مُستوى الاكتئاب لدى مرضى العضلي التليفي (Fibromyalgia) في ضوء عدد من المتغيرات

د. عرين محمد غزيوات الخوالدة*

تاريخ وصول البحث: 2023/10/8م تاريخ قبول البحث: 2023/12/5م

الملخص

تهدفُ هذه الدراسة، إلى معرفة مُستوى الاكتئاب لدى مرضى العضلي التليفي المُراجعين في عيادات العلاج الطبيعي في الأردن، وذلك وفقًا لمتغيري الجنس والعمر، وبناءً على اتّباعِ المنهج الوصفي المسحي. وقد اشتملت عيّنة أفراد الدراسة (123) مريض ومريضة من مُراجعي ثلاث مستشفيات خاصة (الاستقلال، الرويال، العيادات الخاصة للعلاج الطبيعي). ولغرض الدراسة، تم استخدام اختبار الصحة للمرضى (phq9) بواقع (9) فقرات. وأظهرت نتائج الدراسة وُجود فروق جوهرية في مستوى الاكتئاب لدى مرضى التليف العضلي بين الذكور والإناث مرتفعة لصالح الإناث. وأنّ هناك فروق بين كبار السنّ واليافعين في مستوى الاكتئاب لمرضى العضلي الليفي. وبناءً على النتائج تم صياغة التوصيات ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب، مرضى العضل التليفي. اختبار الصحة للمرضى (Phq9)

.

* أستاذ مساعد، كلية العلوم التربوية، جامعة العلوم الإسلامية العالمية.

The level of depression among fibromyalgia patients in light of several variables.

Abstract

This study aims to determine the level of depression among patients with muscular dystrophy attending physical therapy clinics in Jordan, based on gender and age variables, using a descriptive survey methodology. The study included a sample of 123 male and female patients from three private hospitals (Independence, Royal, and Private Physical Therapy Clinics). The Patient Health Questionnaire (PHQ-9), consisting of 9 items, was used for the study. The results revealed significant differences in the level of depression among male and female muscular dystrophy patients, with higher levels observed in females. Additionally, differences were found in depression levels between older adults and adolescents with muscular dystrophy. Based on the findings, recommendations related to the study topic were formulated.

Keywords: Depression, Muscular Dystrophy Patients, Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

المقدمة:

يُنظر إلى الاضطرابات النفسية والانفعالية على أنها واحدة من أمراض العصر الحديث، وهي مُنتشرة أساسًا بين الأفراد على اختلافِ أعمارهم، وبقطعِ النظر عن طبيعةِ جِنسِهم؛ سواءٌ أ كانوا ذُكورًا أو إناثًا، كما يُعدُّ الاكتئاب من أكثر الاضطرابات انتشارًا بينها [1].

ويُعرّف الاكتئاب في مُستواه المفاهيمي بأنّه ضربٌ من التدنّي والانخفاض في الحالة المزاجية للفرد، وفقدان المتعة في الأشياء التي تمّ الاستمتاع بها سابقًا. ومن الضرورة بمكان الإشارة، إلى أنّ اختبار حالة الاكتئاب يُعدُّ أمرًا عسيرًا إلى حدٍّ ما؛ ومع هذا، فإنّ مُعظم الناس الذين أصيبُوا بحالة الاكتئاب، تتداخلُ لديهم باستمرار تلك المشاعر التي تنتابهم مع مُتغيّرات ومُستجدّاتِ حياتهم اليومية، وذلك طِيلة فترةٍ زمانيّة لا تقلّ البتَّةَ عن أسبوعين مُتزامنين. وعليه، يُمكن القول عن صواب إنّ حالة الاكتئاب تأتي على شاكِلةِ مزاج منخفض وطُغيان مشاعر الحزن واليأس على الإنسان، التي تُرافقها عملية إحساسٍ بتدنّي احترام الذات، ويتبعه التهيج والغضب [ii].

وتأسيسًا على ما تقدّم، عرّف بيرند (Bernard) الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي، تنتقل فيه الحالة المزاجية المنخفضة الطبيعية إلى متلازمة إكلينيكية، مع وجود علامات وأعراض مرتبطة به؛ كمشاعر مؤلمة، وانخفاض الرغبة في الفكاهة، ونوبات القلق والذعر، وانخفاض واضح في أداء الوظائف النفسية والإدراكية المختلفة، والميل إلى العزلة، واللامبالاة، وصعوبة في الاستمتاع بالنشاطات، والأفكار السلبية [3].

ويعود الاكتئاب إلى العوامل العضوية المُرتبطة بالجانب الوراثي والهرموني والخلل العصبي العائد إلى اضطراب في مُستويات الصوديوم والبوتاسيوم في الدماغ [4].

وفي ذاتِ السياق الناظِم، أضاف نورمان ورايري (Norman & Ryrie) أنّ أسباب الاكتئاب تعود بالأصالةِ إلى جُملةٍ من العوامل من قبيلِ: العامل الوراثي، والعامل البيئي، ونمط الشخصية. فهذه العوامل على تنوعّها، يُمكنُ أنْ تضطلِعَ بدورٍ رئيس في ظهور الاكتئاب. ناهيك عن كونه، قد يظهرُ عند أيّ فئة من الناس، على اختلافها العمري والعرقي والاجتماعي والاقتصادي [5].

وعِلاوةً على ما تقدّم، يُمكنُ القول إنّ إصابة الشخص بحالة من الاكتئاب عادة ما تقترنُ بجُملةٍ من الآثار السلبيّةِ التي تنعكسُ أيّمَا انعكاسٍ على حياته، من قبيلِ: الآثار السلوكية (الكسل وسرعة التعب ونقص الحركة والخمول الجسدي)، والمعرفية (ضعف التركيز والتفكير

السلبي) [6]، والاجتماعية (تدني في الأداء العام الاجتماعي)، والصحية (زيادة الفرصة بالإصابة في الامراض المناعية والالم الجسدية المختلفة غير المفسرة طبياً) [7].

وقد تمتدّ آثار الاكتئاب إلى ما هو أبعد من مشاعر الشخص وصحته العقلية، حيثُ أنّه قد يُؤثّرُ أيّمَا تأثير على صِحّتهِ الجسديّةِ. ذلك أنّ الأشخاص المُصابين بالاكتئاب، قد يُعانون من بعض الآلام التي يعسُرُ تبريرها، بما في ذلك آلام المفاصل أو العضلات، والصداع. ويمكن أن تتفاقم أعراض الاكتئاب لدى الشخص لتُصبح مرضًا مزمنًا [8].

وفي هذا السياق، أكّد بينينكس(Penninx) أنّ عوامل الخطر تزداد بالإصابة بالأمراض الجسدية بسبب اختلالات في التنظيم البيولوجية لارتباطها بالاكتئاب [9].

ومن المُفيد الإشارة أيضًا، أنّ عملية الشعور بالألم ترتبطُ بانخفاض الصحة النفسية لدى المرضى بشكل خاص، ناهيكَ عن الأعراض الجسدية التي تُعتبرُ أمرًا شائِعًا في حالات الاكتئاب. وغالبًا ما تكون الأوجاع غير مفسرة تفسيرًا بيولوجيًا، حيث يُعتبر إحساس الفرد بالمرض من الأعراض الرئيسية لأعراض الاكتئاب. وتشمل هذه الأعراض: آلام المفاصل المزمنة، وآلام الأطراف، وآلام الظهر، ومشاكل الجهاز الهضمي، والتعب، واضطرابات النوم، وتغيرات النشاط الحركي النفسي، وتغيرات الشهية [10].

وعلاوة على ما تقدّم -وبِناءً على مُراجعة قواعد البيانات العلمية-تبيّن تناول الباحثين وتعرّضهم لمرضى التليف العضلي تبعًا لمُتغيرات مختلفة، حيث أجرى يبيز وآخرون (Yepez; et al) دراسة تمّ الإشارة فيها إلى أنّ الألم الجسدي والاكتئاب لهما علاقة بيولوجية ونفسية ارتباطية قوية، كما رصدت ذاتُ الدراسة تسجيل ارتفاعٍ في نسبة مرضى الاكتئاب الذين يسعون للعلاج في مكانٍ مُخصّصٍ للرعاية الأولية -مثل مراكز العلاج الطبيعي- وغالبيّتهم يُبلّغُ بكونه يُعاني من أعراض جسدية فقط، وهذا من شأنه أن يجعل من مسألة تشخيص الاكتئاب[11] أمرًا صعبًا للغاية.

إنّ ما سبق ذِكره، أكّدته دراسة لوغ هاجن وآخرون (Loge-Hagen ;et al) التي أُجريت على عددٍ من المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 18 عام، وكشفت نتائجها أنّ ما يزيد عن منتصفهم قد حصلوا على درجة مرتفعة في مستوى الاكتئاب، وقد عانوا من اعراض الاكتئاب لفترة طويلة من حياتهم [12].

