

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

مدرس قسم علم النفس

كلية الدراسات الانسانية بالدقهلية، جامعة الأزهر- مصر

المخلص:

هدف البحث الحالي إلى التعرف على العلاقة بين ادارة الالم وكلاً من اليأس والطاقة النفسية لدى عينة من مرضى السرطان، والكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات عينة من مرضى السرطان على مقياس ادارة الالم وفقاً لمتغير النوع (ذكور/ إناث) ومرحلة المرض (المرحلة الثانية - المرحلة الثالثة) والتفاعل بينهما، أيضاً التحقق من إمكانية التنبؤ بإدارة الالم في ضوء أبعاد الطاقة النفسية واليأس لدى عينة من مرضى السرطان، تكونت عينة البحث الأساسية من (٢٠٠) حالة من مرضى السرطان تتراوح أعمارهم (٣٥ - ٥٠) عاماً بواقع (١٠٠) من الإناث و(١٠٠) من الذكور ، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن لتحقيق أهداف البحث ، وللتحقق من ذلك تم تطبيق ثلاثة مقاييس مقياس الطاقة النفسية لمرضى السرطان (إعداد الباحثة)، مقياس بيك لليأس: Beck Hopelessness Scale اعده بيك واخرون(Beck et al,1974)، مقياس ادارة الالم وقد اعد هذا المقياس ريزنستيل وكيف (Resenstiel &Keefe ,1983) .

وقد كشفت نتائج البحث عن وجود علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠١) ، (٠,٠٥) بين أبعاد مقياس إدارة الألم والدرجة الكلية وأبعاد مقياس الطاقة النفسية والدرجة الكلية لدى مرضى السرطان ما عدا بعدي المأساوية والاستمتاع بالحياة فلا يوجد علاقة دالة بينهما، وجود علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠١) بين أبعاد مقياس إدارة الألم والدرجة الكلية والدرجة الكلية لمقياس اليأس لدى مرضى السرطان، بالإضافة إلى وجود أثر دال إحصائياً لمتغير النوع (ذكور-إناث) في أبعاد إدارة الألم حيث كانت قيم ف دالة احصائياً عند مستوي ٠,٠١ ، وجود أثر دال إحصائياً لمتغير المرحلة (الثانية/الثالثة) في أبعاد إدارة الألم، حيث كانت قيمة "ف" دالة إحصائياً عند مستوي ٠,٠١. كما

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

توصلت نتيجة الدراسة إلى امكانية التنبؤ بإدارة الالم من خلال اليأس والطاقة النفسية لدى مرضى السرطان.

الكلمات المفتاحية: الطاقة النفسية، اليأس، ادارة الالم، مرضى السرطان

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

د/ شيماء محمود زيدان عبد الهي

مدرس قسم علم النفس

كلية الدراسات الانسانية بالدقهلية، جامعة الأزهر- مصر

مقدمة البحث:

أصبح العالم يعيش مع وحش قاتل يعصف بحياة البشر يدعى "السرطان" إذ يقتحم حياة صاحبه دون استئذان، ويعد سبب رئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم ويشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تصيب أي جزء من أجزاء الجسم، وما يميز السرطان التولد السريع لخلايا شاذة تنمو خارج نطاق حدودها المعتاد، وبإمكانها أن تغزو بعد ذلك أجزاءً مجاورة من الجسم وتنتشر في أعضاء أخرى منه؛ وتُطلق على العملية الأخيرة تسمية "النقيلة"، وتعد النقائل المؤلمة والمنتشرة على نطاق واسع من جزاء السرطان، أهم أسباب الوفاة (WHO,2022). ويعد الألم تجربة ذاتية تتطوي على جوانب جسدية ونفسية ويعتمد وجود الألم بشكل رئيسي على نوع السرطان، ومرحلة المرض، والدعم النفسي والاجتماعي الذي يحظى به المريض، ولأن الفرد وحدة متكاملة لا يمكن فصل جانبه النفسي عن جانبه البيولوجي، وباعتبار الألم تجربة ذاتية وعلاجه معقد، ومن أجل إدارة الألم بشكل مناسب، فمن المهم فهم ما يعانيه المريض و تمكين المريض من لعب دور هام في التعافي وتحديد أهداف العلاج بصورة واقعية (القاضي، ٢٠٢٢).

ويميل الباحثون إلى تنمية بعض السمات الإيجابية لتحسين الفرد ضد التحولات المتلاحقة في البنى الفكرية والاجتماعية والأخلاقية والسياسية والاقتصادية للمجتمعات، وإن كان هذا التحسين خاص بالأصحاء فمرضى السرطان في ظل هذه المواجهة الكبيرة هم من يحتاجون وبشده لتعلم حسن اتخاذ القرارات والقدرة على المواجهة والثقة بالنفس والإدارة الذاتية وإعادة تفسير أحاسيس الألم والقدرة على الاستمتاع بالحياة فبمجرد تشخيص المرض، ينتاب المريض حالة من الاكتئاب واليأس الذي يعوق أداء وظائفه الحياتية فضلاً عن الجهد المتواصل لمتابعة العلاج لمدة سنوات والتكلفة الباهظة لهذا العلاج والمعاناة من الألم (قطب،

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

سري، ٢٠١٧). وقد توصلت دراسة (Molton et al, 2008) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الطاقة النفسية وأبعادها (الإرادة الذاتية والثقة بالنفس) والادارة الذاتية للألم، لدى الأشخاص الذين يعانون من الامراض المزمنة، كما أن الدافع لإدارة الألم لديهم تأثر بمتغيرين أساسيين (المعتقدات حول أهمية الانخراط في الإدارة الذاتية للألم والمعتقدات حول ثقة الفرد بنفسه، وإرادته).

كما أشارت دراسة (Letzen et al. 2019) إلى مدى تأثير برنامج تحفيزي للطاقة النفسية على إدارة الألم المزمن لمرضى السرطان حيث تم تدريبهم على طرق تحفيز الإرادة الذاتية والقدرة على إدارة الألم، وقد زاد بشكل ملحوظ مستوى الالتزام بالعقاقير والفعالية الذاتية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وحيث أن الطاقة النفسية للفرد ترتبط بنظام التنشيط الفسيولوجي الذي يحكم نظام عمل المخ وكيفية تبادل المعلومات بين الفرد والبيئة الخارجية فيحفز الفرد إلى النجاح وتحقيق الأهداف في حالة المستويات المرتفعة من الطاقة أو يعجز ويفشل في حالة المستويات المنخفضة من الطاقة (Posner,Rothbart,2013)، كما أن كل فرد لديه مولد للطاقة النفسية الفعالة ينتج قدرًا محددًا من الطاقة ذات المعنى السيكولوجي تتشكل حسب الموقف الذي يمر به الفرد فيحفزه إلى مجابهة المواقف الضاغطة التي يمر بها (محمد علي، ٢٠٠١). ومن هنا تظهر الفروق الفردية بين المرضى، فالبعض يكون لديه القدرة على ادارة الامه والتغلب عليها في حين يقع آخرون فريسة للمرض واليأس والقلق والاكتئاب والألم، حيث يعتمد ذلك على مستوى المخزون الفزيائي للطاقة النشطة لدى المريض.

ويعد اليأس شعوراً نفسياً يتسلل إلى الفرد نتيجة الضغوط النفسية، سواء كانت هذه الضغوط مشكلات أو أزمات لم يتمكن الفرد من التعامل معها بطريقة ناجحة (حنتول، ٢٠٢٠) وترى الباحثة أن الألم يعد أحد أكثر المشاكل شيوعاً والتي لم تتم معالجتها ولم يتم حلها لمرضى السرطان، ولا تزال هناك عقبات أو حواجز كبيرة تمنع تقليل الألم وإدارته لدى مرضى السرطان، سواء كانت هذه العقبات والحواجز من قبل المرضى (كفكرة أن الادوية تسبب الادمان، وأن هذه الادوية وهذه الاساليب العلاجية خاصة بمن يحتضرون، والشعور بالقلق واليأس وفقدان الامل في التعافي، وضعف الارادة والثقة بالنفس والطاقة الايجابية)، أو الأطباء

على حد سواء (كضيق الوقت ، ووجود عدد كبير من الحالات المرضية) علاوة على ذلك، الآثار النفسية لألم السرطان قد تكون مدمرة، وإذا تمكنا من تجنب الحواجز المحتملة، وفهمنا مبادئ إدارة الألم وكيفية استخدام تطبيقاتها و فنياتها لتغيير الأحاسيس المؤلمة وتم الاختيار المناسب للأدوية ، يمكن للمرء أن يتخلص من هذا الألم و يديره بشكل آمن و تعتبر إدارة الألم وتحفيز الطاقة النفسية الايجابية هدفاً مهماً في الرعاية الشاملة لمرضى السرطان. ويرى (عبد الحميد، ٢٠١٩) وجود علاقة وطيدة بين الحالة النفسية وصحة الجسم، فإذا سيطر على الإنسان الجزع والخوف والتوتر الزائد جراء الإصابة بمرض ما فإن مناعة الجسم تضعف وقد تتفاقم الحالة الصحية، لذا فإن الطاقة الإيجابية والحالة النفسية للمريض تلعب دوراً فعالاً في التصدي للمرض، وقد تسهم في التخلص منه أو تكون أحد أهم العلاجات الفعالة في التغلب على المرض لا سيما الأمراض المزمنة كالسكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب بأنواعها، والصداخ النصفي وآلام الرأس والمعدة والعظام وكذلك أمراض السرطان، التي تتطلب من المريض التعايش والصبر وقوة الإرادة في مسيرة العلاج.

مشكلة البحث وتساؤلاته:

تشير الجمعية الأمريكية للسرطان في أحدث احصائياتها بأن مرض السرطان يصنف في المركز الثاني لمسببات الوفاة في البلدان المتقدمة ذات الدخل المرتفع بعد أمراض القلب والأوعية الدموية، وتعد السبب الثالث للوفاة في البلدان النامية (ذات الدخل المنخفض) بعد أمراض القلب والأوعية الدموية، والأمراض المعدية والطفيلية ويقدر نحو (٦٠%) من حالات الوفاة الناجمة عن السرطان في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وهذا العدد مرشح للزيادة في المستقبل ويتسبب السرطان في مقتل ما يقدر بأكثر من ربع مليون شخص كل عام في إقليم شرق المتوسط (ACS,2022) .

وعلاج الآلام المزمنة كمرض السرطان معقد للغاية، والجدير بالذكر أنه خلال العقد الأول من القرن العشرين، كانت توصف الأدوية الأفيونية بسهولة لمرضى السرطان تحت ستار الأمان النسبي(Sjogren et al, 2009)، وقد أكدت إدارة الغذاء والدواء (FDA) سلامة الأدوية الموصوفة اعتماداً على التجارب السريرية على الرغم من عدم وجود تجارب تدعم الاستخدام على المدى الطويل (CDC, 2020; FDA, 2018).

ويقدر مركز السيطرة على الأمراض (CDC) أنه في (عام ٢٠٢٠) قدر ما يقرب من ٨٣٪ من جرعات الادوية الزائدة المميتة التي تنتوي على عقاقير أفيونية (CDC,2020) وفي السنوات الأخيرة، ظهر اتجاه قوي داخل المجال الطبي ومركز السيطرة على الأمراض لإيجاد علاجات بديلة أكثر أماناً وتسلط الضوء على الحاجة إلى مكافحة وإدارة الألم والتغلب على خطر الإصابة بالاكتئاب والقلق واليأس وفقدان الوظيفة والبطالة وتدني جودة الحياة (Boehnke et al, 2019).

وأوضح (syrjala, 2014) أن العوامل النفسية تؤثر على إدارة الألم والاستجابة للعلاج من السرطان، وأن (٣٨ ٪) من الناجين من مرضى السرطان يعانون من اضطرابات المزاج والعديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية الاخرى، وترتبط هذه المعاناة بألم السرطان، كما أضافت (زهران، ٢٠١٨) أن الطاقة النفسية ترتبط لدى الفرد بقدرته على الأداء والإنجاز والوصول لأهدافه أي أن المستويات المرتفعة من الطاقة النفسية تدفع الفرد للتغلب على العجز واليأس وتدفعه لإستغلال مهاراته وقدراته لإتمام مهامه وإدارة أهدافه.

وقد أشار (مصطفى، ٢٠٠١) الي ان كل فرد يمتلك محرك لسلوكه، وهو ما يطلق عليه "مولد الطاقة النفسية" والذي يعمل علي دفع الفرد للسلوك بطريقة محددة، كما يدفعه إلى التفاعل مع المواقف الضاغطة أو الاستجابة للضغوط المختلفة التي يمر بها، من خلال الاستفادة مما يمتلكه من طاقة نفسية فعالة دافعة للسلوك، حيث يعتمد تأثر الفرد بالمواقف البيئية على مستوى المخزون الفيزيائي للطاقة النشطة لديه، وأوضحت دراسة (Larowe et al, 2020) العلاقة بين الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى، حيث أوضحت النتائج أن الإدارة الذاتية للألم كانت مرتبطة بشكل إيجابي ببعض أبعاد الطاقة النفسية.

كما توصلت دراسة (Ehrich et al, 2021) إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تحفيز الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم وذلك بعد اعداد وتطبيق جلسات تدريبية لتحفيز الطاقة النفسية لإدارة الألم لدى مرضى سرطان واستخدام بعض الفنيات والتقنيات خلال هذه الجلسات لتوضيح العوامل المعرفية والعاطفية الكامنة وراء سلوكيات ادارة الألم، وأضافت دراسة (Mystakidou,2007) ان مرضى السرطان يعانون من درجة عالية من الألم تؤثر على نشاطهم العام وحالتهم المزاجية وقدرتهم على أداء واجباتهم الوظيفية، ويجعلهم فريسة للإصابة بالاكتئاب واليأس.

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

ويعد اليأس منظومة من التوقعات التشاؤمية والمعتقدات السلبية، عن الفرد نفسه وعن مستقبله وعن قدراته وعن العالم من حوله، مع تدني الحالة المزاجية والشعور بالكآبة، كما يعد نتاج مباشر لما يتعرض له الانسان من ضغوط نفسية مزمنة، وأحداث حياتية ضاغطة وسالبة (حنتول، ٢٠٢٠).

وترى الباحثة أن الفرد عند ما يتم تشخيصه بمرض السرطان يشعر بالصدمة وقد يشعر بالضياح واليأس، وأنه متقل الكاهل وأن حياته بالكامل قد تبدلت وخرجت عن السيطرة، وبعد أن يأخذ وقته في التفكير ويستعين بالله وبدعم من الأسرة والأهل والأصدقاء يبدأ في استعادة طاقته الايجابية، ويدرك أن هناك ما يستطيع السيطرة عليه، فيمكنه السيطرة على الألم والنجاة منه الألم وايضا يمكنه الحد من الشعور باليأس والقلق وغيرها، فهذه المشاعر السلبية غالبا ما تتبدد وإذا لم يجد دعماً كافياً في محيطه، يمكنه الاستعانة بالرعاية الصحية وطلب الدعم النفسي وكلما سارع بالتأهيل النفسي والتعافي، استطاع المريض تركيز طاقته النفسية والجسدية على التعافي والشفاء من مرض السرطان وترى الباحثة أن كل مريض له أسلوبه الخاص في مواجهة مرض السرطان فقد يلجأ بعض المرضى إلى أسلوب الكتمان وتجنب التحدث عن المرض، وقد يكون لهذا الأسلوب أثر عكسي فيستفد في التجنب والكتمان الطاقة التي يجب توظيفها في إدارة الألم والتماثل للشفاء، فعندما يتحدث المريض عن تجربته الكاملة أمام الآخرين وكيفية إدارته لألمه وخوفه من مرض السرطان، يساعد ذلك على تفرغ طاقته السلبية وتقلل من شعوره بالقلق والاكتئاب، على المدى البعيد، فعندما يرى اهتمام الآخرين لسماع تجربته وإعجابهم بشجاعته في مواجهة المرض، تزداد ثقته بنفسه ويكون حافزاً ودافعاً، يدفعه إلى إدارة ألمه ومواصلة علاجه و يقيه من الوقوع فريسة للمشاعر السلبية والقلق واليأس والاكتئاب على المدى الطويل.

ونسترشد بكتاب الله وما ورد به من وصايا نبي الله لقمان لابنه قال تعالى: «يا بني أقم الصلاة وأمر بالمعروف وأنه عن المنكر واصبر على ما أصابك إن ذلك من عزم الأمور» فقد حث نبي الله (عليه السلام) ابنه على إدارة ذاته إذا أصابه صائب وأرشده إلى إقامة الصلاة والصبر على ما أصابه، وتعد وسائل لإدارة الألم كما حثه على المواجهة، وتعد أحد أبعاد الطاقة النفسية عندما أرشده إلى الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر ومن هنا يجب علينا اتباع تعاليم ديننا الحنيف ومواجهة مصائبنا وآلامنا وعدم الاستسلام واليأس.

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

وقد أسفرت نتائج دراسة (Wang et al, 2021) بعد التحقيق في دور العوامل النفسية والاجتماعية إلى مدى أهمية إدارة الألم، وأوصت بضرورة دعم التدخلات النفسية التي تستهدف أعراض الاكتئاب واليأس، كما أوضحت دراسة (syrjala et-al, 2014) إلى أن العوامل النفسية تؤثر على آلام السرطان وان العلاجات السلوكية فعالة في الحد من أنواع مختلفة من الألم، وقد صرحت منظمة الصحة العالمية في بيانها لعام (2021) أن مريض السرطان بحاجة لإعادة التأهيل النفسي لمجابهة اضطرابات اليأس والاكتئاب التي قد تصيبه نتيجة المرض (World Health Organization, 2021).

وبناءً على ما تقدم اتجهت الباحثة لدراسة الطاقة النفسية واليأس وإدارة الألم لدى مرضى السرطان وذلك لأهمية هذه المتغيرات وباعتبارها علاجات سلوكية إضافية لمرضى السرطان وليست بدائل للعلاج البيولوجي وخاصة أن الباحثة لم تجد دراسة واحدة (في حدود اطلاعها) جمعت بين متغيرات البحث الثلاثة (الطاقة النفسية واليأس وإدارة الألم) لدى عينة الدراسة من مرضى السرطان، كما سعت للكشف عن طبيعة العلاقة بين إدارة الألم وكلاً من اليأس والطاقة النفسية لديهم، وكذلك التحقق من ما إذا كان هناك فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث من مرضى السرطان في مقياس إدارة الألم تبعاً للمتغيرات النوع (ذكور - إناث) ومرحلة المرض (المرحلة الثانية - المرحلة الثالثة) وكذلك التحقق من إمكانية التنبؤ بإدارة الألم من خلال أبعاد الطاقة النفسية واليأس لدى عينة الدراسة.

ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

هل توجد علاقة ارتباطية بين إدارة الألم واليأس لدى عينة من مرضى السرطان؟

هل توجد علاقة ارتباطية بين إدارة الألم والطاقة النفسية لدى عينة من مرضى السرطان؟

هل توجد فروق في متوسطات أبعاد درجات عينة من مرضى السرطان على مقياس إدارة الألم وفقاً لمتغير النوع (ذكور/ إناث) ومرحلة المرض (المرحلة الثانية - المرحلة الثالثة) والتفاعل بينهما؟

هل يمكن التنبؤ بإدارة الألم في ضوء أبعاد اليأس والطاقة النفسية لدى عينة من مرضى السرطان؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على العلاقة بين ادارة الألم وكلاً من اليأس والطاقة النفسية لدى عينة من مرضى السرطان، والكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات عينة من مرضى السرطان على مقياس ادارة الألم وفقاً لمتغير النوع (ذكور/ إناث) ومرحلة المرض (المرحلة الثانية - المرحلة الثالثة) والتفاعل بينهما، أيضاً التحقق من إمكانية التنبؤ بإدارة الألم في ضوء أبعاد الطاقة النفسية واليأس لدى عينة من مرضى السرطان.

أهمية البحث:

أولاً: الأهمية النظرية:

تكمن أهمية الدراسة في تناوله (عينة إكلينيكية) مرضى السرطان، كونها تمثل شريحة من المجتمع تعاني وتتألم وينبغي علينا تخفيف المعاناة الجسدية والنفسية والاجتماعية ورفع الروح المعنوية لهم.

كما تستمد هذه الدراسة أهميتها من ضرورة لفت الانتباه إلى إدارة الألم والطاقة النفسية، ومدى أهميتهما لمرضى السرطان، والاتجاه نحو الحد من اعتماد المرضى على العلاج الدوائي فقط، وتغادي آثاره الجانبية على أجهزة الجسم وإنهاكه للأجهزة المناعية، أيضاً تغادي الوقوع فريسة لليأس وفقدان الامل في التعافي، فمرضى السرطان يحتاجون للشعور بالسيطرة على حياتهم وتحقيق التوافق مع المرض ومضاعفاته .

تتطلع الباحثة من خلال نتائج هذه الدراسة أن تقدم تصوراً مقترحاً مهماً للارتقاء والاهتمام بمرضى السرطان وتحسين معدل الطاقة النفسية لديهم حيث يعتبر الضمانة النفسية لرفع معنويات المرضى والشعور بالثقة بالنفس والقدرة على ادارة الألم .

- تتناول الدراسة الحالية موضوعاً هاماً وحيوياً لم ينل نصيبه من قبل بالدرجة الكافية في مجال البحث العلمي خاصة في البيئة المصرية والعربية (في حدود اطلاع الباحثة)، لذا فإن هذه الدراسة قد تضيف جديداً إلى التراث العربي في مجال الدراسات النفسية والاجتماعية.

تلقي الدراسة الحالية الضوء على بعض المفاهيم النفسية كمفهوم ادارة الألم واليأس والطاقة النفسية وتقدم إطاراً نظرياً لهذه المفاهيم وعلاقتها ببعضها البعض، وقد أجمعت دراسات عدة في البيئات الأجنبية على أن ادارة الألم والطاقة النفسية من العوامل الإيجابية في الشخصية،

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

ولها ارتباط قوي بمخرجات الصحة النفسية، كما أنها عامل فعال في مواجهة الأمراض والضغط واليأس والاضطرابات النفسية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

تتمثل أهمية الدراسة التطبيقية كونها تمثل خطوة أولى لدراسات مستقبلية على صعيد الطاقة النفسية وإدارة الألم، ومن المفترض أن تسهم نتائج الدراسة في لفت أنظار صناع القرار في النسق الطبي إلى مدى أهميتهما بما يسهم في إعداد برامج إرشادية وعلاجية، تعمل على إثراء الطاقة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى السرطان .

ترجع الأهمية التطبيقية لهذا البحث في التعرف على طبيعة العلاقة بين إدارة الألم واليأس والطاقة النفسية فضلاً عن معرفة مدى الإسهام النسبي لليأس والطاقة النفسية في التنبؤ بإدارة الألم لكي يتسنى لنا التوجيه في ضوء ما يسفر عنه البحث من نتائج .

