



جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة القادسية/كلية الآداب
قسم علم النفس

إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان

رسالة مقدمة

إلى مجلس كلية الآداب - جامعة القادسية و هي جزء من متطلبات نيل
درجة الماجستير-آداب في علم النفس

من

قاسم مصطفى علي السالم

إشراف

الأستاذ الدكتور

علي شاکر عبد الأئمة الفتلاوي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ﴾ ﴿٧٨﴾ وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي

وَيَسْقِينِ ﴿٧٩﴾ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴿٨٠﴾ ﴿٨٠﴾

صدق الله العلي العظيم

سورة الشعراء

الآيات (٧٨-٧٩-٨٠)

إقرار المشرف

أشهد إن إعداد الرسالة الموسومة بـ (إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان)، المقدمة من الطالب (قاسم مصطفى علي السالم)، جرى تحت إشرافي في قسم علم النفس كلية الآداب / جامعة القادسية، وهي جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير (آداب) في علم النفس العام.



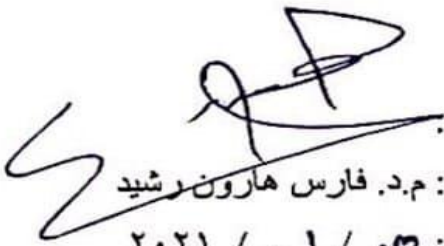
التوقيع :

المشرف : أ.د. علي شاکر عبد الأئمة الفتلاوي

التاريخ : ٢٠٢١ / ٧ / ٢٥

توصية رئيس قسم علم النفس

بناءً على التوصيات المتوفرة، أرشح هذا البحث للمناقشة



التوقيع :

رئيس قسم علم النفس : م.د. فارس هارون رشيد

التاريخ : ٢٠٢١ / ٧ / ٢٥

إقرار الخبير اللغوي

أشهد إنني قرأت هذه الرسالة الموسومة بـ (إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان)، المقدمة من الطالب (قاسم مصطفى علي السالم)، إلى قسم علم النفس، كلية الآداب / جامعة القادسية، وهي جزء من متطلبات نيل درجة ماجستير (آداب)، في علم النفس العام، وقد قومتها فأصبحت صالحة من الناحية اللغوية.



التوقيع :

المقوم اللغوي : أ.م.أ. د. ناهية سار

التاريخ : ٢٠٢١ / ١٠ / ٢٥

إقرار الخبير العلمي

أشهد إنني قرأت هذه الرسالة الموسومة بـ (إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان)، المقدمة من الطالب (قاسم مصطفى علي السالم)، إلى قسم علم النفس، كلية الآداب / جامعة القادسية، وهي جزء من متطلبات نيل درجة ماجستير (آداب)، في علم النفس العام، وقد وجدتها صالحة من الناحية العلمية.

التوقيع :

المقوم العلمي :

التاريخ : / / ٢٠٢١

اقرار لجنة مناقشة رسالة الماجستير



جامعة القادسية/ كلية: الاداب
الدراسات العليا

نقر أننا أعضاء لجنة مناقشة طالب الماجستير: قاسم ومصطفى علي السلام

قسم: علم النفس اطلعنا على التصحيحات والتعديلات التي تم اجراؤها من

قبل الطالب و تم اقرارها في المناقشة من قبلنا فهي جديرة بدرجة امتياز في

علم النفس العام / علم النفس العام وعليه وقعنا.

اعضاء لجنة المناقشة:

ت	الاسم	اللقب العلمي	التوقيع	الصفة
1	د. احمد لطيف جاسم	استاذ		رئيسا
2	د. علي حسين عايد	استاذ مساعد		عضوا
3	د. زينة علي صالح	استاذ مساعد		عضوا
4	د. علي شاكر الفتلاوي	استاذ		عضوا ومشرفاً

يصادق مجلس كلية الآداب / جامعة القادسية على قرار اللجنة

أ.د. ياسر علي عبد

العميد

٢٠٢١ / /

الإهداء

إلى خاتم النبيين، شفيعنا يوم الدين، محمد صلوات الله عليه وعلى آله وصحبه المقربين

إلى من ضحى لأجلنا، إلى من أحمل اسمه فخراً بين الناس والذي العزيز أجلاً وإكراماً

إلى من حملتني وهنا ووضعني وهنا، إلى من كان دعاؤها نوراً لي في دربي، إلى التي ما أكملت مسيرتي لولاها أمي جنة الله في الأرض

إلى نصفي الثاني وسندي في حياتي، إلى من كانت لي العون في أقسى الأوقات، إلى القلب الصافي والروح الجميلة، ملاكي الذي أهداه الله لي

إلى الجميلات... إلى من كانوا خيمةً من حنان وزخماً من عطاء، أخواتي الحبيبات

إلى من رفقتهم شعلة من نور، إلى من جعلوا عسير دربي ميسوراً، إلى ينباع الصدق الصافي، أصدقائي وأحبائي

إلى من ضحوا بدمائهم كي نحيا حياة كريمة تليقُ بنا، شهداء تشرين خاصة، وشهداء العراق عامة

إلى روح صديقي وزميلي محارب السرطان، علي عبد الله حسين

قاسم

شكر وامتنان

اللهم لك الحمد أكمله، ولك الثناء أجمله، ولك القول أبلغه، ولك العلم أحكمه، ولك السلطان والجلال أقومه، اللهم لك الحمد يملؤ الميزان، ولك الحمد عدد ما خطه القلم وأحصاه الكتاب ووسعته الرحمة، ولك الحمد على كل حال، لك الحمد والثناء العظيم إذ أرسلت فينا الرسول الأمين محمد عليه وعلى آله أطهر الصلاة وأتم التسليم أرسلته بالقرآن المبين فعلمنا ما لم نعلم وحثنا على طلب العلم أينما وجد، لله الحمد والشكر أن وفقنا وألهمنا الصبر في إنجاز هذا العمل المتواضع.

بأسمى معاني الشكر والتقدير واعترافاً بمن كان لهم الفضل بعد الله في إنجاز هذا البحث. بجزيل الشكر والتقدير إلى أستاذي الفاضل طيب القلب ورفيع الأخلاق الدكتور (علي شاکر عبد الأئمة الفتلاوي) الذي أشرف على هذه الرسالة، لما قدمه لي من رعاية واهتمام وتوجيه طيلة فترة إنجاز هذا البحث فجزاه الله عني خير الجزاء وأدامه إلينا ذخراً علمياً ننهل منه.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى رئاسة قسم علم النفس والمتمثلة بالدكتور فارس هارون رشيد لما قدمه لي من عون لإنجاز بحثي بهذا الشكل، وإلى جميع أساتذتي في قسم علم النفس الذين لهم الفضل بعد الله في وصولي إلى ما أنا عليه الآن، وإلى الأساتذة المحكمين الذين تفضلوا بتحكيم أدوات الدراسة، وشكري وتقديري إلى الأستاذ الفاضل (د. سيف عدنان حسن) لما قدمه لي من مساعدة ونصح.

وأخيراً لايسعني إلا أن أدعو الله أن يرزقني السداد والرشاد والهدى وأن يجعل هذا العمل خالصاً لوجه الكريم.

قاسم

ملخص البحث

إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، فقد أدى ظهور الأمراض المستعصية على الشفاء، وكذا الأمراض المزمنة بشكل واسعاً ووبائي إلى لفت الانتباه للعوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تؤدي دوراً مهماً في هذه الأمراض، وكذا في كيفية مواجهتها. خاصة وأن مرضى السرطان يواجهون مداً واسعاً من التحديات، بحيث يؤدي السرطان إلى اضطرابات جسدية كثيرة ومتنوعة، فضلاً عن أعراض نفسية، واجتماعية مثل القلق، والاكتئاب والأرق، وفقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، الأمر الذي يضيف ألماً مستمراً على مصابي السرطان.

ويعد الشعور بالرضا أو عدمه جانباً مهماً من جوانب الحياة الشخصية ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بصحته العقلية والتكيف الشخصي والاجتماعي، ومن ثم فإن الرضا عن الحياة سوف يدفع بالمرضى إلى سهولة سيطرته على الألم الناجم عن المرض ومقاومته وتخفيفه بشكل كبير.

إن البحث الحالي يستهدف دراسة متغير إدارة الألم في المجتمع العراقي (مرضى السرطان)، وعلاقتها بالرضا عن الحياة، وقد تمحورت أهداف البحث الحالي حول دراسة العلاقة الارتباطية بين متغير إدارة الألم على وفق نظرية ميلزك وول (Melzack & Wall (1965)، ومتغير الرضا عن الحياة على وفق نظرية رايف (Ryff (1989، وتعرف ما يلي :

١. إدارة الألم لدى مرضى السرطان.
٢. دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان على وفق متغير الجنس (ذكور، إناث) والعمر (للفئات العمرية (١٨-٤٢ سنة)، و(٤٣-٦٨ سنة))، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس).
٣. الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
٤. دلالة الفروق الإحصائية في الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان على وفق متغير الجنس (ذكور، إناث) والعمر (للفئات العمرية (١٨-٤٢ سنة)، و(٤٣-٦٧ سنة))، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس).
٥. دلالة العلاقة الارتباطية بين متغيري إدارة الألم و الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

إذ شمل مجتمع البحث الحالي مرضى السرطان في مركز محافظة بغداد، إذ بلغ مجموعه (٧٤٠٧) مريضاً ومريضة، لسنة (٢٠٢٠)، وتم تطبيق مقياسي البحث (إدارة الألم

والرضا عن الحياة)، على عينة قوامها (٢٢٢) مريضاً ومريضة، من مركز محافظة بغداد، وتم اختيارها بالطريقة العشوائية.

وتحقيقاً لأهداف البحث تم إجراء ما يأتي :

١. بناء مقياس إدارة الألم على وفق نظرية ميلزاك 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 والعقائرية، والدعم الاجتماعي) وقد استخرج الباحث الخصائص السيكومترية للمقياس.

٢. بناء مقياس الرضا عن الحياة على وفق نظرية رايف (Ryff, 1989)، من قبل الباحث إذ تكون المقياس بصيغته النهائية من (٢٤) فقرة، وقد استخرج الباحث الخصائص السيكومترية للمقياس.

وقد استكمل المقياسان خصائصهما السيكومترية، من صدق (صدق ظاهري، وصدق بناء)، وثبات (بطريقة ألفا كرونباخ)، وكان ثبات مقياس إدارة الألم (٠,٨٢٩)، أما ثبات مقياس الرضا عن الحياة فكان (٠,٨٣٦).

وبعد تحليل البيانات وبالإستعانة بالبرنامج الحاسوبي للحقيبة الإحصائية SPSS كانت النتائج كما يأتي :

١. إن مرضى السرطان يتمتعون بدرجة عالية من إدارة الألم.
٢. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السرطان في إدارة الألم على وفق متغير الجنس (ذكور، إناث) والعمر (للفئات العمرية (١٨-٤٢ سنة)، و(٤٣-٦٨ سنة))، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس).

٣. إن مرضى السرطان لديهم رضا عالٍ عن حياتهم.

٤. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السرطان في الرضا عن الحياة على وفق متغير الجنس (ذكور، إناث) والعمر (للفئات العمرية (١٨-٤٢ سنة)، و(٤٣-٦٨ سنة))، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس).

٥. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين إدارة الألم والرضا عن الحياة.

وتم تفسير النتائج على وفق نظريتي البحث المتبناة ومناقشتها مع نتائج الدراسات السابقة، وخلص البحث إلى عدة توصيات ومقترحات منها :

- تفعيل دور علم النفس الإيجابي في المستشفيات للتدخل في الحالات المرضية الحادة كالسرطان، ثم يكون العلاج النفسي ملازم للعلاج العضوي جنباً إلى جنب من أجل تنمية المواقف الإيجابية لدى المرضى.
- دراسة العلاقة بين إدارة الألم والرضا عن الحياة على عينات غير مرضى السرطان كعينات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة أو على عينات الناجين من أمراض شديدة الخطورة.

ثبت المحتويات

الصفحة	عنوان الموضوع
ب	الآية القرآنية
ج	أقرار المشرف
د	أقرار الخبير اللغوي
هـ	أقرار الخبير العلمي
و	أقرار لجنة المناقشة
ز	الإهداء
ح	شكر وامتنان
ط ك	ملخص البحث باللغة العربية
ل-ع	ثبت المحتويات
ع-ف	ثبت الجداول
ص	ثبت الأشكال
ص-ق	ثبت الملاحق
١٣-١	الفصل الأول : التعريف بالبحث
٥-٢	١. مشكلة البحث
٩-٥	٢. أهمية البحث
١٠	٣. أهداف البحث
١٠	٤. حدود البحث
١٣-١٠	٥. تحديد المصطلحات
٥١-١٤	الفصل الثاني : أدبيات سابقة
٤١-١٥	* إطار نظري
٣١-١٥	١. إدارة الألم
١٦-١٥	أ. المقدمة
١٧-١٦	ب. مفهوم الألم
١٨-١٧	ج. مفهوم إدارة الألم
٢٠-١٨	د. التطور التاريخي لمفهوم إدارة الألم

٢٣ - ٢١	هـ. إدراك الألم وإدارته
٢٤	و. إدارة الألم والدين
٢٥ - ٢٤	ز. إدارة الألم والعلاج السلوكي المعرفي
٣١ - ٢٥	ح. نظريات إدارة الألم
٢٥	أولاً. نظرية الخصوصية
٢٦	ثانياً. نظرية النمط
٢٦	ثالثاً. نظرية التحليل النفسي
٢٧	رابعاً. النظرية السلوكية
٢٨ - ٢٧	خامساً. النظرية المعرفية
٣١ - ٢٨	سادساً. نظرية التحكم في البوابة للألم (النظرية المتبناة)
٤١ - ٣١	٢. الرضا عن الحياة
٣١	أ. المقدمة
٣٤ - ٣٢	ب. مفهوم الرضا عن الحياة
٣٦ - ٣٤	ج. علاقة الرضا عن الحياة ببعض المفاهيم والمتغيرات
٣٤	أولاً. السعادة
٣٥	ثانياً. جودة الحياة
٣٦ - ٣٥	ثالثاً. التدين
٣٦	رابعاً. الدعم الاجتماعي المدرك
٤١ - ٣٦	د. النظريات المفسرة للرضا عن الحياة
٣٧	أولاً. نظرية التحليل النفسي (فرويد)
٣٧	ثانياً. النظرية الاجتماعية التفاعلية (اريك فروم)
٣٨ - ٣٧	ثالثاً. المدرسة الإنسانية (روجرز)
٣٨	رابعاً. نظرية المادة (جوزيف سيرجيو)
٣٩ - ٣٨	خامساً. النظرية الوجودية (فرانكل)
٤١ - ٣٩	سادساً. نظرية رايف (النظرية المتبناة)
٥٢ - ٤١	* دراسات سابقة
٤٥ - ٤١	١. إدارة الألم

٤٥ - ٤٤	* مناقشة دراسات سابقة لإدارة الألم
٥٢ - ٤٦	٢. الرضا عن الحياة
٥٢ - ٥١	* مناقشة دراسات سابقة للرضا عن الحياة
٨١ - ٥٣	الفصل الثالث : منهجية البحث وإجراءاته
٥٤	* منهجية البحث
٥٤	* إجراءات البحث
٥٤	١. مجتمع البحث
٥٥	٢. عينة البحث
٧٩ - ٥٦	٣. أدوات البحث
٦٩ - ٥٦	أ. مقياس إدارة الألم
٥٦	- مبررات بناء مقياس إدارة الألم
٥٧ - ٥٦	- إجراءات بناء مقياس إدارة الألم
٥٧	أولاً. تحديد مفهوم متغير إدارة الألم نظرياً
٥٨ - ٥٧	ثانياً. إعداد فقرات المقياس
٥٩ - ٥٨	ثالثاً. صلاحية فقرات المقياس
٦٠	رابعاً. الدراسة الاستطلاعية للمقياس (دراسة وضوح التعليمات والفقرات)
٦١ - ٦٠	خامساً. وصف مقياس إدارة الألم
٦١	سادساً. التحليل الإحصائي للفقرات
٦٣ - ٦١	(١) طريقة المجموعتين الطرفيتين
٦٤ - ٦٣	(٢) علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (الاتساق الداخلي)
٦٥	(٣) علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال للمقياس (الاتساق الداخلي)
٦٦ - ٦٥	(٤) علاقة درجة المجال بدرجة الكلية للمجالات الأخرى والدرجة الكلية للمقياس
٦٨ - ٦٦	سابعاً. الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس إدارة الألم
٦٦	(١) مؤشرات الصدق
٦٨ - ٦٧	(٢) مؤشرات الثبات
٦٨	ثامناً. وصف المقياس بصيغته النهائية وتصحيحه وحساب الدرجة الكلية

٦٩ - ٦٨	تاسعاً. المؤشرات الإحصائية لمقياس إدارة الألم
٧٩ - ٧٠	ب. مقياس الرضا عن الحياة
٧٠	- مبررات بناء مقياس الرضا عن الحياة
٧٠	- إجراءات بناء مقياس الرضا عن الحياة
٧١	أولاً. تحديد مفهوم متغير الرضا عن الحياة نظرياً
٧٢ - ٧١	ثانياً. أعداد فقرات مقياس الرضا عن الحياة
٧٣	ثالثاً. صلاحية فقرات مقياس الرضا عن الحياة
٧٤ - ٧٣	رابعاً. الدراسة الاستطلاعية للمقياس (دراسة وضوح التعليمات والفقرات)
٧٤	خامساً. وصف مقياس الرضا عن الحياة
٧٧ - ٧٤	سادساً. التحليل الإحصائي للفقرات
٧٦ - ٧٤	(١) طريقة المجموعتين الطرفيتين
٧٧ - ٧٦	(٢) علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (الاتساق الداخلي)
٧٨ - ٧٧	سابعاً. الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس الرضا عن الحياة
٧٧	(١) مؤشرات الصدق
٧٨	(٢) مؤشرات الثبات
٧٨	ثامناً. وصف المقياس بصيغته النهائية وتصحيحه وحساب الدرجة الكلية
٧٩ - ٧٨	تاسعاً. المؤشرات الإحصائية لمقياس الرضا عن الحياة
٨٠	٤. التطبيق النهائي
٨١ - ٨٠	٥. الوسائل الإحصائية
٩٨ - ٨٢	الفصل الرابع : عرض النتائج ومناقشتها وتفسيرها
٨٣	١. النتائج، مناقشتها وتفسيرها
٨٤ - ٨٣	الهدف الأول : تعرف إدارة الألم لدى مرضى السرطان
٨٩ - ٨٤	الهدف الثاني : تعرف دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي
٩٠ - ٨٩	الهدف الثالث : تعرف الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان
٩٥ - ٩٠	الهدف الرابع : تعرف دلالة الفروق الإحصائية في الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي
٩٦ - ٩٥	الهدف الخامس : تعرف العلاقة الارتباطية بين متغيري إدارة الألم و الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان

٩٦	٢. الاستنتاجات
٩٧	٣. التوصيات
٩٨-٩٧	٤. المقترحات
١١٥-٩٩	المصادر
١٠٣-١٠٠	المصادر العربية
١١٤-١٠٤	المصادر الأجنبية
١١٥	المصادر الإلكترونية
١٣٥-١١٦	الملاحق
IV-II	ملخص البحث باللغة الإنكليزية

ثبت الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الجدول
٤٥	اعداد مجتمع البحث موزعين بحسب الجنس (ذكور، إناث)	١
٥٥	اعداد عينة البحث موزعين حسب الجنس (ذكور، إناث)، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس)، والعمر (١٨، ٦٧)	٢
٥٩	آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس إدارة الألم	٣
٦١-٦٠	مجالات مقياس إدارة الألم وأرقام الفقرات الإيجابية والسلبية للمقياس ومجموع الفقرات	٤
٦٣-٦٢	القوة التمييزية لفقرات مقياس إدارة الألم بطريقة المجموعتين الطرفيتين	٥
٦٤	معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة والدرجة الكلية على مقياس إدارة الألم	٦
٦٥	معاملات ارتباط درجة كل فقرة بدرجة المجال الذي تنتمي إليه لمقياس إدارة الألم	٧
٦٦	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات مقياس إدارة الألم والمجالات الأخرى والدرجة الكلية للمقياس نفسه	٨
٦٩-٦٨	المؤشرات الإحصائية لمقياس إدارة الألم	٩

٧٣	آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس الرضا عن الحياة	١٠
٧٤	أرقام الفقرات الإيجابية والسلبية لمقياس الرضا عن الحياة ومجموع الفقرات	١١
٧٦-٧٥	القوة التمييزية لفقرات مقياس الرضا عن الحياة بطريقة المجموعتين الطرفيتين	١٢
٧٧-٧٦	معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة والدرجة الكلية على مقياس الرضا عن الحياة	١٣
٧٩	المؤشرات الإحصائية لمقياس الرضا عن الحياة	١٤
٨٣	الاختبار التائي لعينة واحدة لمقياس إدارة الألم لدى مرضى السرطان	١٥
٨٥-٨٤	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم، تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي	١٦
٨٧-٨٦	نتائج تحليل التباين الثلاثي للفروق في درجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي	١٧
٨٨	اختبار المقارنات المتعددة (شيفيه) لدرجات المستجيبين على مقياس إدارة الألم للتفاعل بين متغير الجنس والعمر	١٨
٨٩	الاختبار التائي لعينة واحدة لمقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان	١٩
٩١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المستجيبين على مقياس الرضا عن الحياة، تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي	٢٠
٩٣	نتائج تحليل التباين الثلاثي للفروق في درجات المستجيبين على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي	٢١
٩٥	قيمة معامل الارتباط بين إدارة الألم والرضا عن الحياة والقيمة التائية المحسوبة والدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط	٢٢

ثبت الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الشكل
٦٩	شكل بياني يوضح التوزيع الاعتدالي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس إدارة الألم	١
٧٩	شكل بياني يوضح التوزيع الاعتدالي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة	٢
٨٥	رسم بياني لمتغير إدارة الألم، يوضح المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (١٨-٤٢) سنة	٣
٨٦	رسم بياني لمتغير إدارة الألم، يوضح المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (٤٣-٦٧) سنة	٤
٩٢	رسم بياني لمتغير الرضا عن الحياة يوضح المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (١٨-٤٢) سنة	٥
٩٢	رسم بياني لمتغير الرضا عن الحياة يوضح المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (٤٣-٦٧) سنة	٦

ثبت الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الملحق
١١٧	كتاب تسهيل مهمة صادر من جامعة القادسية / كلية الآداب معنون إلى مؤسسات وزارة الصحة في بغداد والمحافظات	١
١١٨	كتاب تسهيل مهمة صادر من دائرة مدينة الطب / الإدارة العامة إلى مستشفى الأورام في مدينة الطب	٢
١١٩	أسماء السادة المحكمين الذين استعان بهم الباحث من أجل الأخذ بأرائهم في مقاييس البحث	٣
١٢٣-١٢٠	مقياس إدارة الألم (بصيغته الأولية)	٤
١٢٦-١٢٤	مقياس إدارة الألم (المعد للتحليل الإحصائي)	٥

١٢٩ - ١٢٧	مقياس إدارة الألم (بصيغته النهائية)	٦
١٣٢ - ١٣٠	مقياس الرضا عن الحياة (بصيغته الأولية)	٧
١٣٥ - ١٣٣	مقياس الرضا عن الحياة (المعد للتحليل الإحصائي وبصورته النهائية)	٨

الفصل الأول

التعريف بالبحث

- مشكلة البحث
- أهمية البحث
- أهداف البحث
- حدود البحث
- تحديد المصطلحات

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.

ويشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أي حالة تتضمن قدراً من الإعاقة التي تحدث نتيجة للتغيرات المرضية، والتي تتطلب تدريجياً ودافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم، ومن أكثر هذه الأمراض أهمية، تلك الأمراض المهددة للبقاء، والتي يقع السرطان في بداية قائمتها. وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلدان النامية وغيرها، وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به، وإنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها (Mieszkowski , 2007).

والسرطان (Cancer)، مصطلح عام يشمل مجموعة الأمراض التي يمكنها أن تصيب أجزاء الجسم كلها، ويشار إلى تلك الأمراض أيضاً 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، بحيث يؤدي السرطان إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة، كالالتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي وهبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم، وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى (تايلر، ٢٠٠٨، ص ٦١).

فضلاً عن أعراض 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).

وإن عملية توجيه الأنظار باتجاه تتابع الدراسات على هذا المجتمع، ضرورة حتمية وملحة، كون الخطر داهم والتداعيات مستمرة وفي تفاقم.

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 عددًا كبيرًا من المرضى يعانون من آلام غير مخففة.

وقد أجريت دراسة Elliot (Huang et al., 2001; Dolin, Cashman & Bland, 2002) (et al., 1999) 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 باستعمال استبانة الإكمال الذاتي البريدي. تم إكمال ما مجموعه ٣٦٠٥ استبانة وإعادتها من قبل المشاركين. وأظهرت النتائج أن نصف العينة يعانون من آلام مزمنة. فضلاً عن 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 وعلاقاتهم مع العائلة، ويمكن أن يكون له تأثير اقتصادي كبير على المرضى وعائلاتهم (Schopflocher et al., 2010). ويمكن أن يكون للتغيب عن العمل بين البالغين نتيجة لأسباب متعلقة بالألم تأثير سلبي كبير على الإنتاجية ثم على اقتصاد البلد (Phillips & Schopflocher, 2008).

ويجب أن تراعي إجراءات إدارة الألم المسببات المرضية وعلم وظائف الأعضاء والتداعيات الأخرى، إذ يجب أن تستهدف 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.

ويعد مفهوم الرضا عن الحياة (Life Satisfaction) مفهوماً واسعاً ويشير إلى المدى العريض لكل ما يحيط بالفرد وكيفية إدراكه لهذا المحيط الذي يتضمن الأحداث اليومية والضغطات النفسية والصحية والاجتماعية وكيفية التغلب عليهما من خلال التجارب السابقة التي يعيشها الفرد (Holmes, 1989, p. 201).

ويتأثر الرضا عن الحياة بالتبادل العلائقي بين الشخص والصحة النفسية وكذا الصحة الجسمية، فقد أثبتت دراسة دونالد ٢٠١١ أن ارتفاع معدل الرضا عن الحياة يعد مؤشراً إيجابياً لتحسن الاضطرابات العضوية، علاوة على ذلك فإن الصحة ترتبط أيضاً بنوعية الحياة، وبهذا فإن أحكام الأفراد وتقديراتهم حول صحتهم الجسمية والنفسية تعد مؤشراً قوياً على الرضا عن الحياة (Jared et al., 2012).

وأمام تعرض الأفراد للأمراض العضوية المختلفة، فإن ذلك يسبب لهم ضغوطاً نفسية كبيرة ويقف عائقاً أمام تماثلهم للشفاء لاسيما إذا كان المرض العضوي خطيراً ومفضي إلى الموت كالسرطان الذي يعتبر من أكثر الأمراض الخطيرة انتشاراً، والتي أضحت تشكل هاجساً لدى الأفراد، ورغم تطور الأبحاث في مجال علاجه إلا أن الأفكار السلبية المكونة حول هذا المرض تبقى راسخة في الأذهان. لذا لمن المهم أن يتمتع الفرد المريض بكل ما من شأنه أن يحسن من مستوى حياته وشعوره بالرضا عنها (Jared et al., 2012).

وينجم عن مرض السرطان العديد من المشكلات في التوافق النفسي للمريض، وذلك بسبب كونه مرضاً مزمناً تدوم تأثيراته لمدة طويلة، والتي تخلق بدورها متطلبات تستلزم من المريض أن يتعامل معها وأن يواجهها بغية التخفيف من حدة الضغط الناتج عن المرض والألم الذي يعاني منه، وهذا باللجوء إلى استخدام أساليب وإستراتيجيات مواجهة متنوعة تعمل على تحقيق التوازن والراحة النفسية، وذلك تبعاً لمعتقداته حول قدرته على مسايرة المرض والتحكم في مساره ورضاه عن حياته إذ تلعب معتقدات المريض عن مصدر صحته ورضاه عن حياته دوراً أساسياً في الحفاظ على صحته ومواجهة أي مرض قد يصيبه.

ومن المسوغات القصوى لإنجاز هذا البحث، تأتي من تزايد أعداد الإصابة بمرض السرطان، لاسيما في بلدنا. فقد بينت إحصائيات وزارة الصحة (في العراق) بأن هنالك زيادة مضطردة 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*.

إن للألم الناتج عن السرطان تأثيرات نفسية عديدة، وأن لمن أهم هذه التأثيرات هو أحساس المريض بعدم الارتياح، وعدم تقبله للمرض وما ينجم عنه من تبعات عضوية ونفسية مما يؤثر على سير حياته بشكل اعتيادي ومن ثم عدم رضاه عن حياته، وأن المريض إذا استطاع السيطرة على هذه الاحاسيس وتقبله للواقع والذات وما يدور حوله، واندماجه في المجتمع وشعوره بالتطور في حياته بشكل عام وفي أي مجال كان، والنظر للحياة من الناحية الإيجابية، فإنه يصبح شخصاً راضياً عن حياته وعن كل ما يدور فيها. ومن ثم فإن الرضا عن الحياة سوف يدفع بالمريض إلى سهولة سيطرته على الألم الناجم عن المرض ومقاومته وتخفيفه بشكل كبير.

وتتحدد مشكلة البحث الحالي، بالتساؤلات التالية:

١. هل يتمتع مرضى السرطان بإدارة الألم.
٢. هل يتمتع مرضى السرطان بالرضا عن الحياة.
٣. هل توجد علاقة بين إدارة الألم والرضا عن الحياة، مع وبيان قوتها واتجاهها.

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 بوصفه العلامة الحيوية الخامسة، ويعد الألم ثالث أكثر المشكلات الصحية تكلفة في أستراليا ، إذ يكلف الاقتصاد الأسترالي أكثر من (٣٤,٣) مليار دولار سنوياً أو (١٠٨٤٧) دولاراً لكل شخص مصاب (Cousins et al., 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).

* تم الحصول على البيانات من شعبة الإحصاء في مستشفى الأورام التعليمي في مدينة الطب، بناءً على طلب تسهيل المهمة ذو العدد (٣٨٣٠) الصادر من جامعة القادسية كلية الآداب (ملحق ١)

و في كندا ، يزيد التأثير الاقتصادي للألم عن ٦ مليارات دولار سنويًا 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. و وجد (Williams & Keefe, 1991) أن المرضى الذين اعتقدوا أن الألم مهم دائماً وغامضة كانوا أقل عرضة لاستعمال استراتيجيات التكيف الإدراكي ، وأكثر استعداد للهجوم ، وأقل احتمالية لتقييم استراتيجيات التكيف الخاصة بهم على أنها فعالة من المرضى الذين اعتقدوا أن الألم مفهومة. وقصيرة المدة (Bates et al., 1993).

كما تمت دراسة مهارات التأقلم المطبقة على الألم المزمن في مجموعة متنوعة من الدراسات. فقد وجد (Snow-Turek et al. (1996 أن التكيف السلبي مرتبط بالضيق النفسي العام والاكنتاب ، وكان التكيف النشط مرتبطاً بشكل إيجابي بمستوى النشاط وعكسًا مع الضيق النفسي في عينة مرضى الألم المزمن. يقترحون أيضًا أن هناك تفاعلًا 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. ووجد (Ashby & Lenhart (1994 أن الصلاة مرتبطة بالتجنب ويمكن أن تكون مؤثرًا على التأقلم السلبي. ودرس (Haythornthwaite et al. (1998 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 ، تستعمل تصورات متزايدة عن السيطرة على الألم (Haythornthwaite et al., 1998).

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. وبتوفير 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 الانترنت.

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.

