

Ministry of Higher Education
Scientific Research &

AL-IRAQIA UNIVERSITY

**Al Iraqia University Refereed
Journal**



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الجامعة العراقية

مجلة الجامعة العراقية المحكمة

العدد: م.ب.ش.ع. / ٢٠٢١ / ٩ / ١٩
التاريخ: ٢٠٢١ / ٩ / ١٩

Arcif Arab Citation & Impact Factor Arcif (L18/0237 IF)
Print ISSN: 1813-4521
Online ISSN: 2663-7502

الى // الباحث: قاسم مصطفى السالم
أ.د علي شاكر عبد الانمة الفتلاوي
جامعة القادسية - كلية الآداب - قسم علم النفس
م/ قبول نشر

تحية طيبة...

نود إعلامكم أن بحثكم المقدم إلى إدارة مجلة الجامعة العراقية الموسوم بـ:

﴿ إدارة الألم لدى مرضى السرطان ﴾

صالح للنشر في مجلة الجامعة العراقية .

وتقبلوا خالص الاحترام ..

نسخة منه الى //

- إدارة المجلة/ لاتخاذ ما يلزم
- صادر صلاحيات مناقشات الطلاب

أ.د. صباح نوري حميد

مدير إدارة المجلة

٢٠٢١/٩/١٩



رقم الابداع في دار الكتب والوثائق
ببغداد ١٠٨٦ لسنة ٢٠٠٨

العراق - بغداد - الوزيرية - هيبه خاتون
شارع ٢٢ - مجلة ٢٠٨ - ص.ب: حيفا ٢٦٦
هـ الخاص ٤٢٢٩٦٦١ - البدالة: ٤٢٥٣٢٧٢ - ٤٢٥٤٢٥٧
فاكس ٤٢٢٢٤٦

موقع المجلة الالكتروني: Journal of The Iraqi University

إدارة الألم لدى مرضى السرطان

المشرف

أ.د علي شاکر الفتلاوي

Prof. Ali Shaker AL-Fatlawi PhD

ali.alfatlawi@qu.edu.iq

الباحث

قاسم مصطفى السالم

Kassim Mustafa AL-Salim

syco.post03@qu.edu.iq

Research Summary :

The current research aims to study the variable of pain management in the Iraqi society (cancer patients), and the objectives of the current research revolved around identifying pain management in cancer patients according to Melzack & Wall theory, (1965)), and identifying the significance of statistical differences in pain management in Iraqi society. Cancer patients according to gender variable (males, females), age (for age groups (18-42 years), and (43-68 years)), and educational attainment (middle school, bachelor's).

The current research community included cancer patients in the Baghdad governorate center, with a total of (7407) male and female patients, for the year (2020), and the search scale was applied to a sample of (222) male and female patients, from the Baghdad governorate center, and they were selected by random method.

The pain management scale was built according to Melzack & Wall's theory, (1965)), by the researcher, as the scale consisted of (27) items distributed over five dimensions (relaxation and contentment, mental factors, activity, physical factors and drugs, and social support), the researcher extracted the psychometric properties of the scale. The scale has completed its psychometric properties, from validity (apparent validity, constructive validity), and stability (by Alpha-Cronbach method), and stability was (0.829), and after analyzing the data and using the SPSS computer program, the results were as follows:

1. Cancer patients have a high degree of pain management.
2. There are no statistically significant differences between cancer patients in pain management according to the variables of gender (males, females), age (for age groups (18-42 years), and (43-68 years)), and educational attainment (middle school, bachelor's).

المخلص :

يهدف البحث الحالي إلى دراسة متغير إدارة الألم في المجتمع العراقي (مرضى السرطان)، وقد تمحورت أهداف البحث الحالي حول تعرف إدارة الألم لدى مرضى السرطان على وفق نظرية ميلزاک وول (Melzack & Wall, 1965)، والتعرف على دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغير النوع (ذكور، إناث) والعمر (للفئات العمرية (١٨-٤٢ سنة)، و(٤٣-٦٨ سنة))، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس).

إذ شمل مجتمع البحث الحالي مرضى السرطان في مركز محافظة بغداد، إذ بلغ مجموعه (٧٤٠٧) مريضاً ومريضة، لسنة (٢٠٢٠)، وتم تطبيق مقياس البحث، على عينة قوامها (٢٢٢) مريضاً ومريضة، من مركز محافظة بغداد، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية.

وقد تم بناء مقياس إدارة الألم على وفق نظرية ميلزاک وول (Melzack & Wall, 1965)، من قبل الباحث إذ تكون المقياس بصيغته النهائية من (٢٧) فقرة موزعة على خمس أبعاد هي (الاسترخاء والقناعة، والعوامل العقلية، والنشاط، والعوامل الفيزيائية والعقاقير، والدعم الاجتماعي) وقد استخرج الباحث الخصائص السيكومترية للمقياس. وقد استكمل المقياس خصائصه

السيكومترية، من صدق (صدق ظاهري، وصدق بناء)، وثبات (بطريقة ألفا كرونباخ)، وكان الثبات (٠,٨٢٩)، وبعد تحليل البيانات وبالاستعانة بالبرنامج الحاسوبي للحقيبة الإحصائية SPSS كانت النتائج كما يلي :

١. إن مرضى السرطان يتمتعون بدرجة عالية من إدارة الألم.

٢. لا توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في إدارة الألم على وفق متغير النوع (ذكور، إناث) والعمر (للفئات العمرية (١٨-٤٢ سنة)، و(٤٣-٦٨ سنة))، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس).

الفصل الأول : التعريف بالبحث

1. مشكلة البحث Research Problem :

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، فقد أدى ظهور الأمراض المستعصية على الشفاء، وكذا الأمراض المزمنة بشكل واسع ووبائي إلى لفت الانتباه للعوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تؤدي دورا مهما في هذه الأمراض، وكذا في كيفية مواجهتها.

والسرطان (Cancer)، مصطلح عام يشمل مجموعة الأمراض التي يمكنها أن تصيب أجزاء الجسم كلها، ويشار إلى تلك الأمراض أيضا بالأورام الخبيثة. ومن السمات التي تطبع السرطان، التولد السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة، واقتحام أجزاء الجسم والانتشار إلى أعضاء أخرى.

ويعد السرطان من أهم أسباب الوفاة في جميع أنحاء العالم، فقد تسبب . في وفاة ٧,٩ مليون نسمة أي نحو ١٣ % من مجموع الوفيات سنة ٢٠٠٧ (Mieszkowski, 2007).

ويواجه مرضى السرطان مدى واسع من التحديات، ومنها تحديات نفسية، واجتماعية مثل القلق، والاكتئاب والأرق، فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية. وزيادة على هذا، فقد يكون للأساليب الطبية لعلاج أعراض المرض من تبعات غير سارة، كما في العلاج الكيميائي، وما قد يصاحب هذا المرض من تداعيات نفسية وجسمية، قد تصل إلى درجة الألم. ويختلف الألم الذي ينجم عن السرطان عن الآلام الناجمة من أمراض أخرى، لأن مرضى السرطان يعانون من مرض حقيقي، كامن وقاتل، تؤدي فيه العوامل النفسية أهمية كبيرة (Arrarras et al., 2002).

و لقد حظي التقييم النفسي وعلاج الألم باهتمام بحثي كبير، ولكن كانت الدراسات الموجهة لدراسة الألم قليلة لدى مرضى السرطان. يذكر (Foley, 1993) أن ٧٥٪ من مرضى السرطان يعانون من آلام شديدة أثناء سير المرض. كما يشير Turk et al., (1998) إلى أن مرضى الألم السرطاني والآلام المزمنة غير السرطانية يشتركون في العديد من السمات المشتركة. ويضيفون أن نقص المعلومات التجريبية المتعلقة بالتكيف النفسي مع آلام السرطان قد يرجع إلى عدة افتراضات شائعة. من بينها أن الألم الناتج عن السرطان يختلف عن الألم الذي أبلغ عنه المرضى غير المصابين بالسرطان لأن مرضى السرطان يعانون من مرض "حقيقي" قد يكون قاتلاً، حيث تعد العوامل النفسية ذات أهمية ثانوية، إلى جانب ذلك، لم تحظ العوامل النفسية والاجتماعية المحيطة بمرضى السرطان بأهمية مشابهة لأهمية العوامل العضوية (Turk et al., 1998).

على الرغم من أن الألم يمكن ، في معظم الحالات ، معالجته وتخفيفه بشكل فعال ، إلا أن العلاج الناقص للألم لا يزال يمثل مشكلة سريرية كبيرة ، ولا يزال يمثل مصدر قلق بين المهنيين الصحيين والمرضى ومؤسسات الرعاية الصحية. حتى في المستشفيات ، حيث يجب علاج الألم بشكل فعال، وتظهر الأبحاث أن الألم لا يتم التعامل معه بشكل كافٍ وأن عدداً كبيراً من المرضى يعانون من آلام غير مخففة.

وقد أجريت دراسة (Elliot et al., 1999; Huang et al., 2001; Dolin, Cashman & Bland, 2002) لاكتشاف مدى انتشار الألم المزمن في منطقة جرابيان في المملكة المتحدة مع عينة عشوائية من (N = 5036) مريضاً تتراوح أعمارهم بين ٢٥ وما فوق. شملت الدراسة ٢٩ ممارسة عامة باستخدام استبيان الإكمال الذاتي البريدي. تم إكمال ما مجموعه ٣٦٠٥ استبيانات وإعادتها من قبل المشاركين. وأظهرت النتائج أن نصف العينة يعانون من آلام مزمنة. علاوة على ذلك ، تم تصنيف نصف الذين يعانون من الألم على أنهم يعانون من آلام شديدة ، وخلص أصحاب البلاغ إلى أن آلام أولئك الذين استمروا في المعاناة لم تتم معالجتها بشكل كافٍ. يمكن أن يؤثر الألم غير المخفف سلباً على وظائف نوم المرضى وحالاتهم المزاجية وعلاقتهم مع العائلة ، ويمكن أن يكون له تأثير اقتصادي كبير على المرضى وعائلاتهم (Schopfloch et al., 2010). ويمكن أن يكون للتعب عن

العمل بين البالغين نتيجة لأسباب متعلقة بالألم تأثير سلبي كبير على الإنتاجية وبالتالي على اقتصاد البلد Phillips & Schopflocher, 2008).

