

الألم المزمن ونوعية الحياة

" نموذج الفيبروميالجي "

Chronic Pain and Quality of Life

"The Fibromyalgia Model"

حفيظة عبد السلام

¹ جامعة 2 أبو القاسم سعد الله (الجزائر)، مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة

abdesselamhafida.avocate@gmail.com

تاريخ النشر: 30/ديسمبر/2023

تاريخ القبول: 09/جويلية/2023

تاريخ الاستلام: 31/ماي/2023

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد طبيعة العلاقة التي تربط الألم المزمن بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا، مع الكشف عن مدى وجود فروق بين أفراد العينة بدلالة عامل الجنس في متغيرات الدراسة (الألم / نوعية الحياة)، تكونت العينة من 45 مريض بالفيبروميالجيا، تراوح سنهم بين 19 سنة إلى 59 سنة، بلغت نسبة مشاركة الإناث بـ 73,3%، مقابل 26,7% بالنسبة للذكور. تم الاعتماد على المنهج الوصفي وعلى مجموعة من الأدوات المتمثلة في استمارة المعلومات، سلم (EVA) لتقييم الألم، ومقياس نوعية الحياة (WHOQOL-BREF). أسفرت النتائج عن وجود علاقة عكسية بين الألم ونوعية الحياة، مع عدم وجود فروق بين أفراد العينة "بدلالة الجنس" بين متوسط درجات الألم، في حين تبين أن هناك فروق بين متوسط درجات نوعية الحياة لصالح الرجال التي كانت أفضل من نوعية حياة النساء.

الكلمات المفتاحية: الألم المزمن ؛ نوعية الحياة ؛ الفيبروميالجيا.

Abstract: the current study aims to determine the nature of relationship between chronic pain and quality of life in fibromyalgia patients, and revealing that there are differences in the sample in terms of gender factor in the study variables (Pain /Quality of life). The descriptive method was used and set of measurements have been relied : the information from, the Pain Assessment Scale "EVA" and the and Quality of Life Assessment Scale (WHOQOL-BREF). The results revealed a negative correlation between pain and quality of life, regarding the differences; it was found that there were no gender differences in degrees of pain, with differences for quality of life in favor of men being better than women.

Keywords: Chronic Pain ; Quality of Life ; Fibromyalgia.

I – مقدمة:

يعتبر الألم المزمن ظاهرة ذاتية مركبة ومعقدة، ويزداد الأمر تعقيدا لما يواجه الفرد غموض حول سبب هذا الألم، مآله، عدم تخفيفه كفاية وصعوبة تشخيص المرض المؤلد له. فنظرا لخصوصية الفيبروميالجييا وغياب الإصابة العضوية يبقى تشخيصها تشخيصا إقصائيا بالدرجة الأولى يركز أساسا على وجود نقاط مؤلمة مع مراعاة المعايير المحددة من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم، بالإضافة إلى مجموعة من الأعراض كالتعب اضطرابات النوم ومجموعة من الاضطرابات الوظيفية، النفسية والعقلية. فالفيبروميالجييا هي اضطراب هيكلية عظمي مؤلم ومزمن له انعكاسات جسدية ونفسية تؤثر سلبيا على نوعية حياة المصاب بها وتحدّ من نشاطاته المهنية والاجتماعية، فنوعية الحياة هي مفهوم متعدد العوامل وقابل للقياس من الناحية العلمية. وأصبح متغير نوعية الحياة يتمتع بمكانة هامة في مختلف البحوث والدراسات لأنّه يكشف عن مكانة الفرد في الوجود والمحيط الذي يعيش فيه بصفة عامة، وعن محصل معاش المرض ومخلفاته على مختلف المستويات وهو ما نسعى إليه من خلال الدراسة الحالية.

II – الإشكالية

أضحى النموذج البيوطبي عاجزا عن تفسير ظاهرة الألم لاسيما الألم المزمن الذي يختلف عن الألم الحاد في كونه تجربة مركبة من أبعاد مختلفة وهو ما يفرض وجود تناول كلي يدمج مختلف الأبعاد البيولوجية، النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى التأثيرات الثقافية والاقتصادية (Gatchel, 2004). ويقصد بالنماذج البيونفسية اجتماعية النماذج التي بدأت انطلاقا من النموذج المقترح من قبل Engel خلال سنة 1980 إلى غاية التطور المعاصر للنموذج النفسي-العصبي-الغددية-المناعي، وغيرها من النماذج التي اقترحت المخارج البيولوجية النفسية الاجتماعية التي تؤثر من خلالها السوابق الاجتماعية والاستعدادية وبعض السيوررات التعاقدية على سير الأجهزة الفيزيولوجية والتي تكون سبب في ظهور وتفاقم الأمراض الجسمية والنفسية (Bruchon-Shweitzer et Boujut, 2014). ويعتبر النموذج البيونفسي اجتماعي إشكالية الألم المزمن كمحصلة لتفاعلات دينامية ومعقدة تحدث بين مختلف العوامل الفيزيولوجية، النفسية والاجتماعية التي تحدّد مستواه، سبب ظهوره، استمرارته وتفاقمه. وأصبح الألم المزمن يعرف انتشارا كبيرا وتوسعا ملحوظا، فقد أوردت وكالة الصحافة الطبية (2004) -APM- Agence de Presse Médicale، أنّ إحصائيات الجمعية الدولية لدراسة الألم l'IASP - International Association for the study of pain - والاتحاد الأوروبي للألم -EFIC- European Pain Federation تشير إلى معاناة شخص من خمسة أشخاص (5/1) في العالم من الألم المزمن (متوسط و/أو شديد) الذي يدوم أكثر من 03 أشهر، - بغض النظر عن طبيعة المرض المسبب للألم - . فظاهرة الألم المزمن باتت تشكل تهديدا لقطاعات الصحة بعدم قدرتها على تقديم الرعاية اللازمة لهؤلاء الأفراد، الأمر الذي دفع بمختلف الدول بإنشاء مراكز متخصصة لعلاج الألم وتقديم الكفالة الطبية والنفسية على حدّ سواء.

