

العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل

د. أحمد حسانين أحمد*

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مهارات التغلب على الألم، وتقليل الأعراض النفسية، وتحسين الوظائف الطبيعية لدى عينة من مرضى روماتويد المفاصل، وذلك عند مقارنتهم بمجموعة ضابطة (مجموعة الرعاية الطبية التقليدية).

بلغ العدد النهائي للمرضى اللذين أكملوا البرنامج (30) مريضاً منهم (13) في المجموعة التجريبية، (17) في المجموعة الضابطة، تلقت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي برنامجاً علاجياً مكوناً من ثماني جلسات علاجية، وجلستين تمهيديتين بواقع جلستين كل أسبوع، وذلك على مدار (6) أسابيع، ولتقييم البرنامج تم استخدام مقياس استراتيجيات التغلب على الألم، ومقياس القلق والاكتئاب، واستبيان التقييم الصحي لتقدير الحالة الصحية والجوانب الوجدانية للمرضى، وأخيراً مقياس قائمة الأبعاد المتعددة للألم وذلك لتقدير شدة الألم، والجوانب الأخرى المرتبطة بالألم، ولقد أجري التقييم قبل وبعد البرنامج وبعد شهر ونصف من المتابعة، ولتحليل البيانات تم استخدام اختبارات الفروض اللا معملية للفروق بين وداخل المجموعات عبر القياسات المتتالية، وأشارت الدراسة إلى العديد من النتائج من أهمها:

1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في خط الأساس مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في المتغيرات موضع الدراسة.

* كلية التربية - جامعة مصراتة - ليبيا

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس البعدي، والقياس في فترة المتابعة في الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم، ومقياس الوظائف النفسية، والعجز وثلاثة أبعاد من مقياس تقدير تأثير التهاب المفاصل، وكذلك خمسة أبعاد من قائمة الأبعاد المتعددة للألم: (شدة الألم، تدخل الألم في جوانب الحياة، الكدر الوجداني) قبل وبعد العلاج.

3- كانت هذه الفروق في اتجاه تحسن أساليب التغلب، والأعراض النفسية، والحالة الصحية بالنسبة لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي. وتشير هذه النتائج إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما يتم إضافته إلى العلاج الطبي التقليدي في تحسن أساليب التغلب، تقليل الألم ، والأعراض النفسية، والطبيعية للمرضى.

مقدمة البحث:

يعتبر التهاب المفاصل الروماتويدي من الأمراض التي حظيت باهتمام علماء النفس منذ فترة طويلة (Sharpe.L et al, 2001) وأجريت أبحاث عديدة تناولت العلاقة بين روماتويد المفاصل و العوامل النفسية، وأكدت هذه الأبحاث على أن العوامل النفسية مثل: الاكتئاب تؤثر على الألم و العجز مما يؤدي إلى تفاقم أعراض المرض والعجز الطبيعي مما يؤدي بدوره إلى عواقب صحية سيئة (Keefe. et al, 2002)، كما أكدت الأبحاث على أهمية بعض العوامل مثل: استراتيجيات التغلب (Wright et al 1996)، والفعالية الذاتية (Buescher et al , 1991) في توسط العلاقة بين الحالة المزاجية والعجز لدى مرضى روماتويد المفاصل.

وروماتويد المفاصل من الأمراض المزمنة التي لا يمكن التنبؤ بها و يحدث بنسبة 1% بين مجتمع الراشدين، والخاصية الرئيسية لهذا المرض هي وجود التهاب في المفاصل يؤدي إلى تيبس وتلف في المفاصل، وبالتالي حدوث العجز الجسمي، كما أن هذا المرض يحدث في كل الأعمار ولكنه أكثر انتشارا في الفترة العمرية من 20 إلى

25 سنة وهو أكثر انتشارا بين الإناث عنه بين الذكور، والأسباب الرئيسية لهذا المرض غير معروفة حتى الآن (Jayson, 1995).

ويعتبر الألم المرتبط بروماتويد المفاصل بمثابة العرض الرئيسي للمرض، وتخفيفه يعتبر الهدف الرئيسي الذي يدفع المرضى للبحث عن العلاج، وكثيرا ما يسبب هذا الألم والضعف الناتج عنه تغيير كبير في حياة المريض فيحدث ضعف في الأنشطة وفقد للعمل (Allaire et al, 1994).

وتهدف معظم التدخلات الطبية مع مرضى روماتويد المفاصل إلى تقليل الأعراض، ومنع حدوث تلف للمفاصل، وعلى الرغم من نجاح هذه التدخلات إلى حد ما في تقليل النتائج السيئة المترتبة على هذا المرض وأعراضه، إلا أن هذه العلاجات غالبا ما تكون مصحوبة ببعض الآثار الجانبية السيئة التي تؤثر على حياة المريض بالإضافة إلى ارتفاع التكلفة الاقتصادية لهذه التدخلات، وعدم انتظام المرضى في تناول الدواء بشكل مستمر.

ولذلك بدأ التركيز في أواخر السبعينات على تطوير برامج تعليمية للمرضى تهدف إلى تنمية أساليب التعامل مع الأعراض المرتبطة بالمرض (مثل: الألم والعجز الطبيعي)، وتزيد من عملية الاستجابة للعلاج وذلك من خلال تزويد المرضى بمعلومات عن المرض والعوامل المؤثرة فيه وأساليب إدارة الأعراض (Lorig et al, 1984)، وخاصة في ضوء ما أشارت إليه نتائج الأبحاث عن دور الضغوط في التغلب والتأثير على الألم والعجز لدى مرضى روماتويد المفاصل (Manne&Zautra, 1992)، فقد أشارت نتائج الأبحاث في هذا المجال إلى وجود علاقة قوية بين التغلب على المرض والتوافق النفسي (Jensen et al, 1991)، وكذلك وجدت علاقة بين تلازم استخدام استراتيجيات تغلب سلبية مثل: (الانسحاب، والانزعاج، والآسي، والراحة) وبين انخفاض الوظائف الطبيعية، وزيادة الكدر النفسي، وارتفاع مستوي الألم، والعجز

الطبيعي، والاكتئاب لدى مرضى الروماتويد. (Keefe et al ,1999) (Watkin et al ,2001

على العكس من ذلك فإن استخدام استراتيجيات تغلب إيجابية مثل: الاستمرار في النشاط بالرغم من الألم، وتجاهل الألم يرتبط بمستويات منخفضة من الألم والعجز الطبيعي، والمزاج الإيجابي كما أن زيادة التغلب الإيجابي أثناء التدريب على مهارات التغلب على الألم ارتبط بالتحسن في الاكتئاب والتغلب والالتزام بالدواء (Keefe et al (2003 ;Evers et al ,2001)

كما تشير نتائج الدراسات إلى أن المعارف المرضية، والعجز المدرك، واستراتيجيات التغلب السلبية على الألم، والضغط، والمستويات المنخفضة من المساندة الاجتماعية تتنبأ بانخفاض الوظائف النفسية والاجتماعية والطبيعية لدى مرضى الروماتويد. (Evers et al ,1997 ;Smith et al 1994 ,1997 ;Smith and Wallston 1992 (1999 ;Scharloo et al ,1999 ;Van Lankveld et al 1999,2000 ;Van Lankveld et al 1999,2001,2002,2001,1998,1997) ونتائج هذه الأبحاث أكدت أهمية استخدام التدخلات النفسية مع مرضى روماتويد المفاصل وخاصة تلك التدخلات التي تعتمد على المبادئ المعرفية السلوكية، والتي تهدف إلى مساعدة المرضى في تنمية أساليب تغلب توافقية، تزيد من اعتمادهم على قدراتهم في التغلب وتعديل من اتجاهاتهم نحو المرض. (Sharpe et al 2001:275) وفي الثمانينيات ومع زيادة الأهمية التطبيقية للعلاج المعرفي السلوكي بدأ علماء النفس والعاملين في مجال الرعاية الصحية في اختبار فعالية برامج العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى الروماتويد وأجريت دراسات عديدة في هذا المجال على سبيل المثال دراسات كل من :

(Kreemaat et al ,1995 ;Parker et al ,1995 ;Sinclair et al ,1998 ;Lundgren &Stenstrom ,1999 ;Leibing et al ,1999 ;Savel Kaul et al ,2001 ;Sharpe et al ,2001 ; Evers et al ,2002 ;Freeman et al ,2002 ;Sharpe et al ,2003)

تناولت هذه الدراسات العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل، واشتملت البرامج التي طبقت في هذه الدراسات على تدريبات الاسترخاء والأساليب المعرفية

والسلوكية للتغلب على الألم والتحكم في الأعراض مثل: تشتيت الانتباه والتخيل، بالإضافة إلى المكون التعليمي، والذي يتعلق بالتعريف بالمرض ونظريات الألم والعوامل المؤثرة فيه وبشكل عام يمكن القول إن نتائج هذه الدراسات قدمت بعض الأدلة لفاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى روماتويد المفاصل، وخاصة فيما يتعلق بتقليل الاضطرابات النفسية ومستوي الألم والعجز وتحسن وظائف المفاصل، والتغلب بالإضافة إلى تحسن بعض المؤشرات البيولوجية للمرضى .

