

استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن لدى مرضى المفاصل

أ.م.د. مهدي كاظم داخل

وصال صالح شذر

الجامعة المستنصرية كلية الآداب

المستخلص:

أستهدف البحث الحالي التعرف على استراتيجيات التعامل مع الألم لدى الأفراد المصابين بالتهاب المفاصل تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - أناث). ولتحقيق أهداف البحث الحالي تبنت الباحثة مقياس، استراتيجيات التعامل مع الألم وتضمن (32) فقرة بصورته النهائية، بعد ترجمته وأستخراج الخصائص السايكومترية من صدق وثبات للمقياس. وقد بلغت قيمة معامل الثبات بعد تطبيق معادلة الفاكرونباخ للاتساق الداخلي بلغ معامل ثبات استراتيجيات تحول الألم (0.63)، و بلغ معامل ثبات استراتيجيات الالهاء (0.70)، كما بلغ معامل ثبات استراتيجيات تقليل الطلب (0.66)، و بلغ معامل ثبات استراتيجيات التراجع (0.68)، في حين بلغ معامل ثبات استراتيجيات القلق (0.74)، و بلغ معامل ثبات استراتيجيات الاسترخاء (0.71). طبق المقياس على عينة من مرضى التهاب المفاصل بلغت (550) مريض ومريضة بواقع (281) مريض (269) مريضة من مجتمع البحث في مستشفيات (العلوم العصبية، غازي الحريري، مركز التأهيل، ابن القف) للعام (2021) من الذكور والأناث، وبعد معالجة البيانات اعتماداً على الوسائل الإحصائية المناسبة من خلال الحقيبة الإحصائية (SPSS)، أشارت نتائج البحث الحالي ان عينة البحث أستعملت جميع الاستراتيجيات بمستوى مرتفع، ان هناك فرق في استراتيجيات (الالهاء، تقليل الطلب، التراجع، والاسترخاء) فقط تبعاً لمتغير الجنس ولصالح الاناث، وفي ضوء النتائج التي أشير لها قدمت عدد من التوصيات والمقترحات التي توسع من مديات البحث لبحوث لاحقة .

Chronic Pain-Coping Strategies In patients with arthritis

Dr.mahdi Kadhem Dakel

Researcher. Wessal Salih Shather

Abstract:

The research aims to identify Chronic Pain-Coping Strategies at arthritis according to the gender variable (male-female).

In order achieve aims the current study, the researcher used measure, Chronic Pain-Coping Strategies included (32) items, the research check the Psychometric properties such as validity and reliability for both scale.

The scale then applied to sample of (550), patients , (281) patients (269) female patients with arthritis in the In hospitals (Neurosciences, Ghazi Hariri, Rehabilitation Center, Ibn Al-Qaf) for the year (2021).

After processing the data, depending on the appropriate statistical methods through the statistical package (SPSS). The search results showed:

The research sample used all strategies at a high level, There is a difference in the strategy (distraction, demand reduction, retreat, and relaxation) only according to the gender variable and in favor of females, There is a difference in Strategies in (Distraction, Reducing Demands, Retreating, Resting) Only according to the gender variable and in favor of females.

In light of the indicated results, a number of recommendations and proposals were made for subsequent researches.

مشكلة البحث :Problem of the Research

الألم هو أحد أكثر أنواع الضغوط عالمياً، إذ تُظهر الإحصاءات أرقام مذهلة على عدد المرضى الذين يمثل الألم مشكلة كبيرة لهم، بما في ذلك المرضى الذين يعانون من التهاب المفاصل أو آلام الظهر أو الصداع، وتشير تقديرات انتشار الآلام المزمنة بنسبة تتراوح بشكل عام من 2% إلى 40% في أغلب المجتمعات (Kraaimaat., & Evers,2003,p343).

ويعد التهاب المفاصل هو حالة مؤلمة ومنهكة تؤثر على ما يقرب من 350 مليون شخص حول العالم ، وفي الولايات المتحدة وحدها يعاني 23 % من البالغين على الأقل من شكل من أشكال التهاب المفاصل، وهو سبب رئيسي للإعاقة، وكثير من الأفراد لا يفهمون كيفية إدارة أعراضهم بشكل صحيح، مما يجعل الفرد المصاب بالتهاب المفاصل بأحاسيس لا تطاق في الحياة اليومية، وهذا ما أكدته دراسة ايدي وآخرون 2003 Ehde et al الاستطلاعية إن نسبة 44% من عينة مصابة بمرض التصلب العصبي المتعدد عن وجود الألم المزمن، وحوالي ربع هذه الحالات أبلغوا عن ألم شديد (Ehde et al,2003,p3).

بالإضافة الى ذلك، فقد يكون للأساليب الطبية لعلاج أعراض المرض المزمن من تبعات غير سارة، وما قد يصاحب هذا المرض من تأثيرات نفسية وجسدية، قد تصل إلى درجة الألم، إذ يحدث الألم المصاحب لهذا المرض في نوبات لا يمكن التنبؤ بها وقد يزداد الألم وتورم المفاصل، وقد تؤدي هذه النوبات إلى ظهور التعب والإجهاد لدى المريض (Schanberg et al, 2005,p1196).

فقد وجدت الدراسات أن إستراتيجيات التعامل مع الألم الايجابية (جهود العمل رغم الألم، أو صرف الانتباه من الألم مثل النشاط، وإهمال الألم) مرتبطة بالتكيف الوظيفي، وأن إستراتيجيات التعامل مع الألم السلبية (كالاتماد على الغير للمساعدة في التحكم في

الألم، ونشاطات مقيدة) مرتبطة بألم أكبر ومشاعر اكتئابية (Nezu et al, 2003, p267).

كما وجد أن استراتيجيات التعامل مع الألم تؤثر على إدراك المريض لشدة الألم، وقدرته على تحمله، ومدة أنشطته اليومية (Salsman et al, 2015, p69)، بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل الأنفعالات غير السارة (الغضب، الاكتئاب والقلق) والظروف البيئية والاجتماعية والثقافية، بالإضافة إلى الجوانب البيولوجية للألم التي لها دور رئيسي في التكيف والاستجابة للألم (Ramezanza et al, 2015, p208).

وعلى ضوء ذلك تكونت مشكلة البحث الحالي ما مستوى استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن لدى مرضى آلام المفاصل؟.

أهمية البحث :importance of the Research

إن الانتشار السريع للأمراض المزمنة والعبء النفسي والاجتماعي والاقتصادي الذي تخلفه اتجاه رعاية المصابين به، جعل الباحثين يولون جل اهتمامهم بالمتغيرات المؤثرة والفاعلة في المرض المزمن، سواء كانت هذه المتغيرات التي تنتج جراء الإصابة بالمرض المزمن على الصعيد الحياتي أي ما تخلفه من آثار اجتماعية كسوء في العلاقات الاجتماعية داخل أو خارج الأسرة، أو الآثار الاقتصادية، إذ يجبر المريض في كثير من الأحيان على التنازل أو التعاقد من عمله، وهذا يؤدي إلى تغيير في المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، وكذلك المستوى الوظيفي (Ferreira et al, 2009, pp. 8-17).

إن دراسة الأمراض الروماتيزمية هي إحدى الطرق التي تمكن الباحثين من خلالها معرفة المزيد عن التدخلات الفعالة للمصابين الذين يعانون من آلام مزمنة، ويعد التهاب المفاصل الروماتويدي هو الشكل الأكثر شيوعاً لالتهاب المفاصل، ولديه سبعة أنواع فرعية، وليس له سبب معروف، ويمكن أن يسبب هذا المرض تغيرات في المفاصل مثل الالتهاب و / أو تصلب المفصل وتلفه (Akira, 2003, p1-54).

