مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (41) العدد (2)2019
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (41) No. (2) 2019

التعبير الشفوي عن الألم لدى عينة من مرضى سرطان الدم
دراسة مقارنة حسب العمر الزمني لتشخيص المرض

د. سام صقور*
د. فراس حسين**

(تاريخ الإيداع 6 / 12 / 2018. قبل للنشر في 28 / 3 / 2019)

□ ملخّص □

تُشكل السيطرة على الألم والتقييم الإجمالي لمريض السرطان هدفاً ضرورياً. لذلك هدف البحث الحالي التعرف إلى التعبيرات الشفوية للألم عند مرضى سرطان الدم من خلال الكلمات والأوصاف التي يستخدمونها لوصف ألمهم المحسوس، والمقارنة بين هؤلاء المرضى بحسب العمر الزمني لتشخيصيهم من خلال تقييمهم لتعبيراتهم الحسية والانفعالية المؤلمة المتعلقة بمرضهم. تم الاعتماد على المنهج الوصفي في هذا البحث، واُستخدام استبيان (QDSA)سان– انطوان لقياس التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية للألم. اختُبر (42) مريضاً يعانون من مرض سرطان الدم (اللمفوما واللوكيميا) مراجعون ومقيمون في مستشفى تشرين الجامعي قسم أمراض السرطان في محافظة اللاذقية بنسبة (20) ذكر و(22) أنثى وعمرهم التشخيصي يتراوح بين شهر وسنتين. بينت النتائج وجود فروق بين المرضى حسب العمر الزمني لتشخيص المرض في التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية وفق عددها وعمقها وشدتها لصالح المرضى الذين في المرحلة التشخيصية المبكرة.

الكلمات المفتاحية: سرطان الدم، التعبير الشفوي عن الألم، العمر الزمني لتشخيص المرض.

* مدرس، قسم الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.
**مدرس، قسم أمراض الدم، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (41) العدد (2)2019
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (41) No. (2) 2019

Verbal expression of pain
A simple on leukemia's patients in Lattakia

Dr. Sam Sakor*
Dr. Fras Houseen**

(Received 6 / 12 / 2018. Accepted 28 / 3 / 2019)

□ ABSTRACT □

It is a necessary objective to control the pain and the overall evaluation of cancer patient. Therefore; this research aimed to identify the verbal expressions of pain of Leukemia patients through words and descriptions they use to describe their perceived pain. the research aimed too to compare the sensor and emotional expressions of their pain according to time of their diagnosis. The descriptive approach was adopted, and the Saint-Antoine questionnaire (QDSA) was used to measure sensory and emotional verbal expressions of pain. (42) Leukemia patients were tested in the cancer department in Tishreen Hospital in Latakia governorate, including (20) males and (22) females with diagnostic aged between (40 and 65). the results showed that there is difference between patients according to the time of diagnosis in number, deepness and intensity in choosed words for those patients that are in their early diagnosis stage.

Key Words - verbal expression of pain, cancer patients.

* **Assistant Professor, Faculty of Education, Tishreen University, Lattakia, Syria .**

** **Assistant Professor, Faculty of Medecin, Tishreen University, Lattakia, Syria .**

مقدمة:

يُعد الألم ظاهرة نفسية وفيزيولوجية ذاتية معقدة تختلف من شخص إلى آخر ويصعب تقييمها بطريقة موضوعية، فهناك من يشعرون به ويتجاهلونه ولا يبدون أي استجابة نحوه وهناك من يبالغون في التعبير عنه. هكذا الألم رد فعل بيولوجي للحفاظ على العضوية وهو من أكثر الأعراض شيوعاً في الأمراض المزمنة. ويعتبر ظاهرة يتداخل فيها المركبان العضوي والنفسي، فالألم الناتج عن المركب العضوي يكون فيه علامات موضوعية تدل على وجود مرض يمكن تحدديه والكشف عنه، أما الألم الناتج عن المركب النفسي لا يرافق بعلامات موضوعية ولا يتبع توزيع تشريحي لعصب معين. لذلك، قد يعتقد البعض بأنه لا وجود لمرض دون أعراض عضوية واضحة ومرافقة له فيبقى هؤلاء غير مصدقين وجود حالة مرضية رغم الاكتشافات المذهلة في الميدان الطبي بأن الكثير من الامراض الجسمية ذو منشأ نفسي، ويترافق مع الألم عادة الانفعال والتوتر العضلي والقلق والاكتئاب (اليافاوي،2012). لذلك يأخذ الألم معنيين حقيقين الأول نفسي والأخر فيزيولوجي.

لا يمكن أن يكون المعنى النفسي حيادياً أو تصاحبه مشاعر حيادية، بل لابد أن تصاحبه حالة وجدانية إما سارة أو غير سارة. ويكتسب معنى خاصاً بالنسبة للمريض، وبشكل عام العواطف والمشاعر هي التي ترسم الآلام وتحركها وتصنعها أحياناً (صادق، 1986، 22–23). بينما المعنى الفيزيولوجي يتجلى من خلال مستقبلات الألم في أجزاء الجسم، وعندما تنشط هذه المستقبلات بالضغط أو بسبب تضرر نسيج الجسم تبدأ رسالة الألم وتنتقل 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.(Binoche, Martineau, 2001)

في حال الأمراض المزمنة كمرض السرطان، الذي يصيب بعض خلايا الجسم التي تفقد قدرتها على التحكم في النمو، فيبدأ الانقسام العشوائي بدون ضوابط، ونتيجة ذلك يزداد النسيج ويتشكل الورم الذي قد يكون حميداً أو قد يكون خبيثاً، الأورام الحميدة لا تعتبر سرطاناً لأنها لا تمتد إلى أجزاء أخرى من الجسم ونادراً ما تهدد حياة الإنسان، أما الأورام الخبيثة منها تكون قادرة على تدمير الأنسجة المجاورة كما تستطيع الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم، (Mignot,2002). ينجم الألم عند مرضى السرطان عن أسباب متعددة ومختلفة، منها طبيعة المرض ونوعه وتأثيراته ومضاعفاته، إضافة إلى تأثير علاجاته المختلفة، ويعتمد نمط الألم على نوع الورم ومرحلته وموضعه الأصلي، ويتحدد هذا من خلال نسيج ورمي مستمر في التضخم، أو ورم يؤثر ويضغط على الأنسجة الرخوة أو الأعضاء الحيوية المجاورة أو الأعصاب، كذلك انتقال الورم إلى مواضع أخرى غير موضع منشئه الأصلي، وردود الفعل الانفعالية تجاه المرض مثل الاكتئاب أو القلق أو التوتر العصبي. وهناك عدة عوامل تتدخل بإدراك المريض لألمه فالدعم الذي يتلقاه من المحيط والوضع الاقتصادي وأفكاره والمعنى الذي يعطيه للمرض كلها عوامل متداخلة تلعب دوراً في تعبير مريض السرطان عن ألمه.

