



دار المنظومة

DAR ALMANDUMAH

الرواد في قواعد المعلومات العربية

| | |
|-------------------|---|
| العنوان: | برنامج علاجي لخفض اضطرابات الألم لدي عينة من المعلمين |
| المصدر: | المجلة المصرية للدراسات النفسية |
| الناشر: | الجمعية المصرية للدراسات النفسية |
| المؤلف الرئيسي: | عزب، حسام الدين محمود |
| المجلد/العدد: | مج14, ع44 |
| محكمة: | نعم |
| التاريخ الميلادي: | 2004 |
| الشهر: | يوليه |
| الصفحات: | 89 - 128 |
| رقم MD: | 1008658 |
| نوع المحتوى: | بحوث ومقالات |
| اللغة: | Arabic |
| قواعد المعلومات: | EduSearch |
| مواضيع: | الصحة النفسية، الاضطرابات النفسية، المعلمون |
| رابط: | http://search.mandumah.com/Record/1008658 |

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة.
يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي
وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

برنامج علاجى لخفض اضطرابات

الألم لدى عينة من المعلمين

إعداد

دكتور/ حسام الدين محمود عزب

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة عين شمس

ملخص الدراسة

إن الشعور بالألم " Pain " مظهر يرتبط بحياة الكائنات الحية ، وهو يبدأ مع الإتمان ربما قبل أن يحبو، وهو لا زال وليدا ، حيث يعبر عن شعوره بالألم من خلال البكاء، وحينما يتطور نمو الفرد ويشق طريقه في الحياة يتعرض لآلام ناشئة عن إصابات المهنة أو إصابات الملاعب الرياضية من قبيل آلام فقرات العنق neck pain، أو آلام الركبة knee pain وآلام أسفل الظهر " low back pain "، وقد يعاني الفرد من آلام ناشئة عن ممارسته الغذائية كآلام النقرس ، أو يصاب بالبدانة فيعاني من تآكل الغضاريف ، وفي كل الأحوال فإن الألم له إيجابيات تتمثل في أنه إنذار بالخطر ليبدأ الفرد في إتخاذ الإجراء اللازم، إلا أن الجوانب النفسية يلعب دورا هاما في تعميق الشعور بالألم وزيادة حجم خطورته إلى الحد الذي يصبح فيه الألم مزمنًا . وخارجا عن نطاق السيطرة بحيث يفقد العلاج الدوائي فعاليته المتوقعة ، وتهتم الدراسة الحالية بتقديم برنامج علاجي إنتقائي " Eclectic Therapy " لعينة من المعلمين والمعلمات والذين يعانون من اضطرابات نفسية ترتبط بالألم الركبة وآلام أسفل الظهر تلك التي يعاني منها أكثر من ٨٠% من أفراد المجتمع المصري لأسباب متباينة، حيث يكون استمرار الشعور بالألم -مرتبطا لدي ٦٥% من المصابين - بأبعاد نفسية من بينها الضغوط " Stresses " وأسلوب الحياة " life style " وبعض خصائص الشخصية . وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

- ١- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية والعينة الضابطة على المقياس المستخدم بعد تطبيق البرنامج، وهذه الفروق في صالح أفراد العينة التجريبية .
- ٢- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على المقياس المستخدم قبل وبعد تطبيق البرنامج، وهذه الفروق في صالح التطبيق البعدي.
- ٣- لا توجد فروق بين الذكور والإناث على المقياس المستخدم بعد تطبيق البرنامج.
- ٤- لا توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على المقياس المستخدم بعد تطبيق البرنامج وبعد مرور فترة المتابعة.

ويوصي الباحث بضرورة الإنتباه للجوانب النفسية التي تزيد من وطأة الألم وتؤثر على الأداء المهني للمعلم كما يوحى بضرورة تعميم البرامج الوقائية والعلاجية لخفض الألم لاسيما في المؤسسات التعليمية التي يتحمل فيها المعلم عبئا مهنيا ضخما.

برنامج علاجي لخفض اضطرابات

الألم لدى عينة من المعلمين

إعداد

دكتور/ حسام الدين محمود عزب

- أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة عين شمس

مقدمة :

قليل من البشر هم الذين تكتب لهم النجاة فى إحدى مراحل حياتهم من الألم "Pain"، وذلك لأن معاناة الألم عرض يرتبط بحياة الكائنات الحية، وهو يبدأ مع الإنسان فى أول بكاء يعلن عن ميلاده، حيث يختلط الألم بالوجود ليظهر فيما يسمى بصرخة الميلاد (ديفيد. David.S: ١٩٩٧ : ٩). ويرى شوونهور "Schopenhauer" الألم بحسبانه الأمر الواقعى الوحيد الذى إذا غاب تحدث اللذة (أحمد معوض: ١٩٦٥ : ١٢٣) وللألم دور إيجابى، وله قيمة فسيولوجية وطبية، فهو إشارة إنذار، ووسيلة حماية تصدر عن مكان الإصابة أو المرض ليتم التعجيل بتقديم الإنقاذ والعلاج، والألم أيضاً قد يكون له دوراً وقائياً، وأيضاً تربوى، فمنه يتعلم الإنسان أن يتجنب ما يضره وما يؤلمه، ويتجنب المخاطر ويحافظ على حياته وربما يدفعه إلى أن يكون أكثر تواضعاً وأقل قسوة وغلظة مع غيره. وبالرغم من هذه المزايا والإيجابيات التى ينطوى عليها الألم بالنسبة للبشر... فإن حظه سئ... فلا أحد يحبه !!!

إن الإحصائيات حول الألم تعطى تصوراً عن خطورته وآثاره فعلى سبيل المثال: ٩٠% من سكان العالم يعانون من آلام مختلفة بالرأس، من بينهم ٤٠ مليون لا يستطيعون الحياة بدون العقاقير الطبية، وهذه العقاقير تؤدى لتقلص أنشطة حياتهم اليومية (شيدلر هاربي: ١٩٩٨ : ٩) كما أن ٨٠% من سكان العالم يعانون فى فترات مختلفة من حياتهم من آلام أسفل الظهر، ومن آلام مفصل الركبة، ويعد هذا السبب الصحى الثانى على مستوى العالم فى الحصول على إجازة من العمل حيث

يتسبب في ضياع ١٣ مليون يوم عمل في إنجلترا، وتتفق عليها الحكومة مليار جنيه إسترليني كل عام (عبد الرحمن نور الدين: ٢٠٠١: ١٧) وفي مصر فإن ٨٠% من المواطنين يعانون من آلام أسفل الظهر ومفصل الركبة لأسباب متباينة، إما آلاماً متقطعة أو مزمنة تبدأ قبل سن الثلاثين. (ماهر فوزى: ٢٠٠٢: ٥٥-٥٦).

أهمية الدراسة:

إن الإحصائيات التي سبق ذكرها تشير إلى أهمية تقديم إسهامات العلاج النفسى للألم، فلا يمكن تجاهل هذا الحشد الضخم من هؤلاء المرضى والذين يؤكدون على أن الألم مستمر بالرغم من السعى اللاهث خلف الطب والدواء، إن أهمية هذه الدراسة ترجع إلى أنها واحدة من دراسات قليلة توجه عنايتها لخفض الألم من خلال برنامج للعلاج النفسى يتعامل مع الألم على أنه اضطراب تبدينى (إختلال التجسد) Somatization Disorder وفقاً للمحكات التشخيصية الواردة فى الدليل الإحصائى التشخيصى (DSM.IV) الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكى A.P.A حيث يتم النظر لمسألة الألم على مراكز كلينيكية بعينها كالظهر أو المفاصل أو الرأس... إلخ، دونما تحديد لظروف طبية عامة، على أنها من الاضطرابات التي تلعب فيها العوامل النفسية دوراً هاماً. (رابطة الطب النفسى الأمريكى American Psychiatric Association : ٢٠٠٠ : ٧٠١).

إن أهمية هذه الدراسة ترجع إلى تعقبها لهذه العوامل النفسية من خلال برنامج إنتقائى "Eclectic" تتضافر فيه الفنيات العلاجية التي تستهدف المكونات المعرفية والسلوكية والوجدانية بالتحليل والمواجهة من ناحية، وتدريب المريض على التعامل معها ومعرفة الإشارات الانفعالية الأولى لظهورها، والمواقف التي تستثيرها من ناحية أخرى، ومن ثم يتم إحلال السلوكيات والأفكار البديلة التي تعين على التعامل مع الألم "Coping with Pain" لاسيماً وأن غالبية المرضى هم من نوى الألم المزمن Chronic pain والذي يحمل تاريخاً قديماً فى حياة المريض قبل بلوغه سن الثلاثين من عمره. إن أهمية البرنامج ترجع لكونه برنامجاً يتدرب عليه المريض ليمتد به طوال عمره حيث يتدرب على ميكانيزمات مواجهة الألم المزمن من خلال تعديل منظومة معتقداته المعرفية، وتعديل منظومة سلوكه، ونظرته لمعنى

(٩١) = المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٤٤ - المجلد الرابع عشر - يوليه ٢٠٠٤ =

برنامج علاجي لخفض اضطرابات الألم لدى فينة من المعلمين

حياته وتدريبه على ضبط الذات Self control والاسترخاء مما يؤدي في النهاية إلى الإقلال من تناوله للدوائيات التي تؤدي لآثار جانبية خطيرة على باقي أعضاء الجسم وذلك على المدى البعيد، ولا شك أن التطلع بتطبيقات العلاج النفسى للمجالات ذات الطابع البيولوجى والفسىولوجى فيما يسمى بعلم نفس الصحة Health psychology والذى تنتمى إليه الدراسة الحالية يمثل أهمية لهذه الدراسة حيث نقل الدراسات فى هذا المجال لما لها من مواصفات فى إطارها النظرى وتطبيقاتها تشكل صعوبة فى ارتيادها.

هدف الدراسة:

تستهدف هذه الدراسة تقديم برنامجاً علاجياً انتقائياً لخفض الألم (الأم أسفل الظهر، وآلام الركبة) لدى عينة من المشتغلين بمهنة التدريس.

مشكلة الدراسة:

إن مشكلة الدراسة الحالية تتخلص فى محاولة البحث عن إجابة على التساؤلات الآتية:

- ١) هل توجد فروق جوهرية بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الألم قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي؟
- ٢) هل توجد فروق جوهرية بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الألم بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟
- ٣) هل توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث من أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الألم بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟
- ٤) هل توجد فروق جوهرية على مقياس الألم بين أفراد المجموعة التجريبية بعد التطبيق مباشرة وبعد مرور فترة المتابعة؟

تحديد المصطلحات:

تتضمن الدراسة الحالية المصطلحات الآتية:

البرنامج العلاجي: Therapeutic program

يمثل البرنامج العلاجي فى هذه الدراسة نسقاً انتقائياً "Eclectic" من عدة فنيات ذات فعالية ترتبط بهدف البرنامج وهو خفض الألم. وهذا الأسلوب الانتقائى يرتبط

بتاريخ في مجال العلاج النفسي بدأه فريدريك ثورن F. Thorn. في بداية الستينات، ثم استخدمه لازاروس Lazarus. A في أوائل السبعينات أطلق عليه المختصر "BASIC Id" (نادر فهمي الزبيد ١٩٩٨: ٣١٢-٣١٤).

