

مجلة بحوث كلية الآداب
جامعة المنوفية

البحث

٨

مظاهر التعب النفسى والبدنى وعلاقتها
بمثيرات المشقة وأسلوب الحياة

إعداد

د / شعبان جاب الله رضوان

قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة القاهرة

محكمة تصديرها كلية آداب المنوفية

يوليو ٢٠٠٥

العدد الثامن والستون

web site: [http // : www.menofia . edu . eg](http://www.menofia.edu.eg) *** [http : // Art.menofia . edu . eg](http://Art.menofia . edu . eg)

مظاهر التعب النفسى والبدنى وعلاقتها بمثيرات المشقة وأسلوب الحياة

د. شعبان جاب الله رضوان

قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة القاهرة

مقدمة :

تهدف الدراسة الحالية إلى اكتشاف العلاقة بين مظاهر التعب النفسى والبدنى وكل من مثيرات المشقة وأسلوب الحياة ، ونسبة إسهام كل من مثيرات المشقة وأسلوب الحياة فى التنبؤ بمظاهر التعب لدى كل من الذكور والإناث .

ويرجع الاهتمام بمفهوم التعب fatigue إلى الثمانينيات من القرن الماضى ، حيث نشرت عدة دراسات حول ظهور مرض مزمن يرتبط باضطرابات مناعية وفيروسية مختلفة ، وقد أطلق مركز التحكم فى الأمراض والوقاية منها فى الولايات المتحدة الأمريكية Center for Disease Control and Prevention على هذا الاضطراب مفهوم زملة التعب المزمن Chronic fatigue Syndrome (CFS) ، ووضع تعريفاً له ، ثم عدل فى عام ١٩٩٤ ، وقد تضمن هذا التعريف المعدل ضرورة استمرار أعراض التعب لمدة ستة شهور على الأقل ، والتأثير بشكل ملحوظ على نشاط الفرد ، بالإضافة إلى ذلك يجب توفر أربعة أعراض على الأقل من الأعراض التالية حتى يشخص الفرد بهذا الاضطراب وهى : آلام المفاصل وصداع جديد وعدم الشعور بالانتعاش بعد الاستيقاظ من النوم ، والتعب لأقل مجهود ، والذي لا يتبدد مع الراحة ، واضطراب النوم والانتباه والذاكرة قصيرة المدى وآلام عضلية (Afarı & Buchwald, 2003) .

ويتعرض الأطفال والمراهقون لمظاهر التعب ، وهى تتشابه مع أعراضه لدى الراشدين ، ولكن فى الحالات الشديدة نجد العجز الوظيفى المتمثل عادة فى التغيب عن المدرسة وفقدان التواصل مع جماعة الأقران (Garralda & Chalder, 2005) .

ويشير تريغور باول T. Pawel إلى أنه من الخطأ الفصل بين الأسباب الفسيولوجية والنفسية للتعب ، حيث أنهما مرتبطتان بشكل وثيق ، نظراً للعلاقة القوية بين المخ والجهاز المناعى ،

فطريقة التفكير وسلوك الشخص يتحكمان في الآثار المترتبة على التعب ، كما أن هناك عدداً من العوامل ترتبط بالتعرض للتعب وهي :

- ١ - الفشل في التغلب على مرض فيروسى (ترجع إصابة ثلثى الحالات بالتعب إلى أحد المثيرات الفيروسية) .
- ٢ - الضغوط أو مثيرات المشقة وأسلوب الحياة الحافل بالمهام والأعمال .
- ٣ - المثالية والشخصية المهمة بتحقيق إنجازات على المستوى الشخصى . (تريفور باول ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٤١) .

ووفقاً لما سبق ، فإن مظاهر التعب بشقيه النفسى والبدنى أو ما يعرف أكلينيكياً بزملة التعب المزمن يمكن أن تنشأ مصاحبة لعدد من العوامل التى قد تكون فسيولوجية أو نفسية اجتماعية كمثيرات المشقة أو شخصية كأسلوب الحياة . وبناءً على هذا التصور تهض الدراسة الحالية باختبار دور مثيرات المشقة التى يخبرها الفرد وكذلك أسلوبه فى الحياة فى نشأة مظاهر التعب لديه ، وذلك مع عدم إنكار دور العوامل الفسيولوجية التى لا تدخل فى إطار اهتمام الدراسة الحالية .

التعب : المفهوم والإطار النظرى :

تعد زملة التعب المزمن حالة إكلينيكية محددة تتميز بوجود تعب شديد وخليط من الأعراض التى تظهر بوضوح فى صورة شكوى من صعوبة تركيز الانتباه وخلل الذاكرة قصيرة المدى واضطراب النوم وآلام فى الجهاز العضلى الهيكلى . ومع ذلك لا تتوفر اختبارات تشخيصية صادقة لهذا الاضطراب ، كما لا توجد علاجات دقيقة أو فعالة له ، وتشير الدراسات التتبعية فى هذا الصدد إلى أن الأفراد المصابين بزملة التعب المزمن يتحسنون تلقائياً بمرور الوقت ، ولكن مظاهر الاختلال الوظيفى التى حدثت تظل لعدة سنوات (Fukuda, 1994) .

ويتصل بمفهوم التعب Fatigue مفهوم الإعياء النفسى أو العصبى Neurasthenia ، والذى يعرف على أنه اضطراب جسمى الشكل يتميز بوجود تعب عقلى ونفسى عقب القيام بأعمال روتينية بسيطة لا تحتاج غالباً لجهد كبير ، ولا يتبدد خلال فترات الراحة والاسترخاء ، ويصاحبه صداع ودوار ونوم متقطع واستثارة عالية وآلام معوية (Reber, 1995, P. 190) .

ومن ثم نجد أن مفهوم الإعياء النفسى يقترب من حيث التعريف من مفهوم التعب ، وهذا ما يشير إليه التليل التصنيفى الدولى العاشر للاضطراب النفسية والسلوكية (ICD-10) ، حيث يورد

زملة التعب Fatigue syndrome تحت مفهوم الإعياء النفسى أو العصبى (WHO, Neurasthenia
. 1992, p.171)

كذلك يشير أحمد عكاشة إلى مفهوم الإعياء النفسى أو العصبى وزملة التعب باعتبارهما
مترادفين أو متكافئين (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص٢١٥).

ويورد الدليل التصنيفى الدولى العاشر للاضطرابات النفسية ICD-10 المحكات التشخيصية
للإعياء النفسى وزملة التعب على النحو التالى :

أ (الشكوى المستمرة من تعب متزايد عقب القيام بمجهود عقلى أو الشكوى المستمرة من ضعف
بدنى ونفاذ الطاقة الجسمية بعد القيام بأقل مجهود .
ب) وجود عرضين على الأقل من الأعراض التالية :

١ - الشعور بآلام وتقلصات عضلية .

٢ - الدوار .

٣ - أنواع صداع التوتر .

٤ - اضطراب النوم .

٥ - عدم القدرة على الاسترخاء .

٦ - الاستثارة .

٧ - عسر الهضم .

ج) غياب أعراض القلق أو الاكتئاب المستمرة (WHO, 1992, pp. 170-171)

وعلى الرغم من هذه المحكات التشخيصية لزملة التعب أو الإعياء النفسى والعصبى
والواردة فى الدليل الدولى العاشر لتصنيف الاضطرابات النفسية ، يشير أحمد عكاشة إلى انه لم
يعد النهك أو الإعياء العصبى (زملة التعب) فى كثير من المجتمعات مقبولا كفتنة تشخيصية من
فئات اضطرابات العصاب ، إذ أن كثيرا من الحالات التى كان يتم تشخيصها كذلك فى الماضى
تستوفى المعايير الحالية لاضطراب الاكتئاب أو القلق أو الفصام ، ومع ذلك فقد تكون هناك بقية
من الحالات ينطبق عليها سمات الإعياء للعصبى أكثر من أية زملة عصابية أخرى (أحمد عكاشة
، ١٩٩٨ ، ص ٢١٦) .

وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة الحالية لا تعتمد على حالات أكلينيكية مشخصة سيكياتريا
بزملة التعب المزمن ، وإنما تهتم بقياس مظاهر التعب بشقيه النفسى البدنى لدى أفراد من

الجمهور العام ، ولذا لم نستخدم مفهوم "زملة التعب المزمن" وإنما استخدمنا "مظاهر التعب" للإشارة إلى أعراض وعلامات التعب كما تقاس سيكومتريا في إطار هذه الدراسة .

وفيما يتعلق بمعدل انتشار التعب لدى الجمهور العام فلا تتوفر إحصاءات دقيقة في هذا الصدد نظرا لحدائثة الاهتمام به نسبيا ، وتداخله مع بعض الاضطرابات السيكاترية الأخرى كالقلق والاكتئاب ، ومع ذلك تشير بعض الدراسات إلى أن معدل انتشاره يتراوح بين ٤% و ١٠% (Jason et al. 1997).

كما أن حوالي ٢٠% من المرضى المترددين على العيادات الطبية بشكاوى من أمراض جسدية محددة يعانون من أعراض التعب (Friedberg, 1999) .

ونظرا لعلاقة التعب بعدد من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية فقد حاول المنظرون والباحثون تقديم تفسيرات لظهور أعراض التعب لدى الفرد ، وقد جاءت هذه التفسيرات متباينة من حيث المنظور وزاوية التفسير ، ومن ذلك التفسير الفسيولوجي ، والذي يقوم على عدة فرضيات منها وجود مؤشرات في رسم المخ الكهربى (ECG) ترتبط بتدهور الأداء المصاحب لحالة التعب (Lal & Craig, 2001) ، ومن ذلك أيضا أن الشعور بالتعب ينشأ من تناقص معدلات الأيض Metabolism (Bryant et al., 2004) . بالإضافة إلى ما أشارت إليه بعض الدراسات حول زملة التعب المزمن من وجود عطب في التكوين الشبكي والهيبيوثلاموس لدى نوى زملة التعب (Taylor et al., 2001; Dickinson, 1997) .

هذا بالإضافة إلى التفسير القائم على دور العوامل الوراثية والفيروسية وخلل الجهاز المناعى ، حيث تم الربط بين التعب والإصابة بفيروس ايبشتاين - بار Epstein Barr Virus (EBV) (Abrams, 2003, p.47) ، ومع ذلك ، فعندما قام مركز التحكم فى الأمراض والوقاية منها فى الولايات المتحدة الأمريكية بصياغة تعريف محدد وشامل لزملة التعب المزمن ، استبعد الأمراض المشابهة ومنها الإصابة بفيروس ايبشتاين - بار (Afari & Buchwald, 2003) .

وقد أشارت بعض الدراسات إلى دور الاضطراب الهرمونى وبخاصة المحور المعروف بالهيبيوثلاموس - الغدة النخامية - الغدة الكظرية (Hypothalamic- Pituitary - Adrenal (HPA) فى زملة التعب المزمن ، والذي يعد مسئولا عن الاستجابات التكيفية فى حالة التعرض لمثيرات المشقة، حيث يعقبها ظهور الأعراض لدى نوى زملة التعب المزمن (Gaab et al., 2002) .

ويرى بعض الباحثين أن التلوث البيئى بصوره المختلفة يضعف الجهاز المناعى للجسم ، ويصبح الفرد أكثر عرضة للإصابة أو التعرض لمظاهر التعب المختلفة (Abrams, 2003, p.53) .

ومن ثم تعددت التفسيرات القائمة على أسس فسيولوجية أو عضوية . وعلى الجانب الآخر ، برزت تفسيرات سلوكية ومعرفية لنشأة التعب ، حيث تسهم سمات الشخصية بدور مهم فى هذا الصدد ، فالميل نحو المثالية والاهتمام بتحقيق انجازات شخصية وأسلوب الحياة يهئ الفرد لمظاهر التعب (تريفور باول ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٤١) ، وكذلك ما يعرف بنمط السلوك "أ" وما يتسم به من خصال ، منها الميل للتنافس و نفاذ الصبر والتسرع والعمل تحت ضغط الوقت والشعور بضخامة المسئوليات والسعى المستمر نحو مزيد من الانجازات (جمعة سيد يوسف ، ١٩٩٤) .

كما تسهم الطريقة التى يفكر بها الفرد وخاصة التفكير المطلق فى نشأة مظاهر التعب لديه (تريفور باول ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٤٣) ، وكذلك أسلوبه فى تفسير الأحداث والمواقف التى يتعرض لها فى الحياة وخاصة الأحداث السلبية وهو ما يعرف بأسلوب التعليل أو العزو Attributional Style الذى اقترحه سيلجمان Seligman سنة ١٩٧٥م فى إطار نموذج العجز المكتسب Learned Helplessness Model والمعدل عام ١٩٧٨ لتفسير الاكتئاب من منظور معرفى (Seligman, 1975; Abramson et al, 1978) .

وعلى الرغم من أن زملة التعب المزمن تعد فئة تشخيصية مستقلة تحت مسمى الإعياء العصبى ، فقد تتداخل من حيث مظاهرها وأسبابها مع زملة العجز المكتسب التى افترضها سيلجمان لتفسير الاكتئاب حيث وجد تناظراً بين مظاهر العجز المكتسب ومظاهر الاكتئاب ، ومن ذلك انخفاض معدل الاستجابات الإرادية (Seligman, 1975, p. 9) .

واعتماداً على هذه الفرضية ، فإن التفسيرات المعرفية لنشأة التعب يمكن قبولها واخضاعها للتحقق الامبريقي من خلال دراسة أساليب التفكير والتعليل لدى الأشخاص نوى مظاهر التعب المزمن .

بالإضافة إلى ما سبق ، هناك تفسيرات نفسية اجتماعية ، تعتمد على أن مثيرات المشقة أو الضغوط التى يتعرض لها الفرد تسهم فى ترسيب مظاهر اختلال الصحة النفسية والجسمية لديه (Thoits, 1983) ، ويمكن أن يكون التعب احد هذه المظاهر ، وهذا ما تحاول الدراسة الحالية اختباره ، إضافة إلى دور أسلوب الحياة فى هذا الصدد .

ويشير بعض الباحثين إلى أن التعب مفهوم متعدد الأبعاد Multi-dimension والمؤشرات ومنها التعب العقلى أو النفسى وهبوط النشاط العام وانخفاض الدافعية (Michielsen et al., 2004) .

وقد تعددت أساليب قياس التعب ، حيث قيس من خلال زمن رد الفعل على اختبارات موقوتة وغير موقوتة ، أو من خلال عدد الأخطاء على الاختبارات المعرفية وبخاصة اختبارات الانتباه ، كما قيس من خلال التقدير الذاتى باستخدام التقارير أو السجلات اليومية للأفراد والمقابلات والاستبانات المصممة لقياس التعب (عائشة السيد رشدى ، ٢٠٠٥) .

وأخيراً ، تجدر الإشارة إلى انه عند قياس التعب من خلال الأساليب السابقة ، يجب التمييز أو عدم التداخل بين مظاهره ، وخبرة الألم Pain ، والتي تشير إلى خبرة حسية وانفعالية مكدرة أو غير سارة ترتبط بحدوث تلف Damage حقيقى أو متوقع فى الأنسجة ، مع شعور الفرد بالتهديد من احتمالية حدوث هذا التلف (Sarafino, 1990, pp. 369-371) .

ويعد المحك الفارق بين التعب والخبرات الذاتية الأخرى كالألم فى أن التعب شعور ممتد لا يتبدد أو يتناقص بالراحة كما سبقت الإشارة ، فى حين يتذبذب الشعور بالألم وفقاً للتدخل الطبى ، أى أنه حالة مؤقتة أو عارضة .

دور مثيرات المشقة وأسلوب الحياة فى الصحة العامة :

يرجع الاهتمام بدراسة أثر الخبرات والأحداث التى يمر بها الفرد على صحته النفسية والجسمية إلى عام ١٩٢٩ ، حيث أجرى والتركانون W. Gannon ملاحظاته المنظمة على التغيرات الجسمية المصاحبة للانفعالات السلبية كالخوف والغضب والشعور بالألم ، وانصب اهتمامه على العمليات الفسيولوجية للتوافق ، والتي ترتبط بظروف المشقة والانفعالات الشديدة ، وانتهى من ذلك إلى أن المنبهات التى تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات فى العمليات الفسيولوجية الأساسية . وفى عام ١٩٥١ قدم أدولف ماير A. Meyer مفهوم خريطة الحياة Life Chart كوسيلة للتشخيص الطبى مؤكداً دور أحداث الحياة المثيرة للمشقة Stressful life Events فى ترسيب الاضطرابات النفسية والجسمية ، ثم قدم هانز سيلى H.Selye عام ١٩٥٦ مفهوم زملة التكيف العام General Adaptation Syndrome (G.A.S) والذى يتناول التكيف الفسيولوجى للمشقة ، حيث يشير إلى أن الفرد عندما يتعرض لمصدر مثير للمشقة يمر بثلاث مراحل هى :

١ - رد الفعل المباشر نحو هذا المصدر .

٢ - مرحلة المقاومة .

٣ - مرحلة التعب Fatigue أو الانهك Exhaustion .

ويرى سيلى أيضاً أن الفرد عندما يفشل فى مقاومة مثيرات المشقة فإنه يكون معرضاً للإصابة بأمراض التكيف (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Thoits, 1983).

وقد تلى هذا الاهتمام المبكر بالمشقة من المنظور الفسيولوجى اهتمام بأحداث الحياة المثيرة للمشقة ، وبخاصة منذ أن نشر هولمز وراهى مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعى (Holmes & Rohe, 1967) .

وقد اختلف الباحثون في تناولهم لمفهوم أحداث الحياة أو مثيرات المشقة stressors من حيث ما يتضمنه من مواقف أو تغيرات فى حياة الفرد، وكذلك فى نوع المشقة المثارة ، فيهتم بعض الباحثين بالمشقة الفسيولوجية ، فى حين يركز الآخرون على المشقة النفسية .

كذلك يتناول بعض الباحثين مفهوم أحداث الحياة المثيرة للمشقة باعتبار أنه يشمل كلا من الأحداث الإيجابية السارة والأحداث السلبية المنفرة اعتمادًا على أن كلا النوعين من الأحداث يثير مشقة لدى الفرد ولكن بدرجات متباينة (شعبان جاب الله رضوان ، ١٩٩٢ ، ص ٢٨) .

ونظرًا لاهتمام الدراسة الحالية باكتشاف علاقة مثيرات المشقة بمظاهر التعب ، فقد اقتصرنا على الأحداث السلبية كمثيرات للمشقة فى هذا الصدد .

