

عوامل الخطر والوقاية المؤثرة على النتائج الصحية والنفسية لمرضى

الألم العضلي الليفي

نجوى إبراهيم الشناوي(*)

الملخص:

تهدف الدراسة الراهنة إلى تحديد بعض عوامل الخطر والوقاية المؤثرة على النتائج الصحية والنفسية لمرضى الألم العضلي الليفي، وكذلك التحقق من إمكانية تصنيف مرضى الألم العضلي الليفي إلى مجموعات فرعية متجانسة بناءً على عوامل الخطر والوقاية، وأخيراً التحقق من وجود فروق بين هذه المجموعات الفرعية لمرضى الألم العضلي الليفي من حيث النتائج الصحية والنفسية. شارك بالدراسة ٣٤١ مريضة مشخصة بزملة الألم العضلي الليفي، وتمت الاستعانة بعدد من الاستخبارات لتقييم مكونات عوامل الخطر والوقاية المتمثلة في متغيرات الدراسة الراهنة (التماهي الانفعالي المفرط، ونمط الشخصية(د)، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، وعمه المشاعر، والانذفاعية، وقابلية التأثر بالضغوط، والكمالية، وبقطة الضمير، والصمود النفسي، والمساندة الاجتماعية)، وعدد من الاستخبارات لتقييم النتائج الصحية والنفسية المتمثلة في متغيرات الدراسة الراهنة (العافية البدنية، وتحمل الألم (قلق الألم)، والشعور بالخزي، والرضا عن الحياة). كشفت نتائج الدراسة عن المكونات الأساسية لعامل الخطر المتمثلة في (التماهي الانفعالي المفرط، ونمط الشخصية(د)، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، وعمه المشاعر، والانذفاعية، وقابلية التأثر بالضغوط، والكمالية)، وتمثلت المكونات الأساسية لعامل الوقاية في (بقطة الضمير، والصمود النفسي، والمساندة الاجتماعية). وقد كشفت نتائج التحليل التصاعدي العنقودي عن تصنيف مريضات الألم العضلي الليفي إلى مجموعتين فرعيتين؛ المجموعة الأولى تمثل ٥١% من العينة الإجمالية، وهن المنخفضات على مكونات عامل الخطر والمرتفعات على مكونات العامل الوقائي. والمجموعة الثانية تمثل ٤٩% من العينة الإجمالية، وهن المرتفعات على مكونات عامل الخطر والمنخفضات على مكونات العامل الوقائي. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الفرعية الأولى والمجموعة الفرعية الثانية من مريضات الألم العضلي الليفي على النتائج الصحية والنفسية السلبية والإيجابية، حيث كانت الفروق في اتجاه المجموعة الأولى على العافية البدنية، والرضا عن الحياة، وكانت الفروق في اتجاه المجموعة الثانية على قلق الألم، والشعور بالخزي.

الكلمات المفتاحية: زملة الألم العضلي الليفي، وعوامل الخطر والوقاية، والنتائج الصحية والنفسية.

(*) مدرس بقسم علم النفس جامعة طنطا للمراسلات على الايميل:

Risk and Prevention Factors Affecting The Health And Psychological Outcomes of Patients With Fibromyalgia

Nagwa Ibrahim El-Shennawy^(*)

Abstract:

The current study aims to identify some of the risk and prevention factors affecting the health and psychological outcomes of patients with fibromyalgia. To verify that fibromyalgia patients can be classified into homogeneous subgroups based on risk and prevention factors, And also verifying the existence of differences between these subgroups of fibromyalgia patients in terms of health and psychological outcomes, in 341 female of fibromyalgia patients. A number of questionnaires were used to measure the components of risk and prevention factors represented in the variables of the current study (Over-Identification, type(D) personality, Self-Consciousness, self-judgment, Alexithymia, Impulsiveness, Vulnerability, perfectionism, Conscientiousness, Resilience, and social support), a number of questionnaires to measure the health and psychological outcomes of the current study variables (physical well-being, pain tolerance (pain anxiety), shame, and life satisfaction). The results of the study revealed that the main components of the risk factor are (Over-Identification, type(D) personality, Self-Consciousness, self-judgment, Alexithymia, Impulsiveness, vulnerability, and perfectionism) and the main components of the protective factor are (Conscientiousness, Resilience, and social support). The results of the cluster analysis revealed two subgroups; The first group represents 51% of the total sample, and they are low on the components of the risk factor and high on the components of the protective factor. The second group represents 49% of the total sample, and they are high on the components of the risk factor and low on the components of the protective factor. The results revealed that there were statistically significant differences between the first subgroup and the second subgroup of fibromyalgia patients on positive and negative health and psychological outcomes, where the differences were in the direction of the first group on physical well-being and life satisfaction, and the differences in the direction of the second group were on pain anxiety and feelings of shame.

Keywords: Fibromyalgia Syndrome, Risk and prevention Factors, Health and Psychological Outcomes.

(*) Lecturer, Department of Psychology, Tanta University

مقدمة

زملة الألم العضلي الليفي^(١) هي مجموعة الأعراض والمشكلات الروماتيزمية يتم تشخيصها في الغالب عن طريق الفحص الإكلينيكي، وتعد اضطراباً في الجهاز العصبي المركزي^(٢) مدى الحياة لسبب غير محدد، فلا يوجد إجماع فيما يتعلق بالأسباب المحددة الكامنة لحدوث زملة الألم العضلي الليفي. وتتسم بألم عضلي هيكلية (العضلات والعظام) مزمن واسع الانتشار، وتصيب النساء في الغالب، وثبت أن لها عواقب وخيمة على الحياة اليومية للمصاب بهذه الزملة. وفي الواقع، لا يتسم هذا المرض الروماتيزمي بالإجهاد والألم فقط ولكن أيضاً بصعوبة الحركة في الحياة اليومية، التي تنتقل من المهام الأساسية إلى المسؤوليات الأكثر تعقيداً مثل العمل والعلاقات الاجتماعية (Sechi et al.,2020, 1; Muller et al., 2020, 3; Rempel et al., 2019, 179; Molnar et al., 2012, 295).

وعادة ما تكون زملة الألم العضلي الليفي متعددة الأشكال؛ أي عرضة للتغير في الشكل. وأهم الأعراض التي يظهرها مرضى هذه الزملة هو الألم المزمن، ويواجه المرضى صعوبة في تحديد مكان الألم وما إذا كان مصدره عضلياً أم عظمية أم مفصلياً. ويختلف مقدار الألم بين المرضى وقد يتسم بالحرقان أو اللسع أو الثقل (الحاجة للراحة أو النوم) أو الكدمات. ويرتبط تقاوم الأعراض أيضاً بالبرودة أو الرطوبة أو تغير المناخ أو التوتر الانفعالي أو المجهود البدني (Rempel et al., 2019, 179). ومن مصادر المشقة التي يعانيتها المصابون؛ عدد الأعراض النفس جسمية وشدتها التي يعانونها، وغياب سبب محدد ومعروف للأعراض، وعدم وجود علاج شامل، وكذلك الاتهام الصريح أو الضمني بأن معاناتهم "في رأسهم فقط"، أو بإحساسهم الخاطئ (Yeshua et al., 2019, 229).

وأشارت الدراسات الوبائية كدراسة "نيومان، وبوسكيلا" Neumann &

(1) Fibromyalgia Syndrome (FMS)

(2) Central Nervous System (CNS)

(2003) Buskila إلى انتشار زملة الألم العضلي الليفي بين الجمهور العام بنسبة ٧,٣ إلى ١٢,٩٪ (Garip et al., 2020, 13)، وتصيب الشخص في أي عمر، وتشخص بشكل أساسي عند النساء، فقد أشارت الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم إلى انتشارها بين النساء بنسبة ٣,٤٪، وبين الرجال بنسبة ٠,٥٪، خاصة في الفئة العمرية ٣٥-٦٠ عاماً. وأوضح "هلفنشتاين" وآخرون (2012) Helfenstein et. al أن ٤٠,٨٪ من هؤلاء النساء تقعن في الفئة العمرية من ٣٥-٤٤ عاماً (Rempel et al., 2019, 179-182).

ويعتمد التشخيص الإكلينيكي لزملة الألم العضلي الليفي على عديد من الأعراض الذاتية المصاحبة مثل الضغوط، والإجهاد، واضطرابات النوم، والتعب، ورملة القولون العصبي، والاكتئاب، والقلق، وتدهور معرفي، بالإضافة إلى الآلام العضلية الهيكلية المزمنة المنتشرة على نطاق واسع. ويرتبط أيضاً بعديد من الأعراض الثانوية والحالات الصحية من بينها الدوار، واضطرابات عصبية، وصداع، ورملة "رينود"^(١)، ورملة تملل الساق^(٢)، واضطراب المفصل الصدغي الفكي^(٣). كما أبلغت النساء المصابات بزملة الألم العضلي الليفي عن عديد من المشكلات الإكلينيكية؛ مثل تصلب، وحساسية الجلد، واحتباس السوائل، والتتميل، وأعراض القلق/الاكتئاب. وتؤثر هذه الأعراض بشكل كبير على الأداء البدني والنفسي والاجتماعي، وتتداخل مع كثير من المهام كالعمل، والأنشطة الاجتماعية، وأنشطة أوقات الفراغ، مما يؤدي إلى انخفاض نوعية الحياة، والرضا عن الحياة (Muller et al., 2020, 3; Sechi et al., 2020, 2; Vural et al., 2014, 2). فتؤثر هذه المظاهر الجسمية والنفسية

(1)Raynaud's Syndrome

* في زملة "رينود" تضيق الشرايين الصغرى التي تمد الجلد بالدم، مما يحد من تدفق الدم إلى المناطق المصابة (تشنج الأوعية الدموية)، مما يسبب الشعور في بعض مناطق الجسم كأصابع اليدين والقدمين بالخدر والبرودة استجابةً لدرجات الحرارة المنخفضة أو الضغوط.

(2)Restless Leg Syndrome

(3)Temporomandibular Joint Disorder

المستمرة على نوعية الحياة لدى مرضى زملة الألم العضلي الليفي، حيث تم الإبلاغ عن نوعية حياة منخفضة بين الأفراد المصابين بزملة الألم العضلي الليفي مقارنة بالأصحاء، والمصابين بأمراض مزمنة أخرى؛ كهشاشة العظام، والتهاب المفاصل الروماتويدي، والذئبة، واحتشاء عضلة القلب، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، وفشل القلب الاحتقاني، وارتفاع ضغط الدم، والسكري، لذلك تتسم الحالة الصحية لمرضى الألم العضلي الليفي بأنها أكثر ضعفاً (Sechi et al.,2020, 2; Molnar et al., 2012, 295).

فإن أسوأ نتيجة لزملة الألم العضلي الليفي - بالإضافة إلى معاناة الألم - هي فقد نوعية الحياة؛ حيث تتأثر الأنشطة اليومية لمرضى الألم العضلي الليفي مما يحد من حياته الاجتماعية ويضر بالروابط الأسرية. فقد أشارت المقابلات التي أجريت في دراسة "رامبل" وزملائه إلى فقد مرضى الألم العضلي الليفي لقدرة كبير من الصحة، التي هي وفقاً لمنظمة الصحة العالمية؛ "حالة من العافية"^(١) الجسمية والنفسية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو الاعتلال"، ونتيجة لهذا النقص في العافية، توقف ٩٠٪ من المشاركين بالدراسة عن مغادرة المنزل (Rempel et al., 2019, 184-187).

وكشفت دراسة أجرتها مؤسسة "هيوماننا" البحثية^(٢) على أعضائها المسجلين في خطط الرعاية الطبية أن معدلات مرضى الألم العضلي الليفي لاستخدام خدمات الرعاية الصحية، وأيضاً تكلفة رعايتهم الصحية أعلى من غير المصابين بها. كما يشير الإنتاج العلمي التجريبي إلى ارتفاع معدلات المصابين بزملة الألم العضلي الليفي في كل من التغيب، وإصابات العمل، وقضايا الصحة النفسية في مكان العمل مقارنة بغير المصابين بها (Muller et al., 2020, 3).

مدخل إلى مشكلة الدراسة

على الرغم من أن الأعراض الجسمية لزملة الألم العضلي الليفي يمكن

(1)Well-being

(2)A Humana Research

أن تكون عميقة، إلا أن هذه الأعراض تمثل عنصراً واحداً فقط من خبرة الإصابة بمرض الألم العضلي الليفي، حيث تعد الإعاقة المرتبطة بزملة الألم العضلي الليفي نتيجة لتفاعلات معقدة بين عدد من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية، بما في ذلك عوامل الحالة الصحية، والعوامل الشخصية والنفسية، والعوامل الاجتماعية والبيئية. لذلك فإن الاستعانة بالتشخيص الطبي وحده لتحديد تأثير مرض الألم العضلي الليفي على مستويات أداء المصابين به ومشاركتهم في المجتمع لا يكون مفيداً، وهناك مناقشات مستمرة بشأن تصنيف مرض الألم العضلي الليفي، وأسبابه، وفسولوجية المرض⁽¹⁾، وإدارته، ونتائج التعافي (Muller et al., 2020, 4).

وتثير مشاركة العوامل النفسية باعتبارها من مسببات الأمراض المزمنة اهتمام المجتمع العلمي، مما أدى إلى زيادة البحوث حول الارتباطات النفسية العصبية بعدد من الأمراض المزمنة بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، وداء السكري، وصحة العظام، وزملة الألم العضلي الليفي، وكذلك المشكلات النفسية العصبية مثل نقص الانتباه وفرط النشاط، واضطراب ما بعد الصدمة. وقد أظهر عدد من الدراسات الحديثة كدراسة "سيتينيري" وآخرين (Settineri et al. (2019)، ودراسة "ريماركزيك" وآخرين (Rymarczyk et al. (2020) ارتباط سمات الشخصية وتنظيم الانفعال غير المباشر أو الضمني⁽²⁾ بشدة المرض المزمن وتفاقمه وتكراره (Conversano & Di Giuseppe, 2021,) (1).

قد أشار "ديما" وآخرون (Dima et al. (2013)؛ و"دريير" وآخرون (Dreyer et al. (2010) أنه لا يمكن إنكار أن زملة الألم العضلي الليفي حالة حيوية ونفسية واجتماعية معقدة تتأثر بعدد من الجوانب النفسية، مثل الخوف المرتبط بالألم، والمعتقدات حول الألم، وتقدير الذات، والقلق، والاكتئاب،

(1)Pathophysiology

(2)Implicit Emotion Regulation

ونقص المساندة الاجتماعية، والوجدان المتقلب، والصمود النفسي، وأساليب المواجهة، وتنظيم الانفعال، وقد تؤدي جميعها إلى زيادة خطر الانتحار. وحتى يتسنى تقليل العواقب السلبية لزملة الألم العضلي الليفي على أداء الشخص فمن الضروري الاعتراف بالعوامل النفسية التي قد يكون لها علاقة بها (Sechi et al., 2020, 1-2).

فقد اقترح "أوليفيرا" (Oliveira 2000) أن الألم يمكن أن يكون مظهراً من مظاهر الأعراض النفسية كالاكتئاب والقلق، حتى أن بعض صور زملة الألم العضلي الليفي ترتبط بمرضى الاكتئاب، لكن لا يوجد تصور محدد إذا كان الاكتئاب يمكن أن يؤدي إلى زملة الألم العضلي الليفي أو العكس. بينما الجمع بين الاكتئاب وزملة الألم العضلي الليفي يسبب تفاقماً للأعراض، وإضعافاً لأساليب المواجهة. ويمكن أن يؤثر الاكتئاب على أعراض مرض الألم العضلي الليفي، مما يتسبب في قيود وظيفية، وتدهور لنوعية الحياة الذاتية. وللألم المزمن عواقب نفسية أخرى كتدني تقدير الذات، والأرق، والغضب، والشعور بالهجران. وتسبب زملة الألم العضلي الليفي كذلك الشعور بقابلية التأثر^(١)والعجز^(٢) بسبب أصلها غير المعروف وعدم الشفاء منها (Rempel et al., 2019, 182-183).

مع أن العمليات المعرفية والحالات الانفعالية قد تكون متورطة في ظهور زملات الحساسية المركزية^(٣) (بما في ذلك مرض الألم العضلي الليفي)، إلا أنها تعد بشكل أساسي من عوامل بقاء هذه الزملات، فهي تؤدي إلى المبالغة في إدراك المعلومات الحسية الضارة وتتدخل في التكيف مع المرض. فقد أكد "لينتون" وزملاؤه (Linton et al. 2018) على أن المشقة الانفعالية، والفترات العصبية، والأسلوب المعرفي السلبي، تؤدي جميعها إلى تفاقم الأعراض وتدهور التكيف الوظيفي. لذلك فإن التقدم في المعرفة حول كيفية

(1)Vulnerability

(2)Helplessness

(3)Central Sensitization Syndromes (CSS)-

تأثير العوامل النفسية على أعراض زملة الألم العضلي الليفي و/أو الأداء اليومي للمرضى لها أهمية كبيرة، وتعد من العناصر المؤثرة على برامج العلاج (Martínez et al., 2021, 215).

سلط عدد من الدراسات كدراسة "فريدمان، وروزنمان" Friedman & Rosenman (1959)، و"جرير، وموريس" Greer & Morris (1975)، و"دينوليت" و"آخرين" Denollet et al. (1995)، و"هورود" و"آخرين" Horwood et al. (2015) الضوء على دور خصائص الشخصية في زيادة خطر الإصابة بأمراض جسدية معينة أو قابلية الفرد العامة للإصابة بالأمراض. وناقش عديد من الباحثين ك"أبلين" وزملائه Ablin et al. (2016) الدور المحدد الذي تؤديه السمات الشخصية في تطور مرض الألم العضلي الليفي، وباعتبارها أيضاً عاملاً مهماً لبدء المرض وبقائه، وتناولها بعضهم الآخر كعامل معدل مقارنة بعمليات التكيف مع المرض. وأحد جوانب الشخصية الذي تم دراسته بشكل شائع لدي المرضى المصابين بأمراض مزمنة هو عجز التعبير الانفعالي أو عمه المشاعر⁽¹⁾، ووجد أنه مرتبط بعدد من الحالات الطبية كقرط الاستثارة⁽²⁾، والأعراض الجسدية، والسلوكيات القهرية غير الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، وجد أن عمه المشاعر يرتبط بالقلق والاكتئاب، خاصة في المرضى الذين يتصفون بضعف الإذعان والالتزام، ويتزامن ذلك مع سوء كل من الصورة الإكلينيكية، ومسار الأمراض المزمنة. وأضاف "مالين وليتلجون" Malin & Littlejohn (2016) عديداً من المتغيرات النفسية؛ كالتمكّن⁽³⁾، والعصابية، والقلق باعتبارها منبئات بالضغط التي يمكن أن تؤثر على أعراض زملة الألم العضلي الليفي؛ كالألم، والإجهاد، واضطرابات النوم (Conversano & Di Giuseppe, 2021, 2; Conversano et al., 2018, 225-228).

(1) Alexithymia

(2) Hyperarousal

(3) Mastery

وأشار "أبلين" وآخرون (Ablin et al., 2016) إلى أن هناك فئتين مختلفتين من مرضى الألم العضلي الليفي؛ تتسم الفئة الأولى بعافية مرتفعة، وأساليب مواجهة أكثر تكيفاً، ومستويات أقل من عمه المشاعر مع انتشار أقل أيضاً لنمط الشخصية (د) (١)، والفئة الثانية تتسم بمستويات منخفضة من العافية، وأساليب مواجهة أقل تكيفاً، ومستويات مرتفعة من عمه المشاعر وانتشار أكثر لنمط الشخصية (د) (Conversano et al., 2018, 228). وأوضح "هلفنشتاين" وآخرون (Helfenstein et. al (2012) أن الصفحة النفسية لهؤلاء المرضى تظهر نقداً شديداً للذات، وكمالية (٢)، وهوساً بالبحث عن التفاصيل (Rempel et al., 2019, 182).

وفحص "كروفورد" وزملاؤه (Crofford et al. (2002) التقييمات الإكلينيكية لأطباء مرضى الألم العضلي الليفي، حيث أفاد ربع الأطباء، والأطباء المتدربين (%٢٣ أي ١٠٥ طبيبياً) أنهم لاحظوا الكمالية في مرضاهم المصابين بزملة الألم العضلي الليفي إما بشكل متكرر أو متكرر بشدة. كما لاحظ أيضاً "فان هودينهوف" وزملاؤه (Van Houdenhove et al. (2003) ارتباط ظهور زملة الألم العضلي الليفي في كثير من الأحيان بأشكال متطرفة من الكمالية، ونمط حياة مفرط النشاط، على وجه التحديد ميل الفرد نحو العمل والإنجاز المباشر (Molnar et al., 2012, 295).

وعادةً ما يربط مقدمي الرعاية الصحية (٣)، زملة الألم العضلي الليفي بسمات شخصية محددة، ويصفون مريض الألم العضلي الليفي بأنه متطلب، وكمالي، وطموح، وناشط، ويركز على المرض، والتطبيب (٤)، ويصعب التعامل معه. ففي دراسة "غازان شاه" وزميليه (Ghazan-Shahi et al. (2012) أفاد أكثر من ٧٠٪ من أطباء الروماتيزم أنه لا ينبغي أن يكونوا هم المسؤولين الرئيسيين عن الرعاية الصحية لهؤلاء المرضى، على أساس أن من الأفضل اعتبار

(1)Type D Personality

(2)Perfectionism

(3)Health care providers (HCPs)

(4)Medicalising

مرض الألم العضلي الليفي اضطراب نفسي جسدي⁽¹⁾ (Da Silva et al., 2017,) (43).

وغالباً ما تُدرس السمات الشخصية في المرضى المصابين بأمراض الروماتيزم، خاصة عند مرضى الألم العضلي الليفي، ومع ذلك فإن الأدبيات حول هذا الموضوع لم تقدم نتائج متسقة (Conversano et al., 2018, 229). ولم يقدم البحث في ارتباط خصائص الشخصية بزملة الألم العضلي الليفي نتائج حاسمة، فمع أن عديداً من مرضى الألم العضلي الليفي يظهرون خصائص شخصية مرتبطة باستجابات نفسية غير ملائمة للمواقف الضاغطة، مثل الكارثية أو تطبيق تقنيات مواجهة سيئة، فلا يوجد صفحة شخصية⁽²⁾ محددة لدى مرضى الألم العضلي الليفي (Da Silva et al., 2017, 43-44)، ربما لأن مسببات مرض الألم العضلي الليفي وتفاقمه لا تزال غير معروفة، ثم إن ارتفاع معدلات الأعراض المشتركة، وعدم التجانس يزيد من صعوبات دراسة مرض الألم العضلي الليفي (Sechi et al., 2020, 1).

مشكلة الدراسة

في ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤلات الآتية:

1. ما هي المكونات الأساسية لعوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على النتائج الصحية والنفسية لمرضى الألم العضلي الليفي؟
2. هل يمكن تصنيف مرضى الألم العضلي الليفي إلى مجموعات فرعية متجانسة بناءً على عوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على نتائجهم الصحية والنفسية؟
3. هل توجد فروق بين المجموعات الفرعية لمرضى الألم العضلي الليفي من حيث النتائج الصحية والنفسية؟

(1)Psychosomatic Disorder

(2)personality profile

أهمية الدراسة الراهنة ومبرراتها

١. ارتفاع عدد المصابين بزملة الألم العضلي الليفي، حيث يتراوح معدل الإصابة العالمي بزملة الألم العضلي الليفي من ٠,٢٪ إلى ٨٪ خلال العقد الماضي، ويشيع انتشارها بين النساء بل يُعتقد أنه اضطراب سائد عند الإناث، فما لا يقل عن ٩٠٪ من تشخيصات زملة الألم العضلي الليفي تكون بين الإناث. بالإضافة إلى أن هذا المرض يفرض قيوداً جسدية، إلى جانب الألم الشديد، وتدهور الذاكرة والتركيز، والإجهاد الشديد، مما يؤدي إلى معاناة نفسية تبدو في الشعور بالذنب، والإحباط، والاكتئاب، والقلق، وتأثر الصورة الذاتية.
٢. التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم العضلي الليفي عن طريق تقييم الخصائص الشخصية لمرضى الألم العضلي الليفي، التي قد تمثل عوامل خطر أو وقاية للإصابة بالمرض أو تفاقم الشعور بالألم وذلك للمساهمة في توضيح الظواهر النفسية المرتبطة بالألم في زملة الألم العضلي الليفي.
٣. تحديد العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على النتائج الصحية والنفسية السلبية والإيجابية لمرضى الألم العضلي الليفي، وفحص الارتباطات بين تلك العوامل والنتائج الصحية والنفسية لمرضى الألم العضلي الليفي.
٤. التحقق من انتشار بعض الخصائص والسمات النفسية بين مرضى الألم العضلي الليفي، وتصنيفهم في مجموعات فرعية بناء على تلك الخصائص والسمات النفسية.
٥. ندرة الدراسات العربية- في حدود اطلاع الباحثة - التي تناولت العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بزملة الألم العضلي الليفي.

