

العلاقة بين أعراض القلق وشدة الألم لدى مرضى الألم المزمن

د. رأفت عبد الباسط قابيل

قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة سوهاج

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي، والهروب / تجنب والخوف والقلق الفسيولوجية) ودرجة شدة الإحساس بالألم، بالإضافة إلى التعرف على الفروق بين العاديين من طلاب الجامعة والمرضى الذين يعانون من آلام مزمنة، في أعراض القلق المصاحبة لهذه الآلام (الخوف من الألم، وتجنب والهروب، والأعراض الفسيولوجية، والأعراض المعرفية)، وأخيرا التعرف على الخصائص السيكومترية للنسخة العربية من مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم (Pass-20)، لماكرين وآخرون (McCraken, et al., 2002) الذي صمم لقياس أربعة أبعاد الألم: القلق المعرفي، والخوف، والهروب / تجنب، والقلق الفسيولوجي، على عينة مشتقة من المجتمع الليبي، تكونت من (٧١) من المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة، آلام أسفل الظهر (٣٤٪)، آلام صدمة ما بعد إجراء العمليات الجراحية (١٩٪)، آلام التهاب المفاصل أو التهاب المفاصل الروماتويد (١٣٪)، بالإضافة إلى (١٠٣) طالبا وطالبة جامعيين الذين أكملوا الاستجابة على مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم (Pass-20)، ومقياس تدرج شدة الآلام (NRS)، ولتحقق من فروض الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات، الانحراف المعياري، واختبارات ، ومعاملات الارتباط المستقيم لبيرسون، والتحليل العاملي، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أعراض القلق المصاحبة للآلام (القلق المعرفي، والهروب / تجنب ، والخوف، والقلق الفسيولوجي) ودرجة شدة الإحساس للآلام ، كما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين العاديين و المرضى اللذين يعانون من آلام مزمنة، في المصاحبة للآلام (القلق المعرفي، والهروب /

تجنب ، والخوف، والقلق الفسيولوجي) في اتجاه المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة، وأخيراً أظهرت النتائج أن النسخة العربية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم (Pass-20) يمكن استخدامها في قياس أعراض القلق المصاحبة للآلام في البيئة العربية.

الكلمات المفتاحية: أعراض القلق المصاحبة للآلام -القلق المعرفي-الهروب / تجنب-الخوف -القلق الفسيولوجي.

مقدمة:

معظم الناس يدركون أن من أعراض القلق الغثيان، والأرق، والتوتر، وزيادة ضربات القلب، وضيق التنفس. وإلخ، إلا أن القلة من يدركون أن القلق قد يسهم في حدوث آلام مزمنة وحادة، ويكون ملازماً لتلك الآلام، فالقلق قد يسبب الألم، وقد تكون الآلام هي المسببة للقلق، فهي علاقة متبادلة، فقد أظهرت العديد من الدراسات أن أولئك الذين يعانون من آلام مزمنة ومتكررة ينمو ويتطور القلق لديهم بسبب ما تشكله هذه الآلام من ضغوط على الإنسان، مما يجعل الشخص أكثر حساسية للألم حتى عندما يكون الألم خفيفاً، ففرط الحساسية بالألم تجعل من الصعب معرفة الفرق بين الألم العادي والألم المزعج، وقد يستمر هذا القلق حتى بعد أن يتم التعامل مع ذلك الألم (Weisenberg, M, et al., 2005 ; Tang, J. et al., 1984).

يعرف القلق Anxiety بوصفه أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً بين المجموع العام للسكان العاديين والإكلينكيين، فقد أصبح جزء من حياة الإنسان، حيث يبدو من الواضح أنه لا ينجو شخص في مواقف الحياة المختلفة من التعرض للقلق بدرجاته المتفاوتة، ويعد القلق أيضاً أحد العوامل النفسية المؤثرة في الفروق الجنسية (ذكور/ إناث) فيما يتعلق بالاستجابة للألم (رأفت قابيل، ١٩٩٩).

ويُعرف الألم - وفقاً لتعريف الجمعية الدولية لدراسة الألم- بوصفه خبرة حسية وانفعالية بغیضة متعلقة بضرر نسيجي فعلي أو كامن، يصحبه إحساس أو شعور سلبي بعدم السعادة (الراحة)، والمعاناة، وينظر إليه أيضاً بوصفه حالة نفسية ذاتية أو خبرة غير سارة (International Association for the study of pain, 1979) صادرة من الجهاز العصبي، قد تكون حادة أو بسيطة، تظهر ثم تختفي، أو تستمر، وقد يشعر بها الإنسان في منطقة معينة من الجسد، مثل آلام الظهر أو الركبة، أو الصدر، أو تنتشر في جميع أجزاء الجسم، كما هو الحال عندما يصاب الإنسان بنوبة برد (إنفلونزا The Flu) حيث يشعر الفرد بالآلام في جميع عظامه (John T., 2010).

وجدير بالذكر بأنه توجد أنماط عديدة من الآلام مثل آلام العضلات، والكتف والظهر، وآلام الصدر، وآلام الصداع، وآلام الأسنان، وآلام الحلق، وآلام المعدة ... وإلخ، التي تكون مصحوبة بالقلق، إلا أن أكثر تلك الآلام شيوعاً، وانتشاراً، وإلام هي آلام العضلات Muscle Pain (آلام الظهر والكتف Back Pain/Shoulder Pain) التي تحدث في العضلات نتيجة للتوتر الذي يسببه القلق، والتي يمكن أن يشكل ضغطاً على العضلات، مسبباً ألم خفيف أو شديد وحاد. (Matisyohu, W., et al., 1984)

يرتبط الألم الحاد بردود أفعال تلقائية تتناسب مع شدة وحدة الألم المستتار، يتضمن زيادة معدلات دقات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة توتر العضلات، وزيادة التنفس ... ، وهي كلها علامات وأعراض ترتبط بشكل شائع مع ردود الأفعال الناتجة عن القلق التي تبدو إما في صورة هروب أو في صورة مواجهة واقتتال Fight or Flight (Matisyohu, W., et al., 1984)

وجدير بالذكر بأنه قد تم ملاحظة أن المرضى الذين يعانون من الألم يسجلون في تقاريرهم أعراض مرضية، أهمها وأكثرها شيوعاً أعراض القلق، ويذكر سبير Spear, 1976 في هذا الصدد أن ما يقرب من ٤٥% - ٥٠% من المرضى اللذين يعانون من القلق ويترددون على عيادات الطب النفسي يُعانون من الآلام، بالإضافة إلى أنه قد لوحظ أيضاً أن الآلام سواء كانت المستمرة أو المؤقتة-في الغالب، وبشكل متكرر-تحدث لدى المرضى اللذين يعانون من القلق (Spear, F., 1967).

وفي نفس الاتجاه أشار ميرسكي Merskey, H., 1968 إلى أن معظم التشخيصات الشائعة في مجال الطب النفسي قد أظهرت أن المرضى اللذين يعانون من آلام مزمنة (مستمرة) يعانون من القلق والهستيريا، والاكتئاب العصبي (Merskey, H, 1968)، وأن أعراض الألم لا ترتبط فقط بالاكتئاب وإنما ترتبط أيضاً بالقلق. (Means-Christensen, AJ. et al., 2008)

وفي هذا الصدد أشارت الدراسات التجريبية السابقة إلى وجود ارتباط موجب بين الحساسية للألم والقلق (Schumacher & Velden, 1984)، وأن هناك تأثيرات مختلفة

على إدراك الألم على أساس صلته بالقلق (Al Absi et al., 1991; Robin et al., 1987).

وجدير بالذكر أن نتائج الدراسات السابقة – بهذا الشكل تعزز من افتراض ارتباط الحساسية بالألم بالقلق المصاحب لهذا الألم (Dougher et al., 1987)، وهذا ما أكدته أيضاً نتائج دراسة أجراها كل من كورنوول ودونديري Cornwall et al., 1988 التي أشارت إلى أن القلق العام المستشار من خلال مشيرات غير نوعية، وكذلك القلق المصاحب للألم ارتبط إيجابياً بالحساسية للألم (Cornwall et al., 1988).

وقد كشفت نتائج الدراسات التجريبية أيضاً أن القلق لا يرتبط فقط بالخبرة، وإدراك الألم، وإنما أيضاً بمتغير الجنس (ذكور/ إناث)، حيث أشارت النتائج أن انتشار حدة الإحساس بالألم لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور لدى بعض الحالات الإكلينيكية (Berkley et al. 2002; Hurley et al., 2008)، وأن الإناث أقل تحملاً للإحساس بالألم مقارنة بالذكور (Riley et al., 1998).

على حين أشارت دراسات أخرى إلى أن الحساسية بالألم قد تأثرت بشكل مرتفع وملحوظ بالقلق لدى الذكور بصورة أكثر مقارنة بالإناث، حيث أظهرت نتائج دراسة قام بها جونز وآخرون Jones et al., 2003 أن الذكور اللذين يعانون بصورة مرتفعة من القلق كحالة أو كسمة قد سجلوا درجات مرتفعة من الإحساس بالألم، وعدم القدرة على تحمل الألم مقارنة من الذكور الأقل معاناة بالقلق كحالة أو كسمة والجدير بالقول في هذا الصدد أن الإناث لم يظهرن مثل هذه الفروق (Jones et al., 2003).

وعلى نحو متشابه مع النتائج السابقة، أظهرت دراسة أجراها فروت وآخرون Frot et al., 2004 وجود علاقات ارتباطية موجبة بين القلق والتعبير عن الألم لدى الذكور دون الإناث (Frot et al., 2004).

وقد أشارت نتائج الدراسات الارتباطية أيضاً فيما يتعلق بتأثير متغير الجنس (ذكور/ إناث) إلى ارتباط أعراض القلق المصاحب بالألم بدرجة الإحساس بالألم كما يخبره الذكور اللذين يعانون من آلام مزمنة (Edwards et al., 2000)، وأظهرت نتائج

الدراسات السابقة أيضاً وجود علاقات ارتباطية قوية بين القلق والآلام المزمنة لدى الذكور (Riley et al., 2001).

وأظهرت نتائج الدراسات الإكلينيكية أن الذكور كانوا أكثر عرضة للإحساس بشدة الألم قبل، وبعد إجراء العملية الجراحية، مقارنة بالإناث (Eli et al., 2003)، في حين أشارت دراسات أخرى أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالآلام المزمنة، وأكثر إحساساً بالألم مقارنة بالذكور، وأن التدخلات غير الدوائية مثل الحديث الهادئ، وشرح أسباب الألم، والإرشاد والنصح، يساعد على تخفيف الألم سواءً لدى الأشخاص اللذين يعانون من اضطراب القلق أو لدى الأشخاص اللذين لا يعانون من القلق (Mogil, JS., and Eeva-Riitta, Y., Katri, V., and Anna-Maija, P., ; Bailey, AL., 2010 ; 2009)، وأن زيادة درجات القلق والاكتئاب والمخاوف يرتبط بانخفاض قدرة الفرد على تحمل الألم، وأن المرضى الإناث اللاتي يعانين من الآلام المزمنة أكثر عرضة للإصابة بالقلق (Rollman, G., 1995)، وأقل تحكماً في المواقف التي تتضمن ضرر عضوي (Prokopcakova, A., 1992).

على حين أظهرت دراسة أخرى وجود علاقات ارتباطية قوية بين القلق والحساسية بالألم لدى الإناث مقارنة بالذكور، وأن الإناث الأكثر قلقاً سجلن درجات مرتفعة للحساسية بالألم مقارنة بالإناث الأقل قلقاً (Keogh E., et al., 2001).

ومما سبق يتضح وجود فجوة في نتائج الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة العلاقة الارتباطية المفترضة بين أعراض القلق والحساسية بالألم، وتأثير عامل الجنس (ذكور / إناث) في تلك العلاقة وبخاصة في الثقافة العربية، كما يتضح أيضاً وجود تعارض وعدم اتساق في نتائج الدراسات، ولعل ما سبق كان بمثابة مبرر قوى دفع الباحث إلى إجراء الدراسة الحالية.