بالإضافة إلى هذا ، قدمت تصنيفات لأحداث الحياة كمثيرات للمشقة ، ومن ذلك الأحداث الحادة فى مقابل المزمدة سواء متقطعة أو مستمرة كالإعاقات ، أو إلى أحداث كارثية كالزلازل والحروب ، وأحداث كبرى كوفاة شخص عزيز أو أحداث صغرى ومنها منغصات الحياة اليومية Daily hassles (محمد سعد ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٢٨ : ٣٢) .

ومن ذلك أيضا ما يشير إليه دورينويند ودورينويند من تمييز بين الأحداث الموضوعية والذاتية ، ومن أمثلة النوع الأول الطلاق والفصل من العمل ، ومن أمثلة الثانى المشكلات الجنسية (Dohrenwend & Dohrenwend, 1979) .

ويقدم بايكل Paykel تصنيفا آخر أكثر قبولا من السابق ، حيث يصنف الأحداث إلى أحداث دخول Entrance وأحداث فقدان أو خروج Exit ، ويشير الأول إلى دخول فرد فى المجال الاجتماعى لشخص معين مثلا ميلاد طفل أو علاقة جديدة ، أما الثانى فيشير إلى العكس ومن ذلك الوفاة أو الطلاق (Paykel, 1979) .

لما للمشقة المثارة ذات مظهرين أساسيين أحدهما فسيولوجى والآخر نفسى ، بينهما تأثير متبادل ، ويتم التمييز بينهما وفقا لمتطلبات الدراسة وتتناول للدراسة الحالية مظاهر التعب النفسى واليدنى باعتبارها أحد جوانب المشقة التى يمكن أن تنشأ كمحصلة لأحداث الحياة السلبية وكذلك أسلوب الفرد فى الحياة .

ومن النماذج النظرية التي قدمت لتفسير نشأة الاضطراب النفسية عموماً ، من منظور نفسى اجتماعى ، ومبرزة دور أحداث الحياة فى هذا الصدد ، النموذج الذى قدمه هوارد كابلان H.Kaplan ، حيث يشير إلى أن هناك محورين أساسيين يتفاعلان معا لإحداث الاضطراب أو المشقة النفسية هي :

أ - المؤثرات الاجتماعية المحددة .

ب - مجموعة من العمليات النفسية ذات تأثيرات متبادلة وهي :

١ - العمليات الوجدانية : وتتمثل فى منظومة الحاجات - القيم .

٢ - العمليات المعرفية : وتتمثل فى الإدراك والاستدعاء والتوقع والتخيل .

٣ - العمليات السلوكية : وتتمثل فى سلوكيات الفرد ونتائج سلوك الآخرين بالنسبة له .

ويشير كابلان إلى أن دلالة هذا النموذج تتمثل فى أن الاضطراب النفسى أو التنبؤ به يعتمد على ما يلى :

١ - القيم الخاصة لدى الفرد .

٢ - نسبة احتمال وقوع الأحداث التى تتعارض مع هذه القيم .

٣ - نسبة احتمال إدراك الفرد للظروف الخارجية باعتبارها معارضة لقيمه (Kaplan, 1983) .

ومن ثم ، نجد أن نموذج كابلان لا يقتصر على إبراز دور المتغيرات النفسية الاجتماعية ممثلة فى أحداث الحياة التى يخبرها الفرد ، وإنما يأخذ فى حسبانها أيضاً دور المتغيرات النفسية وبخاصة منظومة الحاجات - القيم الشخصية فى نشأة الاضطراب النفسى .

وانتقالاً لمفهوم أسلوب الحياة Life style ، نجد أن هذا المفهوم يرجع إلى عالم الاجتماع ماكس فيبر Max Weber ، حيث يعد أول من أشار إلى هذا المفهوم عام ١٩١٥ فى مجال الدراسات الاجتماعية ، وقد تناوله بوصفه إدراك الأفراد للاختيارات المتاحة لهم فى الحياة ، والتى يتوقف تحقيقها على الفرص التى تتاح لهم فى سياق المجتمع الذى يعيشون فيه (Cockerham et al., 1993) .

ويعد ألفرد أدلر A. Adler أول من استخدم مفهوم أسلوب الحياة بعد نقله إلى علم النفس ، وأصبح مميزاً لنظريته الدينامية ، فاتحاً المجال أمام تناوله إجرائياً فى الدراسات الأمبريقية ، ويشير أدلر إلى أسلوب الحياة باعتباره الوسيلة المتفردة للشخص بهدف التكيف مع الحياة ، ومن ثم فهو يتضمن الأهداف التى يسعى لتحقيقها والوسائل التى يستخدمها فى ذلك ، وكذلك السمات والسلوكيات والعادات التى تحدد نمط الشخصية المميز له (Hijelle & Ziegler, 1992) .

ويحدد أدلر أربعة أنماط للشخصية تسهم في تحديد أسلوب الحياة وهي النمط المسيطر والنمط الاستحواذي والنمط التجنبي والنمط المجدى اجتماعيًا، ويرى أن أسلوب الحياة يتشكل خلال السنوات الأولى المبكرة من حياة الفرد، ومن ثم يصعب تعديله ، فعلى الرغم من استمرارية التعلم لأساليب جديدة للتعبير عن أسلوب الحياة ، فإن ذلك يمثل إضافة إلى القاعدة الأساسية المكتسبة في المراحل الأولى من العمر (Santrock, 1994) . وانتقل الاهتمام بالمفهوم بعد ذلك إلى أصحاب التوجه السلوكي ، حيث تم تناول الأبعاد الجزئية للمفهوم إجرائيا بوصفها سلوكيات نوعية تعكس أسلوب الفرد في الحياة (Hijelle & Ziegler, 1992) .

ومن خلال هذا التوجه ، برزت بعض المفاهيم النوعية في سياق الحديث عن أسلوب الحياة ، ومن ذلك ما يعرف بأسلوب الحياة الصحي Health Life Style بوصفه مجموعة القرارات والسلوكيات المتصلة بالصحة (Sheridan & Radmacher, 1992, p.17) .

وقد صاغ واردل Wordell ورويس Royce عام ١٩٧٨ نموذجًا نظريًا ، حددا خلاله موقع أسلوب الحياة ضمن منظومة الشخصية ، حيث أشار الباحثان إلى أن الشخصية الإنسانية تتكون من ست منظومات فرعية هي المنظومة الحسية والحركية والمعرفية والوجدانية والقيمية والأساليب المعرفية ، وتندرج هذه المنظومات الست في شكل هرمي ، ثم تتكامل محققه ثلاث منظومات أعلى هي منظومة صورة الذات ومنظومة رؤى العالم ومنظومة أسلوب الحياة (Wordell & Royce, 1978) .

ووفقًا للتصور السابق ، فإن أسلوب الحياة كمنظومة عليا في البناء الهرمي للشخصية يتحكم في المنظومات الفرعية الأدنى فيه والتي تتفاعل معا مسهمة في تشكيله بنسب متباينة ، فقيم الفرد وأساليبه المعرفية وقدراته وسماته الشخصية تعمل بما لا يتناقض مع أسلوب الفرد في الحياة (هبة أبو النيل ، ٢٠٠٢ ، ص ١٦) .

ومن ثم ، يمكن النظر إلى أسلوب الحياة باعتباره أحد الأطر المرجعية الأساسية للسلوك ، حيث يسلك الفرد بما يتسق مع هذا الأسلوب ، فإذا كان هذا الأسلوب غير صحي سلك الفرد على نحو يمكن أن يفضي إلى آثار سلبية على صحته النفسية والجسمية ، ومن ذلك ظهور بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والإعياء أو التعب المزمن ، كما يمكن أن تظهر بعض الأمراض الجسمية ذات المنشأ النفسي والتي اصطلاح عليها بالأمراض الميكوسوماتية كأمراض القلب ، وأمراض الجهاز الهضمي باعتبارها نتاج لأساليب غير صحية في الحياة .

وفقاً لهذا ، تباينت التعريفات المقدمة لأسلوب الحياة ، ، وكذلك أسلوب قياسه ، وطبيعة الأساليب النوعية المقاسة ، ومن بينها أسلوب الحياة الشاقة Stressful Life style وأسلوب الحياة الانسحابي withdrawal Life style ، وسنعرض تعريف كل منهما فى سياق الحديث عن مفاهيم الدراسة .

وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة الحالية تعتمد فى توجيهها على مسلمات وفروض المنحى النفسى الاجتماعى القائم على التفاعل بين الخصال الشخصية وعناصر السياق الاجتماعى ، وذلك فى تفسير نشأة الاضطرابات النفسية والجسمية ومنها مظاهر التعب النفسى والبدنى ، حيث تنهض بمحاولة الكشف عن علاقة مثيرات المشقة وأسلوب الفرد فى الحياة بمظاهر التعب لديه ، مع الأخذ فى الحسبان ما تسهم به عوامل التهيؤ أو الاستعداد الوراثى والبيولوجى فى هذا الصدد

الدراسات السابقة :

سنعرض فى هذا الجزء للدراسات السابقة فى إطار فئتين ، تختص أولاهما بالدراسات التى تناولت مفهوم التعب فى علاقته بمثيرات المشقة وبعض المتغيرات الأخرى ، فى حين اهتمت دراسات الفئة الثانية بمفهوم أسلوب الحياة فى سياق الصحة النفسية والجسمية ، وذلك على النحو التالى :

أولاً : الدراسات التى تناولت مظاهر التعب المزمن وعلاقتها بمثيرات المشقة وبعض المتغيرات الأخرى :

من خلال استقراءنا للدراسات التى تناولت مفهوم التعب أو ما اصطلح عليه بزملة التعب المزمن ، فى السنوات العشر السابقة من عام ١٩٩٥ حتى عام ٢٠٠٥ ، وجدنا عدداً من الدراسات التى تناولت التعب فى علاقته بمثيرات المشقة وبعض المتغيرات الأخرى كاضطراب الذاكرة ، ومن ذلك تلك الدراسة التى أجراها موريس Morris وآخرون عام ١٩٩٦ بهدف الكشف عن العلاقة بين ادراكات المرض وأساليب المواجهة Coping من ناحية ، والتوافق من ناحية أخرى ، وذلك لدى عينة قوامها ٢٣٣ مبحوثاً (١٨٩ إناثاً و٤٤ ذكور) ممن يعانون من زملة التعب المزمن ، فى المدى العمرى من ١٨ إلى ٨١ عاماً ، بمتوسط ٤٧,٨ عاماً ، ٦١٪ منهم متزوجون، وكان متوسط مدة المرض ١٠,٨ عام بانحراف معيارى ٨,١ عام، وتشير نتائج تحليل الانحدار إلى أن إدراكات المرض قد فسرت نسبة أكبر من التباين فى ظل مستويات العجز والسعادة مقارنة باستراتيجيات المواجهة التى يستخدمها المبحوثون فى إدارة المرض ، وكان

أقوى ارتباط بصفة عامة بين التوافق وبعض المكونات الفرعية لإدراك المرض وهي هوية المرض والأسباب الانفعالية وإمكانية التحكم والنتائج المترتبة عليه ، حيث كان المبحوثون الذين أدركوا شدة المرض واعتقدوا أنه لا يمكن التحكم فيه ، وأنه ناتج من مثيرات المشقة وذو مترتبات خطيرة جدًا ، أكثر شعورًا بالعجز والاضطراب النفسى ، كما ارتبطت استراتيجيات المواجهة الحرة أو غير المنظمة والانفعالات الشديدة بدرجة أكبر ممن العجز ودرجة أقل من السعادة (Morris et al., 1996) .

وحول المكونات العاملة للتعب المزمن غير المفسر أخرى نيزينبوم Nisenbaum وآخرون دراسة عام ١٩٩٨ على عينة كبيرة قوامها ١٥١٠ مبحوث فى المدى العمرى من ١٨ إلى ٦٠ عاما ممن لديهم أعراض تعب شديد وليس لديهم مشكلات طبية أو سيكياترية يمكن أن تفسر هذا التعب ، كما شملت العينة أيضا مجموعة عشوائية من المبحوثين ممن ليس لديهم أعراض تعب ، وتم استتبار جميع المبحوثين من خلال التليفون ، وتم تقسيم ذوى أعراض التعب الشديد غير المفسر وفقا للمدة إلى مجموعة التعب المستمر من شهر إلى خمسة شهور ، ومجموعة التعب لأكثر من ستة شهور ، وقد استخلص الباحثون ثلاثة عوامل ذات علاقات فيما بينها ، أمكن من خلالها تفسير الارتباطات بين التعب لأكثر من ستة شهور و ١٤ عرضا ذكرها المبحوثون كمشكلات صحية مهمة يوجد بينها علاقات ببنية أيضا وهذه العوامل هي :

- (١) أعراض التعب - المزاج - المعرفة - Fatigue - mood - cogntion .
- (٢) أعراض نمط الانفلونزا Flu-Type .
- (٣) القصور البصرى visual impairment .

فى حين لم يستخلص أى عامل يفسر الارتباطات بين التعب لمدة شهر إلى خمسة شهور والأعراض الأخرى ، وقد وجد الباحثون تداخلا بين أعراض التعب لأكثر من ستة شهور والمحكات المنشورة حول تعريف زملة التعب المزمن ، كما وجدوا أن هذه النتائج تعطى دعما أمبريقيا للعلاقات بين أعراض التعب غير المفسر لمدة أكثر من ستة شهور ، والأعراض المتضمنة فى تعريف حالة التعب المزمن (Nisenbaum et al. 1998) .

وفى هذا الإطار أيضا ، أجرى وجنر رافائيل Wagner- Raphael وآخرون دراسة عام ١٩٩٩ بهدف اختبار دور زملة التعب المزمن والاضطرابات النفسية كمنبئات بالكفاءة الوظيفية فى الجوانب الجسمية والاجتماعية ، وتكونت عينة للدراسة من ٧١ ممرضا ، طبقت عليهم للمقاييس من خلال البريد والتليفون ، بالإضافة إلى المقابلة التشخيصية والسجلات الطبية ، وقد تم

فحص المبحوثين من خلال الأطباء لتحديد ما إذا كانت تنطبق عليهم محكات زملة التعب المزمن أم لا ، وتشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد المنترج إلى أن اختلال الحالة الجسمية والدور والكفاءة الاجتماعية يتزايد كلما زادت شدة التعب ، كما ان الألم البدني يتزايد مع ارتفاع شدة التعب ، وقد تبين أن الممرضين المشخصين حديثا أفصحوا عن اختلالات أكثر في الحالة الانفعالية مقارنة بالممرضين المشخصين خلال فترة سابقة من الحياة أو غير المشخصين سيكياتريا ، كما وجد أنه كلما ساءت نوعية الحياة زادت شدة التعب ، وأن نوعية الحياة كانت أفضل لدى الممرضين ذوي التعب ممن لم تنطبق عليهم محكات زملة التعب المزمن مقارنة بذوي زملة التعب المزمن (Wagner Raphael et al., 1999) .

وفي محاولة استهدفت التمييز بين مظاهر التعب وكل من أعراض القلق والاكتئاب أجرى كيرك Kirk وآخرون دراسة عاملية عام ١٩٩٩ على عينة قوامها ٢٧٠٣ مبحوث من عمر ٥٠ عاما فأكثر ، تبين منها أن البنود الخاصة بالتعب بشبعت على عامل للتعب ولم تتشعب على عاملى القلق والاكتئاب بما يشير إلى تمايز أعراض التعب عن القلق والاكتئاب (Kirk et al., 1999).

وعلى الرغم من هذه الهوية المستقلة لمظاهر التعب عن الاضطرابات النفسية الأخرى ، فهناك بعض النتائج التي تشير إلى أن معدل انتشار أعراض القلق والاكتئاب يكون أعلى لدى الأفراد الذين يعانون من زملة التعب المزمن مقارنة بالأسوياء ، حيث انتهت دراسة أجراها جارالدا Garralda وآخرون عام ١٩٩٩ على عينة قوامها ٥٠ مريضا بزملة التعب المزمن فى المدى العمرى من ١٢ إلى ١٩ عاما وعينة من الأسوياء تكونت من ١٥ مبحوثا ، إلى النتيجة السابقة ، كما تبين أيضا أن هؤلاء المرضى من المراهقين لديهم عجز فى المهارات الاجتماعية وانخفاض فى تقدير الذات (Garralda et al., 1999) .

وفي محاولة للكشف عن الآثار التعليمية والاجتماعية طويلة المدى ، أجرى بيل Bell وآخرون عام ٢٠٠١ دراسة تتبعية لمدة ١٣ عاما منذ بدء المرض ، وتكونت عينة الدراسة من ٤٦ طفلا ومراهقا ، تم استبعاد ١١ طفلا منهم خلال المتابعة وأصبحت العينة ٣٥ مبحوثا (٢٤ إناث و ١١ ذكور) وكان متوسط العمر عند بدء المرض ١٢,١ عاما ، ولم يشخص أى منهم بتشخيص آخر يفسر المرض ، وتشير النتائج بالنسبة للمآل Prognosis إلى أن ٣٧,١% قرروا أنهم شفاوا تماما ، وأن ٤٢,٩% قرروا أنهم لم يشفوا تماما ، ولكنهم شعروا بالتحسن ، وأن ١١,٤% شعروا بتحسن طفيف ، ولكنهم ظلوا مرضى ، وأن ٨,٦% شعروا أن حالتهم الصحية زادت سوء عما كانت عليه فى قبل ١٠ سنوات ، وفيما يتعلق بالآثار التعليمية والاجتماعية لزملة التعب المزمن تشير النسب إلى عدم الاتساق فى هذا الصدد ، حيث تفاوتت نسب الغياب عن المدرسة ،

ففي حين ذكر ٤٠٪ من المبحوثين أنهم تغيّبوا قليلا ، قرر ٢٢,٩٪ منهم أنهم تغيّبوا بين شهر وستة أشهر ، وذكر ٢٢,٩٪ أيضا أن مدى غيابهم وصلت إلى عامين خلال فترة المتابعة ، كما اعتقد ٣٤,٣٪ أن المرض لم يكن له تأثير على حياتهم الاجتماعية بشكل عام، في حين ذكر ٤٥,٧٪ أن المرض أثر في حياتهم سلبيا بدرجة خفيفة ، وقرر ١١,٤٪ أن المرض كان ذا تأثير شديد على حياتهم _ (Bell et al., 2001) .

