

## شدة الألم وأثرها في الحالة الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان

د. سام صقور\*

### الملخص

هدف البحث إلى قياس مستوى شدة الألم عند مرضى السرطان، وتقييم انعكاسه على الحالة الانفعالية (قلق واكتئاب)، وعلى جودة الحياة بأبعادها المختلفة (المزاج، والقدرة على المشي، والأعمال الاعتيادية اليومية، والعلاقة مع الآخرين، والنوم، والرغبة بالحياة)، وبيان الفروق بين الجنسين في شدة الألم، وتحديد هل كان التعبير عن الألم وانعكاسه على الحالة الانفعالية وعلى جودة الحياة متشابهاً أم مغايراً حسب متغير الجنس؟ وبيان الفروق بين المرضى في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية، وعلى جودة الحياة تبعاً لشدة الألم. وتحديد العلاقة بين الحالة الانفعالية وجودة الحياة بأبعادها كلها. استخدم سلم (EVA) لقياس شدة الألم، ومقياس (HADS) الذي يهتم بالجانب الانفعالي للألم بمركبيه الاكتئاب والقلق، وقيّم المركب السلوكي للألم بواسطة اختبار (QCD) الذي يهتم بانعكاس الألم على جودة الحياة.

اختُبر (42) مريضاً يعانون من سرطان الدم (اللنفوما واللوكيميا) مراجعين ومقيمين في المستشفى، (22) أنثى و(20) ذكراً أعمارهم تراوح بين (40-65) سنة. أظهرت النتائج أن شدة الألم عند المرضى من كلا الجنسين تُقدر بأنها متوسطة، ويوجد فروق ملحوظة بين الجنسين في مستوى شدة الألم لصالح الإناث، ويتغير أثر الألم في الحالة الانفعالية في بُعد القلق حسب جنس المريض لصالح الإناث، ولا يوجد أي اختلاف بين الجنسين في بُعد الاكتئاب، ولا يختلف انعكاس الألم على جودة الحياة بمركباتها كلها عند المرضى من كلا الجنسين باستثناء بُعد الرغبة في الحياة لصالح الإناث. كما بيّنت

\* كلية التربية، قسم الإرشاد النفسي، جامعة تشرين.

نتائج البحث عدم وجود فروق بين المرضى في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية وعلى جودة الحياة تبعاً لشدة الألم (الضعيفة، المتوسطة، الشديدة)، ووجود علاقة واضحة وجلية بين الحالة الانفعالية، ببعديها القلق والاكتئاب وجودة الحياة بأبعادها كلها

**الكلمات مفتاحية:** شدة الألم، الحالة الانفعالية، جودة الحياة، مرضى السرطان

## **The effect of pain intensity on emotional state and quality of life on cancer patients sample**

**Dr.Sam Sakour\***

### **ABSTRACT**

The objective of the research is to study the influence of sex on the pain intensity, the impact of pain on emotional state (anxiety, depression), and the quality of life (mode state, ability to walk, usual daily activities, relationships, sleep, the will to live) and the differences between the two sexes. We hypothesize that the patient's sexual background influences the intensity of pain. The impact of pain on the emotional state and also on the quality of life changes according to sex background and showing the differences between patients in the impact of pain on the emotional state or on the quality of life according to the severity of pain. Defining the relationship between the emotional state and the quality of life in all aspects.

(EVA) scale was used to measure pain intensity, and (HADS) scale was used for the emotional state (anxiety, depression) and (QCD) scale which studies the impact of pain on the quality of life. We reviewed (22) cases of female patients and (20) cases of male patients, aged between (40 and 65), suffering from blood cancer (lymphoma and leukemia). The results showed that the average of pain intensity of both sexes is moderate. A significant difference is found between both sexes (for females) in pain intensity and in the impact of pain on anxiety. There were no significant differences between both sexes in the impact of pain of depression and the quality of life except the will to survive.

---

\* Department of psychological counseling - Faculty of Education - Tishreen University - Syria

There were no significant difference in the impact of pain on the quality of life according to the intensity of pain (weak, moderate, severe). A strong relationship is found between the emotional state (anxiety and depression) and the quality of life in all aspects.

**Key Words:** pain intensity- emotional state- quality of life - cancer patients.

**المقدمة:**

يُعدّ تقييم الألم خطوةً ضروريةً نحو المداواة ومرحلةً أساسيةً لراحة المريض، إذ تسمح بمقابلة التقييم بتحديد شدة الألم، وتساعد على التشخيص المناسب، وتسهم بقيام علاقة وثيقة بين المعالج والمتعالج. يستخدم المريض خلال المقابلة تعبيرات حسيةً وانفعاليةً من أجل وصف ألمه المعيش، فمن خلال هذه التعبيرات يمكن أن يتكوّن لدينا فهمٌ عميقٌ للألم، وهذا ما يسهّل على المعالج القيام بإجراءات العناية بمريضه. هكذا نجد أن التعبيرات المؤلمة عند المريض تتأثر بإدراكه وفهمه لبيئته الثقافية والاجتماعية والعائلية، وخبراته السابقة عن الألم. فالعوامل البيولوجية والنفسية والثقافية والاجتماعية تسهم في إدراك المريض وتعبيره عن الألم، كاثيبراس (Cathébras, 2009). وتُعرف الجمعية العالمية لدراسة الألم<sup>1</sup> (IASP) الألم عام 1979 بأنه "خبرة حسية انفعالية لحالة من الانزعاج، والضيق أو عدم الارتياح ترتبط بإصابة أو أذية نسيجية حقيقية". هذا التعريف يؤكد النظرة الشمولية لتركيبات الألم. فالحالة الانفعالية لا تكون نتيجةً بسيطةً للإحساس بالألم فقط، بل هي انعكاس لخبرات المريض السابقة عن ألمه. ضمن هذا السياق، يعدّ تقييم الألم مرحلةً صعبةً لأنه يقوم على تقييم موضوعي لظاهرة ذاتية، إذ إنّ كلّ مريض يشعر بالألم بطريقة تختلف عن غيره ويصفه بتعبيراته الخاصة. من الجدير بالذكر الإشارة إلى أن عتبة الألم متماثلة عند البشر كلّهم لكنّ عتبة تقبله وتحمله تختلف من شخص إلى آخر. وهذه الاختلافات في عتبة تقبل الألم تعكس استجابات سلوكيةً مختلفةً من حيث التنوع في البيئة الاجتماعية والثقافية للمريض التي تؤدي دوراً مهماً في إدراكات الفرد لألمه ضمن سياق (أسبابه، وآلية التخلص منه، الوقاية منه)، فضلاً عن نوع المرض، ومرحلته وجنس المريض، كما أشار إلى ذلك سيدراشي (Cedraschi, 2003). هكذا يُمكن أن يُعدّ الألم بأنه منبّه مؤدٍ يقوم كلّ مريض بالتعبير عنه بطريقة الخاصة.

<sup>1</sup> IASP : International Association for the Study of Pain

### أولاً- مشكلة البحث:

تعدّ دراسة سيكولوجية الألم ثانويةً في مجتمعنا، فهي لا تلقى الاهتمام الكافي من قبل المختصين، إذ ينصب الاهتمام على مراحل تطور المرض والتقنيات المتعلقة للحد منه، والنتائج السلبية للمسكنات وأخطارها على المريض. ويُشكل الألم السرطاني محوراً أساسياً في البحث الحالي، إذ إنه يتصف بطبيعة معقدة ويظهر بأشكال متعددة (آلام ضاغطة، وآلام عصبية... الخ)، ونتائجه خطيرة على الحالة النفسية والسلوك اليومي للمريض، وهي لا تنعكس عليه فقط بل على عائلته ومحيطه والعاملين في مجال الصحة أيضاً. كما يتوقف هذا الألم على نوع السرطان، ومرحلة المرض، والعلاج المستخدم، ومن ثم فإن تشجيع المرضى على التعبير عن ألمهم سيساعدهم على التخفيف منه. ومن المعروف أن الآلام ذات المنشأ السرطاني شائعةٌ سريريّاً، وتظهر بأشكالٍ متعدّدة، وتشكل مشكلةً تلامس كثيراً من المرضى. بحسب منظمة الصحة العالمية فإنّ (35%) من المرضى يعانون من الألم في المراحل الأولى للمرض، في حين (82%) منهم يعانون في المراحل المتقدمة (Sophie & Bondeau, 2008). فآلية الألم معقدة في هذا المرض؛ كونها ترتبط بانضغاط الأعصاب، وإفراط التنبيهات الألميّة، والتأثيرات الثانوية للأدوية. لذلك يجب عدم إهمال الألم السرطاني حتى لو كان خفيفاً، وذلك لالتصافه بعنصر الاستمرارية.

يعدّ مرض السرطان مشكلة الصحة العامة في بلدان العالم كلّها كما في بلدنا، فمازلنا لا نجرؤ على التلّفظ بهذه الكلمة في ثقافتنا وإمّا نستبدلها بـ «مرض عضال أو ذاك المرض» لما تحمله هذه الكلمة من وقعٍ مميت. يُعدّ هذا المرض السبب الثاني للوفيات في البلدان المتطوّرة، وهذا ما نجده من خلال المعطيات الوبائية التي تعرض ميلاداً داعماً لذلك، وبدوره بدأ يظهر في البلدان التي تسير باتجاه التطور. وحسب دراسة منظمة الصحة العالميّة (2002) تبيّن أنّ نسبة الوفيات بسبب مرض السرطان تشكّل (12%) من وفيات العالم، وستزداد هذه النسبة في السنوات العشرين القادمة إلى (50%)، وذلك

نتيجة زيادة عوامل الخطورة حسب المعهد الوطني للسرطان<sup>2</sup> INCa. وحسب إحصائية منظمة الصحة في سورية في تقريرها الوطني عام (2011)، بلغ عدد الأشخاص المُصابين بمرض السرطان (سوريون وغير سوريين) بين عامي (2002 - 2007) ﴿73198﴾ شخصاً، أي ما يشكّل ستين حالة سرطان من كل مئة ألف مواطن. وهذا ما يزيد بنسبة ثلاثة أضعاف على المعدّل العام في بقية البلدان. وقد اختير سرطان الدم من بين أشكال السرطان الأخرى، لأنّه يُعدّ ضمن قائمة الأمراض الخبيثة العشرة الشائعة في العالم التي تصيب الرجال والنساء على حد سواء، ويسبّب لصاحبه أعراضاً وشكاوى كثيرة، فضلاً عن مجموعة من الأضرار النفسية والاجتماعية التي تُخلفها الزيارة المتكررة إلى المستشفى لأخذ الجرعات الدوائية. وبالعودة إلى التقرير الوطني لأمراض السرطان في عام (2011) فإنّ سرطان الدم عند الرجال في سورية يحتلّ المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة، أمّا عند النساء فيأتي بعد سرطان الثدي.