ويجب أن تراعي إجراءات إدارة الألم المسببات المرضية وعلم وظائف الأعضاء والتداعيات الأخرى، حيث يجب أن تهدف إلى القضاء على العوامل المسببة للألم وعلاج المريض بالأدوية المسكنة والمضادة للالتهابات (Mendell & Sahenk, 2003). يجب استكمال هذا العلاج بأساليب أخرى ، مثل العلاج الطبيعي والعلاج النفسي وإعادة التأهيل (Catalano & Hardin, 2004). وفي حالات معينة، قد يكون من الضروري اللجوء إلى إجراءات التخدير أو جراحة الأعصاب عندما يكون الألم مقاوماً لأشكال العلاج الأخرى.

ومن المبررات القسوى لإجاز هذا البحث، تأتي من تزايد أعداد الإصابة بسرطان، لاسيما في بلدنا. فقد بينت إحصائيات وزارة الصحة (في العراق) بأن هنالك زيادة مضطربة بنسب الإصابات بالسرطان بين سنة وأخرى، فقد بلغت الإصابات (على سبيل المثال لا الحصر)، في عام (٢٠٠٨) (١٤١٨٠) مصاب من الذكور والإناث، في حين ازدادت تلك الإصابات عام (٢٠١٨)، إذ بلغت (٣١٥٠٢)، مصاب من الذكور والإناث، فالزيادة بالأعداد واضحة وملموسة.

2. أهمية البحث Research Significance :

تؤدي عواقب سوء إدارة الألم إلى معاناة بشرية وزيادة في التكاليف الاقتصادية ، لدرجة أنه في عام ١٩٩٩ ، حددت اللجنة المشتركة تقييم الألم باعتباره العلامة الحيوية الخامسة، ويعد الألم ثالث أكثر المشكلات الصحية تكلفة في أستراليا ، حيث يكلف الاقتصاد الأسترالي أكثر من (٣٤,٣) مليار دولار سنوياً أو (١٠٨٤٧) دولاراً لكل شخص مصاب (Cousins, Bridenbaugh, Carr & Horlocker, 2009) و في الولايات المتحدة ، يصيب الألم المزمن أكثر من ثلث السكان ، بتكلفة سنوية تقدر (ب ١٠٠) مليار دولار أمريكي (National Institutes of Health, 1998). وفي كندا ، يزيد التأثير الاقتصادي للألم عن ٦ مليارات دولار سنوياً وحوالي (٣٧) مليار دولار في تكاليف الإنتاجية الناتجة عن فقدان الوظائف والأيام المرضية Phillips & Schopflocher, 2008). تم العثور على تقييم وإدارة الألم المناسبين لتقليل تكاليف الأدوية ، وتحسين نتائج المرضى ورضاهم عن الرعاية ، وتقصير مدة الإقامة في المستشفى (Innis et al., 2004; Polomano et al., 2008).

وجدت دراسة (Bates et al. 1993) الاختلافات الثقافية في الإبلاغ عن الألم المزمن وكذلك في شدة تجربة الألم. تتعلق هذه الاختلافات بالمعاني والمواقف والمعتقدات والاستجابات العاطفية المختلفة المكتسبة في كل ثقافة. وجد (Williams & Keefe, 1991) أن المرضى الذين اعتقدوا أن الامهم دائمة وغامضة كانوا أقل عرضة لاستخدام استراتيجيات التكيف الإدراكي ، وأكثر عرضة للهجوم ، وأقل احتمالية لتقييم استراتيجيات التكيف الخاصة بهم على أنها فعالة من المرضى الذين اعتقدوا أن الامهم مفهومة. وقصيرة المدة.

تمت دراسة مهارات التأقلم المطبقة على الألم المزمن في مجموعة متنوعة من الدراسات (Snow-Turek et al., 1996) وجد أن التكيف السلبي مرتبط بالضيق النفسي العام والاكئاب ، وكان التكيف النشط مرتباً بشكل إيجابي بمستوى النشاط وعكساً مع الضيق النفسي في عينة مرضى الألم المزمن. يقترحون أيضاً أن هناك تفاعلاً بين التأقلم وشدة الألم ، مثل أن مقدار الراحة التي توفرها استراتيجيات المواجهة تنخفض مع زيادة الألم (Keefe et al., 1997) تحليل عملية المواجهة اليومية. ووجدوا أن الزيادات في فعالية التأقلم اليومية ترتبط بانخفاض الألم المزمن والمزاج السلبي وزيادة في المزاج الإيجابي. وجد (Ashby & Lenhart, 1994) أن الصلاة مرتبطة بالتجنب ويمكن أن تكون مؤشراً على التأقلم السلبي. (Haythornthwaite et al, 1998) درس استراتيجيات التأقلم المحددة التي تساهم في تصور أن الألم المزمن يمكن السيطرة عليه. ووجدوا أن التعامل مع عبارات الذات ، وإعادة تفسير أحاسيس الألم ، ومرونة التأقلم ، والتكرار العالي لاستراتيجية التعامل مع الألم ، تستخدم تصورات متزايدة عن السيطرة على الألم.

كما أثبتت بعض الدراسات أهمية إدارة الألم في التغلب على المرض مثل دراسة (Beck, susan, 2000) إذ أجرى دراسة لألم السرطان عن طريق تحليل الوثائق، والملاحظة المباشرة، والمقابلات المتعمقة. وذلك على عينة من جنوب أفريقيا (ن=٣٣) من مرضى السرطان. وأشارت النتائج إلى أن الممارسات الثقافية تشكل السياق العام لفهم آلام السرطان وكيفية إدارتها، ووجود هذه العوامل تشجع على إدارة الألم، في حين أن غيابها يخلق حاجز أمام تحقيق هذا الهدف.

وفي دراسة (Bygiles Davies et al., 2014) بعنوان إدارة الألم بعد جراحة سرطان الثدي. على عينة (ن=٨٠٠) سيدة يعانون من الآلام بعد إجراء العمليات الجراحية أسفرت النتائج إلى أن العمليات الجراحية لعلاج سرطان الثدي أدت إلى تحسن كبير في نتائج الألم للمرضى، حيث أغفال السبب الرئيسي للألم المستمر ساعد على إدارة الألم وذلك بالنسبة للنساء اللاتي خضعن لجراحة سرطان الثدي.

أما دراسة (Drmelani lovell., 2014) فقد أكدت نتائجها أن عينة من الأستراليين الذين يعيشون مع الألم المرتبط بالسرطان لديهم المساواة في الحصول على الرعاية الجيدة لإدارة الألم. ويتوفر أداة فحص للأطباء التي تحتوي خطوة بخطوة على كيفية تقييم وإدارة ألم السرطان لمرضاهم، أدى إلى تطوير عدد من الموارد الداعمة للمرضى وتحسين جودة الخدمات الصحية وبرامج التدريب المهنية عبر الإنترنت.

وفي دراسة (Mei Rosemary Fu, et al., 2016) بعنوان تدخل شبكة الانترنت والهواتف النقالة في معالجة سرطان الثدي وإدارة الألم المزمن والأمراض المرتبطة به. تم اختيار العينة عشوائياً (ن=١٢٠) مريضاً. وتشير النتائج إلى فاعلية البرنامج القائم على المحمول وتتبع المعرضين لخطر الألم والأعراض المرتبطة به.

3. أهداف البحث Research Aims

تهدف الدراسة الحالية إلى تعرف :

أ . إدارة الألم لدى مرضى السرطان.

ب. دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي.

4. حدود البحث Research Limitation :

يتحدد البحث الحالي بمرضى السرطان في مركز محافظات بغداد في العراق، من الذكور والإناث، والذين تتراوح أعمارهم من (١٨ سنة) إلى (٧٠ سنة) للعام (٢٠٢٠) .

5. تحديد المصطلحات Define Terms :

- التعرف النظري : تبنى الباحث تعريف ميلزاك وول (Melzack & Wall, 1965) : أمكانية الفرد وإستراتيجيته في التحكم بالألم، ومحاولته ضبطه والتخلص من مستوى الضيق المرافق له، من خلال اللجوء إلى الاسترخاء و القناعة و التصدي العقلي والنفسي له، وممارسته الأنشطة البدنية، واللجوء إلى المساندة الاجتماعية فضلاً عن تناول الأدوية والعقاقير الطبية. (Melzack & Wall, 1965: p979)

وتنتفع عن هذا التعريف مكونات أساسية هي الأبعاد الرئيسية لإدارة الألم :

- الاسترخاء والقناعة : شعور الفرد بالاسترخاء والأرتياح، وإحساسه بالتفاؤل والسعادة، وابتعاده عن مصادر القلق والغضب والاكتئاب.
- العوامل العقلية : الأهتمام بتفاصيل الحياة المهمة والسيطرة على الأفكار، والتفكير بشكل إيجابي، والتركيز على أشياء أخرى غير الألم مثل (الانغماس في العمل، مشاهدة التلفاز، والعادات القرائية).
- النشاط : ممارسة الرياضة والنشاطات البدنية المفيدة للجسم التي تزيد من لياقة الفرد، ويقضي الفرد وقتاً مهماً بها.
- العوامل الفيزيائية والعقاقير : اللجوء إلى الأدوية والعقاقير المخففة للألم والتحفيز المضاد مثل (الحرارة، والتدليك، والوخز بالأبر).
- الدعم الاجتماعي : حصول الفرد على مساندة وعناية مباشرة أو متوقعة من الأفراد المقربين، الذين يثق بهم ويعتمد عليهم في لتجاوز الألم أو معاشته (CH., 2013: p 2-3) .

التعريف الإجرائي : الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من خلال إجابته على فقرات مقياس إدارة الألم .

الفصل الثاني : أدبيات سابقة

* إطار نظري Theoretical framework

أ. المقدمة Introduction :

عام ١٩٦٨ ، عرّف ماكافري الألم بأنه "أيًا كان ما يقوله الشخص المريض إنه موجود، كلما قال إنه كذلك" (McCaffery & Pasero, 1999: 17). يؤكد هذا التعريف على أن التقرير الذاتي للمريض هو المؤشر الأكثر موثوقية للألم ، والمرضى فقط هم من يملكون السلطة على آلامهم. علاوة على ذلك، فإنه يؤكد أن الألم هو تجربة ذاتية.

