



جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة

تأثير سمات الشخصية على استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى مرضى الاضطرابات المعوية الوظيفية
-متلازمة الأمعاء المتهيّجة-

The effect of personality traits on coping strategies and quality of life
in patients with functional intestinal disorders
-Irritable bowel syndrome-

أطروحة مقدّمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علم نفس الصحة

إعداد الطالبة
بن سي سعيد شهرزاد

أعضاء لجنة المناقشة
- أ.د/ زناد دليلة..... رئيسا
- أ.د/ خطار زهية..... مقرر
- أ.د/ بوشدوب شهرزاد..... عضوا
- أ.د/ سي بشير كريمة..... عضوا
- أ.د/ بوجملين حياة..... عضوا
- د/ بن موفق فتيحة..... عضوا

السنة الجامعية 2021-2022



University of Algiers 2 –Abou el Kacem Saadallah-

Faculty of social sciences

Psychology departement

Health Psychology, Prevention and Quality of Life Laboratory

the effect of personality traits on coping strategies and quality of life
in patients with functional intestinal disorders
-Irritable bowel syndrome-

A thesis submitted to obtain a doctorate degree in health psychology

Discussion Committee Members

- Pr Dalila ZENAD ... Head of jury
- Pr Zahia KHETTAR Supervisor
- Pr Chahrazed BOUCHDOUB ... Jury
- Pr Karima SI BACHIRJury
- Pr Hayat BOUDJAMLINJury
- Dr Fatiha BEN MOUAFEK.....Jury

Doctoral student

Chahrazed BEN SI SAID

(2021-2022)

ملخص البحث

هدف البحث الحالي إلى تقصي تأثير سمات الشخصية على استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى مرضى الاضطرابات المعوية الوظيفية وبالتحديد فئة متلازمة الأمعاء المتهيّجة من خلال نموذج العوامل الخمس الكبرى، وافترضنا وجود اختلاف في استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة تُعزى لسمات الشخصية، وكذلك لبعض المتغيرات التي لها علاقة بحالة المريض كالسن ومدّة الإصابة بالمرض والمواظبة على المتابعة الطبية.

وبالاعتماد على المنهج الوصفي، تمّ تطبيق أدوات جمع البيانات على عيّنة 80 مريضاً ما بين 18 - 60 سنة من كلا الجنسين، من خلال استبيان البيانات العامة للمريض، مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية في نسخته الفرنسية (BFI-Fr)، مقياس استراتيجيات التعامل المختصر (Brief-COPE) ومقياس نوعية الحياة لمرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة (IBS-36)، ذلك بعد ترجمتهم وتطبيق الخصائص السيكومترية عليهم.

وأسفرت النتائج على وجود اختلاف في استراتيجيات التعامل تُعزى لسمات الشخصية (التفتُّح، الوعي، العصابية)، بحيث سجّلت استراتيجيات حلّ المشكل والتفكير الإيجابي ظهوراً لدى المرضى المنفتحين فكراً والذين يميّزون بالوعي، في حين أُعزيت استراتيجيات التجنّب للمرضى العصابين مع استعمال لإستراتيجية الفكاهة للتخفيف من الضغط النفسي، ولم يُسجّل أيّ اختلاف قد يُعزى لباقي السمات. أمّا فيما يتعلّق بنوعية حياة المرضى فقد وُجد اختلاف في مستواها يُعزى لسمات التفتُّح والوعي والعصابية، في حين لم تتحقّق العلاقة مع باقي السمات.

وبالنسبة لمتغيرات المريض كالسن ومدّة الإصابة بالمرض والمواظبة الطبيّة فسُجّل اختلاف لدى المرضى في استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل يُعزى للمواظبة الطبية، أمّا في نوعية الحياة فكان هناك اختلاف في مستواها يُعزى لعامل المواظبة الطبيّة والسن.

Résumé

Nous avons essayé d'étudier l'effet des traits de personnalité sur les stratégies d'adaptation et la qualité de vie chez les malades atteints des troubles fonctionnels intestinaux, en particulier le syndrome de l'intestin irritable. En adoptant le modèle de cinq grands facteurs de personnalité, nous avons supposé qu'il existe une différence dans les stratégies d'adaptation et la qualité de vie en raison des traits de personnalité, ainsi que certaines variables liées au patient telles que l'âge, la chronicité, et le suivi médical. S'appuyant sur la méthode descriptive, des outils traduits et soumis à l'évaluation psychométriques ont été appliqués sur un échantillon de 80 patients, âgés de 18-60 ans des deux sexes, ces outils sont: l'inventaire de Big five (BFI-Fr), le questionnaire de Brief-COPE, le questionnaire de IBS-36, avec un questionnaire générale de données sur le patient.

Les résultats ont révélé une différence dans les stratégies d'adaptation attribuée aux traits de personnalité (ouverture d'esprit, Conscienciosité, névrosisme), de sorte que les stratégies de résolution de problèmes et la pensée positive sont apparues chez les patients ouverts d'esprit et consciencieux, alors que les stratégies d'évitement ont été attribuées aux patients qui ont le trait de névrosisme avec une utilisation de l'humeur comme pensée positive pour réduire l'impact de stress, et aucune différence n'a été enregistrée qui pourrait être attribuée au reste des traits. Quant à la qualité de vie, il y avait une différence attribuée aux traits de l'ouverture d'esprit, conscience et névrosisme, tandis que la relation avec le reste des traits n'était pas réalisée.

En ce qui concerne les variables liées au patient, il y avait une différence dans les stratégies d'adaptation centrée sur la résolution du problème liée au suivi médical, et pour la qualité de vie il y avait une différence liée au suivie médical et l'âge.

شكر وإهداء

فإنَّ مع العسر يسراً إنَّ مع العسر يسراً

آية 5-6 من سورة الشرح

الحمد والشكر لله عزَّ وجل على نعمه الدائمة ما علمنا منها وما لم نعلم

إلى والديَّ الكريمين اللذان لن أستطيع وفاء دينهما مهما حييت .. داعية الله أن يحفظهما
ويكرم منزلتهما..

إلى أفراد أسرتي الحبيبة .. وأخصُّ بالذكر أختي العزيزة وعائلتها الطيبة وأخي
العزيز...

إلى من ساهمت وحرصت على إنجاز هذا العمل خطوة بخطوة بروح مسؤوليتها وكرمها
اللامتناهي الأستاذة خطار زهية.....

إلى الأستاذة زناد دليلة التي ساهمت بالكثير لرفع علم نفس الصحة إلى الصفوف الأولى
بجهدا الدائم لخدمة العلم ..

إلى الأساتذة الكرام الذين صنعوا جسر مودَّة مع طلابهم بالعلم والتواضع ..

إلى كل من ساندني بالمعلومة والتسهيل والكلمة الطيبة من أصدقاء وزملاء ومسؤولين...

أهدي لكم ثمرة هذا العمل مرفقة بشكري وعرفاني لجميلكم

الصفحة	العنوان
	إهداء وشكر
1	مقدمة
الفصل الأول التمهيدي: إشكالية وفرضيات البحث	
6	1- إشكالية البحث وتساؤلاته
15	2- فرضيات البحث
15	3- أهداف البحث
16	4- أهمية البحث
17	5- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث
الفصل الثاني: الشخصية وسماتها	
23	تمهيد
أولاً: الشخصية	
23	1- تعريف الشخصية
25	2- الاتجاهات والتناولات النظرية للشخصية
28	1-2 التناولات الوصفية
34	2-2 التناولات السلوكية
35	2-3 التناولات الاجتماعية الثقافية
36	2-4 التناولات المعرفية
38	2-5 التناولات التحليلية
40	2-6 التناولات الإنسانية
44	3- محددات الشخصية
46	4- جوانب الشخصية
47	5- اضطرابات الشخصية
50	6- قياس الشخصية
54	7- الشخصية في ضوء علم نفس الصحة
ثانياً: سمات الشخصية (العوامل الخمس الكبرى)	
55	1- تعريف السمة
56	2- مراحل ظهور السمة في منظور علم النفس
56	3- خصائص السمة
58	4- نموذج العوامل الخمس الكبرى
63	ملخص الفصل
الفصل الثالث: استراتيجيات التعامل	
66	تمهيد
66	1- تعريف استراتيجيات التعامل

68	2- التطور النظري لمفهوم استراتيجيات التعامل
70	3- العوامل المحددة لاستراتيجيات التعامل
74	4- التصنيفات الخاصة باستراتيجيات التعامل
80	5- فعالية استراتيجيات التعامل
82	6- تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة
85	ملخص الفصل
الفصل الرابع: نوعية الحياة	
87	تمهيد
87	1- تعريف نوعية الحياة
91	2- الاتجاهات المفسرة لنوعية الحياة
94	3- مجالات نوعية الحياة
97	4- أبعاد نوعية الحياة
102	5- مؤشرات قياس نوعية الحياة
105	ملخص الفصل
الفصل الخامس: الاضطرابات المعوية الوظيفية (متلازمة الأمعاء المتهيجة)	
108	تمهيد
108	1- تشريح ووظيفة الجهاز الهضمي
111	أولاً: الاضطرابات المعوية الوظيفية
113	ثانياً: متلازمة الأمعاء المتهيجة
113	1- تعريف متلازمة الأمعاء المتهيجة
115	2- مدى إنتشار متلازمة الأمعاء المتهيجة
116	3- العلاقة بين الدماغ والأمعاء Brain-gut
119	4- الفسيولوجية المرضية لمتلازمة الأمعاء المتهيجة
127	5- عوامل خطر الإصابة بمتلازمة الأمعاء المتهيجة
128	6- مراحل تشخيص متلازمة الأمعاء المتهيجة
131	7- مراحل تطوّر متلازمة الأمعاء المتهيجة
132	8- الأمراض المصاحبة لمتلازمة الأمعاء المتهيجة
136	9- العلاج
143	ملخص الفصل
الفصل السادس: منهجية وإجراءات البحث الميداني	
146	تمهيد
146	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
146	1- تعريف الدراسة الاستطلاعية وأهدافها في البحث الحالي
147	2- عينة الدراسة الاستطلاعية

147	3- الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية
147	4- نتائج الدراسة الاستطلاعية
148	ثانياً: الإجراءات المنهجية والميدانية للبحث
148	1- الإجراءات المنهجية للبحث
148	1-1 منهج البحث
149	1-2 عينة البحث وكيفية اختيارها
151	2- الإجراءات الميدانية للبحث
151	1-2 أدوات جمع البيانات من الميدان
151	1-1-2 بيانات الشخصية
152	2-1-2 مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية BFI (Fr)
157	3-1-2 مقياس استراتيجيات التعامل المختصر Brief COPE
167	4-1-2 مقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة IBS-36
171	2-2 الأساليب الإحصائية المعتمدة لتحليل البيانات
172	3-2 الحدود الزمانية والمكانية للبحث الميداني
172	4-2 إجراءات تطبيق البحث الميداني
الفصل السابع: عرض ومناقشة وتفسير نتائج فرضيات البحث	
تمهيد	
أولاً: عرض ومناقشة نتائج فرضيات البحث	
1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى	
174	1-1 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل التفتح/ انفتاح الفكر) واستراتيجيات التعامل
178	2-1 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل الوعي/ يقظة الضمير) واستراتيجيات التعامل
181	3-1 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل الانبساطية) واستراتيجيات التعامل
184	4-1 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل الطيبة) واستراتيجيات التعامل
186	5-1 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل العصابية) واستراتيجيات التعامل
2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية	
190	1-2 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل التفتح/ انفتاح الفكر) ونوعية الحياة
191	2-2 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل الوعي/ يقظة الضمير) ونوعية الحياة
191	3-2 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل الانبساطية) ونوعية الحياة
192	4-2 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل الطيبة) ونوعية الحياة
192	5-2 النتائج الخاصة بمستوى العوامل الخمس للشخصية (عامل العصابية) ونوعية الحياة
3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة	
193	1-3 الاختلاف بين المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل بدلالة سنهم

194	2-3 الاختلاف بين المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل بدلالة مدة الإصابة بالمرض
195	3-3 الاختلاف بين المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية
196	4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
196	1-4 الاختلاف بين المرضى في نوعية الحياة بدلالة سنهم
197	2-4 الاختلاف بين المرضى في نوعية الحياة بدلالة مدة الإصابة بالمرض
197	3-4 الاختلاف بين المرضى في نوعية الحياة بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية
198	تفسير نتائج البحث
212	خاتمة
215	اقتراحات البحث

قائمة الأشكال والمخططات

الرقم	الشكل أو المخطط	الصفحة
1	هرم احتياجات الإنسان لـ Maslow	41
2	سيرورة استراتيجيات التعامل	73
3	أنواع استراتيجيات التعامل حسن العامل الزمني	79
4	الطرق الافتراضية المؤثرة للضغط واستراتيجيات التعامل مع الصحة	84
5	النموذج الإدماجي لمفهوم نوعية الحياة	90
6	محددات جودة الحياة	101
7	أعضاء الجهاز الهضمي للإنسان	110
8	كثافة البراز حسب سلم بريستول Bristol	115
9	العلاقة النفسية العصبية الغددية في المحور دماغ-جهاز هضمي	118
10	النموذج المفاهيمي (البيولوجي النفسي الاجتماعي) لمتلازمة القولون المتهيج	126
11	الخطوات المتبعة في مراحل علاج المتلازمة حسب الشدة	142
12	الاستراتيجيات الأساسية لمقياس التعامل المختصر	159
13	الأبعاد المتأثرة بمتلازمة الأمعاء المتهيجة	168

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	عوامل الشخصية الستة عشر لكاتل	29
2	السمات الفرعية المرتبطة بالعوامل الخمسة الكبرى لكوستا وماكري 1992	62
3	مكونات نوعية الحياة	99
4	المجالات والمظاهر المدرجة في قياس نوعية الحياة	102
5	تعريف لمختلف الاضطرابات المعوية الوظيفية حسب معايير روما 2	111
6	توزيع عينة البحث حسب عامل الجنس	149
7	توزيع عينة البحث حسب عامل السن	149
8	توزيع عينة البحث حسب عامل المستوى التعليمي	150
9	توزيع عينة البحث حسب عامل مدة الإصابة بالمرض	150
10	توزيع عينة البحث حسب عامل المواظبة على المتابعة الطبية	151
11	مثال عن بعض التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية	154
12	معاملات ارتباط بيرسون لصدق الاتساق الداخلي للعوامل الخمس الكبرى للشخصية	154
13	قيم ثبات مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية	156
14	رقم البنود المنتمية لكل بعد في مقياس استراتيجيات التعامل المختصر	159
15	مثال عن بعض التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس استراتيجيات التعامل المختصر	161
16	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية حل المشكل	161
17	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية لحل المشكل	162
18	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية التفكير الإيجابي	162
19	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية التفكير الإيجابي	163
20	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية البحث عن الدعم الإجتماعي	163
21	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية البحث عن الدعم الإجتماعي	164
22	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية التجنب	164
23	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية التجنب	165

166	معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التعامل	24
166	رقم البنود المنتمية لكل بعد في مقياس استراتيجيات التعامل المختصر في البحث الحالي	25
169	مثال عن التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة	26
170	معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة	27
171	قيمة معامل ثبات مقياس نوعية الحياة بمعادلة ألفا كرونباخ	28
174	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة التفتح	29
175	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بحل المشكل بدلالة مستوى سمة التفتح	30
175	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة التفتح	31
176	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة التفتح	32
176	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة التفتح	33
177	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة التفتح	34
178	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي	35
178	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بحل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي	36
179	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الوعي	37
179	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة الوعي	38

180	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الإجتماعية بدلالة مستوى سمة الوعي	39
180	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة التجنب بدلالة مستوى سمة الوعي	40
181	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	41
182	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	42
182	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	43
183	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنّب بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	44
184	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الطيبة	45
184	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الطيبة	46
185	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الطيبة	47
185	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنّب بدلالة مستوى سمة الطيبة	48
186	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة العصابية	49
187	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصابية	50
187	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة العصابية	51

188	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة العصابية	52
188	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة العصابية	53
189	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتجنب بدلالة مستوى سمة العصابية	54
190	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة التفتح	55
191	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الوعي	56
191	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	57
192	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الطيبة	58
192	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة العصابية	59
193	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة السن	60
194	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة مدة الإصابة بالمرض	61
195	نتائج اختبار Mann-Whitney لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية	62
196	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة السن	63
197	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مدة الإصابة بالمرض	64
197	نتائج اختبار Mann-Whitney لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية	65

قائمة الجداول والأشكال

قائمة الأشكال والمخططات

الصفحة	الشكل أو المخطط	الرقم
41	هرم احتياجات الإنسان لـ Maslow	1
73	سيرورة استراتيجيات التعامل	2
79	أنواع استراتيجيات التعامل حسن العامل الزمني	3
84	الطرق الافتراضية المؤثرة للضغط واستراتيجيات التعامل مع الصحة	4
90	النموذج الإدماجي لمفهوم نوعية الحياة	5
101	محددات جودة الحياة	6
110	أعضاء الجهاز الهضمي للإنسان	7
115	كثافة البراز حسب سلم بريستول Bristol	8
118	العلاقة النفسية العصبية الغددية في المحور دماغ-جهاز هضمي	9
126	النموذج المفاهيمي (البيولوجي النفسي الاجتماعي) لمتلازمة القولون المتهيج	10
142	الخطوات المتبعة في مراحل علاج المتلازمة حسب الشدة	11
159	الاستراتيجيات الأساسية لمقياس التعامل المختصر	12
168	الأبعاد المتأثرة بمتلازمة الأمعاء المتهيجة	13

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	عوامل الشخصية الستة عشر لكاتل	29
2	السمات الفرعية المرتبطة بالعوامل الخمسة الكبرى لكوستا وماكري 1992	62
3	مكونات نوعية الحياة	99
4	المجالات والمظاهر المدرجة في قياس نوعية الحياة	102
5	تعريف لمختلف الاضطرابات المعوية الوظيفية حسب معايير روما 2	111
6	توزيع عينة البحث حسب عامل الجنس	149
7	توزيع عينة البحث حسب عامل السن	149
8	توزيع عينة البحث حسب عامل المستوى التعليمي	150
9	توزيع عينة البحث حسب عامل مدة الإصابة بالمرض	150
10	توزيع عينة البحث حسب عامل المواظبة على المتابعة الطبية	151
11	مثال عن بعض التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية	154
12	معاملات ارتباط بيرسون لصدق الاتساق الداخلي للعوامل الخمس الكبرى للشخصية	154
13	قيم ثبات مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية	156
14	رقم البنود المنتمية لكل بعد في مقياس استراتيجيات التعامل المختصر	159
15	مثال عن بعض التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس استراتيجيات التعامل المختصر	161
16	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية حل المشكل	161
17	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية لحل المشكل	162
18	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية التفكير الإيجابي	162
19	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية التفكير الإيجابي	163
20	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية البحث عن الدعم الإجتماعي	163
21	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية البحث عن الدعم الإجتماعي	164
22	معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية التجنُّب	164
23	معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية التجنُّب	165

166	معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التعامل	24
166	رقم البنود المنتمية لكل بعد في مقياس استراتيجيات التعامل المختصر في البحث الحالي	25
169	مثال عن التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة	26
170	معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة	27
171	قيمة معامل ثبات مقياس نوعية الحياة بمعادلة ألفا كرونباخ	28
174	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة التفتح	29
175	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بحل المشكل بدلالة مستوى سمة التفتح	30
175	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة التفتح	31
176	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة التفتح	32
176	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة التفتح	33
177	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة التفتح	34
178	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي	35
178	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بحل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي	36
179	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الوعي	37
179	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة الوعي	38

180	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الإجتماعية بدلالة مستوى سمة الوعي	39
180	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة التجنب بدلالة مستوى سمة الوعي	40
181	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	41
182	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	42
182	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	43
183	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنّب بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	44
184	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الطيبة	45
184	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الطيبة	46
185	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الطيبة	47
185	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنّب بدلالة مستوى سمة الطيبة	48
186	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة العصابية	49
187	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصابية	50
187	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الايجابي بدلالة مستوى سمة العصابية	51

188	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة العصابية	52
188	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة العصابية	53
189	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتجنب بدلالة مستوى سمة العصابية	54
190	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة التفتح	55
191	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الوعي	56
191	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	57
192	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الطيبة	58
192	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة العصابية	59
193	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة السن	60
194	: نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة مدة الإصابة بالمرض	61
195	نتائج اختبار Mann-Whitney لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية	62
196	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة السن	63
197	نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مدة الإصابة بالمرض	64
197	نتائج اختبار Mann-Whitney لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية	65

مقدمة

لا تزال الصحة العامة محور بحث واستثمار علمي يسعى من خلاله الدارسون إلى فهم خصائصها وتحسين وضعيتها، وذلك عبر سلسلة متواصلة من الأبحاث في مختلف المجالات التي تقاطعت فيما بينها في نقاط مشتركة رسمت للصحة الجسمية والنفسية صورة أوضح، وكان لعلم نفس الصحة الفضل في كشف وتأكيد هذه الجسور الواصلة بين العلوم المتعلّقة بالجسم والنفس، ومدى التفاعل الذي تحدثه العوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية في فهم سياق المحافظة على الصحة ورفاهية الفرد أو الوقوع في المرض.

ومن بين الأمراض التي قد تواجه الفرد وتشكّل لديه عبئاً في ممارسة حياته بشكل أفضل نجد ما يسمى بالاضطرابات الجسمية الوظيفية، والتي تشكّل إشكالاً حقيقياً لممارسي الصحة لطبيعتها التي تتّصف بوجود أعراض جسمية مزمنة تؤثر سلباً على حياة المصاب دون وجود اعتلال عضوي محدّد قد تبيّنه الفحوصات الطبية لتفسير أصل الحالة، ممّا يجعلها مبهمة ومحل استقطاب للبحث بهدف السعي لفهم كيفية حدوثها والعوامل التي قد تساهم في تفاقمها وطرق التخفيف من آثارها على حياة المصاب.

وتُعتبر الاضطرابات المعوية الوظيفية منتمة لهذه الفئة من الإصابات التي طرحت مواضيع بحث متشعبة الاتجاهات، وقد تمّ تقسيمها من قبل المختصّين لعدّة أنواع كان أكثرها شيوعاً متلازمة الأمعاء المتهيّجة أو المتعارف عليها بمصطلح القولون العصبي، والملاحظ للبحوث المقامة في هذا المجال، يرى تكرار عامل التأكيد على أهميّة الإلمام بالجوانب النفسية والاجتماعية لدى مرضى هذه المتلازمة، بهدف الوصول إلى فهم أفضل للعوامل التي قد تلعب دوراً في حدوث وتطوّر المرض وانعكاسه على حياة المصاب، وبالتالي فتح آفاق جديدة في عملية التكلّف العلاجي.

وكان لعامل الشخصية نصيب هام من التوصيات في تلك البحوث، لما له من دور في تحديد عدّة متغيّرات، كمتغيّري استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة اللذان يُعتبران عوامل أساسية فهم المريض المزمن، بحيث تساهم هذه المتغيّرات في تقريب الصورة الكاملة لسلوك ومعايش المريض.

وتحظى الشخصية من منظور علم نفس الصحة بأهمية كبيرة لا غنى عنها في تحديد طبيعة السيرورات المتبناة من طرف المريض للتعامل مع مختلف وضعيات الحياة، فهي إمّا أن تكون عاملاً إنقاذياً يساعد في تحسين الوضعية القائمة بتبني استراتيجيات تساهم في التخفيف من عبء الوضعية الضاغطة، أو إمرضياً يؤدي إلى تدهورها ومضاعفة سلبياتها بتبني استراتيجيات لا تتجاوب مع متطلبات الحدث الضاغط، وينطبق نفس الأمر على نوعية الحياة، حيث قد تتدخل شخصية المريض من خلال الأفكار والانفعالات في توجيه سلوك الفرد وإدراك مستوى مجالات حياته وتقييمه لها.

والقارئ في مجال علم الشخصية، يلاحظ أهمية نموذج ظهر في الستينات ما فتئ يحظى بانتشار ودعم من الباحثين في محاولة فهم سلوك الفرد، وهو نموذج العوامل الخمس الكبرى للشخصية الذي يحمل عنصر الدقة في الإلمام بجميع سمات الشخصية ممّا يؤهله لأن يكون عامل مساعد في دراسة الفرد ضمن إطار الصحة والمرض.

وعليه تمّ ترجيحه ليكون المقاربة النظرية في البحث الحالي من خلال فهم مدى تأثير سمات الشخصية في استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة، وبالتحديد معرفة مدى تأثير المستويات المختلفة لسمات الشخصية في تبني استراتيجيات تعامل معيّنة لمرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة وتحديد مستوى نوعية حياتهم، بالإضافة لبعض المتغيرات المرتبطة بالشخصية كالسن ومدّة المرض والمواظبة على المتابعة الطبيّة ومعرفة مدى ارتباطها باستراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى.

وللقيام بذلك تمّ تقديم الموضوع عبر سبعة فصول تنقسم بين النظري والمنهجي التطبيقي:

الفصل الأوّل الإطار العامل لإشكالية البحث: مخصّص لإشكالية الدراسة وتساؤلاتها، والتي من خلالها يُقدّم الموضوع في سياق نظري استدلالي متسلسل لطرح المشكلة المراد دراستها على أرض الواقع، مع وضع فرضيات واضحة وقابلة للتحقق، مع تبيان أهداف وأهمية الدراسة، ثمّ الإشارة إلى المفاهيم الأساسية للموضوع إصطلاحاً وإجراءياً.

الفصل الثاني: مخصّص للشخصية وسماتها والذي ينقسم لجزئين، الجزء الذي يتناول مختلف تعاريف الشخصية والتناولات النظرية لها، محددات الشخصية وجوانبها واضطرابات

وطرق قياسها، والتطرُّق لعرض المفهوم في ضوء علم نفس الصحة، والجزء الثاني المخصَّص لتعريف السمة ومراحل ظهورها في علم النفس وخصائصها ومن ثمَّ تقديم شرح لنموذج العوامل الخمس الكبرى.

الفصل الثالث: مخصَّص لاستراتيجيات التعامل والذي من خلاله يتمُّ عرض أهم التعاريف للمفهوم والتطور النظري له، العوامل المحدِّدة للاستراتيجيات مع التصنيفات الخاصَّة بها، ثمَّ العروج لفعاليتها وتأثيرها على الصحة.

الفصل الرابع: مخصَّص لنوعية الحياة بذكر تعاريفه والاتجاهات المفسِّرة له، وكذا المجالات التي يشملها بالإضافة إلى أبعاده ومؤشرات قياسه.

الفصل الخامس: مخصَّص للمرض العضوي المراد دراسته وهو الاضطرابات المعوية الوظيفية وبالتحديد متلازمة الأمعاء المتهيَّجة، ويُستهلُّ بالإشارة العامة لمكوّنات الجهاز الهضمي، وذكر الاضطرابات المعوية الوظيفية عامَّةً، ومن ثمَّ تحديد الاضطراب المراد دراسته وهي متلازمة الأمعاء المتهيَّجة من خلال تعريفها وذكر مدى انتشارها وطريقة حدوثها وعوامل الخطر التي قد تتسبَّب فيها، مراحل تشخيصها وتطوُّرها والأمراض المصاحبة لها وفي الأخير علاجها.

الفصل السادس: مخصَّص لمنهجية وإجراءات البحث الميداني والذي قُسم لقسمين، الأوَّل يتمُّ من خلاله عرض الدراسة الاستطلاعية بذكر مراحل إجرائها ونتائجها، والقسم الثاني الخاص بالإجراءات المنهجية والميدانية للبحث والذي تمَّ من خلاله تحديد منهج البحث وخصائص العينة، أدوات جمع البيانات من الميدان، الأساليب الإحصائية المعتمدة لتحليل هذه البيانات، الحدود الزمانية والمكانية وإجراءات تطبيق البحث.

الفصل السابع: مخصَّص لعرض ومناقشة وتفسير نتائج البحث والتي تتجلَّى في عرض المعطيات الكمية المتحصَّل عليها من الميدان، قراءتها، معالجتها، وتقديرها وفقاً لإشكالية وفرضيات البحث مع تقديم الإقتراحات.

وفي الأخير تمَّ عرض قائمة المراجع التي تمَّ اعتمادها في بناء البحث والاستدلال بها لعرض ومعالجة المعلومات التي تمَّ الحصول عليها، وتلنتها قائمة الملاحق التي تضمَّنت المقاييس

المعمدة في إنجاز البحث بنسخها الأصلية والنهائية ونتائج خصائصها السيكميترية، وكذا نتائج فرضيات البحث وقائمة الأساتذة المحكمين.

الفصل الأول التمهيدي الإطار العام لإشكالية البحث

1- إشكالية البحث وتساؤلاته

تُشكّل المتلازمات الجسمية الوظيفية عنصراً مبهماً بالنسبة للعاملين في مجال الصحة نظراً للحالة التي تؤدي بصاحبها إلى دوام الشكوى من أعراض مختلفة تكون مصدراً لصعوبات في التشخيص والعلاج، واستفادت بعض هذه المتلازمات من تطوير لمعايير تشخيصية ودراسات محكّمة في عملية التكلّف العلاجي، وبالتالي فإنّ التداخل الكبير للأعراض وفرضية وجود أصل فيسيولوجي مرضي مشترك " بيولوجي-نفسى-اجتماعي" يغذي دائماً فرضية وجود متلازمة أو أكثر (Rabhi et al, 2010, p.17).

ومن بين هذه الاضطرابات الوظيفية نجد تلك التي تمسّ جزء الأمعاء من الجهاز الهضمي والمتعارف عليها باسم الاضطرابات المعوية الوظيفية المتمثّلة في أعراض هضمية مزمنة ناتجة عن ضعف الجهاز الهضمي التحتي، وتُصنّف أنّها وظيفية لعدم وجود إصابة عضوية أو مورفولوجية و/أو بيولوجية قد تفسّر الحالة (Ducrotte, 2005, p.2).

والجدير بالذّكر أنّ مرضى هذه الاضطرابات يُعتبرون من الحالات التي تتصّف بالإقبال الكبير على الاستهلاك الطبي (كالفحص والاختبارات التكميلية والاستشفاء) والأدوية على الرغم من صعوبة تحديد قيمتها مادياً (Danquechin et al, 1994 و Talley, 1995) (نقلاً عن Dapoigny et al, 2003).

وبالرجوع للتصنيف الطبي نجد أنّه من بين أكثر الاضطرابات المعوية الوظيفية ظهوراً وانتشاراً هي متلازمة الأمعاء المتهيجّة (Longstreth et al, 2006) التي اندرجت في السابق تحت مسميات عدّة كاعتلال القولون الوظيفي، اعتلال القولون المتشنّج/ الحساس والقولون العصبي (Berkane, s.d, p.2) وتمّ تحديدها وفق معايير معيّنة تميّزها عن باقي الاضطرابات المعوية الوظيفية التي يسيطر عليها عامل الألم البطني (Dapoigny et al, 2003)، إذ تتمثّل هذه المتلازمة في وجود آلام بطنية أو عدم راحة هضمية مع وجود معايير تتعلّق بعملية الإخراج (Coffin, 2011, p.85)، وحسب المختصين تُشكّل هذه المتلازمة إعاقةً وظيفية للمريض سواءً كانت جسدية أو نفسية أو اجتماعية تتعكس سلباً على رفاهية حياته. (Friedt, 2008, p.22)، وغالباً ما تُعتبر متلازمة الأمعاء المتهيجّة

من الاضطرابات المرتبطة بالضغط النفسي، وهو الأمر الذي تكرر ذكره في عدّة دراسات من بينها:

* دراسة (Whitehead et al , 1992) التي أشارت إلى تسجيل هذه الفئة من المرضى لمستويات عالية من الضغط النفسي مقارنةً بباقي الاضطرابات المعوية الوظيفية،

* وكذا دراسة (Seres et al , 2008) التي أظهرت أنّ مرضى هذه المتلازمة يعانون من ضيق نفسي وتضخيم في إدراكهم للأعراض،

كما تلعب الأنواع المختلفة من الضغط النفسي دوراً مهماً في ظهور أعراض المتلازمة على المريض وتعديلها أيضاً (Mayer et al, 2001, p.519).

وعند مواجهة المريض لهذه الضغوط النفسية المختلفة، تظهر مجموعة من ردود الفعل تهدف لتسوية وتقليل الآثار المحتملة التي تنعكس على مختلف جوانب حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية، والتي تُسمّى باستراتيجيات التعامل، وتُعرّف بأنّها "مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المتغيّرة باستمرار، والهادفة للتحكّم والتقليل أو تحمّل المتطلّبات الخاصّة الداخليّة والخارجيّة التي تمّ إدراكها على أنّها تهديد أو التي تفوق المصادر الذاتية للفرد ". (Lazarus & Folkman, 1984, p.117) (Fischer & Tarquinio, 2014)، هذا فيما يخصّ التعامل مع الضغوط عامّةً، أمّا فيما يخصّ مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة وكيفية تعاملهم مع متطلبات وضعياتهم الضاغطة، نجد عدّة دراسات أوضحت ذلك، نذكر منها:

* دراسة (Jones et al , 2006) التي أجريت على هذا النوع من المرضى ومرضى التهاب الأمعاء والتي كشفت عن استعمال هاتين الفئتين للاستراتيجيات السلبية الغير تكيفيّة كاستراتيجيات التجنّب،

* وفي ذات السياق توصلت دراسة (Pellissier et al , 2010) إلى أنّ المصابين بهذه المتلازمة الذين يعانون من الانفعالات السلبية سجّلوا تدني في استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل مقارنة بالمرضى الذين يملكون انفعالات ايجابية وكذا الأفراد الأصحاء، وارتفاع في استعمال استراتيجيات التعامل المركّزة على الانفعال وانخفاض في استراتيجيات التعامل المركّزة على البحث عن المساندة الاجتماعية مقارنة بالمرضى الذين لديهم انفعالات

ايجابية، كما كشفت أنّ مرضى المتلازمة الذين لهم انفعالات ايجابية يبحثون عن المساندة أكثر من الأصحاء،

* في حين أشارت نتائج دراسة (Stanculete et al, 2015) إلى استخدام مرضى هذه المتلازمة استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل والتجنّب أيضاً بشكلٍ متكرّر أكثر من الأشخاص الأصحاء،

* بينما كشفت دراسة (Selim et al , 2021) عن وجود ارتباط بين استراتيجيات التعامل كإعادة التأويل الإيجابي وخصائص تشخيص متلازمة الأمعاء المتهيجّة.

وبالرجوع لنتائج الدراسات السابقة الذكر، يتّضح لنا جلياً الإجماع على أنّ هذه الفئة من المرضى تلجأ للاستراتيجيات السلبية في تعاملها مع الضغوط النفسية، بالإضافة لوجود عامل الانفعالات الذي يحدّد نوع الاستراتيجيات لدى هؤلاء المرضى ، مع ظهور إمكانية ارتباطها بتطوّر المتلازمة.

هذا من جهة مواجهة الوضعية الضاغطة التي يتعرّض لها هؤلاء المرضى، إلى جانب ذلك نجد أنّ لخصوصية المرض انعكاسٌ على مجالات حياتهم وكيفية إدراك المريض لحياته والذي يُصطلح في التراث السيكولوجي بنوعية الحياة حيث سبقت الإشارة في أكثر من مرّة إلى التأثير السلبي للمتلازمة على نوعية حياة المصابين لما تحمله الأعراض من ثقل جسدي ونفسي على مجالات حياتهم، مسبباً بذلك معاناة كبيرة ونوعية حياة ناقصة. (Schaub & Schaub, 2012, p.505)

فمن باب المقارنة مثلاً، نجد أنّ نوعية الحياة المتعلّقة بالصّحة للمصابين بمتلازمة الأمعاء المتهيجّة منخفضة مقارنةً بالسكان عامة، وتكون أسوأ أيضاً ممّن يعانون من أمراض أخرى كمرض الارتجاع المعدي المريئي والسكري وأمراض الكلى في نهاية المرحلة. (Mönnikes, 2011, p. S98)

وتُعرّف نوعية الحياة حسب (Eliot , 1994) على أنّها: " التقييم الذاتي الذي يقدّمه الأفراد، حيث يقومون بتقييم الجوانب المختلفة لحياتهم: الصحية، النفسية، العقلية، المادية، العائلية،

العلائقية، المحيطية وحتى الهويات والعطل، وبذلك يحدّد الباحثون عوامل ومصادر الضغوط لدى هؤلاء الأفراد وطرق مواجهتهم لها". (زناد، 2013، ص.31)

وقد تناولت بعض الدراسات نوعية الحياة لدى هذه الفئة منها:

* دراسة (Akehurst et al , 2002) التي أظهرت أنّ أعراض المتلازمة تؤثر سلباً على نوعية حياة المصاب،

* في حين أشارت دراسة (Ahmed et al, 2011) إلى أنّ هؤلاء المرضى يعانون من انخفاض في نوعية حياتهم في كلّ المجالات المرتبطة بالمرض مقارنة بالمجموعة الضابطة في الدراسة، وبالتالي فللمتلازمة تأثيرات كبيرة على العمل ونمط الحياة والرفاهية الاجتماعية.

* وفي دراسة أخرى لـ (Chen et al , 2021) تمّ إجرائها على الوسط الجامعي في تايوان باستخدام دراسة مقطعية للتعرف على مدى انتشار المتلازمة لدى هذه الفئة أظهرت نتائجها أنّ الطالبات اللواتي يعانين من المتلازمة لهنّ مستويات أعلى من الضغط النفسي وانخفاض في نوعية الحياة مقارنة بالطالبات الأصحاء.

بالرجوع لنتائج الدراسات السابقة تبين لنا وجود اختلاف بين هؤلاء المرضى في مواجهتهم للضغوط النفسية وكذا تقييمهم لمجالات حياتهم مع وجود المرض والتكيف معه، وكل هذا جعلنا نتساءل عن سبب هذا الاختلاف.

وبتعميق القراءة النظرية التحليلية لهذين المفهومين تبين لنا ارتباطهما بعامل مشترك يتمثّل في عامل الشخصية، وهو العنصر الذي تمّت الإشارة إلى أهميته من طرف الباحثين والممارسين في مجال متلازمة الأمعاء المتهيجّة، فـ (Denis, 2002) مثلاً أشار إلى أهميّة تناول الجانب النفسي للمريض وشدّد على ضرورة العودة إلى نوع شخصياتهم أثناء التكفّل العلاجي، ذلك لما تكشفه عن طرق تعاملهم مع المرض وتقييمهم لوضعيتهم، ممّا يسهّل عملية التواصل على المستوى الطبي، بالإضافة إلى الإثراء الذي جادت به الدراسات في مجال الفسيولوجية المرضية للمتلازمة التي كشفت عن العلاقة الموجودة بين الدماغ والأمعاء عبر التفاعلات الكيماوية التي تساهم في تغيير حالة العضوية المعوية. (Bonaz, 2010,

p.581)

وبالتالي نجد أنّ للشخصية أثر هام في المتلازمة سواءً بطريقة مباشرة كالمحور دماغ-أمعاء الذي يؤثر على أعراض المرض، أو غير مباشرة عن طريق الأفكار والسلوكيات التي تدخل في عملية التعامل مع الضغط، ممّا يؤكّد على أهميّة استدعاء هذا العامل في دراسة مرضى المتلازمة.

