

**العلاج المعرفي السلوكي لتحسين القلق والاكتئاب
لدى عينة من مرضي الألم المزمن
المتعلق بروماتويد المفاصل**

إعداد

د/ أحمد حسنين أحمد

**مدرس بقسم علم النفس - كلية الآداب
جامعة المنيا**

العلاج المعرفي السلوكي لتحسين

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف علي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مهارات التغلب، وتقليل الأعراض النفسية، وتحسين الوظائف الطبيعية لدي عينة من مرضي روماتويد المفاصل، وذلك عند مقارنة بمجموعة ضابطة (مجموعة الرعاية الطبية التقليدية).

بلغ العدد النهائي للمرضي اللذين أكملوا البرنامج (٣٠) مريضاً منهم (١٣) في المجموعة التجريبية، (١٧) في المجموعة الضابطة، تلقت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي برنامجاً علاجياً مكوناً من ثماني جلسات علاجية، وجلستين تمهيديتين بواقع جلستين كل أسبوع، وذلك علي مدار (٦) أسابيع، ولتقييم البرنامج تم استخدام مقياس استراتيجيات التغلب علي الألم، ومقياس القلق والاكئاب، واستبيان التقييم الصحي لتقدير الحالة الصحية والجوانب الوجدانية للمرضي، وأخيراً مقياس قائمة الأبعاد المتعددة للألم وذلك لتقدير شدة الألم، والجوانب الأخرى المرتبطة بالألم، ولقد أجري التقييم قبل وبعد البرنامج وبعد شهر ونصف من المتابعة، ولتحليل البيانات تم استخدام اختبارات الفروض اللامعلمية للفروق بين وداخل المجموعات عبر القياسات المتتالية، وأشارت الدراسة إلي العديد من النتائج من أهمها:

- ١- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في خط الأساس مما يشير إلي تكافؤ المجموعتين في المتغيرات موضع الدراسة.
- ٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس البعدي، والقياس في فترة المتابعة في الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب علي الألم، ومقياس الوظائف النفسية، والعجز وثلاثة أبعاد من مقياس تقدير تأثير التهاب المفاصل، وكذلك خمسة أبعاد من قائمة الأبعاد المتعددة للألم: (شدة الألم، تدخل الألم في جوانب الحياة، الكدر الوجداني) قبل وبعد العلاج.

لدي عينة من مرضي الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٢٨

٣- كانت هذه الفروق في اتجاه تحسن أساليب التغلب، والأعراض النفسية، والحالة الصحية بالنسبة لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي.

وتشير هذه النتائج إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما يتم إضافته إلي العلاج الطبي التقليدي في تحسن أساليب التغلب، تقليل الألم ، والأعراض النفسية، والطبيعية للمرضي.

مقدمة البحث:

يعتبر التهاب المفاصل الروماتويدي من الأمراض التي حظيت باهتمام علماء النفس منذ فترة طويلة (Sharpe.L et al , ٢٠٠١) وأجريت أبحاث عديدة تناولت العلاقة بين روماتويد المفاصل و العوامل النفسية، وأكدت هذه الأبحاث علي أن العوامل النفسية مثل: الاكتئاب تؤثر علي الألم و العجز مما يؤدي إلي تفاقم أعراض المرض والعجز الطبيعي مما يؤدي بدوره إلي عواقب صحية سيئة (Keefe. et al , ٢٠٠٢)، كما أكدت الأبحاث علي أهمية بعض العوامل مثل: استراتيجيات التغلب (Wright et al , ١٩٩٦)، والفعالية الذاتية (Buescher et al , ١٩٩١) في توسط العلاقة بين الحالة المزاجية والعجز لدي مرضي روماتويد المفاصل.

مشكلة الدراسة : تشير الإحصائيات المتعلقة بالألم المزمن فهذا الألم يشكل مشكلة اقتصادية كبيرة مثلما يشكل مشكلة طبية، فيعتبر الألم السبب الثاني من بين أكثر الأسباب التي تؤدي إلي زيارة الطبيب ويقدر أن أكثر من ٧٠ مليون أمريكي يعانون من ألم حاد ومزمن وحاد متكرر، وأن هذا الألم يتسبب في ضياع أكثر من ٧٠٠ مليون يوم عمل كل عام بالإضافة إلي تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الاقتصادية والأسرية المصاحبة والتي تعزي إلي التكاليف غير المنظورة للألم.

(Grant & Haverkamp , ١٩٩٥)

أما عن الإحصائيات المتعلقة بالتهاب المفاصل فتشير إلى أن هذا المرض يعتبر من الأسباب الرئيسية للألم والعجز؛ ففي الولايات المتحدة وحدها يقدر أن ٣٧ مليون شخصاً يعانون من التهاب المفاصل (Keefe et al , ٢٠٠٢) ، و ٣ مليون في استراليا، و ٦ مليون في كندا، و ٨ مليون في المملكة المتحدة، و ١٠٣ مليون عبر أوروبا، ومن المتوقع انه سوف يؤثر علي ٦٠ مليون في الولايات المتحدة في عام (٢٠٢٠) وأن أكثر من ١٢ مليون شخصاً سيصبحون محدودي النشاط بسبب التهاب المفاصل. كما يعتبر التهاب

المفاصل السبب الرئيسي للعجز في استراليا وكندا وأوروبا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة. (Dunlop, ٢٠٠٣)

بالإضافة إلي ذلك فإن تكاليف الرعاية الصحية لالتهاب المفاصل مرتفعة جدا، ففي الولايات المتحدة وحدها بلغت التكلفة الإجمالية لالتهاب المفاصل عام ١٩٩٢ حوالي (٦٤.٨) بليون دولار (Yelin & Collanan, ١٩٩٥) وفي عام ١٩٩٦ ارتفعت التكلفة لتصل إلي حوالي (٩٣.٣) بليون دولار (Dunlop, ٢٠٠٣) كما بلغت التكلفة الإجمالية لروماتويد المفاصل فقط في الولايات المتحدة عام ١٩٩٦ حوالي (١٥.٧) بليون دولار (Yelin, ١٩٩٦) وفي المملكة المتحدة بلغت هذه التكلفة لالتهاب المفاصل بشكل عام حوالي (٥.٣) بليون دولار عام ١٩٩٥ (Access Economics, ٢٠٠١) وفي فرنسا بلغت التكلفة لالتهاب المفاصل العظمي حوالي ١.٤ بليون دولار عام ١٩٩٠ (Levy et al, ١٩٩٣) وفي أسبانيا بلغت التكلفة الإجمالية لروماتويد المفاصل حوالي ٢.٢ بليون دولار كل عام. (Cristina et al, ٢٠٠٣)

و في ضوء ما أشارت إليه نتائج الأبحاث في هذا المجال من أن التدريب علي مهارات التغلب علي الألم يؤدي إلي انخفاض تكاليف الرعاية الصحية (عدد الزيارات، والإقامة بالمستشفى، والخدمات الصحية العامة) لدي مرضي روماتويد المفاصل وذلك عند مقارنتهم بمجموعات ضابطة. (Young et al, ١٩٩٥; Lorig et al, ١٩٩٣)

وايضاً أشارت إليه نتائج الأبحاث المتعلقة بالتهاب المفاصل، فلقد بدا واضحاً خلال العقد الماضي أن الأعراض المرتبطة بالتهاب المفاصل مثل الألم المستمر، وخشونة وتلف المفاصل لا تؤدي فقط إلي العجز الجسمي ولكنها تؤدي أيضاً إلي نتائج نفسية واجتماعية سيئة (Escalante, ١٩٩٥; Yelin & Collahan, ١٩٩٥; Van Der Heide A) (Del Rinca, ١٩٩٩) ، فالأفراد الذين يعانون من التهاب المفاصل غالباً ما تضعف قدراتهم علي المشاركة في الأنشطة الأساسية اليومية مثل ارتداء الملابس، والأكل، والتسوق، والمهام المنزلية، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية الممتعة (Katz

(١٩٩٥، وغالبا ما يخبرون أيضا استجابات نفسية مثل العجز المتعلم، والاكتئاب، والقلق، والتي يمكن أن تؤدي إلي زيادة آلامهم ومستوي عجزهم ١٩٩٥، Yelin & collohan) (١٩٩٩، Keefe & Bonk; ومع الاعتراف بالتأثير النفسي والاجتماعي لالتهاب المفاصل زادت الحاجة إلي دمج المناحي النفسية والاجتماعية مع المعالجات الطبية الحيوية وذلك لعلاج التهاب المفاصل. (Keefe et al, ٢٠٠٢)

فالتدخلات النفسية لدي مرضي روماتويد المفاصل بشكل خاص وخاصة في ضوء ما أشارت إليه الأبحاث من أن حوالي ٤٠% من هؤلاء المرضي يواجهون عجز مهنيًا، ٧٥% منهم يعانون من ضعف يؤثر علي وقت فراغهم وأنشطتهم الاجتماعية (Albers, ١٩٩٨; Fex et al, ١٩٩٨; Van Jaarsveld et al, ١٩٩٩) et al, ١٩٩٩، وأن ما بين ٢٠ إلي ٤٠% من المرضي يظهرن درجات اكتئاب تعادل درجات المرضي اللذين يعالجون طبيًا من الاضطراب الإكتيبي (Basler H.D, ١٩٩٣, Raspe & Rehfisch, ١٩٩٠) كما وجد أن ٦٦% من مرضي الروماتويد المفصلي، ٧٥% من مرضي التهاب المفاصل العظمي صنفوا الألم باعتباره العرض الأكثر أهمية والذي يبحثون له عن علاج، وقرروا أن الاهتمام بالألم أهم من الاهتمام بالعجز (Mckenna & Wright, ١٩٨٥) وقد توصلت دراسات كثيرة -إلي أن العلاج المعرفي السلوكي فعال بشكل دال في تخفيف الألم المتعلق بروماتويد المفاصل.

وفي مراجعة للدراسات المتعلقة بروماتويد المفاصل وبعض اضطرابات الألم المزمن الأخرى وجد أن هناك دعماً واضحاً لفكرة التغلب علي الألم، وأن المصادر الاجتماعية تؤثر علي النتائج المستقبلية للمرض (Jensen et al, ٢٠٠٢; Keefe et al, ٢٠٠٠; Linton, ١٩٩١) ومن ثم فإن التدخلات النفسية التي تركز علي تحسين مهارات التغلب يمكن أن تؤدي إلي تجنب حدوث نتائج سيئة متعلقة بالمرض في المستقبل وقد وجد (Keefe et al, ١٩٩٩)

تتمية هذه المهارات قد أدت إلي انخفاضاً إحصائياً ويشكل دال في الجوانب المتعلقة بالعجز الجسمي، والنفسي وكذلك مستوي الألم.

فروماتويد المفاصل من الأمراض المزمنة التي لا يمكن التنبؤ بها و يحدث بنسبة ١% بين مجتمع الراشدين، والخاصية الرئيسية لهذا المرض هي وجود التهاب في المفاصل يؤدي إلي تيبس وتلف في المفاصل، وبالتالي حدوث العجز الجسمي، كما أن هذا المرض يحدث في كل الأعمار ولكنه أكثر انتشاراً في الفترة العمرية من ٢٠ إلى ٢٥ سنة وهو أكثر انتشاراً بين الإناث عنه بين الذكور، والأسباب الرئيسية لهذا المرض غير معروفة حتى الآن . (Jayson , ١٩٩٥)

ويعتبر الألم المرتبط بروماتويد المفاصل بمثابة العرض الرئيسي للمرض، وتخفيفه يعتبر الهدف الرئيسي الذي يدفع المرضي للبحث عن العلاج، وكثيراً ما يسبب هذا الألم والضعف الناتج عنه تغيير كبير في حياة المريض فيحدث ضعف في الأنشطة وفقد للعمل. (Allaire et al , ١٩٩٤)

وتهدف معظم التدخلات الطبية مع مرضي روماتويد المفاصل إلي تقليل الأعراض، ومنع حدوث تلف للمفاصل، وعلي الرغم من نجاح هذه التدخلات إلي حد ما في تقليل النتائج السيئة المترتبة علي هذا المرض وأعراضه، إلا أن هذه العلاجات غالباً ما تكون مصحوبة ببعض الآثار الجانبية السيئة التي تؤثر علي حياة المريض بالإضافة إلي ارتفاع التكلفة الاقتصادية لهذه التدخلات، وعدم انتظام المرضي في تناول الدواء بشكل مستمر .

ولذلك بدأ التركيز في أواخر السبعينات علي تطوير برامج تعليمية للمرضي تهدف إلي تنمية أساليب التعامل مع الأعراض المرتبطة بالمرض (مثل: الألم والعجز الطبيعي)، وتزويد من عملية الاستجابة للعلاج وذلك من خلال تزويد المرضي بمعلومات عن المرض والعوامل المؤثرة فيه وأساليب إدارة الأعراض. (Lorig et al , ١٩٨٤) وخاصة في ضوء ما أشارت إليه نتائج الأبحاث عن دور الضغوط في التغلب والتأثير علي الألم والعجز

لدي مرضى روماتويد المفاصل (Manne&Zautra , ١٩٩٢) ، فقد أشارت نتائج الأبحاث في هذا المجال إلي وجود علاقة قوية بين التغلب والتوافق النفسي (Jensen et al , ١٩٩١) ، وكذلك وجدت علاقة بين تلازم استخدام استراتيجيات تغلب سلبية مثل: (الانسحاب، والانزعاج، والأسى، والراحة) وبين انخفاض الوظائف الطبيعية، وزيادة الكدر النفسي، وارتفاع مستوي الألم، والعجز الطبيعي، والاكنتاب لدي مرضي الروماتويد. (Keefe et al , ١٩٨٧; Watkin et al , ٢٠٠١; Browne & Nicossia , ١٩٩٩)

علي العكس من ذلك فإن استخدام استراتيجيات تغلب إيجابية مثل: الاستمرار في النشاط بالرغم من الألم، وتجاهل الألم يرتبط بمستويات منخفضة من الألم والعجز الطبيعي، والمزاج الإيجابي كما أن زيادة التغلب الإيجابي أثناء التدريب علي مهارات التغلب علي الألم ارتبط بالتحسن في الاكنتاب والتغلب والالتزام بالدواء.

(Evers et al , ٢٠٠٣; Kefee et al ٢٠٠١; Brown & Necassio , ١٩٨٧)

كما تشير نتائج الدراسات إلي أن المعارف المرضية، والعجز المدرك، واستراتيجيات التغلب السلبية علي الألم، والضغط، والمستويات المنخفضة من المساندة الاجتماعية تتنبأ بانخفاض الوظائف النفسية والاجتماعية والطبيعية لدي مرضي الروماتويد.

(Smith and Wallston ١٩٩٢; Smith et al ١٩٩٤, ١٩٩٧; Evers et al ١٩٩٧, ١٩٩٨, ٢٠٠١; Van Lankveld et al ١٩٩٩, ٢٠٠٠; Scharloo et al ١٩٩٩)

ونائج هذه الأبحاث أكدت أهمية استخدام التدخلات النفسية مع مرضي روماتويد المفاصل وخاصة تلك التدخلات التي تعتمد علي المبادئ المعرفية السلوكية، والتي تهدف إلي مساعدة المرضي في تنمية أساليب تغلب توافقية، تزيد من اعتمادهم علي قدراتهم في التغلب وتعديل من اتجاهاتهم نحو المرض. (Sharpe et al ٢٠٠١: ٢٧٥)

وفي الثمانينيات ومع زيادة الأهمية التطبيقية للعلاج المعرفي السلوكي بدأ علماء النفس والعاملين في مجال الرعاية الصحية في اختبار فعالية برامج العلاج المعرفي السلوكي مع مرضي الروماتويد واجريت دراسات عديدة في هذا المجال على سبيل المثال دراسات كل من :

(Bradley et al , ١٩٨٧; Applebaum et al , ١٩٨٨; Parker et al , ١٩٨٨ ;O,leary et al , ١٩٨٨ ;Radojevic et al , ١٩٩٢ ;Teal et al , ١٩٩٣ ;Young et al , ١٩٩٥ ;Kreemaat et al , ١٩٩٥ ;Parker et al , ١٩٩٥ ;Sinclair et al , ١٩٩٨ ;Lundgren & Stenstram , ١٩٩٩ ;Leibing et al , ١٩٩٩ ;Savel Kaul et al , ٢٠٠١ ;Sharpe et al , ٢٠٠١ ; Evers et al , ٢٠٠٢ ;Freeman et al , ٢٠٠٢ ;Sharpe et al , ٢٠٠٣)

تناولت هذه الدراسات العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل، واشتملت البرامج التي طبقت في هذه الدراسات علي تدريبات الاسترخاء والأساليب المعرفية والسلوكية للتغلب علي الألم والتحكم في الأعراض مثل: تشتيت الانتباه والتخيل، بالإضافة إلي المكون التعليمي، والذي يتعلق بالتعريف بالمرض ونظريات الألم والعوامل المؤثرة فيه.

وبشكل عام يمكن القول إن نتائج هذه الدراسات قدمت بعض الأدلة لفاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع مرضي روماتويد المفاصل، وخاصة فيما يتعلق بتقليل الاضطرابات النفسية ومستوي الألم والعجز وتحسن وظائف المفاصل، والتغلب بالإضافة إلي تحسن بعض المؤشرات البيولوجية للمرضي وبالرغم من ذلك فإن تقديم توصيات عامة تتعلق بفعالية العلاج المعرفي السلوكي من خلال هذه الدراسات يبدو إلي حد ما مشوب بالحذر وذلك نظرا لاختلاف مدة البرامج العلاجية في هذه الدراسات، وكذلك عدم تجانس المرض من حيث مدته، والتحكم في الأدوية أثناء العلاج، وكذلك الأدوات المستخدمة في التقييم.

ومن العرض السابق يمكن أن نستشف مدى الاهتمام الواسع بموضوع العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل وخاصة علي المستوي الأجنبي، كما يمكن أن نستشف أيضا أن هناك أدلة قوية تشير إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن استراتيجيات التغلب، وتقليل الألم، والعجز المرتبط بالمرض. تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة بشكل رئيسي عن السؤال التالي :

"هل يؤدي التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الطبي إلي تحسين مهارات التغلب علي الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل، وتقليل الألم وتحسين الأعراض النفسية والوظيفية المرتبطة بالمرض."

ويبرز من هذا السؤال عدة أسئلة فرعية:-

١- هل هناك فروق بين مجموعة مرضي الروماتويد اللذين تلقوا علاجا معرفيا سلوكيا بالإضافة إلي العلاج الطبي، ومجموعة من نظرائهم اللذين تلقوا علاجا طبيا فقط فيما يتعلق باستراتيجيات التغلب علي الألم ؟

٢- هل هناك فروق بين مجموعة المرضي اللذين تلقوا علاجا معرفيا سلوكيا بالإضافة إلي العلاج الطبي والمجموعة التي تلقت علاجا طبيا فقط فيما يتعلق بالأبعاد المتعددة للألم ؟

٣- هل يؤدي العلاج المعرفي السلوكي عندما يضاف إلي العلاج الطبي إلي تحسين الأعراض المرتبطة بروماتويد المفاصل واستمرار هذا التحسن بشكل عام؟

أهداف البحث:

- يهدف البحث الحالي إلي تحقيق عدة أهداف يمكن إيجازها في النقاط الآتية :-
- ١- تقييم فعالية برنامج معرفي سلوكي لتنمية مهارات التغلب (المعرفية والسلوكية) على الألم لدي مرضي روماتويد المفاصل، وذلك لتحديد ما إذا كانت نتائج التقييمات الدولية يمكن أن تظهر علي عينات مصرية.
 - ٢- تقديم مقياسين لقياس الجوانب المتعددة للألم واستراتيجيات التغلب .
 - ٣- تقديم برنامج علاجي للتنمية المعرفية والسلوكية يقدم مع العلاج الطبي، ويهتم هذا البرنامج بإعادة تأهيل مرضى روماتويد المفاصل
- رابعا : أهمية البحث

تتضح أهمية البحث الحالي من خلال النقاط الآتية:-

- ١- ندرة الدراسات العربية التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن في الوقت الذي شهد فيه هذا المجال تطورا كبيرا في الدول الغربية .
 - ٢- تأتي أهمية البحث أيضا من أهمية الموضوع ؛ حيث يعتبر الألم المزمن المرتبط بالأمراض اضطراب ملائم لتطبيق المناحي النفسية العلاجية، وبالتالي يمكن أن تؤدي العلاجات النفسية إلي زيادة فعالية الشخص الذاتية مقارنة بالعلاجات الطبية التقليدية والجراحية والتي يمكن أن تساعد المرضي في تخفيف الآلامه ولكن غالبا ما يترتب عليها مضاعفات كثيرة.(Keefe et al , ٢٠٠٥)
- ومن العرض السابق يتضح لنا أهمية إجراء دراسة علي المستوي العربي لتناول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية مهارات التغلب علي الألم المزمن لدي مرضي روماتويد المفاصل.