أظهرت الدراسات أن استراتيجيات إدارة الألم كانت فعالة في علاج آلام المفاصل (Gil et al,2001,p163) إذ كان الأمر الرئيسي في هذه الدراسات هو فكرة أن الأفكار تؤثر على السلوك، إذ وصف ماكغراث (McGrath) استراتيجية الألهاء باعتباره الطريقة الأكثر شيوعاً (McGrath & Sanderson, 2001). إذ يستخدم الآباء هذه الإستراتيجية تلقائياً (على سبيل المثال، تحويل انتباه الطفل نحو لعبة لنقل إدراك الألم الناجم عن ألم الركبة). كما أن استراتيجيات الاسترخاء هي الأخرى ناجحة أيضاً، من خلال التنفس العميق أو استرخاء العضلات، كذلك من خلال استخدام المريض الحديث الذاتي الإيجابي (أي يقدمون رسائل إيجابية لأنفسهم للتعامل مع الألم) ويستخدمون نشاط الصور (التفكير في التجارب الإيجابية التي مروا بها) ، فإنهم يشعرون بمستويات أقل للألم (Thastum al,2005,p178) في المقابل من ذلك، تتضمن استراتيجيات التكيف السلبية الحديث الذاتي السلبي، ونقص شبكة الدعم الاجتماعي، والتركيز على الأنفعالات (إذ يركز الأفراد على الجوانب السلبية لتجربة الألم وتجنب التأقلم النشط مع استيعاب المشاعر السلبية حول الشعور بالألم) ويمكن أن تكثف تجربة الألم (Gil et al,2001,p163).

وأظهرت نتيجة الدراسات على وجود ارتباطات دالة للتقييمات المعرفية واستراتيجيات التعامل مع آلام الأداء البدني، إذ ترتبط معتقدات الفاعلية الذاتية بشكل خاص مع استراتيجية التهويل، وتجنب النشاط، والخوف من الحركة، ارتباطاً قوياً بالأداء البدني (et al,2000,p270). كما أظهرت العديد من الدراسات السابقة، بوجود أحساس الألم مرتبط بضعف الأداء البدني لدى المرضى الذين يعانون من آلام المفاصل (Rapp et al,2000,p270).

وبناءً على ما تقدم تتضح أهمية البحث الحالي في جوانبه النظري والتطبيقي بما

يلي:

• الأهمية النظرية :

- تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية المتغير الذي تناولته، وهواستراتيجيات التعامل مع الألم المزمن
- عدم وجود دراسة محلية - حسب علم الباحثة - تناولت دراسة متغيرالبحث الحالي.
- أهمية دراسة استراتيجيات التعامل مع الألم، ، ودوره كجزء مهم في تحقيق عملية العلاج النفسي لمرضى الأمراض المزمنة لآلتهابات المفاصل.
- تتخذ من المتغيرات النفسية (استراتيجيات التعامل مع الألم،) لدى مرضى المفاصل موضوعا لها.
- الأهمية التطبيقية : يمكن أن يقدم هذا البحث صورة علمية للعاملين والمهتمين في المجال الطبي والنفسي، من أجل تقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المرضى على التكيف الجيد مع المرض.
- ومن خلال تحديد مستوى (استراتيجيات التعامل مع الألم) يتم التعرف على نقاط القوة والضعف إن وجدت ليتم معالجتها في مجالاتها المختلفة.
- تأهيل مرضى التهابات المفاصل ليكونوا ناجحين في عملهم المستقبلي والأستمرار في مواجهة متطلبات الحياة المختلفة.
- الأستفادة من مقياس البحث الحالي لذوي الاختصاص في مجال التطبيق النفسي.

أهداف البحث Aims of the research:

أستهدف البحث التعرف على :

- 1- استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن لدى مرضى ألتهاب المفاصل.

2- دلالة الفرق في استراتيجيات التعامل مع الالم المزمن لدى مرضى ألتهاب المفاصل حسب متغير الجنس.

حدود البحث Limits of the research

قتصر البحث الحالي على دراسة استراتيجيات التعامل مع الالم المزمن لدى مرضى المفاصل في مستشفى العلوم العصبية ومستشفى غازي الحريري/وحدة الالم ومركز التأهيل ومستشفى أبن القف، للعام 2021.

تحديد المصطلحات Definition the term

أولاً : استراتيجيات التعامل مع الالم المزمن **chronic Pain–Coping Strategies** عرفها كل من :

- لازورس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984):

"بأنها الجهود المعرفية والسلوكية للفرد، المتغيرة وغير الثابتة، من أجل تهيئة إنقاص، خفض، مراقبة، السيطرة أو التسامح، الليونة، مع المتطلبات الداخلية أو الخارجية والصراع بينهما والتي تكون بالتفاعل بين الفرد والمحيط الخارجي، والتقييم يكون كاجتياز لمصادره الخاصة".فالتعامل هو استجابة للضغوط الخارجية والداخلية وتقليل آثاره على صحة وتوازن الفرد النفسي والجسدي والاجتماعي (Lazarus & Folkman, 1984,P460).

- براون ونيكاسو (Brown & Nicassio, 1987):

بأنها معارف المريض وسلوكياته التي يهدف من خلالها إلى إدارة أو تحمل الألم وتأثيره متضمناً ستة استراتيجيات للتعامل مع الألم هي : (تحويل الألم، إلهاء، تقليل الطلب، التراجع، القلق، الاسترخاء) (Brown & Nicassio, ,p53), (1987).

التعريف النظري : وقد أعتمت الباحثة تعرف براون ونيكاسو (Brown & Nicassio, 1987) تعريفاً نظرياً للبحث.

التعريف الإجرائي : هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من خلال أجابة على مقياس استراتيجيات التعامل مع المرض المستعمل في هذا البحث.
ثانياً: الألم المزمن: هو الألم الذي يستمر لستة أشهر تقريباً أو لمدة أطول من شفاء الأنسجة الطبيعية (Merskey & Bogduk, 1994,p1698).

الفصل الثاني

أطار نظري: نظرية إدارة الألم المعرفية السلوكية (McGrath,1990)

Cognitive-behavioral pain management theory

تعد استراتيجيات التعامل مع الألم على أنها "جهود معرفية وسلوكية مستمرة" لإدارة مطالب خارجية و / أو داخلية محددة يتم تقييمها على أنها تفرض رسوم على موارد الفرد أو تتجاوزها، ومن خلال تبني النهج السلوكي المعرفي، هناك انخفاض كبير في التعامل السلبي وزيادة في سلوكيات المواجهة الإيجابية (Lazarus, 1993,p234; Robinson, Riley, Myers, et al, 1997)

تؤكد عملية التعامل على مساعدة المرضى على تحديد الأفكار المشوهة وغير القابلة للتكيف المرتبطة بالألم وتقديم استراتيجيات للتعامل في الحياة اليومية (Morley, Eccleston & Williams, 1999,P1).

تجمع هذه النظرية بين نوعين من التوجهات (المعرفية والسلوكية)، الأمر المركزي في هذه النظرية هو فكرة أن الأفكار تؤثر على السلوك إذ يتعلم الأفراد التعرف على عمليات التفكير غير القادرة على التكيف وتغييرها من أجل السيطرة على الأفكار التي قد تؤثر سلباً على أنفعالاتهم وسلوكياتهم (McGinn & Sanderson, 2001,p23) تطرح

نظرية إدارة الألم المعرفية السلوكية بتعليم المرضى عن علاقة الألم بالمتغيرات المعرفية والأنفعالية والفسولوجية من أجل إعادة أدراك قدرتهم على السيطرة على الألم وتعليمهم مهارات تمكنهم من تغيير الطريقة التي يتعاملون بها مع الألم Keefe, Dunsmore (&Burnett, 1992,p528).