وجدير بالذكر وجود العديد من المقاييس الشائعة التي استخدمت لقياس أعراض القلق المصاحبة للإحساس بالألم، وأحد أكثر هذه المقاييس استخداماً، وشيوعاً هو مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم المتعدد الأبعاد (PASS)، الذي قام بتصميمه لماكركين وآخرون (McCracken, L., 1992 ; McCracken, L., 2002)، لقياس القلق المصاحب

للآلام من خلال أربعة أبعاد (الخوف من الألم، التجنب/الهروب، والاستجابات الفسيولوجية، والأعراض المعرفية)، وتكون هذا المقياس في صورته الأصلية من أربعين بند، ولهذا المقياس نسخة أخرى مختصرة (PASS 20) تتكون من (٢٠) بند موزعة على أربعة أبعاد بالتساوي (الخوف من الألم، التجنب/الهروب، والأعراض الفسيولوجية ، الأعراض المعرفية) ، كل بعد يتكون من (٥) بنود، تقيس أعراض القلق المصاحبة للألم، ويتم الاستجابة لهذه البنود وفقاً لمقياس ليكرت السداسي الذي يبدأ ب(صفر) أبدأً، وينتهي (٥) دائماً. قد تم حساب صدقه سواءً على مرضى يعانون من آلام مزمنة (كمرض السرطان- العظام) (Coons et al. 2004) ، أو على عاديين (كطلاب الجامعة) على سبيل المثال (Abrams et al. 2004)، وقد تم ترجمة هذا المقياس بصورته المختصرة فقط إلى اللغة الكورية Korean language ، وفي ضوء الاهتمام بالدراسات عبر الثقافية، والرغبة في تزويد المكتبة العربية بأحد المقاييس المهمة وشائعة الاستخدام في المجال الإكلينيكي ، قام الباحث بإجراء الدراسة الحالية لسد الفجوة البحثية، وتوفير أداء بحثية صالحة للاستخدام في البيئة العربية لقياس أعراض القلق المصاحبة للآلام المزمنة.

مشكلة الدراسة:

ومما سبق يتضح وجود فجوة في نتائج الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة العلاقة الارتباطية المفترضة بين أعراض القلق المصاحبة للألم، وشدة الألم، والفروق بين العاديين والمرضى في أعراض القلق المصاحبة للألم، وقد تمثلت هذه الفجوة في قلة تلك الدراسات التي اهتمت بتلك العلاقة، والتعرف على الفروق بين العاديين والمرضى اللذين يعانون من أمراض مزمنة مثل أمراض العظام، ولعل ما سبق كان بمثابة مبرر قوى دفع الباحثين إلى ضرورة إجراء الدراسة الحالية لسد هذه الفجوة البحثية، بالإضافة إلى وتوفير أداء بحثية صالحة للاستخدام في البيئة العربية لقياس أعراض القلق المصاحبة للآلام المزمنة.

وبناءً عليه يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين أعراض القلق المصاحبة للألم وشدة الألم؟
- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين العاديين والمرضى في أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي - الهروب والتجنب - الخوف من الألم - القلق الفسيولوجي)؟
- ما هي الخصائص السيكومترية للنسخة العربية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم لماكركين وآخرين (McCracken, et, al., 2002) الذي صمم لقياس أربعة أبعاد للألم (القلق المعرفي، والخوف، والهروب / تجنب، والقلق الفسيولوجي)؟

أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة الحالية في موضوعها المتمثل في التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية المفترضة بين أعراض القلق المصاحبة للألم وشدة الألم، وكذلك الكشف عن الفروق بين العاديين والمرضى في أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي - الهروب والتجنب - الخوف من الألم - القلق الفسيولوجي) في محاولة بحثية لسد الثغرة أو الفجوة البحثية التي تتمثل في قلة تلك الدراسات التي تناولت المتغيرات المستهدفة في الدراسة الحالية.

- بالإضافة إلى تزويد المكتبة السيكلوجية بأداة جديدة تسهم في التعرف على أعراض القلق التي تصاحب الآلام المزمنة، في محاولة للتخفيف من حدة هذه الآلام، وخاصة لدى من يعانون من أمراض مزمنة كمرض السرطان أو عظام، ولا شك إن التعرف على أعراض القلق المصاحبة للألم من خلال أده علمية مقننة يساعدنا في التخفيف من حدة هذه الآلام، ويعطى لنا إمكانية إجراء دراسات عبر ثقافية، تستعين بنفس الأداة.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية المفترضة بين أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي - الهروب / تجنب - الخوف من الألم - القلق الفسيولوجي) وشدة الإحساس بالألم.

- التعرف على الفروق بين المرض والأسوياء في أعراض القلق المصاحبة للألم (الخوف من الألم، التجنب والهروب، والأعراض الفسيولوجية، الأعراض المعرفية).
- التعرف على الخصائص السيكومترية للنسخة المختصرة لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم في صورته العربية، ومقارنتها بالخصائص السيكومترية للنسخة الأجنبية الأصلية للمقياس نفسه، التي صممها مكراتين ودهينجرا، McCracken and Dhingra, 2002.

الإطار النظري: Literature Review

سوف يغطي هذا الإطار مفهومين رئيسيين وهما: - مفهوم القلق، ومفهوم الألم.

أولاً: القلق Anxiety

يعد القلق من المفاهيم المعقدة، فقد يشار إليه بوصفه حالة تعتمد في الأساس على وجود بيئة نوعية خاصة يجد فيها الشخص نفسه في لحظة أو حالة من القلق State anxiety كتلك الحالة من القلق التي يتعرض لها الطالب الذي يوشك أن يدخل الامتحان، أو الطالب الذي يسعى إلى التعرف على نتيجته في الامتحان، أو الرياضي الذي يتهيأ للمنافسة في حلبات الألعاب الرياضية، وهكذا فكلها مواقف متجددة في حياة الإنسان يشعر في ظلها بنوع من التهديد أو الخطر حيث يخبر بما نسميه بأعراض القلق Anxiety Symptoms سواءً كانت أعراض جسدية - فسيولوجية مثل سرعة النبض، خفقان القلب، وارتفاع ضغط الدم، أو نفسية - معرفية كسرعة الاستثارة أو التوتر والأرق، وصعوبة التركيز، والمبالغة في تأويل التهديد، ويشار إلى القلق أيضاً بوصفه سمة Trait Anxiety يعكس شخصية الفرد، ويحدد سلوكه بوجه عام (رأفت قابيل، ١٩٩٩ ; Rosman, 1984 ; دافيد -ف- شيهان، ١٩٨٨)

وفي هذا الصدد أشار بول وبيرنستين Paul and Bernstein, 1973 إلى القلق بوصفه استجابة معقدة تتضمن مشاعر ذاتية من الخوف والتوتر ترتبط باستثارة انفعالية فسيولوجية، تنتج إما عن مثيرات خارجية أو ذكريات داخلية تتعلق بخبرات سابقة. (paul G., et al., 1973)

والقلق إما أن يكون قلق سوي يتمثل في وجود أعراض مألوفة، لا شدوذ فيها، ولا انحراف، تزول بزوال أسبابها المعروفة، وينظر للقلق في هذه الحالة بوصفه استجابة طبيعية لمواجهة مشكلات الحياة اليومية، وهو بمثابة رد فعل سوي ينذر بوجود خطر خارجي، ولكن عندما يزداد حدته وشدته حينئذ يخرج عن نطاقه السوي، ويصبح مرضاً، ويكون بمثابة خوف مزمن - دون وجود مبرر موضوعي - من خطر أو شر مرتقب مصحوب بإحساس غير سار بالتوتر، يظهر في صورة أعراض نفسية وجسدية ومعرفية متنوعة ودائمة إلى حد ما، ويشكل بالتالي عائقاً يعوق ضحاياه عن النهوض بأعباء الحياة ومسؤولياتها الطبيعية. (قابيل، رأفت، ١٩٩٩؛ Leonard R., et al. 1989؛ دافيد - ف- شيهان، ١٩٨٨؛ Shader R., et al., 1994)

ويعرف القلق بوصفه مرض وفقاً للتصنيف التاسع للأمراض بأنه مجموعات متنوعة من المظاهر الجسمية والعقلية التي لا يمكن عزوها لخطر حقيقي، يحدث إما في صورة نوبات أو حالة مستمرة أو دائمة، وتوصف حالات الفوبيا أو الرهاب Phobic States بوصفها حالات عصائية مصحوبة برعب وفزع حاد - بصورة غير سوية، وغير منطقية - من أحداث معينة لا تستدعي هذا الخوف (Blackburn et al., 1990).

ويؤثر مرض القلق في وظائف عديدة ومختلفة، فكل مرضى القلق يتناهم بعض أو كل الأعراض الآتية:

أولاً: أعراض سيكولوجية: وتشمل أعراض مزاجية (مثل سرعة الاستثارة، والتوتر، والشعور بخفة الدماغ، وأرق، واستياء، وتيقظ، وهياج عصبي، وعدم استقرار)، وأعراض معرفية (مثل صعوبة التركيز، فراغ الذهن، والمبالغة في تأويل التهديد، والنظرة للذات بوصفها عرضة للتهديد والخطر، والتقدير المنخفض للذات)، وأعراض دافعية (مثل الرغبة في الهروب وتجنب المواقف، وزيادة الاعتمادية. (Blackburn et al., 1990; Priest, R., 1983)

ثانياً: أعراض بيولوجية: وتتضمن إثارة آتوماتيكية ناتجة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل على سبيل المثال خفقان القلب، وصعوبة التنفس، والارتعاش، والعرق، والدوخة، والصداع، وجفاف الفم، والغثيان (Priest, 1983).
ويُنظر للقلق - في الدراسة الحالية بوصفه استجابة انفعالية سلبية تصدر نتيجة لوجود خطر أو تهديد متوقع.

ثانياً: الألم The Pain

يعد الألم من الظواهر القديمة، قدم وجود الإنسان على سطح هذه البسيطة، باعتبار أن الألم يلازم الإنسان منذ بدء الخليقة، ويعتبر الألم أيضاً من أكثر الأسباب شيوعاً لوضع الإنسان تحت الرعاية الصحية، وبداية رحلة العلاج أو التداوي للتخفيف من حدة هذا الألم، وقد حاول الإنسان إيجاد تفسير للألم، ومعرفة أسبابه، في محاولة للتخفيف من حدته أو شدته، وقد جاءت أولى هذه التفسيرات على يد فلاسفة اليونان (أفلاطون Plato، وأرسطو Aristotee، وإبقراط Hippocrates) فقد كانوا ينظرون للألم ليس بوصفه إحساس Sensation، وإنما بوصفه عاطفة Emotion شأنه شأن السعادة، وأن القلب وليس المخ هو المسئول عن الألم، وبظهور ابن سينا Avicenna، في القرن الحادي عشر تم اعتبار الألم ضمن حواس الإنسان شأنه شأن حاسة اللمس، واعتبر الألم بمثابة اضطراب في المخ، وهذا ما أكده رينيه ديكارت Rene Descartes في عام ١٦٦٤ حين شبه جسم الإنسان بأقرب ما يكون بالآلة، وأن الألم اضطراب ينتقل إلى المخ عبر الألياف العصبية، الأمر الذي فتح المجال أمام العلماء لدراسة الألم دراسة علمية، وإمكانية إجراء التجارب، بعد أن كان الألم ومحاولة التخفيف من معاناته مرهون باسترضاء الآلهة (Anaesth, B., 2001).

وجدير بالذكر أنه في عام ١٩٧٥ وبعد مرور فترة طويلة من الوقت على ما ذكره ديكارت، سعت الجمعية الدولية لدراسة الألم International Association for the Study of Pain إلى وضع تعريف محدد للألم، حيث عرفت الألم بوصفه خبرة حسية وانفعالية بغیضة متعلقة بضرر نسيجي فعلي أو كامن، يصحبه إحساس أو شعور سلبي بعدم

السعادة، والمعاناة. (International Association for the study of pain, 1979)، والملاحظ في هذا التعريف أن الألم ينظر إليه بوصفه ظاهرة مادية ، فيزيقية بحتة، إلا أن هذه النظرة قد تغيرت اليوم، وأصبح ينظر للألم ليس بوصفه ظاهرة فيزيقية فقط، وإنما أيضاً بوصفه ظاهرة نفسية واجتماعية، حيث أن للثقافة، والبيئة، وطبيعة المحفزات، والإدراك البصري لتلك المحفزات، والتاريخ الشخصي للفرد وخبراته بالألم لهم الدور الفاعل والمؤثر في الإحساس بالألم.