تجذب دراسة الفروق بين الجنسين اهتمام كثير من الباحثين، بيد أن هناك قلة في الدراسات التي تهتمّ بدراسة هذه الفروق في مجال سيكولوجية الألم خصوصاً في مجتمعنا. يُعتقد أنّ المرضى المُصابين بالمرض نفسه لديهم أعراضٌ متقاربة وشكاوى متشابهة بشكلٍ كبيرٍ لكي يعبروا عن الألم الذي يشعرون فيه بغض النظر عن جنسهم الذي ينتمون إليه. هناك بعض الأعمال التي اهتمت بالمنحى التجريبي والإكلينيكي لتقييم شدة الألم حسب متغير الجنس أكدت أنّ الاختلافات بين الجنسين في إدراك الألم وتقديره لا تكون واضحة حتى إنّها ليس لها أية دلالة (Marchand, 1998). في حين أنّ دراسة أخرى قام فيها كل من بيغيت وزملائه (Piguet, et al., 1998) عرضت أن النساء يُقيّمون الألم بشكل أكثر ارتفاعاً وحدّة واستمرارية من الرجال. وتعكس نتائج هاتين الدراستين تناقضاً واضحاً في الدور الذي يؤديه جنس المريض في إدراكه لألمه. وهناك دراسات أخرى لانتاس وزملائه (Untas, et al., 2009) تؤكد أن الإناث لديهم

<sup>2</sup> INCa : (l'Institut national du cancer).

حساسية نحو المتبّهات المؤلمة بشكل أكبر من الذكور، وكذلك في إدراك الألم والتعبير اللفظي عنه، وبعضهم ينفي وجود أية فروق بين الجنسين. فضلاً عن ذلك، هناك خلاقات كثيرة في هذه النقطة، مع ذلك عندما تُقاس عتبة تحمّل الألم، فإن الأدلة تشير إلى أن الرجال تتحمل أكثر من النساء.

في هذا البحث، يكشف عن دراسة مقارنة بين مرضى السرطان من كلا الجنسين في تقييم الألم وانعكاسه على الحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب)، وعلى جودة الحياة لديهم. يكمن الهدف بعرض أهمية دور جنس المريض في هذه التقييمات. لذلك يُسجل هذا العمل ضمن البحوث المقارنة التي يهتم فيها علم النفس المرضي وعلم النفس الفارقي التي تتعلق بطبيعة الألم.

هكذا تتلخّص إشكالية البحث بالسؤال الآتي:

**ما نقاط التقارب والتباين بين مرضى سرطان الدم من كلا الجنسين في تقييم شدة الألم، وانعكاسه على حالتهم الانفعالية، وجودة حياتهم؟**  
**ثانياً- أهمية البحث:**

تكمن أهمية البحث في كونه من الأعمال النادرة التي تبحث عن سيكولوجية الألم في البيئة العربية. ويمكن لهذا البحث أن يساعد مرضى سرطان الدم على التعرف بشكل أفضل الى شدة الألم المحسوسة لديهم، وأثرها في المكونات المتمثلة بالحالة الانفعالية، وجودة الحياة، مما يساعدهم على فهم حالتهم النفسية والانفعالية والسلوكية بشكل أفضل.

تكمن أهمية هذا البحث بالنسبة الى الاطار الطبيّ في محاولة تحسين التشخيص والعناية بالألم للمرضى، من خلال إعطاء المسكنات والمهدئات التي تتناسب مع شدة الألم لكل مريض، والكشف عن الفروق بين الجنسين في شدة الألم، وانعكاسه على حالتهم النفسية والسلوكية خلال العلاج، والعمل على تحسينها.

من الممكن تقديم صورة علمية للقائمين في وزارة الصحة لابتكار خطط وبرامج إرشادية نفسية، تساعد المرضى على التخفيف من شدة الألم، وتحسين حالتهم النفسية



وجوده حياتهم من خلال إنشاء فريق عمل إرشادي ملازم للاطار الطبي يعملون من خلاله على مساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم والتغيرات التي تنجم عنه.

#### ثالثاً- أهداف البحث:

تتطلق أهداف البحث الحالي مما يأتي:

- قياس مستوى شدة الألم فهي ضعيفة أم متوسطة أم قوية عند مريض السرطان.
- تقييم انعكاس الألم على الحالة الانفعالية هل هناك حالة قلق واكتئاب أم لا لدى مرضى السرطان.
- تحديد انعكاس الألم على جودة الحياة وتقييم أثارها عند مرضى السرطان.
- توضيح الاختلافات في شدة الألم عند المرضى المصابين بالسرطان حسب جنس المريض.
- تحديد هل كان التعبير عن الألم، وانعكاسه على الحالة الانفعالية، وعلى جودة الحياة متشابهاً أم مغايراً لكلا الجنسين؟
- تقييم انعكاس الألم على الحالة الانفعالية، وعلى جودة الحياة حسب شدة الألم عند مرضى السرطان.
- قياس العلاقة بين انعكاس الألم على الحالة الانفعالية، وانعكاسه على جودة الحياة لدى مرضى السرطان.

#### رابعاً- فرضيات البحث:

من أجل تحقيق الأهداف المنشودة لهذا البحث يمكن صياغة الفرضيات الآتية التي سنختبر عند مستوى الدلالة  $0.05$ :

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم الذكور والإناث في شدة الألم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم الذكور والإناث في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية  $\langle$ قلق واكتئاب $\rangle$ .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم الذكور والإناث في انعكاس الألم على جودة الحياة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية، ببعديها القلق والاكتئاب تبعاً لشدة الألم ﴿ضعيف، متوسط، شديد﴾.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم في انعكاس الألم على جودة الحياة بأبعادها كلها تبعاً لشدة الألم ﴿ضعيف، متوسط، شديد﴾.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات مرضى سرطان الدم في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية، وانعكاسه على جودة الحياة.

#### خامساً- حدود البحث:

- حدود بشرية: عينة من مرضى سرطان الدم ﴿للمفوما واللوكميا﴾ مراجعون ومقيمون في المستشفى.
  - حدود موضوعية: دراسة شدة الألم وأثرها بالحالة الانفعالية، وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان باستخدام الأدوات المناسبة.
  - حدود مكانية: أجريت مقابلات التقييم في محافظة اللاذقية ﴿مستشفى تشرين الجامعي قسم أمراض السرطان﴾.
  - حدود زمنية: المدة الممتدة بين شهري نيسان وأيار من عام 2016.
- سادساً- مصطلحات البحث النظرية وتعريفاته الإجرائية:
- الألم (Pain):** هو عبارة عن خبرة غير سارة من المشاعر والأحاسيس، مرتبطة بضرر حاد أو كامن في النسيج الحي (برويكر وآخرون، 2003).

**شدة الألم (Pain intensity):** التعبير الكمي والنوعي للحالة المحسوسة بالألم من قبل المريض، وتتدخل فيها عوامل عدّة انفعالية، ومعرفية، وسلوكية، واجتماعية (Boureau, Luu, & Doubrère, 1995, 699).

تُعرف إجرائياً: بأنها الدرجة التي يعطيها المريض عن ألمه على مقياس **Échelle visuelle analogique (EVA)** المستخدم في البحث الحالي التي تراوح بين  $0-10$ .

**الحالة الانفعالية (Emotional state):** الانفعالات غير المحببة التي يترافق معها الألم، وترتبط بالهروب من منبه مؤذٍ، وتتجلى بصور مختلفة، كانفعالات الحرمان والغضب والخوف والقلق والاكتئاب.

يُعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس انعكاس الألم على الحالة الانفعالية قلق واكتئاب **HADS**.

**جودة الحياة (Quality of life):** السلوكيات المرتبطة بوجود، الألم لفظية أو غير لفظية، التي تفسد حياة المريض تتجلى بتعبير الشكوى، والنوم، والعلاقات مع الآخرين... الخ (Brasseur, Guilbaud, & Chauvin., 1997).

يُعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المريض في مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة بأبعاده المختلفة **QCD**.

#### الإطار النظري:

تقود دراسة الألم إلى فهم طبيعة المرض بطريقة أفضل، وتطوير خطّه فعّالة للمداواة عند المرضى. لذلك ينطلق المفهوم المتبنى في هذا البحث عن سيكولوجية الألم من رؤية متعددة الأبعاد. فقد عرض بورو (Boureau, 1988) الأبعاد الأساسية التي ينطلق منها الألم، والتي تمحورت حول التركيبات الآتية:

- التركيبية الحسية: تتوافق مع الآلية الفزيولوجية -العصبية التي تكشف عن الرسالة المؤلمة من خلال خاصيتها «قارص، حارق...»، استمراريتها «يزداد، ينقص...»، شدتها «ضعيف، قوي...»، وتموضعها في الجسم.
- التركيبية الانفعالية: تتمثل بالحالة المزعجة التي نشعر فيها مثل: «بضايق، شاق، لا يحتمل، مقلق...الخ». تندمج هذه التركيبية مع تجارب الألم المكتسبة، وتتطور إلى حالة أكثر تعقيداً مثل: القلق والاكتئاب. لا تتحدد هذه التركيبية بالمنبه الضار نفسه فقط، وإنما بالسياق الذي يجري فيه الألم، والمعنى الذي يعطيه المريض له، وتطوره.
- التركيبية المعرفية: تشير إلى العمليات العقلية التي تؤثر بإدراك الألم وتتحدد بالتفسيرات، والتوقعات والقيم الممنوحة للألم، ويمكن أن تتجلى بالمعيشة الذاتية له، أو ملاحظته عند الآخرين. تبعاً لهذه التركيبية تتحدد السلوكيات المتبناة من قبل المريض، إما من خلال تجاهل المرض، وإما بالتعايش معه.
- التركيبية السلوكية: تشمل التعبيرات اللفظية «شكاوى، أنات، صراخ...»، والتعبيرات غير اللفظية «التعرق، وزيادة في خفقان القلب، والتقبض الشرياني، والتهايج، ووضعيات معينة للجسم...» تُلاحظ عند الشخص المتألم. تؤدي تجارب المريض السابقة مع الألم، والمحيط العائلي والثقافي، والمستوى الاجتماعي الذي ينتمي إليه، وجنسه وعمره دوراً كبيراً في تعديل هذه التعبيرات نحو المنبهات المؤلمة. وتبرز هذه التركيبية من خلال الأنشطة اليومية الاعتيادية، كالقابلية للطعام، والنوم، والقدرة الجنسية ... الخ.
- التركيبية الاجتماعية: تتجلى بطرائق متنوعة حسب نمط الشكوى، إذ يرتبط الألم بهذه الإشارات، مثل: الحالة المهنية «نمط العمل، عاطل عن العمل، فاقد الوظيفة...»، سياق الألم «العسكرية، والمدنية...». الوسط الاجتماعي والمستوى الدراسي ونظام التأمين الصحي، تؤدي دوراً مباشراً مع عوامل الخطورة خصوصاً في حالة الأمراض المزمنة.

