



جامعة زيان عاشور الجلفة



كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و الفلسفة

عنوان المذكرة :

الألم النفسي و علاقته بجودة الحياة لدى
مرضى القولون العصبي

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

حمزة فاطمة

إعداد الطالبتين:

- زينب حوة

- زينب مني

السنة الجامعية: 2024/2023

شكر و عرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مبارك فيه، أن وفقنا لإنجاز هذا العمل، وإتمام خطواته، فلا يسعنا الآن إلا أن ننسب الفضل لأهله، يسرنا أن نتقدم بكل آيات المحبة والاحترام إلى والدينا الكرام وجميع إخواننا وأخواتنا .

ونتوجه بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان إلى أستاذتنا الفاضلة، الأستاذة الدكتورة : فاطمة حمزة التي تفضلت بالإشراف على هذه المذكرة، ولم تدخر جهدا في تقويم هذا العمل، وتقديم النصح والمشورة وتذليل العقبات، فلها منا كل الشكر والاحترام والتقدير .

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى السادة الأفاضل، الدكتور: أحمد تقي الدين مرياح، والدكتور: نور الدين زعتر .

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى أطباء الذين قدموا لنا يد العون في الوصول إلى العينة، الدكتورة: زكية مخلوفي ، والدكتور: عطية بن لحول ، والدكتور: محمد غلاب، والدكتور: شوقي قية .

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى العمال في دار أم هاني لراحة النفسية، وأخص بالذكر منهم الأستاذ عبد الحكيم بن ميلود على تقدم دعمه الكبير ومساعدته .

كما لا ننسى أن نتوجه بجزيل الشكر والعرفان للأخصائية النفسانية نسمة بن يوسف وكل العمال في مصلحة الاستعجالات ومستشفى محاد عبد القادر .

كما لا يفوتنا توجيه الشكر للأساتذة الذين مر في مسارنا الدراسي، الأستاذة: فتيحة لعجال والأستاذ: أحمد غزال، والأستاذ: عبد الرحمان زيوش، والأستاذ: عبد الرحمان عبد الوهاب، والأستاذ: سعد زيغم .

كما ونشكر كل من ساهم في مساعدتنا في إتمام هذا العمل ولو بدعم نفسي ومعنوي في السر والعلن أو بنصيحة غالية أو كلمة طيبة أو دعاء في ظهر الغيب .

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى عينة من مرضى القولون العصبي، وكذلك الكشف عن مستوى كل منهما، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدنا على المنهج الوصفي الإرتباطي، وقد تكونت عينة الدراسة من (60) مريض ومريضة بالقولون العصبي، والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية، كما استخدمنا الأدوات التي طبقت في البيئة الجزائرية وتتمثل في مقياس الألم النفسي ومقياس جودة الحياة. وتمت معالجة البيانات التحصل عليها الطالبان ببرنامج (SPSS) بالإضافة إلى استعمال عدة أساليب الإحصائية، كالمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، اختبار (ت) ومعامل الارتباط بيرسون.

ولقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✚ توجد علاقة ارتباطية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

✚ مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي مرتفع.

✚ مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي متوسط.

الكلمات المفتاحية: الألم النفسي، جودة الحياة، القولون العصبي.

Abstract :

The current study aimed to investigate the relationship between psychological pain and quality of life among a sample of irritable bowel syndrome patients, as well as to determine the levels of each. To achieve the study objectives, we adopted a descriptive correlation approach. The study sample consisted of 60 irritable bowel syndrome patients selected .purposively. We utilized tools adapted to Algerian context, including a psychological pain scale and quality of life scale. The data collected were processed using SPSS software, along with several statistical methods such as mean, standard deviation, correlation tests, and Pearson correlation coefficient. The study revealed the following results:

- There is a significant correlation between psychological pain and quality of life among irritable bowel syndrome patients.

- The level of psychological pain among irritable bowel syndrome patients is high, while the level of quality of life is average.

Keywords: psychological pain, quality of life, irritable bowel syndrome

فهرس المحتويات

أ	شكر وعران
ب	ملخص العربية
ج	ملخص الانجليزية
د	فهرس المحتويات
ز	فهرس الجداول
ح	فهرس الأشكال
ح	فهرس الملاحق
1	مقدمة

الباب الأول : الجانب النظري

الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها

07	1- الإشكالية
10	2- فرضيات الدراسة
11	3- أهداف البحث
11	4- أهمية الدراسة
12	5- الدراسات السابقة
16	6- التعقيب
18	7- التعاريف الإجرائية

الفصل الثاني : الألم النفسي

21	تمهيد
21	1- تعريف الألم
22	2- مكونات الألم
22	3- أنماط الألم
23	4- تعريف الألم النفسي
24	5- أصناف الألم النفسي
24	5-1- الاكتئاب
32	5-2- القلق

39	5-3- الضغط
48	6- الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي
49	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: جودة الحياة	
51	تمهيد
51	1- نبذة تاريخية عن مفهوم جودة الحياة
52	2- مفهوم جودة الحياة
54	3- مجالات و أبعاد جودة الحياة
57	4- نظريات المفسرة لجودة الحياة
59	5- مفاهيم المتعلقة بجودة الحياة
61	6- قياس جودة الحياة
63	7- جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي
64	خلاصة الفصل
الباب الثاني : الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية لدراسة	
67	1- الدراسة الاستطلاعية
71	2- الدراسة الأساسية
71	2-1- المنهج الدراسة
71	2-2- حدود الدراسة
72	2-3- عينة الدراسة و خصائصها
74	2-4- الأدوات الدراسة
82	2-5- إجراءات الدراسة
83	2-6- الأساليب الإحصائية
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية	
85	1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة
89	2- عرض و مناقشة الفرضية الجزئية الأولى
93	3- عرض و مناقشة الفرضية الجزئية الثانية
98	4- الاستنتاج العام

101	- الخاتمة
101	- مقترحات
104	- قائمة المراجع
114	- الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدال
54	مجالات و أبعاد جودة الحياة	1
68	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث الجنس	2
69	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث السن	3
72	خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث الجنس	4
73	خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث السن	5
75	أبعاد مقياس الألم النفسي	6
76	دلالة الفروق بين المتوسطي العينة العليا و العينة الدنيا لمقياس الألم النفسي	7
77	معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الألم النفسي	8
77	معامل التجزئة النصفية لمقياس الألم النفسي	9
79	مجالات جودة الحياة حسب المنظمة الصحة العالمية	10
79	أبعاد مقياس جودة الحياة	11
81	دلالة الفروق بين المتوسطي العينة العليا و العينة الدنيا لمقياس جودة الحياة	12
81	معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة	13
82	معامل التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة	14
85	نتائج معامل الارتباط بين الألم النفسي و جودة الحياة	15
89	نتائج اختبار (T) لمستوى الألم النفسي	16
93	نتائج اختبار (T) لمستوى جودة الحياة	17

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
56	أبعاد جودة الحياة عبر الثقافات	1
61	نموذج العوامل الستة لجودة الحياة	2
68	أعمدة بيانبة توضح توزيع العينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	3
69	أعمدة بيانبة توضح توزيع العينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن	4
72	أعمدة بيانبة توضح توزيع العينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	5
73	أعمدة بيانبة توضح توزيع العينة الدراسة الأساسية حسب السن	6

فهرس الملحق

عنوان الملحق	رقم الملحق
مقياس الألم النفسي	01
مقياس جودة الحياة	02
مخرجات SPSS	03

مقدمة

يمر كل منا على مدار حياته اليومية أو حياته بصفة عامة بمواقف وخبرات شتى كل منها يمثل حدثا ضاغطا بصورة أو بأخرى، وقد لا نتذكر هذه المواقف و الخبرات وقد تضل عالقة بأذهاننا لا تفارقنا، وقد تحمل هذه الخبرات و المواقف الآلام و معاناة نفسية تؤثر على التعامل مع التحديات اليومية و يمكن أن يمتد تأثيرها على جوانب عدة، بما في ذلك من تأثيرات على مستوى العضوية.

وفي غالب يفسر الألم على أنه ضرر يصيب النسيج الحي مما يتطلب معالجته وأنه استجابة حسية حتمية ناتجة عن تضرر أنسجة الحية. ولم يكن هناك مجال لتفسير الألم ببعده النفسي و العاطفي ، برغم من أن العوامل النفسية لها دور في ارتكاس الألم على الذات و التعبير عنه إذا يتم ادراكه و تفسيره عن طريق التعبير من خلال الانفعالات السلبية، كالقلق و التوتر و الاكتئاب و الحزن، و الشعور بالذنب واليأس، و تعابير الوجه التي تتبئنا بمستوى الألم و شدته .

فالألم النفسي تجربة لا تقل أهمية عن الألم الجسدي حيث يلعب الألم النفسي أدوار كبرى في إثارة الحالة العضوية و التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو و قرحة المعدة و ضغط الدم و قرحة القولون و غيرها. و هذه الاضطرابات بدنية عضوية يقوم العامل الانفعالي دور أساسي فيها ، و للجهاز العصبي اللاإرادي دور الوسيط فيها ، والمرضى بهذه الأمراض يتسمون بالتحكم المفرط في انفعالاتهم ، وهم يعانون عادة من التوتر و القلق و الضيق و الاكتئاب و الغضب و غير ذلك من

الانفعالات السلبية و يعتقد بعض الباحثين أن فشل الفرد في التعبير عن انفعالاته بطريقة صريحة ملائمة يجعل جسمه يتولى التعبير عنها على صورة اضطرابات جسمية نفسية.

فالإنسان يعتبر وحدة جسمية نفسية متكاملة لا يمكن الفصل بينها، مما يدل على تأثير العوامل النفسية وكثرة شكواهم من بعض الأمراض التي يعتقدون انها أمراض عضوية، ولكن في حقيقة إنها ذات أسباب نفسية في الغالب، حيث تتأثر الحالة الجسدية بالحالة النفسية و عكس. فأتساء شعور بالألم النفسي يستجيب الفرد إما عن طريق تصريف انفعالاته في نشاطات ملائمة وبذلك يمكن التحكم في الوضع، أو عن طريق تصريف التوتر عبر الأعضاء الحشوية كما هو الحال بالنسبة لاضطراب القولون العصبي ونتيجة لذلك يعمل الجهاز العصبي على تمدد العضلات الملساء المبطننة للأنبوب الهضمي أو على انقباضها. حيث يستجيب القولون للانفعالات و الضغط إما عن طريق الحركة مع إسهال أو نقص الحركة مع إمساك مع انتفاخ و غازات و الآلام في البطن. فزيادة عن الألم الذي يلازمه، نجد المريض نفسه موجهها تفكير صوب هذه الآلام ، فهو لا ينصت إلا إليها هذا الأمر يدفع به إلى ترك كل شيء في حياته من نشاطات و حتى الترفيه يصبح لا طعم لديه بالنسبة للمريض ، و بهذا الحال تصبح حالة المريض مركزة حول الألم وذلك أن مرضى القولون العصبي يعانون من أعراض نفسية كالقلق و الاكتئاب مما قد يؤثر سلبا على صحتهم النفسية

و جودة حياتهم و على قدرة المرضى على ممارسة حياتهم بشكل طبيعي و يجعلهم يتجنبون الأنشطة الاجتماعية مما يؤثر على علاقاتهم الاجتماعية، وهذا يدل على أن جودة الحياة ترتبط بالحالة النفسية والصحية فجودة الحياة تعبير عن الإدراك الذاتي للحياة وهذه الحياة بالنسبة للإنسان هي كل ما يدركه. حيث تكمن أهمية جودة الحياة في انها تتضمن شعور بالحب والأمن و الرضا النفسي في كل جوانبها الصحية والنفسية و البيئية والاجتماعية فهي تؤدي إلى تحقيق التكامل النفسي و الاجتماعي و هذا التكامل يحدث التوازن ويجعلك أكثر قدرة على التحدي و إقامة علاقات ايجابية. لذا فإن تقييم المرضى لجودة حياتهم يتأثر بصورة كبيرة بالعوامل التي تتعلق مباشرة بصحتهم النفسية و الجسمية.

و تأسيسا على ذلك جاءت الدراسة الحالية لمعرفة طبيعة العلاقة بين الألم النفسي و جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي ، ومعرفة مستوى كل من الألم النفسي و جودة الحياة لدى عينة الدراسة، وذلك تبعا لخطة تضمنت خمس فصول حيث اشتمل الجانب النظري على :

الفصل الأول: الخاص بمشكلة الدراسة و اعتباراتها تم خلاله عرض الإشكالية و الفرضيات الدراسة وأهدافها وأهميتها ، بالإضافة إلى الدراسات السابقة وتعقيب عليها، ثم ختمنا بالتعاريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.


أما الفصل الثاني: الألم النفسي حيث تضمن هذا الفصل تعريف الألم و مكوناته و أنماطه و تعريف الألم النفسي و أصنافه (الاكتئاب، القلق و الضغط النفسي) من حيث تعريفها ، أسبابها، أعراضها بالإضافة إلى نظريات المفسرة و علاجها ، ثم عرض الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي.

أما الفصل الثالث: جودة الحياة حيث تضمن هذا الفصل نبذة تاريخية عن مفهوم جودة الحياة و مفهوما، مجالاتها و أبعادها و نظريات المفسرة لها و مفاهيم المتعلقة بجودة الحياة، بالإضافة إلى قياس جودة الحياة، ثم عرض جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

أما بخصوص الجانب الميداني فقد تضمن ما يلي:

الفصل الرابع: شمل الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية، تطرقنا فيه إلى الدراسة الاستطلاعية و المنهج المستخدم في الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها، بالإضافة إلى الأدوات الدراسة و إجراءات الدراسة ،ثم تطرقنا الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة النتائج.

الفصل الخامس: و تضمن عرض وتحليل و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة ، و استنتاج عام لنتائج الدراسة وخاتمة و في الأخير عرض قائمة المراجع و الملاحق.



الباب الأول
الجانِب النظري

الفصل الأول: مشكلة الدراسة

واعتباراتها

- 1- الإشكالية الدراسة
- 2- الفرضيات
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- الدراسات السابقة
- 6- التعقيب
- 7- التعاريف الإجرائية

1- إشكالية الدراسة:

يشهد العصر الحالي تطورات هائلة على مستويات متعددة في كل جانب من جوانب الحياة و تزيد بوتيرة متسارعة تجعل من الأفراد أمام تحديات وتعقيدات يصعب التكيف مع هذه التغيرات المستمرة، وهذا ما يخلف من مشاعر الإحباط واليأس وعدم القدرة على الإنجاز و أكثر مخلفات هذا التطور ما يظهر على مستوى العضوية حيث يختل عمل أعضاء الجسد و تظهر عليه بوادر الأمراض مما يؤثر على أداة الأفراد للأدوار الاجتماعية مختلفة مما يولد لديهم الشعور بالعزلة الاجتماعية و عدم القدرة على تكيف مع معاييرهم ، كل هذه المشاعر تزيد من فرص الإصابة الفرد بالأمراض الجسدية المختلفة والتي تكون ناجمة عن التوتر المستمر وضغوط الحياة متنوعة قد تسبب لهم أضرار جسدية تعود للأسباب نفسية ، ونتيجة هذه الضغوط تظهر الاضطرابات في شكل آلام واضطرابات جسمية مختلفة ذات منشأ نفسي بسبب القلق والاكتئاب وأهم هذه الاضطرابات اضطراب الجهاز الهضمي كحموضة المعدة ، التقلصات المعدية و اضطراب القولون العصبي "IBS" ، وهذا ما ذكره حسن منسي (2001) بأن الانفعالات الشديدة لها آثار سيئة على الأعصاب المسؤولة عن الجهاز الهضمي إذا أن الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب وغيرها تؤدي إلى زيادة إفراز حامض الهيدروكلوريك داخل المعدة تسبب قرحة في المعدة أو تقرحات في القولون حيث تظهر في شكل إسهال أو إمساك شديد أو على شكل تلبك بالأمعاء (ص56-57).

ويعد القولون العصبي إحدى اضطرابات السيكوسوماتية التي تصيب الجهاز الهضمي حيث يعرف بأنه اضطراب وظيفي في الأمعاء حيث يرتبط بألم في البطن أو عدم الراحة أو تغيير عادة الأمعاء ، و الإحساس بعدم الراحة والانتفاخ و التشنج وتغوط المضطرب هي سمات مرتبطة به بشكل شائع.(M.quigley,2015,p15)

كما صنف حديثا على أنه أكثر أمراض الجهاز الهضمي شيوعا فقد أشارت دراسة العطار (2020) أن نسب انتشار القولون العصبي 14% إلى 24% لدى الإناث و من 5% إلى 19% لدى الذكور، و أن معظم الأفراد الذي يستوفون معيار التشخيص القولون العصبي لم يطلبوا العلاج ومع ذلك يشكل 12% زيارات إلى الرعاية الأولية للأطباء و 28% من الزيارات إلى أخصائي أمراض الجهاز الهضمي والبيانات الموثقة تؤكد أن بين 2,5 و 3,5 مليون زيارة سنوية للأطباء من قبل مرضى القولون العصبي و أكثر من 2,2 مليون دواء موصوف، وأكدت كذلك الدراسات الوبائية الحديثة في بلدان الشرق الأوسط ارتفاع عبء القولون العصبي في العالم العربي حيث يعتبر القولون العصبي من أكثر الأمراض شيوعا حيث يتراوح نسب انتشاره ما بين 10% إلى 20%. (ص 10)

ولقد أشارت دراسة **sobel (2000)** أن القولون العصبي يرتبط في معظم الأحوال بالانفعالات و بالحالة العامة كتعرض للضغوط النفسية والقلق والاكتئاب حيث يطلق على جهاز الهضمي الدماغ الثاني لاحتوائه على مستقبلات حسية ولذا عند حدوث أي خلل في جهاز العصبي يحدث مشاكل في الأمعاء ، فعندما يشعر الشخص بعبء الضغوط النفسية ، فإن الدماغ يستدعي الخلايا المتخصصة التي تدعي بالخلايا البدينة الموجودة في بطانة الأمعاء التي تحتوي على مادة كيميائية تدعى بالهستامين ،لتنشيط الأعصاب المسيطرة على الأمعاء ،بالتالي تؤدي إلى تقلصات في العضلات ، ومن هنا فإن تشنجات والذهاب المتكرر إلى الحمام غالبا يرتبط بالضغوط النفسية . (أيوب وعمارين ،2016،ص 289) . و في دراسة **Hillilla (2010)** والتي ألفت الضوء على متلازمة القولون العصبي حيث توصلت إلى أن أعراض الأم الظهر ، الاكتئاب والقلق و الأرق هي من بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بين الأشخاص المصابين بالقولون العصبي.

و كل هذه الآلام ومشاعر السلبية تزيد من الألم المعاناة والمتاعب الجسدية لذا فإن الألم يعرف بأنه تجربة سيكولوجية تؤثر على الحياة الأسرية ويحرم الأفراد من مهنتهم و

علاقتهم والصحية و الاجتماعية والصحة النفسية ،كما أنه يؤدي إلى الاكتئاب والقلق والغضب والعزلة الاجتماعية مما يؤثر على جودة حياة الأفراد .

ولأهمية موضوع الألم النفسي تناولته براهيمية و بوشلاق (2016) بدراسة وكان الهدف منها هو معرفة مستوى الألم النفسي لدى عينة من مرضى السرطان والتي توصلت إلى وجود مستوى مرتفع من الاكتئاب و مستوى منخفض من القلق و لديهم ضغط متوسط. كما يؤثر الألم النفسي على حياة المرضى و تقبلهم و رضاهم عن حياتهم و تقييمهم لمدى جودة حياتهم فزيادة

القلق والاكتئاب يرتبط سلبيا بنوعية الحياة و جودتها و هذا ما بينته نتائج دراسة عدوان وفالق (2022) حول معرفة أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان إذ بينت وجود تأثير الألم على أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة .

وتعتبر جودة الحياة من المتغيرات المهمة في حياة الأفراد كونها ترتبط بصحة النفسية للفرد و ما تعكسه من جودة على جوانب الحياة الانفعالية و الجسمية و الاجتماعية و هذا ما ذكرى في تعريف المنظمة الصحية العالمية على أن جودة الحياة هي إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، و مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته وقيمة واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية و حالته النفسية ومستوى استقلالته وعلاقاته الاجتماعية واعتقادات الشخصية و علاقته بالبيئة بصفة عامة (بوعمامة،2019،ص350).

ولذلك فإن القولون العصبي من أكثر الاضطرابات المؤثرة على جودة الحياة برغم أنه عبارة عن اضطراب وظيفي وليس مرضا قاتلا أو فتاكا إلا أن المرضى لم يدكوا مدى التأثير أعراض القولون العصبي على أنشطتهم و الأحداث الاجتماعية ، وفي صحتهم بشكل عام (عبد الرحمان وعبد الله،2003،ص05). وهذا ما جاء في دراسة

Melchior et al (2022) والتي ألفت ضوء على جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي و التي أكدت على أن القولون العصبي يؤثر على جودة الحياة لاسيما فيما يتعلق بالقيود على الأدوار الناجمة عن الأداء الصحي والعاطفي و الحيوي والوظيفة الاجتماعية وبينت كذلك هذه الدراسة أن درجة جودة الحياة لدى المرضى الإناث أقل من المرضى الذكور في معظم أبعاد نوعية الحياة .

من هنا جاءت الدراسة الحالية والتي تحاول أن تقيس مستوى الألم النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي , وتحدد مشكلة الدراسة بالتساؤلات التالية:

▪ هل توجد علاقة بين الألم النفسي و جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي ؟
وتفرعت عنها التساؤلات التالية :

- ما مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي ؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي ؟

2-فرضيات الدراسة

1-فرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي .

2-فرضيات الجزئية:

- مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي مرتفع.
- مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي منخفض.

3- أهداف الدراسة:

تسعى دراستنا التالية "الألم النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي" إلى تحقيق جملة من الأهداف ومن بينها:

- ❖ معرفة العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.
- ❖ معرفة مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي .
- ❖ معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة من خلال:

- أهمية النظرية:

تساهم في إثراء البحوث العلمية في هذا الميدان أو مجال حيث يتضح للباحث من خلال مراجعته للبحوث النفسية المتوفرة لديه انه لم يتم تناول العلاقة بين متغيرات الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

- تنطوي الأهمية التطبيقية على ما يلي :

- تزويد المعنيين والمتخصصين بنتائج هذه الدراسة من اجل وضع برامج علاجية وإرشادية على تخفيض الألم النفسي وتحسين حالتهم النفسية وجودة حياتهم.
- تفيد هذه الدراسة في إعطاء معلومات قيمة لمرضى القولون العصبي في كيفية التعايش مع هذا المرض وضغوط الحياة.
- تساهم هذه الدراسة في تقديم معلومات نفسية لكل من يقدم خدمة لهؤلاء المرضى نفسية أو اجتماعية.