مفاهيم الدراسة

أولاً: زملة الألم العضلي الليفي

تم وصف الألم العضلي الليفي بأنه زملة تحسس مركزي تتسم بألم مزمن واسع النطاق، وألم عند اللمس، وتعب مزمن يستمر لأكثر من ستة أشهر لا يرتبط بالجهد البدني ولا يزول بالراحة، وتصاحبه أنماط نوم مضطربة، بالإضافة إلى أعراض وظيفية أخرى. وهناك عوامل يمكن أن تؤثر على بداية زملة الألم العضلي الليفي ومسارها؛ كعادات الأكل، والاستجابة للضغط النفسي (كمتغير نفسي)، وقلة العلاقات الاجتماعية (Conversano et al., 2018, 224; Ablin et al., 2016, 2). ويُعتقد أن مسببات زملة الألم العضلي الليفي تعود إلى معالجة متغيرة للألم ناجمة عن الغدد الصماء العصبية⁽¹⁾ والناقلات العصبية⁽²⁾ واضطراب النوم (Garip et al., 2020, 13).

في عام ١٩٩٠ فقط تلقى مصطلح الألم العضلي الليفي تسمية طبية بشكل رسمي (Rempel et al., 2019, 180). وطورت الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم⁽³⁾ معايير تصنيف للأطباء لتشخيص مرض الألم العضلي الليفي. وتمثل المعايير في ألم مستمر عند الضغط لأكثر من ثلاثة أشهر في ما لا يقل عن ١١ موقعاً من ١٨ موقعاً محددًا مسبقاً وآلاماً منتشرة بالجهاز الهيكلي عند التشخيص. ويُعرف الألم المنتشر بأنه ألم محوري وألم في الجانب الأيسر والأيمن وفي الجزء العلوي والسفلي (Muller et al., 2020, 4; Vural et al., 2014, 2). وتم اقتراح معايير أخرى للتشخيص من قبل الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم بما في ذلك الإجهاد، والنوم غير المفيد للجسم، وعدم الراحة في منطقة البطن، وأعراض معرفية، ولم يتم تحديد عامل واحد ليكون سبب زملة الألم العضلي الليفي (Vural et al., 2014, 2). فنشأة المرض ومسبباته لا

(1)Neuroendocrine

(2)Neurotransmitter

(3)The American College of Rheumatology (ACR)

تزال غير مفهومة تماماً، والرأي السائد في هذا الجانب هو أن زملة الألم العضلي الليفي تحدث نتيجة عملية تركز الألم، حيث يصبح الجهاز العصبي المركزي شديد الحساسية لمعالجة ونقل الألم، مما يتسبب في تضخيم المنبهات المؤلمة وغير المؤلمة مما يؤدي إلى حالة من الألم المزمن. وهناك تداخل إكلينيكي كبير بين زملة الألم العضلي الليفي وزملة التعب المزمن، مع استيفاء عديد من المرضى لمعايير كلتا الحالتين في وقت واحد. وعلى غرار الحالات الطبية المزمنة الأخرى، تم توثيق أعراض طبية نفسية مشتركة مثل القلق والاكتئاب في جزء من مرضى الألم العضلي الليفي (Ablin et al., 2016, 2).

وغالبا ما يساعد توفر تسمية للتشخيص إضفاء شرعية أو مصداقية على مجموعة الأعراض، لا سيما عندما يكون هناك شكوك بين الطبيب والمريض لفترة طويلة. والتأخير في التصنيف أو التسمية أمر شائع في زملة الألم العضلي الليفي، بمتوسط وقت يزيد عن العامين، وغالبا ما يتم التوجه لعدد من الأطباء قبل التشخيص. ويعزز مصداقية التشخيص من تقبل أو رضا المرضى، وكذلك يقلل من الوصم، ويحتمل أن يقلل من استخدام الرعاية الصحية (Davies et al., 2020, 2).

وارتبطت زملة الألم العضلي الليفي في كثير من الدراسات السابقة كدراسة "سيفري" وآخرين (Sivri et al. (1996، و"تشانج" وآخرين (Chang et al. (2015) بعديد من الاضطرابات النفسية بما في ذلك الاكتئاب، والقلق، واضطراب ما بعد الصدمة، وعمه المشاعر، واضطراب الهلع، والشقيقة، وزملة تملل الساق، وزملة القولون العصبي. وبالإضافة إلى ذلك، وجدت أعراض نفسية مرتبطة بشدة المرض، وضعف اللياقة البدنية، وتدهور نوعية الحياة لدى مرضى الألم العضلي الليفي (Garip et al., 2020, 13-14).

يعاني مرضى الألم العضلي الليفي من ضعف نوعية الحياة مقارنة بالأمراض المزمنة الأخرى مثل التهاب المفاصل الروماتويدي، والسرطان، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، والذئبة كما أشار "بربر" وآخرون (Berber et

al. (2005). حيث يعاني المرضى بسبب أعراض المرض من انقطاع مفاجئ لنشاطه المعتاد، الذي ينتج عنه زعزعة لاستقرار التواصل الاجتماعي، وكذلك العلاقات الأسرية، وبميل هذا التأثير إلى أن يكون دائماً، ويضطر المرضى إلى التكيف مع حالتهم الجديدة باستمرار. وهناك عوامل مقلقة لمرضى الألم العضلي الليفي والأشخاص الذين يعيشون معه؛ كتكرار الأعراض وشدتها، وهذا يولد مستوى مرتفعاً جداً من عدم الأمان في الحياة الاجتماعية (Rempel et al., 2019, 181).

وعلى الرغم من الإشارة إلى زملة الألم العضلي الليفي باعتبارها حالة ناتجة عن عوامل حيوية ونفسية واجتماعية متعددة ومتنوعة، وتؤدي دوراً في بدء الألم واستمراره، فلم يتم فهم مسببات الألم بالكامل بعد. ولذلك، فإن العلاج الذي يستهدف السبب الأساسي غير ممكن، وتمت تجربة طرق علاج مختلفة دوائية وغير دوائية، ويُذكر أن طرق العلاج المتاحة توفر تخفيفاً لشدة الأعراض في أقل من ٥٠٪ من المرضى (Vural et al., 2014, 2).

ثانياً: عوامل الخطر والوقاية

١. الكمالية

وصفت الكمالية في الأدبيات بأنها اتجاهات تقييمية حاسمة للغاية؛ الاتجاه التقييمي الأول يتعلق بمستوى القلق من الأخطاء في الأداء، والاتجاه الثاني الذي أكدته الأدبيات، هو شعور مبهم بالشك حول نوعية أداء الفرد، ولا يتعلق هذا الشعور بتحديد أخطاء معينة أو تقييمها، بل يتعلق بالشعور بأن المهمة لم تكتمل بشكل مرض، إلى جانب المبالغة في الاهتمام بالأخطاء والميل إلى الشك في نوعية عمل الفرد، يصف معظم المؤلفين الأشخاص الكماليين بأنهم أشخاص يضعون قيمة كبيرة لتوقعات وتقييمات آبائهم لهم، والملمح الأخير الذي يُستخدم أحياناً لوصف الكماليين هو الإفراط في التركيز على الدقة والنظام والتنظيم (Frost et al., 1990, 450-451).

ويعرف قاموس الجمعية الأمريكية لعلم النفس الكمالية بأنها الميل إلى

مطالبة الآخرين أو الذات بمستوى أداء مرتفع للغاية أو لا تشوبه شائبة، بما يتجاوز ما يتطلبه الموقف، وترتبط الكمالية بالاكئاب، والقلق، واضطرابات الأكل، ومشاكل الصحة النفسية الأخرى (Vandenbos, 2015, 778).

ويري "هيل" وزملاؤه (Hill et al. (2004 أن الكمالية تتكون من عاملين رئيسيين؛ العامل الأول وهو الكمالية الحريصة على الإنجاز، التي تُعد كمالية سوية تدفع الفرد للإنجاز بمعايير عالية، وهو البعد الأدائي للكمالية، ويندرج تحت هذا العامل أربعة أبعاد هي؛ السعي للتفوق، والرغبة في التنظيم، ومعايير عالية لتقييم الآخرين، والتخطيط. والعامل الثاني هو كمالية التقييم الذاتي المستمر، ويمثل البعد المعرفي للكمالية (كمالية غير سوية)، ويندرج تحت هذا العامل أربعة أبعاد هي؛ الاهتمام بالأخطاء، والحاجة إلى الاستحسان، والاستغراق في الأعمال الماضية، وإدراك الضغوط الوجدانية (عبد الفادي، ٢٠١٩، ٦٦٩-٦٧٠).

وقد وجدت الدراسات السابقة كدراسة "سيمي، وكاندا" Sumi & Kanda (2002)، و"فليت" وزملائه (Flett et al. (2011,2012 أن الكمالية تعد عامل خطر للمعاناة من الأعراض النفس جسمية. وإن الفشل في تلبية معايير عالية يزيد من احتمالية وجود أعراض نفس جسمية لدى الشخص. وإن الكمالية تعيق القدرة على التعامل مع الأمراض المزمنة عموماً، حيث وجد أن سمة الكمالية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالموالفة غير التكيفية، وزيادة معدلات تأثير المرض من حيث التأثير النفسي والاجتماعي (Yeshua et al., 2019, 230; Molnar et al., 2012, 296). كما أشار "مولنار" وزملاؤه (٢٠١٢) في دراستهم إلى أن ارتفاع الكمالية الموجهة نحو الذات يعد عامل ضعف ويضيف تحديات صحية كبيرة قد تواجه فعلاً المصابين بزملة الألم العضلي الليفي، حيث يرى الأفراد الكماليون المصابون بزملة الألم العضلي الليفي أنفسهم فاشلين بسبب عدم القدرة على العمل، أو قد يستمرون في محاولة السعي بلا هوادة بطريقة تزيد من آلامهم ومشاكلهم الصحية الأخرى (Molnar et al., 2012, 296). كما

توصلت "سيرويس" وآخرون (Sirois et al., 2019) في دراستهم إلى أن المشاركين بالدراسة - سواء مرضى الألم العضلي الليفي أو العينة الضابطة - الذين سجلوا مستويات مرتفعة على كل من السعي للكمال ومخاوف الكمالية قد أفادوا بتدهور الصحة والعافية لديهم (Molnar et al., 2020, 128).

٢. يقظة الضمير^(١)

أحد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وفقاً لنموذج "كوستا، ومكراي" (Costa & Mc Crae, 1992)، ويظهر هذا العامل المثابرة والتنظيم وتحقيق الأهداف المرجوة، فالدرجة المرتفعة تدل على أن الفرد منظم ويؤدي واجباته باستمرار وبإخلاص، بينما الدرجة المنخفضة تدل على أن الفرد أقل حذراً وأقل تركيزاً خلال أدائه للمهام المختلفة (العطية، ٢٠١٠، ٧٣).

ومن السمات النموذجية التي حددها "كوستا ومكراي" لهذا العامل؛ الاقتدار أو الكفاءة (أي بارع، وكفاء، ومدرك، ومتبصر، أو حكيم ويتصرف بحكمة مع المواقف الحياتية المختلفة)، والنظام (أي مرتب، ومهذب، وأنيق، ويضع الأشياء في مواضعها الصحيحة)، والالتزام بالواجبات (أي ملتزم لما يمليه ضميره، ويتقيد بالقيم الأخلاقية بصرامة)، والنضال في سبيل الإنجاز (أي مكافح، وطموح، ومثابر، ومجتهد، وذو أهداف محددة في الحياة، ومخطط، وجاد)، وضبط الذات (أي القدرة على البدء في عمل ما أو مهمة، ومن ثم الاستمرار حتى إنجازها دون الإصابة بالكلل أو الملل، والقدرة على التدعيم الذاتي من أجل إنجاز الأعمال دون الحاجة إلى التشجيع من قبل الآخرين)، والتأني أو الروية (أي النزعة إلى التفكير قبل القيام بأي فعل ولذلك يتسم الفرد بالحذر والحرص واليقظة والتروي قبل اتخاذ القرار أو القيام بأي فعل) (الأنصاري، ٢٠٠٢، ٧١٥). أما الضمير غير المنضبط فيتمثل في المماثلة وسرعة الشعور بالإحباط، والكسل، ويصبح الشخص ليس محل ثقة للآخرين،

(1)Conscientiousness

لعدم تمتعه بالنظام وكونه شخص غير حاسم (من خلال إيمان جريش، ٢٠١٨، ١٨٠).

٣. عمه المشاعر

تم تطوير مفهوم عمه المشاعر في عام ١٩٧٢ من قبل "سيفنيوس" Sifneos وهو كلمة يونانية تعني "لا توجد كلمات تعبر عن الانفعال" (A=نقص، lexis=كلمة، thymos=مزاج أو انفعال). ويرى "كريستال" Krystal (1979)، و"تايلور" (Taylor 1984) أن عمه المشاعر على مستوى أوسع يشير إلى عجز معرفي ووجداني في طريقة تعرف بعض الأفراد على حالاتهم الانفعالية ونقلها. ولا يقتصر الأمر على عدم مقدرة الأشخاص على فهم حالاتهم الانفعالية بشكل صحيح فحسب، بل يظهرون أيضاً عجزاً في فهم انفعالات الآخرين. على سبيل المثال، يظهرون عجزاً في تحديد تعبيرات الوجه الخاصة بالخوف والغضب والحزن لدى الآخرين، ويستغرقون زمناً أطول لاكتشاف التغيرات في تعبيرات الوجه الانفعالية. وتتسم تفاعلاتهم بين الشخصية بالبرودة، وانخفاض التعاطف، والامبالاة عامة تجاه الآخرين. ومن الناحية المعرفية، يستخدمون أسلوباً عينياً وعملياً في التفكير، ويظهرون وعياً انفعالياً متضائلاً وغير متميز.

ويتضمن مفهوم عمه المشاعر أربعة ملامح رئيسية: (١) صعوبة تحديد المشاعر الذاتية ووصفها، و(٢) صعوبة التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية للاستثارة الانفعالية، و(٣) عمليات تخيل محدود، و(٤) أسلوب معرفي موجه خارجياً. وقد أوضح "تايلور" وآخرون (Taylor et al. 1997)، و"جراي" وآخرون (Grabe et al. 2001) أن عمه المشاعر يعد مكوناً متعدد الأبعاد للشخصية وثابت نسبياً (Timoney & Holder, 2013, 1-2).

وقد أشار "مارتينيز" وآخرون (Martinez et al. 2015) إلى أن عمه المشاعر يؤدي دوراً مهماً في التنبؤ بالجوانب الوجدانية للألم لدى مرضى الألم العضلي الليفي، وأن صعوبة التعرف على المشاعر تؤدي دوراً وسيطاً في

العلاقة بين مستويات الألم الكارثية والقلق. وفحص "دي تيلا" وآخرون Di Tella et al. (2017) العلاقة بين عمه المشاعر والألم (المكون الحسي والوجداني للألم) لدي ١٥٩ مصاباً بمرض الألم العضلي الليفي، وتوصلوا إلى أن المرضى الذين اتسموا بعمه المشاعر قد أظهروا مستوى مرتفعاً من شدة الألم وخبرة الألم (الأبعاد الحسية والوجدانية)، ومستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والمشقة الانفعالية مقارنة بغير العاجزين عن التعبير الانفعالي (الضابطة) (Conversano et al., 2018, 228).

٤. نمط الشخصية(د)

هي نمط الشخصية المكروية وتنطوي على سمتين من سمات الشخصية، وهما الوجدان السلبي؛ أي ميل للشعور بانفعالات سلبية، والتثبيط الاجتماعي؛ أي كبح التعبير عن الذات في العلاقات الاجتماعية. وعادة ما يركز الأفراد ذوو الوجدان السلبي على الجوانب السلبية من الحياة ومن المرجح أن يشعروا بمشاعر سلبية مثل المشقة، وعدم الرضا، والتهيج^(١)، والقلق، والاكتئاب. ويميل الأفراد المثبطون اجتماعياً إلى الشعور بعدم الأمان والضعف في التفاعلات الاجتماعية. ويبلغ معدل انتشار نمط الشخصية(د) %٢١ في الجمهور العام ويزيد من أمراض القلب والأوعية الدموية؛ كأعراض القلب التاجية وارتفاع ضغط الدم (Garip et al., 2020, 14).

وتوصلت "جيلسما" (2008) Jellesma إلى أن مزيج الوجدان السلبي، والتثبيط الاجتماعي يزيدا من خطر الشكوى النفس جسدية في بداية مرحلة الرشد. ووجد "كوندين" وزملاؤه (2013) Condén et al. أن المراهقين ذوي نمط الشخصية(د) أكثر عرضة للشكوى من مجموعة من الأعراض النفس جسدية. وأوضح "أبلين" وآخرون (2016) Ablin et al. أن نمط الشخصية(د) ينتشر بين الأفراد ذوي الاضطرابات النفس جسدية بشكل أعلى بكثير من الجمهور العام، وأضاف "زوهار" وزملاؤه (2018) Zohar et al. أن الأفراد المصابين بالقلق

(1) Irritability

والاضطرابات الوجدانية مرتفعين على نمط الشخصية (د) (Yeshua et al., 2019, 231).

٥. الحكم على الذات^(١)

يقصد بالحكم على الذات الميل إلى عدم التسامح مع الذات، وانتقادها بقسوة، ويعد التلطف مع الذات^(٢) (في مقابل الحكم على الذات) المكون الأول للشفقة مع الذات أو التراحم الذاتي^(٣)؛ والحكم على الذات هو طرف القطب الآخر المكمل أو المتمم لمكون التلطف مع الذات ويقصد به ملاحظة الذات بود بدلاً من النقد؛ وأن يعامل الشخص نفسه بتلطف عند مواجهة عدم كفاءته بواسطة تهدئة الذات^(٤)، والحديث الإيجابي مع الذات (Neff, 2003, 85).

وتضيف "نيف" أن التلطف مع الذات يعني دعم الذات بالعطف والتفهم بدلاً من الحكم على الذات أو توبيخها عندما يكون المرء في محنة (Dahmardeh et al., 2021, 38). وأن يشعر الشخص بنفس الحب والشفقة التي قد يشعر بهما تجاه الآخر الذي يعاني، فضلاً عن الرغبة في التخفيف من انزعاج المرء وامتناعه. وعندما تتم ممارسة التلطف مع الذات تجاه ذكرى مؤلمة، فإنها تسمح بتخفيف تلك الذاكرة المؤلمة وخلق حوار داخلي لطيف ورحيم ومتفهم يؤدي إلى إحساس حقيقي للغاية بالشفقة مع الذات. ويتضمن التلطف مع الذات أيضاً قبول الفرد لأخطائه وإخفاقاته والتسامح معها والاعتراف بنجاحاته ونقاط قوته وإنجازاته على أساس معادل، دون تقييم الذات أو مقارنة اجتماعية (Stevens et al., 2018, 96).

٦. التماهي الانفعالي المفرط^(٥)

يعد التعقل أو المراقبة الواعية^(٦) (مقابل التماهي المفرط) المكون الثالث للشفقة مع الذات؛ ويقصد بالتماهي المفرط الميل إلى الانشغال بالانفعالات الشخصية والافتقاد للنظرة الموضوعية لهذه الاستجابات، وهو طرف القطب

- (1) Self- Judgment
- (2) Self-Kindness
- (3) Self-compassion
- (4) Self-Soothing
- (5) Over-Identification
- (6) Mindfulness

الآخر المكمل أو المتمم لمكون التعقل الذي يشير إلى الوعي بالخبرات السلبية بتوازن، والسيطرة على الأفكار والمشاعر المؤلمة في حالة من الوعي المتوازن بدلاً من الانغماس المفرط فيها؛ أي يقوم الشخص بتوجيه أفكاره وانفعالاته بشكل متوازن، فلا يقلل الاهتمام ولا يفرط في الانغماس في الأفكار أو المشاعر السلبية. ويقصد بها أيضاً مواجهة الأفكار المؤلمة دون تجنبها أو تضخيمها، وإدارة خيبة الأمل والإحباط وتهدئة رثاء الذات والمأساوية (Neff, 2003, 85). كما عرّف "براون، وريان" (Brown & Ryan (2003) المراقبة الواعية بأنها حالة الانتباه والوعي لما يحدث في الوقت الحاضر (Stevens et al., 2018, 102).

٧. الانشغال بصورة الذات^(١)

أحد مكونات عامل العصائية وهو من العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وفقاً لنموذج "كوستا، وماكري" (١٩٩٢)، ويقصد بالانشغال بصورة الذات؛ الشعور بالإثم والحرج والخجل والقلق الاجتماعي الناتج عن عدم الظهور أمام الآخرين بصورة مقبولة، وتعد انفعالات الخجل والارتباك لب هذا الجانب.

٨. الاندفاعية^(٢)

أحد مكونات عامل العصائية وهو من العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وفقاً لنموذج "كوستا، وماكري" (١٩٩٢)، ويقصد بالاندفاعية عدم القدرة على ضبط الدوافع، والعجز عن التحكم في الرغبات الملحة (كالطعام، والسجائر) ولا يستطيع الفرد مقاومتها على الرغم من أنه قد يندم مؤخراً على هذا السلوك، ويشعر فيه الفرد بالتوتر والقلق وسرعة الاستثارة.

٩. قابلية التأثر بالضغط

أحد مكونات عامل العصائية وهو من العوامل الخمسة الكبرى

(1) Self-Consciousness

(2) Impulsiveness

للشخصية وفقاً لنموذج "كوستا، وماكري" (١٩٩٢)، ويقصد بقابلية التأثر بالضغط عدم قدرة الفرد على تحمل الضغوط، لذا يشعر الفرد بالعجز أو اليأس والافتكال وعدم القدرة على اتخاذ القرارات في المواقف الضاغطة (الأنصاري، ٢٠٠٢، ٧١٢؛ الحسيني، ٢٠١٢، ١٧٣).

١٠. الصمود النفسي أو قابلية التعافي^(١)

يعرف "ماستين" (2009) Masten الصمود النفسي بأنه القدرة الإيجابية للفرد على التكيف مع الضغوط النفسية، التي تمكنه من أداء وظائفه بشكل جيد. بينما عرفته "سميرة أبو غزالة" (٢٠٠٩) بأنه عملية تكيف بشكل جيد مع الصدمات والتهديدات والأحداث الضاغطة الأخرى بطرق مختلفة، وبأنه بناء معقد ينظر إليه كخطة تتألف من وحدات للتحليل تصف كيف يسعى الأشخاص نحو الأهداف أو المهام في الحياة.

وترى "صفاء الأعسر" (٢٠٠٩) أن الصمود النفسي يعد من المركبات التي تقي الإنسان من آثار الضواغط الحياتية المختلفة، ويجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة. والصمود النفسي لبنة في منظومة علم النفس الإيجابي، ذلك المنحى الذي يعظم القوى الإنسانية ويسعى لاكتشافها وتمييزها - فالصمود النفسي هو القوة التي تسمح للإنسان أن يتجاوز التحديات وينهض مما يتعرض له من عثرات ليحقق النمو والكفاءة وكحماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية (أبو غزالة وآخرين، ٢٠١٦، ٧٧٧-٧٨٠).