### أثر الألم في الحالة الانفعالية:

يؤدي الألم إلى مضاعفات ثانوية وانعكاسات خطيرة على الحالة النفسية والجسدية للمريض، مثل: القلق والحزن وفقدان الاستقلالية والاكتئاب، وتدهور القدرة الوظيفية والمناعية، واضطراب نظام النوم... إلخ. وفي دراسة أجراها فاد وآخرون (Wade *et al.*, 1990) هناك خمسة أحاسيس أساسية مصاحبة لإدراك الألم هي: الاكتئاب، والقلق، والحرمان، والغضب، والخوف التي يمكن أن تعدل من الأعراض الجسدية والنفسية التي يعبر عنها المريض. في ضوء ذلك يُمكن أن يكون الألم "انفعالياً سلبياً معاكساً للسعادة". يُعدّ الاكتئاب والقلق أكثر الأعراض شيوعاً وملزمةً عند المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة (Serra, 1999). وهذان الاضطرابان أساسيان للألم، ويمكن أن يؤديا إلى تعقيد المرض المزمن، ويُشكلان واقعاً ملموساً في التشخيص السريري (Pelissolo, 2008). وأشارت دراسة بوتوملي (Bottomley, 1998) إلى أن أعراض الاكتئاب تؤدي إلى قلة في النوم، وفقدان الشهية، والرغبة والاهتمام بالحياة، وفقدان التركيز، والأفكار الانتحارية في الحالات الخطيرة. فضلاً عن ذلك، فإن العلاقة بين الألم والاكتئاب يمكن تناولها من منظور سلوكي معرفي. وبحسب بيك (Beck, 1976) فإن المستويات المعتدلة للاكتئاب تلتفت الانتباه إلى الألم، في حين المستويات الشديدة تؤدي إلى فقدان الطاقة وضياح التركيز. ويكون القلق شعوراً اعتيادياً عند المرضى الذين يعانون من آلام حادة أو مزمنة، ويُترجم من خلال مظاهر نفسية وجسدية مثل الانخفاض في الأنشطة، والتدهور في الحالة الصحية والجسدية. وهكذا يصعب تفسير الألم العضوي الذي يترافق بالمقام الأول بأعراض القلق والاكتئاب، ومن ثمّ تختلط مظاهر الألم الناتجة عن مرض السرطان بالألم الناتج عن علاج أعراض الاكتئاب والقلق، كالتعب، وفقدان الشهية، واضطراب النوم، وانخفاض التركيز والطاقة. لذلك يُعتقد أنّ ازدياد الاكتئاب والقلق عند مرضى السرطان يؤدي إلى استجابة سلبية نحو المداواة،

وكذلك ارتفاع خطر الانتكاس، في حين انخفاضهم يسهم في تحسين الحالة النفسية عند المريض، ويساعده على التعبير عن معاناته بشكل أفضل.

### أثر الألم في جودة الحياة:

يُعدّ مفهوم جودة الحياة واسع الانتشار في العلوم النفسية والصحية، ويؤثر بطريقة معقّدة في الصحة الجسدية للمريض، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليتته، وعلاقاته الاجتماعية، وارتباطه مع بيئته، ويرتبط بأبعادٍ ذاتية وموضوعية، ممّا يجعله غامضاً ومعقّداً. فالآلام الخفيفة تصبح لا تُطاق عندما تُشكّل إعاقة، أو صعوبة يومية. توجد مظاهر عديدة لتأثير الألم في جودة الحياة في مجال الصحة، مثل: استحالة العمل والصعود على الدرج والبقاء واقفاً... وحسب المدخل السلوكي، تُعزى أغلب السلوكيات المؤلمة إلى التعلم المشروط (Laroche, 2009). وهناك مُسلمةٌ عند المعالجين تقول: إن المحافظة على الحياة مدة قصيرة بجودة عالية تكون أكثر قبولا. وبحسب كل من بروس وبوازوبيت (Brousse & Boisauvert, 2007) يجب أن يكون المريض تحت المراقبة بشكل منهجيّ ومستمرّ لتقييم جودة الحياة لديه في إطار الاستشارات السرطانية، ممّا يشكّل خطوةً مهمّةً نحو مداواة. فتقييم جودة الحياة ضروري، وله أهميته خصوصاً عند مرضى السرطان، ولا بدّ من تقييمه من قبل المريض نفسه، لأنّه مفهوم ذاتي متعدد الأبعاد، يتضمن: الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية. لذلك يكون تقييمه صعباً. يمكن لبعض المرضى أن يقدّروا جيداً جودة حياتهم رغم أنهم يعانون من مشكلات جسدية حادة (Babin, Joly, Vadillo, & Dehesdin, 2005). وفي بحث قام فيه كل من شروب وميرسير وارفوا (Schraub, Mercier, & Arveux, 2000) وجدوا أن المرضى المصابين بالسرطان (sarcoma) ولديهم طرف مبتور ويُعالجون بالأشعة، قيّمت جودة الحياة بين سنة وثلاث سنوات من العلاج، كانت النتائج عكس التوقعات، إذ أشارت إلى أن هؤلاء المرضى أفضل من المرضى الذين لم يتبرأ أطرافهم، وقدموا صعوبات أقلّ في أنشطتهم اليومية وحالتهم الانفعالية وحركاتهم. ويبدو من ذلك أنه من

المستحيل تقييم أبعاد جودة الحياة كلّها عند المصابين بمرض مزمن، وخصوصاً مرضى السرطان، إذ يؤثر العلاج في القدرة الجنسية عند المرضى، ويعمل على إنهاكها، لذلك من غير الضروري الحديث عنها (Monga, Tan, Osterman, & Henry, 1997) يبدو أن المساندة والدعم، يساعدان المريض على تحسين جودة حياته.

سابعاً- الدراسات السابقة:

1- دراسات عربية:

➤ دراسة فقيه (2002):

عنوان الدراسة: دراسات اكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة.

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين مرضى السرطان والأصحاء في حدة الأعراض النفسية، وهل تختلف حدة هذه الأعراض باختلاف موقع الإصابة وباختلاف جنس المريض. طبقت الدراسة على عينة من (150) مريض سرطان، ومثلهم من الأصحاء في السعودية باستخدام مقياس قائمة مراجعة الأعراض المختصرة (SCL 90)، ومقياس الحالة المزاجية (ليبك)، واختبار تفهم الموضوع (TAT). أظهرت النتائج أن مرضى السرطان أكثر اكتئاباً وقلقاً وخوفاً وعدواناً من الأصحاء، كما وجدت فروق بين المرضى حسب الإصابة بنوع المرض في الاكتئاب، والأبعاد التي تقيسها قائمة الأعراض المختصرة، مما يدلّ على أن نمط الإصابة يؤثر في الحالة النفسية للمريض، ووجود فروق دالة احصائياً بين الجنسين من مرضى السرطان في الاكتئاب، والأبعاد التي تقيسها قائمة الأعراض المختصرة لصالح الذكور.

➤ دراسة مرازقة (2009):

عنوان الدراسة: مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم، واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. شملت عينة الدراسة (52) مريضاً، ﴿27﴾ ذكراً، ﴿25﴾ أنثى، يعانون أنواعاً مختلفة من مرض السرطان. تراوح أعمارهم بين (21-56) سنة في مدينة الجزائر. أظهرت الدراسة النتائج الآتية: ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم، واستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم تعزى لمتغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في متوسط استراتيجيات المواجهة تعزى gglijdyvhj ktsih . ووجود علاقة ارتباطية جزئية بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وكل من البعد الداخلي والخارجي لمركز ضبط الألم. وعدم تحقق العلاقة بين بعد ذوي النفوذ Kوأوي من استراتيجيات المواجهة.

### ➤ دراسة قواجلية (2013):

**عنوان الدراسة:** قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان.

هدفت الدراسة إلى معرفة معاناة المرضى المصابين بالسرطان من قلق الموت، ومعرفة الحالة الانفعالية والمشكلات النفسية التي يعانون منها. وقد أجريت الدراسة على عينة مؤلفة من ثلاثة مرضى مصابين بسرطان الثدي والقولون، ﴿رجل وامرأتان﴾، في مركز مكافحة السرطان بباتنة في الجزائر، راوحت أعمارهم بين ﴿35-48﴾ سنة. استخدم المنهج الإكلينيكي المتضمن دراسة الحالة وتجميع المعلومات عن المريض من خلال المقابلة العيادية، استخدم مقياس قلق الموت. أظهرت النتائج أن المصاب بالسرطان يعاني من قلق الموت، وحياته بعد اكتشاف المرض تتسم بالقلق والإحباط والاكتئاب، لا يوجد اختلاف في قلق الموت بين المرضى حسب نمط الإصابة ومتغير الجنس.



## 2- دراسات أجنبية:

### ➤ دراسة فورت وفاين وبوشنيل (Frot, Feine, & Bushnell, 2004)

**عنوان الدراسة:** الفروق بين الجنسين في إدراك الألم والقلق النفسي دراسة تجريبية. هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الجنسين في إدراك الألم، والقلق حيال الألم. استخدم مقياس الشعور بالألم بعد تطبيق بخاخات مؤلمة على مناطق مختلفة من الجلد. وقد أجريت على عينة مؤلفة من (20) مفحوص، (10) ذكور و(10) إناث، تراوح أعمارهم بين (20-46) سنة في كندا. أظهرت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث، تفيد أن معدل الألم لدى النساء أعلى من الرجال، كما أظهرت أنّ لدى الإناث علاقة موجبة بين القلق وشدة الألم، والأحداث غير السارة، ووجود فروق في عتبة الألم لصالح الذكور، كما أظهرت النتائج أن الإناث لديهن عتبة ألم منخفضة مقارنة بالذكور، وأن الذكور يصلون إلى إدراك أكبر للألم من الإناث.

