



قوائم المحتويات متاحة على ASJP المنصة الجزائرية للمجلات العلمية
الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية
الصفحة الرئيسية للمجلة: www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/552



جودة الحياة و مركز ضبط الألم لدى مرضى الفيبروميالجي (دراسة ميدانية تبعا لبعض المتغيرات)

Quality of life and pain locus of control in patients with fibromyalgia (Field study depending on some variables)

أمينة تازي^{1*} ، أحمد فاضلي²

¹ مخبر الطفولة و التربية ما قبل التمدرس، جامعة لونيبي علي البلدية 02 - الجزائر.

² جامعة لونيبي علي البلدية 02 - الجزائر.

Key words:

*quality of life,
pain locus of control,
fibromyalgia.*

Abstract

The aims of this article are based on fibromyalgia focusing on two variables: the pain locus of control, and the quality of life of patients, to determine the quality of life and pain locus of control. in the sample and whether there are differences by age, gender and education level, a sample of 47 fibromyalgia patients using painlocus of control measurement, and quality of life measurement. The study showed that patients had the greatest chance at the level of pain locus of control measurement, and that the quality of life was low. Sample, such as that there were no significant differences due to age, gender and education variables, whether in quality of life, or the dimensions of pain locus of control in the patients sample of the study.

ملخص

معلومات المقال

تاريخ المقال:

الإرسال: 2020/03/19

القبول: 2020/05/18

الكلمات المفتاحية:

جودة الحياة،
مركز ضبط الألم،
الفيبروميالجي.

هدفت الورقة البحثية الحالية إلى تسليط الضوء على مرض الفيبروميالجي، بالاهتمام بمتغيرين هما مركز ضبط الألم وجودة الحياة لدى المرضى، لمعرفة مستوى جودة الحياة ونوع مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة، وهل هناك فروق تُعزى لمتغيرات السن و الجنس والمستوى التعليمي، في كل من مركز ضبط الألم وجودة الحياة، في دراسة ميدانية على عينة تتكون من 47 مريض فيبروميالجي، بتطبيق مقياس مركز ضبط الألم، ومقياس جودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى أن بُعد الحظ كان الأعلى على مقياس مركز ضبط ألم، وكانت درجات جودة الحياة منخفضة على المقياس لدى أفراد العينة ، كما أنه لم تكن هناك فروق دالة تُعزى لمتغيرات السن و الجنس والمستوى التعليمي سواء في درجات جودة الحياة، أو أبعاد مركز ضبط الألم لدى أفراد عينة الدراسة.

الإشكالية

إلى درجة اعتقاد الأفراد بالتحكم في الألم الذي يختبرونه. ويشمل مركز ضبط الألم بعدين أساسيين: البعد الداخلي، والبعد الخارجي الذي نجد فيه بعد ذوي النفوذ، وبعد الحظ. ويعد مرض الفيبروميالجي ذو خصوصية متميزة لما يتميز به من صعوبة التشخيص وعدم اكتشاف أسباب واضحة للإصابة بآلام المرض، ما يزيد من تعقيدات المرض على حياة المريض وعلى مجالاته الصحية والاجتماعية العلائقية وكذلك المهنية لتجتمع تحت اطار تأثر نوعية حياة المريض عامة والتي هي في الأساس وحسب عديد الدراسات متأثرة سلباً، حيث تبين من 37 دراسة على حالات مصاحبة بالفيبروميالجي حول قياس الحالة الصحية باستعمال مقاييس لنوعية الحياة أن مجموعات الفيبروميالجي كانت أكثر ضعفاً من الأفراد الآخرين في المجالات الثمانية لنوعية الحياة، وكانت الحالة الصحية الجسدية والنفسية مقارنة مع الذين يعانون التهاب المفاصل الروماتويدي، وهشاشة العظام، الذئبة، متلازمة الألم، أقل أو أفقر بكثير. كما سجلت درجات أكثر ضعفاً في المجال الجسدي من المجال النفسي، كما وجدت إحدى الدراسات على 43 مريض فيبروميالجي درجة جودة الحياة متدهورة في الجانب البدني، والوظيفية البدنية بدرجة متوسطة، أما الوظيفة الاجتماعية والصحة النفسية، فقد كانت جيدة وكذلك بدرجة أكبر الدور الانفعالي (D.Hoffman, E.M.Dukes, 2008). وفي دراسة قام بها (سفينازاتاوقلي وآخرون) تهدف إلى تقييم ومقارنة نوعية حياة 59 مريض فيبروميالجي بمجموعة من 165 مريض هشاشة العظام و 57 التهاب المفاصل الروماتويدي، بتطبيق مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية حيث كانت أكثرية الحالات هم نساء ومدة الإصابة بين 3.6+4 سنوات. توصلت الدراسة إلى أن جودة حياة المجموعات كانت متدنية، وكان البعد النفسي والجسدي أكثر الأبعاد انخفاضاً لدى مرضى الفيبروميالجي، كما أن هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين الجنس وبعض أبعاد مقياس جودة الحياة، حيث كانت درجات الذكور أعلى بكثير من الإناث أي أن الإناث لديهن نوعية حياة منخفضة مقارنة بالذكور، كما توصلت الدراسة إلى أن للمستوى التعليمي تأثير إيجابي على جودة حياة المرضى، حيث أن المستوى التعليمي العالي يعزز جودة الحياة لدى المرضى، أيضاً توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة سلبية كبيرة بين السن ونتائج مقياس جودة الحياة حيث أن التقدم في السن يقلل من درجات جودة الحياة، (Ataoglu, Ankarali, Ankarali, & Olmez, 2018). كما تؤكد نتائج دراسة بوركاهارت وآخرون على جودة حياة لدى نساء مصابات بالفيبروميالجي والتي كانت منخفضة في جميع مجالات مقياس جودة الحياة SF-36 في حين أوضحت دراسة شملت 31 مريض فيبروميالجي (03 رجال، 28 امرأة) بين (20-65 سنة) لمعرفة جودة الحياة لديهم تبعاً لتغير السن والجنس، بتطبيق مقياس لنوعية الحياة، كانت درجات نوعية الحياة منخفضة في كل المجالات، كما كانت جودة الحياة