وقد عرف هارت "Hart.T" الانتقائية بأنها أسلوب لتطوير الممارسات العلاجية من خلال فنيات علاجية تنتمي لتيارات مختلفة وتطويعها لفائدة العميل. (س.هـ. باترسون. ترجمة عربية: ١٩٩٠: ٤٩٦).

هذا، ويعرف الباحث البرنامج العلاجي الانتقائي بأنه منظومة متسقة من الفنيات العلاجية الانتقائية تتضافر في الإحاطة بالمكونات المعرفية والسلوكية والوجدانية المرتبطة بالألم من أجل تخفيفها وتدريب المرضى على مواجهتها والتحكم فيها فيما بعد دون الاستعانة بالمعالج.

تعريف الألم المزمن: Chronic pain

يحدد الإصدار الرابع من الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية (DSM-IV - ٢٠٠٠) أعراض الألم ضمن اختلال التجسد (التبدين) Somatization Disorder حيث يتميز هذا الاضطراب بأعراض جسمانية مثابرة منذ فترة طويلة تبدأ عادة قبل سن الثلاثين وتستمر لعدة سنوات ولها المحكات التشخيصية الآتية:

أ (تاريخ من الشكاوى البدنية قبل سن الثلاثين ولعدة سنوات وينتج عنها البحث عن علاج طبي.

ب (يجب أن تتوافر المحكات التالية مع حدوث الأعراض الفردية:

١) تاريخ لأربعة من أعراض الألم الآتية: آلام الرأس، البطن، الظهر، المفاصل، الصدر، المستقيم، أثناء دورة الحيض، أثناء المعاشرة الجنسية، أثناء التبول.

٢) تاريخ لعرضين معويين على الأقل بخلاف الألم: (مثل الغثيان، الإسهال، الانتفاخ).

٣) تاريخ لعرض جنسي واحد بخلاف الألم مثل: (اللامبالاة الجنسية، قصور في القذف أو الانتصاب، النزف أثناء الحيض، القيء أثناء الحمل...).

برنامج ملاحي لخفض اضطرابات الألم لدى مينة من المعلمين

٤) تاريخ لمرض عصبى واحد كاذب أو نقص يوحى بحالة عصبية غير محددة بالألم فقط: (صعوبة البلع، غصة فى الحلق، احتباس صوتى أو بولى).

ج- إما (١) أو (٢)

١) بعد البحث المناسب لا يمكن تفسير كل عرض من أعراض الميك (ب) جيداً بواسطة حالة طبية عامة معروفة أو بالآثار المباشرة لمادة (مثل عقار يُساء استخداماً أو دواء طبي).

٢) عندما يكون هناك حالة طبية عامة ذات صلة فإن الشكاوى البدنية أو القصور الاجتماعى أو الوظيفى يفوق ما يتوقع من تاريخ الحالة والفحص البدنى أو النتائج المعملية.

د) لا تنتج هذه الأعراض بالقصر أو بالإدعاء (كما فى حالات تصنيع الاضطرابات أو التمارض). (رابطة الطب النفسى الأمريكى A.P.A.: ٢٠٠٠: ٧٠٠-٧٠١).

وبالرغم من أن اضطراب التبدن اضطراب أحادى إلا أنه يمكن النظر إليه على أنه سلسلة متواصلة من الاختلالات، حيث تشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط نفسية يراجعون العيادات الطبية بشكاوى حول من ٩ إلى ١٢ عرض وهم جميعاً تقريباً يعانون من القلق والاكتئاب الأساسى كعامل مشترك بينهم مما يشير على ارتباط التأثير الخاص بالعوامل النفسية بالشكاوى الجسمية التى يصفونها (محمد السيد عبد الرحمن: ٢٠٠٠: ٤٦٠-٤٦١). وسوف يتبنى الباحث تعريف رابطة الطب النفسى الأمريكى (APA) فى هذه الدراسة.

الإطار النظرى:

الألم ... شئ من التاريخ:

مبذ فجر الإنسانية ظهرت الأدلة على محاولة الإنسان مواجهة وعلاج الألم، فقد جرب السحر والتعاويد وجرب الأعشاب والخمور، وكانت الشعوب البدائية تصنع تقوياً فى جمجمة المريض بآلام الرأس لتخرج الأرواح الشريرة منها، ظناً منهم أنها

حبيسة في رأس المريض. وكان قدماء المصريون يعالجون الألم بالدهانات والزيوت التي تستخدم حتى الآن من قبيل: زيت الكافور، وزيت نبات القندس البري (شيدلر هاربي، ترجمة عربية: ١٩٩٨: ١٠-١١). أما السومريون فمنذ (٥٠٠٠ ق.م) قدموا للمبتلى بالألم فضلات الحيوانات وأمعائها كطعام، حتى تشعر الشياطين التي تقطن جسده بالإهانة وتهرب... لقد اعتقدوا أنهم بهذا يضعون الشياطين في وضع غير مريح (المرجع السابق: ١٢).

ثم بدأ خفض الألم بأساليب أكثر تحضراً حينما توصل الإنسان لاستخدام عصارة الخشخاش الذي يشتق منه المورفين "Morphin" والكوداين "Codeine"، والهيروين "Heroin" (جاتشيل، ترك Gatchel & Turk : ١٩٩٩ : ٥).

ثم تطورت الأساليب الطبية والعلاجية حتى تدخلت الجراحة والإشعاع، والأدوية الكيميائية والتحفيز الكهربائي في علاج الألم، وأصبح العلاج النفسى مصاحباً للعلاج الطبى في كثير من المؤسسات ذات الخدمات العلاجية المتكاملة (ماهر فوزى: ٢٠٠٢: ١٥١-١٥٢).

المحاولات النظرية المفسرة للألم:

منذ بدايات القرن التاسع عشر اجتهد العلماء في تفسير الألم ومحاولة معرفة أسباب من أجل السيطرة عليه، وتمثل المحاولات الآتية بعضاً مما قام به العلماء من تنظيرات حول الألم.

١) النظرية التخصصية للألم: Specificity Theory

تشير هذه النظرية إلى أن الألم عملية جسمية أو نظام جسمى خاص، فهناك مستقبلات نوعية خاصة بالألم في كل عضو، وعندما تثار هذه المستقبلات فإنها تحس وتترك نوع الألم، وللنهايات العصبية المنتشرة في أنحاء الجسم أهمية كبيرة كمستقبلات لهذا الألم. (دينيس، فلور Dennis & Flor : ١٩٩٩ : ٣٩).

٢) نظرية الألم النمطية: Pattern Theory

ظهرت هذه النظرية في عام ١٨٩٤ بعد النظرية التخصصية وجاءت متممة لها. وتشير هذه النظرية إلى أن نهايات الأعصاب المنتشرة في جميع أنحاء الجسم تعمل

وفق نظام خاص ورموز معينة بحيث تحدد وتميز نماذج الدفعات العصبية خلال انتقالها إلى الجهاز العصبي المركزي، وذلك كما في حالة الانفعالات والخبرات السابقة وغير ذلك. (المرجع السابق: ٤١-٤٢).

٣) نظرية التحكم ببوابات الألم: Gate Control Theory

وتعد هذه من أحدث النظريات التي حاولت تفسير الألم وإمكانية التحكم به حيث تفترض أن ميكانيزمات الأعصاب في النخاع الشوكي تعمل كبوابات تفتح وتغلق أمام مثيرات الألم (مايلز، تيرك Myles.D & Turk.D، ١٩٩٣: ٨١). إن هذه البوابات عندما تكون مفتوحة يزداد الألم نتيجة زيادة الدفعات العصبية من خلال النخاع الشوكي إلى الجهاز العصبي المركزي حيث يتم إدراك الألم والاستجابة له. (المرجع السابق: ٨٣).

٤) الألم في ضوء نظرية التحليل النفسي:

يتمثل الألم في ضوء التحليل النفسي في صورة عصاب الصدمة أو الألم النفسي الجسمي، فيرى فرويد أن الفرد عند تعرضه لصدمة خطيرة في حياته يظل يعاني من أعراض لألم في أجزاء من جسمه تظل مستمرة معه طويلاً فضلاً عن مصاحبتها النفسية (سيجموند فرويد، ترجمة عربية: ١٩٧٨: ١٦) وبينما يستخدم فرويد المصطلح "اضطرابات عصابية" على كافة الاضطرابات الوظيفية لأي عضو في البدن تكون مصحوبة باختلالات فسيولوجية وعصبية تظهر أعراضاً للألم، فإن فينخل يرى أن الألم واحد ولكن هناك تصنيفين للاضطرابات الوظيفية: إحداهما تبدأ بتغيرات نفسية تعطى أعراضاً فيزيائية مصحوبة بالألم، وأخرى تظهر فيها الأعراض الفيزيائية (البدنية) أولاً ليكون لها مكافآت وجدانية ونفسية وسواء بدأ الأمر نفسياً ثم ظهر التبدن، أو حدثت الإصابة للعضو فظهرت الاختلالات الوجدانية فإنه لا يوجد ألم بدني أو مرض دونما تأثير نفسي. (أوتوفينخل ترجمة عربية: ١٩٦٩: ٣١٤-٣١٧: ج ٢).

٥) الألم من منظور سلوكي معرفي:

إن الألم له مظاهر يمكن ملاحظتها وقياسها، ومن ثم فإن من الممكن تحليل

سلوك الألم إلى عوامله الأولية، فهو شكوى من جانب الفرد قد تكون لفظية، أو غير لفظية (في صورة سلوك)، وتكون مصحوبة بحركات جسمية كالاستلقاء، أو الشد على الفكين أو الصراخ أو تقطيب الجبين ... إلخ. وتلعب العوامل المعرفية والتأثيرات الثقافية والبيئية دوراً أساسياً في تشكيل طريقة التعبير عن الألم واستمراريته في حالة الآلام المزمنة، كما تلعب المهنة التي يمارسها الفرد دوراً في نوعية وموضع الألم الذي يعاني منه. إن معتقدات الفرد وأفكاره تؤثر في الألم إلى حد كبير، كما أن اقتران الألم ببعض المعززات البيئية سواء الإيجابية أم السلبية يؤدي إلى تحوله إلى ألم مزمن مستمر. (موريس Morris.D: ٢٠٠٠: ١١٨-١٢٠).

الدراسات السابقة:

ما زالت التساؤلات الطبية حائرة ولا تجد إجابات منطقية حول استمرارية آلام أسفل الظهر وآلام الركبة لدى المرضى بعد مرور فترة الشفاء المتوقعة، بالرغم من المواظبة على العلاج الدوائي Pharmacological Therapy، مضافاً إلى هذا تباين استجابات المرضى الذين لديهم نفس الإصابات للألم وطرائق التكيف معه مما يجعل العوامل النفسية سواء منها الانفعالية أو المعرفية هي التفسير المقبول لكافة الآلام المزمنة والتي من بينها آلام أسفل الظهر وآلام مفصل الركبة، وإلى هذا تشير دراسات من قبيل (جون أستين John A. Astin : ٢٠٠٤، داليا محمد عزت مؤمن، عز الدين فكرى: ٢٠٠٢) كما أضاف البعض الآخر من البحوث إشارات إلى أهمية الجوانب الاجتماعية والمهنية في استمرارية الألم ليصل إلى مرحلة الكارثة البيئية "Slow Catastrophe" وهي اللفظة التي عادة ما يطلقها المرضى بالآلام المزمنة على ما يعانون منه (مايلينز Mielenz.T.J : ٢٠٠٣، سحر جاد عبد الرسول: ٢٠٠١، سميح السيد على سليم Sameh.E..Ali : ١٩٩٣، عزة حسن Azza.H : ١٩٩٣).