كما أكدت ذلك نتائج أبحاث أخرى بهذا الخصوص، أن إضافة مهارات التعامل المعرفي إلى العلاج السلوكي الفعال كان له نتائج أفضل في التعامل مع الألم والتحكم به (Kole-Snijders, Vlaeyen, Goossens, et al, 1999,p931)

وإن ردود الفعل المعرفية والسلوكية للألم مهمة لأنها قد تؤثر على الألم والقدرة الوظيفية والأداء النفسي وقد تكون قابلة للتغيير بسبب التدخلات، وتتم دراسة ردود الفعل هذه على الألم بشكل شائع تحت فئة "التعامل مع الألم" ويتم تعريفها على أنها محاولات الأفراد السلوكية والمعرفية للتحكم في الألم أو تحمل تأثيراته & Brown, (Nicassio,1987,p53).

عادة ما يتضمن التدخل السلوكي المعرفي مكونًا تعليميًا ومكونًا علاجيًا، يغطي المكون التعليمي بشكل عام آلية الألم والعلاقة المتبادلة بين الضغوط والتوتر والألم (Marhold, Linton & Melin, 2001; Moore,p145, Korff, Cherkin, et al,) (2000,p155).

وبناءً على ذلك، يمكن تقسيم استراتيجيات التعامل إلى استراتيجيات معرفية وسلوكية، ويمكن أن تكون إستراتيجيات التعامل مع الألم والإدراك إيجابية قابلة للتكيف، والتي قد ترتبط برفاهية اجتماعية ونفسية وجسدية أكبر للتخفيف من الألم والسيطرة عليه أو التعامل معه ، أو سلبية، غير قادرة على التكيف والتي قد ترتبط بزيادة الضيق والخلل الوظيفي إذ تشمل الانسحاب والتجنب والعبارات الذاتية السلبية عن الألم، على وفق نتائجها الفورية، أو طويلة المدى فيما يتعلق بالألم، أو الأداء البدني، أو الأداء النفسي الاجتماعي، أو مزيج من الثلاثة (Robinson, Riley, Myers, et al, 1997,P 43).

بدلاً من استعمال استراتيجيات التكيف غير القادرة على التكيف أو السلبية مثل الأمل، والاعتماد على التدخل الذي يقدمه الأطباء، وتجنب الأنشطة، فإن الأساليب المريحة الموجهة كواحدة من الاستراتيجيات العلاجية هي إقناع المرضى بتطبيق المبادئ المريحة لأداء سلسلة من العمليات الخاصة- استراتيجيات- من خلال الأداء ، إذ يمكن للمرضى تجربة السيطرة على الألم أثناء استعمال هذه الاستراتيجيات، وهذا يتيح إستعادة المرضى احترامهم لذواتهم وموقع السيطرة الشخصي لديهم، من أجل تسهيل اكتساب المرضى الخبرة لإدارة الاستراتيجيات المتدرجة بفعالية، وعادةً يتم تدريس المبادئ الأساسية المريحة، وتشمل هذه عادة استعمال الوضع المناسب وآليات الجسم، وتحديد عوامل الخطر للوقاية من الإصابة، وتعلم تقنيات الحفاظ على الطاقة، لوتيرة الأنشطة Keefe et al, 2004, p195).

في المقابل ، تتضمن استراتيجيات التكيف السلبية الحديث الذاتي السلبي، ونقص شبكة الدعم الاجتماعي، والتركيز على العاطفة (حيث يركز الأفراد على الجوانب السلبية لتجربة الألم وتجنب التكيف النشط مع استيعاب المشاعر السلبية حول الشعور بالألم) (Gil, 2001, p163).

ويشار أن فئات التكيف السلبية العامة (على سبيل المثال ، الانسحاب ، والراحة ، والقلق - التهويل) ترتبط بنتائج سيئة جداً، مثل انخفاض الأداء البدني وزيادة الضغط النفسي، ولم يتم العثور على استراتيجيات التعامل النشطة العامة (على سبيل المثال ، الأنشطة المستمرة على الرغم من الألم، وتجاهل الألم)، التي يفترض أنها مفيدة، ومرتبطة بشكل ثابت بالنتائج المفيدة (Brown & Nicassio, 1987, p53)، ويرجع السبب في ذلك إلى حقيقة أن تأثيرات التعامل النشطة أكثر حساسية للظروف المحيطة من تلك الخاصة بالتكيف السلبي (Smith et al , 1997, p11).

إن أحد الافتراضات التي تستند إليها مجالات اساليب التعامل مع الألم (PCIs) أن الأفراد يعممون سلوكهم إلى درجة معينة عبر المواقف التي يمرون بها، ويخرجون

بمجموعة محددة من الاستراتيجيات التي يمكن إعادة تطبيقها في أوقات مختلفة، لتقييم استراتيجيات التعامل مع الألم عند المرضى الذين يعانون من آلام المفاصل المزمنة، يتم ذلك من خلال تقييم ست استراتيجيات معرفية وسلوكية وهي :

تحويل الألم: تحويل تركيز الفرد على شيء آخر عدا الألم، وتشتيت انتباهه عنه، مثل ادعاءه أن الألم غير موجود ولا يخصه، وأنه أقل شدة مما هو في حقيقته، وتفكيره بأمر الآخرين الأخرى.

الإلهاء: وهي تعتمد على تغلب الفرد على مشاعره بعد شعور بالألم من خلال الانخراط في بعض النشاطات التي تملأ وقته، بالاعتماد على تنبيه الوعي التام، لتغيير الأفكار والسلوكيات المرتبطة بالألم، مثل الاستحمام والتفكير أو القيام بأشياء ممتعة والانشغال بنشاط بدني، والاستمتاع بالقراءة أو سماع الموسيقى.

إذا كان الإلهاء الإيجابي هو استراتيجية تكيف أنفعالية إيجابية، فيجب على المرضى استعمالها عندما يكون لديهم الدافع لزيادة مشاعرهم الإيجابية أثناء المرض المزمن، ويجب أن يؤدي استعمالها لاحقاً إلى زيادة تلك المشاعر الإيجابية. أيضاً، ويجب أن يرتبط الميل إلى استعمال الإلهاء الإيجابي بالميل إلى البحث بشكل عام عن الأنشطة التي تزيد من المشاعر الإيجابية في الحياة اليومية (Catalino, Algae, & Fredrickson, 2014, p1153).

تقليل الطلبات: ممارسة الفرد للنشاطات وبمستويات مختلفة وبشدة أقل.

التراجع: انسحاب الفرد إلى موقعه السابق، حتى يتجنب الانزعاج، والانسحاب إلى بيئة مريحة، وتجنب الضوء عند التحسس بالألم لبعض الحالات، والحذر من الوجبات الثقيلة والسوائل، والابتعاد عن الآخرين، والعمل على العودة إلى المنزل حال الانتهاء من العمل.

القلق: وهو الجانب المعرفي المرتبط بالألم، ويشير إلى الأفكار غير القادرة على التكيف فيما يتعلق بتفسير الألم والتنبؤ به.

الاسترخاء: وتتمثل بوقف النشاطات المتعبة والاقترار على القيام بنشاطات بسيطة والجلوس والاستلقاء أو استرخاء العضلات، واتخاذ وضعية جسدية مناسبة .

(Catalino, Algae, & Fredrickson, 2014 ,p1155).

