fries, Singh, G.(1995). The Health Assessment Questionnaire - status and review. In Spilker B , editar .quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials.2nd ed. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, pp 227-237.
- 44- Ramirez-Maestre, C., Estee, R., & Lopez, A. E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain* (12) pp 749-756.
- 45- Rippentrop E. A., Altmaier E. M., Chen J. J., Found, E. M., &Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronicpain population. *Pain* (11) pp 311-321.
- 46- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Sadler, I. J., Kvaal, S. A., Geisser, M. E., et al.(1997). The Coping Strategies Questionnaire: A large sample, item level factor analysis.*Clinical Journal of Pain*(13) pp 43-49
- 47- Rosensteil 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) pp 33-44.
- 48- Samwel H. J. ,Evers A. W. ,Crul B. J. &Kraamaat F. W. (2006). The role of helplessness , fear of pain and passive pain coping in chronic pain patients, *Clinical journal of pain*; 22(3) pp 245-251.
- 49- Schmitz, U., Saile, H., & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: Flexible goal adjustmentas an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*(67) pp 41-51

- 50- Severijns, R., VandenHout, M., Vlaeyen, J. &Picavet, H. (2002). Pain catastrophizing and general health stratus in large Dutch community sample. *Pain*(99) pp 367-376.
- 51- Sullivan M. J. L. ,Bishop S. R. ,Pivik J. (1995). The Pain Catastrophizing scale : development and validation, *Psychol Assess* (7) pp 524-532
- 52- Tan, G., Teo, I., Anderson, K.O., & Jensen, M.P. (2011). Adaptive versus maladaptive coping and beliefs and their relation to chronic pain adjustment. *The Clinical Journal of Pain*, 27(9) pp769-774
- 53- ter Kuile, M. M., Spinhoven, P., Linsen, A. C. G. & van Houwelingen, H. C. (1995). Cognitive coping and appraisal processes in the treatment of chronic headaches. *Pain* (64) pp257-264.
- 54- Turk, D. C., & Monarch, E. (2002). Bio psychosocial perspective on chronic pain. In D.Turk, & R. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 3-30). New York: Guilford Press
- 55- Turk, DC. &Rudy, TE. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients : integration of psychological assessment data. *Journal of cosulting and clinical psychology*, (56) pp 233-238
- 56- U.S. Census Bureau: *Statistical Abstract of the United States: 1996*. Washington, DC, United States Bureau of the Census.
- 57- Verhaak, P. F., Kerssens, J. J., Dekker, J., Sorbi, M. J., &Bensing, J. M.(1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. *Pain*, (77) pp 231-239.

- 58- Watkins K. W. ,Shifren K. ,Park D. C. ,Morrell R. W. (1999). Age ,pain and coping with rheumatoid arthritis, Pain (82) pp 217-228
- 59- Williams a,b, , Julie A. Pasco a,c, Felice N. Jacka a,b, Seetal Dodd a,b, Michael Berk a,b,d,e (2012). Pain and the relationship with mood and anxiety disorders and psychological symptoms Journal of Psychosomatic Research (72) pp 452-456
- 60- Williams a,b, , Julie A. Pasco a,c, Felice N. Jacka a,b, Seetal Dodd a,b, Michael Berk (2012). Pain and the relationship with mood and anxiety disorders and psychological symptoms Journal of Psychosomatic Research (72) pp 452-456