وفى هذا السياق أيضا ، أجرت سوزان جونسون Susan Johnson وآخرون عام ٢٠٠١ دراسة بهدف المقارنة بين ثلاث مجموعات في بعض المتغيرات الشخصية المرتبطة بالصحة ومنها إدراك المشقة ، وتكونت المجموعة الأولى من ١٦ مريضا بزملة التعب المزمن في المدى العمرى من ١٨ إلى ٥٣ عاما ، والثانية من ١٩ مريضا بالتصلب المتعدد multiple sclerosis فى المدى العمرى من ٢٣ إلى ٦٨ عاما ، وكانت المجموعة الثالثة من الأصحاء وقوامها ١٦ مبحثا ، وتشير النتائج إلى أن مجموعتى المرضى كانتا أعلى من الأصحاء فى أسلوب العزو أو التعليل الاكتئابى depressive Attributional style حيث تم تعليل الأحداث الإيجابية بأسباب متغيرة ولا تمتد إلى باقى مجالات الحياة ، وتعليل الأحداث السلبية أو السينة بأسباب ثابتة عبر الزمن ، كما كان المرضى ذوو زملة التعب المزمن أقل جوهريا فى مركز التحكم الخاص بالأطباء ، بما يعكس ضعف الثقة فى الممارسة الطبية ، وتشير النتائج بصفة عام إلى وجود تشابه بين مرضى زملة التعب المزمن ومرضى التصلب المتعدد فى بعض المتغيرات الشخصية، والتي تتعكس فى ضعف استراتيجيات المواجهة لمرض مزمن يتميز بالعجز وعدم التحدد (Johnson et al ., 2001)

وامتدادا لهذه الجهود البحثية ، أجرت سوزان هاردنج S. Harding وآخرون دراسة عام ٢٠٠٢ بهدف اختبار دور العرق والنوع والمستوى الاجتماعى الاقتصادى فى التنبؤ بشدة التعب والعزو وطلب أو تلقى الخدمة الطبية ، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة تكونت من ٧٨٠ مبحثا ممن يعانون من تعب مزمن ، أى استمرار الأعراض لمدة ٦ شهور على الأقل (٢٥٨ ذكور و ٥١٩ إناث و ٣ غير مبين الجنس) من أصول عرقية مختلفة (أمريكى أفريقى ، أمريكى لاسيوى ، لاتينى ، وأبيض) ولم يشر الباحثون لى بيانات حول العمر ، و انتهت الدراسة إلى أن العرق والمستوى الاجتماعى الاقتصادى لا يسهم فى التنبؤ بشدة التعب فى حين لسهم النوع فقط فى التنبؤ به ، حيث تبين أن الإناث أعلى من الذكور فى الدرجات على مقياس التعب ، كما كان ذوو الدرجات الأعلى فى التعب أكثر طلبا للخدمات الطبية ، ويعتقدون أن التعب لا يرجع إلى

أسباب جسدية فقط، حيث تم عزو التعب إلى العمل الزائد والاكتئاب ، ومثيرات المشقة بنسب متفاوتة (Harding et al., 2002) .

كذلك أجرى Masuda وآخرون عام ٢٠٠٢ دراسة هدفت إلى المقارنة بين ثلاث مجموعات : مجموعتين منها من مرضى زملة التعب المزمن إحداهما أصيب أفرادها بعدوى مؤكدة قبل بدء المرض ، والثانية لم يصب أفرادها بعدوى ، وتمثلت جوانب المقارنة في أحداث الحياة المثيرة للمشقة الواقعة قبل بدء المرض ، والاستجابات السلوكية كما قيست من خلال الأعراض الجسدية والعقلية والتاريخ الارتقائي والأسرى والوظائف المناعية immunological ، وتكونت المجموعة الأولى من ١٦ مريضا بمتوسط للعمر ٢٥,٩ عاما بانحراف معياري ٧,٢ عام (١٠ إناث و٦ ذكور) نصفهم متزوجون ، وتكونت الثانية من ٢٠ مريضا (١٤ إناث و ٦ ذكور) منهم ٨ متزوجون و١٢ غير متزوجين ، وكان متوسط العمر ٢٩,٩ عاما ، بانحراف معياري ١٤,٢ عاما ، وكانوا يعانون من اضطرابات ذات علاقة بمثيرات المشقة كالقرحة والقلق والاكتئاب ، وشخصوا من خلال الطبيب النفسى ، واستبعد الذهانبيون ، أما المجموعة الثالثة فكانت من الأصحاء ، وتكونت من ٢٠ مبحوثا ، بمتوسط للعمر ٣,١ عاما بانحراف معياري ١١,٩ عاما (١٤ إناث و٦ ذكور) منهم ١١ متزوجين ، و ٩ غير متزوجين ، وتشير النتائج إلى أن مثيرات المشقة لدى مجموعتي المرضى كانت أعلى جوهريا من الأسوياء، ولم تكن هناك فروق بين مجموعتي المرضى وبعضهما البعض ، كما تميزت مجموعة التعب المزمن بدون عدوى بوجود مشكلات فى التاريخ الارتقائي والأسرى مثل الطلاق والتبني ، وفيما يتعلق بالأعراض الجسدية والعقلية كانت أعلى جوهريا لدى مجموعتي التعب المزمن مقارنة بالأصحاء، ولم تكن هناك فروق بين مجموعتي التعب فى القلق والاكتئاب ، وفيما يتصل بالوظائف المناعية ، وجد أن نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية natural killer cell activity أقل جوهريا لدى مجموعتي المرضى مقارنة بالأصحاء ، كما كانت مجموعة التعب بدون عدوى أقل جوهريا من مجموعة التعب بعد العدوى فى نشاط هذه الخلايا (Masuda et al., 2002) .

وفى محاولة للكشف عن المتغيرات المنبئة بنوعية الحياة والتوافق لدى مرضى زملة التعب المزمن ، أجرى كولايير Collier دراسة عام ٢٠٠٢ ، على ٤٠ مريضا بزملة التعب المزمن ، وانتهى إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والمساندة الاجتماعية السلبية كانت منبئات سلبية بنوعية الحياة والتوافق النفسى الاجتماعى ، فى حين كانت استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة ومركز التحكم الصحى الداخلى والمساندة الاجتماعية منبئات إيجابية بنوعية الحياة والتوافق النفسى الاجتماعى لدى مرضى زملة التعب المزمن ، كما وجد أن هؤلاء

المرضى قد واجهوا صعوبات كبيرة فى تعاملهم مع المرض ، تطلبت قدرا من المرونة فى استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة والمساندة الوجدانية القوية من الآخرين الذين يعيشون معهم (Collier, 2002) .

وفى توجه آخر ، يستهدف دراسة الاستجابات الفسيولوجية للمشقة لدى نوى زملة التعب المزمن ، قارن جاب Gaab ، وآخرون عام ٢٠٠٢ بين ٢١ مريضا بزملة التعب المزمن و ٢٥ مبحثا من الأصحاء ، فى الاستجابة الهرمونية للمشقة ، (لم يشر الباحثون إلى بيانات أخرى حول العينة كالعمر والنوع) وانتهت الدراسة إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين فى استجابة الأوعية القلبية Cardiovascular أثناء الأداء على اختبار مثيرات المشقة النفسية الاجتماعية ولكن كان مرضى زملة التعب المزمن أعلى جوهريا فى معدل ضربات القلب بشكل عام ، كما تشير النتائج إلى أن مرضى زملة التعب المزمن قادرون على إصدار استجابة كورتيزول كافية عند التعرض لأنماط مختلفة من المشقة (Gaab et al., 2002) .

وفى سياق دراسات التعب أيضا ، ولكن على الأصحاء، أجرى لافيدور Lavidor وآخرون دراسة عام ٢٠٠٢ على ٢٧٨ مبحثا من الأصحاء طبق عليهم اختبار لقياس مظاهر التعب ، وقائمة للصحة النفسية، وانتهى الباحثون إلى وجود علاقة بين مظاهر التعب والاكتئاب ، ولكن لم توجد هذه العلاقة فيما يتصل بأعراض التعب التى تتبدد مع الراحة والنوم ، (حيث أنها لا تدخل ضمن أعراض زملة التعب وفقا للتعريف الوارد فى الدليل التشخيصى العاشر للأمراض النفسية) ويشير الباحثون إلى وجود تفاعل بين أعراض التعب والاكتئاب والشكاوى الجسمية ، (Lavidor et al., 2002).

وفى نفس السياق ، أجرى سميث Smith وآخرون دراسة عام ٢٠٠٣ على ثلاث مجموعات من المراهقين فى المدى العمر من ١١ إلى ١٨ عاما ، الأولى من مرضى الصداع النصفى وقوامها ١٧٩ مريضا ، والثانية من مرضى التعب المزمن وتكونت من ٩٧ مريضا (٤٦ منهم تنطبق عليهم محكات زملة التعب المزمن ، و٥١ يعانون من تعب ناشئ عن سبب غامض أو غير محدد idiopathic) والثالثة من الأصحاء وتكونت من ٣٢ مبحثا ، بهدف المقارنة بينها فى للقلق والاكتئاب والشكاوى الجسمية كمؤشر للتهيؤ للمرض ، والعجز الوظيفى مقاسا بمتوسط عدد أيام الغياب عن المدرسة كما يقررها المراهق وأسرته ، وكذلك عزو المرض ، وخلص الباحثون إلى أن المراهقين المرضى بالصداع النصفى كانوا أعلى جوهريا فى للقلق مقارنة بمجموعتى للتعب غير محدد السبب والأصحاء ، وفى للشكاوى الجسمية من الأصحاء ، كما كان المراهقون ذور التعب المزمن ممن انطبقت عليهم محكات زملة التعب أعلى جوهريا فى للقلق

مقارنة بذوى التعب غير محدد السبب والأصحاء أيضا ، كما كانوا أعلى جوهريا فى الشكاوى الجسمية والاكنتاب والغياب عن المدرسة من المجموعات الأخرى ، ثم تلاها فى الغياب عن المدرسة مجموعة ذوى التعب غير محدد السبب ثم مرضى الصداع النصفى وأخيرا الأصحاء ، وفيما يتعلق بمتغير عزو المرض ، عزا آباء المراهقين ذوى التعب المزمن غير المفسر المرض إلى عوامل نفسية ومثيرات مشقة بدرجة أقل جوهريا من آباء المراهقين ذوى زملة التعب المزمن أو ذوى الصداع النصفى (Smith et al., 2003) .

وامتدادًا للجهود البحثية التى حاولت الكشف عن دور مثيرات المشقة فى بدء زملة التعب المزمن ، أجرى هاتشر Hatcher وهاوس House دراسة عام ٢٠٠٣ حول هذا الهدف ، وذلك لدى مجموعتين ، إحداهما تكونت من ٦٤ مريضا بزملة التعب المزمن حولوا من عيادة نفسية للتعب ، والثانية من الأصحاء وقوامها ٦٤ مبحثا ، وقد كوفئ بين المجموعتين فى العمر والجنس ، وتشير النتائج إلى أن مجموعة مرضى التعب المزمن قد تعرضت لأحداث حياة مثيرة للمشقة ومشكلات خلال الشهور الثلاثة والسنة السابقة على بدء أعراض المرض بدرجة أكبر جوهريا مقارنة بالأصحاء ، وخلص الباحثون إلى أن زملة التعب المزمن ترتبط بأحداث الحياة المثيرة للمشقة والصعوبات السابقة على بدء المرض (Hatcher & House 2003) .

وقد توصلت دراسة أخرى أجراها ليم Lim وآخرون عام ٢٠٠٣ إلى نتائج مدعمة للنتائج السابقة ، حيث أجروا هذه الدراسة على ٥٧ أمريكيا من أصل صينى ، شخصوا بزملة التعب المزمن ، ووجدوا أن العوامل النفسية الاجتماعية كنقص المساندة الاجتماعية المدركة ومشقة الحياة والتغيرات الثقافية ترتبط بنشأة واستمرار أعراض زملة التعب المزمن (Lim et al., 2003)

وفى إطار الكشف عن درجة العجز أو القصور impairment وأساليب المواجهة أو التعايش Coping لدى الأطفال والمراهقين من ذوى زملة التعب المزمن ، أجرى جارالدا Garralda ورائجل Rangel عام ٢٠٠٤ دراسة حول هذا الهدف على ثلاث مجموعات من الأطفال والمراهقين فى المدى العمرى من ١٠ إلى ١٨ عاما ، وتكونت المجموعة الأولى من ٢٨ مبحثا شخصوا بزملة التعب المزمن ، والثانية من ٣٠ مريضا بالتهاب المفاصل والثالثة من ٢٧ مريضا من ذوى الاضطرابات الانفعالية ، وتشير النتائج إلى أن مجموعة التعب كانت أكثر تغيبا عن المدرسة ، وأقل فى النشاطات المنزلية والاجتماعية مع الاقران ، كما كانت أكثر قلقا ومشكلات دراسية مقارنة بالمجموعتين الآخرين ، وتميزت باستخدام استراتيجيات مواجهة انفعالية ، فى

حين استخدمت مجموعة ذوى الاضطرابات الانفعالية استراتيجيات سلبية فى مواجهة أو التعاضد
(Garraida & Rangel, 2004) .

وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة السابقة لم تستخدم مجموعة محكمة أو مجموعة مقارنة من
الأصحاء ، كما لم تكن هناك إشارة لضبط متغيرى العمر والنوع عبر مجموعات الدراسة الثلاث.
وفى نفس الإطار السابق ، أجرى نيجس Nijs وآخرون دراسة عام ٢٠٠٤ بهدف قياس
جوانب العجز لدى ٧٧ مريضاً من ذوى زملة التعب المزمن ، (٦٧ إناث و ١٠ ذكور) فى المدى
العمرى من ١٨ إلى ٦٣ عاماً ، بمتوسط ٤٠,٦١ عاماً وانحراف معيارى ٩,٤٤ عام ، وانتهى
الباحثون إلى وجود علاقة دالة ولكنها ليست قوية بين قصور القلب وضعف ممارسة الأنشطة
الرياضية اليومية لدى مرضى زملة التعب المزمن (Nijs et al., 2004) ، ويؤخذ على هذه الدراسة
اتساع المدى العمرى للعينة ، وعدم استخدام مجموعة من الأصحاء ، بالإضافة إلى عدم التكافؤ
من حيث حجم تمثيل الإناث والذكور فى العينة .

وامتداداً لهذا التوجه ، أجرى فوسى Fossey وآخرون دراسة عام ٢٠٠٤ بهدف التعرف
على مدى انتشار اضطرابات النوم وسوء التوافق النفسى لدى مرضى التعب المزمن ، وشملت
الدراسة ثلاث مجموعات ، الأولى من مرضى التعب المزمن وتكونت من ٣٧ مريضاً (٣١
إناث و ٦ ذكور) بمتوسط للعمر ٣٧ عاماً وانحراف معيارى ١٥ عاماً ، والثانية من ذوى
اضطرابات النوم ممن يعانون من النوم المفاجئ (العميق لفترات قصيرة) narcolepsy وتكونت
من ٢٠ مريضاً (١٥ إناث و ٥ ذكور) بمتوسط للعمر ٤٤ عاماً ، وانحراف معيارى ٩ أعوام ،
أما المجموعة الثالثة فكانت من الأصحاء وتكونت من ٢٤ مبحثاً (١٧ إناث و ٧ ذكور) بمتوسط
العمر ٤٠ عاماً ، وانحراف معيارى ٩ أعوام ، ولم يعانون من أمراض جسمية أو نفسية ، طبقت
عليهم مقاييس لجودة اضطرابات النوم ، وشدة التعب والتوافق النفسى مقاساً بحالة وسمة القلق
والعصبية والاكنتاب وتوهم المرض ، وانتهت الدراسة إلى أن مجموعة زملة التعب للمزمن
كانت ذات معدلات مرتفعة من التقرير الذاتى عن وجود الأرق أو النوم غير المتصل ، كما وجد
أن ٥٨% من أفرادها يعانون من اضطرابات نوم أولية غير مشخصة ومنها توقف التنفس أثناء
النوم وحركات فى الأرجل ، كما كانت مجموعتا التعب والنوم المفاجئ أكثر من الأصحاء فى
مشكلات التوافق النفسى ، ولم تكن هناك فروق بين مجموعتى المرضى فى هذا الصدد (Fossey
et al., 2004) .

وفى توجه مختلف قليلاً ، يتعلق بفحص بعض الوظائف العقلية لدى مرضى زملة التعب
للمزمن ، أجرى ديوكا De Luca وآخرون دراسة عام ٢٠٠٤ ، حول طبيعة اختلال الذاكرة

والتعلم لدى هؤلاء المرضى ، وشملت الدراسة ثلاث عينات ، الأولى من مرضى زملة التعب المزمن قوامها ٥١ مريضا ، قسموا إلى مجموعتين ، إحداهما تكونت من ٢٩ مريضا ممن لا يعانون من اضطرابات نفسية أخرى عند إجراء الدراسة ، والثانية تكونت من ٢٢ مريضا ممن يعانون من الاكتئاب ، أما العينة الثانية فكانت من الأصحاء ، وتكونت من ٣٠ طالبا جامعا ، وكانت الثالثة من مرضى الروماتيزم وتكونت من ١٩ مريضا (أخذت هذه العينة كعينة ضابطة بالإضافة إلى عينة الأسوياء باعتبار أن الروماتيزم مرض مزمن) ولم يشر الباحثون إلى بيانات ديموجرافية أخرى حول هذه العينات ، وتشير النتائج إلى أن عينة مرضى التعب المزمن تعاني من اختلال في القدرة على الاكتساب والتعلم ، حيث كانت بحاجة إلى محاولات أكثر لتعلم قائمة الكلمات مقارنة بعينتي الأسوياء ومرضى الروماتيزم ، كما كانت مجموعة مرضى التعب المزمن بدون اضطراب نفسى أقل جوهريا في القدرة على الاستدعاء وليس التعرف مقارنة بالمجموعتين الضابطين ، وقد عزا الباحثون هذه النتيجة الأخيرة حول اختلال الذاكرة اللفظية (الاستدعاء) لدى مرضى زملة التعب المزمن إلى قصور في عملية الاكتساب (Deluca et al., 2004) .

وأخيرا ، وعلى المستوى المحلى ، أجرت عائشة السيد رشدي ، دراسة عام ٢٠٠٥ بهدف المقارنة بين فئتي التعب الحاد والمزمن في التقدير الذاتي لشدة التعب ودرجة تأثيره على الفرد والتصريح به ، والتعب العقلي والنشاط العام ومستوى الاستثارة ، وذلك لدى عينة كلية قوامها ١١٥ مبحوثة في المدى العمري من ٢١ إلى ٥٩ عاما ، بمتوسط ٣٥,٤ عاما وانحراف معياري ٩,٧٤ عام ، عاملات وغير عاملات ، ومن مستويات تعليمية مختلفة ، كما شملت متزوجات وغير متزوجات ، ووفقا للدرجات على مقياس التعب ، تم اختيار عينة الدراسة الأساسية والتي شملت مجموعتين قوام كل منهما ١٦ مبحوثة ، إحداهما لفئة التعب الحاد والأخرى لفئة التعب المزمن ، وكان محك الحاد - الأزمان هو المدة الزمنية لأعراض التعب ، فالأعراض ذات المدة الأقل من شهر تصنف في فئة التعب الحاد ، والأعراض التي تستمر لمدة ٤ إلى ٥ شهور تدرج تحت فئة التعب المزمن ، أما الأعراض التي تستمر ستة شهور أو أكثر فتضمن في فئة زملة التعب المزمن ، واستبعدت الحالات التي لم ينطبق عليها المحك السابق ، وانتهت الدراسة إلى وجود فروق دالة بين فئتي التعب الحاد والمزمن في درجة التعب والتقدير الذاتي لشدته وتأثيره على الفرد ، والتعب العقلي ومستوى الاستثارة السلبي (كالتعب) ، حيث كانت فئة التعب المزمن أعلى من فئة التعب الحاد في هذه الجوانب ، في حين كانت فئة التعب الحاد أعلى من فئة التعب المزمن في مستوى الاستثارة الإيجابي (كاليقظة والنشاط) ولم توجد فروق دالة بين الفئتين في التصريح بالتعب ومستوى النشاط العام (عائشة السيد رشدي ، ٢٠٠٥) .

وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من قيام الباحثة في الدراسة السابقة بحساب متوسط العمر لدى العينة الأولية (ن=115) فإنها لم تقم بحساب متوسطى العمر لدى مجموعتى التعب الحاد والمزمن ، للتعرف على ما إذا كان هناك تكافؤ فى العمر بينهما أم لا .

وبهذا تنتهى من عرض دراسات الفئة الأولى حول التعب وعلاقته ببعض المتغيرات ومنها مثيرات المشقة ، و تنتقل إلى الفئة الثانية الخاصة بدراسات أسلوب الحياة فى علاقته بجوانب الصحة الجسمية والنفسية .

ثانيا: دراسات أسلوب الحياة وعلاقته بالصحة النفسية والجسمية:

قبل أن نعرض لهذه الفئة من الدراسات ، تجدر الإشارة إلى أنه من خلال استقراءنا للدراسات السابقة خلال الفترة المشار إليها من قبل ، لم نجد دراسات تناولت العلاقة المباشرة بين أسلوب الحياة ومظاهر التعب ، بما يشير إلى نقص واضح فى هذا الصدد ، ولذا فإن ما سنعرض له من دراسات فى إطار هذه الفئة ، تعد دراسات غير مباشرة ، لكنها يمكن أن تلقى مزيداً من الضوء حول دور أسلوب الفرد فى الحياة ، وخاصة الأسلوب غير الصحى فى التهيؤ لأعراض نفسية وبدنية ، قد يكون التعب من بينها ، وفيما يلى نعرض لدراسات هذه الفئة .

فى هذا الإطار ، أجرى جير Geir دراسة عام 1995 على عينة قوامها 5014 مبحوثا ، بهدف المقارنة بين ثلاث مجموعات فى أسلوب الحياة الصحى ، وكانت المجموعة الأولى من ذوى الاستعداد للإصابة بالسرطان ، وكانت الثانية من الأفراد المستهدفين للإصابة بأمراض القلب ، وكانت المجموعة الثالثة من غير المستهدفين للإصابة بالسرطان أو القلب، وتشير النتائج إلى أن مبحوثى المجموعة غير المستهدفة كانوا أقل تدخيناً وأكثر ممارسة للرياضة البدنية ، وأكثر اتباعاً لنظام غذائى صحى ، كما كانوا أقل شكوى فى الجوانب الصحية بشكل عام ، مقارنة بالمجموعتين الأخرين (Geir, 1995) .

وقد أجرت هبة أبو النيل دراسة عام 1998 حول علاقة أسلوب الحياة بالاستهداف لتعاطى المواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب لدى عينة من طلاب الجامعة الذكور تكونت من 340 مبحوثا من الكليات العملية والنظرية قسموا إلى مجموعتين ، إحداهما من المتعاطين لأية مادة نفسية ولو لمرة واحدة ، وتكونت من 140 طالبا ، بمتوسط للعمر 21,1 عاما وانحراف معيارى 5,6 عام ، وكانت المجموعة لثانية من غير المتعاطين وتكونت من 200 طالب بمتوسط للعمر 20,3 عاما وانحراف معيارى 2,2 علم ، وانتهت للدراسة إلى وجود فروق بين المجموعتين فى عدد من متغيرات أسلوب الحياة ، ومن ذلك ما يتعلق بالعادات والأنشطة الممارسة فى الحياة

اليومية ووقت الفراغ حيث أظهر المتعاطون أنهم أقل التزاما بالعادات الصحية في التغذية ، وأكثر سلبية في التفاعل داخل السياق الأسرى ، ولديهم عادات استذكار أقل فعالية وأقل ممارسة للأنشطة الرياضية وأكثر ممارسة لألعاب التسلية ، وتعرضا للمشكلات مقارنة بغير المتعاطين ، في حين لم تكن هناك فروق دالة بين المجموعتين في بعض جوانب أسلوب الحياة ، ومنها عادات النوم ، والاتجاهات نحو الذات أو الدراسة والعمل والأصدقاء وفعالية إدارة الوقت (هبة أبو النيل ، ١٩٩٨) .

كما أجرى بورج Borge وكريستسن Kristensen عام ٢٠٠٠ دراسة تتبعية لمدة خمس سنوات بهدف الكشف عن الفروق في بعض جوانب الصحة المتصلة بالفروق في أسلوب الحياة وبيئة العمل بين الطبقات الاجتماعية لدى عينة قوامها ٥٠٠١ موظف في المدى العمري من ١٨ إلى ٥٩ عاما ، وتشير النتائج بشكل عام إلى أن المبحوثين في الطبقة الدنيا أكثر بدانة وأكثر تدخيناً ، وأن نسبة ذوى الصحة الضعيفة المقدره ذاتيا أعلى لدى نفس الطبقة مقارنة بالطبقات الأعلى ، وذلك في القياس الأساسى ، أما فى المتابعة ، فقد تبين أنه كلما كانت الطبقة الاجتماعية أدنى ، كانت نسبة من قدروا حدوث تدهور فى الصحة أعلى ، وقد فسرت هذه النتيجة فى ضوء الفروق فى بيئة العمل وعوامل أسلوب الحياة بين الطبقات الاجتماعية (Borg & Kristensen, 2000) .

وحول التغييرات فى أسلوب الحياة واستراتيجيات التعايش والتشاؤم بعد إجراء جراحة القلب المفتوح ، أجرى بن زر Ben Zur وآخرون دراسة عام ٢٠٠٠ على عينة تكونت من ١٧١ مريضا فى المدى العمري من ٤٠ إلى ٧٠ عاما ، وتراوحت الفترة التالية لإجراء جراحة الشريان التاجى بين شهرين وعشرين شهرا ، وقد وجد أن الفترة التالية للجراحة تميزت بساعات عمل أقل ، ومستوى أعلى من الرياضة البدنية وانخفاض معدل التدخين ، وعادات غذائية أكثر ملاءمة مقارنة بالفترة السابقة على إجراء العملية ، ولكن تبين أن مستوى القلق كان أعلى لدى هؤلاء المرضى بعد الجراحة مقارنة بالأصحاء ، كما ارتبط نقص الكفاءة بكل من الدرجات المرتفعة من التشاؤم واستخدام استراتيجيات تعايش غير فعالة تركز على الانفعال وليس المشكلة (Ben - zur et al., 2000) .

وفى محاولة للكشف عن علاقة أسلوب الحياة بتعاطى العقاقير النفسية، أجرى بوب Pope وآخرون دراسة عام ٢٠٠١ ، حيث استخدموا مناهج متماثلة مع المناهج المستخدمة فى دراسات سابقة فى نفس الكلية على مدى ٣٠ عاما ، وشملت العينة ٧٩٦ طالبا فى الصفوف النهائية وقد وجدت فروق جوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين من الطلاب فى عدة جوانب لأسلوب الحياة

والقيم ، وكانت الفروق في الدراسة الحالية أكثر حدة من تلك التي وجدت خلال العقود السابقة في نفس الكلية بانجلترا (Pope et al., 2001) .

وأخيرا ، أجرت هبة أبو النيل دراسة أخرى عام ٢٠٠٢ بهدف الكشف عن الفروق في أنماط أسلوب الحياة (الشاق والانسحابي) بين بعض فئات مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية ، وقد شملت الدراسة ست عينات من الإناث ، الأولى من المرتفعات على قائمة كورنل للأعراض النفسجسمية (ن = ١٠١) بمتوسط للعمر ٣١,٩٠ عاما ، وانحراف معياري ٧,٧٨ عام ، والثانية من المنخفضات على نفس القائمة (ن=١٠٤) بمتوسط للعمر ٣٢,٧٠ عاما ، وانحراف معياري ٧,٩٦ عام ، والثالثة من مريضات القلب والشريان التاجي (ن=٢٥) بمتوسط للعمر ٣٩,٤ عاما ، وانحراف معياري ٥,٥ عاما، والرابعة من مريضات سرطان الثدي (ن=١٦) بعد الجراحة ، بمتوسط للعمر ٣٦,١ عاما ، وانحراف معياري ٥,٦ عام . أما العينة الخامسة فكانت من غير المريضا (ن=٢٥) كضابط لمريضات القلب ، بمتوسط للعمر ٣٩,٤ عاما ، وانحراف معياري ٥,٥ عام ، كما كانت السادسة من غير المريضا (ن=١٦) كضابط لمريضات سرطان الثدي ، بمتوسط للعمر ٣٦,١ عاما ، وانحراف معياري ٥,٦ عام ، وقد روعي التكافؤ بين كل عيّنتين في عدد من المتغيرات المهمة كالعمر والتعليم وعدد الإبناء ، وتشير نتائج الدراسة فيما يتعلق بأنماط أسلوب الحياة إلى أن المرتفعات على قائمة كورنل للأعراض النفسجسمية أعلى من المنخفضات على نفس القائمة في أسلوبى الحياة الشاق والانسحابي ، وأن مريضات القلب أعلى من غير المريضا في أسلوب الحياة الشاق ، ولم توجد فروق دالة بينهما في أسلوب الحياة الانسحابي ، كما وجد أن مريضات سرطان الثدي أعلى من محبوثات العينة الضابطة لها في أسلوبى الحياة الشاق والانسحابي ، وبمقارنة مريضات القلب بمريضات السرطان وجد أن مريضات العينة الثانية أعلى من الأولى في أسلوب الحياة الانسحابي ، ولم توجد فروق دالة بينهما في أسلوب الحياة الشاق (هبة أبو النيل ، ٢٠٠٢) .

وبهذا ننتهى من عرض دراسات هذه الفئة حول أسلوب الحياة وعلاقته بمظاهر الصحة النفسية والجسمية ، ونلاحظ كما أشرنا أنه لا تتوفر دراسات تناولت علاقة أسلوب الحياة عموما ، وأسلوب الحياة غير الصحى على نحو خاص ، وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى على نحو أخص بمظاهر التعب بشقيه النفسى والبدنى ، وعلى الرغم من ذلك تشير الدراسة التي أجرتها هبة أبو النيل (٢٠٠٢) ، على عينات مختلفة إلى أهمية دراسة أسلوبى الحياة الشاق والانسحابى في علاقتهما بمظاهر التعب ، وذلك من خلال ما انتهت إليه من نتائج حول علاقة هذين

الأسلوبين بالأعراض السيكوسوماتية وسرطان الثدي وأمراض القلب ، وهذا ما تسعى الدراسة الحالية للكشف عنه.

يبقى أن نعرض لعدد من الملاحظات المنهجية على الدراسات السابقة، نقف كمبررات لإجراء دراستنا الحالية ، وهذا ما يختص به الجزء التالي .

تعليق عام على الدراسات السابقة :

فى ضوء ما سبق عرضه من دراسات بفتنتها ، يمكن أن نوجز عددا من الملاحظات على هذه الدراسات على النحو التالي :

١ - اعتمدت بعض الدراسات على عينات ذات مدى عمرى كبير ، بما يعكس عدم التجانس بين أفرادها ، ومن ذلك دراسة موريس وآخرين ، ودراسة ماسودا وزملائه (Morris et al., 1996; Masuda et al., 2002).

٢ - اعتماد بعض الدراسات على البريد والتليفون عند تطبيق مقاييس البحث ومن ذلك دراسة واجنر رافائيل (Wagner Raphael, 1999) .

٣ - عدم الإشارة فى بعض الدراسات إلى خصائص العينة كالعمر والجنس مثل دراسة جاب وآخرين (Gaab et al., 2002) أو عدم التوازن فى حجم العينة بين الذكور والإناث ومن ذلك دراسة موريس وآخرين (Morris et al., 1996) .

٤ - عدم ضبط بعض المتغيرات كالعمر والجنس بين مجموعات المقارنة ، وعدم استخدام مجموعة محكية من الأصحاء ، كما فى دراسة جارالدا ورائجل ودراسة نيجس وآخرين (Garralda & Rangel 2004; Nijs et al.2004) .

٥ - اقتصار بعض الدراسات على الإناث فقط ومن ذلك دراسة (عائشة السيد رشدى ، ٢٠٠٥).

٦ - الاهتمام بدراسة زملة التعب المزمن لدى عينات من المرضى المشخصين سيكياتريا ، ولم يمتد هذا الاهتمام الى دراسة مظاهر التعب لدى عينات من الجمهور العام .

٧ - عدم الاهتمام بدور أسلوب الحياة غير الصحى كأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى فى التهيؤ لأعراض التعب النفسى والبدنى على نحو ما يتضح من دراسات الفئة الثانية بشكل عام .

٨ - ندرة دراسات التعب فى الثقافة العربية وخاصة من حيث إبراز دور العوامل المهنية والمرسبة له ، على الرغم من مرور حوالى عقدين على توصيف وتحديد هذه الزملة ، والإشارة إلى ضرورة الاهتمام بدرستها لما لها من آثار سلبية على الفرد والمجتمع .

مشكلة الدراسة الحالية وفروضها :

- فى ضوء الإطار النظرى والتراث البحثى السابق عرضه ، والملاحظات المشار إليها حول الدراسات السابقة ، يمكن بلورة مشكلة الدراسة الراهنة فى التساؤلات التالية :
- ١ - هل توجد علاقة بين مظاهر التعب النفسى والبدنى وكل من مثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الانسحابى والشاق لدى الذكور والإناث ؟
 - ٢ - هل تسهم مثيرات المشقة وأسلوبا الحياة الانسحابى والشاق فى التنبؤ بمظاهر التعب النفسى والبدنى لدى كل من الذكور والإناث ؟
 - ٣ - هل تختلف المنبئات (مثيرات المشقة وأسلوب الحياة) بمظاهر التعب النفسى والبدنى بين الذكور والإناث ؟
 - ٤ - هل توجد فروق دالة بين الذكور والإناث فى مظاهر التعب النفسى والبدنى ومثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الانسحابى والشاق ؟

وبناءً على هذه التساؤلات ، نصوغ الفروض على النحو التالى :

- ١ - توجد علاقة إيجابية دالة بين مظاهر التعب النفسى والبدنى وكل من مثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الانسحابى والشاق لدى كل من الذكور والإناث .
- ٢ - تسهم مثيرات المشقة وأسلوبا الحياة الانسحابى والشاق أسهما دالا فى التنبؤ بمظاهر التعب النفسى والبدنى لدى كل من الذكور والإناث .
- ٣ - تختلف المنبئات بمظاهر التعب النفسى والبدنى بين الذكور والإناث .
- ٤ - توجد فروق دالة بين الذكور والإناث فى مظاهر التعب النفسى والبدنى ومثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الانسحابى والشاق ، فى اتجاه ارتفاع الإناث على هذه المتغيرات مقارنة بالذكور .

أهمية الدراسة :

- ١- تسعى الدراسة الراهنة إلى اكتشاف حجم واتجاه العلاقة بين مظاهر التعب بشقيه النفسى والبدنى وكل من مثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الانسحابى للشاق ، وكذلك إلى تحديد حجم إسهام المتغيرين الأخيرين (المشقة والأسلوب) فى تبين مظاهر التعب ، ومن ثم إمكانية التنبؤ بهذه المظاهر على نحو كمى ودقيق ، وتضيف هذه المحاولة البحثية من خلال ما تفضى إليه من نتائج إلى الرصيد المعرفى لمفهوم التعب محل الاهتمام ما يمكن من خلاله إلقاء مزيد من الضوء والتفسير والفهم لمنظومة المتغيرات النفسية الاجتماعية ممثلة فى مثيرات المشقة وأسلوب الحياة ، باعتبارها أحد العوامل المسهمة فى نشأة التعب أو المرتبطة به ، بالإضافة إلى دور

العوامل الأخرى فى هذا الصدد ، سواء كانت مهينة أو مرسبة أو مفجرة ، ومنها الخصال الشخصية والعوامل الوراثية والبيولوجية والباثولوجية .

٢ - تسهم الدراسة الحالية من خلال ما تنتهى إليه من نتائج فى وضع استراتيجية لبرامج وخطط وقائية على المدى القريب والبعيد ، وكذلك فى وضع برامج إرشادية للأفراد بهدف خفض مظاهر التعب والآثار المترتبة عليه ، من خلال التدريب على استراتيجيات التعايش أو المواجهة Coping لمثيرات المشقة الحياتية ، وكذلك تبنى أسلوب صحى فى الحياة Healthy Life Style وتجنب أساليب الحياة غير الصحية .

المفاهيم الأساسية :

تتناول الدراسة الحالية ثلاثة مفاهيم أساسية هى : التعب ، ومثيرات المشقة وأسلوب الحياة، وفيما يلى نقدم تعريفات لهذه المفاهيم وما يتصل بها من مفاهيم نوعية .

١ - مفهوم التعب Fatigue :

يشير مفهوم زملة التعب المزمن Chronic Fatigue Sundrome كاضطراب سيكياترى وفقا للتعريف الذى قدمه مركز التحكم فى الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية إلى مجموعة أعراض التعب التى تستمر لمدة ستة شهور على الأقل وتؤثر بشكل ملحوظ على نشاط الفرد ، مع وجود أربعة أعراض أخرى على الأقل من الأعراض التالية وهى آلام فى المفاصل وصداع جديد وعدم الشعور بالانتعاش بعدد الاستيقاظ والتعب لأقل مجهود ، والذى لا يتبدد مع الراحة ، واضطراب النوم والذاكرة والانتباه وآلام عضلية (Afari & Buchwald, 2003) .