١١. المساندة الاجتماعية

يقصد بها أي مورد يتدفق عبر العلاقات الاجتماعية، تستند هذه العلاقات على التفاعلات الاجتماعية ويمكن أن تكون افتراضية و/أو ضمنية ومخيلة وحقيقية و/أو مؤقتة و/أو مستمرة. ويُنظر إلى المساندة الاجتماعية من منظور علم الصحة على أنها الدعم المتاح للفرد عن طريق الروابط الاجتماعية

(1) Resilience

مع أشخاص أو مجموعات أخرى أو المجتمع عموماً. وغالباً ما تتم دراسة المساعدة الاجتماعية فيما يتعلق بالمساعدة، والمساندة الانفعالية، والمشورة أو المعلومات، والمساندة المالية، وتوفير الرعاية، والمساندة المعنوية، والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. وقد تمت دراسة المساعدة الاجتماعية على نطاق واسع في العقود الماضية، وأظهرت الدراسات التي أجريت حول تأثير المساعدة الاجتماعية المتصورة على النتائج الصحية كدراسات "هافرنيك" وآخرين (Havranek et al. (2015، و"فالتورتا" وآخرين (Valtorta et al. (2016 أن وجود رفقة كبيرة يقلل من مخاطر الإصابة بأمراض القلب وأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الجهاز التنفسي، والسكتات الدماغية، وسرطان الثدي. وقد توصل "هولت-لونستاد" وآخرون (Holt-Lunstad et al., (2010, 2015 في دراستهم إلى أن المساعدة الاجتماعية تؤثر على معدلات الوفيات، حيث أشار التحليل البعدي لـ ١٤٨ دراسة إلى أن العلاقات الاجتماعية تعد منبئات مهمة بمعدل الوفيات، وكشفت الدراسة عن تأثير قوي للمساعدة الاجتماعية على طول العمر، والرضا العام عن الحياة (Costa-Cordella et al., 2021, 1-2).

كما أن العلاقات بين الأشخاص قد تساعد أو تعوق التكيف مع الأمراض المزمنة، على وجه الخصوص بين الإناث، حيث تعد من العناصر الحيوية للتكيف مع الضغوطات الرئيسية. وبوجه عام، ترتبط المساعدة الاجتماعية بالتكيف الإيجابي مع عديد من الأمراض المزمنة، ومع ذلك تختلف الدراسات في كيفية تصور المساعدة الاجتماعية، وتستخدم المساعدة الاجتماعية كأسلوب للتكيف، وكمورد للمواجهة (Larsen & Hummel, 2013, 84).

ثالثاً: النتائج الصحية والنفسية السلبية والإيجابية

١. العافية البدنية^(١)

مفهوم متعدد الأبعاد يشير إلى حالة الصحة الإيجابية^(٢) التي تشمل

(1) Physical well-being

(2) positive health state

القدرة على ممارسة النشاط البدني، والمشاركة في الأنشطة اليومية أو الرياضة دون وجود عجز أو تقييد. وتتضمن العناصر الحيوية للعافية البدنية؛ التغذية الجيدة، والرعاية والوقاية الصحية (ممارسة العادات الصحية)، والأمان والسلامة، والوقاية من سوء استخدام الأدوية، والصحة الإنجابية^(١). وتضيف مجموعة خبراء نوعية الحياة بمنظمة الصحة العالمية إلى معالم العافية البدنية؛ الألم والإحساس بالراحة، والطاقة والإرهاق، ونوعية النوم (-Conner, 2003, 65; The WHOQoL group, 1998, 1576-1578; 79).

٢. تحمل الألم^(٢)

يعرف تحمل الألم بأنه أقصى قدر من الألم يمكن أن يتحملة الشخص. ويُظهر الإنتاج العلمي أن المستويات المنخفضة من تحمل الألم غالباً ما ترتبط بالاكتئاب، والخوف من العجز المستقبلي، والإحباط، والغضب، وانخفاض مستويات النشاط، وانخفاض المتعة، والعزلة، واضطراب العلاقات الحميمة، والشعور بالضعف، والإدمان على الأدوية. وتعد زيادة تحمل الألم عاملاً هاماً من عوامل الصمود النفسي، التي تساعد المرضى على تخفيف المعاناة التي غالباً ما تصاحب الألم.

وفقاً للأدبيات، بما أنه لا يمكن تجنب الألم، فمن المهم للغاية التحقق من جانب تحمله. في الإطار المعرفي السلوكي، تعرف القدرة على تحمل الانزعاج بتحمل الإحباط، ويعرفها "اليس" (1962) Ellis بعدم الهلع من سوء الأوضاع. ويعد المستوى المرتفع من تحمل الإحباط عاملاً محددًا للصمود النفسي، في حين أن المستويات المنخفضة من تحمل الإحباط والمستويات المرتفعة من الذعر/الكارثية تنبئ بمجالات واسعة من الاضطرابات النفسية.

ويعد تحمل الألم والقلق المرتبط بالألم من أكثر النتائج التي تمت دراستها في المرضى الذين يعانون الألم. القلق المرتبط بالألم هو أحد الانفعالات الأكثر شيوعاً المرتبطة بالألم، وتعد مشاعر القلق جزءاً أساسياً من

(1) reproductive health

(2) Pain Tolerance

خبرة الألم لدرجة أن المرضى قد يواجهون صعوبة في التمييز بين الاثنين. ونظراً لتأثير كل من تحمل الألم والقلق المرتبط بالألم على عافية المريض والحالة الجسدية، والصحة النفسية، فقد بحثت الدراسات في الشواهد المعرفية والانفعالية الكامنة وراء هذه المفاهيم. وتعد كارثية الألم، والقلق، وتوقعات الاستجابة ثلاثة من أكثر المتغيرات التي تمت دراستها (Cimpean & David, 2019, 1).

٣. الشعور بالخزي^(١)

الشعور بالخزي والشعور بالذنب من الانفعالات السلبية، وعلى هذا النحو كلاهما يمكن أن يسببا ألماً داخل النفس. ويعد الخزي من أكثر الانفعالات إيلاماً لأن جوهر الذات يكون على المحك. عادة ما يكون الشعور بالخزي مصحوباً بإحساس القلة أو "كونك صغيراً"، وإحساس انعدام القيمة والضعف.

وغالباً ما يعاني مرضى الألم المزمن وزملة الألم العضلي الليفي من مشاعر الخزي ولوم الذات لأسباب مختلفة. فهم يشعرون بالخزي بسبب مرضهم، أو يشكون في شعورهم بالألم ويظنون في أنفسهم بأنهم متوهمون المرض، أو معرضون للاستجواب من قبل متخصصي الرعاية الصحية، وسوء فهمهم من قبل العائلة والأصدقاء، ويكافحون من أجل تقدير الذات ومكانتهم كمرضى وكنساء (Offenbacher et al., 2015, 131).

٤. الرضا عن الحياة

عرّف "دينر" (1984) Diener الرضا عن الحياة بأنه تقييم الفرد لنوعية حياته الشاملة. ويرى "شالوك" وآخرون (2002) Schalock et al. أن "الحياة" تشير إلى جوانب مهمة من الوجود البشري؛ كالأسرة والصحة والعمل (Santilli et al., 2018, 45).

لذلك يرتبط مفهوم الرضا عن الحياة بقوة بنوعية الحياة، ويشير إلى

(1) Feelings of Shame

تقييم الفرد الذاتي لحياته الشخصية في عدد من مجالات الحياة. وتعتمد تقارير الرضا عن الحياة على تقييمات مستمرة تُظهر تأثير ظروف الحياة المتغيرة. ويمكن اعتبار تقارير الرضا عن الحياة مؤشراً على نوعية الحياة لأنه يعكس مدى رضا الفرد عن حياته كلياً. وقد استعرضت "موونز" وآخرون (Moons et al., 2006) مفاهيم نوعية الحياة السائدة في البحوث، واقترحت أن التركيز على الرضا عن الحياة هو النهج الأكثر ملاءمة لتحديد نوعية الحياة. وقد تبين ارتباط المستويات المنخفضة من الرضا عن الحياة بشكل كبير بالصحة البدنية السيئة والصحة النفسية الضعيفة (Leuteritz et al., 2018, 4375).

التصورات النظرية المفسرة للاضطرابات الوظيفية (زملة الألم العضلي الليفي)
هناك مشكلتان تتعلقان بالاضطرابات الوظيفية، الأولى مشكلة عملية، والأخرى مشكلة نظرية. تتمثل المشكلة العملية في أن التعافي ضعيف للغاية، حيث يتعافى بعض مرضى زملة الألم العضلي الليفي، ويتدهور بعضهم الآخر، لكن إجمالي المرضى يظلون دون تحسن. حتى العلاجات الموصى بها، مثل العلاج المعرفي السلوكي، له فعالية منخفضة، في أفضل الأحوال ربع فعالية العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب. وتكمن المشكلة النظرية في أن الاضطرابات الوظيفية يتم تفسيرها بواحد من نموذجين؛ حيوي ونفسي. ومع ذلك، لا يمكن لأي منهما أن يفسر جميع البيانات (Hyland, 2017, 23).

وعلى الرغم من وصف الاضطرابات الوظيفية بأن أعراضها غير المفسرة طبيياً، فقد تم اقتراح عدد من التفسيرات للاضطرابات الوظيفية لمساعدة مهني الرعاية الصحية على شرح الأعراض والمسببات الأساسية لزملة الألم العضلي الليفي (Davies et al., 2020, 2; Hyland et al., 2019, 240).

النموذج الحيوي

يفترض النموذج الحيوي؛ أن جميع الزملات المختلفة سببها فسيولوجيا مرضية محددة لم يتم اكتشافها بعد. وتوجد داخل النموذج الحيوي نظريات

تشرح الاضطرابات الوظيفية (كزملة التعب المزمن⁽¹⁾) وزملة الألم العضلي الليفي) في ضوء الغدد الصماء، والمناعة، والاختلالات العصبية، والاختلالات اللاإرادية⁽²⁾، بما في ذلك التحسس المركزي والخلل الوظيفي المرتبطين بأعراض التعب والألم على التوالي.

ومع ذلك، فإن صورة الأعراض والاختلالات غير ثابتة أو غير متسقة بين المرضى المشخصين، ومشاركة مع أمراض واضطرابات وظيفية أخرى، وهي إلى ذلك لا تشرح بشكل كافٍ المسببات المرضية ولا الأعراض اللاحقة في هذه الاضطرابات. باختصار، ليس هناك دليل على فسيولوجيا مرضية محددة، بالتالي تظل الاضطرابات الوظيفية مصنفة على هذا النحو بدلاً من كونها أمراضاً. وبالإضافة إلى ذلك، فقد فتحت هذه النظريات سبلاً علاجية متواضعة، حيث تعد فعالية العلاجات الحيوية لزملة التعب المزمن وزملة الألم العضلي الليفي ضعيفة (Davies et al., 2020, 2-3; Hyland et al., 2019, 240; Hyland, 2017, 23).

النموذج النفسي

يفترض النموذج النفسي أن جميع الاضطرابات الوظيفية ناتجة عن آلية أو نظرية نفسية شائعة تحمل تسمية عامة الجسدنة⁽³⁾، أو أنها من أشكال الاضطراب المعرفي. وهي سائدة إلى الحد الذي يُشار إلى الاضطرابات الوظيفية أحياناً باسم الاضطرابات الجسمية⁽⁴⁾ (Hyland et al., 2019, 240; Hyland, 2017, 23).

أنشأ النموذج النفسي نظريات تستند إلى فرض مؤداه؛ أن المشقة النفسية - المرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر بسلوكيات غير سوية أو غير نمطية- تسبب فسيولوجيا مرضية (أي نوع من النظريات الثنائية⁽⁵⁾) حيث

(1) Chronic Fatigue (CFS)

(2) Autonomic abnormalities

(3) Somatization

(4) Somatoform

(5) dualist type of theory

يتسبب العقل في الجسد) أو أن الاعتلال المعرفي^(١) يسبب ضعفاً أو خملاً يؤدي بعد ذلك إلى صحة ضعيفة (أي نوع من النظريات بوسيط أو وساطة سلوكية^(٢))، مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية متعددة. وقد أدى هذا النهج إلى استشارات إكلينيكية متقطعة، ورفضاً عدائياً في كثير من الأحيان من قبل المرضى ومجموعات الدعم، الذي يؤدي إلى صراع محتدم بين المرضى والمهنيين الصحيين، بالإضافة إلى كونه غير قابل للاختبار علمياً (Davies et al., 2020, 3; Hyland, 2017, 23).

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي^(٣)

يفترض النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي أن الإصابة بالمرض، والاعتلال، والتعافي يُعزى إلى مزيج معقد من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية. فقد جمع بين الآليات النفسية والحيوية في نموذج واحد لشرح كل من الاختلالات الحيوية والنفسية للاضطرابات الوظيفية (Hyland et al., 2019, 7; Yoğan, 2017, 7; Kusananto et al., 2018, 497; 240).

لقي هذا التصور قبلاً على نطاق واسع، وأظهر الرأي الإكلينيكي والفحص التفصيلي للبيانات أن العوامل النفسية والحيوية متورطة في حدوث الاضطرابات الوظيفية. حتى ظهور هذا النموذج، كان النموذج الطبي الحيوي شائع الاستخدام حيث يتم تناول المرض والاعتلال وعلاجهما بشكل منفصل عن الشخص والبيئة. وعندما صاغ "إنجل" George L. Engel (١٩٨٩) مصطلح التفاعل الحيوي النفسي الاجتماعي، لم يكن الأمر يتعلق باقتراح تصور نظري جديد للمرض، ولكن بتوجيه الانتباه إلى فائدة المعالجة أو تناول المتزامن لاحتياجات المريض الحيوية والنفسية. وبناء على الافتراض الرئيس للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي تعد خصائص شخصية الفرد، والأسرة، والبيئة الاجتماعية جزءاً من المرض، ولهم تأثير على قابلية الإصابة بالأمراض

(1) illness cognitions

(2) a behaviourally mediated type of theory

(3) The Biopsychosocial Model

وتفاقمها (Hyland, 2017, 24; Yoğan, 2017,7).

ويعد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي تمثيلاً مثالياً للعلم والجانب الإنساني في الممارسة الطبية، على الرغم من أن كثيراً من الباحثين يجادلون بصعوبة تنفيذ النموذج، لصعوبة دمج الجانب النفسي، والجسمي، والبيئة الاجتماعية بسلاسة في رعاية المرضى (Kusnanto et al., 2018, 497-498). ويستند هذا النموذج على ثلاثة افتراضات أساسية في الجوانب الحيوية النفسية الاجتماعية لمرضى الألم العضلي الليفي، وأولها يتعلق بالقضايا الحيوية التي تساهم في اضطرابهم الجسدي؛ والثاني يشير إلى العوامل النفسية التي تؤثر على الجانب الجسمي النفسي للألم. وأخيراً، تنشط القضايا الاجتماعية الإدراك الجسمي للمريض، مما يغير سلوكه تلقائياً (Rempel et al., 2019, 181).

ومن خلال هذا الإطار المقترح يتأثر أداء الفرد على المستوى الحيوي أو المادي (كالألم والتأثير على العضلات والأعصاب)، وكذلك على المستوى المعرفي/النفسي (كالقلق والضغوط والإدراك). وكيف تؤثر الخصائص الفردية (كأساليب المواجهة، والصمود النفسي) على الاستجابات لزملة الألم العضلي الليفي إما عن طريق تحسين الأعراض أو تفاقمها. وبالإضافة إلى ذلك، تأثير العوامل البيئية جزئياً على استجابات الأفراد المصابين بمرض الألم العضلي الليفي (كالوصمة والمساندة الاجتماعية) (Muller et al., 2020, 4).

ويوفر استخدام النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي إطاراً لزملة الألم العضلي الليفي يسمح للممارسين والباحثين بتنظيم المظاهر المتنوعة لزملة الألم العضلي الليفي عن طريق تقييم ومعالجة العوامل المتقاطعة لفهم زملة الألم العضلي الليفي والتأثيرات والارتباطات لفئات المكونات المتعددة (كالعوامل الفردية والبيئية والمعرفية/النفسية، والجسمية/الحيوية) وهو أمر ضروري بسبب تعقيد مرض الألم العضلي الليفي وعدم تجانسه، مما يؤثر على طريقة تصور مفهوم المرض. فضلاً عن ذلك، يوفر هذا النهج إطاراً بحثياً أكثر فاعلية يمكن

بواسطته دراسة مرض الألم العضلي الليفي عن طريق توسيع نطاق البحث في الخصائص الحيوية النفسية الاجتماعية التي تساهم في شدة وتأثير مرض الألم العضلي الليفي بما يتجاوز ذلك بدلاً من ارتباطه بالألم الجسدي باعتباره المحور الوحيد للزلمة. ويسهل هذا النموذج أيضاً تدخلات العلاج الأوسع والأكثر شمولية التي تتناول عوامل الحماية المهمة، أو مزيج من السمات البشرية الإيجابية والعوامل البيئية، وتطوير الأساليب العلاجية. ونظراً لتباين مرض الألم العضلي الليفي، والأعراض المرضية المشتركة^(١)، والارتباطات المتبادلة بين الخصائص الإكلينيكية، فإن تصنيف الأفراد إلى أنواع فرعية متجانسة يمكن أن يضيف نظرة ثاقبة لطبيعة هذا المرض المعقد (Muller et al., 2020, 11).

نموذج جديد لشرح الاضطرابات الوظيفية^(٢) (نموذج مفاهيمي جديد: نموذج "هايلاند"^(٣))

نموذج مفاهيمي يفضله المؤلفون لفهم زلمة الألم العضلي الليفي. ويعد هذا النموذج إطاراً تكيفياً معقداً شاملاً، داخل نظام شبكة. يستند إلى افتراض أساسي مضمونه أن آليات توليد الأعراض مرتبطة سببياً، وتكون شبكة لها خصائص ظاهرة أو بارزة. ويعتمد نموذج "هايلاند" على الاقتراح القائل بأن العوامل الحيوية والنفسية تمثل جزءاً من نظام التحكم التكيفي المعقد ذاته. ويحتوي نظام التحكم على مدخلات حيوية ونفسية وسيطة، وكذلك مخرجات حيوية ونفسية. وقد اقترح "هيل" (Hill 2019) أن مثل هذه الظواهر المرضية يجب أن تؤخذ في الاعتبار على أنها ليست نتيجة لتشوهات هيكلية أو مرضية أو نفسية أو مناعة ذاتية، ولكن كنتيجة لنظام حماية عصبي غير منظم بشكل هائل، حيث يتفاعل بشكل مبالغ مع المدخلات العادية، التي تمثل له تهديداً محتملاً (Davies et al., 2020, 3-4).

(1) Comorbidities

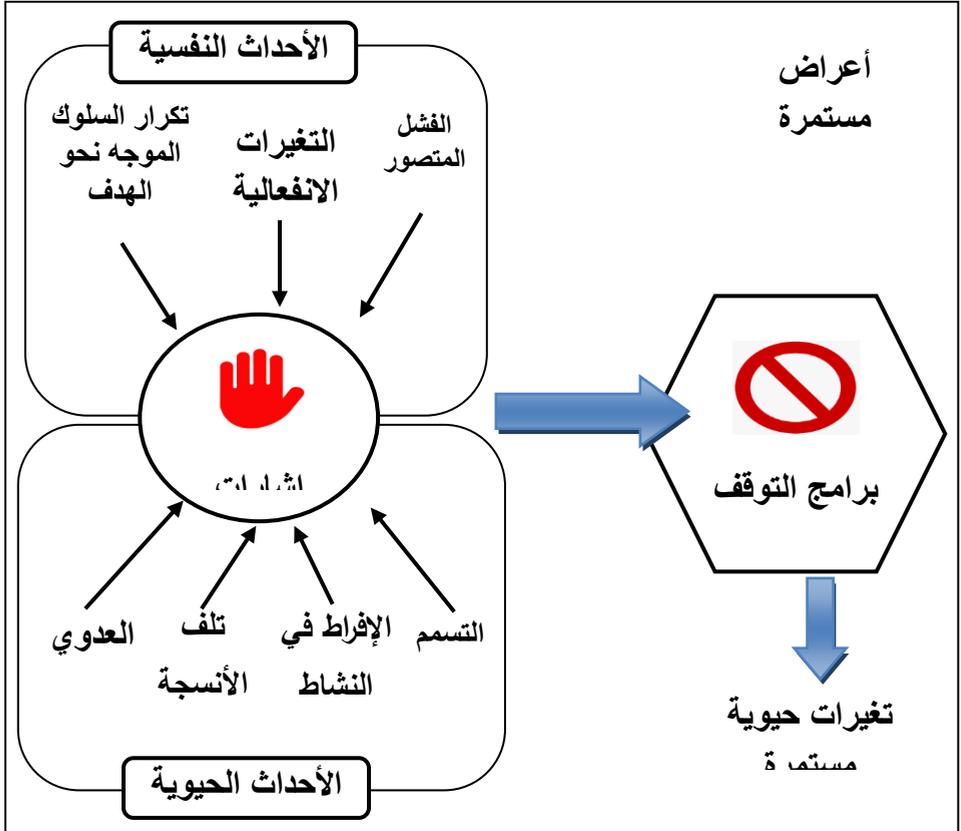
(2) A New Paradigm to Explain Functional Disorders

(3) New conceptual model: Hyland model

ويقدم نموذج "هايلاند" (٢٠١٧) مكونات نظرية تم تطويرها في إطار هذه الآلية المتكاملة تسمى "إشارات التوقف" و"برامج التوقف". ويتغير السلوك نتيجة إشارات التوقف، وتُفعل ذلك عن طريق خلق أعراض مثل الإجهاد والألم والاكنتاب والغثيان. ويعد إنتاج إشارات التوقف والأعراض المترتبة عليها أمراً تكيفياً، أي إن إشارات التوقف هي مجموعات من الأعراض التكيفية ناتجة عن أحداث حيوية أو نفسية، ومصممة لتغيير السلوك وتنشيطه عموماً. وتشمل الأحداث الحيوية التي تسبب إشارات التوقف؛ الاستجابة للعدوى وتلف الأنسجة الناتج جزئياً عن الوسيط الحيوي كمادة السيتوكينات المنشطة للالتهابات^(١). وتشمل الأحداث النفسية التي تسبب إشارات التوقف الاستجابة للفشل المتصور في تحقيق أهداف الحياة (الإحباط)، والصعوبات الانفعالية (مثل القلق أو الاستجابة للتهديد)، وتكرار السلوك الموجه نحو الهدف (التنشيط التفاعلي) - شكل (١). بالتالي، يوقف الألم الأشخاص عن إيذاء أنفسهم، ويمنع الإجهاد الأشخاص من الإفراط في النشاط، ويمنع الاكنتاب السعي وراء أهداف بعيدة المنال، وبقي الغثيان من الأطعمة الخطرة. باختصار، إشارات التوقف هي مدخلات لنظام التحكم الذي يثبط السلوك (Davies et al., 2020, 3-5;) (Hyland, 2017, 27).

(1) pro-inflammatory cytokines

شكل (١) تطور إشارات التوقف الحيوية والنفسية إلى برامج توقف.