ويُعدّ الألم المزمن الخاصية أو العرض الأساسي للفيبروميالجييا التي لم يُعترف بها كمرض قائم بذاته ومصدرا للعجز إلا في سنة 1987 من قبل جمعية الطب الأمريكية-AMA- American Medical Association ، بعدما تم وصفها من قبل Smythe et Moldosky سنة 1977 على أنّها اعتلال يتميز بوجود حالات ألم دون سبب محدد، ثم أصبح لها كيان إكلينيكي مستقل بعدما تم وضع معايير التشخيص من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم -ACR- American College of Rheumatology سنة 1990 (Delpire, Troisfontaines, 2007) et Triffaux, وفي سنة 1992 أدرجت المنظمة العالمية للصحة الفيبروميالجييا في التصنيف العالمي للأمراض Classification internationale standard des maladies -CIM 10-، ثم خلال سنة 2006 اعتبرت كيان إكلينيكي مستقل لما قامت بمنحها رمز M.79.7 -أمراض العضلات والعظام والنسيج الضام-، بعدما كانت تندرج إقما ضمن اضطرابات الجهاز الحركي - كأعراض الروماتيزم غير المحددة-، أو ضمن اضطرابات التجسيد وبالأخص تحت رمز F45.4 التي تضم- تناذر الألم التحويلي المستمر-(HAS, 2010). وبالرغم من أنّه أصبح للفيبروميالجييا كيان مستقل إلا أنّها لا تزال تطرح العديد من الإشكاليات انطلاقا من التشخيص، المتابعة، التكفل والعلاج، فلا يتم وضع التشخيص الايجابي إلا بعد التأكد من التشخيص الفارقي الذي قد يتطلب في كثير من الأحيان جهد ووقت كبير قبل وضعه نظرا أنّ الفيبروميالجييا لا تزال تتسم بالغموض-المرض المبهم- سواء فيما يتعلق بالهوية النزوغرافية، الميكانيزمات الفيزيومرضية، التداخلات الموجودة بينها وبين مختلف

الاضطرابات النفسية والعقلية فضلا عن المخلفات السلبية التي تسببها، وفي هذا الإطار يشير (Delpire et al., 2007) أنّ الفيبروميالجيا هي مرض مزمن غير أنّها تختلف عن باقي الأمراض نظراً أنّها تعبر عن اختلال وظيفي يتسم بغياب سبب عضوي معين يستجيب لمتطلبات النموذج البيوطي الكلاسيكي.

وما لاشك فيه أنّ طبيعة المرض، خصوصيته وصعوبة تشخيصه بالإضافة إلى غموض مكيانيزماته الفيزيولوجية تؤدي إلى انعكاسات سلبية على نوعية حياة المريض، فنوعية الحياة حسب فريق نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة (World Health Organization Quality of Life Group) هي مفهوم مركب يتأثر بصفة معقدة بالصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى استقلالته وعلاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه (WHOQOL Group, 1998). وتشير (Lourel, 2007) أنّ مفهوم نوعية الحياة يدمج العديد من المفاهيم التي يتم دراستها عادة بصفة مركبة والتي ترتبط: بالسعادة، الرفاهية الذاتية والمادية، درجة الرضا عن الحياة وغيرها من المفاهيم الأخرى، فهو يدمج العديد من العناصر: الذاتية (كالسعادة، الشعور بالرفاهية)، الموضوعية (كإطار الحياة، المستوى الاقتصادي والاجتماعي)، والجسدية (الحالة الواقعية للصحة، وجود أو غياب مرض وظيفي)، بالإضافة إلى أشكال ذات طبيعة معرفية واجتماعية. ومنه فنوعية الحياة هي مفهوم متعدد العوامل والتخصصات يشمل في آن واحد المفاهيم الموضوعية المرتبطة بالصحة الجسمية والوظيفية بالإضافة إلى المفاهيم الذاتية المتعلقة بإدراكات الفرد حول صحته النفسية، الرفاهية وعلاقاته مع محيطه، فهي تعبر عن مكانة الفرد البيولوجية النفسية والاجتماعية.

وبخصوص نوعية حياة مرضى الفيبروميالجيا فالبيانات تشير أنّه يحدث انقلاب في حياة الفرد المعاني من الفيبروميالجيا من خلال المرور من نمط حياتي نشط وفعال إلى نمط سلبي وغير فعال (Cedraschi, 2003)، كما أثبتت الدراسة النوعية ل (Aïni et al., 2010) التي أجريت على عينة مكونة من 22 فيبروميالجي بغرض الكشف عن التجربة الذاتية للمريض، أنّ الفيبروميالجيا تتسبب في انعكاسات مزاجية: (اكتئاب، حساسية مفرطة، اندفاع، شعور بالعجز، اضطراب صورة الذات)، بالإضافة إلى انعكاسات على الحياة اليومية (تعب دائم، عجز وظيفي)، مع وجود انعكاسات علائقية (عزلة، اضطراب في العلاقات العائلية والعلاقة طبيب- مريض).