إمداد المكتبة النفسية بأداة سيكومترية جديدة لقياس الطاقة النفسية وأبعادها لدى مرضى السرطان بما يساعد على زيادة الاهتمام بالعوامل التي تسهم في رفع مستوى القدرة على المواجهة والثقة بالنفس والاستمتاع بالحياة والإدارة الذاتية لدى مرضى السرطان.

تسهم الدراسة في توفير المعلومات اللازمة من خلال البيانات التي ستوفرها والتي يمكن الاستفادة منها لإعداد برامج إرشادية وبناء استراتيجيات لإدارة الألم، وتخفيف حدة الخوف والقلق واليأس لدى مرضى السرطان

الاستفادة بنتائج هذه الدراسة في اقتراح بحوث تالية يمكن إجراؤها مستقبلاً.

التعريفات الإجرائية لمصطلحات البحث:

الطاقة النفسية: Psychological energy

عرفت الباحثة الطاقة النفسية بأنها: مفهوم يعبر عن تصميم واع من المريض لبذل ما لديه من جهود معرفية وسلوكية لتعديل ما يراه سيئاً في واقعه إلى واقع جديد يعيد له توازنه واعتباره لذاته وثقته بقدراته ومنه يصل لمعنى لحياته يدفعه للتكيف مع مستجداته.

ويستدل عليها بالدرجة التي يحصل عليها مريض السرطان (عينة البحث الحالي) في مقياس الطاقة النفسية المستخدم في هذا البحث.

اليأس: Hopelessness

عرف (Beak, 1974) اليأس بأنه: حالة وجدانية تبعث على الكآبة وتتسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل و توقع الفشل في كل محاولة يقوم بها. ويستدل عليه بالدرجة التي يحصل عليها مريض السرطان (عينة البحث الحالي) في مقياس اليأس المستخدم في هذا البحث، وقد تبنت الباحثة هذا التعريف.

إدارة الألم Pain Management

عرف (Rosenstiel & Keefe, 1983) إدارة الألم بأنها: الاستراتيجيات والجهود التي يبذلها الفرد لخفض حدة الألم أو للتغلب عليه سواء كانت استراتيجيات سلوكية أو معرفية. ويستدل عليه بالدرجة التي يحصل عليها مريض السرطان (عينة البحث الحالي) في مقياس إدارة الألم المستخدم في هذا البحث، وقد تبنت الباحثة هذا التعريف.

محددات البحث:

محددات موضوعية: تتمثل في موضوع البحث الحالي وهو الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

محددات بشرية: شارك في البحث الحالي (٢٠٠) من مرضى السرطان (١٠٠) ذكور و (١٠٠) إناث ممن تتراوح أعمارهم بين (٣٥-٥٠) عاماً.

محددات زمنية: تم تطبيق أدوات البحث الحالي خلال عام ٢٠٢٢/٢٠٢١م

محددات منهجية: استخدمت الباحثة "المنهج الوصفي الارتباطي المقارن" حيث أنه أنسب منهج لتحقيق أهداف البحث.

محددات جغرافية: تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة مرضى السرطان بمركز الاورام - جامعة المنصورة ، كما تم التطبيق عبر مواقع التواصل الاجتماعي بعد الانضمام لمجموعات السرطان عبر الانترنت.

الاطار النظري:

الطاقة النفسية: Psychological energy

تعد الطاقة النفسية Psychological energy من المواضيع الهامة التي تؤثر في دوافع الفرد وسلوكه كما تؤثر في أداء أعماله، ويستخدم مصطلح الطاقة النفسية بالترادف مع

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

مصطلحات نفسية أخرى مثل (الاثارة Arousal التنشيط Activation والدافعية Motivation). لكل من العقل والجسم (Gerben, 2004)، وتتأثر الطاقة النفسية للفرد بالضغوط النفسية، فينخفض مستوى الطاقة النفسية للفرد كلما ارتفع مستوى الضغوط النفسية التي يتعرض لها، وهذا ما أكدته دراسة (مصطفى، ٢٠٠١) حيث أوضحت أن الأشخاص ذوي المستويات المرتفعة من الطاقة النفسية، أكثر قدرة على مواجهة الضغوط. وأوضح ادلر (Adler,1988) مدى التشابه بين الطاقة الفيزيائية والطاقة النفسية فكما تعمل الطاقة الفيزيائية مع الاجسام المادية، تعمل كذلك الطاقة النفسية مع التكوينات النفسية كالذوايق والافكار، كما أسفرت المراجعات الأدبية المكثفة لمصادر مثل Google Scholar ، Web of Science ، Medline ، Academic Search Premier وغيرها ، في فهم الدور الذي تلعبه الطاقة النفسية للتكيف النفسي والاجتماعي مع الأمراض المزمنة واليأس وتخطي الأزمات والصدمات (Ryan and Deci, 2007; Baumeister and Vohs, 2007;).(2008).

ويذكر (Bowman,2003) أن المصادر السلبية للطاقة النفسية تجعل التعب يحل بسرعة أما المصادر الايجابية للطاقة النفسية تساعد على التخلص من التوتر والقلق ومصادر الافكار السلبية

كما أفادت العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة كالسرطان يواجهون العديد من المتاعب اليومية التي تعد تحدياً بالنسبة لهم على سبيل المثال (قيود التنقل، الألم) والبيئة المادية المحيطة (الحواجز المعمارية والأنظمة الطبية الصارمة)، والعوامل النفسية الاجتماعية (مواقف الوصم والتمييز المهني والشكوك) وبالتالي، فإن كفاهم المستمر وانتصاراتهم تؤدي إلى خسائر فادحة في مستوى الطاقة النفسية والقدرة على التأقلم (Pascoe & Smart ,2009).

وبناءً عليه يمكن أن يؤدي وضوح مفهوم الطاقة النفسية في سياق الحياة، إلى تحسين نوعية الحياة للأشخاص الذين يعانون من الامراض المزمنة والتأثير على مناحي الحياة المختلفة للمريض .

تعريف الطاقة النفسية:

يعرف (راتب، ٢٠٠٤) الطاقة النفسية: "بأنها قوة افتراضية غير ظاهرة للعيان تستعين بها النفس للوصول لأهدافها ولأنها قوة افتراضية فإنه يصعب تحديدها ظاهرياً أو قياسها مادياً، وتعتبر عن وجودها من خلال قوى مختلفة توجد في الشخصية مثل العاطفة التركيز والارادة والميول والرغبة والنوازح المختلفة".

كما يعرفها (Brown,2012) بأنها "بناء ثلاثي الابعاد يتكون من الحالة المزاجية (مشاعر عابره حول وجعه سواء تعب أو طاقه) التحفيز (التصميم والحماس) والإدراك المستمر (الانتباه واليقظة)"

كما يعرف (عسكر، ٢٠٢١) الطاقة النفسية بأنها "الشدة والحيوية والنشاط، الذى يؤدي بها العقل الوظائف الموكلة اليه".

وعرفها (فيسل، ٢٠٢١) بأنها "تكوين فرضي، يتضمن الانفعالات وأنماط التفكير ومعتقدات الفرد، التي تدفعه نحو إنجاز أهداف محده تساعده على استعادة التوافق النفسي " وعرفها (عابد، ٢٠٢٢) بأنها "أفضل تهيئه نفسيه يستطيع الفرد بموجبه تحقيق أفضل أداء، أو إجراء مع ذاته للتحكم بالشدة أو الحيوية التي يؤدي بها العقل وظائفه بناء على دوافعه" . وتعرف الباحثة الطاقة النفسية بأنها: مفهوم يعبر عن تصميم واع من المريض لبذل ما لديه من جهود معرفية وسلوكية لتعديل ما يراه سيئاً في واقعه إلى واقع جديد يعيد له توازنه و اعتباره لذاته وثقته بقدراته ومنه يصل لمعنى لحياته يدفعه للتكيف مع مستجداته.

والطاقة النفسية تعبر عن الكل المركب الذى يشمل الانفعالات والمعتقدات وأنماط التفكير الذى يدفع الجسم والعقل للتصدي لكل ما يخل بتوازنه كما تعد محفز داخلي يدفع الفرد للتخلص من الطاقة السلبية والجمود، واستخدام اساليب المواجهة بكفاءة مما يشعرهم بالرضا والسعادة والطمأنينة النفسية (خطاب، ٢٠١٣).

وصنف (Psicol,2008) الطاقة النفسية من حيث استغلال الفرد لطاقاته وامكاناته إلى مستويين وهما:

المستوى التحتي للطاقة: يوجد لدى الفرد الروتيني، الحذر سريع الشعور بالتعب والارهاق .
المستوى الفوقي للطاقة: يتسم الفرد بالاستقلال العقلي والحيوية والقدرة على العطاء والميل لممارسة العديد من الانشطة.

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

كما يصنف (Thayer,2014) الطاقة النفسية وفقاً لتأثير الفرد بالضغط النفسية والتوتر والاجهاد وطبقاً للتفاعل بين هذه المكونات إلى :

الطاقة الهادئة Calm- Energy: حالة مزاجية ايجابية، ذات مستوى تنشيط سيكوفسيولوجي متوسط، وطاقة نفسية مرتفعة ومستوى توتر منخفض، ويطلق عليها طاقة الهدوء أو الاتزان .
الطاقة التوتريّة Tense- Energy : حالة مزاجية ذات مستوى تنشيط سيكوفسيولوجي مرتفع وطاقة نفسية ومستوى توتر مرتفع، يصاحبها مستوى أعلى من الدافعية والاحساس بالضغط النفسية (Thayer,2003).

الاجهاد غير التوتري None Tense Stress : حالة مزاجية ذات مستوى متوسط من التنشيط السيكوفسيولوجي والطاقة النفسية ومستوى توتر منخفض، وبدون تعرض الفرد للضغط النفسية يشعر الفرد بالإجهاد غير التوتري.

الاجهاد التوتري Tense Stress: حالة مزاجية ذات مستوى منخفض من التنشيط السيكوفسيولوجي والطاقة النفسية ومستوى مرتفع من التوتر والقلق والمزاج السلبي والقابلية للاجهاد (Thayer,2014).

خصائص الطاقة النفسية:

يشير مصطلح "الطاقة النفسية" إلى الطاقة التي يمتلكها الإنسان في حياته النفسية والعاطفية والاجتماعية والجسدية، وتتميز هذه الطاقة بعدة خصائص، ومن بينها:

١- دينامية: فهي تؤثر وتتأثر بالعوامل الداخلية والخارجية: تؤثر على السلوك وتدفعه لاشباع حاجاته وتتأثر بالبيئة المحيطة بالفرد وتفاعلاته مع الآخرين وبمدى الاشباع أو عدم الاشباع أو التنفيس أو التوتر (زهران، ٢٠١٨).

٢- تتغير بمرور الوقت: يمكن أن يتأثر مستوى الطاقة النفسية بتغيرات في حياة الفرد، مثل تجارب الحياة الإيجابية والسلبية والتحديات المختلفة.

٣- تؤثر على الصحة العامة: يمكن أن يؤدي انخفاض مستوى الطاقة النفسية إلى التعب والإرهاق والاكتئاب والإحباط ويمكن أن يزيد من خطر الإصابة بالأمراض النفسية والجسدية (Hall&Nordby, 1999).

٤- يمكن تغييرها وتحسينها: يمكن للفرد أن يعمل على تحسين مستوى طاقته النفسية من خلال ممارسة النشاط البدني والتغذية الصحية والنوم الجيد والتحدث مع الأصدقاء والأحباب والاهتمام بنفسه وتحديد الأهداف والتخطيط لتحقيقها. دافعة ومحركة: حيث تعمل الطاقة النفسية على تحريك القوة الكامنة بداخل الكيانات النفسية (Letzen, 2019).

العوامل المؤثرة في الطاقة النفسية:

تتأثر الطاقة النفسية بعدد من العوامل البيولوجية والانفعالية والاجتماعية، منها:

١- الصحة العامة: يمكن أن تؤثر الأمراض الجسدية والنفسية على الطاقة النفسية. النظام الغذائي: يؤثر النظام الغذائي على الطاقة النفسية، حيث أن بعض الأطعمة قد تساعد على زيادة الطاقة النفسية وتحسين المزاج، في حين أن بعض الأطعمة الأخرى قد تؤدي إلى تقليل الطاقة النفسية والشعور بالتعب والإرهاق. النوم: يمكن أن يؤثر قلة النوم أو سوء النوم على الطاقة النفسية، ويمكن أن يؤدي إلى الشعور بالتعب والإرهاق. الأحداث الحياتية: تؤثر الأحداث الحياتية مثل الضغوط العائلية والعملية والمشاكل الشخصية ومدى التعرض للقلق والاستثارة على الطاقة النفسية (Brown, 2012). النشاط البدني: النشاط البدني ومرحلة التطور والنضج يمكن أن يساعد كلا منهما على زيادة الطاقة النفسية وتحسين المزاج. العوامل البيئية: يمكن أن تؤثر بعض العوامل البيئية مثل الضوضاء وسوء الإضاءة والهواء الرطب على الطاقة النفسية. العلاقات الاجتماعية: تؤثر العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء والعائلة والشريك على الطاقة النفسية، حيث أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يساعد على تحسين الحالة المزاجية. (Dennis, 2010) وتستنتج الباحثة مما سبق: أن الطاقة النفسية تعد عنصراً مركزياً للسلوك البشري ومحركاً له، حيث تعتبر قاعدة للعديد من الأنشطة اليومية، وتدفع الفرد للتفاعل والتكيف مع المواقف المحبطة و الضاغطة وما يصاحبها من توتر وضغوط نفسية كما تتأثر بالصحة العامة وغيرها من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية .

اليأس: Hopelessness

يعد اليأس أحد الأسباب المباشرة لمعاناة الفرد من الاضطرابات النفسية المختلفة لما له من أثر على الصحة النفسية للفرد (Duke, et al., 2011, 88) فهو أحد الخيارات التي يلجأ إليها الفرد في مواجهه مشكلاته والعقبات المختلفة في حياته، فهو شعور يتسرب داخل النفس، فيبعدها عن التفكير الهادئ والالتزان الواعي ويقربها من الحزن العميق، ويصيب إرادة النفس والجسد بالإحباط (حنتول، ٢٠٢٠) حيث تتكون لدى الفرد نغمة من التشاؤم والقنوط وفقدان القيمة ومشاعر عدم جدوى الحياة، وأن المستقبل مظلم ولا يحمل سوى المعاناة وعدم القدرة على إحداث تغيير.

ويعرف (الفرماوى، ٢٠٠٩) اليأس بأنه "انفعال ناتج عن انقطاع أمل أو ناتج عن إحباط شديد الأثر"

كما يعرفه (Tucker, 2018) بأنه "المعاناة من التوقعات السلبية experiencing negative expectances سواء للشخص نفسه أو مستقبله"

وعرف (Kisa et al, 2019) اليأس بأنه "فقدان السيطرة فيما يتعلق بالمستقبل وفقدان الرغبة في الحياة"

وأوضح (Wang et al, 2021) بأن اليأس عبارة عن "اتخاذ الفرد اتجاهات سلبية نحو حاضره ومستقبله، بشكل يفقده الأمل والرجاء، ويقعده عن بذل الجهد اللازم لتحقيق أهدافه الحالية وطموحاته المستقبلية"

وعرف (Beak, 1999) اليأس بأنه "حالة وجدانية تبعث على الكآبة وتتسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل و توقع الفشل في كل محاولة يقوم بها". وقد تبنت الباحثة هذا التعريف.

مظاهر الشعور باليأس:

لليأس مجموعة من المظاهر ناتجة عن التأثير الدافعي، التأثير المعرفي أو التأثير الانفعالي (Seligman&Abelan, 2000)

من الناحية الدافعية:

نقص المبادأة : حيث يشعر الفرد بأنه فاقد للأمل ويعاني من الخمول والتباطؤ عند بدء الاستجابة والبلادة، ونقص شديد في النشاط والحيوية، حيث لا يتكلم كأنه اخرس ولا يجب كأنه أصم، وليس لديه القدرة على المثابرة فلا يبذل أدنى مجهود في أي عمل(مخيمر ،٢٠٠٣). انخفاض مستوى الطاقة: وقضاء أكثر الوقت أمام التلفاز أو النوم والشعور بالإرهاق، وعدم القدرة على القيام بالواجبات والعمل والعلاقات الاجتماعية وعدم القدرة على الاسترخاء (حنتول ، ٢٠٢٠).

من الناحية المعرفية:

التوقعات السلبية نحو الذات: حيث يركز الفرد انتقائياً، ويتذكر ويتخيل جوانب الفشل والعجز ويحيا في عالم الوهم والخيال، ويدرك أنه لا فائدة من بذل الجهد، وبالتالي يشعر باليأس من الحاضر والمستقبل، وينسحب من الجماعة فيعتزلهم، ويتعد عن الأصدقاء، ويرتاب من الناس ويقطع كل صلة بهم(مخيمر ،٢٠٠٣).

يقع فريسة الإحساس بالذنب: واللوم الشديد لنفسه فقد يعتقد أن له دخل في مرضه ويتهم نفسه بشتى الاتهامات، وتسود الدنيا في عينيه، وأحياناً يوجه لومه إلى العالم الخارجي (جاسم و حمود ،٢٠١٦).

من الناحية الانفعالية:

يسيطر على الفرد الخوف الدائم والاكتئاب والعجز: فقد يصرخ أحياناً بلا سبب واضح، وقد يعتدي على الغير، وقد يلطم على وجهه أو يؤذي نفسه كل ذلك بسبب ما يعتريه من اضطرابات داخلية وخوف، ورعب(مخيمر ،٢٠٠٣).

لا يستطيع تحمل أي صدمة من الصدمات: فيقع فريسة الأمراض والعلل (جاسم و حمود ،٢٠١٦).

النظريات المفسرة لليأس:

هناك تداخل بين النظريات المفسرة لليأس، والنظريات المفسرة للاكتئاب، حيث ربط معظم الباحثون بينهما باعتبار أن اليأس احد الأعراض الخاصة بالاكتئاب، إلا أن هناك بعض النظريات قدمت نظريات تشرح مراحل تكون اليأس ومنها:

نظرية العجز المكتسب Seligman&Abelan :

قدم مارتين سليجمان نظريته وشرح مراحل تكون اليأس، ورأى أن تعلم العجز يمدنا بفهم (الاكتئاب التفاعلي) والذي يرجع إلى أسباب بيئية أكثر منها أسباباً داخلية، ومصطلح العجز المتعلم أو (اكتساب اليأس) يحدث عند التعرض لخبرة منفرة وغير متحكم فيها وهذه الخبرة تعوق ما تم تعلمه من استجابات الهروب، وتتمثل الأعراض السلوكية الرئيسية للعجز المتعلم في خلل في بداية الاستجابة، والفرض الأساسي في نموذج العجز المكتسب، أنه عندما تكون الصدمة غير متحكم بها فإن الكائن يتعلم أن الاستجابة، وإنهاء الصدمة مستقلان عن بعضهما البعض وللصدمة غير المتحكم بها ثلاثة تأثيرات، هي: التأثير الدافعي التأثير المعرفي أو التأثير الانفعالي (Seligman&Abelan,2000).

وفى إطار هذه النظرية يمكن أن تفسر الباحثة حدوث اليأس لدى مرضى السرطان، بأنه يحدث نتيجة وجود بعض الاستجابات السلبية المتكررة، الناجمة عن عدم استقرار الحالة الصحية والصعوبات الخاصة بعملية العلاج ومراحله.

نظرية بيك Beck

يعد بيك (Aron Beck) من أبرز علماء النفس المعرفيين البارزين في تفسير الاكتئاب واليأس، وصاحب أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً، ويرى بيك (Beck) أن اليأس ليس سمة ثابتة، لكنه بالأحرى حالة نفسية من حالات الاضطراب النفسي، وقد صمم أول مقياس لليأس عام ١٩٦٠م، وقد تم تطويره لتقويم استجابات الأفراد للتوقعات السلبية نحو المستقبل، وعليه فإن اليأس يتصل بالرؤيا السلبية لذات الشخص وللعالم، وتظهر النظرية المعرفية لبيك كيف أن خبرات الطفولة والتجارب المبكرة يمكنها أن تقود إلى تكوين مواقف مضطربة، والأحداث الحاسمة أو الخطيرة سوف تحفز هذه المواقف والتي بدورها تخلق أفكاراً سلبية أطلق عليها بيك أفكار الية، لأنها تأتي بصورة آلية، وبهذا فهي تتسم بالتكرار والمقاومة وليس من السهولة السيطرة عليها أو التحكم بها كما أنها ليست دائماً مدركة وعلى هذا فالشخص لا يكون واعياً لتلك الأفكار (Beck, 1967).

وتأخذ هذه الأفكار صوراً سلبية سواء كانت متجهة للفرد نفسه أو لمستقبله أو للعالم من حوله، و النظرة السلبية نحو الذات هي: اعتقاد الشخص بأنه عديم النفع وغير كفاء، وهذه الأفكار تتشكل أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة من خلال المواقف المختلفة والتجارب وأحداث الحياة، كفقدان أحد الوالدين، النبذ الاجتماعي من قبل الأقران وأيضاً الأحداث المسأوية

المتتالية (Atkinson Hilgard's,2003) ، والنظرة السلبية للمجتمع والعالم أيضاً للمستقبل فهو ينظر إلى مستقبله نظرة بائسة ويأس، ويؤمن بأنه مهما حاول فلن يستطيع تغيير حياته (Gonca Savasir, 2001)، وتتطوي الأفكار السلبية على مخططات ذاتية وخاصة، ومن وجهة نظر بيك أن الأفراد يمتلكون مخططات متنوعة وهائلة في مجال المعرفة، كما يمتلكون مخططات ذاتية تنظم المعلومات حول الذات وتقوم بتفسير وتولد التوقعات (Beck, 1967). وترى الباحثة أن مجتمع الدراسة الحالي من مرضى السرطان، يحتاج للكشف عن مستوى اليأس لدى أفرادهم، حتى يتسنى للباحثين العمل وفق مخططات مرضى السرطان المعرفية، ومخططاتهم الذاتية، والتدخل في تنظيم المعلومات حول الذات، بحيث يقوم المريض بتفسير وتوليد توقعات ايجابية حول الذات ونحو المستقبل، وبالتالي نستطيع التحكم في مستوى اليأس وضبطه بما يعود بالنفع على الفرد و المجتمع.

إدارة الألم Pain Management

الألم حقيقة واقعية يُصيب كلاً منا دون استثناء، لكن بدرجات متفاوتة مع اختلاف المقدرة على تحمله وإدارته، لذا فإدارة الألم بحاجة إلى وعي وإدراك أولاً من الفرد الذي يشعر بالألم، ثم إلى قدرة على التحمل مع الإيمان الواعي، بان ما أصابنا لم يكن ليخطئنا، وما أخطئنا لم يكن ليصيبنا؛ مما يجعل لدى الفرد مناعة قوية تجاه المرض والشعور بالألم (علوان ٢٠١٩). وتعرف الرابطة الدولية لدراسة الألم (IASP) الألم على أنه "تجربة حسية وعاطفية غير سارة مرتبطة بتلف الأنسجة الفعلي أو المحتمل، أو وصفها من حيث هذا الضرر" Tracey & (Mantyh,2007) .

