



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique Et Populaire



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
ministère de l'enseignement supérieur et
de la recherche scientifique
جامعة باتنة - 1 - 1 - université Batna

faculté des sciences humaines et sociales
Department de psychologie et sciences
De l'éducation et d'orthophonie

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه ل.م.د في علم النفس

تخصص: علم نفس الصحة الإكلينيكي

إشراف الأستاذ الدكتور:

إعداد الطالبة الباحثة:

يوسف حدوان

باهية فالق

الصفة	الجامعة	الدرجة العلمية	الاسم واللقب
رئيساً	جامعة باتنة - 1	أستاذ	جبالى نور الدين
مشرفاً ومقرباً	جامعة باتنة - 1	أستاذ	يوسف حدوان
عضواً	جامعة باتنة - 1	أستاذ	مزوز بركو
عضواً	جامعة بسكرة	أستاذ	جابر نصر الدين
عضواً	جامعة سطيف - 2	أستاذ محاضر - أ	عليوة سمية

السنة الجامعية: 2020/2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

الشكر والحمد لله عز وجل على نعمة العلم والتبصر، والحمد لله على أن جعلنا من أمة أفضل خلقه محمد عليه أفضل الصلاة والسلام وعلى آله وصحبه أجمعين.

الشكر أجزله للأستاذ الدكتور يوسف عدوان لما أبداه من صبر في المتابعة والإشراف على كل شاردة وواردة، حتى رأى البحث النور فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان إلى كل من أسدى لي النصيح والمشورة والدعم المعنوي حتى أأكمل هذا البحث

الشكر موصول لمن كانوا سببا ودعما لهذا البحث "مرضى السرطان"

فلهم مني جزيل الشكر وجميل الثناء

موجز الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تصميم خطة علاجية معتمدة على النموذج المعرفي لأرون بيك من أجل إدارة الألم لدى مرضى السرطان. اختارت الباحثة منهج الحالة المفردة وفق التصميم (أ-ب) لقياس السلاسل الزمنية، باعتباره من المناهج التجريبية الإكلينيكية التي تدرس الظواهر من بداية الأعراض إلى مرحلة العلاج.

تم تطبيق خطة العلاج بشكل فردي على مشاركتين مصابتين بمرض السرطان، ويعانيان من آلام مزمنة. معتمدة في ذلك على أدوات تم اختيارها وفقا لمتطلبات الدراسة. وتمثلت في مقياس درجة الألم والنشاط، والصيغة المعرفية لمشاركين الدراسة. وتم تفرغ البيانات بالاستعانة بنظام **spss 25**، والمتمثلة في الارتباط الذاتي والجزئي، تحليل التباين الأحادي، وتحليل الانحدار البسيط في السلاسل الزمنية. كما تم حساب الدلالة الإكلينيكية، والدلالة العملية لحجم الأثر.

وقد أسفرت نتائج الدراسة على أنه كلما تم تعريض المشاركين في الدراسة إلى الخطة العلاجية المعتمدة أدى هذا إلى انخفاض درجات الألم، وتم تأكيدها من خلال حساب الدلالة الإكلينيكية وكذا الارتباط الذاتي لسلاسل الزمنية. كما تم التوصل إلى أن للخطة العلاجية المعتمدة أثر على درجات الألم وهذا باختلاف العمليات التي تتضمنها، وتم إثباتها من خلال تحليل التباين الأحادي وتحويلة اللوغاريتمية لسلاسل الزمنية فتم إيجاد أن للعمليات المعرفية دور في إدارة الألم لدى المشاركين والتي تتمثل في إعادة تفسير أحاسيس الألم، تقنية تشتيت و صرف الانتباه، والتعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، المراقبة الذاتية.

وفي الأخير أظهرت نتائج الانحدار البسيط أنه كلما تم خضوع المشاركين في الدراسة للخطة العلاجية ولمدة زمنية طويلة كلما أدى هذا إلى انخفاض درجات الألم. أيضا من خلال حساب الدلالة العملية لحجم الأثر تم الوصول إلى أن الخطة العلاجية المعرفية المقترحة أدت إلى تحسن متوسط لدى المشاركين في الدراسة.

الكلمات المفتاحية: خطة علاجية معرفية، إدارة الألم، السرطان.

Abstract:

This study aimed to design a treatment plan relying on **Aaron Beck's** cognitive model of pain management of cancer patients. The study used the single case method of **(A-B)** design to measure time series, since it is one of the experimental clinical methods that study phenomena from the emergence of symptoms until recovery. The treatment plan has been applied individually on two participants diagnosed with cancer and suffering from chronic pain. For data collection we used the Pain and Activity Scale, along with Cognitive Formulation of the study participants. The study data was analyzed using Autocorrelation, partial one-way analysis of variance, and simple regression analysis in time series using **SPSS25**.

The clinical and practical significances of the impact had been calculated as well. Evidences showed that the treatment plan had a significant impact on the pain levels of participants. This has been confirmed using the clinical significance and the auto-correlation of time series. Furthermore, the treatment plan affected the pain levels using cognitive techniques such as interpreting pain sensation, distraction techniques, eliciting automatic thoughts, and self-monitoring. This has been proved using one-way analysis of variance and turning logarithmic into time series, which found that cognitive techniques had a role in pain management in participants.

To conclude, it was proven that treatment plan is associated with lower levels of pain, and moderate improvement of the participants.

Keywords: cognitive treatment plan, pain management, cancer.

الصفحة	الموضوع
	<ul style="list-style-type: none"> - شكر وتقدير - موجز الدراسة باللغة العربية - موجز الدراسة باللغة الانجليزية - قائمة المحتويات - قائمة الجداول - قائمة الأشكال
الجانب النظري	
28-1	مدخل عام
1	- مقدمة
09	- الإشكالية
17	- الدراسات السابقة
28	- الفرضيات
63-29	فحص وعلاج إدارة الألم المزمن
30	- فحص الألم المزمن
37	- القضايا الإكلينيكية في إدارة الألم
39	- العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم المزمن
47	- النماذج والنظريات النفسية لتفسير نشوء واستمرار الآلام المزمنة
55	- المناحي النفسية لإدارة الألم المزمن
58	-العلاج الدوائي والعلاج النفسي للألم المزمن

95-64	التدخلات المعرفية في معالجة الأمراض العضوية
65	- الأسس النظرية للعلاج المعرفي عند أرون بيك
70	- تطبيقات العلاج المعرفي في إدارة الأمراض العضوية
74	- قضايا العلاج المعرفي لدى المصابين بمرض السرطان
84	- جودة الحياة المحسنة نوعيا ومعدل البقيا لدى المصابين بالسرطان
88	- الرعاية النفسية الاجتماعية التلطيفية لمرضى السرطان
119-96	ضوابط تصميم خطة علاجية معرفية لإدارة الألم
97	- الأساس النظري للمعتمد في تصميم الخطة العلاجية
99	- خطوات العلاج المعرفي عند أرون بيك في تصميم الخطة العلاجية
108	- المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي عند أرون بيك
110	- الأساليب والتقنيات العلاجية في العلاج المعرفي عند أرون بيك
الجانب الميداني	
148-120	إجراءات الدراسة الميدانية
121	- حدود الدراسة
121	- قصور الدراسة
122	-الصياغة الإجرائية
123	- منهج الدراسة
124	- التصميم التجريبي
125	- حالات الدراسة
126	- أدوات الدراسة
128	- الخطوات الإجرائية لتطبيق الخطة العلاجية المقترحة
143	- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

فهرس المحتويات

222-149	عرض نتائج الدراسة
150	- عرض نتائج للحالة الأولى
184	- عرض نتائج للحالة الثانية
247-223	تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
224	- تفسير نتائج الدراسة
235	- مناقشة عامة
245	- خاتمة
249	- قائمة المراجع
270	- ملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
21	ملخص الدراسات السابقة	01
22	عرض الدراسات السابقة	02
24	معامل الأثر الخاص بنتائج الدراسات السابقة بدلالة الألم	03
105	نموذج BASIC ID(EA) لازاروس 1977 Lazarus	04
126	خصائص حالات الدراسة	05
127	صياغة معرفية عن الحالة	06
131	بروتوكول الخطة العلاجية المقترحة	07
132	الأساليب والفنيات العلاجية	08
154	صياغة معرفية للحالة (ف،ز)	09
154	مواقف الإحساس بالألم (ف،ز)	10
155	شبكة التحليل الوظيفي لمشكلة الحالة (ف،ز)	11
161	سجل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية للحالة (ف،ز)	12
162	تقنية الأعمدة الثلاثة للحالة (ف،ز)	13
164	تقنية المراقبة الذاتية للألم لدى الحالة (ف،ز)	14
167	الأنشطة اليومية السارة للحالة (ف،ز)	15
169	أهداف الخطة العلاجية ومدى تحقيقها للحالة (ف،ز)	16
171	بيانات سلسلة زمنية لعلاج حالة الألم (ف،ز)	17
173	نتائج الدلالة الاكلينيكية للحالة (ف،ز)	18
174	الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ف،ز)	19
176	الارتباط الذاتي بالنسبة لدرجات (ف،ز)	20
178	الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ف،ز)	21
179	الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة لدرجات (ف،ز)	22
181	تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في إجابات الحالة (ف،ز)	23

فهرس الجداول

	طبعا لاختلاف الدرجات	
182	معامل التحديد (ف،ز)	24
183	تحليل تباين الانحدار البسيط (ف،ز)	25
183	نتائج الانحدار الخطي البسيط (ف،ز)	26
188	صياغة معرفية للحالة (ل،ر)	27
189	شبكة التحليل الوظيفي لمشكلة الحالة (ل،ر)	28
197	سجل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية للحالة (ل،ر)	29
198	تقنية الأعمدة الثلاثة للحالة (ل،ر)	30
200	تقنية المراقبة الذاتية للألم لدى الحالة (ل،ر)	31
204	الأنشطة اليومية السارة للحالة (ل،ر)	32
205	قائمة الأنشطة الحالة (ل،ر) لإدارة آلام السرطان	33
207	أهداف الخطة العلاجية ومدى تحقيقها للحالة (ل،ر)	34
209	بيانات سلسلة زمنية لعلاج حالة الألم (ل،ر)	35
210	نتائج الدلالة الاكلينيكية للحالة (ل،ر)	36
211	الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ل،ر)	37
213	الارتباط الذاتي بالنسبة لدرجات (ل،ر)	38
215	الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ل،ر)	39
216	الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة لدرجات (ل،ر)	40
218	تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في إجابات الحالة (ل،ر) طبعا لاختلاف الدرجات	41
219	معامل التحديد (ل،ر)	42
220	تحليل تباين الانحدار البسيط (ل،ر)	43
220	نتائج الانحدار الخطي البسيط (ل،ر)	44

فهرس الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
01	التمثيل البياني لنتائج الدراسات السابقة	27
02	مخطط نظرية بوابة التحكم في الألم	48
03	النموذج المعرفي السلوكي المعدل للألم المزمن	53
04	نموذج عدم القدرة على التحكم ليفشر Fisher 1988	78
05	نموذج استراتيجيات المواجهة لتيמושوك Temeshock 1990	79
06	نموذج الانفعالات لكونرادا Contrada 1990	81
07	النموذج المعرفي عند أرون بيك	98
08	توجيه صياغة الحالة للعلاج المعرفي والسلوكي ودورها في العملية العلاجية	102
09	مقياس درجة الألم والنشاط	128
10	مخطط مراحل الخطة العلاجية وفق نموذج أرون بيك	134
11	القائمة المتدرجة للحالة (ف،ز)	166
12	نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ف،ز)	175
13	نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات (ف،ز)	177
14	نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ف،ز)	179
15	نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات (ف،ز)	180
16	سلسلة زمنية لعمليات الخطة العلاجية (ف،ز)	182
17	القائمة المتدرجة للحالة (ل،ر)	202
18	نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ل،ر)	212
19	نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات (ل،ر)	214
20	نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ل،ر)	216
21	نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات (ل،ر)	217
22	سلسلة زمنية لعمليات الخطة العلاجية (ل،ر)	219

مدخل عام

- مقدمة

1- الإشكالية

2 - الفرضيات

3 - الدراسات السابقة

- مقدمة:

اتجه اهتمام الباحثين في مجال علم نفس الصحة إلى تطوير ودراسة العمليات النفسية والمعرفية والسلوكية في الصحة والمرض والرعاية الصحية وفهمها وعلاجها، كما أنهم تناولوا العديد من طرائق التشخيص والوقاية والعلاج من الأمراض النفسية والجسدية، مستخدمين عدة تقنيات للشفاء من أعراض المرض (العاسمي، 2001، ص56).

فمن أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية هي الأمراض المزمنة والمستعصية على الشفاء. فظهور هذه الأمراض أدى إلى انتشارها بشكل واسع يلفت الانتباه إلى العوامل الكامنة وراء ظهوره، ومن بين هذه العوامل النفسية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية، والتي تلعب دوراً مهماً في ظهور هذه الأمراض، وكذا في كيفية علاجها.

فبالأمراض المزمنة لا تمثل مشكلة طبية فحسب، بل تؤدي إلى مشكلات نفسية واجتماعية تختلف من حيث درجة خطورتها على الفرد المصاب من الناحية الجسمية، حيث إن حدوث الإصابة يؤدي إلى شعوره بالألم من جراء الإصابة أو المرض. (Brennan, 2001, p:18).

يعد المرض بشكل عام ومرض السرطان بشكل خاص أكبر سبب للوفيات في العالم، والتي أخذت تنتشر بشكل كبير نتيجة التغيير الاجتماعي، وعولمة السلوك، وأسلوب المعيشة. ولطالما ارتبطت هذه الأمراض بنوعية الحياة ونمط المعيشة وبالسلوك الصحي. (معمرية، 2007، ص130).

فالكثير من البحوث والدراسات البحثية والنفسية والاجتماعية الهادفة تخضع لمعرفة أسبابه والعوامل المؤثرة به، من أجل تطوير تدخلات للدعم النفسي والاجتماعي للمريض وعائلته، وإعداد خطط علاجية لتدبير آثاره، وكيفية التعامل معه من مختلف الجوانب والأبعاد، والتي تعتبر الآلام المزمنة واحدة من هذه الجوانب حيث يؤثر هذا الأخير على مختلف الأبعاد النفسية والصحية والاجتماعية.

فتجربة الألم من أقصى الخبرات الإنسانية، والتي تترك آثارا لدى المرضى، فعلاج الألم المزمن والمرض لا يقتصر فقط على المعالجة الطبية بل إن للعلاجات النفسية دور كبير في تحقيق معاناة المرضى من خلال الجلسات العلاجية النفسية والتي يعتبر لها دور فعال وأثر في إدارة آلام مرضى السرطان.

وهذا ما أدى إلى تطوير عدة نماذج، والتي من بينها النموذج البيونفسي اجتماعي. حيث في البداية كان هذا النموذج يقتصر على الجانب الطبي فقط، وفسروا العلماء على أن الألم عبارة عن خبرة حسية تعتمد بشكل أساسي على درجة التضرر الناتج عن النسيج، أو درجة موضع المرض.

فالأشخاص الذين يعانون من ورم سرطاني والذي يمكن أن يؤدي إزالته إلى إزالة الألم؛ إلا أن الأفراد يبقون يشكون من الآلام رغم إزالة الورم. وهذا ما يبين قصور النموذج. مما أدى بالعلماء إلى تطويره من خلال الاهتمام بالعوامل النفسية، والانفعالية للمريض.

وفي هذا السياق طورت العديد من النماذج لتفسير الآلام المزمنة، واعتباره مفهوما متعدد الأبعاد، ويشتمل على عدة محاور معرفية، وانفعالية، وسلوكية. وهذا ما أدى إلى تغيير نظرة الأخصائيين عند دراسة الألم المزمن. وركزوا في أبحاثهم على دور هذه النواحي والتي من بينها الأفكار والمعتقدات في التأثير على خبرة الألم.

وقد اتجه علماء النفس والعاملون في مجال الرعاية الصحية للألم المزمن منذ ظهور هذه النماذج إلى تطوير أساليب تقييمية وعلاجية متنوعة تستند إلى هذه النماذج في النظر إلى الألم باعتباره خبرة متعددة الأبعاد، لا تعتمد على الجوانب الحسية فقط، وأجريت أبحاث كثيرة تناولت التأثيرات المتعددة للألم على الجوانب الحسية والنفسية والاجتماعية للمرضى. (حسانين، 13، ص2007).

وفي هذا الصدد أجريت العديد من الدراسات التجريبية والإكلينيكية منها دراسة **Mark 2010** التي بحثت في المناهج العلاجية للألم، وتوصلت إلى أن العلاج النفسي في

إدارة الألم من أفضل العلاجات. وكما أكدت دراسة **كيفي وآخريين 2001 Keefe & al** أن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة لديهم مستويات عالية من المشكلات الانفعالية، وأن نسبة الشفاء من هذه الأمراض الجسدية تزداد كلما ارتفعت معنويات المريض. وتحسنت حالته النفسية حتى في حالة الأمراض الخطيرة. (أبو شمالة، 2018، ص 04). ودراسة **ملاني ولوفال (2005) Melanie & Lovell** والتي هدفت للكشف عن فعالية تعليم المريض في تحسين إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وذلك باستخدام الطرق والأساليب التي تركز على رعاية المريض، والإدارة الذاتية والتدريب على الاستراتيجيات الفعالة لإدارة الألم، وأشارت النتائج إلى أن الاستراتيجيات المثلى تلك الاحتياجات الفردية للمريض وهي جزء لا يتجزأ من تمكين المريض وأن تثقيف المريض فعال في الحد من آلام السرطان وينبغي أن يكون الأسلوب السائد في جميع الظروف لأفضل النتائج. (Melanie & Lovell, 2005).

لذا فالعلاج النفسي فعالية كبيرة في إدارة الألم. فالتدخلات الذاتية تعمل على زيادة الإدارة ما يؤدي إلى تغييرها معرفياً وسلوكياً على مستوى الألم والمرض. وتؤهل المرضى على أن يكونوا ناشطين في إدارة مرضهم، والتعامل مع الآلام والمرض في جميع مراحل حياتهم النفسية الهادفة.

وقد استخدمت هذه الدراسة إحدى هذه العلاجات والمتمثل في العلاج المعرفي كتدخل علاجي قائم على أسس ومبادئ النظرية المعرفية عند **أرون بيك** لإدارة الآلام المزمنة التي يعيشها المرضى جراء مرض السرطان وباعتبار أن الخطة العلاجية تهدف إلى تدريب وتعليم مرضى آلام السرطان وإمدادهم بالفنيات والأساليب المعرفية الصحيحة من خلال الكشف عن الأفكار التلقائية السلبية وتعديلها حتى يتمكن مرضى آلام السرطان من إدارة آلامهم.

يعتبر العلاج المعرفي بشكل عام من بين العلاجات النفسية الرائدة فهو يقوم على حقيقة مؤداها أن لكل فرد منا أفكار وتوقعات ومعاني وافتراضات عن الذات وعن الآخر، وعن العالم المحيط به، فهو الذي يوجه سلوك المريض ويحدد انفعالاته فالمعالج يسعى لمساعدة المريض

على أن يصبح أكثر وعياً وسيطرة لأنماط التفكير حول الألم المتعلق بمرض السرطان. (بلان، 2015).

ينظر العلاج المعرفي إلى المشكلات على أنها نابعة من عمليات التفكير الخاطئ مما يجعل الاستنتاجات غير صحيحة، وعدم القدرة على التمييز بين الخيال والواقع (corey،2012).

وفي هذا الإطار، فالعلاج المعرفي للألم المزمن يركز على أفكار المريض حول الألم، والذي يهدف إلى تعديل الإدراك الذي يمكن أن يكون متفاقماً لخبرة ألمهم. وتتضمن التقنيات المستخدمة في ذلك تحويل الانتباه (أي تشجيع المريض على عدم التركيز على الألم)، واستخدام الصور (أي تشجيع المريض على أن يكون إيجابياً ولديه أفكار سارة)، وتعديل الأفكار التلقائية عن طريق الأسئلة السقراطية، والتي تتحدى المريض كمحاولة لفهم أفكاره. (العاسمي،2016،ص331).

وتأسيساً على ما سبق ذكره، أجريت في هذا الصدد العديد من الدراسات لتقييم فعالية العلاج المعرفي للألم المزمن، بعضها كانت دراسات معلمية، أما الآخر منها فكانت دراسات إكلينيكية. ولقد أثبتت فعالية العلاج المعرفي في تحسين القدرة على تحمل الألم (إجراءات إثارة مستقبلات الألم) حسب العالمان **فارتنداز وتيرك 1989 Fernandez & Turk**، وأما بالنسبة للدراسات الإكلينيكية، فقد أشار كل من **2002 Morliy 1999,Astin & al** و**2002 Mocracken & Turk** أن مختلف المراجعات لهذه الدراسات بينت فعالية العلاج في تحسين الألم والوظائف الاجتماعية، وتقليل التقديرات السلبية وتحسين الوظائف اليومية بالنسبة للألم المزمن. (حسانين،2007،ص150).

وعلى الصعيد العربي أشارت النتائج التي أجريت في هذا المجال إلى فعالية العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي في تحسين التعامل مع الألم المزمن وتحسين الوظائف النفسية والاجتماعية للمرضى. (محمود،2004،ص93). ولم تجد الباحثة -في حدود عملها-

دراسات علاجية استخدمت خطأ علاجية معرفية في البيئة الجزائرية وهذا ما دفعها إلى البحث في هذا الموضوع والاتفات إلى الجوانب المعرفية لمرضى السرطان. والذين يعانون من الآلام المزمنة المتكررة من أجل مساعدتهم على إدارة آلامهم والسيطرة عليها من خلال اتباع أساليب واستراتيجيات معرفية، استنادا إلى النموذج المعرفي عند أرون بيك والذي يقدمه في طريقته العلاجية من خلال تغيير الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات الخاطئة لدى الفرد الناتجة عن ردود أفعاله تجاه الأحداث المزعجة.

تشتمل الدراسة على جملة من الدوافع والأسباب تشاكلت لاختيار هذا الموضوع. فكان الاختيار وليد أسباب ذاتية وأخرى موضوعية تتمثل في:

-حادثة هذا الموضوع، خاصة وأن العلاج المعرفي عند أرون بيك لم يدرس سابقا في معالجة الأمراض العضوية - على حد علم الباحثة- وهذا يشكل دافعا ومبررا للبحث.

- معرفة معتقدات المريض وأفكاره تجاه مرضه وكيفية إدارة آلامه وهذا يسمح باقتراح علاج نفسي لهذه الفئة.

- قلة الدراسات والبحوث التي اهتمت بالمقاربة المعرفية عند أرون بيك ودورها في إدارة الآلام حسب مجال إطلاع الباحثة.

- إن دراسة آلام مرضى السرطان - في نظر الباحثة - ذات فائدة لموضوع البحث، وهذا من أجل اقتراح خطة علاجية معرفية مستمدة من النظرية المعرفية لبيك، والتوصل إلى مؤشرات جديدة لإدارة الألم.

- يعد العلاج المعرفي واحدا من أهم العلاجات النفسية التي تؤدي إلى زيادة فعالية الأشخاص من خلال تطبيق تقنيات وأساليب العلاج لإدارة آلامهم مقارنة بالعلاجات الطبية والجراحية.

- بحكم عمل الباحثة في مجال القطاع الصحي، ومعايشتها لمعاناة المرضى. استطاعت أن تلمس عدم تدارك المريض لتقنيات وأساليب التعامل الصحيح مع مرضه، وكذلك حاجاته إلى الاهتمام والدعم النفسي أكثر من العلاج الدوائي.

تكمُن أهمية هذه الدراسة في الموضوع المتناول، وهذا ما دفع الباحثة إلى طريقه؛ حيث إنها تسعى إلى دراسة فعالية خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان. لتبرز الأهمية والتي ترجع إلى أن العلاج المعرفي عند أرون بيك خيار علاجي يمكن الاعتماد عليه في علاج الكثير من الأمراض العضوية.

كما تبرز الأهمية أيضا في دراسة اضطراب الآلام المزمنة، والذي يعد من أهم الاضطرابات الأكثر انتشارا لدى مرضى الأمراض العضوية وخاصة مرضى السرطان. وذا تأثيرات سلبية على مختلف مجالات الحياة. فهو متغير متعدد الأبعاد له أهمية كبيرة في المجال العلمي والعملية. وبالتالي فللدراسة الحالية أهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو من الناحية التطبيقية.

تتجلى أهمية الدراسة الحالية من الناحية العلمية في حداثة الموضوع من جهة، وندرة الدراسات العربية والأجنبية من جهة أخرى، والتي تتناولها من وجهة العلاج المعرفي فقط -في حدود ما اطلعت عليه الباحثة-. فقد جاء تناول موضوع إدارة الألم مقترنا دائما بالعلاج المعرفي السلوكي. فجاءت هذه الدراسة لإلقاء الضوء وإثراء الجانب النظري بأهم التقنيات المعرفية التي تساعد المريض على إدراك آلامه وإدارته من خلال الاعتماد على نوع من أنواع العلاجات النفسية، ألا وهو العلاج المعرفي المستند إلى النظرية المعرفية عند أرون بيك. كما ترصد أيضا المفاهيم المعرفية من أجل فهم المعتقدات المعرفية للمريض من جهة وكيفية إدارة آلامه بتأثير تلك المعتقدات، والبحث عن الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية ومدى تأثيرها على انفعالاتهم وسلوكياتهم. ولهذا فأهمية البحث تفيد في الكشف عن بعض الأفكار

الأوتوماتيكية والتي تتدخل في إدارة الألم واختبار أساليب وفنيات العلاج المعرفي عند أرون بيك.

كما تتضح أهمية الدراسة في محتوى الخطة العلاجية الخاصة بإدارة الألم، وما تقدمه من معرفة نوعية متعددة المكونات لمرضى السرطان من خلال التدريب على تقنيات العلاج وتطوير مهارات إدارة الألم.

أما أهمية الدراسة في جانبها التطبيقي فتكمن في أنها تقوم على تطبيق خطة علاجية تتم من خلال عدة جلسات نفسية، وكل جلسة لها أهدافها التفصيلية ومحتوى خاص بها، تشمل كل مكون من مكونات العلاج (المعرفي، والانفعالي، والسلوكي، والاجتماعي)، والتي تصب جميعها حول هدف عام واحد وهو كيفية إدارة الألم لدى مرضى السرطان من خلال إعادة السيطرة على جوانب حياته، وتنمية استراتيجياته الموجهة والقدرة على تحمل الألم، وكيفية إدارته من خلال التخلص من الأفكار الأوتوماتيكية السلبية.

أما عمليا فللموضوع أهمية في تقديم خدمات ومساعدات نفسية يمكن أن تسهم في التخفيف من معاناة المريض، والتقليل من حدة أعراض الآلام لدى أفراد الدراسة وتعديل طرائق تفكيرهم وبنيتهم المعرفية.

وهدفنا من خلال هذه الدراسة هو تقديم خطة علاجية مستندة إلى العلاج المعرفي عند أرون بيك لإدارة الآلام المزمنة والتخفيف من معاناة المرضى، وصراعهم مع المرض من خلال تدريبهم وتعلمهم لأساليب وفنيات تساعدهم على إدارة الألم. كما تفيد هذه الدراسة في تطبيق العلاج النفسي متزامنا مع العلاج الدوائي في تطبيق بعض الاستراتيجيات النفسية كإعادة البناء المعرفي وأساليب التشثيت والإلهاء، وغيرها من فنيات العلاج المعرفي التي تسهم في تخفيف المعاناة وشفاء المرضى بشكل أسرع.

وبما أن الدراسة التي تناولناها تدور حول اقتراح خطة علاجية فقد اخترنا منهج الحالة المفردة وفق التصميم لسلاسل الزمنية (أ-ب). باعتباره من المناهج التي تدرس الظواهر

والحالات الفردية بهدف تشخيصها، وذلك من خلال الاستعانة بمجموعة من الأدوات للحصول على العوامل التي سببت الحالة، وبالتالي الوصول إلى نتائج ومعالجات دقيقة.

وقد شملت عينة الدراسة مشاركتين مصابتين بمرض السرطان، ويعانيان من آلام مزمنة، وتم التطبيق على الحالتين خطة علاجية معرفية بشكل فردي من خلال تصميم الجلسات العلاجية وكذا تطبيق مقياس درجة الألم والنشاط لمعرفة درجة الألم لديهم. حيث أظهرت نتائج الدراسة أن المشاركين في الدراسة كلما تم تعريضهم لتطبيق الخطة العلاجية المعرفية المقترحة، كلما أدى هذا إلى انخفاض درجات الألم لديهم، وأن للعمليات المعرفية دورا كبيرا في إدارة الألم لدى المشاركين والتعود عليه.

ومن عوامل القوة للدراسة الحالية أنها تفتح آفاق للباحثين الذين لهم ميولا في هذا المجال، فتعتبر هذه الدراسة نواة لدراسات لاحقة حول الموضوع من خلال البحث عن فعالية العلاج النفسي انطلاقا من مكوناته الثلاثة: الفعالية **Efficacy**، النجاعة **Efficiency**، التأثير **Effectiveness**. والاستعانة بأدوات إحصائية أكثر تطورا كالأسلوب الإحصائي للأوزان المتعدد **Multidimensional Scaling**، وتحليل التجمعات **Cluster Analysis**.

وعلى الرغم من النتائج التي توصلت إليها الباحثة في هذه الدراسة والتي كانت مؤيدة لبعض الدراسات السابقة رغم اختلاف المنهج والأدوات الإحصائية؛ إلا أن أغلبية الدراسات أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التغلب على الألم لدى مرضى السرطان. ولابد من التأكيد على أن الدراسة الحالية تضمنت بعض النقائص والتي من بينها قلة الدراسات السابقة التي لها علاقة بالعلاج المعرفي عند أرون بيك، والمنهج والأسلوب الإحصائي المعتمدان في الدراسة.

وبهذا يكون لنتائج الدراسة الحالية أهمية في كونها إضافة إلى الدراسات السابقة باعتمادها على النموذج المعرفي عند أرون بيك والاستعانة بأهم تقنياته في إدارة الألم لدى مرضى

السرطان. فمثل هذه الدراسات تؤكد على أهمية العناية بمختلف الجوانب النفسية لتحسين جودة حياة المرضى وزيادة فعاليتهم الذاتية من خلال تطوير أساليب وتقنيات تساعدهم على إدارة أهمهم والتعود عليها. كما تفيد العاملين في المجال الصحي بصفة عامة، والمختصين في علم الأورام خاصة، الاستفادة من العلاجات النفسية وتطويرها من خلال إجراء بحوث تجريبية والتوعية بإدارة الألم في المراكز والمستشفيات، وإنشاء مركز للرعاية التلطيفية وإدارة الألم.

1- الإشكالية:

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات، حيث أصبحت الأمراض المزمنة والمستعصية حالياً تستحوذ على اهتمام الدراسات والأبحاث باحتلالها الصدارة ضمن الأسباب الرئيسية للعجز والوفاة. ومن أكثر الأمراض التي تهدد الحياة أهمية والتي يقع السرطان على رأس قائمتها. فهو يعتبر من الأمراض التي تعيق حياة الأفراد حيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر نتيجة لذلك.

فمرض السرطان يعد أحد العوامل التي تهدد الفرد كونه مرضاً من الأمراض الخطيرة والمزمنة، وكونه عاملاً مسبباً لاضطرابات عديدة في حال عدم التصدي لها ومواجهتها. وذلك بسبب الضغط الناتج عن المرض وعلاجه نتيجة التغيرات الجسمية الحاصلة عن هذا العلاج. (لينا سليمان، 2016، ص 393).

وبما أن مرض السرطان هو السبب الثاني للوفاة عالمياً بعد أمراض القلب. حيث يصاب أكثر من 14 مليون شخص بالسرطان سنوياً، ويتوقع أن يصل هذا الرقم إلى أكثر من 21 مليوناً بحلول عام 2030، ويتسبب في وفاة نحو 8.8 مليون شخص سنوياً، وقدرت الوكالة الدولية لبحوث السرطان في عام 2018 ارتفاع مليون حالة وفاة عالمياً هناك ما يقدر بنحو 44 مليون شخص على قيد الحياة في غضون 5 سنوات من تشخيص المرضى ويسمى معدل البقاء على الحياة لخمس سنوات (WHO، 2019).

ولا شك أن مرض السرطان من الأمراض المستعصية والخطيرة التي يصعب علاجها، كما أنه يمكن أن يكون للإصابة به تأثيرات سلبية على المريض من حيث التغييرات الجسمية، والقدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين، والقدرة على القيام بالأعمال التي كان يقوم بها قبل المرض. (هاني عبد الحميد، 2015، ص472). وغير ذلك من التأثيرات النفسية والاجتماعية للإصابة بالسرطان.

يؤثر مرض السرطان على صحة الإنسان حيث يعتبر من الأمراض الشديدة الخطورة وما يعتريه من انتكاسات وعلاجات كيميائية وإشعاعية إلى غير ذلك من المشكلات النفسية والاجتماعية، كما يرتبط مرض السرطان أيضا بمعاناة جسدية ونفسية وحتى اجتماعية هامة، قد تتجم عن المرض في حد ذاته، حيث دلت نتائج دراسات منظمة الصحة العالمية إلى أن 75 % من أسباب مرض السرطان كمرض مزمن تعود إلى أسباب سلوكية، معرفية منها المعتقدات حول المرض والغذاء ونقص النشاط البدني، حيث يشكل هذا المرض عبئا كبيرا على المريض وأسرته من عدة جوانب .

فالآلام المزمنة إحدى هذه الجوانب وأكثرها إحاطة بالغموض، فهي التي تتحكم فيها مجموعة من العوامل والتي من بينها نوع الإصابة، مرحلة التطور الذي وصل إليها المرض إضافة إلى العوامل النفسية والتي تلعب دورا في التكيف مع المرض. (الزباد، 2000، ص 480) فالألم المزمن لا يؤثر على وظائف الجسم فحسب بل يؤثر على كل جوانب الحياة بالنسبة للمريض، حيث لا يتمكن المريض من القيام بالنشاطات الحياتية اليومية، ويواجه مشقات متعددة، وخاصة تقاوم مشكلات النوم، والأكل، والمشاكل النفسية والإدراكية الأمر الذي يصنع ضرورات معالجة الألم وتأثيراته البدنية والنفسية ضمن الأولويات المهمة في البرامج والخطط العلاجية (حسانين، 2013، ص ص83، 84).

وعلى هذا أصبح لعلماء النفس وأخصائيي الصحة مكانتهم المهمة في إدارة الألم ونتيجة لذلك بدأت الأساليب ذات البعد السيكولوجي تستخدم بشكل متزايد يوما بعد يوم، وتشمل هذه

الأساليب تقنيات متعددة منها التغذية الراجعة، الأساليب المعرفية التي تعتمد على تصحيح الأفكار التلقائية الخاطئة عند المريض.

وبالرغم من التقدم الهائل في علم الباثولوجي وعلم وظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية، والعقاقير الطبية، وكذلك التدخلات الجراحية يظل الألم وبالأخص المزمن منه مشكلة من المشكلات المهمة للعديد من الأمراض (حسانين، 2014، ص 235)، فآلية الألم في مرض السرطان معقدة فهي ترتبط بانضغاط الأعصاب وإفراط التنبيهات الألمية ذو التأثيرات الثانوية للأدوية، كما نجد انعكاسا مضاعفا وخطيرا للألم على حياة المريض. فعلى البعد الجسدي هناك تدهور في الأداء الوظيفي واضطراب في النوم، وعلى البعد النفسي يعاني المريض من القلق والاكتئاب والضغط النفسي والشعور بالعجز، وعلى البعد الاجتماعي هناك تدهور في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وهذا ما أكده كل من فيريل وكوهين وريمير 1991 Ferrel, Cohen, Rhymer (صقور وحسين، 2019، ص 18، ص 53).

وعليه يعد الألم المزمن مشكلة من المشكلات الطبية والاجتماعية التي تواجه المنظومة الصحية في أي مجتمع، حيث يؤثر بأبعاده الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية على جميع الأفراد باختلاف المستويات والمراحل العمرية، فالألم هو أحد الأعراض الأكثر شيوعا التي يتعرض لها مرضى السرطان. فهو يختلف من شخص إلى آخر، ويصعب تقييمه بطريقة موضوعية حسب استجابة الأفراد له.

ويأخذ الألم معنيين حقيقيين الأول نفسي، والآخر فيزيولوجي، ولا يمكن أن يكون المعنى النفسي حياديا أو تصاحبه مشاعر حيادية بل لابد أن تصاحبه حالة وجدانية إما سارة أو غير سارة، ويكتسب معنى خاصا بالنسبة للمريض (صديق، 1986، ص 22، ص 23)، بينما المعنى الفيزيولوجي يتجلى من خلال مستقبلات الألم في أجزاء الجسم، وعند تنشيط هذه المستقبلات بالضغط أو بسبب تضرر نسيج الجسم يبدأ رسالة وتنقل الرسالة من خلال الأعصاب إلى الحبل الشوكي، ثم إلى الدماغ، وعندما يقرأ الدماغ هذه الرسالة يشعر المريض بالألم. كما أن

الألم الناتج عن أذى جسدي معين يمكن أن يتفاوت إلى حد كبير بين شخص وآخر
(Brioche,Marlinou,2001,p18).

وفي هذا السياق أشارت دراسة **جونيللا Gunilla 2011** إلى أن الألم ليس تجربة جسدية فقط إنما تتضمن عوامل نفسية واجتماعية وثقافية. كذلك أشارت دراسة **الحوارني 2006**، إلى أن تقنيات علاج الألم قد تطورت فلم تعد تقتصر على الأدوية، بل صارت تشمل التمارين الرياضية، وتغيير التصرفات ونمط العيش كله، من أجل السيطرة عليه دون التعرض لأثار جانبية مضاعفة.

كما أشار كل من **كينيث وتوماس Kenneth & Thomas 2004** إلى أن الأطباء والأخصائيين تنبهوا إلى أهمية الاعتراف بالجوانب النفسية، كالانفعالات والخبرة الماضية، والانتباه والعمليات المعرفية للألم، في دراسة الألم الجسدي حيث إن المرضى كانوا يعانون أشد معاناة بسبب عدم إدراكهم لهذه القواعد والعلامات (Kenneth & Thomas,2004 ,
(p04

ولقد أظهرت دراسة **ناصر Nasr 1997** أن الألم المزمن مرتبط بالخوف والغضب نتيجة لخبرة، فالخوف والقلق الزائد يزيدان من الألم وهذا يؤدي إلى الشعور بالقلق، فصعوبة التنبؤ بالألم والخوف من الأمراض الخطيرة يجعلان المرضى قلقين (Nasr,1997 ,p 19) ويؤدي وجود الألم إلى تغيرات انفعالية فنجد اهتمام المريض مركزا على هل الشفاء ممكن أم لا؟
(Stannardetal,1998,p9)

ولهذا تطورت المعالجة الطبية وأحدثت مفهوما جديدا وهو مفهوم إدارة الألم **Pain Management** والذي يهدف إلى تسيير معاناة أصحاب الأمراض المزمنة، وتطوير جودة حياتهم من قبل فريق طبي متكامل.

وتؤكد إرشادات الممارسة السريرية لإدارة الألم في مرضى السرطان الصادرة عن جمعية الألم الأمريكية على الدور الذي يمكن أن تلعبه كل من الأساليب الدوائية والتدخلات النفسية في

تخفيف الألم ومن بين هذه التدخلات: التدريب على المهارات والتعليم، حيث تركز التدخلات القائمة على هذه المهارات على تغيير الطريقة التي يفسر بها المرضى الألم، أي التوقعات السلبية حول القدرة على تحمل الألم وإدارتها بشكل كاف، ويشير كل من **ايريسك وارفع Ersek & Iwing 2007** إلى أن مسؤوليات مقدمي الرعاية الصحية القضاء على الألم والمعاناة ما أمكنهم ذلك (أبو شمالة، 2018، ص 03).

لهذا فإن العلاجات الخاصة بإدارة الألم بكل أنواعها لا بد أن تتحد وتتكامل فيما بينها. فالعلاجات الدوائية ينبغي أن تسير جنباً إلى جنب مع العلاجات غير الدوائية كالعلاج النفسي في محاولة لدعم مسيرة العلاج نحو الشفاء الأمثل.

وفي هذا السياق تطورت نماذج كثيرة لتفسير مشكلة الألم المزمن باعتمادها وتفسيرها على دور العوامل النفسية في فهم المشكلة ومن بينها النموذج المعرفي وغيره من النماذج التي تنظر إلى الألم المزمن باعتباره مفهوماً متعدد الأبعاد يشمل على عوامل انفعالية، ومعرفية، وسلوكية، وطبية، ولقد أثرت هذه النظريات والنماذج على دراسة وعلاج الألم المزمن حيث انبثقت منها أساليب علاجية متنوعة والتي أثبتت الأبحاث العلمية مدى فعاليتها في تخفيف الألم وتقليل الأعراض المرتبطة به.

فالعلاج النفسي أحد أهم المناهج العلاجية في إدارة الألم وهذا يتفق مع دراسة **مارك Mark 2010** والتي بحثت في المناهج العلاجية للألم، وتوصلت إلى أن العلاج المعرفي في إدارة الألم هو من أنجع العلاجات. (شامخ، 2010، ص 90).

وتشير مجموعة متزايدة من الأدلة إلى أن العلاج المعرفي فعال في علاج الألم المزمن، ففي عام 1965 ابتكر العالم **ميلزك ووال Melzack & well** الإطار المعرفي الحديث للألم عندما اقترحوا نظرية بوابة التحكم في آلية الألم؛ فلقد اقترحوا أن المدخلات غير المؤلمة تغلق البوابة في الحبل الشوكي للمحفزات المؤلمة لذلك التحفيز عن طريق إدخال غير ضار قادر على قمع الإحساس بالألم.

في عام 1976 وسعت فورديس Fordyce الفرضية وتشمل السلوك المنطقي ونظرية التعلم في فهم الألم المزمن، كل هذه النظريات أدت إلى تطور واختيار بروتوكولات العلاج المعرفي للألم المزمن (Muhmmad Majeed,2017,p411).

والذي يعتبر من أكثر العلاجات التي نالت قدرا كبيرا في معالجة ودراسة الألم المزمن، فهو يعتمد على آليات وأدوات وفنيات معرفية تهدف إلى تعديل أفكار المريض ومعتقداته غير المنطقية التي يصاحبها خلل انفعالي من خلال اقتراح خطة علاجية معرفية لإدارة الألم تحيط بكل أبعاد المرض المختلفة.

حيث تشجع المرضى على إعادة فهم المشكلة أو تفسيرها من مشكلة صعبة إلى مشكلة يمكن إدارتها ، والأساس المنطقي هنا هو أن مشكلة الألم يجب أن تكون قابلة للتعديل لكي يكون للخطة العلاجية أثر فعال، كما يجب أن تتولد لدى المريض القناعة بأن بمقدوره تعلم المهارات الضرورية للتخفيف من الألم من خلال تشجيع الاستجابات المعرفية المعتمدة، ومن الضروري لإدارة الألم والعمل على التخفيف منه من خلال تقنيات العلاج المعرفي المستمد من نظرية بيك المعرفية، حيث يعد من العلاجات النفسية الحديثة.

ويتسم هذا المنحى العلاجي بأنه يتعامل مع الألم من خلال المكونات المعرفية للألم، وبالتالي تنوعت تقنياته العلاجية ومبادئه (تايلور، 2008، ص 609).

يتبين من خلال ما طرح سابقا أن جوهر نظرية العلاج المعرفي تشير إلى أن معرفة وفهم طبيعة المشكلة الانفعالية تتطلب التركيز على المحتوى المعرفي لردود الفعل تجاه الأحداث المزعجة أو انسياب أفكار الأفراد (Gerold,2011 ,p372)، والهدف من العلاج المعرفي عند أرون بيك في علاج الألم تعديل الإدراك الذي يمكن أن يكون متفاقما لخبرة ألمهم، وتتضمن التقنيات المستخدمة في ذلك تعديل الأفكار التلقائية، تشتت الانتباه والأخيلة، اكتساب المهارات الاجتماعية وتطبيقها (حسانين، دس، ص ص 176، 177).

وقد أشارت دراسات عديدة إلى فعالية استخدام الاستراتيجيات النفسية المعرفية كإعادة البناء المعرفي، الإلهاء، تقنيات التخيل، وغيرها في سرعة تماثل المريض للشفاء، كدراسة تشيرتسوفر وآخرون **Christophere & al** التي درست العلاجات النفسية في إدارة الألم المزمن (**Christophere & al,2009 ,p03**). وعلى هذا الأساس فإن العلاج المعرفي يهدف إلى تحديد وتعديل هذه الاعتقادات والاقتراحات السلبية، والتعريفات المعرفية والمخططات المختلة وظيفيا لدى المريض أي أنه يركز على تغيير جميع مستويات المعارف المختلة لدى الفرد (**عبد العظيم،2007،ص 174**).

فقيمت العديد من الدراسات والتحليلات البعدية فعالية العلاج المعرفي للألم المزمن، حيث توصلت دراسة **كوكوين 2012 Cockiane** إلى أن العلاج المعرفي مقارنة بظروف العلاج المعتادة أو شروط مراقبة قائمة الانتظار كان له أثر ذو دلالة إحصائية ولكنها صغيرة على الألم، خلال فترة العلاج من 6-12 شهرا من المتابعة على عينة قوامها 30 مريضا وعليه تم إثبات فعالية العلاج المعرفي في الحد من الألم والاضطراب وتداخل الألم في مختلف الأنشطة (**Dawn & Trara,2014,p154**).

يصف كل من **بيك، روش، شو وايمارجي 1979 Beck,Rush,Show & Emergy** العلاج المعرفي بأنه تناول عملي موجه ومحدود زمنيا ومنظم لمعالجة مجموعة من الاضطرابات والأمراض (**Beck & all,1979 ,p:03**) فأجريت دراسات عديدة لتقييم العلاج المعرفي للألم المزمن، بعض هذه الدراسات كانت دراسات معملية والآخر كان دراسات إكلينيكية.

إن الأساس النظري للأسلوب العلاجي عند "بيك" يرى بأنه لابد من معرفة المحتوى المعرفي للفرد من حيث ردة فعله اتجاه الأحداث المزعجة أو تدافع الأفكار في تفهم طبيعة الاضطرابات (**صالح نعيمة،2019،ص 601**).

فتظهر أهمية تطبيق العلاج المعرفي في إدارة الألم المزمن التي يعاني منها مرضى السرطان في فهم العلاقة بين الأفكار الآلية والمعتقدات المضمرة بالنظر بشكل موجز إلى مصطلح المخططات، حيث يقوم أسلوب "بيك" العلاجي على أسس نظرية فحواها أنه لا يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة، وقد أسماها الخرائط المعرفية وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد، وكيف يشعر وتعتبر الأحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستمدة من اعتقاداته وافتراساته المتضمنة في المخططات المعرفية، وبالتالي فإن الاضطرابات السلوكية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة مما يؤدي إلى تغييرات خاطئة لموقف المشكلة (شعبان أحمد، 2008، ص 70).

وعلى أساس ما سبق قدمت الباحثة تصميم خطة علاجية مقترحة تسعى إلى إدارة الألم في نطاق ما يعرف بالعلاج المعرفي عند أرون بيك بوصفه أهم العلاجات النفسية والذي يتطلب من المعالجين التدريب على تقنياته المعرفية. والتي تساعد مرضى آلام السرطان على إدارة الألم والتحكم فيه من خلال تحديد مسبباته والتعرف عليه. ومراقبته للأفكار الأوتوماتيكية التي تظهر كأنها منعكسات آلية لمضامين وموضوعات معينة والتي تؤدي إلى زملة من الأعراض، والتي بدورها تؤثر في سلوك المتعالج وعلى ردود أفعاله الانفعالية والجسمية والاجتماعية.

وهذا ما ارتأينا أن ندرسه في بحثنا هذا من خلال تصميم خطة علاجية معرفية مقترحة والمستندة إلى نظرية "أرون بيك" لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، ومن خلالها واستنادا إلى ما سبق طرحه يقودني إلى بلورة تساؤلات الدراسة في:

1- هل يزداد التحسن الملاحظ في انخفاض درجات الألم عند مرضى السرطان المشاركين في الدراسة مع تقديم العلاج بعد كل فترة تباطؤ زمني Lag ؟

2- إلى أي العمليات التي تتضمنها الخطة العلاجية المقترحة يعود الانخفاض في درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة أكثر؟

3- هل تتغير درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة كلما تكرر تعرضهم للخطة العلاجية المقترحة عبر الزمن؟

2- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع البرنامج والخطط العلاجية المعرفية السلوكية لإدارة الألم لدى مختلف الأمراض المزمنة وتناولته من زوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية. وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها مع تقديم تعليق عليها يتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية...وتود الباحثة أن تشير إلى أن الدراسات التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية بين 1986-2018 وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

وهذا وقد تم تصنيف هذه الدراسات حسب المتغيرات الرئيسية للدراسة وحسب كونها دراسات عربية وأجنبية وفيما يلي نقدم عرضاً لهذه الدراسات، ثم نبين جوانب الاتفاق والاختلاف بينها، ثم نوضح الفجوة العلمية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة وأخيراً جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية.

مدخل عام

عنوان الدراسة والباحث	السنة	اللغة	العينة	الأدوات	المنهج	النتائج
دراسة تيرنر وكلانسلي & Turmer Clancy: فعالية العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في إدارة الألم لدى مرضى آلام أسفل الظهر	1986	إنجليزية	مرضى آلام أسفل الظهر	-مقياس ماكجيل لتقدير الألم	المنهج التجريبي	- تحقيق العلاج المعرفي لنتائج أكثر فعالية من العلاج السلوكي لإدارة الألم من خلال تطبيق الأساليب والاستراتيجيات. - ارتداد المرضى إلى أوضاعهم الأولى بعد فترة زمنية تتراوح بين (9-18) شهرا من تلقي العلاج المعرفي والسلوكي.
دراسة كريستين وجاي Kristin & Cuy H: فعالية العلاج المعرفي السلوكي لإدارة الضغوط والآلام لدى مرضى سرطان الثدي (التحليل العاملي):	2006	إنجليزية	مرضى سرطان الثدي	-تقنيات العلاج المعرفي السلوكي -مقياس شدة الألم	المنهج التجريبي "مجموعة ضابطة وتجريبية"	* كشفت النتائج عن أحجام التأثير للشدة حيث بلغت قيمة $d=0.31$ عند مستوى دلالة 0.05 وللألم $d=0.49$ عند نفس مستوى الدلالة مما يشير إلى أن 62 و69 % من مرضى سرطان الثدي في مجموعات العلاج بتقنيات العلاج المعرفي السلوكي كانت لديهم شدة أقل وألم أقل (على التوالي) بالنسبة للمجموعات الضابطة.
دراسة أحمد حسنين أحمد محمد : مدى فعالية "برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل	2007	عربية	مرضى روماتويد المفاصل	-برنامج علاجي معرفي -مقياس استراتيجيات التغلب على الألم	منهج تجريبي "مجموعة ضابطة"	-فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما يتم إضافته إلى العلاج الطبي في تحسن أساليب التغلب،تقليل الألم.

مدخل عام

						<p>-مقياس القلق والاكنتاب</p> <p>-مقياس الشعور بالعجز</p> <p>-مقياس قاعدة الأبعاد المتعدد للألم</p>
دراسة صقور Sakkour: بعنوان مقارنة تجريبية للتعبير الشفوي عن الألم المزمن لدى مرضى السرطان: حالات مرضى سوريين وفرنسيين	2013	عربية	مرضى السرطان	-اختبار شدة الألم	منهج وصفي مقارنة	-وجود ترابط بين شدة الألم وانعكاساته على السلوكيات اليومية بأبعادها. - أظهرت النتائج أن التعابير الحسية والانفعالية المختارة من قبل المرضى السوريين لها مدلول وعمق لفظي أقوى من المستخدم من قبل المرضى الفرنسيين.
دراسة لينا أحمد خليفة: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر	2014	عربية	مرضى آلام أسفل الظهر	-مقياس شدة الألم الرقمي	منهج تجريبي "مجموعة ضابطة وتجريبية"	وجود فروق دالة في مستويات شدة الألم بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى لاستخدام البرنامج التدريبي ولصالح المجموعة التجريبية. - عدم وجود أثر لاستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في مستويات شدة الألم بين المجموعتين التجريبية والضابطة يعزى

مدخل عام

لتفاعل لمتغيري نوع المجموعة والجنس. - بينت النتائج إن متوسط مستوى شدة الألم أقل شدة لدى فئة (20-40) سنة في المجموعة التجريبية مما يدل على وجود فعالية أكبر للبرنامج على الفئة العمرية.					
- وتوصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد أي دليل لتحديد فعالية تقنيات العلاج المعرفي السلوكي للألم لدى أفراد العينة وهذا راجع لعدم وجود دراسات ومقالات خاصة بتقنيات العلاج لمرضى سرطان الرئة.	المنهج التجريبي	-تقنيات العلاج المعرفي السلوكي -مقياس الألم المتدرج	مرضى سرطان الرئة	إنجليزية	2015 - دراسة بوبين وكانكا & Yupin Kannika فعالية تقنيات العلاج المعرفي السلوكي للسيطرة على الألم لدى مرضى سرطان الرئة
-أظهر العلاج فعاليته وتأثيرا قويا وإحصائيا على شدة الألم مما يشير إلى أن العلاج قد تكون تقنياته فعالة لإعادة تأهيل الألم لدى المرضى.	المنهج التجريبي	-مقياس ماكجيل للألم -مقياس جودة الحياة	مرضى سرطان الثدي	إنجليزية	2016 دراسة Maja Johansen & al : فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية على الآلام ما بعد العلاج المتأخرة لدى النساء المعالجات لسرطان الثدي الأولي
- وجود ارتباط قوي وسلبى بين معتقدات وتصورات الألم بأبعادها المختلفة وحالتهم الانفعالية من جهة وشدة الآلام من جهة أخرى. - كما أشارت النتائج إلى أن المعتقدات	المنهج الوصفي	-مقياس معتقدات وتصورات الألم الخاطئة	مرضى السرطان	عربية	2017 دراسة ديمة حواط: العلاقة بين معتقدات الألم والحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب) لدى مرضى السرطان في مستشفيات اللاذقية

مدخل عام

والتصورات الخاطئة المتعلقة بالألم، ومستوى الحالة الانفعالية، وشدة الألم تزداد مع مرور الوقت، خلال رحلة العلاج.						
وأظهرت النتائج أن شدة الألم عند المرضى من كلا الجنسين تقدر بأنها متوسطة وبوجود فروق ملحوظة بين الجنسين في شدة الألم لصالح الإناث، ويتغير أثر الألم في الحالة الانفعالية في بعد القلق حسب جنس المريض لصالح الإناث، ولا يوجد أي اختلاف بين الجنسين في بعد الاكتئاب.	المنهج الوصفي	-سلم لقياس الألم -مقياس الجانب الانفعالي للألم	مرضى السرطان	عربية	2017	دراسة صفور: شدة الألم وأثرها في الحالة الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان
- تشير هذه النتائج إلى أن فعالية العلاج المعرفي السلوكي قد يتأثر بمستوى التعاطف لدى مرضى الألم المزمن، وبشدة الألم وأن المرضى الإناث قد يصوغون تحالفا علاجيا ممتازا في تدخل العلاج المعرفي السلوكي الذي يمكن أن يؤدي إلى فائدة سريرية.	-منهج تجريبي	-استبيان ماكجيل للألم برنامج علاجي معرفي سلوكي	مرضى الآلام المزمنة	إنجليزية	2018	دراسة Hwang Chang Bing : العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الألم المزمن أثار الفرق بين الجنسين في التعاطف

جدول رقم-1- يبين ملخص الدراسات السابقة

بعد وصف الباحثة لكل دراسة من الدراسات والبحوث السابقة وفقا للمتغيرات التي لها علاقة بالدراسة الحالية، وتبويب البيانات والنتائج المتعلقة بها من أجل حساب حجم التأثير للدراسات .

فحسب نتائج الدراسات السابقة هناك اختلاف في الأساليب الإحصائية التي تم الاعتماد عليها، وأيضا اعتماد دراسة على أكثر من مقياس، وهذا ما استلزم حساب حجم الأثر لكل بعد من أجل استخراج حجم الأثر الخاص بكل متغير وله علاقة بمتغيرات الدراسة الحالية. والذي على أساسه تتم مقارنة الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في متغيرات الدراسة وكذا المقاييس المعتمد عليها. ونتيجة هذا تم الاعتماد على معادلة جلاس **Glass** لوجود أحجام تأثير متعددة.

3-1 تحليل الدراسات السابقة

من خلال ما سبق عرضه من 10 دراسات سابقة تحصلنا على النتائج التالية، الموضحة بشكل جدول تكراري.

جدول رقم -2- يوضح عرض الدراسات السابقة

المتغيرات التكرارات	السنة		اللغة		النتائج	
	قبل 2000	بعد 2000	عربية	إنجليزية	الألم المزمّن بمختلف الشدة	العلاج المعرفي السلوكي
عدد التكرارات	01	09	05	05	10	08
التكرار النسبي	%10	90%	50%	50%	50%	40%
المجموع	10	10	10	10	20	20

من خلال دراستنا لموضوع الخطط العلاجية المعرفية السلوكية لإدارة الألم لدى مختلف الأمراض المزمنة، وذلك بالإحاطة بعشر دراسات سابقة موافقة للموضوع، تبين لنا

أنه قبل سنة 2000 لم يحض هذا الموضوع بالاهتمام الكافي إلا بعد عام 2000 وهذا في -حدود علم الطالبة الباحثة-، إذ تمت سنة 1986 بدراسة أجنبية واحدة بعنوان " دراسة تيرنر و كلانسلي **Turmer & Clancy**: فعالية العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في إدارة الألم لدى مرضى آلام أسفل الظهر، أي أن 90% من الدراسة بدأت بعد عام 2000، حيث قسمت بالتساوي بين دراسات عربية (50%)؛ ودراسات أجنبية "إنجليزية" (50%) ما يدل على حداثة الموضوع من حيث متغيراته.

وقد أظهرت نتائج الدراسات السابقة أن "الألم المزمن بمختلف الشدة" القاسم المشترك بين الدراسات السابقة بنسبة (50%) الذي يعتبر محور الدراسة الأساسية التي تنصب على هدف واحد وهو البرامج والخطط العلاجية المعرفية السلوكية لإدارة الألم لدى مختلف الأمراض المزمنة، أي كيفية إدارة شدة الألم لدى المرضى بالأمراض المزمنة. وذلك بوضع البرامج والخطط العلاجية المعرفية السلوكية المناسبة لكل فرد، والذي قدر بنسبة (40%)، إذ تبين أن العلاج المعرفي مع العلاج الطبي يسهم في تحسين أساليب التغلب وتقليل الألم، خاصة لدى المرضى الذين يعانون آلام أسفل الظهر، بالإضافة إلى فعاليته لإدارة الضغوط والآلام لدى مرضى سرطان الثدي، إذ أثبتت فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية على الآلام ما بعد العلاج المتأخرة لدى النساء المعالجات لسرطان الثدي الأولي، في حين نجد الحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب) أنها جاءت بنسبة ضعيفة قدرت بـ (10%)، من مجموع الإجمالي للنسب، وهذا لا يعني ليس لها تأثير على مرضى الآلام المزمنة فضعف النسبة المئوية يرجع إلى نقص الدراسات حول متغير الحالة الانفعالية، ففي دراسات أخرى يلعب دورا مهما في زيادة الإحساس بالألم. والتي هي ناتجة عن مجموعة من المعتقدات والتصورات الخاطئة عن شدة الألم لدى المرضى التي تختلف حسب جنس المريض من ناحية القلق و لا يوجد اختلاف حسب جنس المريض في حالة الاكتئاب وهذا كما أكدته نتائج الدراسة المطروحة.

❖ حساب معامل الأثر الخاص بنتائج الدراسات السابقة بدلالة الألم المزمن :

حساب معامل الأثر باستخدام برنامج الـ SPSS V:25 وذلك بحساب "F" Univariate والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

جدول رقم -3- معامل الأثر الخاص بنتائج الدراسات السابقة بدلالة الألم المزمن

ملاحظة	مقدار الخطأ من النوع الأول P	الدلالة	اختبار "F"	درجة الحرية DF	
أثر كبير	0.725	0.000	9.214	(8-1)	الألم المزمن بمختلف الشدة
أثر كبير	0.635	0.000	5.328	(8-1)	العلاج المعرفي السلوكي
أثر ضعيف	0.012	0.053	2.257	(8-1)	الحالة الانفعالية

يتبين لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه من خلال حساب معامل الأثر الخاص بنتائج الدراسات السابقة بدلالة الألم المزمن، الذي يعد المؤثر المستقل المشترك للمتغيرين، أن هناك تفاوت بين درجة التأثير على كل من متغير الألم المزمن بمختلف الشدة ، العلاج المعرفي السلوكي والحالة الانفعالية، حيث قدرت قيمة اختبار "ف" بقيمة (9.214) عند مستوى معنوية (Sig=0.000) وهي أقل من مستوى الخطأ المسموح به، إذ قدرت قيمة (P) وهو مقدار الخطأ من النوع الأول، المتضمن في الدراسة المعنوية (P=0.725) ويتم الحكم عليه من خلال مقارنته بمستويات الدلالة المتفق عليها في المجال الذي ينتمي إليه بأثر كبير، أما قيمة اختبار "ف" (5.328) بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي عند مستوى معنوية (Sig=0.000) وهي أقل من مستوى الخطأ المسموح به، إذ قدرت قيمة (P) وهو مقدار الخطأ من النوع الأول (P=0.635) ، المتضمن في الدراسة المعنوية، ويتم الحكم عليه من خلال مقارنته بمستويات الدلالة المتفق عليها في المجال الذي ينتمي إليه، حيث نجد قيمة (P) لمتغير العلاج المعرفي السلوكي قد بلغت (P=0.635) وهي أكبر من

مستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$). ومنه هناك أثر كبير للألم المزمن بمختلف الشدة على العلاج المعرفي والسلوكي، في حين هناك أثر ضعيف على الحالة الانفعالية حيث بلغت قيمة ($P=0.002$) وهي أقل من مستوى الدلالة.

العلاج المعرفي السلوكي \leq الألم المزمن بمختلف الشدة \leq الحالة الانفعالية
أثر كبير أثر كبير أثر ضعيف

*مناقشة الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية منها:

من خلال الدراسات السابقة التي تم عرضها -وفي حدود إطلاع الباحثة- أظهرت بعض الدراسات أوجه الاتفاق على هدف مشترك ألا وهو كيفية إدارة الألم المزمن من خلال تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي لدى عينة الدراسة، حيث أكدت معظم الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية على أهمية العلاج المعرفي في تدبير الألم المزمن وكان أهمها دراسة أحمد حسنين أحمد محمد (2007)، ودراسة لنا أحمد خليفة خليفة (2014)، وكذا دراسة تيريز وكلانكسي (Turner & Clancy 1986)، ودراسة كريستين وجاي (Kristen & Cuy H 2006)، ودراسة يوبين وكانكا (Yupin & Kannika 2015)، حيث تم التعرف على أهمية فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي والسلوكي من خلال تصميم الجلسات العلاجية وتطبيق تقنيات العلاج والتي من بينها إعادة البناء المعرفي، التشثيت والصور، التغذية الرجعية، في التخفيف من شدة الألم، ومساعدة المرضى على إدارة آلامهم من خلال تعميمهم وتدريبهم على التقنيات والاستراتيجيات العلاجية وتزويد المرضى بالمعلومات اللازمة حول البرنامج.

كما اتفقت الدراسات السابقة في عينتها حيث تم تطبيق البرنامج العلاجي على الأفراد الذين يعانون من آلام مزمنة ومتكررة والتي تدوم أكثر من 3 أشهر كما جاء في دراسة Hwang Chang Bing (2018) واستخدمت الدراسات السابقة أداة لقياس الألم المزمن والمتمثلة في مقياس ماكجيل للألم (SF-MPQ) ومقياس لتقدير شدة الألم الترقيمي

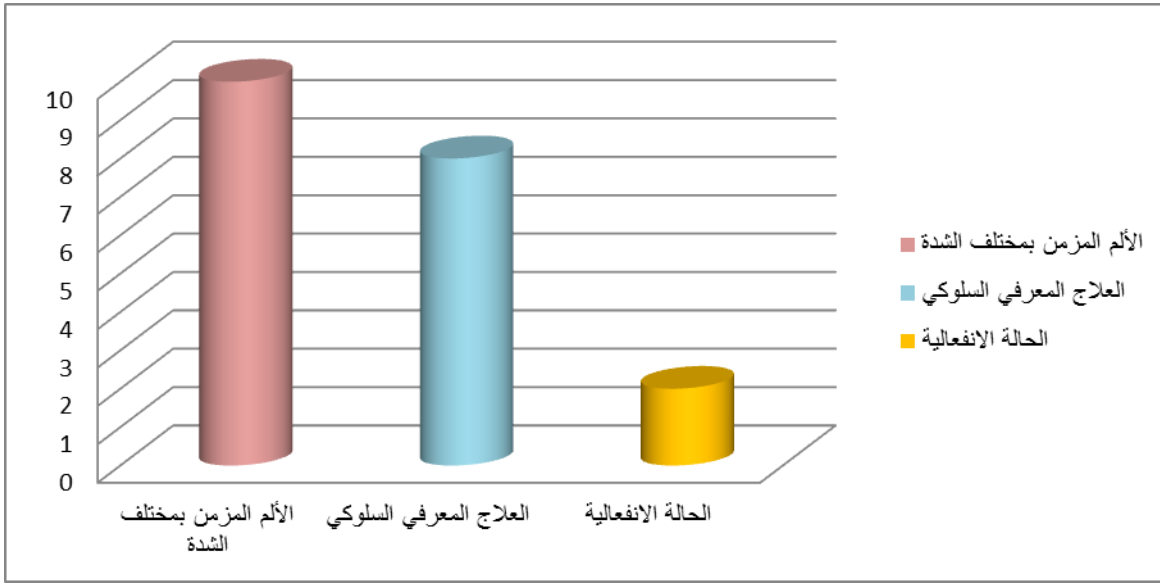
(10-0) كما جاء في دراسة **Sakkour 2013** ودراسة **لينا أحمد خليفة خليفة (2014)** لجمع البيانات باستثناء دراسة **أحمد حسنين أحمد محمد (2007)** ودراسة **ديمة حواط (2015)** حيث تم استخدام أداة استراتيجيات التغلب على الألم ومقياس الأبعاد المتعددة للألم، ومقياس **(HADS)** الذي يهتم بالجانب الانفعالي للألم.

كما أظهرت نتائج دراسة **YUPIN & Kannika (2015)** عدم وجود أي دليل لتحديد فعاليات تقنيات العلاج المعرفي السلوكي للألم وهذا راجع لنقص الدراسات والمقالات المتعلقة بالموضوع وكذا تحقيق أهدافها العلاجية، ونقص البرامج العلاجية فيما يتعلق في استخدام التقنيات والاستراتيجيات العلاجية أو التدخلات النفسية لتدبر الألم المزمن لدى مرضى السرطان وخاصة مرضى سرطان الرئة.

إن محتوى الدراسات السابقة تناولت من جهة الجانب المعرفي لمرضى السرطان كما جاء في دراسة **ديمة حواط (2017)** ودراسة **Maja Johansen & al (2016)** من خلال كيفية إدراك مريض السرطان لألمه حسب مرحلة مرضه وكيفية الاعتماد على تقنيات وأساليب إدارته بجانب العلاج الدوائي. إضافة إلى نقص الأعراض وتحسنها، ومحاولة منع الانتكاس من خلال الدراسات التتبعية بعد 3 أشهر و6 أشهر من تطبيق البرنامج العلاجي.

كما يلاحظ على هذه الدراسات في جانبها المنهجي أن أغلبها اعتمد على المنهج التجريبي وعلى المعالجات الكمية (الإحصائية) فيما يخص الألم المزمنة لدى مرضى السرطان ما عدا في دراسة **ديمة حواط (2017)** ودراسة **صقور (2017)** تم الاعتماد على المناهج الوصفية الارتباطية.

