

فعالية برنامج علاجي تعليمي في تخفيض أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن

د.د. سهير فهيم الغباشي
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

د. إيمان رمضان بشير
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ملخص

يهدف البحث الحالي إلي الكشف عن فعالية برنامج علاجي تعليمي لخفض أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن لدي عينة مكونة من (١٢) مريضا من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن، تم تقسيمهم إلي مجموعتين إحداهما تجريبية والآخرى ضابطة، وتكونت كل مجموعة من (٦) مرضي. واعتمدت الدراسة على مجموعة من الاستخبارات هي: البطارية التشخيصية لشدة ألم أسفل الظهر المزمن. وأوضحت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات عن وجود فروق غير جوهريّة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي؛ بينما وجدت فروق جوهريّة بينهما في كل من القياس البعدي وقياس المتابعة الأولى؛ بينما لم تُسفر النتائج عن فروق جوهريّة في قياس المتابعة الثانية. وقد نوقشت النتائج في ضوء الإنتاج البحثي النظري والتطبيقي.

الكلمات المفتاحية: ألم أسفل الظهر المزمن - العلاج النفسي التعليمي - شدة الألم.

مقدمة

تهدف الدراسة الراهنة إلى تقييم مدي فعالية برنامج علاجي نفسي تعليمي في تخفيض أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن، حيثيُعد تدبّر الألم المزمن من أكبر التحديات الصعبة التي تواجه المهتمين في مجال الرعاية الصحية؛ فبينما يستجيب كثير من نوبات الألم الحاد للتدخلات العلاجية الطبية، وتساعد كثيرا من المرضى، فإن الألم قد يصبح مزمنًا وغير مستجيب لأية وسيلة مفردة من وسائل العلاج ومع مقاومة حالة الألم يُصبح المرضى يائسين من الشفاء، وهو الأمر الذي يؤدي إلى زيادة كبيرة في مخاطر التعقيدات طبية المنشأ. ولا يمكن تقدير تكلفة الألم المزمن من منظور معاناة المرضى فقط؛ بل من منظور العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والتي تتضمن تراجع الأداء الوظيفي، والمشكلات العائلية المصاحبة، ونفقات الرعاية الصحية المتزايدة (بيرس & مايز، ٢٠٠٠).

وفي إطار الاهتمام بألم أسفل الظهر المزمن تحديداً من بين الآلام المزمنة، توصلت نتائج البحوث التي اهتمت بنسب الانتشار والبحث عن حجم المشكلة إلى أن نسب انتشار ألم أسفل الظهر المزمن بين الأفراد كبيرة، وترتبط غالباً ببعض أنواع الآلام الأخرى كالألم الصداع وألم البطن، وهذا يجعل تشخيصه يتسم بالصعوبة (Krismer & Van tulder, 2007). وتوضح منظمة الصحة العالمية (WHO) أن ألم أسفل الظهر

يمكن أن يسبب خسارة في الحالة الصحية -من خلال أعراضه الجسمية-، وخسارة وظيفية، ومحدودية في النشاطات، وخسارة في الوظيفة التي تتعلق بألم الظهر، والشعور بالكرب والضييق المرتبط بالمشكلات السلوكية، ومحدودية في ممارسة نشاطات الحياة اليومية، والعجز وسلوك الاعتماد، وهو ما يجعل الفرد في حاجة إلى عناية من قِبَل الآخرين. وفي سياق تتبع البحوث العلاجية المعنية بألم أسفل الظهر يظهر جلياً تنامي الاهتمام ببحث العوامل النفسية في دراسة الألم المستمر؛ حيث أشارت الدراسات إلى أن هناك متغيرات نفسية من شأنها أن تزيد الشعور بالألم والعجز الجسمي المترتب عليه ومنها سلوك التجنب، وخبرات المشقة، والأساليب والخطط التي يتبناها الأفراد للتحكم في الألم (Pfungston, Hildebrandt, Leibing, Franz&Saur, 1997) ، وخبرة الأفراد عن الأزمة الصحية وتأثيرها في الألم، والنشاطات التي يقوم بها الفرد في الحياة اليومية، والعجز المترتب على الألم، ودور هذه المتغيرات في استجابة الفرد للعلاج (Crombez, Vervael, Lysens, Baeyens& Eelen, 1998; Vlaeyen& Crombez, 1999).

وتتفق هذه البحوث مع ما أشار إليه الدليل الإرشادي حول تشخيص ألم أسفل الظهر المزمن في أنه لا يمكن الاعتماد فقط على التشخيصات الجسمية والعلاجات الدوائية؛ بل لا بدّ من الاعتماد أيضاً على دور العوامل السلوكية، كالمزاج السلبي، وسلوك التجنب، والمعتقدات حول الألم، فهي تُعدُّ منبئات بالعجز المزمن المترتب على الألم، كما أشارت البحوث التي هدفت إلى علاج هؤلاء المرضى إلى أن هذه المتغيرات لها دور مهم في النتائج العلاجية (Sieben, Vlaeyen& Portegijs, et al., 2009).

تنبه عديد من الباحثين للتدخلات النفسية التعليمية منذ ظهور الكتاب السويدي المعروف باسم العودة للمدرسة الذي قُدم سنة (1980) (Airaksinen, 2002; Brox, Storhein, Grotle, Tveito, Indahl& Eriksen, 2006; Dupeyron, et al., 2011). ومنذ ظهور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في تفسير الألم المزمن بدأ عديد من الباحثين ينقلون هذا التدخل العلاجي ليستخدمونه ضمن المناحي العلاجية متعددة الأساليب (Dupeyron, et al., 2011). وتتضمن التدخلات التعليمية في علاج ألم أسفل الظهر المزمن معلومات حول ماهية ألم أسفل الظهر المزمن، وأعراضه، وأوضاع الجسم الخاطئة التي تؤدي إلي تفاقم المرض، وأوضاع الجسم الصحيحة التي تؤدي إلي تقليل الشعور بشدة الألم، كما تتضمن هذه المعلومات توجيهات خاصة بالتدريبات الجسمية⁽¹⁾ لعلاج ألم أسفل الظهر (Airaksinen, 2006; Brox, Storhein, Grotle, Tveito, Indahl& Eriksen, 2002; Dick& Rashiq, 2008; Dupeyron, et al, 2011).

ولقد قدمت منظمة الصحة العالمية (WHO) تقريراً عن فائدة هذا النوع من أنواع العلاجات كونه يساعد المرضى علي تدبر الألم الذي يشعرونه بشكل أفضل، كما أوصي هذا التقرير أن علي العاملين في مجال الرعاية الصحية لألم أسفل الظهر المزمن ضرورة استخدام هذا النوع من أنواع التدخل العلاجي لمساعدة مرضي ألم أسفل الظهر المزمن بتقديم المعلومات والمعارف المناسبة التي تساعد علي فهم طبيعة الألم الذي يعانونه والتي تدور حول أربعة محاور

(1)Physical Exercise.

أساسية وهي (أ) تقديم المعلومات اللازمة لمساعدة هؤلاء المرضى فيما يتعلق بالسيطرة علي ألمهم، والإبقاء علي ممارسة أنشطتهم اليومية. (ب) تقديم المعرفة فيما يتعلق بطبيعة اضطراب الألم الذي يعانونه كونه اضطراباً وظيفياً. (ج) تعليم المريض خطط المواجهة الإيجابية للتغلب علي سلوك الألم وسلوك التجنب. (د) تقديم المعلومات فيما يتعلق بكيفية القيام بالأنشطة اليومية، والطرق المناسبة للقيام بها تجنباً للتوتر في عضلات أسفل الظهر وبالتالي زيادة الشعور بشدة الألم (In:Dupeyron, et al., 2011).

ويأخذ هذا النوع من أنواع التدخل أشكالاً عدة منها المناقشات البسيطة مع المريض، والاستعانة بالكليات التعليمية الشارحة، وعروض الفيديو الإيضاحية..الخ، وتشكل هذه الطرق التعليمية عناصر مكملة للتدخلات الطبية والنفسية، و يتسم العلاج التعليمي بأنه يجعل المريض له دور واضح في العملية العلاجية لأنه يتعلم كيف يدبر الألم الذي يعانیه وبالتالي الشعور بالتحسن في نوعية الحياة، كما أوصي تقرير منظمة الصحة العالمية بضرورة تضمين التدخل التعليمي في البرامج العلاجية إذا ما كنا نتبنى النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي لتدبير الألم المزمّن (In:Dupeyron, et al, 2011).

ومن أهم أساليب الطرق التعليمية أسلوب العودة للمدرسة وسيتم عرضه كآتي:

أسلوب العودة للمدرسة^(١)

يتضمن هذا الأسلوب معلومات نظرية حول الوظائف التشريحية للعمود الفقري، والمعلومات المرضية المرتبطة بالأنشطة اليومية وأضرارها، والسلوكيات التي تؤدي إلي زيادة الشعور بألم أسفل الظهر بالإضافة إلي عدد من التمرينات التي يقوم بها المريض بالمنزل، وهي عبارة عن تمرينات لعضلة الظهر، ومعلومات عن الطريقة الصحيحة لحمل الأشياء، وتعديل سلوك رفع الأشياء من علي الأرض، كما يتضمن هذا الأسلوب مناقشة مع المريض فيما يتعلق بالمشاعر المرتبطة بالألم، وخطط المواجهة، والعوامل والسلوكيات المرتبطة بالعمل، وكيفية الجلوس والقيام بالمهام المطلوبة بطريقة صحيحة حتي يتم خفض الشعور بشدة الألم (Frank, 1993; Demoulin, Grosdent, Capron, Tomasella, Somville, Crielaard& Vanderthommen, 2010; Demouline, et al., 2010).