مصطلحات البحث:

البرنامج المعرفي السلوكي :

يعرف بأنه مجموعة المهارات المعرفية، والسلوكية المستخدمة في تنمية أساليب التعامل مع الألم المزمن، والأعراض المرتبطة به مثل: (إعادة الصياغة المعرفية، وأساليب تشتيت الانتباه، وزيادة الأنشطة السلوكية، تدريبات الاسترخاء).

الألم المزمن :

يتبنى الباحث تعريف الجمعية الأمريكية لدراسة الألم حيث عرفته بأنه "عبارة عن خبرة غير سارة من المشاعر والأحاسيس مرتبطة بتضرر حاد أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر".

(Meryskey & Bogduk , ١٩٩٤)

مهارات التغلب علي الألم:

عبارة عن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية يستخدمها المريض لإدارة وتحمل الألم وتأثيره. (Rosenstiel & Keefe , ١٩٨٣)

روماتويد المفاصل :

مرض مناعي مزمن سببه الحقيقي ليس معروفا لكن هناك عدة نظريات تبرر حدوثه يتميز بوجود التهاب يصيب المفاصل المختلفة للجسم وخصوصا المفاصل الطرفية المتماثلة وفي الحالات الشديدة قد ينتج عنه مضاعفات يمكن أن تصيب أجهزة الجسم المختلفة مثل القلب والأوعية الدموية، الرئتين، الكلي، الدم، وجهاز الأعصاب الطرفي كما يصيب الجلد والعينين. (Jayson , ١٩٩٩)

الإطار النظري:

تعريف الألم المزمن:

هناك تعريفات عديدة ومتنوعة للألم المزمن ولكن أكثر هذه التعريفات انتشارا هو تعريف الجمعية العالمية لدراسة الألم حيث عرفت الألم بأنه عبارة عن "عبارة عن خبرة غير سارة من المشاعر والأحاسيس مرتبطة بتضرر حاد أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر".

تصنيف الألم :

توجد معايير ومحكات مختلفة يمكن أن يتم تصنيف الألم وفقا لها فقد يصنف الألم تبعا لاستمراره إلي (ألم حاد، حاد متكرر، مزمن) أو طبقا لعوامل نشوءه (ألم ناشئ عن مثيرات الألم، ألم ناشئ عن عوامل عصبية، ألم نفسي المنشأ، ألم حشوي)، أو وفقا لمستوي شدته إلي (مزعج، لا يطاق، غير محتمل) أو وفقا لموضعه (الرأس، الرقبة، الأكتاف، الأذرع.... الخ).

ولقد قدمت الجمعية العالمية لدراسة الألم تصنيفا من أكثر التصنيفات شيوعا فلقد اقترحت نظام لتصنيف الألم قائما علي أساس خمسة محاور أساسية يتم في ضوئها تصنيف أي ألم وهذه المحاور هي:

المحور الأول: موضع الألم

المحور الثاني: نظام الألم: (نفسى، عصبى، داخلى)

المحور الثالث: الخصائص الزمنية للألم: (أنماط حدوثه)

المحور الرابع: تصريحات المريض عن شدة الألم منذ بداية الألم

المحور الخامس: الأسباب المرضية

ووفقا لهذه المحاور فإن كل ألم يعاني منه مريض ما يمكن وصفه وفق هذه المحاور فعلي سبيل المثال ألم أسفل الظهر يمكن وضعه وفق هذه المحاور علي النحو التالي:-

من حيث الموضوع: أسفل الظهر

من حيث نظام المرض نو منشأ عصبي

من حيث الخصائص الزمنية: يحدث بشكل شديد ومستمر

من حيث المدة الزمنية: منذ ستة أشهر

من حيث الأسباب المرضية: لا يرجع إلي وجود تلف في الفقرات. (David , ١٩٩٤)

النظريات المفسرة للألم:

١- الأفكار القديمة المفسرة للألم:

منذ فجر الإنسانية ظهرت أدلة كثيرة علي محاولة الإنسان تفسير وعلاج الألم وقدمت في ذلك تفسيرات مختلفة طبقا لطبيعة الحضارة والثقافة السائدة ، فقد أرجعه البعض إلي الأرواح الشريرة، وأعمال السحر والشعوذة ، وأرجعه البعض الآخر إلي تأثير القوة الإلهيه، وظلت هذه الأفكار سائدة حتي ظهور ديكارت في القرن السابع عشر.

٢-النموذج الحسي أحادي البعد:

يرجع أصل هذا النموذج إلي الإغريق القدماء وطوره ديكارت في القرن السابع عشر ويفسر هذا النموذج الألم من منظور ثنائية العقل والجسم الديكارتية ، فالألم خبرة حسية تعتمد وبشكل أساسي علي درجات المثيرات الحسية الضارة التي تقع علي النسيج الخارجي للجسم ووفقا لهذا التصور توجد نهايات لمسارات الألم كما هو الحل في الاتصال الهاتفي تمثل المدخلات الحسية إحدى هذه النهايات والتي تؤثر مباشرة في النهايات الأخرى الواقعة في المخ وعلي الرغم من أن هذا النموذج ظل مسيطرا علي التفكير بشأن الألم، ومازال ينتسب إليه عدد كبير من

المعالجين أو العاملين في مجال الألم حتى الآن إلا أن عدم قدرته علي حسم بعض القضايا المتعلقة بالألم بشكل عام، والألم المزمن بشكل خاص دفع بعض الباحثين إلي البحث عن نماذج بديلة. (Turk, ٢٠٠٢)

نظرية التحكم بالبوابة:

تعتبر هذه النظرية أول محاولة منظمة لوضع تصور تكاملي لتفسير الألم يعتمد علي تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والمعرفية وقد اقترح هذه النظرية ميلزك ووال (Melzack & Wall , ١٩٦٥) ، ووفقا لهذه النظرية لا ينظر لأي ألم باعتباره خبرة حسية تعتمد فقط علي درجة التضرر الحادث في النسيج الحي ولكن ينظر إليه باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية، وانفعالية، وتقديرية.

حيث يفترض وجود ميكانيزمات فسيولوجية عصبية معقدة في كل من الحبل الشوكي، والمخ تعمل علي تعديل إشارات الألم الواردة فقبل أن تصل هذه الإشارات إلي المخ تمر ببوابة عصبية موجودة في القرن الظهرى للحبل الشوكي، وهذه البوابة يمكن فتحها، وغلقها وفق نشاط نسبي في ألياف ناقلة صغيرة وكبيرة حيث إن نشاط الألياف الكبيرة يعمل علي إعاقة نقل رسائل الألم (بغلق البوابة) بينما نشاط الألياف الصغيرة يعمل علي تسهيل نقل إشارات الألم (يفتح البوابة)، وبناء علي ذلك فإن المدخلات الحسية يمكن تعديلها من خلال تحقيق التوازن في نشاط الألياف الصغيرة، والكبيرة، وبالإضافة إلي تأثير ميكانيزم البوابة بنشاط الألياف الصغيرة، والكبيرة فإنه يتأثر أيضا بالتعليمات الهابطة من المخ.

فتتوخر هذه النظرية أن المراكز العليا في المخ والمسئولة عن المعرفة والوجدان تؤثر في نقل إشارات الألم من منطقة الإصابة إلي المخ حيث إن هذه المراكز تقوم بتنشيط أنظمة معينة تعمل علي تعديل عمل البوابة العصبية.

النموذج السلوكي:

ترجع بداية الاهتمام بدور العوامل السلوكية في خبرة الألم المزمن إلي أبحاث فورديس وآخرون ، حيث كان أول من حاول تطبيق مبادئ النظرية السلوكية لفهم وتفسير وعلاج الألم المزمن وتهتم النظرية السلوكية للألم بما يعرف باسم سلوكيات الألم (Fordyce , ١٩٧٦) وسلوكيات الألم عبارة عن إشارة لفظية وغير لفظية من الكدر تعتمد علي التقدير الذاتي للفرد (Adams et al , ١٩٩٦) ووفقا لمبادئ الاشتراط الإجرائي فسلوكيات الألم التي تنشأ في المرحلة الحادة من الإصابة وتعتبر في هذه المرحلة استجابة وقائية توافقية يمكن أن تحدث كليا أو جزئيا استجابة لأحداث التدعيمات البيئية، وفي هذه الحالة تعتبر استجابة لاتوافقية حيث أنها تعمل علي بقاء الألم وحدوث العجز من خلال بقاء سلوكيات الألم، فالسلوكيات التي يتم تدعيمها إيجابيا من خلال الانتباه والعطف من الآخرين أو حتى الإغفاء من بعض المسؤوليات العائلية أو الأسرية يوجد احتمال كبير لاستمرارها وعلي العكس فإن السلوكيات الجيدة والتي يمكن أن يعاقب عليها المريض (الاستجابة المحرجة من الزوج) يكون هناك ميل لعدم تكرارها. (Fordyce , ١٩٧٦ : ١٩٨٦)

النموذج المعرفي السلوكي:

ظهر الاتجاه المعرفي السلوكي للألم أثناء الفترة الزمنية التي زاد فيها الاهتمام بالعوامل المعرفية في مجال علم النفس بشكل عام ، والتعديل السلوكي بشكل خاص ويركز هذا النموذج علي الدور الذي تلعبه الاستجابات المعرفية مثل الأفكار والمعتقدات والتوقعات في إدراك الألم والتوافق معه فبدلا من التركيز علي الجوانب السلوكية أو المعرفية يركز هذا النموذج علي العلاقة التبادلية بين العوامل الجسمية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية في التأثير علي خبرة الألم المزمن واستمراره فالجانب المحوري والرئيسي في تطور الألم وتفاقمه هو تقديرات الأفراد للألم والعوامل المرتبطة به وهذه التقديرات تتأثر بعوامل كثيرة منها العوامل الحسية، والاجتماعية، ثقافية وشخصية.

(Turk & Meichenbaum , 1999)

ولقد قدم هذا النموذج أساليب علاجية متنوعة تعتمد ويشكل رئيسي علي اقتراحات هذا النموذج ، ولقد أثبتت هذه الاستراتيجيات دورا فعالا في تحسين مستوي الألم، والحالة النفسية، والوظيفية للمرضي. الدراسات السابقة:

أجريت دراسات عديدة خلال العقد الماضي لمعرفة فعالية التدخلات النفسية، والاجتماعية لدى عينات من المرضى الذين يعانون من روماتويد المفاصل وناقشت هذه الدراسات عدداً متنوعاً من الأسئلة المتعلقة بكفاءة العلاج ، فمن المحاولات المبكرة في هذا المجال دراسة برادلي وآخرون (Bradley et al , 1987) عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تقليل الألم المتعلق بروماتويد المفاصل، وذلك علي عينة مكونة من (٥٣) مريضاً بروماتويد المفاصل تم تقسيمهم عشوائيا إلي ثلاث مجموعات، وقد أشارت النتائج إلي أن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مع العائد الحراري أظهرت انخفاضاً في سلوك الألم، والتقارير الذاتية للألم ، كما أظهرت كل من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة العلاج بالدعم الاجتماعي انخفاضاً دالاً في القلق أما فيما يتعلق بالمتابعة فلم تظهر فروق دالة إحصائية بين المجموعات بعد (٦) أشهر من المتابعة إلا في مقياس سمة القلق، وذلك لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي.

واجري ابلبيوم (Applebaum et al , 1988) دراسة لمعرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي على روماتويد المفاصل لدى عينة مكونة من (١٨) مريضاً بروماتويد المفاصل مختلفين في درجة المرض ومدته، تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين، وقد أظهرت النتائج وجود فروق إحصائية دالة في إدراك الألم، والتحكم فيه، والتقارير الأسبوعي للألم، والتغلب، والأنشطة اليومية، والعجز لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ولكن لم يظهر تأثير بعد (١٨) شهراً من المتابعة.

كما قام اوليري وآخرون (Oleary et al , ١٩٨٨) بدراسة لمعرفة تأثير العلاج المعرفي السلوكي الجماعي علي الألم، والوظائف الطبيعية، والوظائف المناعية، وبعض المتغيرات المتعلقة بالتهاب المفاصل لدي عينة مكونة من (٣٣) مريضاً بروماتويد المفاصل جميعهم من النساء تم تقسيمهم عشوائياً إلي مجموعتين ، أظهرت النتائج وجود تحسنات إحصائية دالة فيما يتعلق بمتوسط الألم، وضعف المفصل، والفعالية الذاتية، والاكنتاب، والعجز، والتغلب، وذلك لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي كما أظهرت النتائج أيضاً أن هذه التحسينات العلاجية ارتبطت بالزيادة في الفعالية الذاتية أما فيما يتعلق بالمتابعة فلم توجد فروق إحصائية دالة إلا فيما يتعلق بالكفاءة الذاتية، والتغلب.

وفي محاولة لمعرفة أهمية التدريب علي مهارات التغلب درس باركر وآخرون (Parker et al , ١٩٨٨) فعالية برنامجاً معرفياً سلوكياً لإدارة الألم علي تقليل الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل وذلك علي عينة مكونة من (٨٣) مريضاً ، تم تقسيمهم عشوائياً إلي ثلاثة مجموعات، أظهرت نتائج البحث أن المجموعة التي تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي تحسنت بشكل دال في التغلب علي الألم، والقدرة علي تقليل الألم، وتجاهل أحاسيس الألم، وذلك بعد (٦ ، ١٢) شهراً من المتابعة كما لم توجد فروق بين المجموعات في الألم، ونشاط المرض، والوظائف النفسية الأخرى.

ولقد أشارت سوزان وآخرون (Susan & Parker , ١٩٨٩) إلي أن التدخلات النفسية التي تعتمد علي العلاج المعرفي السلوكي أظهرت تحسناً في تنمية استراتيجيات التغلب لدي مرضى الروماتويد وانخفاضا في تقدير الألم وسلوكيات الألم وبعض المتغيرات الأخرى المرتبطة بروماتويد المفاصل مثل الاكنتاب، والقلق.

وقام رادوجيفيس وآخرون (Radojevic et al , ١٩٩٢) بمقارنة فعالية التدخلات السلوكية التي تشتمل علي بعد الدعم العائلي، والتدخلات السلوكية بدون دعم عائلي، وذلك علي عينة مكونة من (٥٩) مريضاً بروماتويد المفاصل تم توزيعهم عشوائياً إلي أربع مجموعات، أظهرت نتائج البحث أن المجموعتين العلاجيتين أظهرتا تحسناً إحصائياً دالاً

لدي عينة من مرضى الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٤٤

عند مقارنتهم بالمجموعة الضابطة فيما يتعلق بتورم المفاصل، وشدة التورم، والألم، والتغلب، واستمرت هذه التحسينات لفترة طويلة .

وفي دراسة ليونج (Young, ١٩٩٢) عن العوامل النفسية لدى مرضى روماتويد المفاصل أشار إلي أن التدخلات المعرفية السلوكية تساعد المرضى، ويشكل فعال في تقليل الألم، والتغلب بفعالية علي الجوانب السلبية للمرض.

وفي دراسة لتال وآخرون (Taal et al , ١٩٩٣) استعرض خلالها أثر برنامج تربيوي جماعي يعتمد علي النموذج المعرفي السلوكي علي بعض الوظائف الطبيعية، والنفسية لدي عينة مكونة من (٥٧) مريضا بروماتويد المفاصل تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين ، وأظهرت نتائج البحث وجود تأثير إيجابي ملحوظ للبرنامج علي العجز الوظيفي، والفعالية الذاتية، وممارسة التمرينات أما بعد المتابعة فلم تظهر أي فروق إلا في الفعالية الذاتية، وممارسة التمرينات لصالح المجموعة العلاجية.

وفي محاولة لمقارنة العلاج المعرفي السلوكي في تشخيصات مرضيه مختلفة أجري باسler (١٩٩٣, Pasler) تحليلاً بعديا لنتائج أربع دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي للألم المتعلقة بكل من أسفل الظهر، والانزلاق الغضروفي، وصداع التوتر، وروماتويد المفاصل، وأظهرت نتائج التحليل أن العلاج المعرفي السلوكي كما استخدمه (Turke & Rudy , ١٩٨٨) كان فعال، ويشكل دال في تخفيض الألم المتعلق بروماتويد المفاصل، وأسفل الظهر، وأنه غير فعال مع الانزلاق الغضروفي كما لوحظ أيضا أن العينات في مرضى الروماتويد أظهرت تحسنات فيما يتعلق بالتقارير الذاتية للشكوى الجسمية، وفي شعورهم بالرضي النفسي.

وعن البعد الاقتصادي للعلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل قام يونج وآخرون (Young et al , ١٩٩٥) بمتابعة لمدة (١٨) شهراً للمرضى الذين شاركوا في دراسة برادلي وآخرون (Bradley et al , ١٩٨٧) عن العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل، أظهرت نتائج البحث أن المجموعة التي تلقت التدريب علي مهارات التغلب

المعتمدة علي النموذج المعرفي السلوكي أظهرت انخفاضاً دالاً في المصاريف المتعلقة بالتردد علي العيادات، أما المجموعة الضابطة فقد ازدادت تكاليف الرعاية الصحية لديها. وأجري كريمات وآخرون (Kraaimaat et al , ١٩٩٥) دراسة لاختبار الفعالية النسبية للعلاج المعرفي السلوكي في مقابل العلاج المهني لدي عينة مكونة من (٧٧) مريضاً بروماتويد المفاصل تم تقسيمهم عشوائياً إلي ثلاث مجموعات ، أظهرت نتائج البحث أن المجموعتين العلاجيتين أظهرتا تحسناً دالاً بعد العلاج في المعارف المتعلقة بالمرض، وأظهرت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط تحسناً دالاً في استراتيجيات التغلب علي الألم، لم يظهر تأثير للعلاج في المتغيرات الأخرى للبحث مثل الاكتئاب، والقلق، والألم، والعجز.

أجري باركر وآخرون (Parker et al , ١٩٩٥) دراسة لاختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم علي إدارة الضغوط علي عينة مكونة من (١٤١) مريضاً بروماتويد المفاصل تم تقسيمهم عشوائياً إلي ثلاث مجموعات، وأظهرت النتائج أن المرضى في مجموعة إدارة الضغوط أظهروا تحسناً دالاً في الألم، والضغوط، والشعور بالعجز، والفعالية الذاتية، والحالة الصحية، والتغلب علي الألم، وبعد (١٥) شهراً من المتابعة استمر التحسن في العجز المدرك، والفعالية الذاتية، والتغلب.

ومن الدراسات الهامة التي قامت باختبار أثر العلاج المعرفي السلوكي الجماعي المختصر علي بعض الأعراض المرتبطة بروماتويد المفاصل ما قام به سينسيلير وآخرون (Sinclair et al , ١٩٩٨) علي عينة مكونة من (١٩) امرأة ، وأظهرت النتائج وجود تحسن إحصائي دال بعد العلاج مباشرة في مقاييس التغلب، والتعب، والرضا النفسي، وسلوك الألم، واستمرت معظم هذه التحسينات بعد (٣) أشهر من المتابعة.

ومن أساليب اختصار المعالجة، ما قام به ليند جرين وستينستروم (Lundgren & Stenstrom , ١٩٩٩) بتدريب المرضى علي إستراتيجية أو اثنتين فقط من استراتيجيات التغلب علي عينة مكونة من (٦٨) مريضاً بروماتويد المفاصل تم تقسيمهم

عشوائيا إلي مجموعتين، أظهرت نتائج البحث وجود تحسنا إحصائيا دالا في المجموعة التجريبية وذلك بعد العلاج مباشرة في الرعاية الذاتية، والأنشطة الترفيهية، وبعد ستة أشهر من المتابعة وجد أن هناك تحسنا في مقاييس الحركة، ووظائف الذراع، وتحمل وتوازن العضلات أما بعد (١٢) شهراً من المتابعة فلم تظهر أي تأثيرات للعلاج.

واجري ليبنج وآخرون (Leibing et al, ١٩٩٩) دراسة لمعرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تقليل الألم، والأعراض النفسية، وتنمية مهارات التغلب لدي عينة مكونة من (٥٥) مريضا بروماتويد المفاصل وقسموا إلي مجموعتين ، أظهرت نتائج البحث تحسنا إحصائيا دالا لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في الاكتئاب، والقلق، والشعور بالعجز، وشدة الألم، والتغلب، والفعالية الذاتية.