ومن العرض السابق يمكن أن نستشف مدي الاهتمام الواسع بموضوع العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل وخاصة على المستوي الأجنبي، كما يمكن أن نستشف أيضا أن هناك أدلة قوية تشير إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن استراتيجيات التغلب، وتقليل الألم، والعجز المرتبط بالمرض.

ثانيا: مشكلة البحث

تحدد مشكلة البحث الحالي في الإجابة بشكل رئيسي عن السؤال التالي :

"هل يؤدي التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الطبي إلى تحسين مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل، وتقليل الألم وتحسين الأعراض النفسية والوظيفية المرتبطة بالمرض."

وتتفرع من هذا السؤال عدة أسئلة فرعية وهي كالآتي:

1- هل هناك فروق بين مجموعة مرضى الروماتويد الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلى العلاج الطبي، ومجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً طبياً فقط فيما يتعلق باستراتيجيات التغلب على الألم؟

2- هل هناك فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلى العلاج الطبي والمجموعة التي تلقت علاجاً طبياً فقط فيما يتعلق بالأبعاد المتعددة للألم؟

3- هل يؤدي العلاج المعرفي السلوكي عندما يضاف إلى العلاج الطبي إلى تحسين الأعراض المرتبطة بروماتويد المفاصل واستمرار هذا التحسن بشكل عام ؟

ثالثا : أهمية البحث

1- تأتي أهمية البحث الحالي والحاجة إليه من أهمية ما تشير إليه الإحصائيات المتعلقة بالتهاب المفاصل فتشير إلى أن هذا المرض يعتبر من الأسباب الرئيسية للألم والعجز؛ ففي الولايات المتحدة وحدها يقدر أن 37 مليون شخصاً يعانون من التهاب المفاصل (Keefe et al, 2002)، و 3 مليون في استراليا، و 6 مليون في كندا، و 8 مليون في المملكة المتحدة، و 103 مليون عبر أوربا، ومن المتوقع أنه سوف يؤثر على 60 مليون في الولايات المتحدة في عام (2020) وأن أكثر من 12 مليون شخصاً سيصبحون محدودي النشاط بسبب التهاب المفاصل كما يعتبر التهاب المفاصل السبب الرئيسي للعجز في استراليا وكندا وأوروبا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة. (Dunlop, 2003)

2- تزيد أهمية التدخلات النفسية لدى مرضى روماتويد المفاصل بشكل خاص وخاصة في ضوء ما أشارت إليه الأبحاث من أن حوالي 40% من هؤلاء المرضى يواجهون عجز مهنياً، 75% منهم يعانون من ضعف يؤثر على وقت فراغهم وأنشطتهم الاجتماعية (Albers et al, 1999; Fex et al, 1998; Van Jaarsveld et al, 1998)، وأن ما بين 20 إلى 40% من المرضى يظهرون درجات اكتئاب تعادل درجات المرضى اللذين يعالجون طبيياً من الاضطراب الاكتئابي (Basler in Raspe &Rehfish, 1990) (H.D, 1993) كما وجد أن 66% من مرضى الروماتويد المفصلي، 75% من مرضى التهاب المفاصل العظمي صنفوا الألم باعتباره العرض الأكثر أهمية والذي يبحثون له عن علاج، وقرروا أن الاهتمام بالألم أهم من الاهتمام بالعجز (Mckenna &Wright, 1985) وقد توصلت دراسات كثيرة - كما أشرت في مقدمة البحث- إلى أن العلاج المعرفي السلوكي فعال بشكل دال في تخفيف الألم المتعلق بروماتويد المفاصل.

ومن العرض السابق يتضح لنا أهمية إجراء دراسة على المستوى العربي لتناول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن لدى مرضى روماتويد المفاصل.

إجراءات الدراسة:

عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث من جمهور مرضى الروماتويد المترددين على المركز التخصصي لعلاج أمراض المفاصل والروماتيزم بمركز أبوقرقاص، محافظة المنيا، بمصر ولقد تم تحديد عدد من المحكات لاختيار وقبول الحالات المشاركة في التجربة الحالية، وتتضمن هذه المحكات ما يلي: (المدى العمري لأفراد العينة يتراوح ما بين (20-50) عاما ، وروعي أن لا تكون الحالة متزامنة مع اضطراب عقلي واضح أو مشكلات طبية أخرى أو أن درجة المرض متقدمة بحيث لا تسمح بتنفيذ إجراءات العلاج، وأن تكون لديه مشكلة ألم واضحة، والتشخيص : (جميع أفراد العينة تم تشخيصهم بواسطة أخصائي أمراض روماتويدية))، بلغ العدد الإجمالي للمرضى في بداية الدراسة (40) مريضاً بمتوسط عمري (34.52) ، وانحراف معياري (11.50) منهم (90%) إناثاً، (75%) منهم متزوجاً، أما بالنسبة للمستوي التعليمي فقد تتوع بين أفراد العينة، أما بالنسبة لمتوسط استمرار المرض، قد بلغ (8.30) وانحراف معياري (5.11)، تم تقسيم أفراد العينة (ن = 40) إلى مجموعتين، مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي (ن = 20) ومجموعة العلاج الطبي فقط (ن = 20)، واستبعد من التحليلات الإحصائية (10) مرضى منهم (7) من المجموعة التجريبية، (3) من المجموعة الضابطة.

أدوات البحث:-

1- مقياس استراتيجيات التغلب على الألم:

يعتبر هذا المقياس واحدا من أشهر المقاييس التي تستخدم لقياس التغلب لدى مرضى الألم المزمن، وقد اعد هذا المقياس روزانستيل وكيف. (Resenstiel & Keefe, 1983) ويتكون المقياس من (48) عبارة موزعة على سبعة مقاييس فرعية يندرج، تحت كل مقياس ستة بنود وتشمل المقاييس الفرعية (6) مقاييس لقياس الإستراتيجيات المعرفية وهي (تثبت الانتباه ، إعادة تفسير أحاسيس الألم، عبارات التغلب الذاتية، تجاهل أحاسيس الألم ، الصلاة، المساوية) ومقياس لقياس الاستراتيجيات السلوكية وهي (زيادة الأنشطة السلوكية)، يتم الاستجابة عن بنود المقياس من خلال ندرج من سبع نقاط يتم في ضوءه تقدير مدى تكرار استخدام كل إستراتيجية من الاستراتيجيات عندما يتم الشعور بالألم وذلك في ضوء البنود التي تقيس هذه الإستراتيجية. أما بالنسبة لثبات المقياس في الدراسات الأجنبية فقد تراوح ما بين (0.71) ، (0.86) باستخدام معاملات ثبات ألفا وما بين (0.34) ، (0.91) بطريقة إعادة التطبيق وكذلك بصدق تلازمي مرتفع.

ولقد قام الباحث بترجمة المقياس وتقدير الثبات والصدق له في الدراسة الحالية وذلك باستخدام معامل الفاكرونباخ حيث بلغت هذه القيم بالنسبة للمقاييس الفرعية كما يلي : (مقياس تثبت الانتباه (0.76)، ومقياس إعادة تفسير أحاسيس الألم (0.79)، ومقياس عبارات التغلب الذاتية (0.85)، ومقياس تجاهل الألم (0.81)، ومقياس الصلاة (0.76)، ومقياس المساوية (0.86)، ومقياس زيادة الأنشطة السلوكية (0.72) ، وتم حساب صدق المقياس عن طريق صدق الاتساق الداخلي وقد وجد أن جميع معاملات الارتباط بين البنود والمقاييس الفرعية كانت دالة عند مستوي دلالة (0.01) ، وتراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (0.34) الى (0.79)

2- مقياس القلق والاكتئاب:

استخدم في هذه الدراسة لقياس القلق والاكتئاب مقياسين فرعيين مشتقين من قائمة الأعراض النفسية والعقلية ذات التسعين عبارة (SCL - 90R) وهما مقياسي القلق والاكتئاب، ولقد أعد هذه القائمة ليونارد ودبروجيتس وآخرون (Leonard R. & Derogatis et al) وقام بنقلها إلى العربية عبد الرقيب البحيري (1984) ويتكون مقياس القلق من عشرة عبارات تعكس مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الوجهة الإكلينيكية أما مقياس الاكتئاب فيتكون من ثلاث عشرة عبارة تعكس مدي واسع من العلامات المصاحبة لزمنة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب وتم تقدير ثبات المقياس في الدراسة الحالية باستخدام معامل الفاكرونباخ وقد بلغت قيمة معامل ألفا بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب على التوالي (0.88 ، 0.90) وتشير هذه النسبة إلى ارتفاع معامل ثبات المقياسين، وتم حساب معاملات الاتساق الداخلي كمؤشر للصدق من خلال حساب الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة الكلية للمقياس وذلك بالنسبة لمقياس القلق ومقياس الاكتئاب وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (0.51) إلى (0.78)

3- استبيان التقييم الصحي:

اعد هذا المقياس فرايس وآخرون (Fries et al, 1980) لقياس مقدار الصعوبات التي يواجهها مرضى روماتويد المفاصل أثناء أداء الأنشطة اليومية (القدرات الوظيفية) وقد قام بترجمة هذا المقياس ونقله إلى اللغة العربية أحمد عبد الناصر (Abd el-Nasser, 1995) وتم تقدير ثباته في الدراسة الحالية باستخدام معامل ألفاكرونباخ حيث بلغت قيمته (0.91) وهي قيمة دالة ومرضية وتشير إلى معامل ثبات مرتفع للمقياس وتم تقدير صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (0.54) إلى (0.79) وهي دالة عند مستوى (0.01)

4 - قائمة الأبعاد المتعددة للألم:

أعد هذه القائمة كيرنس، تيرك، ورودي عام 1985 (Kerns, Turk & Rudy, 1985) (1985), وتتكون القائمة من (60) بندا تم تقسيمهم إلى ثلاثة أقسام: يتكون القسم الأول من خمسة مقاييس فرعية وهي: (مقياس شدة الألم، مقياس تدخل الألم في جوانب الحياة، مقياس إدراك السيطرة على جوانب الحياة، مقياس الكدر الانفعالي، مقياس الدعم من الأفراد المهمين في حياة المريض)، أما القسم الثاني فيهتم بتقييم إدراك المريض لاستجابات الأفراد المهمين بالنسبة له للألم الذي يعاني منه ويتكون من ثلاثة مقاييس فرعية وهي: (مقياس الاستجابات السلبية، مقياس مراعاة المشاعر، مقياس استجابات تحويل الانتباه)، أما القسم الثالث فيهتم بتقييم التغيير في أداء المريض في الأنشطة الحياتية الشائعة ويشتمل على أربعة مقاييس فرعية هي: (مقياس المهام المنزلية العادية أو الروتينية، مقياس العمل الخارجي، مقياس النشاطات خارج المنزل، مقياس النشاطات الاجتماعية). وتم تقدير ثبات وصدق القائمة في دراسات عديدة مرتفعين ولقد قام الباحث بترجمة القائمة وتقدير الثبات والصدق لها في الدراسة الحالية حيث تراوحت قيمة معامل ألفا بالنسبة لأبعاد القائمة المختلفة ما بين (0.60 : 0.89) وهي قيمة مرضية وجيدة وتشير إلى معامل ثبات جيد للاختبار وتم تقدير صدق القائمة في الدراسة الحالية على نفس عينة الثبات باستخدام الاتساق الداخلي وقد بلغت قيم معاملات الارتباط ما بين (0.38 : 0.89) وكانت كلها دالة عند مستوي دلالة (0.01).

5 - برنامج العلاج المستخدم في البحث الحالي :

طبق في هذه الدراسة العلاج المعرفي السلوكي للألم المتعلق بالأمراض كما تم تقديمه من قبل. (Turk et al, 1996; Keefe et al, 1990; Philips & Rachman, 1996)

قام الباحث بتصميم البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية بعد الإطلاع على عدد كبير من الأبحاث والكتب الأجنبية وذلك لأن الباحث لم يجد في التراث العربي النفسي دراسات اهتمت ببرامج العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بالأمراض أو الألم المزمن بشكل عام حيث إن معظم الأبحاث في هذا المجال تتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي للإضرابات النفسية (الاكتئاب، القلق، الوسواس)، ويوضح الجدول التالي التصور النهائي للبرنامج ومحتوياته وعدد جلساته

جدول رقم (1)

عرض مختصر برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتنمية مهارات التغلب

الموضوع	الجلسة
تعريف بمنطقية البرنامج وطبيعته، عرض مختصر ومبسط لنظرية التحكم بالبوابة	الجلسة الأولى
تدريبات الاسترخاء التصاعدي - تدريبات الاسترخاء المختصر .	الجلسة الثانية
ممارسة التمرينات والتقدم في النشاط.	الجلسة الثالثة
جدولة الأنشطة السارة.	الجلسة الرابعة
أساليب تحويل (تشثيت) الانتباه .	الجلسة الخامسة
إعادة الصياغة المعرفية (تحديد وتغيير الأفكار السلبية) .	الجلسة السادسة
حل المشكلات والحديث الذاتي.	الجلسة السابعة
مراجعة البرنامج وخطة المتابعة ومنع الانتكاسة.	الجلسة الثامنة

أساليب المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS14) لاستخراج البيانات الإحصائية المتمثلة في: اختبار مان ويتي ويلكوكسون للرتب واختبار فريدمان لتحليل التباين في اتجاهين باستخدام الرتب.

النتائج والمناقشة:

1- نتائج الفرض الأول .

ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة بعد تطبيق البرنامج .(القياس البعدي)"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتي للتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة في القياس القبلي والبعدي وذلك كما يوضح الجدول الآتي :

جدول رقم (2)

نتائج اختبار "مان ويتي" للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط على الأداء لمقاييس الدراسة في التطبيق الأول (القبلي)

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي فقط		مجموعة العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الطبي		متغيرات الدراسة
		التطبيق الأول القبلي		التطبيق الأول القبلي		
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
غير دالة	1.652-	4.19	5.23	4.96	7.76	1- استراتيجيات التغلب
غير دالة	1.902-	2.03	3.17	3.96	5.77	أ- تشتيت الانتباه
غير دالة	1.806-	3.01	6.35	7.39	10.23	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
غير دالة	1.741-	2.23	3.88	5.65	7.15	ج- الحديث الذاتي
غير دالة	0.697-	3.02	12.82	6.00	15.00	د- تجاهل أحاسيس الألم
غير دالة	0.959-	4.66	23.64	3.41	23.76	هـ- الصلاة
غير دالة	1.350-	2.34	6.64	3.18	8.00	و- المأسوية
غير دالة	0.653-	2.52	23.35	6.53	23.46	ز- زيادة النشاط
غير دالة	0.483-	6.09	32.29	8.92	31.53	2- القلق
غير دالة	1.761-	0.69	1.25	0.91	0.84	3- الاكتئاب
غير دالة	1.761-	0.69	1.25	0.91	0.84	4- استبيان التقييم الصحي

غير دالة	0.464-	0.98	4.27	0.84	4.07	5- الألم والجوانب المرتبطة به
غير دالة	1.132-	0.78	4.58	1.20	4.30	أ- شدة الألم
غير دالة	0.148-	0.85	2.55	0.85	2.59	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
غير دالة	1.025-	0.54	3.84	0.76	3.56	ج- السيطرة على جوانب الحياة
غير دالة	1.092-	1.23	4.31	1.42	3.79	د- الكدر الوجداني
غير دالة	0.546-	1.44	1.91	0.82	2.00	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	1.699-	0.92	3.48	0.84	2.86	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	0.612-	1.20	2.64	1.03	2.38	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	1.488-	0.80	1.69	0.88	2.1	ح- استجابات التشتت
غير دالة						ط- مستوى النشاط العام

ومن خلال الجدول السابق يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة في القياس القبلي (خط الأساس) ويشير ذلك إلى التكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات موضع الدراسة مما يجعلنا نفترض تساوي خط الأساس للمجموعتين وبالتالي يكون هناك اطمئنان في إرجاع ما قد يوجد من فروق بين المجموعتين في القياسات التالية إلى تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي .

جدول رقم (3)

نتائج اختبار " مان ويتنى" للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقاييس الدراسة في التطبيق الثاني (البعدي)

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي فقط		مجموعة العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الطبي		متغيرات الدراسة
		التطبيق الثاني البعدي		التطبيق الثاني البعدي		
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
0.01	4.416-	3.24	4.82	7.79	20.30	1- استراتيجيات التغلب
0.01	4.623-	1.86	3.29	6.69	15.46	أ- تشتيت الانتباه
0.01	2.672-	2.26	6.00	12.32	17.84	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
						ج- الحديث الذاتي

0.01	4.418-	2.22	4.23	7.80	16.38	د- تجاهل أحاسيس الألم
0.05	2.245-	2.80	13.00	7.44	19.30	هـ- الصلاة
0.01	3.786-	3.41	24.17	8.48	11.00	و- المساوية
0.01	4.647-	1.70	5.82	6.09	20.38	ز- زيادة النشاط
0.01	3.127-	1.57	22.64	5.72	14.15	2- القلق
0.01	3.168-	5.74	32.70	11.38	20.38	3- الاكتئاب
0.05	2.352-	0.42	1.07	0.58	0.54	4- استبيان التقييم الصحي
0.01	3.533-	0.83	4.55	1.06	2.94	5- الألم والجوانب المرتبطة به أ- شدة الألم
0.01	2.785-	0.86	4.01	1.41	2.48	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
غير دالة	1.094-	0.96	3.02	1.15	3.48	ج- السيطرة على جوانب الحياة
0.01	2.898-	0.72	3.37	0.64	2.63	د- الكدر الوجداني
غير دالة	0.231-	1.32	3.96	1.39	3.84	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	1.912-	1.49	2.02	0.88	0.98	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	0.272-	0.76	3.21	1.29	3.38	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	0.652-	1.30	2.88	1.63	3.22	ح- استجابات التشتت
غير دالة	1.886-	0.97	1.90	1.26	2.72	ط- مستوى النشاط العام

من خلال الجدول السابق يمكن القول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على المقاييس الآتية: (الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم ، مقاييس الوظائف النفسية) (القلق والاكتئاب)، استبيان التقييم الصحي، ثلاثة أبعاد فقط من قائمة الأبعاد المتعددة للألم وهي : (شدة الألم وتدخل الألم في جوانب الحياة ، إدراك السيطرة على جوانب الحياة) وذلك بمستويات دلالة هي على التوالي (0.01 ، 0.05) للمقياس الأول ، (0.01) للمقياس الثاني ، (0.01) للمقياس الثالث ، (0.01) للمقياس الرابع بين المجموعتين وكانت هذه الفروق في اتجاه تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي مقارنة بالمجموعة الثانية.