### ➤ دراسة: صقور (Sakkour, 2012):

- **عنوان الدراسة:** دراسة مقارنة وتجريبية للتعبير الشفوي عن الألم عند مرضى السرطان، حالات مرضى سوريين وفرنسيين. هدفت الدراسة إلى تقييم دور البيئة الثقافية للمريض في الإدراك والتعبير الشفوي للألم. استخدم اختبار شدة الألم (EVA)، ومقياس سان انطوان (QDSA) لقياس التعبيرات الشفوية للبعد الحسي والانفعالي للألم ومقياس انعكاس الألم على الحالة الانفعالية (HADS)، ومقياس انعكاس الألم على السلوك اليومي (QCD). أجريت الدراسة على (34) مريضاً سورياً، و(47) مريضاً فرنسياً يعانون من مرض سرطان الدم. أظهرت النتائج أن التعبير الحسية والانفعالية المختارة من قبل المرضى السوريين لها مدلول وعمق لفظي أقوى من المستخدم من قبل المرضى الفرنسيين، وأن الإدراك والتعبير الشفوي للألم يتغير حسب الأصل الثقافي للمريض، ويصبح إشارة للعناية بالألم. كما أظهرت وجود ترابط قوي بين شدة الألم من جهة وكل من بُعدي الحالة الانفعالية «القلق والاكتئاب» من جهة أخرى عند المرضى من كلتا الثقافتين، يسهم الألم بازدياد

الحالة الانفعالية التي بدورها تزيد الاحساسات المؤلمة. يوجد ترابط مهم أيضاً بين شدة الألم من جهة وانعكاسه على السلوكيات اليومية بأبعادها كلها من جهة أخرى عند المرضى من كلا الثقافتين، فالآلام الشديدة تدهور السلوكيات اليومية للمرضى.

➤ . دراسة (Gavric,2015):

**عنوان الدراسة:** جودة حياة مريضات سرطان الثدي - الجوانب الانفعالية والاجتماعية.

هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية تأثير سرطان الثدي في جودة الحياة، ومقارنة الجوانب الاجتماعية والانفعالية بين النساء المريضات والسليمات. استخدم مقياس *EORTC QLQ-C30*. تكونت عينة الدراسة من *100* مريضة مصابة بسرطان الثدي، و *100* سيدة سليمة، طبقت الدراسة بجامعة بانجا لوكا (University of Banja Luka) في البوسنة والهرسك، راوحت أعمارهن بين *20-75* سنة. دلت نتائج الدراسة أن الحالة الصحية العامة للمريضات كانت منخفضة أكثر من السليمات، وكان ثلثا النساء المريضات يُعانين من القلق والاكتئاب، وكان لديهن انخفاض واضح في الأداء الانفعالي والاجتماعي، وكانت هناك فروق واضحة في جودة الحياة بين المجموعتين، تعود إلى الآثار الجانبية للمرض.

**التعليق على الدراسات السابقة:**

من خلال استعراض الدراسات السابقة لحظ أن البحث الحالي يتفق مع بعض الدراسات بالمنهج المتبع مثل دراسة صقور (Sakkour, 2012) ودراسة غافريس (Gavric,2015)، ويختلف مع دراسات أخرى مثل قواجلية (2013)، ودراسة فورت وفاين وبوشنيل (Frot, Feine, & Bushnell, 2004). فضلاً عن ذلك، الأدوات المستخدمة لقياس الألم تختلف من دراسة إلى أخرى بحيث تتناسب مع مجتمع البحث وعينة الدراسة وثقافة كل مجتمع. كذلك افاد الباحث من الدراسات السابقة من خلال وضع تصور مسبق للإطار النظري الذي يشمل هذا البحث، والمراجع العلمية التي

استندت إليها هذه الدراسات. كما أفيد من تعبير مقياس (HADS) إلى اللغة العربية من قبل صقور (Sakkour, 2012) ليغني المكتبة العربية بالاختبارات الضرورية في مجال سيكولوجية الألم. كما أخذت بالحسبان المقترحات التي توصلت إليها هذه الدراسات، والأساليب الإحصائية المتبعة فيها للقيام بالبحث الحالي.

#### ثامناً - منهج البحث وإجراءاته:

أعتمد في هذا البحث على المنهج الوصفي، لأنّ الهدف من البحث هو دراسة الفروق بين الجنسين في شدة الألم، وانعكاسها على الحالة الانفعالية وجودة الحياة، ودراسة التفاعلات بين المتغيرات المذكورة، وذلك من خلال تطبيق أدوات البحث على عينة من مرضى سرطان الدم، وإعطائها صفة كمية، وجمع البيانات وتحليلها، ثم التوصل إلى النتائج ومناقشتها ومحاولة تفسيرها. ويعرف المنهج الوصفي بأنه أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة، وتصويرها كميّاً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة، أو المشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (ملحم، 2006، 370).

#### 1- مجتمع البحث:

تكوّن المجتمع الأصلي للبحث من مرضى سرطان الدم جميعهم (اللمفوما والوكيميا) المترددين والمقيمين في مستشفى تشرين الجامعي، الذين قُدروا بـ (107) مرضى لمفوم بنسبة (5.99%) من مرضى السرطان بالمشفى، و(171) مريضاً ابيضاض دم (لوكيميا) بنسبة (9.57%) وفق السجل الاحصائي المرضي لعدد مرضى السرطان المسجلين في المستشفى عام 2015.

#### 2- عينة البحث:

بلغ عدد المرضى المشاركين في هذه الدراسة 42 مريضاً، 20 ذكراً و22 أنثى مصاباً بسرطان الدم (اللمفوم والوكيميا)، مراجعين ونزلاء في المستشفى، أعمارهم تراوح بين (45-65) سنة، وعمرهم التشخيصي يراوح بين شهر وسنتين، في مراحل

المرض (الأولى - المتوسطة - المتقدمة) الملحق (1). حسب التقرير الطبي عن المرض، وتبعاً لشدة الألم وفق ما يأتي.

المرحلة الأولى: تكون شدة الألم ضعيفة، وتستخدم أدوية مسكنة مثل: الأسبرين، والباراسيتامول.

المرحلة الثانية: تكون شدة الألم أكثر شدةً، وتستخدم أدوية مثل: الكوديين والترامادول.

المرحلة الثالثة: تكون شدة الألم قوية، وتستخدم أدوية مثل: المورفين، والكلورهيديرات (Heron, 2009).

### 3- طريقة التطبيق:

في البداية، تمت العودة إلى سجلات المرضى للتأكد من مدى انسجامهم مع المعايير الموضوعية للبحث، بمعرفة نوع المرض هل كان سرطان (العقد اللمفاوية أو اللوكيميا)؟ ثم بدأت المقابلة مع المريض بشكل تعارفي تم خلالها إعطاء فكرة عن المقابلة، والهدف منها، ثم أخذ معلومات عامة من المريض لكسب ثقته؛ بعد ذلك اخضع المرضى لمجموعة من الاختبارات لتقييم الألم. الذي استمرت مدة تطبيقها مع كل مريض عشرين دقيقة تقريباً.

### تاسعاً - أدوات البحث:

- قياس شدة الألم في اللحظة الراهنة عند المريض من خلال سلم (EVA) **Échelle** **visuelle analogique** الملحق (2)، ويعدّ كثير الاستخدام ويقدم فعالية عالية، ويُعدّ بسيطاً جداً. الذي تم اقتراحه من قبل هوسكيسون Huskisson عام (1974) له جانبان، الجانب الأول يُعرض على المريض مؤلف من خط أفقي، طرفه الأيسر يدلّ على عدم وجود ألم، وطرفه الأيمن يُشير إلى أن الألم لا يُطاق. يُحرك المريض مزلاقة تستجيب إلى مستوى الألم الذي يناسب حالته الراهنة. الجانب الآخر من المسطرة يسمح للطبيب أو المختص الصحي أن يقرأ شدة الألم كمياً على سلم متدرّج (من 0 إلى 10)

من خلال المكان الذي يُوقف المريض المزلافة فيه. يسمح هذا السلم بتحديد كمية الألم عند المريض الذي تراوح شدته بين (0 لا يوجد ألم-10الألم قوي). بذلك تكون الشدة بين (0-3) ألماً ضعيفاً وبين (4-7) ألماً متوسطاً، وبين (8-10) ألماً قوياً. وتعد هذه الأداة نموذجاً لما تتمتع فيه من حساسية وصدق عالٍ في قياس شدة الألم، واستخدامها في معظم المجتمعات الغربية. قام الفريق المؤلف من غريلوا وآخرين ( Griloa et al, 2007) بالتأكد من صدق المقياس، من خلال التقييم الذاتي اليومي للألم من قبل المريض نفسه مع مقياس شفوي لراحة من الألم (EVS) الملحق (3) تبيّن وجود ارتباط دال إحصائياً قيمته (R= 0.7).

- طبّق المقياس الذي يهتمّ بالجانب الانفعالي للألم **Hospital Anxio Depression Scale** بمركبيه الاكتئاب والقلق (HADS) الملحق (4). الذي صمّم من قبل سيجموند وسنيث (Zigmond & Snaith, 1983). واستخدم في العديد من اللغات مثل: الانكليزية، والفرنسية، والبرتغالية... الخ. لكي يُقيّم القلق والاكتئاب عند المرضى المقيمين بالمستشفى. يتألف من 14 بنداً موزعة على النحو الآتي:

7) بنود تقيس القلق، وهي البنود الفردية، ومثلها تقيس الاكتئاب، وهي البنود الزوجية.

أما بدائل الإجابة فهي (دوماً، غالباً، أحياناً، نادراً)، وتوجد بنود إيجابية وبنود سلبية تأخذ الدرجات (0-1-2-3) على التوالي والسلبية بالعكس، ودرجة المقياس الكلي 42 درجة، وتراوح درجاته بين (0-21) لكل بُعد منفصلاً. تُشير درجات المرضى التي تراوح بين (0-7) إلى عدم وجود اضطراب، والدرجات بين (8-11) إلى أن الحالة مشكوك فيها، والدرجات بين (11-21) إلى أن الاضطراب مؤكد. ويُقدم هذا المقياس نتائج مهمة على الخطة الإكلينيكية، وبعد أداة فعالة للمقارنة بين المجموعات المفحوصة، ويتمتع بحساسية عالية للتغيرات التي تجري خلال المرض. قام الباحث صقور (Sakkour, 2012) بدراسة خصائصه السيكومترية على عينة من (40) مريضاً

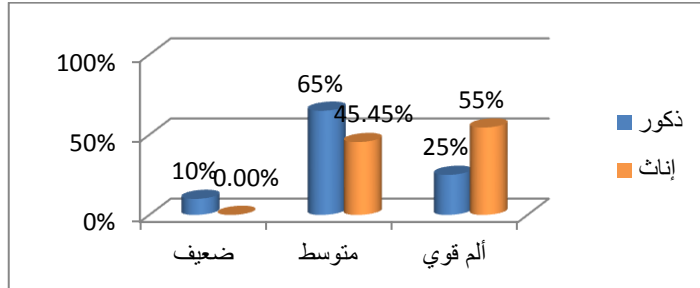
يعانون من أمراض حادة ومزمنة في مستشفى الأسد الجامعي في مدينة اللاذقية. وحسب صدقه الداخلي من خلال دراسة الترابط بين بُعدي القلق والاكتئاب وحساب صدقه المحكي مع مقياس شدة الألم (EVA)، ومقياس تأثير الألم في سلوكيات الحياة اليومية (QCD). أظهرت النتائج تمتع المقياس بصدق داخلي عال إذ وُجد ارتباط عال بين بُعدي القلق والاكتئاب، فُدر بـ ( $R=0,745$ ). وكان هناك ارتباط قوي لكل من بُعدي الاكتئاب والقلق مع شدة الألم تراوح بين ( $R=0.74$ ) للاكتئاب، و ( $R=0.79$ ) للقلق. وراوحت قيم الارتباط بين بُعد الاكتئاب وتأثير الألم في السلوكيات اليومية بين ( $-0.53$  و  $0.86$ )، وهي نتائج مهمة بقدر النتائج التي تم الحصول عليها مع بُعد القلق الذي تراوح قيمه بين ( $0.56-0.65$ ). و حسب معامل التجانس الداخلي للمقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ (Cronbach) وقدم تجانساً مرتفعاً فُدر بـ ( $0.79$ ) للاكتئاب، و ( $0.77$ ) للقلق، و ( $0.8$ ) للاثنتين معاً.