التعريف اللغوي للألم: جاءت كلمة " الألم " بمعنى " الوجع " في المعجم الوسيط، الذي أشار إلى أن الألم يعد أحد الظواهر الوجدانية الأساسية، وهي حالة نفسية معينة يصعب تعريفها، ويتميز بإحساس مادي أو معنوي بعدم الراحة أو الضيق أو المصض، والجمع آلام، ويقابله اللذة، والوجع هو أسم جامع لكل مرض مؤلم، والجمع أوجاع (مجمع اللغة العربية، ٢٠٠٤).

وتعريف بيولوجيا بوصفه انعكاسات تنتقل عبر الأعصاب المنتشرة في الجسم البشري، من مكان الإصابة تحديدا على هيئة نبضات وإشارات استغاثة لترسل إلى مراكز الحس والتحكم اللاإرادية في المخ، والذي بدوره يعيدها أوامراً إلى كافة الأجهزة الحيوية المتحكمة المختلفة لإعانة ذلك العضو المصاب بما يتلاءم وإصابته أو مرضه، ويُستخدم مصطلح الألم- وفقاً لتعريف الجمعية الدولية لدراسة الألم- على نطاق واسع في مجال الطب و التمريض بوصفه خبرة حسية وانفعالية بغیضة متعلقة بضرر نسيجي فعلي أو كامن، يصحبه إحساس أو شعور سلبي بعدم السعادة، والمعاناة (International Association for the study of pain, 1979)

على الرغم من تعريف الألم، واستخداماته بوصفه " شعور أو إحساس غير سار يتم نقله إلى المخ عبر الخلايا العصبية الحسية، بسبب وجود إصابة أو ضرر فعلي أو كامن، إلا أن مفهوم الألم هو أكثر من مجرد إحساس أو وعي جسدي بالألم، حيث يتضمن إدراك أو تأويل الشخص للألم، من خلال إمداد الشخص بمعلومات عن موضع الألم، وحدته أو شدته، وطبيعة هذا الألم، ولا شك أن استجابات الفرد الشعورية أو اللاشعورية لكل من

الإحساس والإدراك، بالإضافة إلى الاستجابة الانفعالية، تضيف المزيد من الفهم لماهية مفهوم الألم، فقد يكون هذا الألم ألم مادي مثل الصداع أو المغص، أو معنوي مثل الحزن والقلق والتوتر بحسب العوامل التي تسببه، وإن الإحساس بالألم يختلف من شخص إلى آخر حسب العوامل الوراثية، والنوع (ذكور/ إناث)، وبشكل عام فإن المرأة تحس بالألم أكثر من الرجل نتيجة لأن جسمها يحتوي ضعف ما يحتويه الرجل من الألياف العصبية مما يجعل إحساسها بالألم أقوى ولمدة أطول، وعندما يستمر الألم لمدة أسابيع أو شهور أو حتى سنوات، ففي هذه الحالة نطلق عليه مسمى آلام مزمنة *Chronic Pain*، وأحياناً تكون الآلام المزمنة نتيجة لأمراض مزمنة، مثل الإصابة بمرض السرطان أو العظام، وأحياناً أخرى قد يكون السبب غير معروف، ولحسن الحظ يوجد العديد من الطرق والأساليب العلاجية التي تستخدم للتخفيف من حدة الآلام، التي تختلف تبعاً لاختلاف أسباب الألم *John T (F., 2010)*.

وعلى الرغم من أن النظرة الشائعة للألم تعد نظرة سلبية باعتباره خيرة حسية وانفعالية بغیضة، ترتبط بوجود ضرر، ويصاحبه مشاعر وأحاسيس بعدم الراحة، والضيق، فإن الألم في المقابل يعد بمثابة نعمة من النعم الكثيرة التي وهبها الله للإنسان لكونه يتضمن إشارات تحذيرية لوجود خطر يهدد حياة الإنسان، ويجعله عرضة للهلاك إذا لم يسرع في طلب المساعدة الطبية اللازمة، وهذا ما أكده بول براند *Paul Brand* في كتاب نعمة الألم *The Gift of Pain*، مشيراً إلى أن الألم يعد أحد أعظم النعم التي وهبها الله للإنسان، حيث تبدو أهميته بصورة واضحة في حالة افتقاد الإنسان الإحساس بالألم *Paul B., et (al., 1997)*.

ينشأ الألم بشكل رئيس بسبب وجود إصابة، وقد ينشأ أيضاً بسبب وجود مرض، ويكون مصحوب بحالة نفسية، مثل القلق والاكتئاب، أو في بعض الأحيان يكون السبب غير معروف، ويمكن حصر أنواع الألم في تصنيفين هما: *(Faten et al., 2014)*

ألم سريع *Fast Pain*، وهو ألم حاد، يحدث فقط في الجلد بصورة رئيسة نتيجة لمثير عياني-ملموس كالسكين أو المسمار، وهو ألم يظهر بسرعة ويستمر لمدة قصيرة، وينحصر

في منطقة معينة من الجسم، ويتم الإحساس به من خلال ألياف عصبية تسمى أديلتا .Adelta.

ألم بطيء **Slow Pain**، وهو ألم يتبع الألم السريع الحاد، ويبقى مدة أطول، وينتشر في الجسم حيث أنه لا ينحصر في منطقة معينة، ويحدث في الجلد، وانسجة الجسم العميقة، والأمعاء، ويتم الإحساس به من خلال ألياف عصبية تسمى سي فيبرس C Fibers.

علاج الألم

شهد الطب تطوراً في مجال تخفيف المعاناة عن المرضى، والذي نتج عنه توفر العديد من العقاقير المخففة للألم والمهدئة للأعصاب، قليلة الأعراض الجانبية وعالية المفعول، وفي الوقت ذاته تخفف من معاناة المريض، أو تنهئها في كثير من الحالات، وتشكل الأدوية المسكنة للألم أهم هذه التطورات حيث تؤدي دوراً مهماً في تخفيف الألم المزمن، وتعتبر شديدة الفاعلية، كالأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية كالفلوتارين والبروفين، ومشتقات الأفيون مثل الكوداين والمورفين التي تعمل على التقليل من إشارات الألم في الحبل الشوكي والمخ، ولكن تكمن مشكلتها في اعتماد وتعود المريض عليها، الأمر الذي قد يؤدي إلى إدمانها. وعلى الرغم من التطور الهائل للطب التقليدي **Traditional Medicine** الذي يعتمد على الأدوية في علاج الأمراض وما يصاحبها من آلام، فإنه مازال الكثير من المرضى يعانون من الألم، مما يسبب في انخفاض جودة الحياة لديهم، والقدرة على العمل، وزيادة مستويات التعب، وقلة التفاعلات الاجتماعية، وممارسة الأنشطة اليومية، مما يؤثر ليس فقط على حالة المريض الاجتماعية والاقتصادية، وإنما أيضاً على حالة أسرته، الأمر الذي يدفع المرضى ومقدمي الرعاية إلى البحث عن أساليب أخرى لعلاج وإدارة الأمراض وما يصاحبها من آلام بهدف التخفيف من حدته (McMillan et al., 2000; Allard et al., 2001).

وجدير بالذكر أنه قد تم حديثاً الاستعانة بطرق علاجية أخرى بديلة أو مكملية للطرق العلاجية الدوائية، تتعامل ليس فقط مع الجوانب الفسيولوجية – العضوية كما هو الحال بالنسبة للطب الدوائي، وإنما أيضاً مع الجوانب النفسية والاجتماعية والسلوكية، وقد ثبت

فائدتها في التخفيف من حدة الآلام المصاحبة للأمراض، ففي دراسة حديثة أجريت على مرضى راشدين في الولايات المتحدة الأمريكية أظهرت أن معدل استخدام تلك الطرق العلاجية البديلة أو المكملة للعلاج الدوائي بالنسبة للمرضى للذين يعانون من آلام الظهر كان ٣٦%، وآلام أسفل الظهر ١٦.٨%، وآلام العنق ٦.٦%، وأن حوالي ٢٤% من مرضى آلام أسفل الظهر استخدم معهم العلاج بالتدليك (Evans and Rosner, 2005).

وتسهم كذلك هذه العلاجات غير الدوائية في قدرة الفرد على التحكم والسيطرة على مشاعر الألم، والتقليل من شعور الفرد بالضعف أو العجز تجاه مشاعر الألم، وتحسن من مستوى نشاط الفرد وقدرته الوظيفية، وتخفف من حدة القلق والضغوط والاكتئاب المصاحبة للألم، وكذلك تقلل من تركيز الفرد في الألم، والانشغال به، وأخيراً التقليل من جرعات العقاقير المسكنة للألم لما لها من أضرار جانبية على الفرد (Delaune & Ladner 2002).

وفي العموم يمكن تصنيف هذه العلاجات غير الدوائية التي تستخدم في التخفيف من حدة الألم في أساليب مختلفة: أساليب فسيولوجية، ومعرفية وسلوكية وغيرها من الأساليب المكملة والمساعدة للعلاجات الدوائية، وسوف يتناول الباحث أدناه ملخصاً لبعض أهم هذه الطرق:

العلاج بالاسترخاء، والتنفس، والأحلام

Relaxation – respiration techniques and dreaming

يعتمد هذا الأسلوب على التركيز على التنفس مع تجنب الأفكار المزعجة، وذلك من خلال مطالبة المريض أن يأخذ نفساً عميقاً وببطء من خلال الأنف، ثم إعادته عن طريق الفم في فترة طويلة بقدر الإمكان، وبعد الاسترخاء يطلب من المريض أن يحلم وذلك من خلال التركيز على مثير من شأنه أن يدخل السعادة والبهجة إلى نفسه، وقد يكون هذا المثير نور أو لون أو صوت أو شكل.... إلخ، بهدف إبعاد تفكير المريض وتركيزه في الألم، ولو لفترة قصيرة (Lewandowski et al, 2005).

تشثيت الانتباه **Distraction**

يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على تشثيت انتباه المريض بعيداً عن الألم، بهدف التخفيف من حدته، وزيادة قدرة المريض على تحمل الألم، وذلك من خلال الاستماع إلى الموسيقى أو مشاهدة التلفزيون أو قراءات الكتب أو أن يحلم من خلال التركيز على مثير ما كما ذكرنا في الأسلوب العلاجي السابق (أسلوب الاسترخاء) (Seers & Carroll 1998; Petry 2002).

العلاج التأملي **Meditation**

يتيح هذا العلاج للفرد الوقت الذي قد يفتقده في زحمة الحياة اليومية وضغوطها، مستغلاً هذا الوقت في التأمل أو التركيز، وذلك من خلال تجسيد صورة ذهنية لشيء معين، ثم التركيز فيه بشكل كلي مصحوب بالتنفس بعمق وهدوء، مما يجعل الفرد ينفصل عما يدور من حوله من أشياء أخرى، ويصل لحالة من الصفاء الذهني تمكنه من التغلب على ضغوطه، وتجعله يشعر بسلام داخلي واتزان، وفهم ما يدور في ذهنه، والانتقال من الحالة الذهنية السلبية إلى الحالة الذهنية الإيجابية، ومن الاضطراب إلى الشفاء، ومن التعاسة إلى السعادة، ويستمر هذا العلاج لدقائق قليلة تتراوح ما بين ٢٠ - ٣٠ دقيقة، ويساعد هذا الأسلوب العلاجي على الاسترخاء، وله دور فعال في تخفيف الألم، فقد أشار كارسون وآخرون Carson et al, 2005 إلى أن التأمل لمدة ٨ أسابيع مفيد لتخفيف الألم لدى المرضى اللذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة (Carson et al, 2005).

اليوجا **Yoga**

هو أسلوب من أساليب الشفاء الروحاني الشامل الذي يشمل الروح والجسم والعقل، يعتمد على وضعية معينة للجسم لمدة زمنية معينة، ويجعل الفرد يشعر بسلام داخلي، يساعد على الاسترخاء باستخدام تمارين للتنفس مفيدة ضد آلام العضلات والعظام، وجاء في الدراسة أن تطبيق اليوجا لمدة ١٦ أسبوعاً قد حقق الشفاء من ألم أسفل الظهر المزمن، والتخفيف من معدل تناول مسكنات الألم. (Williams et al. 2005).