ومن بين التناولات التي عرّفت الشخصية نجد تناول الوصفي الذي أتى بمفهوم السمة باعتبارها " استعداد لإصدار السلوك بطريقة معيّنة، والذي يميز سلوك الشخص عبر مدى واسع من المواقف". (برافين، 2010، ص. 164)

وقد حاولت عدّة نماذج مفسّرة إعطاء صورة مفصّلة للسمة لفهم سلوك الإنسان، ومن أشهرها نموذج العوامل الخمس للشخصية التي حاولت جمع سمات الفرد بطريقة وافية والذي يُعدّ نموذجاً ضرورياً وكافياً لوصف الأبعاد الأساسية للشخصية (Plaisant et al, 2010, p.483) وتمثّلت في انفتاح الفكر (التفّح) والوعي (يقظة الضمير) والإنبساطية والطيبة والعصابية، وقد تمّ البحث عنها في مجال مرضى متلازمة الأمعاء المتهدّجة في عدّة دراسات منها:

* دراسة (Farnam et al , 2008) التي أظهرت أنّ مرضى هذه الفئة لديهم مستويات عالية من العصابية والوعي (يقظة الضمير) ومستوى أقل من انفتاح الفكر والطيبة، ومقارنة بين الجنسين فإنّ النساء أظهرن مستويات عالية من انفتاح الفكر والوعي (يقظة الضمير) والإنبساطية مقارنة بالرجال،

* ودراسة (Tkalcic et al , 2010) التي أكّدت على وجود مستويات عالية من القلق لدى هؤلاء المرضى وإعرابهم عن مستوى عالٍ من العصابية كسمة شخصية مقارنة بمرضى إتهاب الأمعاء،

* وفي ذات السياق توصلت دراسة (Zarpour & Besharat, 2011) إلى أنّ هؤلاء المرضى يتّصفون بمستوى مرتفع من سمة العصابية لديهم ودرجات أقل من الإنبساطية والوعي (يقظة الضمير) مقارنة بالأصحاء، كما أشاروا إلى إمكانية اعتبار الشخصية جزءاً من عامل التنبؤ بالإصابة بالمتلازمة،

* وهي النقطة التي اشتركت فيها دراسة (Tayama et al , 2012) حول علاقة الشخصية بالجانب العضوي للمريض حيث أشارت إلى أنّ للسمة دوراً في الفسيولوجيا المرضية لمتلازمة الأمعاء المتهيجة لدى فئة الشباب خاصة في نوعه الفرعي الإسهال.

وبتعميق النظر وتحليل نتائج الدراسات التي تناولت العلاقة بين سمات الشخصية والعاملين السابقين نجد ما يلي:

* بالنسبة لعامل استراتيجيات التعامل، نجد مثلاً دراسة (David & Suls, 1999) التي أظهرت أنّ الفروق الفردية للشخصية تُعدّ من بين المحدّات الهامة لاستخدام استراتيجيات التعامل في الحياة اليومية، وذكرت أنّ عوامل العصابية والانبساطية وانفتاح الفكر والوعي (يقظة الضمير) قد يكونوا عوامل منبئة، وربطت التحليلات المتعدّدة بين التفاؤل والانبساطية والوعي (يقظة الضمير) وانفتاح الفكر للاستراتيجيات التعامل العملية، في حين ارتبط عامل العصابية بالاستراتيجيات التجنّبية، عكس التفاؤل والوعي والطيبة الذين يستعملون استراتيجيات التجنّب بشكلٍ أقل. (Carver & Connor-Smith, 2010)

* بينما أتت نتائج دراسة (Conner-Smith & Flachsbart , 2007) لتحليل عاملي للعلاقة بين الشخصية واستراتيجيات التعامل بوجود ارتباطٍ ضعيف بين الشخصية واستراتيجيات التعامل في شكلها المجمل (العملي المشارك أو التجنّبي)، لكن جميع السمات والعوامل الخمس للشخصية تتنبأت باستراتيجيات محدّدة، فالانبساطية والوعي (يقظة الضمير) تتنبأت باستعمال أكثر لاستراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل وإعادة البناء المعرفي وبعبابية أقل، في حين تتنبأت العصابية باستراتيجيات ذات طبيعة إشكالية كالتمني والانسحاب والاستراتيجيات المركّزة على الإنفعال، ولكن مثلها مثل عامل الانبساطية تتنبأت بالبحث عن المساندة أيضاً.

* وفي دراسة أخرى لـ (Khan et al, 2011) كشفت أنّ نقاط القوة النفسية الإيجابية وعوامل الشخصية الخمس الكبرى مرتبطة بشكل كبير باستراتيجيات التعامل باستثناء العصابية، حيث وجد أنّ الذين لديهم مستوى عالٍ من العصابية هم الأقل انخراطاً في

استراتيجيات التعامل، في حين أنّ المستويات العالية من الانبساطية وانفتاح الفكر والوعي (يقظة الضمير) ينخرطون أكثر في استراتيجيات حل المشكل.

أمّا من ناحية الارتباط الموجود بين الشخصية ونوعية الحياة، فقد أقيمت دراسات على هذا المستوى لدى مرضى المتلازمة منها:

* دراسة (Kopczyńska et al, 2018) التي أظهرت ارتباطاً بين المتلازمة وضعف نوعية الحياة من ناحية وارتفاع معدّل انتشار الاكتئاب من ناحية أخرى مع ارتفاع معدّل الارتباط بينهما ممّا دعا الباحثين إلى ضرورة تقييم هذين العنصرين لدى الزيارات الطبية لهذه الفئة من المرضى،

* في حين أشارت دراسة (Pereira-Morales. et al, 2018) إلى أنّ سمة انفتاح الفكر كان لها أفضل عامل منبئ لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة،

* وأظهرت دراستين لـ (Marzabadi et al , 2021) حول طبيعة العلاقة بين السمات الإيجابية للشخصية ونوعية الحياة والصحة الجسمية والرفاهية، أنّ الأفراد الذين يتمتعون بسمات إيجابية كالتأمل والإمتنان لديهم مستوى نوعية حياة أفضل ورفاهية جسمية ونفسية أحسن.

وعليه نجد أنّ الدراسات التي تناولت علاقة الارتباط بين الشخصية واستراتيجيات التعامل لم تحقّق عنصر الإجماع، في حين تكرّر الارتباط بين سمات الشخصية ونوعية الحياة.

ومن باب التعمّق أكثر حول المتغيّرات التي يمكن أنّ تحدث تأثيراً في استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهدّجة، يمكن طرح البحث حول الخصائص الفردية للمريض، فاعتماداً على دراسات تناولت السن مثلاً وعلاقتها باستراتيجيات التعامل نجد دراسة (Felton & Revenson , 1987) التي قامت بفحص العلاقة بين عامل السن و 6 استراتيجيات تعامل لدى المصابين بالأمراض المزمنة من الذين ينتمون لمنتصف العمر والشيوخ، وكان الشيوخ أقل استخداماً للتعبير عن المشاعر والبحث عن المعلومة مقارنة بمنتصفي العمر في جهودهم لمواجهة المرض،

* وفي دراسة أخرى لـ Whitty (2003) ، أُقيمت على فئات 13-27 سنة ، 40-47 سنة و63-70 سنة أظهرت أنّ الفئات العمرية الأصغر تستخدم ميكانيزمات دفاع أقلّ نضجاً وتميل للميكانيزمات الغير ناضجة أكثر من مجموعة منتصف العمر والأكبر سناً، ومع ذلك لا يوجد فروق بين ميكانيزمات الدفاع الناضجة لدى فئة منتصف العمر والأكبر سناً،

* أمّا في دراسة لـ (Chen et al , 2018) والتي أُقيمت على الفئة العمرية 18-39 سنة لفحص مختلف الضغوط واستراتيجيات تعاملهم معها ومشاعرهم السلبية والإيجابية، فقد كشفت أنّ كبار السن هم الأقلّ احتمالية من البالغين الأصغر سناً لاستخدام استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل.

وبالنسبة للعلاقة الموجودة بين السن ونوعية الحياة، نجد دراسة (Layte et al , 2013) التي أثبتت أنّه يمكن ربط طول العمر بزيادة نوعية الحياة طالما كانت مصحوبة بمستويات معقولة من الصحة العقلية والجسمية والعلاقات الجيدة والمشاركة الاجتماعية، حتى وإن كانت الحالة الجسمية متدهورة فإنّ النوعية يمكن أن تظل مرتفعة في كثير من الأحيان حيث يجد الأفراد قيمة ومتعة في أبعادٍ أخرى من الحياة.

وفي مجال الأمراض المزمنة تكون هناك عوامل مقترنة بخصائص تجربة المريض مع إزمان أعراضه ومدى متابعته لحالته، وهي خصائص مهمّة في معرفة مدى ارتباطها بباقي متغيرات سلوكه وحياته لفهم سيرورة المريض المزمّن أكثر، فنجد لعامل طول مدّة المرض مثلاً مكاناً هاماً في استفسار مدى ارتباطه باستراتيجيات التعامل ونوعية الحياة، فعلى سبيل المثال، تُظهر دراسة (Farndale & Roberts, 2011) التي أُقيمت حول التأثير على المدى الطويل لمتلازمة الأمعاء المتهيجّة، أنّ المرضى قد أدمجوا المرض في حياتهم لدرجة أنّه أصبح جزءاً من هويتهم، ومع ذلك في بعض الأحيان قد تعوق الأعراض مشاركتهم في الأنشطة اليومية، ولا تؤكد النتائج على التأثير الواسع لأعراض المتلازمة على الحياة اليومية فحسب، وإنّما مسّها لجانب الرفاهية النفسية والهوية الذاتية للمريض.

وهو العامل الذي يقترن بالحرص على المتابعة الطبية ومدى إتباع المريض للتعليمات الصحية وتطوُّر حالته وعلاقته باستراتيجيات تعامله ونوعية حياته وعن مدى الإرتباط الممكن الذي قد تحدده هذه المتغيرات فيما بينها.

ونلاحظ من كلِّ ما تمَّ طرحه آنفاً، أنَّ مجرد معرفة وجود علاقة بين المتغيرات التي تمَّ ذكرها غير كافي، وأنَّ معرفة مدى التأثير الذي قد تحدثه بعض المتغيرات على سلوك المريض وتعامله مع الضغوط وتحديد مستوى نوعية حياته، يساهم في فهم أقرب لمرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة، وبالتالي فعند ملاحظة تكرار أهميَّة عامل الشخصية لدى هذا النوع من المرضى، يمنحه أهميَّة تستوجب تفصيله أكثر، والتعمُّق في مدى تأثيره من خلال مختلف مستويات شخصية المريض على استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة .

وعليه وفي هذا السياق، تُطرح مشكلة بحثنا عن مدى تأثير سمات الشخصية عبر نموذج العوامل الخمس الكبرى في استراتيجيات تعامل مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة ومستوى نوعية حياتهم، بالإضافة إلى معرفة إمكانية حدوث هذا التأثير من طرف عوامل خاصة بالمريض كالسن أو مدَّة مرضه أو حرصه على المتابعة الطبيَّة، وهو الإشكال الذي يتمثَّل في التساؤلات التالية:

- 1- هل يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمستوى العوامل الخمس الكبرى للشخصية (التفُّح، الوعي، الإنبساطية، الطبية، العصابية)؟
- 2- هل يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة في مستوى نوعية حياتهم تُعزى لمستوى العوامل الخمس الكبرى للشخصية (التفُّح، الوعي، الإنبساطية، الطبية، العصابية)؟
- 3- هل يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية)؟
- 4- هل يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَّة في مستوى نوعية حياتهم تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية)؟

2- فرضيات البحث

- 1- يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمستوى العوامل الخمس الكبرى للشخصية (التفتُّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية).
- 2 - يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في مستوى نوعية حياتهم تُعزى لمستوى العوامل الخمس الكبرى للشخصية (التفتُّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية).
- 3- يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية).
- 4- يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في مستوى نوعية حياتهم تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية).

3- أهداف البحث

- التحقق من وجود اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في استراتيجيات التعامل التي يستعملونها تُعزى لعامل سمات شخصيتهم (التفتُّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية).
- التحقق من وجود اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في نوعية حياتهم تُعزى لعامل سمات شخصيتهم (التفتُّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية).
- التحقق من وجود اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في استراتيجيات التعامل التي يستعملونها تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية).
- التحقق من وجود اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في نوعية الحياة التي يستعملونها تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية).

4- أهمية البحث

تُعتبر الاضطرابات المعوية الوظيفية من أكثر الحالات شيوعاً لدى المرضى المتردّدين على الفحوصات الطبية المتخصّصة، وعلى وجه التحديد متلازمة الأمعاء المتهيّجة (أو كما تُسمى أيضاً بالقولون العصبي/ الحساس) كونها النوع الأكثر انتشاراً في هذه الفئة من الاضطرابات، ممّا شكّل اهتماماً لدى ممتنهي الصحة، لما لها من عوامل متعدّدة في الحدوث بدون إصابة عضوية واضحة، مسبّبة أعراضاً مزمنة تؤثر على نوعية حياة المصاب ورفاهيته، وهذا ما يجعلها غالباً موضوع حلقة بحثٍ عن حلول ناجعة لتحسين الوضعية المعاشة، من خلال توسيع دائرة التناول العلمي لهذه المتلازمة عبر مختلف التخصصات لتحقيق مرافقة أكثر فعالية في تخفيف الأعراض ووظأتها على الحياة اليومية للمريض.

ووفقاً لعلم نفس الصحة، تُعتبر الجوانب النفسيّة لأيّ مرض مزمن عاملاً مهماً في عملية تفسير الصحة والمرض، وبالتالي فالاستعانة بنتائج بحث هذا العلم يثري عملية التكفّل العلاجي للمريض ويساهم في توسيع زاوية المقترحات للوصول إلى التوازن الحيوي والنفسي المنشود.

وعليه، ارتأى البحث الحالي إلى تناول عامل مهم لدى مرضى هذه المتلازمة وهو سمات شخصيته وفق نموذج العوامل الخمس الكبرى لمعرفة مدى مساهمتها وتأثيرها على تبني ردود فعل للأحداث الضاغطة الحتمية التي يواجهها الإنسان في حياته، والتي من خلالها يمكن تقديم رؤية تقريبية عن المريض في طريقة تسييره لمختلف جوانب حياته من جهة، وكذا مدى تأثير هذه السمات على نوعية حياته من جهةٍ أخرى، وبالتالي نصل إلى تحديد العوامل الإنقاذية والإمراضية في عملية التأثير على أسلوب التعامل مع الأحداث الضاغطة و نوعية الحياة لدى هذه الفئة.

وبناءً على ذلك، تتوفر لدينا محاولة لفهم وضعية مريض متلازمة الأمعاء المتهيّجة من الناحية النفسية لتأخذ بعين الاعتبار عند التكفّل الطبي، وبالتالي يتمّ تحقيق هدف من أهداف علم نفس الصحة.

5- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث

• سمات الشخصية

* اصطلاحاً: السمة هي خصلة أو صفة للشخصية ذات دوام نسبي تتصل بالمشاعر والأفكار والأفعال، وهي تنظيم أو نزعة وقابلية ثابتة ثباتاً نسبياً عبر الزمن والمواقف، وتشير بالدرجة الأولى إلى فروق فردية عامة في المجالين: الانفعالي الاجتماعي (أحمد عبد الخالق، 2015، ص.75).

ويُعرّفها " McCrae " و " Costa " على أنّها: أبعاد تصف فروق فردية في الميل إلى إظهار تكوينات متناسقة ومنظمة للأفكار، والإنفعالات والسلوكيات. وهذا التعريف مقترح أيضاً من طرف " Caspi " حيث يعتبر السمات على أنّها فروقات فردية لديها ميل إلى التصرف والتفكير والشعور بطريقة منظمة (Rolland, 2004, pp8-9).

* إجرائياً: هي مجموعة من الصفات التي يميّز بها مريض متلازمة الأمعاء المتهيجّة على المستوى المعرفي والانفعالي والسلوكي في تعامله اليومي وتكون ثابتة نسبياً عبر مواقف الحياة، والتي من خلالها يمكن تحديد الفئة التي ينتمي لها المريض من خلال الإجابة على مقياس الشخصية.

• نموذج العوامل الخمس الكبرى للشخصية

* اصطلاحاً: هو النموذج المكوّن من خمسة عوامل، أو كما تُسمّى بالخمس الكبرى، والذي نشأ من دراسات الصفات الوصفية للسمات المستمدّة من المعجم، وهو نظام التصنيف الأكثر استخداماً لسمات الشخصية (DeYoung, et al, 2007, p. 880).

ويقترح هذا النموذج مبدأ أنّ جميع الأفراد، بغض النظر عن جنسهم أو عمرهم أو ثقافتهم، يتشاركون في نفس السمات الأساسية، لكنهم يختلفون في درجة ظهورها (Novikova & Vorobyeva, 2019, p. 689).

وتتجلّى هذه السمات في:

- العصابية: ويتصفون بالقلق والعداء والاكتئاب وسريعو الغضب ويختبرون الانفعالات السلبية باستمرار.

- الإنبساطية: وهم ذوو انفعالات إيجابية تتجلى في الطاقة والنشاط والثرثرة ومشاركة الآخرين.

- التفتُّح (انفتاح الفكر) : ويتميّزون في العادة بالخيال والجماليات والأفكار ولديهم اهتمامات واسعة.

- الطيبة: يتميّزون بالاستقامة والإيثار والحياء والعطاء والتعاون والعطف والامتنان والتسامح.

- الوعي (يقظة الضمير): يتميّزون بالترتيب والولاء والسعي لتحقيق الإنجاز والانضباط الذاتي (Novikova & Vorobyeva, 2019, p. 689-690).

* إجرائياً: هي مجموعة من الصفات التي تساهم في ظهور عامل من العوامل الخمس الكبرى في الشخصية والتي يُصنّف وفقها مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة، قد تكون صفات يطغى عليها الاجتماعية والطاقة والحماسة وبالتالي تكون لعامل الإنبساطية، أو الإيثار والعاطفة وهي صفات لعامل الطيبة، أو لصفات التحكّم والتنظيم وتُعزى لعامل الوعي (يقظة الضمير)، وقد تكون للانفعالات السلبية وعدم الثبات الانفعالي وهي خاصة بعامل العصابية، في حين قد تظهر في حب الاستطلاع والإبداع وهي صفات تعود لعامل التفتُّح (انفتاح الفكر)، وتبرز مؤشرات هذه السمات في مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية في نسخته الفرنسية BFI-Fr لـ (Plaisant & al, 2010)، ويتمُّ تحديد سمة المريض حسب ارتفاع درجة العبارات الخاصة بالعامل الذي استجاب لها.

• استراتيجيات التعامل

* اصطلاحاً: هي عملية إدارة المطالب (الخارجية أو الداخلية) التي تُقيّم من قبل الفرد بأنّها شاقة أو تفوق إمكانياته، فالتعامل يتكوّن من الجهود التي توجه نحو العمل، وتلك التي تتّم

على المستوى النفسي من أجل إدارة (ضبط، أو تحمّل، أو تقليل، أو تخفيف) مطالب البيئة الداخلية والخارجية، والصراع بين هذه المطالب (شيلي تايلور، 2008، ص. 352).

وتُعرّف أيضاً أنّها جهود معرفية وسلوكية للتحكّم والتقليل والتخفيف من المطالب الداخلية و/أو الخارجية الناجمة عن التعامل مع الضغوط (Folkman & Lazarus, 1980 ; Lazarus & Launier, 1978) والميزة الهامة في هذا التعريف أنّه استراتيجيات التعامل عُرِفَت بعيداً عن نتائجها، أيّ أنّ استراتيجيات التعامل تشير إلى الجهود التي تُبذل لإدارة المطالب بغض النظر عن نجاح هذه الجهود (Sazan Folkman, 1984, p.839).

* إجرائياً: هي مجموعة ردود الفعل المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يستعملها المريض لمواجهة الضغط النفسي، وتكون إمّا موجهة لحلّ المشكل، أو التفكير الإيجابي، أو البحث عن المساندة الاجتماعية، أو التجنّب، ويتمّ قياسها بتطبيق مقياس استراتيجيات التعامل المختصر لـ Brief-COPE (Charles S. Carver, 1997) والذي ترجمه من طرف (Spitz & Miller, 2003) للغة الفرنسية، ويكون من خلال استجابة المريض لعباراته، إذ كلّما ارتفعت الدرجة على عبارات المقياس الخاص بكلّ استراتيجية، كلّما دلّ ذلك على شيوع تلك الاستراتيجية أكثر.

• نوعية الحياة

* اصطلاحاً: نوعية أو جودة الحياة Quality of life من المفاهيم الحديثة النسبية التي لاقت اهتماماً كبيراً في العلوم الطبيعية والإنسانية، وقد تباينت محاولات تعريف مفهوم نوعية الحياة باختلاف الأطر النظرية التي أفرزت تعريفات لهذا المفهوم (البقلي، 2014، ص. 4).

وبالتالي يمكن تعريفه بأنّه مصطلح يشير إلى التقييم الذاتي الذي يقدمه الأفراد حيث يقومون بتقييم الجوانب المختلفة لحياتهم: الصحية، النفسية، العقلية، المادية، العائلية، العلائقية، المحيطة وحتى الهوايات والعطل، وبذلك يحدد الباحثون عوامل ومصادر الضغوط لدى هؤلاء الأفراد وطرق مواجهتهم لها (Eliot, 1994) (زناد دليّة، 2013، ص. 31).

* إجرائياً: يعتمد قياس نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهدّجة على درجة تقييمهم لمدى تأثير أعراض المتلازمة على حالتهم الصحية والنفسية والاجتماعية العلائقية

والمهنية وكذا النشاطات اليومية، ويتم من خلال تطبيق مقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة IBS-36 لـ (Groll & al, 2002) واستجابة المرضى لعباراته، فكلما ارتفعت درجة المقياس كلما كان التأثير موجوداً وشديداً على مجالات حياتهم، في حين كلما سجل المقياس درجات أقل، كانت نوعية حياتهم متوازنة مع وجود المرض حسب إدراكهم لها.

• الاضطرابات المعوية الوظيفية

* اصطلاحياً: مجموعة من الأعراض الهضمية المزمنة الناتجة عن ضعف الجهاز الهضمي التحتي، وتُصنّف أنّها وظيفية لعدم وجود إصابة عضوية أو مورفولوجية و/أو بيولوجية قد تفسّر الحالة (Ducrotté, 2005, p.2).

* إجرائياً: هو المريض الذي يعاني من اضطرابات على مستوى جهازه المعوي بصفة مزمنة دون أسباب عضوية واضحة، ممّا تؤدي إلى خلل في الوظيفة قد تؤدي إلى أعراض مختلفة تُصنّف حسب نوعها وجدولها العيادي.

• متلازمة الأمعاء المتهيجة

* اصطلاحياً: وجود آلام بطنية أو عدم راحة هضمية (إحساس غير مريح على مستوى البطن بدون آلام) لمدة 3 أيام في الشهر على الأقل في آخر 3 أشهر الماضية، مع وجود معيارين على الأقل من المعايير التالية:

- الإحساس بالتحسّن بعد عملية الإخراج

- الإخراج يصاحب تغييراً على مستوى تواتر البراز

- الإخراج يصاحب تغييراً على مستوى كثافة البراز (Coffin, 2011, p.85).

* إجرائياً: هو المريض التي تمّ تشخيصه من طرف الطبيب على أنّه مصاب باضطراب في وظيفة الأمعاء الدقيقة والقولون بدون إصابة ملموسة للأعضاء ويكون عن طريق إجراء الفحوصات اللازمة للتأكد من عدم وجود أمراض مشابهة لها في الأعراض تكون ناجمة عن إصابة العضو.

وتكون الأعراض على شكل آلام بطنية مزمنة مع/أو انتفاخ وعدم الراحة الهضمية بالإضافة إلى اضطرابات في عملية الإخراج كالإمساك و/أو الإسهال.

ويكون العلاج وفق أدوية لتخفيف الألم وضبط الحركة الهضمية وإعادة توازن الوظيفة في الأعضاء التحتية للجهاز الهضمي مع الحماية الغذائية المناسبة وكذا الحثّ على تخفيف الضغط النفسي.

الفصل الثاني الشخصية وسماتها

تمهيد

تعتبر الشخصية الهدف الذي يصبو إليه علماء النفس منذ القدم لفهمه وتقريب معناه على وجه صحيح وكامل، وللوصول إليه تمّ بناء عدّة نظريات وإقامة عدّة دراسات لاكتشاف مكوّناتها وتحليل عناصرها والكشف عن العلاقات التي تساهم في بناء الصورة التي تبدو عليها في الأخير.

والباحث في هذا المجال يدرك التنوع النظري الذي وصل إليه علم النفس، والإثراء الذي لا يزال إلى يومنا هذا يضاف إلى بوتقة المصطلح حتى وصل إلى تكوين علم قائمٍ بحد ذاته وهو علم نفس الشخصية.

وفي هذا الفصل سنقدّم بعض التعريفات التي تقدّم بها علماء النفس، وإدراج النظريات التي سلّطت الضوء على الشخصية من زوايا مختلفة، مروراً بتعيين المحددات التي تُبنى عليها الشخصية وذكر جوانبها، وكذا الاضطرابات التي قد تظهر عليها، وطرق قياس الشخصية، وختاماً كيفية استعمال هذا المصطلح في علم نفس الصحة.

أولاً: الشخصية

1- تعريف الشخصية

منذ ولادة علم النفس سنة 1879 خُصّص جزءٌ كبير من هذا العلم لفهم الشخصية الإنسانية وكيفية عملها، وكان الهدف منها معرفة ماهية "هذا الشخص". (Mehran, 2010, p.13)

وقد تمّ تعريف الشخصية عبر الزمن بطرق مختلفة، ممّا يسمح لكل باحث أن يفحص الظواهر التي رأى أنّ لها أهميّة خاصة، دون أن يُقبل في الميدان تعريفٌ مشترك. (برافينb, 2010، ص.468)

قبل عرض بعض التعريفات المتداولة في هذا المجال، نعرض أولاً لأصل الكلمة، حيث أُشتقّ مصطلح الشخصية من الكلمة اللاتينية « Persona » والتي تعني القناع الذي يرتديه الممثّل

في الدراما اليونانية، لذا فإن الصياغة المفاهيمية الأولى للشخصية كانت بوصفها الانطباع الاجتماعي الظاهري الذي يتبناه الفرد في لعبه لأدوار الحياة. (هريدي، 2011، ص. 19)

تكشف الشخصية عن تعقد دراستها والاختلاف بين وجهات نظر الباحثين إليها في تعقد تعريفاتها، لكن هذا التعقد - من زاوية واحدة - قد يكون أمراً مرغوباً فيه، فإذا كانت الشخصية كلاً معقداً متعدياً الجنبات والسمات فإن كل تعريف لها يركّز على جانب أو جوانب معينة لهذا الكل المعقد، ومن هذا المنظور فليس هناك تعريف واحد صحيح وما عداه خطأ، فإن تعريف أي مصطلح أمر اختياري تحكّمي. (عبد الخالق، 2015، ص. 51)

فعلى سبيل المثال، وصف "كارل روجرز" الشخصية بمصطلحات من قبيل الذات، بوصفها الكينونة المنظمة، الثابتة، والقابلة لأن تُدرك على نحو ذاتي والتي تحتل أعق خبراتنا جميعها، بينما نظر "جورج كيلي" للشخصية بوصفها الطريقة المتقرّدة والمميّزة للفرد في استخلاص المعنى من خبرات الحياة.

في حين يرى "ألبرت بندورا" أنّ الشخصية عملية معقدة يكون فيها السلوك والشخص والموقف مؤثرين فيما بينهم على نحو مستمرٍ ودائم. (هريدي، 2011، ص ص. 20-21)

أمّا بالنسبة لـ (جوردون آلبر، 1961) والذي يُعتبر أباً لنظرية الشخصية فقد اعتبر أنّ تفسير وحدة الفرد هو هدف علم النفس، فلا يوجد فردان متطابقان ولا يوجد فردان يستجيبان بنفس الطريقة للوضعية النفسية ولا لنفس المثير، وعرفها أنّها: تنظيم دينامي داخل الفرد، مصنوع من أنظمتها النفسية التي تحدّد سلوكاته وأفكاره" (Mehran, 2010, p.24)

وحاول "لورانس برافين" أن يصف الشخصية على أنّها: "تنظيم معقد من المعارف والوجدانات والسلوكيات، التي تعطي لحياة الشخص توجّهاً ونمطاً (اتساقاً)، وتتكوّن الشخصية - مثل الجسم - من بناءات وعمليات، وتعكس كلاً من الطبع (الموروثات والتطبع والخبرة)، كما أنّها تشمل آثار الماضي، بما في ذلك ذكريات الماضي وبناءات الحاضر والمستقبل". (برافين b، 2010، ص. 468)

والملاحظ لهذه التعريفات يجد اتفاقاً بينها على عناصر مشتركة للشخصية وهي:

- التأكيد على أهمية التفرد أو التميز حيث تعكس الشخصية الخصائص المميزة والتي تجعل الشخص بارزاً عن جميع الآخرين.

- إعتبار الشخصية نوع ما من بناء أو تنظيم افتراضي وتصويرها للسلوك الظاهري حيث أنها تُعتبر المسؤولة عن تكامل وتنظيم السلوك.

- أهمية النظر للشخصية بمصطلحات تطوّر الحياة أو بمنظور تطوري (نمائي) حيث تمثل الشخصية عملية نمائية معتمدة على عوامل مؤثرة داخلية وخارجية، مشتملة على نزعات جيلية وبيولوجية، وخبرات اجتماعية، وظروف بيئية متغيرة.

- تنوع تعريفات الشخصية بتنوع التوجه النظري الخاص للمنظر. (هريدي، 2011، ص.22)

وعليه، يمكن تعريف الشخصية بأنها مجموعة من الاستعدادات المعرفية والإنفعالية والسلوكية والجسمية التي تتكوّن انطلاقاً من الوراثة والتفاعل البيئي عبر الزمن، والتي من خلالها تُبنى صورة كاملة للفرد تميّزه عن الآخر و تصل لأن تكون مرجعاً في إمكانية التنبؤ بسلوكه في مواجهة أحداث الحياة.

2- الاتجاهات والتناولات النظرية للشخصية

بدءً، وكأيّ دارس لعلم النفس، سوف يلاحظ عندما يتأمّل المواد الدراسية بقسم علم النفس في اللآئحة الدراسية، أنّ علماء النفس الأكاديمي يدرسون قطاعاً عريضاً متنوعاً من المواد يشمل علم النفس الاجتماعي، علم النفس الحيوي، الإدراك، علم النفس النمائي والسلوك التنظيمي وتمثّل تلك جميعها ميادين فرعية لعلم النفس والشخصية واحد منها. (هريدي، 2011، ص.23)

وعليه ينبغي على عالم الشخصية أن يجمع بين جميع مبادئ علم النفس العام، والعلاقات التفاعلية القائمة بين هذه المبادئ التي يجب أن تُؤخذ في الحسبان، وهكذا تحاول سيكولوجية الشخصية صياغة مفاهيم نظرية من شأنها أن تصف وتفسّر تلك الأنواع من العلاقات المعقّدة وجميع العوامل المؤثرة أو المحدّدة لسلوك وخبرة فرد ما. (هريدي، 2011، ص.24)

مع الوضع في عين الاعتبار أنه لا يوجد مجال في علم النفس يحاول أن يكون شمولياً كـمجال الشخصية، فبالفعل، فإنّ الشخصية تقع في ملتقى طرق معظم مجالات علم النفس، فإنّها نقطة التقاء دراسة النمو الاجتماعي والعقلي وعلم النفس المرضي، وتحقق الذات، التعلّم والعلاقات بينشخصية، وجمع من منظومات هامة أخرى تلك التي تشكّل بناء علم النفس الحديث.

إنّ اتساع بقعة التفسير - من وجهة نظر سيكولوجيين عديدين - ليست أمراً مدهشاً لأنّ ما تركّز عليه نظرية ما في دراستها، سيظل أقل من الفرد ككلّ الذي يُعدّ هدفاً طموحاً. (هريدي، 2011، ص ص. 24-25)

وقد تمّ تحديد ثلاثة مداخل لدراسة الشخصية وضعها (بيرفن، 1996) نلخصها فيما يلي:

ا. المدخل الإكلينيكي

يضمّن هذا المدخل أو التوجّه الدراسة المنظّمة والمتعمّقة للأفراد، ويُفضل هذا الإتجاه الأطباء النفسيون مثل "فرويد" والأطباء مثل "موري" والإكلينيكيون مثل "روجرز وكيلي"، وجوانب القوة الواضحة في هذه الطريقة ثروة الملاحظات الغنيّة التي تنتج عنها، وبعضها حدسي أو بديهي (Intuitive)، وبعضها غير ذلك، ولكن حدود هذه الطريقة تتلخّص في مدى ثبات هذه الملاحظات، وإمكانية اختبار الفروض، التي لا تُمثّل الاهتمام الحقيقي عادةً للمعالج الممارس، وفضلاً عن ذلك فإنّ كثيراً منهم يركّز على عمليات الشخصية غير السويّة أكثر من السويّة. (عبد الخالق، 2015، ص. 46)

ب. المدخل الإرتباطي

يتلخّص هذا المدخل في النظر إلى العلاقات الإحصائية بين مختلف المقاييس التي تمّ تحديدها موضوعياً، والتي تظهر أنّ الأفراد يختلفون بالنسبة لها، ومن أكثر الأسماء شهرة في هذا المجال: "جولتون"، و"أيزنك"، و"كاتل"، ويسمّون عادةً بأصحاب القياس النفسي، ومن الواضح أنّ هذا المدخل علمي صرّف، يستلزم القياس الدقيق للسلوك، ويعتمد غالباً على استخبارات التقرير الذاتي والطرق الإحصائية المتقدّمة التي يمكن أن تستكشف الأنماط المركّبة التي تكمن خلف السلوك، ويشير كثير من الباحثين إلى أنّ الإحصاءات متعدّدة

المتغيرات (من مثل التحليل العاملي) خادم جيّد ولكنّها سيّد سيء، ومن ناحيةٍ أُخرى فإذا كانت المقاييس سطحية أو متحيّزة أو تافهة فلا يمكن لأي قدر من الإحصاءات المتقدّمة أن تعوض هذا النقص. (عبد الخالق، 2015، ص.46)

ج. المدخل التجريبي

يتضمّن هذا المدخل التحكّم المنظّم في المتغيرات في محاولة لإيجاد علاقات سببيّة، ويحاول أصحاب هذا المدخل اكتشاف القوانين العامة للوظائف النفسية ووصفها، والأبوان المؤسسان لهذا المدخل هما "فنت" و"سكينر" ولهذا المدخل كلّ المزايا والعيوب التي تكمن في المدخل التجريبي، ومع أنّ كليهما ليس من أصحاب نظريات الشخصية، وتلازم كل الأعمال التجريبية مشكلات الصدق البيئي، وتحيز المجرب، وآثار التوقّع، والفهم التقويمي، ومع ذلك فإنّ هذا المدخل يُعدّ أفضل منهج لبحث العلاقات السببية، واختبار فروض معيّنة. (عبد الخالق، 2015، ص.46-47)

استنتاجاً لما سبق، نجد أنّ لفهم الشخصية يجب الإلمام بعدّة مجالات طبية ونفسية واجتماعية تتصلّ بالإنسان لمعرفة عملية وسيرورة الارتباط فيما بينها والتي تساهم في بناء الشخصية، وقد تمّ تبني عدّة مناهج لتحليل مكوّناتها والوصول إلى أقرب صورة ممكنة لها، فهناك من اختار المنهج العيادي الذي يقوم على جمع المعلومات من خلال دراسة الحالة والملاحظة، ومن اختار المنهج الارتباطي الذي يقوم على التحليل الإحصائي لجمع وتبويب المعلومات، وهناك من اتجه إلى إدخال المنهج التجريبي للكشف عن مدى وجود سببية في الوظائف النفسية للوصول إلى أدقّ استنتاج ممكن.

وعليه نجد أنّ اختلاف المناهج ساهم في الوصول إلى طرح زوايا مختلفة للشخصية وتقريب المفهوم للدارس بتبويب المقاربات وإثراءها للحصول على صورة أكثر شمولية لشخصية الفرد.

وتختلف قراءة الشخصية باختلاف البيئة التي ينتمي لها المنظرين وكذا طريقة تناولهم للمفهوم حسب الأبعاد المراد دراستها، وتسعى إلى وصف شامل نستطيع من خلاله فهم تفكير وسلوك الشخص.

وفيما يلي نسعى إلى طرح نظرة شاملة لأهمّ النظريات التي ساهمت في توضيح المفهوم:

1-2 التناولات الوصفية

تسعى التناولات الوصفية لتسليط الضوء على بروفيلات للشخصية معتمدةً على مجموعة من الخصائص المحددة حيويًا (بيولوجيا) كنظرية الأنماط، أو الناتجة عن الوظيفة العصبية النفسية للفرد كنظرية السمات.

1-1-2 نظرية الأنماط

حاول المؤلفون الحديثين ربط مختلف مظاهر الشخصية بالخصائص الجسمية على طريقة سابقهم الإغريقين، مقترحين أنماطاً للشخصية ومجموعة من الخصائص المتعلقة بكل فرد، ومن بين نظريات الشخصية الأكثر حداثة نجد نظرية أنماط (Kretschmer, 1925) و(Sheldon, 1954) اللتان جمعن بين ردود فعل الأفراد وخصائصهم الجسمية.

فحسب "Sheldon" يُعتبر الفرد ذو الجسم الكبير والضعيف من النمط العصبي (Ectomorpe) ويكون في الغالب خجولاً، مثبطاً، ويميل للانعزال والأعمال الفكرية.

أمّا الشخص القوي ذو العضلات فهو من النوع العضلي (Mésomorpe) ويميل إلى النشاط والسيطرة، في حين أنّ الشخص القصير والظاهرة عليه علامات السمنة فهو من النوع الحشوي (Endomorpe) ويكون اجتماعياً، بهيجاً و مسترخياً.

قد يبدو هذا التصنيف مغري للوهلة الأولى، لكنّه بعيد عن تقديم صورة متكاملة لتنوع وتعقيد السلوكات الإنسانية، فتصنيف "Sheldon" يثير التساؤل حول إن كان تصرف الشخص نتيجة للمظهر يرى نفسه فيه أو يرونه الآخرون فيه. (Godefroid, 2008, p.667)

2-1-2 نظرية السمات

بينما ترى نظريات الأنماط مفهوم الشخصية على أنّها مجموعة من الخصائص المتعلقة بفئات خاصة للأفراد، يحاول الباحثون الآخرون تحديد سمات كل فرد والتي تؤدي للتصرف على نفس النحو في مختلف الوضعيات وذلك عن طريق التحليل العاملي.