وفى هذا الإطار يجب استبعاد الحالات الطبية المرضية والسيكياترية التى قد تفسر هذا المرض ، أما الأفراد الذين لا تنطبق عليهم محكات شدة التعب أو أعراضه يمكن أن يشخصوا على أنهم نوبو تعب مزمن غير مفسر (Ibid) Idiopathic Chronic Fatigue syndrome .
ويستخدم مفهوم التعب فى إطار الدراسة الحالية ليس باعتباره زملة من الأعراض الشديدة أو المزمنة ، وإنما باعتباره "حالة من الشعور بالإرهاق ونقص الطاقة تؤثر فى قدرة الفرد على الاستجابة لمختلف التنبيهات ، وذات أعراض نفسية وجسمية لا تزول مع الراحة ولا تترتب على حالة مرضية جسمية تفسرها ، ومن هذه الأعراض اضطرابات النوم والصداع وضعف الانتباه والذاكرة ، آلام المفاصل والعضلات ، وتباين هذه الحالة فى شدتها على متصل بين الشعور البسيط إلى الدرجة الشديدة من هذه الأعراض ، والتى تقع فى أقصى المتصل وتعب عن حالة الإنهاك "exhaustion" .

ويرى بعض الباحثين أن هذه الحالة من الإنهاك تمثل زملة التعب المزمن .

٢ - مثيرات المشقة Stressors :

يشير مفهوم مثيرات المشقة فى الدراسة الحالية إلى "تلك الأحداث والمواقف والخبرات السلبية أو المنفرة التي يتعرض لها الفرد فى حياته اليومية وتثير لديه درجات متباينة من سوء التوافق" (شعبان جاب الله رضوان ، ١٩٩٢ ، ص ٣٦) .

أما مفهوم المشقة Stress ، فيشير براون إلى وجود اختلاف بين الباحثين بصده ، حيث يستخدمه البعض للإشارة إلى البيئة الخارجية ، ويستخدمه البعض الآخر ليشير إلى حالة داخلية والتي يمكن أن تكون نفسية أو فسيولوجية (Brown, 1989) .

ويتفق المعنى الأخير مع مفهوم المشقة فى إطار الدراسة الحالية ، باعتباره استجابة حيث يشير إلى "حالة داخلية ذات أعراض نفسية وجسمية تنشأ لدى الفرد كاستجابة للأحداث والمواقف السلبية أو المنفرة التى يخبرها الفرد ، وتتباين بتباين شدة المثيرات المؤدية إليها ، وعندما تزداد شدة هذه الحالة اضطراباً فإنها تعوق توافقه مع البيئة الخارجية" .

وبهذا المعنى فإن التعب يعد أحد جوانب هذه المشقة كاستجابة جسمية ونفسية لمصادر ومثيرات خارجية وداخلية مختلفة .

٣ - أسلوب الحياة Life Style :

تعددت التعريفات التى قدمت لمفهوم أسلوب الحياة منذ أن أشار إليه عالم الاجتماع ماكس فيبر Max Weber بوصفه إدراك الأفراد للاختيارات المتاحة لهم فى الحياة ، والتي يتوقف تحقيقها على الفرص المتاحة لهم فى إطار المجتمع الذى يعيشون فيه (Cockerham et al., 1993) ، ثم نقل المفهوم بعد ذلك إلى علم النفس ، واستخدمه عالم النفس التحليلي الفرد أدلر Alfred Adler وعرفه بأنه الوسيلة المتفردة للشخص فى التكيف مع الحياة ، وطريقته فى صياغة أهدافه ووسائل تحقيقها " (Hijelle & Ziegler, 1992) .

وتعتمد الدراسة الحالية على تعريف أسلوب الحياة باعتباره الطريقة أو الكيفية التى يعيش بها الأفراد حياتهم فى جوانبها المختلفة كالملبس والمسكن والصدقة والقيادة وغيرها (Careil et al., 1985) .

ونظراً لاعتمادنا على أسلوبين نوعيين من أساليب الحياة هما أسلوب الحياة للشاق وأسلوب الحياة الانسحابى ، فإننا نشير إلى ما يعنيه كل منهما فيما يلى :

١ - أسلوب الحياة الشاق Stressful Life Style :

نظراً لاعتماد الدراسة الحالية فى قياس أسلوبى الحياة الشاق والانسحابى على المقياسين اللذين أعدتهما هبة أبو النيل فى إطار دراستها عن الفروق فى أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية (هبة أبو النيل ، ٢٠٠٢) ، فإننا ستعتمد أيضا على تعريفها لهذين المفهومين ، حيث تعرف أسلوب الحياة الشاق بأنه "مجموعة العادات وطرق مواجهة المشكلات ، والأنشطة التى يمارسها الفرد فى حياته اليومية بتكرار مرتفع ، والتى تصاحبها استجابات انفعالية مبالغ فيها ، بحيث تفضى فى مجملها إلى الوقوع فى المشقة النفسية".

ب - أسلوب الحياة الانسحابى Withdrawal Life Style :

يشير مفهوم أسلوب الحياة الانسحابى إلى مجموعة العادات والأنشطة الانسحابية ، وطرق المواجهة التجنبية للمشكلات ، والتى تفضى فى مجملها إلى تزايد مشاعر الاكتئاب لدى الأفراد " (المرجع السابق ، ص ص ١٢٩-١٣٠) .

وبهذا ننتهى من عرض المفاهيم الأساسية والنوعية ، ويختص الجزء التالى بمنهج وإجراءات الدراسة .

منهج وإجراءات الدراسة :

أولا : المنهج :

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفى الارتباطى والمقارن ، حيث تسعى لاكتشاف العلاقات الارتباطية بين مظاهر التعب وكل من مثيرات المشقة وأسلوب الحياة ، والتنبؤ بهذه المظاهر من خلال المتغيرات السابقة ، كما تهتم بدراسة الفروق بين الذكور والإناث فى هذه المتغيرات .

ثانيا : الإجراءات :

أ (العينة : أجريت هذه الدراسة على ٤٠٠ مبحوث ومبحوثة ، ممن لا يعالجون من اضطرابات نفسية أو أمراض جسمية ، موزعين على عينتين على النحو التالى :

١ - عينة الذكور : تكونت هذه العينة من ٢٠٠ مبحوث بمتوسط للعمر ٣٦,٠٤ عاما وانحراف معيارى ٩,٧١ عام ، من الموظفين فى الحكومة وقطاع الأعمال العام ، وكان متوسط عدد سنوات التعليم ١٣,٧٧ عاما ، بانحراف معيارى ١,٨٥ عام .

وزارات للتربية والتعليم العالى والصحة والتأمينات الاجتماعية والزراعة والصحة والمالية والتنمية المحلية والهيئة العربية للتصنيع .

٢ - عينة الإناث : تكونت من ٢٠٠ مبحوثة ، بمتوسط للعمر ٣٤,٥٩ عاما وانحراف معياري ٩,٤٦ عام ، من الموظفات في الحكومة وقطاع الأعمال العام ، وكان متوسط عدد سنوات التعليم لديهن ١٣,٧٨ عاما ، وانحراف معياري ١,٨٥ عام .

وتجدر الإشارة إلى أنه تم حساب اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين الذكور والإناث في العمر وسنوات التعليم ، وتبين أن قيم "ت" غير دالة بما يعنى عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في العمر وسنوات التعليم . أما فيما يتعلق بالحالة الزوجية ، فيوضح الجدول التالي التكرارات والنسب المئوية لكل فئة لدى كل من الذكور والإناث .

جدول (١)

التكرارات والنسب المئوية لفئات الحالة الزوجية

لدى الذكور والإناث

العينة الفئات	الذكور ن = ٢٠٠		الإناث ن = ٢٠٠	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
١ - متزوج	١٢٧	%٦٣,٥	١٢٩	%٦٤,٥
٢ - أعزب	٧٢	%٣٦	٥٩	%٢٩,٥
٣ - مطلق	١	%٠,٥	٤	%٢
٤ - أرمل	-	-	٨	%٤
	٢٠٠	%١٠٠	٢٠٠	%١٠٠

ب) المقاييس :

استخدمنا في الدراسة الحالية أربعة مقاييس ، نقدم فيما يلي وصفا لها والبيانات المتصلة بكفاءتها السيكومترية .

١ - مقياس التعب Fatigue Scale :

أعد الباحث الحالي هذه المقياس في إطار الدراسة الراهنة ، اعتمادا على المحكات والأعراض الخاصة بزملة التعب المزمن (CFS) والواردة بالدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية ICD-10 والصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO, 1992 : pp. 170:171) ، وكذلك للتعريفات المقدمة لهذه الزملة ، ومنها تعريف مركز التحكم في الأمراض والوقاية منها بالولايات

المتحدة الأمريكية والمشار إليه من قبل ، وفي ضوء ذلك تمت صياغة بنود المقياس وعددها ٥٨ بنذا ، يختص ٢٩ بنذا منها بالمظاهر النفسية للتعب كالشعور بالارهاق النفسى والعقلى ، وعدم تحمل التوتر وانخفاض الطاقة النفسية وعدم تحمل الصراعات والخلافات مع الآخرين والشعور بالإحباط والملل وغيرها . ويختص ٢٩ بنذا بالمظاهر والأعراض البدنية للتعب كالنهجان والتعب لأقل مجهود ، والشعور بالألام العضلية وآلام المفاصل والصداع ، واضطراب النوم والشعور بالدوخة وغيرها وقد روعى فى الصياغة وجود بعض البنود السلبية (عكس التعب) وعددها ١٠ بنود ، وذلك تجنباً لتكوين وجهة ذهنية لدى المبحوث ، وتمثل طريقة الاستجابة فى إختيار احد بدائل خمسة هى : (١) حيث لا ينطبق البند ، و (٢) ينطبق إلى حد ما ، و (٣) ينطبق بدرجة متوسطة ، و (٤) ينطبق بدرجة كبيرة ، و (٥) ينطبق تماما ، وتستخرج منه ثلاث درجات ، درجة كلية ، ودرجة للتعب النفسى ودرجة للتعب البدنى ، وقد قمنا بحساب معاملات ثباته وصدقه وهو ما سنعرضه له فى إطار الحديث عن الكفاءة السيكومترية للمقاييس .

٢ - مقياس مثيرات المشقة Stressors Scale :

صمم الباحث الحالى هذا المقياس فى إطار دراسة سابقة له (انظر : شعبان جاب الله رضوان ، ١٩٩٢ ، ص ص ١١٠-١٢١) وكان يتكون من ٧٧ بنذا تغطى عشرة مجالات لأحداث الحياة المثيرة للمشقة ، وفى دراسة أخرى (شعبان جاب الله رضوان ، ١٩٩٥) قمنا بحذف البنود ذات التكرار الصفرى ، أى التى لم يستجيب احد من المبحوثين عليها وذلك لعدم التعرض للحدث خلال الشهور الستة السابقة على موقف التطبيق ، كما حذفنا البنود منخفضة الثبات وأصبح عدد البنود ٥٦ بنذا تغطى تسعة مجالات للأحداث . وفى إطار الدراسة الحالية قمنا بحذف ودمج ١١ بنذا ، تجنباً لتكرار أحداث متشابهة ، أو لعدم ملائمة بعض الأحداث لعينة الموظفين ، بهدف تنقية المقياس ، ورفع قدرته التمييزية ، ومن ثم أصبح المقياس فى صورته المستخدمة فى هذه الدراسة ٤٥ بنذا تغطى عشرة مجالات للأحداث هى : المرض(٤بنود) ، الحوادث (٤بنود) الحالة المالية (٣بنود) ، أحداث الوفاة (بندان) ، الزواج (٤ بنود) ، العمل (١٢ بندا) ، العلاقات الاجتماعية (٩بنود) ، السفر (بندان) ، العلاقة الوالدية والأسرية (٣بنود) ، المسكن (بندان) .

ويطلب من المبحوث أن يضع درجتين لكل بند ، تشير الأولى إلى عدد مرات تكرار الحدث له خلال الشهور الستة السابقة على موقف التطبيق، بينما تعبر الدرجة الثانية عن شدة التأثير السلبى المدرك للحدث عليه وتتراوح هذه الدرجة من (١) حيث عدم التأثير ، إلى الدرجة (٥) عندما يكون التأثير كبيراً جداً . وتجدر الإشارة إلى أننا اعتمدنا فى تحديد الفترة الاسترجاعية

للأحداث بستة شهور على ما انتهت إليه عدة دراسات سابقة في هذا الصدد ، حيث وجدت تناقصاً في معدل استرجاع هذه الأحداث عبر الزمن ، وكذلك تشويها لها عندما تزيد فترة التقدير الاسترجاعي عن عام ، وأشارت إلى أن فترة ستة شهور تعد ملائمة (Monroe, 1982; Tausig, 1982) .

٣ - مقياس أسلوب الحياة الشاق Stressful Life style :

أعدت هذا المقياس هبة أبو النيل ، ويتكون من ٥٥ بنداً تكشف عن مجموعة العادات والأنشطة التي يصاحب أداءها الشعور بالمشقة وتغطي تسعة مكونات كبرى ، يندرج تحت بعضها عدد من المكونات الفرعية وهذه المكونات الكبرى هي :

- ١ - سوء إدارة الوقت .
- ٢ - أداء الأنشطة في ظل الإجهاد البدني وعدم الاستمتاع بأوقات الراحة والفراغ .
- ٣ - العجز عن تحديد الأولويات عند أداء المهام المتعددة .
- ٤ - ممارسة الأنشطة اليومية وأداء المهام بإيقاع سريع مثير للتوتر .
- ٥ - الاندفاع والتورط في القيام بالتزامات تفوق قدرة الفرد وسوء التخطيط .
- ٦ - إدارة مواقف التفاعل الاجتماعي في ظل مناخ مثير للتوتر .
- ٧ - المراقبة الزائدة للذات .
- ٨ - السيطرة والالتزام الصارم بالنظام والدقة في أداء المهام المثيرة للتوتر في مواقف التعاون مع الآخرين .
- ٩ - ضعف استخدام استراتيجيات تحسين الكفاءة في أداء المهام .

وتتطلب طريقة الإجابة عن بنود المقياس أن يحدد المبحوث درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتدرج من (صفر) لا ينطبق ، (١) ينطبق بدرجة ضعيفة ، و(٢) ينطبق بدرجة متوسطة ، إلى (٣) ينطبق بدرجة كبيرة . وتصل الدرجة القصوى على المقياس إلى ١٦٥ درجة (هبة أبو النيل ، ٢٠٠٤ ، ص ص ١٣ : ١٥) .

٤ - مقياس أسلوب الحياة الانسحابي Withdrawal Life style Scale :

أعدت هذا المقياس أيضاً هبة أبو النيل ، وتتكون للنسخة المستخدمة في الدراسة الحالية من ٢٢ بنداً تكشف عن مجموعة العادات والأنشطة التي يصاحب أداءها الشعور بالانكباب ، وتناول الجوانب التالية :

- ١ - انتقاد المبادأة في الموقف الاجتماعية .

- ٢ - فقد الاهتمام بممارسة الأنشطة الاجتماعية .
- ٣ - تجنب التعبير عن الانفعالات .
- ٤ - افتقاد الاهتمام بالتعبير عن الآراء .
- ٥ - تجنب مواجهة الآخرين .
- ٦ - عدم السعى إلى ممارسة الأنشطة التي تجلب السعادة .
- ٧ - الميل الزائد إلى ممارسة الأنشطة غير الاجتماعية .
- ٨ - الميل إلى أداء المهام الروتينية أكثر من التي تتطلب تجديدًا .
- ٩ - تجنب ممارسة الأنشطة الجديدة .

وتتطلب الإجابة عن بنود المقياس أن يحدد المبحوث درجة انطباق كل بند عليه باستخدام نفس مقياس الشدة ذي النقاط الأربع المتبع في المقياس السابق ، وتصل الدرجة القصوى على هذا المقياس إلى ٦٦ درجة (المرجع السابق ، ص ص ١٥ : ١٦) .

الكفاءة السيكومترية للمقاييس :

نعرض فيما يلي لمعاملات الثبات ومؤشرات ودلائل الصدق للمقاييس الأربعة المستخدمة في إطار الدراسة الحالية ، وذلك على النحو التالي :

(أ) الثبات :

حسب ثبات المقاييس الأربعة المستخدمة في الدراسة الحالية بأسلوبى القسمة النصفية وأفكارونباخ ، على عينتى الدراسة السابقه وصفهما تفصيلا ، ويوضح الجدول التالى رقم (٢) هذه المعاملات .

جدول (٢)

معاملات ثبات المقاييس بطريقتى الفاكرونباخ
والقسمة النصفية (بعد التصحيح) لدى عينتى الدراسة .

الإناث ن = ٢٠٠		الذكور ن = ٢٠٠		العينات المقاييس الأسلوب
القسمة النصفية	ألفا	القسمة النصفية	ألفا	
٠,٨٨	٠,٩٢	٠,٨٩	٠,٩٢	١- التبع (الدرجة الكلية)
٠,٧٩	٠,٨٧	٠,٨١	٠,٨٥	٢- التبع النفسى
٠,٨٨	٠,٨٩	٠,٨٦	٠,٨٨	٣- التبع البنئى
٠,٨٤	٠,٩١	٠,٨٦	٠,٩١	٤- مؤشرات المشقة (تكرار)
٠,٨٥	٠,٩٤	٠,٨٣	٠,٩٣	٥- مؤشرات المشقة (شدة)

٠,٧٤	٠,٨٩	٠,٧٣	٠,٩٠	٦- أسلوب الحياة الشاق
٠,٧٤	٠,٠٨٧	٠,٨٤	٠,٨٨	٧- أسلوب الحياة الامسحي

بالنظر في الجدول السابق يتبين أن جميع معاملات الثبات مقبولة ، سواء بطريقة ألفا كرونباخ أو بالقسمة النصفية لدى كل من الذكور والإناث ، ومن ثم يتحقق شرط الثبات للمقاييس المستخدمة في الدراسة الراهنة .

ب (الصدق :

تعد محاولة التحقق من صدق مقياس معين عملية تراكمية ، وهي تناظر في ذلك عملية التحقق من صحة النظرية العلمية ، ومن ثم فإن دلائل ومؤشرات الصدق المتوفرة من خلال دراسات سابقة تعد خطوة نحو التحقق من هذه الخاصية ، وفيما يلي نعرض لدلائل الصدق للمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية :

١ - فيما يتصل بمقياس التعب ، ونظراً لجدته ، قمنا بتقدير صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين البند وكل من الدرجة الكلية على المقياس والبعد الذي ينتمي إليه البند ، وكذلك الارتباط بين الدرجة على البعد والدرجة الكلية للمقياس ، تجدر الإشارة إلى أن هذا الأسلوب يعد أحد أساليب تقدير صدق المفهوم أو التكوين Construct Validity, (Anastasi, 1990, p. 153) .