العلاج بالموسيقى Musical therapy

يستخدم هذا العلاج بوصفه أسلوب علاجي يعتمد على الموسيقى في ظل وجود علاقة مهنية طبية من قبل المعالج مع المريض، بهدف إنجاز أهداف علاجية تتمثل في التخفيف من حدة الألم، والقلق أو الاكتئاب المصاحب للألم. وقد أثبت العديد من الدراسات التي أجريت أن الموسيقى كانت لها آثار إيجابية في التخفيف من الألم والقلق وزيادة جودة الحياة للمريض وصحته، باعتبار أن الموسيقى تقلل من معدل ضربات القلب وضغط الدم ودرجة حرارة الجسم ومعدل التنفس، وتشتت انتباه المريض إلى موضوع آخر، بعيداً عن التركيز على الألم، مما يقلل من الإحساس بالألم وإدراكه، بالإضافة إلى التقليل من حالات الغثيان الذي يسببه العلاج الكيميائي لمرضى السرطان، وقد أشارت نتائج الدراسات السابقة أيضاً إلى أن الموسيقى تنشط موجات ألفا في المخ التي تم تحديدها على أنها منشط لانبعاث مادة إندورفين المخففة للألم (Stefano et al. 2004 ; Deng et al. 2005) .

التنويم المغناطيسي Hypnosis

التنويم المغناطيسي هو حالة من التغيير الواعي مماثلة للنوم، ويتطلب هذا الأسلوب العلاجي استرخاء الجسم، وتركيز ذهن المريض على شيء أم مثير أو ذكريات معينة على كائن أو منبه أو الذاكرة. فالتنويم المغناطيسي هو حالة من الاسترخاء البدني والعقلي العميق تمكن الفرد من قبول ما توصل إليه المريض من اقتراحات، أو ما يمليه عليه المعالج من اقتراحات، وقد استخدم التنويم المغناطيسي بطريقة إيجابية للتخفيف من آلام السرطان، وآلام الصداع، والآلام المزمنة مثل آلام الرقبة، والقلق (Jensen, M., and Patterson, D., 2006) .

الصلاة Praying

تستخدم الصلاة في التخفيف من حدة الآلام المزمنة chronic pains حيث أن الصلاة لها دور فعال في التخفيف من تلك الآلام وخاصة لدى كبار السن، فقد أشارت الدراسات إلى أن للصلاة نتائج إيجابية في التقليل من حدة آلام الجسد، والتخفيف من

الاضطرابات الوظيفية والعضوية، وكذلك في التقليل من القلق والاكتئاب الذي قد تسببه الآلام المزمنة. (Meisenhelder, J., et al., 2000)

العلاج السلوكي المعرفي Cognitive-behavioral therapy

يهدف هذا الأسلوب العلاجي ليس فقط إلى التخفيف من مستوى الألم، وإنما أيضاً يساعد المريض في إدارة إحساسه وشعوره بذاته أثناء تعامله مع الألم، وكذلك في إدارة سلوكه، وتحسين تقديره لذاته (Yurdanur D., 2011).

العلاج بالتدليك Massage

يتضمن العلاج بالتدليك استخدام أساليب وفنيات عديدة منها على سبيل المثال الاحتكاك friction، والإيقاع percussion، والاهتزازات vibration، والطبقة tapotement لغرض تحقيق الانتعاش والنشاط للجسم، وتخفيف آلام العضلات وخاصة آلام الظهر بجانب العلاج الدوائي، ويؤكد نيكسون وآخرون أن التدليك له دور فعال من الحد والتخفيف من الآلام، ومشاعر القلق (Nixon, M., et al., 1997).

العلاج بالمياه المعدنية (المهدركة) Hydrotherapy (Balneotherapy)

تقوى طرق العلاج بالمياه المعدنية (المهدركة) من الجهاز المناعي، وتوفر الهرمونات التي تمنع التوتر، بالإضافة إلى تنشيط الدورة الدموية، وتعمل على استرخاء العضلات، وقد أشارت دراسات أن العلاجات المائية تلعب دور فعال في علاج آلام الظهر المزمنة. (Hartel, U., et al., 2004 ; Balogh, Z., et al. 2005).

العلاج بالأبر الصينية acupuncture

وهو أسلوب علاجي صيني قديم قائم على أساس معرفة مداخل الطاقة الحيوية في أعضاء الجسم، ووضع الإبر في هذه المناطق مما يساعد على تنشيط أعضاء الجسم، وتقوية جهاز المناعة، وتسكين الآلام من خلال تخدير جسم الإنسان، وقد ثبت فاعليته هذا العلاج في تخفيف الكثير من الآلام المختلفة وعلاج بعض الأمراض مثل الربو، والقرحة، وحول العين عند الأطفال (Menefee, L., et al., 2005).

المنهج والإجراءات:

أولاً: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي (الارتباطي المقارن)، وذلك للمقارنة بين العاديين والمرضى في أعراض القلق المصاحبة للألام، والتعرف أيضاً على العلاقة الارتباطية المفترضة بين أعراض القلق المصاحبة للألام ودرجات مقياس شدة الألم. تم أخذ الموافقة من قبل لجنة أخلاقيات البحوث الطبية في جامعة سرت بالجماهيرية الليبية على إجراء تلك الدراسة، وذلك قبل قيام الثورة الليبية، وما ترتب عن قيامها من أحداث، مازلنا نعيش أحداثها إلى الآن.

ثانياً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٧١) من المرضى اللذين يعانون من آلام مزمنة، تم تشخيصهم من قبل أطباء يعملون في عيادة العلاج الطبيعي بالمستشفى ابن سينا التعليمي، (٣٤%) من هؤلاء المرضى كانوا يعانون من آلام أسفل الظهر low back pain ، (١٩%) من هؤلاء المرضى كانوا يعانون من آلام ما بعد إجراء العمليات الجراحية أو آلام الصدمة Postoperative or traumatic pain، (١٣) يعانون من هشاشة العظام أو المفاصل الروماتيزم osteoarthritis or rheumatoid ، تم استبعاد (٣) حالات لعدم استكمال الإجابة على المقاييس، بالإضافة إلى (١٠٣) من الطلاب الجامعيين، من جامعة سرت، تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وهم في القاعات التدريسية، بمتوسط أعمار (٢١) سنة، ليتمثلوا مجموعة الأسوياء (١٠٣)، في مقابل مجموعة المرضى (٧١) اللذين يعانون من آلام مزمنة.

ثالثاً: فروض الدراسة:

– توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي – الهروب والتجنب – الخوف من الألم – القلق الفسيولوجي – الدرجة الكلية) وشدة الألم.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات العاديين ومتوسطات درجات المرضى في أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي - الهروب والتجنب - الخوف من الألم - القلق الفسيولوجي - الدرجة الكلية).

رابعاً: أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على مقياسين:

١ - مقياس تدرج شدة الألم (العددي).

٢ - مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم - النسخة المختصرة.

أولاً: مقياس شدة الألم (العددي) (Numerical Rating Pain Scale (NRS)

يعود تاريخ استخدام مقياس تقييم معدل شدة الإحساس بالألم الذي يعاني منه الفرد (Numerical rating scale (NRS); Verbal rating scale (VAS); Faces (Visual analog scale (VAS); rating scale (FRS-R); إلى عام ١٩٥٠، ويعد المقياس المستخدم في الدراسة الحالية أحد هذه المقاييس الأسهل، والأكثر استخداماً في الممارسات الاكلينيكية لقياس معدلات شدة أو حدة الألم، والاحساس بعد الراحة، الذي يعاني منه الأفراد سواء الأطفال ابتداءً من سن الثمانية أو الأكبر سناً (Page, M., Katz, J., Stinson, J., Lsaac, L., Martin-Pichhora, A., & Capbell, F., 2012; Stinson, J., Kavanagh, T., Yamada J., Gill N., Stevens B., 2006)

استكمل المرضى (٧١) والعاديين (١٠٣) استجاباتهم على مقياس شدة الألم (العددي)، الذي تم وصفه من خلال دوني وآخرون (Downie, et al., 1978)، ويتكون من عشر درجات لشدة الألم، ومدى إزعاجه، وتدخلاته في حياة المريض اليومية، يمتد من صفر (لا يوجد إحساس بالألم) إلى ١٠ (يوجد ألم لا يمكن للشخص أن يتحملة أو يتخيله) في الوقت الحالي أو في الأسبوع الماضي، وبالنسبة إلى مدى إزعاج الألم يوجد متصل أيضاً يبدأ من صفر (غير مزعج على الإطلاق) وينتهي ١٠ (مزعج بشدة)، أما بالنسبة إلى تدخلات الألم في الحياة اليومية للشخص، يوجد متصل أيضاً يبدأ من صفر (لا

يوجد تدخلات للألم في حياة الشخص اليومية) وينتهي (توجد تدخلات بشكل تام لدرجة تكاد تتوقف حياة الفرد عندها)، ويهدف هذا المقياس إلى قياس ما يلي:

- شدة الألم الحالية.
- شدة الألم في الأسبوع السابق.
- مدى الإزعاج الحالي للألم.
- مدى إزعاج الألم للشخص في الأسبوع الماضي.
- تدخلات الألم في حياة الشخص اليومية.

بالإضافة إلى توجيه سؤال للمريض في حالة كونه يتناول علاجاً للتخفيف من حدة الألم، إلى أي مدى خفف هذا الدواء من آلامه؟

يتميز هذا المقياس بعدة مميزات عملية مقارنة بالمقاييس الأخرى الخاصة بتقييم شدة الألم من حيث سهولة تطبيقه سواءً بشكل مكتوب أو لفظي، ويمكن استخدامه مع غير الناطقين باللغة الإنجليزية من المرضى، بالإضافة إلى أنه واضح، وسهل الفهم، ويمكن استخدامه مع صغار السن (الأطفال) أو كبار السن سواءً لقياس شدة الآلام الحادة والمزمنة، أو لتتبع مدى فاعلية الخطة العلاجية لتخفيف تلك الآلام. (Flaherty SA., 1996)

جدول (١)

مصفوفة معاملات الارتباط بين مقياس شدة الألم (العددي-NRS)، ومقياس شدة الألم (اللفظي - والصوري) (VAS ; FAS)، ومقياس العجز (الوظيفي) (FDI)

(FDI) مقياس العجز (الوظيفي)	(FAS) مقياس شدة الألم (الصوري - صورة الوجه)	(VAS) مقياس شدة الألم (اللفظي)	(NRS) مقياس شدة الألم (العددي)	المقاييس
**٠,٤١	**٠,٥١	**٠,٧٠		(NRS) مقياس شدة الألم (العددي)
*٠,٢٩	**٠,٤٦		**٠,٧٥	(VAS) مقياس شدة الألم (اللفظي)
*٠,٢٩		**٠,٤٩	**٠,٥١	(FAS) مقياس شدة الألم (الصوري-صورة الوجه)
	*٠,٢٩	*٠,٢٩	**٠,٤٣	(FDI) مقياس العجز (الوظيفي)

**دالة عند مستوى ٠.٠١

*دالة عند مستوى ٠.٠٥

الصدق البنائي Construct Validity

وجدير بالذكر أن المقياس يتمتع بمعامل صدق بنائي جيد حيث أشارت نتائج الصدق التلازمي Convergent Validity - وكما هو واضح في الجدول (١) إلى وجود علاقة ارتباطية دالة وقوية بين مقياس شدة الألم (العددي) المستخدم في الدراسة الحالية (Numerical rating scale (NRS) ومقياسين آخرين يتمتعان بدرجة عالية من الصدق وهما: مقياس شدة الألم (اللفظي)، ومقياس شدة الألم (الصوري- صورة الوجه) (Verbal rating scale (VAS); Faces rating scale (FRS-R))، وذلك من

خلال استخراج معامل الارتباط بيرسون، ومعامل الارتباط بيرسون أيضاً حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين معتدل إلى مرتفع (٠.٥١ - ٠.٧٠) دال عند مستوى ٠.٠١، مما يشير إلى تمتع المقياس معامل صدق جيد.

يتمتع المقياس أيضاً بالصدق التمييزي Discriminant Validity وذلك من خلال الكشف عن العلاقة الارتباطية بين مقياس شدة الألم (العددي) Numerical rating Functional scale (NRS) المستخدم في الدراسة الحالية، ومقياس العجز الوظيفي Disability (FDI)، حيث أظهرت نتائج الصدق كما هو واضح في الجدول (١) أن العلاقة الارتباطية بين العجز الوظيفي ومستويات الألم لم تكن دائماً مرتفعة، وأن التغيرات في مستويات الألم لم ترتبط بصورة مرتفعة مع تغيرات العجز الوظيفي، حيث جاءت معاملات الارتباط متوسطة (٠.٢٩ - ٠.٤٣).