أسئلة الدراسة

في ضوء ما سبق يمكننا صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤل الرئيسي التالي:

هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات القياس القبلي، ومتوسطات القياس البعدي في الدرجات علي استخبارات أعراض ألم أسفل الظهر المزمّن، لدي مرضي ألم أسفل الظهر المزمّن المتلقين للعلاج النفسي التعليمي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة؟

وينبثق عن هذا السؤال مجموعة من الأسئلة الفرعية التي ينطوي عليها وهي:

١- هل توجد فروق جوهرية بين متوسط القياس القبلي، ومتوسط القياس البعدي علي استخبارات شدة أعراض ألم

(1)Back School Technique

- أسفل الظهر المزمن لدي المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن؟
- ٢- هل توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي] في استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن؟
- ٣- هل توجد فروق جوهرية بين القياس البعدي، وقياسات المتابعة علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن لدي كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة؟

مفاهيم الدراسة

العلاج النفسي التعليمي

يمثل العلاج النفسي التعليمي أحد أنواع التدخل وهو يتضمن تعليمًا باستخدام الشرح المبسط والمناقشة باستخدام وسائل الإيضاح، والفيديو والكتيبات المصورة لإكساب المرضى المعرفة اللازمة حول طبيعة الاضطراب ومآله، وإمكانات التدخل المعرفي السلوكي لخفض المعاناة منه، وقابلية الاضطراب للتحسن، والعوامل التي تؤدي إلي إثارة الاحساس بالألم واستمراره [مثل اتخاذ أوضاع جسمية لفترات طويلة- طرق رفع الأشياء من علي الأرض- شرح علاقة سلوك التجنب وسلوك الألم عموماً بألم أسفل الظهر].

ويُساعد المكون التعليمي المريض أن يُصبح أكثر وعياً بالعوامل التي تؤثر في زيادة الشعور بشدة الألم كالعقائد السلبية عن الألم، والانفعالات، كما يُساعد تقديم المعلومات الواقعية عن طبيعة الألم ومعناه وأعراضه وأنواع العلاجات المُقدمة للمريض أن يُصبح أكثر إيجابية في استخدام خطط مواجهة الألم (Jensen, Romano&Turner, 1991; Jensen& Karoly, 1991).

ألم أسفل الظهر

يُعرفه بعض الباحثين بأنه إحساس بالأوجاع، أو زملة من أعراض الألم في المنطقة ما بين الضلوع وأعلى الساق (Walker, Muler& Grant, 2004; Kinkade, 2007). وفي تحديد أكثر بَقَّة لموضع الألم أشار بعض الباحثين إلى أنه يتمركز في المنطقة ما بين الفقرة القطنية الأولى حتى الفقرة العُجْزِيَّة الأولى من العمود الفقري (Kravitz&Andrews, 1990; Guerriero, Rajwani, Gray, Platnick, DaRe& Dodsworth, 1999). وأنه قد يشتمل على منطقة الأرداف (Negrini, Fusco, Atanasio, Romano& Zaina, 2008). وقد يمتد لمنطقة طيَّات الإلية (Krismer & Van Tulder, 2007). ومن المحتمل أن يمتد إلى منطقة الساق أو القدم (Yip, 2004). و قد يؤدي إلى إحساس بالخدر في منطقة الساق (In: Seif El Naser, 2008:11). ومن المحتمل أن يؤدي إلى عدم القدرة على انتصاب القامة والحركة (Ozguler, Leclerc, Landre& Pietti-Taleb, 2000). وأنه يرتبط بممارسة بعض الأنشطة الجسمية، وهذه الأعراض لا ترتبط بتغيرات تشريحية غير سوية (Zaghloul, 2007: 11) وتُشير بعض التعريفات إلي الحد الأدنى من فترة المعاناة من هذه الأوجاع، حيث تقدرها بفترة تتراوح بين ١٢ أسبوعاً وستة أشهر (Campbell &Muncer, 2005; Moriarty, 2011). McGuire&(Finn, 2011).

النماذج المفسرة لاضطراب الألم المزمن

النموذج الحيويالنفسي الاجتماعي^(١)

اعتمدت البحوث في العقود السابقة على النموذج الحيوي الطبي الذي يفترض أن الألم ينتج أساساً عن الضرر الجسدي، وكانت العلاجات تُصاغ بناءً على هذا الافتراض، وكان من أهم الانتقادات التي وُجّهت لهذا النموذج أنه لم يأخذ في الاعتبار دور العوامل النفسية والاجتماعية التي تتدخل في تشكيل خبرة الألم وتأثيراته على الفرد (Turk & Okifuji, 2002).

ولقد نادى الباحث جورج إنجل George Engel سنة ١٩٧٧ بالدعوة إلى الحاجة لنظرة جديدة يمكن من خلالها تفسير الألم المزمن بدلاً من النظرة الحيوية الطبية، هذه النظرة الجديدة تأخذ في اعتبارها العوامل المتعددة لخبرة الألم (Gatchel, Okifuji, 2006; Mathew, Ravichandran, May & Morsley, 2001; Peng, Fuchs & Turk, 2007). وترتب على هذه الدعوة نمو الاهتمام بالطب السلوكي وعلم نفس الصحة. وفي عام (١٩٨٢) قدم لويسر Loeser نموذجاً عاماً وضع من خلاله أربعة جوانب أساسية لخبرة الألم؛ ويتمثل الجانب الأول في أعراض الألم، وهي ترجع إلى المثبرات التي تقع على الجهاز العصبي. أما الجانب الثاني فيتمثل في العوامل الوجدانية التي سببت. والجانب الثالث يمثل في سلوك الألم. والجانب الرابع هو المعاناة الشديدة من الألم، وهو الجانب الأخير لخبرة الألم (Gatchel, Okifuji, 2006; Gatchel, Peng, Fuchs & Turk, 2007).

وفي عام (١٩٨٧) قام وودل Waddell بوضع الشكل النهائي للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي من خلال المقارنة التي أجراها بين نموذج لويسر Loeser والنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي وضعه إنجل Engel. ولقد أوضح في نموذجه أنه لكي يتم فهم خبرة الألم لابد من أن نأخذ في الاعتبار عدداً من العوامل التي تتفاعل معاً لتشكيل خبرة الألم، كالعوامل الحيوية والوجدانية وإدراك الشخص لخبرة الألم وكيفية استجابته لهذه الخبرة، والعوامل الاجتماعية التي يمكن أن تُضخّ خبرة الألم لدى الشخص (Peng, Gatchel, & Myers, 2002:12; Angela & Fuchs & Turk, 2007).

ويقوم النموذج على افتراض وجود تفاعل دينامي بين العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية التي تشكّل استجابة الأفراد لخبرة الألم؛ على سبيل المثال التغيرات التي تحدث في العضلات والأوتار والمفاصل، والتي ينتج عنها نوع أو آخر من أنواع الألم، وكذلك معتقدات الشخص واتجاهاته نحو الألم، ودور الثقافة والتفاعل الاجتماعي، والدور الاجتماعي للفرد (Waxman, 2006: 12-13).

ولقد أوضحت الممارسة الإكلينيكية والبحاث الأكاديمية الحديثة ضرورة تبني النموذج متعدد الأبعاد القائم على إسهام العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية. وبناءً على ما افترضه النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي تطوّر منحى العلاج المعرفي - السلوكي للألم المزمن (Anne, 2002: 11,12). وأسهم ذلك في ظهور عديد من مراكز التأهيل لمرضى الألم المزمن، والتي أوضحت أهمية الاعتماد على التقنيات السلوكية كجزء أساسي في علاج مرضى ألم

(1) Biopsychosocial Model

أسفل الظهر المزمن؛ وذلك لأنه لا يمكن تفسيره في ضوء العوامل المرضية بمفردها، لكن لا بُدُّ من أن نأخذ في الاعتبار السلوك، والإدراكات، والعواطف، والبيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد (Roelofs, Boissevain, Peters, Degong & Vlaeyen, 2002).

المضامين العيادية للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي

يستند النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي إلى عدد من المضامين وهي:

أولاً: يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في عملية التشخيص علي ضرورة مراعاة الدور الذي تتدخل به العوامل النفسية الاجتماعية في تقييم حالة الفرد الصحية والمرضية.

ثانياً: يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي علي استخدام طرائق معينة في العلاج تستند علي فحص العوامل الحيوية والاجتماعية والنفسية للمريض، وابتاع هذا التوجه يصبح من السهل تقديم الخدمة العلاجية التي تتلاءم مع كل حالة مرضية، وتراعي الوضع الصحي للمريض من مختلف الجوانب.

ثالثاً: يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي علي أهمية العلاقة بين المريض والمعالج، فالعلاقة الجيدة بين المعالج والمريض تحسن من استخدام المريض للخدمات العلاجية وتزيد من سرعة الامتثال للشفاء (Taylor, 2015:6).

الدراسات السابقة

أجري موسيلي Moseley دراسة هدفت إلى اختبار فعالية برنامج علاجي تعليمي في خفض الشعور بشدة الألم لدي عينة من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن، تكونت عينة الدراسة من (٥٧) مريضاً تم تقسيمهم لمجموعتين؛ حيث تكونت المجموعة التجريبية من (٢٩) مريضاً، وأخري ضابطة مكونة من (٢٨) مريضاً. تكون البرنامج العلاجي من جزئين، الجزء الأول وهو البرنامج العلاجي التعليمي وتضمن (٤) جلسات بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، والجزء الثاني تضمن (٤) جلسات أخرى عبارة عن تدريبات وتمارين رياضية بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، بالإضافة إلي المتابعة التي استمرت سنة بعد تطبيق البرنامج العلاجي. أسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض شدة الألم لدي العينة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة (Moseley, 2002).