- تقييم المركب السلوكي للألم بواسطة اختبار انعكاس الألم على جودة الحياة، والمعروف باسم Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD) والملحق (5) الذي بني من قبل براسور وغيبود وشوفان & Brasseur, Guilbaud, (1997). هدف هذا المقياس إلى تعرّف نتائج الألم على سلوكيات الحياة اليومية خلال الأسبوع الأخير من المرض، وهو جزء مختصر من مقياس الألم (le Brief Pain Inventory (BPI) الذي يتألف من ستة أبعاد تستجيب لانعكاس الألم على جودة الحياة، وهي المزاج، والقدرة على المشي، والأعمال الاعتيادية اليومية، و العلاقة مع الآخرين، والنوم، والرغبة بالحياة، وتراوح درجاتها (من 0 إلى 10)، تشير الدرجات بين (0-3) الى انعكاس الألم بشكل خفيف على جودة الحياة، والدرجات بين (4-7) الى الانعكاس بشكل متوسط، والدرجات بين (8-10) الى الانعكاس بشكل شديد.

## عاشراً- تحليل النتائج وتفسيرها:

## الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم الذكور والإناث في شدة الألم (الشكل 1).



الشكل (1): النسبة المئوية لتكرارات المرضى من كلا الجنسين على مقياس شدة الألم EVA

باستثناء اثنين من المرضى الذكور في العينة لديهم ألم ضعيف يُقدر بـ (10/3)، شدة الألم عند المرضى الذكور والإناث تراوح بين المتوسط والقوي. يُفيم ربع الذكور ألمهم بأنه قوي، وهذه النسبة تتجاوز النصف عند الإناث المريضات، إذ تصل إلى (55%). بالمقابل نحو ثلثي الذكور يحكمون على ألمهم بأنه متوسط. وهذه النسبة أقل قليلاً من النصف عند الإناث الشكل (1). يُفسر ذلك بأن هناك العديد من العوامل التي تتدخل لتقييم شدة الألم عند مرضى السرطان، منها (مرحلة تطور المرض، والسياس الذي يجري من خلاله التقييم، والتأثيرات الجانبية للعلاج، ووجود انتقالات، والسوابق المرضية...).

نظراً إلى أنّ سلم شدة الألم (EVA) يسمح أن تجري المقارنة في شدة الألم بين المرضى الذين يعانون من المرض نفسه، وعند المريض نفسه بأوقات مختلفة من المرض لتعرف مدى حساسيته للتغيرات. تؤكد النتائج أن متوسط درجات المرضى من كلا الجنسين على سلم شدة الألم (EVA) يكون بين المتوسط والشديد، حيث تُقدر بـ (10/ 6,61). في هذا السياق، أنّ متوسط درجات شدة الألم تكون (10/ 7,36) عند

الإناث وهي مرتفعة نوعاً ما، بالمقابل هذه النسبة عند الذكور تكون (5,8 / 10)، وهذا المعدل يُقدر بدرجة متوسطة تقريباً. ويشير هذا الاختلاف في المتوسطات إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح الإناث، إذ إن قيمة الدلالة تقدر بـ  $(0.005)$ ، وهي أصغر من  $(0.05)$  الجدول (1).

الجدول (1): القيمة المحسوبة لـ ت في مقياس شدة الألم.

شدة الألم	الجنس	ن	م	ع	قيمة ت	قيمة الدلالة	د ح	القرار
شدة الألم	الذكور	20	5.8	1.852	-2.943	0.005	40	دال
	الإناث	22	7.36	1.59				

جاءت نتائج البحث الحالي غير متوافقة مع دراسة عطاله وغيليرمو (Atallah & Guillerrou, 2004) التي أظهرت أن شدة الألم وتكرارها متقاربة بين الذكور والإناث، لكن متوسط استمرارية الألم أكثر عند النساء. في حين توافقت مع نتائج دراسة انتاس وزملائه (Untas, et al., 2009)، حيث طبقت على مرضى يعانون من أمراض مزمنة، وأشارت النتائج إلى أن النساء يُظهرن حساسية أكثر من الرجال نحو المنبهات المؤلمة، وشدة الألم لديهم أكثر ديمومة واستمرارية. عرضت دراسة غودينوغ وزملائه (Goodenough, et al., 1999) أن شدة الألم عند الفتيات أكثر حدة من الذكور، وفسر ذلك من خلال عملية التعلم الاجتماعي. تؤدي التنشئة الاجتماعية في المجتمع السوري دوراً كبيراً من خلال الأساليب التربوية التي تعطي الحق للأنثى بالتعبير عن مشاعرها من خلال البكاء، في حين يُرى الذكر على أساس القوة والصلابة وتحمل المعاناة. وتُعزى القيم المتوسطة لشدة الألم عند المرضى لكلا الجنسين إلى نوع المرض، إذ إن المرضى في العينة المدروسة مصابون بسرطان الدم. وهؤلاء المرضى لا يعانون من آلام عضوية تتعلق بتطور الورم مقارنةً بأنماط أخرى من السرطان تتعلق بالأورام الصلبة. بالعكس، نجد أن هذه الآلام تظهر نتيجة للآثار الجانبية للعلاج، وتدهور الحالة النفسية، وفقدان القدرة على القيام بالأعمال الاعتيادية.

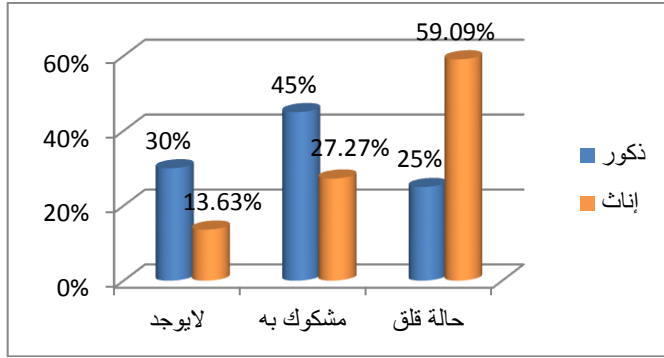


### الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم الذكور والإناث في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية (قلق واكتئاب).  
للألم انعكاسات مهمة على مستوى الحزن والضيق الانفعالي والعكس صحيح. إذ إنّ القلق والاكتئاب يزيد من شدة الألم عند المريض. هكذا الترابط بين الألم المزمن من جهة والقلق والاكتئاب من جهة أخرى يكون معروفاً لدى العاملين في الحقل الطبي. والتعرف إلى الاختلافات في الخطة الانفعالية لدى مرضى السرطان من كلا الجنسين يكشف من خلال مقياس (HADS) الذي تعكس درجات المرضى عليه تأثير الألم في حالتهم الانفعالية. تُقدم هذه الأداة نتائج مهمة، ولها دلالاتها على الخطة الإكلينيكية، فالتقييم يجري من قبل المريض نفسه على بُعدي القلق والاكتئاب. وهي تسمح بالمقارنة بين المجموعات المختبرة، وتعدّ أداة حساسة جداً للتغيرات التي تحدث في خصم المرض كالتدخلات العلاجية نفسياً ودوائياً، لذلك أُجري التحليل لكل بُعدٍ منفصلاً.

### بُعد القلق:

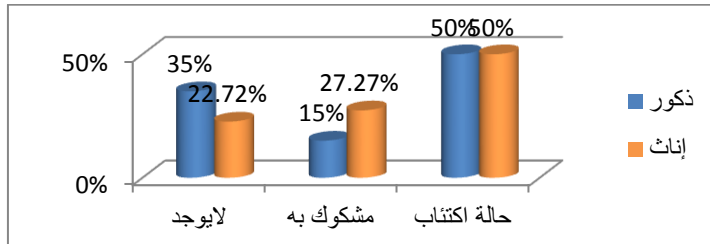
تُشير التحليلات على بعد القلق لمقياس (HADS) المستخدم لقياس الحالة الانفعالية إلى تباين في درجات المرضى على هذا البعد. إذ أقل من ثلثي الإناث (59,09%) المريضات وربع المرضى الذكور يُقدمون أعراضاً لحالة القلق. بالمقابل أكثر قليلاً من ربع النساء بنسبة (27,27%) منهنّ وأقل من نصف الذكور يعرضون حالةً مشكوكاً فيها من القلق الذي يُمكن أن يتطور إلى حالة قلق إذا لم يتم التدخل معه. ونسبة لا يُستهان فيها من الذكور نحو (30%)، وأقل بكثير من الإناث نحو (13,63%) لم يعبروا عن شكوى تتعلق بانعكاس الألم على حالة القلق لديهم. الشكل(2).



الشكل (2): النسبة المئوية لتكرارات المرضى من كلا الجنسين على مقياس انعكاس الألم على الحالة الانفعالية بعد القلق.

#### بعد الاكتئاب:

تدلّ التحليلات حسب الدرجات على مقياس (HADS) الذي يُستخدم لتقييم حالة الاكتئاب عند المرضى، على أن النسبة متماثلة عند مرضى سرطان الدم الذكور والإناث تُشكل (50%) يعانون من حالة اكتئابية مؤكدة. وبالنسبة إلى عينة البحث الذين يعرضون حالة اكتئاب مشكوك فيها، كانت النسبة أكثر قليلاً من الربع عند النساء المريضات مقابل (15%) فقط من الذكور. أخيراً يُشير البحث إلى أنّ نحو ثلث الذكور وأقل من ربع الإناث لا يعانون من أي انعكاس للألم على الاكتئاب الشكل (3).



الشكل (3): النسبة المئوية لتكرارات المرضى من كلا الجنسين على مقياس انعكاس الألم على الحالة الانفعالية بعد الاكتئاب.