يُصنف مرض الفيبروميالجي أو ما يُسمى في أحيان عديدة بمتلازمة الآلام المتعددة مجهولة السبب (Syndrome: Polyalgique Idiopathique Diffus «SPID» ضمن الأمراض الروماتيزمية الغير المحددة والذي يُعد أكثر الأمراض انتشاراً وحدة في سلم الأمراض الروماتيزمية الغير المفصلية (OMS, 1992, p. p59). يعد التشخيص النهائي للمرض من أصعب مراحل المرض والذي غالباً يكون تشخيصه هو غياب علامات في صور الأشعة أو علامات بيولوجية غير عادية للحالات المرضية (Alexanda & Daniel, 2009, p. p02) وازالة احتمالية الأمراض الأخرى المشابهة من قبيل التهاب المفاصل الروماتويدي و التهاب المفاصل المتعدد وهشاشة العظام والذئبة (le lupus érythémateux) والتهاب الأوتار العضلية، والذي يُعد حسب الجمعية الأمريكية للأمراض الروماتيزمية (ARA) ثالث مرض روماتزمي شيوفاً بعد التهاب المفاصل الروماتويدي وهشاشة العظام (Wang, et al., 2014, p. p382).

يتميز المرض بانتشار آلام لأكثر من ثلاثة أشهر في إحدى عشر (11) نقطة ألم على الأقل من أصل ثمانية عشر (18) نقطة موزعة في مناطق متفرقة في الجسم، يحدث الضرر عند الضغط عليها (medlineplus.gov/fibromyalgia.htm). إضافة إلى أمراض نفسية شائعة مصاحبة له مثل التعب المزمن، واضطرابات النوم، ويشترك المرضى في عرض التعب صباحي من 55% إلى 100% من الحالات، أما اضطرابات النوم فتتمثل ما نسبته 85% إلى 90% من الحالات (Autard- Barry, 2008)، وتظهر أغلب الدراسات الخاصة باضطرابات النوم لدى مرضى الفيبروميالجي حالة غير طبيعية من الموجات حيث لوحظ اختلاط موجات الفا مع موجات دلتا والتي تسبب فرط الحركة أثناء النوم، فيعتبر النوم في هذه الحالة لا يقوم بالوظيفة التصحيحية له (Pupat, 2007) إضافة إلى آلام الرأس والشقيقة من 40% إلى 50% عند الحالات المصابة بالفيبروميالجي (Autard-Barry, 2008, p. p03). كما نجد الاكتئاب عند حالات الفيبروميالجي والأمراض المؤلمة المزمنة أكثر انتشاراً من الحالات المرضية الأخرى وهو بنسبة 42% لدى المصابين بالفيبروميالجي مقابل 19% في حالات الأمراض المؤلمة المزمنة (Fontaine, 2015, p. p09) إضافة إلى ذلك فإن الأعراض تختلف حدتها وتواجدها من حالة إلى أخرى، ما يجعل بذلك جودة حياة المرضى تتباين (rapport d'orientation, Juillet 2010) حسب ما سبق من اختلافات. كما يمكن اعتبار الفيبروميالجي اضطراب إدراك الألم بالاشتراك مع محفزات أخرى عامة والتي لا تسبب الألم في الحالات الطبيعية (Thomas Hadjistavropoulos, 2004) باختلاف الأفراد في ادراكاتهم وتصوراتهم للألم وتفسيراتهم له تسهم بدرجة مرتفعة في درجات الألم المسجلة لدى مرضى الفيبروميالجي، علماً وأن هذه التصورات والتوقعات تشكل الصورة الكاملة لمصدر ضبط المرضى للألم والذي يشير إلى المعتقدات التي تتعلق بالسيطرة على الألم وتدبره. أي

فقد صغنا فرضيات من أجل الوصول الى الاجابة على التساؤلات كما يلي :

1- لدى افراد عينت الدراسة نوعية حياة منخفضة على مقياس جودة الحياة .

2- هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي.

3- يتميز أفراد عينة الدراسة بمركز ضبط ألم داخلي أعلى على مقياس مركز ضبط الألم.

4- هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي.

3- أهمية وأهداف الدراسة : تكمن أهمية الدراسة في الاهتمام بمرضى الفيبروميالجي، الذي يُعد مجال البحث فيه قليل جداً في البيئة العربية والمحلية، في حدود بحثنا ، وذلك من خلال:

1- فهم المجالات الحياتية المختلفة للمرضى، الذي يسمح لنا بالتعرف على متغير جودة الحياة لديهم، و الذي قد يساعد على التكفل الأحسن بالفئة المعنية واقتراح برامج علاجية لهم فيما بعد.

2- الاهتمام بمتغير مركز ضبط الألم يسهم في زيادة القدرة على التعامل بنجاح مع الألم المزمن من خلال الشعور المتزايد بضبط المريض للألم.

3- اضافة علمية من خلال الدراسة العلمية الحالية تسهم بفتح دراسات متلاحقة حول المرض، ومرضى الفيبروميالجي. و عليه ومن خلال ما سبق فقد حددنا أهداف الدراسة الحالية بما يلي :

1- التعرف على مستوى جودة حياة مرضى الفيبروميالجي.

