

دور نوعية الحياة في التنبؤ بزملة أعراض التعب المزمن

وفاء إمام عبد الفتاح
باحثة وكبيرة اختصاصيين نفسيين
بمركز البحوث والدراسات النفسية
كلية الآداب- جامعة القاهرة

أ.د. شعبان جاب الله رضوان
أستاذ علم النفس الإكلينيكي
كلية الآداب- جامعة القاهرة

ملخص:

هدف البحث الحالي إلى دراسة نوعية الحياة كمتغير منبئ بزملة أعراض التعب المزمن لدى عينة من الموظفين والموظفات، قوامها ٣٥٥ موظف حكومي (١٩٠ من الذكور/١٦٥ من الإناث)، ويمدى عمري يتراوح بين ٣٠ إلى ٥٠ عامًا، بمتوسط 41.4 ± 6.8 ، وقد طبق عليهم مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية (النسخة المختصرة)، وزملة أعراض التعب المزمن، وقد استخدمت تحليلات إحصائية متمثلة في: الفروق بين المتوسطات، معاملات الارتباط الخطية، تحليل الانحدار المتدرج؛ حيث كشفت النتائج عن وجود تميز للذكور عن الإناث في نوعية الحياة، بينما تميزت الإناث عن الذكور في زملة أعراض التعب المزمن وبشكل دال إحصائيًا، كما وجدت معاملات ارتباط سالبة مرتفعة الدلالة، سواء في قوة العلاقة، أو اتجاهها لدى كل من الذكور والإناث؛ وذلك للعلاقة بين زملة أعراض التعب المزمن ونوعية الحياة، وثبت أن نوعية الحياة تسهم في التنبؤ بزملة التعب المزمن لدى الذكور والإناث.

The Role of Quality of Life in Predicting Chronic Fatigue Symptoms

Prof.Dr: Shaaban Gaballa Radwan
Prof. of Clinical Psychology
Faculty of Arts-Cairo University

Wafaa Emam Abd-El- Fattah
Researcher at the Center for Research and Psychological Studies
Faculty of Arts - Cairo University

Abstract:

The aim of the present research is to study the quality of life as a variable predictor chronic fatigue syndrome in a sample of male and female employees, with at least 355 government employees (190 males/ 165 females), the range was between 30 to 50 years, with an average $41,4 \pm 6,8$, they have been applied the quality of life of the World Health Organization scale (short version), and chronic fatigue syndrome, have been used statistical analysis represented in: the differences between the averages, linear correlation coefficients & the gradual regression analysis. The results: revealed the presence distinguish males about females in the quality of life, while marked by females than males in chronic fatigue syndrome and is statistically significant, also found negative correlation high significance, in both in the relationship strength, and the direction of both males and females, so there is relationship between chronic fatigue syndrome and quality of life, and proved that the quality of life contribute to the predicting chronic fatigue in males and females.

مقدمة:

يعتبر مفهوم نوعية الحياة من أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية التي ظهر الاهتمام بها بعد منتصف القرن العشرين، والتي بدأت دراستها أولاً من خلال البحوث الاقتصادية والسياسية، ثم البحوث الاجتماعية والنفسية، وانتهاءً بالدراسات الطبية والصحية (Pukeliene&Starkauskiene, 2011).

ويتدخل مفهوم نوعية الحياة في مجالات عديدة، مثل: مستويات المعيشة، وأنماط الحياة وعاداتها، ومؤشرات الصحة والمرض. ويرى "فيشر" Fisher أن هذا المفهوم محصلة لتفاعل عوامل متعددة، مثل: العوامل النفسية، والعوامل الاجتماعية، والعوامل الاقتصادية، والعوامل السياسية، والعوامل البيئية.

وقد تبلورت التوجهات النظرية لهذا المفهوم في أربعة توجهات أساسية هي:
أ- **التوجه الفلسفي:** حيث يختلط بمفاهيم السعادة، واللذة، والرغبة، والرفاهية، وقد بحثها كل من: أرسطو، وأفلاطون، وسقراط، وأبيقور، وشوبنهاور، وسبينوزا، وباسكال، وغيرهم.

ب- **التوجه النفسي الاجتماعي:** حيث ظهر مصطلح نوعية الحياة لدى علماء النفس الاجتماعي، عام ١٩٧٦؛ مع أعمال "برادبورر" Bradburer في دراسة عن المكونات النفسية للرفاهية.

ج- **التوجه السياسي:** وقد ظهر لدى السياسيين الذين تبنوا مفاهيم الرفاهية وتحسين مستوى المعيشة، ومنهم الملك "هنري الخامس" Henri VI من إنجلترا، والرئيس "جونسون" Johnson في الولايات المتحدة (١٩٠٨-١٩٧٣)، وإن كان الرئيس الأمريكي "جيفرسون" Jefferson (١٧٤٣-١٨٢٦)؛ أول من أدرج حق السعادة ضمن حقوق الإنسان الدستورية.

د- **التوجه الطبي:** حيث ظهر مفهوم نوعية الحياة مع الحرب المضادة للطب العقلي، والاعتراض على وضع المرضى العقليين في مصحات أشبه

بالسجون، حسب رواد هذا الاتجاه، وذلك منذ عام ١٩٦٣، والذين نادوا بضرورة إعادة المريض إلى حضن المجتمع، لتعود إليه إنسانيته التي افتقدتها مرتين، الأولى: بسبب المرض، والثانية: بسبب السجن المؤسساتي الذي وضع فيه باسم العلاج الحديدي (رمضان زغوط، عبد الكريم قرشي، ٢٠١١).

ويرتبط مفهوم نوعية الحياة، من الناحية الموضوعية بالبيئة الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية، والطبيعية، التي يعيش فيها الفرد، ومن الناحية الذاتية يرتبط بتقييم الفرد لحياته ونوعيتها، ولذلك انقسم الباحثون إلى تيارين:

١- التيار الأول: يرى أن نوعية الحياة مفهوم ذاتي فردي، لا مناص من مقارنته ابتداء بتاريخ الفرد، وانتهاء بخبرة الحياة كما يعيشها.

٢- التيار الثاني: يرى أن المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة ذات أهمية قصوى؛ حيث لا يمكن الاعتماد على تقييم الفرد الذاتي، لأنه قد يشوبه الخطأ، بسبب إسقاطات المريض غير الواعية وآلياته الدفاعية.

و ينظر أغلب الباحثين، مثل "فيشر" Fisher، عام ٢٠٠٢؛ و"تيلور" Taylor، عام ٢٠٠٣؛ إلى إمكانية مقارنة التقييم الذاتي للمريض، كمرجع أساسي في تقدير نوعية الحياة؛ من خلال التقييم المستمد من المؤشرات الموضوعية، ودراسة الفروق بين التقييمين: الذاتي، والموضوعي (رمضان زغوط، عبد الكريم قرشي، ٢٠١١).

ويرى أحمد عبد الخالق أن نوعية الحياة، هي "المستوى الذي يعيش فيه الإنسان في إطار البيئتين المادية والاجتماعية، ومدى رضاه عنهما، وسعادته بهما، وتشتمل نوعية الحياة على مؤشرات موضوعية، مثل: الدخل، والعمل، ومعدل الوفاة، والأمراض، والخدمات المتاحة بالبيئة مثل: الصحة، والمواصلات، ومؤشرات ذاتية، تشمل: رضا الفرد عن هذا المستوى، وسعادته به، ويتراوح مستوى نوعية الحياة بين المرتفع والمنخفض مع درجات بينهما" (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠١١، ص ٣٦٩).

وقد أصبحت نوعية الحياة في الوقت الراهن من القضايا المرتبطة بالصحة النفسية والجسمية، كما مثلت في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز للكثير من البحوث والدراسات، حتى صارت القضايا المرتبطة بالصحة النفسية حالياً تتم معالجتها تحت مصطلح أعم، وأوسع دلالة؛ هو: "مصطلح نوعية الحياة"، والذي أصبح مجالاً لاهتمام العديد من البحوث والدراسات (Boland, Daly & Staines, 2009).

ويشير "دينير" و"ساه" إلى أن نوعية الحياة هي تقويم الشخص لرد فعله للحياة، سواء تجسد في الرضا عن الحياة فيما يعرف بالتقويمات المعرفية، أو الوجدان فيما يعرف برد الفعل الانفعالي المستمر تبعاً لظروف الحياة، ومدى توافر فرص إشباع وتحقيق احتياجاته " (Diener & Diener, 1995; Diener & Suh, 1997)

كما أخذ الاهتمام بنوعية الحياة المرتبطة بالرعاية الصحية؛ يتجه إلى نوعية الحياة من خلال الكيفية التي يؤثر بها مرض معين على المريض، وإلى أي درجة يتمتع هذا المريض بإمكاناته الحياتية، ويحقق أهدافه الشخصية، وتطلعاته، وتأملاته رغم إصابته أو معاناته من مرض معين (Bernstein, 2003).

وفيما يتعلق بزملة التعب المزمن، فهي تعد؛ أحد أهم الملامح للإصابة بالعديد من الأمراض الجسمية، والاضطرابات السيكياترية، الناتجة عن نوعيات حياتية مختلفة؛ حيث يمثل أكثر الأعراض مشقة، كما أنه أحد أسباب أعراض المشقة لدى المرضى.

وقد تبين خلال العقدين الماضيين أن التعب من أهم المشاكل المنتشرة، والتي أظهرت الدراسات الوبائية أنه يمثل شكاوى عامة، فهو إلى جانب الاكتئاب، والقلق؛ يعتبر من أكثر الأعراض شيوعاً، مما يجعله يتطلب الرعاية الأولية.

وقد تعددت الدراسات التي تناولت معدلات انتشار التعب؛ حيث أشارت إلى أن هذه المعدلات تمثل ٢٠٪ من المترددين على العيادات الطبية بشكاوى مؤثرة في حياتهم، وما بين ١٠٪ إلى ٤٠٪ من المترددين على الممارس العام؛ ففي دراسة لعينة إناث من زائرات مراكز الرعاية الصحية، بمتوسط عمري يبلغ ٣٥ سنة، قد مثلت نسبة انتشار قدرها ٧٤٪، مما يشير إلى أن التعب مشكلة مؤثرة في صحة الفرد، وأن العلاقة بينهما علاقة عكسية (عائشة السيد رشدي، ٢٠٠٥، ص ١٨١).

فبالرغم من أن التعب حالة يمر بها الفرد على فترات متقطعة، له جانبه الإيجابي؛ كوسيلة فعالة يعلن بها الجسم عن حاجته للراحة، وظاهرة معتادة عقب الإجهاد الجسمي، إلا أنه عندما ينعكس في شعور مستمر بالإعياء، والإنهاك، ولا تجدي معه وسائل الراحة التقليدية؛ فإنه يصبح مؤشراً على أن هناك مشكلة يواجهها الفرد؛ تتمثل فيما يسمى بزملة أعراض التعب المزمن، والتي يشعر بها الفرد بعد القيام بأي مجهود، وتنتج عنها العديد من الأعراض التي تتمثل في التعب الشديد، والألم، واضطراب النوم، وألم العضلات، والتهاب الحلق، بالإضافة إلى الاضطرابات المعرفية كالانتباه، والذاكرة، وسرعة معالجة المعلومات، والإصابة بالقلق والاكتئاب؛ إذا استمرت هذه الأعراض فترة لا تقل عن ستة أشهر

(Jason, Leonard, Richman, Judith, Friedberg, et als., 1997; Fridberg, 1999; Wedro, 2015)

وتشير التقديرات الوبائية إلى أن حوالي أربعة ملايين شخص في الولايات المتحدة يعانون من زملة التعب المزمن، وذلك طبقاً للمعايير التي وضعها مركز التحكم والسيطرة على الأمراض والوقاية منها (Allen, 2008)، وفي تقدير آخر لانتشار زملة التعب بين الشعب الأمريكي؛ ذكر المعهد الطبي، عام ٢٠١٥؛ أن الزملة تؤثر على ٨٣٦ ألف إلى ٢,٥ مليون أمريكي، وأن حوالي ٨٤٪ إلى ٩١٪ منهم لم يتم تشخيص حالاتهم (National Academy of Sciences, 2015)، كما أشارت تقديرات كندية، عام ٢٠١٠؛ إلى

أن تشخيص الزملة يمثل حوالي ١,٤٪ من إجمالي عينة مسحية كندية مجتمعية قوامها ٥٩١٠١ شخص (Rusu, Gee, Lagace & Parlor, 2015).

وقد أشارت الدراسات إلى أن اضطراب زملة التعب يؤثر على الأفراد من جميع الخلفيات العرقية، والاجتماعية، والاقتصادية، مع عدم وجود اختلاف في نسبة الانتشار بين سكان المناطق الريفية، والحضرية، وأن نسبة انتشار الزملة بين النساء أكثر من الرجال، وتبلغ ذروتها لدى النساء في الفئة العمرية بين ٤٠-٥٩ سنة، كما تؤثر زملة التعب على الأطفال والمراهقين، وتتراوح نسبة الإصابة ما بين ٠,٢٪ إلى ٢,٣٪، إلا أنها أكثر انتشارًا بين المراهقين؛ حيث تتطور أعراض الزملة لدى المراهقين بعد الإصابة بالإنفلونزا الحادة، أو الإصابة بنقص كريات الدم البيضاء (Allen, 2008; Jason, Katz, Shiraiishi, Mears, Im & Taylor, 2014 & Centers for disease control and prevention, 2015).

ومن أهم الدراسات التي أجريت عن زملة أعراض التعب؛ دراسة أجراها "ليهمان" وزملاؤه، على عينة قوامها "١٠٥" من المرضى؛ شخّصت حالاتهم بزملة التعب المزمن، وقد طبقت عليهم مقاييس: الاكتئاب، والقلق، والمقاييس الفرعية من القائمة المختصرة للأعراض^(١)؛ حيث أظهرت النتائج أن ٣٦٪ من المرضى اتضح أن تشخيص الأطباء لما يعانونه غير صحيح؛ وقد حصلوا على درجات أعلى من نظرائهم في القلق والاكتئاب، ولم ينجح الأطباء في معرفة الأسباب الكامنة وراء شعورهم بهذا القلق والاكتئاب، ومن ثم لم يستطيعوا علاجهم بشكل فعال، مما أدى إلى تفاقم المرض وتطوره، ليقع المصابون في النهاية ضحايا لزملة التعب المزمن، كما قرر ٥٥٪ من المرضى أنهم عندما شعروا بأعراض التعب ساد لديهم اعتقاد بأن الراحة وعدم ممارسة الأعمال الشاقة هما الطريقتان المؤديان للشفاء، مما أدى إلى تحسن حالاتهم بعض الشيء، وعدم إصابتهم بنسب عالية من القلق والاكتئاب (Lehman, Hemphill, Mandel & Cooper, 2002).

(١) The Brief Symptoms Inventory

كما طبقت العديد من الدراسات على الاضطرابات المعرفية لدى مرضى زملة التعب المزمن؛ حيث أثبتت وجود اضطراب في القدرات المعرفية، يتمثل في: الانتباه، وصعوبة التركيز، وضعف الذاكرة، وسرعة معالجة المعلومات، والوظائف التنفيذية، وسرعة رد الفعل، ويفسر بعض الباحثين هذه الاضطرابات بأنها قد ترجع إلى عوامل نفسية كالقلق، والاكتئاب، واللذين يؤثران على طبيعة الأداء، كما قد ترجع إلى مستوى التعب الذي يعكس شدة المرض، والتي يحتمل أن تؤدي إلى تأثير سلبي على الوظيفة المعرفية؛ حيث أن التعب والاضطراب المعرفي من الأمراض العضوية، ويعدان ضمن أهم مظاهر الخلل الوظيفي في المخ؛ فقد أوضحت دراسات أخرى أن مستوى من التعب يؤدي إلى حدوث انخفاض في النشاط الدماغي في قشرة الفص الجبهي، كما يحدث انخفاض ثنائي (أي من الجانبين) في حجم المادة الرمادية السائلة، مما جعل الباحثين يقترحون أن مرضى الزملة يحتمل أن تظهر لديهم تغيرات تشريحية ووظيفية في قشرة الفص الجبهي، وبهذا يعتبر مستوى التعب مؤشراً على المسارات العصبية التي قد تكمن وراء التغيرات المعرفية في مرضى الزملة، كما تعتبر مدة المرض من المتغيرات محل اهتمام الباحثين لتفسير الاضطرابات المعرفية؛ حيث وجد أن معظم مرضى زملة التعب المزمن، يقررون مستوى سيئاً في الوظيفة المعرفية مع زيادة مدة المرض

(Daly, Komaroff, Bloomington, Wilson & Albert, 2001; Capuron, Welberg, Heim, Wagner, Solomon & et. als, 2006; Claypoole, Noonan, Mahurin, Goldberg, Erickson & et. als, 2007; Caseras, MataixCols, Rimes, Giampietro & Brammer, et. als, 2008; Dickson, Toft, O'Carro- oll, 2009; Mizuno & Watanabe, 2013; Perez, Eiroa Orosa, Rodriguez & Qureshi, 2014) .

مُدخل إلى مشكلة الدراسة

تحظى نوعية الحياة حالياً باهتمام الباحثين لإدراكهم أهميتها الحيوية للمصابين بأمراض مزمنة؛ بسبب حاجتهم للقدرة على مواصلة العمل، والعلاقات الشخصية مع الأصدقاء، ومع الزوج (أو الزوجة)، ومع الأبناء،

والشعور بالقدرة على مواجهة الحياة، والاستمتاع بالأحداث التي كانت تمنحهم السعادة قبل إصابتهم بالمرض (Bernstein,2003)، لاسيما وأن التحسن الناتج عن العلاج الدوائي للأمراض المزمنة لا يرتبط بالضرورة بوجود تحسن في نوعية الحياة لدى المريض، فعلى سبيل المثال؛ أشارت دراسات مرضى ضغط الدم المرتفع إلى أنه على الرغم من إجماع الأطباء في تقاريرهم بنسبة ١٠٠٪ على أن نوعية الحياة لدى مرضاهم قد تحسنت مع تناول المنتظم للأدوية؛ فإن نصف هؤلاء المرضى لم يقرأوا بهذا التحسن، وفي هذا الصدد نجد أن منظمة الصحة العالمية^(١) قد عدلت مفهوم الصحة، عام ١٩٤٧؛ بحيث تضمن نوعية الحياة كأحد المعايير المهمة عند تقدير صحة الفرد؛ من حيث أن الصحة لا تعني فقط مجرد غياب أعراض المرض، وإنما تشير إلى الحالة الكاملة من جودة العيش بدنياً، ونفسياً، واجتماعياً (سهير فهيم الغباشي، ٢٠٠٩).

فلم يعد التحسن المنشود للمرضى يقتصر على التحسن الجسدي الذي قد يلاحظه الأطباء في قياساتهم الفسيولوجية، بل امتد إلى جوانب الحياة الأخرى للمرضى، وقد انعكس هذا المنظور التكاملي لمفهوم الصحة في تأكيد منظمة الصحة العالمية، بتعريفها للصحة على أنها حالة كاملة من جودة العيش أو الرفاهية (أرنست خليل سليمان، ٢٠١٥، ص ٣).

وقد أوضحت جمعية علم النفس الأمريكية أن مفهوم نوعية الحياة يشير إلى المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق رضاه عن الحياة؛ بحيث يصل إلى نوعية حياة جيدة، ومن أجل الوصول إلى هذه الغاية؛ فإن الفرد يلزمه تحقيق عدة أمور، ألا وهي: جودة المعيشة، أو اللياقة النفسية، والمادية، والجسمية، والارتباط بعلاقات شخصية، والارتقاء الشخصي، وتوافر المهارات، وممارسة الحقوق، واختيار أسلوب الحياة، والمشاركة في المجتمع.

