دراسة فارقة بين فئتى التعب الحاد والمزمن فى عدد من المتغيرات الإكلينيكية المرتبطة بالتعب وبعض المتغيرات النفسية (دراسة إستكشافية)

د/ عائشة السيد رشدى
مدرس علم النفس – كلية الآداب
جامعة القاهرة

ملخص الدراسة :

هدف الدراسة الحالية هو استكشاف طبيعة الفروق بين فئتى التعب الحاد والمزمن فى عدد من المتغيرات الإكلينيكية المرتبطة بالتعب وهى شدة التعب، وتأثير التعب على الفرد والتصريح بالتعب، والتعب العقلى، إلى جانب بعض المتغيرات النفسية وهى النشاط العام ومستوى الاستثارة بجانبيه الإيجابى والسلبى. وأجريت الدراسة على عينة مبدئية مكونة من ١١٥ من الإناث من مستويات عمرية وتعليمية ومهنية متباينة. ووفقاً لعدد من محكات التصنيف الإكلينيكى تم انتقاء مجموعتين تمثل الأولى فئة التعب الحاد والثانية فئة التعب المزمن قوام كل منهما ١٦ مشاركة. وأوضحت النتائج قدرة تميزية لأغلب المتغيرات لصالح فئة التعب المزمن، وأشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة التعب لدى العينة الكلية. وقد نوقشت النتائج فى ضوء ما خرجنا به من استدلالات من الدراسات السابقة، إلى جانب بعض التوصيات التى ترتبت على الدراسة الحالية.

دراسة فارقة بين فئتى التعب الحاد والمزمن فى عدد من المتغيرات الإكلينيكية المرتبطة بالتعب وبعض المتغيرات النفسية (دراسة إستكشافية)

د/ عائشة السيد رشدى
مدرس علم النفس – كلية الآداب
جامعة القاهرة

مقدمة :

تهدف الدراسة الراهنة إلي توضيح طبيعة الفروق بين أقل مستويات التعب متمثلة فى فئة التعب الحاد acute fatigue وأقصى مستوياته متمثلة فى فئة التعب المزمن chronic fatigue، فى عدد من المتغيرات الإكلينيكية المرتبطة بالتعب وهى التقدير الذاتى لشدة التعب ولتأثيره على الفرد والتصريح بالتعب والتعب العقلى، إلى جانب بعض المتغيرات النفسية وهى النشاط العام general activity ومستوى الاستثارة level of arousal بجانبيه الإيجابى والسلبى.

وتأتى تناول الدراسة الراهنة لتلك المتغيرات كمتغيرات تمييزية بين فئتى التعب الحاد والمزمن من خلال استقراء للتراث النظرى الخاص بمفاهيم الدراسة.

والتعب كحالة يمر بها الفرد على فترات متقطعة له جانبه الإيجابى كوسيلة فعالة يعلن بها الجسم عن حاجته للراحة، وظاهرة معتادة عقب الإجهاد الجسمى، ولكن عندما ينعكس فى شعور مستمر بالإعياء والإنهاك لا تجدى معه وسائل الراحة التقليدية فهو مؤشر على أن هناك مشكلة يواجهها الفرد (Friedberg, 1996. Janson et al, 1997) والتعب كمصطلح عام يشير إلى الشعور بالإعياء ونقص الطاقة ويتفاوت عبر متصل للشدة يمتد من أدنى مستوياته إلى أقصاها (http. 1/www. aids, med.com/lessons/fatigue1- htm)

أهمية الدراسة :

التعب ملمح هام للكثير من الأمراض الجسمية والاضطرابات السيكياترية ويمثل أكثر الأعراض شدة، وأحد أسباب المشقة لدى المرضى (Dittnero & Wessely & Brown, 2004) وخلال العقدين الماضيين عُد التعب واحداً من المشاكل المنتشرة والتي أظهرت الدراسات الوبائية epidemiological study أنها شكوى عامة، وهو إلى جانب الاكتئاب والقلق أكثر الأعراض شيوعا لطلب الرعاية الأولية. (De Rijk, schreures & Bensing, 1994)

وتعددت الدراسات التي تناولت معدلات انتشار التعب فهو يمثل ٢٠% من المترددين على العيادات الطبية بشكاوى مؤثرة في حياتهم (Friedberg, 1996)، وشكوى ما بين ١٠% إلى ٤٠% من المترددين على الممارس العام (Wagner – rahahael, Jason. & Frrail, 1999). وفي دراسة لعينة من الإناث من زائرات مراكز الرعاية الصحية بمتوسط عمري ٣٥ سنة مثل نسبة انتشار قدرها ٧٤% (De Rijk Schreures – & Bensing, 1994).

والتعب مشكلة مؤثرة في صحة الفرد والعلاقة بينهما عكسية (Ibid) كما أشارت دراسة توك ووالس (Tuck & Wallace, 2000) إلى أن زملة التعب المزمن chronic fatigue syndrome كنهاية لمتصل التعب تغير من حياة الفرد وتربك علاقاته بالآخرين، وتؤثر على مستقبله المهني. والتعب مشكلة جوهرية لكثير من مرضى الألم المزمن، ومرضى التصلب المتناثر multiple sclerosis، ويمثل شكوى رئيسية في ٩٠% من الحالات (Fishbiain, et al , 2004. Bryant, Chiaravalloti & Deluca, 2004). وهو عرض مصاحب للكثير من الأمراض الجسمية كأمراض الكبد والكلى ويفيد في تشخيص المراحل المتقدمة منها. (Huyser, et al, 1998. Prins & Jones, 2001. virgil & otr, 2003)

والتعب حدث منذر بالخطر عقب الشفاء من حالات السكتة الدماغية post stroke (Glader steymayer & Asplund, 2002) إلى جانب ما أكدته دراسة بريج (Brage, 2003) من أن التعب المستمر لمدة ستة أشهر على الأقل له مقابل غير منظور من الخدمات الصحية والرعاية، وينعكس على معدلات إنتاج الفرد.

مفهوم التعب (اطار نظرى):

يُعرف التعب فى معاجم اللغة بأنه تناقص شديد فى قدرة الكائن الحى بشكل كلى أو جزئى (ابن منظور: ٤٣٣و مجمع اللغة العربية، ١٩٧٠) ويتفاوت فى شدته إلى أن يصل بالفرد إلى مرحلة الإنهاك exhaustion ممثلا لحالة التعب القصوى التى تتوقف عندها القدرة على الاستجابة للتنبيه (مجمع اللغة العربية، ١٩٧٠: ٨١).

أما من الوجهة السيكولوجية فيعتبر التعب ممثلا لشعور بالإنهاك ونقص الطاقة، وممثلا لمتصل ينتهى بمرحلة الإنهاك. (trendall, 2000)

وقد صاغ جورج بيرد Geroge Beard مصطلح الإعياء النفسى neurathenia فى القرن التاسع عشر عانيا به فقد القوة العصبية، كفئة تشخيصية للعديد من الأعراض المتضمنة مثل تعطل القدرة على العمل incapictating ، وانخفاض مستوى النشاط، والألم المتصل، وضعف العضلات، والصداع، إلى جانب تأثيرات تلحق بالوظائف العقلية (Fried berg, 1996).

وأكدت دراسات عديدة على أن التعب يمثل متصلا تتباين مستويات شدة التعب عليه، وهناك اتفاق بين الباحثين أن نهايته زملة التعب المزمن. (Michielsen, Devries, van Heck, van de vijver & sitsma, 2004)

وقد توزعت عبر هذا المتصل فئات تمثل شدة التعب* إستهلالاً بالتعب الحاد، وهناك القليل من الدراسات التى عُنيت بتلك الفئة مقتصرة على تحديده وقياس بعض مظاهره كالتعب الحركى والعقلى (Smith, et al, 1999) وتناولته دراسة أخرى من حيث تكنيكات معالجته وحدوده الزمنية (Bultmann, et al,2000).