5-الدراسات السابقة

1-دراسات محلية :

✓ دراسة فائق و عدوان (2022):

بعنوان أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان ، والتي هدفت إلى معرفة أثر الألم النفسي على جودة الحياة لدى مرضى السرطان وتمثلت عينتها من 38 مريض سرطان (23أنثى و15ذكرا) استخدمت أداتين لقياس هما مقياس درجة الألم والنشاط و كذا مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة SF-36 لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي وقد أسفرت على وجود تأثير الألم على أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة .

✓ دراسة براهيمية و بوشلاق (2016):

بعنوان الألم النفسي لدى مرضى السرطان ، والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان و معرفة الفروق بين المتغيرات (الجنس- السن - نوع العلاج) ، وتمثلت عينتها من 230 مريض مراجع لمراكز مكافحة السرطان و استعملت مقياس الاكتئاب والقلق و الضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات وفق المنهج الوصفي وأظهرت النتائج الدراسة إلى أن حوالي (68,69 %) يعانون من الاكتئاب و(63,04%) من قلق منخفض بينما (47,82%) لديهم ضغط متوسط ، وتبين أن هناك فروق دالة في مستوى الاكتئاب والقلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور ، كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي في حين لم يسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن.

2-دراسات العربية :

✓ دراسة المجدلاي (2021):

بعنوان العلاقة بين الألم النفسي والتدين وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن ،والتي هدفت إلى التعرف على مستوى كل من الألم النفسي والتدين وجودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي وكذلك التعرف على العلاقة بين هذه المتغيرات وأيضا التعرف على الفروق وفقا لمتغيرات (الجنس -عدد مرات الغسل -العمر -الحالة الاجتماعية) و تمثلت عينتها في 277 مريضا بالفشل الكلوي ، واستخدم مقياس الألم النفسي ومقياس جودة الحياة و مقياس التدين لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي التحليلي وكان من أبرز نتائجها حصول على مستوى مرتفع في الألم النفسي و جودة الحياة مستوى متوسط والتدين مستوى مرتفع جيدا , كما بينت عدم وجود فروق في الألم النفسي و التدين و جودة الحياة مع وجود علاقة جوهرية سالبة بين الألم النفسي و جودة الحياة بينما لا توجد علاقة بين التدين و درجة الكلية لكل من الألم النفسي وجودة الحياة.

✓ دراسة صقور (2018):

بعنوان شدة الألم وأثرها في الحالة الانفعالية و جودة الحياة لدى عينة من مرضى السرطان والتي هدفت إلى قياس مستوى شدة الألم عند مرضى السرطان وتقييم انعكاسه على الحالة الانفعالية "قلق و الاكتئاب " وعلى جودة الحياة بأبعادها المختلفة وتحديد العلاقة بين الحالة الانفعالية وجودة الحياة بأبعادها ككل , والتي تمثلت عينتها في 42 مريض استخدم سلم EVA لقياس الألم و مقياس (HADS) الذي يهتم بالجانب الانفعالي للألم بمركبه الاكتئاب والقلق و تقييم مركب السلوكي للألم بواسطة اختبار (OCD)الذي يهتم بانعكاس الألم على جودة الحياة لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي وكان من أبرز نتائجها أن شدة الألم عند المرضى من كلا الجنسين تقدر بأنها متوسطة وعدم وجود فروق بين

المرض وانعكاس الألم على الحالة الانفعالية وعلى جودة الحياة تبعا لشدة الألم وجود علاقة واضحة بين الحالة الانفعالية ببعديها القلق والاكتئاب وجودة الحياة بأبعادها كلها .

✓ دراسة عمارين (2014):

بعنوان نوعية الحياة والضغط النفسية لدى مرضى القولون العصبي ، والتي هدفت إلى تحديد مستوى نوعية الحياة و الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي وتمثلت عينتها من 275 مريضا مصابا بالقولون العصبي ثم اختياريهم من مختلف المستشفيات والمراكز الصحية واستخدم مقياس نوعية الحياة ومقياس الضغوط النفسية لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي الارتباطي وكان من أبرز نتائجها أن مستوى نوعية الحياة والضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي كان ضمن المستوى المتوسط والمرتفع على توالي ، وبينت كذلك وجود علاقة سالبة بين مستوى نوعية الحياة ككل ومستوى الضغوط النفسية و وجود علاقة سالبة بين مستوى نوعية الحياة على كل بعد من الأبعاد ومستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي .

3-دراسات الأجنبية :

✓دراسة Kopczynska et al (2018):

بعنوان نوعية الحياة و الاكتئاب لدى مرضى متلازمة القولون العصبي والتي هدفت إلى تقييم نوعية الحياة لدى المرضى القولون العصبي و تقدير التردد الاكتئاب في هذه المجموعة بالإضافة إلى ذلك معرفة العلاقة بين الاكتئاب و نوعية الحياة لدى المرضى القولون العصبي ، تمثلت عينتها من 87مريضا و56 شخصا معافى ، استخدم مقياس نوعية الحياة (IBS-QOL) ومقياس بيك للاكتئاب لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي الارتباطي والتي أسفرت في نتائجها على أن متوسط درجة الاكتئاب أعلى في مجموعة IBS و كانت درجة نوعية الحياة أقل بكثير في مرضى القولون العصبي و وجد أن درجة الاكتئاب كانت سلبية

بشكل ملحوظ مرتبطة بدرجة نوعية الحياة ترتبط متلازمة القولون العصبي بضعف نوعية الحياة المريض و ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب .

✓ دراسة Cotsa et al (2017):

بعنوان الألم ونوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي ، و التي هدفت إلى تقييم تأثير الألم على نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و التي تمثلت عينتها في 400 مريضة ، وتم استخدام مقياس جودة الحياة لسرطان و مقياس الألم لماك جيل الخاص بسرطان الثدي ومقياس ماك جيل القصير ، وتم جمع البيانات وفق المنهج الوصفي التحليلي و التي أسفرت في نتائجها على 71,7% من المرضى أبلغوا عن ألم . فيما أظهر التقييم الذاتي للصحة العالمية أن الألم يرتبط ارتباطاً عكسياً بنوعية الحياة: المجموعة التي لا تعاني من ورم خبيث كان لديها متوسط درجة 55.3 (SD = 24.8) لأولئك الذين يعانون من الألم، والتي ارتفعت إلى 69.7 (SD = 19.2) لأولئك الذين لا يعانون من الألم . الأشخاص الذين يعانون من ورم خبيث محلي إقليمي حصلوا على درجة 59.1 (SD = 21.3) عند الألم ، وأولئك الذين لا يعانون من الألم حصلوا على درجة أعلى بكثير من 72.4 (SD = 18.6). أظهر المرضى من مجموعة الورم الخبيث البعيد نتائج مماثلة بمتوسط درجة 48.6 (SD = 23.1) لأولئك الذين يعانون من الألم و 67.6 (SD = 20.4) لأولئك الذين لا يعانون من الألم . فيما يتعلق بالارتباط بين شدة الألم ونوعية الحياة ، حصل المرضى الذين يعانون من ورم خبيث بعيد وآلام شديدة على أسوأ الدرجات من حيث الجودة الحياة بمتوسط مقياس الوظيفي 49,9 (SD=20,1) . و درجة المقياس الصحة العالمية 39,7 (SD=24,7).

✓ دراسة Cho et al (2011):

بعنوان القلق والاكتئاب ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بمتلازمة القولون العصبي والتي هدفت إلى تقييم القلق والاكتئاب لدى مرضى يعانون من القولون العصبي ،تمثلت

عينتها من 124 مريض و تم استخدام مقياس القلق والاكتئاب و مقياس جودة القولون العصبي الخاصة باستبيان الحياة IBS -QOL لجمع البيانات المنهج الوصفي الارتباطي وكان من ابرز نتائجها لوحظ القلق و الاكتئاب بشكل متكرر لدى مرضى القولون العصبي تتصل بشدة أعراضهم وبشدة ضعف نوعية الحياة للمرضى .

✓ 6-التعقيب:

1-من حيث الأهداف:

تختلف أهداف كل دراسة فهناك بعض الدراسات التي اهتمت بدراسة الألم أو إحدى تصنيفاته (الضغط -القلق - الاكتئاب) كدراسة **براهمية وبوشلاق (2016)** ، أو دراسة الألم النفسي وعلاقته بجودة الحياة كدراسة **المجدلاي (2021)** ، **صقور (2018)** ودراسة **فالق وعدوان (2022)**، أو دراسة متغير نوعية الحياة مع إحدى تصنيفات الألم النفسي كدراسة **Cho et al (2011)** ، **عمارين (2014)**، ودراسة **Kopczynska et al (2018)** ، والتي تهدف إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي أو علاقته مع جودة الحياة ، أو دراسة متغير نوعية الحياة كدراسة **Costa et al (2017)** التي هدفت إلى تقييم تأثير الألم على نوعية الحياة وتشابهت دراسات السابقة مع الدراسة الحالية لأنها هدفت إلى معرفة مستوى كل من الألم النفسي و جودة الحياة والعلاقة بينهما.

2-من حيث المنهج:

نلاحظ من خلال الدراسات السابقة أن هناك اختلاف في استخدام المنهج الخاص بكل دراسة كما هو الحال في دراسة **المجدلاي (2021)** ودراسة **Costa et al (2017)** استخدم المنهج الوصفي التحليلي، **فالق وعدوان (2022)**، **صقور (2018)** و**براهمية وبوشلاق (2016)** استخدموا المنهج الوصفي وتشابهت دراستنا مع دراسة **Cho et**

al (2011)، ودراسة **Kopczynska et al (2018)** ودراسة **عمارين (2014)** في استخدم المنهج الوصفي الارتباطي للكشف عن العلاقة الألم النفسي بجودة الحياة لدى المرضى القولون العصبي.

3- من حيث العينة:

اختلفت عينات الدراسات السابقة وتباينت من حيث حجم والنوع كما هو الحال في دراسة **المجدلاي (2021)** التي تناولت أفراد عينة مرضى القصور الكلوي، **فائق وعدوان (2022)** ، **براهمية وبوشلاق (2016)** و دراسة **صقور (2018)** و دراسة **Costa et al (2017)** التي تناولت أفراد عينة مرضى السرطان ، واختلفت دراستنا مع كل الدراسات في حجم أفراد العينة، وتشابهت دراستنا مع دراسة **عمارين (2014)** ، **Kopczynska et al (2018)**، ودراسة **Cho et al (2011)** التي تناول نفس أفراد عينة مرضى القولون العصبي.

4- من حيث الأدوات المستخدمة :

تنوعت استخدام المقاييس و هذا ما نجده في كل من **صقور(2018)** الذي طبق فيها مقياس HAD خاص بجانب الانفعالي للألم بمركبه القلق و الاكتئاب و مقياس QOD الخاص بالألم على جودة الحياة ودراسة **فائق وعدوان (2022)** الذي طبق فيها مقياس درجة الألم والنشاط ومقياس جودة الحياة(SF-36) وتشابهت مع دراسة **المجدلاي (2021)** ، **براهمية وبوشلاق (2016)** في استخدام مقياس الألم (DASS21) ، اختلفت مع دراسة **عمارين (2014)**، **Kopczynska et al (2018)** ودراسة **Cho et al (2011)** في استخدم مقياس نوعية الحياة الخاص بالقولون العصبي (IBS-QOL) و أما دراسة **Casta et al (2017)** فقد استخدم مقياس جودة الحياة لمرضى السرطان ومقياس الألم لماك جيل الخاص بالسرطان الثدي .

5- من حيث النتائج:

لكل دراسة أهدافها ما جعل الدراسات السابقة تختلف من حيث نتائجها حيث نجد دراسة **عمارين (2014)** والتي كانت نتائجها أن مستوى نوعية الحياة متوسط مع ارتفاع مستوى الضغوط النفسية و وجود علاقة سالبة بين نوعية الحياة و الضغوط النفسية , دراسة **المجدلاي (2021)**، دراسة **فالق وعدوان (2022)** ودراسة **براهمية وبوشلاق (2016)** وتشابهت نتائجها من حيث أنه يرتفع فيها مستوى الألم النفسي مع انخفاض في جودة الحياة ،أما دراسة **صقور (2018)** كانت نتائجها تشير إلى أن شدة الألم متوسطة مع وجود علاقة بين الحالة الانفعالية (قلق واكتئاب) مع جودة الحياة و دراسة **Costa et al (2017)** أسفرت في نتائجها على ارتفاع شدة الألم و انخفاض مستوى جودة الحياة ، أما بخصوص نتائج دراسة **Kopczynska et al (2018)** ، ودراسة **Cho et al (2011)** فكانت نتائجها فيها ضعف في نوعية الحياة QOL مع ارتفاع القلق الاكتئاب.

7- التعاريف الإجرائية:

1-الألم النفسي:

حسب الجمعية العالمية لدراسة الألم (IASP) هو خبرة انفعالية مزعجة من الإحساس والمشاعر ترتبط بتضرر فعلي أو ممكن لأنسجة أو يتم وصفه بمفاهيم مثل هذا التضرر. (حمادي ومزوار، 2022، ص 558)

وهو خبرة انفعالية غير سارة لها تأثير نفسي و جسدي وهي الدرجة التي يتحصل عليها مرضى القولون العصبي من خلال مقياس الألم النفسي (DASS21).

2-جودة الحياة:

تعرفها منظمة الصحة العالمية(1998)" بأنها التصورات الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيشونها وتتصل بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم وشواغلهم " (ص11).

وهو شعور الفرد بالرضا وسعادة عن حياته وهو مجموع الدرجات المتحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة(WHOQO-BREF).

الفصل الثاني : الألم النفسي

تمهيد

1-تعريف الألم

2-مكونات الألم

3- أنماط الألم

4- تعريف الألم النفسي

5-أصناف الألم النفسي

5-1- الاكتئاب

5-2- القلق

5-3- الضغط

6- الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي

خلاصة الفصل

تمهيد:

من خلال هذا الفصل سنتطرق إلى الحديث عن تعريف الألم ومكوناته وأنماطه وكذلك الألم النفسي و أصنافه المتمثلة في الاكتئاب ، القلق و الضغط و ذلك من خلال تعريفها و عرضها أسبابها ، و أعراضها و النظريات المفسرة لها، و علاجها، بالإضافة إلى تطرق إلى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي.

1-تعريف الألم:

يعرفه تايلور (2008): "بأن الألم في الأساس خبرة سيكولوجية،تعتمد درجة الإحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره".(ص 482)
 الألم هو ظاهرة معقدة يشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة،مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن،والألم هو خبرة ذاتية أين تكون المكونات الحسية المرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية.
 (مرازقة،2009،ص24)

في حين يعرفه ميرسكي (1986) بأن الألم خبرة مرتبطة بإصابة جسدية،يعبر عنها بأسلوب نفسي مثل الإحساس بالضيق،البؤس،الحزن،عدم الارتياح ، والتعاسة . فالألم شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لآخر،إذا يتداخل فيه عوامل بيولوجية،نفسية و اجتماعية ، تحدد مستوى و ردة الفعل عليه، فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذاته. (مرازقة،2020،ص365)

و انطلاق مما سبق فإن الألم خبرة انفعالية وحسية غير سارة مرتبطة إما بإصابة عضوية حقيقية أو من غير إصابة كأن يشعر الفرد المصاب بألم من دون وجود إصابة فعلية .

2-مكونات الألم:

1-المكون الحسي: أي للألم مظهر حسي ، حيث يتم الإحساس به من خلال نظام خاص ، يعلم الفرد بالألم و الشعور به.

2-المكون الانفعالي: أي أن الألم عبارة عن خبرة غير مستحبة ، وغير سارة ، حيث يتم خلالها رفض وقمع هذا الانفعال .

3-الألم هو خبرة: وهذا ما أكدته الجمعية الدولية لدراسة الألم على أن الألم عبارة عن تجربة حسية مرتبطة بضرر كامن أو حقيقي.

4-المكون السلوكي: حيث يضم مجموعة من التظاهرات اللفظية وغير اللفظية لدى شخص المريض الذي يعاني من الآلام.(فالق وعدوان،2022،ص541)

3-أنماط الألم:

1-الألم الحاد: وغالبا ما تكون قابلة للتحديد الموضوعي ومثارة من خلال سبب للتحديد (مرتبط بوجود تضرر في النسيج أو الالتهاب أو الإصابة أثناء التدخلات الطبية أو ذات مدة زمنية محددة بأيام أم أسابيع) ، قابلة للمعالجة و غالبا ما تقتصر العواقب النفسية لهذه الآلام على الخبرة العابرة للقلق و الإرهاق.

2-الألم انتكاسي الدوري: وهي الآلام المتكررة بصورة منتظمة (كالشقيقة وآلام الظهر و البطن) ، وغالبا ما تكون الآلام الانتكاسية صعبة ، و ظهورها غير قابل للتنبؤ ، ويمكن أن يعالج بصورة عرضية ، و ترتبط هذه الآلام بعوامل اجتماعية (كأحداث الحياتية ضاغطة ، مواقف إرهاق في الأسرة)، عوامل خارجية (كتأثيرات الطقس ، و الأغذية)، وعوامل شخصية (الانفعالات، المزاج، والعوامل المعرفية) .(بريطل،2017)

3-الألم المزمن: يعرف الألم المزمن بأنه الخبرة جسدية و انفعالية غير سارة يظهر نتيجة إصابات عضوية دائمة أو نتيجة لمرض أساسي ، ويستمر هذا الألم لفترة طويلة .و غالبا ما يستطيع المرضى تحديد موضعها بدقة ووضوح وتحديد التآرجح في شدتها ، أما المنشأ الفسيولوجي لحالات الألم المزمن فيبقى غير معروف إلى حد كبير ، ويتحدث الفرد عن آلام المزمنة إذا امتدت إلى أكثر من سنة أشهر.(نوار،2021،ص542)

4-الألم ذو الطبيعة التصاعدية: وهي الآلام التي ترتبط بالأمراض ذات الطبيعة التصاعدية (روماتويد المفاصل ، السرطان).

5-الألم المحدث معمليا: وهي الآلام الناتجة عن استخدام مثبرات حسية مؤلمة كالوخز ويتم إحداثه في مواقف معملية. (عدوان وفالق،2022،ص541)

4-تعريف الألم النفسي :

هو خبرة نفسية و تجربة سيكولوجية تشمل على الإحساس بالمعاناة و ترتبط بالمتاعب الجسد.(صادق،1984،ص26)

ويعرفه شنيدمان (1993) بأنه رد فعل انفعالي مركب يتضمن الكثير من المشاعر المؤلمة للنفس ، و الناتجة من شعور الفرد بالإذلال و العار و الظلم ، و الشعور بالحزن والاكتئاب و اليأس ،و الشعور بالذنب و الخوف و الريبة.
(جمعة و فرحان،2015،ص412)

ويعرف الألم النفسي على أنه شعور غير محتمل ناتج عن التقييم السلبي لعدم القدرة أو العجز الذاتي ،و أن التقييم السلبي للذات قد يكون ناتج عن عدم تحقيق طموح ، فقدان الحب أو الشعور الشديد بالذنب.(براهمية،2018،ص46)

واستنادا إلى ما سبق فإن الألم النفسي حالة انفعالية غير سارة و معاناة غالبا ما ترتبط بالتقييم السلبي أو خسارة .و يصنف الألم النفسي إلى ثلاث أصناف الاكتئاب ، القلق و الضغط.

5- أصناف الألم النفسي:

5-1- الاكتئاب:

5-1-1- تعريفه:

هو عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن، الغم و الضيق ويعبر الاكتئاب لدى غلبة الناس عن استجابة مادية تثيرها خبرة مؤلمة . (النجمة،2008،ص15)

و يعرف حسب المنظمة العالمية للصحة 2019 الاكتئاب مرض يميزه الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادة و هو يقترن بالعجز في أداة الأنشطة اليومية لمدة أسبوعين على الأقل، بالإضافة إلى ذلك يبدي المصابون بالاكتئاب العديد من الأعراض التالية في العادة :فقدان الطاقة ،تغير في الشهية ،النوم لفترات أطول أو أقصر ،القلق ،انخفاض معدل التركيز ، التردد، الشعور بعدم احترام الذات أو بالذنب أو باليأس و التفكير في إيذاء النفس أو الانتحار.(عبوين،2021، ص157)

و يعرف كذلك بأنه خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن و التشاؤم والشعور بالفشل و الرغبة في إيذاء الذات والتردد و الإرهاق و فقدان الشهية والانسحاب الاجتماعي و مشاعر الذنب و الكراهية الذات وعدم القدرة على بذل جهد.(عبد الله،2017،ص09)

و اتفقت هذه التعريفات على أن الاكتئاب زملة من الأعراض المؤلمة التي يشعر بها الفرد و التي تظهر في شكل حزن و تشاؤم و شعور بالذنب و الوحدة وفقدان الشغف في الحياة.

5-1-2- أسباب الاكتئاب:

أ- أسباب وراثية:

أسفرت العديد من الدراسات حول التوائم أن هناك عامل وراثي وراء الإصابة بحالات الاكتئاب حيث تؤكد بعض نتائج الدراسات شيوع الاضطرابات الوجدانية عموماً والاكتئاب خصوصاً بين التوائم المتشابهة والأقارب. كما أكدت الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، حيث تشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب. حيث لاحظ الأطباء النفسيون من خلال متابعتهم لحالات المرضى، بأن الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية تنتشر بحوالي 50% حيث يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض، فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة 24 إلى 30% أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه، فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 60%.

(يحياوي، 2014، ص 239-240)

ب- أسباب عضوية كيميائية:

- عدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم و البوتاسيوم في الجسم.
 - التغيرات التي تحدث في الهرمونات .
 - زيادة إفراز الكورتيزون بسبب زيادة الهرمون المسؤول على إفرازه في الغدة النخامية.
 - النقص في إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية و انخفاض مستوى الحمض الأميني الكاتيول أمين. (النجمة، 2008، ص 24)
 - قصور في بعض المواد الكيميائية العصبية أو الموصلات العصبية و خاصة نوربينفرين و سيروتونين و يؤدي هذا القصور إلى زيادة الأيض أو التهاب في الجهاز الطرفي العميق، مما يؤدي بدوره إلى العديد من المشاكل التي ترتبط بالاكتئاب .
- (حجازي، 2011، ص 24)

ج-أسباب نفسية:

- الإحباط والقلق والفشل و الكبت وخيبة الأمل.
- التوتر الانفعالي و الخبرات المؤلمة.
- فقدان الحب و المساندة العاطفية و الحرمان .
- فقد حبيب أو وظيفة أو خسارة مالية.
- صراعات اللاشعورية و ضعف الأنا.
- ضعف تقدير الذات و الشعور بالذنب.(إبراهيم،2022،ص21)

و-أسباب اجتماعية:

- إهمال الأبناء و القسوة الشديدة عليهم.
- الخصائص المزاجية الاكتئابية لدى إحدى الوالدين أو كلاهما .
- التفكك الأسري و الانفصال المبكر للوالدين .
- الهجرة أو السفر الطويل و الابتعاد عن الأقارب و الأصدقاء.
- الاعتماد على الآخرين في تلبية حاجيات الأساسية للحياة.
- النقص في اكتساب المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على حل المشكلات و تكرار التعرض لخبرات منفردة.(زعتري،2016،ص65)

5-1-3-أعراض الاكتئاب:

بحسب الدليل تشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية فإن الاكتئاب النفسي تتوفر فيه الأعراض التالية:

- مزاج منخفض معظم اليوم ، كل يوم تقريبا ، و يعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).