أجري مورلي وآخرون (Morly et al, ١٩٩٩) مراجعة منظمة، وتحليلا بعديا للدراسات التي تناولت العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن، احتوت هذه المراجعة علي (٢٥) دراسة بلغ عدد المرضى في هذه الدراسات (١٦٧٢) مريضا، أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي كان وبشكل خاص أكثر فعالية من العلاجات الأخرى البديلة فيما يتعلق بخبرة الألم، والتغلب المعرفي، والتقدير السلبية، وتقليل تقديرات الألم، وكان مقدار تأثير العلاج في هذه الجوانب أكبر من (٠.٥) .

واجري فان لانكفيلد وآخرون (Van lankveld et al, ٢٠٠٠) دراسة لمعرفة أثر مشاركة الزوج (الزوجة) في برنامج العلاج المعرفي السلوكي الموجه بإدارة الألم علي زيادة فعالية العلاج وذلك علي عينة مكونة من (٥٩) زوجا تم تقسيمهم إلي مجموعتين: المجموعة التجريبية والتي شارك فيها المرضى وأزواجهم ، أما المجموعة الثانية فقد شارك فيها المرضى فقط في عملية العلاج، أظهرت النتائج أن كل من المجموعتين أظهرتا تغيرات إيجابية دالة، في نشاط المرض، والمعارف المتعلقة بالمرض، والتغلب، والوظائف النفسية، والطبيعية كما لم يوجد اثر للعلاج فيما يتعلق بمشاركة القرين في البرنامج

العلاجي، وعلي الرغم من ذلك فقد اظهر المرضى في المجموعة الأولى تحسناً دالاً فيما يتعلق بالاتصال المتعلق بالمرض مع شريكهم وذلك بعد المتابعة.

ولدراسة تأثير التدريب علي بعض الاستراتيجيات التي تهدف إلي تعليم المرضى الذين يعانون من أمراض روماتزمية التغلب بشكل فعال علي مشكلاتهم قام سافيلكول وآخرون (٢٠٠١، Savelkoul et al) بتقسيم (١٦٨) مريضاً يعانون من اضطرابات روماتزمية مزمنة منهم (١٠٤) مريضاً بروماتويد المفاصل إلي ثلاث مجموعات، أظهرت نتائج البحث وجود تحسن بعد العلاج في التغلب، والحالة النفسية، والحالة الصحية الوظيفية، ولكن هذا التحسن لم يظهر بعد ستة أشهر من المتابعة.

ولقد أجرت شارب وآخرون (٢٠٠١، Sharpel et al) دراسة حاولت من خلالها تحديد ما إذا كان تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في العام الأول من المرض يؤدي إلي تقليل مستوى العجز، والكرد النفسي، وبعض المؤشرات الطبية الأخرى أم لا، وذلك علي عينة مكونة من (٥٣) مريضاً بروماتويد المفاصل، تم تقسيمهم عشوائياً إلي مجموعتين ، أظهرت نتائج البحث وجود فروق إحصائية دالة بين المجموعتين بعد العلاج، وبعد ستة أشهر من المتابعة في أعراض الاكتئاب، و بينما أظهرت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي انخفاضاً في أعراض الاكتئاب وجدت زيادة في نفس هذه الأعراض لدي مجموعة العلاج الطبي فقط، كما أظهرت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط بعد العلاج انخفاضاً في مستوى البروتين الفعال (ج)، وتحسناً بعد ستة أشهر من المتابعة في وظائف المفاصل مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما أجرت ايفرس وآخرون أيضاً (٢٠٠٢، Evers et al) دراسة حاولت من خلالها تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي علي عينة من مرضى روماتويد المفاصل حديثي المرض تم اختيارهم بناء علي ارتفاع درجاتهم علي بر وفيل الخطر النفسي والاجتماعي، تكونت عينة البحث من (٥٩) مريضاً ، تم تقسيمهم عشوائياً إلي مجموعتين، أظهرت النتائج

لدي عينة من مرضي الام الزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٤٨

تحسنا إحصائيا دالا في كل من الوظائف الاجتماعية، والنفسية، والطبيعية لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي.

واجري فريمان وآخرون (Freman et al , ٢٠٠٢) دراسة لمعرفة مدي تأثير برنامج معرفي سلوكي تعليمي عن روماتويد المفاصل علي الحالة الصحية لعينة من المرضى حديثي المرض، تكونت العينة من (٥٤) مريضا تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين ، أظهرت مجموعة البرنامج التعليمي المقنن عن روماتويد المفاصل مستوي أفضل بشكل دال في القدرات الوظيفية، ومستويات منخفضة من العجز المدرك، وذلك قبل التدخلات، واستمرت هذه الاختلافات بين هذه المجموعة ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي بدون تغيير لمدة ثلاثة أشهر من المتابعة، وبعد ستة أشهر من المتابعة لم توجد فروق بين المجموعتين في أي مقياس من المقاييس المستخدمة في الدراسة.

قام مكراسكين وتيرك (McCracken & Turk , ٢٠٠٢) بمراجعة نتائج الدراسات التي تناولت أسلوب تحليل التحليل مع العلاج السلوكي، والمعرفي السلوكي للألم المزمن، وأظهرت نتائج هذه المراجعة أن العلاج السلوكي، والمعرفي السلوكي كان لهما تأثير فعال في تقليل الألم، والكدر، وسلوك الألم، وتحسن الوظائف اليومية للمرضى، كما لوحظ أن العلاج يكون فعالا مع بعض المرضى دون البعض الآخر فالمرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الكدر، والذين ينظرون إلي آلامهم بأنها لا يمكن التحكم فيها، يحصلون علي فوائد أكثر من العلاج بالمقارنة بالآخرين، كما وجد أيضا أن العلاج يقلل من الاستجابات الانفعالية السلبية للألم، ويقلل إدراك العجز .

كما اجري استون وآخرون (Astin et al , ٢٠٠٢) مراجعة أخري استخدم فيها أسلوب تحليل التحليل لفحص كفاءة التدخلات النفسية (الاسترخاء، والعائد الحيوي، والعلاج المعرفي السلوكي) في علاج الأعراض المرتبطة بروماتويد المفاصل، واشتمل التحليل علي (٥٠) دراسة، أظهرت نتائج هذه المراجعة أن هناك تأثيرا إيجابيا ملحوظا للعلاجات النفسية على الألم، والعجز الوظيفي ، والحالة النفسية ، والتغلب ، والفعالية الذاتية ، أما

لدي عينة من مرضى الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٤٩

بعد (٨) أشهر من المتابعة وجد تأثيرا دالا للعلاج في كل من الألم المتعلق بنحس المفاصل، والحالة النفسية، والتغلب كما وجد أن التدخلات النفسية المبكرة مع المرضى بروماتويد المفاصل تكون فعالة بشكل أكبر عنه حينما تجري هذه التدخلات بعد فترات طويلة من المرض، كما أظهرت المقارنة بين أنواع العلاج المختلفة أن العلاج المعرفي السلوكي كان أكثر فعالية من التدخلات الأخرى فيما يتعلق بتقليل الألم، والعجز، والاكتئاب، والقلق.

أجرت شارب وآخرون (Sharpe et al, ٢٠٠٣) دراسة لفحص الفعالية طويلة المدى للعلاج المعرفي السلوكي مع مرضى روماتويد المفاصل حديثي المرض، وذلك علي عينة مكونة من (٥٣) مريضا تم تقسيمهم عشوائيا إلي مجموعتين، وأظهرت النتائج وجود فروق إحصائية دالة بين المجموعتين في أعراض الاكتئاب بعد العلاج وبعد (٦) أشهر من المتابعة كما أظهرت المجموعتين تحسنا في وظائف المفاصل، وذلك لمدة (٦ ، ١٨) شهرا من المتابعة كما وجدت فروق دالة إحصائية بعد (١٨) شهراً من المتابعة في العجز، والقلق لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي.

ريمسما وآخرون (Riemsma et al, ٢٠٠٥)، واستخدم فيها أسلوب تحليل التحليل لتقييم تأثير البرامج التعليمية لروماتويد المفاصل علي الحالة الصحية (الألم، العجز الوظيفي، الرضا النفسي، ونشاط المرض) لمرضى روماتويد المفاصل، واشتملت هذه المراجعة علي (٥٠) دراسة، أوضحت نتائج التحليل وجود تأثير إيجابي دال لهذه البرامج بعد العلاج علي العجز، وألم المفاصل، والحالة النفسية، والاكتئاب. أما بعد المتابعة فلم يوجد تأثير دال لهذه البرامج.

أجري كارسون وآخرون (Carson et al, ٢٠٠٦) دراسة للمقارنة بين التدريب علي مهارات التغلب التقليدية ومهارات التغلب المصحوبة بتمرينات للمحافظة علي المهارات، وذلك علي عينة مكونة من (١٦٧) مريضا بروماتويد المفاصل تم تقسيمهم عشوائيا إلي أربعة مجموعات، وأظهرت النتائج أن مجموعة تدريب مهارات التغلب التقليدي تفوقت

لدي عينة من مرضي الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٥٠

علي المجموعات الأخرى في تحسن ألم المفصل، وفعالية التغلب، والمزاج السلبي بعد العلاج بينما مجموعة تدريبات مهارات التغلب المصحوبة بتمرينات المحافظة علي المهارات تفوقت في التغلب الموجه بالانفعالات، المزاج الإيجابي بعد ثمانية أشهر من المتابعة كما أن المجموعتين تفوقتا علي مجموعة الرعاية الطبية التقليدية في ألم المفصل، وفعالية التغلب.

التعليق علي الدراسات السابقة:

فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل أوضحت نتائج هذه الدراسات أن هذا العلاج يعتبر فعالا في تقليل الاضطراب النفسي المصاحب للمرض، ومستوي العجز، وزيادة الفعالية الذاتية، وتحسين وظائف المفاصل، وكذلك بعض المؤشرات البيولوجية للمرض مثل (ESH)، وتحسن اعتقادات المرضي في قدرتهم علي إدارة الأعراض، وتقليل تكاليف الرعاية الصحية.

أشارت الدراسات الحديثة في مجال العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل إلي أهمية التدخلات المبكرة مع المرضي وأهمية ذلك في الحصول علي فوائد إيجابية طويلة المدى من العلاج، ولقد أشار أيضا عدد كبير من الباحثين إلي ضرورة إضافة العلاج المعرفي السلوكي كعلاج مكمل للعلاج الطبي مع مرضي روماتويد المفاصل.

فروض البحث:

في ضوء ما تم عرضه من دراسات سابقة صاغ الباحث فروض البحث كما يلي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى اللذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلى العلاج الطبي بالمرضى اللذين تلقوا علاجاً طبياً فقط فيما يتعلق بالأداء على مقياس الدراسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى اللذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلى العلاج الطبي بالمرضى اللذين تلقوا علاجاً طبياً فقط فيما يتعلق بالأداء على مقياس الدراسة بعد المتابعة.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية داخل كل مجموعة على حدا في الأداء على الأدوات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتابعة.

إجراءات البحث:

اختيار العينة:

تم اختيار عينة البحث من جمهور مرضي الروماتويد المترددين على المركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل والروماتيزم بمركز أبوقرقاص، محافظة المنيا، ولقد تم تحديد عدد من المحكات لاختيار وقبول الحالات المشاركة في التجربة الحالية، وتتضمن هذه المحكات ما يلي: (المدى العمري لأفراد العينة يتراوح ما بين (٢٠-٥٠) عاماً، وروعي أن لا تكون الحالة متزامنة مع اضطراب عقلي واضح أو مشكلات طبية أخرى أو أن درجة المرض متقدمة بحيث لا تسمح بتنفيذ إجراءات العلاج، وأن تكون لديه مشكلة ألم واضحة، والتشخيص: (جميع أفراد العينة تم تشخيصهم بواسطة أخصائي أمراض روماتويدية))، بلغ العدد الإجمالي للمرضي في بداية الدراسة (٤٠) مريضاً بمتوسط عمري (٣٤.٥٢)، وانحراف معياري (١١.٥٠) منهم (٩٠%) إناثاً،

لدي عينة من مرضي الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٥٢

(٧٥%) منهم متزوجاً، أما بالنسبة للمستوي التعليمي فقد تنوع بين أفراد العينة، أما بالنسبة لمتوسط استمرار المرض، قد بلغ (٨.٣٠) وانحراف معياري (٥.١١)، تم تقسيم أفراد العينة (ن = ٤٠) إلي مجموعتين، مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي (ن = ٢٠) ومجموعة العلاج الطبي فقط (ن = ٢٠)، واستبعد من التحليلات الإحصائية (١٠) مرضي منهم (٧) من المجموعة التجريبية، (٣) من المجموعة الضابطة.

أدوات البحث:-

تم استخدام عدد من الأدوات التي يمكن من خلالها التحقق من فروض وأهداف البحث الراهن وقد توزعت هذه الأدوات عبر ثلاثة محاور أساسية :

المحور الأول : أدوات لقياس استراتيجيات التغلب والمتغيرات النفسية وهي: مقياس استراتيجيات التغلب علي الألم، مقياس القلق والاكتئاب.

المحور الثاني: أدوات لقياس الحالة الصحية:

استبيان التقييم الصحي، قائمة الأبعاد المتعددة للألم.

المحور الثالث: برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة.

المحور الأول :١- مقياس استراتيجيات التغلب علي الألم:

يعتبر هذا المقياس واحداً من أشهر المقاييس التي تستخدم لقياس التغلب لدي مرضي الألم المزمن، وقد اعد هذا المقياس روزانستيل وكيف. (Resenstiel & Keefe)، ١٩٨٣).

وصف المقياس :

يتكون المقياس من (٤٨) عبارة موزعة علي سبعة مقاييس فرعية يندرج تحت كل مقياس ستة بنود وتشمل المقاييس الفرعية (٦) مقاييس لقياس الإستراتيجيات المعرفية وهي (تشتيت الانتباه ، إعادة تفسير أحاسيس الألم، عبارات التغلب الذاتية، تجاهل أحاسيس الألم ، الصلاة، المساوية) ومقياس لقياس

لدي عينة من مرضي الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٥٣

الاستراتيجيات السلوكية وهي (زيادة الأنشطة السلوكية)، يتم الاستجابة عن بنود المقياس من خلال تدرج من سبع نقاط يتم في ضوءه تقدير مدى تكرار استخدام كل إستراتيجية من الاستراتيجيات عندما يتم الشعور بالألم وذلك في ضوء البنود التي تقيس هذه الإستراتيجية. حيث يشير الرقم (٠) إلي عدم استخدام الإستراتيجية علي الإطلاق أما الرقم (٣) فيشير إلي استخدام الإستراتيجية ولكن بشكل غير دائم أما الرقم (٦) فيشير إلي الاستخدام الدائم لهذه الإستراتيجية، أما بالنسبة لثبات المقياس في الدراسات الأجنبية فقد تراوح ما بين (٠.٧١)، (٠.٨٦) باستخدام معاملات ثبات ألفا وما بين (٠.٣٤)، (٠.٩١) بطريقة إعادة التطبيق وكذلك بصدق تلازمي مرتفع.

ولقد قام الباحث بترجمة المقياس وقياس الثبات والصدق له في الدراسة الحالية وذلك باستخدام معامل الفاكرونباخ حيث بلغت هذه القيم بالنسبة للمقاييس الفرعية كما يلي : (مقياس تشتيت الانتباه (٠.٧٦٧٥)، ومقياس إعادة تفسير أحاسيس الألم (٠.٧٩١٠)، ومقياس عبارات التغلب الذاتية (٠.٨٥٦٦)، ومقياس تجاهل الألم (٠.٨١٧٥)، ومقياس الصلاة (٠.٧٦٥٥)، ومقياس المساوية (٠.٨٦٧٩)، ومقياس زيادة الأنشطة السلوكية (٠.٧٢٢٦)) ، وتم حساب صدق المقياس عن طريق صدق الاتساق الداخلي فإن جميع معاملات الارتباط بين البنود والمقاييس الفرعية كانت دالة عند مستوي دلالة (٠.٠١) ، (٠.٠٥) كما موضح بجدول رقم (١) ، كما أن المقاييس الفرعية ارتبطت أيضا وبشكل دال مع بعضها البعض كما هو موضح بجدول رقم (٢).

جدول رقم (١)

الارتباط بين البند والدرجة الكلية في مقياس استراتيجيات التغلب علي الألم قبل

ويعد حذف درجة البند

مقياس فرعي (١): تشتمت الانتباه			مقياس فرعي (١): إعادة تفسير الألم			مقياس فرعي (٣): العبارات الذاتية		
رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف
٣	٠.٨٦	٠.٥٢	١	٠.٦٣	٠.٤٧	٦	٠.٧٨	٠.٦٧
١٠	٠.٧٠	٠.٥٣	٤	٠.٦٥	٠.٤٥	٨	٠.٧٩	٠.٦٧
١٣	٠.٥٢	٠.٣٤	١١	٠.٦٩	٠.٤٩	٢٣	٠.٦٦	٠.٥١
٣٠	٠.٧١	٠.٥٣	١٨	٠.٧٤	٠.٥٥	٢٦	٠.٧٥	٠.٦٣
٣١	٠.٧٥	٠.٦١	٣٤	٠.٦٤	٠.٤٥	٣٦	٠.٧٥	٠.٦٣
٤٣	٠.٦٩	٠.٥٤	٤٦	٠.٥٠	٠.٣٠	٣٧	٠.٨٢	٠.٧٣
مقياس فرعي (٤): تجاهل أحاسيس الألم			مقياس فرعي (٥): الصلاة			مقياس فرعي (٦): المساوية		
٢٠	٠.٧١	٠.٥٦	١٥	٠.٤٨	٠.٤٨	٥	٠.٧٤	٠.٦٢
٢٢	٠.٥٣	٠.٣٧	١٧	٠.٨١	٠.٦٧	١٢	٠.٨١	٠.٧١
٢٤	٠.٧٠	٠.٦٩	٢١	٠.٤١	٠.٢٣	١٤	٠.٧٥	٠.٦٢
٢٧	٠.٧٩	٠.٦٦	٢٥	٠.٦٨	٠.٥٢	٢٨	٠.٨٣	٠.٧٤
٣٥	٠.٨١	٠.٧٠	٣٢	٠.٨١	٠.٦٨	٣٨	٠.٧٦	٠.٦٦
٤٠	٠.٧٥	٠.٦٠	٤١	٠.٧٨	٠.٦٥	٤٢	٠.٧٣	٠.٦١
مقياس فرعي (٧): زيادة الأنشطة السلوكية								
رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف
٢	٠.٤٥	٠.٢٣	٧	٠.٥٣	٠.٢٩	٢٩	٠.٨٣	٠.٢٧
٤٥	٠.٤٦	٠.٤١	٤٧	٠.٥٧	٠.٦١			

جدول رقم (٢)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم

الأبعاد	١	٢	٣	٤	٥	٦
١	١.٠٠					
٢	٠.٤٢	١.٠٠				
٣	٠.٦٤	٠.٤٣	١.٠٠			
٤	٠.٥٧	٠.٦٩	٠.٦٦	١.٠٠		
٥	٠.٣١	٠.٣٠	٠.٢٥	٠.٢٠	١.٠٠	
٦	٠.٤٢-	٠.٢٦ -	٠.٥١-	٠.٣٩-	٠.٣٠-	١.٠٠
٧	٠.٦٤	٠.٦٤	٠.٥٩	٠.٦١	٠.٣٧	٠.٤٤

٢- مقياس القلق والاكتئاب :

استخدم في هذه الدراسة لقياس القلق والاكتئاب مقياسين فرعيين مشتقين من قائمة الأعراض النفسية والعقلية ذات التسعين عبارة (SCL - ٩٠R) وهما مقياسي القلق والاكتئاب، ولقد اعد هذه القائمة ليونارد ودبروجبيتس وآخرون (Leonard R. & Derogatis et al) وقام بنقلها إلي العربية عبد الرقيب البحيري (١٩٨٤)، هذه القائمة علي (٩٠) عبارة تعكس (٩) أبعاد للأعراض الأولية للمرضي الذين يعانون من للقلق والاكتئاب، ويمكن تصنيف أبعاد هذه القائمة كما يلي: (الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية).

ويتكون مقياس القلق من (١٠) عبارات تعكس مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الوجهة

الإكلينيكية ومن هذه الأعراض الضيق، التملل، العصبية، التوتر، بالإضافة إلى العلامات الجسمانية.