---

* وسنقتصر فى الدراسة الحالية على عرض لفئات التعب الحاد والمزمن وزملة التعب المزمن.

أما التعب المزمن وزملة التعب المزمن كممثلان لنهاية متصل التعب فهناك خلط بينهما، وتساؤلات حول طبيعة الفروق بينهما، وإذا ما كانت كمية أم كيفية(wessely, 2001)

وقد ظهرت زملة التعب المزمن كفئة تشخيصية خلال القرن الماضى، وافترضت بعض الدراسات أنها تمثل إضطراباً نادر الحدوث فى مقابل معدلات الانتشار المرتفعة للاضطرابات السيكياترية الأخرى، مما دفع عديد من الأطباء السيكياترين إلى التقليل من خطورته، حيث ضمن فى بعض فئات الاضطرابات السيكياترية كأحد المصاحبات لها، وكان لمثل هذا الاتجاه عواقب سلبية على علاج زملة التعب المزمن وخلال العقد الأخير من القرن الماضى أكدت نتائج عدد من الدراسات ارتفاع جدير بالملاحظة فى معدلات انتشاره، وقد تراوحت تلك المعدلات من ٤% - ١٠% فى كل ١٠٠,٠٠٠ حالة (Jason, et al, 1997).

مفهوم التعب تم تناوله عبر عدد من المحاور أولها محور التفسير متمثلا فى مؤشرات التعب فسيولوجيا وسيكولوجيا واجتماعيا، وثانيها محور القياس الخاص بأدوات القياس الموضوعية ومقاييس التقدير الذاتى، وسنعرض باختصار لتلك المحاور.

أولا : محور التفسير: حيث أشارت بعض الدراسات إلى مؤشرات فسيولوجية للتعب كفرضية وجود مؤشرات فى رسم الدماغ الكهربائى Electroencephalography (EEG) مرتبطة بتدهور الأداء المصاحب للتعب (Lal. & craig, 2001). وافترضت دراسات أخرى أن تناقص معدلات الايض metabolism يسهم فى الإحساس بالتعب (Bryant, chiaravalloti & Deluca, 2004)، إلى جانب دراسة أجريت على فئة زملة التعب المزمن أوضحت وجود مؤشرات لا سواء abnormalities مميزة فى المخ، وعطب فى جهاز التكوين الشبكى reticular activity system (RAS) والهيبوثلامس hypothalmus (Taylor, Jsdon, Kennedy & Friedberg, 2001 – Dickinson 1997)

أما المؤشرات السيكولوجية للتعب فعكستها عدة دراسات واختلف منظور التناول من اعتبار للتعب على أنه مكون أحادى البعد قبل عام ١٩٩٠، إلى تراكم للدراسات أكد على أن التعب مفهوم متعدد الأبعاد، مكون من عدة أبعاد منها التعب العقلى mental fatigue، وتناقص الدافعية reduction in motivation، وتناقص النشاط reduction in activity، والتعب العام (Bultmann, et al, 2000. Michielsen, et al., 2004).

وإلى جانب المؤشرات السابقة المؤشرات المتضمنة فى عناصر السياق الاجتماعى المحيط بالفرد، ومنها المساندة الاجتماعية، ومنظور الآخرين للتعب، وتعدد الأدوار الاجتماعية للفرد، وأنشطته اليومية، ومقدار ما يتعرض له من تنبيهات اجتماعية (Derijk, schreures. & Bensing, 1999) والتعب مفهوم مركب نتائج العديد من العوامل وعكس هذا التصور النموذج المتعدد الأبعاد multidimensional للتعب (Salmon. & Hall, 1997 Bensing, Hulman & schreurs, 1999. Gentile, Delaroziere, Favre, sambus. & San Marco, 2003)

وتعددت أساليب قياس التعب ما بين مقاييس موضوعية من خلال الأداء على اختبارات موقوتة وغير موقوتة، كزمن رد الفعل، وعدد الأخطاء فى الاختبارات المعرفية كاختبارات الانتباه (Mahurin, et al 2004) وتمثلت مقاييس التقدير الذاتى فى استخدام لسجلات اليومية للأفراد، والمقابلات، وعدد من الاستخبارات المصممة لقياس التعب (Michelsen, Devries. & Van H, 2003).

المفاهيم المتداخلة مع التعب: سنعرض فيما يلى لعدد من المفاهيم التى يجمعها مع التعب بعض القواسم المشتركة، موضحين الملامح التميزية بينهم.

التعب – الإجهاد tired: الإجهاد شعور مؤقت يستتبع كثرة الأنشطة، وعادة ما يحدث عقب انتهاء يوم مشحون بالأعباء، وأسبابه معروفة، وتجدى معه وسائل الراحة، أما التعب فهو عرض مستقل وغير مترتب على عوامل لاحقة له بل يمثل فئة مستقلة، وينعكس أثره على جوانب عديدة من حياة الفرد، ويصاحبه بعض

الأعـــــراض البدنيـــــة المســـــتديمة، ولا يـــــزول بالراحـــــة (http://www.aidsmed-com/lessons/fatigue1.htm)

التعب – الألـم: مـن خـلال تعريـف الرابطـة العالميـة لدراسـات الألـم International association of the study of pain (IASP) فهو خبرة حسية وإنفعالية غير سارة، مرتبطة مع تلف damage فعلى أو محتمل فـى الأنسـجة، ومصحوبة بتهديد بحدوث مثل هذا التلف (sarafino, 1990) ومن خلال التعريف السابق تتجلى أوجه التشابه بينهما، فكلاهما عرض شائع ومنهك ومصاحب للعديـد من الأمراض الجسمية، ويجمعها معاً أنهما خبرة ذاتية منشأها عضوى أو نفسـى، وما يميزهما أن التعب إحساس ممتد ومتزايد فى درجة شدته، ومرتبط بمصـاحبات جسمية قد لا تحدث فى حالة حدوث الألم، إلى جانب أن أغلب حالات الألم سـواء حادة أو مزمنـة مؤقتـة، فـالألم يحـدث ثـم تتنـاقص درجـة درجـة حدتـه .(Kaasa, knbel, Jordan & Brenne, 1999)

التعب – الاكتئاب: أوضحت البحوث أن هناك متغيرات تميز مرضى الاكتئـاب ولا تتميز بها فئة التعب المزمن وتتمثل فى الإحسـاس بفقـد اللـذة anhedonia ، والشعور بعدم الأهمية worthlesness ، أما المتغيرات التى تميـز فئـة التعـب المزمن فهى نشاط للموجه الفا Alpha wave خلال النوم، إلـى جانـب ارتفـاع الدرجات على مقياس شدة التعب fatigue severity scale (Fss) عـن مرضـى الاكتئاب (http://www.mult – sclerosis, org/fatigue severity scale – h t m l , Jason et al, 1997)

الدراسات السابقة :

وتعددت فئات الدراسات السابقة فمنها دراسات تناولت مفهوم التعب بشكل عام، وكمثال على تلك النوعية دراسة لدوين مويسن Luduien Meeuwesen وآخرون سنة ٢٠٠٢ هدفت إلى الاستبصار بالظروف الصحية لفئة التعب وتوقعاتهم المتعلقة بالتعب، وتكونت من عينة من الذكور والإناث المترددين على الممارس العام، وأوضحت أن التعب مشكلة صحية عامة ولدى عينة الإناث اكثر من عينة الذكور، وهى نادرة على أجندة الممارس العام (Meeuwesen & Bensing & Vanden Brink – Muinen, 2002).