كما يعرف (ياسين وآخرون، ٢٠١٧) الألم بأنه "خبرة انفعالية يمر بها الفرد بسبب إصابة جسدية ويعبر عنها بأسلوب نفسي ، ويختلف الألم من شخص لآخر ". ويعرف (علوان، ٢٠١٩) الألم بأنه "عبارة عن خبرة نفسية وعاطفية مؤلمة متعلقة بمتاعب الجسد، أو بضرر نسيجي نشط أو كامن"

مكونات الألم:

١- الاحساس: للألم مظهر حسي، حيث يبدأ الاحساس بالألم من خلال نظام حسي خاص، ويعطى هذا النظام نشأة للإحساسات التي من خلالها يسمح هذا المكون الحسي بمعرفة شدة المثير المسبب للألم (Letzen et al,2019).

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

٢- السلوك: يلاحظ ان المكون السلوكي يتضمن مجموعة من التعبيرات اللفظية وغير اللفظية لدى الفرد الذي يعاني من الالم، ويكون لدور المحيط العائلي والثقافي وتجارب الفرد السابقة والمعايير الاجتماعية المرتبطة بالسن والجنس دور في تعديل ردود فعل الفرد.

٣- الخبرة: تؤكد الجمعية الدولية (LASP) أن الالم تجربة حسية ووجدانية مرتبطة بجرح كامن أو حقيقي (Molton et al, 2008).

٤- الانفعال: الالم حسي وغير مستحب، ويجب قمعه كلما ظهر لأنه يؤثر على الادراك ، ويتدخل في الوظائف المتعلقة بالذاكرة والانتباه والاحساس (ياسين وآخرون ، ٢٠١٧).
أما عن إدارة الالم فيعرفها (Melzack & Wall, 1988): بأنها "إمكانية الفرد وإستراتيجيته في التحكم بالألم، ومحاولته ضبطه والتخلص من مستوى الضيق المرافق له، من خلال اللجوء إلى الاسترخاء والقناعة و التصدي العقلي والنفسي له، وممارسته الأنشطة البدنية واللجوء إلى المساندة الاجتماعية فضلاً عن تناول الأدوية والعقاقير الطبية"
كما يعرف (ياسين وآخرون، ٢٠١٧) إدارة الألم بأنها "استجابة الفرد لمجموعة من المثيرات للتخفيف من الألم، تتمثل في الوعي الصحي، المشاركة الاجتماعية، التغلب على استجابة الألم، الاعراض الفسيولوجية للألم، والدعم النفسي"
و عرف (علوان، ٢٠١٩) إدارة الألم بأنها" القدرة على امتلاك المهارات العلمية الصحيحة والوسائل السليمة لتخفيف الخبرة النفسية والعاطفية المؤلمة "
ويعرف (Rosenstiel & Keefe, 1983) إدارة الالم بأنها: الاستراتيجيات والجهود التي يبذلها الفرد لخفض حدة الألم أو للتغلب عليه سواء كانت استراتيجيات سلوكية أو معرفية، وتتبنى الباحثة هذا التعريف.

نظريات إدارة الألم Pain Management Therioies

أولاً: نظرية الخصوصية Privacy Theory

طرح ديكارت نظرية الخصوصية في القرن السابع عشر، تفترض هذه النظرية أن مؤشرات الألم مرتبطة بنقطة محورية للألم في الدماغ، تنقل المستقبلات الشعور بالألم مباشرة إلى الدماغ، وأي إحساس ناتج يُفهم على أنه (مجرد استجابة للدفعة الأولية للألم) تم قبول نظرية الخصوصية على نطاق واسع لعدة سنوات، ومع ذلك، فإن النظرية قائمة على أساس بيولوجي ولا تعترف بأي عناصر نفسية في حدوث الألم حيث ان النظرية لا تأخذ في الاعتبار ظاهرة

الألم عندما يكون الأساس العضوي للألم مجهولاً، على سبيل المثال لاعبا رياضياً يستمر في اللعب، غير مدرك لإصابة مكتسبة، حتى نهاية اللعبة، على الرغم من وجود الأساس العضوي ولا يتم الشعور بالألم حتى يركز الفرد انتباهه على الجزء المؤلم من الجسم (1992)، (Wozniak).

ثانياً: نظرية النمط Pattern Theory

تم تطوير نظرية النمط في القرن التاسع عشر من قبل طبيب الاعصاب الألماني جولدشنيدير، وزعم بعدم وجود بنية واحدة للتعرف على الألم، حيث ان مستقبلات الألم موزعة مع غيرها من الحواس مثل اللمس، في جميع أنحاء الجسم وفقاً لنظرية النمط، يعاني الأفراد من الألم عند حدوث أنماط معينة من الحركة العصبية على سبيل المثال، عندما تصل أشكال معينة من النشاط إلى مستويات عالية للغاية في الدماغ، تقترح هذه النظرية أن هذه الأنماط تظهر فقط مع التحفيز القوي، حيث تؤدي شدة التحفيز المختلفة إلى ظهور أنماط متنوعة من النشاط الحسي، يمكن ملاحظة ذلك من خلال: الأحاسيس المختلفة التي يتم الشعور بها عند تعرض المرء لضربة شديدة (وهو أمر مؤلم)، بدلاً من مجرد لمسه (وهو أمر غير مؤلم) (2008) (Melzack & Wall).

ثالثاً: نظرية التحكم في البوابة للألم Gate control theory for pain

التطور الاحداث هو نظرية التحكم في البوابة للألم التي اقترحها (2008) (Melzack & Wall) تؤكد هذه النظرية أهمية دور العقل والدماغ في إدراك الألم، ويفترض هذا التصور، وجود مدخل موجود في الجهاز العصبي الرئيسي بدوره يسمح أو يمنع نقل إشارات الألم على طول الطريق إلى الدماغ، توجد مجموعة من الخلايا العصبية داخل الحبل الشوكي، على غرار نظام البوابة، تعمل كحارس بوابة يقرر متى يُسمح للرسالة الحسية أو لا يسمح لها بالاتصال بالدماغ (Gilman & Newman 1992)، توجه النظرية أن البوابة تؤدي وظيفة مهمة في إدارة الألم في الجهاز العصبي الرئيسي، تنير رسائل الألم التي تعبر البوابة الخلايا الحاملة بإشارة الألم إلى النخاع الشوكي، والتي بدورها تساعد في نقل رسائل الألم إلى الدماغ (Buxton, 1999)، علماً بأن فتح المسارات وقفلها يحددان مقدار المعلومات التي تصل من المنطقة المتضررة، حيث إن الأفكار السلبية تفتح المسارات وتزيد من رسائل الألم، وهذا يعني

أن المشاعر الإيجابية تغلق المسار وتقلل من رسالة الألم، وهذا يعني أن رسالة الألم قد يتم تضخيمها أو إلغاؤها أو تقليلها قبل أن تصل إلى الدماغ (Melzack & Wall 2008).

وترى الباحثة: أن انشغال العقل بنشاطات مختلفة يشتت الانتباه، ويزاحم رسائل الألم على البوابات في الحبل الشوكي، مما يؤدي إلى إغلاق هذه المسارات، حيث يعد التركيز هو ريان السفينة المتحكم بفتح المسار، وهذا يحدث مثلاً عندما يكون الشخص بدون نشاط أو في حالة ملل أو هبوط فيشعر بزيادة الألم، والعكس صحيح.

وعليه فهناك عوامل تحدث فرقا في كيفية فتح أو غلق هذه البوابات (ومنه الشعور بالألم) وهي **العامل الأول:** الاسترخاء وعدم التوتر: شعور الفرد بالاسترخاء والارتياح، وإحساسه بالتقاول والسعادة، وابتعاده عن مصادر الفلق والغضب والاكتئاب.

العامل الثاني: العوامل العقلية: الاهتمام بتفاصيل الحياة المهمة والتفكير بشكل إيجابي والسيطرة على الأفكار وتشتيت الذهن عن مركز الألم مثل الانغماس في العمل، مشاهدة التلفاز، والعادات القرآنية (Ehrlich, 2021).

العامل الثالث: النشاط: ممارسة الرياضة والنشاطات البدنية المفيدة للجسم التي تزيد من لياقة الفرد و الموازنة بين العمل والنشاطات الترفيهية والاجتماعية.

العامل الرابع: العوامل الفيزيائية والعقاقير اللجوء إلى الأدوية والعقاقير المخففة للألم والتحفيز المضاد دون إفراط أو تقريط.

العامل الخامس: الدعم الاجتماعي: حصول الفرد على مساندة وعناية مباشرة أو متوقعة من الأفراد المقربين دون افراط او تقريط لتجاوز الألم أو معاشته (Melzack & Wall 2008).

وتعد هذه العوامل مكونات سلوكية أساسية اعتمدها النظرية

أساليب إدارة الألم لدى مرضى السرطان:

ويعتمد أسلوب إدارة الألم المستخدم على نوع الألم وشدته ومن بين الأساليب الشائعة:

١- الأدوية المسكنة: تشمل الأدوية المسكنة المختلفة مثل المسكنات الأفيونية والأدوية غير

الأفيونية مثل الأسبرين والإيبوبروفين والباراسيتامول.

٢- العلاج الإشعاعي: يستخدم العلاج الإشعاعي لتقليل الألم الذي يسببه الورم السرطاني

المضغوط للأعصاب أو الأنسجة الحساسة.

٣- العلاج الكيميائي: يعتبر العلاج الكيميائي طريقة فعالة للتحكم في الألم الذي يسببه الورم السرطاني عن طريق تقليل حجم الورم (American Cancer Society, 2022)

٤- العلاج بالعصب الحراري: يستخدم هذا العلاج لتدمير الأعصاب التي تسبب الألم. العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب: يمكن استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب لتحسين المزاج وتخفيف الألم (WHO, 2022).

التدريب النفسي: يمكن للمرضى تعلم تقنيات التحكم في الألم والتركيز على الأشياء الإيجابية لتخفيف شدة الألم، كما يمكن تدريب المريض على الطرق والوسائل والأفكار والسلوكيات التي تمكنه من إدارة ألمه.

الاسترخاء و العلاج الطبيعي: يمكن للعلاج الطبيعي مثل التمارين الرياضية والتدليك واليوغا أن يساعد في تقليل الألم وتحسين الحالة النفسية حيث أثبتت الدراسات مدى فاعلية الاسترخاء في تخفيف الآلام المزمنة.

إدارة الألم بالتثقيف ويتم ذلك بطريقتين، الأولى: تشتيت انتباه الفرد بالتركيز على نشاط ما، الثانية: التركيز المباشر على الحدث مع إعادة تفسير الخبرة (Melzack & Wall 2008). إدارة الألم بالتخييل الموجه: وتعد وسيلة فعالة لتخفيف الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار ايجابية. إدارة الألم بالأساليب المعرفية: حيث يشجع المرضى على فهم المشكلة وتفسيرها وتوليد قنوات أو مدركات لديهم بالقدرة على السيطرة على الألم عن طريق تعلم المهارات اللازمة لذلك وتعزيز مشاعر الكفاية الذاتية (Ehrlich, 2021).

تعديل النظام الحياتي للإنسان، بحيث لا يصبح روتينياً يشعر الفرد بالرتابة في حياته، والتعديل هنا يشمل نظام النوم والغذاء والعلاقات الاجتماعية، وقبل كل ذلك تجديد الإيمان والاعتماد على الله عز وجل.

تعديل السلوك من خلال معرفة السلوك السلبي وتجنبه، وممارسة السلوك الايجابي الذي يعود عليه بالنفع، مما يعطي الإنسان قوة دافعة إيجابية تساعده على مواجهة الألم (علوان، ٢٠١٩)

وترى الباحثة: أن مريض السرطان يجب عليه التحدث مع الطبيب والاختصاصي النفسي والالتزام بإرشاداتهم وتوصياتهم وأيضاً لاختيار الأسلوب الأنسب لإدارة ألمه بما يتماشى مع طبيعة الفرد ومرحلة المرض وبما يحقق له الدعم الكافي والراحة النفسية.

مرض السرطان: Cancer

السرطان سبب رئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم، وقد أزهق أرواح (١٠) ملايين شخص تقريباً في عام (٢٠٢٠)، أو ما يعادل وفاة واحدة تقريباً من كل (٦) وفيات، ويعد سرطان الثدي وسرطان الرئة، وسرطان القولون، والمستقيم، وسرطان البروستات، من أكثر أنواع السرطان شيوعاً، ويقدر حوالي ثلث الوفيات الناجمة عن السرطان إلى تعاطي التبغ، وتعاطي الكحول، وانخفاض معدل تناول الجسم من الفواكه والخضروات، وعدم ممارسة الرياضة، ويزداد معدل شفاء الكثير من حالات السرطان في حالة الكشف والعلاج المبكر Ferlay et al (2021).

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022) السرطان بأنه " مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تصيب أي جزء من الجسم"، وهناك مصطلحات أخرى مثل الأورام الخبيثة وغيرها، ومن السمات المميزة للسرطان الانتشار السريع لخلايا شاذة تنمو خارج نطاق حدودها المعتادة وبإمكانها أن تغزو بعد ذلك أجزاءً مجاورة من الجسم وتنتشر في أعضاء أخرى منه، وتُطلق على العملية الأخيرة تسمية النقلة، وتمثل النقائل المنتشرة على نطاق واسع أهم أسباب الوفاة من جراء السرطان.

أسباب السرطان: Cancer Causes

ينشأ السرطان عن تحول خلايا عادية إلى أخرى ورمية في عملية متعدّدة المراحل تتطور عموماً من آفة سابقة للسرطان إلى ورم خبيث، وهذه التغيرات ناجمة عن التفاعل بين العوامل الوراثية للشخص وثلاث فئات من العوامل الخارجية، منها ما يلي:
العوامل المادية المسرطنة: مثل الأشعة فوق البنفسجية والأشعة المؤيئة.
العوامل الكيميائية المسرطنة: مثل الأسبستوس ومكونات دخان التبغ والكحول والأفلاتوكسين (أحد الملوثات الغذائية) والزرنيخ (أحد ملوثات مياه الشرب).
العوامل البيولوجية المسرطنة: مثل الالتهابات الناجمة عن بعض الفيروسات أو البكتيريا أو الطفيليات (De Martel et al, 2020).

ويرتفع بشدة معدل الإصابة بالسرطان مع التقدم في السن، وذلك على الأرجح بسبب تراكم مخاطر الإصابة بأنواع محدّدة منه، والتي تزداد مع التقدم في السن، ويقترن تراكم مخاطر

الإصابة بالسرطان بميل فعالية آليات إصلاح الخلايا إلى الاضمحلال كلما تقدم الشخص في السن (Ferlay et al, 2021) .

العلاج: Treatment:

لا غنى عن التشخيص الصحيح للسرطان لعلاجيه كما ينبغي وبفعالية لأن كل نوع من أنواعه يتطلب مقررًا علاجياً محددًا، ويشمل علاجه في العادة الجراحة و/ أو العلاج الإشعاعي و/ أو العلاج الشامل (العلاج الكيميائي، العلاجات الهرمونية، العلاجات البيولوجية المستهدفة). ويُراعى في الاختيار السليم للمقرر العلاجي نوع السرطان والفرد الخاضع للعلاج على حد سواء ومن الضروري استكمال بروتوكول العلاج خلال فترة زمنية محددة لتحقيق النتيجة العلاجية المتوقعة (WHO, 2022).

الرعاية النفسية: Psychological care

تعد علاج يخفف الأعراض الناجمة عن السرطان، ولا يشفيها، ويحسن نوعية حياة المرضى وحيات أسرهم، ويمكن أن تساعد الرعاية النفسية المرضى على العيش بمزيد من الارتياح، وهي رعاية نحن في أمس الحاجة إليها في الأماكن التي ترتفع فيها نسبة المرضى المصابين بالسرطان في مراحل متأخرة من المرض تقلّ فيها فرصهم في الشفاء منه (De Martel et al, 2020) ، ويمكن بفضل الرعاية الملطفة والدعم النفسي تخفيف المعاناة الجسدية والنفسية الاجتماعية والمعنوية لدى نسبة تزيد على ٩٠% من المرضى المصابين بالسرطان في مراحل متقدمة، ولا تغفل دور استراتيجيات الصحة العامة الفعالة والشاملة للرعاية المجتمعية والمنزلية من أجل تزويد المرضى وأسرهم بخدمات واستراتيجيات إدارة الآلام والرعاية الملطفة Ferlay et al, 2021).

الدراسات السابقة:

دراسات تناولت إدارة الألم لدى مرضى السرطان

قام (Beck&susan, 2000) بدراسة ألم السرطان عن طريق تحليل الوثائق والملاحظة المباشرة والمقابلات المتعمقة، وذلك على عينة من جنوب أفريقيا (٣٣٠) من مرضى السرطان، وأشارت النتائج الى ان الممارسات الثقافية تشكل السياق العام لفهم آلام السرطان وكيفية أدائها ، ووجود هذه العوامل تشجع على إدارة الألم، في حين ان غيابها يخلق حاجزاً أمام

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

تحقيق هذا الهدف، وأوضحت أن الذكور كانوا أكثر قدرة على إدارة الألم وتشكيل السياق العام لفهم الام السرطان بالمقارنة بالإناث.

أما عن دراسة (Agboola,2014) فقد هدفت إلى تقييم تأثير تطبيق يستند على الهاتف المحمول في ادارة الألم وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى الذين يعانون من سرطان الثدي، وذلك على عينة قوامها (ن = ١١٠) وتشير النتائج ان النهج متعدد الابعاد لإدارة الألم على تطبيق الهاتف المحمول يمكن أن يؤدي الى تحسن كبير في نتائج المرضى .

هدفت دراسة (قطب وسري، ٢٠١٧) للكشف عن درجة إدارة الألم التي تحدد تمكين الذات لمريضات سرطان الثدي، وتم تطبيق مقياس تمكين الذات ومقياس ادارة الألم (إعداد الباحثين) على عينة (ن=٩١) من مريضات سرطان الثدي، وخلصت الدراسة الى مجموعة من النتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية باختلاف (العمر والمستوى التعليمي ومرحلة العلاج) تبعاً لتمكين الذات بمكوناته لمريضات سرطان الثدي، وخلصت ايضاً الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية تبعاً لمستوى تمكين الذات بمكوناته، وأشارت النتائج ايضاً الى أن ادارة الألم يسهم إسهام إيجابي دال للتنبؤ بمستوى تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي في المرحلة الثانية من العلاج عنه في المرحلة الثالثة.

هدفت دراسة (السالم والفتلاوي ، ٢٠٢١) إلى دراسة متغير إدارة الألم في المجتمع العراقي لدى مرضى السرطان كذلك التعرف على إدارة الألم لدى مرضى السرطان على وفق نظرية (Melzack & Wall, 1965)، والتعرف على دلالة الفروق الإحصائية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان تبعاً لمتغير النوع (ذكور، إناث) والعمر والمؤهل الدراسي، شمل مجتمع البحث الحالي مرضى السرطان في مركز محافظة بغداد، إذ بلغ مجموعهم (٧٢٤٧) مريضاً ومريضة، لسنة ٢٠٢٠م ، وتم تطبيق مقياس البحث، على عينة قوامها (٢٢٢) مريضاً ومريضة، من مركز محافظة بغداد، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وقد تم بناء مقياس إدارة الألم على وفق نظرية ميلزك وول (Melzack & Wall, 1965) ، أوضحت النتائج أن مرضى السرطان يتمتعون بدرجة عالية من إدارة الألم، ولا توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في إدارة الألم على وفق متغير النوع (ذكور، إناث)، والعمر ، والتحصيل الدراسي.

هدفت دراسة (فالق، ٢٠٢١) إلى تصميم خطة علاجية معتمدة على النموذج المعرفي لأرون بيك من أجل إدارة الألم لدى مرضى السرطان، اختارت الباحثة المنهج التجريبي الإكلينيكي لدراسة الظواهر من بداية الأعراض إلى مرحلة العلاج، تم تطبيق خطة العلاج بشكل فردي على مشاركتين مصابتين بمرض السرطان، ويعانيان من آلام مزمنة معتمدة في ذلك على أدوات تم اختيارها وفقاً لمتطلبات الدراسة، وتمثلت في مقياس درجة الألم والنشاط، والصياغة المعرفية لمشاركين الدراسة، وقد أسفرت نتائج الدراسة على أنه كلما تم تعريف المشاركين في الدراسة إلى الخطة العلاجية المعتمدة أدى هذا إلى انخفاض درجات الألم، و تم تأكيدها من خلال حساب الدلالة الإكلينيكية، كما تم التوصل إلى أن للخطة العلاجية المعتمدة أثر على درجات الألم وهذا باختلاف العمليات التي تتضمنها، فتم إيجاد أن للعمليات المعرفية دور في إدارة الألم لدى المشاركين والتي تتمثل في إعادة تفسير أحاسيس الألم، تقنية تشتيت وصرف الانتباه، والتعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، المراقبة الذاتية، وقد أظهرت نتائج الانحدار البسيط أنه كلما تم خضوع المشاركين في الدراسة للخطة العلاجية ولمدة زمنية طويلة كلما أدى هذا إلى انخفاض درجات الألم.

هدفت دراسة (فالق وعدوان، ٢٠٢١) إلى الكشف عن أثر الفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان، والتي اشتملت على (٤٦) مريض سرطان (ذكورا وإناثا)، تتراوح أعمارهم ما بين ٢٨-٤٣ سنة، ولقد تم الاستعانة بأداتين للقياس هما: (مقياس الكفاءة الذاتية العامة لجيروزيليم وشوارتسر (١٩٩٢) في صيغته المعربة، ومقياس درجة الألم و النشاط)، وحلت البيانات احصائياً وقد توصلت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الفعالية الذاتية المدركة، ووجود تأثير للفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم، كما توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الفعالية الذاتية المدركة تعزى لمتغير السن، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الفعالية الذاتية تعزى لمتغير مدة العلاج.

دراسات تناولت إدارة الألم والطاقة النفسية

هدفت دراسة (Letzen et al. 2019) إلى تحديد تأثير (التحفيز والادارة الذاتية) كأبعاد للطاقة النفسية على القدرة على إدارة الألم المزمن لمرضى السرطان، أجريت الدراسة على (٨٠) مريضا بالسرطان تم تخصيصهم عشوائياً لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، خضعت المجموعة التجريبية للبرنامج التحفيزي وتم تدريبهم على طرق التحفيز

والإدارة الذاتية والقدرة على إدارة الألم، في نهاية الدراسة تم تقييم المرضى في المجموعتان، في المجموعة التجريبية زاد بشكل ملحوظ مستوى الالتزام بالعقاقير والفعالية الذاتية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المصابين بالسرطان مقارنة بالمجموعة الضابطة كما أوضحت دور برامج التحفيز في التنبؤ بإدارة الألم لدى مرضى السرطان.