2- نتائج الفرض الثاني .

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة بعد فترة المتابعة" ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار مان ويتنى للتعرف على الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة في فترة المتابعة ويوضح الجدول رقم (4) قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار مان ويتنى" للفروق بين المجموعتين في القياس البعدي.

جدول رقم (4)

نتائج اختبار مان ويتنى" للفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقاييس الدراسة في التطبيق الثالث (المتابعة)

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموعة العلاج الطبي فقط		مجموعة العلاج المعرفي السلوكي + العلاج الطبي		متغيرات الدراسة
		التطبيق الثالث المتابعة		التطبيق الثالث المتابعة		
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
0.01	4.495-	3.08	5.17	6.46	20.53	1- استراتيجيات التغلب أ- تشتيت الانتباه
0.01	4.650-	1.51	3.05	5.62	14.76	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
0.01	3.438-	1.87	5.82	11.41	18.69	ج- الحديث الذاتي
0.01	4.515-	1.85	4.05	5.90	15.30	د- تجاهل أحاسيس الألم
0.05	2.320-	2.75	13.11	7.53	19.46	هـ- الصلاة
0.01	3.588-	3.25	23.88	8.26	12.30	و- المساوية
0.01	4.644-	1.87	5.58	5.35	19.76	ز- زيادة النشاط
0.01	3.360-	1.98	23.05	5.71	16.15	2- القلق
0.01	3.588-	5.74	32.94	8.88	19.15	3- الاكتئاب
0.01	2.873-	0.37	1.15	0.58	0.57	4- استبيان التقييم الصحي
						5- الألم والجوانب المرتبطة به

0.01	3.982-	0.94	4.90	1.02	3.02	أ- شدة الألم
0.05	2.413-	0.98	3.90	1.37	2.52	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
غير دالة	0.189-	1.10	3.24	1.12	3.34	ج- السيطرة على جوانب الحياة
0.01	3.940-	0.81	3.98	0.65	2.69	د- الكدر الوجداني
غير دالة	0.126-	1.31	3.62	1.18	3.63	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	1.912-	1.19	1.86	0.91	1.01	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	0.168-	0.73	3.31	1.23	3.30	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	1.056-	1.28	2.73	1.43	3.37	ح- استجابات التشنت
0.05	2.010-	0.99	1.97	1.16	2.8	ط- مستوى النشاط العام

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على المقاييس الآتية (الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم ، مقاييس الوظائف النفسية) الفلق والاكنتاب) ، استبيان التقييم الصحي، أربعة أبعاد فقط من قائمة الأبعاد المتعددة للألم وهي : (شدة الألم وتدخل الألم في جوانب الحياة ، إدراك السيطرة على جوانب الحياة، مستوى النشاط العام)) وذلك بمستويات دلالة هي على التوالي (0.01، 0.05) للمقياس الأول ، (0.01، 0.05) للمقياس الثاني ، (0.01) للمقياس الثالث ، (0.01، 0.05) للمقياس الرابع بين المجموعتين وكانت هذه الفروق في اتجاه استمرار تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي مقارنة بالمجموعة الثانية.

1- نتائج الفرض الثالث.

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية داخل كل مجموعة على حدا في الأداء على الاختبارات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إتباع الخطوات الآتية :

1- حساب قيمة اختبار " فريدمان" لتحليل التباين لمعرفة الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي خلال التطبيقات الثلاثة (قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة)

ويعرض الجدول التالي نتائج اختبار "فريدمان" للمقارنة بين مواقف التطبيق الثلاثة لكل متغير من متغيرات الدراسة، لمجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي.

جدول رقم (5)

الفروق داخل المجموعة الأولى عبر المراحل العلاجية باستخدام اختبار "فريدمان" (ن = 13)

مستوي الدلالة	قيمة كا ²	المتابعة		القياس البعدي		القياس القبلي		القياسات متغيرات الدراسة
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
0.01	21.37	6.46	20.53	7.79	20.30	4.96	7.76	1- استراتيجيات التغلب أ- تشتيت الانتباه
0.01	22.99	5.62	14.76	6.69	15.46	3.96	5.77	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
0.05	12.69	11.41	18.69	12.32	17.84	7.39	10.23	ج- الحديث الذاتي
0.01	17.83	5.90	15.30	7.80	16.38	5.65	7.15	د- تجاهل أحاسيس الألم
0.01	9.17	7.53	19.46	7.44	19.30	6.00	15.00	هـ- الصلاة
0.01	19.34	8.26	12.30	8.48	11.00	3.41	23.76	و- المساوية
0.01	21.63	5.35	19.76	6.09	20.38	3.18	8.00	ز- زيادة النشاط
0.01	12.81	5.71	16.15	5.72	14.15	6.53	23.46	2- القلق
0.01	15.71	8.88	19.15	11.38	20.38	8.92	31.53	3- الاكتئاب
غير دالة	5.78	0.58	0.57	0.58	0.54	0.91	0.84	4- مؤشر العجز
0.01	15.81	1.02	3.02	1.06	2.94	0.84	4.07	5- الألم والجوانب المرتبطة به أ- شدة الألم
0.01	14.55	1.37	2.52	1.41	2.48	1.20	4.30	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
0.01	12.73	1.12	3.34	1.15	3.48	0.85	2.59	ج- السيطرة على جوانب الحياة
0.01	16.68	0.65	2.69	0.64	2.63	0.76	3.56	د- الكدر الوجداني
غير دالة	1.24	1.18	3.63	1.39	3.84	1.42	3.79	هـ- الدعم الاجتماعي
0.01	16.86	0.91	1.01	0.88	0.98	0.82	2.00	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	5.36	1.23	3.30	1.29	3.38	0.84	2.86	ز- استجابات مراعاة المشاعر
0.01	9.69	1.43	3.37	1.63	3.22	1.03	2.38	ح- استجابات التشتت
0.01	10.38	1.16	2.8	1.26	2.72	0.88	2.1	ط- مستوى النشاط العام

وباستعراض النتائج الواردة في الجدول السابق يمكن الخروج بما يلي :-

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.01) ، (0.05) بين الأداءات عبر المراحل العلاجية على الأبعاد المختلفة للمقاييس الآتية (استراتيجيات التغلب على الألم، مقاييس الوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب)، قائمة الأبعاد المتعددة للألم فيما عدا ثلاثة أبعاد هي (الدعم الاجتماعي، السلبية، استجابة مراعاة مشاعر المريض).

2- ولتحديد اتجاه الفروق بين القياسات المختلفة داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي تم إجراء مقارنات ثنائية باستخدام اختبار ويلكوسون للكشف عن اتجاه الفروق بين التطبيقات الثلاثة كما في الجدولين التاليين:

جدول رقم (6)

نتائج اختبار (ويلكوسن) للمقارنة الثنائية بين درجات الأفراد في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج على المقاييس المختلفة للدراسة

مستوي الدلالة	قيمة Z	القياس البعدي		القياس القبلي		القياسات متغيرات الدراسة
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
0.01	3.19-	7.79	20.30	4.96	7.76	1- استراتيجيات التغلب
0.01	3.19-	6.69	15.46	3.96	5.77	أ- تثبت الانتباه
0.05	2.37-	12.32	17.84	7.39	10.23	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
0.01	3.06-	7.80	16.38	5.65	7.15	ج- الحديث الذاتي
0.01	2.32-	7.44	19.30	6.00	15.00	د- تجاهل أحاسيس الألم
0.01	3.19-	8.48	11.00	3.41	23.76	هـ- الصلاة
0.01	3.18-	6.09	20.38	3.18	8.00	و- المساوية
0.01	2.67-	5.72	14.15	6.53	23.46	ز- زيادة النشاط
0.05	2.52-	11.38	20.38	8.92	31.53	2- القلق
0.05	2.10-	0.58	0.54	0.91	0.84	3- الاكتئاب
0.01	2.81-	1.06	2.94	0.84	4.07	4- استبيان التقييم الصحي
0.01	3.06-	1.41	2.48	1.20	4.30	5- الألم والجوانب المرتبطة به
						أ- شدة الألم
						ب- تدخل الألم في جوانب الحياة

0.01	2.80-	1.15	3.48	0.85	2.59	ج- السيطرة على جوانب الحياة
0.01	2.98-	0.64	2.63	0.76	3.56	د- الكدر الوجداني
غير دالة	0.51-	1.39	3.84	1.42	3.79	هـ- الدعم الاجتماعي
0.01	3.06-	0.88	0.98	0.82	2.00	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	1.78-	1.29	3.38	0.84	2.86	ز- استجابات مراعاة المشاعر
0.05	2.04-	1.63	3.22	1.03	2.38	ح- استجابات التشتت
0.05	2.39-	1.26	2.72	0.88	2.1	ط- مستوي النشاط العام

وباستعراض الجدول السابق يمكن القول أن هناك فروق دالة إحصائية بين القياس قبل تطبيق البرنامج والقياس بعد تطبيق البرنامج، في كل المقاييس المستخدمة في الدراسة فيما عدا البعدين الخاصين بقائمة الأبعاد المتعددة للألم وهما: (الدعم الاجتماعي، واستجابات مراعاة مشاعر المريض)، وكانت الفروق لصالح تحسن أداء الأفراد بعد فترة العلاج.