2- معرفة الفروق في مقياس جودة حياة المرضى تعزى لمتغير الجنس و السن و المستوى التعليمي.

3- التعرف على نوع مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة.

4- معرفة الفروق في مقياس مركز ضبط الألم تبعاً لمتغير الجنس و السن و المستوى التعليمي.

4- تحديد المفاهيم

1- جودة الحياة

التعريف الاصطلاحي: هي مدى تمتع الشخص بالإمكانات المهمة في حياته (Hancock, 2000)

التعريف الاجرائي: هي تقييم ذاتي شامل لمستويات الحياة المختلفة والاستغلال الفعلي لها.

2- مركز ضبط الألم

التعريف الاصطلاحي: هو مجموعة من الاعتقادات الداخلية أو الخارجية، العامة، المتجانسة و الثابتة نسبياً، تفصل بين

الجسدية أقل من النفسية رغم انخفاض في درجات كليهما (DDivener, 2015). وبذلك نجد أن الدراسات المختلفة قد

انفقت نتائجها على تدني مستوى جودة الحياة رغم اختلاف العينات ، غير أنها تشترك في المرض نفسه و الألم نفسه بالرغم

من اختلاف الأفراد في تقييماتهم و تفسيراتهم للألم و الذي له تأثير في تباين مركز ضبطهم له بين أبعاده المختلفة، ففي

دراسة كان من بين أهدافها معرفة مركز ضبط الألم و علاقته بمتغيري الجنس و السن لدى 31 مريض فيبروميالجي

باستخدام مقياس مركز الضبط ، أظهرت النتائج أن مرضى الفيبروميالجي كانوا أكثر توجها لمركز الضبط الخارجي ،

كما أنه لم تكن هناك علاقة بين متغيرات الدراسة المتمثلة في السن و الجنس (Marianne & fannie, 1996)، و تدعم

دراسة (Morales, Mina, Davin, et Gota, 2015) على 56 مريض فيبروميالجي كذلك بمتوسط عمر 48 سنة من أجل

برنامج علاجي متعدد التخصصات وتأثيرها على متغيرات من بينها مركز الضبط ، وُجد قبل التدخل أن الحالات لهم

مركز ضبط خارجي مُرتفع في بعده الحظ و تأثير الآخرين و الأطباء (A. Morales, Davin, & Gota, 2015). وفي نفس

سياق المرض فقد وجدت دراسة بيوتن و اخرون (Beateon (De ,et autre, 2000 على 68 شخص مصاب بالألم مُزمنة

غير سرطانية ، من كبار السن ، باستعمال مقياس الصحة متعدد الأبعاد (الشكل ج) الخاص بمركز ضبط الألم أن

هناك ارتفاع في بُعد الحظ و الأطباء و موظفي الصحة ، و انخفاض على البعد الداخلي و بُعد الأشخاص لمركز الضبط.

(Aroujo, Débora M.F, Rosana F, & Leani S.M, 2010) (و على العكس فإن النتائج التي توصلت اليها دراسة مارين و

ليسلياتي كان الهدف منها معرفة مركز ضبط الألم لدى مرضى الآلام المزمنة منهم مرضى الأمراض الروماتيزمية و

الهيكل العظمي ، التهاب العصب و الألم العصبي ، بعد تطبيق مقياس مركز الضبط، كانت معاكسة، حيث وُجد أن أغلب

مرضى الآلام المزمنة كان لهم ضبط داخلي ، كما أنه و فيما عدا السن ، لم تكن هناك علاقة بين مركز الضبط و المستوى

التعليمي و الجنس. (Marianne Gustafsson, 1996)، و عليه و بعد هذه الدراسات التي تطرقت الى موضوع دراستنا الحالية

و التي نسعى بدورنا إلى الإجابة على التساؤلات التالية :

1- ما مستوى جودة الحياة لدى افراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة ؟

2- هل هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي؟

3- ما نوع مركز ضبط الألم لدى افراد عينة الدراسة على مقياس مركز ضبط الألم ؟

4- هل هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي؟

6- أدوات الدراسة: استعملنا من أجل الإجابة على تساؤلات الدراسة مقياسين هما :

1.6 مقياس جودة الحياة : المأخوذ من نظام FACIT الأوروبي و هو مقياس خاص بالتقييم الوظيفي لعلاج الأمراض المزمنة (Functional Assessment of Chronic illness Therapy)، و هو مُعد لاستخدامه لقياس جودة حياة مرضى الأمراض المزمنة، يشمل المقياس أربعة أبعاد تحتوي على بنود كما يلي :

1- بعد الكفاءة البدنية: يحتوي على 07 بنود .

2- بعد الكفاءة الانفعالية: يحتوي على 06 بنود.

3- بعد الكفاءة العائلية و الاجتماعية: يحتوي على 07 بنود.

4- بعد الكفاءة الوظيفية: يحتوي كذلك على 07 بنود.

يُقيَّم المقياس حسب سلم ليكارت و ينقط من 0 الى 04 للعبارات السلبية ، و 4 الى 0 للعبارات الايجابية. تعتبر جودة الحياة مرتفعة كلما كانت الدرجة مرتفعة.