وقد تزايد خلال السنوات الأخيرة اهتمام الإكلينيكين والباحثين في مجال

(١) World Health Organization(WHO)

الرعاية الصحية، وتركيزهم على قياس نتيجة الصحة^(١)، ومكانة الرعاية^(٢)؛ حيث يوجد اعتراف الآن بضرورة استخدام مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لتقويم الرعاية الصحية، وتعكس معظم المؤشرات الموجودة نموذج المرض^(٣)، وهذا النموذج مفهوم طبي لعدم السواء المرضى، يتحدد بمجموعة من العلامات والأعراض، فتعرف الصحة السيئة لدى شخص ما بمشاعر الألم والضيق، أو بإدراك تغير في الوظائف الاعتيادية والمشاعر؛ باعتبار أن الأمراض يمكن أن تنتج عن عدم سواء من الناحية الصحية، وإن كان ذلك ليس ضرورياً، فالشخص يمكن أن يشعر بالمرض، دون أن تتمكن العلوم الطبية من كشف هذا المرض، ولقد حدث اهتمام في القرن العشرين وما بعده بما يشعر به المريض؛ وبشكل أكثر مما يفكر فيه الأطباء، اعتماداً على القياسات الإكلينيكية (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠١١، ص ص ٣٧٢-٣٧٣).

ومن ناحية أخرى، تعتبر زملة أعراض التعب المزمن من المشكلات الصحية المهمة في عصرنا الحالي، وبعد أن تزايد الاهتمام بتشخيص هذه الأعراض، نظراً لما يتعرض له العديد من الأفراد من التشخيصات الخاطئة لهذه الزملة؛ حيث تتداخل أعراضها مع العديد من الأعراض العضوية أو السيكوسوماتية، أو السيكياترية الأخرى؛ وقد لوحظ في الفترة الأخيرة مدى انتشار هذه الزملة لدى العديد من الأفراد، وبكل ما يترتب على التشخيص الخاطئ لها من المخاطر الصحية التي يتعرضون لها، سواء على مستوى الأطفال، أو المراهقين، أو الراشدين؛ والتي تنتج عن الظروف الحياتية الصعبة التي يواجهونها، وتتوقف على مدى قدرتهم على تحمل هذه المصاعب.

وتعد زملة التعب المزمن من المشكلات الصحية التي يعاني منها عدد غير قليل من الأشخاص، ويشهد العالم اليوم زيادة سريعة، ومفاجئة؛ في استخدام مفهوم زملة التعب المزمن، فالتعب عرض يرتبط بالعديد من

Health outcome (١)

Consequence of care (٢)

Disease model (٣)

الاضطرابات، وله تأثير سلبي كبير على نوعية الحياة (Harrington,2012).
وتعرف زملة أعراض التعب المزمن بأنها "حالة من التعب الجسدي
والعقلي، والشعور بالضعف والإرهاق والإجهاد، نتيجة أقل مجهود يصيب الفرد،
ولمدة لا تقل عن ستة أشهر، وتؤثر سلبيًا على كل من التركيز والتذكر والعمل،
وتصاحبها أعراض محددة، أهمها: اضطراب النوم والمزاج، وألم العضلات
والمفاصل، وانخفاض الحيوية والنشاط" (سماح أحمد الديب، أحمد محمد عبد
الخالق، ٢٠٠٦).

وقد استهدفت دراسة لـ "ميوبسن" وآخرين، عام ٢٠٠٢؛ الكشف عن مدى
استبصار مرضى التعب بالظروف الصحية لديهم، وتوقعاتهم المرتبطة بالتعب؛
حيث أجريت الدراسة على عينة من الذكور والإناث المترددين على الممارس
العام؛ وقد توصل الباحث وزميلاه إلى أن التعب يمثل مشكلة صحية عامة،
وأن معدل التعب لدى الإناث أكثر ارتفاعًا مقارنة بالذكور
(Meeuwesen, Bensing & Brinkmuinen, 2002).

فحالة التعب الشديدة التي يعاني منها مرضى زملة التعب المزمن تؤدي
إلى ضعف شخصي ملحوظ في مستوى الأداء مما يؤثر على نوعية الحياة
لديهم، فقد كشفت نتائج بعض الدراسات التي اهتمت بالمقارنة بين مرضى زملة
التعب والأصحاء في أبعاد نوعية الحياة؛ أن مرض زملة التعب المزمن قد
أعاق، وبشكل كبير؛ نوعية الحياة بأبعادها المتعددة لدى مرضى الزملة مقارنة
بالأصحاء، وبصفة خاصة في مجالات الأداء الاجتماعي؛ مما ينعكس أثره
على نوعية حياتهم فيظهر لديهم الشعور بالعزلة الاجتماعية، وعدم القدرة على
ممارسة أدوارهم المنوطين بأدائها

(Schweitzer, Kelly, Foran, Terry & Whiting, 1995; Anderson &
Ferrans, 1997)

كما أشارت دراسة كولبير، عام ٢٠٠٠، من خلال اهتمامها بنوعية الحياة
لدى زملة أعراض التعب؛ أن هؤلاء المرضى يواجهون صعوبات كبيرة في

تعاملهم مع مرضهم، مما تطلب قدرًا كبيرًا من المرونة في استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة والمساندة الوجدانية القوية من آخرين يعيشون معهم (Collier,2000).

وكذلك أوضحت بعض الدراسات أن مرضى الزملة يختلفون عن المصابين بالأمراض الأخرى في: إدراكهم للمشقة، وأساليب التكيف، والاستجابات الانفعالية، ومشاعر الغضب لديهم، مما يشير إلى أن هذه العوامل النفسية والاجتماعية تؤثر على نوعية حياتهم، ومن ثمة على مسار المرض لديهم، كما تعكس لنا أعراض الزملة وانخفاض مستوى الأداء الوظيفي لهؤلاء المرضى فقدان قدرتهم على التكيف البدني، والنفسي، والانفعالي، بالاعتماد على فقدان مقدرتهم على تنظيم المشقة التي يتعرضون لها نتيجة المرض أو التكيف معها، والذي ينعكس وبصورة كبيرة على نوعية حياتهم (Tuck,Wallace,Casalnuova&May,2000;Houdenrove,Luyten&Kemple,2013).

وعند مقارنة نوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب المزمن بمرضى الأمراض الأخرى المزمنة؛ وجد أن انخفاضًا جوهريًا في مؤشر نوعية الحياة لدى مرضى الزملة، كما وجد أنهم قد قرروا نوعية حياة أسوأ، وبصفة خاصة فيما يتعلق بنوعية الحياة الصحية، والوظيفية (Jill&Estwing,1997).

كما اهتمت بعض الدراسات بالفروق الفردية بين مرضى زملة التعب في مدى تأثير أعراض الزملة على نوعية حياتهم، وبخاصة مستوى أدائهم الوظيفي؛ حيث أشارت دراسة أجريت بهدف اكتشاف العلاقة بين ثلاثة أعراض من زملة التعب، وهي: "الألم، والاضطرابات المعرفية، والاضطرابات العصبية"، وبين نوعية الحياة؛ إلى ارتباط هذه الأعراض بنوعية الحياة، حيث ترتبط بمستوى الأداء الوظيفي، والمزاج، والتعب؛ وإن اختلف مستوى التباين في العلاقة الارتباطية بينهما (Jonsjö,Wicksell, Holmstrom, Andreasson, Ljungar & et al., 2017).

ومما سبق يتضح علاقة زملة التعب المزمن بنوعية الحياة بأبعادها المتعددة (النفسية، والصحية، والبيئية، والاجتماعية)، حيث وجدت علاقة ارتباطية بين كل من الصحة البدنية، والصحة النفسية وبين نوعية الحياة، فلكي يتميز الفرد بنوعية حياة جيدة، لا بد وأن يتمتع بصحة نفسية وجسمية جيدة، ونظرًا لأن مرض الزملة يؤثر بدنيًا ونفسيًا على الفرد لما ينتج عنه العديد من الأعراض البدنية والنفسية غير المبررة طبيًا (أو التي لم تحسم حتى الآن)؛ فإن هذا يؤثر على نوعية حياته؛ وهو ما ترتب عليه ضرورة اهتمام الباحثين السيكولوجيين ببحث العلاقة بين زملة التعب المزمن ونوعية الحياة؛ باعتبار أن نوعية الحياة تسهم بصورة كبيرة في إمكانية التنبؤ بزملة التعب المزمن؛ وكذلك ضرورة إبراز الأدوات التشخيصية السلوكية في التنبؤ والكشف عن مرض زملة التعب المزمن؛ والإسهام في إمكانية التدخل العلاجي السلوكي لهذا المرض، نظرًا لما أوضحتها بعض الدراسات عن تحسن هؤلاء المرضى نتيجة للعلاج المعرفي السلوكي؛ ولكن من قبل أطباء وليس سيكولوجيين.

مشكلة الدراسة

في ضوء ما سبق يمكن صياغة تساؤلات الدراسة الحالية على النحو التالي:

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن؟
- ٢- هل تسهم نوعية الحياة في التنبؤ بزملة أعراض التعب المزمن؟
- ٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث؛ فيما يتعلق بنوعية الحياة، وزملة التعب المزمن؟

أهمية الدراسة:

- ١- انتشار أعراض التعب المزمن، وتداخله مع العديد من الأمراض النفسية والعضوية.
- ٢- الكشف عن طبيعة العلاقة بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن.

- ٣- الكشف عن طبيعة دور نوعية الحياة كمتغير منبئ لزملة أعراض التعب المزمن، بما يسهم في إثراء التراث النظري والبحثي حول الموضوع.
- ٤- تحديد مدى إمكانية تغيير نوعية الحياة السلبية التي تؤدي إلى مظاهر التعب النفسي والجسمي.
- ٥- إعداد برامج إرشادية ووقائية وعلاجية من أعراض التعب المزمن.

المفاهيم والأطر النظرية:

أولاً نوعية الحياة Quality of life

يُعد مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم العلمية القديمة التي بدأت مع العلوم السياسية والاقتصادية والثقافية؛ فقد ظهر المفهوم في الستينيات من القرن العشرين، ثم شاع استخدامه في الدراسات المختلفة كأحد المؤشرات الدالة على الاهتمام برفاهية الفرد في كافة المجالات، من خلال التركيز على زيادة الإنتاج، والرخاء الاقتصادي، والتقدم العلمي والتكنولوجي.

وقد ظهر مفهوم نوعية الحياة في البداية كمفهوم مكمل لمفهوم الكم الذي كانت تسعى إليه جميع المجتمعات؛ بوصفه وسيلة لتحسين ظروف الحياة، وتحقيق الرفاهية الاقتصادية، وإن كان يرجع بدء ظهوره كمفهوم إلى الفلسفة اليونانية؛ وذلك حين رأى "أرسطو" أن السعادة تتأتى من الأنشطة الترفيهية التي يقوم بها الفرد، والتي تؤدي بدورها - إلى الحياة الجيدة (سلوى سلامة إبراهيم، ٢٠٠٥؛ منار محمد عكاشة، ٢٠١٥: ٢٣).

وعلى الرغم من أن مفهوم نوعية الحياة قد أصبح نقطة التقاء بين هذه العلوم، فإن كل علم قد تناول مفهوم نوعية الحياة بمنظوره ومناهجه الخاصة، وبما يخدم أهدافه الأساسية (سلوى سلامة، ٢٠٠٥).

ويعتبر علم النفس أحد العلوم ذات السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على نوعية الحياة للإنسان، ويرجع ذلك إلى أن نوعية الحياة في النهاية؛ إنما هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك النوعية، فالحياة بالنسبة

للإنسان هي ما يدركه (عويد سلطان المشعان، أمثال هادي الحويلة، ٢٠٠٩). ويرى الباحثان أن الإحاطة موضوعياً بمفهوم نوعية الحياة يستلزم الإلمام بخمسة محاور رئيسة، يمكن تحديدها فيما يلي:

[١] صعوبات تحديد مفهوم نوعية الحياة

مع أن مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم حديثة النشأة، من حيث سياق الاستخدام؛ إلا أنه من المفاهيم ذات الجذور الضاربة في أعماق التاريخ، ومع هذا، يعد تعريف هذا المفهوم من المهام الصعبة، وذلك لعدة اعتبارات، أهمها:

١. استئثار المتخصصين بتعريف المفهوم كل في مجاله، وفقاً لتخصصاتهم: فقد اعتبر المتخصصون في كل المجالات العلمية هذا المفهوم حكراً عليهم، وعرفه كل من وجهة نظره المتخصصة؛ فقد استخدمه البعض لمعرفة جدوى برامج الخدمات الطبية، والاجتماعية، كما استخدمه آخرون لتحديد إدراك الفرد لمدى قدرة الخدمات المقدمة إليه على إشباع حاجاته الأساسية (العارف بالله محمد، ١٩٩٩).

٢. استخدامه في كثير من المواقف وفروع العلم المتعددة: حيث يمكن أن يشير مصطلح نوعية الحياة إلى الصحة، أو السعادة، أو إلى تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة، ولذلك تختلف وجهات النظر، وتتعدد؛ حول تحديد الطريقة التي يمكن أن يقاس بها، ولا يوجد اتفاق حول مفهوم عام واحد أو طريقة واحدة للقياس (أحمد مجدي أحمد، ٢٠١١).

٣. تغير المفهوم بتغير الزمن، وبتغير حالة الفرد النفسية، ومرحلته العمرية: فنجد السعادة مثلاً تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة؛ حيث يرى المريض السعادة في الصحة بينما الفقير يرى السعادة في المال... إلخ، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد.

٤. عدم وجود نظرية محددة ينطلق منها المفهوم: معظم الدراسات ينقصها المنهج الواضح في قياس المفهوم، مما يجعل العديد من الدراسات يتناول نوعية الحياة دون تحديد تعريف إجرائي لها.

٥. **عدم اقتصار المفهوم على الجانب المرضي فقط:** حيث يمتد مفهوم نوعية الحياة إلى الجوانب الإيجابية، فقد اعتبرت بعض الدراسات نوعية الحياة نتائجاً للصحة النفسية الجيدة، كما اعتبرت منظمة الصحة العالمية أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من الأمراض، ولكنها حالة إيجابية تبدو في الصلاحية الجسمية والانفعالية والاجتماعية، واعتبرت ذلك أساساً لتفسير نوعية الحياة (Rehse,&Pukrop,2003).

٦. **وجود فروق في التعريف بين الثقافات المختلفة:** فقد تختلف المجتمعات المتعددة في تعريف نوعية الحياة بطرق متباينة، مما أدى إلى عدم وجود تعريف نموذجي، ومتفق عليه، في جميع الثقافات، أو لدى جميع الباحثين (Izutsu,Tsutsumi,Islam,Kato,Wakai& et al.,2006).

[٢] تباين تعريفات نوعية الحياة بين البنائية والوظيفية

لم يتفق مستخدمو مفهوم نوعية الحياة بعد على معنى واحد محدد له، ويرجع السبب إلى حداثة المفهوم على مستوى التناول العلمي الدقيق ، كما أنه مفهوم (حَمَّال أوجه) يستخدم في أحيان للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم في أحيان أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، كما أن استخدام هذا المفهوم لا يرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة، أو بفرع معين من فروع العلم ، وإنما هو مفهوم موزع بين الباحثين والعلماء على اختلاف تخصصاتهم؛ وبالرغم من اختلاف اهتماماتهم البحثية داخل التخصص الواحد فإنهم لم يستطيعوا التوصل إلى تعريف محدد لمفهوم نوعية الحياة؛ ويبررون ذلك باستناد هذا المفهوم على العديد من المتغيرات السيكولوجية الذاتية التي يصعب قياسها، أو تحديدها بدقة كافية، مثل: الحب والسعادة والرضا وغيرها من المشاعر الذاتية (العارف بالله محمد، ١٩٩٩، ص ١٦).

وفيما يلي عرض لأهم هذه التعريفات، والتي يتضمنها اتجاهان رئيسان، هما:

(أ) **التعريفات الوظيفية:** تعرف نوعية الحياة من خلال الوظيفة التي تؤديها بالنسبة للفرد والمجتمع، فيذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى أن مفهوم نوعية الحياة مفهوم شامل يتضمن كلاً من الإشباع المادي للحاجات الأساسية، كما ترصده المؤشرات الموضوعية، والإشباع اللامادي المتمثل في تحقيق الذات، وتنميتها، والتعبير عنها ، وهو ما يمثل الإدراك الذاتي لهذا الواقع، وتعبّر عنه المؤشرات الذاتية، وقد تبني "ليو" Liu، عام ١٩٧٧؛ هذا النوع من التعريفات؛ حيث يرى أن مفهوم نوعية الحياة "مسمي ذاتي يشير إلى الرفاهية الاجتماعية والبيئية التي يعيش فيها الأفراد"؛ أي أن نوعية الحياة بالنسبة لأي فرد تجسدها مجموعة من المطالب والحاجات التي يصبح الفرد بعد إشباعها سعيداً أو راضياً ، ونظراً لأن الإشباع الكامل لا يتحقق إلا نادراً، فعندما يشبع الفرد حاجة تلح عليه حاجة أخرى ، وبالتالي فإن نوعية الحياة تختلف من فرد إلى آخر، ومن مجتمع لآخر، ومن وقت إلى آخر (Leff, 2006).

كما يشير تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة إلى أنها إدراك الفرد لمكانته في الحياة وفقاً للسياق الثقافي والنسق القيمي الذي يعيش فيه، وفي علاقة هذا الإدراك بأهدافه، وتوقعاته، ومعاييره، واهتماماته (Caballero, Miret, Power, Chatterji, Tobiasz, & etals, 2013).

ويفترض أيضاً هذا التعريف أن نوعية الحياة الجيدة تتحقق عندما يشبع الفرد حاجاته الجسمية، والاجتماعية، والنفسية، والروحية، والمهنية، والفكرية، ومع أن إشباع هذه الحاجات يعد من الأمور الذاتية، فإن تحديد مفهوم "النوعية" يصبح معتمداً على اختيار الشخص، وعلى قيمه، وخبراته في الحياة أثناء تفاعله مع البيئة (Pinky, 2007).

(ب) **التعريفات البنائية:** تعرف نوعية الحياة من خلال المتغيرات التي تسهم في بنائها، فهي تعتمد على تشخيص العلاقة بين نوعية الحياة من ناحية،

وحالة الأفراد الذين يعيشونها من ناحية أخرى، وذلك في محاولة لتحليل مكونات هذه النوعية من الحياة؛ أي أن التعريفات البنائية تركز على المكونات المشكّلة لنوعية الحياة، أي المكونات الموضوعية، مثل: البيئة بأنواعها ، والدخل، والأمان الاقتصادي، والتعليم، والثقافة السائدة، والسكان ، والصحة ، وحجم ما ينفق على الخدمات الاجتماعية والأمنية (الدفاع والشرطة)، بجانب المكونات الشخصية الذاتية التي تعبر عنها حياة الفرد الذاتية (العارف بالله محمد، ١٩٩٩) .

ورغم عدم اتفاق الباحثين على وضع تعريف محدد لنوعية الحياة ومكوناتها، وكذلك تحديد المتغيرات الفاعلة فيها، بسبب تجاذب اختصاصات متعددة لمفهوم نوعية الحياة إلا أن استخدام النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي يعتبر من أكثر النماذج المناسبة في تحديد نوعية الحياة؛ حيث ينظر هذا النموذج إلى الشخص أو المريض كوحدة واحدة متكاملة (الشخص ككل)، وبشكل يحفز الأطباء وعلماء النفس على تبني هذا النموذج لحل الإشكالية المنهجية التي تهتم بها البحوث الطبية والنفسية المتعلقة بالإنسان كوحدة بيولوجية نفسية اجتماعية روحية واحدة (Hutchinson,2011).

فقد عرفها أحمد مجدي (٢٠١١) بأنها تقييم الفرد الإيجابي لظروف حياته، بما ينعكس في صورته الكلية من خلال الرضا العام عن الحياة، والشعور بالسعادة، كما ينعكس في صورته الجزئية من خلال الرضا الشخصي عن سياقات الحياة النوعية، كالصداقات، والحياة الأسرية...إلخ.