وانصبت معظم الأبحاث والدراسات التي تم إجراؤها فيما سبق حول مرضى الفيبروميالجيا على عينة من النساء نظراً أنّ الفيبروميالجيا مرض ذو هيمنة نسوية بنسبة 70 إلى 80% من الحالات، غير أنّ الأبحاث المعاصرة أوضحت تحتم بالفيبروميالجيا لدى الرجال التي هي أقل تواتراً، ويعتبر البعض: (Blotman et Branco, 2007) أنّ أعراضها تختلف عن الأعراض المصادفة لدى النساء فيكون كلّ من الألم، التعب، اضطرابات النوم والقلق أقل حدة وشدّة من الأعراض الملاحظة لدى النساء، في حين تشير بيانات بعض الأديبات عدم وجود فروق بين الجنسين (Yunus et al., 2004)، بينما توصل فريق ثالث إلى أنّ أعراض الفيبروميالجيا لدى الرجال هي أكثر شدة وتختلف آثار سلبية على نوعية حياتهم بدرجة أكبر مقارنة مع النساء (Buskila et al., 2000).

من خلال المعطيات السالف عرضها، واستناداً للمفهوم المقدم من قبل فريق المنظمة العالمية للصحة (WHOQOL Group) لنوعية الحياة بأنّها مفهوم مركب يتأثر بصفة معقدة بالصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، ومستوى استقلالته وعلاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه، نحاول من خلال الدراسة الحالية معرفة طبيعة العلاقة التي تربط الألم المزمن بنوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا، مع مدى وجود فروق بين أفراد العينة بدلالة عامل "الجنس"، ومنه نطرح التساؤلات التالية:

II.1- التساؤلات:

- هل يوجد ارتباط سالب بين درجة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا؟
- هل يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالجيا في متغيرات الدراسة (الألم - نوعية الحياة) يعزى لعامل الجنس؟

II.2-. الفرضيات:

1- يوجد ارتباط سالب بين الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا.

2- يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالجيا في متغيرات الدراسة (الألم - نوعية الحياة) يعزى لعامل الجنس.

III- مفاهيم الدراسة :

III.1-. الألم المزمن:

عرفت الجمعية الدولية لدراسة الألم International Association for the study of pain (IASP) (1979) - الألم بأنه "تجربة حسية وانفعالية مزعجة مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن أو موصوفة بمصطلحات تمثل ضرر مماثل." (Merskey et Bogduk, 1994). ويشير (De Broca, 2002) أنّ الألم المزمن هو الألم الذي يتطور منذ أكثر من -3 إلى 6 أشهر - و/أو من المحتمل أن يؤثر بطريقة سلبية على سلوك ورفاهية المريض" (p.6). ويختلف الألم المزمن عن الألم الحاد بأنه يُعد كمرض بحد ذاته وليس مجرد نتيجة لاضطراب معين، فإذا كان الألم الحاد مفيد باعتباره إشارة إنذار للجسد، فإن الألم المزمن ليس له معنى من الوجهة الطبية (Nusbaum, Ribes et Gaucher, 2010) وعين (Gatchel 2004) أنّ انتقال الألم من الحاد إلى المزمن تتخلله عوامل نفسية وأنّ هذه العوامل تطبع التجربة المؤلمة، إلى أن توصل رفقة بعض الباحثين إلى أنّ النموذج البيونفسي اجتماعي هو النموذج الأنسب لفهم وعلاج المشاكل المرتبطة بالألم، فالعوامل النفسية الاجتماعية تتعلق بالانفعالات والمعارف، فالانفعالات تتوافق مع الاستجابات الآتية الناجمة عن مستقبلات الألم، أما عن المعارف فتتمثل في المعاني التي تفسر التجربة المؤلمة وتكون لها مخلفات على السلوكات، ويمكن للمعارف أن تؤدي أيضا إلى استجابة انفعالية أخرى تؤدي بذلك بتوسيع حلقة التجربة المؤلمة.

وبذلك أصبح النموذج البيونفسي اجتماعي هو النموذج المعتمد عليه في شرح، تفسير والتكفل بتجربة الألم المزمن نظرا أنّ هذا النوع من الألم لا يقتصر على وجود اختلال فزيولوجي بل يضم مختلف الأبعاد الاجتماعية والنفسية التي تحتل مكانا هاما في ظهور أعراضه، مساره ومآله.

III.2-. نوعية الحياة :

عرّف فريق نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة (1995) نوعية الحياة بأنها "إدراك الفرد لمكانته في الوجود، في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها وذلك في إطار العلاقة مع أهدافه، توقعاته، معايير وانشغالاته." (WHOQOL Group, 1998). وتشير (Lourel 2007) أنّ التعريف الذي قدمته المنظمة العالمية للصحة ميّز بين 06 مجالات لنوعية الحياة: الصحة الجسدية، الصحة النفسية، استقلالية الفرد، العلاقات الاجتماعية، المحيط، الجانب الروحي والمعتقدات الشخصية، فيتعلق الأمر بوجهة ذاتية واجتماعية التي تسمح بإدماج مختلف الأنظمة المركبة التي توضح الرابط بين الفرد والمحيط العام والآني الموجود فيه، وهذا التوجه الشمولي يأخذ بعين الاعتبار ديناميكية التفاعلات بالإضافة إلى الترتيبات المرتبطة بالمحيط والفرد على طريقة التقييم الذاتي والغيري لنوعية الحياة. ويجمع أغلبية الباحثين حاليا على أنّ نوعية الحياة تضم الواجهات الموضوعية والذاتية في آن واحد وأن هاتين الوجهتين هي محدّدت ذات مصداقية، وتشير (Bruchon-Sweitzer et Boujut 2014) أنّه في مختلف التناولات نوعية الحياة تُعرّف كمفهوم شمولي لا يقتصر على الحالة الصحية ولا على مستوى الحياة وإنما تشمل ميادين أخرى علائقية واجتماعية على وجه الخصوص (المحيط، العائلة، المهنة، الحياة الجنسية...). فخلافا للتوجه الأحادي - الموضوعي أو الذاتي - فإن الواجهة الشمولية لا تعارض بين المكونات الذاتية والموضوعية لنوعية الحياة، بل تعتبرها مكونات تكاملية، واستنادا لذلك أضحى مفهوم نوعية الحياة يضم محدّدت ذاتية وموضوعية في آن واحد.