- انخفاض واضح في الاهتمام في الأنشطة اليومية .
- فقدان الوزن بارز أو كسب الوزن أو انخفاض في الشهية أو زيادتها.
- أرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا.
- هياج نفسي حركي أو خمول .
- تعب وفقدان الطاقة.
- أحاسيس بانعدام الثقة أو الشعور بالذنب.
- انخفاض القدرة على التفكير والتركيز .
- أفكار متكررة عن الموت أو تفكير انتحاري متكرر.(الحمادي،ب،ت،ص137-138)

5-1-4- النظريات المفسرة لاضطراب الاكتئاب:

أ- نظرية التحليل النفسي:

فسر فرويد الاكتئاب على أنه نكوص المرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية و أن المكتئب يحمل شعورا متناقضا تجاه الحب الأول "الأم". ونتيجة الإحباط وعدم الإشباع مراحل نموه الأولى ، يتولد لدى الإنسان الإحساس المتذبذب بين الحب و الكراهية . وعندما يصاب بخيبة أمل أو فقدان عزيز عند نضوجه ، ينكص لحاجة الأولية بعمليات دفاعية لا واعية من الإسقاط و الإدماج أو النكوص .و يمتص طاقته و يدمجها نحو ذاته ، ومن هنا يبدأ الانغلاق و العدوان الذاتي و اتهام الأنا و الإحساس بالدونية ، التي تطلق الميول الانتحارية. (عكاشة،2008،ص26)

ب- النظرية البيولوجية:

تركز هذه النظرية على وجود خلل على مستوى المخ و بصفة خاصة على نواقل العصبية مثل النوربيفرين و السيروتونين ، حيث يعملان على نقل سيلة العصبي بين الأعصاب عبر الموصلات العصبية ، حيث أن هاتين المادتين تتركزان في الجهاز

العصبي الطرفي ، و يقترح سيكلاكروت في نظريته أن النقص في النوربيفرين يقترن بالاكنتاب في حين أن زيادة هذه المادة يرتبط بالهوس.

ج- النظرية السلوكية:

ظهرت اتجاهات عديدة لهذه النظرية في تفسير الاكنتاب منهم من يرون أن العصاب أو المرض النفسي على أنه سلوك متعلم شأنه شأن غيره من الأنماط السلوكية السوية. مستخدمين مفاهيم الاشتراط و التعزيز ، و يرون أن السلوك و الشعور المكتتب دال على انخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز الايجابي . من شأنه أن يترك الأثر السلبي نتيجة خفض للمعزز الايجابي.

و هناك اتجاه يرى أن الاكنتاب ما هو إلا نقص في المهارات الاجتماعية وعدم القدرة على توكيد الذات ، كعدم القدرة على رفض الطلب شخص ما بطريقة لبقة تجعلهم أكثر عرضة للاكنتاب ، وحسب وجهة نظرهم هذه فإن الأشخاص المكتتب قد يكونون أشخاص غير حاذقين اجتماعيا ، وأنه لديهم عجز في التصرف براحة في العلاقات الاجتماعية بما في ذلك التعامل مع أفراد الأسرة والأصدقاء و زملاء العمل مما يترك لديهم آثارا الاكنتابية على حياتهم الشخصية. (النجمة،2008،ص25)

د- النظرية المعرفية:

تمثل وجهة نظر بيك واحدة من أهم النظريات المفسرة للاكنتاب و تفترض هذه النظرية أن الأفكار و المعتقدات السلبية تعتبر هي المسبب الرئيسي للاكنتاب ، فالتشاؤم و الأفكار الناقدة للذات يمكنها أن تدفع الشخص إلى الاكنتاب ، وأوضح أرون بيك ارتباط الاكنتاب بوجهات النظر السلبية تجاه الذات ، العالم و المستقبل نظرة تشاؤمية تعرف باسم الثالث السلبي.

ووفقا لهذا النموذج فإن الأشخاص الذي يعانون الاكتئاب يعيشون ضمن المخططات السلبية مثل فقدان الوالدين ، أو رفض أقرانهم لهم أو التوجه الاكتئابي للوالدين، تختلف هذه المخططات عن الأفكار الواعية و تؤثر في معتقدات نتيجة لظروف و التي تشكل وعي الشخص و طريقة إدراكه للتجارب الشخصية ، و تنشط هذه المخططات عندما يمر الشخص بمواقف متشابهة للمواقف الأصلية التي تؤدي إلى تفكير السلبي وهذا الأخير ينشط هذه المؤثرات المعرفية التي تسبب التحيز المعرفي أم الميل إلى التعامل مع المواقف بطريقة سلبية لذا أشار بيك أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب يميلون إلى التغذية الراجعة السلبية ، وبالتالي يؤدي هذا اضطراب المعرفي إلى قصور في إدراك و تذكر و ملاحظة الإشارات والعلامات الجيدة والإيجابية ، و كذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب يقترفون أخطاء معرفية حتى يصلوا إلى التحيز ، ما يخلصون إليه من نتائج يقودهم من اضطراب معرفي إلى اضطراب آخر. (كرينج وآخرون، 2016، ص295-298)

و- نظرية أخطاء التعلم الاجتماعي و العجز المكتسب:

يرى ميللر و سيلغمان أن تعلم العجز يمدنا بنموذج لفهم الاكتئاب التفاعلي و الذي يعود إلى أسباب بيئية أكثر منها أسباب داخلية ، و مصطلح العجز المتعلم يحدث عند تعرض لخبرة مؤلمة وغير متحكم بها ، وهذه الخبرة تعوق ما تم تعلمه من استجابات الهروب و التحاشي . وعندما يدركون مواقفهم على أنها غير متحكم بها ، فإنهم يبدؤون في عمل اعزاءات لتفسير وتوضيح أسباب عدم تحكم في هذه المواقف أو بالأحرى تبريرا لعجزهم وقد تكون هذه الاعزاءات داخلية (أي تعود إلى الخصائص الذاتية للشخص نفسه) ، أو خارجية (أي أنها ترجع للبيئة) ، أو عامة وكلية (تنطبق على كثير من المواقف) ، أو خاصة (تنطبق على بعض المواقف) ، أو ثابتة أو غير ثابتة ، لذلك فإن فقد تقدير الذات يظهر عندما يقرر الشخص أن عجزه يعود إلى اضطراب ، و عجز شخص أكثر مما يرجع إلى أسباب ذات تأثيرات عامة على كل الأفراد في هذه المواقف ، وقد وجد أن الاعزاءات التي تتسم

بالثبات و الكلية و الذاتية ، للعجز أو الفشل تنتج بشكل عام و بدرجات أعمق في الاضطرابات الاكتئابية. (مصطفى، 2009، ص55-58)

3-1-5- علاج الاكتئاب :

أ- علاج الدوائي:

الأدوية هي أكثر وسائل العلاج سواء العلاجات البيولوجية أو غيرها لاضطراب الاكتئاب شيوعا و أكثر خضوعا للأبحاث ، و تنقسم هذه الأدوية لثلاث فئات رئيسة : مثبطات الاوكسيداز أحادية الأمين ، و مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات و مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية.

وقد أثبت عدد من الدراسات أن هذه الأدوية تكون فعالة في علاج اضطرابات الاكتئاب ، وأن 50% إلى 70% من الأشخاص الذين يكملون العلاج تتحسن حالتهم . وقد أوضحت أحد التحليلات الفانقة الذي قام بتلخيص نتائج الكثير من الدراسات التي أجريت على مضادات الاكتئاب أن الفعالية السريرية لهذه الفئات الثلاث من الأدوية متشابهة تقريبا . و قد ثبت أن هذه الأدوية فعالة في علاج الاكتئاب الجزئي أو الرئيس. (كرينج وآخرون، 2016، ص316)

ب- علاج تحليل النفسي:

يركز هذا العلاج على الأسباب المؤدية للاكتئاب و التي غالبا ما تعود إلى خبرات طفولة كامنة ، و الصدمات التي يتلقاها المريض في خمس سنوات الأولى . و من الأساليب المستخدمة التداعي الحر و التحويل و الكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية و الهدف الأساسي من هذا العلاج هو يساعد المرض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور إلى حيز الشعور ، و التعامل معها . (النجمة، 2008، ص34)

ج-العلاج السلوكي :

يقوم العلاج السلوكي على تعديل السلوك السلبي لدى العميل و تدريبه على بعض التقنيات السلوكية التي تساهم في تغيير وضعه الحالي و نظرتة السو داوية ويهدف العلاج إلى إطفاء السلوك غير المرغوب فيه و العمل على بناء فعل شرطي أو سلوك آخر بديل عنه .

- الاسترخاء :

إن التدريب على الاسترخاء يكسب الفرد مهارة وخبرة جديدة يمكن استثمارها في التظمن التدريجي للتعامل مع المواقف التي تثير الاكتئاب ، ويستخدم أيضا كطريقة لإكساب الشخص هدوء إزاء المواقف التي تكون مصدرا للإثارة الانفعالات و يساعد على تغيير مفاهيم المرضى عن ذاتهم فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس ربما بسبب القوة التي يمنحها لهم و ما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات و التحكم في التغيرات الجسمية . وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي و العضلي و استثارة البدينة جزءا من المشكلات المريض النفسية.

خطوات:

- تهيئة مكان مريح و خالي من المشتتات.
- يتخذ المريض وضح مريح (راقد - جالس).
- البدء بتدريب عضو واحد و يفضل أن يكون الذراع .
- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي يمكن استغراق وقت أقل في المرات التالية و يجب أثناء ذلك تدريب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء بالطريقة السابقة .(مصطفى،2009،ص103)

و-العلاج المعرفي:

وذلك بتنمية التفكير العقلاني الايجابي ، من خلال إعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات و العالم بغرض التخفيف من أعراض الاكتئاب .
و يتطلب ذلك أن نعمله و أن نطلعه على :

- تثقيف المعرفي عن الاكتئاب و الدرجات المقبولة أو غير المقبولة منه .
- نساوده على اكتشاف الأفكار اللاعقلاني التي نسجها عن نفسه وعن العالم و المستقبل، والتي عززت التفكير اكتئابي و ما يرتبط به من عمليات النقد المفرط للذات و ضعف الثقة بالذات .

ويتم ذلك بوسائل و فنيات متعددة منها :

- المتابعة اليومية للأفكار اللاعقلانية باستخدام استمارة التحليل العقلاني.
- عمليات دحض الأفكار المرضية.
- تدعيم أساليب التفكير العقلانية الايجابية .
- عقاب الذات عند الفشل في تعديل الأفكار السلبية .
- مكافأة الذات إثر النجاح في عمليات التعديل .(إبراهيم،1998،ص203)

5-2- القلق :

3-2-1- تعريفه :

هو حالة من توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه خوف غامض و أعراض نفسية و جسمية ، يمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا ، من الخوف و توقع تهديد و الخطر.(المصري،2014،ص11)

و يعرفه دليل تشخيص الاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي " بأن

اضطراب القلق هو قلق شديد غير واقعي و توقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة و الذي يستمر لمدة ستة أشهر ، و أحيانا لا يرتبط القلق بشيء محدد ولكن يبدو أنه سمة ثابتة لحياة الفرد اليومية.(الغامدي،2013،ص38)

في حين يعرف القلق على أنه حالة نفسية تتصف بالتوتر و الخوف و التوقع سواء أكان ذلك حيال أمور محدودة أو غامضة ، قد يكون هذا الانفعال عارضا وهو ما يعرفه كل الناس ، كما يعرفون لحظات الحزن و الأسى و الألم ، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه و قد يكون مزمنا .(عيسى،د،ت،ص98)

وعليه فإن القلق خبرة انفعالية غير سارة يشعر فيها الفرد بتوجس و تهديد و لا يمكن لفرد تحدد مصدره تحديدا واضحا.

5-2-2-أسباب القلق:

أ-أسباب وراثية:

أثبتت الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي و استجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم ، كما أوضحت دراسة للعائلات أن 15% من آباء و إخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وجد أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى 50% و أن حوالي 65% يعانون من سمات القلق و تختلف نسبة في التوائم و غير المتشابهة ، حيث 2% إلى 4% ، فالوراثة تلعب دورا في الاستعداد للمرض. (أبوفاخرة،2021،ص249)

ب-أسباب بيولوجية:

تؤكد الدراسات أن القلق ينجم إما عن نقص في غابا أو نقص في المواد المشبهة لبنزوديازيبين حيث يصبح الجهاز العصبي في حالة استثارة و من ثم تظهر أعراض القلق.

كما أن الاضطرابات الهرمونية مثل : اضطرابات الغدة الدرقية و الغدة الكظرية واضطراب الغدة جارة الغدة الدرقية من العوامل التي تساعد في ظهور أعراض القلق و تزيد من شدتها. (سرحان وآخرون،2014،ص32-33)

ج-أسباب النفسية:

- الشعور بالذنب و الدونية والاحتقار النفس .
- الإحباط المستمر و تدني مستوى التقييم الذات يؤدي إلى الشعور بضعف الأداء إلى درجة عالية من القلق.
- الأزمات و الصدمات النفسية.
- عدم القدرة على الإشباع حاجياته النفسية و خصوصا حاجته للتقدير الذاتي.
- الحرمان العاطفي وفقدان الحب . (الأسوي،2014،ص62)
- عدم الثقة أو فقدانها في خوض التجارب و المواقف و الخبرات الجديد تشكل مصدرا للقلق. (الغامدي،2013،ص63)

و-أسباب الاجتماعية:

- الأزمات الحياتية .
- الضغوط الحضارية و الثقافية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن.
- التفكك الأسري .
- أساليب التعامل والدية القاسية.
- توفر النماذج القلق ومنها الوالدين.
- الفشل في مختلف مناحي الحياة.(عقون،2012،ص162)

5-2-3- أعراض القلق:

أ-أعراض الجسمية:

- ضعف عام و نقص في الطاقة الحيوية.
- توتر العضلات و صداع مستمر .
- شحوب الوجه و جفاف الفم و الحلق .
- سرعة نبضات القلب و ضيق في التنفس .

- فقدان الشهية و الاضطرابات النوم .
- عسر الهضم و آلام في المعدة .(الشبؤون،2011،ص768)

ب-أعراض النفسية:

- فقدان السيطرة على مجريات الأمور .
- الخوف من الموت .
- الشعور المتواصل بالانفصال عن الواقع .
- الشعور بالتوتر و الانفعال .
- عدم القدرة على التركيز .
- التملل و الشكوى المستمرة ومظاهر الاكتئاب .(العالم،2019،ص18)

5-2-4-النظريات المفسرة لاضطراب القلق:

1-نظرية التحليل النفسي:

يعتبر فرويد أول وضع أساس نفسي للقلق فهو يرى انه الإشارات والمطالب الأنا، والصراعات اللاشعورية دور في ظهور القلق ، وقد ميز فرويد بين أنواع القلق الثلاث وهي :

- القلق الموضوعي : و الذي يعد سويًا يكون مصدره العالم الخارجي .
- القلق الأخلاقي : و الذي يعد نتيجة للتفكير بعمل ما يمثل انتهاكا للسلوك الأخلاقي .
- القلق العصابي : وهو عبارة عن خوف غامض غير مفهوم فهو رد فعل لخطر تعزيمي داخلي ، لا يمكن تحديد أسبابه .

وعلا خلاف ذلك ترى هوني أن القلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية ، وتعتقد أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم في نشأة القلق لما بها من تعقيدات وتناقضات بينما يرى أدلر أن القلق يظهر عندما ما يحاول الفرد التحرر من الشعور بالنقص ومحاولته الحصول على التفوق.(الشبؤون،2011،ص769)

2- نظرية السلوكية:

تنطوي وجهة نظرهم في أن القلق استجابة مكتسبة ، فمصدر القلق لديهم يكمن في المواقف الخارجية التي يتعرض لها الفرد في الخارج ، فمنهم يرون أن القلق يتم اشتراطه اشراطا تقليديا بالعدد من المنبهات الخارجية ومن ثم تعميم الاستجابات بعد ذلك ، ومن أمثلة الخبرات العادية التي تؤدي إلى القلق منها مواقف غير المشبعة و المؤلمة التي يتعرض لها الفرد خلال مراحل طفولة الأولى ، التي يحدث فيها خوف و تهديد و يترتب عليها مثيرات انفعالية أهمها عدم الارتياح الانفعالي و ما يصاحبه من تقرر وعدم استقرار. (حويلة،2010،ص48)

يرى واطسون و راينر أن جميع المخاوف ناتجة عن الارتباط الشرطي و ذلك أن تعلم الخوف من شيء أم محايد بسبب اقترانه بحدث آخر مخيف ، و يفسر أن تطور المخاوف غير المنطقية هي انفعالات مشروطة.(فريمان وفريمان،2012،ص25)

3- النظرية المعرفية:

يؤكد النموذج المعرفي أن اضطراب القلق سببه الرئيسي هو طريقة التي يتبعها الناس في تفسير أو التفكير في الأحداث المجهددة و أن تصور الفرد للأحداث المجهددة هو الذي يمكن أن يكتف أو يثبط استجابة ، كما أن أحد أبرز ادراكات السلبية في القلق هو عدم السيطرة ويتميز بحالة من العجز بسبب عدم القدرة على التنبؤ أو الحصول على نتائج المرجوة.

(A.Adwas et al,2019,p582)

و يرى بيك أن القلق ينشأ من الإفراط في تقدير الخطر عبر واحد أو أكثر من الأبعاد التالية:

- التقدير المفرط للتغيرات الناتجة عن حادث ينطوي غلى الخوف .
- التقدير المفرط لحدث يتسم بالشدة و العنف و ينطوي على الخوف .
- التقليل من قدرة الفرد على التغلب و المواجهة.
- التقليل من قدرة الأفراد الآخرين على تقديم المساعدة .

وفي نفس الصدد يؤكد بيك أن التفكير المأساوي من الأخطاء المعرفية لدى مرضى القلق ، حيث تكون الكارثة هي نتيجة التي يمكن التنبؤ بها عندما يتوقع الشخص القلق الخطر أم مواجهة المواقف و المشكلات و المبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها و تعميمها و ادراكها بشكل سلبي يجعل من الفرد دائم التشكك في قدرته على المواجهة مما يسبب له قلقا مستمرا. (الحويلة،2010،ص49-50)

4-نظرية البيولوجية:

لقد أوضحت أن هناك ثلاث مواقع أساسية في المخ هي المسؤولة عن تنظيم القلق عند الإنسان حيث أن القلق عملية معقدة للغاية يشمل مناطق متعددة من الدماغ من بينها الفصين الأمامين و الحصين و اللوزة مما يجعل المثيرات ذات دلالة انفعالية و بالتالي نجد أن النشاط الكبير لهذه المناطق و خاصة اللوزة يمكن أن يفسر الكثير من اضطرابات القلق .

و يبدو أن القشرة المخية الأمامية لها دور في تنظيم حيث تشترك في انطفاء المخاوف باستخدام استراتيجيات تنظيم الانفعال التحكم فيه ، و قد وجد الباحثون أن الأفراد الذين يعانون من القلق لديهم خلل في الاتصال أو المسار بين هذه المنطقتين ، ويرتبط القلق كذلك بالخلل في منظومة السيروتونين و مستويات مرتفعة في معدل الطبيعي لنوربيفرين و حمض غاما امينوبوتيريك له دور في كبح النشاط في جميع أجزاء المخ ويعمل على تقلل القلق وبالتالي أي خلل في وظيفة ذلك الحمض يؤدي إلى الإصابة بالقلق. (فريمان وفريمان،2012،ص36) (كرينج وآخرون،2016، ص 367)

5-2-5- علاج القلق:

1- علاج الدوائي:

يعتبر العلاج بالأدوية عاملاً مساعداً ومفيداً إلى جانب العلاجات النفسية ، بدلاً من استخدام منحي علاجي واحد دون غيره ، كما أن العقاقير أثبتت فعاليتها العلاجية في السيطرة على القلق ومن أهم هذه العقاقير كإبحاث الأمانيات الأحادية المؤكسدة ومضادة الاكتئاب الثلاثية والرباعية وأكثر الأدوية المضادة للقلق فاعلية هي مجموعة البنزوديازيبين مثل (زاناكس ، كلونوبين ، ديازيبام و الفاليوم) التي تعمل على تهدئة الفرد عن طريق تعزيز نظام تثبط الخوف الذي يتوسطه الناقل الكيميائي العصبي غاما. (زيدنر وماتيس، 2016؛ شيهان، 1988)

2- علاج التحليل النفسي:

يساعد على تقوية أنا المريض باعتباره الجزء المسيطر على محفزات الهو و المنسق بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى كما يساعد المريض على الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف و تعديل الأهداف و تنمية القدرات ، وفي بعض الحالات يستحسن عدم محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة ، فقد يؤدي على حالة شديد من القلق. (الساسى، 2010، ص103)

3- علاج السلوكي:

يقوم على تقليل من حساسية المريض بالموضوع أو الموقف أو تقليل من الاشتراط و ذلك عن طريق التعرض للموقف المخيف بالتدرج محاولاً إحلال استجابة الارتياح مقابل استجابة الذعر ، كما يدرّب المريض على التمرينات الاسترخاء العضلي أو تمرينات نفسية ، حتى يستطيع المريض مواجهة الخوف ،ومنه يؤدي إلى انطفاء الترابط الشرطي المرضي ، ويتكون ترابطاً شرطياً ، و التدريب يكون في العيادة ثم يمارسه في المنزل بالاستمرار و

يمكن للمعالج أن يعطيه شرطا يحثه على القيام به و على الخطوات الواجب القيام بها .
(الساسى،2010،ص104)

4-علاج المعرفي:

يستهدف تغير المعتقدات الموجودة لدى الفرد و التي تسبب له مشاعر القلق و استبدالها بأخرى عقلانية أكثر واقعية بدرجة أعلى عبر تعديل الحديث الذاتي ، فبدلا من (أنا متوتر) يتم تعلمه أن تقول مثلا (أنا بخير أشعر بالراحة). (السيد عبيد،2008،ص199)

يركز العلاج المعرفي على مساعدة الشخص على التعلم ، و على إزالة العقبات و الموانع التي تقف عقبة أمام التعلم.و يجري تركيز العلاج على تحديد و حل المشكلات الحالية من خلال تنفيذ أربع خطوات أساسية ، الأولى : أنها تساعد الشخص على تصور المشكلات التي تواجههم . والثانية : يساعد العلاج المعرفي على اختيار إستراتيجية علاجية فعالة لخفض القلق . الثالثة: خلال فترة العلاج المعرفي تجري مساعد الشخص في اختيار الأسلوب الذي يمكن استخدامه من أجل تطبيق هذه الإستراتيجية . والخطوة الرابعة: في أثناء العلاج المعرفي يجري تقييم فعالة الإستراتيجية مختارة.(زيدير وماثيوس،2016، ص247)

5-3-الضغط:

5-3-1-تعريفه:

يعرفه واتين بأنه "أي حدث مهدد يدركه الإنسان على أنه مهدد لوجوده ويتجاوز قدراته على المواجهة".(دخان،2014،ص16)

في حين يعرف لازاروس و فولكمان الضغط النفسي بأنه حالة قلق ناتجة عن أوضاع تتجاوز فيها المسؤوليات والأحداث قدراته الفرد التكيفية ، أو علاقة معينة بين الفرد و البيئة ، التي يتم إدراكها على أنها حالة تفوق مصادره و قدراته و تعرضه للخطر .