كما أجرى أندر مان Undermann وزملاؤه دراسة هدفت إلى اختبار فعالية برنامج علاجي تعليمي في خفض الألم لدي عينة من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن. تكونت عينة الدراسة من (٦٢) مريضاً (٣٥ من الإناث، و٢٧ من الذكور) بمتوسط عمري ٤٢,٤ سنة ± ١٠,٤ سنة، قُدم إليهم كُتيب تضمن معلومات عن كيفية العناية الصحية بالظهر، وكيفية ممارسة النشاطات الحياتية، وممارسة التمارين الرياضية، وكيفية رفع الأشياء من علي الأرض، وأعراض الألم وتعريفه وغيرها من المعلومات عن ألم أسفل الظهر. استمر التقييم أسبوعياً ولمدة (٩) شهور، واستمرت فترة المتابعة (١٨) شهر. كشفت نتائج الدراسة عن وجود تأثير جوهري للبرنامج العلاجي فيما يتعلق بخفض شدة الألم لدي المرضي (Undermann, Spratt, Donelson, MayerGraves & Tillotson et al., 2004).

كما أجرى توسيجنسنت لافلام Tousignsnt-laflamme وزملاؤه دراسة هدفت إلى اختبار تأثير برنامج علاجي

تعليمي في علاج ألم أسفل الظهر المزمن، تكونت عينة الدراسة من (٤٢) مريضاً من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن. تكونت المجموعة التجريبية من (٢٠) مريضاً بمتوسط عمري ٦٣,٥ سنة \pm ١٢,٦ سنة، (٤٠%) منهم من المرضي الذكور، و(٦٠%) من الإناث، أما المجموعة الثانية في قائمة الانتظار فتكونت من (٢٢) مريضاً بمتوسط عمري ٥٤,٥ سنة \pm ٩,٨ سنة، (٥٩%) منهم مرضي ذكور، و (٤١%) منهم مريضات. استمر تطبيق البرنامج العلاجي لمدة (٣) شهور بواقع جلسة أسبوعياً، و (٣) شهور أخرى للمتابعة. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اتجاه تحسن المجموعة التجريبية، وأوصي الباحثون بضرورة استخدام طرق علاجية أخرى بجانب العلاج التعليمي للوصول لنتائج أفضل (Tousignant-laflamme, Bourganlt, Houle, Lafaille, Roy&Roy, 2013).

هدفت دراسة ترايجر Traeger وزملائه إلي اختبار فعالية برنامج علاجي تعليمي في خفض شدة الألم و خفض العجز المترتب عليه لدي عينة من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن، تضمنت الدراسة (١٠١) مريضاً تم تقسيمهم إلي مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، تراوح المدي العمري لهم من (١٨ سنة حتي ٧٥ سنة). تضمن البرنامج العلاجي معلومات تتعلق بتعريف ألم أسفل الظهر وكيفية القيام بالنشاطات اليومية، وكيفية العناية بالظهر. أوضحت النتائج عن وجود فعالية للبرنامج العلاجي في خفض الشعور بشدة الألم، وانخفاض العجز الجسمي المترتب علي الألم وذلك لدي المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة (Traeger et al., 2015).

تعقيب على هذه الفئة من الدراسات:

- نستخلص من العرض السابق للدراسات السابقة بضعة ملاحظات مهمة نُجملها في النقاط الآتية:
- ١- أسفرت نتائج البحوث التي اهتمت بدراسة فعالية العلاج التعليمي إلي خفض أعراض ألم أسفل الظهر لدي المرضي؛ لكن أوصي الباحثون بضرورة استخدام طرق علاجية أخرى بجانب هذا النوع من أنواع العلاج للوصول إلي أفضل النتائج العلاجية مع هؤلاء المرضي.
 - ٢- خلو بعض الدراسات السابقة - والتي لم يسمح نطاق البحث المحدود باستعراضها - من معلومات لها أهميتها المنهجية عند اختيار العينة، ومن ذلك متوسط العمر لدي العينات المستخدمة، ونقص المعلومات عن جنس المرضي، ومستوي التعليم، ومدة الإصابة بالمرض.
 - ٣- تبدو ساحة البحوث العربية خالية -في حدود المسح الزهن للدراسات السابقة- من بحوث حول الفعالية أو الكفاءة العلاجية للألم المزمن.

فروض الدراسة

- يؤدي البرنامج العلاجي المقترح والذي تخضع له المجموعة التجريبية من مرضي آلام أسفل الظهر المزمن بالدراسة الراهنة إلي خفض شدة أعراض ألم أسفل الظهر لديهم مقارنةً بالمجموعة الضابطة، وينبثق عن هذا الفرض الرئيس مجموعة من الفروض الفرعية نعرض لها علي النحو الآتي:
- ١- توجد فروق جوهرية بين القياس القبلي والقياس البعدي علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن لدي

المجموعة التجريبية.

- ٢- توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية (التي خضعت للعلاج التعليمي) والمجموعة الضابطة (التيلم تخضع للعلاج التعليمي) ، في اتجاه تحسن المجموعة التجريبية تحسنا جوهريا .
- ٣- توجد فروق جوهرية بين القياس البعدي، وقياسات المتابعة علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن لدي كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

منهج الدراسة الراهنة

تتبع الدراسة الراهنة المنهج التجريبي، حيث تدخل هذه الدراسة في نطاق البحوث التجريبية المقارنة، ويتميز المنهج التجريبي بعدد من الخصائص؛ وهي معالجته للمتغير المستقل والتحكم فيه، وتحقيق التكافؤ من خلال توزيع الأفراد عشوائيا علي مجموعات البحث، وضبط تأثير الظروف الخارجية باستخدام المجموعة الضابطة، هذا بالإضافة إلي قدرته علي ضبط تأثير المتغيرات الدخيلة إذ يعد البرنامج العلاجي التعليمي متغيراً مستقلاً، وتعد شدة اضطراب ألم أسفل الظهر متغيراً تابعاً؛ وفيما يلي عرض تفصيلي لمكونات هذا المنهج.

أولاً: التصميم البحثي

تتبع الدراسة الراهنة تصميم القياس القبلي- البعدي بقياس متكرر مع استخدام المجموعة الضابطة المتكافئة حيث يتم توزيع أفراد العينة علي مجموعتي الدراسة: المجموعة التجريبية من المرضى (تتلقى العلاج التعليمي) والمجموعة الضابطة (لا تتلقى العلاج) ويتمثل المتغير المستقل في العلاج التعليمي، أما المتغير التابع والذي يخضع للقياس المتكرر فهو يتمثل في شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن وسلوك التجنب، وتتم عملية تقييم المتغير التابع بثلاث مراحل، وهي:

١-مرحلة القياس القبلي (خط الأساس): وفي هذه المرحلة تم تقدير شدة الألم وسلوك التجنب لدي كل من المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة؛ وذلك قبل تقديم برنامج التدخل العلاجي، بهدف تحديد مرحلة خطالأساس.

٢- مرحلة القياس البعدي: وفي هذه المرحلة تم تقييم التحسن الذي طرأ علي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تقديم برنامج التدخل العلاجي.

٣- مرحلة المتابعة: وتنقسم هذه المرحلة إلي:

أ- مرحلة المتابعة الأولى: وفيها تم تقييم استمرار التحسن بعد مرور فترة تُعادل فترة التدخل العلاجي وهي ثلاثة أسابيع.

ب- مرحلة المتابعة الثانية: وفيها تم تقييم استمرار التحسن بعد مرور فترة تُعادل ضعفي فترة التدخل العلاجي وهي ستة أسابيع.

ويمكن توضيح التصميم المستخدم في المخطط التالي:

قياس بعدي متكرر (ق ٢) للمتغيرات التابعة		المعالجة التجريبية (البرنامج العلاجي التعليمي)	قياس قبلي (ق ١)	الإجراءات مجموعتا الدراسة
متابعة أولي	متابعة ثانية			
نعم	نعم	نعم	نعم	المجموعة التجريبية
نعم	نعم	لا	نعم	المجموعة الضابطة

ثانياً: التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة الراهنة

البرنامج العلاجي التعليمي [متغير مستقل]

يُعرف برنامج التدخل في الحالات الفردية والمجموعات الصغيرة، بأنه مجموعة من الإجراءات والمهارات التطبيقية النشطة تعكسها مجموعة من الأساليب النفسية العلمية، توجهها نظرية أو أكثر من النظريات في علم النفس، ويقوم بتطبيقه أحد الاختصاصيين النفسيين العياديين، يحكم أدائه نموذج العالم المهني، ويتم في جلسات معدة سلفاً وسرية، وفي إطار أخلاقيات التدخل، بهدف إحداث أشكال جوهرية من التغيير الإيجابي الفعال، ويكون له مؤشرات للكفاءة أو الفعالية، ومؤشرات للتأثير من وجهة نظر علمية واجتماعية (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥).

ويُعرف البرنامج العلاجي التعليمي إجرائياً في الدراسة الراهنة بأنه مجموعة من التمرينات والتدريبات الرياضية، والمناقشات باستخدام وسائل الإيضاح، والفيديو والكتيبات الصورة لإكساب المرضى المعرفة اللازمة حول طبيعة الاضطراب ومآله، وقابلية الاضطراب للتحسن، والعوامل التي تؤدي إلي إثارة الاحساس بالألم واستمراره، وهذه العلاجات في عمومها تستهدف أساساً تقليل حالات العجز الجسمي الناتج عن الألم وتعديل معتقدات المرضى حول الألم، وتعديل سلوكهم الخاطئ عن الألم.

ألم أسفل الظهر [المتغير التابع]

يُعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المبحوث على استخبارات: التقدير الذاتي لشدة الألم (استخبار أعراض ألم أسفل الظهر، ومقياس مستوي الشعور بشدة الألم، واستخبار المثيرات الحسية لشدة ألم أسفل الظهر، واستخبار الكيفية الحسية لشدة الألم)، وتعكس الدرجة على الاستخبارات تقدير المريض الذاتي لشدة الألم التي يشعر بها.