ودراسة أجريت على عينة من الألمان باستخدام بطارية التعب المتعددة الأبعاد Multidimensional fatigue scale (MFI20)، على عينة قوامها ١٦٠٨ فرد والمدى العمرى ٢١-٧٧ سنة من الجنسين، وأظهرت نتائج المقاييس الفرعية لمقياس التعب نسبة أكبر من التعب، إلى جانب وجود تباينات للتعب داخل عينة الإناث مع ارتفاع درجاتهن عن المقياس (Watt, et al, 2000).

ودراسات أخرى تناولت مفهوم التعب بشكل نوعى، ومنها دراسات تناولت التعب العقلى كدراسة ديبورا براينت Deborah Bryant وآخرون ٢٠٠٤ التى قارنت ما بين مجموعة من مرضى التصلب المتناثر من فئة التعب ومجموعة ضابطة من الأصحاء، وقد أظهرت مجموعة التعب درجة أكبر من التمادى على اختيارات التصنيف، واستغرقت وقتاً أطول فى اختبارات التخطيط، ولم يؤثر التعب على الأداء فى المهام البسيطة (Bryant, et al, 2004).

ودراسات أجريت حول النقاط الممتدة عبر متصل التعب، وأكثر الفئات حظوة بالدراسة فئتى التعب المزمن وزملة التعب المزمن. ومن أمثلة تلك الدراسات دراسة تتبعية ١٩٩٦ لفئتى التعب المزمن وزملة التعب المزمن أوضحت أن أعراض من شخصوا بزملة التعب المزمن أكثر حدة، وهم أقل كفاءة فى الوظائف موضع القياس عن فئة التعب المزمن (Bombardier & Buchwald, 1995). ودراسة أجريت سنة ٢٠٠١ بهدف تحديد أكثر أسباب التعب الممتد غير المبرر

substantial unexplained fatigue لدى الجمهور العام، وأوضحت أن خط الأساس للتعب هو عدد من الأعراض الجسمية يتصاحب معها فترة سأم dysphorc episode وهما معاً أقوى منبئان لحدوث التعب فى بداياته، والعينة التى عانت من التعب الممتد أعيد اختبارها بعد فترة ١٣ عام وعانى بعض أفرادها من التعب المزمن (Addington, Gailo, Ford & Eaton, 2001).

وفى دراسة لعينات من الموظفين الأصحاء والمشخصين ضمن فئة زملة التعب المزمن سنة ٢٠٠٠ بمتوسط عمرى ٣٥,٥سنة، وباستخدام قائمة اختبار جوانب القوة الفردية Chicklist – of Individual strength (CIS) كمقياس للتعب، أوضحت النتائج أن أعلى الدرجات على مقياس التعب لفئة زملة التعب المزمن، ولم تتوصل الدراسة إلى نقطة محددة لدرجة التعب الدالة حيث هى نقطة تتغير بمتغيرات معدلة لأثرها (Michielsen, et al, 2004).

إضافة إلى اهتمام عدد كبير من الدراسات بفئات مرضية وخاصة مرضى السرطان كدراسة أجريت على انتشار التعب لديهم، وأظهرت أن نسبة التعب الدال تبلغ ٤٤% (Huang, Chang, Rue & Kasimis, 2003).

أما الدافعية العامة المتمثلة فى درجة النشاط العامة للفرد فقد ضمنت كأحد أبعاد مفهوم التعب متمثلة فى تناقص الدافعية والنشاط (Bultman et al, 2000. Michielsen et al, 2004) ففى دراسة للتعب على عينة من السائقين بمدى عمرى (١٨ – ٣٠ سنة) أظهرت أن تأثيرات التعب تعدلها المعالجات الدافعية (Mattheus & Desmond, 2002).

ومستوى الاستثارة كممثل: لدرجة الطاقة التى يبذلها الفرد، ومرتبط لحائيا بإفراز الغدتين الإدرينالية adrinal gland والنخامية pituitary gland ، مرتبط بافتراض بعض الدراسات وجود خلل فى المحور النخامى الادرينالينى لدى فئة التعب المزمن (Dienstbier, 1989).

من خلال العرض النظرى السابق نخرج بالملاحظات التالية:

١- تركيز أغلب الدراسات على عينات مرضية، سواء من مرضى يترددون على الممارس العام (Fishbain, et al 2004)، أو مرضى السرطان حيث صممت مقاييس تختص بقياس التعب لدى مرضى السرطان Cancer fatigue scale (CFS)، فى مقابل ندرة الدراسات التى أجريت على جمهور من الأصحاء.

٢- انصب اهتمام أغلب الدراسات على الفروق بين من يظهرون التعب بدرجاته المختلفة ومن لا يظهرونه، بدون وجود دراسات* للفروق فى شكاوى التعب حتى نتعرف أكثر على مجتمع المتعبين (Jason, et al, 1997 & Bensing, 1997).

٣- ندرة الدراسات المحلية التى أجريت حول مفهوم التعب مع أهميته كمفهوم مؤثر فى جوانب مختلفة من حياة الفرد.

٤- الدراسة الحالية خطوة لتصور كيفى كمى للتعب، حيث يتمثل المنظور الكيفى فى توفير أدوات للتصنيف الإكلينيكى بين بعض الفئات الإكلينيكية المتمثلة فى فئتى التعب الحاد والمزمن، إلى جانب استكشاف طبيعة الفروق بينهما، وكيف أنها تعكس نفس متصل الشدة بينهما.

٥- توجيه الاهتمام إلى دور التعب كعامل وقائى بالنسبة لعدد من الأمراض الجسمية والاضطرابات السيكياترية، حيث أوضحت دراسة أديبجتون سنة ٢٠٠١. والتى سبق عرضها فى الدراسات السابقة أن من استمر لديهم التعب الممتد خلال فترة المتابعة كانوا مهيئين بدرجة أكبر لحدوث الاكتئاب (Addington, et al 2001).

هدف الدراسة :

فى ضوء العرض النظرى السابق يمكن صياغة هدف الدراسة الراهنة فى "استكشاف طبيعة الفروق بين فئتى التعب الحاد والمزمن فى عدد من المتغيرات

---

*فى حدود علم الباحثة.

الإكلينيكية المرتبطة بالتعب متمثلة فى التقدير الذاتى لشدة التعب، ولنسبة تأثيره على الفرد، والتصريح بالتعب، والتعب العقلى، وفى متغيرى مستوى النشاط العام ومستوى الاستثارة الإيجابى والسلبى.

مفاهيم الدراسة:

(١) **التعب:** تناقص فى قدرة الكائن الحى بشكل كمى وكيفى، يمتد عبر متصل للشدة، وينتهى بمرحلة الإنهاك، وخط الأساس baseline استمراره لمدة أسبوعين، وهو ممثل لفئة مستقلة، وغير مترتب على عوامل لاحقة كالمرض الجسمى، ومؤثر فى جوانب مختلفة من حياة الفرد، ولا يزول مع الراحة.

(٢) **التعب الحاد:** أول درجات متصل التعب، وهو تعب مستمر لأقل من شهر، وإرهاق يصعب تفسيره، مؤثر فى حياة الفرد، ولا تصاحبه أعراض جسيمة مستمرة.

(٣) **التعب المزمن:** نقطة متقدمة عبر متصل التعب، ممثلة لتعب ممتد ومستمر ليس له سبب محدد، ولا تجدى معه وسائل الراحة ومستمر لفترة ٤ – ٥ أشهر، مؤثر فى حياة الفرد، إضافة إلى وجود ثلاث أعراض جسمية مستمرة. (Friedberg, 1996).

(٤) **زملة التعب الزمن:** هناك محكان لزملة التعب المزمن :

(أ) تعب مستمر ليس له سبب، لا يرجع للإجهاد المستمر، ينتهى مع الراحة، ومؤثر فى جوانب مختلفة من حياة الفرد مستمر لفترة ٦ أشهر أو أكثر.