(العدوان وجبريل، 2014، ص210)

بينما تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه أي حرمان يتقل كاهل الفرد نتيجة مروره بخبرة غير مريحة كالمرض أو فقدان المهنة أو الصراعات الزوجي. (عربيات، 2005، ص255)

فالضغوط النفسية مجموعة من مصادر الخارجية و الداخلية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في الحياة ، و ينجم عنها ضعف القدرات على خلق الاستجابة المناسبة ، ما يسبب من اضطرابات انفعالية تؤثر على جوانب الشخصية. (أبوتينة، 2023، 343)

و بناء على ذلك فإن الضغط النفسي يؤثر على الجوانب الانفعالية للأفراد بشكل سلبي في عملية تفكيرهم و سلوكياتهم و في حالتهم الصحية مما يجعلهم يشعرون بعدم قدرتهم على تجاوز الأحداث و المواقف المهددة.

5-3-2- مصادر الضغوط النفسية:

1- مصادر الخارجية:

-الضغوط الاجتماعية: تتمثل في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، مثل الخلافات الأسرية، التفاوت الحضاري والثقافي، صراع الأجيال والقيم، اختلاف الميول والاتجاهات وضغوط الأحداث الشاقة في الحياة أو موت عزيز.

-الضغوط الاقتصادية: و تمثلها الظروف و الوضعيات الاقتصادية للفرد و ما تسببه من تهديد و توتر مثل ضغوط الفقر و البطالة أو فقدان الثروة ويكون الضغط هنا بسبب عدم التوافق بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها و قدرة الفرد على الاستجابة.

(حسن، 2011، ص57)

-**ضغوط العمل:** تتمثل في الفصل من العمل، التقاعد، الانتقال إلى عمل جديد أم مشكلات مع الرئيس مما تجعل الفرد يشعر بالضغط نتيجة الصعوبات التي يواجهها في عمله. (الزهراني، 2018، ص305)

-**الضغوط الثقافية:** وتتمثل في استيراد ثقافات و الانفتاح دون مراعاة للأطر الثقافية والاجتماعية القائمة في المجتمع ، هذا فضلا عن مشاهدة القنوات الفضائية و التلفزيونية وكذلك الشات في شبكة الانترنت .(السيد عبيد، 2008، ص58)

-**ضغوط الأكاديمية:** تمثل في البيئة التعليمية و ما يواجهه الطلبة من صعوبات مثل صعوبة المواد الأكاديمية و نقص الدافعية و طرق التدريس التقليدية و الفشل الدراسي لبعض الطلبة وتوتر العلاقات و الحاجة إلى إجراء البحوث.(حسن، 2011، ص58)

2- مصادر داخلية:

-**الضغوط الانفعالية و النفسية:** مثل القلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية .(السيد عبيد، 2018، ص305)

-**الضغوط الصحية:** مثل التعرض لمرض أو إصابة خطيرة ، تغير شديد في عادات النوم و الإستقاز .

-**الضغوط الناتجة عن أسلوب التفكير:** و تعود إلى تبني واحدة أو أكثر من الأفكار اللاعقلانية عن نفسه وعن الآخرين مما يولد انفعالات غير مرغوبة كالشعور بالاكتئاب و القلق. (الزهراني، 2018، ص305)

5-3-3- أعراض الضغط:

- **أعراض الجسمية:** وتشمل فقدان الشهية و ارتفاع ضغط الدم و تقرحات الجهاز الهضمي و اضطرابات الهضم والإرهاك الجسمي و الربو و الصداع و الحساسية الجلدية.

- أعراض الاجتماعية: وتشمل إنهاء العلاقات و العزلة و الانسحاب و انعدام القدرة على قبول و تحمل المسؤولية و الفشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة .
(الغريير وأوسعيد،2009،ص52)
- أعراض الانفعالية: و تشمل الحساسية المفرطة وتقلب المزاج وعدم الثبات الانفعالي ، الاكتئاب وشعور باليأس وعدم الرضا ، إفراط التهيج و العصبية والتعبير الحاد و الشعور بالاستنزاف الانفعالي وعدم القدرة على الاسترخاء والاحتراق النفسي .
(ساعد،2019،ص91)
- أعراض المعرفية: و تشمل عدم القدرة على التركيز ، واتخاذ القرارات المسرعة مما يؤدي إلى كثرة الأخطاء ، عدم القدرة على الاستجابة و التنظيم و التخطيط و تداخل الأفكار مع بعضها البعض.
- أعراض السلوكية: و تشمل النسيان وإهمال ، زيادة مشاكل التخاطب و التلعثم ، انخفاض مستوى الطاقة و اضطرابات في النوم ، اللجوء إلى التدخين وتعاطي مخدرات و إلقاء اللوم على الآخرين وعدم تحمل المسؤولية .
(أبوعون،2014، ص 20-21)

5-3-4-نظريات المفسرة لضغط:

1-نظرية الكر أو الفر لكانون:

هذه النظرية من بين المساهمات أولى التي قدمت في مجال بحوث الضغط حيث يفسر وولتر كانون الضغط بالاستجابة الكر أو الفر فعندما يدرك الكائنات العضوية بأنها تتعرض للتهديد يتم تنبيه الجسم بسرعة و يصبح مدفوعا بتأثر من الجهاز العصبي السمبثاوي الوردي و جهاز الغدد الصماء . وهذه الاستجابات الفسيولوجية تعمل على تهيئة العضوية لمهاجمة التهديد أو الهروب .

و توصلت تجارب كانون على أن استجابة الكر أو الفر استجابة تكيفية . لأنها تجعل العضوية قادرة على تقديم الاستجابة بسرعة عند تعرضها للتهديد هذا من الناحية أما من الناحية الثانية ، فالضغط قد يسبب الأذى للعضوية لأنه يعطل الوظائف الانفعالية و السيكولوجية و يمكن أن يسبب مشاكل الصحية مع مرور الوقت. وتحديدًا عندما يستمر الضغط قويا فإنه يمهد الطريق إلى ظهور المشاكل الصحية.(تايلور،2008،ص286)

2-نظرية أعراض التكيف العام لهانز سيلبي:

يعتبر سيلبي أن الضغط يحدث حينما تفشل طريقة الجسم في إحداث توازن وتوافق مع الحدث أو الظروف ، وأن أس موقف يكون ضاغطا إذا لم يستطع الكائن أن يتكيف معه بسهولة .و يظهر الضغط بجملة من أعراض التي يطلق عليها زملة أعراض التكيف العام وهي ثلاث مراحل:

- **مرحلة التنبيه والحذر:** وتسمى حالة الصدمة وهي مرحلة دفاعية الأولى التي يقوم بها الجسم لمواجهة خطر خارجي ،حيث يحشد فيها الجسم طاقته لمواجهة التهديد ، فيحدد مصدر الضغط فيتحفز اللحاء الكظري فينشط إفراز الأرينالين و النورادرينالين ، فيتحفز الجهاز العصبي السمبثاوي مما يعمل على زيادة نشاط عضلة القلب و يثبط النشاط المعوي و يزيد من ضخ الدم إلى عضلات والأجهزة الحيوية وعندما بتخلص الفرد من تهديد يرجع الجسم إلى حالة الاتزان الداخلي.(أبو الحصين،2010،ص27-28)
- **مرحلة المقاومة:** إذا استمر الحدث الضاغط فإن المرحلة الإنذار يتبعها مرحلة المقاومة للحدث الضاغط ، فيستخدم الفرد مصادره لمواجهة الحدث الضاغط أو التكيف معه ، فيقوم بمقاومة الحدث و غالبا ما يصاحبه القلق والتوتر و مع استمرار الضغط لدى الفرد لمدة طويلة تصبح طاقة الجسم على التكيف منهكة و مجهدة ، ثم تضعف مقاومته ، ويصبح عاجزا على التكيف بشكل عام .

- مرحلة الإجهاد والإعياء: تظهر هذه المرحلة بشكل غير متوقع ، فتكون الطاقة قد استنفدت فيحدث الإنهاك ، و يؤدي استمرار الاستجابات الدفاعية إلى أمراض التكيف مثل الاضطرابات السيكوسوماتية و الإجهاد ، وقد يؤدي استمرار الضغط دون مواجهة إلى الوفاة .(السيد عبید ،2009،ص128-129)

3-نظرية التقدير المعرفي ل لازاروس و فولكمان:

تركز هذه النظرية على أن الضغط النفسي كعملية تكيفية دينامية متبادلة حيث تكون هناك علاقة متبادلة بين الفرد والبيئة يقيّمها الفرد على أنها مرهقة و تتجاوز مصادره و تعرض صحته للخطر ،ويشير لازاروس و فولكمان إلى فائدة التقييم للخبرات التي تشكل ضاغطا من وجهة نظر دينامية نشطة ، حيث أن الجسم الانسان يبذل جهدا و يستجيب للتكيف و إعادة التوازن في حالة تعرضه للخطر ، مما يؤكد أن التكيف عملية نشطة و مستمرة و ليست عملية سلبية جامدة .

ويشمل هذه النظرية على التقييم الأولية و الثانوية:

- التقييم الأولي : يشير إلى وصف الفرد للموقف على أنه مهدد و خطير و يكون على صورة إدراك لذلك الموقف.
- التقييم الثانوي: يشير إلى استعمال العمليات المعرفية للتعامل مع الضغط النفسي و مواجهته .

و يوضح لازاروس بأن الأحداث و المواقف المسببة للضغط النفسي خارجية تقع في محيط الفرد أو داخلية التي تمثل الجانب الشخصي و التي تتكون من التصور الإدراكي نحو العالم الخارجي .(الغزير وأبوسعد،2009،ص65)

4- النظرية السلوكية:

يركز هذه النظرية على عملية التعلم في تفسير السلوك الإنساني و على البيئة في تشكيل الشخصية الفرد، فيرى " سكينير " أن الضغط هو أحد المكونات الطبيعية لحياة الفرد اليومية و أنه ناتج من تفاعل الفرد مع بيئته، فلا يستطيع تجنبه، و أن بعض الأفراد يواجهون الضغط بفاعلية، و بعضهم يشعر بتأثيراتها عليهم عندما تفوق شدة الضغط قدرتهم على المواجهة.

في حين يرى " باندورا " أن الاستجابات السلوكية التي تصدر من الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر في مشاعره بطريقة إدراكية للموقف ، و الاستجابات السلوكية غير التوافقية تجاه المواقف الضاغطة تكون غير مفيدة في حل المشكلات و التغلب عليه و تؤدي إلى تكديس الضغوط. (طاهر، 2010، ص269)

5- النظرية المعرفية:

تنشأ الضغوط النفسية من الاستجابة الفرد للأحداث و المواقف و تفسيرها بشكل سلبي و غير منطقي فيرى ألبرت إليس أن الظروف ليست ضاغطة في حد ذاتها ، إنما الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها الفرد و الخبرات و الأحداث على أنها موقفا ضاغطة .
في حين يرى بيك أن الضغط استجابة يقوم الكائن الحي نتيجة للمواقف التي يضعف فيها تقديره لذاته أو مشكلة يصعب حلها فتسبب له إحباط و تخل من توازنه ، أم المواقف التي تنثير أفكارا عن شعوره بالعجز و اليأس ، فالتغيرات المعرفية هي التي تحدد مدى تأثير الفرد بالمواقف الضاغطة وقدرته على المواجهة . (عقون، 2012، ص69)

5-3-5- أساليب المواجهة الضغوط :

1- أسلوب الاسترخاء :

يعمل الاسترخاء كاستجابة مضادة للقلق ، فالشخص لا يمكن أن يكون مسترخا و قلقا في الوقت ذاته، لذا فإن تدريب الفرد على الاسترخاء يخفض من الشعور بالقلق و من أعراض الاستثارة الفسيولوجية الناتجة عن الضغط ويقلل من توتر العضلي ومن سرعة نبضات القلب ومعدل سرعة التنفس وضغط الدم ، فالاسترخاء يقوم على الاحتفاظ بالطاقة و يقلل الإجهاد والإرهاق . (الخالدي،2011،ص23-24)

ونظرا لأهمية الاسترخاء في تحقيق الصحة العقلية و الجسمية ، يتم تدريب الذي يعانون من الضغط على كيف يقومون بالتحكم في تنفسهم بحيث يتنفسون من ست إلى ثمانية مرات في دقيقة ، كما يتم تدريبهم على إرخاء العضلات في كل أجزاء الجسم استرخاء عضلي تقدمي إلى أن ينعدم التوتر ، كما يتم تحديد مناطق التي يحدث فيها التشنج في أوقات التعرض للضغط ، كالفك الذي يطبق بإحكام ، أو الكف الذي يقبض بقوة ، وعندما يتشكل لدى الأفراد وعي خاص بردود الفعل هذه ، فإنهم يتمكنون من إرخاء هذه الأجزاء من الجسم ومن هنا ، فعندما يشعر الأفراد بأنهم يعانون من ضغط يكون بإمكانهم أن يأخذوا استراحة يتنفسون خلالها بعمق ويسترخون بشكل كامل ، وبذلك يستطيعون أداء مهامهم متحررين من التوترات .(تايلور،2008،ص392)

2- أسلوب التوكيد الذات :

يعتبر التدريب على التوكيدية أحد الفنيات الرئيسة في إدارة الضغوط ، فالتوكيد الذات تعني حسن التعبير عن الذات بما لدى الفرد من أفكار و أداء و انفعالات ، بطريقة توافقية ايجابية و يتم تعلم التعبير عن المشاعر و الأداء و الدفاع عن الحقوق ، توضح الفرق بين السلوك التوكيدي وغيره من السلوكيات السلبية و العدوانية ، ويتم كذلك تدريبهم من بينها

الصوت الثابت المرتخي ، عبارات الحديث التوكيدية ، ارتفاع الصوت حسب الموقف ، الإنصات الواعي و الاتصال المباشر بالعين .

ناهيك عن ذلك فإن التدريب على مهارة توكيد الذات تساعد الفرد على حل مشاكله بطريقة الإيجابية ملائمة ويزيد من الثقة بالنفس ، ويحسن مفهوم الذات و يجنب الفرد كثيرا من مواقف الإحباط و يساعده على مواجهة الضغوط كما يساهم في تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في علاقات الاجتماعية.(عقون،2012،ص79)

3- أسلوب التعامل المتمركز حول المشكلة:

تعمل هذه إستراتيجية على تعديل أو استبعاد مصدر الضغوط ، و التعامل مع آثار الملموسة للمشكلة ، و كذلك التغيير النشط للذات و تطوير موقف أفضل يمكن تدريب عليها بناءا على الخطوات التالية:

- **طلب النصيحة :** تقوم على بحث و جمع المعلومات حول المشكلة و الحصول على التوجيه من شخص مسؤول كمرشد نفسي أو التحدث مع شخص مقرب حول المشكلة.
- **اتخاذ إجراء حول المشكلة :** تقوم على إعداد مجموعة من خطط بديلة، و اتخاذ تصرف محدد للتعامل مباشرة مع المشكلة، ونعلم مهارات جديدة موجهة نحو المشكلة و التوفيق لحلها.
- **تطوير مكافئات بديلة:** وتقوم على تغيير أنشطة الفرد لتعامل مع المواقف المثيرة للمشكلة ، وإيجاد مصادر جديدة للرضا ، كبناء علاقات اجتماعية جديدة وتنمية وجهة نظر ذاتية واستقلال ذاتي أكبر و الاشتراك في أنشطة بديلة مثل الاشتراك في الأعمال التطوعية.(حسن،2011،ص76)

4- أسلوب التعامل المتمركز حول الانفعال :

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعالاته الناتجة عن المواقف الضاغطة ،
ومن بين الأساليب المتبعة في هذه الإستراتيجية هي :

- **التجنب** : هو تحويل الانتباه عن الوضعية الضاغطة من خلال استعمال بدائل تتمثل في نشاطات سلوكية أو نشاطات معرفية .
- **الإنكار** : تعمل هذه الإستراتيجية على الهروب أو تأجيل المشكلة حيث يسعى الفرد لتغيير الحقيقي للوضعية الضاغطة بتجاهل خطورة الموقف أو رفض الاعتراف بما حدث . (أبيو، د، ت، ص 89)

6-الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي:

يرتبط القولون العصبي في معظم الأحوال بالانفعالات وبالحالة النفسية العامة ،
كالتعرض للضغوط النفسية أو القلق أو الاكتئاب من حيث حدة الانفعالات أو سوء المزاج
لذلك يطلق على الجهاز الهضمي الدماغ الثاني حيث يتميز بحساسية مفرطة تجعل
المصاب بالقولون العصبي أكثر انتباها وأسرع تفاعلا مع الألم ، فالمشاعر القوية مثل
التوتر والقلق والاكتئاب تؤدي إلى ظهور مواد الكيميائية في الدماغ تعمل على تشغيل
إشارات الألم في أمعاء و التي تسبب أعراض القولون العصبي.

وهذا ما أكدته دراسة **المجالي (2003)** والتي هدفت إلى معرفة خصائص النفسية
والعصبية لدى مرضى متلازمة القولون العصبي حيث توصلت الى ارتفاع درجة الاكتئاب
لدى مرضى القولون العصبي وتدني مستوى نوعية الحياة لديهم.

و حسب دراسة **الطاهر (2014)** حول قياس الضغوط النفسية لدى مرضى القولون
العصبي حيث كان معدل انتشار الضغوط عالي لدى مرضى القولون العصبي .

وفي دراسة عيسي (د،ت) حول استراتيجيات التعامل مع القلق لدى مرضى القولون العصبي حيث توصلت إلى وجود درجة القلق كحالة و سمة مرتفع لدى مرضى القولون العصبي.

خلاصة الفصل:

يعتبر الألم النفسي تجربة حسية وعاطفية غير سارة ، وحالة انفعالية تتضمن استجابات الفسيولوجية و وجدانية و معرفية ويؤثر الألم النفسي على حياة الفرد اليومية وقدرته على أداء عمله و مهامه ، و غالبا ما ينتج من عوامل نفسية واجتماعية و صحية و يتمظهر الألم النفسي في صورة اكتئاب ، قلق ، ضغط و تختلف أعراضه وشدة الإصابة به من فرد لآخر.

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد

1- نبذة تاريخية عن مفهوم جودة الحياة

2- مفهوم جودة الحياة

3- مجالات وأبعاد جودة الحياة

4- نظريات المفسرة لجودة الحياة

5- مفاهيم المتعلقة بجودة الحياة

6- قياس جودة الحياة

7- جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الجوهرية والبارزة والمهمة في علم النفس عامة وعلم النفس الإيجابي خاصة الذي يولي أهمية إيجابية في حياة الفرد بدل الجوانب السلبية كالمشكلات واضطرابات النفسية ،حيث تعرف جودة الحياة أنها إدراك الفرد ورضا عن حياته والشعور بالسعادة والراحة وقدرته على التكيف مع جميع مجالات الحياة.

سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى وجهات النظر المختلفة لبعض الباحثين حول تعريف جودة الحياة إضافة إلى تاريخ الظهور والنظريات المفسرة وقياس وأهم مجالات وأبعاد جودة الحياة، والمفاهيم المتعلقة بجودة الحياة و كذا جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

1-نبذة تاريخية حول مفهوم جودة الحياة:

الفكرة مبدئية لمفهوم جودة الحياة كان ظهورها عند فلاسفة اليونان ويعد كتاب الأخلاق لاريسطو (384-322ق.م) أحد المصادر المبكرة التي تطرقت لمفهوم جودة الحياة حيث قال إن كلا من العامة أو أصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة بطريقة واحدة هي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف فالبعض الناس ينظرون إلى السعادة أنها تكمن في الصحة والبعض يرى ان السعادة في الغنى.

ويرى ارسطو الحياة الطبيعية تعنى حالة شعورية ونوعا من النشاط وبالتالي ذلك تعبير عن جودة الحياة.

وأصبحت نوعية الحياة من الأولويات المهمة لدى المجتمعات الغربية بعد الحرب العالمية الثانية ، وأدخل المفهوم إلى معجم المفردات واستخدام للتعبير عن الحياة الهانئة حيث تتشكل من عدة مكونات مثل: العمل، السكن، البيئة، الصحة.

(مسعودي، 2015، ص240)

ولقد اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية (WHO) عام (1947) مفهوماً ضمناً (لجودة الحياة) وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة بأنها حالة صحية جيدة تشمل كل الجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية وليس بضرورة غياب المرض "وبقي هذا المصطلح حتى عام (1978).

وفي العام (1975) تم استخدام مصطلح جودة الحياة (QOL) وأصبح من المصطلحات الطبية المستعملة، وتم استخدامه بصورة منهجية في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام ، ولقد قدمت جودة الحياة مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى.

يتم أيضاً استخدامها لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة. (السويركي، 2013، ص63-64)

2- مفهوم جودة الحياة:

أولاً_ جودة الحياة لغة : أصلها من فعل جاد، الجودة: جاد، أي صار جيداً، وهو ضد الردى، وجوّد الشيء: أي حسنه وجعله جيداً. (الهندي، 2011، ص32)

الجودة في اللغة ، من الفعل جود، الجيد: نقيض الرديء ، والجمع جياذ ، و جياذات: جمع الجمع، وجاد الشيء جودةً، وجودةً: أي صار جيداً وقد جاد الشيء جودةً ، وجودةً: أي صار جيداً ، وقد جاد جودةً وأجاد: أتى بالجيد من القول والفعل.

والجودة في الإسلام مرتبطة بالعديد من المفاهيم وأهمها الإحسان والإتقان بقول رسول الله صلى الله عليه وسلم "إنّ الله يُحب إذا عمَل أحدكم عملاً أن يُتقنه" رواه البيهقي.

(العجوري، 2013، ص37)

ثانياً: الجودة الحياة اصطلاحاً:

تعريف كارول رايف جودة الحياة بأنها الإحساس بالسعادة والسكينة والراحة النفسية والتي تتمثل في ارتفاع مستوى الرضا لدى الفرد عن ذاته وعن حياته واستقلاله في تحديد مسار حياته والسعي إلى تكوين علاقات اجتماعية جيدة ومتبادلة مع الآخرين.