فالملاحظ أنّ مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم شمولي مؤسّع يضم بصفة مركبة الصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، درجة استقلاليته، معتقداته الشخصية وعلاقته مع خصوصيات محيطه.

III.3- الفيبروميالجيا:

تعرف الفيبروميالجيا بأنّها اضطراب هيكلية عظمي يتميز بوجود ألم مزمن معتم، حساسية للألم لدى اللمس مع مجموعة من الاضطرابات الوظيفية (Yunus et al, 2004. p.2464). وما يميّز الفيبروميالجيا هو اشتراك ثلاثة أعراض أساسية، تصاحبها مجموعة من الأعراض الثانوية، ويمثل الألم المزمن العرض الأول والأساسي للفيبروميالجيا الذي عادة ما يبدأ على مستوى الرقبة والكتفين ليمتد على بقية أنحاء الجسم لاسيما في الظهر، الصدر، الذراعين والساقين، ويصعب لدى هؤلاء المرضى التمييز بين الآلام المفصلية والعضلية فيكون لديهم انطباع تورم المناطق المؤلمة مع تشوش الأطراف (HAS, 2010). أما عن التعب الذي يشكل العرض الثاني للمرض فهو ليس بتعب عادي وإنما تعب مرضي أو وهن متطور منذ أكثر من 06 أشهر، لا يختفي بالراحة وإن دامت أكثر من 15 يوما (Blotman et Branco, 2007). في حين تشكل اضطرابات النوم العرض الثالث للفيبروميالجيا فيعاني المريض من اضطرابات النوم المتكررة، وتكون لديه صعوبة في النوم، نوعية نوم سيئة واستيقاظ متكرر خلال الليل. أما عن الأعراض الثانوية فهي تضم مجموعة من الاضطرابات كتناذر القولون العصبي والاضطرابات المعوية الوظيفية، آلام الرأس والصداع النصفي، تصلب الرقبة عند الاستيقاظ بالرغم من غياب الإصابة المفصلية، اضطرابات القلق، آلام عسر الطمث، وقد تظهر حتى اضطرابات حركية كمتلازمة "رينود"، إلى غيرها من الاضطرابات. ويرتكز تشخيص الفيبروميالجيا على وجود أعراض إكلينيكية متكررة، وبالرغم من أنّ هذه الأعراض غير مدعّمة بيولوجيا ولا إشعاعيا إلا أنّ اشتراك بعض الأعراض يسمح بإثارة المرض ووضع التشخيص الايجابي. وقد تم وضع معايير التشخيص من قبل الكلية الأمريكية لطب الروماتيزم -ACR- سنة 1990 التي وصفت الألم المزمن كعرض أساسي مع تحديد 18 نقطة حساسة، وعادة ما يتفاقم الألم مع الجهد ويجعل من النشاطات اليومية ممّلة، كما أنّ الألم يتفاقم مع الانقباض الذي يحدث على مستوى النقاط الحساسة المتواجدة بشكل متناسق أساسيا على طول الهيكل العظمي المحوري (Chiffolleau, Nizard, Berthelot, et al., 2004). فغموض الفحص و صعوبة استقصاء الميكانيزمات المرضية للفيبروميالجيا يزيد من صعوبة تكيف هؤلاء المرضى مع التأثير السلبي لنوعية حياتهم.

IV- الإجراءات وأدوات الدراسة

IV.1- المنهج:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يعد من أكثر المنهجات ملائمة لدراسة أغلب المجالات الإنسانية والاجتماعية، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع البيانات ومعلومات معينة عنها، تصنيفها، تحليلها وإخضاعها للدراسة. ويهدف البحث الوصفي إلى فهم الحاضر، التنبؤ بالمستقبل وتوجيهه، فهو يوفر بياناته وحقائقه واستنتاجاته بوضعها خطوات تمهيدية للتحويل نحو الأفضل (علي معمر، 2008، ص.287).

IV.2- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 45 مريض مصاب بالفيبروميالجيا، تراوحت أعمارهم من 19 سنة إلى 60 سنة، منهم 73,3% إناث، و 26,7% ذكور، أغلب أفراد العينة تراوح سنهم من (30 إلى 39 سنة) إذ بلغت نسبة مشاركتهم بـ 37.8%، تليها الفئة العمرية التي يتراوح سنّها من (19 إلى 29 سنة) بنسبة (31.1%) لتساوي الفئتين العمريتين (40-49 / 50- فما فوق) بنسبة 15,6%.

3.IV.- أدوات الدراسة:

- استمارة المعلومات : تم الاعتماد على استمارة المعلومات لجمع البيانات العامة كالسن، الجنس بغرض دراسة الفروق بين أفراد العينة .

- سلم الألم : سلم EVA هو من السلالم التي تقيم شدة الألم، يتم استخدامه أفقياً من خلال قيام المفحوص بتحريك المؤشر من جهة "ألم غير موجود" إلى جهة "أقصى ألم يمكن تخيله"، الذي يطابق الألم الذي يشعر به ، ثم يتم تقييم الألم على ظهر السلم الذي يطابق مستوى المؤشر والذي يتراوح من 0 - تدل على انعدام الألم- إلى غاية 10 -تمثل أقصى درجة للألم-، يسمح هذا السلم بالحصول على 04 درجات للألم: بسيط، متوسط، مرتفع ، وشديد.