ثبات المقياس

اعتمد الباحث على طريقتين لحساب الثبات: طريقة ألفا كرونباخ، وإعادة الاختبار كما هو واضح في جدول (٢):

جدول (٢)

معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ وإعادة الاختبار لمقياس شدة الألم (العددي)

ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار	المقياس
	٠.٦٣	
٠.٨٩		شدة الألم (العددي)

جدول (٣)

متوسط تقييم معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار لمقياس شدة الألم (العددي) وفقاً
لعدد مرات التقييم (٢٨)، وعدد الأيام (٤)

عدد أيام التطبيق خلال أسبوعين	عدد مرات تقييم شدة الألم						
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
١	٠.٦٣	٠.٧٩	٠.٨٣	٠.٨٦	٠.٨٨	٠.٩١	٠.٩٢
٢	٠.٧٧	٠.٨٠	٠.٨٥	٠.٨٩	٠.٩١	٠.٩٢	٠.٩٣
٣	٠.٧٣	٠.٨٤	٠.٨٨	٠.٩١	٠.٩٢	٠.٩٣	٠.٩٤
٤	٠.٧٢	٠.٨٤	٠.٨٨	٠.٩١	٠.٩٣	٠.٩٤	٠.٩٥

ثبات ألفا كرونباخ Coefficient Alpha

تم حساب ثبات المقياس عن طريق ثبات ألف كرونباخ، وقد بلغ معامل الثبات ٠.٨٩،
كما هو واضح في الجدول (٢)، وهو معامل ثبات مقبول.

ثبات إعادة الاختبار Test-retest Reliability

تم حساب ثبات المقياس من خلال إعادة الاختبار، وأظهرت النتائج - كما هو
واضح في الجدول (٢) - أن المقياس يتمتع بدجة جيدة من ثبات الاستقرار حيث بلغ
معامل الثبات ٠.٦٣ وهو معامل ثبات مقبول.

وجدير بالذكر أن معامل ثبات مقياس شدة الألم (العددي) يزداد ارتفاعاً مع زيادة
تقييم شدة الألم حيث أشارت نتائج دراسة أجراها جينسين ومكفارلاند Jensen, &
Mcfarland, 1993 على عينة تعاني من ألم مزمن بلغ عددها ٢٠٠، متوسط عمري ٤٣
سنه، إلى ارتفاع متوسط تقييم معاملات الثبات حيث بلغ ٠.٩٥، كما هو واضح في جدول

(٣) الذي يبين معاملات الثبات التي تم رصدها وفقاً لعدد مرات التقييم (٢٨)، وعدد الأيام (٤).

ثانياً: مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم – النسخة المختصرة.

صمم هذا المقياس ماكراكين وآخرون (McCracken, el, al., 2002)، وتكون هذا المقياس في صورته الأصلية من أربعين بند، ولهذا المقياس نسخة أخرى مختصرة (PASS 20)، وهى النسخة المستهدفة في الدراسة الحالية، وتتكون من (٢٠) بند، هذه البنود موزعة على أربعة مقاييس فرعية بالتساوي (القلق المعرفي، الخوف من الألم، الهروب / التجنب، القلق الفسيولوجي)، كل بعد يتكون من (٥) بنود، تقيس أعراض القلق المصاحبة للألم، على النحو التالي:

- مقياس القلق المعرفي: يقيس أعراض القلق المعرفية، ويشمل أرقام البنود (١، ٢، ٣، ٤، ٥)
- مقياس الخوف من الألم: يقيس الأفكار المشبعة بالخوف، والعواقب السلبية المتوقعة من الألم، ويشمل أرقام البنود (٦، ٧، ٨، ٩، ١٠).
- مقياس الهروب / التجنب: يقيس الاستجابات السلوكية التي تقلل من الإحساس بالألم، ويشمل أرقام البنود (١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥).
- مقياس القلق الفسيولوجي: يقيس الاستثارة الفسيولوجية الناتجة عن الألم، ويشمل أرقام بنود (١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠).

ترجمة المقياس:

تمت ترجمة مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم – الصورة المختصرة، لماكراكين وآخرون (McCracken, el, al., 2002)، وتم إعدادها في ضوء التوصيات المشتقة من المبادئ التوجيهية الخاصة بعملية الملائمات عبر الثقافية لمقاييس التقرير الذاتي، مما يضمن صلاحية استخدام المقياس في دراسات عبر ثقافية (Beaton et al., 2000)، وذلك على النحو التالي:

- **الترجمة من الإنجليزية إلى العربية:** تم الاستعانة في ترجمة هذا المقياس (أعراض القلق المصاحبة للألم – النسخة المختصرة Pass-20 Short Form) من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية – بشكل مستقل – باثنين من الأكاديميين مشهود لهما بامتلاكهما خبرة ومهارة في اللغتين الإنجليزية والعربية.
- **مرحلة التوفيق بين الترجمتين:** تم التوليف بين نتائج الترجمة التي تم الانتهاء إليها من قبل المترجمين، وذلك للخروج بنسخة أكثر ملائمة.
- **مرحلة إعادة ترجمة النسخة العربية إلى اللغة الإنجليزية:** تم ترجمة النسخة العربية – التي تم الانتهاء إليها، المؤلفة من الترجمتين – إلى اللغة الإنجليزية من قبل مترجم مهني، لم يطلع على النسخة الأجنبية الأصلية للمقياس.
- **لجنة المراجعة:** ثم تم عرض ما تم إنجازها على لجنة خبراء للمراجعة تشكلت من متخصصين في علم النفس لمراجعة كل التراجم سواءً من العربية إلى الإنجليزية، أو من الإنجليزية إلى العربية مع المقارنة بالنسخة الأصلية للمقياس، وذلك للخروج بالنسخة النهائية للمقياس.
- **تجربة فهم البنود:** أجريت هذه التجربة على عينة تكونت من (٦٠) فرد من الأسوياء، والمرضى لاختبار مدى وضوح وفهم ودقة البنود من أول مرة، وتلافي الكلمات الزائدة التي في حالة إزالتها لا تؤثر في معنى البند أو العبارة. وقد أظهرت نتائج هذه التجربة – من خلال ردود أفعال اللفظية لإفراد العينة سواءً العاديين أم المرضى – أن بنود النسخة النهائية العربية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم كانت سهلة على الفهم، بالإضافة عدم وجود أي صعوبات واجهها أفراد العينة أثناء استكمال الاستجابة للمقياس.
- ويتم الاستجابة لهذه البنود وفقاً لمقياس ليكرت السداسي الذي يبدأ ب(صفر) أبدأ، وينتهي (٥) دائماً، وتتراوح مجموع الدرجات من (صفر) لا توجد أعراض قلق تصاحب الألم إلى (١٠٠) توجد أعراض قلق حادة تصاحب الألم.

قد تم حساب صدقه سواءً على مرضى يعانون من آلام مزمنة (كمريض السرطان - العظام) (Coons et al. 2004)، أو على عاديين (كطلاب الجامعة) (Abrams et al. 2004)، وقد تم ترجمة هذا المقياس بصورته المختصرة فقط إلى اللغة الكورية Korean language، وكان هذا بمثابة مبرراً للباحث الحالي لترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية، وبالتالي تزويد المكتبة العربية بأحد المقاييس المهمة والشائعة في المجال الإكلينيكي.

طريقة تصحيح المقياس:

تكون هذا المقياس من (٢٠) بنداً موزعة على أربعة مقاييس فرعية، تتطلب الإجابة عن كل مقياس فرعي أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس سداسي يبدأ ب (صفر) أبدأ، وينتهي (٥) دائماً.
الصلاحية السيكومترية للمقياس:
وأخيراً تم حساب الثبات والصدق للنسخة العربية النهائية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم 20 Pass، على النحو التالي:

أولاً: ثبات المقياس

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات " ألفا كرونباخ " **Coefficient Alpha**، والاتساق الداخلي، وإعادة التطبيق Test-retest على عينتين بشكل مستقل عينة المرضى (٧١)، وعينة العاديين (١٠٣) بعد فترة زمنية أسبوعين، وفيما يلي عرض لنتائج الثبات بالطرق السابقة، كما يتضح في الجدول (٤).

جدول (٤)

معاملات ثبات إعادة الاختبار وألفا كرونباخ والاتساق الداخلي لمقياس أعراض القلق
المصاحبة للألم للمجموعتين (المرضى والعاديين)

البند	مجموعة العاديين ن = ١٣٧		مجموعة المرضى ن = ٧١		
	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس	معامل ألفا كرونباخ	علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس	معامل ألفا كرونباخ	إعادة الاختبار
أعراض القلق المعرفية		٠,٧١		٠,٧٨	٠,٨٥
	٠,٤٥		٠,٥٤		
	٠,٥٣		٠,٥٤		
	٠,٣٥		٠,٦٥		
	٠,٤٠		٠,٤٦		
	٠,٣٤		٠,٥١		
أعراض الهروب والتجنب		٠,٦٠		٠,٦٥	٠,٩٣
	٠,١٣		٠,٦٠		
	٠,٤٦		٠,٤٦		
	٠,٢٠		٠,٥٤		
	٠,٢٩		٠,٤٤		
	٠,٣١		٠,٣٧		
أعراض الخوف من الألم		٠,٧٠		٠,٨١	٠,٩٤
	٠,٢٧		٠,٥٤		
	٠,٤٠		٠,٧١		
	٠,٤٠		٠,٧٣		
	٠,٢١		٠,٦٥		
	٠,٤١		٠,٦٠		
الأعراض		٠,٧٣		٠,٧٠	٠,٩٦

الفسولوجية					
	٠,٤٠		٠,٦٥		
	٠,٣٥		٠,٥٠		
	٠,٢٦		٠,٣٨		
	٠,٣٤		٠,٥٢		
	٠,٤٠		٠,٦٣		
الدرجة الكلية للمقياس		٠,٨٤		٠,٨٨	٠,٩٣

يتضح من الجدول (٤) أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ قد تراوحت ما بين ٠,٦٠ إلى ٠,٨٤ بالنسبة لعينة العاديين، ٠,٦٥ إلى ٠,٨٨ بالنسبة لعينة المرضى، وهي معاملات ثبات مقبولة إحصائياً.

وتشير نتائج الاتساق الداخلي كما هو واضح في الجدول (٣) إلى الحصول على معاملات ثبات مرتفعة بالنسبة للمقياس الفرعية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم (مقياس قلق المعرفي - الخوف من الألم - القلق الفسيولوجي) باستثناء المقياس الفرعي الهروب والتجنب، حيث جاء معامل الاتساق منخفضاً سواءً لدى عينة العاديين = (٠,٦٠) أو عينة المرضى (٠,٦٥) وبصفة خاصة البند (٦) الذي نصه: " أنا أحاول تجنب الأنشطة التي تسبب لي الألم " جاء معامل ارتباطه بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي (الهروب / التجنب) ضعيف (٠,١٣) لدى عينة الأسوياء، إلا أن نفس البند أظهر ارتباط أفضل بالدرجة الكلية لنفس المقياس الفرعي (٠,٦٠) لدى عينة المرضى، ويمكن تفسير هذا الانخفاض في ضوء الاختلافات الثقافية (الثقافة الأوربية والثقافة العربية المتمثلة في الثقافة الليبية) وتأثيرها في تفسير بعض الكلمات.

ولقد أظهرت نتائج طريقة إعادة الاختبار - كما هو واضح في الجدول (٣) - معاملات ثبات مرتفعة إلى حد كبير تتراوح ما بين ٠,٨٥ إلى ٠,٩٦، مما يوضح أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من ثبات الاستقرار، وأنه لا توجد اختلافات دالة في الدرجة الكلية ودرجات المقاييس الفرعية الأربعة على مدى فترة ١٤ يوماً، مدة الأسبوعين التي توسطت التطبيق الأول والتطبيق الثاني للمقياس، وذلك على النحو التالي:

- القلق المعرفي ٠,٨٥
- الهروب والتجنب ٠,٩٣
- الخوف من الألم ٠,٩٤
- القلق الفسيولوجي ٠,٩٦
- الدرجة الكلية للمقياس ٠,٩٣

ثانياً: صدق المقياس

الصدق العاملي:

اعتمدت الدراسة الحالية على طريقة الصدق العاملي في حساب صدق هذا المقياس على النحو التالي:

تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لتحديد ما إذا كانت النسخة العربية لديها نفس عدد العوامل التي تتمتع بها النسخة الإنجليزية أم لا. وهذا الأسلوب الإحصائي لا يصلح إلا في حالة احتواء المقياس على اختبارات فرعية متعددة تتفق جميعاً في الهدف، وينطبق هذا بشكل خاص على المقياس المستهدف في الدراسة الحالية، حيث تتضمن أربعة مقاييس فرعية (القلق المعرفي - الهروب والتجنب - الخوف من الألم - القلق الفسيولوجي) تسعى جميعها إلى رصد بعض أعراض القلق المصاحبة للألم (عبد العال، سيد، ١٩٨٦).