(حمزة، 2019، ص33)

يرى جيانياس أن جودة الحياة هي المتوسط لمجموعة وسائل المتعة والرفاهية والراحة (الأجور، السكن...) والمشكلة الأساسية في قياس هذا المفهوم وتحديده، تكمن في طرق تحديد وسائل المتعة والرفاهية. (هاشم، 2021، ص128)

أما تعريف إمرسون لجودة الحياة أن رضا الفرد عن نفسه وعن قيمه وعن أهدافه وعلى كل احتياجاته من خلال تحقيقه لقدراته ومتطلباته حياته. (العجوري، 2013، ص37)

ويعرفها بيتون بأنها تقييم معرفي انفعالي للحياة يشتمل على الحالة المزاجية للفرد، وردود الأفعال الانفعالية تجاه الأحداث أو الحكم إنجازاته في الحياة، والرضا عن الحياة مع الشعور بالتوافق. (عكاشة وسليم، 2010، ص5)

في حين يعرف حسن مصطفى جودة الحياة على أنها مفهوم يستخدم للتعبير عن رقى مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم للمجتمع ، وان جودة الحياة تعبر عن نزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، وهذا النمط من الحياة يتحقق فقط عند مجتمع التي لديها الوفرة. (عبد الفتاح وحسين، 2006، ص11)

ويرى كل من منسي و كاظم بأن جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا والسعادة والراحة ، وقدرته على إشباع حاجاته من خلال إثراء البيئة وتطوير الخدمات التي تقدم له

في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارة الوقت والاستفادة منه. (عبد الوهاب وشند، 2010، ص500)

ونشير هنا إلى تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (1993): "تعرف نوعية الحياة بأنها تصور الفرد لمكانته في الحياة، في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه، فيما يتعلق بالأهداف والتوقعات، وهو مفهوم شامل يتأثر بأحوال الفرد البدنية النفسية واستقلاله وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالعناصر الأساسية. ورد في "Qualite de vie" (2005)

ومن خلال التعريفات السابقة يتضح لنا أن جودة الحياة تختلف من مفهوم إلى مفهوم آخر وهذا يعود إلى اختلاف الباحثون واختلاف تخصصاتهم ومجالاتهم ، حيث تعرف جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالراحة والسكينة والسعادة والرضا عن حياته وقدراته على تحقيق أهدافه وتفاعله مع مجتمعه.

3-مجالات وأبعاد جودة الحياة:

أولاً: وصف كارييج (2010) جودة الحياة من خلال المسميات الآتية:

(أ) الكينونة.

(ب)الانتماء.

(ج) الصيرورة.

ويوضح الجدول الآتي تفاصيل المكونات الفرعية لهذه المجالات:

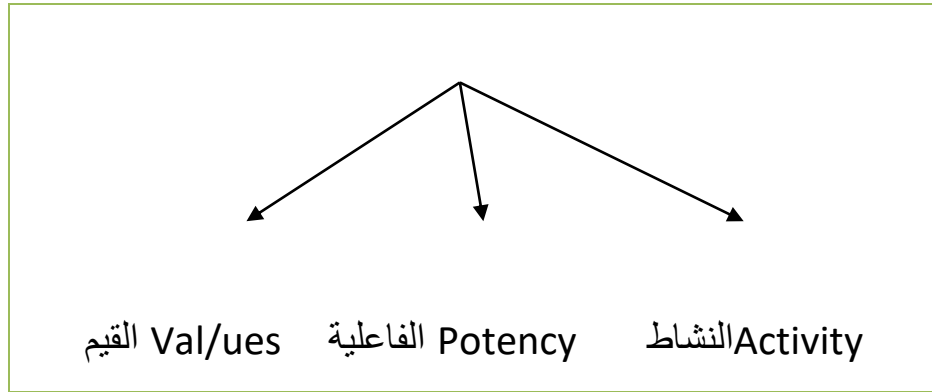
جدول رقم (01) مجالات وأبعاد جودة الحياة.

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكيونة (الوجود)	الوجود البدني	(أ) القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. (ب) أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة .
	الوجود النفسي	(أ) التحرر من القلق والضغط . (ب) الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح / عدم الارتياح) .
الانتماء	الوجود الروحي	(أ) وجود أمل في المستقبل (الاستبشار) . (ب) أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ .
	الانتماء المكاني(البدني)	(أ) المنزل أو الشقة التي أعيش فيها . (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد .
	الانتماء الاجتماعي	(أ) القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش فيها . (ب) وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية) .
	الانتماء المجتمعي	(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية ...الخ) (ب) الأمان المالي .
الصيرورة	الصيرورة العملية	(أ) القيام بأشياء حول منزلي. (ب) العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة .
	الصيرورة الترفيهية	(أ) الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه، التريض). (ب) الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه) .
	الصيرورة التطورية) (الارتقائية)	(أ) تحسين الكفاءة البدنية والنفسية . (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة .

ومن خلال ما سبق أن جودة الحياة لدى الفرد تتحقق عندما يكون هناك توازن بين الجوانب النفسية والاجتماعية والجسمية. (خلف الله، 2015، ص22-23)

ولقد تم تحديد مكونات وأبعاد جودة الحياة عبر الثقافات المختلفة إلى وجود ثلاثة أبعاد رئيسية وهي:

الشكل رقم (01) يوضح أبعاد جودة الحياة عبر الثقافات.



حيث يتفرع منهم (10) مكونات رئيسية وهي:

- 1- الحقوق Rights.
- 2- العلاقات Relations.
- 3- الرضا Satisfaction.
- 4- البيئة Environment.
- 5- الأمن الاقتصادي Economic Security.
- 6- الاحتواء الاجتماعي SocialInclusion.
- 7- الضبط الفردي IndividualContro.
- 8- الخصوصية Privacy.
- 9- الصحة Health.
- 10- النضج والنمو Growth&Development.

(العجمي، 2015، ص25-26)

4- النظريات المفسرة لجودة الحياة:

أولاً- المنظور المعرفي:

يقوم هذا المنظور على تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين التاليتين:

الفكرة الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد شعوره بجودة الحياة.

الفكرة الثانية: إن العوامل الذاتية لها تأثير أقوى من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة ووفق ذلك وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان في تفسير جودة الحياة:

1-نظرية لاوتن (LaWton Theory,1996):

طرح لاوتن مفهوم البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي كالآتي: أن الإدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين هما:

- الظرف المكاني: أن بيئة الفرد المحيطة به لها تأثير على إدراكه لجودة الحياة، وطبيعة البيئة في ظرف المكاني تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد مثال تأثير على صحة الفرد، والثاني تأثير غير مباشر يحمل مؤشرات إيجابية مثال رضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- الظرف الزمني: كلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروفه وأكثر إيجابية وبالتالي أكثر رضا عن شعوره بجودة الحياة.

2-نظرية شالوك(Shorlok Theory,2002):

حيث قسم شالوك مفهوم جودة الحياة إلى ثمانية مجالات وكل مجال يحتوي على ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على اثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة الشعور الفرد بجودة الحياة. (مسعودي، د.ت، ص03)

ثانيا-المنظور الإنساني:

يرى أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائماً الارتباط بين عنصرين هما:

*وجود كائن حي ملائم.

*وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن.

أن ظاهرة الحياة تبرز للوجود من خلال التأثير المتبادل بين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية التي تشكل مقومات جودة الحياة الفرد، والبيئة الاجتماعية التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقاً للمعايير التي تحكم المجتمع. جودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير. (بوعشة، 2014، ص93)

ثالثاً - المنظور التكاملي:**1-نظرية إندرسون (Anderson Theory,2003):**

قدم اندرسون شرحاً تكاملياً لمفهوم جودة الحياة متخذاً من مفاهيم السعادة ، ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البيولوجي، والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات. ويشير إندرسون أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله، كما يمكنه ان يكوّن أفكاراً كي يصل إلى الرضا عن الحياة، وأن هناك ثلاث سمات تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة هما:

الأولى: تتعلق بالأفكار التي لها علاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي.

وفي ضوء هذه السمات فإن النظرية التكاملية تضع المؤشرات التالية الدالة على جودة الحياة:

- شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة.
 - أن إشباع الحاجات لا يؤدي دائما إلى رضا الفرد وشعوره بجودة الحياة، لأن الأمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات.
 - استقلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية، وعلاقات اجتماعية قوية ووضع أهداف ذات معنى، وعلاقات أسرية جيدة تثبت في الفرد الإحساس بشعور جودة الحياة.
- (مبارك، د.ت، ص727، 728)

5- المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة:

هناك عدة مفاهيم مرتبطة بمفهوم جودة الحياة حيث تتمثل في مايلي:

أ- الحرية وجودة الحياة: تعتبر الحرية مهمة للوجود الإنساني، والإنسان هو جوهر الذي يقرر ويختار بفضل الحرية، التي تعني أن الإنسان يستطيع أن يتعامل بشكل إداري وحر مع جميع الظروف، أن الحرية وسيلة من وسائل وصول الفرد إلى جودة الحياة من خلال حريته في الاختيار وتقرير مصيره واختيار الأهداف والأشياء التي تناسب إمكاناته واهتماماته.

(الصالح وآخرون، 2020، ص34)

ب- السعادة: حيث يعرف روث "فينهوفن" السعادة بأنها: الدرجة التي يحكم فيه الشخص إيجابيا على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام. وبمعنى آخر تشير السعادة إلى

حب الشخص للحياة وتمتع بها مع تقدير لذاته، حيث دلت بحوث كثيرة على ان السعادة نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته، مما يجعلها عاملين أساسين في الشعور بالسعادة، وفي دراسة "لو" تنبأ الدعم الاجتماعي بالمستوى الكلي للسعادة بينما تنبأت الأحداث الإيجابية للحياة بالرضا عن الحياة. ولقد كان الارتباط موجبا بين السعادة والرضا عن الحياة.(معمرية،2020،ص19)

ج- نوعية الحياة: تعرف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في السياق أو المحيط الثقافي والنظم القيمية التي يعيش فيها وبعلاقته مع أهدافه وتوقعاته، حيث يعتبر مفهوم نوعية الحياة مفهوماً شاملاً ودقيق يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الفرد، ويشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية أو الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق للفرد ان نوعية الحياة كلها ظروف موضوعية ومكونات ذاتية.

(شقورة،2012،ص31)

6- قياس جودة الحياة:

1-قياس ويكلاند: حيث قسم قياس جودة الحياة إلى ثلاث أنواع: عالمي، عام، خاص.

أ- القياس العالمي:

صمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة شاملة ومتكاملة ، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص ، مثل مقياس " فلا نجان " لجودة الحياة الذي سأل الناس عن رضاهم في 15 مجال من مجالات الحياة.

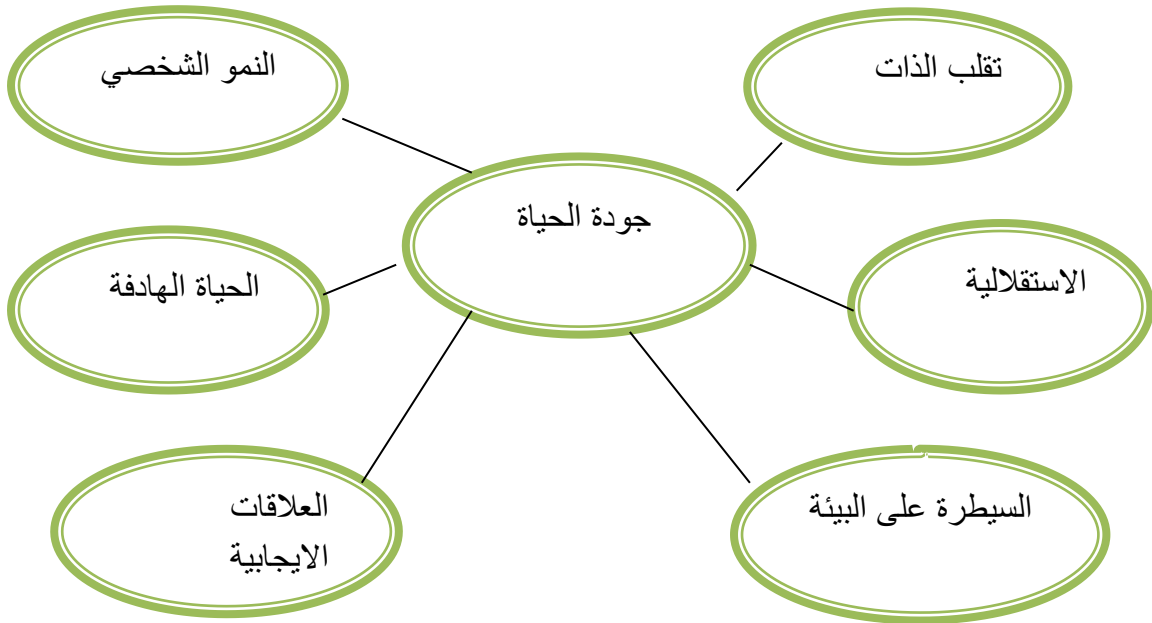
ب-القياس العام:

يشترك مع المقياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية ومدى تأثير هذا المرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى.

ج-المقياس الخاص بالمرضى:

مراقبة ردة الفعل للعلاج في الحالات الخاصة حيث يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى.

2- نموذج العوامل الستة لجودة الحياة "لرايف و كيز":



الشكل رقم (02) نموذج العوامل الستة لجودة الحياة حسب (Rutt et Keyes).

(شيخي، 2014، ص90)

3-مقياس جودة الحياة لفريش:

يقيس الرضا عن الحياة ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي (17) مجالاً للحياة مثل العمل الصحة، وقت الفراغ، العلاقات مع الأصدقاء والأبناء. حيث يتطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للفرد.

(شيخي، 2014، ص91)

4- مقياس بيرنس لجودة الحياة:

يتكون من أربعة مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية والحالة الاجتماعية والحالة الأسرية والعمل يساهم ويساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي والإحساس بالإنجاز لدى الفرد. (عرعار، 2021، ص136)

3- استبيان مقدمي مؤشر جودة الحياة في ولاية ويسكونس (W_QL):

يعتبر استبيان شامل متعدد وأداة قياس الأبعاد التي تعكس وجهة نظر الطبيب بشأن جودة الحياة للعميل والحالة الوظيفية ، وهذه الأداة مفيدة بشكل خاص لاكتشاف ما إذا كان الطبيب والعميل متفقان حول أهداف العلاج ، وأهمية المجالات جودة الحياة المختلفة، وعلى الرغم من أنه يمكن استخدام هذه الأداة بمفردها ، إلا أنه يتم استخدامها مع أداة أخرى تقيس جودة الحياة للعميل من وجهة نظره. (Becker et al, n.d., p21)

7- جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

تعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لمعرفة الظروف الملائمة لدى مرضى القولون العصبي، ورضا الفرد ومدى إحساسه بالراحة، ومدى ملائمة الظروف النفسية والاجتماعية والبيئية والصحية والاقتصادية له فتتميز جودة الحياة مرضى القولون العصبي بقلّة الراحة والاطمئنان، لأن وضعهم الصحي لا يسمح لهم في بعض الأحيان الخروج وأداء مهام حياتهم وهذا يتطلب منهم المكوث في البيت، نظر لحاجتهم المستمرة لدورة المياه، وذلك يؤدي إلى شعورهم بالعزلة، و يعانون من عدم قدراتهم على تناول بعض أنواع من الأغذية، و وجود قلق لديهم من تفاقم المرض إلى أمراض أخرى مثل السرطان، لذا يلاحظ أن حياة مرضى القولون العصبي تتأثر بكل جوانب النفسية والاجتماعية والجسدية. (عمارين، 2014، ص16)

وفي دراسة (kopczynska et al,2018) حول نوعية الحياة والاكئاب لدى مرضى متلازمة القولون العصبي ، التي هدفت إلى تقييم نوعية الحياة لدى مرضى القولون العصبي وتقدير التردد الاكئاب في المجموعة وبالإضافة إلى ذلك معرفة العلاقة بين الاكئاب ونوعية الحياة لدى مرضى القولون العصبي، حيث أسفرت النتائج أن متوسط درجة الاكئاب أعلى في المجموعة ولقد كانت درجة نوعية الحياة أقل بكثير لدى مرضى القولون العصبي وأن درجة الاكئاب كانت سلبية بشكل ملحوظ مرتبطة بدرجة نوعية الحياة وبمتلازمة القولون العصبي بضعف نوعية الحياة للمرضى مع ارتفاع معدل انتشار الاكئاب .

وحسب دراسة (cho, et al,2011) التي هدفت إلى تقييم القلق والاكئاب لدى مرضى القولون العصبي، حيث لوحظ القلق والاكئاب بشكل متكرر لدى مرضى القولون العصبي تتصل بشدة أعراضهم وبشدة ضعف نوعية الحياة للمرضى .

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تطرقنا إلى تاريخ جودة الحياة، وحاولنا تقديم بعض التعريفات منها اللغوية ومنها ما عرفه العلماء والباحثون في هذا المجال وصولاً إلى تعريف الذي اعتمدها في هذه الدراسة ألا وهو تعريف منظمة الصحة العالمية، ثم عرضنا أهم مجالات وأبعاد جودة الحياة، كما تطرقنا إلى نظريات المفسرة لجودة الحياة، وتطرقنا أيضاً لأهم المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة، وكذلك هنا قدمنا عرض مختصر الأهم المقاييس التي تقيسها موضحة نوع القياس الملائم، وفي الأخير عرضنا جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

الباب الثاني: الجانب الميداني

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية

للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

2-1- منهج الدراسة

2-2- حدود الدراسة (الزمانية والمكانية)

2-3- عينة الدراسة وخصائصها

2-4- أدوات الدراسة

2-5- إجراءات الدراسة

2-6- الأساليب الإحصائية

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية بمثابة اللبنة التي تركز عليها الدراسات الميدانية، و تمهد الدراسة الاستطلاعية للبحث العلمي كما أنها تساعد على تعرف على الظروف المحيطة التي سيجري فيها البحث العلمي و لهذا فإن الدراسة الاستطلاعية تقيد الباحث في زيادة معرفته لموضوع بحثه أو معرفة الظاهرة التي يريد التقرب منها، و ذلك حتى يتسنى له دراستها بشكل أعمق.ورد في "الدراسات الاستطلاعية أهدافها و سماتها" (2022).

وانطلاق مما سبق يمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي :

- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة.
- التعرف على خصائص العينة المراد دراستها.
- توظيف المفاهيم الأساسية المتعلقة بالموضوع البحثي المنوط بالدراسة من قبل الباحث.
- تعرف على الإطار النظري و المنهجي و الفروض التي تطرق إليها الباحثون في الدراسات السابقة.
- الوقوف على أهم العراقيل والصعوبات التي من الممكن أن تعترض سبيل لتقاديها في الدراسة الأساسية .

1-1-1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

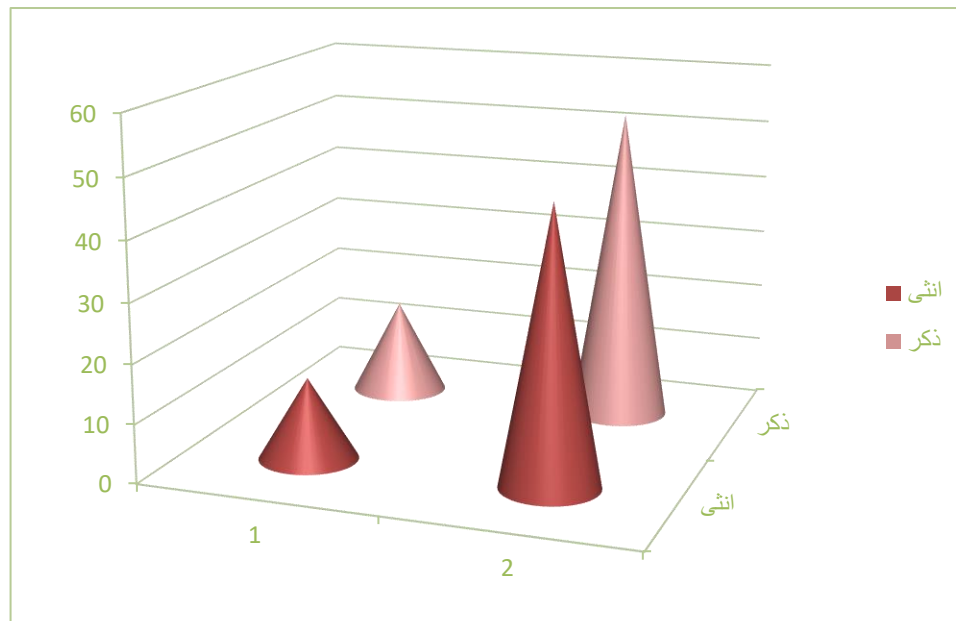
و قد اعتمدنا في اختيار عينة بحثنا هذا على العينة القصدية على أساس أنها تحقق لنا أغراض الدراسة الاستطلاعية التي نسعى لتحقيق أهدافها المسطرة ، والتي اشتملت على 30 مريض بالقولون العصبي.

2-1- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

- من حيث الجنس:

- جدول رقم (2): خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث الجنس .

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ذكور	16	53.3%
إناث	14	46.7%
المجموع	30	100%

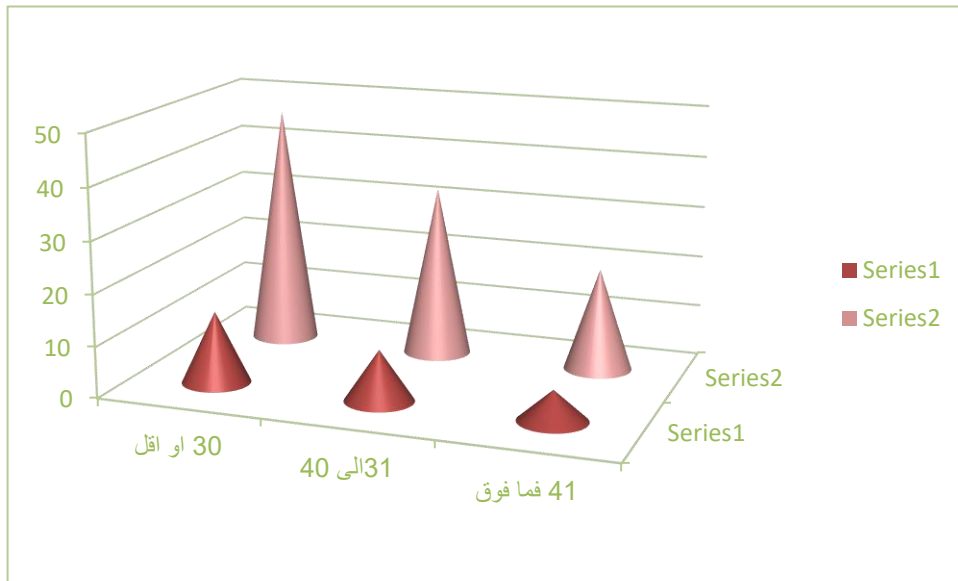


-نلاحظ من خلال الجدول (2) والشكل رقم (3) أن نسبة الإناث (46.7%) أقل من نسبة الذكور (53.3%).