و وفقاً لـ (Wells et al., 2008) ، يمكن للمرضى وعائلاتهم تجربة المعاناة الجسدية والعقلية والعاطفية عندما لا تتم إدارة ألم المريض بشكل مناسب. إضافةً إلى ذلك ، يحفز الألم المستمر غير المتحكم فيه محاذاة الغدة النخامية - الكظرية ، مما قد يضعف جهاز المناعة في الجسم ، مما يؤدي إلى التهابات ما بعد الجراحة ويؤثر على عملية التئام الجروح. يمكن أن يكون للتحفيز الداعم آثار سلبية على الجهاز الهضمي والقلب والأوعية الدموية والجهاز الكلوي ، مما يجعل المرضى عرضة لحالات مثل انسداد الأمعاء وأمراض القلب الإقفارية (Wells et al., 2008). إضافةً إلى ذلك، من الأمور ذات الأهمية الخاصة للرعاية الصحية ، قد يقلل الألم غير المعالج من قدرة المريض على الحركة، مما يؤدي إلى المزيد من العوائق السريرية مثل الانسداد المفاجئ في الشريان الرئوي، والتخثر الوريدي العميق والالتهاب الرئوي. تؤثر مضاعفات ما بعد الجراحة المرتبطة بعدم كفاية إدارة الألم سلباً على رفاهية المريض وعمليات المستشفى بسبب فترات الإقامة المطولة في المستشفى وعمليات إعادة الإدخال غير الضرورية ، مما يؤدي إلى زيادة النفقات الطبية (Wells et al., 2008).

يؤثر الألم المستمر وغير المُدار أيضاً على الحالة العقلية والعاطفية للمرضى وأسرهم، تتضمن ردود الفعل النفسية المعتادة للألم القلق والاكتئاب. قد يؤدي عدم القدرة على تخفيف الألم إلى خلق إحساس بالضعف وحتى الاكتئاب، مما قد يؤدي إلى حالة اكتئاب مزمنة أكثر للمريض (Klauenberg et al., 2008). نتيجة لذلك ، قد يتردد المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً كافياً للألم في طلب المساعدة الطبية لمشاكلهم الصحية الأخرى. بالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تكون هناك عواقب قانونية لمقدمي الرعاية الصحية نتيجة عدم القدرة على إدارة ألم المريض.

أن المعيار الحالي لعلاج الألم خاصة المعيار الذي وضعه JCAHO (اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية)، يتطلب معالجة الألم دون تأخير (JCAHO, 2001). إن وضع المعايير المهنية لعلاج الألم الفعال يقلل من فرصة اتخاذ الإجراءات القانونية المرتبطة بأوجه القصور في إدارة الألم (Wells et al., 2008) ، وبالتالي ضمان أن الأطباء والمؤسسات يتصرفون بمسؤولية. كأعضاء في فرق الرعاية الصحية مسؤولين عن علاج الألم، و يرتبط رضا المرضى ارتباطاً وثيقاً بتجاربه في إدارة الألم.

ب. مفهوم إدارة الألم The concept of pain management :

عام ١٩٧٩ ، اقترحت الرابطة الدولية لدراسة الألم (IASP) التعريف الأكثر استخداماً للألم على أنه "تجربة حسية وعاطفية غير سارة مرتبطة بتلف الأنسجة الفعلي أو المحتمل ، أو وصفها من حيث هذا الضرر" (Tracey & Mantyh, 2007: 377). لا يركز هذا التعريف على الأصل المرضي الفسيولوجي للألم فحسب ، بل يبرز أيضاً الجوانب النفسية لتجربة الألم. في حين أن هذا تعريف مفيد ، إلا أنه لا يسلط الضوء على تعريف الألم المزمن، الذي عرّفه مكافري وبيبي (١٩٨٩) على أنه : الألم الذي أستمّر ٦ أشهر أو أكثر، مستمر بشكل يومي، ناتج عن أسباب غير مهددة، و لم يستجب لطرق العلاج المتاحة لديه حالياً، وقد يستمر لبقية حياة المريض (Dunajcik, 1999, 471).

إدارة الألم الناجحة تعني تخفيف الآلام واستعادة الوظائف وتحسين نوعية الحياة للمريض. وإن الهدف منه هو التدخل بأدنى حد من استخدام الأدوية. أن الخطوة الأولى في إدارة الألم هي تحديد نوع الألم. سيساعد هذا في التشخيص وفي تطوير خطة مناسبة لإدارة الألم لتتناسب احتياجات المريض (Hader & Guy, 2004). ينصب التركيز الحالي على تطبيق دواء مناسب لإعطاء الأدوية المسكنة ، وتوفير تقييمات الراحة الجسدية وتطبيق إدارة الألم المناسبة للمساعدة في تخفيف العوامل المساهمة في الألم ، مثل القلق والخوف والضعف والاكتئاب وعدم كفاية استراتيجيات المواجهة. يتطلب الألم الحاد تدخلات للقضاء على الانزعاج عن طريق إزالة سببه ومعالجته بالمسكنات وغيرها من الأساليب الطبية الجسدية أو السلوكية (Wells et al., 2008). في معظم الحالات ، يكون العلاج بالأدوية المسكنة هو النهج الأول في علاج الألم الحاد.

تعتبر معالجة إشارات الألم مهمة معقدة للغاية، وأحياناً تكون أدمغتنا ترتكب أخطاء في هذه العملية، تماماً كما تفعل عندما نصيف أرقاماً أو نلعب على البيانو. لكن هذه الأخطاء يمكن تصحيحها عادة.

على الرغم من أهمية التفسير الفسيولوجي لإدارة الألم، الذي أسس لفهم علمي تجريبي رصين، إلا أن هذا التفسير ظل في الدائرة العضوية المرتبطة بالطب، ولم يتخطاها، كما أن النظرية الفسيولوجية تضمنت العديد من الافتراضات الضمنية – الفسيولوجية والتشريحية التي فشلت في تقديم إجابات للعديد من (الألغاز العويصة) Insoluble Puzzles في هذا السياق، منها على سبيل المثال، أن طريقة إدارة الألم السيكولوجية قد تختلف عن الطريقة الطبية، وأن هناك آلاماً تستمر بعد شفاء الجزء المصاب، وكذلك

عدم وجود علاج ملائم لأنواع معينة من الألم، وخاصة تلك الأنماط مجهولة السبب Idiopathic Pains أي أنها لا تنتج عن تلف بالأنسجة، وليس لها سبب محدد مثل آلام أسفل الظهر (Low Back pain LBP) ، والصداع النصفي. Migraine ولم تتمكن النظريات الفسيولوجية من تفسيرها بصورة ملائمة، على الرغم من التطور الكبير في قياس النبضات العصبية وتسجيلها (Bendelow, 1993: 274).

ج. إدارة الألم وعلاقته ببعض المتغيرات

أولاً. أدراك الألم Pain perception :

إن الألم جزء لا يتجزأ من الحياة. ولا يمكن إدراكه إلا أثناء الوعي ومن خلال التفاعل مع قدرة الفرد على الذاكرة وتكامل المعلومات واتخاذ القرار. ومع ذلك ، هناك دليل على أن الألم لا يقتصر على البشر فحسب ، بل أيضاً الفقاريات الأخرى مثل الثدييات والطيور وبعض الزواحف. تستند هذه الفرضية إلى مقارنة هياكل الجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال ، بعض مكونات الدماغ ، التي ترتبط بشكل شائع بإدراك الألم مثل الجهاز الحركي والجهاز الحوفي يمكن التعرف عليها في مجموعة متنوعة من الفقاريات) وعلى الدراسات السلوكية المتاحة عن الوعي ، الذاكرة والتكامل. بناءً على هذه النتائج ، يبدو أيضاً أنه من غير المرجح أن تتمكن اللافقاريات من إدراك الألم. يمكن أن يكون هناك القليل من الشك في أن الشعور بالألم على الرغم من كونه غير مريح للفرد ، إلا أنه ضروري لحماية الجسم من الأذى. في حالة عدم وجود إدراك للألم ، يُسمح للتأثير الضار بالمضي قدماً مع عواقب سلبية محتملة على الجسم. الحساسية الخلقية للألم مرض نادر يتكون من خلل في المسارات الحسية. ينتج عن هذا إصابات متعددة دون إظهار أي إزعاج من قبل المريض. تعد الإصابات مثل عض اللسان والحرق والكسور غير المعروفة شائعة بين هذه المجموعة من المرضى. ليست هناك حاجة للمسكنات أثناء الجراحة والإبلاغ عن الولادات غير المؤلمة تسبب الإحساس بعدم الراحة بالألم في أن يبحث الإنسان عن تفسير باستخدام المفاهيم المعاصرة لإيجاد سبب لهذا الانزعاج (Sabatowski, et al., 2004).

ومن المعروف أن تجربة الألم لها مساران عصبيين متميزان (Wlassoff, 2015). في المسار الأول ، تأتي إشارة الألم من أي جزء من الجسم وتنشط القشرة الحزامية الأمامية للدماغ ، والتي ترتبط بإدراك الألم. يتفاعل الناس بشكل مختلف مع هذا التحفيز لأن الشعور يتم تحديده من خلال تنشيط المسار الثاني الذي يشمل قشرة الفص الجبهي الإنسي والنواة المتكئة ، والتي ترتبط بالتحفيز والعاطفة (Wlassoff, 2015). علاوة على ذلك ، هناك عوامل غير فسيولوجية تساهم في إدراك الألم ، مثل الشخصية، والإدراك، والمعتقدات، والمتغيرات الاجتماعية، والثقافية، والتعلم، والتفاعل العاطفي (Cianfrini, 2017).