خلال العقود العديدة الماضية يشار الى أن الاستراتيجيات التي يتعامل بها الكبار أظهرت فروقات في محتوى التعامل مع المرض المزمن مقارنة بالبالغين الأصغر سنًا. بشكل عام ، كانت هذه الفروقات في صالح كبار السن، مما يشير إلى مزيد من أساليب التعامل الفعالة في وقت لاحق من الحياة. من منظور الديناميكي النفسي أو التطوري ، فقد أشار فيلانت1977 Vaillant أن الرجال في منتصف العمر يستعملون آليات دفاع عصبية وغير ناضجة أقل مقارنة بأنفسهم الأصغر سنًا، كما أشار ديهل وآخرون (1996) Diehl et al. أن عينة من كبار السن ذكروا عن مجموعة من استراتيجيات التعامل التي تشير إلى "سيطرة أكبر على الانفعالات" والتقييم الإيجابي لحالات الصراع مقارنة بالبالغين الأصغر سنًا والمراهقين، مما يشير إلى أن كبار السن يستعملون بشكل عام قدرًا أكبر من التكيف (Aldwin & Revenson , 1985)، ومع ذلك ، فإن نتائج التعامل الأكثر فعالية أو إيجابية لدى كبار السن لم تكن متسقة مع الضغوطات. وجد لازاروس وفولكمان وبيملي و نوفاتسيك (Novacek, 1987 Pimley , Lazarus & Folkman) أن كبار السن يستعملون أسلوبًا نسبيًا أكبر للهروب، إضافة إلى ذلك ، هناك فروق ضعيفة جدًا، أو لا توجد فروق في التعامل عبر الفئات العمرية ، لا سيما في مجال التعامل المراكز حول المشكلة (Aldwin, 1991,p174-180).

يتأثر قرار استعمال استراتيجية معينة في التعامل أو مجموعة استراتيجيات في التعامل بعدد كبير من المتغيرات، من بينها الثقافة، والشخصية، والعمر، ومراحل النمو، والتقييمات المعرفية (على سبيل المثال، ما إذا كان يتم تقييم الضغوطات على أنها تهديد أو ضرر مقابل التحدي)، والمعتقدات الفردية (حول سبب الألم، ومعتقدات تجنب الخوف، والمعتقدات حول الأهمية الانخراط مقابل عدم الانخراط في سلوكيات الإدارة الذاتية للألم

والمعتقدات حول القدرة الذاتية على الانخراط في هذه السلوكيات)، والصفات والدوافع، والتحكم المدرك، والعادات والمهارات الفردية (Jensen et al, 2003,p477) et (McCracken al,1992,p67).

كذلك جنس المريض هو عامل آخر يمكن أن يؤثر على استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن، على سبيل المثال، قد تكون هناك اختلافات بين الجنسين في طريقة تقييم الأفراد للألم (تشير بعض الدراسات إلى أن النساء يميلن أكثر من الرجال إلى تقييم الألم باعتباره تهديداً، مع احتمال قيام دور الجنس بدور الوسيط) (Ramírez- p749) (Maestre et al, 2008).

وفي بعض المعتقدات حول الألم (على سبيل المثال ، تميل النساء إلى الإبلاغ عن مستويات أعلى من الكارثة المتعلقة بالألم مقارنة بالرجال، على الرغم من الأدبيات لا تتفق تماماً مع هذه المسألة) ويمكن لهذه الفروقات أن تؤثر بشكل فعال على استعمال استراتيجيات التعامل مع المزمّن (Edwards Et al,2004,p335).

كذلك يتمثل الاختلاف الثالث المحتمل بين الجنسين في احتمال أن يشارك الرجال، بسبب أداء الدور الاجتماعي في استراتيجيات التعامل بشكل أكثر نشاطاً من النساء (p147) (Ramírez-Maestre et al, 2004).

وتدعم النتائج الأولية هذا الاحتمال، لأنها تشير إلى أن الإناث أكثر احتمالاً من الذكور للانخراط في البحث عن الدعم الاجتماعي والتهويل والتفكير بالنتائج السلبية فيما يتعلق بالاختلافات بين الجنسين في التعاملات الإيجابية مقابل السلبية (Jensen et el , 1994,p201) (Tamres et al, 2002 ,p2).

على الرغم من تطوير مجموعة متنوعة من قوائم التعامل لتقييم تفاعلات أساليب التعامل مع أنواع مختلفة من الألم المزمن، فمن الصعب تعميم أو استقرار نتائج البحث من دراسة إلى أخرى ومن حالة ألم إلى أخرى.

وبالمثل، تميل الاستراتيجيات النشطة والتي تركز على المشكلات إلى اعتبارها تكيفية ومفيدة، خاصة في المواقف التي يمكن التحكم فيها وتغييرها، ولكن حتى هنا ، فإن النتائج ليست متسقة تمامًا (López-Martínez et al , 2008 , p 373).

إذ تشير عدد من الدراسات إلى أن استعمال استراتيجيات التعامل هذه يرتبط بانخفاض في شدة الألم، والعجز، والاكتئاب، والضيق، وكذلك زيادة في الأداء البدني والنفسي، عبر عينات مختلفة من الأفراد الذين يعانون من الألم المزمن (Newth , p 283 , & Delongis, 2004).

بالإضافة إلى ذلك، ففي دراسات أخرى، كانت الارتباطات بين استراتيجيات التعامل هذه وشدة الألم ضعيفة وغير مهمة، أيضاً، من المهم أن يضع في الاعتبار، وبشكل عام، تُظهر النتائج ارتباطات أقوى بين أساليب التعامل مع الألم وشدة تعديل الألم مقارنةً بالتعامل مع الألم نفسه، وهذا يعني أن أساليب التعامل قد تكون أكثر أهمية وظيفياً للتخفيف من آثار الألم ، وأقل أهمية لتقليل أو القضاء على شدة الألم (Evers et al,2003,p1295).

من الممكن ألا تؤدي أساليب التعامل النشط بشكل مباشر إلى انخفاض في شدة الألم والعجز، ولكن فوائد أساليب التعامل هذه يمكن أن تتوسط من خلال تأثيرها على استعمال أساليب التعامل السلبية (غير القادرة على التعامل، على الرغم من أن استعمالها لا يستبعد بعضهما البعض (López-Martínez et al , 2008 , p 373).

وبالمثل، قد يؤدي استعمال استراتيجيات التعامل النشطة، من خلال ارتباطها بالقبول، إلى أداء بدني ونفسي وأنفعالي أفضل (Esteve et al,2007,p1295).

(McCracken et,2007,p339).

كذلك هناك عامل آخر يمكن أن يعقد فهمنا للارتباطات بين أساليب التعامل مع الألم، والألم المزمن وهو احتمال وجود متغيرات مريكة قد تفسر الارتباطات الموجودة، بعبارة أخرى، من الممكن ألا تؤثر أساليب التعامل مع الألم بشكل مباشر على الألم /

الأداء، ولكن يتأثر كل من أساليب التعامل والألم / الأداء بمتغيرات أخرى (Evers et al, 2003, p1295) (López-Martínez et al , 2008 ,p 373).

قدمت هذه النظرية سلسلة من الدراسات التي أستهدفت إلى التعرف من صحة المعايير للأداة المقدمة، والتي تم تصميمها لتلبية ما يلي:

- أ- تقييم استراتيجيات معرفية وسلوكية محددة للتعامل مع الآلام .
- ب- تنطبق على أنواع مختلفة من مرضى الألم المزمن .
- ت- سهولة الإدارة وفعالة من حيث الوقت. (Kraaimaat, & Evers, , P 343) (2003).