- مقياس نوعية الحياة : مقياس نوعية الحياة WHOQOL-Bref(2004) المعد من قبل المنظمة العالمية للصحة، يتكون من 26 بند، بند خاص بنوعية الحياة العامة، بند خاص بالصحة العامة و 24 بند مقسمة على 04 أبعاد لنوعية الحياة: الصحة الجسدية، الصحة النفسية والعقلية، العلاقات الاجتماعية، والمحيط. يتم تنقيط المقياس بموجب 04 سلالم تضم إجابات موزعة على 05 نقاط تسمح بتقييم الشدة القدرة ، التكرار مع تقييم الأسئلة.

V- عرض النتائج ومناقشتها

V.1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

نصت على أنه " يوجد ارتباط سالب بين درجة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا" ، وللتحقق من صحتها تم اختبارها إحصائياً بمعامل ارتباط بيرسون ، وكانت النتائج على النحو الآتي:

جدول رقم (01) نتائج ارتباط الشعور بالألم بنوعية الحياة وبدلالة أبعادها لدى مرضى الفيبروميالجيا

العلاقة بين :	قيمة معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
الصحة العامة	-0,321	دالة إحصائية عند α 0,05
الصحة الجسدية	-0,518	دالة إحصائية عند α 0,01
الصحة النفسية	-0,40	دالة إحصائية عند α 0,01
العلاقات الاجتماعية	-0,327	دالة إحصائية عند α 0,05
المحيط	-0,341	دالة إحصائية عند α 0,05
نوعية الحياة عامة	-0,485	دالة إحصائية عند α 0,01

النتائج الواردة في الجدول رقم (01) تبين وجود علاقة سالبة بين الألم ونوعية الحياة، إذ قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بـ -0,48، وهي دالة إحصائية ، فكلما زادت درجة الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا كلما انتهجوا أساليب سيئة لنوعية الحياة ، أي ساءت وضعيتهم، وهذا الأمر ينعكس أيضاً على كل أبعاد نوعية الحياة (صحية ، نفسية ، علائقية، بيئية) ، ففي البعد الخاص بالصحة الجسدية قدر معامل الارتباط بـ -

0,51 ، يليه البعد الخاص بالصحة النفسية بـ -0,40، ثم البعد الخاص بالمحيط المقدر بـ -0,34، فبعد العلاقات الاجتماعية بـ -0,33، وفي الأخير بعد الصحة العامة بـ -0,32. وهي ارتباطات دالة عند ($0,01 \alpha$ و $0,05 \alpha$). وبهذا تكون الفرضية الأولى للدراسة قد تحققت.

ومنه نستنتج أنه كلما ارتفع مستوى الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا انخفضت نوعية حياتهم ، فنوعية الحياة هي المؤشرات الدالة على رفاهية الفرد أو عدم رفاهيته في مختلف مجالات الحياة طالما أنّ الوجهة السائدة حاليا هي الوجهة الشمولية التي تضم المكونات الذاتية والموضوعية من جهة، كما أنّها تدمج العديد من التخصصات وتشمل مختلف مجالات الحياة من جهة أخرى.

وبمقارنة النتيجة الحالية مع مختلف الدراسات السابقة نلاحظ وجود تطابق في النتائج، بحيث توصل (Soyuer et Kepenek-Varol, 2019) إلى وجود علاقة "جرعة-استجابة" بين شدة الألم ونوعية الحياة، فكلما ارتفع أحدهما انخفض الآخر، فعندما تزيد شدة الألم تنخفض نوعية الحياة، كما تبين أنّ الأفراد المعانين من الألم المزمن كان لهم رصيد منخفض في أبعاد نوعية الحياة مقارنة مع الأفراد المعانين من الألم الحاد والأفراد العاديين. وتوصل (Hadi, McHugh et Closs, 2019) إلى نتيجة مماثلة بحيث تبين أنّ الأفراد المعانين من الآلام المزمنة كان لديهم رصيد منخفض في جميع أبعاد نوعية الحياة مقارنة مع أفراد المجتمع العام، ومقارنة مع باقي المرضى المعانين من الأمراض المزمنة، فقد تبين وجود تداخل بين الألم والجانب الجسدي، الحياة المهنية والعلاقات العائلية، النوم والمزاج. كما بينت دراسة (Boonstra et al., 2013) التي أجريت على عينة من المرضى المعانين من الآلام المزمنة على مستوى العضلات والعظام (الفيبروميالجيا) أنّ هؤلاء المرضى أظهروا مستوى ضعيف في الرضا عن الحياة (الرعاية الذاتية، الترفيه، الوضعية المهنية والمالية، الحياة الجنسية، العلاقات مع الأصدقاء) مقارنة مع أفراد المجتمع العام ، أي في مختلف أبعاد نوعية الحياة. وبالنتيجة يتبين أنّ الألم المزمن له نتائج سلبية على مختلف المستويات ويرتبط عكسيا بالصحة العامة، الرفاهية النفسية، الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا.