وبما أن مرض السرطان هو مرض مزمن يتطلب علاجاً مكثفاً وطويلاً الأمد، كما أن معظم مرضى السرطان لاسيما في مراحله المتقدمة يعانون من أعراض ذات طبيعة مؤلمة، فإن هذا يؤثر على مختلف أنشطة حياتهم اليومية وبالتالي تأثر أسلوب ونوعية حياة المريض، مما يؤدي إلى عدم رضاه عن حياته (Christopher et al., 2008).

ففي دراسة لجيونتا منين حول النساء المصابات بسرطان الثدي، وجد أن هؤلاء النسوة يعانين من ضغوط كبيرة تؤثر على الرضا عن الحياة لديهن، لذا يجب إحاطتهن بالرعاية والعناية الجيدة من الناحية النفسية والجسمية وكذا الدينية، وقد ركز على ما للبعد الديني من أهمية لدى مرض السرطان، إذ وجد ارتباط قوي بين الجانب الديني والرضا عن الحياة، فكلما كان هناك تمسكاً من المريض بالجانب الديني تحقق لديه الرضا عن الحياة و ساعده ذلك على التحسن الجسمي (Juanita, Walsh, 2005).

وفي دراسة أجراها كل من ديانا و سياتر سنة (٢٠٠٨) لدى الكبار الناجين من مرض السرطان الذي أصيبوا به في فترة المراهقة، وجدا ارتباط قوي بين الرضا عن الحياة والتحسن الصحي، كما أن

أغلب الناجين من هذا المرض، أو بالأحرى الذين استطاعوا أن يعيشوا وقتاً أطول بعد الإصابة يتمتعون بمستوى مرتفع من الرضا عن الحياة، كما أن نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى ذات أهمية بالغة في تطور العلاج لديهم، حيث أن تكيفهم مع وضعيتهم ورضاهم عنها، وكذا المشاعر الايجابية التي يمتلكونها لها دور كبير في تحسنهم، هذا بالرغم من وجود أنواعا من السرطانات تحتاج إلى رعاية خاصة وتشخيص مبكر، إلا أنه لا يمكن إنكار وجود عوامل أخرى تؤثر على الحالة الصحية للفرد كالدعم الاجتماعي والعمل و الجنس و الحالة المادية (Diana, Seitz, 2010).

وعلى الرغم من المشكلات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالسرطان، فقد استطاع العديد من المرضى التكيف بنجاح مع ما أحدثه السرطان من تغيرات رئيسة في حياتهم، لقد تغيرت جوانب كثيرة من حياة بعض مرضى السرطان نحو الأفضل، بحيث سمحت لهم خبرتهم السرطانية بالنمو والشعور بالرضا، وتحقيق علاقات شخصية لا يتسنى لهم تحقيقها في الأحوال العادية، وقد تبين أن هذه الخبرة قد تقلل من الهرمونات التي تفرز تحت وطأة الضغط مثل الكورتيزول مما ينعكس إيجاباً على الجهاز المناعي، ويمكن لبعض أشكال التكيف الايجابي مع الخبرة السرطانية أن تؤدي إلى تعزيز الشعور بال ضبط أو الفعالية الذاتية، فالمرضى الذين يشعرون بالسيطرة الشخصية على المرض ومعالجته، وعلى نشاطاتهم اليومية، هم أكثر المرضى نجاحاً في التعامل مع السرطان، إذ أن السيطرة على ردود الفعل الانفعالية والأعراض الجسمية، تحتل أهمية خاصة في التكيف النفسي الاجتماعي .

ركزت العديد من الدراسات الحديثة على تأثير الألم على الحياة اليومية للأفراد ونوعية حياتهم. لقد وجدت الدراسات أن الرجال والنساء لديهم اختلافات كبيرة في إدراك شدة الألم من خلال تقدير الذات لدى أفراد المجتمع ، وتختلف نوعية الحياة باختلاف الجنس ونوع حالة الألم. يمكن أن تقلل المسكنات والتدخلات وأساليب التأقلم / الإدارة من الألم وتحسن نوعية حياة المرضى. لذلك ، فهناك عوامل متداخلة في العلاقة بين إدارة الألم ونوعية الحياة ، مثل الدعم الاجتماعي ، واحترام الذات ، وأسلوب التكيف ، وخصائص الشخصية (Azizabadi & Assari, 2010).

لذا تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في المجتمع الذي تتناوله وهم مرضى السرطان، لاسيما ان مرض السرطان أصبح مرض العصر. كما تكمن أهميتها في أنها تتخذ من المتغيرات السيكولوجية (إدارة الألم، الرضا عن الحياة) والمتغيرات الديموغرافية، التي تعد من بين العوامل المؤثرة في عملية التكيف مع مرض السرطان موضوعاً لها .

كما يستمد البحث الحالي أهميته من حيث كونه الدراسة العربية الأولى - في حدود علم الباحث - التي تناولت دراسة علاقة إدارة الألم ومتغير الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان .

وتتمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة، في أنها يمكن أن تفيد مرضى السرطان في التعرف على تأثير إدارة الألم في رضاهم عن حياتهم بالتالي مواجهة المرض بصورة مناسبة، وتحديد مدى تأثير هذه الطريقة على تطور المرض. بحيث يدرك المرضى أنه من خلال استخدام وتبني هذه الطرق، يمكن لهم أن يعيشوا حياتهم بشكل أفضل حتى مع وجود المرض .

كما و يمكن أن يقدم هذا البحث صورة علمية للمهتمين والعاملين في المجال النفسي والطبي، لتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المرضى على التكيف الجيد مع المرض لذا يرى الباحث أنه يمكن تلخيص أهمية البحث الحالي فيما يلي :

أ. الأهمية النظرية **Theoretical Significance** :

- أن البحث الحالي هو واحد من البحوث التي تسلط الضوء على متغير إدارة الألم لدى مرضى السرطان، إذ إن هناك ندرة في دراسة هذا المجتمع، لذا توجه البحث الحالي لدراساتهم والكشف عن مدى رضاهم عن حياتهم.
- إن إدارة الألم تمثل جانباً مهماً في الصحة النفسية للإنسان، فبواسطتها يستطيع الإنسان السيطرة والتغلب على جميع الآلام الناتجة عن الأمراض العضوية والنفسية التي قد تصيبه، وبذلك فهي تزيد من قدرته على مواجهة مصاعب الحياة وتحدياتها المستمرة.
- إن الرضا عن الحياة مؤشراً أساسياً للنجاح في التكيف مع ظروف الحياة وخصوصاً بالنسبة لمرضى السرطان الذين هم بأمس الحاجة لمثل هكذا تكيف و الذي يساعدهم على تخطي مرضهم.
- تزويد المكتبة العربية بدراسة عن إدارة الألم خاصة لدى مرضى السرطان حيث ندرة الدراسات (خاصة العربية)، في هذا المجال.

ب. الأهمية التطبيقية **The Application Significance** :

- محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة بين إدارة الألم والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، سوف يسهم في زيادة لفت وتوجيه نظر الجهات المسؤولة عنهم والاعتناء بهم ووضع الأهداف والخطط الصحية، والتي من شأنها أن تزيد من نسب الشفاء من المرض.
- يكتسب البحث أهميته في كونه يستهدف عينه تمثل جزءاً كبيراً نسبياً من المجتمع العام، إذ أن مرضى السرطان يتوزعون بشكل عشوائي على جميع فئات المجتمع وطبقاته وبمختلف أعمارهم.
- يقدم البحث الحالي أدوات لقياس كل من إدارة الألم والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

3. أهداف البحث Research Aims

يستهدف البحث الحالي تعرف :

- أ . إدارة الألم لدى مرضى السرطان.
- ب. دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان على وفق متغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي.
- ج. الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
- د . دلالة الفروق الإحصائية في الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان على وفق متغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي.
- هـ. دلالة العلاقة الارتباطية بين متغيري إدارة الألم و الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

4. حدود البحث Research Limitation :

يتحدد البحث الحالي بمرضى السرطان من ذكور وإناث في مركز محافظات بغداد في العراق، والذين تتراوح أعمارهم من (١٨ - ٦٧) سنة.

5. تحديد المصطلحات Define of Terms :

أ. إدارة الألم Pain Management

- ميلزالك وول Melzack & Wall, 1965 :

إمكانية 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, p. 979)

وتتفرع 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 تجاوز الألم أو معاشته.

(CH., 2013, p. 2-3)

- تايلور ٢٠٠٨ :

التنسيق بين الجهود العصبية والمعرفية والسلوكية والسيكودينامية لتعديل الألم (تايلور، ٢٠٠٨، ص ٧٢٣).

- ياسين وآخرون ٢٠١٧ :

إستجابة الفرد لمجموعة من المثيرات للتخفيف من الألم، تتمثل في الوعي الصحي، والمشاركة الاجتماعية، والتغلب على الألم والأعراض الفسيولوجية للألم، والدعم النفسي (ياسين وآخرون، ٢٠١٧، ص٧).

وقد اعتمد الباحث تعريف ميلزالك وول (Melzack&Wall, 1965) تعريفاً نظرياً للبحث

الحالي.

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

ب. الرضا عن الحياة Life Satisfaction

- فرانكل ١٩٨٢ :

حالة يسعى الإنسان للوصول إليها، لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش من أجلها، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساس المتمثل بإرادة المعنى. (فرانكل، ١٩٨٢، ص ١٣١)

- رايف Ryff, 1995 :

تقييمات الفرد الإيجابية حول ذاته وحياته وشعوره بالنمو والتطور المتواصلين ونظرته إلى الحياة بأن لها مغزى وغرض ومشاركته في علاقات ذات جودة مع الآخرين وقدرته على التعامل بفاعلية مع العالم المحيط به وشعوره باستقلالية وتقبل عالٍ للذات. (Ryff & Marshal, 1999, p. 250)

- منظمة الصحة العالمية ١٩٩٥ :

معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه

(The WHOQOL Group, 1998, p. 1569)

- الدسوقي ١٩٩٨ :

تقييم الشخص لنوعية حياته بناءً على نظام قيمه. وهو يقارن ظروفه الحياتية بما يعتقد أنه مثالي (الدسوقي، ١٩٩٨، ص ١٥٧).

- إيرنشو Earnshaw, 2000 :

إحساس الفرد بأن الحياة ذات قيمة ومعنى في ما تخصه في الوقت الحاضر. (Earnshaw, 2000)

- كيم Kim, 2001 :

الاهتمام الإيجابي الذي يشير إلى اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يحقق إطاره الإيجابي في الحياة أو أن يحقق أهداف حياته. (Kim, 2001, p. 23)

- جلمان وآخرون (Gilman et al., 2005) :

شعور الفرد وتقديراته المعرفية لجودة حياته الذي ربما يعكس تقديره العام لنواحي معينة في حياته كالأُسرة والذات والمجتمع. (Gilman et al., 2005, P. 155-156)

- علوان ٢٠٠٨ :

تقدير عام لنوعية الحياة بحسب المعايير الآتية: العلاقات الاجتماعية، والطمأنينة، والاستقرار الاجتماعي، والتقدير الاجتماعي (علوان، ٢٠٠٨، ص ٤٨٠).

وقد اعتمد الباحث تعريف رايف (Ryff, 1995) تعريفاً نظرياً للبحث الحالي.

التعريف الإجرائي : الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب عن طريق إجابته على فقرات مقياس الرضا عن الحياة.

الفصل الثاني

أدبيات سابقة

■ إطار نظري

١. إدارة الألم

٢. الرضا عن الحياة

■ دراسات سابقة

١. دراسات عربية

٢. دراسات أجنبية

* إطار نظري Theoretical framework

١. إدارة الألم Pain management :

أ. المقدمة Introduction :

عام ١٩٦٨ ، عرّف ماكافري الألم بأنه "أيًا كان ما يقوله الشخص المريض إنه موجود، كلما قال إنه كذلك" (McCaffery & Pasero, 1999, P. 17). يؤكد هذا التعريف على أن التقرير الذاتي للمريض هو المؤشر الأكثر موثوقية للألم ، والمرضى فقط هم من يملكون السلطة على الألمهم. فضلاً عن 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. فضلاً عن 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 تأثيرات 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 وأسرتهم، تتضمن ردود الفعل النفسية المعقدة 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 لمشكلاتهم الصحية الأخرى. فضلاً عن 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 بتجاربههم في إدارة الألم.

ترتبط مستويات الألم الأكبر بالتجارب غير المرضية للعلاج في الظروف الاسعافية. أصبحت تقارير التقييم الخاصة بالمؤسسات الطبية أكثر انتشاراً ، ويبدو أن الأداء المتعلق بعلاج الألم هو أحد الاعتبارات المهمة في مثل هذه التقارير (Bair et al., 2007).

ب. مفهوم الألم The concept of pain :

أولاً. لغة :

الألم هو الجمع للاسم (ألم)، المشتق من المصدر (ألم)، و الألم هو الوجع الشديد، وأيضاً يأتي بمعنى الحزن والأسى. والألم (في الفلسفة)، هو أحد الظواهر الوجدانية الأساسية، والألم في العلوم النفسية هو شعور بما يصادف اللذة من عدم الراحة أو الضيق أو المصعب، سواء أكان شعوراً نفسياً أم خلقياً.

<https://www.almaany.com/ar/dict/ar>

ثانياً. اصطلاحاً :

الألم يعني تجربة حسية وعاطفية غير سارة مرتبطة بتلف الأنسجة الفعلي أو المتخيل أو المشخص من إذ الضرر، ويصنف الألم إلى عدة أنواع، منها الألم المزمن، وهو الألم الذي يحدث بسبب أذى حشوي أو جسمي، وعادة ما ينتج من تحفيز مستقبلات الألم، وقد ينشأ من الإلتهابات أو التشوه الميكانيكي أو الإصابة المستمرة أو تدمير للأنسجة الحية، ويستجيب بشكل جيد للأدوية المسكنة الشائعة والاستراتيجيات غير الدوائية، وهناك نوع آخر من الألم وهو الألم العصبي، ويشمل الجهاز العصبي المحيطي أو الجهاز العصبي المركزي، وهذا النوع لا يستجيب بشكل جيد تجاه المسكنات التقليدية، وقد يستجيب للعقاقير المسكنة المساعدة، أما أنواع الألام الفيزيولوجية المرضية المختلطة أو غير المحددة، فهي آليات مختلطة أو غير معروفة، ولا يمكن التنبؤ بأسلوب علاجها، وهناك متلازمات الألم النفسية،

والتي تكون مسبباتها نفسية غير جسدية، أو نفسية ذات تأثير إستجابي جسدي، ولا تخضع لأساليب التسكين التقليدية.

(HCANJ, 2017, P. 4)

ج. مفهوم إدارة الألم The concept of pain management :

عام ١٩٧٩، اقترحت الرابطة الدولية لدراسة الألم (IASP) التعريف الأكثر استعمالاً للألم على أنه "تجربة حسية وعاطفية غير سارة مرتبطة بتلف الأنسجة الفعلي أو المحتمل ، أو وصفها من إذ هذا الضرر" (Tracey & Mantyh, 2007, P. 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 لطرائق العلاج المتاحة لديه حالياً، وقد يستمر لبقية حياة المريض (Dunajcik, 1999, P. 471).

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

تعد معالجة إشارات الألم مهمة معقدة للغاية، وأحياناً ترتكب أدمغتنا أخطاء في هذه العملية، تماماً كما تفعل عندما نضيف 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 السيكلوجية قد تختلف عن الطريقة الطبية، وأن هناك آلاما 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, P. 274).

د. التطور التاريخي لمفهوم إدارة الألم

The historical development of the concept of pain management :

الألم مشكلة طبية واجتماعية معقدة وانتفاء جسمي عالمي للبشرية. تشير الأدلة الموجودة إلى أن الألم حدد المعاناة البشرية في التاريخ. إنه الشكل الأكثر انتشارًا وشمولية للضيق البشري. يُعتقد أن مساهمة الألم في رداءة نوعية الحياة عالية جدًا. كما تم تعديل إدارة الألم عبر تاريخ البشرية (Meldrum ML, 2003). منذ وجود الجنس البشري على كوكبنا ، قبل ملايين السنين من اليوم ، مات عدد لا يحصى من الناس من الألم. تطور المجتمع من البدائي إلى ما بعد التحديث ؛ في الواقع ، هناك أناس يعيشون بأسلوب بدائي في عالمنا.

لقد تقدمت التكنولوجيا الطبية ، وتوسعت الصناعة الدوائية ، وازدادت البنية التحتية الصحية. ولكن حتى اليوم لا يزال الملايين يعيشون مع الألم ويموتون من الألم (Hadjistavropoulos & Craig, 2004).

أولاً. العصور القديمة :

في العصور القديمة، أي قبل القرن الخامس. كان عمل هوميروس (القرنين الثاني عشر والثامن قبل الميلاد) وأبقراط (٤٣٠-٣٨٠ قبل الميلاد) وإيراسيستراتوس (القرن الثالث قبل الميلاد) وسيلسوس (القرن الأول الميلادي) خلال هذه الفترة مؤثرًا على كيفية تصديق الألم وإدراكه ومعالجته. يختلف فهم الألم في هذه الفترة من قرن إلى قرن. يعتقد البعض أنها عاطفية والبعض الآخر يعتقد أنها جانب مثير من الحياة (Rey R, 1995).

فهوميروس ، المؤلف الأسطوري اليوناني القديم للإلياذة والأوديسة ، أدرك الألم على أنه كيفية انغماس الموضوع في الألم فيما يتعلق بوقت الجداد وطقوسه والحزن والقلق والعاطفة العنيفة وولادة الأطفال. تم علاج المصاب بمثل هذه الحالة بواسطة نبات هوميروس (Rey R, 1995).

أبقراط (٤٣٠-٣٨٠ قبل الميلاد) هو طبيب يوناني وصف الألم في عمله بأنه كلمة مشتقة من "adune" والتي يُعنى بها الاستهلاك والحزن والألم والحزن. ووفقاً له ، فإن سبب ذلك هو اضطراب في روح الدعابة الأربعة (الدم والبلغم والصفراء والأسود). كان يعتقد أن الألم هو المحور الرئيس للتفاعل بين المريض ومقدمي الرعاية. ولذلك كان يعتقد أن الألم يجب أن يعالج بالألم.

في القرن الثالث قبل الميلاد، كان يُنظر إلى الألم على أنه غازٍ للعضو الداخلي ولا يمكن استعادته إلى سلامته دون معرفة بنيته. هذا الفكر يؤدي إلى فتح الجثة والتجارب الحية (Rey R, 1995).

في زمن الإمبراطورية الرومانية ، كان سيلسوس (القرن الأول) وأريتاوس من كبادوكيا (عاش حوالي القرن الأول) وجالينوس بيرغاموم (١٣٠ م - ٢١٠ م) من الأطباء اليونانيين المهيمنين. أثناء هذا الوقت ، كان يُنظر إلى الألم على أنه مرض في حد ذاته ويصنف إلى أشكال مختلفة.

أوصى سيلسوس بالراحة ، وممارسة الرياضة ، وإرقاء الدماء ، والشق في الجلد وتطبيق الجص الراتنج والطعام الساخن. يختلف العلاج حسب مرحلة المرض أي الألم. في البداية بدأ العلاج بإرقاء الدم وتأتي التمارين في مراحل لاحقة (Rey R, 1995).

و يعتقد Aretaeus of Cappadocia أن الألم يسببه البرد والجفاف معاً. كان عمله المتعلق بالألم هو تصنيف الألم ، وخاصة الصداع. كان نهج إدارة الألم مشابهاً لنهج سيلسوس. ووفقاً له ، تم علاج الألم عن طريق إرقاء الدماء ، والغسيل بالماء الساخن ، والحجامة المبللة ، والكي عن طريق وضع علامة على الحديد والفرك بالنباتات العشبية ذات الوجه المحبب (Rey R, 1995).

ثانياً. العصور الوسطى " القرن الخامس - الخامس عشر

يعتقد ابن سينا (٩٨٠-١٠٣٧ م)، أن الألم هو شعور متناقض الجودة. يجب أن ندرك أيضاً أن جالينوس قال إنه يجب أن يكون هناك كسر أو قطع ، وتمتد الجلد المتآكل ليشعر بالألم. كانت فكرة إزالة حساسية الجزء المتألم، وبالتالي كانت الجراحة إحدى طرائق علاج الألم (Sabatowski R, et al., 2004).

ثالثاً. عصر النهضة حتى الوقت الحاضر

أثناء فترة النهضة ، دحض رينيه ديكارت (١٥٩٦-١٦٥٠) فكرة أن الألم يأتي من الخارج واقترحه كعملية ميكانيكية داخلية. بالنسبة له ، يحدث الإحساس بالألم بسبب اضطراب داخل الجسم ويمر عبر الأعصاب إلى الدماغ. يشكل مفهوم الألم تدريجياً بمرور الوقت. وبعد أكثر من قرن بقليل من رينيه

ديكارت ، وبسبب تقدم العلوم التجريبية ، تم تطوير أربع نظريات رئيسة عن الألم: نظرية الخصوصية ، ونظرية الكثافة ، ونظرية النمط ونظرية التحكم في البوابة. تم قبول جميع النظريات الأربع المتنافسة ، الألم كإحساس بسبب المنبهات وطرائق مساره إلى الدماغ ، لكنها تختلف في كمية ونوع المحفزات التي تنتج الألم وتعديله (Merskey H, et al., 2005).

وفقاً لنظرية الخصوصية ، فإن مستقبلات الألم لها عتبات عند أو أقرب مستوى ضار من المنبهات ولكل منبه وصلات محددة للخلايا العصبية الإسقاطية في العمود الفقري وجذع الدماغ. في حين أن شدة الخلايا العصبية المشفرة التي تنقل المنبهات غير الضارة والضارة التي تنشط الخلايا العصبية ذات النطاق الديناميكي الواسع (WDR) تم اقتراحها عن طريق نظرية الكثافة. من ناحية أخرى ، تقترح نظرية الأنماط نطاقاً واسعاً من الاستجابات بواسطة الحواس الجسمية بعلاقة مختلفة مع الكثافة. تمتلك نظرية التحكم في البوابة مستوى الإحساس الذي يعتمد على التوازن بين الألياف الكبيرة والألياف الرقيقة (Merskey H, et al., 2005).

وفي مايو ١٩٧٣ ، تم إنشاء الرابطة الدولية لدراسة الألم (IASP) من أستاذ التخدير في جامعة واشنطن جون جيه بونيكا بهدف إنشاء منظمة مهنية مخصصة لأبحاث الألم وإدارته. منذ ذلك الحين ، تدعم المنظمة الأبحاث ورعاية المرضى والتعليم حول الألم في جميع أنحاء العالم (Merskey et al., 2005). في الأونة الأخيرة ، يتم فهم طبيعة الألم ونوعه عن طريق خصائصه المؤلمة. يصنف الألم على أساس الأصل (جسمي أو حشوي) ، والمدة (حادّة أو مزمنة) ، والآلية (مسبب للألم أو اعتلال عصبي) ، والحالة (الحادث ، والاختراق ، والألم الإجرائي) (FMOH, 2007).

أدى التقدم الذي تم إحرازه في مجال الألم إلى ظهور تعريفين مجمعين للألم يستخدمان حالياً في البحث والرعاية السريرية. تعرف الرابطة الدولية لدراسة الألم على أنه تجربة حسية وعاطفية غير سارة مرتبطة بتلف الأنسجة الفعلي أو المحتمل (Merskey H, et al., 2005). يوجه هذا التعريف حالياً أبحاث وممارسات الألم. من ناحية أخرى ، عرّف ماكافري (١٩٦٨) الألم بأنه "أيًا كان ما يقوله المريض الذي يعاني منه ، موجوداً كلما حدث ذلك" (FMOH, 2007). يشير هذا التعريف إلى الطبيعة الذاتية للألم ويوجه الرعاية السريرية وتفاعلات مقدمي الرعاية. من هذين التعريفين يمكننا فهم الأبعاد الثلاثة للألم: التجربة الحسية والعاطفية والمعرفية التي لا يمكن قياسها إلا بشكل شخصي (Walid et al., 2008).

هـ. أدراك الألم وإدارته : Pain perception and management

إن الألم جزء لا يتجزأ من الحياة. ولا يمكن إدراكه إلا أثناء الوعي وعن طريق 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 ، والذاكرة 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. وفي حالة عدم وجود إدراك للألم ، يُسمح للتأثير الضار بالمضي قدماً مع عواقب سلبية محتملة على الجسم. أن الحساسية الخلقية للألم نادرة تتكون جراء خلل في المسارات الحسية، ينتج عنها إصابات متعددة دون إظهار أي إنزعاج من 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 باستعمال 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 عن طريق 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).

أولاً. الشخصية :

يمكن تحديد إدراك الألم عن طريق أسلوب التعلق لدى المريض ، سواء كان قلقاً أو متجنباً. إذ يتوق الأفراد ذوي نمط التعلق القلق إلى علاقات وثيقة وحميمة لكنهم يميلون إلى التضحية باحتياجاتهم لإبقاء شريكهم سعيداً. و يميل الأفراد اصحاب هذا الأسلوب إلى الشعور بمزيد من الألم في وجود شخص لا يتعاطف مع حالتهم. في حين يميل الأفراد الذين لديهم أسلوب ارتباط متجنب إلى تقدير الاستقلال

والاكتفاء الذاتي أكثر من العلاقة الحميمة. ويبلغ الأشخاص أصحاب هذا النمط أيضاً عن ألم أقل عندما يكونون بمفردهم مقارنةً بحضور شخص آخر. يرتبط هذان الأسلوبان من التعلق بمجموعة واسعة من عمليات ونتائج العلاقات الوثيقة ، وعلى وجه التحديد ، بنى الشخصية (Shaver,1992).

وعلى مدى العقود القليلة الماضية ، تم اقتراح العديد من النظريات حول الشخصية في مجتمع الألم المزمن (Conrad, et al., 2013). ومع ظهور النهج البيولوجي النفسي الاجتماعي في الثمانينيات وهيمنت نموذج أهبة الإجهاد على المجال. برز النموذج التفاعل بين الاستعداد البيولوجي للفرد وتأثير البيئة لشرح الاستجابات المختلفة للألم المزمن.

و بشكل عام ، يتميز المرضى الذين يعانون من الألم المزمن بتجنب الضرر السائد وانخفاض التوجيه الذاتي (Gustin, at al., 2016)

ثانياً. الإدراك :

يمكن تقسيم دراسة العمليات المعرفية الكامنة وراء جميع أنماط السلوك إلى فئتين: شكلها و / أو بنيتها ومحتويات الأفكار (Craig, 1984) • تنظم البنى المعرفية وتنفذ اتجاه تجربة الألم عن طريق الانتباه والذاكرة واتخاذ القرار وعمليات التنظيم الذاتي الأخرى. يعد التفكير الكارثي أحد الاستجابة المعينة للألم التي قد تنبئ بشدته. يُعرّف التفكير الكارثي بأنه "مجموعة عقلية سلبية مبالغ فيها يتم استعمالها أثناء تجارب الألم الفعلية أو المتوقعة." (Sullivan, et al., 2001). أن التصورات الحالية من التفكير الكارثي وصفته بأنه إجراء تقييم أو مجموعة من المعتقدات غير القادرة على التأقلم (Tagg, 2017) . ينقسم التفكير غير المتكيف إلى أربع فئات أو أنواع من التشوهات المعرفية ، بما في ذلك: التعميم المفرط ، والتصفية الذهنية ، والقفز إلى الاستنتاجات ، والتفكير العاطفي (IASP, 1986).

ثالثاً. المعتقدات :

هناك مبادئ أخرى لها تأثير على مقدار الألم الذي يشعر به المرضى ، بما في ذلك الكفاءة الذاتية، وموقع السيطرة، والمشاركة في دور المريض، وتأثير الدواء الوهمي (Hansen, 2005). فالكفاءة الذاتية هي حكم شخصي للمريض على مدى قدرتهم على تنفيذ مسار العمل المطلوب للتعامل مع موقف محتمل. أن مركز التحكم هو الدرجة التي يعتقد بها المريض أنه يتحكم في نتائج الأحداث في حياته، على عكس القوى الخارجية الخارجة عن إرادته. و يعد المريض متورطاً في دور المريض عندما يلتزم بالدور الاجتماعي المصمم على وجه التحديد للمرض. وتحدث استجابة الدواء الوهمي عندما يثبت علاج غير

محدد فعاليته كمسكن عند إعطائه من قبل المختصين. في حين أن زيادة معتقدات المريض غير المقصودة من قلقه وتوقعاته للألم، يكون لها تأثير غير مستحسن (Hansen, 2005).

رابعاً. المتغيرات الاجتماعية والثقافية :

قيمت النظريات المبكرة لعلم نفس الألم العوامل المؤثرة ، مثل الجنس والعمر والثقافة (Eccleston, 2001). في معظم الدراسات ، أبلغت النساء عموماً عن تعرضهن للألم أكثر تكراراً وشدة وطويلة الأمد من الرجال (Unruh, 1996). وقد أظهرت أبحاث سابقة أيضاً أن عتبات الألم تزيد مع التقدم في العمر. وقد ساد الاعتقاد بأننا اختلفنا ثقافياً بطريقة ما أثرت على كيفية تعرضنا للألم. على سبيل المثال ، كانت هناك فكرة في القرن التاسع عشر مفادها أن المجموعات العرقية تتنوع في تجاربها الفسيولوجية إلى الألم ، والذي تبين لاحقاً أنه لا أساس له. ومع ذلك ، فإننا نفهم الآن أن هناك اختلافات داخل المجموعات الثقافية قد تؤثر على تجربة الألم لديهم ، بما في ذلك التوليد ، والتثاقف ، والوضع الاجتماعي والاقتصادي ، والعلاقات مع البلد الأم ، واللغة الأساسية ، ودرجة العزلة، والإقامة في الأحياء العرقية. قد تتوسط هذه العوامل العلاقة بين الثقافة والألم (Lautenbacher, et al., 2017).

خامساً. التعلم :

يمكن أن يكون الألم استجابة مشروطة ، أو سلوكاً مكتسباً ، وليس مجرد مشكلة جسمية يبدأ السلوك استجابة لوجود إصابة ، ثم يتم تعزيزه ويصبح استجابة مشروطة. قد تؤدي سلوكيات الألم ، مثل الحراسة ، والاستعداد ، والفرك ، والتكشر ، والتنهيد إلى إدراك المرضى أنهم يعانون من المزيد من الألم إذا تم تعزيزهم. بطريقة مماثلة ، قد يؤدي عدم النشاط إلى تخفيف الألم لدى بعض المرضى ، ولكنه يؤدي إلى حلقة مفرغة من عدم التكيف وزيادة تقاوم الألم. يمكن أن ينتج الألم عن ردود فعل الخوف المشروطة ، أو سلوكيات التجنب ، التي تستمر حتى بعد زوال الألم (Hansen, 2005).

سادساً. رد الفعل العاطفي :

بالنسبة للمشاعر السلبية الأخرى ، مثل الخوف والحزن والشعور بالذنب وتشويه الذات والعار (Eccleston, 2001)، فإن الغضب هو المشاعر الأبرز لدى مرضى الألم المزمن (Fernandez, 1994) يشير الغضب إلى تجربة عاطفية يمكن أن تكون حالة مزاجية حالية أو استعداداً عاماً للشعور بالغضب. قد يعاني الأشخاص الذين يعانون من مشكلات غضب كبيرة في التعاطف. ومع ذلك ، فهي مهارة يمكن تطويرها وصقلها بمرور الوقت. أظهرت الأبحاث أن البشر يميلون إلى أن يكونوا أكثر تعاطفاً مع أصدقائهم بينما قد يثبط التوتر قدرة الناس على التعاطف (Wlassoff, 2015).