وبالرغم من تحمس عدد كبير من الدراسات للتدخلات الجراحية واستخدام العلاجات بالحقن والليزر ونحو ذلك (محمود حسن، Mahmoud.H: ٢٠٠١،

برنامج علاجي لخفض اضطرابات الألم لدى مينة من المعلمين

عارف محمد عطا Aref.M.A: ١٩٩٤، محمد الشرقاوى Mohammad.A: ١٩٩٣: إبراهيم مجدى Ibrahim.M: ١٩٨٨). إلا أن نفس هذه الدراسات أشارت إلى تدخل عوامل أخرى تؤدي لإحداث آثار غير مرغوبة وغير متوقعة فى حالة المرضى بعد إنهاء التدخلات الجراحية والطبية وأن هذه العوامل غالباً ما تكون نفسية واجتماعية ومهنية.

ونظراً لما حظيت به الجوانب النفسية من قبيل الاكتئاب والقلق والحالة المزاجية العامة، والغضب، وأساليب مواجهة الضغوط و..... إلخ من قيمة وأهمية فى إحداث تعميق لشعور المريض بالألم واستمراريته إلى حد أن يصبح الألم مزمناً، فإن الكثير من الدراسات الحديثة جعلت شاغلها الأكبر منصباً على مواجهة هذه العوامل النفسية من خلال برامج علاجية وتدخلية لإعانة المريض على التخلّى عن سلوكيات تجنب الألم، والتي تمثل فى حد ذاتها مصدراً لمزيد من استمرارية الألم وبقائه، بالرغم من التزام المريض بالعلاج الدوائى، إن هذه الدراسات من قبيل دراسة كل من: أوين سالترز وآخرين Owen Salters et al: ٢٠٠٤، جون آستن John.Astin: ٢٠٠٤، هالبيرن Halpern.M: ٢٠٠٣، برول وآخرون Bruehl et al: ٢٠٠٢، إكسيليس وآخرون Ekselius. et al: ١٩٩٦، إن نسبة كبيرة من الأفراد الذين تقتضى مهنتهم البقاء فى وضع واحد لفترات طويلة: كالوقوف مثلاً أو الجلوس تتراوح أعمارهم ما بين ٣٠، ٤٥ عاماً، والذين يشكلون ما بين ٦٠%، ٨٠% من مرضى آلام أسفل الظهر، وآلام مفصل الركبة، من بينهم نسبة تتراوح ما بين ٢٠% إلى ٣٧% يعانون من آلام مزمنة ومتكررة وشديدة تمنعهم لفترة من مواجهة أعباء مهنتهم. (كير وآخرون Kerr. et al: ٢٠٠٣، واديل، تيرك Waddell & Turk: ٢٠٠١، هادجيستافروبولس Hadjistavropoulos.H: ٢٠٠٠) ويرى الباحث أن أهمية العوامل النفسية وارتباطها بالألام المزمنة بشكل عام تمثل مدخلاً حديث العهد فى الدراسات العربية بشكل عام، وفى دراسات علم النفس على وجه الخصوص، ويدل على ذلك مدى افتقار المكتبة العربية للأبحاث والدراسات والمقاييس الخاصة بسلوكيات الألم

عامة وآلام أسفل الظهر ومفصل الركبة خاصة. وعلى النقيض من ذلك كانت الدراسات الأجنبية حيث تنوعت فيما يتعلق ببرامج التدخلات العلاجية فكانت غالبها تنتهج أسلوب العلاج السلوكي المعرفي Cognitive therapy لمواجهة الآلام المزمنة الحميدة "Chronic nonmalignant pain" أو آلام أسفل الظهر أو آلام مفصل الركبة (واينترود وآخرون Winterowd et al: ٢٠٠٣، جال وآخرون Gale.G et al: ٢٠٠٣، سبنس Spence.S: ١٩٩٣، نعمت حسن جلاوى الصقبي: ١٩٩٢) كما اهتمت بعض الدراسات بضبط الذات Self-control كمهارة أساسية لمواجهة الألم المزمن والتحكم السلوكي الفسيولوجي في الاضطرابات التي تظهر بعدها العلامات المعروفة لدى المريض بأنها بداية ظهور الآلام من قبيل الأحداث المحفزة للقلق، والضغط النفسي والكآبة. (فلورا وآخرون Flora.S et al: ٢٠٠٣، بيدرمان، شيفت Biederman & Schefft: ١٩٩٤) كما اهتمت دراسات أخرى بالاسترخاء "Relaxation"، وتدريب المريض لاكتساب التحكم الإرادي لوظائف جسمية ذاتية الحركة وهي التي ينجم عنها استمرارية الألم من قبيل سرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم الشرياني، وتهيج النشاط الهرموني المسبب لحالات التوتر والغضب حيث يطلق على هذه العملية التدريبية من أجل التحكم مصطلح التغذية المرتدة الحيوية Biofeedback والتي بمقتضاها تفترض هذه الدراسات أن تدريب المريض بالألم المزمن على رفع كفاءته في التحكم الإرادي لهذه الوظائف يجنبه مشكلات الألم المزمن من ناحية، ويخفف من الأساليب المرضية التي ينتهجها لتجنب الألم من ناحية أخرى حيث تشير الدراسات إلى أن هذه الأساليب التجنبية للألم تؤدي لمزيد من الألم بحيث يصبح المريض فى حلقة مفرغة لا يخرج منها. إن هذه الدراسات من قبيل (فيلجانين وآخرون Viljanen.M et al: ٢٠٠٣، جود وآخرون Good et al: ٢٠٠٢، أرينا، بلانشارد Arena & Blanchard: ٢٠٠٢).

كما يشير البعض إلى ارتباط أساليب التكيف مع الألم المزمن ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والعداوة والفوبيا وبعض الأعراض الذهانية (داليا محمد عزت مؤمن، عز الدين فكرى: ٢٠٠٢، محمد صالح هيشان: ١٩٩٠).

هذا، وقد اهتمت بعض الدراسات بمسألة ارتقاء الحس والوعي الذاتى فى محاولة للسيطرة على الألم المزمن بشكل عام بصرف النظر عن موضعه من خلال أسلوب التأمل "Meditation" الذى بصرف الذهن عن التفكير بعمق فى الألم من ناحية، ويتسامى بإمكانيات الجسد وطاقاته بشكل بناء ليتخطى المعاناة المزمنة من ناحية أخرى وهذه الدراسات من قبيل: (ساجيولا Sagula.D.A: ٢٠٠٢، جون Gaughan.A: ١٩٩١).

مما سبق من استعراض للدراسات السابقة يرى الباحث إفتقار المكتبة العربية للدراسات حول الألم بشكل عام وما يرتبط بالألم أسفل الظهر وآلام مفصل الركبة بشكل خاص، كما تفتقر لما يشير إلى آلام خاصة بمهنة التدريس بشكل أكثر خصوصية، مما يؤكد على أهمية الدراسة الراهنة، ويلاحظ فى الدراسات الأجنبية تنوعها واهتمامها بعلاقة الألم بكثير من المتغيرات النفسية فضلاً عن الاهتمام بتقديم البرامج التى تسمح بتدخل الفنيات العلاجية غير المعتمدة على العقاقير الطبيعية "nonpharmacologic therapy" كالعلاج السلوكى المعرفى، وفنيات الاسترخاء والتأمل والتغذية المرتدة الحيوية ونحو ذلك، مما حدا بالباحث إلى اتباع نهج مماثل فى محاولة صياغة برنامج علاجي انتقائى لمواجهة آلام أسفل الظهر وآلام مفصل الركبة فى صورتيهما المزمنة. إن ما سبق يقطع الشك باليقين فى أهمية الجوانب النفسية فى علاج الألم، وأنه لا مناص من ضرورة أن يسير العلاج الدوائى والعلاج النفسى جنباً إلى جنب ليكون الهدف موحداً وهو إنقاذ كائن يتألم بشكل مستمر.

فروض الدراسة:

من خلال ما سبق يفترض الباحث الفروض التالية:

(١) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية (١٠ أفراد)، والمجموعة الضابطة (١٠ أفراد) على مقياس الألم بعد تطبيق البرنامج - وهذه الفروق فى صالح أفراد المجموعة التجريبية.

(٢) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية

قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الألم وهذه الفروق فى صالح نتائج القياس بعد تطبيق البرنامج.

٣) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس الألم بعد تطبيق البرنامج.

٤) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الألم بعد التطبيق مباشرة، وبعد مرور فترة المتابعة.

إجراءات الدراسة:

اختيار العينة:

تم اختيار أفراد عينة الدراسة من معلمى المدارس الإعدادية والثانوية الحكومية والمتحقين بأقسام الدراسات العليا بكلية التربية جامعة عين شمس حيث تتراوح أعمارهم بين (٣٠ ، ٤٠ عاماً) بمتوسط قدره (٣٥ عاماً)، وانحراف معيارى ($\pm ٠,١$)، وقد تم مراعاة التجانس بين أفراد العينة التجريبية (٥ ذكور، ٥ إناث)، وبين أفراد المجموعة الضابطة (٥ ذكور، ٥ إناث) من حيث: المستوى الاقتصادي والاجتماعى والثقافى بالإضافة إلى تجانس متوسط فترة الألم التى يعانى منها أفراد المجموعتين والتى تصل إلى ٥,٢١ سنة ($\pm ٢,١$) كما تم إجراء مراجعة شاملة لنوعية العقاقير التى يستخدمها أفراد المجموعتين للعلاج حيث اتضح أن جميعها مسكنات للألم Analgesics ومضادات للالتهابات يتم تغيير نوعيتها من فترة لأخرى وفقاً لتذكرة طبية تتم بناء على نتائج الأشعة وبعض التحاليل اللازمة.

أدوات الدراسة:

تمت الاستعانة بمجموعة من الأدوات اللازمة للدراسة وهى كالتالى:

المقابلة المقننة:

وكان الهدف منها التحقق من بعض البيانات المرتبطة بالتاريخ المرضى لآلام أسفل الظهر، وآلام مفصل الركبة وما إذا كان قد تم إجراء جراحة أو نحو ذلك لاستئصال الغضروف والتحقق من نوعية وأماكن الألم، ومدى تكراره، والأحداث التى ترتبط بحدوث آلام شديدة، بالإضافة إلى التعرف على الإجازات التى يضطر أفراد العينة للحصول عليها بسبب الألم حيث تكون مؤشراً لنوعية وشدة الألم.