أظهرت نتائج البحث الحالي أن تقدير متوسط قيمة انعكاس الألم على حالة القلق لدى المرضى من كلا الجنسين تكون أعلى عند النساء بدرجة (21/ 11,59)، وهذه

القيمة تُشير إلى وجود حالة قلق مؤكدة عند الإناث من أفراد العينة، في حين بلغ متوسط الذكور (8,95 / 21)، وهذه القيمة تدلّ على أن متوسط درجات القلق عند الذكور مشكوك فيها الجدول (2). فالألم السرطاني له نتائج ملموسة على المرضى من كلا الجنسين وخصوصاً حالة القلق تكون واضحة عند الإناث. تشير النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المرضى لصالح الإناث. من ثمّ، انعكاس الألم على القلق يتغير تبعاً لجنس المريض، إذ إنّ قيمة الدلالة  $0.006$  أدنى من مستوى الدلالة (0,05) الجدول (2). ولا يمكن تعميم هذه النتيجة بانعكاس الألم على بُعد الاكتئاب، إذ تشير النتائج إلى أن متوسط درجات المرضى من كلا الجنسين على هذا البعد مقاربة، وتميل إلى الحالة المشكوك فيها بنسبة (21/10,54) عند الإناث، و(21/10,7) عند الذكور، وهذه الفروق البسيطة في المتوسط ليس لها أية دلالة إحصائياً بين الجنسين الجدول (2). في البحث الحالي، يوجد اختلاف بين المرضى من كلا الجنسين في انعكاس الألم على حالة القلق. وقد يُعزى ذلك إلى التاريخ التشخيصي للمريض، الذي تقدر قيمة متوسطه عند الإناث بـ  $5$  أشهر، من ثمّ هنّ في مرحلة الإنكار وعدم التصديق التي يسودها القلق والتوتر، بعكس المرضى الذكور الذين يُقدر متوسط مدة تشخيصهم بـ  $7.3$  أشهر الملحق (1) من ثمّ هم في مرحلة التعايش مع المرض، وبناء استراتيجيات فعالة أو غير فعالة.

الجدول(2): القيمة المحسوبة لت في مقياس انعكاس الألم على الحالة الانفعالية، لدى الذكور والإناث.

الحالة الانفعالية	الجنس	ن	م	ع	قيمة ت	قيمة الدلالة	د ح	القرار
القلق	الذكور	20	8.95	2.81.	-2.91	0.006	40	دال
	الإناث	22	11.59	3.03				
الاكتئاب	الذكور	20	10.7	4.79	0.12	0.904	40	غير دال
	الإناث	22	10.54	3.37				
الإجمالي	الذكور	20	19.65	7.18	-1.26	0.214	40	غير دال
	الإناث	22	22.13	5.52				

في دراسة انتاس وزملائه (Untas, et al., 2009) التي قدمت نتائج مشابهة لنتائج البحث الحالي أكدوا أن النساء اللواتي يعانين من قصور كلوي مزمن بمراحله النهائية يعبرن عن أعراض القلق بشكل أكبر من الرجال، لكن لا يوجد أي اختلاف دال إحصائياً بينهم على البعد الذي يتعلق بانعكاس الألم على الاكتئاب. وأكدت دراسة رايبود (Rayaud, 2008) أنه من (٣٠-٦٠٪) من الأشخاص الذين يعانون من ألم مزمن يملكون أعراضاً اكتئابية. نتائج هذه الدراسة تملك قيمة قريبة ومتوافقة مع البحث الراهن. حسب بوتوميلي (Bottomley, 1998) فإن (٢٠-٢٥٪) من مرضى السرطان يعانون من أعراض اكتئابية لمدة طويلة. ويظهر بوضوح في البحث الحالي أن مرضى السرطان من كلا الجنسين يطورون أعراضاً اكتئابية، لكن لا يوجد أي اختلاف بينهم في تأثير الألم في أعراض الاكتئاب. وأشارت دراسة كل من بيردريزيت شوقالير وريش وليمزور (Perdrizet-Chevallier, Reich, & Lesur, 2008) على مرضى السرطان أن أعراض القلق خلال مدة التشخيص والعلاج تظهر على نحو جلي حيث اضطرابات القلق عندهم تمثل (٣٠٪)، وتمثل اضطرابات الاكتئاب (٣٢٪)، وهذه القيم أخفض من نتائج البحث الحالي التي أظهرت أن معدل قيم الاكتئاب على مقياس HADS كان متوسطاً، وهناك بعض المرضى الذين يملكون قيمة عالية وقيماً منخفضة على هذا المقياس. هكذا، يُمكن تفسير الدرجات العالية من خلال مرحلة التشخيص، إذ إن أغلب المرضى من كلا الجنسين في المرحلة الثانية والثالثة من المرض، أما الدرجات المنخفضة فتعود لكون بعض المرضى قد تلقوا عناية دوائية ونفسية جيدة.

#### الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم الذكور والإناث في انعكاس الألم على جودة الحياة. يُسلط مقياس (QCD) الضوء على تأثير الألم في جودة الحياة عند مرضى السرطان. حُلّت إجابات المرضى على الأبعاد الستة الفرعية لجودة الحياة. من خلال

التحليل لدرجات (42) مريضاً ومريضةً من سرطان الدم بانعكاس الألم على جودة حياتهم، أكدت النتائج أن متوسط درجات الإناث أكثر ارتفاعاً منها عند الذكور، وتصل إلى (60/ 33,09) في حين تصل عند الذكور إلى (60/ 28,05) كما يُظهره الجدول (3). وهذا يترك انطباعاً بأن مريضات السرطان أكثر هشاشةً وضعفاً، وأقل مقاومةً من الذكور في مواجهة تأثير الألم في حياتهم. لكن هذه الفروق في المتوسطات بين الجنسين ليس لها أية دلالة احصائية لأن قيمة الدلالة  $\llcorner 0.117 \llcorner$  أعلى من قيمة مستوى الدلالة  $\llcorner 0.05 \llcorner$  الجدول (3).

الجدول (3): القيمة المحسوبة لـ ت في مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة، لدى الذكور والإناث.

جودة الحياة	الجنس	ن	م	ع	قيمة ت	قيمة الدلالة	د ح	القرار
إجمالي	الذكور	20	28.5	11.02	1.6-	0.117	40	غير دال
	الإناث	22	33.09	7.36				
المزاج	الذكور	20	4.5	2.43	0.05-	0.96	40	غير دال
	الإناث	22	5.36	2.19				
القدرة على المشي	الذكور	20	4.45	2.78	1.83-	0.73	40	غير دال
	الإناث	22	5.86	2.18				
الأعمال الاعتيادية	الذكور	20	5.6	2.3	0.806-	0.425	40	غير دال
	الإناث	22	6.13	2				
العلاقات مع الآخرين	الذكور	20	4.35	2.32	0.601-	0.551	40	غير دال
	الإناث	22	4.72	1.72				
النوم	الذكور	20	5.5	2.06	1.83-	0.73	40	غير دال
	الإناث	22	6.36	1.94				
الرغبة في الحياة	الذكور	20	3.2	1.85	2.15-	0.03	40	دال
	الإناث	22	4.36	1.64				

يؤكد التحليل أن هناك تأثيراً واضحاً للألم في السلوكيات اليومية بأبعادها كلّها: المزاج، والأعمال الاعتيادية، أو القدرة على المشي، والعلاقة مع الآخرين، والنوم، وطعم الحياة. بيد أن جنس المريض لا يؤدي أي دور في تأثيرات الألم في سلوكياته اليومية بأبعادها كلّها بإستثناء بُعد الرغبة في الحياة، فللألم تأثير متقارب في المرضى من كلا الجنسين. والاختلافات في المتوسطات لا تكون مهمة، وليس لها أية دلالة إحصائية كما تُظهرها نتائج الجدول (3). على سبيل المثال كان الذكور والإناث أكثر حساسيةً في انعكاس الألم على الأعمال اليومية، والنوم مقارنة بالعلاقات الاجتماعية.

يُفسر ذلك أن العلاقات الاجتماعية تكون مقدّرة في المجتمع السوري، وهذه العلاقات تحمل مساندة اجتماعية قوية من قبل المحيط. بشكل عام، تصل قيم أبعاد سلوكيات الحياة اليومية عند المرضى في عينة البحث الحالي إلى درجات متوسطة على سلم (QCD). تُعزى هذه الدرجات إلى نمط المرض (سرطان الدم)، فهؤلاء المرضى لا يملكون مشكلات عضوية تعيقهم عن حياتهم اليومية، بينما البُعد المتعلق بتأثير الألم في الرغبة في الحياة يُظهر تفوقاً واضحاً لدى الإناث، ودال إحصائياً، حيث متوسط درجات الإناث أكثر ارتفاعاً منها عند الذكور، وتصل عندهن إلى (10/ 4.36) في حين تصل عند الذكور إلى (10/ 3.2) (الجدول 3) ويمكن أن يعزى ذلك إلى أن معظم المرضى الإناث من المتزوجات ولديهن أطفال، فترغبن بمواصلة الحياة لرؤية أبنائهن وهم يحققون طموحاتهم. في بحث قام به جيسدون Guesdon عام (2004) هدف إلى تقييم تأثير الألم في جودة الحياة عرضت قيم قريبة من نتائج البحث الحالي، فكان للألم تأثير واضح ونتائج ملموسة في الحالة المزاجية بمتوسط  $\langle 10/3,5 \rangle$  ثم في النوم بمتوسط  $\langle 10/3 \rangle$ .

حسب دراسة شنو وسميث وروجيرز (Chandu, Smith, & Rogers, 2006) إن مرض سرطان السبيل الهضمي يؤدي الى اضطراب في الحياة الاجتماعية ومنظومة التواصل عند المريض، التي تتعلق بالتعبير الشفوي لديه. كذلك يؤدي الى اضطراب الوظائف الحيوية (التنفس، والأكل، والشرب). هناك بعض الأعمال التي جاءت نتائجها

متوافقة مع هذا البحث في بعض الأبعاد، وغير متوافقة مع أبعاد أخرى من جودة الحياة، واهتمت بالاختلافات بين الجنسين بانعكاس الألم على الحياة اليومية. كدراسة بيغيت وزملائه (Piguet, et al., 1998) التي وجدت أن انعكاس الألم على البعد الاجتماعي يكون أكثر وضوحاً وأهمية عند الإناث مقارنة بالذكور. ودراسة أخرى عن انعكاس الألم على الناحية المزاجية لبرادين وزملائه (Braden, et al., 2008) وجدوا أن العامل النفسي الذي يرتبط بشكاوى الألم المزمن يؤدي إلى اضطرابات في الحالة المزاجية تكون أكثر تكراراً عند النساء منه عند الذكور.

#### - الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية ببعديها القلق والاكتئاب تبعاً لشدة الألم (ضعيف، متوسط، شديد).