أما مقياس الاكتئاب فيتكون من (١٣) عبارة تعكس مدى واسع من العلامات المصاحبة لزمرة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب حيث تشمل أعراض المزاج البأس، وعلامات الانسحاب، عدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية، فقدان الطاقة والحيوية، بالإضافة إلى مشاعر اليأس وعدم النفع، وملازمات الاكتئاب الأخرى المعرفية والجسمانية والأفكار الانتحارية.

وقد تم وضع البنود الخاصة بالمقياسين في الدراسة الحالية مع بعضها البعض أثناء التطبيق، يتم الاستجابة علي بنود المقياس من خلال متصل يشتمل علي خمسة بدائل للإجابة تمتد ما بين (مطلقا، نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما) ويتم تصحيح كل مقياس فرعي بالقائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس كما هو موضح بمقياس التصحيح وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من (٠) إلى (٤).

أما فيما يتعلق بثبات وصدق مقياس القلق والاكتئاب فقد بلغت معدلات ثباتهما علي التوالي (٠.٨٦، ٠.٩٠) أما فيما يتعلق بالصدق فقد حسبت معاملات الارتباط بين درجات الأفراد علي اختبار مينوسوتا المتعدد الأوجه وقائمة الأعراض المرضية ووجد أن هناك ارتباط مرتفع ودال، وفي الصورة العربية للقائمة بلغت معدلات ثبات القائمة باستخدام معامل ألفا للمقياسين علي التوالي (٠.٧٠، ٠.٦٨).

ثبات وصدق المقياس في الدراسة الحالية:

تم حساب الثبات باستخدام معامل الفاكرونباخ وقد بلغت قيمة معامل ألفا بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب علي التوالي (٠.٨٨، ٠.٩٠) وتشير هذه النسبة إلي ارتفاع معامل ثبات المقياسين، وتم حساب معاملات الاتساق الداخلي كمؤشر

لدي عينة من مرضى الام المزمن المتعلق بروماتويد المفصل

٤٥٧

للصدق من خلال حساب الارتباط بين الدرجة علي البند والدرجة الكلية للمقياس وذلك بالنسبة لمقياس القلق ومقياس الاكتئاب ويوضح جدول رقم (٣) معاملات الاتساق الداخلي للمقياسين، وكذلك تم حساب معاملات الصدق التقاربي التمييزي من خلال حساب الارتباط بين الدرجة علي مقياس القلق ومقياس الاكتئاب، وقد أشارت نتيجة معامل الارتباط إلي وجود ارتباط إيجابي ودال بين المقياسين حيث بلغت نسبة الارتباط (٠.٨٨)

جدول رقم (٣)

الارتباط بين البند والدرجة الكلية في مقياس القلق والاكتئاب

مقياس القلق			مقياس الاكتئاب		
الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند	الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند
٠.٤٩	٠.٦١	١	٠.٦٢	٠.٦٨	١
٠.٤٩	٠.٦٢	٢	٠.٦٤	٠.٧٠	٢
٠.٧٢	٠.٧٨	٣	٠.٦٢	٠.٦٨	٣
٠.٦٣	٠.٧١	٤	٠.٥٣	٠.٦٢	٤
٠.٥٩	٠.٦٨	٥	٠.٤٣	٠.٥١	٥
٠.٦٧	٠.٧٤	٦	٠.٦٧	٠.٧٨	٦
٠.٦٣	٠.٧١	٧	٠.٦٥	٠.٧٧	٧
٠.٥٦	٠.٦٥	٨	٠.٥٤	٠.٦٥	٨
٠.٦٨	٠.٧٥	٩	٠.٧٢	٠.٨٠	٩
٠.٦٩	٠.٧٥	١٠	٠.٥٧	٠.٦٥	١٠
			٠.٦٩	٠.٧٤	١١
			٠.٣٦	٠.٤٤	١٢
			٠.٦٤	٠.٧٠	١٣

المحور الثاني: الأدوات التي استخدمت لقياس الحالة الصحية:

١- استبيان التقييم الصحي:

اعد هذا المقياس فريس وآخرون (Fries et al , ١٩٨٠) لقياس مقدار الصعوبات التي يواجهها مرضي روماتويد المفاصل أثناء أداء الأنشطة اليومية (القدرات الوظيفية) ولكن هذا المقياس استخدم بعد ذلك مع بعض الأمراض الأخرى مثل التهاب المفاصل العظمي وزلما الألم العضلي الليفي، وقد قام بترجمة هذا المقياس ونقله إلى اللغة العربية أحمد عبد الناصر (Abd el-Nasser, ١٩٩٥)، يتكون المقياس من (٩) أبعاد رئيسية هي (ارتداء الثياب، القيام، الأكل، المشي، النظافة الشخصية، الوصول، الإمساك، الأنشطة العامة، الجنس)، ويندرج تحت كل بعد من هذه الأبعاد سؤال أو أكثر يبدأ بعبارة هل تستطيع أن ؟ وكل سؤال تتراوح الدرجة عليه من (٠) إلى (٣) ، وتعتبر الدرجة المرتفعة علي أي سؤال داخل الأبعاد هي درجة البعد فعلي سبيل المثال البعد الأول والذي يندرج تحته ثلاثة أسئلة تحسب أعلى درجة لأي سؤال من هذه الأسئلة باعتبارها درجة البعد. ويتم حساب مؤشر العجز من خلال جمع الدرجات علي كل الأبعاد وقسمتها علي عدد الأبعاد التي أجاب عليها الفحوص ولذلك فإن درجة المقياس تتراوح ما بين (٠) إلى (٣). (Fries et al , ١٩٨٠)

ثبات وصدق المقياس في الدراسات الأجنبية :

نظرا لأن هذا المقياس يعد من أكثر الأدوات استخداما علي المستوي العالمي لتقدير الحالة الوظيفية (العجز) لمرضي روماتويد المفاصل علي وجه الخصوص فقد ترجم واستخدم في عدد كبير جدا من الأقطار المختلفة، وقد أشارت نتائج معظم التقييمات السيكومترية التي أجريت للمقياس انه يتمتع بثبات وصدق مرتفعين عبر تلك الثقافات ولدي جمهور مختلف من المرضي (Ramey ries , ١٩٩٥) كما أنه يوصي باستخدامه في الأبحاث التي تجري لتقييم العجز لدي مرضي روماتويد المفاصل. (Felson et al)

لدي عينة من مرضي الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٥٩

وقد تراوحت معاملات ثبات المقياس عن طريق إعادة الاختبار ما بين ٠.٨٧ : ٠.٩٩. كما أن معاملات الارتباط بين درجات المقابلة الإكلينيكية ودرجات الاستبيان تراوحت بين ٠.٨٥ : ٠.٩٥. أما فيما يتعلق بالصدق فقد أشارت دراسات عديدة إلى أن المقياس يتمتع بصدق ظاهري جيد. كما أن معاملات ارتباطه بالاختبارات الأخرى كانت مرتفعة ودالة وقدرته علي التنبؤ بالحالة الوظيفية كانت مرتفعة أيضا (Bruce & Fries, ٢٠٠٣). وعلي المستوي العربي بلغت نسبة ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ ٠.٩٣. كما أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والبنود المختلفة باعتبارها مؤشر للصدق تجاوزت جميعها ٠.٤٠. (Abd EL-Nasser, ١٩٩٥).

ثبات وصدق المقياس في الدراسة الحالية:-

وقد تم تقدير الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمته (٠.٩١) وهي قيمة دالة ومرضية ونشير إلي معامل ثبات مرتفع للمقياس. وتم تقدير صدق الاتساق الداخلي للمقياس وكما هو واضح في جدول رقم (٤) جاءت جميع معاملات الارتباط داله عند مستوي (٠.٠١) سواء قبل حذف درجة البند أو بعد حذف الدرجة.

ومن الجدير بالذكر أنه تم حذف البعد التاسع والبند (أ) من البعد الثامن في الدراسة الحالية نظرا لعدم ملاءمتها لظروف العينة.

جدول رقم (٤) معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية علي مقياس التقييم الصحي

رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف	رقم البند	الارتباط قبل الحذف	الارتباط بعد الحذف
١	٠.٦٤	٠.٥٩	٩	٠.٦٤	٠.٥٢
٢	٠.٧٣	٠.٦٤	١٠	٠.٥٧	٠.٤٢
٣	٠.٦٤	٠.٥٦	١١	٠.٥٤	٠.٤٩
٤	٠.٧٠	٠.٦٠	١٢	٠.٧٧	٠.٧١
٥	٠.٧٧	٠.٧٨	١٣	٠.٦٨	٠.٥٨
٦	٠.٧٦	٠.٦٦	١٤	٠.٧٦	٠.٧٢
٧	٠.٦٨	٠.٦٣	١٥	٠.٦٢	٠.٥١
٨	٠.٥٦	٠.٤٤	١٦	٠.٥٥	٠.٤٩

٢- قائمة الأبعاد المتعددة للألم:

تعتبر قائمة الأبعاد المتعددة للألم واحدة من ضمن عدد من الأدوات التي ظهرت لتقييم كل من العوامل السيكولوجية والاجتماعية والسلوكية المرتبطة بالألم المزمن وذلك لأن استخدام الأدوات التقليدية العادية لتقييم مرضي الألم المزمن يعتبر أمراً مشوباً بالحذر وذلك لأن هذه الأدوات مثل اختبار مينيوسوتا المتعدد الأوجه لم يتم إعدادها علي عينات طبية مرضية كذلك فإن الاستجابة الخاصة بالمرضي علي هذه الأدوات يمكن أن تحرف كوظيفة للمرض أو العلاج الذي يأخذونه.

وصف القائمة:-

أعد هذه القائمة كيرنس، تيرك، ورودي عام ١٩٨٥ ١٩٨٥ (Kerns, Turk & Rudy) (وتتكون القائمة من (٦٠) بندا تم تقسيمهم إلي ثلاثة أقسام: يتكون القسم الأول من خمسة مقاييس فرعية وهي: (مقياس شدة الألم، مقياس تدخل الألم في جوانب الحياة، مقياس إدراك السيطرة علي جوانب الحياة، مقياس الكدر الانفعالي، مقياس الدعم من الأفراد المهمين في حياة المريض)، أما القسم الثاني فيهتم بتقييم إدراك المريض لاستجابات الأفراد المهمين بالنسبة له للألم الذي يعاني منه ويتكون من ثلاثة مقاييس فرعية وهي: (مقياس الاستجابات السلبية، مقياس مراعاة المشاعر، مقياس استجابات تحويل الانتباه)، أما القسم الثالث فيهتم بتقييم التغيير في أداء المريض في الأنشطة الحياتية الشائعة ويشتمل علي أربعة مقاييس فرعية هي: (مقياس المهام المنزلية العادية أو الروتينية، مقياس العمل الخارجي، مقياس النشاطات خارج المنزل، مقياس النشاطات الاجتماعية).

ثبات وصدق القائمة في الدراسات الأجنبية:

تم تقدير ثبات وصدق القائمة في دراسات عديدة (Kerns et al, ١٩٨٥; Turk & Rudy, ١٩٨٨) ووجد أن القائمة تتمتع بثبات وصدق مرتفعين فقد توصل كيرنس إلي أن الاتساق الداخلي للقائمة يتراوح ما بين (٠.٧٢ : ٠.٩٠) وذلك علي عينات من

لدي عينة من مرضي الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٦١

مرضي الألم المزمن، كما وجد سامبسون (Thompson, ١٩٩٠) أن الاتساق الداخلي للقائمة يتراوح ما بين (٠.٥٣ : ٠.٨٥) كما وجد أن معاملات الارتباط بين بعض مقاييس الألم مثل مقياس التناظر البصري وقائمة الأبعاد المتعددة للألم كان مرتفعا ودالا بشكل إحصائي، كما اجري تحليل عاملي للقائمة ووجد أنها تتمتع ببناء عاملي قوي حيث تشبعت معظم البنود وبشكل دال علي الأبعاد المختلفة للمقياس، كما ترجم هذا المقياس إلي لغات عديدة مثل الألمانية، الهولندية، السويدية واجري عليه ثبات وصدق في هذه الأقطار ووجد أن المقياس يتمتع بثبات وصدق مرتفعين.

(Lousberg, ١٩٩٤; Flore et al, ١٩٩٠; Bergstram et al, ١٩٩٨)

ثبات وصدق القائمة في الدراسة الحالية:

ثبات القائمة:

تم تقدير ثبات القائمة في الدراسة الحالية باستخدام معامل ألفا كرونباخ، حيث تم تطبيق المقياس علي عينة مكونة من (٥٨) مريضا منهم (٤٠) مريضا بروماتويد المفاصل، (١٨) مريضا بأنواع مختلفة من التهاب المفاصل (ركبة - ركبة - أسفل الظهر)، وقد تراوحت قيمة معامل ألفا بالنسبة لأبعاد القائمة المختلفة ما بين (٠.٦٠ : ٠.٨٩) وهي قيمة مرضية وجيدة وتشير إلي معامل ثبات جيد للاختبار والجدول رقم (٥) يوضح قيم معامل ألفا لكل بعد من أبعاد القائمة، ونظرا لعدم ملائمة بعض البنود من القسم الثالث لظروف العينة فقد تم حذف هذه البنود ودمج المقاييس الموجودة في هذا القسم في مقياس واحد وهو مقياس مستوي النشاط العام كما تم حذف البند رقم (٣) من القسم الثاني لعدم ملائمته لظروف العينة .

جدول رقم (٥)

معامل ثبات ألفا للمقاييس الفرعية لقائمة الأبعاد المتعددة للألم

معامل الثبات	اسم المقياس الفرعي
٠.٦٥	١- مقياس شدة الألم
٠.٦٨	٢- مقياس تدخل الألم في جوانب الحياة
٠.٦٠	٣- مقياس إدراك السيطرة علي جوانب الحياة.
٠.٧١	٤- مقياس الكدر الانفعالي.
٠.٨٤	٥- الدعم من الأفراد المهمين في حياة المريض.
٠.٧٩	٦- مقياس الاستجابة السلبية.
٠.٨٩	٧- مقياس مراعاة المشاعر.
٠.٧٥	٨- مقياس استجابات التشتت.
٠.٨٤	٩- مستوي النشاط العام.

صدق القائمة :-

تم تقدير صدق القائمة في الدراسة الحالية علي نفس عينة الثبات باستخدام الاتساق الداخلي ويوضح جدول رقم (٦) نتائج هذه المعاملات، وكانت كلها دالة عند مستوي دلالة (٠.٠٠١).

جدول رقم (٦)

معاملات ارتباط بنود المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية علي المقياس الفرعي قبل وبعد حذف درجة البند (الاتساق الداخلي)

لدي عينة من مرضي الألام المزمن المتعلقة بروماتويد المفاصل

٤٦٣

مقياس فرعي رقم (٨)			مقياس فرعي رقم (٤) الكدر الانفعالي			مقياس فرعي رقم (١) شدة الألام		
استجابات التثشت								
الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند والمقاييس	الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند والمقاييس	الارتباط بعد الحذف	الارتباط قبل الحذف	رقم البند والمقاييس
٠.٦٨	٠.٨٥	٦	٠.٣٢	٠.٤٤	٦	٠.٥٣	٠.٨٢	١
٠.٦٣	٠.٨١	٩	٠.٥٤	٠.٧٩	٢٦	٠.٣٧	٠.٣٨	٨
٠.٦٢	٠.٨٢	١٢	٠.٤٢	٠.٦٢	٢٨	٠.٤٣	٠.٧٢	١٦
مقياس فرعي رقم (٩) مستوى النشاط العام			مقياس فرعي رقم (٥) الدعم			مقياس فرعي رقم (٢) تدخل الألام في جوانب الحياة		
٠.٥١	٠.٦٣	١	٠.٦٢	٠.٨٢	٥	٠.٤٧	٠.٥٥	٢
٠.٥١	٠.٦٢	٥	٠.٧٤	٠.٨٨	١٣	٠.٥٦	٠.٥٨	٣
٠.٤٢	٠.٥٤	٩	٠.٧٩	٠.٨٨	٢٠	٠.٧٢	٠.٧٦	٤
٠.٥٧	٠.٦٥	١٣	مقياس فرعي رقم (٦) الاستجابية السلبية			٠.٧٤	٠.٧٩	١٠
٠.٦٣	٠.٧٦	١٧				٠.٥٧	٠.٦٥	١١
٠.٧١	٠.٧٧	١٨	٠.٥٧	٠.٧٨	١	٠.٥٧	٠.٦٥	١٢
٠.٤٣	٠.٥٥	٣	٠.٥٠	٠.٧١	٤	٠.٤٢	٠.٥٤	١٨
٠.٤١	٠.٥٠	١٥	٠.٦٢	٠.٨٠	٧	٠.٦١	٠.٦٨	١٩
٠.٥١	٠.٦٠	٤	٠.٧٣	٠.٨٤	١٠	٠.٦٢	٠.٦٩	٢٣
٠.٤٩	٠.٥٧	٨	مقياس فرعي رقم (٧) استجابات مراعاة المشاعر			٠.٤٧	٠.٥٦	٢٥
٠.٤٩	٠.٥٧	١٢				٠.٤٦	٠.٥٨	٢٧
٠.٤٤	٠.٥٣	١٦				مقياس فرعي رقم (٣) إدراك السيطرة على جوانب الحياة		
			٠.٧٠	٠.٨٠	٢			
			٠.٧٧	٠.٨٥	٥	٠.٤٢	٠.٦٦	١٤
			٠.٧٣	٠.٨١	٨	٠.٥٨	٠.٧٨	٢١
			٠.٦٦	٠.٧٦	١١	٠.٤٣	٠.٦٩	٢٢
			٠.٧٦	٠.٨٤	١٣	٠.٥٣	٠.٧٨	٢٤
			٠.٧٢	٠.٨٠	١٤			

المحور الثالث: برنامج العلاج المستخدم في الدراسة الحالية :

طبق في هذه الدراسة العلاج المعرفي السلوكي للألم المتعلق بالأمراض كما تم تقديمه من قبل.

(Turk et al , ١٩٩٦ ; Keefe et al , ١٩٩٠ ; Philips & Rachman , ١٩٩٦)

قام الباحث بتصميم البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية بعد الإطلاع علي عدد كبير من الأبحاث والكتب الأجنبية وذلك لأن الباحث لم يجد في التراث العربي النفسي دراسات اهتمت ببرامج العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بالأمراض أو الألم المزمن بشكل عام حيث أن معظم الأبحاث في هذا المجال تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي للإضرابات النفسية (الاكتئاب، القلق، الوسواس)، ويوضح الجدول التالي (٧) التصور النهائي للبرنامج ومحتوياته وعدد جلساته وذلك بشكل مختصر بحيث يمكن الرجوع للجلسات بالتفصيل في ملحق البحث.

جدول رقم (٦)

عرض مختصر برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتنمية مهارات التغلب

الموضوع	الجلسة
تعريف بمنطقية البرنامج وطبيعته، عرض مختصر ومبسط لنظرية التحكم بالبوابة	الجلسة الأولى
تدريبات الاسترخاء التصاعدي - تدريبات الاسترخاء المختصر .	الجلسة الثانية
ممارسة التمرينات والتقدم في النشاط.	الجلسة الثالثة
جدولة الأنشطة السارة.	الجلسة الرابعة
أساليب تحويل (تشتيت) الانتباه .	الجلسة الخامسة
إعادة الصياغة المعرفية (تحديد وتغيير الأفكار السلبية).	الجلسة السادسة
حل المشكلات والحديث الذاتي.	الجلسة السابعة
مراجعة البرنامج وخطة المتابعة ومنع الانتكاسة.	الجلسة الثامنة

ومن خلال الجدول السابق يمكن أن نحدد الملامح الأساسية للبرنامج علي النحو التالي:

يبدأ البرنامج بعرض وجهة نظر جديدة للألم تختلف عن وجهة نظر المريض التقليدية ويتم ذلك من خلال شرح مبسط ومختصر لنظرية التحكم بالبوابات وهذه الوجهة تساعد المريض في فهم كيف أن العقل والجسم يعملان سوياً للتأثير علي مستوي الألم الذي يعاني منه المريض كما تساعد في التعرف علي أهمية التدريب علي مهارات التغلب والذي يؤدي إلي تغير الأفكار والسلوكيات والمشاعر المرتبطة بالألم وبالتالي التأثير علي مستوي الألم.

وبعد عرض هذه الوجهة التعليمية يتم تدريب المريض علي ثلاثة مهارات أساسية للتغلب ويبدأ التدريب علي كل مهارة بإتباع الخطوات الآتية:

(١ - مراجعة للواجبات المنزلية، ٢ - إعطاء تعليمات متعلقة بالمهارة، إعطاء تدريبات موجهة حول هذه المهارة، ٣ - إعطاء واجبات منزلية).