مقياس الألم: Pain Scale (من تصميم الباحث)

وهو يتكون من (٣٠) عبارة تدور حول نوعية وشدة الألم ومدى استمراريته وتأثيره على النشاط العام للمريض وأدائه في مهنته وعلاقاته مع الآخرين ومدى تأثير الألم على مزاجه العام ونوعية حياته. والمقياس تم تصميمه وفقاً للخطوات والضوابط المتعارف عليها في تصميم المقاييس، ويتم تقدير الألم في كل فقرة من فقرات المقياس وفقاً لخمس تقديرات هي دائماً (٥ درجات)، كثيراً (٤ درجات)، أحياناً (٣ درجات)، نادراً (٢ درجة)، لا يحدث (١ درجة) والدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين أعلى درجة وهي ١٥٠ درجة، وأقل درجة وهي ٣٠ درجة والدرجة المعتدلة تتراوح بين (٨٥، ٩) درجة، وكلما ارتفعت الدرجة كان ذلك إشارة إلى شدة واستمرارية الألم وتأثيره السلبي على الحياة المهنية والاجتماعية للمريض والعكس صحيح وللمقياس ثبات يصل إلى (٨,٢) بطريقة إعادة الاختبار وصدق عاملي يتراوح بين (٧,٥ ، ٨,١).

البرنامج العلاجي:

ويعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية في هذه الدراسة والتي تم تصميمها بشكل انتقائي Eclectic لخدمة أهداف الدراسة، حيث يتضمن الفنيات الآتية:

١ - الضبط الذاتي: Self-Control

وهي إحدى فنيات التعديل المعرفي السلوكي Cognitive behavior modification ، وهي تستهدف تنمية مهارات معرفية سلوكية تفاعلية بين الفرد والغير من ناحية، وبين الفرد والموضوعات المحيطة به من ناحية أخرى. وهي فنية تعتمد على إرادة التغيير لدى الفرد وحفز دوافعه لمواجهة ذاته. ويعتبر ميتشباوم "Meichenbaum.D" واحداً ممن ساهموا في إعطاء هذه الفنية صورتها التطبيقية حيث كان يدرب الأفراد على التعليمات الذاتية Self instructions من أجل التحصين ضد الضغوط "Stress inoculation". (مدحت عبد الحميد أبو زيد: ٢٠٠٣: ٥٢-٥٣).

٢ - إعادة الفهم: Reunderstanding

ويقصد بها إعادة استخدام العمليات العقلية الإيجابية بدلاً من العمليات العقلية السلبية عند استقبال المعلومات حول موضوعات شخصية أو مرتبطة بالبيئة الخارجية بحيث يتم استدعاء هذه المعلومات من الذاكرة وتفسيرها بمرونة وبصيرة تؤدي به إلى المعلومات الصحيحة. (ماهر محمود عمر: ٢٠٠٣: ١٢٨).

٣ - فنية إعادة العزو (التنسب): Reattribution

وهي إحدى الفنيات المعرفية التي تقدمها سالكوفسكيس "Salkovskis" بهدف تدريب المريض على تعديل معتقداته حيث يطرح عدة تأويلات وتفسيرات ترتبط بأعراض المريض ثم يتخير المريض من قائمة التأويلات ما يراه سبباً في أعراضه ويناقشه مع المعالج الذي يتفق معه على واجبات متاهمة سلوكية بناءً على ما طرأ من تعديلات معرفية. (جان سكوت وآخرون، ترجمة عربية: ٢٠٠٢: ١٥٥).

٤ - وقف الأفكار: Thought Stopping

وتعرف بأنها: "فنية من الفنيات السلوكية" التي تعتمد على الاقتران بين المثير (الألم المزمن) والاستجابة (إيقاف الأفكار). ومن خلالها يتم تدريب المريض على وضع نهاية للأفكار المحورية والتي يترافق معها الشعور بالألم بواسطة إصدار الأمر (وقف). (سن. ليندزي، ج. بول ترجمة عربية: ٢٠٠٠: ٩٢-٩٣).

٥ - التأمل: Meditation

يمثل التأمل إحدى فنيات السيطرة على الجسم والعقل والوجدان حيث يتم فيه تدريب المريض على تجاوز الوعي بالألم وتجاوز سلبية الواقع وإحباطاته من خلال التسامى بالذات والتوصل إلى مضامين ومعاني إيجابية لمعطيات الحياة وهذه الفنية ترتبط بطرائق العلاج المنتمية للتيار الإنساني كالعلاج بالمعنى Logotherapy، والعلاج الوجودي Existential psychotherapy ونحو ذلك (ديفيد ساجيولا Sagula.David: ٢٠٠٠، كاباتا وآخرون Kabat et al: ١٩٨٥).

٦ - النمذجة: Modeling

وهي إحدى الفنيات المرتبطة بالتعلم الاجتماعي والتي أكد عليها بانديورا

"Bandura.A" وفيها تستخدم المعلومات من النموذج لتتحول في ذهن الفرد (المريض) إلى صورة معرفية إدراكية خفية وإلى استجابات لفظية مكررة وسيطة، إن تلك الاستجابات هي التي تستخدم فيما بعد كمؤشر للسلوك العلنى أو الظاهر. والنمذجة تساعد على تغيير السلوك المرتبط بالأعراض المرضية (س.هـ باترسون ترجمة عربية: ١٩٩٠: ١٣٠).

٧ - الاسترخاء: Relaxation

ويتم استخدام الاسترخاء المختصر بطريقة جاكبسون "Jacopson" وهو عبارة عن تمارين ذات أسلوب خاص منتظم من الاسترخاء تؤدي للتخلص من التوتر العضلى، وهي تتم فى عدة جلسات وقد ثبت فاعليتها بشكل كبير فى خفض الألم والتوتر. (بوثنى وآخرون Boothby.J et al : ١٩٩٩ : ٣٤٤).

٨ - الواجبات المنزلية: Homework

وتعرف بأنها: "مجموعة من المهارات والأنماط السلوكية فى صورة تعيينات، يتم تحديدها عقب كل جلسة فى ضوء أهداف الجلسة، حيث يتم تكليف أفراد عينة الدراسة بتنفيذها فى المنزل بعد التدريب عليها أثناء جلسات العلاج، ويتم تصميم هذه الواجبات فى شكل متتابع بحيث يتم تنفيذها على مراحل تبدأ من البسيط إلى المعقد، ومن المعارف إلى الأفعال. (بيرنز، سبانجر Burns.D & Spangler.D : ٢٠٠٠).

هدف البرنامج:

يستهدف البرنامج الحالى خفض اضطرابات الألم المتمثلة فى مجموعة السلوكيات والمعتقدات المعرفية التى يحاول بها المرضى من أفراد العينة تجنب الألم والتى تمثل فى حد ذاتها مدخلاً لمزيد من الألم من قبيل الإكثار من استخدام المسكنات، الانطواء والانسواء عن المشاركة الاجتماعية، شدة التركيز الذهنى والانفعالى على مناطق الألم، وتوقع حدوث أعراض الألم قبل أن تحدث، الاستغراق فى الأفكار السلبية المرتبطة بالمرض والألم.... إلخ.

المدى الزمني للبرنامج:

استغرق برنامج الدراسة شهرين متتابعين بواقع جلستين أسبوعياً حيث استغرقت كل جلسة من الجلسات تسعين دقيقة، وتم إجراء البرنامج في ستة عشر جلسة. والجدول التالي يشير إلى محتوى كل جلسة والفنيات المستخدمة فيها:

جدول رقم (١)

يوضح موضوع وزمن وفنيات كل جلسة من جلسات البرنامج

| رقم الجلسة | موضوع الجلسة | زمن الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|------------|--|------------|--|
| الأولى | التعارف بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية (٥ ذكور/ ٥ إناث) وهم من معلمى المدارس الحكومية الثانوية. | ٩٠ دقيقة | محاضرة (٣٠ دقيقة) للمناقشة والحوار والاتفاق على ميثاق الشرف للالتزام بالجلسات. |
| الثانية | محاضرة حول الألم عامة وآلام أسفل الظهر ومفصل الركبة خاصة. | ٩٠ دقيقة | المحاضرة - المناقشة والحوار - الواجبات المنزلية |
| الثالثة | آلام أسفل الظهر ومفصل الركبة: التاريخ المرضى - المنشأ - آثار ممارسات المهنة | ٩٠ دقيقة | التدريب على التحكم فى الجسم وخفض التوتر (من خلال الاسترخاء)، المناقشة - الواجبات المنزلية. |
| الرابعة | الألم وأسلوب الحياة اليومية. | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتى - المناقشة والحوار الاسترخاء - الواجبات المنزلية. |
| الخامسة | الألم (أسفل الظهر، ومفصل الركبة) وخطر الإهمال، وخطر الإقتراف فى الدوائيات. أهمية التأمل للتردد عموماً. | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتى - الاسترخاء التدريجى على التأمل - المناقشة الواجبات المنزلية |
| السادسة | آلام أسفل الظهر والركبة ودور العقل والأفكار فى تعميق وتحويل الألم. | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتى - إعادة الفهم الاسترخاء - التأمل - المناقشة والحوار - الواجبات المنزلية. |
| السابعة | الآلام والمعتقدات الشخصية وتأثير ثقافة المجتمع والبيئة. | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتى - البحث عن السببية (إعادة العزو) - الاسترخاء مراجعة الواجبات المنزلية. |

برنامج علاجي لخفض اضطرابات الأكل لدى هيئة من المعلمين

| رقم الجلسة | موضوع الجلسة | زمن الجلسة | التقنيات المستخدمة |
|-------------|--|------------|---|
| الثامنة | سلوكيات تجنب الأكل: ما هي؟ ولماذا تحدث؟ | ٩٠ دقيقة | وقف الأفكار - إعادة العزو الاسترخاء - التأمل - المناقشة الجماعية - الواجبات المنزلية. |
| التاسعة | سلوكيات تجنب الأكل ودور الأفكار الخاصة والمعتقدات وطرق مواجهة الأحداث اليومية الضاغطة. | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتي: وقف الأفكار الاسترخاء - المناقشة - الواجبات المنزلية |
| العاشرة | هل يمكن خفض الأكل بغير دواء؟ | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتي - النمذجة - وقف الأفكار - الاسترخاء - المناقشة - الواجبات المنزلية. |
| الحادية عشر | الأكل من الناحية الدينية. | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتي - النمذجة المناقشة - الواجبات المنزلية. |
| الثانية عشر | تنشيط الإيجابيات النفسية للخروج من الحلقة المفرغة للأكل. | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتي - إعادة الفهم التأمل - النمذجة - المناقشة الواجب المنزلي. |
| الثالثة عشر | خطر الآلام المزمنة لأسفل الظهر والركبة عبر سنوات الحياة القادمة | ٩٠ دقيقة | وقف الأفكار - إعادة العزو - إعادة الفهم - الاسترخاء - التأمل المناقشة الجماعية - الواجبات المنزلية. |
| الرابعة عشر | أسلوب جديد لمواجهة الأكل... كيف؟ | ٩٠ دقيقة | الضبط الذاتي - الاسترخاء - التأمل المناقشة الجماعية - الواجبات المنزلية. |
| الخامسة عشر | الحياة والألم والاختيار: التكيف مع الأكل... هو الاختيار الوحيد. | ٩٠ دقيقة | وقف الأفكار - الضبط الذاتي الاسترخاء - المناقشة الجماعية النمذجة - الواجبات المنزلية. |
| السادسة عشر | الجلسة الختامية - مناقشة عامة وتطبيق بلود مقياس الأكل - حفلة ختامية | ٩٠ دقيقة | مناقشة جماعية ومراجعة بعض التقارير الذاتية - النمذجة. |

التقييم البعدي للبرنامج: "Post-Test"

تم تقييم البرنامج باستخدام بنود مقياس الأكل (من تصميم الباحث) حيث تم مقارنة

نتائج القياس البعدى لأفراد المجموعة التجريبية بنتائج القياس القبلى من ناحية، ونتائج القياس لأفراد المجموعة الضابطة من ناحية أخرى، ثم تمت معالجة نتائج القياس إحصائياً باستخدام معادلات حزمة البرامج (SPSS) فى إصدارها الحادى عشر.