تم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس من ثبات و صدق، و كان ثبات درجات مقياس نوعية الحياة مرتفع، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق، ما يسمح بالاعتماد عليه في الدراسة و هو ما يبينه الجدول رقم (04)

الجدول رقم (04): قيم معاملات الثبات - جاتمان و ألفا (α) لكرونيباخ لدرجات مقياس نوعية الحياة وأبعاده

مقياس نوعية الحياة وأبعاده	عدد البنود	معامل جاتمان	معامل ألفا (α)
الجسدي	07	0.74	0.78
العائلي	07	0.90	0.87
الانفعالي	06	0.80	0.73
الوظيفي	07	0.63	0.73
الدرجة الكلية	27	0.78	0.76

كما يمثل الجدول رقم (05) اتساق البنود مع الأبعاد التي تنتمي إليها في قياس نوعية الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، حيث كانت درجات المقياس صادقة وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائج هذه الدراسة.

الأفراد في إدراكهم للأحداث و الوقائع و توجه سلوكياتهم (الزروق، 2015، صفحة 13)

التعريف الاجرائي: هو تصور و إدراك الفرد حول المصدر الذي يُحدد آلامه ، والذي يكون اما داخلي المصدر أو خارجي يعود الى الحظ و القدر أو أشخاص آخرين غير الشخص نفسه

3- الفيبروميالجي

هو متلازمة الألم العضلي المزمن غير معروف الأسباب ، يتميز بانتشار الآلام على نطاق واسع لأكثر من ثلاث أشهر ، يمس ما لا يقل عن 11 موقع أو نقطة مؤلمة من أصل 18 نقطة مؤلمة ، له أعراض أخرى كالتعب، اضطرابات النوم، مشاكل نفسية-عصبية (C.Divener, 2015)

5- إجراءات الدراسة

1- منهج الدراسة : من أجل التوصل الى اجابات لتساؤلات الدراسة فقد انتهجنا المنهج الوصفي المناسب لطبيعة الدراسة و أهدافها.

2- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 47 مريض فيبروميالجي تتراوح أعمارهم بين 24 و 56 سنة ، منهم 04 ذكور و 43 اناث ، من مستويات تعليمية مختلفة كانت بين المستوى الابتدائي، المتوسط، الثانوي و الجامعي. و نُمثل خصائص العينة في الجداول التالية حسب متغيرات الدراسة و نسبها المئوية كما يلي:

الجدول 01 : توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية	المجموع
ذكر	04	8.51	47
أنثى	43	91.48	

الجدول 02: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية	المجموع
ابتدائي	01	2.12	47
متوسط	03	6.38	
ثانوي	06	12.76	
جامعي	37	78.72	

الجدول 03: توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	العدد	النسبة المئوية	المجموع
من 24 الى 34 سنة	11	23.40	47
من 35 الى 45 سنة	30	63.82	
من 46 الى 56 سنة	06	12.76	

وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس حيث كانت قيمة معامل ألفا لمعرفة درجة ثبات مقياس ضبط الألم الكلية قد بلغت: 0.84، وهي درجة مرتفعة، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق، وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في هذه الدراسة، حيث يوضح الجدول رقم (06) خصائص ثبات المقياس

الجدول رقم(06): قيم معاملات الثبات - جاتمان وألفا (α) لكرونيخ لدرجات مقياس ضبط الألم وأبعاده

مقياس ضبط الألم وأبعاده	عدد البنود	معامل جاتمان	معامل ألفا (α)
الداخلي	06	0.74	0.80
الحظ	06	0.80	0.70
ذوي النفوذ	الأطباء	03	0.82
	الأشخاص الآخرون	03	0.55
	الدرجة الكلية	18	0.82

كما تم التأكد من صدق مقياس ضبط الألم في الدراسة الحالية باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، واعتمدنا على هذا النوع من الصدق في الدراسة الحالية من خلال حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والبنود التي تنتمي لها والتي جاءت كلها دالة كما هو موضح في الجدول رقم(07) ما يسمح بالاعتماد على نتائجه في هذه الدراسة

الجدول رقم(07) قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس ضبط الألم وبنودها

الداخلي	أرقام البنود	الارتباط	أرقام البنود	الأشخاص الآخرون		الحظ	ذوي النفوذ
				أرقام البنود	الارتباط		
01	066**	02	046**	03	090**	07	078**
06	083**	04	048**	05	086**	10	071**
08	079**	09	082**	14	081**	18	069**
12	079**	11	068**	14	081**	18	069**
13	065**	15	059**	14	081**	18	069**
17	054**	16	071**	14	081**	18	069**

** دال عند مستوى 0.01

7- عرض و تحليل و تفسير النتائج

1.7: عرض و تحليل و تفسير الفرضية الأولى : و التي تنص على أن جودة حياة مرضى الفيبروميالجي منخفضة و للتحقق من الفرضية قمنا باستخدام اختبار -ت- لعينة واحدة من أجل المقارنة بين متوسط درجات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة والمتوسط الافتراضي الناتج عن

الجدول رقم(05) قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس نوعية الحياة وبنودها

الوظيفية	أرقام البنود	الانفعالية		العائلية والاجتماعية		الجسدية	
		الارتباط	أرقام البنود	الارتباط	أرقام البنود	الارتباط	أرقام البنود
	21	0.63**	15	0.69**	08	0.72**	01
	22	0.47**	16	0.85**	09	0.40**	02
	23	0.68**	17	0.74**	10	0.71**	03
	24	0.78**	18	0.77**	11	0.79**	04
	25	0.59**	19	0.84**	12	0.46**	05
	26			0.81**	13	0.87**	06
	27	0.78**	20	0.50**	14	0.70**	07

2.6 مقياس مركز ضبط الألم : المأخوذ من مقياس

مصدر اضبط الصحة المتعدد الأبعاد لوالستون ، حيث استعملنا الشكل (C) ، الخاص بالألم و الموجه للحالات المرضية، يُنقط المقياس من 5 الى 1 على سلم ليكارت (موافق تماما - موافق - غير مُتأكد-غير مُوافق - غير مُوافق تماما) تدل الدرجة المرتفع على ميل الى مصدر ضبط ألم خارجي ، يتكون المقياس من 18 بندا، وله ثلاثة أبعاد أساسية يحتوي كل بعد على ستة بنود باستثناء بعد ذوي النفوذ الذي ينقسم إلى بعدين فرعيين هما: بعد الأطباء، بعد الأشخاص الآخرين

1- البُعد الأول: البعد الداخلي ويشمل 06 بنود.