كما عرفها أبوسريع وآخرون، عام ٢٠٠٦؛ بأنها "المشاعر الذاتية بالسعادة الشخصية، والرضا عن النفس، وعن الجوانب ذات الأهمية في حياة الشخص، مع التأكيد على مفهوم الذاتية؛ باعتبار أن تقدير الشخص الذاتي لمدى سعادته ورضاه هو الأساس في الحكم على نوعية حياته" (أحمد سعيدان مهدي، ٢٠١٣).

وتعرف نوعية الحياة، بشكل عام؛ بأنها: الرفاهية العامة للأفراد والمجتمعات، والتي تشمل الأشكال الإيجابية والسلبية للحياة التي يعيشها الإنسان؛ حيث تتضمن الرضا عن الحياة ككل، من نواحي الصحة: البدنية، والأسرية، والتعليمية، والمهنية، والمالية، والمعتقدات الدينية، والبيئية، كما تشمل السياقات المتعددة من مجالات التنمية الدولية، والرعاية الصحية، والسياسية، والمهنية التي تقدمها الدول لأفرادها (Barcaccia, Esposito, Matarese, Bertolaso, Elvira & Grazia, 2013).

[٣] أبعاد مفهوم نوعية الحياة

ينكون مفهوم نوعية الحياة، مثلما يستخدم في أدبيات المجال؛ من ثلاثة مكونات رئيسة تتمثل فيما يلي:

أ- الإحساس الداخلي بحسن الحال، والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها المرء، وبينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، ويرتبط الرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس؛ فإن كلاً منهما يعد من المفاهيم النفسية الذاتية، أي المفاهيم ذات العلاقة برؤية وإدراك وتقييم المرء لذاته.

ب- القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية؛ حيث تمثل الإعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز المرء عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية.

ج- القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة، سواء الاجتماعية منها (المساندة الاجتماعية)، أو المادية (معيار الحياة) وتوظيفها بشكل إيجابي (محمد السعيد أبو حلاوة، ٢٠١٠).

وقد طرح "فيلس Felce"، و"بيرري" Perry (١٩٩٥)؛ في هذا الصدد؛ نموذجًا ثلاثي العناصر لنوعية الحياة، يعكس التفاعل بين: ظروف الحياة، والرضا عن الحياة، والقيم الشخصية، وقدم تعريفات محددة لهذه العناصر على

النحو التالي :

(١) ظروف الحياة^(١)

ويتضمن الوصف الموضوعي للأفراد، وللظروف المعيشية لهم.

(٢) الرضا الشخصي عن الحياة^(٢)

ويتضمن ما يعرف بالإحساس بحسن الحال، والرضا عن ظروف الحياة، أو أسلوب الحياة.

(٣) القيم الشخصية والطموح الشخصي^(٣)

ويتضمن القيمة، أو الأهمية النسبية؛ التي يسقطها الفرد على مختلف ظروف الحياة الموضوعية، أو نوعية الحياة الذاتية (بحرة كريمة، ٢٠١٤: ٤٣).

[٤] مؤشرات نوعية الحياة^(٤)

بالرغم من وجود علاقة تربط مؤشرات نوعية الحياة، بالمؤشرات الاجتماعية إلا أن استخدام مؤشرات خاصة لمفهوم نوعية الحياة، ربما كان ذا إسهام عكسي، بمعنى أنه لا يؤدي إلى احتلال الدول المتقدمة اجتماعياً واقتصادياً للصفوف الأولى في القائمة، بل قد يترتب عليه أن يصعد مجتمع بدائي؛ لا يتمتع بأي قدر من الرفاهية بالمقاييس الموضوعية ليحتل مكانة أعلى لمجرد أن أفراده يتمتعون بمشاعر الرضا الذاتي عن أوضاعهم المعاشية (هبة جمال الدين، ١٩٩١، ٦٧).

وتعد تصورات "فينتيجودت" Ventegodt وآخرين، عام ٢٠٠٣؛ من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد نوعية الحياة في إطار التوفيق بين البعدين الذاتي والموضوعي؛ إذ صاغوا ما يعرف بمتصل نوعية الحياة^(٥)، وطرخوا في

Life conditions (١)

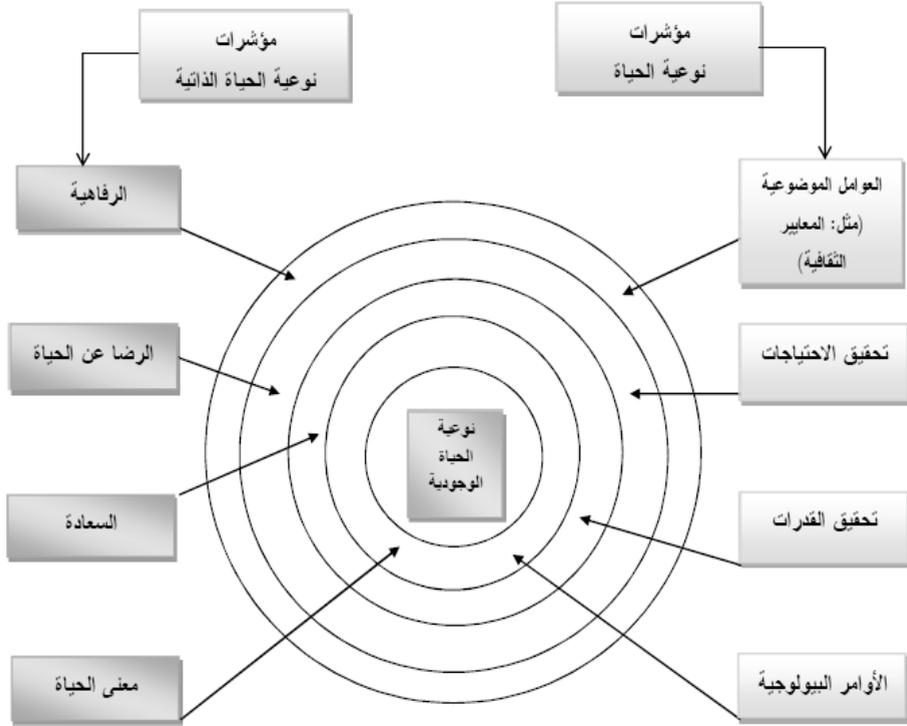
personal satisfaction (٢)

Personal values and aspiration (٣)

Indicators of quality of life (٤)

quality of life spectrum (٥)

ضوءه ما يعرف بالنظرية التكاملية لنوعية الحياة^(١)؛ والتي يوضح الشكل التالي أبعادها وطبيعة التفاعل داخلياً بين هذه الأبعاد.



شكل (١) مكونات النظرية التكاملية لنوعية الحياة
(محمد السعيد أبو حلاوة، ٢٠١٠)

يتضح من الشكل السابق أن نوعية الحياة، أو ما يطلق عليه حسب مضامين الشكل: "نوعية الحياة الوجودية"^(٢)، وفقاً لرؤية فينتيجودت وآخرين (٢٠٠٣) تتضمن بعدين رئيسيين:

(أ) المؤشرات الذاتية

وتشير إلى حجم استفادة الأفراد من الخدمات التي تقدمها الدولة، وقدر

(١) The integrative quality of life (IQL) theory
(٢) Existential Quality of Life

الإشباع الذي تحقق للأفراد من خلال هذه الخدمات والمتغيرات، كما تمثل درجة رضا الأفراد عن ذلك، وتتضمن أبعادًا فرعية، تتمثل في: الرفاهية الشخصية، والإحساس بحسن الحال، والرضا عن الحياة، والسعادة، والحياة ذات المعنى، وبعبارة أخرى فإنها تعبر عن مدى الإشباع الذي يتحقق للأفراد في حياتهم في ظل واقع اجتماعي معين، ويكون ذلك من خلال تقييمهم وإدراكهم لهذا الواقع، كما ينعكس في مستويات رضاهم أو سعادتهم بجوانب هذا الواقع الاجتماعي، باعتباره يشكل مكونات نوعية حياتهم (هناء الجوهري، ١٩٩٤: ٢٠٠)

وبالرغم من اتفاق معظم التعريفات الخاصة بالمؤشرات الذاتية على أن رضا الفرد عن الحياة هو المؤشر الأساسي لنوعية الحياة، إلا أنها لا تنفق على المعاني والدلالات النفسية التي من المفترض أن يعكسها ذلك، مما يعد من أهم نقاط الضعف في المؤشرات الذاتية، وهو ما يستحق أن يضاف إليه، ما يلي:

- ١- المصدر الرئيسي للمادة الذاتية هو الاستجابة اللفظية، والتصريحات، والتقديرات التي يعبر بها الأفراد عن درجة رضاهم أو سعادتهم التي تتحقق لهم في كل من جوانب حياتهم المختلفة.
- ٢- صعوبة تكيم المادة الذاتية الكيفية على نفس مستوى كمية المادة الموضوعية التي تقاس عادة بالأرقام الدقيقة.
- ٣- الأفراد قد لا يفكرون في ردود أفعالهم، وبالتالي لن يستطيعوا الإجابة على الأسئلة المتعلقة بهذه المواقف، وهذا ما أكدته بالفعل بعض الدراسات .
- ٤- بالرغم من قدرة الأفراد على الإجابة إلا أنهم قد يرفضون، في بعض الحالات؛ الإجابة على الأسئلة المتعلقة بخصوصيات في حياتهم.
- ٤- بالرغم من قدرة الأفراد على الإجابة إلا أن إجاباتهم، في بعض الحالات؛ قد تكون غير دقيقة بسبب ميلهم للظهور بالصورة المثالية، أو الإيجابية، أو الاجتماعية المقبولة (أحمد مجدي أحمد، ٢٠١١).

(ب) المؤشرات الموضوعية

يمكن تعريفها بأنها تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي، والتي تتعلق بالمتغيرات المؤسسة لنوعية الحياة، مثل: حجم ومستوى المرافق، والخدمات الموجودة بالمناطق السكنية، والمؤسسات التي تقدم كافة الخدمات الصحية، والعلاجية، والغذائية، والمدارس، والهيئات التعليمية، وأماكن ووسائل الترويح المتاحة، والأنشطة الاقتصادية الشائعة، والسلع المتوفرة، والمؤسسات القائمة على تحقيق الأمن (هناء الجوهرى، ١٩٩٤، ص ٤٨)، كما أنها تتضمن أبعاداً فرعية، تتمثل في: عوامل موضوعية (مثل: المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية (Ventegodt, Anderson & Merrick, 2003).

وبهذا المعنى فإن مؤشرات نوعية الحياة الموضوعية تستطيع أن تقيم حياة الفرد من خلال ارتفاع معدلات الإسكان، أو الرعاية الصحية، أو التعليم، فكلما ارتفع مستوى المعيشة تحسنت نوعية حياة الفرد، وكلما زادت معدلات البطالة والجريمة انخفضت نوعية حياة الفرد.

ونجد مما سبق أن رصد المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة قد اقتصر على جوانب اقتصادية ومتعلقة بالرفاهية، ولم يتطرق إلى النواحي الاجتماعية والإنسانية والنفسية الكامنة وراء التفاعل المتبادل بين الواقع الموضوعي والخبرة الإنسانية.

[٥] الأطر النظرية المفسرة لنوعية الحياة

تنوعت محاولات الباحثين في وضع تصور نظري لنوعية الحياة، وقد هدفت معظم هذه المحاولات إلى وضع تصور لمكونات هذا المفهوم، واستقراء هذه المكونات، لدى أنواع مختلفة من العينات، وأشارت الدراسات إلى تباين كم ونوعية هذه المكونات بتباين كل من تصور الباحث لمفهوم نوعية الحياة، وطبيعة العينات موضع الدراسة، والأطر الثقافية العامة والفرعية (الطاهرة محمد المغربي، ٢٠١٠، ص ٨).

ومن التصورات النظرية التي قدمت لتفسير هذا المفهوم ما يلي:

(أ) نموذج الإدراك الذاتي لنوعية الحياة:

يفترض "أوليسون" Olesson الذي أعد النموذج، عام ١٩٩٠؛ أن نوعية الحياة هي " خبرة معرفية تتضح من خلال رضا الفرد عن أبعاد الحياة المهمة له، والشعور بالسعادة"، وهذه الخبرة لها عدة أبعاد: بُعد الصحة، وألوظيفة الجسمية، وبُعد المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والبُعد النفسي/ الروحاني، والبُعد الأسري.

ويشير هذا النموذج إلى أن النتائج الإيجابية لنوعية الحياة تعتمد على إدراك الفرد لمستوى الرضا والسعادة الناتجة عن إدراكه لأبعاد الحياة المتمثلة في بعد الصحة، وبعد المستوى الاقتصادي، والبُعد النفسي/ الروحاني، وبُعد الأسرة، وتبدو هذه النتائج إما من خلال التحقق الذاتي، أو من خلال ارتقاء إمكانات الفرد؛ حيث تؤثر النتائج الإيجابية أيضًا على تحديد مدى إدراك الفرد لنوعية الحياة التي يشعر بها، أي أن التأثير متبادل بين النتائج الإيجابية وأبعاد نوعية الحياة (Vallerand, Breckrnridge, & Hodgson, 1998).

(ب) نموذج "كوان" Cowan، و "يونج-جراهام" Young-Graham، و"كوتشران" Cochrane المعتمد على تفسير مفهوم نوعية الحياة في سياق الأمراض المزمنة:

قُدّم هذا النموذج، عام ١٩٩٢؛ ويتكون من مجموعة من المتغيرات المستقلة المتمثلة في خطورة المرض، وشدة العلاج، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومجموعة أخرى من المتغيرات الوسيطة، مثل: ظهور عرض المشقة، والتغيرات الوظيفية، والتكيف المعرفي، وهذه المتغيرات المستقلة تكون في حالة تفاعل دائم مع المتغيرات الوسيطة لتكوّن المتغير التابع، ألا وهو: إدراك نوعية الحياة.

ويعرّف هذا النموذج مفهوم نوعية الحياة بأنه: "النطاق الذي يقيس مستوى رضا الفرد عن الحياة والإحساس بالتنعم بشكل إيجابي"، وقد تم اختبار هذا النموذج لدى عينات مرضية من مرضى الذبحة الصدرية، ومرضى الأورام السرطانية، وبالتالي يعد نموذجًا نظريًا يمكن تعميمه على السياقات المرضية الأخرى (Vallerand, Breckrnridge, & Hodgson, 1998).

بالإضافة إلى ما سبق نجد نموذج " زهان " Zhan المعتمد على تعريف مفهوم نوعية الحياة، ونموذج "سبيلكر" Spilker المعتمد على تفسير مفهوم نوعية الحياة من خلال توضيح تأثير العلاجات الطبية.

نحو تحديد تكاملي لتعريف نوعية الحياة:

لاحظ الباحثان، ومن كل ما سبق؛ أن الاقتراب الموضوعي الشامل من وضع تعريف جامع مانع لنوعية الحياة يشمل المحددات الخمسة السابقة لمفهوم نوعية الحياة؛ إنما يتطلب تلافي صعوبات تحديد مفهوم نوعية الحياة، والتوفيق بين تضارب مفاهيم نوعية الحياة البنائية والوظيفية، وتوحيد التعدد في كل من مفاهيم نوعية الحياة، وتعدد مؤشراتها، واختلاف أطرها النظرية؛ ليكون التعريف الشامل والمتكامل لـ "نوعية الحياة"، ومن وجهة نظر الباحثين، على النحو التالي:

«نوعية الحياة هي المفهوم النسبي لشعور الفرد بالصحة (المستوى البدني)، أو السعادة (على المستوى النفسي/الروحي)، أو تقدير الذات (على المستوى الشخصي)، أو الرضا عن الحياة (على المستوى الاجتماعي)، بما يتناسب مع المرحلة العمرية للفرد (طفلاً أو مراهقاً أو شاباً أو متقدماً في السن)، ومع نوعه (ذكراً كان أم أنثى)، وبما يتضمن كلاً من الإشباع المادي والمعنوي لاحتياجاته الأساسية، وفقاً للسياق الثقافي والنسق القيمي الذي يعيشه، ولفترة طويلة ومستمرة، وبما يتفق مع إحساسه الداخلي بحسن الحال، والقدرة على رعاية الذات، والالتزام، والوفاء بأدواره الاجتماعية، والاستفادة من المصادر البيئية المتاحة (اجتماعياً ومادياً)، وبما يتلاءم مع مؤشرات البعدين: الذاتي

والموضوعي، اللذين يسهمان في تشكيل إدراك الفرد وتقييمه لحياته ورضاه عنها».

ثانياً: مفهوم زملة التعب المزمن

تجدر الإشارة إلى أهمية التمييز بين ثلاثة مفاهيم، وهي: التعب، والتعب المزمن، وزملة التعب المزمن؛ حيث يعرف **التعب** بأنه نقص في الطاقة أو الدافعية (سواء البدنية أو النفسية)، وهو يختلف عن النعاس^(١)، والذي يعبر عن الحاجة إلى النوم؛ حيث يشكو العديد من الأفراد من الشعور بالتعب، والذي يميز بين شعور الفرد بالتعب، وشعوره بالنعاس؛ إنما هو متخصص الرعاية الطبية، فهو الذي يمكنه أن يلاحظ بدقة أن الاثنين يمكن أن يحدثا معاً أحياناً.

ويرجع الخلط بين الشعورين إلى ظهور مجموعة من الأعراض تتمثل في ضيق التنفس عند أداء نشاط ما، مع ضعف في العضلات، ويحدث ذلك في وقت واحد، كما يمكن أن يكون التعب استجابة طبيعية لممارسة النشاط البدني والعقلي، إلا أن معظم الأفراد يستطيعون التخلص من هذا الشعور بسرعة من خلال الحد من مزاوله النشاط، اعتماداً على شدة هذا النشاط .

وغالباً ما تنحصر شكاوى الأفراد من التعب في ثلاث شكاوى رئيسية، يمكن أن تستمر لفترة زمنية طويلة، وقد تختلف من شخص إلى آخر، وتتمثل في:

- انخفاض مستوى الدافعية أو القدرة على البدء في نشاط ما.
- الشعور بانخفاض مستوى القوة بمجرد البدء في أداء نشاط ما.
- الشعور بالتعب الذهني، أو الصعوبة في التركيز والذاكرة عند بدء النشاط أو إتمامه (Wedro,2015).

أما **التعب المزمن** فهو عرض ناتج عن الإصابة بأحد الأمراض مثل: التهاب المفاصل الروماتويدي، أو مرض مناعي، أو نتيجة أسلوب حياة الفرد، أو عوامل أخرى، مثل: ارتفاع مستويات الإجهاد، أو قلة النوم، أو نقص

(١) Drowsiness

التغذية؛ وقد لا يستطيع الأطباء معرفة أسبابه، مما يجعلهم يطلقون عليه التعب المزمن مجهول الهوية (Dellwo,2016).

ونلاحظ مما سبق أن التعب، والتعب المزمن؛ يختلفان عن زملة التعب المزمن، لأن الأخيرة مرض له معايير تشخيصية، ومحكات يجب أن تخضع الحالة لاثنتين على الأقل منها، والتي ينص عليها مركز التحكم والسيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC)، وتتمثل هذه المحكات في:

- أن يعاني الفرد من التعب المزمن مدة لا تقل عن ٦ أشهر.
- أن يشكو الفرد من أربعة أعراض على الأقل من الأعراض السبعة التالية:

- (١) الشعور بالضيق أو التعب بعد بذل مجهود.
- (٢) ضعف الذاكرة أو التركيز.
- (٣) عدم الشعور بالراحة بعد النوم.
- (٤) ألم عضلي.
- (٥) ألم متعدد بالأربطة بدون تورم أو احمرار.
- (٦) التهاب الحلق.
- (٧) الصداع.