كما هدفت دراسة (Molton et al, 2008) إلى تحديد العلاقة بين الطاقة النفسية والادارة الذاتية للألم، اختبرت هذه الدراسة نموذجًا يصف الدافع للانخراط في سلوكيات إدارة الألم لدى الأشخاص الذين يعانون من إصابة الحبل الشوكي المزمنة، تمت الدراسة على عينة من (١٣٠) مريضاً بالغاً من ذوى إصابات النخاع الشوكي، أوضحت الدراسة وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الألم والإرادة الذاتية والثقة بالنفس كما أن الدافع لإدارة الألم يتأثر بمتغيرين أساسيين (المعتقدات حول أهمية الانخراط في الإدارة الذاتية للألم والمعتقدات حول ثقة الفرد بنفسه، وإرادته وقدرته على الانخراط في هذه السلوكيات).

وقام (Ehrich et al, 2021) بإجراء جلسات تدريبية لتحفيز الطاقة النفسية لإدارة الألم لدى مرضى سرطان واستخدام بعض الفنيات والتقنيات خلال هذه الجلسات لتوضيح العوامل المعرفية والعاطفية الكامنة وراء سلوكيات ادارة الألم بعد انتهاء الجلسات، أوضحت النتائج أن التدخلات كانت مفيدة وجديرة بالاهتمام فبعد اول تدخل كان متوسط الدرجات للكفاءة الذاتية لإدارة الألم هي (١١,٢%) وبعد التدخل الرابع ارتفع متوسط الدرجات للكفاءة الذاتية لإدارة الألم إلى (٣١,٥%) ، عند الجلسة الثالثة عشر ارتفع المتوسط حتى وصل إلى (٦٠%) ، بعد الجلسة الثالثة عشر كان المشاركون على استعداد للانخراط في جلسات تحفيزه لرفع مستوى الطاقة النفسية ، كما أوضحت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تحفيز الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم وتكييف التدخلات للتنبؤ بادارة الألم.

كما هدفت دراسة (Larowe et al , 2020) إلى توضيح دور العوامل المعرفية في العلاقات المتبادلة بين الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المدخنين المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) تم اختيار المشاركين من عيادة الأمراض المعدية الخارجية، لإجراء الدراسة حيث بلغت عينة الدراسة (٧٦) مريضاً، أوضحت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في القابلية للتحفيز والقدرة على ادارة الألم باختلاف مرحلة المرض، كما أن الإدارة الذاتية للألم كانت مرتبطة بشكل إيجابي ببعض أبعاد الطاقة النفسية (الأهمية المتصورة

للإقلاع عن التدخين والإرادة الذاتية ومواجهة المتاعب والثقة في النفس والمقدرة على تحمل الإقلاع عن التدخين).

دراسات تناولت العلاقة بين إدارة الألم واليأس

هدفت دراسة (Mystakidou,2007) إلى استكشاف العلاقات بين الاكتئاب واليأس والادراك وإدارة الألم والسعادة والتمتع بالحياة لدى مرضى السرطان، تم استخدام مقياس بيك لليأس ومقياس جريك لإدارة الألم ومقياس السعادة، تكونت عينة الدراسة من (٨٢) مريض بالسرطان، وأوضحت الدراسة أن عينة الدراسة من مرضى السرطان يعانون من درجة عالية من الألم تؤثر على نشاطهم العام وحالتهم المزاجية وقدرتهم على أداء واجباتهم الوظيفية، كما وجدت ارتباطات سلبية بين الاكتئاب واليأس وإدارة الألم والسعادة والادراك المعرفي لمرضى السرطان.

دراسة (Avci et al,2009) وتهدف هذه الدراسة الوصفية إلى تحديد معدل التكيف الزواجي ومستوى اليأس في سرطان الثدي لدى النساء اللاتي أجري لهن استئصال للثدي واستخدم الاستبيان الوصفي، ومقياس التوافق الثنائي (dyadic adjustment scale)، (ومقياس اليأس لبيك Beck's hopelessness scale) لجمع البيانات وأشارت النتائج إلى أن معدل اليأس لهؤلاء النساء في المتوسط، وكان معدل التوافق في المتوسط أيضاً، ولم توجد علاقة بين التوافق واليأس في العينة، ولم يرتبط السن والتعليم ومستوى المعيشة وحاله العلاقة الزوجية باليأس والتوافق الزواجي بعد استئصال الثدي، وتبين ان التوافق الزواجي للنساء اللاتي لا يشعرن باليأس أعلى من اللاتي يشعرن به، وتشير نتائج الدراسة إلى ان مستويات اليأس لدى النساء اللاتي لديهن استئصال للثدي منخفضة، ومستوى توافقهن الزواجي في المستوى المتوسط، وأوضحت الدراسة أن بعض النساء اللاتي يعانين من استئصال الثدي ولا سيما من يشعرن باليأس والعلاقات الأسرية الضعيفة، قد يلزمهن مزيد من الدعم للتعامل مع هذه التجربة وهدفت دراسة (syrjala et-al, 2014) إلى معرفة العوامل النفسية التي تؤثر على إدارة الألم لدى مرضى السرطان تم تحليل (٣٧) دراسة، (٣٦) دراسة منها اشتملت على عينات لمرضى في المراحل المتأخرة من المرض، وأوضحت الدراسة أن الألم والفشل في التخفيف من حدته والقدرة على إدارته والتخلص منه يزيد من اليأس والقلق والاكتئاب والضيق العاطفي، كما أوضحت الدراسة أن التدريب على مهارات التأقلم والتنويم المغناطيسي والاساليب السلوكية

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

المعرفية والاسترخاء كلها أساليب فعالة في إدارة الألم والسيطرة عليه وهي مؤشرات واضحة على أن العوامل النفسية تؤثر على آلام السرطان وأن العلاجات السلوكية فعالة في الحد من أنواع مختلفة من الألم.

هدفت دراسة (Wang et al, 2021) إلى التحقيق في دور العوامل النفسية والاجتماعية مثل أعراض الاكتئاب واليأس، وتأثيرهما على إدارة الألم والميل للانتحار لدى عينة من كبار السن في الريف الصيني، تكونت المجموعة التجريبية من (٢٤٢) حالة في المجموعة التجريبية و(٢٤٢) حالة في المجموعة الضابطة، أظهرت نتيجة التحليل اللوجستي متعدد المتغيرات ارتباط أعراض الاكتئاب واليأس بإدارة الألم والميل للانتحار، كما أوضحت الدراسة أهمية إدارة الألم، وأن المستويات الأعلى من القدرة على إدارة الألم تتنبأ سلباً باليأس، وأوصت بضرورة دعم التدخلات النفسية التي تستهدف أعراض الاكتئاب واليأس.

وقد هدفت دراسة (Al Nazly, Abjedi, 2018) إلى تقييم معرفة الممرضات لإدارة الألم واتجاهاتهم وتأثير ذلك على مستوى اليأس والامل في التعافي لدى المرضى، أجريت الدراسة على (٢٠٢) ممرض وممرضة تم اختيارهم عشوائياً جمع البيانات باستخدام مقياس (فيرل وما كفيرى) لتقييم المعرفة والاتجاهات عن ادارة الألم (KASRP) بالإضافة إلى استبيانات معلومات شخصية ديموغرافية عن المرضى، تم تحليل الإجابات باستخدام تحليل التباين الاحادي، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القدرة على إدارة الألم لدى المرضى والتمريض، تختلف تبعاً لسنوات خبرة هيئة التمريض لتلقي دورات ادارة الألم أكثر من خمس سنوات او اقل من ثلاث سنوات، كما انخفضت مشاعر الخوف والقلق واليأس لدى المرضى بعد ان تمكنوا من السيطرة على الألم.

هدفت دراسة (براهيمية وبوشلاق، ٢٠١٦) إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، ومعرفة الفروق في مستوياته في ضوء متغير الجنس، السن ونوع العلاج، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٢٣٠) مريض من المترددين على مراكز مكافحة السرطان، واستعمل مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات، أظهرت نتائج الدراسة إلى أن حوالي (٦٨,٦٩%) يعانون من اكتئاب و(٦٣,٠٤%) من قلق منخفض، بينما (٤٧,٨٢%) لديهم ضغط متوسط، وتبين أن هناك فروقا دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط والقدرة على إدارة الألم وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور،

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

كما اتضح وجود فروق في مستوى الضغط لصالح المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي، ونستنتج أنه من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية معرفة وتقييم الألم النفسي وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة للمرضى

تعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الاهداف: هدفت بعض الدراسات إلى دراسة أثر متغير إدارة الألم لدى مرضى السرطان وأهم العوامل التي تشجع على إدارة الألم مثل دراسة (Beck,susan.2000)، دراسة (قطب وسري، ٢٠١٧)، دراسة (السالم والفتلاوي، ٢٠٢١)، دراسة (فالق وعدوان، ٢٠٢١) كما هدفت بعض الدراسات إلى تصميم خطة علاجية لإدارة الألم مثل دراسة (Agboola,2014)، ودراسة (فالق، ٢٠٢١)، كما هدفت بعض الدراسات إلى التعرف علي العلاقة الارتباطية الايجابية بين الطاقة النفسية وأبعادها وإدارة الألم مثل، دراسة (2008 ، Molton et al)، ودراسة (Ehrich et al, 2021)، دراسة (Larowe et al, 2020)، كما هدفت بعض الدراسات إلى تحديد تأثير الطاقة النفسية وأبعادها على القدرة على إدارة الألم المزمن لمرضى السرطان، مثل دراسة (Letzen et al. 2019)، كما هدفت بعض الدراسات إلى استكشاف العلاقة الارتباطية السالبة بين ادارة الالم واليأس مثل دراسة (Mystakidou,2007) ، ودراسة (syrjala et-al ,2014)، ودراسة (Wang et al, 2021)، دراسة (Al Nazly,Abjedi,2018)

من حيث العينة :

تنوعت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة فمنها ما تم على مرضى السرطان مثل دراسة (Beck,susan.٢٠٠٠)، دراسة (قطب وسري، ٢٠١٧)، دراسة (السالم والفتلاوي، ٢٠٢١)، دراسة (فالق وعدوان، ٢٠٢١)، دراسة (Agboola,2014)، دراسة (فالق، ٢٠٢١)، دراسة (Letzen et al. 2019)، ودراسة (Ehrich et al, 2021)، ومنها ما تم على المرضى الذين يعانون من إصابة الحبل الشوكي المزمنة مثل دراسة (Molton et al ، ٢٠٠٨)، ودراسة (Mystakidou,2007) ، دراسة (Avci et al، ٢٠٠٩) ، دراسة (syrjala et-al ,2014)، دراسة (براهمية وبوشاللق، ٢٠١٦) ، ومنها ما تم على المرضى المدخنين المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) مثل دراسة (Larowe et al , 2020)،

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

ومنها ما تم على عينة من كبار السن مثل دراسة (Wang et al, 2021)، ومنها ما تم على عينة من الممرضات والمرضى معاً مثل دراسة (Al Nazly,Abjedi,2018).

من حيث النتائج:

اتفقت معظم نتائج الدراسات السابقة على الاثار الايجابية لإدارة الألم على مرضى السرطان ومنها أهمها التحسن الكبير في نتائج المرضى وتحسين نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي مثل دراسة (Agboola,2014)، الإسهام الإيجابي في التنبؤ بمستوى تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي مثل دراسة (قطب وسري، ٢٠١٧)، إعادة تفسير أحاسيس الألم، تقنية تشتيت وصرف الانتباه، والتعرف على الأفكار الأوتوماتيكية، المراقبة الذاتية مثل دراسة (فالق، ٢٠٢١).

كما اتفقت نتائج بعض الدراسات على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الألم والطاقة النفسية وابعادها مثل دراسة (Molton et al ، 2008) دراسة (Ehrich et al, 2021)، دراسة (Larowe et al , 2020) كما زاد بشكل ملحوظ مستوى الالتزام بالعقاقير والفعالية الذاتية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المصابين بالسرطان بعد تطبيق برنامج للطاقة النفسية على المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة مثل دراسة (Letzen et al. 2019).

كما اتفقت نتائج بعض الدراسات على وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين إدارة الألم واليأس

كما أوضحت الدراسات أن الألم ، والفشل في التخفيف من حدته وإدارته والتخلص منه يزيد من اليأس والقلق والاكتئاب والضيق العاطفي مثل دراسة (Mystakidou,2007) ، دراسة (syrjala et-al ,2014)، مثل دراسة (Wang et al, 2021).

لذا يجب تطوير برامج معرفية وسلوكية لتعزيز الطاقة النفسية وإدارة الألم وتخفيف مستوى اليأس كما ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية معرفة وتقييم مستوى الألم وذلك لتقديم الدعم والرعاية المناسبة لمرضى السرطان .

موقع البحث الحالي من البحوث السابقة:

تميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة بأنه يعد البحث الأول من نوعه في البيئة العربية وذلك في حدود إطلاع الباحثة الذي تناول الطاقة النفسية لدى مرضى السرطان حيث أن

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

معظم الدراسات السابقة قد تناولت هذا المتغير مع الرياضيين وطلاب الجامعة والتمريض وعمدت الباحثة لدراسته مع عينة اكلينيكية وخاصة مرضى السرطان لضرورة لفت الانتباه له ولغيره من المتغيرات الايجابية، ومدى أهمية مثل هذه المتغيرات وخاصة مع هذه الفئة لم تجد الباحثة مقياساً واحداً أعد لقياس الطاقة النفسية لمرضى السرطان (في حدود اطلاعها) فأعدت مقياساً يعد هو الاول من نوعه لقياس الطاقة النفسية لدى مرضى السرطان .

لم تتناول الدراسات دراسة متغيرات البحث الثلاثة (الطاقة النفسية - اليأس - ادارة الالم) مجتمعة حيث وجدت الباحثة ندرة في الدراسات التي جمعتهم لدى عينة الدراسة.

تناولت الباحثة الكشف عن الفروق في ادارة الالم وفقاً لمتغير الجنس ومرحلة المرض والتفاعل بينهما لدى عينة البحث من مرضى السرطان لندرة الدراسات التي تناولت دراسة هذا التباين ، وكذلك التنبؤ بإدارة الالم من خلال أبعاد الطاقة النفسية واليأس.

فروض البحث:

توجد علاقة ارتباطيه موجبة وذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس إدارة الألم وبين درجاتهم على مقياس الطاقة النفسية .

توجد علاقة ارتباطيه سالبة وذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس إدارة الالم وبين درجاتهم على مقياس اليأس.

توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات أبعاد ادارة الالم وفقاً لتفاعل متغيرات: النوع (ذكور، وإناث)، ومرحلة المرض (المرحلة الثانية /المرحلة الثالثة).

يمكن التنبؤ بإدارة الالم من خلال متغيري الطاقة النفسية واليأس لدى عينة من مرضى السرطان.

أولاً: منهج البحث:

اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن للكشف عن العلاقة بين إدارة الألم وبعض المتغيرات النفسية المتمثلة في (الطاقة النفسية - اليأس) لدى عينة من مرضى السرطان والتعرف على الفروق لديهم وفقاً لتفاعل النوع " ذكور - إناث" ومرحلة المرض "الثانية - الثالثة" وكذلك التنبؤ بإدارة الالم من خلال ابعاد متغيرات البحث .

ثانياً: عينة البحث:

مجتمع البحث:

تمثل مجتمع البحث من مرضي السرطان والتي تتراوح أعمارهم (٣٥ - ٥٠) بمتوسط عمري (٤٢,٥).

عينة البحث الاستطلاعية:

هدفت عينة البحث الاستطلاعية إلى:

التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في البحث الحالي. التأكد من وضوح التعليمات الموجودة في الأدوات، ومدى ملائمة صياغة المفردات للمرضى. العمل على حل التساؤلات التي قد تطرح نفسها أثناء البحث الاستطلاعي، وذلك بهدف التغلب عليها أثناء التطبيق على العينة الأساسية.

تكونت العينة الاستطلاعية من (١٠٠) من مرضي السرطان وذلك لحساب الكفاءة السيكومترية لمقياس (الطاقة النفسية ، اليأس، إدارة الألم) حيث تراوحت أعمارهم (٣٥ - ٥٠) عاماً .

عينة البحث الأساسية:

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات الأساسية قامت الباحثة بتحديد عينة البحث الأساسية. تمثلت عينة البحث الأساسية من عدد (٢٠٠) حالة من مرضي السرطان تتراوح أعمارهم (٣٥ - ٥٠) عاماً بواقع (١٠٠) من الإناث و(١٠٠) من الذكور وقد تم اختيارهم وفقاً للمعايير التالية:

أ- أن يتراوح أعمارهم ما بين (٣٥ - ٥٠) سنة.

ب- أن يكون أفراد العينة من الذكور والإناث.

د- أن يكون أفراد العينة من مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط.

وقد تم التطبيق من خلال استطلاع عبر الانترنت بالرابط التالي:

<https://forms.gle/zZU7KG9rQuTfMkeL7>

وقد تم التطبيق في مركز الاورام - جامعة المنصورة، كما تم نشره على مواقع التواصل الاجتماعي والمجموعات الخاصة بالمرضى ويتعاون كريم منهم ويتكرر نشره على مدار شهرين تم الحصول على استجاباتهم ، ويعرض جدول (١) توزيع عينة البحث النهائية.

توزيع المشاركين في عينة البحث النهائية (ن = ٢٠٠)

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

الاجمالي	الاناث		الذكور		توزيع المشاركين
	الثالثة	الثانية	الثالثة	الثانية	
٦٦	١٦	١٧	١٧	١٦	مركز الأورام -- جامعة المنصورة
٣٤	٨	٩	٨	٩	مرضى السرطان https://www.facebook.com/groups/419612508579798
٢٢	٦	٥	٦	٥	مجموعة أصدقاء مرضى السرطان https://www.facebook.com/groups/204004503429254
١٨	٥	٤	٤	٥	محاربو السرطان https://www.facebook.com/groups/1458472864215368
١٩	٥	٥	٥	٤	مركز الحسين للسرطان https://www.facebook.com/groups/930644894188577
١٥	٣	٤	٤	٤	السرطان بداية حياة https://www.facebook.com/groups/463681420319556
١٧	٤	٤	٤	٥	مرضى . السرطان https://www.facebook.com/groups/324617244858313
٩	٣	٢	٢	٢	تجارب السرطان https://www.facebook.com/groups/cancerc_oachc
٢٠٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	المجموع

وقد راعت الباحثة اختيار عينة البحث من مرضي السرطان " الذكور - الإناث" تتراوح أعمارهم (٣٥ - ٥٠) عاماً، ممن هم في المرحلة "الثانية - الثالثة" من المرض، وذلك لما أيدته نتائج الدراسات السابقة.

أدوات البحث:

تكونت أدوات البحث من مقياس الطاقة النفسية، مقياس اليأس ومقياس إدارة الذات لدى مرضى السرطان، وفيما يلي الخصائص السيكومترية لأدوات البحث:
[١] مقياس الطاقة النفسية لمرضى السرطان (إعداد الباحثة):

الهدف من المقياس:

يهدف المقياس إلى قياس مستوى الطاقة النفسية لدى مرضى السرطان؛ بهدف الحصول على بيانات مقننة يمكن إخضاعها للتحليل الإحصائي.

إجراءات إعداد وتصميم المقياس:

تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للدراسة الحالية من (٥) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتى تترابط جميع الخطوات ويصبح العمل متكامل وفي صورته النهائية، ويمكن من خلال الشكل التالي توضيح تلك الخطوات:



إجراءات إعداد وتصميم المقياس

الخطوة الأولى:

الاطلاع على الأطر النظرية والمقاييس السابقة التي تناولت الطاقة النفسية: وذلك من خلال الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات والبحوث العربية والأجنبية التي تناولت الطاقة النفسية؛ من أجل التعرف على الأبعاد والبنود المختلفة التي تساعد الباحثة في الإعداد الجيد للمقياس، كما تزود الباحثة بحصيلة معرفية عن الطاقة النفسية، كدراسة (2008 ، Molton et al)، ودراسة (Ehrich et al, 2021)، دراسة (Larowe et al, 2020)، كما قامت الباحثة بالاطلاع على عدد من الاختبارات والمقاييس التي صممت في مجال الطاقة النفسية وتحليل أبعادها وبنودها والاستفادة منها ومن هذه المقاييس، مقياس الطاقة النفسية

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

اعداد(Sindik et al,2015) ، مقياس الطاقة النفسية اعداد (حسان واخرون،٢٠١٧) ، مقياس الطاقة النفسية اعداد (زهران،٢٠١٨)،مقياس الطاقة النفسية اعداد Lu et al, (2018)، وفي حدود اطلاع الباحثة وجدت ندرة في عدد المقاييس التي أعدت لقياس الطاقة النفسية لدى مرضى السرطان .

الخطوة الثانية أسس تصميم المقياس وصياغة البنود:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والأطر النظرية ومن خلال اللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع مرضى السرطان وذويهم، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس، وصياغة بنود المقياس، وفقاً لمكونات الطاقة النفسية وبعد الاطلاع على نتائج المصادر السابقة، حيث تم التوصل إلى أبعاد الطاقة النفسية الأكثر شيوعاً بين هذه المكونات، ثم قامت الباحثة بتحديد التعريف الإجرائي لمفهوم الطاقة النفسية، وما تتضمنه من أبعاد، وتحليل الأبعاد إلى مجموعة من البنود وصياغتها بشكل يتسم بالبساطة والوضوح بما يتناسب مع طبيعة العينة موضوع الدراسة، وتكون المقياس من أربع أبعاد رئيسية تمثل الطاقة النفسية كما هو موضح بالجدول التالي:

التعريف الإجرائي للطاقة النفسية ومكوناتها

التعريف الإجرائي للطاقة النفسية	مفهوم يعبر عن تصميم واع من المريض لبذل ما لديه من جهود معرفية وسلوكية لتعديل ما يراه سيئاً في واقعه إلى واقع جديد بعيد له توازنه و اعتباره لذاته وثقته بنفسه وبقدراته ومنه يصل لمعنى لحياته يدفعه للتكيف مع مستجداته، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الطاقة النفسية المطبق في هذا البحث.
التعريف الإجرائي لأبعاد الطاقة النفسية	تعني كل الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها المريض لتحقيق درجة من التوازن والاستقرار والتكيف مع الظروف المرضية.
	وتعني حسن إدراك المريض لذاته واعتباره لقدراته وإيمانه بأهدافه وقراراته دون افراط أو تقريط.
	فكرة ومهارة تولد لدى المريض الاحساس والافتتاح والايمان بقيمة الحياة عن طريق توجيه ذاته نفسياً وسلوكياً للنواحي الايجابية .
	تصميم واع من المريض بالسيطرة على تصرفاته واندفاعاته وحتى يتمكن من الوصول لأهدافه

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث وما تواجهه من صعوبات، كما حاولت أن يكون المقياس بسيط في محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقية لهذه الفئة، كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته متناسبة مع طبيعة مرضى السرطان، كما سعت الباحثة عند صياغة أن تكون سهلة، وواضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة، كما راعت الباحثة تحديد شكل المقياس والذي توقف على طبيعة العينة من حيث العمر ومرحلة المرض، حيث يطبق المقياس على مرضى السرطان الذين يتراوح أعمارهم ما بين (٣٥-٥٠) عام ممن هم في المرحلة "الثانية - الثالثة"، لذلك كان أنسب شكل للمقياس هو إعداد مقياس لقياس الطاقة النفسية Psychological Energy بشكل واقعي من خلال اتساق السلوك عبر المواقف المختلفة.