سلبية على الحفاظ على الاستقرار داخل النظام. فقد اقترح النموذج أن حلقات التغذية الراجعة - الناتجة عن الفشل في الاستجابة لإشارات التوقف بسبب الضغوطات الجسدية، والمعرفية أو الانفعالية المستمرة - ستؤدي إلى تغيرات مستمرة في نظام التحكم في شكل إشارات توقف مضاعفه، مما يؤدي إلى ظهور أعراض أكثر شدة في جوهرها. أي أنه إذا فشلت مجموعات الأعراض أو "إشارات التوقف" باستمرار في تعديل السلوك وتم تجاوزها أو قمعها أو تجاهلها، فمن المرجح أن يعمل نظام التحكم على تقوية هذه الإشارات ومن ثم تغيير العلامات أو المعالم parameters، بما في ذلك تعديل المعيار

المرجعي (الوضع الافتراضي أو تحديد الهدف)، وكذلك تغيير محتمل في المكتسب أو النتيجة (عامل التضخيم) داخل نظام التحكم. وتصبح "إشارات التوقف" الآن "برامج توقف" - شكل (٢) - حيث تفشل أنظمة تحكم الشبكة في الاستجابة على الوجه المناسب، ويستمر التكيف، حتى بعد استبعاد الأحداث أو بدايتها. ويتم وصف ذلك من الناحية الفسيولوجية على أنه عبء تصاعدي أو تراكمي (عبء تراكمي للضغوط المزمدة وأحداث الحياة)، وينتج عنه حالة تراكمية أو تصاعدية من عدم التكيف تُعرف بأنها انحراف مزمّن للأجهزة المنتظمة بعيداً عن حالة تشغيلها الطبيعية، لإنشاء نقطة ضبط جديدة. ومن الأمثلة التكيفية لإعادة تعيين المعيار المرجعي؛ خفض معدل ضربات القلب الأساسي بعد التمرين المعتاد. وفي زملة الألم العضلي الليفي غالباً ما تتم ملاحظة الاستجابات الشاذة أو غير المتوقعة للضغوطات النفسية والجسمية، مع ارتفاع مستمر لمعدل ضربات القلب وقابلية تغير أقل. ويمكن أن يؤدي هذا التغيير غير التكيفي في كثير من الأحيان إلى تشخيص طبي حيوي ثانوي لزملة تسارع القلب الانتصابي الوضعي^(١). ومن الأمثلة الأخرى لسوء التكيف المكتسب يُلاحظ أعراض الأمعاء بشكل متكرر في الاضطرابات الوظيفية، مع نمط دوري من الإسهال والإمساك. وآخر يتمثل في عدم انتظام درجات الحرارة حيث يتأرجح المرضى من الشعور بالحر الشديد إلى البرودة الشديدة (Davies et al., 2020, 3-6).

(1) Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS)

الثلاثة أساليب حياة مختلفة تماماً مليئة بالتحديات يميل كل منها إلى تقوية الأعراض المرتبطة بإشارات التوقف؛ كالتعب والألم، وأعراض أخرى تثبط السلوك وغالباً ما تكون أعراضاً مرضية مشتركة مع زملة الإجهاد المزمن و زملة الألم العضلي الليفي، ومنها الغثيان، والدوخة، والاكنتاب (Davies et al., 2020, 5; Hyland, 2017, 27-28).

افتراض إشارات التوقف، في حد ذاته، لا يضيف شيئاً من حيث القوة التفسيرية. فالعلاقة بين السيوكينات المنشطة للالتهابات من ناحية والاكنتاب والتعب من ناحية أخرى معروفة فعلاً. إشارات التوقف في حد ذاتها زائدة عن الحاجة. إذن ما هي الغاية من إشارة التوقف؟ تأتي المساهمة النظرية الإضافية من آلية التحكم. إذا فشلت الأعراض في تغيير السلوك، فإن نظام التحكم يفشل أيضاً، ويستجيب الجسم الذكي عن طريق تغير عوامل أو علامات نظام التحكم. في نظام التحكم المتغير هذا، تصبح إشارات التوقف برامج توقف حيث يتم تنشيط إشارات التوقف باستمرار. بعبارة أخرى، إذا استمر الشخص على القيام بالسلوك ذاته على الرغم من إشارات التوقف، فتزداد قوة أو احتمالية حدوث إشارات التوقف، لذلك تحدث أعراض التعب والألم على الرغم من عدم وجود حدث حيوي أو نفسي من شأنه أن يخلق هذه الأعراض بشكل طبيعي. بالتالي، تتمثل مساهمة المستوى النظري الوسيط في تقديمه تفسيراً للتكيف مع نمط معين من السلوك؛ أي تحول إشارة التوقف إلى برنامج أو منهاج توقف (Hyland, 2017, 27-28).

يقترح "هايلاند" أن الحالات مثل زملة الألم العضلي الليفي تحدث وفقاً للفرض الراهن عندما يكون هناك استمرار في النشاط الموجه نحو الهدف، على الرغم من الظروف الصعبة أو الخطرة التي تعطي الإشارة لظهور "إشارات التوقف" المستمرة. وإذا حدث إصرار أو تمادي سلوكي مصحوب بإشارات توقف في مناسبة أو حادثة واحدة فقط، فلن يكون هناك سوى قليل من التكيف. ومع ذلك، إذا حدث تمادي سلوكي مع إشارات توقف بانتظام وأصبح هذا نمط

حياة مميزاً أو خاصاً، فإن النظرية تتوقع أن إشارات التوقف ستقوى تدريجياً، مما يؤدي إلى نمط الأعراض الذي يميز زملة التعب المزمن وزملة الألم العضلي الليفي، حيث يحدث تطور في التأثيرات والأسباب المرضية الأساسية لزملة التعب المزمن وزملة الألم العضلي الليفي، وكذلك في التعافي منها تدريجياً، وأحياناً تكون بداية زملة التعب المزمن سريعة في بعض الأحيان. ويمكن تفسير البداية السريعة لزملة التعب المزمن بواسطة نموذج نظرية الكارثية^(١) حيث تتدهور في النهاية محاولات قمع إشارات التوقف على المستوى النفسي. ويكون قمع الأعراض؛ إما عن طريق نشاط نفسي آخر في حالة التعب، أو عن طريق المسكنات في حالة الألم. وتزداد قوة إشارات التوقف وفي النهاية تخرق أو تقتحم آليات التثبيط مما يؤدي إلى ظهور الأعراض بشكل مفاجئ.

وقد أظهرت الأدلة الوبائية أنه بمجرد الإصابة بزملة التعب المزمن وزملة الألم العضلي الليفي، غالباً ما تكون النتائج ضعيفة. وقد يتحسن بعض المرضى، ويظل بعضهم الآخر على حاله، ويتدهور بعضهم الثالث، ويمكن تفسير هذا التباين في ضوء تغير نمط الحياة الذي يحدث بمجرد تطور المرض، حيث يؤدي نمط الحياة الذي يتميز بالأنشطة التي لا تخلق إشارات توقف إلى التعافي التدريجي، ويميل نمط الحياة الذي ينتج إشارات توقف بشكل مستمر إلى تقوية إشارات التوقف بشكل دائم مما يؤدي إلى استمرار المرض أو حتى تدهوره. وسبب عدم تكيف النظام مرة أخرى مع الصحة؛ أن نمط الحياة الناتج عن المرض يميل إلى زيادة إشارات التوقف، حيث تتميز أنماط الحياة التي تديم المرض إما بالإفراط في النشاط (خلق ظاهرة معترف بها إكلينيكيًا الازدهار والتدهور^(٢)) أو قلة النشاط (خلق نمط حياة رتيب وغير مجز).

(Hyland, 2017, 27- 29).

الدراسات السابقة

(1) catastrophe theory model

(2)boom and bust

في هذا الجزء سيتم عرض الجهود السابقة التي أجريت في هذا الموضوع في فئتين:

الفئة الأولى: دراسات تناولت بعض عوامل الخطر والوقاية المؤثرة على النتائج الصحية والنفسية لدى مرضى الألم العضلي الليفي

هدفت دراسة "مولنار" وزملائه (Molnar et al. (2012) بعنوان "الكالمية والوظائف الصحية لدى النساء المصابات بالألم العضلي الليفي" - إلى فحص الارتباطات بين أبعاد الكالمية (الموجهة للذات، ونحو الآخر، والمحددة اجتماعياً) والوظائف الصحية لدى ٤٨٩ مريضة بزملة الألم العضلي الليفي ومشخصة من قبل الطبيب. تم تطبيق الاستخبارات وكذلك الحصول على المشاركات عن طريق شبكة المعلومات الدولية عبر المواقع الإلكترونية التي تم إنشاؤها لمصلحة مرضى الألم العضلي الليفي. تراوحت أعمار المشاركات بين ٢٠ - ٧٩ عاماً، بمتوسط ٤٨,٧٨ عاماً، و٦٦٪ منهن أمريكيات الجنسية، و٥٨٪ متزوجات، و٢٤٪ حاصلات على درجة جامعية، و٣٦٪ تعاني من إعاقة، و٢٥٪ تعملن بدوام كامل. تراوحت مدة معاناتهن من المرض منذ تشخيصهن وحتى وقت التطبيق من أقل من سنة واحدة إلى أكثر من ١٠ سنوات. أكدت النتائج على ارتباط (الكالمية المحددة اجتماعياً، والموجهة نحو الذات) بتدني الوظائف الصحية. وتوصلت النتائج إلى أن المستويات الإجمالية للكالمية ليست مرتفعة بين النساء المصابات بالألم العضلي الليفي، ولكن النساء اللاتي يتمتعن بدرجة مرتفعة بشكل استثنائي في مستويات الكالمية الموجهة للذات أو الكالمية المحددة اجتماعياً تعاني بشكل خاص من انخفاض الوظائف الصحية. وتشير هذه النتائج إلى أنه يجب تقييم الكالمية بشكل خاص واستهدافها عند التدخل بين النساء المصابات بالألم العضلي الليفي، ويجب أن يكون هناك تركيز خاص على ضغوط تلبية التوقعات المتصورة أو الفعلية المفروضة على الذات.

وقد انصب الاهتمام في المراجعة المنهجية التي أجراها "كونفيرسانو"

وزملاؤه Conversano et al. (2018) - بعنوان "السمات الشخصية لدى مرضى الألم العضلي الليفي: هل يوجد نمط شخصية لمرضى الألم العضلي الليفي؟" - على دور عوامل الشخصية في الإصابة بمرض الألم العضلي الليفي، وقد ركز الباحثون على السمات الشخصية والجوانب النفسية المرضية التي تظهر نتائج غير متسقة. على وجه التحديد، فحص عديد من الدراسات دور عمه المشاعر، وركز بعضها الآخر على نمط الشخصية (د) (الشخصية المكروبة). وبحثت دراسات أخرى في نموذج "كلونينجر"^(١) وهو نموذج حيوي نفسي للشخصية يتضمن أبعاد المزاج وخصال الشخصية. واعتمد الباحثون على قواعد بيانات PubMed و PsycInfo للحصول على الدراسات. وتوصلت نتائج المراجعة إلى إقرار عديد من الدراسات بارتفاع مرضى الألم العضلي الليفي على كل من عمه المشاعر، ونمط الشخصية (د).

واختبرت دراسة "يشيا" وزميلييه Yeshua et al. (2019) - بعنوان "دراسة ارتباطية للشخصية والكمالية والشفقة مع الذات كعوامل خطر ووقاية لأعراض المشقة النفس جسمية" - فرض أن العلاقة بين الكمالية والمشقة النفس جسمية سيتم تعديلها بواسطة الشفقة مع الذات. تم تطبيق أدوات الدراسة عبر شبكة المعلومات الدولية التي تقيس نمط الشخصية (د)، والمزاج وخصال الشخصية، ومقياس "فورست" للكمالية متعدد الأبعاد، ومقياس الشفقة مع الذات، ومقياساً للأعراض النفس جسمية، على جُمهور عام مكون من ١٧٣ مشاركاً تراوحت أعمارهم بين ١٨-٧٢ سنة بمتوسط ٣١,٥٢ سنة، من بينهم ٢٤,٩٪ ذكور (ن=٤٣؛ متوسط عمرهم ٣٣,٧٤ سنة) و ٧٥,١٪ إناث (ن=١٣٠؛ متوسط أعمارهن ٣٠,٧٨ سنة). وقد عرّفت المشقة النفس جسمية بأنها عدد الأعراض النفس جسمية ودرجة شدتها. أظهرت النتائج أن التفاعل بين الكمالية والشفقة مع الذات كان عاملاً وقائياً للغاية، وقللت الشفقة مع الذات المرتفعة من تأثير الكمالية على الأعراض النفس جسمية. واتضح تأثر مجموعة الشفقة مع الذات

(1) Cloninger's Model

المنخفضة بشكل كبير بالكمالية، وكلما زاد ميلهم إلى الكمالية زادت المشقة النفس جسمية التي يعانونها. وكشفت النتائج أيضاً عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين السعي للكمال والمشقة النفس جسمية. وعانى الأفراد الذين تم تصنيفهم على أنهم من ذوي نمط الشخصية (د) (المكروبة) المشقة النفس جسمية مقارنة بالأفراد من غير نمط الشخصية (د).

وفحصت دراسة "مولنار" وزملائه (Molnar et al. (2020) - بعنوان "الكمالية متعددة الأبعاد الموجه نحو الشخص: الصفحة النفسية للكمالية في الصحة والعافية" - تصور الكمالية متعددة الأبعاد وعلاقتها بالصحة والعافية، كما تم تقييم مستويات الضمير، والانبساطية، والعصابية. وتم فحص أشكال الكمالية الموجهة نحو الذات، والموجهة نحو الآخر، والمحددة اجتماعياً لدي طلاب الجامعات ن=٥٣٨ بمتوسط عمري ٢٢,٣٨ سنة، بلغت نسبة الإناث ٧٨٪، وبلغ عدد المشاركين من الراشدين المصابين بمرض مزمن ن=٧٧٣ بمتوسط عمري ٤٨,٩ سنة وبلغت نسبة الإناث ٩٣,٥٪. وتمثلت الأمراض المزمنة في (زملة الألم العضلي الليفي، وزملة التعب المزمن، والسكري، والتهاب المفاصل، والربو، وأمراض القلب والأوعية الدموية، ومشاكل الأمعاء). وكانت الأمراض المزمنة الأكثر انتشاراً بين المشاركين؛ الألم العضلي الليفي ٧٨٪، وزملة التعب المزمن ٥٠٪، والتهاب المفاصل ٤٢٪؛ حيث أفاد المشاركون بمعاناتهم بأمراض مزمنة متعددة؛ فالغالبية عانت منهم ثلاث حالات صحية مزمنة لمدة ٧ سنوات تقريباً. وكان أغلب المشاركين من الجنسية الأمريكية ٦٣٪، و ٢٤٪ كنديون، وباقي المشاركين من المملكة المتحدة وأستراليا ودول أخرى. تم تطبيق استخبارات للكمالية، والرضا عن الحياة، والوجدان الإيجابي والسلبي، والصحة النفسية، والمساندة الاجتماعية، واستخبار الشخصية لتقييم الانبساطية والعصابية والضمير، وأخيراً مقياس للضغوط المدركة. أفادت نتائج "أصحاب الكمالية المتطرفة" الذين حصلوا على درجات مرتفعة على جميع أبعاد الكمالية عن ضعف نسبي في الصحة البدنية،

والصحة النفسية، والموارد النفسية والاجتماعية، والعافية إلى جانب ارتفاع العصابية والضمير. وفي المقابل، أفادت نتائج "غير الكمالين" بمستويات مرتفعة نسبياً من الصحة والعافية، وكانت المجموعة المرتفعة على "الكمالية المحددة اجتماعياً" لديها أدنى مستويات الضمير مقارنة بالمجموعات الأخرى، وكانت مشابهة لمجموعة "غير الكمالية". وكانت مجموعة "الكمالية القصوى" مرتفعة أيضاً على العصابية بشكل ملحوظ.

وهدف "سييتشي" وزملاؤه (Sechi et al. (2020 في دراستهم - بعنوان "أنماط تعلق الراشدين، وتقدير الذات، ونوعية الحياة لدى النساء المصابات بالألم العضلي الليفي" - إلى استكشاف أنماط التعلق، وتقدير الذات، ونوعية الحياة لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم بمرض الألم العضلي الليفي. شارك بالدراسة ٣٧١ أنثى مصابة بالألم العضلي الليفي، بمتوسط عمر ٤٢,٧ سنة، وبتوسط سنوات المعاناة ٧,٤ سنوات منذ بداية التشخيص. أظهرت النتائج أن علاقات التعلق الآمن، وتقدير الذات المرتفع يمثلان عوامل وقاية لنوعية حياة المصابات بالألم العضلي الليفي، بينما ظهر العكس مع التعلق غير الآمن وتدني تقدير الذات. وقد أكد الباحثون على أن فهم المكونات النفسية التي تساهم في الإصابة بالألم العضلي الليفي قد يؤدي إلى تحسن فعالية التدخلات.

الفئة الثانية: دراسات تناولت بعض النتائج الصحية والنفسية لدى

مرضى الألم العضلي الليفي

سعت دراسة "رامبل" وزملائه (Rempel et al. (2019 النوعية - بعنوان "العوامل النفسية المرتبطة بزملة الألم العضلي الليفي" - إلى التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم العضلي الليفي، وكذلك تحديد المعاني المحتملة للمعاناة، للمساهمة في توضيح الظواهر النفسية المرتبطة بالألم في زملة الألم العضلي الليفي. وتحديد ما إذا كان المرضى الذين يخضعون لمتابعة العلاج النفسي يستفيدون منه في تحسن الأعراض الناتجة عن الألم المزمن بزملة الألم العضلي الليفي. وقد تمت مقابلة عشر مريضات

متوسط أعمارهن (٤٠,٢) سنة، يخضع ٣٠٪ منهن للمتابعة النفسية، التي أدت إلى زيادة تقبل الأعراض المصاحبة ومواجهة المرض. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود قيود جسمية يفرضها المرض، بالإضافة إلى الألم الشديد، وتدهور الذاكرة والتركيز، والإجهاد الشديد، مما يؤدي إلى معاناة نفسية تبدو في الشعور بالذنب، والإحباط، والاكتئاب، والقلق، وتأثر الصورة الذاتية.

افترض "مولر" وزملاؤه (Muller et al. (2020) في دراستهم الاستكشافية - بعنوان "تصنيف مشتق تجريبياً للعوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية للتكيف مع الألم العضلي الليفي: نتائج التحليل المتعدد للمتغيرات" - أن أداء مرضى الألم العضلي الليفي يتأثر على المستوى الحيوي (كالتأثير على العضلات والأعصاب)، وعلى المستوى المعرفي/النفسي (كالتوتر والإدراك). وتؤثر الخصائص الفردية (كالتأقلم والصمود النفسي) على الاستجابات لمرض الألم العضلي الليفي إما عن طريق تحسين الأعراض أو تفاقمها. بالإضافة إلى ذلك، تؤثر العوامل البيئية جزئياً على استجابات مرضى الألم العضلي الليفي (كالوصمة والمساندة الاجتماعية). وتضمنت الدراسة ٣٠٢ مشاركاً مصاباً بزملة الألم العضلي الليفي، طبق عليهم أحد عشر مقياساً لتقييم العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على استجابة الفرد لمرض الألم العضلي الليفي ومنها؛ فعالية الذات، والصمود النفسي، والمساندة الاجتماعية، وأساليب المواجهة، والوصمة الاجتماعية، وشدة الألم، والإجهاد، ومشاكل النوم، والضغط المدركة، والقلق، والتدهور المعرفي. بالإضافة إلى أربعة مقاييس تمثل النتائج هي؛ الإعاقة الوظيفية، والمشاركة المجتمعية، والرضا عن الحياة، ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة. وأسفرت نتائج تحليل المكونات الرئيسية عن ثلاث مجموعات من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على الاستجابة لمرض الألم العضلي الليفي (كالعوامل الوقائية والوجدانية-المعرفية والفيزيائية). وتم تصنيف المشاركين بناءً على هذه العوامل الثلاثة باستخدام التحليل العنقودي الذي أنتج ثلاث مجموعات فرعية متجانسة؛ اتسمت الأولى بكمية معتدلة من المشكلات، والثانية أقل قدرًا من المشكلات، والثالثة مجموعة

المشكلات المتعددة. وأظهرت النتائج وجودَ علاقة عكسية قوية بين العامل الوقائي والعامل الانفعالي المعرفي، مما يشير إلى أن المستويات المرتفعة من الاستجابة الوقائية ترتبط بمستويات أقل من القلق والتوتر والضعف الإدراكي. وأظهر تحليل التباين فروقاً دالة بين المجموعات الفرعية الثلاث في الإعاقة الوظيفية، والمشاركة المجتمعية، ونوعية الحياة الصحية (العافية البدنية والنفسية)، والرضا عن الحياة.

كما هدفت دراسة "جاريب" وزملائه (Garip et al. (2020) - بعنوان "ارتباط نمط الشخصية(د) بشدة المرض وضعف نوعية الحياة لدى الأتراك المصابين بزملة الألم العضلي الليفي: دراسة مستعرضة" - إلى التحقق من معدل انتشار نمط الشخصية(د) بين مرضى الألم العضلي الليفي، وتقييم ارتباطه بالمعايير الإكلينيكية لمرض الألم العضلي الليفي، وكذلك آثاره على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. شملت الدراسة ١٠٠ مريض بالألم العضلي الليفي؛ ١٤ ذكراً و٨٦ أنثى، تراوحت أعمارهم من ٢٢ إلى ٤٩ عاماً، بمتوسط ٣٤,٦ عاماً، جميعهم مستوفيين معايير تشخيص الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم لعام ١٩٩٠، وتكونت العينة الضابطة من ٥٠ شخص أصحاء (٩ ذكور و٤١ إناث؛ تراوحت أعمارهم من ٢١ إلى ٥٠ عاماً، بمتوسط ٣٢,٦ عاماً). وتم تطبيق مقاييس؛ نمط الشخصية(د)، وتحديد شدة المرض بواسطة اختبار تأثير مرض الألم العضلي الليفي، والحالة الوظيفية بواسطة اختبار ستانفورد لتقييم الصحة، وقياس شدة الألم والإجهاد، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وأظهرت النتائج أن معدل تكرار الشخصية(د) بلغ ٣٣% بين مرضى الألم العضلي الليفي، و١٢% بالمجموعة الضابطة. وقد سجل مرضى الألم العضلي الليفي ممن يتسمون بنمط الشخصية(د) أعلى درجات في عدد نقاط الألم، وشدة الألم، وضعف الحالة الوظيفية، وشدة الألم والإجهاد، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة في جميع المقاييس الفرعية باستثناء الطاقة. كما وجدت ارتباطات دالة بين نمط الشخصية(د) وكل من شدة الألم، وتعدد نقاط الألم، والحالة الوظيفية، وشدة الألم والإجهاد، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة في جميع المقاييس الفرعية باستثناء الطاقة. وأوصي الباحثون بناءً على النتائج

التي توصلوا إليها، أنه قد يكون تقييم خصائص الشخصية لمرضى الألم العضلي الليفي هو المفتاح لعلاج المرض. إلى جانب ذلك، أن الفهم الأفضل للألم المرتبط بالشخصية لدى مرضى الألم العضلي الليفي قد يوفر نهجاً أكثر استهدافاً لعلاج الألم.

تعقيب على الدراسات السابقة

مما سبق عرضه من دراسات يمكن استخلاص النقاط التالية:

1. أكدت أغلب الدراسات السابقة على دور عوامل الشخصية في الإصابة بزملة الألم العضلي الليفي وتفاقم الشعور بالألم كدراسة "كونفيرسانو" وزملائه (٢٠١٨)، وأن فهم المكونات النفسية والاجتماعية التي تساهم في الإصابة بالألم العضلي الليفي قد يؤدي إلى تحسن فعالية التدخلات كدراسة "رامبل" وزملائه (٢٠١٩)، ودراسة "سيتشي" وزملائه (٢٠٢٠)، وأنه يجب تقييم الكمالية بشكل خاص واستهدافها عند التدخل بين الإناث المصابات بالألم العضلي الليفي كدراسة "مولنار" وزملائه (٢٠١٢). كما أكد الباحثون إمكانية تصنيف الأفراد المصابين بمرض الألم العضلي الليفي في مجموعات فرعية متجانسة استناداً إلى العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية (كالعوامل الوقائية والوجدانية-المعرفية والفيزيائية) المرتبطة بالاستجابة إلى الألم العضلي الليفي، وأن هذه المجموعات الفرعية تختلف فيما بينها اختلافاً كبيراً في الإعاقة الوظيفية، والمشاركة المجتمعية، ونوعية الحياة الصحية (العافية البدنية والنفسية)، والرضا عن الحياة كدراسة "رامبل" وزملائه (٢٠١٩)، ودراسة "مولر" وزملائه (٢٠٢٠).
2. كشفت نتائج الدراسات السابقة أيضاً عن أن الكمالية ترتبط بتدني الوظائف الصحية، فغالباً ما يقرر الأفراد الكماليون عن مستوى صحة وعافية أسوأ من غيرهم بشكل ملحوظ، وتوصلوا إلى أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين السعي للكمال والمشقة النفس جسمية وذلك في دراسات "مولنار" وزملائه (٢٠١٢)، و"يشيا" وزميلييه (٢٠١٩)، و"مولنار" وزملائه (٢٠٢٠).