ثالثاً: العينة

تم اختيار عينة من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن^(١) ممن يترددون علي عيادات الألم، وذلك وفقاً للتشخيص الطبي الذي قام به الطبيب الاختصاصي وفقاً لمحكات الاختيار الأتية: أن يكونوا من الذكور فقط وذلك لاستبعاد أية آثار

(١) تم الحصول علي موافقة صريحة Informed consent من المرضى للمشاركة في البحث الراهن، كما تم الحصول علي موافقة اللجنة الاخلاقية المختصة في كلية العلاج الطبيعي علي تطبيق البحث علي العينة موضوع الاهتمام في الدراسة الراهنة.

دورية شهرية مما يحدث للإناث علي آلام أسفل الظهر، كما يتراوح المدي العمري لأفراد العينة بين ٢٦:٤٥ سنة، ويتوفر بينهم حد أدني من سنوات التعليم الذي يتطلب التعامل مع أدوات الدراسة الراهنة، وتم أخذ كافة البيانات اللازمة لضبط المتغيرات الدخيلة المحتملة من قبيل طول فترة المرض في الحصول علي تمرينات العلاج الطبيعي، وطول فترة تعاطي الأدوية المُسكِّنة، كما تم استبعاد الحالات المتضمنة لإصابات عضوية في العمود الفقري أو أية مصاحبات مرضية تعطي أعراضاً مشابهة. بعد سحب العينة التي ينطبق عليها محكات الاختيار سألغة الذكر، تم توزيع أفرادها عشوائياً علي مجموعتين قوام كل منها (٦) مرضي علي أن تمثل إحداها المجموعة التجريبية (تخضع للبرنامج العلاجي) والأخرى المجموعة الضابطة.

محكات اختيار عينة الدراسة:

- أ- أن يكون جميع أفراد العينة من الذكور.
- ب- يتمثل لب الصورة الإكلينيكية للألم في وجود ألم بموضع تشريحي واحد، ويكون من الشدة بحيث يسترعي انتباهاً إكلينيكياً.
- ج- يؤدي الألم إلى شعور بكربٍ دالٍ إكلينيكياً، أو إلى حدوث اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.
- د- ألا يكون الألم مُفتعلاً أو مُلقفاً (كما هي الحال في الاضطرابات المصطنعة أو حالات التمارض).
- هـ- ألا يكون التعليل الأقرب إلى الصحة للألم على أنه ناتج عن اضطرابات مزاجية أو اضطرابات قلق أو اضطراب ذهاني، ولا يستوفي معايير عسر الجماع.
- و- ألا يكون ألم أسفل الظهر ناتجا عن أمراض جسمية أخرى - كمرض السكري - وذلك لأنه يترتب عليها آلاما في العظام.

ومن ثم تم تقسيم عينتي الدراسة إلي مجموعتين متكافئتين كما يلي: **المجموعة التجريبية:** تكونت المجموعة التجريبية - مجموعة البرنامج العلاجي - من ستة مرضي، بمتوسط عمري $31,5 \pm 6,7$ سنة، وبتوسط سنوات التعليم $16 \pm 1,67$ ، وبتوسط طول فترة المرض 4 ± 2 سنة. **والمجموعة الضابطة:** التي تكونت من ستة مرضي، بمتوسط عمري قدره $34,16 \pm 7,8$ سنة، وبتوسط سنوات التعليم $15,3 \pm 1,96$ سنة، وبتوسط طول فترة المرض $5,5 \pm 2,07$ سنة.

الأدوات:

تكونت أدوات الدراسة الراهنة من:

أولاً: بطارية استخبارات ألم أسفل الظهر المزمن^(*)، والتي تحتوي علي المقاييس الآتية:

- استخبار أعراض ألم أسفل الظهر

(*) تم تكوين هذه البطارية في سياق إعداد الطالبة لرسالتها في الماجستير في موضوع " بعض المتغيرات المعرفية المنبئة بشدة ألم أسفل الظهر المزمن".

- اختبار مستوى الشعور بالألم
- اختبار المثيرات الحسية لألم أسفل الظهر
- اختبار الكيفية الحسية لألم أسفل الظهر

▪ اختبار أعراض ألم أسفل الظهر

قامت الباحثة بإعداد هذا الاختبار، وهو يتكون من ١٢ بنداً؛ كل منها يصف عرضاً من أعراض الألم في عبارة واضحة (مثل ذلك: أشعر بالألم في الظهر أسفل الضلوع قرب الفخذ) وفيه يُسأل المريض عن مدى انطباق العبارة عليه، وذلك من خلال اختيار بديل واحد من بين خمسة بدائل، تمتد من (١) لا ينطبق أبداً إلى (٥) ينطبق تماماً، وتُشير الدرجة العظمي عليه إلي وضوح أعراض ألم أسفل الظهر المزمن كما يعكسها الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية، والتعريف الذي تبنته الباحثة، في مقابل الدرجة الدنيا علي الاختبار تُشير إلي إنتفاء أعراض ألم أسفل الظهر المزمن.

▪ اختبار مستوى الشعور بالألم .

اعتمدت الباحثة في إعدادها لهذا الاختبار علي فكرة مقياس الصندوق Box scale (Sarafino, 2008) والاختبار عبارة عن ١١ صندوقاً صغيراً تحتوي بداخلها أرقاماً تتراوح من (صفر) إلى (١٠) وفيه يُطلب من المريض وضع علامة على الرقم المناسب لشدة الألم التي اعتاد أن يشعر بها خلال فترة المرض. وتُشير الدرجة العظمي علي اختبار مستوى الألم الذي لا يمكن تحمُّله، و الدرجة الدنيا تُشير إلي عدم الشعور بأية درجة من الألم.

▪ اختبار التقدير الذاتي لشدة الألم .

وفيه يُطلب من المريض تقدير شدة الألم التي يشعر بها على متصل متدرج من صفر: ١٠٠، ويبدأ من عدم الشعور بأية درجة من الألم، ويتدرج إلى مستوى الألم الذي لا يمكن تحمُّله، وعلى الفرد أن يضع نقطة على المتصل تمثل شدة الألم التي يشعر بها. ويشبه الاختبار مقياس التماثل البصري تماماً.

▪ اختبار المثيرات الحسية لشدة ألم أسفل الظهر .

قامت الباحثة بإعداد هذا الاختبار، وهو من ١٣ بنداً، تعكس المثيرات المختلفة التي تستثير شدة ألم أسفل الظهر (مثل ذلك: تزداد لدي شدة الألم عند الجلوس لفترات طويلة)، وفيه يُسأل المريض عن مدى انطباق العبارة عليه باختيار بديل واحد من بين خمسة بدائل، تمتد من (١) لا ينطبق أبداً إلى (٥) ينطبق تماماً. الدرجة العظمي علي الاختبار تُشير إلي تنوع مدي المثيرات الحسية المسببة لشدة ألم أسفل الظهر المزمن، بينما تُشير الدرجة الدنيا إلي محدودية المثيرات الحسية المسببة لشدة ألم أسفل الظهر المزمن.

▪ اختبار الكيفية الحسية لشدة الألم.

قامت الباحثة بإعداد هذا الاختبار وهو من ١٣ بنداً تعكس الكيفية التي يشعر بها المريض بالألم (مثل ذلك: أشعر بالألم في شكل شكشكة في ظهري)، وفيه يُطلب من المريض وضع علامة (٧) على العبارة التي تصف

شكل الألم الذي يشعر به المريض عادة عند التعب. الدرجة العظمي علي الاختبار تُشير إلي تنوع الكيفية الحسية لشدة ألم أسفل الظهر المزمن، بينما تُشير الدرجة الدنيا إلي محدودية الكيفية الحسية لشدة ألم أسفل الظهر المزمن.

التحقق من الكفاءة السيكومترية للبطارية التشخيصية لألم أسفل الظهر

قامت الباحثة بحساب الثبات والصدق للبطارية التشخيصية لألم أسفل الظهر المزمن أثناء إعدادها لرسالة الماجستير عبر الدراسة الاستطلاعية التي تكونت عينتها من (٧) من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن، بمتوسط عمري قدره (٣٣,٣) سنة وانحراف معياري قدره (٦,٤٤) سنة، وبتوسط سنوات تعليم (١٥) سنة وانحراف معياري (١,٨٨) سنة، كما تراوحت مدة المرض بمتوسط قدره (٥,٤) سنة وانحراف معياري قدره (٣,٠٦) سنة. وقد توصلت نتائج الدراسة الاستطلاعية إلي وضوح التعليمات وسهولة فهم التعليمات وسهولة صياغة البنود.

■ الثبات

حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار

يُعد أسلوب إعادة الاختبار من أهم أساليب حساب الثبات، ويتلخص هذا الأسلوب في اختيار عينة من الأفراد تم التطبيق عليهم، ثم أعيد التطبيق عليهم مرة أخرى بالاختبار نفسه وفي ظروف مشابهة تماما للظروف التي سبق التطبيق عليهم فيها من قبل، ثم حساب الارتباط بين أدائهم في المرتين، ويعد معامل الارتباط الذي نحصل عليه هو ثبات الاختبار (صفوت فرج، ٢٠٠٧: ٣١٠).

وتم استخدام أسلوب إعادة الاختبار، وذلك بتطبيق بطارية الاستخبارات ثم إعادة تطبيقها بفاصل زمني تراوح بين (أسبوع و أسبوعين). وذلك علي عينة مكونة من عشرة مرضي مُشخصين طبيًا بأنهم مرضي ألم أسفل الظهر المزمن غير الناتج عن أسباب عضوية، وتراوح المدى العمري لديهم بين (٢٦ - ٤٤ سنة)، بمتوسط وانحراف معياري قدره (٥,٣٨±٢٩,٨١)، كما تراوحت سنوات التعليم بين (٨ - ١٨ سنة)، بمتوسط وانحراف معياري قدره (٣,١٩±١٣,٨٨)، وتراوحت مدة المرض بين (٢ - ١٠ سنوات)، بمتوسط وانحراف معياري قدره (٢,٥٩±٤,٤). ويوضح جدول (١) الثبات بطريقة إعادة التطبيق.

حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية.

يقوم أسلوب إعادة الاختبار بتقدير ثبات الأداء عبر فترة زمنية، وما يحدث خلالها وما تحفل به من عوامل؛ أما القسمة النصفية تُعد تقديراً لثبات الأداء علي الاختبار رغم اختلاف المضمون علي امتداد الاختبار كله (صفوت فرج، ٢٠٠٧: ٣١٤). وقامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة القسمة النصفية، وذلك علي عينة مكونة من (٤٥) مريضاً. وتعتمد هذه الطريقة على تجزئة الاختبار المطلوب تعيين معامل ثباته إلى نصفين متكافئين. ويوضح جدول (١) معاملات الثبات لاستخبارات الدراسة الراهنة بطريقة القسمة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان - براون.

حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

قدم كرونباخ معادلة ألفا بحيث تخدم المنطق العام لثبات الاختبار، ويمكن تطبيق هذه المعادلة سواء كانت أجزاء

الاختبار نصفين أو كان الاختبار متعدد البنود (صفوت فرج، ٢٠٠٧: ٣٣٥). وقامت الباحثة بحساب الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ لكل اختبار فرعي من اختبارات الدراسة الراهنة لدى عينة مكونة من (٤٥) مريضاً. ويوضح جدول (١) قيمة معامل ألفا كرونباخ.

جدول (١) الثبات بطريقة إعادة التطبيق، والقسمة النصفية، وألفا كرونباخ لدي عينتين من المرضى (ن = ١٠) و (ن = ٤٥).

الاستخبار	قيمة معامل الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق (ن = ١٠)	معامل الارتباط بين نصفي الاختبار (ن = ٤٥)	معامل ألفا لعينة الثبات (ن = ٤٥)
١- أعراض ألم أسفل الظهر	,٨٤	,٨٢	,٨٤
٢- مستوى الشعور بالألم	,٩٣	-	-
٣- مثبرات الألم	,٩٢	,٨٨	,٩٢
٤- الكيفية الحسية لشدة ألم أسفل الظهر	,٩٥	,٧٢	,٦٥
الدرجة الكلية لمقاييس شدة ألم أسفل الظهر	,٩٢	-	-

■ الصدق

صدق المضمون

تم حساب معاملات الصدق من خلال الاعتماد على صدق المضمون، ويطلق على صدق المضمون اسم الصدق المنطقي أو الصدق بحكم التعريف ويؤقت صدق مضمون الاختبار بإجراء فحص منظم لمجموع العمليات والبنود والمنبهات التي يتضمنها الاختبار؛ لتقدير مدى تمثيلها للمجال السلوكي المعين الذي أعد الاختبار لقياسه. ولأن أي مجال سلوكي يتحدد من خلال تعريفه، ففي هذا الإجراء يتم فحص مادة أو بنود الاختبار في إطار التعريف الخاص بالسمة، بحيث يصبح صدق المضمون دالة لتعريف السمة المقيسة (صفوت فرج، ٢٠٠٧: ٢٦٦). وفي هذا الإطار يمكن الاعتماد على نتائج إجراء التحكيم الذي خضعت له الاستخبارات كأحد مؤشرات صدق المضمون، وفيما يلي نعرض لنتائج هذا الإجراء بالجدول (٢).

جدول (٢) نتائج تحكيم البطارية التشخيصية لألم أسفل الظهر

الاستخبار وعدد بنوده قبل التحكيم	عدد البنود المقبولة	نسبة الاتفاق بين المحكِّمين ^(*)	عدد البنود المحذوفة	عدد البنود المضافة	وصف الاستخبار بعد التحكيم
أعراض ألم أسفل الظهر (١٢ بنداً قبل التحكيم)	٨ بنود ٤ بنود	%١٠٠ %٨٣	لا توجد	بند واحد	يتكون من ١٣ بنداً تعكس أعراض الألم والمحكات التشخيصية
مقياس مستوى الشعور بالألم	(**)	%٨٣	لا توجد	لا توجد	مقياس تقديري من صفر إلى ١٠
مثيرات الألم (١٣ بنداً قبل التحكيم)	١٢ بنداً	%١٠٠	بند واحد	٤ بنود	يتكون من ١٦ بنداً
الكيفية الحسية لشدة ألم أسفل الظهر (١١ بنداً قبل التحكيم)	١١ بنداً	%١٠٠	لا توجد	لا توجد	يتكون من ١١ بنداً بعد التحكيم

البرنامج العلاجي التعليمي:

أهداف البرنامج العلاجي:

- يهدف البرنامج العلاجي المقترح إلي خفض المعاناه من أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن، و يشتمل هذا الهدف الرئيس علي عدد من الأهداف الفرعية التي ينطوي عليها وهي:
١. خفض شدة أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن.
 ٢. إكساب المريض المعرفة بالتمارين والتدريبات الرياضية المناسبة لألم أسفل الظهر.
 ٣. إكساب المرضى المعرفة اللازمة حول طبيعة الاضطراب ومآله، وقابلية الاضطراب للتحسن، والعوامل التي تؤدي إلي إثارة الاحساس بالألم واستمراره.

(*) أعمدت الباحثة علي معادلة حساب نسبة الاتفاق بين الباحثين، وهي: عدد المحكِّمين المتفقين علي البند مقسوم علي العدد الكلي للمحكِّمين، مضروباً في مائة

(**) هذا المقياس عبارة عن ١١ صندوقاً صغيراً تحتوي بداخلها أرقاماً تتراوح من (صفر) إلى (١٠)

المدة الزمنية للبرنامج المقترح:

في ضوء أهداف البرنامج العلاجي السابق ذكرها، تكوّن البرنامج العلاجي من خمس جلسات علاجية، بالإضافة إلي جلسات المتابعة، بواقع جلستين أسبوعياً، علي أن يتراوح زمن الجلسة الواحدة بين (٣٠-٤٥) دقيقة.

اسلوب التدخل العلاجي:

يعتمد اسلوب التدخل العلاجي علي جلسات العلاج الفردي، وذلك لمراعاة الخصوصية الفردية للمريض، والقيام بالواجبات المنزلية المطلوبه من كل مريض علي حدة.

بنود البرنامج:

يتألف البرنامج من خمس جلسات تتضمن الآتي:

الجلستان الأولى والثانية للقياس القبلي وتحديد خط الأساس.

الجلسات الثالثة والرابعة والخامسة لتطبيق العلاج النفسي التعليمي في برنامج التدخل.

كما تم إجراء المتابعة الأولى بعد مرور ثلاثة أسابيع من نهاية التدخل، ثم إجراء المتابعة الثانية بعد مرور ستة أسابيع من نهاية التدخل العلاجي.

مكونات البرنامج العلاجي

المحتوي	الجلسات	أهدافها	الوحدة
إجراء المقابلة التمهيديّة، و المقابلة التشخيصية، تطبيق بطارية ألم أسفل الظهر المزمّن.	الأولى والثانية	- بناء العلاقة العلاجية - التقييم وتحديد خط الأساس لآلام أسفل الظهر.	الأولى القياس القبلي
تقديم محاضرات شارحة مبسطة مقرونة بمناقشات مع استخدام وسائل تعليمية متنوعة مثل الفيديو، والصور الإيضاحية، والكتب المبسطة المصورة حول موضوعات منها: - العمود الفقري تكوينه ووظيفته. - طبيعة اضطراب ألم أسفل الظهر المزمّن كاضطراب وظيفي وليس عضوي. - العوامل السلوكية المفاقمة له. - هل يمكن التغلب علي الألم ودارته. - ما هي الطرق المعرفية والسلوكية وكيف تؤثر علي الألم.	الثالثة والرابعة والخامسة	إكساب المريض المعرفة: (أ) بالاضطراب [طبيعته الوظيفية-العوامل المفاقمة له- مآله...]. (ب) وسائل التغلب علي الاضطراب ودارته وخفض الاعتماد علي الأدوية.	الثانية " البرنامج التعليمي "

وصف جلسات التطبيق وإجراءاتها

١- الحصول علي الموافقة بالتطبيق، حيث يتطلب العمل الإكلينيكي الحصول علي الموافقة، وتصريح التطبيق لا سيما أن تطبيق البرنامج العلاجي التعليمي يتطلب عديد من الجلسات في مكان محدد؛ وفي هذا السياق قامت الباحثة بالحصول علي الموافقة الرسمية من المسؤولين والإداريين في كلية العلاج الطبيعي للمساعدة في الحصول علي العينة التي سيتم التطبيق علي أفرادها، بالإضافة إلي توفير المكان الذي سيتم فيه تطبيق جلسات البرنامج العلاجي.

٢- قامت الباحثة بعرض خطة البحث علي اللجنة الأخلاقية المختصة في كلية العلاج الطبيعي، وذلك بهدف الحصول علي الموافقة من اللجنة بعدم وجود أيه أضرار للمشاركين في البحث من الممكن أن تنجم عن تطبيق البرنامج العلاجي، وبالفعل تم اعتماد خطة البحث من اللجنة الأخلاقية بالكلية.

٣- قامت الباحثة قبل البدء في الجلسات بالحصول علي ما يسمي بالموافقة الصريحة من المرضى. وتُشير الموافقة الصريحة إلي أن يكشف الباحث قبل الدراسة عما سوف يحدث في الجلسات، وعن أي معلومات يمكن أن تؤثر في قرار الفرد بالمشاركة في البحث، وهذا يُتيح للمشاركين في البحث مستقبلاً أن يتخذوا قراراً حراً وعلنياً حول ما إذا كانوا سينضمون للدراسة أم لا، وفي هذا الصدد قامت الباحثة بتقديم صيغة الموافقة الصريحة إلي المرضى لقراءتها وتوقيعها، وذلك بعد أن تم وصف الدراسة بشكل مبدئي، وبعد أن تتاح لهم الفرصة للاستفسار قبل البدء في الجلسات العلاجية الفعلية.