وفي دراسة كتنوغ وآخرون (Cetingok; et al) تمّت الإشارة إلى أنّ أغلب المراجعين لعيادات العلاج الطبيعي (إصابات العمود الفقري وإصابات الحوادث والإصابات الرياضية ومرضى العضلي الليفي (Fibromyalgia) أبلغوا عن أنهم يعانون من أمراض جسدية إلا أنهم أبلغوا عن إحساسهم بالقلق وزيادة بالإجهاد النفسي والجسدي [13].

وقد عرّفت سيتنقوك (Cetingok) الألم العضلي الليفي (Fibromyalgia) بأنّه مُتلازمة مُؤلمة تسبّب الألم في الجهاز العضلي الهيكلي، ويُرافقها اضطراب في النوم، والتعب، والاضطرابات النفسية، وغالبًا ما يتعايش المرضى (Fibromyalgia) مع الألم المُزمن. ويظهر مرض (Fibromyalgia) مع مُتلازمة التعب المزمن، ومُتلازمة القولون العصبي، بالإضافة إلى الصداع التوتري، واضطراب الفك الصدغي، والحساسية الكيميائية المتعددة، وعسر الطمث الأولي اضطراب ما بعد الصدمة، ويصف هذا المرض بمُصطلح "متلازمات الحساسية المركزية" أو" حالات الألم المزمنة المتداخلة".

ومن المُفيد الإشارة في ذاتِ السياق الناظم، أنّ الأعراض في متلازمة (Fibromyalgia) تتفاقمُ بشكلٍ لافتٍ مُتأثِّرة في ذلك بالعديد من التأثيرات العاطفية والنفسية، لأنّ مَرضَى مُتلازمة الألم العضلي الليفي يميلون إلى مستويات عالية من التوتر والغضب والألم المزمن [14].

وتأكيدًا لما سبق، أوضحَ قالفيز (Galvez; et al) في دراسته أنّ جزءًا كبيرًا من مرضى (Fibromyalgia) يُعانون من اضطرابات نفسية مُصاحبة، مثل: الاكتئاب واضطراب الهلع واضطراب القلق. وأبانَ كذلك أنّ هذهِ الاضطرابات قد يكون لها أيضًا جوانب معرفية ونفسية قادرة على إعطاء قيمة تنبؤيه مستقبلية لظهور الأعراض الجسدية المختلفة، مثل الآلام الجسدية المزمنة في المستقبل [15].

عِلاوةً على كلّ ما تقدّم من الدراسات السابقة التي تناولت مفهوم الاكتئاب ومستوياته لدى مرضى العضلي التليفي (Fibromyalgia)، ثمّةَ أيضًا دراسات أخرى تناولت موضوع الاكتئاب ومرضى (Fibromyalgia)، ومنها دراسة ويلي وآخرون (Whealy; et al) التي وظّفت اختبار (PHQ-9) واختبار (MIDAS) في الكشف عن أعراض الاكتئاب وشدة الصداع (مرض الشقيقة) عند المصابين بمرض العضلي التليفي، ومُقارنتها بعيّنة ضابطة مع أشخاص آخرين لا يعانون من المرض. وقد تحصّل المرضى الذين يعانون من الألم العضلي الليفي بمُقتضَى هذهِ الدراسة، على درجات أعلى بكثير على اختبار (PHQ-9) مُقارنة بنتائج العينة الضابطة. وخلصت النتائج في هذه الدراسة، إلى أنّ المرضى الذين يعانون من مرض العضلي التليفي هم أكثر عُرضة لإظهار

مستويات عالية من أعراض الاكتئاب، والتي تظهر على شكل مشاكل في النوم وصعوبات في أداء المهام اليومية[16].

وهدفت دراسة أخرى أشرف عليها قوتا وآخرون (Gota; et al) إلى تقييم مدى انتشار أعراض الاكتئاب والهوس في مجموعة من مرضى مرض العضلي التليفي (FM) في مركز الرعاية، وتحديد العلاقة بين أعراض الاكتئاب والهوس مع أعراض FM والحالة الاجتماعية والاقتصادية. وقد طُبّقت الدراسة على (305) من مرضى FM، تمّ فيها قياس أعراض الاكتئاب من خلال استبيان صحة المريض (PHQ-9)، وأعراض الهوس من خلال استخدام استبيان اضطرابات المزاج (MDQ). وكانت النتائج مُفصّلة كالتالي: مجموعة FM حصلوا على (27.5%) على مستوى معتدل على مقياس الاكتئاب، وما نسبته (17.7%) حصلوا على مستوى معتدل إلى شديد، ونسبة (14%) حصلوا على مستوى شديد على الاختبار. وقد أظهرت النتائج أيضًا، أنّ عددًا منهم أبلغوا عن تشخيص سابق للاضطراب ثنائي القطب (BD). وارتبطت المستويات المتزايدة لشعور باللام (FM) مع شدة مستوى الاكتئاب، وارتبطت زيادة مستويات الاكتئاب بشكل كبير بزيادة انتشار الاعتداء الجنسي السابق المبلغ عنه، وانخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي، بما في ذلك ارتفاع معدلات الإعاقة والبطالة[17].

ينضافُ إلى ما تقدّم، ثمّة دراسات أخرى تناولت مستوى الاكتئاب عند مرضى (Fibromyalgia) حسب مُتغيّر الجنس. وفي هذا السياق، أشار ساوش وآخرون (Sauch; et al) [18] في دراستهم، إلى تلك الصِّلة الرابطة بين القلق والاكتئاب من جِهةٍ، ومرض العضلي التليفي (FM) من جِهةٍ أخرى، والمخاطر المتصلة بها. وكانت المُتغيرات الديموغرافية التي تمّت دراستها مُرتكزةً أساسًا على: الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والاقتصادية. إنّ النتائج المُستخلصة من هذه الدراسة، أوضحت أنّ مرض الفايبروماليجا هو مرض مُرتبطٌ بالقلق والاكتئاب، وأنّ الرجال هم أقلّ عرضة للإصابة بالقلق والاكتئاب، لذلك تُبلغُ النساء عن الأعراض النفسية والانفعالية التي تترتب على الإصابة بمرض الفايبروماليجا مقارنة مع الرجال[18].

وفي ذات السياق، هدفت دراسة سيتينجوك واخرون (Cetingok; et al,) إلى تحديد ما إذا كان هناك علاقة بين مرض العضلي التليفي (FM) والاكتئاب والقلق والحساسية تجاه القلق ومعتقدات تجنب الخوف، ونوعية الحياة لدى المرضى الإناث المصابات بتشخيص مرض العضلي التليفي. وقد شملت العينة 37 مريضة (عينه تجريبية) تمّ تشخيصهن بمرض العضلي

التليفي (FM) في عيادة طب الألم، وتمّ مقارنة نتائجهن على الاختبار بمجموعة ضابطة مكونة من 37 امرأة سليمة في الدراسة.

تمّ تطبيق نموذج بيانات الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريرية، ونموذج جودة الحياة، واختبار معتقدات تجنب الخوف، ومؤشر حساسية القلق، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس التماثلي البصري على المشاركات. وخلصت النتائج، إلى أنّ المجموعة التجريبية حصلت على درجات أعلى إحصائيًا في مؤشر حساسية القلق، ومقياس بيك للاكتئاب. وأشارت إلى أنّ القلق والاكتئاب وشدة الألم المُتصورة، تُقلّل من الوظائف الاجتماعية ونوعية الحياة في مجالات مثل؛ الصحة العقلية، والوظيفة الجسدية، وصعوبات الدور العاطفي، ومشكلات متكررة في النوم. وقد تقرّر أنّ وظائف ونوعية حياة المرضى الذين تمّ تشخيص إصابتهم بـ FM انخفضت في الحياة اليومية [19].

ومن الدراسات التي اشارت الى تأثير الجنس على الاعراض الاكتئاب دراسة إيانوتشيلي واخرون (Iannuccelli; et al) والتي هدفت الى تقييم تأثير الجنس على المظاهر السريرية للاكتئاب لمرضى التليف العضلي، وبلغ حجم العينة للمرضى الذين أجريت عليهم الدراسة (201) مريض بالغ من كلا الجنسين تم تشخيص إصابتهم بمرض التليف العضلي، واظهرت النتائج الى ان العديد من الأعراض الاكتئابية كانت أعلى بشكل ملحوظ لدى النساء مقارنة بالرجال، بما في ذلك الألم، والتعب، ومشاكل في الذاكرة، ومشاكل في التوازن، والحساسية للمحفزات البيئية. على العكس من ذلك، أفاد الرجال بوجود تكرار متباينة لأعراض الاكتئاب المصاحبة [20].

وفي ذاتِ السياق الناظِم، ثمة دِراساتٌ أخرى تناولت مُستوى الاكتئاب عند مرضى (Fibromyalgia) حسب مُتغير العمر. حيث أشارت دراسة كرونان وآخرون (Cronan; et al) إلى تأثير العمر على الصحة والرفاهية لدى المرضى المصابين بأمراض العضلي التليفي المزمن. وكانت عينة الدراسة مكونة من الشباب (20-39)، ومُتوسطي العمر (40-59)، وكبار السن (60-85) الذين يعانون من مرض العضلي التليفي (FMS). وكان الغرض من هذه الدراسة، هو تحديد ما إذا كانت هناك اختلافات بين الفئات العمرية في الأعراض، وفحص المتغيرات النفسية والاجتماعية المُحتملة؛ مثل القلق والاكتئاب. وكان مجموع العيّنات 600 مريض (95٪ منهم إناث)، وخلصت النتائج إلى وُجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية في مُعظم المتغيرات، ذلك أنّه كُلّما تمّ تسجيل زيادة في العمر إلاّ وزادت مُدة الأعراض، وزادت التأثيرات النفسية المُرتبطة بالمرض. وأشارت النتائج أيضا، إلى أنّ تأثيرات (FM) تتناقص بمرور الوقت [21].