٣. أشارت عديد من الدراسات بأن مرضى الألم العضلي الليفي يتسمون بمستويات مرتفعة من عجز التعبير، ونمط الشخصية(د). وأن الأفراد الذين تم تصنيفهم على أنهم ذوو نمط الشخصية(د) يعانون المشقة النفس جسمية بدرجة دالة مقارنة بغيرهم، فقد سجل مرضى الألم العضلي الليفي ممن يتسمون بنمط الشخصية(د) أعلى درجات في عدد نقاط الألم، وشدة الألم، وضعف الحالة الوظيفية، وشدة الألم والإجهاد، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة وذلك في دراسات كل من "كونفيرسانو" وزملائه (٢٠١٨)، و"يشيا" وزميلييه (٢٠١٩)، و"جاريب" وزملائه (٢٠٢٠).
٤. أظهرت نتائج دراسة "رامبل" وزملائه (٢٠١٩) أن المتابعة النفسية لمرضى الألم العضلي الليفي تؤدي إلى زيادة تقبل الأعراض المصاحبة للمرض ومواجهته نظراً لما يفرضه المرض من قيود جسمية ومعاناة نفسية.
٥. أوصي الباحثون بناءً على النتائج التي توصلوا إليها، أن تقييم خصائص الشخصية لمرضى الألم العضلي الليفي قد يكون هو المفتاح للتدخل العلاجي، بالإضافة إلى أن الفهم الأفضل للألم المرتبط بالشخصية لدى مرضى الألم العضلي الليفي قد يوفر نهجاً أكثر استهدافاً لعلاج الألم.

فروض الدراسة

هدفت الدراسة الراهنة إلى اختبار الفروض التالية:

١. تتمثل المكونات الأساسية لعوامل الخطر والوقاية في بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تؤدي دوراً في تشكيل النتائج الصحية والنفسية لدى مرضى الألم العضلي الليفي.
٢. يمكن تصنيف مرضى الألم العضلي الليفي إلى مجموعات فرعية متجانسة بناءً على عوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على نتائجهم الصحية والنفسية.
٣. توجد فروق بين المجموعات الفرعية لمرضى الألم العضلي الليفي من حيث النتائج الصحية والنفسية.

منهج الدراسة وإجراءاتها

استخدمت الدراسة الراهنة المنهج الوصفي التحليلي حيث تناول متغيرات الدراسة (عوامل الخطر والوقاية المتمثلة في أحد عشر متغيراً، والنتائج الصحية والنفسية المتمثلة في أربعة متغيرات) تناولاً وصفيّاً، ولم يتم التدخل في ضبطها، ثم تحليلها باستخدام أسلوب تحليل المكونات الرئيسية، وفيما عرض لمكونات هذا المنهج:

(١) التصميم البحثي

تم استخدام التصميم الارتباطي المقارن المعتمد على قياس المتغيرات لدى المشاركين وعقد مقارنات تظهر الفروق بين مجموعات الدراسة.

(٢) وصف المشاركين بالدراسة

أجريت الدراسة الراهنة على مجموعة مستهدفة قوامها (٣٤١) مشاركة من مريضات زملة الألم العضلي الليفي، وقد تم اختيار المشاركات وفقاً لاستيفاء المعايير التالية؛ ١- أن يكون تم تشخيصهن بزملة الألم العضلي الليفي من قبل طبيب تخصص روماتيزم ومناعة. ٢- أن يكون تم تشخيصهن بزملة الألم العضلي الليفي لمدة سنة واحدة على الأقل. ٣- أن تكون المشاركة قادرة على القراءة واجتازت المرحلة الابتدائية أو أعلى. ٤- تم استبعاد المشاركات المصابات بأمراض الدماغ أو إعاقات ذهنية أو بدنية كبيرة. وقد تم اختيار المشاركات من المريضات المترددات على الأطباء تخصص روماتيزم ومناعة وعيادات الألم بالمستشفيات الحكومية أو العيادات الخاصة، وكذلك تم تطبيق أدوات الدراسة عبر شبكة المعلومات الدولية عبر صفحات التواصل الاجتماعي لمجموعات متعلقة بالمرض سواء التابعة لعيادة طبيب تخصص روماتيزم ومناعة تم تلقي التشخيص والعلاج عنده أو مجموعات دعم للمريضات فيما بينهن. ويعرض جدول (١) خصائص المشاركات بالدراسة الراهنة (العينة الأساسية).

جدول (١) خصائص المشاركات بالدراسة الراهنة (العينة الأساسية ن = ٣٤١).

أعمار المشاركات	عام (٢٩-٢٠)	عام (٣٩-٣٠)	عام (٤٩-٤٠)	عام (٥٩-٥٠)	عام (٦٦-٦٠)
عدد المشاركات	٣٩ (١١,٤%)	١٤٣ (٤١,٩%)	١٢٣ (٣٦,١%)	٢٩ (٨,٥%)	٧ (٢,١%)
مدّة المعاناة مع المرض	(٣-١) سنوات	(٦-٤) سنوات	(٩-٧) سنوات	(١٠-١٥) سنة	أكثر من ١٥ سنة
عدد المشاركات	١٦٣ (٤٧,٨%)	٩٤ (٢٧,٦%)	٢٩ (٨,٥%)	٣١ (٩,١%)	٢٤ (٧,٠%)
تخصص الطبيب القائم بالتشخيص	روماتيزم ومناعة فقط	روماتيزم ومناعة + أعصاب	روماتيزم ومناعة + أعصاب	جميع ما سبق وأخري	
عدد المشاركات	٢٠٢ (٥٩,٢%)	٥٢ (١٥,٢%)	٢٥ (٧,٣%)	٦٢ (١٨,٢%)	
الحالة الاجتماعية	لم يسبق لهن الزواج	متزوجات	مطلقات		
عدد المشاركات	٤٣ (١٢,٦%)	٢٥٨ (٧٥,٧%)	٤٠ (١١,٧%)		
المستوي التعليمي	متوسطا	جامعيا	ما بعد الجامعي		
عدد المشاركات	٧٨ (٢٢,٩%)	١٦٤ (٤٨,١%)	٩٩ (٢٩,٠%)		
الحالة الوظيفية	يعملن	لا يعملن			
عدد المشاركات	١٣٤ (٣٩,٣%)	٢٠٧ (٦٠,٧%)			
الإصابة بأمراض مزمنة أخرى	غير مصابات	مصابات			
عدد المشاركات	٢١٧ (٦٣,٦%)	١٢٤ (٣٦,٤%)			

ويتبين من جدول (١) أن المشاركات بالدراسة الراهنة تم تشخيصهن من قبل طبيب تخصص روماتيزم ومناعة فقط أو طبيب تخصص روماتيزم ومناعة إضافة إلى تخصصات أخرى كالأعصاب والعظام وغيرها، وتراوحت مدّة معاناتهن مع المرض منذ التشخيص وحتى وقت تطبيق الأدوات من عام إلى أكثر من ١٥ عاماً. تراوحت أعمارهن بين (٦٦-٢٠) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهن (٣٩,٠٨) سنة، بانحراف معياري قدره (٨,٥٣) سنوات. (٤٣) لم يسبق لهن الزواج بنسبة ١٢,٦%، و(٢٥٨) متزوجة بنسبة ٧٥,٧%، و(٤٠) مطلقة بنسبة ١١,٧%. (٧٨) تعليمهن متوسطاً بنسبة ٢٢,٩%، و(١٦٤) تعليماً جامعياً بنسبة ٤٨,١%، و(٩٩) تعليماً ما بعد الجامعي بنسبة ٢٩,٠%. (١٣٤) تعملن بنسبة ٣٩,٣%، و(٢٠٧) لا تعملن بنسبة ٦٠,٧%. (١٦٣) تراوحت مدّة معاناتهن مع المرض من (٣-١) سنوات بنسبة ٤٧,٨%، و(٩٤) من (٦-٤) سنوات بنسبة ٢٧,٦%، و(٢٩) من (٧-٩) سنوات بنسبة ٨,٥%،

و(٣١) من (١٥-١٠) سنة بنسبة ٩,١%، و(٢٤) أكثر من ١٥ سنة بنسبة ٧% (٢١٧) لا تعانين أي أمراض مزمنة أخرى بنسبة ٦٣,٧% من المشاركات، و(٤٠) تعانين إضافة إلى زملة الألم العضلي الليفي من الروماتويد بنسبة ١١,٧%، و(٢٤) تعانين البول السكري بنسبة ٧%، و(٣١) تعانين أمراض الضغط والقلب بنسبة ٩,١%، و(٢٩) تعانين أمراضاً مزمنة أخرى بنسبة ٨,٥% (ليس من ضمنها أمراض الدماغ أو إعاقات ذهنية أو بدنية كبيرة).

(٣) أدوات الدراسة؛ وكفاءتها القياسية*

لتقدير الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة، تم التطبيق على مجموعة من المشاركات بالدراسة الاستطلاعية تتكون من (٧٢) مريضة بزملة الألم العضلي الليفي، تراوحت أعمارهن من (٥٥-٢٢) سنة، بمتوسط (٣٨,٦٥) سنة، وانحراف معياري (٦,٢١) سنة. جميعهن متزوجات، وقد تم تشخيصهن من قبل طبيب تخصص روماتيزم ومناعة، ولا تعانين أي أمراض مزمنة أخرى، تتراوح مدة معانتهم من المرض من عام إلى ١٥ عام. أ. استخبارات عوامل الخطر والوقاية المتمثلة في أحد عشر مكوناً؛ وهي كما يلي:

١. اختبار "فروست" للكمالية متعددة الأبعاد (النسخة المختصرة) ^(١)؛ إعداد "وودفين" وزميلييه (Woodfin et al., 2020)، وترجمة الباحثة الحالية: تتألف النسخة الأصلية للاختبار من (٣٥) عبارة تأليف "فروست، ومارتن" (Frost & Marten 1990)، والنسخة المختصرة المستخدمة بالدراسة الراهنة تتألف من (٨) عبارات تقيس مفهوم الكمالية، ويتكون من مقياسين

* تتوجه الباحثة بخالص الشكر والامتنان للأستاذ الدكتور محمد نجيب الصبوة أستاذ علم النفس الإكلينيكي بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة لمراجعة سعادته أدوات البحث، وإبداء ملاحظته الثمينة.

(1) The Frost Multidimensional Perfectionism Scale and the abbreviated version (FMPS–Brief).

فرعيين، الأول الاهتمام بالتقييم^(١) ويتكون من (٤) عبارات، والثاني السعي^(٢) ويتكون من (٤) عبارات. تم حساب ثبات معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفواصل زمني أسبوعين وقد بلغت معاملات الثبات ٠٠,٧١٨، ٠٠,٨١٢ على التوالي. وتم حساب مدى تجانس بنود الاختبار، حيث تم حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية على الاختبار كلياً، ثم درجة كل عبارة في الاختبار الفرعي والدرجة الكلية للاختبار الفرعي، وأخيراً الدرجة الكلية لكل اختبار فرعي والدرجة الكلية للاختبار كلياً. على أن يتم حذف العبارات التي يقل ارتباطها بالدرجة الكلية عن (٠,٣) وهو حد الارتباط المقبول لقبول أي عبارة. ويعرض جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للاختبار كلياً، ودرجة كل عبارة في الاختبار الفرعي والدرجة الكلية للاختبار الفرعي، وأخيراً معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاختبار الفرعي والدرجة الكلية للاختبار كلياً.

جدول (٢) معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية لاختبار "فروست" للكمالية لدي المشاركين بالدراسة الاستطلاعية (ن=٧٢).

رقم البند	معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية
١	***,٣٧٣	٢	***,٥٢٩	٣	***,٦٠٩	٤	***,٥٠٤
٥	***,٧٥٣	٦	***,٦٠٤	٧	***,٦٥٣	٨	***,٥٩٥
رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس الاهتمام بالتقييم	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس الاهتمام بالتقييم	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس السعي	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس السعي
١	***,٦٣٩	٢	***,٦٨٨	٥	***,٨٨٤	٦	***,٧٧٦
٣	***,٨٢٩	٤	***,٦١٨	٧	***,٧٧٧	٨	***,٧٥٣
معامل ارتباط الدرجة الكلية لمقياس الاهتمام بالتقييم				معامل ارتباط الدرجة الكلية لمقياس السعي بالدرجة الكلية			

(1) Evaluative concerns

(2) Strivings

بالمقياس كليا	بالدرجة الكلية للمقياس كليا
**٠,٨١٧	**٠,٧٢٨

** دال عند مستوى ٠,٠١

وبالرجوع إلى قيم معاملات الارتباط بجدول (٢) يتضح أنه لم يتم حذف أي عبارة من الاستخبار، مما يشير إلى أن استخبار "فروست" للكمالية متعددة الأبعاد (النسخة المختصرة) يتسم بالتجانس الداخلي.

٢. مقياس يقظة الضمير؛ أحد المقاييس الفرعية لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية؛ تأليف "كوستا، وماكري" (Costa & McCrae 1992) تعريب بدر محمد الأنصاري الصورة المختصرة (١٩٩٧).

يتألف المقياس في النسخة المختصرة من (١٢) عبارة تظهر ست سمات هي؛ الكفاءة، والتنظيم، والإخلاص، والسعي نحو الإنجاز، وضبط الذات، والتأني أو التروي. ويجب المشارك عن كل عبارة من عبارات المقياس وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من (غير موافق على الإطلاق) حتي (موافق جداً). وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة ما بين (١-٥) درجات حسب اتجاه العبارة، حيث توجد عبارات تصحح في الاتجاه العكسي، وتتمتع القائمة بمعاملات صدق وثبات مرتفعة (الأنصاري، ٢٠٠٢).

٣. استخبار "تورنتو" لعمه المشاعر^(١)؛ تأليف "تايلور" وزميليه Taylor, Bagby (1994) & Parker، وترجمة الباحثة الحالية:

يتألف الاستخبار من (٢٠) عبارة، ويتكون الاستخبار من ثلاثة مقاييس فرعية؛ الأول مقياس صعوبة تحديد المشاعر ويتكون من (٧) عبارات، والثاني صعوبة التعبير أو وصف المشاعر، ويتكون من (٥) عبارات، والأخير التفكير الموجه خارجياً ويتكون من (٨) عبارات. وتم حساب ثبات معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفواصل زمني أسبوعين وقد بلغت معاملات الثبات ٠,٠٠,٨٨٨، و٠,٠٠,٩٢٣ على التوالي. وتم حساب مدى تجانس بنود الاستخبار.

ويعرض جدول (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة

(1) Toronto Alexithymia Scale (tas-20)

الكلية للاستخبار كليا، ودرجة كل عبارة في الاستخبار الفرعي والدرجة الكلية للاستخبار الفرعي، وأخيراً معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستخبار الفرعي والدرجة الكلية للاستخبار كليا.

جدول (٣) معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية لاستخبار "تورنتو" لعمه المشاعر لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية (ن=٧٢).

رقم البند	معاملات الارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات الارتباط الكلية	رقم البند	معاملات الارتباط العبارة بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات الارتباط الكلية
١	**٠,٦٢٠	٢	**٠,٥٩٤	٣	**٠,٦٣١	٤	**٠,٦٦٠
٥	**٠,٦٥٠	٦	**٠,٦٢٣	٧	**٠,٦٥١	٨	**٠,٨٠٠
٩	**٠,٦٥٨	١٠	**٠,٥٤٧	١١	**٠,٦٨٨	١٢	**٠,٦١٩
١٣	**٠,٦٥٨	١٤	**٠,٧٦٣	١٥	**٠,٧٤٥	١٦	**٠,٦٨٢
١٧	**٠,٥٧٣	١٨	**٠,٦٣٨	١٩	**٠,٦٦٥	٢٠	**٠,٦٠٤
رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس صعوبة المشاعر	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس صعوبة التعبير	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس التفكير	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس التفكير الموجه خارجياً
١	**٠,٧٧٠	٢	**٠,٧٢١	٨	**٠,٧٢٦	٩	**٠,٦٩١
٣	**٠,٨٣١	٤	**٠,٧٦٦	١٠	**٠,٧٠٥	١١	**٠,٨٤٧
٥	**٠,٨٤٣	٦	**٠,٨٠٣	١٢	**٠,٧٥٨		
٧	**٠,٧٤١						
رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس التفكير الموجه خارجياً	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس التفكير الموجه خارجياً	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس التفكير الموجه خارجياً	رقم البند	ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لمقياس التفكير الموجه خارجياً
١٣	**٠,٨٩٨	١٤	**٠,٦٨٧	١٥	**٠,٨٨٣	١٦	**٠,٦٦٨
١٧	**٠,٥٧٣	١٨	**٠,٨٧٤	١٩	**٠,٩٠٤	٢٠	**٠,٨٣٧
معامل ارتباط الدرجة الكلية لمقياس صعوبة تحديد المشاعر بالدرجة الكلية للمقياس كليا	**٠,٨٠٧	معامل ارتباط الدرجة الكلية لمقياس صعوبة التعبير بالدرجة الكلية للمقياس كليا	**٠,٨٩٦	معامل ارتباط الدرجة الكلية لمقياس التفكير الموجه خارجياً بالدرجة الكلية للمقياس كليا	**٠,٨٣٦		

** دال عند مستوي ٠,٠١

وبالرجوع إلى قيم معاملات الارتباط بجدول (٣) يتضح أنه لم يتم حذف أي عبارات من الاستخبار، مما يشير إلى أن استخبار "تورنتو" لعمه المشاعر يتسم بالتجانس الداخلي.

٤. مقاييس (الانشغال بصورة الذات، والاندفاعية، وقابلية التأثر بالضغوط)؛ وهي ثلاثة مقاييس فرعية من أصل ستة مقاييس تمثل عامل العصابية من

قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (الصورة المطولة المعدلة) تأليف "كوستا، وماكري" (1992) Costa & McCrae ترجمة وإعداد بدر الأنصاري (2005):

يتألف كل مقياس على حدة من هذه المقاييس الثلاثة في النسخة المطولة من (8) عبارات، ويجيب المشارك عن كل عبارة من عبارات المقياس وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من (معارض بشدة) حتى (موافق بشدة). وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة بالدراسة الراهنة ما بين (5-1) درجات بدلاً من (4-0) درجات بالنسخة الأصلية وذلك حسب اتجاه العبارة حيث توجد عبارات تصحح في الاتجاه العكسي، وتتمتع القائمة بمعاملات صدق وثبات مرتفعة.

5. مقياس النمط (د) (م. د. 14) (1) تأليف: "جوهان دينوليت" Johan Denollet (2005)، وترجمة الباحثة الحالية:

نسخة مختصرة من التقييم الذاتي لقياس نمط الشخصية (د)، ويتألف من (14) عبارة يتكون من مقياسين فرعيين؛ الأول يقيس الوجدان السلبي (7) عبارات، والثاني يقيس التنشيط الاجتماعي (7) عبارات. وفي النسخة المترجمة بالدراسة الراهنة يعتمد الأداء على كل عبارة باختيار إجابة واحدة من خمسة مستويات من (5-1) بدلاً من (4-0) بالنسخة الأصلية، وتتراوح المستويات من لا تنطبق مطلقاً إلى تنطبق دائماً. سبق أن تم حساب معايير الصدق والثبات لهذا المقياس في دراسة سابقة للباحثة (الشناوي، تحت النشر)، وتمتع المقياس بمعاملات ثبات وصدق مقبولة.

6. مقياسي (التلطف مع الذات/مقابلاً للحكم على الذات، والتعقل أو المراقبة الواعية/مقابلاً للتماهي الانفعالي المفرط)؛ وهم أربعة مقاييس فرعية من اصل

(1)

2 The Type-D Scale (DS14)

سنة مقاييس فرعية مكونة لقائمة الشفقة مع الذات؛ تأليف "كريستين نيف" (2003) Kristin Neff، وترجمة الباحثة الحالية:

مقياس التلطف مع الذات من المكونات والمقاييس الفرعية لقائمة الشفقة مع الذات، وينقسم هذا المقياس الفرعي إلى قطبين؛ مكون التلطف مع الذات (٥) عبارات/مقابل الحكم على الذات (وهو طرف القطب الآخر المكمل أو المتمم لمكون التلطف مع الذات) (٥) عبارات. وقامت الباحثة الحالية بعكس اتجاه التصحيح لعبارات مقياس التلطف مع الذات حتى تكون في اتجاه طرف القطب الثاني الحكم على الذات.

مقياس التعقل أو المراقبة الواعية من المكونات والمقاييس الفرعية لقائمة الشفقة مع الذات، وينقسم هذا المقياس الفرعي إلى قطبين؛ مكون التعقل (٤) عبارات/مقابلاً للتماهي الانفعالي المفرط (وهو طرف القطب الآخر المكمل أو المتمم لمكون المراقبة الواعية) (٤) عبارات. وقامت الباحثة الحالية بعكس اتجاه التصحيح لعبارات مقياس التعقل حتى تكون في اتجاه طرف القطب الثاني التماهي الانفعالي المفرط.

ويجب المشارك عن كل عبارة من عبارات القائمة وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من (لا تنطبق مطلقاً) حتى (تنطبق تماماً)، وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة ما بين (٥-١) درجات حسب اتجاه العبارة. وسبق أن تم حساب معايير الصدق والثبات لهذه القائمة ومقاييسها الفرعية في دراسة سابقة للباحثة (الشناوي، ٢٠١٩)، وتمتعت القائمة بمعاملات ثبات وصدق مقبولة.

٧. اختبار المساندة الاجتماعية؛ أحد المقاييس الفرعية من أصل ستة مقاييس فرعية تمثل بعد ومقياس العافية الاجتماعية أحد أبعاد مفهوم ومقياس نوعية الحياة إعداد الباحثة الحالية (٢٠١٠):

يتألف الاختبار من (١٠) عبارات، يجيب المشارك عن كل عبارة وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من "انطبق العبارة تماماً" حتى "عدم انطباقها تماماً". وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة ما بين (٥-١) درجات حسب

اتجاه العبارة حيث توجد عبارات عكسية، وقد تمتع المقياس بمعاملات صدق وثبات مرتفعة.

٨. مقياس كفاءة المواجهة؛ إعداد "واجنيلد، ويونج" wagnild & Young (1993)، تَرْجَمَة سميرة أبو غزالة (٢٠٠٩):

يتألف المقياس من (٢٥) عبارة موزعة على خمسة مكونات للصدوم النفسي، البعد الأول وجود معني (٧) عبارات، والبعد الثاني الاتزان (٦) عبارات، والبعد الثالث الاعتماد الذاتي (٦) عبارات، والبعد الرابع المثابرة (٣) عبارات، والبعد الخامس الانفراد أو الجدة (٣) عبارات. ويجب المشارك عن كل عبارة وفقاً لبدائل تبدأ من (لا أوافق) حتى (أوافق)، وتمتع المقياس بمعاملات صدق وثبات مرتفعة (أبو غزالة، ٢٠٠٩).

ب. استخبارات النتائج الصحية والنفسية المتمثلة في أربع نتائج؛ وهي

كما يلي:

١. مقياس العافية البدنية؛ أحد المقاييس الفرعية لأحد أبعاد مفهوم ومقياس نوعية الحياة من أصل أربعة أبعاد، إعداد الباحثة الحالية (٢٠١٠):

يحتوي بعد العافية البدنية في مقياس نوعية الحياة على ستة مقاييس فرعية هي (الحالة الصحية البدنية، والطاقة والحيوية، ومرونة الحركة، والنشاطات اليومية، والاعتماد على الأدوية الطبية أو العلاجية، وإدراك الحالة الصحية العامة). اكتفت الباحثة في الدراسة الراهنة بثلاثة مقاييس فرعية فقط مما سبق لتمثل العافية البدنية وهما؛ الطاقة والحيوية (١٠) عبارات، ومرونة الحركة (١٠) عبارات، والنشاطات اليومية (١٠) عبارات، ليكون بذلك إجمالي عبارات مقياس العافية البدنية (٣٠) عبارة بالدراسة الراهنة بدلاً من (٦٠) عبارة بالمقياس الأصلي. يجب المشارك عن كل عبارة وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من "انطباق العبارة تماماً" حتى "عدم انطباقها تماماً". وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة ما بين (٥-١) درجات حسب اتجاه العبارة حيث توجد عبارات عكسية، وقد تمتع المقياس بمعاملات صدق وثبات مرتفعة.