و. إدارة الألم والدين : Pain management and religion

يُعدُّ تخفيف الآلام مشكلة إدارية للعديد من المرضى وأسرهـم والأطباء المهنيين الذين يعتنون بهـم، على الرغم من أن كل شخص يعاني من الألم إلى حد ما، إلا أن ردود الفعل تجاهه تختلف من شخص لآخر. يعد التعرف على ألم شخص آخر وتحديدـه تحديًا معروفًا 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. يستعمل المرضى الذين يعانون من الألم عددًا من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية للتعامل مع الألم، بما في ذلك العوامل الدينية / الروحية، مثل الصلاة، والبحث عن الدعم الروحي لإدارة الألم. (Ozden, 2013).

ز. إدارة الألم والعلاج السلوكي المعرفي

Pain management and cognitive behavioral therapy :

فضلاً عن 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 بنظر الأهتمام ودمجها في أي معالجات حتى تكون فعالة ويتم اكتشافها أثناء التقييم الأولي (Asmundson at al., 2014). هذه المجالات الشخصية والفردية والشاملة هي التي تجعل منه نهجًا نفسيًا يجلس ضمن الأنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لعلاج المريض.

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

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي عن طريق توظيفه في التعامل مع آلام الإنسان خلال مواقف الألم، ويمكن أن تتجسد عن طريق برامج سلوكية معرفية لإدارة الألم والتخفيف منه، بوصفه لازمة سلوكية معرفية. ويأتي ذلك عن طريق تأكيد تلك البرامج على إعادة تنظيم مثيرات البيئة للفرد المتألم (NHS Choies, 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). ثم تم تطويره إلى العلاج المعرفي (CT) في السبعينيات من 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. عن طريق تحدي طريقة تفكير الفرد والطريقة التي يتفاعل بها مع عادات أو سلوكيات معينة بطريقة بناءة يمكن أن تخلق تنافراً 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).

ح. نظريات إدارة الألم Pain management theories :

أولاً. نظرية الخصوصية Privacy theory :

طرح رينيه ديكارت ، 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 تفترض 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 بنظر الاهتمام 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 طبيب الأعصاب الألماني ألفريد جولدشنييدر. وجدال 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 ، إذ 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 لمسه (وهو أمر غير مؤلم) (Melzack & Wall, 2008).

ثالثاً. نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory :

يقول فرويد إن الألم يثير مشاعر الغضب والهستيريا ، فيؤدي ذلك لإحساس الفرد بالذنب والخذلان، ومن وجهة نظر التحليلين الألم عكس النشوة، ويفسر الألم أنه حاجة لم يستطيع الفرد اشباعها ، إذ أن الإنسان يميل لتلبية جميع احتياجاته وبالتالي أي حاجة غير مشبعة وأي شعور بالتوتر هي حالة تناقض حتى يستطيع الفرد اشباعها والتخلص من تبعاتها . كذلك يرى أصحاب النظرية التحليلية أن الألم هو حالة تسببت بها صدمة قاسية تعرض الفرد لها ، أو ناتج عن تعرضه للمخاطر، إذ يصاب بعصاب الصدمة وغالباً ما يدرك الفرد هذا الألم (هيشان، ١٩٩٠).

وبما أن الألم بحسب وجهة نظر التحليليين هو توتر وحالة من النقصان التي لا يستطيع الفرد السيطرة عليها فإن الفرد في حالة الألم من الممكن أن يلجأ لاستعمال ميكانزمات الدفاع النفسي للتخلص من الألم والسيطرة عليه أي الوصول إلى حالة الاتزان التي تعتبر غاية الإنسان، والتخلص من أي ألم أو توتر أو هيجان.

أن آليات الدفاع هي استراتيجيات نفسية يأتي بها العقل الباطن بهدف التلاعب بالأفكار والتحايل على العواطف أو تشويه الواقع وتغييره، وذلك لحماية النفس من المشاعر السلبية والعودة إلى الاتزان والاستقرار.

رابعاً. النظرية السلوكية Behavioral theory :

تقليدياً، تم استعمال النظرية السلوكية لعلاج مشكلات الصحة النفسية مثل الخوف والرهاب، وقد تم تقديم بعض النجاحات، وقد تم تطبيق النظرية السلوكية على إدارة الألم من ويلبرت فورديس، مما أدى إلى إنشاء عيادات الألم التي أدرجت مناهج علم النفس في معالجة الألم، وطبق العلاج السلوكي مبادئ التكيف السلوكي لسلوكيات الألم، بهدف استعمال تقنيات التكيف الفعال لزيادة السلوكيات الصحية وتقليل سلوك الألم. (Interventional Spine E-Book). ويشير التكيف الإجرائي إلى التطبيق المنهجي للنتائج المحددة للسلوك، مما يؤثر على احتمالية تكرار السلوك، إذ يمكن تعزيز السلوك عن طريق التعزيز الإيجابي، إذ يتبع السلوك نتيجة مجزية، أو سلبياً، إذ يتبع السلوك نتيجة مجزية أيضاً، بسبب توقف تجربة غير سارة، وسيكون من المرجح أن يتكرر، من ناحية أخرى، يمكن تقليل السلوك إذا أعقبه الكف - أو اللا نتيجة- أو العقوبة - نتيجة غير سارة-، ويتضمن العلاج السلوكي استعمال هذه الحالات الطارئة بطريقة منهجية لتقوية السلوكيات التكيفية، مثل المشاركة النشطة في الأنشطة الهادفة وإضعاف السلوكيات التي يُنظر إليها على أنها إشكالية، مثل الراحة المفرطة أو الشكوى، وضمن هذا البروتوكول يتم تعليم مهارات الاسترخاء الذهني وتطبيقها إلى جانب التعرض التدريجي للمرضى الذين يعانون من الحساسية بشكل منهجي لمجموعة متزايدة من الأنشطة، والجزء المهم من البروتوكولات السلوكية هو الحاجة إلى تحليل وظيفي دقيق للسلوك والنتائج التي يجب أخذها بنظر الاهتمام على أساس فردي، إذ أن شيئاً مقبولاً لشخص ما قد يعده شخصاً مزعجاً، وتظل العديد من الابتكارات السلوكية التي استعملها الباحثون ذات صلة مع بعضها اليوم، بما في ذلك النظر في سلوكيات الألم كأهداف للعلاج، والحاجة إلى التحليلات الوظيفية الفردية، وقدم العلاج السلوكي للألم أيضاً تأكيداً على أنّ عوامل زيادة المشكلة والحفاظ عليها غالباً ما تكون مختلفة تماماً (كيفية إدارة الألم/ <https://sotor.com>).

خامساً. النظرية المعرفية Cognitive theory :

ركزت النظرية السلوكية على السلوك، والذي يمكن ملاحظته بشكل موضوعي، ولم تأخذ بنظر الاهتمام الظواهر غير الملحوظة مثل العواطف والأفكار، ضمن علم النفس السريري بشكل عام، يتلقى موضوع التعرف على الأفكار وأنماط التفكير وتأثيرها اهتماماً متزايداً خلال السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، مما أدى إلى تطوير العلاج المعرفي، وهو نهج يركز بشكل أكبر على الأحداث الداخلية غير الملحوظة بما في ذلك الأفكار والمعتقدات، أصبح هذا النهج يُعرف بالعلاج السلوكي -الموجة الثانية- ، وأصبحت الأساليب التي تركز على تغيير السلوك الذي يمكن ملاحظته عن طريق التكيف الكلاسيكي والعملية تعرف باسم -الموجة الأولى-، ضمن عيادات الألم متعددة التخصصات، تم دمج المناهج المعرفية

والسلوكية بشكل طبيعي في العلاج السلوكي المعرفي CBT، وهو نهج يعكس، تطورات أوسع في علم النفس السريري، وتستند النظريات الإدراكية والسلوكية للألم إلى الفرضية القائلة بأن الأفكار والعواطف والسلوكيات والأحاسيس الجسمية كلها مترابطة وتوجد في سياق معين مؤثر أيضاً، ويمكن أن يكون للتغيرات الصغيرة في أي من هذه المجالات تأثيرات واسعة النطاق عن طريق التأثير الدائري لتأثيرها على كل منطقة، وغالباً ما يتم تقديم نموذج العلاج السلوكي المعرفي بشكل تخطيطي ويوضح كيفية ترابط المناطق المختلفة مع بعضها البعض وصناعة دورات مفرغة يمكن أن تزيد من ضائقة الأعراض، بعد تحديد الأفكار أو السلوكيات التي يُعتقد أنها تتغذى على الدورات بهذه الطريقة، سيعمل المعالجون النفسيون بشكل تعاوني مع المرضى الذين يستعملون مجموعة متنوعة من التقنيات لمعالجة المشكلات المحتملة وعكس الدورات المفرغة (كيفية إدارة الألم/ <https://sotor.com>)

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

التطور الأحدث هو نظرية التحكم في البوابة للألم التي اقترحها (Melzack & Wall) 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. تثير رسائل الألم التي تعبر البوابة الخلايا الحاملة للقرن الظهري الموجود في النخاع الشوكي، والتي بدورها تساعد في نقل رسائل الألم إلى الدماغ (Buxton, 1999).

عندما يسمح لجميع البوابات في مسار الألم في الجهاز العصبي أن تظل مفتوحة على مصراعيها، يمكن أن يبدأ الألم في "الدوران" في دورة لا تتوقف.

تبدأ هذه الدورة في الموقع الأصلي للألم، عادة بسبب الإصابة أو المرض. ثم ينتقل الألم حتى النخاع الشوكي إلى الدماغ. يعالج الدماغ إشارات الألم، ثم يرسل النبضات العصبية مرة أخرى إلى أسفل الحبل الشوكي، إلى الموقع الأصلي للألم، وتوعية تلك المنطقة، والتسبب في الالتهاب. هذا التحسس والالتهاب يساعدان في حماية المنطقة المتضررة، عن طريق إجبارنا على تفضيلها، كما تندفع المواد الكيميائية إلى المنطقة. لكنه يضخم الألم، ويخلق المزيد من الألم. ثم ينتقل هذا الألم الجديد إلى الدماغ - وتبدأ الدورة مرة أخرى (Khalsa & Stauth, 2000).

تمتد الأعصاب من جميع أنحاء الجسم إلى الحبل الشوكي ، وهو أول نقطة التقاء رئيسة للجهاز العصبي. في النخاع الشوكي ، قد تتخيل سلسلة من البوابات تصل إليها رسائل الألم من جميع أنحاء الجسم. يبدأ دافع الألم عادة رحلته على طول مسار الألم عندما تعاني من إصابة أو مرض. دعنا نقول أنك قطعت أصبعك.

هل سبق لك أن لاحظت أنك عندما تجرح نفسك، عادة ما تشعر بإحساس القطع قبل أن تشعر بالألم منه؟ يحدث ذلك لأن لديك أعصاب منفصلة للمس والألم؟ وترسل الأعصاب "التي تعمل باللمس" إشارات أسرع من أعصاب الألم. لهذا السبب تشعر بالقطع قبل الألم (Khalsa& Stauth, 2000).

تقوم الأعصاب السريعة "اللمس" الخاصة بك بإطلاق إشارات نحو الدماغ عند حوالي ٢٠٠ miles في الساعة ، في حين ترسل أعصابك ألامًا إلى الدماغ بسرعة بطيئة نسبيًا. ينتقل الألم الحاد عند ٤٠ miles فقط في الساعة ، ويمكن للألم المزمن أن يسافر ببطء مثل ٣ miles في الساعة. يحدث هذا الاختلاف في السرعة في الغالب لأن الأعصاب "التي تعمل باللمس" تكون بشكل عام معزولة بشكل أفضل.

عندما تصيب إصبعك ، تميل إلى الاستيلاء عليه والضغط عليه أو فركه ، أليس كذلك؟ هذه غريزة طبيعية تفعل ذلك لأنه يقلل من الألم. السبب في إنقاص الألم هو أنه يطلق النار على إشارات "اللمس" السريعة نحو بوابات الألم ، وتجاوز إشارات اللمس السريعة تلك إشارات الألم البطيئة. في الوقت الذي تصل فيه إشارات الألم ، تكون بوابات الألم مزدحمة بالفعل بالنبضات التي تعمل باللمس ، وتواجه إشارات الألم صعوبة في الضغط عن طريقها.

يمكن تعزيز هذه الدورة من الألم بالعديد من عناصر متلازمة الألم المزمن. تميل بعض هذه العناصر إلى انغلاق بوابات مسار الألم وتضخيم مشاعر الألم. أيضا، متلازمة الألم المزمن غالبا ما تجعل مرضى الألم يشعرون بالسلبية والهزيمة، وتثبطهم عن القيام بالعديد من الأشياء التي يجب عليهم القيام بها لجعل الأهم تختفي (Khalsa& Stauth, 2000).

تؤكد نظرية التحكم في البوابة أن رسائل الألم تنتقل إلى الدماغ عن طريق المنبهات التي يتم تلقيها بناءً على مرحلتها وشدتها. يبدو أن هذا أيضًا له تأثير على الموقع الذي يدخلون إليه. تستند نظرية التحكم في البوابة أيضًا على فكرة أن يتحكم كل من العناصر الجسمية 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 et al., 2003).

يمكن أن تكون هذه البوابات في بعض الأحيان أكثر انفتاحاً من الأوقات الأخرى. هذا مهم لأنه عن طريق 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، فسيقول عدد الرسائل التي تصل إليك ومن المحتمل أن تشعر بألم أقل.

وبالتالي لدينا طريقة أخرى للتحكم في الألم: دعم وظيفة هذه البوابة. يتم تحقيق ذلك عن طريق دعم الصحة العامة للجهاز العصبي. إذا تم استنفاد الجهاز العصبي أو الضغط عليه، فإن هذه البوابة ستفقد كفاءتها. وبالتالي، كلما زادت كفاءة وظائف الجهاز العصبي، كلما ارتفعت "عتبة الألم". هذا سبب واحد، على سبيل المثال، لماذا تشعر بمزيد من الألم عندما لا تحصل على قسط كافٍ من النوم: يعيق قلة النوم لديك قدرة الجهاز العصبي على إغلاق بوابات الألم. ومع ذلك، بغض النظر عن مدى كفاءة عمل بوابات الألم، فمن المؤكد أن بعض إشارات الألم تصل إلى دماغك. هذا طبيعي ومرغوب، بالطبع، لأنه بدون ألم، سنكون دائماً في خطر شديد للإصابة (Khalsa & Stauth, 2000).

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 لتجاوز الألم أو معاشته (CH., 2013, P.2-3).

- وقد تبني الباحث هذه النظرية كون فرضياتها أرتكزت على دراسة أسس وإجراءات إدارة الألم.

٢. الرضا عن الحياة Life Satisfaction :

أ. المقدمة Introduction :

مصطلح الرضا عن الحياة أو نوعية الحياة والرفاهية من المصطلحات شائعة الاستعمال التي تتكرر في حياتنا بشكل كبير ، وقد حاولت الكثير من البحوث والدراسات كشف عواملها (عيسى و رشوان، ٢٠٠٦، ص ١٣).

ومصطلح الرضا عن الحياة بشكل عام يرتبط بالوظيفة والصحة النفسية للفرد بشكل تقليدي ، وتغطي مقاييس الرضا عن الحياة مجالات الصحة النفسية والاجتماعية والاخلاقية والجسمية والدينية للفرد (The WHOQOL Group, 1998, P. 1569)

ومفهوم الرضا عن الحياة يعد من مؤشرات السعادة الوجدانية الذاتية - Subjective Well-Being التي تتضمن فضلاً عن الرضا عن الحياة مؤشرات التأثيرات الإيجابية Positive Effect والتأثيرات السالبة Negative Effect ويختلف الرضا عن الحياة عنهما في ان الأخير يتضمن عامل التقدير المعرفي بجانب عامل التقويم الوجداني (Greenspoon & Saklofske, 1998, P. 965).

والرضا عن الحياة يعد دالة للمقارنة بين ما حققه الفرد وما يأمل في تحقيقه وما حققه الآخرون والدراسات المبكرة في هذا المجال درست الشعور بالسعادة بديلاً للرضا عن الحياة ولكن الدراسات الحديثة تركز على مصطلح الرضا عن الحياة نظراً لأنه يتضمن المكون المعرفي بجانب المكون الوجداني الذي يتضمنه مفهوم السعادة وينظر بعضهم إلى المفهومين أنهما مترادفان وهو ما أدى إلى تداخل في تفسير كثيراً من النتائج التي توصلت إليها الدراسات والبحوث السابقة (Svanberg-Miller, 2004: 66).

ب. مفهوم الرضا عن الحياة : The concept of life satisfaction

أولاً. لغةً :

جاء تعريف الرضا في المعجم الوجيز (ترضية و به وعنه وعليه رضا ورضاء ورضوانا ومرضاة : أي اختاره وقبله ويقال رضية له اي رآه أهلاً له (المعجم الوجيز، ١٩٩٠، ص٢٦٧)

وقال العلامة البركوي رحمه الله تعالى : الرضا : طيب النفس بما يصيبه ويفوته مع عدم التغير (النايلسي، ٢٠٠٨، ص ١٠٥)

ثانياً. اصطلاحاً :

عُني الباحثون في مجالات علم النفس والصحة النفسية بمفهوم الرضا عن الحياة والذي يتضمن بداخله شعور الفرد بالسعادة وتمتعه بالحياة التي يعيشها، وبالتالي تمتعه بدرجة عالية من الصحة النفسية والسواء، وتصف منظمة الصحة العالمية الرضا عن الحياة بأنه "معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه" وهو مفهوم واسع يتأثر بطريقة مركبة بالصحة الجسمية للفرد وبحالته النفسية وباستقلاليتة وعلاقته الاجتماعية وعلاقته بكل مكونات البيئة التي يعيش فيها" (The. WHOQOF Group, 1998)

ويمكن لنا أن نغطي مفهوم الرضا عن الحياة عن طريق التعاريف والمفاهيم المحددة التي قدمها باحثون متخصصون في بيان تفصيلات متغير الرضا عن الحياة.

فيعرف الديب (١٩٨٨) الرضا عن الحياة بأنه "تقبل الفرد لذاته، وأسلوب الحياة التي يحيها في المجال الحيوي الذي يحيط به، فهو متوافق مع ربه وذاته وأسرته وسعيداً في عمله، متقبلاً لأصدقائه وزملائه، راضياً عن إنجازاته الماضية، متفائلاً بما ينتظره من مستقبل، مسيطراً على بيئته، فهو صاحب القرار، قادراً على تحقيق أهدافه (الديب، ١٩٨٨، ص ٤٩).

في حين أن مايكل أرجايل (١٩٩٣) عرف الرضا عن الحياة بأنه "تقدير عقلي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل أو حكم بالرضا عن الحياة"، إذ يمثل مفهوم الرضا عديداً من المقاييس النوعية للرضا، فهناك الشعور بالرضا عن الحياة بصفة عامة، وعن العمل، وعن الزواج، وعن الصحة، ومقاييس الرضا المختلفة" (مايكل أرجايل، ١٩٩٣، ص ١٤).

ويعرف الشعراوي (١٩٩٩) الرضا عن الحياة بأنه "أحد موضوعات تكيف الحياة، وفيه تكون مشاعر الفرد عن نشاطه، وأحداث حياته، وتوجهاته من العوامل التي تؤدي إلى سعادته، إذ إنه استجابة

ذاتية من الفرد لجانب معين في الموقف الذي يتعرض له، ففي المرحلة الجامعية يمثل الرضا استجابة الطالب على الشعور بالارتياح نحو البيئة الاجتماعية، والأكاديمية، والانفعالية التي يشارك فيها، ونحو ذاته (الشعراوي، ١٩٩٩، ص ١٥٣-١٥٤).

أما رضوان وهريدي (٢٠٠١) فيعرفون الرضا عن الحياة بأنه "درجة تقبل الفرد لذاته بما حقق من إنجازات في حياته الماضية والحاضرة، ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته والآخرين، وجوانب الحياة المختلفة، ونظرته المتفائلة عن المستقبل" (رضوان وهريدي، ٢٠٠١).

ويفيد شاذلي (٢٠٠١) أن أحكام الرضا عن الحياة تعتمد على مقارنة ظروف شخص بما يظن أنه المعيار المناسب (شاذلي، ٢٠٠١).

ويقول زايد (٢٠٠١) أن الرضا عن الحياة هو "شعور الفرد بالارتياح تجاه حالته الصحية (الجسم والنفس)، وعلاقته الاجتماعية والعمل الذي يؤديه، وتقبله لذاته، وأن يكون مجاله الحيوي مشبعاً لحاجاته الأولية والثانوية ولديه قدر من الإيمان بالله، وأن يكون متوافقاً مع أسرته ومجتمعه" (زايد، ٢٠٠١).

ويرى إينهوفن (٢٠٠١) Eenhoven أن الرضا عن الحياة هو "الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابياً على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام، كما تعني حب الشخص للحياة التي يحيها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها ككل" (علوان، ٢٠٠٧، ص ٤٧٧).

وتعرفه عبد الوهاب (٢٠٠٧) بأنه "حالة داخلية يشعر بها الفرد وتظهر في سلوكه واستجاباته، وتشير إلى ارتياحه وتقبله لجميع مظاهر الحياة عن طريق تقبله لذاته ولأسرته وللآخرين، وللبيئة المدركة وتفاعله مع خبراتها بصورة متوافقة" (عبد الوهاب، ٢٠٠٧، ص ٢٤٨).

أما تفاحة (٢٠٠٩) يرى أن الرضا عن الحياة هو "تقبل الفرد لذاته نحو أسلوب الحياة التي يحيها في المجال الحيوي المحيط به، ويكون متوافقاً مع نفسه ومع المحيطين به، ويشعر بقيمته، وقادراً على التكيف مع المشكلات التي تواجهه، والتي تؤثر على سعادته، وقانعاً بحياته وما فيها" (تفاحة، ٢٠٠٩).

ويرى فرانكن (١٩٩٤) Franken بأن الرضا عن الحياة يعد أعلى ما يرغب الإنسان (الراشد والعاقل) من بلوغه، للتخلص من الاضطرابات النفسية والتوتر والاحباط الناتج عن الانفعالات المختلفة التي يمر بها الفرد بناءً على المواقف الحياتية، وأن العلاقات الاجتماعية والسعادة والاستقرار والاحترام الاجتماعي والشعور بالسعادة تعد بمجملها من مظاهر الرضا عن الحياة، ذلك أن الفرد الذي يعمل على أشباع رغباته من هذه الأشياء وتحقيقها يكون راضياً عن حياته (إسماعيل، ٢٠١١، ص ١٥).

وعن طريق التعريفات السابقة وتحدياتها لمفهوم الرضا عن الحياة يمكن القول، إنها تتفق جميعاً في أن الرضا عن الحياة هو حالة من شعور الفرد الجيد تجاه جوانب متعددة من حياته أو أتجاهها بشكل عام ، ويتبين أيضاً من التعريفات السابقة أن المنحى الذي تتخذه هو منحى ايجابي في الشعور ، وكل ما يترتب على ذلك من سلوك ايجابي مثل تحقيق الذات والاجتهاد والاقبال على الحياة واشباع الحاجات والوصول إلى الطمأنينة والأستقرار.

ج. علاقة الرضا عن الحياة ببعض المفاهيم والمتغيرات

The relationship of life satisfaction with some concept and variables :

أولاً. السعادة Happiness :

يعد مدى رضا الفرد عن حياته على أنه انعكاس للسعادة التي يتمتع بها ، أو أنها أيضاً تعكس تكرار الانفعالات السارة وشدتها ، وهناك أربع عناصر للسعادة ينبغي أخذها الاهتمام، هي : الصحة العامة ، والعناء بما تتضمنه الحياة من قلق واكتئاب ، والرضا عنها و عن مجالاتها المختلفة ، والاستمتاع والشعور بالبهجة (أبو هاشم، ٢٠١٠).

ويفترض الكثير من علماء النفس أن السعادة تشتمل على ثلاث مكونات مرتبطة معا، وهي الرضا عن الحياة، والوجدان الايجابي، وغياب الوجدان السلبي (عبد الخالق و الشطي، ٢٠٠٣).

بينما يفرق الكثير من الباحثين بين السعادة بوصفها حالة انفعالية حساسة للتغيرات المفاجئة في المزاج، وبين الرضا إذ هو حالة معرفية معتمدة على الحكم (Meng & Jan, 2001).

ويرى فورديس Fordyce أن السعادة هي شعور عام بالرضا عن الحياة يزدهر ويستمر على مدار فترات زمنية طويلة (سحر، ٢٠٠٨)

أشارت الدراسات إلى ارتباط السعادة بالرضا عن الحياة وارتباط الشقاء بالسخط والتذمر من الحياة، ففي إحدى الدراسات على الشباب في أمريكا كانت معاملات الارتباط بين الشعور بالسعادة والرضا بالحياة بشكل عام حوالي $r = 0,75$ وهو معامل ارتباط عال يدل على علاقة وثيقة بين السعادة والرضا، جعلت كثيراً من علماء النفس يدونون السعادة في الرضا والشقاء في السخط ويدعون في الإرشاد والعلاج النفسي إلى تنمية مشاعر الرضا وتخفيف أو تقليل مشاعر السخط من أجل سعادة الناس وتنمية صحتهم النفسية، ومن أجل وقايتهم من الانحراف وعلاج انحرافاتهم النفسية (مرسي، ٢٠٠٠، ص ٤٦).

ثانياً. جودة الحياة Quality of life :

تُعدُّ جودة الحياة أحد مفاهيم علم النفس الإيجابي، والذي يشمل الصحة العامة والتوافق، والتفؤل بالمستقبل والسعادة وكذا الرضا عن الحياة (خميس، ٢٠١٠).

كما تعني جودة الحياة الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال و اشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلاً عن إدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية و احساسه بالسعادة وصولاً إلى حياة متناغمة ومتوافقة بين جوهر الانسان والقيم السائدة في مجتمعه (شاهر، ٢٠١٠).

وبهذا يعد كل من شين Shin وجونسون Johnson أن الرضا عن الحياة هو تقدير عام لجودة الحياة لدى الفرد وفقاً لمعايير يختارها بنفسه (Shin & Johnson, 1987)

وهناك أيضاً من يرى أن مفهوم الرضا عن الحياة ، هو جزء من مفهوم أكبر وهو جودة الحياة ، إذ أن مكون الرضا عن الحياة يمثل المكون النفسي أو الذاتي ، ويختلف مفهوم جودة الحياة اختلافاً متبايناً باختلاف مكوناته التي يدرسها الباحثين ، فمنها المكون الاقتصادي، وكذا المكون الاجتماعي ، والمكون البيئي، وهناك المكون النفسي الذي يعنى بجانب شعور الفرد بالسعادة و رضاه عن حياته ، وتقييمه الشخصي لمختلف جوانب الحياة التي يعيشها (هبة الله، ٢٠١٠).

ثالثاً. التدين Religiosity :

أن ما يتبناه الفرد من اتجاهات ويسلكها ويشكل عن طريقها مبادئه التي يسير عليها في الحياة يعرف بالتدين وأنه من العوامل المهمة التي تجعل الفرد يشعر بالرضا والتوافق النفسي والرضا والانتماء للنفي والآخرين . ويعد التدين من أهم الحاجات المشبعة لدى الإنسان التي تبعث على الشعور بالرضا عن الحياة والإحساس بالسعادة، إذ يعده البعض حاجة نفسية موروثة، فمعظم الناس عبر التاريخ يمارسون شكلاً من أشكال التدين، ويمثل لهم محدداً لهويتهم، وسبباً من أجله يعيشون أو في سبيله يموتون. (مبروك، ٢٠٠٧، ص ٣٧١)

وتوصل تشامبلر Chumbler (١٩٩٦) في دراسته إلى أن الملتزمين بالمعتقدات الدينية كانوا مرتفعين على مقياس الرضا عن الحياة. ويؤكد Ellison ١٩٩١ على أن الذين لديهم دافع ديني قوي أكثر رضا عن الحياة، وأقل في النتائج السلبية لأحداث الحياة الضاغطة بالمقارنة مع غير المتدينين (النعامي، ٢٠٠٥، ص ٨٣)

ويشير الحديبي ٢٠٠٧ إلى أن الدين يوفر قاعدة وجدانية تضمن الأمن والاطمئنان النفسي والالتزان الانفعالي، والتفاؤل وحب الحياة ورضاه عنها، كما يوفر إحساساً بمعنى الحياة اليومية، فهو يخفف من وطأة الكوارث والأزمات التي تعترض طريق الفرد، كما أن الشعور الديني يؤدي إلى الإحساس بالسعادة والرضا عن الحياة والقناعة والإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره، واليقين بأن الله عز وجل يتدخل في الأحداث المهمة من أجل الأفضل دائماً، ويتحقق ذلك للفرد عن طريق: الدعاء، والصلاة، والشكر، مما يوفر له أسمى صور الدعم والطمأنينة (المحروقي، ٢٠١١، ص ٣٠-٣١)

رابعاً. الدعم الاجتماعي المدرك **Perceived social support** :

يلعب الدعم الاجتماعي دوراً مهماً في تحسين الصحة النفسية والعاطفية للأفراد عن طريق التغلب على الضغوط النفسية والاجتماعية التي تسببها البيئة المعيشية والمشاكل والصعوبات، وتحقيق الاستقرار النفسي والرضا عن الحياة. إضافةً للسعادة التي يحققها والأثر الإيجابي الذي يجلبه على الأفراد (Buunk et al., 1991).

يعرف ليفي (١٩٨٣) الدعم الاجتماعي بأنه وجود أشخاص مقربين يمثلهم أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران أو الزملاء ، وتتمثل خصائصهم في الدعم المعنوي والمشاركة العاطفية، يعرف حداد (١٩٩٥) الدعم الاجتماعي على أنه: تمتع الفرد بالحب والتقدير والقبول والاحترام الذي توفره الشبكة الاجتماعية المحيطة ، فضلاً عن شعوره بأنه جزء من هذه الشبكة ويوفر للأعضاء التزامات متبادلة، يلعب مقدار الدعم الاجتماعي الذي تقدمه الشبكة الاجتماعية المحيطة بالفرد دوراً في تزويد الفرد بفرص البقاء على قيد الحياة ، عن طريق مساعدة الفرد على التكيف من الصحة البدنية إلى الصحة العقلية والاجتماعية أثناء وبعد أحداث الحياة المجهدة ؛ أن الدعم العاطفي يقلل من سلبية الحياة إذ يكون للاكتئاب الناجم عن الحدث تأثير فعال على الحياة ، فضلاً عن دعم مقدمي الرعاية الرسميين وغير الرسميين (مثل الأزواج والأصدقاء والأطباء والمرضات) ، فإنه يؤثر أيضاً على قدرة مرضى السرطان على اكتشاف السرطان والتماس المعلومات ذات الصلة ، وتنظيم الحالة العاطفية واتخاذ قرارات طبية محررة (Moers & Hawkins, 2007).

د. النظريات المفسرة للرضا عن الحياة **Theories of life satisfaction** :

هناك الكثير من النظريات التي درست الرضا عن الحياة ومنها :

أولاً. نظرية التحليل النفسي (فرويد) Psychoanalytic theory (Freud) :

يرى فرويد ان الناس يحاولون الحد من الحزن وزيادة فرص السعادة والتي هي شعور بالعافية والهناء والسرور، كما انه يرى ان البحث عن السعادة والحصول عليها وتخفيف الآلام الهدف الأساس للسلوك الإنساني وهو كل ما يتطلبه الإنسان من الحياة، وإشباع الغرائز هو السعادة وهذه الغرائز ميل فطري للكائن الحي تدفعه إلى تكرار الأحداث البدائية المتوارثة، وإن ما يسيطر على العمليات النفسية هو مبدأ اللذة ، غير أن الحياة النفسية غير متصلة ، فالإنسان لا يستطيع دائماً إشباع حاجاته في هذا العالم، وإن الحياة مليئة بالآلام والتوترات النفسية والصراعات المتعددة (فرح، ١٩٨٩، ص ٢٥).