جدول رقم (7)

نتائج اختبار "ويلكوكسن" للمقارنة الثنائية بين درجات الأفراد في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة على مقاييس الدراسة .

مستوي الدلالة	قيمة Z	المتابعة		القياس البعدي		المجموعات متغيرات الدراسة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
غير دالة	0.42-	6.46	20.53	7.79	20.30	1- استراتيجيات التغلب أ- تشتيت الانتباه
غير دالة	1.34-	5.62	14.76	6.69	15.46	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
غير دالة	1.34-	11.41	18.69	12.32	17.84	ج- الحديث الذاتي
غير دالة	1.15-	5.90	15.30	7.80	16.38	د- تجاهل أحاسيس الألم
غير دالة	0.27-	7.53	19.46	7.44	19.30	هـ- الصلاة
0.05	2.03-	8.26	12.30	8.48	11.00	و- المساوية
غير دالة	1.63-	5.35	19.76	6.09	20.38	ز- زيادة النشاط

0.05	2.02-	5.71	16.15	5.72	14.15	2- القلق
غير دالة	1.4-	8.88	19.15	11.38	20.38	3- الاكتئاب
	1.35-	0.58	0.57	0.58	0.54	4- استبيان التقييم الصحي
						5- الألم والجوانب المرتبطة به
غير دالة	1.00-	1.02	3.02	1.06	2.94	أ- شدة الألم
غير دالة	1.60-	1.37	2.52	1.41	2.48	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
غير دالة	1.34-	1.12	3.34	1.15	3.48	ج- السيطرة على جوانب الحياة
غير دالة	0.67-	0.65	2.69	0.64	2.63	د- الكدر الوجداني
غير دالة	1.63-	1.18	3.63	1.39	3.84	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	1.60-	0.91	1.01	0.88	0.98	و- الاستجابة السلبية
غير دالة	1.00-	1.23	3.30	1.29	3.38	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	1.41-	1.43	3.37	1.63	3.22	ح- استجابات التشتت
غير دالة	1.84-	1.16	2.8	1.26	2.72	ط- مستوي النشاط العام

يشير الجدول السابق إلى عدم وجود فروق دالة بين القياسات بعد تطبيق البرنامج والقياس في فترة المتابعة فيما عدا مقياسين فقط، هما مقياس المأساوية والقلق، ويوضح ذلك أن الخصائص التي تعدلت من خلال البرنامج لم تتغير على مدار فترة المتابعة.

3- حساب قيمة اختبار "فريدمان" لتحليل التباين لمعرفة الفروق داخل مجموعة العلاج الطبي فقط، خلال التطبيقات الثلاثة (قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة).

يعرض الجدول التالي نتائج اختبار "فريدمان" للمقارنة بين مواقف التطبيق الثلاثة لكل متغير من متغيرات الدراسة لمجموعة العلاج الطبي.

جدول رقم (8)

نتائج اختبار "فريدمان" للمقارنة بين القياس القبلي والبعدي والمتابعة لمجموعة العلاج الطبي فقط على مقاييس الدراسة.

مستوي الدلالة	قيمة كا ²	المتابعة		القياس البعدي		القياس القبلي		المجموعات متغيرات الدراسة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
غير دالة	1.76	3.08	5.17	3.24	4.82	4.19	5.23	1- استراتيجيات التغلب أ- تشنيت الانتباه
غير دالة	2.40	1.51	3.05	1.86	3.29	2.03	3.17	ب- إعادة تفسير أحاسيس الألم
غير دالة	4.34	1.87	5.82	2.26	6.00	3.01	6.35	ج- الحديث الذاتي
غير دالة	3.18	1.85	4.05	2.22	4.23	2.23	3.88	د- تجاهل أحاسيس الألم
غير دالة	3.45	2.75	13.1 1	2.80	13.0 0	3.02	12.8 2	هـ- الصلاة
غير دالة	2.35	3.25	23.8 8	3.41	24.1 7	4.66	23.6 4	و- المأسوية
0.05	8.12	1.87	5.58	1.70	5.82	2.34	6.64	ز- زيادة النشاط
غير دالة	3.82	1.98	23.0 5	1.57	22.6 4	2.52	23.3 5	2- القلق
غير دالة	3.05	5.74	32.9 4	5.74	32.7 0	6.09	32.2 9	3- الاكتئاب
غير دالة	2.46	0.37	1.15	0.42	1.07	0.69	1.25	4- استبيان التقييم الصحي
0.01	9.91	0.94	4.90	0.83	4.55	0.98	4.27	5- الألم والجوانب المرتبطة به أ- شدة الألم
غير دالة	4.97	0.98	3.90	0.86	4.01	0.78	4.58	ب- تدخل الألم في جوانب الحياة
غير دالة	5.300	1.10	3.24	0.96	3.02	0.85	2.55	ج- السيطرة على جوانب الحياة
0.05	9.53	0.81	3.98	0.72	3.37	0.54	3.84	د- الكدر الوجداني
0.05	8.81	1.31	3.62	1.32	3.96	1.23	4.31	هـ- الدعم الاجتماعي
غير دالة	1.71	1.19	1.86	1.49	2.02	1.44	1.91	و- الاستجابة السلبية
0.05	6.40	0.73	3.31	0.76	3.21	0.92	3.48	ز- استجابات مراعاة المشاعر
غير دالة	3.92	1.28	2.73	1.30	2.88	1.20	2.64	ح- استجابات التشتت
غير دالة	5.36	0.99	1.97	0.97	1.90	0.80	1.69	ط- مستوي النشاط العام

تكشف البيانات والنتائج الواردة في الجدول السابق عن الآتي:-

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أداء مجموعة العلاج الطبي التقليدي عبر المراحل العلاجية على المقاييس الآتية (الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم فيما عدا البعد الخاص بالأنشطة السلوكية، مقياس القلق والاكتئاب، استبيان التقييم الصحي، الأبعاد الخاصة بمقياس قائمة الأبعاد المتعددة للألم فيما عدا أربعة أبعاد هي: (شدة الألم، الكدر الوجداني، الدعم الاجتماعي، استجابة مراعاة مشاعر المريض).

و في ضوء النتائج الخاصة باختبار " فريدمان " للمجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الطبي) والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج الطبي) يمكن أن نلخص النتائج الخاصة بالفروق داخل كل مجموعة في القياس عبر التطبيقات الثلاثة في ضوء تحقق فروض الدراسة على النحو التالي:

تحقق الفرض الثالث بشكل جزئي، حيث وجدت فروق دالة داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة إلى العلاج الطبي بين القياسات الثلاثة وباستخدام اختبار ويلكوكسون وجد أن هذه الفروق كانت في اتجاه استمرار التحسن لصالح مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي في معظم المقاييس موضع الدراسة، أما بالنسبة لمجموعة العلاج الطبي فقط فلم توجد فروق دالة عبر القياسات الثلاثة إلا في ستة مقاييس فقط من مقاييس الدراسة وهي : زيادة الأنشطة السلوكية والتفاعل الاجتماعي، وشدة الآلام والدعم الاجتماعي، والاستجابة السلبية واستجابات التشتت.

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

1- الفروق بين المجموعتين في خط الأساس .

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين في القياس القبلي (خط الأساس) في الأداء على الاختبارات التي تمثل متغيرات الدراسة سواء فيما يتعلق بالمتغيرات الديموجرافية، أو المتغيرات المتعلقة باستراتيجيات التغلب على الألم والوظائف النفسية (القلق والاكتئاب والشعور بالعجز) والوظائف الطبيعية (الحالة الصحية) وكذلك المتغيرات المرتبطة بالألم والجوانب المتعلقة به، وتشير هذه النتيجة إلى تكافؤ المجموعتين في مهارات التعامل مع الألم، وكذلك الوظائف النفسية والطبيعية والاجتماعية، والألم والجوانب المرتبطة به، كما تم قياسهم بالمقاييس المستخدمة في الدراسة، وبناء على ذلك يكون نوع العلاج هو المتغير المستقل الحاسم فيما يتعلق بالفروق بين المجموعتين ومستوي التحسن، وبالتالي يمكن أعزاء الفروق التي تظهر بين المجموعتين إلى نوع العلاج الذي تلقته إحدى المجموعتين ولم تتلقاه المجموعة الأخرى.