٢. مقياس أعراض قلق الألم - نسخة قصيرة^(١)؛ تأليف "مكراكين، ودينجرا" (2002) McCracken & Dhingra، وترجمة الباحثة الحالية:

نظراً لأن قلق الألم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتحمل الألم، فتم استخدام مقياس تقييم قلق الألم لتقدير تحمل الألم في عديد من الدراسات كدراسة "ريبيرو" وآخرين (2014) Ribeiro et al.، ودراسة "سيو" (Seo, 2018, 517).

مقياس أعراض قلق الألم إصداراً قصيراً مكوناً من (٢٠) عبارة لتقييم استجابات الخوف والقلق من الألم. ويتكون من أربعة مقاييس فرعية، الأول الجانب المعرفي (٥) عبارات، والثاني الهروب/التجنب (٥) عبارات، والثالث الخوف (٥) عبارات، والأخير القلق الفسيولوجي (٥) عبارات. يجيب المشارك عن كل عبارة وفقاً لبدائل معدة بطريقة "ليكرت" تبدأ من "إطلاقاً" حتى "دائماً". وتم حساب ثبات معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفواصل زمني أسبوعين، وقد بلغت معاملات الثبات ٠٠,٨٠٨، ٠٠,٨٩٧ على التوالي. وتم حساب مدى تجانس بنود الاختبار.

ويعرض جدول (٤) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للاختبار كلياً، ودرجة كل عبارة في الاختبار الفرعي والدرجة الكلية للاختبار الفرعي، وأخيراً معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاختبار الفرعي والدرجة الكلية للاختبار كلياً.

(1) Pain Anxiety Symptom Scale Short Form 20

جدول (٤) معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية لاستخبار أعراض قلق الألم لدى المشاركين بالدراسة الاستطلاعية (ن=٧٢).

رقم البند	معاملات الارتباط العبارية بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات الارتباط العبارية بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات الارتباط العبارية بالدرجة الكلية	رقم البند	معاملات الارتباط العبارية بالدرجة الكلية
١	**٠,٤٨٥	٢	**٠,٦٨٦	٣	**٠,٦٨١	٤	**٠,٧٣٠
٥	**٠,٦٨٠	٦	**٠,٦٦١	٧	**٠,٦٨٠	٨	**٠,٤٧٠
٩	**٠,٤٤٠	١٠	**٠,٤٢٧	١١	**٠,٦١٠	١٢	**٠,٦٨٩
١٣	**٠,٥١٢	١٤	**٠,٦٧٦	١٥	**٠,٧٠١	١٦	**٠,٤٣٢
١٧	**٠,٥٦٢	١٨	**٠,٥٤٨	١٩	**٠,٤٦٦	٢٠	**٠,٧١٠
رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الجانب المعرفي	رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الجانب المعرفي	رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الهروب/التجنب	رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الهروب/التجنب
١	**٠,٦٤٦	٢	**٠,٩٠٦	٦	**٠,٨٠٣	٧	**٠,٨٩٠
٣	**٠,٩٢٩	٤	**٠,٨٤٢	٨	**٠,٦١٢	٩	**٠,٧٣٣
٥	**٠,٧٩٧	١٠	**٠,٥٥٠	١٠	**٠,٥٥٠		
رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الخوف	رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الخوف	رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الخوف	رقم البند	ارتباط العبارية بالدرجة الكلية لمقياس الخوف
١١	**٠,٧٤٤	١٢	**٠,٨٥٠	١٦	**٠,٥٧١	١٧	**٠,٧٤٥
١٣	**٠,٨١٤	١٤	**٠,٧٥٣	١٨	**٠,٨٣٩	١٩	**٠,٨٠٢
١٥	**٠,٧٨٩	٢٠	**٠,٦٧٤	٢٠	**٠,٦٧٤		
معامل الارتباط العبارية الكلية لمقياس الجانب المعرفي بالدرجة الكلية للمقياس كليا	**٠,٧٩١	معامل الارتباط العبارية الكلية لمقياس الهروب/التجنب بالدرجة الكلية للمقياس كليا	**٠,٧٤٩	معامل الارتباط العبارية الكلية لمقياس الخوف بالدرجة الكلية للمقياس كليا	**٠,٨٠١	معامل الارتباط العبارية الكلية لمقياس الخوف بالدرجة الكلية للمقياس كليا	**٠,٧٢٩

** دال عند مستوي ٠,٠١

وبالرجوع إلى قيم معاملات الارتباط بجدول (٤) يتضح أنه لم يتم حذف أي عبارات من الاستخبار، مما يشير إلى أن استخبار أعراض قلق الألم يتسم بالتجانس الداخلي.

٣. استخبار الشعور بالخزي؛ إعداد بدر الأنصاري (٢٠٠٢): يتألف المقياس في النسخة المختصرة من (٢٠) عبارة لقياس الشعور

بالخزي، ويجب المشارك عن كل عبارة من عبارات المقياس وفقاً لبدائل خمسة تبدأ من (أبداً) حتى (دائماً). وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة بالدراسة الراهنة ما بين (١-٥) درجات بدلاً من (٤-٠) درجات بالنسخة الأصلية، ويتمتع الاستخبار بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة.

٤. استخبار الرضا عن الحياة؛ إعداد مجدي الدسوقي (١٩٩٩):

يتألف المقياس من (٣٠) عبارة موزعة على ستة أبعاد هي؛ السعادة، والاجتماعية، والطمأنينة، والاستقرار النفسي، والتقدير الاجتماعي، والقناعة. وتتم الإجابة عن المقياس بطريقة ليكرت الخماسي، تتراوح بين (لا تنطبق أبداً) درجة واحدة، و(تنطبق تماماً) خمس درجات، وتمتع المقياس بمعاملات صدق وثبات مرتفعة.

(٤) إجراءات جمع البيانات والتحليلات الإحصائية

بعد جمع البيانات من عينة الدراسة قامت الباحثة بإجراء التحليلات الإحصائية عن طريق معالجة البيانات باستخدام حزم البرامج الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتضمنت التحليلات الإحصائية للبيانات ما يلي:

١. تحليل المكونات الأساسية وهو أسلوب لتقليل البيانات، لتحديد العدد الأمثل للمتغيرات الكامنة المكونة لعوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على النتائج الصحية والنفسية لمرضى الألم العضلي الليفي المتمثلة في متغيرات الدراسة الراهنة.

٢. حساب التحليل العنقودي لتصنيف مرضى الألم العضلي الليفي إلى مجموعات فرعية متجانسة بناءً على عوامل الخطر والوقاية.

٣. اختبار (ت) t-test للكشف عن الفروق ودلالاتها بين المجموعتين الفرعيتين لمرضى الألم العضلي الليفي على النتائج الصحية والنفسية.

نتائج الدراسة

فيما يلي عرض لنتائج التحليلات الإحصائية لمتغيرات الدراسة بما يتسق مع مشكلة الدراسة وفروضها، وذلك على النحو الآتي:

١. الفرض الأول: الذي ينص على؛ تتمثل المكونات الأساسية لعوامل الخطر والوقاية في بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تؤدي دوراً في تشكيل النتائج الصحية والنفسية لدى مرضى الألم العضلي الليفي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب تحليل المكونات الأساسية^(١) لعوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على النتائج الصحية والنفسية لمرضى الألم العضلي الليفي المتمثلة في متغيرات الدراسة الراهنة وهي؛ الكمالية، ويقظة الضمير، وعمه المشاعر، ونمط الشخصية(د)، والحكم على الذات، والتماهي المفرط، والانشغال بصورة الذات، والاندفاعية، وقابلية التأثر بالضغط، والصمود النفسي، والمساندة الاجتماعية.

وقبل إجراء تحليل المكونات الأساسية تم التحقق من مدى كفاءة العينة من خلال إجراء اختبار مدى كفاءة العينة (KMO)^(٢) حيث بلغت نتائج اختبار التأكيد من جودة القياس ٠,٨٦٧ وتعد قيمة مقبولة، حيث إن الحد المقبول لتلك القيمة يكون ($0,50 <$)، وهذا يعني أن جودة القياس مرتفعة، وبلغ مستوى معنوية اختبار "بارتليت"^(٣) ($0,000$) وتعد مرتفعة. وبعد التأكد من كفاءة العينة لإجراء التحليل العاملي تم إجراء تحليل المكونات الأساسية بواسطة التدوير بطريقة varimax، وباستخدام طريقة الجذر الكامن (أكبر من الواحد صحيح)، وقد أنجز التدوير بطريقة varimax عاملين وفسرا ٥٥,٣٥١% من التباين الكلي للعينة، وتبين مصفوفة المكونات بعد التدوير تشبعت متغيرات الدراسة على العاملين، ويعرض جدول (٥) تشبعت متغيرات الدراسة الراهنة على عاملي الخطر والوقاية.

(1) Principle Component Analysis

(2) Kaiser-Meyer- Olkin-Test (KMO)

(3) Bartlett's Test of Sphericity

جدول (٥) تشبعت متغيرات الدراسة الراهنة بعد التدوير على عاملي
الخطر والوقاية.

متغيرات الدراسة	العوامل		نسبة التباين	الجزر الكامن
	العامل الأول	العامل الثاني		
التماهي الانفعالي المفرط	٠,٧٥٣	٠,٣٤٩ -	%٤٢,٤٤٥	٤,٦٦٩
نمط الشخصية(د)	٠,٧٣٦	٠,٢١٩ -		
الانشغال بصورة الذات	٠,٧٠٤	٠,١٩٦ -		
الحكم على الذات	٠,٧٠٠	٠,١٦٦ -		
عمه المشاعر	٠,٦٧٧	٠,١٤٨ -		
الاندفاعية	٠,٦٥٧	٠,٢٩٤ -		
قابلية التأثر بالضغوط	٠,٦٢٥	٠,٥١١ -		
الكمالية	٠,٦٠٤	٠,١٨٢ -		
يقظة الضمير	-	٠,٨٧٥		
الصمود النفسي	٠,٢٠٥ -	٠,٨٥٥		
المساندة الاجتماعية	٠,٢٣٠ -	٠,٣٤٦		

ويتبين من جدول (٥) أن متغيرات الدراسة اتسمت بتشبعات ذات بنية مركبة فقد تشبعت جميع المتغيرات على العاملين، باستثناء متغير واحد (يقظة الضمير) اتسم بتشبع ذي بنية بسيطة فقد تشبع على عامل واحد فقط. وأي عامل لديه علاقات أكبر من ٠,٣٠ مع ثلاثة متغيرات أو أكثر يمكن اعتباره مكوناً جيداً للأخذ به، وفي حالات التشبع تأخذ القيمة الأكبر. ونجد أن العامل الأول (عامل الخطر) استوعب ٤٢,٤٤٥% من التباين الكلي، وبلغت قيمة الجزر الكامن لهذا العامل ٤,٦٦٩، وقد تشبع عليه ٨ متغيرات من أصل ١١ متغيراً وهم؛ التماهي الانفعالي المفرط، ونمط الشخصية(د)، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، وعمه المشاعر، والاندفاعية، وقابلية التأثر

بالضغوط، والكمالية وجميعها تدور حول المؤثرات الخطرة، ونجد العامل الثاني (عامل الوقاية) استوعب ١٢,٩٠٦% من التباين الكلي، وبلغت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل ١,٤٢٠، وقد تشبع عليه ٣ متغيرات من أصل ١١ متغيراً وهم؛ يقظة الضمير، والصمود النفسي، المساندة الاجتماعية وجميعها تدور حول المؤثرات الوقائية.

ويتضح من النتائج المعروضة بجدول (٥) تحقق الفرض الأول، الذي ينص على أنه تتمثل المكونات الأساسية لعوامل الخطر والوقاية في بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تؤدي دوراً في تشكيل النتائج الصحية والنفسية لدى مرضى الألم العضلي الليفي.

٢. الفرض الثاني: الذي ينص على؛ يمكن تصنيف مرضى الألم العضلي الليفي إلى مجموعات فرعية متجانسة بناءً على عوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على نتائجهم الصحية والنفسية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب تحليل التجمعات (أو التحليل العنقودي)^(١) لتحديد المجموعات البارزة من المشاركات على أساس متوسط درجاتهن في كل عامل من عاملي الخطر والوقاية. وتم استخدام طريقة ووارد للتحليل التصاعدي أو التدريجي العنقودي التجميعي^(٢) بمسافة إقليدية مربعة كمؤشر للتشابه والاختلاف بين المشاركات. ولتحديد التجميع الأمثل للمشاركات، تم فحص جدول التجميع أو إدماج الحالات في مجموعات^(٣) للبحث عن الزيادات في معاملات مربعات مجموع الخطأ بشكل كبير في الخطوات أو المراحل اللاحقة بالتسلسل التدريجي بعد زيادات صغيرة نسبياً في المراحل السابقة، وقد وجد قفزة كبيرة في معدل معاملات فقد تضاعفت معاملات في الخطوة ٣٤٠، لذلك تم اختيار الحل المكون من مجموعتين،

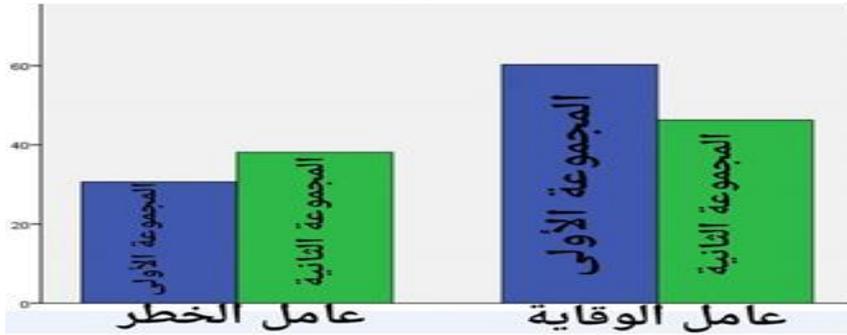
(1)Cluster Analysis

(2) Ward's hierarchical agglomerative clustering method

(3) Agglomeration Schedule

باعتباره التجميع الأمثل لمجموعات المشاركات. وفيما يلي عرض خصائص المجموعتين من مريضات زملة الألم العضلي الليفي، ومتوسط درجاتهن على عاملي الخطر والوقاية. ويعرض جدول (٦) متوسط درجات الحل المكون من مجموعتين على عاملي الخطر والوقاية.

شكل (٣) متوسط درجات الحل المكون من مجموعتين على عاملي الخطر والوقاية.



جدول (٦) متوسط درجات الحل المكون من مجموعتين على عاملي الخطر والوقاية.

العوامل	المجموعات الناتجة عن التحليل التدرجي العنقودي
	المجموعة الأولى (ن = ١٧٤) المجموعة الثانية (ن = ١٦٧)
عامل خطر	٣٠,٦٣ ٣٨,١١
عامل وقائي	٦٠,٢٨ ٤٦,٢٤

ويكشف جدول (٦) عن خصائص المجموعتين المستخرجتين من التحليل التدرجي العنقودي على النحو التالي:

المجموعة الأولى؛ مكونة من ١٧٤ مشاركة من مريضات الألم العضلي الليفي بنسبة ٥١% من العينة الإجمالية، وهن منخفضات على مكونات عامل الخطر (التماهي الانفعالي المفرط، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، والاندفاعية، والكمالية) وأكثر انخفاضاً على (عمه

المشاعر، ونمط الشخصية(د)، وقابلية التأثر بالضغط) وقد بلغ متوسط درجاتهن على عامل الخطر ٣٠,٦٣، وكانت المشاركات بهذه المجموعة مرتفعات على مكونات العامل الوقائي (يقظة الضمير، والمساندة الاجتماعية) وأكثر ارتفاعاً على (الصمود النفسي) وقد بلغ متوسط درجاتهن على عامل الوقاية ٦٠,٢٨. وقد تراوحت أعمار المشاركات بهذه المجموعة بين (٦٦-٢٠) سنة وبلغ متوسط أعمارهن (٤٠,٩٣) سنة، بانحراف معياري قدره (٩,٠٦) سنة. ٨,٦% من المشاركات (١٥ مشاركة) بهذه المجموعة لم يسبق لهن الزواج، و٨١% (١٤١ مشاركة) متزوجات، و١٠,٤% (١٨ مشاركة) مطلقات. و٥٦,٣% من المشاركات (٩٨ مشاركة) بهذه المجموعة لا توجد لديهن أمراض مزمنة أخرى. و٤٤,٨% من المشاركات (٧٨ مشاركة) بهذه المجموعة تراوحت مدة معاناتهم من المرض من (٣-١) سنوات. و٣٥,٦% من المشاركات (٦٢ مشاركة) بهذه المجموعة تعملن.

المجموعة الثانية؛ مكونة من ١٦٧ مشاركة من مريضات الألم العضلي الليفي بنسبة ٤٩% من العينة الإجمالية، وهن مرتفعات على مكونات عامل الخطر (التماهي الانفعالي المفرط، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، والاندفاعية، والكمالية) وأكثر ارتفاعاً على (عمه المشاعر، ونمط الشخصية(د)، وقابلية التأثر بالضغط) وقد بلغ متوسط درجاتهن على عامل الخطر ٣٨,١١، ومنخفضات على مكونات العامل الوقائي (يقظة الضمير، والمساندة الاجتماعية) وأكثر انخفاضاً على (الصمود النفسي) وقد بلغ متوسط درجاتهن على عامل الوقاية ٤٦,٢٤. وتراوحت أعمار المشاركات بهذه المجموعة بين (٥٩-٢٠) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهن (٣٧,١٥) سنة، بانحراف معياري قدره (٧,٥٠) سنة. ١٦,٨% من المشاركات (٢٨ مشاركة) بهذه المجموعة لم يسبق لهن الزواج، و٧٠% (١١٧ مشاركة) متزوجات،

و١٣,٢% (٢٢ مشاركة) مطلقات. و٧١,٣% من المشاركات (١١٩ مشاركة) بهذه المجموعة لا توجد لديهن أمراض مزمنة أخرى. و٥١% من المشاركات (٨٥ مشاركة) بهذه المجموعة تراوحت مدّة معانتهم من المرض من (٣-١) سنوات. و٤٣,١% من المشاركات (٧٢ مشاركة) بهذه المجموعة تعملن.

ويتضح من النتائج المعروضة بجدول (٦) تحقق الفرض الثاني، الذي ينص على أنه يمكن تصنيف مرضى الألم العضلي الليفي إلى مجموعات فرعية متجانسة بناءً على عوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على نتائجهم الصحية والنفسية.

٣. الفرض الثالث: توجد فروق بين المجموعات الفرعية لمرضى الألم العضلي الليفي من حيث النتائج الصحية والنفسية المتمثلة في العافية البدنية، وتحمل الألم، والشعور بالخزي، والرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة اختبار (ت) للكشف عن الفروق ودلالاتها بين المجموعتين الفرعيتين المستخرجتين من التحليل التدريجي العنقودي لمرضى الألم العضلي الليفي على النتائج الصحية والنفسية. ويعرض جدول (٧) قيمة اختبار (ت) ودلالاتها.

جدول (٧) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودالاتها لقياس الفروق بين المجموعتين الفرعيتين لمريضات الألم العضلي الليفي على النتائج الصحية والنفسية.

الاستخبارات	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية		قيمة (ت)	دالاتها
	ع	م	ع	م		
العافية البدنية	١٦,٣٤	٦٦,٩٤	١٤,٨٧	٦٦,٩٤	٢,٢١٣	٠,٠٢
تحمل الألم (قلق الألم)	١٦,٨٢	٧٧,٣٠	١٤,٢٦	٧٧,٣٠	٢,٣٠٣-	٠,٠٢
الشعور بالخزي	١٣,٩٠	٦٦,٥٧	١٤,٢٣	٦٦,٥٧	١٠,٩٤٤-	٠,٠٠٠
الرضا عن الحياة	١٩,٤٨	٧٦,٠٤	١٨,٥٢	٧٦,٠٤	١٢,٧٧٠	٠,٠٠٠

تكشف قيم (ت) بجدول (٧) عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الفرعية الأولى والمجموعة الفرعية الثانية من مريضات الألم العضلي الليفي على النتائج الصحية والنفسية المتمثلة في العافية البدنية، وتحمل الألم، والشعور بالخزي، والرضا عن الحياة. وكانت الفروق في اتجاه المجموعة الأولى في العافية البدنية، والرضا عن الحياة، بينما كانت الفروق في اتجاه المجموعة الثانية في تحمل الألم (قلق الألم)، والشعور بالخزي. مما يشير إلى أن المجموعة الفرعية الأولى من مريضات الألم العضلي الليفي تتمتع بالعافية البدنية والرضا عن الحياة مقارنة بالمجموعة الثانية، وأن المجموعة الفرعية الثانية من مريضات الألم العضلي الليفي تعانيان قلق الألم والشعور بالخزي مقارنة بالمجموعة الأولى.

ويتضح من النتائج المعروضة بجدول (٧) تحقق الفرض الثالث، الذي ينص على أنه توجد فروق بين المجموعات الفرعية لمرضى الألم العضلي الليفي من حيث النتائج الصحية والنفسية المتمثلة في العافية البدنية، وتحمل

الألم، والشعور بالخزي، والرضا عن الحياة.

مناقشة النتائج

فيما يلي ستم مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية في ضوء الأطر النظرية ونتائج البحوث السابقة، ومدى تأييدها لفروض الدراسة كل على حدة:

١. نتائج الفرض الأول، وينص على أنه؛ تتمثل المكونات الأساسية لعوامل الخطر والوقاية في بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تؤدي دوراً في تشكيل النتائج الصحية والنفسية لدى مرضى الألم العضلي الليفي.

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن؛ أن العامل الأول (عامل الخطر) تشبع عليه ٨ متغيرات من أصل ١١ متغيراً من متغيرات الدراسة الراهنة وهي؛ التماهي الانفعالي المفرط، ونمط الشخصية(د)، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، وعمه المشاعر، والاندفاعية، وقابلية التأثر بالضغوط، والكمالية وجميعها تدور حول المؤثرات الخطرة. وقد تشبع على العامل الثاني (عامل الوقاية) ٣ متغيرات من أصل ١١ متغيراً وهي؛ يقظة الضمير، والصمود النفسي، والمساندة الاجتماعية وجميعها تدور حول المؤثرات الوقائية.

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة "مولر" وزملائه (Muller et al. (2020 حيث أسفر تحليل المكونات الأساسية لمتغيرات دراستهم (فعالية الذات، والصمود النفسي، والمساندة الاجتماعية، وأساليب المواجهة، والوصمة الاجتماعية، وشدة الألم، والإجهاد، ومشاكل النوم، والضغوط المدركة، والقلق، والتدهور المعرفي) عن ثلاث مجموعات من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على الاستجابة لمرض الألم العضلي الليفي (كالعوامل الوقائية، والوجدانية-المعرفية، والفيزيائية). وكذلك مع دراسة "سييتشي" وزملائه (Sechi et al. (2020 حيث أظهرت نتائجها أن علاقات التعلق الآمن، وتقدير الذات المرتفع يمثلان عوامل وقائية لنوعية حياة النساء المصابات بالألم العضلي الليفي، بينما ظهر العكس من التعلق غير الآمن وتدني تقدير الذات.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي يفترض أن المرض أو الاعتلال يُعزى إلى مزيج معقد من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية (Kusnanto et al., 2018, 497). وإن العوامل النفسية تؤثر على الجانب الجسدي النفسي من الألم. وتنشط القضايا الاجتماعية الإدراك الجسدي للمريض، مما يغير سلوكه تلقائياً (Rempel et al., 2019, 181). وبناء عليه تعد خصائص شخصية الفرد، والأسرة، والبيئة الاجتماعية جزءاً من المرض، ولهم تأثير على قابلية الإصابة بالأمراض وتفاقمها (Yogan, 2017,7). فقد وصف "آدمز، وترك" Adams & Turk (2015) زملة الألم العضلي الليفي باعتبارها إحدى مجموعات "زملات الحساسية المركزية" التي تتفاعل فيها التأثيرات الحيوية والنفسية والاجتماعية، التي تحدث أو تُهيئ لحدوث اعتلال الصحة وغيرها من الأعراض (Furness et al., 2018, 6). وأكد "هلفنشتاين" وآخرون (Helfenstein et. al (2012) على أن الصفحة النفسية لمرضى الألم العضلي الليفي يظهر بها الكمالية، ونقد شديد للذات، وهوس البحث عن التفاصيل (Rempel et al., 2019, 182). وأضاف "كونفيرسانو" وزملاؤه (Conversano et al. (2018) من خلال المراجعة التي قام بها أن عديداً من الدراسات أقرت بأن مرضى الألم العضلي الليفي يتسمون بمستويات مرتفعة من عجز التعبير، ونمط الشخصية(د).