أول مهارة يتم تعلمها هي تدريبات الاسترخاء، ويوجد أسلوبين للاسترخاء هما تدريبات الاسترخاء التصاعدي، وتدريب الاسترخاء المختصر ويجبر البدء بتدريبات الاسترخاء لأنها تساعد وبشكل واضح في استرخاء العضلات وبالتالي تؤثر علي مستوي الألم وهذا يعطي للمريض دفعة للاستمرار في البرنامج . كما أن إعطاء تدريبات الاسترخاء المختصرة تساعد المريض في تقييم استخدام مهارة الاسترخاء في المواقف اليومية حيث يمكن أن يظهر الألم كمشكلة أساسية للمريض.

أما المجموعة الثانية من المهارات فيتم تطبيقها في الجلسات من الثالثة إلي الرابعة وتهدف هذه المهارات إلي تحقيق تحكم أفضل في الألم من خلال تغيير الأنشطة والتمرينات وجدولة الأنشطة السارة. حيث يتم تشجيع المريض علي ممارسة الأنشطة اليومية ولكن بشكل جزئي وذلك من خلال تقسيم النشاطات إلي

أجزاء صغيرة ثم التقدم بعد ذلك واخذ الراحة عقب الانتهاء من النشاط وليس عند الشعور بالألم وذلك يساعد وبشكل كبير في عودة كثير من المرضى تدريجيا إلي النشاطات التي يعتقدون أنهم لا يستطيعون ممارستها بسبب الألم.

أما بالنسبة للأنشطة السارة فيتم تدريبها حيث أنها تساعد وبشكل كبير في تشتت الانتباه بعيدا عن الألم ويتم تعليمها للمرضي من خلال تحديد الهدف من النشاط وبعد ذلك يتم التخطيط لممارسة وتحديد وقت لممارسة هذا النشاط كل أسبوع ويتم الاستعانة بقوائم الأنشطة السارة لكي تساعد المريض في التعرف علي النشاط الذي يفضله.

أما المجموعة الثالثة من المهارات والتي يتم تطبيقها في الجلسة الخامسة فتهدف أيضا إلي زيادة قدرة المريض في التحكم في الألم وذلك من خلال تشتيت الانتباه بعيدا عن الألم حيث يتم تعليم المريض كيفية استخدام الصور الذهنية السارة (الاسترخاء البصري، المناظر السارة، واستراتيجيات العد) بالإضافة إلي تدريبات الاسترخاء التصاعدي والمختصر والتي تم تناولها سابقا لكي يحول انتباهه بعيدا عن الألم.

أما الجلستان السابعة والثامنة فيتم فيهما تعليم المريض كيفية إعادة الصياغة المعرفية للتعامل مع الأفكار اللاتوافقية السلبية حيث تساعد هذه العملية في تغير سلبية المريض وأفكاره المأساوية التي تساهم في إحداث الألم. ويتم في البداية تعليم المريض كيفية تحديد هذه الأفكار وبعد ذلك شرح كيفية مواجهتها ودحضها.

أما الإستراتيجية الأخيرة التي يتم تعلمها فهي أسلوب حل المشكلات. وحل المشكلات أسلوب يساعد المريض وبشكل فعال في تطبيق المهارات التي تعلمها في المواقف الصعبة، ويتم ذلك من خلال ثلاثة خطوات أساسية هي: (١- يطلب من المريض أن يصف المشكلة، ٢- تحديد الصعوبات التي يمكن أن

تواجهه في هذا الموقف، ٣- يطلب من المريض أن يختار مجموعة من المهارات التي تناسبه لحل هذه المشكلة).

أما الجلسة الأخيرة من التدريب فيتم من خلالها مراجعة مهارات التغلب التي تم تعلمها ومناقشة كل مهارة علي حده وتقديم خطة لكيفية منع حدوث الانتكاسة ومناقشة كيفية تطبيق مهارات التغلب وخاصة في المواقف الصعبة التي يمكن أن تحدث في المستقبل.

أساليب المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS ١٠)

لاستخراج البيانات الإحصائية المتمثلة في:

- ١- اختبار مان ويتي ويلكوكسون للرتب.
- ٢- اختبار فريدمان لتحليل التباين في اتجاهين باستخدام الرتب.

النتائج والمناقشة:

١- نتائج الفرض الأول .

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة بعد تطبيق البرنامج. (القياس البعدي)، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتي للتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة في القياس القبلي والبعدي وذلك كما يوضح الجدول الآتي :

جدول رقم (٧) نتائج "مان ويتي" للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط علي الأداء علي مقاييس الدراسة في التطبيق الأول (القبلي)

لدي عينة من مرضي الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٦٨

مستوي الدالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي		مجموعة العلاج المعرفي		المجموعات
		فقط		السلوكي + العلاج الطبي		
		التطبيق الأول القبلي		التطبيق الأول القبلي		
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	متغيرات الدراسة
غير دالة	١.٦٥٢-	٤.١٩	٥.٢٣	٤.٩٦	٧.٧٦	١- استراتيجيات التغلب
غير دالة	١.٩٠٢-	٢.٠٣	٣.١٧	٣.٩٦	٥.٧٧	أ- تشتيت الانتباه
غير دالة	١.٨٠٦-	٣.٠١	٦.٣٥	٧.٣٩	١٠.٢٣	ب- إعادة تفسير أحاسيس الأم
غير دالة	١.٧٤١-	٢.٢٣	٣.٨٨	٥.٦٥	٧.١٥	ج- الحديث الذاتي
غير دالة	٠.٦٩٧-	٣.٠٢	١٢.٨٢	٦.٠٠	١٥.٠٠	د- تجاهل أحاسيس الأم
غير دالة	٠.٩٥٩-	٤.٦٦	٢٣.٦٤	٣.٤١	٢٣.٧٦	هـ- الصلاة
غير دالة	١.٣٥٠-	٢.٣٤	٦.٦٤	٣.١٨	٨.٠٠	و- المأساوية
غير دالة	٠.٦٥٣-	٢.٥٢	٢٣.٣٥	٦.٥٣	٢٣.٤٦	ز- زيادة النشاط
غير دالة	٠.٤٨٣-	٦.٠٩	٣٢.٢٩	٨.٩٢	٣١.٥٣	٢- القلق
غير دالة	١.٧٦١-	٠.٦٩	١.٢٥	٠.٩١	٠.٨٤	٣- الاكتئاب
غير دالة	٠.٤٦٤-	٠.٩٨	٤.٢٧	٠.٨٤	٤.٠٧	٤- استنباط التغيير الصحي
غير دالة	١.١٣٢-	٠.٧٨	٤.٥٨	١.٢٠	٤.٣٠	٥- الأم والجوانب المرتبطة به
غير دالة	٠.١٤٨-	٠.٨٥	٢.٥٥	٠.٨٥	٢.٥٩	أ- شدة الأم
غير دالة	١.٠٢٥-	٠.٥٤	٣.٨٤	٠.٧٦	٣.٥٦	ب- تدخل الأم في جوانب الحياة
غير دالة	١.٠٩٢-	١.٢٣	٤.٣١	١.٤٢	٣.٧٩	ج- السيطرة على جوانب الحياة
غير دالة	٠.٥٤٦-	١.٤٤	١.٩١	٠.٨٢	٢.٠٠	د- الكدر الوجداني
غير دالة	١.٦٩٩-	٠.٩٢	٣.٤٨	٠.٨٤	٢.٨٦	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	٠.٦١٢-	١.٢٠	٢.٦٤	١.٠٣	٢.٣٨	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	١.٤٨٨-	٠.٨٠	١.٦٩	٠.٨٨	٢.٠١	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	٠.٦١٢-	١.٢٠	٢.٦٤	١.٠٣	٢.٣٨	ح- استجابات التشتت
غير دالة	١.٤٨٨-	٠.٨٠	١.٦٩	٠.٨٨	٢.٠١	ط- مستوى النشاط العام

يوضح جدول رقم (٧) قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "مان ويتنى" لدلالة الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في أدائهم على مقاييس الدراسة قبل تطبيق البرنامج .

ومن خلال هذا الجدول يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة في القياس القبلي (خط الأساس) ويشير ذلك إلى التكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات موضع الدراسة مما يجعلنا نفترض تساوي خط الأساس للمجموعتين وبالتالي يكون هناك اطمئنان في إرجاع ما قد يوجد من فروق بين المجموعتين في القياسات التالية إلى تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي .

لدي عينة من مرضي الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٧٠

جدول رقم (٨) نتائج اختبار " مان ويتنى" للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقاييس الدراسة في التطبيق الثاني (البعدي)

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي فقط		مجموعة العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الطبي		المجموعات
		التطبيق لثاني البعدي		التطبيق الثاني البعدي		
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
						متغيرات الدراسة
٠.٠١	٤.٤١٦-	٣.٢٤	٤.٨٢	٧.٧٩	٢٠.٣٠	١- استراتيجيات التغلب
						أ- تشتيت الانتباه
٠.٠١	٤.٦٢٣-	١.٨٦	٣.٢٩	٦.٦٩	١٥.٤٦	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
٠.٠١	٢.٦٧٢-	٢.٢٦	٦.٠٠	١٢.٣٢	١٧.٨٤	ج- الحديث الذاتي
٠.٠١	٤.٤١٨-	٢.٢٢	٤.٢٣	٧.٨٠	١٦.٣٨	د- تجاهل أحاسيس الألم
٠.٠٥	٢.٢٤٥-	٢.٨٠	١٣.٠٠	٧.٤٤	١٩.٣٠	هـ- الصلاة
٠.٠١	٣.٧٨٦-	٣.٤١	٢٤.١٧	٨.٤٨	١١.٠٠	و- المساوية
٠.٠١	٤.٦٤٧-	١.٧٠	٥.٨٢	٦.٠٩	٢٠.٣٨	ز- زيادة النشاط
٠.٠١	٣.١٢٧-	١.٥٧	٢٢.٦٤	٥.٧٢	١٤.١٥	٢- القلق
٠.٠١	٣.١٦٨-	٥.٧٤	٣٢.٧٠	١١.٣٨	٢٠.٣٨	٣- الاكتئاب
٠.٠٥	٢.٣٥٢-	٠.٤٢	١.٠٧	٠.٥٨	٠.٥٤	٤- استبيان التقييم الصحي
						٥- الألم والجوانب المرتبطة به
٠.٠١	٣.٥٣٣-	٠.٨٣	٤.٥٥	١.٠٦	٢.٩٤	أ- شدة الألم
٠.٠١	٢.٧٨٥-	٠.٨٦	٤.٠١	١.٤١	٢.٤٨	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
غير دالة	١.٠٩٤-	٠.٩٦	٣.٠٢	١.١٥	٣.٤٨	ج- السيطرة على جوانب الحياة
٠.٠١	٢.٨٩٨-	٠.٧٢	٣.٣٧	٠.٦٤	٢.٦٣	د- الكدر الوجداني
غير دالة	٠.٢٣١-	١.٣٢	٣.٩٦	١.٣٩	٣.٨٤	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	١.٩١٢-	١.٤٩	٢.٠٢	٠.٨٨	٠.٩٨	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	٠.٢٧٢-	٠.٧٦	٣.٢١	١.٢٩	٣.٣٨	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	٠.٦٥٢-	١.٣٠	٢.٨٨	١.٦٣	٣.٢٢	ح- استجابات التشتيت
غير دالة	١.٨٨٦-	٠.٩٧	١.٩٠	١.٢٦	٢.٧٢	ط- مستوى النشاط العام

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على المقاييس الآتية (الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم ، مقاييس الوظائف النفسية) (القلق والاكتئاب) ، استبيان التقييم الصحي، ثلاثة أبعاد فقط من قائمة الأبعاد المتعددة للألم وهي : (شدة الألم وتدخل الألم في جوانب الحياة ، إدراك السيطرة على جوانب الحياة) (وذلك بمستويات دلالة هي علي التوالي (٠.٠٠٥ ، ٠.٠٠١) للمقياس الأول ، (٠.٠٠١) للمقياس الثاني ، (٠.٠٠١) للمقياس الثالث ، (٠.٠٠٥) للمقياس الرابع بين المجموعتين وكانت هذه الفروق في اتجاه تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي مقارنة بالمجموعة الثانية.

وفي ضوء النقاط السابقة نستنتج أنه قد تحقق الفرض الأول، ولكن بشكل جزئي حيث جاءت الفروق بين المجموعتين دالة في معظم المقاييس المستخدمة في الدراسة فيما عدا خمسة أبعاد من قائمة الأبعاد المتعددة للألم، وهي: (التحكم في جوانب الحياة، الدعم الاجتماعي، الاستجابة السلبية، استجابة مراعاة مشاعر المريض، استجابة التشتت).

٢- نتائج الفرض الثاني .

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة بعد فترة المتابعة" ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتنى للتعرف على الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة في فترة المتابعة ويوضح الجدول رقم (٩) قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار " مان ويتنى" للفروق بين المجموعتين في القياس البعدي.

لدي عينة من مرضي الام المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٧٢

جدول رقم (٩) نتائج اختبار "مان ويتني" للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقاييس الدراسة في التطبيق الثالث (المتابعة)

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي فقط		مجموعة العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الطبي		المجموعات
		التطبيق الثالث المتابعة		التطبيق الثالث المتابعة		
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٠.٠١	٤.٤٩٥-	٣.٠٨	٥.١٧	٦.٤٦	٢٠.٥٣	١- استراتيجيات التغلب
٠.٠١	٤.٦٥٠-	١.٥١	٣.٠٥	٥.٦٢	١٤.٧٦	أ- تثبت الانتباه
٠.٠١	٣.٤٣٨-	١.٨٧	٥.٨٢	١١.٤١	١٨.٦٩	ب- إعادة تفسير أحاسيس الأم
٠.٠١	٤.٥١٥-	١.٨٥	٤.٠٥	٥.٩٠	١٥.٣٠	ج- الحديث الذاتي
٠.٠٥	٢.٣٢٠-	٢.٧٥	١٣.١١	٧.٥٣	١٩.٤٦	د- تجاهل أحاسيس الأم
٠.٠١	٣.٥٨٨-	٣.٢٥	٢٣.٨٨	٨.٢٦	١٢.٣٠	هـ- الصلاة
٠.٠١	٤.٦٤٤-	١.٨٧	٥.٥٨	٥.٣٥	١٩.٧٦	و- المأساوية
٠.٠١	٣.٣٦٠-	١.٩٨	٢٣.٠٥	٥.٧١	١٦.١٥	ز- زيادة النشاط
٠.٠١	٣.٥٨٨-	٥.٧٤	٣٢.٩٤	٨.٨٨	١٩.١٥	٢- الفلق
٠.٠١	٢.٨٧٣-	٠.٣٧	١.١٥	٠.٥٨	٠.٥٧	٣- الاكتئاب
٠.٠١	٣.٩٨٢-	٠.٩٤	٤.٩٠	١.٠٢	٣.٠٢	٤- استبيان التقييم الصحي
٠.٠٥	٢.٤١٣-	٠.٩٨	٣.٩٠	١.٣٧	٢.٥٢	٥- الألكم والجوانب المرتبطة به
غير دالة	٠.١٨٩-	١.١٠	٣.٢٤	١.١٢	٣.٣٤	أ- شدة الألكم
٠.٠١	٣.٩٤٠-	٠.٨١	٣.٩٨	٠.٦٥	٢.٦٩	ب- تدخل الألكم في جوانب الحياة
غير دالة	٠.١٢٦-	١.٣١	٣.٦٢	١.١٨	٣.٦٣	ج- السيطرة على جوانب الحياة
غير دالة	١.٩١٢-	١.١٩	١.٨٦	٠.٩١	١.٠١	د- الكدر الوجداني
غير دالة	٠.١٦٨-	٠.٧٣	٣.٣١	١.٢٣	٣.٣٠	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	١.٠٥٦-	١.٢٨	٢.٧٣	١.٤٣	٣.٣٧	و- الاستجابة السلبية
٠.٠٥	٢.٠١٠-	٠.٩٩	١.٩٧	١.١٦	٢.٨	ز- استجابات مراعاة المشاعر
						ح- استجابات التشتت
						ط- مستوى النشاط العام

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على المقاييس الآتية (الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم ، مقياس الوظائف النفسية) الفلق والاكتئاب) ، استبيان التقييم الصحي، أربعة أبعاد فقط من قائمة الأبعاد المتعددة للألم وهي : (شدة الألم وتدخل الألم في جوانب الحياة ، إدراك السيطرة على جوانب الحياة، مستوى النشاط العام) (وذلك بمستويات دلالة هي علي التوالي (٠.٠٠١ ، ٠.٠٠٥) للمقياس الأول ، (٠.٠٠١ ، ٠.٠٠٥) للمقياس الثاني ، (٠.٠٠١) للمقياس الثالث ، (٠.٠٠١ ، ٠.٠٠٥) للمقياس الرابع بين المجموعتين وكانت هذه الفروق في اتجاه استمرار تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي مقارنة بالمجموعة الثانية.

وفي ضوء النقاط السابقة يمكن أن نلخص النتائج الخاصة بالفروق بين المجموعتين في القياس بعد فترة المتابعة علي النحو التالي :

تحقق الفرض الثاني ولكن بشكل جزئي حيث جاءت الفروق بين المجموعتين دالة في معظم المقاييس المستخدمة في الدراسة فيما عدا خمسة أبعاد من قائمة الأبعاد المتعددة للألم وهي : (التحكم في جوانب الحياة، الدعم الاجتماعي، الاستجابة السلبية، استجابة مراعاة مشاعر المريض، استجابة التشتت).

٣- نتائج الفرض الثالث.

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية داخل كل مجموعة على حدا في الأداء على الاختبارات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية " ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إتباع الخطوات الآتية :

١- حساب قيمة اختبار " فريدمان" لتحليل التباين لمعرفة الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي خلال التطبيقات الثلاثة) قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة)

ويعرض الجدول التالي نتائج اختبار " فريدمان" للمقارنة بين مواقف التطبيق الثلاثة لكل متغير من متغيرات الدراسة لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي.

جدول رقم (١٠)

الفروق داخل المجموعة الأولى عبر المراحل العلاجية باستخدام اختبار " فريدمان" (ن = ١٣)

مستوي الدلالة	قيمة ٢٤	المقابلة		القياس البعدي		القياس القبلي		القياسات
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٠.٠١	٢١.٣٧	٦.٤٦	٢٠.٥٣	٧.٧٩	٢٠.٣٠	٤.٩٦	٧.٧٦	١- استراتيجيات التعامل
٠.٠١	٢٢.٩٩	٥.٦٢	١٤.٧٦	٦.٦٩	١٥.٤٦	٣.٩٦	٥.٧٧	أ- تشتيت الانتباه
٠.٠٥	١٢.٦٩	١١.٤١	١٨.٦٩	١٢.٣٢	١٧.٨٤	٧.٣٩	١٠.٢٣	ب- إعادة تفسير أحاسيس الأم
٠.٠١	١٧.٨٣	٥.٩٠	١٥.٣٠	٧.٨٠	١٦.٣٨	٥.٦٥	٧.١٥	ج- الحديث الذاتي
٠.٠١	٩.١٧	٧.٥٣	١٩.٤٦	٧.٤٤	١٩.٣٠	٦.٠٠	١٥.٠٠	د- تجاهل أحاسيس الأم
٠.٠١	١٩.٣٤	٨.٢٦	١٢.٣٠	٨.٤٨	١١.٠٠	٣.٤١	٢٣.٧٦	هـ- الصلاة
٠.٠١	٢١.٦٣	٥.٣٥	١٩.٧٦	٦.٠٩	٢٠.٣٨	٣.١٨	٨.٠٠	و- المأسوية
٠.٠١	١٢.٨١	٥.٧١	١٦.١٥	٥.٧٢	١٤.١٥	٦.٥٣	٢٣.٤٦	ز- زيادة النشاط
٠.٠١	١٥.٧١	٨.٨٨	١٩.١٥	١١.٣٨	٢٠.٣٨	٨.٩٢	٣١.٥٣	٢- القلق
غيردالة	٥.٧٨	٠.٥٨	٠.٥٧	٠.٥٨	٠.٥٤	٠.٩١	٠.٨٤	٣- الاكتئاب
٠.٠١	١٥.٨١	١.٠٢	٣.٠٢	١.٠٦	٢.٩٤	٠.٨٤	٤.٠٧	٤- مؤشر العجز
٠.٠١	١٤.٥٥	١.٣٧	٢.٥٢	١.٤١	٢.٤٨	١.٢٠	٤.٣٠	٥- الأم والجوانب المرتبطة به
٠.٠١	١٢.٧٣	١.١٢	٣.٣٤	١.١٥	٣.٤٨	٠.٨٥	٢.٥٩	أ- شدة الأم
٠.٠١	١٦.٦٨	٠.٦٥	٢.٦٩	٠.٦٤	٢.٦٣	٠.٧٦	٣.٥٦	ب- تدخل الأم في جوانب الحياة
غير دالة	١.٢٤	١.١٨	٣.٦٣	١.٣٩	٣.٨٤	١.٤٢	٣.٧٩	ج- السيطرة علي جوانب الحياة
٠.٠١	١٦.٨٦	٠.٩١	١.٠١	٠.٨٨	٠.٩٨	٠.٨٢	٢.٠٠	د- الكدر الوجداني
غير دالة	٥.٣٦	١.٢٣	٣.٣٠	١.٢٩	٣.٣٨	٠.٨٤	٢.٨٦	هـ- الدعم الاجتماعي
٠.٠١	٩.٦٩	١.٤٣	٣.٣٧	١.٦٣	٣.٢٢	١.٠٣	٢.٣٨	و- الاستجابة السلبية
٠.٠١	١٠.٣٨	١.١٦	٢.٨	١.٢٦	٢.٧٢	٠.٨٨	٢.٠١	ز- استجابات مراعاة المشاعر
								ح- استجابات التشتيت
								ط- مستوى النشاط العام

وباستعراض النتائج الواردة في الجدول السابق يمكن الخروج بما يلي

:-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠٠١) ، (٠.٠٠٥) بين الأداءات عبر المراحل العلاجية علي الأبعاد المختلفة للمقاييس الآتية (استراتيجيات التغلب علي الألم، مقاييس الوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب)، قائمة الأبعاد المتعددة للألم فيما عدا ثلاثة أبعاد هي (الدعم الاجتماعي، السلبية، استجابة مراعاة مشاعر المريض).