ثانياً. إدارة الألم والدين Pain management and religion :

يعتبر تخفيف الآلام مشكلة إدارية للعديد من المرضى وأسرهم والأطباء المهنيين الذين يعتنون بهم، على الرغم من أن كل شخص يعاني من الألم إلى حد ما، إلا أن ردود الفعل تجاهه تختلف من شخص لآخر. يعتبر التعرف على ألم شخص آخر وتحديدته تحدياً معروفاً إكلينيكيًا. أعطانا البحث في علم الأحياء والبيولوجيا العصبية للألم علاقة بين الروحانية والألم. هناك اعتراف متزايد بأن الألم المستمر هو تجربة معقدة ومتعددة الأبعاد تتبع من العلاقات المتبادلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والروحية. يستخدم المرضى الذين يعانون من الألم عددًا من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية للتعامل مع آلامهم ، بما في ذلك العوامل الدينية / الروحية ، مثل الصلاة ، والبحث عن الدعم الروحي لإدارة الآلامهم. تقدم هذه المقالة لمحة عامة عن ظاهرة الألم المعقدة ، مع التركيز على القضايا الروحية والدينية في إدارة الألم (Ozden Dedeli, 2013).

ثالثاً. إدارة الألم والعلاج السلوكي المعرفي Pain management and cognitive behavioral therapy :

إضافةً إلى التفاعلات العصبية والروابط التي يمر بها الدماغ عندما يكون الشخص في حالة ألم ، هناك طبقات متعددة من الأفكار والمشاعر المجردة المعقدة التي يمر بها الشخص والتي تتوج بمدى الألم الذي يشعر به الشخص وكيف يتعامل مع الألم. تتشابك جميع التركيبات المعرفية والتركيبات السلوكية والتأثيرات البيئية في شبكة معقدة من الفردية والتي يجب أخذها في الاعتبار ودمجها في أي معالجات حتى تكون فعالة ويتم اكتشافها أثناء التقييم الأولي (Asmundson, et al., 2014). هذه المجالات الشخصية والفردية والشاملة هي التي تجعل منه نهجاً نفسياً يجلس ضمن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لعلاج المريض.

أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو طريقة يمكن أن تساعد في إدارة المشاكل عن طريق تغيير الطريقة التي يفكر ويتصرف بها المرضى. لم يتم تصميمه لإزالة أي مشاكل ولكن للمساعدة في إدارتها بطريقة إيجابية (Peck, 1995).

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي من خلال توظيفه في التعامل مع آلام الإنسان خلال مواقف الألم، ويمكن أن تتجسد من خلال برامج سلوكية معرفية لإدارة الألم والتخفيف منه، بوصفه لازمة سلوكية معرفية. ويأتي ذلك من خلال تأكيد تلك البرامج على إعادة تنظيم مثيرات البيئة للفرد المتألم (NHS Choices, 2012).

ولقد تم تطوير العلاج السلوكي (BT) في الخمسينيات من القرن الماضي بشكل مستقل في ثلاث دول: جنوب إفريقيا والولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا (Öst L.G., 2008). تم تطويره إلى العلاج المعرفي (CT) في السبعينيات من قبل الدكتور آرون بيك مع تطبيقه الرئيسي على الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل (Peck, 1995). ومع ذلك، فإن الدليل الرئيسي اليوم يركز على العلاج المعرفي السلوكي، بعد دمج BT و CT في أواخر الثمانينيات (Roth, 2005).

يفترض العلاج السلوكي المعرفي أن تغيير التفكير غير القادر على التكيف يؤدي إلى تغيير السلوك. يساعد المعالجون الأفراد على تحدي أنماطهم ومعتقداتهم واستبدال "أخطاء التفكير مثل التعميم المفرط، وتضخيم السلبيات، وتقليل الإيجابيات، والتهويل" بأفكار أكثر واقعية وفاعلية، وتقليل الضيق العاطفي والسلوك المهزوم للذات. من خلال تحدي طريقة تفكير الفرد والطريقة التي يتفاعل بها مع عادات أو سلوكيات معينة بطريقة بناءة يمكن أن تخلق تناقضاً معرفياً وبالتالي فرصة لتغيير أنماط تفكير الشخص وسلوكه (Gatchel, 2008). ببساطة، يساعدك العلاج السلوكي المعرفي (CBT) على التفكير بشكل إيجابي وواقعي وعقلاني في موقف ما (Hayes, 2004).

د. نظريات إدارة الألم : Pain management theories :

أولاً. نظرية الخصوصية : Privacy theory :

طرح رينيه ديكرات، الفيلسوف وعالم الرياضيات، نظرية الخصوصية في القرن السابع عشر. ووصف الألم بأنه حركة مجموعة معينة من أنسجة الأعصاب المحيطة بالعمود الفقري حتى منطقة الألم المركزية، أو الغدة الصنوبرية في الدماغ الأمامي. تقترض هذه النظرية أن مؤشرات الألم واللمس على الجلد مرتبطة بنقطة محورية للألم في الدماغ. تنقل المستقبلات الشعور بالألم مباشرة إلى الدماغ، وأي إحساس ناتج يُفهم على أنه مجرد استجابة للدفعة الأولية للألم. تم قبول نظرية الخصوصية على نطاق واسع لعدة سنوات؛ ومع ذلك، فإن النظرية قائمة على أساس بيولوجي ولا تعترف بأي عناصر نفسية في حدوث الألم. هذه النظرية لا تأخذ في الاعتبار ظاهرة الألم عندما يكون الأساس العضوي للألم غائباً. على سبيل المثال، ضع في اعتبارك لاعباً رياضياً يستمر في اللعب، غير مدرك لإصابة مكتسبة، حتى نهاية اللعبة. في هذه الحالة، على الرغم من وجود الأساس العضوي للألم، لا يتم الشعور بالإحساس حتى يركز الفرد انتباهه على الجزء المؤلم من الجسم (Wozniak, R. H., 1992).

ثانياً. نظرية النمط : Pattern theory :

تم تطوير نظرية نمط الألم في عام ١٨٩٤ من قبل طبيب الأعصاب الألماني ألفريد جولدنشيدر. وجادل بأنه لا توجد بنية واحدة للتعرف على الألم، وأن مستقبلات الألم موزعة مع تلك الخاصة بأحاسيس أخرى، مثل اللمس، في جميع أنحاء الجسم وفقاً لنظرية النمط، يعاني الأفراد من الألم عند حدوث أنماط معينة من الحركة العصبية - على سبيل المثال، عندما تصل أشكال معينة من النشاط إلى مستويات عالية للغاية في الدماغ. تقترح هذه النظرية أن هذه الأنماط تظهر فقط مع التحفيز القوي، حيث تؤدي شدة التحفيز المختلفة إلى ظهور أنماط متنوعة من النشاط الحسي. يمكن ملاحظة ذلك في الأحاسيس المختلفة التي يتم الشعور بها عند تعرض المرء لضربة شديدة (وهو أمر مؤلم)، بدلاً من مجرد لمس (وهو أمر غير مؤلم) (Melzack & Wall, 2008).

ثالثاً. نظرية التحكم في البوابة للألم : Gate control theory for pain : [النظرية المتبناة]

التطور الأحدث هو نظرية التحكم في البوابة للألم التي اقترحتها (Melzack & Wall, 2008) يفترض هذا التصور وجود مدخل موجود في الجهاز العصبي الرئيسي. وهذا بدوره يسمح أو يمنع نقل إشارات الألم على طول الطريق إلى الدماغ. توجد مجموعة من الخلايا العصبية، تُعرف باسم "المادة الجيلاتينية"، داخل الحبل الشوكي. على غرار نظام البوابة، تعمل المادة الجيلاتينية "كحارس بوابة"؛ يقرر متى يُسمح للرسالة الحسية أو لا يسمح لها بالاتصال بالدماغ (Gilman & Newman, 1992) تقترح النظرية أن البوابة تؤدي وظيفة مهمة في إدارة الألم في الجهاز العصبي الرئيسي. تشير رسائل الألم التي تعبر البوابة الخلايا الحاملة للفرقن الظهرية الموجود في النخاع الشوكي، والتي بدورها تساعد في نقل رسائل الألم إلى الدماغ (Buxton, 1999).

تؤكد نظرية التحكم في البوابة أن رسائل الألم تنتقل إلى الدماغ من خلال المنبهات التي يتم تلقيها بناءً على مرحلتها وشدتها. يبدو أن هذا أيضاً له تأثير على الموقع الذي يدخلون إليه. تستند نظرية التحكم في البوابة أيضاً على فكرة أن يتحكم كل من العناصر الجسدية والنفسية في الطريقة التي يترجم بها الدماغ الألم ورد الفعل الناتج عنه. يلاحظ معظم الأفراد الذين يعانون من الألم أنه يزداد سوءاً إذا شعروا بالضيق ويقل عندما يحولون تركيزهم إلى شيء يتطلب التركيز أو يكون ممتعاً (McCaffrey, Frock & Garguilo, 2003).

تمتد الأعصاب من جميع أنحاء الجسم إلى الحبل الشوكي ، وهو أول نقطة التقاء رئيسية للجهاز العصبي. في النخاع الشوكي ، قد تتخيل سلسلة من البوابات تصل إليها رسائل الألم من جميع أنحاء الجسم.

يمكن أن تكون هذه البوابات في بعض الأحيان أكثر انفتاحاً من الأوقات الأخرى. هذا مهم لأنه من خلال هذه البوابات تنتقل الرسائل من جسمك إلى عقلك. إذا كانت البوابات أكثر انفتاحاً ، فإن الكثير من رسائل الألم تنتقل إلى الدماغ ومن المحتمل أن تعاني من مستوى عالٍ من الألم. إذا كانت البوابات مغلقة أكثر ، فسيفل عدد الرسائل التي تصل إليك ومن المحتمل أن تشعر بألم أقل.

وعليه فهناك عوامل تحدث فرقاً في كيفية فتح أو غلق هذه البوابات وهي (الاسترخاء والقناعة، والعوامل العقلية، والنشاط، والعوامل الفيزيائية والعقاقير، والدعم الاجتماعي). وتعد هذه العوامل مكونات سلوكية أساسية أعمدها النظرية :

المكون الأول : الاسترخاء والقناعة : شعور الفرد بالاسترخاء والأرتياح، وإحساسه بالتفاؤل والسعادة، وابتعاده عن مصادر القلق والغضب والاكتئاب.

المكون الثاني : العوامل العقلية : الأهتمام بتفاصيل الحياة المهمة والسيطرة على الأفكار، والتفكير بشكل إيجابي، والتركيز على أشياء أخرى غير الألم مثل (الانغماس في العمل، مشاهدة التلفاز، والعادات القرائية).