(ب) وجود أربع أعراض جسمية مستمرة *. (Ibid).

(٥) **النشاط العام:** الميل للسرعة والنشاط الممتلئ بالطاقة والدافعية.

(٦) **مستوى الاستثارة:** درجة الطاقة الأساسية التى يبذلها الفرد فى حالة عامة من النشاط تسود جسمه (حسين، ١٩٨٢)

---

* وسنوضح تلك الأعراض الجسمية فى الجزء الخاص بأدوات الدراسة.

المنهج والإجراءات:

العينة:

انقسمت إلى عينة كلية للدراسة قسمت إلى عينات فرعية وتم إنتقاء عينتى التعب الحاد والمزمن فقط، وسنعرض لبيانات العينتين فيما يلى :

(١) **عينة الدراسة الكلية:** اشتملت على مجموعة من الإناث قوامها ١١٥ مشاركة، تتراوح أعمارهن ما بين ٢١ عاماً و ٥٩ عاماً بمتوسط عمرى يبلغ ٣٥,٤سنة وانحراف معيارى قدره ٩,٧٤سنة، واشتملت على مستويات تعليمية ومتباينة والحد الأدنى مستوى التعليم المتوسط، وبالنسبة لمتغير المهنة فقد توزعت ما بين عاملات وربات أسر، أما الحالة الاجتماعية فد تباينت ما بين متزوجات وغير متزوجات وقد قسمت العينة الكلية وفقاً لعدد من المحكات الإكلينيكية* الخاصة بالتعب إلى عدة مجموعات يوضحها الجدول التالى

جدول (١)

الفئات الفرعية عبر متصل التعب**

المجموعة	*** لا تعب	تعب جاد	تعب ممتد	إعياء نفسى	تعب مزمن	زملة تعب مزمن	**** فئة حدية bordered category
العدد	٣	١٦	٦	٤	١٣	٣	٧٠

---

* والتى سنستعرضها فى الجزء الخاص بأدوات الدراسة.

** تم الاقتصار على فئتين فقط عبر متصل التعب، وسنتناول فى دراسة قادمة الفئات الأخرى عندما تتوفر أعداد تسمح بإمكانيات المقارنة.

*** وهى المجموعة التى لم تتوفر فيها محكات التعب.

**** وهى فئة يقع أفرادها بين حدود فئة التعب الحاد وزملة التعب المزمن وذلك للتداخل الموجود ضمن محكات التصنيف الخاصة بتلك الفئات.

(٢) عينة الدراسة الأساسية: عينتان من فئة التعب الحاد وفئة التعب المزمن التى تضمنت زملة التعب المزمن ممثلان لطرفى متصل التعب، قوام كل منهما ١٦ مشاركة. وسنستعرض فيما يلى للخصائص الديموجرافية لمجموعتى الدراسة.

جدول (٢)

المتغيرات الديموجرافية لفئتى التعب الحاد والمزمن

	التعب الحاد		التعب المزمن		دلالة الفروق
	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	
العمر	٣٠,٨	٧,٧١	٣٣,٧	٧,٤٦	غير دالة
سنوات الزواج	٨	٦,٠٥	١٠,٢	٦,٠٩	
عدد الأطفال	١,٩	٠,٦٧	٢,٦	١,١	

جدول (٣)

النسب المئوية لتوزيع المشاركات داخل فئتى التعب الحاد والمزمن طبقاً للمستوى التعليمى، والمهنة، والحالة الاجتماعية

		التعب الحاد		التعب المزمن	
		العدد	النسبة المئوية%	العدد	النسبة المئوية%
المستوى التعليمى	متوسط	٣	١٨,٧٥	٤	٢٥
	جامعى	١٢	٧٥	٨	٥٠
	ماجستير ودكتوراه	١	٦,٢٥	٤	٢٥
المهنة	عاملات	١٣	٨١,٢٥	١٠	٦٢,٣
	ربات أسر	٣	١٨,٧٥	٦	٣٧,٧
الحالة الاجتماعية	متزوج	١١	٦٨,٧٥	١٣	٨١,٢٥
	غير متزوج	٥	٣١,٢٥	٢	١٢,٥
	أرمل	–		١	٦,٢٥

وسوف نستعرض تلك البيانات ودلالتها فى الجزء الخاص بمناقشة النتائج.

أدوات الدراسة:

تنقسم أدوات الدراسة إلى نوعين من الأدوات:

أولا: أدوات بمثابة محكات لتصنيف الأكلينيكى*.

ثانيا: أدوات الدراسة الرئيسية(Skapinakis, lewis Marreas 2003)**

أولاً : الأدوات المستخدمة لمحك للتصنيف الإكلينيكى وهى:

(١) **أدوات كمحك تصنيفى** بين فئتى اللا تعب وفئة التعب تم هذا التقييم باستخدام ثلاث أسئلة من المقابلة التشخيصية العالمية The Composite International Diagnostic Interview وهى:

- هل عانيت من التعب الأسبوعين الماضيين؟
- بتوصل لحالة الإجهاد بسرعة خلال عملك اليومى؟
- اتعرضت للإجهاد الل ملقتش ليه تفسير الشهر اللى فات، ومنفعتش معاه الراحة؟

وعلى المشاركة أن تختار بين الإجابة بنعم أو لا، والإجابة كحد أدنى على سؤالين بنعم هى محك لتصنيف المشاركة ضمن فئة التعب.

(٢) أدوات كمحك تصنيفى بين فئتى التعب الحاد والمزمن:

(أ) التقدير الذاتى للفرد لمدة الإحساس بالتعب عبر خمس فئات حيث تختار المشاركة فئة تمثل شدة التعب ضمن خمس فئات وهى:

(أ) أقل من شهر (ب) ١-٣ أشهر

(حـ) ٤-٥ أشهر (د) ٦-١٢ شهر (هـ) أكثر من سنة.

وهذه الأداة مضمنة ضمن أحد اختيارات التعب المستخدمة فى أحد مراكز تخفيف حدة أعراض التعب (http://www-stop/pain.org/palliative-care/fatigue surveyz-html)

(ب) **قائمة أعراض:** على المشاركة أن تضع علامة أمام العرض الذى تعرضت له شريطة أن يكون مستمراً وليس متقطعاً. وقائمة الأعراض مستقاة من خلال

---

* وهى التى لم تُضمن فى خطة التحليلات الإحصائية

** وهى التى تمت عليها خطة التحليلات الإحصائية.

محك للإعراض لزملة التعب المزمن (Fried beg, 1996)، والمحكات الموجودة فى التصنيف العالمى العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية International Classification of Mental and Behavioral disorders (ICD-10) الذى وضعته منظمة الصحة العالمية (word Health organization, 1992, pp. 170- 171).

ومحك تضمين المشاركة ضمن فئة التعب الحاد، مدة إحساس بالتعب لأقل من شهر، إلى جانب عدم اختيار أى عرض من قائمة الأعراض، أما محك التضمين فى فئة التعب المزمن فهو مدة إحساس بالتعب من ٤-٥ أشهر، إضافة إلى ثلاث أعراض أو أكثر مستمرة وغير متقطعة، أما محك التضمين فى فئة زملة التعب المزمن فهى مدة إحساس بالتعب لفترة ٦ أشهر أو أكثر إلى جانب أربع أعراض أو أكثر مستمرة وغير متقطعة.

ثانيا: أدوات الدراسة الرئيسية:

(١) استمارة تقدير ذاتى للتعب تشتمل على :

*(أ) تقدير ذاتى لشدة التعب عبر عدد من الفئات وهى (لايوجد – بسيط – متوسط – شديد).