وأوضح فرويد ان استمرار السعادة قانون بايولوجي ونفسي وأساس ينظم السلوك البشري، وسمى ذلك بـ (مبدأ اللذة أو المتعة Pleasure Principle) وفي ما بعد اسماه (غريزة الحياة) (Myers, 1986, P. 380).

ثانياً. النظرية الاجتماعية التفاعلية (اريك فروم)

Interactive social theory (Erich Fromm)

يعتقد Fromm إن الاضطرابات النفسية تنتج عن الصراع القائم بين سعي الإنسان المشروع لتحقيق أهدافه في الحياة وبين النظم والقوانين القائمة في مجتمعه التي تعارض هذا السعي (كمال، ١٩٨٣، ص ١٢١).

وأشار فروم إلى أن الإنسان يشعر بالرضا عن الحياة من إنتاجه ، وإحساسه الملموس بالواقع واتحاده بالآخرين ، مع الحفاظ على الخصائص الشخصية. وهذا نتيجة لطاقة الحياة الغنية ، المتولدة عن ارتباطات الفرد الإنتاجية مع العالم الخارجي.

ويؤكد فروم على الجانب الاجتماعي للناس لأنه أساس جودة الحياة والسعادة ، لأنه يعتقد أن الطبيعة البشرية اجتماعية ، ومعظم مشكلاته سببها انفصاله وتفرد في المجتمع. والشخصية الطبيعية هي شخصية اجتماعية مثمرة توفر المتعة النفسية (السوداني، ١٩٩٠، ص ٥٨).

ثالثاً. المدرسة الإنسانية (روجرز) The Humane School (Rogers) :

يقول روجرز (إن الكائن العضوي لديه نزعة واحدة هي أن يكافح من اجل أن يحقق ذاته ويحافظ عليها، وهذه النزعة الأساس في تحقيق الذات وهي الدافع الوحيد الذي افترضه في هذا النظام النظري) (دافيدوف، ١٩٨٠، ص ٥٩٧).

افتراض أيضاً ان عملية تحقيق الذات نزعة فطرية لا تظهر في الإنسان والحيوان فقط بل في الأشياء الحية أيضاً، فهو يرى إن في عملية النمو دافعاً معيناً عند الكائن العضوي يبدأ بايولوجياً على شكل نشاط وقوة واندفاع أمامي نحو الحياة (Rogers, 1951, P. 513).

وأكد روجرز على مفهوم التطابق والتناظر في عملية تطور الشخصية ويعني التطابق (Congruence) عدم وجود صراع بين الذات المدركة والخبرة أو بين الذات ومصطلح آخر ابتكره روجرز هو الذات المثالية (Ideal-Self) التي تعني ما يطمح أن يكونه الشخص، وأن الذات المثالية كلما تقربت من الذات فإن الفرد يصبح أكثر إنجازاً وسعادة، وكلما كانت متنافرة مع الذات بشكل أكبر، فإنه ينتج عن ذلك عدم رضا الفرد عن حياته وعدم سعادته (صالح، ١٩٩٧، ص ٨٨). أي أن الفرد عندما يحقق ذاته وتكون أقرب للذات المثالية فإن الرضا عن الحياة يكون موجود.

رابعاً. نظرية المادة (جوزيف سيرجيو) (The theory of matter (Joseph Sergio):

ان نوعية الحياة تبعاً لهذه النظرية يتحدد جزئياً برضا الفرد بمستوى المعيشة، والرضا بمستوى المعيشة يتحدد بتقييم المستوى الحقيقي لحياة الفرد بالمقارنة مع مجموعة من الأهداف (Morgan, 1984, P. 499).

وتتأثر الأهداف التي يضعها الماديون بالتوقعات المعتمدة على التأثير للعواطف مثل (الكمال، والاستحقاق، والتوقعات المعتمدة على الحاجة) أكثر من التوقعات المعتمدة على الإدراك أي (التوقعات المعتمدة على القدرة والماضي والتنبؤ) ويقوم الماديون بمقارنة أنفسهم مع الأشخاص ذوي الثروة الأكثر والعمل الأقل وتؤدي هذه المقارنة إلى إحساس بعدم المساواة والظلم والغضب والحسد، ومن هذه النظرية يمكن تطوير فرضيات قابلة للاختبار لبعض الدراسات التي تتخصص بالعلاقة السلبية بين المادية والنوعية العامة للحياة، وفي النصف الأول من القرن العشرين جرى قياس الرضا عن الحياة للأفراد على نحو كبير عن طريق المستوى المادي للحياة، وان المستوى العالي للمعيشة في بلد ما يوضح الحياة الأفضل لمواطنيه الذي من المفترض أن يكون كذلك (Richins, 1987, P. 356).

خامساً. النظرية الوجودية (فرانكل) : Existential Theory (Frankel) :

يقول فيكتور فرانكل إننا نستطيع أن نتفهم معنى العالم في صورة معنى علوي أعظم، لنبين أن المعنى الكلي أبعد من أن يمكننا فهمه، فالفرد ليس مهتماً فقط بمعنى العالم من حوله ولكنه أيضاً يهتم بمعنى حياته الخاصة، فكثير من الأشخاص غالباً ما يصرحون بأن معنى الحياة عندهم تحقيق السرور

والمتعة واللذة، وإن كل النشاط الإنساني محكوم عليه بالسعي من أجل تحقيق هذه السعادة، وإن كل العمليات النفسية محددة بدون استثناء بمبدأ اللذة المشار إليها.

ويرى فرانكل أن مبدأ السعادة أو اللذة مبدأ مزيف اخترعه علم النفس. ويرى أن المتعة أو اللذة لا تعطي للحياة معنى، فهي ليست هدف طموحاتنا ولكنها نتيجة لتحقيق هذه الطموحات، فالمتعة أو اللذة لا يمكن أن تعطي الحياة معنى، ويضيف أنه إذا كانت المتعة هي التي تعطي الحياة معنى فإن هذه الحياة لن توفر إلا القليل وذلك لأن المشاعر والإحساسات غير السعيدة وغير السارة تفوق عدد السار أو الممتع فالحياة تعلم معظم الناس (إننا هنا لنمتع أنفسنا).

ويؤكد فرانكل أن الأفراد الذين عكفوا من أجل السعي لتحقيق المتعة والسعادة في الحياة فشلوا في الحياة في إيجاد معنى لحياتهم (فرانكل، ١٩٨٢، ص ٣٣-٣٤). فإذا ندب الشخص حياته لخلوها من المعنى فإن ذلك يعود بسبب أن أنشطته ليس لها قيمة عليا.

إن معنى الحياة عند فيكتور فرانكل أن يجد الفرد هدفاً ومقصداً لوجوده من أجل تحقيق أعلى نشاط وفاعلية ممكنة لحياته وقيادة نحو ممارسة خبرة الوجود على إنها جهد متواصل لتحقيق القيم والشعور بأن الحياة لها معنى عنده (فرانكل، ١٩٨٢، ص ٣٦).

سادساً. نظرية رايف Ryff Theory : [النظرية المتبناة]

ترى رايف Ryff بأن هنالك مجموعة من الأبعاد تمثل مواقع ارتباط لسمة الرضا عن الحياة والسعادة فيها تتضمن الاستقلالية، والتمكن البيئي، والنمو الشخصي، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، وتقبل الذات، والمغزى من الحياة. وهذه الأبعاد تعد نقاط مهمة في توضيح الشعور بالرضا عن الحياة والسعادة فيها.

وهناك ست صفات تكون نموذج الشعور بالرضا عن الحياة والسعادة فيها وتمثل نقاط التقاء في هذه المحاولات المختلفة لتوضيح معنى الوظيفة الإيجابية أي معنى الشعور بالرضا. وهذه الأبعاد أو الصفات هي :

(١) الاستقلالية (Autonomy)

هناك تأكيد مهم على هذا المكون بأنه تحديد الذات، وتنظيم السلوك من الداخل، والذين حققوا ذواتهم أظهروا نوعاً من المقاومة والاستقلالية ولديهم مركز سيطرة داخلي في التقييم إذ أنهم لا يهتمون بتقييم الآخرين و الاستقلالية تعني أن الشخص يمكنه أن يقرر مصيره ، وأن يكون قادراً

على أن يكون مستقلاً ، وأن يكون قادراً على التفكير والتصرف ومقاومة الضغط النفسي بطريقة معينة في العمل ، وأن يكون منظماً في السلوك ، وقيم نفسه وفقاً للمعايير الشخصية.

(٢) التمكن البيئي (Environmental Mastery)

في هذا البعد تؤكد رايف أن الفرد يمكنه أن يختار أو يخلق بيئة مناسبة ، أو أن البيئة ستتغير مع رؤيته وما يناسب طموحه وحالته العقلية. وتحكم في النمط المعقد للأنشطة الخارجية واستعمل الفرص المحيطة بشكل فعال ، فضلاً عن القدرة على اختيار أو خلق بيئة تناسب الاحتياجات والقيم الشخصية وتعد هذه الصفة سمة من سمات الصحة النفسية والقدرة على التجديد والابتكار

(٣) النمو الشخصي (Personal Growth)

هو أن يواصل الشخص تطوير طاقاته للنمو ويتقدم كشخص متفرد وان الحاجة لتحقيق ذاته وإدراك طاقاته هو الأساس للملاحظات الإكلينيكية في النمو الشخصي. والنمو الشخصي شعور الفرد بالارتقاء والتطور المستمر ورؤية لذاته بأنها تنمو وتتوسع إضافة إلى الانفتاح على خبرات جديدة كما أنه يمتلك الإحساس الواقعي والتحسين في سلوكه وذاته عبر الزمن والنمو بطرائق تبين المعرفة والفاعليات الذاتية.

(٤) العلاقات الايجابية مع الاخرين (Positive Relations With Others)

تؤكد رايف أهمية العلاقات الشخصية الدافئة الموثوقة، وتعد القدرة على الحب عنصراً أساسياً في الصحة النفسية، والذين يحققون ذواتهم يوصفون بأن لديهم مشاعر قوية في التعاطف والحنان لكل من يحيط بهم، وان لديهم القدرة على الحب والصداقة العميقة والتوافق مع الآخرين وهذه العلاقة الدافئة تعد معياراً للنضج، وتؤكد نظريات مرحلة البلوغ في النمو على تحقيق الروابط والانسجام مع الآخرين والتوجه نحوهم (الاندماج) وان العلاقات الايجابية مع الآخرين تعد عاملاً من عوامل السعادة النفسية. فالعلاقات الايجابية رضا وقناعة وثقة الشخص بالعلاقات مع الآخرين والتي تتعلق برفاهية الآخرين والقدرة على إظهار التعاطف والمودة بشكل كبير وتفهم العلاقات الإنسانية وتبادلها.

(٥) تقبل الذات (Self-Acceptance)

عرف تقبل الذات بوصفه سمةً مركزية في الصحة النفسية، وسمة في تحقيق الذات ووظيفة من وظائف النضج وان حمل الاتجاهات الايجابية نحو الذات تبدو كسمة أساسية في الوظيفة النفسية الايجابية. وتقبل الذات يعني تعرف الشخص الملامح المتعددة لذاته التي تتضمن صفات سيئة او ايجابية و امتلاكه اتجاهات إيجابياً نحوها ويشعر بإيجابية حول حياته السابقة.

٦) المغزى من الحياة (Purpose in life)

تشمل الصحة النفسية المعتقدات التي تجعل الأفراد يشعرون بأن الحياة هادفة وذات مغزى ، والنضج يساعد على إدراك الغرض من الحياة بوضوح. وأمتلاك الفرد معتقدات تعطي هدفاً للحياة يعيش الفرد من أجله ، وأن الشخص الذي يعمل بإيجابية لديه احساس بالتوجه ولديه أهداف ورغبات وهذا ما يساهم في الشعور بأن الحياة لها معنى (Ryff, 1989, P. 1071-1072).

- وقد تبني الباحث هذه النظرية لأنها كانت واسعة في إعطائها وصف شامل لسمات الفرد الذي يشعر بالرضا عن الحياة.

* دراسات سابقة Previous studies :

١. إدارة الألم Pain management :

أ. دراسات عربية :

أولاً. دراسة البقاوي (2014) Albaqawi :

(إدارة الألم في مستشفيات منطقة حائل في المملكة العربية السعودية)

"Pain management in Hail region hospitals in Saudi Arabia"

هذه دراسة استكشافية وصفية ومختلطة (كمية ونوعية) أجريت في مستشفيات منطقة حائل لتحديد معرفة الممرضات ومواقفهم تجاه إدارة الألم. تضمنت المرحلة الأولى إدارة استبانة لعينة من (٣٠٣) ممرضة لاستكشاف معارفهم ومواقفهم فيما يتعلق بإدارة الألم. الاستبانة المستعملة في الدراسة هي أداة "استبانة المعرفة والمواقف فيما يتعلق بالألم" (KASRP). تتضمن المرحلة الثانية مقابلات شبه منظمة مع (٢٨) ممرضة سبق أن أكملوا المرحلة الأولى لمواصلة استكشاف الميسرين المتصورين والعوائق التي تحول دون إدارة الألم بشكل صحيح. تستخلص المقابلات معلومات حول كيفية تأثير الاختلافات الثقافية بين الممرضات السعوديين والمغتربات على تقييم وتفسير آلام المرضى ، وكيف سيؤثر ذلك على تقديم إدارة فعالة للألم ، فضلاً عن تحديد العوائق التي تحول دون تحقيق الإدارة المثلى للألم في مستشفيات منطقة حائل. يتم تحليل البيانات باستعمال الإحصاء الوصفي ، ومقاييس التباين والإحصاءات الاستنتاجية، والتحليل الموضوعي للبيانات النوعية.

النتائج: في هذه الدراسة ، كان متوسط معدل الاستجابة الصحيحة استبانة KASRP ، ٤١,٧٥ % بمعدلات تتراوح بين ٥-٨٧ .٪ تشير النتائج إلى عدم كفاية المعرفة فيما يتعلق بالألم وتقييم الألم وإدارة الألم وأدوية الألم. عند تحليلها باستعمال التحليل الموضوعي ، تسلط البيانات النوعية الضوء على بعض الحواجز التي تؤثر على قدرة الممرضات على توفير إدارة فعالة للألم ؛ وتشمل هذه الحواجز، اللغة، وعبء العمل، وعدد غير كاف من الموظفين، ونقص التعليم ودورات التوجيه الثقافي، والعوامل الدينية والثقافية (Albaqawi, 2014).

ثانياً. دراسة ياسين و آخرون (٢٠١٧) :

(تمكين الذات وإدارة الألم لمريضات سرطان الثدي)

أستهدفت الدراسة الحالية للكشف عن تمكين الذات بمجموعة من المتغيرات الديموغرافية (العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ونوع العلاج المستعمل). واستهدفت أيضاً إلى الكشف عن درجة إدارة الألم التي تحدد تمكين الذات لمريضات سرطان الثدي. وتم تطبيق مقياس تمكين الذات ومقياس إدارة الألم (مقياس ، على عينه من (٩١) مريضة من مريضات سرطان الثدي، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والمستوى التعليمي ونوع العلاج المستعمل تبعاً لتمكين الذات بمكوناته لمريضات سرطان الثدي. وخلصت أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية تبعاً لمستوى تمكين الذات بمكوناته. وأشارت النتائج أيضاً إلى أنه يسهم التغلب على الألم بنسبة أسهم إيجابية دالة للتنبؤ بمستوى تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي (ياسين و آخرون، ٢٠١٧).

ب. دراسات أجنبية :

أولاً. دراسة اراراس وآخرون (2010) Arraras, et. al. :

(أسلوب التأقلم ومكان السيطرة والضيق النفسي والسلوكيات المرتبطة بالألم في السرطان والأمراض الأخرى)

"Coping style , locus of control , psychological distress and pain related behaviours in cancer and others diseases"

تقارن الدراسة الحالية المرضى المصابين بالسرطان وأمراض أخرى، مع التركيز على طرائق إدارة الألم عن طريق أسلوب المواجهة، وموقع السيطرة، والفعالية المتصورة لهذه الاستراتيجيات،

ومستوى الضيق، والسلوكيات المرتبطة بالألم. أكمل (٥١) مريضاً بالسرطان يعانون من الألم و(٦٧) مريضاً يعانون من الألم المزمن (غير مصابين بالسرطان) استبانات لتقييم هذه المتغيرات.

تم مقارنة استجابات مرضى السرطان وغير المصابين بالسرطان وكذلك تم دراسة العلاقات بين أسلوب المواجهة ومستوى الضيق، وتم تقييم ما إذا كانت المتغيرات السريرية وأسلوب التأقلم ومكان درجات التحكم يمكن أن تتنبأ بمستوى الضيق

النتائج : تم تضمين مائة وستة وعشرين مريضاً في العينة الأولية. أكمل مائة وثمانية عشر مريضاً الاستبانات. تم استبعاد ثمانية مرضى بسبب القيود الجسمية أو المعرفية. ٥١ مريض (٤٣٪) لديهم سرطان في مواقع مختلفة، و ٦٧ (٥٧٪) لديهم تشخيصات أخرى.

كان متوسط التعليم للعينتين (ابتدائي أو أقل)، وكان متوسط الحالة الاجتماعية (متزوج، متعاشر) في كلا المجموعتين، وكان المستوى المهني المتوسط (لا يوجد عمل) في كلا المجموعتين. لم تكن هناك اختلافات كبيرة في التعليم أو الحالة الاجتماعية. ومع ذلك، كان هناك فرق كبير في المهنة، مع احتمال توظيف المجموعة غير السرطانية (بدوام كامل، بدوام جزئي) أو أن تكون طالباً أكثر من مجموعة السرطان، منهم كانوا بلا عمل. كانت المجموعة السرطانية أكبر سناً بشكل ملحوظ وأكثر احتمالية لأن تكون ذكوراً من المجموعة غير السرطانية، في حين أن المجموعة غير السرطانية تعاني من الألم لفترة أطول، يزورون طبيههم بشكل متكرر ويبلغون عن أنشطة أقل تزيد من الأهم وأعلى مستوى للإعاقة، كان هناك ارتباط إيجابي بين عدد الأنشطة المستخدمة للتحكم في الألم للمجموعة التشخيصية (سبيرمان براون ٥،٤٦٦،٠)، إذ شارك المرضى غير السرطانيين في أنشطة أكثر من مجموعة السرطان.

لم يكن هناك سوى اختلاف واحد مهم بين المجموعات السرطانية وغير السرطانية في الاستبانات. سجلت المجموعة غير السرطانية درجات أعلى بشكل ملحوظ في موضع التحكم الداخلي (ت = ٢,١، المتوسط الحسابي لمجموعة السرطان = ٤٨,٧، والمتوسط الحسابي للمجموعة غير المصابين بالسرطان = ٥٥,٣).

تشير تحليلات الانحدار المتعدد إلى أن التجنب الأكبر يتنبأ بقلق أعلى (ت = ٣,١)، في حين أن الموقع الداخلي الأقل لمعتقدات التحكم (ت = ٣,٢)، انخفاض الإعاقة الملحوظة (ت = ٢,٥) وتجنب أكبر (ت = ٢,٢) توقع ارتفاع الاكتئاب (Arraras, et. al., 2010).

ثانياً. دراسة سينغ وآخرون (Singh et al. 2016) :

(تقييم مدى كفاية إدارة الألم واستعمال المسكنات لدى مرضى السرطان المتقدم باستعمال قائمة جرد الألم الموجزة وحساب مؤشر إدارة الألم)

"Assessment of Adequacy of Pain Management and Analgesic Use in Patients With Advanced Cancer Using the Brief Pain Inventory and Pain Management Index Calculation"

كان الهدف من هذه الدراسة الرقابية المقطعية غير التدخلية لمدة ٦ أشهر هو تقييم مدى كفاية إدارة الألم لدى مرضى السرطان الذين تم قبولهم في قسم الأورام في كلية جورو جوبيند سينغ الطبية في فريدكوت، الهند.

تم تجنيد إجمالي (٣٤٨) مريضاً مصاباً بالسرطان لتقييم مدى انتشار عدم كفاية إدارة الألم السرطان باستعمال مؤشر إدارة الألم في قائمة مخزون الألم الموجز.

شملت الدراسة الحالية ١٢٧ ذكراً (٣٦,٥٪) و ٢٢١ أنثى (٦٣,٥٪). كان أكثر أنواع السرطانات انتشاراً هو الجهاز البولي التناسلي. ٢٦٨ مريضاً (٧٧٪) عانوا من الألم بشكل عالي. لوحظ وجود ارتباط كبير بين الألم الذي يتم إدارته بشكل سيئ والفئات العمرية، والمسكنات المستعملة، وكتلة الجسم. تشير الملاحظات حول إدارة الألم غير الكافية بين ٧٧٪ من المرضى إلى أن إدارة الألم لم تكن كافية في ثلاثة أرباع المرضى في هذه الدراسة.

يعد تجميع البيانات المتعلقة بعدم كفاية إدارة آلام السرطان أمراً بالغ الأهمية لتحسين إدارة الأعراض. لا تخفف إدارة الألم بشكل أفضل من أعراض الألم فحسب، بل تزيد أيضاً من جودة الحياة لمرضى السرطان (Singh et al., 2016).

*** مناقشة دراسات سابقة :**

نظراً إلى أن متغير إدارة الألم، هو متغير حديث نسبياً، ولم يتم دراسته إلى الآن بصورة واسعة (على حد علم الباحث)، وخاصة لدى مرضى السرطان وبالأخص في الوطن العربي، ولذلك فإن الدراسات السابقة التي تناولت المتغير (إدارة الألم)، كانت قليلة جداً، ولم يستطيع الباحث الحصول سوى على الدراسات المذكورة آنفاً (رغم الجهد المبذول في البحث)

تناولت الدراسات السابقة متغير إدارة الألم وعلاقته ببعض المتغيرات مثل تمكين الذات، وموقع السيطرة، وأساليب المواجهة، وأسلوب التأقلم، وكانت جميع العينات التي درست هي مرضى سرطان

بمختلف أنواعه، إلا دراسة البقاوي (٢٠١٤)، فقد تناولت الممرضات المسؤوليات عن تقديم الرعاية لمرضى السرطان في مستشفى منطقة حائل في السعودية.

استهدفت هذه الدراسات إلى قياس إدارة الألم لدى مرضى السرطان كما في دراسة آراراس وآخرون (Arraras, et.al., 2010) ودراسة ياسين وآخرون (٢٠١٧)، أما دراسة البقاوي (٢٠١٤)، إذ هدفت إلى الكشف عن معرفة الممرضات لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، أما عن دراسة سينغ (Singh et al. (2016)، فقد هدفت إلى التعرف على مدى كفاية إدارة الألم لدى مرضى السرطان في التغلب على الألم.

أما عن الأدوات المستخدمة في الدراسات فقد كانت (استبانة)، في جميع الدراسات المذكورة، وأختلف نوع الاستبانة من دراسة إلى أخرى، ففي دراسة البقاوي (٢٠١٤) فقد استعمل (مقياس المعرفة والمواقف فيما يتعلق بإدارة الألم) (KASRP)، وفي دراسة ياسين وآخرون (٢٠١٧)، تم استعمال مقياس إدارة الألم المعد من الباحثين في نفس الدراسة، أما دراسة آراراس وآخرون (Arraras, et al. (2010)، فقد تم استعمال استبانة لمعرفة أسلوب المواجهة وموقع السيطرة ومستوى الضيق والسلوكيات المرتبطة بالألم، وعن دراسة سينغ (Singh, et al. (2016)، استعمل قائمة جرد مخزون الألم الموجز لتقييم مدى انتشار عدم كفاية إدارة آلام السرطان.

أشارت نتائج دراسة البقاوي (٢٠١٤) أن الممرضات ليس لديهن معرفة كافية بإدارة آلام مرضى السرطان، وفي دراسة ياسين وآخرون (٢٠١٧)، أكدت النتائج بأن مريضات سرطان الثدي كان لديهن إدارة ألم، وإن إدارة الألم تسهم بشكل إيجابي في تمكين الذات، وفي دراسة آراراس وآخرون (٢٠١٠)، أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق إحصائية في إدارة الألم على وفق متغيرات التعليم (أبتدائي فأقل)، والحالة الاجتماعية (متزوج، متعاشر)، ولكن توجد فروق ذات دلالة على وفق متغيرات العمر (كبار السن، صغار)، الحالة المهنية (يعمل، لا يعمل)، وقد سجلت المجموعات السرطانية درجات أعلى في التحكم الداخلي، من المجموعات غير السرطانية، أما دراسة سينغ (Singh, et al. (2016)، فقد بينت نتائجها وجود ارتباط كبير بين الألم المدار بشكل سيء والفئات العمرية والمسكنات المستعملة وكتلة الجسم، وتشير النتائج أيضاً إلى أن إدارة الألم لم تكن كافية في ثلاث أرباع العينة.

٢. الرضا عن الحياة Life Satisfaction :

أ. دراسات عربية :

أولاً. دراسة خميسة (٢٠١٣) :

(الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان)

استهدفت الدراسة الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الاستجابة المناعية (الغلوبولينات المناعية IgA, IgG, IgM) ومتغيري الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

اعتمدت هذه الدراسة على عينة عرضية تكونت من (٦٠) مريضا بالسرطان وذلك بالمستشفى الجامعي ومركز مكافحة السرطان بباتنة، إذ طبق على أفرادها اختبار الدعم الاجتماعي المدرك لـ Zimet واختبار الرضا عن الحياة للدسوقي، فضلاً عن اختبار الغلوبولينات المناعية IgA, IgG, IgM. وقد استعملت مجموعة من الأساليب الإحصائية أهمها: اختبار kolmogorov Smirnov واختبار الفروق "ت" وكذا معامل بيرسون للارتباط، وقد تمت المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.

وقد تمثلت النتائج فيما يأتي :

- تتوزع قيم كل من الغلوبولين المناعي والغلوبولين توزيعاً ملتوياً، بينما تتوزع قيم كل من الغلوبولين المناعي ، الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة توزيعاً اعتدالياً لدى مرضى السرطان.
- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين معدل كل من الغلوبولين المناعي والغلوبولين ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين معدل الغلوبولين المناعي ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بحسب متغيري الجنس والحالة الاجتماعية في معدل الاستجابة المناعية ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان (خميسة، ٢٠١٣).

ثانياً. دراسة طشطوش (٢٠١٥) :

(الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى مريضات سرطان الثدي)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى مريضات سرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (٢١٥) مريضة من مريضات السرطان المتلقيات للعلاج في مركز الحسين للسرطان. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي جاء ضمن المستوى المتوسط، وأن هنالك فروقاً دالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات: العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، وأن هنالك فروقاً دالة إحصائية في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك و الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض، بينما لم يكن هنالك فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك و الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات: العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج. وأخيراً، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائية بين مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي (طشطوش، ٢٠١٥).

ثالثاً. دراسة أسماعيل و صبيبة (٢٠١٧) :

(الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي دراسة ميدانية في محافظة اللاذقية)

هدف البحث إلى تعرف العلاقة بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، ومستوى الصلابة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية ومستوى الرضا عن الحياة لديهم.

كما هدف البحث إلى تعرف الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي وفي مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات (العمر، والحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض). استعمل المنهج الوصفي، اشتملت عينة البحث على (١١٢) مريضة مصابة بسرطان الثدي في محافظة اللاذقية لعام ٢٠١٧ ، وقد طبق مقياسين هما (الصلابة النفسية، والرضا عن الحياة)، وللحكم على صدق الاستبانة عرضت على مجموعة مؤلفة من (٧) محكمين مختصين، وتم التأكد من ثباتها بتطبيقها على عينة استطلاعية شملت (٢٨) مريضة مصابة بسرطان الثدي عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ

والذي بلغ (Cronbach – Alpha) و (٠,٨٦٧) لمقياس الصلابة النفسية و (٠,٨٣٥) لمقياس الرضا عن الحياة.

توصلت نتائج البحث إلى أن مستوى الصلابة النفسية، ومستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي جاءت بدرجة متوسطة، وكذلك وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى العينة، وأخيراً بينت نتائج البحث وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية تعزى إلى متغير العمر لصالح ذوات الأعمار (٤٥) فأكثر، وتبعاً للحالة الاجتماعية لصالح المتزوجة، وتبعاً لمدة الإصابة بالمرض لصالح المريضات المصابات لأكثر من خمس سنوات، كما بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير العمر لصالح ذوات الأعمار (٤٥) فأكثر، وتبعاً للحالة الاجتماعية لصالح المتزوجة، وتبعاً لمدة الإصابة بالمرض لصالح المريضات المصابات لأكثر من (٥) سنوات (أسماعيل و صبيبة، ٢٠١٧).

رابعاً. دراسة صديم (٢٠١٩) :

(إدارة الذات والأسى النفسي وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان في محافظة غزة)

هدفت الدراسة الحالية التعرف على مستوى إدارة الذات والأسى النفسي والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان في محافظة غزة، كما هدفت التعرف على العلاقة بين إدارة الذات والأسى النفسي وبين الرضا عن الحياة، والكشف عن الفروق في مستوى إدارة الذات والأسى النفسي والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان في محافظة غزة تبعاً لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، ووجود الأبناء، ومستوى الدخل، ومدة المرض).

تكونت عينة الدراسة من (١٩٥) مريض سرطان من الذكور المترددين على مستشفى الرنتيسي والمستشفى الأوربي في محافظة غزة، استعملت الباحثة مقياس إدارة الذات، والأسى النفسي، والرضا عن الحياة من إعدادها.

واستعملت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، كما استعملت العديد من الأساليب الإحصائية للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فروضها ومن أهمها : النسبة المئوية، المتوسط الحسابي، التجزئة النصفية، معامل ارتباط بيرسون واختبار ألفا كرونباخ، واختبار LSD، واختبار (t-test)، وتحليل التباين الاحادي (One Way ANOVA).

وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية :

- حصول مستوى إدارة الذات على درجة مرتفعة بنسبة (٦٩,١٣ %) في حين حصل مستوى الأسي النفسي على درجة منخفضة بنسبة (٤٩,٠٠ %) وحصل مستوى الرضا عن الحياة على درجة مرتفعة جداً بنسبة (٨٤,٨٣ %).
- وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الذات والرضا عن الحياة.
- وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الأسي النفسي والرضا عن الحياة.
- عدم وجود فروق في إدارة الذات تبعاً لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، ومدة الإصابة بالمرض)، باستثناء وجود فروق في بعد إدارة الذات تبعاً لمتغير (وجود الأبناء) لمصلحة الذين ليس لديهم أبناء.
- عدم وجود فروق في الأسي النفسي يعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، ووجود الأبناء، ومدة الإصابة بالمرض) باستثناء وجود فروق في أبعاد الأسي النفسي تبعاً لمتغير (مستوى الدخل) لمصلحة الفئة ذات مستوى الدخل (١٥٠٠) فأقل ما عدا بعد الشعور بالفشل وخيبة الأمل.
- عدم وجود فروق في الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات (العمر، والحالة الاجتماعية، ووجود الأبناء، ومستوى الدخل، ومدة الإصابة بالمرض) (صديم، ٢٠١٩).