المكون الثالث : النشاط : ممارسة الرياضة والنشاطات البدنية المفيدة للجسم التي تزيد من لياقة الفرد، ويقضي الفرد وقتاً مهماً بها.

المكون الرابع : العوامل الفيزيائية والعقاقير : اللجوء إلى الأدوية والعقاقير المخففة للألم والتحفيز المضاد مثل (الحرارة، والتدليك، والوخز بالأبر).

المكون الخامس : الدعم الاجتماعي : حصول الفرد على مساندة وعناية مباشرة أو متوقعة من الأفراد المقربين، الذين يثق بهم ويعتمد عليهم في لتجاوز الألم أو معاشته.

الفصل الثالث : منهجية البحث وإجراءاته

■ منهجية البحث Research Methodology :

أعتمد البحث الحالي منهج البحث الوصفي (الدراسة الارتباطي) لمعرفة العلاقة الارتباطية بين متغيري إدارة الألم والرضا عن الحياة، ويعرف منهج البحث الوصفي بأنه كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر، التعليمية أو النفسية كما هي قائمة في الوقت الحاضر، بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها، أو بينها وبين ظواهر تعليمية أو نفسية أخرى. ولا يقف البحث الوصفي عند حدود وصف الظاهرة موضوع البحث فقط، وإنما يذهب أبعد من ذلك فيحلل ويفسرويقارن ويقيم، أملا في التوصل إلى تعميمات ذات معنى يزيد بها رصيد معارفنا عن تلك الظاهرة، وفي كل الأحوال فإن أهم خصائص البحث الوصفي الموضوعية في التشخيص (الزوبعي ، ١٩٨١، ص ٥١)

■ إجراءات البحث Research procedures :

١. مجتمع البحث Research community :

تمثل مجتمع البحث الحالي بمرضى السرطان في محافظة بغداد من كلا الجنسين (ذكور،إناث)، وللأعمار ما بين (١٨ - ٧٠) سنة، وللتحصييل الدراسي (إعدادية - بكالوريوس) حيث بلغ العدد الكلي للمرضى (٧٤٠٧) مريضاً، بواقع (٤٣٩٩)* من الإناث وكانت نسبتهم (٥٩%) من المجتمع الكلي و (٣٠٠٨) من الذكور، وكانت نسبتهم (٤١%) من المجتمع الكلي.

٢. عينة البحث : Research sample

تم سحب عينة البحث بالطريقة العشوائية إذ بلغ حجم عينة البحث (٢٢٢) مريض من محافظة بغداد وكانت نسبتهم (٠,٠٣) من مجتمع البحث بواقع (٩٠) من الذكور و (١٣١) من الإناث وكانت نسبة الذكور (٤١%) ونسبة الإناث (٥٩%).

٣. أداة البحث : Research Tools

تحقيقاً لأهداف البحث تم بناء مقياس لإدارة الألم حيث أتخذ الباحث إجراءات لبناء المقياس على وفق نظرية ميلزاك وول (Melzack & Wall, 1965)، حيث أن الباحث تبنى تعريف ميلزاك وول (Melzack & Wall, 1965)، بوصفه تعريفاً نظرياً لإدارة الألم في البحث الحالي والذي سبق الإشارة إليه في الفصل الأول.

أ. إجراءات بناء مقياس إدارة الألم

بعد إطلاع الباحث على الأدبيات العراقية والعربية والأجنبية السابقة فإنه - بقدر إطلاع الباحث- لم يجد مقياساً يقيس إدارة الألم لدى المرضى. لذا كان إلزاماً عليه بناء مقياس لإدارة الألم لدى مجتمع البحث (مرضى السرطان).

ولبدء بناء مقياس لإدارة الألم فإنه من الضروري، تحديد بعض الأسس النظرية التي ستكون الدليل للسير بخطوات بناء المقياس. ويمكن تحديد المنطلقات النظرية التي أتمدها الباحث في بناء المقياس بما يأتي :

(١) اعتماد التعريف النظري لمفهوم إدارة الألم أساساً في تحديد المكونات السلوكية له.

(٢) ملائمة المقياس لمحددات البيئة العراقية المحلية، و استكمال بناء المقياس في ضوء خصوصية المجتمع، كون الباحث لم يجد مقياساً محلياً سابقاً، قد تم بناءه وفقاً لتلك الخصوصية.

(٣) تعد إدارة الألم سمة مكوناتها الرئيسية (الاسترخاء والقناعة، العوامل العقلية، النشاط، العوامل الفيزيائية والعقائير، الدعم الاجتماعي) عبارة عن وحدة متكاملة، تحسب لها درجة كلية في المقياس.

ب. صلاحية فقرات المقياس :

لغرض التحقق من صلاحية فقرات المقياس التي تم بنائها والبالغة (٣٠) فقرة، والتي توزعت على المجالات الخمسة فكانت (٦) فقرات للاسترخاء والقناعة، و (٧) فقرات للعوامل العقلية، و (٦) فقرات للنشاط، و (٥) فقرات للعوامل الفيزيائية والعقائير، و (٦) فقرات للدعم الاجتماعي، تم عرضها على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس (ملحق ٣)، لغرض الحكم على مدى صلاحيتها في قياس إدارة الألم، إذ احتوت استمارة التحكيم على تعريف إدارة الألم ومجالاته، وبدائل الإجابة على المقياس.

وبعد أن أبدى الخبراء استجاباتهم وملاحظاتهم على عبارات المقياس، وباستخدام النسبة المئوية لكل فقرة من فقرات المقياس، فالفقرة التي تحصل على نسبة الموافقة على ٨٠% فأكثر تبقى في المقياس، والفقرة التي تحصل على نسبة الموافقة أقل من ٨٠% تحذف من المقياس، إذ تمت الموافقة على (٢٨) فقرة والتي حصلت على نسبة ٨٠% فأكثر وتم رفض (فقرتين) إذ حصلنا على نسبة أقل من ٨٠% وهي الفقرات (١٣) والتي تقع في المجال الثاني و(١٩) في المجال الثالث.

ج. التجربة الاستطلاعية للمقياس (تجربة وضوح التعليمات والفقرات) :

استهدفت التعرف على مدى وضوح فقرات المقياس من حيث الصياغة والمعنى، ومدى فهم المبحوث لبدائل الإجابة ومعرفة الوقت اللازم للإجابة. ولتحقيق ذلك طبق المقياس على عينة عشوائية استطلاعية بلغ عدد أفرادها (٢٠) مريضاً من مركز مدينة بغداد، بواقع (١٠) من الذكور و (١٠) من الإناث، حيث تمت الإجابة بحضور الباحث وطلب منهم إبداء ملاحظاتهم حول وضوح الفقرات وصياغتها وطريقة الإجابة، وفيما إذا كانت هناك فقرات غير مفهومة، وقد اتضح للباحث أن فقرات المقياس وتعليماته كانت واضحة للمجيب ولا حاجة إلى تغيير أو تعديل صياغة أية فقرة من فقرات المقياس، فيما كان الوقت المستغرق للإجابة على فقرات المقياس يتراوح بين (٨ - ١٠) دقيقة.

د. وصف المقياس :

صمم المقياس لقياس إدارة الألم لدى مرضى السرطان، ويتكون مقياس إدارة الألم المعد لتحليل الفقرات إحصائياً من (٢٨) فقرة، موزعة على خمسة مجالات أو أبعاد، وقد تم تقريظ فقرات كل مجال بشكل عشوائي لكي نتجنب الألفة للفقرات وكما يلي :

- الاسترخاء والقناعة ١-٦-١١-١٦-٢١-٢٦ عدد الفقرات ٦ فقرة .
- العوامل العقلية ٢-٧-١٢-١٧-٢٢-٢٧ عدد الفقرات ٦ فقرة .
- النشاط ٣-٨-١٣-١٨-٢٣ عدد الفقرات ٥ فقرة .
- العوامل الفيزيائية والعقاقير ٤-٩-١٤-١٩-٢٤ عدد الفقرات ٥ فقرة .
- الدعم الاجتماعي ٥-١٠-١٥-٢٠-٢٥-٢٨ عدد الفقرات ٦ فقرة .

هـ. التحليل الاحصائي للفقرات

(١) طريقة المجموعتين الطرفيتين Extreme Groups Method :

لحساب القوة التمييزية لكل فقرة في مقياس إدارة الألم ، تم أخذ عينة عشوائية بالطريقة القصدية، وبلغت (٢٢٢) مريضاً ومريضة، تم أخذهم بصورة عشوائية من مجتمع مرضى السرطان مركز مدينة بغداد.

وبعد تصحيح الاجابات واستخراج الدرجة الكلية لكل استمارة على مقياس إدارة الألم، أجرى الباحث ترتيباً تنازلياً للدرجات ابتداءً من الدرجة الاعلى وانتهاءً بالدرجة الأدنى وقد تراوحت الدرجات من (١٢٧) درجة إلى (٤٤) درجة، ومن ثم لجأ الباحث لاختيار نسبة ٢٧% من الاستمارات ذات الدرجات الاعلى لمقياس إدارة الألم وسميت بالمجموعة العليا وكانت (٦٠ استمارة)، ولقد تراوحت الدرجات بين (١٢٧) إلى (١٠٧) درجة، وأيضاً تم اختيار نسبة ٢٧% من الاستمارات ذات الدرجات الأدنى للمقياس وسميت بالمجموعة الدنيا وكانت (٦٠ استمارة)، ولقد تراوحت الدرجات بين (٩٠) إلى (٤٤) درجة.

وهكذا فإن نسبة ٢٧% من الاستمارات ذات الدرجات الأعلى والادنى تعد أفضل نسبة يمكن استخدامها في تحليل الفقرات، وذلك لأنها توفر لنا مجموعتين بأقصى ما يمكن من وتمايزو حجم، حينما يكون توزيع على شكل منحني اعتدالي للدرجات على المقياس (الزروعي وآخرون، ١٩٨١، ٧٤)

أجرى الباحث المعادلات الاحصائية لاستخراج الوسط الحسابي والتباين لكلا المجموعتين العليا والدنيا لمقياس إدارة الألم، وبعد استخراجها قام بتطبيق الاختبار التائي (t. test) لعينتين مستقلتين لاختبار الفروق دلالة الفروق بين الوسط الحسابي للمجموعتين العليا والدنيا، نظراً إلى أن القيمة التائية المحسوبة تمثل قوة الفقرة التمييزية بين المجموعتين (مايرز، ١٩٩٠، ٣٥) واعتبرت القيمة التائية المحسوبة مؤشراً لتمييز كل فقرة من فقرات المقياس من خلال مقارنتها مع القيمة الجدولية البالغة (١,٩٦) درجة، وبناءً عليه فقد تبين أن جميع الفقرات دالة إحصائياً، وذلك لأن قيمتها التائية المحسوبة أعلى من الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) درجة، ودرجة حرية (١١٨) درجة، باستثناء الفقرة (٦) والتي تعود إلى المجال الأول فقد كانت غير دالة إحصائياً ، لذلك تم حذفها من المقياس لأن قيمتها التائية المحسوبة أقل من القيمة الجدولية.