٤- قسمت عينة الدراسة إلي مجموعتين متكافئتين في بعض المتغيرات الديموجرافية والمرضية وهما:
أ- المجموعة التجريبية: وتكونت من ستة مرضي باضطراب ألم أسفل الظهر المزمن وتلقون البرنامج النفسي التعليمي.

ب- المجموعة الضابطة: وتكونت من ستة مرضي باضطراب ألم أسفل الظهر المزمن لا يتلقون البرنامج العلاجي.
٥- تم تطبيق البرنامج العلاجي التعليمي علي المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة عبر مجموعة من الخطوات:

أ- المرحلة الأولى: تحديد خط الأساس لأفراد المجموعتين، وتم ذلك من خلال تطبيق البطارية التشخيصية لألم أسفل الظهر (القياس القبلي).
ب- المرحلة الثانية: تقديم البرنامج العلاجي للمجموعة التجريبية، واستغرق تطبيق البرنامج خمس جلسات بواقع جلستين أسبوعياً، وتراوح زمن كل جلسة من ٣٠ - ٤٠ دقيقة.
ج- المرحلة الثالثة: وتتعلق هذه المرحلة بالقياس البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي استخبارات شدة الشعور بألم أسفل الظهر.

د- المرحلة الرابعة: وتختص بفترة المتابعة التي استمرت ضعف مدة العلاج وضعفي مدة العلاج، حيث تم إعادة التطبيق بعد ثلاثة أسابيع من تطبيق البرنامج العلاجي، وبعد ستة أسابيع من تطبيق البرنامج العلاجي؛ للوقوف علي استمرار التحسن.

٦- تمثلت عملية القياسات المتكررة (القياس البعدي، قياس المتابعة الأولي، قياس المتابعة الثانية) لدي كل من المجموعة التجريبية والضابطة وذلك بهدف:

أ- المقارنة بين المجموعتين (المجموعة التجريبية في مقابل المجموعة الضابطة) للوقوف علي مدي التحسن في أعراض ألم أسفل الظهر وسلوك التجنب.

ب- المقارنة داخل المجموعة التجريبية عبر القياسات المتكررة للوقوف علي استمرارية التحسن.

أساليب التحليل الإحصائي:

تعتمد الدراسة الراهنة علي الأساليب اللامعلمية في التحليلات الإحصائية، نظراً لتناسبها مع طبيعة حجم العينة المستخدمة، وللتحقق من صدق فروض الدراسة الراهنة تم استخدام عدد من التحليلات الإحصائية كما يأتي:

٤- للتحقق من وجود فروق بين متوسط القياس القبلي، ومتوسط القياس البعدي علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن، لدي المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج متعدد الأساليب] من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن، تم استخدام اختبار إشارة الرتب "ويلكوكسن" للأزواج المترابطة، ويشار إليه أيضا بالاختبار التائي لويلكوكسن Wilcoxon t-test عندما نستخدم المقاييس المتكررة، أو اختبار "ت" للعينات المترابطة في حالة العينات الصغري (شيرايدين & ليندل، ٢٠٠٦).

٥- للتحقق من وجود فروق بين المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج متعدد الأساليب] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج متعدد الأساليب] في كل من أعراض ألم أسفل الظهر، تم استخدام مان ويتي وهو اختبار لامعلمي ويستخدم للمقارنة بين عينتين مستقلتين، وهو اختبار مناظر لاختبار "ت" المعلمي لحساب الفروق بين العينات المستقلة (شيرايدين & ليندل، ٢٠٠٦).

٦- بالإضافة إلي ما سبق وصفه من أساليب إحصائية خاصة بحساب معاملات الثبات والصدق لاستخبارات الدراسة الراهنة.

نتائج الدراسة

الفرض الأول: نتائج الفروق في متوسط القياس القبلي والقياس البعدي علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن، لدي المجموعة التجريبية من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن.

الفرض الثاني: نتائج الفروق في متوسط القياس القبلي علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن، لدي المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي] من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن.

الفرض الثالث: نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي] في القياس البعدي.

الفرض الرابع: نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي] في قياسات المتابعة.

وسيتم عرض هذه النتائج علي النحو الآتي:

الفرض الأول: نتائج الفروق في متوسط القياس القبلي والقياس البعدي علي اختبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن، لدي المجموعة التجريبية من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن.

جدول (٣)

نتائج الفروق بين القياس القبلي و القياس البعدي للمجموعة التجريبية علي اختبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن

متغيرات الدراسة	متوسط الرتب للمجموعة التجريبية	قيمة ذ	مستوي الدلالة
أعراض ألم أسفل الظهر	٣,٥	-٢,٢	,٠٣
مستوي الشعور بشدة الألم	٣,٥	-٢,٢	,٠٣
المثيرات الحسية للألم	٣,٥	-٢,٧	,٠٣
الكيفية الحسية للألم	٣,٦	-٢,٢٣	,٠٣

أوضحت نتائج الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي أن هناك فروقا جوهرية بين القياس القبلي والقياس البعدي علي اختبارات : أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، والمثيرات الحسية لشدة الألم ، والكيفية الحسية للألم.

الفرض الثاني: نتائج الفروق في متوسط القياس القبلي علي اختبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن، لدي المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي] من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن.

جدول (٤)

نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في القياس القبلي علي اختبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن

متغيرات الدراسة	متوسط الرتب للمجموعة التجريبية	متوسط الرتب للمجموعة الضابطة	قيمة ذ	مستوي الدلالة
أعراض ألم أسفل الظهر	٦,٥	٦,٥	,٠٠	,١
مستوي الشعور بشدة الألم	٧,٥	٥,٥	-١,٠٢	,٣

تابع جدول (٤)

المثيرات الحسية للألم	٦,٧	٦,٣	-٢,٥	,٨
الكيفية الحسية للألم	٧,٣	٥,٧	-٧,٣	,٤٦

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات أن كلا من المجموعتين التجريبية والضابطة يقعان عند خط أساس متقارب قبل التعرض للبرنامج العلاجي، وذلك علي استخبارات شدة الألم وهي: أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، والمثيرات الحسية لألم أسفل الظهر المزمن، وكيفية الشعور بألم أسفل الظهر.

الفرض الثالث: نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي] في القياس البعدي.

جدول (٥)

نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في القياس البعدي علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن

متغيرات الدراسة	متوسط الرتب للمجموعة التجريبية	متوسط الرتب للمجموعة الضابطة	قيمة ذ	مستوي الدلالة
أعراض ألم أسفل الظهر	٣,٥	٩,٥	,٠٠	,٠١
مستوي الشعور بشدة الألم	٣,٥	٩,٥	-٢,٢	,٠٤
المثيرات الحسية للألم	٣,٥	٩,٥	-٢,٨٨	,٠٤
الكيفية الحسية للألم	٣,٦	٩,٤	-٢,٨٣	,٠٠٥

أسفرت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات عن انخفاض جوهري للمجموعة التجريبية علي استخبارات مؤشرات الألم وهي أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، والمثيرات الحسية لشدة الألم، والكيفية الحسية للألم، وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة غير المتلقية للبرنامج العلاجي.

نتائج الفرض الرابع: نتائج الفروق بين المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي] في قياسات المتابعة.

جدول (٦)

نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في قياس المتابعة الأولي علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن

متغيرات الدراسة	متوسط الرتب للمجموعة التجريبية	متوسط الرتب للمجموعة الضابطة	قيمة ذ	مستوي الدلالة
أعراض ألم أسفل الظهر	٣,٥	٩,٥	-٢,٨	,٠٤
مستوي الشعور بشدة الألم	٣,٥	٩,٥	-٢,٩	,٠٣
المثيرات الحسية للألم	٣,٥	٩,٥	-٢,٨	,٠٤
الكيفية الحسية للألم	٤,١	٨,٩	-٢,٣	,٠١

أسفرت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات عن استمرار التحسن للمجموعة التجريبية علي استخبارات مؤشرات الألم وهي أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، والمثيرات الحسية لشدة الألم، والكيفية الحسية للألم، وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة غير المتلقيه للبرنامج العلاجي في قياس المتابعة الأولي التس استمرت ثلاثة أسابيع.

جدول (٧)

نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في قياس المتابعة الثانية علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن

متغيرات الدراسة	متوسط الرتب للمجموعة التجريبية	متوسط الرتب للمجموعة الضابطة	قيمة ذ	مستوي الدلالة
أعراض ألم أسفل الظهر	٥,٥٨	٧,٤٢	-,٨	,٣٧
مستوي الشعور بشدة الألم	٤,٥٨	٨,٤٢	-١,٩٥	,٠٦
المثيرات الحسية للألم	٦,٥٨	٦,٢٥	-,٢٤	,٨
الكيفية الحسية للألم	٦,٣٣	٦,٦٧	-,١٦	,٨

اوضحت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات عن وجود فروق غير جوهريتين بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي استخبارات مؤشرات الألم وهي أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، والمثيرات الحسية لشدة الألم، والكيفية الحسية للألم، وذلك في قياس المتابعة الثانية، التي استمرت ستة أسابيع، وهذا معناه أن التراكم العلاجي لم يستطع الصمود هذه المدة، وحدثت الانتكاسة في جميع استخبارات المتغير التابع.