مشكلة البحث:

يتزايد الاهتمام بدراسة مرض السرطان باعتباره من أكثر الأمراض المهددة للحياة، وما يصاحبه من شكاوى نفسية وجسدية تصل إلى درجات ألم شديدة. لذلك تعتبر العناية بالألم واجب أخلاقي وأولوية أساسية لابد من تقديمها لكل مريض. حيث يعبر كل مريض عن شكواه بطريقته الخاصة، مستخدماً تعبيرات حسية وانفعالية من أجل وصف ألمه بدقة. فمن خلال هذه التعبيرات يمكن فهم تجربته عن الألم بشكل عميق (Catherbars, 2000). تكون ألية الألم في مرض السرطان معقدة فهي ترتبط بانضغاط الأعصاب وإفراط التنبيهات الألمية ذو التأثيرات الثانوية للأدوية. كما نجد

انعكاس مضاعف وخطير للألم على حياة المريض فعلى البعد الجسدي هناك تدهور في الأداء الوظيفي واضطراب في النوم، وعلى البعد النفسي يعاني المريض من القلق والاكتئاب وشعور بالعجز، وعلى البعد الاجتماعي هناك تدهور في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الأخرين هذا ما أكده كل من فيريل وكوهين وريمر (Ferrel, Cohen, Rhymer.1991,14). لكن المرضى المصابون بسرطان الدم لا يعانون من نفس الآلام العضوية التي تتعلق بتطور الورم مقارنةً مع أنواع أخرى من السرطان. بل على العكس، نجد أن هذه الآلام تظهر نتيجة للآثار الجانبية للعلاج وتدهور الحالة النفسية وفقدان القدرة على القيام بالأعمال الاعتيادية، لذلك سيكون هذا النوع من المرض محور الدراسة خصوصاً أنه يحتلّ المرتبة الثانية للوفيات بين مرضى السرطان في سورية ويصيب الرجال والنساء على حد سواء بحسب منظمة الصحة العالمية عام (2015).

تعتبر خبرة الباحث في هذا المجال مسوغ أساسي لتلمس مشكلة البحث، فمرحلة تشخيص المرض تعد مرحلة مفصلية في حياة المريض، يمر بعدها بعدة مراحل، تحمل معها انعكاسات خطيرة على حياته، وتتفاوت من مريض إلى أخر. حيثُ أكد غاشتيل وترك (Gatchel, & Turk, 1999) بوجود ثلاث مراحل يمر فيها منذُ لحظة التشخيص، تبدأ بردود فعل انفعالية كالخوف والقلق والأنكار وعدم التصديق، لتصل ما بين الشهرين والأربعة أشهر من تشخيص المرض إلى ردود فعل تتجلى بالشعور بالضيق والغضب، وفقدان الأمل في حين تتمثل المرحلة الثالثة بالبحث عن علاج للمرض (أوردَ في :55، 2003، Verrier). بذلك تشخيص المرض وعلاجه له تأثيرات مهمة على حياة المريض وتعبيراته الحسية والانفعالية عن ألمه، لما يحمله هذا المرض من عوامل خطيرة تتجلى بتساقط الشعر والتقيؤ وفقدان عضو مهم نتيجة العمل الجراحي.

سيتم في هذا البحث التعرف إلى التعبيرات الشفوية للألم عند مرضى سرطان الدم من خلال الكلمات والأوصاف التي يستخدمونها لوصف ألمهم المحسوس، والمقارنة بين هؤلاء المرضى بحسب تاريخهم التشخيصي في تقييمهم لتعبيراتهم الحسية والانفعالية المؤلمة المتعلقة بمرضهم. هكذا، تتلخّص إشكاليّة البحث بالسؤال الآتي:

هل تختلف التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية المتعلقة بالألم باختلاف التاريخ التشخيصي للمرض عند مرضى سرطان الدم؟

أهمية البحث وأهدافه:

تكمن أهمية البحث من الناحية النظرية في كونه من الأبحاث النادرة التي تبحث سيكولوجية الألم في البيئة العربية ضمن حدود علم الباحث وبالتالي يزود المكتبة العربية بهذا النمط من الأبحاث التي تتعلق بعلم النفس الإكلينيكي. كذلك تكمن أهميته من الناحية التطبيقية من خلال مساعدة مرضى سرطان الدم على تحديد التعبيرات المؤلمة الحسية والانفعالية والتي تشكل مرجعية لمرضهم.

كذلك بالنسبة للكادر الطبيّ، من خلال محاولة تحسين التشخيص والعناية بالألم للمرضى، وإعطاء المسكنات والمهدئات التي تتناسب مع شدة الألم لكل مريض آخذين بعين الاعتبار العمر الزمني لتشخيص المرض.

من الممكن تقديم صورة علمية للقائمين في وزارة الصحة لابتكار خطط وبرامج إرشادية نفسية، تساعد المرضى على التخفيف من شدة الألم، وتعبيراته الحسية والانفعالية من خلال إنشاء فريق عمل إرشادي ملازم للكادر الطبي يعملون من خلاله على مساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم والتغيرات التي تنجم عنه.

تتمثل أهداف البحث الحالي فيما يلي:

التعرف إلى المفردات الحسية والانفعالية المتعلقة بالألم والتي تشكل مرجعية لتشخيص مرض سرطان الدم حسب العمر الزمني لتشخيص المرض.

تمييز الاختلافات في التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية عن الألم عند المرضى المصابين بسرطان الدم واللمفوما حسب العمر الزمني لتشخيص المرض.

فرضية البحث:

يسعى البحث إلى تحقق من الفرضية الرئيسية التالية عند مستوى دلالة 0.05.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى سرطان الدم على مقياس التعبيرات الشفوية للألم (الحسية والانفعالية) حسب تاريخ تشخيص المرض.

حدود البحث:

حدود بشريّة: عينة من مرضى سرطان الدم (اللمفوما واللوكيميا) مراجعون ومقيمون في المستشفى.

حدود موضوعيّة: دراسة التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية لدى عينة من مرضى السرطان باستخدام الأدوات المناسبة.

حدود مكانيّة: تم إجراء مقابلات التقييم في محافظة اللاذقية (مستشفى تشرين الجامعي قسم الاورام).

حدود زمانية: الفترة الممتدة ما بين شهري نيسان وأيار من عام 2016.

التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث:

1-الألم (Pain): خبرة غير سارة من المشاعر والأحاسيس، مرتبطة بضرر حاد أو كامن في النسيج الحي (برويكر وآخرون،2003).

2- **الألم البيولوجي:** انعكاس ما تنقله الأعصاب المنتشرة في الجسم من أماكن الإصابة إلى مراكز الحس والتحكم اللاإرادية في المخ وذلك على شكل نبضات أو إشارات. ويقوم المخ بإصدار الأوامر إلى كل الأجهزة الحيوية لإعانة العضو المصاب بهدف إعادة التوازن للعضوية (Atallah, Guillermou, 2004).

3- التعبير الشفوي عن الألم (Expression Verbal Of Pain): التعبير الكيفي للحالة المحسوسة بالألم من قبل المريض وتتدخل فيها عدة عوامل حسية وانفعالية ومعرفية وسلوكية واجتماعية (Melzack, 1975).

يُعرف إجرائياً: بأنه الدرجات التي يعطيها المريض عن ألمه (الحسي والانفعالي) على مقياس McGill Pain Questionnary (MPQ) المستخدم في البحث الحالي.

الإطار النظري

تُعرف الجمعية العالمية لدراسة الألم 1(IASP) عام (1979) الألم بأنه "خبرة حسّية انفعاليّة لحالة من الانزعاج، والضيق أو عدم الارتياح ترتبط بإصابة أو أذيّة نسيجيّة حقيقية". لذلك يُعتبر تقييم الألم خطوةً هامة من أجل العلاج ومرحلةً أساسّية لراحة المريض من شكواه، حيث يمكن من خلال مقابلة التقييم قياس شدّة الألم وتعرف الطبيب إلى التشخيص المناسب لحالة المريض. حيث يستخدم المريض تعبيرات حسيّةً وانفعاليّةً من أجل وصف ألمه المحسوس، فمن خلال هذه التعبيرات يمكن أن يتكوّن لدى الطبيب فهم عميق للألم، ويُسهل القيام بإجراءات العناية بمريضه.