(٢) علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (الاتساق الداخلي) :

أن ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس يعد مؤشراً على أن الفقرة تقيس نفس المفهوم الذي يقيسه المقياس بشكل عام ، حيث يعد ارتباط درجة الأفراد على الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس بمثابة قياس محكي أي، وعلى هذا الأساس يتم ابقاء الفقرات في المقياس أو استبعادها (Lindquist , 1957: 71) ، حيث أن الفقرة التي يكون معامل ارتباط درجتها بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائياً ، تبقى في المقياس والفقرات ذات معاملات الارتباط الغير دال إحصائياً يتم استبعادها من المقياس (Anastasi, 1976 : 154).

ويمتلك المقياس الذي تنتخب فقراته وفق هذا المؤشر صدقاً بنائياً ، وان هذا الاسلوب يقدم مقياساً متجانساً في فقراته (Smith , 70 : 1966)، و لاستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من الفقرات في المقياس والدرجة الكلية فقد تم استعمال معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) ، لـ (٢٢٢) استمارة، وهي ذات الاستمارات التي تم اجراء تحليل الفقرات عليها في ضوء المجموعتين الطرفيتين، وقد اتضح إن قيم معاملات الارتباط لجميع الفقرات كانت دالة إحصائياً عند مقارنتها بالقيمة الحرجة لمعامل الارتباط والبالغة (٠,٠٩٨) درجة، عند مستوى دلالة (٠,٠٥) درجة، ودرجة حرية (٢٢٠) درجة.

(٣) علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال للمقياس (الاتساق الداخلي) :

تم استخدم هذا المؤشر من أجل للتأكيد على إن فقرات المقياس تقيس المفهوم نفسه الذي يقيسه المجال، ولأجل ذلك تم استخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه، ولتحقيق ذلك تم حساب الدرجة الكلية لأفراد العينة على كل مجال من المجالات الخمسة للمقياس (الاسترخاء والقناعة، العوامل العقلية، النشاط، العوامل الفيزيائية والعقاقير، الدعم

الاجتماعي)، وبعد ذلك تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة ودرجة المجال الذي تنتمي إليه لجميع أفراد العينة ، وقد تبين إن معاملات الارتباط جميعها دالة إحصائياً عند مقارنتها بالقيمة الحرجة لمعامل الارتباط البالغة (٠,٠٩٨) درجة، وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) درجة، ودرجة حرية (٢٢٠) درجة.

٤) علاقة درجة المجال بالدرجة الكلية للمجالات الأخرى والدرجة الكلية للمقياس (الاتساق الداخلي):

أن ارتباط المجال الفرعي مع المجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية للمقياس، تعد قياس اساسي للتجانس وتساعد في تحديد مجال السلوك المقاس (Anastasi, 1976: 155)، وقد تم التأكد من ذلك عن طريق استخدام معامل الارتباط بيرسون لاستخراج العلاقة بين درجة المفحوصين على كل مجال والدرجة الكلية للمقياس، ولتحقيق ذلك اعتمد الباحث على (٢٢٢) أستمارة، وقد أشارت النتائج إلى أن معاملات ارتباط كل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً، عند مقارنتها بالقيمة الحرجة لمعامل الارتباط والبالغة (٠,٠٩٨) درجة، وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) درجة، ودرجة حرية (٢٢٠).

و. الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس إدارة الألم :

١) مؤشرات الصدق Validity Indexes :

هنالك عدة أساليب لقياس صدق الاداة، وقد استعمل الباحث مؤشرات عدة للصدق وهي:

- الصدق الظاهري Face Validity :

ان الطريقة الافضل لمعرفة الصدق الظاهري، هي عرض المقياس قبل تطبيقه على مجموعة من الخبراء الذين يتمتعون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية أي فقرة من فقرات المقياس في قياس ما وضعت من أجل قياسه، وأن الباحث يأخذ بالأحكام التي يتفق عليها ٨٠% فأكثر، من المحكمين (الكبيسي، ٢٠١٠: ٢٦٥)، وقد تحقق هذا الصدق في مقياس إدارة الألم، من خلال عرض المقياس قبل تطبيقه (بصورته الأولية)، على مجموعة من الخبراء المختصين في ميدان علم النفس ، لمعرفة صلاحية وملائمة فقرات المقياس وبدائله وتعليماته وكما ذكر سلفاً.

- صدق البناء Construct Validity :

يرى عدد كبير من المختصين ان صدق البناء (Construct Validity) هو أكثر أنواع الصدق قبلاً، ذلك أنه يتفق مع مفهوم أيبيل، Ebel، للصدق (الإمام، ١٩٩٠، ١٣١)، وقد تحقق هذا النوع من الصدق، في هذا المقياس (إدارة الألم) من خلال المؤشرات الآتية :

- أسلوب المجموعتين الطرفيتين.

- ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس.

- ارتباط درجة الفقرة بدرجة المجال.

- ارتباط درجة المجال بدرجات المجالات الأخرى والدرجة الكلية للمقياس.

٢) مؤشرات الثبات Reliability Indexes :

يشير مفهوم ثبات درجات الاختبار إلى مدى عدم وجود أخطاء غير منتظمة تشوه القياس. فإذا كان الاختبار يقيس ميزة معينة بمقاييس متسقة في ظل ظروف مختلفة تؤدي إلى أخطاء القياس، فإن درجات الاختبار تكون ثابتة، فالثبات في هذا المعنى، يعني اتساق أو دقة القياس (علام، ٢٠٠٠، ١٣١).

ولاستخراج الثبات تم استخدام :

- طريقة معامل (ألفا كرونباخ) للاتساق الداخلي Alpha coefficient consistency :

ولاستخراج الاتساق الداخلي للمقياس الحاليتم حساب معامل الفا كرونباخ وجاءت النتائج بعد تطبيق المقياس على عينة من (٢٢٢) مستجيب أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس إدارة الألم قد بلغ (٠,٨٢٩) وهو معامل ثبات عالي .

أن معامل ألفا كرونباخ الذي يساوي أو يزيد عن (٠,٨٠) هو معامل ثبات عالي، وأن المعامل الذي يساوي أو يقل عن (٠,٦٠) فهو معامل ثبات منخفض (Nunnally & Bernstein, 1994, p. 25)

ز. وصف المقياس بصيغته النهائية وتصحيحه وحساب الدرجة الكلية :

تكون مقياس إدارة الألم من (٢٧) فقرة بصورته النهائية، موزعة على خمسة مجالات بواقع (٥) فقرات للاسترخاء والقناعة، و (٦) فقرات للعوامل العقلية، و (٥) فقرات للنشاط، و (٥) فقرات للعوامل الفيزيائية والعقاقير، و (٦) فقرات للدعم الاجتماعي، وقد تم تصحيح المقياس وفق طريقة ليكرت للإجابة على بدائل مقياس إدارة الألم وهذه البدائل هي (تنطبق علي تماماً، وتنطبق علي، وتنطبق علي أحيانا، ولا تنطبق علي، ولا تنطبق علي أبداً) وتصحح هذه البدائل من (٥) إلى (١) درجة للفقرات التي تشير إلى إدارة الألم، ويصبح التصحيح عكسياً للفقرات التي لا تشير إلى إدارة الألم، وبذلك فإن المدى النظري لأعلى درجة يمكن إن يحصل عليها المفحوص هي (١٣٥) درجة، وأدنى درجة هي (٢٧) درجة، وبمتوسط فرضي(٨١) درجة.

٤. التطبيق النهائي :

عمل الباحث على تطبيق أداة البحث على عينة من مرضى السرطان البالغ حجمها (٢٢٢) مريضاً ومريضاً، وقد تم اختيارهم بالطريقة العشوائية للفترة من (٢٢ / ١٢ / ٢٠٢٠) إلى (٤ / ٤ / ٢٠٢١)، وبعد انتهاء التطبيق تم تصحيح الإجابات وحساب الدرجات الكلية لكل أستمارة، من أجل استخراج نتائج البحث وفق الاهداف.

الفصل الرابع : النتائج، مناقشتها وتفسيرها

الهدف الأول : تعرف إدارة الألم لدى مرضى السرطان :

بعد تطبيق مقياس إدارة الألم على العينة البالغة (٢٢٢) مريض ومريضة بالسرطان، كان المتوسط الحسابي (٩٥,٣١٠) درجة، وكان الانحراف المعياري (١٣,٢٦٧) درجة، وبعد حساب الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات العينة على مقياس إدارة الألم والمتوسط الفرضي لنفس المقياس والبالغ (٨١) درجة، وذلك باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة (One sample t-test)، أنضح أن الفرق دال إحصائياً، حيث كانت القيمة التائية المحسوبة (١٦,٠٧١) درجة وهي أعلى من القيمة التائية الجدولية والبالغة (١,٩٨) درجة، عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، ودرجة حرية (٢٢١)، وهذا يعني وجود فرق دال إحصائياً بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، وتشير هذه النتيجة إلى أن مرضى السرطان لديهم درجة عالية من إدارة الألم والجدول (١) يوضح ذلك.