٢- ولتحديد اتجاه الفروق بين القياسات المختلفة داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي تم إجراء مقارنات ثنائية باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن اتجاه الفروق بين التطبيقات الثلاثة.

يوضح الجدول رقم (١١) والجدول رقم (١٢) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياس قبل تطبيق البرنامج والقياس بعد تطبيق البرنامج وكذلك القياس بعد تطبيق البرنامج القياس بعد فترة المتابعة على التوالي .

جدول رقم (١١)

نتائج اختبار (ويلكوكسون) للمقارنة الثنائية بين درجات الأفراد في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج علي المقاييس المختلفة للدراسة

مستوي الدالة	قيمة Z	القياس البعدي		القياس القبلي		القياسات
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٠.٠١	٣.١٩-	٧.٧٩	٢٠.٣٠	٤.٩٦	٧.٧٦	١- استراتيجيات التغلب
٠.٠١	٣.١٩-	٦.٦٩	١٥.٤٦	٣.٩٦	٥.٧٧	أ- تشتيت الانتباه
٠.٠٥	٢.٣٧-	١٢.٣٢	١٧.٨٤	٧.٣٩	١٠.٢٣	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
٠.٠١	٣.٠٦-	٧.٨٠	١٦.٣٨	٥.٦٥	٧.١٥	ج- الحديث الذاتي
٠.٠١	٢.٣٢-	٧.٤٤	١٩.٣٠	٦.٠٠	١٥.٠٠	د- تجاهل أحاسيس الألم
٠.٠١	٣.١٩-	٨.٤٨	١١.٠٠	٣.٤١	٢٣.٧٦	هـ- الصلاة
٠.٠١	٣.١٨-	٦.٠٩	٢٠.٣٨	٣.١٨	٨.٠٠	و- المساوية
٠.٠١	٢.٦٧-	٥.٧٢	١٤.١٥	٦.٥٣	٢٣.٤٦	ز- زيادة النشاط
٠.٠٥	٢.٥٢-	١١.٣٨	٢٠.٣٨	٨.٩٢	٣١.٥٣	٢- القلق
٠.٠٥	٢.١٠-	٠.٥٨	٠.٥٤	٠.٩١	٠.٨٤	٣- الاكتئاب
٠.٠١	٢.٨١-	١.٠٦	٢.٩٤	٠.٨٤	٤.٠٧	٤- استبيان التقييم الصحي
٠.٠١	٣.٠٦-	١.٤١	٢.٤٨	١.٢٠	٤.٣٠	٥- الألم والجوانب المرتبطة به
٠.٠١	٢.٨٠-	١.١٥	٣.٤٨	٠.٨٥	٢.٥٩	أ- شدة الألم
٠.٠١	٢.٩٨-	٠.٦٤	٢.٦٣	٠.٧٦	٣.٥٦	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
غير دالة	٠.٥١-	١.٣٩	٣.٨٤	١.٤٢	٣.٧٩	ج- السيطرة علي جوانب الحياة
٠.٠١	٣.٠٦-	٠.٨٨	٠.٩٨	٠.٨٢	٢.٠٠	د- الكدر الوجداني
غير دالة	١.٧٨-	١.٢٩	٣.٣٨	٠.٨٤	٢.٨٦	هـ- الدعم الاجتماعي
٠.٠٥	٢.٠٤-	١.٦٣	٣.٢٢	١.٠٣	٢.٣٨	و- الاستجابة السلبية
٠.٠٥	٢.٣٩-	١.٢٦	٢.٧٢	٠.٨٨	٢.١	ز- استجابات مراعاة المشاعر
						ح- استجابات التشتت
						ط- مستوى النشاط العام

وباستعراض الجدول السابق يمكن القول أن هناك فروق دالة إحصائية بين القياس قبل تطبيق البرنامج والقياس بعد تطبيق البرنامج في كل المقاييس المستخدمة في الدراسة فيما عدا البعدين الخاصين بقائمة الأبعاد المتعددة للألم وهما (الدعم الاجتماعي واستجابات مراعاة مشاعر المريض) وكانت الفروق لصالح تحسن أداء الأفراد بعد فترة العلاج.

لدى عينة من مرضي الام الزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٧٧

جدول رقم (١٢)

نتائج اختبار "ويلكوكسن" للمقارنة الثنائية بين درجات الأفراد في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة علي مقاييس الدراسة .

مستوي الدالة	قيمة Z	المتابعة		القياس البعدي		المجموعات
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
						متغيرات الدراسة
غير دالة	٠.٤٢-	٦.٤٦	٢٠.٥٣	٧.٧٩	٢٠.٣٠	١- استراتيجيات التغلب
غير دالة	١.٣٤-	٥.٦٢	١٤.٧٦	٦.٦٩	١٥.٤٦	أ- تشيبت الانتباه
غير دالة	١.٣٤-	١١.٤١	١٨.٦٩	١٢.٣٢	١٧.٨٤	ب- إعادة تفسير أحاسيس
غير دالة	١.١٥-	٥.٩٠	١٥.٣٠	٧.٨٠	١٦.٣٨	الأم
غير دالة	٠.٢٧-	٧.٥٣	١٩.٤٦	٧.٤٤	١٩.٣٠	ج- الحديث الذاتي
٠.٠٥	٢.٠٣-	٨.٢٦	١٢.٣٠	٨.٤٨	١١.٠٠	د- تجاهل أحاسيس الأم
غير دالة	١.٦٣-	٥.٣٥	١٩.٧٦	٦.٠٩	٢٠.٣٨	هـ- الصلاة
٠.٠٥	٢.٠٢-	٥.٧١	١٦.١٥	٥.٧٢	١٤.١٥	و- المساوية
غير دالة	١.٤-	٨.٨٨	١٩.١٥	١١.٣٨	٢٠.٣٨	ز- زيادة النشاط
	١.٣٥-	٠.٥٨	٠.٥٧	٠.٥٨	٠.٥٤	٢- القلق
						٣- الاكتئاب
						٤- استبيان التقييم الصحي
غير دالة	١.٠٠-	١.٠٢	٣.٠٢	١.٠٦	٢.٩٤	٥- الأم والجوانب المرتبطة به
غير دالة	١.٦٠-	١.٣٧	٢.٥٢	١.٤١	٢.٤٨	أ- شدة الأم
غير دالة	١.٣٤-	١.١٢	٣.٣٤	١.١٥	٣.٤٨	ب- تدخل الأم في جوانب الحياة
غير دالة	٠.٦٧-	٠.٦٥	٢.٦٩	٠.٦٤	٢.٦٣	ج- السيطرة علي جوانب الحياة
غير دالة	١.٦٣-	١.١٨	٣.٦٣	١.٣٩	٣.٨٤	د- الكدر الوجداني
غير دالة	١.٦٠-	٠.٩١	١.٠١	٠.٨٨	٠.٩٨	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	١.٠٠-	١.٢٣	٣.٣٠	١.٢٩	٣.٣٨	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	١.٤١-	١.٤٣	٣.٣٧	١.٦٣	٣.٢٢	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	١.٨٤-	١.١٦	٢.٨	١.٢٦	٢.٧٢	ح- استجابات التشتت
غير دالة						ط- مستوي النشاط العام

لدي عينة من مرضي الام الزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٧٨

يشير الجدول السابق إلي عدم وجود فروق دالة بين القياسات بعد تطبيق البرنامج والقياس في فترة المتابعة فيما عدا مقياسين فقط هما مقياس المساوية و القلق ويوضح ذلك أن الخصائص التي تعدلت من خلال البرنامج لم تتغير علي مدار فترة المتابعة.

٣- حساب قيمة اختبار " فريدمان " لتحليل التباين لمعرفة الفروق داخل مجموعة العلاج الطبي فقط خلال التطبيقات الثلاثة (قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة).
يعرض الجدول التالي نتائج اختبار "فريدمان" للمقارنة بين مواقف التطبيق الثلاثة لكل متغير من متغيرات الدراسة لمجموعة العلاج الطبي.
جدول رقم (٢٨) نتائج اختبار "فريدمان" للمقارنة بين القياس القبلي والبعدي والمتابعة لمجموعة العلاج الطبي فقط علي مقاييس الدراسة.

مستوي الدلالة	قيمة كا ^٢	المتابعة		القياس البعدي		القياس القبلي		المجموعات
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
								متغيرات الدراسة
								١- استراتيجيات التعطب
غير دالة	١.٧٦	٣.٠٨	٥.١٧	٣.٢٤	٤.٨٢	٤.١٩	٥.٢٣	أ- تشتيت الانتباه
غير دالة	٢.٤٠	١.٥١	٣.٠٥	١.٨٦	٣.٢٩	٢.٠٣	٣.١٧	ب- إعادة تفسير أحاسيس الأم
غير دالة	٤.٣٤	١.٨٧	٥.٨٢	٢.٢٦	٦.٠٠	٣.٠١	٦.٣٥	ج- الحديث الذاتي
غير دالة	٣.١٨	١.٨٥	٤.٠٥	٢.٢٢	٤.٢٣	٢.٢٣	٣.٨٨	د- تجاهل أحاسيس الأم
غير دالة	٣.٤٥	٢.٧٥	١٣.١١	٢.٨٠	١٣.٠٠	٣.٠٢	١٢.٨٢	هـ- الصلاة
غير دالة	٢.٣٥	٣.٢٥	٢٣.٨٨	٣.٤١	٢٤.١٧	٤.٦٦	٢٣.٦٤	و- المساوية
٠.٠٥	٨.١٢	١.٨٧	٥.٥٨	١.٧٠	٥.٨٢	٢.٣٤	٦.٦٤	ز- زيادة النشاط
غير دالة	٣.٨٢	١.٩٨	٢٣.٠٥	١.٥٧	٢٢.٦٤	٢.٥٢	٢٣.٣٥	٢- القلق
غير دالة	٣.٠٥	٥.٧٤	٢٢.٩٤	٥.٧٤	٢٢.٧٠	٦.٠٩	٢٢.٢٩	٣- الأكتئاب
غير دالة	٢.٤٦	٠.٢٧	١.١٥	٠.٤٢	١.٠٧	٠.٦٩	١.٢٥	٤- استبيان التقييم الصحي
								٥- الام والجوانب المرتبطة به
٠.٠١	٩.٩١	٠.٩٤	٤.٩٠	٠.٨٣	٤.٥٥	٠.٩٨	٤.٢٧	أ- شدة الام
غير دالة	٤.٩٧	٠.٩٨	٣.٩٠	٠.٨٦	٤.٠١	٠.٧٨	٤.٥٨	ب- تدخل الأم في جوانب الحياة
غير دالة	٥.٣٠٠	١.١٠	٣.٢٤	٠.٩٦	٣.٠٢	٠.٨٥	٢.٥٥	ج- السيطرة علي جوانب الحياة
٠.٠٥	٩.٥٣	٠.٨١	٣.٩٨	٠.٧٢	٣.٣٧	٠.٥٤	٣.٨٤	د- الكدر الوجداني
٠.٠٥	٨.٨١	١.٣١	٣.٦٢	١.٣٢	٣.٩٦	١.٢٣	٤.٣١	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	١.٧١	١.١٩	١.٨٦	١.٤٩	٢.٠٢	١.٤٤	١.٩١	و- الاستجابة السلبية
٠.٠٥	٦.٤٠	٠.٧٣	٣.٣١	٠.٧٦	٣.٢١	٠.٩٢	٣.٤٨	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	٣.٩٢	١.٢٨	٢.٧٣	١.٣٠	٢.٨٨	١.٢٠	٢.٦٤	ح- استجابات تشتت
غير دالة	٥.٣٦	٠.٩٩	١.٩٧	٠.٩٧	١.٩٠	٠.٨٠	١.٦٩	ط- مستوى النشاط العام

تكشف البيانات والنتائج الواردة في الجدول السابق عن الآتي:-

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أداء مجموعة العلاج الطبي التقليدي عبر المراحل العلاجية علي المقاييس الآتية (الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب علي الألم فيما عدا البعد الخاص بالأنشطة السلوكية، مقياس القلق والاكئاب، استبيان التقييم الصحي، الأبعاد الخاصة بمقياس قائمة الأبعاد المتعددة للألم فيما عدا أربعة أبعاد هي: (شدة الألم، الكدر الوجداني، الدعم الاجتماعي، استجابة مراعاة مشاعر المريض)).

وفي ضوء النتائج الخاصة باختبار " فريدمان" للمجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي) والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج الطبي) يمكن أن نلخص النتائج الخاصة بالفروق داخل كل مجموعة في القياس عبر التطبيقات الثلاثة في ضوء تحقق فروض الدراسة علي النحو التالي :

تحقق الفرض الثالث بشكل جزئي حيث وجدت فروق دالة داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي بين القياسات الثلاثة وباستخدام اختبار ويلكوكسون وجد أن هذه الفروق كانت في اتجاه استمرار التحسن لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي في معظم المقاييس موضع الدراسة أما بالنسبة لمجموعة العلاج الطبي فقط فلم توجد فروق دالة عبر القياسات الثلاثة إلا في ستة مقاييس فقط من مقاييس الدراسة وهي : زيادة الأنشطة السلوكية والتفاعل الاجتماعي وشدة الآلام والدعم الاجتماعي والاستجابة السلبية واستجابات التشتت.

تفسير ومناقشة نتائج البحث:

١- الفروق بين المجموعتين في خط الأساس .

أشارت النتائج إلي عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين في القياس القبلي (خط الأساس) في الأداء علي الاختبارات التي تمثل متغيرات الدراسة

سواء فيما يتعلق بالمتغيرات الديموجرافية أو المتغيرات المتعلقة باستراتيجيات التغلب علي الألم والوظائف النفسية (القلق والاكتئاب والشعور بالعجز) والوظائف الطبيعية (الحالة الصحية) وكذلك المتغيرات المرتبطة بالألم والجوانب المتعلقة به.

وتشير هذه النتيجة إلي تكافؤ المجموعتين في مهارات التعامل مع الألم وكذلك الوظائف النفسية والطبيعية والاجتماعية والألم والجوانب المرتبطة به، كما تم قياسهم بالمقاييس المستخدمة في الدراسة.

وبناء علي ذلك يكون نوع العلاج هو المتغير المستقل الحاسم فيما يتعلق بالفروق بين المجموعتين ومستوي التحسن وبالتالي يمكن أعزاء الفروق التي تظهر بين المجموعتين إلي نوع العلاج الذي تلقته إحدى المجموعتين ولم تتلقاه المجموعة الأخرى.

٢- الفروق بين المجموعتين في القياس البعدي والمتابعة:

أ- الفروق الخاصة باستراتيجيات التغلب علي الألم .

جاءت نتيجة اختبار مان وتني للفروق بين مجموعتين مستقلتين لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي والمتابعة عند مستوي (٠.٠٠١ ، ٠.٠٠٥) بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في كل الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب علي الألم واستمرت هذه الفروق بعد فترة المتابعة والتي بلغت شهر ونصف بنفس الدلالة التي كانت في القياس البعدي.

وتشير هذه النتيجة إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية استراتيجيات التغلب المعرفية والسلوكية على الألم لدي مرضي روماتويد المفاصل.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء مدي اتفاقها أو اختلافها مع الدراسات السابقة وفي ضوء الأطر النظرية التي تناولت استراتيجيات التغلب علي الألم ففيما يتعلق بالدراسات

السابقة يمكن القول بأن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج عدد كبير جدا من الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل وأثره في تحسين مهارات التغلب والوظائف النفسية والطبيعية للمرضي ومن هذه الدراسات (Bradley et al , ١٩٨٧ ;Oleary et al , ١٩٨٨ ;Parker et al , ١٩٨٨ ;Susan et al , ١٩٨٩ ;Kaamaat t al , ١٩٩٨ ;Parker et al ١٩٩٥ ;Youg et al , ١٩٩٥ ;Sinclair et al , ١٩٩٨ ;Radojevic et al , ١٩٩٩ ;Leibing et al , ١٩٩٩ ;Morly et al , ١٩٩٩ ;Van Lankveld et al , ٢٠٠٠ ;Savelkoul et al , ٢٠٠١ ;Evers et al , ٢٠٠٢ ;Sharp et al , ٢٠٠٢ ;Aston et al , ٢٠٠٢)؛ وقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى فعالية العلاج في تحسين التغلب وذلك عند مقارنته بأساليب علاجية أخرى أو بمجموعات ضابطة لا تتلقى أي علاج.

وبالتالي ووفقا للمبادئ النظرية للعلاج المعرفي السلوكي والتي أشرت لها في الجزء الخاص بالعلاج المعرفي السلوكي للألم فإن إشراك المريض في جلسات علاجية تهدف إلى تعديل الأفكار والمشاعر والمعتقدات اللاواقفية وكذلك السلوكيات من خلال الفنيات العلاجية المختلفة مثل (إعادة الصياغة المعرفية، تدريبات الاسترخاء، مهارات التعامل الإيجابية) يؤدي إلى نتائج إيجابية بالنسبة للمرضى ويزيد من قدرتهم علي التحكم في النتائج السلبية للمرض، ومن خلال ملاحظة متوسطات أفراد العينة قبل التدخلات العلاجية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي يمكن القول أن عينة الدراسة كانت درجاتهم منخفضة جدا علي الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب علي الألم فقد بلغت قيمة أعلي متوسط بالنسبة لأساليب التغلب الإيجابية (٦.٣ ، ١٠.٢) (تشنت الانتباه، إعادة تفسير أحاسيس الألم، العبارات الذاتية للتغلب، تجاهل أحاسيس الألم، زيادة النشطة السلوكية) فإذا نظرنا للنهاية العظمي للدرجة علي أي بعد من هذه الأبعاد والتي تبلغ (٣٦) يمكن أن نستشف مدي ضعف هذه المهارات لدي أفراد العينة وبالتالي

فإن الأساليب التي تم استخدامها في سياق البرنامج العلاجي كانت فعالة وذات دلالة.

ب- الفروق الخاصة بالوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب)

جاءت نتيجة الفرض الأول والثاني لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠٠١ ، ٠.٠٠٥) في القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالأداء علي مقياس القلق والاكتئاب وتشير هذه النتيجة إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدي مرضي الروماتويد .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة التي تناولت أثر التدخلات النفسية في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدي مرضي روماتويد المفاصل ومن هذه الدراسات دراسة استون (٢٠٠٢، Astan et al) والتي قام فيها بمراجعة وتحليل نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال وتوصل إلى أن التدخلات النفسية ومن بينها العلاج المعرفي السلوكي كانت فعالة وبشكل دال في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب سواء بعد العلاج أو بعد فترة المتابعة، وكذلك الدراسات التي أشارت إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض القلق والاكتئاب لدي مرضي الروماتويد المفصلي ومرضي التهاب المفاصل العظمي.