والشكل التالي يوضح توزيع هذه النتائج



الشكل رقم 1- التمثيل البياني لنتائج الدراسات السابقة

ومجمل القول أن الدراسات السابقة كشفت عن تباين النتائج في تناولها لبعض متغيرات الدراسة وهذا راجع إلى الاختلافات في طريقة تناول وتنوع الأدوات والوسائل والمناهج. كما أن هناك دراسات تناولت متغير البرنامج العلاجي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية وربطها بمتغير إدارة الألم المزمن، ومن هنا كان مبرر الدراسة الحالية من حيث هي تناول جديد لخطة علاجية تعتمد على نظرية معرفية لأرون بيك من خلال اتباع الأساليب وتقنيات العلاج لإدارة الألم المزمن لدى أفراد العينة ألا وهم مرضى السرطان إضافة إلى نوع المنهج ألا وهو منهج الحالة المفردة من خلال التصميم (أ-ب) لمعرفة مدى فعالية الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في إدارة الألم المزمن وما تخلفه من آثار سواء من الناحية المعرفية أو الانفعالية وكذلك الاجتماعية والسلوكية لمرضى السرطان مما ينعكس عليهم سلباً على جودة حياتهم وانخفاض الكفاءة الذاتية لديهم مما يعيق أداءهم الوظيفي.

ويتضح مما سبق أيضاً أن نتائج استخدام أسلوب التحليل البعدي في تجميع نتائج الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي تتفق إلى حد كبير مع الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في إدارة الألم. علاوة على ذلك، ارتباط العلاج المعرفي

السلوكي بأحجام تأثير كبيرة، ما يدل على تقبل المرضى للآلام المزمنة بدلا من تجنبه وهذا ما يعزز فعالية العلاج المعرفي السلوكي لدى مرضى آلام السرطان.

3-الفرضيات:

- 1-يساهم تعريض مرضى السرطان المشاركين في الدراسة إلى الخطة العلاجية المقترحة في خفض درجات الألم بعد كل فترة تباطؤ زمني Lag.
- 2-يختلف أثر الخطة العلاجية المقترحة على انخفاض درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة باختلافات العمليات التي تتضمنها.
- 3-يزداد الانخفاض في درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة أكثر كلما تكرر تعريضهم للخطة العلاجية المقترحة عبر الزمن.

فحص وعلاج إدارة الألم المزمن

- 1- فحص الألم المزمن
- 2- القضايا الإكلينيكية في إدارة الألم
- 3- العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم المزمن
- 4- بعض النماذج النفسية لتفسير نشوء واستمرار الآلام المزمنة
- 5- المناحي النفسية لإدارة الألم المزمن
- 6- العلاج الدوائي والعلاج النفسي للألم المزمن

يعتبر الألم المزمن من أبرز المشكلات الصحية انتشاراً، ويندرج ضمن الحالات الصحية التي يصعب علاجها، فهو ظاهرة نفسية وفيزيولوجية معقدة. تختلف من شخص إلى آخر، ويصعب تقييمه بطريقة موضوعية. فتجربة الألم من أقسى الخبرات التي يمر بها مريض السرطان، وما يخلفه من آثار سواء من الناحية النفسية أو الاجتماعية، الأسرية، والمهنية. ما يستدعي الأمر التدخل العلاجي ليس فقط من الناحية الطبية، بل حتى من الناحية النفسية. باعتبار الألم تجربة ذاتية متعددة الأبعاد يتضمن عوامل طبية، ونفسية، واجتماعية، وثقافية. وهذا ما أدى إلى تطوير العديد من التقنيات العلاجية لإدارة الألم والهدف منها تيسير معاناة المرضى، وتحسين جودة حياتهم. استناداً إلى خطط علاجية معتمدة على نوع من العلاجات النفسية المناسبة والمتزامنة مع العلاج الطبي.

1-فحص وعلاج إدارة الألم المزمن:

تشير التقارير إلى أن الألم المزمن يعد من أكبر المشكلات التي تواجه الرعاية الصحية في أي مجتمع، فمثلاً في الـ 100م.أ وجدوا أن من 25% إلى 30% يعانون من آلام مختلفة. وكذلك وجدوا أن الراشدين الأمريكيين يعانون من ألم أسفل الظهر بنسبة 28%، 16% يعانون من الصداع المزمن، 10% يعانون من ألم الرقبة، 04% يعانون من ألم في الوجه والرقبة، و30% يعانون من آلام السرطان، 33% يعانون من ألم التهاب المفاصل الروماتويدي. كما تشير التقديرات في أقطار متباينة (ألمانيا، السويد) أن نسبة من يعانون من آلام مزمنة في هذه البلدان تتراوح بين 5% إلى 7%. (Schlager & Pucher, 2002, p 24).

يعني هذا من خلال هذه التقارير يمكن أن نستشف حجم المشكلة وإلى المعاناة التي يعانيها المرضى حيث ينتقل المريض من طبيب إلى آخر، ومن تحليل إلى آخر، ومن فحوصات إلى فحوصات وطلب استشارات، وذلك للبحث عن الشفاء الذي لا يتحقق في أغلب الأحيان. حيث تشير الدراسات إلى أن أكثر الأدوية فعالة في علاج الألم تنجح فقط

في تخفيف الألم بنسبة 30% إلى 40%، ومن المثير لدهشة أنه حتى إذا أشارت الدراسات إلى وجود تحسن دال إحصائياً في الألم إلا أن هذا التحسن في الغالب يكون غير مصحوب بتحسن مقابل الوظائف الطبيعية والانفعالية. حيث وجد بيلز وكوليز **Beleez & Kolyz** 2002 أنه بالرغم من العلاج الذي يتلقاه المرضى فإن كثير من 32% منهم يعانون من ضعف مرتبط بالألم يؤثر في قدرتهم على المشي والوقوف والرفع والتحمل. (حسانين، 2010، ص141). وهذا يؤدي إلى اختلال في المهام والأنشطة.

وإذا ما رجعنا إلى النموذج الطبي التقليدي والذي كان هو المسيطر لفترة طويلة على التفكير بشأن الألم سواء بين المعالجين أو المرضى. حيث ينظر هذا النموذج إلى الألم باعتباره خبرة حسية تعتمد بشكل أساسي على درجة التضرر الذي يحدث على مستوى النسيج الحي أو درجة نشاط مرض معين، ولم يول اهتماماً بدور العمليات النفسية وتأثيرها على إدراك الألم المزمن.

واعتمد هذا النموذج في علاج هذا الألم على قطع أو غلق مسارات الألم اعتماداً على السبل الجراحية والعقاقيرية. (حسانين، 2013، ص84)

وعليه وبالرغم من التقدم الهائل في علم التشريح والكيمياء الحيوية وعلم وظائف الأعضاء والعقاقير الطبية والإجراءات الجراحية، إلا أن ظلت هناك بعض ظواهر الألم التي لم يستطع هذا النموذج تقديم تفسير لها ومنها على سبيل المثال ما أشار إليه تيرك **Turk 1996** من أن المرضى يتفاوتون في الاستجابة للعلاج، بالرغم من تشابههم في درجة المرض، إضافة إلى المرضى الذين أجريت لهم قطع مسارات الألم ظلوا يشعرون بالألم (آلام الطرف الوهمي)، كما تم وجود أن النساء المصابات بسرطان الثدي اللاتي خضعن لعملية استئصال الثدي إلا أنهم استمروا في الشعور بالألم في الثدي الذي لم يعد موجوداً. (keefe, 2005, p56).

وعليه يعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو في الأساس خبرة حسية انفعالية لحالة من الانزعاج والضيق وعدم الارتياح. ترتبط عادة بإصابة أو أذية نسيجية حقيقية. (تايلور، 2008، ص590). وفي الحقيقة فإن جميع الناس يعانون من خبرة الألم في جميع مراحل النمو أو العمر، بدءاً من خبرة الولادة وانتهاءً بالإصابات أو الأمراض في مختلف المراحل. فبعض أنواع الألم يكون مزمنًا **Chronic** كما هو الحال في مرض ألم المفاصل، وفي ألم أسفل الظهر، وفي حالات الصداع، وكذلك مرض السرطان. (عبد لله، 2016، ص326). وبعض الآخر قد يكون ألماً حاداً الناتج عن إصابات كحروق، جروح. إذ من الممكن أن تؤدي هذه الآلام إلى ضغوط نفسية واجتماعية ما قد ينعكس على الشخص في حياته اليومية. وهذا يسبب له العجز والانسحاب من التفاعل والمشاركة مع الوسط المحيط به، ويحد من القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية سواء على مستوى الأسرة أو المجتمع، ونتيجة لذلك يؤدي إلى التداخل في هويات المريض، وفي أنشطته اليومية، مما يؤدي إلى حدوث قصور في أدائه. وهذا ما يسبب له صراعات ومشاكل نفسية واجتماعية. (أبو الحسن ونصر الله، دس، ص6).

ومن خلال هذا توجب الانتباه إلى العوامل المهمة في الألم كما يقول ميلزك وكاس **Milzek & casy** والمتمثلة في العوامل النفسية حيث أشاروا إلى أن الألم لا يمكن معالجته فقط عن طريق محاولة قطع المسارات الألم أو باستخدام المسكنات أو الإجراءات الجراحية وما شابه، ولكن يجب معرفة ما مدى تأثير العوامل الوجدانية والدافعية والمعرفية. (حسانين، 2010، ص142).

ومع تزايد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الإحساسات بالألم ومعالجته، أصبح لعلماء النفس مكانتهم المهمة في إدارة الألم. ونتيجة لذلك بدأت الأساليب ذات البعد النفسي تستخدم بشكل متزايد في إدارة الآلام.

فالآلام المزمنة تعتبر من أكبر المشكلات الشائعة والمكلفة اقتصاديا على مستوى العالم، فعلى الرغم من التقدم الهائل في فهم العوامل الباثولوجية والتشريحية المرتبطة بالألم، يظل كثيرا من الأفراد يعانون من الألم والعجز، حيث تشير التقارير إلى أن الألم المزمن يعد من أكثر المشكلات التي تواجه الرعاية الصحية في أي مجتمع، ففي الو.م.أ قدر أن ما بين 25% إلى 30% يعانون من آلام مختلفة. كما يشير كوركوفيك Curkovic في دراسة إحصائية سنوية حول انتشار الألم المزمن إلا أنه يصل إلى 22% على المستوى العالمي، وبنسبة 19% على المستوى الأوروبي. (cochiriane,2009,p22).

فالآلام ليس مجرد إحساسات بسيطة أو عرض عابرا، وإنما عبارة عن خبرة معقدة يختلف التعبير عنها باختلاف المجتمع، ثقافة، ومعتقدات المريض.

وانطلاقا من هذا يمكن تعريف الألم بأنه ظاهرة متعددة الأبعاد ويتضمن الجوانب المعرفية والوجدانية والحسية والبيئية سواء في وجود أو غياب الأسباب الباثولوجية، وهذا ما يجعل للألم مكونات والتي تشمل المكون الحسي والمكون الانفعالي، المكون المعرفي وأخيرا المكون السلوكي.

-الألم هو إحساس: أي أن للألم مظهر حسي، حيث يتم الإحساس به من خلال نظام حسي خاص، يعلم الفرد كيفية الإحساس بالألم والشعور به، حيث يعطي هذا النظام كيفية نشوء الإحساس بالألم. من خلال معرفة المدة إذا ما كانت مستمرة أو متقطعة، شدة المثير الألمي، وكذلك نوعية الرسالة إذا كانت ناشئة عن حروق أو جروح... أي أن الألم في هذا المكون الحسي هي عبارة عن إحساس ورد فعل.

-الألم كانفعال: أي أن الإحساس بالألم هو عبارة عن خبرة غير مستحبة، وغير سارة حيث يتم من خلالها رفض وقمع هذا الانفعال ما يجعله غير محبوب ومقلق لدى الشخص المريض. (fondras perrier,2004,p10).

-الألم هو خبرة: وهذا ما أكدته الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP) على أن الألم هو عبارة عن معاش وتجربة حسية ووجدانية مرتبطة بضرر حقيقي أو كامن.

-الألم هو سلوك: يضم المكون السلوكي مجموعة من التظاهرات اللفظية وغير اللفظية لدى الشخص المريض الذي يعاني من الآلام، أو شكوى، إيماءات... الخ. حيث تركز هذه التظاهرات الانعكاسية لمثير ألمي على وظيفة اتصال الفرد مع محيطه وما تعلمه من خلال تجاربه السابقة. (salamagne, 1994 , pp60,66).

كما قدمت الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP) **International Association for the Study of Pain** تعريفا للألم على أنه تجربة حسية وانفعالية مزعجة، مرتبطة بإصابة نسيجية، إما أن تكون حقيقية أو افتراضية، كما يمكن أن يعبر عن الألم بهذه الإصابة. (diagne, 1998).

جاء هذا التعريف من طرف العالم مارسكي **Mersky** ويعد ذو أهمية كبيرة بأخذه بعين الاعتبار كل بعد من الأبعاد المفسرة للألم سواء البعد النفسي أو من ناحية الإصابات المرتبطة بخبرة الألم.

1-1 فيزيولوجية إدراك الألم:

يتزامن عادة وصول نبضات الألم إلى المستوى المهادي القشري للجملة العصبية بإدراك المنبه الألمي، ولم تحدد الدراسات المكان الصحيح لهذه العملية في الجملة العصبية. ويقال أن السيالة العصبية التي تحمل نبضات الألم عندما تصل إلى المهاد (التلاموس) تحدث إدراكا لصفات الحس، وأن القشرة ضرورية التقدير شدة الحس وموضعه. وحاليا يعد هناك تمييز بين الإحساس بالألم وبين إدراك طبيعة المنبه المؤلم. ورغم تشابه الحوادث الحسية والإدراكية للألم مع غيره من الحوادث، إلا أن الألم يختلف عنها بإحساس قوي مزعج، كما أن الألم يختلف عن غيره من المنبهات التي إذا استمر تطبيقها سرعان ما يزول تأثيرها، إلا

أن الألم يبقى تأثيره مادام موجودا. (الزرد، 2000، ص ص 437، 438). فالنظام الحوفي **limbic system** هو النظام الذي يتم فيه معالجة الوجدان وتنظيم وتقدير مدى المعاناة من الألم، والذي يقوم بإصدار التنبهات المزعجة كما هو الحال لمن يعانون من السرطان على سبيل المثال، وتعتبر خبرة الألم من الميكانيزمات الوقائية التي تخبر عن خطر يتعرض له الجسم، وعادة ما تصاحب خبرة الألم استجابات سلوكية ودافعية كالخوف والبكاء والانسحاب والانفعال الشديد. (fields, 1991, p87). وهناك عدة أنواع من الألياف المحيطة المستقبلية باتجاه الجهاز العصبي المركزي، حيث يتم نقل المثيرات أو إشارات الألم بواسطة نوعين فقط من الألياف هي:

-ألياف دلتا **(A) fibers delta** والتي تحوي الميلانين وهي المادة التي تساعد العصبونات على نقل الدفعات أو السيالات العصبية التي تحمل إشارات الألم بسرعة فائقة. وترتبط ألياف دلتا **(A)** بالألم الحاد، والموضعي كألم الجروح والحروق.

-أما النوع الثاني ألياف **(C) fibers (C)** تنقل الدفعات العصبية ببطء، لأنها لا تحتوي على الميلانين، وتحدث حين يكون الألم خفيف كألم الصداع.

إن الإشارات الألم القادمة عبر ألياف دلتا **(A)**، وألياف **(C)** تمر عبر ممرات وطرق مختلفة حتى تصل إلى الدماغ. (قاسم عبد الله، 2016، ص 236).

وينشأ الألم عادة من ثلاث مناطق مختلفة في الجسم هي الجلد والنسيج العميق بما فيها العظم والأعضاء (الأحشاء)، فالأول يكون ألي متعلق بالألم **Mechanical Nociception**، والثاني متعلق بحدوث تلف ميكانيكي **mechanical damage** في الأنسجة، والثالث يتعلق بالتلف الحراري **Thermal Damage** وهذا الأخير يعتبر متعدد الأشكال **(Poly Model Nociception)**. (Nilesh, 2010 , p13).

وعند حدوث الإصابة تعمل النهايات العصبية الطرفية على تحسسها أولاً، ثم تستجيب بإطلاق نواقل كيميائية إلى الحبل الشوكي، ثم تمرره مباشرة إلى البناء الشبكي التلاموس فإلى القشرة الدماغية، ثم تقوم هذه المناطق الدماغية بدورها بتحديد موقع الإصابة، وترسل سائلها عبر العمود الفقري وتقود إلى تقلصات عضلية يمكن أن تساعد على منع الألم ومنع التغيرات في الوظائف الجسمية، أي أن الدماغ يقوم بتفسير هذه الأحاسيس أثناء انتقالها من النهايات العصبية الطرفية إلى القشرة الدماغية مما يؤدي إلى إدراك الألم. (تايلور، 2008، ص587).

إن إدراك الألم أهم بكثير من قضية الإحساس به فالمكونات الوجدانية للألم لها الأهمية ذاتها في إنتاج ونقل إشارة الألم، وهذه الجوانب تكون أكثر بروزاً في مرحلة الألم المزمن عنه في الألم الآني، والقضايا النفسية عادة ما تكون أكثر وضوحاً في الألم المزمن، وهذا استوجب إتباع استراتيجيات وأساليب علاجية لتدبير الألم. (Hansen & Streltzer, 2005, p342).

وهناك القليل من المعرفة حول التمثيل العصبي المركزي للألم، فعلى العكس من منظومات الحس الأخرى لا يوجد مركز ألم قشري، وإنما هناك بنى وظيفية عصبية وتشريحية عصبية مختلفة كلياً تسهم في هذه السيرورة المعقدة منها:

- جذع الدماغ (تنظيم العمليات الإغاشية كالتنفس والدورة الدموية).
- منظومة الغدة النخامية - الهيپوتلاموس - (تنظيم المنظومة الغدية، طرح الهرمونات والأندروفين).

- التشكل الشبكي (توجيه الانتباه - استجابات التوجه).

- الجهاز اللمبي (مركز المشاعر، المركبات الانفعالية لخبرة الألم، نوعية الألم).

- اللحاء الجديد **Noe Cortex** (وعي الألم - الموضع - التفسير والتقييم، توجيه التصرفات).

وعند إثارة الألم تبدأ في الدماغ سيرورة تنظيم معاكس، تعدل تمثل لمثيرات الألم من خلال آليات مسكنة داخلية المنشأ، وذلك من خلال تخفيض تحرير المواد المثيرة في الجهاز العصبي المحيطي، أو رفع المواد الكابحة، وعند باحات دماغية محددة (في الدماغ الأوسط) تتحرر مواد بيوكيميائية (أندورفين **Endorphine**). وهذه تنشط مسارات عصبية هابطة تصل إشارات الكهربية إلى النخاع الشوكي، وهناك يتم تحرير مواد ناقلة للألم (المادة **P**) ومن ذلك يتم كبح نشاط عصبونات القرنيات الخلفية المسؤولة عن توصيل الألم في النخاع الشوكي، وفي الوقت نفسه تتم مواصلة تحرير الأندورفينات من نقل الألم.(بروبكر وآخرون،2003،ص ص 10،11).

2-القضايا الإكلينيكية في إدارة الألم:

لقد تصدى البشر تاريخيا للألم من خلال الأدوية والجراحة، ولكن مع تزايد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الإحساس بالألم ومعالجته، أصبح لعلماء النفس مكانتهم المهمة في تدبير الألم. ونتيجة لذلك بدأت الأساليب ذات البعد السيكولوجي تستخدم بشكل متزايد يوما بعد يوم. وتشمل هذه الأساليب تقنيات متعددة منها التغذية الحيوية الراجعة، الاسترخاء، تشتيت الانتباه والأخيلة، وأساليب معرفية أخرى، وغالبا ما يصنف الألم إلى ثلاث مجموعات:

2-1 الألم الحاد والألم المزمن: هناك نوعين من الألم:

2-1-1 **الألم الحاد**: ينجم عن إصابات محددة تؤدي إلى إحداث تلف في الأنسجة مثل الجروح والكسور في الأطراف، وهو قصير المدى عادة. ومن المعروف أنه يستمر لفترة قد تصل إلى ستة أشهر، ويولد لدى الفرد شعورا بالقلق يدفعه إلى البحث عن العلاج بالحاح،

وذلك باستخدام الأدوية عند بداية الإصابة فيخفف الألم ويزول. (رضوان، 2009، ص640). أي أنه ألم قابل للارتداد، بمعنى قابل للزوال إما بشكل تلقائي أو بمساعدة العلاجات المسكنة، وله دور هام يتمثل في كونه مؤشر منذر بحدوث الخطر، كما يمكن أن تتنوع شدة الآلام الحادة، ولكنها عموماً تكون محتملة من طرف المريض. (Boncher, Pionchon, 2006, p45).

2-1-2 الألم المزمن: فيبدأ عادة بنوبة حادة، لكنه يختلف عن الألم الحاد في أنه لا يخف بالعلاج أو بمرور الزمن، وهو عبارة عن حالة من استمرار الألم، ويكون عادة مقاوم لكل العلاجات الدوائية، سواء بوجود إصابة محددة أولاً، ويكون هذا النوع من الألم دون بداية محددة، وهو عبارة عن ألم يمكن أن يدوم حتى بعد الشفاء من الإصابة، يكون مرفق بتغييرات انفعالية وسلوكية، اجتماعية. (Duplan, Martty, 2001, p274). وهناك عدة أنواع للألم المزمن:

***الألم المزمن الحميد:** الذي يستمر عادة لستة أشهر أو أكثر ويصعب علاجه نسبياً وتتباين شدته، وقد يمتد ليشمل عدة مجموعات عضلية. مثل: آلام أسفل الظهر المزمنة، الأعراض الرافقة لآلام عضلة الوجه. (أبو الحسن ونصر الله، دس، ص 06)

***الألم الحاد المتكرر:** والذي يتضمن سلسلة من نوبات الألم المتقطعة، والتي تكون حادة من حيث طبيعتها، لكنها مزمنة من حيث استمرارها لفترات تتجاوز ستة أشهر، ويعتبر الصداع النصفي وتشنج عضلات الوجه من الأمثلة الشائعة عنها.

***الألم المزمن المستفحل:** والذي يدوم لفترات طويلة، وتزداد شدته مع الوقت وهو يرتبط عادة بالأمراض الخبيثة أو الانحلالية كالتهاب المفاصل أو السرطان. (بروبكر، 2003، ص03).

كما قد تم تصنيف الألم أيضا إلى فرعين آخرين هما:

***الألم السرطاني Cancer Pain والألم اللاسرطاني non cancer pain :**

حيث يرتبط الألم السرطاني ببعض أنواع السرطان من خلال تقييم ومعالجة ألم السرطان بعمليات التحسين والتخفيف من أسباب الألم، إضافة إلى برامج تحسين جودة الحياة والتدريب على السيطرة على الألم. (كفافي وعلاء الدين، 2006، ص 82).

* ولهذا يجب التمييز بين الألم الحاد والألم المزمن والتميز بينهما من حيث مجال التدخل الإكلينيكي. لأنه لكل واحد منهما بروفييل سيكولوجي مختلف. فالألم المزمن يحمل في الغالب طابعا من الضيق أو الكرب السيكولوجي الذي يجعل عملية تشخيصه وعلاجه أكثر تعقيدا.

حيث أن الألم يتدخل في أنشطة مرغوبة لا يستطيع الفرد السيطرة عليه. وهذا غالبا يؤدي إلى ظهور الاكتئاب. فالإكتئاب والقلق وكذلك الغضب هي من الظواهر الشائعة بين مرضى الآلام المزمنة. مما قد يؤدي إلى تفاقم من حالة الألم والسلوكيات المرتبطة به. (نوار، 2013، ص 147).

فعلى اختلاف أنواع الألم هذا يؤدي المرضى إلى تبني بعض الاتجاهات كأنغماس في أفكار بعيدة عن الواقع أو الانسحاب الاجتماعي، وعند معالجة هذه المسائل النفسية بفاعلية، فإن هذا بحد ذاته كفيل بالتخفيف من حدة الألم المزمن، فمعظم أساليب السيطرة على الألم تعمل بفعالية في حالة الألم الحاد، ولكنها أقل نجاحا في حالة الألم المزمن، والذي يتطلب أساليب ذات صبغة فردية متعددة.

3-العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم المزمن:

يكشف تتبع بحوث الألم عبر العقود الثلاثة الماضية عن تنامي الاهتمام ببحث العوامل السيكولوجية من شأنها أن تزيد الشعور بالألم، ومع ازدياد التركيز على دور الجهاز العصبي في الشعور بالألم، ازداد اتجاه البحوث نحو الاهتمام بالجوانب السيكولوجية والاجتماعية في

تفسير الألم مثل المعتقدات المتعلقة بالألم، والفعالية الذاتية، مركز الضبط الألم، وكذلك الاكتئاب والخوف والقلق. والأساليب والاستراتيجيات التي يتبناها الأفراد للتحكم في الألم، وخبرة الفرد في الحياة اليومية، والعجز المترتب على الألم، ودور هذه المتغيرات في استجابة الفرد للعلاج. (Turk, 2003, p300).

ومن هنا يأتي اهتمام البحث الراهن باستجلاء الدور الذي تلعبه هذه المتغيرات المعرفية والنفسية وكذا الاجتماعية في التنبؤ والتحكم في الألم المزمن ويأتي في صدارة هذه المتغيرات والتي ستكون موضوع اهتمام البحث الحالي كل من:

3-1 المعتقدات المتعلقة بالألم:

باعتبار الألم خبرة إنسانية يعايشها كل إنسان على وجه الأرض فقد بذلت محاولات عديدة لتفسيره توضيح كيفية نشوئه، وتطوره. حيث يظهر الكثير من المرضى الذين يعانون من الآلام أنواعا مختلفة من المعتقدات حول الألم والمتعلقة بأسبابه، ودلالته، والأساليب العلاجية الملائمة له. (حسانين، 2013، ص 85).

وافترض أن معتقدات المرضى، والعناصر المعرفية المتعلقة بمشكلات الألمهم، ومترتبات حدث معين، وقدرتهم على التغلب على هذا الحدث لها تأثير على أدائهم بطريقتين الأولى هي أن المعتقدات الخاصة بدلالات الأحداث يمكن أن تؤثر مباشرة على المزاج وعلى الأفكار السلبية التي تؤكد على النتائج المفجعة، وإدراك الشخص لعدم قدرته على التحكم في هذه المترتبات يمكن أن يسهم أو يؤدي إلى الاكتئاب، والثانية هي أن المعتقدات قد تؤثر على التوافق بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على جهود التغلب. (فرج، 2000، ص 727). وعليه يذهب العديد من المهتمون بتفسير الألم المزمن إلى افتراض مؤداه أن معتقدات الفرد حول الألم الذي يعانيه يكون له تأثير واضح على مسار المرض (Allcok, 2007) حيث تتشكل استجابة معظم الأشخاص للتدخلات الطبية

والعلاجية الأخرى بناء على تصوراتهم عن طبيعة المرض وطبيعة أعراض الألم المزمن. (رمضان، 2015، ص219).

وفي هذا الإطار أوضح المختصون في مجال الرعاية الصحية أن مرضى الألم المزمن يتسمون بتقديرات لشدة الألم تختلف كثيرا باختلاف معتقداتهم الخاصة بالألم. كما يمكن تفسير سلوكياتهم وانفعالاتهم في ضوء توقعاتهم للأحداث المحيطة بهم، وليس فقط الخصائص الموضوعية للأحداث نفسها. وعلى الرغم من أهمية المعتقدات حول الألم في التدخلات العلاجية، فإن عددا قليلا من الباحثين اهتم بدراستها.

وأظهرت دراسات وبحوث أخرى أن المعتقدات حول الألم ذات علاقة وطيدة بالمشكلات الرئيسية التي يواجهها المعالجون في تحسين مرضاهم. حيث يتبنى الأفراد توقعات وأفكار مقننة عن حالتهم الجسمية. وهذه التوقعات والأفكار تعتبر أساسا توضيحا لطبيعة سلوكياتهم، والخطط والاستراتيجيات التي يستخدمونها لمواجهة الألم والتحكم فيه، حيث يتسم مرضى الألم المزمن كذلك بسلوكياتهم السيئة في أداء مهامهم، وأن هذا الأداء يكون مرتبطا بطبيعة الأعمال الجسمية، أو بحقيقة تقديراتهم الذاتية عن الألم، ومن المرجح أن يرتبط أكثر بخبراتهم السابقة عن الألم، وعن الخوف من أن يترتب على الألم ضرر جسدي، أو يتفاقم في شدته. (Turk & Okifuji, 2003, pp300, 301).

وكما تجدر الإشارة في هذا المقام إلى أن درجة الإحساس بالألم وما يسببه من عجز تعتمد أيضا وبشكل كبير على طريقة تفسيره من خلال تعليم هؤلاء المرضى استراتيجيات معينة، وتعديل المعتقدات السلبية، وهذا سيترتب عليه انخفاض في معدلات العجز المترتب على الألم، وزيادة امتثالهم لنصح المعالجين.

3-2 الفعالية الذاتية:

تعد فعالية الذات من أكثر المفاهيم النظرية والعملية أهمية في مجال علم نفس الصحة، وذلك المفهوم الذي وضعه **باندورا 1986 Bandura** وهي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوب فيها تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية وحسب باندورا صاحب مفهوم فعالية الذات فإن ذوي فاعلية عالية للذات يعتقدون بأنهم قادرون على ممارسة السيطرة على البيئة المحيطة. بينما الذين يفتقرون إلى فاعلية عالية للذات فيتصفون بالعجز والتشاؤم وعدم الثقة في ما يخص قدرتهم على ممارسة التحكم والسيطرة على بيئتهم. (يخلف، 2001، ص 103، 104).

وعليه أوضح نموذج الفعالية الذاتية أنه يعد تطبيقا عمليا في مجال المشكلات الصحية، كمشكلات التدخين، والسمنة، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وتعاطي المخدرات والكحوليات، والألم المزمن.

ويعد مفهوم الفعالية الذاتية من المفاهيم المهمة في مجال تفسيرات التغلب على الألم، حيث أوضحت الدراسات وجود علاقة بين معتقدات الأفراد عن فعاليتهم الذاتية وعن قدرتهم على تحمل الألم، حيث توصلت العديد من الدراسات النفسية أن الأشخاص الذين أوضحوا أن فعاليتهم الذاتية منخفضة، وارتبط ذلك بزيادة الشعور بالألم واستمراره وصعوبة القدرة على التخلص منه. وفي نفس السياق هناك دراسات أخرى أوضحت العلاقة بين شدة الألم ومستويات الفعالية الذاتية، وقدرة الأفراد على التحكم في الألم، وأنها منبئ جوهري لمستويات النشاط لدى المرضى. (رمضان، 2015، ص 217).

وفي هذا السياق وضع باندورا 1991 عددا من النقاط الهامة للطرق التي يمكن للفاعلية الذاتية أن تؤثر بها على الألم، وعلاجه، وذلك على النحو التالي (حدان، 2015، ص 54):

*الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات، ومعلومات تساعد في إدارة آلامهم، والاستمرار في الأنشطة بالرغم من الألم.

*الشعور بالفعالية الذاتية يقلل من توقعات الكدر، والتوتر الجسمي، والقلق وذلك يؤثر بشكل ايجابي في تخفيف الألم.

*الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية يميلون إلى النظر إلى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة وذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منه.

وعليه أوضح باندورا على ضرورة استخدام تكتيكات معرفية لمواجهة الألم والقدرة على التحكم، من خلال استخدام استراتيجيات المواجهة لتحمل الجهد وتحسين في قدرة الفرد على تحمل الألم وهذا بهدف زيادة الفعالية الذاتية وإكساب الأفراد القدرة على التحكم في الأحداث والمنبهات المثيرة للألم وشدته. (Bandura, 1991, p237).

3-3 مركز ضبط الألم:

قام كل من تومس، مان، أبشيان، تومسون، بوب 1991 Toomey, Mames, Abashian, Thompson, Pope بتعديل ومراجعة التصميم الأساسي، والصيغة الخاصة بمركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد، وهذا للاستعمال المقياس مع المعتقدات المرتبطة بالألم بشكل محدد. وأصبحت الأداة الناتجة تعرف باسم مركز ضبط الألم والذي استعمل فيما بعد في عدد من الدراسات التي تضمنت مرضى الآلام المزمنة. (Keck, Sherry, 2006, p03).

ويشير مركز ضبط الألم إلى المعتقدات التي تتعلق بالسيطرة على الألم وتدبره. أي إلى درجة اعتقاد الأفراد بالتحكم في الألم الذي يختبرونه، ويشمل مركز ضبط الألم ثلاث أبعاد: البعد الداخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد الحظ.

يكون للفرد مركز ضبط ألم داخلي إذا اعتقد أن أفعاله وسلوكياته الخاصة لها الأثر والتأثير الكبير على التحكم بالألم. ويمثل بعد ذوي النفوذ الاعتقاد في أن الأفراد مثل الأطباء، الممرضين، العائلة، أصدقاء، الذين لهم التأثير الكبير في التحكم بالألم. في حين يمثل بعد الحظ الاعتقاد أن التحكم بالألم يستند بشكل كبير على عامل الحظ، وكل هذه العوامل تتدرج ضمن مركز ضبط الألم الخارجي.

وقد أظهرت الأبحاث أن مرضى الألم المزمن ذوي مركز ضبط الألم الداخلي سجلوا انخفاضا في تردد الألم، شدته. بعكس مرضى الألم المزمن الذين يعتمدون على الفرصة القدر، الحظ (ذوي الضبط الخارجي).الذين أبدوا ضيقا نفسيا كبيرا وزيادة في الاكتئاب، وشعور كبير بالعجز، وقدرة أقل على السيطرة وخفض الألامهم.(مرازقة،2009، ص60).

كما أظهرت بعض النتائج الأولية أن المرضى الذين يعتقدون أنهم يستطيعون التحكم في ألمهم والذين يتجنبون اعتبار حالتهم مفاجئة، وأولئك الذين يعتقدون أنهم غير معاقين بدرجة حادة، يبدو أداؤهم أفضل من أولئك الذين لا يفعلون شيئا من ذلك.(ليند زاي،2000، ص ص 746،747).

3-4 الاكتئاب والقلق والخوف وعلاقتهم بالألم المزمن:

حاول بعض العلماء شرح العلاقة بين الألم المزمن والاكتئاب باقتراح ما يسمى اضطراب الاستهداف للألم أو الألم النفسي المنشأ أو الاكتئاب المقنع. وفي هذا السياق أجريت دراسة قام بها كل من رودى وآخرون Rudy & al1988 وتيرك وآخرون Turk & 1995 al أدلة في هذا السياق حيث أشار إلى أن هناك عاملين أساسيين يبدو أنهما يتوسطان العلاقة بين الألم المزمن والاكتئاب وهما: تقديرات المريض لتأثير الألم على حياته، وتقديراته لقدرته على ممارسته أي تحكم على الألم وعلى حياته حيث أن المرضى الذين يعتقدون أنهم يمكنهم أن يستمروا في أداء وظائفهم، وأنهم يستطيعون ممارسة بعض التحكم فيها بالرغم من الألم سيكونون أقل عرضة للإصابة بالاكتئاب.(حسانين،2011، ص89).

كما أجريت العديد من الدراسات لتوضيح الدور الذي يلعبه القلق والخوف في التأثير على الألم المزمن والنتائج المرتبطة به حيث توصل ميركسكين وآخرون **Merkerskin & al** إلى أن مرضى الألم المزمن الذين يتميزون بارتفاع مستوى القلق المتعلق بالألم يميلون إلى توقع مستويات مرتفعة من الألم بمقارنة بالأفراد منخفضي القلق وهذا التوقع المرتفع يؤدي في الغالب إلى انخفاض الأداء السلوكي. وعليه فإن خبرة الألم تشمل عناصر حسية ووجدانية، فعلى المرء أن يتوقع أن تظهر النتائج العلاجية تحسنا في الحالة المزاجية. (ليند زاي، 2001، ص726).

3-5 علاقة الألم بجودة الحياة:

توجهت العديد من الدراسات لمعرفة أثر الألم على أسلوب الحياة وجودة الحياة للفرد. وتم الوصول إلى أن هناك فروق بين الذكور والإناث في تصور شدة الألم من خلال التقدير الذاتي لدى أفراد الدراسة، وأن جودة الحياة تختلف حسب نوع الجنس ونوع حالة الألم. وتعمل الأدوية المسكنة والتدخلات العلاجية على خفض مستوى الألم. وبالتالي تتحسن جودة الحياة لدى المرضى، وعليه هناك عوامل تتداخل فيما بينها في علاقة الألم وجودة الحياة مثل المساندة الاجتماعية، وتقدير الذات، والأساليب المعرفية والسلوكية، وسمات الشخصية. (Azizabadi & Assari, 2010).

وبحسب كل من بروس وبواز وبيرت **Brousse & Boiseau & Bert 2007** يجب أن يكون المريض تحت المراقبة بشكل منهجي ومستمر لتقييم جودة الحياة لديه في إطار الاستشارات السرطانية، مما يشكل خطوة مهمة نحو المداواة. فتقييم جودة الحياة ضروري وله أهميته خصوصا عند مرضى السرطان، ولا بد من تقييمه من قبل المريض نفسه، لأنه مفهوم ذاتي متعدد الأبعاد يتضمن الصحة الجسدية والنفسية، والاجتماعية، إضافة إلى المساندة والدعم اللذان يساعدان المريض على تحسين جودة حياته. (صقور، 2018، ص338).

3-6 علاقة العوامل الثقافية بالألم المزمن:

للألم أيضا بعد ثقافي مهم، ورغم عدم وجود فروق اثنية أو عرقية في القدرة على تمييز المثيرات المؤلمة. إلا أننا نجد الأفراد من بعض الثقافات يشكون من الألم بصورة أسرع، ويستجيبون للألم بدرجة أكبر من الأفراد في ثقافات أخرى، وقد تكون هذه الفروق العرقية والثقافية مستمدة من الفروق في المعايير الثقافية المتعلقة بالتعبير عن الألم. وفي بعض الحالات من الفروق في ميكانيزمات الألم، ومن الجدير بالذكر أن هناك فروقا جذرية أيضا فيما يتعلق بخبرة الألم، حيث تظهر النساء حساسية أكبر تجاه الألم. (تايلور، 2008، ص582).

وعليه تلعب الثقافة دورا مهما في عملية إدراك الفرد وكيفية إدراكه للألم واستجابته للأعراض التي يعاني منها، فعلى سبيل المثال توصل **جرين وآخرون 2003 & Green** إلى أن الألم المزمن يؤثر سلبا على جودة الحياة والحالة الصحية للأمريكيين السود أكثر بكثير من تأثيره على الأمريكيين البيض، كما نجد أن الأفراد في بعض الثقافات يشكون من الألم بصورة أسرع ويستجيبون للألم بدرجة أكبر من الأفراد في الثقافات الأخرى، وقد تكون هذه الفروق في المعايير الثقافية المتعلقة بالتعبير عن الألم وأحيانا من الفروق في ميكانيزمات الألم. (پريطل، 2017، ص02).

ففي العديد من النواحي، فإن الأساس المنطقي لدراسة الاختلافات العرقية الثقافية في الألم متطابق، ولكن الثقافة هي على الأرجح الأصعب خلافا للعوامل البيولوجية النفسية الاجتماعية، أي أن ثقافة الفرد تحدث اختلافا حرجا في سلوك الألم وإدارته.

وفي هذا السياق اقترح **ليبتون ومارباخ Liptom & merbakh** نموذجا يستند إلى ثلاثة مجالات رئيسية من تجربة الألم: أولا: التجربة الفيزيائية شدتها وكفاءتها ومدتها وموقعها، والطريقة التي يصف بها المريض هذه الأحاسيس للآخرين. الثاني: كان سلوك المريض استجابة لألمه. وقد أدخلوا ثلاث فئات فرعية هنا: التفسير المعرفي (تفسير وتقييم

الألم المتضرر)، والاستجابات العاطفية (الخوف، القلق، الاكتئاب، وما إذا كان هذا التعبير عنها علانية أو سرا)، ووظيفة كيف يؤثر الألم على المجتمع من خلال التفاعل والأنشطة اليومية، أما المجال الثالث: هو التدخل الطبي والتعامل مع عمل الفرد ردا على الألم، حيث قاموا بتطبيق هذا النموذج على 476 مريضا متعاقبا على عيادات. مع التركيز على 50 مريضا في كل مجموعة من المجموعات الخمس، حيث كان هناك بعض الاختلافات العرقية في وصف الألم بين المجموعات. (Gray .sa ,pp159,160).

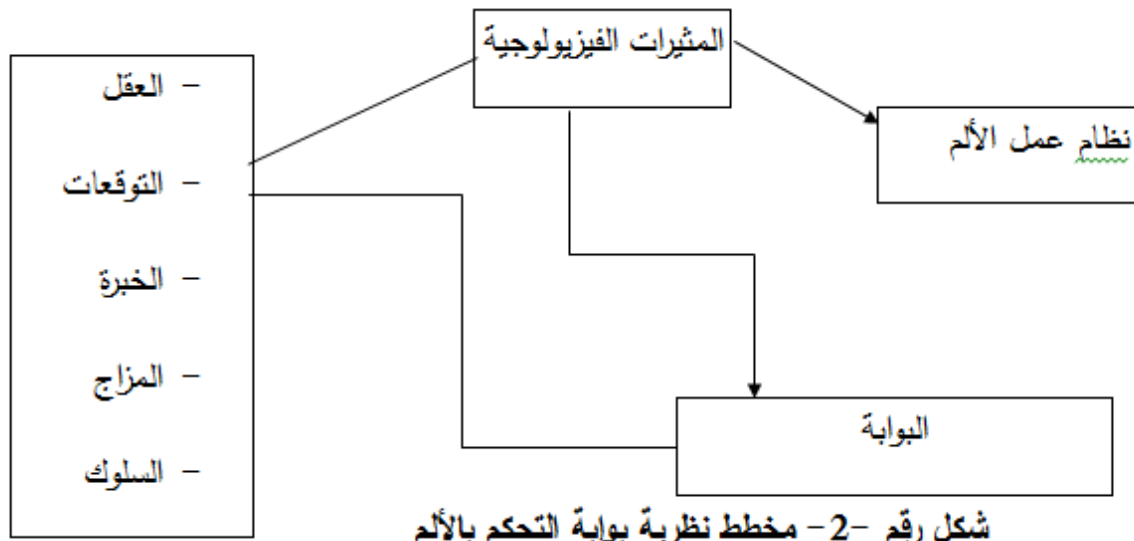
4- النماذج النفسية لتفسير نشوء واستمرار الآلام المزمنة:

في هذا السياق تطورت نماذج كثيرة لتفسير مشكلة الألم المزمن باعتمادها واهتمامها على دور العوامل النفسية في فهم المشكلة، وكل هذه النماذج تنظر إلى الألم المزمن باعتباره مفهوما متعدد الأبعاد يشمل على عوامل انفعالية وسلوكية ومعرفية وطبية. ولقد أثرت هذه النماذج على دراسة وعلاج الألم المزمن، حيث انبثقت منها أساليب علاجية متنوعة والتي أثبتت الأبحاث العلمية مدى فعاليتها في تخفيف الألم وتقليل الأعراض المرتبطة به، ومن بين هذه النماذج التي نالت قدرا كبيرا في معالجة ودراسة الألم النموذج المعرفي السلوكي.

وتضمن التقييم المبكر للألم النظرية التخصصية **Mounlcastle 1974** ونظرية النمط جرو وكار ريجال **Grue and care regal1975** ، وقد تبين أن كلا من النظريتين غير ملائمتين لتقييم نتائج فسيولوجية ونفسية متنوعة، وقد اقترح ميلزاك ووال **Melzack & wall 1975** نظرية أسماها بوابة التحكم في الألم والتي جمعت بين عدة تصورات ومفاهيم بعضها من النظريات السابقة وبعضها الآخر نتيجة علمها المتواصل حول هذا الموضوع، وخاصة تفسير الآلية الفسيولوجية للألم عن طريق العوامل النفسية التي تؤثر في خبرة الناس له وشعورهم به.

وهذا يعني أن ميلزك ووال قد فسرا آليات الألم العضوية مركزين على دور العوامل النفسية المعرفية في الشعور به، ونتيجة لذلك تولي نظرية التحكم ببوابة الألم أهمية كبيرة للعديد من الظواهر في الشعور بالألم تفوق ما أولته النظريات المبكرة. (عبد الله، 2016، ص242).

ففي حين لم تستطع النظريات السابقة أن تنتبأ بكيفية شعور الشخص المنوم مغناطيسياً بالألم وخاصة بدرجاته الخفيفة. فإن نظرية التحكم ببوابة الألم استطاعت أن تجيب عن مثل هذا التساؤل. وجوهر هذه النظرية هو أن هذه البوابة تفتح وتغلق بدرجات مختلفة، وبالتالي تستطيع أن نعدل من مثيرات الألم وإشاراته قبل وصولها إلى الدماغ. وتفترض هذه النظرية أن آلية عمل البوابة تموضع في النخاع الشوكي وخاصة في المادة الرمادية الموجودة في لب النخاع الشوكي. (العاسمي، 2016، ص ص 310، 311).



شكل رقم 2- مخطط نظرية بوابة التحكم بالألم

وبهذا يقدم هذا النموذج للألم ميكانيزمات تمارس من خلال العوامل النفسية مثل الانتباه والتشتت والتوقع والشخصية تأثيرها على إدراك الألم. وقد اقترح ميلزك وول بأن البوابة موجودة على مستوى النخاع الشوكي والتي تستقبل المدخلات من المصادر التالية (حسانين، 2013، ص ص 91، 92):

*الألياف العصبية الطرفية أي موقع الإصابة (مثل اليد) ترسل المعلومات حول الألم، الضغط أو الحرارة إلى البوابة.

*التأثيرات المركزية النازلة من الدماغ حيث ترسل إلى الدماغ المعلومات المتعلقة بالحالة النفسية للفرد إلى البوابة، قد يعكس هذا الفرد الحالة السلوكية كالانتباه والتركيز على مصدر الألم، والحالة الانفعالية كالقلق، والخوف، والاكتئاب، والخبرات السابقة أو الكفاءة الذاتية.

*الألياف الكبيرة والصغيرة والتي تشكل هذه الألياف جزءا من المدخلات الفسيولوجية للألم.

حيث تدمج البوابة كافة المعلومات من هذه المصادر المختلفة، وينتج عنها مجموعة من المخرجات حيث ترسل هذه المعلومات من البوابة إلى نظام العمل، مما يؤدي إلى إدراك الألم.

وبشكل مبسط يمكن القول أن بوابة الألم كما اقترحها ميلزك ووال تتأثر بعدد من العوامل يمكن أن تعمل على فتحها أو غلقها، وهذه العوامل تقسم إلى عوامل حسية وعوامل معرفية ووجدانية، حيث تتضمن العوامل الحسية أشياء تتعلق بالضرر الجسمي الحقيقي في المستقبل، أما العوامل الوجدانية فتشمل الأشياء التي تتعلق بالوجدان أو مشاعر السعادة والحزن، والأسى، والذنب. (حسانين، 2007، ص440) ووفقا لذلك فإن العوامل التي تؤدي إلى فتح البوابة، وبالتالي تؤدي إلى الشعور بمزيد من المعاناة تتضمن جوانب حسية مثل الإصابة وعدم النشاط أو الخمول وميكانيزمات جسمية ضعيفة وعدم التقدم في ممارسة الأنشطة والاستخدام طويل المدى للأدوية.

أما العوامل المعرفية فتشمل التركيز الزائد على الألم والانزعاج منه وتذكر الأشياء السيئة التي تتعلق بالألم والتفكير في أن المستقبل سيكون كارثيا أو مأسويا، وتتضمن العوامل الوجدانية الاكتئاب والغضب والقلق والضغوط والإحباط واليأس والشعور بالعجز، أما عن العوامل الحسية التي تغلق البوابة فتشمل زيادة النشاط والاستخدام قصير المدى للأدوية

وتدريبات الاسترخاء، وتتضمن العوامل المعرفية الاهتمامات الخارجية والاعتقادات في القدرة على التغلب على الألم، وتشتمل الانتباه بعيدا عن الألم، أما العوامل الوجدانية فتشمل الاتجاهات الايجابية نحو الألم، والحياة وإدارة الضغوط. (حسانين، 2013، ص92).

وفي هذا السياق اقترح ميلزاك سنة 1999 نظرية جديدة مكملة لنظرية التحكم بالبوابة أسماها نظرية المصفوفة العصبية، ووفقا لهذه النظرية يوجد بالمخ شبكة عصبية تعمل على تكامل المعلومات من مصادر عديدة لكي يتم الإحساس بالألم، والمدخلات الأساسية لهذه المصفوفة لا تتضمن المدخلات الحسية فقط، ولكن تشمل أيضا أنظمة تعديل الضغوط الجسمية وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل النفسية في خبرة الألم، كما أنها أثارت عددا من الأبحاث العملية والإكلينيكية. (Melzack, 1999, pp121, 127).

والمفهوم الأساسي لتغير المدخلات مقبول الآن على نطاق واسع، وينظر إلى نظرية بوابة التحكم باعتبارها تقدما نظريا مهما في مجال بحوث الألم الحديثة منافسة في الأهمية النموذج المتعدد الأبعاد للألم، ومميزة بين المكونات الحسية والوجدانية للخبرة الذاتية للألم.

ويرى فورديس Fordyce 1978 أيضا أن النشاط في النظام الفسيولوجي يدرك على مستوى ذاتي من حيث هو إحساس، ومن حيث هو تأثير غير سار، وهو يرى بالإضافة إلى ذلك أن التأثير السلبي يمارس دورا دافعا لسلوك الألم والذي يهدف إلى توصيل خبرة الألم لأولئك المحيطين بالشخص وإلى خفض شدة معاناة الألم. (ليندزاي، 2000، ص222).

وفي هذا السياق قام كارولي Karoly 1985 بتوسيع نموذج النظم الثلاثة، لكي يتضمن عاملين إضافيين وهما : تأثير نمط الحياة، والتغييرات الفيزيولوجية. كنمط التغلب على المشكلات ومهارات حل المشكلات ، والمعتقدات الصحية. (مرازقة، 2008، ص32).

ويقدم فيليبس Philips 1987 الخطوط العريضة لنموذج يتعامل مع العلاقة بين المستويين للاستجابة في نظرية كارولي حيث يصف التأثير المعرفي على سلوك الألم، مؤكدا توقعات

المرضى حول تأثيرات أفعالهم، ومعتقداتهم عن إمكاناتهم على التحكم في نوبات الألم. وعندما تكون الكفاءة الشخصية منخفضة فيستجيب المرضى للأنشطة التي تستثير زيادة الألم، وينظر إلى سلوك المرضى باعتباره سلوكا جانبيا له تأثيره على استمرارية مشكلة الألم. (ليندزاي، 2000، ص225).

وظهر اتجاه جديد قدمه ليفونثال **Leventhal 1984** والذي زاد الاهتمام بالعوامل المعرفية في مجال علم النفس بشكل عام، حيث تم تطوير أشكال العلاج المعرفي وكذلك التطور في نظرية التعلم الاجتماعي، ويعتبر هذا النموذج التصور العقلي الأكثر قبولا في مجال الألم المزمن، حيث يتميز هذا النموذج (Keefe & al, 2005) :

*بالمرونة حيث أنه يمكن استخدامه لتفسير معظم أشكال الألم المختلفة.

*يتميز بالشمولية حيث يتعامل مع الألم من منطلق التفاعل المتبادل بين العوامل البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية.

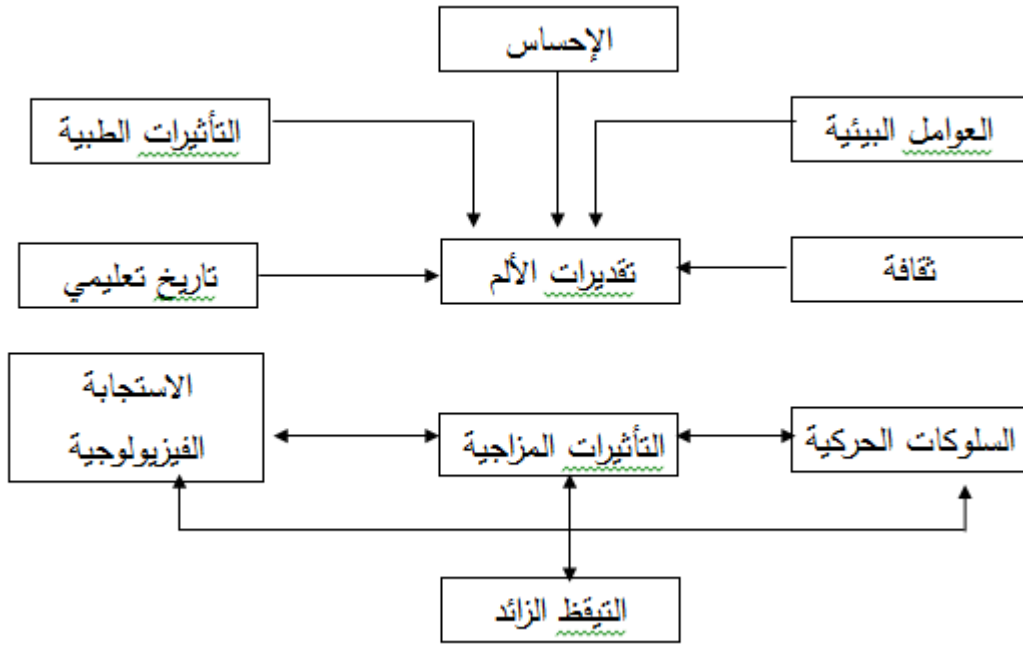
*ساعد هذا النموذج على ظهور أساليب علاجية مقننة تعتمد على تعليم المرضى مهارات معرفية وسلوكية معينة تساعدهم على إدارة الألمهم.

ولقد اقترح هذا النموذج تيرك وآخرون **Turk & al 1983** في منتصف الثمانينيات، وأشاروا إلى أن الاستجابات المعرفية مثل الأفكار والمعتقدات والتوقعات تلعب دورا مهما في إدراك الألم والتوافق معه، وبدلا من التركيز على إسهام العوامل المعرفية والسلوكية في إدراك الأعراض، يكون التركيز في هذا النموذج على العلاقة التبادلية بين العوامل الجسمية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية ، والسلوكية. ووفق لهذا الافتراض يجب على المرضى أن يكونوا فاعلين في عملية تغيير أساليبهم اللاتوافقية في الاستجابة لأعراضهم، فمرضى الألم المزمن بالرغم من شدة الأعراض التي يعانون منها إلا أنهم ليسوا عاجزين، كما أنهم لا يستطيعون التعبير وتعلم أساليب فعالة في الاستجابة لبيئاتهم. (حسانين، 2007، ص154).

من خلال السبعينات من القرن الماضي وفي أوائل الثمانينات من القرن الماضي زاد الاهتمام بعلم النفس والتوسع في دراسة الإدراكات (المعتقدات، العزوة، والتوقعات، والعلاجات المعرفية). (Beck,1979)

حيث بدأ الأخصائيين النفسانيين يطبقون النموذج المعرفي في أوائل الثمانينات. حيث يعتبر التفكير الخاطئ من بين أكثر الأخطاء المعرفية شيوعا بين مرضى الألم المزمن، ويركز على الميل إلى توقع النتائج السلبية والمنفرة في خبرة معينة، أو إساءة تفسير حدث ما على أنه لم يظهر لدى عينات مرضية إكلينيكية فحسب. وأنا عبر الدراسات التجريبية للألم المحدث مخبريا، كما خلصت الدراسات إلى أن المرضى الذين لديهم نمط تفكير خاطئ يظهرون نشاطا زائدا في مناطق مختلفة من الدماغ، مثل منطقة القشرة الطرفية الأمامية **Anterior Cingulor Cortex** والقشرة الجذرية **Insulon Cortex** ، حيث أن هذه المناطق مسؤولة عن العمليات الوجدانية للألم. (garceley & al,2004 ,p835).

ومن منظور النموذج المعرفي السلوكي الذي قدمه شارب **sharp T J** أن استجابات الأفراد للألم الذي يعانون منه تؤثر بشكل رئيسي على الآمهم وتشمل استجابات الأفراد على كل أشكال المعارف (التصورات والأفكار) المرتبطة بالألم، وليس فقط السلوك الملاحظ، حيث يعتمد وبشكل رئيسي على تقديرات المرضى للألم وكما أن تقديرات المرضى لآلامهم قد أعطى له الدور المهم والرئيسي في هذا النموذج، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي(حسانين،2007،ص35):



شكل رقم 3- النموذج المعرفي السلوكي المعدل للألم المزمن

خلال هذه الفترة الزمنية زاد فيها الاهتمام بالعوامل المعرفية في مجال علم النفس بشكل عام، حيث يركز هذا النموذج على الدور الذي تلعبه الاستجابات المعرفية مثل الأفكار والمعتقدات والتوقعات في إدراك الألم والتوافق معه، فبدلاً من التركيز على الجوانب السلوكية أو المعرفية يركز هذا النموذج على تفاعل كل المكونات وعلى العلاقة التبادلية بين العوامل في التأثير على خبرة الألم المزمن واستمراره. فالجانب المحوري والرئيسي في تطور الألم هو تقديرات الذاتية للأفراد والعوامل المرتبطة به، وهذه التقديرات تتأثر بعوامل كثيرة منها العوامل الحسية والاجتماعية، الثقافية والشخصية. (حسانين، 2007، ص441).

وأخيراً يمكن القول أن هذا النموذج المعرفي السلوكي قدم مجموعة من الأساليب العلاجية، والتي تجمع بين الأفكار والمعتقدات وكذا السلوكيات الخارجية من أجل معالجة المعلومات. وطبقاً للنموذج فإن سلبية الأفراد وتقديراتهم لمواقفهم وأفكارهم ناتجة عن فعاليتهم الشخصية في التحكم وإدراك الألم.

وفي إطار تطوير النماذج لتفسير الألم المزمن، أدى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي **Biopsychosocial Model** إلى ابتكار برامج إدارة الألم المتعدد المكونات، وهو الأكثر فعالية من حيث العلاج والتكلفة. مما يجعل مريض الألم المزمن يحظى بفرصة أكبر لاستعادة وظائفه وتحسن الكبير في نوعية حياته وارتفاع كفاءته الذاتية.

يقوم النموذج على افتراض وجود تفاعل دينامي بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تشكل استجابة الأفراد لخبرة الألم. وهذا ما نادى إليه كل من **جورج وأنجل 1977** و**George & Engel**. من خلال معتقدات الشخص واتجاهاته نحو الألم، ودور الثقافة والتفاعل الاجتماعي والدور الاجتماعي، حيث أوضحت الممارسة الإكلينيكية والبحوث الحديثة ضرورة تبني النموذج متعدد الأبعاد القائم على إسهام هذه العوامل وبناء على ما افترضه النموذج تطور منحى العلاج المعرفي - السلوكي للألم المزمن. (رمضان، 2015، ص230).

ويبين أن الاضطراب البدني يظهر كنتيجة تفاعل ديناميكي معقد بين العوامل البيولوجية- والنفسية (كالإدراك والمزاج والسلوك). والاجتماعية (كالأطر الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على إدراك الشخص واستجاباته)، والتي بنهاية تعمل على تحديد تجربة الألم، وفي عام 1982 قدم **لويسر Loeser** نموذجا عاما وضع من خلاله أربعة جوانب أساسية لخبرة الألم، ويتمثل الجانب الأول في أعراض الألم وهي ترجع إلى المثبرات التي تقع على الجهاز العصبي، أما الجانب الثاني فيتمثل في العوامل الوجدانية التي سببته كالإدراك الذاتي لهذه المدخلات. أما الجانب الثالث هو السلوك المرضي من الألم وهو استجابة سلوكية لهذه المعاناة مثل الخوف من تكرار الإصابة، الخمول والضمور، وتوقف النشاط، والتي تتأثر غالبا بكل التجارب السابقة. وأخيرا الجانب الرابع فيتمثل في معاناة الألم من خلال ردة الفعل الانفعالية السلبية للألم أو حس الألم، فالأفراد الذين يعانون من مجابهة

الألم يظهر استجابات انفعالية مختلفة مثل الاكتئاب والقلق، والخوف. (Gatchel & al, 2007, p133).

والهدف الإجمالي عند علاج المرضى الذين يعانون من حالات الألم المزمن هو تحسين القدرة الوظيفية، إلى جانب تحسن الحالة الانفعالية، اعتمادا على ظروف الإصابة ومدتها، وهناك مستويات مختلفة من الرعاية تتمثل في الرعاية الأولية والثانوية ومن الدرجة الثالثة للمرضى الذين يعانون من الألم. حيث تركز الرعاية الأولية على تخفيف الأعراض المصاحبة لحالة الألم الحاد مع زيادة الحركة والأداء الوظيفي في المنطقة المصابة، وبشكل عام تتوافق العوامل النفسية والاجتماعية التي يتم تناولها في الرعاية الأولية مع التخفيف من أي قلق أو خوف مرتبط بحدوث الألم، وفي هذه المرحلة يتم تثقيف المريض حول الامتثال للأدوية من أجل الإسراع بعملية الشفاء. وفي بعض الحالات يتحول الألم الحاد إلى مزمن وهذا ما يتطلب تدخل علاجي موسع لإصابتهم، والذي يسمى بالرعاية الثانوية والذي يهدف إلى منع التفتك الجسدي وتقليل من الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي تتداخل مع الشفاء. (Rhionda, 2012, p07). إلا أنه هناك بعض المرضى لا يستجيبون جيدا للرعاية الأولية أو الثانوية لأسباب تتعلق بضعف التعافي الجسدي والنفسي، والتي قد تساهم في اضطراب انفعالي، ما يتطلب إعادة التأهيل الوظيفي والنفسي للمريض، حيث يركز هذا الأخير على تجنب الإعاقة الدائمة من خلال استخدام النموذج البيونفسي اجتماعي ضمن نطاق هذا العلاج. حيث يتلقى المريض المساعدة من قبل فريق متعدد التخصصات في الرعاية الصحية. لاستعادة حركته الوظيفية وتعليمه تقنيات لإدارة الضغط لديه. (Gatchel & al, 2012, p08).

5- المناحي النفسية لإدارة الألم المزمن:

تعد إدارة الألم المزمن أحد أكبر التحديات الأكثر صعوبة التي تواجه المهتمين في مجال الرعاية الصحية، فبينما تستجيب الكثير من نوبات الألم الحاد للتدخلات الطبية النمطية.

وتحل بنجاح لدى الكثير من المرضى. إلا أن الألم قد يصبح مزمنًا وغير مستجيب لأيّة وسيلة مفردة من وسائل العلاج.

ومع مقاومة حالة الألم يصبح المرضى يائسين من الشفاء. وهو الأمر الذي يؤدي إلى زيادة كبيرة في مخاطر التعقيدات الطبية المنشأ ولا يمكن تقدير تكلفة الألم المزمن من منظور معاناة المرضى فقط. بل من منظور العوامل الاجتماعية، الاقتصادية أيضًا. التي تتضمن نقص الأداء الوظيفي، والمشكلات العائلية المصاحبة، ونفقات الرعاية الصحية المتزايدة. (مرازقة، 2009، ص39).

وقد أصبح من المقبول الآن تمامًا النظر إلى الألم باعتباره ظاهرة متعددة الأبعاد، يتضمن مكونات حسية ووجدانية ودافعية ومعرفية. ويحتمل أن تصبح المدخلات المؤلمة أقل أهمية في التأثير على المعاناة وسلوك الألم عندما يصبح الألم مقاومًا، بينما تظل المجالات الأخرى أكثر سيطرة. (ليند زاي، 2000، ص739).

وعليه يقصد بإدارة الألم مراجعة الطبيب، تناول الأدوية، والإقامة في المستشفيات والمعالجة الفيزيائية الخارجية، وتهدف إدارة الألم إلى التخفيف من الألم. (برويكر، 2003).

وفي إطار تطوير أساليب إدارة الألم المزمن في ضوء علاقته بالمعتقدات. نجد أن الألم المزمن لا يستجيب للعلاقات أحادية المكون، وأنه يستمر نتيجة لمكونات متعددة، واستجابة لهذه الأفكار والسلوكيات. والتي من خلالها تم إنشاء مجموعة من المناحي النفسية تتعلق بالمكونات السلوكية والمعرفية و الفيزيولوجية للألم.

5-1 تعديل سلوكيات الألم:

يعتبر سلوك الألم التعبير القابل للملاحظة الألم المعاش، ويدخل في عداد ذلك الإبلاغ اللفظي، ووضع الجسد، والإيماءات وتقييمات الوظائف والإعاقات. ويستخدم الآن على نطاق واسع تعبير سلوكيات الألم، للإشارة إلى كل من الاستجابات المتعلمة وغير المتعلمة،

والاستجابات الشرطية الفعالة والتي تعزى إلى سلوك الألم قد يستمر في بعض الحالات بدرجة كبيرة نتيجة لمرتباته التدعيمية، وليس نتيجة للعمليات الفيزيولوجية الكامنة. أي النظر إليه باعتباره مشكلة سلوكية. (ليندزاي، 2000، ص740).

وتهدف برامج التعلم الشرطي الفعال إلى زيادة تكرار السلوك الحسن والإقلال من سلوك الألم، ولا يعد خفض حدة الألم من الأهداف. وبصفة عامة يفسر للمريض أن البرنامج لا يهدف على إزالة الألم، ولكنه يهدف بالأحرى إلى المساعدة في التغلب عليه بصورة أفضل. وأن يواصل المرضى الأنشطة العادية بالرغم منه، وهناك فرض كامن وراء ذلك هو أنه ما أن يصبح المريض نشطا مرة أخرى ومنخرطا في أنشطة مشتتة للألم بقدر أكبر، حتى يتناقص الانتباه لإحساسات الألم وبالتالي تنقص شدته. (مرازقة، 2009، ص39).

ويعرف **فورديس 1976 Fordyce** بالتفصيل الأسلوب الذي يتبع لتحقيق هذه الأهداف. ويتلخص ذلك في إلحاق المرضى ببرامج متخصصة لفترات تتراوح بين أسبوعين وستة أسابيع. ولا يعبر الفريق المعالج خلالها أي انتباه لسلوك الألم أو المطالب الخاصة بالمسكنات. ولكنه يوفر قدرا هاما من الدعم الاجتماعي للسلوكيات الحسنة المستهدفة وقد طورت برامج العلاج الطبيعي لزيادة مستوى أنشطة المريض. (ليند زاي، 2000، ص740).

وفي هذا السياق قدم **ماك آرثر وزملائه Meck & all** مرجعه لبعض البحوث التي تناولت تأثير مستوى الأنشطة الخاصة بالدعم الاجتماعي المتوافق وعادة ما يلحق المرضى ببرامج تدبير سلوك الألم. (Keefe and Gill, 1985).

5-2 الأساليب المعرفية:

إن فائدة الاستراتيجيات المعرفية في تحسين تأثير الألم يمكن تفسيره نظريا لمفاهيم نماذج العمليات المعرفية مثال ذلك أن نماذج إمكانات الانتباه المحدود التي اقترحتها **برودبنت 1958 Broudbant** و**شيفرين وسنيدر 1977 Shiffrin and Schneider**

وترايزمان **Treisman 1964** توفر تفسيراً جديداً بالنظر للنتائج. وترى هذه النماذج أن الانتباه محدود من حيث الإمكانية، وإزاء مجموعة المنبهات المتنافسة يصبح الانتباه إيجابياً من خلال تصفية أو استبعاد جزء من المعلومات الواردة. (ليند زاي، 2000، ص745).

ولاستخدام استراتيجيات المواجهة المعرفية للتأثير على معاناة الألم تاريخ طويل، ويشير تعبير معرفي إلى أنها أساليب تؤثر في السلوكية التي تؤدي إلى تعديل السلوك الظاهر. وتتضمن الأحداث المعرفية التي تعدل: عمليات الانتباه لدى الفرد، والصور الذهنية، أو التقارير الذاتية، أو كليهما. (مرازقة، 2009، ص38).

وتبدو الأساليب المعرفية واعدة إلى حد ما، لأنها تعزز إدراكات من الكفاءة الذاتية بصورة خاصة، فإنها أساليب تلاقي نجاحاً في العادة وتكمن في أنها تقود المريض إلى اتخاذ خطوات يكون بأمر الحاجة إليها لمواصلة السيطرة على الألم. فهي تشجع المريض على إعادة فهم المشكلة وتفسيرها. حيث تكون مشكلة الألم قابلة للتعديل لكي يكون ذلك للأساليب المعرفية أثرها. إضافة إلى تعلم المريض المهارات الضرورية للسيطرة على الألم. (تايلور، 2008، ص609).

6- العلاج الدوائي والعلاج النفسي للألم المزمن:

يتم وضع الخطة الخاصة بمعالجة الألم المرتبط بالسرطان لدى كل مريض بناءً على عدة عوامل، مثل عمر المريض، حالته الصحية بشكل عام، وتاريخه الطبي أي السوابق المرضية والعلاجية، ونوع الورم، ومرحلته ومدى انتقاله من موضع نشأته الأصلي.