التقييم التبعى للبرنامج: "Follow-up Study"

فى هذا التقييم تم تطبيق مقياس الألم على أفراد المجموعة التجريبية بعد مضى شهر من انتهاء البرنامج العلاجى ومقارنة نتائج القياس بعد مرور فترة المتابعة بنظيرتها عقب إنهاء البرنامج مباشرة وتم إجراء المعالجة الإحصائية الملائمة.

نتائج الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى خفض الألم من خلال تطبيق فنيات انتقائية بعضها لتعديل سلوكيات تجنب الألم لدى أفراد عينة الدراسة والبعض الآخر يتناول الجوانب المعرفية الخاصة بمعتقدات المرضى حول الألم والبعض الثالث للتدريب على مهارات تخطى مظاهر وأحاسيس الألم وكان ذلك من خلال تدريبات الاسترخاء والتأمل. وقد تم التحقق من الجوانب الإحصائية الخاصة ببرنامج الدراسة من خلال معادلات الإحصاء اللابارمترى المتمثل فى اختبار ويلكوكسون "Wilcoxon Signed Ranks Test" لحساب دلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة، كما تم استخدام اختبار مان ويتنى "Mann-Whitney Test" لحساب دلالة الفروق للمجموعات غير المرتبطة كما تم الاستعانة بآلمتوسطات والانحرافات المعيارية لخدمة أهداف الدراسة. والجدولان رقمى (٢)، (٣) يشيران إلى نتائج المعالجة الإحصائية للفرض الأول الذى ينص على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الألم بعد تطبيق البرنامج لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

جدول رقم (٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعة
التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الألم بعد تطبيق البرنامج

| مسلّم | أبعاد مقياس الألم | المجموعة التجريبية | | المجموعة للضابطة | |
|---------------|-------------------------|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | | المتوسط | الانحراف المعيارى | المتوسط | الانحراف المعيارى |
| ١ | وصف الألم | ٢٨,٠٠ | ٠,٧٠ | ٣٨ | ١,٥ |
| ٢ | سلوكيات تجنب الألم | ٢٥,١٠ | ٠,٨٠ | ٣٧,٥ | ١,٩ |
| ٣ | الأثار النفسية للألم | ١٧,٢٠ | ٠,٧٠ | ٢٤ | ٠,٨ |
| ٤ | الأثار المهنية للألم | ١٤,١ | ٠,٦ | ١٩ | ١,٥ |
| ٥ | الأثار الاجتماعية للألم | ١٧,٢ | ٠,٥ | ٢٤ | ٠,٧ |
| المجموع الكلى | | ١٠٢,٦ | ١,٥٠ | ١٤٣,٤ | ٢,٥ |

وتشير بيانات الجدول رقم (٢) إلى انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الألم بعد تعرضها لجلسات العلاج من خلال البرنامج بينما الأمر مختلف بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة.

والجدول التالى يشير إلى استخدام اختبار مان ويتنى لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين السابقتين.

جدول رقم (٣) دلالة فروق المتوسطات

لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق جلسات البرنامج

| أبعاد مقياس الألم | القياس | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|--------------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|---------------|
| وصف الألم | الضابطة | ١٠ | ١٥,٥٠ | ١٥٥,٠٠ | ٣,٨٢ | ٠,٠١ |
| | التجريبية | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | | |
| | الكلى | ٢٠ | | | | |
| سلوكيات تجنب الألم | الضابطة | ١٠ | ١٥,٥٠ | ١٥٥,٠٠ | ٣,٧٢٠ | ٠,٠١ |
| | التجريبية | ١٠ | ٥,٠٠ | ٥٥,٠٠ | | |
| | الكلى | ٢٠ | | | | |

| أبعاد مقياس الأكم | القياس | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|-------------------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|---------------|
| الأثار النفسية للأكم | الضابطة | ١٠ | ١٥,٥٠ | ١٥٥,٠٠ | ٣,٧٤ | ٠,٠١ |
| | التجريبية | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | | |
| | الكلية | ٢٠ | | | | |
| الأثار المهنية للأكم | الضابطة | ١٠ | ١٥,٥٠ | ١٥٥,٠٠ | ٣,٨٠ | ٠,٠١ |
| | التجريبية | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | | |
| | الكلية | ٢٠ | | | | |
| الأثار الاجتماعية للأكم | الضابطة | ١٠ | ١٥,٥٠ | ١٥٥,٠٠ | ٣,٩٠ | ٠,٠١ |
| | التجريبية | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | | |
| | الكلية | ٢٠ | | | | |
| المجموع الكلية | الضابطة | ١٠ | | | ٣,٦٩ | ٠,٠١ |
| | التجريبية | ١٠ | | | | |
| | الكلية | ٢٠ | | | | |

وتشير معطيات الجدول رقم (٣) إلى وجود فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الأكم وهذه الفروق دالة عند مستوى ٠,٠١ وهي لصالح أفراد المجموعة التجريبية وفقاً لما ورد في الجدول رقم (٢) مما يشير إلى تحقق الفرض الأول.

وأما الفرض الثاني فهو يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج على مقياس الأكم وهذه الفروق في صالح نتائج القياس لأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ويشير إلى ذلك الجدولين رقم (٤)، (٥).

جدول رقم (٤)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج على مقياس الأكم

| المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج | | المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج | | أبعاد مقياس الأكم | مسلسل |
|---------------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|-------------------------|-------|
| الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | | |
| ١,٢٠ | ٣٧,٧ | ٠,٧٠ | ٢٨,٠٠ | وصف الأكم | ١ |
| ١,٦٠ | ٣٧,٢ | ٠,٨٠ | ٢٥,١٠ | سلوكيات تجنب الأكم | ٢ |
| ٠,٨٠ | ٢٤,٢ | ٠,٧٠ | ١٧,٢٠ | الأثار النفسية للأكم | ٣ |
| ١,١٠ | ١٨,٨ | ٠,٦ | ١٤,١ | الأثار المهنية للأكم | ٤ |
| ٠,٨ | ٢٤,٠٠ | ٠,٥ | ١٧,٢ | الأثار الاجتماعية للأكم | ٥ |
| ٢,٣٣ | ١٤١,٩ | ١,٥٠ | ١٠٢,٦ | المجموع الكلي | |

وتشير نتائج الجدول السابق إلى انخفاض درجات مقياس الأكم لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد جلسات البرنامج العلاجي مما يشير إلى تحقق الفائدة منه بالقياس لنتائج القياس على نفس المجموعة قبل التعرض لجلسات البرنامج. والجدول التالي رقم (٥) يشير إلى نتائج اختبار ويلكوكسون للمجموعات المرتبطة لإظهار دلالة فروق المتوسطات.

جدول رقم (٥) دلالة فروق المتوسطات

لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق جلسات البرنامج

| مستوى الدلالة | Z | مجموع الرتب | متوسط الرتب | العدد | التقييم | أبعاد مقياس الأكم |
|---------------|------|-------------|-------------|-------|-------------------------|--------------------|
| ٠,٠١ | ٢,٨٣ | ٥٥,٠٠ | ٥,٥٠ | ١٠ | قبلي/بعدي/الرتب السالبة | وصف الأكم |
| | | | | - | الرتب الموجبة | |
| | | | | - | للتساوي | |
| | | | | ١٠ | الإجمالي | |
| ٠,٠١ | ٢,٨١ | ٥٥,٠٠ | ٥,٥٠ | ١٠ | قبلي/بعدي/الرتب السالبة | سلوكيات تجنب الأكم |
| | | | | - | الرتب الموجبة | |
| | | | | - | للتساوي | |
| | | | | ١٠ | الإجمالي | |

| إعداد مقياس الأتم | لتقياس | العدد | متوسط لرتب | مجموع لرتب | قيمة Z | مستوى دلالة |
|-------------------------|-------------------------|-------|------------|------------|--------|-------------|
| الأثار النفسية للأتم | قبلي/بعدي/الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | ٢,٨٦ | ٠,٠١ |
| | الرتب الموجبة | - | | | | |
| | للتساوي | - | | | | |
| | الإجمالي | ١٠ | | | | |
| الأثار المهنية للأتم | قبلي/بعدي/الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | ٢,٨٤ | ٠,٠١ |
| | الرتب الموجبة | - | | | | |
| | للتساوي | - | | | | |
| | الإجمالي | ١٠ | | | | |
| الأثار الاجتماعية للأتم | قبلي/بعدي/الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | ٢,٨٤ | ٠,٠١ |
| | الرتب الموجبة | - | | | | |
| | للتساوي | - | | | | |
| | الإجمالي | ١٠ | | | | |
| للمجموع الكلي | قبلي/بعدي/الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥٠ | ٥٥,٠٠ | ٢,٨٣ | ٠,٠١ |
| | الرتب الموجبة | - | | | | |
| | للتساوي | - | | | | |
| | الإجمالي | ١٠ | | | | |

وتشير معطيات الجدول رقم (٥) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ وبين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأتم قبل وبعد تطبيق جلسات البرنامج، وهذه الفروق وفقاً لمعطيات الجدول رقم (٤) لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج حيث انخفضت درجاتهم على مقياس الأتم مما يشير إلى تحقق الفرض الثاني.

وتشير معطيات الجدولين (٦)، (٧) إلى ما يتعلق بالفرض الثالث والخاص بعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث من أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج على مقياس الأتم.

جدول رقم (٦)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من الذكور والإناث بعد تطبيق جلسات البرنامج

| مجموعة الإناث (٥ أفراد) | | مجموعة الذكور (٥ أفراد) | | أبعاد مقياس الأتم | مسلسل |
|-------------------------|---------|-------------------------|---------|-------------------------|-------|
| الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | | |
| ٠,٨٠ | ٢٧,٤٠ | ٠,٥٠ | ٢٧,٢ | وصف الأتم | ١ |
| ٠,٧٠ | ٢٥,٢٠ | ١,٠٠ | ٢٤,٦ | سلوكيات تجنب الأتم | ٢ |
| ٠,٧٠ | ١٨,٤٠ | ٠,٧٠ | ١٨,٠٠ | الأثار النفسية للأتم | ٣ |
| ١,٠٠ | ١٤,٠٠ | ٠,٨٠ | ١٣,٨٠ | الأثار المهنية للأتم | ٤ |
| ٠,٥٠ | ١٧,٤ | ٠,٦٠ | ١٧,٦٠ | الأثار الاجتماعية للأتم | ٥ |
| ١,٥٠ | ١٠٢,٠٠ | ١,٣٠ | ١٠١,٦ | المجموع الكلي | |

وتشير بيانات الجدول رقم (٦) إلى تقارب المتوسطات بين أفراد المجموعة التجريبية من الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج إلى الحد الذي تماثل فيه المتوسطات في بعض الأبعاد. والجدول التالي رقم (٧) يتم من خلاله إيضاح دلالة فروق المتوسطات بين مجموعتي الذكور والإناث على مقياس الأتم بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج.