ب. دراسات أجنبية :

أولاً. دراسة ميلر وآخرون (2011) Miller, et al. :

(العلاقة بين الرضا عن الرعاية الصحية الطبية ونوعية الحياة لدى اللاتينيات الناجيات من مرض سرطان الثدي)

"The Satisfaction of Latina Breast Cancer Survivors with Their Healthcare and Health- Related Quality of Life"

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين الرضا عن الرعاية الصحية الطبية ونوعية الحياة لدى اللاتينيات الناجيات من مرض سرطان الثدي في الولايات المتحدة الأمريكية و تكونت عينة الدراسة من (١١٧) امرأة لاتينية ناجية من سرطان الثدي.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا لدى أفراد الدراسة كان مرتفعاً. كما بينت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائية بين الرضا ونوعية الحياة؛ إذ يعد الرضا من العوامل المتنبئة بنوعية الحياة. كما

أشارت نتائج الدراسة إلى أن العاملات أو المتقاعدات عن العمل لديهن نوعية حياة ورضا أفضل من النساء غير العاملات، كما أن مريضات سرطان الثدي لديهن مستوى مرتفع من الروحانية والتدين.

ثانياً. دراسة آراراس وآخرون (2013) : Arraras, et al.

(الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان الأسباب الذين يتلقون العلاج في المستشفى)

"Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology Day Hospital and its relationship with quality of life"

هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان الذين يتلقون العلاج في المستشفى، وتقييم العلاقة بين الرضا ونوعية الحياة لديهم. تكونت عينة الدراسة من (١٧٦) شخصاً مصاباً بالسرطان من مختلف أنواع السرطانات، وفي مراحل علاجية متعددة.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا بشكل عام كان مرتفعاً مع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الرضا ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى أقل من الرضا لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي، والمرضى الأصغر عمراً، والمرضى غير المتزوجين، والمرضى الذين خضعوا للعلاج الجراحي مقارنة مع باقي أفراد الدراسة (Arraras, et al., 2013).

ثالثاً. دراسة نيكوليتش وآخرون (2015) : Nikolić, et al.

(مستوى الصعوبات وأنواع المساعدة المطلوبة ومستوى الرضا عن الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي)

"Level of difficulties, types of assistance required and level of life satisfaction among women with breast cancer"

هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الصعوبات، وأنواع المساعدة المطلوبة، ومستوى الرضا عن الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي، كما هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مستوى الرضا عن الحياة والأنشطة الحياتية اليومية. أجريت الدراسة في الأكاديمية الطبية العسكرية في بلغراد بالتعاون مع جمعية النساء المصابات بسرطان الثدي في الفترة الواقعة من حزيران إلى أيلول عام ٢٠١٢ على عينة من (٣٠) مريضة.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة كان مرتفعاً في مجالات التنقل والتغذية والسكن، وأقل مستوى في الرضا في مجالات الترفيه والاتصالات والعلاقات الشخصية. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى الرضا، ومستوى إنجاز الأنشطة اليومية في مجالات الأنشطة البدنية والمسؤولية والحياة المجتمعية، وكان أدنى مستوى للارتباط في مجالات التوظيف والنظافة الشخصية والسكن والتنقل والعمل والترفيه (Nikolić, et. al., 2015).

* مناقشة دراسات سابقة :

تناولت الدراسات السابقة متغير الرضا عن الحياة، وعلاقته بمتغيرات أخرى، كالدعم الاجتماعي المدرك في دراسة خميسة (٢٠١٣)، ودراسة طشطوش (٢٠١٥)، ومتغير الصلابة النفسية في دراسة (اسماعيل، ٢٠١٧)، إدارة الذات والأسى النفسي في دراسة صديم (٢٠١٩)، ومستوى الصعوبات وأنواع المساعدة المطلوبة في دراسة نيكوليتش وآخرون (Nikolić, et al. (2015).

إذ هدفت الدراسات أعلاه إلى الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة لدى عينات من مرضى السرطان و التعرف على العلاقة الارتباطية بين الرضا عن الحياة والمتغيرات الأخرى، وأيضاً إلى تعرف دلالة الفروق في الرضا عن الحياة على وفق متغيرات ديموغرافية مثل (الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض، ومستوى الدخل، و وجود الأبناء).

وتباين أحجام العينات في الدراسات السابقة فقد تراوحت الأعداد ما بين (١١٢-٢١٥) مريض في أغلب الدراسات، في حين أجريت دراسة خميسة (٢٠١٣)، على عينة مكون من (٦٠) مريضاً بالسرطان، أما في دراسة نيكوليتش وآخرون (Nikolić, et al. (2015)، فكانت العينة مكونة من (٣٠) مريض فقط.

أما بخصوص الأدوات المستخدمة في الدراسات، فقد تباينت بين البناء كما في دراسة (صديم، ٢٠١٩)، ومنها ما تم تبنيه كدراسة خميسة (٢٠١٣)، ودراسة طشطوش (٢٠١٥)، ودراسة أسماعيل (٢٠١٧).

وقد جاءت النتائج في أغلب الدراسات تؤكد على ارتفاع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان كدراسة خميسة (٢٠١٣)، و دراسة صديم (٢٠١٩)، ودراسة ميلر وآخرون Miller, et al. (2011)، و دراسة نيكوليتش وآخرون (Nikolić, et al. (2015)، أما دراسة طشطوش (٢٠١٥)، فقد كانت نتائجها تشير إلى أن مستوى الرضا عن الحياة كان متوسط، في حين بينت دراسة آراس وآخرون

(Arraras, et al. (2013، بأن مستوى الرضا عن الحياة كان مرتفعاً بشكل عام لدى العينة، عدا مريضات سرطان الثدي فقد وجد أن مستوى الرضا عن الحياة لديهن ضعيف.

الفصل الثالث

منهجية البحث وإجراءاته

- منهجية البحث
- إجراءات البحث
- ١. مجتمع البحث
- ٢. عينة البحث
- ٣. أدوات البحث
- ٤. التطبيق النهائي
- ٥. الوسائل الإحصائية

■ 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 ويفسر ويقارن ويقيم، أملا في التوصل إلى تعميمات ذات معنى يزيد بها رصيد معارفنا عن تلك الظاهرة، وفي كل الأحوال فإن أهم خصائص البحث الوصفي هي الموضوعية في التشخيص (الزوبعي ، ١٩٨١ ، ص٥١)

■ إجراءات البحث Research procedures :

١. مجتمع البحث Research community :

تمثل مجتمع البحث الحالي بمرضى السرطان في محافظة بغداد من كلا الجنسين (ذكور، إناث)، ولأعمار ما بين (١٨ - ٦٧) سنة، وللتحصيل الدراسي (إعدادية - بكالوريوس) إذ 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. وكما هو مبين في جدول (١)

جدول (١)

اعداد مجتمع البحث موزعين بحسب الجنس (ذكور، إناث)

ت	الجنس	العدد	النسبة
١	ذكور	٣٠٠٨	٤١%
٢	إناث	٤٣٩٩	٥٩%
	المجموع الكلي	٧٤٠٤	١٠٠%

* تم الحصول على بيانات المجتمع من شعبة الإحصاء في مستشفى الأورام التعليمي في مدينة الطب، بناءً على طلب تسهيل المهمة ذو العدد (٣٨٣٠) الصادر من جامعة القادسية كلية الآداب (ملحق ١)

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 (١٣٢) من الإناث، وكانت نسبة الذكور (٤١%) ونسبة الإناث (٥٩%) وكما هو مبين في جدول (٢)

جدول (٢)

اعداد عينة البحث موزعين حسب الجنس (ذكور، إناث)، والتحصيل الدراسي (إعدادية، بكالوريوس)، والعمر (١٨، ٦٧)

العدد	العمر	التحصيل الدراسي	الجنس
12	١٨-٤٢ سنة	إعدادية	ذكور
60	٤٣-٦٧ سنة		
72	الكلية		
7	١٨-٤٢ سنة	بكالوريوس	
11	٤٣-٦٧ سنة		
18	الكلية		
19	١٨-٤٢ سنة	الكلية	
71	٤٣-٦٧ سنة		
90	الكلية		
27	١٨-٤٢ سنة	إعدادية	إناث
66	٤٣-٦٧ سنة		
93	الكلية		
18	١٨-٤٢ سنة	بكالوريوس	
21	٤٣-٦٧ سنة		
39	الكلية		
45	١٨-٤٢ سنة	الكلية	
87	٤٣-٦٧ سنة		
132	الكلية		
39	١٨-٤٢ سنة	إعدادية	الكل
126	٤٣-٦٧ سنة		
165	الكلية		
25	١٨-٤٢ سنة	بكالوريوس	
32	٤٣-٦٧ سنة		
57	الكلية		
64	١٨-٤٢ سنة	الكلية	
158	٤٣-٦٧ سنة		
222	الكلية		

٣. أدوات البحث : Research Tools

تحقيقاً لأهداف البحث تم بناء مقياس لإدارة الألم ومقياس للرضا عن الحياة وفيما يأتي وصف للإجراءات التي تم القيام بها كل على حدة.

أ. مقياس إدارة الألم Pain Management scale :

أخذ الباحث إجراءات لبناء مقياس إدارة الألم Pain Management على وفق نظرية ميلزالك وول (Melzack & Wall, 1965)، إذ أن الباحث تبني تعريف ميلزاك وول (Melzack & Wall, 1965)، بوصفه تعريفاً نظرياً لإدارة الألم في البحث الحالي والذي سبق الإشارة إليه في الفصل الأول (ص ١٠).

- مبررات بناء المقياس :

(١) كون الباحث لم يحصل على أداة لقياس إدارة الألم بمحتوى سيكولوجي بين بل كانت أغلب المقاييس الأجنبية المتاحة مصاغة بلغة طبية.

(٢) إن الأبحاث والدراسات الأجنبية المتاحة، ركزت في قياس إدارة الألم من الأطباء والمرضى والعاملين في مجال الصحة، خلال تعاملهم مع المرضى وتفاعلهم معهم، ولم تكن تلك المقاييس تتوجه بالدراسة إلى المرضى أنفسهم.

(٣) أن الدراسة العربية المتاحة (والوحيدة) التي تناولت نفس المتغير، كانت تقيس الألم، بينما توجه البحث الحالي لقياس إدارة الألم.

- إجراءات بناء مقياس إدارة الألم

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

وللبدء ببناء مقياس لإدارة الألم فإنه من الضروري، تحديد بعض الأسس النظرية التي ستكون الدليل للسير بخطوات بناء المقياس. ويمكن تحديد المنطلقات النظرية التي أعتمدها 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 (الأسترخاء والقناعة، العوامل العقلية، النشاط، العوامل الفيزيائية والعقاقير، والدعم الاجتماعي) عبارة عن وحدة متكاملة، تحسب لها درجة كلية في المقياس.

وفي ضوء تلك المنطلقات النظرية، فإن الباحث أعتمد لبناء المقياس الخطوات الآتية :

أولاً. تحديد مفهوم متغير إدارة الألم نظرياً :

بعد الاطلاع على العديد من الأدبيات والدراسات والأطر النظرية السابقة ذات العلاقة، خلص الباحث إلى اتخاذ (تيني) تعريف ميلزالك وول (Melzack & Wall, 1965) : امكانية الفرد وإستراتيجيته في التحكم بالألم، ومحاولته ضبطه والتخلص من مستوى الضيق المرافق له، عن طريق 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)

ثانياً. إعداد فقرات المقياس :

لغرض إعداد فقرات المقياس الملائمة لكل مجال من المجالات الخمسة لإدارة الألم وفق مكوناتها السلوكية، وفي ضوء التعريف السابق فقد أتبع الباحث الخطوات الآتية :

● الأسس التي اعتمدها الباحث في صياغة فقرات مقياس إدارة الألم :

استمدت من أدبيات القياس النفسي والتربوي وفي ضوء التعريف النظري لمجالات المفهوم، تمثلت في :

١) ضرورة ملائمة الفقرة لطبيعة أفراد العينة وبحسب طبيعة متغيراتها المختلفة، بإذ تكون بصيغة المتكلم وتقبل تفسير واحد فقط .

٢) اعتماد أن تكون فقرات المقياس قادرة (عن طريق الخبرة الشعورية للفرد)، على التعبير عن حاجاته وأفكاره، مما يصبح سلوكه اللفظي ممثلاً إلى حد كبير لخصائصه الداخلية أو الذاتية التي تبدو للفرد نفسه كما تبدو للآخرين (winggings,1973, P. 386).

٣) اعتماد بدائل التقدير الخماسي، إذ إن المريض يؤشر على أحد البدائل الخمسة (تنطبق عليّ تماماً يحصل على ٥ درجات، و تنطبق عليّ يحصل على ٤ درجات، و تنطبق عليّ أحياناً يحصل على ٣

درجات، و لا تنطبق عليّ يحصل على درجتان، و لا تنطبق عليّ أبداً يحصل على درجة واحدة، هذا في حالة الفقرات الإيجابية والعكس يكون في حالة الفقرات العكسية.

• صياغة الفقرات والتعليمات

بعد الاطلاع على الأدبيات المختلفة، فضلا عن جهد الباحث في تجسيد مكونات المتغير السلوكية على شكل فقرات . و اعتماد ا على الأسس سالفة الذكر، أمكن صياغة (٣٠) فقرة، وبواقع (٦) فقرات للاسترخاء والقناعة، و (٧) فقرات للعوامل العقلية، و (٦) فقرات للنشاط، و (٥) فقرات للعوامل الفيزيائية والعقائير، و (٦) فقرات للدعم الاجتماعي، وتتبعها خمسة بدائل هي (تنطبق عليّ تماما ، وتنطبق عليّ ، وتنطبق عليّ أحيانا ، ولا تنطبق عليّ ، ولا تنطبق عليّ أبداً). ملحق (٤)

وانطلاقاً من كون التعليمات تمثل الدليل الذي يسترشد به المستجيب للإجابة عن فقرات المقياس، وبها تكتمل الصورة الأولية للمقياس بغية التمكن من تطبيقه على العينة ، لذا راعى الباحث عند أعدادها إن تكون واضحة تنسم بالبساطة أي بإمكانها إن توصل إلى المستجيب ما المطلوب منه عمله، فضلاً عن إخفاء الغرض الحقيقي من المقياس أي عدم كتابة أسم المقياس من أجل الحصول على بيانات صادقة.

كما وطلب من المرضى الإجابة عن جميع الفقرات، وأنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وعليه اختيار الإجابة التي تناسبه. كذلك تضمنت التعليمات مثالا يوضح كيفية وأسلوب الإجابة، كذلك طلب منهم عدم كتابة أسمائهم، وأن إجاباتهم ستكون سرية ولأغراض البحث العلمي، أذ ترى وايلي wylie إن التغلب على عامل الميل للاستحسان (المرغوبية الاجتماعية social desirability) قد يقوم بطمأنينة المستجيبين إلى سرية إجاباتهم (علام ، ١٩٨٦ ، ص ٤٤)، وبعد أعداد التعليمات اصبح المقياس كاملاً بصيغته الأولية. ملحق (٤)

ثالثاً. صلاحية فقرات المقياس :

لغرض التحقق من صلاحية فقرات المقياس التي تم بنائها وبالغة (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 والبالغ عددهم (١٨) (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. وكما هو مبين في جدول (٣).

جدول (٣)

آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس إدارة الأمل

المعارضون	الموافقون		العدد	أرقام الفقرات	المجالات
	النسبة	التكرار			
					الأسترخاء والقناعة
					العوامل العقلية
					النشاط
					العوامل الفيزيائية والعقائير
					الدعم الاجتماعي

رابعاً. الدراسة الاستطلاعية للمقياس (دراسة وضوح التعليمات والفقرات) :

استهدفت التعرف على مدى وضوح فقرات المقياس من إذ 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. ملحق رقم (٥)

خامساً. 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 تفريق فقرات كل مجال بشكل عشوائي لكي نتجنب الألفة للفقرات وكما يأتي :

- 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 .

وقد توزعت الفقرات على اتجاهين رئيسين سلبي وإيجابي، وجدول (٤) يوضح توزيع الفقرات على المقياس.

جدول (٤)

مجالات مقياس إدارة الألم وأرقام الفقرات الإيجابية والسلبية للمقياس ومجموع الفقرات

ت	المجالات	إيجابية	سلبية	المجموع
١	الاسترخاء والقناعة	١-٦-١١-١٦-٢١	٦-٢٦	٦
٢	العوامل العقلية	٢-٧-١٢-١٧-٢٢-٢٧	—	٦

٥	—	٢٣-١٨-١٣-٨-٣	النشاط	٣
٥	٩	٢٤-١٩-١٤-٤	العوامل الفيزيائية والعقاقير	٤
٦	١٠	٢٨-٢٥-٢٠-١٥-٥	الدعم الاجتماعي	٥
٢٨	٤	٢٤	المجموع الكلي	

سادساً. التحليل الإحصائي للفقرات

الغرض من إجراء تحليل الفقرة هو استخراج القوة التمييزية للفقرات ، والاحتفاظ بالفقرة المميزة في المقياس ، واستبعاد الفقرة غير المتميزة (Ebel, 1972, P. 392) تشير القوة التمييزية إلى قدرة الفقرة لتمييز الأفراد ذوي المستوى العالي عن الأفراد ذوي المستوى المنخفض ، بما يتعلق بخصائص قياس الفقرة (Shaw, 1967, P. 450). يعد تمييز الفقرات جانباً مهماً من التحليل الإحصائي لبنود المقياس ، لأنه عن طريقه يمكننا تحديد كفاءة بنود المقياس النفسية ، لأنه يوضح قدرة المقياس على كشف الفروق الفردية بين الأفراد (Ebel, 1972, P. 399).

أكد Ghiselli et al. (1981) على الحاجة إلى الاحتفاظ بالفقرة المتميزة في الشكل النهائي للمقياس واستبعاد الفقرة غير المميزة أو تعديلها أو تجربتها مرة أخرى (Ghiselli, et. al., 1981).

(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 الاستثمارات ذات الدرجات الأعلى والادنى تعد أفضل نسبة يمكن استعمالها في تحليل الفقرات، وذلك لأنها توفر لنا مجموعتين بأقصى ما يمكن من تمايز و حجم، حينما يكون التوزيع على شكل منحني اعتدالي للدرجات على المقياس (الزوبعي وآخرون، ١٩٨١، ص 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) وعدت القيمة التائية المحسوبة مؤشراً لتمييز كل فقرة من فقرات المقياس عن طريق 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، وجدول (٥) يوضح ذلك.

جدول (٥)

القوة التمييزية لفقرات مقياس إدارة الألم بطريقة المجموعتين الطرفيتين

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة	الدلالة
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
1	4.000	0.843	2.850	1.204	6.056	دالة
2	4.416	0.743	2.883	1.090	8.999	دالة
3	3.250	1.158	1.766	0.927	7.741	دالة
4	3.966	1.119	3.150	1.176	3.896	دالة
5	4.6500	0.708	3.150	1.299	7.849	دالة
6	3.166	1.428	2.983	1.282	0.740	غير دالة
7	3.850	0.971	2.933	1.039	4.992	دالة
8	4.083	0.869	2.333	1.188	9.206	دالة
9	3.133	1.431	2.416	1.369	2.802	دالة

دالة	2.123	1.430	3.233	1.319	3.766	10
دالة	5.481	1.046	3.916	0.540	4.750	11
دالة	8.656	1.225	2.916	0.650	4.466	12
دالة	7.837	1.185	2.550	0.918	4.066	13
دالة	7.774	0.961	2.300	1.055	3.733	14
دالة	4.351	1.351	2.933	1.248	3.966	15
دالة	7.064	1.096	3.183	0.852	4.450	16
دالة	6.331	1.139	3.416	0.790	4.550	17
دالة	6.042	1.095	2.950	1.049	4.133	18
دالة	6.949	1.076	3.166	0.825	4.383	19
دالة	6.736	1.239	3.416	0.728	4.666	20
دالة	6.447	1.100	3.100	0.836	4.250	21
دالة	8.317	1.152	2.166	1.016	4.483	22
دالة	10.802	0.806	1.833	0.961	3.583	23
دالة	5.126	1.223	3.166	1.009	4.216	24
دالة	6.607	1.252	3.416	0.640	4.616	25
دالة	2.237	1.499	2.766	1.437	3.366	26
دالة	2.097	1.226	3.766	0.929	4.183	27
دالة	6.580	1.276	3.216	0.770	3.816	28

* القيمة الجدولية (١,٩٦)، عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) .

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

إنَّ ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس يعد مؤشراً على أن الفقرة تقيس نفس المفهوم الذي يقيسه المقياس بشكل عام ، إذ يعد ارتباط بدرجة الأفراد على الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس بمثابة قياس محكي أني، وعلى هذا الأساس يتم ابقاء الفقرات في المقياس أو أستبعادها (Lindquist , 1957, P. 71)، إذ أن الفقرة التي يكون معامل ارتباط درجتها بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائياً ، تبقى في

المقياس والفقرات ذات معاملات الارتباط غير الدالة إحصائياً يتم استبعادها من المقياس (Anastasi, 1976, P. 154).

ويملك المقياس الذي تنتخب فقراته على وفق هذا المؤشر صدقاً بنائياً، وان هذا الاسلوب يقدم مقياساً متجانساً في فقراته (Smith, 1966, P. 70)، 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 الاستثمارات التي تم اجراء تحليل الفقرات عليها في ضوء المجموعتين الطرفين، وقد اتضح ان 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، وجدول (٦) يوضح ذلك.

جدول (٦)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة والدرجة الكلية على مقياس إدارة الألم

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.399	15	0.474	1
0.524	16	0.584	2
0.474	17	0.491	3
0.466	18	0.328	4
0.435	19	0.529	5
0.540	20	—	6
0.514	21	0.363	7
0.509	22	0.526	8
0.598	23	0.194	9
0.431	24	0.120	10
0.581	25	0.440	11
0.120	26	0.591	12
0.525	27	0.462	13
0.181	28	0.479	14

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

تم استعمال هذا المؤشر من أجل التأكد 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 (الأسترخاء والقناعة، العوامل العقلية، النشاط، العوامل الفيزيائية والعقائير، الدعم الاجتماعي)، وبعد ذلك تم استعمال 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، وجدول (٧) يوضح ذلك.

جدول (٧)

معاملات ارتباط درجة كل فقرة بدرجة المجال الذي تنتمي إليه لمقياس إدارة الألم

الاسترخاء والقناعة		العوامل العقلية		النشاط		عوامل فيزيائية		الدعم الاجتماعي	
معامل الارتباط	ت	معامل الارتباط	ت	معامل الارتباط	ت	معامل الارتباط	ت	معامل الارتباط	ت
0.643	1	0.394	2	0.819	3	0.458	4	0.676	5
—	6	0.603	7	0.830	8	0.461	9	0.243	10
0.500	11	0.684	12	0.744	13	0.550	14	0.630	15
0.634	16	0.555	17	0.404	18	0.599	19	0.737	20
0.675	21	0.569	22	0.827	23	0.629	24	0.581	25
0.376	26	0.693	27	—	—	—	—	0.640	28

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

إن ارتباط المجال الفرعي مع المجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية للمقياس، تعد قياساً أساسياً للتجانس وتساعد في تحديد مجال السلوك المقاس (Anastasi, 1976, P. 155)، وقد تم التأكد من ذلك

عن طريق استعمال معامل الارتباط بيرسون لاستخراج العلاقة بين درجة المفحوصين على كل مجال والدرجة الكلية للمقياس، ولتحقيق ذلك اعتمد الباحث على (٢٢٢) استمارة، 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)، والجدول (٨) يوضح ذلك.

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات مقياس إدارة الألم والمجالات الأخرى والدرجة الكلية للمقياس نفسه

الدرجة الكلية	الدعم الاجتماعي	عوامل فيزيائية	النشاط	العوامل العقلية	الاسترخاء والقناعة	المجالات
0.708	0.496	0.324	0.278	0.575	1	الاسترخاء والقناعة
0.758	0.432	0.408	0.402	1	—	العوامل العقلية
0.697	0.352	0.362	1	—	—	النشاط
0.683	0.452	1	—	—	—	عوامل فيزيائية
0.775	1	—	—	—	—	الدعم الاجتماعي
1	—	—	—	—	—	الدرجة الكلية

سابعاً. الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس إدارة الألم :

يؤكد المتخصصون بالمقياس النفسي على ضرورة التحقق من بعض خصائص القياس في إعداد المقياس، المبني أو المتبنى ومهما كان غرض استعماله، كالصدق والثبات (علام، ١٩٨٦، ص ٢٠٩)، وتوفر هذه الخصائص شروط دقة وصلاحيّة يهتم المقياس لقياسه ومعرفته، أن المقياس الصادق هو المقياس الذي يقيس ما وضع من أجله، والمقياس الثابت هو الذي يقيس ما وضع من أجله بدرجة مقبولة من الدقة (عودة، ٢٠٠٢، ص ٣٣٥).

(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، ص٢٦٥)، وقد تحقق هذا الصدق في مقياس إدارة الألم، عن طريق عرض المقياس قبل تطبيقه (بصورته الأولية)، على مجموعة من المحكمين 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 قبولاً، ذلك أنه يتفق مع مفهوم أيبيل، Ebel، للصدق (الإمام، ١٩٩٠، ص١٣١)، وقد تحقق هذا النوع من الصدق، في هذا المقياس (إدارة الألم) عن طريق المؤشرات الآتية :

- أسلوب المجموعتين الطرفيتين، أنظر جدول (٥) .
- ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، أنظر جدول (٦) .
- ارتباط درجة الفقرة بدرجة المجال، أنظر جدول (٧) .
- ارتباط درجة المجال بدرجات المجالات الأخرى والدرجة الكلية للمقياس، أنظر جدول (٨) .

(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 متنسقة في ظل ظروف مختلفة تؤدي إلى أخطاء القياس، فإن درجات الاختبار تكون ثابتة، فالثبات في هذا المعنى، يعني اتساق أو دقة القياس (علام، ٢٠٠٠، ص١٣١).

ولاستخراج الثبات تم استعمال :

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

ولاستخراج الاتساق الداخلي للمقياس الحالي تم حساب معامل ألفا 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 عالٍ .

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

ثامناً. 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 (ملحق ٦)، وقد تم تصحيح المقياس وفق طريقة ليكرت للإجابة على بدائل مقياس إدارة الألم وهذه البدائل هي (تنطبق علي تماماً ، وتنطبق علي، وتنطبق علي أحياناً ، 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، و أدنى درجة هي (٢٧) درجة، وبمتوسط فرضي (٨١) درجة.

تاسعاً. المؤشرات الإحصائية لمقياس إدارة الألم :

وقد تم استخراجها عن طريق الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وجدول (٩) يوضح ذلك .

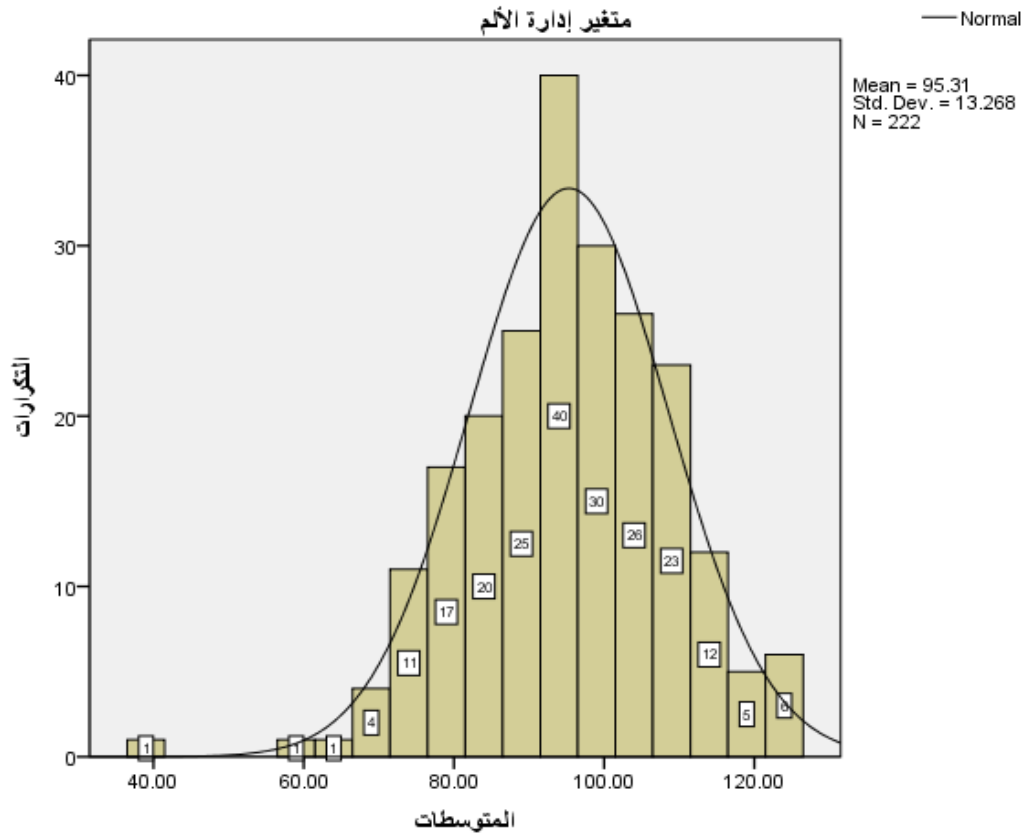
جدول (٩)

المؤشرات الإحصائية لمقياس إدارة الألم

القيم	المؤشرات الإحصائية	ت
222	عدد أفراد العينة N	1
81	الوسط الفرضي Hypothetical Mean	2
95.310	الوسط الحسابي Mean	3

96	الوسيط Median	4
100	المنوال Mode	5
13.267	الانحراف المعياري Standard Deviation	6
176.034	التباين Variance	7
0.374	الالتواء Skewness	8
0.908	التفرطح Kurtosis	9
87	المدى Range	10
39	أقل درجة Minimum	11
126	أعلى درجة Maximum	12

ويبين توزيع العينة اقترابه من التوزيع الاعتدالي مما يسمح بتعميم نتائج تطبيق هذا المقياس، و كما موضح في شكل (١)



شكل (١)

شكل بياني يوضح التوزيع الاعتدالي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس إدارة الألم

ب. مقياس الرضا عن الحياة Life Satisfaction scale :

أخذ الباحث إجراءات لبناء مقياس الرضا عن الحياة Life Satisfaction على وفق نظرية رايف (1995) إذ أن الباحث تبنى تعريف رايف (1995) ، بوصفه تعريفاً نظرياً للرضا عن الحياة في البحث الحالي والذي سبقت الإشارة إليه في الفصل الأول (ص ١٢).

- مبررات بناء المقياس :

نظراً لأن الباحث تبنى نظرية رايف (١٩٩٥)، ولم يعثر على أداة محلية أو عربية مستندة لهذه النظرية في البناء.

وكون المقياس الأجنبي الذي وضعه رايف (١٩٩٥) والذي أستند إلى هذه النظرية في البناء قد تم بنائه على مجتمع عربي غير مرضى السرطان .

وكون المجتمع المدروس (مرضى السرطان)، له خصوصية مهمة تفرض على الباحث بناء مقياس بعدد قليل من الفقرات لكون المرضى في حالة لا تسمح لهم بالإجابة عن اعداد كبيرة من الفقرات.

- إجراءات بناء مقياس الرضا عن الحياة

بعد إطلاع الباحث على الأدبيات العراقية والعربية السابقة فإنه - بقدر إطلاع الباحث- لم يجد مقياساً يقيس الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان على وفق النظرية المتبناه. لذا كان إلزاماً عليه بناء مقياس للرضا عن الحياة لدى مجتمع البحث (مرضى السرطان).

وللبداء ببناء مقياس الرضا عن الحياة فإنه من الضروري، تحديد بعض الأسس النظرية التي ستكون الدليل للسير بخطوات بناء المقياس. ويمكن تحديد المنطلقات النظرية التي أعتمدها الباحث في بناء المقياس بما يأتي :

(١) اعتماد التعريف النظري لمفهوم الرضا عن الحياة 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.