أما دراسة هيار (Hayar) فقد تعلّقت بدراسةِ عامل العمر لدى النساء المصابات بمرض العضلي التليفي، عِلاوة على دِراسة آثارهِ النفسية، والجسدية، والشخصية، والاجتماعية. وقد شملت هذه الدراسة 66 امرأة تمّ تشخيص إصابتهن بمرض العضلي التليفي، وكان مُعدّلُ أعمارهم مُتراوحًا بين (30 و68) عامًا. وأشارت النتائج، إلى ارتفاع مُعدل الإصابة بمرض العضلي التليفي لدى النساء الأكبر سنا، ومدى تأثيره على نوعية الحياة. مع وُجوب القول، إنّ تحديد هذا الأمر تمّ قياسه بواسطة اختبار تأثير مرض العضلي التليفي (FIQ) مع التنصيصِ على أنّ المجموعة المتوسطة العمر (50-59 سنة) [22] كانت هي الأعلى.

وهدفت دراسة قونزاليز (Gonzalez) [23] إلى التعرّف على العلاقة بين القلق والاكتئاب، مع شدة مرض العضلي التليفي ونوعية الحياة؛ باستخدام اختبار تأثير مرض العضلي التليفي (النسخة الإسبانية)، واختبار صحة المريض (phq9)، واختبار اضطراب القلق العام لدى المرضى (رجال ونساء) الذين تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 65 سنة ومن المراجعين لعيادة أمراض الروماتيزم في دولة كولومبيا، والتي اعتمدت على أسلوب الدراسات الوصفية. وخلصت النتائج إلى رصدِ علاقة بين شدة مرض العضلي التليفي والقلق والاكتئاب ونوعية الحياة ($P < 0.05$). حيث أشارت إلى أنّ (83.6%) من المرضى كانوا يظهرون درجات مُتوسطة إلى مرتفعة من الاكتئاب، وذلك تحديدًا عند المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين عامًا ومن 39 إلى 58 عامًا على. وهي نسبة كانت تقلّ إلى (<20٪) في الأعمار من 29 إلى 38 سنة [24].

مُشكلة الدراسة وأسئلتها:

يُعتبر مفهوم الصحة الجسمية والنفسية من أساسيات رفاهية الإنسان في واقعه المعيش. وعليه، فإنّ أيّ مُشكلة نفسية هي في علاقةٍ وثيقةٍ بالصحة الجسديّة للذات الإنسانية، على اعتبار أنّ حياة الإنسان بكلّ مُتعلّقاتها تتأثّرُ أيّما تأثّرٍ بحُدوثِ أيّةِ مشاكل أو مُستجدّات تُصيبُهُ؛ سواءٌ أكانت هذه المُتغيّرات الجارية جسمية أو نفسية. ويُعتبر الاكتئاب من أهمّ أمراض العصر بامتياز، ويُساهمُ في شُعور الإنسان بالكثيرِ من الأوجاع والآلام، من قبيل آلام الظهر والمفاصِلِ التي يصعبُ-حقًا-تشخيصها بشكلٍ سريع، حيث يضطر المريض الذي يشكو من هذه الآلام إلى مرحلة التسوق الطبي بحثا عن تشخيص طبي صحيح [25]. حيث أظهرت إحصائية قام بها معهد العناية بصحة الأسرة، (2021) التابع لمؤسسة الملك الحسين، عن الألم العضلي التليفي الذي يُصيب (2-4%) من الناس، ويكون أكثر شيوعًا عند النساء [26]. ولقد صيغت مُشكلة الدراسة

للإجابة عن السؤال العام التالي: ما مُستوى الاكتئاب عند مرضى العضلي الليفي المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي في الأردن؟ ويتفرّع عن هذا التساؤل المركزي الأسئلة التالية:

1.هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب لمرضى العضلي الليفي المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي في الأردن؟

2.هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كبار السنّ واليافعين في مستوى الاكتئاب لمرضى العضلي الليفي المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي؟

أهداف الدراسة:

1.التعرف على مستوى الاكتئاب عند مرضى العضلي التليفي باستخدام أداة التقييم النفسي (PHQ9).

2.التعرف على مستوى الاكتئاب حسب متغير الجنس (ذكر، أنثى).

3.التعرف على مستوى الاكتئاب حسب متغير العمر (كبار السن، اليافعين).

أهمية الدراسة:

تكتسِبُ الدراسة أهمّيتها من مُنطلقٍ رئيسيّ قوامهُ الرئيس؛ أنّ التعرّف على مُستوى الاكتئاب لدى مرضى العضلي الليفي المُراجعين لعيادات العلاج الطبيعي، يُساهم إسهامًا حقيقيًا في مُضاعفة إدراك المريض والقائمين على رعاية المريض بأنّ أعراض اضطراب الاكتئاب من شأنها أن تُصبح أمرًا أكثر وُضوح عند المريض بسببِ استمراريتها وزيادة الإحساس بها لأنّها هي السبب الرئيس لهذه الآلام التي يشكو منها. وهي آلامٌ ترتبط بشكل وثيقٍ بالحالة النفسية التي يعيشها المريض بشكل عام؛ ممّا يساعد على تخصيص جزء من العلاج داخل عيادات العلاج الطبيعي للدعم النفسي، ورفع مستوى الصحة النفسية عند المرضى.

مفاهيم الدارسة:

1. الاكتئاب: تُعرّف منظمة الصحة العالمية (2020) الاكتئاب بأنه الحالة المزاجية المنخفضة وفقدان المتعة في الأشياء التي تمّ الاستمتاع بها سابقًا. وتتضمّن حالة الاكتئاب صعوبة واضحة في اختبار هذه الحالة، ولكن بالنسبة لمعظم الناس المصابين بالاكتئاب تتداخل مشاعر الفرد باستمرار مع حياتهم اليومية على مدى فترة لا تقل عن أسبوعين. ويشمل الاكتئاب: مزاج منخفض والحزن واليأس يرافقه تدني احترام الذات ويتبعه التهيج والغضب [27]. وتُعرّف الباحثة الاكتئاب اجرائيًا بأنّه: حالة نفسية سلوكية ناتجة عن ارتفاع مستوى القلق والتوتر تزيد من التحديات الجسدية والنفسية للمريض.

2. اختبار الصحة للمرضى (Phq9): أداة ذاتية الإجابة مُكونة من 9 فقرات تستند إلى معايير DSM-V. وتُساعد هذه الأداة في التشخيص على معرفة وجود الاكتئاب وتحديد شدته. كما يُساعد الاختبار الفاحص في الكشف عن أعراض الاكتئاب الأكثر تكرارًا خلال الأسبوعين السابقين [28]. واجرائيًا تُعرّف الباحثة الاختبار بأنه: مجموعة من الفقرات التي تقيس أبعاد سلوكية ونفسية وصحية.

3.مرضى العضل التليفي: عرف الألم العضلي الليفي (FM) على أنه مُتلازمة الألم المزمن التي يشعر بها المريض بألم بشكل مزمن وفي أجزاء واسعة من جسمه، ويستمر لأكثر من ثلاثة أشهر في حالة عدم وجود مشكلة عضوية واضحة [29]. وتعرف الباحثة مرض العضل التليفي اجرائيًا بأنه: مجموعة من الآلام الجسدية المزمنة التي تُرافق المريض لفترات طويلة، وتزداد حدّتها عند الشعور بالقلق والتوتر.

حدود الدراسة:

يمكن تعميم النتائج المتعلقة بالدراسة في ضوء ما يلي:

الحد البشرى: أجريت هذه الدراسة على مرضى العضل الليفي المُراجعين لمراكز العلاج الطبيعي في المستشفيات الخاصة.

الحد المكاني: أجريت هذه الدراسة على المرضى المُراجعين لمستشفى الاستقلال ومستشفى الرويال والعيادات الخاصة للعلاج الطبيعي.

الحد الزمني: أجريت الدراسة خلال الفترة من 2023/03/17 – 01 /08/ 2023.

أداة الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على استخدام (اختبار الصحة للمرضى (phq9)، والذي تمّ التأكد من صدقه وثباته.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة: ترى الباحثة أنّ الدراسات سالفة الذكر تناولت مفهوم الصحة النفسية وعلاقتها بمرض العضل التليفي والتي أجريت في دول مختلفة غير عربية، إلا أنّ الدراسة الحالية تناولت مفهوم الاكتئاب عند المرضى المصابين بالعضل التليفي في الأردن، والتي تُعتبر من الدراسات النادرة حول هذا المجال.