(Bradley et al ,١٩٨٧ ;Oleary et al ,١٩٨٨ ;Parker et al ,١٩٨٨ ;Susan et al ,١٩٨٩ ;Kalfas et al ,١٩٩٢ ;Leibing et ,١٩٩٩ ;Sharp et al ,٢٠٠١ ;Evers et al ,٢٠٠٢)

أما فيما يتعلق بالمتابعة فقد جاءت نتيجة الدراسة متفقة مع نتائج بعض الدراسات وإن كانت فترة المتابعة في الدراسة الحالية تختلف عن فترة المتابعة في الدراسات الأجنبية حيث أن معظم الدراسات الأجنبية كانت فترة المتابعة فيها كبيرة ومن هذه الدراسات.

(Bradley et al , ١٩٨٧ ;Evers et al ٢٠٠٢ ;Sharp et al ٢٠٠٣)

ج- الفروق في الأبعاد الخاصة باستبيان التقييم الصحي

جاءت نتيجة الفرض الأول والثاني لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوي (٠.٠١) في القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء علي مقياس استبيان التقييم الصحي وكانت هذه الفروق لصالح تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالمجموعة الثانية، يشير هذا إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن بعض الأعراض المرتبطة بروماتويد المفاصل مثل تحسن الحالة الوظيفية (العجز الوظيفي) واستمرار هذا التحسن بعد شهر ونصف من العلاج.

وفي ضوء الدراسة التي أجراها استون (Astin , ٢٠٠٢) عن التحليل البعدي للدراسات التي تناولت التدخلات النفسية وأثرها علي مرضي روماتويد المفاصل جاءت نتيجة التحليل لتشير إلي أن تأثير التدخلات النفسية ومن بينها العلاج المعرفي السلوكي علي الألم كما تم تقديره بمقياس التناظر البصري كان متوسطا حيث بلغت قيمة تأثير العلاج (٠.٢٢) أما بعد المتابعة فقد كان مقدار التأثير غير دال.

لدي عينة من مرضي الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٨٤

أما فيما يتعلق بالعجز الوظيفي كما تم قياسه بمقياس استبيان التقييم الصحي فقد جاءت نتيجة البحث متفقة مع دراسات كل من (Oleary et al , ١٩٨٨ ; Applebaum , ١٩٨٨ ; Savelkaul et al , ١٩٩٢ ; Lundgren & Stenstrom & RadaJevic , ١٩٨٨ ; Sharp et al , ٢٠٠٣ ; Freman et al , ٢٠٠٢ ; Evers et al , ٢٠٠١ ; وتشير هذه الدراسات إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن الحالة الوظيفية للمرضي (العجز الوظيفي).

وفي ضوء دراسة استون (Astin , ٢٠٠٢) أشارت نتيجة التحليل البعدي إلى وجود تأثير متوسط بعد العلاج وتأثير غير دال بعد فترة المتابعة فيما يتعلق بتأثير التدخلات النفسية بما فيها العلاج المعرفي السلوكي علي العجز الوظيفي كما تم قياسه بمقياس استبيان التقييم الصحي وكانت قيمة تأثير العلاج (٠.٢٧) بعد العلاج ، (٠.١٢) بعد المتابعة.

د- الفروق في الأبعاد الخاصة بقائمة الأبعاد المتعددة للألم.

جاءت نتيجة الفرض الأول والثاني لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠١ ، ٠.٠٥) بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالقياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة فيما يتعلق بثلاثة أبعاد فقط من الأبعاد المختلفة بقائمة الأبعاد المتعددة للألم وهذه الأبعاد هي (شدة الألم، وتدخل الألم في الأنشطة اليومية للمريض، الكدر الوجداني) وكانت هذه الفروق لصالح تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بمجموعة العلاج الطبي فقط، بالإضافة إلى ذلك فقد ظهرت فروق دالة عند مستوي (٠.٠٥) بعد فترة المتابعة فيما يتعلق بمقياس مستوي النشاط العام.

وتشير هذه النتيجة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما يضاف إلى العلاج الطبي في تخفيف الألم، كما ظهر ذلك من خلال انخفاض تقديرات الألم وكذلك تحسن الحالة المزاجية وتقليل تدخل الألم في جوانب حياة المريض.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات التحليل البعدي والتي أشارت نتائجها إلى فعالية التدخلات النفسية ومنها العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الألم وتحسين الحالة المزاجية.

(Flor et al , ١٩٩٢ ; Morley , ١٩٩٩ ; Aston , ٢٠٠٢ ; Riemsma et al , ٢٠٠٥)

أما عن الأبعاد الأخرى لقائمة الأبعاد المتعددة للألم والمتمثلة في إدراك التحكم في جوانب الحياة، والدعم الاجتماعي، والاستجابة السلبية، ومراعاة مشاعر المريض فلم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في هذه الأبعاد سواء بعد العلاج أو بعد المتابعة بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط، وتشير هذه النتيجة إلى عدم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التأثير على هذه الجوانب، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء اختلاف طبيعة مجتمعاتنا عن المجتمعات الغربية حيث توجد في مجتمعاتنا العلاقات المتشابكة وبالتالي يصعب التحكم فيها والتأثير عليها داخل الأسرة وقد لاحظ الباحث من خلال مقابلاته مع المرضى أثناء الجلسات أن نسبة كبيرة جداً من أسباب الضغوط التي كان يتعرض لها المرضى وتسبب لهم الضغوط النفسية وتزيد من آلامهم يأتي من الأفراد اللذين يعيشون معهم، بالإضافة إلى ذلك فإن الأعباء الاقتصادية ومصاريف العلاج تجعل علي الصعب بالنسبة للكثير من المرضى المشاركة في أنشطة اجتماعية ترفيهية مثل الخروج للرحلات أو الذهاب لحفلة أو غير ذلك.

أما فيما يتعلق بنتائج الدراسات السابقة فلم توجد دراسات في حدود علم الباحث تناولت هذه المتغيرات علي صعيد دراسات العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل، أما فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المرتبط بأمراض أخرى فقد أشارت نتائج هذه الدراسات في ضوء التحليل

البعدي الذي أجراه مورلي (Morley et al , ١٩٩٩) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي في تحسين الوظائف الاجتماعية أو وظائف الدور الاجتماعي.

٤- مناقشة النتائج الخاصة بالمقارنات داخل المجموعات في الأداء علي مقاييس الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتالية:

سيتم في هذا الجزء مناقشة نتائج الفروق داخل المجموعات - كل مجموعة علي حدا- فيما يتعلق بالأداء علي مقاييس الدراسة عبر المراحل العلاجية لمتابعة مستوي ومساو التحسن وذلك علي النحو التالي:

أ- الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي (المجموعة الأولى)

أشارت نتائج الفرض الثالث إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الأفراد علي المقاييس المختلفة للدراسة عبر المراحل المتتابعة من العلاج في اتجاه التحسن في كل من المقاييس الآتية.

١- الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب علي الألم.

٢- مقاييس الوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب).

٣- الأبعاد الفرعية لقائمة الأبعاد المتعددة للألم فيما عدا البعد الخاص بالدعم الاجتماعي والبعد الخاص استجابات مراعاة مشاعر المريض.

وتشير هذه النتيجة إلي فعالية العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي العلاج الطبي في تحسين مهارات التعامل مع الألم من حيث تنمية المهارات الإيجابية وتقليل المهارات اللاتوافقية بالإضافة إلي ذلك فإنه يؤدي إلي تحسين الوظائف النفسية من حيث تقليل القلق والاكتئاب.

وكما يتضح من خلال نتائج المقارنات الثنائية بين القياسات المتابعة فإن فروقا جوهرية وجدت عند مستوي (٠.٠٠١ ، ٠.٠٠٥) بين القياس القبلي والقياس بعد فترة المتابعة في المتغيرات المتعلقة باستراتيجيات التغلب علي الألم والوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب) .

كما لم توجد فروق في القياس البعدي والقياس في فترة المتابعة داخل هذه المجموعة في كل الأبعاد الخاصة بمقياس استراتيجيات التغلب علي الألم ومقياس الاكتئاب ، أما فيما يتعلق بالقلق فقد وجدت فروق بين القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة حيث ارتفع مستوي القلق ولكن بشكل طفيف.

وعن الأبعاد الخاصة باستبيان التقييم الصحي فلم توجد فروق دالة بين القياس البعدي والقياس في فترة المتابعة كما لم توجد فروق دالة أيضا بين القياسيين في الأبعاد الخاصة بقائمة الأبعاد المتعددة للألم.

وتشير هذه النتيجة إلي استمرار التحسن داخل المجموعة في المتغيرات التي تغيرت بعد العلاج وبالرغم من قصر فترة المتابعة في الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات التي أجريت في الخارج وحددت فترات متابعة وصلت إلي عام أو أكثر إلا أن نتاج الدراسة الحالي في هذا الجانب تقدم مؤشرات مبدئية مهمة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما يقدم مع العلاج الطبي في تحسين الوظائف النفسية والطبيعية للمرضي وتنمية المهارات الإيجابية للتعامل مع المرض.

ب- الفروق داخل مجموعة العلاج الطبي فقط (المجموعة الثانية)

أشارت نتائج الفرض الثالث إلي عدم وجود فروق دالة داخل مجموعة العلاج الطبي فقط عبر القياسات المتتالية في كل المتغيرات الخاصة بالدراسة فيما عدا البعد الخاص بزيادة الأنشطة السلوكية في مقياس استراتيجيات لتغلب علي الألم،

لدي عينة من مرضي الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٨٨

وأربعة أبعاد من قائمة الأبعاد المتعددة للألم وهم (شدة الألم، والكدر الوجداني، الدعم الاجتماعي، استجابة مراعاة مشاعر المريض).

وبالنظر إلي المتوسطات الخاصة بأداء مجموعة العلاج الطبي فقط يمكن القول أنه فيما يتعلق بالأنشطة السلوكية فقد كان التغيير في اتجاه انخفاض مستوي النشاط العام، أما فيما يتعلق بشدة الألم فقد كانت المتوسطات في اتجاه ارتفاع شدة الألم، وانخفاض الدعم الاجتماعي، وزيادة الكدر الوجداني. وتشير هذه النتيجة إلي أن إضافة العلاج المعرفي السلوكي إلي العلاج الطبي يرتبط بتحسن في الجوانب النفسية والطبيعية للمرضي.

٤- تفسير نتائج الدراسة في ضوء افتراضات النظرية المعرفية السلوكية للألم المزمن.

في ضوء المبادئ النظرية للعلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن يمكن القول أن الأفكار السلبية اللامنطقية تجاه الألم وأحداث الحياة يمكن أن تؤثر بشكل سلبي ودال علي كيفية إدراكنا لأحاسيس الألم واستجاباتنا الوجدانية وما تفعله عندما نشعر بالألم، فعندما نفكر بشكل سلبي فإننا نكون أكثر ميلا للشعور بالكدر الوجداني والذي يمكن أن يؤدي إلي التوتر العضلي والذي يؤثر بدوره علي الألم ويؤدي إلي زيادة في مستوي الإثارة في جهازنا العصبي وعبور رسائل الألم في أجسامنا، وبالتالي زيادة الشعور بالألم، وعندما نفكر بشكل سلبي فإننا نكون أيضا أكثر ميلا للمشاركة في سلوكيات الدفاع الذاتي (الخمول وعدم الحركة، العزلة الاجتماعية، زيادة الاعتماد علي الأدوية) والذي يؤثر بدوره أيضا علي مستوي الألم. وفي أغلب الأوقات أحيانا فإن الأفكار والصور التي نملكها تجاه الألم وأحداث الحياة ترتبط بمعتقداتنا فكثيرا من مرضي الألم المزمن لديهم معتقدات تجاه أهمهم علي سبيل المثال " الألم يسيطر علي حياتي" وتجاه أنفسهم " الألم جعلني شخص ضعيف" وتجاه أجسامهم "جسمي يتكسر" وتجاه

علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين " الدكتور لا يولي اهتماما لمرضي" وتجاه مستقبلهم "أنا متشائم لأن الألم سيلازمني طوال عمري".

والعلاج المعرفي السلوكي يناقش أهمية المعتقدات الواقعية والاتجاهات والسلوكيات في تقليل المعاناة الجسمية والانفعالية المرتبطة بالألم ويكون العلاج موجه أيضا نحو تحديد الصعوبات الانفعالية والمعرفية والسلوكية والفسولوجية والبيئية والتي يمكن أن تساهم في التأثير علي خبرة الألم وبالرغم من أنه من النادر بالنسبة للمريض أن يتخلص من الألم فإن العلاج المعرفي السلوكي يعلم المريض كيفية تقليل الألم ، وكيفية تقليل الاستجابات الانفعالية السلبية الناتجة عن الألم.

ويكون ذلك من خلال تركيز الجلسات العلاجية في مساعدة المريض علي كيفية التغلب بفعالية علي الآلمهم ومشاكلهم وذلك بتعليمهم:

- أن يفكر بشكل أكثر واقعية تجاه الألم وأحداث حياتهم الأخرى.
- أن يكون أكثر استرخاء عن ذي قبل.
- أن يعود إلي ممارسة أنشطتهم التي تركوها بسبب الألم.
- مساعدة المريض في التعرف علي السلوكيات التي تقاوم الألم والضغط وتعليمهم استراتيجيات تغلب جديدة وكذلك سلوكية توافقية جديدة.

وبالتالي فإن معظم المرضى سوف يشعرون بالتحسن بعد انتهاء الجلسات العلاجية التي تتناول هذه الموضوعات وفي ضوء ذلك يمكن تفسير نتائج البحث الحالي حيث أن التغيرات التي حدثت خلال الجلسات العلاجية يمكن إرجاعها إلي تغير في معتقدات وأفكار وسلوكيات المرضى تجاه الآلمهم ومصادر ضغوطهم وانعكس ذلك بشكل دال في زيادة استراتيجيات التغلب الإيجابية وانخفاض الاستراتيجيات السلبية (المأساوية) بالإضافة إلي تحسن في الوظائف الطبيعية (شدة المرض) والوظائف النفسية.

لدى عينة من مرضي الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

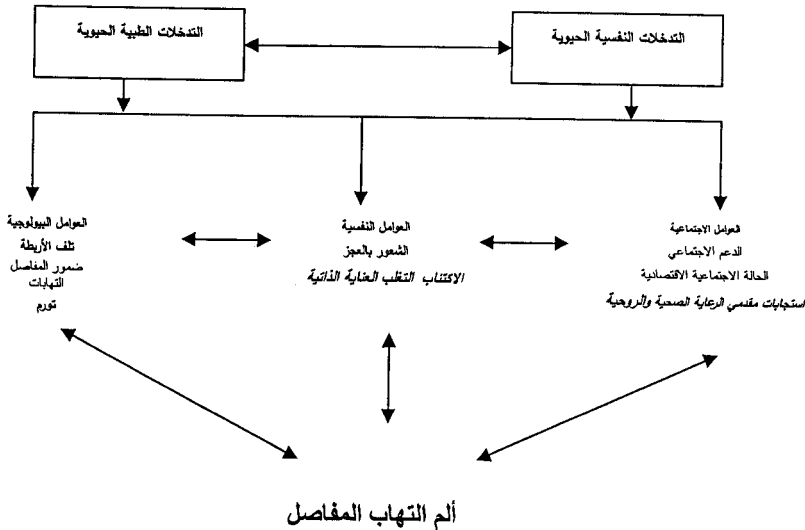
٤٩٠

وبالنسبة للتغير في الجوانب الطبيعية يمكن تفسيره وفقا للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي قدمه كليف وآخرون (Keefe et al , ١٩٩٩) لتفسير الألم والعجز المرتبط بالتهاب المفاصل حيث أشار إلى أن العوامل النفسية مثل (الشعور بالعجز، الاكتئاب، الضغوط، التغلب، الفعالية الذاتية) تلعب دورا مهما في فهم الفروق في كيفية اختلاف مرضي التهاب المفاصل في استجاباتهم لمرضهم . كما أنم العوامل الاجتماعية أيضا مثل (الحالة الاجتماعية والاقتصادية، الدعم الاجتماعي) وجد أنها مهمة جدا في فهم العجز والألم المرتبط بالتهاب المفاصل.

ويقدم هذا النموذج وجهة نظر منظمة لفهم التهاب المفاصل كما هو موضح بالشكل التالي:

شكل رقم (١)

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم والعجز المرتبط بالتهاب المفاصل



من خلال الشكل السابق يمكن القول أن التغييرات في أي جزء من النظام يمكن أن تؤدي إلي تغير في الأجزاء الأخرى من النظام فزيادة النشاط المرضي (التغير البيولوجي) يمكن أن يؤدي إلي زيادة القلق والاكتئاب (تغيرات نفسية) وانخفاض في القدرة علي العمل وأداء المهام المنزلية. (تغييرات اجتماعية) وكل ذلك يؤدي تباعا إلي زيادة الألم والعجز، وفي مقابل ذلك فإن التحسن في الفعالية الذاتية تجاه التحكم في أعراض التهاب المفاصل (تغيرات نفسية) يمكن أن يؤدي إلي تحسن الالتزام بالعلاج (يؤدي إلي تغير بيولوجي) أو زيادة التفاعل مع المقربين والأصدقاء والعائلة (تغير اجتماعي) والذي يؤدي ذلك بدوره إلي تقليل الألم والعجز وبالتالي فإن أساليب العلاج التي تستهدف العوامل النفسية والاجتماعية يمكن أن تكون فعالة في تعديل خبرة التهاب المفاصل ولقد أظهرت الأبحاث الحديثة أن التدخلات البيولوجية النفسية الاجتماعية مثل : التدريب علي استراتيجيات التغلب علي الألم أو تدريبات إدراره الضغوط يمكن أن تكون مفيدة في تقليل الألم والعجز المرتبط بالتهاب المفاصل.

وفي ضوء هذا النموذج يمكن تفسير التحسن الذي طرأ علي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي في أدائهم علي استبيان التقويم الصحي بالتغير في العوامل النفسية مثل (الاكتئاب، التغلب).

ولقد وجد في دراسات عديدة تناولت الاكتئاب كمتغير من ضمن متغيرات العملية العلاجية (Lofland et al ,١٩٩٧) أن التغير في كل من الاكتئاب والعجز المدرك من حيث تقليل الاكتئاب وتقليل العجز المدرك ساهم بشكل فعال في تحسن شدة الألم. كما وجد أيضا أن انخفاض العجز المدرك تنبأ بالتحسن في القدرة الوظيفية ولكن لم يحدث ذلك بالنسبة للاكتئاب كما أن انخفاض الاكتئاب تنبأ بشكل دال بتحسن في الوظائف اليومية.

لدي عينة من مرضي الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٩٢

كما درس بورنس وآخرون عام ١٩٩٨ (Burns et al, ١٩٩٨) التغيير في الاكتئاب والشعور بالعجز المتعلق بالألم أثناء عملية العلاج وتوصل إلي أن انخفاض الشعور بالعجز المتعلق بالألم يتنبأ بانخفاض الألم بشكل مستقل عن التغيير في الاكتئاب. كما أترح مالون وستروب عام ١٩٨٨ (Malone & Strube, ١٩٨٨) أن فائدة المناحي النفسية لعلاج الألم تتمثل في تقليل الاكتئاب والخوف المرتبطان بالألم أكثر من تقليل الألم نفسه.

ولقد درس جونسن (Jensen et al, ١٩٩١) الدور الذي يلعبه التغيير في المعتقدات المتعلقة بالألم واستراتيجيات التغلب في التأثير علي نتائج العلاج متعدد الأبعاد للألم في البرامج العلاجية لمرضي الألم وتوصل إلي أن تقليل معتقدات الألم يتنبأ بانخفاض العجز الطبيعي والاكتئاب وأن انخفاض الشعور بالعجز يتنبأ بانخفاض الزيارات للأطباء ولذلك يبدو أن التغيير في المعتقدات السلبية واللاتوافقية يمثل نقطة هامة في عملية الحصول علي نتائج إيجابية من عملية العلاج.

وحديثاً وجد مكرسكين (McCracken & Gross, ١٩٩٨) أن تقليل القلق المتعلق بالألم يتنبأ بشكل دال بالتحسن في شدة الألم والاكتئاب والعجز والكدر الوجداني العام والنشاطات اليومية وأن التغيير في القلق المتعلق بالألم يظل يتنبأ بكل نتيجة بشكل مستقل عن الاكتئاب، كما وجد أن تقليل الاكتئاب لم يتنبأ بالتحسن في العجز أو النشاطات اليومية بشكل مستقل عن القلق المتعلق بالألم.