ولا يستطيع أحد إنكار وجود علاقة بين التعب وزملة التعب المزمن؛ حيث أكدت العديد من الدراسات أن التعب يمثل متصلاً تتباين عليه مستويات شدة التعب، وهذا المتصل ينتهي بزملة التعب المزمن؛ باعتبارها تغير من حياة الفرد، وتؤدي إلى اضطراب علاقاته بالآخرين، كما أن لها تأثيراً على مستقبل الفرد المهني (Michielsen, Vries, Heck, Van, Vries & et al., 2004; Carcione, 2016).

ومن الدراسات التي أوضحت تباين شدة التعب عبر المتصل؛ دراسة لكل من "بونبارديير" Bonbardier، و"بوتشوالد" Buchwald، عام ١٩٩٥؛ أجريت على فئتي: التعب المزمن، وزملة التعب المزمن، وانتهت إلى أن الأفراد الذين يعانون من زملة التعب المزمن كانت أعراضهم أكثر حدة، كما أن كفاءة

الوظائف التي تم قياسها لديهم كانت أقل كفاءة (عائشة السيد رشدي، ٢٠٠٥). وبناءً على ما سبق نجد أن التعب هو أحد الأعراض العامة، ولكن ليس جميع المرضى الذين يعانون من التعب، أو التعب المزمن؛ يتم تشخيصهم على أنهم مرضى زملة تعب مزمن؛ حيث نجد نسبة من المرضى الذين يعانون من التعب، قد يصل التعب لدى بعضهم إلى حد الإصابة بتعب مزمن مجهول الهوية؛ أي لا يوجد سبب محدد من الاضطرابات الطبية، أو النفسية؛ يفسر سبب هذا التعب المزمن، كما يوجد جزء أصغر من هؤلاء تكون لديهم زملة التعب المزمن؛ حيث تظهر لديهم أعراض الزملة، أو الاضطرابات المصاحبة لها كأمراض المناعة الذاتية، أو أمراض القلب والأوعية الدموية، أو أمراض الدم، أو غيرها، بمعنى إمكانية تطبيق المحكات التشخيصية عليها، ويتضح ذلك من الشكل التالي:



شكل (١) مرضى زملة التعب المزمن
(Balachander,Rao,Sarkar&Singh,2016)

أما فيما يتعلق بـ زملة التعب المزمن فقد قدمت العديد من الأوصاف المرضية التي تشبه زملة التعب المزمن منذ عقود عديدة، وأول من اقترح مسمى "زملة التعب المزمن" هو الطبيب الأمريكي "جورج ميلر بيرد" George Miller Beard، عام ١٨٦٩؛ كنتيجة لملاحظته عن حدوث ضعف في أعصاب الجهاز العصبي المركزي، مما أدى به في القرن التاسع عشر إلى أن يعلن عن مفهوم "زملة التعب المزمن" والتي أشار إليها على أنها الوهن أو الضعف العصبي^(١)، والذي تصاحبه أعراض، تتمثل في: التعب، والقلق، والصداع، والعجز^(٢)، والألم العصبي^(٣)، والاكنتئاب (Beard,1869; Bansal,2016).

وتوالى الأبحاث والتقارير العملية، سواء البريطانية، أو الأمريكية؛ حيث استمر تشخيصه ما بين أنه " التهاب الدماغ والنخاع العضلي الوبائي"، أو أنه ناتج عن "فيروس إبشتاين" EBV؛ إلى أن استقر الأمر على تسمية المرض بمتلازمة التعب المزمن (Campling&Sharpe, 2000).

وقد نشر أول تعريف له عام ١٩٨٨، مع وصف أعراضه الرئيسية، مما أدى إلى اعتراف المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها بـ "الزملة"، واعتباره مرضًا خطيرًا، وهو ما دفع الأطباء إلى أن يبدشوا حملة في يونيو، عام ٢٠٠٦؛ كان هدفها رفع مستوى الوعي العام والطبي حول زملة التعب المزمن (Centers for disease control and prevention,2013).

وقد عرّف مركز التحكم والوقاية من الأمراض، (Center for disease control and prevention,2012) عام ٢٠١٢؛ زملة التعب المزمن بأنها "شعور الفرد بالوهن، وهو اضطراب معقد يتميز بشدة التعب، وعدم التحسن في ظل الراحة السريرية، كما يصاحبه انخفاض في مستوى النشاطات البدنية، أو الجسمية، وإجهاد ذهني".

Neurasthenia^(١)

Impotence^(٢)

Neuralgia^(٣)

كما عرفها "شيبارد" Shephard، عام ٢٠٠١؛ بأنها: حالة من التعب الشديد الذي لا يتساوى معه الجهد المبذول، ويدوم لأكثر من ستة أشهر، ويحدث من سبب غير معروف، ويصاحبه انخفاض في قوة العضلات، وتناقص في القوة البدنية، مع تجنب النشاطات الصعبة (من خلال: سماح أحمد الديب، أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٧).

نسب انتشار زملة التعب المزمن

أشارت التقديرات الأولية إلى أن انتشار زملة التعب في أمريكا، وعلى سبيل المثال؛ يصل إلى معدلات مرتفعة؛ حيث أشارت الإحصائيات إلى أن أكثر من مليون أمريكي يعانون من الزملة، فهو يصيب الأفراد في الولايات المتحدة أكثر من إصابتهم بأمراض خطيرة أخرى عديدة، مثل: التصلب المتعدد، ومرض الذئبة، والعديد من أشكال السرطان.

وتعتبر زملة التعب أكثر شيوعاً لدى النساء عن الذكور؛ حيث تمثل نسبة الإصابة لديهن أربعة أمثال إصابة الذكور، على الرغم من إمكانية تطور المرض لدى كلا الجنسين (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

وقد اتضحت هذه النتيجة في العديد من الدراسات الوبائية، ففي دراسة لكل من "فارو" Faro، و"فرانكاس" Francas، و"ماريرو" Marrero، و"أليستا" Alista، و"سيفيلا" Sevilla، و"أليجر" Alegre، عام ٢٠١٦؛ أجريت على ١٣٠٩ من مرضى زملة التعب المزمن من الجنسين، قد طبقت عليهم مجموعة اختبارات تضمنت كلاً من الظواهر المرضية، وأعراض التعب المزمن، والقلق، والاكتئاب، والصحة المرتبطة بنوعية الحياة، وقد استخلصت الدراسة مجموعة من النتائج تمثلت في: ظهور أعراض زملة التعب في متوسط عمر لدى الرجال أقل من النساء، وأن تكرار أعراض الزملة، وهي: الألم، والتشنجات العضلية، والدوخة، والتصلب الصباحي، وآلام المفاصل، وتوتر عضلات الوجه؛ تظهر بصورة مرتفعة لدى النساء بالمقارنة بالرجال، بالإضافة إلى وجود ألم في

العضلات الليفية لدى ٢٩٪ من الرجال مقابل ٥٨٪ من النساء، بينما الأبعاد الوجدانية والحسية للألم تكون أقل لدى الرجال (Faro, Francas, Marrero, Alista, Sevilla & Alegre, 2016).

ويشير ذلك، وبوجه عام؛ إلى أن الرجال أقل من النساء فيما يتعلق بالشعور بالألم، وبما في ذلك ألم العضلات، وكذلك في أعراض اختلال جهاز المناعة، وفي عدد من الظواهر المرضية الأخرى، كما أن نوعية حياتهم تكون أفضل. أما فيما يتعلق بالمدى العمري للإصابة، فإن المرض يحدث لدى الأفراد غالبًا في سنّ الأربعينيات والخمسينيات، إلا أن الأفراد من جميع الأعمار يمكن إصابتهم به (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

كما لاحظ بعض الباحثين أيضًا أن أعراض زملة التعب المزمن تصيب الراشدين، مثلما تصيب الأطفال والمراهقين، إلا أن المظاهر تختلف من فئة عمرية إلى أخرى (Garraida & Chalder, 2005).

فقد أشارت دراسة لـ "كارتر" وزملائه إلى أن ٥٥٪ من الأطفال المصابين بزملة التعب حدث لهم تراجع في الأداء الأكاديمي؛ منذ ظهور المرض لديهم، وأن ٨٠٪ منهم حدث لهم انخفاض في الأنشطة الترفيهية، كما أشار "سميث" وزملاؤه إلى أن ثلث عينة المراهقين حدث لديهم انخفاض في جميع الأنشطة التعليمية، والاجتماعية، والأداء المدرسي، وأن نسبة الغياب وصلت أحيانًا إلى ٨٠ يومًا خلال فترة ستة أشهر (Jason, Barker & Brown, 2012; Cunha, 2016).

كما أوضحت البحوث إلى أن الأفراد معرضون للإصابة بالزملة في جميع المجموعات العرقية، والعنصرية، وفي مختلف البلدان، وفي جميع المستويات الاقتصادية الاجتماعية، وأنه يمكن أن يصيب عددًا من الأفراد من عائلة واحدة، ولكن هذا لا يعد مؤشرًا على أنه من الأمراض المعدية^(١)، وإنما

(١) Contagious

يعنى وجود ارتباط عائلي، أو وراثي؛ مما يتطلب المزيد من الدراسات الاستكشافية (Centers for Disease Control and Prevention,2013).

ويلاحظ على هذا الاضطراب أنه لا توجد له علامات جسمية، أو أية خصائص معملية محددة تشير إلى وجود أعراض شاذة لتحديد طبيعته، كما أن مساراته الفسيولوجية غير معروفة حتى الآن (Wagner Hisenbaum, Heim, Jones, Unger & Reeves, 2005) وبالتالي توجد مجموعة من المحكات التي يجب أن نضعها في الاعتبار عند تشخيص هذا النوع من الاضطرابات.

وبالرغم من أن التعب أحد الأعراض التي كثيراً ما ترتبط بالعديد من الحالات المرضية الأخرى، إلا أنه يجب علينا عند تشخيص متلازمة التعب المزمن أن نستبعد بعض الحالات التي يمكن أن تتداخل مع المتلازمة، ومن أهمها: متلازمة الألم العضلي الليفي^(١)، والتهاب الدماغ والنخاع العضلي^(٢)، والنوراستينيا^(٣) (الإنهاك العصبي)، والحساسية الكيميائية المتعددة^(٤)، وقلة عدد كرات الدم البيضاء المزمنة^(٥) (Carcione, 2016).

ونظراً لأن زملة التعب يمكن تشخيصها بشكل خاطيء، حيث تتشابه أعراضها مع أعراض كثير من الأمراض الأخرى، فإنه يجب التمييز الدقيق بينها وبين غيرها من الأمراض؛ بناءً على تقسيم الأعراض إلى نوعين:

[أ] الأعراض الأولية: وتتمثل في: الشعور بالتعب، وصعوبات الذاكرة والتركيز، والمشقة الحادة، ومشكلات في النوم، والصداع الشديد، وآلام المفاصل أو الأربطة العضلية، مع ألم عضلي غير مفسر، والتهاب الحلق.

[ب] الأعراض الثانوية: ويقصد بها أعراض تتشابه فيها أعراض زملة التعب مع أعراض أمراض أخرى، ويتمثل بعضها في: صعوبة المحافظة على

Fibromyalgia syndrome (١)

Mayalgic encephalomyelitis (ME) (٢)

Neurasthenia (٣)

Multiple Chemical sensitivities (٤)

Chronic mononucleosis (٥)

الوضع الصحيح للفرد، والشعور بالدوخة، والقولون العصبي، مع مشكلات المزاج أو الاكتئاب، والقلق (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Fischer, William, Strauss, Unger, Jason & et-als, 2014).

الدورة الإكلينيكية لزملة التعب المزمن

تختلف شدة الزملة من مريض لآخر، سواء من حيث عدد الأعراض، أو شدتها، إلا أن جميع المصابين بها يوجد لديهم قصور في أداء الأنشطة اليومية؛ حيث تؤثر الزملة بشكل عام على حياة المصابين بها، وبشكل جوهري، وذلك في شكل دورات (إكلينيكية)؛ بمعنى أن بعض المرضى قد يعيشون فترات من المرض، تأتي بعدها فترات من السعادة، والبعض الآخر يحتمل أن تقل لديهم الأعراض، أو تصل إلى حد التخفيف الكامل لها، ثم يتعرضون لظهور هذه الأعراض مرة أخرى بصورة يصعب معها التحكم في إدارتها، أو حثهم على إدارتها بشكل أفضل من خلال محاولة ممارسة الأنشطة اليومية بقدر أكثر، إلا أن شعورهم بالإرهاق الشديد قد يسهم في انتكاسهم مرة أخرى (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

الاضطرابات النفسية والمعرفية لزملة أعراض التعب المزمن

أشارت بعض الدراسات إلى أن مرضى زملة التعب المزمن تكون لديهم مشكلات نفسية عصبية، ومعرفية، سواء على مستوى القدرات المعرفية، أو السمات المزاجية؛ كما أشارت دراسات أخرى إلى وجود ارتباط قوي بين: زملة التعب، والاكتئاب، والقلق، والاضطرابات الجسدية (السيكوسوماتية)، واضطرابات الشخصية؛ حيث وجد أن ما بين ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من مرضى زملة التعب يعانون من اضطرابات نفسية، وأن أكثر هذه الاضطرابات لديهم تتمثل في اضطراب الاكتئاب الحاد بنسبة تتراوح بين ١٥٪ إلى ٤٤٪، يليها القلق بنسبة تصل إلى ٢٠٪، وفي بعض التقارير البحثية الأخرى نجدها تصل إلى نسبة ٣٠٪، ثم الاضطرابات الجسدية بنسبة تتراوح بين ٥٪ إلى ١٥٪ (Iwasw, Okajima, Takahashi, Mogami, Kusaka & et als., 2008; Lawn, Kumar, Knight, Sharpe & While, 2010)

وقد أشارت بعض الدراسات المتعلقة بالاضطرابات المعرفية إلى أن ٨٠٪ من مرضى زملة التعب المزمن يعانون من الاضطراب المعرفي، وبالرغم من أن قدراتهم العقلية العامة، والوظيفة الاستقبالية لديهم، ومفاهيم القدرة اللفظية وغير اللفظية تكون في المستوى الطبيعي، إلا أنه يوجد لديهم ضعف في القدرة على الانتباه، وبطء في سرعة رد الفعل، وفي معالجة المعلومات، واضطراب في القدرة على التركيز، والذاكرة التي تتطلب مجهودًا عقليًا كبيرًا، كما يوجد لديهم ضعف في استخدامهم للهاديات المقدمة

(Michiels & Cluydts, 2001; Majer, Welberg, Capuron, Miller, Pagnoni & et al., 2008)

أما عن العوامل المسببة لزملة التعب المزمن فنظرًا لعدم وضوح الفسيولوجيا المرضية لزملة التعب المزمن، فقد اتجه الباحثون إلى إجراء العديد من البحوث المضنية لمحاولة التعرف على أهم الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالمتلازمة، والتعرف على السبب الرئيسي للإصابة بها، سواء كان السبب يتعلق بالعامل البدني أو العامل النفسي، وقد تمثلت هذه الأسباب في: العدوى الفيروسية viral infection، والاختلال الوظيفي للجهاز العصبي المركزي dysfunction of the central nervous system، والخلل المناعي immune deficiency، ونقص التغذية nutritional deficiency، والانسحاب غير الطبيعي لضغط الدم، والدوار، والعيوب الوراثية Genetic defects، والاستجابات الهرمونية العصبية neuroendocrine responses، والمشقة الزائدة، وارتفاع مستوى الاستثارة، والعوامل النفسية والاجتماعية (Vromans, Smeets Rijnders, Gorrissen, Pont & al., 2012)

بالإضافة إلى مجموعة أخرى من العوامل المهيئة، والتمثلة في: خصال الشخصية كالعصابية والانطواء، وأسلوب حياة الفرد، وإدراكات الفرد ومعتقداته وسلوكياته، والاعتقاد القوي للسبب البدني للمرض، والتركيز الشديد على الإحساسات الجسدية، والشعور بعدم القدرة على السيطرة على أعراض المتلازمة، والافتقار للعمليات الاجتماعية كنقص المساندة الاجتماعية، مما

يؤدي إلى استمرار أعراض متلازمة التعب المزمن لدى الفرد (Prins, Bos, Huibers, Serva-es, Werf, et als., 2004).

الأطر النظرية المفسرة لزملة التعب المزمن

توجد فئتان رئيستان لأهم النظريات المفسرة لزملة التعب المزمن، هما:

أولاً: النظريات النفسية: ومن أهمها:

[١]- نظرية الاحتراق النفسي

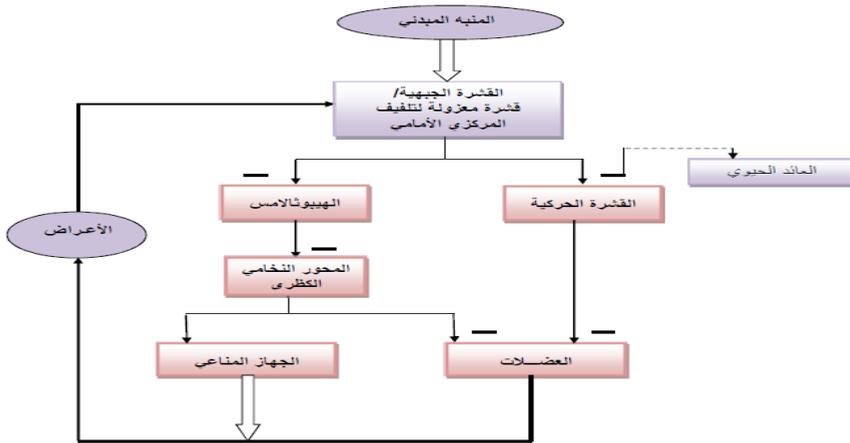
يطلق عليها، تحديداً؛ نظرية الاحتراق المستمر لزملة التعب المزمن، وترى هذه النظرية أنه يوجد تشابه بين كل من الاحتراق النفسي^١ وزملة التعب المزمن، في الأعراض، وفي الاضطرابات النفسية، فكلاهما يتأثر بالمشقة النفسية، وإن كانا يختلفان في العزو المرضي لهما؛ إذ أنه يرجع إلى سبب نفسي بالنسبة للاحتراق، وإلى سبب بدني بالنسبة لزملة التعب المزمن، مع أن كلاهما يرتبط بالإفراط الوظيفي للمحور النخامي الكظري^٢ HPA (المحور تحت المهادي)، والذي يؤدي إلى انخفاض مستوى الأداء الوظيفي لدى كل من مريض الاحتراق والزملة، وهذه المشكلة تنتهي بإعطاء الشخص فترة زمنية من الراحة بالنسبة لمريض الاحتراق، ولكن لاتزول الأعراض بالراحة لدى مريض الزملة.

وعلى هذا الأساس تفترض هذه النظرية أن الزملة حالة مستمرة من الاحتراق، تبقى حتى بعد إزالة الضغوط النفسية الأولية التي أحدثتها، وبالتالي فإن هذا الاحتراق المستمر يبدأ إما من خلال بداية المدة الزمنية للمشقة، أو يستمر مع المشقة المزمنة على المدى الطويل، وكلاهما يرتبط بفرط إفراز كورتيزون الدم hypocortisolism، وبناءً على ذلك، فإن عملية الاحتراق

١ حالة من الاحتراق الانفعالي، وتبديد الشخصية، وانخفاض الإنجاز الشخصي، وذلك بسبب تزايد مطالب العمل (كعبء العمل، أو ضغط الوقت)، وعدم كفاية الموارد (كالسيطرة من الأعلى درجة، أو الالتزام بمجموعة متنوعة من المهام) (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001).

٢ المحور النخامي الكظري هو زملة معقدة من التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بين ثلاث غدد صماء وهي: الغدة النخامية، والغدة الكظرية، والموطأ (المهاد).