مناقشة نتائج الدراسة

الفرض الفرعي الأول

فيما يتعلق بافتراض الدراسة الفرعي الأول، والمتمثل في وجود فروق بين متوسط القياس القبلي، ومتوسط القياس البعدي علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن لدي المجموعة التجريبية [المتلقين للبرنامج العلاجي التعليمي] من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن، في اتجاه تحسن المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

أوضحت نتائج الفروق بين متوسط القياس القبلي، والقياس البعدي علي استخبارات الدراسة وجود تحسن ملحوظ لدي المجموعة التجريبية في جميع مؤشرات الألم وهي: أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، المثيرات الحسية لألم أسفل الظهر المزمن، وكيفية الشعور بألم أسفل الظهر.

وتتنسق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة؛ تتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات العلاجية السابقة حيث توصلت الي وجود فعالية لبرامج العلاج التعليمي في خفض الشعور بشدة الألم والعجز المترتب عليه، وذلك من خلال مقارنة القياس القبلي بالقياس البعدي لمجموعة الدراسة (Donelson, Undermann, Spratt, Moseley, 2002; MayerGraves & Tillotson, et al, 2004; Tousignant-laflamme, Bourganlt, Houle, Lafaille, Roy& Roy, 2013; Traeger, et al., 2015).

بينما اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عدد من النقاط : اهتمت البحوث العلاجية السابقة

بجانب واحد من جوانب الألم وهو شدة الألم، أما الدراسة الراهنة فاهتمت بفحص التحسن لدي المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج العلاجي التعليمي علي مؤشرات الألم وهي: أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، المثيرات الحسية لألم أسفل الظهر المزمن، وكيفية الشعور بألم أسفل الظهر.

الفرض الفرعي الثاني

توجد فروق بين المجموعة التجريبية [المتلقين للعلاج التعليمي] والمجموعة الضابطة [غير المتلقين للعلاج التعليمي]، في اتجاه تحسن المجموعة التجريبية. أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات أن كلا من المجموعة التجريبية والضابطة يقعان عند خط أساس متقارب قبل التعرض للبرنامج العلاجي، وذلك علي استخبارات شدة الألم وهي: أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، المثيرات الحسية لألم أسفل الظهر المزمن، وكيفية الشعور بألم أسفل الظهر. بينما أوضحت نتائج الفروق بين متوسط القياس القبلي، والقياس البعدي علي استخبارات الدراسة وجود تحسن ملحوظ لدي المجموعة التجريبية في جميع مؤشرات الألم وهي: أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، المثيرات الحسية لألم أسفل الظهر المزمن، وكيفية الشعور بألم أسفل الظهر. وفي سياق توضيح لمدي اتساق أو اختلاف هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة؛ تتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات العلاجية السابقة حيث توصلت لدراسة موسيلي Moseley التي هدفت إلي اختبار فعالية برنامج علاجي تعليمي في خفض الشعور بشدة الألم لدي عينة من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن التيتكونت من (٥٧) مريضا تم تقسيمهما إلي مجموعتين؛ حيث تكونت المجموعة التجريبية من (٢٩) مريضا، وأخري ضابطة مكونة من (٢٨) مريضا، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود انخفاض في شدة الألم لدي العينة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة (Moseley, 2002).

كما تتسق أيضا مع نتائج الدراسة التي قام بها أندر مان Undermann وزملائه والتي هدفت إلي اختبار فعالية برنامج علاجي تعليمي في خفض الألم لدي عينة من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن مكونه من (٦٢) مريضا (٣٥ من الإناث، و٢٧ من الذكور)، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود تأثير جوهري للبرنامج العلاجي فيما يتعلق بخفض شدة الألم لدي المرضي (Undermann, Spratt, Donelson, MayerGraves & Tillotson, et al., 2004).

الفرض الفرعي الثالث

لا توجد فروق بين القياس البعدي، وقياس المتابعة علي استخبارات شدة أعراض ألم أسفل الظهر المزمن. أوضحت نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في القياس البعدي وقياس المتابعة الأولي لدي مجموعتي الدراسة؛ أن أفراد المجموعة التجريبية استمر التحسن لديهم في كل مؤشرات الألم وهي: أعراض ألم أسفل الظهر، ومستوي الشعور بالألم، المثيرات الحسية لألم أسفل الظهر المزمن، وكيفية الشعور بألم أسفل الظهر؛ بينما ظلت المجموعة الضابطة عند مستوي متقارب من مستوي القياس في مرحلة خط الأساس.

وفيما يتعلق بالمقارنة بين المجموعة التجريبية والضابطة في قياس المتابعة الثانية لم تظهر النتائج عن وجود استمرارية للتحسن في مرحلة المتابعة الثانية؛ وتختلف هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج البحوث فيما يتعلق باستمرارية التحسن حيث تختلف مع دراسة كل من (Moseley, 2002; Undermann, Spratt, Donelson,) (MayerGraves & Tillotson, et al., 2004) حيث توصل الباحثون إلي استمرار التحسن في قياس المتابعة الثانية.

كما تختلف مع دراسة توسيجنسنت لافلام Tousignsnt-laflamme وزملائه التي هدفت إلى اختبار كفاءة برنامج علاجي تعليمي في علاج ألم أسفل الظهر المزمن، لدي عينة تكونت من (٤٢) مريضاً من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن. تكونت المجموعة التجريبية من (٢٠) مريضاً، أما المجموعة الثانية في قائمة الانتظار فتكونت من (٢٢) مريضاً بمتوسط عمري قدره (٥٤,٥) سنة وانحراف معياري قدره (٩,٨) سنة، (٥٩%) منهم مرضي ذكور، و (٤١%) منهم مريضات. اوضحت نتائج الدراسة وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اتجاه تحسن المجموعة التجريبية، وأوصي الباحثون بضرورة استخدام طرق علاجية أخرى بجانب العلاج التعليمي للوصول لنتائج أفضل (Tousignant-laflamme, Bourganlt, Houle, Lafaille, Roy & Roy, 2013).

وتختلف مع ما توصل إليه ترايجر Traeger وزملائه في دراسته لاختبار فعالية برنامج علاجي تعليمي في خفض شدة الألم و خفض العجز المترتب علياً لدي عينة من مرضي ألم أسفل الظهر المزمن، تضمنت الدراسة (١٠١) مريضاً تم تقسيمهم إلي مجموعتين، الأولى كانت تجريبية والأخرى ضابطة، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فعالية للبرنامج العلاجي في خفض الشعور بشدة الألم، وانخفاض العجز الجسدي المترتب علي الألم وذلك لدي المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة (Traeger et al., 2015).

وفي سياق تفسير نتائج الدراسة الراهنة في ضوء النماذج النظرية وتقارير منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بفاعلية العلاج التعليمي في علاج ألم أسفل الظهر المزمن، أوضح منظرو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في تفسير وعلاج ألم أسفل الظهر؛ وجود تفاعل دينامي بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تشكّل استجابة الأفراد لخبرة الألم؛ على سبيل المثال التغيرات التي تحدث في العضلات والأوتار والمفاصل، والتي ينتج عنها نوع أو آخر من أنواع الألم، وكذلك معتقدات الشخص واتجاهاته نحو الألم، ودور الثقافة والتفاعل الاجتماعي، والدور الاجتماعي للفرد (Waxman, 2006: 12-13).

ولقد أوضحت الممارسة الإكلينيكية والبحوث الأكاديمية الحديثة ضرورة تبني النموذج متعدد الأبعاد القائم على إسهام العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وبناءً على ما افترضه النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي تطوّر منحى العلاج المعرفي - السلوكي للألم المزمن (Anne, 2002: 11,12).

كما تطورت المناحي العلاجية لألم أسفل الظهر وعلي رأسها المنحي العلاجي متعدد الأساليب؛ الذي يتضمن المنحي العلاجي متعدد الأساليب باستخدام حزمة من الأساليب العلاجية المتضافرة كل منها موجه لإدارة بُعد أو أكثر من أبعاد الألم. ومن أبرز الأساليب العلاجية المتضمنة في برامج علاج ألم أسفل الظهر متعدد الأساليب، العلاج

السلوكي والعلاج المعرفي والعلاج التعليمي. ولقد أوضحت التحليلات الاحصائية البعدية (١) لنتائج عدد من البحوث التي اعتمدت علي المنحي متعدد الأساليب في علاج ألم أسفل الظهر المزمن إلي أن هذا المنحي العلاجي كانت له نتائج إيجابية فيما يتعلق بخفض شدة الشعور بألم أسفل الظهر المزمن، وتحسن في الحالة الصحية العامة، والعودة للعمل لدي الحالات التي أدي ظهور الاضطراب إلي توقفها عن العمل وتجنبها القيام بمجهود بدني يترتب عليه زيادة الشعور بشدة الألم (Dick& Rashiq,2008; Weiner& Nordin, 2010).

ولقد أجري بيندكس Bendix و زملائه مقارنة بين مختلف أنواع البرامج العلاجية لمرضي ألم أسفل الظهر المزمن؛ وأوضحت نتائج هذه المقارنة أن البرامج العلاجية القائمة علي المنحي متعدد الأساليب في علاج ألم أسفل الظهر المزمن كانت أفضل البرامج العلاجية علي الإطلاق وذلك فيما يتعلق بانخفاض شدة الأعراض، وانخفاض في العجز المترتب علي الألم، وزيادة ممارسة نشاطات الحياة اليومية (In:Dick& Rashiq, 2008).

عليضوء كل ما سبق تتجه الباحثة نحو تبني منظور التدخلات العلاجية القائمة علي المنحي العلاجي متعدد الأساليب لعلاج ألم أسفل الظهر المزمن؛ وذلك في بحوث لاحقة.