فنجذ " Allport " مثلاً الذي يميّز السمات المركزية الخاصة بالفرد بحد ذاته والسمات الثانوية الأقل ميزة والمرتبطة ببعض السلوكات الظاهرة في ظروف محدّدة. (Godefroid, 2008, p.667)

ومن أهمّ النظريات التي تناولت السمات، نجد ثلاثة نماذج ملفتة للنظر والمتمثلة في:

(ا) نظرية العوامل الستة عشر (16 PF)

اتفق (كاتل ، 1956) مع "آلبورت " في أنّ هناك سمات مشتركة يشارك فيها الأفراد جميعاً أو جميع أعضاء بيئة اجتماعية معيّنة. وهناك سمات فريدة لا تتوافر إلا لدى فرد معيّن ولا يمكن أن توجد لدى أيّ فرد آخر، بل أنّ قوّة السمة تختلف عند نفس الشخص من وقتٍ لآخر. (جابر، 1990، ص.290)

وتكون هذه العوامل ثنائية القطب تتراوح من النقيض إلى النقيض وتتباين حسب الفروق الفردية ويمكن تلخيصها في الجدول الموالي:

الجدول رقم (1) : عوامل الشخصية الستة عشر لكاتل

السمات	البعد
القطب الإيجابي: متفتح، متعاطف، له القدرة على التواصل مع الآخرين. القطب السلبي: متحفظ.	المودة، الدفء Cordialité, chaleur
القطب الإيجابي: مجرد. القطب السلبي: ملموس.	نمط التفكير Raisonnement
القطب الإيجابي: ثابت نسبياً، ناضج انفعالياً، مرن، متّزن، متكيف. القطب السلبي: متقلب وعدم النضج الانفعالي.	الإتزان العاطفي Stabilité émotionnelle
القطب الإيجابي: مليء بالطاقة، قيادي، تنافسي. القطب السلبي: محترم، متعاون.	التحكم Dominance
القطب الإيجابي: نشيط، حيوي، تلقائي القطب السلبي: متحفظ، رصين، جدي.	الحيوية Vivacité

المسؤولية Conscience et respect des conviction	القطب الإيجابي: ملتزم، ملتزم. القطب السلبي: غير ملتزم، يميل إلى الإستقلالية واللامسؤولية.
الثقة بالآخرين Assurance en société	القطب الإيجابي: جريء، شجاع. القطب السلبي: خجول، تجنُّبي.
الحساسية Sensibilité	القطب الإيجابي: حساس، عاطفي، ذو ذوق جمالي. القطب السلبي: نفعي، موضوعي.
الحذر والإرتياب Vigilance	القطب الإيجابي: شكاك، حذر، متأهب. القطب السلبي: واثق في الآخرين، يصدق بسرعة
التخيُّل Imagination	القطب الإيجابي: مبدع، ذو مخيِّلة واسعة. القطب السلبي: مطبق، يميل للتنفيذ
الإستدخال Intériorisation	القطب الإيجابي: كتوم، متستر، يخبىء للداخل. القطب السلبي: لا يخفي شيئاً، يفشي إلى الخارج.
قلق Inquiétude et appréhension	القطب الإيجابي: قلق، متوتر، شكَّاك. القطب السلبي: واثق من نفسه، هادئ.
الفتح للتغيير Ouverture au changement	القطب الإيجابي: منفتح على الخبرات الجديدة، مجدد. القطب السلبي: محافظ، تقليدي.
الإستقلالية Autonomie	القطب الإيجابي: وحيد، مستقل، فردي. القطب السلبي: يحب الإنتماء إلى مجموعة اجتماعية.
الإتقانية Perfectionnisme	القطب الإيجابي: منظم، متقان. القطب السلبي: فوضوي، غير مقيّد.
التوتر Tension	القطب الإيجابي: غير صبور، عصبي، متوتر. القطب السلبي: صبور، هادئ، متمالك لنفسه.

(Grégory, M., & Diane, P., 2006, p96) (نقلا عن برجى، 2016، ص137)

في الجدول رقم (1) نجد أنَّ العوامل الستة عشر لكاتل جمعت الأقطاب السلبية والإيجابية لكل عاملٍ على حدى في الشخصية والتي شملت الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية، وهي عوامل قد يشترك فيها الأشخاص لكن هناك وجود لفروق فردية عند كل منهم.

ب) نظرية العوامل الثلاث الكبرى

يرى "أيزنك" أن الشخصية تحدد -إلى أبعد مدى- عن طريق الجينات، وأن تأثير البيئة محدود جداً، ويرى أن قرابة 60% من الفروق الفردية من سمات الشخصية (الإنبساط، والعصابية، والذهانية) تحددها الوراثة. (عبد الخالق، 2015، ص.186)

وقد اقترح (1964) ثلاثة عوامل كبرى لتحديد الشخصية والمتمثلة في:

-العصابية: وهو ثنائي القطب على شكل متصل يجمع بين مظاهر حسن التوافق والتكيف والنضج والثبات الإنفعالي من جانب، وبين سوء التوافق والتكيف وعدم الثبات الإنفعالي من جانب آخر. وأمّ الإلتزان الإنفعالي الذي يقابلها تمثل في قدرة الفرد على التحكم في انفعالاته عند مواجهة الأحداث الضاغطة والصادمة ولا يستجيب لها بصفةٍ مبالغٍ فيها وتتوافق انفعالاته مع المواقف الخارجية.

- الإنبساطية: وهو أيضاً ثنائي القطب على شكل متصل يجمع بين مظاهر اجتماعية والاندفاعية، وقد جزء هذا البعد إلى سبعة عوامل فرعية تتضمن استخبار الإنبساط، التعبيرية، الاجتماعية، الإندفاعية، التأمل، المخاطرة، النشاط. وعلى العكس تماماً يقابل الإنبساطية الإنطوائية، ويوصف المنطوي بأنه شخص يوجّه طاقاته نحو حياته الداخلية، فيميل إلى الانفصال عن العالم، وتتركز قيمه حول حياته العقلية والمعرفية، ولا يهتم كثيراً بالآخرين، صارم العقل، متصلّب، يصفه من حوله بأنه غريب.

- الذهانية: يكشف هذا البعد عن الذهان أو الخلو من الذهان، وقد خلص (أيزنك، 1961) أثناء دراسته على ثلاث مجموعات من المفحوصين: الأسوياء، الفصامين، مرضى الهوس والإكتئاب. ووجد أنّ الذهاني يوصف بالعداوة، البرودة، القسوة والسلوك المضاد للمجتمع، التمرکز حول الذات، عدم التأثر بالمشاعر الشخصية، انخفاض الطلاقة اللغوية، ضعف الإلتباه والتركيز والإدراك. (نقلا عن برجى، 2016، ص.139)

إضافةً لذلك، بحث أيزنك في مسألة ربط هذه العوامل ببعض الاستعدادات الفسيولوجية، فحسبه يرتبط عامل الانبساطية بدرجة نشاط الجهاز الصبي الحشوي، بينما يرتبط عامل العصابية لعدم ثبات الجهاز العصبي المركزي، فيما يرتبط عامل الذهانية بنسبة مرتفعة من الهرمونات الذكورية في دم الشخص..(Godefroid, 2008, p.669)

ج) نظرية العوامل الخمس الكبرى

يُعتبر نموذج السمات الخمس الكبرى للشخصية نظاماً تصنيفياً حَقَّقَ إجماعاً كبيراً حيث أُستمد من المصطلحات المعجمية للغة اليومية المستعملة في وصف الفرد لحالته وحال الآخرين، وقد أثبت صدقه عبر مختلف مراحل العمر وكذا عموميته الثقافية. ومن بين المنظورات التاريخية والمفاهيمية التي يُستمدُّ منها لبناء أداة قياس للعوامل الخمس للشخصية نجد مدرستين:

- الأولى: الأبحاث المعجمية المعتمدة على الصفات لـ Goldberg

- الثانية: الأبحاث المطوّرة التي اعتمدت على مقاييس Costa وMcCrae.

(O. Plaisant, R. Courtois, C. Réveillère, G.A. Mendelsohn, O.P John , 2010 ; O. Plaisant, S. Servastavee, G.A. Mendelsohn, Q. Debray, O.P, John, 2005, p98)

وقد انخرط العديد من علماء النفس أمريكيين وأوروبيين (Borkenau et Ostendorf, 1990 ; De Raad et Szirmak, 1994 ; Caprara et al., 1994 ; Rolland, 1993 ; Petot, 1994) في محاولة توحيد مختلف المنظورات للشخصية ضمن نموذج العوامل الخمس للشخصية، لكن النتيجة لم تحسم بعد، والعوامل التالية هي المعتمدة حالياً من قبل الكثيرين مؤقتاً:

- العصابية: وهو العامل الذي يسمح بتحديد الأفراد المتميزين بالثبات الإنفعالي الذي يظهر في الثقة في الذات، حل المشكل، الصراحة والهدوء، والذين يتعرّضون للكرب النفسي أو استعمال استراتيجيات تعامل غير مناسبة.

- الإنبساطية: وهو العامل الذي يقيّم شدّة وكميّة العلاقات الاجتماعية، مستوى النّشاط والحاجة للتّحفيز، فالدرجة المرتفعة المتحصّل عليها تكون للأفراد الاجتماعيين والثرثارين أمّا الدرجات المنخفضة فتكون للأفراد المتحفّظين والمركّزين على مهمّة معيّنة فقط.

- الطيبة: وهو العامل الذي يقيّم نوعية الاتجاهات الاجتماعية للأفراد كالأثير والتسامح والثقة المفرطة في الآخرين، وعكسها كالسخرية من الآخر والحذر والتلاعب بالآخرين.

- إنفتاح الفكر: وهو العامل الذي يقيّم مستوى الاستثمار في البحث عن التجارب ذات المغزى والسماحة مع المجهول، ويعود هذا العامل للثقافة في نظر بعض الباحثين وللذكاء بالنسبة لآخرين، وتكون الدرجة المرتفعة في هذا العامل من نصيب الفرد الفضولي والمبدع والغير محافظ، أمّا الدرجة المنخفضة فهي للأفراد الواقعيين والمحافظين حيث يكون الفكر التحليلي والحس الفني قليل التطوّر لديهم.

- الوعي: وهو العامل الذي يقيّم مستوى التنظيم، الإندفاعية، والعزيمة للأفراد، ويرتفع لدى المجتهدين والمنضبطين والمثابرين وينخفض لدى الكسالى وغير المهتمين و المهملين.
(Godefroid, 2008, pp. 670-671)

وبما أنّ هذا النموذج هو الذي تمّ تبنيه في الرسالة، سيتمّ تناوله لاحقاً في القسم الثاني من الفصل تحت مسمى (سمات الشخصية: نموذج العوامل الخمس للشخصية) بشكل مفصّل ودقيق.

وعليه نجد أنّ الباحث الذي يريد الإعتماد على التناول الوصفي في فهمه للشخصية سيّجّه إلى نظريتان متعارفّ عليهما في هذا المجال، وهما نظرية الأنماط التي اتخذت من الخصائص الجسمية عنصراً رئيسياً في تصنيف الأفراد لفئات محدّدة وربط الظواهر المعرفية والمزاجية بها كنظرية كريتشمر وشيلدون، ونظرية السمات التي تحتوي على ثلاث نظريات متعارفّ عليها، تركّز على سمات الفرد التي تتصف بالثبات وتكوّن تقليداً للفرد في التعامل مع البيئة، والتي يتصرف الفرد وفقها في مختلف الوضعيات وتتميّز بالاختلاف المعرفي والمزاجي والانفعالي والاجتماعي وفق دينامية معيّنة، وتكون في نفس الوقت فردية لكل شخص من جانب ومشاركة مع الآخرين بدرجات متفاوتة من جانب آخر.

فوجد منها نظرية العوامل الست عشر لكاتل التي تقوم على العوامل الثنائية القطبية للسّمات، ونظرية العوامل الثلاث الكبرى لأيزنك والتي تميل للتأثير الوراثي في السمات بنسبة كبيرة والمقسّمة لثلاث عوامل كبرى: الإنبساط، العصابية، الذهانية، وكذا نظرية العوامل الخمس الكبرى المتمثلة في الانبساطية والعصابية والوعي وانفتاح الفكر والطيبة وهي نظرية أثبتت أحقيتها في الاستعمال الإكلينيكي والأكاديمي.

2-2 التناولات السلوكية

تهدف النظريات السلوكية إلى الكشف عن كيفية تكوّن سلوك الفرد (Godefroid, 2008, p671) حيث بدأت عند "Watson" بوجهة نظر مفادها أن الاستبطان أو التأمّل الذاتي غير علمي، ويجب أن نستبدل الاستبطان بالسلوك القابل للملاحظة بشكل موضوعي، وفضلاً عن ذلك فإنّ كلّ المتغيرات البيئية التي تؤثر في السلوك يجب أن تحدد بطريقة موضوعية، وإذا ظنّ الباحث أنّ بعض العمليات التي لا يمكن ملاحظتها موجودة داخل الفرد فيجب أن تُعرّف هذه العمليات بدقّة على ضوء المتغيرات القابلة للملاحظة التي تحدد وجودها (Million, 1986). (نقلا عن عبد الخالق، 2015، ص.254)

وانطلاقاً من عام (1924) أكّد "Watson" اقتناعه بأثر الإشراف الخاص بالتعلّم الذي يساهم في بناء الشخصية، فبالنسبة له يشكل أيضاً الناتج النهائي لنظامنا السلوكي، ويصرّح أنّه لديه القدرة على تشكيل طفل على هيئة طبيب، محامي، فنان، مفاوض، وحتى متسول أو لص، بغض النظر عن مواهبه، قدراته، كفاءته أو أصل سلالته إذا توفرت الشروط الملائمة لذلك.

كما أضاف "Skinner" مقولة أنّنا "نحن، هو ما نقوم به" والتي تعني أنّ الشخصية تتبع من شروط خارجية وتقوم بإعادة رسم تاريخ التعزيزات والعقوبات التي ساهمت في تكوين طريقة تفاعلنا، والتي تدعونا إلى التصرف بسلوكات معينة تلقائياً أو تجنّب أخرى، حسب ما تمّ تعزيره أو تعزيره. (Godefroid, 2008, p.672)

واقترح (Stats, 1986) توليفة لمختلف هذه المنظورات بتحديد الشخصية على أنها مجموعة من الذائئر الأساسية للسلوكات المكتسبة التي تؤسس تراكما للقدرات المطورة من طرف الفرد، في خضم تكيفه مع بيئته.

وعن طريق هذا المفهوم، حاول "ستاتس" أيضا إدماج نظريات السمات للنموذج السلوكي، بذكر كيف لهذه الذائئر الأساسية الناتجة عن التعلم أن تؤدي بالفرد إلى تبني طرق التعامل والتفكير الخاصة به. (Godefroid, 2008, pp.671-672)

فنستنتج من تناول السلوكي للشخصية أنه مذهب يعتمد على مبدأ التأثير البيئي على السلوك ويكون ذلك عن طريق الملاحظة والتعلم عبر عوامل الإشراف كالتعزيز أو التعزيز، وعليه تتكوّن مجموعة من الذائئر الأساسية للسلوكات المكتسبة المتمثلة في القدرات والمهارات لتعامل الإنسان مع البيئة ، وبالتالي تعكس شخصية الفرد.

2-3 التناولات الإجماعية الثقافية

حسب المنظور الإجماعي الثقافي (Rotter, 1966 ; Bandura, 1977 ; Mischel, 1968) فإن السلوك لا يمكن تفسيره تماما بالسمات التأسيسية للفرد كما يقترحه أصحاب المنظورات الوصفية ولا بأثر العوامل البيئية كالتصورها السلوكيون لوحدها فقط.

يرى "Bandura" و "Mischel" أن طريقة تصرف الفرد تأسس انعكاس التفاعل المستمر بينها وبين متطلبات البيئة، والتي يؤدي بها إلى اختيار طريقة مواجهة وضعية معينة أو طريقة التصرف مع الآخرين والتي في المقابل ستتشكّل اعتماداً على هذه الوضعية أو عن طريق البيئة المحيطة، وهو ما سماه "Bandura" الحتمية التبادلية.

وحسب هؤلاء المؤلفون فإن الشخصية هي نتاج سيرورات معرفية موجودة في هذا التفاعل المستمر، وهي في الأساس توقعات يعززها الفرد إزاء ردود فعل الآخرين أو إزاء نتائج أفعاله، ولكن في نفس الوقت هي معتقدات تعمل عليها وعلى قدرتها على القيام بالمهام ورفع التحديات.

وبالنسبة لمعتقدات الفرد من حيث القدرة على العمل فهي تعود لإدراك الذات والتي حسب " Bandura " تُترجم بمصطلح الشعور بالفعالية الذاتية، معناه الحكم الذي يصدره الفرد على قدراته للتعامل مع وضعيات معيّنة (Bandura, 1977)، وهذا الشعور يُبنى انطلاقاً من النجاحات الداخلية للفرد في نفس النوع من النشاطات، ومن التجربة المعاشة بالنيابة (vicariante) الثابتة التي تُكتسب عن طريق ملاحظة النماذج التي استطاعت التعامل مع هذا النوع من الوضعيات، أو أيضاً عن طريق الإقناع اللفظي للفرد بمهاراته من طرفه أو من طرف الآخرين.

وبالنسبة لأصحاب المنظور الاجتماعي المعرفي فإنَّ شخصية الفرد تتركز على قدرته على توقع واستشراف المستقبل وتحفيز نفسه وفق الأهداف التي تدفعه لتنظيم سلوكياته بهدف تحقيقها، وعليه فإنَّ للشخصية وجه آخر وهو المهارة أي قدرة الفرد على حل مشاكله والقيام بمهامه تحقيقاً للأهداف التي حددها.

ومن جهةٍ أخرى، رأى (Rotter, 1996) وجهاً آخر للشخصية بالغ الأهمية والذي يتمثل في طريقة إدراك الفرد للتحكم الذي يمارسه على بيئته أو الذي تمارسه البيئة عليه، وعليه زعم أنَّ للأفراد ميل إلى تحديد مركز ضبط سلوكهم إما في أنفسهم أو في بيئتهم، فهناك من لديهم ميل لعزو أفعالهم لأسباب داخلية، أمَّا الآخرين فلأسباب خارجية.

وعليه نجد أنَّ النظرية الاجتماعية المعرفية تقدِّم رؤية للشخصية والتي بموجبها تُشكِّل طريقة تصرف الشخص انعكاساً لتوقعاته ومعتقداته، وكذلك المهارات التي طوَّرها والتي يتمُّ تخزينها في الذاكرة ليتمَّ تفعيلها في مواقف محدَّدة. (Godefroid, 2008, pp.673-674)

ومنهُ نجد أنَّ التناول الاجتماعي الثقافي يعتمد على مبدأ التفاعل المستمر بين الفرد والبيئة فتتكوَّن ما يسمَّى بالسيرورات المعرفية والمعتقدات المبنية على مواقف موضوعية يتمُّ تخزينها وتطويرها في الذاكرة كخبرات ليتمَّ الاعتماد عليها لاحقاً في اختيار طريقة المواجهة ورفع التحديات في السياقات المناسبة، ومن أبرز المصطلحات التي ولدت في هذا التناول نجد الفعالية الذاتية ومركز الضبط.

2-4 التناولات المعرفية

إن المنظور المعرفي للشخصية يسلب الضوء على دور سلوك الأفكار والمعلومة التي يملكها الفرد، ولكنها تختلف عن النظرية الاجتماعية المعرفية في الأهمية التي توليها للتجربة الذاتية بدلاً من أثر المواقف الموضوعية.

من أبرز المنظرين الممثلين لهذا الإتجاه نجد "Kelly" صاحب نظرية بناء الشخصية و "Beck" صاحب نظرية المخططات المعرفية.

2-4-1 نظرية بُنى الشخصية لـ Kelly

حسب هذه النظرية فإنَّ الشخصية تتكون بالطريقة التي يؤوّل بها الفرد العالم من أجل التزوّد بمسار الأحداث والقدرة على التعامل معها بعد ذلك، ويترتب الحاجة إلى وصف وتصنيف الوضعيات، والأفراد والمواضيع التي يواجهها باكتشاف وتحديد أوجه التشابه والاختلاف الموجودة بينهم، ويؤدي هذا النهج إلى تكوين البنى الشخصية المنظمة في نظام يتمّ تصنيفها فيه وفقاً لمجال تطبيقها. وهذه البنى تتميز بثنائية قطبية من نوع تشابه - اختلاف التي تسمح لنا بوضع كل حدث أو فرد أو موضوع من حيث الجيد أم السيئ، الخجول أم المغامر، القوي أم الضعيف، الخطير أم الغير مؤذي، المذنب أم البريء ..إلخ.

ومع المواجهة المستمرة للوضعيات والخبرات الجديدة فإنَّ بنياتنا تتغيّر وتتوسع وتنظم بتقليل الاختلافات التي قد توجد فيما بينها، فإنَّ كمية ونوعية البنى الذاتية ودرجتهم في التعقيد أو الطريقة التي تعمل بها ستحدد الوجه الذي سيتعامل به الفرد مع الوضعيات التي سيواجهها. (Godefroid, 2008, pp. 674-675)

2-4-2 نظرية المخططات المعرفية لـ Beck

حسب "Beck" فإنَّ الشخصية هي نتاج التفاعل بين العوامل الجينية والتجارب، المرضية منها والغير مرضية المعاشة ضمن البيئة الفيزيائية أو الاجتماعية، وهي اللتان تقودان الإنسان إلى تطوير استراتيجيات قادرة على ضمان بقاءها وتوالدها عن طريق التعزيز أو التثبيط، ذلك حسب انعكاس نتائجها.

والاستعمال المتكرر لهذه الاستراتيجيات تولد نمطاً معرفياً ثابتاً يسمّى بالمخططات (وهو المفهوم القريب من مفهوم البنى لكيلي)، أي تكوين هياكل معرفية ثابتة نسبياً مكوّنة من مجموعة من المعارف حول العالم، جُمعت منذ الطفولة مع الخبرات وتجارب الحياة.

وقد وصف بيك ومساعدوه نوعين رئيسيين من هذه المخططات: المخططات القاعدية من نوع "أنا.. مثل:" أنا ماهر في عملي / أن غير محبوب .." ، والمخططات الشرطية من نوع "إذا .. إذن " مثل: "إذا ساعدوني .. إذن سأصل .." وهذه المخططات تمثل المعلومة المتعلقة بالنتائج المحتملة لحدث ما والطريقة التي يتعامل الفرد معها، فوفق وضعية ما قد ينشط مخططاً أو يكمن (يتوقف)، أو يكون الوضع بين الإثنين معاً، فعندما يكون نشطاً يؤسس المخطط القاعدة التي من خلالها يعطي الفرد معناً للأحداث أو على الأقل سيقود عملية انتقاء المعلومات أو التزويد بالعناصر التي تسمح بتغطية المعلومات الناقصة.

وفي حالة ما إذا كانت وضعية معينة تعاكس التنبؤات المستمدة من المخططات، فإنّ الفرد مدعو إمّا لاختيار المخطط الأكثر صلة أو تغيير بعض الاستراتيجيات. (Godefroid, 2008, pp.675-678)

وعليه نجد أنّ التناول المعرفي يُعطي الأهمية للتجربة الذاتية للفرد عن بيئته، ومن أبرز رواده: كيلي صاحب نظرية بُنى الشخصية الذي أسسه منهجه على مبدأ أنّ الطريقة التي يؤوّل بها الفرد العالم بترتيب وتصنيف الوضعيات والأفراد وفق نظام التشابه والاختلاف (الثنائية) هي التي تؤدي إلى تكوين بُنى الشخصية المنظّمة، ومع المواجهة المستمرة للوضعيات والخبرات فإنّ بنياتنا تتغيّر وتتوّع بتقليل هذه الاختلافات وهو الأمر الذي سيحدّد الوجه الذي سيتعامل به الفرد مع الوضعيات.

والنظرية الأخرى تعود لـ: بيك صاحب مفهوم المخططات المعرفية التي تُبنى عن طريق التفاعل بين العوامل الجينية (من طرف الفرد) والتجارب، فتتطوّر وتُبنى عن طريق التعزيز أو التثبيط والاستعمال المتكرر في مختلف الوضعيات مشكلاً بما يسمّى أيضاً بالنمط المعرفي.

2-5 التناولات التحليلية

وفقاً لنظرية التحليل النفسي لفرويد، فإنَّ الشخصية هي اللاشعور في المقام الأول، ذلك الذي يكون خارج نطاق الوعي والذي يُشكّل بالانفعال، وتعتقد النظريات التحليلية أنَّ السلوك ليس المظهر الخارجي فحسب، ولذا فإنَّ أي فهم حقيقي للشخصية إنَّما يتطلَّب منَّا النظر في المدلولات الرمزية للسلوك والأنشطة العقلية العميقة.

واللاشعور من وجهة نظر "فرويد" يمثِّل الجانب الأكبر من العقل إذا ما قورن بالجزء الذي يشغله الشعور وقد شبَّه العقل كجبل جليدي ضخم ويمثِّل في اللاشعور الجزء الغاطس تحت سطح الماء.

واعتقد فرويد أيضاً في أنَّ للأحلام أهمية مطلقة في سلوكنا، ويرى أنَّ الأحلام هي تعبيرات وتصورات لاشعورية للصراع والتوتر الذي نعيشه في حياتنا اليومية. (هريدي، 2011، ص.92-94)

تشمل الشخصية في النظرية التحليلية على ثلاثة أجهزة أو منظمات نفسية رئيسية هي: الهو، والأنا، والأنا الأعلى وفيما يلي موجز لكل منها:

أ. الهو Id: وهو مستودع الطاقة النفسية يتكوَّن من كل ما هو موروث وكائن منذ الولادة بما في ذلك الغرائز الجنسية والعدوانية القوية الهائجة، والرغبات المكبوتة والنزعات المستهجنة، إنَّها طبيعة الإنسان الحيوانية قبل أن يلحقها التهذيب. (عبد الخالق، 2015، ص.318)

ب. الأنا Ego: وهو مشتق من الهو بوصفه منظمة بدائية، ذلك أنَّ الهو يسير وفق مبدأ اللذة ولكن احتكاك الطفل بالواقع وبتأثير من مواجهة الهو للعالم الخارجي، ينسلخ من الهو جزء يسير وفقاً لمبدأ الواقع، وهو الأنا، الذي يفكر تفكيراً موضوعياً معقولاً، ويتمشى مع الظروف الاجتماعية المتعارف عليها. (عبد الخالق، 2015، ص.319)

ج. الأنا الأعلى Super Ego: تصدر تصرفات الطفل الصغير تبعاً لمبدأ اللذة كما أسلفنا، ولكن الطفل يتعلَّم -كلِّما شبَّ عن الطوق- أن يكفَّ نفسه عما يشتهي، وأن يفعل ما لا يشتهي، لا لشيء إلا ليتجنَّب عقاب الوالدين ويجوز ثوابهما، ويحدث هذا التطوُّر إذ يتمثَّل الصغير أوامر الوالدين ونواهيها ويدمجها، ويتقمَّص الصورة المثالية لهما ومن في مقامها، وتتبلور في نفسه أفكارهما عن الصواب والخطأ، الخير والشر، الحق والباطل.. إلخ، وذلك

على شكل سلطة داخلية تعمل عمل الوالدين حتى عند غيابهما. (عبد الخالق، 2015، ص319)

ويلجأ الإنسان إلى الحيل الدفاعية -دون أن يشعر- لدى إخفاقه في إقامة توافق بينه وبين نفسه أو بينه وبين بيئته الاجتماعية، ويترتب على هذا الإخفاق قلق أو صراع، ويضطر الفرد إلى تخفيض القلق بطرق شتى، ويكون ذلك بالحيل الدفاعية، وهي عمليات لا شعورية وغير توافقية، وتصنف إلى ثلاثة أنواع كما يلي:

- حيل خداعية: كالكبت والتبرير والإسقاط والتكوين العكسي والعزل.

- حيل هروبية: كأحلام اليقظة والنكوص.

- حيل استبدالية: كالتعويض والتحويل والتوحد. (عبد الخالق، 2015، ص ص. 320 - 321)

ف نجد أنّ النظرية التحليلية مبنية على مبدأ اللاشعور في تفسير سلوك الفرد، والنظر إلى المدلولات الرمزية للسلوك، و تحليل الأنشطة العقلية العميقة، كما يُبنى الجهاز النفسي عند التحليليين على ثلاثة أجهزة أو منظّمات نفسية رئيسية هي: الهو والأنا والأنا الأعلى مع وجود ميكانيزمات نفسية دفاعية لإحداث التوازن النفسي.

2-6 التناولات الإنسانية

يؤكد علم النفس الإنساني على أهميّة النظرة الشاملة للإنسان كمحور لدراسة الشخصية (لا بعض عناصر السلوك الفردي) وعلى الميل الحتمي للإنسان في رغباته وفي سعيه لتحقيق أهداف الحياة ولقد انعكس هذا الاتجاه في عروق أنصار علم النفس الإنساني عن جمع البيانات من الجماعة وتحليلها للوصول إلى تعميمات شاملة وفي تفصيلهم لدراسة الإنسان كوحدة كليّة فردية وكدراسة لحالة حياته شاملة كاملة وما اتجه إليه أنصار على النفس الإنساني من ضرورة النظر إلى خبرة الفرد كما يخبرها ويعيشها ويعايشها ومن أهميّة الحتمية الذاتية للإنسان ليست جديدة إذ تناولت مدرسة الجشطالت من قبل هذه الآراء بالدراسة وبعمق شديد ليس هذا فحسب ولقد أكد علماء السلالات والأجناس حديثاً أهميّة

دراسة الإنسان كوحدة كلية فردية وأهميّة ما يقدمه الفرد من تفسيرات لدوافع أفعاله. (عويضة، 1996، ص ص.14-15)

2-6-1 نظرية الإحتياجات

تُعتبر نظرية " ماسلو " في الشخصية من أكثر نظريات علم النفس الإنساني شيوعاً وقبولاً، وتقوم نظريته في الشخصية على أساس التنظيم الهرمي لحاجات الإنسان، وممّا يُشكّل شخصية الفرد أثناء محاولته إشباع حاجاته وكما رأينا فإنّ ترتيب إشباع هذه الحاجات يُعتبر أمراً أساسياً وجوهرياً، وأنّ الحاجات العليا في بناء ماسلو ينطبق على الراشدين أكثر ممّا ينطبق على الأطفال، هذا وإنّ إعاقة إحدى الحاجات عن الإشباع يُؤدي إلى إعاقة إشباع الحاجات الأعلى في البناء الهرمي، فإذا أعيق مثلاً إشباع حاجة الفرد لتقدير ذاته فإنّ ذلك يُؤدي إلى إعاقة تحقيق الذات وإلى توشيه الفهم المعرفي. (عويضة، 1996، ص. 15)



الشكل رقم (1): هرم احتياجات الإنسان لـ Maslow (Mehran, 2010, p.35)

في الشكل رقم (1) نجد التدرُّج الذي اقترحه ماسلو في احتياجات الإنسان بدءاً بالمادية ووصولاً إلى التجريدية، فالإنسان بالنسبة له كائنٌ لا يستطيع أن يعطي دون أن

يأخذ، فلكي يصل لمرحلة العطاء والتأثير على البيئة و تحقيق المشاريع الكبرى يجب إشباع حاجاته الأساسية أولاً والمتمثلة في التغذية والتطبيب والأمان والجنس والتعليم والعمل، مروراً بالعلاقات الإجتماعية المشبعة بالعاطفة والاحترام المتبادل، وبهذا يستطيع الوصول إلى تحقيق الحاجات العليا كالإبداع والعطاء وتحقيق الذات.

2-6-2 نظرية الذات

يأتي " كارل روجرز " لكي يتقدم ماسلو إلى الأمام إذ يرى أن الإنسان يدرك الخبرة التي يعيشها كحقيقة واقعة وأنه يستجيب لهذه الخبرة المدركة بطريقة تؤدي به إلى تحقيق ذاته. أي أن تحقيق الذات كقوة محرّكة ودافعة وبنفس المعنى الذي ذكره ماسلو يُعتبر مفهوماً أساسياً في نظرية كارل روجرز أيضاً.

فالطفل الصغير مثلاً يتصرف ككائن كلي منظم (نظرية الجشطالت) وأن توجيه سلوكه يعتمد على العملية التي بمقتضاها يُقدّر الفرد مدى جدارته الخبرات التي يمرُّ بها والتي قد تؤدي به إلى المحافظة على ذاته الإجتماعية والعضوية والتي تنميها وهنا تجب الإشارة إلى أن الذات الإجتماعية ترتبط بمفهوم الذات ارتباطاً وثيقاً وأن مفهوم الذات عند روجرز هو جزء من وعي الإنسان بذاته باستخدام كلِّ وسائل الإدراك المتاحة لديه. (عويضة، 1996، ص ص. 15-16)

وحدّد "روجرز" عناصر تتدخل في هيكل الشخصية وهي:

- الذات الواقعية: والتي تكون الجزء الذي يتفاعل مع الواقع والمكوّن من المشاعر والأفكار والطموحات وكذا قدرات تحليل المشاكل ووضع استراتيجيات لحلّها، فانطلاقاً من التجارب التي يعيشها الفرد مع الآخرين وردود أفعالهم يكوّن الفرد صورة عن ذاته.

- الذات المثالية: وهي الذات التي يرغب فيها الفرد ويطمح للوصول إليها وإلى إمكاناتها، وهي التي تسعى الذات الواقعية للحصول عليها.

وزعم "روجرز" أن لدى الفرد حاجة أساسية لتقدير الذات والتي تدفع به إلى البحث عن النظرة الايجابية لنفسه ولما ينجزه، وتكون شخصية الفرد أكثر توازناً إذا كان هناك اتفاق أو

تطابق بين نفسه الواقعية والانفعالات والمشاعر والأفكار الخاصة به، (Godefroid, 2008, pp.683-684)

وعليه نجد أنّ التناول الإنساني يلقي الأهمية للنظرة الشاملة للإنسان في كليته، وإلى الميل الحتمي لإشباع رغباته وسعيه لتحقيق أهداف الحياة، وينتمي لهذا التيار نظريتان بارزتان هما: نظرية الاحتياجات لماسلو التي تقترح رؤية التنظيم الهرمي لحاجات الإنسان، فبالنسبة له عند حدوث إعاقة في إشباع إحدى الحاجات الأساسية، سيتوالى بعد ذلك إعاقة في إشباع الحاجات الأخرى، وتتمثل هذه الحاجات في (الحاجات الفسيولوجية، الأمان، الحب والانتماء، تقدير الذات، تحقيق الذات) وأيّ خلل يطرأ في عملية تحقيق عنصرٍ ممّا ذُكر، يؤدي إلى اختلال في التوازن لدى الفرد.

ونجد في نفس السياق الإنساني لفهم الشخصية نظرية الذات لكارل روجرز الذي كوّن مفهوم الذات، مقدّمًا إيّاه على أنّه جزء من وعي الإنسان بذاته باستخدام كلّ وسائل الإدراك المتاحة لديه، ويقسم الشخصية لعنصرين: الذات الواقعية التي تضمّ المهارات والقدرات الحالية التي يملكها الفرد، والذات المثالية التي يسعى الفرد إلى إدراكها والحصول عليها، وما بين هذين العنصرين يستمر الفرد في تكوين خصائص شخصيته للوصول إلى الصورة الأمثل.

استنتاجاً لما سبق، نجد أنّ نظريات الشخصية تختلف باختلاف زاوية تناول المفهوم، فهناك من تبنّى المنهج الوصفي الذي يرى في الشخصية مجموعة من الأنماط والسمات التي تخضع للاستعدادات البيولوجية والتفاعلات البيئية والتي تختلف من فرد لآخر وتكون مستقرّة مع الزمن، ومن أبرز نظريات هذا التيار نجد نظرية العوامل الستة عشر لكاتل، والعوامل الثلاث الكبرى لأيزنك والعوامل الخمس الكبرى لكوستا وماكري.

أمّا التناول السلوكية فنجدها تتمحور حول عنصر الإشراف ومبدأ التعزيز والكف في اكتساب السلوك الناتج عن العوامل البيئية ومن أبرز رواده نجد واطسن وسكينر.

في حين ترى التناولات الإجتماعية الثقافية أنّ الشخصية ناتجة عن التفاعل المستمر بين السيرورات المعرفية والبيئة المحيطة والذي يتمّ تعزيزه مع الوضعيات التي يواجهها الفرد في حياته ومن أبرز الرواد الذين ساهموا في إثراء هذا التيار نجد باندورا وروتر.

ومن جانب آخر نجد التناولات المعرفية التي تقوم على فهم عملية تكوين الأفكار التي يتلقها الفرد عبر خبراته وكيفية إستدخالها وإدراجها وتحويلها لاستعداد فكري يقوم عليه تصرف الفرد أمام وضعيات حياته والتي يطبع عليها أثر التجربة الذاتية ومن أبرز رواد هذا الإتجاه نجد كييلي وبيك.

أمّا التناولات التحليلية فتقوم على مبدأيّ الشعور والأشعور، وتفسيرهم لسلوك الإنسان يكون عبر مدلولات رمزية ناتجة عن أنشطة عقلية عميقة ترتبط بالغرائر وكيفية تسيرها من طرف الأنا بواسطة الميكانيزمات الدفاعية لتحقيق التوازن.

في حين نادت التناولات الإنسانية لتبني رؤية شاملة للإنسان وبأنه نتيجة خبراته وحتميته الذاتية وإعطاء الأهمية لما يقدمه من تفسيرات لدوافع أفعاله كضرورة إشباع احتياجاته والسعي إلى تحقيق ذاته على النحو الذي يأمله، ومن أبرز رواد هذا الاتجاه نجد ماسلو وروجرز.

3- محددات الشخصية

المقصود بالمحددات مجموعة المتغيرات أو المنظومات الأكثر حسماً في تحديد مفهوم بناء ونمو الشخصية، وتعدّ المنظومة البنائية والمنظومة الإجتماعية عاملان أساسيان متفاعلان في بناء الشخصية.

3-1 المحددات البنائية

المقصود به هو بيئة الفرد من حيث أجهزة جسمه المختلفة، كالجهاز العصبي والجهاز الغددي والجهاز الدوري.. إلخ كذلك الأنسجة المختلفة والخلايا في تلك الأنسجة وفي الدم والعظام ويشترك في هذا تشريحاً لجميع أفراد الجنس البشري.

بالإضافة إلى الخصائص الوراثية التي تنتقل عبر الجينات التي تحملها الكروموسومات، لون العين والجلد وشكل الأنف والطول والقصر وصفات الجهاز العصبي والغددي وكذلك الاستعداد للإصابة ببعض الأمراض. (نبيل صالح سفيان، 2004، ص. 22-23)

3-2 المحددات الاجتماعية

والمقصود به المنظومة الثقافية التي يعيشها الفرد أو ينخرط فيها، كذلك التراث التاريخي الحضاري له، ويشكّل التاريخ الحضاري والثقافة المعاصرة للفرد نوع الشخصية التي تختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى وحتى التاريخ الحضاري لشخص عن آخر، وعليه لا يمكن دراسة الشخصية بطريقة مجردة في المجتمعات المختلفة لأنها بالضرورة تعكس هذا الظروف البيئية المادية والاجتماعية التي تحبط الفرد.

ويمكن أن نضيف لهذا المحدد نوع التنشئة الاجتماعية (التطبع الاجتماعي) التي تنخرط فيها الشخصية وهناك مجموعة من وكالات التطبيع الاجتماعي تبدأ بالأسرة وتنتهي بالمؤسسات القانونية والدينية في الدولة، مروراً بالمدرسة كمؤسسة اجتماعية وما يصاحبها من جماعة الأقران الرفاق وكذلك مؤسسة الإعلام والمؤسسات الحزبية والترفيهية.. الخ حيث يطبع كل هذه الوكالات الشخصية) بطابع خاص ومميز يختلف من مجتمع لآخر و من بيئة لأخرى.