في هذا السياق، اقترح بعض الباحثين القبول كنوع آخر من استجابة التعامل (الاستعداد لتجربة الألم دون محاولة السيطرة عليه والاستمرار في الأنشطة الصحية على الرغم من الألم وبدون تأثيره) (McCracken, Vowles & Gauntlett-Gilbert,) (2007;

و غالبًا ما يركز الباحثون والأطباء المختلفون على أنواع أو فئات مختلفة من استراتيجيات التعامل، مثل:

1. استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلات مقابل استراتيجيات المواجهة التي تركز على الأنفعال (Lazarus & Folk man, 1984 ,p 640) .
2. إستراتيجيات التعامل مقابل التجنب (Lethem et al, 1983 ,p401).
3. استراتيجيات التعامل الأيجابية النشطة (الجهود الفردية لإدارة الألم أو التعامل معه من خلال مواردهم الخاصة والاستمرار في العمل على الرغم من الألم) مقابل استراتيجيات التعامل السلبية غير نشطة (مثل الراحة والتحويل والتعبير عن المشاعر، اعتمادًا على الآخرين) (Ramírez- Jensen, 1991,p431) (MaestreEsteve ed al, 2008,p249).

وبناءً على ذلك، بدأ عدد من الباحثين في النظر في دور استراتيجيات التعامل الدينية أو الروحية، مثل الصلاة، والتأمل، والصفات الدينية والدعم الروحي، وتوسيع النماذج السابقة إلى نموذج بيولوجي نفسي اجتماعي روحي للألم. من خلال افتراض أن المعتقدات والممارسات الروحية يمكن أن تؤثر على العمليات الإدراكية والأنفعالية، والتي بدورها قد تؤثر على الآليات البيولوجية وتؤثر على تجربة الألم (Dunn & Horgas, 2004, p19) (Wachholtz et al, 2007, p311).

وبعد استعراض النظرية اعلاه ، ترى الباحثة في نظرية اساليب التعامل مع الألم اطاراً مرجعياً في تفسير اساليب التعامل مع الألم والأحاساس بالألم لهذه الدراسة من خلال اعتمادها للمقياس وتحديد المصطلح وتفسير نتائجه ولأسباب التالية :

- 1- اعتماد الباحث واضع المقياس على هذا الأنموذج في بناء مقياس اساليب التعامل مع الألم المتبنى في البحث الحالي .
- 2- تعد هذه النظرية شديدة الوضوح لتفسير متغيري البحث الحالي إذ إنها تناولت المفهومين بعلمية واستطاعت من تفسيرهما وتطويرهما وتوظيفهما لدى مرضى التهاب المفاصل.
- 3- قدرة النظرية على تقديم تصور واضح لعملية استعمال استراتيجيات التعامل مع الألم والأحاساس به، من خلال مجالات المقياس الذي قدمه المنظر .
- 4- قدرة النظرية على تفسير نتائج البحث بصورة دقيقة ومفصلة .

الفصل الثالث

منهجية البحث.

مجتمع البحث : population of the search

ويشتمل البحث الحالي على المرضى المصابين بالتهابات المفاصل المزمنة في مستشفيات (العلوم العصبية، غازي الحريري، مركز التأهيل، أبن القف) للعام (2021) من الذكور والإناث، والبالغ عددهم (4412) مريض ومريضة، إذ بلغ عدد الذكور (2005) مريضا بنسبة 45,44 % في حين بلغ عدد الإناث (2407) مريضة بنسبة 54,55 %، كما موضح في الجدول (1)

جدول (1)

يمثل توزيع أفراد مجتمع البحث حسب المرضى الذكور والإناث

المجموع	اعداد الذكور المراجعين	اعداد الذكور الراقدين	أعداد الإناث المراجعات	أعداد الإناث الراقدات	المستشفى
197	53	42	67	35	العلوم العصبية
1411	612	112	523	164	غازي الحريري
2154	1018	--	1136	--	مركز التأهيل
650	115	53	406	76	أبن القف
4412	1798	207	2132	275	المجموع الكلي

عينة البحث : sample of the search

ولأختيار عينة البحث أختيرت عينة عرضية (Available Sample) للبناء والتطبيق النهائي، إذ بلغت (550) وبواقع (281) مريض (269) مريضة، وللتأكد من تمثيل العينة تمثيلاً حقيقياً للمجتمع أستخرجت الباحثة حجم العينة من خلال معادلة ستيفن تامبوس (Stephen Thompson, 2012, p.40)، واتضح أن حجم العينة المختارة

أكبر من قيمة المعادلة، وكما موضح في الجدول (2) وهي نفسها كانت عينة التطبيق النهائي.

جدول (2)

عينة البناء والتطبيق النهائي على وفق المستشفى حسب الجنس (ذكور - اناث)

المستشفى	أعداد الأناث الراقدا	أعداد الأناث المراجعات	اعداد الذكور الراقدين	اعداد الذكور المراجعين	المجموع
العلوم العصبية	10	16	7	12	45
غازي الحريري	14	55	15	84	186
مركز التأهيل	--	125	--	138	263
أبن القف	11	38	9	16	74
المجموع الكلي	35	234	31	250	550

أداة البحث: : Instruments

لقياس استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن لدى الافراد المصابين بالتهابات المفاصل المزمنة، قامت الباحثة بتبني مقياسي استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن لبراون ونيكاسو (Brown & Nicassio, 1987)، وكما موضح في الخطوات الآتية :

أولاً: مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن:

بعد اطلاع الباحثة على الادبيات النفسية والدراسات التي تناولت مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن، وجدت ان معظم الدراسات قد استعملت مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم (لبراون ونيكاسو Brown & Nicassio, 1987) وذلك لتمتعه بخصائص سايكومترية جيدة كالصدق والثبات وكونه معد لعينة صحية محده في دراستها، وتكيفه على البيئة العراقية المتمثلة بمرضى التهابات المفاصل المزمنة، وتكون المقياس من (32) فقرة، موزعة على ستة استراتيجيات هي: استراتيجية تحويل الألم (4) فقرات، استراتيجية الإلهاء (5) فقرات، استراتيجية تقليل الطلب (3) فقرات، استراتيجية

التراجع (7) فقرات، استراتيجية الفلق (8) فقرات، واستراتيجية الاسترخاء (5) فقرات، يقابل كل فقرة من فقرات المجال بدائل رباعية هي (تتطبق عليّ بشدة ، تتطبق عليّ بدرجة قليلة، لا تتطبق عليّ، لا تتطبق عليّ)، لا تتطبق عليّ أبداً).

استخراج صدق الترجمة:

بعد تبني الباحثة لمقياس استراتيجيات التعامل مع الألم (لبراون ونيكاسو Brown & Nicassio, 1987)، ترجمت الباحثة المقياس من خلال عدد من الخطوات الآتية لجعله ملائماً لعينة البحث الحالي وكما موضحة ادناه :

أ- قدمت الباحثة المقياس باللغة الاجنبية الى مترجمين اختصاص ترجمة في اللغة الانكليزية⁽¹⁾، عملوا على ترجمة الى اللغة العربية وقد روعي الابتعاد عن الترجمة الحرفية قدر الامكان في عملية الترجمة من دون الاخلال بالمعنى الاصلي .

ب- قدمت الصيغة الموحدة الى مترجم آخر⁽²⁾ لغرض اعادة ترجمتها الى اللغة الأصلية ولقد تبين هذا تطابق كبير بين اعادة الترجمة والنسخة الاجنبية الاصلية للمقياس .

ت- قدمت التراجم المختلفة في صيغة واحدة⁽³⁾، الى مختص باللغة الانكليزية وعلم النفس لإصدار الحكم النهائي.