جدول رقم (٧) دلالة فروق المتوسطات لأفراد المجموعة التجريبية (من الذكور والإناث) بعد تطبيق جلسات البرنامج

| مستوى الدلالة | قيمة Z | مجموع الترتب | متوسط الترتب | العدد | التقييم | أبعاد مقياس الأتم |
|---------------|--------|--------------|--------------|-------|---------|--------------------|
| غير دل | ٠,١٢٠ | ٢٨,٠٠ | ٥,٦ | ٥ | الذكور | وصف الأتم |
| | | ٢٧,٠٠ | ٥,٤ | ٥ | الإناث | |
| | | | | ١٠ | الكلي | |
| غير دل | ٠,٣٣٢ | ٢٩,٠٠ | ٥,٨ | ٥ | الذكور | سلوكيات تجنب الأتم |
| | | ٢٦,٠٠ | ٥,٢ | ٥ | الإناث | |
| | | | | ١٠ | الكلي | |

| | | | | | | |
|--------|-------|-------|------|----|--------|-------------------------|
| غير ذل | ٠,٤٥٤ | ٢٩,٥٠ | ٥,٩ | ٥ | الذكور | الأثار النفسية للكلم |
| غير ذل | ٠,٣٣٢ | ٢٩,٠٠ | ٥,٨ | ٥ | الإناث | الأثار المهنية للكلم |
| غير ذل | ٠,٦٠٠ | ٢٥,٠٠ | ٥,٠٠ | ٥ | الذكور | الأثار الاجتماعية للكلم |
| غير ذل | ٠,٤٣٠ | ٢٩,٥٠ | ٥,٩ | ٥ | الإناث | المجموع الكلى |
| | | | | ١٠ | الكلى | |

وتشير نتائج الجدول رقم (٧) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الذكور والإناث على مقياس الأكم بعد تطبيق جلسات البرنامج مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث.

أما الفرض الرابع والخاص بالمتابعة والذي ينص على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأكم بعد تطبيق البرنامج مباشرة، وبعد مرور فترة المتابعة (شهر تقريباً)، فإن الجدولين رقم (٨)، (٩) يشيران إلى نتائج المعالجة الإحصائية لمحاولة إثبات الفرض.

جدول رقم (٨)

إلتمتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأكم بعد تطبيق البرنامج مباشرة، وبعد مرور فترة المتابعة

| مسلسل | أبعاد مقياس الأكم | بعد التطبيق مباشرة | | بعد مرور فترة المتابعة | |
|-------|-------------------------|--------------------|---------|------------------------|---------|
| | | الانحراف المعيارى | المتوسط | الانحراف المعيارى | المتوسط |
| ١ | وصف الأكم | ٠,٧٠ | ٢٨,٠٠ | ٠,٧٠ | ٢٧,٥٠ |
| ٢ | ملوكيات تجنب الأكم | ٠,٨٠ | ٢٥,١٠ | ٠,٨٠ | ٢٤,٧٠ |
| ٣ | الأثار النفسية للكلم | ٠,٧٠ | ١٧,٢٠ | ٠,٧٠ | ١٧,٥٠ |
| ٤ | الأثار المهنية للكلم | ٠,٦ | ١٤,١ | ٠,٦ | ١٣,٩٠ |
| ٥ | الأثار الاجتماعية للكلم | ٠,٥ | ١٧,٢٠ | ٠,٥ | ١٧,٣٠ |
| | المجموع الكلى | ١,٥٠ | ١٠٢,٦ | ١,٥٠ | ١٠١,٩٠ |

برنامج علاجي لخفض اضطرابات الأكم لدى مينة من المعلمين

وتشير نتائج الجدول رقم (٨) إلى المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأكم عقب انتهاء جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد مرور فترة المتابعة ويلاحظ تقارب المتوسطات إلى حد كبير هي القياسية بالرغم من وجود فارق زمني بينهما. أما الجدول رقم (٩) فهو يوضح دلالة فروق المتوسطات للمجموعة التجريبية على مقياس الأكم في القياس التتبعي.

جدول رقم (٩)

دلالة فروق المتوسطات لأفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي

| مستوى لدلالة | قيمة Z | مجموع الرتب | متوسط الرتب | العدد | التفسير | أبعاد مقياس الأكم |
|-----------------|--------|----------------|----------------|--------------|--|-------------------------|
| غير دل | ١,٤٣ | ٦,٠٠ | ٢,٠٠ | ٣ ٧ ١٠ | بعد البرنامج/بعد المتابعة الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي الإجمالي | وصف الأكم |
| غير دل | ١,٤٠٠ | ٣,٠٠ | ١,٥٠ | ٢ ٨ ١٠ | بعد البرنامج/بعد المتابعة الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي الإجمالي | سلوكيات تجنب الأكم |
| غير دل | ١,٤١٠ | ٣,٠٠ | ١,٥٠ | ٢ ٨ ١٠ | بعد البرنامج/بعد المتابعة الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي الإجمالي | الأثار النفسية للأكم |
| غير دل | ١,٤٠٠ | ٣,٠٠ | ١,٥٠ | ٢ ٨ ١٠ | بعد البرنامج/بعد المتابعة الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي الإجمالي | الأثار المهنية للأكم |
| غير دل | ١,٤١ | ٣,٠٠ | ١,٥٠ | ٢ ٨ ١٠ | بعد البرنامج/بعد المتابعة الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي الإجمالي | الأثار الاجتماعية للأكم |
| غير دل | ١,٤٤ | ٣,٥٠ | ٢,٥٠ | ٦ ٤ ١٠ | بعد البرنامج/بعد المتابعة الرتب السالبة الرتب الموجبة التساوي الإجمالي | المجموع الكلي |

Z = ٢,٥٨ عند مستوى ٠,٠١

= ١,٩٦ عند مستوى ٠,٠٥

وتشير نتائج الجدول رقم (٩) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الدرجات لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الألم بعد تطبيق جلسات البرنامج، ثم بعد مرور فترة المتابعة وهذا ما يشير إلى تحقق الفرض الرابع والأخير والذي يعنى ثبات واستمرارية فاعلية البرنامج وأثره حتى بعد انتهاء جلساته بفترة زمنية.

تفسير النتائج:

إن ما تشير إليه النتائج الإحصائية فى الجداول السابقة يشير إلى فكرة أساسية وهى أهمية توجيه العناية إلى الجوانب النفسية التى تلعب دورها فى صياغة منظومة الألم واستمراريتها بشكل مزمن يؤثر على الحياة النفسية والمهنية والاجتماعية لمرضى الألم عموماً، ومرضى آلام أسفل الظهر والركبة بشكل خاص. فأفراد المجموعة التجريبية وهم من مرضى آلام أسفل الظهر وآلام مفصل الركبة والحاصلين على تشخيص طبي، وقائمة بمجموعة من العقاقير المسكنة والمضادة للالتهابات، بل والمهدئة أحياناً لم تتوقف شكاوهم ووصفهم لشدة الألم ما بين وخز، وشعور "بالنشر" فى مفصل الركبة، وشعور بالألم وكأنها "حريق" فى أسفل الظهر تزداد كلما اقتضى الأمر الوقوف لفترات طويلة، وهو ما تقتضيه بعض المهن ومن بينها مهنة التدريس... لم تتوقف مشاعر وأحاسيس الألم بالرغم من الانتظام فى مواعيد العلاج والمواظبة على مراجعة العيادة الطبية... إن هذا لا يشير إلا إلى معنى واحد وهو أنه لا مناص من التعامل مع الأبعاد النفسية للمرض جنباً إلى جنب مع الجوانب الطبية والمتطلبية للعقاقير وهذا ما يؤكد عليه غالبية البحوث من قبيل: آرنستين وآخرون Arnstein.P et al: ٢٠٠٣: ٥٥-٥٧، شيرلى بيرس، جويس مايلز. ترجمة عربية: ٢٠٠٠: ٧٩١-٧٩٢).

إن استمرارية وتصاعد الألم المزمن لدى مرضى آلام أسفل الظهر ومفصل الركبة تنشأ عنه حتمية أساسية وهى استغراق المرضى فى آليات سلوكية ومنظومات من اليقين الفكرى والمعتقدات، تستهدف فى نهاية الأمر تجنب الشعور

برنامج ملاجي لخفض اضطرابات الألم لدى مينة من المعلمين

بالألم ومن بين هذه السلوكيات التجنبية: الإفراط فى استخدام العقاقير المسكنة بالرغم من عدم وجود ألم فى لحظة ما، وذلك توقعاً لإمكانية حدوث ألم. إن التنبه والتركيز على توقع الألم من قبل أن يحدث هو أحد أعراض سلوكيات تجنب الألم الخطيرة، يضاف إليها كثرة التوقف عن المشاركة فى مناسبات الأسرة وفى الأنشطة الاجتماعية خارج نطاق الأسرة خشية الألم مع كثرة الشكوى من التعب، والاستغراق فى البكاء، أو الاعتماد على الأفراد القريبين فى إنجاز الأعمال، وكثرة الحصول على الإجازات من العمل للبقاء فى البيت... كل هذه السلوكيات التجنبية للألم، تشير كثير من الدراسات إلى شدة خطورتها على مرضى آلام أسفل الظهر ومفصل الركبة من المرض نفسه. حيث تودى إلى تدهور الحالة الجسدية والنفسية معاً وذلك لخطورة الآثار الجانبية للعقاقير الزائدة من ناحية، وخطورة الانطواء والعزلة من ناحية أخرى، وتدننى مستوى الأداء المهنى من ناحية ثالثة. ومن الدراسات التى أشارت لمثل ما سبق: (لاتايمر وآخرون J et al: Latimer، ٢٠٠٤، ماك كراكين وآخرون Mc Cracken et al: ٢٠٠٣، شيرلى بيرس، جويس مايز مرجع سابق: ٢٠٠٠: ٧٣٩-٧٤١).

لقد كان الاهتمام فى هذا البرنامج منصباً على مواجهة سلوكيات تجنب الألم لدى مرضى آلام أسفل الظهر والركبة، فضلاً عن الاهتمام بالمعتقدات والخلفيات المعرفية السلبية التى تتحكم فى إدراكهم للأساليب الملائمة لمواجهة الألم، والتى من أمثلتها أن هذا الألم سيكون السبب الأساسى فى موتهم، وأنهم هكذا قدرهم لا يمكن تغييره، وأنهم غير قادرين على التحكم فى حياتهم، وأنهم لم يروا أحداً لديه مثل آلامهم إلا وتدهور بشدة حتى انتهى أمره... إلخ. إن هذه الأفكار جميعها والتى تتدفق فى سيال منتظم فى أعقابه يميل المرضى للانطواء والشعور بالاكئاب وخيبة الأمل والقلق حيال المستقبل، كان أفضل ما يمكن استخدامه وتدريب المرضى عليه هو فنية وقف الأفكار "Thought Stopping" فتدريب المرضى على معرفة بداية الفكرة التى تتحدر ورائها. باقى التدفقات الفكرية السلبية كان من أساسيات العمل فى هذا البرنامج العلاجى والذى أحدث فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات

درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الألم قبل وبعد التعرض لفنيات البرنامج، وذلك فضلاً عن إحداث فروق دالة إحصائياً بينهم وبين أفراد المجموعة الضابطة على متوسطات درجاتهم في مقياس الألم حيث كانت الفروق في صالح المجموعة التجريبية، وفقاً لما تظهره نتائج الجداول رقم (٢)، (٣)، (٤)، (٥). ولقد استخدمت هذه الفنية دراسات عديدة من قبيل: (جال وآخرون Gale et al : ٢٠٠٣، أسماء محمد محمود: ٢٠٠١، سنوتيرك وآخرون Snow Turek et al : ١٩٩٦، سترونج وآخرون Strong et al : ١٩٩٤).