[1] **IASP : International Association for the Study of Pain**

بالتالي، تتأثّر التعبيرات المؤلمة عند المريض بإدراكه وفهمه لبيئته العائلية والاجتماعية، وخبرته السابقة عن الألم، فالعوامل البيولوجيّة والنفسيّة والثقافية والاجتماعية تتفاعل مع بعضها لتسهم في فهم تجربة الألم عند المريض، كاثيبراس (Cathébras, 2009). لا تكون حالة الألم التي يمر بها المريض نتيجةً لإحساسه بالألم فقط، بل هي انعكاس لتجاربه السابقة مع ألمه والظروف المرضية الراهنة التي يمر بها. لذلك، يعتبر تقييم الألم مرحلةً معقدة خلال مرحلة العلاج لأنّه يقوم على تقييم موضوعيّ لظاهرةٍ ذاتية، حيث إنّ لكلّ مريض طريقته لوصف ألمه المعاش باستخدامه تعبيراته الخاصة. وهذه الاختلافات في التعبير عن الألم تتأثر بنوع المرض ومرحلته وجنس المريض وعمره والتاريخ التشخيصي للمرض، سيدراشي (Cedraschi, 2003).

يتكون الألم من تركيبات أساسية (الحسية، الانفعالية، المعرفية والسلوكية) وسيتم في هذا البحث التركيز على التركيبتين الحسية والانفعالية. حيث تتوافق التركيبة الحسية مع الآلية الفزيولوجية –العصبية التي تكشف عن الرسالة المؤلمة من خلال خاصيّتها (قارص، حارق...)، استمراريتها (يزداد، ينقص...)، شدّتها (ضعيف، قوي...)، وتموضعها في الجسم. أما التركيبة الانفعالية، تتمثل بالحالة المزعجة التي نشعر فيها مثل: (يُضايق، شاق، لا يحتمل، مقلق...الخ). تندمج هذه التركيبة مع تجارب الألم المكتسبة، وتتطور إلى حالة أكثر تعقيداً مثل: القلق والاكتئاب. لا تتحدد هذه التركيبة بالمنّبه الضارّ نفسه فقط، وإنما بالسياق الذي يجري فيه الألم والمعنى الذي يعطيه المريض له وتطوره (Boureau, 1988).

سيتم في هذا البحث الاهتمام بتاريخ التشخيصي للمرض من خلال الاعتماد على المراحل التي حددها كل من غاشتيل وترك (Gatchel, & Turk, 1999) التي تسمح بفهمٍ أفضل للألم وتطوّره من ألمٍ حادّ إلى ألمٍ مزمنٍ ومستمرٍّ، وكذلك الضّيق الانفعاليّ المصاحب له، إذ أكد الباحثين أنه حينما يصبح الألم مزمناً، يواجه المرضى تغيّراتٍ انفعاليّةً تنتج عنها مشاكل سلوكيّةٌ ونفسيّةٌ مختلفةٌ تؤثر على التّجربة المؤلمة في حدّ ذاتها ويمر المريض بالمراحل التالية.

المرحلة الأولى: تتضمّن ردود فعلٍ انفعاليّةً عاديّةً مثل الخوف، القلق، والانهماك في مواجهة المستقبل، والتي تعدُّ نتائج للألم خلال المرحلة الحادّة.

المرحلة الثّانية: إذا دام الألم من شهرين إلى أربعة أشهرٍ ينتقل المريض إلى المرحلة الثّانية. وهذه المرحلة تتضمّن ردود فعلٍ نفسيّةً وسلوكيّةً أكثر إشكاليّةٍ، مثل فقدان الأمل في إيجاد حلٍّ مريح، ضيقٍ انفعاليٍّ، غضب، والّتي تعتبر كلّها نتائج لمعاناةٍ من ألمٍ مزمنٍ.

المرحلة الثّالثة: في هذه المرحلة تؤدّي الضغوط الحياتية مع الألم المزمن إلى تفاقم وازدياد تدهور حالة المريض، ويؤثّر ذلك على الجهاز النّفسيّ الدّفاعيّ لديه. إذا استمرّت المضاعفات المختلفة، فإنّ حياة المريض تتبلور حول تجربة الألم، ويتبنّى استراتيجيات قد تكون فعالة أو غير فعالة لمواجهة ألمه، ويُعفى من مسؤولياته الاعتيادية العائلية منها والاجتماعيّة. كما أنه يستقبل مكوّنات يمكن لها أن تحثَّه على الاستمرار في مرضه. بذلك سيتم الاعتماد على هذا النموذج لفهم تطور الألم خلال رحلة المرض في البحث الراهن.

الدراسات السابقة:

1- دراسة مراد (2012-2013) دمشق:

عنوان الدراسة: (الصلابة النفسية وعلاقتها بإدراك الألم) دراسة ميدانية لدى عينة من الراشدين في عيادة طبيب الأسنان في محافظة دمشق.

تهدف الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية وإدراك الألم لدى عينة من مرضى الأسنان وفق متغيرات جنس المريض وعمره ومستواه الدراسي وحالته الاجتماعية والمهنية. تم استخدام استبيان الصلابة النفسية لدى الراشدين (MHQ48)، مقياس الألم المدرك في عيادة طبيب الأسنان. أجريت الدراسة على عينة من الراشدين مؤلفة من (315) مريض ومريضة (155) من الإناث و(160) من الذكور، مأخوذة من عيادات أطباء الأسنان في محافظة دمشق، تراوحت أعمارهم (18-65). أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية ذات دلالة احصائية بين الصلابة النفسية وإدراك الألم، كذلك إدراك الفرد لألمه يختلف بحسب جنسه وعمره ومستواه الدراسي وحالته الاجتماعية والمهنية.

2- دراسة أوبيرديك وأخرون (Auberdiac, al, 2012)، فرنسا

عنوان الدراسة: تقييم العناية بآلام السرطان المرتبط بالعلاج الإشعاعي للأورام.

تهدف الدراسة إلى تقييم واستقصاء الألم السرطاني بعد العلاج الإشعاعي في مركز العناية بالألم التابع لمعهد لوار. تمت مقابلة (154) مريض سرطان يتعرضون لجلسات أشعة، أُستخدام مقياس شدة الألم (EVA). أظهرت النتائج أن (67 ٪) من المرضى قدروا ألمهم بأنه عالي بعد جلسة العلاج الإشعاعي، ثلث المرضى (33٪) لم يتلقوا أي علاج مسكن خلال الجلسات الإشعاعية، (55٪) من المرضى شعروا بالارتياح الكافي خلال الجلسات، (97٪) من المرضى أكدوا على وجود تأثير للألم على نوعية حياتهم. هكذا التقييمات أظهرت أنه لم يكن هناك عناية بالألم بشكل كافٍ للمرضى خلال جلسات الأشعة.

3- دراسة لوبروي، صقور، لوبروي (Lebreuilly, Sakkour, Lebreuilly, 2013)

عنوان الدراسة: تأثير الثقافة على التعبير الشفوي عن الألم: دراسة مقارنة بين مرضى سرطان سوريين وفرنسيين.

تهدف الدراسة إلى تقييم دور البيئة الثقافية للمريض في الإدراك والتعبير الشفوي للألم. وتم الاعتماد على المنهج الوصفي في هذا البحث، وقد استخدام اختبار شدة الألم (EVA)، ومقياس سان انطوان(QDSA) لقياس التعبيرات الشفوية للبعد الحسي والانفعالي للألم. أجريت الدراسة على (34) مريضاً سورياً و(47) مريضاً فرنسياً يعانون من مرض سرطان الدم. وأظهرت النتائج أن التعابير الحسية والانفعالية المختارة من قبل المرضى السوريين لها مدلول وعمق لفظي أقوى من المستخدم من قبل المرضى الفرنسيين، وأن الإدراك والتعبير الشفوي للألم يتغير حسب الأصل الثقافي للمريض، ويصبح إشارة للعناية بالألم.

4- دراسة حواط (2017)

عنوان الدراسة: العلاقة بين معتقدات الألم والحالة الانفعاليّة (القلق والاكتئاب) لدى مرضَى السّرطان في مستشفيات محافظة اللّاذقيّة.