2- الفروق بين المجموعتين في القياس البعدي والمتابعة:

أ- الفروق الخاصة باستراتيجيات التغلب على الألم .

جاءت نتيجة اختبار مان وتني للفروق بين مجموعتين مستقلتين، لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي والمتابعة عند مستوي (0.01 ، 0.05) بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في كل الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم واستمرت هذه الفروق بعد فترة المتابعة، والتي بلغت شهر ونصف بنفس الدلالة التي كانت في القياس البعدي، وتشير هذه النتيجة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية استراتيجيات التغلب المعرفية والسلوكية على الألم لدى مرضى روماتويد المفاصل.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء مدي اتفاقها أو اختلافها مع الدراسات السابقة، وفي ضوء الأطر النظرية التي تناولت استراتيجيات التغلب على الألم، ففيما يتعلق بالدراسات السابقة يمكن القول بأن الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج عدد كبير جدا من الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لروماتويد المفاصل، وأثره في تحسين مهارات التغلب والوظائف النفسية والطبيعية للمرضى ومن هذه الدراسات (Kaamaat t al ,1995 ;Parker et al 1995 ;Youg et al ,1995;Sinclair et al ,1998 ;Radojevic et al ,1999 ;Leibing et al ,1999 ;Morly et al ,1999 ;Van Lankveld et al ,2000 ;Savelkoul et al ,2001 ;Evers et al ,2002 ;Aston et al ,2002 ;Sharp et al ,2003) ، وقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى فعالية العلاج في تحسين التغلب وذلك عند مقارنته بأساليب علاجية أخرى أو بمجموعات ضابطة لا تتلقى أي علاج.

ب- الفروق الخاصة بالوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب)

جاءت نتيجة الفرض الأول والثاني لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.01 ، 0.05) في القياس البعدي، والقياس بعد فترة المتابعة بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط فيما يتعلق بالأداء على مقياس القلق والاكتئاب، وتشير هذه النتيجة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى الروماتويد، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة، التي تناولت أثر التدخلات النفسية في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى روماتويد المفاصل، ومن هذه الدراسات دراسة استون (Astan et al ,2002) التي قام فيها بمراجعة وتحليل نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال، وتوصل إلى أن التدخلات النفسية ومن بينها العلاج المعرفي السلوكي كانت فعالة وبشكل دال في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب، سواء بعد العلاج أو بعد فترة المتابعة، وكذلك الدراسات التي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى الروماتويد المفصلي، ومرضى التهاب المفاصل العظمي.

(Kalfas et al ,1992 ;Leibing et ,1999 ;Sharp et al ,2001 ;Evers et al ,2002)

ج- الفروق في الأبعاد الخاصة باستبيان التقييم الصحي.

جاءت نتيجة الفرض الأول والثاني لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوي (0.01) في القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة إلى العلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط في الأداء على مقياس استبيان التقييم الصحي، وكانت هذه الفروق لصالح تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالمجموعة الثانية، يشير هذا إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن بعض الأعراض المرتبطة بروماتويد المفاصل، مثل: تحسن الحالة الوظيفية (العجز الوظيفي)، واستمرار هذا التحسن بعد شهر ونصف من العلاج.

أما فيما يتعلق بالعجز الوظيفي كما تم قياسه بمقياس استبيان التقييم الصحي فقد جاءت نتيجة البحث متفقة مع دراسات كل من (Lundgren &Stenstrom &RadaJevic ,1992 ;Savelkaul et al ,2001 ;Evers et al ,2002 ;Freman et al ,2003 ;Sharp et al ,2002) وتشير هذه الدراسات إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن الحالة الوظيفية للمرضى (العجز الوظيفي).

د- الفروق في الأبعاد الخاصة بقائمة الأبعاد المتعددة للألم.

جاءت نتيجة الفرض الأول والثاني لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.01 ، 0.05) بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة للعلاج الطبي ومجموعة العلاج الطبي فقط، فيما يتعلق بالقياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة فيما يتعلق بثلاثة أبعاد فقط، من الأبعاد المختلفة بقائمة الأبعاد المتعددة للألم وهذه الأبعاد هي: (شدة الألم، وتدخل الألم في الأنشطة اليومية للمريض، الكدر الوجداني)، وكانت هذه الفروق لصالح تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بمجموعة العلاج الطبي فقط، بالإضافة إلى ذلك فقد ظهرت فروق دالة عند مستوي (0.05) بعد فترة المتابعة، فيما يتعلق بمقياس مستوي النشاط العام وتشير هذه النتيجة

إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما يضاف إلى العلاج الطبي في تخفيف الألم، كما ظهر ذلك من خلال انخفاض تقديرات الألم، وكذلك تحسن الحالة المزاجية وتقليل تدخل الألم في جوانب حياة المريض.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات التحليل البعدي، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية التدخلات النفسية ومنها العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الألم وتحسين الحالة المزاجية.

(Flor et al ,1992 ;Morley ,1999 ;Aston ,2002 ;Riemsma et al ,2005)

2- مناقشة النتائج الخاصة بالمقارنات داخل المجموعات في الأداء على مقاييس الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتالية:

سيتم في هذا الجزء مناقشة نتائج الفروق داخل المجموعات _ كل مجموعة على حدا_ فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة عبر المراحل العلاجية، لمتابعة مستوي ومسار التحسن وذلك على النحو التالي:

أ- الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي (المجموعة الأولى)

أشارت نتائج الفرض الثالث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين أداء الأفراد على المقاييس المختلفة للدراسة عبر المراحل المتتابعة من العلاج في اتجاه التحسن في كل من المقاييس الآتية:

- 1- الأبعاد الفرعية لمقياس استراتيجيات التغلب على الألم.
- 2- مقاييس الوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب).
- 3- الأبعاد الفرعية لقائمة الأبعاد المتعددة للألم فيما عدا البعد الخاص بالدعم الاجتماعي، والبعد الخاص باستجابات مراعاة مشاعر المريض.

وتشير هذه النتيجة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة إلى العلاج الطبي في تحسين مهارات التعامل مع الألم، من حيث تنمية المهارات الإيجابية وتقليل

المهارات اللاتوافقية بالإضافة إلى ذلك فإنه يؤدي إلى تحسين الوظائف النفسية من حيث تقليل القلق والاكتئاب.

وكما يتضح من خلال نتائج المقارنات الثنائية بين القياسات المتتابعة فإن فروقا جوهرية وجدت عند مستوي (0.01 ، 0.05) بين القياس القبلي والقياس بعد فترة المتابعة في المتغيرات المتعلقة باستراتيجيات التغلب على الألم، والوظائف النفسية (القلق، الاكتئاب)، كما لم توجد فروق في القياس البعدي، والقياس في فترة المتابعة داخل هذه المجموعة في كل الأبعاد الخاصة بمقياس استراتيجيات التغلب على الألم، ومقياس الاكتئاب، أما فيما يتعلق بالقلق فقد وجدت فروق بين القياس البعدي والقياس بعد فترة المتابعة، حيث ارتفع مستوي القلق ولكن بشكل طفيف، وعن الأبعاد الخاصة باستبيان التقييم الصحي فلم توجد فروق دالة بين القياس البعدي والقياس في فترة المتابعة، كما لم توجد فروق دالة أيضا بين القياسيين في الأبعاد الخاصة بقائمة الأبعاد المتعددة للألم وتشير هذه النتيجة إلى استمرار التحسن داخل المجموعة في المتغيرات التي تغيرت بعد العلاج، وبالرغم من قصر فترة المتابعة في الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات التي أجريت في الخارج، وحددت فترات متابعة وصلت إلى عام أو أكثر، إلا أن نتائج الدراسة الحالي في هذا الجانب تقدم مؤشرات مبدئية مهمة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي، عندما يقدم مع العلاج الطبي في تحسين الوظائف النفسية، والجسمية، للمرضى وتنمية المهارات الإيجابية للتعامل مع المرض.

ب- الفروق داخل مجموعة العلاج الطبي فقط (المجموعة الثانية)

أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق دالة داخل مجموعة العلاج الطبي فقط عبر القياسات المتتالية في كل المتغيرات الخاصة بالدراسة، فيما عدا البعد الخاص بزيادة الأنشطة السلوكية في مقياس استراتيجيات لتغلب على الألم، وأربعة أبعاد من قائمة الأبعاد المتعددة للألم وهي: (شدة الألم، والكدر الوجداني، الدعم الاجتماعي، استجابة مراعاة مشاعر المريض).

وبالنظر إلى المتوسطات الخاصة بأداء مجموعة العلاج الطبي فقط، يمكن القول إنه فيما يتعلق بالأنشطة السلوكية فقد كان التغيير في اتجاه انخفاض مستوي النشاط العام، أما فيما يتعلق بشدة الألم فقد كانت المتوسطات في اتجاه ارتفاع شدة الألم، وانخفاض الدعم الاجتماعي، وزيادة الكدر الوجداني. وتشير هذه النتيجة إلى أن إضافة العلاج المعرفي السلوكي إلى العلاج الطبي يرتبط بتحسن في الجوانب النفسية والطبيعية للمرضى.