النفسي، ونشاط المحور النخامي الكظري، وفرط إفراز كورتيزون الدم، يحتمل أن تكون بمثابة ميكانيزم وقائي لحماية الفرد من آثار المشقة المزمنة، ونظرًا لأنه في زملة التعب المزمن لا يحدث تكيف للاحتراق، حيث لا ينتهي بانتهاء أسبابه؛ فإن الباحثين رأوا أن القشرة الجبهية Prefrontal cortex (PFC) يقل بها حجم المادة الرمادية لدى مرضى زملة التعب المزمن، والتي تمثل جزءًا هامًا في تنظيم العائد الحيوي السلبي لمحور HPA، والذي يقوم بتنظيم استجابة المشقة الناتجة عن الضغوط النفسية الوراثية بتقليل المحور النخامي من خلال ردود الفعل السلبية (العائد الحيوي)، كما يحتمل أن تشارك أو ترتبط بالقشرة المعزولة، وبالقشرة الحزامية الأمامية "ACC" ¹ في الزملة، نظرًا لأهميتها في توليد الإحساسات العقلية، والبدنية، والتعب، ويوضح الشكل التالي مكونات هذه النظرية.



شكل (٢) نظرية الاحتراق المستمر لزملة التعب المزمن
(Jameson,2016)

^١ Anterior cingulate cortex (ACC): هي القشرة الحزامية الأمامية (أي القسم الأمامي منها)؛ وهي تشبه "طوق أو حزام" يحيط بالقسم الأمامي من الجسم الثفني (The Unified Medical Dictionary، وهذه القشرة لها وظائف متعددة مستقلة، مثل: ضبط ضغط الدم، وسرعة القلب، كما أن لها دورًا في الوظائف العقلية المعرفية مثل: اتخاذ القرار وتوليد المشاعر، والتحكم فيها، والتحكم في الاندفاع (Decety&Jackson,2004).

ويتضح من الشكل السابق أنه يوجد سبب أولي (مثل: فيروس، أو مشقة نفسية) تظهر نتيجته في العلامات المرضية المبدئية، وفي القصور الوظيفي للمحور النخامي الكظري، ويكون الاستمرار في الحفاظ على هذا الوضع، إما: عبر التغيرات في المحور الوطائي-النخامي-الكظري، نتيجة عدم تنظيم جهاز المناعة؛ أو نتيجة العوامل السلوكية المعرفية؛ أو من خلال الجمع بينهما، ليكون المرض قد أصبح بالفعل موجودًا، وبشكل دائم؛ من خلال ميكانيزمات العائد الحيوي السلبية (Jameson, 2016).

[٢]- نظرية الاستثارة

حاولت هذه النظرية أن تقدم نموذجًا تكامليًا لميكانيزمات المرض في زملة التعب المزمن، من خلال تجميع النتائج الأميريكية من مختلف المجالات البحثية، اعتمادًا على "نظرية التنشيط المعرفي للمشقة"^(١)، وترى النظرية أن بيانات جديدة في مجال الأوعية الدموية، ونظام مراكز تنظيم الحرارة بالجسم تشير إلى حالة من استمرار الاستجابة للاستثارة -أي الاستثارة المستمرة- في ظل ظروف المشقة.

وتفترض النظرية أن الاستثارة المستمرة تنشأ عن عوامل مختلفة: (أمراض معدية- عوامل سيكولوجية اجتماعية)، تتفاعل مع عوامل مهينة (صفات وراثية، وصفات شخصية)، ومع التوقعات المتعلمة (الظروف الإجرائية، والكلاسيكية التي يتعرض لها الفرد)، بالإضافة إلى أن الاستثارة المستمرة من الممكن أن توضح التعديلات التي تحدث من خلال إنشاء حلقات مفرغة داخل المناعة؛ حيث تكون الهيمنة الإرجية ضد الهيمنة الخلوية^(٢)، وطبقًا لعلم الغدد الصماء فإن (محور الإضعاف HAP)، يجعل وظيفة الجهاز العضلي تضعف من نشاط الغدة الدرقية، وتزيد من مشقة الأكسدة، كما تضعف العوامل المعرفية، والإدراكية (الذاكرة-معالجة المعلومات) (Wyller, Eriksen & Malterud, 2009).

(١) Cognitive activation theory of stress (CATS)
(٢) Th2 (humoral) vs Th1 (cellular predominance)

وبالتالي تقترض النظرية وجود علاقة سببية بين الاستثارة المستمرة، وخبرة التعب المزمن، ويحتوي نموذج الاستثارة المستمرة على كل المعطيات الرئيسية المرتبطة بميكانيزمات مرض زملة التعب المزمن داخل إطار نظري واحد.

ويوجد بالإضافة إلى النظريات السيكلوجية السابقة لتفسير زملة التعب المزمن: النموذج المعرفي السلوكي، والنموذج النفسي الاجتماعي.

ثانياً: النظريات العصبية:

وتشمل نظريتي انخفاض الدوبامين والتأجيل، ونعرض لهما على النحو التالي:

[١]- نظرية انخفاض الدوبامين

يتميز الدوبامين بأنه ناقل عصبي معروف بتعامله مع: الحركة، والتعليم، والانتباه، والذاكرة العاملة، والسلوك، والدافعية، ويصنف الدوبامين كناقل عصبي تغييرى^(١)، وهذا يعني أنه يظل، لوقت طويل؛ في السائل المخي الشوكي، ويؤثر بالتالي على سلوك مجموعات من الخلايا العصبية (وهذا على النقيض من السلوك العصبي القياسي، والذي يهدف إلى نقل رسالة من عصب إلى آخر، وبعد ذلك يتم استيعابها).

وقد وضعت هذه النظرية إطاراً واحداً عن التعب؛ حيث تقترض أن خلل الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي يبدأ من الجهاز المناعي، وأن المستويات المنخفضة من الدوبامين ترتبط بالعضلات الصلبة، والهزات tremors، والاضطراب المعرفي، وضعف المهارات الحركية؛ حيث أشارت الدراسات التي أجريت على مرضى التصلب العصبي المتعدد، والتهاب الدماغ، والنخاع المناعي الذاتي، وقد ينطبق ذلك أيضاً على زملة التعب المزمن؛ إلى وجود نوع من خلايا الدم البيضاء تسمى "T"، وهذه الخلايا تهاجم الخلايا

(١) modulator neurotransmitter

السليمة بطريق الخطأ، وعندما تمر هذه الخلايا التائية عبر حاجز الدم في الدماغ إلى الجهاز العصبي المركزي فإنها تسهم في تدمير الخلايا العصبية للدوبامين، وتؤدي إلى الالتهاب، ومنع إنشاء الدوبامين، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الدوبامين، وقد ثبت أن مستقبلات الدوبامين (الأدوية التي تحفز نشاط الدوبامين في الدماغ) تؤدي إلى التقليل من شدة الأعراض؛ حيث إنها تخفف من التعب المركزي في الأشخاص الذين يعانون من إصابات في الدماغ، أو يعانون من زملة التعب المزمن، والسرطان، مما يشير إلى أن مدى التعب قد نجم عن عدم توازن مستويات الدوبامين، وهذا يدعم فكرة أن الدوبامين يلعب دورًا هامًا في التعب المركزي (Dellwo, 2015).

[٢]- نظرية التآجيل Kindling

يعتبر مفهوم التآجيل أحد المفاهيم التي تم استخدامها في إطار نظري ليتم من خلاله تفسير الاضطرابات المعرفية لمرضى زملة التعب المزمن. وتنص هذه النظرية على أنه عندما تتعرض الخلايا العصبية مرارًا وتكرارًا لحافز منخفض الشدة، فإنها يمكن أن تصل في نهاية الأمر إلى نقطة تسمى الحساسية المفرطة hypersensitivity، ويعني ذلك أنه عندما يتعرض مريض زملة التعب المزمن للتبنيه المتكرر المنخفض الشدة، والناجم عن وجود فيروس -مثلاً- فإن ذلك يؤدي إلى انتشار هذا التحفيز الذي تولد في الخلايا العصبية إلى باقي خلايا المخ، مما ينتج عنه خلل في الجهاز العصبي المركزي، يؤدي إلى عدد من أعراض زملة التعب المزمن.

وتفسر هذه النظرية عملية التآجيل أيضًا على أنها خلق حالة عقلية أو ذهنية، تجعل العقل في حالة من التبنيه المستمر، مما ينتج عنه الشعور بالتعب العقلي الشديد لدى مرضى زملة التعب؛ حيث يتحول هذا الشعور إلى نقص في الطاقة الضرورية، أو اللازمة؛ لإكمال المهام المعرفية التي يتطلبها الموقف، مما يفسر لنا وجود صعوبات لدى مرضى الزملة في أدائهم للمهام المطلوبة للذاكرة، أو الانتباه، أو معالجة المعلومات (Porter & Belkairous,

(Jason, Sorenson, 2011)، وهذا ما أكدته دراسة "جاسون" Jason وزملائه، عام ٢٠٠٩؛ عند المقارنة بين مجموعة من مرضى التعب المزمن (ن=١٣٠)، ومجموعة ضابطة (ن=٢٥١)، على مقياس أعراض التعب (Jason, Jessen, Porter, Boulton, Njoku & Friedberg, 2009).

وتوجد عدة نظريات عصبية مختلفة تفسر زملة التعب المزمن تتمثل في نظرية إصابة الجهاز العصبي المركزي^(١)، ونظرية تدفق الدم^(٢)، ونظرية الناقلات العصبية^(٣)، ونظرية الشد العصبي العضلي والحساسية المركزية^(٤)، والنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي^(٥)

نحو تعريف تكاملي لمفهوم زملة أعراض التعب المزمن:

لاحظ الباحثان، ومن كل ما سبق؛ أنه يمكن وضع تعريف جامع مانع لزملة أعراض التعب المزمن بأنها "اضطراب مزمن، غير مبرر طبياً، ليس له اختبار محدد لتشخيصه؛ وإنما يتم التشخيص من خلال إقصاء أعراضه من الأمراض الأخرى المشابهة له، ويشتمل على سبعة أعراض رئيسة (لا بد من توافر أربعة منها على الأقل) وهي الشعور بالضيق والتعب بعد بذل مجهود، وضعف الذاكرة أو التركيز، وعدم الشعور بالراحة بعد النوم، وألم عضلي، وألم متعدد بالأربطة بدون تورم أو احمرار، والتهاب الحلق، والصداع؛ يعاني الفرد منها لمدة لا تقل عن ٦ أشهر؛ كما يصاب الفرد خلال ذلك باضطرابات سيكياترية ومعرفية، ويعقبها تغير في نمط الشخصية".

الدراسات السابقة

عندما نتعرض للدراسات السابقة من منظور العلاقة بين كل من نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن؛ نجد أن من أهم الدراسات التي اهتمت

(١) m impairments theory

(٢) blood flow theory

(٣) neurotransmitters theory

(٤) neuromuscular strain and central sensitivity

(٥) Biological and social biological model

بنوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب المزمن: دراسة كولبير Collier، عام ٢٠٠٢؛ والتي ركزت على الكشف عن المتغيرات المنبئة بنوعية الحياة والتوافق، لدى مرضى زملة التعب المزمن، والتي أشارت نتائجها إلى أن الانفعال الناتج عن المواجهة والدعم الاجتماعي يعتبران من المنبئات السلبية لنوعية الحياة والتكيف النفسي لمرضى زملة التعب المزمن، وأن المشكلة التي تركز على المواجهة، ومركز التحكم في التدعيم الصحي الداخلي، والدعم الاجتماعي، تعتبر من المنبئات الإيجابية لنوعية الحياة، والتكيف النفسي للمرض، كما أشارت إلى أن مرضى زملة التعب المزمن يواجهون صعوبات كبيرة في تعاملهم مع المرض، مما يستلزم منهم قدرًا أكبر من المرونة في استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة والمساندة الوجدانية القوية من الآخرين الذين يعيشون معهم (Collier,2002).

وقد أجرى "جوس" Guus، و"هيك" Heck، و"فريس" Vries، عام ٢٠٠٢ ؛ دراسة للمقارنة بين نوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب المزمن (ن = ٧٣)، والأصحاء (ن = ١٤٧)، وتم استخدام مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية المكون من ١٠٠ بند، والذي يهتم بقياس ستة مجالات كبرى لنوعية الحياة، وهي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، ومستوى الاستقلالية، والعلاقات الاجتماعية، والعلاقات البيئية، والعلاقات الروحانية، بالإضافة إلى قياس نوعية الحياة بشكل عام، والتصورات الصحية العامة، وقد أشارت النتائج إلى أن مرضى زملة التعب المزمن قد أقروا وبشكل جوهري مستويات منخفضة من نوعية الحياة العامة، والإدراكات الصحية العامة، وكذلك المجالات الستة لمقياس نوعية الحياة عند مقارنتهم بمجموعة الأصحاء، مما يؤكد وجود علاقة جوهريّة قوية بين زملة التعب المزمن ونوعية الحياة، وأن المجالات الستة والتي تعبر عن الجوانب: الصحية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية، والبيئية، والروحانية، والاستقلالية؛ من المتغيرات المنبئة بنوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب المزمن، مما يشير إلى صعوبة الحياة لدى هؤلاء المرضى بدرجة تمثل

عَبْنًا لَدَيْهِمْ يُوَثِّرُ عَلَى مَدَى وَاسِعٍ مِنَ الْعَوَامِلِ الْمُرْتَبِطَةِ بِنَوْعِيَةِ الْحَيَاةِ (Guus,Heck&Vries,2002).

وَقَدْ أَهْتَمَّتْ دَرَاةُ "رَاكِيَا" Rakiba، وَ"هَوَايْت" White، وَ"بِيْنشِيْنِج" Pinching، وَ"هِيْدِج" Hedge، وَ"نِيُوْبِيْرِي" Newbery، عَامَ ٢٠٠٥؛ لِنَوْعِيَةِ الْحَيَاةِ الْذَاتِيَّةِ لَدَى مَرْضَى زَمَلَةِ التَّعْبِ الْمَزْمَنِ، بِتَحْدِيدِ مَدَى قُدْرَةِ الْمَتَغْيِرَاتِ الْإِكْلِيْنِيَكِيَّةِ، وَالْدِيْمُوْجْرَافِيَّةِ، وَالْإِجْتِمَاعِيَّةِ، عَلَى أَنْ تَتَنَبَّأَ بِنَوْعِيَةِ الْحَيَاةِ لَدَى هُوْلَاءِ الْمَرْضَى، وَقَدْ طَبَقْتَ الدَّرَاةُ عَلَى عِيْنَةٍ مَكُونَةٍ مِنْ ٧٣ مَصَابًا مِنْ مَرْضَى زَمَلَةِ التَّعْبِ الْمَزْمَنِ، وَمَجْمُوعَةٍ مِنْ مَرْضَى الْإِضْطْرَابَاتِ النَّفْسِيَّةِ، وَمَجْمُوعَةٍ ثَالِثَةٍ مِنَ الْأَسْوِيَاءِ، حَيْثُ طَبَقْتَ عَلَيْهِمْ جَمِيْعًا بِطَارِيَّةٍ مَقَابِيْسَ، تَتَكُونُ مِنْ: مَقْيَاسِ نَوْعِيَةِ الْحَيَاةِ الْمَخْتَصِرِ لِمَانْشِسْتِر؛ وَمَقْيَاسِ الصَّحَّةِ الْمُرْتَبِطَةِ بِنَوْعِيَةِ الْحَيَاةِ، وَاسْتِخْبَارِ الْمَزَاجِ، وَالْأَعْرَاضِ، وَالَّذِي يَتَضَمَّنُ قِيَاسَ الْمَظَاهِرِ الْمَخْتَلَفَةِ لِلْأَعْرَاضِ الْمَرْضِيَّةِ كَمَتَغْيِرَاتٍ مَنبِيَّةٍ، وَقَدْ تَمَّ اسْتِخْدَامُ تَحْلِيلِ الْإِنْحِدَارِ؛ حَيْثُ أَشَارَتْ النَّتَاجُ مِنْ خِلَالِ مَقَارَنَةِ الْمَجْمُوعَاتِ إِلَى أَنَّ نَوْعِيَةَ الْحَيَاةِ الْذَاتِيَّةِ مَنبِيَّةٌ بِشَكْلِ عَامٍ لِمَرْضَى زَمَلَةِ التَّعْبِ الْمَزْمَنِ، كَمَا وَجَدَ انْخِفَاضٌ فِي مَسْتَوَى الرِّضَا عَنِ الْحَيَاةِ، وَمَسْتَوَى الْإِنْتِشَاطِ التَّرْفِيْهِيةِ لَدَيْهِمْ، وَكَانَ مَقْيَاسُ الْإِكْتِنَابِ (مِنْ اسْتِخْبَارِ فَحْصِ الْأَعْرَاضِ) أَفْضَلَ مَنبِيَّةً بِنَوْعِيَةِ الْحَيَاةِ الْذَاتِيَّةِ لَدَى مَرْضَى زَمَلَةِ التَّعْبِ؛ وَقَدْ تَمَّ مِنْ خِلَالِهِ شَرْحُ ٣٥٪ مِنَ التَّبَايِنِ (Rakiba,White,Pinching, Hedge&Newbery,2005).

وَفِي دَرَاةٍ أُجْرَاهَا شَعْبَانُ جَابَ اللهُ، عَامَ ٢٠٠٥؛ بِهَدْفِ اكْتِشَافِ حَجْمِ وَاتِّجَاهِ الْعِلَاقَةِ بَيْنَ زَمَلَةِ التَّعْبِ الْمَزْمَنِ (مَظَاهِرِ التَّعْبِ بِشَقِيْهِ: الْبَدْنِيِّ وَالنَّفْسِيِّ) وَكُلِّ مِنَ مَثْبِرَاتِ الْمَشَقَّةِ وَأَسْلُوْبِيِ الْحَيَاةِ الْإِنْسَحَابِيِّ وَالشَّاقِ (بَاعْتِبَارَهُمَا جِزءَ مِنْ نَوْعِيَةِ الْحَيَاةِ)، حَيْثُ أُجْرِيَتْ الدَّرَاةُ عَلَى ٤٠٠ مَبْحُوْثٍ وَمَبْحُوْثَةٍ [٢٠٠ مِنْ الذَّكُوْرِ بِمَتَوَسُّطِ عَمْرِ ٩،٧١±٣٦،٠٤ عَامٍ، وَمَتَوَسُّطِ عَدَدِ سَنَوَاتِ التَّعْلِيْمِ ١٣،٧٧±١،٨٥؛ وَ ٢٠٠ مِنَ الْإِنَاثِ بِمَتَوَسُّطِ عَمْرِ ٩،٤٦±٣٤،٥٩، وَمَتَوَسُّطِ عَدَدِ سَنَوَاتِ تَعْلِيْمِ ١٣،٧٨±١،٨٥] مِنَ الْمَوْظُفِيْنَ الْعَامِلِيْنَ فِي الْحُكُوْمَةِ وَقَطَاعِ

الأعمال العام، وممن لا يعالجون من اضطرابات نفسية أو أمراض جسمية، وقد طبق عليهم مقياس زملة التعب، ومقياس مثيرات المشقة، ومقياس أسلوب الحياة الشاق، ومقياس أسلوب الحياة الانسحابي، وقد أشارت النتائج إلى: وجود علاقة إيجابية دالة بين مظاهر التعب (البدني، والنفسي، والدرجة الكلية) وكل من مثيرات المشقة من حيث (التكرار والشدة)، وأسلوب الحياة الشاق والانسحابي لدى الذكور والإناث.