تهدف الدراسة التعرف إلى العلاقة بين معتقدات وتّصوّرات الألم الخاطئة، والحالة الانفعاليّة (القلق، الاكتئاب) لدى مرضى سرطان الرئة، تحديد الفروق بين مرضى سرطان الرئة وفق تاريخ تشخيص مرضهم في المتغيرات التالية (معتقدات الألم، الحالة الانفعالية، شدة الألم). وتم الاعتماد على المنهج الوصفي في هذا البحث، وقد استخدام سلم (EVA) لقياس شدة الألم، ومقياس (HADS) الذي يهتم بالجانب الانفعالي للألم، وتقييم المركّب المعرفي للألم من

خلال مقياس معتقدات وتصورات الألم الخاطئة (PBPI). شملت عينة البحث (35) مريض سرطان رئة في مركز المعالجة الكيميائية والإشعاعية بمستشفى تشرين الجامعي. أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط قوي وسلبي بين معتقدات وتصوّرات الألم بأبعادها المختلفة (باستثناء بعد الشعور بالذنب) وحالتهم الانفعاليّة المتمثلة بـ(القلق والاكتئاب) من جهة وشدة آلامهم من جهة أخرى. كما أشارت النتائج إلى أن المعتقدات والتصورات الخاطئة المتعلقة بالألم، ومستوى الحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب)، وشدة الألم تزداد مع مرور الوقت خلال رحلة العلاج.

5- دراسة صقور (2018)

عنوان الدراسة: التعبير الشفوي عن الألم لدى عينة من مرضى سرطان الدم في محافظة اللاذقية.

تهدف الدراسة التعرف إلى التعبيرات الحسية والانفعالية المتعلقة بالألم لدى مرضى سرطان الدم، وبيان الفروق حسب جنس المريض في هذه التعبيرات الحسية والانفعالية. وتم الاعتماد على المنهج الوصفي في هذا البحث، واُستخدام استبيان (QDSA) سان- انطوان لقياس التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية للألم. اختُبر (42) مريضاً يعانون من مرض سرطان الدم (اللمفوما واللوكيميا) مراجعون ومقيمون في مستشفى تشرين الجامعي قسم أمراض السرطان في محافظة اللاذقية. أكدت نتائج الدراسة بأن مرضى سرطان الدم يستخدمون مفردات متنوعة وغنية لوصف ألمهم المعاش، يوجد تشابهات واختلافات في الأوصاف المستخدمة الحسية والانفعالية للتعبير الشفوي عن الألم عند المرضى من قبل الجنسين كذلك هناك تعبيرات حسية وانفعالية نادراً ما تكون مستخدمة عند المرضى. ولا يوجد أي اختلاف بين الجنسين في عدد التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية المختارة وعمقها وشدتها.

منهج البحث وإجراءاته:

أُعتمد في هذا البحث على المنهج الوصفي، لأن الهدف من البحث هو دراسة الاختلافات في التعبيرات الشفوية الحسية والانفعالية عن الألم حسب تاريخ تشخيص المرض، وذلك من خلال تطبيق أدوات البحث على عينة من المرضى وإعطائها صفة كمية، وجمع البيانات وتحليلها، ثم التوصّل إلى النتائج ومناقشتها ومحاولة تفسيرها. ويعّرف المنهج الوصفي بأنه أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة، وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة، أو المشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (ملحم، 2006، 370).

1مجتمع البحث:

تكوَّن المجتمع الأصلي للبحث من جميع مرضى سرطان الدم (اللمفوما واللوكيميا) المترددين والمقيمين في مستشفى تشرين الجامعي، الذين قُدروا بـ (107) مرضى لمفوما بنسبة (5.99%) من مرضى السرطان بالمشفى و(171) مريضاً ابيضاض دم (لوكيميا) بنسبة (9.57%) وفق السجل الاحصائي لعدد مرضى السرطان المسجلين والمقبولين في المستشفى عام (2016).

2عيّنة البحث:

بلغ عدد المرضى المشاركين في هذه الدراسة (42) مريضاً (20) ذكر و(22) أنثى مصاباً بسرطان الدم (اللمفوم واللوكيميا)، مراجعين ونزلاء في المستشفى، تتراوح أعمارهم بين (45-65) سنه في مراحل المرض (الأولى -المتوسطة -المتقدمة)، وعمرهم التشخيصي يتراوح بين شهر وسنتين.

جدول (1): توزع أفراد العينة حسب مرحلة التشخيص.

مرحلة المرض	≤ 3 أشهر	3-6 أشهر	6-9 أشهر	≥ 9
العدد	19	6	8	9

3طريقة التطبيق:

في البداية، تمت العودة إلى سجلات المرضى للتأكد من مدى انسجامهم مع المعايير الموضوعة للبحث، لمعرفة التاريخ التشخيصي للمريض ونوع المرض فيما إذا كان سرطان (العقد اللمفاويّة أو اللوكيميا) . ثم بدأت المقابلة مع المريض بشكل تعارفي تم خلالها إعطاء فكرة عن المقابلة، والهدف منها، ثم أخذ معلومات عامة من المريض لكسب ثقته؛ وتم بعد ذلك اخضاع المرضى لمجموعة من الاختبارات لتقييم الألم. والذي استمر فترة تطبيقها مع كل مريض عشرين دقيقة تقريباً.

4أدوات البحث:

مقياس التعبيرات الشفوية للألم الذي تم بناءه من قبل ميلزاك عام (1975) ,Melzack ويسمى McGill Pain Questionnaire. تم استخدام النسخة الفرنسية للمقياس التي تم تصميمها من خلال بورو وأخرون (Boureau et al,1984) ويسمى مقياس سان-انطوان لقياس التعبيرات الشفوية عن الألم Questionnaire de Saint-Antoine (QDSA). يتألف المقياس من (58) مفردة في (16) مجموعة، تشكل المجموعات التسع الأولى (من A إلى I)البعد الحسي للألم والمجموعات السبع الاخيرة (من J إلىP)البعد الانفعالي الملحق (2). يحدد هذان البعدان أوصاف الألم المدركة من قبل المريض الذي يختار المفردات الأكثر قرباً لإحساسه ويُعين أجابته بإعطاء وصفاً كمياً ونوعياً للمفردة المختارة. هناك أربع درجات محسوبة للبعدين الحسي والانفعالي تشكل مفتاح تصحيح المقياس وفق مايلي:

عدد المفردات المختارة: يمكن للمريض أن يختار مفردة في كل مجموعة من المقياس. تتراوح درجاتها بين (0 أدنى درجة -16 أعلى درجة).

عمق المفردة: تشكل كل مجموعة وحدة من المفردات لها نفس المعنى ولكنها مختلفة في عمقها تتراوح درجاتها بين (0 أدنى درجة -58 أعلى درجة).

شدة المفردة: قياس شدة المفردة المختارة من خلال المريض إعطائها درجة (من 0 لا يوجد ألم إلى 4 الألم لا يطاق)، تتراوح درجاتها بين (0 أدنى درجة -64 أعلى درجة).

المتوسط بين العمق والشدة: حساب المتوسط بين أخر درجتين، تتراوح درجاتها بين (0 أدنى درجة -61 أعلى درجة).

قام الباحث صقور(Sakkour, 2012) بدراسة الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة من (40) مريضاً يعانون من أمراض حادة ومزمنة في مستشفى الأسد الجامعي في مدينة اللاذقية. وتم حساب صدق المحكمين والصدق الداخلي للمقياس من خلال دراسة ترابطه مع النسخة المختصرة له، وحساب صدقه المحكي مع مقياس شدة الألم (EVA). أظهرت النتائج تمتع المقياس بصدق داخلي عالي بكلا بعديه الحسي والانفعالي ومع الصورة المختصرة له تتراوح بين (0.53- 0.73). وكان هناك ارتباط قوي للمقياس بمفاتيح تصحيحه الأربع مع مقياس شدة الألم تراوح بين (0.65- 0.76) وهي نتائج مهمة ومؤشرات دالة إلى خصائص سيكومترية مقبولة.