وأخيراً يمكن القول إن النتائج العلاجية الإيجابية ترتبط بانخفاض الاستجابات الانفعالية، وانخفاض إدراك الألم وزيادة المشاركة الفعالة في الإدارة الذاتية للألم، وبناء عليه يمكن القول وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية أنه في ضوء التحسن في استراتيجيات التغلب الإيجابية وانخفاض استراتيجيات التغلب السلبية، وخاصة الأساسية وكذلك تحسن الشعور بالعجز والاكتئاب والقلق، فإن ذلك يؤثر وبشكل فعال في انخفاض إدراك الألم والعجز الطبيعي، وكذلك الأعراض المرضية المرتبطة بروماتويد المفاصل.

ما تنطوي عليه نتائج الدراسة الحالية من دلالات وإمكانية الاستفادة منها علمياً.

أ- في ضوء ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة، والدراسات الأخرى من أن إضافة العلاج المعرفي السلوكي إلى العلاج الطبي لدى المرضى الذين يعانون من الآلام مزمنة يؤدي إلى نتائج إيجابية، فيما يتعلق بالجوانب الطبية مثل : انخفاض الأعراض وتحسن الأداء الطبيعي للمرضى، يوصي الباحث بضرورة الاهتمام بتقديم خدمة العلاج النفسي في المستشفيات، والمعاهد الصحية، والعيادات الخاصة، التي تتعامل مع الأمراض المزمنة مثل: الآلام الروماتزمية، آلام الجهاز العضلي الهيكلي، وآلام السرطان والإيدز، وذلك من أجل الحصول على نتائج علاجية قيمة .

ب- في ضوء ما تم التوصل إليه من أن الأفكار والمعتقدات، والسلوكيات الخاطئة وكذلك الظروف الاجتماعية والاعتقادات السلبية، تؤثر في النتائج المرضية، وتؤدي

إلى تفاقم وزيادة الأعراض، يوصي الباحث العاملين في مجال الرعاية الصحية لمرضى الألم المزمن بشكل عام بضرورة الاهتمام بتقييم هذه العوامل عند التعامل مع هؤلاء المرضى، لأن ذلك سوف يساعد بشكل كبير جدا في عملية الالتزام بالعلاج وزيادة فعاليته.

ج- نظرا لكثرة مرضى الألم المزمن الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل (القلق، الاكتئاب) وأن هذه الاضطرابات تؤدي إلى تفاقم الأعراض وزيادة الألم وأن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تقليل هذه الأعراض لدى مرضى الألم، المزمن لذلك يجب توجيه الاهتمام أثناء العلاج الطبي إلى هذه المتغيرات والتعامل معها بشكل فعال، ويمكن أن يتم ذلك من خلال توفير عدد من الأخصائيين النفسيين المؤهلين الذين يعملون جنبا إلى جنب مع أخصائيي الرعاية الطبية التقليدية، وذلك سوف يؤدي وبشكل فعال إلى نتائج أفضل.

المراجع:

- 1- عبد الرقيب البحيري (1984). قائمة الأعراض المرضية (SCL -90) الطبعة الأولى، مكتبة النهضة العربية، القاهرة
- 1- Abdel-Nasser, AM. (1995) Disaplety in Patient With Rheumatoid Arthritis. PhD. Faculty of Medicine . Minia University , Minia, Egypt.
 - 2- Allaire, SH., Prashker, MJ. & Meenan, RF. (1994). The Costs of Rheumatoid Arthritis. *Pharmacoeconomics*, 6: 513 - 522
 - 3- Astin, JA., Beckner, W., Soeken, K., Hochperg, MC., Berman, B. (2002). Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis :A meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Arthritis & Rheumatism*, 47(3): 291-302.
 - 4- Basler, HD. (1993). Group Treatment for Pain and Discomfort. *Patient Education and Counseling*, 20 : 167 - 175.
 - 5- Brown G. & Nicassio P.M (1987) Development of Questionnaire for The Assessment of Active and Passive Coping Strategies in Chronic Pain Patients. *Pain*, 31(1): 53 - 64.
 - 6- Bruce, B. & J. Fries (2003). The Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ): A review of Its History, Issues, Progress, and Documentation. *J Rheumatol*, 30(1): 167-178.
 - 7- Buescher, K., Johnston, J., Parker, J., Smarr, K., Buckele, WS., Anderson S. & Walker S. (1991). Relationship of Self - efficacy to Pain Behavior. *J rheumatol* 18 : 968 - 972.
 - 8- Dunlop, DD., Mannim, ML., Yelin, EH., Song, J. & Chang, WR. (2003). The Costs of Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 49(1): 101 - 113.
 - 9- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (1997) Determinants of Psychological Distress and Its Course in the First Year After Diagnosis in Rheumatoid Arthritis patient. *J Behav Med*, 20: 499 - 504.
 - 10- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (1998). Psychosocial Predictors of Functional Change in Recently Diagnosed Rheumatoid Arthritis Patients. *Behavior Research and Therapy*, 36: 179 - 193
 - 11- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (2002). Long Term Predictors of Anxiety and Depressed Mood in Early Rheumatoid Arthritis a Three and Five - year Follow- up. *J Rheumatology*. 29(11): 2327-2363 .
 - 12- Evers, AWM., Kraaimaat, FW., Geenen, R. & Bijlsma, JWJ. (2003). Pain Coping and Social Support as Predictors of Long - Term Functional Disability and Pain in Early Rheumatoid Arthritis. *Behavior Research and Therapy*, 41: 1295 - 1310.

- 13- Evers, AWM., Kraaamaat, FW., Van Rielplcm &Bijlsma, JWJ. (2001). Cognitive Behavioral and Physiological Reactivity to Pain as A predictor of long Term Pain in Rheumatoid Arthritis Patient. *Pain*, 93: 139 - 146
- 14- Evers, AWM., Kraaamaat, FW., Van Riel, PL. &De Jong, AJ.(2002) Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk :A Randomized Controlled Trails . *Pain*100: 141-153.
- 15- Flor, H., Fydrich, T. &Turk, DC. (1992). Efficacy of Multidisciplinary Pain Treatment Centers: A Meat-analytic Review. *Pain*, 49: 221 – 30
- 16- Freeman, K., Hommond, A. &Lincoln, NB. (2002). Use of Cognitive Behavioral Arthritis Education programmers in Newly Diagnosed Rheumatoid Arthritis. *Clinical Rehabilitation*, 16(8) : 828-836.
- 17- Fries, JF., P. Spitz et al. (1980). Measurement of Patient outcome in Arthritis. *Arthritis& Rheum* ,23(2): 137-45.
- 18- Grant, LD. & Haverkamp, BE. (1995). A cognitive - Behavioral Approach to Chronic Pain Management. *Journal of Counseling & Development*, 74: 25 - 32
- 19- Jayson, MV. (1999). Rheumatoid Arthritis. in P D Wall &R Melzack (Eds) *Text Book of Pain 5th edition* London: Churchill Livingston 505 – 516.
- 20- Jensen, MP., Turner, JA., Romano, JM . & Karoly, P. (1991). Coping With Chronic Pain : A Critical Review of the Literature *Pain* , 47: 249 – 283
- 21- Keefe, FJ. &Williams, DA. (1989). New Direction in Pain Assessment And Treatment. *Clinical Psychology Review*, 9 : 549- 568.
- 22- Keefe, FJ., Affleck, G ., Lefebvre, JC., Underwood, L. &Caldwell, DS. (2001). Living With Rheumatoid Arthritis: The Role of Daily Spirituality and Daily Religious and Spiritual Coping . *Journal of pain*. 2(2) :101-110Kerns ,Turk &Rudy ,1985
- 23- Keefe, FJ., Abrnethy, PA. &Campbell, CL. (2005). Psychological Approaches to Understanding and Treating Disease - Related Pain. *Annual Reviews Psychology*, 56: 601- 20
- 24- Keefe, FJ., Caldwell, DS., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., Timmons, K., Beaupre, P., Weisberg, J. &Helm, SM.(1999). Spouse Assisted Coping Skills Training in The Management of Osteoarthritic Knee pain: Long Term Follow Up Result . *Arthritis Care and Research* , 12(2): 101-111.
- 25- Keefe, FJ., Caldwell, DS., Williams, ,DA., Gil, KM., Mitchell, D., Robertson, D., Robertson, C., Martinez, S., Nunley, J., Beckham, JC. &Helms, M.(1990). Pain Coping Skills Training in The Managements of Osteoarthritic Knee pain :A Comparative Study. *Behavior Therapy*, 21:49-62.
- 26- Keefe, FJ., Smith, SJ., Buffington, HL., Gibson, J., Studts, L. &Caldwell, SD. (2002). Recent Advances and Future Directions in The Bio psychosocial Assessment and Treatment of Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3): 640 - 655.