وثمة وسائل متعددة لمعالجة الألم، بما في ذلك بطبيعة الحال معالجة السرطان نفسه كمسبب أساسي للألم بعلاجات الأورام المختلفة وتتراوح الوسائل العلاجية بين استخدام الأدوية المسكنة للألم والمخدرة كخط أساسي. إضافة إلى علاجات لا تعتمد على الأدوية والتي من بينها العلاجات المعرفية.

6-1 العلاجات الدوائية للألم المزمن المصاحب لمرض السرطان:

تشير (الهوراني، 2006) إلى أن منظمة الصحة العالمية وضعت سلما تصاعديا لعلاج الألم. فالدرجة الأولى تبدأ بالمسكنات البسيطة، وتعطى للمريض الذي يعاني من ألم ضعيف (Mild Pain)، وعندما يزيد الألم لديه ينتقل إلى الدرجة التالية من السلم وهكذا، والسبب في توالي المسكنات تصاعديا على المريض بدلا من استبدالها مباشرة. وهو أن كل صنف من مجموعات المسكنات يعمل على مسارات مختلفة من الألم. (أبوشمالة، 2018، ص56).

6-1-1 مسكنات الألم والمركبات غير الأفيونية:

وهي تشمل مسكنات الألم المعتدلة مثل الأسيتامينوفين Acetaminophen ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية مثل عقار ايبوبروفين Ibuprofen. وهذه العقاقير فعالة خصوصا في التخفيف من آلام العظام والعضلات والآلام السطحية، وتستخدم كخيار أولي عند وجود ألم خفيف أو معتدل الشدة. وقد تضاف أحيانا إلى بعض أنواع أدوية الألم لزيادة فاعليتها المسكنة. (جمعية آدم لسرطان الطفولة، 2016).

6-1-2 العقاقير المخدرة ومشتقات الأفيون:

وتعد الأكثر فعالية في معالجة الألم المقترن بالسرطان، وتحسين وظائف الجسم ومنع تطور أي آثار جانبية والسيطرة عليها، ومن أكثر الأدوية شيوعا الأكودين Codeine وهيدروكودون وهذه الأدوية لا تصرف إلا بوصفة طبية منها:

*المخدرات Narcotic : وهي تتضمن أدوية مثل الكوديين Codeine، والفنتانيل Fentanyl ، والهيدرومورفون Hydromorphone ، والمبيريدين Meperidine ، والميثادون Methadone ، والمورفين Morphine ، ونظرا لآثارها السلبية واعتماد الجسدي تم حصر استعمال هذه الأدوية في حالة الآلام الحادة.

*ترامادول Tramadol: هذا الدواء يستحث إفراز هرمونات من الدماغ كالنورإبينفرين Nor-epinephrine، والسيروتونين Serotonine، والتي تساعد على تخفيف الألم الحادة المتوسطة والقوية. (أبوشماله، 2018، ص89).

وتستخدم مسكنات مساعدة **Adjuvant analgesics** في معالجات أخرى مختلفة غير معالجة للألم، إلا أنها مفيدة في معالجة بعض أنواع الألم لدى حالات معينو وتشمل هذه الأدوية:

-مضادات الاكتئاب **Anti depressants** : حيث تبين أن أنواعها مفيدة في تخفيف الألم العصبي على وجه الخصوص. ومنها: الكاربامازيبين **Carbamazepine** ، زاناكس **Zanax**.

-مضادات الاختلاج **Anti convulsant** : وهي تستخدم بصفة عامة لمعالجة النوبات الصرعية إلا أنها مفيدة في معالجة الألم، ومنها الفينيتوين **Phenytoin** ، والغابابنتين **Gabapentin** ، حيث تقوم بتهدئة الأعصاب المصابة وتمنعها من إرسال إشارات الألم.

-عقاقير التخدير الموضعي **Local anesthetics** : وهي توضع عادة على الجلد ويمكن حقنها بالقناة الشوكية أو تناولها عن طريق الفم في بعض الأحيان وهي مفيدة لتخفيف بعض أنواع الألم الموضعي. (جمعية آدم لسرطان الطفولة، 2016).

6-2 العلاجات غير الدوائية للألم المزمن:

نظرا لطبيعة تأثير الألم المتعدد الأبعاد على المريض، فإن العلاج اليوم في إدارة الألم قد تعدى اختزال على العلاجات الدوائية والجراحية فقط. هذا العلاج له قيمة في إطار شمولي متكامل متعدد المكونات، حيث يستهدف كل الجوانب المسببة للألم المزمن مع تقييمه. ويؤدي إلى نتائج موضوعية طويلة الأمد من خلال استعادة الوظيفة وتقدير الألم.

إن هذا العلاج له فائدة كبيرة للمرضى ويستخدم بشكل متكامل مع العلاج الدوائي ومن بين هذه العلاجات: العلاجات المعرفية والعلاجات المعرفية السلوكية، وهناك علاجات معرفية متخصصة في علاج الألم المزمن، أحدها هو علاج تجنب الخوف مع التركيز على تقليل الخوف من الحركة والنشاط البدني. ونوع آخر من علاجات المعرفية العلاج بالقبول والالتزام والذي يتضمن تقنيات تستخدم لتعديل الأفكار الخاطئة من خلال قبول الألم. (csarzar & al,2014,p03).

ففي العديد من حالات مرضى الألم المزمن يحدث لديهم حلقة مفرغة ، تنمو وتتطور من خلال إتباع المريض لأساليب سلبية، وهذا يخلق لديه اليأس والكآبة والعجز. وتنمو هذه المشاعر بحيث تزيد من معاناته للألم. والتي تكون ناتجة عن خبراتهم مع الألم لديهم.

ومن أجل مساعدة الأشخاص على التعامل بفعالية وكفاءة مع مواقف وخبرات الألم يحتاج الأطباء وعلماء النفس إلى تقييم معتقدات المريض، والتعرف عليها بدقة من خلال الاعتماد على مختلف العلاجات النفسية التي من بينها:

6-2-1 العلاج المعرفي:

حيث يتضمن استراتيجيات التعامل الفعال، وأساليب المواجهة النشطة، والتي تعتبر مفيدة وفعالة في مساعدة الكثيرين. وتصنف تقنيات العلاج المعرفي إلى ثلاث فئات رئيسية: صرف الانتباه، والتخيل، وإعادة التعريف والتوضيح.

ولقد أظهرت العديد من الدراسات أن هذه الاستراتيجيات المعرفية تساعد في خفض الألم من خلال خطورة الألم **Serverity** ونوع المرض **Type of illness** ، كما من جهة أخرى أظهرت الدراسات أن استخدام الطرق المعرفية مع السلوكية مجتمعة تكون أكثر فعالية في خفض الألم المزمن وتدبيره. (حمود وعبد الله، 2015، ص359).

قدم تيرك **Turk 1983** إلى أن الاستجابات المعرفية مثل الأفكار والمعتقدات والتوقعات تلعب دورا مهما في إدراك الألم والتوافق معه. وبدلا التركيز على إسهام العوامل المعرفية في إدراك الأعراض يركز على العلاقة التبادلية بين العوامل الجسمية والمعرفية والوجدانية والاجتماعية والسلوكية. ووفقا لذلك فإن منظور المريض لأعراضه يعتمد وبشكل كبير على اتجاهاته ومعتقداته ومخططاته المعرفية، والتي تتفاعل وبشكل تبادلي مع العوامل الوجدانية والتأثيرات الاجتماعية والاستجابات السلوكية والمظاهر الجسمية. (حسانين، 2010، ص146).

فالعلاج المعرفي يركز على الأساليب المعرفية التي تساعد المرضى على فهم كيف تؤثر أفكارهم ومشاعرهم في خبرة الألم، وأيضا مساعدة المرضى على تغيير ردود أفعالهم تجاه الألم وقدرتهم على إدارة هذا الألم. من خلال مساعدتهم على رؤية نتائج أفكارهم الأوتوماتيكية التي يمكن أن تكون فعالة في تقليل الألم، وذلك عن طريق إعطاء المرضى استراتيجيات معينة لضبط الألم والتي تساعدهم على تغيير أفكارهم عن الألم. فالطرق المعرفية لضبط الألم يمكن أن تعمل وتساعد المرضى على التفكير في الألم بطرق جديدة، أو ما يسمى بإعادة البناء المعرفي. (عيسى وشواش، 2019، ص350).

6-2-2 العلاج المعرفي السلوكي:

إن العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن يعمل على إكساب المريض بعض الأساليب التي تنمي لديه الإحساس بالسيطرة على الألم وتأثيراته على حياته، بالإضافة إلى التعديل الفعلي للمظاهر الحسية والمعرفية والسلوكية والوجدانية لخبرة الألم. حيث تساعد المرضى على تحديد وتقييم وتصحيح التصورات غير التوافقية والمعتقدات المشوهة تجاه أنفسهم وحالتهم. إضافة إلى أنهم يتعلمون كيفية التعرف على العلاقة التي تربط المعارف والانفعالات والسلوك. وذلك من خلال تأثيرهم المشترك على حالتهم الصحية، ولا يركز المعالج فقط على الدور الذي تلعبه الأفكار والمعتقدات في العجز وزيادة الأعراض. بل يهتم

بطبيعة ومدى جودة الأساليب السلوكية التي يستخدمها المريض للتعامل مع الألم. (حسانين، 2010، ص148).

يبدأ هذا العلاج بتغيير الاتجاهات، من خلال مناقشة التفكير الضار والذي يشيع لدى مرضى الألم المزمن، والذي يتضمن أحكام مسبقة، واستخدام كلمات وأحاديث نفسية سلبية، وتصورات غير واقعية. إضافة إلى تضخيم وتهويل الإحساس بالألم والمبالغة في التعبير عنه ووصفة. (Judith & Mery, 2016, p43).

ويتم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في إدارة الألم المزمن عن طريق ثلاث مراحل (مرازة، 2020، ص360):

*مرحلة التعليم: من خلال شرح النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في الألم للمريض.

*مرحلة التدريب: على تقنيات جدولة الأنشطة، إعادة البناء المعرفي، تقنية الإلهاء وصرف الانتباه، سجل الأفكار التلقائية.

*مرحلة التطبيق: من خلال ممارسة الأساليب والمهارات في مواقف الحياة الحقيقية.

اتجهت العديد من الأبحاث والدراسات إلى دراسة العوامل النفسية والاجتماعية وعلاقتها بالألم، بهدف فهم التصورات والمعتقدات حول الألم المزمن والتي من خلالها يتم فهم الآليات الأساسية لحدوث الألم، واقتراح العلاجات المناسبة له.

فدراسة العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية تؤدي إلى تحسين جودة حياة مرضى السرطان، وتسمح لهم بتكوين إدراكات خاصة حول الآلام المزمنة، وهذا ما يسمح لهم بتفعيل استراتيجيات مناسبة للتعامل معه. من خلال إتباع أساليب وتقنيات مناسبة لإدارة الألم.

التدخلات المعرفية في معالجة

الأمراض العضوية

- 1- الأسس النظرية للعلاج المعرفي عند أرون بيك
- 2- تطبيقات العلاج المعرفي في إدارة الأمراض العضوية
- 3- قضايا العلاج المعرفي لدى المصابين بمرض السرطان
- 4- جودة الحياة المحسنة نوعيا ومعدل البقيا لدى المصابين بالسرطان
- 5- الرعاية النفسية الاجتماعية التلطيفية لمرضى السرطان

إن علاج مرض السرطان يتطلب العديد من التقنيات الطبية الحديثة مع الأخذ بعين الاعتبار إعلان التشخيص والتكفل العلاجي للمريض وما يصاحبه من تدهور حالته الانفعالية والنفسية والتي بدورها تؤثر على الحالة الفيزيولوجية له. وفي هذا الصدد تطور العديد من العلوم النفسية والطبية وظهر ما يسمى بعلم الأورام النفسي من أجل الاهتمام بالاستجابات النفسية السلوكية والاجتماعية المرتبطة بمرض السرطان بداية من الإعلان عن المرض، ومرحلة العلاج. ولا تتوقف مهمته فقط إلى جانب التكفل العلاجي بل تشمل طرق الوقاية ومنع الانتكاسة، وتحسين جودة حياة المرضى، والأخذ بعين الاعتبار مختلف الممارسات العلاجية لمن يعمل في مجال السرطان.

فطورت العديد من العلاجات النفسية والتي تهدف إلى تعديل معتقدات المرضى والتخفيف من آلامهم، من خلال تطبيق مختلف تقنيات العلاج، والتي من بينها العلاج المعرفي عند أرون بيك، إلى جانب العلاجات التلطيفية لمرضى السرطان.

1- الأسس النظرية للعلاج المعرفي عند أرون بيك:

شاع استخدام العلاج المعرفي عند بيك في حالات الأمراض النفسية وبصفة خاصة الاكتئاب، وقد تدرب بيك في مجال التحليل النفسي ومارس هذا الأسلوب العلاج ولكنه لم يكن راضيا عن التعقيدات الكثيرة والمفاهيم المجردة لهذه المدرسة، كما أن محاولاته البحثية باءت بالفشل في إثبات صحة فروضها. وقد أدت إلى تشجيع بيك لمرضاه على القيام بتحليل معرفي لأفكارهم إلى إعادة صياغة مفاهيم الاكتئاب، والقلق، والمخاوف المرضية، وعصاب الوسواس والقهار في صورة تحريفات معرفية. وقد طور عدة أساليب لتصحيح التفكير الخاطئ، وبالتالي التخلص من العصاب. (باترسون، 1990، ص 183)

ويساعد العلاج المعرفي المرضى على أن يستخدموا طرق حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم. يقول بيك: "إن وصفات العلاج يمكن أن توضع في صورة بسيطة، فالمعالج يساعد المريض على التعرف على تفكيره الشخصي (عبد

المهدي، 2016، ص174). وأن يتعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته، وهذه الطريقة تعطي معنى للمرضى لأنها تتيح لهم استخدام معرفتهم عن المفاهيم الخاطئة والتفسيرات الخاطئة في وقت مبكر. (بيك، 2000، ص07).

تستند نظرية بيك Beck المعرفية على مفهوم أساسي هو المخطط المعرفي، إذ تعد المخططات المعرفية الجزء الأكثر عمقا في المتغيرات المعرفية، وهي تمثل مجموعة من المعتقدات الخاصة بالفرد وقواعد الحياة التي تستثير قراءة موجبة للموقف. (أبوهدروس، 2015، ص130).

وتعتبر الأفكار التلقائية عند أرون بيك أساس العلاج المعرفي وهي عبارة عن أفكار وتأويلات التي ترد إلى العقل لا إرادي أو دون وعي من الفرد، وتظهر أحيانا مع السياق الظاهري للأفكار وما هي إلا تعبير عن المحصلة النهائية للعملية المعرفية، وتتضمن الأفكار السلبية التلقائية عند بيك ما يقوله الفرد لنفسه في الاستجابة نحو الحدث وهو ما يعرف بالأحاديث الذاتية السلبية. (Beck ,2010 , p21)

فيرى بيك أن الاضطراب ينتج عن وجود مخططات معرفية مختلة وظيفيا وهذه بدورها تؤدي إلى سلسلة من الأفكار التلقائية السلبية والتي تشتمل على مجموعة من الأخطاء المعرفية. (حسين، 2007، ص116).

فينظر العلاج المعرفي إلى المشكلات على أنها نابعة من التفكير الخاطيء، مما يجعل الاستنتاجات غير صحيحة على أساس المعلومات غير كافية وغير دقيقة، وعدم التمييز بين الخيال والواقع. (Corey, 2012).

وثمة مفهوم آخر أشار إليه بيك في نظريته المعرفية وبشكل همزة وصل بين المخططات المعرفية والأفكار الأوتوماتيكية وقد أسماه بالتشوهات المعرفية والتي تشير إلى المعاني والأفكار التي يكونها الفرد عن الموقف وتكون خاطئة، وبالتالي فإن التحريفات المعرفية

(التشوهات) للأفكار عبارة عن أخطاء معرفية تحدث في معالجة المعلومات وتسبب الشعور بالضيق والألم، وتحرف هذه الأفكار الأوتوماتيكية نتيجة التفكير الخاطئ للخبرات التي يمر بها الفرد من أفكار وانفعالات سلبية. (حسين، 2007، ص 143)

ويرى بيك أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، وإنما تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي (العقلي) الداخلي. وقد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية ووجود الاضطرابات النفسية. (طاهر وعلي، 2018، ص 20).

إن ردود الفعل التي يستجيب بها الناس لكثير من المواقف تكون منسقة، مما يوحي بأن هذه الاستجابات توجهها مجموعة من القواعد وتشكل هذه القواعد الأساس الذي تنطلق منه تفسيرات الأفراد وتوقعاتهم. ومن ثم فهي تقدم إطار لفهم خبرات الحياة. ومثل هذه الخطوط لا تشمل فقط علة معادلات وصيغ ومقدمات منطقية تمكن الشخص من أن يرتب ويضيف ويركب ملاحظاته حول الواقع بحيث يصل إلى استنتاجات ذات معنى، بل إنها تشمل أيضا على معايير يمكن من خلالها توجيه تصرفاته وتقويم سلوكياته الشخصية. (علوي وزغبوش، 2009، ص 90).

ويرى بيك أن القواعد تمثل جزءا من التراث الاجتماعي للمجتمع الذي يعيش فيه الفرد. وبالتالي فإنها تكتسب من خلال الخبرة الشخصية وملاحظة الآخرين، وتساعد هذه القواعد (التي يمارسها المريض) والمعالج على فهم السلوك غير المنطقي. وكذلك الاستجابات الانفعالية الشاذة، وعندما تكون هذه القواعد منفصلة عن الواقع أو إذا استخدمت بتطرف أو عشوائية فإن من المتوقع أن ينتج عنها مشكلات نفسية شخصية أو مشكلات في العلاقات.

كذلك فإن بيك يرى أن الناس يستجيبون للأحداث إطلاقا من المعاني التي يعطونها لها. وهذه الاستجابات تجاه الأحداث تؤدي إلى ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأشخاص، بل ومن الشخص الواحد في أوقات مختلفة، ومن الأفكار الأساسية في النموذج

المعرفي للانفعالات أو الاضطرابات الانفعالية الفكرة التي تنادي بأن المعنى الخاص لحادث ما هو الذي يحدد الاستجابة الانفعالية تجاهه. (محمد، 2000، ص60).

وهكذا نجد أن أحد الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي هي تغيير نماذج تفكير المريض المشوهة وانهازمية الذات والأفكار التلقائية في اتجاه أكثر إيجابية وواقعية. ويعمل هذا جزئياً بجعل المعالج يتحدى فروض المريض، ويقدم مجادلات عن السبب في أنه يجب أن يتبنى افتراضات أكثر ايجابية عن نفسه وعن العالم وعن المستقبل.

ويستخدم المعالجون المعرفيون سلسلة من التقنيات الإضافية من أجل تغيير الطرق السلبية في التفكير. (فايد، 2005، ص90).

وعليه فالعلاج المعرفي الذي أعده بيك يؤكد على أهمية الاعتقادات والتفكير في تحديد السلوك والمشاعر لدى الفرد، وهو يركز على فهم الاعتقادات المحرفة أو المشوهة، ويستخدم فنيات معرفية لتغيير أنماط التفكير غير التوافقي لدى المريض، وكذلك يتضمن فنيات سلوكية لتحقيق هذا الهدف. وفي العملية العلاجية يكون الاهتمام منصبا على الأفكار التلقائية التي يكون المفحوص على غير وعي بها، وعلى أنسقة الاعتقادات السلبية لديه. (Beck & Knapp, 2008, p55).

ويتم العلاج المعرفي في إطار علاقة تعاونية بين المريض والمعالج، ويلعب المعالج المعرفي دورا تعليميا في مساعدة المرضى على فهم الاعتقادات الخاطئة والمحرفة لديهم، وتقديم طرق لتغيير هذه الاعتقادات، وفي تنفيذ ذلك يعطي المعالج المعرفي المريض واجبات منزلية يقوم بها.

فالهدف الرئيسي للعلاج المعرفي هو أن يصبح المريض على وعي بالأفكار التلقائية السلبية لديه. واستبدال هذه الأفكار بمعارف أكثر دقة وموضوعية، أي مساعدة المرضى

على بناء تفكيرهم حيث أنهم يفسرون الأحداث ويرون أنفسهم والعالم من حولهم بطريقة خاطئة. (أبو أسعد والأزيدة، 2015، ص 199).

ويهدف العلاج المعرفي إلى مساعدة المرضى على استكشاف أنماط الاعتقادات الكامنة لديه والتي تؤدي إلى التفكير السلبي وغير منطقي. ومن ثم فهو يتيح للمرضى استكشاف أفكارهم واستبدالها بأفكار مفيدة وواقعية لكي يمكنهم من إدارة الانفعالات لديهم بفاعلية.

فنحن نعتقد أن عقولنا أشبه بحقيبة السفر التي يجمع فيها العديد من الاعتقادات والأفكار والذكريات والخبرات الماضية. وبعض هذه الأفكار والاعتقادات يكون مفيدا وإيجابيا، وبعضها الآخر يكون سلبيا وغير واقعي ومن ثم فالعلاج المعرفي يساعد المرضى على محو وإزالة الأفكار السلبية واعتقادات واقعية ومنطقية تساعدهم على التحكم في انفعالاتهم وسلوكياتهم. (الخفش، 2010، ص 377)

وفي ضوء ما تقدم نخلص أن العلاج المعرفي يركز على تغيير أفكار الفرد بحيث يتغير سلوكه وحالته الانفعالية، وفي البداية قد استخدم هذا العلاج مع الاضطرابات النفسية، ولكن أصبح يستخدم في علاج تشكيلة واسعة من الاضطرابات النفسية متضمنا أيضا الأمراض المزمنة.

حيث دائما ما نستخدم تدخلات العلاج المعرفي كعلاجات ملحقة بالعلاجات الطبية الجيدة، لمساعدة المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة في مواجهة الآلام وضغوطهم أو تحسين أدايتهم، ولقد أظهر تأثيرا فاعلا لمدى واسع من الأمراض الطبية المزمنة، منها زملة التعب المزمن ومرض تهيج الأمعاء، كما أظهرت العديد من الدراسات مدى كفاءته لمرضى السرطان وفوائده العظيمة في تقليل الاكتئاب والقلق والتعب، والضغط النفسي العام، وخفض الإحساس بالألم والعجز المرتبط بالسلوك. خصوصا لدى المرضى الذين يعانون من مرض متطور (يتطور من الحاد إلى المزمن).

ولقد أسس المنحى المعرفي في مواجهة الألم على فهم العلاقة بين الأعراض والشعور بالمعاناة، وبناء على هذا الفهم فالأعراض والمعاناة ليس مرادفين. وأن وجود الألم لا يعني بالضرورة وجود معاناة، لأن المعاناة ناجمة عن الإدراكات والتفسيرات التي تؤدي إلى الإحساس بالتفكك الذاتي، لذلك يستطيع تعديل هذه العمليات العقلية يستطيع أن يقلل من هذه المعاناة.

وهذا ما جعل إمكانية استخدام العلاج المعرفي بكفاءة لمرضى السرطان، فجلسة العلاج المصغرة والمؤسسة على مبادئ العلاج المعرفي من الممكن أن تؤدي أيضا إلى تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

2-تطبيقات العلاج المعرفي في إدارة الأمراض العضوية:

تعد الأمراض المزمنة من التحديات الرئيسية التي تواجه النظم الصحية والتي استقطبت اهتماما كبيرا في السنوات الماضية لأنها تؤدي إلى مضاعفات ومخاطر صحية ونفسية واجتماعية، وتؤثر سلبا على جودة حياة المرضى. وهي أمراض مكتسبة من أنماط حياتية غير صحية تدوم فترات طويلة وتتطور ببطء ومن بين هذه الأمراض أمراض القلب الوعائية، السرطان، الإيدز...إلى غير ذلك من الأمراض التي تسبب تهديدا حقيقيا لصحة الإنسان.

فالأمراض المزمنة إحدى سمات عصرنا الحالي، وهي أمراض معقدة الأسباب وتتطلب علاج طويل المدى، وتدخل طبي مستمر، ويتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصحية، ومن ثم تؤثر على جودة الحياة لدى المريض حيث يترتب عليها تغيير نمط وأسلوب الحياة، صعوبة في أداء الأدوار الاجتماعية، عدم القدرة التحكم في المواقف الضاغطة. (سالم، 2020، ص850).

ولقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي (57) مليون وفاة سنويا تكون بسبب الإصابة بالأمراض المزمنة والمستقطلة، ووجد أن الأسباب المؤدية إلى الإصابة تتعلق

بمجموعة السلوكيات غير الصحية المتعبة كالعادات الغذائية الخاطئة، السمنة، التدخين... إلخ. كما قد أشارت بعض الدراسات النفسية إلى بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والثقافية وما تعكسه على الفرد من سلوكيات، وعادات صحية وبين الإصابة بالأمراض المزمنة. (العاسمي، 2016، ص148).

إن عبء الأمراض المزمنة والتي يمكن الوقاية منها يجهد صحة الأفراد ونفقات الرعاية الصحية في علاج وإدارة الأمراض المزمنة. والحالات التي تؤدي إلى تدني جودة الحياة وزيادة التكاليف الطبية. (Bunell & al, 2012).

وتوقعت منظمة الصحة العالمية (WHO) أنه بحلول 2020 ستشكل الأمراض المزمنة ما يقرب من ثلاثة أرباع الوفيات في جميع أنحاء العالم. وأن 71% من الوفيات يسبب أمراض القلب، و75% من الوفيات يسبب السكتة الدماغية. وتأثير هذه الأمراض على متوسط العمر عند الوفاة، حيث سيكون متوسط العمر بحلول 2030 لمرضى الأمراض المزمنة 40 سنة. (منظمة الصحة العالمية، 2012، ص45).

تعتبر الأمراض المزمنة من الأمراض المهددة لحياة المريض والتي تترك أثرا واضحا على المرضى وعلى أسرهم والمحيط الذين يعيشون فيه، في حين تختلف استجابات هؤلاء المرضى للآثار النفسية الناجمة عن هذه الأمراض. ما يجعلهم معرضون لاضطرابات نفسية. (عمامرة وطعيلي، 2017، ص88). ومما لا شك فيه أن هناك العديد من الأمراض المزمنة التي تترك أثارا بالغة في مختلف نواحي حياة المريض، ما يتطلب إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والاجتماعية. ما يتوجب على المرضى أن يتوحدوا من الناحية النفسية مع الدور المرضي للتكيف معه. (تايلور، 2008، ص624).

فالأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة وأسرههم يسعون لإحداث تغييرات تكيفية من أجل تحسين جودة حياتهم ونمطها. وذلك عن طريق تفعيل أو تحسين السلوكيات الاجتماعية، والنفسية، والطبية.

إن تعرض الشخص لمرض خطيرا ومزمنا يعتبر أزمة صحية، وهذه الأزمة تمثل صدمة للشخص، ما يفرض على الشخص المريض مواجهة الوضع والتعامل معه من خلال إتباع استراتيجيات تعتمد على تقييمه المعرفي للمرض وطريقة معالجته. (عبد الله، 2011، ص466). ويجب اعتبار التكفل بالأمراض المزمنة رهانا اجتماعيا ونفسيا يتحدد بموجبه مستقبل السياسة الصحية والاجتماعية والاقتصادية، وتتم حتما بدراسات وبحوث معمقة ومبتكرة لهذه الظاهرة من وجهة نظر علماء النفس والاجتماع.

فاعتماد الأطباء والباحثون النفسيون على مؤشرات موضوعية في مقاربتهم لهذه الأمراض كظروف الرعاية الصحية التي يحظى بها المريض المزمنا، والتكفل العلاجي. إضافة إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية. (زعطوط وقرشي، 2013، ص252). فتتضمن برامج التدخل العلاجي للمصابين بالأمراض المزمنة تكاملا بين عدد من التخصصات، وتتكامل فيما بينها بحيث تساعد في تنفيذ برامج العلاج النفسي من خلال تقديم خدمات نفسية لمساعدة المرضى على التعامل مع وضعهم الصحي، ومواجهة مشكلاتهم. ويتم من خلال تدريبهم على تقنيات العلاج المعرفي، وكذا السلوكي بمختلف طرائقهم من أجل مساعدتهم على التكيف مع الأزمة الصحية وتحقيق الأهداف المرجوة.

فتقنيات العلاج المعرفي تركز على أفكار المريض ومعتقداته، خاصة الأفكار السلبية بهدف تعديلها وقد طبقت فنيات صرف الانتباه وتشثيته، والتخيل، إعادة التوضيح، إعادة البناء المعرفي، في مساعدة المرضى على تعديل أفكارهم عن حالتهم الصحية ومشكلاتهم. حيث ساعدت هذه الطرق على تعديل الأفكار السلبية لدى المرضى واستبدالها بأفكار ومعتقدات إيجابية وفعالة. مما رفع من مستوى تكيفهم وتعاملهم مع أزماتهم الصحية. (عبد الله، 2011، ص489، ص493).

ظهرت الكثير من الأمراض المستقلة في المجتمع البشري، والتي تثير العديد من القضايا النفسية، بما فيها مشاعر عدم الارتياح التي تصاحب المعالجة، والتردد بين استمرار

المعالجة أو التوقف عنها. فالأمراض المستقلة يصاحبها عادة وعي تدريجي بالموت، ونتيجة لذلك تبرز عدة مسائل طبية ونفسية تواجه المريض. فكثيرا ما تحتاج الأمراض الخطيرة أو المستقلة إلى معالجة مستمرة. فعلاج السرطان مثلا قد يؤدي إلى العديد من الأعراض الجسمية والنفسية المتكررة، مما يجعل المريض يشعر باليأس من جدوى أي معالجة وأن أي إجراء علاجي يحمل في طياته تهديدا جديدا للموت.

فمع استفحال المرض تقل قدرات المريض وفاعليته بصورة متزايدة فقد يصبح من الصعب عليه السيطرة على وظائفه البيولوجية والاجتماعية، كأن يفقد المريض السيطرة على الأعراض الجسمية كالآلام والمعاناة. إضافة نقص القدرة على التركيز ويرجع هذا إلى طبيعة المرض المستقل نفسه. إضافة إلى الآثار الجانبية للأدوية والمسكنة للألم. (تايلور، 2008، ص690).

وتعتبر رعاية الحالات المستقلة من أصعب الأمور التي تواجه الفريق الطبي، وأقل أشكال الرعاية الجسمية إثارة لاهتمامه. وذلك لأنها غالبا ما تكون موجهة لراحة المريض وليس لشفائه (تايلور، 2008، ص573). وعند هذه النقطة يكون العلاج الطبي ملطفا **Palliative**. لأنه يعمل على تخفيف الألم والضيق فقط لدى المريض.. وهذه المرحلة قد تكون مصدر ضغط شديد ليس فقط بالنسبة للمرضى وأسرهم، ولكن أيضا بالنسبة لفريق الرعاية الطبية وجميع العاملين بالمنظومة الصحية. أما عن طريقة تعامل المرضى الذين يعانون من أمراض مستقلة ومن أبرزها طريقة التعامل التي تركز على المشكلة. ومن أبرز مظاهر التكيف لدى هؤلاء المرضى التكيف المعرفي الذي يعمل على اكتساب المعنى، وتحسين القدرة على التحكم ورفع مستوى تقدير الذات. (عبد الله، 2011، ص543).

في هذا الصدد تكتسب نظرية كوبرلر روس **Kubler Ross** أهميتها من أنها استطاعت الإحاطة بمدى واسع من ردود الفعل للموت، ومن أنها ساعدت على إبراز الحاجات الإرشادية للمرضى في المراحل النهائية من حياتهم. (تايلور، 2008، ص571). فأصبحت

فكرة وجود سلسلة من المراحل في تكيف الفرد للموت. حيث يمر بخمس مراحل هي: الأفكار، الغضب، المساومة، الاكتئاب، التقبل. فالمرضى لا يمرون بجميع المراحل نفسها. (Gregory,2020,p01)

هذا ويشير بعض الدارسين المهتمين بالموت إلى أن المعالجات المعرفية والسلوكية تعتبر فعالة في معالجة المرضى في مراحلهم الأخيرة. فالأحاديث الذاتية الايجابية التي تركز على إنجازات المريض في حياته تقلل من حالات الضيق وعدم الارتياح، والآلام، إضافة إلى تقنية الاسترخاء العضلي. (تايلور، 2008، ص701).

3- قضايا العلاج المعرفي لدى المصابين بمرض السرطان:

إن مفهوم المرض الجسدي المزمن الحاد أو الخطير، يبدو إشكاليا نظرا لأن عبارة خطير تمثل نوعا من التعبيرات الشخصية، وتقدم المراكز الأمريكية لضبط ومكافحة الأمراض والوقاية منها. (Centre for disease control and prévention CDC 2009) تعريفا للأمراض المزمنة بأنها الأمراض غير السارية وغير القابلة للانتقال والتي تطول في المدة ولا تحل أو تعالج تلقائيا، ونادرا ما تعالج بالكامل. وتتراوح هذه الأمراض بوجه عام ما بين أمراض القلب والسكري والكلية وتصلب الأنسجة العضلية وأمراض الرئة والسرطان. (مقدادي، 2018، ص486).

حيث يعد مرض السرطان أحد أكبر التحديات التي تواجه منظومات الرعاية الصحية في العالم نظرا لانتشاره الواسع والتكاليف المرتفعة جدا لتدبيره. (براهمية، 2016، ص309) والتي تعكس جزءا من حجم الميزانيات الضخمة المسخرة من قبل العديد من دول العالم والجزائر لوسائل تشخيص السرطان ومعالجته، حيث قدرت تكاليف رعاية مرضى السرطان بالولايات المتحدة الأمريكية عام 2010 حوالي 124,57 دولار، ومن المتوقع ارتفاعها في عام 2020، (Mariotto, Yoeroff & all, 2011). وبالنسبة للجزائر قدرت الميزانية التي تم تخفيضها لمكافحة السرطان وفق الخطة الوطنية الخماسية بـ 180 مليار دولار. (Oxford

(Business Group,2016). وحسب منظمة الصحة العالمية تشير آخر الإحصائيات المقدمة من قبل وزارة الصحة إلى ارتفاع عدد الأشخاص المصابين بمعدل 45 ألف حالة جديدة سنويا، أين وصلت عدد الوفيات بهذا المرض إلى 8,2 مليون وفاة، ومن المتوقع زيادة ارتفاعها في عام 2030 إلى 13,1 مليون.(WHO,2016). وأن أغلب أشكال السرطان المعروفة والتي تسبب حالات للوفاة هي: سرطانات الرئة، والمعدة، والكبد والثدي. وتشير التقارير إلى أن سرطان الرئة يشكل (1,37) مليون من عدد الوفيات، وسرطان المعدة (736) ألفا، وسرطان الكبد (659) ألفا، وسرطان القولون المستقيمي (608) ألفا، وسرطان الثدي (458) ألفا، وسرطان عنق الرحم (275) ألفا من حالات الوفاة. ورغم الانتشار المخيف لمرض السرطان في دول العالم إلا أن نسبة تختلف من بلد لآخر، ومن مكان إلى آخر، ويعود ذلك إلى أسباب مناخية وكيميائية، ونوعية الأغذية، والمناعة الجسمية والنفسية.(العاسمي،2016،ص162).

فالسرطان ناتج عن تورم نمو نسيج من الخلايا خرجت عن الطابع العادي لنظيراتها فأخذت تنمو بصفة عشوائية، يحدث النمو في البدء في العضو المصاب وابتداء من إصابة أولية ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء. ويهاجم الجهاز المناعي ما يجعل النمو لا يتوقف ويدمر أعضاء الجسم الحيوية وهذا ما يسبب العجز والموت.(الزراء،2000،ص478). السرطان - إذن - مرض خطير لا يهدد حياة المريض فحسب، بل يؤثر على صحته الجسدية، والنفسية، وتشخيص الإصابة به تسبب ضيقا وإجهادا وألم للمريض وأسرته.(Jadroon & al,2010,p1186). حيث وضعت سيسلي ساندرز Cicely Saunders بأن معايشة مريض السرطان للألم تمس مجموعة من الأبعاد (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، وحتى الروحية)، التي أطلقت عليها مصطلح مجمل الألم.(Shute,2013,p20).

وعادة ما تظهر على شكل مشكلات جسمية عديدة كاضطراب الجهاز العصبي المركزي، تغييرات في الوزن، الإسهال والغثيان، فقدان الشهية... الخ. وأعراض نفسية كالقلق ، الاكتئاب، الأرق والشعور بالإجهاد والضغط.(فقيه،2003). بالإضافة إلى بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة كالانعزال والوصم الاجتماعي، علاوة على ذلك يظهر المريض فقدان السيطرة على أحداث الحياة، والتغير في القدرة على أداء الأدوار الأسرية والوظيفية في شكل الجسم وصورته الذي عادة ما يكون مرتبط بالنظام الكيميائي ومعدلات الاستجابة المناعية والألم المزمن المرتبط بالسرطان.(national breast cancer centre, 2003 ,p16).

فمرضى السرطان غير قادرين على مواصلة حياتهم كما كانت عليه من قبل ظهور مشاكل في جميع الجوانب الشخصية، الأسرية والحياة الاجتماعية. والتي تؤدي إلى تدني جودة الحياة لديهم سواء أثناء عملية التشخيص أو العلاج وحتى خلال مرحلة المتابعة.(سكوت وآخرون،2002،ص174).

كما بينت الدراسات أن هناك عوامل نفسية لها دور فعال في تحمل ومقاومة الآثار السلبية الناتجة عن مرض السرطان. وبناء نموذج وظيفي موسع لمواجهة الانفعالات السلبية، فالخبرة الذاتية الايجابية تؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وتجعل للحياة قيمة وتحول دون الأعراض المرضية. وتخفف آثار الضغوط الناتجة عن الاضطرابات العضوية والنفسية. ولها أهمية في علاج السرطان وتجعل المريض واعيا بها وتؤدي إلى تقدم فعاليته والتحكم في المرض. لذلك تستخدم بنجاح واسع في بحوث السرطان. وأكدت البحوث على أهمية الحالة النفسية والإرادة القوية في تدعيم المريض والشفاء من المرض. فالانفعالات الايجابية والإرادة القوية تدعم المريض للمرض وتساعد على الشفاء.

واقترحت العديد من النماذج لمحاولة تفسير العلاقات القائمة بين المواقف الضاغطة والعمليات النفسية المعتمدة تصدي لها من جهة، وسيرورات تطور مرض السرطان من جهة

أخرى. فتوصلت النتائج إلى أن الفكرة التي تشير إلى آثار العوامل النفسية والتي تظهر من خلال انخفاض الكفاءة المناعية وتحديد الوظيفة السمية للخلايا للمفاوية. وتتأسس هذه على نوعين من المعطيات :

-نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة (NK) يتناقص في المراحل المتقدمة للورم الفتاميني الخبيث **Le Mélanome** وسرطان الثدي، في حين أن دور الخلايا (NK) تحديدا هو تثبيط تطور الانبثانات **Les Métastases** .

-العديد من الدراسات أكدت أن الأحداث الضاغطة تؤدي غالبا إلى انخفاض معتبر في عدد الخلايا القاتلة (NK) التي تعد وظيفتها الأساسية التعرف على الخلايا الشاذة في انقسامها وتدميرها قبل تفاقم تكاثرها غير الطبيعي، وهذا التراجع في عمل النظام المناعي يسرع نمو الأورام الخبيثة. (Fisher,2014,p222).

وفي حين يعتبر البعض أن التغييرات الهرمونية المحرصة عبر نموذج عدم القدرة على التحكم (القدرة المدركة) في الوضعيات هي المسؤولة عن التغييرات المناعية وكذلك نتائجها على نشأة السرطان. يقترح البعض الآخر العديد من الطرق التكميلية السلوكية الفيزيولوجية التي قد تربط بين الخصائص النفسية للنمط (ج) والإصابة بالسرطان. (Santiago, 2002,p30).

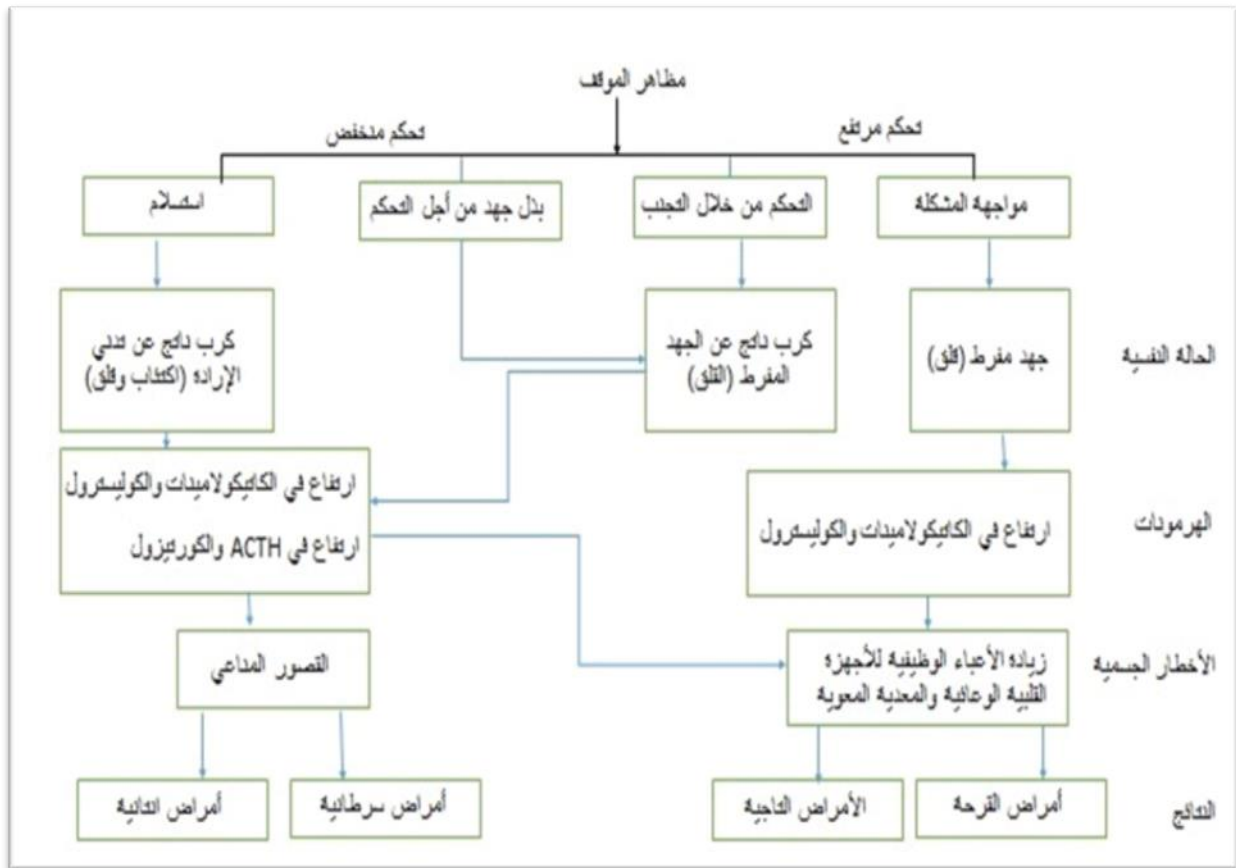
*واقترحت عدة نماذج نظرية مفسرة لآليات التسرطن ومن بين هذه النماذج:

3-1- نموذج عدم القدرة على التحكم Fisher 1988:

اقترح فيشر Fisher 1988 نموذج حيوي نفسواجتماعي ذو طابع شامل لتفسير اتجاه الأفراد الذين لديهم مستوى ضعيف من التحكم المدرك للإصابة بالسرطان أو الأمراض المعدية. ورأى أن صعوبة التحكم بإمكانها أن تؤدي سواء إلى بذل مجهود كبير للتحكم أو إلى اليأس والاستسلام. وفي كلتا الحالتين يترجم ذلك بزيادة الكورتيزول والذي ينشط من

المحور القشري المهادي. (Bruchon & Dantzer, 2003, p194). هذا الهرمون بدوره يؤثر على خلايا الجهاز المناعي، مقللاً من كفاءتها مما يعزز نمو الأورام السرطانية. وما يميز هذا النموذج هو إدراجه للتحكم الذي يقوم به الفرد أو يعتقد أنه يقوم به ضد مثير الضغط وعواقب ذلك وآثاره على الهرمونات البشرية. وهذه التغيرات هي المسؤولة عن اختلال النظام المناعي وما ينجم عنه من نتائج تسبب السرطان. (Santiago, 2002, p30).

وفيما يلي توضيح لنموذج فيشر 1988 الذي اعتبر أن التغيرات الهرمونية الناتجة عن عدم القدرة على التحكم في الأحداث هي المسؤولة عن التغيرات المناعية وعن نشأة الأورام السرطانية (Bruchon & Dantzer, 2003, p195):

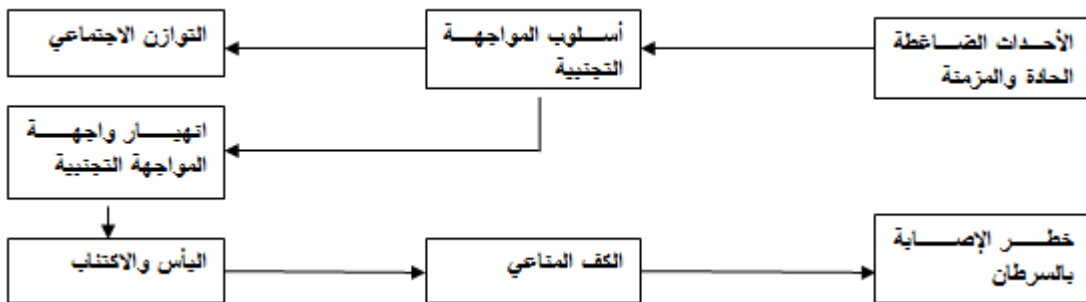


شكل رقم 4- الشكل التمثيلي لنموذج عدم القدرة على التحكم لـ فيشر 1988 Fisher

3-2- نموذج استراتيجيات المواجهة لـ تيموشوك 1990: Temeshock

في هذا الصدد يعتقد تيموشوك 1990 أن أسلوب المواجهة التجنبي يسمح للفرد بالتصرف أمام الأحداث الضاغطة مخفضاً أثرها الانفعالي. فالسرطان مرض يتطور خلال الوقت والجهازين النفسي والفيزيولوجي يتفاعلان باستمرار، لذلك فالأخذ بالحسبان هذه المظاهر التطورية، والمتفاعلة يسمح ما يراه تيموشوك بتفسير أغلبية التناقضات حول المسألة، كما يعتقد أسلوب المواجهة التجنبي **Le coping évitant** الذي يميز الشخصية نمط (ج) **Personnalité type c** يسمح الفرد بالتصرف أمام الأحداث الضاغطة مخفضاً أثرها الانفعالي ومحافظاً على علاقته مع الآخر لكن في خصم سيرورة التوازن الاجتماعي وفقدان الاتزان النفسي والبيولوجي.

وقد يكون هذا الأسلوب ملائماً أمام الأحداث اليومية. لكنه يبدو غير فعال أمام الضغوطات المتكررة أو الحادة، وفي حالة النوبة النفسية المعبر عنها عند فشل أسلوب المواجهة المتبني. فينجم عنه إما تبني أسلوب أكثر فعالية وهو ما يحسن النشاط الفيزيولوجي، أو الاستمرار في تبني أساليب غير فعالة. وهذا ما يؤدي إلى انهيار المواجهة وظهور اليأس والاكتئاب. (Bruchon & Dantzer, 2003, pp194, 196).



شكل رقم 5- الشكل التمثيلي لنموذج استراتيجيات المواجهة لـ تيموشوك 1990

Temeshock

حيث توضح **تيموشوك** في نموذجها هذا أن تأثير هذه الخاصية يقع بشكل مباشر على نشاط ما تحت المهاد **Hypothalamus** والغدة النخامية، فيرفع من نشاطها بزيادة إفراز الكورتيزول بشكل خاص مما يؤدي إلى نقص المناعة، وبشكل غير مباشر زيادة ممارسة السلوكيات الخطرة على الصحة. (الزروق، 2015، ص76).

3-3- نموذج الانفعالات كونرادا 1990 Contrada:

يرى **كونرادا 1990 Contrada** أن سلسلة الأحداث تربط بين العوامل البيونفسي اجتماعية من جهة وبين الهشاشة الدفاعية المناعية وبالتالي خطر نمو السرطان أو معاودة الإصابة به من جهة أخرى.

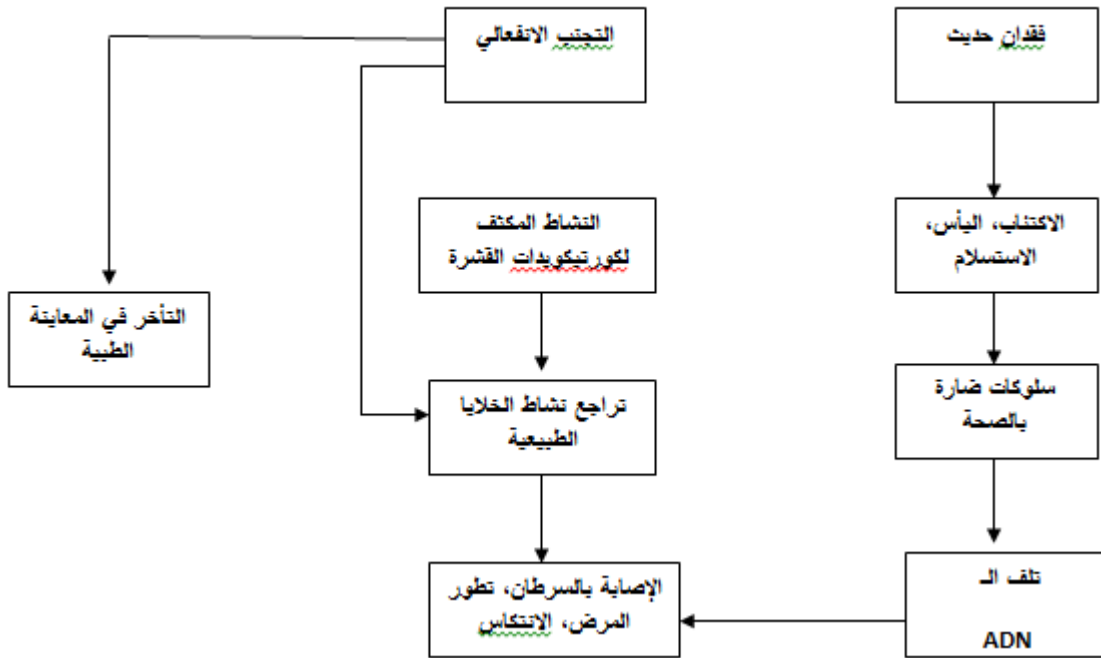
وفي هذا الشأن يعتقد كل من **تاسلت، كوسون جيلي Taslet 2001, Cousson** و **Gélie 2001** أن بعض أحداث فقدان (الانفصال، الحداد...) وما قد يرتبط بها من اكتئاب وقع للانفعالات السلبية يرتبط بالتطور الداخلي لبعض الأورام السرطانية وذلك من خلال العلاقة القائمة بين هذه العوامل البيونفسي اجتماعية والمناعة النفسية العصبية الغدية. (Bruchon & Dantzer, 2003, p197).

ففي الوضعية الاكتئابية بإمكانها أن تؤدي إلى ممارسة سلوكيات خطر مثل تعاطي الكثيف للكحول أو التدخين أو السلوكيات الجنسية غير الآمنة. مما يعرض الفرد لخطر الأورام الخبيثة أو للاعتداءات المحيطية التي يمكنها التأثير على عمل الجهاز المناعي ومن ثم ارتفاع خطر الإصابة بالسرطان والذي يكون في هذه الحالة ناجما عن التغييرات السلوكية. وزيادة على ما سبق ذكره فإن الاكتئاب يترافق بزيادة في النشاط العصبي الغدي من خلال إفراز الكورتيزول الذي يحرض ويفاقم تقهقر نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية (NK).

وفي حالة التجنب الانفعالي حسب **كونرادا** والذي لديه أثر سيء مضاعف (أثر سلوكي وأثر فيزيولوجي). إذ يرى **كونرادا** أن هذا التجنب الانفعالي أي صعوبة مواجهة العوامل

الضاغطة، يمثل عاملا لنشأة سيرورات معرفية مثل الإدراك المحرف (المشوه) للأعراض أو التأخر في الذهاب للمعاينة الطبية، مما يفاقم المرض قبل أي تدخل. كما يترافق التجنب الانفعالي بانخفاض نشاط الجهاز العصبي الودي وكنتيجة لذلك انخفاض في نشاط الخلايا (NK). (Fisher,2002,p296).

كما قدم كونرادا 1990 العديد من الطرق التكميلية السلوكية الفيزيولوجية التي بإمكانها أن تربط الخصائص النفسية للشخصية نمط ج بالخطر المرتفع للإصابة بالسرطان.



شكل رقم 6- الشكل التمثيلي لنموذج الانفعالات لـ كونرادا 1990 Contrada

(Bruchon & Dantzer,2003,p196)

وقد ينجم عن مرض السرطان العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض، وذلك بسبب كونه مرضا مزمنا تدوم آثاره لفترة طويلة، وقد تنتهي بموت المريض خلال فترة غير محدودة من تطور المرض. فطبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيودا على نشاطات المريض الاعتيادية، وهذا ما قد يولد العديد من الاستجابات النفسية الاجتماعية الأخرى.

إضافة إلى الاكتئاب والآلام المزمنة، وهذا ما قد يكون له آثار سلبية على الصحة الجسمية، بما يؤدي إلى تفاقم السرطان.

ومما لاشك فيه أن المصابين بأمراض السرطان يعانون من مشاكل نفسية عديدة قد تكون في بعض الأحيان تحدياً صريحاً لكل المحاولات من قبل العلاج المعرفي والتي من أهمها:

*الحزن على الذات الضائعة:

من المخاطر الكبيرة التي يواجهها المرضى هي تلك التي تتعلق بأثر المرض على تقديرهم لذواتهم وصورتهم. وقد يتعدى ذلك الأثر ليبين دوره الفاعل في الأسرة أو العمل (فقد الدور الإيجابي) بالإضافة إلى التشوهات التي تحدث لهم إثر الجراحة والأثر على صورتهم الذاتية. ومن الطرق التقنية في هذه الحالة أي بتطبيق العلاجات المعرفية.

يمكن تحريف بعض المعتقدات الذاتية لقيمة الشخصية عند المصابين بأمراض عضوية وتصبح المساعدة مطلوبة لتحقيق التوافق مع التغييرات الملاحظة. وكذلك استخدام تقنيات تبادل الأدوار لتمكين المريض عن التفاعل مع محيطه الاجتماعي (أصدقاء، زملاء) الشيء الذي يساعد المريض على الإحاطة بمتغيرات المرض والعلاج.

*موضع الضبط (صعوبة التحكم):

قد ينشأ عند المصابين إحساس طاغ يتعلق بعجزهم عن التحكم في مرضهم، وهذا الإحساس محطم ومدمر للمعنويات ويمكن مساعدة هؤلاء بعدة طرق:

- عدم فهمهم بمستقبل مؤكد، وتقديم معلومات واضحة، فما هو معروف وما هو غير معروف عن المرض.

- يعتقد Gomez وفق أبحاثه أن تصورات معظم المرضى لمرضهم تشمل في طياتها صورا لعامل فشل السيطرة، وعليه يجب تناول هذا القلق والتحدث عنه.
- الإنقاص من سلوك تعميم الإحساس بنقص السيطرة وذلك بمساعدة المريض على تحديد ما هو يسيطر عليه الآن، وما لا يمكن لأحد أن يسيطر عليه.
- مساعدة المريض على تجاوز الذنب أو الغضب المصاحب لهذا الشعور.

*** الحالة العضوية:**

يجب مراعاة العجز البدني أو الآثار الثانوية للعلاج عند وضع الخطة العلاجية وذلك عن طريق:

- تكيف الأنشطة مع القدرات البدنية للمرض.
- تعزيز الأنشطة التي توظف القدرات المتبقية.
- وضع برنامج زمني للأنشطة وفق قدرات المريض (قبل وبعد العلاجات). (عبد المعطي، 2002، ص ص 177، 178).

*** الألم:**

اهتمت العديد من الدراسات بتطبيق أساليب العلاجات المعرفية للسيطرة على الألم Pearce et Richardson بالإضافة إلى ضمان استخدام علاج عضوي فعال.

***مناقشة العلاج:**

قد يبدي بعض المرضى رغبة صريحة في مناقشة علاجاتهم (الإشعاعية والكيميائية) لما لذلك من آثار جانبية (الألم مثلا أو التشوه).

***جوانب العجز في استراتيجيات التكيف:**

من الأسباب التي أدت بالكثير من المرضى إلى العجز في التكيف مع السرطان هو ميلهم إلى المبالغة في استخدام استراتيجيات الأقل فاعلية في حسم المشكلات.

إن أهمية هذه المشكلات لا تتبع فقط من تأثيرها المباشر على المرض والمريض. لكن من بعض نتائجها التي تولد بدورها مشكلات إضافية أخرى في التكيف النفسي للمريض.

ويمكن لبعض أشكال التكيف والسيطرة الايجابية مع الخبرة السرطانية أن تؤدي إلى تعزيز الشعور بال ضبط أو الفعالية الذاتية. فالمرضى الذين يشعرون بالسيطرة الشخصية على المرض ومعالجته، وعلى نشاطاتهم اليومية هم من أكثر المرضى نجاحا في التعامل مع السرطان. (منتدى الحاج لخضر، ملخص كتاب العلاج المعرفي، 29 سبتمبر 2009).

4- جودة الحياة المحسنة نوعيا ومعدل البقاء لدى المصابين بالسرطان:

يتم قياس صحة المرضى باستخدام مؤشرات وبائية، سواء في وجود أو غياب المرض. حيث تمثل هذه المؤشرات الكلاسيكية نمودجا والذي تم تصميمه سابقا. والذي يساعد على فهم الواقع المعقد والذي يتضمنه مصطلح الصحة. وتم تسميته بنموذج الطبي الحيوي، ويركز هذا الأخير على العوامل والعمليات المرضية والنتائج البيولوجية والفيزيولوجية. والهدف الرئيسي للنموذج هو فهم الآليات المسببة للأمراض حتى تكون قادرة على توجيه الأطباء في تشخيص وعلاج المرض. (Mackillop, 2018). حيث ينظر النموذج للمرض على أنه نتيجة لمسببات خارجية (الصدمة والفيروسات) الإختلالات البيوكيميائية الداخلية. ولا يأخذ بعين الاعتبار دور العوامل الاجتماعية أو الذاتية الفردية مما يحد من إمكانية توفر الرعاية الوقائية والحد من تكرار الأمراض. (حربوش، 2017).

وعلى الرغم من أن هذه المؤشرات الوبائية مفيدة للغاية في تقدير صحة المرضى، من خلال تقدير متوسط العمر المتوقع وتحديد أسباب الوفاة. أدت هذه التغيرات إلى تطوير

النموذج في تفسير الصحة والمرض، وأن الإنسان عبارة عن كائن نفسي اجتماعي وبيولوجي متفاعل الأبعاد. إن هذا المفهوم كان وراء نشأة علم ونموذج جديدين يسعيان وراء فهم الظاهرة البشرية والظاهرة الصحية والمرضية، تحديداً من خلال هذه التفاعلات ليكون النموذج البيو نفسي اجتماعي كمحاولة جديدة لتفسير الصحة والمرض. (بغول ودعيش، 2014، ص141).

فقد أدت هذه التغيرات الحديثة إلى ابتكار طرق صحية التي يتم من خلالها قياس الصحة، وهذا التحول أدى إلى تقدم علمي كبير في الطب وتحسين ظروف المعيشة مما أدى إلى زيادات في متوسط العمر المتوقع وتغيرات في نمط الاعتلال السائد مع تحول التركيز من الأمراض الحادة الفتاكة إلى الحالات المزمنة. وإلى تقييم الصحة ليس من خلال فقط جمع البيانات عن وجود أو غياب المرض بل إلى تحديد كمية الحياة للأفراد. (Leininger, 2016).

يعد مرض السرطان أحد أهم المؤشرات في مجال الصحة بسبب انخفاض متوسط العمر المتوقع إلى التكاليف المتعلقة بنفقات الرعاية الصحية على السرطان، إضافة إلى انخفاض جودة الحياة. وفي هذا الصدد قدمت دراسة عالمية لتقدير سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز (DALY). قد توصلت أن ما يقارب خمس حالات من السرطان يمكن أن تنتسب إلى المهن ولها أسباب عديدة من بينها عوامل الخطر المتعرض لها. ويتم قياسها بسنوات الحياة المعدلة نوعياً (QALY) لمواقع مختلفة من السرطان. (McCain, 2013). ومن خلال هذه الدراسة ظهر مصطلح سنوات الحياة المعدلة نوعياً (QALYs) كمقياس لتقييم الحالة الصحية من خلال الجمع بين طول مدة الحياة ونوعية الحياة الصحية ذات الصلة في علاج الأورام والسرطان. والهدف منها تخفيض معدل الوفيات والبقاء على قيد الحياة دون تقدم. (Juyuhin, 2016).

يعد مقياس جودة الحياة المحسنة نوعيا (QALYs) أحد مقاييس مردود التدخل الصحي، ويأخذ بالاعتبار كمية وجود الحياة الزائدة وهو حاصل ضرب حسابي لنتائج سنوات الحياة المتوقعة في جودة السنوات المتبقية. (Devlin, 2017).

وظهر مصطلح جودة الحياة المحسنة نوعيا سنة 1976 من قبل زاخوزر وشيبارد Chipard & Zakhorz من أجل قياس النتائج الصحية التي تجمع بين مدة العلاج (التكلفة، جودة الحياة) والهدف منه هو تحليل فعالية التكلفة وتصحيح متوسط العمر المتوقع لشخص المصاب على مستويات جودة الحياة المرتبطة بالصحة. (Lihuang, 2018).

إن الحاجة لقياس جودة الحياة المعدلة نوعيا لدى مرضى السرطان تدخل ضمن العلاجات التلطيفية في علم الأورام ومنع بعض الآثار الجانبية للمرض والعلاج، كما أن الحاجة للمقياس ليس فقط البقاء على قيد الحياة وإنما اختيار التدخل العلاجي المناسب من أجل تحقيق مكاسب في متوسط العمر المتوقع، إضافة إلى التخفيف من أعراض مرض السرطان في غياب المرض. وبالنسبة لمقاييس التقييم الوظيفية لمرض السرطان متنوعة على حسب نوع السرطان والذي من خلاله يتم حساب جودة الحياة المعدلة نوعيا مثل سرطان البروستاتا QL-C30 وهو مقياس يستند إلى النتائج لتقييم الحالة الصحية. (Jomin Woo ; 2016).

*معدل البقيا:

عند تشخيص الإصابة بالسرطان لأول مرة يسأل كثيرون عن المتوقع لهم، وما إذا كانت إصابتهم بالسرطان سهلة نسبيا أم أكثر صعوبة في علاجها. من خلال تقدير بناء على تجارب آخرين مع النوع نفسه من السرطان، حيث توضح معدلات البقيا من مرض السرطان أو إحصائيات نسبة الأشخاص الناجين من نوع محدد من السرطان لفترة محددة من الوقت. تستخدم إحصائيات السرطان معدل البقيا لمدة خمس سنوات. (مايو كلينيك، 2020، ص7،5).

يتم تعريف معدل البقيا على أنه نسبة من الأشخاص الذين ينجون من مرض السرطان لفترة محددة من الوقت، على سبيل المثال إذا كان معدل البقيا لمدة **خمس سنوات** لسرطان معين هو **34%** فإن هذا يعني أن **34** من **100** شخص يتم تشخيص إصابتهم بالسرطان قد يكونوا على قيد الحياة بعد **خمس سنوات**، كما أنه يستخدم معدل البقيا للوقت الذي يبدأ عند تشخيص المرض (بداية العلاج) حتى وقت الوفاة ويستخدم كمؤشر على مدى نجاح العلاج. (Cosetti & Schantz, 2008).

ويتم استخدام معدلات البقيا من مرض السرطان من قبل الطبيب والمريض إحصائيات البقاء من أجل:

- التعرف على مآل المرض: من خلال التنبؤات بخصوص سير المرض وفرصة الشفاء منه. كما تتضمن عوامل أخرى كالعمر والصحة العامة والتي يستخدمها الطبيب في فهم مدى خطورة حالة المريض.

- وضع خطة علاجية: أي كيف كانت استجابات العلاجية لهؤلاء الأشخاص الذين يعانون من نوع ومرحلة السرطان ذاتها التي يعاني منها المريض. (مايو كلينيك، 2020، ص 7،5).

يستخدم معدل البقيا لخمس سنوات بشكل رئيسي للتنبؤ بفعالية العلاجات المستعملة وتقييم جدواها، وبشكل عام يعزى التحسن في معدلات البقيا إلى زيادة فعالية العلاج أكثر من تحسن القدرة التنبؤية للمؤشرات المستخدمة. وتحليل البيانات والمعطيات المتوفرة عن وبائيات الأمراض وأسبابها ونتائجها، وهو الطريقة المعتمدة لحساب معدلات البقيا لخمس سنوات. (Brenner & Andt, 2005).

5-الرعاية النفسية الاجتماعية التلطيفية لمرضى السرطان:

لقد كثرت في هذا العصر الأمراض التي استعصت على الطب حتى الآن لإيجاد علاج ناجح لها ويكون في متناول أيدي المرضى، ومع هذا الوضع وحتى يخفف آلام المرض ظهر ما يسمى بالرعاية التلطيفية(مطر، دس، ص 01)، وهي كلمة مأخوذة من الكلمة اللاتينية **Palliare** والتي تعني التغطية. وهي واحدة من مجالات الرعاية الطبية التي تركز على تخفيف المعاناة لدى المرضى، وبخلاف الرعاية في المأوى، فإن الطب التلطيفي يناسب المرضى في كل مراحل المرض بما في ذلك الذين يخضعون للعلاج من الأمراض التي يمكن الشفاء منها (Munay,2008,p12).

مفهوم الرعاية التلطيفية ليس مفهوماً جديداً، إلا أن معظم الأطباء يركزون على العلاج التقليدي من خلال العشرين عاماً الأخيرة تزايد الاهتمام بحياة المريض بشكل كبير وظهور ذلك من خلال الاهتمام بالرعاية التلطيفية حيث أصبحت كثير من المستشفيات وخاصة في الدول المتقدمة تحتوي على برامج للرعاية التلطيفية للمرضى من جوانبها المختلفة، التي تتمثل في:

-رعاية بدنية: تتمثل في علاج الألم.

-رعاية نفسية: كالمساعدة في علاج الاكتئاب والحزن ومشاكل الصحة العقلية.

-رعاية اجتماعية: تقوم بتوفير الاحتياجات النفسية الاجتماعية، وذلك بتقديم الدعم الاجتماعي للشخص نفسه أو عائلته.(مطر، دس، ص07).

وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى نحو 20 مليون شخص يحتاجون إلى خدمات الرعاية الملطفة للمحتضرين سنوياً، وأن هناك عدداً مماثلاً من الأشخاص يحتاجون إلى الرعاية الملطفة خلال العام السابق لوفاتهم. وبهذا يكون المجموع السنوي لهؤلاء الأشخاص 40 مليون شخص تقريباً، وتشمل الحالات التي قد تنشأ فيها الحاجة إلى الرعاية الملطفة

للأمراض غير السارية المزمنة مثل السرطان والأمراض القلبية الوعائية، وداء الانسداد الرئوي المزمن والفشل الكلوي وأمراض الكبد المزمنة والتصلب المتعدد وداء باركينسون، والتهاب المفاصل الروماتويدي. وتحسن الرعاية الملطفة نوعية حياة المرضى (على سبيل المثال من خلال الحد من عبئ الأعراض) وأسرههم.

كما أنها تعود بالفائدة على النظم الصحية أيضا حيث تحد من دخول المرضى إلى المستشفيات والحصول على خدمات الرعاية الصحية دون وجود ما يستدعي ذلك. وتصدر معظم البحوث التي تتناول أثر الرعاية الملطفة عن البلدان المرتفعة الدخل، ولكن مجموع البحوث المتنامي يشير إلى نتائج متماثلة. وهي أن الرعاية الملطفة يمكن تحقيق الحصائل نفسها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إذا ما قدمت من خلال نماذج ملائمة بالتعاون الوثيق مع المجتمعات المحلية. (منظمة الصحة العالمية، 2013، ص02).