لاختبار هذه الفرضية استخدم قانون تحليل التباين الأحادي (Anova)، أظهرت نتائج البحث أنه لا توجد فروق بين مرضى السرطان في الحالة الانفعالية بأبعادها كلها حسب متغير شدة الألم. إذ إن متوسط درجات الحالة الانفعالية عند المرضى تراوح بين (42/22.5) للمرضى ذوي شدة الألم الضعيفة و(42/21.17) للمرضى ذوي شدة الألم المتوسطة، و(42/20.47) للمرضى ذوي شدة الألم الشديدة الجدول (4). وهذه الفروق بين المتوسطات ليس لها أية دلالة إحصائية، إذ إن قيمة الدلالة (0.892) أعلى من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا ينطبق على الفروق بين المرضى وفق متغير شدة الألم في كل من بُعدي الحالة الانفعالية (القلق والاكتئاب) (الجدول 4).

أكدت نتائج البحث الجاري أن معظم مرضى سرطان الدم لديهم شدة ألم بين المتوسط والقوي، فقط مريضان يعانيان من ألم منخفضة (الشكل 1). فالإكتئاب والقلق يكونان نتيجة طبيعية عند مرضى السرطان، وهما نتيجة مباشرة لعوامل أخرى غير الألم، مثل: الاستجابة للضغوط المرتبطة بمرحلة التشخيص، والتأثيرات الثانوية للعلاج سواء

كانت كيميائية أو إشعاعية أو تدخل جراحي، فضلاً عن أعراض التقيؤ، وغثان النفس، والصداع... الخ، تؤدي إلى إحساس المريض بالقلق والحزن وانعدام القدرة للوقوف بوجه المرض. فالألم يحرق نظام الإنذار في الجسم ليشير إلى وجود خطر فعلي منبهاً التركيبية الانفعالية للمريض المتمثلة بالقلق والاكتئاب التي بدورها تحرر الألم. هذا ما تؤكدته دراسة سيفورد (Sifford, 2003) أن أعراض الاكتئاب والقلق تكون شائعة عند مرضى السرطان المتألمين، والألم بدوره يؤدي إلى تغيرات بالجوانب النفسية والجسدية.

الجدول (4): القيمة المحسوبة لـ Anova في مقياس انعكاس الألم على الحالة الانفعالية، تبعاً لشدة الألم.

الحالة الانفعالية	شدة الألم	ع	م	ع	قيمة الدلالة	القرار
الإجمالي	ألم ضعيف	2	22.5	0.7	0.892	غير دال
	ألم متوسط	23	21.17	6.4		
	ألم شديد	17	20.47	6.95		
القلق	ألم ضعيف	2	10.5	2.12	0.968	غير دال
	ألم متوسط	23	10.21	3.04		
	ألم شديد	17	10.33	3.6		
الاكتئاب	ألم ضعيف	2	12	2.82	0.686	غير دال
	ألم متوسط	23	10.95	4.23		
	ألم شديد	17	10	4.03		

#### - الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى سرطان الدم في انعكاس الألم على جودة الحياة بأبعادها كلها تبعاً لشدة الألم (ضعيف، متوسط، شديد).

لاختبار هذه الفرضية استخدم قانون تحليل التباين الأحادي (Anova)، أظهرت نتائج البحث أنه لا يوجد فروق بين مرضى السرطان في جودة الحياة بأبعادها كلها حسب متغير شدة الألم. إذ إن متوسط درجات انعكاس الألم على جودة الحياة عند



المرضى تراوح بين  $\langle 60/36.5 \rangle$  للمرضى ذوي شدة الألم الضعيفة، و  $\langle 60/30.17 \rangle$  للمرضى ذوي شدة الألم المتوسطة، و  $\langle 60/31.23 \rangle$  للمرضى ذوي شدة الألم الشديدة، (الجدول 5). وهذه الفروق بين المتوسطات ليس لها أية دلالة إحصائية، حيث إن قيمة الدلالة  $\langle 0.662 \rangle$  أعلى من مستوى الدلالة  $\langle 0.05 \rangle$ ، وهذا ينطبق على الفروق بين المرضى في أبعاد جودة الحياة كلاً وفق متغير شدة الألم.

في البحث الحالي، معظم مرضى سرطان الدم لديهم شدة ألم بين المتوسط والقوي، فقط مريضان يعانيان من آلام منخفضة. لا شك أن الآلام الشديدة تدهور السلوكيات اليومية للمريض، وخصوصاً إذا استمرت مدة طويلة. بيد أنه ليس الألم وحده المسؤول عن هذا التدهور، فهناك متغيرات أخرى تؤدي دوراً فيه أيضاً كحساسية الاستجابة لتأثيرات العلاج، وحدوث انتكاسة بسبب انتقال المرض، وعدم تلقي الدعم والمساندة الاجتماعية. وجاءت نتائج البحث متوافقة مع دراسة قام بها غرونبلاد وآخرون (Grönblad, et al., 1993) التي بينت أن أعراض الألم والتعب والإرهاق متكررة عند مرضى السرطان. وهناك ترابط قوي بين شدة الألم من جهة وجودة الحياة من جهة أخرى. كذلك دراسة قام بها غيرمازي وآخرون (Guermazi, et al., 2005) أشارت إلى وجود علاقة متوسطة الشدة بين الألم وانعدام القدرة الوظيفية.

الجدول (5): القيمة المحسوبة لـ Anova في مقياس انعكاس الألم على جودة الحياة، تبعاً لشدة الألم.

جودة الحياة	شدة الألم	ن	م	ع	قيمة الدلالة	القرار
-------------	-----------	---	---	---	--------------	--------

إجمالي	غير دال	0.662	4.949	36.5	2	ألم ضعيف
			9.359	30.17	23	ألم متوسط
			10.12	31.23	17	ألم شديد
المزاج	غير دال	0.741	2.12	6.5	2	ألم ضعيف
			2.235	5.21	23	ألم متوسط
			2.452	5.47	17	ألم شديد
القدرة على المشي	غير دال	0.366	0.7	7.5	2	ألم ضعيف
			2.379	4.86	23	ألم متوسط
			2.849	5.35	17	ألم شديد
الأعمال الاعتيادية	غير دال	0.549	2.121	7.5	2	ألم ضعيف
			2.115	5.73	23	ألم متوسط
			2.231	5.88	17	ألم شديد
العلاقات مع الآخرين	غير دال	0.53	0	5	2	ألم ضعيف
			2.05	4.82	23	ألم متوسط
			2.05	4.11	17	ألم شديد
النوم	غير دال	0.88	2.121	7.5	2	ألم ضعيف
			1.974	5.47	23	ألم متوسط
			1.985	6.76	17	ألم شديد
الرغبة في الحياة	غير دال	0.473	0.707	2.5	2	ألم ضعيف
			1.894	4.04	23	ألم متوسط
			1.8	3.64	17	ألم شديد

#### - الفرضية السادسة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات مرضى سرطان الدم في انعكاس الألم على الحالة الانفعالية وانعكاسه على جودة الحياة. لاختبار هذه الفرضية استخدم معامل الترابط بيرسون، تشير النتائج إلى وجود ترابط قوي بين الدرجة الإجمالية للحالة الانفعالية وكل من بعدها القلق والاكتئاب من جهة ودرجة الإجمالية لجودة الحياة وأبعادها كلها من جهة أخرى، إذ تراوح قيمة الترابطات من  $\langle 0.405 \rangle$  إلى  $\langle 0.686 \rangle$  بين بُعد القلق وأبعاد جودة الحياة كلها، في حين تراوح الترابطات بين بُعد الاكتئاب وأبعاد جودة الحياة من  $\langle 0.378 \rangle$  إلى  $\langle 0.773 \rangle$ .

(الجدول 6). وهذا يدل على أنه كلما زادت الحالة الانفعالية سوءاً عند المريض أدى ذلك إلى تدهور جودة الحياة لديه، والعكس صحيح أيضاً.

الجدول (6): قيم الترابط بيرسون للعلاقة بين انعكاس الألم على الحالة الانفعالية وعلى جودة الحياة.

الحالة الانفعالية			العلاقة بين الحالة الانفعالية وجودة الحياة
الاجمالي	الاكتئاب	القلق	
0.822**	0.773**	0.668**	المزاج
0.475**	0.378*	0.473**	القدرة على المشي
0.553**	0.538**	0.427**	الأعمال اليومية
0.693**	0.658**	0.555**	العلاقة مع الآخرين
0.56**	0.489**	0.504**	النوم
0.587**	0.609**	0.405**	الرغبة في الحياة
0.835**	0.775**	0.692**	الاجمالي

تتعاكس المعاناة الجسدية بما تحمله من أعراض نفسية بشكل خطير على سلوكيات المريض اليومية كالحالة المزاجية، وحياته المهنية، وعلاقته مع المحيط. معظم المرضى من أفراد العينة في المرحلة المتوسطة والمتقدمة من تطور المرض، ويخضعون للعلاج الطبي اللازم بمختلف أشكاله منذ تاريخ التشخيص الملحق «1». من ثم، يمرون بمرحلة التقبل والتعايش مع المرض، ويبنون استراتيجيات متكيفة أو غير متكيفة بعد أن مروا بمرحلة الإنكار، وعدم التصديق في رحلة المرض. هكذا يكون الاكتئاب عندهم شعوراً اعتيادياً يترجم من خلال مظاهر نفسية وجسمية تتمثل بانخفاض في النشاطات الاجتماعية والمهنية والتدهور في الحالة النفسية والجسدية.

جاءت نتائج البحث مشابهة لدراسة انتاس وآخرين «Untas et al,2009» الذين بينوا في تحليلهم أنّ بُعدي القلق والاكتئاب يشكلان ارتباطاً قوياً مع جودة الحياة. وفي دراسة أخرى قام فيها فازكيز وآخرون (Vázquez, et al.,2005) أكدوا أن أعراض القلق ترتبط بالتركيبية الانفعالية والاجتماعية لجودة الحياة في حين ترتبط أعراض الاكتئاب بالتركيبية الجسمية.

**استنتاجات:** أكدت معظم الدراسات التي بحثت عن الفروق بين الجنسين في شدة الألم، وانعكاسها على الحالة النفسية والانفعالية والسلوكية وجود فروق واضحة لصالح الإناث وليس العكس، استندت في تفسيراتها إلى عوامل بيولوجية وثقافية. فسر بينديلو (Bendelow, 1993) أن النساء لهنّ قدرة فطرية طبيعية للقيام باستراتيجيات بوجه الألم. هذه القدرة، ترتبط بوظائف بيولوجية تكون معززة من خلال التوقعات الثقافية والاجتماعية لدور المرأة. في هذا السياق، إدراك الألم وتقييمه يُعزى في جزء كبير منه إلى عملية التعلم الاجتماعي والثقافي وعوامل فيزيولوجية تكون ملحوظة بالمقدمة الآتية: "تملك المرأة عتبة ألم أكثر ارتفاعاً من الرجل" فقد أشارت نتائج البحث الحالي إلى اختلافات بين الجنسين في إدراك الألم وانعكاساته لصالح الإناث، وهذه الاختلافات واضحة وجلية في شدة الألم، وانعكاسه على القلق عند المريض، ولكنها لا تبدو ملحوظة في انعكاس الألم على الاكتئاب وجودة الحياة. بالرغم من الميراث الذي يتعلق بالمخزون الثقافي في معظم المجتمعات "النساء أكثر ضعفاً، والرجال أكثر قوة" ولكن هذا غير كافٍ لتفسير الفروق بينهم، وكأن دور المرأة في ظل الظروف الراهنة قد تغير، وهذا يتطلب القيام بالعديد من الدراسات اللاحقة للتحقق من هذا الدور.