ولابد من الإشارة إلى أن المنظومتين البنائية والاجتماعية متفاعلتان بالضرورة وتختلف الرؤى في أيهما تؤثر أكثر في الشخصية. (سفيان، 2004، ص. 25-26)

استنتاجاً لما سبق، نجد أنّ العوامل التي تتكوّن منها الشخصية وتتّشكّل وفقها مشمولة في عنصرين: المحددات البيولوجية وهي ما تشملها الوراثة والأجهزة الجسمية المختلفة أي ما هو ملموس ومادي، وكذا المحددات الاجتماعية والذي ترادف معنى التنشئة الاجتماعية وهو كلّما يشمل التربية والتعليم والتفاعل مع الوسط الاجتماعي وطبيعة الثقافة ونمط الحياة التي يُجبل عليها الفرد.

وبالتالي فإنّ التقاء هذين العنصرين يساهمان في إنشاء شخصية تحمل نظام تفكير وشعور وسلوك معيّن مستمرّ في التطوّر مع الخبرات ليصل إلى درجة الثبوت النسبي.

4- جوانب الشخصية

لقد ركّز الباحثين اهتمامهم في الدراسات الحديثة للشخصية وخاصةً الميادين التطبيقية والإكلينيكية على جوانب الشخصية القابلة للملاحظة والقياس، وبحسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) قد تمَّ تحديد أهم هذه الجوانب في النواحي التالية:

4-1 الجانب الإنفعالي

يُمثّل هذا الجانب النشاط المتعلّق بالانفعالات مثل الحب، الكراهية، الخوف.. وما يرتبط بذلك من ثبات انفعالي أو عدمه، وتختلف الاستجابات الانفعالية من فرد لآخر باختلاف تكوينهم البيولوجي ومكتسباتهم الاجتماعية والمعرفية من جهة واختلاف المواقف وإدراكها من جهة، ويعتمد الدليل التشخيصي (DSM-V) على الجانب الانفعالي كمؤشر على وجود اضطرابات الشخصية. (Myers, D., 2008, p504) (نقلاً عن برجى، 2016، ص ص. 106-107)

4-2 الجانب العقلي المعرفي

ويُقصد بها الوظائف العقلية مثل الذكاء العام والقدرات العقلية المختلفة والعمليات العقلية العليا كالإدراك والحفظ والتفكير والانتباه والتخيّل والتحصيل، وكذلك الكلام والمهارات اللغوية. (نبيل صالح سفيان، 2004، ص 59) (نقلاً عن برجى، 2016، ص. 107)

4-3 الجانب الاجتماعي والعائلي

يتضمّن هذا الجانب من الشخصية طبيعة العلاقات الاجتماعية للفرد وتفاعله مع الآخرين، والإشكاليات الكثيرة والمتكررة في التعامل مع الآخرين والتفاهم معهم.. (نقلاً عن برجى، 2016، ص. 107)

4-4 الجانب المورفولوجي أو المظهر الخارجي والسلوك

يعبر هذا الجانب عن جميع مظاهر الشخصية التي تبدو على ملامح الفرد، شكله الخارجي، لباسه، طريقة كلامه، طبعه وجميع استجاباته السلوكية الظاهرة ومدى اتساقها في شكل يبعث بانطباع معين، ونلاحظها من خلال التصرفات المتكررة مع الزمن، والسلوك الذي يسلكه الأفراد نوعان:

- السلوك العرضي وهو السلوك المرتبط بدرجة أكبر بالموقف، إذ في الكثير من الأحيان لا يُعبّر عن اتجاهات الشخصية للفرد مثل فورة غضب من شخص نحكم عليه أنه هادئ عادةً، ولأسباب وعوامل موقفية لم يتمالك هذا الشخص انفعالاته.

- السلوكات التلقائية أو المدمجة وهي سلوكات الاعتيادية للفرد التي يتميز بها والتي تهدف إلى خفض التوترات الناتجة عن طبيعة الحاجات والدوافع المحركة لذلك السلوك. (Norbert, 1999, pp62-63) (نقلاً عن بورجي، 2016، ص. 108)

استنتاجاً لما سبق، فإنّ للشخصية أربعة جوانب متكاملة فيما بينها، الجانب المعرفي العقلي الذي يحمل الأفكار والمعتقدات ونظم التحليل والاستنتاج، الجانب الانفعالي العاطفي الذي يظهر في المشاعر والأحاسيس والاستجابات الانفعالية، الجانب المورفولوجي والسلوكي الذي يتجلى من خلال أدبيات التصرف وكيفية الظهور في المجتمع، وأخيراً الجانب الاجتماعي العلائقي الذي يُترجمه نوعية العلاقات الاجتماعية وطبيعة التواصل مع الآخر.

5- اضطرابات الشخصية

تُعبّر الشخصية المرضية عن طريقة رد فعل وسلوك يتّصف بالديمومة له سمات قليلة من حيث العدد، صلبة وغير مرنة، وقابلة للملاحظة بشكل واضح، والتي تكون سبباً في معاناة نفسية وعدم تكيف اجتماعي بليغ، وعليه فإنّ اضطرابات الشخصية تتصف بانحرافات كمية بالنسبة للشخصية العادية ويكون ذلك بوجود عدّة سمات مرضية.

ومن صفاتها نجد غياباً للمرونة في مسار التكيف وجموداً غالب في التعامل، وقد تكون المعاناة النفسية معبراً عنها والعكس، كما نجد ثباتاً في الشخصية المرضية لكن قد يعبر بمراحل تغير في الشدة، بصفة تصاعدية أو تخفيفية أو مستقرة، وهذا يرجع لأحداث الحياة. (Tribolet & Shahidi, 2015, p.388)

وكعرض مختصر للشخصيات المرضية نجد:

1-5 الشخصية الهستيرية

تتَّصف هذه الشخصية في المجلد بالتمحور حول الذات، والسلوك المسرحي أو الهستيري: كتضخيم الوضعيات المعاشة والميل إلى العرض المبالغ فيه للمشاعر والتي لا تكون متوافقة مع الوضعية الحقيقية، الهشاشة الإنفعالية، سلوكات الإغراء. (Tribolet & Shahidi, 2015, pp.389-392)

2-5 الشخصية العظامية:

تتَّصف بتضخيم للأنا والتمحور حول الذات، الغرور، الاكتفاء بالذات وتحقير الآخرين، سلوك متعطرس، احتقاري، عدائي. (Tribolet & Shahidi, 2015, pp.392-394)

3-5 الشخصية الوسواسية:

تتَّسم بالميل للتردد والتحقق، كف عاطفي واجتماعي وجنسي، الانشغال بالدقة والمُثل، غياب التلقائية، اكتئاب مزمن، والتحكمية. (Tribolet & Shahidi, 2015, pp.395-396)

4-5 الشخصية ضد اجتماعية (السيكوباتية):

تتميّز بوجود سمات في السيرة الذاتية خاصة: طفولة ومراهقة متذبذبة، عدم معرفة واحترام المعايير والقيود الاجتماعية، عدم استقرار مهني، عدم القدرة على إتباع خطة حياة معينة، محاولات انتحار متكررة، التشرد، إدمان المخدرات والتداوي الذاتي والدعارة. (Tribolet & Shahidi, 2015, pp.396-398)

5-5 الشخصية الحدية:

تتَّصف بالاندفاعية في التعامل في ميادين مختلفة، علاقات شخصية غير مستقرة مع تغير مفاجئ للسلوك، الحاجة إلى تلقي التعاطف والخوف من فقدان، اضطرابات في الهوية (الجنسية، الاجتماعية، الأخلاقية) (Tribolet & Shahidi, 2015, pp.398-399)

5-6 الشخصية النرجسية:

تتَّصف بتقدير ذات عال بدون حدود، الحاجة الماسة لأن يكون محبوباً والحاجة للظهور ولفت الإنتباه، تواصل متعطرس مع عدم تحمل النقد. (Tribolet & Shahidi, 2015, pp.399)

5-7 الشخصية الشبه فصامية:

تتَّصف بسلوك انطوائي مع عدم الاهتمام النسبي للعالم الخارجي وتفضيل النشاطات الفردية، برود عاطفي، كلام عقلائي في المجمل مع حياة خيالية شديدة لكن غريبة مع ميل للمحتوى المبطن والمثالية العقائدية. (Tribolet & Shahidi, 2015, p.400)

5-8 الشخصية الفصامية:

تتَّصف بالانسحاب الاجتماعي، الميل إلى التفكير الحالم والتجريد مع الخرافة والمعتقدات الغريبة، وجود اضطرابات في الإدراك أحياناً، وجود تبدد في الهوية أو تبدد في الواقع أحياناً. (Tribolet & Shahidi, 2015, pp.400-401)

5-9 الشخصية التجنُّبية:

تتَّصف بوجود قلق دائم يؤدي إلى وهنٍ شديد، بالإضافة إلى وجود أعراض رهابية أحياناً خاصة الرُّهاب الاجتماعي، الكف، الانعزال، الخجل والتجنُّب، تقدير ذات ضعيف. (Tribolet & Shahidi, 2015, p.401)

5-10 الشخصية الاعتمادية:

تتَّصف بالخوف المفرط من الانفصال مع البحث المستمر عن المساندة والحاجة للأمان، صعوبات في اتخاذ القرارات وخنوع مبالغ للشخص الذي يعتمد عليه. (Tribolet & Shahidi, 2015, p.402)

استنتاجاً لما سبق، نجد أنّ اضطرابات الشخصية هي عبارة عن سلوك له سمات صلبة غير مرنة يتّصف بالديمومة وقابلية للتنبؤ وتسبب معاناةً نفسية مع عدم تكيف إجتماعي، فنجد منها الهستيرية التي تندفع بالعواطف وتبالغ في تقييم الأحداث، والعظامية التي تعظم من ذاتها وتواجه الآخرين بالشك والغرسة، والوسواسية التي تفتقد للتلقائية وتميل للتردد والتحقق والإلتزام المتشدد بالمثل، والحدية التي يغلب عليها طابع الاندفاعية وعدم الثبات الانفعالي، والنرجسية التي تتمحور حول ذاتها وترغب في أن تكون موضع الاهتمام والحب اللامشروط، وكذا الشخصية ضد اجتماعية التي تجمع أغلبية الانحرافات السلوكية، والشخصية التجنّبية التي يغلب عليها القلق من مواجهة الوضعيات الاجتماعية وتجنّبها، والشخصية الاعتمادية التي يسيطر عليها خوف الاستقلالية والوحدة فتكون معتمدة على شخصٍ آخر وتسعى للحفاظ عليه، الشخصية الشبه فصامية التي تميل للإنعزال واللامبالاة الاجتماعية واللجوء إلى الخيال والأفكار الميتافيزيقية، وأخيراً الشخصية الفصامية التي تتميز بالانسحاب الاجتماعي ولها اضطرابات في الإدراك واللغة والسلوك وتبدد في الهوية والواقع أحياناً.

6- قياس الشخصية

المسلّمة الأساسية في عملية القياس النفسي أنّ الفرد يختلف عن غيره من الأفراد في أبعاد معينة يمكن تعرّفها وقياسها، والاختبارات النفسية مصمّمة - بوجه خاص - لوضع قيم رقمية لهذه الفروق وكذلك وصفها. (عبد الخالق، 1996، ص. 31)

ويدلنا تاريخ العلم أنّ العلاقة وثيقة بين النظرية ومناهج البحث، أو بين نظرية الشخصية وطرق قياسها، إذ تُعدّ النظرية نقطة البدء في تطوير طرق قياسها، كما أنّ عدداً من اختبارات الشخصية قد وُضعت خلال نظرية أو أخرى من نظريات الشخصية، ومن ناحيةٍ أخرى فإنّ النظريات العاملة التي تتفق في الهدف العام، وتختلف في المدخل الأمثل للوصول إلى هذا الهدف الذي يتلخّص في التوصل إلى أهم الأبعاد الأساسية للشخصية، تستخدم طرقاً متعددة لقياس الشخصية بواسطة الاستخبارات، فإذا كانت المهمة العاجلة في أيّة نظرية عاملة للشخصية متعلّقة بتصنيف سلوك الأدميين لتعرّف الجوانب أو الأبعاد

الأساسية التي يختلفون فيما بينهم عليها، فتكون المهمة العاجلة التالية هي تطوير طرق لقياس هذه الأبعاد.

ولكن تطوير طرق القياس يمكن أن يساعد على تطوّر النظرية ونموها، حيث تضع الأخيرة علاقات يمكن اختبارها، ولن يتمّ ذلك إلاّ بأدوات القياس، وغنيّ عن البيان أنّ ذلك يمكن أن يطوّر أو يغيّر جوانب النظرية.

وحيث أنّ القياس أمرٌ أساسي للتقدّم العلمي نتساءل: ما الذي نقيسه في علم النفس؟ وتكون الإجابة عن هذا السؤال كما يلي:

- الاستجابات: والقياس هنا مباشر على مستوى المشاهدة Observation

- السمات: وهو قياس غير مباشر على مستوى الاستنتاج Inference (عبد الخالق، 1996، ص ص. 82-83)

ومن بين الوسائل المستعملة في قياس الشخصية نجد:

6-1 الاختبارات:

وهي نوع من المقابلة المقنّنة، ويتكوّن من مجموعة من الأسئلة أو العبارات المطبوعة غالباً، يجيب عنها المبحوث بنفسه (بالكتابة غالباً وشفوياً أحياناً)، على ضوء احتمالات أو فئات للإجابة المحدّدة سلفاً من مثل نعم، لا، أو موافق، غير موافق في موقف قياس فردي أو جمعي، وتدور أسئلة الاختبار أو عباراته حول جوانب وجدانية انفعالية أو خاصة بالسلوك في المواقف الاجتماعية. (عبد الخالق، 2015، ص. 419)

ومن بين هذه الاختبارات نجد: اختبار أيزنك للشخصية الصادر عام (1975) وقياس أربعة أبعاد: الذهانية، والانبساط، والعصابية والكذب، قائمة العوامل الخمسة لكوستا وماكري (1992) وقياس هذه القائمة العوامل الخمسة: العصابية، والانبساط، والتفتح للخبرة، والقبول، مقياس سلوك النمط (أ)، قائمة القلق " الحالة والسمة"، قائمة مسح المخاوف، قائمة بيك للاكتئاب، القائمة العربية للاكتئاب الأطفال، المقياس متعدد الأبعاد للاكتئاب الأطفال والمراهقين، وغيرها. (نفس المرجع السابق)

6-2 مقاييس التقدير:

تُعرّف مقاييس التقدير على أنّها وضع معدّل أو رتبة أو درجة وذلك بهدف تعيين بند أو عنصر معيّن كفرد أو سمة أو سلوك أو نتيجة اختبار، ويعرّف مقياس التقدير بأنّه أداة أو وسيلة نضع على أساسها رتبة رقمية أو معدّلاً كمياً لخاصية معيّنة أو سلوك خاص أو سمة محددة، اجتماعية أو خلقية أو انفعالية، سواء أكانت دالة على الصحة النفسية أو سوء التوافق، سمات سوية أو أعراض مرضية. (عبد الخالق، 2015، ص. 465)

ومن نماذجها: مقياس التقدير الرقمي، مقياس التقدير البياني، تمايز المعاني. (نفس المرجع) ويوجد ما يُسمّى بمقاييس التقدير الإكلينيكية التي يقوم بها الإكلينيكي المدرب بتوسع، بوصفها مقاييس لشدّة الاضطراب ومداه ونوعه، والمنطق العام لهذه المقاييس أنّها محاولات لجعل الحكم الإكلينيكي الخبير كمياً ومقنناً، ومنها مقياس التقدير السيكياتري المختصر، مقياس تقدير هاملتون للإكتئاب، مقياس تقدير هاملتون للقلق. (نفس المرجع السابق)

6-3 قوائم الصفات:

هي إحدى الطرق الشائعة لقياس الشخصية، ويقدم للمبحوث في هذه الطريقة قائمة من الصفات، ويطلب منه أن يحدّد إذا ما كانت كلّ صفة تميّزه أو لا، ويمكن أن تُستخدم قوائم الصفات إمّا لوصف الشخص ذاته (تقرير ذاتي)، وإمّا لوصف شخص آخر يعرفه تمام المعرفة (Kaplan & Saccuzzo, 1982, p141) ويمكن أن تستخدم في مجالات متعددة: إكلينيكية وبحثية ودراسة السلوك في العمل...، وغير ذلك من المواقف، هذا فضلاً عن استخدامها لدراسة الشخصية، وتحديد المشكلات التي يواجهها الشخص من مختلف النواحي: الانفعالية والصحية والشخصية، والأسرية والمالية والاجتماعية وغيرها. (عبد الخالق، 2015، ص ص. 479-480)

ومنها نجد قائمة الصفات الوجدانية المتعددة وقائمة صفات الإكتئاب.

6-4 الاختبارات الموضوعية للشخصية:

الاختبار الموضوعي للشخصية هو موقف يستخدم في التنبؤ بالسلوك في جانب معين غير الموقف الذي يقدمه ...، وهو اختبار له مغزى بالنسبة لعدد كبير من مواقف أخرى للسلوك ...، ويشير إلى شيء ما غير ما يقيسه في الظاهر، كما أنه اختبار جاهز للتركيب، قابل للنقل والحمل، يمكن أن يُستحضر بدقة في أي مكان، يصحح موضوعياً، رخيص، يمكن تقنيه، مختصر عن الموقف الذي يحاول أن يتنبأ بالسلوك فيه. (Cattell, 1950, p55) (عبد الخالق، 2015، ص. 487)

ومن بين هذه الاختبارات نجد: اختبارات هارتشورن وماي، المقاييس الفسيولوجية، المقاييس النفسية الحركية، المقاييس الإدراكية.

6-5 الطرق الإسقاطية:

الطرق الإسقاطية وسائل غير مباشرة لقياس الشخصية في جوانبها السوية وغير السوية، وتعتمد هذه الطرق على تعددها على مفهوم الإسقاط، والإسقاط Projection عند فرويد عملية دفاعية لا شعورية يعزو بها الفرد دوافعه وإحساساته ومشاعره إلى الآخرين أو إلى العالم الخارجي. (عبد الخالق، 2015، ص. 515)

ومن هذه الطرق نجد: الرورشاخ، اختبار تفهم الموضوع، اختبار تفهم الموضوع للأطفال، تداعي الكلمات.

استنتاجاً لما سبق، نجد أن القياس النفسي للشخصية يهدف لمعرفة ميزات وخصائص الفرد ونقاط اختلافه مع الآخرين في سلوكه وسماته، فيتم تحويل المعلومات المتحصّل عليها إلى قيم رقمية موضوعية قابلة للتصنيف والتفسير والتنبؤ، فيحدث التطور في دراسة الشخصية وتقام علاقة تبادلية بين النتائج الميدانية والنظريات تفسيراً وتصويماً وبالتالي تتحرك عجلة العلم في الميدان.

ومن أنواع القياس نجد الاستخبارات التي هي نوع من المقابلات المقتننة مكوّنة من أسئلة وعبارات يجيب عليها الفرد على ضوء احتمالات معيّنة، وكذا مقاييس التقدير التي تعدّ أداة نضع على أساسها رتبة رقمية لخاصية أو سلوك معيّن لقياس شدّة ونوع الخاصية المراد دراستها، أمّا قوائم الصفات ففيها يجد المبحوث الصفات التي تعكسه ليتّم تصنيفه وفقها، في حين وُضعت الاختبارات الموضوعية للتنبؤ بالسلوك المراد دراسته عبر مواقف معيّنة، أمّا الطرق الإسقاطية وهي طرق غير مباشرة تعتمد على ميكانيزم الإسقاط الذي ينتمي للمدرسة التحليلية وعليه يتّم تأويل الإجابات وفق نظام اللاشعور.

7- الشخصية في ضوء علم نفس الصحة

تمّ اعتبار خصائص الشخصية منذ سنوات كعامل مؤثر في الصحة، وتناولت هذه المسألة وجهات نظر مختلفة، إمّا بوجهة نظر النوع أو البروفيل أو وجهة نظر السمات. والذي شغل الباحثين هو معرفة ما إذا كان هناك بروفيلات للشخصية محتملة أكثر من غيرها للتأثير على الصحة.

وعليه تمّ تعيين نوعين من المنظورات، أحدهما السيكوسوماتي والثاني إبيديميولوجي، اللذان سما بتحديد نوع السلوكات الخطر، فنجد التي تتعلّق بالأمراض القلبية الوعائية والمسماة بالشخصية من نوع (أ) والثانية متعلّقة بأمراض السرطان وتُسمّى بالشخصية من نوع (ج).

بالنسبة للشخصية من نوع (أ) تمّ تحديد عدد من السلوكات فيها كالشعور الحاد بالمنافسة، الحقد أو العنف، عدم الصبر.. إلخ، أمّا في حالة الشخصية من نوع (ج) فتّم ملاحظة المشاعر السلبية والعنف والميل إلى الاستنكار الذاتي والإكتئاب والشعور بعدم القدرة إزاء الأحداث المدركة كفقدان.

أمّا من ناحية أخرى، نجد سمات في الشخصية تُعتبر عوامل إنقاذية، وهي سمات متّصلة بخصائص معرفية إيجابية تساعد على تطوير معتقدات وأساليب معرفية يؤدي إلى تكوين فكرة إيجابية عمّا يحدث للفرد، وبالتالي فإنّ التفاوض مثلاً يرتبط بالصحة الجسمية والانفعالية الجيدة، ونفس الشيء بالنسبة للفعالية الذاتية، والمرونة والصلابة النفسية.

إنَّ العوامل الإنقاذية والإمراضية هي أبعاد يجب أن تُدمج في عملية فهم خصائص الشخصية على نطاقٍ واسع، والتي تمَّ تصويرها ليس فقط كعوامل استعدادية لكن أيضاً سيوررات تفاعلية وسيطية عن طريق استراتيجيات التعامل الانفعالية، المعرفية والسلوكية التي يطوِّرها الفرد. (Fischer & Tarquinio, 2014, pp.17-19)

نستنتج ممَّا سبق أنَّ للشخصية تأثيراً على الصحة الجسمية للفرد من خلال المكونات التي تملكها من أفكار وانفعالات وسلوكات، فمنها ما يكون عاملاً جيِّداً إنقاذياً للصحة كالتفاؤل والفعالية الذاتية ومنها ما يكون عاملاً سلبياً وإمراضياً كالانفعالات السلبية والسلوكات التجنُّبية للوضعيات الضاغطة، وعليه فإنَّ الباحثين في هذا المجال أبحروا في فهم كيفية التأثير بين الشخصية والجانب الصحي من خلال معرفة السيورة التي من خلالها يتمُّ التفاعل لإحداث المرض أو الحفاظ على الوضع السليم للصحة.

ثانياً : سمات الشخصية (نموذج العوامل الخمس الكبرى)

1- تعريف السمة

تُعرَّف السمة على أنَّها استعداد لإصدار السلوك بطريقة معيَّنة، والذي يميز سلوك الشخص عبر مدى واسع من المواقف. (برافين، 2010، ص. 164)

ويُعرِّفها " McCrae " و " Costa " على أنَّها: أبعاد تصف فروق فردية في الميل إلى إظهار تكوينات متناسقة ومنظمة للأفكار، والانفعالات والسلوكات. وهذا التعريف مقترح أيضاً من طرف " Caspi " حيث يعتبر السمات على أنَّها فروقات فردية لديها ميل إلى التصرف والتفكير والشعور بطريقة منظمة. (Rolland, 2004, pp.8-9)

في حين ينظر إليها " جوردون ألبرت " (1897-1967) إلى السمات كعناصر بنائية أساسية للشخصية، فينظر إلى السمة بوصفها استعداداً مسبقاً للاستجابة على نحو خاص، وتؤدي السمة إلى اتساق في الإستجابة، لأنَّها تصف العديد من التنبهات المتعادلة وظيفياً، وتستحضر عديداً من أشكال السلوك التكيفي والتعبيري. (برافين، 2010، ص. 106)

وبالنسبة لـ "كاتل" فإنَّ السمة هي مجموعة ردود الأفعال أو الاستجابات التي يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الاستجابات أن توضع تحت اسم واحد ومعالجتها بالطريقة ذاتها في معظم الأحوال. (قشاشطة وعوين ، 2013 ، ص.5)

وحسب التعريفات المذكورة نستنتج أنَّ السمة استعداد للسلوك وميل لإظهار الاستجابات السلوكية والانفعالية والمعرفية وفق تكوين معيَّن متناسق ومنظَّم، له طابع التكرار عبر المواقف المختلفة، مشكلاً بذلك بنية أساسية للاستجابة قابلة للتنبؤ.

2- مراحل ظهور السمة في منظور علم النفس

المراحل التي يجب أن يمر بها للوصول إلى مفهوم السمة:

2-1 المرحلة الأولى: تعرف فيها السمة إلى الأفعال والسلوك الذي يقوم به الفرد وتصرفاته في عديد من المواقف ومن هذه الملاحظات قد تستدل على وجود بعض الخصائص المشتركة فيها.

2-2 المرحلة الثانية: وفيها تعرف السمة إلى الشخص الذي يقوم بالسلوك كأن تقول عنه أنَّه حذر وواثق بنفسه أو متسرِّع ومن الطبيعي أن ينتقل الوصف من السلوك إلى الشخص.

2-3 المرحلة الثالثة: فبعد أن نصف الشخص بصفة ما نتيجة ملاحظة لسلوكه على فترة طويلة من الزمن فإننا نشير إلى هذه الصفة كثير ما تتكرر وتعطيها اسمها، فتقول هذا الشخص لديه سمة معينة هي سمة الحرص أو الثقة بالنفس. (سيد محمد غنيم، 1975) (نقلا عن صالح، 2013 ، ص. 57)

نستنتج أنَّ السمة لكي تُصبح خاصةً بفرد ما عن غيره، تمرُّ عبر مراحل تبدأ بملاحظة تكرار فعل أو سلوك للفرد عبر مواقف معيَّنة ومن ثمَّ تُصبح صفة ملازمة لهذا لإنسان تميَّزه عن غيره وبالتالي تصبح ملازمة له وثابتة يمكن التنبؤ بها.

3- خصائص السمة

تمَّ جمع أهم النقاط التي تميَّز بها السمات في ما يلي:

- السمة تنظيم أو خصلة ذات دوام نسبي، ويهتم بالفروق الفردية في السمات الانفعالية والاجتماعية، وتُعدُّ السمات الوحدات الأساسية للشخصية الإنسانية.
- تتأكد مُسلِّمة السمات من ثبات شخصيات الأفراد واستقرارها عبر الزمن والمواقف إلى حدِّ بعيد، مع وجود فروق فردية فيها بين مختلف الأفراد.
- للسمات أنواع مختلفة: معرفية، ودينامية، ومزاجية انفعالية، واجتماعية، وتُركِّز بحوث سمات الشخصية على السمات الانفعالية والاجتماعية.
- السمات العامة هي السمات المشتركة أو الشائعة بين عدد كبير من الأفراد في ثقافة معينة أو لدى الأدميين بوجه عام، وهي ذات توزيع متَّصل أو مستمر، ولمختلف الأفراد درجات متفاوتة عليها.
- السمات الخاصة أو الفريدة هي التي تخص فرداً ما بحيث لا يسهل أن نصف شخصاً آخر بالطريقة نفسها.
- السمات الرئيسية نزعات بارزة في حياة الفرد، بحيث يمكن تتبع معظم الأفعال التي تصدر عنه إلى تأثيرها، وأمَّا السمات المركزية فتغطي مدى محدوداً من المواقف كالأمانة والشفقة وتأكيد الذات، وأمَّا السمات الثانوية فتمثل نزعات أقل عمومية واتساقاً.
- تُصنَّف السمات كذلك إلى سطحية: وهي التي تلاحظ مباشرة، وتظهر في العلاقات بين الأفراد، وسمات أساسية ثابتة وذات أهمية بالغة، وهي التكوينات الحقيقية الكامنة خلف السمات السطحية.
- يوجد التشابه بين السمات في مستويات ثلاثة: تشابه بين كل الأدميين، وتشابه مع بعضهم، وعدم تشابه مع أيِّ منهم.
- السمة مفهوم مجرد لا تشاهد بطريقة مباشرة، بل تلاحظ المؤشرات الدالَّة عليها، والسمة كذلك إطار مرجعي، ومبدأ لتنظيم بعض جوانب السلوك والتنبؤ به، وتحدد السمة بعدد من المعايير.

- يتطلّب تفسير السلوك مستويات مختلفة من التحليل مضافاً إليها السمات، ولكن السمات وحدها لا تُعدّ سبباً للسلوك. (عبد الخالق، 2015، ص ص. 94-95)

ومنه نستخلص أنّ السمة هو تنظيم ثابت نسبياً عبر الزمان والمواقف، تكون معرفية ودينامية وانفعالية واجتماعية، وينقسم تصنيفها لسمات عامة يشترك فيها الأفراد وفق ثقافة معيّنة بدرجات متفاوتة، وسمات خاصة تختصّ بالفرد وفق ما يُسمى بالفروق الفردية، وقد تكون السمات رئيسية وهي نزعات بارزة في حياة الفرد، ومركزية تغطي مدى محدوداً من المواقف وثنائية تكون أقل عمومية منها، وتكون أساسية ثابتة كامنّة مكوّنة السمات السطحية البارزة سهلة الملاحظة، وتحدد السمة وفق إطار مرجعي بعدد من المعايير ولكن لا يتمّ الاعتماد عليها فقط في تفسير السلوك أو تناولها على مبدأ السببية، وإنّما هي مظهر من مظاهر قراءة الشخصية.

4- نموذج العوامل الكبرى للشخصية

يجمع نظام العوامل الكبرى النقاط المشتركة في معظم الأنظمة الموجودة التي تصف الشخصية على نحوٍ عالٍ من التجريد، ويضع نموذجاً وصفيّاً متكاملّاً في متناول الباحثين في الشخصية.

كان (Fiske, 1949) السبّاق في وضع تصنيفٍ جدُّ مبسّطٍ لـ 22 متغيّرٍ لـ Cattell، والهيكل (العالمي) يتشابه مع ما سيسمّى لاحقاً بالعوامل الخمسة، ولتوضيح هذه العوامل حلّ (Christal & Tupes, 1992) مصفوفات الارتباطات المستمدة من ثمانية عينات مختلفة من جديد حيث وجدوا على خمسة عوامل ملاحظة ومتكررة في كل التحليلات.

وقد استنسخ (Norman, 1967) و (Borgatta, 1964) و (-Digman & Takemoto) (Chock, 1981) هذا الهيكل بخمسة عوامل مستمدّة من 35 عاملٍ لـ Cattell.

اختلفت تسمية العوامل الخمسة باختلاف المؤلفين وحسب المرحلة، لكن استقرت على تسمية العوامل الخمس للشخصية (Goldberg LR, 1981)، وهي التسمية التي تمّ اختيارها ليس لإظهار عظمتها الجوهرية ولكن لتسليط الضوء على مدى حجم كلّ عاملٍ.

وهذه العوامل تمثّل المستوى الأعلى لتجريد الشخصية وكلُّ بعدٍ يشمل عدداً كبيراً من الخصائص المميّزة والأكثر خاصّة للشخصية.

وبدأ نموذج العوامل الخمسة -بشكل جدي- في الستينيات من القرن الماضي، وتسارعت البحوث عليه في الثمانينات والتسعينات من القرن الماضي (Friedman & Schustack, 1999, p260) وبذكر "Costa" و "McCrae"، كما ورد في (Mattews et al, 2003, pp28-30) أنّ نموذج العوامل ضروري وكاف معاً لوصف الأبعاد الأساسية للشخصية، فهو يمدنا بإطار موحد للعمل في بحوث السمات. (Plaisant, O., Guertaiult, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, & John, O.P, 2010, p.483)

وفيما يلي نعرض بشيء من التفصيل ماهية هذه العوامل الخمسة للشخصية:

العصابية Neuroticism

تتجمع في هذا العامل العام مقاييس القلق والاكتئاب والانفعالية والعصبية وتقلّب المزاج والعدائية والقابلية للاضطراب والتنبّه للذات وتوهُم المرض، ويوصف هذا العامل عامّةً بأنّه متّصل يقابل بين عدم الاستقرار الانفعالي والاستقرار الانفعالي، وأنّ الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة في هذه السمة العامة لديهم ميل كي يصبحوا في حالة ضيق واضطراب في كثير من مجالات حياتهم: إنهم قلقون وعصبيون ولا يشعرون بالأمان بطريقة مزمنة ويحملون فكرة منخفضة عن ذواتهم.

ومن ناحية أخرى من يحصل على درجة منخفضة في عامل العصابية يتّصف بالهدوء والاسترخاء والتحمّل والشعور بالأمان والرضا عن النفس كما أنّه غير انفعالي.

الإنبساط Extraversion

يجمع ذوو الدرجة العليا في عامل الانبساط بين صفات الاجتماعية والنزعة إلى التجمّع مع الآخرين وحب اللّعب والهزل، والقدرة على التعبير والتلقائية والتوكيدية والسيطرة والطموح وحب الدعابة والمزاح والتفاؤل والانطلاق والحيوية والطاقة والحماسة، ولهذا العامل قطب مقابل هو الانطواء.

ويُتَّسَم أصحاب الدرجة العليا من الانطواء (والدنيا من الانبساط) بصفات منها: الانسحاب والهدوء والخجل والكف والتحفظ وعدم الرغبة في التجمُّع مع الآخرين والسلبية والتشاؤم.

☞ التفتُّح للخبرة أو انفتاح الفكر Openness to experience ou ouverture d'esprit

توصَّلت البحوث التحليلية العاملية المبكَّرة للسمات في اللُّغة الانجليزية إلى تحديد بُعد من الأبعاد الأساسية للشخصية على أنَّه "الثقافة Culture" وكان هذا العامل يشير إلى مجموعة من السمات الصغرى التي تتصل بكون الشخص مولعاً بالتأمُّل والتفكير، وتخيلياً وفناناً وراقياً ويبدو أنَّ هذا العامل -أكثر من العوامل الأربعة الكبرى- يتضمَّن بعداً عقلياً، وتشير الدرجات العليا إلى الصقل العقلي الممتاز، ورحابة الأفق، والاستبصار في حين تشير الدرجات المنخفضة في هذا العامل إلى ضيق الأفق وعدم القدرة على التخيل وعدم النضج وعدم الثقافة.

وقام ماك ماري وكوستا في وقت أحدث، بإعادة فهم هذا العامل على أنَّه "التفتُّح على الخبرة" ويصف أصحاب الدرجات المرتفعة في هذا العامل بوساطة أنفسهم وغيرهم ممن يعرفونهم جيِّداً بأنَّهم يتَّسمون - بوجه خاص - بالأصالة، والتخيل، والإبداع، وحب الاستطلاع والجرأة والاستقلال والتحليلية وعدم التقليدية، والفن والتحرر والاهتمامات الواسعة.

☞ القبول أو الطيبة Agreeableness

يشمل هذا العامل الجوانب التعبيرية في الحب، والتعاطف والصدقة والتعاون وما شابهها، ويضم هذا العامل مفاهيم من مثل: الإيثار، والوجدان وكثير من الجوانب الإنسانية الرائعة للشخصية الإنسانية، والأشخاص الذين يحصلون على درجة مرتفعة في هذا العامل أو المتَّصل يتَّصفون بالدفء في علاقاتهم الشخصية والتعاون والتكثيف ومساعدة الآخرين والصبر والود والتعاطف والشفقة والتفهُّم والكياسة والدمائة والطبيعية والإخلاص إنَّهم أكثر من مجرد أناس يتَّسمون باللُّطف كما وصفوا كذلك بصفات من مثل: الأمانة، والخلق القويم،

وعدم الأنانية، وحبّ السلم والإنسانية والالتزام تجاه الأصدقاء والأسرة والجوانب الاجتماعية الخيرة.

وعلى الطرف النقيض يتّصف أصحاب الدرجة المنخفضة على بعد القبول بأسوء السمات في معجم العوامل الخمسة الكبرى بأسره، إنَّهم: خصيمون، وعدائيون ومحاربون وخشنون وغير متعاطفون ومخادعون وماكرون وهازئون وغير مهذبين وغير ناضجين وقاسون ولا يوثق بهم، وحقودون ولا يكثرثون بمشاعر الآخرين ويدخلون في معارك ويؤذون الآخرين.

الإتقان أو يقظة الضمير Conscientiousness

يشمل هذا العامل جوانب متعددة من الأوصاف المتصلة بنزوع الشخص واستعداداته في مجال العمل، والإنجاز وتحقيق النجاحات ...، وغير ذلك، وفي الدرجة العليا لهذا العامل يوصف الشخص بأنّه جيّد التنظيم، وكفاء ويُعتمد عليه ويتقدم مثل هذا الشخص إلى إنجاز المهام بطريقة منظمة ومرتبّة، ويحلل المشكلات بطريقة منطقية، ويكون لديه إجابات موجزة للأسئلة، وينفذ العمل تبعاً لمستويات دقيقة في كل من العمل واللّعب.

ويمكنك الإعتقاد على مثل هؤلاء الناس الذين يتسمون بالإتقان والتقاني، فإنّ لهم تنظيم ذاتي جيّد، وموجهون نحو الواجب، ويُعتمد عليهم، ويتّصفون بالمسؤولية لدى تعاملهم مع الآخرين، إنَّهم نادراً ما يتأخرون عن المواعيد، ولا يتأخرون عن الفصل الدراسي ويخططون لحياتهم بعناية على هدى مبادئ وأهداف، وقد يُظهرون الحرص الزائد في بعض الأحيان، ولكنَّهم مع ذلك قادرين على اتخاذ قرارات صعبة ويلتزمون بها عندما تسوء الأمور، إنَّهم مثابرون وثابتون ويمكن التنبؤ بسلوكهم وتمسكون بالعرف وقواعد السلوك المرعية، ومقتصدون.

ومن الطرف الآخر للمتصل يتّسم ذوو الدرجة المنخفضة في هذا العامل بأنَّهم يميلون إلى عدم التنظيم، وإتباع المصادفة وعدم الفعالية واللامبالاة، والتهاون كما أنَّهم لا يُعتمد عليهم، ومن الصعب أن نتنبأ بما سيقومون به من موقف إلى آخر، ولذا فإنَّهم شاردون، وغير متسقين في سلوكهم، وينقص حياتهم الخطط والأهداف، ومن الممكن كذلك أن يتّصف أصحاب الدرجة المنخفضة في هذا العامل بالكسل والبطء وعدم الحسم ووهن العزيمة

والتهور والإفراط وبأنهم غير عمليين ويَتَّسمون كذلك بعدم احترام المستويات الدقيقة في كل من العمل والأخلاقيات. (عبد الخالق، 2015، ص ص. 232-241)

وفيما يلي نجد السمات الفرعية المرتبطة بالعوامل الخمسة من وضع "كوستا" و ماك كري"، ويحلو لـ "جون" أن يعيد ترتيب الحروف الأولى لهذه العوامل الخمسة لتكون كلمة OCEAN:

الجدول رقم (2): السمات الفرعية المرتبطة بالعوامل الخمسة لـ "كوستا" و ماك كري (1992)

قلق، عدائية غاضبة، اكتئاب، حساسية، اندفاع، تعرُّض للانجراف.	Neuroticism العصابية N
دفع وحماسة، حب التجمُّع، توكيد الذات، النُّشاط، البحث عن الإثارة.	Extraversion الإنبساط E
خيال جامع، حب الجمال والفن، المشاعر، الأفعال، الأفكار، القيم.	Openness التفتح للخبرة O
الثقة، استقامة ووضوح، إثارة (حب الغير)، مطاوعة ولين العريكة، تواضع وبساطة، حنان ورقة.	Agreeableness القبول A
كفاءة وجدارة، نظام وترتيب، شعور بالواجب، نضال من أجل الإنجاز، الإنضباط الذاتي، التروي والتأني.	الإتقان Conscientiousness C

(عبد الخالق، 2015، ص. 231)

في الجدول رقم (2) حدِّد كلٌّ من كوستا و ماك كري السمات والأوجه الفرعية لكلِّ عامل من العوامل الكبرى، وهي سمات متنوعة تدرج في مجال معيَّن يعكس ميل الفرد إلى صورة معيَّنة في تفاعله الاجتماعي.