جدول (١)

الاختبار التائي لعينة واحدة لمقياس إدارة الألم لدى مرضى السرطان

حجم العينة	الوسط الحسابي	الوسط الفرضي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	الدلالة
222	95.310	81	13.267	16.071	1.98	221	دالة

تفسير النتيجة :

تشير هذه النتيجة إلى أن مرضى السرطان ربما أمتلكوا وعياً كافياً بواقع مرضهم، (إذ كانوا منتظمين في أخذ العلاج)، الأمر الذي يفرض عليهم التصدي العقلي والقناعة النفسية بضرورة التفاعل مع المرض والبحث عن سبل مواجهة الآلام الناجمة عنه، لاسيما أنهم قد حصلوا على درجات مرتفعة في مجالات الدعم الاجتماعي، والعوامل العقلية، والنشاط، والاسترخاء والقناعة، فضلاً عن الالتزام بتناول الأدوية والعقاقير الطبية التي تساعد في تجاوز الألم. هذا يعني أنه يقومون بالسيطرة على غلق البوابات التي تنقل الرسائل العصبية إلى نخاع الشوكي وبالتالي يقللون من الشعور بالألم أي أنهم يسيطرون على الألامهم.

ويجب الإشارة إلى أن الرضا عن الحياة، ربما له دور في مواجهة الألم لدى أفراد عينة البحث نظراً لوجود علاقة ارتباطيه إيجابية بين المتغيرين.

الهدف الثاني : تعرف دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي:

ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم، وذلك تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي، كما موضح في جدول (٢).

جدول (٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم تبعاً لمتغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي

العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العمر	التحصيل الدراسي	الجنس
12	14.46286	90.9167	١٨-٤٢ سنة	إعدادية	ذكور
60	10.73781	96.7667	٤٣-٦٧ سنة		
72	11.53432	95.7917	الكلية		
7	14.52584	93.0000	١٨-٤٢ سنة	بكالوريوس	
11	10.02270	89.6364	٤٣-٦٧ سنة		
18	11.67940	90.9444	الكلية		
19	14.11482	91.6842	١٨-٤٢ سنة	الكلية	
71	10.87585	95.6620	٤٣-٦٧ سنة		
90	11.66150	94.8222	الكلية		
27	17.06832	92.5926	١٨-٤٢ سنة	إعدادية	إناث
66	13.19614	94.3485	٤٣-٦٧ سنة		
93	14.35292	93.8387	الكلية		
18	12.42139	103.0556	١٨-٤٢ سنة	بكالوريوس	
21	13.85692	97.2857	٤٣-٦٧ سنة		
39	13.36324	99.9487	الكلية		
45	16.08202	96.7778	١٨-٤٢ سنة	الكلية	
87	13.33674	95.0575	٤٣-٦٧ سنة		
132	14.29361	95.6439	الكلية		
39	16.13982	92.0769	١٨-٤٢ سنة	إعدادية	الكل
126	12.10140	95.5000	٤٣-٦٧ سنة		
165	13.19489	94.6909	الكلية		
25	13.53785	100.2400	١٨-٤٢ سنة	بكالوريوس	
32	13.03496	94.6563	٤٣-٦٧ سنة		
57	13.43195	97.1053	الكلية		
64	15.59023	95.2656	١٨-٤٢ سنة	الكلية	
158	12.25808	95.3291	٤٣-٦٧ سنة		
222	13.26779	95.3108	الكلية		

ولتتعرف دلالة الفروق في درجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي، والتفاعل بين هذه المتغيرات تم اللجوء إلى تحليل التباين الثلاثي (Three Way Analysis of Variances)، وظهرت النتائج كما في جدول (٣)

جدول (٣)

نتائج تحليل التباين الثلاثي للفروق في درجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي

مستوى الدلالة (0.05)	القيمة الفائية		تقدير التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
	الجدولية	المحسوبة				
غير دال	3.89	3.427	588.252	1	588.252	الجنس
غير دال	3.89	0.831	142.654	1	142.654	العمر
غير دال	3.89	0.028	4.771	1	4.771	التحصيل
دال إحصائياً	3.89	4.053	695.721	1	695.721	الجنس والعمر
غير دال	3.89	0.503	86.386	1	86.386	الجنس والتحصيل
غير دال	3.89	3.338	572.868	1	572.868	العمر والتحصيل
غير دال	3.89	0.034	5.825	1	5.825	الجنس والعمر والتحصيل
			171.640	214	36730.929	الخطأ
				221	38903.554	الكل المصحح

عند درجتي حرية (١: ٢٢١) وقيمة فائية جدولية (٣,٨٩) ومستوى دلالة (٠,٠٥). يتبين من الجدول الآتي :

١. أن القيمة الفائية المحسوبة لمتغير الجنس بلغت (٣,٤٢٧) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
 ٢. أن القيمة الفائية المحسوبة لمتغير العمر بلغت (٠,٨٣١) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
 ٣. أن القيمة الفائية المحسوبة لمتغير التحصيل بلغت (٠,٠٢٨) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
 ٤. أن القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير الجنس والعمر بلغت (٤,٠٥٣) درجة، وهي أعلى من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
 ٥. أن القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير الجنس والتحصيل بلغت (٠,٥٠٣) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذات دلالة إحصائية.
 ٦. أن القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير العمر والتحصيل بلغت (٣,٣٣٨) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
 ٧. أن القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير الجنس والعمر والتحصيل بلغت (٠,٠٣٤) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
- ولتعرف دلالة الفرق في درجات أفراد العينة في تفاعل متغير الجنس والعمر، تم اللجوء لاختبار المقارنات المتعددة (شيفيه)، والذي بين أن الفرق في التفاعل غير دالة إحصائياً كمل في جدول (٤)

جدول (٤)

اختبار المقارنات المتعددة (شيفيه) لدرجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم للتفاعل بين متغير الجنس والعمر

الجنس - العمر	الجنس - العمر	الفروق في المتوسطات	الخطأ المعياري للفروق	الدلالة الإحصائية
---------------	---------------	---------------------	-----------------------	-------------------

غير دالة	3.45641	4.84722	ذكور فئة (٦٧-٤٣) سنة	ذكور فئة (٤٢-١٨) سنة
غير دالة	2.05893	1.95296	إناث فئة (٤٢-١٨) سنة	
غير دالة	2.60777	- 4.15705	إناث فئة (٦٧-٤٣) سنة	
غير دالة	3.45641	- 4.84722	ذكور فئة (٤٢-١٨) سنة	ذكور فئة (٦٧-٤٣) سنة
غير دالة	3.37746	- 2.89427	إناث فئة (٤٢-١٨) سنة	
غير دالة	3.73745	- 9.00427	إناث فئة (٦٧-٤٣) سنة	
غير دالة	2.05893	- 1.95296	ذكور فئة (٤٢-١٨) سنة	إناث فئة (٤٢-١٨) سنة
غير دالة	3.37746	2.89427	ذكور فئة (٦٧-٤٣) سنة	
غير دالة	2.50219	- 6.11001	إناث فئة (٦٧-٤٣) سنة	
غير دالة	2.60777	4.15705	ذكور فئة (٤٢-١٨) سنة	إناث فئة (٦٧-٤٣) سنة
غير دالة	3.73745	9.00427	ذكور فئة (٦٧-٤٣) سنة	
غير دالة	2.50219	6.11001	إناث فئة (٤٢-١٨) سنة	

تفسير النتيجة :

مما سبق فإن النتائج تشير إلى أنه لم يظهر هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية، في استجابات أفراد عينة البحث تبعاً :

• **للجنس :** إذ ظهر أن هنالك تماثل في استجابات الذكور والإناث من المرضى، ولعل ذلك يعود إلى كون تبعات المرض وخصوصيته ترمي بذات الظلال على الجنسين، الأمر الذي يحتاج من كليهما الاستعداد والتفاعل والنشاط ذاته في تجنب الألم والسيطرة عليه.

• **للعمر :** وهنا كذلك فإن الاستجابات بينت أن الأعمار كافة من (١٨ - ٦٨)، كانوا قد تساوا في الاستجابة لأبعاد إدارة الألم، سواء في فئة الشباب (٤٢-١٨) سنة، أو فئة الكبار (٦٨-٤٣) سنة، وهذا الأمر يعود إلى أن الجميع يعيشون ذات التهديد، فالشباب لديهم الأفق الممتد نحو المواجهة والأمل العريض بالشفاء، والكبار لديهم القدر المهم من النضوج والكفاءة في مواجهة صعاب الحياة.

• **التحصيل الدراسي :** وكذا الحال فإن عدم وجود فرق دال إحصائياً، بين فئتي الإعدادية واليكالوريوس، يعود إلى أن بيئة المرض معقدة، تفرض عليهم الاستجابة ذاتها للوعي بالمرض، وربما تشير هذه النتيجة إلى أن المحتوى الأكاديمي غير مختلف نوعياً بين الإعدادية واليكالوريوس.

• **التفاعل :** أشارت النتائج إلى أن التفاعل بين المتغيرات الديموغرافية غير دال إحصائياً، إلا التفاعل بين الجنس والعمر، فقد أشارت النتائج أنه دال إحصائياً، وعليه فقد تم اختبار التفاعل بين متغيري الجنس والعمر باختبار المقارنات المتعدد (شيفيه) الذي أشار أن الفروق في التفاعل غير دالة إحصائياً.

التوصيات :

في ضوء التعامل مع مرضى السرطان والتعرف إلى معاناتهم اليومية مع المرض يوصي الباحث بالآتي :

أ. توفير مستشفيات أكثر مختصة بمرضى الأورام السرطانية نظراً للتزايد الكبير الحاصل في أعداد المرضى.

ب. تجهيز المستشفيات والمراكز التخصصية بالسرطان بالكوادر الطبية المختصة والكفاءة من أطباء وممرضين، وتوفير الإمكانيات المادية من مستلزمات طبية وأجهزة حديثة للفحص لكشف المرض في بداياته.

ج. توفير الأدوية الخاصة بمرض السرطان لاسيما العلاج الكيماوي في المستشفيات الحكومية نظراً لأرتفاع تكلفتها، واستحالة الحصول عليها لنوعي الدخل المحدود.

د. عقد ندوات وبرامج من أجل مساعدة المرضى على تقبل المرض ومعايشته، وإرشادهم لأساليب إدارة الألم الناجم عن المرض.

هـ. ضرورة توعية المجتمع بطرق التعامل مع مرضى السرطان واحتوائهم ومساعدتهم للخروج من العزلة والاندماج بالمجتمع.