النتائج والمناقشة:

فرضية البحث:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى سرطان الدم على مقياس التعبيرات الشفوية للألم (الحسية والانفعالية) حسب التاريخ التشخيصي للمرض.

جدول (2) القيمة المحسوبة لـ ANOVA حسب عدد الكلمات الحسية والانفعالية لمتغير تاريخ التشخيص.

عدد المفردات	تاريخ التشخيص	ن	م	ع	قيمة F	قيمة الدلالة	القرار
الكلية	≤ 3 أشهر	19	9,84	1.8	3.28	.031	دال
	3-6	6	8,5	2,81			
	6- 9	8	7.75	1,9			
	≥ 9	9	7.88	1,61			
الحسية	≤ 3 أشهر	19	4.36	1.011	1.256	.303	غير دال
	3-6	6	3.83	1.94			
	6- 9	8	3.62	.744			
	≥ 9	9	3.66	1.00			
الانفعالية	≤ 3 أشهر	19	5.47	1.42	2.474	.076	غير دال
	3-6	6	4.66	1.36			
	6- 9	8	4.12	1.72			
	≥ 9	9	4.22	1.20			

لتحديد لصالح أي مجموعة من أفراد العينة تعودُ هذه الفروق سيتم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعديّة المتعددة.

يتبين من الجدول (3) أن الفروق واضحة ولها دلالة احصائية عند المقارنة بين المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي أقل من (3) أشهر وباقي المجموعة التي لها تاريخ تشخيصي أكثر من (6) أشهر بينما هذا الفرق غير واضح وليس له أي دلالة احصائية عند المقارنة بين المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي أقل من (3) أشهر والمرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي من (3) إلى (6) أشهر.

جدول (3) اختبار (*LSD*) لعدد الكلمات الكلية حسب التاريخ التشخيصي للمرض.

تاريخ التشخيص (I)	تاريخ التشخيص	اختلاف المتوسط	قيمة الدلالة	القرار
أقل من (3) شهور	من (3) إلى (6) شهور	1.34	.150	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	2.09*	.015	دال
	أكثر من (9) شهور	1.95*	.018	دال
من (3) إلى (6) شهور	أقل من (3) شهور	-1.34-	.150	غير دال
	من (6) شهور إلى سنة	.750	.481	غير دال
	أكثر من سنة	.611	.556	غير دال
من (6) إلى (9) شهور	أقل من (3) شهور	-2.092-*	.015	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-.750-	.481	غير دال
	أكثر من (9) شهور	-.138-	.884	غير دال

أكثر من (9) شهور	أقل من (3) شهور	-1.95-*	.018	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-.611-	.556	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	.138	.884	غير دال

هكذا، تبيّن التحليلات لعدد المفردات المؤلمة أن هناك فروق لصالح المرضى ذوي تاريخ التشخيص المبكر، ويمكن تفسير ذلك بأن المرضى المشخصّون في الفترة الزمنية أقل من (3) أشهر يعطون تعبيرات متنوعة للتعبير عن ألمهم، فهم لا يزالون في بداية التشخيص، ولم يخضعوا لأيّة علاجاتٍ بعد، أما المرضى الذين تم تشخصّيهم في الفترتين بين (6) إلى (9) أشهر وأكثر من (9) أشهر، تتمتع مفرداتهم بأنها أقل تنوعاً وعدداً، يمكن أن يكون لديهم تحديداً دقيقاً لتعبيراتهم الشفوية المتعلقة بالألم نتيجة التجربة الطويلة معه. هكذا، كلّما زادت فترة المرض كلّما قل عدد المفردات الشفوية الحسية والانفعالية التي يعبر فيها المريض عن ألمه، أي تصبح أكثر تحديداً ودقة ووضوح.

التحليل حسب عمق المفردات:

بالنسبة لمتغير عمق المفردات الحسية والانفعالية، يُشير الجدول (4) أن الفرق واضح وملحوظ بين متوسطات أفراد العينة على متغير عمق المفردات الكلية والحسية وهذا الفرق غير دال على البعد الانفعالي. متوسط درجات المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أقل من 3 أشهر) أكثر ارتفاعاً مقارنة بنظرائهم من المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أكثر من 6 أشهر) في عمق المفردات المؤلمة. حيث يصل المتوسط الكلي إلى (58/22,52) عند المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أقل من 3 أشهر) بينما يُقدر عند المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أكثر من 6 أشهر) بـ(58/15,75) كما يُظهره الجدول (4). حيث قيمة (F) لعمق المفردات المؤلمة الكلية قد بلغ (3.81) بقيمة دلالة (0,01) أدنى من مستوى الدلالة (0,05). ولكن لا يوجد أي دلالة على البعد الانفعالي من المقياس، مما يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة القائلة بوجود فروقٍ ذات دلالةٍ إحصائيّةٍ بين متوسطات درجات المرضى على أبعاد مقياس التعبير الشفوي للألم وفق متغير تاريخ تشخيص المرض ماعدا البعد الانفعالي، ولمعرفة لصالح من تعود هذه الفروق سيتم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية المتعددة.

جدول (4) القيمة المحسوبة لـ ANOVA حسب عمق الكلمات الحسية والانفعالية لمتغير تاريخ التشخيص.

عمق الكلمات	تاريخ التشخيص	ن	م	ع	قيمة F	قيمة الدلالة	القرار
الكلية	≤ 3 أشهر	19	22.52	5.68	3.814	.018	دال
	6-3	6	20.00	7.29			
	9 -6	8	15.75	5.52			
	≥ 9	9	17.22	2.33			
الحسية	≤ 3 أشهر	19	13.31	13.31	4.041	.014	دال
	6-3	6	11.5	11.50			
	9 -6	8	8.37	8.37			
	≥ 9	9	10.00	10.00			
الانفعالية	≤ 3 أشهر	19	9.21	4.46	.686	.566	غير دال
	6-3	6	8.50	4.76			
	9 -6	8	7.37	3.77			
	≥ 9	9	7.22	2.27			

تُظهر التحليلات لعمق المفردات المؤلمة الكلية اختلافات في المتوسطات حسب التاريخ التشخيصي للمرض الجدول (5) و الجدول (6). يبيّن أن المرضى المشخصّون في الفترة الزمنية أقل من (3) أشهر يعطون تعبيرات كلية وحسية لها مدلول لغوي عميق مقارنة بنظائرهم الذين لديهم تاريخ تشخيصي أكثر من (6) أشهر. ، فهم لا يزالون في بداية التشخيص وبداية خضوعهم للعلاج الذي لم تظهر أثاره عليهم بعد، ولكن هذا الفرق لا يكون واضحاً عند مقارنتهم مع المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي بين (3) إلى (6) أشهر. أما المرضى المشخصّون في الفترتين بين (6) إلى (9) أشهر وأكثر من (9) أشهر، يستخدمون مفردات حسية لها عمق ومدلول معنوي أقل وكأن لديهم تحديد دقيق لتعبيراتهم الشفوية الحسية المتعلقة بألمهم. هكذا، يمكن استخلاص إنه كلّما زادت فترة المعاناة مع المرض كلّما كان عمق المفردات المؤلمة الحسية ومدلولها أقل.

جدول (5) اختبار (*LSD*) لعمق الكلمات الكلية حسب التاريخ التشخيصي للمرض.