2.V- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية للدراسة

نصت الفرضية على أنه : " يوجد اختلاف بين مرضى الفيبروميالجيا في متغيرات الدراسة (الألم - نوعية الحياة) يعزى لعامل الجنس " ، وللتأكد من صحتها تم اختبارها إحصائيا باختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين لمجموعتين مستقلتين ، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجداول الموالية :

2.V-1. الفروق في درجة الألم بين المرضى بدلالة جنسهم

جدول رقم (02) الفروق في متوسط درجات الألم لدى المرضى بدلالة عامل الجنس

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التجانس ودلالته	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
الألم	ذكر	12	6	1,59	0,467 غير دال إحصائيا (يوجد تجانس)	1,919	غير دال إحصائيا
	أنثى	33	7,15	1,83			

يتضح من خلال الجدول أنّ الفرق بين متوسط درجات الألم لدى المرضى رجال (6) ومتوسط درجات الألم لدى المرضى نساء (7,15) غير حقيقي، إذ قدرت قيمة اختبار t بـ 1,919 وهي غير دالة إحصائيا، أي عامل الجنس لم يؤثر على درجة الألم لدى المرضى .

2.2-2.V. الفروق في نوعية الحياة بين المرضى بدلالة جنسهم :

جدول رقم (03) الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى بدلالة عامل الجنس

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التجانس ودلالته	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
الألم	ذكر	12	81,25	17,81	0,039 غير دالة إحصائياً (يوجد تجانس)	2,1	دال إحصائياً عند 0,05
	أنثى	33	69,03	17,06			

يظهر جلياً من الجدول أن الفرق بين متوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى رجال (81,25) ومتوسط درجات نوعية الحياة لدى المرضى نساء (69,03) حقيقي ، إذ قدرت قيمة اختبار t ب 2,1 وهي دالة إحصائياً، إذن توجد فروق بدلالة الجنس لصالح المرضى رجال ، هم الذين لديهم مستوى أكثر ارتفاعاً لنوعية الحياة مقارنة بالنساء.

بالرجوع للنتائج الواردة في جدولي (02)، (03) يتبين لنا التحقق الجزئي لفرضية الدراسة، أي أنّ عامل الجنس أثر على نوعية الحياة دون الألم لدى المرضى .

هذه النتائج إذا ما قورنت بما هو وُرد في الأدبيات نجد أنها موافقة من جهة ومختلفة من جهة أخرى لما خلصت إليه مختلف الأبحاث والدراسات، وهنا تجدر الإشارة إلى أن النتائج لا تزال متباينة بخصوص الفروق بين الجنسين في الآثار والانعكاسات التي تخلفها الفيبروميالجيا سواء تعلق الأمر بدرجة الألم، أو بنوعية الحياة بصفة عامة.

ففيما يتعلق بالفرضية الفرعية الأولى المتعلقة بالفروق بين الجنسين في درجات الألم لدى مرضى الفيبروميالجيا فلا تزال الأدبيات مختلفة وغير متفقة، فبعض الدراسات تشير إلى وجود فروق بين الجنسين بينما تشير الأخرى إلى عدم وجود فروق في مستويات أو درجات الألم، فدراسة (Buskila et al., 2000) توصلت إلى أن مستوى أو درجة الألم لدى النساء أقل بكثير من مستوى الرجال، فقد أظهر الرجال درجة أكبر في الشعور بالألم، في حين توصل (Jiang et al., 2020) إلى نتيجة عكسية فقد تبين أنّ نقاط الحساسية المرتبطة بالألم كانت أكبر لدى النساء. بينما توصل (Prados et al., 2013) إلى نتيجة مخالفة للدراسات السابقة ومماثلة لما تم التوصل إليه فقد أسفرت دراسته التي أجريت على عينة متكونة من 22 امرأة و18 رجل إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الألم، وتوصل (Yunus, 2001) إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في مستوى الألم المقيم بموجب سلم الألم -EVA-. كما توصل (Aparicio et al., 2012) من خلال دراسته المتكونة من 20 رجل و78 امرأة إلى نفس النتيجة، وأشار أنّ معظم الدراسات توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الشعور بالألم.

أما فيما يتعلق بنتائج الفرضية الفرعية الثانية المتعلقة بالفروق بين الجنسين في متوسط نوعية الحياة لدى مرضى الفيبروميالجيا فهي الأخرى لا يوجد إجماع بصدها ، فتوصل مجموعة من الباحثين إلى نتائج مخالفة لما تم التوصل إليه بحيث توصلوا إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى نوعية الحياة، ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة (Jiang et al., 2020) الذي توصل إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في القلق، الاكتئاب، مشاكل النوم، شدة أعراض الفيبروميالجيا ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى، وأنّ الاختلاف كان فقط في نقاط الحساسية المتعلقة بالألم الذي كان أكبر لدى النساء. وأشار (Yunus, 2001) إلى عدم وجود فروق دالة في مستوى العجز الوظيفي الناجم عن الفيبروميالجيا بين الجنسين، وفي دراسة أخرى لـ (Yunus et al., 2004) للكشف عن الفيبروميالجيا لدى الرجال مقارنة وظيفية مع النساء على عينة متكونة من 40 رجل و160 امرأة، تبين عدم وجود فروق في العوامل النفسية بين الجنسين على مستوى القلق، الضغط والاكتئاب. كما أسفرت نتائج كل من دراسة Goldenberg et al (1987)، White et al (1999) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الأثر الذي تخلفه الفيبروميالجيا، نقلاً عن (Buskila, et al, 2000)

أما الفريق الثاني فقد توصل إلى وجود فروق بين الجنسين، إلا أنّ الاختلاف عموماً بين نتائج الأدبيات ونتائج الفرضية الحالية يكمن في أن الرجال أظهروا مستويات منخفضة في نوعية الحياة مقارنة بالنساء خلافاً لما توصلنا إليه، فدراسة (Buskila et al., 2000) بينت وجود فروق دالة بين الرجال والنساء في متوسط درجات نوعية الحياة، وتبيّن أن الرجال كان لديهم مستوى منخفض في جميع أبعاد نوعية الحياة ماعدا البعد الانفعالي الذي كان أكثر انخفاضاً لدى النساء، كما أسفرت نتائج دراسة (Aparicio et al., 2012) إلى وجود فروق في مستوى أثر الفيبروميالجيا على نوعية الحياة بين الجنسين فقد تبين أن نوعية حياة الرجال كانت أقل من نوعية حياة النساء في البعد الخاص بالجانب الجسدي، في حين أظهرت النساء مستوى أكبر من التعب وأقل من الحيوية، وبالرغم من وجود فروق ضئيلة بين الجنسين، إلا أن نوعية حياة النساء عموماً كانت أفضل من نوعية حياة الرجال.