صلاحية الفقرات:

بعد أن اعتمدت ترجمة مقياس استراتيجيات التعامل مع الألم (لبراون ونيكاسو Brown & Nicassio, 1987)، أصبح من الضروري عرضه على مجموعة من الخبراء للحكم على صلاحيته في قياس الخاصية التي وضع لأجلها (Ebel, 1972, p 555)، وقد تحقق هذا النوع من الصدق من خلال عرض فقراته الـ (32) فقرة على

(1) أ.د. خديجة حيدر نوري / الجامعة المستنصرية/ كلية الآداب / قسم علم النفس

(2) أ.د. أحمد سلطان / الجامعة المستنصرية /كلية الآداب /قسم الترجمة

مهند / الجامعة المستنصرية /كلية الآداب /قسم اللغة الأنكليزية

(3) أ.د. هيثم ضياء العبيدي / الجامعة المستنصرية/ كلية الآداب / قسم علم النفس

مجموعة من المحكمين في علم النفس لإبداء آرائهم حول صلاحية الفقرات (ملحق 2)، وتبين أن جميع الفقرات قد نالت موافقة الخبراء بعد أن حصلت أعلى من 84%. وكما موضح في ملحق (3).

تصحيح المقياس:

حددت الباحثة لكل فقرة مدرج رباعي من البدائل تبدأ من (تتطبق عليّ بشدة ، تتطبق عليّ بدرجة قليلة، لا تتطبق عليّ، لا تتطبق عليّ أبداً). وقد تمّ اعطاء الدرجة (4) الى البديل التي تشير الى البديل (تتطبق عليّ بشدة)، والدرجة (3) الى الاستجابة التي تشير الى البديل (تتطبق عليّ بدرجة قليلة)، والدرجة (2) الى الأستجابة التي تشير الى البديل (لا تتطبق عليّ) ، والدرجة (1) الى الأستجابة التي تشير الى البديل (لا تتطبق عليّ أبداً)، ولل فقرات التي تتجه مع اتجاه المقياس، في حين أعطيت درجات من العكس من ذلك للفقرات التي تتجه عكس اتجاه المقياس.

إعداد تعليمات المقياس :

تم مراعاة الشروط العلمية في كتابة تعليمات المقياس من خلال كتابتها بلغة عربية واضحة وبجمل قصيرة ومفهومة وفي مستوى عينة البحث وشرح دقيق لكيفية الاجابة على فقرات المقياس، ومطمئنة للمستجيب على أن البحث لا يستعمل إلا لأغراض البحث العلمي وأن إجاباتهم تكون بأيدي أمينة ولن يطلع عليها سوى الباحثة لذا لم تطلب الباحثة ذكر اسم المستجيب، ولن يذكر فيه عنوان المقياس لغرض الحصول على استجابات حقيقية وصادقة. وأن الدراسة الحالية لأغراض البحث العلمي.

التطبيق الأستطلاعي:

تم اجراء تطبيق استطلاعي لمقياس أستراتيجيات التعامل مع الألم لغرض التعرف على مدى وضوح تعليمات المقياس من قبل العينة وفهمهم ولفقراته وقد طبق المقياس على عينة استطلاعية، اختيرت عشوائياً بلغت (30) مريض ومريضة عينة البحث، وطلبت الباحثة من المستجيبين قراءة تعليمات الاجابة عن المقياس وتحديد الكلمات الغامضة ان

وجدت، وقراءة فقرات المقياس، واستفسر منهم عن مدى وضوحها وتحديد الفقرات الغامضة منها، وبعد ملاحظة الاستجابات تبين انها كانت واضحة.

التحليل الاحصائي لفقرات المقياس:

ولقد تحققت الباحثة من القوة التمييزية للفقرات ومعاملات ارتباط درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس وعلى النحو الاتي :

- اسلوب المقارنة الطرفية(اسلوب العينتين المتطرفتين) **Extreme Groups Method** : (Stanley and Hobkins, 1972 p. 268).

بلغ عدد الاستمارات التي خضعت للتحليل (296) استمارة وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلين وعند مقارنة القيم التائية المحسوبة بالقيمة الجدولية البالغة (1,96) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (294) تبين أن جميع فقرات المقياس مميزه، والجدول (3) يوضح ذلك.

(

القوة التمييزية لمقاييس استراتيجيات التعامل مع الألم باستعمال العينتين المتطرفتين

رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
استراتيجية تحول الالم					
1	عليا	3.68	0.48	19.40	دالة
	دنيا	2.06	0.9		
2	عليا	3.75	0.45	26.80	دالة
	دنيا	1.89	0.72		
3	عليا	3.81	0.4	27.39	دالة
	دنيا	1.91	0.75		
4	عليا	3.65	0.52	13.24	دالة
	دنيا	2.41	1.02		



رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
استراتيجية تحول الالم					
استراتيجية الالهاء					
5	عليا	3.66	0.58	14.20	دالة
	دنيا	2.35	0.97		
6	عليا	3.69	0.54	20.48	دالة
	دنيا	2.03	0.83		
7	عليا	3.73	0.53	22.14	دالة
	دنيا	1.97	0.81		
8	عليا	3.73	0.49	22.68	دالة
	دنيا	1.93	0.84		
9	عليا	3.7	0.55	19.33	دالة
	دنيا	2.07	0.88		
استراتيجية تقليل الطلب					
10	عليا	3.85	0.36	25.98	دالة
	دنيا	2.1	0.74		
11	عليا	3.87	0.33	24.95	دالة
	دنيا	2.02	0.84		
12	عليا	3.84	0.37	25.34	دالة
	دنيا	2	0.81		
استراتيجية التراجع					
13	عليا	3.84	0.44	16.143	دالة



رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
استراتيجية تحول الالم					
	دنيا	2.44	0.96		
14	عليا	3.91	0.28	19.157	دالة
	دنيا	2.33	0.97		
15	عليا	3.96	0.2	18.36	دالة
	دنيا	2.42	1.01		
16	عليا	3.87	0.39	17.66	دالة
	دنيا	2.27	1.04		
17	عليا	3.77	0.47	7.89	دالة
	دنيا	2.99	1.11		
18	عليا	3.82	0.47	13.18	دالة
	دنيا	2.7	0.93		
19	عليا	3.64	0.58	13.15	دالة
	دنيا	2.42	0.98		
استراتيجية القلق					
20	عليا	3.66	0.56	13.16	دالة
	دنيا	2.4	1.03		
21	عليا	3.76	0.52	16.46	دالة
	دنيا	2.3	0.95		
22	عليا	3.8	0.42	18.23	دالة
	دنيا	2.26	0.94		
23	عليا	3.77	0.44	18.32	دالة
	دنيا	2.17	0.97		
24	عليا	3.76	0.47	19.69	دالة

رقم الفقرة	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	الدالة
استراتيجية تحول الالم					
	دنيا	2.07	0.93		
25	عليا	3.6	0.63	13.83	دالة
	دنيا	2.23	1.03		
26	عليا	3.69	0.51	16.87	دالة
	دنيا	2.22	0.94		
27	عليا	3.57	0.72	13.06	دالة
	دنيا	2.26	0.99		
استراتيجية الاسترخاء					
28	عليا	3.75	0.51	17.25	دالة
	دنيا	2.23	0.94		
29	عليا	3.76	0.44	17.35	دالة
	دنيا	2.26	0.96		
30	عليا	3.81	0.43	18.57	دالة
	دنيا	2.26	0.92		
31	عليا	3.87	0.36	19.65	دالة
	دنيا	2.24	0.94		
32	عليا	3.88	0.33	18.87	دالة
	دنيا	2.28	0.98		

يتضح من الجدول (3) ان جميع الفقرات حصلت على دلالة معنوية .
الصدق :

ولقد تحقق الصدق لهذا المقياس باستعمال المؤشرات الاتية:

1- الصدق الظاهري Face Validity: عرض المقياس بصورته الاولية المكون من (32) فقرة على مجموعة المحكمين لتحكيم المقياس من المتخصصين في علم النفس الملحق (1) وذلك للتأكد من سلامة كل فقرة وملائمتها لمقياس استراتيجيات التعامل مع الالم وفقاً لتعريف (لبراون ونيكاسو Brown & Nicassio, 1987)، وكما ذكر سابقاً في صلاحية الفقرات .