2- البُعد الثاني: بعد الحظ، ويشمل 06 بنود.

3- البُعد الثالث: بُعد ذوي النفوذ: و فيه:

1-3 بعد الأطباء : يشمل 03 بنود

2-3 بعد الأشخاص الآخرين: ويشمل 03 بنود.

حاصل ضرب عدد بنود المقياس في متوسط درجات بدائله وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (08): نتائج اختبار - ت لعينة واحدة للمقارنة بين متوسط درجات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة والمتوسط الافتراضي

مقياس نوعية الحياة وأبعاده	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الافتراضي	قيمة اختبارات المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الاحصائية
الجسدية	47	10.72	5.17	14	4.34	46	0.01
العائلية والاجتماعية	47	11.04	6.47	14	3.13	46	0.01
الانفعالية	47	11.98	4.98	14	2.78	46	0.01
الوظيفية	47	10.32	4.76	14	5.30	46	0.01
الدرجة الكلية	47	44.06	11.99	54	5.68	46	0.01

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عينة الدراسة قدرت بـ: 47 مشاركاً، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على مقياس نوعية الحياة: 44.06 بانحراف معياري قدره: 11.99، في حين أن المتوسط الافتراضي الناتج عن حاصل ضرب عدد بنود هذا المقياس في متوسط درجات بدائله قد بلغ: 54 وهو أكبر من المتوسط الحسابي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار - ت- المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ: 5.68 بدرجات حرية 46، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

كما نلاحظ من خلال الجدول أن المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس نوعية الحياة الأربعة (الجسدية، العائلية والاجتماعية، الانفعالية، الوظيفية) جاءت كلها أقل من المتوسط الافتراضي وكانت قيم اختبار - ت- الخاصة بها كلها دالة إحصائياً.

وبناءً على هذه القيم يمكننا القول بأن مستوى نوعية الحياة بأبعادها الأربعة (الجسدية، العائلية والاجتماعية، الانفعالية، الوظيفية) لدى أفراد عينة الدراسة منخفض.

2- التفسير: كانت درجات جودة الحياة لدى مرضى الفيبروميالجي في هذه الدراسة منخفضة في أبعاده الأربعة بمتوسط 40.06، خاصةً البعد الوظيفي الذي كان بمتوسط الحسابي 10.32، وهو متقارب مع البعد الجسدي الذي يليه بمتوسط 10.72، لتتوافق نتائجنا مع جل الدراسات التي اهتمت بنوعية حياة مرضى الفيبروميالجي، حيث وجدت دراسة لسراح الرباط و نيرمين محمود وتامر غيتة سنة

2017 على 160 مصاب بالفيبروميالجي سواء كانت مصاحبة مع أمراض روماتيزمية أخرى أو بدون أمراض روماتيزمية مصاحبة، كان الهدف منها قياس نوعية الحياة بتطبيق مقياس نوعية الحياة، وجدت أن درجات نوعية الحياة لدى المرضى كانت منخفضة على المقياس، و بالأخص مرضى الفيبروميالجي الغير مشترك مع أمراض روماتيزمية أخرى (El-Rabbat M, 2017)، كما توصلت إحدى الدراسات على 43 مريض فيبروميالجي درجة نوعية الحياة متدهورة في الجانب الوظيفي خاصة المرونة و الدور الجسدي، يليه الألم الجسدي، أما الوظيفة الاجتماعية، فقد كانت جيدة و كذلك بدرجة أكبر الدور الانفعالي (D.Hoffman .E.M.Dukes, 2008) و توصلت دراسة قام بها فيكتور و آخرون (Victor et autre, 2014) بجنوب اسبانيا على 459 امرأة مصابة بالفيبروميالجي، تم استخدام مجموعة من الأدوات منها مقياس لنوعية الحياة، أظهرت نتائج الدراسة نوعية حياة أسوأ للمرضى، و ان النتائج الجسدية متضررة أكثر خاصة الوظيفة البدنية و محدودية الدور، و هو يتضح في المهام اليومية البسيطة، الاستحمام، النهوض من السرير، المشي... و تؤكد دراسة دي فينر و آخرون (DDivener, 2015) شملت 31 مريض فيبروميالجي منهم 03 رجال، و 28 امرأة بهدف معرفة نوعية الحياة لديهم، و تأثير المرض عليها، بتطبيق مقياس نوعية الحياة حيث شملت متغيرات السن، الجنس، أسفرت النتائج عن نوعية حياة متدنية في كل المجالات، خاصة نوعية الحياة الجسدية، و تعد نتائج الدراسة المتوافقة مع الدراسات السابقة حول مستوى نوعية الحياة المتدنية، نتيجة متوقعة، فبالإضافة إلى إزمان المرض، هناك عامل الألم المستمر في العضلات و التصلب العام لدى الفيبروميالجي، وما يسببه من عجز في القيام بالوظائف المختلفة سواء الحركة، أو الوظيفة داخل المنزل أو في العمل، إضافة إلى الأعراض الأخرى المصاحبة للمرض التي تؤثر كلها على نوعية حياة المرضى سلبياً، خاصة الجانب الجسدي و الوظيفي.