**(ب) تقدير ذاتى لدرجة تأثير التعب وعلى جوانب مختلفة مثل (النوم – التركيز) وذلك على مقياس للشدة يتراوح ما بين (١) ممثلة لعدم تأثر تلك الجوانب على الإطلاق، إلى (٥) ممثلة إلى التأثير التام للتعب على تلك الجوانب (Ibid).

*** (حـ) التصريح بالتعب: من خلال أسئلة توضح إلى أى مدى يصرح الفرد بحالة التعب التى يمر بها، أو لا يلجأ لمثل هذا التصريح إطلاقاً، وذلك عبر مقياس للشدة من (١) إلى (٥).

---

* قامت الباحثة بترجمة الجزء الخاص شدة التعب.

** قامت الباحثة بترجمة الجزء الخاص بتأثير التعب

*** من تصميم الباحثة من خلال استقراء التراث النظرى للمفهوم .

(٢) مقياس تقييم التعب* Fatigue Assessment Scale (FAS)

وهو مكون من عشر عبارات على المشاركة أن تحدد درجة تعبير تلك العبارات عنها على مقياس للشدة يتراوح بين (١) ممثلة لعدم تعبير البند على الإطلاق إلى (٥) ممثلة لتعبير البند تماماً.

وعينة التقنين لمقياس التعب تكونت من ١,٨٩٣ من الإناث والذكور بمدى عمرى ١٦-٨٧عاماً، بنسبة ٧٥% ممن يعملون، و ٢٤% من الجامعيين. وبلغ معامل ثبات الفا كرونباخ ٨٧ واستخلص المقياس ٤٨% من التباين الكلى على عامل عام للتعب، وتراوح تشبع البنود على العامل العام ما بين ٠,٥٧ إلى ٠,٧٨ و(Michielsen, et al, 2004).

ومبررات اختيار المقياس الحالى للتعب رجحتها دراسة عاملية قامت بها هيلين متشلسن وآخرون للمقياس ضمن مقاييس أخرى لدراسة التعب، وتبين ان المقياس المستخدم يحظى بمعاملات اتساقه داخلى مرتفعة، ومؤشرات صدق للتكوين والمضمون جيدة، وارتباطاته مرتفعة مع مقاييس التعب الأخرى، وله أعلى تشبع على العامل العام للتعب و(Michiel Devries, & van, 2003).

(٣) مقياس فرعى للتعب العقلى:

مكون من ثلاث بنود من مقياس قائمة التعب

(٤) قائمة المشقة الاستثارة (SACL) Stress – Arousal chick list، وهى قائمة وضعها ما كاى C.J. Makey وتقيس مستوى الاستثارة كسمة، مكونة من ٢٢ بنداً، وتم الاقتصار على البنود التى تقيس الاستثارة، وبلغ معامل ثبات الجزء الخاص بالاستثارة بمعامل ثبات الفا ٠,٧٦، إلى جانب محك للصدق التميزى بين الأسوياء والفصاميين فى دراسة لمفهوم الدافعية والاستثارة والقلق (رشدى، ١٩٩٢). ومن خلال إجراءات التحليل العاملى التى قام بها ماكاى قسمت البنود إلى بنود تمثل مستوى الاستثارة الإيجابي مثل (يقظ – نشط)،

---

*قامت بترجمته الباحثة.

وبنود تقيس مستوى الاستثارة سلباً مثل (متعب). وعلى المشاركة أن تضع أمام كل بند درجة تتراوح ما بين [١] ممثلة لعدم تعبير مضمون البند عنها تماماً إلى [٥] الممثلة لتعبير مضمون البند عنها تماماً.

(٥) مقياس النشاط العام:

وهو أحد مقاييس بطارية جيلفورد Guilford لقياس أبعاد الشخصية، ومعاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية تراوحت ما بين ٠,٧٥ – ٠,٨٥، إلى جانب قدرته التمييزية بين الأسوياء والفصاميين (المرجع السابق). والاختبار مكون من ٢٤ سؤال يجاب عليها بنعم أولا، والدرجة المرتفعة على المقياس تعكس الميل للسرعة والنشاط الممتلئ بالطاقة والدافعية.

إجراءات التطبيق:

تم التطبيق بصورة فردية، مع استبعاد الحالات غير الجادة فى الأداء* واستغرق زمن الأداء ما بين ٢٠ – ٤٠ دقيقة، وخلال موقف التطبيق عبرت أغلب المشاركات عن ترحيبهن بالمشاركة فى الدراسة الحالية لأنهن يعانين فى صمت من أعراض التعب، وعبرن عن رغبتهن صراحة فى ان يتيح البحث الحالى حلولا للأعراض اللاتى يعانين منها.

التحليلات الإحصائية :

تضمنت التحليلات الإحصائية تحليلات لاختبار الكفاءة السيكومترية للمقاييس، إلى جانب تحليلات خاصة بنتائج الدراسة، وسنعرض لكل فيما يلى :

أولا: التحليلات الإحصائية الخاصة بالكفاءة السيكومترية للمقاييس

(١) الثبات :

تم حساب معاملات الثبات لاختبارات الدراسة بطريقة الاختبار – إعادة الاختبار test-retest reliability، على عينة قوامها ٢١ مشاركة بنفس الخصائص الديموجرافية للعينة الكلية، وتراوح المدى الزمنى للتطبيق بين أسبوع إلى عشرة

---

*تم استبعاده ١٥ حالة.

أيام بين جلستي التطبيق، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون، ونعرض للنتائج في الجدول التالي.

جدول (٤)

معاملات الثبات (ن = ٢١)

الاختبار	شدة التعب	تأثير التعب	التصريح بالتعب	مقياس التعب	مستوى الاستثارة الإيجابي	مستوى الاستثارة السلبي	النشاط العام
معامل الثبات	٠,٥٨ **	٠,٧٠ **	٠,٦٥ **	٠,٧٥ **	٠,٨٠ **	٠,٨٠ **	٠,٧٧ **

ومعاملات الثبات كلها معاملات مُرضية

(٢) الصدق:

من خلال محك الصدق التمييزي discreminant validity، لاختبارات الدراسة الحالية حُسبت معاملات الارتباط بين بعض اختبارات الدراسة*، ويمثلها الجدول التالي

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين مقياس التعب ومستوى الاستثارة الإيجابي والسلبي (ن = ١١٥)

	مستوى الاستثارة الإيجابي	مستوى الاستثارة السلبي
مقياس التعب	-٠,٤٤ **	٠,٥٢ **

وباستعراض المعاملات السابقة فهناك علاقة عكسية مقبولة نسبيا بين مقياس التعب ومستوى الاستثارة الإيجابي، إلى جانب علاقة إيجابية مقبولة نسبيا بين مقياس التعب ومستوى الاستثارة السلبي مما يعكس صدق الاختبارات في ضوء القواسم المشتركة بينهما وبين بعضها الآخر، وأوجه الاستقلال التي تميز كل مفهوم

* استبعد اختبار النشاط العام لوجود معاملات صدق مستقرة له عبر عدة دراسات مختلفة.

عن الآخر، وذلك من خلال مؤشرات الصدق بالاتفاق Convergent validity والصدق الافتراقى divergent validity – أما أدوات الدراسة الأخرى فمؤشرات صدقها ستتأتى من خلال القدرة التميزية للأدوات بين فئتى التعب الحاد والمزمن.

ثانياً: التحليلات الإحصائية الخاصة بأدوات الدراسة:

(١) حساب قيم المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات فئتى التعب الحاد والمزمن.

(٢) حساب دلالة الفروق بين الفئتين باستخدام اختبار لابراميترى non paramentric، نظراً لصغر حجم العينة وهو اختبار مان – ويتنى (اختبار – يو) Mann – whitney – U test، ويستخدم عوضا عن اختبارت t - test عندما نعجز عن توفير شروط اختبار ت (الشربينى، ٢٠٠١، ص٢٤٧).