وقد تم إجراء التحليل العاملي لبنود هذه القائمة لعينة من العاديين عددها (١٣٧)، وذلك بطريقة المكونات الأساسية Principal Components ل " هوتلينج " Hotteling، وهي من أكثر طرق التحليل العاملي دقة ومميزات، ويستخلص كل عامل فيها أقصى تباين ممكن، (فرج، صفوت، ١٩٨٠) وقد تم وضع واحد صحيح في الخلايا القطرية، كما تم تدوير المحاور تدويراً متعامداً بطريقة ألفاريماكس Varimax ل " كايزر " Kaiser.

وسعيًا نحو مزيد من النقاء والوضوح في المعنى السيكولوجي لتشبعات البنود على العوامل تقرر اعتبار التشبع الملائم هو الذي يبلغ (٠,٣) فأكثر وفقاً لحك "جيلفورد" وتم

استبعاد العوامل التي يقلل جذرها الكامن عن الواحد الصحيح لأنه يشير إلى قدر من التباين في المتغيرات، لذا فمن الأجدر استبعاده لعدم دلالاته. (عبد الخالق، أحمد، ١٩٨٧)

وبناءً عليه تم الحصول على أربعة عوامل استوعبت ٤٨,٥٤% من التباين الكلي، على النحو التالي، وكما هو واضح في الجدول (٥):

جدول (٥)

تشبعات البنود على العوامل الأربعة لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم

رقم البند	البنود	العوامل		
		القلق المعرفي	الهروب والتجنب	الخوف من الألم
١	عندما أتألم لا أستطيع التفكير بشكل سليم	٧٨,		
٢	أجد صعوبة في التفكير في أي شيء أثناء نوبات الألم	٦٥,	٤٥,	
٣	إذا توجعت أفكر في الألم باستمرار	٦٠,		
٤	أجد صعوبة في التركيز عندما أتألم	٧٣,		
٥	أقلق عندما أتألم	٣١,		٣٥,
٦	أذهب إلى السرير بمجرد شعوري بألم حاد		٣٤,	
٧	أتوقف عن أي نشاط بمجرد إحساسي بقدوم الألم		٧٠,	
٨	بمجرد قدوم الألم أتناول دواء لتخفيفه		٦٠,	
٩	أتجنب النشاطات المهمة عندما أتوجع		٧٣,	
١٠	أحاول تجنب النشاطات التي تسبب الألم		٣١,	

١١	أعتقد أنه إذا أصبح ألمي شديداً جداً فإنه لن يخف				٣٥-	٥٣,
١٢	عندما أشعر بالألم أخاف أن شيئاً فظيماً سوف يحدث					٧١,
١٣	عندما أشعر بالألم أعتقد أنني يمكن أن أكون مريضاً جداً					٦٥,
١٤	الإحساس بالألم أمر مخيف					٦٧,
١٥	عند قدوم ألم شديداً أعتقد أنه قد أصاب بالشلل، أو أصبح أكثر عجزاً					٦١,
١٦	أرتعش عندما أنخرط في نشاط يزيد ألمي				٦٥,	
١٧	يبدو أن الألم سيسبب في تسارع دقات قلبي				٤٩,	
١٨	عندما أشعر بالألم أحس بدوخة أو شعور بالإغماء				٦٦,	
١٩	الألم يصيبني بالغثيان				٦٤,	
٢٠	أجد صعوبة في تهدئة نفسي (أو جسدي) بعد فترات الألم				٦٣,	
	نسبة التباين	١١,٨٦	١٠,٩٢	١٢,٧٦	١٣,٠٠	

العامل الأول: القلق المعرفي

وهو عامل نقى استوعب ١١,٨٦% من التباين الكلي، ويوضح الجدول التالي البنود التي تشبعت على هذا العامل.

جدول (٦)**تشبعت البنود على العامل الأول لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم**

رقم البند	البند	التشيع
١	عندما أتألم لا أستطيع التفكير بشكل سليم	٧٨,
٢	أجد صعوبة في التفكير في أي شيء أثناء نوبات الألم	٦٥,
٣	إذا توجعت أفكر في الألم باستمرار	٦٠,
٤	أجد صعوبة في التركيز عندما أتألم	٧٣,
٥	أقلق عندما أتألم	٣١,

العامل الثاني: الهروب والتجنب

وهو عامل نقى استوعب ١٠,٩٢% من التباين الكلي، ويوضح الجدول التالي البنود التي تشبعت على هذا العامل.

جدول (٧)**تشبعت البنود على العامل الثاني لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم**

رقم البند	البند	التشيع
٦	أذهب إلى السرير بمجرد شعوري بألم حاد	٣٤,
٧	أتوقف عن أي نشاط بمجرد إحساسي بقدم الألم	٧٠,
٨	بمجرد قدوم الألم أتناول دواء لتخفيفه	٦٠,
٩	أجنب النشاطات الهامة عندما أتوجع	٧٣,
١٠	أحاول تجنب النشاطات التي تسبب الألم	٢٦,

العامل الثالث: الخوف من الألم

وهو عامل نقي استوعب ١٢,٧٦% من التباين الكلي، ويوضح الجدول التالي البنود التي تشبعت على هذا العامل.

جدول (٨)

تشبعت البنود على العامل الثالث لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم

رقم البند	البند	التشيع
١١	أعتقد أنه إذا أصبح ألمي شديداً جداً فإنه لن يخف	٥٣,
١٢	عندما أشعر بالألم أخاف أن شيئاً فظيماً سوف يحدث	٧١,
١٣	عندما أشعر بالألم أعتقد أنني يمكن أن أكون مريضاً جداً	٦٥,
١٤	الإحساس بالألم أمر مخيف	٦٧,
١٥	عند قدوم ألم شديداً أعتقد أنه قد أصاب بالشلل، أو أصبح أكثر عجزاً	٦١,

العامل الرابع: القلق الفسيولوجي

وهو عامل نقي استوعب ١٣,٠٠% من التباين الكلي، ويوضح الجدول التالي:

جدول (٩)

تشبعت البنود على العامل الرابع لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم

رقم البند	البند	التشيع
١٦	أرتعش عندما أنخرط في نشاط يزيد ألمي	٦٥,
١٧	يبدو أن الألم سيسبب في تسارع دقات قلبي	٤٩,
١٨	عندما أشعر بالألم أحس بدوخة أو شعور بالإغماء	٦٦,
١٩	الألم يصيبني بالغثيان	٦٤,
٢٠	أجد صعوبة في تهدئة نفسي (أو جسدي) بعد فترات الألم	٦٣,

ويتضح - من الجداول السابقة (٥، ٦، ٧، ٨، ٩) التي تضمنت تشبعات بنود مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم على العوامل الأربعة - تشبع جميع البنود على العوامل الأربعة، وبذلك تكون جميع بنود المقياس (٢٠) بنداً قد انتظمت في أربعة عوامل، مما يشير إلى وجود بناء نظري خلف هذه القائمة، مما يعد مؤشراً مقبولاً لصدق المقياس، وتتسق تلك النتائج مع نتائج دراسات سابقة تضمنت عينات اكلينيكية غربية (McCracken and Dhingra, 2002 ; Coons et al., 2004 ; Roelofs et al., 2003) ، وكذلك أيضاً عينات من العاديين الأصحاء (Abrams et al., 2007) ، وبهذا الشكل تعد النسخة العربية المترجمة لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم نسخة مطابقة للبنية العاملية للنسخة الأصلية للمقياس التي صممها مكرابين ودهينجرا (McCracken and Dhingra, 2002).

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

- بعد التحقق من الشروط السيكمترية للأدوات، تم تطبيق هذه الأدوات على عينة الدراسة، ثم أجريت التحليلات الإحصائية الآتية:
- ١- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
 - ٢- معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) للتعرف على طبيعة العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة.
 - ٣- اختبار "ت" T. test للتعرف على دلالة الفروق الإحصائية بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

عرض ومناقشة النتائج

أولاً: مناقشة الفرض الأول الذي ينص على:

" توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي - الهروب والتجنب - الخوف من الألم - القلق الفسيولوجي - الدرجة الكلية) وشدة الألم".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث معامل الارتباط المستقيم لبيرسون، ويوضح الجدول (١٠) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي:

جدول (١٠)

معاملات الارتباط بين درجات مقياس شدة الألم ومقياس أعراض القلق المصاحبة للألم

$$N = 71$$

الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم	القلق الفسيولوجي	الخوف من الألم	الهروب/التجنب	القلق المعرفي	أعراض القلق المصاحبة للألم شدة الألم وما يسببه من محن وتدخلات في الحياة اليومية
٠,٣٢	٠,٢٣	*٠,٣٤	٠,٠٣	*٠,٣٩	شدة الإحساس بالألم الحالي
٠,٢٧	٠,٢٢	*٠,٢٩	٠,٠١٧ -	*٠,٣٤	شدة الإحساس بالألم في الأسبوع الماضي
*٠,٣١	٠,١٧	*٠,٢٨	٠,٠٢	*٠,٥٢	الحزن الناتجة عن الآلام الحالية
*٠,٢٦	٠,١٣	٠,٢١	٠,٠١	*٠,٤٩	الحزن الناتجة عن الألم خلال الأسبوع الماضي
*٠,٣٦	٠,٢٢	*٠,٣٥	٠,١٤	*٠,٤٢	الألم وما يسببه من تدخلات في الحياة اليومية
٠,٠٣ -	٠,٠٧ -	٠,١٨ -	٠,١٦	٠,٠٥	العلاج لتخفيف الألم

*دالة عند مستوى ٠.٠١

*دالة عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من الجدول (١٠) تحقق صحة الفرض الأول بصورة جزئية حيث أشارت النتائج إلى ما يلي:

وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم ودرجات مقياس شدة الألم. على النحو التالي:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم وشدة الإحساس بالألم الحالي، وكان معامل الارتباط (٠,٣٢).

- وجود علاقة ارتباطية موجبة الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم وشدة الإحساس بالألم في الأسبوع الماضي، وكان معامل الارتباط (٠,٢٧).

- وجود علاقة ارتباطية موجبة الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم والحن الناتجة عن الآلام الحالية، وكان معامل الارتباط (٠,٣١).

- وجود علاقة ارتباطية موجبة الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم والحن الناتجة عن الألم خلال الأسبوع الماضي وكان معامل الارتباط (٠,٢٦).

- وجود علاقة ارتباطية موجبة الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم وشدة الألم، وما يسببه من تدخلات في الحياة اليومية وكان معامل الارتباط (٠,٣٦).

- على حين أظهرت نتائج هذا الفرض وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين درجات مقياسي القلق المعرفي، والخوف من الألم، وشدة الألم.

تتسق نتائج هذا الفرض مع ما أشار إليه الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة

إلى أن العلاقة الموجبة بين أعراض القلق المصاحبة للألم، وشدة الألم تعد خبرة مشتركة بين

المرضى الإكلينيكيين (Grachev et al., 2001) ; Alexander, D., et al.,

2001)، فقد تم ملاحظة أن المرضى الذين يعانون من الألم يسجلون في تقاريرهم أعراض

مرضية، أهمها وأكثرها شيوعاً أعراض القلق، ويذكر اسبير (Spear, 1976) في هذا الصدد

أن ما يقرب من ٤٥% - ٥٠% من المرضى اللذين يعانون من القلق يترددون إلى عيادات

الطب النفسي يعانون من الآلام، بالإضافة إلى أنه قد لوحظ أيضاً أن الآلام سواء كانت

المستمرة أو المؤقتة- في الغالب، وبشكل متكرر- تحدث لدى المرضى اللذين يعانون من القلق. (Spear, F., 1967)

وفي نفس الاتجاه فقد أشار ميرسكي Merskey, H., 1968 إلى أن معظم التشخيصات الشائعة في مجال الطب النفسي قد أظهرت أن المرضى اللذين يعانون من آلام مزمنة (مستمرة) يعانون من القلق والهستيريا، والاكتئاب العصبي. (Merskey, H., 1968)، وأن أعراض الألم لا ترتبط فقط بالاكتئاب وإنما ترتبط أيضاً بالقلق.