فالمرحلة التلطيفية تبرز العجز والمعاناة، ومواجهة حقيقية للموت مما يؤدي إلى صدمة نفسية. وهذه الصدمة بدورها تؤدي بالفرد إلى الشك على مستوى قناعاته. وفي هذه المرحلة ما يخيف المريض الأعراض الناتجة عن المرض وليس المرض بحد ذاته والمتمثلة بالآلام، التدهور الجسدي والنفسي، فقدان القيمة والوحدة. فتوفر العلاجات التلطيفية تكفل علاجي نشط وشامل للمرضى. فحسب ماتيس **2012 Matis** الهدف الأساسي هو تقدير الوقت الباقي للحفاظ على أحسن نوعية الحياة، عن طريق مراقبة الأعراض المزعجة. (Duggleby, 2008, p73).

ويمثل الألم واحد من أكثر الأعراض التي يعاني منها المرضى المحتاجون إلى الرعاية الملطفة تواترا وخطورة. وتعد المسكنات الأفيونية ضرورية لعلاج الألم المعتدل إلى الحاد في مرضى السرطان، والألم الحاد في المرضى بإعتلالات متقدمة غير سرطانية. وتتواتر حالات الألم بصفة خاصة في المراحل النهائية للمرض. فعلى سبيل المثال سيعاني نحو **80%** من مرضى السرطان والإيدز، و**67%** من المصابين بالأمراض القلبية الوعائية في

نهاية حياتهم. ولا تقتصر الرعاية الملطفة على التدبير العلاجي للمرض بل تشمل عددا من الأعراض المزعجة الأخرى. مثل الضائقة التنفسية التي تنسم بالخطورة وشدة التواتر لدى المصابين بالأمراض التي تهدد حياتهم، وتعد المسكنات الأفيونية فعالة في الحد من الشعور بضيق التنفس لدى المرضى المصابين بمرحلة متقدمة من أي مرض. (منظمة الصحة العالمية، ص02).

غالبا ما يتم استخدام مصطلحي الرعاية التلطيفية والطب التلطيفي بالتبادل، ويشير الطب الملطف إلى الانضباط الطبي للرعاية التلطيفية ويهتم لتحسين جودة حياة المرضى الذين يواجهون مرضا يهدد حياتهم. فتطورت طبيعة الرعاية الملطفة وتركيزها بشكل مشابه على مدار القرن وتجاوزت مفهوم الرعاية المريحة للموت فقط. قد تبدأ هذه الرعاية ببداية مرض يهدد الحياة وتتحقق بعد الوفاة ليشمل تدخلات الفجيرة للعائلة وغيرها.

تبين أن تقديم الرعاية التلطيفية بعد التشخيص بفترة قصيرة للمرضى الذين يعانون من السرطان يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة وانخفاض معدلات الاكتئاب، ويجب أن تلبى الرعاية التلطيفية احتياجات المريض بالكامل وأسرته مع معالجة الجوانب البدنية والنفسية والروحية والوجودية للمعاناة. (WHO, 2018, p09).

ولا تقتصر الرعاية التلطيفية على أولئك الذين يموتون أو الملتحقين ببرامج المسنين، بل بالأحرى يمكن تطبيقها للسيطرة على الأعراض وتقديم الدعم لأولئك الذين يعانون من مرض مزمن الذي يهدد الحياة.

الرعاية الملطفة هي وسيلة غير مكلفة وفعالة نسبيا للسيطرة على الألم والأعراض الجسدية، وتلبية احتياجات أولئك الذين يقربون من نهاية الحياة، في الواقع تم وضع الرعاية الملطفة للأفراد المصابين بالإيدز والسرطان، وتتضمن برامج الرعاية الملطفة والمطورة بالكامل جميع المكونات المدرجة في إطار نموذج تقديم الرعاية متعددة التخصصات. (بشناق، 2012، ص75).

واستنادا على هذا عرفت منظمة الصحة العالمية الطب التلطيفي بأنه الطب الذي يعانون من أمراض مستعصية كالأورام مهما كانت مرحلة المرض أو تقدمه أو مرحلة العلاج ويتم تقديم هذا العلاج بطرق ملائمة لكل مريض على حسب حاجته الخاصة. (Vadivelu & al,2013).

أي هي أسلوب يحسن جودة حياة المريض وحياة أسرهم لمواجهة المشاكل المرتبطة بالأمراض التي تهدد حياتهم. من خلال الوقاية، وتخفيف المعاناة في وقت مبكر، مع تقييم الحالة بشكل مستمر وتنويع في طرق علاج الألم المتصلة بالمشكلات الجسدية والنفسية. (Kathryn,2008,p13).

لذلك يتم تقديم هذا النوع من العلاج بالتزامن مع العلاجات الأساسية للأمراض المختلفة أو أن يكون هذا العلاج التلطيفي هو العلاج الأساسي ويجب أن يكون شاملا ومتكاملا ويأخذ بعين الاعتبار وبصفة أساسية المريض واحترام اهتماماته ومشاركة عائلته في اتخاذ القرارات حسب ما يطلبه المريض. (Haynes,2017).

وهذا ما حددته منظمة الصحة العالمية (WHO) الرعاية الملطفة في السرطان باسم الرعاية الكاملة للمرضى الذين لا يستجيبون للعلاج. وتركز هذه الرعاية على التخفيف من أعراض المرض كالألم والإجهاد. والهدف منها هو تحسين جودة الحياة للمريض والأسرة والتخفيف من القلق والاكتئاب. (براهمية،2018،ص27). ويتم توفيرها من قبل فريق من الأطباء والمرضى وغيرهم من المتخصصين الذين يعملون مع المريض لتوفير طبقة إضافية من الدعم.

وتعد الرعاية المخففة للألام مناسبة لأي سن وفي أي مرحلة من مراحل مرض السرطان ويمكن أن تقدم جنبا إلى جنب مع العلاج. (Lutz & al,2013).

5-1 العلاج النفسي والتدخلات النفسية في الرعاية التلطيفية:

غالبا ما يقلل الأطباء من الفوائد المحتملة للعلاج النفسي والتدخلات النفسية للمرضى المصابين بأمراض طبية خطيرة، لاسيما عندما يكون المريض على وشك الموت، وينعكس هذا التحيز لقلة الدراسات السريرية في العلاج النفسي مع هذه الفئة. ومع ذلك تم توضيح مجموعة من التدخلات العلاجية لتكون فعالة ومفيدة للمرضى الذين يعانون من مرض معين متقدم يهدد الحياة.

وعلى الرغم من عدم وجود أدلة على البقاء على قيد الحياة لفترة طويلة، فقد أثبتت التدخلات النفسية والاجتماعية من خلال تجارب عشوائية مصممة تصميميا جيدا، أن تكون فعالة في الحد من أعراض الاكتئاب ومعاناة مرضى السرطان المتقدمين. ويجب أن تشمل التدخلات العلاجية النفسية كل من المريض والأسرة وخاصة أن المريض المصاب بمرض متقدم يصبح له أقل قدرة على التفاعل مع الآخرين، ويمكن أن يكون العلاج النفسي الداعم طريقة علاج مفيدة لعلاج الضيق لدى المريض المصاب بمرض عضال. ويتكون هذا العلاج من الاستماع النشط مع التدخلات اللفظية الداعمة والتفسير العرضي. (William & al,2014,p91).

فيرتبط وجود شخص مصاب بمرض عضال بالعديد من التحديات والضغوطات، وبينما يتمكن بعض المرضى وأسرهم من التكيف مع هذه التحديات، ويواجه آخرون صعوبات ويعانون من ضغط نفسي. ويعتبر أخذ كافة الجوانب الجسدية والاجتماعية والنفسية للمرض بعين الاعتبار مع تفهم جيد للقضايا التي قد تكون صعبة بالنسبة لكل مريض وأسرته أساسيا من أجل توفير رعاية تلطيفية لمرضى السرطان. (Chochinow & al,2006,p92).

ويبدأ العلاج التلطيفي مع المريض كعلاج متزامن مع علاج الأورام. كالاكتفاء بمرضى السرطان، فتتم العناية به من نواحي عدة مثل علاج الآلام والأعراض التي يعاني منها المريض من بداية مرضه أو حتى في مراحل متقدمة. أو كخيار شامل وخاص بحد ذاته،

وعندما تتوقف العلاجات المباشرة لعلاج المرض الأساسي ويكون هذا الخيار لتخفيف وعلاج الآلام والأعراض الأخرى. ولدعم النفسي الكامل والشامل للمريض وذويه للعيش بحياة أفضل. (Eychmueller & al,2014 ,p62).

ويجدر الإشارة إلى أن العلاجات النفسية تستخدم بشكل متزايد في الرعاية التلطيفية، حيث تم تكييف التقنيات المعرفية السلوكية من مجال الصحة النفسية للاستخدام مع مرضى السرطان الذين يعانون من القلق، الاكتئاب أو الضغوط النفسية. وتستكشف هذه العلاجات استراتيجيات التعامل الحالية للمرضى وتسهل تطوير استراتيجيات تعامل جديدة للمريض ليكتسب إحساسا بالسيطرة على المرض. (Willims,2013,p07).

فتعتبر معالجة الأمراض المزمنة وشديدة الألم جانبا مهم من جوانب الرعاية التلطيفية. فالألم المستمر له تأثير عميق على نوعية الحياة ويمكن أن يكون له آثار جسدية ونفسية واجتماعية. ويمكن أن يؤدي إلى خفض القدرة على التنقل، فقدان القوة، إضعاف الجهاز المناعي، والتأثير في قدرة الشخص على تناول الطعام والتركيز والنوم أو التفاعل مع الآخرين. يمكن للتأثير الجسدي للألم المزمن والضغط النفسي الذي ينتج عنه أن يؤثر حتى على مسار المرض وبحسب منظمة الصحة العالمية في المبادئ التوجيهية لمكافحة السرطان، وتشمل العواقب الاجتماعية عدم القدرة على العمل، والاهتمام بالذات والأطفال أو غيرهم من أفراد الأسرة، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية وإيجاد نهاية مرضية في آخر الحياة. (رايتس ووتش،2016،ص8).

فالرعاية التلطيفية مع مرضى آلام السرطان تقوم على ثلاث أسس رئيسية متمثلة في:

*التقويم المناسب لحالة المريض: حيث ينبغي التركيز على الأمور التالية
(Munug,2008 ,p30):

- التأكد من تشخيص المرض، وذلك بالرجوع إلى التحليلات المخبرية والنسجية والإشعاعية السابقة والتأكد من مطابقتها للمعلومات المدونة في أوراق إحالة المريض. كما ينبغي التأكد من المرحلة التي وصل إليها المرض وهل هو منتشر أم لا. وإذا كان منتشرًا فما هو مدى انتشاره.

- الإطلاع على العلاج السابق الذي قدم للمريض سواء كان جراحياً أو كيميائياً أو إشعاعياً أو غير ذلك.

- إعطاء المريض مقدمة تعريفية مبسطة عن مفهوم الرعاية التلطيفية وما الذي يمكن أن تقدمه.

- الاستماع إلى التاريخ المرضي للمريض ومن يكون معه من أفراد عائلته، والتركيز على المشكلات والأعراض التي تؤرق المريض نفسه، وهنا ينبغي على ضرورة شمولية التقويم للجوانب الجسدية والروحية والنفسية والاجتماعية.

- الفحص السريري بحسب الحاجة التي تتطلبها حالة كل مريض.

* خطة العلاج الملائمة لحالة المريض: (مطر، دس، ص 13):

وينبغي هنا أن نعرض الخيارات العلاجية المتاحة للمريض، ويتم النقاش بشأنها مع بيان السلبيات والايجابيات التي من خلالها يمكن المفاضلة بين الخيارات المتعددة إن وجدت. وبعد الاتفاق على الخطة العلاجية يجدر بالفريق الصحي التأكد من فهم المريض ومن يرافقه من أفراد أسرته على أن خطة العلاج باتت واضحة لديهم.

* التابعة المستمرة: وهنا ينبغي الإشارة إلى ما يلي:

- تتراوح المدة التي يحتاج الفريق الصحي أن يتابع المريض خلالها بشكل دوري من يضع دقائق أو ساعات إلى بضعة أيام أو أسابيع بناء على حاجة كل مريض. وأن يتم متابعة

هؤلاء المرضى بانتظام وخلال فترات قصيرة نسبيا بالنظر إلى إمكان حدوث تغيرات سريعة في أحوالهم مما يستدعي تحرير خطط العلاج بما يناسب ذلك.

- إن عملية المتابعة المتكررة هي في الواقع عملية إعادة تقويم لحال المريض ومن ثم مراجعة الخطة العلاجية بناء على ذلك.

حرص علماء النفس الصحة والعاملين في مجال الرعاية الصحية على إيجاد طرق عديدة، والتي من خلالها يمكن التخلص من الآثار السلبية الناجمة عن السرطان. وتزايد البحث عن الأساليب العلاجية وتحديد دورها في التأثير على خبرة الألم المزمن.

فالعلاجات النفسية دور كبير للوقاية من المعاناة النفسية والتكفل بالمرضى، وفي هذا الصدد ظهرت العديد من النماذج النفسية لتفسير وعلاج مرض السرطان، فالنموذج المعرفي غالبا ما يساعد المصابين على المحافظة على الدمج بين النفس والجسد، والتركيز على العلاقة التبادلية بين العوامل الجسمية، والمعرفية، والانفعالية، والسلوكية، والاجتماعية. من خلال تطوير خطط علاجية فعالة، والاعتماد على مبادئ العلاج المعرفي من أجل ارتفاع فعاليتهم الذاتية وتحسين نوعية حياتهم.

ضوابط تصميم خطة علاجية معرفية

لإدارة الألم

- 1- الأساس النظري المعتمد في تصميم الخطة العلاجية.
- 2- خطوات العلاج المعرفي عند أرون بيك في تصميم الخطة العلاجية.
- 3- المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي عند أرون بيك.
- 4- الأساليب والتقنيات العلاجية في العلاج المعرفي عند أرون بيك.

تم تصميم الصيغة الأولية للخطة العلاجية بعد الاطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي المستند على نظرية أرون بيك، وذلك من خلال مجموعة من المراجع العربية والمراجع الأجنبية. كما تم الاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية المعتمدة على العلاج المعرفي عند أرون بيك والاطلاع أيضا على الأبحاث والدراسات السابقة. وبناء على ما كل سبق تم توليف الخطة العلاجية وإخراجها بشكلها النهائي، إذ تعتمد على مجموعة من التقنيات والإجراءات التابعة لبعض الأساليب العلاجية المعرفية عند أرون بيك مثل: تقنية مراقبة الأفكار الآلية، إعادة تفسير الإحساس بالألم، التكيف مع حالة الذات... الخ.

1- الأساس النظري المعتمد في الخطة العلاجية:

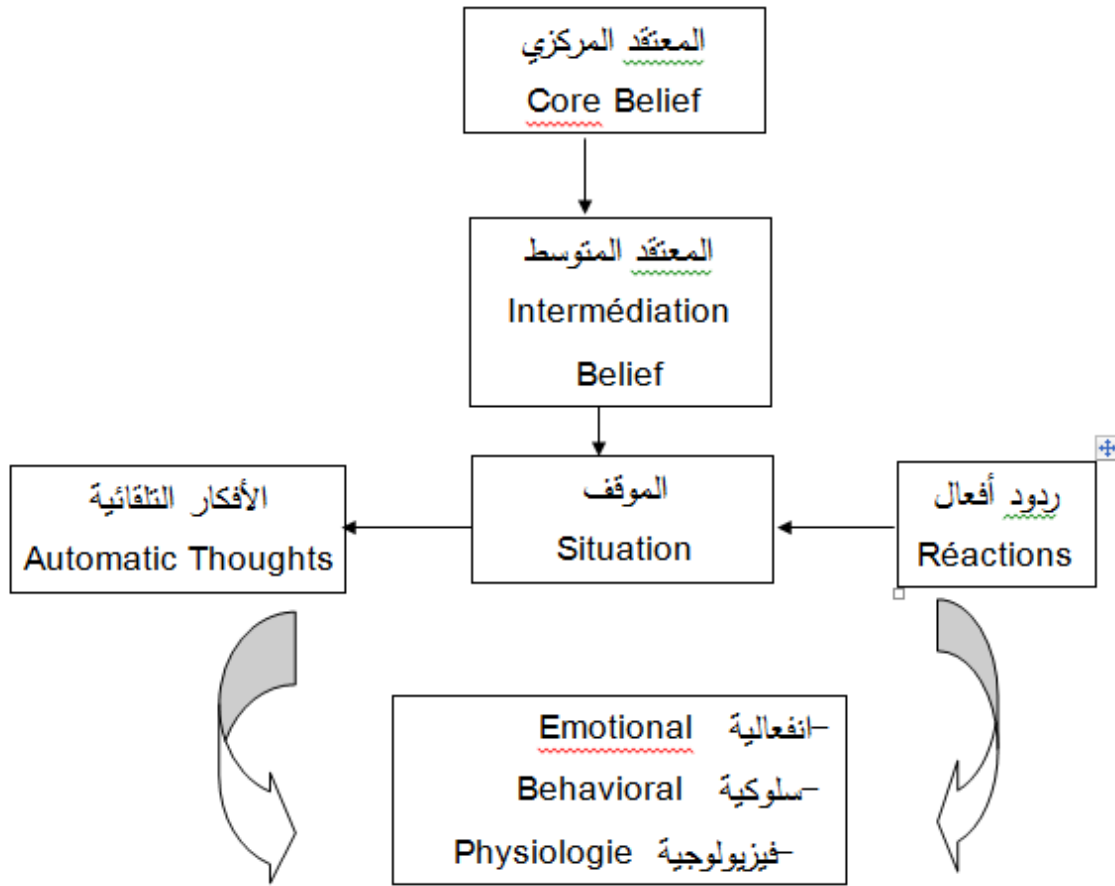
1-1 النموذج العلاجي بيك:

يعد النموذج الذي قدمه بيك من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعا، حيث يقوم على حقيقة مؤداها أن لكل فرد منا أفكار وتوقعات ومعان وافتراسات عن الذات وعن الآخرين وعن العالم المحيط به وهي التي توجه سلوكه فتحدد انفعالاته (بلان، 2015)، حيث يفترض النموذج المعرفي **Cognitive Model** أن الاستجابات السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرا بمعارفنا (أفكارنا) التي تحدد الكيفية التي يدرك بها الفرد المواقف والأحداث التي يتعرض لها وبمعنى آخر ليست المواقف في حد ذاتها هي المسؤولة عن استجاباتنا السلوكية والانفعالية وإنما إدراكنا وتوقعاتنا وتفسيرنا (التقييم المعرفي) لهذه المواقف هو المسؤول عن تلك الاستجابات أي أن التقييمات المعرفية المشوهة للمواقف الناتجة عن مدركات وتفسيرات خطأ للمواقف والأحداث التي تؤدي إلى التوتر الانفعالي والاستثارة الجسمية.

ويبين (بيك) أن التقييمات المعرفية تنتج من الأفكار الأوتوماتيكية **Automatic Thoughts** هذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية وهي المخططات **Schemas** التي لدى الفرد نفسه وعالمه ومستقبله، وهذه المخططات تحدد الطريقة التي يفسر بها الفرد موقفا

معينا ومن خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف أو الحدث مما يؤدي إلى استجابة انفعالية. طور بيك من خلال هذا النموذج طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار والمعتقدات لتشجيعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية وفعالية. (هوفمان، 2012، ص ص 13، 14).

وقد وضع بيك: نموذج معرفي من خلال المخطط التالي:



شكل رقم-7- يمثل النموذج المعرفي عند أرون بيك

Cognitive Model Arone Beck (1995)

(بيك، 2000، ص 18)

يفترض بيك في النموذج المعرفي أن هناك ثلاث مستويات في النموذج المعرفي هي: المعتقدات المركزية (القوالب الفكرية)، والمعتقدات المتوسطة (الافتراضات)، والأفكار التلقائية في موقف معين فإن المعتقدات الداخلية تؤثر على إحساس الشخص والتي يعبر

عنها بأفكار تلقائية خاصة بالموقف والتي تؤثر على انفعالاته وسلوكه وفي النهاية تؤدي إلى تغيير وظيفي. (بيك، 2000، ص23).

*وهناك عدة أساليب يتم استخدامها من خلال هذا النموذج العلاجي منها:

- التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها: حيث تعد الأفكار التلقائية أفكارا سلبية تؤثر على قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية لا تتلاءم مع الموقف وغالبا لا يكون الفرد واع بها إلا بعد التدريب على تحديدها والعمل على تصحيحها من خلال استخدام سجل التفكير. (علوي وزغوش، 2009، ص04).

- ملأ الفراغات: عندما يتحدث المرضى عن الأحداث التي يواجهونها وردود فعلهم اتجاهها يتضح أن هناك فجوة توجد بين المثيرات والاستجابات وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار والمعتقدات وتقع على المعالج مهمة ملء الفراغ، ويتم ذلك بتعليم المفحوص أن يركز على الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير وردود فعله إزاءه (بيك، 2000، ص253).

- الإبعاد والتركيز: يطلق بيك على العملية التي ينظر المفحوص من خلالها إلى أفكاره بطريقة موضوعية (الإبعاد)، وهي تشتمل على عملية تصحيح أو تعديل لها، ويكون من نتائجها التكيف مع الموقف أو الحدث وتعديل السلوك. (يوسفي، 2016، ص176).

- تدقيق الاستنتاجات: ويتم ذلك من خلال تدريب المريض وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة وأن تتسم استنتاجاته بالواقعية في المواقف المختلفة، وهنا يتعين على المعالج مساعدة المريض على القيام بعملية استنتاج دقيقة وتحديد تلك الاستنتاجات بشكل جيد والعمل على فحصها وتقييمها في ضوء الواقع. (حسين، 2007، ص52).

2- خطوات العلاج المعرفي عند أرون بيك في تصميم الخطة العلاجية:

ترتكز العملية العلاجية عند بيك على المعارفيات **Cognitions** اللفظية أو التصويرية للمتعالج، وعلى الاقتراحات **Assumptions** أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها هذه المعارفيات. وفي الخطوة الأولى يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمتعالج، وفي الخطوة الثانية يتم من خلالها التمارين والمعارفيات الإشكالية للمتعالج مثل الأفكار الأوتوماتيكية غير

المتناسبة مع الواقع والهدف، حيث هنا تصبح المعرفيات التي تجرى مدركة من قبل المتعالج.

وعليه تقوم العملية العلاجية لأي مشكلة نفسية قبل اقتراح الحلول المناسبة على تشخيصها وبشكل الاستجواب جزءا من عملية التشخيص التي تركز على جمع البيانات وصياغة الفرضيات التفسيرية ووضع استراتيجيات لتحقيق الأهداف العلاجية المحددة (بن عبيد، 2018، ص155).

*واستنادا إلى ذلك تطبق خطوات العلاج المعرفي وفق عدة مراحل متمثلة في:

2-1- تقييم الحالة: عادة ما ننصح بوضع صيغة شاملة للجوانب الحيوية والنفسية والاجتماعية **Biopsychosocial** لكل المرضى الذين يتلقون العلاج المعرفي بداية يستطيع المعالج أن يبدأ في وضع الصيغة من خلال أخذ تاريخ المريض كاملا يجمع أكثر من مجال في حياة المريض من خلال: (التشخيص/ الأعراض، مؤثرات وتشكيلها للمريض، المواقف/ الأمور الشخصية، العوامل الوراثية والحيوية والطبية، الأفكار التلقائية والمشاعر والسلوك، الخطط)، ومع تطور سير العلاج بالإمكان إضافة مزيد من التفاصيل للصيغة الأولية للمريض حتى يصل المعالج لمرحلة من الفهم العميق للمريض وبالتالي وضع خطة علاج واضحة. (سالم، 2018).

ويعتبر التقييم مدى استعداد المريض ودوافعه للعلاج أحد المكونات الأساسية للتقييم وذلك لمعرفة مدى رغبته في العلاج ووعيه بمشكلاته وتشمل صيغة التقدير النفسي العيادي ما يلي:

أ- التقييم الذاتي Subjective Assessment:

من خلال التعرف على مشكلة المريض وتقييمها، إضافة إلى المعتقدات والأفكار الأوتوماتيكية التي ساهمت في ظهورها واستمرارها بالاستعانة على الحوار السقراطي بين المعالج المريض. (بيرمان، 2004، ص214)

ب- التقييم الموضوعي **Objective Assessment**:

وتشمل المقاييس المتعددة التي تساعد في تحديد المشكلة والتعرف على درجات المريض عليها التي تعكس شدة وقوة مشكلته.

ج- التقييم الوجداني **Affective Assessment**: (الإنفعالي):

وذلك من خلال التعرف على شدة الأعراض ومظاهر الإختلالات الانفعالية، وتدني تقدير الذاتي وإعادة تفسير الأحاسيس المتعلقة بالمشكلة (بن عبيد، 2018، ص157).

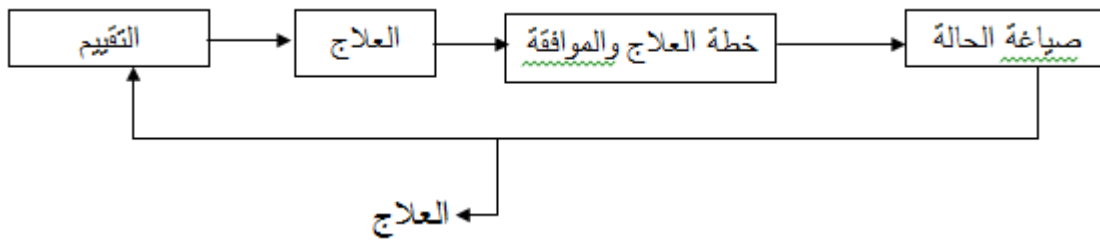
ويستمر هذا التقييم طوال فترة العلاج لملاحظة التحسن ولتقديم الدلائل على كفاءته. وتظل الصياغة الأصلية مجرد صياغة للخطوط العريضة في إطار الفرض. واختباره من خلال العلاج المستخدم. بالإضافة إلى ذلك لا تحدث متابعة العلاج دون اعتبار للنتائج ولا يتحتم افتراض أن المتعالج سيحقق نتيجة من تدخل بعينه. (ليندزاي وبول، 2000، ص40).

2-2- صياغة الحالة في العلاج المعرفي **Case Formulation In Cognitive**:

لقد أعد أرون بيك **Arone Beck** شكل تخطيطي عن الصياغة المعرفية للحالة **Case Formulation In Cognitive** وذلك لتنظيم المعلومات التي يحصل عليها من المريض حيث من خلاله يستطيع المعالج مساعدة المريض على تحديد الأفكار التلقائية والمواقف المؤلمة التي يمر بها المريض. ومن أجل تكوين الصياغة المعرفية للحالة وفهم مشكلتها يقوم المعالج بطرح أسئلة محددة على نفسه الأسئلة التالية: ما هو تشخيص الحالة؟ وما هي المشكلة الحالية التي تعانيها الحالة؟ وكيف ومتى ظهرت؟ وما هي الأفكار والاعتقادات المختلة وظيفيا لدى الحالة والمرتبطة بمشكلته؟ وما هي الاستجابات الانفعالية والسلوكية المرتبطة بتفكير الحالة؟.

فالصياغة المعرفية للحالة عند بيك تمثل جانبا هاما ومركزيا في ممارسة العلاج المعرفي وذلك لأنها تعكس فروض المعالج عن الأساليب والتقنيات وراء مشكلة المريض وهي تساعد في تحديد الأفكار التلقائية لدى المريض. (حسين، 2007، ص ص203، 206).

العلاج النفسي الإكلينيكي من أجل الاختبار التجريبي. وهذا بهدف وضع خطة علاجية بعد موافقة الحالة عليها، وبعدها يبدأ المعالج في التدخل وتطبيق خطته العلاجية والسير نحو العلاج مروراً بكل مرحلة من مراحل العلاج وصولاً إلى التقييم من أجل اختبار فرضياته التي تدعم خطته العلاجية. حيث يبين الشكل الموالي كيفية توجيه صياغة الحالة للعلاج المعرفي والسلوكي وتوضيح دورها في العملية العلاجية. (Dobson,2010,p178).



شكل رقم -8- يبين توجيه صياغة الحالة للعلاج المعرفي والسلوكي ودورها في العملية العلاجية

تعد الصياغة المعرفية الأساس المنطقي في اختيار فنيات التدخل العلاجي المناسبة لكل حالة على حدة، وهي تعد جزءاً هاماً في تكوين وبناء العلاقة العلاجية التعاونية بين المعالج والمريض وتساعد المريض على فهم مشكلته.

ومن الجدير بالذكر هنا أن الصياغة المعرفية عن الحالة الذي قدمه أرون بيك يحدث في مستوى الحالة ويعطي فهماً تاماً عن الحالة وبصفة خاصة العلاقة بين المشكلة الحالية للمريض أو الحالة وبين المخططات المعرفية التي تظهر لتؤكد على الكثير من كل مشكلات الحالة. فالصياغة المعرفية عن الحالة تزود المعالج بفهم شامل عن الميكانيزمات الضمنية وغير الصريحة التي تدعم وتعزز سلوكيات الحالة. (حسين، 2007، ص208).

2-3- التحليل الوظيفي: Functional Analysis

يسعى المعالج من خلال التحليل الوظيفي لتحديد المنبهات الفارقة والمدعمات المرتبطة بظهور السلوك المضطرب، كما يحدد خصائص وشروط الموقف الذي يحدث فيه السلوك مع تسجيل المنبهات السابقة والتالية على هذا السلوك على مدار أسبوع مثلا. ويلقى التحليل الوظيفي للسلوك الضوء على تأثيرات الأحداث والمواقف والأنشطة، عادة ما يظهر المرضى صعوبات أساسية متعددة يمكن أن تكون جميعها أهدافا للتدخل العلاجي ويجب هنا أن يتخذ المعالج القرار بأي منها سيكون صاحب الأولوية على أساس العلاقات الوظيفية. (ليندزاي وبول، 2000، ص ص 14، 15).

يدرس المعالج أفكارا، الصور الذهنية، الحوار الداخلي (الأفكار الآلية) كما يدرس الوضعيات وردود الفعل التي تسبق أو تصاحب السلوك المشكل، ويتعرف في النهاية وبشكل دقيق جدا على السلوكيات الحركية أو اللفظية. (O & fontaine, 2000, p 62)

إن الهدف من التحليل الوظيفي هو تحديد العوامل البدء والتنشيط للسلوك المشكل والدوافع المسببة لتكراره داخل نسق معين. (cottraux , 2011, p 06)

وحسب جوديث بيك (2007) إن تكوين المفاهيم أو التحليل الوظيفي هو الإطار الأساسي لفهم المعالج لمريض ما، فهو يسأل نفسه الأسئلة التالية لكي يبدأ عملية الصياغة لحالة ما:

- ما تشخيص الحالة؟.
- ما مشاكلها الحالية؟ وكيف بدأت وتنامت هذه المشاكل وما هي عوامل استمرارها؟.
- ما الأفكار المعطلة والمعتقدات المتعلقة بهذه المشاكل؟ وما هي ردود الفعل (العاطفية- الفيزيولوجية- السلوكية) المرتبطة بأفكارها؟
- *ثم يضع المعالج فرضيته عن كيف أصيبت هذه الحالة:
- كيف تنظر الحالة لنفسها ولعالمها الخاص وما هي نظرتها اتجاه الآخرين ومستقبلها؟.
- ما التجارب التي أثرت في مشاكلها الحالية؟

- ما معتقداتها الجوهرية وأفكارها الأساسية (ويشمل ذلك الاتجاهات، المواقف والتجارب، والقواعد والقيم الأخلاقية)؟.

- كيف ستواجه الحالة وظائفها المعرفية المعطلة (المعتقدات والأفكار الأوتوماتيكية)؟.

- ما هي الخبرات الأولية التي تدخلت في تكوين مشكلاتها؟

- ما الدلالات التي وضعتها الحالة في تفسيرها لهذه الخبرات ، وما هي المعتقدات الجوهرية المدعمة لها؟.

- ما هي الآليات المعرفية الانفعالية والسلوكية والجسمانية التي كونتها الحالة لمواجهة معتقداتها المعطلة؟ (بيك، 2007 ص 35، ص 39).

وفي هذا السياق هناك شبكات عديدة للتحليل الوظيفي والتي من بينها: نموذج الفكرة الأساسية **BASIC ID (EA)** والذي وضعه لازاروس (1977) **Lazarus**، نموذج فونتان وإيليف (1984) **Fontaine et Ylieff**، ونموذج سورك (SORK) لكانفير وساسلو (1969) **Kanfer & saslow**، إضافة إلى نموذج سيكا (SECCA) لكترو (1985) **Cottraux**، وأخيرا نموذج كونجي (CUNGI) للحلقة المغلقة، وكل هذه النماذج تعتبر من أهم النماذج للتحليل الوظيفي في العلاجات المعرفية والعلاجات السلوكية. وفي هذه الدراسة سوف تعتمد الباحثة على إحدى هذه النماذج والمتمثلة في نموذج **BASIC ID (EA)** لازاروس 1977.

* نموذج **BASIC ID (EA)** لازاروس (1977):

يعتبر نموذج **BASIC ID (EA)** من النماذج المستخدمة في العلاجات المعرفية والسلوكية، وقد أدمج هذا النموذج بين نظم الاستجابات الفيزيولوجية، والنفسية، اللفظية، والحركية، حيث يعني:

← المصاحبة لهذا السلوك

B - السلوك المفتوح.
A - الانفعال والأحاسيس
S - الشدة العضلية بالخصوص
I - الصور الذهنية المصاحبة للسلوك.

C - العمليات المعرفية المتصلة بالأفكار والمعتقدات المصاحبة للسلوك وإمكانية التعديل.

I - العلاقات بين الشخصية وعلاقتها بالسلوك

D - الأدوية المستعملة وتأثيرها على الحالة الجسدية (O & Fontaine,2000 ,p

63)

كما أضاف كتر و Cottoroux عنصرين آخرين متمثلين في:

E - تعني التوقعات وما ينتظره المريض من المعالج أو العلاج؟

A- الموقف الذي يشكله المعالج اتجاه المريض (إيجابي، حيادي، سلبي).

(cottraux,2011 ,p111).

ويتم مناقشة كل عنصر من عناصر هذا النموذج مع المريض من خلال إنجاز بروفيل

لأنموذج كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم-4- يبين نموذج Basic (ID) لازاروس 1977 Lazarus

النموذج	المشكلات	التقنيات العلاجية المقترحة
السلوك (B)		
الإنفعال (A)		
الشدة العضلية (S)		
الصور الذهنية (I)		
الأفكار (C)		
العلاقات البنشخصية (I)		
الأدوية (D)		

4-2- الخطة العلاجية:

تتبع خطة العلاج من الصياغة الحالة، وفي حالة صياغتها للعلاج المعرفي والسلوكي يكون جوهر الخطة العلاجية ليس التدخل في حد ذاته، وإنما ما يسمى "بآلية تغيير أهداف العلاج" وهذه التغييرات تكون في الآليات النفسية التي تم تصميمها من قبل الخطة العلاجية لتحقيقها وهي تستند مباشرة إلى فرضيات آلية لصياغة الحالة.

وقبل البدء في العلاج، يحصل المعالج على موافقة المريض للخطة العلاجية ضرورية في العلاج المعرفي لأنها تساعد في تقدم العلاج من ناحية، كما أنها تساعد المعالج في تطوير العلاج التجريبي من خلال الجلسات.

إن اعتماد المعالجون المعرفيون على صياغة الحالة في الخطة العلاجية يعتبر كدليل للعلاج واختيار التدخلات المناسبة من بروتوكولات أخرى، ومن تجربة المريض خلال مراحل العلاج. من أجل رصد عملية ونتائج العلاج كما تساعد على مراقبة اختبار الفرضيات وتسمح للمريض وكذا المعالج على الإجابة على بعض الأسئلة المطروحة. مثل: هل ترتبط الآليات النفسية كالتشوهات المعرفية مع الأعراض؟ هل يقبل المريض هذه التدخلات العلاجية؟. (Dobson, 2010, pp 174-175).

تنصب الأهداف العلاجية على تعديل الأفكار الآلية والسلبية والمعتقدات الخاطئة على أن تحل محلها إدراكات واقعية، واستراتيجيات للتصدي والمواجهة. ولكي يتم تنفيذ الخطة العلاجية السابقة بنجاح يجب أن نعلم المريض كيف يراقب أفكاره ومشاعره وحالاته المزاجية، وكيف يتدخل لتعديلها إلى الأحسن بتحليل وتصدي الحوار الذاتي المتكرر، كما أن البيئة الاجتماعية لها دور في تعزيز أنماط السلوكيات غير التوافقية للمريض. (بيرمان، 2004، ص 215).

والخطوة التالية في خطة العلاج في تحديد أهداف عريضة لحل مشاكل محددة ولا يحتاج الأمر هنا إلى صياغة قابلة للقياس. بل كل ما نحتاجه هو وصف عام للأهداف البعيدة يوضح المآل الايجابي المتوقع من آليات العلاج. وعلى عكس الأهداف البعيدة تستخدم

صياغات سلوكية قابلة للقياس في هذه الحالة، إذ ينبغي توضيح ما إذا كان المريض قد تمكن من تحقيقها من خلال تحديد التدخلات التي هي الأفعال التي يأتي بها المعالج لمساعدة المريض على تحقيق الأهداف المرحلية، ويتم اختيارها وفق احتياجات المريض وإمكانات المعالج. (جونجسما وبيترسون، 1997/1995، ص ص 11، 13).

2-5- التطبيق العلاجي:

العلاج المعرفي مقارنة بالنظريات الأخرى في العلاج يكون محددًا في أسلوبه ويركز على المشكلة ويتوجه نحو الحاضر، ففي الجلسات الأولى من العلاج يتم التعامل مع تقييم المشكلة وإقامة علاقة تعاونية وتكوين صياغة معرفية عن الحالة. وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن تطبيق العلاج المعرفي يمر بثلاث مراحل متصلة هي:

2-5-1- المرحلة الأولى من العلاج:

وتبدأ بمقابلة المريض وتقييم شخصيته وتحديد طبيعة المشكلة التي جاء إلى العلاج من أجل حلها، وفي هذه المرحلة يحاول المعالج بناء علاقة علاجية تعاونية، وفي هذه المرحلة يتعين على المعالج أن يتعرف على طبيعة مشكلة المريض وبناء الصياغة المعرفية عن الحالة وتعريف المريض بأسلوب العلاج وأن يقوم المعالج والمريض بتحديد أهداف العلاج.

*المرحلة الأولى من العلاج تنطوي على 6 أهداف منها:

- بناء علاقة تعاونية بين المريض والمعالج.
- تحديد وتقييم المشكلة التي يعاني المريض وتاريخ المشكلة.
- تكون صياغة معرفية عن الحالة ومشكلته.
- تحديد الهدف من العلاج ومدته.
- تقديم وشرح النموذج المعرفي.
- تحديد الواجبات المنزلية.
- إثارة التغذية الراجعة. (حسين، 2007، ص ص 237، 238).

2-5-2- المرحلة الثانية من العلاج:

في هذه المرحلة يتم مساعدة المريض في التعرف على أفكاره التلقائية التي تظهر لديه إزاء المواقف التي يتعرض لها والمرتبطة بالمشكلة لديه، وذلك من خلال استخدام سجل الأفكار المختلة وظيفيا.

ويستمر المعالج في تهيئة المريض للعلاج المعرفي وجعله يلتزم بشكل الجلسة وبنياتها والتعامل بشكل تعاوني من أجل تقادي الانتكاسات (بيك، 2008، ص 83).

2-5-3- المرحلة الأخيرة من العلاج:

وتتضمن مهمة الوقاية من الانتكاسة والهدف هو تحديد ما إذا كان المريض قادرا على الاستجابة للمشكلة بطريقة توافقية أو غير ذلك، ومن المهم معرفة توقعات المريض حول مدى تحسن حالته والزمن الذي يتوقعه لذلك واعتقاده حول استمراره في التحسن عبر مدة العلاج بنفس الوتيرة وبدون انتكاسة. وفي هذا السياق أوضحت العديد من الدراسات أن العلاج المعرفي يعد أقل أساليب العلاج في نسبة حدوث انتكاسة وأن أثره يمتد فترة طويلة بعد انتهاء العلاج (علوي وزغبوش، 2009، ص 93).

3- المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي عند أرون بيك:

يقوم العلاج المعرفي على عدة مبادئ أساسية من بينها:

3-1- العلاقة العلاجية:

إن سيرورة العلاج تعتبر سيرورة خاصة جدا وموجهة الأهداف بدقة، إذ يرى بيك (1976) أن العلاقة بين المعالج والمريض علاقة تشاركية. فالمعالج يحمل خبرة حول المعرفيات والسلوكات والإحساسات لتوجيه المريض إلى تحديد أهداف العلاج وسبل الوصول إلى هذه الأهداف، وبذلك فهما يتشاركان في انتقاء الأهداف ويتقاسمان مسؤولية التغيير. (علوي وزغبوش، 2009، ص 64).

فالعلاقة العلاجية التعاونية بين المعالج والمريض تمثل مكون هام وخطوة أساسية في كل علاج فعال، وفي إطار هذه العلاقة العلاجية يجب أن يتفق المعالج والمريض على

المشكلة التي سوف تكون موضوعا للمناقشة وعلى الهدف من العلاج وطرق تحقيق هذا الهدف ومدة العلاج. فالعلاج المعرفي يمثل جهد مشترك بين المعالج والمريض بمعنى النظر إلى العلاقة العلاجية على أنها شراكة علاجية بحيث يتعاون المعالج والمريض على تحديد المشكلة وإيجاد الحلول المناسبة لها. فالمريض في العلاج المعرفي يفصح عن الأفكار التلقائية السلبية لديه والتي تكون سبب والمسؤولة عن اضطرابات الانفعالية التي يعانيها، والمعالج يساعده على كشف هذه الأفكار والتعرف عليها وتحديدها والعمل على تغييرها وتعديلها. (حسين، 2007، ص 222، 223).

تعطي العلاقة العلاجية أهمية كبيرة في العلاج المعرفي، إذ تتصف بدرجة كبيرة من التعاون العلاجي بين المعالج والمتعالج، وما يزيد في الطبيعة التعاونية التشاركية للعلاقة العلاجية كون التدخلات العلاجية في العلاج المعرفي تصمم لتوافق مستوى الأداء الوظيفي للمتعالج من الناحية المعرفية والاجتماعية، (Dattilwo & Freeman, 2000, p 07).

3-2- اختزال المشكلة:

وهي تعني تقسيم المشكلة التي يعاني منها المريض إلى وحدات وعناصر يسهل تناولها والتعامل معها، ويقصد باختزال المشكلة تحديد المشكلات التي يعاني منها المريض ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا ثم يختار المعالج الفنيات العلاجية الملائمة لكل مجموعة من المشكلات. (حسين، 2007، ص 225)، حيث يكون التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح المشكلة. فعندما يتركز العلاج لدى المرضى على عناصر محددة مثل نقص الاعتبار أو التوقعات السلبية يمكنه أن يؤدي إلى التحسن لدى المتعالج (بيك، 2000، ص 239).

3-3- بناء الثقة (توطيد المصادقية مع المريض):

يرى بيك 1976 أن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المتعالج رسالة من قبيل أن لديك أفكار معينة هي التي تضايقك وتحزنك وقد تكون صحيحة أو خاطئة دعنا

نقصها، فهذا الموقف المحايد يشجع المتعالج على أن يعبر عن أفكاره المشوهة ليبدأ بعد ذلك بأسلوب المحاولة والخطأ. (Beck,1976,p 222).

يتطلب لبناء الثقة أن يتجنب المعالج أساليب الضغط والتسلط التي تقود من جهة تقبل أعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات والافتراضات، ومن جهة أخرى تعود إلى المقارنة والرفض لدى بعض المتعالجين. (الخفس،2011،ص 342).

3-4- تصميم خطة العلاج:

تتكون الخطوة الأولى من القيام بتصوير مؤقت للحالة وتشكل مثل هذه الصياغة عادة النسيج الذي تتسج فيه خيوط أنماط الاستجابة العادية للمريض وحساسياته والضغط المعينة التي تفعل فعلتها لهذه الحساسيات التي تنشط النمط الحالي للأعراض وتشتمل هذه الصياغة أيضا على تلخيص أو تجريد العوامل الارتقائية الأولى والعلاقات والتوافقات وبعض الأفكار عن تأثيراتها على بنية الشخصية الحالية للمريض.

فالخطة العلاجية تتبثق عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء والفروض العاملة، وعلى الرغم من أن خطة العلاج لاتعد جزء من الصياغة في حد ذاتها. فإنها تتمخض عن هذه الصياغة. (لبي،2005،ص ص 80،81).

4- الأساليب والتقنيات العلاجية في العلاج المعرفي عند أرون بيك:

يستخدم العلاج المعرفي مجموعة من الفنيات المعرفية والتي تساعد المرضى على تغيير وتصحيح الأفكار الآلية الخاطئة، وإلى جانب هذا يستخدم العلاج المعرفي الفنيات السلوكية، وفيما يلي وصف لهذه الفنيات:

4-1- الفنيات المعرفية:

تستخدم التقنيات المعرفية التعديل المعرفي، فالنظرية المعرفية ترى أن التغيير في الانفعال والسلوك يأتي نتيجة التغييرات المعرفية.

*ونعرض فيما يلي مجموعة من التقنيات التي تساعد في التعديل المعرفي:

4-1-1- التسجيل اليومي للأفكار الأوتوماتيكية:

ويقصد بها تلك الأفكار التي تعطل قدرة الفرد على التعامل مع خبرات الحياة، وتعطل التناغم الداخلي للفرد وينتج عنها ردود فعل انفعالية زائدة وغير ملائمة، وقد لا يكون الفرد على وعي بها حتى تستطيع أن يحددها وبالتالي التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها، ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه فعل ذلك. (يوسفي، 2016 ص 175).

ويرى بيك أن الشخص قد يكون غير مدرك تماما للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيرا على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناغم، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له طليقا لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي. (بيك، 2000، ص 189).

إلا أن هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المرضى يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار، فقد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكار معقولة مما يجعله لا يهتم بها وفي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة كي تستثار الأفكار المفيدة التي يستطيع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الأفكار التي ذكرها المريض. (المحارب، 2000، ص 109، 110).

وفي سبيل تقييم وفحص الأفكار الأوتوماتيكية لدى المريض كان بيك يطلب من المريض أن يقوم بالمراقبة الذاتية للأفكار التلقائية السلبية لديه، حيث يقوم بطرح عدد من الأسئلة على المريض ليحدد ما إذا كانت هذه الأفكار التلقائية الموجودة لديه. ومن أمثلة تلك الأسئلة التي يطرحها المعالج على المريض:

- ما هي الأفكار التلقائية السلبية لديك في هذا الموقف؟
- حدد المواقف المرتبطة بالأفكار التلقائية السلبية لديك؟
- ما هي درجة اعتقادك في هذا التفكير وماذا تشعر؟

- ما هي الاعتقادات الكامنة وراء هذا التفكير التلقائي؟ وإذا كان هذا الاعتقاد صحيحاً فماذا يعني بالنسبة لك؟

- ماذا تفعل اتجاه هذا التفكير؟

ومن أجل إثارة الأفكار التلقائية لدى المرضى يستخدم المعالج المعرفي عدة أساليب من بينها:

- الأسئلة المباشرة والحوار السقراطي.

- استخدام لحظات الانفعال القوية أثناء جلسات العلاج.

- التخيل المعرفي ولعب الدور.

- التأكيد على معنى الأحداث.

- حصر وعد الأفكار التلقائية.

- الاشتراك في المهام السلوكية وتسجيل الأفكار المصاحبة لها.

- كتابة مذكرات يومية عن التغيرات المزاجية والأفكار التلقائية. (حسين، 2007، ص ص

108، 109)

تكمّن وظيفة المعالج المعرفي في تعليم المريض رصد وتسجيل الأفكار الأوتوماتيكية وصورها الذهنية في تلك الآونة، على الأقل في البداية وغالباً ما يكون تحديد الأفكار الأوتوماتيكية ذا أثر رجعي رداً على أسئلة المعالج، ويمكن للمريض أن يسجل درجة الاعتقاد في الفكر التلقائي قبل وبعد اختبارها والذي يسمح بالحكم على تأثير الاستجواب. (Dobson, 2010, p285).

يقوم المعالج المعرفي بتصنيف الأفكار الأوتوماتيكية لدى المريض حسب نوع التشويه أو التحريف المعرفي الذي يمثله هذا التفكير فالنموذج المعرفي يشير إلى أن الانفعالات غير السارة غالباً ما تكون مرتبطة بهذه التحريفات المعرفية فالأفكار الأوتوماتيكية ترتبط بالانفعالات السلبية والسلوكيات المختلفة وظيفياً، ويستطيع المعالج إثارة الأفكار الأوتوماتيكية لدى المريض من خلال سؤاله أو إكمال جمل، والهدف من هذا التدريب هو جعل المرضى

يدركون إلى أي مدى هم قد يميلون إلى تكرار هذه الأفكار التلقائية (حسين، 2007، ص 258، 259).

يتم استخدام جدول يسجل فيه المريض الأفكار الأوتوماتيكية ويتكون هذا الجدول من أربعة أعمدة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي. (Dobson, 2010, p 285).

4-1-2- الحوار والأسئلة السقراطية:

تعتبر أصعب تقنية يستخدمها المعالج في العلاج المعرفي خاصة للمبتدئين منهم، ويكون من خلال توجيه أسئلة مفتوحة تدور عادة حول الأفكار الأوتوماتيكية السلبية والمختلة وظيفيا لدى المريض، وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث المريض على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر المعالج (حسين، 2007، ص 194).

ففي هذا الأسلوب يكون الهدف من الأسئلة السقراطية توجيه المريض إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق. ومساعدته على اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، وأخيرا تعويد المريض على التروي والتفكير وطرح الأسئلة على نفسه، في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية. (المحارب، 2000، ص 132).

من الواضح أن هذا الأسلوب الحوار السقراطي يعتبر نموذجا تواصليا لتحيين الأفكار وتصحيحها، وأسلوبا للتحكم في انفعالاتنا. حيث يحاول العلاج المعرفي بلوغ هذا الهدف عبر تقنيات أكثر عملية في توجيه الأسئلة وتحديد الأفكار الأوتوماتيكية التي تسيطر على المريض. فمن خلال هذه الفنية يحصل المعالج على المعلومات متعلقة بالمريض وعن خبراته الفريدة، فهو الذي يستطيع شرح أفكاره، ومشاعره وهذه المعلومات بدورها تفيد المعالج في تحديد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها.

4-1-3- فنية مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية وإعادة الخبرة الانفعالية:

في هذه الطريقة يطلب من المريض تذكر آخر حادث أو موقف من المواقف التي يتذكرها جيدا، بحيث يصف المريض الموقف بشيء من التفصيل ويحاول المعالج جعل

المريض يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي. كما يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو تمثيله من أجل إثارة الأفكار التلقائية. (المحارب، 2000، ص192).

فالعلاج المعرفي يركز على الأفكار الخاطئة التي تولد المشاعر السلبية للفرد ويعمل على استبدال هذه الأفكار الآلية التي تسبب هذه المشاعر بأفكار أكثر منطقية. وهنا يجب على المعالج أن يفسر للمريض كيف أن أفكاره تولد مشاعره. (حسين، 2007، ص253).

4-1-4- تعديل الإحساس بالألم:

العلاج النفسي على يد المعالجين النفسيين له فعالية كبيرة في إدارة الألم، لأنه يقدم التدخلات النفسية الهادفة لزيادة الإدارة الذاتية، والتي تحدث تغييرا سلوكيا ومعرفيا على مستوى الألم والمرض، وتطبيق هذه التدخلات تمكن المرضى من قيادة الألم والتحكم به، والعيش بحياة عادية رغم الألم، كما أن المهارات المتعلمة من هذه التدخلات تؤهل المرضى ليكونوا مشاركين نشطين في إدارة مرضهم، وتغرس فيهم قيما مكتسبة يمكن توظيفها في جميع مراحل حياتهم فيما بعد. (Daniela & Michel 2011, p 41).

ويشمل هذا الأسلوب تنمية مهارات حل المشكلات من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها، ويؤكد كازدن 1978 kazden على أن عملية تطبيق أسلوب إعادة تفسير وتعديل الإحساس بالألم في العلاج المعرفي والسلوكي بأنه أسلوب يحاول تطوير طرائق عامة في التعامل مع المشكلات بدلا من التركيز على السلوكيات الظاهرة المحددة. (شامخ، 2016، ص921).

وهناك طرق ووسائل حديثة بالعلاج المعرفي للتحكم في الألم، قائمة على مبدأ إيقاظ وتنبيه القدرات العقلية، لتدريب العقل ليصبح أكثر وعيا وقابلية للتحكم بالجسم، منها: إعادة النظر إلى مفهوم الألم، وتقييمه وتثمينه. كذلك استحضار الصور الايجابية، وتوجيه الدماغ لها توجيهها هادفا، كان له أثر فعال في علاج الألم. ففي دراسة حديثة (2014) نشرت في جامعة يوتا في مجلة علم النفس الإكلينيكي بينت أن الطرق والتدريبات العقلية أدت إلى

انخفاض الاعتماد على أدوية الألم بنسبة 63%، وهناك برامج متكاملة، أثبتت نجاحها في إعادة تأهيل مرضى الألم. (أبو شمالة، 2018، ص 69، 70).

4-1-5- فنية الأعمدة الثلاثة:

يستطيع المفحوصين التعرف على الأفكار التلقائية لديهم وذلك من خلال هذه الفنية، ففي العمود الأول يصف المفحوص الموقف الذي يسبب له الألم، وفي العمود الثاني يدون الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف، وفي العمود الثالث يدون البدائل أو الاستجابات الصحيحة من التفكير والسلوك. فمن خلال المناقشة يستطيع المعالج التعرف على الأخطاء المعرفية (التحريفات المعرفية) لدى المفحوص، ثم يعمل على مقاومتها وعلى تكوين بدائل أي أنماط جديدة من التفكير والاستجابات المتوازنة والأكثر ايجابية ومنطقية والتي تساعد في التغلب على أنماط التفكير الخاطئة لدى المريض والتي على أثرها ينخفض الألم (حسين، 2007، ص 262).

4-1-6- فنية ملء الفراغ:

من الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها وقد يذكر المريض أحيانا عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له، ففي هذه الحالة تكون هناك دائما فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة المريض أن يفهم سير كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (يوسف، 2016، ص 176).

وبذلك يصبح ملء الفراغ بمادة مستمدة من المنظومة الاعتقادية للمريض. هو المهمة العلاجية الأساسية ويمكن أن تكون هذه التقنية عوناً كبيراً للمرضى. فعندما يضع المعالج يد المريض على أفكاره السلبية ويتم تعديلها وتصحيحها تزول تلك الاستجابة غير الملائمة الذي تلازمه. (حسين، 2017، ص 263).

4-1-7- فنية المراقبة الذاتية:

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي قيام المفحوص بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المفحوص، ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن من خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المفحوص بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلته والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض. (المحارب، 2000، ص118).

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته. كما تساعد تقنية المراقبة الذاتية المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب معرفي متعلم. ومن ثم استخدام هذه المعلومات من قوائم المراقبة الذاتية في الجلسة الموالية كأساس للنقاش (مصطفى وعلي، 2011، ص213).

4-1-8- فنية التشثيت وصرف الانتباه:

يطلق بيك على العملية التي ينظر المريض من خلالها إلى أفكاره بطريقة موضوعية وهي تشتمل على اعتراف الفرد بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع، وبالتالي التركيز على عملية تصحيح أو تعديل لها. (حسين، 2007، ص274).

*ومن الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

- التركيز على شيء معين حيث يدرّب المريض على التركيز على شيء ما. ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية: أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لفائدة منه.
- الوعي الحسي من خلال تدريب المريض على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل.
- الذكريات والخيالات السارة. (محارب، 2000، ص208).

إن الهدف من فنية تشتيت وصرف الانتباه مساعدة المريض على معرفة الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه مما يؤدي إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أفكار إيجابية.

4-2- الفنيات السلوكية:

يتمثل الهدف من استخدام الفنيات السلوكية ضمن نسق العلاج المعرفي في تعديل السلوكيات غير الملائمة التي تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة لدى المريض وعن المخططات المعرفية المختلة وظيفيا، وتتضمن الفنيات السلوكية التي تستخدم في العلاج المعرفي ما يلي:

4-2-1- جدولة الأنشطة:

يحاول المعالج المعرفي مساعدة المريض يتوقع العقبات البيئية والمعرفية التي من المحتمل أن تتداخل مع الأنشطة المقررة، ويمكن بعد تحديد هذه العقبات مناقشتها في الجلسة، أو يمكن جدولتها زمنيا من أجل التعديل والتقليل من أثارها. (Dobson,2010,p 284).

وهذه التقنية عبارة عن أنشطة يومية يطلب المعالج من المريض أن يقوم بها كل ساعة خلال اليوم، على أن تكون هذه الأنشطة متدرجة من حيث مستوى ومقدار الصعوبة بحيث يبدأ المريض بممارسة الأنشطة الأسهل ثم يتدرج إلى الأنشطة الصعبة. وهذه الأنشطة غالبا ما تكون هادفة ومخططة من جانب المعالج والمريض. (حسين،2007،ص275).

إن الهدف من استخدام جداول الأنشطة تساعد في اختبار وفحص الأفكار التلقائية التي تقف عقبة في طريق المريض.

4-2-2- فنية الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية والتي لها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي، إذ أنها الفنية الوحيدة التي بدأ بها المعالج كل جلسة علاجية ويختم بها.

تساهم فنية الواجبات المنزلية في تقوية العلاقة بين المعالج والمريض وتحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين الطرفين، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعروفة المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً. (حسين، 2007، ص278).

وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، وتعطي فرصة للمريض للممارسة لمهارات ووجهات نظر جديدة لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته الخاطئة ومحاولة تعديلها، حيث نأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية والاتجاهات المختلة وظيفياً، أو إجراء تجربة معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلته، (مصطفى وعلي، 2011، صص229، 230).

4-2-3- فنية لعب الدور:

وتعتبر من الفنيات التي تستخدم مع المكون الانفعالي في العلاج المعرفي، إذ تتيح هذه الفنية فرصة للتفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو مواقف اجتماعية معينة كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة. ويتم استخدامها للتعرف على الأفكار الكامنة لدى المريض، فهي تساعد على اكتساب خبرات جديدة تساعد بدورها في تغيير الأفكار السلبية والسلوكيات غير الملائمة. (السقا، 2009، ص07).

ويستخدم أسلوب لعب الدور في الحالات التي يكون من المطلوب فيها أن يدرّب المريض نفسه على تحمل الإحباط والتحكم في الاندفاعات، ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف في الجلسات العلاجية، والتي من خلالها يقوم المعالج بتدريب المريض على إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة. (إبراهيم، 2011، ص166).

4-2-4- فنية التدريب التوكيدي:

وهو إحدى فنيات التدريب على أساليب المواجهة ويستهدف مساعدة المرضى على التعبير عن مشاعرهم الإيجابية والسلبية بطريقة مقبولة اجتماعياً، ويتم التدريب من خلال

عدة خطوات تتضمن تحديد الصعوبات البنشخصية التي يعانيها المريض ثم يقوم المعالج والمريض بلعب دور الموقف المشكل. (حسين، 2007، ص281).

4-2-5- فنية التعريض المتدرج:

يعتبر التعريض التدريجي أسلوباً من أساليب العلاج السلوكي الرئيسي ويتم في الحالات التي يكون فيها السلوك قد اكتسب وارتبط بشيء معين أو حادثة معينة، فتستخدم طريقة التعريض التدريجي. (سرى، 2000، ص174).

وتستخدم هذه الفنية مع المرضى الذين يظهرون تجنباً في المواقف الاجتماعية، حيث يتم تنظيم وترتيب المواقف المخيفة في مدرج هرمي من الأقل إثارة إلى الأشد إثارة للقلق، حيث يتم تشجيع المرضى على مواجهة هذه المواقف من خلال التعرض لها تدريجياً. (حسين، 2007، ص282).

ويتمثل الهدف الرئيسي من هذه الفنية تحديد المشاعر بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، وتشجيعه على مواجهة مواقف القلق تدريجياً، من خلال إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد. (محمد، 2000، ص71).

وعلى وجه العموم فإن جميع الاتجاهات المعرفية تؤكد على أهمية العمليات المعرفية التي تحدد وتعزز مسارات السلوك وتفترض هذه الاتجاهات تؤثر على المرضى وعلى مواقفهم الشخصية؛ حيث أن هذا التقييم يتأثر بالأفكار والمعتقدات، الاتجاهات والحوار الداخلية. وهذا ما يمكن المعالج المعرفي من دمج الفنيات السلوكية مع الفنيات المعرفية في العملية العلاجية ويستخدمها في تعديل الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة من أجل تعديل السلوكيات اللاتكيفية والناجمة عن الأفكار السلبية لدى المريض. من خلال الاستعانة والاعتماد على مجموعة من التقنيات والطرق والوسائل التي تقوم على أسس علمية مدروسة.

إجراءات الدراسة الميدانية

- 1- حدود الدراسة
- 2- قصور الدراسة
- 3- الصياغة الإجرائية
- 4- منهج الدراسة
- 5- التصميم التجريبي
- 6- حالات الدراسة
- 7- أدوات الدراسة
- 8- الخطوات الإجرائية لتطبيق الخطة العلاجية المقترحة
- 9- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

حتى يزداد اتساع مجال دراستنا ارتأينا أن نقوم بالخطوة المهمة في كل دراسة. والمتمثلة في الجانب الميداني الذي يعتبر بمثابة الأساس القاعدي لكل بحث علمي، وبالتالي تأكيد صحة المعلومات التي نحن بصدد دراستها والبحث فيها، حيث تطرقت الباحثة في هذا الفصل إلى المنهج المتبع وكذا التصميم التجريبي المناسب لهذه الدراسة، حدود الدراسة وحالاتها ومن ثم نستعرض أدوات الدراسة وكذا الخطوات الإجرائية لتطبيق الخطة العلاجية، وأخيرا أهم الإجراءات التطبيق والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج المتوصل إليها.

1- حدود الدراسة :Delimitation of the study

1-1- الحدود المكانية: أجريت الدراسة بـ:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بن بلة- مصلحة طب الأورام.-خنشلة-،
- المؤسسة العمومية الاستشفائية حيحي عبد المجيد- قايس- خنشلة.- مصلحة الأمراض الباطنية، مصلحة الأمراض الصدرية، مصلحة الاستعجالات.
وتم اختيار هاتين المؤسستين لعدة أسباب من بينها:
-كونها المدينة التي تقطن بها الطالبة الباحثة.

-مكان عمل الطالبة الباحثة وهذا ما يسهل إجراء وتطبيق الخطة العلاجية بسهولة.

1-2- الحدود الزمنية: خلال عام 2020/2018.. وكانت هذه المدة كافية لجمع البيانات

وتصميم خطة علاجية لمرضى السرطان، وتطبيقها.

1-3- الحدود الموضوعية: تتناول الدراسة اقتراح خطة علاجية مستندة إلى العلاج

المعرفي عند أرون بيك لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، ومدى فعاليتها في إدارة الألم. واعتمدت الباحثة لقياس متغيرات دراستها على مقياس الألم المترج والنشاط، والذي طبق على المشاركين في الدراسة والمتمثلين في مرضى السرطان، كما تم الاعتماد على الصياغة المعرفية وللحالة والخطة العلاجية المعرفية من أجل إدارة الألم لدى المشاركين في الدراسة.

2- قصور الدراسة :Limitation of the study

*هناك بعض الصعوبات التي أحاطت بالدراسة من بينها:

- عدم وجود دراسات نفسية استخدمت تصميم السلاسل الزمنية لتدعيم الدراسة الحالية.
- معظم الدراسات السابقة اعتمدت على العلاجات المعرفية السلوكية بصفة عامة دون الاستناد إلى نموذج معين.
- إصابة المشاركة الثانية بفيروس كوفيد 19 ما أدى إلى تأجيل الجلسات العلاجية مدة أسبوعين. وأيضا وفاة المشارك الثالث بعد إصابته بالفيروس.
- الذهاب إلى العلاج الكيميائي وما ينتج عنه من آثار جانبية وتأثيره على الحالة الجسدية للمشاركين ما أدى إلى تأجيل الجلسات العلاجية أحيانا من أسبوع إلى عشرة (10) أيام. وترك بين كل جلسة وجلسة مدة زمنية.
- قصر مدة المتابعة بعد تطبيق الخطة العلاجية المقترحة.

3-الصياغة الإجرائية:

3-1- إدارة الألم: Pain management

قدمت الجمعية العالمية لدراسة الألم International Association For The

Study Pain

تعريفا نال قبولا وانتشارا أكثر من غيره، نظرا لتوافقه مع أحدث النماذج المفسرة للألم وهو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model). والذي ينظر للألم كظاهرة متعددة الأبعاد يشتمل على جوانب حسية، ومعرفية، وانفعالية، وبيئية. حيث تم تعريف الألم بمجموعة من الخبرات الانفعالية، والحسية غير السارة، والمرتبطة بأضرار حقيقية، أو كامنة. (Merskey;1986).

فالألم عبارة عن إحساس مصاحب بانفعال مزعج، فهو عبارة عن خبرة غير مقبولة من المشاعر والأحاسيس، فينظر للألم على أنه ظاهرة متعددة الأبعاد. كما أيضا عرفه ميرسكي Mersky بأنه خبرة مرتبطة بإصابة جسدية يعبر عنها بأسلوب نفسي مثل (الإحساس

بالضيق، والبؤس، والحزن، وعدم الارتياح، والتعاسة)، فالألم شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لآخر، إذ تتداخل فيه عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية فتحدد مستوى وردة الفعل عليه، فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذاته. (دايفيد سوانسون، 2000، ص11).

أما إدارة الألم في الدراسة الحالية هو كيفية التفاعل الإيجابي معه من خلال معرفة مختلف الاتجاهات نحو إدارته ، وكذلك الفنيات والأساليب الملائمة للتخفيف من حدته وضبطه. والتخفيف من التأثيرات النفسية والجسدية على حد سواء. ومن أجل تقديم علاج مناسب لمريض يشكو من آلام مزمنة ناتجة عن الأمراض العضوية، لابد من القيام بإجراء فحص شامل للمريض من كل الجوانب سواء من ناحية إجراء الأشعة والتحليل، أو من ناحية موضع الألم. ولمعرفة الأسباب الرئيسية وراء الألم. نستعين بعدة طرق لقياس وتقييم الألم من منظور متعدد الأبعاد. ففي الدراسة الحالية تم الاستعانة بمقياس درجة الألم والنشاط، وهو مقياس متدرج، حيث يقوم المفحوص بتقييم ألمه على المتدرج، وهذا الأخير يبدأ من صفر إلى عشرة. بحيث تدل الدرجة صفر أنه لا يوجد ألم بتاتا، بينما تدل الدرجة (10) على أعلى شدة منه والتي يمكن أن يتخيلها المريض. وتم الاعتماد عليه في هذه الدراسة لملاءمته مع موضوع الدراسة، ومع العلاج المقترح، ولسهولة تطبيقه خلال الجلسات العلاجية، وكذلك كونه مقياسا مختصرا وقصيرا، لا يترك أثرا على الفرد.

4- منهج الدراسة:

إن مصطلح المنهج يطلق على الأسلوب الذي يجري اعتماده في تناول المباحث النظرية أو إجراءات البحوث العلمية.

وتقوم الطريقة على مبادئ خاصة أو منطلقات أساسية لها علاقة بمنهج البحث وانتظام التفكير حسب قواعد علمية ومنطقية معينة، وهناك أنواع متعددة من الطرائق التي يجري استخدامها في مجالات البحث والاستكشاف العلمي. (بن خجل، 2019، ص131).

ويعود استعمال الباحث لمنهج دون آخر لطبيعة موضوع الدراسة التي تفرض نوعية المنهج الذي ينبغي استخدامه؛ حيث تختلف المناهج باختلاف مشكلة الدراسة والأهداف العامة وفرضياتها وبما أن موضوع الدراسة الحالية يتناول تدخلا علاجيا معرفيا مقترحا لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، استخدمت الباحثة منهج بحث الحالة المفردة. والذي يعد من أكثر الأساليب التجريب الإكلينيكية عملية وفائدة في الوقت نفسه، حيث تؤدي إلى التوصل إلى معلومات علمية صادقة ويوفر هذا النوع من المناهج البحثية الدقة العلمية والاستراتيجية البحثية المؤدية إلى الحصول على بيانات موضوعية حول نتائج العلاج. (فرج، 2000، ص68).