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض أيضاً في ضوء نموذج "هايلاند" وصف إشارات التوقف باعتبارها مجموعات من الأعراض التكيفية، الناتجة عن أحداث حيوية أو نفسية، ومصممة لتغيير السلوك وتنبيطه عموماً. ومن بين الأحداث النفسية التي حددها "هايلاند" في نموذج الاستجابات للفشل المتصور في تحقيق أهداف الحياة، وتكرار السلوك الموجه نحو الهدف (التثبيط التفاعلي)، والصعوبات الانفعالية (مثل القلق أو الاستجابات للتهديد). بالتالي، يُنظر إلى الألم على أنه إشارة توقف لتقليل الحركة، وذلك لتقليل مزيد من الصدمات والإجهاد كإشارة تهدف إلى تقليل النشاط المفرط. ويجب القيام

بأشياء يستمتع به الفرد" مع تقليل دوافع النقد الذاتي، وذلك لتقليل إشارات التوقف. كما أضاف "هايلاند" أن العوامل الحيوية والنفسية تمثل جزءاً من نظام تحكم تكيفي معقد، ويحتوي نظام التحكم هذا على مدخلات حيوية ونفسية وسيطة، وكذلك مخرجات حيوية ونفسية. وإن مثل هذه الظواهر المرضية تكون نتيجة لنظام حماية عصبي غير منظم بشكل هائل، حيث يتفاعل بشكل مبالغ أو مفرط مع المدخلات العادية، التي تمثل له تهديداً محتملاً (Davies et al., 2020, 3-9).

وقد تم إدراج عوامل الخطر النفسية - التي تحدث إعاقات مزمنة وتكون سبباً أيضاً في تفاقمها - ضمن الإرشادات الإكلينيكية لإدارة الآلام المزمنة؛ ومن بينها المشقة، والاكنتاب، والحساسية للألم، وتأثر الوظائف (الإعاقة)، والإدراك المرتبط بالألم، والجسدية، ونوبات الألم السابقة، والعوامل المتعلقة بالعمل، والمبالغة في قمع الألم. وأوضح "راميريز مايستر، وإستيف" (Ramírez-Maestre & Esteve (2013) و"إكليستون" (Eccleston (2014) أن مجرد غياب عوامل الخطر لا تتنبأ بالتكيف الناجح مع الألم المزمن، إنما يجب التركيز أيضاً على مكونات من علم النفس الإيجابي؛ كالصمود النفسي أو موارد المواجهة كمعوامل وقائية يمكن تطبيقها في إدارة الألم المزمن وتعزيز التكيف الناجح (Jegan et al., 2017, 1-2).

٢. نتائج الفرض الثاني، وينص على أنه؛ يمكن تصنيف مرضى الألم العضلي الليفي إلى مجموعات فرعية متجانسة بناءً على عوامل الخطر والوقاية التي قد تؤثر على نتائجهم الصحية والنفسية.

وقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن مجموعتين فرعيتين؛ تضمنت المجموعة الأولى ١٧٤ مشاركة من مريضات الألم العضلي الليفي تمثل ٥١% من العينة الإجمالية، وهن منخفضات على مكونات عامل الخطر (التماهي الانفعالي المفرط، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، والانفعالية، والكمالية، وعمه المشاعر، ونمط الشخصية(د)، وقابلية التأثر بالضغوط)،

ومرتفعات على مكونات العامل الوقائي (يقظة الضمير، والمساندة الاجتماعية، والصمود النفسي). وتضمنت المجموعة الثانية؛ ١٦٧ مشاركة من مريضات الألم العضلي الليفي بنسبة ٤٩% من العينة الإجمالية، وهن مرتفعات على مكونات عامل الخطر (التماهي الانفعالي المفرط، والانشغال بصورة الذات، والحكم على الذات، والاندفاعية، والكمالية، وعمه المشاعر، ونمط الشخصية(د)، وقابلية التأثر بالضغوط)، ومنخفضات على مكونات العامل الوقائي (يقظة الضمير، والمساندة الاجتماعية، والصمود النفسي).

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة "مولر" وزملائه (Muller et al. (2020) الاستكشافية حيث أظهرت نتائجها أن المجموعة التي كانت مرتفعة على الاستجابات الوقائية من مرضى الألم العضلي الليفي قد أظهرت استجابات سلبية منخفضة جسدياً ومعرفياً. وأن المجموعة التي كانت مستوياتها منخفضة على كل من المساندة الاجتماعية وفعالية الذات والصمود النفسي قد أظهرت استجابات سلبية مرتفعة جسدياً ومعرفياً. وتتسق أيضاً مع دراسة "مولنار" وزملائه (Molnar et al. (2020) فقد أظهرت نتائجها أن مجموعة المرضى المرتفعين على الكمالية المحددة اجتماعياً، والعصابية قد أظهروا انخفاضاً على الضمير مقارنة بالمجموعات الأخرى.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء نظرية الشبكة التكيفية لزملة التعب المزمن وزملة الألم العضلي الليفي فقد أظهرت الأدلة البوائية أنه بمجرد الإصابة بزملة التعب المزمن وزملة الألم العضلي الليفي، غالباً ما تكون النتائج ضعيفة. وقد يتحسن بعض المرضى، ويظل بعض الآخر على حاله، ويتدهور بعضهم. ويمكن تفسير هذا التباين في ضوء تغير نمط الحياة الذي يحدث بمجرد تطور المرض. حيث يؤدي نمط الحياة الذي يتميز بالأنشطة التي لا تخلق إشارات توقف إلى التعافي التدريجي. ويميل نمط الحياة لذي ينتج إشارات توقف بشكل مستمر إلى تقوية إشارات التوقف بشكل دائم مما يؤدي إلى استمرار المرض أو حتى تدهوره. حيث تتميز أنماط الحياة التي تديم المرض

إما بالإفراط في النشاط (خلق ظاهرة معترف بها إكلينيكياً الازدهار والتدهور) أو قلة النشاط (خلق نمط حياة رتيب وغير مجز) (Hyland, 2017, 29).

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض أيضاً في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي بواسطته تصور زملة الألم العضلي الليفي على أنها زملة متعددة المستويات تشمل تفاعل السمات المادية والفردية والبيئية. وأن هذا النهج يساعد في تنظيم التنوع الهائل وتعقيد الآليات متعددة المستويات التي تؤثر على الأفراد والمجموعات الفرعية غير المتجانسة من مرضى الألم العضلي الليفي استناداً إلى العوامل التي قد تؤثر على استجابة الفرد لمرض الألم العضلي الليفي (Muller et al., 2020, 4). وهو ما أكده "أبلين" وآخرون (Ablin et al. (2016) بأن هناك فئتين مختلفتين من مرضى الألم العضلي الليفي؛ تتسم الفئة الأولى بعافية مرتفعة، وأساليب مواجهة أكثر تكيفاً، ومستويات أقل من عمه المشاعر مع انتشار أقل أيضاً لنمط الشخصية(د)، والفئة الثانية تتسم بمستويات منخفضة من العافية، وأساليب مواجهة أقل تكيفاً، ومستويات مرتفعة من عمه المشاعر وانتشار أكثر لنمط الشخصية(د) (Conversano et al., 2018, 228).

وقد أكدت نتائج دراسة "مولر" وزملائه (Muller et al. (2020 أن الاستجابات الإيجابية لمرض الألم العضلي الليفي تُؤدّ إلى نتائج صحية إيجابية ورضا عن الحياة، والاستجابات السلبية لمرض الألم العضلي الليفي تضر بالنتائج الصحية والرضا عن الحياة. وهو ما يؤكد عدم تجانس الأفراد في مرض الألم العضلي الليفي، وإمكانية تصنيفهم إلى مجموعات فرعية متجانسة. ويمكن تفسير الفروق بين المجموعتين في ضوء عدد من المتغيرات السكانية للمشاركات وخصائصهن، ومنها:

١. متغير العمر؛ حيث توجد فروق دالة في متغير العمر بين المجموعتين في اتجاه المجموعة الأولى، حيث بلغ متوسط عمر المجموعة الأولى (٤٠,٩٣) سنة، ومتوسط عمر المجموعة الثانية (٣٧,١٥) سنة. وقد يرجع

انخفاض المجموعة الأولى على مكونات عامل الخطر، وارتفاعها على مكونات عامل الوقاية إلى ارتفاع معدل أعمارهم مقارنة بالمجموعة الثانية الذي يترتب عليه انخفاض لبعض المهام والأنشطة التي تقوم بها المريضات التي قد تمثل عبئاً وأحد أشكال الضغوط. ومع التقدم في العمر أيضاً قد تختلف بعض المتغيرات النفسية أو تقل حدتها؛ فعلى سبيل المثال قد تنخفض مظاهر الكمالية والسعي الحثيث تجاه إنجاز الأهداف. ومع التقدم في العمر أيضاً قد ترتفع يقظة الضمير ومستوي الالتزام بالتعليمات والصفات الطيبة، وتتنوع أيضاً أشكال المساندة الاجتماعية من قبل الآخرين تجاه المتقدمين في العمر لا سيما مع وجود مرض وآلام مزمنة. فقد أشار "سليوونسكي" وزملائه (Sliwinski et al., 2021) أن العمر لا يرتبط بأي مؤشر من مؤشرات العافية ما لم يتم التحكم في الفروق الفردية في القيود الصحية، لذلك ارتبط العمر الأكبر في دراستهم بشكل كبير بمستويات أفضل من العافية.

وهو ما قد أشار إليه "لاندا، وبايبي" (Landa & Bybee, 2007) أن الرغبة في الكمالية تنخفض مع تقدم العمر. وفي دراسة "ستويبر، وستوبر" وجدت علاقة سلبية بين العمر والكمالية الموجه نحو الذات والكمالية الاجتماعية (Stoeber & Stoeber, 2009, 531). وأضاف "لوكاس، ودونيلان" (Lucas & Donnellan, 2009) أن التقدم في العمر يرتبط ارتباطاً سلبياً بكل من الانبساطية، والعصابية، والانفتاح على الخبرة، بينما يرتبط كل من القبول ويقظة الضمير ارتباطاً إيجابياً بالتقدم في العمر. كما أشار "موريغوتشي" وزملائه (Moriguchi et al., 2007) في دراستهم أن صعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف أو التعبير عن المشاعر تنخفض مع التقدم في العمر.

٢. الحالة الاجتماعية؛ حيث بلغت نسبة المتزوجات بالمجموعة الأولى ٨١%، و١٩% غير متزوجات (٨,٦% لم يسبق لهن الزواج، و١٠,٤% مطلقات)، و٤٦,٦% من غير المتزوجات أعمارهن تقل عن ٣٠ عاماً حيث تتراوح أعمارهن بين (٢٧-٢٠) عاماً، والنسبة الباقية تتراوح أعمارهن بين

(٤٠-٣١) عاماً. بينما نسبة المتزوجات بالمجموعة الثانية ٧٠%، و ٣٠% غير متزوجات (١٦,٨% لم يسبق لهن الزواج، و ١٣,٢% مطلقات). لذا قد يكون ارتفاع نسبة المتزوجات بالمجموعة الأولى وما توفره مؤسسة الزواج من مساندة اجتماعية ساعد على ارتفاع المشاركات على مكونات عامل الوقاية وانخفاضهن على مكونات عامل الخطر. وكذلك ارتفاع نسبة المطلقات بالمجموعة الثانية مع ارتفاع أعمارهن حيث ٦٣% منهن تراوحت أعمارهن من (٤٠-٥٩) عاماً، وأيضاً ارتفاع نسبة غير المتزوجات خاصة مع ارتفاع أعمارهن حيث ٥٠% منهن تراوحت أعمارهن من (٣٠-٤٧) عاماً. فقد يكون الطلاق وما ينتج عنه من غياب شكل من أشكال المساندة الاجتماعية، وما يتبعه أيضاً من أعباء وضغوط مالية واجتماعية ناتجة عن الانفصال خاصة المعيلات منهن، وينطبق الأمر ذاته مع من لم يسبق لهن الزواج خاصة مع تقدم أعمارهن. لذلك قد يفسر هذان المتغيران (الطلاق وعدم الزواج مع ارتفاع العمر) ارتفاع المشاركات بالمجموعة الثانية على مكونات عامل الخطر، كقابلية التأثر بالضغوط، وانخفاضهن على مكونات عامل الوقاية كالمساندة الاجتماعية.

فقد لاحظ "ولف" (Wolfe F. (1996) في دراسته التي أجراها على مريضات التهاب المفاصل الروماتويدي، وهشاشة العظام، وزملة الألم العضلي الليفي أن أنماط المشقة المتزايدة لديهن ارتبطت بمعدل الطلاق، وزيادة التدخين، ومؤشر كتلة الجسم، وانخفاض الدخل والتعليم (Wolfe & Hawley, 1998, 90).

٣. معدل الأعباء، والتعايش مع المرض؛ بلغت نسبة المشاركات العاملات بالمجموعة الأولى ٣٥,٦%، ونسبة المشاركات اللاتي تراوحت مدّة معاناتهن مع المرض من (١-٣) سنوات ٤٤,٨% وكلتا النسبتين منخفضتين مقارنة بنسب المشاركات بالمجموعة الثانية، حيث بلغت نسبة المشاركات العاملات بالمجموعة الثانية ٤٣,١%، ونسبة المشاركات اللاتي تراوحت مدّة معاناتهن مع

المرض من (٣-١) سنوات ٥١%.

وبالتالي فإن ارتفاع نسبة العاملات بالمجموعة الثانية مما يمثل عبئاً على مريضات الألم العضلي الليفي ومجهود بدني إضافي، بالإضافة إلى الضغوط الناتجة عن العمل وزملاء العمل، خاصة مع الارتفاع على متغير الكمالية مما يضيف عبئاً أكبر. فقد أوضح "زوريك" وزملاؤه Zureck et al. (2014) أن من السمات الشخصية التي تعمل كعامل مهيبٍ للتأثر بالضغوط هي الكمالية؛ خاصةً التي تظهر في بيئة العمل، حيث إنها تتضمن توقعات ذاتية مرتفعة، واهتمام بتحقيق تلك المعايير، ونقد الذات، وتعمل جميعها كمهياتٍ لقابلية التأثر بالضغوط داخل السياقات الاجتماعية التقييمية مثل مكان العمل (Furness et al., 2018, 7). كما أشار "كيفماكي" وزملاؤه (Kivimaki et al., 2004) إلى أن ارتفاع عبء العمل وانخفاض حرية اتخاذ القرار في العمل من المصادر الشائعة للضغوط المزمنة والمشاكل الصحية بين الموظفين. وفي دراستهم ارتبط عبء العمل المرتفع، وحرية اتخاذ القرار المنخفضة، وخبرة التعرض للمكايده في العمل بخطر مضاعف للإصابة بالألم العضلي الليفي قد يصل إلى أربعة أضعاف.

وقد أوضح "هايلاند" في نموذجهِ أن حالات زملة الألم العضلي الليفي تحدث عندما يكون هناك استمرار في النشاط الموجه نحو الهدف، على الرغم من الظروف الصعبة أو الخطرة التي تعطي الإشارة لظهور "إشارات التوقف" المستمرة. وإذا حدث إصرار أو تمادٍ سلوكي مع إشارات توقف بانتظام وأصبح هذا نمط حياة مميزاً أو خاصاً، فإن النظرية تتوقع أن إشارات التوقف ستقوى تدريجياً، مما يؤدي إلى نمط الأعراض الذي يميز زملة التعب المزمن و زملة الألم العضلي الليفي (Hyland, 2017, 29).

وإضافة إلى ارتفاع نسبة المشاركات العاملات بالمجموعة الثانية، فقد ارتفعت أيضاً نسبة المشاركات اللاتي تراوحت مدة معاناتهن مع المرض من (٣-١) سنوات بالمجموعة الثانية. ويعد هذا عاملاً إضافياً من المعاناة يتمثل

في صعوبة التكيف ومواجهة المرض (تحديات بداية التعايش مع المرض)؛ ومن بينها الأعراض الجسمية كعدم الراحة والألم، والإجهاد المستمر، والعلاجات الدوائية التي يصعب اتباعها باستمرار بالإضافة إلى أعراضها الجانبية، وتغيرات في نمط الحياة كالاضطرار إلى اتباع قيود غذائية محددة، وتغيرات في الأنشطة الحياتية كالتغيب عن العمل والأنشطة الاجتماعية. وكذلك إدراك مريض الألم العضلي الليفي بأنه يمرض، وعدم اليقين فيما يتعلق بالمضاعفات والنتائج طويلة الأجل، بالإضافة إلى صغر أعمار المشاركات بالمجموعة الثانية. فجميع هذه العوامل وغيرها - التي تتجلى في السنوات الأولى للإصابة بأي مرض مزمن - يمكن أن تمثل ضغوطاً حادة في بداية الإصابة بأي مرض مزمن، وعلى وجه التحديد زملة الألم العضلي الليفي. ووفقاً لنموذج "هايلاند" عندما يتعامل الفرد المصاب بزملة الألم العضلي الليفي مع الضغوطات كعدم التكيف الجسمي، أو الصدمة الانفعالية المستمرة تتفاقم الأعراض الأكثر انتشاراً ولا يمكن التنبؤ بها، ويبدو أن أنماط الأعراض تتحد في مظاهر متشابهة خاصة مع زيادة شدتها (Davies et al., 2020, 4).

وقد أشار "فيشر" وزملاؤه (Fischer et al. 2010) إلى أن الإصابة بالأمراض له تأثير ضار على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ومع ذلك لا يُعرف سوى القليل نسبياً عن مسارات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على مدار المرض طويل الأمد. فتفاقم الأعراض وتطور المرض يمكن أن يؤدي إلى انخفاض في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. ومع ذلك، هناك أيضاً إمكانية للتحسن في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بمرور الوقت حيث يتكيف الأشخاص مع المرض المزمن، وتستقر الأعراض بمرور الوقت، وتتوافر خيارات علاج أكثر فعالية (Busija et al., 2017, 2671-2672). كما أشار "أفيس" وزملاؤه (Avis et al. 2005) إلى أن المرضى الذين نقل أعمارهم عن ٥٠ عاماً معرضين لخطر الإصابة بضعف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بعد

التشخيص بمرض مزمن (Megari , 2013, 143).

ويضاف لما سبق ارتفاع نسبة المشاركات المصابات بأمراض مزمنة أخرى غير زملة الألم العضلي الليفي بالمجموعة الأولى بحكم ارتفاع متوسط أعمارهن مقارنة بالمجموعة الثانية؛ فقد بلغت نسبتهن ٤٣,٧%، بينما انخفضت هذه النسبة في المجموعة الثانية حيث بلغت ٢٨,٧%. مما يشير إلى ارتفاع فرصة تكيف المشاركات بالمجموعة الأولى وتعايشهن مع الأمراض المزمنة، والألم بشكل أكبر مقارنة بالمشاركات في المجموعة الثانية. لذلك قد يؤدي كلا من زيادة معدل الأعباء الواقعة على المشاركات (المتمثل في عملهن بوظيفة)، وتحديات بداية التعايش والتكيف مع المرض (المتمثل في حادثة الإصابة بالمرض) إلى ارتفاع المشاركات بالمجموعة الثانية على مكونات عامل الخطر، وانخفاضهن على مكونات عامل الوقاية.

٣. نتائج الفرض الثالث، وينص على أنه؛ توجد فروق بين المجموعات الفرعية لمرضى الألم العضلي الليفي من حيث النتائج الصحية والنفسية المتمثلة في العافية البدنية، وتحمل الألم، والشعور بالخزي، والرضا عن الحياة. وقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الفرعية الأولى والثانية من مريضات الألم العضلي الليفي على النتائج الصحية والنفسية المتمثلة في العافية البدنية، وقلق الألم، والشعور بالخزي، والرضا عن الحياة، حيث كانت الفروق في اتجاه المجموعة الأولى في العافية البدنية، والرضا عن الحياة، بينما كانت الفروق في اتجاه المجموعة الثانية في قلق الألم، والشعور بالخزي. أي إن المجموعة الفرعية الأولى من مريضات الألم العضلي الليفي تتمتع بنتائج صحية إيجابية متمثلة في العافية البدنية، والرضا عن الحياة مقارنة بالمجموعة الثانية، بينما تعاني المجموعة الفرعية الثانية من مريضات الألم العضلي الليفي من نتائج صحية سلبية؛ ومنها قلق الألم، والشعور بالخزي مقارنة بالمجموعة الأولى.

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة "مولر" وزملائه (Muller et al. (2020

الاستكشافية، حيث أشارت نتائج تحليل التباين إلى أن المجموعات الفرعية الثلاث من مرضى الألم العضلي الليفي تختلف اختلافاً كبيراً في الإعاقة الوظيفية، والمشاركة المجتمعية، ونوعية الحياة الصحية (العافية البدنية والنفسية)، والرضا عن الحياة. وتتسق أيضاً مع دراسة "مولنار" وزملائه (Molnar et al., 2020) حيث أفادت نتائج "أصحاب الكمالية المتطرفة" الذين حصلوا على درجات مرتفعة على جميع أبعاد الكمالية عن ضعف نسبي في الصحة البدنية، والصحة النفسية، والموارد النفسية والاجتماعية، والعافية. وقد اتسقت أيضاً مع نتائج دراسة "جاريب" وزملائه (Garip et al. 2020) التي توصلت إلى وجود ارتباطات دالة بين نمط الشخصية (د) وكل من شدة الألم، وتعدد نقاط الألم، والحالة الوظيفية، وشدة الألم والإجهاد، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وقد سجل مرضى الألم العضلي الليفي ممن يتسمون بنمط الشخصية (د) أعلى درجات في عدد نقاط الألم، وشدة الألم، وضعف الحالة الوظيفية، وشدة الألم والتعب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة في جميع المقاييس الفرعية باستثناء الطاقة. واتفقت كذلك مع دراسة "يشيا" وزميليه (Yeshua et al., 2019) حيث كشفت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين السعي للكمالية والمشقة النفس جسدية، وكلما زاد الميل إلى الكمالية زادت المشقة النفس جسدية التي يعانها المشاركون بالدراسة. وكذلك مع دراسة "سيرويس" وآخرين (Sirois et al. 2019) حيث توصلت نتائجها إلى أن المشاركين بالدراسة - سواء مرضى الألم العضلي الليفي أو العينة الضابطة - الذين سجلوا مستويات مرتفعة على كل من السعي للكمالية ومخاوف الكمالية قد أفادوا بتدهور الصحة والعافية لديهم. واتفقت أيضاً مع نتائج دراسة "مولنار" وزملائه (Molnar et al. 2012) التي أكدت على ارتباط الكمالية المحددة اجتماعياً والموجهة نحو الذات بتدني الوظائف الصحية. وإن النساء المصابات بالألم العضلي الليفي المرتفعات على الكمالية الموجهة نحو الذات أو الكمالية المحددة اجتماعياً تعانين بشكل خاص من انخفاض الوظائف الصحية.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض أيضاً في ضوء نموذج "هايلاند" لشرح الاضطرابات الوظيفية حيث أوضح أن الضغوطات المستمرة تؤدي إلى عبء تراكمي زائد، ويكون له تأثير سلبي على الحفاظ على الاستقرار داخل النظام. وتؤثر هذه الضغوطات المستمرة على مؤشرات نظام التحكم، بما في ذلك تعديل المعيار المرجعي (تحديد الغاية أو الهدف) أو التغيير المحتمل الناتج (عامل التضخيم) داخل النظام. ومن أمثلة سوء التكيف المكتسب تغير مستمر لمعدل ضربات القلب، وأعراض الأمعاء المتكررة، وعدم انتظام درجات الحرارة (Davies et al., 2020, 3).