2-7 ثانياً: عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثانية

تنص الفرضية الثانية على أنه: هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً للمتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ذو -ن- اتجاه N- Way Anova من أجل المقارنة بين درجات أفراد العينة في نوعية الحياة باختلاف الجنس و السن و المستوى التعليمي، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (09): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي ذو -ن اتجاه للمقارنة بين متوسطات درجات أفراد العينة في جودة الحياة باختلاف الجنس و السن و المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار المحسوبة	الدلالة الاحصائية
الجنس	233.865	1	233.865	1.526	غير دال
السن	289.415	1	289.415	1.889	غير دال
المستوى الدراسي	164.638	3	54.879	0.358	غير دال
الخطأ	5976.071	39	153.233		
المجموع	97875.000	47			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة اختبار- ف - المحسوبة الخاصة بمتغير الجنس قدرت ب: 1.52 وهي قيمة غير دالة احصائياً، في حين أن قيمة اختبار- ف - المحسوبة الخاصة بمتغير السن قدرت ب: 1.88 وهي قيمة غير دالة احصائياً ، أما قيمة اختبار- ف - المحسوبة المتعلقة بالمستوى الدراسي فقد بلغت: 0.35. وهي قيمة غير دالة احصائياً.

وبناءً على ما سبق لا يمكننا القول بأن هناك فروق ذات دلالة احصائية على مقياس جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات الجنس، السن، و المستوى التعليمي.

2- التفسير: من خلال نتائج المتوصل إليها فإنه لا يوجد فروق تُعزى سواء لمتغير السن أو الجنس أو المستوى التعليمي بعكس الدراسات الأخرى كدراسة سفينااز اتاوقلي و اخرون (Ataoglu, Ankarali, Ankarali, & Olmez, 2018) التي هدفت الى تقييم نوعية حياة 59 مريض فيبروميالجي، بتطبيق مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية. توصلت الدراسة الى ان نوعية حياة كانت متدنية ، وأن هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين الجنس و بعض أبعاد مقياس نوعية الحياة ، حيث كانت درجات الذكور أعلى بكثير من الإناث أي أن الإناث لديهن جودة حياة منخفضة مقارنة بالذكور، كما توصلت الدراسة الى أن للمستوى التعليمي تأثير إيجابي على نوعية حياة المرضى ، حيث أن المستوى التعليمي العالي يُعزز نوعية الحياة لدى المرضى، أيضاً توصلت الدراسة الى أن هناك علاقة سلبية كبيرة بين السن و نتائج مقياس نوعية الحياة حيث أن التقدم في السن يقلل من درجات نوعية الحياة لدى افراد العينة، و تضيف دراسة لجون جيانو و آخرون سنة 2014 (Jiano, 2014) لاختبار العلاقة بين السن ، و نوعية الحياة على عينة مكونة

من 978 مصاب بالفبروميالجي ، حيث قُسمت العينة الى 3 مجموعات ، كانت الأولى أقل من 39 سنة ، والمجموعة الثانية بين 40-59 سنة ، أما المجموعة الثالثة أكبر من 60 سنة بتطبيق مقياس نوعية الحياة وتأثير الفيبروميالجي ، توصلت النتائج إلى أن المجموعتين الأولتين أعطت نتائج أسوأ على مقياس نوعية الحياة مقارنة مع المجموعة الثالثة رغم أن درجات مقياس نوعية الحياة كانت منخفضة في جميع المستويات العمرية، مع انخفاض كبير في الصحة الجسدية خاصة لدى صغار السن، واستنتجت الدراسة أن هناك اختلاف في نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجي حسب السن، وأن المرضى صغار السن و السن المتوسط لهم نوعية حياة منخفضة مقارنة مع كبار السن، و أن بعد نوعية الحياة الجسدية كان أقل من الأبعاد الأخرى

قد يرجع اختلاف النتائج إلى أن أغلب أفراد عينة الدراسة كن اناث ب 45 مقابل 02 ذكور ، كما أن عدم وجود فروق كبيرة في السن و الذي كان في أفراد العينة في مرحلة الشباب و الكهولة بين (24 و 56) بغياب مرحلتى الطفولة والشيخوخة قد يُؤثر في النتيجة المتوصل إليها ، إضافة إلى تدخل متغيرات أخرى لم تُؤخذ في الدراسة الحالية كالحالة الاجتماعية و مدة الاصابة التي يمكن أن يكون لها تأثير على النتائج.

3-7: عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثالثة: التي جاءت كما يلي: يتميز أفراد عينة الدراسة بمركز ضبط الألم داخلي أعلى على مقياس مركز ضبط الألم

وللتحقق من الفرضية قمنا باستخدام اختبارFridman من أجل الكشف عن نوع مركز ضبط الألم لدى أفراد عينة الدراسة ، وجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (10): ترتيب أبعاد مركز ضبط الألم لدى الأفراد

أبعاد مقياس ضبط الألم	متوسط الرتب	حجم العينة	قيمة كا ² المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الداخلي	3.34	47	107.79	03	0.01
الحظ	3.56				
الأطباء	1.31				
الأشخاص الآخرون	1.79				

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن بعد الحظ قد جاء في المرتبة الأولى حيث بلغ متوسط الرتب بالنسبة له: 3.56 وهو أكبر من متوسط الرتب الخاص بالبعد الداخلي الذي جاء في المرتبة الثانية إذ قدر ب: 3.34 أما بعد ذوي النفوذ فقد بلغ فيه متوسط الرتب الخاص بالأشخاص الآخرون: 1.79