وقد رأى الباحث أن التدريب على وقف الأفكار يحتاج إلى الضبط الذاتي. حيث يتطلب الأمر التحكم الذاتي Self-Control بما يمتد إليه من مراقبة الذات "Self monitoring"، ومكافأة الذات Self-reward وذلك في حالة النجاح في وقف الأفكار. والنجاة من عواقب الاستغراق فيها، ولا يمكن بطبيعة الحال التحكم في الأفكار وضبط الذات إلا ضمن سياق معرفي ينطوي على تأويلات وتفسيرات منطقية لاستمرارية ألم أسفل الظهر المزمّن وأيضاً مفصل الركبة.

إن ارتباط ضبط الذات ووقف الأفكار وإعادة العزو (التسبب) Reattribution يمثل منظومة العمل الأساسية التي استغرقت غالبية أوقات جلسات البرنامج العلاجي. لأهميتهم في رفع كفاءة المرضى في مواجهة الآثار النفسية والاجتماعية التي ترتبط بالألم فضلاً عن رفع كفاءتهم في تعديل سلوكيات تجنب الألم، لتصبح سلوكيات مواجهة للألم ومعرفة محفزاته النفسية، والتي غالباً ما تكون هي أيضاً محفزات مزمنة لا ينتبه لها المرضى تماماً وتاريخها يتلازم مع آلام أسفل الظهر والركبة المزمنة والتي يبدأ ظهورها منذ زمن. إن الدراسات تشير لقيمة وأهمية ضبط الذات وإعادة العزو في خفض آلام أسفل الظهر المزمنة وآلام مفصل الركبة من قبيل دراسة كل من: (فلورا وآخرون Flora.V et al : ٢٠٠٣، آرينا وبلانشارد Arena.J & Blanchard : ٢٠٠٢، جود وآخرون Good.M et al : ٢٠٠٢، تيملاين Tumlin : ٢٠٠١، محمد سامي Mohamed.S : ١٩٩٢، محمد عماد الدين السيد: ١٩٨٦).

برنامج هلاجي لخفض اضطرابات الألم لدى مينة من المعلمين

ولقد اهتم الباحث في هذه الدراسة بأساليب السيطرة على الجسم وذلك من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تمرينات الاسترخاء من ناحية، والتدريب على مهارات ممارسة التأمل من ناحية أخرى فالسيطرة على ضبط إيقاع الجسم وما يصدر عنه من توتر يزيد من حدة الألم يعد أمراً أساسياً في كافة البرامج التي تتناول مواجهة الألم Pain management، كما اهتمت بعض البرامج بممارسة التأمل لما فيه من سيطرة على الجسم وتطويع للعقل والأفكار معاً. إن تدريب أفراد العينة على الفنيات السابق ذكرها وإلزامهم ببعض الواجبات المنزلية كان من نتائجه إحداث ما يمكن أن نطلق عليه تغيير اتجاه الانتباه، و"التشويش" على إشارات الألم الصادرة في المسارات العصبية التي يضخمها إلى حد كبير شدة تركيز المرضى عليها، والذي يصل إلى حد توقعها وانتظارها كما سبق ذكره آنفاً. ولقد أشارت إلى أهمية الاسترخاء والتأمل وتغيير اتجاه الانتباه كثير من الدراسات من بينها: (فيلجانين وآخرون et al: Viljanen. ٢٠٠٣، إيناس محمد عبد الحفيظ: ٢٠٠٢، محمود حسن Mahmoud.H: ٢٠٠١، محمد صالح فالح هيثان: ١٩٩٠).

ولقد اهتم الباحث بأسلوب النمذجة Modeling لما له من آثار فعالة في إحداث الأثر المطلوب عبر جلسات البرنامج وكانت النماذج إما من شخصيات إسلامية ذات تاريخ نضالي واستعانوا على آلامهم بالصبر والصلاة، كما كان أفراد المجموعة التجريبية أهم أنفسهم نموذجاً لبعضهم البعض في حال نجاح أحدهم في تخطي الألم وتخفيف جرعات الدواء عن ذي قبل، لقد كان للحوار والمناقشة والتقارير الذاتية لأفراد العينة قيمة كبرى في دعم أهداف البرنامج مما انعكس على استمرارية أثر البرنامج بعد انتهاء مدته بشهر تقريباً حيث لم تظهر فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الألم بعد التطبيق مباشرة، وفي القياس التبعي مما يشير إلى إحكام خطوات وخطة البرنامج العلاجي، وإلى هذا تشير نتائج الجداول رقم (٨)، (٩).

أما ما يتعلق بالفروق بين الجنسين (الذكور والإناث) من أفراد المجموعة التجريبية، فلم تكن دالة إحصائياً حيث تقاربت المتوسطات إلى حد كبير على نحو

ما تشير إليه الجداول رقم (٦)، (٧). يبدو أن الألم هو الألم لا يفرق بين رجل وامرأة ولا حتى طفل صغير، ولقد اتفقت كثير من نتائج الدراسات مع ما توصل إليه الباحث في هذه النتيجة من بينها: (فلورا وآخرون Flora et al: ٢٠٠٣، ساجيولا Sagula.D والكسندر Alexander: ٢٠٠٢، إكليستون وآخرون Eccleston et al: ١٩٩٨، نعمت حسن جلوى الصقبي: ١٩٩٢).

خاتمة:

أصبح من المقبول الآن النظر إلى الألم المزمن باعتباره ظاهرة متعددة الأبعاد، حيث يتضمن مكونات حسية ووجدانية ودافعية ومعرفية، ولقد أصبح الاحتمال الأكثر ترجيحاً أن المدخلات الفسيولوجية المولمة هي الأقل أهمية في التأثير على المعاناة وسلوك الألم عندما يصبح الألم مزمناً، بينما باقى الأبعاد الأخرى النفسية والمهنية والاجتماعية تظل هي المسيطرة. ذلك لأن الأمر لو كان عكس ما سبق بحيث تهيمن الآلام على الموقف برمته لكان الأكثر إزعاجاً وصعوبة هو ما يطلق عليه الألم الحاد Acute pain ذلك الألم الذى يكون فى نوبات قوية وشديدة وسرعان ما يستجيب للتدخلات الطبية التى تؤدى إلى إنهائه بنجاح وذلك يتم تأكيده من خلال الممارسة العملية للأطباء والباحث فالألم المزمن "Chronic pain" هو أكثر من كونه إشارات مولمة تأتى عبر فقرات أسفل الظهر ومفصل الركبة، إنه لغة يقدمها الجسد من خلال عقل المريض تحتاج إلى إعادة صياغة.

وفى هذه الدراسة ومن خلال البرنامج العلاجى تم إعادة صياغة أفكار وانطباعات ومعتقدات المرضى حول الألم، التى تركت بصماتها على سلوكياتهم اليومية، وأيضاً نظرتهم المستقبلية التى تحمل خشية العجز والاحتياج للآخرين، وفقدانهم لاستقلاليتهم أو تعرضهم للنبد ممن حولهم، لقد جعلهم الألم شيوخاً وهم بعد لم يتجاوزوا الأربعينات من العمر. لقد تم اعتبار الألم المزمن لأسفل الظهر والركبة فى هذه الدراسة مشكلة سلوكية معرفية يلعب فيها الآخريين ممن يحيطون بالمريض دوراً تدعيمياً بإعفاء من بعض الأنشطة اليومية التى ينبغى عليه ممارستها تحت دعوى حمايته من الألم، لقد اهتم البرنامج العلاجى فى هذه الدراسة بتنبية المريض

برنامج ملاجي لخفض اضطرابات الأكم لدى مينة من المعلمين

لمثل هذه الممارسات التي تلقى قبولاً عنده واستحساناً بينما هي خطر عليه لكونها تتحدر به تدريجياً إلى التراخي والانعزال وفقدان الصلاحيات والفعالية في كثير من الأمور الأسرية والمهنية والاجتماعية، ليجد نفسه في نهاية الطريق وقد أصبح على الصورة التي كان يخشاها منذ زمن، وهو أنه أصبح عاجزاً فاقداً لاستقلاليتته، وكأنه قد ترسخ في عقله منذ زمن تصوراً واعتقاداً سعى بنفسه عبر سنوات الحياة إلى تنفيذه دون أن يدري، لقد تم توجيه عناية كبيرة في هذه الدراسة لتدريب المرضى على تطويع العقل والسيطرة على الجسم وضبط الذات لمواجهة المعتقدات والسلوكيات التي تمثل منشطات لآلامهم المزمنة. ويرى الباحث أن مجال المواجهة النفسية للأكم المزمن بشكل عام لازال في بدايته في مجال الأبحاث والدراسات ويأمل أن تكون هذه الدراسة بداية لدراسات تتناول شتى مظاهر الأكم المزمن. في كافة المراحل الحرة وفي إطار من العناية بالمهنة والواقع الاجتماعي والثقافي والاقتصادي.

المراجع

- ١- أحمد معوض (١٩٦٥): أضواء على شوبنهاور. مكتبة النهضة المصرية. القاهرة.
- ٢- أسماء محمد محمود (٢٠٠١): تأثير تعليمات "مدرسة الظهر" على تخفيف آلام الظهر عند الممرضات. رسالة ماجستير. كلية التمريض. جامعة عين شمس.
- ٣- أوتوفينخل. ترجمة صلاح مخيمر (١٩٦٩): نظرية التحليل النفسى فى العصاب. الأنجلو المصرية. القاهرة.
- ٤- إيناس محمد عبد الحفيظ المليجى (٢٠٠٢): تأثير طرق تغيير اتجاه الانتباه والاسترخاء على تخفيف الألم بعد العمليات الجراحية عند الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التمريض. جامعة عين شمس.
- ٥- جان سكوت، مارك وليامز، آرون بيبيك. ترجمة حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٢): العلاج المعرفى والممارسة الكلينيكية. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.
- ٦- داليا محمد عزت مؤمن، عز الدين فكرى (٢٠٠٢): العلاقة بين أساليب التكيف مع الألم والأعراض النفسية. حوليات آداب عين شمس المجلد ٣٠ (أكتوبر - ديسمبر). ص: ٢٠٧-٢٦٢.
- ٧- سحر جاد عبد الرسول (٢٠٠١): دراسة العوامل المهنية المرتبطة بآلام الظهر لدى عمال المهن الصناعية. رسالة ماجستير. كلية التمريض. جامعة عين شمس.
- ٨- س.هـ باترسون. ترجمة حامد عبد العزيز الفقى (١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. ج٢. دار القلم. الكويت.
- ٩- سيجموند فرويد. ترجمة إسحق رمزى، أحمد عزت راجح (١٩٧٨) ما فوق مبدأ اللذة. دار المعارف. القاهرة.