يقوم منهج الحالة المفردة على مبدأ أساسي وهو أن الفرد هو الذي يسلك وليست الجماعة، حيث يقارن أداء الفرد نفسه في مرحلة الخط القاعدي بأدائه في مرحلة العلاج، بهدف توضيح وتأكيده العلاقة الوظيفية بين طريقة العلاج والتغير في السلوك المستهدف. أي مقارنة سلوك الفرد قبل المعالجة بسلوكه بعد المعالجة وتوضيح ما إذا كان السلوك في مرحلة العلاج قد تغير عما كان عليه في مرحلة قبل العلاج. (معمرية، 2019، ص133).

فهي تسعى إلى تتبع الأعراض المرضية خلال العلاج لدى مريض واحد (أو عدد قليل من المرضى). والمقارنة بين ما كانت عليه في مرحلة خط القاعدي (الأساس) ومراحل التدخل التالية وهو ما يؤدي إلى الحصول على بيانات ملائمة للكشف عما إذا كان التدخل مناسباً أم لا، ومتى أدى إلى التأثير الملاحظ، حيث أشارت الباحثة في هذا الصدد إلى قيام المعالج بتصميم بحثي يعتمد على قاعدة بيانات لسلاسل زمنية مع قياس المستويات القاعدية. (فرج، 2000، ص243). بعد الإجابة على الأسئلة التي تكون محورا لمناهج بحوث الحالة المفردة، فهي تجيب عن فئتين عريضتين من الأسئلة، تتضمن الفئة الأولى الأسئلة المتعلقة بالتحسن الناتج عن العلاج أي هل تحسن المريض نتيجة للعلاج المعين وتخفيف من الأعراض؟، والفئة الثانية تتعلق بالتغيرات التي تحدث في العمليات، أي: كيف حدث التحسن خلال المرحلة العلاجية؟ (فرج، 2000، ص253).

5- التصميم التجريبي:

لقد اعتمدت الباحثة في دراستها على تصميم مناسب وأكثر دقة في النتائج. وهو التصميم (أ-ب) للسلاسل الزمنية كأحد التصميمات التجريبية في بحث الفرد الواحد حيث "أ" هو خط القاعدة، و "ب" هو المعالجة. (الشربيني، 2007، ص73). وتقيم فعالية العلاج بالمدى الذي يحدث به إزاحة نقاط البيانات عند تقديم التدخل. (ليندزاي وبول، 2000، ص868).

يتضمن التصميم (أ-ب) مرحلتين تجريبيتين في المرحلة (أ) حيث يتم من خلالها تحديد السلوك المستهدف بوضوح وتجرى القياسات. (فرج، 2000، ص861).

وخلال هذا الإجراء يقوم الباحث بملاحظة سلوك الفرد بشكل متكرر وقياسه لعدة مرات حتى يتأكد أن السلوك المعنى ثابت في ظهوره، بصفته اضطرابا وسلوكا غير مرغوب فيه، وبعد ذلك يعرض الفرد لمعالجة من نوع معين (تدخل علاجي) وتعرف بالرمز (ب) وخلال تطبيق أو بعد تطبيق كل معالجة يلاحظ سلوك الفرد المضطرب بعد المعالجة. (معمرية، 2019، ص134).

6- حالات الدراسة:

تم اختيار مشاركي الدراسة حسب طبيعة البحث العلمي. وقد تم هذا الاختيار بطريقة قصدية من أجل اختبار حالات معينة مما يحقق الغرض من الدراسة، من خلال تحديد عدد من المحكات واستنادا للدراسات السابقة لاختبار وقبول الحالات المشاركة في التجربة وتتضمن هذه المحكات:

- المدى العمري لأفراد العينة: أن يكون سنهم ما بين 18 سنة فما فوق.
- أن يعاني أفراد العينة من ألم واضح يكون ألما متوسطا أو شديدا من خلال مقياس تقدير الألم المتدرج من (0-10).
- أن يكون متوسط العمر المتوقع شهرين على الأقل.
- قادر على المشاركة في الخطة العلاجية.

وبناء على ما سبق فاختار الباحثة لحالات الدراسة كان بمساعدة الطبيب المختص بالأورام وأطباء المصلحة، على أساس المحكات السابقة الذكر، ومن هذا المنطلق كان عدد الحالات المشاركة في الخطة العلاجية ثلاث حالات -مع وفاة الحالة الثالثة لإصابته بفيروس كورونا كوفيد 19-.

جدول رقم 5- يبين خصائص حالات الدراسة

الحالة (2)	الحالة (1)	
53	47	السن
أنثى	أنثى	الجنس
متوسط	جامعية	المستوى الدراسي
أرملة	متزوجة	الحالة الاجتماعية
سرطان المرارة والكبد	سرطان الدم	نوع المرض
08 أشهر	عام وشهر	مدة المرض

7- أدوات الدراسة: تم الاعتماد على الصياغة المعرفية للحالة والمنتزعة للخطوات التالية:

7-1- تقييم الحالة:

من خلال وضع الصيغة التي تشمل على تاريخ الحالة، ومعرفة الجوانب البيونفسية الاجتماعية، وكذا التقييم العام للحالة وصولاً إلى وضع أهداف العلاج وطريقة الجلسات النفسية.

7-2- صياغة الحالة:

الصياغة المعرفية للحالة هي أداة تساعد المعالج على تسجيل المعلومات الأساسية للحالات ولمساعدته على فهم العلاقة بين الأحداث الماضية والتجارب الحالية، لإعطاء فرضيات بشأن معتقداتهم وأفكارهم وطريقة التعامل معها ومواجهتها.

فالتركيز على مشكلة المريض الحالية وأعراضها تمكن المعالج من بناء صياغة معرفية والتي توضح الخطة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج. وقد قام أرون بيك بإعداد شكل

تخطيطي عن الصياغة المعرفية للحالة وفق المخطط التالي: (الهادي وعبد المولى من كتاب Learning BT):

جدول رقم 6-: صياغة معرفية عن الحالة

الاسم	التاريخ
التشخيص/ الأعراض	خبرات سابقة مؤثرة
ضغوط ومؤثرات حالية	عوامل بيولوجية- وراثية- طبية.
المعتقدات الجوهرية (المخطوطات)	الاستراتيجيات التعويضية
أهداف العلاج	
الموقف-1- "ما هو الموقف المشكل"	
الأفكار التلقائية	الانفعال
سلوك	السلوك
ما هي الأفكار التي ترد إلى عقلك؟	ماذا تفعل عندئذ؟
ماذا تعني هذه الأفكار بالنسبة لك؟	ما هو الانفعال المرتبط بهذه الأفكار؟
فرضية العلاج (التحليل الوظيفي)	
الخطة العلاجية	

تساعد الصياغة المعرفية للحالة المعالج في تحديد الأعراض التي يعاني منها المريض وتحديد الأفكار التلقائية والافتراضات والمعتقدات الجوهرية لدى المريض، فهي الأساس المنطقي في اختيار فنيات التدخل العلاجي المناسبة.

7-3- مقياس درجة الألم والنشاط: وهو أداة بسيطة تهدف لقياس حدة الألم بحيث يشير المريض إلى الدرجة التي يعبر عن إدراكه لحدة الألم ويعتمد عليه أخصائيو الصحة، بواسطة سلم متدرج من صفر إلى عشرة (0-10) حيث إن (صفر) يعني عدم وجود ألم و(10) تعني أعلى حدة ألم ممكن تصوره.

وتستعمل هذه الطريقة في القياس مرتين يوميا لتحديد حدة الألم حيث يدون الرقم في دفتر اليوميات بالإضافة إلى ملاحظة مختصرة عن مستوى النشاط في اليوم. والشكل الموالي يوضح مقياس درجة الألم والنشاط. وفي الدراسة الحالية جرى احتساب مستوى الألم كما يلي:

10	ألم غير محتمل
9-8	ألم شديد
7-6	ألم قوي، "مكرب"
5-4	ألم مزعج متوسط القوة
3-2	ألم خفيف
1-0	لا ألم

الشكل رقم 9-: يوضح مقياس درجة الألم والنشاط

7-4- الخطة العلاجية: والتي استنبطتها الباحثة من نظرية أرون بيك المعرفية من خلال استخدام مبادئ وأساليب العلاج المعرفي وتصميم جلسات نفسية وتطبيقها على الحالات. يهدف بناء الخطة العلاجية لكل جلسة إلى:

- إدارة الآلام المزمنة واستخدام استراتيجيات مواجهتها من خلال تعريف وتعديل النماذج التي تؤدي إلى اختلال الأفكار.

- التخفيف من أعراض المرض وذلك عبر سلسلة من الجلسات النفسية المعرفية.

8- الخطوات الإجرائية لتطبيق الخطة العلاجية:

8-1- التعريف بالمشكلة:

من المفاهيم المداولة والشائعة بين كثير من الناس أن المريض بالسرطان يعاني من الألم طوال الوقت.

إن الألم السرطاني وحسب داريوس (2002) Daruis بأنه عرض مركب يتطلب تقييما معمقا أمام كل الفحوصات الطبية حتى يتحدد السبب الفيزيولوجي للألم. فالمعنى الذي يعطيه المريض للألم السرطاني قد يؤثر على شدة ردود فعله فيتصور أن الألم إشارة

لتصاعد داء السرطان وبالتالي هذا قد يؤثر على المزاج وآلية الانتباه ومعتقدات المريض. (شدمي، 2015، ص33).

فالألم ينجم عن أسباب متعددة ومختلفة من أهمها طبيعة الحال السرطان نفسه وتأثيراته وعلاجاته المختلفة ويعتمد نمطه على نوع الورم ومرحلته ومواضعه ومدى انتقاله من موضعه الأصلي. (جمعية آدم لسرطان الطفولة، 2010).

ومن البديهي أن تؤثر معاناة الألم في جميع الجوانب الحياتية للمريض، وخصوصاً عند استمراره، ما يجعل المريض ينسحب من كل الوظائف الاجتماعية وفي هذا السياق بينت العديد من الدراسات مثل أبحاث ستام كول تي **Stam coll Tait 1987** أهمية الاضطرابات النفسية المرتبطة بالألم السرطاني مثل اضطراب في النوم، فقدان الشهية، الغثيان، تدهور نوعية الحياة، أما بالنسبة للمستوى العصبي البيولوجي فتصاعد آلياته يؤدي إلى حالات الضيق النفسي والحصر وحالات اكتئاب وهذا يؤدي إلى تقلص قدرة المريض على مواجهة الألم. (شدمي، 2015، ص34).

فيشكل الألم المزمن مشكلة كبيرة، ما يسببه من ضيق ومعاناة للمريض، ما يتطلب تدخل القائمين بالرعاية الصحية والمختصين في علم النفس في تحديد أسباب الألم وطرق إدارته من خلال وضع خطة خاصة بمعالجة الألم المرتبط بالسرطان لدى كل مريض بناء على عدة عوامل: مثل: عمره، حالته الصحية بشكل عام، تاريخه الطبي أي السوابق المرضية والعلاجية، نوع الورم، مرحلته ومدى انتقاله من موضع نشأته الأصلي. (جمعية آدم لسرطان الطفولة، 2010).

8-2- الأهداف العامة للخطة العلاجية:

1- تهدف الخطة العلاجية إلى اختبار مدى ملاءمتها في التخفيف من الألم وإدارته لدى حالات الدراسة، وإكساب أفراد المجموعة مهارات وأساليب مختلفة والتي تحصنهم من الوقوع ضحايا للألم المزمن الناتج عن المرض.

2- العمل على خفض أعراض الألم المزمن لدى أفراد العينة موضوع البحث من خلال مجموعة من مبادئ وإجراءات العلاج المعرفي ومن خلال تنمية وتعديل أفكارهم الناتجة عن الألم.

3- إعادة صياغة البناء المعرفي للمتعالج من خلال مجموعة من الأساليب التي تهدف إلى خفض ردود الأفعال الانفعالية عن طريق تعديل وتصحيح الأفكار الآلية وإعادة تكيفها.

3-8- الأهداف المرحلية للخطة العلاجية:

يتحقق الهدف الرئيسي للخطة من خلال تحقيق الأهداف المرحلية التي يتم تحقيقها من خلال محتويات جلسات محاور للخطة العلاجية، والتي تتمحور حول:

1- تصحيح الأفكار الآلية السلبية للحالة.

2- تدريب الحالة على التعامل مع تلك الأفكار بموضوعية.

3- تشجيع الحالة على تعديل الأفكار الخاطئة وغير التكيفية والاستنتاجات الاعتباطية والتعميمات وتضخيم الأمور.

4- تدريب أفراد العينة على مراقبة أفكارهم السلبية خلال الجلسات العلاجية. ثم التعبير عنها شفهيًا أو كتابيًا.

5- تعرف أفراد العينة العلاجية على درجة الصلة بين التفكير والانفعال والسلوك.

6- تعليم المتعالج أو تدريبه على موقف جديد باستخدام تقنيات مثل إعادة تفسير الإحساس بالألم.

7- السعي إلى مساعدة المريض على مقاومة ودحض هذه الأفكار والاعتقادات الخاطئة وتكوين اعتقادات وأفكار أكثر فاعلية ومنطقية.

8- السعي إلى مساعدة المريض على إدراك ورؤية الحياة والمشكلات لديه من منظور واقعي.

4-8- بروتوكول الخطة العلاجية المقترحة:

جدول رقم 7- يوضح بروتوكول الخطة العلاجية المقترحة

مسماه	خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان
هدفه	- التخفيض من شدة الألم المزمن والتعود عليه. - التعرف على الأفكار الآلية الخاطئة واستبدالها بأفكار واقعية ومنطقية تمكن المريض من إدارة ألمهم بفاعلية، كما تساعد على إدارة انفعالاتهم وسلوكياتهم.
خلفية النظرية	النظرية المعرفية والعلاج المعرفي عند أرون بيك (متعدد المكونات).
عدد جلساته	10 جلسات
متوسط مدة الجلسات	45 دقيقة إلى 90 دقيقة (حسب مضمون الجلسة العلاجية)
عينة الدراسة والفئة الإكلينيكية	مشاركتان مصابتان بمرض السرطان وتعانيان من آلام مزمنة.
طبيعة الجلسة	مغلقة
مدة الخطة العلاجية	5 أشهر
قيادة الجلسات	الباحثة
مكان التنفيذ	مكتب الأخصائي
أساليب التقييم	مقياس درجة الألم والنشاط
النماذج المستخدمة	- نموذج الصياغة المعرفية للحالة. - سجل الأفكار التلقائية. - شبكة التحليل الوظيفي. - نموذج PQRST في تقييم الألم. - جدول تقنية الأعمدة الثلاثة. - جدول الأنشطة اليومية السارة. - جدول تقييم الجلسات.

8-5- مصادر إعداد الخطة العلاجية:

- الخلفية النظرية للدراسة التي تناولت موضوع الألم المزمن المرتبط بمرض السرطان.
- المراجع العربية والأجنبية التي تناولت طرق العلاج المعرفي عند أرون بيك.
- الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة والتي تناولت مواضيع إعداد البرامج والخطط العلاجية خاصة من حيث الأداة المستخدمة، وشروط بناء الخطط ومحتوى الجلسات وكذا الأساليب والفنيات المستخدمة.
- الخبرة المهنية الميدانية للباحثة.

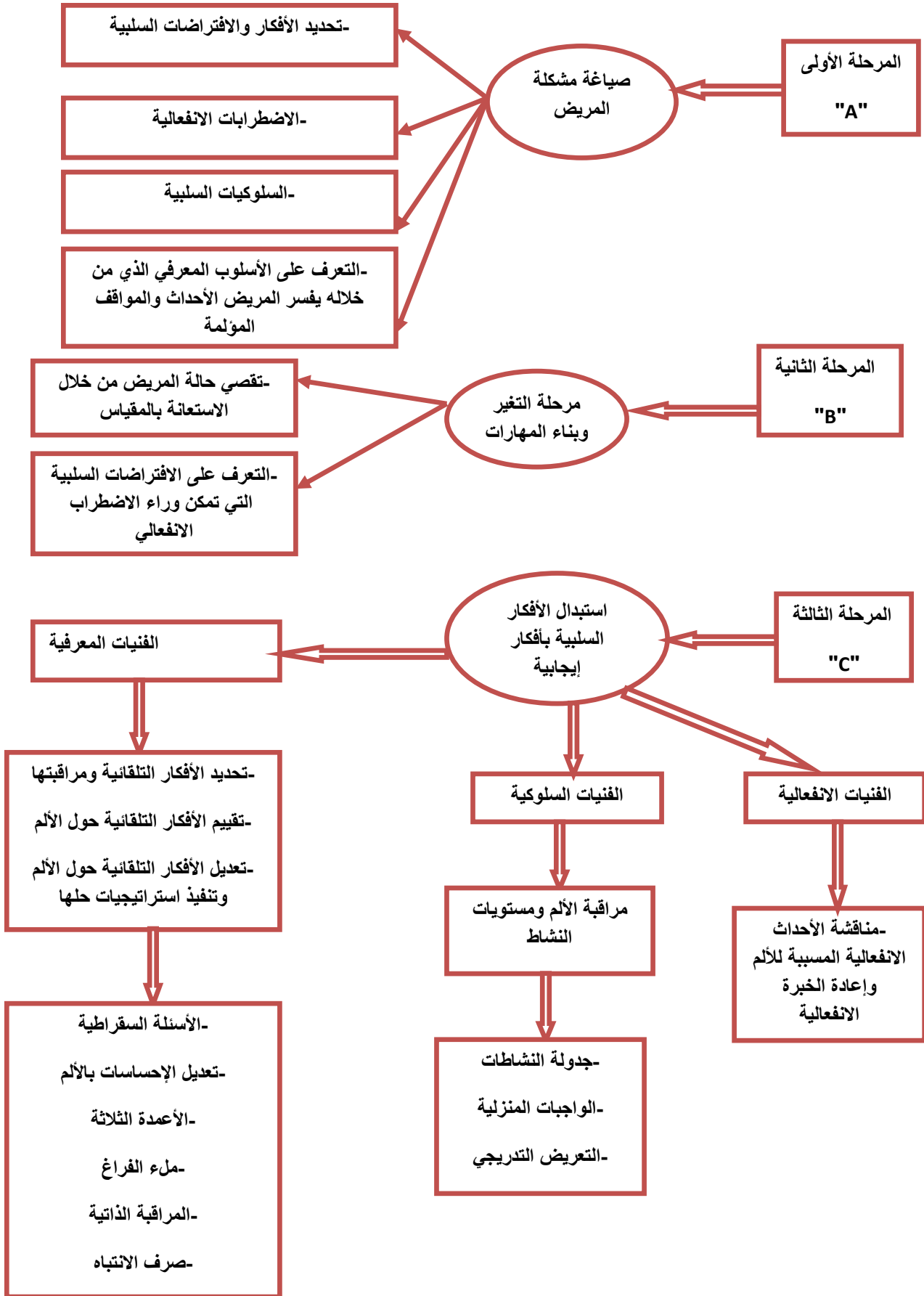
8-6- الأساليب والفنيات العلاجية:

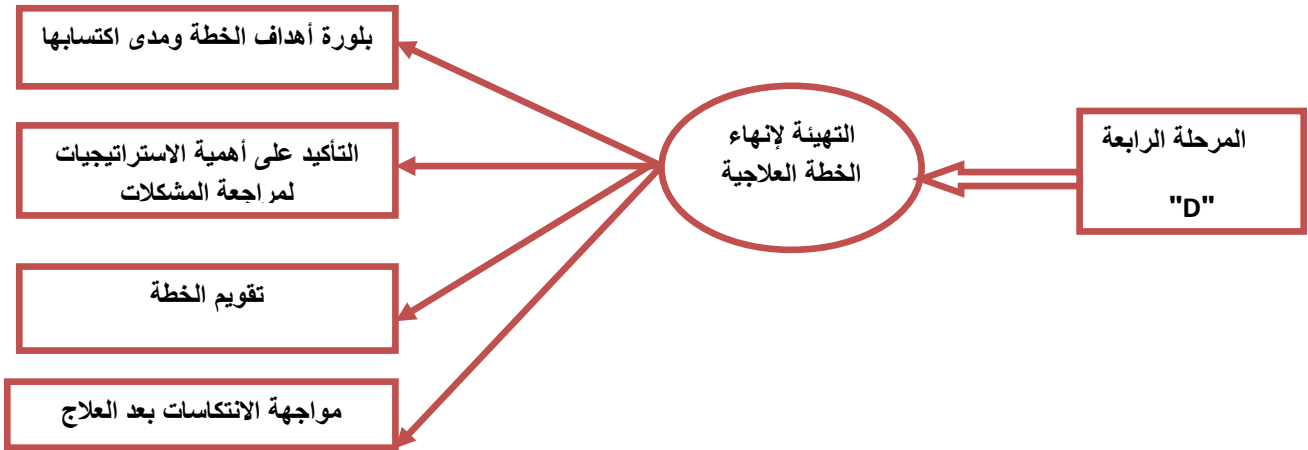
إن الهدف من الخطة العلاجية المقترحة هو استهداف كل الجوانب المعرفية من خلال الاعتماد على تقنيات وأساليب مناسبة لكل مكون معرفي للاضطراب ألا وهو الألم المزمن. ويتم هذا من خلال اختيار التقنيات والأساليب من قبل المعالج حسب مشكلات المريض واضطراباته ومن بين الفنيات والأساليب العلاجية التي تم الاعتماد عليها ما يلي:

جدول رقم -8-: يوضح الأساليب والفنيات العلاجية:

التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، الحوار والأسئلة السقراطية، تعديل الإحساس بالألم، فنية الأعمدة الثلاثة، ملء الفراغ، فنية المراقبة الذاتية، التشثيت وصرف الانتباه.	الجانب المعرفي
مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية، وإعادة الخبرة الانفعالية.	الجانب الانفعالي
جدولة الأنشطة، الواجبات المنزلية، فنية التعريض التدريجي.	الجانب السلوكي
التدريب التوكيدي، لعب الدور.	الجانب الاجتماعي

وفيما يلي مخطط يوضح كيفية سيرورة الجلسات العلاجية مع حالات الدراسة:





شكل رقم -10- : مخطط مراحل الخطة العلاجية وفق نموذج أرون بيك

8-7- الوسائل المادية المستخدمة في الخطة العلاجية:

تم الاستعانة ببعض الوسائل المادية أثناء الجلسات لتحقيق أهداف الخطة العلاجية وأهمها:

- جهاز حاسوب.
- جهاز العرض المرئي للمعلومات Data Shaw Projecteur.
- مواد علمية (الخلفية النظرية للخطة- الألم المزمن- السرطان- العلاج المعرفي).
- بطاقة الواجبات المنزلية.
- مطويات ورقية توجيهية.
- استمارة لتقييم الجلسات النفسية العلاجية.

8-8- جلسات الخطة العلاجية المعرفية المقترحة:

- جلسة رقم 1- الجلسة الافتتاحية:

مواضيع الجلسة	أهم أهداف الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	زمن التطبيق
تأسيس العلاقة التعاونية	- تعارف ما بين المعالج وكل من أفراد الفئة العلاجية. - التعريف بمبدأ الخطة العلاجية وفائدتها بالنسبة للحالة. - عقد اتفاق على كيفية سير الجلسات العلاجية. - تطبيق مقياس شدة الألم والنشاط.	- الحوار والمناقشة	- الترحيب بالحالات في جو من الألفة والتقبل. - تقوم الباحثة بمناقشة الحالة حول جدول مواعيد الجلسات وتحديد مواعيدها القادمة بالاتفاق مع الحالة على أن تكون جلستين خلال الأسبوع. - مناقشة كل ما يخص الخطة العلاجية المقترحة وإتاحة فرصة للحالة للاستفسار. - شرح مبسط للمقياس الذي يقيس شدة الألم وكيفية تطبيقه. - تقديم واجب منزلي من قبل الباحثة وشرحه. - اختتام الجلسة.	50د

- جلسة رقم -02- آلام السرطان

مواضيع الجلسة	أهم أهداف الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	زمن التطبيق
التفسير البيو نفسي اجتماعي لآلام السرطان	- بناء قاعدة معلومات ذات أساس علمي فيما يخص آلام السرطان من خلال فهم ومعنى تصور الألم انطلاقاً من النموذج البيونفسي اجتماعي.	- الحوار السقراطي. - الإلقاء والمناقشة. - المطويات. - تقديم عرض.	- تقديم عرض حول نموذج البيونفسي اجتماعي وكيفية تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والتي في نهاية تعمل على تحديد تجربة الألم وتقييم الألم من خلال نموذج PQRST	30 د
عرض نظرية بوابة التحكم في الألم	- معرفة مدى تأثير التفكير السلبي في تضخيم الإحساس بالألم.		- زيادة وعي المريض نحو الدور الذي تلعبه التدخلات النفسية في إدارة الألم من خلال معرفة دور المتغيرات المعرفية كالخبرات والانفعالية في حدوث خبرة الألم. - واجب منزلي: تدوين الأفكار المسببة للإحساس بالألم ومدى تأثيرها على الحالة الانفعالية؟.	30 د

- جلسة رقم -03- تعديل الإحساس بالألم وتأثيره على الحالة الانفعالية:

مواضيع الجلسة	أهم أهداف الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	زمن التطبيق
الانفعالات والتغيرات الفيزيولوجية	- معرفة أثار الانفعالات السلبية والتغيرات الفيزيولوجية الناتجة عن خبرة الألم المزمن.	الإلقاء والمناقشة - عرض تسجيل مرئي	- مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية وإعادة الخبرة الألمية من خلال إيصال تصور عام على مدى أثار الانفعالات الفيزيولوجية على الحالة.	55 د
التفيس الانفعالي	- التعرف على فوائد التفيس الانفعالي وكيفية التعبير عن المشاعر الناتجة الألم.	لأثار الانفعالات على الحالة. - تعديل الإحساس بالألم.	- إيصال مفهوم التفيس الانفعالي والمشاركة الوجدانية والتعبير عنها. - واجب منزلي: التدريب على أساليب السيطرة على الألم والتحكم الانفعالي عند الشعور والإحساس بالألم.	

- جلسة رقم -04- مساعدة الحالة في الكشف عن الأفكار الأوتوماتيكية السلبية

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
-استكشاف الأفكار التلقائية المشوهة	- التعرف على الأفكار التلقائية التي ترتبط بالانفعالات المؤلمة. - التعرف على الأفكار التلقائية المتعلقة بالموقف والتي تسبب ضيقا لدى الحالة.	- الحوار والمناقشة - التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية.	- إدراك معنى الأفكار التلقائية ومدى تأثيرها في توليد الانفعالات ومن ثم السعي لدحضها وتعديلها.	35 د

<p>- إتاحة فرصة للحالة للحديث عن خبرته من أجل التعرف على الأفكار التلقائية.</p> <p>- مساعدة الحالة على تصحيح وإعادة تنظيم أفكاره.</p> <p>- شرح تقنية المراقبة الذاتية والأعمدة الثلاثة للحالة.</p> <p>- واجب منزلي: تسجيل الأفكار السلبية التي تراودك ومحاولة إيجاد أفكار إيجابية بدلا منها.</p>	<p>- المراقبة الذاتية وتقنية الأعمدة الثلاثة.</p>	<p>- مساعدة الحالة على التعبير عن المخططات الكامنة والمختلة وظيفيا لديه.</p> <p>- مساعدة الحالة على الكشف عن الأفكار التلقائية السلبية وأن مصدرها حوار ذاتي داخلي سلبي وكيف يمكن أن يسبب هذا الحديث في حدوث الأعراض الألمية وتدريبهم على نقد الحديث وتبديله بحديث إيجابي.</p> <p>- مساعدة الحالة على المواجهة الذاتية لخبرته ومعايشته للحدث.</p> <p>- العمل على تصحيح الأفكار التلقائية.</p>	<p>25 د</p>
--	---	--	-------------

- جلسة -05- مساعدة الحالة على دحض الأفكار الأوتوماتيكية والتعميمات الخاطئة

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
<p>أساليب تحويل (تشثيت الانتباه)</p>	<p>- مناقشة الأفكار التلقائية المسببة للألم. وتقدير الانفعال المصاحب لهذه الأفكار.</p> <p>- استبدال ووضع أفكار إيجابية من خلال تغيير القواعد ووضع قواعد منظمة</p>	<p>- الإلقاء - الحوار والمناقشة.</p> <p>- تقنية التشثيت وصرف الانتباه.</p>	<p>- تحديد الأفكار التلقائية السلبية وتأثيرها على الانفعال والسلوك.</p> <p>- تعليم الحالة قواعد أكثر منطقية وموضوعية وبطريقة إيجابية وسارة.</p> <p>- تحديد التخيلات السلبية</p>	<p>35 د</p>

<p>تجاه الموقف ومساعدة الحالة على التعرف على أفكاره التلقائية من خلال التخيل المعرفي والذي من خلاله تظهر الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف. ومن ثم 45 د يستطيع المريض مراقبتها وتحليلها بطريقة منطقية.</p> <p>- صرف انتباه الحالة عن التخيل السلبي للموقف.</p> <p>- واجب منزلي: من خلال تقنية الأعمدة الثلاثة صف الموقف الذي سبب لك الانزعاج والأفكار التلقائية المرتبطة به، والمراقبة للأفكار</p>		<p>وأكثر واقعية ومنطقية.</p> <p>- تطبيق تقنية التخيل والبروفة المعرفية من خلال الطلب من الحالة تخيل الموقف الضاغط (الألم) وما هي أهم الأفكار التي تراوده تلقائيا تجاه هذا الموقف.</p> <p>- تطبيق تقنية صرف الانتباه من خلال قطع ذلك التخيل للموقف بموقف آخر أكثر منطقية وإيجابية.</p>	
--	--	---	--

- جلسة رقم-06- إكساب الحالة استراتيجية معرفية جديدة من أجل تناول الأحداث

بإيجابية

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
<p>- إعادة الصياغة المعرفة وملء الفجوة بين الحدث والاستجابة الانفعالية.</p> <p>- تفسير النتائج السلبية للأحداث.</p>	<p>توضيح أن بين التغيرات الانفعالية والأفكار التلقائية فجوة هي تحدد للفرد طريقة تفكير واعتقاده وتقييمه للأحداث والمواقف المسببة للمشكلة (الألم).</p> <p>- تغيير الأنماط المحددة للتفكير التلقائي.</p>	<p>- الحوار والمناقشة.</p> <p>- ملء الفراغ.</p>	<p>- تحديد الأفكار التلقائية التي تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية المؤلمة.</p> <p>- استبدال الأفكار التلقائية السلبية وإعادة تفسيرها بطريقة إيجابية.</p> <p>- واجب منزلي: مراقبة الأفكار التلقائية التي تحدث لمواجهة موقف معين وتسجيل ردود الفعل الانفعالية والسلوكية</p>	<p>35 د</p> <p>15 د</p>

- جلسة رقم -07- تدريب الحالة على ممارسة الأنشطة السارة والايجابية

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
- الاســـــــــــــــتجابة السلوكية للألم - الأنشطة السلوكية السارة والايجابية.	- التعرف على أنماط الأنشطة اليومية. - وضع قائمة الأنشطة السارة والتعود التدريجي على ممارستها. - تقدير درجة الموقف وفق تسلسل هرمي من الأقل إثارة ويزداد تدريجيا نحو المواقف الأشد إثارة للألم.	- الحوار والمناقشة. - جدولة الأنشطة السارة - تقنيــــــــة التعرـــــــــيض التدريجي.	- معرفة الحالة النفسية للحالة والتعود السلوكي على الأنشطة اليومية السارة. - التعود على ممارسة الأنشطة. - تشجيع الحالة على مواجهة المواقف من خلال التعرض لها تدريجيا. - واجب منزلي: تطبيق برنامج الأنشطة السارة والتعرض للموقف الضاغط ومراقبة الذات.	30 د 20 د 15 د

- جلسة رقم -08- تعلم الحالة أساليب توكيد الذات والتدريب عليها

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
- توكيد الذات والتدريب عليها.	- مساعدة الحالة على التعبير عن مشاعرهم الايجابية والسلبية بطريقة مقبولة. - مساعدة الحالة على تعلم أنماط جديدة من التفكير التي تساعده على مواجهة الموقف بدقة. - مفهوم وأهمية التوكيدية في الحياة النفسية والاجتماعية.	- الحوار والمناقشة. - التدريب التوكيدي. - لعب الأدوار	- التدريب على فنيات أساليب المواجهة. - التعرف على الأفكار الكامنة لدى الحالة. - اكتساب تدريجي لسلوك التوكيدية.	20 د
			- واجب منزلي: تطبيق مواقف توكيدية في الحياة اليومية.	35 د

- جلسة رقم -09- مراجعة المحاور وملخص عام للجلسات

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
المحور المعرفي	الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وتقويمها	الإلقاء والمناقشة استمارة تقييمية	- مراقبة مدى إتقان تقنية تعديل الأفكار الأوتوماتيكية.	15 د
المحور الانفعالي	- إعادة الخبرات الانفعالية وتفسير الإحساس بالألم.		- معرفة مدى تدريب الحالة على تقنية التنفيس الانفعالي وكيفية تفسير الخبرات الانفعالية حسب الموقف.	15 د
المحور السلوكي	- تقويم وتعزيز ممارسة الأنشطة السارة		- معرفة مدى إتقان تقنية ممارسة الأنشطة السارة وكذا	15 د

	التعريض للموقف.	والإيجابية.	
15 د	- معرفة مدى اكتساب الحالة لسلوك التوكيدية	- التوكيدية والتدريب عليها	المحور الاجتماعي

- جلسة -10- الجلسة الختامية

مواضيع الجلسة	محتويات عناصر الجلسة	فنيات وأساليب الجلسة	أهم أهداف الجلسة	زمن التطبيق
ملخص عام للجلسات والتقدم بالشكر للحالات المشاركة في الخطة.	- معرفة مدى استيعاب الحالات للخطة العلاجية. - معرفة الأثر الذي تركته الخطة العلاجية على أفراد العينة. - إعطاء فرصة للحالات للتحدث عن الخطة قبل وبعد تطبيقها.	- الإلقاء. - الحوار والمناقشة.	- معرفة مدى تقبل والاستفادة من الجلسات العلاجية. - معرفة مدى تحسن الفئة المستهدفة من الشعور بالألم نتيجة المرض. - اختتام جلسات الخطة العلاجية بشكر الحالات ومدى تعاونهم والتزامهم بالحضور	45 د

9- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

* اعتمدت الباحثة لمعرفة فعالية الخطة العلاجية المقترحة حساب كل من الدلالة العملية "حجم التأثير" كأسلوب معرفة مدى فعالية الخطة وبالتالي مدى قبول الخطة من عدمها، وكذلك الدلالة الإكلينيكية لجاكوبسون وترواكس مع مؤشرات التغير RCI للتعرف على مدى التغير الحاصل على مستوى كل حالة من أفراد العينة، كما تم الاعتماد على السلاسل الزمنية Time Series والتي هي عبارة عن مشاهدات أو قيم ظاهرة مرتبة وفق حدوثها في الزمن. أي تعني سلسلة من الأرقام والقيم المسجلة حسب الزمن كالسنين أو الفصول أو الأشهر أو الأيام، أو أية وحدة زمنية. (سلامة مصلح، 2018، ص584).

تم الاعتماد على تحليل التباين الأحادي، وكذا أسلوب الانحدار الخطي البسيط في السلاسل الزمنية. والتحليل البعدي لدراسات السابقة. كما هو موضح على الشكل التالي:

7-1- حساب الدلالة العملية "حجم التأثير" Effect Size

* يعبر حجم التأثير عن قيمة تشير إلى درجة العلاقة بين متغيرات الدراسة ضمن مجتمع مسبقا بغض النظر عن الأسلوب الإحصائي المستخدم عن ذلك الأثر، أي هو سعة أو قوة ومقدار العلاقة بين متغيرات الدراسة، وإما أن يكون هذا المقدار كبيرا أو متوسطا أو ضعيفا. (بحاش، 2019، ص250).

يمثل حجم التأثير الفرق بين متوسطي مجتمعين مقسومة على الانحراف المعياري الكلي للمجتمع، وتعطى معادلته في شكلها الأساسي كما يلي:

$$ES=d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{a}$$

حيث: $d = ES$ * = مؤشر حجم التأثير.

U_1 * = المتوسط الحسابي للقياس القبلي

U_2 * = المتوسط الحسابي للقياس البعدي.

a * = الانحراف المعياري للقياس القبلي.

(محمد الشريفين، 2017، ص138).

وفي الدراسة الحالية يعبر حجم التأثير عن مقدار التحسن الناتج عن الخطة العلاجية المعرفية المقترحة وما مقدار التغيير الذي تسببه المعالجة، هل هو كبير أم متوسط أم ضعيفا.

7-2- حساب الدلالة الإكلينيكية:

تعتبر الدلالة الإكلينيكية على ما إذا كانت المعالجة كافية لتغيير علامة المريض التشخيصية، وهل المعالجة فعالة بما فيه الكفاية لجعل المريض طبيعياً. (محمد حسن، دس، ص 11)، وذلك من خلال حساب مؤشر التغير الثابت $(RCI) = Reliability$ **change Index**.

حسب طريقة جاكوبسون وتراوكس، حيث تعطي معادلته بالشكل التالي:

$$\text{مؤشر التغير الثابت: } RCI = \frac{d_2 - d_1}{(x م ف)}$$

حيث: d_1 = درجة القياس القبلي.

d_2 = درجة القياس البعدي.

فالقيمة الحرجة لمؤشر RCI الدالة إحصائياً 1.96 ويحسب كل من الخطأ المعياري للقياس والخطأ المعياري للفرق بالشكل التالي:

$$- \text{ حساب الخطأ المعياري للقياس } (x م ف) = 1 - r \sqrt{e}$$

تمثل: e = الانحراف المعياري للمجتمع.

r = ثبات المقياس.

حساب الخطأ المعياري للفرق = $(x م ف) = 2 (x م ف)^2$ (الين دزاي وبول، 2000، ص 869).

7-3- نموذج تحليل التدخل:

يتم من خلال هذا النموذج استعراض لتحليل التدخل كالتالي: (بري، دس، ص ص 11، 12).

1- تحديد النموذج من خلال استخدام القيم $y_1 \dots y_{t-1}$ أي قيم السلسلة الزمنية قبل التدخل.

2- استخدام النموذج الذي تم بناؤه من أجل التنبؤ عن قيم السلسلة الزمنية.

3- يتم فحص البواقي من خلال حساب الارتباط الذاتي والارتباط الذاتي الجزئي.

4- نقوم بتطبيق النموذج بكامل القياسات.

5- التحقق من مدى مناسبة النموذج المقترح.

وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على السلاسل الزمنية المستمرة Contunous Time Series وهي السلاسل الزمنية التي تقاس فيها قيم ظاهرة متغيرة خلال فترة من الزمن مثل الساعة، اليوم، أو الأسبوع، أو الشهر. كما تم تقسيم السلسلة حسب طبيعة الزمن إلى سلسلة زمنية غير نقطية، أي تقاس في أزمنة محددة مسبقا.

7-4- تحليل الارتباط الذاتي للقياسات المتكررة:

يعتبر أسلوب تحليل السلاسل الزمنية من الأساليب الإحصائية الهامة في التنبؤ، وقد تم استخدام هذا الأسلوب على نطاق واسع في الكثير من التطبيقات الإحصائية، حيث يتم التنبؤ بالتغيرات المستقبلية للمتغير بالاعتماد على سلوك هذا المتغير في الماضي. (الوصيفي، 2015، ص 02).

ويعد أسلوب تحليل الارتباط الذاتي من أهم الأساليب المستخدمة للتنبؤ في السلاسل الزمنية، وتحليلها ويرمز له (ACF). حيث يعطي معلومات حول سلوك السلسلة وعن مكوناتها الأساسية، كما تساعد على تحديد استقرار السلسلة. وبصفة عامة فإن دالة الارتباط الذاتي (ACF) للسلسلة المستقرة تتنازل (تتناقص) بسرعة وتكون قريبة من الصفر

كلما زادت درجات الإبطاء، وبما أن دالة الارتباط الذاتي للعينة هي فقط تقديرات للارتباط الذاتية. (المحمدية وطعمه، 2011، ص23).

أما إذا كانت السلسلة الزمنية غير مستقرة بسبب وجود اتجاه صاعد أو نازل في المعدل فإن دالة الارتباط الذاتي (ACF) للعينة لا تتقطع ولا تنحدر ببطء تجاه الصفر وذلك لكون المشاهدات تميل لأن تكون على نفس اتجاه الوسط الحسابي للسلسلة الزمنية لفترات عديدة وكنتيجة نحصل على ارتباطات ذاتية كبيرة عند فترات إزاحة طويلة (راهي وكطران، دس، ص7).

إذن مقياس دالة الارتباط الذاتي (ACF) يقيس قوة الارتباط بين مشاهدات المتغير نفسه عند فترات زمنية مختلفة أي الكشف عن الارتباطات الداخلية للسلسلة الزمنية. (حسن وآخرون، 2016، ص30).

ويتم حساب دالة الارتباط الذاتي من برنامج SPSS25 .

❖ الارتباط الذاتي الجزئي:

وهو مؤشر يقيس العلاقة بين t ، y_{t-k} للسلسلة نفسها، مع افتراض ثبات قيم السلسلة الزمنية. ويعرف على أنه الحد الأخير من نموذج الانحدار الذاتي من الدرجة (P) AR، ويتم إيجاد قيم معامل الارتباط الذاتي الجزئي عن طريق دالة الارتباط الذاتي (سلامة مصلح، 2019، ص587)

4-7 حساب حجم الأثر في الدراسات التجميعية "التحليل البعدي":

ويعنى إعادة تحليل نتائج التحليل الأولي أو الثانوي من مجموع البحوث والدراسات الفردية وتهدف بحوث التحليل البعدي إلى تقويم دقيق للمواد التي نشرت بالفعل ، إذ تتناول بالتنظيم ، والتكامل ، والتقويم البحوث والدراسات السابق نشرها ، وذلك من خلال : تحديد المشكلة وتوضيحها ، وتلخيص البحوث السابقة لتعريف القارئ بالوضع الحالي للبحث ،

والتعريف بالعلاقات ، والتناقضات ، والفجوات التي قد توجد في البحوث السابقة ، واقتراح الخطوة أو الخطوات التالية لحل ما قد يكون هناك من مشكلات.

وهناك عدة طرق لاستخرج حجم الأثر للدراسات السابقة، ففي الدراسة الحالية تم الاعتماد على حالة التكرارات والنسب المئوية لأفراد المجموعة كأساس لعمليات التحليل التي يتبعونها، وبعدها حساب حجم التأثير ومقارنته مع معايير جدول كوهين حسب طريقة جلاس.(جمال الدين عبد الحميد، دس، ص 331).

عرض نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الحالة الأولى

2- عرض نتائج الحالة الثانية

أولاً: عرض نتائج الحالة الأولى:

1-تقديم الحالة الأولى (ف،ز):

الحالة الأولى هي سيدة (ف،ز)، تبلغ من العمر 47 سنة، متزوجة، تقطن في ولاية خنشلة، أستاذة التعليم المتوسط، متقاعدة بسبب حالتها الصحية.

تعيش الحالة (ف،ز) مع أسرتها الصغيرة المتكونة من الزوج والأبناء (02 ذكور، 02 إناث). يوجد تاريخ مرضي لعائلة المفحوصة فيما يخص السرطان، فقد توفى شقيقها بسبب مرض السرطان، وكذلك ابنتها. وقد تأثرت كثيراً لذلك، تم تشخيص المفحوصة بسرطان الدم من نوع ورم نقيي المتعدد Myélome Multiple في شهر أفريل 2020. حيث بدا عليها الجهد والتعب، وآلام شديدة على مستوى الحوض والمفاصل. ما جعلها غير قادرة على القيام بأبسط النشاطات، ذهبت المفحوصة عند طبيب مختص في أمراض وجراحة العظام والرضوض. وأجرى لها فحوصات وقدم لها علاجاً خاصاً بالتهاب المفاصل، وأدوية مسكنة للألم. إلا أن الحالة (ف،ز) بقيت على وضعها، واستمرت الآلام بشكل غير طبيعي، فأخذها زوجها العامل بقطاع الصحة إلى طبيب آخر، وطلب منها إجراء تحاليل وأشعة المسح الضوئي Scanner . فظهر في التحاليل الدموية أنها تعاني فقر دم حاد، وأشعة المسح الضوئي إضافة إلى التصوير بالرنين المغناطيسي IRM لم يظهر فيه شيئاً. ما زاد شكوك الطبيب المعالج وطلب من زوج الحالة إجراء خزعة على مستوى القفص الصدري Biopsie . وبعد مدة 21 يوماً ظهرت النتيجة، أين كانت صدمة المريضة أنها تعاني من نوع من أنواع مرض السرطان. وتم التأكد من تشخيص حالتها. فتلقت صدمة شديدة إثر هذا الخبر المفجع، مما أدى بها إلى أزمات شديدة وذلك لعدم تقبل المرض والخوف من المستقبل والموت. خضعت المريضة بعدها للعلاج الكيميائي، ومازالت تتناول علاجها. وكان زوجها سندا لها.

ومن العلاجات الدوائية التي تناولتها المريضة إلى جانب العلاج الكيميائي، والذي كان كل أسبوع.

- كل أسبوع أنبولة من **Dexamethasone**.

- علاج كل 21 يوما من **Revlinid** بجرعات: 10 مغ، 15 مغ، 20 مغ.

- علاج يومي لمسكن الألم **Xamadol** 3 مرات يوميا.

- دواء لعلاج الآلام الشديدة فقط **Tranxane 50 mg**.

2- التقييم النفسي للحالة الأولى (ف،ز):

الحالة (ف،ز) تتسم بالقدرة على الحديث والحوار مع الآخرين، واعية ومنقفة، مظهرها الخارجي نظيف ومنظم، الحالة (ف،ز) تعاني من صدمة تشخيص المرض، وتأثيرات العلاج الكيميائي. وقبل البدء مع الحالة (1) تطبيق خطة العلاج لابد من تقديم تقييم نفسي شامل لحالتها من خلال:

2-1 التقييم الذاتي (الجسمي)، والانفعالي (الوجداني):

تعاني الحالة (ف،ز) من زملة من الأعراض نتيجة الإصابة بالمرض، والتي سببت لها حالة من الأسى والعجز والضيق والحزن، الإحساس بالتعب والإرهاق والخمول الدائم، فقد الاهتمام بكثير من النشاطات، التفكير المستمر في المرض، والخوف من انتشاره، انحطاط قيمة الذات، الإحساس بالألم الشديد في مختلف مناطق الجسم. ما سبب لها الكآبة والقلق، والتفكير بشكل سلبي، ما جعلها تتشغل بأفكار حول الموت وغموض المستقبل. كما تعاني الحالة من أعراض جسمية: اضطرابات في النوم، وفقدان الشهية، اسوداد الجلد وتقشره، تساقط الشعر، كذلك فقدان كبير في الوزن. الأمر الذي جعل الحالة تتعزل عن الآخرين.

2-2 التقييم الموضوعي:

تم تطبيق مقياس درجة الألم والنشاط في الجلسة الأولى، لمعرفة درجة شدة الألم الذي تعاني منه الحالة (ف،ز). ومدى احتياجها للمتابعة النفسية من خلال تطبيق خطة العلاج المعرفي، ومن أجل التحكم الجيد في الآلام ومواجهة الأفكار الأوتوماتيكية السلبية عند الحالة (ف،ز).

تحصلت الحالة (ف،ز) على درجة $1=9$ ، بعد تحديد سلسلة من القياسات لتحديد خط القاعدة للسلوك موضع الدراسة، واستمرت القياسات حتى استقرار نتيجتها عند درجة معينة، وهذا ما يعرف بخط الأساس (القاعدي) الذي من خلاله يتم تقديم المعالجة التجريبية بعد التأكد من وجود مشكلة الألم بشكل مكرر. فمن خلال النتيجة تبين أنها تعاني من درجة مرتفعة من الآلام، ما يستوجب الأمر التدخل العلاجي بعد موافقة الحالة على ذلك.

ومن خلال الجلسات النفسية، سيتم قياس درجات الألم بعد كل جلسة علاجية (قياسات متكررة) لمعرفة مدى منفعة الحالة (ف،ز) من الجلسات، وتطبيق أهم التقنيات والفنيات الخاصة بالعلاج المعرفي عند أرون بيك.

3- صياغة الحالة الأولى (ف،ز):

لكي يتم تنفيذ خطة العلاج المعرفي، لابد أن تتعلم الحالة (ف،ز) كيف تراقب أفكارها ومشاعرها وحالاتها الانفعالية، وكيف تتدخل لتعديلها إلى الأحسن. ويتم هذا من خلال بناء صياغة للحالة على النحو التالي:

جدول رقم-9-يبين صياغة المعرفة للحالة (ف،ز)

(ف،ز)		اسم المريضة (الحالة 1)
الأعراض الجسمية	الأعراض النفسية	❖ التشخيص/الأعراض
-الأرق -فقدان الشهية -فقدان الوزن -الإحساس بالألم -اسوداد الجلد -قصور الحركة -تساقط الشعر	-القلق، الاكتئاب -النسيان وقلة التركيز -العجز وعدم القدرة القيام بالنشاطات -العصبية الزائدة -حزن شديد وخوف دائم -انعزال والبعد عن العلاقات الاجتماعية -انحطاط قيمة الذات	
-سلوكيات تجنبية والميل للعزلة -أفكار سلبية ومن أهمها استحالة الشفاء من هذا المرض واستمرار الآلام ومعاناتها، وبالتالي توقع الموت في أي لحظة.		❖ ضغوط ومؤثرات حالية
-للحالة (ف،ز) تاريخ مرضي عائلي، حيث أصيب أحد أفراد عائلتها وابنتها بالمرض. أين أدى بحياتهما للموت. -الحالة لا تعاني من أي مرض آخر سوى مرض السرطان.		❖ عوامل بيولوجية-وراثية- طبية
-تجنب التحدث عن ألمها، اعتقادا منها من أن حالتها معقدة. -قد يتعذر تسكين الألم أو التخلص منه إلا بعد مرور فترة طويلة أو الشفاء من المرض. -حسب الآلام التي تعاني منها أحتاج إلى جرعة عالية من المسكنات، ولكن الطبيب المعالج يرفض ذلك. -بسبب الألم أصبحت عاجزة وغير قادرة على القيام بأبسط الأعمال والنشاطات. -الألم أثر كثيرا على حالتها الانفعالية، وأصبحت عصبية ولأتفه الأسباب. -الحوار الذاتي السلبي وما نتج عنه من تقدير ذاتي متدني.		❖ المعتقدات الجوهرية (المخططات)

<p>-عدم القدرة على النوم بسبب ربط فكرة النوم بالألم والموت. -أصبحت حملا على عائلتي.</p>	
<p>-تناول الدواء -محاولة النوم -العصبية -الانسحاب والعزلة</p>	<p>❖ الاستجابات التعويضية</p>
<p>-تغيير في المعتقدات اتجاه الألم -التدريب على أسلوب التغلب على الألم وإعادة الإحساس بالألم والتقليل من المأسوية. -تحسين العلاقات الاجتماعية ودمجها في المجتمع. -تعلم مهارات وفنيات للسيطرة على الألم. -التعرف على المواقف المثيرة للألم والأفكار المسببة له. -استبدال الأفكار الأوتوماتيكية السلبية والسيطرة عليها من أجل التخفيف من الآلام وهذا ما يعزز مشاعر الكفاءة الذاتية.</p>	<p>❖ أهداف العلاج</p>

وفيما يلي سناقش ثلاثة مواقف-أي أحداث- تواجهها وما يتبعها من أفكار ومشاعر عند إحساسها وشعورها بالألم المستمر:

جدول رقم-10- يبين مواقف الإحساس بالألم

الموقف الثالث	الموقف الثاني	الموقف الأول	
<p>-أعاني من قلق وخوف من الموت</p>	<p>-أعاني من حالة العجز، وعدم القدرة على ممارسة أيست الأنشطة</p>	<p>-أعاني من آلام شديدة</p>	<p>❖ الفكرة</p>
<p>-هلع-قلق-اكتئاب</p>	<p>-قلق وتوتر</p>	<p>-صراخ-بكاء-عصبية زائدة</p>	<p>❖ الانفعال</p>
<p>-عدم القدرة على النوم</p>	<p>-أنا غير كفاء-عاجزة</p>	<p>-تناول دواء مسكن ويجرعات زائدة</p>	<p>❖ السلوك</p>

4-فرضية العلاج(التشخيص):

من خلال التقييم النفسي للحالة، وتقديم صياغة معرفية لها. لابد من تحديد الأعراض الأساسية التي تسبب للحالة انزعاجا وإحساسا بالألم. فتم الاعتماد على التحليل الوظيفي بالاعتماد على نموذج لازاروس **BASIC ID (EA)** من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق، وذلك وفق الجدول التالي:

جدول رقم-11- يبين شبكة التحليل الوظيفي لمشكلة الحالة (ف،ز)

الرمز	الأبعاد	المشكلات
B	-السلوك	-قلة النشاط والحركة
A	-الوجدان	-الشعور باليأس
S	-الاحساس	-قلة الانتباه والتركيز
I	-التخيل	-تدني تقدير الذات
C	-التفكير	-أفكار أوتوماتيكية سلبية
I	-العلاقات البنشخصية	-نقص في المهارات الاجتماعية -التجنب الاجتماعي ورفض التواصل مع الآخرين
D	-الجانب البيولوجي	-خمول، أرق -فقدان الشهية -فقدان الوزن
E	-التوقعات	-التخفيف من الآلام، وإعادة ممارسة الأنشطة الحياتية، والعودة للتدريس
A	-موقف المعالج	-إيجابي

5-تطبيق التدخل العلاجي المعرفي المقترح على الحالة الأولى (ف،ز):

تهدف الخطة العلاجية المعرفية إلى تحقيق الأهداف السابق ذكرها، من خلال الجلسات النفسية الآتية:

❖ الجلسة الأولى:

دامت الجلسة الأولى من العلاج مدة ساعة ونصف، وكان محتواها تأسيس العلاقة العلاجية بين الباحثة والحالة. وتضمنت الجلسة الأولى التعريف بمبدأ الخطة العلاجية، وما فائدتها بالنسبة للحالة (ف،ز). من خلال معرفة مبادئ العلاج المعرفي وكيف تؤثر أفكارها على انفعالاتها وسلوكياتها.

كما تم الاتفاق مع الحالة على كيفية سير الجلسات، وتحديد وقت كل جلسة. بحيث تكون بواقع جلستين كل أسبوع، وتوضيح لها جدول الأنشطة بشكل عام.

في آخر الجلسة تم فتح مجال المناقشة، وترك المجال للحالة (ف،ز) لطرح أسئلة حول محتوى الجلسة وتوضيح كل النقاط الغامضة بالنسبة لها. وبعدها تم تطبيق مقياس درجة الألم والنشاط المدرج من (0) إلى (10) لمعرفة درجة الألم التي تعاني منه. فتحصلت على درجة (10).

❖ الجلسة الثانية:

تضمنت هذه الجلسة والتي دامت ساعة ونصف، لبناء قاعدة معلومات ذات أساس علمي فيما يخص آلام السرطان من خلال فهم ومعنى تصور الألم انطلاقاً من النموذج البيونفسي اجتماعي. من خلال تقديم عرض حول الموضوع والمناقشة فيه.

كما تم في هذه الجلسة تقييم نموذج **PQRST** من أجل تقييم وتوضيح العناصر الأساسية في تقدير ألم المريض، وما درجته وكيفية التعامل معه، إضافة إلى المواقف التي تؤدي إلى الإحساس بالألم.

نموذج PQRST في تقييم الألم

❖ مهيجات الألم "P" Provokes

- ما الذي سبب الألم؟، وما الذي يجعل الألم أفضل أو أسوأ؟

الألم الذي أعاني منه ناتج عن المرض في حد ذاته، إضافة إلى العلاج الكيميائي. وما يخففه تناول الأدوية حتى ولو بجرعات زائدة. فالألم يعيق القيام بمختلف الأنشطة وأجد صعوبة في الحركة، فالتفكير فيه يجعل الألم يزيد بصورة رهيبية، وهذا ما يجعلني عصبية جدا.

❖ جودة الألم "Q" Quality pain

- بماذا يشعر المريض؟ هل الألم ضعيف أو حاد؟ هل هو ناتج عن المرض أو المعالجة؟

أحيانا يكون ألما ضعيفا، لكن في الأغلب الأحيان ألما شديدا غير محتمل، وفي اعتقادي أن الألم ناتج عن المرض، وممكن أن المرض ينتشر بسرعة، وهذا ما سبب لي آلاما شديدة.

❖ منطقة الألم "R" Region pain

- أين يقع الألم؟ هل يقتصر على مكان واحد؟ وهل ينتشر في عدة مناطق أو محصور في منطقة معينة؟

في بداية المرض كنت أعاني من آلام على مستوى المفاصل وأسفل الظهر، وهذا ما أدى إلى صعوبة في المشي وقصور الحركة، ولكن مع مرور الوقت وأخذ العلاج تزايد الألم وأصبح منتشرا في مختلف المناطق. أحس بالألم على مستوى الصدر، والرأس، والعنق، وآلام أخرى في كافة أنحاء جسمي.

❖ الخطورة والشدة "S" Severity

- ما مدى خطورة الألم؟

الألم أثر على كل جوانب حياتي، سواء من الناحية النفسية، أو الجسمية، أو الاجتماعية. فكل تفكيري حول الألم وما يخلفه من آثار لدرجة أنني لا أقوم بأي نشاط خوفا من زيادة شدته.

❖ الوقت أو الزمان "T" Time or Temporal

- متى بدأ الألم؟ وهل يستمر طول الوقت؟ هل يكون بالليل أو النهار؟ وكم مدته؟

بدأ الألم قبل تشخيص المرض، واستمر طول فترة العلاج. ومازلت أعاني منه، أشعر به مع الصباح الباكر، وأحيانا في الليل، وفي بعض الحالات يستمر طوال الوقت خاصة عند أخذ الجرعة أو إجهاد نفسي.

*بعد تقييم الألم من خلال نموذج PQRST لمسنا بواحد تأثير التفكير السلبي في تضخيم الإحساس بالألم، وكان الهدف منه توعية الحالة (ف،ز) بالدور الذي تلعبه الأفكار والمعتقدات في الإحساس به، ومدى فعالية التدخلات النفسية في إدارة الألم والتحكم فيه من خلال معرفة دور المتغيرات المعرفية والأفكار السلبية في حدوث خبرة الألم.

إن تقدير الألم خطوة أساسية نحو السيطرة عليه بدرجة مقبولة، وتقديره لا يتوقف فقط على الجانب الجسمي، بل يجب فهم مختلف الجوانب النفسية، المعرفية، والاجتماعية للمريض. فالأمر يستلزم تقدير مدى وخامة ألم المريض لمعرفة القيود التي يفرضها الألم على نشاط المريض وعدد ساعات نومه، وكذا إجراءات تسكين الألم، وتحديد درجة الألم والذي على أساسه يقوم العلاج المناسب. وهذا ما تم تقييمه من خلال هذه الجلسة وتطبيق نموذج PQRST.

في نهاية الجلسة قدمت الباحثة واجبا منزليا للحالة، والذي تضمن تدوين الأفكار المسببة للإحساس بالألم ومدى تأثيرها على الحالة الانفعالية؟

وقبل خروج الحالة (ف،ز) تم قياس شدة الألم على مقياس درجة الألم والنشاط. وكذا فسح المجال للمناقشة وإثراء الجلسة بالأسئلة والاستفسارات.

❖ الجلسة الثالثة:

تضمنت الجلسة الثالثة ملخصا عاما للجلسات السابقة، والتعرف على مدى التزام الحالة بتطبيق الواجب المنزلي. خاصة وأن الحالة مازالت تعاني من درجة مرتفعة من الألم.

فمن خلال إنجاز الواجب المنزلي تبين أن الحالة (ف،ز) تعاني من الألم والذي بسببه أصبحت أكثر حزنا، لتأثيره على كل جوانب حياتها. والحد من قدرتها على القيام بمختلف الأنشطة. فأصبحت محبطة وتشعر باليأس، فأصبح الألم محور تركيز حياتها.

ومما لاشك فيه أن الألم عبارة عن خبرة ذاتية مزعجة ويؤثر على كل الجوانب. فالهدف من هذه الجلسة معرفة آثار الانفعالات السلبية والتغييرات الفيزيولوجية الناتجة من خبرة الألم المزمّن. وكذلك التعامل مع المشكلات بدلا من التركيز على السلوكيات الظاهرة.

تمت مناقشة الحالة (ف،ز) في العلاقة بين العوامل النفسية والألم على أنها عامل مساهم في الإبقاء على المشكلة. فهناك عوامل مسؤولة عن حدوث المشكلة ألا وهي الإصابة بالمرض، وهناك عوامل مسؤولة على استمرار المشكلة. وهذا الأخير له دور في حدوث الألم، وهذا لا يعني أن الألم ليس حقيقيا. إلا أن الحالة الانفعالية تؤدي إلى تقاوم من خبرة الألم، وبدورها تؤدي إلى الإحساس بالحزن واليأس. وهذا يكون ناتجا عن أفكار أوتوماتيكية سلبية، ويرتبط باستجابات انفعالية سلبية.

وهذا ما جعل الحالة (ف،ز) تتعرف على فوائد التنفيس الانفعالي وكيفية التعبير عن المشاعر الناتجة عن الألم من خلال المشاركة الوجدانية والتعبير عنها.

في آخر الجلسة تم فسح مجال للمناقشة والحوار، وقياس درجة الألم مع إعطاء الحالة (ف،ز) واجبا منزليا يتمحور حول التدريب على أساليب السيطرة على الألم والتحكم الانفعالي عند الشعور والإحساس به.

❖ الجلسة الرابعة والخامسة:

تضمن هذه الجلسة تشجيع الحالة (ف،ز) على الإفصاح عن كل الأفكار السلبية التي تدور في ذهنها حول مرضها ومآلها وتقديرها لذاتها.

فمن خلال الواجب المنزلي السابق أدركت الحالة أن معتقداتها الخاطئة هي سبب حالتها الانفعالية، وإحساسها بالألم. ففي الجلسة النفسية العلاجية تم الكشف عن المشاعر السلبية والنتيجة عن الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة والمحرفة التي كانت تعتقدها. فهذه الأفكار مارست على الحالة (ف،ز) تهديدا خلف لديها الكثير من الانفعالات المؤلمة كالقلق، الاكتئاب، الحزن، الشعور بالعجز والفشل، وعدم القدرة على السيطرة.

فالفكرة الرئيسية التي تقف خلف كل هذه الاضطرابات هي أن الألم سبب كل هذه الحالة. كذلك الاعتقاد الجازم باستحالة الشفاء من هذا المرض، وبالتالي توقع الموت خاصة أثناء النوم.

استخدمت الباحثة مع الحالة (ف،ز) تقنية مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها بطلب منها وصف الأفكار التي عبرت فكرها قبل تبدل مزاجها، وتذكر موقف من المواقف المرتبط بتغير الحالة الانفعالية. وهذا يساعد الحالة على التعرف على الأفكار التلقائية المتعلقة بالموقف والتي تسبب ضيقا لديها. وتم الاستعانة في ذلك بالأسئلة السقراطية من أجل اكتشاف واسترجاع المعلومات، وإعادة تقويم الاعتقادات الموجودة لديها. فالفكرة المؤثرة هي أن الألم شديد إلى درجة أنني لم أعد أقوم بأي نشاط كالسابق.

تمت الاستعانة بسجل الأفكار التلقائية والذي أعطي كواجب منزلي، كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم -12- يبين سجل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية للحالة (ف،ز).

الموقف الأول	الأفكار التلقائية	الانفعال	الألم	الاستجابة البديلة
صف الموقف الحالي أو تجربة الألم التي أدت إلى شعور غير سار؟	- ما هي الأفكار والصور التي مرت على تفكيرك؟ - ما هو تقديرك لشدة معتقدك (0-100)؟	- ما هو الانفعال الذي شعرت به؟ - تقدير شدة الانفعال (0-100)؟	- أين شعرت بالألم في جسمك؟ - ما هي شدة الألم (0-10)؟ - ما هي الكلمات التي تستخدمها لوصف الألم؟	- ما هو التشويه المعرفي الذي قمت به؟
- عند الانحناء لجلب أشياء أشعر بألم شديد أسفل ظهري. - عند القيام بالأعمال المنزلية، حتى ولو كانت بسيطة أشعر بألم.	- لا أستطيع القيام بأي نشاط دون الشعور بالألم (70)	- إحباط - شعور بالعجز - اليأس (80)	- أسفل الظهر بكثرة (9) - كسر، وجع	- لا أستطيع إيقاف ألمي وأبقى هكذا حتى الموت.
الموقف الثاني	الأفكار التلقائية	الانفعال	الألم	الاستجابة البديلة
- شعرت بألم أسفل الظهر، ورجلي أثناء المشي وأفقد توازني وأشعر كأني سوف أسقط.	- أتجنب المشي والأعمال. - لا أستطيع المشي ولمدة زمنية قصيرة دون أن يسيطر علي الألم. (60)	- إخراج - عبء (75)	- حاد - ألم أسفل الظهر عند المشي، وعلى مستوى رجلي عند الجلوس والوقوف. (7)	- تناولت جرعة من مسكن الألم.
الموقف الثالث	الأفكار التلقائية	الانفعال	الألم	الاستجابة البديلة
- أتحدث عن تفكيري في السقوط أثناء المشي وعند شعوري بالألم أفقد توازني.	- في هذه الأيام أشعر بفشل وتعب يجعلني لا أستطيع أن أفعل شيئاً. (60)	-- حزين - محبط - يأس (70)	- مؤلم - ألم شديد أسفل الظهر (8)	- تجنب أي نشاط يجعلني أشعر بالألم.

تبين من خلال جدول سجل الأفكار، أن للأفكار دورا كبيرا في الحالة الانفعالية التي تنتاب الحالة. ففي هذه المرحلة تم تشجيع الحالة (ف،ز) وتوجيه البرتوكول العلاجي للكشف عن أخطاء التفكير لديها، والتي تعيق مسيرتها في الحياة اليومية. فتم الوقوف في هذه المرحلة أمام كل فكرة سلبية، وإشراك الحالة في تحليلها، وتقييمها في مدى تأثيرها عليها بطريقة سلبية سواء على الحالة النفسية، أو الحالة العضوية. ومحاولة استبدال هذه الأفكار بأخرى إيجابية، وتحديد مكاسبها على الحالة، والقدرة على إدارة الألم بشكل أفضل.

كما تم إعطاء الحالة (ف،ز) واجبا منزليا متمثلا في تطبيق تقنية الأعمدة الثلاثة التي من خلالها يقدم وصفا للموقف الذي سبب لها الانزعاج والأفكار التلقائية المرتبطة به. وكانت إجابة الحالة على النحو التالي:

جدول رقم-13- يبين استخدام تقنية الأعمدة الثلاثة للحالة (ف،ز).

الأفكار التلقائية	التشوه	الاستجابة الانفعالية
-أحس بعجز، ولن تتحسن حالي أبدا وسوف يستمر ألمي هذا.	-أتجنب القيام بأي نشاط يسبب لي الألم. -أفضل العزلة والابتعاد عن الأخرين. -أنفادى الوقوف والجلوس.	-قلق، اكتئاب -اليأس، حزن شديد -البكاء
-صعوبة النوم بسبب الألم	-الخوف من الموت	-هلع
-تشوه صورة جسمي بسبب العلاج الكيميائي	-أترك العلاج	-تقدير ذاتي متدني

وبعدها تمت مناقشة الحالة في الجدول، والمحاولة معها بالتدرج في تنفيذ خطوات الخطة العلاجية. والتي كانت تهدف إلى التعديل المستمر بما يخفف للحالة تحمل الألم وتعلم استراتيجيات إدارته من خلال منح دور القيادة لها. فاستنادا إلى الجدول السابق تعتقد الحالة (ف،ز) أن حياتها مع الألم تسبب لها عجزا كبيرا، فهي غير قادرة على إنهاء معاناتها مع آلامها، والذي سبب لها الكثير من الاضطرابات الانفعالية، كما أنها تحاول الابتعاد عن كل

المهام التي تشعر فيها بالألم. هذا ما يعني أن الألم يتداخل مع حياة المريضة بدرجة كبيرة، وهذا الاعتقاد له تأثير كبير في الشعور بالألم وتجنب أي شيء يسبب الألم.

ففي هاتين الجلستين تم تحديد الأفكار الأوتوماتيكية المولدة للألم لدى الحالة عن طريق:

-معرفة الموضوع المشترك للأفكار الأوتوماتيكية.

-تحديد المعتقد الرئيسي والذي تنبثق منه الأفكار الأوتوماتيكية.

فالهدف منها هو تحديد الأفكار السلبية والتي تنبثق منه الأفكار الأوتوماتيكية فهذا يسمح لنا بتعديل المعتقدات حسب درجة تأثيرها على الحالة (ف،ز) فكلما كان المعتقد قويا كلما زادت صعوبة تعديله.