ويؤكِّد كثير من علماء نفس السمة الحاليين على وجود إتفاق متنامٍ بين الباحثين على نموذج العوامل الخمس الكبرى أو العوامل الخمسة للشخصية OCEAN ، وقد تبَدَّت الدلائل الداعمة لهذا النموذج في: الاتفاق عبر الثقافي على العوامل التي اقترحها النموذج، والتي تمَّ استخلاصها من التقديرات، والاستخبارات، وكذلك الاتفاق بين التقديرات الذاتية وتقديرات الآخرين للسمات، والارتباطات بين الدرجات على السمات والمظاهر الأخرى لوظائف الشخصية، والعلاقات بين الفروق الفردية في السمات والمظاهر المتنوعة للوظائف

البيولوجية، والعلاقات بين الدرجات على السمات واضطرابات الشخصية. (برافين a، 2010 ص ص. 167-168)

نستنتج ممّا سبق أنّ نموذج العوامل الخمس للشخصية من المنظورات التي أحدثت رؤية جديدة في مجال دراسة الشخصية والتي أصبحت تُبنى من طرف الدارسين في هذا المجال لتغطيتها المجالات المختلفة لسلوك الفرد في الحياة، وكذا لطريقة استنباط هذه العوامل من نظريات السمات السابقة لها عبر التحليل العاملي وبالتالي إشراك السمات المتّفق وجودها في الأفراد ، وتظهر هذه العوامل في خمسة ميادين متوسّعة: عامل العصابية الذي يمثّل كلّ المشاعر السلبية التي يواجه بها الإنسان مواقف الحياة، عامل الإنبساطية الذي تمثّل الجانب الاجتماعي والعلائقي للفرد بما في ذلك القدرة على التواصل والتعبير والتلقائية مع الآخر، عامل التفتح على الخبرة الذي يعكس البعد العقلي للإنسان كالتأمّل والتفكير والاستبصار والتخيّل والسعي وراء اكتساب الثقافات المختلفة، عامل الطيبة التي تعكس الجوانب الإنسانية كالتعاطف وحب الآخر والرحمة والتسامح والتعاون والإيثار، عامل الوعي أو يقظة الضمير وهو الجانب التنظيمي في حياة الفرد من خلاله تظهر سمات الحزم والدقة والترتيب والإتقان والإنجاز والكفاءة والتخطيط.

ملخص الفصل

تمّ تناول الشخصية في هذا الفصل من عدّة زوايا نظر للوصول إلى أقرب صورة واضحة ممكنة لها، فتمّ عرض بعض التعريفات التي حاول متبنييها تقريب المفهوم والذي من خلاله يستطيع الباحث الاعتماد عليها في قراءة سلوك الفرد، بالإضافة إلى النظريات المختلفة التي تناولت الشخصية باختلاف مشاربها، فهناك من رآها على أسس معرفية و/أو سلوكية خاضعة للاستعدادات البيولوجية والتأثيرات البيئية مع سيرورة التعلّم كالتناول السلوكي المعرفي، ومن رآها على أساس خبرات متراكمة منذ الطفولة تتحوّل لقوى لاشعورية تسيّر سلوك الفرد كالتناول التحليلي، وهناك من أعزها للتفاعلات المستمرة بين الإنسان وبيئته كالتناول الثقافي الاجتماعي، فيما سعى التناول الإنساني إلى ذكر أهمية الاحتياجات التي يسعى الفرد لإشباعها لتحقيق النضج السلوكي، في حين هناك من تناولها على أساس أنماط وسمات سلوكية انفعالية ومعرفية دينامية تُكتسب وتعزز مع خبرات الحياة مشكّلةً

طابعاً خاصاً يتميَّز به الفرد عن الآخرين وينقسم تصنيفها لسمات عامة يشترك فيها الأفراد وفق ثقافة معيَّنة بدرجات متفاوتة، وسمات خاصة تختصُّ بالفرد وفق ما يُسمى بالفروق الفردية كالتناول الوصفي (الأنماط والسمات كالعوامل الخمس الكبرى للشخصية).

وقد اعتمد الباحثون على عدَّة مناهج للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات في هذا المجال منها الوصفية، ومنها التجريبية وكلُّ منها سعى لوصف وتحليل وتفسير والتنبؤ بالشخصية، وبالتالي شكَّلت تنوعاً وتوسُّعاً في تناول المفهوم يصلح لمختلف البيئات الدراسية لها، بالإضافة إلى تحديد الفرق بين الشخصية العادية والمرضية وذكر أنواعها وفق التصنيفات العيادية ومدى أهميَّة الشخصية في مجال علم نفس الصحة.

واستنتاجاً نجد أنّ الشخصية هي ذلك الكلّ الذي يشمل العناصر البيولوجية والنفسية والاجتماعية لمواجهة أحداث الحياة وإحداث التفرُّد في طرق التعامل، والتي تسمح لنا بإدراجها كعامل يساهم في عملية التأثير والتأثر في الجوانب المختلفة من الحياة، وأنَّه يمكن الاعتماد عليها كمتغيِّر في شرح عملية التأثير التي قد تحدثها في متغيرات أخرى.

الفصل الثالث

استراتيجيات التعامل

تمهيد

تُعتبر استراتيجيات التعامل من أهم المجالات التي اهتمَّ بها علماء النفس في دراسة سلوك الإنسان بما أنَّها المرآة التي يتمُّ الاعتماد عليها لتحديد كيفية تعامله مع أحداث وتكيفه معها، وقد نجد هذا المصطلح تحت مسميات أخرى كاستراتيجيات المواجهة أو المقاومة، لكن كلاًها تشير إلى نفس المفهوم والظاهرة التي أثارت انتباه العديد من المنظرين للبحث عن محدّداتها وكيفية تفاعلها مع البيئة ومدى تأثيرها على حياة الإنسان.

وفي هذا الفصل، سيتمُّ التطرُّق إلى ذكر تعريفات لهذا المصطلح، مروراً بذكر لمحة عن التطوُّر النظري له، وكذا ذكر العوامل المساهمة في تحديده وظهوره، مع الإشارة إلى كيفية تصنيفه وتنميته من طرف المنظرين، وختاماً إظهار مدى فعالية وطرق تأثيره على الصحة.

1-تعريف استراتيجيات التعامل

كان أوّل ظهور لمصطلح استراتيجيات التعامل (Coping) في مجلّة Psychological Abstracts إزاء سنة (1967) حيث وُظف في معنىٍ جدُّ قريب من مفهوم ميكانيزمات الدِّفاع، وعُرِف على أنَّه امتداد لها ومسهِلاً للتكْيُف. (Fischer et Tarquinio, 2014, p.117)

وقد ذكرت المنظورات التقليديّة هذا المصطلح على أنَّه عبارة عن سمات أو أساليب تدخل ضمن الخصائص المستقرّة في الشخصية، في حين أكّدت تحليلات وأبحاث Lazarus, 1978 ; Lazarus et Launier, 1978 ; Lazarus et Folkman, 1984 ; Lazarus, 1981, 1966 أنّ استراتيجيات التعامل هي سيرورة عند الفرد وجهود مستمرّة بالأفكار والسلوك لتسيير مطالب خاصّة تمّ تقييمها على أنَّها شاقّة. (Lazarus, 1993, p.8 بتصرف)

كما أشار كُلاً من " Lazarus " و "Folkman" أنَّه بالرغم من أنّ استراتيجيات التعامل المستقرّة موجودة ومهمّة، فإنّ هذا المفهوم سياقي للغاية، فلكي تكون الاستراتيجيات فعّالة، عليها أن تتميز بخاصيّة التغيُّر عبر الزمن وكذا عبر الوضعيات الضاغطة المختلفة، وفي هذه النقطة تناول مشروع بريكلي للضغط واستراتيجيات التعامل (The Berkeley Stress

(Coping Project) الذي انطلق في أواخر 1970 واستمرّ لأواخر 1980 الجانب السياقي لاستراتيجيات التعامل في عدد من الدراسات. (Lazarus, 1993, p.8 بتصرف)

عُرِّفت استراتيجيات التعامل على أنّها أيُّ شيء يقوم به الأفراد لإدارة المشكلات أو الإستجابة الانفعالية (Carver & Scheier, 1994)، ويصف بعض الباحثين عملية المواجهة بأنّها الاستجابة الواعية أو ردة الفعل للأحداث الخارجية الشاقة أو السلبية (e.g. Kokn et al., 1994) وبعبارة أخرى، تتكوّن عملية المواجهة من الأفكار والسلوكيات التي يستخدمها الأفراد لإدارة المطالب الداخلية والخارجية للمواقف التي يتمّ تقييمها بأنّها شاقّة. (Lazarus & Folkman, 1984, quoted in Folkman & Moskowitz, 2004, p746) (شويخ، 2002، ص ص. 151-152)

ويعرّفها (Compas وزملائه، 2001) على أنّها جهودٌ واعية وإرادية لتنظيم الإنفعال والإدراك والسلوك وفسولوجية الأعضاء والبيئة المحيطة استجابةً للأحداث أو الظروف الضاغطة، وتعتمد هذه العمليات التنظيمية على كلٍّ من التطوّر البيولوجي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي للفرد. (Compas et al, 2001, p.89)

في حين يشير تعريف (Skinner و Zimmer-Gembeck، 2007) إلى أنّها كيفية تعبئة الناس وتوجيههم وإدارتهم وتنشيطهم وتوجيههم للسلوك والانفعال والتوجّه، أو كيف يفشلون في ذلك في ظل ظروف ضاغطة. (Skinner & Zimmer-Gembeck , 2007, p.122)

كما نجد له تعريفاً أكثر دقة حيث يُفسّر على أنّه " مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المتغيّرة باستمرار، والهادفة للتحكّم والتقليل أو تحمّل المتطلّبات الخاصّة الداخليّة والخارجيّة التي تمّ إدراكها على أنّها تهديد أو التي تفوق المصادر الذاتية للفرد " (Lazarus & Folkman, 1984, p24). (Fischer et Tarquinio, 2014, p.117)

وكحوصلة للتعريفات التي ذكرت آنفاً، نقدّم استراتيجيات التعامل على أنّها مجموع الجهود المعرفية والانفعالية والسلوكية المستمدّة من مصادر داخلية كخصائص الشخصية وخبرات الحياة وخارجية كالسند الاجتماعي التي تكون استجابة لضغط ما، وتهدف هذه

الجهود إلى حلّ المشكل المدرك كتهديد أو تحدي وتسيير الانفعالات المصاحبة له لتحقيق التوازن النفسي والجسمي وتجاوز الوضعيات المواجهة بأقل الأضرار.

2- التطوّر النظري لمفهوم استراتيجيات التعامل

مرّ المفهوم بعدة مراحل من الدراسات والتحليلات التي شكّلتها على صورته النهائية التي نستعملها حالياً، فهناك التناولات الكلاسيكية وتلتها الحديثة وكلّها حاولت إيجاد مقاربة لاستجابة الإنسان للضغط الذي يعيشه.

2-1 التناول الكلاسيكي

وقد أخذ عدّة أشكال، نذكر منها:

- النموذج الحيواني: والذي من خلاله تمّ التوصل إلى تحديد استراتيجيات المقاومة، في مختلف الاستجابات السلوكية لمواجهة التهديد: الهروب، التجنّب، والهجوم (Paulhan, 1994) (نقلا عن خطار، 2008، ص. 122)
- ولكن أظهر النموذج الحيواني نقصاً في دراسة المقاومة ويظهر ذلك النقص في مجال الأنساق المعرفية والانفعالية حيث ينفرد الإنسان بهذه الأنساق، كما أنّ النموذج الحيواني أحادي الأبعاد يتمثّل في سلوكيات التجنّب أو الهروب. (زناد، 2013، ص. 200)
- النموذج التحليلي: ويظهر في شكلين:

- دفاعات الأنا: أو سياق آليات الدفاع، وهي تهدف إلى تخفيض الضغط، أهمّها: النكران، العزل والعقلنة، حيث بيّن كلٌّ من " شاردوف و بانتر " أنّ هذه الميكانيزمات تحمي الشخص من القلق، كونها نظام دفاع يهدف إلى خلق توازن انفعالي، فالمقاومة في هذا النماذج تهتم بتخفيض التوتر أكثر من حلّ المشكل. (Paulhan, p102)

- سمات الشخصية: تركز على اعتبار المقاومة سمة من سمات الشخصية المستقرّة، وبالتالي يسلك الفرد دائماً بنفس الطريقة أيّاً كان الحدث. (المرجع السابق، ص. 102)

2-1 التناول الحديث

أو ما يسمّى بالنموذج التعاقدى، ووفقاً لرواد هذا النموذج وهما " Lazarus و Folkman"، فإن تأثير الحدث الضغط على استجابات الفرد يكون بطريقة تتبعية أي عبر عدّة مراحل، فيكون بدءاً بمراحل التقييم (الأولي والثانوي)، ثمّ توظيف إستراتيجية أو عدّة استراتيجيات للتعامل مع الوضعية.

خلال المرحلة الأولى من التقييم أو ما يُسمّى بالتقييم الأولي، يقوم الفرد بتقييم مخاطر الوضعية التي يواجهها من حيث التهديد أو الخسارة أو التحديّ.

أمّا في المرحلة الثانية وهو التقييم الثانوي يقوم الفرد بجرد مخزون مصادره الشخصية (كالتحكّم الذاتي) والاجتماعية (كالمساندة الاجتماعية المدركة) للتعامل مع الحدث الذي يواجهه، فيكون من خلال تقييم الفرد لمصادره الذاتية وقدرته على التحكم في الوضعية التي يواجهها.

وبعد تقييم الوضعية والمصادر، يوظّف الفرد مجموعة من استراتيجيات التعامل المتكوّنة من السيرورات المعرفية والسلوكية التي يضعها بينه وبين الحدث الضاغط لتسييرها وإنقاذها وتخفيف أثر الضغط على رفايته الجسمية والنفسية (Lazarus & Folkman, 1984).

(Koleck, Bruchon-Schweitzer, Bourgeois, 2003, p.813)

و لا يمكن فهم تطوّر استراتيجيات التعامل دون النظر إلى العمليات الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية والمتعمّدة والشخصية التي تؤدي إلى حدوثه، إضافةً إلى السياقات البيئية الاجتماعية الأكبر التي تنكشف فيها، وقد اقترح المزيد من الباحثين تصوّر التعامل كجزء من التكيّف المعقّد يتضمّن الضغط والصلابة والكفاءة. (Haggerty & al, 1994 ; Masten, 2006) (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, p.137)

استنتاجاً لما ذكر، نجد أنّ استراتيجيات التعامل مرّت بمرحلتين في تطوير مفهومه، المرحلة الأولى والتي تُسمّى بالكلاسيكية كانت تُفسّر فيها استجابات الفرد للضغوط ومتطلبات الحياة بمنظور فسيولوجي محاكاةً للنموذج الحيواني في دراسة السلوك، وبجانبه نجد النموذج التحليلي الذي عكف على ترويج فكرة تحكّم ميكانيزمات الأنا في الفرد لتحقيق

التوازن بين متطلبات الهو والواقع، كما كان هناك اتجاه يعتبر تعامل الفرد مع البيئة متَّصِفٌ بالثبات وسمة من سمات الشخصية التي لا تتغيَّر مع الزمن.

ثمَّ جاءت المرحلة الثانية وهي الحديثة والتي قد تظهر تحت مسميات أخرى كالتناول المعرفي أو التعاقدية لاستراتيجيات تعامل الفرد مع الضغط، ويبنى هذا الاتجاه على الجانب المعرفي والإدراكي للفرد في تعامله مع الضغوط وكيفية قراءته لها وتقييمها وتوظيف الاستراتيجيات المعرفية والانفعالية والسلوكية لمجابهتها في سياقات بيئية واجتماعية لتحقيق التكيف والرفاهية.

3- العوامل المحددة لاستراتيجيات التعامل

تتأثر استراتيجيات التعامل بعدة عوامل أثبتت فعاليتها المرتبطة بعدة معايير، وتتمثل فيما يلي:

3-1 العوامل الاجتماعية والمتعلقة بالسيرة الذاتية

ترجع بصفة خاصة للفئة والمستوى الاجتماعي- الإقتصادي وكذا السن والجنس، فهناك بعض الدراسات ذكرت وجود علاقة بين المستوى الاجتماعي - الإقتصادي وبين بعض استراتيجيات التعامل أكثر من غيرها، حيث يرتبط المستوى المرتفع للجانب الاجتماعي-الاقتصادي باستراتيجيات التعامل النشط (Holahan & Moos, 1987)، كما يحقّق المستوى التعليمي المرتفع ارتباطاً إيجابياً بالتعامل النشط أيضاً.

وأما فيما يتعلّق بالجنس فلا يوجد فرق بين الرجال والنساء عندما يتعلّق الأمر بالاستراتيجيات المركّزة على حلّ المشكل، في حين نجد أنّ النساء تميل إلى استعمال الاستراتيجيات المركّزة على الانفعال والاستراتيجيات السلبية الغير نشطة (Passif). (Endler & Parker, 1990)

حتى وإن كان هناك علاقات إيجابية بين هذه العوامل واستراتيجيات التعامل، فإنّ العوامل الأخرى أثرها أكبر بكثير. (Fischer & Tarquinio, 2014 p.119)

3-2 العوامل السياقية

تتأثر استراتيجيات التعامل بخصائص الوضعية، وبصفة خاصة تلك المتعلقة بالحدث الضاغط، ويكون ذلك من ناحية الخطورة والطبيعة والمدّة، وكذا قابليتها لأن تكون وضعية متحكّم فيها أم العكس، بالإضافة للسياق الشخصي والغير شخصي.

وإن كانت العوامل السياقية تتدخل في عملية توظيف استراتيجيات التعامل، فإنّ هذه الأخيرة ترتبط في نفس الوقت بخصائص الفرد بحدّ ذاته، ومن ناحية أخرى فإنّ العوامل السياقية المأخوذة في عين الاعتبار في التعامل ليست متوقفة على الخصائص الموضوعية للوضعية، إنّما على الخصائص الذاتية أي كما يدركها الفرد. (Fischer & Tarquinio, 2014 p.119)

3-3 العوامل المعرفية

تشمل مجموعة من السيرورات التي من خلالها يواجه الفرد المشكل أو الحدث أو الوضعية الصعبة بالتوافق مع الطريقة التي يؤولها ويشعر بها، ومن بين هذه العوامل، سوف نحتفظ بالطريقة التي يقيّم بها الفرد ما يحصل له والشعور الذي استطاع التحكّم فيه أو العكس.

والتقييم هو عبارة عن سيرورة معرفية التي من خلالها يقدّر الفرد الوضعية التي يواجهها، وكذا المصادر التي يملكها للمواجهة، ويوجد نوعين من التقييمات: الأولى والثانوية.

يعتمد التقييم الأولي على الخصائص المختلفة للوضعية أو الحدث والذي يهّم كثيراً في هذا التقييم هو المعتقدات والانفعالات والمعنى المعطى للوضعية وليس لخصائصه الموضوعية، فقد لاحظ (Lazarus و Lunier، 1987) أنّ نفس الحدث الضاغط قد يُدرك من خلفيات مختلفة، بالنسبة للبعض قد يُشعر على أنّه فقدان (مادي، علائقي، جسدي) ويفجّر انفعالات أو مشاعر كالغضب والعجز والحزن، وقد يمثّل للبعض الآخر تهديداً أو مصدراً للقلق، في حين أنّه قد يراه البعض الآخر على أنّه تحدي ممّا يثير مشاعر الحماس والفرح.

ويحدّد التقييم الأولي الاستراتيجيات المستعملة ويكشف بالتالي أثره الإيجابي أو السلبي على استراتيجيات التعامل، فعندما تُعاش الوضعية على أنّها فقدان سوف تميل إلى رد فعل الترك

والاستسلام، في حين أنه إذا أدركت على أنها تحدي فهذا قد يفجر استجابات أكثر نشاطاً وإيجابية.

أمّا التقييم الثانوي فيتعلّق بتقدير وفهم الفرد لمصادره الذاتية والاجتماعية التي يملكها لمواجهة الوضعية، وهذا النوع من التقييم يسلط الضوء على أنّ عملية تحديد استراتيجيات التعامل تقوم على الطريقة التي يفكر ويحكم بها الفرد وكذا المصادر الموجودة موضوعياً والقدرة على توظيفها.

ويتيح هذا التقييم بصفة خاصة اختيارات مختلفة ستكون ظاهرة ومقارنة ومفردة كطلب المساعدة، البحث عن المعلومات، التقبّل أو الهروب عن الوضعية إلخ، وهذه المرحلة توجّه أنواع الاستراتيجيات القادمة، بسبب تقدير الفرد لقدرة على التصرف أو لا أمام الوضعية.

ويؤكّد التقييم الأولي الثانوي أنّ استراتيجيات التعامل تعتمد على المعتقدات التي يملكها الفرد عن نفسه وعن الوضعية وعن قدراته في المواجهة وكذا القيم التي تدفعه إلى التصرف بطريقة أو بأخرى.

وبجانب التقييم نجد عامل التحكم الذي يُعتبر عاملاً معرفياً محدّداً لاستراتيجيات التعامل وهو مفهوم يشير إلى الاعتقاد بأنّ الفرد يحوز على المصادر الملائمة التي تكفي لمواجهة الوضعية، وعادةً ما يُذكر هذا العامل تحت مسمّى التحكم المدرك. (Fischer & Tarquinio, 2014, p.119-120)

3-4 عوامل الشخصية

يشير إلى خصائص الشخصية التي تؤثر على استراتيجيات التعامل والتي تتمثّل في الصلابة النفسية ومعنى الإتساق كونهما منبئان جيّدان لإستراتيجيات التعامل.

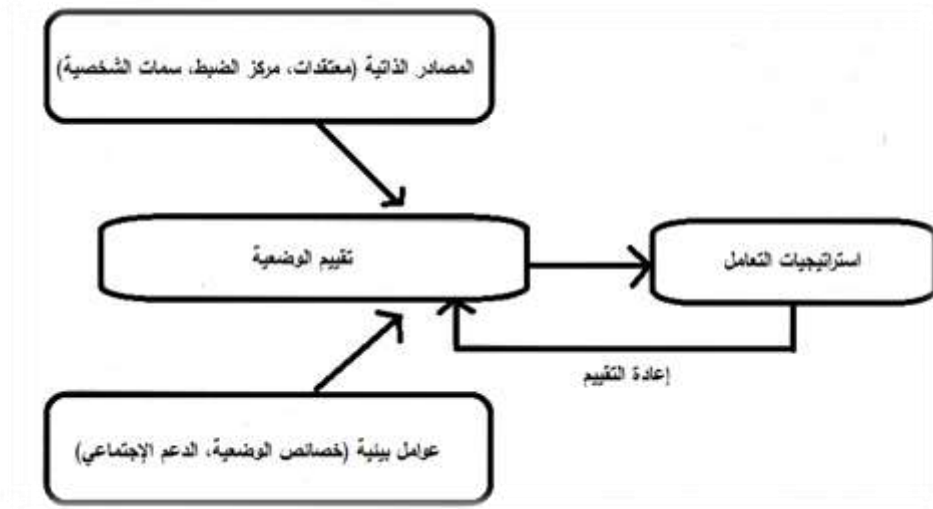
فالصلابة النفسية يُعتبر كسمة للشخصية يظهر في قدرة الفرد على المقاومة أمام الوضعيات الضاغطة، وتترجم من خلال استراتيجيات التعامل النشطة التي لها قاعدة من المعتقدات في قدرتها على التحكم في الوضعية، ويرجع هذا المفهوم لـ (Kobasa, 1982) ويتكوّن من ثلاثة مظاهر: الالتزام، التحكم، التحدي.

أمَّا الإتساق فهو تعبير للشخصية مرتكز على الشعور بالثقة في النفس التي من خلالها ينظم الفرد فهمه للأحداث والمصادر للمواجهة بطريقة يكون لها معنى بالنسبة له، وفكرة الاتساق و-بصفة خاصة روح الاتساق- تسلط الضوء على الأمور التي تضعف الفرد وكذا التي تحميه في وجه المحن (Antonovsky, 1990)، وهذا المفهوم يمثّل أكثر من سمة، فهو يشير إلى ميل عام للشخصية الذي يمنح لاستراتيجيات التعامل معنى وجودي أكثر اتساعاً.

ويوجد العديد من سمات الشخصية كالحقد والقلق والاكتئاب التي لها الآثار السلبية وتؤدي إلى استعمال الاستراتيجيات المركّزة على الانفعال، في حين السمات الأخرى كالتّي تمّ ذكرها لها آثار إيجابية على نفس هذه الاستراتيجيات. (Fischer & Tarquinio, 2014, p.121)

في المجمل فإنّ عوامل الشخصية تُعتبر كخصائص ثابتة ممّا يسمح بفهم اتساق استراتيجيات التعامل عند نفس الشخص. (Fischer & Tarquinio, 2014, p.122)

وفي الشكل التالي قدّمت (Paulhan, 1992) تلخيصاً للعوامل التي تساهم في سيرورة تعامل الفرد مع الضغط:



الشكل رقم (2): سيرورة استراتيجيات التعامل (Paulhan, 1992, p.552)

من الشكل رقم (2) نلاحظ أنّ تقييم الوضعية هو عامل محوري في عملية التعامل مع الحدث الضاغط في نفس الوقت، فهي تقوم على قراءة الحدث اعتماداً على قاعدة من المعتقدات والسمات والخبرات التي تترسّخ في المجال المعرفي عبر الزمن هو ما يُسمّى

بالمصادر الذاتية إضافةً إلى العوامل البيئية الخارجية كخصائص الوضعية الضاغطة والدعم الاجتماعي الموجود والمدرک، ومن ثمّ يتمّ إعادة تقييم الوضعية بإدراج هذه المصادر والعوامل لاختيار الإستراتيجية المناسبة لتحقيق التكيّف مع الوضعية، وعليه نستنتج أنّ عامل تقييم الوضعية مؤثر ومتأثر في نفس الوقت، مؤثّر من ناحية عملية اختيار الاستراتيجيات التكيّفية للوضعية ومتأثّر بالعوامل الداخلية والخارجية للفرد.

استنتاجاً لما ذُكر، نجد أنّ عملية اختيار استراتيجيات التعامل مع الأحداث الضاغطة تحدّدها عدّة عوامل استعدادية وسياقية، فالعوامل الاستعدادية تظهر في الإنتماء الجنسي والمستوى الاجتماعي والاقتصادي الذي يحوزه الفرد، وكذا العوامل المعرفية التي تقوم على مجموعة من الإعتقادات والتقييمات التي يضيفها الفرد على الأحداث إمّا بأنّها تهديد أو فقدان أو تحدي، بالإضافة إلى عوامل الشخصية التي تُبنى مع الخبرات والتنشئة الاجتماعية كالصلابة النفسية وروح الاتساق.

أمّا العوامل السياقية فتتعلّق بطبيعة وخصائص الوضعية الضاغطة، ولكنّها تبقى مرتبطة بإدراك الفرد لها والمعنى الذي تُمثّله له.

فهذه العوامل تعمل بشكل تفاعلي وموازي في عملية تقييم واستجابة الفرد للأحداث الضاغطة التي يواجهها في حياته.

4- التصنيفات الخاصة باستراتيجيات التعامل

يُعتبر نمط التعامل مصدراً أكثر تحديداً للفروق بين الأفراد في الطرق التي يستجيبون بها للضغط، فنمط التعامل هو نزعةً عامة لتدبّر الأحداث الضاغطة بطريقة محدّدة، وكمثال على ذلك، نحن جميعاً نعرف أشخاصاً يتعاملون مع الضغط عن طريق الحديث بكثرة، في حين يحتفظ آخرون بمشاكلهم لأنفسهم، فأنماط التعامل إذن مثل سمات الشخصية فهي تصف بشكلٍ عام الطريقة التي يسلك بها الفرد، ولكنّها أكثر تحديداً من سمات الشخصية، لأنّها كما يُعتقد، تعمل بشكلٍ أساسي، عندما تصبح الأحداث مصدر ضغط بالنسبة للفرد. (شيلي تايلور، 2008، ص.362)

وانطلاقاً من الاحتمالات العديدة لمواجهة الأحداث الضاغطة، تمّ الإجماع على تحديد نمطين أو نوعين من استراتيجيات التعامل: تسيير الحزن الانفعالي وإدارة المشكل، ومن هذا المنظور حاول العديد من المؤلفين (Lazarus & Folkman, 1984) إجراء جردٍ لاستراتيجيات التعامل المتنوعة، وكانت المنهجية تقوم على إجراء جرد أثناء المقابلات للطرق المختلفة التي يتفاعل وفقها الأشخاص مع مواقف الحياة المختلفة، بغض النظر عن المجالات التي تمّ النظر فيها كالأسرية أو المهنية، وقد وقع المؤلفون على وجود تباين كبير في التعامل للأفراد سواءً بين بعضهم البعض أو مع أنفسهم بالذات. (Paulhan, 1992, p.552)

يُظهر الأفراد عموماً تبايناً في استجاباتهم للتهديدات والضغوط، وقد تمّ التمييز بين أنواع مختلفة من التعامل، ففي البداية ميّز (Lazarus و Folkman، 1980) بين التعامل المركّز على المشكل (أيّ الاستراتيجيات التي تهدف إلى حلّ المواقف العصبية والاستجابة لها بفعالية)، والتعامل الذي يركّز على الإنفعال (أيّ استراتيجيات إدارة أو تقليل الإنفعالات والمشاعر المضمنة في المواقف العصبية). (Monzani, Steca, D'addario, Cappelletti, Pancani, 2015, p.296)

ومع ذلك فإنّ بعض المؤلفين لا يشتركون بشكلٍ كامل مع تصنيف "Lazarus" و "Folkman"، فنجد أنّ (Suis و Fletcher، 1985) قد أجروا تحليلاً للدراسات المقامة عن استراتيجيات التعامل بين سنتي (1960-1985) ووصلوا إلى وجود فئتين: استراتيجيات التعامل التجنّبية واليقظة والتي تكون متعارضة فيما بينها، أيّ الاستراتيجيات السلبية (التجنّب، الهروب، الإنكار، التقبّل الرواقي stoïque) مقابل الاستراتيجيات النشطة (البحث عن المعلومات، الدعم الاجتماعية، خطط حل المشكل). (Paulhan, 1992, p.553).

في حين ميّز كل من (Carver و Scheier و Weintraub، 1989) بين أسلوب التعامل المجابه (أيّ الاستراتيجيات التي تهدف إلى التعامل بفعالية مع الضغوطات أو الإنفعالات ذات الصلة) وأسلوب التعامل التجنّبي (أيّ الاستراتيجيات التي تهدف إلى تجنّب المواقف الضاغطة)، وهذا التصنيف مستقل عن التصنيف الذي يعتمد على الاستراتيجيات المركّزة على حلّ المشكل أو الإنفعال (Solberg Nes & Segerstrom, 2006)، لذلك قد يتعامل

الأفراد مع النتائج الإنفعالية للضغوط إمّا عن طريق الإقتراب منها أو تجنّبها، كما قد يتعامل الأفراد مع الضغوط بأنفسهم من خلال الإقتراب النشط والمباشر من المشكلات أو تجنّبها. (Monzani, Steca, D'addario, Cappelletti, Pancani, 2015, p.296)

وقد قام (Scheier et al ، 1986) بتحديد أساليب التعامل مع الضغط في عدة أنواع هي:

- الإنكار: يشير إلى رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهله كلياً.
- التعامل الموجه مع المشكلة: هو أن يقوم الفرد بوضع خطة معينة وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث الضاغط.
- لوم الذات: حيث يرى الفرد أنّه هو المسئول عن تعرضه للموقف الضاغط.
- التقبل والاستسلام: يشير إلى تقبل الفرد للموقف نظراً لعجزه وانعدام الحيلة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء تجاه الموقف.
- إعادة التفسير الإيجابي للموقف: كأن يحاول الفرد إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس.
- الهروب من خلال التخيل: يبدو ذلك من خلال اللجوء إلى أحلام اليقظة.

- المساندة الاجتماعية: تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 96) (جبالي، 2012، ص ص. 94-95)

وحَدّد (Spitz و Muller ، 2003) بوضوح الإستراتيجية الوظيفية والنتيجة الطبيعية لها، والإستراتيجية الغير وظيفية، فيقال إن الاستجابة وظيفية (أو لديها إمكانات تكيفية) عندما تسمح للشخص بالتكيف مع الموقف والحفاظ على نوعية الحياة، ولقد ميّزوا بشكل أساسي بين الإستراتيجيات التي نشأت من نظرية (التعامل النشط، والتخطيط، والبحث عن الدعم الاجتماعي الانفعالي والمادي، التعبير/ التنفيس عن المشاعر، التجنّب السلوكي والإلهاء) وتلك التي تمّ تكوينها إمبيريقياً ولكن يمكن ربطها بمبادئ نظرية مختلفة (اللوم، إعادة التقييم

الإيجابي، حس الفكاهة، الإنكار، القبول، الدين، تعاطي مواد). (Montgomery, Demers & Morin, 2010, pp 796-797)

كما تمّ إضافة الدعم الاجتماعي كنوع ثالث لاستراتيجيات التعامل لبعض الباحثين (Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Rascle, 1996) وهي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد للحصول على تعاطف أو دعم الآخرين وهو مختلف عن مفهومي الشبكة الاجتماعية والمساندة الاجتماعية، فهي استراتيجية تتعلّق بنشاط الفرد وسلوكه وليس مصدرًا موجوداً أو مدركاً، وتشير أحياناً لمحاولات الحصول على المعلومات أو الدعم المادي لحل الصعوبات، وفي هذه الحالة قد تُعتبر على أنّها من استراتيجيات حلّ المشكل، أمّا إذا كانت تسعى إلى الحصول على الإصغاء والتطمين لتقليل الانفعالات السلبية قد تُعزى لاستراتيجيات المركزة على الانفعال (Carver, Scheier et Weintraub, 1989)(Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.477)

وهذا الاختلاف الموجود في تصنيف استراتيجيات التكيف ليست ضرورية في حدّ ذاتها، فالأهم من ذلك هو معرفة ما إذا ما كانت هذه الاستراتيجيات فعّالة وظيفياً، بمعنى إذا كانت قادرةً على تقليل التوتر أو القلق الناتج عن الوضعية. (Paulhan, 1992, p.554)

وبالتالي فإنّ استراتيجيات التعامل ليست استجابة بسيطة للضغط فقط، وإنّما يُنظر إليها على أنّها إستراتيجية متعدّدة الأبعاد للسيطرة التي تتمثّل نهايتها في تغيير إمّا في الوضعية المهدّدة حقاً أو تقدير الفرد للوضعية وبالتالي التأثير المرتبط به (Dantchev, 1989). (Paulhan, 1992, pp.552-554)

ومع ذلك، يبدو أنّ هذا النهج غير كافٍ لوصف جميع عمليات المواجهة أو التعامل التي يستخدمها الأفراد، فالمنظورات الكلاسيكية تتعلّق بالأحداث الماضية أو الحالية، وعليه حدّد " Schwarzer " و " Knoll " أربعة أنواع من استراتيجيات التعامل التي تسمح بمواجهة الأحداث الماضية والحالية والمستقبلية، وهي تخضع للمنظور الزمني والتأكيد الذاتي لوقوع الأحداث، والتي تتمثّل فيما يلي:

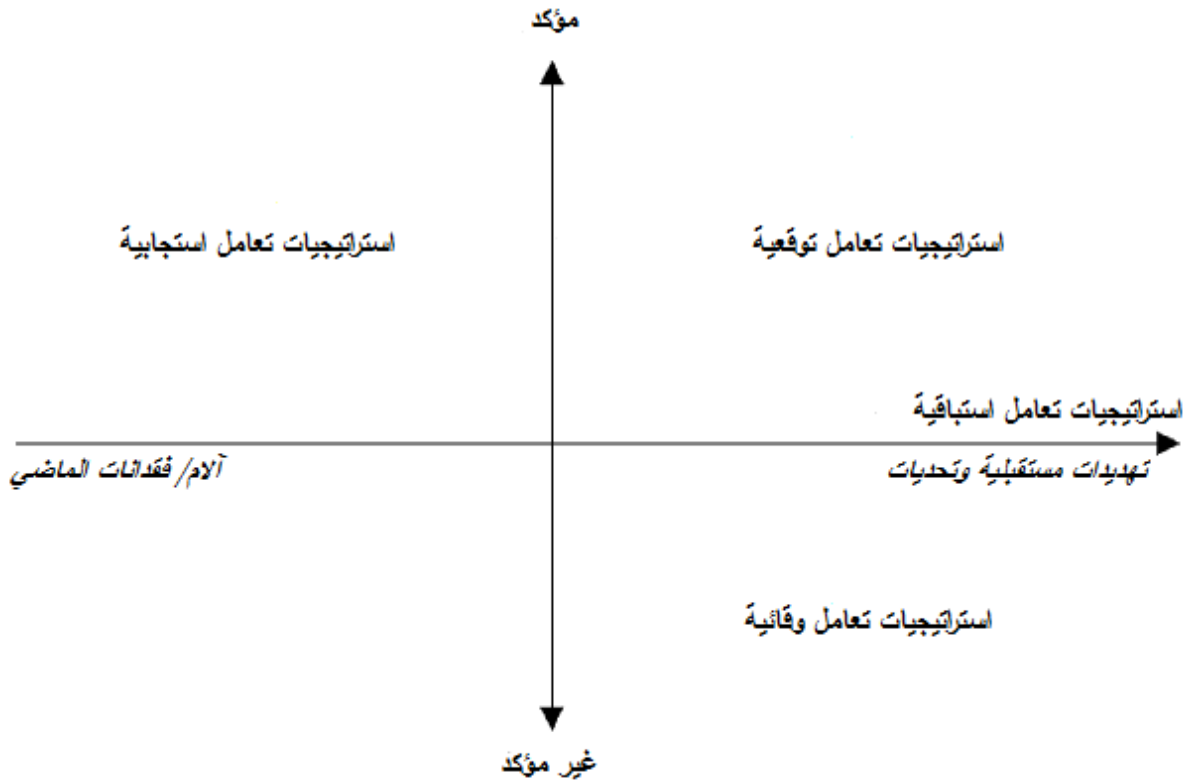
◀ استراتيجيات التعامل الإستجابية Réactionnel: والتي تعرّف على أنّها الجهد المبذول لتسيير حدثٍ واقع في الماضي أو الحاضر (مثلاً: حادث، فقدان وظيفة) عن طريق تعويض ذلك الفقدان أو تقبّله، كما يوجد إمكانية أخرى تكون في تعديل الأهداف وإيجاد منافع أو البحث عن معنى لما حدث لإعادة تنظيم حياته، وقد تركّز هذه الاستراتيجيات على المشكل، الإنفعال أو العلاقات الاجتماعية، وبذلك فهو من التناولات الكلاسيكية لاستراتيجيات التعامل.