وقد اشترطنا لحذف البند عدم دلالة معامل ارتباطه بالبعد والدرجة الكلية للمقياس لدى عينتي الذكور والإناث ، وانتهينا من هذه الخطوة إلى أن جميع البنود كانت ذات معاملات ارتباط دالة سواء بالدرجة الكلية أو بالدرجة على المكون الفرعي ، لدى الذكور أو الإناث فيما عدا البند رقم (١٧) من التعب النفسي والبند رقم (٥٠) من التعب البدني ، حيث لم تكن معاملات ارتباطه دالة لدى العينتين ، ومن ثم تم حذفهما وأصبح المقياس ٥٦ بنداً ، ٢٨ بنداً للتعب النفسي و ٢٨ بنداً للتعب البدني ، أما فيما يتعلق بارتباط الدرجة الفرعية بالكلية ، فقد وجد أن معامل ارتباط درجة التعب النفسي بالدرجة الكلية لدى الذكور ٠,٩٢٣ ، ولدى الإناث ٠,٨٩١ ، وبلغ معامل ارتباط درجة التعب البدني بالدرجة الكلية ٠,٩٣٣ لدى الذكور ، ولدى الإناث ٠,٩٠١ ، كما بلغ معامل ارتباط للتعب النفسي بالبدني لدى الذكور ٠,٦٠٧ ولدى الإناث ٠,٧٢٤ (جميعها دالة عند ٠,٠٠١) ، وتشير هذه الخطوة في مجملها إلى درجة عالية من الاتساق الداخلي ، ومن ثم إلى صدق هذا المقياس . وبالإضافة إلى هذا ، فإن ما تقضى إليه الدراسة الحالية من نتائج حول علاقة التعب بمثيرات المثقة وأسلوب الحياة ، بما يتسق مع الفروض والتنبؤات النظرية ، يمكن أن يعد مؤشرات إضافية لصدق هذا المقياس .

٢ - فيما يختص بمقياس مثيرات المشقة ، فقد توفرت دلائل صدقة من خلال دراستين سابقتين للباحث الحالي (شعبان جاب الله رضوان ، ١٩٩٢ ؛ شعبان جاب الله رضوان ، ١٩٩٥) حيث ارتبطت الدرجة عليه في الدراسة الأولى بالأعراض الاكتئابية لدى عينات من الطلاب والموظفين ، اتساقا مع فروضها . كما تبين من الدراسة الثانية وجود فروق دالة بين الفصامين والأسوياء في بعض الأحداث المثيرة للمشقة ، كما تقدم النتائج الحالية وخاصة ما يتصل منها بعلاقة الدرجة عليه بمظاهر التعب النفسي والبدني ، وأسلوب الحياة الشاق ، مؤشرات لصدقة ، حيث كانت جميع معاملات ارتباطه (التكرار والشدة) دالة بهذه المتغيرات على نحو ما سيتضح عند عرض وتفسير هذه النتائج في ضوء الفروض والنتائج .

٣ - فيما يتعلق بمقياس أسلوبى الحياة الشاق والانسحابى ، فقد قامت هبة أبو النيل (هبة أبو النيل ، ٢٠٠٤) بتقدير صدق هذين المقياسين من خلال عدة إجراءات ، تمثلت في تحليل البنود على عينة قوامها ٢٠٥ مبحوثة، باستخدام أسلوبى الاتساق الداخلى بين بنود المقياس من خلال حساب علاقة البند بالدرجة الكلية على المقياس ، وحساب القدرة التمييزية للبنود بين مجموعتين متعارضتين ، كما قامت الباحثة بتقدير الصدق بطريقتين أخريين هما صدق المضمون عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفى لتمثيلها للمجال محل الاهتمام ، ودعمت هذه الخطوة بحساب معاملات الارتباط بين تقديرات المحكمين لهذا التمثيل ، وصدق التكوين باستخدام التحليل العاملى ، ووفاء بمقتضيات المقام الحالى ، نكتفى بالإشارة إلى أن هذه الإجراءات قد أدت إلى استبعاد عدد من البنود فى المقياسين لضعف ارتباطها بالدرجة الكلية ، أو لضعف قدرتها التمييزية ، ومن ثم ، فإن المقياسين كما استخدمنا فى الدراسة الحالية تتوفر بصدهما دلائل متعددة على صدقهما بما يسمح بالاعتماد على النتائج المستخلصة منهما .

ثالثا : تطبيق المقاييس :

شملت استمارة البحث أربعة مقاييس ، هى مقياس التعب ، ومقياس مثيرات المشقة ، ومقياس أسلوب الحياة الشاق ومقياس أسلوب الحياة الانسحابى ، وقد طبقت معا فى جلسات فردية ، وكانت الجلسة تستغرق حوالى الساعة فى المتوسط .

رابعا : التحليلات الإحصائية للبيانات :

تم إجراء التحليلات الإحصائية التالية بهدف اختبار الفروض الأساسية للدراسة وهى:

١ - الإحصاءات الوصفية للمتغيرات متمثلة فى المتوسطات والانحرافات المعيارية .

٢ - حساب معاملات الارتباط المستقيم بين مظاهر التعب (النفسى والبدنى والدرجة الكلية) وكل من مثيرات المشقة (التكرار والشدة) وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى لدى كل من الموظفين والموظفات على حدة .

٣ - تحليل الانحدار المتدرج باعتبار مثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى متغيرات منبئة ، ومظاهر التعب متغيرات تابعة لدى العينتين .

٤ - اختبار "ت" للكشف عن الفروق ودلالاتها بين الذكور والاناث فى متغيرات الدراسة . وفيما يلى نعرض لما انتهت اليه هذه التحليلات من نتائج .

عرض النتائج :

أولا : الإحصاءات الوصفية :

يعرض الجدول التالى رقم (٣) للمتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة لدى كل من الذكور والاناث .

جدول (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة لدى كل من الذكور والاناث .

الإناث ن = ٢٠٠		الذكور ن = ٢٠٠		العينات المقاييس
الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	
٣١,٤٨	١٤٣,١٦	٣٠,٢٠	١٣٠,١٠	١ - التعب (الدرجة الكلية)
١٧,١٥	٧١,٣٤	١٥,٦٩	٦٦,١٣	٢ - التعب النفسى
١٧,٩٦	٧١,٨٢	١٦,٨٤	٦٣,٩٧	٣ - التعب البدنى
١٧,٦٣	٢٣,٤٧	١٤,٥٤	١٩,٨٦	٤ - مثيرات المشقة (تكرار)
٤٣,٩٣	٦٠,٠٨	٣٦,٤٧	٥٠,٣٧	٥ - مثيرات المشقة (شدة)
٢٢,٢٣	٧١,١٩	٢٣,٦٧	٧٠,٠٧	٦ - أسلوب الحياة الشاق
١٢,٤٠	٢٣,٨٠	١٢,٦١	٢٢,٨٤	٧ - أسلوب الحياة الانسحابى

ثانيا : نتائج معاملات الارتباط المستقيم :

يوضح الجدول التالى رقم (٤) نتائج معاملات الارتباط المستقيم بين مظاهر التعب وكل من

مثيرات المشقة وأسلوب الحياة لدى كل من الذكور والاناث .

جدول (٤)

معاملات الارتباط الممتقيم بين مظاهر التعب وكل من مثيرات المشقة وأسلوب الحياة لدى عينتي الدراسة

الإناث ن = ٢٠٠		الذكور ن = ٢٠٠			العينات مثيرات التعب المشقة وأسلوب الحياة	
التعب البدني	التعب النفسي	التعب (كلى)	التعب البدني	التعب النفسي		التعب (كلى)
٠,٢٣٣	*٠,٣٣٩	***٠,٣١٨	**٠,٢٢٥	**٠,١٨٣	**٠,٢٢٠	١- مثيرات المشقة (تكرار)
٠,٢٢٨	*٠,٢٧٦	***٠,٢٨١	**٠,٢٢٣	*٠,١٦٢	**٠,٢٠٩	٢- مثيرات المشقة (شدة)
٠,٢٩٩	***٠,٣٨٠	***٠,٣٧٨	**٠,٢٠٨	***٠,٢٩٤	***٠,٢٦٩	٣- أسلوب الحياة الشاق
٠,٣٦٤	***٠,٥٤٩	***٠,٥٠٧	٠,٣٥٣	***٠,٤٨٨	***٠,٤٥٠	٤- أسلوب الحياة الانسحابي

* دلالة عند ٠,٠٥ = ٠,١٣٨ ، ** عند ٠,٠١ = ٠,١٨١ ، *** عند ٠,٠٠١ = ٠,٢٣٥

بالنظر في الجدول السابق رقم (٤) يتضح ما يلي :

- ١ - هناك علاقة إيجابية دالة بين مظاهر التعب (الدرجة الكلية والنفسي والبدني) ومثيرات المشقة (التكرار والشدة) لدى الذكور والإناث .
- ٢ - هناك علاقة إيجابية دالة بين مظاهر التعب (الدرجة الكلية والنفسي والبدني) وكل من أسلوبى الحياة الشاق والانسحابي لدى الذكور والإناث .

ثالثا : نتائج تحليل الانحدار المتدرج :

أ) نتائج الذكور :

يوضح الجدول التالي رقم (٥) نتائج تحليل الانحدار التدرج لدى الذكور باعتبار أن مثيرات المشقة (التكرار والشدة) وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى متغيرات منبئة ، ومظاهر التعب (الكلى والنفسي والبدني) متغيرات تابعة .

جدول رقم (٥)

تحليل الانحدار المتدرج باعتبار أن مثيرات المشقة وأسلوبى الحياة متغيرات منبئة ومظاهر التعب متغيرات

تابعة لدى الذكور (ن=٢٠٠)

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	الارتباط المتعدد ر	مربع الارتباط المتعدد	ف	دلالة ف	ت	دلالة ت	معامل الانحدار	القيمة الثابتة
١- الأسلوب الانسحابي	التعب النفسي	٠,٤٨٨	٠,٢٣٨	٦١,٨ ٨	٠,٠٠٠ ٠,١	٧,٨٧	٠,٠٠٠ ٠,١	٠,٤٨٨	٥٢,٢٦
٢- الأسلوب الانسحابي مثيرات المشقة (تكرار)	+	٠,٥٥٥	٠,٢٥٥	٣٣,٧ ٥	٠,٠٠٠ ٠,١	٧,٦٦ ٢,١٢	٠,٠٠٠ ٠,١ ٠,٠٢ ٥	٠,٤٧٤ ٠,١٣١	٤٩,٨٥
١- الأسلوب الانسحابي	التعب البدني	٠,٣٥٣	٠,١٢٥	٢٨,٢ ٠	٠,٠٠٠ ٠,١	٥,٣١	٠,٠٠٠ ٠,١	٠,٣٥٣	٥٣,١٩
٢- الأسلوب الانسحابي مثيرات المشقة (تكرار)	+	٠,٤٥٠	٠,١٦٠	١٨,٧ ٤	٠,٠٠٠ ٠,١	٥,٠٦ ٢,٨٧	٠,٠٠٠ ٠,١ ٠,٠٠٠ ٥	٠,٣٣٣ ٠,١٨٩	٤٩,٤٨
١- الأسلوب الانسحابي	التعب	٠,٤٥٠	٠,٢٠٣	٥٠,٣ ٩	٠,٠٠٠ ٠,١	٧,١٠	٠,٠٠٠ ٠,١	٠,٤٥٠	١٠٥,٤٦

٩٩,٣٤	٠,٤٣٢	٠,٠٠٠	٦,٨٧	٠,٠٠٠	٢٩,٨	٠,٢٣٣	٠,٤٨٢	٢- الأسلوب الانسحابي + مثيرات المشقة (تكرار)	(الدرجة لكلية)
	٠,١٧٣	٠,٠٠٠	٢,٧٦	٠,٠٠٠	٦				

بالنظر في الجدول السابق يتضح أن أسلوب الحياة الانسحابي والدرجة الكلية لتكرار مثيرات المشقة أسهما إسهاما دالا في التنبؤ بكل من مظاهر التعب النفسى والبدنى والدرجة الكلية للتعب لدى الذكور في حين لم يكن لأسلوب الحياة الشاق والدرجة الكلية للشدة المدركة لمثيرات المشقة إسهام دال في التنبؤ بمظاهر التعب لديهم .

ب (نتائج الإناث :

يوضح الجدول التالى رقم (٦) نتائج تحليل الانحدار المتدرج لدى الإناث باعتبار أن مثيرات المشقة (التكرار والشدة) وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى متغيرات منبئة ، ومظاهر التعب (النفسى والبدنى والدرجة الكلية) متغيرات تابعة .

جدول (٦)

تحليل الانحدار المتدرج باعتبار مثيرات المشقة وأسلوبى الحياة متغيرات منبئة ومظاهر التعب متغيرات تابعة

لدى الإناث (ن=٢٠٠)

المتغيرات المنبئة	المتغير لتابع	الارتباط المتعدد المتدرج ^٢	مربع الارتباط	ف	دلالة ف	ت	دلالة ت	معامل الانحدار	القيمة لقائمة
١- الأسلوب الانسحابي ٢- الأسلوب الانسحابي + مثيرات المشقة (تكرار) ٣- الأسلوب الانسحابي + مثيرات المشقة (تكرار) الأسلوب الشاق	التعب النفسى	٠,٥٤٩	٠,٣٠١	٨٥,٣٢	٠,٠٠٠١	٩,٢٤	٠,٠٠٠١	٠,٥٤٩	٥٣,٢٧
		٠,٥٨٨	٠,٣٤٥	٥١,٩٩	٠,٠٠٠١	٨,٣٣	٠,٠٠٠١	٠,٤٩٥	٥٠,٠٨
		٠,٦٠١	٠,٣٦١	٣٦,٩٠	٠,٠٠٠١	٦,٨٤	٠,٠٠٠١	٠,٤٣٩	٤٤,٧٠
١- الأسلوب الانسحابي ٢- الأسلوب الانسحابي + الأسلوب الشاق ٣- الأسلوب الانسحابي + الأسلوب الشاق + مثيرات المشقة (شدة)	التعب البدنى	٠,٣٦٤	٠,٢٣٣	٣٠,٢٩	٠,٠٠٠١	٥,٥٠	٠,٠٠٠١	٠,٣٦٤	٥٩,٢٦
		٠,٣٩٦	٠,١٥٧	١٨,٣٢	٠,٠٠٠١	٣,٩٨	٠,٠٠٠١	٠,٢٨٩	٥١,٩٢
		٠,٤١٨	٠,١٧٤	١٣,٨٠	٠,٠٠٠١	٣,٦٦	٠,٠٠٠١	٠,٢٦٧	٥٠,٤١
١- الأسلوب الانسحابي ٢- الأسلوب الانسحابي + مثيرات المشقة (تكرار)	التعب	٠,٥٥٧	٠,٢٥٧	٦٨,٤٥	٠,٠٠٠١	٨,٢٧	٠,٠٠٠١	٠,٥٠٧	١١٢,٥٣
		٠,٥٤٥	٠,٢٩٦	٤١,٥١	٠,٠٠٠١	٧,٤٠	٠,٠٠٠١	٠,٤٥٦	١٠٦,٩٨

٩٥,٥٨	٠,٣٩٢	٠,٠٠٠١	٥,٩٠	٠,٠٠٠١	٣٠,٣٥	٠,٣١٧	٠,٥٦٣	(الدرجة للكلية) + مشيرات المشقة (تكرار) + الأسلوب الشاق
	٠,١٨١	٠,٠٠٤	٢,٩٤					
	٠,١٦٢	٠,٠١٦	٢,٤٤					

بالنظر في الجدول السابق رقم (٦) يتضح ما يلي :

١ - يسهم أسلوب الحياة الانسحابي والدرجة الكلية لتكرار مثيرات المشقة وأسلوب الحياة الشاق إسهامًا دالًا بالترتيب السابق في التنبؤ بمظاهر التعب النفسي والدرجة الكلية للتعب لدى الإناث ، في حين لم تكن للشدة المدركة لمثيرات المشقة إسهام دال في هذا الصدد لديهن .

٢ - يسهم أسلوب الحياة الانسحابي والشاق والشدة المدركة لمثيرات المشقة إسهامًا دالًا في التنبؤ بمظاهر التعب البدني لدى الإناث ، في حين لم تكن للدرجة الكلية لتكرار مثيرات المشقة إسهام دال في التنبؤ بهذه المظاهر لديهن .

رابعًا : نتائج اختبار "ت" :

يوضح الجدول التالي رقم (٧) قيم "ت" ودلالاتها للفروق بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة .

جدول (٧)

قيم "ت" ودلالاتها للفروق بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة

المتغيرات	قيمة "ت"	دلالة "ت"
١ - التعب (الدرجة الكلية)	٤,٢٤	دالة عند ٠,٠٠١
٢ - التعب النفسي	٣,٢٦	دالة عند ٠,٠١
٣ - التعب البدني	٤,٥٦	دالة عند ٠,٠٠١
٤ - مثيرات المشقة (تكرار)	٢,٢٩	دالة عند ٠,٠٥
٥ - مثيرات المشقة (شدة)	٢,٤١	دالة عند ٠,٠٥
٦ - أسلوب الحياة الشاق	٠,٤٩	غير دالة
٧ - أسلوب الحياة الانسحابي	٠,٧٧	غير دالة

بالنظر في الجدول السابق يتضح ما يلي :

١ - توجد فروق دالة بين الإناث والذكور في كل من الدرجة الكلية للتعب والتعب النفسي والتعب البدني ومثيرات المشقة سواء من حيث الدرجة الكلية للتكرار أو الشدة المدركة ،

وبالرجوع لمتوسطات هذه المتغيرات لدى العينتين في جدول (٣) ، نجد أن هذه الفروق في اتجاه ارتفاع الإناث عن الذكور في جميع المتغيرات السابقة .

٢ - لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في كل من أسلوب الحياة الشاق والانسحابي .
وبهذا ننتهى من وصف ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج ويبقى أن نقوم بمناقشتها وتفسيرها ، وهذا ما يختص به الجزء التالي .

مناقشة وتفسير النتائج :

نحاول في هذا الجزء من الدراسة إلقاء الضوء على النتائج التي انتهت إليها الدراسة الراهنة من خلال الوقوف على مدى تحقق الفروض ، وموقع هذه النتائج من التراث البحثي والإطار النظري ، وكذلك ما يمكن أن تثيره من تنبؤات وفروض تخضع للدراسة سعياً نحو مزيد من فهم الظاهرة .

وبدءاً بالفرض الأول والذي يشير إلى "وجود علاقة إيجابية دالة بين مظاهر التعب النفسي والبدني وكل من مثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى لدى الذكور والإناث " وبالنظر في نتائج معاملات الارتباط نجد أن هذا الفرض تحقق تماما ، حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة بمستويات مرتفعة ، وذلك لدى كل من الذكور والإناث ، وتبرز هذه النتيجة دلالتين ، تتعلق أولاهما بالدور الذى تقوم به مثيرات المشقة متمثلة في أحداث الحياة السلبية في ترسيب مظاهر التعب المختلفة النفسية والبدنية لدى كل من الذكور والإناث ، والتي قد تتحول إلى أعراض مزمنة بمرور الوقت ، وتشكل ما يسمى بزملة التعب المزمن .