- من حيث السن:

- جدول رقم (3): خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية من حيث السن .

السن	التكرار	النسبة المئوية %
30 او اقل	14	46.7%
31 الى 40	10	33.3%
41 فما فوق	6	20.0%
المجموع	30	100%



-نلاحظ من خلال الجدول(3) والشكل رقم(4) أن نسبة الذين سنهم 30 سنة او أقل (46.7%) أكثر من نسبة الذين سنهم من 31 سنة الى 40 سنة (33.3%)، ثم في الأخير الذين سنهم أكثر من 41 سنة (20.0%).

1-3-مكان و زمان إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمدينة الجلفة في الفترة الممتدة من جانفي إلى غاية فيفري (2024).

1-4-نتائج الدراسة الاستطلاعية:

تبين من خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

- وضوح عبارات و تعليمات المقياس وملائته لموضوع الدراسة بإجماع المرضى المجيبين.

- التأكد من الخصائص السيكومترية الأدوات الدراسية.

- تحديد المدة الزمنية التي يمكن أن تستغرقها الدراسة الأساسية.

- معرفة أهم العراقيل التي يمكن أن تواجهها في عملية التطبيق.

- التأكد من صلاحية المهج المستخدم.

- التأكد من طريقة اختيار العينة.

2-الدراسة الأساسية:**2-1-المنهج الدراسة:**

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة موضوع الألم النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي، والمنهج الوصفي يعرف بأنه مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع البيانات وتصنيفها و معالجتها و تحليلها كافيا ودقيقا، لاستخلاص دلالاتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة محل بحث . (مجذوب،2023،ص21)

2-2-حدود الدراسة:**أ-الحدود الزمانية:**

تم تطبيق الدراسة في الفترة الممتدة ما بين 21 فيفري 2024 إلى 24 أبريل 2024.

ب-الحدود المكانية:

تم إجراء الدراسة في القطاع الصحي بولاية الجلفة في العيادات المختصة في أمراض الكبد والأمعاء و الجهاز الهضمي وكذلك عيادة مختصة في طب العام:

- عيادة أندلسي لدكتورة زكية مخلوفي .
- عيادة الدكتور شوقي قية.
- عيادة الدكتور محمد غلاب.
- عيادة البتول لدكتور لحول عطية.

2-3- عينة الدراسة وخصائصها:

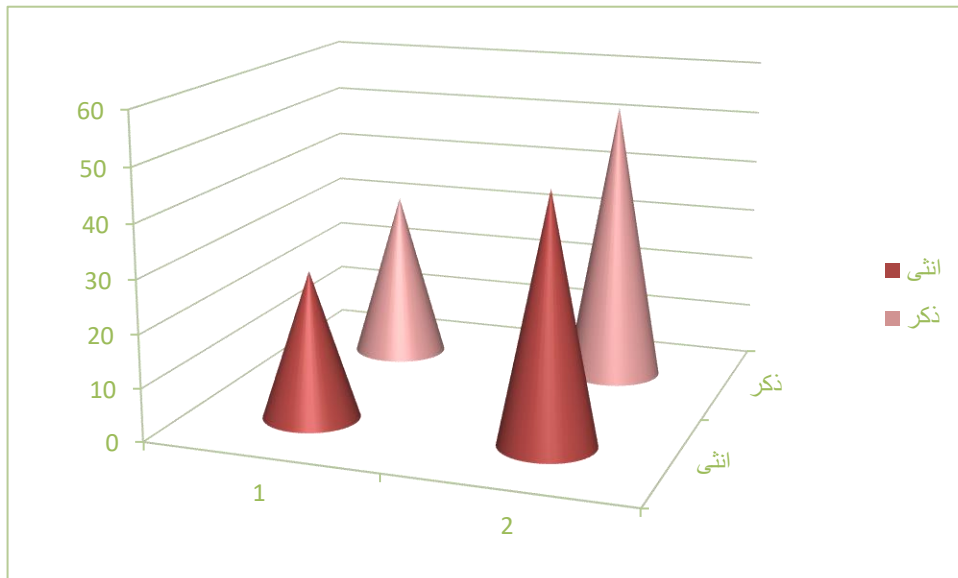
تكونت عينة الدراسة من 60 مريض و مريضة بالقولون العصبي المرجعين للعيادات الخاصة في ولاية الجلفة خلال سنة (2024) والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية .

1-خصائص العينة:

- من حيث الجنس:

-جدول رقم (4) :خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس .

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ذكور	32	53.3%
إناث	28	46.7%
المجموع	60	100%

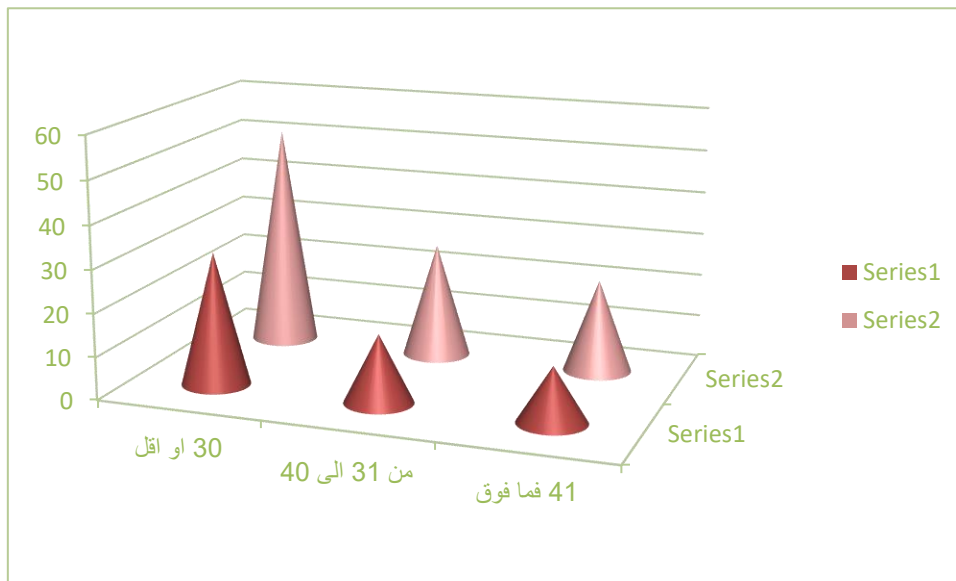


-نلاحظ من خلال الجدول(4) والشكل رقم (5) أن نسبة الإناث (46.7%) اقل من نسبة الذكور (53.3%).

- من حيث السن:

-جدول رقم(5): خصائص عينة الدراسة من حيث السن .

السن	التكرار	النسبة المئوية %
30 أو اقل	31	%51.7
31 إلى 40	16	%26.7
41 فما فوق	13	%21.7
المجموع	60	%100



نلاحظ من خلال الجدول (5) والشكل رقم (6) أن نسبة الذين سنهم 30 سنة أو أقل (51.7%) أكثر من نسبة الذين سنهم من 31 سنة إلى 40 سنة (26.7%)، ثم في الأخير الذين سنهم أكثر من 41 سنة (21.7%).

2-4- أدوات الدراسة:

1- مقياس الألم النفسي:

أ- وصف المقياس:

يتكون مقياس الألم النفسي من لاكتئاب القلق والضغط الذي وضع من قبل "Lovibond" سنة 1980 حيث تكونت النسخة الأصلية من 42 بند ثم صدرت نسخة أخرى مختصرة للمقياس مكونة من 21 بند وذلك لغرض تقليل الوقت المستغرق لتطبيقه ويتألف (DASS21) من ثلاثة مقاييس فرعية، حيث كل مقياس يتكون من 7 بنود وتم تطبيق المقياس على البالغين والكبار ما بين 18 إلى 64 سنة والمسنين ابتداء من 65 سنة فما فوق وقد تم ترجمتها والتحقق من صحتها في العديد من اللغات الصينية، الماليزية، الإيطالية، الإسبانية و الأسترالية.

وتم ترجمته من طرف الباحثة براهيمية جهاد (2018) وذلك في رسالتها المقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث علم النفس المرضي المؤسساتي في رسالتها بعنوان "الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان . بالجزائر".

ب- مفتاح التصحيح:

يتم تقييم (DASS) باستخدام مقياس ليكرت من نقاط ، تتراوح من 0 إلى 3 ، حيث تكون الإجابة عليه وفق بدائل هي لا تنطبق لي إطلاق ، تنطبق علي إلى حد ما ،

تنطبق علي بدرجة كبيرة ، تنطبق على تماما . و تتراوح الدرجات على هذه البدائل من 0 إلى 3 درجات حيث تقدر أدنى درجة على هذه المقياس و أقصاها ب 63.

قد قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية ، كما تم ترجمته من العربية إلى العامية للتحقق من صحة الترجمة ويتكون لمقياس من 21 بند موزعة كالتالي :

-جدول رقم (6): أبعاد المقياس الألم النفسي.

البعد	البند
الاكتئاب	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.
القلق	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.
الضغط	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18.

لقد تم عرض المقياس بعد ترجمته على أساتذة مختصين في اللغتين، ومجموعة من الأساتذة في علم النفس بتخصصات ودرجات علمية مختلفة الذي بلغ عددهم 9 أساتذة من داخل وخارج الوطن لغرض التحقق من صحة ترجمته وقامت الباحثة بالترجمة العكسية للتحقق من تطابق الترجمة .

وتم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس بحساب الصدق التلازمي والاتساق الداخلي والثبت بطريقة التجزئة النصفية وبحساب ألفا كرومباخ وكانت معاملات الارتباط عالية مما يؤكد صلاحية المقياس للتطبيق. (براهمية،(2018)،ص89)

ولزيادة الثقة قمنا بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

ج-خصائص السيكومترية:

1-الصدق التمييزي:

حيث تم ترتيب درجات أفراد العينة على المقياس في توزيع تنازلي ثم تم سحب 33% من طرفي التوزيع، لنحصل على (10) فردا من طرفي التوزيع، بمعنى صارت لدينا عينتان متطرفتان متساويتان، عدد أفراد كل مجموعة يساوي (10) أفراد تسمى إحداهما العينة العليا، والأخرى العينة الدنيا. بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عينة، ثم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم(7): دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعينة الدنيا في الألم النفسي

الدلالة	قيمة "ت"	العينة الدنيا ن=10		العينة العليا ن=10		العينة المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)	9.259	5.57	38.80	4.49	54.30	الألم النفسي

يتبين من الجدول رقم(7) أنّ قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$) لدلالة الطرفين، مما يشير إلى أن المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين، مما يدل على صدق المقياس.

2- الثبات: بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول رقم(8): يبين معامل ثبات مقياس الألم النفسي باستخدام ألفا كرونباخ.

عدد البنود	21
معامل الفاكرونباخ	0.803

يتضح من خلال الجدول رقم(8) أنّ معامل الثبات باستخدام معامل (ألفا كرونباخ) تساوي (0.80) وهي قيمة مقبولة جدا، وتشير إلى تمتع المقياس بثبات عال.

3- الثبات: بطريقة التجزئة النصفية:

وتقوم هذه الطريقة على تقسم المقياس إلى نصفين نصف يمثل البنود الفردية والآخر يمثل البنود الزوجية ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين وكذا معادلة تصحيح الطول لـ سبيرمان براون أو حوثمان وذلك حسب تساوي التباينات مع عدمه.

جدول رقم(9): يبين معامل ثبات مقياس الألم النفسي باستخدام التجزئة النصفية.

عدد البنود	معامل الارتباط بيرسون	سبيرمان براون	جوثمان
21	0.721	0.811	0.789

يتضح من خلال الجدول رقم(9) أنّ معامل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية تساوي (0.72) وبعد تصحيح الطول تم الحصول على (0.78) وهي قيمة مقبولة، وتشير إلى تمتع المقياس بثبات مقبول.

من خلال ما سبق يمكن القول أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية عالية وهذا ما يؤكد صلاحية المقياس للتطبيق.

2-مقياس جودة الحياة:

أ- وصف المقياس:

وضع المقياس من قبل منظمة الصحة العالمية وتم إعداده سنة 1991 حيث قامت منظمة الصحة العالمية بإعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس جودة الحياة ويشمل جميع جوانب المختلفة لجودة الحياة وكان الهدف الأساسي للمشروع هو أداة لتقييم جودة الحياة ويمكن استعمالها بشكل واسع، تم إعداده في 15 مركزا ميدانيا تابعا لمنظمة الصحة العالمية وقاموا بترجمته إلى 12 لغة حيث طبقت الصيغة الاستطلاعية الأصلية 235 بندا، واستعملت هذه الصيغة في 15 مركز عبر العالم لتنتهي إلى 100 بند شملت 24 مجالا من مجالات الحياة والذي اختصر في مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQO Bref) الذي يتكون من 26 بندا تقيس جودة الحياة في ست مجالات وهي كالآتي في الجدول:

الجدول (10):مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة و التعب, الراحة (الانزعاج), الألم, النوم و الراحة
الصحة النفسية	صورة الجسم والمظهر, المشاعر الإيجابية ' تقدير الذات , ردود الفعل (التعلم –الذاكرة –التركيز)
المستوى الاستقلالية	الحركة، النشاط اليومي، الاستقلالية في العلاج و مساعدة الطبيب، القدرة على العمل
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي
البيئة	الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية و المعونة الاجتماعية السكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيائية: التلوث، الصخب،المناخ
الصحة الروحية	الروحانية، التدين، المعتقدات الشخصية

أصبح مقياس جودة الحياة مكونا من 26 بندا موزعة على 4 أبعاد بندان عامين الأول حول جودة الحياة العامة والبند الثاني حول الصحة العامة أما باقي الأبعاد فهي موزعة كالتالي:جدول رقم (11): جدول يمثل أبعاد مقياس جودة الحياة :

البعد	البنود
1-الصحة الجسدية	18-17-16-15-10-4-3
2-الصحة النفسية	26-19-11-7-6-5
3-العلاقات الاجتماعية	22-21-20
4-البيئة	25-24-23-14-13-12-9-8

وتم ترجمته وتقنيته من طرف الباحثة حمزة فاطمة (2019) وذلك في رسالتها المقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص الصحة النفسية في رسالتها بعنوان "المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى العاملات في القطاع الصحي-بالجلفة". (حمزة، 2019، ص115)

ب- مفتاح التصحيح:

وصيغت البنود على شكل أسئلة يجاب عن كل منها على أساس مقياس خماسي ترتيبي وذلك على مقياس يتدرج من: 4، 5، 3، 1، 2 على الترتيب، وتعكس في البنود السالبة. ويشمل المقياس في مجمله على (26) بندا تقدر جودة الحياة، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (26-130) درجة.

وتم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال حساب الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) وصدق الاتساق الداخلي وكان المقياس يتمتع بمعاملات صدق عالية.

وكذا تم حساب ثبات المقياس بطريقة الفاكرونباخ Cronbach Alpha M وكانت القيم عالية بالتالي المقياس ثابت. (حمزة، 2019، ص115)

ولمزيد من الثقة قامت الطالبتان بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

ج- الخصائص السيكومترية :

1-الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) :

جدول رقم(12): دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعينة الدنيا في جودة الحياة.

الدلالة	قيمة "ت"	العينة الدنيا ن=10		العينة العليا ن 10		العينة المتغير
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)	11.99	4.01	59.90	5.81	86.70	جودة الحياة

يتبين من الجدول رقم(12) أنّ قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$) لدلالة الطرفين، مما يشير إلى أن المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين، مما يدل على صدق المقياس.

2- الثبات: بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول رقم(13): يبين معامل ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام ألفا كرونباخ.

عدد البنود	26
معامل الفاكرونباخ	0.771

يتضح من خلال الجدول رقم(13) أنّ معامل الثبات باستخدام معامل (ألفا كرونباخ) تساوي (0.77) وهي قيمة مقبولة جداً، وتشير إلى تمتع المقياس بثبات عالٍ.

3- الثبات: بطريقة التجزئة النصفية:

وتقوم هذه الطريقة على تقسم المقياس إلى نصفين نصف يمثل البنود الفردية والآخر يمثل البنود الزوجية ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين وكذا معادلة تصحيح الطول لـ **سبيرمان براون** أو **جوثمان** وذلك حسب تساوي التباينات مع عدمه.

جدول رقم(14): يبين معامل ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام التجزئة النصفية.

عدد البنود	معامل الارتباط بيرسون	سبيرمان براون	جوثمان
26	0.662	0.747	0.720

يتضح من خلال الجدول رقم(14) أنّ معامل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية تساوي (0.66) وبعد تصحيح الطول تم الحصول على (0.74) وهي قيمة عالية، وتشير إلى تمتع المقياس بثبات عالٍ.

2-5- إجراءات الدراسة:

حرصنا في البداية على الحصول على مقاييس استخدمت في البيئة الجزائرية، ثم قمنا بتطبيقها على عينة من مرضى القولون العصبي في العديد من العيادات المختصة في أمراض الجهاز الهضمي بولاية الجلفة. استعنا بأطباء لتوزيع المقاييس على أفراد عينة الدراسة، وشرحنا لهم موضوع الدراسة والغرض منها وكذلك طريقة الإجابة على الأسئلة. استغرقنا الكثير من الوقت والجهد في إجراء الدراسة، وتعرضنا للعديد من الصعوبات والعراقيل في تطبيقها.

من بين هذه الصعوبات كان رفض بعض الأطباء استقبالنا وتطبيق المقاييس في عياداتهم الخاصة. كما واجهنا صعوبة أخرى تتمثل في أن مرضى القولون العصبي غالبًا ما يحضرون جلسة واحدة ولا يعودون لإتمام العلاج. بالإضافة إلى ذلك، أغلب المترددين على العيادات المختصة في أمراض المعدة والأمعاء والجهاز الهضمي يعانون من أمراض المعدة أو أنواع أخرى من الأمراض التي تصيب القولون أكثر من مرضى القولون العصبي، إذ نادرًا ما يطلب مرضى القولون العصبي العلاج. بعد إجراءات التطبيق قامت الطالبتين بحساب الخصائص السيكومترية الصدق والثبات للمقاييس.

2-6- الأساليب الإحصائية:

تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال حزمة البرنامج الإحصائي في العلوم الاجتماعية (SSPS) وذلك باعتماد على بعض على بعض الأساليب و مقاييس الإحصائية، ويمكن توضيحها فيما يلي:

- ❖ اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات.
- ❖ معيار الارتباط بيرسون.
- ❖ المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة تفسير نتائج الدراسة الميدانية.

1- عرض ومناقشة تفسير الفرضية العامة

2- عرض ومناقشة تفسير الفرضية الجزئية الأولى

3- عرض ومناقشة تفسير الفرضية الجزئية الثانية

4- استنتاج عام

- خاتمة

- مقترحات

1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

و تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي".

1-2- عرض نتائج الفرضية العامة:

جدول رقم (15): قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الألم النفسي وجودة الحياة

البيانات الإحصائية المتغيرات	العينة	قيمة "ر"	(قيمة الدلالة المحسوبة) مستوى المعنوية (sig)	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
الألم النفسي وجودة الحياة	60	-0.564	0.000	0.05	دالة

يلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أنّ قيمة معامل الارتباط بيرسون ($r = -0.56$) وهي دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.00) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha = 0.05$) وهذا يعني أنّه توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي أفراد عينة الدراسة.

1-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يتبين من خلال نتائج الفرضية العامة، أنه توجد علاقة ارتباط عكسية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي أفراد عينة الدراسة؛ لأن قيمة معامل الارتباط بيرسون دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$). وبهذا، يمكن القول أن فرضية بحثنا قد تحققت.

وتتفق نتائج الفرضية مع نتائج دراسة (المجدلاي، 2021) أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الألم النفسي و جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، و دراسة (سام صقور، 2018) والتي أكدت نتائجها على وجود علاقة ارتباطية بين الألم و الحالة الانفعالية و جودة الحياة لدى مرضى السرطان، كما اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة (فالق وعدوان، 2022) والتي كانت نتائجها وجود علاقة ارتباطية بين الألم و جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان.

وتماشياً مع ما تم ذكره من خلال الدراسات السابقة فإنه كلما زاد الألم النفسي تنخفض جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي، حيث يُعاني هؤلاء المرضى من تحديات نفسية كبيرة مثل الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي، والتي تؤدي بدورها إلى تفاقم الأعراض الهضمية وتدهور جودة الحياة. يعتبر الألم النفسي مكوناً أساسياً في معاناة هؤلاء المرضى حيث يساهم في زيادة حساسية الأمعاء للألم، مما يجعلهم يشعرون بالألم شديد حتى مع وجود أعراض هضمية بسيطة.

يؤدي التوتر والقلق إلى زيادة إفراز هرمونات التوتر مثل الكورتيزول والأدرينالين، التي تؤثر بشكل مباشر على الجهاز الهضمي. تُحفّز هذه الهرمونات تقلصات الأمعاء وتزيد من حساسية الأمعاء للألم، مما يزيد من حركتها. هذه التقلصات المتزايدة يمكن أن تؤدي إلى مجموعة من الأعراض الهضمية مثل الانتفاخ، الإسهال، والإمساك. هذا

يعني أن التوتر والقلق يمكن أن يجعلوا الأعراض الهضمية تبدو أكثر حدة مما هي عليه فعلياً. الأمعاء تحتوي على شبكة معقدة من الأعصاب التي تتفاعل بشدة مع التوتر، مما يزيد من الشعور بعدم الراحة والألم لدى المرضى.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤدي التوتر المستمر إلى تغييرات في نمط الأكل والنوم، فالبعض من المرضى قد يلجؤون إلى تناول كميات كبيرة من الطعام كآلية للتعامل مع التوتر، مما قد يؤدي إلى تفاقم الأعراض الهضمية مثل الانتفاخ والغازات. آخرون قد يفقدون شهيتهم تماماً، مما يؤدي إلى نقص في التغذية والطاقة الضرورية للجسم. كلا النمطين يمكن أن يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية العامة وزيادة معاناة المرضى من القولون العصبي. مما يزيد من تعقيد إدارة الأعراض الهضمية ويعزز الشعور بالعجز والإحباط. هذا الشعور ينشأ من الصعوبة في السيطرة على الأعراض والقلق الدائم من تفاقمها. المرضى قد يشعرون بأنهم محاصرون في دائرة مغلقة من التوتر والأعراض الهضمية، مما يضعف من قدرتهم على التكيف مع الحياة اليومية والاستمتاع بها.

فالمرضى القولون العصبي غالباً ما يواجهون تحديات يومية تتعلق بأعراضهم، مما يجعل من الصعب عليهم الحفاظ على الروتين اليومي أو متابعة الأهداف الشخصية والمهنية. الألم المستمر والتعب الناجم عن الاضطراب يمكن أن يحد من قدرتهم على العمل بكفاءة أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. على سبيل المثال، قد يجدون صعوبة في الالتزام بمواعيد العمل أو الدراسة، مما يؤدي إلى تراجع الأداء والشعور بالفشل. هذا الإحساس بعدم القدرة على تحقيق الأهداف يسبب فقدان الأمل ويعزز الشعور بالعجز.