وفي ضوء تلك المنطلقات النظرية، فإن الباحث أعتمد لبناء المقياس الخطوات الآتية :

أولاً. تحديد مفهوم متغير الرضا عن الحياة نظرياً :

بعد الاطلاع على العديد من الأدبيات والدراسات والأطر النظرية السابقة ذات العلاقة، خلص الباحث إلى اتخاذ (تبني) تعريف رايف **Ryff (1995)** : تقييمات الفرد الإيجابية حول ذاته وحياته وشعوره بالنمو والتطور المتواصلين ونظرته إلى الحياة بأن لها مغزى وغرض ومشاركته في علاقات ذات جودة مع الآخرين وقدرته على التعامل بفاعلية مع العالم المحيط به وشعوره باستقلالية وتقبّل عالٍ للذات. (Ryff & Marshal, 1999, p. 250)

ثانياً. أعداد فقرات المقياس :

لغرض إعداد فقرات المقياس الملائمة للرضا عن الحياة عن طريق مكوناتها السلوكية، فقد أتبع الباحث الخطوات الآتية :

(١) عمل مراجعة لمجموعة من المقاييس السابقة، بغية الاستفادة منها، أو من الأفكار الموجودة في فقراتها بعد إعادة صياغتها بما يتناسب مع مجتمع البحث والتعريف المعتمد وهي كما يأتي :

- مقياس الرضا عن الحياة من أعداد العبد الله، (٢٠٠٤)، المكون من ٣٦ فقرة
- مقياس الرضا عن الحياة من أعداد أبو عبيد، (٢٠١٤)، المكون من (٨٠) فقرة موزع على سبع أبعاد.
- مقياس الرضا عن الحياة من أعداد الدسوقي، (١٩٩٨)، المكون من ٣٠ فقرة موزعة على (٦) أبعاد.
- مقياس الرضا عن الحياة من أعداد الدسوقي (١٩٩٦)، المكون من (٢٩) فقرة موزعة على (٦) أبعاد
- مقياس المتعدد الأبعاد للرضا عن الحياة The Satisfaction with Life Domains Scale for Breast Cancer (SLDS-BC) الذي قام (Spagnola et al. 2003) بتطويره و المكون من (٣٢) فقرة موزعة على (٥) أبعاد.
- مقياس الرضا عن الحياة المعد من (C- Ryff, 1995) المكون من (٤٢) فقرة والموزع على (٦) أبعاد.

(٢) الأسس التي اعتمدها الباحث في صياغة فقرات مقياس الرضا عن الحياة استمدت من أدبيات القياس النفسي والتربوي وفي ضوء التعريف النظري للمفهوم، تمثلت في :

- ضرورة ملائمة الفقرة لطبيعة أفراد العينة وبحسب طبيعة متغيراتها المختلفة، بإذ تكون بصيغة المتكلم وتقبل تفسير واحد فقط .
- اعتماد كون فقرات المقياس يجعل من الخبرة الشعورية للفرد قادرة على التعبير عن حاجاته وأفكاره، مما يصبح سلوكه اللفظي ممثلاً إلى حد كبير لخصائصه الداخلية أو الذاتية التي تبدو للفرد نفسه كما تبدو للآخرين (Wingings,1973, P. 386).
- اعتماد بدائل التقدير الخماسي، إذ إن المريض يؤشر على أحد البدائل الخمسة (تنطبق عليّ تماماً يحصل على ٥ درجات، و تنطبق عليّ يحصل على ٤ درجات، و تنطبق عليّ أحياناً يحصل على ٣ درجات، و لا تنطبق عليّ يحصل على درجتان، و لا تنطبق عليّ أبداً يحصل على درجة واحدة، هذا في حالة الفقرات الإيجابية والعكس يكون في حالة الفقرات العكسية.

(٣) صياغة الفقرات والتعليمات

بعد الاطلاع على الأدبيات المختلفة، فضلاً عن جهد الباحث في تجسيد تعريف المتغير السلوكية على شكل فقرات . و اعتماد ا على الأسس سالفة الذكر، أمكن صياغة (٢٤) فقرة*، وتتبعها خمسة بدائل هي (تنطبق عليّ تماماً ، وتنطبق عليّ ، وتنطبق عليّ أحياناً ، ولا تنطبق عليّ ، ولا تنطبق عليّ أبداً) .ملحق (٧)

وانطلاقاً من كون التعليمات تمثل الدليل الذي يسترشد به المستجيب للإجابة عن فقرات المقياس، وبها تكتمل الصورة الأولية للمقياس بغية التمكن من تطبيقه على العينة ، لذا راعى الباحث عند أعدادها إن تكون واضحة تتسم بالبساطة أي بإمكانها إن توصل إلى المستجيب ما المطلوب منه عمله، فضلاً عن إخفاء الغرض الحقيقي من المقياس أي عدم كتابة أسم المقياس من أجل الحصول على بيانات صادقة.

كما وطلب من المرضى الإجابة عن جميع الفقرات، وأنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وعليه اختيار الإجابة التي تناسبه. كذلك تضمنت التعليمات مثلاً يوضح كيفية وأسلوب الإجابة، كذلك طلب منهم عدم كتابة أسمائهم، وأن إجاباتهم ستكون سرية ولأغراض البحث العلمي، إذ ترى وايلي Wylie إن التغلب على عامل الميل للاستحسان (المرغوبة الاجتماعية social desirability) قد يقوم بطمأنينة المستجيبين إلى سرية إجاباتهم (علام ، ١٩٨٦ ، ص ٤٤)، وبعد أعداد التعليمات اصبح المقياس كاملاً بصيغته الأولية. ملحق (٧)

* مثلت مكونات التعريف النظري المتبنى لرايف، في شكل متساوي في فقرات المقياس الذي تم بناؤه .

ثالثاً. صلاحية فقرات المقياس :

لغرض التحقق من صلاحية فقرات المقياس التي تم بنائها والبالغة (٢٤) فقرة، تم عرضها على مجموعة من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والقياس والتقويم (ملحق ٣)، لغرض الحكم على مدى صلاحيتها في قياس الرضا عن الحياة، إذ احتوت استمارة التحكيم على تعريف الرضا عن الحياة، وبدائل الإجابة على المقياس. وقد أسفرت نتائج آراء المحكمين على قبول جميع الفقرات وبتعديلات بسيطة في صياغة بعض الفقرات، وبذلك فقد تم الإبقاء على (٢٤) فقرة (ملحق ٧)

وبعد أن أبدى الخبراء استجاباتهم وملاحظاتهم على عبارات المقياس، وباستعمال 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 جميع الفقرات والتي حصلت على نسبة ٨٠ % فأكثر. وكما هو في جدول (١٠)

جدول (١٠)

آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس الرضا عن الحياة

المعارضون		الموافقون		العدد	أرقام الفقرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
٠ %	٠	١٠٠ %	١٨	٨	١,٤,٥,٦,٩,١٣,١٨,٢٣
٥,٥ %	١	٩٤,٤ %	١٧	١١	١,٣,٧,١٠,١١,١٢,١٥,١٦,٢٠,٢١,٢٤
١١,١ %	٢	٨٨,٨ %	١٦	٥	٨,١٤,١٧,١٩,٢٢

رابعاً. الدراسة الاستطلاعية للمقياس (دراسة 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، وكان متوسط الوقت على الإجابة هو (٩) دقيقة ملحق رقم (٨).

خامساً. وصف المقياس :

صمم المقياس لقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، ويتكون مقياس الرضا عن الحياة المعد لتحليل الفقرات إحصائياً من (٢٤) فقرة، وقد توزعت الفقرات على اتجاهين رئيسيين سلبي وإيجابي، وجدول (١١) يوضح توزيع الفقرات على المقياس. وكما مبين في ملحق (٨)

جدول (١١)

أرقام الفقرات الإيجابية والسلبية لمقياس الرضا عن الحياة ومجموع الفقرات

المجموع	الفقرات السلبية	الفقرات الإيجابية
٢٤	٢-٣-٤-١٠-١٢-١٣-١٤-٢٠-٢١	١-٥-٦-٧-٨-٩-١١-١٥-١٦-١٧ ١٨-١٩-٢٢-٢٣-٢٤

سادساً. التحليل الإحصائي للفقرات

(١) طريقة المجموعتين الطرفيتين Extreme Groups Method :

لحساب القوة التمييزية لكل فقرة في مقياس الرضا عن الحياة ، 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 (١١٤) درجة إلى (٤٥) 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 (١١٤) إلى (٩٤) درجة، وأيضاً تم اختيار نسبة ٢٧% من الاستمارات ذات الدرجات

الأدنى للمقياس وسميت بالمجموعة الدنيا وكانت (٦٠ استمارة)، ولقد تراوحت الدرجات بين (٨١) إلى (٤٥) درجة.

أجرى الباحث المعادلات الاحصائية لاستخراج الوسط الحسابي والتباين لكلا المجموعتين العليا والدنيا لمقياس الرضا عن الحياة، 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، ص٣٥) واعتبرت القيمة التائية المحسوبة مؤشراً لتمييز كل فقرة من فقرات المقياس عن طريق 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، وجدول (١٢) يوضح ذلك.

جدول (١٢)

القوة التمييزية لفقرات مقياس الرضا عن الحياة بطريقة المجموعتين الطرفيتين

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة	الدلالة
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
1	4.383	0.903	3.350	1.022	5.866	دالة
2	3.400	1.060	2.050	0.964	7.294	دالة
3	3.833	0.905	2.816	1.241	5.125	دالة
4	3.600	1.210	2.600	1.107	4.721	دالة
5	4.483	0.724	3.016	1.157	8.322	دالة
6	4.566	0.697	3.066	1.191	8.416	دالة
7	4.383	0.804	3.216	1.059	6.795	دالة
8	4.716	0.584	3.316	1.065	8.922	دالة
9	4.783	0.490	3.600	1.137	7.397	دالة
10	3.700	1.252	2.733	1.351	4.064	دالة
11	4.850	0.404	3.016	1.200	11.213	دالة
12	3.933	0.880	2.516	1.033	8.084	دالة

دالة	4.293	1.219	2.733	1.117	3.650	13
دالة	3.369	0.999	2.183	1.161	2.850	14
دالة	5.699	1.093	3.583	0.596	4.500	15
دالة	7.499	0.998	3.450	0.643	4.600	16
دالة	7.995	1.029	3.416	0.605	4.650	17
دالة	7.833	1.232	3.200	0.666	4.616	18
دالة	7.382	0.961	3.416	0.699	4.550	19
دالة	6.704	0.977	2.400	1.009	3.616	20
دالة	6.538	1.031	2.566	1.117	3.850	21
دالة	4.985	1.174	3.516	0.758	4.366	22
دالة	6.837	1.081	3.016	1.054	4.350	23
دالة	7.105	1.081	3.333	0.857	4.666	24

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

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 ان 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، وجدول (١٣) يوضح ذلك.

جدول (١٣)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة والدرجة الكلية على مقياس الرضا عن الحياة

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.342	13	0.347	1
0.302	14	0.502	2
0.494	15	0.375	3
0.434	16	0.353	4

0.569	17	0.604	5
0.532	18	0.565	6
0.456	19	0.434	7
0.487	20	0.547	8
0.437	21	0.558	9
0.313	22	0.359	10
0.477	23	0.650	11
0.480	24	0.508	12

سابعاً. الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس الرضا عن الحياة :

(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 المحكمين 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، ص ٢٦٥)، وقد تحقق هذا الصدق في مقياس إدارة الألم، عن طريق عرض المقياس قبل تطبيقه (بصورته الأولية)، على مجموعة من المحكمين 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 قبولاً، ذلك أنه يتفق مع مفهوم أيبيل، Ebel، للصدق (الإمام، ١٩٩٠، ص ١٣١)، وقد تحقق هذا النوع من الصدق، في هذا المقياس (الرضا عن الحياة) عن طريق المؤشرات الآتية :

- أسلوب المجموعتين الطرفيتين، أنظر جدول (١٢) .

- ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، أنظر جدول (١٣) .

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، ص ١٣١).

ولاستخراج الثبات تم استعمال :

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

ولاستخراج الاتساق الداخلي للمقياس الحالي تم حساب معامل ألفا كرونباخ وجاءت النتائج بعد تطبيق المقياس على عينة من (٢٢٢) مستجيب أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس إدارة الألم قد بلغ (٠,٨٣٦) وهو معامل ثبات عالٍ .

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)

ثامناً. وصف المقياس بصيغته النهائية وتصحيحه وحساب الدرجة الكلية :

تكون مقياس الرضا عن الحياة من (٢٤) فقرة بصورته النهائية، وقد تم تصحيح المقياس وفق طريقة ليكرت للإجابة على بدائل مقياس الرضا عن الحياة وهذه البدائل هي (تنطبق علي تماماً ، وتنطبق علي ، وتنطبق علي أحياناً ، ولا تنطبق علي ، ولا تنطبق علي أبداً) (ملحق ٨) وتصحح هذه البدائل من (٥) إلى (١) درجة لل فقرات التي تشير إلى الرضا عن الحياة، ويصبح التصحيح عكسياً لل فقرات التي لا تشير إلى الرضا عن الحياة، وبذلك فإن المدى النظري لأعلى درجة يمكن إن يحصل عليها المفحوص هي (١٢٠) درجة، وأدنى درجة هي (٢٤) درجة، وبمتوسط فرضي (٧٢) درجة.

تاسعاً. المؤشرات الإحصائية لمقياس الرضا عن الحياة :

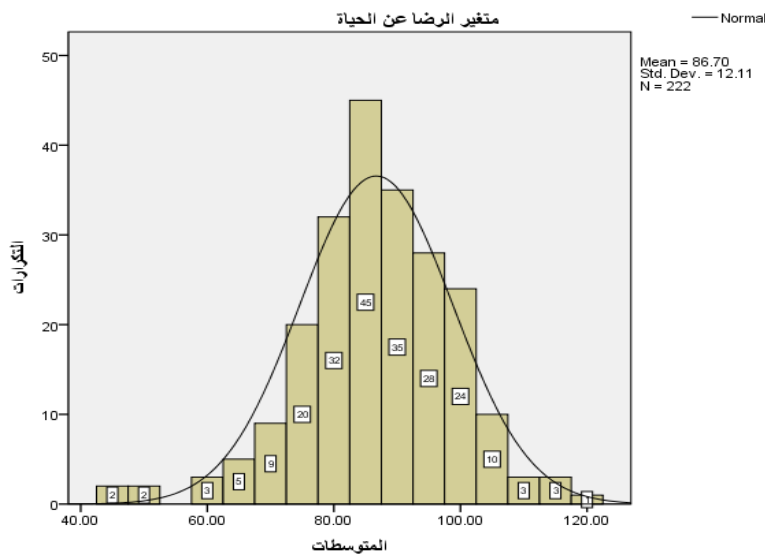
وقد تم استخراجها عن طريق الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وجدول (١٤) يوضح ذلك .

جدول (١٤)

المؤشرات الإحصائية لمقياس الرضا عن الحياة

القيم	المؤشرات الإحصائية	ت
222	عدد أفراد العينة N	1
72	الوسط الفرضي Hypothetical Mean	2
86.698	الوسط الحسابي Mean	3
87	الوسيط Median	4
85	النوال Mode	5
12.110	الانحراف المعياري Standard Deviation	6
146.664	التباين Variance	7
0.373	الالتواء Skewness	8
1.023	التفرطح Kurtosis	9
73	المدى Range	10
45	أقل درجة Minimum	11
118	أعلى درجة Maximum	12

ويبين توزيع العينة أقترابه من التوزيع الاعتدالي مما يسمح بتعميم نتائج تطبيق هذا المقياس، و
كما موضح في شكل (٢)



شكل (٢)

شكل بياني يوضح التوزيع الاعتدالي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة

٤. التطبيق النهائي :

عمل الباحث على تطبيق أدوات البحث على عينة من مرضى السرطان البالغ عددهم (٢٢٢) مريضاً ومريضاً، وقد تم اختيارهم بالطريقة العشوائية القصدية، 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 على وفق الاهداف.

٥. الوسائل الإحصائية Statistical Means :

لغرض تحقيق أهداف البحث واستخراج النتائج، استعان الباحث بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، في معالجة البيانات إحصائياً، واستعمل الوسائل الإحصائية الآتية :

أ. الاختبار التائي لعينة واحدة One sample t-test : لتعرف دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والفرضي لإدارة الألم وللرضا عن الحياة .

ب. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين Two samples t-test : لاستخراج القوة التمييزية لفقرات مقياسي البحث بأسلوب المجموعتين الطرفيتين.

ج. معامل ارتباط بيرسون person correlation coefficient ، لتحقيق الآتي:

أولاً. إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الفقرة والدرجة الكلية لمقياسي متغيري البحث.

ثانياً. إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة الفقرة ودرجة المجال الذي تنتمي إليه لمقياس إدارة الألم.

ثالثاً. إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة المجال ودرجة المجالات الأخرى والدرجة الكلية لمقياس إدارة الألم.

رابعاً. إيجاد العلاقة الارتباطية بين إدارة الألم والرضا عن الحياة.

د. معادلة ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي (Alpha Formula For Internal Consistency) لاستخراج الثبات لمقياسي إدارة الألم والرضا عن الحياة.

هـ. تحليل التباين الثلاثي لتعرف الفروق في إدارة الألم والرضا عن الحياة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، والتحصيل الدراسي، و العمر) والتفاعل بين هذه المتغيرات لدى مرضى السرطان

و. اختبار المقارنات المتعدد (شيفيه Sheffe) لاختبار التفاعل بين متغيري (الجنس، والعمر) لإدارة الألم لدى مرضى السرطان.

ز. التفرطح، والالتواء، والوسيط، والانحراف المعياري، والمنوال، والمتوسط، والتباين، والمدى، لاستخراج خصائص مقياسي البحث السايكومترية.

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها وتفسيرها

١. النتائج، مناقشتها وتفسيرها

٢. الاستنتاجات

٣. التوصيات

٤. المقترحات

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل إليها البحث على وفق تسلسل أهدافه في الفصل الأول، بعد إجراء التحليلات الإحصائية للبيانات التي جرى الحصول عليها عن طريق تطبيق أدوات البحث الحالي على أفراد العينة، ومن ثم مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء النظريتين المتبناة والدراسات السابقة التي تتعلق بمتغيري البحث التي وردت في البحث الحالي، ومن ثم الخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات وكما يأتي :

١. النتائج، مناقشتها وتفسيرها :

الهدف الأول : تعرف إدارة الألم لدى مرضى السرطان :

بعد تطبيق مقياس إدارة الألم على العينة البالغة (٢٢٢) مريض ومريضة بالسرطان، بلغ المتوسط الحسابي (٩٥,٣١٠) درجة، والانحراف 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)، أتضح أن الفرق دال إحصائياً، إذ 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 (١٥) يوضح ذلك.

جدول (١٥)

الاختبار التائي لعينة واحدة لمقياس إدارة الألم لدى مرضى السرطان

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

وتشير هذه النتيجة إلى أن مرضى السرطان ربما أمثلوا 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 و القناعة، فضلاً عن الالتزام بتناول الأدوية والعقاقير الطبية التي تساعدهم في تجاوز الألم. هذا يعني أنه يقومون بالسيطرة على غلق البوابات التي تنقل المرسلات العصبية إلى النخاع الشوكي وبالتالي يقللون من الشعور بالألم أي أنهم يسيطرون على الألمهم.

الهدف الثاني : تعرف دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان على وفق متغير 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 (١٦).

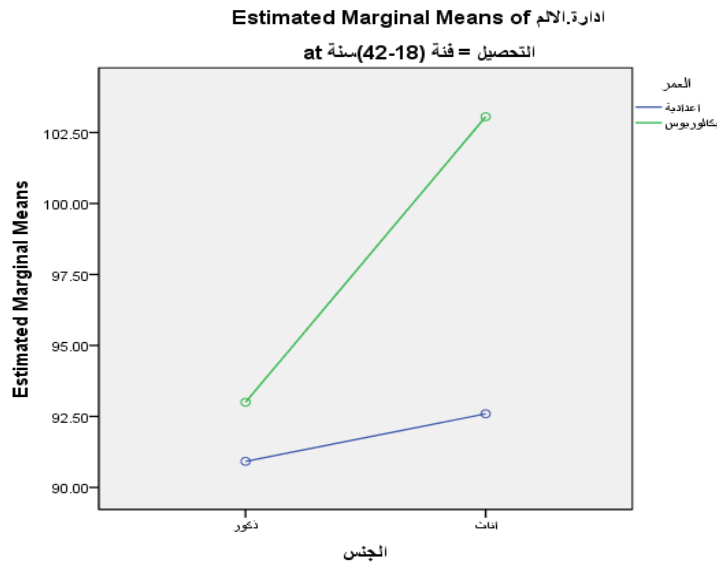
جدول (١٦)

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	٤٢-١٨ سنة	إعدادية	ذكور
60	10.73781	96.7667	٦٧-٤٣ سنة		
72	11.53432	95.7917	الكلية		
7	14.52584	93.0000	٤٢-١٨ سنة	بكالوريوس	
11	10.02270	89.6364	٦٧-٤٣ سنة		
18	11.67940	90.9444	الكلية		
19	14.11482	91.6842	٤٢-١٨ سنة	الكلية	
71	10.87585	95.6620	٦٧-٤٣ سنة		
90	11.66150	94.8222	الكلية		
27	17.06832	92.5926	٤٢-١٨ سنة	إعدادية	
66	13.19614	94.3485	٦٧-٤٣ سنة		

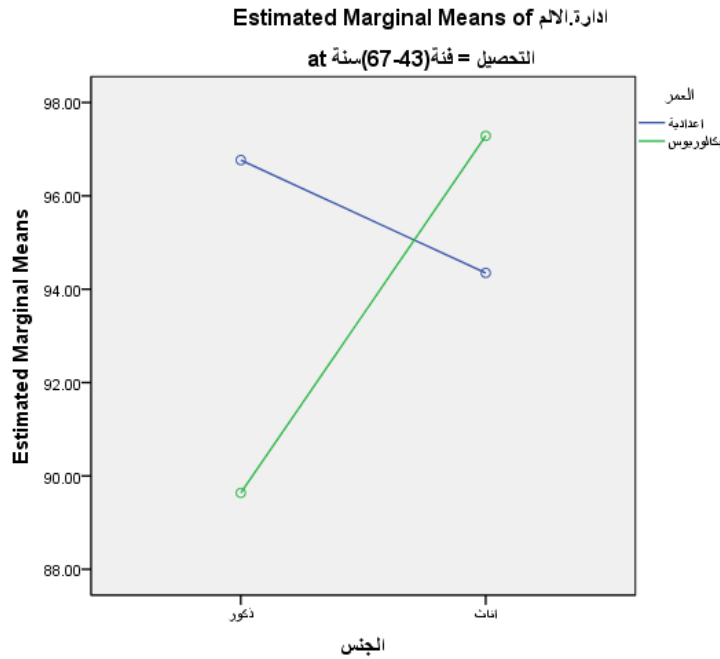
93	14.35292	93.8387	الكلية	بكالوريوس	إناث
18	12.42139	103.0556	٤٢-١٨ سنة		
21	13.85692	97.2857	٦٧-٤٣ سنة		
39	13.36324	99.9487	الكلية		
45	16.08202	96.7778	٤٢-١٨ سنة		
87	13.33674	95.0575	٦٧-٤٣ سنة		
132	14.29361	95.6439	الكلية	إعدادية	الكل
39	16.13982	92.0769	٤٢-١٨ سنة		
126	12.10140	95.5000	٦٧-٤٣ سنة		
165	13.19489	94.6909	الكلية	بكالوريوس	
25	13.53785	100.2400	٤٢-١٨ سنة		
32	13.03496	94.6563	٦٧-٤٣ سنة		
57	13.43195	97.1053	الكلية	الكلية	
64	15.59023	95.2656	٤٢-١٨ سنة		
158	12.25808	95.3291	٦٧-٤٣ سنة		
222	13.26779	95.3108	الكلية		

و يوضح الشكل (٣) و (٤) المتوسطات الحسابية تبعاً لمتغير (الجنس والعمر والتحصيل الدراسي).



شكل (٣)

رسم بياني لمتغير إدارة الألم، يوضح المتوسطات الحسابية تبعاً لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (٤٢-١٨) سنة



شكل (٤)

رسم بياني لمتغير إدارة الألم، يوضح المتوسطات الحسابية تبعاً لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (٦٧-٤٣) سنة

ولتعرف 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 (١٧)

جدول (١٧)

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

التحصيل	4.771	1	4.771	0.028	3.89	غير دال
الجنس والعمر	695.721	1	695.721	4.053	3.89	دال إحصائياً
الجنس والتحصيل	86.386	1	86.386	0.503	3.89	غير دال
العمر والتحصيل	572.868	1	572.868	3.338	3.89	غير دال
الجنس والعمر والتحصيل	5.825	1	5.825	0.034	3.89	غير دال
الخطأ	36730.929	214	171.640			
الكلّي المصحح	38903.554	221				

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 (١٨)

جدول (١٨)

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

الدالة الإحصائية	الخطأ المعياري للفرق	الفرق في المتوسطات	الجنس - العمر	الجنس - العمر
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	

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 - ٦٧)، كانوا قد تساوا في الاستجابة لأبعاد إدارة الألم، سواء في فئة الشباب (٤٢-١٨) سنة، أو فئة الكبار (٦٧-٤٣) سنة، وهذا

الأمر يعود إلى أن الجميع يعيشون ذات التهديد، فالشباب لديهم الأفق الممتد نحو المواجهة والأمل العريض بالشفاء، والكبار لديهم القدر المهم من النضج والكفاءة في مواجهة صعاب الحياة.

• **التحصيل الدراسي :** وكذا الحال فإن عدم وجود فرق دال إحصائياً، بين فئتي الإعدادية والبيكالوريوس، 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 والبيكالوريوس.

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.

الهدف الثالث : تعرف الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان

بعد تطبيق مقياس الرضا عن الحياة على العينة البالغة (٢٢٢) مريض ومريضة بالسرطان، بلغ المتوسط الحسابي (٨٦,٦٩٨) درجة، والانحراف المعياري (١٢,١١٠) درجة، وبعد حساب الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات العينة على مقياس الرضا عن الحياة والمتوسط الفرضي لنفس المقياس والبالغ (٨١) درجة، وذلك باستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة (One sample T-test)، أتضح أن الفرق دال إحصائياً، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة (١٨,٠٨٣) 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 الرضا عن الحياة والجدول (١٩) يوضح ذلك.

جدول (١٩)

الاختبار التائي لعينة واحدة لمقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان

الدلالة	درجة الحرية	القيمة التائية الجدولية	القيمة التائية المحسوبة	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	الوسط الحسابي	حجم العينة
دالة	221	1.98	18.083	12.110	72	86.698	222

ويمكن تفسير هذه النتيجة على وفق نظرية رايف المتبناة في البحث الحالي، على أن مرضى السرطان كان لديهم نوع من الاستقلالية والمقاومة لما يفرضه عليهم المرض من حالة نفسية سيئة وآلام جسمية، حيث أن لديهم مركز سيطرة داخلي في التقييم أي أنهم لا يهتمون لتقييم الآخرين وأن لديهم القدرة على تغيير البيئة المحيطة بهم والمناسبة لحالتهم النفسية، أي أنهم يتمتعون بصحة نفسية، وأنهم يتمتعون بشعور الارتقاء والتطور المستمر لذواتهم، وينتج عن ذلك انفتاحهم على خبرات جديدة، وهذا ما يجعلهم يتمتعون بعلاقات اجتماعية إيجابية مع المحيطين بهم بما تحتويه من علاقات شخصية دافئة وموثوقة، وهي دلالة أخرى على تمتعهم بصحة نفسية.

إن أفراد العينة لديهم تقبلٍ عالٍ لذواتهم، أي باستطاعتهم تخطي المواقف السيئة وغير المرغوب بها خلال حياتهم، وتحويلها إلى مواقف تخدم ذواتهم بشكلٍ إيجابي، وهذا ما يدل على أن أفراد العينة لديهم معتقدات تمكنهم من الاحساس بأن لديهم هدفاً ومعنى لحياتهم.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة خميسة (٢٠١٣)، ودراسة طشطوش (٢٠١٥)، ودراسة صديم (٢٠١٩)، ودراسة ميلر وآخرون (Miller, et al. (2001)، ودراسة آراراس وآخرون (Arraras, et al. (2013)، ودراسة نيكوليتش وآخرون (Nikolić, et al. (2015)، وأختلفت مع دراسة أسماعيل (٢٠١٧)، التي أكدت أن مستوى الرضا عن الحياة جاء بنسبة متوسطة لدى مرضى السرطان.

الهدف الرابع : تعرف دلالة الفروق الإحصائية في الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان على وفق لمتغير الجنس والعمر والتحصيل الدراسي:

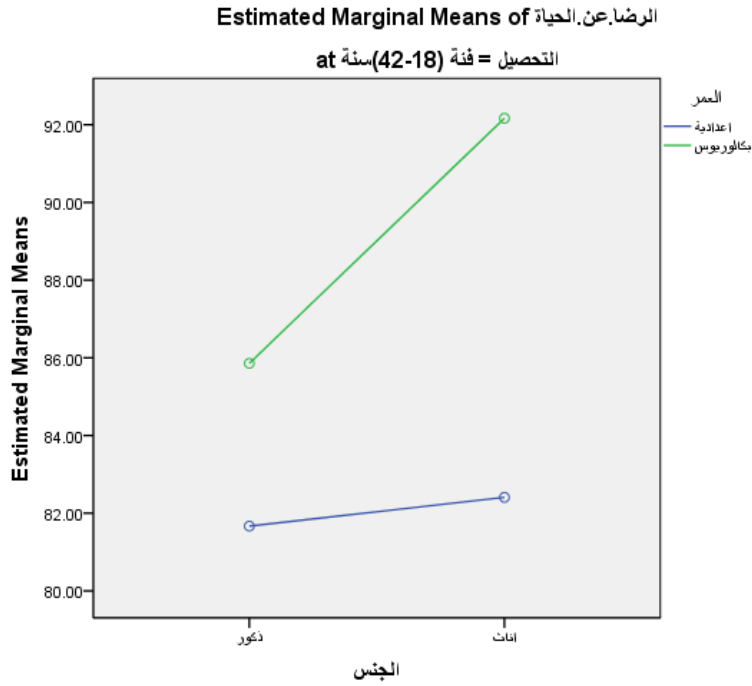
ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المستجيبين على مقياس الرضا عن الحياة، وذلك تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي، كما موضح في جدول (٢٠).