تاريخ التشخيص (I)	تاريخ التشخيص (J)	اختلاف المتوسط	قيمة الدلالة	القرار
أقل من (3) شهور	من (3) إلى (6) شهور	2.52	.323	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	6.776*	.005	دال
	أكثر من (9) شهور	5.30*	.020	دال
من (3) إلى (6) شهور	أقل من (3) شهور	-2.52-	.323	غير دال
	من (6) شهور إلى سنة	4.25	.152	غير دال
	أكثر من سنة	2.77	.334	غير دال
من (6) إلى (9) شهور	أقل من (3) شهور	-6.776-*	.005	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-4.25-	.152	غير دال
	أكثر من (9) شهور	-1.472-	.577	غير دال
أكثر من (9) شهور	أقل من (3) شهور	-5.304-*	.020	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-2.77-	.334	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	1.472	.577	غير دال

يبيّن الجدول (6) أن المرضى المشخصّون في الفترة الزمنية أقل من (3) أشهر يعطون تعبيرات حسية لها مدلول لغوي عميق مقارنة بنظائرهم الذين لديهم تاريخ تشخيصي أكثر من (6) أشهر، ولكن هذا الفرق لا يكون واضحاً عند مقارنتهم مع المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي بين (3) إلى (6) أشهر.

جدول (6) اختبار (*LSD*) لعمق الكلمات الحسية حسب التاريخ التشخيصي للمرض.

تاريخ التشخيص (I)	تاريخ التشخيص (J)	اختلاف المتوسط	قيمة الدلالة	القرار
أقل من (3) شهور	من (3) إلى (6) شهور	1.815	.293	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	4.940*	.003	دال
	أكثر من (9) شهور	3.315*	.030	دال
من (3) إلى (6) شهور	أقل من (3) شهور	-1.815-	.293	غير دال
	من (6) شهور إلى سنة	3.125	.120	غير دال
	أكثر من سنة	1.5	.439	غير دال
من (6) إلى (9) شهور	أقل من (3) شهور	-4.94-*	.003	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-3.12-	.120	غير دال
	أكثر من (9) شهور	-1.62-	.364	غير دال

أكثر من (9) شهور	أقل من (3) شهور	-3.31-*	.030	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-1.5-	.439	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	1.62	.364	غير دال

التحليل حسب شدة المفردات:

أظهرت نتائج البحث أنه يوجد فروق بين مرضى السرطان في شدة المفردات المؤلمة المعبرة عنها من قبل المريض حسب تاريخ تشخيص مرضهم. وهذه الفروق بين المتوسطات ليس لها أية دلالة إحصائية على البعدين الحسي والانفعالي لشدة الكلمات، حيث إن قيمة الدلالة (0,77) على البعد الحسي و(0,37) على البعد الانفعالي أعلى من مستوى الدلالة (0,05) وهذا لا ينطبق على الفرق بين المرضى في شدة الكلمات الكلية وفق متغير تاريخ التشخيص حيث قيمة الدلالة (0,051) مساوياً لمستوى الدلالة (0,05). ولمعرفة لصالح من تعود هذه الفروق تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية المتعددة، ويبين الجدول (7) نتائج ذلك:

جدول (7) القيمة المحسوبة لـ *ANOVA* حسب شدة الكلمات الحسية والانفعالية لمتغير تاريخ التشخيص.

شدة الكلمات	تاريخ لتشخيص	ن	م	ع	قيمة F	قيمة الدلالة	القرار
الكلية	≤ 3 أشهر	19	22.94	5.92	2.831	.051	دال
	6-3	6	20.33	9.41			
	9 -6	8	17.25	5.11			
	≥ 9	9	16.66	4.97			
الحسية	≤ 3 أشهر	19	12.26	3.84	2.468	.077	غير دال
	6-3	6	10.16	5.15			
	9 -6	8	8.87	3.75			
	≥ 9	9	8.55	3.39			
الانفعالية	≤ 3 أشهر	19	10.68	4.54	1.066	.375	غير دال
	6-3	6	10.16	5.07			
	9 -6	8	8.37	3.502			
	≥ 9	9	8.11	3.17			

تُظهر التحليلات لشدة المفردات المؤلمة الكلية اختلافات في المتوسطات حسب التاريخ التشخيصي للمرض في الجدول (8)، يبيّن أن قيم الدلالةِ الإحصائيّة لاختبار (LSD) أصغر من (0,05) عند المقارنة بين المرضى الذين عمرهم التشخيصي أقل من (3) أشهر والمرضى الأكثر من (6) أشهر وهذه الفروق غير موجودة عند المقارنة مع المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي من (3) إلى (6) أشهر. وتشير التحليلات أن هذه الفروق لصالح المرضى ذوي التشخيص الأقصر مدةً، فالمرضى المشخصّون في الفترة الزمنية أقل من (3) أشهر يقدرون شدة مفرداتهم المؤلمة بشكل قوي، فهم لا يزالون في مرحلة بداية التشخيص، والألم في مراحله الأولى ولم يتطور بعد، ولم يخضعوا لأيَة علاجاتٍ بعد، بالتالي قد يبالغون في ردود أفعالهم الانفعالية مثل الخوف، القلق، والانهماك في مواجهة المرض، أما المرضى الذين لديهم تاريخ تشخصي أكثر من (6) أشهر يقدرون شدة مفرداتهم المؤلمة بشكل أقل، إنها مرحلة العلاج التي تتضمن معاناةً من جراء العلاجات والجراحة وآثارها الجانبيّة فالمرض يبدأ بالانتقال إلى مواضع أخرى والعلاج

يبدو أن لا فائدةَ منه، وجرعة المسكّنات ليست بالمستوى المطلوب، فالعزلة وفقدان الأدوار الاجتماعية وفقدان الأمل تُشكل سمات أساسية في هذه المرحلة وبالتالي تسبب ضيقاً وتوتراّ يزيد من مستوى الاكتئاب عندهم مما يؤدي إلى تبنّي استراتيجيات قد تكون غير فعالة لمواجهة ألمه، كذلك قد يصبح المريض أكثر خبرة بتقدير شدة ألمه المتعلقة بالمفردات الحسية والانفعالية من خلال تبني استراتيجيات فعالة.

جدول (*8*) اختبار (*LSD*) لشدة الكلمات الكلية حسب تاريخ التشخيص.

تاريخ التشخيص (I)	تاريخ التشخيص (J)	اختلاف المتوسط	قيمة الدلالة	القرار
أقل من (3) شهور	من (3) إلى (6) شهور	2.614	.373	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	5.697*	.035	دال
	أكثر من (9) شهور	6.28*	.017	دال
من (3) إلى (6) شهور	أقل من (3) شهور	-2.614-	.373	غير دال
	من (6) شهور إلى سنة	3.083	.362	غير دال
	أكثر من سنة	3.666	.268	غير دال
من (6) إلى (9) شهور	أقل من (3) شهور	-5.697-*	.035	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-3.083-	.362	غير دال
	أكثر من (9) شهور	.583	.847	غير دال
أكثر من (9) شهور	أقل من (3) شهور	-6.28-*	.017	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-3.66-	.268	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	-.583-	.847	غير دال

التحليل حسب المتوسط بين العمق والشدة:

تُظهر التحليلات أن متوسط درجات المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أقل من 3 أشهر) أكثر ارتفاعاً مقارنة بنظرائهم من المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أكثر من 6 أشهر) في عمق المفردات المؤلمة. حيث يصل المتوسط الكلي إلى (61/22.89) عند المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أقل من 3 أشهر) بينما يُقدر عند المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي (أكثر من 6 أشهر) بـ(61/19.91) كما يُظهره الجدول (9). حيث أن قيمة (F) للمتوسط بين العمق والشدة قد بلغت (3,86) بقيمة دلالة (0,017) أدنى من مستوى الدلالة (0,05) وبالتالي هي دالةٌ احصائياً، مما يعني رفض الفرضيّة الصّفرية وقبول الفرضيّة البديلة التي تنص على وجود فروقٍ بين متوسطات درجات المرضى على مقياس سان انطوان للتعبير الشفوي للألم وفق متغير تاريخ تشخيص المرض، ولكن هذه الفرق غير ملحوظ على البعد الانفعالي، ولمعرفة لصالح من تعودُ هذه الفروق تم استخدام اختبار (LSD).