هذه المشاعر السلبية لها تداعيات على جوانب حياة المرضى ولها تأثيرات على جودة حياتهم فالمرضى قد يشعرون بالانعزال والعزلة الاجتماعية، حيث يجدون صعوبة في

مشاركة مشاعرهم وتجاربهم مع الآخرين خوفاً من الحكم أو عدم الفهم. هذه العزلة يمكن أن تزيد من حدة الاكتئاب وتخلق حلقة مفرغة من الألم النفسي والجسدي.

كما قد يشعر المرضى بخسارة جوانب مهمة من حياتهم التي قد تعتبر عادية للآخرين، مثل القدرة على تناول الطعام دون قلق من الأعراض الهضمية أو الاستمتاع بالأنشطة البدنية دون خوف من الألم. هذا الشعور بالخسارة يمتد أيضاً إلى العلاقات الاجتماعية، حيث قد يتجنب المرضى اللقاءات الاجتماعية أو الأنشطة الجماعية بسبب خوفهم من التعرض لنوبة ألم أو أعراض محرجة. هذه الخسارة تقلل من جودة حياتهم وتزيد من الشعور باليأس.

لذا فإن الألم النفسي له تأثيرات واسعة النطاق على حياة مرضى القولون العصبي. أولاً، يؤثر الألم النفسي على القدرة على ممارسة الأنشطة اليومية بشكل طبيعي. يشعر المرضى بالإحباط واليأس من عدم قدرتهم على التحكم في أعراضهم، مما قد يؤثر سلباً على قدرتهم على ممارسة حياتهم بشكل طبيعي، كما يؤثر على الشعور بالأمان و السعادة و الرضا على الحياة وعلى استقرار و استمتاع بالحياة ، مما يجعلهم يتجنبون الأنشطة التي كانوا يستمتعون بها في السابق. هذا الانسحاب من الأنشطة يؤدي إلى عزلة اجتماعية وفقدان الدعم الاجتماعي، مما يزيد من الشعور بالنزب والتهميش.

كما تؤثر مشاعر الألم النفسي بشكل كبير على العلاقات الاجتماعية والمهنية للمرضى بسبب الشعور المستمر بعدم الارتياح والانزعاج، قد يجد المرضى صعوبة في الحفاظ على علاقات صحية مع أصدقائهم وعائلاتهم. يشعر المرضى بالخجل من مناقشة أعراضهم الهضمية بشكل مفتوح، مما يؤدي إلى تراجع الدعم الاجتماعي وزيادة الشعور بالوحدة.

- عرض و مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

"مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي مرتفع".

1-2 - عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

جدول رقم(16): قيمة اختبار "ت" لعينة واحدة

البيانات الإحصائية المتغيرات	العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	قيمة "ت"	قيمة الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
الألم النفسي	60	31.5	48.36	9.179	0.000	0.05	دالة

يُلاحظ من خلال الجدول رقم(16) أن قيمة ت لعينة واحدة (ت=17.9) وهي دالة

إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.00) أصغر من مستوى الدلالة

المعتمد لدينا (0.05) وهذا يعني أنّه توجد فرق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط

الفرضي ومتوسط للحسابي لمرضى القولون العصبي أفراد عينة الدراسة في مستوى

الألم النفسي والفروق لصالح المتوسط الحسابي.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

يتبين من خلال نتائج الفرضية الثانية، أن مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون أفراد عينة الدراسة مرتفع. حيث بلغ متوسطهم الحسابي (48.36) مقارنة بالمتوسط الفرضي الذي يساوي (31.5) ومنه يمكننا القول أن فرضية بحثنا قد تحققت.

وتختلف نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (براهمية وبوشلاق، 2016) أظهرت نتائج أن الألم النفسي (الاكتئاب، القلق و الضغط) لدى مرضى السرطان حيث مستوى الاكتئاب و القلق و الضغط مستوى منخفض و كذا دراسة (حمادي ومزاور، 2022) والتي أظهرت مستوى متوسط من الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري. بينما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما أظهرته دراسة (pinto, et al, 2000) إلى أن الضغوط النفسية كانت أعلى عند المصابين بالقولون العصبي كما أنهم يعانون من القلق و الاكتئاب بشكل سريري و مؤكد. في حين توصلت دراسة (الطاهر، 2014) إلى أن مرضى القولون العصبي عندهم مستوى عالي في الضغوط النفسية. كما أكدت دراسة (عيسى، دةت) أن مرضى القولون العصبي يعانون من القلق بدرجة مرتفعة.

ويفسر ارتفاع مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي إلى أن الألم النفسي يساهم في تفاقم أعراض القولون العصبي، كما أن أعراض القولون العصبي

تزداد حدتها في مواقف التوتر و الإجهاد كتغير روتينهم اليومي أو مواجهة مواقف الضاغطة إذ أن يميل المرضى إلى كبت مخاوفهم وغضبهم وانفعالاتهم مما يزيد من حدة الأعراض. فالكبت الانفعالات يمكن أن يؤدي إلى تراكم التوتر النفسي، الذي يُترجم إلى إفراز مزيد من هرمونات التوتر، مما يزيد من حدة الأعراض الهضمية. حيث أن التوتر يمكن أن يؤثر على الجهاز العصبي المركزي والمحيطي بطرق تؤدي إلى تغييرات في حركة الأمعاء وحساسيتها، مما يزيد من شدة الأعراض التي يعاني منها المرضى.

كما أن حالة الأمعاء يمكن أن تؤثر على المزاج لان الأمعاء بمساعدة الميكروبات المعوية تنتج مواد كيميائية المعروفة بتأثيرها على الحالة المزاجية حيث يتم إفراز مادة السيروتونين في الجسم حيث يلعب السيروتونين دورًا مزدوجًا في الجهاز الهضمي والجهاز العصبي. في الجهاز الهضمي، ينظم السيروتونين حركة الأمعاء وإفرازاتها، بينما في الجهاز العصبي، يؤثر على المزاج والشعور بالألم. وانخفاض مستويات السيروتونين يمكن أن يؤدي إلى زيادة الحساسية للألم والشعور بالاكئاب، مما يعزز من الألم النفسي والجسدي. هذا يفسر كيف أن اضطرابات الأمعاء يمكن أن تؤدي إلى تغييرات في المزاج وزيادة الشعور بالألم لدى مرضى القولون العصبي.

فالمرضى يعانون من مستويات عالية من الألم النفسي غالباً ما يشعرون بأنهم محاصرون في وضع لا يمكنهم تغييره. هذا الشعور بالحصار يمكن أن ينشأ من

التجارب والخبرات مؤلمة، ومن ردود الفعل السلبية من المجتمع أو من مقدمي الرعاية الصحية. يشعر المرضى بأنهم محاصرون في حلقة مفرغة من الألم والتوتر، حيث تؤدي الأعراض الجسدية إلى زيادة الألم النفسي والعكس صحيح. هذا الشعور بالحصار و العجز يعزز من حدة الاكتئاب والقلق، ويجعل من الصعب جداً على المرضى رؤية أي مخرج من وضعهم الحالي.

شعور المرضى بالذنب لعدم قدرتهم على التحكم في أعراضهم يمكن أن يعزز الاكتئاب بشكل كبير. الاكتئاب في هذا السياق ليس مجرد حزن عابر، بل هو شعور مستمر باليأس والعجز. المرضى قد يشعرون بأنهم غير قادرين على فعل أي شيء لتغيير حالتهم، مما يؤدي إلى فقدان الأمل في الحياة. هذا الشعور بالعجز يمكن أن يجعل المرضى يعتقدون أن مستقبلهم مليء بالمعاناة والألم، دون أي فرصة للتحسن أو الراحة. فالمرضى بالقولون العصبي يشعرون بقلق كبير اتجاه المستقبل و حياته وعليه نجد أنهم يفكرون و يخططون ويعملون لتحقيق طموحهم حتى يكونو على أفضل الحال وهذا ما يفسر قلقهم الدائم و انشغال بهم .

3- عرض و مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

و تنص هذه الفرضية على ما يلي:

مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي منخفض.

3-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

جدول رقم(17): قيمة اختبار "ت" لعينة واحدة

البيانات الإحصائية	المتغير	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	قيمة "ت"	قيمة الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
جودة الحياة	60	78	74.81	-1.517	0.135	0.05	غير دالة

يُلاحظ من خلال الجدول رقم(17) أنّ قيمة ت لعينة واحدة (ت=13.1-) وهي

غير دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0.13) أكبر من مستوى

الدلالة المعتمد لدينا (0.05) وهذا يعني أنّه لا توجد فرق ذات دلالة إحصائية بين

المتوسط الفرضي ومتوسط للحسابي لمرضى القولون العصبي أفراد عينة الدراسة في

مستوى جودة الحياة.

3-2 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

يتبين من خلال نتائج الفرضية الجزئية الثانية، أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون أفراد عينة الدراسة متوسط. حيث بلغ متوسطهم الحسابي (74.81) مقارنة بالمتوسط الفرضي الذي يساوي (78.0) ومنه يمكننا القول أن فرضية بحثنا لم تتحقق.

وهذا بخلاف ما توقعناه حيث افترضنا أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي يكون منخفض. و تختلف نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (Cho et al, 2011) حيث أكدت نتائج الدراسة وجود مستوى منخفض من نوعية الحياة لدى مرضى القولون العصبي وكذا دراسة (Kopczynska et al, 2018) و التي أسفرت نتائجها وجود مستوى منخفض من نوعية الحياة لدى مرضى القولون العصبي و ايضا دراسة (Chen et al, 2023) والتي أكدت نتائجها على وجود مستوى منخفض من نوعية الحياة لدى الشباب المصابين بمتلازمة القولون العصبي. بينما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (عمارين، 2014) حيث أظهرت نتائجها على وجود مستوى متوسط في نوعية الحياة لدى مرضى القولون العصبي، كما توافقت هذه الدراسة مع دراسة (محمد، 2020) والتي توصلت نتائجها على وجود مستوى متوسط لدى مرضى الفشل الكلوي ، في حين توصلت دراسة (زعطوط، قريشي)

والتي أسفرت نتائجها عن وجود مستوى متوسط من نوعية الحياة لدى مرضى المزمنين.

ومن خلال الدراسات السابقة التي عرضت سابقاً نرجع هذه النتيجة إلى أن مرضى القولون العصبي قد تأثرت جودة حياتهم بسبب الإصابة بالقولون العصبي وهذا التأثير يتجلى في مختلف جوانب جودة الحياة حيث يشمل هذا التأثير الشعور بعدم الراحة والاستقرار والأمان وفقدان المرونة في التعامل مع الحياة اليومية مما يؤثر سلباً على حيوية المرضى وفقدان الشغف في القيام بالأنشطة الترفيهية التي تكون داخل وخارج المنزل المتمثلة في التنزه و الترفيه، أيضاً لها تأثيرات على الجانب البدني حيث تؤثر سلباً على المريض حيث يصبح غير قادر على ممارسة الرياضة، وسوء التغذية الصحية أي عدم الالتزام بنظام غذائي معين، حيث كل هذه العناصر تسبب في اختلال توازن جودة الحياة وبذلك تصبح جودة حياتهم متدنية.

لذا فإن مرضى القولون العصبي يعانون من حالة مزاجية سيئة، مما يؤثر سلباً على صحتهم النفسية وجودة حياتهم. هذا الحالة تزيد من شدة الأعراض الجسدية، مما يخلق حلقة مفرغة تؤدي إلى تدهور الحالة النفسية والجسدية. ويمكن أن يؤدي إلى تأثيرات سلبية عديدة على قدرة المريض على ممارسة حياته بشكل طبيعي، حيث قد يشعر المريض بضرورة تجنب الأنشطة الاجتماعية، مما يؤثر بشكل كبير على علاقاته الاجتماعية وأداءه اليومي.

كما يعاني العديد من مرضى من اضطرابات في النوم، قد يكون ذلك بسبب ألام البطن الذي يختلف موقعه باختلاف الجزء المتوتر من القولون او قلق مفرط زائد عن الحد الطبيعي المرتبط بالمرض. قلة النوم الجيد تؤدي إلى تراجع في الطاقة والقدرة على التوازن والتركيز خلال النهار، مما يؤثر سلباً على الأداء الوظيفي والاجتماعي، بالإضافة أن الأعراض المتقلبة والغير متوقعة والانفعالات الشديدة تسبب في شعور المرضى بعدم الأمان والاطمئنان وعدم الاستقرار مما يمنعهم من الشعور بالراحة والسعادة في علاقاتهم مع الآخرين حتى في بيئاتهم اليومية. فجودة الحياة مفهوم شامل يعبر عن الإدراك الذاتي للحياة ومدى رضا الفرد عن حياته من جميع الجوانب. عندما تكون الحالة النفسية والجسمية للمريض متأثرة سلباً، فإن هذا يؤثر بالضرورة على جودة حياته. فالمريض الذي يعاني من القلق والاكتئاب يجد صعوبة في الاستمتاع بالحياة وتحقيق الرضا النفسي، وهذا ينعكس على شعوره العام بالحب والأمن والسعادة.

فأعراض القولون العصبي تؤدي إلى تدني جودة الحياة لدى مرضى و ذلك بسبب بحثهم الدائم عن العلاج وبالتالي تكبدهم تكاليف مالية إضافية ، مما يؤثر في مستواهم المعيشي ، وأيضاً تؤدي أعراض إلى الانسحاب الاجتماعي و عدم المشاركة الفعالة في المجتمع و كذلك تؤثر في علاقات الشخصية والحميمة

وكذا لجوء بعض المرضى إلى تناول مجموعة من الأدوية المسكنة للألم الهضمية التي تسبب مجموعة من الأعراض الجانبية التي تؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية والجسدية ينجم عنها خفقان في القلب ألم في الكتف الأيسر صداع وتعب عام وأعراض نفسية خوف هلع رهاب اجتماعي ووسواس قهري مما يؤثر سلبا على جودة حياة المرضى.

وهذا يعني في الأخير أن المشاكل والضغوط والتوترات التي يتعرض لها المرضى خلال حياته والكبت المستمر للمشاعر و الانفعالات وعدم إفصاح عن ما يزعجهم وعدم وجود مساندة او من يفهم مشاعره من قبل الأهل والأصدقاء، و أيضا ضعف مستوى الاقتصادي يؤثر بشكل كبير على حياة المرضى، وكل هذا ينجم عنه تدني في مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

4-الاستنتاج العام :

وانطلاقا مما سبق وعرضنا لتحليل النتائج الدراسة أن الألم النفسي متغير مهم جدا في حياة أصحاب الأمراض المزمنة عموما والقولون العصبي على وجه الخصوص حيث يؤثر على حياتهم في شتى المجالات خاصة الاستشفاء من المرض إلى جانب أهمية متغير جودة الحياة من حيث مساعدتهم على تحقيق العلاج وتحقيق الصحة النفسية والتوافق، حيث تشكلت عينة الدراسة من 60 مريض ومريضة بالقولون العصبي المتردد على العيادات الخاصة بأمراض المعدة والأمعاء والجهاز الهضمي بولاية الجلفة ولقد توصلنا إلى النتائج التالية:

*تحقق الفرضية العامة التي مفادها: توجد علاقة إرتباطية عكسية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

*تحقق الفرضية الجزئية الأولى التي مفادها: مستوى الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي مرتفع.

*عدم تحقق الفرضية الجزئية الثانية والتي مفادها: مستوى جودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي متوسط.

وبهذا نخرج باستنتاج أن مرضى القولون العصبي يعانون من الألم وضغوط نفسية تولد لديهم مخاوف واضطرابات نفسية واضطرابات في الجهاز الهضمي وعدم

القدرة على القيام ببعض الأنشطة اليومية، وكذا الشعور بعدم الراحة والأمان والسعادة وبالتالي تتأثر جودة حياتهم وقدراتهم على الاستمتاع بسبب مستوى الألم المرتفع لديهم و تدني مستوى جودة الحياة.

حيث تم تركيز على مرضى القولون العصبي نظرا للمشاكل الصحية والاجتماعية والبيئية والنفسية التي يتعرضون إليها يوميا، حيث أن هذه المشاكل تعرضهم للإصابة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق، الاكتئاب والأمراض النفسية جسدية وغيرها، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة التي تناولت أفراد العينة (مرضى القولون العصبي)، وكذا نتائج دراستنا التي أكدت أن مستوى جودة الحياة متوسط حيث أظهرت أن مرضى القولون العصبي لا يستمتعون بجودة حياة نظر لعدم رضاهم عن علاقاتهم الاجتماعية وعن صحتهم النفسية والجسدية بسبب الآلام التي يتعرضون إليها (كإمساك، إسهال، قلق، اكتئاب، انتفاخات في البطن) مما أدى إلى ارتفاع مستوى الألم النفسي.

وبالتالي نرى أن هذين المتغيرين بينهما علاقة ارتباطية عكسية، حيث كلما ارتفع مستوى الألم النفسي انخفض مستوى جودة الحياة، نتيجة المشاكل التي تواجههم في حياتهم اليومية تعود إلى فقدان الرضا عن الحياة بكل جوانبها.

وهذا يعني في الأخير أن متغيري الألم النفسي وجودة الحياة متغيران مهما جدا في حياة أصحاب الأمراض السيكوسوماتية و الأمراض المزمنة خاصة القولون

العصبي، يتأثرن بعوامل عديدة ، لذا يجب إجراء دراسات حول هذا الموضوع و تحديد أهم العوامل التي تزيد من الإصابة بالألم النفسي و تأثيراته على جودة الحياة و تطوير التدخلات الصحية والاجتماعية لتحسين الصحة النفسية العامة للأفراد بالتالي تحسين جودة الحياة و رفاه النفسي .

خاتمة:

يعد موضوع الألم النفسي وجودة الحياة من أبرز المواضيع المهمة في علم النفس عامة وعلم النفس الإيجابي خاصة، وهذا ما يتجلى في مختلف الأبحاث والدراسات التي يسعى العلماء والباحثون من خلالها إلى فهم الفرد ونفسيته وطرق تفكيره وكذا المشاكل والضغوط التي تهدد جودة حياته، وهذا ما دفعنا إلى دراسة الموضوع وكذا اختيار عينة مرضى القولون العصبي بسبب معاناتهم مع المرض. حيث سعت دراستنا إلى معرفة مستوى كل من الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي وكذلك العلاقة بينهما، حيث قمنا باستعمال المنهج الوصفي الارتباطي بغرض التحقق من الفرضيات، وتم تطبيق دراستنا على عينة تتكون من 60 مريض ومريضة تم اختيارهم بطريقة قصدية باستخدام مقياس كل من الألم النفسي وجودة الحياة وأكدت الدراسة على وجود علاقة بين المتغيرين، وإن مستوى الألم النفسي مرتفع ومستوى جودة الحياة متوسط، وعليه يمكن القول بأن كل فرضيات بحثنا قد تحققت، حيث تبقى هذه النتائج نسبية في حدود عينة الدراسة وأدواتها وكذا مكان وزمن إجرائها.

مقترحات:

من خلال هذه الدراسة يمكننا الإسهام ببعض المقترحات لصالح هؤلاء المرضى و التي نوجزها في النقاط التالية:

- إجراء المزيد من الدراسات عن علاقة الألم النفسي بجودة الحياة لدى عينات مختلفة كمرضى السرطان و القلب و الأمراض المزمنة.

- بناء برامج لخفض الغضب والضغط و تحسين جودة الحياة.
- دراسة الألم النفسي لدى مرضى القولون العصبي وعلاقته ببعض المتغيرات.
- عقد ندوات علمية للتعريف بالأمراض الخاصة بالقولون و خاصة القولون العصبي توعيتهم من الجانب النفسي.
- إجراء دراسات مقارنة في متغيرات الدراسة الحالية بين الجنس و نوع القولون العصبي و مدة الإصابة.
- إجراء دراسات بين متغيرات الدراسة الحالية و المساندة الاجتماعية و التوافق والاتزان الانفعالي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

- أبو تيبنة، محمد فرج. (2023). الضغوط النفسية و علاقتها بجودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس. مجلة جامعة سرت للعلوم الإنسانية. 13(01)، ص 341-351.
- أبو الحصين، محمد فرج الله مسلم. (2010). الضغوط النفسية لدى الممرضين و الممرضات العاملين في المجال الحكومي و علاقتها بكفاءة الذات [رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية- غزة]. قاعدة البيانات مبعث للدراسات و الاستشارات الأكاديمية. <https://mobt3ath.com>.
- أبو عون، ضياء يوسف حامد. (2014). الضغوط النفسية و علاقتها بدافعية الانجاز و فاعلية الذات لدى عينة من الصحفيين بعد حرب غزة [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الإسلامية - غزة]. قاعدة البيانات مبعث للدراسات و الاستشارات الأكاديمية. <https://mobt3ath.com>.
- أبو فاخرة، ياسمين جميل حافظ. (2021). القلق وعلاقته بالطموح لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة دراسات تربوية و اجتماعية، 27(ع فبراير 2021)، ص 240-274.
- أحمد محمد، أحمد قمر مجذوب. (2023). مناهج البحث في علم النفس و العلوم التربوية بين النظرية و التطبيق. مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية، 05(17)، ص 11-30.
- الاسي، هدير عزالدين صالح . (2014). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام [رسالة ماجستير منشورة ، جامعة الإسلامية بغزة]. قاعدة البيانات مبعث للدراسات و الاستشارات الأكاديمية <https://mobt3ath.com>.
- أماني، عبد المقصود عبد الوهاب، سميرة، محمد شند. (2010). جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة الأبناء المراهقين. مركز الإرشاد النفسي، (15)، ص 492-500.
- أيوب، المؤمني فواز، عمارين، سلام لافي. (2016). الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء المتغيرات الطبية الديمغرافية. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 12(03)، ص 287-302.
- ابراهيم، علاء عبد الحكيم محمد. (2022). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أعراض الاكتئاب لدى المتقاعدين في محافظة سلفيت [رسالة ماجستير منشورة ، جامعة القدس]. قاعدة البيانات جامعة القدس. <https://dspce.qou.eu>.