وبالإضافة إلى هذا الدور الذى تقوم به العوامل النفسية الاجتماعية ، تقوم المتغيرات الشخصية بالتهيؤ لمظاهر التعب وهذه هي الدلالة الثانية للنتيجة الخاصة بتحقيق الفرض الأول ، حيث تتمثل هذه المتغيرات في الدراسة الحالية في أسلوب الحياة غير الصحى الذى يمارس به الفرد النشاطات والمهام والأدوار المختلفة المنوطة به سواء في سياق العمل أو الأسرة أو العلاقات الاجتماعية بما ينعكس سلبيا على صحته النفسية والجسمية ، ويتحدد هذا الأسلوب غير الصحى في الحياة في هذا السياق بأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى فعلى الرغم من تباين الأسلوبين ، فقد ارتبطا إيجابيا بمظاهر التعب النفسى والبدنى لدى عينتى للدراسة على السواء، بما يشير إلى أن كلا الأسلوبين غير صحى ، فنور الأسلوب الشاق في الحياة لا يحسنون إدلرة للوقت سواء في ممارسة الأنشطة اليومية أو عندما يقومون بأداء للمهام المنوطة بهم أو يجعلون للمهام تتراكم عليهم ولا يوفون بالتزاماتهم ، كما أنهم يستغرقون في التفاصيل التي تضيق الوقت دون جدوى منها ، كما يؤدون الأنشطة في ظل الاجهاد البدنى ولا يستمتعون بأوقات للراحة أو

الفراغ ويعجزون عن تحديد الأولويات ، ويتميزون بسرعة الإيقاع في أداء الأعمال بما يجعلهم يشعرون بالتوتر ، ويراقبون ذواتهم بدرجة عالية ، وتقرب هذه الخصال للأسلوب الشاق من خصال نوى النمط "أ" من الشخصية Type A والذي يرتبط بالتعرض لأمراض جسمية خطيرة كأمراض القلب وخاصة أمراض الشريان التاجي ، كما انتهت إلى ذلك دراسات عديدة (انظر : جمعة سيد يوسف ، ١٩٩٤) .

أما نوى الأسلوب الانسحابي في الحياة فهم ليسوا اقل عرضة للتعرض لمظاهر التعب، فعلى الرغم من أن الخاصية الأساسية المميزة لنوى هذا الأسلوب هي التجنب والتحاشي أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية ، فإن هذا لا يقيهم من الإصابة بالتعب، ومن ثم يعد أسلوبا سلبيا وغير صحي أيضا، ولذا فإن أساليب الحياة الإيجابية والتي يسعى الفرد من خلالها لتحسين التوافق مع ما يواجهه من أحداث حياتية مثيرة للمشقة، ومن ذلك أساليب المواجهة أو التعايش Coping والتي تتعامل مع المشكلة على نحو مباشر، تعد هي الأفضل والأكثر ملاءمة في سياق الحياة اليومية للوقاية من هذه الأعراض، وهذا ما تدعمه نتائج بعض الدراسات السابقة (Collier, 2002) .

وبشكل عام ، فإن النتيجة السابقة الخاصة بالفرض الأول تتسق مع نتائج عدد من الدراسات السابق منها : (Hatcher & House, 2003; Lim et al; 2003, Garralda & Rangel, 2004) حيث تشير إلى وجود علاقة مباشرة بين مثيرات المشقة المختلفة على نحو خاص وبدء أو استمرار أعراض زملة التعب المزمن ، ومن ثم فإن مثيرات المشقة ترتبط بنشأة أعراض التعب النفسي والبدني ، سواء لدى أفراد أصحاء أو من شخصوا سيكياتريا بزملة التعب المزمن، كما أن استمرار هذه الأعراض وإزمانها مرهون باستمرار هذه الأحداث المثيرة للمشقة حيث تزيد هذه الأعراض في درجتها ، كما تتحول من الحالة الحادة إلى المزمنة .

كما تدعم دراسات أخرى النتيجة السابقة حول علاقة مظاهر التعب بأسلوب الحياة غير الصحي ، ولكن بشكل غير مباشر ومن ذلك (Geir, 1995; Borg & Kristensen, 2000) .

ووفقاً لما سبق يبرز دور عمليتي الوقاية والتأهيل ، وذلك من خلال محاولة خفض الأحداث السلبية التي يتعرض لها الفرد ، وبخاصة تلك التي يمكن التحكم فيها من خلال تنمية وعيه بهذه الأحداث وبناتجها السلبية على صحته النفسية والجسمية ، وأيضاً بالأساليب الإيجابية لمواجهتها أو التعايش معها ، كما يبرز الدور الوقائي أيضاً فيما يتعلق بتدريب الأفراد على استخدام أساليب الحياة الصحية ، أو الإيجابية والتي تنتج نحو المشكلة وتعديل أساليب الحياة غير

الصحية ، سواء الأسلوب الشاق أو الانسحابى باعتبارهما أساليب مفضية إلى عوائد سلبية على الصحة العامة .

وأخيرا ، تجدر الإشارة إلى أنه إذا كان تحقق الفرض السابق يبرز علاقة مظاهر التعب بمثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى، فإن هذا لا يعنى استيعاب المتغيرات المهيئة Predisposing والمرسبة Precipitation لأعراض التعب من خلال هذين المتغيرين فقط وهما مثيرات المشقة وأسلوب الحياة ، ولكنه يشير إلى أنهما عنصران أو مكونان من منظومة المتغيرات النفسية الاجتماعية والشخصية ذات العلاقة بمظاهر التعب، مع إمكانية وجود متغيرات أخرى بيولوجية وشخصية واجتماعية وفيزيائية ذات علاقة أيضا بنشأة مظاهر التعب واستمرارها أو ازمانها .

وفيما يتعلق بالفرض الثانى والذى يشير الى تسهم مثيرات المشقة وأسلوبا الحياة الشاق والانسحابى اسهاما دالا فى التنبؤ بمظاهر التعب النفسى والبدنى لدى كل من الذكور والإناث وبالرجوع إلى نتائج تحليل الانحدار لدى العينتين ، نجد أن هذا الفرض قد تحقق بدرجة كبيرة وخاصة لدى الإناث ، حيث أسهم أسلوب الحياة الانسحابى وتكرار مثيرات المشقة فى التنبؤ بمظاهر التعب سواء النفسى أو البدنى أو الدرجة الكلية للتعب لدى الذكور ، ولم يكن لأسلوب الحياة الشاق أو الشدة المدركة لمثيرات المشقة إسهام دال فى هذا الصدد ، فى حين كانت المتغيرات المنبئة بالتعب أكثر لدى الإناث ، وهذا ما سيتضح من خلال المقارنة التفصيلية بين الذكور والإناث عند مناقشتنا للفرض الثالث ، حيث أسهم أسلوب الحياة الانسحابى وتكرار مثيرات المشقة كما لدى الذكور فى التنبؤ بالتعب ، ولكن برز أيضا الاسهام الدال للشدة المدركة لمثيرات المشقة وكذلك أسلوب الحياة الشاق فى التنبؤ بمظاهر التعب لدى الإناث، على الرغم من تباين هذه المنبئات عبر الدرجات الثلاث للتعب لديهن ، وتجدر الإشارة إلى أن هذه النتيجة تتصل فى مجملها بالنتيجة السابقة المتصلة بالفرض الأول حول العلاقة الارتباطية ، ولكن النتيجة الحالية تعد أكثر عمقا فهى تتجاوز مستوى العلاقة الى مستوى التنبؤ من خلال تحليل الانحدار، ولذا وجدنا بعض الفروق بين نتائج الفرضين ، ففى حين كانت جميع العلاقات الارتباطية دالة لدى العينتين، جاءت نتائج تحليل الانحدار مختلفة الى حد ما سواء داخل العينة الواحدة أو عبر العينتين على نحو ما أشرنا .

وتشير النتيجة المتعلقة بهذا الفرض إلى أن أسلوب الحياة الانسحابى وليس الشاق ، وكذلك تكرار مثيرات المشقة وليس إدراك شدتها هما للعاملان الحاسمان فى التنبؤ بمظاهر التعب النفسى والبدنى لدى للذكور وتوحى للنتيجة السابقة بأن مظاهر التعب تتوقف على طبيعة أسلوب الحياة الذى يستخدمه الذكور ، فليس كل أسلوب غير صحى ينبئ بالتعب لديهم ، ولكن يبدو أن الأسلوب

الانسحابى بما يتضمنه من تجنب وتحاشى للعلاقات والمواقف والنشاطات الاجتماعية يعد الأكثر دلالة فى هذا الصدد ، والذي قد لا يتفق مع التتميطات الاجتماعية حول الخصال الذكورية ، كالإقدام والمشاركة الاجتماعية، فى حين أن الأسلوب الشاق والذي يعكس القدرة على التحمل والانجاز وكذلك إدراك شدة الأحداث بما يتفق مع هذه التتميطات ، لا تكون له مثل هذه الدلالة ، ومن ثم ينبئ الأول متفاعلا مع تكرار الأحداث السلبية بمظاهر التعب لديهم .

وفيما يتعلق بالإناث فإن مظاهر التعب لديهن تنبئ بها كل المتغيرات السابقة ، وأن تباينت فى بعض جوانبها عبر هذه المظاهر ، فالأسلوب الانسحابى يعد أيضا الأكثر دلالة وأهمية فى التنبؤ بالتعب لديهن وكذلك تكرار مثيرات المشقة ولكن الأسلوب الشاق كان منبئا أيضا بالتعب النفسى والبدنى والكلى لديهن ، فى حين أسهمت الشدة المدركة للأحداث فى التنبؤ بالتعب البدنى فقط لديهن، وتعكس هذه النتيجة الخاصة بالإناث عموما تعدد المتغيرات المسهمة فى التعب لديهن ، بما يعنى أيضا أن الإناث ربما يكن أقل مقاومة ومن ثم أكثر عرضة لأمراض التكيف التى أشار إليها هانز سيلى Selye فى حديثه عن زملة التكيف العام General Adaptation Syndrome والتى تتكون من ثلاث مراحل هى الإنذار Alarm والمقاومة Resistance والإنهاك Exhaustion أو التعب Fatigue والذي ينشأ عند فشل المقاومة ، وبشكل عام فإن هذه النتيجة المتعلقة بالفرض الثانى تتسق مع النتيجة الخاصة بالفرض الأول وتكملها ، حيث تحدد منبئات التعب على نحو أكثر دقة لدى الذكور والإناث .

وفيما يختص بموقع هذه النتيجة من التراث ومدى اتساقها أو تعارضها مع ما انتهت إليه الدراسات السابقة فى هذا الصدد ، يمكن القول بأنها تتسق بشكل عام مع الدراسات الارتباطية أو الفارقة فى مجال التعب ، نظرا لندرة الدراسات التى تسعى الي التنبؤ بالتعب سواء لدى الذكور أو الإناث ، ومن ذلك (Nisenbaum et al. 1998; Wagner & Raphael et al., 1999; Harding et al., 2002; Masuda et al., 2002; Smith et al., 2003; Lim et al., 2003; Fossey et al., 2004) .

وفيما يتعلق بالدلالة التطبيقية للنتيجة المتصلة بالفرض الثانى ، فهى تتصل أيضا بالدلالة المستخلصة من العلاقة الارتباطية فى الفرض الأول ، حيث يجب تحديد المنبئات الخاصة بالتعب لدى كل من الذكور والإناث سواء فيما يختص بمثيرات المشقة من حيث التكرار والشدة أو من حيث أسلوب الحياة الأكثر دلالة فى التنبؤ بالتعب لدى كل منهما ، وذلك عند تصميم البرامج الوقائية والإرشادية أو التأهيلية لذوى أعراض التعب الحاد أو المزمن ، نظرا للأثار السلبية المترتبة على التعب ، ومن ذلك اختلال القدرة على التعلم والذاكرة اللفظية فى جانب الاستدعاء وفقا لما انتهت إليه دراسة دى لوكا وآخرين (Deluca et al., 2004) .

وانتقالا للفرض الثالث والذي ينص على " تختلف المنبئات بمظاهر التعب النفسى والبدنى بين الذكور والإناث". ونظرا لاستقلالية نتائج الانحدار لدى الذكور عن الإناث ، سنقوم بتلخيص هذه النتائج فى الجدول التالى رقم (٨) حتى المقارنة أكثر دقة ، توطئة لمناقشتها .

جدول (٨)

المنبئات بمظاهر التعب لدى كل من الذكور والإناث .

المنبئات بالتحعب لدى الإناث	المنبئات بالتحعب لدى الذكور	المنبئات / متغيرات التعب
١ - الأسلوب الانسحابى ٢ - تكرار مثيرات المشقة ٣ - الأسلوب الشاق	١ - الأسلوب الانسحابى ٢ - تكرار مثيرات المشقة	١ - الدرجة الكلية للتعيب
١ - الأسلوب الانسحابى ٢ - تكرار مثيرات المشقة ٣ - الأسلوب الشاق	١ - الأسلوب الانسحابى ٢ - تكرار مثيرات المشقة	٢ - التعب النفسى
١ - الأسلوب الانسحابى ٢ - الأسلوب الشاق ٣ - الشدة المدركة لمثيرات المشقة	١ - الأسلوب الانسحابى ٢ - تكرار مثيرات المشقة	٣ - التعب البدنى

بالنظر فى الجدول السابق ، يتبين ان الفرض السابق تحقق جزئيا ، حيث اشترك الذكور والإناث فى بعض المنبئات ، واختلفوا فى البعض الأخر ، فبالنسبة لكل من الدرجة الكلية للتعيب والتعب النفسى ، اتفقت العينتان فى متغيرى أسلوب الحياة الانسحابى وتكرار مثيرات المشقة كمنبئات بهما ، فى حين أضيف أسلوب الحياة الشاق كمنبئ ثالث بهما لدى الإناث ، أما فيما يتعلق بالتعب البدنى فكانت درجة الاختلاف أكبر ، حيث اتفق الذكور والإناث فى متغير أسلوب الحياة الانسحابى فقط كمنبئ به ، فى حين كان تكرار مثيرات المشقة مميذا للذكور ، وكان متغيرا أسلوب الحياة الشاق والشدة المدركة لمثيرات المشقة مميزين للإناث فى التنبؤ بالتعب البدنى .

وبالنظر فى النتيجة السابق ، نجد أن الفروق بين الذكور والإناث فى المنبئات بالتحعب تتبلور فى جانبين هما :

١ - تمثلت المنبئات لدى الذكور فى متغيرين فقط هما أسلوب الحياة الانسحابى وتكرار مثيرات المشقة ولستبعد متغيرا أسلوب الحياة للشاق والشدة المدركة لمثيرات المشقة ، فى حين سهمت جميع المتغيرات فى التنبؤ بالتعب لدى الإناث .

٢ - اتسق المتغيران المنبئان بالتعب لدى الذكور عبر درجاته الثلاث ، فى حين تباينت المنبئات به لدى الإناث عبر هذه الدرجات ، وخاصة فيما يتعلق بالتعب البدنى .

وفىما يتعلق بهذه الفروق ، يمكن القول ، كما سبق أن أشرنا عند مناقشتنا للفرض الثانى ، أن التتميطات الاجتماعية ، وكذلك الفروق البيولوجية ربما تسهم بدور فى هذا القدر من الاختلاف ، من حيث كم ونوع المتغيرات المنبئة بالتعب لدى كل من الذكور والإناث ، فالتتميطات الاجتماعية تسهم فى تشكيل صورة اجتماعية وذاتية مدعمة بالجوانب البيولوجية المميزة لكل منهما ، حول الخصال والخصائص النفسية والبدنية ، من ذلك القدرة على تحمل المشاق أو الإدراك الذاتى لشدة الأحداث والخبرات الحياتية السلبية وكيفية مواجهتها ، ومن ثم فأسلوب الحياة الانسحابى وليس الشاق كان المنبئ الدال بالتعب لدى الذكور ، وكذلك تكرار مثيرات المشقة وليس ادراك شدتها ، فى حين أسهمت جميع المتغيرات فى تباين التعب لدى الإناث ، وخاصة أسلوبى الحياة الشاق والانسحابى ، حيث كان اسهامها دالا فى مظاهر التعب المختلفة ، فى حين ميز تكرار مثيرات المشقة التعب النفسى وميزت الشدة المدركة لهذه المثيرات التعب البدنى لديهن .

وعلى الرغم من هذا ، فإن النتيجة السابقة تشير أيضا إلى وجود قدر من التشابه فى المنبئات بمظاهر التعب بين الذكور والإناث ، والذي قد يعزى إلى أن كليهما يعيش سيقا نفسيا اجتماعيا واحدا ، فيخبرون أحداثا ومواقف اجتماعية مشتركة .

وفىما يتعلق بموقع النتيجة السابقة فى التراث ، فلم نجد دراسات مباشرة قارنت بين الذكور والإناث من حيث المتغيرات المنبئة بالتعب ، ولكن توجد دراسة أشرنا لها من قبل وهى دراسة هاردينج وآخرين (Harding et al., 2002) ، قارنت بينهما فى درجة التعب ، حيث وجدت أن الإناث أعلى من الذكور ، وهذا ما سنتعرض له فى إطار مناقشتنا للفرض الرابع .

وأخيرا ، فإن الدلالة التطبيقية لهذه الفروق وأيضا جوانب التشابه فى المنبئات بالتعب بين الذكور والإناث تتمثل فى برامج الوقاية والإرشاد والتأهيل التى تصمم لكل منهما ، وذلك من خلال التدريب على أساليب الحياة الصحية أو التوافقية وتعديل الأساليب غير الصحية ، ومن خلال خفض مثيرات المشقة سواء من حيث تكرارها أو إدراك شدتها وبخاصة تلك التى يمكن التحكم فيها بهدف الوقاية من التعب أو خفض الآثار السلبية له على الفرد .

وفىما يتعلق بالفرض الرابع والأخير ، والذي يشير إلى انه توجد فروق دالة بين الذكور والإناث فى مظاهر التعب النفسى والبدنى ومثيرات المشقة وأسلوبى الحياة الشاق والانسحابى ، فى إتجاه ارتفاع الإناث مقارنة بالذكور" . وبالرجوع الى نتائج اختبار "ت" ودلالاتها ، يتبين أن

هذا الفرض قد تحقق بدرجة كبيرة ، حيث وجدت فروق دالة بين الذكور والإناث فى درجات التعب النفسى والبدنى والكلى ومثيرات المشقة سواء من حيث التكرار أو الشدة ، فى اتجاه ارتفاع الإناث على هذه المتغيرات مقارنة بالذكور ولم توجد فروق دالة بينهما فى أسلوبى الحياة الشاق والانسحابى .