2- صدق البناء Construct Validity : ولقد تحققت الباحثة من هذا النوع من الصدق، من خلال اسلوب المجموعتين المتطرفتين .

- ثبات المقياس **Reliability**: معامل الفا للاتساق الداخلي **Coefficient**-

Alfa

ولحساب الثبات بهذه الطريقة استخدمت استمارات العينة كاملة وبعد تطبيق معادلة الفاكرونباخ للاتساق الداخلي بلغ معامل ثبات استراتيجية تحول الالم (0.72)، و بلغ معامل ثبات استراتيجية الالهاء (0.75)، كما بلغ معامل ثبات استراتيجية تقليل الطلاب (0.76)، و بلغ معامل ثبات استراتيجية التراجع (0.78)، في حين بلغ معامل ثبات استراتيجية القلق (0.74)، و بلغ معامل ثبات استراتيجية الاسترخاء (0.77). وقد قامت الباحثة باستخراج الثبات المطلق للحكم على قيمة معامل الثبات وقد بلغت (0.518,0.562,0.577,0.608,0,547) على التوالي وهي بذلك تعد معاملات ثبات مقبولة وجيدة يمكن الركون إليها.

الفصل الرابع

عرض النتائج و مناقشتها وتفسيرها

الهدف الأول: التعرف على استراتيجيات التعامل مع الالم المزمن لدى مرضى ألتهاب المفاصل.

ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بتطبيق مقياس استراتيجيات التعامل مع الالم على أفراد عينة البحث البالغ عددهم (550) مريض ومريضة، والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4)

الاختبار التائي للفرق بين متوسط العينة والمتوسط الفرضي لمقاييس قياس

استراتيجيات التعامل مع الالم المزمن

الاستراتيجيات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
تحول الالم	11.84	2.71	10	15.88	1.96	549	دال
الالهاء	14.41	3.29	12.5	13.61	1.96	549	دال
تقليل الطلب	8.93	2.19	7.5	15.38	1.96	549	دال
التراجع	22.47	3.78	17.5	30.86	1.96	549	دال
القلق	23.84	4.73	20	19.04	1.96	549	دال
الاسترخاء	15.50	3.19	12.5	22.05	1.96	549	دال

تشير نتيجة الجدول (4) الى ان عينة البحث قد أستعملت جميع الاستراتيجيات بمستوى مرتفع.

تفسر هذه النتيجة في ضوء النظرية المتنبئة استراتيجيات إدارة الألم المعرفي السلوكي (McGrath,1990)، أن أفراد عينة البحث يستعملون الاستراتيجيات المناسبة، من أجل إعادة أدراك قدرتهم على السيطرة على الألم وتعليمهم المهارات التي تمكنهم من تغيير الطريقة التي يتعاملون بها مع الألم، وعلاقته بالمتغيرات المعرفية والأنفعالية والفسولوجية من خلال الافتراضات التي تستند إليها مجالات اساليب التعامل مع الألم (PCIs)، ولأجل تعميم سلوكهم إلى درجة معينة عبر المواقف التي يمرون بها، ويخرجون بمجموعة محددة من الاستراتيجيات التي يمكن إعادة تطبيقها في أوقات مختلفة، وتقييم هذه الاستراتيجيات في التعامل مع الألم ، وقد تم ذلك من خلال تقييم ست استراتيجيات معرفية وسلوكية وهي التي أظهرتها نتيجة الهدف الحالي من خلال أستعمال المرضى لجميع أنواعها.

الهدف الثاني : التعرف على دلالة الفروق في استراتيجيات التعامل مع الالم المزمن لدى مرضى التهاب المفاصل حسب متغير الجنس.

ولتحقيق هذا الهدف تم جمع البيانات المستحصلة من تطبيق مقياس تحول الالم ثم استعمل الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، والجدول (5) يوضح ذلك .

جدول (5)

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لتعرف الفروق في استراتيجيات التعامل مع

الالم المزمن تبعا لمتغير الجنس

الدلالة	التائية الجدولية	التائية المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	الاستراتيجيات
غير دال	1.96	0.47	2.72	11.78	281	ذكور	تحول الالم
			2.71	11.89	269	إناث	
دال	1.96	2.14	3.23	14.12	281	ذكور	الالهاء
			3.33	14.72	269	إناث	
دال	1.96	2.18	2.08	8.74	281	ذكور	تقليل الطلب

الاستراتيجيات	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	التائية الجدولية	الدلالة
	إناث	269	9.14	2.28			
التراجع	ذكور	281	22.05	3.88	2.71	1.96	دال
	إناث	269	22.92	3.62			
القلق	ذكور	281	23.59	4.74	1.28	1.96	غير دال
	إناث	269	24.11	4.72			
الاسترخاء	ذكور	281	15.16	3.24	2.54	1.96	دال
	إناث	269	15.85	3.09			

ويتبين من الجدول (5) ان هناك فرق في استراتيجيات (الالهاء، تقليل الطلب، التراجع، والاسترخاء) فقط تبعا لمتغير الجنس ولصالح الاناث، وذلك لان القيمة التائية المحسوبة أعلى من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (548) .

تفسر هذه النتيجة على ضوء النظرية المتبناة والتي أظهرت فروقا ذات دلالة إحصائية في أربعة استراتيجيات فقط هي (الالهاء، تقليل الطلب، التراجع، والاسترخاء) ولصالح الأناث، اي أن المريضات أعلى استعمالاً لهذه الاستراتيجيات من المرضى الذكور وقد يعود سبب ذلك الى احتمال أن تكون استراتيجيات التعامل السابقة خاصة بالثقافة، وأن تصميم التدخلات كانت مصممة لاحتياجات الدعم النفسي والاجتماعي وليس فقط مع استراتيجيات التعامل، وإدراك المرض أيضاً، وأن استعمال استراتيجيات التعامل النشطة، والتي تعد الأكثر ملائمة في المواقف العصيبة، هي إما ردود فعل سلوكية أو نفسية مصممة لتغيير طبيعة الضغوطات أو الطريقة التي يتم إدراكها بها، وكذلك استعمال الاستراتيجيات القائمة على الأنفعال كاستجابة للقلق أو تحويل الألم، وتم استعمال مثل هذه الاستراتيجيات من قبل أولئك المرضى الذين هم في مواجهة التوتر ، كما توجد أيضاً

أشارت في الأدبيات التي تشير إلى أن الاستراتيجيات التي تركز على الأنفعال التي تستعملها النساء المصابات بأمراض مزمنة تؤدي إلى عدم الراحة بسبب ضعف الموقف الضاغط (Suominen et al, 2001,p77) وتنظيم الحالات الأنفعالية (Vitaliano et al,1991,p392) كما أن طريقة تقييم الأفراد للألم ومنهم النساء يميلن أكثر من الرجال إلى تقييم الألم باعتباره تهديداً، مع احتمال قيام دور الجنس بدور الوسيط (p749, Ramírez–Maestre et al, 2008). وفي بعض المعتقدات حول الألم، تميل النساء إلى الإبلاغ عن مستويات أعلى من الكارثة المتعلقة بالألم مقارنة بالرجال، على الرغم من الأدبيات لا تتفق تماماً مع هذه المسألة ويمكن لهذه الاختلافات أن تؤثر بشكل فعال على استعمال استجابات التعامل مع الألم المزمن، كذلك احتمال أن يشارك الرجال، بسبب أداء الدور الاجتماعي في استراتيجيات التعامل بشكل أكثر نشاطاً من النساء .