ويمكن عزو تباين النتائج الأدبيات بخصوص الفروق بين الجنسين (الألم/ نوعية الحياة) إلى مجموعة من الاعتبارات:

أولها نلاحظ أن معظم الأبحاث التي تم إجراؤها فيما مضى كانت حول عينة من جنس النساء نظراً أن الفيبروميالجيا تعتبر تناذر/ مرض نسوي بالدرجة الأولى، بينما أغلبية الأبحاث التي اهتمت بدراسة الفروق بين الجنسين معظمها أبحاث حديثة كما أنه من الملاحظ في معظم تلك الدراسات نجد حجم عينة النساء أكبر من حجم عينة الرجال، ومنه نعتبر أنّ تباين النتائج المتعلقة بالفروق قد يرجع إلى حجم العينة الذي يكون صغير في بعض الدراسات من جهة وعدم التجانس الموجود بين حجم عينة الرجال الذي هو عموماً أصغر مقارنة بحجم عينة النساء نظراً أن المرض بطبيعته هو مرض ذو هيمنة نسوية.

من جهة أخرى قد يرجع الاختلاف إلى وسائل القياس غير الموحدة بين مختلف الأبحاث والدراسات وكيفية اختيار العينة، وقد التفت (Conversano et al., 2020) إلى هذا الأمر وأثار مسألة تباين النتائج واستحالة القيام بالتحليل البعدي للدراسات نظراً لوجود اختلاف كبير بين الدراسات المهمة بالفروق بين الجنسين سواء من ناحية قياس العوامل التي تؤدي إلى التحسن وكذا معايير اختيار العينة فمعظم الدراسات تم إجراؤها من مركز واحد.

كما قد يرجع الاختلاف إلى العوامل الاجتماعية-الثقافية الخاصة بأفراد العينة لاسيما فيما تم التوصل إليه بوجود فروق بين الجنسين في مستوى نوعية الحياة بحيث أظهر الرجال نوعية حياة أفضل من نوعية حياة النساء خلافاً للدراسات التي توصلت إلى وجود فروق لكن أظهرن النساء نوعية حياة أفضل، ومنه نعتبر أن الاختلاف بين نتائج هذه الفرضية والدراسات السابقة يرجع إلى العامل الاجتماعي الثقافي السائد في مجتمعنا وهو ما دفع بإدراك الرجال يكون أفضل من إدراك النساء في مستوى نوعية الحياة، فالعامل الاجتماعي الثقافي قد يكون هو المؤدي إلى وجود اختلاف بين نتائج الأدبيات السالف عرضها، وفي هذا الإطار بينت دراسة حديثة ل (Alvarez et al., 2021) وجود فروق من نفس الجنس بين المريضا بالفيبروميالجيا من البرازيل ومثلاثهن من البرتغال، وتم عزو الفرق للعامل الثقافي والجغرافي وأكد الباحثين على ضرورة أخذه بعين الاعتبار عند وصف أعراض الفيبروميالجيا.

VI- استنتاج:

تتسبب العديد من الأمراض في انعكاسات سلبية تؤثر على الجانب الجسدي والنفسي على حدّ سواء كما هو الحال بالنسبة للفيبروميالجيا التي هي تناذر معقد يشمل مجموعة من الأعراض الوظيفية الجسدية والنفسية، يتسم بغياب سبب عضوي معين يستجيب لمتطلبات النموذج البيوسبي الكلاسيكي، فالعديد من الأدبيات بيّنت الارتباط العكسي الموجود بين الألم ونوعية حياة هؤلاء المرضى كما تم تأكيد هذا الأمر من خلال نتائج الدراسة الحالية التي توصلت إلى وجود علاقة سلبية بين الألم المزمن ونوعية الحياة. ويعتبر كلّ من الألم المزمن -الذي يعد العرض الأساسي للفيبروميالجيا- ونوعية الحياة مفاهيم مركبة متعددة الأبعاد والتخصصات يستحيل حصرهما ضمن تناول أحادي ميكانيكي من نوع مثير - استجابة، بل أصبح النموذج البيونفسي اجتماعي هو النموذج الأنسب لفهم وعلاج المشاكل المرتبطة بالألم، من جهتها نوعية الحياة واستناداً للتعريف المقدم

من قبل فريق نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة تضم الصحة الجسدية، الصحة النفسية، استقلالية الفرد، العلاقات الاجتماعية، المحيط، الجانب الروحي والمعتقدات الشخصية، وبالتالي فهي الأخرى تدخل في إطار النموذج الشمولي.

وحسب الوجهة الشمولية عادة ما تلعب بعض المتغيرات الديموغرافية كما هو الحال بالنسبة " للجنس " دورا هاما في تحديد نوعية الحياة الشيء الذي لم تظهر أهميته من خلال الدراسة الحالية فقد توصلنا إلى عدم وجود فروق بدلالة الجنس بين متوسط درجات الألم، مع وجود فروق بين متوسط درجات نوعية الحياة لصالح الرجال التي كانت أفضل من نوعية حياة النساء، وبالرجوع إلى الأدبيات نلاحظ أنه لحدّ الآن لا يوجد إجماع بين الباحثين في مسألة الفروق في المتغيرات الديموغرافية لمرضى الفيبروميالجيا لاسيما "الجنس" فتم ملاحظة أنّ الأدبيات غير متفقة بل وأنّ النتائج لا تزال متباينة، والواضح أنّ مجال البحث في متغيرات الفروق لدى مرضى الفيبروميالجيا لا يزال مجال خصب يستدعي البحث والدراسة بغرض الكشف عن التباين والاختلاف الموجود بين نتائج الدراسات من جهة وبين المرضى بدلالة الجنس بصفة أدق .