وفى دراسة أجراها "تونيز" Nunez، و"ديل-فال" del-Val، و"فيرنانديز" Fernandez، و"ألجير" Alegre، وآخرون عام ٢٠٠٧؛ اهتمت بتقييم الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى عينة من مرضى زملة التعب المزمن ومقارنتها بعينة من مرضى التهاب المفصلي^(١)، بالإضافة إلى استخدام مجموعة ضابطة من الأصحاء، كما اهتمت هذه الدراسة بتحديد أثر المتغيرات الإكلينيكية والبيانات الديموجرافية والاجتماعية على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٢١٦ من المرضى المترددين على العيادات الإكلينيكية (١٨٨ إناث، ٢٨ ذكور، بمتوسط عمر 42.9 ± 9.9)، وتم فيها استخدام التصميم العرضي والقائم على الملاحظة، والبيانات الديموجرافية الاجتماعية، والألم، والحالات الوظيفية العالمية، وقياس الصحة المرتبطة بنوعية الحياة باستخدام (SF_36)؛ حيث يتم من خلاله قياس القدرة الوظيفية لأداء النشاطات اليومية، وشدة الألم، ومستوى الصحة العامة كما يدركه المرضى، وقد أثبتت النتائج أن الصحة المرتبطة بنوعية الحياة كانت أسوأ جوهرياً لدى مرضى زملة التعب المزمن عن مرضى التهاب المفصلي، والمجموعة الضابطة، في كل الأبعاد من مقياس (SF_36)، وإن كانت أسوأ الأبعاد تتمثل في البعد الجسمي الحيوي، والبعد الاجتماعي، كما أشار التقرير الذاتي لمرضى زملة التعب المزمن إلى انخفاض في أداء نشاطات الحياة اليومية مقارنة بالالتهاب المفصلي، مما يترتب عليه

(١) rheumatoid arthritis

انخفاض في نوعية الحياة لديهم (Nunez,Nunez,Luisdel-Val,Fernandez, Alegre& etals.,2007).

وفي دراسة أخرى أجراها "راشياني" Racciatti، وزملاؤه، عام ٢٠١١؛ هدفت للتعرف على أهم ملامح التشابه والاختلاف ما بين نوعية الحياة لدى زملة التعب المزمن ومرضى الالتهاب الكبدي (فيروس C)، والكشف عما إذا كان التعب الشديد والصحة المرتبطة بنوعية الحياة تمثل مشكلة اجتماعية وطبية كبيرة لدى مرضى زملة التعب المزمن عن مرضى الالتهاب الكبدي، وذلك من خلال فحص عينة مكونة من ٧٨ مريضاً، (٣٩ من مرضى زملة التعب المزمن، و٣٩ من مرضى الالتهاب الكبدي)، وقياس التعب الشديد والصحة المرتبطة بنوعية الحياة لديهم من خلال تطبيق مقياس أثر التعب (FIS) fatigue impact scale، والنسخة المختصرة من اختبار الحالات الصحية (SF_36)؛ حيث أشارت النتائج إلى أن مرضى زملة التعب المزمن يعانون من درجة منخفضة من الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، ودرجة مرتفعة من التعب عن مرضى الالتهاب الكبدي، كما وجد ارتباط بين التعب الشديد وعدم المقدرة وإصابة الصحة النفسية المرتبطة بنوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب المزمن، وقد أدرك مرضى زملة التعب المزمن كلاً من الشعور بالتعب ومظاهر نوعية الحياة على أنها إصابة أو عجز بشكل جوهري عند مقارنتهم بمرضى الالتهاب الكبدي (Racciatti,Gorgorette,Sepede,Gambi& Pizzigallo, 2011).

وقام "بوب" Poppe، و"كرومبيز" Crombez، و"هانول" Hanouille، و"فوجيلاريس" Vogelaers، و"بيتروفيك" Petrovic، عام ٢٠١٢؛ بإجراء دراسة اهتمت بالكشف عما إذا كانت العصابية تستطيع أن تتنبأ بأسلوب التكيف، ومستوى الصحة النفسية لدى مرضى زملة التعب المزمن، وكذلك الكشف عن العلاقة بين التقبل ونوعية الحياة، ومدى ارتباطهما بالصحة الجسمية، بالإضافة إلى مدى التوقع بأن المتغيرات المرتبطة بالمرض كالتعب الشديد، ومدته، ترتبط

أيضاً بنوعية الحياة الجسمية لدى مرضى زملة التعب المزمن، وقد طبقت الدراسة على ١٧ من مرضى زملة التعب المزمن المترددين على العيادة الخارجية بالمستشفى ممن طبق عليهم استخبار التقرير الذاتي، ونوعية الحياة، واستخبار النقبل، وسمات الشخصية، والتعب الشديد، وقد انتهت الدراسة إلى أن العصائية والرضا أو النقبل من المنبئات بالصحة النفسية الجيدة المرتبطة بنوعية الحياة، وأن الرضا متغير وسيط بين العصائية والصحة النفسية، كما وُجد ارتباط بين كل من الصحة النفسية والجسمية، وأن الصحة الجسمية قد ارتبطت بالتعب الشديد ومدته سلبياً، ولم ترتبط بالعصائية أو مستوى الرضا . (Pope, Crombez, Hanouille, Vogelaers & Petrovic, 2012)

تعليق عام على الدراسات السابقة:

نلاحظ بصفة عامة، ومن خلال عرضنا لبعض الدراسات السابقة الخاصة بالمتغيرات موضع الدراسة، ما يلي:

١- ندرة الدراسات المحلية التي اهتمت بمفهوم زملة أعراض التعب المزمن رغم أهميته كمفهوم هام، وله تأثير سلبي شديد على حياة الفرد اليومية من العناية الذاتية، والعلاقات الاجتماعية، والحياة المهنية، بالإضافة إلى تأثيره الشديد على الحياة النفسية والجسمية للفرد، مما ينتج عنه العديد من المشكلات النفسية للشخص في حياته المعيشية.

٢- قلة الدراسات النفسية السلوكية التي اهتمت بالعلاقة بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن، ودور نوعية الحياة في التنبؤ بها.

٣- تدخل أغلب هذه الدراسات في المجال الطبي، وتمت بجهود باحثين أطباء، وعلى الرغم من أهميتها النفسية فإنه لا يتضح فيها الإسهام الواضح من جانب علماء السلوك، أو الالتزام بأطرهم النظرية، أو مقاييسهم.

٤- عدم استخدام المقاييس السلوكية للكشف بصورة أكثر وضوحاً عن مدى

تأثير الإصابة بزملة التعب المزمن على المتغيرات النفسية.

٥- عدم وجود دراسات اعتمدت بمدى تأثير زملة التعب المزمن على الوظائف المعرفية أو سمات الشخصية.

فروض الدراسة

في ضوء ما سبق عرضه من دراسات سابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

١- توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن لدى كل من الذكور والإناث.

٢- تعتبر نوعية الحياة متغير منبىء بزملة أعراض التعب المزمن لدى كل من الذكور والإناث.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على كل من نوعية الحياة في اتجاه الذكور، وزملة التعب المزمن في اتجاه الإناث.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: المنهج

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، والذي يتم من خلاله الكشف عن نوعية الحياة كمتغير منبىء لزملة أعراض التعب المزمن، وذلك لدى عينة من موظفي القطاع الحكومي للدولة.

ثانياً: إجراءات الدراسة

(١) وصف عينة الدراسة الأساسية

بلغ حجم عينة الدراسة ٣٥٥ موظف حكومي (١٩٠ من الذكور و ١٦٥ من الإناث)، يعملون في قطاعات حكومية مختلفة كالوزارات، والهيئات، والمؤسسات التعليمية الجامعية، وهي تحديداً: وزارة الري، والآثار، والبحث

العلمي، والتخطيط، والتضامن الاجتماعي، وكذلك الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، وجامعة القاهرة، ومتدرجو المراكز الوظيفية؛ حيث اشتملت العينة على درجات وظيفية من الدرجة الرابعة وحتى درجة المدير العام، وقد تراوح المدى العمري لأفراد العينة من ٣٠ إلى ٥٠ عامًا، بمتوسط $41,4 \pm 6,8$ ، وقد روعي ضبط متغيرات العمر، وعدد سنوات التعليم، وسنوات الخبرة بين كل من الموظفين، والموظفات؛ والتي تتضح من الجدول التالي:

جدول (١): يوضح الفروق بين الذكور الإناث في العمر، والتعليم، وسنوات الخبرة لعينة الدراسة الأساسية

مستوى	قيمة	إناث		ذكور		العينة المتغيرات
		ع	م	ع	م	
الدالة	"ت"	ع	م	ع	م	
غير دالة	٠,٤١	٦,٥	٤١,٣	٧,١	٤١,٦	العمر بالسنوات
غير دالة	٠,٠٩٠	٢,٠٦	١٥,٠١	١,٩٩	١٥,٠٣	عدد سنوات التعليم
غير دالة	٠,١١	٨,٧٩	١٤,١٨	٧,٢٥	١٤,١٣	سنوات الخبرة

(٢) وصف عينة الخصائص السيكومترية

تم تطبيق أدوات الدراسة على ١٠٠ موظف وموظفة (٥٠ الذكور، و ٥٠ الإناث) تتوافر فيهم خصائص العينة الأساسية السابقة، وذلك لحساب الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة، وقد تراوح المدى العمري لأفراد العينة بين ٣٠ إلى ٥٠ عامًا بمتوسط $41,4 \pm 6,8$ ، وقد روعي ضبط متغيرات العمر، وعدد سنوات التعليم، وسنوات الخبرة بين كل من الموظفين، والموظفات؛ وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (٢): يوضح الفروق بين الذكور والإناث في العمر، والتعليم، وسنوات الخبرة لعينة الخصائص السيكومترية

مستوى	قيمة	إناث ن=٥٠		ذكور ن=٥٠		العينة المتغيرات
		ع	م	ع	م	
الدالة	"ت"					
غير دالة	٠,١٩	٧,٢	٣٩,٩٤	٧,٢	٤٠,٢٢	العمر بالسنوات
غير دالة	٠,٣٥	٢,١	١٤,٢	٢,٣	١٤,٤	المستوى التعليمي
غير دالة	٠,٤٧	٨,٦٢	١٢,٦٢	٧,٨٨	١٣,٤	سنوات الخبرة

(٣) وصف أدوات الدراسة

اشتملت أدوات الدراسة على مقياسين هما:

[أ] مقياس نوعية الحياة "النسخة المختصرة" (لمنظمة الصحة العالمية: ترجمة: أحمد عبد الخالق)، ويشتمل على أربعة أبعاد أساسية: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والعلاقات البيئية، وتقدير الشخص لنوعية حياته بوجه عام؛ والمقياس تكون في مجمله من ٢٦ سؤالاً. وقد تمت صياغة البنود على شكل أسئلة يجاب عن كل منها؛ على أساس مقياس خماسي ترتيبي، حيث يشتمل كل سؤال على خمسة بدائل للإجابة، تتراوح الدرجة عليه من ١-٥ درجات؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى نوعية حياة أفضل من الدرجة الأقل منها.

وفيما يتعلق بالخصائص السيكومترية للمقياس، فقد قام أحمد عبد الخالق، عام ٢٠٠٨؛ بحساب معاملات الصدق لهذه الصيغة المترجمة للعربية، بطريقتي: **الاتساق الداخلي**: إذ تراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٠٨٣، و ٠,٠٨٥، و**صدق المحك**: من خلال حساب ارتباط المقياس بالتقدير الذاتي لكل من السعادة والرضا عن الحياة، والذي تراوح بين ٠,٠٥٥، و ٠,٠٦٣، وتشير هذه

الارتباطات إلى معاملات صدق مرتفعة على هذا المقياس المختصر، مما أتاح للباحثين إمكانية الاعتماد على هذا المقياس في الحصول على النتائج المستخلصة من هذه الدراسة، كما اعتمد في حساب معاملات الثبات للمقياس على طريقة إعادة التطبيق الذي تراوح بين ٠,٧٧ إلى ٠,٨٨، مما يشير إلى ثبات مرتفع.

أما معاملات الثبات في الدراسة الحالية، فقد اعتمد الباحثان على طريقتي: ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية لكل من عيني الذكور والإناث؛ كما يتبين من الجدول رقم (٣).

جدول (٣) معاملات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية

العينة الإجمالية		الإناث		الذكور		العينات طريقة حساب الثبات
القسمة النصفية	ألفا	القسمة النصفية	ألفا	القسمة النصفية	ألفا	
٠,٧٥	٠,٨٥	٠,٦١	٠,٧٧	٠,٧٩	٠,٨٧	إجمالي نوعية الحياة

وتكشف هذه المعاملات بكلتا الطريقتين عن درجة مرتفعة من الثبات.

[ب] مقياس زملة التعب المزمن (للدكتور/ شعبان جاب الله)

ويتكون المقياس من ٥٦ بنداً، يختص ٢٨ بنداً منها بالمظاهر النفسية للتعب، كالشعور بالإرهاق النفسي والعقلي، وعدم تحمل التوتر، وانخفاض الطاقة النفسية، وعدم تحمل الصراعات والخلافات مع الآخرين، والشعور بالإحباط، والملل وغيرها، بينما يختص الـ ٢٨ بنداً الأخرى بالمظاهر والأعراض البدنية للتعب، كالنهجان، والتعب لأقل مجهود، والشعور بالآلام العضلية، وآلام المفاصل، والصداع، واضطراب النوم، والشعور بالدوخة، وغيرها، وقد روعي في الصياغة وضع بعض البنود السلبية (عكس التعب) وعددها ١٠ بنود؛ وذلك تجنباً لتكوين وجهة ذهنية لدى المبحوث، وتتمثل

طريقة الاستجابة في اختيار أحد بدائل خمسة، وهي: (١) لا ينطبق البند، و(٢) ينطبق إلى حد ما، و(٣) ينطبق بدرجة متوسطة، و(٤) ينطبق بدرجة كبيرة، و(٥) ينطبق تمامًا، وتستخرج منه ثلاث درجات: درجة كلية، ودرجة للتعب النفسي، ودرجة للتعب البدني (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٥، ص ٢٣٧-٢٣٨).

أما فيما يختص بالخصائص السيكومترية للمقياس فقد قام معد المقياس بحساب الصدق عن طريق صدق المفهوم من خلال ارتباط المكون بالدرجة الكلية لدى عينة الذكور، والإناث، والعينة الإجمالية، والتي أشارت إلى معاملات صدق مرتفعة لدى كل من عينة الذكور، والإناث، والعينة الإجمالية؛ فجميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى معنوية ٠،٠٠٠٠١ .

وفيما يتعلق بمعاملات الثبات في الدراسة الحالية، فقد حُسبت معاملاته بطريقتي: ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية، ويوضح الجدول التالي هذه المعاملات للثبات.

جدول (٤) معاملات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لمقياس زملة التعب المزمن

العينات	الذكور		الإناث		العينة الإجمالية	
	ألفا	القسمة النصفية	ألفا	القسمة النصفية	ألفا	القسمة النصفية
١	٠،٩٢	٠،٨٩	٠،٩٢	٠،٨٨	٠،٩	٠،٩
٢	٠،٨٥	٠،٨١	٠،٨٧	٠،٧٩	٠،٩	٠،٨
٣	٠،٨٨	٠،٨٦	٠،٨٩	٠،٨٨	٠،٩	٠،٩

وبالنظر في الجدول السابق، يتبين أن معاملات الثبات مقبولة، سواء بطريقة ألفا كرونباخ، أو القسمة النصفية.

بالإضافة إلى صحيفة البيانات الأساسية، والتي اشتملت على البيانات الشخصية والأساسية للمبحوث (السن، التعليم، الحالة الاجتماعية، المركز

الوظيفي، الدرجة الوظيفية، وسنوات الخبرة بالعمل، وسؤال يعبر عن مدى تواجد أمراض مزمنة من عدمه).

(٤) إجراءات التطبيق

تم تطبيق استمارة البحث من خلال التطبيق الفردي، على عينة الموظفين والموظفات، وقد استغرق تطبيق الاستمارة الواحدة في حدود ٣٠ دقيقة، وذلك في أمكنة العمل التي تم اختيارها من مجموعة متنوعة من الهيئات الحكومية.

(٥) خطة التحليل الإحصائي:

اشتمل التحليل الإحصائي للبيانات على الإجراءات الآتية:

- ١- حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، لمتغيري الدراسة لدى كلٍ من عينة الذكور والإناث.
- ٢- حساب قيم "ت" لدلالة الفروق بين الذكور والإناث على متغيري الدراسة.
- ٣- حساب معاملات الارتباط بين نوعية الحياة، وزملة أعراض التعب المزمن، لدى كلٍ من عينة الذكور والإناث.
- ٤- حساب معامل الانحدار المتعدد لبيان دور نوعية الحياة في التنبؤ بزملة أعراض التعب المزمن لدى عيني الذكور والإناث.

نتائج الدراسة

نعرض لنتائج الدراسة، من خلال محاولة الإجابة على فروضها، وذلك على النحو التالي:

- **للتحقق من صحة الفرض الأول** القائل بوجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن، تم حساب معامل ارتباط بيرسون للتعرف على قوة واتجاه العلاقة بين كل من نوعية الحياة، وزملة التعب المزمن، لدى كلٍ من الذكور والإناث؛ من خلال معاملات الارتباط، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (٥) نتائج معاملات الارتباط الخطية

بين نوعية الحياة وزملة التعب لدى الذكور في مقابل الإناث

زملة التعب المزمن		المتغير
الإناث (ن = ١٦٥)	الذكور (ن = ١٩٠)	مجموعات الدراسة المتغيرات
٠،١٩- (دال عند ٠،٠٥)	٠،٣٨- (دالة عند ٠،٠١)	نوعية الحياة

وبالنظر إلى الجدول (٥)، يتبين وجود معاملات ارتباط سالبة مرتفعة الدلالة، سواء في قوة العلاقة، أو اتجاهها لدى كل من الذكور والإناث؛ وذلك في العلاقة بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن.

- أما فيما يتعلق بالتحقق من صحة الفرض الثاني، والقائل بأن نوعية الحياة متغير منبئ بزملة أعراض التعب المزمن، فقد تم حساب تحليل الانحدار المتعدد، لكل من عينة الذكور، والإناث، وهذا ما يتضح من الجدولين التاليين:

جدول (٦) نتائج تحليل الانحدار باعتبار نوعية الحياة متغيراً منبئاً بزملة التعب المزمن "متغير تابع" وذلك لدى عينة الذكور (ن = ١٩٠)

المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر ^٢	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري	ف	الدلالة	ت	الدلالة	القيمة الثابتة
نوعية الحياة	زملة التعب المزمن	٠,٣٨٢	٠,١٤٦	-٠,٩٥٩	-٠,٣٨٢	٣٢,١	٠,٠٠١	٥,٦٧	٠,٠٠١	٢٠٧,٢٩

يتضح من الجدول السابق أن نوعية الحياة تسهم في التنبؤ بزملة التعب المزمن لدى الذكور؛ حيث تسهم نوعية الحياة بنسبة ١٤,٦ في التنبؤ بالإصابة بزملة أعراض التعب المزمن.

جدول (٧) نتائج تحليل الانحدار باعتبار نوعية الحياة متغيراً منبئاً بينما زملة التعب المزمن "متغير تابع" وذلك لدى عينة الإناث (ن = ١٦٥)

المتغير المنبئ	المتغير التابع	ر	ر ^٢	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري	ف	الدلالة	ت	الدلالة	القيمة الثابتة
نوعية الحياة	زملة التعب المزمن	٠,١٩٩	٠,٠٣٩	-٠,٦٥٢	-٠,١٩٩	٦,٨	٠,٠١	٢,٥٩	٠,٠١	١٨٨,٩٥

يتضح من الجدول السابق أن نوعية الحياة تسهم في التنبؤ بزملة التعب المزمن لدى الإناث؛ حيث تسهم نوعية الحياة بنسبة ٣,٩ في التنبؤ بالإصابة بزملة التعب المزمن.