#### **المقترحات والمنظور المستقبلي:**

في البحث الحالي، أعطيت أهمية لتأثير متغير الجنس في شدة الألم وانعكاسه على الحالة الانفعالية والسلوكيات اليومية عند المرضى، كذلك بحثت التفاعلات بين المتغيرات المذكورة سالفاً وفق شدة الألم، لذلك استند إلى نموذج متعدد الأبعاد لدراسة الألم. فقد أظهرت نتائج البحث اختلافات بين الجنسين في شدة الألم وانعكاسها على المتغيرات المدروسة لصالح الإناث، وهي دالة إحصائياً من حيث شدة الألم وانعكاسه على قلق المريض، وغير دالة فيما يتعلق بانعكاس الألم على بُعد الاكتئاب وعلى جودة الحياة. كذلك لم تظهر أية اختلافات بين المرضى في انعكاس الألم على الحالة

الانفعالية ببعديها القلق والاكتئاب وعلى جودة الحياة بأبعادها كلّها تبعاً لشدة الألم. من أجل تجنّب الوقوع في حكم مسبق بأن الذكور أكثر تحملاً لشدة الألم وانعكاساته من الإناث. إن الفروق ضمن الجنس الواحد هي أعلى من الفروق بين الجنسين. لذلك على الأطباء ألاّ ينزلقوا في الوقوع بهذه الأحكام السلبية، ويجب أن يتعاملوا مع كل حالة على حدة، ومن أجل أفضل عناية بالألم، يجب على المعالج أن يعطي قيمة لتأثير الألم في الحالة الانفعالية للمريض وفي سلوكياته الاعتيادية، ويأخذ بالحسبان المتغيرات الآتية :

(عمر المريض وجنسه، نوع المرض ومرحلته، وتاريخ تشخيصه)

تم التركيز في هذا البحث على التركيبات الأساسية للألم (الحسية، والانفعالية، والمعرفية، والسلوكية، والاجتماعية) من خلال رؤية متعددة الأبعاد، التي من الضروري تقييمها عند المريض. عولجت هذه التركيبات مع تجاهل التركيبة المعرفية والاجتماعية للألم. لذلك سيجري في البحوث المستقبلية الاهتمام بهذه التركيبات كمركب أساسي يستحق الدراسة للألم، كونها تصبغ تصورات المرضى ومعتقداتهم عن ألمهم وتُشكل انعكاساً للجانب الديني للمريض كمتغير يستحق الدراسة في هذا المجال.

كما درست شدة الألم وانعكاساته على مرض وحيد (سرطان الدم)، لأجل أن يتم استيعاب طبيعة الألم بشكل أفضل، لابدّ من دراسة أمراض أخرى تسمح بتصميم أدوات تساعد في فهم الألم، وتعطي نتائج أكثر فعالية.

ختاماً، تُشكل السيطرة على الألم والتقييم الإجمالي لمريض السرطان هدفاً ضرورياً، وهذا يتطلب تعاوناً بين اختصاصات عدّة كالمختص الطبي والنفسي والاجتماعي من أجل تقييم المشكلات الجسمية والنفسية الاجتماعية بشكلٍ موازٍ، لذلك لابدّ من تفعيل دور المعالج النفسي ليأخذ دوره.

**المراجع العربية:**

- برويكر، د. بيرمان، ش. مونغ، ف. (2003). سيكوفيزيولوجية الألم، ترجمة: سامر رضوان. الثقافة النفسية المتخصصة، العدد 54، بيروت.
- فقية، عبد الله (2002). دراسات اكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة، مستشفى الملك عبد العزيز - جدة، السعودية.
- قواجلية، آية (2013). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر - باتنة، الجزائر.
- مرارقة، وليد (2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر - باتنة، الجزائر.
- ملحم، سامي محمد (2006). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط4. عمان: دار المسيرة.

#### المراجع الأجنبية:

- Atallah, F., & Guillerrou, Y. (2004). L'homme et sa douleur: dimension anthropologique et sociale. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 23 (7), pp. 722-729.
- Babin, E., Joly, F., Vadillo, M., & Dehesdin, D. (2005). Qualité de vie en cancérologie Application aux cancers des voies aérodigestives supérieures. Annales Françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico-faciale, 122 (3), pp. 134-141.
- Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Penguin Books.
- Bottomley, A. (1998, Sep). Depression in cancer patients: a literature review. Cancer Care, 7 (3), 181-91.
- Boureau, F. (1988). Pratique du traitement de la douleur. Paris: Doin.
- Braden, J. B., Zhang, L., Fan, M. Y., Unützer, J., Mark, J., & Edlund, M. D. (2008, Feb). Mental health service use by older adults: the role of chronic pain. Am J Geriatr Psychiatry, 16 (2), 156-167.
- Brasseur, L. (1997). Traitement de la douleur. Paris : Doin.

- Brasseur, L., Guilbaud, G., & Chauvin, M. (1997). Douleurs : bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Paris: Maloine.
- Brousse, C., & Boisaubert, B. (2007). La qualité de vie et ses mesures. La Revue de médecine interne , 28 , pp. 458-462.
- Boureau, F., Luu, M., & Doubrère, J. F. (1995, Mars 24). Principes d'organisation d'un centre d'évaluation et de traitement de la douleur. La Revue de Médecine Interne , 16 (9), 696-704.
- Cathébras, P. (2009). Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie. rhumatisme, 76 (6), 517-521.
- Cedraschi, C. (2003). Aspects anthropologiques et socioculturels des eprésentations de la douleur chronique. Dans J. Wrobel, Aspect psychologique de la douleur chronique (pp. 106-118). Paris.
- Chandu, A., Smith, A. S., & Rogers, S. N. (2006). Health-related quality of life in oral cancer: a review. J Oral Maxillofac Surg, 64 (3),495-502.
- Frot, M., Feine, J., & Bushnell, C. (2004). Sex differences in pain perception and anxiety. A psychophysical study with topical capsaicin. pain, 108 (3), 230-236.
- Gavric, Z. (2015). Quality of Life of Women with Breast Cancer- Emotional and Social Aspects. American Journal of Cancer Prevention , 3 (1), 13-18.
- Goodenough, B., Thomas, W., Champion, G. D., Perro, P., Taplin, J. E., & Von Baeyer, C. L. (1999). Unravelling age effects and sex differences in needle pain: ratings of sensory intensity and unpleasantness of venipuncture pain by children.
- Grilola, R. M., Trevesc, R., Preuxb, P. M., Vergne-Sallec, P., & Bertinb, P. (2007). Variation de l'EVA cliniquement pertinente d'un soulagement ressenti par le patient dans les pathologies aiguës rhumatologiques. Revue du Rhumatisme , 74, 650-653.
- Grönblad, M., Hupli, M., Wennerstrand, P., Järvinen, E., Lukinmaa, A., Kouri, J. P., et al. (1993). Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ). Clin J Pain. , 9 (3), 189-95.
- Guermazi, M., Mezghani, M., Ghroubi, S., Elleuch, et al. (2005). Traduction en arabe et validation de l'indice d'Oswestry. Annales de réadaptation et de médecine physique , 48, 1-10.

- Guesdon, N. (2004). Prise en charge de la douleur en cancérologie (hors soins palliatifs). Basse-Normandie, France.
- Heron, J. F. (2009). Consulté le Novembre 14, 2010, sur Echelle thérapeutique de la douleur: <http://www.oncoprof.net/index.php>
- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of Pain. *The Lancet*, pp. 1127-1131.
- International Association for the Study of Pain. (2009, octobre). Consulté le Decembre 16, 2010, sur Douleur provoquée par un cancer: <http://www.iasp-pain.org>
- Laroche, F. (2009). Les mots, les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins. *Revue du Rhumatisme*, 76, pp. 522-528.
- le ministère de la santé en Syrie. (2011). le rapport national de maladie cancéreuse. Récupéré sur <http://www.moh.gov.sy>
- L'institut National du Cancer. (2005). Vivre pendant et après un cancer. Consulté le 2014 (15), Janvier , sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).
- Marchand, S. (1998). le phénomène de la douleur. Paris: Masson.
- Monga, U., Tan, G., Osterman, H. J., & Henry, J. (1997). Sexuality in Head and Neck Cancer Patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 78 (3), 298-304.
- Pelissolo, A. (2008). Douleurs corporelles dans la dépression: prévalence et importance clinique. *Psychiatrie*, 38, 385-391.
- Perdrizet-Chevallier, C., Reich, M., & Lesur, A. (2008). Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 292-296.
- Piguet, V., Allaz, A. F., Desmeules, J., Perneger, T., Kondo, M., & Violand, C. (1998). Differences liées au sexe dans l'expression d'une douleur chronique . *Doul. et Analg*, 11(2).
- Rayaud, P. (2008). Relation entre dépression et douleur: vers une meilleure compréhension. Consulté le Avril 9, 2015, sur <http://www.psychomedia.qc.ca/>: sur Psychomedia:
- Sakkour, S. (2012). Etude comparative et expérimentale de l'expression de la douleur chez les patients cancéreux français et syriens. Caen , Basse Normandie: MRSH.
- Schraub, S., Mercier, M., & Arveux, P. (2000). Quality of life measure in cancerology. *La Presse Medicale*, 29 (6), 310-318.
- Serra, E. (1999). Douleur et anxiété: une association sous-estimée. *Annales de Psychiatrie*, 14 (3), 240-245.



- Sifford, L. A. (2003). Psychiatric assessment and management of pediatric pain. Dans N. Schechter, Pain in infants, children and adolescents , 265-292. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sophie, A., & Bondeau, G. (2008). Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Consulté le Octobre 12, 2015, sur <http://www.sfetd-douleur.org>: Douleur et cancer : état des lieux et perspectives
- Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., & Rasclé, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Néphrologie Thérapeutique (5), 93-200.
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., Lopez-Gomez, J. M., Moreno, F., et al. (2005). Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. Qual Life Res , 14, 179-190.
- Wade, J. B., Price, D. D., Hamer, R. M., & Hart, R. P. (1990). An emotional component analysis of chronic pain. Pain, 3 (40 ), 303-310.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 67 (6), 361-70.

تاريخ ورود البحث: 2016/11/23

تاريخ الموافقة على نشر البحث: 2017/3/1