◀ استراتيجيات التعامل التوقّعية Anticipatoire: تختلف هذه الاستراتيجيات عن سابقتها لأنّ الحدث لم يقع بعد، ولكنّه مؤكّد، ويشير لجهد تسيير الخطر المدرك لوضعية تمّ تقييمها على أنّها تهديد، أو تحدي، أو منفعة (مثلاً مقابلة توظيف، ترقية)، ووظيفة استراتيجيات التعامل هنا تكون في البحث عن حلّ المشكل برفع نسبة الجهد والبحث عن المساعدة، وكذا باستغلال المصادر الذاتية، كما يوجد حلٌّ آخر وهو تجاهل الخطر فمثلاً يكون بإعادة تعريف أو إدراك الوضعية على أنّها أقلّ تهديداً عن طريق تشتيت الانتباه أو الحصول على الراحة من طرف الآخرين.

◀ إستراتيجيات التعامل الوقائية Préventif: هو التوقّع والإستعداد للأحداث الحياتية الاستثنائية، -لا علاقة لها بحالة ضغوط حادة- على سبيل المثال: إعاقة جسدية أو مرض، وذلك بفضل مصادر الصلابة/ المرونة (اقتصادية، علاقات اجتماعية، القدرات) للحدّ من شدّة التأثير، وبالتالي فإذا وقع الحدث الضاغط فالعواقب تكون أقلّ ضرراً وشدّة.

◀ استراتيجيات التعامل الإستباقية Proactif أو الديناميكية: تمّ اعتباره من طرف Knoll و Schwarzer " (2002) على أنّه النموذج الأوّلي لاستراتيجيات التعامل الإيجابية، ويُعرّف على أنّها الجهود المبذولة لبناء المصادر العامة المتوجهة نحو تحقيق التحدّيات وتطوير الشخصية ممّا يسمح بالحاجة إلى مواجهة الضغوط المستقبلية المحتملة. (Hartmann, 2008, pp. 288-289)

وفي الشكل التالي نجد توضيحاً لأنواع استراتيجيات التعامل بقراءةٍ حديثةٍ تعتمد على عاملي الزمن واحتمالية وقوع الحدث في المواجهة:



الشكل رقم (3): أنواع استراتيجيات التعامل حسب العامل الزمني (Hartmann, 2008, p.288)

نلاحظ من الشكل رقم (3) وجود أربعة أنواع لاستراتيجيات التعامل مصنفة حسب عامل الزمن واحتمالية وجود الوضعية الضاغطة، فكلاً كانت الوضعية مؤكدة وواقعة في الزمن الحاضر أو الماضي كانت الاستراتيجيات استجابية كردة فعل لحدث موجود فعلاً، أما إذا كان الحدث في طيات المستقبل فيُبنى الاستراتيجيات التوقعية واستباقية على نطاقٍ أوسع كنوع من تكوين الفرد لمصادر متينة لضمان مواجهة إيجابية للأحداث، أما إذا كانت الوضعية الضاغطة غير مؤكدة الحدوث فيتمّ توظيف الاستراتيجيات الوقائية.

ومن ناحيةٍ أخرى، تناول المؤلفون أساليب استراتيجيات التعامل وكيفية تعاملها مع الأحداث، حيث تمّ تصميمها وفق طريقتين مختلفتين (Parkes, Carver & Scheier, 1994 ; Parkes, 1994)

- الطريقة الأولى يفترض أنّ تفاعلات المواجهة يمكن أن تتغير من لحظةٍ لأخرى عبر مراحل التعاقد أو التفاعل للضغط (Folkman & Lazarus, 1985) وترتبط هذه الفرضية

بأسلوب التعامل الظرفي، والتي تتناول مسألة ما فعله الفرد (أو ما يقوم به حالياً) في مرحلة تعامل معيّنة أو خلال فترة زمنية محدّدة.

- أمّا الطريقة الثانية فهي استراتيجيات التعامل الإستعدادية (أو سمات التعامل) والتي تقترض أنّ الأفراد يطورون طرقاً معتادة للتعامل مع الإجهاد وأنّ هذه العادات أو أساليب التعامل يمكن أن تؤثر على رد فعلهم في المواقف الجديدة (Carver & Scheier, 1994). (Bouchard et al, 2004, pp.221-222).

واستنتاجاً لما ذكر، نجد أنّ المنظرين اختلفوا في رؤيتهم لأنماط وأنواع استراتيجيات التعامل، فمنهم من صنّفها على أساس حلّ المشكل أو الانصراف إلى الإنفعال أو البحث عن الدعم الاجتماعي، وهناك من رأى أنّها تنقسم إلى استراتيجيات يقظة نشطة في مواجهة المشكل وأخرى سلبية، ومنهم من قسّمها إلى استراتيجيات مجابهة وأخرى تجنّبية، بينما يراها آخرون على أساس أنّها إمّا وظيفية تخدم الموقف أو غير وظيفية.

وظهرت تناولات حديثة تعتمد في التصنيف على عامل الزمن واحتمالية وقوع الحدث الضاغط فنجد الاستراتيجيات الإستجابية المتعلّقة بالماضي والحاضر والحدث يكون في هذه الحالة واقعاً، أمّا تلك التي تتدرج في المستقبل مع تأكيد إمكانية وقوع الحدث فتكون استراتيجيات توقّعية أو استباقية وبالتالي يتمّ تحضير الفرد بتعبئة مصادره لتحقيق مواجهة ناجحة مع الأحداث، وأخيراً الاستراتيجيات الوقائية التي تكون مع الأحداث الغير مؤكّد حصولها لكن يتخذ الفرد الاحتياطات والتدابير للتقليل من شدّة وطأة الحدث.

5-فعالية استراتيجيات التعامل

يمكن تخفيف الضغوط أو إدارتها وإيقاف النتائج العكسية المترتبة عليها عن طريق التوظيف النّاجح للإمكانات الدّاخلية مثل استراتيجيات التعامل [..]، لكن لا يجوز النّظر إلى التعامل على أنّه مجرد مجموعة من العمليات التي تحدث استجابةً للمشاكل التي تنشأ عن مصدر محدّد للضغط، بل يجب النّظر إليها على أنّها جهود تسعى لتحقيق أهدافٍ معيّنة، وهذه الأهداف يمكن اعتبارها مهمّات التعامل، وتتمركز جهود التعامل في خمس مهمّات رئيسية:

- تخفيف الظروف البيئية المؤذية وتعزيز احتمالات الشفاء.

- التحمُّل أو التكيف مع الأحداث أو الواقع السلبي.

- الحفاظ على صورة إيجابية عن الذات.

- الحفاظ على التوازن الإنفعالي.

- الاستمرار في إقامة العلاقات المشبعة مع الآخرين. (تايلور، 2008، ص.385)

وعليه تكون استراتيجية التعامل فعّالة إذا سمحت للفرد بالتحكُّم في الوضعية الضاغطة و/أو تقليل تأثيره على صحته الجسدية والنفسية، فعند مواجهة موقفٍ قابلٍ للتحكُّم فيه، تشير الدراسات إلى أنّ الاستراتيجيات التي تركز على المشكلات تكون وظيفية وترتبط بمؤشرات الصحة العقلية الإيجابية (Bruchon-Schweitzer, 2002)، ومع ذلك، فإنّه عندما تكون الوضعية خارجة نطاق سيطرة الفرد، فإنّ الجهود المتكرّرة تكون غير ضرورية ومرهقة وربّما ضارّة بالصحة (Lazarus & Folkman, 1984)، وفي هذه الحالات، تكون الاستراتيجيات التي تركز على الإنفعال فعّالة نسبياً على المدى القصير، ولكنّها تؤدي إلى حالات الإكتئاب على المدى الطويل (Coté, 2013, p.41) (Bruchon-Schweitzer, 2002)

وعليه ولتحقيق الفعّالية في التعامل مع المشاكل على الفرد أن يقوم أولاً بالتعامل مع المطالب المباشرة التي يفرضها الموقف الضاغط نفسه، ثمّ عليه أن يُحدّد أيّ نتيجة سلبية أو مشكلة مزعجة يُسببها الحدث الضاغط، كما على الشخص الذي يتعرّض للضغط أن يحاول تقليل المعاناة النفسية التي تنشأ عن الأذى الذي يتعرّض له، سواء كان مصدر هذه المعاناة هو الأذى القائم أو ما يمكن أن يترتب عليه من ضغوطات في المستقبل. (تايلور، 2008، ص ص. 385-386)

واستنتاجاً لما سبق ذكره، نجد أنّ فعالية استراتيجيات التعامل تكمن في مدى توظيف هذه الاستراتيجيات لخدمة الأهداف التي تحافظ على سلامة الصحة النفسية والجسمية للفرد وتجاوز الوضعية بنجاح، وذلك من خلال الاختيار المناسب للاستراتيجيات وتشغيل عدّة

استراتيجيات مكمّلة لبعضها البعض لتحقيق التوازن بين متطلبات الوضعية والحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد.

6- تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة

تبدو دراسة فعّالية التعامل مع الحالة الصحية الجسمية أقلّ وضوحاً لتقييمها، وذلك راجعاً لأسباب منهجية (دراسات استشرافية، فحوص طبية حيوية مكلفة)، ومع ذلك ووفقاً لـ (Lazarus و Folkman، 1989)، فإنّه يمكن أن تؤثر استراتيجيات التعامل على الصحة الجسمية بثلاث طرق مختلفة:

1/ يمكن أن تؤثر على تواتر، شدّة ومدّة التفاعلات الفسيولوجية (ضربات القلب، الضغط الدموي، تؤثر العضلات) التفاعلات العصبية الكيميائية للضغط (مثلاً الكاتيكولامينات البولية، الكروتيزول في الدم) في حالة ما إذا كانت هناك:

- عدم قدرة للفرد على منع أو تحسين الظروف البيئية الضاغطة أو عدم ملائمة وكفاية الاستراتيجيات التي تركّز على المشكلة (جهد محبط).

- في حالة مواجهة حدث غير قابل للسيطرة، لا يمكن للفرد تسيير الاضطراب الانفعالي (الاستراتيجيات المركّزة على الإنفعال غير فعّالة).

- للفرد أسلوب حياة أو أسلوب تعامل خطر بحدّ ذاته، أفضل مثال على ذلك هو الشخصية نوع أ (نوع الشريان التاجي)، والذي يتم وصفه بكل السمات التالية: التنافس، عدم الصبر، العدا، وإدراك الأحداث الضاغطة على أنّها تحدّيات.

2/ يمكن أن تؤثر بشكل مباشر وسلبى على الصحة (زيادة خطر الوفاة أو الإعتلال) عندما يتوافق مع الاستخدام المفرط للمواد الضارة مثل التبغ الكحول والمخدرات .. أو عندما يتعلّق الأمر بوجود الفرد في النشاطات ذات الخطر العالي (السرعة في السيارة على سبيل المثال).

3/ يمكن أن يكون لأشكال التعامل المركّزة على الانفعال تهديداً على الصحة عن طريق إعاقته في تكوين السلوكيات التكيفية، ويكون ذلك في حالة الإنكار أو التجنّب التي يمكن أن

تقود الفرد إلى عدم ملاحظة أعراضه أو القوم للاستشارة الطبيّة في مرحلة متأخرة. (Paulhan, 1992, p.555)

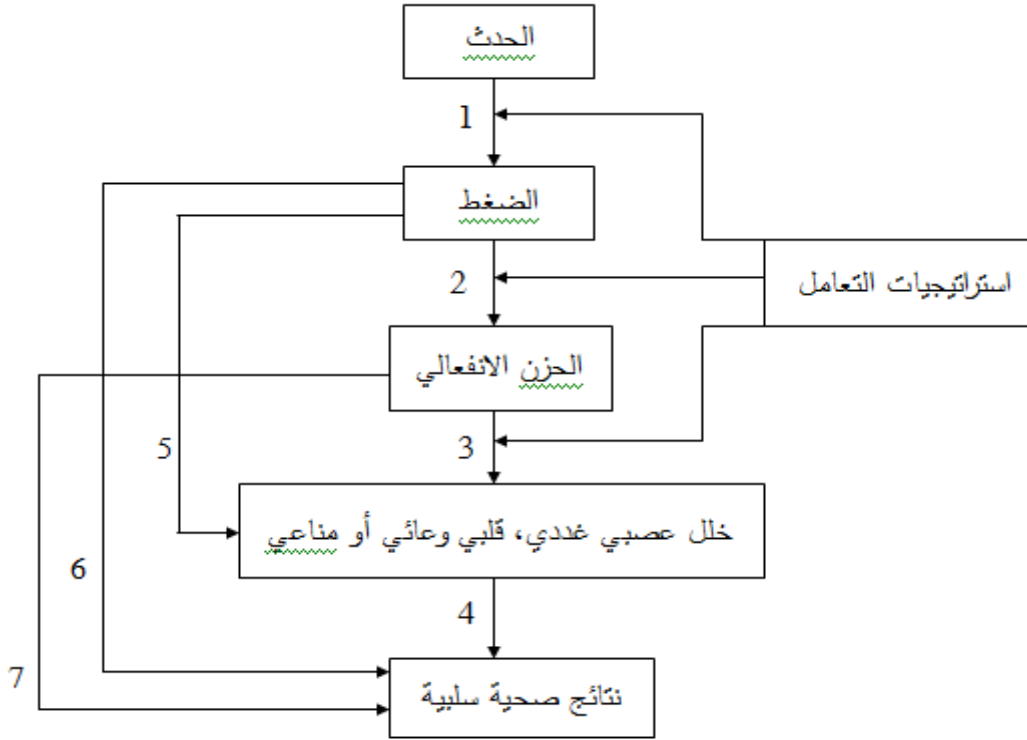
وكتوضيح أكثر لما سبق، نجد أنّ لتأثير استراتيجيات التعامل على الصحة النفسية والجسمية عدّة طرق مباشرة وغير مباشرة، ونعلم أنّ استجابات استراتيجيات التعامل مرتبطة بنشاطات مختلفة لبعض الأنظمة (العصبي-الغدي، العصبي-المناعي).

ويتمّ تفسير عمل الميكانيزمات التابعة للتعامل بين الفرد وبيئته بنشاط العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (Dantzer, 1994 ; Goolldall, 1994)، وتظهر الدراسات على التوالي أنّ التقييمات والاستجابات لاستراتيجيات التعامل للنموذج التعاقدية مرتبطة بالنشاط المناعي وللصحة بشكلٍ موضوعي.

اقترح (Carver و Vargas ، 2011) طرق افتراضية قد يؤثر عن طريقها الضغط على الصحة، فحسب الشكل رقم (4) نجد أنّ الطرق ذات الإتجاه الأفقي (1، 2، 3 و4) يتمّ من خلالها عملية التأثير، فاستراتيجيات التعامل تُعتبر قابلة للتدخّل عبر عدّة مراحل عن طريق تعديل العلاقات 1 (بين الحدث الضاغط والضغط المدرك) و/أو 2 (بين الضغط المدرك والحزن الانفعالي) و/أو 3 (بين الحزن الانفعالي والنشاط المناعي، العصبي الغدي والقلبي الوعائي).

كما يمكن أن يعدّل العلاقات 5 (بين الضغط والنشاط المناعي، العصبي الغدي والقلبي الوعائي)، 6 (بين الضغط والمرض) و 7 (بين الحزن الانفعالي والمرض).

وأخيراً قد تكون استراتيجيات التعامل استباقية وتؤثر بنفس الطريقة على عدّة مستويات : فقد تكون واقية من الضغط (الإتجاه 1) وقد تؤثر على الطريقة التي قد يحدث بها الضغط المستمر حزنًا انفعاليًا (الاتجاه 2)، وقد يغيّر من الطريقة التي يؤثر بها الحزن الانفعالي سلباً على النشاط الفسيولوجي (الاتجاه 3). (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p.505-506)



الشكل رقم (4): الطرق الافتراضية المؤثرة للضغط واستراتيجيات التعامل في الصحة

(Carver et Vargas, 2011) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.506)

ومن جهةٍ أخرى، يكون لاستراتيجيات التعامل تأثيراً على الصحة عبر السلوكيات الإمبراضية والإنقاذية، فالاستراتيجيات المركزة على الانفعال أو التجنب قد يرافقها سلوكيات الخطر: كعدم إدراك الأعراض، تأخير الاستشارات الطبية، استهلاك بعض المواد، عدم الملائمة العلاجية.

أمّا استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل أو اليقظة فتظهر عموماً في البحث عن المعلومات حول الصحة، الاهتمام للأعراض، ملائمة علاجية جيّدة وتدرج ضمن السلوكيات الصحيّة. (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p.507)

وكاستنتاج لما سبق، نجد أن تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة يحدث عبر طريقين أو اتجاهين، الإتجاه المباشر الذي يمرّ عبر الاستجابات البيولوجية للجهاز العصبي الغددي المناعي لعامل الضغط الذي يُنتج بدوره الحزن الانفعالي والتركيز على المشاعر السلبية والذي سيؤثر على العضوية بإحداث إفرازات لهرمونات الضغط التي تؤثر سلباً على

الجهاز المناعي وبالتالي التقليل من قوة العضوية وإحداث خلل في جهازٍ ما، وكذا عن طريق الاتجاه الغير المباشر من خلال تبني سلوكيات سلبية تتدرج ضمن عوامل الخطر كاستهلاك الكحول وعدم الالتزام بالسلوكيات الصحية لمراقبة الصحة والعناية بها أو إنكار الوضعية الصحية التي يعاني منها الفرد وبالتالي عدم وجود ملائمة علاجية جيّدة.

ملخص الفصل

من خلال ما تمّ ذكره في الفصل عن استراتيجيات التعامل، نستخلص أنّه مفهوم يشير إلى الجهود المعرفية والانفعالية والسلوكية المبذولة كردّة فعل لضغط ما، يتمّ تحديده من طرف عدّة عوامل استعدادية وسياقية تتدخل في اختيار الاستراتيجية التي سيواجه بها الفرد الوضعية، وهذه الاستراتيجية تمّ تصنيفها عبر عدّة معايير، وتكون من أجل إحداث تغيير في الوضعية الضاغطة وتحقيق التوازن النفسي والجسمي، كما تأثر هذه السيرورة على الصحة بطرق مباشرة عبر استجابات العضوية وغير مباشرة عن طريق السلوكيات.

وعليه نجد أنّه لدراسة جوانب الإنسان سواءً في الاتجاه العضوي أو النفسي الاجتماعي يستلزم العروج على هذه المفهوم لما يحمله من أبعاد وتفاعلات على عدّة جوانب في حياة الفرد، وبالتالي فإنّ فهم حياة الفرد يتمّ من خلال فهم هذه السيرورة التفاعلية.

الفصل الرابع نوعية الحياة

تمهيد

تُعتبر نوعية الحياة من المفاهيم التي تتناول شمولية الفرد وتتطرق لمختلف مجالات حياته، وتسعى إلى توضيح وضعية حالته في مختلف جوانبه الجسمية والنفسية والاجتماعية وفق مؤشرات معيّنة جاءت وليدة الدراسات والنظريات الإنسانية على مرّ العصور، وعليه فقد تمّ تكوين هذا المفهوم لتحديد وفهم العناصر التي قد تساهم في تكوين حياة الفرد والتي من خلالها يمكن الإرتكاز على نقاط معيّنة في محاولة تحسين حياة الفرد وتحديدها على المستوى العام.

وفي هذا الفصل، سيتمّ التطرق إلى ذكر بعض التعريفات الموجودة عن هذا المفهوم والاتجاهات النظرية المفسّرة له، والمجالات التي يتمّ قراءته فيها، مع ذكر أبعاده المختلفة ومؤشرات قياسه لدى الفرد.

1- تعريف نوعية الحياة

نوعية أو جودة الحياة Quality of life من المفاهيم الحديثة النسبية التي لاقت اهتماماً كبيراً في العلوم الطبيعية والإنسانية، على سبيل المثال: علم البيئة، الصحة، الطب النفسي، الإقتصاد، السياسة والجغرافيا، علم النفس، علم الاجتماع، التربية والإدارة وغيرها، ولم يحظى أيّ مفهوم بتبني واسع على مستوى الاستخدام العلمي أو العملي العام في حياتنا اليومية وبهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم نوعية الحياة (الغندور والعارف بالله، 1999)، وقد تباينت محاولات تعريف مفهوم نوعية الحياة باختلاف الأطر النظرية التي أفرزت تعريفات لهذا المفهوم. (البقلي، 2014، ص. 4)

يرى عبد الخالق (2008) بأنّ مصطلح " نوعية Quality " يشير إلى خصال أو خواص معينة أو كيفية في موضوع ما (وهو الحياة في هذه الحالة)، و " الحياة Life " فئة واسعة تشمل كل الكائنات الحية، وقد فضلنا ترجمة المصطلح بنوعية الحياة وهو مصطلح عام يُمكن أن يشير إلى قطبي النوعية، واحدة جيّدة وأخرى سيّئة، في حين أنّ ترجمته بجودة الحياة يحمل معنى تقييمها évaluative، والتي يُفترض أنّها جيّدة مع أنّها يُمكن أن تكون سيّئة.

وعليه فإنّ مفهوم " نوعية الحياة " يحمل معاني متعدّدة تُستخدم في سياقات مختلفة، فعلماء البيئة يهتمون بنوعية البيئة التي تحمي الحياة وتحافظ عليها، ومن جهات النظر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ينصب الاهتمام على هُناك المجتمع، وتستخدم معدلات الجريمة والانتحار والعنف والتفكك الأسري ومعدل الدخل القومي بوصفها مقاييس الرفاهة في أيّ مجتمع، ومن الناحية الطبية تُقاس من خلال مؤشرات وبائية مثل معدل الوفيات والأمراض والأعمار المتوقعة. (شويل، 2018، ص. 14-15)

وفي السياق الطبي المتعلّق بالصحة يجدر الذكر أنّ (Bruchon-Schweitzer، 2002) قد أشارت إلى أنّه غالباً ما يتمّ الخلط بين نوعية الحياة ونوعية الحياة المتعلّقة بالصحة، فيتطلّب التحليل الشامل لنوعية الحياة المتعلّقة بالصحة فهمها في حالة المرض وفي غيابه أيضاً، وعليه حدّدها (Patrick & Erickson، 1993) على أنّها القيمة التي تُعزى إلى طول العمر وفقاً للإعاقة والمستوى الوظيفي والإدراكات والفرص الاجتماعية التي تمّ التعديل والتغيير فيها بواسطة المرض أو الإصابة أو العلاج أو السياسات الصحية. (Lourel، 2007، p4)

وعليه تعدّدت دلالات المصطلح بطريقة مفتوحة ممّا جعلت (Moons، 2006) يصفه بالمصطلح المظلة (Umbrella term) لتغطيته أو تضمينه مصطلحات أخرى مثل الأداء الوظيفي والوضع الصحي وإدراكات الفرد وخبراته المعاشة، وظروف حياته وسلوكه العام ونمط معاشه، والأعراض التي تُظهر عليه السعادة والهناء وطيب العيش وغيرها ممّا يزيد المفهوم غموضاً. (زعطوط، 2014، ص. 243)

ومن بين التعاريف المحددة لمفهوم نوعية الحياة نذكر:

. تعريف "دينير" (2009) الذي يصفها بأنّها "الإدراكات الحسيّة للفرد تجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية، ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وكذلك علاقته بأهدافه وتوقّعاته وثوابته ومعتقداته، وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي". (أبو حلاوة، 2010)

. بينما يُعرِّفها (Haas، 1999) على أنّها "تقييمٌ متعدد الأبعاد لظروف الحياة الحالية للشخص في سياق ثقافته التي يحيا فيها والقيم التي يتبناها، وهي في المقام الأوّل شعور ذاتي بالرفاه وحسن الحال، متضمنة أبعاداً جسدية ونفسية واجتماعية وروحية، وفي بعض الظروف يمكن أن تسهم المؤشرات الموضوعية في هذا الإدراك والتقييم لتقريب المعنى". (زعطوط، 2014، ص.27)

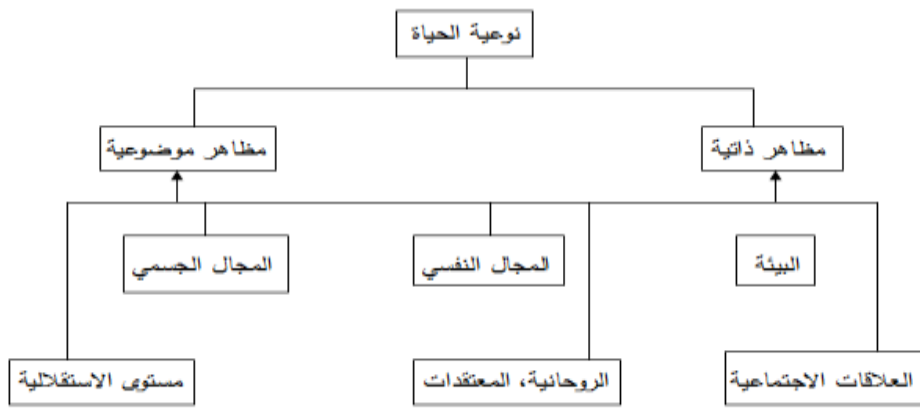
وبالرغم من اختلاف التعاريف، فإنّه يوجد نقاط مشتركة بينها وهي: المفاهيم العامة والمتضمنة لعدّة أبعاد (الصحة الجسمية، النفسية، الاجتماعية ..)، المقيّمة موضوعياً (كحالة الصحة مثلاً) و/أو الذاتية (كالرضا عن مجال معيّن مثلاً). (Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, p.40)

و حسب (أبو حلاوة، 2010) عادةً ما يُشار في أدبيات المجال إلى تعريف منظمة الصحة العالمية، حيث تمّ تعريفها من طرف المنظمة (1994) على " أنّها إدراك الفرد لمكانته في الوجود، في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها وفيما يتعلّق بأهدافه وتوقّعاته ومعايير ومخاوفه ".

وهذا التعريف شاملٌ للحالة الجسمية والاستقلالية الجسدية والحالة النفسية والوظيفة النفسية، والرفاهية، والتفاعلات الاجتماعية والأنشطة المهنية والموارد الاقتصادية. (Ninot, 2014) في حين يعتبر (Cummins، 2005) مفهوم نوعية الحياة على أنّه مفهوم متعدّد العوامل، متأثر بعدّة عوامل شخصية وبيئية وتفاعلهما فيما بينها، والتي يُمكن أنّ تُقيّم بطريقة موضوعية و/ أو ذاتية. (Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, p.40)

كما تمّ تعريفها أيضاً على أنّها إدراك الفرد لمكانته الوجودية في السياق والثقافة ونظام القيم حيث يتعايش، وكذا علاقته مع أهدافه وتطلّعاته وانشغالاته، وهو مفهوم مدمج واسع متأثر بطريقة معقّدة بالصحة الجسمية للفرد وحالته النفسية واستقلاليته بالإضافة لعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالخصائص الأساسية لبيئته، وبالتالي فهو مفهوم متأثر بعوامل عامة (البيئة، الثقافة..) وذاتية (القواعد، القيم، السلوكات، المعتقدات..). (Marilou Bruchon-Schweitzer & Emilie Boujut, 2014, P. 40)

وفي الشكل التالي نجد العوامل التي تساهم في تكوين مفهوم نوعية الحياة وما تشمله من أبعاد جسمية، نفسية واجتماعية في حيزٍ بيئي قائم على التفاعلات الاجتماعية بكل ما تتضمنه من معتقدات وأفكار واتجاهات تتدرج تحت إطار الاستقلالية والحرية في ممارسة مجالات الحياة ودرجة رضا الفرد عنها، وهي عواملٌ يتمُّ تقييمها إمّا ذاتياً من طرف الفرد أو موضوعياً من طرف الباحثين والمنظمات المسؤولة في هذا المجال بالإعتماد على مؤشرات متفق عليها خاضعة لدراسات ميدانية لتقييم وتقديم مفهوم نوعية الحياة.



الشكل رقم (5) النموذج الإدماجي لمفهوم نوعية الحياة (حسب تعريف OMS، 1996)

(Bruchon-Schweiter, Boujut, 2014, p. 45)

يتضح لنا من الشكل رقم (5) أنّ منظمة الصحة العالمية كوّنت نموذجاً إدماجياً لمكوّنات نوعية الحياة المقيّمة ذاتياً وموضوعياً، والتي تظهر في المجال الجسمي والنفسي والعلاقات الاجتماعية والروحانية، إضافةً إلى المعتقدات ومستوى استقلالية الفرد في الاستجابة لمتطلباته، وتكون هذه المجالات في عملية تأثير وتأثر مع البيئة والسياق المجتمعي للفرد.

نستنتج ممّا ذكر في التعريفات السابقة أنّ نوعية الحياة هو إدراك الفرد لمجالات حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية والاقتصادية وتقييمه لها وفق معتقدات

ومعايير محدّدة ضمن السياق المجتمعي الذي يتفاعل معه، والتي ترمي إلى الوصول لدرجة الاستقلالية والرفاهية والرضا عن حالته.

2- الاتجاهات المختلفة المفسرة لنوعية الحياة

اختلفت الاتجاهات التي تناولت مفهوم نوعية أو جودة الحياة، وذلك راجع لتشعبه وشموليته لعدّة مجالات وحالات الفرد ، نذكر منها:

2-1 الإتجاه المعرفي

يرى (Lawton، 1996) أنّ إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

-**الظرف المكاني:** إذ أنّ هناك تأثيراً للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة الحياة، وطبقة (بصمة) البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران، إحداها مباشر على حياة الفرد، كالتأثير على الصحة والآخر تأثير غير مباشر، إلّا أنّه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزمني:** إنّ إدراك الفرد لتأثير طبقة (بصمة) البيئة على جودة حياته يكون أكثر ايجابية كلّما تقدم في العمر، فكلّما تقدم الفرد في عمره كلّما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بجودة الحياة. (بوعيشة، 2014، ص. 91)

ف نجد أنّ النظرة المعرفية لمفهوم نوعية الحياة تعتمد على ظرفان : الظرف المكاني أي تأثير البيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية الحياة والظرف الزمني ويكون بتقدم العمر وإدراك الفرد لسيطرته على ظروف هذه البيئة.

2-2 الإتجاه الإنساني

والذي يرى أنّ فكرة جودة الحياة تستلزم دائماً الارتباط الضروري بين عنصرين هما:

- . وجود كائن حي ملائم.
- . وجود بيئة جيّدة يعيش فيها هذا الكائن.

ذلك أنّ ظاهرة الحياة تبرز للوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تمثّل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات جودة حياة الفرد، والبيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقاً للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقّق بمقدار امتثال الأفراد لهذا المعايير، وعدم خروجهم عنها، كما أنّ البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية مادياً أو معنوياً.

ويتبين من هذا الاتجاه أنّ حقيقة الحياة الإنسانية تتطوي على إمكانيات هائلة للتطوّر والارتقاء في الحياة. (بوعيشة، 2014، ص 92)

ومنه نجد أنّ في هذا الاتجاه تركيز على التأثير المتبادل بين الفرد وبيئته الطبيعية التي توفر مقومات الحياة المادية من جهة، وبيئته الاجتماعية التي تُضبط بالسلوك السائد في المجتمع من جهة أخرى، ومدى قدرة الفرد على تحقيق بيئة حضارية مادية ومعنوية سوياً.

2-3 الاتجاه التكاملي

من أصحاب هذا الاتجاه أندرسون (2003) والذي أشار إلى أنّ إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله، كما يمكّنه من أن يكون أفكاراً كي يصل إلى الرضا عن الحياة، وهناك ثلاث سمات مجتمعة معاً تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة، هي:

- الأولى: تتعلّق بالأفكار، ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد لتحقيقه.
- الثانية: المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.
- الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي. (بوعيشة، 2014، ص ص 93-94)

يظهر جلياً أنّ هذا الاتجاه يقوم على تقييم الفرد لما حوله معتمداً على ثلاث سمات مجتمعة: الأولى تتعلّق بالأفكار ذات العلاقة بالأهداف الشخصية، الثانية المعنى الوجودي لهذه العلاقة والثالثة تكون حول الشخصية والعمق الداخلي للفرد.

كما تمّ اقتراح عدداً من النماذج النظرية الأخرى لنوعية الحياة والتي تمّ استعمالها في مجال المرض، نذكر منها:

◀ نموذج التوقعات لـ (Calman، 1984): يشير إلى أنّ الأفراد لديهم أهداف وغايات في الحياة وأنّ نوعية الحياة هي مقياس الفرق بين آمال وتوقعات الفرد وتجاربه الحالية، فهو نموذج يهتم بالفرق بين الأهداف المدركة والأهداف المحقّقة الفعلية.

◀ نموذج الاحتياجات : يرتبط باستطاعة وقدرة المرضى على تلبية احتياجات إنسانية معيّنة، وتكون جودة الحياة في ذروتها عندما يتمّ تلبية جميع الاحتياجات، وفي أدنى مستوياتها عندما يتمّ تلبية احتياجات قليلة للفرد، وتشمل هذه الاحتياجات جوانب مثل الهوية، والمكانة، وتقدير الذات والعاطفة والحب والأمن والمتعة والإبداع والأكل والنوم وتجنّب الألم والنشاط، وقد استخدم (Hunt & McKenna، 1992) هذا النموذج لتوليد العديد من مقاييس نوعية الحياة، ويرتبط لحدّ ما بإعادة الاندماج في نموذج الحياة الطبيعية الذي تمّ اعتباره أيضاً نهجاً لتقييم جودة الحياة، وإعادة الإدماج تعني القدرة على القيام بما يجب على المرء القيام به أو يريد القيام به، لكن هذا لا يعني عدم وجود مرض أو أعراضٍ ما.

◀ النموذج الوجودي : يؤدي إلى إدراج عناصر مثل المتعة في الحياة والنظرة الإيجابية. (Fayers & Machin, 2007, pp. 7-8)

وعليه نجد أنّ الاتجاهات المفسرة لنوعية الحياة في حالة المرض تقوم على توقعات وأهداف المريض التي يطمح إليها لتحسين أساليب نوعية حياة وانتقاء الجيّد، لتلبيته لاحتياجاته باستقلالية، إضافةً إلى إدراج عامل المتعة في الحياة والنظرة الإيجابية للوضعية التي يعيشها مع مرضه.

استنتاجاً ممّا سبق ذكره، نجد أنّ لتفسير نوعية الحياة عدّة وجهات نظر تختلف في تقييم المفهوم حسب توجه الباحث ، ففي المجال العام نجد أنّ التناول المعرفي أعزى نوعية الحياة لتأثير البيئة وبصمتها في الفرد بطريقة مباشرة وغير مباشرة حسب الظرف المكاني والزمني، بينما يشير التناول الإنساني إلى عملية التفاعل بين الفرد والعوامل الخارجية البيئية (الطبيعية والاجتماعية)، أمّا الرؤية التكاملية فتجمع بين مكوّنات الشخصية وعمقه الداخلي التي تطرح أفكاراً لأهداف يريد تحقيقها وعيشها من خلال إعطاء معنى وجودي للحياة.

أمّا الذين تناولوا مفهوم نوعية الحياة في سياق المرض فنجد بعض النماذج التي قدّمت تفسيراً لتقييم الفرد لنوعية حياته في هذه الحالة، فحسب نموذج التوقعات فإنّ للفرد أهداف وغايات يسعى لها فتكون عملية التقييم بين أهدافه وآماله وبين ما حقّقه على أرض الواقع، أمّا نموذج الاحتياجات فيرتبط باستطاعة وقدرة المرضى على تلبية احتياجات إنسانية معيّنة وإعادة إدماجه في معترك الحياة، في حين يتّجه النموذج الوجودي إلى إدراج عناصر إيجابية تسعى إلى تكوين النظرة الإيجابية لمجالات الحياة من طرف الفرد.

ونجد أنّ هذه الاتجاهات المختلفة لتناول مفهوم نوعية الحياة تشترك في مبدأ معيّن وهو أهميّة تحقيق رضا الفرد عن سياق حياته بتلبية الاحتياجات بما يتناسب مع طموحاته، يكون ذلك في إطار إيجابي في عملية التفاعل مع البيئة، وأنّ الفرد في حاجة مستمرة للسعي إلى إحداث بيئة تتوافق مع آماله وتحترم كيانه.

والاتجاهات التي تناولت الفرد في حالة مرضه يمكن الإعتماد عليها في مجال البحث حول قياس مستوى نوعية الحياة لدى المرضى وتقدير مجالاتها، لما تحمله من عناصر مهمّة في سعي الفرد المريض لتحقيقها وإشباعها على مختلف المستويات بهدف تحقيق نوعية حياة جيّدة.

3- مجالات نوعية الحياة

يُعتبر مفهوم نوعية الحياة مفهوماً معقّداً ومركّباً، فهناك من يعتبره وحدة متكاملة وشاملة، فيما يميل آخرون لوصف مركباته، أمّا البعض الآخر فيسلط الضوء على نوع تقييمه الأكثر صلة به (موضوعي، ذاتي) (Rapley, 2003) وتعريف منظمة الصحة العالمية يعود لعدّة مجالات مقبولة بشكل عام وبقدرٍ كافٍ: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، البيئة (هناك من يضيف الروحانية) وقد تُقيّم هذه المجالات بطرق مختلفة (بطريقة ذاتية أو مغايرة، قياس موضوعي). (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.46)

3-1 المجال الجسدي لنوعية الحياة

يتضمّن هذا المجال فرعين: الصحة الجسمية (حالة الصحة) والقدرات الوظيفية (الاستقلالية) والذي يقسم بدوره لمكوّنات أكثر دقّة، وبالتالي فإنّ الصحة الجسمية تشمل الطاقة والحيوية والتعب والنوم والراحة والآلام والأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية الطبية.

وتشمل القدرات الوظيفية الوضعية الوظيفية، إمكانية التنقل، النشاطات اليومية التي قد تكون منجزة والاستقلالية النسبية (أو الإعتماد).

وهذين الفرعين قد يتمّ تقييمهما بطريقة "خارجية" (نتائج تحاليل واختبارات، تشخيصات طبية) أو "داخلية" (الصحة والمهارات الوظيفية الذاتية)، وبعد مدّة طويلة من الأخذ بالمعايير الخارجية في تقييم نوعية الحياة الخاصة بالصحة بدأ الآن الأخذ بالتقييم الذاتي في الاستعمال والظهور. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, pp.46-49)

وتحقيق الرضا والإشباع في نوعية الحياة في هذا المجال ضروري لارتباطه بالمجالات الأخرى، لما يوفّره من استقلالية للفرد.

3-2 المجال النفسي لنوعية الحياة

ينقسم هذا المجال لمظاهر أكثر خصوصية، فمقياس WHOQOL-100 مثلاً يتضمّن ستة مجالات، بما فيها الصحة النفسية التي تنقسم بدورها إلى خمسة مركبات: مشاعر إيجابية، مشاعر سلبية، تقدير الذات، القدرة المعرفية (تفكير، ذاكرة، تركيز، القدرة على التعلم)، صورة الجسم والمظهر الخارجي المدرك.

وتدخل الروحانية والمعتقدات الذاتية والدين ضمن المجال النفسي لنوعية الحياة أحياناً، والتي تشكّل بدورها مجالاً آخر، ويشمل المجال النفسي وجود الانفعالات والمشاعر الايجابية ولكن أيضاً غياب أو ندرة أو ضعف شدّة المشاعر السلبية (القلق، الاكتئاب)، ونعترف هنا بمفهوم الاتجاه الثنائي للصحة. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.50)

فالصحة لا تقاس على صعيد واحد، إنّما تتفرّع لعدّة مجالات يجب ضمان سلامتها لتحقيق التوازن لدى الفرد.