▪ أما بالنسبة لاختبار صحة الفرض الثالث القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على كل من نوعية الحياة، وزملة التعب المزمن، فإنه تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطات لدى عيني الذكور، والإناث، والتي تتضح نتائجها من الجدول التالي:

جدول (٨) نتائج دلالة الفروق بين المتوسطات لدى الذكور في مقابل الإناث على متغيري الدراسة باستخدام اختبار (ت)

مستوى الدلالة	قيم	الإناث (ن = ١٦٥)		الذكور (ن = ١٩٠)		مجموعات الدراسة المتغيرات
		ع	م	ع	م	
دالة عند ٠,٠٥	٢,١٠	٩,٨	٨٣,٦	١٢,٣	٨٦,١	نوعية الحياة
دالة عند ٠,٠١	٢,٩	٣٢,٢	١٣٤,٤	٣٠,٩	١٢٤,٧	زملة التعب المزمن

بالنظر إلى الجدول (٨)، يتبين أن هناك فروقاً عالية الدلالة الإحصائية بين كل من الذكور والإناث على متغيري الدراسة؛ إذ يتسم الذكور بدرجة مرتفعة من نوعية الحياة عن الإناث، بينما تتسم الإناث بدرجة أعلى لزملة أعراض التعب المزمن عن الذكور.

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

نحاول فيما يلي مناقشة نتائج الدراسة و تفسيرها من خلال محاولة الإجابة عن أسئلتها، كما يلي:

مناقشة وتفسير نتائج الفرضين الأول والثاني:

ينص **الفرض الأول** على أنه: " توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن لدى كل من الذكور والإناث "، أما **الفرض الثاني**، فإنه ينص على أن " نوعية الحياة متغير منبئ بزملة أعراض التعب المزمن ".

كشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرضين الأول، والثاني للدراسة؛ حيث اتضح وجود علاقات ارتباطية سالبة ومرتفعة الدلالة، في العلاقة بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن، لدى الجنسين، سواء في قوة العلاقة أو اتجاهها، كما كشفت عن أن نوعية الحياة متغير منبئ بزملة أعراض التعب المزمن، سواء لدى الذكور أو الإناث، وهذا يتفق مع عديد من الدراسات في

التراث عن هذه العلاقة الارتباطية والتنبؤية (Collier, 2002; Rakiba, White Pinching, Hedge & Newbery, 2005; Nunez, Nunez, Deal, Fernandez, Alegre, et als., 2007; Lowry & Pakenham, 2008; Poppe, Crombez, Hanouille, Vogelaers & Prtrovic, 2012). كما وجدت أيضًا هذه العلاقة الارتباطية والتنبؤية في ظل وجود فروق بين الذكور والإناث في الإصابة بهذه الزملة، وفي اتجاه أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالزملة من الذكور لوجود العديد من الأسباب المتمثلة في: العوامل الوراثية، وكيمياء المخ، والجهاز المناعي، ونوعية ومستوى الهرمونات، وطبيعة الأدوار الاجتماعية التقليدية لدى كل من الذكور والإناث (Dellwo, 2016; Karo & Eureka, 2008).

ويضاف إلى الأسباب السابقة ضغوط الحياة اليومية، والتعرض لكثير من المشقات والمصاعب في الحياة، والتي تؤثر سلبًا على الإناث أكثر من الذكور، مما قد تنتج عنه زيادة في إصابتهن بالقلق والاكتئاب، وأعراض زملة التعب المزمن عن الذكور.

ومما يشير إلى ذلك دراسة "سنيل" Snell، و "ستيفنز" Stevens، و"فانيس" Vanness، عام ٢٠٠١؛ والتي أجريت على عينة من مرضى زملة التعب من الإناث وأزواجهن بهدف التعرف على التغييرات التي تحدث في نوعية حياتهم بعد تناولهم للعلاج بعقاقير لعلاج زملة التعب المزمن، من خلال تحليل المضمون للمقابلات المتعمقة التي تم إجراؤها؛ حيث وجد أن الإناث قررن انخفاض حدة الألم، وزيادة مستويات الطاقة، وتحسن الوظائف المعرفية، مما أدى إلى تحسن في نوعية حياتهن، وممارساتهن لحياتهن اليومية، سواء على المستوى الشخصي، أو على مستوى العمل (Snell, Stevens & Vanness, 2001).

وتعتبر نوعية الحياة من المتغيرات ذات الأهمية الحيوية في الدراسات الإكلينيكية للأمراض المزمنة، كزملة أعراض التعب المزمن؛ حيث وجد أن مرضى زملة التعب يظهر لديهم عدم القدرة على الأداء في العديد من أبعاد الحياة، سواء الوظيفية، أو الاجتماعية، أو الأسرية، أو على مستوى الطاقة

والنشاط، أو القدرات العقلية، فقد أظهرت الدراسات عند مقارنة نوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب المزمن، والفئات المرضية الأخرى، أو المجموعات الضابطة؛ إلى انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى مرضى زملة التعب المزمن بشكل جوهري عن الفئتين الأخرين (Rakib, White, Pinching, Hedge & Newbryn, 2005; Ostlund, 2014).

ويؤكد ذلك أن للزملة تأثيرًا كبيرًا على نوعية الحياة في جميع أبعادها؛ باعتبار أن مرض الزملة اضطراب يشير إلى عدم القدرة على الأداء، مما يؤثر على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، والتي تتداخل بدورها مع العديد من الأبعاد المهنية والاجتماعية والأسرية وغيرها.

وبناءً على ماسبق، يجب أن نهتم بنوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى، وخاصة فيما يتعلق بالصحة المرتبطة بنوعية الحياة؛ وتحديداً بالجانب من الحياة الذي يهتم بمدى تأثير الصحة على إدراك الفرد لنوعية حياته.

وقد اتضح من خلال النموذج النظري الخاص بالصحة المرتبطة بنوعية الحياة لـ "ويلسون" Wilson، و "كليري" Cleary، عام ١٩٩٥؛ أن المتغيرات الفسيولوجية تؤثر على خلايا أعضاء وأجهزة الجسم، والتي تؤثر بدورها على الفرد من خلال الأعراض التي تظهر لديه، وتتضح من خلال قياسها، وهي بدورها تؤثر على الصحة الوظيفية، التي تعرف بأنها قدرة الفرد على الأداء والتكيف مع البيئة التي يعيشها، والتي يتم قياسها من خلال كل ما هو موضوعي وذاتي خلال فترة معينة، ويمكن أن تؤثر بدورها على إدراك الصحة العامة، تلك التي تعكس التكامل بين جميع المفاهيم الصحية السابقة، ومن ثمة تؤثر على نوعية الحياة ككل (Megari, 2013).

وقد أشارت دراسة "كاميليا"، Kamelia وآخرين، عام ٢٠١٦؛ من خلال المراجعة المنهجية للبحوث التي أجريت عن المحن التي يتعرض لها مرضى زملة التعب، وذلك في أغسطس، عام ٢٠١٤، ويناير ٢٠١٥؛ إلى أن مرضى الزملة يتعرضون للعديد من المصاعب والمحن، مما يشعرهم بانخفاض الصحة

الذاتية، والصحة النفسية، ونوعية الحياة، والشعور بالسعادة، بالإضافة إلى وجود أعراض قلق واكتئاب، لدى مرضى زملة أعراض التعب المزمن (Kamelia, Rebecca, Hazel, Vanessa & Anilena, 2016).

ويتضح مما سبق أن مرض زملة أعراض التعب المزمن يمثل عبئاً كبيراً على كاهل الفرد، والأسرة، والمجتمع؛ نظراً لعدم وجود محكات تشخيصية دقيقة لهذا المرض رغم المعاناة الشديدة التي يتعرض لها هؤلاء المرضى، ومن ثمة عدم توافر الرعاية الصحية المناسبة، سواء من الناحية البدنية، أو النفسية، وبما يساعد الفرد على التغلب على هذه المعاناة، فضلاً عن تضارب أسر مريض الزملة، بين أسر متفهمة لطبيعة المرض، تنتج عنها حماية زائدة تجعله يشعر بعدم تمكنه من ممارسة حياته كشخص مستقل، أو أسر غير متفهمة تزيد من معاناته، بالإضافة إلى عدم تفهم المجتمع لهذه النوعية من المرض، مما قد يؤثر بالسلب على حياته العملية والمهنية، وخاصة في حالة عدم توافر وسائل تأمينية تتيح للمصابين الاستفادة بالإجراءات العلاجية الواجبة؛ فكل هذه المصاعب المضافة إلى معاناة المريض، تؤثر على نوعية الحياة لديه.

وتبرز من هنا أهمية دراسة نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى، كمحاولة لإيجاد طرق تساعد على تحسين حالاتهم المعيشية، والتكيف مع مرضهم والتعايش معه، والتغلب على المعاناة التي يتعرضون لها، ومن ثمة يصبح من الضروري التركيز ليس على المرض وحده، بل على المريض أيضاً، مع أهمية أن تتركز النظرة العلمية لهذه النوعية الخاصة من الأمراض في نظرة تكاملية تضمن توفير الجوانب الطبية، والنفسية، والاجتماعية، والثقافية، وليس الطبية فقط، مما يساعد على تغيير نوعية الحياة، في أسرع وقت، وبأقصى كفاءة شاملة؛ لدى هؤلاء المرضى بالطرق الإيجابية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: « توجد فروق بين الذكور والإناث في متغيري الدراسة المتمثلين في: نوعية الحياة، في اتجاه الذكور، وزملة التعب

المزمن في اتجاه الإناث .»

أوضحت نتائج الدراسة تحقق الفرض الثالث؛ حيث تبين أن هناك فروقاً بين كل من الذكور والإناث على المتغيرين موضع الدراسة عالية الدلالة إحصائياً؛ في اتجاه اتسام الذكور بدرجة مرتفعة في نوعية الحياة عن الإناث، بينما تميزت الإناث بدرجة أعلى لزملة أعراض التعب المزمن عما لدى الذكور. ويتسق هذا مع الدراسات التي وجدت أن مستوى الصحة المرتبط بنوعية الحياة يختلف جوهرياً باختلاف الجنس، والنشاط الاقتصادي الذي يمثل بؤرة اهتمام بالنسبة للذكر، في مقابل المستوى التعليمي، والمشقة البدنية والنفسية، والاهتمام بتلبية الاحتياجات التي تمثل بؤرة اهتمام المرأة (Son,2009)، فالمحددات البيئية الاجتماعية: كالتعليم، والأوضاع الاقتصادية والمهنية، والعلاقات العائلية؛ تلعب دوراً أكثر أهمية للصحة المرتبطة بنوعية الحياة لدى الإناث مقارنة بالذكور (Won Noh,Kim,Park,Jung Kim&Kwon,2015).

وبفحص بعض الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة نوعية الحياة بأبعادها المختلفة، وجد أن الظروف الصحية المزمنة لها تأثير سلبي على إدراك نوعية الحياة لدى الأفراد (Neusa, Felipe & Marcelo,2014)، وأن هذا التأثير ظهر بوضوح عند المقارنة بين الذكور و الإناث؛ في دراسة للمقارنة بين مجموعة من المصابين بأمراض مزمنة (ضغط الدم، أمراض القلب، أمراض الرئة)، وعينة أصحاء؛ حيث أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في نوعية الحياة بين الجنسين في العينة الضابطة، بينما وجدت هذه الفروق في عينة المرضى على كل من البعد البدني والنفسي لنوعية الحياة؛ مما يشير إلى أنه في ظل وجود أمراض مزمنة أو صحة معتلة تنخفض نوعية الحياة لدى الأفراد، وبصفة خاصة لدى الإناث، وقد ترجع هذه الفروق بين الجنسين إلى الاختلاف في استراتيجيات التكيف للأمراض والشعور بالألم الحاد لدى الإناث عن الذكور (Delacruz, Lai,Goodrich & Kilbourne,2013).

كما أشارت دراسة أخرى اهتمت بالتعرف على أهم أسباب الفروق بين

الجنسين، والمؤثرة في نوعية الحياة؛ وذلك على عينة من الذكور والإناث المسنين؛ إلى أن الإناث أعربن عن نوعية حياة أسوأ من الذكور، كما أظهرن مستوى أقل في اختبارات الكفاءة الوظيفية، وعبرن عن إصابتهن: بأمراض التهاب المفاصل، وآلام أسفل الظهر، والسكر، والاكنتاب بشكل جوهري عن الذكور، مما يشير إلى أن نوعية الحياة السيئة لدى المرأة قد ترجع إلى عدم المقدرة الصحية، والإصابة بالأمراض المزمنة بشكل أكبر جوهرياً عما يصيب الرجل (Orfilaa, Ferrera, Lamarca, Tebeb, Domingo & Alonsoa, 2006).

وعلى النقيض من نتائج هذا الدراسة، نجد دراسة أخرى أجريت عام ٢٠٠٨؛ وجدت أن السيدات اللاتي تكون أعمارهن ٧٠ سنة فأكثر؛ قد تميزت بصحة ونوعية حياتهن بأنها أفضل مما لدى الرجال في نفس العمر الزمني وبصورة جوهرياً، كما كانت معدلات مقدرتهن البدنية، وعلاقتهم الاجتماعية، والبعد البيئي لديهن أفضل من الذكور أيضاً، ولكن ليس بشكل جوهري، في حين وجدت فروق جوهرياً بين الجنسين فيما يتعلق بنوعية الحياة لدى كل منهما، وبالصحة البدنية، لمن أعمارهم أقل من ٧٠ عاماً، ولكن بتحليل الانحدار وجد بشكل عام أن للجنس تأثيراً جوهرياً على بعدين من أبعاد الحياة، وهما: البعد البدني، والعلاقات الاجتماعية (Kirchengast & Haslinger, 2008).

وفي دراسة أجريت، عام ٢٠١٥؛ اهتمت بالفروق بين الجنسين في الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، ولكن في إطار مقارنة بين العاملين وغير العاملين؛ وجد بوجه عام أن الراشدين العاملين يقررون نوعية حياة أفضل عن غير العاملين وبشكل جوهري، وأن نوعية الحياة لدى الموظفين الذكور أفضل بدلالة إحصائية جوهرياً عن الإناث، وأن هذه العلاقة اتضحت أيضاً في الأعمار التي تتراوح بين ٤١-٦٠ عاماً، تليها الفئة من ١٨-٤٠ عاماً، ثم من ٦١ عاماً فأكثر، وقد يرجع ذلك إلى أن للعمل أهمية كبرى في حياة الذكور،

نظرًا لما يُفرض عليهم من أدوار اجتماعية، يكون من الواجب عليهم أداؤها، وإدراكهم لضرورة تحمل المسؤوليات المكلفين بها، وضرورة تلبية الاحتياجات الأساسية، سواء للفرد ذاته، أو لمن يعولهم، رغم ارتفاع نسبة مشاركة المرأة في القوى العاملة (WonNoh, Kim, Park, jungKim, & Dae Kwon, 2015)

وبمراجعة الدراسات التي اهتمت بزملة التعب المزمن؛ وُجد أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بزملة التعب المزمن من الذكور (Faro, Francas, Marrero, Aliste, DeSevilla & etals., 2016)، وهذا ما أكدته الدراسة الحالية باستنتاجها أن متوسط درجات الإناث على مقياس زملة التعب المزمن، أعلى من متوسط درجات الذكور، وهو ما يمثل مؤشرًا لارتفاع معدلات إصابة الإناث بزملة التعب المزمن عن الذكور، كما أكدت الدراسات أن العمر الزمني للإصابة بزملة التعب المزمن يتراوح ما بين منتصف الأربعينيات وحتى منتصف الخمسينيات (Mayo Clinic Staff, 2015).

وقد يرجع السبب في تزايد إصابة النساء بزملة التعب المزمن عن الذكور، إلى عدد من الأسباب الطبية التي أشارت إليها العديد من الدراسات، ويتمثل أهمها فيما يلي:

[1]- الهرمونات: يؤثر هرمون التستوستيرون تأثيرًا عميقًا على الجهاز العصبي المركزي المسئول عن إدراك ونقل الإحساس بالألم؛ حيث يكون لهرمون التستوستيرون -هرمون الذكورة- دور هام في الوقاية من تعب العضلات؛ حيث نجد هذا الهرمون، ونوعًا معينًا من البروتين؛ يعملان معًا على إعادة العضلات إلى وضعها الطبيعي بعد التعرض للمجهود، ويوجد هذا الهرمون بنسب قليلة لدى الإناث، مقارنة بالذكور؛ مما يسبب لديهم مزيدًا من التعب في العضلات، بالإضافة إلى أن الذكور محميون بشكل أفضل من الإناث؛ نظرًا لوجود ارتباط لديهم بين التعب والشعور بالألم، فقد وجد هذا الهرمون لدى الإناث من مرضى زملة التعب بدرجة قليلة، مما يجعل الإناث أكثر عرضة للضرر، سواء على المستوى البدني، أو الانفعالي، عند التعرض

للمشقة عن الذكور (Dellwo,2016).

[٢]- كيمياء المخ: يرجع اختلاف كيمياء المخ بين الذكور والإناث إلى اختلاف كل منهما في وظائف نظام السيروتونين، الذي يعتبر ناقلاً عصبياً يتعامل مع: الألم، والنوم، والقلق، والاكتئاب، ويكون منخفضاً لدى مرضى زملة التعب، إلا أن الانخفاض في مستويات السيروتونين يؤثر في كل من الجنسين بشكل مختلف، فهو يجعل الذكور أكثر اندفاعية، ولكنه لا يسبب لديهم تغيرات في المزاج، عكس الإناث اللاتي تحدث لديهن تغيرات في المزاج إلى درجة قد تستوجب توخي الحذر عند التعامل معهن (Karo&Eurek,2008).

[٣]- الجهاز المناعي: يتعرض العديد من الإناث إلى نشاط في جهاز المناعة لديهن نتيجة للإصابة بعدوى فيروسية، مما تنتج عنه مواد كيميائية التهابية تغذي العديد من أنواع العضلات، والمفاصل، كما تؤثر على الأعصاب (Dellwo,2016).

[٤]- الجينات أو العامل الوراثي: اهتمت كثير من الدراسات بدور العامل الوراثي، وبمدى تأثيره على حدوث اضطرابات كاضطرابات النوم، والعدوى الفيروسية، أو التعرض للضغوط الشديدة، على كل من الأخوة الذكور، والأخوات الإناث؛ حيث أشارت إلى حدوث اضطرابات متكررة بين الأخوات الإناث أكثر من تلك التي تحدث بين الأخوة الذكور، وقد فُسر ذلك باحتمال وجود شذوذات جينية لدى مرضى زملة التعب المزمن، يرجع إليها إنتاج مستويات مختلفة من السيروتونين لدى الإناث بصورة أكبر من الذكور.

[٥] الأدوار الاجتماعية للجنسين: يرجع بعض الباحثين الفروق بين الجنسين في زملة التعب المزمن إلى الأعراف والتقاليد الاجتماعية التي تولدت لدى الذكور، وأنتجت طبيعة ذكورية مختلفة عن الإناث، من حيث تصورات الذكور ومعتقداتهم حول الإفشاء بالأمهم، سواء بشكل عام أو بإبلاغ الطبيب المعالج؛ إذ يعتبرون الحديث عن أهمهم ضعفاً لا يليق بالمجتمع الذكوري، مما قد ينتج عنه خطأ جسيم في التشخيص فتقل نسبة تشخيصهم بزملة التعب عن

الإناث.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة يمكن طرح بعض التوصيات والمقترحات التالية:

- إعداد برامج توعية للتعرف على أسباب، ومظاهر، وطرق علاج زملة التعب المزمن.
- إعداد برامج إرشادية ووقائية من أعراض زملة التعب المزمن.
- زيادة الاهتمام بدراسة زملة التعب المزمن من وجهة نظر العلماء السلوكيين، ومن خلال محاولة التوصل لبطارية من الاختبارات السيكولوجية التي يمكن من خلالها تحديد أعراض زملة التعب المزمن.
- وضع استراتيجيات توعية لجميع المعنيين بزملة التعب المزمن، وكذلك المرضى المصابين.
- محاولة إعداد فريق عمل من التخصصات المتعددة لإعادة النظر في معايير التشخيص الخاصة بزملة التعب المزمن، وبما يتلاءم مع البيئة المحلية.
- إعداد الخطط والاستراتيجيات التي تحسن من نوعية حياة الأفراد بجميع أبعادها.