الطريقة والإجراء:

منهجية الدراسة: نظرًا لطبيعة الدراسة التي تستهدف التعرف على" مستوى الاكتئاب لدى مرضى العضلي التليفي في ضوء عدد من المتغيرات"، لدى عينة من مرضى العضلي التليفي المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي. فقد اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي الوصفي بالعينة القصدية، واستخدام أداة الاستبانة لجمع البيانات الميدانية (اختبار الصحة لمرضى (phq9)، وتم استخدام هذا المنهج في الدراسة الحالية لكون هذا المنهج هو الأكثر ملائمة لقياس مستوى الاكتئاب لدى مرضى العضلي التليفي، وابرازها كما هي في الواقع.

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكوَّن مُجتمع الدراسة من المرضى المصابين بمرض العضلي التليفي Fibromyalgia والمراجعين لعيادات العلاج الطبيعي في المستشفيات الخاصة في الأردن؛ والذين تسمح لهم حالتهم الصحية بالذهاب لعيادات العلاج الطبيعي، والقادرين بمحض ارادتهم على الاستجابة لفترات المقياس، والبالغ عددهم نحو (255) مريض ومريضة، وذلك خلال فترة تطبيق أداة الدراسة التي تمّت في النصف الثاني من شهر تموز لعام 2023م.

لاختيار أفراد عينة الدراسة الأساسية، تمّ اتباع أسلوب المسح الشامل لعناصر مجتمع الدراسة المستهدف، حيث تمّ تعيين المرضى المراجعين لعيادات العلاج الطبيعي في المستشفيات الخاصة في الأردن من المصابين بمرض العضلي الليفي كعينة دراسية مستهدفة. ونظرًا لخُصوصية عيّنةِ الدراسة، والوقت المُتاح لتطبيقِ أداة الدراسة، فقد تمّ اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من المتواجدين من المرضى خلال فترة تطبيق الدراسة، ومّمن تسمح لهم حالتهم الصحية والنفسية على ذلك، والذين أبدوا موافقة على التطبيق، حيث تمّ تطبيق الأداة على (125) مريض ومريضة، وتمّ استثناء استبانتين من التحليل وذلك لعدم اكتمال بياناتها. وبذلك تكوّنت عينة الدراسة من (123) مريض ومريضة تشكّل ما نسبته (48.23%) من مجتمع الدراسة الكلي، وما نسبته (98.40 %) من عدد الاستبانات المطبقة، والجدول (1) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة وفقا لمُتغيري الجنس والعمر.

جدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغيري الجنس والعمر

المتغير	الفئات	عدد أفراد العينة	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	41	33.33
	أنثى	82	66.67

	المجموع	123	100
العُمر "سنة"	أقل أو يساوي 30	50	40.65
	أكثر من 30	73	59.35
	المجموع	123	100

يتضح من النتائج في الجدول (1) أنّ أفراد عيّنة الدراسة من الذكور قد شكّل ما نسبته (33.33 %) ومن فئة الإناث ما نسبته (66.67 %). وأنّ أفراد عينة الدراسة من الفئة العمرية "أقل أو يساوي 30" سنة قد شكّل ما نسبته (40.65 %) ومن الفئة العمرية "أكثر من 30" سنة قد شكّل ما نسبته (59.35 %).

أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة لتحقيق أهدافها على استبانة صحة المريض – لتشخيص الاكتئاب Patient Health Questionnaire (PHQ9)، وهو من إعداد كرونيك وسبتزر وويليامز (Kroenke, Sputzer & Williams) ، والذي تمّ إعداده وفقا للدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية. ويتكوّن الاختبار من (9) فقرات موزعة على بُعد واحد، وتعتمدُ نتيجته على التقرير الذاتي، بحيث يتمّ الإجابة على أحدِ الخيارات الأربعة المُستخدمة في اختبار، والتي تصف حالة المستجيب خلال الأسبوعين الماضيين على التطبيق [30]. واعتمدت الدراسة الحالية للتطبيق على عيّنة الدراسة على النسخة المعربة للاختبار، والتي قام البهنساوي وعبد الخالق بتعريب الاختبار لتشخيص الاكتئاب لدى عيّنة من الطلبة في الجامعات المصرية، وقد صمّم اختبار لقياس مظاهر رئيسية للاكتئاب لدى المرضى، والتي منها: الشعور بالتعب وقلة النشاط، وقلة الاهتمام والمتعة، وصعوبات النون، وفقدان الشهية أو الشرهة للأكل، وعدم الرضا عن النفي والشعور بالفشل، وأخيرا التفكير بإيذاء النفس والموت [31].

تصحيح استبانة صحة المريض – لتشخيص الاكتئاب (PHQ9):

تكوّن الاختبار في شكله النهائي من (9) فقرات، حيث يُطلب من المفحوص الاستجابة لكلّ فقرة من فقراته، والتي تُمثل حالته خلال الأسبوعين السابقين. وقد تكوّنت الإجابة عن كل فقرة من (4) مستويات تتراوح بين (0-3)، وقد درجت الاستجابات التي تدل على تكرار الحالة وفق ما تمثله الفقرة: (على الإطلاق: ويقابلها 0 درجة) و (عدة أيام: ويقابلها درجة واحدة) و (أكثر من نصف

الأيام: ويقابلها درجتان) و (كل الأيام تقريبا: وتقابلها ثلاث درجات). وبذلك، فإنّ الدرجة الكلية لدرجات المفحوصين على فقرات اختبار -والتي تمثل مستوى الاكتئاب لديهم-سوف تتراوح بين (0-27). ويتمّ احتساب شدة الأعراض المُعبرة عن حالة الاكتئاب لدى المفحوصين، بالشكل التالي:

الدرجات	العدد
(0 – 4)	لا يوجد اكتئاب
(5-9)	اكتئاب بسيط
(10-14)	اكتئاب متوسط
(15-19)	اكتئاب متوسط إلى شديد
(20-27)	اكتئاب شديد

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

ظهرت دلالات صدق صحة المريض – لتشخيص الاكتئاب Patient Health Questionnaire (PHQ9) في بيئته الأصلية، وتمّ التأكد من الصدق الظاهري لاختبار (الصحة للمرضىphq9)، حيث عرض الاختبار على مترجم باللغة الإنجليزية وتمّ ترجمة الاختبار إلى اللغة العربية، ثم عرض الاختبار على مُختصٍ باللغة العربية للتأكد من صحة اللّغة وسلامتها ووضوحها في الاختبار من جهة، والتأكّد من سلامة الترجمة من جهة أخرى. وقد هدف عددٌ من الدراسات إلى التحقّق من الخصائص السيكومترية للاختبار، ومنها دراسة شن وآخرون (Chen; et al) [32]، ودراسة بهنا وآخرون (Bhana; et al) [33]، ودراسة أربى وآخرون (Erbe; et al) [34]. ومن الدراسات العربية، دراسة البهنساوي وعبد الخالق [35]، ودراسة الهادي وآخرون [36] التي أثبتت صحة الخصائص السيكومترية للاختبار.

وفي الدراسة الحالية، تمّ التحقّق من دلالات صدق الاختبار باستخدام الصدق الظاهري "صدق المحكمين"، حيث تمّ عرض الاختبار على مجموعة من المحكمين من الخبراء المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية والقياس والتقويم واللغة الإنجليزية، من عدد من الجامعات الرسمية الأردنية، والبالغ عددهم (10) محكمين. وقد تمّ اعتماد الاختبار بكافة فقراته، والاطمئنان إلى صلاحيته لِقياس اضطراب الاكتئاب لدى أفراد عيّنة الدراسة.

وللتحقّق من الخصائص السيكومترية للاختبار (الاتساق الداخلي، والثبات) تمّ أولاً إجراء التحليل العاملي للوقوف على عدد العوامل الممثلة للاختبار، وضمن ذلك تمّ التأكد من كفاءة التعيين لأفراد عينة الدراسة للإجابة على فقرات الاختبار بحساب قيمة معامل Kaiser-Meyer-Olkin. (KMO) والتي بلغت نحو (0.897) ؛ ممّا يُشير إلى صلاحية بيانات عيّنة الدراسة الحالية لإجراء التحليل العاملي التوكيدي. كما تمّ إجراء اختبار Bartlett's Test of Sphericity والذي بلغت فيه قيمة مستوى الدلالة الاحصائية نسبة (0.000)، وهو أمرٌ يُشيرُ بداهةً إلى قبول مصفوفة التحليل العاملي. ويُوضّح الجدول (2) نتائج التحليل العاملي بعد التدوير باستخدام طريقة المكونات الأساسية لفقرات اختبار.