- 27- Kerns, RD., Turk, DC. & Rudy, TE. (1985). The West Haven - Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain* 23: 345-356.
- 28- Kraaimaat, FW., Brons MR., Geenen, R. & Bijlsma, JW. (1995). The Effect of Cognitive Behavior Therapy in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Behav. Res. Ther.*, 33(5): 487-95.
- 29- Leibling, E., Pflingsten, M., Bartmann, U., Rueger, U. & Schuessler, G. (1999) Cognitive-Behavioral Treatment in Unselected Rheumatoid Arthritis Outpatients. *Clin. J. Pain*, 15: 58-66.
- 30- Lorig, K., Laurin, J. & Gines, GE. (1984). Arthritis Self - management : A five year history of a patients Education program. *Nursing clinics of North America*, 19: 637 . 645
- 31- Lundgren, S., Stenstrom, CH. (1999). Muscle Relaxation Training and quality of life in Rheumatoid Arthritis: A randomized controlled clinical trial. *Scand J Rheumatol*, 28: 47-53.
- 32- Mckenna, F. & Wright, V. (1985). Pain and Rheumatoid Arthritis. *Annual Rheumatology Disease*, 44: 805.
- 33- Malone, MD., Strube, MJ. (1998). Meta-analysis of nonmedical treatment for chronic pain. *Pain*, 34: 231 - 32.
- 34- Manne & Zutar (1992). Coping with arthritis : current status and Critiaue. *Arthritis and Rheumatism*, 35: 1273 - 1280.
- 35- Morley, S., Eccleston, C. & William, SA. (1999). Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled trials of Cognitive Behavior therapy and Behavior Therapy for Chronic Pain in Adults Excluding Headache . *Pain*, 80: 1-13.
- 36- Parker JC. & Wrght GE. (1995) The Implications of Depression for Pain and Disability in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res*, 8: 279 - 283.
- 37- Parker, JC., Smarr, KL., Buckelew, SP., Stucky-Ropp, RC. & Hewett, JE. (1995). Effects of Stress Management on Clinical Outcomes in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum*, 38(12):1807-1818.
- 38- Philips, HC. & Rachman, S. (1996). *The Psychological Management of Chronic Pain: A Treatment Manual*. 2nd ed , New yourk, Spring Publishing Company
- 39- Radojevic, V., Nicassio, PM. & Weisman, MH. (1992). Behavior Intervention With and Without Family Support for Rheumatoid Arthritis. *Behavior therapy*, 23: 113-120.
- 40- Riemsma, RP., Kirwan, J., Rasker, J. & Taal, E. (2005). Patient Education for Adults with Rheumatoid Arthritis (review) John Wiley & sons, ltd.
- 41- Rosenstiel, AK. & Keefe FJ. (1983). The Use of Coping Strategies in Chronic Low back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment. *Pain*, 17: 33 - 44.

- 42- Wright, GF., Parker, JC., Smarr, KL., Schoenfeld – Smith, K., Buckelew SP. &Slaughter, JR. (1996). Risk Factors for Depression in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis car and Research*, 9: 264 - 272
- 43- Schaloo, M., Kaptein, AR., Weinman, JA., Hazes, JM., Breedveld, FC. &Rooijmans, HGM. (1999) Predicting Functional Status in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal Rheumatology*, 26: 1686 – 1693
- 44- Savelkoul, M., De Witte, LP., Vander Borne, B. &Vanden Tempel, H. (2001). Effects of Coping Intervention on Patients With Rheumatic Diseases :Results of a Randomized Controlled Trial. *Arthritis &Rheumatism*, 45(1): 69-Scharloo et al 1999)
- 45- Sharpe, L., Sensky, T., Timber, Lake, N., Ryan, B., Brewin, CR. &Allard, S. (2001). Ablind, Randomized ,Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Intervention for Patients With Recent Onset Rheumatoid Arthritis: Preventing Psychological and Physical Morbidity. *Pain*, 89: 275 - 283.
- 46- Sharpe, LT., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B. &Allard, S. (2003). Long Term Efficacy of a Cognitive Behavioral Treatment Recently Diagnosed With Rheumatoid Arthritis . *Rheumatology*, 42: 435-441.
- 47- Sinclair, VG. &Wallston, KA. (2001). Predictors of Improvement in a Cognitive - Behavioral Intervention for Women With Rheumatoid Arthritis. *Ann Behav Med*, 23: 291 - 297.
- 48- Sinclair, VG., Wallston, KA., Dwyer, KA., Blackburn, DS. &Fuchs, H. (1998). Effects of a Cognitive-Behavioral Intervention for Women With Rheumatoid Arthritis. *Res. Nurs. Health*, 21(4): 315–26.
- 49- Smith, CA. &Wallston, KA. (1992). Adaptation in Patients with Chronic Rheumatoid Arthritis: Application of a general model . *Health Psychology*, 11: 151-162.
- 50- Smith, CA., Wallston, KA., Dwyer, KA. &Dowdy, SW. (1997). Beyond Good and Pad Coping: A Multidimensional Examination of Coping With pain in Persons With Rheumatoid Arthritis. *Ann Behav Med*, 19: 11 –21.
- 51- Smith, TW., Christensen, AJ., Peck, JR. &Ward, JR. (1994). Cognitive Distortion ,Helplessness and Depressed Mood in Rheumatoid Arthritis : A four - year longitudinal analysis. *Health psychology*, 13: 213 – 217.
- 52- Turk D.C. (1996) Biopsychosocial perspective on chronic pain in: D. C. Turk and R. J. Gatchel (EDS) *Psychological Approaches to Pain Management: Practitioners Hand book*, New Yourk, Guiliord press.
- 53- Turk, DC. &Okifuji, A. (1998). Directions in Prescriptive Chronic Pain Management Based on Diagnostic Characteristics of the Patient. *APS BWL* 8: 5 - 11.
- 54- Turk, DC. &Rudy, TE. (1988). Toward an Empirically Derived Taxonomy of Chronic Pain Patients : Integration of Psychological Assessment Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 233-238.

- 55- Van lankveld, W., Naring, G., Van't Pad Bosch & Van de Puttel. (1999). Behavioral Coping and Physical Functioning : The Effect of Adjusting the level of Activity on Observed Dexterity. *J Rheumatology*, 26: 1058 – 1064.
- 56- Van lankveld, Nang, G., Van't pad Bosch, P. & Van de puttl. (2000). The Negative Effect Of Decreasing The Level of Activity in Coping With Pain in Rheumatoid Arthritis : Increase in Psychological Distress and Disease Impact. *J Behav med*, 23: 377 - 391.
- 57- Watkin, KW., Shifrenk, Park, DC. & Morrell, RW. (1999). Age ,Pain and Coping With Rheumatoid Arthritis. *Pain*, 82: 217 - 28.
- 58- White, KP. & Nielson, WR. (1995). Cognitive-Behavioral Treatment of Fibromyalgia Syndrome: A follow-up Assessment. *Journal of Rheumatology*, 22: 717-721.
- 59- Young, LD., Bradley, LA. & Turner, RA. (1995). Decreases in Health Care Resource Utilization in Patients with Rheumatoid Arthritis Following a Cognitive Behavioral Intervention. *Biofeed back self Regul*, 20(3): 259 - 68.
- 60- Van Jaarsveld, CH., Jacobs, JW., Schrijvers, AJ., Van Albada – Kuipers, GA., Hofman, DM. & Bijlma, JW. (1998). Effects of Rheumatoid Arthritis on Employment and Social Participation During the First Years of Disease in the Netherlands. *British Journal of Rheumatology* , 37: 848 - 853

Abstract**Cognitive-Behavior Therapy For Chronic Pain Related With Rheumatoid Arthritis.**

Objective: This trail was performed to evaluate the efficacy of an adjunctive cognitive-behavioral treatment when compared with routine medical care in improvement coping skills, psychological symptoms and physical functions related to rheumatoid arthritis.

Desgin: A randomized clinical trials design.

Setting: The center of rheumatoid treatment, Abo Kourkas, El-Minia, Egypt.

Patients: Thirty patients with diagnosis of rheumatoid arthritis (age = 34.25 years, 90% female, duration of disease 8.30 years) finished the study.

Intervention: Subjects received routine medical care. Cognitive-behavioral treatment subjects (n = 13) received individual cognitive-behavioral treatment sessions for twice per week for 6 weeks included (educational rational, relaxation training, distraction techniques, activity pacing, pleasant activity, cognitive restructuring and maintenance plan).

Outcome Measures: Outcome measures included coping strategies, psychological symptoms (anxiety, depression, helplessness), pain variables (pain impact, responses by significant others, general activity level), physical functions (physical, affect, symptom, social interaction) and disability.

Results: There are improving in cognitive-behavioral treatment group after treatment and 1.5 month follow up in coping strategies, depression, anxiety, helplessness, physical functions (physical, affect, symptom, disability) and pain variables (pain severity, interference, affective distress) and general activity level.

Conclusions: Cognitive-behavioral therapy has proven an effective adjunct to medical treatment of rheumatoid arthritis outpatients these affective were shown in increasing active coping, decreasing passive coping, depression, anxiety, helplessness, affective distress, pain rating, disability and symptoms.