جدول (*9*) القيمة المحسوبة لـ*ANOVA* حسب متوسط الكلمات لمتغير تاريخ التشخيص.

التعبيرات المؤلمة	تاريخ التشخيص	ن	م	ع	قيمة F	قيمة الدلالة	القرار
المتوسط الكلمات	≤ 3 أشهر	19	22.89	5.73	3.860	.017	دال
	6-3	6	19.91	7.31			
	9 -6	8	16.5	5.08			
	≥ 9	9	16.94	3.13			
الحسية	≤ 3 أشهر	19	12.78	3.71	3.751	.019	دال
	6-3	6	10.83	3.82			

	9 -6	8	8.62	3.20			
	9 ≤	9	9.27	2.61			
الانفعالية	3 ≤ أشهر	19	10.10	4.40	1.085	.367	غير دال
	6-3	6	9.08	4.14			
	9 -6	8	7.87	3.52			
	9 ≤	9	7.66	2.62			

تُظهر التحليلات اختلافات في قيمة المتوسط بين عمق المفردات وشدتها حسب التاريخ التشخيصي للمرض في الجدول (10) والجدول (11)، يبيّن أن قيم الدلالةِ الإحصائيّة لاختبار (LSD) أصغر من (0,05) عند المقارنة بين المرضى الذين عمرهم التشخيصي أقل من (3) أشهر والمرضى الذين لديهم عمر تشخيصي أكثر من (6) أشهر وهذه الفروق غير موجودة عند المقارنة مع المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي من (3) إلى (6) أشهر. كذلك الفرق غير ملحوظ عند المقارنة بين المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيص من (3) إلى (6) أشهر والمرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي أكثر من (6) أشهر.

جدول (*10*)اختبار (*LSD*) لمتوسط الكلمات الكلية حسب تاريخ التشخيص.

تاريخ التشخيص (I)	تاريخ التشخيص (J)	اختلاف المتوسط	قيمة الدلالة	القرار
أقل من (3) شهور	من (3) إلى (6) شهور	2.97	.249	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	6.394*	.008	دال
	أكثر من (9) شهور	5.950*	.010	دال
من (3) إلى (6) شهور	أقل من (3) شهور	-2.97-	.249	غير دال
	من (6) شهور إلى سنة	3.416	.251	غير دال
	أكثر من سنة	2.97	.305	غير دال
من (6) إلى (9) شهور	أقل من (3) شهور	-6.39-*	.008	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-3.41-	.251	غير دال
	أكثر من (9) شهور	-.44-	.867	غير دال
أكثر من (9) شهور	أقل من (3) شهور	-5.95-*	.010	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-2.97-	.305	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	.44	.867	غير دال

وبملاحظة المتوسطات الحسابيّة من الجدول (10) و(11) يتبيّن أن قيمة هذه المتوسطات بين العمق والشدة للمفردات المؤلمة ينقص مع مرور الوقت مع دخول المريض بفترة متقدمة من العلاج، فالمرضى المشخصّون خلال فترة زمنية أقل من (3) أشهر يعطون متوسطاً بين العمق والشدة للتعبيرات الحسية أعلى مقارنة بنظائرهم الذين لديهم تاريخ تشخيصي أكثر من (6) أشهر، ولكن هذا الفرق لا يكون واضحاً عند مقارنتهم مع المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي بين (3) إلى (6) أشهر.

جدول(11)اختبار (LSD) لمتوسط الكلمات الحسية حسب تاريخ التشخيص.

تاريخ التشخيص (I)	تاريخ التشخيص (J)	اختلاف المتوسط	قيمة الدلالة	القرار
أقل من (3) شهور	من (3) إلى (6) شهور	1.956	.231	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	4.164*	.007	دال
	أكثر من (9) شهور	3.51*	.016	دال
من (3) إلى (6) شهور	أقل من (3) شهور	-1.95-	.231	غير دال
	من (6) شهور إلى سنة	2.208	.241	غير دال
	أكثر من سنة	1.55	.396	غير دال
من (6) إلى (9) شهور	أقل من (3) شهور	-4.16-*	.007	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-2.20-	.241	غير دال
	أكثر من (9) شهور	-.65-	.698	غير دال
أكثر من (9) شهور	أقل من (3) شهور	-3.51-*	.016	دال
	من (3) إلى (6) شهور	-1.55-	.396	غير دال
	من (6) إلى (9) شهور	.652	.698	غير دال

أظهرت التحليلات أن التعبيرات الشفوية عن الألم تتغيّر تبعاً للمرضى المشخصين في فتراتٍ زمنيةٍ مختلفةٍ ولصالح المرضى ذوي تاريخ التشخيص الأقل مدةً.

المرضى المشخصين في فترة أقل من (3) أشهر تكون تعبيراتهم الحسية والانفعالية عن الألم متنوعة وعميقة وذو شدة عالية، حيث تعتبر هذه المرحلة بداية تشخيص المرض ويسيطر عليها الخوف والقلق ويكون الألم غير واضح ولم يتبلور بعد، فهم بمرحلة عدم التّصديق والإنكار ويميلون إلى تكرار الفحوصات والتّردد إلى الأطّباء، فالمريض يعاني من ألام متنوعة لم تتحدد ماهيتها بعد بالإضافة إلى صدمة التشخيص وقلة الخبرة والتجربة في التعامل مع الآلام المزمنة كل ذلك يدفع المريض إلى المبالغة بألمه.

ومع دخول المريض في الفترة من (3) إلى (6) أشهر ينخفض معدّل التعبيرات المؤلمة الحسية والانفعالية ولكن ليس بدرجة ملحوظة، فهذه المرحلة هي مرحلة بداية العلاج، والمريض فيها لديه أمل في الشفاء والتحسن، ويلعب المحيط دوراً إيجابياً في مساعدة المريض، فالدعم والمساندة المقدّمان من العائلة أو من الطّبيب يساهمان بإمكانية التقليل من الألم والمداومة على العلاج، وتقديم نماذج أظهرت تحسناً ملموساً بعد العلاج هذا ما يجعله يفهم ألمه بشكل أفضل، ويجب أن لا يتم التقليل من أن عدد المرضى في هذه المرحلة لا يتجاوز (6) مرضى فلكي نفهم بشكل أفضل ماهية هذه المرحلة من المرض فلابد من أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الأصلي.

ينتقل المريض بعدها إلى فترة من (6) إلى (9) أشهر، وهنا يدخل المريض بمرحلة جديدة مع المرض متوافقة مع الواقع المؤلم، وهنا التعبيرات عن الألم الحسية منها والانفعالية تصبح أقل من حيث العدد والعمق والشدة لكنها أشد وقعاً ووصفاً لمرضهم وهذا يتفق مع دراسة جيوريز وفيريل (jewres & ferel, 1998) التي أشارت إلى إن عدم التعبير اللفظي أو السلوكي عن الألم لا يدل على عدم وجود الألم نفسه، لذلك من الضروري إشراك أفراد الأسرة والأصدقاء في رعاية المريض ليتكيف مع مرضه.

في فترة زمنية متأخرة من المرض (أكثر من 9 أشهر) يبدأ بعض المرضى بفقدان الأمل وعدم إيجاد حلٍّ لمعاناتهم، ثم الاستسلام وتقبّل الواقع، وينعزلون عن الوسط المحيط، ويتراجعون عن أدوارهم ومسؤولياتهم الاجتماعية. والمرض يبدأ بالانتقال والانتشار في جميع أنحاء جسم المريض، والألم مستمر وباقٍ معه، ولا فائدة ترجى من التعبير عنه.