جدول (2) المصفوفة العاملية لفقرات اختبار لتشخيص اضطرابات الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة

رقم الفقرة	الفقرة	العامل الأول	قيم الشيوع
9	التفكير بأنه من الأفضل لك الموت أو التفكير بإيذاء نفسك بطريقة ما.	0.876	0.566
8	لتحرك أو التحدث ببطء شديد لدرجة ملحوظة، أو العكس: التململ وعدم القدرة على الاستقرار لدرجة التحرك من مكان آخر أكثر من المعتاد.	0.857	0.598
7	صعوبات في التركيز على الأشياء كقراءة الجريدة أو مشاهدة التلفاز.	0.737	0.5147
5	قلة الشهية أو شراهة الأكل.	0.736	0.522
4	الشعور بالتعب أو قلة النشاط.	0.663	0.536
6	الشعور بعدم الرضا عن نفسك أو الشعور بأنك إنسان فاشل أو بأنك خذلت نفسك أو عائلتك.	0.571	0.542
1	قلة الاهتمام أو المتعة عند القيام بالأشياء	0.488	0.504
2	الشعور بالضيقة أو الاكتئاب أو اليأس	0.466	0.557
3	صعوبات في النوم أو في الاستمرار في النوم أو كثرة النوم.	0.461	0.572
التباين الارتباطي		**4.265**	
الجذر الكامن		**47.051**	

يتضح من النتائج في الجدول (2) أنّ التحليل العاملي بعد التدوير باستخدام طريقة المكونات الأساسية لفقرات اختبار، قد أسفرت عن وجود عامل رئيس واحد أمكن تفسير 47.051 من التباين الكلي للاختبار.

وبناءً على نتائج التحليل العاملي للاختبار، فقد أمكن التحقّق من صدق الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة الواحدة والدرجة الكلية لفقرات اختبار. والجدول (3) يُبيّن معاملات الارتباط:

جدول (3) معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0.769 **	6	0.877**
2	0.664**	7	0.802**
3	0.801**	8	0.664**
4	0.771**	9	0.818**
5	0.874**		

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتّضح من الجدول (3) أنّ مُعاملات الارتباط لفقرات اختبار مع الدرجة الكلية تتراوح بين (0.877) و (0.664)، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)؛ ممّا يشير بشكل عام إلى الاتساق الداخلي لفقرات اختبار.

ثبات أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة للتحقّق من قيم مُعاملات الثبات للاختبار بحساب معامل كرونباخ ألفا بأسلوب طريقة حذف الفقرة Cronbach's Alpha if Item Deleted. وجاءت قيم معاملات الثبات، كما هو مبين في الجدول (4).

جدول (4) قيم معاملات الثبات

رقم الفقرة	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	0.798
2	0.803
3	0.820
4	0.779

5	0.768
6	0.798
7	0.775
8	0.746
9	0.714
اختباركل	**.8810**

يتضح من نتائج الجدول (4) تمتّع اختبار صحة المريض – لتشخيص الاكتئاب Patient PHQ9 Health Questionnaire) بدرجة مرتفعة من الثبات، باستخدام معامل كرونباخ ألفا بأسلوب طريقة حذف الفقرة Cronbach's Alpha if Item Deleted حيث بلغت قيمة معامل الثبات الكلي للاختبار 0.881، وتراوحت قيم الثبات للفقرات بين (0.714) و (0.820). وبناءً على نتائج اختبارات الصدق والثبات، جاز الوثوق من صحة اختبار للتطبيق على أفراد عينة الدراسة.

1.اقتصرت الدراسة على المرضى المُراجعين لعيادات العلاج الطبيعي في المستشفيات الخاصة والعيادات الخاصة في الأردن، من المصابين بمرض العضلي الليفي خلال فترة تطبيق أداة الدراسة.

2.تتحدّد الدراسة باستجابات المرضى من أفراد عينة الدراسة لفقرات استبانة صحة المريض لتشخيص الاكتئاب Patient Health Questionnaire (PHQ9) المستخدمة لأغراض هذه الدراسة.

3.اقتصرت الدراسة على البحث في مستوى الاكتئاب لدى مرضى العضلي الليفي المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي في الأردن.

إجراءات الدراسة:

1.اعتماد أداة الدراسة التي تمّ تطبيقها على أفراد عينة الدراسة، ومدى مناسبتها للتطبيق، والتأكد من دلالات صدقها وثباتها.

2.حصر العدد الكلي لمجتمع الدراسة.

3.اختيار أفراد عينة الدراسة بطريقة عشوائية.

4.تطبيق أداة الدراسة على العينة المستهدفة، من خلال توزيع الأداة والإجابة عن الاستفسارات المطروحة من قبل المفحوصين، بما يتعلق بفقرات اختبار، وتوضيح الهدف من الدراسة،

والإشارة إلى أنه سيتم التعامل مع الإجابات بسرية تامة، وأنها ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

5.جمع البيانات من أفراد عينة الدراسة وتحليلها بأساليب التحليل الاحصائي الوصفي والتحليلي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، حيث تمّ استخدام أساليب الإحصاء الوصفي لحساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات عينة الدراسة، واستخدام اختبار مربع كاي ($\chi 2$) لاختبار الفروق الاحصائية بين مستوى الإجابة باختلاف مُتغيري الجنس والعمر.

مُتغيرات الدراسة:

أولًا: المُتغيرات المستقلة، وتشمل العمر والجنس.

ثانيًا: المُتغير التابع، وهو الاكتئاب.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الاكتئاب لدى مرضى العضلي التليفي المراجعين في عيادات العلاج الطبيعي في الأردن في ضوء عددٍ من المتغيرات (الجنس/ العمر). ويتضمّن الجزء التالي من الدراسة، عرضًا لنتائج تساؤلات الدراسة، واختبار فرضياتها وفقًا لما أظهرته نتائج المُعالجات الإحصائية، **والإجابة عن الأسئلة التالية:**

السؤال الأول: ما مستوى الاكتئاب عند مرضى العضلي الليفي المُراجعين لمراكز العلاج الطبيعي في الأردن؟

للإجابة عن السؤال الأول للدراسة، تمّ حساب التكرارات والنسب المئوية والمستوى؛ وفقا للمتوسط الحسابي لاستجابات عينة الدراسة على فقرات اختبار صحة المريض – اضطراب الاكتئاب (PHQ9) والمكون من (9) فقرات، والجدول (5) يوضح هذه النتائج.

جدول (5) التوزيع النسبي لاستجابات عينة الدراسة نحو فقرات استبانة اختبار صحة المريض – اضطراب الاكتئاب (PHQ9)

أعراض الاكتئاب	الاستجابة	العدد	النسبة المئوية (%)	المستوى وفقا للمتوسط الحسابي
أ-قلة الاهتمام أو المتعة عند القيام بالأشياء	أبدا	1	0.81	5
	عدة أيام	35	28.46	
	أكثر من نص الأيام	78	63.41	

	كل يوم تقريباً	9	7.32	
ب-الشعور بالضيق أو الاكتئاب أو اليأس	أبدا	1	0.81	6
	عدة أيام	43	34.96	
	أكثر من نص الأيام	72	58.54	
	كل يوم تقريباً	7	5.69	
ج- صعوبات في النوم أو في الاستمرار في النوم أو كثرة النوم.	أبدا	0	0.00	1
	عدة أيام	2	1.63	
	أكثر من نص الأيام	39	31.71	
	كل يوم تقريباً	82	66.67	
د- الشعور بالتعب أو قلة النشاط.	أبدا	0	0.00	2
	عدة أيام	15	12.20	
	أكثر من نص الأيام	57	46.34	
	كل يوم تقريباً	51	41.46	
هـ- قلة الشهية أو شراهة الأكل.	أبدا	25	20.33	7
	عدة أيام	33	26.83	
	أكثر من نص الأيام	42	34.15	
	كل يوم تقريباً	23	18.70	
و- الشعور بعدم الرضا عن نفسك أو الشعور بأنك إنسان فاشل أو بأنك خذلت نفسك أو عائلتك.	أبدا	16	13.01	8
	عدة أيام	65	52.85	
	أكثر من نص الأيام	24	19.51	
	كل يوم تقريباً	18	14.63	
ز- صعوبات في التركيز على الأشياء كقراءة الجريدة أو مشاهدة التلفاز.	أبدا	0	0.00	3
	عدة أيام	13	10.57	
	أكثر من نص الأيام	73	59.35	

	كل يوم تقريباً	37	30.08	
ح- التحرك أو التحدث ببطء شديد لدرجة ملحوظة، أو العكس: التململ وعدم القدرة على الاستقرار	أبدا	0	0.00	4
	عدة أيام	30	24.39	
	أكثر من نص الأيام	68	55.28	
	كل يوم تقريباً	25	20.33	
ط- التفكير بأنه من الأفضل لك الموت أو التفكير بإيذاء نفسك بطريقة ما.	أبدا	35	28.46	9
	عدة أيام	54	43.90	
	أكثر من نص الأيام	15	12.20	
	كل يوم تقريباً	19	15.45	