ويقترح النموذج أيضاً أن حلقات التغذية الراجعة الناتجة عن الفشل في الاستجابة لإشارات التوقف بسبب الضغوطات الجسمية، والمعرفية أو الانفعالية المستمرة، ستؤدي إلى تغييرات مستمرة في نظام التحكم، في شكل إشارات توقف مضاعفة، مما يؤدي إلى ظهور أعراض أكثر شدة. وتشير الطبيعة المميزة لهذه الإشارات إلى أن التفاعل بين العوامل الوراثية والتخلقية epigenetic والبيئية من المحتمل أن تؤثر على تطوير وصيانة برنامج التوقف المقترح في زملة الألم العضلي الليفي (Davies et al., 2020, 6).

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي يقترح أن الاستجابة لمرض الألم العضلي الليفي تتأثر بكل من الجانب الحيوي أو المادي (كالتأثير على العضلات والأعصاب)، والمعرفي/النفسي (كالضغوط والإدراك)، والخصائص الفردية (كأساليب المواجهة والصمود النفسي) والعوامل البيئية (كالوصمة والمساندة الاجتماعية) مما يؤدي إلى تحسن الأعراض أو تفاقمها. ودراسة زملة الألم العضلي الليفي في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي يوسع نطاق البحث في الخصائص الحيوية النفسية الاجتماعية التي تساهم في شدة وتأثير مرض الألم العضلي الليفي بدلاً من ارتباطه بالألم الجسدي باعتباره المحور الوحيد للزملة

(Muller et al., 2020, 4-11).

وقد أشار "مولر" وزملاؤه (Muller et al. (2020) إلى أن الخصال النفسية والاجتماعية تعد بمثابة عامل وقائي لحدوث أقل قدر من المشكلات لدي المشاركون من مرضى الألم العضلي. ويمكن لهذه الخصال أن تعمل على تقليل الآثار السلبية للأعراض الجسمية والمعرفية على نتائج الصحة والرضا عن الحياة. وقد أكدت نتائج دراستهم على أن الاستجابات الإيجابية لمرض الألم العضلي الليفي تُؤدّ إلى نتائج صحية إيجابية ورضا عن الحياة، والاستجابات السلبية لمرض الألم العضلي الليفي تضر بالنتائج الصحية والرضا عن الحياة. وهو ما يؤكد عدم تجانس الأفراد في مرض الألم العضلي الليفي، ويمكن تصنيفهم إلى مجموعات فرعية متجانسة في خصائص بدنية ومعرفية/وجودانية ووقائية متنوعة، وتختلف الصفحة الشخصية profile لهذه المجموعات في علاقتها بالنتائج الصحية والرضا عن الحياة.

فعلى سبيل المثال أوضح "كوب" (Cobb (1976)، و"ساراسون" وزملاؤه (Sarason et al. (1985) أن المساندة الاجتماعية لها تأثير وقائي على مجموعة واسعة من الحالات المرضية، وارتبطت المساندة الاجتماعية ارتباطاً مباشراً بحدّة الأعراض الفسيولوجية والنفسية وتخفف من الآثار الصحية للضغوط (Ablin et al., 2016, 3). وأكد "بيتروموناكو، وكولينز" (Pietromonaco & Collins (2017) أن المساندة الاجتماعية والشعور الذاتي بالترابط الاجتماعي يعدان من العوامل الرئيسية للتعويض بنتائج صحية أفضل عبر الظروف الصحية. وتعد المستويات المرتفعة من المساندة الاجتماعية عاملاً وقائياً مثبتاً للأشخاص الذين يعانون الألم المزمن. كما أشار "هوجيز" وزملاؤه (Hughes et al. (2014) إلى إن مرضى الألم المزمن الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية والرضا عن المساندة يميلون إلى الإبلاغ عن مستويات أقل من شدة الألم. ومن ثم، فالعافية لدي الأشخاص الذين يعانون الألم المزمن تتشكل جزئياً عن طريق العوامل الاجتماعية والوجودانية، وأن الألم

يمكن أن يتداخل بشكل كبير مع الأداء الاجتماعي والوجداني. لذلك تمثل المساندة الاجتماعية عاملاً وقائياً مهماً في مواجهة الضغوط الاجتماعية مثل الإعاقات الاجتماعية المرتبطة بخبرات الألم المزمنة. وترتبط المساندة الاجتماعية بعدد من الفوائد بما في ذلك الإقرار بوجود ألم أقل، وخطط تكيف أكثر فعالية كإعادة الصياغة المعرفية والتعبير الانفعالي، وتناقص الألم وكارثية الألم (Coady, 2021, 2-12).

وقد أوضح "كوزينز" وزملائه (Cousins et al. (2015 أن الصمود النفسي يعمل كعامل وقائي مهم ضد المشقة النفسية. ويرتبط الصمود النفسي المرتفع بتحسين الوظيفة الجسمية وانخفاض الاكتئاب والألم عند مرضى الألم العضلي الليفي (Gmuca et al., 2021, 2). وأضاف "كونج" وزملاؤه Kong et al. (2018) أن للصمود النفسي تأثيراً كبيراً على الشعور بالعافية (Casale et al., 2019, 108).

وكذلك أكد "مولنار" وزملاؤه (Molnar et al. (2012 أن الشواهد تشير إلى أن الكمالية من العوامل الشخصية المتورطة في زملة الألم العضلي الليفي، وأنها تضعف القدرة على التعامل مع زملة الألم العضلي الليفي (Molnar et al., 2012, 295). فعدم القدرة على الارتقاء إلى مستوى المعايير الخاصة بالفرد تؤدي إلى الشعور بالخزي، فيعاني مرضى الألم المزمن أيضاً إحساساً عاماً بالخزي لأن مرضهم غالباً ما يكون موضع شك من قبل العائلة والأصدقاء حتى المتخصصون في الرعاية الصحية. حتى إن هذا أدى ببعض المرضى إلى الشك في آلامهم والتفكير في أنفسهم على أنهم مرضى (King, 2021, 61).

وأضاف "فراي، وديباتس" (Fry & Debats (2009 في دراسته الطولية التي امتدت إلى ٧ سنوات أن أبعاد الكمالية تتبأت بالوفيات المبكرة. كما أوضح "هاماتشك" (Hamachek (1978، و"كليبرت" وآخرون (Klibert et al. (2005 أن الشعور بالخزي ينشأ عن الكمالية. وإن الكمالية الموجهة اجتماعياً لها علاقة

موجبة قوية بالخزي والشعور بالذنب وعلاقة سلبية كبيرة بتقدير الذات. كما أشار "ستومبف، وباركر" (Stumpf & Parker, 2000) إلى أن الكمالية التكيفية ترتبط بيقظة الضمير، والكمالية غير التكيفية ترتبط بانخفاض تقدير الذات (Malinen, 2010, 62-63).

وقد تناولت أغلب الدراسات السمات الشخصية في الغالب باعتبارها عوامل خطر، متجاهلة دورها الوقائي. ومع ذلك، فقد ارتبط المستوى المرتفع من يقظة الضمير ارتباطاً موجباً بتقبل الحياة مع المرض، في حين أن المستويات المنخفضة من يقظة الضمير قد تؤدي إلى صعوبات في تحديد أهداف ذات معنى، وانخفاض الدافع، ومشاكل في التكيف والمواجهة (Ibrahim et al., 2020, 747).

وأقترح "هافيلاند" وزميلاه (Haviland et al., 2000) أن صعوبة وصف الشكاوى لدى مرضى الألم العضلي الليفي ترتبط بالشخصية التي تنتم بعمة المشاعر. كما يرتبط عمة المشاعر بالتضخيم الحسي الجسدي، وهو الميل إلى التركيز على الإحساسات الجسمية. ووفقاً لـ"بيلز، ودولتون" (Beales & Dolton, 2000) يعيق عمة المشاعر تنظيم الانفعالات السلبية، مما يؤدي إلى زيادة التأثير السلبي، وضعف الحالة المناعية، مما قد يساهم في تطور أو تفاقم الأمراض الجسمية والألم. ولا يظهر عمة المشاعر على أنه نتاج للألم، ولكنه بالأحرى أساسي أو متأصل بهذا المرض. ويرتبط عمة المشاعر أيضاً بزيادة الحساسية ليس فقط للإحساسات الجسمية، ولكن أيضاً بالألم الناجم عن الخارج، كما يؤثر ارتفاع عمة المشاعر على تقييم وعلاج الألم المزمن (Madenci & Altindag, 2012, 143).

وفي ختام مناقشة النتائج يمكن الإشارة إلى التطبيقات المحتملة للدراسة الراهنة؛ ومنها الالتفات إلى هذه الفئة من المرضى خاصة الإناث لصعوبة تشخيص المرض في البداية وكذلك طبيعة المعاناة من أعراضه والتي سيكون سببها غامضاً لكثير من الأطباء والمرضى وكذلك المحيطون بهم ولا

يتم التوصل إلى تشخيصه إلا بعد مرور فترات زمنية طويلة يعاني فيها المرضى ويوجه إليهم الاتهامات بأن تلك المعاناة غير حقيقية. لذلك يجب إلقاء الضوء وزيادة الوعي فيما يتعلق بالمرض وطبيعته، وكذلك تصميم برامج تدخل تستهدف العوامل النفسية التي تؤثر على بداية حدوث أعراض زملة الألم العضلي الليفي و/أو الأداء اليومي للمرضى وكذلك تفاقم الأعراض في ضوء ما أشارت إليه نتائج الدراسات. وعن إمكانية تعميم نتائج الدراسة الراهنة يمكن تعميم النتائج في نطاق طبيعة المشاركات المصابات بزملة الألم العضلي الليفي في ضوء الخصائص السكانية لهن المذكورة. وتوصي الدراسة الراهنة **ببحوث مستقبلية** تفحص العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة الراهنة وقدرتها علي التنبؤ بالنتائج الصحية والنفسية. وكذلك فحص بمزيد من التفصيل الفروق بين مرضى زملة الألم العضلي الليفي سواء بين الذكور والإناث، أو الإناث فيما بينهن في ضوء المتغيرات السكانية وعلي رأسها بداية الإصابة بالمرض مقارنة بمرور سنوات عديدة منذ التشخيص وطبيعة استراتيجيات المواجهة المستخدمة من قبل المرضى وكذلك تأثيرات برامج التدخل النفسية علي شدة الأعراض وتكرار حدوثها لدى المرضى الذين تعرضوا لبرامج تدخل نفسية.

قائمة المراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية:

أبو غزالة؛ سميرة (٢٠٠٩). مقياس كفاءة المواجهة وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. العلوم التربوية، ١٧ (٢)، ٢٠٥ - ٢٦٠.

أبو غزالة؛ سميرة، والجندي؛ محمد، وعبدالسميع؛ محمد (٢٠١٦). كفاءة المواجهة وتطبيقاتها في المجال التربوي والنفسى. العلوم التربوية، ٢٤ (٢)، ٧٧٧ - ٧٩٣.

الأنصاري؛ بدر (٢٠٠٢). المرجع في مقاييس الشخصية. دار الكتاب الحديث.

جريش، إيمان (٢٠١٨). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بأنماط إدارة الصراع وتوجهات الأهداف لدي المعلمين. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٢٨، (٩٩)، ٢٢٣-١٦٣.

الحسيني؛ هشام (٢٠١٢). العوامل الخمسة للشخصية. الأنجلو المصرية. الشناوي؛ نجوى (٢٠١٠). جودة الحياة وفعالية الذات والكفاءة الاجتماعية لدى المرضى السيكوسوماتيين والأصحاء. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة طنطا.

الشناوي؛ نجوى (٢٠١٩). الشفقة مع الذات كمنبئ بالرضا عن صورة الجسم والقلق والاكنتاب لدي عينة من طالبات الجامعة. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٧ (١)، ٢٧ - ١.

الشناوي؛ نجوى (تحت النشر). التعاطف ونمط الشخصية(د) كمنبئين بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي.

عبد الفادي؛ عفاف (٢٠١٩). النمذجة البنائية للعلاقات السببية بين الكمالية ودافعية الإنجاز والرضا عن الحياة لدى طلاب الجامعة. دراسات عربية، ١٨ (٤)، ٦٥٩-٧٤٠.

العطية؛ أسماء (٢٠١٠). المكونات الأساسية لشخصية طلبة الجامعة في ضوء نظرية "كوستا" و"ماكري" (دراسة عاملية). *مجلة التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية*. ٢(٤)، ٦٨-١٠٤.

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية:

- Ablin, J. N., Zohar, A. H., Zaraya-Blum, R., & Buskila, D. (2016). Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ*, **4**, e2421.
- Busija, L., Tan, J., & Sanders, K. M. (2017). Associations between illness duration and health-related quality of life in specified mental and physical chronic health conditions: results from a population-based survey. *Quality of Life Research*, *26*(10), 2671-2681.
- Casale, R., Sarzi-Puttini, P., Botto, R., Alciati, A., Batticciotto, A., Marotto, D., & Torta, R. (2019). Fibromyalgia and the concept of resilience. *Clin Exp Rheumatol*, **37**(Suppl 116), 105-113.
- Cimpean, A., & David, D. (2019). The mechanisms of pain tolerance and pain-related anxiety in acute pain. *Health Psychology Open*, *6*(2), 1-13.
- Coady, A. T. (2021). Understanding the link between pain invalidation and depressive symptoms: the role of shame and social support in people with chronic pain [Unpublished doctoral dissertation]. University of British Columbia.
<https://open.library.ubc.ca/soa/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0401100>
- Conner, J. M. (2003). **Physical activity and well-being**. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. Keyes & K. A. Moore (Eds.). well-being: positive development across the life course (pp. 65-79). Psychology Press
- Conversano, C., Marchi, L., Ciacchini, R., Carmassi, C., Contena, B., Bazzichi, L. M., & Gemignani, A. (2018). Personality traits in

- fibromyalgia (FM): does FM personality exists? A systematic review. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH**, *14*, 223.-232.
- Conversano, C., & Di Giuseppe, M. (2021). Psychological factors as determinants of chronic conditions: clinical and psychodynamic advances. **Frontiers in Psychology**, *12*, 635708.
- Costa-Cordella, S., Arevalo-Romero, C., Parada, F. J., & Rossi, A. (2021). Social support and cognition: A systematic review. **Frontiers in Psychology**, *12*, 1-22.
- Da Silva, J. A., Jacobs, J. W., Branco, J. C., Canaipa, R., Gaspar, M. F., Griep, E. N., van Helmond T., Oliveira P.J., Zijlstra T.R. & Geenen, R. (2017). Can health care providers recognise a fibromyalgia personality?. **Clinical and Experimental Rheumatology**, *35*(3), 43-49.
- Dahmardeh, H., Sadooghiasl, A., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2021). The experiences of patients with multiple sclerosis of self-compassion: A qualitative content analysis. **BioMedicine**, *11*(4), 35.
- Davies, A. F., Hill, P., Fay, D., Dee, A., & Locher, C. (2020). Body Reprogramming: Reframing the Fibromyalgia narrative and providing an integrative therapeutic model. **Health Psychology Open**, *7*(2), 2055102920971494.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. **Cognitive Therapy and Research**, *14*(5), 449-468.
- Furness, P. J., Vogt, K., Ashe, S., Taylor, S., Haywood-Small, S., & Lawson, K. (2018). What causes fibromyalgia? An online survey of patient perspectives. **Health Psychology Open**, *5*(2), 1-11.
- Garip, Y., Güler, T., Tuncer, Ö. B., & Önen, S. (2020). Type D personality is associated with disease severity and poor quality of life in Turkish patients with fibromyalgia syndrome: A

- cross-sectional study. **Archives of Rheumatology**, 35(1), 13.
- Gmuca, S., Sonagra, M., Xiao, R., Miller, K. S., Thomas, N. H., Young, J. F., Weiss, P.F., Sherry, D. D., & Gerber, J. S. (2021). Suicidal risk and resilience in juvenile fibromyalgia syndrome: a cross-sectional cohort study. **Pediatric Rheumatology**, 19(1), 1-8.
- Hyland, M. E. (2017). **A new paradigm to explain functional disorders and the adaptive network theory of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome**. In G.B. Sullivan, J. Cresswell, B. Ellis, M. Morgan & E. Schraube (Eds.), *Resistance and renewal in theoretical psychology* (PP. 21-31). Captus University Publications.
- Hyland, M. E., Lanario, J. W., Wei, Y., Jones, R. C., & Masoli, M. (2019). Evidence for similarity in symptoms and mechanism: The extra-pulmonary symptoms of severe asthma and the polysymptomatic presentation of fibromyalgia. **Immunity, Inflammation and Disease**, 7(4), 239-249.
- Ibrahim, M. E., Weber, K., Courvoisier, D. S., & Genevay, S. (2020). Big five personality traits and disabling chronic low back pain: association with fear-avoidance, anxious and depressive moods. **Journal of Pain Research**, 13, 745-754.
- Jegan, N. R. A., Brugger, M., Viniol, A., Strauch, K., Barth, J., Baum, E., Leonhardt, C., & Becker, A. (2017). Psychological risk and protective factors for disability in chronic low back pain—a longitudinal analysis in primary care. **BMC Musculoskeletal Disorders**, 18(1), 1-11.
- King, F. (2021). *Forgiveness, anger and stress in patients with Fibromyalgia syndrome and controls* [Unpublished doctoral dissertation]. Ludwig-Maximilians-Universität München.
<https://edoc.ub.uni-muenchen.de/28397/>
- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Virtanen, M., Elovainio, M., Keltikangas-Jarvinen, L., Puttonen, S., Vartia, M., Brunner, E.,

- & Vahtera, J. (2004). Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study. **Journal of Psychosomatic Research**, 57(5), 417-422.
- Kusnanto, H., Agustian, D., & Hilmanto, D. (2018). Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, 7(3), 497.
- Larsen, P. D. & Hummel F. I. (2013). *Adaptation*. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.). **Chronic illness: impact and interventions** (PP.75-95). Jones & Bartlett Learning.
- Leuteritz, K., Friedrich, M., Sender, A., Nowe, E., Stoebel-Richter, Y., & Geue, K. (2018). Life satisfaction in young adults with cancer and the role of sociodemographic, medical, and psychosocial factors: results of a longitudinal study. **Cancer**, 124(22), 4374-4382.
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2009). Age differences in personality: Evidence from a nationally representative Australian sample. **Developmental Psychology**, 45(5), 1353–1363. <https://doi.org/10.1037/a0013914>
- Madenci, E., & Altindag, O. (2012). **Alexithymia in fibromyalgia syndrome**. In S. Wilke William (ED.) *New Insights into Fibromyalgia* (PP. 139-148). BoD–Books on Demand.
- Malinen, B. (2010). The nature, origins, and consequences of Finnish shame-proneness: A grounded theory study. [Unpublished doctoral dissertation]. Helsinki University. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/21627>
- Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Cáliz, R., & Miró, E. (2021). Psychopathology as a moderator of the relationship between physical symptoms and impairment in fibromyalgia patients. **Psicothema**, 33(2), 214–221.
- Megari K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. **Health Psychology Research**, 1(3), 141-148. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>

- Molnar, D. S., Flett, G. L., Sadava, S. W., & Colautti, J. (2012). Perfectionism and health functioning in women with fibromyalgia. **Journal of Psychosomatic Research**, 73(4), 295-300.
- Molnar, D. S., Sirois, F. M., Flett, G. L., & Sadava, S. (2020). A person-oriented approach to multidimensional perfectionism: Perfectionism profiles in health and well-being. **Journal of Psychoeducational Assessment**, 38(1), 127-142.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). **BioPsychoSocial Medicine**, 1(1), 1-15.
- Muller, V., Chan, F., Iwanaga, K., Wu, J.R., Chen, X., Lee, B., Tao, J., Rumrill, P. and Bezyak, J. (2020). An empirically derived taxonomy of biopsychosocial factors of adjustment to fibromyalgia: Results of a multivariate analysis. **Rehabilitation Counseling Bulletin**, 64(1), 3-16.
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. **Self and Identity**, 2(2), 85-101.
- Offenbächer, M., Dezutter, J., Vallejo, M. A., & Toussaint, L. L. (2015). *The role of forgiveness in chronic pain and fibromyalgia. Forgiveness and Health*. In L. L. Toussaint, E. L. J. Worthington & D. R. Williams (Eds.), *Forgiveness and health* (PP. 123-137). Springer Netherlands.
- Rempel, K.J., Mendonça, M.M., Cardoso, M.B., Coelho, J.P., da Silva, T.A., Martins, K.S.A., Chaves, R., de Oliveira, P., de Souza, D.C., da Silva Carvalho, É, Maria, S. and Honorato E. J. S. (2019). Psychological Factors Related to Fibromyalgia Syndrome Phenomenon. **International Journal for Innovation Education and Research**, 7(1), 178-195.

- Santilli, S., Maggio, I. D., Marcionetti, J., & Grossen, S. (2018). **Life designing and positive youth development**. In V. Cohen-Scali, J. Rossier & L. Nota (Eds.), *New perspectives on career counseling and guidance in Europe* (pp. 39-51). Springer.
- Sechi, C., Vismara, L., Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., & Lucarelli, L. (2020). Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. **Health Psychology Open**, 7(2), 1-8.
- Seo, J. W. (2018). Emotional Distress Tolerance and Pain Tolerance: The Moderating Effect of Painful Events. **Korean Journal of Clinical Psychology**, 37(4), 515-521.
- Sliwinski, M. J., Freed, S., Scott, S. B., Pasquini, G., & Smyth, J. M. (2021). Does chronic stress moderate age differences in emotional well-being? testing predictions of strength and vulnerability integration. **The Journals of Gerontology: Series B**, 76(6), 1104-1113.
- Stevens, L., Gauthier-Braham, M., & Bush, B. (2018). **The brain that longs to care for itself: The current neuroscience of self-compassion**. In L. Stevens & C. C. Woodruff (Eds.), *The neuroscience of empathy, compassion, and self-compassion* (pp. 91–120). Elsevier Academic Press.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. **Personality and Individual Differences**, 46(4), 530-535.
- The WHOQoL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, 46, 1569-1585.
- Timoney, L. R., & Holder, M. D. (2013). **Emotional processing deficits and happiness: Assessing the measurement, correlates, and well-being of people with alexithymia**. Springer Science & Business Media.
- Vandenbos, G. R. (2015). **APA dictionary of psychology** (2nd ed).

- The American Psychological Association. Maple Press.
- Vural, M., Berkol, T. D., Erdogan, Z., Pekedis, K., Kuçukserat, B., & Aksoy, C. (2014). Evaluation of the effectiveness of an aerobic exercise program and the personality characteristics of patients with fibromyalgia syndrome: a pilot study. **Journal of Physical Therapy Science**, **26(10)**, 1561-1565.
- Wolfe, F., & Hawley, D. J. (1998). Psychosocial factors and the fibromyalgia syndrome. **Zeitschrift für Rheumatologie**, **57(2)**, S88-S91.
- Woodfin, V., Binder, P. E., & Molde, H. (2020). The psychometric properties of the frost multidimensional perfectionism scale–brief. **Frontiers in Psychology**, **11**, 1860-1867.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01860>
- Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). “Silence! The body is speaking”—a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic **symptoms distress**. **Psychology, Health & Medicine**, **24(2)**, 229-240.
- Yoğan, F. (2017). **How do women experience fibromyalgia in family context? [Unpublished Master dissertation]**. Middle East Technical University.