نتائج الدراسة : ونستعرضها فى الجدولين التاليين

جدول (٦)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات فئتى التعب الحاد والمزمن

الاختبارات	التعب الحاد ن (١٦)		التعب المزمن ن (١٦)	
	المتوسط	الانحرافات المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى
شدة التعب	١,٣٨	٠,٧٢	٢,٥٦	٠,٥١
تأثير التعب	٤٢,٣١	٢٠,١٩	٦٦,٨١	١٣,٥٠
التصريح بالتعب	٧,٦٩	٢,٨٧	٦,٣٨	٢,٥٨
مقياس التعب	٢٤,٦٣	٤,٠٣	٣٢,٦٣	٧,٠٢
التعب العقلى	٧	٢,٣٥	٩,٧٥	٢,٨
مستوى الاستثارة الإيجابى	١١,٩٤	٢,٧٤	٩,٦٣	٢,٢٨
مستوى الاستثارة السلبى	٧,٣١	٢,٥٧	٩,٥٦	٣,٢٤
النشاط العام	١٣,١٩	٢,٩٠	١٣,١٣	٤,٤٣

جدول (٧)

دلالة الفروق بين درجات فئتى التعب الحاد والمزمن

الاختبار	متوسط الرتب		Z	مستوى الدلالة
	التعب الحاد	التعب المزمن		
شدة التعب	١٠,٢٥	٢٢,٧٥	٤,٠٤-	٠,٠٠٠١*
تأثير التعب	١٠,٨٨	٢٢,١٣	٣,٣٩-	٠,٠٠١*
التصريح بالتعب	١٩,٤٤	١٣,٥٦	١,٧٩-	٠,٠٨
مقياس التعب	١١,٢٢	٢١,٧٨	٣,١٩-	٠,٠٠١*
التعب العقلى	١٢,٥٦	٢٠,٤٤	٢,٣٩-	٠,٠١٧*
مستوى الاستثارة الإيجابى	٢٠,٣٨	١٢,٦٣	٢,٣٦-	٠,٠١٩*
مستوى الاستثارة السلبى	١٣,٠٣	١٩,٩٧	٢,١١-	٠,٠٣٥*
النشاط العام	١٦,٥٦	١٦,٤٤	٠,٣٨-	٠,٩٨

مناقشة النتائج:

من خلال هدف الدراسة الحالية كدراسة فارقة بين فئتى التعب الحاد والمزمن فى عدد من المتغيرات وباستعراض جدول(٧) الخاص بدلالة الفروق يمكن تقسيم المتغيرات موضع المقارنة إلى متغيرات مميزة بدرجة دالة بين الفئتين، ومتغيرات لم تميز بينهما بدلالة وسنعرض لكل منهما.

بالنسبة إلى المتغيرات المميزة بين الفئتين بدرجة دالة: مرتبة حسب مستويات الدلالة فهى كالتالى :

(أ) شدة التعب ٠,٠٠٠١ لصالح فئة التعب المزمن

(ب) تأثير التعب ٠,٠٠١ لصالح فئة التعب المزمن

(ج) درجة التعب الكلية ٠,٠٠١ لصالح فئة التعب المزمن.

(د) التعب العقلى ٠,٠١٧ لصالح التعب المزمن.

(ه) مستوى الاستثارة الإيجابى ٠,٠١٩ لصالح فئة التعب الحاد.

(و) مستوى الاستثارة السلبى ٠,٠٣٥ لصالح فئة التعب المزمن

وباستعراض النتائج السابقة نخرج بالاستدلالات التالية:

١- تعكس النتائج اتفاقاً مع الدراسات السابقة التى قارنت بين فئة التعب المزمن والفئات الأخرى وأوضحت أن أعلى الدرجات تتميز بها فئة التعب المزمن (Michielsen et al,2004). إلى جانب دراسات أكدت أن زملة التعب المزمن تتميز بحدة الأعراض وقلة كفاءة الوظائف العقلية موضع القياس (Ibid)، مما يتبدى فى الدرجات الأعلى لفئة التعب المزمن فى التعب العقلى وما يعكس تأثير التعب الدال على بعض الوظائف العقلية المتضمنة فى المقياس مثل القدرة على التركيز ووضوح التفكير.

٢- أن هناك اتفاقاً بين تصنيف فئة التعب الحاد والمزمن وأنهما يمثلا طرفى متصل للشدة والفروق بينهما كيفية، وكأن متغيرات الدراسة تمثل متصلا للشدة ممتد بين الفئتين، وهو ما يحقق مؤشرات لصدق تلك المتغيرات، وصدق محكات التصنيف.

٣- بالنسبة لمتغير مستوى الاستثارة بجانبيه الإيجابى والسلبى فكلاهما مميز بدرجة دالة بين فئتى التعب الحاد والمزمن، وان كان مستوى الاستثارة الإيجابى أكثر تميزاً، مما يدلل على أن مستوى الاستثارة الإيجابى قد تأثر بدرجة أكثر دلالة باستمرار التعب لدى فئة التعب المزمن، وهو ما يتفق مع نتائج دراسات سابقة أكدت وجود خلل فى المحور النخامى الإدرينالينى لدى زملة التعب المزمن (Dienstbier, 1989)، ومما يتفق مع نتائج الدراسات الخاصة بأبعاد التعب ومنها انخفاض مستوى النشاط (Bultman et al, 2000).

أما بالنسبة للاختبارات غير المميزة بدرجة دالة فأولاها التصريح بالتعب وبالرجوع إلى المتوسطات* نلاحظ ان متوسط التصريح بالتعب أكبر لدى فئة التعب الحاد فهم أكثر تصريحا بالتعب من فئة التعب المزمن وإن لم تصل الفروق إلى درجة الدلالة، مما يجعلنا نفترض فرضاً يخضع للدراسة وهو أن فئة التعب

---

*جدول رقم [٥]

المزمن ربما هم أقل تصريحا بالتعب لمسببات عديدة منها فقد المساندة الاجتماعية، أو أنهم ليس لديهم مستوى محدد يتوقفون عنده عن العمل ويصرحوا بالتعب، فقد يصلون إلى مستوى الذروة Peak level ويتخطونه مما قد يسهم فى تفاقم التعب لديهم (http://health linkmcw-eduarticle,9012/708–htm1.2003)

والمقياس الآخر غير المميز والذى تتقارب متوسطات المجموعتين عليه فهو مقياس النشاط العام، مما قد لا يتفق على المستوى الظاهرى مع كون تناقص النشاط وتناقص الدافعية هما أحد عناصر مفهوم التعب. ومن خلال تحليل لمضمون بنود مقياس النشاط العام لجيلفورد نجدها تعكس الإيقاع الشخصى للفرد فى الأداء السريع أو البطيئ، فتفضيل الإيقاع السريع لا يعكس مستوى التعب للفرد بل يعكس سمة مستقرة من سماته الشخصية. ومن جهة أخرى إذا تأملنا متوسط درجتى النشاط العام لدى فئتى التعب الحاد والمزمن وهما بالترتيب ١٣,٩درجة و ١٣,١٣ درجة فهما يقعان فى إطار الدرجة المتوسط على المقياس والتى تتراوح فى ضوء معايير الاختبار ما بين ١٠,٢١ إلى ١٤,٧٩.