ففي هذه الجلسة تم الاستعانة بتقنية صرف الانتباه والهدف منها هو السيطرة على الألم من خلال طرح مجموعة من الأسئلة على الحالة (ف،ز) بالشكل التالي:

الباحثة: حاولي أن تتذكري موقفا ما يسبب لك الشعور بالألم الشديد؟ الآن: بعد تذكر الموقف ما هو شعورك الآن؟

الحالة (ف،ز): أشعر بألم شديد أسفل ظهري، وهذا ما يعيق الحركة لدي ويمنعني عن المشي.

الباحثة: تحاول في هذه الأثناء تشتيت انتباه الحالة (ف،ز) بموضوع آخر، وجعلها تتدمج فيه وتقوم بإعادة سؤالها: إن كان ما زال لديها نفس الشعور؟ وبنفس الدرجة؟

الحالة (ف،ز): أشعر أن الألم أصبح محتملا، ولم أشعر به، وهذا ما يبين أن الحالة (ف،ز) استطاعت نسيان آلامها بالتفكير في موضوع آخر بعيدا عن المرض وعواقبه.

طلبت الباحثة من الحالة (ف،ز) إعادة تطبيق التقنيات المطبقة في الجلسة العلاجية من أجل المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية وكيفية إدارة الألم كواجب منزلي.

وفي الجلسة الموالية تمت مناقشة الواجب المنزلي مع الحالة وكيفية محاولة التغلب على الألم وإدارته من خلال نتائج الجدول التالي:

جدول رقم -14- يبين المراقبة الذاتية للألم لدى الحالة (ف،ز)

الموقف	الأفكار الأوتوماتيكية	الأفكار البديلة	درجة الألم
-القيام بالأعمال المنزلية	-الألم حول حياتي إلى عذاب وكابوس	-عدم التركيز في الألم ومحاولة تقسيم الأعمال المنزلية وتنظيمها دون إجهاد نفسي	5
-عند الذهاب من أجل العلاج والجلوس لمدة طويلة في السيارة والنزول منها	-عجز تام واستحالة المشي مرة أخرى	-تم الاستعانة ببعض الوسائل كالوسادة، تعديل وضعية الجلوس، التوقف والنزول من السيارة والقيام ببعض الحركات، استخدام تقنية الإلهاء طوال السفر، كذلك استخدام مرهم لتسكين الألم وتضميد الحوض.	4
-العلاج الكيميائي وما ينتج عنه	-سوف أشعر بالآلام في كافة أنحاء جسمي وأشعر بالعجز وعدم القدرة على النوم، ولا أستطيع تحمل أعباء هذا اليوم	-التكيف مع الألم ومحاولة فهم مصدره، واستيعاب مرضي.	3
-صعوبة الوقوف والجلوس	-أحس نفسي مقعدة وعاجزة، والانتكال على أفراد عائلتي	-أيقنت أن قلة الحركة تزيد من الإحساس بالألم، وأنه عليا القيام ببعض الحركات لتخفيف الألم والاعتماد على نفسي.	3

كما وضحت نتائج الجدول رقم—مدى إدراك الحالة (ف،ز) لأفكارها الأوتوماتيكية السلبية من خلال التعرض لمختلف المواقف المعرضة لها. وكذلك إيجاد أفكار بديلة والاقتناع بها للتخفيف من الآلام. وهذا ما سيتم تطبيقه في الجلسات اللاحقة في إكساب الحالة تقنيات تساعد على تطبيق الأفكار البديلة دون التركيز على الألم.

❖ الجلسة السادسة والسابعة والثامنة:

إن أهداف الجلسة السابقة تحققت كما سبقت الإشارة إليها، فهذه الجلسات تعتبر من أهم المراحل العلاجية من حيث أهدافها. فتهدف إلى تدريب الحالة (ف،ز) تعليمها كيفية الاعتماد على ذاتها في اكتشافها لأفكارها الأوتوماتيكية، وتبنيها تقنيات واستراتيجيات من أجل التصدي لها.

فالجلسات النفسية العلاجية الحالية هي امتداد للجلسات السابقة لتحقيق مجموعة من الأهداف، فمن خلالها تم ترسيخ مجموعة من التقنيات والتي تساعد الحالة على مواجهة أفكارها والتعامل معها، فالحالة من خلال الجلسات السابقة أظهرت استجابة للعلاج باكتسابها المعارف وفهمها لمرضها، وتصديها لأفكارها والتعامل معها بطريقة صحيحة باستبدالها بأفكار بديلة إيجابية.

واعتمدت الباحثة لتحقيق أهداف هذه الجلسة على مجموعة من التقنيات والتي تهدف إلى تحديد الأفكار الأوتوماتيكية التي تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية، واستبدال هذه الأفكار وإعادة تفسيرها بطريقة إيجابية، وتشجيع الحالة (ف،ز) على مواجهة المواقف من خلال التعرض لها تدريجياً.

ففي الجلسة السابقة تم التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية التي تتوسط بين الموقف (الحدث) والاستجابة الانفعالية. وفي هذه النقطة تم فهم الفجوة الفاصلة بينهما، ومعرفة الأسباب المؤدية للحالة الانفعالية. وهذا ما جعل الحالة على دراية بالأحداث وما تتوسطها

من أفكار وما تنتج عنها من انفعالات. وتوجب على الحالة عند الشعور بالألم والإحساس بالانزعاج والقلق مراجعة أفكارها، ومحاولة تبديلها بأفكار إيجابية.

فطلبت الباحثة من الحالة (ف،ز) إعداد قائمة متدرجة تبين فيها المواقف التي تشعر فيها بالآلام، وذلك من موقف بسيط إلى موقف شديد الحدة. وذلك لتعود الحالة على المشكلات الصحية البسيطة وما يصاحبها من أفكار أوتوماتيكية سلبية إلى غاية المواقف الأكثر تهديدا بالنسبة لها والتي تشعر فيها بآلام شديدة، وتعتقد فيها صعوبة السيطرة عليها. وهكذا تم تعريض الحالة تدريجيا للمواقف حسب شدتها.

وكانت القائمة التي أعدتها الحالة (ف،ز) مرتبة حسب درجة شدتها وشعورها بالألم كالاتي:



الشكل رقم-11- يبين القائمة المتدرجة للحالة (ف،ز)

ومن بين الأمور التي كانت تشعر فيها بآلام شديدة: العلاج الكيميائي، والأعمال المنزلية. وتم تطبيق بعد هذا أسلوب الأنشطة السارة والتعود على ممارستها. والهدف منه هو زيادة قدرة الحالة (ف،ز) على تكرار المشاركة في الأنشطة التي تبدو محببة لها. وتمثل دعما حقيقيا للحالة (ف،ز). فطلب منها تسجيل كل الأنشطة السارة، وتدوين مدى تكرارها في

الفترة الماضية، كما طلب منها تقدير الحالة المزاجية في نفس الوقت من أجل إظهار العلاقة بين الأنشطة اليومية السارة والحالة المزاجية، وفي نفس الوقت تقدير شدة الألم. فكان جدول الأنشطة اليومية السارة التي دونته الحالة (ف،ز) كالتالي:

جدول رقم-15- يبين الأنشطة اليومية السارة للحالة (ف،ز)

النشاط اليومي	وقت القيام به	الزمن	إحساس المريض عند القيام بالنشاط	درجة الألم
-المشي	-مساء	-نصف ساعة	-تعب قليل مع الشعور بالمتعة	2
-القيام بالأعمال المنزلية	-يومياً	-بالتدرج	-الشعور بالألم قليلاً -عودة النشاط والحيوية -الإحساس بالسعادة	3
-زيارة الأقارب	-أحياناً	-ساعة فما أكثر	-تبادل الأحاديث والشعور بالراحة وعدم التفكير في الألم.	1
-السفر	-حسب الوقت المتاح	-يوماً كاملاً	-أحياناً أشعر بالتعب والألم. -فرح وسعادة	4
-الصلاة	-أوقات الصلاة	-في كل وقت	-راحة نفسية تامة والطمأنينة -تقوية الإيمان -تخفيف من الآلام	2
-التدريس (دروس خصوصية)	-نهاية الأسبوع	-ساعتين	-نسيان المرض والآلام -الاستمتاع مع التلاميذ -تجديد الطاقة والعمل على هدف	1

من خلال تحديد جدول الأنشطة اليومية، اتضح أن الحالة (ف،ز) تسعى لتقبل الألم، ومحاولة إعادة تأطيره كخبرة موجبة، والدليل على ذلك ممارسة الأنشطة اليومية والشعور بالاستمتاع بما تقوم به، وتحسين الحالة المزاجية لها. والتغلب على الأفكار المسببة للألم، والقدرة في التحكم فيه، وهذا ما جعلها تعطي قيمة للحياة، وفي الوقت نفسه قبول خبرة الألم بعد ما كان لديها عدم الرغبة في المشاركة في الأنشطة السارة، وأنها لا تستحق أي متعة، وفقدان الرغبة في الحياة بسبب المرض وأعراضه.

من خلال هذه الجلسة طلبت الباحثة من الحالة (ف،ز) واجبا منزليا بعد تعلمها أنماطا جديدة من التفكير والتي تساعدها على مواجهة الموقف المؤلم من خلال مفهوم التوكيدية في الحياة النفسية والاجتماعية، وتحديد المواقف التي تشعر فيها بالألم على شكل قائمة مستقلة. أي المواقف التي تتوافر فيها محكات معينة:

-المواقف التي تجد صعوبة في الوقت الحالي التعامل معها بثقة وتوكيدية.

-أن يتم اختيار مشكلة فعلية تعاني منها، وتؤثر في الصحة النفسية، والجسمية، وعلاقتها الأسرية.

-تقييم الأنشطة والمواقف من خلال استخدام مقياس تدرج الألم (0-10)، وتحديد درجة شعورها بالراحة في التعبير التوكيدي عنه. وما مدى اكتسابها من مهارة في التنفيذ الملائم للموقف في كل مرة حدث فيها.

وفي الجلسة الموالية تمت مناقشة الواجب المنزلي مع الحالة (ف،ز) والتي أظهرت انخفاض درجة الإحساس بالألم من خلال ممارسة الأنشطة، ومواجهة المواقف بإيجابية، والتعبير عن مشاعرها الإيجابية والسلبية بطريقة مقبولة.

❖ الجلسة التاسعة:

في هذه الجلسة تم مراجعة كافة محاور الجلسات السابقة، والتذكير بأهم أهدافها ومعرفة مدى اكتساب الحالة (ف،ز) لتقنيات العلاج المعرفي وتطبيقها في حياتها اليومية للتحكم في الألم ومواجهة المواقف.

ففي هذه الجلسة تم فتح مجال للمناقشة لإثراء الخطة العلاجية، وكذا مدى تحقيق أهدافها من خلال تدبر الألم من قبل الحالة والسيطرة عليه. ودمجها في الوسط الاجتماعي. وتقبل ذاتها بعد فهمها لمرضها وعلاجها وما ينتج عنه من آثار جانبية. وتعديل سلوكياتها.

تم تقديم استمارة تقييم شاملة للخطة العلاجية والتي كان الهدف منها معرفة مدى تعلم الحالة لتقنيات العلاج المعرفي، وتطبيق تقنيات واستراتيجيات مواجهة الألم انطلاقاً من أفكارها التلقائية حالتها الانفعالية، والتي عن طريقها استطاعت الحالة (ف،ز) مواجهة المواقف والخوض في الحياة اليومية.

❖ الجلسة الختامية:

كانت بعد 15 يوماً، وكان الهدف منها معرفة مدى استيعاب الحالة (ف،ز) للخطة، وكذلك الأثر الذي تركته عليها، وإعطاء فرصة لها لتحدث عن الخطة العلاجية قبل وبعد تطبيقها من خلال تقييم العلاج ومدى تحقيق الأهداف حسب الحالة (ف،ز).

جدول رقم-16- يبين أهداف الخطة العلاجية ومدى تحقيقها للحالة (ف،ز)

نسبة تحقيقها %	الأهداف العلاجية
65%	-التحكم في الألم
80%	-تصحيح المعتقدات الخاطئة حول المرض، والتفسيرات المرتبطة بالألم.
70%	-التعامل مع الأفكار الأوتوماتيكية بموضوعية.
75%	-تحسين قدرة المريضة على معرفة آثار الانفعالات الناتجة عن خبرة الألم.
60%	-إدراك معنى الأفكار التلقائية ومدى تأثيرها في توليد الانفعالات والسعي لدحضها وتعديلها.
55%	-التعود السلوكي على ممارسة الأنشطة السارة وتطبيق مواقف التوكيدية.

استنادا إلى تقييم الحالة (ف،ز) لجلسات الخطة العلاجية، تبين أنها استفادت من الجلسات ومن تحقيق أهدافها بصورة جيدة، ما جعلها تسيطر على الألم وتمارس أنشطتها اليومية بشكل طبيعي، وتناقل مع وضعها الصحي الحالي.

وفي الأخير تم شكر الحالة (ف،ز) لمشاركتها في تطبيق الخطة العلاجية، كما تم تنبيهها على أنها يمكن أن تتعرض للانتكاسة، إلا أنها ستتمكن من مواجهة الموقف من خلال تطبيق التقنيات المكتسبة سابقا. والاستمرار في التحكم وضبط الألم من خلال التفكير بإيجابية، كما تم تحديد جلسة متابعة بعد شهر ونصف.

في هذا السياق، وانطلاقا من تطبيق محتوى الجلسات النفسية المنبثقة من العلاج المعرفي، تم

تطبيق مقياس درجة الألم والنشاط. وحسب بوركهارت وزملائه تم حساب الارتباط الذاتي في سلسلة زمنية لتجربة على حالة مفردة حول علاج الألم من خلال تطبيق خطة علاجية معرفية، والتي تتضمن عشرين قراءة متتابعة يفصل بين القراءة والأخرى مسافة واحدة. وتمثل القراءات العشرون مرحلة العلاج فقط. حيث إن كل تقديرات الألم خلال العلاج مرتبطة. لأن كل التقييمات يقوم بها شخص واحد. وعليه يرتبط مقدار الألم في الفترة الأولى يبنى بمقدار الألم في الفترة الثانية، وهكذا... وهذا ما يعرف بالمتباطات.

في الدراسة الحالية تم حساب الارتباط الذاتي لعشر مسافات " متباطات " لبيانات السلسلة الزمنية لعلاج حالة ألم السرطان. من أجل معرفة مدى فعالية الخطة العلاجية المقترحة والتحسين الناتج عن تطبيق الخطة العلاجية المقترحة. والجدول الموالي يوضح درجات الألم في السلسلة الزمنية على 10 مسافات :

جدول رقم-17- يوضح بيانات سلسلة زمنية لعلاج حالة الألم (ف،ز)

تقدير الألم في الفترة ك	ك+1	ك+2	ك+3	ك+4	ك+5	ك+6	ك+7	ك+8	ك+9	ك+10
10	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	10	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	9	10	/	/	/	/	/	/	/	/
8	9	9	10	/	/	/	/	/	/	/
7	8	9	9	10	/	/	/	/	/	/
5	7	8	9	9	10	/	/	/	/	/
8	5	7	8	9	10	/	/	/	/	/
5	8	5	7	8	9	10	/	/	/	/
6	5	8	5	7	8	9	10	/	/	/
4	6	5	8	5	7	8	9	10	/	/
5	4	6	5	8	5	7	8	9	10	/
2	5	4	6	5	8	5	7	8	9	10
6	2	5	4	6	5	8	5	7	8	9
3	6	2	5	4	6	5	8	5	7	8
4	3	6	2	5	4	6	5	8	5	7
2	4	3	6	2	5	4	6	5	8	5
5	2	4	3	6	2	5	4	6	5	8
3	5	2	4	3	6	2	5	4	6	5
3	3	5	2	4	3	6	2	5	4	6
2	3	3	5	2	4	3	6	2	5	4

يوضح الجدول السابق التالي في تقديرات الألم حسب ما تستشعر عبر السلسلة الزمنية على مدى الملاحظات العشرين التي تتضمنها التجربة. ويبين كل عمود تقدير الألم في الفترة (ك) إلى التقدير التالي له مباشرة في العمود الثاني لفترة (ك+1). وهكذا بالنسبة لباقي الأعمدة الأخرى.

1/ حساب الدلالة الاكلينيكية لفعالية الخطة العلاجية المعرفية المقترحة للحالة (ف،ز)

حسب طريقة جاكبسون تراوكس Jacobson Turax :

تحسب الدلالة الاكلينيكية بحساب مؤشر التغير الثابت (RCI) حسب معادلة جاكبسون

تراوكس كما يلي:

$$\text{مؤشر التغير الثابت: RCI} = \frac{D_2 - D_1}{(X م ف)}$$

حيث أن:

1- درجة الحالة (ف،ز) على مقياس درجة الألم والنشاط قبل العلاج.

2- درجة الحالة (ف،ز) على مقياس درجة الألم والنشاط بعد العلاج.

- القيمة الحرجة لمؤشر (RCI) الدالة إحصائياً مقدرة بـ 1,96.

- يتم حساب الخطأ المعياري للقياس والخطأ المعياري للفرق.

* وحسب نتائج الحالة (ف،ز):

جدول رقم -18- يبين نتائج الدلالة الاكلينيكية للحالة (ف،ز)

RCI	خ م ف	خ م ق	ر	ع	د2	د1
12,72	0,55	0,63	0,75	2,51	2	9

❖ بما أن قيمة مؤشر التغير الثابت $RCI=12,72$ وهو أكبر من القيمة الحرجة لمؤشر

التغير الثابت الدالة إحصائياً. وهذا يدل على أن الخطة العلاجية المعرفية المقترحة

التي خضعت لها الحالة (ف،ز) كانت ذات فعالية في إدارة الألم الناتج عن مرض

السرطان وساعدها في تدبره واكتساب مهارات وتقنيات جديدة لتغيير نمط وتحسين جودة حياتها، ولتأكيد أكثر لفعالية الخطة العلاجية تم حساب الارتباط الذاتي والجزئي.

2/ أسلوب حساب درجة الارتباط الذاتي في السلاسل الزمنية (Time Series) للحالة (ف،ز):

يمكن تمييز السلاسل الزمنية المستقرة عن غير المستقرة من خلال قيم معاملات الارتباط الذاتي حيث تقترب من الصفر بعد الفترة الثانية أو الثالثة بالنسبة للسلسلة المستقرة، في حين غير المستقرة لها فروق معنوية تقترب من الصفر بعد الفترة السابعة أو الثامنة.

1-2 الارتباط الذاتي (ACF) Auto Correlation Function

يقيس قوة الارتباط بين قيم الظاهرة في فترات زمنية مختلفة

أولاً: الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن :

تم قياس الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن بالأسابيع بعد فترات العلاج للخطة العلاجية المعرفية لإدارة الألم والنتائج مبينة في الجدول الموالي:

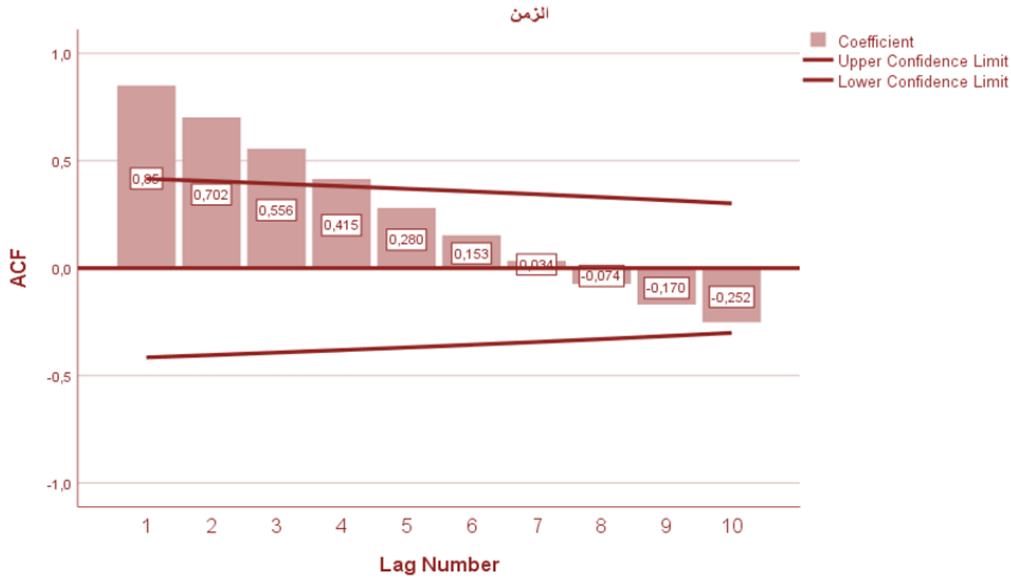
الجدول رقم -19- يبين نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ف،ز)

المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي	الخطأ المعياري	القيمة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
1	,8500	,2080	16,732	1	,0000
2	,7020	,2020	28,761	2	,0000
3	,5560	,1970	36,762	3	,0000
4	,4150	,1910	41,500	4	,0000
5	,2800	,1850	43,800	5	,0000
6	,1530	,1780	44,533	6	,0000
7	,0340	,1720	44,572	7	,0000
8	-,0740	,1650	44,771	8	,0000

,0000	9	45,921	,1580	,1700-	9
,0000	10	48,713	,1510	,2520-	10

تبين لنا من خلال نتائج الجدول أعلاه أن هناك ارتباط بين قيم السلسلة المتجاورة حيث تراوحت قيم معامل الارتباط الذاتي بين (1- و 1) وهذا ما يدل على استقرار السلسلة الزمنية، حيث تبين لنا أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة معنويًا عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.01)$.

حيث نلاحظ خلال الفترة الأولى دالة معنوية بمعامل الارتباط الذاتي قدر بـ (0.850) وما يدل على أن هناك ارتباط بدرجة مرتفعة ($r \geq 0.7$)، وأيضًا الفترة الثانية بدرجة ارتباط مرتفع حيث بلغت قيمة الارتباط (0.702) وهي أكبر من (0.7)، أما الفترة الثالثة والرابعة كانت بمستوى ارتباط متوسط حيث بلغت قيمة الارتباط الذاتي للفترتين على التوالي (0.556)؛ (0.415) وهي قيم محصورة ما بين ($0.7 \geq r \geq 0.3$) بمستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة المفروض ($\alpha \leq 0.01$)، في حين الفترات الستة الأخيرة أظهرت النتائج أنها ذات ارتباط ضعيف بمستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) حيث الفترة الخامسة بلغ معامل ارتباطها الذاتي (0.280)، والفترة السادسة (0.153)، أما الفترتان الثامنة التاسعة فكانتا على التوالي (-0,074)؛ (-0,170)، وهي دالة معنويًا بمستوى دلالة أقل من 0.01. كما هو مبين في الشكل الموالي:



الشكل رقم -12- يبين التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ف،ز)

ثانيا: الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات:

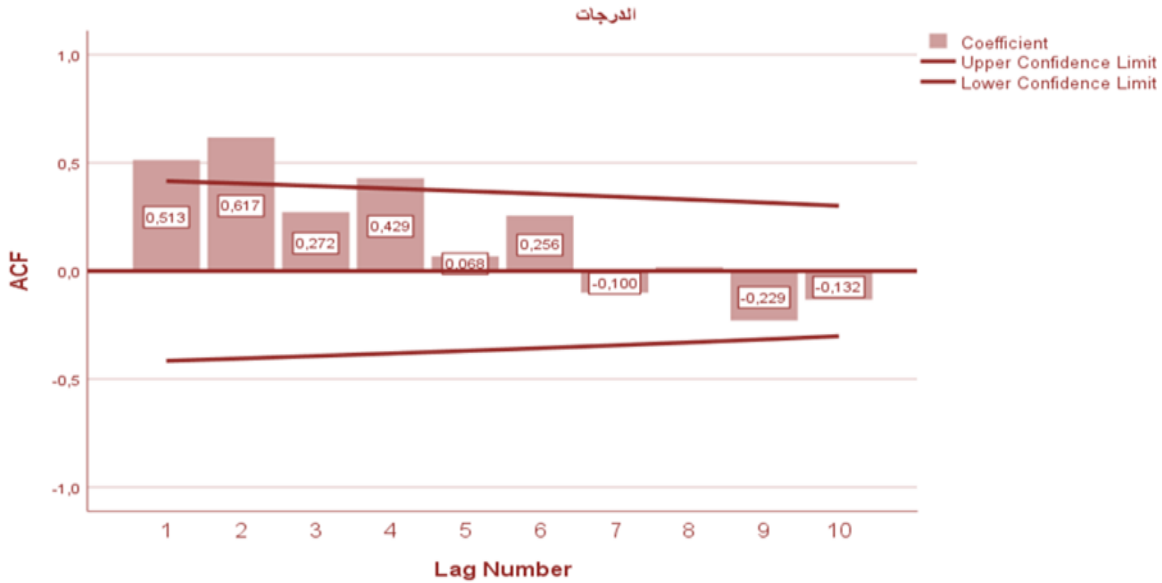
تم قياس الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات بعد فترات العلاج للخطة العلاجية المعرفية لإدارة الألم والنتائج مبينة في الجدول الموالي:

الجدول رقم -20- يبين نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات (ف،ز)

المتباينات (المسافات)	الارتباط الذاتي	الخطأ المعياري	القيمة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
1	0,513	0,208	6,104	1	0,013
2	0,617	0,202	15,424	2	0,000
3	0,272	0,197	17,343	3	0,001
4	0,429	0,191	22,399	4	0,000
5	0,068	0,185	22,534	5	0,000
6	0,256	0,178	24,592	6	0,000
7	-0,100	0,172	24,931	7	0,001
8	0,018	0,165	24,943	8	0,002
9	-0,229	0,158	27,038	9	0,001
10	-0,132	0,151	27,808	10	0,002

تبين لنا من خلال نتائج الجدول أعلاه أن هناك ارتباط بين قيم السلسلة المتجاورة حيث تراوحت قيم معامل الارتباط الذاتي بين (1- و 1) وما يدل على استقرار السلسلة، حيث تبين لنا أن جميع قيم المتباطئات (الفترات) دالة معنويًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

حيث نلاحظ خلال الفترة الأولى دالة معنوية بمعامل الارتباط الذاتي قدر بـ (0.513) وما يدل على أن هناك ارتباط بدرجة متوسطة وهي قيم محصورة ما بين ($0.3 \leq r \leq 0.7$)، وأيضا الفترة الثانية بدرجة ارتباط متوسطة حيث بلغت قيمة الارتباط (0.617) وهي أقل من (0.7)، أما الفترة الثالثة كانت بمستوى ارتباط ضعيف حيث بلغت قيمة الارتباط (0.272) ($r \leq 0.3$)، في حين بلغت قيمة الارتباط الذاتي للفترة الرابعة (0.429) بدرجة ارتباط ضعيفة، أما الفترتان الخامسة والسادسة فكانتا بمستوى ارتباط ضعيف على التوالي: (0.068)؛ (0.256) بمستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة المفروض ($\alpha \leq 0.01$)، وأظهرت النتائج أن الفترات الأربعة الأخيرة ذات ارتباط ضعيف بمستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) فالفترة السادسة بلغ معامل ارتباطها الذاتي (0.256)، والفترة السابعة (-0,100)، أما الفترة الثامنة التاسعة كانت على التوالي (0,018)؛ (-0,229)، وهي دالة معنويًا بمستوى دلالة أقل من 0.01. كما هو مبين في الشكل الموالي:



الشكل رقم -13- يبين التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات (ف،ز)

2-2 الارتباط الذاتي الجزئي (PACF) Partial Auto Cirrelation Function

يقيس الارتباط الذاتي الجزئي الأثر الجزئي عند إضافة القيم المتأخرة لمتغير ما وتستخدم في تحديد النموذج المناسب لتمثيل السلسلة الزمنية المستقرة ويمكن الحصول على معاملات من معادلة الانحدار الذاتي للسلسلة.

هو مؤشر يقيس العلاقة بين المشاهدين X_t و X_{t-k} لنفس السلسلة مع افتراض ثبوت قيم السلسلة الزمنية ويعرف على أنه الحد الأخير من نموذج الانحدار الذاتي من الدرجة (P) AR، ويمكن إيجاد معامل الارتباط الذاتي الجزئي وذلك عن طريق دالة الارتباط الذاتي.

إن دالة الارتباط الذاتي الجزئي (PACF) لا تقل أهمية عن الارتباط الذاتي (ACF) فهي أيضا مهمة في تحليل السلاسل الزمنية وتستخدم أيضا في تشخيص النموذج وتحديد درجته وفي فحص ملاءمة النموذج من خلال اختبار عشوائي لأخطاء التنبؤ (البواقي).

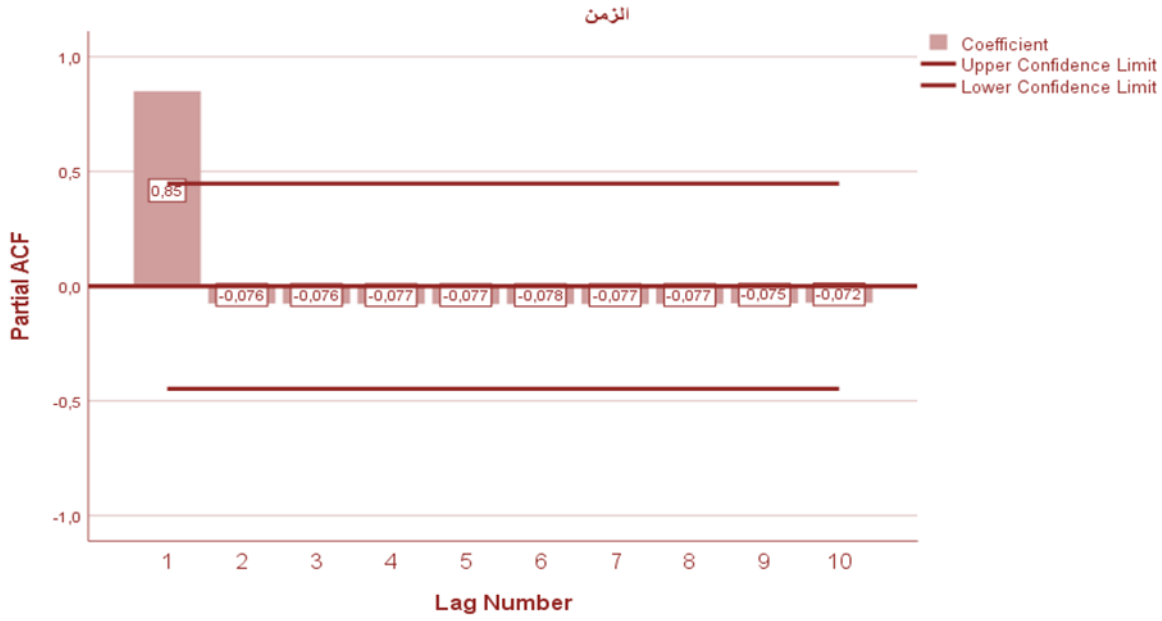
تميل دالة الارتباط الذاتي الجزئي (PACF) للسلسلة الزمنية المستقرة للانحدار بسرعة نحو الصفر مع ازدياد فترات الإزاحة أو تتقطع بعدد معين من فترات الإزاحة.

أولاً: الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن :

الجدول رقم -21- يبين نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ف،ز)

الخطأ المعياري	الارتباط الذاتي الجزئي	المتباطنات (المسافات)
,2240	,8500	1
,2240	,0760-	2
,2240	,0760-	3
,2240	,0770-	4
,2240	,0770-	5
,2240	,0780-	6
,2240	,0770-	7
,2240	,0770-	8
,2240	,0750-	9
,2240	,0720-	10

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الارتباط الذاتي الجزئي من الدرجة الأولى (0.850) يساوي الارتباط الذاتي من الدرجة الأولى (0.850)، حيث نلاحظ خلال فترة الثانية بمعامل الارتباط الذاتي الجزئي (-0,076) بنفس المعامل في الفترة الثالثة، في حين الفترتان الرابعة والخامسة كانتا على التوالي (-0.077) نفس المقارنة لباقي الفترات، ما يدل على أن هناك ارتباط ذاتي جزئي للسلسلة الزمنية. كما هو مبين في الشكل الموالي:



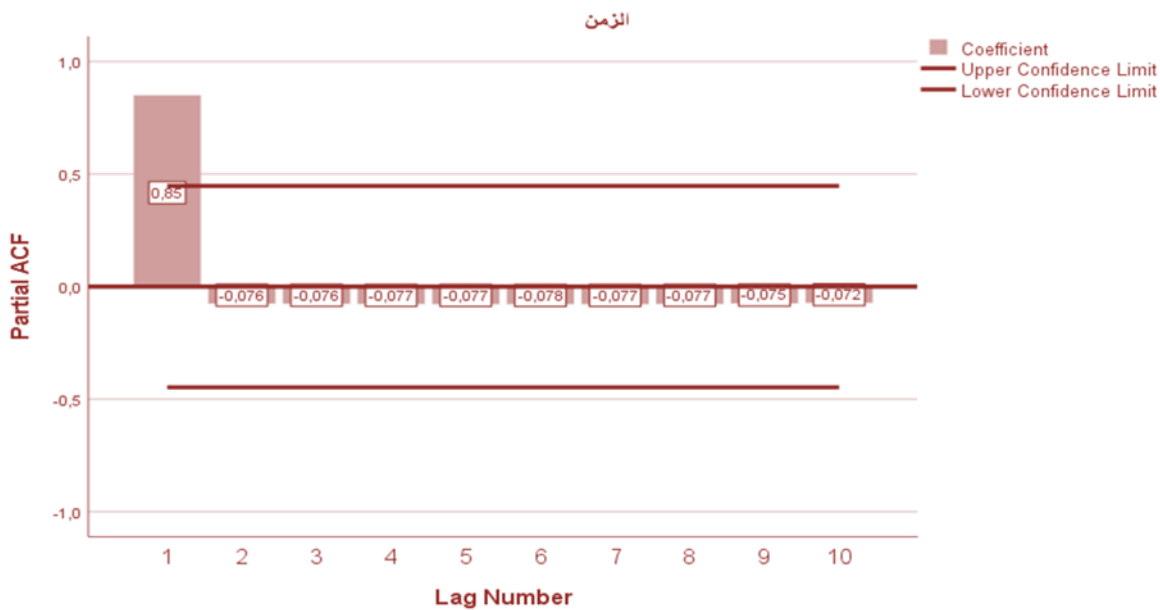
الشكل رقم -14- يبين التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ف،ز)

ثانياً: الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات:

الجدول رقم -22- يبين نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات (ف،ز)

الخطأ المعياري	الارتباط الذاتي الجزئي	المتباطنات (المسافات)
0,224	0,513	1
0,224	0,481	2
0,224	-0,246	3
0,224	0,212	4
0,224	-0,282	5
0,224	0,152	6
0,224	-0,257	7
0,224	-0,093	8
0,224	0,031	9
0,224	-0,228	10

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الارتباط الذاتي الجزئي من الدرجة الأولى (0.513) يساوي الارتباط الذاتي من الدرجة الأولى (0.513)، حيث نلاحظ خلال فترة الثانية بمعامل الارتباط الذاتي الجزئي (0.481) بالنسبة المعامل في الفترة الثالثة (-0.246)، في حين الفترتان الرابعة (0.212) والخامسة (-0.282) ونفس المقارنة لباقي الفترات، ما يدل على أنه هناك ارتباط ذاتي جزئي للسلسلة الزمنية. كما هو مبين في الشكل الموالي:



الشكل رقم -15- يبين التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات (ف،ز)

3- تحليل التباين الأحادي للحالة (ف،ز):

للتعرف على أكثر العمليات نجاعة التي تتضمنها الخطة العلاجية المقترحة والتي أدت إلى انخفاض درجات الألم تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات المشاركين في الدراسة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

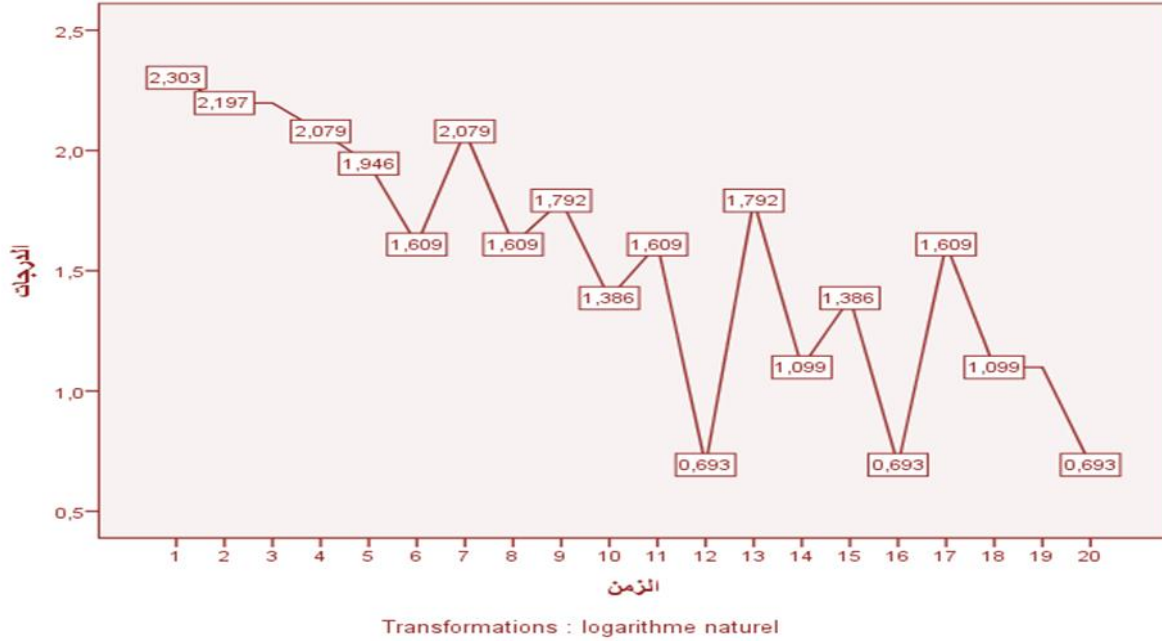
الجدول رقم -23- نتائج تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) لاختبار الفروقات في إجابات الحالة (ف،ز) طبقا لاختلاف العمليات.

الدرجات	مجموع المتوسطات	درجة الحرية	مربع المتوسطات	قيمة (F) المحسوبة	مستوى دلالة (F)
العمليات المعرفية	بين المجموعات	8	10,777	9,421	0.001
	داخل المجموعات	11	1,144		
العمليات السلوكية	بين المجموعات	8	14,465	3,873	0,021
	داخل المجموعات	11	3,735		

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01) أقل في اتجاهات الحالة حول فترات العلاج للخطة العلاجية المعرفية لإدارة الألم بدلالة العمليات المعرفية، وذلك استنادا إلى أن قيمة اختبار تحليل التباين هي (ف=9,421) ومستوى المعنوية بلغ (0,001). كما يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق في العمليات السلوكية حيث بلغت قيمة (ف=3,873).

وهذه النتيجة تبرز أن العمليات المعرفية هي أكثر نجاعة في انخفاض درجات الألم لدى الحالة (ف،ز).

ولمعرفة ما هي العمليات التي أدت إلى التحسن لدى أفراد عينة الدراسة، تمت الاستعانة بالسلسلة الزمنية من خلال حساب الفرق الأول لملاحظات ملخص العلاج واللوغاريتم الطبيعي من خلال الشكل الموالي (العمليات المستخدمة حسب الجلسات العلاجية):



شكل رقم-16- رسم بياني لسلسلة زمنية لعمليات الخطة العلاجية (ف،ز)

يحتوي الشكل على مكون الاتجاه العام والذي يظهر على شكل تناقص في الآلام حتى آخر جلسة تقريبا، وتظهر على شكل نتوءات خلال فترة العلاج، إضافة إلى مكون الدورية والتي تبدو على شكل قمم كل أسبوع، كانت النتوءات غير ساكنة فتم تحويل البيانات للحصول على السكون من خلال استخدام التحويلة اللوغاريتمية كما يظهر في الشكل السابق وهذا أدى إلى تقلص النتوءات وسكون السلسلة الزمنية في الاتجاه العام.

4- تحليل الانحدار الخطي البسيط للسلاسل الزمنية:

سنعتمد على الانحدار البسيط (Analysis Simple Regression) لدراسة تأثير

السلسلة الزمنية لدرجات الألم في الخطة العلاجية المعرفية المقترحة عبر الزمن.

جدول رقم -24- يبين معامل التحديد (ف،ز)

النموذج	معامل الارتباط "ر"	مربع معامل الارتباط	مربع "ر" المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
1	0,86	0,75	0,73	1,035

يعرض الجدول السابق نتائج مربع معامل الارتباط المتعدد R^2 ، والذي يطلق عليه معامل التحديد وهو يمثل نسبة التباين المفسر في درجات المتغير التابع بواسطة المتغير المستقل، ويتضح من الجدول أن معامل التحديد يساوي 0,75 وهذا يشير إلى أن المتغير

المستقل (الزمن) يفسر 75% من التباين في درجات المتغير التابع (الألم)، وهي كمية كبيرة من التباين المفسر بواسطة متغير مستقل واحد.

جدول رقم -25- يبين تحليل التباين الانحدار البسيط (ف،ز)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الانحدار	89,528	1	89,528	52,539	,000
القيمة المتبقية	30,672	18	1,704		
المجموع	120,200	19	/		

يبين هذا الجدول تحليل التباين للانحدار البسيط حيث بلغت قيمة ف=52,539 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 000، وهذا يدل على وجود معنوية للانحدار. وعلى تأثير دال إحصائياً عند مستوى دلالة مرتفع لمتغير الزمن على متغير الألم.

جدول رقم -26- يبين نتائج الانحدار الخطي البسيط (ف،ز)

قيمة A	قيمة Béta	قيمة T	مستوى الدلالة
9,153	/	15,094	0,000
0,367	0,863	7,248	0,000

يتضح من هذا الجدول أن الثابت دال إحصائياً، كما أن تأثير التغيرات الزمنية على درجات الألم تأثير موجب ودال إحصائياً، ومن الجدول السابق يمكن صياغة معادلة الانحدار التي تعين على التنبؤ بدرجات الألم على التغيرات الزمنية وذلك في الصورة التالية:

$$\text{(الزمن)} = 9,153 + 0.367 \times \text{الألم}$$

يتضح من الجداول السابقة أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين السلسلة الزمنية لدرجات الألم في الخطة العلاجية المعرفية، وبين التغيرات الزمنية. وذلك استناداً إلى قيمة

معامل الانحدار التي بلغت ($B=0.367$) دالة إحصائية أقل من (0.01)، كما بلغ معامل التفسير ($R^2=0.75$) أي التغيرات الزمنية تؤثر في درجات الألم بنسبة (75%) كما قدرت قيمة ($F=52.539$) بمستوى دلالة أقل من (0.01).

2-تقديم الحالة الثانية (ل،ر):

الحالة سيدة (ل،ر) تبلغ من العمر 53 سنة، أرملة، تقطن في بلدية قايس، ولاية خنشلة. الحالة تعيش مع أسرتها، المكونة من 04 بنات، و 01 ذكر. وحاليا معها ابنتها وابنها. الحالة (ل،ر) هي المسؤولة عن عائلتها بعد وفاة زوجها منذ 12 عاما. تحملت مصاعب الحياة، وواجهت العديد من الظروف الصعبة في ظل وفاة زوجها. بعد إجراء مقابلة مع الحالة تبين أن زوجها توفى بمرض السرطان (سرطان الرئة). وكانت هناك صلة قرابة بينهما. تم تشخيص حالة المفحوصة بسرطان المرارة في شهر أكتوبر 2020. ثم انتشر إلى كبد المفحوصة، وكان ذلك في شهر فيفري 2021، مع العلم الحالة (ل،ر) تعاني من مرض السكري منذ 3 سنوات مع ارتفاع ضغط الدم، ولكن الحالة تتهاون في أخذ علاجها بشكل منتظم.

بدأت تظهر على الحالة (ل،ر) زملة من الأعراض تتمثل في آلام على مستوى البطن، تعب وإرهاق، ما جعل الحالة تزور طبيب الأمراض الباطنية وإجراء فحص طبي. أين أعطى لها الطبيب دواء خاصا بانتفاخ القولون، لكن حالتها لم تتحسن. فذهبت عند طبيب آخر مختص في الأمراض الباطنية ومتكون في استخدام التصوير بالأشعة، فعند إجراء التصوير الإشعاعي لها **Echographie** ظهر لديها نقاط على مستوى المرارة **Les Taches** ، ما جعل الطبيب يشك في المرض، فطلب منها إجراء بعض التحاليل وإرجاع النتائج له مع وصف بعض الأدوية لها المتمثلة في مسكنات الألم. بعد خروج النتائج عادت للطبيب فتأكد من الأمر، والخبر الجيد أن المرض لم ينتشر في ذلك الوقت. فتم توجيهها من قبل الطبيب إلى مركز مكافحة السرطان (**CAC**) باتنة. لكن الحالة (ل،ر) لم تتقبل المرض ورفضت

رفضاً تاماً للعلاج، ما يقارب شهراً ونصف، وبعد إقناعها من طرف أسرته توجهت إلى المركز. وبعد إجراء فحص شامل لها طلب منها الطبيب المختص إجراء أشعة المسح الضوئي **Scanner** وبعض التحاليل من أجل التأكد من تشخيص المرض واستقراره. بعدها تم تحديد جلسات العلاج الكيميائي للحالة (ل،ر) لمدة يومين كل أسبوع عن طريق الوريد.

أما بالنسبة للعلاجات الدوائية فوصف لها مسكن الألم **Xamadol 37,5 mg** مرتين في اليوم وفي حالة شعورها بألم حاد غير محتمل.

2-2 التقييم النفسي للحالة (ل،ر):

من خلال إجراء مقابلة إكلينيكية مع الحالة (ل،ر)، كانت كتومة لا تريد الحديث مع الآخرين، تنهرب منهم من خلال الخلود للنوم. الحالة (ل،ر) واعية ومتفقة (تعليم الأساسي فيما مضى). بخصوص مظهرها الخارجي مهملة لنفسها، فقدان الرغبة في الحياة، تعاني الحالة (ل،ر) من عدم تقبل المرض، ورفض العلاج نظراً لتأثيراته الجانبية التي تشعرها بانزعاج نفسي، وتدهور حالتها الصحية.

قبل البدء في تطبيق الجلسات النفسية من الخطة العلاجية المقترحة، لابد من تقديم تقييم شامل لوضعها الصحي والنفسي من خلال:

2-2-1 التقييم الذاتي (الجسمي) والانفعالي (الوجداني):

تتسم الحالة (ل،ر) بصعوبة القدرة على الحديث والحوار مع الآخرين، ذكية ومتفقة، تعاني من حالة كرب شديد، أصابتها حالة من الأسى والحزن بسبب مرضها، وخوفها من الموت (قلق الموت)، حيث إن أفكارها كلها متمركزة حول هذا الموضوع ما جعل الحالة (ل،ر) تعاني من حالة اكتئاب، وقلق، إضافة إلى تدني

تقدير الذات، والاحساس بالألم على مستوى البطن والمفاصل، والرأس. ما قادها إلى التفكير بشكل سلبي، والانسحاب من كافة النشاطات وانطوائها، إضافة إلى بعض الأعراض الجسمية والمتمثلة في فقدان الشهية، والأرق، والإرهاق الجسدي.

2-2-2 التقييم الموضوعي:

بداية الجلسة (1) تم تطبيق مقياس درجة الألم والنشاط من أجل معرفة مدى شدة الآلام التي تعاني منها الحالة (ل،ر)، ومدى احتياجها لتطبيق الخطة العلاجية لتبني استراتيجيات مواجهة هذه الآلام بالاستعانة إلى تقنيات العلاج المعرفي لأرون بيك.

كشفت درجاتها على مقياس درجة الألم والنشاط أنها تعاني من ألم شديد، حيث تحصلت على درجة 08، وهذا ما يعرف بالخط القاعدي لسيرورة الجلسات العلاجية. بعد تحديد سلسلة من القياسات لتحديد خط القاعدة للسلوك موضع الدراسة، واستمرت القياسات حتى استقرار نتائجها عند درجة معينة، وهذا ما يعرف بخط الأساس (القاعدي) الذي من خلاله يتم تقديم المعالجة التجريبية بعد التأكد من وجود مشكلة الألم بشكل مكرر.

وبعد مناقشة وضعها النفسي والصحي معها، وتوضيح الهدف المراد الوصول إليه من خلال تطبيق الخطة العلاجية من خلال قياس وتقييم الألم من القياسات المتكررة بعد كل جلسة، وبعد اكتساب التقنيات التي تساعد على إدارة آلامها تمت الموافقة على الجلسات النفسية وما سيقدم لها بعد الاطلاع على الأهداف وتوضيح مواعيد الجلسات.

3- صياغة الحالة (ل،ر):

تنصب الأهداف العلاجية على تعديل الأفكار الآلية السلبية والمعتقدات الخاطئة، إضافة إلى التفكير المبالغ فيه خاصة في أمور حياتها.

لابد من تعلم الحالة (ل،ر) كيفية مراقبة أفكارها وانفعالاتها، وما هي أهم التقنيات والاستراتيجيات لتعديلها والتحكم فيها. ويتم هذا من خلال الصياغة المعرفية للحالة على النحو التالي:

جدول رقم-27- الصياغة المعرفية للحالة (ل،ر)

(ل،ر)		اسم المريضة (الحالة 2)
الأعراض الجسمية	الأعراض النفسية	❖ التشخيص/الأعراض
-فقدان الشهية -الأرق -ألم مزمن -الرعشة -غثيان -تتميل القدمين	-القلق الشديد -اكتئاب وحزن -الانعزال والانطواء -عدم الارتياح والانزعاج -تقدير ذاتي متدني -كسل وخمول	
	-نوبات غضب على ابنتها -الإحساس بالألم في كافة أنحاء الجسم -أفكار سلبية متعلقة بالموت -استحالة الحركة	❖ ضغوط ومؤثرات حالية
	-زوج الحالة (ل،ر) توفي بمرض سرطان الرئة -الحالة (ل،ر) تعاني من مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم، إضافة إلى سرطان المرارة والكبد	❖ عوامل بيولوجية-وراثية-طبية
	-انعزال تام عن الآخرين وأهلها، وانسحاب تام من مختلف الأنشطة -تجنب التحدث عن مرضها، وإحساسها بالألم ما يجعلها تتناول الأدوية المسكنة لتجنب ذلك. وابنتها ترفض إعطاءها ما جعل الوضع متأزم بينهما -الألم أثر على حركتها، ما جعلها تتجنب القيام بالحركة والقيام بأي نشاط نتيجة الشعور بالألم والارهاق أثر على عاداتها في النوم -أصبحت عديمة الجدوى بسبب الألم.	❖ المعتقدات الجوهرية (المخططات)

<p>-الانسحاب والعزلة -تجنب الحديث مع الآخرين -تناول الأدوية دون سبب -القلق الزائد والخوف الشديد -تجنب التعبير -نوبات الغضب وضع اللوم على الذات وتقدير ذاتي متدني</p>	<p>❖ الاستجابات التعويضية</p>
<p>-تغيير الأفكار الألية السلبية المتمحورة حول الألم -تغيير السلوكيات الخاطئة ومحاولة دمجها للقيام بمختلف الأنشطة -دمج الحالة (ل،ر) وخروجها من حالة الانعزال وتقبل المساندة الاجتماعية من قبل الآخرين (الأسرة، والأقارب) -التدريب على مهارات التغلب على الألم وفق النموذج المعرفي لأرون بيك - التعرف على المواقف المثيرة للألم واكتساب تقنيات لإدارتها</p>	<p>❖ أهداف العلاج</p>

وفيما يلي سوف يتم مناقشة ثلاثة مواقف التي تواجهها الحالة (ل،ر) وما يتبعها من أفكار أوتوماتيكية، وانفعالات سلبية عند الشعور بالألم:

الموقف الثالث	الموقف الثاني	الموقف الأول	
<p>-عدم الخروج من المنزل والذهاب إلى أي مكان -خوف من كلام الناس ومن الموت</p>	<p>-عدم المواظبة على أخذ علاجي سواء الكيميائي أو المتعلق بمرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم -تتعبني وتزعجني الآثار الجانبية للأدوية ما يجعلني دائما مريضة، وأذهب إلى المستشفى لأيام</p>	<p>-صعوبة الحركة وتجنب القيام بأي نشاط -الإحساس بألم شديد في جميع أنحاء جسمي</p>	<p>❖ الفكرة</p>
<p>-هلع واكتئاب</p>	<p>-انزعاج وتوتر</p>	<p>-قلق شديد، بكاء</p>	<p>❖ الانفعال</p>
<p>-فقدان الشهية -أرق شديد</p>	<p>-هروب وعجز تام</p>	<p>-تناول دواء مسكن دون استشارة الطبيب</p>	<p>❖ السلوك</p>

3-فرضية العلاج (التشخيص):

من خلال التقييم الإجمالي للحالة (ل،ر)، وتقديم صياغة معرفية مفصلة لها، لابد من تحديد الأعراض الأساسية التي تسبب للحالة انزعاجا وشعورا بألم شديد. وفي هذا الصدد تم الاعتماد على التحليل الوظيفي بالاعتماد على نموذج لازاروس (ID) Basic من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق، وذلك وفق الجدول التالي:

جدول رقم -28- شبكة التحليل الوظيفي لمشكلة الحالة (ل،ر)

الرمز	الأبعاد	المشكلات
B	-السلوك	-تجنب المواقف الاجتماعية -السلبية وعدم النشاط -الاستياء
A	-الوجدان	-الحزن -القلق -الاكتئاب
S	-الاحساس	-فقدان الرغبة في الحياة
I	-التخيل	-نقص التوكيدية -تدني تقدير الذات
C	-التفكير	-أفكار أوتوماتيكية سلبية -الشعور بالفشل -اليأس -فقدان الاهتمام وصعوبة التركيز
I	-العلاقات البنشخصية	-علاقات متضاربة مع الأبناء -الانعزال والانطواء -انعدام في المهارات الاجتماعية
D	-الجانب البيولوجي	-صعوبات النوم -التعب الدائم -فقدان الشهية
E	-التوقعات	-التأقلم مع المرض -تعلم مهارات إدارة الألم -الاندماج مع الآخرين
A	-موقف المعالج	-إيجابي

5- تطبيق التدخل العلاجي المعرفي المقترح على الحالة (ل،ر):

اتسمت هذه المرحلة بتطبيق التدخل العلاجي المعرفي على الحالة (ل،ر) من خلال مجموعة من الجلسات النفسية والتي أجريت معها بهدف تعديل الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات الخاطئة حول مرضها، وصولاً إلى تقبل المرض والتكيف معه من خلال اكتساب مهارات التغلب على الألم وإدارته.

❖ الجلسة الأولى:

هدفت الجلسة الأولى إلى تأسيس العلاقة العلاجية بين الباحثة والحالة (ل،ر)، ومن خلال هذه الجلسة تمت مناقشة محتوى الجلسات العلاجية، والاتفاق مع الحالة (ل،ر) على كيفية سير الجلسات، وتحديد مدة كل جلسة، حيث تكون جلستان كل أسبوع. بعد تعريف الحالة (ل،ر) بالنموذج المعرفي لإدارة الألم من خلال تقييم الحالة (ل،ر) أنها صالحة للعلاج المعرفي. من خلال توضيح مدى ارتباط الأفكار بالانفعالات، وأن أي تفكير تلقائي سلبي له معنى في سير الجلسات العلاجية.

ولمعرفة تفاصيل عن كل الصعوبات الحالية التي تعاني منها الحالة لابد من إنشاء قائمة المشكلات بطريقة سهلة ومبسطة. ومتضمنة كافة الإدراكات والأفكار الآلية المسؤولة عن الإحساس بالألم، أي وصفها في ضوء المكونات الثلاثة لنموذج بيك المعرفي (الانفعال، والسلوك، والأفكار)، وصولاً إلى الأهداف التالية: -تعلم التعرف على المواقف المثيرة للألم والأفكار المسيبة له.

-تعلم التأقلم مع الألم، واكتساب مهارات التغلب عليه.

-تقليل الضغوط الناتجة عن المرض.

وبعد مناقشة كل ما يخص الخطة العلاجية المقترحة وتوضيح الهدف منها، يتم بعدها شرح مقياس درجة الألم والنشاط والذي الهدف منه قياس الألم. وتم تطبيقه على الحالة

(ل،ر) فتحصلت على درجة 08 من المقياس المتدرج، وهذا ما يعني أن الحالة تعاني من ألم شديد.

في آخر الجلسة تم فتح المجال للحالة (ل،ر) من أجل الاستفسار وتوضيح الغموض، وطرح الأسئلة المتعلقة بسير الجلسات النفسية.

في ختام الجلسة تم شكر الحالة (ل،ر) على قبولها المشاركة في الخطة العلاجية، وإلقاء التحية، وتحديد موعد الجلسة الموالية.

❖ الجلسة الثانية:

في بداية كل جلسة يتم فحص حالة المريضة، وهذا بهدف معرفة الخبرات، والأفكار حول الألم التي تعرضت لها خلال هذا الأسبوع، وكيف تعاملت معها.

في هذه الجلسة تم تقديم عرض حول النموذج البيونفسي اجتماعي، وفهم أهم العوامل المؤدية إلى الألم والتي من خلالها يتم تقييم الألم بواسطة نموذج تقييم الألم PQRST.

نموذج PQRST في تقييم الألم

❖ مهيجات الألم "P" Provokes pain

-ما الذي سبب الألم؟، وما الذي يجعل الألم أفضل أو أسوأ؟

سابقا كنت أعاني من آلام المفاصل، وحسب رأي الأطباء نتيجة الإصابة بمرض السكري، لكن الألم كنت أستطيع التحكم فيه وأحيانا أخذ مضادات الالتهاب أو تكون آلاما محتملة. وفي الوقت الحالي وبعد إصابتي بمرض السرطان من وقتها أشعر بآلام غير محتملة في جميع أنحاء جسمي خاصة المفاصل والرأس، وعلى مستوى البطن بشدة. حتى عند شرب مسكن الألم يزول قليلا ثم يرجع مرة ثانية، وهذا الشيء أرهقني كثيرا. فبسبب الألم والمرض انسحبت من المجتمع، وعدم قدرتي على ممارسة الأنشطة، أفضل الانطواء

والانعزال، تفكيري كله متركز حول المرض، وكيفية السيطرة عليه وعلى أعراضه. لكن أجد نفسي عاجزة وأشعر بيأس حيال ذلك.

❖ جودة الألم "Q" Quality pain

-بماذا يشعر المريض؟ هل الألم ضعيف أو حاد؟ هل هو ناتج عن المرض أو المعالجة؟

في بداية الإصابة بالمرض كان إحساسي بالألم ضعيفا، أما عند مزاوله العلاج الكيميائي وأخذ الجرعات الكيميائية أصبح ألما شديدا في أغلب الأوقات يصعب التغلب عليه.

❖ منطقة الألم "R" Region pain

-أين يقع الألم؟ هل يقتصر على مكان واحد؟ وهل ينتشر في عدة مناطق أو محصور في منطقة معينة؟

في بداية المرض كنت أشعر بألم على مستوى البطن، كان في اعتقادي أنه ناتج عن القولون، وعند تشخيص مرضي مع بداية رحلة العلاج أصبحت أشعر بالألم في مختلف أماكن من الجسم: آلام الرأس، وآلام الفاصل، وآلام في الكليتين، وتتميل القدمين.

❖ الخطورة والشدة "S" Severity

-ما مدى خطورة الألم؟

بسبب إصابتي بمرض السرطان، والتي من أعراضه الأساسية الآلام المزمنة أشعر أنني عاجزة، غير قادرة على المواجهة، كلما أشعر بألم انسحب تدريجيا من مختلف الأنشطة. فالألم خلف آثارا نفسية وجسدية، فأصبح همي الوحيد البقاء في الفراش، وعدم التحدث مع أي أحد، سلبية وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة، وأرفض مساعدة من أي أحد قريب أو بعيد.

❖ الوقت أو الزمان "T" Time or Temporal

-متى بدأ الألم؟ وهل يستمر طول الوقت؟ هل يكون بالليل أو النهار؟ وكم مدته؟

كما ذكرت سابقا أنني كنت أعاني من آلام المفاصل قبل الإصابة بالمرض، وعند إصابتي ازداد الإحساس بالألم، وفي الأغلب يكون مستمرا خاصة في النهار، وأحيانا ليلا.

من خلال نموذج PQRST وقياس وتقييم الألم ، تبين أن للحالة أفكار تلقائية سلبية حول الألم والمرض في حد ذاته، حيث أثر هذا الأخير على مختلف جوانب حياتها سواء النفسية، أو الاجتماعية، أو المعرفية، أو الدينية. الأمر الذي يستدعي تدخلا علاجيا من خلال اكتساب تقنيات إدارة الألم، والتأقلم مع المرض.

فمن خلال هذه الجلسة تم توضيح دور الأفكار السلبية وتأثيرها على الانفعالات والسلوكيات، كما تم تقديم توضيح سيرورة الألم من خلال نظرية بوابة التحكم في الألم، وتوعية الحالة (ل،ر) نحو الدور الذي تلعبه التدخلات النفسية في إدارة الألم من خلال التحكم في التفكير والسيطرة عليه. وتشجيعها على الإفصاح عن كل الأفكار التشاؤمية التي تدور في ذهنها حول مرضها ومآلها. وكذلك تقديم واجب منزلي في نهاية الجلسة والذي ينص على تدوين الأفكار المسببة للإحساس بالألم ومدى تأثيره على الحالة الانفعالية؟.

❖ الجلسة الثالثة:

تضمن هذه الجلسة ملخصا عاما لما تم تناوله في الجلسات السابقة. وسؤال الحالة (ل،ر) عن الواجب المنزلي الذي قامت به إذا كان سهلا أم لا؟ وهل تعرفت على بعض أفكارها من خلاله؟.

-المريضة: من خلال الجلسات السابقة، والواجب المنزلي أدركت مدى تطابقهم مع أفكاري السلبية، وأعتقد أن حالتي تسوء أكثر كلما راودتني هذه الأفكار التي هي مطابقة تماما لحالتي.

-الباحثة: بعد تعرفك على أفكار التلقائية السلبية، وإعداد قائمة لمشكلاتك الحالية، فالخطوة التالية هي تصحيح هذه المعتقدات الخاطئة انطلاقاً من الواجب المنزلي بهدف تعديل الإحساس بالألم وتأثيره على حالتك الانفعالية؟

-المريضة: فعلاً: بعد كتابتي للواجب اتضح أن معظم انفعالاتي ناتجة عن تفكيري حول المرض والآلام التي أشعر بها. وهو ما جعلني انسحب عن ممارسة الأنشطة، كذلك النظرة السلبية للذات، والتوقعات السلبية للمستقبل، والخوف منه. وهذا الأخير أثر سلباً على حياتي بشكل كبير.

-الباحثة: عند تفكيرك حول هذا الموضوع، ما الذي يجول بخاطرك؟

-المريضة: أشعر بغضب شديد ... ولا أستطيع السيطرة على مرضي والتحكم في آلامي، وأحس أن المرض ينتشر ببطء في كافة أنحاء جسمي بسبب هذه الآلام.

* عند هذه النقطة تم تحديد الأفكار التلقائية، في سجل الأفكار، وطلب من الحالة (ل،ر) تحديد نسبة اعتقادها في كل فكرة، وشدة الاستجابة الانفعالية مع وصف المزاج. في هذا الصدد تمت مناقشة الخبرات الانفعالية وإعادة الخبرة الألمية من خلال إيصال تصور على مدى تأثير الانفعالات على الحالة بالاعتماد على التنفيس الانفعالي، ومعرفة الحالة (ل،ر) مدى فائدته في التعبير عن المشاعر الناتجة عن الألم.

ومن المهم أن تتفهم الباحثة الانفعالات المرتبطة بما تقوله الحالة (ل،ر) لكي تحدد العلاقة بين الأفكار والانفعالات، ومن أجل التحقق من حدوث تحسن لديها في نهاية الجلسة.

الهدف من هذه الجلسة لم يكن تتبع المشكلات المدونة والمتمثلة في عدم قدرتها على الحركة والقيام بالأنشطة، والخوف من المستقبل. بل كان تبرير الباحثة هو أن الحالة (ل،ر) قد احتاجت إلى التنفيس عن مشاعرها بشأن هذا الموضوع.

في آخر الجلسة تم فتح مجال للمناقشة والاستفسار وتوضيح كافة الغموضات. بعدها تم قياس درجة الألم بواسطة مقياس درجة الألم والنشاط، مع إعطاء الحالة (ل،ر) واجب منزلي من أجل التنفيس الانفعالي عند الشعور والاحساس بالألم، ومحاولة التحكم فيه.

❖ الجلسة الرابعة والخامسة:

خلال الجلسات الأولية كانت الحالة (ل،ر) على ما يرام وفي تحسن حسب قولها-أشعر بتحسن قليلا- إلا أنني في الأيام السابقة بعد الجلسة الأخيرة لم أحس بارتياح خاصة عند زهابي إلى المركز لإجراء العلاج الكيميائي أكون يائسة ومكتئبة وأبقى هكذا لأيام، وفي هذا الوقت يزداد إحساسي بالألم، ويصبح لدي قصور وتفكير سلبي في جميع نواحي حياتي.

في هذه الأثناء اقترحت الباحثة على الحالة (ل،ر) تنظيم جدول الأعمال وأن يكون هناك تعاون في هذه المرحلة للتغلب على الأفكار الأوتوماتيكية، فهزت الحالة (ل،ر) برأسها معبرة على موافقتها والافتتاع بالفكرة.

-الباحثة: عند زهابك إلى العلاج الكيميائي، ماهي الأفكار والانفعالات التي تراودك؟

-المريضة: عند اقتراب الموعد يبدأ التفكير السلبي أنه عند أخذ العلاج، سوف تظهر الأعراض الجانبية التي تزعجني دائما، ولعل من أهمها الآلام، الأرق، فقدان الشهية، الغثيان. على غرار الحالة النفسية أشعر بقلق، وحزن شديد، وأريد البقاء لوحدي فقط. على الرغم من أن الطبيب في آخر فحص طلب مني إجراء فحص أشعة المسح الضوئي **Scanner**، وعند قراءته للنتائج بشرني أن المرض مستقر في مكان معين، وأنه في تحسن مقارنة ببداية العلاج، إلا أنني لم أفرح لأن الأعراض والآلام مسيطرة علي بشكل كلي.

-الباحثة: عند إخبار طبيبك لك بحالتك، ما هي الأفكار التي صاحبت تلك الانفعالات في

تلك اللحظة؟

-**المريضة:** راودني شعور غريب، كأنه يخفي عني شيئاً. رغم أنني قرأت التقرير الطبي، إلا أن الأفكار الخاطئة سيطرت علي، ولا أتوقع إلا الأشياء السيئة، وأرى في حالتي الجسدية تتدهور، فأصبح لدي صعوبة الحركة، دوار، أيضاً من قلة شرب الماء أصبح لدي مشكل في الكلوتين وآلام شديدة. "Urée-créatinine" جد مرتفعة، اضطرابات النوم، فقدان الشهية. كل هذه الأعراض وخاصة الألم توحى لي أن المرض ينتشر بسرعة. وأحياناً تراودني فكرة التوقف عن العلاج لأنه سبب في تدهور حالتي الصحية والنفسية.

*بعد المحادثة مع الحالة (ل،ر) تم تناول تلك الأفكار التلقائية من خلال تدوينها في سجل الأفكار التلقائية كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم -29- يبين سجل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية للحالة (ل،ر).

الموقف الأول	الأفكار التلقائية	الانفعال	الألم	الاستجابة البديلة
-صف الموقف الحالي أو تجربة الألم التي أدت إلى شعور غير سار؟	-ما هي الأفكار والصور التي مرت على تفكيرك؟ -ما هو تقديرك لشدة معتقدك(0-100)؟	-ما هو الانفعال الذي شعرت به؟ -تقدير شدة الانفعال(0-100)؟	-أين شعرت بالألم في جسمك؟ -ما هي شدة الألم(0-10)؟ -ما هي الكلمات التي تستخدمها لوصف الألم؟	-ما هو التشويه المعرفي الذي قمت به؟
-صعوبة القيام بأي نشاط. -قصور الحركة. -تشنجات.	-صعوبة السيطرة على الألم مهما حاولت. (90)	-قلق -اكتئاب -حزن (95)	-آلام المفاصل -البطن -الرأس -الحوض (8)	-استحالة التغلب على الألم.
الموقف الثاني	الأفكار التلقائية	الانفعال	الألم	الاستجابة البديلة
-الذهاب إلى المعالجة الكيميائية.	-سوف أشعر بالألم. -التراجع والتفكير في عدم الذهاب.	-توتر وقلق -انزعاج (75)	-البطن -الرأس (6)	-تناول الدواء تجنباً للإحساس بالألم.