جدول (٢٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المستجيبين على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي

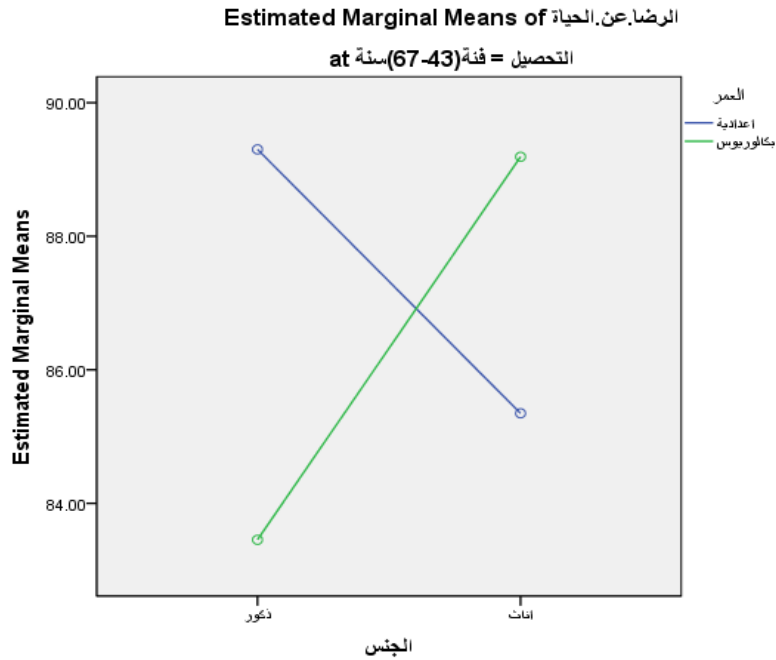
العدد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العمر	التحصيل الدراسي	الجنس
12	9.17837	81.6667	٤٢-١٨ سنة	إعدادية	ذكور
60	10.66326	89.3000	٦٧-٤٣ سنة		
72	10.75852	88.0278	الكلية		
7	9.15475	85.8571	٤٢-١٨ سنة	بكالوريوس	
11	11.07577	83.4545	٦٧-٤٣ سنة		
18	10.15839	84.3889	الكلية		
19	9.15046	83.2105	٤٢-١٨ سنة	الكلية	
71	10.85815	88.3944	٦٧-٤٣ سنة		
90	10.68597	87.3000	الكلية		
27	16.53495	82.4074	٤٢-١٨ سنة	إعدادية	إناث
66	12.12561	85.3485	٦٧-٤٣ سنة		
93	13.52584	84.4946	الكلية		
18	11.25768	92.1667	٤٢-١٨ سنة	بكالوريوس	
21	10.27433	89.1905	٦٧-٤٣ سنة		
39	10.70119	90.5641	الكلية		
45	15.29382	86.3111	٤٢-١٨ سنة	الكلية	
87	11.76484	86.2759	٦٧-٤٣ سنة		
132	13.01645	86.2879	الكلية		
39	14.54552	82.1795	٤٢-١٨ سنة	إعدادية	الكل
126	11.57802	87.2302	٦٧-٤٣ سنة		
165	12.48311	86.0364	الكلية		
25	10.91253	90.4000	٤٢-١٨ سنة	بكالوريوس	
32	10.73954	87.2187	٦٧-٤٣ سنة		
57	10.83604	88.6140	الكلية		
64	13.75940	85.3906	٤٢-١٨ سنة	الكلية	
158	11.37989	87.2278	٦٧-٤٣ سنة		
222	12.11050	86.6982	الكلية		

و يوضح الشكل (٥) و (٦) المتوسطات الحسابية تبعاً لمتغير (الجنس والعمر والتحصيل الدراسي) في رسم بياني.



شكل (٥)

رسم بياني لمتغير الرضا عن الحياة يوضح المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (١٨-٤٢) سنة



شكل (٦)

رسم بياني لمتغير الرضا عن الحياة يوضح المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الجنس، والتحصيل الدراسي، والعمر فئة (٤٣-٦٧) سنة

ولتعرف دلالة الفروق في درجات المستجيبين على مقياس الرضا عن الحياة 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 (٢١)

جدول (٢١)

نتائج تحليل التباين الثلاثي للفروق في درجات المستجيبين على مقياس الرضا عن الحياة 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	1.127	159.572	1	159.572	الجنس
غير دال	3.89	2.061	291.770	1	291.770	العمر
غير دال	3.89	0.390	55.189	1	55.189	التحصيل
غير دال	3.89	3.361	475.851	1	475.851	الجنس والعمر
غير دال	3.89	0.400	56.691	1	56.691	الجنس والتحصيل
غير دال	3.89	3.675	520.322	1	520.322	العمر والتحصيل
غير دال	3.89	0.245	34.681	1	34.681	الجنس والعمر والتحصيل
			141.571	214	30296.093	الخطأ
				221	32412.779	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 (١,١٢٧) 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 (٢,٠٦١) 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 (٠,٣٩٠) 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 (٣,٣٦١) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
٥. أن القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير الجنس والتحصيل بلغت (٠,٤٠٠) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.
٦. أن القيمة الفائية المحسوبة لتفاعل متغير العمر والتحصيل بلغت (٣,٦٧٥) 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 (٠,٢٤٥) درجة، وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣,٨٩) درجة، وهذا يدل على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية.

ولعل هذه النتيجة تعود إلى أن المرضى من كلا الجنسين (ذكور، وإناث)، قد تمتعوا بنفس القدر الكافي من الاستقلالية وتنظيم سلوكهم الداخلي، وإنهم حققوا ذواتهم وأظهروا نوع من المقاومة، وإنهم حولوا كل الضغوط العوامل السلبية التي مروا بها إلى مواقف إيجابية تخدم سير حياتهم بشكل جيد. وإن مرض السرطان بواقع الحال لا يختلف في الاعراض والتبعات النفسية والجسمية التي تترتب عليه، بين جنس وآخر فهو يظهر نفس التأثير لكلا الجنسين.

مما تقدم تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة العينة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، وإناث)، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة خميسة (٢٠١٣).

إن هذه النتيجة أيضاً تؤكد على أن مرض السرطان وتبعاته غير متأثرة بالمستوى التعليمي، وأن الرضا عن الحياة لدى هذه الفئة من المجتمع غير مقرون بالمستوى الأكاديمي، ولعل السبب أيضاً يعود إلى أن المستوى التعليمي في البلاد يكاد يكون بلا تأثير ملحوظ على حياة الأفراد.

تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة العينة تبعاً لمتغير التحصيل الدراسي (إعدادية، وبكالوريوس)، وتختلف هذه النتيجة مع دراسة طشوش، (٢٠١٥).

وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة العينة تبعاً لمتغير العمر [فئة (١٨-٤٢ سنة)، وفئة (٤٣-٦٧ سنة)]، و يعود ذلك إلى الثقل الذي يفرضه السرطان على المرضى، حيث أنه يشعرهم بشكل غير مباشر أنهم قد تقدموا بالعمر رغم صغر سنهم، وربما تعود أيضاً إلى النضج الذي يتمتع به أفراد العينة، من الأعمار الصغيرة (١٨-٤٢ سنة)، وأنهم ينظرون إلى المستقبل بعين التفاؤل والإيجابية، أما الأعمار الأكبر (٤٣-٦٧ سنة) فإنهم يتمتعون بدرجة عالية من تقبل الواقع والتعايش معه نظراً لخبرتهم في الحياة وتعودهم على تحمل المتاعب و المشاق.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة طشطوش (٢٠١٥)، ودراسة صديم (٢٠١٩)، واختلفت مع دراسة أسماعيل وصبييرة (٢٠١١)، بوجود فرق لصالح الفئات الأكبر من (٤٥ سنة)، ودراسة أراس وآخرون (2013). Arraras, et al. لصالح الأعمال الكبيرة،

الهدف الخامس : تعرف العلاقة الارتباطية بين متغيري إدارة الألم و الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان :

بلغ معامل الارتباط بين إدارة الألم والرضا عن الحياة (٠,٦٠٤) درجة، ويشير هذا المعامل إلى أن العلاقة الارتباطية بين إدارة الألم والرضا عن الحياة، هي علاقة موجبة، وللتحقق من الدلالة الإحصائية للمعامل تم استعمال معادلة الاختبار التائي (t-Test)، وأظهرت نتيجة الاختبار التائي أن القيمة التائية المحسوبة للمعامل كانت (١٠,٧٨٥) درجة، وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية البالغة (١,٩٨)، وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) درجة، ودرجة حرية (٢٢٠)، تبين أن القيمة التائية المحسوبة أعلى من القيمة الجدولية، مما يدل على أن معامل الارتباط ذو دلالة إحصائية، والجدول (٢٢) يوضح ذلك.

جدول (٢٢)

قيمة معامل الارتباط بين إدارة الألم والرضا عن الحياة والقيمة التائية المحسوبة والدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط

حجم العينة	معامل الارتباط	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	الدلالة
222	0.604	10.785	1.98	220	دالة

تشير النتائج إلى أن العلاقة بين الرضا عن الحياة وإدارة الألم، علاقة قوية موجبة (طردية)، يعني أن الدرجة العالية من الرضا عن الحياة في استجابات أفراد العينة تفرض منطقياً توافر درجة مقبولة من إدارة الألم، الأمر الذي يتجسد في وجود علاقة ارتباطية قوية موجبة، فكلما كان هنالك رضا عن مفردات حياة المريض كلما دفع ذلك باتجاه مواجهة جيدة ويقظة فعلية نحو الألم الناجم عن الإصابة بمرض السرطان.

بما أن درجات الأفراد على المتغيرين كانت عالية ودالة باتجاه توافر إدارة للألم و رضا عن الحياة، فإن ذلك قد ارتبط داخلياً في استجاباتهم المعبر عنها في درجات المقياسين. ومن المنطقي أن درجة جيدة من رضا الفرد عن حياته تتجه لتقوية قدرة الفرد وعزيمته على إدارة ألمه والتغلب عليه.

وقد أظهرت الدراسات والأبحاث السابقة أن التأثير والعلاقة بين المتغيرات مثل الرضا عن الحياة وجودتها وإدارة الألم وتحمل الصعوبات هي عملية مهمة ، وبالتالي فإن تأثير المسكنات وطرق المواجهة هو تقليل مستوى الألم ، وبالتالي تحسين نوعية حياة المريض ورضاه (Azizabadi & Assari, 2010).

٢. الاستنتاجات :

لقد توصل البحث الحالي إلى الاستنتاجات التالية :

- أ. أن متغير إدارة الألم متغير جديد ومهم جداً بالنسبة للمرضى.
- ب. هنالك علاقة قوية جداً، وطردية بين متغيري إدارة الألم والرضا عن الحياة.
- ج. من خلال تطوير إدارة الألم يمكن التقليل من الوقت المطلوب للشفاء و هو عنصر مهم في عملية التأقلم مع المرض.
- د. يمثل الرضا عن الحياة جانب من أهم الجوانب الإيجابية في حياة الفرد بشكل عام والمرضى على وجه الخصوص، والذي يلعب دوراً مهماً في تقبله لما يم به من آلام ومحن وبالتالي فإنه يساعده في التغلب عليها.
- هـ. إن المتغيرات الديموغرافية كالجنس والعمر والتحصيل الدراسي، ليس لها تأثير على متغيري إدارة الألم والرضا عن الحياة.

٣. التوصيات :

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث يوصي الباحث بالآتي :

- أ. لفت أنباه المؤسسات الصحية المسؤولة، على توفير مستشفيات أكثر، مختصة بمرضى الأورام السرطانية نظراً للتزايد الكبير الحاصل في أعداد المرضى.
- ب. تجهيز المستشفيات والمراكز التخصصية بالسرطان بالملاكات الطبية المختصة والكفوءة 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 لذوي الدخل المحدود.
- د. ضرورة توعية المجتمع بطرق التعامل مع مرضى السرطان واحتوائهم ومساعدتهم للخروج من العزلة والاندماج بالمجتمع.
- هـ. تفعيل دور علم النفس 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.

٤. المقترحات :

استكمالاً لمتطلبات البحث الحالي يقترح الباحث الآتي :

- أ. إجراء دراسة تجريبية لمعرفة تأثير برنامج إدارة الألم على سرعة الشفاء لمرضى السرطان.
- ب. إجراء دراسة تستهدف تعرف العلاقة بين إدارة الألم ومتغيرات أخرى مثل (مركز السيطرة والضبط، والرفاهية النفسية، وتقدير الذات، وأساليب المواجهة، والدعم الاجتماعي).
- ج. إجراء دراسة تستهدف تعرف طرق إدارة الألم المتبعة من الهيئات الطبية لإدارة ألم مرضى السرطان.
- د. إجراء دراسة لتعرف العلاقة بين الرضا عن الحياة ومتغيرات أخرى مثل (سمات الشخصية، مركز السيطرة والضبط، والحالة الاجتماعية)

هـ. دراسة العلاقة بين إدارة الألم والرضا عن الحياة على عينات غير مرضى السرطان كعينات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة أو على عينات الناجين من أمراض شديدة الخطورة.

المصادر

- المصادر العربية
- المصادر الأجنبية
- المصادر الإلكترونية

المصادر العربية :

- القرآن الكريم.
- أبو النيل، هبة الله محمود(٢٠١٠): الانتماء الاجتماعي والرضا عن الحياة وقيمة الاصلاح كمتغيرات منبئة بالمشاركة السياسية، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مج ٩، ع ١، مصر.
- أرجايل، مايكل (١٩٩٣) : سيكولوجية السعادة، ترجمة: فيصل عبد القادر يونس، مراجعة: شوقي جلال، عالم المعرفة، العدد ١٧٥ ، الكويت.
- أمطانيوس مخائيل (٢٠١١): الثبات والصدق والبنية العاملية لصورة معربة من مقياس دين ١٢ ولارنس وجرفن للرضا عن الحياة، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، مجلد ٩، ع ٢، دمشق، سوريا.
- إسماعيل، أحمد محمد حسين (٢٠١١): الرضا عن الحياة لدى المراهقين وعلاقته بأساليب التنشئة الأسرية والرضا عن الأداء المدرسي وفاعلية برنامج تدريبي في تحسين الرضا عن الحياة لديهم، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- إسماعيل، رزان معلا، وصبيرة، فؤاد (٢٠١٧): الصلابة النفسية علاقتها بالرضا عن الحياة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي دراسة ميدانية في محافظة اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، مج ٣٩، ع ٦، سوريا.
- الإمام، مصطفى محمود وآخرون (١٩٩٠): التقييم النفسي، مطبعة التعليم العالي، جامعة بغداد
- تايلر، شيلي (٢٠٠٨): علم النفس الصحي ، ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاكرا داود، دار حامد للنشر، ط ١، عمان، الأردن .
- تقاحة، جمال السيد (٢٠٠٩): الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين (دراسة مقارنة)، مجلة كلية التربية ، مج ١٩، ع ٣، جامعة الإسكندرية.
- خميس، إيمان أحمد (٢٠١٠): جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال، المؤتمر العلمي الثالث: تربية المعلم العربي وتأهيله- رؤى معاصرة، كلية العلوم التربوية، جامعة جرش، الأردن.
- خميسة، فنون (٢٠١٣): الاستجابة المناعية و علاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر- باتنة.

- الدسوقي، مجدي محمد (١٩٩٨): دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن، المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٢٤، مج ٨.
- الديب، سماح احمد احمد، وعبد الخالق، محمد، والشطي، تغريد سليمان (٢٠٠٢): معدلات السعادة لدى عينات عمرية مختلفة من المجتمع الكويتي، مجلة دراسات نفسية، الكويت.
- الديب، علي محمد (١٩٨٨): العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل، مجلة علم النفس، ٦٤، الكويت.
- رضوان، شعبان جاد الله، وهريدي، عادل محمد (٢٠٠١): العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة، مجلة علم النفس، ٥٨٤.
- زايد، فوقيه (٢٠٠١): القدرة على القيام بأنشطة الحياة المختلفة اليومية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى المسنين، مجلة كلية التربية، مج ٤، ٢٥٤، جامعة عين شمس.
- الزوبعي، عبد الجليل، وبكر، محمد ألياس، والكناني، أبراهيم (١٩٨١): الاختبارات والمقاييس النفسية، دار الكتب للطباعة والنشر - جامعة الموصل، العراق.
- السوداني، يحيى محمود سلطان (١٩٩٠): قياس التوافق الاجتماعي والنفسي لأبناء الشهداء في المرحلة المتوسطة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية (ابن رشد)، جامعة بغداد.
- السيد، محمد أبو هاشم (٢٠١٠): النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، المجلد ٢٠، العدد ٨١.
- شاذلي، عبدالحميد محمد (٢٠٠١): التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- شاهر خالد سليمان (٢٠١٠): قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها، مجلة رسالة الخليج العربي، ع ١١٧، س ٣١، السعودية.
- الشعراوي، علاء محمود (١٩٩٩): سمات الشخصية والدافع للإنجاز الأكاديمي وعلاقتها بالرضا عن الحياة في المرحلة الجامعية، مجلة كلية التربية بالمنصورة، ع ٤١٤، مصر.
- شلتز، دارون (١٩٨٣): نظريات الشخصية، ترجمة: د. حمد ولي الكربولي، وعبد الرحمن القيسي، مطبعة جامعة بغداد.
- صالح، قاسم حسين (١٩٨٧): الإنسان من هو، دائرة الشؤون الثقافية للنشر، بغداد.

- _____ (١٩٩٧): الشخصية بين التنظير والقياس، مكتبة الجيل الجديد، ط١، صنعاء، اليمن.
- _____ (١٩٩٨): نظريات معاصرة في علم النفس، مكتبة الجيل الجديد، ط١، صنعاء، اليمن.
- صديم، دعاء محمد خميس (٢٠١٩): إدارة الذات والأسى النفسي وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان في محافظة غزة، رسالة ماجستير، جامعة الأقصى-كلية التربية، فلسطين.
- طشطوش، رامي عبد الله (٢٠١٥): الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، بحث مقدم الى المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مج ١١، ع ٤.
- عبد الوهاب، أماني عبد المقصود (٢٠٠٧): أثر مساندة الوالدين على الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأبناء المراهقين من الجنسين، المؤتمر السنوي الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- علام، سحر فاروق (٢٠٠٨): معدلات السعادة الحقيقية لدى عينة من طلاب المرحلتين الاعدادية والثانوية، دراسات نفسية، مج ١٨، ع ٣٤، عين شمس، مصر.
- علام، صلاح الدين محمود (١٩٨٦): تطورات معاصرة في القياس النفسي والتربوي، مطابع القبس التجارية، الكويت
- _____ (٢٠٠٠): القياس التربوي و النفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.
- علوان، نعمات شعبان (٢٠٠٧): الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية- دراسة ميدانية على عينة من زوجات الشهداء الفلسطينيين، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، مج ١٦، ع ٢٤.
- _____ (٢٠٠٨): الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، مج ١٦، ع ٢٤، فلسطين.
- عودة، أحمد سليمان (٢٠٠٢): القياس والتقويم في العملية التدريسية، ط ٧، عمان دار الأمل للنشر والتوزيع.
- عيسى، جابر محمد عبد الله، ورشوان، ربيع عبدة احمد (٢٠٠٦): الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والانجاز الأكاديمي لدى الأطفال، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، مج ١٢، ع ٤، كلية التربية، جامعة حلوان.

- فرانكل، فكتور (١٩٨٢): **الإنسان يبحث عن المعنى**، ترجمة الدكتور طلعت منصور، دار القلم، الكويت.
- فرج، صفوت (١٩٨٠): **القياس النفسي**، دار الفكر العربي، القاهرة .
- فرح، محمد سعيد (١٩٨٩): **البناء الاجتماعي والشخصي**، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- فروم، اريك (١٩٦٠): **المجتمع السليم**، ترجمة محمد محمود، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- الكبيسي، وهيب مجيد (٢٠١٠): **القياس النفسي بين التنظير والتطبيق**، ط ٧، دار العالمية المتحدة، بيروت.
- كمال، علي (١٩٨٣): **النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها**، ط ٣، الدار العربية للطباعة، بغداد.
- مايرز، آن (١٩٩٠): **علم النفس التجريبي**، ترجمة: خليل إبراهيم البياتي ، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد.
- مبروك، عزة عبد الكريم (٢٠٠٧): **أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين**، مجلة الدراسات النفسية، مج ١٧، ٢٤.
- المحروقي، عائشة بنت عباس (٢٠١١): **مصادر السعادة لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة والثانوية والجامعية في ضوء بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والأكاديمية بمدينة مكة المكرمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- مرسي، كمال ابراهيم (٢٠٠٠): **السعادة وتنمية الصحة النفسية**، ج ١، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
- المعجم الوجيز (١٩٩٠)، مجمع اللغة العربية.
- النعامي، أيمن محمد (٢٠٠٥): **الآثار النفسية الناجمة عن الأسر وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين في قطاع غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.
- الهابط، محمد السيد (١٩٨٥): **التكيف والصحة النفسية**، ط ٢، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
- هيشان، محمد (١٩٩٠): **سيكولوجية الألم والتشوه لدى مصابي الحروق**، رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة عين شمس، مصر.
- ياسين، حمدي محمد، وسري، هبة إسماعيل، وقطب، منى محمد أحمد (٢٠١٧): **تمكين الذات وإدارة الألم لمريضات سرطان الثدي**، مجلة جامعة عين شمس، ع ١٨، ج ٣.

المصادر الأجنبية :

- Ansatasi, A. (1976): **Psychological testing Macmillan**, New York.
- Arora, N., Finney Rutten, L., Gustafson, D., Moser, R. & Hawkins, R. (2007): Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho Oncology*, 6 (5), 474–486.
- 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.
- ————— (2013): **Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology Day Hospital and its relationship with quality of life.** *Psycho-oncology*, 22, 2454–2461.
- ASHBY, J. S. & LENHART, R. S. (1994): **Prayer as a coping strategy for chronic pain patients.** *Rehabilitation Psychology*, 39, 205–209.
- 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,.
- Azizabadi, Farahani M, Assari S.(2010): **Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures.** Heidelberg: Springer.
- Albaqawi, Hamdan (2014): **Pain management in Hail region hospitals in Saudi Arabia**, Submitted in Total Fulfilment for the Degree of Doctor of Philosophy (PhD), School of Health Sciences College of science, Engineering and Health RMIT University
- Bair, M. J., Kroenke, K., Sutherland, J. M., McCoy, K. D., Harris, H. & McHorney, C. A. (2007): **Effects of depression and pain severity on satisfaction in medical outpatients**, *Analysis of the Medical Outcomes*

- Study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(2), 143–152.
- Bates, M. S., Edwards, W. T. & Anderson, K. O. (1993): **Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception.** *Pain*, 52, 101–112.
 - Beck, J., (1995): **Cognitive Therapy: Basics and Beyond**, Guildford Press: New York.
 - Beck, Susan (2000): **An Ethnographic Study of Factors Influencing Cancer Pain Management in South Africa**, *Cancer Nursing*, Volume 23 - Issue 2 - p 91-99.
 - Bendelow, G. (1993): **Pain perceptions, emotions and gender**, *Sociology of Health Illness* Vol. 15 No. 3.
 - Brennan, F., Carr, D. B. & Cousins, M. (2007): **Pain management: A fundamental human right.** *Anesthesia and Analgesia*, 105(1), 205–221.
 - Buunkm, B., Vanyperen, N., Taylor, S. & Collins, H. (1991): **Social Comparison and the drive upward revisited: Affiliation as a response to marital stress.** *European Journal of Social Psychology*, 21 (6), 529-546.
 - 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.
 - Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979): **Reliability and Validity Assessment.** London, Sage publications SAGE, Beverly Hills.
 - Catalano, E. M. & Hardin, K. N. (2004): **Dores crônicas.** São Paulo, Brazil, Summus Editorial.
 - CH., Center for Integrated Healthcare (2013): **the Gate Control theory of Pain**, Ber 3.0, July 2013.
 - Christopher G. lis, Digant Gupta , James .F. Gutsch (2008): **The relationship between insomnia and patient satisfaction with quality**

of life in cancer, Office of research, cancer treatment centers of America USA.

- Cianfrini L, Doleys D. (2017): **The role of psychology in pain management**, Pract Pain Manag.;6:1.
- Conrad R, Wegener I, Geiser F, Kleiman A. (2013): **Temperament character and personality disorders in chronic pain**. Curr Pain Headache Rep. 2013;17:318.
- 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.
- Craig KD. (1984): **Psychology of pain**. Postgrad Med J. ;60:835-840.
- Diana. C. M, Seitz, Daniela Hagman , Tanja Besier (2010): **life satisfaction in adult survivors of cancer during adolescence**, What contributes to the latter satisfaction with life? Psychotherapy university hospital, ULM, Steinhovelstrabe, Germany.
- 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.
- Dunajcik, L. (1999): **Chronic nonmalignant pain**. In M. McCaffery & C. Pasero, Pain clinical manual (2nd ed., pp. 467–521). St Louis, MO: Mosby.
- Earnshaw, L. Emily (2000): **Religious Orientation and Meaning in life an Exploratory study**.
- Ebel, R (1972): **Essentials of Educational Measurement** , New Jersey.
- Eccleston C. (2001): **Role of psychology in pain management**, Brit J Anesth. 2001;87:144-152.

- 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.
- Fernandez E, Milburn T. (1994): **Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain.** Clin J Pain.;10:3-9.
- FMOH (2007): **Pain management guideline.**
- FOLEY, K. M. (1993): **The management of cancer pain. In: V. T. DE VITA, S. HELLMAN & R. A. ROSENBERG (Eds), Cancer principles and practices of oncology, Vol 2 (pp. 2417–2448). Philadelphia: Lippincott.**
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (2006): **How to Design and Evaluate Research in Education**, (6th ed.). USA :Congress.
- 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
- Gerbner, G., L. Gross, M. Morgan, and N. Signorielli (1980): **The 'mainstreaming' of America: violence profile no. 11.** Journal of Communication 30(Summer): 10-29.
- Ghiselli, E.& et. al (1981): **Measurement theory for the behavioral sciences**, san francies & company.
- Gilman, S. & Newman, S. (1992): **Manter and Gatz's essentials of clinical neuroanatomy and neurophysiology**, (8th ed.). Philadelphia. PA: F. A. Davis.
- Gilman, R., Ashby, J., Sverko, D., Florell, D. & Varjas, K. (2005): **The Relationship between Perfectionism and Multidimensional Life Satisfaction among Croatian and American Youth.**

- Greenspoon, P. J. and D. H. Saklofske: (1998): **Confirmatory factor analysis of the multidimensional students' life satisfaction scale'**, **Personality and Individual Differences** 25, pp. 965–972.
- Gustin S, Burke L, Peck C, et al. (2016): **Pain and personality, do individuals with different forms of chronic pain exhibit a mutual personality?** *Pain Pract.* ;16(4):486-494.
- Hader, C. & Guy, J. (2004): **Your hand in pain management.** *Nursing Management*, 35(11), 21–27.
- Hadjistavropoulos T, Craig KD (2004): **Pain: psychological perspectives.** In: **Hadjistavropoulos T, Craig KD [Eds.]**, Psychology Press, UK.
- Hansen G, Streltzer J. (2005): **The psychology of pain**, *Emerg Med Clin N Am.* ;23:339-348.
- 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.
- 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.
- HCANJ, Best Practice Committee of the Health Care Association of New Jersey (2017): **Pain Management Guideline**, New Jersey.
- Holmes, CA. (1989): **Healthcare & quality of life.** *Journal of Advanced Nursing.*
- 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.

- IASP., International Association for the Study of Pain (1986): **Taxonomy**. Available at: www.iasp-pain.org/Taxonomy.. Accessed May 22, 2012.
- 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.
- Jared Cox , Mary Jo Loughran , Eve M. Adams, Rachel L. Navarro :*Psychologie Health & Medicine* (2012): **life satisfaction and health related quality of life among low- income medical patients**, The mediating influence of self – esteem,V17, NO6 December 2012 USA.
- JCAHO., Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2001): **pain standards for 2001**. Retrieved 1 June 2011 from <http://www.jcaho.org>.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J. C., Starr, K.,Caldwell, D. S. & Tennen,H. (1997): **Pain coping strategies and coping effectiveness in rheumatoid arthritis**, a daily process analysis. *Pain*, 69, 35–42.
- Khalsa, Dharma Singh &Stauth, Cameron (2000): **The Pain Cure: The Proven Medical Program that Helps End Your Chronic Pain**.
- Kim, Mira. (2001): **Exploring sources of life Meaning Among Koreans**, Trinity Western University.
- 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.
- Lautenbacher S, Peters J, Heesen M, et al. (2017): **Age changes in pain perception**, a systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;75:104–113.
- Lindquist, E.F (1957): **Statistical analysis in educational research**, Boston, miffin.NO.3.

- Manning, Juanita & Nars Walsh Jholiste (2005): **Spiritual struggle – Effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer**, Journal of Holistic Nursing, V23 ,N02, SAGE , American Holistic.
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1999): **Pain Clinical manual (2nd ed.)**, St. Louis, MO: Mosby.
- McCaffery, R., Frock, T. L. & Garguilo, H. (2003): **Understanding chronic pain and the mindbody connection**, Holistic Nursing Practice, 17(6), 281–287.
- Meldrum ML. (2003): **A capsule history of pain management**, Jama 290(18): 2470-2475.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965): **Pain mechanisms A new theory**, Science, 150(3699), 971– 979.
- (2008): **The challenge of pain**, The medical classic, now with a new introduction (2nd ed.). United Kingdom: Penguin.
- Mendell, J. R. & Sahenk, Z. (2003), **Painful sensory neuropathy**, New England Journal of Medicine, 348(13), 1243–1255.
- Meng. Ven Tsou , Jun Tan Lui (2001): **Happiness and domain satisfaction in Taiwan**, Journal of happines studies,V02, Issue3,Netherlans, Taiwan.
- Merskey H, Loeser JD, Dubner R (1975-2005): **The paths of pain**.
- Mieszkowski, Marek Roland (2007): **cancer - a biophysicists point of view, advanced research and development in acoustics**, digital recordings.
- Myers, D. G. (1986): **Social Psychology**, U.S.A. McGraw-Hill Company. Inc.

- 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> .
- Nikolić, S., Ilić-Stošović, D., Kolarević, I., Djurdjević, A., Ilić, S. & Djuričić. (2015): **Social participation of women with breast cancer**. Vojnosanitetski Pregled, 72(2), 148–154.
- Nunnally, j. C., & Bernstein, I. H. (1994): **Psychometric Theory**, (3rd ed.) USA :Congress.
- Oppenheim, A. N., (1973): **Questionnaire Design and Attitude Measurement**, London, Heinemann Press.
- 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.
- O'Rourke, N., Hatcher, L., & Stepanski, E. J. (2005): **A Step-by-Step Approach to Using SAS® for Univariate & Multivariate Statistics**, (2nded.), USA: SAS Institute and Wiley.
- Ozden, Dedeli (2013): **Health Psychology Research**, Celal Bayar University School of Health Istasyon Mevkii 45020 Manisa, Turkey.
- 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.
- 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.

- Rey R. (1995): **The history of pain**, Translated by Louise Elliott Wallace. In: JA Cadden, SW Cadden [Eds.] Harvard University Press. Cambridge Massachusetts, London, 102(2): 421-422.
- Richins, Marshal L (1987): **Media, Materialism and Human Happiness**, Advances in Consumer Research Volume: 14, University of Missouri.
- Rogers, C. (1951): **Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory**, Boston: Houghton Mifflin.
- Roth, A., Fonagy, P. (2005): **“What works for whom? A critical review of psychotherapy research”**. 2nd ed. Guilford Press: New York.
- Ryff, C. D. (1989): **Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing**, Journal of Personality and Social Psychology, 57.
- Ryff, C. D., & Marshall, W. V. (1999): **The Self and Society in Aging Processes**, New York: Springer Publishing Company, Inc
- Sabatowski, R., Schäfer, D, Kasper, S.M., Brunsch, H., Radbruch, L., (2004): **Pain Treatment**, A Historical Overview. Curr Pharm Des 10(7): 701-716.
- Schopflocher, D., Jovey, R. et al. (2010): **The burden of pain in Canada Results of a Nanos survey**, Pain Research & Management: In Press.
- Shaver P, Brennan K. (1992): **their connections with each other and with romantic relationship outcomes**. Pers Soc Psychol Bull.;18:536-545.
- Shaw, M.E. (1967): **“Scales for the Measurement of Attitude”**, New York, McGraw-Hill.