- ابراهيم، عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه أساليب علاجه. عالم المعرفة.
- إس جي، هوفمان. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية (عيسى مراد علي، مترجم). (ط.01). دار الفجر للنشر والتوزيع.
- براهيمية، جهاد ، بوشلائق، نادية. (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، (27)، ص 309-317.
- براهيمية، جهاد. (2018). الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان [رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة] موقع جامعة ورقلة <https://dspace.univ-orgla.dz>.
- بريطل، جويرية. (21 نوفمبر 2017). سيكولوجية الألم : كيف يمكن تفسير الألم من الناحية النفسية. الباحثون الجزائريون. <http://www.dz-res.com>
- بن طاهر، التيجاني. (2010). مصادر الضغوط النفسية كما يدركها الطلبة الجامعيين و علاقتها بقلق المستقبل دراسة مقارنة على عينة من طلبة جامعة الأغواط. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (01)، ص 262-285.
- بوعمامة، حكيم. (2019). جودة الحياة والمفهوم والأبعاد. مجلة العلوم النفسية والتربوية، (08)، ص 343-360.
- بوعيشة، أمال. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر [أطروحة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر - بسكرة].
- تايور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي (وسام درويش، مترجم). دار الحامد للنشر والتوزيع .
- جمعة، عبد الكريم عبيد، فرحات، عمار عوض. (2015). الألم النفسي لدى هيئة التدريس في جامعة الأنبار. مجلة الأنبار للعلوم الإنسانية ، 02(02)، ص 407-440.
- الحجازي، أحمد. (2011). كيف تتجو من الأفكار السلبية و الضغوط النفسية (ط01). دار عالم الثقافة.
- حسن، صادق عبده. (2011). الضغوط النفسية و علاقتها بالنكاء الوجداني لدى طلبة الجامعة في اليمن و الجزائر "دراسة مقارنة" [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر 03]. قاعدة البيانات مبعث للدراسات و الاستشارات الأكاديمية.

<https://mobt3ath.com>

- الحمادي، أنور. (د.ت). معايير DSM-5-TR. 565.
- حمادي، خولة ، مزوار، نسمة. (2022). الألم النفسي لدى مبتوري الأطراف بسبب السكري دراسة عيادية لحالتين بمستشفى آفلو- ولاية الأغواط . مجلة العلوم الاجتماعية، 16 (01)، ص 556-565.
- حمزة، فاطمة. (2019). المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية و علاقتها بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي بالجلفة [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة عمار ثلجي -الأغواط].
- الحويلة، أمثال الهادي. (2010). القلق و الاسترخاء العضلي :المفاهيم و النظريات والعلاج (ط.01). إيتراك للنشر و التوزيع.
- خلف الله، عذبة صلاح خضر. (2015). جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم [رسالة ماجستير منشورة، جامعة السودان].
- دخان، صهيب. (2010). أساليب التعامل مع الضغوط النفسية [رسالة ماجستير منشورة، جامعة عمان العربية]. قاعدة البيانات مبتعث للدراسات و الاستشارات الأكاديمية.
- <https://mobt3ath.com>
- الدراسات الاستطلاعية أهدافها وسماتها. (2022،جانفي 24). في أكاديمية BTS. <https://www.bts-academy.com>
- زعتر، نور الدين. (2016). فعالية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب [رسالة دكتوراه منشورة ، جامعة باتنة 1].
- زعطوط، رمضان ، قريشي، عبد الكريم. (د.ت). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، (11)، ص 251-267.
- زيدندر، موشي، ماثيوس، جيرالد. (2016). القلق (معتز سيد عبد الله، مترجم). عالم المعرفة .
- الزهراني، أحمد صالح موسى. (2018). الضغوط النفسية المدركة و علاقتها بدافعية الانجاز. مجلة العلمية لكلية التربية- جامعة أسيوط، 34 (09)، ص 297-333.
- الساسي، كريمة. (2010). الاكتئاب و القلق لدى عينة من المتأخرات عن سن الزواج [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر (بوزيعة)]. قاعدة مذكرات التخرج و الدراسات الأكاديمية. <https://mothakirat-takharoj.com>

- ساعد، شفيق. (2019). مصدر الضبط الصحي و استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى مصابين بأمراض سيكوماتية [رسالة دكتوراه منشورة، جامعة محمد خضر -بسكرة].
- سامي، مجمد موسى هاشم. (2001). جودة الحياة لدى المعوقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، (13)، 180_128.
- سرحان، وليد ، التكريني، عدنان، حباشنة، محمد. (2014). القلق (ط.03). دار المجدلاي للنشر والتوزيع.
- السويركي، رمزي شحدة سعيد. (2013). الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلال /الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصرياً [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الإسلامية -غزة].
- السيد عبيد، ماجدة بهاء الدين. (2008). الضغط النفسي (ط.01). دار الصفاء للنشر و التوزيع.
- الشبؤون، دانيا. (2011). القلق و علاقته بالاكتئاب لدى المراهقين. مجلة جامعة دمشق، 27(03 و04)، ص 797-759.
- الشقيرات، محمد عبد الرحمان ، المجالي، سلوى عبد الله. (2003). الخصائص النفس عصبية لمرضى متلازمة القولون العصبي. مجلة العلوم التربوية و النفسية ، 04(04)، ص 104-44.
- شقورة، يحي عمر شعبان. (2012). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأزهر _غزة].
- شيخي، مريم. (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة [رسالة ماجستير منشورة، جامعة تلمسان-الجزائر].
- شيهان، دافيد. (1998). مرض القلق(عزت شعلان، مترجم). عالم المعرفة.
- صادق، عادل. (1984). الألم النفسي و العضوي (ط.01). الاهرامات للتوزيع.
- الصالح، بوعزة، قيرواني، زهية، قيرواني، صباح. (2020، فيفري 04-05). المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة والصعوبات التي تواجهها . أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر _الأبعاد والتحديات، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02- الهضاب، سطيف.
- صقور، سام . (2018). شدة الألم النفسي وأثرها في الحالة الانفعالية وجودة الحياة لدى عينة من المرضى السرطان. مجلة جامعة دمشق، 34(01)، ص 366-325.
- الطاهر، سعد شاهين حمادي ، العبودي، خولة حسن حمود. (2014). قياس الضغوط النفسية لدى المرضى القولون العصبي. مجلة أبحاث ميسان، 10(20)، ص 220-187.

- العالم، صبا نصير أحمد. (2019). مستوى القلق العام و درجة الانتباه لدى طلبة المرحلة الأساسية [رسالة ماجستير منشورة، جامعة القدس]. قاعدة البيانات جامعة القدس.

<https://dspace.qou.edu>.

- عبد الفتاح، فوقية أحمد السيد، حسين، محمد حسين سعيد. (2006، مايو3-4). العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبة التعلم بمحافظة بني سويف [عرض بحث]. وقائع المؤتمر العلمي الرابع: دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة، كلية التربية، جامعة بني سويف.

- عبد الله، تجاني محمد حسن. (2017). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن [رسالة دكتوراه منشورة، جامعة جزيرة]. قاعدة البيانات مبعث للدراسات و الاستشارات الأكاديمية.

<https://mobt3ath.com>

- عبوين، سمية. (2021). الاكتئاب في مجال الأورام النفسي . الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية ، 13 (01)، ص 153-165.
- عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية (ط.01). دار الفكر العربي.
- العجمي، سعيد رفعان. (2015). جودة الحياة وعلاقتها بالتوجيه نحو المستقبل [أطروحة الدكتوراه منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية].

- العجوري، احمد حسين إبراهيم . (2013). النكاء الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأزهر - غزة].

- العدوان، فاطمة عيد، جربيل، موسى عبد الخالق. (2014). فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية و الاكتئاب لدى عينة المصابين بالسكري. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية و الاجتماعية، 11 (01)، ص 203-233.

- عربيات، أحمد عبد الحليم. (2005). فعالية برنامج إرشادي يستند إلى إستراتيجية حل المشكلات في تخفيف الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة أم القرى للعلوم التربوية و الاجتماعية و الإنسانية، 17 (02)، ص 246-290.

- عرعار، غنية. (2021). السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين [أطروحة الدكتوراه منشورة، جامعة محمد بوضياف المسيلة].

- عقون، آسيا. (2012). الضغط النفسي المهني وعلاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة [رسالة ماجستير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف]. قاعدة البيانات مبعث للدراسات و الاستشارات الأكاديمية. <https://mobt3ath.com>
- عكاشة، أحمد. (2008). الاكتئاب مرض العصر أسباب وأنواعه و علاجه (ط01). مركز الأهرامات الترجمة و النشر.
- عكاشة، محمود فتحي، سليم، عبد العزيز إبراهيم. (2010). العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية [ورقة عمل]. للمؤتمر العلمي السابع لكلية التربية بجامعة كفر الشيخ : جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية، كلية التربية بدمهور، جامعة الإسكندرية.
- عمارين، سلام لافي. (2014). نوعية الحياة والضغط النفسية لدى مرضى القولون العصبي [رسالة ماجستير منشورة، جامعة اليرموك]. دار المنظومة .
<https://search.mandumah.com>
- عيسى، محمد. (د.ت). استراتيجيات التعامل مع القلق لدى مرضى القولون العصبي . دراسات في العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية، (29)، ص 93-107.
- الغامدي، حامد بن أحمد ضيف الله. (2013). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق (ط.01). دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
- الغرير، أحمد نائل، أبو سعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). التعامل مع ضغوط النفسية (ط.01) . دار الشروق.
- فالق، باهية ، عدوان، يوسف. (2022). أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان . مجلة دراسات السيكولوجية الانحراف، 07 (01)، ص 577-592.
- فريمان، دانيال ، فريمان، جسو فريمان. (2023). القلق (سارة طه علام، مترجم). مؤسسة الهنداوي (العمل الأصلي نشر في 2012).
- كرينج، آن.أم ، جونسون، شيري إل ، دافيسون، جيرالد سي، نيل، جون إم. (2016). الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس. (أمثال الهادي الحويلة ، فاطمة سلامة عياد، هنا الشويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبد الله الحمدان، مترجمين). (ط.12). مكتبة الأنجلو المصرية.
- مبارك، بشرى عناد. (ب.ت). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. مجلة كلية الاداب، (99)، ص 714-771.

- المجدلاني، ماهر يوسف. (2021). العلاقة بين الألم النفسي والتدين وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن. مجلة الإرشاد النفسي بكلية التربية، 07(11)، ص 01-28.
- محمد، عمر يحي موسى. (2020). الاكتئاب وعلاقته بنوعية حياة لدى مرضى الفشل الكلوي [رسالة ماجستير منشورة، جامعة النيلين - الخرطوم].
- مرزاق، وليدة. (2020). التدخلات المعرفية السلوكية مع الألم المزمن. مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية جامعة باتنة 1، 21 (01)، ص 359-380.
- مرزاق، وليدة. (2009). مركز ضبط الألم و علاقته باستراتيجيات لمواجهة لدى مرضى السرطان [رسالة ماجستير منشورة، جامعة حاج لخضر - باتنة]. موقع جامعة باتنة. <https://theses-univ-batna.dz>
- مسعودي، أمحمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (20)، 203_204.
- المصري، سالي محمود. (2014). القلق لدى كبار السن في قطاع غزة وعلاقته بمهارات الحياة و بعض المتغيرات [رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية. غزة]. قاعدة البيانات مبعث للدراسات والاستشارات الأكاديمية. <https://mobt3ath.com>
- معمري، بشير. (2020، فيفري 04-05). جودة الحياة تعريفاتها محدداتها مظاهرها أبعادها. أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر-الأبعاد والتحديات، جامعة محمد الأمين دباغين سطيف 02.
- مصطفى، محمود. (2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب: برنامج علاجي تفصلي (ط.01). إيتراك للطباعة والنشر و التوزيع.
- منسي، حسن. (2001). الصحة النفسية (ط. 2). دار الكندي .
- النجمة، علاء الدين إبراهيم يوسف. (2008). مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عن طلاب المرحلة الثانوية [رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية- غزة].
- نوار، شهرزاد. (2021). الخصائص السيكومترية لاستبيان قياس الألم المترجم لماك جيل (نسخة العربية). مجلة البحث في التنمية الموارد البشرية، 16 (04)، ص 535-553.
- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم. (2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأزهر-غزة].

- يحيوي، وردة. (2014). اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج أرنولد لازروس) [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة محمد خضر - بسكرة].
قاعدة البيانات الأطروحات و المذكرات جامعة محمد خضر بسكرة.

<https://theses.univ-bikra.dz>

المراجع الأجنبية:

-Adwas, A ,Jbrial, J and Azab, E. (2019). Anxiety: Insights into signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology and Treatment. East African Scholars journal of Medical Sciences,Vo-2 Is-10,p 580-591.

<http://www.easpublisher.com/easjms/>

-AL-Attar, Zaid.(2020).Irritable Bowel Syndrome: The Most Common presentation , Sevreity Ranking and Therapeutic Regimens among patients Attending Outpatient. *AL-Kindy college Medical Journal*,16 No -1,p 10-17.

-Becker, M.A., Shaw, B.R.& Reid, L.M.. (n.d). Quality of live Assessment Manual. Quality of live Assessment Project.

- Chen, Jie , Barandouzi, Zahra Amir khanzadeh , Lee, Joochul , Xu , Wamli , Feng, Bin, Stark weather, Angela & Cong, Xiaomei .(2023) . Psychosocial and Sensory Factors contribute to Self-Reported pain and quality of life in young Adults with Irritable Bowel Syndrome.*HHS Public Assess, Author manuscript*,23(5),p 646-654.<https://doi:10.1016 /j pmn.2021.12.004>

- Cho, H.S, Park, J.M , Lim, C.H , Cho, Y.H , Lee ,I., & Chung ,Y .(2011). Anxiety ,Depression and quality of life in patients with Irritable Bowel Syndrome. *Cut and liver*,5(1), p29-36. <https://doi:10.5009/gnl.2011. 5.1.29>.

-Costa, W.A., Monteiro, M.N., Queiraz. J.F & Goncalves, A.K.. (2017). Pain and quality of live in breast cancer patients. *Clinics*, 72 (12), p 758-763.
[https://doi.org/10-6061/clinics /2017 \(12\)7](https://doi.org/10-6061/clinics /2017 (12)7)

- Hillila, M.(2010).Irritable bowel syndrome in the general population : epidemiology , Comorbidity and societal costs. *Helsinki University Central Hospital Division of Gastroenterology*.
- Kopczynska, M. , Mokros, T. ,Pietras, T. ,& Malecka–panas, E.(2018). Quality of life and depression in patients with irritable syndrome . *Gastroenterology* ,Rev 13(2),p102–108. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.75819>.
- Melchior, C. , Colomier, E. , Trindade, I. , Mahrukh, KH. , Hreinsom, J. , Tornblom, H. ,& Sinren, M. (2022).Irritable bowel syndrome : Factors of importance for disease – specific quality of life .*United European gastroenterology journal* .10,p754–764.<https://doi:10.1002/ueg2.12277>.
- Pinto, C., Lele, M. V., Joglekar, A. S., Panwar, V. S. & Dhavale, H. S. (2000).Stressful life–events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India*, 48(6), 589–593.
- Qualité de vie: quels de mesure. (2005) . *Archive Ouverte HAL*.
<https://hal . Science>
- Quigley ,M. , Fried, M., Gwee, K. , Khalif, I. , Hungin, P. , Lindberg, G., Zaigham, A. , Fernandez, L. , Bhatia, S. , Schmulson, M. , Olamo, C. ,& Le Mair, A.(2015).Irritable Bowel Syndrome a global perspective. *World gastroenterology orgnaization global guidelimeso* .<https://www .worldgastroenterology.org>.
- World Heath Orgainztion . (1998). *Programme on mental heath who quality of life user Manual (2012.03)*.<https://www.who.int who/His/Hs IRev.2012.03>.



الملاحق

ملحق رقم (01): مقياس الألم النفسي

معلومات عامة:

الجنس: ذكر أنثى

السن: ()

المستوى التعليمي : أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

تعليمية: نضع بين أيديكم هذه الاستمارة و نرجو منكم التكرم و الإجابة على فقراتها و ذلك بقراءة العبارة جيدا ثم اختيار البديل تراه مناسباً و ذلك بوضع علامة (X) أمام الفقرة علماً أنه لا توجد إجابات صحيحة أو إجابات خاطئة فالإجابة الصحيحة طالما أنها تعبر عن رأيك بصديق.

الرقم	العبارات باللغة العربية	لا ينطبق علي اطلاقاً	تنطبق علي الى حد ما	تنطبق علي بدرجة كبيرة	تنطبق علي تماماً
01	وجدت صعوبة في ان اهدأ.				
02	كنت على علم بوجود جفاف في فمي				
03	يبدو انني لم اكن قادراً على تجربة اي شعور ايجابي على الاطلاق				
04	لقد واجهت صعوبة في التنفس(على سبيل المثال التنفس بشكل سريع وضيق في التنفس في غياب مجهود بدني)				
05	وجدت صعوبة في المبادرة بفعل الاشياء				
06	اميل الى المبالغة في ردود افعالي اتجاه المواقف				
07	اصابني ارتجاف (مثلا في الأيدي)				
08	شعرت بانني كنت استخدم الكثير من الطاقة العصبية				
09	شعرت بالقلق حول الحالات التي قد اصاب فيها بالذعر, والتي اكون فيها				

				مغفل	
				شعرت بانه ليس لدي ما اتطلع اليه	10
				وجدت نفسي منفعلا	11
				وجدت صعوبة فالاسترخاء	12
				شعرت بالحزن والاكتئاب	13
				تعصبت من اي شيء يمنعني من فعل ما علي القيام به	14
				شعرت بانني على وشك الاصابة بالذعر	15
				عجزت عن التحمس لاي شيء	16
				شعرت بانني ليست لي قيمة كبيرة كشخص	17
				شعرت بانني كنت حساسا نوعا ما	18
				شعرت بخفقان قلبي في غياب اي جهد بدني (زيادة ضربات القلب)	19
				شعرت بالخوف من دون اي مبرر مقبول	20
				شعرت ان الحياة لا معنى لها	21

ملحق رقم (02): مقياس جودة الحياة (WHOQOL_BREF)

معلومات عامة:

الجنس: ذكر أنثى

السن: ()

المستوى التعليمي : أمي ابتدائي متوسط ثانوي

جامعي

تعليمية: فيما يلي مجموعة من العبارات تهدف إلى معرفة نظرتك نحو جودة الحياة التي تعيشها وصحتك وغير ذلك من مجالات الحياة. لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا و اختيار البديل يناسب أكثر بوضع علامة (X) مع الإجابة على جميع الأسئلة.

جيدة جدا	جيدة	ليست سيئة وليس جيدة	سيئة	سيئة جدا	
					1 ما هو تقييمك لجودة حياتك
راض جدا	رضا	رضا متوسط	غير راض	غير راض تماما	2 ما مدى رضاك عن صحتك
كثيرا جدا	كثيرا	متوسط	قليلا	لا إطلاق	3 إلى أي درجة تمنعك حالتك الصحية من أداء ما أنت بحاجة إلى القيام به
					4 إلى أي درجة أنت بحاجة لعلاج طبي لتأدية نشاطاتك اليومية
					5 إلى أي درجة تستمتع بحياتك
					6 إلى أي درجة تشعر أن لحياتك معنى
جيدة جدا	جيدة	متوسطة	ضعيفة	ضعيفة جدا	7 ما درجة قدرتك على التركيز
					8 ما درجة شعورك بالأمان في حياتك اليومية

9	إلى أي درجة تعد بيئتك المادية بيئة صحية				
	لا إطلاق	ضعيفة جدا	ضعيفة	جيدة	جيدة جدا
10	هل لديك الطاقة الكافية لأداء مهامك اليومية				
11	هل لديك القدرة على تقبل مظهرك الجسماني				
12	هل لديك المال الكاف لقضاء احتياجاتك				
13	هل تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية				
14	إلى أي مدى لديك الفرصة للقيام بالأنشطة الترفيهية				
	سيئة جدا	سيئة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
15	ما مدى قدرتك على التنقل				
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
16	ما مدى رضاك عن نومك				
17	ما مدى رضاك عن قدراتك على أداء أنشطتك اليومية				
18	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل				
19	ما مدى رضاك عن ذاتك				
20	ما مدى رضاك عن علاقات الشخصية				
21	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية				
22	ما مدى رضاك عن الدعم المقدم من أصدقائك				
23	ما مدى رضاك عن ظروف معيشتك (مكان)				
24	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة لك				
25	ما مدى رضاك عن المواصلات المتاحة لك (وسائل النقل)				
ز	أبدا	نادرا	غالبا	في كثير من الأحيان	دائما
26	في الأيام القليلة السابقة هل انتابتك مشاعر سلبية كالمزاج السيء أو القلق أو اليأس أو الاكتئاب				

خصائص العينة الاستطلاعية

Statistiques

		الجنس	السن
N	Valide	30	30
	Manquant	0	0

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	انثى	14	46,7	46,7	46,7
	ذكر	16	53,3	53,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اواقل 30	14	46,7	46,7	46,7
	31 الى 40	10	33,3	33,3	80,0
	فما فوق 41	6	20,0	20,0	100,0
Total		30	100,0	100,0	

خصائص العينة الاساسية

Statistiques

		الجنس	السن
N	Valide	60	60
	Manquant	0	0

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	انثى	28	46,7	46,7	46,7
	ذكر	32	53,3	53,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اواقل 30	31	51,7	51,7	51,7
	40 الى 31 من	16	26,7	26,7	78,3
	فما فوق 41	13	21,7	21,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

- الصدق الألم النفسي

صدق التمييزي:

Statistiques de groupe

	العينات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الالم	عليا	10	54,3000	4,49815	1,42244
	دنيا	10	38,8000	5,57375	1,76257

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,791
		Nombre d'éléments	11 ^a
	Partie 2	Valeur	,764
		Nombre d'éléments	10 ^b
		Nombre total d'éléments	21
Corrélation entre les sous-échelles			,721
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,810
	Longueur inégale		,810
Coefficient de Guttman			,789

- خصائص السيكمترية لمقياس الجودة:

الصدق التمييزي عن طريق المقارنة الطرفية:

Statistiques de groupe

العينات		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الجودة	عليا	10	86,7000	5,81282	1,83818
	دنيا	10	59,9000	4,01248	1,26886

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
								Inférieur	Supérieur	
الجودة										
Hypothèse de variances égales	1,480	,240	11,999	18	,000	26,80000	2,23358	22,10742	31,49258	
Hypothèse de variances inégales			11,999	15,990	,000	26,80000	2,23358	22,06477	31,53523	

النتائج:

-الفكر ونباخ-

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,771	26

- التجزئة النصفية:

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,695
		Nombre d'éléments	13 ^a
	Partie 2	Valeur	,742
		Nombre d'éléments	13 ^b
		Nombre total d'éléments	26
Corrélation entre les sous-échelles			,662
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,747
	Longueur inégale		,747
Coefficient de Guttman			,720

الفرضيات:

علاقة الألم النفسي بالجودة

Corrélations

		الألم	الجودة
الألم	Corrélation de Pearson	1	-,564**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	60	60
الجودة	Corrélation de Pearson	-,564**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	60	60

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

مستوى الألم النفسي:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الألم	60	48,3667	14,23408	1,83761

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 31.5					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الألم	9,179	59	,000	16,86667	13,1896	20,5437

مستوى جودة الحياة:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الجودة	60	74,8167	16,25380	2,09836

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 78					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الجودة	-1,517	59	,135	-3,18333	-7,3821	1,0155