الخطوة الثالثة: صياغة أبعاد وعبارات المقياس:

تم صياغة عبارات المقياس في ضوء الأبعاد المختلفة للطاقة النفسية التي حددتها الباحثة في ضوء الاطلاع على المفاهيم والأطر النظرية للطاقة النفسية بحيث يتضمن كل بُعد العبارات المرتبطة به، والتي تتسق مع المفهوم الإجرائي لكل بُعد من أبعاد المقياس والذي يشمل الأبعاد التالية (القدرة على المواجهة، الثقة بالنفس، الاستمتاع بالحياة، الادارة الذاتية). اعتمدت الباحثة في صياغة عبارات وبنود المقياس التدرج من السهل إلى الصعب، وأن تكون واضحة ومحددة يستطيع الفرد فهم مضمونها، والإجابة عليها دون تعقيد. مراعاة صياغة عبارات المقياس بصورة تتناسب مع مرضى السرطان وخصائصهم العمرية. تحديد طريقة تطبيق المقياس حيث يتم تطبيقه على كل مريض على حدة (بصورة فردية). وصف المقياس:

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٤٤) بنداً تقيس أربعة أبعاد رئيسية هي: (القدرة على المواجهة/ الثقة بالنفس/ الاستمتاع بالحياة/ الادارة الذاتية) وكل من هذه الأبعاد يشتمل على عبارات تقيس مدى توافرها لدى مرضى السرطان.

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول (٢) يوضح مجالات بنود مقياس الطاقة النفسية مرضي السرطان

الأبعاد	عدد المفردات	أرقام المفردات
القدرة على المواجهة	١١	١ - ١١
الثقة بالنفس	١١	١٢ - ٢٢
الاستمتاع بالحياة	١٠	٢٣ - ٣٢
الإدارة الذاتية	١٢	٣٣ - ٤٤
المقياس ككل	٤٤	

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق:

قد استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس الطاقة النفسية وذلك على النحو التالي:

صدق المحكمين:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية، وقد أوضحت عنوان الدراسة، وهدفها، ومتغيراتها، مع التعريفات الإجرائية للمتغيرات والأبعاد، وذلك لإبداء الرأي حول مدى ملائمة العبارات للبعد التي تنتمي إليه، ومدى ملائمة العبارة لأفراد العينة، ومدى دقة صياغتها اللغوية، لإبداء الرأي حول وجود تعديل بالحذف أو الإضافة لبعض عبارات المقياس وتغيير ما يلزم.

وقد تم إجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمون لمفردات المقياس وذلك بعد أن تم حساب نسب اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس، واستخدام معادلة "لاوشي" لحساب نسبة صدق المحتوى لكل مفردة من مفردات المقياس، وبناءً على معادلة لاوشي تعتبر المفردات التي تساوي أو تقل عن (٠,٦٢) غير مقبولة. ويوضح الجدول التالي نسب اتفاق السادة المحكمين ومعامل صدق لاوشي على كل مفردة من مفردات مقياس الطاقة النفسية كالتالي:

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

جدول (٣) النسب المئوية للتحكيم على مقياس الطاقة النفسية (ن=١٠٠)

م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار
١	١	%١٠٠	تقبل	٣٧	١	%١٠٠	تقبل	١٩	١	%١٠٠	تقبل
٢	٠,٨	%٩٠	تقبل	٣٨	٠,٤	%٦٠	لا	٢٠	٠,٤	%٩٠	تقبل
٣	٠,٤	%٦٠	لا تقبل	٣٩	١	%١٠٠	تقبل	٢١	١	%١٠٠	تقبل
٤	١	%١٠٠	تقبل	٤٠	٠,٦	%٨٠	لا	٢٢	٠,٦	%٨٠	تقبل
٥	١	%١٠٠	تقبل	٤١	١	%١٠٠	تقبل	٢٣	١	%١٠٠	تقبل
٦	٠,٨	%٩٠	تقبل	٤٢	١	%١٠٠	تقبل	٢٤	١	%٩٠	تقبل
٧	١	%١٠٠	تقبل	٤٣	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٥	٠,٨	%١٠٠	تقبل
٨	٠,٨	%٩٠	تقبل	٤٤	١	%١٠٠	تقبل	٢٦	١	%٩٠	تقبل
٩	١	%١٠٠	تقبل	٤٥	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٧	٠,٨	%١٠٠	تقبل
١٠	٠,٦	%٨٠	لا تقبل	٤٦	١	%١٠٠	تقبل	٢٨	١	%٨٠	لا تقبل
١١	١	%١٠٠	تقبل	٤٧	٠,٨	%٩٠	تقبل	٢٩	٠,٨	%١٠٠	تقبل
١٢	١	%١٠٠	تقبل	٤٨	١	%١٠٠	تقبل	٣٠	١	%١٠٠	تقبل
١٣	١	%١٠٠	تقبل	٤٩	١	%١٠٠	تقبل	٣١	١	%١٠٠	تقبل
١٤	٠,٨	%٩٠	تقبل	٥٠	٠,٨	%٩٠	تقبل	٣٢	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٥	١	%١٠٠	تقبل		١	%١٠٠	تقبل	٣٣	١	%١٠٠	تقبل
١٦	١	%١٠٠	تقبل		١	%١٠٠	تقبل	٣٤	١	%١٠٠	تقبل
١٧	٠,٨	%٩٠	تقبل		٠,٨	%٩٠	تقبل	٣٥	٠,٨	%٩٠	تقبل
١٨	١	%١٠٠	تقبل		١	%١٠٠	تقبل	٣٦	١	%١٠٠	تقبل

وبناءً على الجدول السابق تم حذف العبارات التي بلغت نسبتها (٠,٤) حسب معادلة لاوشي بنسبة اتفاق بلغت %٦٠ وهي العبارات رقم (٣، ١٠، ٢٠، ٢٢، ٣٨، ٤٠)، مع تعديل العبارات التي بلغت نسبتها (٠,٦) حسب معادلة لاوشي بنسبة اتفاق بلغت %٨٠ ومن ثم أصبحت الصورة النهائية للمقياس (٤٤) عبارة.

الصدق العاملي : Factorial Validity

قامت الباحثة بحساب المصفوفة الارتباطية كمدخل لاستخدام أسلوب التحليل العاملي، على العينة الاستطلاعية (ن=١٠٠) من مرضى السرطان شملت (ذكور وإناث)، وقد أشارت قيم مصفوفة معاملات الارتباط المحسوبة إلى خلو المصفوفة من معاملات ارتباط تامة، مما

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

يوفر أساساً سليماً لإخضاع المصفوفة للتحليل العاملي، وقد تأكدت الباحثة من صلاحية المصفوفة من خلال تفحص قيمة محدد المصفوفة والذي بلغ (0,000038) وهي تزيد عن الحد الأدنى المقبول، ومن جانب آخر بلغت قيمة مؤشر Meyer-Oklin-Kaiser (KMO) للكشف عن مدى كفاية حجم العينة (0,819) وهي تزيد عن الحد الأدنى المقبول، لاستخدام أسلوب التحليل العاملي وهو 0,50 كما تم التأكد من ملائمة المصفوفة للتحليل العاملي بحساب اختبار بارتليت Bartlett's test حيث كان دالاً إحصائياً عند مستوى 0,01.

وبعد التأكد من ملائمة البيانات لأسلوب التحليل العاملي، تم إخضاع مصفوفة الارتباط لأسلوب تحليل المكونات الأساسية (Principal components analysis PCA) وتدوير المحاور تدويراً متعامداً باستخدام طريقة الفاريماكس، وقد أسفر التحليل عن وجود أربعة عوامل تزيد قيم جذورها الكامنة عن الواحد الصحيح بحسب معيار كايزر، وتفسر ما مجموعه 73,243% من التباين الكلي في أداء مرضى السرطان علي مقياس الطاقة النفسية، وجدول رقم (4) يوضح تشبعات المكونات المستخرجة بعد التدوير المتعامد لمقياس الطاقة النفسية.

جدول (4) العوامل المستخرجة من التحليل العاملي لمقياس الطاقة النفسية (ن=100)

رقم العبارة	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	نسب الشيع
1	0,958				0,939
2	0,840				0,769
3	0,846				0,721
4	0,816				0,694
5	0,793				0,952
6	0,839				0,715
7	0,968				0,955
8	0,938				0,901
9	0,974				0,964
10	0,939				0,899
11	0,905				0,840
12		0,941			0,890
13		0,732			0,571
14		0,968			0,944
15		0,922			0,866
16		0,768			0,596
17		0,906			0,848
18		0,850			0,730

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

رقم العبارة	العامل الاول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	نسب الشيوخ
١٩		٠,٨١٦			٠,٦٦٨
٢٠		٠,٨٥٩			٠,٧٤٤
٢١		٠,٧٧٧			٠,٦١٢
٢٢		٠,٨٦٨			٠,٧٦٧
٢٣			٠,٨٠١		٠,٦٤٧
٢٤			٠,٨٠٣		٠,٦٥٧
٢٥			٠,٩٨١		٠,٩٧٧
٢٦			٠,٧٥٣		٠,٥٧٠
٢٧			٠,٧٥٠		٠,٥٩٩
٢٨			٠,٦٩٤		٠,٥٦٧
٢٩			٠,٦١٥		٠,٣٩٠
٣٠			٠,٩٨١		٠,٩٧٧
٣١			٠,٨٢١		٠,٧٠٢
٣٢			٠,٥٦٦		٠,٣٨٤
٣٣				٠,٧٥٨	٠,٦٣٤
٣٤				٠,٨١٨	٠,٧١٢
٣٥				٠,٨٤٠	٠,٧٢١
٣٦				٠,٨٥٢	٠,٧٢٦
٣٧				٠,٧٩٧	٠,٦٤٩
٣٨				٠,٧٧٨	٠,٦٧٠
٣٩				٠,٧٤٥	٠,٥٦٧
٤٠				٠,٨٤١	٠,٧٢٣
٤١				٠,٨٩٧	٠,٨١٩
٤٢				٠,٨٦٩	٠,٧٦٢
٤٣				٠,٨٦٣	٠,٧٦٠
٤٤				٠,٨٥٠	٠,٧٣٢
الجزر	٩,٠٩٩	٨,٢٤٣	٦,٤٥٠	٨,٤٣٥	التباين الاجمالي
نسبة	٢٠,٦٨٠	١٨,٧٣٣	١٤,٦٥٨	١٩,١٧١	%٧٣,٢٤٣

يتضح من جدول (٤) السابق، أن جميع التشعبات دالة إحصائياً حيث ان قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ حسب محك جيلفورد، وهو ما يشير إلى الصدق العملي للمقياس ونستطيع تفسير العوامل الناتجة من التحليل العملي كما يلي:

العامل الاول قد تشعبت به (١١) عبارة تشعباً دالاً إحصائياً وكان الجذر الكامن الكامن لها (٩,٠٩٩) بنسبة تباين (٢٠,٦٨٠%) وجميع هذه العبارات تنتمي لبعد القدرة علي المواجهة

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

العامل الثاني قد تشبعت به (١١) عبارة تشبعاً دالاً إحصائياً وكان الجذر الكامن الكامن لها (٨,٢٤٣) بنسبة تباين (١٨,٧٣٣%) وجميع هذه العبارات تنتمي لبعد الثقة بالنفس. العامل الثالث قد تشبعت به (١٠) عبارة تشبعاً دالاً إحصائياً وكان الجذر الكامن الكامن لها (٦,٤٥٠) بنسبة تباين (١٤,٦٥٨%) وجميع هذه العبارات تنتمي لبعد الاستمتاع بالحياة العامل الرابع قد تشبعت به (١٢) عبارة تشبعاً دالاً إحصائياً وكان الجذر الكامن الكامن لها (٨,٤٣٥) بنسبة تباين (١٩,١٧١%) وجميع هذه العبارات تنتمي لبعد الإدارة الذاتية. وقد فسرت هذه العوامل الأربعة نسبة تباين (٧٣,٢٤٣%) وهي نسبة تباين كبيرة تعكس أن هذه العوامل مجتمعة تفسر نسبة كبيرة من التباين في المقياس وتؤكد هذه النتيجة على الصدق العملي للمقياس حيث تشبعت العبارات على العوامل التي تنتمي إليها وهو ما يعزز الثقة في المقياس.

الاتساق الداخلي لعبارات وأبعاد المقياس:

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي لبنود وأبعاد المقياس وذلك علي النحو التالي:

[أ] الاتساق الداخلي للعبارات:

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة، كما هو مبين في جدول (٥)

جدول (٥) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لكل بعد (ن=١٠٠)

القدرة علي المواجهة		الثقة بالنفس		الاستمتاع بالحياة.		الإدارة الذاتية	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	**٠,٥٢٧	١	**٠,٦٠٥	١	**٠,٥١٦	١	**٠,٥٩٠
٢	**٠,٦٠٢	٢	**٠,٥٤٨	٢	**٠,٥٢٩	٢	**٠,٦٠٨
٣	**٠,٤٧٤	٣	**٠,٥١٩	٣	**٠,٥٥٢	٣	**٠,٦٢٤
٤	**٠,٦٨٤	٤	**٠,٥٢٣	٤	**٠,٥٦٥	٤	**٠,٦٢٤
٥	**٠,٦٣٤	٥	**٠,٤٧٠	٥	**٠,٤٩٧	٥	**٠,٧٦٦
٦	**٠,٥١٢	٦	**٠,٦٠٥	٦	**٠,٦٢٤	٦	**٠,٦٦١
٧	**٠,٦٧٤	٧	**٠,٥٤٨	٧	**٠,٥٣٤	٧	**٠,٥٤٨
٨	**٠,٦٨١	٨	**٠,٥١٩	٨	**٠,٥١٤	٨	**٠,٥٣٦
٩	**٠,٥٨٧	٩	**٠,٥٥٧	٩	**٠,٥٣٣	٩	**٠,٥٧١
١٠	**٠,٦٥١	١٠	**٠,٦٣٣	١٠	**٠,٥٦٣	١٠	**٠,٦٧٨
١١	**٠,٥٧٦	١١	**٠,٥٢٨			١١	**٠,٥٦٩
						١٢	**٠,٦٤١

معامل الارتباط دال ** عند مستوى ٠,٠١ ن=١٠٠ \geq ٠,٢٥٤ * وعند مستوى \geq ٠,٠٥ ٠,١٩٥

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

يتضح من جدول (٥) أن جميع معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١، وهو ما يؤكد علي الاتساق الداخلي للعبارات. الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس: وذلك عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للأبعاد الأربعة للمقياس، كما تم حساب ارتباطات الأبعاد الأربعة بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في جدول (٦).

جدول (٦) الارتباطات الداخلية بين أبعاد مقياس الطاقة النفسية وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (ن=١٠٠)

الأبعاد	القدرة على المواجهة	الثقة بالنفس	الاستمتاع بالحياة	الإدارة الذاتية
القدرة على المواجهة	١	-	-	-
الثقة بالنفس	**٠,٤٩٨	١	-	-
الاستمتاع بالحياة	**٠,٥٧٢	**٠,٦٩٠	١	-
الإدارة الذاتية	**٠,٦٥١	**٠,٦٧٤	**٠,٧٤٢	١
الدرجة الكلية	**٠,٦٨٧	**٠,٧١٢	**٠,٧٥٣	**٠,٧٤١

معامل الارتباط دال** عند مستوى ٠,٠١، ن=١٠٠ $\geq ٠,٢٥٤$ * وعند مستوى $\geq ٠,٠٥$ ٠,١٩٥
يتضح من جدول (٦) السابق أن: جميع معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١، وهو ما يؤكد علي الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس.
ثانياً: ثبات المقياس:

لحساب ثبات مقياس الطاقة النفسية، تم الاستعانة بمعامل ألفا كرونباخ، ومعامل التجزئة النصفية، لتحديد قيمة معامل الثبات، وذلك للمقياس ككل ولكل بُعد من أبعاده على حدة.
(أ) معادلة ثبات ألفا كرونباخ: وذلك على عينة بلغت (١٠٠) من مرضى السرطان والجدول التالي يوضح نتائج معاملات ثبات أبعاد مقياس الطاقة النفسية لمرضى السرطان والدرجة الكلية.

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول (٧) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الطاقة النفسية (ن=١٠٠)

الأبعاد	معامل ألفا
القدرة على المواجهة	٠,٧٤١
الثقة بالنفس	٠,٧٨٣
الاستمتاع بالحياة	٠,٨٢١
الإدارة الذاتية	٠,٧٩٢
الدرجة الكلية	٠,٨١٦

ومن نتائج الجدول السابق: يتضح أن معاملات ثبات مقياس الطاقة النفسية لدى مرضى السرطان ككل ولكل بُعد من أبعاده على حدة مستويات مرتفعة؛ مما يشير إلى إمكانية الوثوق في نتائج تطبيقه على عينة البحث الأساسية.

(ب) طريقة إعادة التطبيق:

جدول (٨) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق لمقياس الطاقة النفسية (ن=١٠٠)

الأبعاد	التجزئة النصفية
القدرة على المواجهة	٠,٧١٦
الثقة بالنفس	٠,٧٨٣
الاستمتاع بالحياة	٠,٧٦٥
الإدارة الذاتية	٠,٨٣٦
الدرجة الكلية	٠,٧٩٤

يتضح من جدول (٨) السابق أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس تراوحت بين ٠,٧١٦ و ٠,٨٣٦ أما عن المقياس ككل فقد بلغ معامل ثبات ٠,٧٩٤ وهو معامل ثبات مرتفع سمح للباحثة باستخدام المقياس في دراستها الحالية

الخطوة الخامسة: تعليمات المقياس، وطريقة التصحيح، وتفسير الدرجات:

تعليمات المقياس: يعتمد مقياس الطاقة النفسية مرضى السرطان على التطبيق الفردي لكل فرد من أفراد العينة.

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

وراعت الباحثة وضوح التعليمات المكتوبة للفرد والمطلوب منه في كل عبارة، حيث وجد أمام كل عبارة من العبارات ثلاثة بدائل متدرجة وعلى الفرد اختيار ما ينطبق عليه منها (دائماً- أحياناً أبداً)، باعتبار أن الدرجات (١-٢-٣).

طريقة التصحيح: تقدر الدرجة على مقياس الطاقة النفسية لمرضي السرطان وفقاً لميزان التصحيح الثلاثي وفقاً للجدول التالي (٩).

جدول (٩) طريقة التصحيح الخاصة بمقياس الطاقة النفسية لمرضي السرطان

مقياس الطاقة النفسية			الأبعاد الرئيسية للمقياس
الدرجة العظمى	الدرجة الصغرى	عدد العبارات	
٣٣	١١	١١	القدرة علي المواجهة
٣٣	١١	١١	الثقة بالنفس
٣٠	١٠	١٠	الاستمتاع بالحياة
٣٦	١٢	١٢	الادارة الذاتية
١٣٢	٤٤	٤٤	الدرجة الكلية

تفسير درجات المقياس: تفسر درجات مقياس الطاقة النفسية لدى مرضي السرطان كما يلي: تقدر الدرجة المنخفضة من (١ إلى ٤٤)، وتعني انخفاض في مستوى الطاقة النفسية لدى مرضي السرطان بدرجة كبيرة، والدرجة المتوسطة من (٤٥ إلى ٩٠)، وتعني أن مستوى الطاقة النفسية لدى مرضي السرطان درجته متوسطة، بينما تعتبر الدرجة المرتفعة من (٩١-١٣٢)؛ وهي تعبر عن ارتفاع مستوى الطاقة النفسية لدى مرضي السرطان.

[٢] مقياس بيك لليأس: (Beck et al, 1988) Beck Hopelessness Scale

أعدده أرون بيك في نسخته المعدلة عام ١٩٨٨ م، قامت الباحثة بترجمة فقرات المقياس ثم عرضتها على أحد المتخصصين بالترجمة وعدلت بعض الفقرات من حيث الصياغة لتتفق مع البيئة العربية ومع عينة الدراسة من المرضى، كما قامت بتعديل طريقة عرض المقياس لتتماشى مع باقي مقاييس الدراسة ولتسهيل المهام المطلوبة من المرضى. الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي:

الاتساق الداخلي:

الاتساق الداخلي للعبارة: قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة كما هو مبين في جدول (١٠).

جدول رقم (١٠) معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للبعد لمقياس اليأس

العبارة	معامل الارتباط
١	**٠,٥٦١
٢	**٠,٦٢١
٣	**٠,٦٤٨
٤	**٠,٥٦٤
٥	**٠,٤٤٧
٦	**٠,٤٤٢
٧	**٠,٥٤٦
٨	**٠,٦١٨
٩	**٠,٥٨٦
١٠	**٠,٤٨٦
١١	**٠,٥٣٩
١٢	**٠,٦١٠
١٣	**٠,٤٢٩
١٤	**٠,٥٣٠
١٥	**٠,٤٦٨
١٦	**٠,٥٢٢
١٧	**٠,٤٢٨
١٨	**٠,٤٧٨
١٩	**٠,٥٥١
٢٠	**٠,٥١٦

معامل الارتباط **دال عند مستوى ٠,٠١ = ن $100 \geq 0,254$ *وعند مستوى $0,05 \geq 0,195$.

يتضح من جدول (١٠) أن جميع معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ وهو ما يؤكد علي الاتساق الداخلي للعبارة.

الصدق العاملي: Factorial Validity

قامت الباحثة بحساب المصفوفة الارتباطية كمدخل لاستخدام أسلوب التحليل العاملي وقد أشارت قيم مصفوفة معاملات الارتباط المحسوبة إلى خلو المصفوفة من معاملات ارتباط

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

تامة مما يوفر أساساً سليماً لإخضاع المصفوفة للتحليل العاملي وقد تأكدت الباحثة من صلاحية المصفوفة من خلال تفحص قيمة محدد المصفوفة، والذي بلغ ٠,٠٠٠٠٠٥١ وهي تزيد عن الحد الأدنى المقبول ومن جانب آخر بلغت قيمة مؤشر Meyer--Kaiser Oklin (KMO) للكشف عن مدى كفاية حجم العينة ٠,٨٦٢ وهي تزيد عن الحد الأدنى المقبول لاستخدام أسلوب التحليل العاملي وهو ٠,٥٠ كما تم التأكد من ملائمة المصفوفة للتحليل العاملي بحساب اختبار بارتلليت Bartlett's test حيث كان دالاً إحصائياً عند مستوى ٠,٠١.