- Shin ,Johnson (19870: **Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life**, Social indicators research, Dordrecht, Holland, V5, Issue1-4 ,.
- Singh, Harminder, et.al. (2016): **Assessment of Adequacy of Pain Management and Analgesic Use in Patients With Advanced Cancer Using the Brief Pain Inventory and Pain Management Index Calculation**, Baba Farid University of Health Sciences, Faridkot, India.
- Smith, N, (1966): **The Relationship Between Item validity and testvalidity**.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P. & Tan, G. (1996): **Active and passive coping strategies in chronic pain patients**, Pain, 64, 455–462.
- Stanley, C , Hopkins, K (1972): **Educational and Psychological Measurement and Evaluation**, Prentice-Hall, New Jersey.
- Sullivan M, Thorn B, Haythornthwaite J, et al. (2001): **Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain**, Clin J Pain .2001;17:52-64.
- Svanberg-Miller, A. (2004): **Gender Differences in Subjective Wellbeing**, A cross-cultural perspective. Deakin University.
- Tagg J. (2017): **Cognitive distortions**, Reflections on Learning. Available at: www2.palomar.edu/users/jtagg/cds.htm. 1996. Accessed May 12,.
- Tracey, I. & Mantyh, P. H. (2007): **The cerebral signature for pain processing and its modulation**, Neuron, 55(3), 377–391.
- Turk, D. C., Sist, T. C., Okifugi, 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.

- Unruh A. (1996): **Gender variations in clinical pain experience**, Pain, 65:123–167.
- Walid SN, Donahue NS, Dana M, Hyer LA, Robinson JS, et al. (2008): **The Fifth Vital Sign-What Does It Mean?** PainPractice 8(6): 417-422.
- 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>.
- WHOQOL,. The WHOQOL Group (1998): **The World Organization Quality of Life Assessment**, Development and General Psychometric Properties. Social Science and Medicine, 46, 12.
- Wildes, K., Miller., Majors, S., Otto, P. & Ramirez, A. (2011): **The Satisfaction of Latina Breast Cancer Survivors with Their Healthcare and Health- Related Quality of Life**, Journal Of Women’s Health, 20 (7), 1065-1074.
- WILLIAMS, D. & KEEFE, F. J. (1991): **Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies**, Pain, 46, 185–190.
- Winggings, J.S.(1973): **Personality and predication: principles of personality assessment**, men to par Addison wasley ,California.
- Wlassoff, V. (2015): **The physiology and psychology of pain**, Neuroscience & Neurology.
- 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.

المصادر الإلكترونية

- <https://www.almaany.com/ar/dict/ar>
- NHS Choices, (2012): **Cognitive behavioural therapy**. [online] Available at:<http://www.nhs.uk/conditions/cognitive-behavioural-therapy/Pages/Introduction.aspx>
- **Psychological Behaviorism Theory of Pain"**, www.researchgate.net.

الملاحق

ملحق (١)

كتاب تسهيل مهمة صادر من جامعة القادسية / كلية الآداب معنون إلى مؤسسات وزارة الصحة في
بغداد والمحافظات

بسم الله الرحمن الرحيم

جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة القادسية
كلية الآداب

مكتب معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا

Republic of Iraq
MINISTRY OF HIGHER EDUCATION
& SCIENTIFIC RESEARCH
UNIVERSITY OF AL-QADISIYA
College of Arts

العدد: ٣٨٣
التاريخ: ١٥ / ١٢ / ٢٠٢٠

دائرة مدينة الطب
السوردة
العدد ٨٧٨
التاريخ ١٥ / ١٢ / ٢٠٢٠

مستشفى الأورام التعليمي
السوردة
العدد: ١٢٠٢
التاريخ: ٢٠٢٠/١٢/١٥
Oncology Teaching Hospital

إلى / مؤسسات وزارة الصحة في بغداد والمحافظات

م/ تسهيل مهمة

تحية طيبة ...

إيماناً منا بموقفكم الكريم يرجى تسهيل مهمة طالب الدراسات العليا (قاسم مصطفى علي) الماجستير/ قسم علم النفس المقبول في كليتنا ، لتزويده بالمعلومات والبيانات التي تخص موضوع رسالته الموسومة (إدارة الألام وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان)

مع التقدير
معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا
أ.م.د. تامل محمد
٢٠٢٠/١٢/١٥

لادارة الأركان تسهيل مهمة
الصلة - املاء

نسخة منه إلى

- مكتب السيد العميد / للتفضل بالإطلاع مع التقدير.
- شعبة البحث والتطوير.
- الصادر.

مدير التدريب /

مديرية طب - الادارة العامة
د. محمد جعفر
معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا
مركز الدراسات والبحوث
٢٠٢٠/١٢/١٥

college Arts / university of Al-Qadisiya - Baw.1811, Dwaqqun - Qadisiya-Iraq
qu.edu.iq/art / الرقم الاستدلالي: مكتبة الآداب
art@qu.edu.iq / البريد الإلكتروني

كلية الآداب / جامعة القادسية - ص.ب. 1811

ملحق (٢)

كتاب تسهيل مهمة صادر من دائرة مدينة الطب / الادارة العامة إلى مستشفى الأورام في مدينة الطب

جمهورية العراق
وزارة الصحة
دائرة مدينة الطب
مستشفى الأورام التعليمي
شعبة الامور الادارية
ادارة الموارد البشرية

العدد: ٥٢٠
التاريخ: ٢٠٢١/٢٩

الى / دائرة مدينة الطب / مركز التدريب والتنمية البشرية
م / تسهيل مهمة
تحية طيبة :-
اشارة الى هامشكم بتاريخ ٢٠٢١/٣/٢٩ على اصل كتاب تسهيل مهمة الصادر من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي / كلية القادسية - كلية الاداب المرقم ٣٨٣٠ في ٢٠٢٠/١٢/١٧ والمرفق نسخة منه طيا
- لامانع مستشفانا من تسهيل مهمة طالب الدراسات العليا (قاسم مصطفى علي) الماجستير / قسم علم النفس في الكلية اعلاه
..... مع التقدير

المرفقات :-
- كتاب الكلية اعلاه
- استمارة موافقة على مشروع بحث

النكتور
ونام عبد الفتاح صالح
مدير المستشفى

نسخة منه الى /
• السيد المدير... للعلم مع التقدير.
• وحدة التدريب والتطوير --- هامشكم بتاريخ ٢٠٢١/٣/٢٩
• الحفظ للمركزي مع الاوليات .

العراق - بغداد - باب المنظم
هـ :- ١٤٤١٨٨٣

www.iraqincc.org
iraqi_cancer_center@yahoo.com
info@iraqincc.org
www.facebook.com/inced

ملحق (٣)

أسماء السادة المحكمين الذين استعان بهم الباحث من أجل الأخذ بأرائهم في مقاييس البحث

ت	الاسم الثلاثي واللقب العلمي	التخصص العلمي	الكلية	الجامعة
١	أ.د. إبراهيم الأعرجي	علم نفس الشخصية	الأداب	بغداد
٢	أ.د. بان عدنان عبد الرحمن	علم نفس الشخصية	الأداب	المستنصرية
٣	أ.د. بثينة منصور الحلوي	علم نفس الشخصية	الأداب	بغداد
٤	أ.د. حسين ربيع حمادي	علم النفس التربوي	التربية	بابل
٥	أ.د. حيدر اليعقوبي	علم النفس التربوي	التربية	كربلاء
٦	أ.د. خالد جمال جاسم	القياس والتقويم	التربية	بغداد
٧	أ.د. زهرة موسى جعفر	علم النفس التربوي	التربية	ديالى
٨	أ.د. علي صكر جابر	علم النفس التربوي	التربية	القادسية
٩	أ.م.د. أحمد عبد الكاظم جوني	علم نفس الشخصية	الأداب	القادسية
١٠	أ.م.د. تغريد دريب	علم نفس الشخصية	الأداب	المستنصرية
١١	أ.م.د. خالد أبو جاسم عبد	علم النفس التربوي	التربية	القادسية
١٢	أ.م.د. سلام هاشم حافظ	علم نفس الشخصية	الأداب	القادسية
١٣	أ.م.د. سوسن عبد علي السلطاني	علم النفس العام	الأداب	بغداد
١٤	أ.م.د. طارق محمد بدر	علم نفس الشخصية	الأداب	القادسية
١٥	أ.م.د. عبد الحلیم رحيم علي	علم نفس الشخصية	الأداب	بغداد
١٦	أ.م.د. علي سعد كاظم	علم نفس الشخصية	الأداب	المستنصرية
١٧	أ.م.د. علي عبد الرحيم صالح	علم نفس الشخصية	الأداب	القادسية
١٨	م.د. فارس هارون رشيد	علم النفس المعرفي	الأداب	القادسية

ملحق (٤)
مقياس إدارة الألم (بصيغته الأولية)

جامعة القادسية

كلية الآداب / قسم علم النفس

الدراسات العليا / الماجستير

الأستاذة/الفاضل/ة..... المحترم/ة

تحية طيبة...

يسعى الباحث إلى استكمال إجراءات بحثه المعنون (إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان)، ولتحقيق ذلك فقد لجأ الباحث إلى بناء مقياس إدارة الألم مستنداً إلى نظرية التحكم في البوابة (Gate Control Theory of Pain) لميلزالك وول (Melzack & Wall) والتي تعرف إدارة الألم بأنها (قدرة الفرد وإستراتيجيته في التحكم بالألم، ومحاولته ضبطه والتخلص من مستوى الضيق المرافقة 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).

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة علمية وسعة إطلاع، فإن الباحث يود الإفادة من آرائكم السديدة في الحكم على صلاحية المقياس في كون فقراته تقيس ما وضعت من أجله، وما إذا كانت بحاجة إلى إضافة أو تعديل. فإن كانت الفقرة صالحة يرجى وضع علامة (✓) في حقل صالحة، أما إذا كانت غير صالحة فيرجى وضع العلامة نفسها في الحقل المخصص لها، وإذا كانت العبارات تحتاج إلى تعديل فيرجى اقتراح التعديل الملائم.

علماً أن بدائل المقياس هي: (تنطبق عليّ تماماً، تنطبق عليّ، تنطبق عليّ أحياناً، لا تنطبق عليّ، لا تنطبق عليّ أبداً).

مع فائق الشكر والتقدير...

الباحث

قاسم مصطفى السالم

المشرف

أ.د علي شاکر الفتلاوي

المكون الأول: الاسترخاء والقناعة :

شعور الفرد بالاسترخاء والأرتياح، وإحساسه بالتفاؤل والسعادة، وابتعاده عن مصادر القلق والغضب والاكتئاب.

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
١	أبتعد عن مصادر القلق في حياتي.			
٢	أشعر أنني لست بخير بمجرد تذكري مرضي. (-)			
٣	أشعر بالسعادة في المواقف المفرحة، رغم احساسني بمرضي.			
٤	أحاول الابتعاد عن الأشياء المحبطة التي تسبب لي الاكتئاب.			
٥	أميل إلى الاسترخاء في حياتي.			
٦	أغضب وبشدة على أتفه الأسباب. (-)			

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).

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
٧	أركز على الجوانب الإيجابية في حياتي، رغم مرضي.			
٨	أبتعد عن التفكير في الألم الناجم عن مرضي.			
٩	أشغل معظم وقتي في أشياء مهمة لحياتي.			
١٠	أسعى بانتظام إلى ممارسة عملي والالتزام به.			
١١	أشغل وقتي بالقراءة والإطلاع أو الكتابة.			
١٢	ألجأ لأشغال وقتي بمشاهدة التلفاز أو وسائل التواصل الاجتماعي عند شعوري بالألم.			
١٣	أنظر إلى الإيجابيات في حياتي اليومية			

المكون الثالث: النشاط :

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

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
١٤	أحرص على ممارسة الرياضة بشكل منتظم.			
١٥	ممارستي للرياضة تشعرني بالراحة.			
١٦	أمارس رياضة المشي لأنها مفيدة لصحتي.			
١٧	أشغل نفسي بالأنشطة المنزلية للتغلب على الاحساس بالألم.			
١٨	تعوضني ممارسة الرياضة عن أوقات الألم في حياتي.			
١٩	أذهب إلى المسبح باستمرار لأن ذلك يشعرني بالراحة			

المكون الرابع: العوامل الفيزيائية والعقاقير :

اللجوء إلى الأدوية والعقاقير المخففة للألم والتحفيز المضاد مثل (الحرارة، والتدليك، والوخز بالأبر).

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
٢٠	أتناول أدويتي حال شعوري بالألم.			
٢١	أفضل الشعور بالألم على تناول أدويتي. (-)			
٢٢	يساعدني العلاج الطبيعي على تخفيف ألمي.			
٢٣	يساعدني أخذ حمام ساخن في التخلص من بعض الآلام.			
٢٤	أجأ إلى تدليك المناطق التي تؤلمني للتخلص من الألم.			

المكون الخامس: الدعم الاجتماعي :

حصول الفرد على مساندة وعناية مباشرة أو متوقعة من الأفراد المقربين، الذين يثق بهم ويعتمد عليهم في تجاوز الألم أو معاشته.

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
٢٥	يساعدني قربي من عائلتي في تجاوز آلامي.			
٢٦	أميل إلى العزلة عن الآخرين عندما أشعر بالألم. (-)			
٢٧	يساعدني الحديث عن ألمي للأشخاص الموثوق بهم في تجاوز الألم.			
٢٨	اهتمام أسرتي بصحتي يساعدني في تخطي آلامي.			
٢٩	أحاول تجاوز ألمي من أجل عائلتي.			
٣٠	دعم زملائي وأصدقائي لي، يكسبني شجاعة في مواجهة الألم.			

ملحق (٥)

مقياس إدارة الألم (المعد للتحليل الإحصائي)

ملاحظة / لا داعي لذكر الاسم رجاءاً

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة القادسية / كلية الآداب

قسم علم النفس / الماجستير

أخي الكريم ... أختي الكريمة ...

تحية طيبة

بين يديكم مجموعة من الفقرات التي تعبر عن بعض من خصائصكم وصفاتكم. أرجو منكم قراءة كل فقرة بإمعان والإجابة عنها بموضوعية ودقة بوضع علامة (✓) تحت واحد من البدائل الخمسة الموجودة أمام كل فقرة تنطبق عليكم فعلاً، وإن الاختيار لا يعبر عن إجابة صحيحة أو غير صحيحة إنما هي بيانات لإنجاز رسالة علمية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي لذا أرجو الإجابة عن الفقرات جميعها دون ترك أية فقرة.

مع فائق الشكر والامتنان...

ملاحظة : قبل البدء بالإجابة يرجى منكم تدوين المعلومات الآتية:

الجنس :

التحصيل الدراسي :

العمر :

طريقة الإجابة:

إذا كانت الفقرة التالية مثلاً (أنا على يقين بأن القادم أحسن) تنطبق عليك تماماً ضع إشارة (✓) في الحقل تحت بديل (تنطبق عليّ تماماً) وهكذا يكون الأمر مع بقية الفقرات.

ت	الفقرات	تنطبق عليّ تماماً	تنطبق عليّ	تنطبق عليّ أحياناً	لا تنطبق عليّ	لا تنطبق عليّ ابداً
	أنا على يقين بأن القادم أحسن	✓				

الباحث

قاسم مصطفى السالم

ت	الفقرات	تتطبق عليّ تماماً	تتطبق عليّ	تتطبق عليّ أحياناً	لا تتطبق عليّ	لا تتطبق عليّ ابداً
١	أبتعد عن مصادر القلق في حياتي					
٢	أركز على الجوانب الإيجابية في حياتي، رغم مرضي					
٣	أحرص على ممارسة الرياضة بشكل منتظم					
٤	أتناول أدويتي حال شعوري بالألم					
٥	يساعدني قربي من عائلتي في تجاوز آلامي					
٦	أشعر أنني لست بخير بمجرد تذكرتي مرضي					
٧	أبتعد عن التفكير في الألم الناجم عن مرضي					
٨	ممارستي للرياضة تشعرني بالراحة					
٩	أفضل الشعور بالألم على تناول أدويتي					
١٠	أميل إلى العزلة عن الآخرين عندما أشعر بالألم					
١١	أشعر بالسعادة في المواقف المفرحة، رغم احساسني بمرضي					
١٢	أشغل معظم وقتي في أشياء مهمة لحياتي					
١٣	أمارس رياضة المشي لأنها مفيدة لصحتي					
١٤	يساعدني العلاج الطبيعي على تخفيف ألمي					
١٥	يساعدني الحديث عن ألمي للأشخاص الموثوق بهم في تجاوز الألم					
١٦	أحاول الابتعاد عن الأشياء المحبطة التي تسبب لي الاكتئاب					
١٧	أسعى بانتظام إلى ممارسة عملي والالتزام به					
١٨	أشغل نفسي بالأنشطة المنزلية للتغلب على الاحساس بالألم					
١٩	يساعدني استعمال حمام ساخن في التخلص من بعض الآلام					
٢٠	اهتمام أسرتي بصحتي يساعدني في تخطي آلامي					

					٢١ أميل إلى الاسترخاء في حياتي
					٢٢ أشغل وقتي بالقراءة والإطلاع أو الكتابة
					٢٣ تعوضني ممارسة الرياضة عن أوقات الألم في حياتي.
					٢٤ ألجأ إلى تدليك المناطق التي تؤلمني للتخلص من الألم
					٢٥ أحاول تجاوز ألمي من أجل عائلتي
					٢٦ أغضب وبشدة على أنفسه الأسباب
					٢٧ ألجأ لأشغال وقتي بمشاهدة التلفاز أو وسائل التواصل الاجتماعي عند شعوري بالألم
					٢٨ دعم زملائي وأصدقائي لي، يكسبني شجاعة في مواجهة الألم

ملحق (٦)

مقياس إدارة الألم (بصيغته النهائية)

ملاحظة / لا داعي لذكر الاسم رجاءاً

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة القادسية / كلية الآداب

قسم علم النفس / الماجستير

أخي الكريم ... أختي الكريمة ...

تحية طيبة

بين يديكم مجموعة من الفقرات التي تعبر عن بعض من خصائصكم وصفاتكم. أرجو منكم قراءة كل فقرة بإمعان والإجابة عنها بموضوعية ودقة بوضع علامة (✓) تحت واحد من البدائل الخمسة الموجودة أمام كل فقرة تنطبق عليكم فعلاً، وإن الاختيار لا يعبر عن إجابة صحيحة أو غير صحيحة إنما هي بيانات لإنجاز رسالة علمية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي لذا أرجو الإجابة عن الفقرات جميعها دون ترك أية فقرة.

مع فائق الشكر والامتنان...

ملاحظة : قبل البدء بالإجابة يرجى منكم تدوين المعلومات الآتية:

الجنس :

التحصيل الدراسي :

العمر :

طريقة الإجابة:

إذا كانت الفقرة التالية مثلاً (أنا على يقين بأن القادم أحسن) تنطبق عليك تماماً ضع إشارة (✓) في الحقل تحت بديل (تنطبق عليّ تماماً) وهكذا يكون الأمر مع بقية الفقرات.

ت	الفقرات	تنطبق عليّ تماماً	تنطبق عليّ	تنطبق عليّ أحياناً	لا تنطبق عليّ	لا تنطبق عليّ ابداً
	أنا على يقين بأن القادم أحسن	✓				

الباحث

قاسم مصطفى السالم

ت	الفقرات	تتطبق عليّ تماماً	تتطبق عليّ	تتطبق عليّ أحياناً	لا تنطبق عليّ	لا تنطبق عليّ ابداً
١	أبتعد عن مصادر القلق في حياتي					
٢	أركز على الجوانب الإيجابية في حياتي، رغم مرضي					
٣	أحرص على ممارسة الرياضة بشكل منتظم					
٤	أتناول أدويتي حال شعوري بالألم					
٥	يساعدني قربي من عائلتي في تجاوز آلامي					
٦	أبتعد عن التفكير في الألم الناجم عن مرضي					
٧	ممارستي للرياضة تشعرني بالراحة					
٨	أفضل الشعور بالألم على تناول أدويتي					
٩	أميل إلى العزلة عن الآخرين عندما أشعر بالألم					
١٠	أشعر بالسعادة في المواقف المفرحة، رغم احساسني بمرضي					
١١	أشغل معظم وقتي في أشياء مهمة لحياتي					
١٢	أمارس رياضة المشي لأنها مفيدة لصحتي					
١٣	يساعدني العلاج الطبيعي على تخفيف ألمي					
١٤	يساعدني الحديث عن ألمي للأشخاص الموثوق بهم في تجاوز الألم					
١٥	أحاول الابتعاد عن الأشياء المحببة التي تسبب لي الاكتئاب					
١٦	أسعى بانتظام إلى ممارسة عملي والالتزام به					
١٧	أشغل نفسي بالأنشطة المنزلية للتغلب على الاحساس بالألم					
١٨	يساعدني استعمال حمام ساخن في التخلص من بعض الآلام					
١٩	اهتمام أسرتي بصحتي يساعدني في تخطي آلامي					
٢٠	أميل إلى الاسترخاء في حياتي					

					أشغل وقتي بالقراءة والإطلاع أو الكتابة	٢١
					تعوضني ممارسة الرياضة عن أوقات الألم في حياتي.	٢٢
					ألجأ إلى تدليك المناطق التي تؤلمني للتخلص من الألم	٢٣
					أحاول تجاوز ألمي من أجل عائلتي	٢٤
					أغضب وبشدة على أتفه الأسباب	٢٥
					ألجأ لأشغال وقتي بمشاهدة التلفاز أو وسائل التواصل الاجتماعي عند شعوري بالألم	٢٦
					دعم زملائي وأصدقائي لي، يكسبني شجاعة في مواجهة الألم	٢٧

ملحق (٧)
مقياس الرضا عن الحياة (بصيغته الأولية)

جامعة القادسية

كلية الآداب / قسم علم النفس

الدراسات العليا / الماجستير

الأستاذة/ة الفاضل/ة المحترم/ة

تحية طيبة...

يسعى الباحث إلى استكمال إجراءات بحثه المعنون (إدارة الألم وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان)، ولتحقيق ذلك فقد لجأ الباحث لبناء مقياس الرضا عن الحياة، المستند إلى نظرية رايف (Ryff, 1989) والتي تعرف الرضا عن الحياة بأنه (تقييمات الفرد الإيجابية حول ذاته وحياته وشعوره بالنمو والتطور المتواصلين، ونظرته إلى الحياة بأن لها مغزى وغرض، ومشاركته في علاقات ذات جودة مع الآخرين، وقدرته على التعامل بفاعلية مع العالم المحيط به، وشعوره باستقلالية الذات وتقبّله العالي لها) (رايف 1995 Ryff).

نظراً لما تتمتعون به من خبرة علمية وسعة إطلاع، فإن الباحث يود الإفادة من آرائكم السديدة في الحكم على صلاحية المقياس في كون فقراته تقيس ما وضعت من أجله، وما إذا كانت بحاجة إلى إضافة أو تعديل. فإن كانت الفقرة صالحة يرجى وضع علامة (✓) في حقل صالحة، أما إذا كانت غير صالحة فيرجى وضع العلامة نفسها في الحقل المخصص لها، وإذا كانت العبارات تحتاج إلى تعديل فيرجى اقتراح التعديل الملائم.

علماً أن بدائل المقياس هي: (تنطبق عليّ تماماً، تنطبق عليّ، تنطبق عليّ أحياناً، لا تنطبق عليّ، لا تنطبق عليّ أبداً).

مع فائق الشكر والتقدير...

الباحث

قاسم مصطفى السالم

المشرف

أ.د علي شاكر الفتلاوي

ت	الفقرات	صالحة	غير صالحة	الملاحظات
١	أخذ قراري وأن تعارض مع آراء معظم الناس.			
٢	علاقاتي ليست طيبة مع جيراني وأصدقائي.			
٣	لست مهتم بالأنشطة التي توسع آفاقي.			
٤	الحفاظ على العلاقات الوثيقة أمراً صعباً جداً بالنسبة لي.			
٥	أشعر بالسعادة حينما أسترجع قصة حياتي.			
٦	أيماني بالله وقضائه يجعل حياتي مطمئنة.			
٧	أستمتع بالتصدي لضغوط الآخرين ومقاومتها.			
٨	أتحكم بوقتي جيداً كي يلائم الأشياء التي أرغب القيام بها.			
٩	أشعر أنني أقوى وأنضج من السابق.			
١٠	أشعر بالوحدة لعدم وجود أصدقاء مقربين في حياتي.			
١١	أشعر بالثقة بنفسي.			
١٢	تبدوا أنشطتي اليومية غير مهمة بالنسبة لي.			
١٣	من الصعب عليه أبدأ رأيي في أمر مثير.			
١٤	أشعر بالإرهاق من روتيني اليومي.			
١٥	الحياة عندي استمرار في التعلم والتغيير.			
١٦	أستمتع بالمحادثات الشخصية مع أفراد أسرتي وأصدقائي.			
١٧	أحب معظم جوانب شخصيتي.			
١٨	أستمتع بوضع خططاً لمستقبلي.			
١٩	أستجيب في مواقف حياتي في ضوء ما أجده أنا صحيح.			
٢٠	لا يهمني البحث عن فرص لتعلم مهارات جديدة.			
٢١	أشعر بالإحباط من بطء تقدمي نحو تحقيق أهدافي.			

			أشارك أسرتي أنشطتها الاجتماعية في جميع الظروف.	٢٢
			أشعر بالرضا عما قدمته في حياتي.	٢٣
			أهدافي في الحياة واضحة عندي.	٢٤

ملحق (٨)

مقياس الرضا عن الحياة (المعد للتحليل الإحصائي وبصورته النهائية)

ملاحظة / لا داعي لذكر الاسم رجاءاً

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة القادسية / كلية الآداب

قسم علم النفس / الماجستير

أخي الكريم ... أختي الكريمة ...

تحية طيبة

بين يديكم مجموعة من الفقرات التي تعبر عن بعض من خصائصكم وصفاتكم. أرجو منكم قراءة كل فقرة بإمعان والإجابة عنها بموضوعية ودقة بوضع علامة (✓) تحت واحد من البدائل الخمسة الموجودة أمام كل فقرة تنطبق عليكم فعلاً، وإن الاختيار لا يعبر عن إجابة صحيحة أو غير صحيحة إنما هي بيانات لإنجاز رسالة علمية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي لذا أرجو الإجابة عن الفقرات جميعها دون ترك أية فقرة.

مع فائق الشكر والامتنان...

ملاحظة : قبل البدء بالإجابة يرجى منكم تدوين المعلومات الآتية:

الجنس :

التحصيل الدراسي :

العمر :

طريقة الإجابة:

إذا كانت الفقرة التالية مثلاً (أنا على يقين بأن القادم أحسن) تنطبق عليك تماماً ضع إشارة (✓) في الحقل تحت بديل (تنطبق عليّ تماماً) وهكذا يكون الأمر مع بقية الفقرات.

ت	الفقرات	تنطبق عليّ تماماً	تنطبق عليّ	تنطبق عليّ أحياناً	لا تنطبق عليّ	لا تنطبق عليّ أبداً
	أميل إلى القلق بشأن ما يعتقده الآخرون عني	✓				

الباحث

قاسم مصطفى السالم

ت	الفقرات	تتطبق عليّ تماماً	تتطبق عليّ	تتطبق عليّ أحياناً	لا تتطبق عليّ	لا تتطبق عليّ ابداً
١	أخذت قراراً وأن تعارض مع آراء معظم الناس.					
٢	علاقتي ليست طيبة مع جيراني وأصدقائي.					
٣	لست مهتم بالأنشطة التي توسع أفاقي.					
٤	الحفاظ على العلاقات الوثيقة أمراً صعباً جداً بالنسبة لي.					
٥	أشعر بالسعادة حينما أسترجع قصة حياتي.					
٦	أيماني بالله وقضائه يجعل حياتي مطمئنة.					
٧	أستمتع بالتصدي لضغوط الآخرين ومقاومتها.					
٨	أتحكم بوقتي جيداً كي يلائم الأشياء التي أرغب القيام بها.					
٩	أشعر أنني أقوى وأنضج من السابق.					
١٠	أشعر بالوحدة لعدم وجود أصدقاء مقربين في حياتي.					
١١	أشعر بالثقة بنفسي.					
١٢	تبدوا أنشطتي اليومية غير مهمة بالنسبة لي.					
١٣	من الصعب عليه أبداء رأيي في أمر مثير.					
١٤	أشعر بالإرهاق من روتيني اليومي.					
١٥	الحياة عندي استمرار في التعلم والتغيير.					
١٦	أستمتع بالمحادثات الشخصية مع أفراد أسرتي وأصدقائي.					
١٧	أحب معظم جوانب شخصيتي.					
١٨	أستمتع بوضع خططاً لمستقبلي.					
١٩	أستجيب في مواقف حياتي في ضوء ما أجده أنا صحيح.					
٢٠	لا يهمني البحث عن فرص لتعلم مهارات جديدة.					
٢١	أشعر بالإحباط من بطء تقدمي نحو تحقيق أهدافي.					

					أشارك أسرتي أنشطتها الاجتماعية في جميع الظروف.	٢٢
					أشعر بالرضا عما قدمته في حياتي.	٢٣
					أهدافي في الحياة واضحة عندي.	٢٤

**Ministry of Higher Education
& Scientific Research**
Al-Qadisiyah University
College of Arts/Dept. of Psychology
Postgraduate / Master's studies



Pain management and its relation to Life satisfaction in Cancer Patients

A thesis submitted

**Submitted to the council of the college of Arts, Al-Qadisiyah
University as a partial fulfillment for the requirement of
Master of Arts degree in General Psychology**

By

KASSIM MUSTAFA ALI AL-SALIM

Supervised by

Prof. ALI SHAKER AL-FATLAWI PhD

2021 A.D

1443 A.H

Research Summary

Pain management and its relationship to Life satisfaction in cancer patients

The current research aims to study the variable of pain management in the Iraqi society (cancer patients), and its relationship with life satisfaction. The objectives of the current research centered on studying the correlation between the variable of pain management according to theory of (Melzack & Wall's , 1965) and variable of Life satisfaction according to the theory of (Ryff, 1989), and identify the following :

1. Pain management in cancer patients.
2. The Significance Differences of statistical for Pain management in patients cancer according to gender (males, females), age (for age groups (18-42 years), and (43-68 years)), and educational attainment (middle school, bachelor's).
3. Life Satisfaction in cancer patients.
4. The Significance Differences of statistical for Life satisfaction in cancer patients according to gender (males, females) and age (for age groups (18-42 years), and (43-68 years)), and academic achievement (middle school, bachelor's).
5. The significance of the correlation between the variables of pain management and life satisfaction in patients cancer .

The current research community included cancer patients in the Baghdad governorate center, with a total of (7407) Patient, for the year (2020), and the two research scales (pain management and life satisfaction) were applied to a sample of (222) Patient, from the

governorate center. Baghdad, and it was selected in a random, intentional way.

In order to achieve the objectives of the research, the following was carried out:

1. Building a pain management scale according to theory of (Melzack & Wall's , 1965). by the researcher, as the scale was in its final form consists of (27) items distributed over five dimensions (relaxation and contentment, mental factors, activity, physical factors and drugs, and social support). and the researcher extracted the psychometric properties of the scale.
2. Building a life satisfaction scale according to the theory of (Ryff, 1989). by the researcher, as the scale was in its final form of (24) items, and the researcher extracted the psychometric properties of the scale.

The two scales completed their psychometric properties, such as validity (apparent validity, construct validity), and stability (by Cronbach's alpha method), and the stability of the pain management scale was (0.829), while the stability of the life satisfaction scale was (0.836).

After analyzing the data and using the SPSS computer program, the results were as follows:

1. Patients cancer 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).
3. Patients cancer have a high degree of Life satisfaction.

4. There are no statistically significant differences between cancer patients in life satisfaction according to the variables of gender (males, females), age (for age groups (18-42 years), and (43-68 years)), and academic achievement (middle school, bachelor's).
5. There is a statistically significant correlation between pain management and life satisfaction.

The results were interpreted according to the two adopted research theories and previous studies, and the research concluded with several recommendations and suggestions, including:

- Activating the role of positive psychology in hospitals to intervene in acute conditions such as cancer, and thus psychological treatment is associated with organic therapy side by side in order to develop positive attitudes among patients.
- Study the relationship between pain management and life satisfaction on patients samples of non-cancer such as those of patients with chronic diseases or on samples of survivors of severe diseases