يتضح من النتائج في الجدول (5) التباين في مستوى استجابات عينة الدراسة على فقرات اختبار صحة المريض – اضطراب الاكتئاب (PHQ9)، حيث تبيّن من النتائج أنّ الفقرة التي تشير إلى معاناة أفراد عينة الدراسة من صعوبات النوم والاستمرار في النوم أو كثرة النوم قد جاءت في الترتيب الأول، وقد تركزت إجابات العينة على هذه الفقرة بمُعاناتهم بشكل يومي وبنسبة 66.67 % من أفراد عينة الدراسة. والمُلاحظ أنّ هذه النتائج اتفقت مع دراسة [17] والتي وظفت اختبار (PHQ-9) في الكشف عن أعراض الاكتئاب عند مرضى مرض العضلي التليفي، والذين تمّ مقارنة نتائجهم مع عينه ضابطة لا يعانون من المرض. وبمُقتضى عقدِ هذه المُقارنة، حصل المرضى الذين يعانون من الألم العضلي الليفي على درجات أعلى بكثير على اختبار (PHQ-9)، وقد ظهرت أعراض الاكتئاب على شكل مشاكل في النوم وصعوبات في أداء المهام اليومية. وجاء في الترتيب الثاني؛ الشعورُ بالتعب وقلة النشاط، حيث تركزت الإجابات في هذه الفقرة حول شعورهم بالتعب وقلة النشاط بشكل يومي بنسبة 41.46 %، بذلك اتفقت هذه النتيجة مع دراسة[37] التي أشارت إلى أنّ المرضى يشعرون بزيادة في الإجهاد النفسي والجسدي المُرافق لهذه الألآم ما يزيدُ عن أكثر من نصف عدد الأيام بنسبة 46.34 %. وجاء في الترتيب الثالث، الفقرة التي تشير إلى معاناة أفراد عينة الدراسة من صعوبة التركيز على الأشياء كالقراءة ومشاهدة التلفاز، وتركزت الاستجابة على هذه الفقرة "بأكثر من نصف الأيام وبنسبة 55.28 %. في حين جاء في الترتيب الأخير، الفقرة التي تُشير إلى التفكير بأفضليّة الموت لدى أفراد عيّنة الدراسة، والتفكير بإيذاء أنفسهم. وتركزت الإجابة على التفكير بذلك خلال عدة أيام طِيلةَ فترة الأسبوعين الماضيين،

وبنسبة 43.90 %. أما التفكير بذلك بشكل يومي، فيلاحظ انخفاض النسبة والتي بلغت نحو 15.45 %.

ولتحديد مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة بناءً على مستوى الاستجابة على فقرات اختبار، تمّ تصنيف المستوى الكلي لإجابات عينة الدراسة على فقرات الاختبار حسب مقياس شدة أعراض الاكتئاب كما في الجدول (6)

جدول (6) التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب مستوى الاكتئاب (PHQ9)

شدة أعراض الاكتئاب	العدد	النسبة المئوية (%)
(0 – 4) لا يوجد اكتئاب	0	0.00
(5-9) اكتئاب بسيط	7	5.69
(10-14) اكتئاب متوسط	54	43.90
(15-19) اكتئاب متوسط إلى شديد	44	35.77
(20-27) اكتئاب شديد	18	14.63
المجموع	**123**	**100**

يتّضح من النتائج في الجدول (6) أنّ مُعظم أفراد عينة الدراسة يُعانون من الاكتئاب، والتي تتدرّج شدته من اكتئاب بسيط إلى اكتئاب شديد. كما يتّضح أنّ نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة من المرضى المصابين بمرض العضلي الليفي، يعانون من الاكتئاب بمستوى متوسط وبنسبة 43.90 % -والتي اتفقت مع دراسة [19] - إلى علاقة قوية بين الاكتئاب والقلق بمرض العضلي التليفي (FM). ولعلّ السبب راجعٌ في ذلك إلى أنّ مرضى مُتلازمة الألم العضلي الليفي يميلون إلى مستويات عالية من التوتر والغضب والتي تترافق مع الألم المزمن ليتوافق ذلك مع دراسة [18]، لأنّ الشعور بالألمِ لفترات طويلة دون وجود دواء أو علاج بإمكانه مُعالجة المرض بشكل سريع، ناهيك عن صعوبة التشخيص والتسوق الطبي بين التخصصات الطبية المختلفة لعلاج هذا المرض، عِلاوةً على اللجوء إلى جلسات العلاج الطبيعي دون تحقيقِ تقدّم سريع وملحوظ في علاج المريض؛ كُلّ هذا يزيد من الشعور بالإحباط والاكتئاب.

أمّا الذين يعانون من الاكتئاب بمُستوى متوسط إلى شديد بنسبة(35.77 %) ويعود ذلك الى أنّ أغلبية الذين يعانون من الاكتئاب بدرجة متوسطة يجدون صعوبة في التعرف وتحديد أعراض الاكتئاب بشكل سهل، ذلك لأنّ أعراض الاكتئاب عندهم كانت تنحصر بصعوبة بالتركيز وقلّة النشاط والتعب المستمر والتي قد يعتبرها أغلبية المرضى أنّها أعراض عادية وليست مرضية لتتوافق هذه النتيجة مع دراسة [16] وأخيرا حصل الذين يعانون من اكتئاب بسط بنسبة 5.69 % في المرتبة الأخيرة ولذلك يعود الى عدم ظهور اغلبية الاعراض مجتمعه لفترات زمنية طويله عند المرضى وهذا ما أكدته دراسة [7].

السؤال الثاني: هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب لمرضى العضلي الليفي المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي في الأردن؟

للإجابة عن هذا السؤال، تمّ احتساب التكرارات والنسب المئوية لإجابات عينة الدراسة نحو فقرات اختبار صحة المريض باختلاف مُتغير الجنس، وإجراء اختبار كاي تربيع (χ^2) للكشف عن الفروق الإحصائية بين إجابات عيّنة الدراسة. والجدول (7) يُوضّح النتائج.

جدول (7) الفروق في التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب مستوى الاكتئاب (PHQ9) باختلاف متغير الجنس

شدة أعراض الاكتئاب	الذكور		الإناث		كاي تربيع (χ^2)	الدلالة الإحصائية
	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)		
(0 – 4) لا يوجد اكتئاب	0	0.00	0	0.00	*8.54	0.01
(9-5) اكتئاب بسيط	5	12.20	2	2.44		
(14-10) اكتئاب متوسط	23	.1056	31	8037.		
(19-15) اكتئاب متوسط إلى شديد	10	24.39	34	41.46		
(27-20) اكتئاب شديد	3	7.32	15	18.29		
المجموع	41	100	82	100	-	-

يتّضح من الجدول (7) التباين النسبي الواضح بين مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة باختلاف مُتغير الجنس، حيث شكّل الذكور الذين يعانون من اكتئاب بسيط ما نسبته (12.20 %) فيما شكلت الإناث ما نسبته (2.44 %)، وشكل الذكور الذين يعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد ما

نسبته (24.39 %) فيما شكلت الإناث ما نسبته (41.46) وأخيرا شكل الذكور الذين يعانون من اكتئاب شديد ما نسبته (7.32 %) فيما شكل الإناث ما نسبته (18.29 %). وقد أكّد ذلك؛ نتائج التحليل الإحصائي باستخدام اختبار ($\chi 2$)، حيث تبيّن وُجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى الاكتئاب باختلاف مُتغيّر الجنس، وقد بلغت قيمة مربع كأي ($\chi 2 = 8.54$).

وتشير هذه البيانات، إلى أنّ الإناث من عينة الدراسة تزيد لديهن أعراض الاكتئاب مُقارنة بالذكور، وهذه النتائج تتماشى مع النتائج التي تمّ ذكرها [13] حيث وُجِدَ أنّ المريضات الإناث المصابات بمرض العضلي التليفي حصلن على درجات أعلى إحصائيًا في مؤشر حساسية القلق ومقياس بيك للاكتئاب. وقد كانت أكثر مظاهر الاكتئاب وُضوحا عند المرضى الإناث اللائي يعرفن مُعاناة من مستوى اكتئاب مرتفع على الاختبار، وأظهرن شكاوى جسدية مؤلمة ومزمنة كانت تتزامن مع قلة الاهتمام أو المتعة عند القيام بالأشياء والشعور بالضيق والإحباط أو اليأس. وهذا ما أشارت إليه دراسة [13، 20] التي أكّدت أنّ مرض العضلي التليفي، هو مرض مؤلم ومزمن، وهو يؤثر بشكل كبير على النساء مقارنه بالرجال وذلك لان الرجال لم يكونوا قادرين على التعبير عن مشاعرهم وضغوطاتهم النفسية للصعوبة تشخيصهم بشكل صحيح على انهم مرضى العضل التليفي. كما يُشير إلى أنّ الإحباط يمكن أن يكون له تأثير ملحوظ على الرجال أو النساء المصابين بهذا المرض.

السؤال الثالث: هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كبار السنّ واليافعين في مستوى الاكتئاب لمرضى العضلي الليفي المراجعين لمراكز العلاج الطبيعي؟

للإجابة عن هذا السؤال، تمّ احتساب التكرارات والنسب المئوية لإجابات عيّنة الدراسة نحو فقرات اختبار صحة المريض باختلاف مُتغير العمر، وإجراء اختبار كاي تربيع (χ^2) للكشف عن الفروق الإحصائية بين إجابات عينة الدراسة. والجدول (8) يُوضّح النتائج.