3-3 المجال الاجتماعي لنوعية الحياة

تشكّل العلاقات والنشاطات الاجتماعية المجال الثالث لنوعية الحياة، فيوجد تضاد ما بين الحياة الاجتماعية الغنيّة والانعزال أو الانسحاب وفي عدّة نواحي: عائلية، صداقة، مهنية، مواطنة، ويفترض أنّ السيرورة الاجتماعية الأمثل مكوّنة من شبكة علاقات كافية من ناحية العدد (الاندماج الاجتماعي) ومن ناحية النوعية والكيفية (الحميمية، التبادل، إلخ).

من الضروري قياس السيرورة الاجتماعية للأفراد عبر التقنيات ووجهات النظر، فهناك علاقات قائمة بين الصحة الاجتماعية ونوعية الحياة عامةً. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, pp.52-53) ذلك لأنّ العلاقات الاجتماعية لها تأثير على توازن الفرد، ويساعد في ضمان رفاهية للفرد وإشباع لحالته النفسية التي بدورها تكون عنصراً هاماً في ضمان التوازن الحيوي للفرد.

3-4 المجالات الأخرى لنوعية الحياة

إضافة لهذه المجالات المتنوّعة لنوعية الحياة ، يتمّ إدراج البيئة فيها أحياناً، وهو بعد يتضمّن مظاهر أكثر خصوصية، منها ما يتعلّق بالرفاهية المادية للأفراد (الدخل الشهري، نوعية الإيواء .. إلخ)، وأخرى مرتبطة بالبلد والمدينة والمنطقة أو الحي (الحرية والحماية، سهولة الولوج للخدمات الصحية ونوعيتها، المناخ، الضوضاء والتلوث، النقل).

وبالنسبة لأبعاد الرفاهية المقترحة من علم النفس الإيجابي (تحقيق الذات، المعنى المعطى للحياة، الإلتزام ...) فهم في حالة توافق مع المحتوى (الإيجابي) للأبعاد الجسمية، النفسية والاجتماعية لنوعية الحياة.

إنّ نوعية الحياة مصطلح لم يُحدّد بعد وليس ثابت، والسبب يعود لعدم توافق الباحثين فيما بينهم عليه، فمن الضروري معرفة ما هي المجالات والمجالات الفرعية لنوعية الحياة (المشتركة لكل الأفراد والتي تسمح بتحديد موضعهم نسبياً) وكيف تُبنى (التسلسل) وكيف تتفاعل فيما بينها وما هي حالتهم الوظيفية (السوابق، العوامل المعدّلة، الخصائص). (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.53) والعمل في هذا المجال لا يزال يبيّن أهميته في فهم حياة الفرد وإدراكه لها لتحقيق الرفاهية المطلوبة.

واستنتاجاً ممّا سبق نجد أنّ قراءة نوعية الحياة تشمل مجالاتٍ عدّة، منها الجسمي كوضعيته البيولوجية وقدراته الوظيفية في تحقيق استقلالته عن الآخر في تلبية احتياجاته الأساسية الإنسانية، المجال النفسي الذي يتكوّن من مختلف المشاعر الإنسانية الإيجابية والسلبية والقدرات المعرفية والتقييمات التي يطلقها الفرد على كينونته، وكذا المجال الاجتماعي الذي يشمل كمية التفاعلات الاجتماعية والعلائقية مع المجتمع ونوعيتها، كما تمّ إضافة المجال الروحاني (الديني العقائدي) والاقتصادي والبيئي الفيزيائي، وهي كلّها عناصر تدخل ضمن مجالات الحياة التي يتفاعل معها الفرد وعليها تحصل عملية التأثير والتأثير.

والواضح ممّا ذُكر، أنّه دائماً ما نجد عدم توافق في التصنيف والتبويب بين مجالات نوعية الحياة بين مختلف القائمين على تكوين هذا المصطلح وبالتالي فإنّه عملية التمحيص والتوضيح لهذا المفهوم لا تزال قيد العمل.

4- أبعاد نوعية الحياة

تختلف طريقة ذكر أبعاد نوعية الحياة باختلاف الباحث، وفيما يلي ذكر لبعض ما جاء في هذه النقطة: يتكوّن مفهوم جودة الحياة كما يستخدم في أدبيات المجال من ثلاث مكونات رئيسية تتمثّل فيما يلي:

- الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها المرء (بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس، كليهما مفاهيم نفسية ذاتية، أي ذات علاقة برؤية وإدراك وتقييم المرء).

- القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية (تمثّل الإعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز المرء عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية).

- القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها (المساندة الاجتماعية)، والمادية (معيار الحياة) وتوظيفها بشكل إيجابي.

وطرح (Felce & Perry، 1995) نموذج ثلاثي العناصر لجودة الحياة يعكس التفاعل بين: ظروف الحياة، الرضا عن الحياة، القيم الشخصية، وقدّما تعريفات محددة لهذه العناصر على النحو التالي:

- ظروف الحياة Life conditions: وتتضمّن الوصف الموضوعي للأفراد وللظروف المعيشية لهم.

- الرضا الشخصي عن الحياة Personal satisfaction: ويتضمّن ما يعرف بالإحساس بحسن الحال والرضا عن ظروف الحياة أو أسلوب الحياة.

- القيم الشخصية والطموح الشخصي Personal values and aspiration: وتتضمّن القيمة أو الأهميّة النسبية التي يسقطها الفرد على مختلف ظروف الحياة الموضوعية أو جودة الحياة الذاتية Subjective well-being. (أبو حلاوة، 2010)

أمّا بالنسبة لجودة الحياة من الناحية النفسية فنجد أنّ كاورل وايف (1995) ذكروا وجود الأبعاد التالية ضمنها:

- تقبل الذات Self-acceptance: ويشير إلى القدرة على أقصى مدى تسمح به القدرات والامكانيات، والنضج الشخصي، والاتجاه الايجابي نحو الذات.

- العلاقات الايجابية مع الآخرين Positive relation with others: وتشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية متبادلة متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد، القدرة على التوحد مع الآخرين، والقدرة على الأخذ والعطاء مع الآخرين.

- الاستقلالية Autonomy:

وتشير إلى القدرة على تقرير مصير الذات، والاعتماد على الذات، والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي.

- الكفاءة البيئية (السيطرة على البيئة) Enviromental mastery:

وتشير إلى القدرة على اختيار وتخيُّل البيئات المناسبة، والمرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية.

- هدفة الحياة Purpose in life:

وتشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة، ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف. (صالح اسماعيل عبد الله، ص 35) (نقلًا عن بوعيشة، 2014، ص ص 82-83)

وفي المقابل يفيد "لاوتون Mawton" إلى أن مفهوم نوعية الحياة متعدد الأبعاد، ويتضمَّن أبعاد عدَّة منها ما يتَّضح مع وصف "جريك أ جاكسون Graig A Jackson" (2010) " والمندرج تحت مسمَّى الثلاثة بـ The 3 B's وهي على النحو التالي:

- الكينونة Being

- الانتماء Belonging

- السيرورة Becoming

ويوضح الجدول التالي ذلك بشيء من التفصيل:

جدول رقم (3): مكونات نوعية الحياة

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة	الوجود البدني Physical Being	أ- القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. ب- أساليب التغذية

الوجود) Being	الوجود النفسي Psychological Being	ا- التحرر من القلق والضغط. ب- الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح/عدم ارتياح)
	الوجود الروحي Spiritual Being	ا- وجود أمل في المستقبل (الاستبشار). ب- أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
الانتماء Belonging	الإنتماء المكاني Physical Belonging	ا- المنزل الذي يعيش فيه الفرد. ب- نطاق الجيزة التي تحتوي الفرد.
	الإنتماء الاجتماعي Social Belonging	ا- القرب من الأسرة التي يعيش فيها الفرد. ب- وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).
	الإنتماء المجتمعي Community Belonging	ا- توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية اجتماعية .. الخ) ب- الأمن المالي.
الصيرورة Becoming	الصيرورة العملية Practical Becoming	ا- القيام بالأشياء. ب- العمل في وظيفة أو الذهاب إلى مؤسسة تعليمية.
	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	ا- الأنشطة الترفيهية الخارجية والتنزه، الرياضة. ب- الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	الصيرورة الارتقائية Growth Becoming	ا- تحسیر الكفاءة البدنية والنفسية. ب- القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.

(أبو حلاوة، 2010، ص.7) (نقلا عن شويعل، 2018، ص. 17)

في الجدول رقم (3)، نجد أنّ الأبعاد المكوّنة لنوعية الحياة مندرجة تحت ثلاثة مكوّنات:

- الكينونة: التي تشمل الوجود البدني الذي يظهر في القدرة البدنية واستطاعة الحركة، والنفسي من خلال التحرر من المشاعر السلبية وتحقيق التوازن النفسي، والروحي كوجود الأمل والقدرة على الحكم.

- الإنتماء: الذي يشمل الانتماء المكاني كمكان الإقامة والاجتماعي من خلال الشبكات الاجتماعية المختلفة والمجتمعي من خلال توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة والأمن المالي.

- الصيرورة : التي تشمل الصيرورة العملية كالقيام بعمل أو وظيفة ما، والترفيهية داخل أو خارج المنزل والارتقائية كالنشاطات التي تهدف لتحسين القدرات البدنية والنفسية والمساعدة على تحقيق التوافق مع متطلبات الحياة.

ومن جهةٍ أخرى، قدم أبو سريع وآخرون (2006) نموذج لتقدير وتفسير جودة الحياة، يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة، وهي موزعة على بعدين متعامدين، كما هو موضَّح في الشكل الآتي:



الشكل رقم (6) تصور أبو سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة (2006)

ويمكن تفسير المخطط بالآتي:

البعد الأفق، قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب كمونها داخل الشخصي أو خارجه، وتسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية، في مقابل المحددات الخارجية، ويمثل البعد الراسي توزيع تلك المحددات وفق أسس قياسها، وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين

أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي، كما يدركها ويشعر بها، إلى أسس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية أو اعتماداً على معايير كمية وكيفية أخرى مثل الملاحظة، ومقاييس التقدير، ويسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية ويتضمن الشكل بعض الأمثلة لمحددات جودة الحياة. (بوعيشة، 2014، ص ص 94- 95)

واستنتاجاً لما سبق، نجد أنّ أبعاد ومكونات نوعية الحياة متفرعة، ويختلف تحديدها من باحث لآخر، ولكنها تشترك في نقاط معيّنة وهي الإحساس الداخلي بحسن الحال للفرد والرضا عن الحياة الفعلية، والقدرة على رعاية الذات باستقلالية والإلتزام بالأهداف المسطرة منه وتحقيق فعالية في الأدوار الإجتماعية المنوطة به في مجتمعه، وكذا القدرة على الاستفادة من مصادر البيئة المتاحة لتحقيق طموحاته ومداركه، وخدمة نفسه ومجتمعه، وبالتالي الوصول إلى درجة الرضا والرفاهية التي يسعى إليها في كل مجالات الحياة.

5- مؤشرات قياس نوعية الحياة

يمكن حصر وتوضيح المجالات والمظاهر التي تُؤخذ بعين الاعتبار في تقييم نوعية الحياة ، حسب ما صرحت به المنظمة العالمية للصحة ، في الجدول الآتي:

الجدول رقم (4) المجالات والمظاهر المدرجة في قياس نوعية الحياة

المجالات	المظاهر
الحالة الجسمية	الآلام، عدم الراحة، الطاقة، الضجر، النوم، الراحة
الحالة النفسية	المشاعر الإيجابية، التفكير، التعلم، الذاكرة، التركيز، تقدير الذات، صورة ومظهر الجسم، المشاعر السلبية
مستوى الإعتماد	التحرك، النشاطات اليومية، الإعتماد على أدوية وعلاجات، القدرة على العمل
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية المساندة الاجتماعية النشاط الجنسي

<p>البيئة</p> <p>الآمان والسلامة الجسدية</p> <p>بيئة البيت</p> <p>الموارد المالية</p> <p>التكفل الصحي والاجتماعي: الإمكانيات الموجودة والنوعية</p> <p>فرص إكتساب المعرفة والمهارات الجديدة</p> <p>فرص التسلية والترفيه والمشاركة فيها</p> <p>البيئة الفيزيائية (التلوث، الضجيج، الإزدحام المروري، المناخ)</p> <p>وسائل النقل</p>	<p>البيئة</p>
<p>الروحانية / الدين / المعتقدات الفردية</p>	<p>الروحانية</p> <p>(الدين/المعتقدات</p> <p>الفردية)</p>

(OMS, 1996, p.385)

يظهر لنا من الجدول رقم (4) أنّ المجالات التي يجب الإعتماد عليها في تقييم نوعية الحياة عامةً هي المجال الجسمي بيولوجياً ووظيفياً،النفسي من ناحية المشاعر والقدرات الذهنية، مستوى الاعتماد أي القدرة على التحرك وممارسة الأنشطة اليومية باستقلالية، نوع العلاقات الاجتماعية وكيفية تفاعلها، توفر وسلامة الموارد البيئية باختلافها، والمعتقدات الروحانية والدينية الشخصية.

إنّ تقييم وقياس نوعية الحياة هو أمرٌ معقّد وذلك بسبب حقيقة أنّه لا يوجد تعريف عالمي متفق عليه، وهو ما جعل " Wiklund et al " (2000) يقسّم أنواع قياس نوعية الحياة إلى ثلاثة هي:

- **قياس عالمي:** و صُمّم من أجل قياس نوعية الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتمّ سؤاله لشخص لحساب مقياس نوعية الحياة بصورة عامة، مثل مقياس Flanjan لنوعية الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالٍ من مجالات الحياة.

- **قياس عام:** له أمور مشتركة مع القياس العالمي، وصمم من أجل مهام وظيفية، في الرعايا الصحية يتمّ تحديده ليكون بصورة شاملة، مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا

المرض على حياة المرضى، وكذلك حقيقة أنه يسمح بعمل مقارنة مجموعات مختلفة من المرضى، أمّا عيوب هذا القياس فإنّ لا يُعطي عناوين ذات صلة بمرض معيّن.

- **مقياس خاص بمرض:** تمّ تطوير هذا القياس لمراقبة ردّة الفعل للعلاج في حالات خاصة، وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميّز مجموعة خاصة من المرضى، حيث يكون هؤلاء حساسية للتغيّر وكذلك قلة الشعور لديهم حيث يركز على مشكلة معيّنة لمجموعة من المرضى مثل الألم، التعب، الوظائف الجسدية، هذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة يُمكن أن تُحلّ بواسطة التدخّل العلاجي. (شويعل، 2018، ص ص. 18-19)

وفي نفس السياق يرى (Frisch et al ، 2005) إلى أنّ هذا المفهوم يتمّ تقييمه من 3 جوانب هي:

- من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع).
- التقدير الذاتي للرضا من مجالات أو جوانب معيّنة (العمل، والصحة، والعلاقات مع الآخرين).
- البيانات الديمقراطية بالنسبة لنوعية الحياة (المؤشرات الاجتماعية، والموارد أو العوائق).
- ويذهب (Mosen، 1995) إلى أنّ أي محاولة قياسية لنوعية الحياة تتضمّن 4 أبعاد أو مؤشرات نستطيع من خلال تقدير درجات إحساس الفرد بنوعية الحياة، وهي:
- المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق أو الاكتئاب، والتوافق مع المرض، والشعور بالسعادة.
- المؤشرات الاجتماعية: وتتّضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلاً عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
- المؤشرات المهنية: تتمثّل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبّه لها والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

- المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية، والقدرة الجنسية (أبو سريع وآخرون، 2006) (شويعل، 2018، ص. 19) وعليه نجد أنّ هذا المفهوم مرتبط بعناصر موضوعية ومعرفية ولكن أيضاً بالعناصر الذاتية، ويمكن للفرد فقط تقييم مستوى جودة حياته من حيث ما هو مهمّ بالنسبة له، ومن حيث قيمه ومعتقداته.

ومع مرور الوقت يختلف إدراك نفس الفرد لنوعية حياته باختلاف سنه ونضجه وحالته الصحية أو إعاقته. (Formarier, 2007, p.3)

في المجال الصحي مثلاً، يجب أن يعتمد تقييم نوعية الحياة على مجموعة واسعة من المعايير وليس عنصراً واحداً كالآلم على سبيل المثال، فعند وجود الآلم سيتمّ تقييم نوعية الحياة من خلال استكشاف تأثير هذا الآلم على استقلالية الفرد وعلى حياته الروحية والنفسية والاجتماعية، بدل التركيز حصرياً على الآلم الذي يعانون منه، كما يجب إدراج العناصر الإيجابية في التقييم. (OMS, 1996 , p.384)

استنتاجاً لما سبق، نجد أنّ قياس نوعية الحياة يعتمد على محددات تشمل المجالات الجسمية والنفسية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية والبيئية، في الصحة والمرض، وتكون من خلال التقدير الذاتي للفرد لهذه المجالات ومدى رضاه عنها وتحقيقه لدرجة الرفاهية ودرجة الإشباع فيها، وعليه فإنّه من خصائص المقاييس الجيدة لدراسة نوعية الحياة توافرها على هذه الشمولية في تناول وليس التركيز على جانب واحد فقط.

ملخص الفصل

يُشير مفهوم نوعية الحياة للتقييم الذاتي للفرد عن مجالات حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والتي تنطلق من معتقدات وأهداف يسعى إليها باستخدام الموارد البيئية التي يملكها، بهدف إشباع احتياجاته وتحقيق استقلاليته على كافة الأصعدة للوصول لدرجة الرفاهية والرضا عن الوضع والذات، ممّا يُعطي له معنًاً لوجوده.

وتكون نوعية الحياة محدّدة بعناصر اتّفق عليها معظم الباحثين وهي الإحساس الداخلي بالرضا عن الحياة الفعلية والقدرة على رعاية الذات وتحقيقها ولعب الأدوار الإجتماعية على نحوٍ فعّال وجيّد للفرد.

وتقييم هذا المفهوم لا يخرج من إطار مكوناته، فكل قياس لنوعية الحياة يجب أن يشمل مختلف النواحي التي يدركها الفرد على أنّها امتداد لحياته.

الفصل الخامس
الاضطرابات المعوية الوظيفية
-متلازمة الأمعاء المتهدّجة-

تمهيد

تُعتبر الاضطرابات المعوية الوظيفية من المجالات الصحية التي طرحت عدّة تساؤلات على مستويات مختلفة، ومع تقدّم العلم أصبحت مجالاً مشتركاً للاجتهاد عن طريق عدّة مقاربات منها الطبية والنفسية وذلك للسعي إلى فهم أعمق للمشكلة وتبيان صورةٍ أوضح لأبعادها بهدف وضع خطط علاجية أنجع.

ونجد أنّ الاضطراب المعوي الوظيفي الأكثر انتشاراً وحضوراً في شكاوي الأفراد هو متلازمة الأمعاء المتهيجّة، التي كان لها تاريخ طويل من الاستقصاء والبحث، ممّا جعلها تتدرج تحت عدّة مسميّات مقرونة بالمعلومات التي تمّ التوصل إليها في كل فترة من البحث في مجال الطب.

وتُصنّف هذه المتلازمة من الإصابات التي تُحدث خللاً في وظيفة الجهاز الهضمي ممّا يؤدي إلى تدهورٍ في نوعية الحياة لما تسببه من وضعيات مزعجة جسمانياً وقد تصل إلى الحرج على المستوى الاجتماعي، وإزمانها يجعل منها إصابة ثقيلة على كاهل الفرد خاصةً لارتباطها بعدّة عوامل تستدعي المراعاة في عملية التكفّل والتطبيق ممّا يصعب من حالة الشفاء.

وفي هذا الفصل سيتمّ العروج إلى التعريف بهذا النوع من الإصابات مع ذكر عوامل حدوثها وأعراضها وطرق التكفّل بها.

1- تشريح ووظيفة الجهاز الهضمي

يُعتبر الجهاز الهضمي العضو المسؤول عن تحويل الأغذية المتناولة لعناصر بروتينية، كربوهيدرات، دهون، أملاح معدنية، عناصر دقيقة ومواد أخرى مع ضمان مرورها في مجرى الدم بطريقة يمكن استخدامها من طرف العضوية، وإخراج الفائض على شكل بقايا (براز). (Marescaux, 2016, p.6)

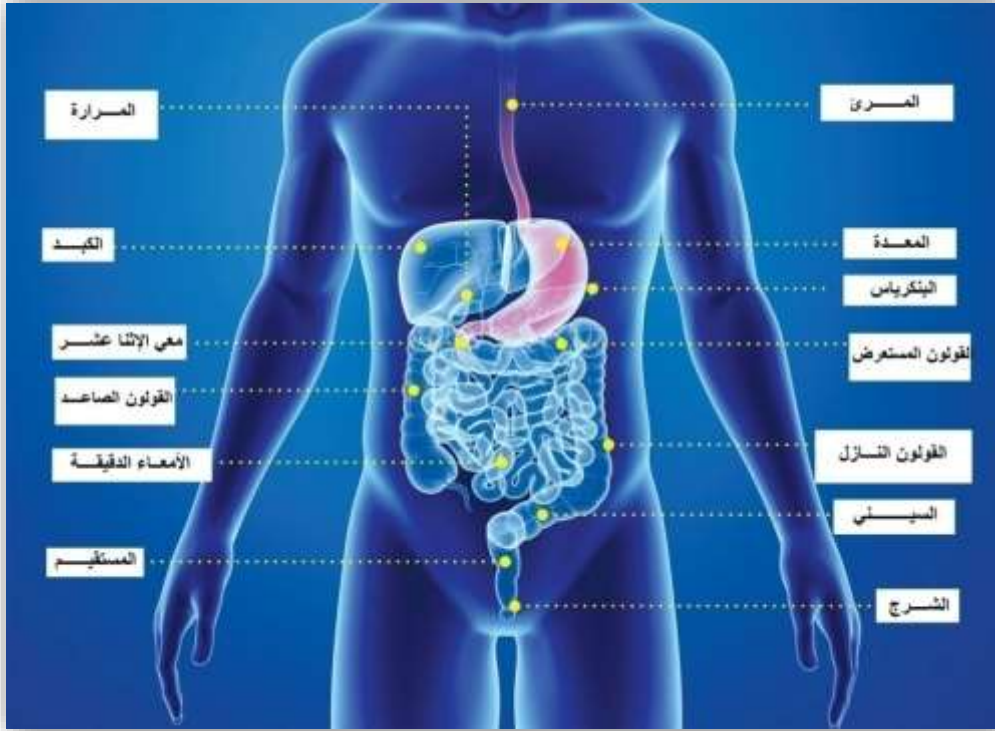
وتتمّ عملية الهضم عبر ثلاثة مراحل كبرى:

✎ في المرحلة الأولى: يصل الغذاء إلى المعدة انطلاقاً من الفم ومروراً بالمرئ، فتفرز الغدد المعدية حمض الهيدروكلوريك وأنزيمات معيَّنة (كالبيبسين La pepsine والكيوسين Le chymosine والليباز La lipase) التي تساعد على هضم الكربوهيدرات والبروتينات والدهن، وتمتلك المعدة قدرة احتواء متوسطها ليتر واحد لكنَّها يمكن أن تمتد لتتجاوز هذا الحد من الحجم. (Marescaux, 2016, p.6)

✎ في المرحلة الثانية: تمرُّ الأغذية المهضومة عبر معي الإثنا عشر وهو الجزء الأول من المعى الدقيق والمسئول عن نهاية عملية الهضم التي تستغرق من ست إلى اثنتي عشرة ساعة، حيث يساهم في امتصاص المغذيات الناتجة عن هذه العملية، بالإضافة لدور عصارة البنكرياس والأمعاء التي تحتوي على عدة إنزيمات (أميلاز Amylase، الليباز Lipase، البروتينياز Protéinase، البيبتيداز Peptidase، السوكراز Sucrase، الفوسفاتاز Phosphatase...) التي تضمن التحلُّ النهائي للجزيئات الكبيرة. (Marescaux, 2016, p.6)

تتطوَّر الأغذية في الأمعاء الدقيقة بفضل الانقباضات الموجية (وتُسمَّى أيضاً بالموجات الدودية Ondes péristaltiques) التي تحدث على مستوى جدار المعى وتساهم في مرور المواد الغذائية الممتصة إلى مجرى الدم. (Marescaux, 2016, p.6)

✎ المرحلة الثالثة: تصل المواد التي لم يتم امتصاصها إلى فتحة الأعور على شكل مادة شبه سائلة وهي فتحة المدخل للمعي الغليظ والمنقسم بدوره لثمانية أجزاء: الأعور، الزائدة الدودية، المعى الصاعد، المعى المستعرض، المعى النازل، المعى السيني، المستقيم ثم فتحة الشرج، ويحمل في طياته عشرات المليارات من الكائنات الحيَّة الدقيقة، حيث تنقسم هذه النباتات البكتيرية (أو النباتات المعوية) المكتملة لعملية الهضم لصنفين: نباتات التخمر ونباتات التعتُّن، ويكون دور المعى الغليظ إعادة امتصاص ماء المخلفات الغذائية التي تصل إليه ثم إخلاء الباقي إلى المستقيم ليخرج من فتحة الشرج. (Marescaux, 2016, p.6)



الشكل رقم (7): أعضاء الجهاز الهضمي للإنسان (Marescaux, 2016, p.6)

وكخلاصة لما سبق، يُعتبر الجهاز الهضمي مسئولاً عن عملية تغذية الجسم باستقبال وتحويل الأغذية المتناولة إلى عناصر دقيقة ومواد أخرى وضمان تمريرها لأعضاء الجسم، وتتمُّ العملية بثلاثة مراحل تبدأ بوصول الغذاء إلى المعدة عبر الفم والمرئ لتتحول لمواد مهضومة بواسطة الغدد المعدية، وبالتالي تصبح قابلة للعبور للمرحلة الثانية على مستوى الأمعاء الدقيقة التي تتولى مهمة امتصاص المغذيات بمساعدة عصارة البنكرياس وإنزيمات الأمعاء التي تضمن التحلل النهائي للجزيئات الكبيرة، ومن ثم يأتي دور الانقباضات التي تحدث على مستوى جدار المعي لبدء عملية تزويد الجسم بالأغذية عن طريق مجرى الدم.

ثم تُختم العملية بالمرحلة الثالثة على مستوى المعي الغليظ الذي يستقبل المواد التي لم يتم امتصاصها وإعادة امتصاص ماء المخلفات الغذائية منها ومن ثم إخلاء الباقي إلى المستقيم ليتخلص منها الجسم عبر فتحة الشرج.

كباقي أعضاء الجسم، يتعرّض الجهاز الهضمي لأمراض مختلفة وتتنقسم أمراضه واضطراباته لنوعين: الأمراض العضوية التي تنتج عن إصابة واضحة ملموسة في الجهاز

الهضمي، والأمراض الوظيفية والتي تكون فيها عضوية الجهاز سليمة لكنها لا تؤدي وظيفتها على النحو العادي.

وفي هذا العمل تمّ اختيار النوع الثاني لتسليط الضوء عليه، وتحديدًا الاضطرابات الوظيفية التي تصيب الجزء السفلي من الجهاز الهضمي وهي الأمعاء.

ومن ثمّ سيتمّ التطرّق إلى ما يُسمّى بالاضطرابات المعوية الوظيفية وذكرها بصفة عامّة، للوصول إلى شرح وتفصيل النوع الأبرز في هذه الفئة والذي وقع عليه الاختيار لدراسته في هذا العمل وهو متلازمة الأمعاء المتهيجّة.

أولاً : الاضطرابات المعوية الوظيفية

تُعرّف الاضطرابات المعوية الوظيفية (Troubles fonctionnels intestinaux TFI) على أنّها مجموعة من الأعراض الهضمية المزمنة الناتجة عن ضعف الجهاز الهضمي التحتي، وتُصنّف أنّها وظيفية لعدم وجود إصابة عضوية أو مورفولوجية و/أو بيولوجية قد تفسّر الحالة.

وحسب معايير روما التي تعتبر مصدراً للتصنيف العالمي في هذا المجال، تضمّ هذه الاضطرابات عدّة كيانات: كمتلازمة الأمعاء المتهيجّة، الانتفاخ البطني الوظيفي، الإمساك الوظيفي، الإسهال الوظيفي، والألم البطني الوظيفي. (Drossman, Corazziari, Talley, Thompson & Whitehead, 1999) (نقلًا عن Ducroté, 2005, p.2)

وفي الجدول التالي نجد تفصيلاً لمختلف الاضطرابات المعوية الوظيفية التي تمّ تحديدها حسب معايير روما 2 والمعتمدة أثناء التشخيص العيادي للمريض:

جدول رقم (5): تعريف لمختلف الاضطرابات المعوية الوظيفية حسب معايير روما 2

الاضطراب	الأعراض
متلازمة الأمعاء المتهيجّة	وجود أعراض لمدة لا تقل عن 12 أسبوعاً، ليست متتالية بالضرورة، خلال الأشهر 12 الماضية تتمثل في آلام بطنية أو عدم الراحة على مستوى البطن حيث تحمل الخصائص التالية:

<p>- الراحة بعد الإخراج</p> <p>- و/أو وجود تغير في معدّل البراز في بداية مرحلة الألم أو عدم الراحة</p> <p>- و/أو وجود تغير في كثافة البراز في بداية مرحلة الألم أو عدم الراحة</p> <p>الأعراض التالية قد تساهم في طرح تشخيص المتلازمة:</p> <p>- معدّل غير عادي في البراز (أكثر من ثلاث مرات في اليوم أو أقل من ثلاث مرات في الأسبوع)</p> <p>- كثافة غير عادية للبراز (متكثّل، صلب، ناعم، سائل)</p> <p>- إخراج غير عادي (جهود للدفع إلى الخارج، الحاجة الملحة للإخراج، إحساس بعدم اكتمال عملية الإخراج)</p> <p>- وجود مخاط في البراز</p> <p>- انتفاخ أو شعور بتضخم بطني</p>	
<p>وجود العرض لمدة لا تقل عن 12 أسبوعاً، ليست متتالية بالضرورة، خلال الأشهر 12 الماضية ، ويكون بالشعور بتضخم بطني و/أو انتفاخ بطني بدون تواجد باقي أعراض متلازمة الأمعاء المتهيجّة</p>	<p>انتفاخ بطني وظيفي</p>
<p>وجود على الأقل عرضين من المعايير التالية فيما لا يقل عن 25% من الإعفاءات لمدة لا تقل عن 12 أسبوعاً، ليست متتالية بالضرورة، خلال الأشهر 12 الماضية، ويتكون ب:</p> <p>- جهود للدفع إلى الخارج</p> <p>- براز صلب</p> <p>- إحساس بعدم اكتمال عملية الإخراج</p> <p>- إحساس بانسداد على مستوى المستقيم والشرح</p> <p>- الاحتياج إلى مناورات بالأصبع للسماح بعملية إخلاء المستقيم</p> <p>- أقل من ثلاث عمليات تبرّز في الأسبوع</p> <p>- غياب كافٍ لباقي أعراض متلازمة الأمعاء المتهيجّة لشرح تشخيصه على الحالة</p>	<p>إمساك وظيفي</p>
<p>وجود العرض لمدة لا تقل عن 12 أسبوعاً، ليست متتالية بالضرورة، خلال الأشهر 12 الماضية بحيث يظهر في براز سائل في أكثر من 75% من الإعفاءات ولا يصاحبه آلام بطنية</p>	<p>إسهال وظيفي</p>

وجود ألم بطني خلال مدة لا تقل عن 6 أشهر:	متلازمة آلام البطن الوظيفية
- مستمرة أو شبه مستمرة - لا أو قليلاً ما تتأثر بالتغذية، نوع الغذاء أو الفترة الحوضية للمرأة - تنعكس على حياة المصاب - لا تتصاحب مع المعايير التي تعزز تشخيص متلازمة الأمعاء المتهيجة.	

(Ducrotte, 2005, p.2)

نستنتج من الجدول أعلاه أن الاضطرابات المعوية الوظيفية تحمل أوجه عيادية مختلفة وفقاً لاختلاف الأعراض ومدّة إزمانها وذلك بعد إقصاء الجانب العضوي في حدوثها، وهو الأمر الذي كشفت عنه الملاحظات العيادية والفحوصات المستمرة في هذا المجال لتحديد ماهيتها وإدراجها في تصنيفات معيّنة معتمدة، ممّ سهّل للأطباء خطوة التصنيف في التشخيص.

ومنه ننقل إلى الاضطراب الوظيفي المعوي الذي طالما كان موضوعاً إشكالياً لدى المختصين في الأمراض الهضمية لما يحمله من أبعاد مختلفة، وتعدداً في عوامل ظهوره وتفاقمه وكذا نوعية الشكوى التي يقدمها المصاب على أكثر من صعيد وهو متلازمة الأمعاء المتهيجة.

ثانياً: متلازمة الأمعاء المتهيجة

فيما يلي سيتمّ التطرّق إلى تعريف وتوضيح ماهية هذا الاضطراب.

1- تعريف متلازمة الأمعاء المتهيجة

اندرجت متلازمة الأمعاء المتهيجة (Syndrome de l'intestin irritable SII) تحت مسميات عدّة عبر الزمن كاعتلال القولون الوظيفي، اعتلال القولون التشنّجي، القولون العصبي. (Berkane, s.d, p.2)

وتُعتبر المتلازمة الوظيفية الهضمية الأكثر انتشاراً، وقد تمّ تحديدها اعتماداً على خصائص روما 3 (Longstreth et al, 2006) كالتالي:

وجود آلام بطنية أو عدم راحة هضمية (إحساس غير مريح على مستوى البطن بدون آلام) لمدة 3 أيام في الشهر على الأقل في آخر 3 أشهر الماضية، مع وجود معياريين على الأقل من المعايير التالية:

- الإحساس بالتحسن بعد عملية الإخراج

- الإخراج يصاحب تغييراً على مستوى تواتر البراز

- الإخراج يصاحب تغييراً على مستوى كثافة البراز

وتُحدد المجموعات الفرعية حسب تركيز البراز اعتماداً على سلم Bristol

* متلازمة الأمعاء المتهيجة مع الإمساك في أغلب الوقت SII-C : Bristol 1-2 ≤ 25% من الوقت و Bristol 6-7 ≥ 25% من الوقت

* متلازمة الأمعاء المتهيجة مع الإسهال في أغلب الوقت SII-D : Bristol 6-7 ≤ 25% من الوقت و Bristol 1-2 ≥ 25% من الوقت

* متلازمة الأمعاء المتهيجة مع تناوب بين الإمساك والإسهال SII-M : Bristol 1-2 ≤ 25% من الوقت و Bristol 6-7 ≤ 25% من الوقت

* غير محدّدة : غياب معايير كافية تتطابق مع SII-C SII-D SII-M

(Longstreth & al. 2006) (نقلاً عن Coffin, 2011, p.85)

بالإضافة إلى إمكانية دعم التشخيص عن طريق سلم بريستول Bristol (الشكل رقم 8) الذي يقيس تكوين وكثافة البراز، والذي يُعتبر مؤشراً عن طبيعة الحركة المعوية وبالتالي إمكانية التنبؤ بحالة الأمعاء السفلى للمريض، فكلما اتّجه شكل البراز إلى السيولة كلما كانت حركة الأمعاء سريعة مخلفة إسهالاً لدى الفرد، وكلّما كان شكل البراز أكثر صلابة كانت حركة الأمعاء بطيئة مخلفة إمساكاً لديه.

أنواع البراز حسب معايير Bristol	
النوع 1	كُتل متفرقة صلبة يصعب اخراجها
النوع 2	على شكل نقانق لكنه متكتل
النوع 3	على شكل نقانق مع وجود تشققات سطحية
النوع 4	على شكل نقانق أو أفعواني وأملس وطري
النوع 5	على شكل قطع طرية ذات حواف بينة المعالم (سهل الاخراج)
النوع 6	قطع زغبية ذات حواف ممزقة، براز طري
النوع 7	سائل لا يحتوي على قطع صلبة. سائل كلياً

الشكل (8): كثافة البراز حسب سلم بريستول Bristol : (Coffin, 2011, p.85)

وكاستنتاج لما ذكر، نجد أن اسم الاضطراب يتغير بتغير المعلومات المتحصّل عليها من أعراضه وأسبابه حيث ترتبط تسميته بمرحلة التعرف على المرض عبر الزمن، حتى تمّ التوصل إلى التسمية الحالية وهو متلازمة الأمعاء المتهيجّة، والتي تُعرف على أنها نوع من أنواع الاضطرابات المعوية الوظيفية التي تصيب الجزء السفلي من الجهاز الهضمي (أمعاء دقيقة ومعوي غليظ/ قولون) ويتمّ التعرف عليه بمعايير خاصة تعتمد على الأعراض وعامل الإزمان، ويظهر في ثلاثة أعراض منتشرة (قد تختلف من فرد لآخر) وهي الآلام البطنية، الانتفاخ، وتغير في مستوى كثافة وتواتر البراز لمدة لا تقلّ عن ثلاثة أشهر مع غياب لإصابة عضوية على مستوى الجهاز الهضمي أو أن يكون عارضاً ثانوياً لإصابة عضوية أخرى.

2- مدى إنتشار متلازمة الأمعاء المتهيجّة

تختلف الأرقام الدالة على مدى انتشار المتلازمة، فحسب دراسة Lovell RM و Ford AC (2012) نجد معدّل انتشار المتلازمة عبر العالم بلغ 11.2% وهي النتيجة التي

تمّ الحصول عليها انطلاقاً من تحليل تجميحي لـ 80 دراسة مسّت 260.960 مفحوصاً.
(Lacy et al, 2016, p.1394)

في حين نجد أنّ قرابة ¼ من المجتمع يشكو من أعراض متلازمة الأمعاء المتهيّجة، حيث نجد 30% إلى 50% من المصابين يتقدمون لفحوصات أمراض الجهاز الهضمي و12% لفحوصات الطب العام، والتشخيص الأول يكون في العقد الثاني أو الثالث للحياة حيث أنّه نادراً ما يكون أوّل ظهور له في سنٍ متأخّر.

وتكون متلازمة الأمعاء المتهيّجة أكثر انتشاراً عند النساء (2 إلى 3 نساء مقابل رجل واحد). (Berkane, s.d, pp. 2-3)

أمّا على المستوى الوطني فنجد أوّل دراسة وبائية أقيمت على 2500 شخص من العاصمة تراوحت سنهم من 16 سنة فما فوق مسّت كلا الجنسين (1332 نساء ، 1178 رجال) لتحديد مدى انتشار المتلازمة، وأسفرت النتيجة على وجود 138 منهم أي ما يعادل 5.5% مصابين حيث كانت النساء أكثر إصابة بنسبة 5.8 % في حين بلغت 5.2% عند الرجال (Nakmouche, et al, 2011).

وعليه نلاحظ أنّ لمتلازمة الأمعاء المتهيّجة إحصاءات تختلف من دراسة لأخرى واختلاف الأرقام والنسب قد يرجع لأسباب تستلزم دراسة لتحديدها، وقد يبلغ عدد المصابين بها لنصف الحالات الواردة في الاستشارات الهضمية، والملاحظ أنّ التشخيص يكون في العقد الثاني والثالث مع تكرار ظاهرة انتشاره لدى الجنس الأنثوي أكثر منه لدى الذكري.