وفي دراسة تتبعية وجد مكرسكين وآخرون (٢٠٠٢, McCracken et al) أن تقليل القلق المتعلق بالألم أثناء العلاج تنبأ بشكل دال ببعض النتائج العلاجية أكثر من تنبأ القدرة الطبيعية بهذه النتائج.

وأخيراً يمكن القول أن النتائج العلاجية الإيجابية ترتبط بانخفاض الاستجابات الانفعالية وانخفاض إدراك الألم وزيادة المشاركة الفعالة في الإدارة الذاتية للألم وبناء عليه يمكن القول وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية أنه في ضوء التحسن في

لدى عينة من مرضي الالم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

٤٩٣

استراتيجيات التغلب الإيجابية وانخفاض استراتيجيات التغلب السلبية وخاصة
المأساوية وكذلك تحسن الشعور بالعجز والاكتئاب والقلق فإن ذلك يؤثر وبشكل
فعال في انخفاض إدراك الألم والعجز الطبيعي وكذلك الأعراض المرضية
المرتبطة بروماتويد المفاصل.

المراجع:

- ١- Abdel-Nasser, AM. (١٩٩٥) disaplety in patient with rheumatoid arthritis. PhD. Faculty of medicine . Minia university , Minia, Egypt.
- ٢- Adams N. ,Ravey J. &Taylor D. (١٩٩٦) Psychological models of chronic pain and implications for practice. Physiotherapy, ٨٢(٢): ١٢٤ – ١٢٩.
- ٣- Allaire.S.H et al ,١٩٩٤
- ٤- Applebaum et al ,١٩٨٨
- ٥- Applebaum, KA., Blanchard, EB., Hickling, EJ. &Alfonso, M.(١٩٨٨) Cognitive behavioral treatment of veteran population with moderate to severe rheumatoid arthritis .Behavior therapy, ١٩:٤٨٩–٥٠٢.
- ٦- Astin, JA., Beckner, W., Soeken, K., Hochperg, MC., Berman, B. (٢٠٠٢). Psychological interventions for rheumatoid arthritis :A meta analysis of randomized controlled trials. Arthritis &Rheumatism, ٤٧(٣): ٢٩١–٣٠٢.
- ٧- Bergstram G. et al ,١٩٩٨
- ٨- Bradley, LA., Young, LD., Anderson, KO., Turner, RA., Agudelo, CA., McDaniel, LK., PisKo, EJ., Semble, EL. &Morgan, TM. (١٩٨٧). Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatiod arthritis patients: treatment outcome and six-manths follow up. Arthritis Rheumatism, vol٣٠: ١١٠٥ – ١١١٤.

- ٩- Brown G. & Nicassio P.M (١٩٨٧) Development of questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, ٣١(١): ٥٣ – ٦٤.
- ١٠- Brown, GK., Nicssio, PM. & Wallston, KW. (١٩٨٩ a). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol*, ٥٧ : ٦٥٢ – ٦٥٧
- ١١- Brown, GK., Nicssio, PM. & Wallston, KW. (١٩٨٩ b). Social support and depression in rheumatoid: a one - year prospective study. *J Appl Soc Psychology*, ١٩ : ١١٦٤ – ١١٨١.
- ١٢- Bruce, B. & J. Fries (٢٠٠٣). The Stanford health assessment questionnaire (HAQ): a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol*, ٣٠(١): ١٦٧-١٧٨.
- ١٣- Buescher, K., Johnston, J., Parker, J., Smarr, K., Buckele, WS., Anderson S. & Walker S. (١٩٩١). Relationship of self - efficacy to pain behavior. *J rheumatol* ١٨ : ٩٦٨ - ٩٧٢.
- ١٤- Burns et al ,١٩٩٨
- ١٥- Carson et al ,٢٠٠٦
- ١٦- atchor ,٢٠٠١

- ١٧- David, B. (١٩٩٤). Taxonomy and classification of pain in CD. Tollson, JR. Satterthwaite, JW. Tollison DC. (Eds) Handbook of chronic pain management, ٢nd ed, London, Englong : Williams & Wilkins. ٦-١٥.
- ١٨- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (١٩٩٧) Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patient. J Behav Med, ٢٠: ٤٩٩ - ٥٠٤.
- ١٩- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (١٩٩٨). Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. Behavior Research and Therapy, ٣٦: ١٧٩ - ١٩٣
- ٢٠- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (٢٠٠٢). Long term predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis a three and five - year follow-up. J rheumatolog.. ٢٩(١١): ٢٣٢٧-٢٣٦٣.
- ٢١- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (٢٠٠٣). Pain coping and social support as predictors of long - term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. Behavior research and therapy, ٤١: ١٢٩٥ - ١٣١٥.

- ٢٢- Evers, AWM., Kraaiaaat, FW., Van Rielplcm &Bijlsma, JWJ. (٢٠٠١). Cognitive behavioral and physiological reactivity to pain as apredictor of long term pain in rhumatoid arthritis patient. pain, ٩٣: ١٣٩ - ١٤٦
- ٢٣- Evers, AWM., Kraamaat, FW., Van Riel, PL. &De Jong, AJ.(٢٠٠٢) Tailored Cognitive-Behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk :a randomized controlled trails . pain١٠٠: ١٤١-١٥٣.
- ٢٤- Felson NT etal ,١٩٩٣
- ٢٥- Flor, H., Fydrich, T. &Turk, DC. (١٩٩٢). Effacacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meata-analytic review. Pain, ٤٩: ٢٢١ - ٣٠.
- ٢٦- Flore et al ,١٩٩٠.
- ٢٧- Fordyce W.E. (١٩٧٦) Behavioral method for chronic pain and illness. St Louis: CV Mosby.
- ٢٨- Freeman, K., Hommond, A. &Lincoln, NB. (٢٠٠٢). Use of Cognitive Behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis.Clinical rehabiltion, ١٦(٨) : ٨٢٨-٨٣٦.
- ٢٩- Fries, JF., P. Spitz et al. (١٩٨٠). Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis& Rheum ,٢٣(٢): ١٣٧-٤٥.

- ٣٠- Fry, PS. & Wong, PTP. (١٩٩١). Pain management training in the elderly : matching interventions with subjects coping styles. *Stress Med* ٧ : ٩٣ - ٩٨.
- ٣١- Gatchel, RJ. (٢٠٠١). Abiosychosocial overview of pretreatment screening of patients with pain. *Clin J Pain* ١٧ : ١٩٢ - ١٩٩.
- ٣٢- Jayson, MV. (١٩٩٩). Rheumatoid arthritis. in P D Wall & R Melzack (Eds) *Text book of pain* ٥th edition London: Churchill Livingston ٥٠٥ - ٥١٦.
- ٣٣- J
ayson.Mv, ١٩٩٥
- ٣٤- Jensen, MP. & Karoly, P. (١٩٩١). Control beliefs , coping effort and adjustment to chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, ٥٩ : ٤٣١- ٤٣٨.
- ٣٥- Jensen, MP., Turner, JA., Romano, JM . & Karoly, P. (١٩٩١). Coping with chronic pain : A critical review of the literature pain , ٤٧: ٢٤٩ - ٢٨٣
- ٣٦- Kalfas et al , ١٩٩٢
- ٣٧- Keefe, FJ. & Williams, DA. (١٩٨٩). New direction in pain assessment and treatment. *Clinical psychology Review*, ٩ : ٥٤٩- ٥٦٨.
- ٣٨- Keefe, FJ., Affleck, G ., Lefebvre, JC., Underwood, L. & Caldwell, DS. (٢٠٠١). Living with

rheumatoid arthritis: the role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping . Journal of pain. ٢(٢) :١٠١-١١٠.Kerns ,Turk &Rudy ,١٩٨٥

٣٩- Keefe, FJ., Caldwell, DS., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K., Beaupre, P., Weisberg, J. &Helm, SM.(١٩٩٩). Spuose assisted coping skills training in the management of Osteoarthritic Knee pain:Long term follow up result . Arthritis care and Research , ١٢(٢): ١٠١-١١١.

٤٠- Keefe, FJ., Caldwell, DS., Williams, ,DA., Gil, KM., Mitchell, D., Robertson, D., Robertson, C., Martinez, S., Nunley, J., Beckham, JC. &Helms, M.(١٩٩٠). Pain coping skills training in the managements of osteoarthritic knee pain :A comparative study . Behavior therapy, ٢١:٤٩-٦٢.

٤١- Keefe, FJ., Smith, SJ., Buffington, HL., Gibson, J., Studts, L. &Caldwell, SD. (٢٠٠٢). Recent Advances and Future Directions in the Biopsychosocial Assessment and Treatment of Arthritis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ٧٠(٣): ٦٤٠ - ٦٥٥.

٤٢- Kerns, RD., Turk, DC. &Rudy, TE. (١٩٨٥). The West Haven - Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). Pain ٢٣: ٣٤٥-٣٥٦.

٤٣- Kraaimaat, FW., Brons MR., Geenen, R. &Bijlsma, JW. (١٩٩٥). The effect of cognitive behavior



therapy in patients with rheumatoid arthritis. Behav. Res. Ther., 33(5): 487-90.

- 44- Kraaimaat, FW., Brons MR., Geenen, R. & Bijlsma, JW. (1990). The effect of cognitive behavior therapy in patients with rheumatoid arthritis. Behav. Res. Ther., 33(5): 487-90.
- 45- Leonard R. & Derogatis et al
- 46- Leibling, E., Pflingsten, M., Bartmann, U., Rueger, U. & Schuessler, G. (1999) Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients. Clin. J. Pain, 15: 58-66.
- 47- Lofland et al, 1997
- 48- Lorig, K., Laurin, J. & Gines, GE. (1984). Arthritis self-management: A five year history of a patient education program. Nursing clinics of North America, 19: 637-640
- 49- Lousberg, HBR. (1994). Chronic pain: Multiaxial Diagnostics and Behavioral Mechanisms, Universitaire pers Maastricht, Maastricht.
- 50- Lundgren, Stenstrom & Rada Jevic, 1992
- 51- Lundgren, S., Stenstrom, CH. (1999). Muscle relaxation training and quality of life in rheumatoid arthritis: a randomized controlled clinical trial. Scand J Rheumatol, 28: 47-53.

- ٥٢- Main, CJ., Wood, PLR., Hollis, S., Spanswick, CC. & Waddell, G. (١٩٩٢). The distress and risk assessment method. A simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome Spine. ١٧: ٤٢ - ٥٢.
- ٥٣- Malone, MD., Strube, MJ. (١٩٩٨). Meta-analysis of nonmedical treatment for chronic pain. Pain, ٣٤: ٢٣١ - ٣٢.
- ٥٤- Manne & Zutar (١٩٩٢). Coping with arthritis : current status and criteriae. Arthritis and rheumatism, ٣٥: ١٢٧٣ - ١٢٨٠.
- ٥٥- McCracken, LM. & Gross, RT. (١٩٩٨). The role of pain - related anxiety reduction in the outocom of multidisciplinary treatment for chronic low back pain :preliminary results . Journal of occupational rehabilitation, ٨: ١٧٩-١٨٩.
- ٥٦- McCracken, LM. & Turk, DC. (٢٠٠٢). Behavioral and Cognitive-Behavioral treatment for chronic pain: Outcome predictors of outcome, and treatment process. Spine, ٢٧(٢٢): ٢٥٦٤-٢٥٧٣.
- ٥٧- McCracken, LM., Groos, RT., Eccleston, C. (٢٠٠٢). Multimethod assessment of treatment process in chronic low back pain: Comparison of reported pain-related anxiety with directly measured physical capacity. Behav res Ther, ٤٠: ٥٨٥ - ٩٤.
- ٥٨- Melzack R. & Wall P.D. (١٩٦٥) Pain mechanisms: A new theory. science, ١٥٠: ٩٧١ - ٩٧٩.

- ٥٩- Melzack, R. (١٩٩٩). From the gate to the neuromatrix. Pain (suppl.٦): ١٢١-٢٦.
- ٦٠- Melzack, R. (١٩٩٩). Pain and stress : Anew perspective in RJ., Gatchel, & DC., Turk (Eds), psychological factors in pain : Critical perspectives, New Yourk. The Guilford Press, ٨٩- ١٠٦.
- ٦١- Meryskey, H. &Bogduk, N. (Eds.). (١٩٩٤). Cllsification of Chronic Pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Seattle: IASP Press.
- ٦٢- Morley, S., Eccleston, C. &William, SA. (١٩٩٩). Systematic review and meta analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults excluding headache . Pain, ٨٠: ١-١٣.
- ٦٣-O'leary A., Shoor S., Lorig K., Holman HR. (١٩٨٨) A Cognitive Behavioral treatment for rheumatiod arthritis. Health psychol, ٧: ٥٢٧-٥٤٤.
- ٦٤-Parker JC. &Wrght GE. (١٩٩٥) The implications of depression for pain and disability in rheumatiod arthritis. Arthritis Care Res, ٨: ٢٧٩ - ٢٨٣.
- ٦٥- Parker, JC., Frank, RG., Beck, NC., Smarr, KI., Buescher, KI. &Philips, L.R.(١٩٨٨). °Pain manaagement in rheumatiod arthritis patients : a cognitive- behavioral approach. Arthritis Rhumatism, ٣١: ٥٩٣ - ٦٠١.

Parker, JC., Smarr, KL., Buckelew, SP., Stucky-

Ropp, RC. & Hewett, JE. (١٩٩٥). Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, ٣٨(١٢): ١٨٠٧-١٨١٨.

Pasler H. D. , ١٩٩٣

Philips & Rachman , ١٩٩٦

Radojevic et al , ١٩٩٩

Radojevic, V., Nicassio, PM. & Weisman, MH.

(١٩٩٢). Behavior intervention with and without family support for rheumatoid arthritis. *Behavior therapy*, ٢٣: ١١٣-١٢٠.

Ramey, D., J. Fries, et al. (١٩٩٥). The Health

Assessment Questionnaire ١٩٩٥ - status and review. quality of life and pharmacoconomics in clinical trials. S. B. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, ٢٢٧-٢٣٧.

Riemsma, RP., Kirwan, J., Rasker, J. & Taal, E.

(٢٠٠٥). Patient education for adults with rheumatoid arthritis (review) John Wiley & sons, ltd.

Rosenstiel, AK. & Keefe FJ. (١٩٨٣). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, ١٧: ٣٣ - ٤٤.

Savelkoul, M., De Witte, LP., Vander Borne, B. & Vanden Tempel, H. (٢٠٠١). Effects of coping intervention on patients with

- rheumatic diseases :Results of a randomized controlled trial. *Arthritis & rheumatism*, ٤٥(١): ٦٩- Scharloo et al ١٩٩٩)
- ٧٥- Sharpe, L., Sensky, T., Timber, Lake, N., Ryan, B., Brewin, CR. & Allard, S. (٢٠٠١). Ablind, randomized ,controlled trial of Cognitive-Behavioral intervention for patients with recent onset rheumatiod arthritis: preventing psechological and physical morbidity. *Pain*, ٨٩: ٢٧٥ - ٢٨٣.
- ٧٦- Sharpe, LT., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B. & Allard, S. (٢٠٠٣). Long term efficacy of a cognitive behavioural treatment recently diagnosed with rheumatoid arthritis . *Rheumatology*, ٤٢: ٤٣٥-٤٤١.
- ٧٧- Sinclair, VG. & Wallston, KA. (٢٠٠١). Predictors of improvement in a cognitive - behavioral intervention for women with rheumatiod arthritis. *Ann Behav Med*, ٢٣: ٢٩١ - ٢٩٧.
- ٧٨- Sinclair, VG., Wallstøn, KA., Dwyer, KA., Blackburn, DS. & Fuchs, H. (١٩٩٨). Effects of a cognitive-behavioral intervention for women with rheumatoid arthritis. *Res. Nurs. Health*, ٢١(٤): ٣١٥-٢٦.
- ٧٩- Smith, CA. & Wallston, KA. (١٩٩٢). Adapation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model . *Health Psychology*, ١١: ١٥١-١٦٢.
- ٨٠- Smith, CA., Wallston, KA., Dwyer, KA. & Dowdy, SW. (١٩٩٧). Beyond good and bad coping: a

multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Ann Behav Med*, ١٩: ١١ - ٢١.

٨١- Smith, TW., Christensen, AJ., Peck, JR. & Ward, JR. (١٩٩٤). Cognitive Distortion ,Helplessness and depressed mood in rheumatoid Arthritis : A four - year longitudinal analysis. *Health psychology*, ١٣: ٢١٣ - ٢١٧.

٨٢- Stronk, J., Ashton, R. & Stewart ,A. (١٩٩٤). Chronic low back pain toward an integrated psychosocial model. *J. clin. consult. Psychological*, ٦٢: ١٠٥٨ - ١٠٦٣.

٨٣- Susan & Parker , ١٩٨٩

٨٤- Susan et al , ١٩٨٩

٨٥- Susan et al , ١٩٨٩

٨٦- Taal, E., Riemsma, RP., Brus, HI. & Seydel ER. (١٩٩٣). Group education for patients with rheumatoid arthritis. *Patient education counseling*, ٢٠: ١٧٧-١٨٧.

٨٧- Thompson, M. (١٩٩٠). Investigation into the reliability and validity of a multidimensional pain inventory in an oncology population. *Oncol Nurs Forum*, ١٧(Suppl. ٢): ١٦٠.

٨٨- Turk & Meichenbaum , ١٩٩٩

٨٩- Turk D C , ٢٠٠٢

٩٠- Turk D.C. (١٩٩٦)

Biopsychosocial perspective on chronic pain in :D. C. Turk and R. J.

Gatchel (EDS) Psychological approaches to pain management: Practitioners Hand book, New Yourk, Guiliord press.

٩١- Turk, DC. &Okifuji, A. (١٩٩٨). Directions in prescriptive chronic pain management based on diagnostic characteristics of the patient. APS BWL ٨: ٥ - ١١.

٩٢- Turk, DC. &Rudy, TE. (١٩٨٨). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients : integration of psychological assessment data. Journal of cosulting and clinical psychology, ٥٦: ٢٣٣-٢٣٨.

٩٣- Turk, DC. (١٩٩٠). Customizing treatment to chronic pain patients : who ,what ,and whay. Clin J Pain, ٢٥٥ - ٢٧٠.

٩٤- Van lankveld, W., Naring, G., Van't Pad Bosch &Van de Puttel. (١٩٩٩). Behavioral coping and physical functioning : the effect of adjusting the level of activity on observed dexterity. J rheumatol, ٢٦: ١٠٥٨ - ١٠٦٤.

٩٥- Van lankvld, Nang, G., Van't pad Bosch, P. &Van de puttl. (٢٠٠٠). The negative effect of decreasing the level of activity in coping with pain in rheumatiod arthritis : increase in psychological distress and disease impact. J Behav med, ٢٣: ٣٧٧ - ٣٩١.

٩٦- Watkin, KW., Shifrenk, Park, DC. &Morrell, RW. (١٩٩٩). Age ,pain and coping with rheumatiod arthritis. Pain, ٨٢: ٢١٧ - ٢٨.

٩٧-

White, KP. & Nielson, WR. (١٩٩٥). Cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: A followup assessment. *Journal of Rheumatology*, ٢٢: ٧١٧-٧٢١.

٩٨-

Young, LD. (١٩٩٢) psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of consulting and clinical psychology*, ٦٠(٤) ٦١٩ - ٦٢٧.

٩٩-

Young, LD., Bradley, LA. & Turner, RA. (١٩٩٥). Decreases in health care resource utilization in patients with rheumatoid arthritis following a cognitive behavioral intervention. *Biofeed back self Regul*, ٢٠(٣): ٢٥٩ - ٦٨.

Abstract

Efficacy of Cognitive-Behavior therapy in development coping skills for chronic pain related with Rheumatoid Arthritis.

Objective: This trail was performed to evaluate the efficacy of an adjunctive cognitive-behavioral treatment when compared with routine medical care in improvement coping skills, psychological symptoms and physical functions related to rheumatoid arthritis.

Desgin: A randomized clinical trials design.

Setting: The center of rheumatoid treatment, Abo Kourkas, El-Minia, Egypt.

Patients: Thirty patients with diagnosis of rheumatoid arthritis (age = ٣٤.٢٥ years, ٩٠% female, duration of disease ٨.٣٠ years) finished the study.

Intervention: Subjects received routine medical care. Cognitive-behavioral treatment subjects (n = ١٣) received individual cognitive-behavioral treatment sessions for twice per week for ٦ weeks included (educational rational, relaxation training, distraction techniques, activity pacing, pleasant activity, cognitive restructuring and maintenance plan).