(Means-Christensen, AJ., Roy-Byrne, PP., Sherbourne, CD. Craske, MG., and Stein MB., 2008).

في هذا الصدد أيضاً أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن مستويات القلق كانت بمثابة منبئات لشدة وحدة الألم لدى المرضى اللذين يعانون من آلام مزمنة وحادة (Van den et al., 2001; Alexander, D., et al., 2001)

وقد أكدت أيضاً نتائج الدراسات التجريبية أن تعزيز تأثير القلق على شدة الألم بفضل استخدام مقاييس مختلفة لكل من القلق وشدة الألم (Al Absi et al., 1991)، بالإضافة إلى أن المرضى اللذين يعانون من القلق والاكتئاب هم أكثر عرضة للإحساس بالآلام الحادة (Matthew J. , et al., 2010)

واتسقت أيضاً نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة سابقة أخرى أظهرت أن الأفراد اللذين كانوا يعانون من آلام مزمنة حادة في الرعاية الأولية لهم، قد سجلوا درجات مرتفعة في القلق والاكتئاب مقارنة بالأفراد الآخرين اللذين لا يعانون من تلك الآلام، الأمر الذي يشير إلى أن الإحساس بشدة الألم يتأثر بالانفعالات بطريقة مباشرة، شأنه في ذلك شأن عوامل أخرى أشارت إليها دراسات سابقة أخرى مثل العمر، والجنس، والثقافة، والعرق، والمعارف، والحالة الاقتصادية-الاجتماعية (Gatchel, R., et al., 2004).

كما أظهرت دراسة أجراها ماك وليمس وآخرون Mcwilliams, et al., 2003 وجود علاقة ارتباطية دالة بين الألم المزمن واضطرابات القلق وأكثر قوة لدى من يعانون من اضطراب الهلع، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Mcwilliams, et al., 2003).

McWilliamsa, L., Goodwinb, R., Cox, B., 2004 أما دراسة كل من
فقد أشارت إلى أن ارتباط الألم باضطراب القلق كان عموماً أكثر اتساعاً وملاحظة من
ارتباط الألم باضطراب الاكتئاب McWilliamsa, L., Goodwinb, R., Cox, (B., 2004).

وحدير بالذكر القول بأن نتائج الدراسات السابقة - بهذا الشكل تعزز من أرجحية
ارتباط الحساسية بالألم بالقلق المصاحب لهذا الألم (Dougher et al., 1987) ، وهذا
ما أكدته أيضاً نتائج دراسة أجراها كل من كورنول و دونديري Cornwall et al.,
1988 التي أشارت إلى أن القلق العام المستثار من خلال مثبرات غير نوعية، وكذلك القلق
المصاحب للألم ارتبط إيجابياً بالحساسية بالألم (Cornwall et al., 1988).

وقد أشارت نتائج دراسة سابقة - في هذا الصدد - إلى أن القلق المصاحب للألم
يمكن أن يزيد من إدراك الفرد لشدة وحدة الألم، ويرتبط هذا بالتغيرات التنشيطية في المخية
في منطقة الهيبوكامبس Hippocampus ، ويتفق هذا مع فرضيات نظرية جراي -
ماكنوفتون McNaughton التي تفترض أن نظام الهيبوكامبس system
Hippocampal يستجيب للأحداث المؤلمة التي تشكل جزء من الصراع أو المعاناة التي
يعاني منها الكائن الحي، ولحل هذا الصراع، والتخفيف من حدة تلك المعاناة يتم ارسال
إشارات تتضمن تضخيم لتلك الأحداث المؤلمة بشكل عصبي، وبالتالي يلجأ الكائن الحي
نحو السلوك الذي بمقتضاها يتكيف مع أسوء النتائج الممكنة التي قد تنتج عن تلك الأحداث
المؤلمة، ويصاحب هذا مشاعر قلق. (Archer D., et al., 1997)

ثانياً: مناقشة الفرض الثاني الذي ينص على:

"توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات العاديين ومتوسطات درجات المرضى
في أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي - الهروب والتجنب - الخوف من الألم -
القلق الفسيولوجي - الدرجة الكلية)".

ولتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحثان أسلوب اختبار (T. Test)، ويتضح من
الجدول (١١) نتائج هذا الأسلوب الإحصائي على النحو التالي:

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات العاديين ومتوسطات درجات المرضى في مقياس أعراض القلق المصاحبة للألم

اتجاه الفروق	قيمة (ت)	المرضى ٧١=ن		العاديين ١٣٧=ن		أعراض القلق المصاحبة للألم
		ع	م	ع	م	
المرضى	٠,١٨٣	٥.٤٩	١٧.٧٥	٥.٧٤	١٦.٦٤	القلق المعرفي
المرضى	٠,١٨٧	٦.٠١	١٥.٤٨	٥.٥٥	١٤.٣٧	الهروب/التجنب
المرضى	٠,٠٠١	٧.٢٩	١٤.٧٧	٦.١٦	١٠.٥٨	الخوف من الألم
المرضى	٠,١٢٢	٦.٣٨	٩.٥٩	٦.٢٥	١١.٠٢	القلق الفسيولوجي
المرضى	٠,٠٩٠	١٩.٨٠	٥٧.٥٨	١٧.٨٠	٥٢.٩٤	الدرجة الكلية للمقياس
المرضى	٠,١٢٢	٦.٣٨	٩.٥٩	٦.٢٥	١١.٠٢	القلق الفسيولوجي

يتضح من الجدول (١١) تحقق صحة الفرض الثاني بصورة كلية حيث أشارت النتائج إلى ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات العاديين، ومتوسطات درجات المرضى في الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم، ودرجات المقاييس الفرعية للمقياس، وبصفة خاصة مقياس الخوف من الألم في اتجاه المرضى الذين حصلوا على درجات مرتفعة (متوسط = ١٤,٧٦ وانحراف معياري = ٧,٢٩ مقارنة بالعاديين اللذين حصلوا على (متوسط = ١٠,٩٤ وانحراف معياري = ٦,٠٤ .

ومن المثير للاهتمام في النتائج السابقة عند مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة الأجنبية أن عينة الدراسة الليبية سواءً من الطلاب العاديين أو المرضى قد سجلوا درجات مرتفعة فيما يخص الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم أو درجات المقاييس الفرعية (القلق المعرفي - والهروب /التجنب - والخوف من الألم - والقلق الفسيولوجي) مقارنة بالطلاب العاديين والمرضى الأوروبيون اللذين يعانون من الآلام مزمنة ، بالإضافة إلى أنه قد

سجل أفراد العينة الليبية درجات المقاييس الفرعية درجات مرتفعة في الخوف من الألم بشكل ملحوظ مقارنة بالمقاييس الفرعية الأخرى (القلق المعرفي - والهروب / التجنب - والقلق الفسيولوجي)، ومقارنة أيضاً بأفراد العينة الأوربية، مما يشير إلى وجود فروق عرقية *Ethan's differences* في أعراض القلق المصاحبة للألم، وبصفة خاصة في أفكار الخوف المبالغ فيها فيما يتعلق بالموت أو الإصابة بالأمراض الخطيرة التي تسبب في إحداث الآلام في تجاه أفراد العينة الليبية مقارنة بالأوربيين. (McCracken et al., 2002)

وفي هذا الصدد أشارت نتائج دراسة أجراها ويزنبرج وآخرون Weisenberg et al., 1984 إلى أن الأوربيون البيض قد أظهروا مستويات منخفضة من قلق السمة مقارنة الأوربيون السود، والبورتوريكيين. (Weisenberg et al., 1984)

وعلى نحو مشابه لنتائج الدراسة السابقة التي أجراها لماكركين وآخرون McCracken et al., 2002 أظهرت نتائج دراسة أخرى إلى أن المرض السود حققوا على مستويات مرتفعة من أعراض القلق المصاحبة للألم مقارنة بالمرضى البيض على الرغم من عدم وجود فروق في الدرجة الكلية للعجز أو الإعاقة الفسيولوجية والنفسية بين المجموعتين العرقية. (McCracken et al., 2002)

وأشارت نتائج دراسة بريطانية أخرى أجراها واتسون وآخرون Watson et al., 2005 إلى حصول ذكور من جنوب آسيا على درجات مرتفعة في أعراض القلق المصاحبة للألم PASS 20 مقارنة البريطانيين البيض. (Watson et al., 2005)، ومما سبق يتضح أن الأمر مازال في حاجة إلى مزيد من الدراسات عبر الثقافية للتحقق من تلك الفروق والتباينات العرقية في مستويات القلق وأعراضه المصاحبة للألم.

الخلاصة:

- حولت الدراسة الحالية سد فجوة في الدراسات السابقة القليلة التي اهتمت بدراسة طبيعة العلاقة المفترضة بين أعراض القلق المصاحبة للألم (القلق المعرفي، والهروب / تجنب والخوف والقلق الفسيولوجية) ودرجة شدة الإحساس بالألم، والفروق بين العاديين من طلاب الجامعة والمرضى الذين يعانون من آلام مزمنة، في أعراض القلق المصاحبة لهذه الآلام (الخوف من الألم، وتجنب والهروب، والأعراض الفسيولوجية، والأعراض المعرفية)، الأمر الذي سوف يساهم في التخفيف من حدة الآلام، وما يصاحبها من أعراض سيكولوجية كأعراض القلق، إلا أن البحث في هذا الموضوع مازال في حاجة إلى مزيد من الدراسات المستقبلية، للكشف عن مزيد من المتغيرات السيكولوجية الأخرى التي قد ترتبط بالآلام مثل الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية والضغط والإح.
- قدمت أيضاً الدراسة الحالية نسخة عربية لمقياس أعراض القلق المصاحبة للألم لماكرين وآخرون (McCraken, et, al., 2002) الذي صمم لمقياس أربعة أبعاد الألم: القلق المعرفي، والخوف، والهروب / تجنب، والقلق الفسيولوجي، يمكن استخدامها في البيئة العربية، الأمر الذي يتيح بإجراء مزيد الدراسات عبر ثقافية بغرض التعرف على الاختلافات الثقافية فيما يتعلق بأعراض القلق المصاحبة للآلام .

مراجع الدراسة:

١. عبد الخالق، أحمد (١٩٨٧). *الأبعاد الأساسية للشخصية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ص ١١٤.*
 ٢. عبد العال، سيد محمد (١٩٨٦). *أسس القياس السيكولوجي، القاهرة: مكتبة سعيد رأفت، ص ٦٢.*
 ٣. دافيد ف- شيهان (١٩٨٨). *مرض القلق، ترجمة: عزت شعلان، سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٢٤، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، ص ٥-٦.*
 ٤. فرج، صفوت (١٩٨٠). *التحليل العاملي في العلوم السلوكية، القاهرة: دار الفكر العربي، ص ١٥١.*
 ٥. قابيل، رأفت عبد الباسط (١٩٩٩). *دراسة عبر حضارية لمكونات البناء المعرفي للقلق والاكئاب لدى الطلاب الجامعيين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.*
 ٦. مجمع اللغة العربية (٢٠٠٤). *المعجم الوسيط، القاهرة: مكتبة الشروق الدولية، ط٤.*
- Al Absi & Rokke P., (1991). Can anxiety help us tolerate pain? *Pain* 46:43-51.
 - Alexander P., Charvy N., Christian F., Stuart C., Susanna B., Richard W., Paul M., Nicholas P., Rawlins and Irene T., (2001). Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in hippocampal network, *Journal of Neuroscience*, 21, (24), 9896-9903.