وبعد التأكد من ملائمة البيانات لأسلوب التحليل العاملي، تم إخضاع مصفوفة الارتباط لأسلوب تحليل المكونات الأساسية (Principal components analysis (PCA) وقد أسفر التحليل عن وجود عامل واحد تزيد قيم جذوره الكامنة عن الواحد الصحيح بحسب معيار كايزر وتفسر ما مجموعه ٦٠,٦٤١% من التباين الكلي في أداء الأفراد على مقياس اليأس، والجدول التالي رقم (١١) يوضح تشبعات المكونات المستخرجة بعد التدوير المتعامد لمقياس اليأس.

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول (١١) تشبيعات العوامل المستخرجة بعد التدوير المتعامد الناتجة من التحليل العاملي (ن=١٠٠)

العبارة	التشبيعات	قيم الشبوع
١	٠,٧٢٩	٠,٥٣١
٢	٠,٧٤٣	٠,٥٥٢
٣	٠,٨٤٧	٠,٧١٨
٤	٠,٩٢٢	٠,٨٥١
٥	٠,٤٧٠	٠,٢٢١
٦	٠,٨٤٢	٠,٧٠٩
٧	٠,٧٤٦	٠,٥٥٦
٨	٠,٨٢٨	٠,٦٨٥
٩	٠,٨٨٦	٠,٧٨٤
١٠	٠,٨٨٦	٠,٧٨٤
١١	٠,٨٣٩	٠,٧٠٤
١٢	٠,٧١٠	٠,٥٠٤
١٣	٠,٧٢٩	٠,٥٣١
١٤	٠,٧٣٠	٠,٥٣٢
١٥	٠,٨٤٦	٠,٧١٥
١٦	٠,٩٢٢	٠,٨٥١
١٧	٠,٤٥٢	٠,٢٠٥
١٨	٠,٨٤٢	٠,٧٠٩
١٩	٠,٧٨٧	٠,٦١٩
٢٠	٠,٨١٦	٠,٦٦٥
الجزر الكامن	١٢,٧٣٥	
نسبة التباين	٦٠,٦٤١	

تفسير العوامل الناتجة من التحليل العاملي: -

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

تشبعت عبارات المقياس علي عامل واحد (٢٠) عبارة تشبعاً دالاً إحصائياً، وكان الجزر الكامن لها (١٢,٧٣٥) بنسبة تباين (٦٠,٦٤١%) وقد فسرت هذه العوامل نسبة تباين ٦٠,٦٤١ وهي نسبة تباين كبيرة تعكس أن هذا العامل يفسر نسبة كبيرة من التباين في المقياس وتؤكد هذه النتائج علي الصدق العاملي للمقياس.

الثبات:

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس اليأس باستخدام الطرق التالية:
معادلة كودر ريتشاردسون: وذلك على عينة بلغت (١٠٠) من المفحوصين، وذلك لأن المقياس يتم تصحيحه علي متدرج ثنائي وكانت النتائج كما هي ملخصة في جدول (١٢)
جدول (١٢) معاملات الثبات بطريقة كودر ريتشاردسون ن = ١٠٠

الأبعاد	كودر ريتشاردسون
الدرجة الكلية	٠,٨٣٤

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات أبعاد المقياس والدرجة الكلية جاءت مرتفعة وذلك باستخدام طريقة كودر ريتشاردسون وهو ما يعزز الثقة في المقياس لاستخدامه في البحث الحالي.

طريقة التجزئة النصفية: وذلك على عينة بلغت (١٠٠) من المفحوصين، وذلك لأن بقسمة المقياس إلي نصفين وحساب معامل الارتباط بين أداء الأفراد علي النصفين ثم تصحيح بطريقة سبيرمان براون وكانت النتائج كما هي ملخصة في جدول (١٢)
جدول (١٣) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (ن = ١٠٠)

الأبعاد	معامل الارتباط بين النصفين بعد التصحيح
الدرجة الكلية	٠,٧٥٣

يتضح من الجدول (١٣) السابق أن معاملات ثبات أبعاد المقياس والدرجة الكلية جاءت مرتفعة وذلك باستخدام طريقة التجزئة النصفية وهو ما يعزز الثقة في المقياس لاستخدامه في الدراسة الحالية.

الصورة النهائية للمقياس: بعد اجراء الخصائص السيكومترية للمقياس والاطمئنان إلى امكانية تطبيقه علي مرضى السرطان ووضوح عباراته تم صياغة عبارات المقياس بحيث تكون الإجابة عليه عن طريق التقرير الذاتي وفقاً للميزان الثنائي ويتم تقدير الدرجات على العبارات على النحو التالي (٠، ١) وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٠-٢٠) وتفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوى اليأس لدي المفحوص بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوى اليأس لدي المفحوص.

مقياس ادارة الألم:

يعتبر هذا المقياس واحدا من أشهر المقاييس التي تستخدم لقياس القدرة على ادارة الالم لدي مرضى الألم المزمن، وقد اعد هذا المقياس ريزنستيل وكيف (Resenstiel &Keefe 1983)، وذلك من خلال مراجعتهم للتراث المتعلق بالدراسات المعملية والإكلينيكية التي تناولت ادارة الألم المزمن، ومن خلال الخبرة الإكلينيكية لهما في التعامل مع المرضى.

وصف المقياس :-

يتكون المقياس من (٤٨) عبارة موزعة علي سبعة أبعاد فرعية يندرج، تحت كل بعد عدد من البنود لقياس الاستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات السلوكية وتم تسمية هذه الأبعاد كما يلي:

- | | |
|---|------------------------|
| ٢- إعادة تفسير أحاسيس الألم. | تحويل (تشتيت) الانتباه |
| ٤- تجاهل أحاسيس الألم. | عبارات التغلب الذاتية. |
| ٦- المساوية | الصلاة |
| ٧- زيادة الأنشطة السلوكية (كاستراتيجية سلوكية) | |

طريقة الإجابة وتقدير الدرجات :-

يتم الاستجابة على بنود المقياس من خلال تدرج من سبع نقاط يتم في ضوءه تقدير مدي تكرار استخدام كل استراتيجية من الاستراتيجيات عندما يتم الشعور بالألم وذلك في ضوء البنود التي تقيس هذه الاستراتيجية حيث يشير الرقم (٠) إلي عدم استخدام الاستراتيجية علي الإطلاق أما الرقم (٣) فيشير إلي استخدام الاستراتيجية ولكن بشكل غير دائم أما الرقم (٦) فيشير إلي الاستخدام الدائم لهذه الاستراتيجية، ويتم توزيع الفقرات على الأبعاد الفرعية للمقياس كما في الجدول التالي:

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

جدول رقم (١٤) توزيع الفقرات على الأبعاد الفرعية لمقياس ادارة الألم

أرقام البنود الخاصة بالمقاييس الفرعية	اسم المقياس الفرعي
٣ - ١٠ - ١٣ - ٣٠ - ٣١ - ٣٤	تحويل (تشتيت) الانتباه
١ - ٤ - ١١ - ١٨ - ٣٤ - ٤٦	إعادة تفسير أحاسيس الألم
٦ - ٨ - ٢٣ - ٢٦ - ٣٦ - ٣٧	عبارات التغلب الذاتية
٢٠ - ٢٢ - ٢٤ - ٢٧ - ٣٥ - ٤٠	تجاهل أحاسيس الألم
١٥ - ١٧ - ٢١ - ٢٥ - ٣٢ - ٤١	الصلاة
٥ - ١٢ - ١٤ - ٢٨ - ٣٨ - ٤٢	المأساوية
٢ - ٧ - ٣٩ - ٤٤ - ٤٥ - ٤٧	زيادة الأنشطة السلوكية

الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسات الأجنبية:

تم حساب ثبات الاختبار في دراسات عديدة باستخدام معامل الفا كرونباخ، وإعادة التطبيق، وقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلي أن الاختبار يتمتع بثبات مرتفع، أما فيما يتعلق بالصدق فقد وجد أن المقياس أيضا يتمتع بصدق تلازمي مرتفع كما أظهرت نتائج التحليل العاملي أن بنود المقياس تشبعت وبشكل دال علي الأبعاد الفرعية للمقياس.

ترجمة المقياس وإعداده للبيئة العربية:-

قام مترجم المقياس محمد، احمد حسانين أحمد (٢٠٠٧) بترجمة المقياس إلي اللغة العربية، ولقد راعى أثناء الترجمة شروط صياغة البنود للاختبارات النفسية، كما تم عرض هذه النسخة علي أحد المتخصصين في اللغة العربية لمراجعتها لغوياً ونحوياً، كما قام أحد المتخصصين في اللغة الإنجليزية بإعادة ترجمة المقياس من اللغة العربية إلي اللغة الإنجليزية مرة أخرى، وتم مقارنة النسخة المترجمة عكسيا للمقياس ومطابقتها للبنود في المقياس الأصلي وعمل التغييرات المطلوبة مع مراعاة اختلاف السياق الثقافي والخلفية الحضارية لكل من العرب والأجانب.

ثبات وصدق المقياس في البحث الحالي:

قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس بالطرق التالية:

الاتساق الداخلي:

الاتساق الداخلي للعبارات: قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة كما هو مبين في جدول (١٥).

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول رقم (١٥) معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للبعد لمقياس إدارة الألم

تحويل (تشتيت) الانتباه		إعادة تفسير أحاسيس الألم		عبارات التغلب الذاتية		تجاهل أحاسيس الألم	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	**٠,٥٠٧	٧	**٠,٧٩١	١٣	**٠,٦٦٧	١٩	**٠,٥٨٦
٢	**٠,٨٩٤	٨	**٠,٥٠١	١٤	**٠,٥١٩	٢٠	**٠,٥٤٧
٣	**٠,٨٤٣	٩	**٠,٧٩٧	١٥	**٠,٥٧٢	٢١	**٠,٦٣٩
٤	**٠,٨٧٢	١٠	**٠,٧٨٦	١٦	**٠,٥٧٥	٢٢	**٠,٥٧٨
٥	**٠,٨٤١	١١	**٠,٧٤٦	١٧	**٠,٨٧٣	٢٣	**٠,٦٢١
٦	**٠,٨٥٦	١٢	**٠,٧٢١	١٨	**٠,٨٢٠	٢٤	**٠,٥٢٨
الصلاة		المأساوية		زيادة الأنشطة السلوكية			
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط		
٢٥	**٠,٦٢٨	٣١	**٠,٦٣٣	٣٧	**٠,٧٣٣		
٢٦	**٠,٥٥٦	٣٢	**٠,٧١٧	٣٨	**٠,٨٨٦		
٢٧	**٠,٧٤١	٣٣	**٠,٥٣٤	٣٩	**٠,٨١٤		
٢٨	**٠,٦٣٥	٣٤	**٠,٤٤٣	٤٠	**٠,٧٤٥		
٢٩	**٠,٦٥٢	٣٥	**٠,٥٢٧	٤١	**٠,٧٢٧		
٣٠	**٠,٥٤٧	٣٦	**٠,٥٢٦	٤٢	**٠,٨٠٠		

معامل الارتباط **دال عند مستوى ٠,٠١، ن=١٠٠ $\geq ٠,٢٥٤$ وعند *مستوي $\geq ٠,٠٥$ ٠,١٩٥

يتضح من جدول (١٥) أن جميع معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ وهو ما يؤكد وجود اتساق داخلي بين عبارات المقياس. الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس: وذلك عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للأبعاد السبعة للمقياس، كما تم حساب ارتباطات الأبعاد السبعة بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في جدول (١٦).

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

جدول (١٦) الارتباطات الداخلية بين أبعاد مقياس إدارة الألم وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (ن=١٠٠)

الأبعاد	تحويل (تشثيت) الانتباه.	إعادة تفسير أحاسيس الألم	عبارات التغلب الذاتية	تجاهل أحاسيس الألم	الصلاة	المساوية	زيادة الأنشطة السلوكية
تحويل (تشثيت)	-	-	-	-	-	-	-
إعادة تفسير	**٠,٦٦٠	-	-	-	-	-	-
عبارات التغلب	**٠,٥١٧	**٠,٥٣٨	-	-	-	-	-
تجاهل أحاسيس الألم	**٠,٦٣٥	**٠,٦٢١	**٠,٥٤٤	-	-	-	-
الصلاة	**٠,٥٢٩	**٠,٥٣٧	**٠,٥٣١	**٠,٥٨٩	-	-	-
المساوية	**٠,٦٣٥	**٠,٦٢١	**٠,٥٤٤	**٠,٥٢٧	**٠,٦١٢	-	-
زيادة الأنشطة السلوكية	**٠,٥٢٩	**٠,٥٣٧	**٠,٥٣١	**٠,٥٨٩	**٠,٥٣٧	**٠,٥٣٣	-
الدرجة الكلية	**٠,٦٥٩	**٠,٨٦٦	**٠,٦٣٨	**٠,٦٣٤	**٠,٦٤٨	**٠,٥١٤	**٠,٧١٢

معامل الارتباط **دال عند مستوى ٠,٠١ ن=١٠٠ $\geq ٠,٢٥٤$ *وعند مستوى $\geq ٠,٠٥$ ٠,١٩٥

يتضح من جدول (١٦) السابق أن:

جميع معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ وهو ما يؤكد علي الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس.

صدق المحك الخارجي:

قامت الباحثة بحساب صدق المحك الخارجي وذلك بحساب معامل الارتباط بين أداء أفراد عينة البحث الاستطلاعية علي المقياس وأداؤهم علي مقياس إدارة الألم من اعداد سامر رضوان (٢٠٢١) وقد بلغ معامل الارتباط ٠,٥٨٩ وهو دال احصائياً عند مستوى ٠,٠١.

الثبات:

معامل ثبات ألفا كرونباخ:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات ألفا وكانت قيم الثبات كما هي موضحة في جدول (١٧)

جدول رقم (١٧) معامل ثبات ألفا لمقياس استراتيجيات ادارة الألم في الدراسة الحالية

معامل ثبات ألفا	المقاييس الفرعية
٠,٧٥٢	تحويل (تشتيت) الانتباه
٠,٧٤١	إعادة تفسير أحاسيس الألم
٠,٧٣٦	عبارات التغلب الذاتية
٠,٧٨٢	تجاهل أحاسيس الألم
٠,٧٦٩	الصلاة
٠,٧٨٥	المساوية
٠,٧٦٦	زيادة الأنشطة السلوكية
٠,٨٠٥	الدرجة الكلية

ومن الجدول السابق يتضح أن قيم ألفا مرتفعة ومرضية بالنسبة لجميع الأبعاد الخاصة بمقياس ادارة الألم.

معامل ثبات إعادة التطبيق:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات إعادة التطبيق وكانت قيم الثبات كما هي موضحة في جدول (١٨)

جدول رقم (١٨) معامل ثبات إعادة التطبيق لمقياس ادارة الألم في البحث الحالية

معامل إعادة التطبيق	المقاييس الفرعية
٠,٧٢١	تحويل (تشتيت) الانتباه.
٠,٧٣٧	إعادة تفسير أحاسيس الألم.
٠,٧٢٠	عبارات التغلب الذاتية.
٠,٧١٠	تجاهل أحاسيس الألم.
٠,٧٤٣	الصلاة.
٠,٧٦٣	المساوية.
٠,٧٥١	زيادة الأنشطة السلوكية.
٠,٧٤١	الدرجة الكلية

ومن الجدول السابق يتضح أن قيم ألفا مرتفعة ومرضية بالنسبة لجميع الأبعاد الخاصة بمقياس إدارة الألم.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

قامت الباحثة بإجراء المعالجات الإحصائية من خلال البرنامج الإحصائي للحاسب الآلي (برنامج SPSS)، وقد تم استخدام الإصدار الثالث والعشرون من البرنامج، وذلك في إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة التي تحقق صحة فروض البحث الحالي وتتمثل في التالي: الأساليب الإحصائية المستخدمة لحساب الكفاءة السيكمومترية لمقاييس الدراسة: قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقتين وهما:

(أ) الصدق العاملي (ب) الاتساق الداخلي (معامل الارتباط)

٢- الثبات: قامت الباحثة بحساب الثبات بعدة طرق وهي:

(أ) معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات أدوات الدراسة.

(ب) معامل ارتباط بيرسون لحساب معامل ثبات أدوات الدراسة بالتجزئة النصفية.

(ج) معامل الارتباط بطريقة كودر ريتشاردسون

الأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من صحة فروض الدراسة:

١- معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق الفروض الثلاثة الأولى في العلاقة بين

إدارة الألم لدى مرضي السرطان وكل من الطاقة النفسية واليأس

٢- تحليل التباين (٢×٢)

تحليل الانحدار المتعدد وذلك للتحقق من الفرض الرابع.

عرض نتائج البحث ومناقشتها

أولاً: عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول علي أنه "توجد علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة احصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس إدارة الألم وبين درجاتهم على مقياس الطاقة النفسية". وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب (معامل ارتباط بيرسون) للتعرف على العلاقة بين أبعاد ادارة الالم والدرجة الكلية وبين أبعاد الطاقة النفسية والدرجة الكلية، ويعرض جدول (١٨) قيمة معاملات الارتباط ودلالاتها ويمكن عرض نتائج الفرض علي النحو التالي:

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول (١٩) قيمة معاملات الارتباط بين مقياس إدارة الألم و مقياس الطاقة النفسية (ن=٢٠٠)

الأبعاد	القدرة على المواجهة	الثقة بالنفس	الاستمتاع بالحياة	الإدارة الذاتية	الطاقة النفسية
تحويل الانتباه	**٠,٥٧٢	**٠,٧١٤	**٠,٤٢٥	**٠,٥٩١	**٠,٨٤٤
إعادة تفسير أحاسيس الألم	**٠,٥٥٨	**٠,٧٤٠	**٠,٥٢٤	**٠,٥٩١	**٠,٨٥٠
عبارات التغلب الذاتية	**٠,٥٧٩	**٠,٦٢٨	**٠,٤٦٩	**٠,٥١١	**٠,٧٩٥
تجاهل أحاسيس الألم	**٠,٥٥٨	**٠,٧٠٠	**٠,٤١٩	**٠,٦٠٤	**٠,٨٣٧
الصلاة	**٠,٢٨٥	**٠,٣٧٨	**٠,١٩٥	**٠,٤٩٣	**٠,٤٧٥
المساوية	**٠,٣٩٢	**٠,٦٠٤	٠,١٠١	**٠,٦٢٠	**٠,٦٨٠
زيادة الأنشطة السلوكية	**٠,٣٣٦	**٠,٣٩٤	**٠,١٨٢	**٠,٤٥٠	**٠,٥٠٦
الدرجة الكلية	**٠,٥٢٤	**٠,٦٦٣	**٠,٣٤٣	**٠,٦٣٣	**٠,٧٩٩

معامل الارتباط دال ** عند مستوى ٠,٠١ ن = ٢٠٠ $\geq ٠,١٨١$ * وعند مستوى $\geq ٠,٠٥$ ٠,١٣٨

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠١) بين أبعاد مقياس إدارة الألم والدرجة الكلية وأبعاد مقياس الطاقة النفسية والدرجة الكلية لدى مرضى السرطان ما عدا بعدي المساوية والاستمتاع بالحياة فلا يوجد علاقة دالة بينهما وهذا يعني تحقق الفرض الاول. مناقشة نتائج الفرض الاول وتفسيرها.

تتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة (Molton et al ، 2008) والتي أوضحت وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الألم وأبعاد الطاقة النفسية (الإرادة الذاتية والثقة بالنفس) ، كما أشارت نتائج دراسة (Larowe et al ، 2020) إلى أن الإدارة الذاتية للألم كانت مرتبطة بشكل إيجابي ببعض أبعاد الطاقة النفسية (الإرادة الذاتية ومواجهة المتاعب والثقة في النفس والقدرة على تحمل الاقلاع عن التدخين).

بينما أسفرت نتائج دراسة (Letzen et al. 2019) إلى توضيح أثر (التحفيز والإدارة الذاتية) كأبعاد للطاقة النفسية على القدرة على إدارة الألم المزمن لمرضى السرطان، حيث زاد بشكل ملحوظ مستوى الالتزام بالعقاقير والفعالية الذاتية والقدرة على إدارة الألم لدى المرضى المصابين بالسرطان في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأكدت دراسة (Ehrich et al, 2021) بعد إجراء جلسات تدريبية لتحفيز الطاقة النفسية لإدارة الألم لدى مرضى سرطان وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تحفيز الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم، على الجانب الآخر تفسر الباحثة عدم وجود علاقة دالة احصائياً بين بعدي

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

المأساوية والاستمتاع بالحياة إلى الفروق الفردية بين أفراد العينة من مرضى السرطان، وكذلك اختلاف مرحلة المرض (المرحلة الثانية - المرحلة الثالثة).

وترى الباحثة: أن مريض السرطان وبإجماع الآراء، يعاني من آلام شديدة ومستمرة بسبب تطور المرض والعلاجات اللازمة لمحاربه، وقد تؤثر هذه الآلام على الحالة النفسية للمريض، وبالتالي، فإن العلاقة بين الطاقة النفسية وإدارة الألم لدى مرضى السرطان تتمثل في التأثير المتبادل بينهما، فيمكن للطاقة النفسية للمريض أن تؤثر على مدى تحمله للألم وقدرته على التعامل معه، أما إذا انخفض مستوى الطاقة النفسية للمريض وتسلسل إليه الشعور بالقلق والإحباط واليأس، فقد يصعب عليه التركيز على الأشياء الإيجابية والتخفيف من الألم والتصدي العقلي له واكتساب القناعة النفسية بضرورة التفاعل مع المرض، وبالمقابل، إذا تحلى المريض بالإيجابية، فقد يكون أكثر قدرة على التركيز على الأنشطة التي تساعده على تخفيف الألم وإدارته، مثل الاسترخاء أو العلاج الطبيعي.

علاوة على ذلك، يمكن لإدارة الألم أن تؤثر على الطاقة النفسية للمريض، إذا كان المريض يعاني من آلام شديدة وغير مسيطر عليها، فقد يؤثر الألم على حالته النفسية ويجعله أكثر عرضة للقلق والاكتئاب والإحباط واليأس، أما إن تمكن من إدارة الألم بنجاح باتباعه أفضل السبل لمواجهة الألم، وتحلى بالصبر وعمل على إعادة تفسير أحاسيس الألم، وتجاهلها وصرف انتباهه عن التفكير بها ووثق بذاته وقدراته ومارس الرياضة وأيقن بالشفاء، فقد يتمكن من المحافظة على حالته النفسية الإيجابية ويحافظ على مخزونه من الطاقة النفسية.

عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني علي أنه "توجد علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة احصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس إدارة الألم وبين درجاتهم على مقياس اليأس". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف علي العلاقة بين المتغيرين، ويعرض جدول (٢٠) قيمة معاملات الارتباط ودلالاتها ويمكن عرض نتائج الفرض علي النحو التالي:

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول (٢٠) قيمة معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس إدارة الألم والدرجة الكلية والدرجة الكلية لمقياس اليأس (ن=٢٠٠)

اليأس	أبعاد مقياس إدارة الألم
**-.٠,٥٠٧	تحويل الانتباه.
**-.٠,٥١١	إعادة تفسير أحاسيس الألم.
**-.٠,٤٧٣	عبارات التغلب الذاتية.
**-.٠,٥٠٦	تجاهل أحاسيس الألم.
**-.٠,٦٩٥	الصلاة.
**-.٠,٥٢٣	المساوية.
**-.٠,٦٨٤	زيادة الأنشطة السلوكية.
**-.٠,٦٦٣	الدرجة الكلية

معامل الارتباط دال ** عند مستوى ٠,٠١ ن=٢٠٠ $\geq ٠,١٨١$ * وعند مستوى $\geq ٠,١٣٨$ ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق ما يلي: وجود علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠١) بين أبعاد مقياس إدارة الألم والدرجة الكلية والدرجة الكلية لمقياس اليأس لدى مرضى السرطان وهذا يعني تحقق الفرض الثاني

مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

تتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة (Mystakidou, 2007) حيث أوضحت الدراسة أن مرضى السرطان يعانون من درجة عالية من الألم تؤثر على نشاطهم العام وحالتهم المزاجية وقدرتهم على أداء واجباتهم الوظيفية، كما وجدت ارتباطات سلبية بين الاكتئاب واليأس وإدارة الألم والسعادة والادراك المعرفي لمرضى السرطان.

كما أوضحت دراسة (syrjala et al, 2014) أن الألم، والنشل في التخفيف من حدته والقدرة على إدارته والتخلص منه يزيد من اليأس والقلق والاكتئاب والضيق العاطفي، كما أوضحت دراسة (Wang et al, 2021) دور العوامل النفسية والاجتماعية مثل أعراض الاكتئاب واليأس لتعزيز الميول الانتحارية لدى عينة من كبار السن، كما أوضحت الدراسة أهمية إدارة الألم.

وقد بينت نتائج دراسة (Al Nazly, Abjedi, 2018) وجود فروق في القدرة على إدارة الألم لدى المرضى والتمريض، وانخفاض مشاعر الخوف والقلق واليأس لدى المرضى بعد ان تمكنوا من السيطرة على الألم.

وترى الباحثة: أن العديد من مرضى السرطان يعانون من الألم المزمن الذي يمكن أن يؤثر بشكل كبير على جودة حياتهم ويساهم في الشعور باليأس والاكتئاب، ويمكن أن يكون الألم ناتجاً عن العلاج الكيميائي أو الإشعاعي أو نتيجة للورم السرطاني نفسه، ويؤثر الألم المستمر على الجسم والعقل، حيث يؤدي إلى الشعور بالإرهاق والاكتئاب والقلق واليأس، ويعد التدريب على إدارة الألم واستخدام الأدوية المسكنة للألم والعلاج الطبيعي والعلاج النفسي والاسترخاء والتأمل وغيرها من الأساليب غير الدوائية مجرد عوامل تساعد على تحسين إدارة الألم وبالتالي تحسين جودة الحياة والحد من الاكتئاب واليأس.

ويعد الشعور باليأس والالام المستمر، وعدم القدرة على تحقيق الأهداف أو النجاح في الوصول إلى الأمور المرغوبة، هو شعور شائع بين مرضى السرطان الذين يعانون من آلام مزمنة، بالإضافة إلى صعوبات تتعلق بالعمل والقدرة على مواكبة سير الحياة والاندماج بالمجتمع وتحمل العلاج والأعراض الجانبية، وفي حين تقاوم هذه الاعراض والمشكلات على مريض السرطان يعجز عن ادارة الالم ويقع فريسة للعجز والاكتئاب واليأس .

فمن الطبيعي أن يؤثر الألم والعجز عن ادارته والسيطرة عليه والتعب والإجهاد على المزاج العام للشخص، ويمكن أن يزيد من مستويات اليأس والاكتئاب، ولكن العكس صحيح أيضاً، حيث يمكن أن يؤدي اليأس والاكتئاب إلى زيادة الشعور بالألم وتعقيد إدارته وبالتالي، يمكن أن تتفاعل العوامل النفسية والجسدية بشكل تفاعلي في حالات الألم المزمن، ويمكن أن يؤثر اليأس والاكتئاب على القدرة على التعامل مع الألم بشكل فعال، لذلك يوصى بمعالجة العوامل النفسية لدى مرضى السرطان بالتزامن مع العلاج الطبي للألم، وذلك لتحسين جودة الحياة والتحكم في الألم وادارته بشكل أفضل.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها: ينص الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات أبعاد إدارة الألم وفقاً لتفاعل متغيرات النوع (ذكور، وإناث)، ومرحلة المرض (الثانية/الثالثة) وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين (2×2)

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول (٢١) نتائج تحليل التباين (٢×٢) لأثر النوع (ذكور، وإناث)، ومرحلة المرض (الثانية/الثالثة) على مقياس ادارة الألم (ن=٢٠٠)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	حجم التأثير
تحويل الانتباه	النوع	١	٥٠,٠٠	٦,٩٢٩	٠,٠١	٠,٠٣٤
	المرحلة	١	٢٩١٨,٤٨٠	٤٠٤,٤٦٢	٠,٠١	٠,٦٧٤
	النوع×المرحلة	١	٨,٨٢٠	١,٢٢٢	غ د	٠,٠٠٦
	الخطأ	١٩٦	١٤١٤,٢٨٠	٧,٢١٦		
	المجموع	٢٠٠	٩٣٥١٨			
إعادة تفسير	النوع	١	٧٩,٣٨	١٠,١٣٠	٠,٠١	٠,٠٤٩
	المرحلة	١	٣١٢٠,٥٠	٣٩٨,٢٢٠	٠,٠١	٠,٦٧٠
	النوع×المرحلة	١	٠,٧٢٠	٠,٠٩٢	غ د	٠,٠٠٠
	الخطأ	١٩٦	١٥٣٥,٨٨٠	٧,٨٣٦		
	المجموع	٢٠٠	٩٥١٣٤,٠			
عبارات التغلب الذاتية.	النوع	١	١٢١,٦٨٠	١٤,٠٤٩	٠,٠١	٠,٦٧
	المرحلة	١	٢٧٩٧,٥٢٠	٣٢٣,٠٠١	٠,٠١	٠,٦٢٢
	النوع×المرحلة	١	١٦,٨٢٠	١,٩٤٢	غ د	٠,١٠
	الخطأ	١٩٦	١٦٩٧,٥٦٠	٨,٦٦١		
	المجموع	٢٠٠	٩٦١٤٠,٠٠			
تجاهل أحاسيس	النوع	١	٦٩,٦٢٠	٩,٠٦١	٠,٠١	٠,٠٤٤
	المرحلة	١	٣٠٥٧,٦٢	٣٩٧,٩٦٩	٠,٠١	٠,٦٧٠
	النوع×المرحلة	١	٢,٨٨٠	٠,٣٧٥	غ د	٠,٠٢
	الخطأ	١٩٦	١٥٠٥,٨٨٠	٧,٦٨٣		
	المجموع	٢٠٠	٩٤٥٢٤,٠٠			
الصلاة	النوع	١	٢,٢٠٥	٠,٠٦٣	غ د	٠,٠٠
	المرحلة	١	٣٢٨٨,٦٠٥	٩٤,٣٠٨	٠,٠١	٠,٣٢٥

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	حجم التأثير
النوع×المرحلة	١٤٩٦,٠٤٥	١	١٤٩٦,٠٤٥	٤٢,٩٠٢	٠,٠١	٠,١٨٠
الخطأ	٦٨٣٤,٧٠٠	١٩٦	٣٤,٨٧١			
المجموع		٢٠٠				
النوع	٦٦,١٢٥	١	٦٦,١٢٥	٥,٨٠٠	غ د	٠,٠٢٩
المرحلة	٢٠٨٠,١٢٥	١	٢٠٨٠,١٢٥	١٨٢,٤٤٦	٠,٠١	٠,٤٨٢
النوع×المرحلة	٢٢,٤٤٥	١	٢٢,٤٤٥	١,٩٦٩	غ د	٠,٠١٠
الخطأ	٢٢٣٤,٦٦٠	١٩٦	١١,٤٠١			
المجموع	١٠٢٣٩٥,٠	٢٠٠				
النوع	١٦,٢٤٥	١	١٦,٢٤٥	٠,٦٠٨	غ د	٠,٠٠٣
المرحلة	٣٣٣٧,٤٤٥	١	٣٣٣٧,٤٤٥	١٢٤,٩٢٤	٠,٠١	٠,٣٨٩
النوع×المرحلة	٩٢٨,٨٠٥	١	٩٢٨,٨٠٥	٣٤,٧٦٦	٠,٠١	٠,١٥١
الخطأ	٥٢٣٦,٣٠٠	١٩٦	٢٦,٧١٦			
المجموع	١٠٥٣٩٧,٠	٢٠٠				
النوع	٨٨٦,٢٠٥	١	٨٨٦,٢٠٥	٢,٥٨٠	غ د	٠,٠١٣
المرحلة	١٤٣٤٨٧,٢٤٥	١	١٤٣٤٨٧,٢٤٥	٤١٧,٧٥٨	٠,٠١	٠,٦٨١
النوع×المرحلة	٤١٣١,٤٠٥	١	٤١٣١,٤٠٥	١٢,٠٢٨	٠,٠١	٠,٠٥٨
الخطأ	٦٧٣٢٠,٠٢٠	١٩٦	٣٤٣,٤٦٩			
المجموع	٤٨٢٥٩٩١,٠	٢٠٠				

نتائج تحليل التباين (٢×٢) لأثر النوع (ذكور، وإناث)، ومرحلة المرض (الثانية/الثالثة) وتفاعلهما (ن=٢٠٠)

أوضحت النتائج في جدول (٢١) ما يلي:

النوع: وجود أثر دال إحصائياً لمتغير النوع (ذكور-إناث) في أبعاد إدارة الألم حيث كانت قيم ف دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، ما عدا بعدى (الصلاة وزيادة الأنشطة السلوكية)، حيث كانت قيم ف غير دالة إحصائياً.

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

المرحلة: وجود أثر دال إحصائياً لمتغير المرحلة (الثانية/الثالثة) في أبعاد إدارة الألم، حيث كانت قيمة ف دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١.

تفاعل متغيري النوع في مرحلة المرض: عدم وجود أثر دال إحصائياً لتفاعل متغيري النوع والمرحلة في (أبعاد تحويل الانتباه، إعادة تفسير أحاسيس الألم، عبارات التغلب الذاتية، تجاهل أحاسيس الألم، المأساوية) حيث كانت قيمة ف غير دالة إحصائياً بينما كان التفاعل دالاً في أبعاد الصلاة وزيادة الانشطة السلوكية.

جدول (٢٢) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لأبعاد مقياس إدارة الألم وفقاً لمتغيرات

(النوع×المرحلة) وتفاعلهما (ن=٢٠٠)

الانحراف المعياري	المتوسطات الحسابية	المرحلة	الجنس	
٢,٥٣	٢٥,٢٢	الثانية	الذكور	تحويل الانتباه
٢,٢٨	١٨,٠٠	الثالثة		
٤,٠٠	٢٤,٦٤	الثانية	الإناث	
١,٠٧	١٦,٥٨	الثالثة		
٢,٩٩	٢٥,٧٨	الثانية	الذكور	إعادة تفسير
٢,٢٨	١٨,٠٠	الثالثة		
٤,٠٠	٢٤,٦٤	الثانية	الإناث	
١,٠٤	١٦,٦٢	الثالثة		
٣,٠٠	٢٥,٦٢	الثانية	الذكور	عبارات التغلب الذاتية
٢,٨٩	١٨,٧٢	الثالثة		
٢٤,٦٤	٢٤,٦٤	الثانية	الإناث	
١٦,٥٨	١٦,٥٨	الثالثة		
٢٥,٥٨	٢٥,٥٨	الثانية	الذكور	تجاهل أحاسيس
١٨,٠٠	١٨,٠٠	الثالثة		
٢٤,٦٤	٢٤,٦٤	الثانية	الإناث	
١٦,٥٨	١٦,٥٨	الثالثة		
٢٩,٥٢	٢٨,٥٢	الثانية	الذكور	الصلاة
١٥,٩٤	١٥,٩٤	الثالثة		
٧,١٩	٢٤,٢٦	الثانية	الإناث	
٧,٣٦	٢١,٦٢	الثالثة		

د/ شيما محمد زيدان عبد الحي

الانحراف المعياري	المتوسطات الحسابية	المرحلة	الجنس	
٢,٦٥	٢٥,١٢	الثانية	الذكور	المساوية
٢,٢٨	١٨,٠٠	الثالثة		
٢,٨٤	٢٥,٦٠	الثانية	الاناث	
٥,٠٢	١٩,٨٢	الثالثة		
٣,٤٠	٢٨,٤٢	الثانية	الذكور	زيادة الأنشطة السلوكية
٤,٢٠	١٥,٩٤	الثالثة		
٦,٤٦	٢٣,٥٤	الثانية	الاناث	
٥,٩٨	١٩,٦٨	الثالثة		
١٣,٦٧	١٨٥,٢٦	الثانية	الذكور	الدرجة الكلية
١٥,٥٦	١٢٢,٦٠	الثالثة		
٢٧,١٤	١٧١,٩٦	الثانية	الاناث	
١٤,٤٠	١٢٧,٤٨	الثالثة		

تبين من جدول (٢٢) السابق أن المجموعة الأعلى من حيث المتوسطات الحسابية هي مجموعة الذكور في المرحلة الثانية، تليها مجموعة الاناث في المرحلة الثانية، وأخيراً مجموعة الذكور في المرحلة الثالثة ، وكان مرضى السرطان في (المرحلة الثانية) من المرض سواء مع الذكور أو مع الاناث أعلى في متوسطاتها الحسابية على جميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية، و جدول (٢٣) و جدول (٢٤) يوضح دلالة الفروق بين المجموعات والمقارنة البعدية للفروق بين المتوسطات للمجموعات المتعددة .

جدول (٢٣) المقارنات المتعددة بين مجموعتي النوع في أبعاد إدارة الألم

الابعاد	النوع	فروق المتوسطات	الخطأ المعياري	الدلالات الإحصائية
تحويل الانتباه	ذكور	١,٠٠٠	٠,٣٨٠	٠,٠١
إعادة تفسير	ذكور	١,٢٦٠	٠,٣٩٦	٠,٠١
عبارات التغلب على	ذكور	١,٥٦٠	٤١٦	٠,٠١
تجاهل أحاسيس	ذكور	١,١٨٠	٠,٣٩٢	٠,٠١
الصلاة	ذكور	٠,٢١٠	٠,٨٣٥	غ.د
المساوية	ذكور	-١,١٥٠	٠,٤٧٨	٠,٠٥
زيادة الأنشطة	ذكور	٠,٥٧٠	٠,٧٣١	غ.د
الدرجة الكلية	ذكور	٤,٢١٠	٢,٦٢١	٠,٠١

أوضحت النتائج في جدول (٢٣) السابق ما يلي

- وجود فروق في بعد تحويل الانتباه لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ١,٠٠٠ وهي دالة إحصائياً .
- وجود فروق في بعد إعادة تفسير أحاسيس الألم لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ١,٢٦٠ وهي دالة إحصائياً .
- وجود فروق في بعد عبارات التغلب على الألم لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ١,٥٦٠ وهي دالة إحصائياً .
- وجود فروق في بعد عبارات تجاهل أحاسيس الألم لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ١,١٨٠ وهي دالة إحصائياً .
- وجود فروق في بعد عبارات الصلاة لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ٠,٢١٠ وهي غير دالة إحصائياً .
- وجود فروق في بعد عبارات المساوية لصالح الإناث حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ١,١٥٠ وهي دالة إحصائياً .
- وجود فروق في بعد عبارات زيادة الأنشطة السلوكية لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ٠,٥٧٠ وهي غير دالة إحصائياً .
- وجود فروق في الدرجة الكلية لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ٤,٢١٠ وهي دالة إحصائياً .

جدول (٢٤) المقارنات المتعددة بين مجموعتي المرحلة في أبعاد إدارة الألم

الابعاد	المرحلة	فروق المتوسطات	الخطأ المعياري	الدلالات الإحصائية
تحويل الانتباه.	الثانية	٧,٦٤٠	٠,٣٨٠	٠,٠١
إعادة تفسير	الثانية	٧,٩٠٠	٠,٣٩٦	٠,٠١
عبارات التغلب	الثانية	٧,٤٨٠	٤١٦	٠,٠١
تجاهل أحاسيس	الثانية	٧,٨٢٠	٠,٣٩٢	٠,٠١
الصلاة.	الثانية	٨,١١٠	٠,٨٣٥	٠,٠١
المساوية.	الثانية	٦,٤٥٠	٠,٤٧٨	٠,٠١
زيادة الأنشطة	الثانية	٨,١٧٠	٠,٧٣١	٠,٠١
الدرجة الكلية	الثانية	٥٣,٥٧٠	٢,٦٢١	٠,٠١

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

تبين من جدول (٢٤) السابق وجود فروق بين مرضى السرطان (في المرحلة الثانية) ومرضى السرطان (في المرحلة الثالثة) في جميع أبعاد مقياس ادارة الالم لصالح المرضى في المرحلة الثانية.

مناقشة نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

بالنسبة للنوع :

أوضحت نتائج تحليل التباين وجود أثر دال إحصائياً لمتغير النوع (ذكور-إناث) في أبعاد إدارة الألم حيث كانت قيم ف دالة احصائياً عند مستوي ٠,٠١ ، ما عدا بعدى (الصلاة وزيادة الأنشطة السلوكية)، حيث كانت قيم ف غير دالة إحصائياً، وجود فروق في الدرجة الكلية لادارة الالم لصالح الذكور حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات ٤,٢١٠ وهي دالة إحصائياً.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة(Beck,susan.2000) الذي أشار إلى أن الذكور أكثر قدرة على إدارة الالم وتشكيل السياق العام لفهم الام السرطان مقارنة بالإناث، على خلاف نتائج دراسة(براهيمية وبوشلاق، ٢٠١٦) والتي أوضحت وجود فروق دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط والقدرة على ادارة الالم، لصالح الإناث مقارنة بالذكور، كما اتضح وجود فروق في مستوى الضغط لصالح المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي . وعلى الجانب الاخر أوضحت نتائج دراسة (السالم و الفتلاوي ، ٢٠٢١) أن مرضى السرطان يتمتعون بدرجة عالية من إدارة الألم، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السرطان في إدارة الألم وفق متغير النوع (ذكور، إناث)، والعمر ، والتحصيل الدراسي.

وترى الباحثة أن الألم هو أحد الأعراض الشائعة لدى مرضى السرطان، ومن المعروف أن حدة الألم لدى المرضى تختلف من حالة لأخرى وتعتمد على عدة عوامل، وتفسر الباحثة وجود فروق في إدارة الألم بين الذكور والإناث لصالح الذكور في العينة الحالية ، ترجع هذه الفروق إلى العديد من العوامل، منها الاختلافات الهرمونية والجينية والعوامل النفسية، واختلاف أنواع السرطان التي يصاب بها الذكور والإناث، تليها الأعراض والتأثيرات الجانبية المرتبطة بكل نوع من أنواع السرطان وبكل حالة مرضية، وقد يكون ذلك مرتبطاً بعوامل مثل الفروق الهرمونية بين الجنسين وتأثيرها على الألم والقدرة على التحمل، كما يمكن أن تلعب عوامل نفسية مثل الثقة بالله وبالنفس وقوة البنيان والقدرة على التحمل دوراً في قدرة الذكور على

التعامل مع أعراض السرطان بخلاف الانثى عادة يكون بنيانها الجسدي وقدرتها على التحمل أضعف وأقل، كما أن دورها الانثوي من حمل وولادة ورضاع ورعاية ليل نهار للأبناء يستنزف قواها وأوقات راحتها ونوم ليلا ويجهدا ثم يأتي المرض فلا يجد لديها عزم وطاقة تحاربه به. وبالنسبة للتضارب بين نتائج الدراسات السابقة فقد يرجع إلى أن كل حالة من حالات السرطان فريدة بذاتها وتتطلب تقييماً وعلاجاً فردياً وفقاً لطبيعة الفروق الفردية بين المرضى، لذلك ينصح دائماً بالتحدث مع فريق الرعاية الصحية المختص بالسرطان لمعرفة الخيارات المتاحة لعلاج الألم فلا نستطيع الجزم بتفوق جنس على آخر في القدرة على إدارة الألم لأنها أمور نسبية بل ينبغي التحدث فقط عن حدود مجتمع الدراسة التي طبقت عليه أدوات الدراسة.

بالنسبة للمرحلة: أوضحت نتائج تحليل التباين وجود أثر دال إحصائياً لمتغير المرحلة (الثانية/الثالثة) في أبعاد إدارة الألم، حيث كانت قيمة ف دالة إحصائياً عند مستوي ٠,٠١. وأوضحت نتائج تفاعل متغيري النوع X مرحلة المرض: عدم وجود أثر دال إحصائياً لتفاعل متغيري النوع X المرحلة في أبعاد (تحويل الانتباه، إعادة تفسير أحاسيس الألم، عبارات التغلب الذاتية، تجاهل أحاسيس الألم، المساوية) حيث كانت قيمة ف غير دالة إحصائياً بينما كان التفاعل دالاً في أبعاد الصلاة وزيادة الأنشطة السلوكية

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة (قطب وسري، ٢٠١٧) حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية باختلاف (العمر والمستوى التعليمي ومرحلة العلاج)، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن إدارة الألم تسهم إسهام إيجابي دال للتنبؤ بمستوى تمكين الذات لدى مريضات سرطان الثدي في المرحلة الثانية من العلاج عنه في المرحلة الثالثة، كما تتفق مع دراسة (Larowe et al 2020)، والتي توصلت إلى وجود فروق في القابلية للتحفيز والقدرة على إدارة الألم باختلاف مرحلة المرض.

وتفسر الباحثة الفروق في إدارة الألم بين مرضى السرطان في المرحلة (الثانية والثالثة)، إلى أن الألم غالباً ما يكون أكثر حدة في مرحلة السرطان الثالثة، حيث يمكن أن يكون الورم أكبر ويمتد إلى مناطق أخرى من الجسم، كما أن عمليات العلاج المكثفة والعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي في مرحلة السرطان الثالثة يمكن أن يسبب زيادة في الألم.