الجدول رقم (11): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي ذو-ن اتجاه للمقارنة بين متوسطات درجات أفراد العينة في مركز ضبط الألم باختلاف الجنس و السن و المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف المحسوبة	الدلالة الاحصائية
الجنس	2.000	1	2.000	018.0	غير دال
السن	3238.547	22	147.207	1.327	غير دال
المستوى الدراسي	511.724	3	170.575	1.537	غير دال
الخطأ	1442.500	13	110.962		
المجموع	154030.000	47			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة اختبار- ف - المحسوبة الخاصة بمتغير الجنس قدرت ب: 0.01 وهي قيمة غير دالة احصائياً، في حين أن قيمة اختبار- ف - المحسوبة الخاصة بمتغير السن قدرت ب: 1.32 وهي قيمة غير دالة احصائياً ، أما قيمة اختبار- ف - المحسوبة المتعلقة بالمستوى الدراسي فقد بلغت: 1.53. وهي قيمة غير دالة احصائياً.

وبناءً على ما سبق لا يمكننا القول بأن هناك فروق ذات دلالة احصائية على مقياس مركز ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات الجنس ، السن ، و المستوى التعليمي. وبالعودة الى دراسات سابقة اهتمت بدراسة الفروق تبعاً لمتغيرات كل من السن، الجنس، المستوى التعليمي كدراسة ماريان قيس تافسون وفاني قاستو (Marianne Gustafsson, Fannie Gaston, 1996) التي انتهت بعدم وجود فروق بين الجنسين و كذلك السن (A.Morales, Davin, & Gota, 2015)، و دراسة مارين باتس و ليسلي رانكين (Marynn S. Bates, Lesley Rankin, 1994) التي توصلت أنه رغم عدم وجود فروق في مركز ضبط الألم يعود لمتغير السن ، إلا انه كان هناك فروق تعزى لمتغيري المستوى التعليمي و الجنس (Marianne & fannie, 1996)، فإننا نلاحظ التباين في نتائج الدراسات السابقة و الدراسة الحالية بين وجود الفروق من عدمها .

قد يعود اختلاف النتائج إلى تدخل عوامل أخرى ، أهمها العامل الثقافي و التغير الجغرافي و تدخل العامل الديني الذي يتدخل في كلا الجنسين وكذلك المستوى التعليمي ، و السن كون أن أعمار أفراد العينة هم من البالغين ، في تقبل المرض و الألم خاصة و التفسيرات التي يعطيها المريض على أنه قدر أو قضاء يكون فيه جزء من الرضا و التقبل ، ما يجعل مركز ضبط المرضى يميل الى البعد الخارجي المتمثل في الحظ أو القدر ، كما أن عدم تحديد مركز ألم المريض من طرف الفريق الطبي و الاكتفاء بالمهدئات في ظل غياب علاج المرض

أما متوسط الرتب الخاص بالأطباء فقد بلغ: 1.31 وهما أقل من المتوسطين السابقين وبذلك يحتل بعد ذوي النفوذ المرتبة الثالثة لدى عينة الدراسة.

كما نلاحظ من خلال نفس الجدول أن قيمة اختبار كا² جاءت دالة احصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$ ، وفي ضوء هذه القيم يمكننا القول بأن بعد الحظ يعد أكثر مصادر ضبط الألم ارتفاعاً لدى أفراد عينة الدراسة.

2- التفسير

توصلت الدراسة الحالية إلى أن البعد الخارجي (الحظ) لمركز ضبط الألم كان أكثر الأبعاد ارتفاعاً، عكس نتيجة دراسة سابقة على 16 مريض سرطان رئة ، لمعرفة مصدر الضبط و نوعية الحياة ، والتي توصلت إلى أن المرضى كان لهم مصدر ضبط داخلي، علماً أن قياس مصدر الضبط للمرضى كان قبل ابلاغهم عن بالمرض (Valck, 1996). في حين توضح دراسة أخرى ل بيتون دي وآخرون (Beteon 2000) أن مصدر ضبط الألم، أن هناك دقة أكبر في الإجابة على بعدي الحظ، والأطباء و موظفي الصحة، لمقياس مركز الضبط و انخفاض الإجابة على البعد الداخلي لمركز ضبط الألمهم ، وهي متوافقة مع نتيجة دراستنا الحالية، و التي قد تكون ذات صلة بالأحداث و الخبرات اليومية الحية و الخبرات التي أبلغ عنها المصابون و التي تؤثر على تصورات السيطرة و ضبط الأفراد للألمهم (Aroujo, Débora M.F, Rosana, 2010) ، خاصة في ظل شدة الآلام غير المبرر، و دون علاج ، إضافة الى امكانية تدخل العوامل الثقافية و البيئية المشبعة بالعامل الديني و الرضا بالقضاء و القدر الذي قد يؤثر على ارتفاع بعد الحظ الذي ينص في بنوده على انها مسألة قدر و مكتوب.

4.7: عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضية الرابعة

تنص الفرضية على أن: هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى مصدر ضبط الألم لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات التالية: الجنس، السن، و المستوى التعليمي.