وفىما يتعلق بالشق الأول من النتيجة السابقة والخاص بوجود فروق بين الذكور والإناث فى التعب ومثيرات المشقة ، فإنه يمكن تفسيرها فى إطار ما سبق طرحه من فروق بينهما فى عدد من الجوانب منها القدرة على التحمل والمقاومة والصلابة النفسية والبنية الجسمية ، وعوامل الاستهداف البيولوجى للتعب ، وأيضا الفروق فى التنشئة الأسرية ، وبعض الخصال الشخصية التى من شأنها أن ترتبط بتكرار وإدراك مثيرات المشقة على نحو أكثر شدة مقارنة بالذكور .

وبشكل عام فإن ارتفاع الإناث عن الذكور فى مظاهر التعب المختلفة يتسق مع ما توصلت إليه دراسة سابقة فى هذا الصدد (Harding et al., 2002) .

كما يتسق على نحو غير مباشر مع ما انتهت إليه دراسة هول وزملائه من أن الإناث يحصلن على درجات أعلى من الذكور فى أعراض المشقة (Hall et al., 1984) .

أما فيما يتعلق بالفروق فى مثيرات المشقة ، فتتسق مع ما توصل إليه الباحث الحالى فى دراسة سابقة ، حيث كانت الطالبات اعلى من الطلاب فى مثيرات المشقة سواء من حيث التكرار أو للشدة المدركة لها (شعبات جاب الله رضوان ، ١٩٩٢) .

وتتمثل دلالة النتيجة السابقة حول حصول الإناث على درجات أعلى من الذكور فى متغرى التعب ومثيرات المشقة فى أهمية توجيه البرامج الوقائية والارشادية والعلاجية نحو الإناث وخاصة الموظفين منهن ، بهدف تحسين التوافق النفسى والاجتماعى لديهن .

وفىما يتصل بالشق الثانى من النتيجة والخاص بعدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث فى أسلوبى الحياة الشاق والانسحابى ، فإن هذه الجزئية يجب مناقشتها فى ضوء الفروق بينهما فى المتغيرات المنبئة بالتعب والتى نوقشت فى إطار الفرضين الثانى والثالث حتى لا يبدو أن هناك تعارضا بين للنتيجتين ، حيث كان أسلوب الحياة الانسحابى منبئا بالتعب لدى كل من الذكور والإناث ، فى حين كان أسلوب الحياة الشاق منبئا بالتعب لدى الإناث فقط ، حيث تعكس النتيجة الأخيرة دور أسلوب الحياة الشاق فى نشأة مظاهر التعب لدى الإناث ولهن أكثر تأثرا بهذا الأسلوب مقارنة بالذكور ، ولكنها لا تعنى تفوق الإناث على الذكور فى هذا الأسلوب الشاق ، وهذا ما تدعمه النتيجة الحالية من عدم وجود فروق دالة بينهما فى أسلوبى الحياة الشاق

والانسحابى ، والتي يمكن تفسيرها فى ضوء القدر المشترك من متغيرات السياق الاجتماعى والثقافى والحضارى ، وخاصة ما يتصل منها باكتساب وتعلم أساليب الحياة عامة، وأساليب الحياة غير الصحية أو الخاطئة خاصة ، وفى هذا الصدد يبرز دور المؤسسات التعليمية والتربوية والتنشئية على نحو أخص .

وبشكل عام ، فإن هذه النتيجة تتسق مع ما انتهت إليه بعض الدراسات السابقة من عدم وجود فروق بين الذكور والإناث فى متغيرات أسلوب الحياة ومنها عادات النوم والتغذية وممارسة الأنشطة الرياضية (Vingerhoets et al., 1990) .

وأخيراً ، تجدر الإشارة الى عدد من الدلالات والنتائج المستخلصة من الدراسة الحالية :

١ - أبرزت الدراسة الحالية علاقة أساليب الحياة غير الصحية ممثلة فى أسلوبى الحياة الشاق والانسحابى وكذلك مثيرات المشقة بمظاهر التعب لدى كل من الذكور والإناث .

٢ - كشفت الدراسة أيضا عن بعض المتغيرات المنبئة بمظاهر التعب لدى كل من الذكور والإناث والفروق بينهما فى هذا الصدد .

٣ - توحى النتائج بإمكانية الكشف عن دور بعض المتغيرات الأخرى سواء فى التهيؤ للتعب أو ترسيبه ومنها السمات الشخصية وأساليب التنشئة والأساليب المعرفية كأسلوب العز ، وأيضا العوامل الوراثية والبيولوجية .

٤ - أهمية الكشف عن دور التعب فى بعض الظواهر المهددة للحياة أو المرتبطة بحدوث إعاقة معينة ومنها ارتكاب الحوادث ، وبخاصة حوادث السيارات .

٥ - يسهم إبراز دور بعض المتغيرات المهيئة والمرسبة لمظاهر التعب فى التخطيط الجيد لبرامج الوقاية والعلاج والتأهيل سواء للمرتفعين فى هذه المظاهر من الجمهور العام أو من ذوى زملة التعب المزمن

وبهذا ننتهى من مناقشة وتفسير ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج ، وما أفضت إليه من دلالات .

قائمة المراجع

- ١- تريفور باول (٢٠٠٥). الصحة النفسية ، ترجمة قسم الترجمة بدار الفاروق ، القاهرة : دار الفاروق للنشر والتوزيع .
- ٢- جمعة سيد يوسف (١٩٩٤). علاقة نمط السلوك "أ" بالأعراض المرضية الجسمية والنفسية : دراسة مقارنة ، مجلة كلية الآداب - جامعة القاهرة ، العدد ٦١ ، ص ٧٣-١٠٧ .
- ٣- شعبان جاب الله رضوان (١٩٩٢). العلاقة بين أحداث الحياة ومظاهر الاكتئاب ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب - جامعة القاهرة .
- ٤- شعبان جاب الله رضوان (١٩٩٥). مثيرات المشقة وأساليب مواجهة المشكلات لدى الفصامين والأسوياء : دراسة مقارنة ، مجلة بحوث كلية الآداب - جامعة المنوفية، العدد الحادى والعشرون ، ص ص ٢٤٩ - ٢٧١ .
- ٥- عائشة السيد رشدى (٢٠٠٥). دراسة فارقة بين فنتى التعب الحاد والمزمن فى عدد من المتغيرات الإكلينيكية المرتبطة بالتعب وبعض المتغيرات النفسية (دراسة استكشافية) المجلة المصرية للدراسات النفسية ، المجلد الخامس عشر ، العدد ٤٧ ، ص ص ١٨٠-٢٠٩ .
- ٦- محمد سعد (٢٠٠٢) العلاقة بين مثيرات المشقة وتعاطى المواد النفسية لدى عمال الصناعات الثقيلة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب - جامعة القاهرة.
- ٧- هبة أبو النيل (١٩٩٨) علاقة أسلوب الحياة بالاستهداف لتعاطى المواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب لدى طلبة الجامعة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة .
- ٨- هبة أبو النيل (٢٠٠٢) . الفروق فى أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات مرض الاضطرابات السيکوسوماتية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- ٩- هبة أبو النيل (٢٠٠٤) . بطارية اختبارات أسلوب الحياة وأحداث الحياة ، للقاهرة: مركز البحوث والدراسات النفسية ، كلية الآداب - جامعة القاهرة .

- 10- Abrams, L. (2003) *Chronic fatigue syndrome*. Thomson, Lucent Book.
- 11- Abramson, L.Y., Seligman M.E.P. & Teasdale, T.D., (1978) Learned Helplessness in Humans : Critique and Reformulation, *J. of Abnormal Psychology*, vol. 87, No. 1, pp. 49-74.
- 12- Afari, N. & Buchwald, D. (2003) Chronic Fatigue Syndrome : A Review, *American Journal of Psychiatry*, 160(2) 221-236.
- 13- Anastasi, A. (1990). *Psychological Testing*, New York : Mac Millan Publishing Co., 6th ed.
- 14- Bell, D.S.; Robinson, M. & Jordan, K. (2001) Thirteen year follow – up of children and Adolescents with chronic fatigue syndrome, *Pediatrics*, vol. 107, Issues, pp. 994-1005.
- 15- Ben-Zur, H.; Rappaport, B.; Ammar, R. & Uretzky, G. (2000) Coping strategies, life style changes and pessimism after open – heart surgery , *Health and social work*, vol. 25(3) 201-209.
- 16- Borg, V. & Kristensen, T.S. (2000) Social class and self – rated health : Can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social science & Medicine*, 51, 1019-1030.
- 17- Bryant, D.; Chiaravalloti, N.D. & Deluca, J. (2004) objective measurement of cognitive fatigue in multiple sclerosis, *Rehabilitation Psychology*, 49 (2) 114-122.
- 18- Careil, J.; Levin, J.S. & Jaco, E.G. (1985) Life style: An Emergent concept in The sociomedical sciences, *Culture, Medicine & Psychiatry*, 9 (85), 423-437.
- 19- Cockerham, C.W., Abelk T. & Luschen, G. (1993) Max Weber formal Rationality and Health life styles, *The Sociological Quarterly*, 34 (3) 413-425.
- 20- Collier, J. M. (2002). Predicors of Quality of Life and adjustment to Chronic Fatigue Syndrome, *Dissertation Abstracts International*, Section B: The Sciences and Engineering, vol . 62 (10-B)4776.
- 21- Deluca, J.; Christodoulou, C.; Diamond, B.J.; Rosenstein, E.D.; Kramer, N.; Ricker, J.H. & Natelson, B.H. (2004) The Nature of Memory impairment in Chronic Fatigue Syndrome, *Rehabilitation Psychology*, vol. 49, No.1, 62-70.
- 22- Dickinson, C.J. (1997). Chronic Fatigue Syndrome: aetiological aspects (Abstract), *European Jpurnal of Clinical Investigation*, 27,4.
- 23- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1974). A Bried Historical introduction to research on stressful Life events, in : B.S. Dohrenwend & B.P Dohrenwend (Eds.)

- Stressful Life – Events: Their nature and effects*, New York : John Wiley & Sons, pp. 1-5.
- 24- Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (1979), The conceptualization and Measurement of Stressful Life- Events: An overview of The issues, in: R.A. Depue (Ed.) *The Psychobiology of the Depressive Disorders: implications for the effects of stress* ; New York : Academic press, pp. 105-121.
 - 25- Fossey, M.; Libman, E.; Bailes, S.; Baltzan, M.; Schondorf, R.; Amsel, R. & Fichten C.S. (2004) Sleep Quality and Psychological Adjustment in chronic Fatigue syndrome *Journal of behavioral Medicine*, vol. 27, No.6, 581-595.
 - 26- Friedberg, F. (1999) Chronic Fatigue Syndrome : a new clinical Application, *Professional Psychology : Research & Practice*, 27 (5) 487-494.
 - 27- Fukuda, K.; Straus, S.E.; Hickie, I.; Sharpe, M.C.; Dobbins, H.G. & Komaroff, A.L. (1994). The Chronic fatigue syndrome; A Comprehensive Approach to its definition and study , *Annals of Internal Medicine*, vol. 121(15) 953-959.
 - 28- Gaab, J.; Huster, D.; Peisen, R.; Engert, V.; Heitz, V.; Schad, T.; Schurmeyer, T.H. & Elhert, U. (2002) Endocrine Stress responses in chronic Fatigue Syndrome, *International Congress series*, 1241, 41-46.
 - 29- Garralda, M.E. & Chalder, T. (2005) Practitioner Review: Chronic Fatigue syndrome in childhood, *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46, 1143-1151.
 - 30- Garralda, M.E.; Rangel, L.; Levin, M; Roberts, H. & Ukoumunne, O. (1999) Psychiatric Adjustment in adolescents with a history of chronic Fatigue syndrome, *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1515-1521.
 - 31- Garralda, M. E. & Rangel, L. (2004) Impairment and Coping in Children and Adolescents with chronic Fatigue syndrome : a comparative study with other paediatric disorders, *Journal of child psychology and psychiatry*, vol 45 (3) 543-552.
 - 32- Hall, J. R., Mathews, L.H. & Keeler, H. (1984) Demographics, stress and Depression in a community Health screening, *The Journal of Psychology*, vol. 118, 45-50.

- 33- Harding, S. R.T.; Jason, L.A. & Taylor, R.R. (2002) Fatigue severity, Attributions, Medical Utilization, and symptoms in persons with chronic fatigue, *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 25, No. 2, 99-113.
- 34- Hatcher, S. & House, A. (2003) Life events difficulties and dilemmas in the onset of chronic fatigue syndrome : A case – control study, *Psychological Medicine*, vol. 33, Issue 7, 1185-1192.
- 35- Hijelle, L. A. & Ziegler, D. J. (1992) *Personality Theories*, New York : McGraw-Hill, Inc. (3rd ed.)
- 36- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967) The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 11, 213-218.
- 37- Jason, L.A.; Richman, J.A.; Friedberg, F., Wagner, L.; Taylor, R. & Jordan, K.M. (1997) Politics, Science and the Emergence of a new Disease: The case of chronic fatigue syndrome, *American psychologist*, vol. 52 (9) 973-983.
- 38- Johnson, S.K.; Lange, G.; Tiersky, L.; De Luca, J. & Natelson, B.H. (2001) Health-related personality variables in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis, *Journal of chronic fatigue syndrome*, vol. 8 (3-4) 41-52.
- 39- Kaplan, H.B. (1983) Psychological distress in sociological Context: Toward a general theory of psychosocial stress, in : H.B. Kaplan (Ed.) *Psychosocial stress: trends in Theory and Research*, New York : Academic Press, pp. 195-264 .
- 40- Kirk, K.M.; Hickie, I.B. & Martin, N.G. (1999) Fatigue as related to Anxiety and Depression in a Community based Sample of twins aged over 50, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 85-90.
- 41- Lal, S.K.L., & Craig, A. (2001) Electroencephalograph activity associated with driver fatigue : implications for a fatigue counter measure device, *Journal of Psychophysiology*, 15 (3) 183-189.
- 42- Lavidor, M.; Weller A. & Babkoff, H. (2002) Multidimensional fatigue, Somatic symptoms and depression *British Journal of Health, Psychology*, 7, 67-75.
- 43- Lim, B.R.; Tan, S.Y.; Zheng, Y.P.; Lin, K.M.; Park, B.C. & Turk, A.A. (2003) Psychological Factors in chronic Fatigue syndrome Among Chinese Americans: A Longitudinal community- Based study, *Transcultural Psychiatry*, vol. 40, Issue, 3, 429-441.
- 44- Masuda, A.; Munemoto, T.; Yamanaka, T.; Taki, M. & Tei, C. (2002) Psychosocial characteristics and Immunological functions in patients with post

- infectious chronic fatigue syndrome and Noninfectious chronic fatigue syndrome, *Journal of Behavioral Medicine*, col. 25, No. 5, 477-485.
- 45- Michielsen, H.J.; Devries, J. & van, H. G.L. (2004) Examination of dimensionality of fatigue: The construction of the fatigue Assessment scale (FAS), *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (1) 39-48.
- 46- Monroe, S.M. (1982) Assessment of Life Events, *Archives of General Psychiatry*, vol. 39, 606-610.
- 47- Morris, R.M.; Petrie, K. J. & Weinman, J. (1996) functioning in chronic fatigue syndrome : Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.
- 48- Nijs, J.; De Meirleir, K.; wolfs, S. & Duquet, W. (2004) Disability evaluation in chronic fatigue syndrome : associations between exercise capacity and activity limitations / Participation restrictions, *clinical Rehabilitation*, 18: 139-148.
- 49- Nisenbaum, R.; Reyes, M.; Mawle, A. C. & Reeves, W.C. (1998) Factor Analysis of unexplained severe fatigue and interrelated symptoms : Overlap with criteria for chronic fatigue sundrame *American Journal of Epidemiology*, vol, 148, 72-77.
- 50- Paykel, E.S. (1979) Recent life Events in The development of the depressive disorders, in : R.A.Depue (Ed.) *The Psychobiology of The Depressive Disorders: implications for the effects of stress*, New york: Academic Press, pp. 245-262.
- 51- Pope , H.G; Ionescu- Pioggia, M.& Pope, K.W., (2001) Drug use and life style among college undergraduates : A 30—year Longitudinal study, *American Journal of Psychiatry*, vol. 158 (9) 1519-1521).
- 52- Reber, A. (1995) *Dictionary of Psychology*, London: Penguin Books.
- 53- Santrock, J.W., (1994) Life style assessment, in : Raymond J. Corsini (Ed.) *Encyclopedia of Psychology*, vol. 2, New York: A wiley- Interscience publication.
- 54- Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness: on Depression, Development and Health*, San –Francisco: W.H. Freeman & Company.
- 55- Sheridan. C. & Radmacher, S. (1992) *Health Psychology*, Canada : John wiley & sons Inc.
- 56- Smith, M.S.; Martin- Herz, S.P.; Marsigan, J.L. & Womack, W.M. (2003) *Comparative study of Anxiety, Depression, Somatization, Functional disability*

- and illness Attribution in Adolescents with chronic Fatigue or Migraine, *Pediatrics*, vol. 111, Issue 4, 376-381.
- 57- Tausig, M. (1982) Measuring Life events, *Journal of Health & Social Behavior*, vol. 23 (1), 52-64.
- 58- Taylor, R., Jason, L.A.; Kennedy, C.I. & Fridberg, F. (2001) Effect of physician recommended treatment on mental health Practitioners attributions for chronic fatigue syndrome, *Rehabilitation Psychology*, 46 (21)165-177.
- 59- Thoits, P. A. (1983)(Dimensions of life Events That influence Psychological distress: An Evaluation and Synthesis of the literature, in : H.B. Kaplan (Ed.) *Psychosocial stress : trends in theory and Reseach*: New York: Academic Press, pp. 33-103.
- 60- Vingerhoets, A.J.; Groot, M.; Jeminge, A. J.& Menges, L.S., (1990) Personality and Health Habits, *Psychology & Health*, 4 (4) 333-342.
- 61- Wagner – Raphael, L.I.; Jason, L.A. & Ferrari, J. R., (1999) chronic Fatigue syndrome, chronic Fatigue and Psychiatric disorders : Predictors of functional status in a national nursing sample, *Journal of occupational Health Psychology*, 4 (1) 63-71.
- 62- Wordell, M. & Royce, J.C. (1978) Toward a multi- factor Theory of style and their relationships to cognition and effects, *Journal of Personality*, 46, 474-505.
- 63- World Health organization (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*, Geneva: WHO.