وإذا انتقلنا إلى مستوى آخر لمناقشة النتائج بتقديم صورة وصفية لفئتى التعب الحاد والمزمن بالنسبة للمتغيرات الديموجرافية سنلاحظ الآتى:

[١] إن فئة التعب المزمن أكبر سنا من فئة التعب الحاد، ومتوسط عدد سنوات الزواج لفئة التعب المزمن أكبر، ومستوياتهم التعليمية أكثر ارتفاعاً، ولديهم عدد أكبر من الأطفال، مما قد يعد بمثابة مؤشرات تتفق مع دراسات سابقة أكدت على أن هناك منبئات للتعب منها الزواج وزيادة الأعباء المتمثلة فى الأطفال إلى جانب ارتفاع مستويات التعليم. (De Rijk, et al., 1999, 2000)

[٢] من خلال الدرجات على مقاييس الدراسة وباستعراض الجدول رقم [٦] الخاص بالمتوسطات والانحرافات المعيارية لمقاييس الدراسة فهناك تباينات داخل فئة التعب المزمن عكستها درجة انحراف معيارى أكبر من فئة التعب الحاد بالنسبة لما يلى: مقياس التعب، التعب العقلى، مستوى الاستثارة السلبى، النشاط

العام.مما يدلل على أن هناك تباينات أكبر داخل فئة التعب المزمن عن التعب الحاد بالنسبة لتلك المتغيرات، مما يجعلنا نفترض إننا كلما اتجهنا إلى نهاية متصل التعب المتمثلة فى زملة التعب المزمن تزداد التباينات بين درجات أفراد العينة ويقل التجانس بينهم.

وأخيراً نخرج بعدد من الاستدلالات من خلال نتائج الدراسة بوجه عام.

[١] نسبة انتشار التعب بين المشاركات بلغت ٩٧,٣٩%*، وهى نسبة مرتفعة فى ضوء عينة عشوائية غير قصدية، مما يدفع إلى توجيه مزيد من الدراسات لمفهوم التعب، ووضعه فى بؤرة اهتمام الباحثين.

[٢] إن نسبة الفئة الحدية غير المصنفة بلغت ٦٠,٩%، وتضم فئات متباينة من التعب الحاد إلى التعب المزمن، ومن أسباب ذلك صعوبات خاصة بمحكات التصنيف التى تحتاج إلى مزيد من التحديد الدقيق للفئات الأخرى عبر متصل التعب.

[٣] عينة الدراسة الحالية اقتصرت على الإناث لعدد من المبررات منها أن نسبة كبيرة من دراسات التعب أجريت على الإناث، وأكدت دراسات التعب التى أجريت على الجنسين ان درجة التعب لدى الإناث أكبر، إلى جانب زيادة التباينات فى عينة الإناث (De Rejk, et al, 1999; 2000) إلى جانب توصية بعض الدراسات إلى ضرورة التركيز على خصوصية الجنس كأحد العوامل التى تؤدى إلى التعب المستمر (Verhulst, & Bensing, 1997) مما قد يفسر من خلال تعدد الأدوار الاجتماعية للإناث وكثرة الأعباء، والذى أكدت الدراسات ارتباطهما بتزايد درجة التعب (Wagner – raphael, Jason

* وما يدعمَ هذه النسبة المرتفعة، ملاحظات أحد استشارى العظام فى مستشفى الحسين الجامعى عند سؤاله عن انتشار التعب فى المريضات المترددات على المستشفى، فأكد أن هناك أعداد كبيرة من المريضات يأتين بشكوى التعب دون مسببات مرضية، وان استجابات الأطباء كانت هى التقليل من الشكاوى وعدم أخذها مأخذ الجدية الكافية.

& Ferrat, 1999- De Rijk, et al, 1999). مما لا ينفى أهمية دراسة التعب لدى عينة من الذكور، وهو موضوع اهتمام الباحثة القادم.

وفى ضوء استطلاع للتراث النظرى يمكن أن نحدد بعض تكنيكات مواجهة التعب:

١- معرفة مستوى الذروة، حتى يكون للتعب وجهه الإيجابى الذى يدفع الفرد للراحة، فحين لا يضع الفرد حداً لنفسه يتوقف بعده فهو يتخطى مستوى الذروة مما ينهك وظائفه بدنياً وعقلياً.

٢- الاشتراك فى الأنشطة التى يستمتع بها الفرد، فقد ناقشت بعض الدراسات فرضية أن من تتسم حياتهم اليومية بتوفر الوقت مع وجود أنشطة محببة للفرد أقل شكوى من التعب والعكس صحيح.

٣- ضرورة توفر المساندة الاجتماعية حتى يسهل أن يصرح الفرد بالتعب ولا يتخطى مستوى الذروة، فقد أوضحت الدراسات أن أعداد كبيرة من فئة زملة التعب المزمن فوجئوا بالاستجابات السلبية تجاه إعراضهم متمثلة فى إنكار الآخرين لاعراضهم، مما يدفعهم فى بعض الأحيان إلى تكتم تلك الأعراض مما يفقدهم مصدراً تقليدياً لدعم الآخرين.

المراجـــع

١- ابن منظور (د. ت) لسان العرب، الجزء الأول، القاهرة: دار المعارف .

٢- الشربينى زكريا أحمد (٢٠٠١). الإحصاء اللابارامترى مع اســتخدام Spss فى العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القــاهرة: الأنجلــو المصرية.

٣- حسين محى الدين أحمد (١٩٨٢). القيم الخاصة لدى المبدعين، القــاهرة: دار المعارف.

٤- رشدى عائشة السيد، (١٩٩٢). العلاقة بين الدافعيــة فــى ضــوء مفهــومى الاستثارة والقلق لدى الأسوياء والفصاميين بالاســتجابة فــى المواقف البسيطة والمركبة، رسالة دكتــوراه، كليــة الاداب، جامعة القاهرة (غير منشورة).

٥- مجمع اللغة العربية (١٩٧٠). مجموعة المصطلحات الفنية، المجلــد الثــانى عشر، القاهرة: الهيئة العامة للمطابع الأميرية.

6- Addington, A.M., Gailo, J.J., Ford, D.E, & Eaton, W.W. I (2001). Epidemiology of un explained fatigue and major depression in community :The Baltimore ECA follow – up 1981 – 1994, (Abstract). **Psychological Medicine,** 31,6.

7- Bensing, J. Hulsman, R-L & Schreurs, K-M. G(1999). Grnder differences in fatigue :biopsychosocial factor relating to fatigue in men and women, (Abstract). **Medical care,** 37, 10

8- Bombardier, C.H & Buchwald, D. (1995). Outcome and prognosis of patients with chronic fatigue vs chronic fatigue syndrome , (Abstract). **International Medicine,** 155, 19.

9- Brage, S. (2003). Chronic fatigue has high, but mainly hidden, costs; (Abstract). **Evidence- Based Health care,** 7,4.

10- Bryant, D., chiaravalloti, N.D. & Deluca, J. (2004) . objective measurment of cognitive fatigue in multiple sclerosisp; **Rehabilitation psychology,** 49, 2, 114-122.

11- Bultmann, u. devries, M., Beurskens, A.J.H. M., Bleijenberg, G., vercoulen, J. H. M. M, of kant, I. (2000). Measurment of prolonged fatigue in the working population : determination of a cut off-point for chicklist Individual strength, **Journal of occupational Health psychology, 5, 4, 411 – 416.**

12- De Rijk, A.E., schreures, K. M.G, & Bensing, J.M. (1999). Complaint of fatigue related to too much as well as too Little external stimulation?. **Journal of Behaavioral Medicine,** 22, 6, 549 – 573.

13- De Rijk, A.E., schreures, K.M.G. & Bensing, J.M. (2000) . patient factor related to the presentation of fatigue complaints : results form women & general health care practice; **women & Health,** 30, 4, 121 – 136.

14- Dickinson, C.J. (1997). Chronic fatigue syndrome – aetiological aspects; (Abstract). **European Journal of clinical Investigation,** 27.4.