			(70)	
الموقف الثالث	الأفكار التلقائية	الانفعال	الألم	الاستجابة البديلة
-تجنب الحركة (المشي، النهوض، الأعمال)	-عند القيام بأي حركة سوف أشعر بالألم أكثر. (75)	-قلق -هلع -دوار (75)	-مؤلم -ألم المفاصل -ألم الرأس (7)	-تجنب أي نشاط .

يتبين من خلال الجدول السابق أن للحالة (ل،ر) أفكارا مسبقة وسلبية حول وضعها. وغياب تام لطرق مواجهة الوضع والتكيف معه، وفي هذا الصدد اقترح مجموعة من الجوانب لمواجهة الألم والمرض:

-التكيف مع الألم وتعلم مهارات التغلب عليه.

-قبول العلاج الكيميائي وتحمله.

-التكيف مع استجاباتها الانفعالية.

بعد مناقشة الجدول وما جاء به من أفكار، تم التوصل إلى تقبل العلاج رغم الآثار الجانبية، وتعلم استراتيجيات التكيف معها. من خلال توضيح البروتوكول العلاجي بعد التحدث مع الطبيب المعالج وفهم وضعها الصحي. وبناء عليه تم إقناع الحالة (ل،ر) بالعلاج دون وضع تفكير سلبي مسبق.

وفي سياق نقاشنا حول الوضع، اتضح أن للحالة (ل،ر) معتقدا خاطئا حول الألم والمتمثل في أنها سوف تبقى مقعدة وطريحة الفراش، وأن الآلام مسيطرة عليها بشكل تام. وبعد تحليل هذه الفكرة من قبل الباحثة تبين أن الحالة (ل،ر) تفتقد إلى أساليب السيطرة على الألم، وأن هذا الأخير يشكل هاجسا كبيرا بالنسبة لها. فالحالة (ل،ر) تحتاج إلى طمأنينة بشأن أساليب السيطرة على الألم وأنه بمقدورها التغلب عليه.

تم إعطاء للحالة (ل،ر) واجبا منزليا متمثل في تطبيق تقنية الأعمدة الثلاثة من خلالها يتم تقديم الموقف الذي يسبب لها الانزعاج (الألم)، والأفكار التلقائية المرتبطة به وكانت إجابة الحالة (ل،ر) على النحو التالي:

جدول رقم-30- يبين استخدام تقنية الأعمدة الثلاثة للحالة (ل،ر).

الأفكار التلقائية	التشوه	الاستجابة الانفعالية
-اضطرابات النوم أحيانا بسبب الألم، وأحيانا خوفا من المرض.	-التوقف عن الحركة (المشي). -الخوف من الموت.	-البكاء -الهلع
-تشنج العضلات	-صعوبة التركيز -الانسحاب من كافة الأنشطة -تجنبنا للألام.	-خوف -اكتئاب -تدني تقدير الذات

في هذه المرحلة تم التوجه نحو الأخطاء في التفكير لدى الحالة (ل،ر)، من خلال استحضار الأفكار التلقائية حول مختلف المواقف والصعوبات التي تعيق سير حياتها. من خلال الوقوف على كل فكرة سلبية، ومحاولة تحليلها مع الحالة (ل،ر)، ومدى تأثير هذه الأخيرة على حالتها الانفعالية، وحتى الجسدية. في هذا السياق نحاول تبديل هذه الأفكار بأخرى إيجابية وأكثر منطقية. وبالتدرج في تنفيذ خطوات الخطة العلاجية والتي من بين أهدافها السيطرة على الألم من خلال التدريب على تقنيات إدارته من قبل الحالة (ل،ر)، أي منحها دور القيادة. فبالرجوع إلى الجدول أعلاه تبين أن الهاجس الوحيد في حياة الحالة (ل،ر): المعاناة من الألم إضافة إلى انتشار المرض بسبب العلاج الكيميائي. وهذا ما سبب لها الكثير من الاضطرابات الانفعالية، وخلق مجموعة من سلوكيات ويفسر هذا أن الألم يلعب دورا كبيرا في حياتها، ونتيجة هذا الاعتقاد خلف مجموعة من التأثيرات السلبية، والتي بسببها انسحبت من معظم الأنشطة، وترفض المساندة الاجتماعية من الآخرين.

فمن خلال الواجب المنزلي 1 و 2 تم تحديد الفكرة الأساسية التي تقف خلف كل هذه الاضطرابات لدى الحالة (ل،ر). وهي الاعتقاد الجازم بأن الألم سبب كل معاناتها، وأن

العلاج الكيميائي سبب تدهور حالتها واستحالة الشفاء من هذا المرض، وبالتالي تتوقع أن تبقى طريحة الفراش أو الموت بأي لحظة.

فمن خلال هاتين الجلستين تم تحديد الموضوع المشترك والمولد للأفكار الأوتوماتيكية، إضافة إلى تحديد مدى قوة تأثيره على الحالة (ل،ر). في هذه الجلسة تم الاستعانة بتقنية تشتيت وصرف الانتباه والهدف منها هو السيطرة على الألم وصرف انتباه الحالة (ل،ر) عن أفكارها ومشاعرها والمواقف المؤلمة لمدة دقائق، وكانت المقابلة بالشكل التالي:

-الباحثة: حاولي أن تتذكري موقفا من المواقف التي تشعرين فيها بألم شديد في مخيلتك؟

-الحالة (ل،ر): هزت برأسها وبدت إيماءات على وجهها.

-الباحثة: الآن: بعد تذكرك للموقف ما هي درجة شعورك؟

-الحالة (ل،ر): أشعر بتشنج وألم في جسمي خاصة بطني ورجلي.

-الباحثة: في هذه الأثناء حاول تشتيت انتباهها بموضوع آخر بعيدا عن المرض، وجعلها

تندمج فيه، وبعدها تسألها إن كانت مازالت تشعر بالألم أم لا؟ وهل هو بالدرجة نفسها؟

-الحالة (ل،ر): أحس أنني متشتتة وتركيزي على الموضوع الذي طرحته علي، وفي لحظة

لم أشعر بالألم رغم وجوده.

وهذا ما يفسر أنه عند تشتيت تفكير الحالة (ل،ر) عن الموضوع الأساسي ألا وهو الألم.

تستطيع السيطرة عليه وكان الهدف من وراء الفنية أن نصرف انتباه الحالة (ل،ر) عن

المواقف المؤلمة باعتبارها من الأساليب الأساسية في خفض درجة الألم، فكلما ابتعد

المريض عن التفكير في الموقف المؤلم لبعض دقائق وركز تفكيره في موضوع آخر لفترة

قصيرة، هنا يجعله يشعر بالراحة. وبالتعود على إعادة تطبيق التقنية يستطيع المريض

السيطرة وإدارة آلامه.

وكواجب منزلي طلب من الحالة (ل،ر) إعادة تطبيق هذه التقنية كلما شعرت بالألم من أجل المراقبة الذاتية في مدى التحكم في المواقف المؤلمة. ففي الجلسة الموالية تمت مناقشة الواجب المنزلي مع الحالة (ل،ر)، وكيفية إدارة الألم المزمّن من خلال تطبيق تقنية صرف الانتباه، وكانت النتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم -31- يبين المراقبة الذاتية للألم لدى الحالة (ل،ر)

الموقف	الأفكار الأوتوماتيكية	الأفكار البديلة	درجة الألم
-كثرة الحركة (المشي..)	-الألم سبب لي عجزا كبيرا وسيفقدني المشي.	-تجنب الفكرة، ومحاولة المشي على الأقل نصف ساعة في اليوم.	7
-عدم القدرة على ممارسة الأنشطة.	-الحركة تجعلني أشعر بالألم.	-تقسيم المهام المنزلية، وعدم إجهاد نفسي.	5
-الذهاب إلى العلاج الكيميائي	-بسببه يزيد ألمي، وتضعف قدرتي على التحمل.	-محاولة التأقلم مع الأعراض وعدم التفكير فيها.	6
-اضطرابات الأكل	-تجنب الأكل لأنه يسبب لي آلاما كبيرة في بطني.	-تقسيم الوجبات الغذائية على مدار اليوم.	4
-ترك الصلاة	-لا أستطيع أن أصلي بسبب الألم، ويزداد ألمي بشدة عند تفكيري في الموت.	-جلب كرسي والجلوس عليه والرجوع إلى صلاتي، فقربي من الله خفف من همومي.	3

من الواضح ومن خلال الواجب المنزلي للمراقبة الذاتية للحالة (ل،ر)، أن الألم محور اهتمام الحالة (ل،ر)، حيث كانت تنتظر إليه على أنه عذاب، ويشغل تفكيرها في كل وقت، وفي أي نشاط تقوم به، وللتخلص منه انسحبت من كافة النشاطات اعتقادا منها أنها مسيطرة عليه. إلا أنه مازال مستمرا لديها. وهذا ما جعل الحالة (ل،ر) تتشعر بالضغوط، وهذه الأخيرة ظهرت على شكل أعراض جسدية ونفسية، وانفعالات سلبية كالإحباط، القلق، الانعزال.

وللتغلب على الأفكار التلقائية الخاطئة حول الألم ومرضها قامت بتطبيق استراتيجيات التغلب عليه، وإيجاد أفكار بديلة له لتغيير نمط حياتها. وهذا ما أظهرته نتائج الجدول السابق من خلال محاول الحالة (ل،ر) التأقلم مع الألم، وإيجاد حلول له. وما يشجعها من اكتساب تقنيات أخرى لإدارة الألم بعد فهم وضعها الصحي والنفسي.

❖ الجلسات السادسة والسابعة والثامنة:

بعد تحقق أهداف الجلسات السابقة، واكتساب الحالة (ل،ر) مهارات التغلب على الألم بعد التعرف على أفكارها الأوتوماتيكية والتصدي لها بإيجاد أفكار بديلة إيجابية.

فالجلسات النفسية الحالية هي امتداد للجلسات السابقة لتحقيق الأهداف المرحلية المرجوة من العلاج. فبعد التطرق إلى مدى تأثير الألم على الحالة الانفعالية، وكذا على معتقدات الحالة (ل،ر) وكيفية تقييمها للمواقف المؤلمة، وإعادة تفسيرها بطريقة إيجابية.

ولتحقيق هدف هذه الجلسة تم الاعتماد على مجموعة من التقنيات العلاجية، والتي تهدف إلى تحديد الأفكار التلقائية التي تتوسط بين الحدث المؤلم والاستجابة الانفعالية المؤلمة، وإعادة استبدالها بأفكار أوتوماتيكية إيجابية.

في هذا السياق طلبت الباحثة من الحالة (ل،ر) تحديد الفجوة التي تتوسط بين الحدث المؤلم والحالة الانفعالية لديها من خلال إيجاد خط الوصل بين الحدث (A)، والحالة الانفعالية (C)، وهذا ما يجعل الحالة (ل،ر) مدركة لطريقة تفكيرها السلبية وكذا تضخيمها للمواقف، وللسلوكيات السلبية التي تمارسها. فقامت الحالة (ل،ر) بالتهويل والمبالغة، وزيادة مخاوفها اتجاه حالتها الصحية،

بعد تحديد الفجوة بين الموقف والحالة الانفعالية تم الانتقال إلى المرحلة الموالية والمتمثلة في إعداد قائمة متدرجة من طرف الحالة (ل،ر) مبينة فيها المواقف التي تشعر فيها بالآلام، وترتيبها بطريقة متدرجة من البسيط إلى المعقد لتعويدها على أبسط المشكلات الصحية التي

قد تتعرض لها، وبالتدرج مع أفكارها الأوتوماتيكية إلى غاية الأفكار الأكثر تهديدا بالنسبة لها. وكانت القائمة التي أعدتها الحالة (ل،ر) مرتبة بالشكل التالي:



الشكل رقم-17- يبين القائمة المتدرجة للحالة (ل،ر)

ومن أكثر المواقف المؤلمة التي كانت تعاني منها الحالة (ل،ر) العلاج الكيميائي، وعدم القدرة على القيام بالأمر الشخصية، ونقص التركيز، وصعوبة الحركة.

ولتطبيق تقنية الأنشطة السارة والتعود على ممارستها، طلب منها ممارستها وتكرارها مع قياس درجة الألم في كل مرة، والهدف منها هو زيادة قدرة الحالة (ل،ر) على الاندماج والسيطرة على الألم، وتغيير نمط حياتها، وتحسين جودتها. ففي هذا النشاط يتم تسجيل النشاط السار، ومدى تكراره مع تحديد الحالة الانفعالية في الوقت نفسه.

في الجلسة الموالية تغيبت الحالة (ل،ر) عن الجلسة العلاجية، بسبب وضعها الصحي، فالحالة (ل،ر) أصيبت بمرض كوفيد 19 وبنسبة 10% فتم إعطاؤها البرتوكول العلاجي مع إجراء التدابير الوقائية. الحالة (ل،ر) لم تدخل إلى مصلحة كوفيد، ولكن قمنا بزيارتها في المنزل مع فريق وحدة الاستشفاء المنزلي لتكفل بحالتها. فهي كانت في وضع سيء، سواء

على الصعيد النفسي أو الجسدي. ففي هذه الفترة زادت أفكارها السلبية ومخاوفها حول وضعها الصحي، فنتيجة الإصابة بفيروس كوفيد 19 زادت آلامها ومعاناتها. وتجدر الإشارة أنه من خلال هذه الجلسة زاد قلق الحالة (ل،ر) على وضعها الصحي، وهذا ما تم إثباته استنادا إلى قولها: "إنها لم تستطع السيطرة على أي شيء يحدث لها، وأن كل شيء خارج سيطرتها"، وهذا ما جعلها تشعر باليأس والعجز استجابة لهذه الفكرة.

ولذلك يجب الأخذ بالحسبان وضعها الصحي الحالي، ومساعدة الحالة (ل،ر) على تجاوز هذه الأفكار التلقائية، واستمرت إصابتها بفيروس كوفيد 19 لمدة شهر كامل، ما جعلها تتقطع عن جلسات العلاج الكيميائي، ناهيك عن النتائج السلبية لتحاليل الدم التي أجريت لها. بالرغم من هذه المعطيات وتوقف جلسات العلاج مع الحالة، إلا أن الباحثة بقيت على تواصل مستمر لمتابعة تطورات حالتها. والتكفل بالعلاج النفسي لها ومساندتها.

تعاود الباحثة إجراء الجلسات مع الحالة (ل،ر) والتي بدأتها بجلسة مراجعة لما سبق لتكملة مسار العلاج المسطر. والذي بدأ بطلب الباحثة بتسطير جدول لمختلف الأنشطة اليومية السارة، فكان الجدول المتعلق بالأنشطة السارة مدونا كما يلي:

جدول رقم-32- يبين الأنشطة اليومية السارة للحالة (ل،ر)

النشاط اليومي	وقت القيام به	الزمن	إحساس المريض عند القيام بالنشاط	درجة الألم
-القيام بالأعمال المنزلية والاعتناء بأرضها في القرية.	-من حين إلى آخر	-مقسم على كامل اليوم	-أحس بنشاط وحيوية، وأحيانا تعب.	5
-المواظبة على الصلاة	-أوقات الصلاة وخارجها	-في كل وقت	-أحس براحة نفسية والتقرب من الله والسيطرة على وضعي -الحمد لله-	1

1	-نسيان تام لمرضي وتذكر أيام الماضي، والشعور بالراحة	-ساعة على أكثر	-أحيانا	-الاندماج مع الأخرين وزيارة الأقارب
2	-إحساس بالألم في البداية لكن بالتدريج تعودت عليه. وأحس أن مفاصلي في تحسن.	-نصف ساعة إلى ساعة	-يومية	-المشي يوميا
0	-تقدير ذاتي مرتفع وارتياح نفسي.	-صباحا وعطلة الأسبوع	-يومية	-العناية الشخصية

بالنظر إلى الجدول أعلاه وما يحتويه من أنشطة، استطاعت الحالة (ل،ر) تعتقد أنه بإمكانها التحكم والسيطرة في أشياء كثيرة مما تظن، وأن معظم الأشياء تخضع لسيطرتها. فاكتشفت أنها كانت تركز على الأمور التي لا تستطيع التحكم فيها فقط. وأهملت الأنشطة الأخرى التي بإمكانها التحكم فيها، فلقد أوضحت لها الأمور بتطبيق جدول الأنشطة يوما بعد يوم، رغم أنها أحيانا تفشل إلا أنها كانت تحاول مرارا وتكرارا التغلب على مشاكلها. رغم اختلاف درجات التحكم فيها.

نتيجة ما تعرضت له الحالة (ل،ر) من أزمات نفسية وصحية، ركزت المرحلة التالية في المناقشة إلى طريقة التحكم في المرض، فالحالة (ل،ر) تفتقد إلى طريقة السيطرة على مرضها، وصعوبة في مواجهته اعتقادا منها الخوف من الأعراض الجانبية والتي كانت تزعجها بشكل رهيب، فبعد مناقشة الوضع معها قررت الحالة (ل،ر) اتباع علاجها الكيميائي بشكل دوري ومنتظم من أجل التقليل من المخاطر بقدر المستطاع. وتم تعريفها بدورها في التحكم في مرضها وآلامها وأنها هي المسؤولة بالدرجة الأولى على صحتها. وتم إعداد قائمة لتحكم في المرض من قبل الحالة (ل،ر) على النحو التالي:

جدول رقم -33- قائمة أنشطة الحالة (ل،ر) لإدارة آلام السرطان

الموقف واستراتيجيات التحكم
-التحكم في الألم بشكل عام
-الذهاب للعلاج الكيميائي
-الاندماج مع الآخرين وتقبل المساندة منهم
-تنظيم البرنامج الغذائي واتباع أخصائية التغذية
-القيام بحركات يومية
-القيام بالأعمال المنزلية
-الاهتمام بالمظهر الخارجي
-تعلم أساليب إدارة الألم وتشتيت الانتباه
-التركيز على الأنشطة التي بإمكانها السيطرة عليها
-الابتعاد عن التفكير المسبق

استنادا إلى هذا تم تعريف الحالة (ل،ر) للمواقف المؤلمة وتشجيعها على مواجهتها، وفي هذا السياق أعطى للحالة (ل،ر) واجبا منزليا بعد تعلمها أنماط وأساليب جديدة في التفكير، والتعبير عن المشاعر الإيجابية بطريقة مقبولة، إلا أنه هناك بعض المواقف التي لازالت تجد فيها صعوبة وتشعر بالألم، فطلب منها تحديد قائمة منفصلة مدونة فيها هذه المواقف التي تؤثر على حياتها من الناحية النفسية، والاجتماعية، والجسدية. من أجل اكتساب تدريجي لسلوك التوكيدية في حياتها اليومية، وتطوير أنماط تفكيرها بشكل إيجابي.

فمن خلال هذه الفنية يتم تزويد الحالة (ل،ر) بأفكار إيجابية، وثم يتم التأكيد على استيعابها من خلال تقنية لعب الدور، وكواجب منزلي تحاول الحالة (ل،ر) تجسيد هذه الأفكار المنطقية على أرض الواقع مع أقرانها الذين يعانون من المرض والأعراض نفسها.

❖ الجلسة التاسعة:

انطلاقاً من الجلسات السابقة، وبعد تحقيق الأهداف العلاجية المرجوة والعمل على إعداد القوائم وسجلات الأفكار من قبل الحالة (ل،ر)، كانت حالتها النفسية في تحسن مستمر، وبدأت أكثر راحة من خلال هذه الجلسة.

تمت مناقشة أفكار الحالة (ل،ر) قبل وبعد العلاج، فاستنتجت الحالة (ل،ر) أنه بإمكانها السيطرة والتحكم في أفكارها وبالتالي التغلب على آلامها وتعديل سلوكياتها. كما تم استيعاب الحالة على ضرورة المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والابتعاد عن العزلة، بعد معرفتها بالأضرار التي لحقت بها نتيجة ذلك.

للتأكد من أن الحالة (ل،ر) ضمت كل التقنيات إلى يومياتها تم مراجعة كل محاور العلاج المعرفي، والتذكير بأهم أهدافه وتقنياته. من خلال هذه المناقشة التي دارت بين الباحثة والحالة (ل،ر) كانت مثمرة وعن طريقها استطاعت الباحثة أن تجعل الحالة (ل،ر) تغيير في مشاكلها وتقبل المساعدة الآخرين، وتقبل مرضها قبل أي شيء.

أيقنت الحالة (ل،ر) بعد تلقيها العلاج المعرفي قدرتها على التحكم في أفكارها، وأصبحت قادرة على مواجهة مرضها رغم علمها بتطور المرض وانتشاره إلى الكبد بعد إصابتها بمرض كوفيد 19 وإخفاء أفراد أسرتها عنها وضعها الصحي تجنباً لتأزم حالتها. فاكتسبت تقنيات جديدة ومواصلة العلاج النفسي معها جعلها قادرة على مواجهة الوضع والتحكم في أعراضه ومواصلة علاجها.

❖ الجلسة الختامية:

حددت بعد خمسة عشر (15) يوماً من آخر جلسة علاجية، والتي كان الهدف منها مدى تحسن الحالة (ل،ر) من الشعور بالألم الناتج عن المرض، وكذا كيفية السيطرة على كافة الأعراض الجانبية.

لتأكد من تحقيق أهداف الخطة العلاجية المسطرة، تم تقديم قائمة من الأهداف للحالة (ل،ر) والتي سبق وأن سعينا لتحقيقها، لمعرفة مدى اكتساب الحالة لها بتحديد النسبة المئوية أمام كل هدف، وكانت إجاباتها على النحو الآتي:

جدول رقم-34- يبين أهداف الخطة العلاجية ومدى تحقيقها للحالة (ل،ر)

نسبة تحقيقها %	الأهداف العلاجية
55%	-التحكم في الألم
70%	-تصحيح المعتقدات الخاطئة حول المرض، والتفسيرات المرتبطة بالألم.
75%	-التعامل مع الأفكار الأوتوماتيكية بموضوعية.
85%	-تحسين قدرة المريضة على معرفة آثار الانفعالات الناتجة عن خبرة الألم.
65%	-إدراك معنى الأفكار التلقائية ومدى تأثيرها في توليد الانفعالات والسعي لدحضها وتعديلها.
75%	-التعود السلوكي على ممارسة الأنشطة السارة وتطبيق مواقف التوكيدية.

استنادا إلى ما سبق، وبعد تقييم الحالة (ل،ر) للخطة العلاجية المقترحة، تبين أن العلاج ساعدها كثيرا في تخطي الأزمة التي كانت تعاني منها، والناجمة عن أفكارها الأوتوماتيكية السلبية. والتي أصبحت تشكل تهديدا بالنسبة لها. فبمتابعة الحالة(ل،ر) وتطبيق خطوات العلاج المعرفي تم تحقيق نتائج إيجابية ومرضية. والتي لاحظناها عليها سواء من الناحية النفسية، أو المعرفية، أو الاجتماعية، أو السلوكية.

في الأخير تم شكر الحالة (ل،ر) لمشاركتها في تطبيق خطوات الخطة العلاجية، وتم تنبيهها أنه في حالة تعرضها للانتكاسة بإمكانها السيطرة عليها من خلال تطبيق تقنيات العلاج المعرفي، وتم تحديد جلسة المتابعة بعد شهر ونصف من تطبيق العلاج المقترح.

*في هذا السياق، وانطلاقاً من تطبيق محتوى الجلسات النفسية المنبثقة من العلاج المعرفي لأرون بيك. تم تطبيق مقياس درجة الألم والنشاط في نهاية كل جلسة علاجية. كما تم حساب الارتباط الذاتي وتحليل التباين الأحادي، وكذا الانحدار الخطي البسيط في سلسلة زمنية لتجربة على حالة مفردة حول علاج الألم.

تضمنت السلسلة الزمنية عشرين قراءة متتابعة، حيث يفصل بين كل قراءة وأخرى مسافة واحدة. وتمثل القراءات العشرون مرحلة العلاج فقط.

في الدراسة الحالية تم حساب الارتباط الذاتي لعشر مسافات أو ما يعرف بالمتباطئات لبيانات سلسلة زمنية لعلاج حالة الألم كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم -35- يوضح بيانات سلسلة زمنية لعلاج حالة الألم (ل،ر)

تقدير الألم في الفترة ك	ك+1	ك+2	ك+3	ك+4	ك+5	ك+6	ك+7	ك+8	ك+9	ك+10
8	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	8	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	7	8	/	/	/	/	/	/	/	/
6	9	7	8	/	/	/	/	/	/	/
7	6	9	7	8	/	/	/	/	/	/
5	7	6	9	7	8	/	/	/	/	/
6	5	7	6	9	7	8	/	/	/	/
4	6	5	7	6	9	7	8	/	/	/
5	4	6	5	7	6	9	7	8	/	/
5	5	4	6	5	7	6	9	7	8	/
6	5	5	4	6	5	7	6	9	7	8
4	6	5	5	4	6	5	7	6	9	7
5	4	6	5	5	4	6	5	7	6	9

6	7	5	6	4	5	5	6	4	5	3
7	5	6	4	5	5	6	4	5	3	4
5	6	4	5	5	6	4	5	3	4	4
6	4	5	5	6	4	5	3	4	4	4
4	5	5	6	4	5	3	4	4	4	2
5	5	6	4	5	3	4	4	4	2	3
5	6	4	5	3	4	4	4	2	3	3

1/ حساب الدلالة الاكلينيكية لفعالية الخطة العلاجية المعرفية المقترحة للحالة (ل،ر)

حسب طريقة جاكبسون تراوكس Jacobson Turax :

تحسب الدلالة الاكلينيكية بحساب مؤشر التغير الثابت (RCI) حسب معادلة جاكبسون

تراوكس كما يلي:

$$\text{مؤشر التغير الثابت: RCI} = \frac{D_2 - D_1}{(X \text{ م ف})}$$

حيث أن:

1- درجة الحالة (ل،ر) على مقياس درجة الألم والنشاط قبل العلاج.

2- درجة الحالة (ل،ر) على مقياس درجة الألم والنشاط بعد العلاج.

- القيمة الحرجة لمؤشر (RCI) الدالة إحصائياً مقدرة بـ 1,96.

- يتم حساب الخطأ المعياري للقياس والخطأ المعياري للفرق.

*وحسب نتائج الحالة (ل،ر):

جدول رقم -36- يبين نتائج الدلالة الاكلينيكية للحالة (ل،ر)

RCI	خ م ف	خ م ق	ر	ع	د2	د1
7,27	0,55	0,63	0,75	2,51	24	8

❖ بما أن قيمة مؤشر التغير الثابت $RCI=7,27$ وهو أكبر من القيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت الدالة إحصائياً. وهذا يدل على أن الخطة العلاجية المعرفية المقترحة التي خضعت لها الحالة (ل،ر) كانت ذات فعالية في إدارة الألم الناتج عن مرض السرطان أعطت لها الخطة استراتيجيات وتقنيات للتحكم والسيطرة في إحساسها بالألم.

2/ أسلوب حساب درجة الارتباط الذاتي في السلاسل الزمنية (Time Series) للحالة (ل،ر):

يمكن تمييز السلاسل الزمنية المستقرة عن غير المستقرة من خلال قيم معاملات الارتباط الذاتي حيث تقترب من الصفر بعد الفترتين الثانية أو الثالثة بالنسبة للسلسلة المستقرة، في حين غير المستقرة لها فروق معنوية تقترب من الصفر بعد الفترة السابعة أو الثامنة.

1-2 الارتباط الذاتي (ACF) Auto Correlation Function

يقيس قوة الارتباط بين قيم الظاهرة في فترات زمنية مختلفة

أولاً: الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن:

تم قياس الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن بالأسابيع بعد فترات العلاج للخطة العلاجية المعرفية لإدارة الألم والنتائج مبينة في الجدول الموالي:

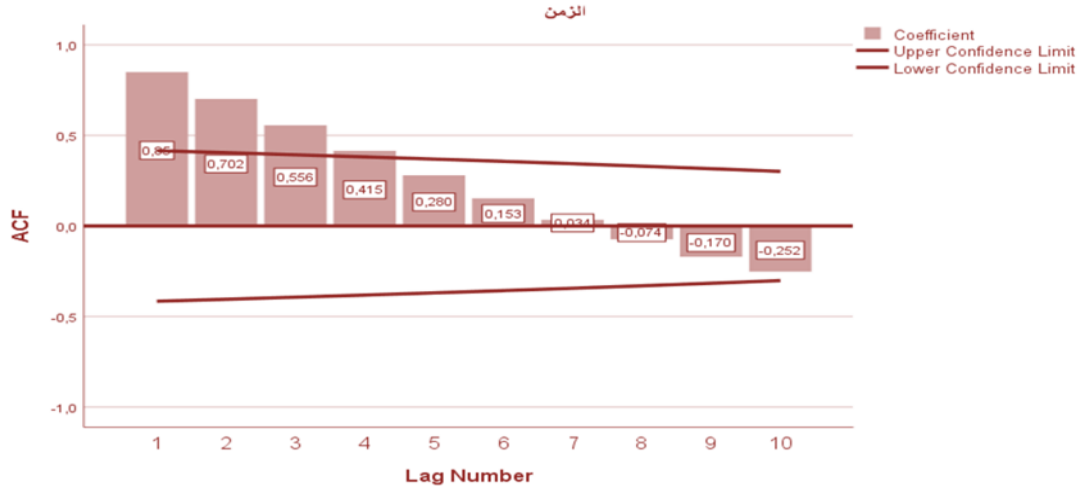
الجدول رقم -37- يبين نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ل،ر)

المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي	الخطأ المعياري	القيمة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
1	,8500	,2080	16,732	1	,0000
2	,7020	2020	28,761	2	,0000
3	,5560	,1970	36,762	3	,0000
4	,4150	,1910	41,500	4	,0000
5	,2800	,1850	43,800	5	,0000
6	,1530	,1780	44,533	6	,0000
7	,0340	,1720	44,572	7	,0000
8	,0740-	,1650	44,771	8	,0000
9	,1700-	,1580	45,921	9	,0000
10	2520-	,1510	48,713	10	,0000

تبين لنا من خلال نتائج الجدول أعلاه أن هناك ارتباطا بين قيم السلسلة المتجاوزة حيث تراوحت قيم معامل الارتباط الذاتي بين (1- و 1) وما يدل على استقرار السلسلة، حيث تبين لنا أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة معنويا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

حيث نلاحظ خلال الفترة الأولى دالة معنوية بمعامل الارتباط الذاتي قدر بـ (0.850) وما يدل على أن هناك ارتباط بدرجة مرتفعة ($r \geq 0.7$)، وأيضا الفترة الثانية بدرجة ارتباط مرتفع حيث بلغت قيمة الارتباط (0.702) وهي أكبر من (0.7)، أما الفترتان الثالثة والرابعة كانت بمستوى ارتباط متوسط حيث بلغت قيمة الارتباط الذاتي للفترتين على التوالي (0.556)؛ (0.415) وهي قيم محصورة ما بين ($0.7 \leq r \leq 0.3$) بمستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة المفروض ($\alpha \leq 0.01$)، في حين الفترات الستة الأخيرة أظهرت النتائج أنها ذات ارتباط ضعيف بمستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) حيث الفترة الخامسة بلغ معامل ارتباطها الذاتي (0.280)، والفترة السادسة (0.153)، أما الفترتان الثامنة والتاسعة فكانتا على التوالي (-0,074)؛ (-0,170)، وهي دالة معنويا بمستوى دلالة أقل من 0.01.

بالإضافة للفترة العاشرة بمستوى دلالة أقل من 0.01 و معامل ارتباط ضعيف قدرت قيمته (-0.252) كما هو مبين في الشكل الموالي:



الشكل رقم -18- التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للزمن (ل،ر)

ثانيا: الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات:

تم قياس الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات بعد فترات العلاج للخطة العلاجية المعرفية لإدارة الألم والنتائج مبينة في الجدول الموالي:

الجدول رقم -38- يبين نتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات (ل،ر)

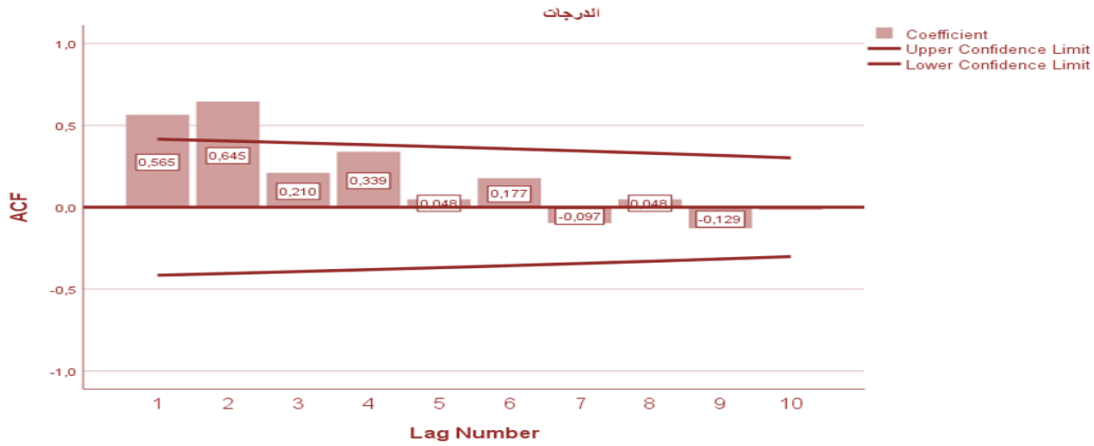
المتباينات (المسافات)	الارتباط الذاتي	الخطأ المعياري	القيمة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
1	0,565	0,208	7,380	1	0,007
2	0,645	0,202	17,555	2	0,000
3	0,210	0,197	18,692	3	0,000
4	0,339	0,191	21,847	4	0,000
5	0,048	0,185	21,916	5	0,001
6	0,177	0,178	22,905	6	0,001
7	-0,097	0,172	23,222	7	0,002

0,003	8	23,308	0,165	0,048	8
0,004	9	23,974	0,158	-0,129	9
0,008	10	23,986	0,151	-0,016	10

تبين لنا من خلال نتائج الجدول أعلاه وجود ارتباط بين قيم السلسلة المتجاورة حيث تراوحت قيم معامل الارتباط الذاتي بين (1- و 1) وما يدل على استقرار السلسلة، حيث تبين لنا أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة معنويًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

حيث نلاحظ خلال الفترة الأولى دالة معنوية بمعامل الارتباط الذاتي قدر بـ (0.565) وما يدل على أن هناك ارتباط بدرجة متوسطة وهي قيم محصورة ما بين ($0.7 \leq r \leq 0.3$)، وأيضا الفترة الثانية بدرجة ارتباط متوسطة حيث بلغت قيمة الارتباط (0.645) وهي أقل من (0.7)، أما الفترة الثالثة كانت بمستوى ارتباط ضعيف حيث بلغت قيمة الارتباط (0.210) ($r \leq 0.3$)، في حين بلغت قيمة الارتباط الذاتي للفترة الرابعة (0.339) بدرجة ارتباط ضعيفة، أما الفترتان الخامسة والسادسة كانتا بمستوى ارتباط ضعيف على التوالي: (0.048)؛ (0.117) بمستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة المفروض ($\alpha \leq 0.01$).

ونجد الفترات الأربعة الأخيرة أظهرت النتائج أنها ذات ارتباط ضعيف بمستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) حيث الفترة السادسة بلغ معامل ارتباطها الذاتي (0.177)، والفترة السابعة (-0.097)، أما الفترتان الثامنة والتاسعة كانتا على التوالي (0,048)؛ (-0,129)، وهي دالة معنويًا بمستوى دلالة أقل من 0.01 وأيضا الفترة العاشرة بمستوى ارتباط ضعيف بقيمة (-0.016) كما هو مبين في الشكل الموالي:



الشكل رقم -19- التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي بالنسبة للدرجات (ل،ر)

2-2 الارتباط الذاتي الجزئي (PACF) Partial Auto Correlation Function

يقيس الارتباط الذاتي الجزئي الأثر الجزئي عند إضافة القيم المتأخرة لمتغير ما وتستخدم في تحديد النموذج المناسب لتمثيل السلسلة الزمنية المستقرة ويمكن الحصول على معاملات من معادلة الانحدار الذاتي للسلسلة.

هو مؤشر يقيس العلاقة بين المشاهدين X_t و X_{t-k} لنفس السلسلة مع افتراض ثبوت قيم السلسلة الزمنية ويعرف على أنه الحد الأخير من نموذج الانحدار الذاتي من الدرجة (P) AR، ويمكن إيجاد معامل الارتباط الذاتي الجزئي وذلك عن طريق دالة الارتباط الذاتي.

إن دالة الارتباط الذاتي الجزئي (PACF) لا تقل أهمية عن الارتباط الذاتي (ACF) فهي أيضا مهمة في تحليل السلاسل الزمنية وتستخدم أيضا في تشخيص النموذج وتحديد درجته وفي فحص ملاءمة النموذج من خلال اختبار عشوائي أخطاء التنبؤ (البواقى).

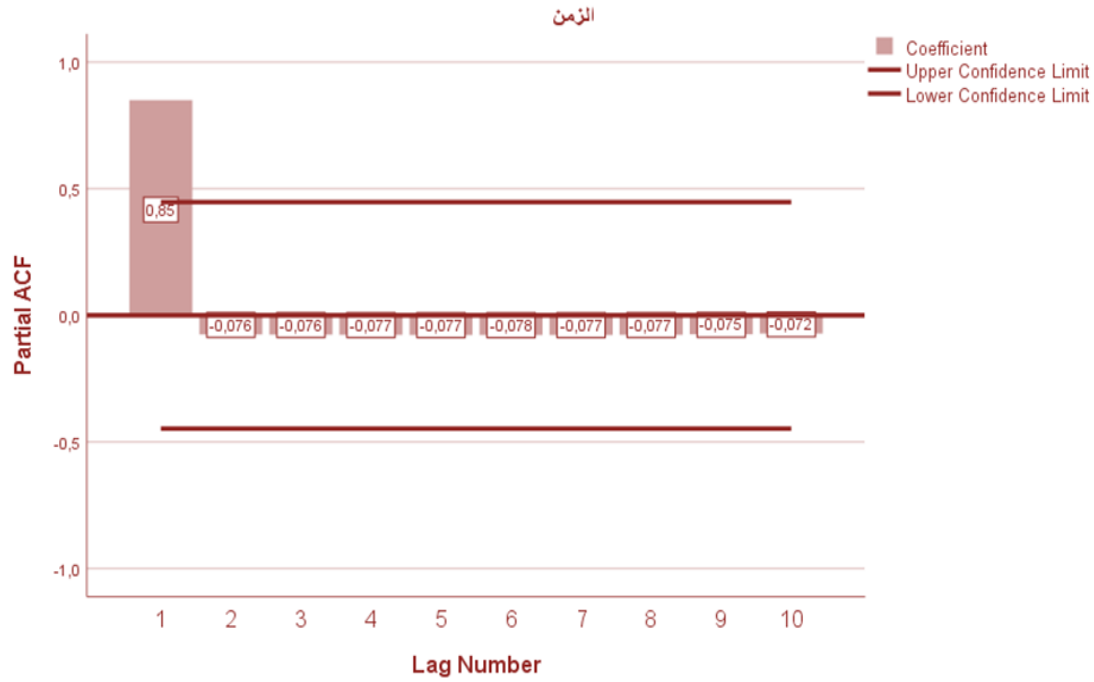
تميل دالة الارتباط الذاتي الجزئي (PACF) للسلسلة الزمنية المستقرة للانحدار بسرعة نحو الصفر مع ازدياد فترات الإزاحة أو تتقطع بعدد معين من فترات الإزاحة.

أولاً: الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن:

الجدول رقم -39- يبين نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ل،ر)

المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي الجزئي	الخطأ المعياري
1	,8500	,2240
2	,0760-	,2240
3	,0760-	,2240
4	,0770-	,2240
5	,0770-	,2240
6	,0780-	,2240
7	,0770-	,2240
8	,0770-	,2240
9	,0750-	,2240
10	,0720-	,2240

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الارتباط الذاتي الجزئي من الدرجة الأولى (0.850) يساوي الارتباط الذاتي من الدرجة الأولى (0.850)، حيث نلاحظ خلال الفترة الثانية بمعامل الارتباط الذاتي الجزئي (-0,076) بنفس المعامل في الفترة الثالثة، في حين الفترتان الرابعة والخامسة كانتا على التوالي (-0.077) نفس المقارنة لباقي الفترات، ما يدل على وجود ارتباط ذاتي جزئي للسلسلة الزمنية. كما هو مبين في الشكل الموالي:



الشكل رقم -20- التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للزمن (ل،ر)

ثانيا: الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات:

الجدول رقم -40- يبين نتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات (ل،ر)

الخطأ المعياري	الارتباط الذاتي الجزئي	المتباطنات (المسافات)
0,224	0,565	1
0,224	0,479	2
0,224	-0,477	3
0,224	0,244	4
0,224	-0,036	5
0,224	-0,089	6
0,224	-0,119	7
0,224	0,096	8
0,224	0,033	9
0,224	-0,193	10

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الارتباط الذاتي الجزئي من الدرجة الأولى (0.565) يساوي الارتباط الذاتي من الدرجة الأولى (0.565)، حيث نلاحظ خلال

الفترة الثانية بمعامل الارتباط الذاتي الجزئي (0.479) بالنسبة المعامل في الفترة الثالثة (-0.477)، في حين الفترة الرابعة (0.244)، والخامسة (-0.036)، ونفس المقارنة لباقي الفترات، ما يدل على وجود ارتباط ذاتي جزئي للسلسلة الزمنية. كما هو مبين في الشكل الموالي:



الشكل رقم -21- التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي بالنسبة للدرجات (ل،ر)

3-تحليل التباين الأحادي للحالة (ل،ر):

للتعرف على أكثر العمليات نجاعة التي تتضمنها الخطة العلاجية المقترحة والتي أدت إلى انخفاض درجات الألم تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في إجابات المشاركين في الدراسة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

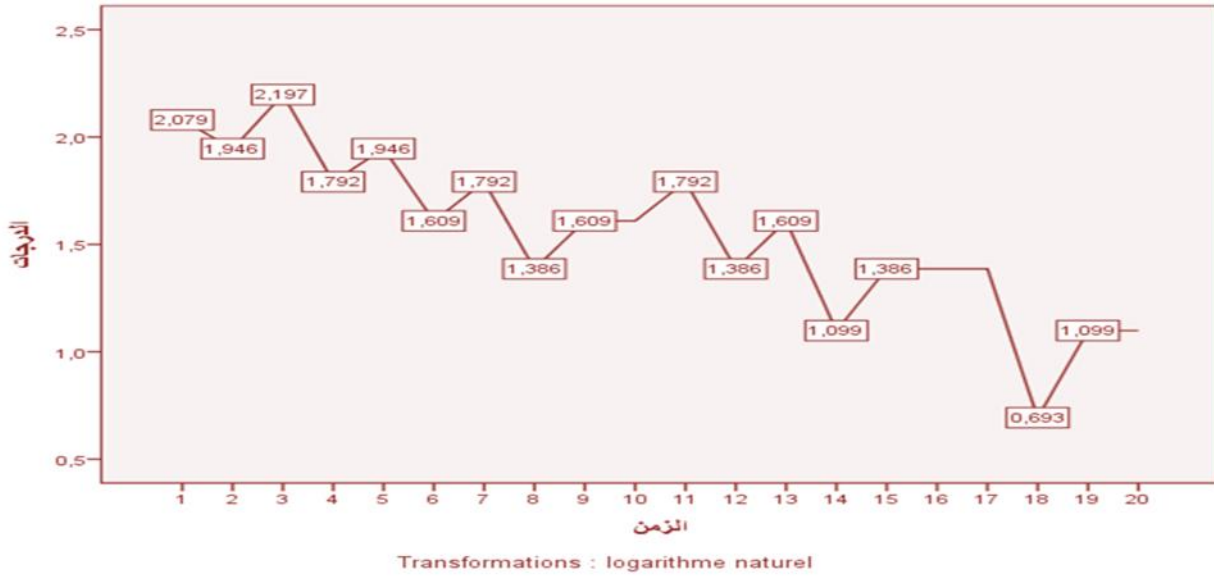
الجدول -41- نتائج تحليل التباين الأحادي (*One-way ANOVA*) لاختبار الفروقات في إجابات الحالة (ل،ر) طبقا لاختلاف الدرجات

الدرجات	مجموع المتوسطات	درجة الحرية	مربع المتوسطات	قيمة (F) المحسوبة	مستوى دلالة (F)
العمليات المعرفية	بين المجموعات	7	12,645	4,737	0.009
	داخل المجموعات	12	2,669		
العمليات السلوكية	بين المجموعات	7	8,502	2,486	0,079
	داخل المجموعات	12	3,419		

يتبين من خلال الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.009) أقل في اتجاهات الحالة حول فترات العلاج للخطة العلاجية المعرفية لإدارة الألم بدلالة العمليات المعرفية، وذلك استنادا إلى أن قيمة اختبار تحليل التباين هي (ف=4,737) ومستوى المعنوية بلغ (0,001). كما يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق في العمليات السلوكية حيث بلغت قيمة (ف=2,486).

وهذه النتيجة تبرز أن العمليات المعرفية هي أكثر نجاعة في انخفاض درجات الألم لدى الحالة (ل،ر).

ولمعرفة ما هي العمليات التي أدت إلى التحسن لدى أفراد عينة الدراسة، تمت الاستعانة بالسلسلة الزمنية من خلال حساب الفرق الأول لملاحظات ملخص العلاج واللوغاريتم الطبيعي من خلال الشكل الموالي (العمليات المستخدمة حسب الجلسات العلاجية):



شكل رقم 22- رسم بياني لسلسلة زمنية لعمليات الخطة العلاجية (ل،ر)

يحتوي الشكل على مكون الاتجاه العام والذي يظهر على شكل تناقص في الآلام حتى آخر جلسة تقريبا، وتظهر على شكل نتوءات خلال فترة العلاج، إضافة إلى مكون الدورية والتي تبدو على شكل قمم كل أسبوع، كانت النتوءات غير ساكنة فتم تحويل البيانات للحصول على السكون من خلال استخدام التحويلة اللوغاريتمية كما يظهر في الشكل السابق، وهذا أدى إلى تقلص النتوءات وسكون السلسلة الزمنية في الاتجاه العام.

4- تحليل الانحدار الخطي البسيط للسلاسل الزمنية:

سنعتمد على الانحدار البسيط (Analysis Simple Regression) لدراسة تأثير

السلسلة الزمنية لدرجات الألم في الخطة العلاجية المعرفية المقترحة عبر الزمن.

جدول رقم 42- يبين معامل التحديد (ل،ر)

النموذج	معامل الارتباط "ر"	مربع معامل الارتباط	مربع "ر" المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
1	0,88	0,76	0,74	0,909

يعرض الجدول السابق نتائج مربع معامل الارتباط المتعدد R^2 ، والذي يطلق عليه معامل التحديد وهو يمثل نسبة التباين المفسر في درجات المتغير التابع بواسطة المتغير المستقل، ويتضح من الجدول أن معامل التحديد يساوي 0,76 وهذا يشير إلى أن المتغير

المستقل (الزمن) يفسر 76% من التباين في درجات المتغير التابع (الألم)، وهي كمية كبيرة من التباين المفسر بواسطة متغير مستقل واحد.

جدول رقم -43- يبين تحليل التباين الانحدار البسيط (ل،ر)

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الانحدار	47,111	1	47,111	56,956	,000
القيمة المتبقية	14,889	18	0,827		
المجموع	62,000	19	/		

يبين هذا الجدول تحليل التباين للانحدار المتعدد حيث بلغت قيمة ف=56,956 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 000، وهذا يدل على وجود معنوية للانحدار. وعلى تأثير دال إحصائياً عند مستوى دلالة مرتفع لمتغير الزمن على متغير الألم.

جدول رقم -44- يبين نتائج الانحدار الخطي البسيط (ل،ر)

قيمة A	قيمة Béta	قيمة T	مستوى الدلالة
7,795	/	18,450	0,000
0,266	-0,872	7,547	0,000

يتضح من هذا الجدول أن الثابت دال إحصائياً، كما أن تأثير التغيرات الزمنية على درجات الألم تأثير موجب ودال إحصائياً، ومن الجدول السابق يمكن صياغة معادلة الانحدار التي تعين على التنبؤ بدرجات الألم على التغيرات الزمنية وذلك في الصورة التالية:

$$\text{(الزمن)} = 7,795 + 0.266 \times \text{الألم}$$

يتضح من الجداول السابقة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين السلسلة الزمنية لدرجات الألم في الخطة العلاجية المعرفية، وبين التغيرات الزمنية. وذلك استناداً إلى قيمة

معامل الانحدار التي بلغت ($B=0.266$) دالة إحصائية أقل من (0.01)، كما بلغ معامل التفسير ($R^2=0.760$) أي التغيرات الزمنية تؤثر في درجات الألم بنسبة (76%) كما قدرت قيمة ($F=56,956$) بمستوى دلالة أقل من (0.01).

✚ حساب الدلالة العملية "حجم التأثير" الخطة العلاجية المعرفية المقترحة لإدارة الألم لدى حالي الدراسة "2،1":

يعبر حجم التأثير عن الفرق بين المتوسط الحسابي للقياس القبلي والمتوسط الحسابي للقياس البعدي على الانحراف المعياري للقياس القبلي:

$$ES=d=\frac{\mu_1-\mu_2}{a}$$

$$8,5 = \frac{8+9}{2} = \frac{\text{القياس القبلي (1) + القياس القبلي (2)}}{2} = \mu_1$$

$$3,5 = \frac{4+3}{2} = \frac{\text{القياس البعدي (1) + القياس البعدي (2)}}{2} = \mu_2$$

*ولحساب الانحراف المعياري $a = \frac{c}{n}$ نطبق المعادلة التالية:

$$\varepsilon = \frac{\sqrt{2 \text{مج س}}}{\text{ن}} - 2 \text{مج}$$

$$\varepsilon = \frac{\sqrt{81 + 64}}{2} - 72,25$$

$$\varepsilon = 6,38$$

*وبالتعويض في معادلة حجم التأثير السابق نجد:

$$3.5-8.5$$

$$ES=d = \frac{\quad}{\quad}$$

$$6.38$$

$$ES=d=0.78 \text{ حجم تأثير متوسط}$$

❖ وبالمقارنة مع جدول كوهين لحجم التأثير نجد أن القيمة $d = 0,78$ تقع ضمن المعايير، وهذا ما يبين تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة لإدارة الألم على حالتي الدراسة، وبدرجة متوسطة، وهذا ما يتوافق مع نتائج الدلالة الاكلينيكية السابقة. أي أن للخطة العلاجية فعالية وتأثير مقبول على أفراد عينة الدراسة، وهذا ما يوضح مدى صلاحية العلاج المقترح في علاج الأمراض العضوية كالسرطان.

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1- تفسير نتائج الدراسة

2- مناقشة العامة

1- تفسير نتائج الدراسة:

1-1 تفسير نتائج الفرضية الأولى: والتي تنص على:

* يساهم تعريض مرضى السرطان المشاركين في الدراسة إلى الخطة العلاجية المقترحة في خفض درجات مستوى الألم بعد كل فترة تباطؤ زمني Lag.

من خلال النتائج المتحصل عليها وبعد حساب الدلالة الإكلينيكية للخطة العلاجية المعرفية المقترحة لدى المشاركين في الدراسة. والتي كانت قيمتها أكبر من القيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت والدال إحصائياً ($1,96 = RCI$). فبلغت قيمة RCI للمشاركين على التوالي (7,27، 12,72)، ومن خلال مؤشر التغير الثابت والقيمة الحرجة (درجة القطع) فتجاوزت مشاركتي الدراسة نقطة القطع وكان RCI موجبا ودال إحصائياً. وهذا يدل على مدى فعالية الخطة العلاجية المعرفية المقترحة في إدارة الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة.

كما تم في هذه المرحلة استخراج معاملات الارتباط الذاتي والجزئي لتأكيد فعالية الخطة العلاجية، ومعرفة التحسن الناتج عنها. وكذلك رسم حدود الثقة لدالة الارتباط الذاتي للبيانات الأصلية لمعرفة درجة الألم لدى المشاركين في الدراسة. وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (spss 25). فمن خلال النتائج المتحصل نلاحظ ثبات في السلسلة الزمنية وهذا ما يدل على مدى استقرارها في التباين. كما أننا نلاحظ وجود اتجاه عام منخفض مع الزمن، وهذا يدل على استقرار السلسلة الزمنية في المتوسط. وقد أكدت ذلك معاملات الارتباط الذاتي والجزئي في الجداول (18،19،20،21) للحالة الأولى (ف،ز)، والجداول (35،36،37،38) للحالة الثانية (ل،ر).

بعد تطبيق معايير التعرف التي تعتمد على شكل منحى دالة الارتباط الذاتي (ACF)، وشكل منحى دالة الارتباط الذاتي الجزئي (PACF)، وعند مطابقة قيم معاملات الارتباط

الذاتي والجزئي للسلسلة الزمنية في الشكل (12،13) للحالة الأولى (ف،ز)، وفي الشكل (14،15) للحالة الثانية (ل،ر). لوحظ منحى دالة الارتباط الذاتي (ACF) تتناقص تدريجياً مع مرور الزمن، وأن جميع معاملات الارتباط تقع داخل حدود الثقة باستثناء قيمتين في بداية تطبيق الخطة العلاجية. وهذا راجع لعدم تطبيقهما ومعرفتهما لتقنيات إدارة الألم للتغلب عليه، وأيضاً كانت جلسيتن لتقديم توضيحات حول مفهوم إدارة الألم. لهذا كان الاتجاه بعد التحليل يتأرجح بين الانخفاض والارتفاع. وهذا ما يشير إلى وجود عوامل إيجابية أدت إلى هذا التآرجح، وبعدها انخفضت في الجلسة الثالثة وما يليها من الجلسات العلاجية نتيجة اكتساب مشاركتي الدراسة تقنيات ساعدتهم على إدارة الألم، فأشارت نتائج الدراسات إلى أن الاستراتيجيات المثلى هي جزء لا يتجزأ من تدريب وتنقيف المريض للحد من آلام السرطان. فاستخدام الطرق والأساليب التي تركز على رعاية المريض والإدارة الذاتية والتدريب على التقنيات الفعالة لإدارة الألم تؤدي إلى نتائج أفضل.

أثبتت العديد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع مختلف الأمراض العضوية، إلا أن أرون بيك طور في علاجه المعرفي وأصبح وسيلة فعالة في معالجة مرضى السرطان والذين يعانون من آلام مزمنة بصفة خاصة، ومرضى الأمراض العضوية بصفة عامة. لكن مع ذلك لا توجد حتى الآن - في حدود إطلاع الباحثة - دراسات سابقة اعتمدت على أسلوب السلاسل الزمنية في تحليل فعالية العلاجات النفسية، إلا أنه هناك بعض الدراسات اعتمدت على أساليب مختلفة من بينها التحليل العاملي كدراسة كريستين وجاي (2006) Kristen & Guy والتي كان الهدف منها استخدام التحليل العاملي لدراسة تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الشدة والألم لدى مرضى سرطان الثدي، فأسفرت نتائج الدراسة إلى فعالية التقنيات في التحكم وإدارة الآلام من قبل المرضى، وهذه النتائج مطابقة مع نتائج الدراسة الحالية خاصة التقنيات المعرفية، وفي عينة الدراسة.

أما دراسة **تيرنر و كلانسلي (1986) Turner & Clancy** فهدفت دراسته إلى تقييم ومقارنة العلاجين (المعرفي والسلوكي) في إدارة الألم لدى عينة الدراسة ألا وهم مرضى آلام أسفل الظهر، وتم الاستعانة بمقياس ماكجيل لتقدير الألم، فتوصلت نتائج الدراسة إلى تحقيق العلاج المعرفي لنتائج أكثر فعالية من العلاج السلوكي لإدارة الألم من خلال تطبيق الأساليب والاستراتيجيات، وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية من خلال تطبيق الخطة العلاجية المعرفية المقترحة المعتمدة على النموذج المعرفي لأرون بيك. والذي قدم لحالتي الدراسة مع التزامهما بالحضور للجلسات العلاجية، وكذا التفاعل الإيجابي مع الخطة. أدى إلى نجاح الخطة العلاجية وفعاليتها في تصحيح الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة لديهما بالاعتماد على مجموعة من التقنيات ضمن علاج متعدد المحاور (المعرفي، السلوكي، الانفعالي، الاجتماعي).

كما يفسر نجاح الخطة العلاجية إلى تبني نموذج أرون بيك المعرفي باعتباره نموذج علاجي تدريبي يعتمد على أفكار المريض التلقائية. فالمعالج يساعد المريض على التعرف على تفكيره الأوتوماتيكي، ويجعله يتعلم طرقاً أكثر لصياغة خبراته المؤلمة. فبيك يرى أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة للمثير الخارجي إنما هي تحليل للمثيرات من خلال النظام المعرفي. (عبد المهدي، 2016، ص174).

فالنموذج المعرفي الذي قدمه بيك من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعاً. ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد كسبب في الأمراض العضوية، فإنه يستعين أيضاً ببعض التقنيات لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تغير معارفه ومدركاته عن ذاته ومستقبله. (شامخ، 2016، ص918).

لذا تعد الخطة العلاجية المطبقة في البحث الحالي إجراءً علاجياً مناسباً في إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وتعتقد الباحثة أن تنوع تقنيات العلاج تكون ذا أثر فعال في تدبير الألم لدى مرضى السرطان. وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية من خلال حساب الدلالة

الإكلينيكية. فقد تم تبديل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية لدى مشاركتي الدراسة، وتبديلها بأفكار إيجابية انطلاقاً من تنظيم الأفكار المرتبطة بين الأحداث والمؤثرات الاجتماعية والانفعالية. وهذا ما ظهر واضحاً من خلال قياس شدة الألم. فالمعالج المعرفي يخاطب المريض بمنطق واضح، ويقترح عليه تقنيات مألوفة، فهو قادر على أن يؤتي ثماره العلاجية منذ الجلسة الأولى. (بيك، 2000، ص 20).

وبالتالي وفقاً للمبادئ النظرية للعلاج المعرفي والتي أشارت لها الباحثة في الفصل الخاص بالعلاج المعرفي، فإن إشراك المريض في الجلسات العلاجية تهدف إلى تعديل الأفكار والمشاعر والمعتقدات، وكذلك السلوكيات من خلال الفنيات العلاجية المختلفة (إعادة الصياغة المعرفية) يؤدي إلى نتائج إيجابية بالنسبة للمرضى ويزيد من قدرتهم على التحكم في النتائج السلبية للمرض. (حسانين، 2013، ص 481).

وهذا ما تبين من خلال بيانات السلسلة الزمنية وحساب معاملات الارتباط الذاتي والجزئي قبل التدخل العلاجي (خط الأساس) كانت درجات مشاركتي الدراسة مرتفعة، في حين بعد تطبيق الخطة العلاجية انخفضت درجاتهم مع مرور الزمن، وهذا ما أظهره مقياس شدة الألم والنشاط. فاستناداً إلى الشكلين (16، 22) واللذان يعبران عن تناقص في الآلام حتى آخر الجلسة تقريباً، باستثناء الحالة الثانية (ل، ر) كان هناك ثبات في درجات الألم وهذا راجع لإصابتها بمرض كوفيد 19 وتوقف الخطة العلاجية بشكل مؤقت، وتم مساندتها.

من خلال السلسلة الزمنية المتمثلة في منحنى بياني نلاحظ انخفاض ملحوظ في درجات الألم عبر مدة زمنية محددة بالجلسات العلاجية. ففي بداية الجلسات نلاحظ أن حالتني الدراسة لم يستطعا السيطرة على الألم بشكل واضح وإيجابي، حيث أظهرت نسبة الفروق ثبات الألم، وكان يتراوح ما بين (2,079، 2,303) بالنسبة للحالة الأولى (ف، ز)، و (2,079، 2,197) بالنسبة للحالة الثانية (ل، ر)، وهذا ما يعرف بخط الأساس، حيث كانت درجة الألم ثابتة على مدى قياسات متكررة، إلا أنه بعد إدخال العلاج المقترح على أفراد

العينة تبين أنه هناك تناقص وانخفاض ملحوظ في درجات الألم، فتراوحت الفروق بالنسبة للحالة الأولى (ف،ز): (0,693.1,099)، والشيء نفسه بالنسبة للحالة الثانية (ل،ر).

إن علاج الألم المزمن تحدي، كما أن احتمالية الشفاء منه ضعيفة، وتشير البحوث إلى أن هذا الاضطراب يمكن علاجه بفعالية من خلال العلاج الطبي النفسي الدوائي كالأدوية المضادة للاكتئاب. ومع ذلك فإن التدخلات الدوائية غالباً ما تؤدي إلى إخفاقات علاجية وآثار جانبية عكسية. لقد ثبت أن التدخلات النفسية فعالة في الألم المزمن، بما في ذلك آلام السرطان. (هوفمان، 2012:227).

ففي استعراض التحليل البعدي للدراسات السابقة والتي تضمنت فعالية العلاجات المعرفية السلوكية لإدارة الألم، لوحظ التأثيرات الموجبة للتدخلات النفسية على المرضى من خلال تمكين مرضى السرطان وتدريبهم على كيفية إدارة الآلام لاكتساب المعرفة وتصحيح الأفكار الخاطئة في إدارة آلام السرطان. فكلما زادت عدد الجلسات العلاجية كلما أدى ذلك إلى نتائج أفضل.

1-2 تفسير نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص على:

* يختلف أثر الخطة العلاجية المقترحة على انخفاض درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة باختلافات العمليات التي تتضمنها.

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية، كما يظهر في الجدول رقم (22،39). حيث بلغت قيمة ف1 للحالة (ف،ز)=9,421، وقيمة ف2 للحالة (ل،ر)=4,737 للعمليات المعرفية وهي دالة عند مستوى دلالة 0,000، أما بالنسبة للعمليات السلوكية فبلغت قيمة ف1=3,873، وقيمة ف2=2,486 وهي قيم غير دالة عند أي مستوى. وهذا يدل على وجود اختلاف بين المشاركين في الدراسة في درجات الألم باختلاف العمليات التي تتضمنها الخطة العلاجية المقترحة.

وأن نتيجة هذه الفرضية جاءت غير مطابقة للدراسة التي أجراها أحمد حسانين أحمد محمد (2007) بعنوان مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. فتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في خط الأساس مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في المتغيرات موضع الدراسة؛ إلا أنه وجد هناك فروق بين أفراد العينة عندما يضاف العلاج الطبي إلى العلاج المعرفي السلوكي؛ إلا أنه هناك دراسات أخرى أثبتت مدى فعالية العلاجات المعرفية السلوكية في تخفيف الآلام، وتعود المرضى عليه من خلال استخدام التحليل البعدي للدراسات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة كون أن مشاركتي الدراسة يعانون من نفس الآلام الناتجة عن مرض السرطان باختلاف نوعه، هذا ما جعل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية متقاربة. وهذا جاء مطابق إلى ما تم التطرق إليه في الجانب النظري؛ حيث أن الألم يؤثر لدى المرضى بمظاهر كثيرة. فنجد ثبات الأعراض المؤلمة، وتناقصها مع السبب الرئيسي، واستجابة ضعيفة للعلاج الدوائي وتأثير كبير على النشاطات اليومية والقدرات الوظيفية، وترافقها كذلك عدم الرضا العام عن العلاج.

فنجد عناصر بصفة آلية طاغية نفسية ، وانفعالية، وسلوكية، ومعرفية تستلزم تكفل عام للفرد الواحد للكشف عن الألم ومكوناته وانعكاساته. لذلك اتجهت الأبحاث إلى دراسة هذه العوامل من حيث علاقتها بالألم من أجل التصورات والاعتقادات حوله. وكذلك فهم الآليات الأساسية لحدوث الألم والحد منه وتحسين العلاج. ومن بين هذه العوامل اعتقادات الفرد وعزوه لآلامه والتي تسمح له بتعديل أفكاره حول آلامه ومرضه، ومن ثم اكتساب استراتيجيات التغلب عليه. (فاضلي وتازي، دس، ص45).

ففي الدراسة الحالية تم فيها مقارنة تأثير متغير واحد ألا وهو إدارة الألم على مدى زمني معين (حسب عدد الجلسات العلاجية). فكان الهدف منه هو الكشف عن كيفية حدوث

التغيرات خلال فترة العلاج، وهذا بالاستعانة بقيم السلسلة الزمنية لمعرفة الاتجاه العام للسلسلة، والتي تظهر في الدراسة الحالية على شكل منحنى يتناقص وبه نتوءات خلال فترة العلاج. وكانت غير ساكنة فتم تحويلها باستخدام التحويلة اللوغاريتمية للحصول على السكون. فمن خلال الشكلين (16،22)، وقيم السلسلة الزمنية، وعدد الجلسات العلاجية تبين أن من أكثر العمليات نجاحا في الخطة العلاجية هي العمليات المعرفية والمتمثلة في: التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، إعادة تفسير أحاسيس الألم، تقنية تشتيت وصرف الانتباه، والمراقبة الذاتية؛ إلا أنه لا يمكن تجاهل العمليات الأخرى. فكانت لتقنية جدولة الأنشطة السارة دورا كبيرا في إدارة الألم لدى المشاركين في الدراسة والتغلب عليه، إضافة إلى تقنية التعريض التدريجي رغم عدم وجود فروق فيها. ومن هنا يمكن أن نستشف مدى فعالية هذه التقنيات المعرفية والسلوكية لدى مشاركتي الدراسة، وبالتالي فإن الأساليب التي تم استخدامها في سياق الخطة العلاجية كانت فعالة وذات دلالة، وهذا راجع لتنوعها كما وكيفا.

من المعروف أن الألم يؤثر على مختلف جوانب حياة الفرد، وعلى جودة حياته بشكل عام، وكذا زيادة مستويات التعب، وقلة التفاعلات الاجتماعية، وعدم ممارسة الأنشطة اليومية. وهذا ما يؤثر على حالة المريض النفسية والانفعالية والاجتماعية ما يدفع ممارسي الرعاية الصحية التدخل وتطبيق أساليب لعلاج وإدارة الألم وما يصاحبها لتخفيف من حدته والتعود عليه. وهذا ما يتوافق مع الدراسة التي أجراها صقور (2017) بعنوان شدة الألم وأثرها في الناحية الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان. فتوصلت الدراسة إلى وجود تأثير الألم على الحالة الانفعالية للمرضى وخاصة عند الاناث، فعند إجراء التحليل البعدي لدراسات السابقة تبين أنه هناك تأثير ضعيف للحالة الانفعالية، وهذا راجع لقلة الدراسات في هذا المجال. إلا أن الدراسة الحالية أثبتت مدى أهمية الحالة الانفعالية لدى مشاركتي الدراسة وتأثيرها بشكل كبير على معتقداتهم وأفكارهم. وتماشيا مع ما تم ذكر من نتائج إحصائية، وكذلك الأطر النظرية يتبين أن للعلاج المعرفي فعالية في إدارة الألم، حيث ظهر هذا التحسن من خلال اكتساب استراتيجيات التغلب عليه في جميع النواحي؛ وهذا ما

كشفت عليه الجلسات النفسية المتعددة المحاور، وأيضا مقياس درجة الألم والنشاط حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن لكل محور من محاور العلاج دورا في إدارة الألم لدى حالتي الدراسة من خلال ما يلي:

*المحور المعرفي:

والذي يعتبر أساس العلاج المعرفي، فالفرد يتعرض للكثير من الأحداث والمواقف التي تعيقه عن تحقيق أهدافه ورغباته. فالاستجابات الخاطئة لتلك الأحداث ترجع إلى طريقة التفكير الخاطئة والسلبية في تفسير الأمور. وبطبيعة الحال هذا يؤثر على انفعالاته وسلوكياته.

فمرضى السرطان يعانون من تأثيرات نفسية وجسدية نتيجة العلاج الكيميائي. وهذا الأخير يخلق آثارا وخيمة تؤثر على حياة المريض، ولعل من أكثر الأعراض الآلام المزمنة والذي يعد جانبا مهما من جوانب المرض، ويشكل عجزا كبيرا لدى مرضى السرطان.

فالعوامل النفسية تلعب دورا مهما في الإحساس بالألم، فيؤثر على الناحية المعرفية للفرد وعلى استجاباته الانفعالية والسلوكية، وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية وبالاعتماد على الأساليب الإحصائية يتبين أن للمحور المعرفي دور مهم وفعال في إدارة الألم، ولعل من أبرز هذه العمليات (إعادة الإحساس بالألم، تشتيت وصرف الانتباه، التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية)، وغيرها من العمليات المعرفية التي أدت إلى انخفاض درجة الإحساس بالألم، وتقبل وضعهما، واكتساب مهارات إدارته من خلال الاعتماد على الأفكار البديلة الإيجابية.