جدول (8) الفروق بين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب مستوى الاكتئاب (PHQ9) باختلاف متغير العمر

شدة أعراض الاكتئاب	أقل من 30 عام		أكثر من 30 عام		كأي تربيع (χ^2)	الدلالة الإحصائية
	العدد	النسبة المئوية (%)	العدد	النسبة المئوية (%)		
(0 – 4) لا يوجد اكتئاب	0	0.00	0	0.00	*8.02	0.01

(5-9) اكتئاب بسيط	6	12.00	1	1.37		
(10-14) اكتئاب متوسط	27	54.00	27	36.99		
(15-19) اكتئاب متوسط إلى شديد	14	28.00	30	41.10		
(20-27) اكتئاب شديد	3	6.00	15	20.55		
المجموع	**50**	**100**	**73**	**100**	-	-

يتّضح من الجدول (8) والشكل (3) التباين النسبي الواضح بين مستوى الاكتئاب لدى أفراد عينة باختلاف مُتغير العمر، حيث شكّل أفراد عينة الدراسة ممّن يعانون من اكتئاب بسيط في الفئة العمر "أقل من 30" عام ما نسبته (12.00 %)، فيما شكّل أفراد عينة الدراسة من الفئة العمرية "أكبر من 30" عام ما نسبته (1.37 %)، وشكل أفراد عينة الدراسة في الفئة العمر "أقل من 30" عام من الذين يعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد ما نسبته (28.00 %)، فيما شكّل أفراد عينة الدراسة من الفئة العمرية "أكبر من 30" عام ما نسبته (41.10). ومن الدراسات التي أكدت أنّ الفئة العمرية التي تكون أكثر عرضة للإصابة بالقلق والتوتر والاكتئاب، دراسة [22] والتي أشارت إلى عامل العمر لدى النساء المصابات بمرض العضلي التليفي، بالإضافة إلى الآثار النفسية والجسدية والشخصية والاجتماعية لهذا المرض. وقد شملت الدراسة 66 امرأة تمّ تشخيص إصابتهن بمرض العضلي التليفي تتراوح أعمارهن بين (30 و68) عامًا، وقد أشارت نتائجها إلى ارتفاع مُعدل الإصابة بمرض العضلي التليفي لدى النساء الأكبر سنا، والسببُ في ذلك راجعٌ أساسًا إلى أنّ الأمراض التي تُصيبُ الإنسان بسبب التقدم بالعمر -والتي قد تتشابه أعراضها مع أعراض مرض العضلي التليفي-تترافق معها العديد من الأعراض النفسية والمعرفية والانفعالية والتي يصعب تشخيصها بشكل مباشر، مثل القلق المزمن والإحباط وانخفاض في الصحة النفسية العامة، وهي أكثر انتشارا لدى الاعمار الأكبر وهذه النتائج تتفق مع دراسة[21] وأخيرا، شكّل أفراد عينة الدراسة من الفئة العمرية "أقل من 30" عام الذين يعانون من اكتئاب شديد ما نسبته (6.00 %)، فيما شكّل أفراد عينة الدراسة من الفئة العمرية "أكبر من 30" عام ما نسبته (20.55 %)، وتشير هذه البيانات أنّ أفراد عينة الدراسة من الفئة العمرية "أكبر من 30" عام تزيد لديهم أعراض الاكتئاب مُقارنة بأفراد عينة الدراسة من الفئة العمرية "أقل من

30" عام. وقد أكّد ذلك نتائج التحليل الإحصائي باستخدام اختبار ($\chi 2$)، حيث تبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى الاكتئاب باختلاف مُتغير العمر، وقد بلغت قيمة مربع كأي ($\chi 2 = 8.02$).

التوصيات:

في ضوءِ نتائج الدراسة الحالية، تُوصِي الباحثة بالتالي:

1.العمل على توفير برامج إرشادية علاجية لمرضى العضلي الليفي المُراجعين لمراكز العِلاج الطبيعي الذين يُظهرون درجات مُرتفعة على مقاييس الاكتئاب.

2.تطوير وتدريب المُعالجين الساهرين على تقديم الخدمات العلاجية في مراكز العلاج الطبيعي، على توجيه المرضى المراجعين للعيادات الذين يشكون من الأعراض الاكتئابية، إلى خدمات الإرشاد النفسي والسلوكي لمُساعدتهم على خفض الصعوبات النفسية المُرافقة لمرض (الفيبروماليجا) والحدِّ مِنهُ.

الهوامش:

1. Trivedi M. H. (2004). The link between depression and physical symptoms. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 6(Suppl 1), 12–16.
2. Munro M, Milne R (2020) Symptoms and causes of depression, and its diagnosis and management. Nursing Times [online]; 116: 4, 18-22.
3. Bernard, J. E. R. (2018). Depression: A Review of Its Definition. MOJ Addict. Med.Ther, 5, 6-7.
4. العبيدي، محمد (2013) علم النفس الإكلينيكي، الأردن، **دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة**. ص383-ص384.
5. Norman I, Ryrie I (2018) The Art and Science of Mental Health Nursing: Principles and Practice. London: Open University Press.
6. إسماعيل، عبد السلام عمارة. (2015). الاكتئاب النفسي: الأسباب - الأعراض - أساليب العلاج. مجلة التربوي، ع7، 72 - 82. مسترجع من: http://search.mandumah.com/Record/762616
7. Yepez, D., Grandes, X. A., Talanki Manjunatha, R., Habib, S., & Sangaraju, S. L. (2022). Fibromyalgia and Depression: A Literature Review of Their Shared Aspects. Cureus, 14(5), e24909. https://doi.org/10.7759/cureus.24909.
8. George, S. Z., & Beneciuk, J. M. (2015). Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study. BMC musculoskeletal disorders, 16, 49. https://doi.org/10.1186/s12891-015-0509-2.

9. Penninx, B.W., Milaneschi, Y., Lamers, F. et al. (2013) Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. BMC Med 11, 129. https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-129.

10. Ferenchick, E. K., Ramanuj, P., & Pincus, H. A. (2019). Depression in primary care: part 1-screening and diagnosis. BMJ (Clinical research ed.), 365, l794. https://doi.org/10.1136/bmj.l794.

11. مرجع سابق. (7)

12. Loge-Hagen JS, Sæle A, Juhl C, Bech P, Stenager E, Mellentin AI: Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019, 245:1098-105. 10.1016/j.jad.2018.12.001.

13. Cetingok, S., Seker, O., & Cetingok, H. (2022). The relationship between fibromyalgia and depression, anxiety, anxiety sensitivity, fear avoidance beliefs, and quality of life in female patients. Medicine, 101(39), e30868. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000030868.

14. مرجع سابق. (13)

15. Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & Reyes Del Paso, G. A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. Psychology research and behavior management, 12, 117–127. https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240.

16. Whealy, M., Nanda, S., Vincent, A., Mandrekar, J., & Cutrer, F. M. (2018). Fibromyalgia in migraine: a retrospective cohort study. The journal of headache and pain, 19(1), 61. https://doi.org/10.1186/s10194-018-0892-9.

17. Gota, C. E., Kaouk, S., & Wilke, W. S. (2017). The impact of depressive and bipolar symptoms on socioeconomic status, core symptoms, function and severity of fibromyalgia. International journal of rheumatic diseases, 20(3), 326–339. https://doi.org/10.1111/1756-185X.12603.

18. Sauch Valmaña, G., Miró Catalina, Q., Carrasco-Querol, N., & Vidal-Alaball, J. (2023). Gender, Mental Health and Socioeconomic Differences in Fibromyalgia: A Retrospective Cohort Study Using Real-World Data from Catalonia. Healthcare, 11(4), 530. MDPI AG. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11040530.

19. مرجع سابق. (14)

20. Iannuccelli, C., Lucchino, B., Gioia, C., Dolcini, G., Rabasco, J., Venditto, T., Ioppolo, F., Santilli, V., Conti, F., & Di Franco, M. (2022). Gender influence on clinical manifestations, depressive symptoms and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) serum levels in patients affected by fibromyalgia. Clinical rheumatology, 41(7), 2171–2178. https://doi.org/10.1007/s10067-022-06133-y.

21. Cronan, T. A., Serber, E. R., Walen, H. R., & Jaffe, M. (2002). The Influence of Age on Fibromyalgia Symptoms. Journal of Aging and Health, 14(3), 370–384. https://doi.org/10.1177/08964302014003004.

22. Hayar M. S. (2017). AGING AND CHRONIC PAIN: WOMEN WITH FIBROMYALGIA. Innovation in Aging, 1(Suppl 1), 872. https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3133.

23. Gonzalez, B., Novo, R., & Ferreira, A. S. (2020). Fibromyalgia: heterogeneity in personality and psychopathology and its implications. Psychology, Health & Medicine, 25(6), 703-709.

24. Gonzalez, B., Novo, R., & Ferreira, A. S. (2020). Fibromyalgia: heterogeneity in personality and psychopathology and its implications. Psychology, Health & Medicine, 25(6), 703-709.