15- Dienstbier, R. fl. (1989). Arousal andphysicological throughness, implications for mental and physical health, **Psychological Review, 96,** 1, 87 – 100.

16- Fishbain, D.A., Culter, R.B., Cole, B., et al., (2003). Is pain fatiguing? A structured evidence, based review(Abstract) **Pain Medicine, 4.1.**

17- Fishbin, D.H., Culter, R.B., Cole, B., et al.. (2004). Are patient with chronic low pain or chronic neck a pin fatigued?, (abstract). **Pain Medicine,** 5.2.

18- Friedberg, F. (1999), chronic fatigue syndrome: a new clinical application; **Proffesional psychology: Research and practice,** 27, 5, 487 – 494.

19- Gentile, S., Delaroziere, J.C et al (2003). Validation of the French Multidimensional fatigue Inventory (MF120); (Abstract). European Journal of cancer care, 12,1.

20- Glader, E.L., steymayr, B.& Asplund . K. (2002) . post stroke fatigue: A 2 year follow – up study of stroke patient in sweden; (Abstract) **stroke,** 33,5.

21- Hatcher, S.I. & House, A. (2003) . Life events difficulties and dilemmas in the onest of chronic fatigue syndrome: a case – control study, (Abstract). **Psychological Medicine, 33.7.**

22- Hwang, S., change, V.I., Rue, M. & Kasimis, B. (2003); Multidimensional independent predictors of cancer – related fatigue; (Abstract). Journal of pain & symptom Management, 26.1, 99545.

23- Huyser, B.A., Parker, J.C., thoresson, R.et al (1998). Predictor of subjective fatigue among individuals with rheumatoid **Arthitis", (Abstract), Arthris & Rumatism,** 41, 2.

24- Jason, L. A., Richman, J.A., Friedberge f. et al. (1997). Politics, science and the emergency of a new disease: the case of chronic fatigue sgndrome, **American psychologist, 52,** 9, 973 – 983.

25- Johnson, S.K. (1998). The biopychosocial model and chronic fatigue syndrome; **American Psychologist,** 53, 9, 1080 – 1081.

26- Kaaasa, S., Loge, J.H., knobal H- I. Etal. (1999). Fatigue meaures and relation to pain; (Abstract). **Acta Anaesthesiologica scandinavia,**43, 9.

27- 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.

28- Mahurin, R.K. , clay poole, K.H., Goldbeg, J.H, et al (2004), Cognitive processing in monozgotic twins discordant for chronic fatigue syndrom; **Neuropychology**, 18, 2, 232 – 239.

29- Mattheuse, G & Desmond, P. A. (2002) Task induced fatigue state and stimulated driving performance (abstract) **Quarterly Journal of experimental psychology**, 55. A(2)

30- Meeuwesen, L., Bensing, J. & vanden Brinkmuinen, A. (2002). Communicating fatiguein general practice and the role of gender; (Abstract). Patient education & counseling , 48, 3.

31- Michielsen, H.J., Devries, J. & van, H.G.L (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measures "The fatigue Assessment scale, (Abstract). **Journal of psychosomatic Research**, 54,4.

32- Michielsen, H.J., Devries, J. & van, H.G-L (2004). Examination of dimensionalility of fatigue: the construction of the fatigue Assessment sale (FAS); **European Journal of psychologicaql Assessment,** 20, 1.39 – 48/

33- Okuyama, T. Akechi, T., Kugaga, A. et al. (2000). Development and validation of the Cancer Fatigue Scale : A brief, three-dimensional, self – rating scale for assessment of fatigue in cancer patients; (abstract), **Journal of pain & symptom Management, 19.1**

34- Panlik owska, I. , chalder, I., Hirsch, S-R. etal. (1994). Population based study of fatigue and psychological distress, (Abstract). **BMJ, 308, 6931.**

35- Prince, M.I. & Jones, D.E.J. (2001) – Measuring fatigue in medically unwell and distressed patient; (Abstract), **Current opinion in psychiaty,** 14.6.

36- Salmon, p. & Hall, G. (1997). A theory of postoperative fatigue; (Abstract). **Journal of the royal society of Medicine,** 90,1.

37- Sarafino. E- (1990). **Health pychology – Biopsycho- social interaction, N.** Y : Johnwiley & sons, Inc, pp. 369 – 371.

38- Skapinakis, p. , Lewis, G & Mavreas, John Wiely. (2003). Unexplained fatigue syndrom in multinational primary care sample : specificity of definition. And prevelance and distinctiveness form depression and general anxiety; **American psychiatry, 16, 4, 785-787.**

39- Smith, A. P. , Borysewicz, L., Pdiock, J. et al., (1999). Acute fatigue in chronic fatigue syndrome patients, (Abstract), **Psychologyical Medicine,** 29,2.

40- Taylor, R- , Jason, L.A., kennedy, C.I & F. redberg, F- (2001). Effect of physician – recommended treatment on mental health practitioners attributions for chronic fatigue syndrome; **Rehabilitation psychology,** 46, 21, 65 – 177-

41- Trendall, J. (2000). Concept analysis : chronic fatigue, (Abstract). **Journal of Advanced Nursing,** 32.5.

42- Tuck, I. & Wallace, D- (2000). Chronic fatigue syndrome: A women dilema, (Abstract). **Health care for women International,** 21.5.

43- Verhulst, J.V.M. & Bensing, J.M. (1997). Sex differences in persistent fatigue; **Women & Health,** 26, 3, 51-70.

44- Virgil, M. & otr, F. (2003) test- retest reliability and convergent validity of the fatigue impact scale for persons with multiple sclerosis; **(Abstract) - American Journal of occupational therapy, 57.4.**

45- Wagner – raphael, L't., Jason, L.A & Ferrai, T.R. (1999) – Chronic fatigue syndrome, chronic fatigue and psychiatric disorder: Predictors of functional status in a national nursing sample; **Journal of occupational Health psychology,** 4,1, 63 – 71.

46- Watt, T- I., Groenvold, M., Bjorner, J. B et al, (2000). Fatigue in the Danish general population – influence of sociodemographic factors and disease; (Abstract). Journal of Epidemiological & community health, 54,1.

47- Wessely, S.E. (2001). Chronic fatigue: symptom and syndrome; (Abstract). **Annals of International Medicine,** 134, 2.

48- World Health organization (1992). The **ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders, clinical descriptions and diagnositic guideline,** (Pp. 170-171).

49- Cancer related fatigue, from h t t p : / / w w w . c l e v e l a n dclinic : org /health/ health – infor/docs/ 0300/ 0305 – as p / index = 5230.

50- Fatigue, 2003. From http = // health link – mcw- edu/ article /go124708 – html.

51- Fatigue severity scale – from http = //www. Mult ,- sclerosis. org/ fatigue severity scale html.

52- Feeling tired, from http - //www. Aid smed- scom/lessons/ fatigue. 1.htm.

53- Palliative care, fatigue management of pain, fatigue test. 2000, from, http = //www-stop pain. Org/ palliative – care / fatigue survey html.

Differential study between two categories of acute and chronic fatigue at a number of clinical variables correlated with fatigue and some psychological variables (exploratory study)

D. Aisha El-Sayed Roushdy

Abstract

The present study aims to explore the nature of discrepancies between two categories of acute and chronic fatigue, at some clinical variables correlated with fatigue (intensity of fatigue, affected aspects by fatigue expression of fatigue and mental fatigue), positive and negative arousal and general activity. From a total sample consists of 115 females of different age, education, and marital state, two group of acute and chronic fatigue (consist of 16 females each) were selected according to some clinical criteria as a tool for classification. Tests prove an accepted degree of both reliability and validity. Results show a significant different between the two categories upon majority of variable. Results were discussed in terms of literature of fatigue.