وهنا يجدر الإشارة أن درجة الإحساس بالألم وما يسببه من عجز يعتمد أيضا بشكل كبير على طريقة تفسيره من خلال اكتساب المهارات لتقنيات إدارته، وتعديل معتقداتهم السلبية، وهذا ما ينتج عنه انخفاض تام في درجات الألم.

*المحور الانفعالي:

في هذا الصدد أجريت العديد من الدراسات في هذا المجال ومن بينهم دراسة **صقور** حول الحالة الانفعالية لمرضى السرطان حول الألم وما يترتب عليه من نتائج. فتوصلت الدراسة إلى الدور الذي تلعبه الحالة الانفعالية في التأثير على الألم المزمن. فخبرة الألم تشمل على عناصر حسية ووجدانية تؤثر في وظائف الجسم وكذا في أسلوب إدراكنا للأحداث.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية وبعد إجراء صياغة معرفية للمشاركين، وقياس درجة الألم والنشاط. تطور ملحوظ في التحكم في الحالة الانفعالية والسيطرة على الألم من خلال تقنية التنفيس الانفعالي والتي ساهمت بشكل كبير في التعرف على الانفعالات الناتجة عن المعتقدات الخاطئة وطريقة التحكم فيها.

*المحور السلوكي:

فالهدف منه هو إحداث تغييرات في السلوك بشكل إيجابي وصحي بالاستعانة بتقنيات سلوكية تساهم في القضاء على المشاعر السلبية، وتعزز تقدير الذات من خلال ممارسة الأنشطة السارة من احتكاك مع الآخرين والاندماج في الأنشطة المحببة لديهم، فيتم من خلال قائمة الأنشطة السارة تشجيع الحالة على مواجهة المواقف من خلال التعرض التدريجي لها، والتعود على ممارستها.

*المحور الاجتماعي:

إن مفهوم المهارات الاجتماعية وتنمية التوكيدية هو نتاج لعمليات تفاعلية فيما بينها بدءا بالجانب المعرفي، والسلوكي، والانفعالي وذلك من خلال التعبير عن المشاعر والاتجاهات لأثارها في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي السليم.

لقد أظهرت البحوث أن تأكيد الذات من أهم المهارات التي تساعد على تحقيق علاقات اجتماعية وفاعلية والتواصل مع العالم الخارجي. فالهدف منه هو مساعدة الحالة على تعلم أنماط جديدة من التفكير التي تساعده على مواجهة الموقف بدقة.

3-1 تفسير الفرضية الثالثة: والتي تنص على:

* يزداد الانخفاض في درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة أكثر كلما تكرر تعريضهم للخطة العلاجية المقترحة عبر الزمن.

بالنظر إلى نتيجة حساب الدلالة العملية للخطة العلاجية المعرفية المقترحة والمطبقة على المشاركين في الدراسة، حيث بلغت قيمة حجم التأثير $ES=d=0.78$ وبالمقارنة مع جدول كوهين يتبين أنها تقع ضمن المعايير وأن للخطة العلاجية تأثير متوسط وقريب جدا من التأثير الكبير.

وعليه فإن للخطة العلاجية المقترحة تأثير متوسط ومقبول في إدارة الآلام لدى مرضى السرطان، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج الدلالة الاكلينيكية والارتباط الذاتي والجزئي، والتي جاءت قيمتهما تبين مدى فعالية العلاج المقدم لمرضى آلام السرطان.

وهذه النتيجة جاءت مؤيدة للدراسة التي قام بها كل من كريستين وجاي (2006) **kristen & guy** بعنوان فعالية العلاج المعرفي السلوكي لإدارة الضغوط والآلام لدى مرضى سرطان الثدي (التحليل العاملي). فتوصلت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يكون أكثر تأثيرا عندما يطبق بشكل فردي لمعالجة الضغوط والآلام لدى مرضى السرطان فبلغت قيمة $d=0.49$ وهي ضعيفة بالنسبة لمعايير جدول كوهين.

وما يؤكد أيضا أن الدراسة الحالية أثبتت مدى فعالية العلاج المعرفي وأن له أثر في إدارة الألم المزمن للمشاركين في الدراسة تبعا لاستجاباتها على مقياس درجة الألم والنشاط، حيث بينت قيم السلسلة الزمنية انخفاضا في درجات الألم مقارنة بدرجات خط الأساس، وهذا

ما صرحت به المشاركتين بعد تطبيق الخطة العلاجية المقترحة، والتحسن الملحوظ في تدبير الألم والتعود عليه.

تفسر الباحثة التحسن المتوسط للخطة العلاجية المعرفية المقترحة كون الخطة مقترح مبدئي وأولي يحتاج إلى تطوير في الأساليب والتقنيات، وكذلك جاء بهدف علاج عرض معين ألا وهو الألم المزمن، وكان الهدف منه تحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة. ومساعدة الحالتين على التعود عليه من خلال تقديم عرض مصغر حول الألم المزمن والنماذج المفسرة له، وتدريبهم على تقنيات إدارة الألم المقسمة إلى عدة مكونات (معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية) من أجل تعليمهم كيفية التأقلم مع الألم وتجنب آثاره السلبية والتي تنعكس على حالتهم النفسية والجسدية.

كما يرجع أيضا كون حجم التأثير متوسطا إلى فترة المتابعة والتي كانت قصيرة للتحقق من مدى فعالية وتأثير العلاج المقترح والتي كانت محددة بشهر ونصف بعد الجلسة الختامية، إلا أن هذه المدة قصيرة مقارنة مع المدة الواجب استغراقها في جلسات المتابعة والتي تصل إلى 12 شهرا. وكون المشاركتين أيضا تعانين من مرض مستعصي وصعب، وأعراضه تبقى مستمرة طول فترة العلاج الكيميائي، لذا وجب دائما المتابعة مع حالات مرضى السرطان لتجنب الانتكاسة، وتدريبهم دائما على مهارات مواجهة المرض وأعراضه المزعجة بشكل متواصل.

وفي نفس الصدد تم دراسة مدى تأثير المدة الزمنية على درجات الألم المقاسة بمقياس درجة الألم والنشاط، فتم الاستعانة بنموذج الانحدار البسيط في السلاسل الزمنية. فأظهرت النتائج إدخال متغير المدة الزمنية وتأثيره على درجات الألم لدى مشاركتي الدراسة أن النموذج دال عند مستوى 0,000، حيث كانت قيم معامل بيرسون للمشاركتين على التوالي دالة كما بينه الجدول رقم (23،40)، فبلغت قيمة $r = (0,76, 0,75)$.

وهذا يشير إلى مدى تماثل القيم وأن استجابات الحالتين كانت حقيقية ومتوقعة، وهو ما يؤكد على أن البيانات ملائمة لبناء نموذج الانحدار البسيط لسلاسل الزمنية، والشيء نفسه بالنسبة لتباين في النموذج الموضح في الجدول رقم (24، 41)، وهي قيم دالة عند 0,000 فبلغت قيمة ف= $(52,539, 56,956)$. وهذا ما يؤكد على أن معامل الانحدار للمتغير المستقل ثابت عند المتغير الآخر. وهذا ما يدل على جودة النموذج أنه كان جيد. وبهذا فالدراسة كشفت على أن الأثر دال للمدة الزمنية على درجات الألم.

ف نجد أن معظم الدراسات التي تناولت البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لمرضى آلام السرطان وجود أثر له، ففي دراسة **لينا أحمد خليفة (2014)** بعنوان فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر، توصلت إلى أن للبرنامج أثرا على أفراد عينة الدراسة ولصالح المجموعة التجريبية. وكذا دراسة **ماج جوهانسون (2016)** بعنوان فعالية العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية على الآلام ما بعد العلاج المتأخر لدى النساء المعالجات لسرطان الثدي الأولي. فأظهرت الدراسة فعالية العلاج وتأثيرا قويا وإحصائيا على شدة الألم ، مما يشير إلى أن العلاج قد تكون تقنياته فعالة لإعادة تأهيل الألم لدى مرضى السرطان.

هذا من جهة، وجهة أخرى فإن للمدة الزمنية تأثيرا على انخفاض درجات الألم وهذا ما بينته نتائج الدراسة الحالية من خلال حساب معامل الانحدار والتي بلغت $B=(0,367)$ ، $(0,266)$ على التوالي، وكما هو موضح في الجدول رقم (25، 42) ما يفسر أنه كلما اتجهت مؤشرات الزمن نحو المستوى الطبيعي، كلما انخفضت درجات الألم.

2- مناقشة العامة:

واستخلاصا لما سبق بينت نتائج الدراسة الحالية أن للخطة العلاجية المعرفية المقترحة أثرا وفعالية في إدارة الألم والتحكم فيه، وقد تجلت هذه النتيجة في انخفاض درجات الألم والتي كشف عنها مقياس درجة الألم والنشاط من خلال القياسات المتكررة بعد تطبيق الخطة

طيلة مدة تطبيقها، وبعد متابعة المشاركتين موضع الدراسة، والتي كانت ناتجة عن الإصابة بمرض السرطان وما خلفه من آثار نتيجة صدمة الإفصاح عن تشخيص المرض. إضافة إلى أعراضه الجانبية غير المرغوب فيها والتي من بينها الآلام الشديدة سواء قبل تشخيص المرض أو بعده، وعدم تقبلهما للمرض. فظهرت لديهما زملة من الأعراض سواء من الناحية النفسية، أو المعرفية، أو الاجتماعية، أو السلوكية. ولعل من أبرز الأعراض والتي سببت لهما هاجسا في حياتهما الآلام المزمنة التي بسببها انزلوا عن المجتمع، وانسحبوا من معظم الأنشطة اليومية، علاوة على ذلك سيطرة الأفكار السلبية عليهما والمعتقدات الخاطئة اتجاه المرض والألم على وجه الخصوص. فبتطبيق خطوات الخطة العلاجية المعرفية المقترحة أدت إلى انخفاض درجة الألم والتي ظهرت من خلال قيم السلسلة الزمنية بعد تطبيق ومقارنة بالقياسات قبل تطبيق الخطة أو ما يسمى بخط الأساس "القاعدي".

في ضوء ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة، تم التأكد من فعالية الخطة العلاجية المعرفية المقترحة من خلال حساب الدلالة الإكلينيكية للحالتين موضع الدراسة الحالية. وكانت قيمتها أكبر من القيمة الحرجة لمؤشر التغير الثابت ($RCI=1.96$)، حيث تحصلت المشاركتين على القيمتين (7,27، 12,72) على التوالي. كما أظهرت النتائج تأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة على مشاركتي الدراسة وبدرجة متوسطة قريبة من التأثير الكبير، من خلال تموضع قيمة الدلالة العملية حسب جدول كوهين لقوة التأثير الخطة العلاجية المقترحة، فبلغت قيمتها (0,78). وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية، واستجابات مشاركتي الدراسة على مقياس درجة الألم والنشاط، وهذا ما يبين تحسنا من الآلام المزمنة، والوصول إلى نتائج إيجابية.

من خلال تطبيق الخطة العلاجية المعرفية المقترحة مع مرضى السرطان والذين يعانون من آلام مزمنة، تبين أنه ساعد مشاركتي الدراسة كثيرا في تخطي الأزمة التي كانا يعانيان منها نتيجة الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، والذي شكل هذا الأخير لهما تهديدا على صحتهم

النفسية والجسدية، وهذا ما أظهرته نتائج القياسات قبل تطبيق الخطة (خط الأساس)، حيث كانت درجاتهما مرتفعة وثابتة، وهذا ما دل على أن المشاركتين تعانين من آلام مزمنة شديدة نتيجة المرض والعلاج، وهذا ما أثر على نمط حياتهما من كل النواحي.

فبمتابعة المشاركتين موضع الدراسة الحالية، وبصورة تطويرية من خلال الجلسات العلاجية وفق الخطة العلاجية المعرفية، تم تحقيق نتائج إيجابية كانت واضحة من خلال استجاباتهما على مقياس درجة الألم والنشاط، وكذا على مستوى استجاباتهما السلوكية، والانفعالية، والمعرفية، والاجتماعية من خلال تحليل لمختلف المواقف أثناء الجلسات العلاجية. فالمشاركتان تعودتا على تقبل الألم واستطاعتا السيطرة عليه من خلال ما اكتسبتهما أثناء الجلسات العلاجية من خلال تطبيق العلاج المعرفي عند أرون بيك والذي أكسبهما استراتيجيات وتقنيات جعلهما يحققان إمكانية التعود على المرض وضغوطه، والتكيف مع الآلام الناتجة عنه، وكذلك إمكانية مواجهة أي توقعات سلبية أو تطورات جديدة.

وحسب تفسير الباحثة ترجع نتائج الدراسة الحالية والتي بينت مدى فعالية وتأثير الخطة العلاجية المعرفية المقترحة إلى تبني الباحثة النموذج المعرفي في علاج آلام السرطان، وقد اعتمدت تحديدا على نموذج أرون بيك كونه أسلوبا علاجيا متطورا في علاج الأمراض العضوية والذي نحاول من خلاله تعديل الأفكار والسلوك، وتأثيره في عمليات التفكير، حيث أنه من المعروف أن للأفكار تأثير في سلوكيات الأفراد. فالأفكار الأوتوماتيكية التي تحدث لدى مريض السرطان تكون ناتجة عن أحداث انفعالية مزعجة تؤثر في المريض.

فالعلاج المعرفي يساعد المريض على تحديد الأفكار السلبية والتي تكون ناشئة عن اعتقادات خاطئة، فمن خلال الواجبات المنزلية يحقق المريض تفكيرا مرتبطا أكثر بالواقع، ولذلك قامت الباحثة باستخدام الفنيات المعرفية، والسلوكية، والانفعالية، وكذلك الاجتماعية لتساعد مريض آلام السرطان على الربط بين التفكير والانفعال والسلوك، وأن يراقب أفكاره السلبية ويفحصها من أجل الوصول إلى تفكير إيجابي ومنطقي.

ويشكل إجمالي فالعلاج المستخدم في الدراسة الحالية نجاح في اقتراح أسلوب علاجي لإدارة الألم لدى مرضى السرطان، وهناك تأثير للنموذج المعرفي عند أرون بيك في التخفيف من أعراض المرض، وتحسين المهارات الاجتماعية، وهذا ما اتضح من خلال القيم البعدية للسلسلة الزمنية والجلسة التتبعية، حيث أن الدرجات على مقياس درجة الألم والنشاط بعد التدخل العلاجي والجلسة التتبعية بقيت ثابتة لدى مشاركتي الدراسة، وهذا ما يفسر مدى فعالية وتأثير الخطة العلاجية المقترحة، وأن تأثيره يدوم لفترة أطول، وهذا الذي حرصت عليه الباحثة من خلال العملية العلاجية، ومواجهة مشاركتي الدراسة باحتمال رجوع الأعراض، وحدث بعض المواقف غير السارة خلال فترة العلاج، أو بعد انتهائها. ومحاولة مساعدتهما على إدراك هذه الأعراض، وأنها لا تعني بضرورة استمرارها. فبعد اكتساب مشاركتي الدراسة العديد من التقنيات والمهارات بإمكانهما مواجهة الموقف وتعزيز قدرتهما في تحسين حالتها.

كما جاءت هذه الدراسة في إطار النموذج البيونفسي اجتماعي، ونظرية بوابة التحكم بالألم، حيث تنظر إلى الألم على أنه مفهوم متعدد الأبعاد يشتمل على عوامل معرفية، انفعالية، وسلوكية، وبيولوجية. فانبثقت منهما أساليب علاجية متنوعة وأثبتت الأبحاث مدى فعاليتها في تحقيق الألم والتقليل من الأعراض المرتبطة به.

وناهيك عن ذلك ترجع فعالية الخطة العلاجية المقترحة أيضا إلى خصائص مشاركتي الدراسة من حيث المستوى التعليمي والذي ساعد كثيرا في فهم واستيعاب خطواتها وأهدافها، وما يقدم لهما خلال الجلسات العلاجية وتطبيقهما لتقنيات العلاج المقترح، والقيام بالواجبات المنزلية.

ولا يفوتنا أن ننوه إلى أن فعالية العلاج كانت متوسطة من خلال قيمة الدلالة العملية لحجم الأثر، وتفسر الباحثة هذه النتيجة لقصر تطبيق خطوات الخطة العلاجية، إضافة إلى

تدريب المشاركتين على تقنيات العلاج ومبادئه من خلال تقديم شروحات وتوضيحات حول الهدف المرجو من الخطة المقدمة.

ولا يمكن أن نعتبر أي علاج نفسي علاجاً علمياً، إلا إذا أثبتنا فعاليته وتأثيره، وهذا ما تم إثباته من خلال فرضيات الدراسة والتي كانت تنص على:

- يساهم تعريض مرضى السرطان المشاركين في الدراسة إلى الخطة العلاجية المقترحة في خفض درجات الألم بعد كل فترة تباطؤ زمني Lag.

- يختلف أثر الخطة العلاجية المقترحة على انخفاض درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة باختلافات العمليات التي تتضمنها.

- يزداد الانخفاض في درجات الألم لدى مرضى السرطان المشاركين في الدراسة أكثر كلما تكرر تعريضهم للخطة العلاجية المقترحة عبر الزمن.

وتمت مناقشة نتائج هذه الفرضيات في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، حيث هناك دراسات سابقة اتفقت مع نتائج الدراسة الحالية من حيث الفعالية والتأثير، وتوصلوا إلى أن للعلاج المعرفي فعالية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان، وأن له تأثير فعال من خلال نتائج التحليل البعدي، إلا أنه لا توجد دراسات أثبتت نجاعة العلاج المعرفي من خلال العمليات المستخدمة في الخطة العلاجية، ومن بين هذه الدراسات: دراسة صقور (2016)، ودراسة كريستين وجاي (2006)، دراسة تيرنر وكلانسكي (1986)؛ إلا أنه هناك دراسة جاءت معارضة لنتائج الدراسة الحالية وهي دراسة أحمد حسانين أحمد (2007) حيث أنه توصل إلى أن للعلاج المعرفي السلوكي فعالية بإضافة العلاج الطبي، كما أنه هناك دراسات أثبتت بأنه هناك تأثير للعلاج المعرفي السلوكي، والتي بينتها دراسة ماجا جوهانسون (2016)، ودراسة صقور (2013)، ودراسة لنا أحمد خليفة (2014).

وتختلف نتائج الدراسة الحالية عن نتائج الدراسات السابقة من حيث خصائص العينة، وكذلك المنهج المستخدم في الدراسة، والأساليب الإحصائية المعتمدة.

وفيما يخص مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري، فقد أظهرت النتائج أن مشاركتي الدراسة تعانين من آلام مزمنة نتيجة الإصابة بمرض السرطان، وما تولد عنه جملة من الأعراض التي أثرت على مختلف النواحي النفسية (المعرفية، السلوكية، الاجتماعية)، والتي تم الكشف عنها لدى مشاركتي الدراسة الحالية، حيث وجد **بيلز وكوليز (2002) Belez & kolyz** أنه كثير من المرضى يعانون من ضعف مرتبط بالآلم يؤثر على قدرتهم على المشي والوقوف والرفع والتحمل. (حسانين، 2010، ص 141) وهذا ما يؤدي إلى اختلال في المهام والأنشطة.

ففي إطار نظرية بوابة التحكم بالآلم هناك عوامل تؤثر وتؤدي إلى فتح وغلق البوابة، وهذه العوامل تنقسم إلى عوامل معرفية، وسلوكية، ووجدانية. فالتركيز الزائد على الآلم والانزعاج منه وتذكر الأشياء والتي تتعلق به في أن المستقبل سيكون مأساوي، أما الوجدانية تتضمن القلق، والاكتئاب، واليأس، والضغط. والسلوكية تتضمن الانسحاب والانعزال، فالتحكم في الآلم من خلال النظرية لابد من الاستعانة بأساليب علاجية متمثلة في القدرة على التغلب على الآلم، وتشتيت الانتباه بعيدا عنه، وكذلك الاتجاهات الإيجابية نحوه، وإدارة الضغوط المرتبطة به. (حسانين، 2013).

وهذا ما يسعى إليه النموذج المعرفي من خلال استجابات الأفراد للآلم الذي يعانون منه، والتي تؤثر عليهم على كل النواحي المعارف (الأفكار والمعتقدات) المرتبطة به، فتقدير المرضى للآلم يلعب دورا مهما ورئيسي في هذا النموذج.

فالنموذج المعرفي يركز على تفاعل كل المكونات وعلى العلاقة التبادلية بين العوامل في التأثير على خبرة الآلم المزمن واستمراره. فنموذج بيك المعرفي قدم مجموعة من الأساليب العلاجية والتي تجمع بين الأفكار والسلوكيات من أجل معالجة المعلومات التي تكون ناتجة عن فعاليتهم الشخصية في التحكم وإدراك الآلم.

وفي هذا الإطار جاء نموذج لتفسير نتائج الدراسة الحالية المتوصل إليها، والمتمثل في النموذج البيونفسي اجتماعي، والذي أدى إلى ابتكار برامج إدارة الألم المتعدد المكونات، وهو الأكثر فعالية من حيث العلاج، وما يجعل المريض الذي يعاني من آلام مزمنة يحظى بفرصة أكبر لاستعادة وظائفه وتحسن الكبير في جودة حياته وارتفاع فعاليته الذاتية.

ومن خلال النتائج السابقة للدراسة الحالية، لابد من معرفة مدى صدق نتائج الدراسة الحالية وإمكانية تعميمها من خلال **الصدق الداخلي** والذي من خلاله اعتمدت الباحثة على منهج بحث الحالة المفردة مع التصميم التجريبي للسلاسل الزمنية (أ-ب) كأحد التصميمات التجريبية في بحث الفرد الواحد، حيث أن (أ) هو خط القاعدة (الأساس)، و(ب) هو المعالجة. فاستخدمت الباحثة عند تطبيق خطوات الخطة العلاجية المقترحة قياسات متكررة قبل التدخل العلاجي أو ما يعرف بخط الأساس التأكد من وجود العرض المراد علاجه في الخطة العلاجية، وثبات درجاته والمتمثل في الألم المزمن من خلال تطبيق المقياس المتدرج لقياس الألم والنشاط (0-10)، حيث تمثل الدرجة (0) عدم وجود ألم، و(10) درجة مرتفعة من الألم. وهذا ما أكد للباحثة وجوب تطبيق الخطة العلاجية بعد القياسات المتكررة لدرجة الألم. بواقع جلستين كل أسبوع، وفي الدراسة الحالية تم تقييم جودة البحث حيث كانت ذا صدق داخلي مرتفع وهذا نتيجة تأثير المتغير المستقل (العلاج) على المتغير التابع (الألم)، وهذا ما أثبتته نتائج الدراسة الحالية من خلال التأكد من فرضياتها؛ إلا أنه هناك متغيرات وسيطة ساعدت على زيادة فعالية العلاج ومن بينها متغير الفعالية الذاتية المدركة حيث لقي المفهوم اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن.

حيث وحسب **باندورا Bandura** فإن الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تحقيق الآمهم، ويكونون أكثر ميلا للبحث عن المهارات والتقنيات التي تساعدهم في إدارة آلامهم، والاستمرار في ممارسة أنشطتهم.

وبخصوص **الصدق الخارجي** فيشير إلى مدى الحصول على النتائج نفسها باستخدام التجربة نفسها لأفراد آخرين، ويمكن تكرار التجربة. ففي الدراسة الحالية تم الاعتماد على

مقياس درجة الألم والنشاط المتدرج والذي طبق على مشاركتين بشكل منفرد، ويشتركان في بعض الخصائص والتي من بينها التقارب في السن، من نفس الجنس، يعانيان من نفس المرض (مرض السرطان) باختلاف نوعه. كما يختلفان في المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية.

فمن الطبيعي أن يكون الصدق الخارجي منخفضا إلا في حالة تعميم نتائج الدراسة على نفس العينة من حيث كل الخصائص (السن، الجنس، نوع المرض، المستوى التعليمي...).

أما عن الصدق البيئي فاعتمدت الباحثة على النموذج المعرفي عند أرون بيك وعلى أهم تقنياته لإدارة الألم لدى مرضى السرطان؛ حيث تم استخدام مقياس درجة الألم والنشاط، وتم الوصول إلى نتائج مقبولة في التعود على الألم من قبل المشاركين في الدراسة. من خلال تطبيق خطوات الخطة العلاجية المقترحة. في حين يمكن تطبيق نماذج أخرى وتكون ذات فعالية في إدارة الألم كنموذج ميكنباوم والقائم على تغيير الحوار الداخلي للفرد وتحديد الأهداف المراد تحقيقها، وكذلك تقييم المثيرات التي في الغالب تعزى إلى أسباب سلوكية وتوقعاته عن قدراته الخاصة في معالجة الموقف الضاغط. وهذا الأخير يؤثر على انفعالات الفرد وعلى فيزيولوجيته. وأيضا يمكن الاعتماد على مقاييس أخرى كمقاييس استراتيجيات التغلب على الألم، مقياس ماكجيل للألم.

وفي نفس الصدد تم التطرق إلى الصدق التكويني انطلاقا من نتائج الدراسة الحالية التي تم التوصل إليها من خلال القياسات المتكررة لسلاسل الزمنية. تم حساب الارتباط الذاتي والجزئي للمشاركين في الدراسة بعد تطبيق الخطة العلاجية المقترحة. تم الوصول إلى أنه هناك علاقة بين متغيرات الدراسة (الخطة العلاجية المعرفية، إدارة الألم) من جميع المكونات سواء المعرفية، الانفعالية، السلوكية، الاجتماعية. فحسب الجمعية الأمريكية لدراسة الألم تبين أن الألم من أقسى الخبرات التي يمر بها الفرد، ويعتبر من الأعراض الرئيسية عند مرضى السرطان؛ حيث هذا الأخير يتدخل في أنشطة مرغوبة لا يستطيع الفرد السيطرة عليه. وهذا غالبا يؤدي إلى تبني بعض الاتجاهات كانغماس في أفكار بعيدة عن الواقع أو

الانسحاب الاجتماعي. ما استدعى الأمر لتطبيق الخطة العلاجية وبالاستعانة بمقياس درجة الألم والنشاط، ومدى تكرار الآلام خلال فترة العلاج.

فانطلاقاً من تطبيق خطوات العلاج والمعتمد على النموذج أرون بيك أدى إلى نجاح مقبول للعلاج وتبين هذا من خلال حساب الدلالة الاكلينيكية والدلالة العملية لحجم الأثر. كما تم حساب أسلوب الانحدار البسيط لمعرفة مدى تأثير العلاج في حد ذاته على المشاركين في الدراسة؛ إلا أنه من خلال تطبيق العلاج وأثناء الجلسات العلاجية تبين أنه هناك متغيرات وسيطة أدت إلى تحسن المشاركين في العلاج والمتمثل في متغير الفعالية الذاتية المدركة. كما أنه ممكن تصميم خطة علاجية استناداً إلى متغيرات أخرى لمرضى آلام السرطان والمتمثلة في مركز ضبط الألم، وجودة الحياة المرتبط بالصحة.

وإجمالاً يمكن القول أن للعلاج المعرفي نتائج علاجية إيجابية ترتبط بانخفاض درجات الألم، وزيادة المشاركة الفعالة في تدبره، وبناء عليه يمكن القول وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية أن للخطة العلاجية المقترحة فعالية وتأثير في إدارة الألم وإدراكه من قبل مرضى السرطان، وأن التصميم التجريبي المقترح لسلاسل الزمنية حقق نتائج مقبولة من خلال النتائج المتوصل إليها، وهذا لا يعني خلو هذا التصميم من النقائص فهو كأى تصميم آخر تعثره مجموعة من النقائص يمكن إرجاعها إلى عوامل أخرى أدت إلى التحسن الملاحظ أو ساهمت فيه. وهذا من بين عيوب هذا التصميم الذي تم اختياره. إلا أنه ومن خلال نتائج الدراسة الحالية يمكن أن يكون العلاج المعرفي وسيلة فعالة في معالجة الأمراض العضوية بصفة عامة، ومرضى آلام السرطان بصفة خاصة.

خاتمة:

توجهت هذه الدراسة على تسليط الضوء على مفهوم إدارة الألم كونه شعورا غير سار، يؤدي إلى تدني مزاج الفرد نتيجة الألم الجسدي الذي يحد من قدراته الجسدية، ويضعف تركيزه، ويؤدي إلى تدني القدرة على القيام بالنشاطات اليومية الاعتيادية، وإحساسه بعدم الفاعلية ومحدودية في الدور الاجتماعي، والاعتماد على المسكنات والأدوية بصورة كبيرة نتيجة تفاقم العجز. وكل هذه العوامل تتداخل فيما بينها وتؤثر على العامل البيولوجي الرئيسي ألا وهو الألم المزمن. والذي يتأثر بدوره بالأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية، لينتج عنها أفكار أوتوماتيكية سلبية.

هذا الأخير يفتح مجالاً هاماً في ميدان العلاج النفسي بصفة عامة، ومجال العلاج المعرفي بصفة خاصة للمريض المصاب بالألم السرطان، والذي يعمل على تغيير طريقة تفكير المريض المشوهة، والأفكار التلقائية السلبية في اتجاه أكثر إيجابية وواقعية، معتمداً على فنيات معرفية لتغيير أنماط التفكير، كما يتضمن أيضاً فنيات سلوكية، اجتماعية، انفعالية لتحقيق هذا الهدف. فاهتمامه يكون منصباً خلال العملية العلاجية على الأفكار الأوتوماتيكية التي يكون المريض غير مدرك لها.

فمن خلال هذه الدراسة توصلت الباحثة إلى أن إدارة الألم تؤثر تأثيراً مباشراً على حياة المريض في جميع النواحي النفسية والجسدية، ويصعب عليه فهمها ومواجهتها وإدارتها بالشكل المناسب. ولم يتوقف مسار الدراسة على هذا التأثير فقط، بل اعتمد على أساليب وتقنيات العلاج المعرفي عند أرون بيك الذي من خلاله تم تصميم خطة علاجية مقترحة وفق هذا العلاج من أجل إدارة الألم لدى مرضى السرطان. والاعتماد على أسلوب منهجي تجريبي للحالة المفردة ذات تصميم السلاسل الزمنية (أ - ب) والذي يسعى إلى تتبع الأعراض طول فترة العلاج، ولقد تم الحصول على الخط القاعدي للمتغير التابع الألم المزمن بعد القيام بالتقييمات المستمرة لدى مشاركتي الدراسة. من خلال الاعتماد على

الخطة العلاجية على المشاركتين بشكل منفرد، يشتركان في بعض الخصائص. وتمت الاستعانة بمقياس درجة الألم والنشاط المتدرج من (0-10).

بينت نتائج الدراسة وجود فعالية للخطة العلاجية المقترحة وذلك من خلال حساب الدلالة الإكلينيكية، وكذا الارتباط الذاتي والجزئي للسلاسل الزمنية، وأن للخطة العلاجية أثر متوسط في إدارة الألم لدى مرضى السرطان. كما توصلت الدراسة إلى وجود أثر دال للمتغير الزمني في درجات الألم، وهذا ما أكده النموذج التنبؤي الذي من خلال يبين مدى جودة النموذج، وأنه كلما اتجهت مؤشرات الزمن نحو مستويات الطبيعية كلما اتجهت درجات الألم نحو الانخفاض.

هذا ما يؤكد على دور وأهمية الخطط العلاجية المعرفية في الأوساط الطبية، وما تحويه من تقنيات معرفية التي تعدل الأفكار الأوتوماتيكية، وتقنيات سلوكية لتكيف مع الآلام، والتغلب على العجز.

بالرغم من هذا هناك صعوبات واجهت الباحثة خلال تنفيذ خطوات البحث منها صعوبة تمييز أفراد العينة بين الأفكار والانفعالات والسلوك، قصر مدة المتابعة بعد تطبيق الخطة العلاجية لمعرفة مدى التحسن الناتج عنها، وفاة الحالة الثالثة بعد بدء خطوات الخطة العلاجية لإصابته بفيروس كوفيد19. كذلك طول الجلسات المبدئية من أجل تقديم شروحات عن مفهوم الألم والنماذج المفسرة له وإيصال مفهوم الألم لأفراد العينة وكيفية حدوثه فيزيولوجيا، واستيعاب التقنيات المطبقة لاحقاً.

فهذه الدراسة ما هي إلا محاولة في ميدان العلاجات النفسية، وفتح آفاق علمية لتطوير وتعديل الخطط العلاجية المخصصة لمرضى آلام السرطان. عموماً ترى الباحثة أن نتائج الدراسة الحالية هي أرضية لاستكمال الدراسة والبحث العلمي بصفة عامة، والمجال الصحي بصفة خاصة، من أجل إيجاد حلول متكاملة للتخفيف من معاناة مرضى السرطان. وكذلك توصي الباحثة العاملين في مجال الرعاية الصحية خاصة مع مرضى الآلام المزمنة الناتجة

عن الأمراض العضوية الاهتمام بتقييم كامل العوامل المؤدية للألم من جميع النواحي، لأنه يساعد كثيرا في الالتزام بالعلاج وزيادة فعاليته. وإجراء دراسات على حالات أكثر، وفي مدة زمنية طويلة لتحقيق التحسن المطلوب. وتوسيع خدمات التدخل العلاجي لمرضى آلام السرطان، والمرضى الذين يشكون من الآلام المزمنة بهدف تقديم العلاج المناسب. والقيام بدراسات متعلقة بالخطط العلاجية النفسية مع فريق متكامل بهدف تحقيق نتائج أفضل في علاج مرضى آلام السرطان.

قائمة المراجع

- إبراهيم، زيري السيد. (2016). مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية والحياة اليومية. دراسات نفسية. مج 28. ع 1.
- أبو الحسن، وائل. و نصر الله، زياد. (دس). الآثار الصحية المتعلقة بنوعية حياة مرضى آلام الظهر المزمنة بعد الحجامه". دراسة اكلينيكية استشفائية الجامعة العربية الأمريكية للبحوث. مجلد (5). العدد (5). جينيت.
- أبو شمالة، مروى علي أحمد. (2018). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات إدارة الألم للمرضى لدى طلبة التمريض في قطاع غزة. الإرشاد النفسي. جامعة الأقصى. غزة.
- أحمد حسانين أحمد. (2010). استراتيجيات التغلب على الألم وعلاقتها بمستوى الألم والعجز والاكنتاب لدى عينة من مرضى الألم المزمن بمحافظة المينا. مجلة كلية الآداب. العدد الثاني.
- أيوب، ياسرة محمد . أبو هدروس، محمد. (2015). فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية لـ"بيك" في تعديل التشوهات المعرفية لدى عينة من المتزوجات وأثره على التوافق الزواجي لديهن. مجلة رسالة التربية وعلم النفس. العدد 50. الرياض.
- باترسون، حامد الفقي. (1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ج 1. دار القلم. الكويت.
- بحاش، عبد الحق. (2019). أهمية أساليب الدلالة العملية في ترشيد نتائج وخلصات البحوث النفسية والتربوية. ARARE Journal of Psychology Volume 4-Iss
- براهمية، جهاد. (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان-دراسة ميدانية- مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد 27.
- براهمية، جهاد. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه. علم النفس المرضي. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.

- بروبكر، داغمار . مولغ، ستيفان . بيريتمان، فرانس. (2003). سيكوفيزيولوجية الأمل. ترجمة. سامر جميل رضوان. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. مركز الدراسات النفسية. العدد 54. المجلد 14. لبنان.
- بري، عدنان ماجد عبد الرحمان. (دس). طرق التنبؤ الإحصائي جامعة الملك سعود. ج2. بريطل، جويرية. (دس). سيكولوجية الأمل كيف يمكن تفسير الأمل من الناحية النفسية. الباحثون الجزائريون. <http://www.olz-res.com> (2017-11-21).
- بشناق، محمد أكرم. (2012). السرطان في قفص الاتهام (الرعاية التلطيفية لمريض السرطان). المكتبة الوطنية. عمان.
- بغول، زهير . دعشب، محمد أمين. (2014). براد يغم نسقي في علم النفس الصحة تمهيد بنيوي للنموذج البيونفسي اجتماعي". مجلة العلوم الإنسانية. عدد 41. مجلد (1).
- بلان، كمال يوسف (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- بن حجدل، سعد الحاج. (2019). الأطر التمهيدية للبحوث العلمية من الشغف إلى الفرضية. دار البداية. ناشرون وموزعون. ط1. عمان.
- بن عبيد، سعاد. (2018). فعالية تدخل علاجي معرفي- سلوكي في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج- دراسة إكلينيكية-. أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه. علم النفس العيادي. جامعة باتنة.
- بيرمان، س بيرل. (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي. ترجمة محمد نجيب الصبوة. جمعية سيد يوسف. مصر. إيتراك للنشر والتوزيع.
- بيك، أرون. (2001). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة مصطفى عادل. يعقوب غسان . دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع. بيروت.
- جاسم حسن، ظاهر هدية. و حسين محمد، علي صفاء. (2018). تأثير الإيحاء الذاتي وحل المشكلات في خفض التشوهات المعرفية لدى الشباب العاطلين عن العمل. مجلة المعهد الدولي للدراسة والبحث. جسر. مج4. ع6.

- جرالد، كوراي. (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة سامح وديع الخفس. عمان. دار الفكر. ط1.
- جمعية آدم لسرطان الطفولة. (2010). التعامل مع الألم لدى مرضى السرطان. (2018/03/21). <http://www.adams.org/pain> .21:35.
- جمعية آدم لسرطان الطفولة. (2016). علاجات الألم والسرطان. (2018/03/21). <http://www.adms.org/pediacancer-pain> 22:46
- جوديث، بيك (2008). العلاج المعرفي "أسس وأبعاد. ترجمة طلعت مطر. القاهرة. المركز القومي للترجمة.
- جونسجا، أرثري. وبيترسو، نمارك.ل. (1995-1997). خطة العلاج النفسي. ترجمة عادل دمرداش، القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الجوهري، عبد الله عمر سالم. (2008). العلاج المعرفي السلوكي. يونيو 14:00.
- حربوش، سمية. (2017). الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة. روافد. العدد2.
- حسانين، أحمد أحمد. (2007). العلاج المعرفي السلوكي. الاستراتيجيات والمبادئ. كلية الآداب والعلوم الكفرة. جامعة فارينوس. ليبيا.
- حسانين، أحمد أحمد. (2007). مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. رسالة دكتوراه. جامعة المنيا.
- حسانين، أحمد أحمد. (2011). سيكولوجية الألم. إيتراك للطباعة والنشر. القاهرة، ط1.
- حسانين، أحمد أحمد. (2013). المناحي النفسية المفسرة للألم المزمن وتطبيقاتها العملي. المجلة العلمية لكلية التربية. جامعة مصرانة. العدد الثالث. دار الخلدونية للنشر والتوزيع. الجزائر.
- حسانين، أحمد أحمد. (2014). العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. المجلة العلمية لكلية التربية- جامعة مصرانة. السنة الأولى. العدد الثاني.

حسن، عبد الرحمن علي ، الحافظ، علا محمد . حامد. لغمة شاذلي. (2011). استخدام نماذج بوكس- جينكنز في تحليل السلاسل الزمنية لبناء نموذج توليد الطاقة الكهرومائية في الفترة (2010-2014). جامعة السودان.

حواط، ديمة. (2017). العلاقة بين معتقدات الألم والحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب) لدى مرضى السرطان في مستشفيات محافظة اللاذقية. منشورات جامعية تشرين. خليفة، لينا أحمد خليفة. (2014). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر. جامعة عمان الأهلية. الأردن.

رمضان، بشير إيمان. (2015). الفعالية الذاتية والمعتقدات حول الألم والانتباه للألم كمتغيرات معرفية مليئة بشدة الألم أسفل الظهر المزمن. دراسات نفسية. مصر. المجلد. العدد 25. ع2 (213-260).
<http://search.Mandumah.com/Record /806351>

الزباد، فيصل محمد خير. (2000). الأمراض النفسية الجسدية- أمراض العصر. ط1. بيروت. دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.

الزروق، فاطمة الزهراء. (2015). علم النفس الصحي مجالاته. نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.

زعطوط، رمضان. و قريشي، عبد الكريم. (2013). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد الحادي عشر.

سالم علي، إيهاب حامد. (2020). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة. مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. العدد 50. المجلد 03.

سرى، إجلال محمد. (2000). علم النفس العلاجي. ط1. عالم الكتب. القاهرة. السقا، صباح (2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب. محاضرة علمية. مستشفى

السير للأمراض النفسية العصبية. <http://www.cbtarabia.com> (25-

09-2019، 15:19).

- سكوت، جان. وليامز، مارك، وبيك، آرون. (2002). موسوعة علم النفس العيادي (5). ترجمة حسن مصطفى عبد المعين. مكتبة زهراء. الشرق. القاهرة.
- سلامة مصلح، شريف شحدة. (2018). التنبؤ بأعداد مرضى السرطان باستخدام بوكس وجينكنز في محافظات غزة. مجلة جامعة الأزهر. غزة. سلسلة العلوم الإنسانية. المجلد 20. العدد الخاص (B). ص ص 581-610.
- سليمان، هلا محمد لينا. (2016). العلاقة بين شدة الألم وتعبيراته الشفوية (حسي-انفعالي) ميدانية على عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية ما سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. المجلد (38). العدد (04).
- سندرسون، كاترين. (2019). علم نفس الصحة- فهم العلاقة بين العقل والجسد. ترجمة مراد علي عيسى. تسيير إلياس شواش. ط1. دار الفكر. عمان.
- شامخ، بسمة. (2012). أثر أساليب التكيف المعرفية السلوكية في خفض الأعراض العصائية لدى مرضى القلب. كلية التربية. الجامعة المستنصرية. مجلة الأستاذ. العدد 203
- شدمي، رشيدة. (2015). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي. أبي بكر بلقايد. تلمسان.
- الشرييني، زكرياء أحمد. (2007). الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشرفين، نضال كمال محمد. (2017). ما وراء التحليل للأبحاث المنشودة في المجلة الأردنية في العلوم التربوية الدلالة العملية وقوة الاختبار. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس. المجلد 15. العدد 3.
- شعبان، أمحمد فضل. (2008). العلاج المعرفي السلوكي. ليبيا. الدار الجامعة للنشر والتوزيع والطباعة.
- شيلي، تايلور (2008). علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريك. فوزي شاکر داود. دار حامد للنشر. ط1. عمان. الأردن.
- صادق، عادل. (1986). الألم النفسي والعضوي. مصر. القاهرة. دار الأهرام للتوزيع. ط1.

- صقور، سام ماجد. (2018). التعبير الشفوي عن الألم لدى عينة من مرضى سرطان الدم في محافظة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. المجلد (40). العدد (5). سوريا.
- صقور، سام. (2017). شدة الألم وأثرها على الحالة الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان. منشورات جامعة دمشق.
- صقور، سام. و حسين، فراس. (2019). التعبير الشفوي عن الألم لدى عينة من مرضى سرطان الدم- دراسة مقارنة حسب العمر الزمني لتشخيص المرض- مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. المجلد (41). العدد (2).
- العاسمي، رياض نايل. (2014). علم نفس الصحة الإكلينيكي. عمان. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع. ج1.
- العاسمي، رياض نايل. (2016). علم نفس الصحة الإكلينيكي. عمان. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع. ج2.
- عبد الحميد، سلوى محمد هاني. (2015). المتغيرات النفسية والاجتماعية المؤثرة في الأمراض السرطانية: بحث تطبيقي في مركز العلاج الكيميائي بمستشفى الدمرداش. جامعة القاهرة. مجلة الآداب. العدد 112.
- عبد الحميد، محمد جمال الدين. (دس). أسلوب التحليل البعدي لنتائج البحوث والدراسات السابقة. جامعتي طنطا وقطر.
- عبد العظيم، طه حسين. (2007). العلاج النفسي المعرفي- مفاهيم وتطبيقات. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر. الإسكندرية. ط1.
- عبد اللطيف، أحمد. والأزبادة، رياض عبد اللطيف (2015). الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي والتربوي. ج1. ط1. مركز دبيونر لتعليم الفكر. عمان.
- عبد الله، محمد عادل. (2000). العلاج المعرفي السلوكي "أسس وتطبيقات". ط1. دار الرشاد. القاهرة.
- عبد المعطي، حسن مصطفى. (2002). العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية. ترجمة جان سكوت ومارك وليامز وأرون بيك. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.

- عبد المهدي، زهراء. (2016). الإرشاد-العلاج المعرفي-.
>media> .uomustansiriyah .edu.iq> .2019/04/15
- عزب، حسام الدين محمود. (2004). برنامج علاجي لخفض اضطرابات الألم لدى عينة من المعلمين. المجلة المصرية للدراسات النفسية. تصدر عن الجمعية المصرية. مجلد14. العدد 44.
- عزت، صالح نعيمة. (2019). العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية أرون بيك وجيفري يونغ. مجلة آفاق علمية. المجلد (11). العدد (03). 36 93-1112.
- عزت، عبد الحميد، حسن، محمد. (دس). الدلالة الاحصائية والدلالة العملية في البحوث. كلية التربية. جامعة الزقازيق.
- علوي، إسماعيل. وآخرون. (2009). العلاج النفسي المعرفي. عمان. جدار الكتاب العالمي للنشر والتوزيع.
- عامرة، سميرة . وطعيلي، محمد الطاهر. (2017). التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي. العدد22.
- فاضلي، أحمد. تازي، أمينة. (دس). مصدر ضبط الألم واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الفيبروميالجي. دراسات في الأروطونيا وعلم النفس العصبي.
- فرج بشير، إيمان رمضان. (2012). بعض المتغيرات المعرفية المنبئة بشدة ألم أسفل الظهر المزمن. قسم علم النفس. جامعة القاهرة.
- فرج، صفوت. (2008). علم النفس الإكلينيكي. مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- فقيه، عبد الله حسن (2003). دراسات إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة (13 / 04 / 2018).
- قاسم عبد الله، محمد. (2016). مدخل إلى الصحة النفسية. ط6. دار الفكر. عمان.
- قايد، حسين علي. (2005). مدخل إلى العلاج النفسي. مؤسسة طبية للنشر والتوزيع. القاهرة.

- قطب، منى محمد أحمد. (2017). تمكين الذات وإدارة الألم لدى مريضات سرطان الثدي. العدد الثامن عشر. الجزء الثالث.
- كفافي، علاء الدين. و علاء الدين، جهاد. (2006). موسوعة علم النفس التأهيلي. ط2. دار الفكر العربي. القاهرة.
- ليندزاي، س. ل. بول، ج م ي. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. ترجمة صفوت فرج، الأنجلو المصرية. القاهرة.
- ليهى، روبرت. (2005). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. تحرير جمعة سيد يوسف. ومحمد نجيب أحمد الصبوة. إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
- مايوكلينيك، نسا. (2020). معدل النجاة من السرطان "ما لذي يعنيه بالنسبة لمعدلات سير مرضك: Mayo fondation for Medical education and Research (MFMER°1998-2020 .<http://www.mayo.clinic.org.cancer>
- المحارب، ناصر بن إبراهيم. (2000). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. الرياض. دار الزهراء.
- المحمدي، ناظم عبد الله . طعمة، سعدية عبد الكريم. (2011). استخدام نماذج السلاسل الزمنية الموسمية للتنبؤ باستهلاك الطاقة الكهربائية في مدينة الفلوجة. مجلة جامعة الأخبار للعلوم الاقتصادية والإدارية. المجلد4. العدد7.
- محمود، علي محمد . أحمد، مصطفى علي. (2011). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. ط1. دار الزهراء. الرياض.
- مرازقة، وليدة. (2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. كلية الآداب والعلوم الإنسانية. جامعة الحاج لخضر. باتنة. الجزائر.
- مرازقة، وليدة. (2020). التدخلات المعرفية السلوكية مع الألم المزمن. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية. جامعة باتنة1. المجلد (21). العدد (01).

- مطر، أريج بنت غازي. (دس). الرعاية التلطيفي. جامعة الملك عبد العزيز. سلسلة المطبوعات التوعوية (4).
- معمرية، بشير (2007). العوامل النفسية في مرض السرطان. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. العدد 15 و 16. صيف وخريف.
- معمرية، بشير. (2019). منهج بحث الفرد الواحد وتصميماته التجريبية للباحثين والمعالجين والمرشدين النفسيين. المجلة العربية نفسانيات. العدد 62.
- مقدادي، يوسف موسى. (2018). أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين المدونة النفسية لدى الطلبة الذين آباؤهم مصابون بمرض مزمن. المنارة. المجلد (24). العدد (2).
- منتدى الحاج لخضر. (2009). ملخص كتاب العلاج المعرفي. مرض السرطان (جان سكوت). <http://hadjlakhdar.yoo7.com>
- منظمة الصحة العالمية. (2002). الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة. ركائز العمل. تقرير عالمي. <http://www.who.int.ychp>
- منظمة الصحة العالمية. (2013). تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر. المجلس التنفيذي. الدورة 34، EB 134/28.
- منظمة الصحة العالمية. (2019). المكتب الإقليمي لنشرة المتوسط. Who-emro-Who-Unt. EMRO.
- منظمة الصحة العالمية. (2002). الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة. ركائز العمل. تقرير عالمي. <http://www.who.int.chp>
- نوار، شهر زاد. (2013). دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد 13. ورقلة. الجزائر.
- الهادي، أحمد. عبد المولى، سماح. (دس). صياغة الحالة العلاج المعرفي السلوكي من كتاب Learning CBT، معرفي Cbtarbia.com
- هوفمان، اسي حي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي. ترجمة مراد علي عيسى. مصرانة. القاهرة. دار الفجر للنشر والتوزيع.

- هيومن رايتس ووتش. (2016). كنتقطع بالحريق (أتمزق ألما) التحديات والتقدم في ضمان الرعاية التلطيفية في المغرب. الولايات المتحدة الأمريكية.
- الوصيفي، الشيماء إبراهيم. (2015). نماذج بوكس وجينكنز بالتطبيق على برنامج SPSS. كلية التجارة. جامعة دمياط.
- يخلف. عثمان (2001). علم نفس الصحة- الأسس النفسية والسلوكية للصحة. دار الثقافة. الدوحة.
- يوسفي، حدة. (2016). الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية. دار أسامة للنشر والتوزيع. الأردن. ط1.
- يوسفي، محمد عادل عبد الله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات-. ط1. القاهرة، دار الرشد.
- Allocock N. Elkan R And Williams J.(2007). Patients Referred To A Pain Management Clinic Beliefs. Expectations And Priorities. J Of Adv Nurs 60(3):248-256.
- Azizabadi Farahani M Assari S.(2010). Handbook Of Disease Burdens And Quality Of Life Measures. Heidelberg: Springer.
- Bandura ,A. (1991) .Self Efficacy Mechanism In Physiological Activation And Health Promoting Behavioral In Maden I- Ed New York . Press 229-269.
- Beck & All.(1979). Cognitive Therapy Of Depression. New York .
- Beck ,A .(1976). Cognitive Therapy And Emotional Disorders. New York.
- Beck .A.T And Knapp P .(2008). Cognitive Therapy Foundations .Conceptual Models . Applications And Research . Rev . Bras . Psiquioch . 30 (2). (54-64) (On Live) Available At: At Life: // A:ABCO Host .Htm.
- Beck Et Al .(1979). Cognitive Therapy Of Depression The Guilford Press. New York.
- Beck, Arone. (2010). La Thérapie Cognitive Et Les Troubles Emotionnels. Traduction De Benord Parcal. 1er Edition. Bruxelles. Edition De Book Université.

- Borcher, Y. Pionchon, P .(2006) . Douleurs Oro Faciales CDP.
- Brennan .(2001). Adjustment To Cancer Coping Or Personal Transition Psycho Oncology. 10-P18.
- Brenner H,Arnati U .(2005). Long- Terme Survival Of Patients With Prostate Cancer In The Prostate . Specific Antigen Screening Era. Population . Based Estimates For The Year 23 (3). 441-7 Pmi D 15572727.
- Brioche.T,Merlinion-C .(2001). Guide Pratique De Traitement Des Douleurs. Paris . Elaboration D'un Questionnaire D'auto Evaluation De La Douleur Par Liste De Qualificatif. Comparaison Avec Le Mc Grill Pain. P P 119-129.
- Bruchon , Chweitzer Dantzer .(2003) .Introduction A La Psychologie De La Santé . 4eme Edition. France. Vendome .
- Chochinor HM, Dying .(2006). Dignity And New Brozons In Of Life Palliative Care . CA Cancer. Lchin 56. 84-103.
- Christina, Gregory .(2020). The Five Stages Of The Grief. An Examination Of The Kubler Ross Motel [.Http://Psycom.Net/Depression.Central/Html](http://Psycom.Net/Depression.Central/Html).
- Christophere & Al.(2009). Psychology Therapies For The Management Of Chronic Pain (Excludingheadache) In Adults. The Cohchrane Collaboration . Issue 3.
- Cochinaire J.P .(2009) . Importance Des Facteurs Sociaux .Culturels Et Religieux A La Douleur Chronique Non Cancéreuse De L'adulte. These Pour Obtenir Le Garde De Docteur En Medicine . Université Heni Poincare . Nancy 1.
- Corey .G. (2012). Theory and Practice Of Counsling and Psycho Therapy. (8th) Edition. Thomson Books Cole.
- Cosetti M.Yu Gp. Schantz SP .(2008). Five Years Survival Rates And Times Trends Of Leargneal Cancer In The Us Population .Anch. Otolaryngal Head Neck Sing 134(4). 370-9 PMID 18427002.

- Cottoraux, J. (2011). Les Psycho Therapies Comportementals Et Cognitive. 5eme Edition. Paris. Elsevier .Masson.
- Daniela – R.S, Michael. (2011). The Role Of Psychological Intervention In The Management Of Patient With Chronic Pain. Psychology Research and Behavior Management. May (04)-41-49.
- Dattilio & Freemass. (2000). Cognitive Behavioral Strategies In Crisis Intervention. The Guilford Press. New York .
- Dawon, S. Tiaro-M, Dillouch. And Judich, A Tuner. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Chronic Pain. Americain Psychologist Association 0003-066x14. Vol69, N 92, 153-166.
- Diagness S .(1998).Evaluation Et Prise En Charge Des Douleurs Post- Operation En Churegie Buccale . These Pour Obtenir Le Grade De Docteur En Chirurgie Dentaire . Université Cheikh Anta Diop De Dakar.
- Dobson .K.S .(2010). Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies . New York . The Guilford Press.
- Duggleby.(2008). Promouvoir La Santé Mentale Dans Les Soins Aux Personnes Agées Atteins De Cancer ; Psycho-Gériatrie-Assoc. Canada.
- Duplan , B. Murray, M .(2006) . Bien Soigner Le Mol De Dos . Paris. Odile. Jacob.
- Eleana, Mackllop. Sally, Sheard. (2018). Quantifying Life: Understanding The History Of Qualys,Social Science Et Medicine 211(2018/359-366).
- Fields, H .(1991). Depression And Pain : A New Biological Model New Psychiatry New Psycho Behavior Neral 4 (1) : 83-92.
- Fisher ,G.N .(2002). Traité De Psychologie De Santé .Edition Dunord. Paris. (222-326).
- Fisher, Gutave Nicolase. (2014). Psychologie De La Santé: Application Et Interventions . Paris. Edition Dunord.
- Gracely RH. Geisser ME. Giesecke T. Grant MA Petzke F. Williams DA. Clauw DJ. (2004). Pain Catastrophizing And Neural Responses To

- Pain Among Persons Withfi. Bomyalgia. Brain
APR.127(PTU):835-43. Pub Med PMID: 14960499.
- Gray Rollman .(SA). Ethno Cultural Variations In The Experience Of Pain .
Department Of Psychology University Of Western Ontario.
- Huang, Chary-Bing .(2018). Cognitive – Behavioral Therapy For Patients With
Chronic Pain : Implication Of Gender Differences In Empathy.
Medicine June 2018-Volume 97- Issue 23- Pe 10867.
- Jack, Mccain. (2013). Could Qualys Helpin Assessing High Priced Cancer
Treatment Managed Care: Decembre .
- Jadoon .N.A.Munir, W,Shalizard-M-A, Choudly Z-S .(2010). Assessment Of
Depresion And Anxiety In Adult Cancer Out Patient . A Crois
Sectional Study. Bio Med Central-10(594)-1471-2407.
- Jomin. Woo .(2016) . Qualys Loss Due To Heast Cancer In Korea. University
Of Ulsan College Of Medicine April 29.
- Judith, Sawm , S Mery, Hamilton .(2016) . Pain Managment . Course Of Health
Care Professionales.
- Keck ,Sherry. Denise Andrews , M-S-N. (2006). Pain Locus Of Control And
Quality Of Life Index Secores In Chronic Pain Patient A Pilot
Study . Directed By Dr . DONALD KANTZ 42 PP .
- Keefe .J.F. Abrnethy P.A. & Campbell C.L. (2005)/Psychological Approaches
To Understanding And Treating Disease-Related Pain. Annual
Reviues Psychology: 56:601.20.Pr.
- Keefe F. J. Rumble. M.E. S. Cipio.C.D.(2004). Psychological Aspects Of
Persistent Pain: Current State Of The Science. J. Pain.5.195-211.
- Kenneth D. Craig, Thomas Hadjistavropoulos. (2004). Pain Psychological
Perspectives; Lawrence Erlbaum Association, Publishers. Mahwah.
New Jersey. London.
- Kristin, Tatow S Guy, H,Mon,t Gomery .(2006). Cognitive Behavioral Therapy
Techniques For Detress And Pain In Breast Cancer Patients : A

- Meta Analyse .Journal Of Behavioral Medicine. Vol 29- N 01-1007/ S 10865005-9036-1. P 17.
- Leonor, Mackillop. Sally, Sheard. (2018). Quantifying Life : Understanding The History Of Quislys. Social Science Et Medicine 211 (2018/359-366).
- Lebeuillge, R Sakkour, S Le Breuillge – J .(2013). L'influence De La Culture Dans L'exprime Verbale De La Douleur . Etude Comparative Entre Les Patients. Cancereux Francais Et Syriens. Soins Palliatives .27-2013, Pp125-129.
- Leininger, Brent David .(2016). Measurement Properties Of Qualys Measures Among Older Adults With Chronic Neck Pain. Submitted To The Faculty Of University Of Minnesota. April.
- Li Huany Sall .(2018). Life Satisfaction Qualys And The Monetoy Value Of Health Life Science And Medicine 211 (13-136).
- Juyuhin – Hsiarn Lee & All .(2016). Impact Of Work Related Cancers Intawo Au Estimation With Qualys And Health Care Costs . 2211-3355, Published By Elsevier INC.
- Lutz- Show.E,Hos Kin. P.J .(2013). Radiation Oncology In Palliative Cancer Car. USA. John Wiley Sons.
- Maja, Johannsen Et Al .(2016) . Efficacy Of Mird Fulness Based Cognitive Therapy On Late Post- Treatment Pain In Women Treated For Primary Breast Cancer : A Rando Mized Controlled Trial. Journal Of Clinical On Cology – Volume 34.Number 28.
- Mariotto .A.B. Yabroff. K.R, Schoo,Y, Feuer, EJ Brown.M.L .(2011). Projections Of The Cost Of Cancer Core In The United States 2010-2020 J Natl Cancer Inst . 103 (2) 117-128.
- Melanie Lovell. (2014). NBCFA Accelerates Cancer Pain Management Into Practice. University Of Sydney. National Breast Cancer Foundation.

- Melzack R. Casy K .L. (1986). Sensory Motivational And Central Control Determinants Of Pain: A New Conceptual Model In: Kenshalo D. ED The Skin Senses Spring Field IL: CC Thomas.
- Melzack R.Swall PD .(1991). Pain Mechanisms Anew Theory. Science 150-971-979.
- Muhammad Hassan Majeed, DONNA M, Sudak .(2017). Cognitive Behavioral Therapy For Chronic Pain- On Therapeutic Approach For The Opioid Epidemic . Journal Of Psychiatric Practice Vol 23, N 806.
- Murray, Engene .(2008). Palliative Can For All Integrating Palliative Care Into Disease Management Frame Works. Joint HSE And IHF Report Of The Extending Access. Study.
- Nancy, Y Deulin ,Paula . K Longelly. (2017). Qulys As Measure Of Value In Cancer. Office Of Health Economics. London . UK 11(19-25).
- Naser, F .(1997).Psychology Of Pain Cairo. I-S-B-N 977-19-3742-1.
- National Breast Cancer Centre .(2003). Clinical Practice Guide Lines For The Psycho Social Care Of Adults With Cancer. Endorsed April NHMRC.
- National Breast Cancer Centre .(2003).Clinical Pratuce Guide Lines For The Psycho Social Care Of Adults With Cancer. End Orsed April NH MRC.
- Nilesh B- Patel (2010). Physiology Of Pain Guide To Pain Management In Low Resource Settings . I ASP. Working To Gether For Pain Relief . Chapter 3.
- Noeni Csaszar. Petra Bagdi. Daniel Peter Stoll And Henrik Szoke.(2014). Pain And Psychotherapy In The Light Of Evidence Of Psychologicaltreatment Methods Of Chronic Pain Based On Evidence. National Centre For Spinal Disorders. Departement Of Psychotherapy. Budapest.2161-0487.

- Ovide S P – Fontaine .(2000). Guide Pratique De Therapie Comportementals Et Cognitive . Paris. Edition. Retz.
- Pérrier.M. Fondras. J.C.(2004). Soins Palliatifs. Paris. Dion.
- Rebecca Burnell , Dara- O Neil, Robrin Soler, Rebecca Rayare, Wayne H, Grilles, Janet Collins , Ursula Bawer .(2012). Fifty Communities Prillings Prevention To Work Accehating Chronic Disease Prevention Through Policy Systems And Environmental Charge. Published Online. Community Health. DOI 10-1007/S10900-12-9542-3.
- Rhonda J. Moore .(2012). Handbook Of Pain And Palliative Care” Bio Be Behavioral Approaches For The Life Cause. Rokville MD. USA. Springer. New York. London.
- Roberty-Gatchel , Robbie Haggard , Christina Thomaas And Kristoy Howard. (2017). Biopsycho Social Approaches To Understanding Chronic Pain And Disability . Springs New York . London (01-16)
- Salamagne , M, H .(1994) . La Douleur Cancereuse Et Son Traitement Approche Globale Et Soin Palliative . Ed Frisonnoche.Paris .
- Santiago – Delefous- M.(2002). Psychologie De Psychologie De La Santé – Perspective Qualitative Et Quantitives. Sprimont. Margado.
- Shute, C. (2013). The Challengs Of Cancer Pain Assessment And Managements. The Ulster Medical Journal 82(1).40.42.
- Steffen, Eychmuller, Diano, Zwahten And Monica, Fliedner. (2014). The On Cological Patient In The Goerling. Berlin. Germany.
- Tester, Katberyn. (2008) . Palliative Care: A Practical Guide For The Health Professional Finding Meaning And Purpose In Life And Death . Published, 1st Edition . Elsevier. LTD.
- Turc, D-C Sokifuji, A .(1997). What Factors Physician Decision To Precibe Opiods For Chronic No Cancer Pain Patients .Clim- Jpain 13: 330-336.

- Turk D, Sokifuji .(2003) . Pain Management In L-M-Nezu SD (EDS) Handbook Of Psychologie (293-338) . NEW YORK . John Wiley S Sons . INC.
- Vardevelu.N Et Al .(2013). Essentials Of Congress Control Number . Springer. New York .
- William S Briethart, Yerne Alici .(2014). Psychosocial Palliative Care. Oxford, University Press- New York .
- World Health Organization (WHO). Cancer (28.01.2020) Available From: [Http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs279/En/](http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs279/En/)- Www.Oxfordbusinessgroupe.Com (Mardi 27.12.2019 A 22:30).
- World Health Organization (WHO). Cancer (28/01/2020). Available From: [Http://Www.Who.Int/Media Centre/Facts Heets/Fs 279/En/](http://Www.Who.Int/Media Centre/Facts Heets/Fs 279/En/).
- World Health Organization .(2018). Integrating Palliative Care And Symtome Relief Into Primary Health Care: A Who Guide For Planners,Implementers And Managers. ISB N 978-92-4-151447-7.
- World Health Organization. (2016). Integrating Palliative Care And Symtome Relief Into Primary Health Care: A Who Guide For Planners. Implemeerters And Managers.ISBN978-92-4-151447-7.
- Www.Oxford Business Groupe. Cour.(Mardi 27 Decembre 2012;22:30).
- Yupin Phianmongkhol, Kannika Thongubon, Pakapan Woottiluk. (2015). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Technique For Control Of Pain In Lung Cancer Patients: An Integrated Review PMID: 26320492.DOI107314/Apjcp2015-16-14-6033.

الملاحق

الملحق-1- الصياغة المعرفية للحالة

التاريخ	الاسم		
خبرات سابقة مؤثرة	التشخيص/ الأعراض		
عوامل بيولوجية- وراثية- طبية.	ضغوط ومؤثرات حالية		
الاستراتيجيات التعويضية	المعتقدات الجوهرية (المخطوطات)		
أهداف العلاج			
الموقف-1- "ما هو الموقف المشكل"			
السلوك	الانفعال	الأفكار التلقائية	
ماذا تفعل عندئذ؟	ما هو الانفعال المرتبط بهذه الأفكار؟	ماذا تعني هذه الأفكار بالنسبة لك؟	ما هي الأفكار التي ترد إلى عقلك؟
فرضية العلاج (التحليل الوظيفي)			
الخطة العلاجية			

الملحق-2- التحليل الوظيفي لازاروس BASIC ID(EA)

المشكلات	الأبعاد	الرمز
	-السلوك	B
	-الوجدان	A
	-الاحساس	S
	-التخيل	I
	-التفكير	C
	-العلاقات البنشخصية	I
	-الجانب البيولوجي	D
	-التوقعات	E
	-موقف المعالج	A

الملحق -3- سجل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية

الموقف الأول	الأفكار التلقائية	الانفعال	الألم	الاستجابة البديلة
-صف الموقف الحالي أو تجربة الألم التي أدت إلى شعور غير سار؟	-ما هي الأفكار والصور التي مرت على تفكيرك؟ -ما هو تقديرك لشدة معتقدك(0-100)؟	-ما هو الانفعال الذي شعرت به؟ -تقدير شدة الانفعال(0-100)؟	-أين شعرت بالألم في جسمك؟ -ما هي شدة الألم(0-10)؟ -ما هي الكلمات التي تستخدمها لوصف الألم؟	-ما هو التشويه المعرفي الذي قمت به؟

الملحق -4- تقنية الأعمدة الثلاثة

الأفكار التلقائية	التشوه	الاستجابة الانفعالية

الملحق -5- جدول المراقبة الذاتية للألم

الموقف	الأفكار الأوتوماتيكية	الأفكار البديلة	درجة الألم

الملحق -6- جدول الأنشطة اليومية السارة

النشاط اليومي	وقت القيام به	الزمن	إحساس المريض عند القيام بالنشاط	درجة الألم

الملحق -7- جدول أهداف الخطة العلاجية

الأهداف العلاجية	نسبة تحقيقها %
-التحكم في الألم	
-تصحيح المعتقدات الخاطئة حول المرض، والتفسيرات المرتبطة بالألم.	
-التعامل مع الأفكار الأوتوماتيكية بموضوعية.	
-تحسين قدرة المريضة على معرفة آثار الانفعالات الناتجة عن خبرة الألم.	
-إدراك معنى الأفكار التلقائية ومدى تأثيرها في توليد الانفعالات والسعي لدحضها وتعديلها.	
-التعود السلوكي على ممارسة الأنشطة السارة وتطبيق مواقف التوكيدية.	

الملحق -8- مقياس درجة الألم والنشاط

ألم غير محتمل	10
ألم شديد	9-8
ألم قوي "مكرب"	7-6
ألم مزعج متوسط القوة	5-4
ألم خفيف	3-2
لا ألم	1-0

الملحق -9- استمارة تقييم شامل للخطة العلاجية

نظرا لأهمية آراء أفراد المجموعة العلاجية في سير جلسات الخطة العلاجية. نطلب

منهم إعطاء تقييم للخطة مع تقديم اقتراحاتهم:

* ما رأيك في الخطة العلاجية المقدمة؟

.....
.....

* هل ساعدتك في التخفيف من الآلام التي كنت تعاني منها؟

.....
.....

* هل تحققت الأهداف المرجوة من الخطة العلاجية؟

.....
.....

* هل ساعدتك الخطة العلاجية على اكتساب تقنيات تساعدك على إدارة الألم؟

.....
.....

* ما هي مقترحاتك لتحسين محتوى الخطة العلاجية؟

.....
.....