25. Chukhraev, N. & Vladimirov, A. & Zukow, Walery & Chukhraiyeva, O. & Levkovskaya, V. (2017). Combined physiotherapy of anxiety and depression disorders in Dorsopathy patients. Journal of Physical Education and Sport. 17. 414-417. 10.7752/jpes.2017.01061.

26. معهد العناية بصحة الأسرة، مؤسسة الملك الحسين، تمّ الاطلاع على الرابط: https://alghad.com/Section- تاريخ الاسترجاع: 2023/11/14م.

27. مرجع سابق. (2)

28. Recognizing and Treating the Physical Symptoms of Depression in Primary Care. (2004). Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 6(4), 168–177.

29. مرجع سابق. (7)

30. Kroenke, K., Spitzer, R. L & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16, 606-613.

31. الهنساوي، احمد. عبد الخالق، زيد. (2021) اضطراب القلق العام والأعراض الاكتئابية وعلاقتهما بخبرة الكوابيس لدى طلاب الجامعة (دراسة سيكومترية ارتباطية). مجلة الدراسات والبحوث التربوية. مجلد 1. العدد 3.

32. Chen P, Liu, S, Huang, H., Sun, F., Huang, C. Sung, M & Huang, Y (2016) Validation of the Patient Health Questionnaire for Depression Screening Among the Elderly Patients in Taiwan. International.

33. Bhana, A., Rathod SD., Selohilwe, O., Kathree, T & Petersen, L (2015) The validity of the Patient Health Questionnaire for screening depression in chronic care patients in primary health care in South Africa BMC Psychiatry, 1-9. Journal of Gerontology10, 193-197.

34. Erbe, D., Eichert, H, Rietz, C & Ebert, D (2016) Interformat reliability of the patient health questionnaire: Validation of the computerized version of the PHQ-9Internet Interventions, 5, 1-4.

35. مرجع سابق. (29)

36. AlHadi, A. N. AlAteeq, DA., Al- Sharif, E., Bawazeer, H. M. Alanazi, H., AlShomrani, AT., Shuqdar, RM & AlOwaybil, R (2017) An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi Sample Annals of General Psychiatry16 (32), 1-9.

37. Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Carbonell-Baeza, A., Cuevas, A. M., Delgado-Fernández, M., & Jonatan, R. (2013). Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. Psicología Conductual, 21(2), 381.

[1] Trivedi M. H. (2004). The link between depression and physical symptoms. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 6(Suppl 1), 12–16

[ii] Munro M, Milne R (2020) Symptoms and causes of depression, and its diagnosis and management. Nursing Times [online]; 116: 4, 18-22.

[3] Bernard, J. E. R. (2018). Depression: A Review of Its Definition. MOJ Addict. Med.Ther, 5, 6-7.

[4]العبيدي، محمد (2013) علم النفس الإكلينيكي، الأردن، **دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة**. ص383-ص384

[5] Norman I, Ryrie I (2018) The Art and Science of Mental Health Nursing: Principles and Practice. London: Open University Press.

[6]مسترجع 82. - *مجلة التربوي، ع7*، 72 . إسماعيل، عبد السلام عمارة. (2015). الاكتئاب النفسي: الأسباب - الأعراض - أساليب العلاج من http://search.mandumah.com/Record/762616 :

[7] Yepez, D., Grandes, X. A., Talanki Manjunatha, R., Habib, S., & Sangaraju, S. L. (2022). Fibromyalgia and Depression: A Literature Review of Their Shared Aspects. Cureus, 14(5), e24909. https://doi.org/10.7759/cureus.24909.

[8] George, S. Z., & Beneciuk, J. M. (2015). Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study. BMC musculoskeletal disorders, 16, 49. https://doi.org/10.1186/s12891-015-0509-2.

[9] Penninx, B.W., Milaneschi, Y., Lamers, F. et al. (2013) Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. BMC Med 11, 129. https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-129.

[10] Ferenchick, E. K., Ramanuj, P., & Pincus, H. A. (2019). Depression in primary care: part 1-screening and diagnosis. BMJ (Clinical research ed.), 365, l794. https://doi.org/10.1136/bmj.l794.

[11](7) مرجع سابق.

[12] Loge-Hagen JS, Sæle A, Juhl C, Bech P, Stenager E, Mellentin AI: Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019, 245:1098-105. 10.1016/j.jad.2018.12.001.

[13] Cetingok, S., Seker, O., & Cetingok, H. (2022). The relationship between fibromyalgia and depression, anxiety, anxiety sensitivity, fear avoidance beliefs, and quality of life in female patients. Medicine, 101(39), e30868. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000030868.

[14](13) مرجع سابق.

[15] Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & Reyes Del Paso, G. A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. Psychology research and behavior management, 12, 117–127. https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240.

[16] Whealy, M., Nanda, S., Vincent, A., Mandrekar, J., & Cutrer, F. M. (2018). Fibromyalgia in migraine: a retrospective cohort study. The journal of headache and pain, 19(1), 61. https://doi.org/10.1186/s10194-018-0892-9

[17] Gota, C. E., Kaouk, S., & Wilke, W. S. (2017). The impact of depressive and bipolar symptoms on socioeconomic status, core symptoms, function and severity of fibromyalgia. International journal of rheumatic diseases, 20(3), 326–339. https://doi.org/10.1111/1756-185X.12603.

[18] Sauch Valmaña, G., Miró Catalina, Q., Carrasco-Querol, N., & Vidal-Alaball, J. (2023). Gender, Mental Health and Socioeconomic Differences in Fibromyalgia: A Retrospective Cohort Study Using Real-World Data from Catalonia. Healthcare, 11(4), 530. MDPI AG. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11040530.

[19](14) مرجع سابق.

[20] Iannuccelli, C., Lucchino, B., Gioia, C., Dolcini, G., Rabasco, J., Venditto, T., Ioppolo, F., Santilli, V., Conti, F., & Di Franco, M. (2022). Gender influence on clinical manifestations, depressive symptoms and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) serum levels in patients affected by fibromyalgia. Clinical rheumatology, 41(7), 2171–2178. https://doi.org/10.1007/s10067-022-06133-y

[21] Cronan, T. A., Serber, E. R., Walen, H. R., & Jaffe, M. (2002). The Influence of Age on Fibromyalgia Symptoms. Journal of Aging and Health, 14(3), 370–384. https://doi.org/10.1177/08964302014003004.

[22] Hayar M. S. (2017). AGING AND CHRONIC PAIN: WOMEN WITH FIBROMYALGIA. Innovation in Aging, 1(Suppl 1), 872. https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3133.

[23] Gonzalez, B., Novo, R., & Ferreira, A. S. (2020). Fibromyalgia: heterogeneity in personality and psychopathology and its implications. Psychology, Health & Medicine, 25(6), 703-709.

[24] Gonzalez, B., Novo, R., & Ferreira, A. S. (2020). Fibromyalgia: heterogeneity in personality and psychopathology and its implications. *Psychology, Health & Medicine*, *25*(6), 703-709.

[25] Chukhraev, N. & Vladimirov, A. & Zukow, Walery & Chukhraiyeva, O. & Levkovskaya, V. (2017). Combined physiotherapy of anxiety and depression disorders in Dorsopathy patients. Journal of Physical Education and Sport. 17. 414-417. 10.7752/jpes.2017.01061.

[26] معهد العناية بصحة الأسرة، مؤسسة الملك الحسين، على الرابط: https://alghad.com/Section-

تاريخ الاسترجاع: 2023/11/14م.

[27](2) مرجع سابق.

[28] Recognizing and Treating the Physical Symptoms of Depression in Primary Care. (2004). Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 6(4), 168–177.

[29](7) مرجع سابق.

[30] Kroenke, K., Spitzer, R. L & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16, 606-613.

[31] الهنساوي، احمد. عبد الخالق، زيد. (2021) اضطراب القلق العام والأعراض الاكتئابية وعلاقتهما بخبرة الكوابيس لدى طلاب الجامعة (دراسة سيكومترية ارتباطية). **مجلة الدراسات والبحوث التربوية. مجلد 1. العدد 3**

[32] Chen P, Liu, S, Huang, H., Sun, F., Huang, C. Sung, M & Huang, Y (2016) Validation of the Patient Health Questionnaire for Depression Screening Among the Elderly Patients in Taiwan. International.

[33] Bhana, A., Rathod SD., Selohilwe, O., Kathree, T & Petersen, L (2015) The validity of the Patient Health Questionnaire for screening depression in chronic care patients in primary health care in South Africa BMC Psychiatry, 1-9. Journal of Gerontology10, 193-197.

[34] Erbe, D., Eichert, H, Rietz, C & Ebert, D (2016) Interformat reliability of the patient health questionnaire: Validation of the computerized version of the PHQ-9Internet Interventions, 5, 1-4.

[35](29) مرجع سابق.

[36] AlHadi, A. N. AlAteeq, DA., Al- Sharif, E., Bawazeer, H. M. Alanazi, H., AlShomrani, AT., Shuqdar, RM & AlOwaybil, R (2017) An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi Sample Annals of General Psychiatry16 (32), 1-9.

[37] Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Carbonell-Baeza, A., Cuevas, A. M., Delgado-Fernández, M., & Jonatan, R. (2013). Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. Psicología Conductual, 21(2), 381