و. تفعيل دور علم النفس الإيجابي في المستشفيات للتدخل في الحالات المرضية الحادة كالسرطان، وبالتالي يكون العلاج النفسي ملازم للعلاج العضوي جنباً إلى جنب من أجل تنمية المواقف الإيجابية لدى المرضى.

٣. المقترحات :

استكمالاً لمتطلبات البحث الحالي يقترح الباحث الآتي :

أ. إجراء دراسة لتعرف إدارة الألم لدى مرضى الأمراض المزمنة مثل (الشقيقة، والالصداع النصفي، وأمراض الربو، وأمراض أخرى).

ب. إجراء دراسة تستهدف تعرف العلاقة بين إدارة الألم ومتغيرات أخرى مثل (مركز السيطرة والضبط، الرفاهية النفسية، تقدير الذات، أساليب المواجهه، الدعم الاجتماعي).

ج. إجراء دراسة مقارنة بين إدارة الألم وإدارة الذات.

د. إجراء دراسة تستهدف تعرف طرق إدارة الألم المتبعة من قبل الكوادر الطبية لإدارة ألم مرضى السرطان.

هـ. إجراء دراسة تجريبية لمعرفة أثر برنامج إدارة الألم على سرعة الشفاء لمرضى السرطان.

المصادر :

المصادر العربية :

١. الإمام، مصطفى محمود وآخرون (١٩٩٠): **التقويم النفسي**، مطبعة التعليم العالي، جامعة بغداد
٢. الزوبعي، عبد الجليل، وبكر، محمد ألياس، والكناني، أبراهيم (١٩٨١): **الاختبارات والمقاييس النفسية**، دار الكتب للطباعة والنشر - جامعة الموصل، العراق.
٣. علام، صلاح الدين محمود (١٩٨٦): **تطورات معاصرة في القياس النفسي والتربوي**، مطابع القبس التجارية، الكويت
٤. _____ (٢٠٠٠): **القياس التربوي و النفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة**، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.
٥. الكبيسي، وهيب مجيد (٢٠١٠): **القياس النفسي بين التنظير والتطبيق**، ط ٧، دار العالمية المتحدة، بيروت.

المصادر الأجنبية :

1. Ansatasi, A. (1976): **Psychological testing** Macmillan, New York.
2. Arrarras J. I. et al (2002): **coping style , locus of control , psychological distress and pain related behaviours in cancer and others diseases** , psychology health and medicine , Vol 7 ,N °2, Span.
3. ASHBY, J. S. & LENHART, R. S. (1994): **Prayer as a coping strategy for chronic pain patients**. Rehabilitation Psychology, 39, 205–209.
4. Asmundson, G. Gomez-Perez ,L. Richter, A. Carleton, RN. (2014): **The psychology of pain: models and targets for comprehensive assessment**, Chapter 4 in Hubert van Griensven's Pain, A text book for health care professionals. Elsevier,.
5. BATES, M. S., EDWARDS, W. T. & ANDERSON, K. O. (1993): **Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception**. Pain, 52, 101–112.
6. Beck, Susan (2000): **An Ethnographic Study of Factors Influencing Cancer Pain Management in South Africa**, Cancer Nursing, Volume 23 - Issue 2 - p 91-99.
7. Bendelow, G. (1993): **Pain perceptions, emotions and gender**, Sociology of Health Illness Vol. 15 No. 3.
8. Buxton, B. P. (1999): **The physiology and psychology of pain**. In C. Starkey (Ed.), Therapeutic modalities for athletic therapists (2nd ed., pp. 36–67). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

9. Catalano, E. M. & Hardin, K. N. (2004): **Dores crônicas. São Paulo, Brazil**, Summus Editorial.
10. CH., Center for Integrated Healthcare (2013): **the Gate Control theory of Pain**, Ber 3.0, July 2013.
11. Cianfrini L, Doleys D. (2017): **The role of psychology in pain management**, Pract Pain Manag.;6:1.
12. Cousins, M.J., Bridenbaugh, P.O., Carr, D.B., & Horlocker, T.T. (2009): **Cousins & Bridenbaugh's Neural Blockade In Clinical Anesthesia and Management of Pain**, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
13. Dolin, S. J., Cashman, J. N. & Bland, J. M. (2002): **Effectiveness of acute postoperative pain management**, I. Evidence from published data. British Journal of Anaesthesia, 89(3), 409–423.
14. Dunajcik, L. (1999): **Chronic nonmalignant pain**. In M. McCaffery & C. Pasero, Pain clinical manual (2nd ed., pp. 467–521). St Louis, MO: Mosby.
15. Elliott, A.M., Smith, B., H., Penny, K.I., Smith, W., C., & Chambers, W.A. (1999): **The epidemiology of chronic pain in the community**. Lancet, 354, 1248–52.
16. Gatchel, Robert J.; Rollings, Kathryn H. (2008): **"Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioural therapy"**, The Spine Journal 8 (1): 40–4
17. Gilman, S. & Newman, S. (1992): **Manter and Gatz's essentials of clinical neuroanatomy and neurophysiology**, (8th ed.). Philadelphia. PA: F. A. Davis.
18. Hader, C. & Guy, J. (2004): **Your hand in pain management. Nursing Management**, 35(11), 21–27.
19. Hayes, S.C., (2004): **Acceptance and commitment therapy**, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 35: 639–665.
20. HAYTHORNTHWAITE, J. A., MENEFEE, L. A., HEINBERG, L. J. & CLARK, M.R. (1998): **Pain coping strategies predict perceived control over pain**, Pain, 77, 33–39.
21. Huang, X. L. Ma, S. L. Zhang, J. F. Zhang, J. P. & Lu, Y. H. (2001): **An investigation and analysis on how much knowledge of pain treatment nurses master from 27 provinces and cities**. Chinese Journal of Pain Medicine, 7(1), 22–25.
22. Innis, J., Bikaunieks, N., Petryshen, P., Zellermeier, V. & Ciccarelli, L. (2004): **Patient satisfaction and pain management**, An educational approach. Journal of Nursing Care Quality, 19(4), 322–327.
23. JCAHO., Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2001): **pain standards for 2001**. Retrieved 1 June 2011 from <http://www.jcaho.org>.
24. Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J. C., Starr, K., Caldwell, D. S. & Tennen, H. (1997): **Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis**, a daily process analysis. Pain, 69, 35–42.
25. Klauenberg, S., Maier, C., Assion, H., Hoffmann, A., Krumova, E. K., Juckel, G. (2008): **Depression and changed pain perception**, Hints for a central disinhibition mechanism. Pain, 140(2), 332–343.
26. Lindquist, E.F (1957): **Statistical analysis in educational research**, Boston, Houghton Mifflin. NO.3, p.69-76.
27. McCaffery, M. & Pasero, C. (1999): **Pain Clinical manual (2nd ed.)**, St. Louis, MO: Mosby.

28. McCaffery, R., Frock, T. L. & Garguilo, H. (2003): **Understanding chronic pain and the mindbody connection**, *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 281–287.
29. Melzack, R. & Wall, P. D. (1965): **Pain mechanisms A new theory**, *Science*, 150(3699), 971– 979.
30. (2008): **The challenge of pain**, *The medical classic, now with a new introduction* (2nd ed.). United Kingdom: Penguin.
31. Mendell, J. R. & Sahenk, Z. (2003), **Painful sensory neuropathy**, *New England Journal of Medicine*, 348(13), 1243–1255.
32. Mieszkowski, Marek Roland (2007): **cancer - a biophysicists point of view, advanced research and development in acoustics**, digital recordings.
33. NHS Choices, (2012): **Cognitive behavioural therapy**. [online] Available at:<http://www.nhs.uk/conditions/cognitive-behavioural-therapy/Pages/Introduction.aspx>
34. NIH., National Institutes of Health [Internet] (2013): **new directions in pain research: I. Bethesda, MD**, National Institutes of Health. 1998 Sept 4. Retrieved January 11, 2013 from <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-98-102.htm> .
35. Nunnally, j. C., & Bernstein, I. H. (1994): **Psychometric Theory**, (3rd ed.) USA :Congress.
36. Öst, L.G., (2008): **Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis**. *Behaviour research and therapy*, 46(3): 296–321.
37. Ozden, Dedeli (2013): **Health Psychology Research**, Celal Bayar University School of Health Istasyon Mevkii 45020 Manisa, Turkey.
38. Phillips, C. J., & Schopflocher, D. (2008): **Health policy perspectives on chronic pain**, *The economics of chronic pain*. In S. Rashiq, D. Schopflocher, P. Taenzer, & E. Jonsson (Eds.),. Weinheim, Germany, Wiley-Blackwell.
39. Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A. & Rathmell, J. P. (2008): **Perspective on pain management in the 21st century**. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1), 4– 14.
40. Roth, A., Fonagy, P. (2005): **“What works for whom? A critical review of psychotherapy research”**. 2nd ed. Guilford Press: New York.
41. Sabatowski, R., Schäfer, D, Kasper, S.M., Brunsch, H., Radbruch, L., (2004): **Pain Treatment, A Historical Overview**. *Curr Pharm Des* 10(7): 701-716.
42. Smith, N, (1966): **The Relationship Between Item validity and testvalidity**.
43. Snow-Turek, A. L., Norris, M. P. & Tan, G. (1996): **Active and passive coping strategies in chronic pain patients**, *Pain*, 64, 455–462.
44. Tracey, I. & Mantyh, P. H. (2007): **The cerebral signature for pain processing and its modulation**, *Neuron*, 55(3), 377–391.
45. TURK, D. C., SIST, T. C., OKIFUJI, A., MINER, M. F., FLORIO, G., HARRISON, P., MASSEY, J., LEMA, M. L. & ZEVON, M. A. (1998): **Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain and non-cancer pain**, role of psychological and behavioral factors. *Pain*, 74, 247–256.
46. Wells, N., Pasero, C. & McCaffery, M. (2008): **Improving the quality of care through pain assessment and management**. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved 1 November 2012 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328752>.

47. WILLIAMS, D. & KEEFE, F. J. (1991): **Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies**, *Pain*, 46, 185–190.
48. Wlassoff, V. (2015): **The physiology and psychology of pain**, *Neuroscience & Neurology*.
49. Wozniak, R. H. (1992): **Mind and body: Rene Descartes to William James**. Bethesda, MD and Washington, DC: National Library of Medicine and American Psychological Association.