وما يمكن أن نخلص إليه هو أنّ نوعية الحياة هي متغير مهم يسمح بالكشف عن إدراك الفرد لمكانته في الحياة وعن نتاج صحته الجسدية والنفسية، وفي الإطار الاستشفائي ومجال الأمراض المزمنة تعد نوعية الحياة أداة مهمة لتقييم أثر المرض، التدخلات العلاجية، والعوامل المساهمة في تثبيت المرض أو التخفيف منه.

المراجع:

- علي معمر، عبد المؤمن.(2008). *مناهج البحث في العلوم الاجتماعية.القاهرة. مصر: الأسس والتقنيات والأساليب، المجموعة العربية للتدريب والنشر.*
- APM Media.(2004). *Une personne sur cinq dans le monde souffre de douleurs chroniques modérées à fortes* .<https://www.apmnews.com/freestory/10/139906>.
- Aini, K. Curelli-Chéreau, A. ,& Antoine, P.(2010). L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie: analyse qualitative. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson*, 168 (4),255. doi :10.1016/j.amp.2007.11.022. hal-00638569.
- Alvarez, M. C., Albuquerque, M. L. L., Neiva, H. P., Cid, L., Rodrigues, F., Teixeira, D. S., & Monteiro, D. (2021). Differences between Portuguese and Brazilian Patients with Fibromyalgia Syndrome: Exploring the Associations across Age, Time of Diagnosis, and Fatigue-Related Symptoms. *Medicina*, 57(4), 322.
- Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Carbonell-Baeza, A., Femia, P., Tercedor, P., Ruiz, J. R., & Delgado-Fernández, M. (2012). Are there gender differences in quality of life and symptomatology between fibromyalgia patients?. *American journal of men's health*, 6(4), 314-319.
- Blotman, F., & Branco, J. (2007). *Fibromyalgia*. New York: Editions Privat, 253.
- Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Preuper, H. R. S. (2013).Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of Life Research*, 22(1), 93-101. Doi: org /10.1007/ s11136-012-0132-8.
- Bruchon-Sweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé :concepts, méthodes et modèles*.(2e éd). Paris: Dunod.
- Buskila, D., Neumann, L., Alhoashle, A., & Abu-Shakra, M. (2000). Fibromyalgia syndrome in men. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism* . 30(1), 47-51.
- Cedraschi ,C., Desmeules, J., Luthy, C., Allaz, A F.(2003). Aspects psychologiques de la fibromyalgie, *Revue du rhumatisme*, 70(4) . 331-336.doi: 10. 1016 /S1169-8330 (0 3) 00104-2.
- Chiffolleau, A., Nizard, J., Berthelot, J. M., Gillet, P., & Jolliet, P. (2004). La fibromyalgie, maladie ou syndrome? Actualités diagnostiques et thérapeutiques. *La Lettre du pharmacologue (Boulogne)*, 18(4), 123-129.

- Conversano, C., Ciacchini, R., Orru, G., Bazzichi, M. L., Gemignani, A., &Miniati, M. (2020). Gender differences on psychological factors in fibromyalgia: asystematic review on male's experience. *Clin Exp Rheumatol*.
- De Broca, A, (2002). *Douleur soin palliatif deuil*. Paris : Edition Masson.
- Delpire, M., Troisfontaines, B., & Triffaux, J. M. (2007). Aspects psychiatriques en matière de syndrome fibromyalgique. *Acta psychiatrica Belgica*, 107(2), 23-29.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59(8), 794-805.
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., &Closs, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: a comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133-141.
- HAS.(2010). Rapport d'orientation –*Syndrome fibromyalgique de l'adulte*.www.has-sante.fr. Consulté le 02/02/2017 10 :57.
- Jiang, L., D'Souza, R. S., Oh, T., Vincent, A., Mohabbat, A. B., Ashmore, Z., &Qu, W. (2020). Sex-related differences in symptoms and psychosocial outcomes in patients with fibromyalgia: A prospective questionnaire study. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 4(6), 767-774.
- Lourel M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 4-17.
- Merskey, H., &Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. *Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press (Also available online at www.iasp-pain.org)*.
- Nusbaum, F., Ribes, G., & Gaucher, J. (2010). La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose, *Bulletin de psychologie*, 3(507), 191-201. doi : 10.3917/ bupsy. 507.0191.
- Prados, G., Miró, E., Martínez, M. P., Sanchez, A. I., López, S., &Saez, G. (2013). Fibromyalgia: gender differences and sleep-disorder edbreathing. *Clin Exp Rheumatol*, 31(6 Suppl 79), S102-10.
- Soyuer, F., &Kepenek-Varol, B. (2019). Quality of life and pain. *Int J Fam Commun Med*, 3(3), 110-114.doi: 10.15406/ijfcm.2019.03.00140.

- WHOQOL Group . (1998).Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Yunus, M. B., Celiker, R., &Aldag, J. C. (2004). Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *The Journal of rheumatology*, 31(12), 2464-2467.
- Yunus, M. B., Celiker, R., & Aldag, J. C. (2004).). Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *The Journal of rheumatology*, 31(12), 2464-2467.