-
- Allard, P.; Maunsell, E.; Labbe, J. & Dorval, M. (2001). Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review, *Journal of Palliative Medicine*, 4 (2) ,191-203.
 - Anaesth, Br., (2001). Role of psychology in pain management, *British Journal of anaesthesia*, 87 (1): 144-152.
 - Archer D., and Roth S., (1997). Pharmacodynamics of thiopentone: nocifensive reflex threshold changes correlate with hippocampal encephalography. *British Journal Anesthesia* 79 (6):744–749.
 - Balogh, Z.; Ordogh, J.; Gasz, A.; Nemet, L. & Bender, T. (2005). Effectiveness of Hydrotherapy in chronic low back pain -- a randomized single-blind controlled follow-up study. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 12(4): 196-201.
 - Berkley, KJ, Hoffman, GE, Holdcroft, A and Murphy, AZ. 2002. “Pain: Sex/gender differences”. In Hormones, brain and behaviour, Edited by: Pfaff, D, Arnold, AP, Etgen, AM, Fahrbach, SE and Rubin, RT. Vol. 5, 409–442. San Diego, CA: Academic Press.
 - Blackburn, L., Davidson, k., and Kendell, R., (1990). *Cognitive Therapy for depression and anxiety*, London: Blackwell Scientific Publications.
 - Carson, J.W.; Keefe, F.J.; Lynch, T.R.; Carson, K.M.; Goli, V.; Fras, A.M. & et. al. (2005). Loving-kindness meditation for chronic low back pain: results from a pilot trial. *Holist. Nursing*, 23(3): 287-304rating scales, .
 - Cornwall A, Donderi DC (1988). The effect of experimentally induced anxiety on the experience of pressure pain. *Pain*, 35:105-113
 - Delaune, S., Ladner, P., (2002). *Fundamental of Nursing: Standard And Practice* ,2nd Edition, New York.
 - Deng, G. & Cassileth, B., (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance, *A Cancer Journal for Clinicians*, 55(2):109-116.

- Dougher MJ, Goldstein D (1987). Induced anxiety and pain. *Journal Anxiety Disorders; 1*:259-264
- Downie ww., Leatham PA., Rhind P., Wright V., Branco JA., & Anderson JA., (1978). Studies with pain rating scales, *Ann Rheum Dissertation*, 37(4) 378-81.
- Edwards R, Augustson E, Fillingim R (2000). Sex specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clinical Journal Pain; 16*(1):46-53 .
- Eeva-Riitta, Y., Katri, V., and Anna-Maija, P., (2009). Effects of patients' anxiety previous pain experience and non-drug interventions on the pain experience during colonoscopy, *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1937-1944.
- Eli I, Schwartz-Arad D, Baht R, & Ben-Tuvim H.(2003) . Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion, *Clinical Oral Implants Research*, 14(1):115-8.
- Evans, R. & Rosner, A. (2005). Alternative in cancer pain treatment: the application of chiropractic care. *Seminars in Oncology Nursing*, 21 , No:3, pp.184-189.
- Faten M., Fatma A., Eblessam A., Laila E. Hoda E. Magada A., (2014). *Lecture notes on physiology*, Faculty of Medicine , Ain Shams university.
- Flashery SA., (1996). Pain measurement tool for clinical practice and research, *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 64, 133-140.
- Frot M, Feine JS & Bushnell MC. (2004). Sex differences in pain perception and anxiety. A psychological study with topical capsaicin. *Pain; 108*(3): 230-6.
- Gatchel, R. J.(2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59 (8), 795-805.
- Grachev ID ,Fredickson BE ,Apkarian AV., (2001). Dissociating anxiety from pain: mapping the neuronal marker N-acetyl aspartate to perception distinguishes closely

- interrelated characteristics of chronic pain. *Molecular Psychiatry* 6 (3):256–260.
- Hartel, U.; Volger, E. (2004). Use and acceptance of classical natural and alternative medicine in Germany--findings of a representative population-based survey. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 11(6): 327-334.
 - Hurley RW, Adams MC (2008). Sex, gender, and pain: An overview of a complex field. *Pain Mechanisms* 107(1) 309-317.
 - International Association for the study of pain, (1979). Subcommittee on taxonomy, pain term: a list with definitions and notes on usage, *pain*, 6, p. 250
 - Jensen, M. & Mcfarland, C., (1993). Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients, *Pain* (55), 195-203.
 - Jensen, M. & Patterson, D. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal Behavioral Medicine*, 29 (1): 95-124.
 - John T., F., (2010). Advances in clinical research methodology for pain clinical trials, *Nature Medicine*, 16, (11) 1284-93.
 - Jones A, Zachariae R, & Arendt-Nielsen L (2003). Dispositional anxiety and the experience of pain: gender-specific effects. *Europe Journal of Pain*; 7(5):387-95.
 - Kain Z., Sevarino F., Alexander G., Pincus S., and Mayes L., (2000). Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy- a repeated measures design. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (6): 417-422.
 - Keogh E, Ellery D, Hunt C, Hannent I., (2001). Selective attentional bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain*, 91:91–100.
 - Leonard, R., and Lowas, (1989). *Anxiety and depressive disorders in the medical patients*, American Psychiatric Press, Inc, P 42.

- Lewandowski, W.; Good, M. & Draucker, C.B. (2005). Changes in the Meaning of pain with the use of Guided Imagery. *Pain Management Nursing*, 6(2), 58-67.
- Matisyohu W., Orit A., Yuval W., and Nechama ., (1984). Relevant Irrelevant anxiety in the reaction to pain, *Pain* , 20, 371-383.
- Matthew J. , Jingwei W,. Teresa M. Jason M. & Kurt Kroenke, 2010. Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination with Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients, *Psychosomatic Medicine*. 70 (8) pp. 890- 897.
- McCracken LM, Zayfert C, Gross RT (1992). The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*; 50(1): 67-73 .
- McCracken LM,Dhingra L 2002. A short version of the pain anxiety symptom scale (PASS-20): preliminary development and validity: *Pain Research and Management*, 7(1): 45-50.
- McMillan, S.C.; Tittle, M.; Hagan, S. & Laughlin, J. (2000). Management of pain and pain related symptoms in hospitalized veterans with cancer, *Cancer Nursing*, 23(5),327-336.
- McWilliams, L., Cox, B., and Enns, M., (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain, an examination in nationally representatives sample, *Pain*, 106(1-2), PP. 127-133.
- McWilliamsa, L., Goodwinb, R., Cox, B., (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample, *Pain*, 111, pp. 77-83.
- Means-Christensen, AJ., Roy-Byrne, PP., Sherbourne, CD. Craske, MG., and Stein MB., (2008). Relationships among pain anxiety and depression in primary care, *Depression and Anxiety*, 25 (7), 593-600.
- Meisenhelder, J., & Chandler, E., (2000). Prayer and health outcomes in church members. *Alternative Therapy Health Medicine*, 6(4): 56-60.

-
- Merskey, H., (1968). Psychological aspects of pain, *Postgrad. Medicine Journal*, 44, 297-306.
 - Mogil, JS. and Bailey, AL., (2010). Sex and gender differences in pain and analgesia, *Progress Brain Research*. 186, 141-157.
 - Nixon, M. et al.(1997). Expanding the nursing repertoire: The effect of massage on postoperative pain .*Australian Journal of Advanced Nursing*, 14(3):21-26.
 - Page M., Katz J., Stinson J., Lsaac L., Martin-Pichhora A., & Capbell F., (2012). Validation of the numerical rating scale for pain intensity and unpleasantness in pediatric acute postoperative pain: sensitivity to change over time, *The Journal of Pain*, 13 (4), 359-369.
 - Paul B and Philip Y., (1997). *The gift of pain*, Zondervain press.
 - Paul G., and Bernstein, D., (1973). **Anxiety and clinical problems: systematic desensitization and related techniques**, General Learning Press, Morristown, NJ.
 - Paul, B., and Philip, Y., (1997). *The gift of pain*, Zondervain press.
 - Petry, J., (2002). Surgery and complementary therapies: A review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 6,(5):64-74.
 - Priest, R., (1983). *Anxiety and depression: A practical guide to recovery*, New York: P.G. Publishing PteLtd.
 - Prokopcakova, A., (1992). Coping with stress situations, anxiety and control. *Study Psychology*, 34, 69-76.
 - Riley JL, Robinson ME, Wade JB, Myers CD (2001), Price DD. Sex differences in negative emotional responses to chronic pain. **Journal Pain**; 2(6): 354-9 .
 - Riley JL, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: A meta-analysis. *Pain* 74:181-187,

- Robin O, Vinard H, vernet-Maury E, Saumet JL (1987). Influence of sex and anxiety on pain threshold and tolerance. *Functional Neurology*; 2(2)173-179 .
- Rollman. G., (1995). Gender differences in pain: Role of anxiety, *Pain Forum*, 4 (4), 231-234.
- Roseman, I., (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory, *Review of personality and Social Psychology*, 5, pp. 11-36.
- Schumacher R, Velden M., (1984). Anxiety, pain experience, and pain report: a signal detection study. *Percept Mot Skills* 58(2),339-349.
- Seers, K.& Carroll, D.(1998) Relaxation techniques for acute pain management : a systematic review, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3)466-475.
- Shader, R., and Greenblatt, D., (1994). *Treatment of anxiety states*, In: *Manual of Psychiatric therapeutics*, New York: Little, Brown and company.
- Spear, F., (1967). Pain in psychiatric patients, *Journal of Psychosomatic Research* **11**, 187-193.
- Stinson J., Kavanagh T., Yamada J., Gill N., Stevens B., (2006). Syatematic review of the psychometric properties interpret-ability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical traits in children and adolescents, *Pain*, 125, 143-157.
- Tang, Judy, and Stephen J. (2005). A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society* 6.9: 612.
- Tashani OA, Kabil RA, Alabas OA. Reliability and linguistic validation of pain anxiety symptoms scale-20 in Arabic. IASP 13th congress of pain. <<http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/WorldCongressonPain/ItineraryPlanner/default.htm>> [accessed August 2010].

-
- Van den Hout JH, Vlaeyen JW, Houben RM, Soeters AP, Peters ML., (2001). The effects of failure feedback and pain-related fear on pain report, pain tolerance, and pain avoidance in chronic low back pain patients. *Pain* 92:247–257.
 - Watson PJ, Latif RK, Rowbotham DJ (2005). Ethnic differences in thermal pain responses: A comparison of South Asian and White British healthy males. *Pain*; 118(1-2):194–200.
 - Weisenberg, M, Aviram O, Wolf Y, Raphaeli N (1984). Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain* 20 (4): 371-383.
 - Williams, K.A.; Petronis, J.; Smith, D.; Goodrich, D.; Wu J.; Ravi, N.; Doyle, E.J.; Juckett, G.; Kolar, M.M.; Gross, R. & Steinberg, L. (2005). Effect of yoga therapy for chronic low back pain. *Pain*, 115(1-2):107–117.
 - Yurdanur Demir, (2011). Chronic pain: Symptoms, Diagnosis, and treatment, NIH Medline Plus Magazine, *A publication of the National Institutes of Health and the Friends of the National Library of Medicine* vol. 6, No. 1 pp. 5-6.

The Relationship between the Symptoms of Anxiety and the Severity of the Pain in Patients with Chronic Pain

Abstract

The purpose of this study was to identify the nature of the supposed correlation relationship between the pain anxiety symptoms (cognitive anxiety , escape / avoidance , fear , physiological anxiety) and the degree of the severity of pain sensation, in addition to identify the differences between the normal and the patients with a history Persistent pain, in the pain anxiety symptoms (fear of pain, avoidance and escape, and physiological symptoms, cognitive symptoms), And finally identify the psychometric properties of the Arabic version of pain anxiety symptoms scale (Pass-20), was developed in English language to measure four dimensions of attitude toward pain ; cognitive anxiety, fear, escape / avoidance and physiological anxiety, by McCracken and Dhingra, 2002, on a sample of Libyan. The sample of the study consisted of (71) pain patients in Libya, patients with a history Persistent pain; low back pain (34%), postoperative of traumatic pain (19%), osteoarthritis or rheumatoid arthritis (13%), in addition to (103) university students who completed the Arabic Pass-20 and a Numerical Rating Pain Scale (NRS). To investigate the hypothesis of the study, the means, standard deviation, analysis of variance and factor analysis were applied. The major findings of the study may be summarized as follows: There is a positive correlation between the pain anxiety symptoms (cognitive anxiety , escape/avoidance , fear , physiological anxiety), and the degree of the severity of pain sensation, in addition to that there are statistically significant differences between normal group, and patients group in the pain anxiety symptoms (cognitive anxiety , escape/avoidance , fear , physiological anxiety) in favor of patients with a history Persistent pain, and finally, the results showed that the Arabic version of the PASS-20 can be used to measure pain anxiety symptoms in Arab patients.

Keywords: The Pain Anxiety Symptoms -Cognitive Anxiety-Escape/Avoidance - Fear - Physiological Anxiety.