وبشكل عام، يمكن القول أن الألم يزداد بشكل تدريجي مع تقدم المرض، ويمكن أن يؤدي إلى ظهور أعراض جديدة وتغيرات في وظائف الأعضاء المختلفة، أما في المرحلة الثانية من

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

المرض وفي مراحل المرض الاولى عموماً فيمكن أن يؤثر وجود دعم اجتماعي قوي من الأصدقاء والعائلة على قدرة الشخص على ادارة الألم، كما يمكن أن يؤثر الأسلوب الإيجابي للتعامل مع المرض، والتعاؤل على قدرة الشخص على التحمل و تخفيف الألم، وأيضاً يؤثر الوقت الذي قضاه الشخص في مواجهة المرض على قدرته على التكيف مع الألم.

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

ينص الفرض الرابع على أنه " يمكن التنبؤ بإدارة الألم من خلال متغيري الطاقة النفسية واليأس لدي مرضي السرطان".

وللتحقق من صحة ذلك الفرض ولمعرفة أقوى متغيرات الطاقة النفسية واليأس تأثيراً على إدارة الألم، تم استخدام معادلة الانحدار المتعدد بطريقة Enter على اعتبار أن الطاقة النفسية واليأس متغيرات مستقلة، وإدارة الألم متغير تابع.

وقد قامت الباحثة أولاً بالاطمئنان على تحقق الافتراضات الأساسية لاستخدام تحليل الانحدار المتعدد، وهي اعتدالية البيانات، وكفاية حجم العينة، والذي يشترط أن يكون حجم العينة مساوياً على الأقل لأربعة أضعاف عدد المتغيرات المستقلة وتجانس أو ثبات تباين البواقي، كما كانت قيمة اختبار دورين واتسون Durbin Watson Test أقل من القيمة الجدولية للاختبار عندما تكون العينة ٢٠٠ وعدد المتغيرات المستقلة ٢ ، وباستخدام اختبار تقدير دالة الانحدار وجد أن أنسب نموذج للعلاقة بين إدارة الألم و الطاقة النفسية واليأس هو النموذج الخطي وبلغت قيمة R^2 (٠,٧٢) وهي قيمة مرتفعة وتعني إمكانية تفسير التغير في الطاقة النفسية بدرجة ٧٢% مما يعني قدرة النموذج علي تفسير العلاقة بنفس الدرجة، وبلغت قيمة ف (٢٦٠,٣٣٤) وهي قيمة دالة عند مستوى معنوية (٠,٠١) وبلغت قيمة الثابت ١٦,٠٢٨ وهي دالة احصائياً، وذلك كما يتضح في جدول (٢٥).

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

جدول (٢٥) الطاقة النفسية و اليأس كمنبئات بإدارة الألم باستخدام معادلة الإنحدار المتعدد (ن=٢٠٠)

المتغير التابع	المتغيرات المفسرة	الارتباط المتعدد R	نسبة المساهمة R2	قيمة ف	قيمة الانحدار B	قيمة الانحدار المتعدد Beta	قيمة ت	الدلالة
إدارة الألم	الطاقة النفسية	٠,٧٢٦	٠,٦٠٨	٢٦٠,٣٣٤	١,٧٣٢	٠,٦٢٣	١٤,٣١٣	٠,٠١
	اليأس				-١,٨٧١	-٠,٣٤٤	-٧,٩٠٣	٠,٠١

قيمة ت الجدولية = ٢,٤٢ عند مستوى ٠,٠١ ت = ١,٦٨ عند مستوى ٠,٠٥

وأظهرت النتائج أن قيمة (ف = ٢٦٠,٣٣٤) وهي دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠١ مما يشير الى أن نموذج الانحدار دال احصائيا عند مستوى ٠,٠١ وتفسر النتائج أن المتغيرات المستقلة تفسر ٧٢% من التباين الحاصل في إدارة الألم وذلك بالنظر الى معامل التحديد R2.

وتشير النتائج الى أن قيمة بيتا تساوى -٠,٣٤٤، ويتضح وجود علاقة سالبة بين اليأس وإدارة الألم وهو دال احصائيا عند مستوى ٠,٠١، كما أن قيمة ت = -٧,٩٠٣ وهي دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠١ كما تشير النتائج الى أن قيمة بيتا تساوى ٠,٦٢٣، ويتضح وجود علاقة موجبة بين الطاقة النفسية وإدارة الألم وهو دال احصائيا عند مستوى ٠,٠١ كما أن قيمة ت = ١٤,٣١٣ - وهي دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠١ ويعنى ذلك أن الطاقة النفسية تسهم إيجابيا في إدارة الألم بينما يساهم اليأس سلبيًا في إدارة الألم.

كما نستطيع كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{إدارة الألم} = ١٦,٠٢٨ - ١,٨٧١ (\text{اليأس}) - ١,٧٣٢ (\text{الطاقة النفسية})$$

مناقشة نتائج الفرض الرابع وتفسيرها:

توصلت نتيجة هذا الفرض إلى امكانية التنبؤ بإدارة الألم من خلال اليأس والطاقة النفسية لدى مرضى السرطان ، وأيدت نتيجة هذا الفرض ما أشار اليه نتائج دراسة (Letzen et al. 2019) من تحديد تأثير (التحفيز والادارة الذاتية) وإبراز دور برامج التحفيز في التنبؤ بإدارة الألم لدى مرضى السرطان، كما اتفقت ايضاً مع نتائج دراسة (Ehrich et al, 2021) حيث استخدمت بعض الفنيات والتقنيات خلال هذه الجلسات لتوضيح العوامل

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

المعرفية والعاطفية الكامنة وراء سلوكيات ادارة الألم، و أوضحت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تحفيز الطاقة النفسية والقدرة على إدارة الألم وتكيف التدخلات للتنبؤ بإدارة الألم.

وأسفرت نتائج دراسة (Wang et al, 2021) إلى توضيح مدى ارتباط اعراض الاكتئاب واليأس بإدارة الألم والميل للانتحار، كما أوضحت الدراسة أهمية إدارة الألم، وان المستويات الاعلى من القدرة على ادارة الألم تنتبأ سلبياً باليأس.

وترى الباحثة أن الطاقة النفسية لدى المرضى قد تؤثر على إدارة الألم لديهم فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي التركيز على النشاطات الإيجابية والمرحة وتجنب الشعور بالتوتر والقلق والاكتئاب إلى تخفيف الألم لدى المرضى، بالإضافة إلى ذلك، هناك بعض التقنيات الاسترخائية مثل اليوغا والتأمل والتدليك، والتي يمكن أن تساعد في تقليل التوتر والتوجه نحو الاسترخاء والهدوء، وبالتالي تخفيف الألم، ويتم التنبؤ بقدرة المريض على إدارة الألم من خلال ثقة بنفسه ومدى التفاؤل والتحكم في العواطف ومدى الدعم الاجتماعي وغيرها من العوامل النفسية، ومن الممكن أن يؤثر اليأس الذي يشعر به المرضى المصابين بالسرطان على الطريقة التي يتعاملون بها مع الآلام، ويؤدي ذلك في بعض الأحيان إلى تنبؤ سلبي بإدارتها، فاليأس يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالإحباط والعجز والاستسلام، وهذا قد يؤثر على النظرة العامة للمريض تجاه الحياة والعلاج، ويقلل من مستويات النشاط البدني والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، ويؤدي إلى العزلة والانطواء، مما يؤثر سلباً على الصحة العامة للمريض وقدرته على ادارة الألم، وقد يشعر بعدم الرغبة في محاولة تخفيف الألم أو البحث عن العلاجات المناسبة، مما يؤدي إلى تفاقم الآلام والتنبؤ سلبياً بإدارة الألم.

ثانياً: توصيات ومقترحات البحث

في ضوء ما أسفر عنه البحث الحالي من نتائج ومضمّنات تم تقديم التوصيات والمقترحات التالية:

- تطبيق إجراءات التدخل التي تستخدم فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الألم الناجم عن الأمراض المزمنة وبالأخص مرض السرطان.
 - تدريب العاملين في المستشفيات والمراكز العلاجية على تطبيق البرامج السلوكية المعرفية بالتعاون مع مختصين في مجال علم النفس الصحي بصفته أحد فروع علم النفس.
 - التوسع في الدراسات والابحاث التي تستهدف مرضى السرطان، وإضافة العديد من المتغيرات والبحوث المقترحة.
 - فتح مراكز متخصصة في مجال العلاج المعرفي السلوكي، تختص بتعديل افكار المرضى ورفع مستوى الاستعداد النفسي لديهم.
 - عقد ندوات وجلسات تستهدف تعزيز الطاقة النفسية لدى مرضى السرطان.
- في ضوء نتائج البحث الحالي تقترح الباحثة بعض البحوث وهي كالاتي:
- اجراء برنامج معرفي سلوكي لإدارة الألم والطاقة النفسية وخفض حدة اليأس لدى مرضى السرطان.
 - دراسة تأثير الترفيه الافتراضي على ادارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان.
 - اليأس وعلاقته بقلق المستقبل والتوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان .

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- براهمية، جهاد، و بوشلاق، نادية (٢٠١٦). الألم النفسي لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع٢٧، ٣٠٩ - ٣١٧.
- جاسم، رفعت عبدالله، و حمود، أشواق جبار (٢٠١٦). فقدان الأمل لدى طلبة الجامعة. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، مج٤١، ع٣، ٢٨٧ - ٣٠٤.
- الجبوري، زينب حسن فليح. (٢٠١٢). أثر برنامج مقترح لتمارين الاسترخاء لتخفيف الوزن للحد أو التقليل من عامل القلق لدى المصابات بالبدانة. مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية، مج١٢، ع١، ٣٥ - ٥٤.
- حسان، عبدالكاظم جليل، عباس، رياض نوري، و عيسى، عامر عباس. (٢٠١٧). التمرد النفسي وعلاقته بالطاقة النفسية لدى لاعبي كرة القدم المتقدمين. المجلة الأوربية لتكنولوجيا علوم الرياضة، س٧، ع١١، ٢٦ - ٣١.
- حنتول، أحمد بن موسى محمد. (٢٠٢٠). فقدان الأمل وعلاقته بالشفقة بالذات والتوافق الجامعي لدى طلبة عمادة خدمة المجتمع والتعليم المستمر بجامعة جازان. مجلة جامعة تبوك للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ع٩، ١٨٥ - ٢٠٨.
- خليفة، لينا أحمد خليفة، و بريك، وسام درويش. (٢٠١٤). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان الأهلية
- زهران، سناء حامد. (٢٠١٨). فاعلية برنامج إرشادي قائم على بعض أساليب مواجهة الضغوط لتنمية الطاقة النفسية والرضا الدراسي لدى طلبة الجامعة المجبرين على التخصص. مجلة الإرشاد النفسي، الجزء الأول، ع٥٣، ص٩٤-١٥٠.
- السالم، قاسم مصطفى، الفتلاوي، علي شاكرا. (٢٠٢١). إدارة الألم لدى مرضى السرطان، مجلة الجامعة العراقية المحكمة، مج٧٦٣، ع٢.

الطاقة النفسية واليأس كمنبئين بإدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان

عابد، ولاء محمد كامل. (٢٠٢٢). تأثير برنامج ارشادي نفسي في تعبئة الطاقة النفسية وتحسين المستوى الرقمي لسباحي الزعانف. المجلة العلمية لعلوم التربية الرياضية، ع ٢٨ ، 355 - 383.

عبد الحميد، عماد (٢٠١٩). موقع البيان، دبي،

<https://www.albayan.ae/health/features/2019-02-17-1.3489032>

علوان، نعمات شعبان. (٢٠١٩). دور مقدمي الرعاية في إدارة الألم النفسي لمرضى السرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، ع ١٠ ، ١٤٩ - ١٦٠.

فالق، & باهية. (٢٠٢١). خطة علاجية معرفية مقترحة لإدارة الألم لدى مرضى السرطان (Doctoral dissertation, UB1).

فالق، باهية وعدوان، يوسف. (٢٠٢١). الفعالية الذاتية و إدارة الألم لدى مرضى السرطان. الجزائر، مج. ٥، ع. ١، ص ص. ٤٧-٦٣.

فيصل، ضياء أبو عاصي. (٢٠٢١). فعالية برنامج تدريبي في تحسين مستويي الطاقة النفسية والمناعة النفسية لدى طلاب الجامعة في ظل جائحة كورونا، مجلة كلية التربية، مج ٩، ع ٢٨٤، ١٧٤ - ٢٣٢.

القاضي، عدنان (٢٠٢٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مرضى السرطان في محافظة تعز، مجلة جامعة النجاح للأبحاث - العلوم الإنسانية، جامعة النجاح الوطنية، مج ٣٦، ع ٤٤، ص ص 706 - 669.

قطب، منى محمد أحمد ، سري، هبة اسماعيل (٢٠١٧). تمكين الذات وإدارة الألم لمرضى السرطان التدى. مجلة البحث العلمي في الآداب، جامعة عين شمس ، مج 18 ، العدد (3) ص ص. 1-25 .

محمد، احمد حسنين أحمد (٢٠٠٧) فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروتاتويد المفاصل ، رسالة دكتوراة ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنيا

مخيمر، عماد محمد أحمد. (٢٠٠٣). ادراك الاطفال للأمن النفسي من الوالدين و علاقته بالقلق و اليأس. دراسات نفسية، مج ١٣، ع ٤ ، ٦١٣ - ٦٧٧.

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

مصطفى، محمد علي كامل محمد. (٢٠٠١). دراسة مقارنة لبروفيلات " الضغوط النفسية " والإجهاد النفسي " لدى ثلاثة مجموعات ذات مستويات مختلفة من " الطاقة النفسية الفعالة ". مجلة كلية التربية، ع ٣٠ ، 194 - 224 .
ياسين، حمدي محمد، قطب، مني محمد أحمد، و سري، هبة إسماعيل. (٢٠١٧). تمكين الذات وإدارة الألم لمريضات سرطان الثدي. مجلة البحث العلمي في الآداب، ع ١٨ ، ج ٣ ، ٢٣ - ٦٣ .

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Abela, John RZ, Martin EP Seligman. "The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains." *Cognitive therapy and Research* 24 (2000): 361-378.
- Agboola, S., Flanagan, C., Searl, M., Elfiky, A., Kvedar, J., & Jethwani, K. (2014). Improving outcomes in cancer patients on oral anti-cancer medications using a novel mobile phone-based intervention: study design of a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 3(4), e4041.
- American Cancer Society. (2022). *Children Diagnosed With Cancer: Dealing With Diagnosis*. Atlanta: American Cancer Society
- Avci, Ilknur Aydin, et al. "Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy." *European Journal of Oncology Nursing* 13.4 (2009): 299-303.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-Regulation, ego depletion, and motivation. *Social and personality psychology compass*, 1(1), 115-128.
- Beck, A.T., Brown, G. K., Steer, R.A., Dahlgared, K., & Grisham, JR. (1999). Suicide ideation at its worst point A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29, 1, 1-9
- Beck, AT, Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985) Hopelessness and eventual suicide: a 10- year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation *American Journal of Psychiatry*, 142.559-563
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L (1974) The measurement of pessimism the Hopelessness Scale *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42.861- 865

- Beck, AT. & Steer, RA (1988) Manual for Beck Hopelessness Scale San Antonio, TX: Psychological Corp
- Beck, A & Rebert, (1983), Beck Hopelessness scale Journal of Psychology, 14(3), 332-351
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row.
- Beck, Aaron T., et al. "The measurement of pessimism: the hopelessness scale." Journal of consulting and clinical psychology 42.6 (1974): 861
- Boehnke, K. F., Scott, J. R., Litinas, E., Sisley, S., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2019). Pills to pot: Observational analyses of cannabis substitution among medical cannabis users with chronic pain. The Journal of Pain, 20(7), 830-841. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.01.010>
- Bowman J (2003) sport psychologist Tips for psyching up.
- Brown, B. I. (2012). Nutritional Brain Energy Enhancement for Reducing Mental Fatigue and Improving Mood and Cognition. Journal of Orthomolecular Medicine, 27(4).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, January 8). America's drug overdose epidemic: Data to action. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved March 10, 2020, from <https://www.cdc.gov/injury/features/prescription-drugoverdose/index.html>
- CompaniesandMarkets.com: Pain management is one of the fast growing medical disciplines that reduce chronic pain: United states - pain management therapeutics patients & market analysis (2014)
- Chatham: Newstex. Retrieved from <https://www.proquest.com/blogs-podcasts-websites/companiesandmarkets-com-pain-management-is-one/docview/1642437977/se-2>
- De Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. The Lancet. Global health, 8(2), e180–e190. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7)
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. Canadian psychology/Psychologie canadienne, 49(3),
- Duke, N. N., Borowsky, I. W., Pettingell, S. L., & McMorris, B. J. (2011). Examining youth hopelessness as an independent risk correlate for

- adolescent delinquency and violence. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 87-97
- Ehrlich, O., Brandoff, D., Gorman, D. P., & Berry, D. L. (2021). Nurse-led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals. *Pain Management Nursing*, 22(6), 716-723.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International journal of cancer*, 10.1002/ijc.33588. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>
- Gilman, Sid, and Sarah Winans Newman. *Manter and Gatz's essentials of clinical neuroanatomy and neurophysiology*. Philadelphia, PA: FA Davis, 1996.
- Hall, C. S., & Nordby, V. J. (1999). *A primer of Jungian psychology*. (1973). New York: New American library.
- Hilgard, Ernest R. "Introduction to psychology." (1953.) <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Kısa, Sezer, Simge Zeyneloğlu, and Esra Sergek Verim. "The level of hopelessness and psychological distress among abused women in a women's shelter in Turkey." *Archives of psychiatric nursing* 33.1 (2019): 30-36 .
- Landier, Wendy, Saro Armenian, and Smita Bhatia. "Late effects of childhood cancer and its treatment." *Pediatric Clinics* 62.1 (2015): 275-300.
- LaRowe, L. R., Rother, Y., Powers, J. M., Zvolensky, M. J., Venable, P. A., & Ditte, J. W. (2020). Pain self-efficacy, race, and motivation to quit smoking among persons living with HIV (PLWH). *Addictive behaviors*, 105, 106318
- Letzen, J. E., Seminowicz, D. A., Campbell, C. M., & Finan, P. H. (2019). Exploring the potential role of mesocorticolimbic circuitry in motivation for and adherence to chronic pain self-management interventions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 98, 10-17.
- Lu, F. J., Gill, D. L., Yang, C. M., Lee, P. F., Chiu, Y. H., Hsu, Y. W., & Kuan, G. (2018). Measuring athletic mental energy (AME): instrument development and validation. *Frontiers in psychology*, 9, 2363
- Melanie R. Lovell, MBBS, PhD, FRACP, (2005). *Patient Education, Coaching and self-management for cancer pain*, *Journal of clinical*
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1988). *The challenge of pain* (p. 15). London: Penguin.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (2008). *The challenge of pain*. Updated

- Molton, I. R., Jensen, M. P., Nielson, W., Cardenas, D., & Ehde, D. M. (2008). A preliminary evaluation of the motivational model of pain self-management in persons with spinal cord injury-related pain. *The Journal of Pain*, 9(7), 606-612.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3), 150-161.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531.
- Posner, M.; Rothbart, M. (2010): The concept of energy in psychological theory: Cognitive science program, technical. *American Psychologist*.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(83\)90125-2](https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90125-2)
- Sindik, J., Botica, A., & Fiškuš, M. (2015). Preliminary psychometric validation of the Multidimensional inventory of sport excellence: attention scales and mental energy. *Montenegrin Journal of Sports Science and Medicine*, 4(2), 17.
- Sjøgren, P., Ekholm, O., Peuckmann, V., & Grønbaek, M. (2009). Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *European Journal of Pain*, 13(3), 287- 292. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.007>
- Soygüt, Gonca, and Işik Savaşir. "The relationship between interpersonal schemas and depressive symptomatology." *Journal of Counseling Psychology* 48.3 (2001): 359.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Jean, C. Y., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703.
- The physiology and psychology of pain. In C. Starkey (Ed.), *Therapeutic modalities for athletic therapists* (2nd ed., pp. 36-67). Philadelphia: F.A. Davis.
- Tracey, Irene, and Patrick W. Mantyh. "The cerebral signature for pain perception and its modulation." *Neuron* 55.3 (2007): 377-391 .

- Tucker, Raymond P., et al. "Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness." *Psychiatry research* 259 (2018): 427-432
- TSCHIDA, S. L. Cannabis-Based Treatments for Chronic Pain Management in Veterans (Doctoral dissertation, Fielding Graduate University .)
- Wang, J., Xu, J., Ma, Z., Jia, C., Wang, G., & Zhou, L. (2021). The Mediating Role of Depressive Symptoms, Hopelessness, and Perceived Burden on the Association Between Pain Intensity and Late-Life Suicide in Rural China: A Case–Control Psychological Autopsy Study. *Frontiers in psychiatry*, 12
- WHO(2022). <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- World Health Organization. (2018). Cancer in children <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
- Wozniak, Robert H. *Mind and Body: René Descartes to William James*. National Library of Medicine; Washington, DC: American Psychological Association, 1992.
- World Health Organization(WHO).(2022). Cancer
- Yildirim, Y. K., Sertoz, O. O., Uyar, M., & Fadiloglu, C. (2006). 557 THE RELATIONSHIP OF PAIN AND HOPELESSNESS IN PATIENTS WITH CANCER. *European Journal of Pain*, 10(S1), S147-S147

Psychological energy and hopelessness as predictors of pain management among a sample of cancer patients

Shaima Mahmoud Zidan Abdelhai

Department of Psychology, Faculty of Human Studies, Dakahlia,
Al-Azhar University, Egypt

Summary:

The current research aimed to identify the relationship between pain management and both hopelessness and psychological energy in a sample of cancer patients, and also to reveal the differences in the mean scores of a sample of cancer patients on the pain management scale according to the variable of gender (males / females) and the stage of the disease (The second stage - the third stage) and the interaction between them, also verifying the possibility of predicting pain management in light of the dimensions of psychological energy and despair in a sample of cancer patients. The basic research sample consisted of (200) cases of cancer patients ranging in age from (35-50) years, with (100) females and (100) males. The researcher used the comparative descriptive approach to achieve the research objectives, and to verify this, three scales were applied: The scale of psychological energy for cancer patients (prepared by the researcher), the Beck Hopelessness Scale (Beck et al, 1974). The pain management scale was prepared by Resenstiel and Keef (Resenstiel & Keefe, 1983), and the search results revealed a positive and statistically significant correlation at the level (0.01), (0.05) between the factors of the pain management scale and the score and the factors of the psychological energy scale and the total score, respectively. In cancer patients, except for the factor of tragedy and enjoyment of life, there was no significant relationship between them. There is a negative and statistically significant correlation at the level (0.01) between the factors of the pain management scale and the total score and the total score of the hopelessness scale in cancer patients 0.01, there was a statistically significant effect of the stage variable (second/third) in the factors of pain management, at the level of 0.01. The result of the study also reached the possibility of predicting pain management through hopelessness and psychological energy in cancer patients.

Keywords: psychological energy, Hopelessness, pain management, cancer patients.