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ذو -ن- اتجاه N- Way Anova من أجل المقارنة بين درجات أفراد العينة في مركز ضبط الألم باختلاف الجنس، السن و المستوى التعليمي ، وجاءت النتائج كما يلي:

4. Ataoglu. S., Ankarali. H., Ankarali. s., & Olmez. B. (2018). Quality of life in fibromyalgia .osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients. Egypt rhumatologist. 203-208.
5. Autard-Barry. G. (2008). caractéristiques interpersonnelles. qualité de vie. et fibromyalgie. canada: université du Québec à Montréal.
6. C.DEvinckJ Valck. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. Patient education and conseling. 179-186.
7. D. L. & E. M. (2008). The health status burden of People with fibromyalgia: a review of studies that Assessed health status with the S-F36 or the S-F12. International journal of clinical practice. 115-126.
8. d'orientation. R. (Juillet 2010). Syndrome fibromyalgie de l'adulte. France: Ministère de la Santé.
9. DDivener. (2015). Quality of life in fibromyalgia patient with craniomandibular disorders. Italy: university of Bari.
10. Fontaine. E. (2015). Facteurs émotionnels cognitifs et comportementaux dans la fibromyalgie. université joseph Fourier.
11. Jiano. J.-c. A. (2014). Relation of age with symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. Mayo Clinic proceedings. 199-206.
12. Marian. G., & fannie. G.-j. (1996). Pain intensity and health locus of control :a comparison of patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. patients education and counseling 179-188.
13. Marianne Gustafsson. F. G.-J. (1996). pain intensity and health locus of control ; a comparison of patient with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. patients education and counseling 179-188.
14. OMS. (1992). Maladie rhumatismales. Genève: série de rapports techniques.
15. Papat. A. (2007). la perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgie. université de Toulouse.
16. (s.d). Récupéré sur :medlineplus.gov/fibromyalgia.htm: https://medline plus.gov/fibromyalgia.html.
17. Sarah.K. Mahmoud.Nermeen.A.Geita .Tamer El-RabbatM. (2017). Clinical significance of fibromyalgia syndrome relation to disease activity and quality in different rheumatic diseases rheumatology department faculty of medicine.Egypt: Cairo university.
18. Thomas Hadjistavropoulos. K. D. (2004). Pain: psychological perspectives. London: Lawrence Erlbaum associates.
19. Wang Bochen. Zhankui. liu. Y., Zhao. X. Hongli. Y., et al. (2014). Efficacy-of-acupuncture-on-fibromyalgia-syndrom. journal of traditional Chinese medicine. 381-391.

كيفية الإستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

المؤلف أمينة تازي، أحمد فاضلي (2021)، جودة الحياة و مركز ضبط الألم لدى مرضى الفيبروميالجي (دراسة ميدانية تبعا لبعض المتغيرات)، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد 13، العدد 02، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر. ص ص : 138-146

والاكتفاء بعلاج الأعراض في الوقت الحالي ، قد يسهم في ميل المريض الى الإيمان بالحظ في الشفاء ومنه في تخفيف الألم الذي يتميز بالمتباين بين فترات زمنية مختلفة على شكل نوبات منفصلة قد تصل إلى أكثر من ثلاثة أشهر

8- الخلاصة

تؤكد الدراسة أن مركز ضبط الأفراد لآلامهم كان ذو بعد الحظ أكثر الأبعاد ارتفاعا عند أفراد عينة الدراسة المتمثلة في مرضى الفيبروميالجي، الذين يعانون بالدرجة الأولى من الآلام المنتشرة كعرض أساسي يسبب التعب المزمن واضطرابات النوم في سلسلة متكاملة من تأثير الأعراض، على ظهور اضطرابات أخرى للمرض أهمها الاضطرابات المزاجية كالإكتئاب، خاصة لدى المرضى واضطرابات الحصر، له تأثير كبير على جملة المجالات الحياتية للمريض في علاقاته الشخصية والاجتماعية و المهنية، فتتأثر جودة حياته سلبا و التي كانت في الدراسة الحالية منخفضة ، و التي قد تعود إلى جملة العوامل خاصة عدم وجود صور واضحة و اختبارات خاصة بالمرض، و الاكتفاء بعدم وجود أي أمراض أخرى مشابهة من قبيل التهاب المفاصل الروماتزمي أو الذئبة أو هشاشة العظام على سبيل المثال، و من خلال هذا يمكن الاسهام بالتوصيات التالية التي قد تسهم في الاهتمام بتكفل علاجي شامل كالاهتمام بدراسة متغيرات نفسية أخرى والتي تُغير تصورات و اعتقادات المريض لمرضه و آلامه المصاحبة و التي تُعد الآلية الأساسية في تشكل مركز ضبط الألم لديهم يمكن الحفاظ على مستوى مقبول لجودة الحياة لدى مرضى الفيبروميالجي و تحسينها.

الاهتمام أكثر بهذه الفئة المرضية التي تعاني من عدة صعوبات متعلقة بالمرض و التشخيص و العلاج و اقتراح مصلحة خاصة بالآلام المزمنة كون أن الألم السمة الأساسية للمرض و توفير مستشفى نهاري من أجل تخفيف تكاليف الاستشفاء و الاهتمام بأعراض المرضى الفيبروميالجي.

الاعتماد على المنهج التكاملية المتعدد التخصصات و توحيد العمل العلاجي سواء الدوائي أو غير الدوائي من تقنيات علاجية معرفية سلوكية و علاجات فيزيائية من أجل الالام بجميع الجوانب التي يلحقها التضرر من المرض.

تضارب المصالح

يعلن المؤلفان أنه ليس لديهما تضارب في المصالح.

9- المراجع

1. A.Morales. M., Davin. S., & Gota. (2015). Immediate benefits of a multidisiplinary educational program for fibromyalgia on patient's pain relation self-efficacy and locus of control. the journal of pain. 106.
2. Alexanda. N., & Daniel. B. (2009). Eléments d'éclairage sociologiques sur la fibromyalgie.Paris: Sciences pro.
3. Aroujo. L. G., DéboraM.F. L., Rosana F. S., & LeaniS.M. P. (2010). Pain locus of control scale: adaptation and reliability for elderly. Methodological article revistabrasiliera de physiothérapie. 438-450 .