قائمة المراجع

أولاً مراجع باللغة العربية

- إرنست، صفوت فرج (٢٠٠٧). *القياس النفسي*، (ط ٦). القاهرة : الانجلو المصرية.
- بيرس، ش.، مايز، ج. (٢٠٠٠). *المناحي النفسية لتدبير الألم المزمن*. في : س . ل ليندزي، ج.ى. بول (محررين)، *مراجع في علم النفس الإكلينيكي للإرشادين* (ص ٧٣٨-٧٥٥) (ترجمة: صفوت فرج). القاهرة: الأنجلو المصرية.
- شيرايند جيه كوكيس، ليند لجي ستيد (٢٠٠٦). *حزمة البرامج الإحصائية SPSS بدون عناء*. (ترجمة: فؤاد بن عبدالله العواد، أحمد حسن يوسف) جامعة الملك سعود: النشر العلمي للمطابع.
- الصبوة ، محمد نجيب (٢٠١٥). رؤية علمية لكيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية العلاجية، *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*. ٣ (٢)، ١٥١-١٨٠.

ثانياً مراجع باللغة الانجليزية

- Angela, J.K. & Myers, A. (2002). *Understanding Chronic Pain*. Jackson: University Press of Mississippi.
- Ann, D.K. (2002). Development of a Self Efficacy in Strument for Patients with Chronic Low Back Pain and its Use a Predictor of Physical Therapy Outcome. *Doctoral Dissertation*, University of Connect oat.
- Araksinen, j., et al. (2006). European Guide Lines for Management of Chronic non Specific Low Back Pain. *European SpinJournal*. 15(2), 192-300.

(1)Meta analysis

- Bendix, A., Bendix, T., VÆgter, K., Lund, C., Frølund, L.& Holm, L. (1996) Multidisciplinary Intensive Treatment for Chronic Low Back Pain: A Randomized Prospective Study. *Cleveland Clinic Medicine*, 63, 62-69.
- Brox, J., Storheim, K., Grotle, M., Tveito, T., Indahl, A.,& Eriksen, H. (2008). Systematic Review of Back Schools, Brief Education, and Fear-avoidance Training for Chronic Low Back Pain. *The Spain Journal*. 8,948-958.
- Campbell, L.C., Muncer, S.J. (2005). The Causes of Low Back: A Network Analysis. *Social science & medicine*, 60, 409-419.
- Crombez, G., Vervael, L., Lysens, R., Baeyens, F.& Eelen, P. (1998). Avoidance and Confrontation of Painful. Back Straining Movements in Chronic Back Pain Patients. *Behavioral Modification*, 22, 62-77.
- Demoulin, C., Grosdent, S., Capron, L., Tomasella, M., Somville, P., Crielaard, J.& Vanderthommen, M . (2010). Effectiveness of a Semi-Intensive Multidisciplinary Outpatient Rehabilitation Program in Chronic Low Back Pain. *Joint Bone Spine*. 77, 58-63.
- Dick, B.& Rashid, S.(2008). Chronic low back pain : Review of Treatment Practices and Standards. *Journal of Behavioral Analysis in Health, Sport, Fitness and Medicine*, 11, 19-25.
- Dickens, C., Jayson, M.& Creed, F. (2002). Psychological Correlates of Pain behavior in Patients with Chronic Low Back Pain. *Psychosomatics*, 43(1), 42-48.
- Dupeyron, A., Ribinik, P., Gélis, A., Genty, M., Claus, D.,& Hérisson, C. (2011). Education in Management of Low Back Pain Literature Review and Recall of Key Recommendations for Practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 54, 319-335.
- Frank, A. (1993). Low Back Pain. *British Medical Journal*. 306(6882), 901-909.
- Gatchel, R.&Okofugi, A. (2006). Evidence – Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost – Effectiveness of Comprehensive Pain Program for Chronic Nonmalignant Pain. *The Journal Of Pain*. 7(11), 779-793.
- Gatchel, R., Peng, Y., Fuchs, P. & Turk, D. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Direction. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581- 624.
- Guerriero, R.C., Rajwani, M., Gray, E., Platnick, H., DaRe, R.& Dodsworth .P. (1999).A Retrospective Study of the Effectiveness of Physical Rehabilitation of Low Back Pain Patients in a Multidisciplinary Setting. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 43(2), 89-103.
- Jensen, M. & Karoly, P. (1992). Pain-Specific Beliefs, Perceived Symptom Severity, Adjustment to Chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 8 (2), 123-130.
- Jensen, M., Romano, J. & Turner, J.(1994). Correlates of Improvement in Multidiscipline Treatment of Chronic Pain. *Journal of consulting clinical psychology*, 62(1), 172-179.

- Kinkade, S. (2007). Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain. *American Family Physician*, 75 (8), 1181-1188.
- Kravitz, L. & Andrews, R. (1990). Fitness and Low Back Pain. *Medicine Science and Sport*, 22, 265-274.
- Krismer, M., & Van Tulder, M. (2007). Low Back Pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 21 (1), 77-91.
- Mathew, K. M., Ravichandran, G., May, K. & Morsley, K. (2001). The Biopsychosocial Model and Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*, 39, 644-649.
- Moseley, L. (2002). Combined Physiotherapy and Education is Efficacious for Chronic Low Back Pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, 48, 297-302.
- Moriarty, O., McGuire, B.E. & Finn. D.P. (2011). The Effect of Pain on Cognitive Function: A Review of Clinical Research. *Progress in Neurobiology*, 93, 585-404.
- Negrini, S., Fusco, C., Atanasio, S., Romano, M. & Zaina, F. (2008). Low Back Pain: State of Art. *European Journal of Pain Supplements*, 2, 52- 56.
- Ozguler, A., Leclerc, A., Landre, M. & Pietri-Taleb, F. (2000). Individual and Occupational Determinants of Low Back Pain According to Various Definitions of Low Back Pain. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54 (3), 215-220.
- Pflingston, M., Hildebrandt, J., Leibing, E., Franz. C., & Saur, P. (1997). Effectiveness of Multimodal Treatment Program for Chronic Low back Pain. *Pain*. 73, 77-85.
- Roelofs, J., Boissevain, M.D, Peters, M.L., Dejong, J.R. & Vlaeyen, J.W. (2002). Psychological Treatment for Chronic Low Back Pain: Past Present and Beyond. *Pain Review*, (9), 29-40.
- Seif El Nasr, E.M. (2008). *Economics Intervention Program on Work Relation Low Back Pain among Worker in Chemical Industry Development Company*. Doctorial Dissertation. Faculty of Nursing. Cairo University.
- Sieben, J.M., Vlaeyen, J.W., Portegijs, P.J., Warmen Hoven, F.C., Sint, A.G., Dutzenberg, N., Romeijnders, A., Arntz, A. & Knotterus, J.A. (2009). General Practitioners' Treatment Orientation Towards Low Back Pain: Influence on Treatment Behavioral and Patient outcome. *European Journal of Pain*, 13, 412-418.
- Taylor, S.E. (2015). *Health Psychology* (7th Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Tousignant-laflamme, Y., Bourganlt, P., Houle, S., Lafaille, J., Roy, J., & Roy, L. (2013). Brief Education on Low Back Pain : Brief Group Education for Patients with Chronic Low Back Pain : Descriptive Study, *International Musculoskeletal Medicine*. 35(2), 65-71.
- Traeger, A., Moseley, L., HÜbscher, M., Lee, H., Skinner., I., Nicholas, M., Henschke, N., Rerefshauge, K., Blyth, F., Main, C., Hush, J., Pearce, G & McAuley, J. (2015). Pain Education to Prevent Chronic Low Back Pain a Study Protocol for a Randomized Controlled Trail. *British Medical Journal*, 4, 1-7.

- Turk, D. & Okifuji, A. (2003). Pain management. In: A.M. Nezu & C. M. Nezu (Eds.), *Handbook of psychology*. Vol (9) Health psychology. (293-338) New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Vlaeyen, J.W. & Crombez, G. (1999). Fear of Movement/(re) Injury, Avoidance and Pain Disability in Chronic Low Back Pain Patient. *Manual Therapy*, 4(4), 187-195.
- Undermann, B., Spratt, K., Donelson, R., Mayer, J., Graves, J. & Tillotson, J. (2004). Can a Patient Educational Book Change Behavior and Reduce Pain in Chronic Low Back Pain Patients?. *The Spine Journal*, 4, 425-435.
- Walker, B.F., Muller, R. & Grant, W. D. (2004). Low Back Pain in Australian Adults. Health Provider Utilization and Care Seeking. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 27(5), 327-335.
- Waxman, S. (2006). Chronic Low Back Pain and Impact on Relationships Satisfaction. *Master of Arts*, Queen's University. Canada.
- Weiner, S. & Nordin, M. (2010). Prevention and Management of Chronic Back Pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 24, 267-279.
- Yip, V.B. (2004). Low Back Pain in Nurses Work Activities Work Stress and Sedentary Life Style. *Journal of Advanced nursing*, 46(4), 430-440.
- Zaghoul, H.M. (2007). The Role of Strengthens Hip Extensors Muscle Low in Treatment of Mechanical Back Pain. *Master Dissertation*. Faculty of Physical Therapy. Cairo University.

Efficacy of Educational Treatment Program at Reducing Chronic low Back Pain Disorder Symptoms

Eman R. Basher
Psychology Department
Cairo University

Sohaer F. Alghobashi
Psychology Department
Cairo University

Abstract

The purpose of this study is to investigate efficacy of educational treatment program for reducing chronic low back pain disorder symptoms. In sample: (12) chronic low back pain patients were equally divided and assigned into one of two groups: (1) an intervention experimental group consisted of educational therapy and (2) a control group that received no treatment. All patients were assessed at baseline and after treatment with regards to diagnostic battery of low back pain intensity. By the end of treatment, intervention group showed significant improvements in all study variables compared to baseline and to the control group. This also continued to prevail at the follow up 1; but not continued to follow up 2.

Key words: Low back pain- educational therapy- Pain intensity