برنامج ملاجي لخفض اضطرابات الألم لدى هيئة من المعلمين

- ١٠- شيدلر هاربي، ترجمة غسان ستو (١٩٩٨): آلام الرأس: الأسباب والعلاج. مؤسسة الرسالة. بيروت. لبنان.
- ١١- شيرلى بيرس، جويس مايلز، س. فى. ليندزى، ج بول، ترجمة صفوت فرج (٢٠٠٠): مرجع فى علم النفس الإكلينيكي. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- ١٢- فيكتور فرانكل، ترجمة إيمان فوزى (١٩٩٨): إرادة المعنى: أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.
- ١٣- ماهر محمود عمر (٢٠٠٣): العلاج السلوكى الانفعالى العقلانى. مركز الدلتا للطباعة. الإسكندرية.
- ١٤- ماهر فوزى (٢٠٠٢): الألم. كتاب الهلال الطبى. يصدر عن دار الهلال. القاهرة.
- ١٥- مدحت عبد الحميد أبو زيد (٢٠٠٣): العلاج النفسى وتطبيقاته الجماعية، (الجزء الخامس). دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- ١٦- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠): علم الأمراض النفسية والعقلية. دار قباء للطباعة والنشر. القاهرة.
- ١٧- محمد صالح فالح هيثان (١٩٩٠): سيكولوجية الألم والتشوه لدى مصابى الحروق. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية الآداب. جامعة عين شمس.
- ١٨- محمد عماد الدين السيد (١٩٨٦): نمط النتوء قرب العجز وعلاقته بآلام أسفل الظهر المزمنة. رسالة ماجستير. كلية الطب. جامعة عين شمس.
- ١٩- عبد الرحمن نور الدين (٢٠٠١): آلام الظهر. مجلة طبيبك الخاص عدد (٣٩٣) تصدر عن مؤسسة دار الهلال. القاهرة.
- ٢٠- عزيز حسن أبو كرم (١٩٩٣): العوامل المرتبطة بآلام أسفل الظهر وكفائتهما. رسالة ماجستير. المعهد العالى للتمريض بالإسكندرية.

- ٢١- نادر فهمى الزبيد (١٩٩٨): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. دار الفكر العربى. القاهرة.
- ٢٢- نعمت حسن جلوى الصقعبى (١٩٩٢): بعض سمات الشخصية لمرضى آلام أسفل الظهر النفسجسمية وفاعلية العلاج السلوكى المعرفى والدوائى معاً فى علاج المرضى. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. جامعة الملك سعود.
- 23- Aref Mohamed (1994): Efficacy of triple nerve block on relief of chronic knee pain. MSc faculty of medicine. Cairo University. Cairo.
- 24- Arena.J, Blanchard (2002): Biofeedback training for chronic pain disorders. In turk dennis & Gatchel.R (Eds) psychological approaches to pain management (2nd Ed.). (pp: 159-186) New York. Guilford Press.
- 25- Arnstein.P.M, Prandon.P, Carter.M, Collins.P (2003): Pain management: Made incredibly easy. Lippincott Williams & Wilkins. New York.
- 26- Biederman.J & Schefft.B (1994): Behavioral, physiological, and self evaluative effect of anxiety on the self-control of knee pain. Behavior modification. Vol. 18(1): 89-105.
- 27- Boothby.J, Thorn.B, Stroud.M & Jensen. M (1999): Copin with pain. In psychosocial factors in pain. (pp: 343-363) by Robert. G & Dennis.T (Eds.). The Gilford Press. London.
- 28- Bruehl.S, Burns.J, Chung.O, Ward.P (2002): Anger and pain sensitivity in chronic low back pain patients and pain free controls: The role of endogenous opioids. Pain. Vol. 99 (1-2): 223-233.
- 29- Burns. D & Spangler.D (2000): Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive. Behavioral therapy. Journal of consulting & clinical psychology. Vol. 68 (1): 46-56.

- 30- David.S (1997): Prevention and control of pain in children
BMJ. Publishing Group. London.
- 31- Dennis.C.Turk & Flor. Herta (1999): Chronic pain: A
biobehavioral perspective. Washington. DC:
Winston.
- 32- Eccleston.C, Cromez.G; Aldrich.S and Stannard.C (1998):
Attention and somatic awareness in chronic pain.
Pain. 72 (1-2): 209-215.
- 33- Ekselius.L, Von Knorring, Enskog (1999): Effect of
personality disorders on treatment outcome of
surgery for low back pain. Journal of
Musculoskeletal pain. Vol. 4(3): 87-96.
- 34- Eynst.E (2004): Manual therapies for pain control. Clinical
journal of pain. Vol. 20 (issue 1) Jan/Feb: 8-13.
- 35- Fives. Christopher Jude (2003): Anger, Aggression and
Irrational beliefs in chronic low back pain
patients. Journal of Neurotherapy. Vol. 7(1): 3-
18.
- 36- Flora.S, Wilkerson.L, Race.L, Flora.D (2003): Effects of
human self-control for management low back
pain. Psychological record. Vol. 53(2): 243-252.
- 37- Frankle.V (1975): Psychotherapy and existentialism.
Washington. Square Press. New York.
- 38- Gale. G, Ham.P, Beverley.L (2003): Role of cognitive
therapy in chronic head and knee pain. Pain
research & management. Vol. 8(2): 108.
- 39- Gatchel. R.J (1999): Perspectives on pain: A historical
overview. The Gilford Press. New York.
- 40- Gentry. W.Doyle (2000): Anger Free: Ten Basic steps to
managing muscle relaxation and sitting. Diss.
Abs. Inter. Vol. 52(4): 229-B.
- 41- Good.M, Stanton.H, Anderson.G (2002): Relief of chronic
low back pain with relaxation and biofeedback.
Pain. Vol. 81(1-3): 1,3-172.
- 42- Hadjistovropoulos.H (2000): Extent and nature of anxiety
experienced during physical examination of

- chronic low back pain. Behavior research & therapy. Vol. 38(1): 13-29.
- 43- Halpern.M (2003): The costs of job accommodations for employees with low back pain. Work. Vol. 21(3): 271-278.
- 44- Ibrahim.M (1988): The effects of spinal flexion and extension exercises on low back pain severity and spinal mobility in chronic mechanical low back pain. Ph.D. New York University.
- 45- John. A. Astin (2004): Mind-Body therapies for the management of pain. Clinical journal of pain. Vol. 20(1): 27-33.
- 46- Kabata Zinn, Lipworth.L & Burney. R (1985): Mindfulness meditation for the self regulation of chronic pain. J. of Behavioral medicine. Vol. 8(2): 163-190.
- 47- Kerr.D, Walsh.D, Baxter.D (2003): Acupuncture in the management of chronic low back pain. Vol. 19(6): 364-370.
- 48- Latimer.J, Maher.C, Refshague.K (2004): The attitudes and beliefs of physiotherapy patients to chronic knee pain clinical journal of pain. Vol. 20(1): 45-51.
- 49- Mahmoud.H.M (2001): Management of chronic low back pain. M.Sc. Faculty of medicine - Ain-Shams University. Cairo.
- 50- Mc Cracker.L, Eccleston.C (2003): Coping or acceptance what to do about chronic pain? Pain. Vol. 105 (1-2): 197-204.
- 51- Mielenz.T. Jones (2003): Association of psychosocial work characteristics with acute low back pain outcomes. Diss. Abs. Inter. Vol. 63 (11-B): 5184.
- 52- Mohammad.A. Alsharkawi (1993): Local injection of interfacet joint in treatment of low back pain. MSc. Faculty of medicine Assiut University.
- 53- Mohamed Samy.H (1992): Noninvasive management of low back pain. MSc. Ain Shams Center. LIL. Faculty of medicine. Ain Shams University. Cairo.

- 54- Morris.D (2000): Pain and cognitive behavioral perspective. Hills Dale. NJ: Erlbaum.
- 55- Myles.D & Turk.D (1993): Pain and behavioral medicine; a cognitive behavioral prospective. The Guilford Press. New York.
- 56- Owen. Salters. Erin.G, Robert.J, Polatin.P (2004): Change in psychopathology following functional restoration of chronic low back pain patients. Pain. Vol. 106 (1-2): 371-379.
- 57- Pincust.T and Morley.S (2001): Cognitive processing biase in chronic pain: A review and integration. Psychological bulleting. 127 (5): 599-617.
- 58- Sagula. David (2000): Varying treatment duration in meditation reducing chronic pain. Diss. Abs. Inter. Vol. 61(2): 1095-B.
- 59- Sagula.D & Alexander.L (2000): Mediation program for chronic pain. Diss. Abs. Inter. Vol. 63(2): 1182.
- 60- Sameh.E. Ali Salem (1993): Epidemologic study of low back pain among a group of steel workers population at Helwan. MSc. Faculty of medicine. Ain Shams University. Cairo.
- 61- Schmaling.K, Fiedelak.J, Katon. W, Bader.J, Buchwald.D (2003): Prospective study of the prognosis of unexplained chronic fatigue in clinical. Based cohort. Psychosomatic medicine. Vol. 65(6): 1047-1057.
- 62- Snow Turek. AL, Norris. M.P & Tan. G (1996): Active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain. Vol. 64(3): 455-462.
- 63- Solomon. N, Drager.K, Luschei.E (2002): Sustaining a constant effort by the tangué and hand: Effects of acute pain and fatigue. Journal of speech language & hearing research. Vol. 45(4): 613-624.

- 64- Spence. Susan.H (1993): Role of cognitive therapy in the management of chronic low back pain. Pain & behavior change. Vol. 10(4): 228-236.
- 65- Strong.J, Ashton.R and Stewart.A (1994): Chronic knee and low back pain: towards an integrated psychological assessment model. Journal of consulting clinical psychology. Vol. 69(4): 1058-1063.
- 66- Tumlin.T.R (2001): Treating chronic pain patients in psychotherapy. J. of clinical psychology. 57(11): 1277-1288.
- 67- Viljanen.M, Maalmivaara.A, Palmroos.P (2003): Relaxation training for chronic knee and neck pain. British medical journal. Vol. 327(7413): 476-479.
- 68- Winterowd.Carrie, Beck. Aaron, Gruener Daniel (2003): Cognitive therapy with chronic pain patient. New York: Springer publishing. Co.
- 69- Waddell. G, Turk. Dennis. (2001): Clinical assessment of low back pain. In Turk Dennis & Melzack.R (Eds) Handbook of pain assessment (2nd Ed.). (pp: 431-453) New York. NY, US; Guilford Press.

Therapeutic program to reduce pain disorders for a sample of teachers

Dr: Hosam Eldin Mahmoud Azab

Faculty of Education
Ain Shams University

"Abstract"

This study aims at designing an eclectic program to reduce chronic pain disorders (specially low back pain and knee pain) for a sample of teachers (males and females) the sample in this study consists of: control group (10 m & f) and an experimental group (10 m & f). The program stay continual for two months. The results declared the following:

- 1- There were a significant statistical differences between the average degree of both Ex. & Co. groups on pain scale after the program and these differences were in the side of (Ex) group.
- 2- There were a significant statistical differences between the average degree of (Ex) group before and after the program on pain scale and these differences in the side of the results of testing after the program.
- 3- There were no significant statistical differences between males and females in chronic low back on knee pain.
- 4- There were no significant statistical differences between the direct results of program application and after the follow up time.

The researcher recommends necessity association of both medical and psychological treatment in all of chronic pain management dealings.