التوصيات:

- 1- يمكن لوزارة الصحة العراقية الأفادة من مقياس البحث الحالي في مجال التشخيص للمتغير لدى المصابين بالامراض المزمنة عامة، ومرض التهاب المفاصل خاصة .
- 2- ضرورة الاهتمام والتوعية الصحية والنفسية بأهمية المتغير المتناول في البحث الحالي كمتغير له أثره على الصحة الجسمية والنفسية للمريض المصاب بالتهاب المفاصل، وذلك من خلال تنظيم دورات في مجال الصحة النفسية والجسدية والعلاج، تتناول متغير البحث الحالي الحالي.
- 3- أنشاء مركز وطني خاص بدراسة آليات التكفل النفسي والاجتماعي والعلاجي بمرضى التهاب المفاصل .

المقترحات:

- 1- اجراء دراسة تتناول برنامج علاجي لأستراتيجيات التعامل مع الألم المزمن لمرضى التهاب المفاصل .

- 2- إجراء دراسة مشابهة تتناول امراض اخرى كالا (السرطان، الحساسية، الصداع النصفي، وآلام الأعصاب الناجمة عن تلف الأعصاب ، عرق النساء).
- 3- القيام بدراسة استراتيجيات التعامل مع الألم المزمن وعلاقتها بمتغيرات أخرى (مثل تقبل المرض، الرفاهية الأنفعالية، أدراك المخاطر الصحية، المناعة النفسية).

المصادر الاجنبية:

- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain, 31*, 53–64.
- Keefe, F.J., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992). Behavioral and Cognitive-Behavioral Approaches to Chronic Pain: Recent Advances and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 528–536.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Seattle; IASP Press*. Seattle. <http://www.iasp-pain.org/Education/content.aspx?ItemNumber=1698>.
- Nekovarova, T., Yamamotova, A., Vales, K., Stuchlik, A., Fricova, J., & Rokyta, R. (2014). Common mechanisms of pain and depression: are antidepressants also analgesics?. *Frontiers in behavioral neuroscience, 8*, 99.

- Ramírez-Maestre, C., Martínez, A. E. L., & Zarazaga, R. E. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of behavioral medicine*, 27(2), 147-165.
- Rapp, S. R., Rejeski, W. J., & Miller, M. E. (2000). Physical function among older adults with knee pain: the role of pain coping skills. *Arthritis Care & Research*, 13(5), 270-279.
- Akira, S., Yamamoto, M., & Takeda, K. (2003). Toll-like receptor family: receptors essential for microbial recognition and immune responses. *Arthritis Res Ther*, 5(3), 1-54.
- Aldwin, C.; Revenson, T. (1985). Age differences in stress, coping, and the attribution of responsibility. Paper presented at the 93rd annual meeting of the American Psychological Association; Los Angeles. Aug.
- Catalino, L. I., Algoe, S. B., & Fredrickson, B. L. (2014). Prioritizing positivity: An effective approach to pursuing happiness? *Emotion*, 14(6), 1155-1161.
- Dunn, K., & Horgas, A. (2004). Religious and non religious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5, 19-28.
- Edwards, R. R., Haythornthwaite, J. A., Sullivan, M. J., & Fillingim, R. B. (2004). Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain*, 111(3), 335-341.
- Ehde, D. M., Jensen, M. P., Engel, J. M., Turner, J. A., Hoffman, A. J., & Cardenas, D. D. (2003). Chronic pain

- secondary to disability: a review. *The Clinical journal of pain*, 19(1), 3-17.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 179–188.
 - Evers, A., Kraaimaat, F., Geenen, R., Jacobs, J., & Biglsma, J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1295-1310.
 - Ferreira-Valente, M. A., Ribeiro, J. L. P., & Jensen, M. P. (2009). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: Impact on adjustment to chronic pain. *Escritos de Psicología*, Vol. 2, nº 3, pp. 8-17.
 - Gil, K. M., Anthony, K. K., Carson, J. W., Redding-Lallinger, R., Daeschner, C. W., & Ware, R. E. (2001). Daily coping practice predicts treatment effects in children with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 163-173.
 - Jensen, M., Nielson, W., & Kerns, R. (2003). Toward the development of a motivational model of pain self-management. *The Journal of Pain*, 4, 477–492.
 - Jensen, M.P., Turner, J.A., & Romano, J.M. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44, 263–269.

- Keefe, F., Rumble, M., Scipio, C., Giordano, L., & Perri, L. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5, 195-211.
- Kole-Snijders A.M.J., Vlaeyen, J.W.S., Goossens, M.E.J.B., Rutten-van Molken, M.P.M.H., Heuts, P.T.G., van Breukelen, G., & van Eek, H. (1999). Chronic low-back pain: what does cognitive coping skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, 931-944.
- Kraaimaat, F. W., & Evers, A. W. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *International journal of behavioral medicine*, 10(4), 343-363.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lethem, J., Slade, P., Troup, J., & Beutley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception – I. *Behavioral Research Therapy*, 21, 401-498.
- López-Martínez, A., Esteve, R. y Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9, 373-379.

- Marhold, C., Linton, S.J., & Melin, L. (2001). A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long- term versus short-term sick leave. *Pain*, 91, 155–163.
- McCracken, L., Zafert, C., & Gross, R. (1992). The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.
- McGinn, L.K. & Sanderson, W.C. (2001). What allows cognitive behavioral therapy to be brief: overview, efficacy and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 23–37.
- Newth, S., & Delongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Psychology and Health*, 19, 283-305.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., & Zwick, M. L. (2003). Psychosocial oncology. *Handbook of psychology*, 267-292.
- Ramezanzade Tabriz, E., Mohammadi, R., Roshandel, G. R., Talebi, R., & Khorshidi, M. (2018). Pain Coping Strategies and Their Relationship with Unpleasant Emotions (Anxiety, Stress, and Depression) and Religious Coping in Cancer Patients. *Middle East Journal of Cancer*, 9(3), 208-216.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. & López, A.E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12, 749–756.

- Robinson, M.E., Riley, J.L., Myers, C.D., Sadler, I.J., Kvaal, S.A., Geisser, M.Y. & Keefe, F.J. (1997). The Coping Strategies Questionnaire: A Large Sample, Item Level Factor Analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 43–49.
- Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2015;121(21):37,69-78.
- Schanberg, L. E., Gil, K. M., Anthony, K. K., Yow, E., & Rochon, J. (2005). Pain, stiffness, and fatigue in juvenile polyarticular arthritis: contemporaneous stressful events and mood as predictors. *Arthritis & Rheumatism*, 52(4), 1196-1204.
- Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., & Dowdy, S. W. (1997). Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 11–21.
- Stanly, C.& Hopkins ,K.D. (1972): Education and psychological measurement and evaluation , Prentice –Hill ,INC, Englewood cliffs , New Jersey,p268.
- Tamres, L., Janicki, D., Helgeson, V. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30.
- Thastum, M., Herlin, T., & Zachariae, R. (2005). Relationship of pain-coping strategies and pain-specific beliefs to pain



experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 53(2), 178-184.

- Wachholtz, A., Pearce, M., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 311–318.
- Thompson, S (2012), sampling 2nd, tohn. Wiley & Sans, Now jersey 2nd itchn.wiley