مقترحات بحثية:

- إجراء دراسة استكشافية عن زملة أعراض التعب المزمن.
- دراسة العلاقة بين نوعية الحياة المهنية وزملة أعراض التعب المزمن.
- دراسة العلاقة بين المتغيرات الديموجرافية وزملة أعراض التعب المزمن.
- دراسة العلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية وزملة أعراض التعب المزمن.
- دراسة استكشافية عن الاضطرابات المعرفية لدى مرضى زملة أعراض التعب المزمن.
- دراسة المساندة الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية الحياة وزملة

أعراض التعب المزمن.

قائمة المراجع

- أحمد سعيدان مهدي. (٢٠١٣). نوعية الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الكويت. *مجلة العلوم التربوية*، العدد الثالث.
- أحمد مجدي أحمد (٢٠١١). نوعية الحياة وسمات الشخصية لدى مواجهي الكوارث والأزمات: دراسة مقارنة بين مواجه الكوارث وأصحاب الوظائف الأخرى فئة موظفي الحكومة. رسالة ماجستير، (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٨). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية، *مجلة دراسات نفسية*، القاهرة، م(١٨)، ع (٢) أبريل.
- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠١١). نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين الكويتيين. *مجلة دراسات نفسية*. مج ٢١، ع(٣): ٣٦٧-٣٨٤.
- أرنست خليل سليمان (٢٠١٥). دور نوعية الحياة في التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية، والانتكاس إليه. رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الآداب - جامعة القاهرة.
- بحرة كريمة (٢٠١٤). جودة حياة التلميذ وعلاقتها بالتحصيل الدراسي. رسالة ماجستير (منشورة إلكترونياً) - كلية العلوم الاجتماعية - قسم علم النفس وعلوم التربية - جامعة وهران.
- رمضان زغوط، عبد الكريم قرشي (٢٠١٣). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، العدد الحادي عشر/جوان ٢٠١، جامعة قاصدي مرياح ورقلة - (الجزائر)، ص ص ٢٥١-٢٦٧.
- سلوى سلامة إبراهيم (٢٠٠٥). نوعية الحياة المميزة للمبدعين في الأدب. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

سماح أحمد الديب، أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٦). زملة التعب المزمن وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة القاهرة. **مجلة دراسات نفسية**. مج (١٦)، ع (١).

سهير فهيم غباشي (٢٠٠٩) نوعية الحياة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" بين مخاطر التدهور والتحسين المأمول. **المؤتمر الإقليمي الأول لقسم علم النفس- جامعة القاهرة** ص ص ٣-٢٩.

شعبان جاب الله رضوان (٢٠٠٥). مظاهر التعب النفسي والبدني وعلاقتها بمثيرات المشقة وأسلوب الحياة. **مجلة بحوث كلية الآداب- جامعة المنوفية**. ع (٦٢).

الطاهرة محمود المغربي (٢٠١٠). نوعية الحياة وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة المشكلات لدى عينة من السيدات العاملات المتزوجات. **حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة**. الحولية السادسة، الرسالة (٩).

العارف بالله محمد الغندور (١٩٩٩). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. **المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، كلية الآداب، جامعة عين شمس**.

عائشة السيد رشدي (٢٠٠٥). دراسة فارقة بين فئتي التعب الحاد والمزمن في عدد من المتغيرات الإكلينيكية المرتبطة بالتعب وبعض المتغيرات النفسية (دراسة استكشافية). **المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (١٥)، ع (٤٧)**.

عويد سلطان المشعان، أمثال هادي الحويلة (٢٠٠٩). الفروق بين الجنسين في جوانب الحياة لدى عينات من طلاب جامعة الكويت. **المؤتمر الإقليمي الأول لقسم علم النفس بجامعة القاهرة: نوعية الحياة والتغيرات المجتمعية: ٧٧٧-٧٧٩**.

محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١٠). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية-جامعة كفر الشيخ.
منار محمد عكاشة (٢٠١٥). المساندة الاجتماعية واستراتيجيات التعايش كمتغيرات منبئة بنوعية الحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً كلياً والمبصرين. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

هبة جمال الدين (١٩٩١). مؤشرات نوعية الحياة بين البعد الموضوعي والبعد الذاتي. *المجلة الاجتماعية القومية*. المجلد (٢٨)، ع(٣)، القاهرة.
هناء محمد الجوهري (١٩٩٤). المتغيرات الاجتماعية الثقافية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات، دراسة ميدانية على عينة من الأسر بمدينة القاهرة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

Allen,P.R.(2008). Chronic fatigue syndrome:Implications for Women and their Health Care Providers during the Child Bearing Years. *Journal of Midwifery&Women's Health*. 53(4): 289-301.

Anderson,J.S.&Ferrans, C.E.(1997).The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. *J Nerv Ment Dis*.185(6):359-67.

Balachander,S.,Rao,P.,Sarkar,S.&Singh,S.m.(2016). Chronic fatigue syndrome: A review. *Medical Journal of Dr.Y. Patil University*. 7(4):415-422.

Bansal,A.(2016). Investigating unexplained fatigue in general practice with a particular focus on CFS/ME.*Family Practice (BMC)*. 17-81.

Barcaccia,B.,Esposito,G.,Matarese,M.,Bertolaso,M.,Elvira,M.&Grazia .,M.(2013).Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase?. *Europe's journal of psyhology* vol (9) n1.

Beard,G.(1869). "Neurasthenia, or nervous xhaustion". *The Boston Medical and Surgical Journal*. 217-221.

Bernstein,D.(2003). Health related quality of life and hepatitis C. Available in <http://www.hcvadvocate.org/hesp/articles/hBe>

rnstein-2htm.

- Boland, M, Daly,L.,&Staines,A. (2009). Self-rated health and quality of life in adults attending regional disability services in Ireland. *Disability and Health Journal.* 2: 95-103.
- Caballero,F.,Miret,M.,Power,M.,Chatterji,S.,Tobiasz.,B.,Koskinen,S.,Leonardi,M.,Olaya,B.,Maria,J.& Ayuso,J.(2013) Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: *WHOQOL-AGE.Health and Quality of Life.* 11:177
- Capuron, L., Welberg, L., Heim, C., Wagner, D., Solomon, L., Papanicolaou, D. & Reeves, W.(2006). Cognitive dysfunction relates to subjective report of mental fatigue in patients with chronic fatigue syndrome. *Neuropharmacology.* 31: 1777-1784.
- Carcione,J.(2016).Clinical features, diagnosis and treatment of cfs. *MedicineNet.com.*
- Caseras,X.,Mataix-Cols, D.,Rimes, K.A.,Giampietro, V.,Brammer, M., Zelaya, F., Chalder, T.&godfrey, E.(2008). The neural correlates of fatigue: an exploratory imaginal fatigue provocation study in chronic fatigue syndrome. *Psychol Med.* 38: 941–951.
- Center of Disease Control and Prevention. (2015). Chronic fatigue syndrome Toolkit for Health Care Professionals *Atlanta,GA: Department of Health and Human Services).*
- Center of Disease Control and Prevention.(2012). Chronic fatigue syndrome definition. (<http://www.cdc.gov/cfs/case-definition>).
- Centers for disease control and prevention (2013). Who's at risk? (<https://www.cdc.gov/cfs/causes/risk-groups.html>).
- Claypoole,K.,Noonan,C.,Mahurin,R.,Goldberg,J.,Erickson,T.&Buchwald, D.(2007). A twin study of cognitive function in chronic fatigue syndrome: The effects of sudden illness onset. *Neuropsychology.*21:507-513.
- Collier,J.M.(2002).Predictors of quality of life and adjustment to chronic fatigue syndrome. *Dissertation Abstracts International, Section B:The Sciences and Engineering,* vol.62(10-B)4776.
- Cunha,B,(2016).Chronic Fatigue Syndrome. (<http://emedicine.medscape.com>)

- Daly, E., Komaroff, A., Bloomingdale, K., Wilson, S. & Albert, M. (2001). Neuropsychological function in patients with chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis, and depression. *Applied Neuropsychology*. 8:12-22.
- Decety, J. & Jackson, P. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. 3(2):71-100.
- Delacruz, M., Lai, Z., Goodrich, D. & Kilbourne, A. (2013). Gender differences in health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Archives of Women's Mental Health*. 16:317-323.
- Dellwo, A. (2016). Chronic Fatigue: Symptom vs. Disease. <http://www.Very Well.com>
- Dellwo, A. (2016). Serotonin in fibromyalgia & chronic fatigue syndrome. (Dysregulation, symptoms, treatment options). <http://www.Very Well.com/>
- Demerouti, E., Bakker, A., de Jonge J, Janssen, P. & Schaufeli, W. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health*. 27(4):279-286.
- Dickson, A., Toft, A. & O'Carroll, R. (2009). Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in chronic fatigue syndrome, autoimmune disease and healthy participants. *Psychological Medicine*. 39:1567-1576.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*. 40 (1-2), 189-216.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*. (68):653-663.
- Faro, M., Francas, N., Marrero, J., Alista, L., Sevilla, T. & Alegre, J., (2016). Gender difference in chronic fatigue syndrome. *Reumatol Clin*. 12(2):72-7.
- Fischer, D., William, A., Strauss, A., Unger, E., Jason, L. & Marshall, G., (2014). Chronic Fatigue Syndrome: The Current Status and Future Potentials of Emerging Biomarkers. *Fatigue*. 1; 2(2): 93-109.

- Friedberg, F. (1999). Chronic Fatigue Syndrome: A New Clinical Application. **Professional Psychology: Research & Practice**. 27(5):487-494.
- Garralda, M. E. & Chalder, T. (2005). Practitioner Review: chronic fatigue syndrome in childhood, *Journal of child psychology & psychiatry*. (46):1143-1151.
- Guus, L., Heck, V. & Vries, J. (2002). Quality of life of patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*. Vol(10), Issue(1): 17-35.
- Harrington, M. E. (2012). Neurobiological studies of fatigue. *Prog Neurobiol*. 99(2):93-105.
- Hutchinson, T. A. (2011). **Whole Person Care: A New Paradigm for the 21st Century**. Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
- Iwasawa, M., Okajima, S., Takahashi, R., Mogami, T., Kusaka, N., Kuratsune, H., Takeda, M. & Shimizu, U. (2008). *Psychiatric assessment and treatment for chronic fatigue syndrome in Japan*. In: Watanabe, Y., Evengard, B., Natelson, B., Jason, L., Kuratsune, H., (Eds). *Fatigue science for human health*. Library of Congress Control, Japan.
- Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, A., Kato, S., Wakai, S. & Kurita, H. (2006). Mental health, quality of life, and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparison between an urban slum and a non-slum area. *Social Science & Medicine*. Vol(63), (6): 1477-1488.
- Jameson, D. (2016). Persistent burnout theory of chronic fatigue syndrome. *Neuroscience & Medicine*. 7:66-73.
- Jason, L., Barker, K. & Brown, A. (2012). Pediatric myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Rev Health Care*. 1; 3(4): 257-270.
- Jason, L., Jessen, T., Porter, N., Boulton, A., Njoku, M., & Friedberg, F. (2009). Examining types of fatigue among individuals with ME/CFS. *Journal Disability Studies Quarterly*. Vol(29), N(3).
- Jason, L., Katz, B., Shiraishi, Y., Mears, C., Im, Y. & Taylor, R. (2014). Predictors of Post-Infectious Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents. *Health Psycho Behav Med*. 2(1):41-51.
- Jason, L., Leonard, A., Richman, J., Judith, A., Friedberg, F., Fred; Wanger; Lynne; Taylor; Renee; Jordan & Karen, M. (1997). *Politics, Science and the Emergency of a New Disease: The Case of*

- Chronic Fatigue Syndrome. *American Psychologist*. 52 (9): 973-983.
- Jason,L.,Sorenson,M.,Porter,N.&Belkairous,N.(2011). An etiological model for myalgicencephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Neurosci.Med.*(2):14-27.
- Jonsjö,M.A.,Wicksell,R.K.,Holmström,L.,Andreasson,A.,Ljungar,I.B. & Olsson, G.L.(2016). Identifying symptom subgroups in patients with ME/CFS – relationships to functioning and quality of life. *Journal Fatigue:Biomedicine,Health & Behavior*. Vol(5),Issue(1):33-42.
- Kamelia,H.,Rebecca,B.,Hazel,C.,Vanessa,M.,Anilena,M.&Alison,W.(2016). Distress in significant others of patients chronic fatigue syndrome. A systematic review of the literature. *British Journal of Health Psychology*. 21(4):881-893.
- Karo,L.&Eurek.A.(2008).Sex differences in brain's serotonin system. *The Global Source for science News, (AAAS)*.
- Kirchengast,S.&Haslinger,B.(2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy age and old age Austrians: Cross-Sectional analysis. *Gen Med*. 5(3):270-8.
- Lawn,T.,Kumar,P.,Knight,B.,Sharpe,M.&While,D.,(2010).Psychiatric misdiagnoses in patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*.1-28.
- Leff,J.(2006).Whose life is it anyway? Quality of life for long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. H.Katsching,H.Freeman&N.Sartorius (Eds.),*Quality of life in mental disorders* (2nd ed). Pp.71-83. Hoboken,NJ:John Wiley&Sons Ltd.
- Lehman,A.,Lehman,D.,Hemphill,K.,Mandel,D.,&Cooper,L.(2002).Illness experience, depression, and anxiety in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*.(52):461-465.
- Lowry,T.,&Pakenham,K.I., (2008). Health-related quality of life in chronic fatigue syndrome:Predictors of physical functioning and psychological distress. *Psychology,Health&Medicine*, 13(2):222-238.
- Majer,M.,Wellberg,L.A.,Capuron,L.,Miller,A.H.,Pagnoni,G.&Reeves,W.C.(2008). Neuropsychological performance in persons with chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. *Psychosom Med*. 70:829-36.

- Mayo Clinic Staff (2014). Chronic fatigue syndrome. (<http://www.mayoclinic.org/diseases-condition/chronic-fatigue-syndrome/definition/con-20022009>).
- Meeuwesen, L., Bensing, J. & Brinkmuinen, V. (2002). Communicating Fatigue General Practice and the Role of Gender. *Patient Education & Counseling*. 48,3.
- Megar, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychol. Res.* 24,1(3):eb27.
- Michiels, V. & Cluydts, R. (2001). Neuropsychological functioning in chronic fatigue syndrome: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 103:84-93.
- Michielsen, H., Vries, J., Heck, G., Van, F. & Sitsma, K., (2004). Examination of the Dimensionality of Fatigue: The Construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*. Vol(20), (1): 39-48.
- Mizuno, K. & Watanabe, Y. (2013). Neurocognitive impairment in childhood chronic fatigue syndrome. *Front Physiol.* 17, 4: 87.
- National Academy of Sciences (2015). Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: *Redefining an Illness*.
- Neusa, S., Felipe, B. & Marcelo, P. (2014). Gender differences in perception quality of life in adults with and without chronic health conditions: The role of depressive symptoms. *J Health Psychol.* 19(6): 721-729.
- Nunez, M., Nunez, E., Del-Val, J., Fernandez, J., Alegre, C., Bonet, M., Roig, Gomez, E., Godas, T. & Sola, J. (2007). Health-Related Quality of Life in Chronic Fatigue Syndrome versus Rheumatoid Arthritis as Control Group. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*. Vol(14), N(2):31-43.
- Orfilaa, F., Ferrera, M., Lamarcaa, R., Tebeb, C., Domingo, S. & Alonsoa, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*. 36(9): 2367-2380.
- Ostlund, G. (2014). Comparison of quality of life in patients with post-polio syndrome and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome with Swedish norm. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 57, e99.

- Perez,P.S.,Eiroa-Orosa, F.,Rodriguez., A.& Qureshi. (2014). Neuropsychological in female patients with chronic fatigue syndrome:A Preliminary study.*Applied Neuropsychology: Adult.*(21): 120-127.
- Pinky,T.,B.,(2007). *Determinants of quality of life in Chinese elderly women living alone in Hong Kong*, Dissertation, Hong Kong Baptist University.
- Poppe,C.,Crombez,G.,Hanouille,I.,Vogelaers,D.& Petrovie,M.(2012). Mental quality of life in chronic fatigue is associated with an accommodative coping style and neuroticism. A path analysis. *Qual Life Res.* 21(8):1337-1345.
- Prins,J.,Bos, Huibers,M.,Servaes,P.,Werf,S.,Van de Meer, J., Bleijenbergh,G.(2004). Social support and the persistence of complaints in chronic fatigue syndrome. *Psychother Psychosom.* Vol 73,(3):174-82.
- Pukeliene,V.& Starkauskiene,V.(2011).Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*, 22(2), 147-156.
- Rakiba,A.,White,P.,Pinching,A.,Hedge,B.,Newbery,n.,Fakhoury,W.& Priebe, S.(2005). Subjective quality of life in patients with chronic fatigue syndrome. *Qual Life Res.* 14(1):11-9.
- Rehse,B.,Pukrop,R.(2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients:Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50, 179-186.
- Rusu,C.,Gee,M.&Lagace,c.&Parlor.(2015) Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in Canada: prevalence and associations with six health status indicators.*Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 35(1):3-11.
- Schweitzer,R.,Kelly,B.,Foran,A.,Terry,D.&Whiting,J.(1995). Quality of life in chronic fatigue syndrome. *Soc. Sci.Med*, 41-10:1367-72.
- Snell,C.R.,Stevevs,S.R.&Vanness,J.M.(2001). Chronic fatigue syndrome,ampligen and quality of life. *Journal of chronic fatigue syndrome.* 8(3-4):117-151.
- Son,S.(2009). A study on health status and health related quality of life by job characteristics in Korean adult women. *Korean J Occup Health Nurs.* 18: 33-43.

- Tuck,I.&Wallace,D.(2000). Chronic fatigue syndrome: A women dilemma. *Health care for women International*. 21(5).
- Tuck,I., Wallace,D., Casalnuova,G.& May,B.(2000).Psychosocial responses of sufferers of chronic fatigue syndrome. *Journal of chronic fatigue syndrome*. Vol(7),Issue(3):49-63.
- Vallerand,A.,Breekrnridge,D.&Hodgson,N.(1998). The IQOL Theory: An integrative theory of the Global quality of life concept. *The Scientific World Journal*. 3:1030-1040.
- Ventegodt,S.,Merrick,J.&Andersen,N.(2003). Quality of life. The IQOL theory: An integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific World Journal*,3:1030-1040.
- Vromans,D.,Smeets,R.,Rijnders,L.,Gorrissen,R.,Pont,M.,Koke,A.,Hitters,M.,Evers,S.&Knottnerus,A.(2012).Cognitive behavioral therapy versus multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic fatigue syndrome: study protocol for a randomised controlled trial (FatiGo). *Trials*;13:71.
- Wagner,D.,Nisenbaum,R.,Heim,C.,Jones,J.,Unger,E.&Reeves,W.(2005).Psychometric properties of the CDC Symptom Inventory for assessment of Chronic Fatigue Syndrome. *Popul Health Metr*.3:8.
- Wedro,B.(2015). Chronic fatigue syndrome. *MedicineNet.com*
- Won Noh,J., Kim,J.,Park,J.,jung Kim,H.&Dae Kwon,Y.(2015). Gender Difference in Relationship between Health-Related Quality of Life and Work Status. *journalpone*. 0143579; 10(12).
- World Health Organization (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: *World Health Organization*.
- Wyller,V.,Eriksen,H.&Malterud.(2009). Can sustained arousal explain the chronic fatigue syndrome. *Behavioral and brain functions*.5(10):1-10.