وفي هذا السياق تعتبر المراحل التي حددها غاشتيل وترك (Gatchel, & Turk, 1999) مهمة لفهم تطور الألم من الحادّ إلى المزمن والمستمرّ عند المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، يكون الألم حاداً وردود أفعال المريض الانفعاليّة تتمثل بالخوف والقلق من المستقبل في بداية التشخيص، ثم تبدأ معاناة المرضى من الألم المزمن وتتضمن ضيقاً انفعاليّاً أكثر شدةً، ثم تأتي المرحلة الأخيرة وفيها تتبلّور حياة المريض حول الألم المعاش، وتؤدي الضغوط الحياتية مع الألم المزمن إلى تفاقم وازدياد حالة المريض ويعفى من مسؤولياته العادية والاجتماعية.

وبمقارنة نتائج البحث الحالي مع دراسة الزّهراني (2003) التي أكدت أنّه لا توجد فروقٌ دالةٌ إحصائيّاً في مستوى الاكتئاب عند المرضى المشخّصين في فتراتٍ زمنيةٍ مختلفةٍ، وهذه النتيجة تناقض ما توصل إليه البحث، كذلك دراسة حواط (2017) التي أشارت إلى أن كلاً من المعتقدات والتصورات الخاطئة المتعلقة بالألم، ومستوى الحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب)، وشدة الألم تزداد مع مرور الوقت خلال رحلة العلاج. وعليه يجب إجراءُ مزيدٍ من الدراسات المحليّة لفهم دور متغيّر تاريخ تشخيص المرض في التعبير الشفوي عن الألم خلال رحلة العلاج.

الاستنتاجات والتوصيات:

في البحث الحالي، تم إعطاء أهمية لتأثير التاريخ التشخيصي للمرض في التعبير الشفوي عن الألم عند المرضى. وقد أظهرت نتائج البحث الحالي وجود اختلافات بين المرضى في التعبيرات الشفوية عن الألم خصوصاً الحسية حسب التاريخ التشخيصي للمرض لصالح المرضى الذين لديهم تاريخ تشخيصي أقل من (3) أشهر، من أجل أفضل عناية أفضل بالمريض، لابد من الأخذ بالاعتبار التاريخ التشخيصي لمرضه.

تم التركيز في هذا البحث على التركيبات الأساسية للألم (الحسية، الانفعالية) من خلال رؤية متعددة الأبعاد، التي من الضروري تقييمها عند المريض. تمت دراسة هذه التركيبتين مع تجاهل التركيبة المعرفية والاجتماعية والسلوكية للألم. لذلك سيتم في الأبحاث المستقبلية الاهتمام بالتركيبات التي تم تجاهلها كمركّب أساسيّ يستحقّ الدراسة للألم، كونها تصبغ تصورات ومعتقدات المرضى عن ألمهم وجودة حياتهم وتُشكل انعكاساً للجانب الديني للمريض كمتغيّر يستحق الدراسة في هذا المجال. كما تمت دراسة تركيبات الألم وانعكاساته على مرض وحيد (سرطان الدم)، لأجل أن يتم استيعاب طبيعة الألم بشكل أفضل من الممكن أن يتم الآخذ بالاعتبار نوع سرطان الدم لمفوما أم لوكيميا، كذلك دراسة أنواع أخرى من مرض السرطان تسمح بتصميم أدواتٍ تساعد في فهم الألم وتعطي نتائج أكثر فعالية.

ختاماً، تُشكل السيطرة على الألم والتقييم الإجمالي لمريض السرطان هدفاً ضرورياً، وهذا يتطلّب تعاوناً بين عدة اختصاصات كالأخصائي الطبي والنفسي والاجتماعي واخصائي المعالجة الكيماوية والمعالج الشعاعي من أجل تقييم المشاكل الجسمية والنفسية الاجتماعية بشكلٍ موازٍ، لذلك لابدّ من تفعيل دور المعالج النفسي ليأخذ دوره ويقوم بتدخلات إرشادية وعلاجية نفسية.

المراجع:

- برويكر، بيرمان، مونغ، سيكو–*فيزيولوجية الألم*، ترجمة: سامر رضوان. الثقافة النفسية المتخصصة، بيروت، العدد 54، 2003.

- حواط، ديمة، *العلاقة بين معتقدات الألم والحالة الانفعاليّة (القلق والاكتئاب) لدى مرضَى السّرطان في مستشفيات محافظة اللّاذقيّة*، منشورات جامعة تشرين، 2017.

- الزهراني، تركي محمد عبد الله. *الاكتئاب لدى مرضى السرطان في ضوء كل من مدة الإصابة وأساليب موجهة الضغوط النفسية المتعلقة بالمرض*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود: المملكة العربية السعودية. 2003.

- صادق، عادل. الالم النفسي والعضوي. ط1. مصر القاهرة: دار وتوزيع الأهرام. 1986

- صقور، سام. التعبير الشفوي عن الألم لدى عينة من مرضى السرطان في محافظة اللاذقية. منشورات جامعة تشرين، العدد 5،40، 2018.

- ملحم، سامي محمد. *مناهج البحث في التربية وعلم النفس* دار المسيرة، عمان، ط 4، 2006، ص370.

- اليافاوي، حنان عبد الله. أهمية الدعم النفسي لمريض السرطان. جريدة الرياض. العدد 15949: 1. 2012.

- منظمة الصحة العالمية. السرطان. تاريخ الاسترداد 30 نيسان، 2018، http://www.who.int/ar

- ATALLAH, F., & GUILLERMOU, Y. L'homme et sa douleur: dimension anthropologique et sociale. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation , 23 (7), pp. 722–729, 2004.

- AUBERDIAC, P. CARTIER L, CHARGARI C , HAU DESBAT NH, ZIOUECHE A, MELIS A, KIROVA YM, DE LAROCHE G, MANGE N. *Internal mammary chain irradiation in breast cancer : state of the art*. Cancer/ Radiotherapie, 2011, pp148-153.

- BINOCHE, T., & MARTINEAU, C. *Guide pratique de traitement des douleurs*. Paris, Masson. (2001).BOUREAU, F., LUU, M., DOUBRERE, J. F., & GAY, C. *Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs*, comparaison avec le McGill Pain. 39, 1984, pp. 119-129.

- BOUREAU, F. *Pratique du traitement de la douleur*. Paris: Doin, 1988.

- CATHEBRAS, P. Douleur, *somatisation, et culture: Peut-on aller au-dela des sterdotypes?* Doul et Analg , 3, 2000 , pp. 159-162.

- CATHEBRAS, P. *Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie*. Revue du rhumatisme , *76* (6), 2009, pp. 517–521.

- CEDRASCHI, C. *Aspects anthropologiques et socioculturels des représentations de la douleur chronique*. Dans J. Wrobel, *Aspect psychologique de la douleur chronique*. Paris, 2003, pp. 106-118.

- FERRELL, B. R., COHEN, M. Z., & RHINER, M. *Pain as a metaphor for illness. Part II: Family caregivers' management of pain*. Oncology Nursing Forum , 18 (8), 1991, pp. 1315-1316.

- GATCHEL, R. J., & TURK, D. C. (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: Guilford Press, (1999).

- *International Association for the Study of Pain*. Douleur provoquée par un cancer 2009, octobre 201. http://www.iasp-pain.org.

- JEWRES. G, FEREL. B. *Influence of culture on cancer pain in managerment in Hispanic patients*. Article first published on line ,25 pec 2001.Dol:10:1046,1998, p.523-349.

- LEBREUILLYE,R, SAKKOUR, S, LEBREUILLYE, J. *L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur*, étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens: Soins Palliatifs. 27, 2013, pp125-129.

- MELZAK, R. *The Mc Gill pain questionnaire: major properties and scoring methods*. Pain ,1975, pp. 277-299.

- MIGNOT, L. *Cancer of the breast and pregnancy: the point of view of the breast cancer specialist*. Bull Cancer. 89 (9), 2002, PP: 772.

- SAKKOUR, S. *Etude comparative et expérimentale de l'expression de la douleur chez les patients cancéreux français et syriens. Caen* , Basse Normandie: MRSH. 2012.