قبل شرح سيرورة المتلازمة، من الضروري البدء بذكر علاقة الجهاز الهضمي بالأجهزة المحيطة، ذلك للتوصل إلى فهم أكثر لارتباط الأعراض بالحالة الجسمية في المجل وفيما يلي شرح لتلك العلاقة.

3- العلاقة بين الدماغ والأمعاء (Brain-gut)

يُعتبر الجهاز الهضمي جهازاً مستقلاً، لكنّه في تواصل مع الدماغ في علاقة ثنائية الاتجاه عن طريق الجهاز العصبي المستقل والمتمثل في شقيه الودي ونظير الودي واللذان

يُعتبران أجهزة مختلطة تتضمن الأعصاب الصادرة والواردة، وكذا عن طريق الأعضاء المحيطة بالبطين المتمركزة خارج الحاجز الدموي الدماغي. (Bonaz, 2010, p.581)

يُعتبر العصب المبهم أو العصب الرئوي المعدي وهو الممثل الرئيسي للجهاز العصبي النظير ودي عصباً حساساً للغاية (90% من الألياف الواردة) التي يتدخل في أغلب الأوقات في الوضعيات الفسيولوجية الملائمة لوظائفه المستقلة، كما لديه أيضاً خصائص ضد التهابية بتنشيط المحور القشري (الهرمونات المتعلقة بالغدة الكظرية Corticotrope) (عن طريق الألياف الواردة) وعن طريق الأسيتيل كولين ضد الالتهابي (عن طريق الألياف الصادرة). (Bonaz, 2010, p.581)

إنَّ الجهاز العصبي الودي له عادة تأثيراً معاكساً على الجهاز النظير ودي في أصل تحقيق توازن نشاط العصب المبهم الودي في الزمن العادي، والدماغ له القدرة على إدماج معلومات صادرة من الجهاز الهضمي في شبكة مستقلة مركزية منظمة حول منطقة ما تحت المهاد، الجهاز اللمبي/الحوافي، وقشرة الفص (الجزيري Insulaire، ما قبل الجبهي préfrontal، الحزامي cingulaire) وفي المقابل تعديل الجهاز العصبي المستقل والمحور القشري في حلقات فسيولوجية.

وعليه فإنَّ أي خلل في هذه العلاقات العصبية المستقلة مع وجود عامل الضغط النفسي بصفة خاصة قد تساهم في فسيومرضية الأمراض الهضمية كمتلازمة الأمعاء المتهيجة وكذا الأمراض الإلتهابية المزمنة للأمعاء.

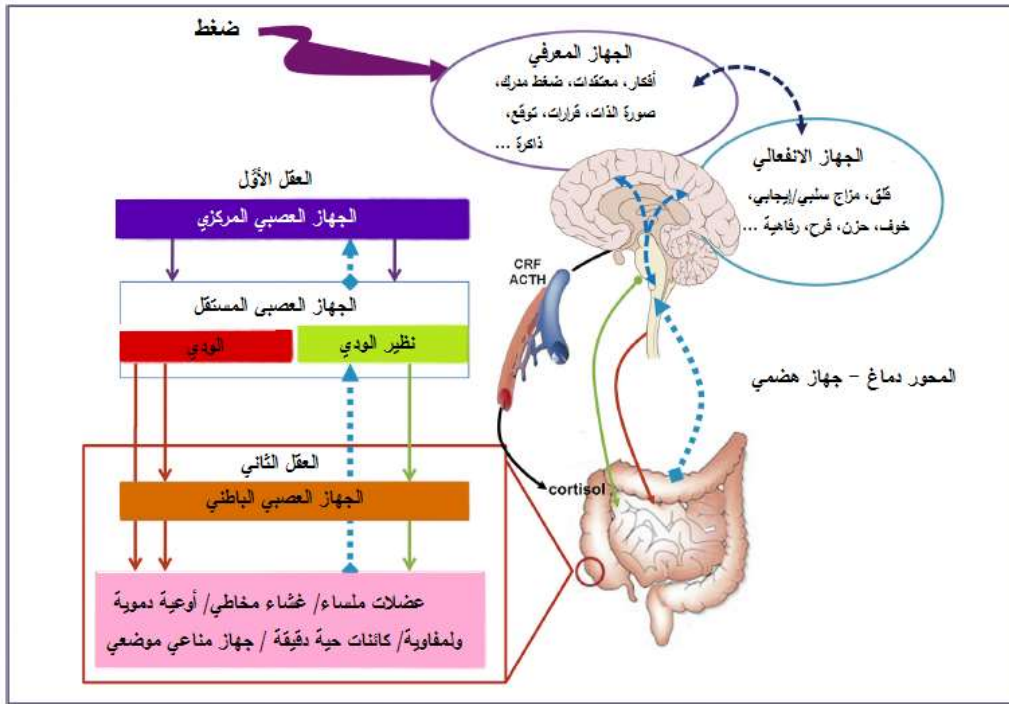
ولذلك فإنَّ المعرفة الجيدة لهذه العلاقات العصبية الهضمية لها نتائج على مستوى اختيار العلاج سواء من الناحية الدوائية، العصبية الفسيولوجية، السلوكية والمعرفية. (Bonaz, 2010, p.581)

وكتفسير أوضح في حالة متلازمة الأمعاء المتهيجة نجد أنَّ الجهاز العصبي المعوي يتحكم في الوظيفة الحركية، والإفرازية، والشريانية للجهاز الهضمي، حيث تحمل حوالي 200 مليون عصبون ما بين أعصاب حسية و واردة، حركية أو إفرازية أو ما بين الخلايا العصبية (الوسيطية)، ونجد الكثير من الناقلات العصبية للجهاز العصبي المستقل (السيروتونين،

الأسيتيل كولين، النورأدرينالين، غابا (GABA...))، وعليه قد ترتبط حساسية الأحشاء بحساسية الأعصاب الواردة الأساسية للجدار الهضمي و/أو تدخل مستقبلات الألم التي من المفروض أن تكون ساكنة (غير قابلة للإحساس من طرف الكائن البشري). (Ducrotté, 2009, p.705)

ويُسمَّى هذا التواصل بالمحور دماغ - أمعاء أو "Brain-gut" والذي يضمن وظيفة متناسقة ومكيفة للجهاز الهضمي - المعوي لبيئته تحت الظروف الفسيولوجية. (Bonaz & Pellissier, 2013, p.240)

وفي الشكل الموالي تحديداً للعوامل التي تساهم في هذه تفعيل علاقة الدماغ والأمعاء:



الشكل رقم (9) : العلاقة النفسية العصبية الغددية في المحور دماغ - جهاز هضمي

(Bonaz, & Pellissier, 2013, p.249)

ما يجب التركيز عليه من خلال ما سبق هو وجود ما يُسمَّى بالمحور دماغ - أمعاء وهو المحور الذي يُفسر سيرورة هذه المتلازمة من خلال ارتباطها بالجهاز العصبي

والغدي، حيث يتحكّم الجهاز العصبي المعدي عن طريق العصب الرئيسي المسمى بالعصب المبهم في الوظيفة الحركية والإفرازية والشريانية للجهاز الهضمي لما يحمله هذا الأخير من 200 مليون عصبون متضمّناً لأعصاب حسية وواردة، حركية أو إفرازية أو ما بين الخلايا العصبية (الوسيطية) وكذا الناقلات العصبية للجهاز العصبي المستقل كالسيروتونين والأسيتيل كولين والنورأدرينالين، وهذا ما يفسّر ارتباط الأعراض بالحالة النفسية للفرد، فعامل الضغط النفسي يُعتبر المفجّر للأجهزة المسؤولة عن الاستجابة الفسيولوجية للضغط المتمثلة في الجهاز العصبي والغدي اللذان بدورهما مرتبطان بالجهاز الهضمي وبذلك تحدث عملية التأثير بين الأجهزة المتّصلة.

4- الفسيولوجية المرضية لمتلازمة الأمعاء المتهيجّة

مازال السعي وراء الأسباب المؤدية لهذا الاضطراب قيد البحث في المجال العلمي، وعليه فإنّ الباحثين انطلقوا من فكرة أنّه اضطراب متعدّد العوامل، فالسيروورة الفسيومرضية تتضمّن الحساسية المفرطة للأحشاء، حركة غير عادية للجهاز الهضمي المعوي، اضطراب للجهاز العصبي المستقل، نشاط للجهاز المناعي المخاطي، والعوامل النفسية والجينية. (نقلاً عن Schaub&Schaub, 2012, p.505)

4-1 الحساسية المفرطة للأحشاء

تتمثّل الحساسية المفرطة في الأحشاء في إدراك الألم في عضو داخلي ما بشدّة أكثر من المتوقع، وأظهرت كل الدراسات التي استعملت مثيرات الألم الحشوية في المستقيم/ القولون / المرئ عن طريق إحداث انتفاخ بوضع بالونات في هذه الأعضاء أنّ المرضى بمتلازمة القولون المتهيج يستشعرون الألم لأقل الأحجام والضغطات مقارنةً بالمجموعة المرجعية.

ويُعتبر سبب الحساسية المفرطة للأحشاء غير واضح وقد تكون على عدّة مستويات: مخاطية/ تحت مخاطية (بعد حدوث التهاب غير ملاحظ لكنه مزمن ومنتقل عن طريق السيروتونين وبراديكنات الخلايا الصارية)، النخاعية والقشرية (تعديل مركزي غير عادي للألم) (نقلاً عن Schaub&Schaub, 2012, p.505)

تُعتبر الحساسية المفرطة للأحشاء صاحبة الدور الرئيسي في ظهور الألم، ويختلف انتشار فرط الحساسية حسب وظيفة المثير، فهي مثلاً أكثر انتشاراً عند الانتفاخ البطني السريع عن البطني، وفي المجمل يكون فرط الحساسية بنسبة 50 إلى 60% في متلازمة الأمعاء المتهيّجة. (Ducrotté, 2005, p.2)

4-2 اضطراب في الحركة الهضمية

يقع الجهاز العصبي المعوي (ENS) تحت مخاط وطبقة العضلات وهو المسئول عن الوظيفة العصبية العضلية للمعي، ويتمّ التحكم فيه عن طريق الجهاز العصبي الودي ونظير الودي.

تختلف الاضطرابات الحركية في متلازمة القولون المتهيّج بحسب غلبة الحالة: إسهال، إمساك، ويُعتبر هرمون السيروتونين من أهم الناقلات العصبية لاضطرابات الحركة وعليه أصبحت قاعدة عمل وهدفاً للأدوية الجديدة للمتلازمة. (نقلاً عن Schaub&Schaub 2012, p.505)

يتمركز اضطراب الحركة على مستوى الأمعاء الدقيقة وهي الأكثر ملاحظة خاصة لدى مرضى الإسهال، فتمس البروفيلان المتعلقان بحركة الأمعاء الدقيقة: ما بين الهضمية و ما بعد الأكل.

ويكون أيضاً على مستوى المعى الغليظ ولو أنها الأقل ملاحظة، وتظهر خاصةً بعد الأكل حيث يكون اضطراب الحركة مؤثراً على عملية العبور للغازات الهضمية.

وعليه فإنّ اكتشاف عدم قصور اضطرابات الحركة على القولون فقط وإنّما إدراج الأمعاء الدقيقة في العملية الفسيومرضية للإصابة أدى إلى تغيير التسمية من " مرض القولون الوظيفي" قديماً إلى تسمية "متلازمة الأمعاء المتهيّجة" حديثاً (Ducrotté, 2005, p.3).

4-3 الجهاز المناعي المخاطي والالتهابات

يمكن أن تكون متلازمة القولون المتهيّج ناتجة عن التهاب مخاطي غير ملاحظ لكن مزمن، ومما يؤكد هذه الفرضية هو ظهور أعراض المتلازمة بعد الالتهابات المعدية والمعوية التي

بلغت الـ 10% ويكون المرضى الذين عانوا من التهابات خطيرة وممتدة مع فئة النساء هم الفئة الأكثر عرضة للإصابة.

ولكن حتى في حالة عدم وجود حالة مرضية التهابية معدية ومعوية للمصابين فإنَّ الغشاء المخاطي في حالة الإصابة بالمتلازمة تحتوي على مستوى من الخلايا الصارية واللمفاوية أكثر من المستوى العادي، مع إدراج عامل عدم توازن البكتيريا القولونية كمسبب محتمل لهذا الالتهاب المزمن. (نقلاً عن Schaub&Schaub, 2012, p.506)

وفي دراسة تتبعية أُقيمت على المرضى لمدة 15 سنة تساءلت فيها عن إمكانية حدوث أمراض هضمية معينة كالأمراض الإلتهابية للأمعاء، السيلياك، وسرطان القولون والمستقيم بعد تشخيصهم بمتلازمة الأمعاء المتهيّجة من قبل، وأظهرت وجود ارتفاع في حدوث هذه النوع من الأمراض لدى بعض المرضى الحاملون لهذا التشخيص بنسبة 3.7% مقابل نسبة 1.7% في المجموعة الضابطة. (Canavan et al, 2014, p.1)

وهو نفس الأمر الذي أكدته دراسة أخرى بوجود معدّل الإصابة بالالتهابات المعوية بـ 8.6 أكثر عند المصابين بمتلازمة الأمعاء المتهيّجة ممّا يشكل عاملاً خطراً للإصابة بهذا النوع من الأمراض مستقبلاً. (Potter et al, 2012, p.1)

إنَّ الترابط الموجود بين الاضطرابات المعوية الوظيفية والالتهابات المعوية ليست وليدة الصدفة، فمن المحتمل أن يكون لأثر إتهاب ما أو التهابات صغيرة على مستويات غير قابلة للكشف عن طريق الاختبارات الروتينية دوراً في نشأة الأعراض. (Coffin, 2015, p.210)

4-4 العامل التخلّقي Epigénétique

نجد أنّ لمتلازمة القولون المتهيّج انتشاراً على مستوى العائلة الواحدة، الأمر الذي يفترض مسبقاً وجود خلفيّة نفسية اجتماعية ووراثية، وقد أظهرت الدراسات الحديثة بما في ذلك الدراسات المقامة على التوائم وجود قاعدة جينية متعددة معقّدة، فتعدّد الأشكال لجينات السيروتونين وIL-10 و6 مرتبطة بالمتلازمة، وبغض النظر عن العوامل الوراثية الكلاسيكية، يبدو أنّ عامل التخلّق أيّ التشوهات التي تصيب الشريط الوراثي الناتجة عن

عوامل بيئية غير تلك المتعلقة بترميز التسلسل للحمض النووي تلعب دوراً رئيسياً في أمراض الجهاز الهضمي الوظيفية.

وعلى فإِنَّ العوامل البيئية كالاتهابات المعديّة المعوية، النظام الغذائيّ وعوامل الضغط المزمنة لها القدرة على تعديل الشريط الوراثي وتؤثر على حساسية ووظيفة الحركة المعديّة المعوية وهو الأمر الذي يحدد نمط متلازمة القولون المتهيج (نوع إسهال أو إمساك). (نقلاً عن Schaub&Schaub, 2012, p.507)

4-5 الجهاز العصبي المستقل

حالياً يتمّ تسليط الضوء على اختلال العلاقات الثنائية الموجودة بين الجهاز الهضمي والدماغ (نقلاً عن Ducroté, 2005, p6) حيث يعدّل الجهاز العصبي المستقل (SNA) حساسية الأحشاء، ويعمل على تنسيق الحركة والإفراز وكذا بعض العناصر على مستوى الجهاز المناعي المخاطي، ونلاحظ في متلازمة القولون المتهيج وجود فرط نشاط للجهاز العصبي المستقل الودي وانخفاض في نشاط الجهاز النظير الودي. (نقلاً عن Schaub&Schaub, 2012, p.506)

وكذا اضطراب في معالجة العمود الفقري و/أو ما فوق الشوكي للسيالات العصبية الحسية أو المستقبلية للألم ذات المصدر الهضمي. (Ducroté, 2009, p.703)

4-6 النظام الغذائي

إنّ 20-80% من المصابين بهذا الاضطراب يشيرون إلى تضاعف أعراضهم بعد تناولهم لبعض الأغذية، ومن العوامل المفجّرة في هذا المجال نجد منتجات الألبان والحبوب، والأغذية المحتوية على سكر الفواكه والقهوة، ويعانون من أعراض سوء الهضم للاكتوز. (نقلاً عن Schaub&Schaub 2012, p.507)

ومع ذلك فإنّ العلاقة السببية بينهما غير مؤكّدة لعدم خضوع عامل إعادة إدراج الأغذية لمعايير واضحة، وعلى الرغم من أن تحسس الخلايا الصارية المعوية واضطرابات نفاذية

الأمعاء قد يعززان حالة الحساسية الغذائية، إلا أنه لا يوجد له دليل رسمي بين. (Ducrotte, 2005, p.6)

4-7 العوامل النفسية

تعتبر أحداث الحياة الضاغطة كعوامل مفجّرة و/أو مضاعفة للأعراض الهضمية، والمعرفة الجيدة للميكانيزمات المعنية بالاستجابة للضغط تساعد على فهم أفضل لسيورتها في المجالات الأساسية للأمراض الهضمية والمتضمنة للاضطرابات الهضمية الوظيفية (TFD) والأمراض الإلتهابية الغير واضحة أو القابلة للتحديد للأمعاء (MICI).

وكثيراً ما يتمّ التأكيد على الدور المشدّد للضغط النفسي على الأعراض من طرف المرضى المعانين من عسر الهضم الوظيفي وخاصة متلازمة الأمعاء المتهيجّة.

فعندما تُدرّك أحداث الحياة المؤلمة (الانفصال، الحداد، الوضع المالي الحرج، البطالة .. إلخ) على أنها تهديد، يحدث تفاعل للأعراض والتي تكون في غالب الأحيان على نحوٍ عابر كما يلعب دوراً في ظهورها أيضاً، حيث يشير مريض واحد من أصل كلّ مريضين إلى وجود علاقة تزامنية بين حدوث الضغط النفسي وظهور الأعراض الأولى للاضطرابات. (Taché&coll, 2008) (نقلاً عن 201-202, pp. Inserm, 2011)

وفي دراسة لـ (Whitehead et al, 1992) أظهرت معاناة مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة من اضطرابات نفسية خاصة القلق - الاكتئاب، وظهور المتلازمة قد يُعزّز بوجود القلق والاكتئاب والعصابية بشكل عام مع عامل الضغط (825-830 pp).

ومن جهةٍ أخرى، يمكن للاكتئاب والقلق أن يكون نتيجة للأعراض وذلك لما يحدثه من تأثير سلبي لنوعية الحياة وإنعزال للأفراد. (Jouet & Sabaté, 2016, p.3)

ويجدر الذكر أنّ المرضى الذين يزورون الأطباء من أجل الأعراض الهضمية المعوية يعانون من اضطرابات نفسية : 20-7% اكتئاب 20-50% قلق وهلع، مع وجود ترابط مع الاضطرابات النفسية - الجسدية، اضطراب ما بعد الصدمة والرهاب.

وقد نجد تجارب شديدة الصعوبة معاشة من طرف المصاب (خاصة إعتداء جسدي/ جنسي) ووضعيات ضغط مزمنة أكثر مقارنةً بالمصابين باضطرابات هضمية عضوية المنشأ.

فهذا النوع من الضغوط تنشط الجهاز العصبي المستقل والمحور الرابط بين ما تحت المهاد والغدة النخامية والغدة الكظرية فيكون هناك إفراز لهرمون CRF، والمرضى الذين يعانون من أمراض نفسية مصاحبة لهم مشاكل فسيولوجية عصبية حيث أنّ الضغط يفجر نشاطاً مفرطاً لحركة القولون والأمعاء الدقيقة وكذا حساسية مفرطة للأحشاء. (نقلاً عن Schaub&Schaub, 2012, p.506)

تؤثر العوامل النفسية على إدراك الأعراض والاستجابات السلوكية والانفعالية عن طريق الجهاز العصبي المركزي (المركز المعرفي والعاطفي) أو عن طريق الجهاز العصبي المستقل والنواقل العصبية الغددية. (Ringel & Drossman, 2011, p.2)

ومن بين العوامل النفسية للضغط النفسي المؤثرة في الحالة الإنفعالية نجد:

- استراتيجيات التعامل وعدم التكيف مع المرض: في الواقع إنّ خاصية عدم التنبؤ للأعراض وعدم اليقين من الانتكاس المتعلق بإزمان الإصابة الهضمية يؤدي لمشاكل نفسية كبيرة لدى المريض، وتتضمن هذه المشاكل عدم التحكم في الأعراض الهضمية، التعب، إصابة صورة الذات، الخوف من العلاقات الجنسية، الإنعزال الاجتماعي مع الشعور بإحساس "الوسخ" والذي قد يكون سبب وصمة للمصاب ومعاناة اجتماعية وهي المواضيع التي أصبحت محل بحث ودراسة. (Taft & al., 2009)

- سمات الشخصية كالعصابية والكمالية والأليكسيتيميا (الصعوبة في تحديد وتعبير الانفعالات) والتي يمكن أن تعدّل العلاقة بين الضغط والاستجابة المناعية الناتجة والتي تؤثر على استراتيجيات التكيف مع الضغط ومسار المرض (Thornon & Andersen, 2006) (نقلاً عن B. Bonaz, S. Pellissier, 2013, p.250)

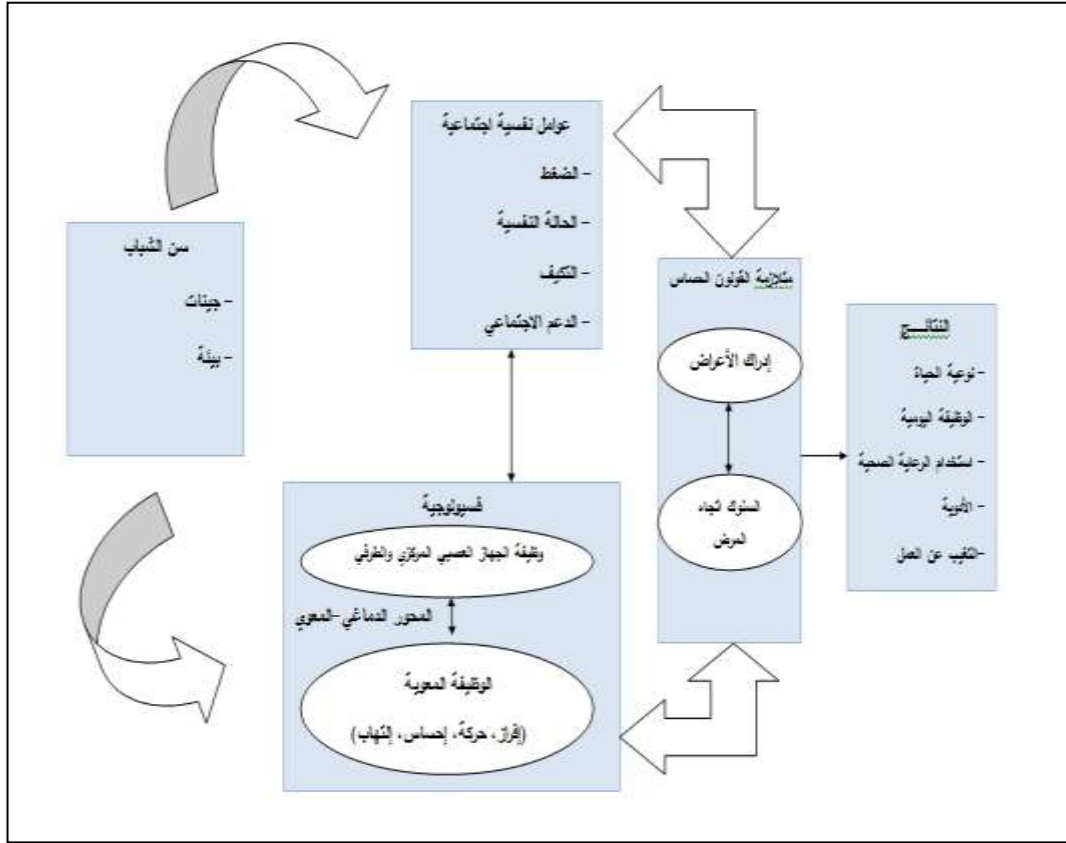
- القلق والاكتئاب الناتج عن مخاوف المرضى على الأعراض وتطور مسار مرضهم، خاصة الخوف من العملية الجراحية أو إمكانية تطور الحالة لسرطان في حالة وجود التهاب معوي.

وبالتالي فإنّ المرضى الذي لا يظهرون تكيّفًا مع حالتهم وتقبُّلاً لها قد يصابون بحالة إكتئاب إذا لم يُوفَّر لهم دعماً اجتماعياً وعائلياً خاصة إذا كان لهم استعداد عصبي تجنُّبي للاجتماعية. (B. Bonaz, S. Pellissier, 2013, p.250)

وفي حالة الإصابة بمتلازمة الأمعاء المتهيجّة يكون الحزن النفسي تأثيراً على الوظيفة الحركية للأمعاء ويقلل من درجة حساسيتها ممّا يؤدي إلى إرتفاع في إدراك الإصابة الهضمية المعوية، وبما أنّ العوامل الفسيولوجية والنفسية تؤدي لعدم راحة المريض فقد تمّ إقتراح النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (BPS) لشرح المتلازمة، حي يضم العوامل الفسيولوجية النفسية والسلوكية والبيئية التي تساهم في الإصابة، وحسب هذا النموذج فإنّ هذه العوامل تتفاعل في وقت واحد على عدّة مستويات لتحديد ما يعيشه المريض ونتائجه.

فإنّ المساهمة النسبية وأهمية كل عامل يختلف من مريض لآخر كما يختلف عبر مرور الزمن لدى المريض بحد ذاته، وبالتالي فإنّ الجدول العيادي وشدّة الأعراض والنتائج تكون محدّدة بالتفاعل ما بين كل هذه العوامل.

وبسبب هذا التعقيد فإنّه من الصعب طرح تشخيص كامل وفعّال وخطّة علاجية للمصابين بهذا المرض. (Ringel & Drossman, 2011, pp.2-3)



الشكل رقم (10):النموذج المفاهيمي (البيولوجي النفسي الاجتماعي) لمتلازمة القولون المتهيج (Ringel & Drossman, 2011, p.3)

في الشكل رقم (10) نجد عوامل التفاعل التي تساهم في تحديد نوعية حياة مرضى متلازمة القولون الحساس أو المتهيج والذي أصبح يُسمى لاحقاً بمتلازمة الأمعاء المتهيجة، والتي تضمُّ العوامل البيولوجية والفسولوجية كالجينات ووظيفة الجهاز العصبي والوظيفة المعوية مع العوامل النفسية الاجتماعية كالضغط والدعم الاجتماعي مع الجانب المعرفي للمريض كإدراكه للمرض وسلوكه الصحي اتجاهه، وكلُّها تقوم على عملية التأثير المتبادل وبالتالي تُشكِّل لديه مستوى نوعية الحياة.

استنتاجاً لما ذكر أعلاه، تُعتبر متلازمة الأمعاء المتهيجة على اختلاف تسميتها اضطراباً متعدّد العوامل، فتشمل الحساسية المفرطة للأحشاء الذي يفسّر الآلام البطنية مع اضطراب في طبيعة الحركة الهضمية على مستوى الأمعاء الدقيقة والمعوي الغليظ سواءً بالسرعة أو البطء في المعالجة الهضمية ممّا يخلف حالة الإسهال والإمساك لدى المصاب، إضافة إلى تدخُّل الجهاز المناعي المخاطي والالتهابات التي قد تخلف أثراً على العضو مع عدم توازن التكوين البكتيري في المعوي الغليظ، كذلك تمّ الكشف عن العامل التخلفي والذي

يشير إلى وجود خلفية وراثية للاضطراب يتدخل فيها عامل البيئة محدثاً ما يسمّى بالتعديل على الشريط الوراثي، كما أُدرج عامل الجهاز العصبي المستقل وذلك لوظيفته في تهيج الأعضاء عن طريق فرط النشاط واضطراب في معالجة السيالات العصبية الحسية والمستقبلية للألم ذات المصدر الهضمي، إضافة إلى عامل النظام الغذائي التي قد يساهم في تفاقم الحالة، مع إدراج العوامل النفسية التي تُعتبر عاملاً هاماً في الإصابة بفعل آثار الضغط النفسي وآلياته النفسية - الجسمية وما تخلفه الانفعالات السلبية من آثارٍ سيئة على العضوية بدءاً باعتبارها كعامل مفرّج للإصابة ومن ثمّ مساعد على تفاقمها عن طريق التفاعلات الكيمياوية التي تحدث على مستوى الجهاز العصبي والغدي المتّصل بالعضو المصاب.

5- عوامل خطر الإصابة بمتلازمة الأمعاء المتهيجة

حسب الدراسات باختلاف أنواعها تمّ تحديد عوامل خطر للمرض، والتي تظهر في:

5-1 **العوامل العائلية:** فعند التوائم تظهر أن العوامل الجينية تؤثر في تطور المتلازمة في أكثر من 20% من الحالات.

5-2 **الأحداث الضاغطة:** والتي في مرحلة مبكرة من الطفولة قد تساهم في ظهور المتلازمة في مرحلة الرشد

وفي هذا السياق فإن المتلازمة متصلة بسوابق في حالات آلام البطن في الطفولة خاصة ما بين 7 و 9 سنوات، مع الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية التي قد تلعب دوراً في تطور المرض. (Yahiaoui, 2017, p.24)

وهذان العاملان يُعتبران الرئيسيان في الإصابة بالمتلازمة، حيث يكون الإستعداد الوراثي موجوداً بفعل الجينات المنقلة من جيل لآخر، ويصبح قابلاً للظهور تحت وطأة الأحداث الضاغطة المختلفة التي يعيشها الإنسان منذ سن مبكرة وما تخلفه من آثارٍ سلبية على الجسم عامةً.

6- مراحل تشخيص متلازمة الأمعاء المتهيجة

تمرُّ مراحل التشخيص عبر تسلسل للوصول إلى تحديد سبب ونوع الأعراض والتمثُّلة في:

6-1 التشخيص العيادي/ السريري:

يكون تشخيص الاضطراب معتمداً على المعطيات المتحصل عليها عن طريق الأسئلة المطروحة في المقابلة الطبية والتي يجب أن تكون دقيقة ومعادة ومفصلة عند كل فحص.

وكوصف واضح للحالة، يقدم المفحوص حالة شكوى من أعراض متعددة هضمية وغير هضمية كذلك، تؤثر على حياته اليومية، بدون أن تنعكس هذه الأعراض على الحالة العامة. وبالإضافة للمعطيات التي تصف المرض بعينه، يجب أن يتضمَّن الاستجواب نقاطاً أخرى كعامل أقدمية الأعراض، وجود حدث معين مفجر للحالة وفعالية الأدوية المتناولة سابقاً والتي تكون على الأغلب بدون تصريح طبي. (Coffin, 2010, p.3)

والمعطيات التي تصف المرض محددة في النقاط التالية:

وجود آلام بطنية: ذلك بتحديد مكان وجودها (أحياناً تكون متمركزة في جهة معينة وأحياناً أخرى تكون موزعة على كامل البطن)، ونوعها (وجيزة، متقطعة و/أو مستمرة، مكبوتة، مصدر إزعاج هام)، وغالباً ما يكون الإثنين مرتبطين، التوقيت (نهارية في أغلب الحالات، لكن حوالي 10% من المرضى يعانون من الأعراض ليلاً) وكذا العوامل المفجِّرة للآلام كوجود ضغط نفسي حيث أنَّ الحالة تتحسن في فترات الراحة (الإجازة ..). (Coffin, 2010, p.3)

نوع العبور: والتي قد تكون في وجود إمساك وعلى الفاحص أن يقوم بالتفريق بين المرضى الذين يعانون من متلازمة إمساك الإفراغ (dyschésique) والذي يتمثَّل في وجود براز صغير وقاسي مع بذل جهد في الدفع لعملية الإفراغ وخروج للبراز على شكل مجزئ

وأحياناً لأيام متعددة عن المرضى الذين يعانون من انخفاض حقيقي في تواتر البراز (أقل من 3 بالأسبوع). (Coffin, 2010, p.3)

ومن جهةٍ أخرى قد تكون في وجود إسهال بتحديد خصائصه وتوقيته، وكذا اضطرابات التبرز في إطار متلازمة إمساك الإفراغ (dyschésique) للمصاب بالإمساك أو بالرغبة الملحة للإخراج في حالة الإسهال، وأخيراً البحث عن وجود مخاط أو دم في البراز.

✎ الإنتفاخ البطني: ويعتبر هذا العرض منتشراً بنسبة 90% لدى المرضى.

✎ العلامات الغير هضمية: والموجودة لدى 40% من المرضى كالفيبروميالجيا، عسر الجماع، التبوُّل المتكرر أو آلام أسفل الظهر المزمنة.

✎ علامات الإنذار القادرة على الكشف عن مرض عضوي: وجود هذه العلامات تلزم القيام بفحوصات تكميلية ومن بينها نجد خاصةً نحول الجسم، الآلام الليلية المسببة للأرق (حيث نجدها لدى 10% من المرضى، وهو الأمر الواجب أخذه بعين الاعتبار، وجود الدم في البراز، إسهال مزمن وذو كثرة، مع إضافة عامل السن الذي يُعتبر رئيسياً حيث أنّ ظهور الأعراض الوظيفية بعد سن الخمسين أو التغيُّر المستمر للأعراض القديمة لدى المريض الذي يتعدى هذا السن يوجب البحث عن إصابة عضوية. (Coffin, 2010, p.3)

وكما هو الحال لدى كل الأمراض، يجب البحث عن السوابق العائلية وبصفة خاصة الهضمية (أورام مغصية حميدة أو خبيثة، أمراض معوية التهابية) التي من الممكن أن تدلّ على وجود سبب عضوي، وبالتالي تستلزم القيام بفحوصات خاصة عن طريق المنظار الهضمي.

وعليه يجب أن يكون الاختبار العيادي/السريري كاملاً على الأقل في المقابلة الأولى، وكلّ اضطراب واضح أثناء الفحص (كتلة واضحة وقابلة للمس، تضخم الكبد، مقاومة، اعتلال العقد اللمفية ..) تحيل صاحبها لفحوصات تكميلية مكثفة. (Coffin, 2010, p.3)

6-2 الفحوصات التكميلية والتشخيص الفارقي:

قد تظهر كل الأمراض الهضمية بأعراض وظيفية في الظاهر، وعليه فإنّ الخضوع للفحوصات التكميلية يكون هدفها التخلُّص من كلّ سبب عضوي قد يكون وراء هذه

الأعراض، والتأكد من وظيفية الحالة، وعلى الفاحص أن يقدر هذه الخطوة ويستعملها في الحدود الضرورية لاجتتاب التكرار الذي يكون بدون فائدة وذو كلفة وخطورة. (Coffin, 2010, p.3)

وتتمثل هذه الفحوصات في:

✦ فحوص الدم: تقام بهدف البحث عن المعايير المتعلقة بأمراض معينة (Hémogramme, CRP, Iniogramme) وعند ظهور إشارات لفقر الدم أو متلازمة التهابية معينة تستوجب الوضعية العروج لفحوصات المنظار.

كما يجب البحث عن الهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) المتعلق بحالات ارتفاع هرمونات الغدة في حالة الإسهال أو انخفاضها في حالة الإمساك.

كما أنّ البحث عن مرض السيلياك لدى المريض البالغ مطروح في هذه الوضعية لتشابه الأعراض بين الإصابتين. (Coffin, 2010, p.3)

✦ فحوص البراز: ويكون فحص الطفيليات في البراز في حالة إزمان الحالة مع الإسهال وكذا بعد ثبوت الحالة الصحية للقولون بعد فحوص المنظار والخزع (Coffin, 2010, p.3).
✦ فحوصات المنظار: إن وجود علامات الخطر كخروج الدم مع البراز يستدعي إجراء فحص بالمنظار للمعي الغليظ، ولكن في حالة الاضطرابات المعوية الوظيفية لا يكون أمراً حتمياً ومثل هذه الإجراءات تكون بهدف الكشف عن إصابة عضوية ما.

وفي حالة ما إذا كانت الاضطرابات المعوية الوظيفية في شكلها الإسهالي فإن المنظار العلوي عن طريق الفم يكون ضرورياً حتى وإن كانت حالة المخاط طبيعية للبحث عن علامات لأمراض أخرى قد تكون مسببة للحالة. (Coffin, 2010, p.4)

✦ فحوصات الأشعة: لا يكون هذا النوع من الفحوصات من الضروريات باستثناء المرضى الذين يظهرون آلاماً بطنية حادة في الاستجالات ويكون للكشف عن السبب لاتخاذ إجراءات جراحية مثلاً.

الفحوصات الإيجابية المدعّمة: تكون هذه الفحوصات بهدف تحديد الاضطرابات المعوية الوظيفية والتأكد منها وتقام عن طريق البحث عن حالة الحركة الهضمية وحساسية الأحشاء. (Coffin, 2010, p.4)

وهكذا نستنتج أنّ عملية التشخيص تخضع لخطوات متسلسلة ومتّصلة فيما بينها لغاية الوصول إلى تشخيص فارقي إيجابي يؤكد وظيفية الأعراض لدى المصاب، وتحديد نوع الاضطراب على أنه متلازمة الأمعاء المتهيجّة، وتمرُّ هذه الخطوات على مرحلتين، الأولى مخصّصة للتشخيص العيادي أو الفحص السريري والذي يكون عن طريق المقابلة العيادية بين المريض والطبيب بطرح أسئلة تهدف لمعرفة طبيعة الأعراض التي يعاني منها، كوصف الآلام البطنية والشعور بالانتفاخ وتحديد عملية العبور بمعرفة طبيعة البراز وتواتر عملية الإفراغ.

ومن ثمّ البحث عن وجود أيّ علامات غير هضمية قد تكون ناتجة عن أمراض مشابهة في الأعراض مع المتلازمة والكشف عن علامات الإنذار التي قد تُعزى لمرض عضوي آخر في الجهاز الهضمي.

ومن ثمّ تأتي المرحلة الثانية التي تكون تقنية وإجرائية حيث تقام فيها الفحوصات التكميلية لتأكيد التشخيص عن طريق فحوص الدم والبراز وفحوصات المنظار والأشعة وباقي الفحوصات الإيجابية المدعّمة للتشخيص.

7- مراحل تطور متلازمة الأمعاء المتهيجّة

إنّ تطور متلازمة الأمعاء المتهيجّة مزمن وممتد، ويوجد اختلافات هامة بين الأفراد في التعبير عن شدّة الأعراض عبر الزمن، وفي الغالب يمكن تحديد بعض الاتجاهات التطورية الهامة المتعلّقة بأغلبية المصابين.

فعلى المدى القصير نجد أنّ الأعراض في الغالب تبدأ بالظهور الوجيه لعدّة أيام متقطّعة حيث يتخللها أياماً أخرى من التعافي موجزة.

أمّا على المدى المتوسط لعدّة أشهر نجد تحسناً في الحالة مبكرة لثلاثة أشهر لـ 20% من المصابين إلى غاية 40% منهم مما يرتبط بتنبؤ جيد لمدة سنة.

في حين أنّه على المدى البعيد نجد نسبة 60% إلى 70% من المصابين لا يزالون يعانون من الأعراض لعدّة سنوات.

ويشهد عدد كبير من المرضى تقلباً في أعراضهم، مع ظهور لشكاوى أخرى كعسر الهضم الوظيفي مثلاً، ونجد أنّ عوامل نفسية مشتركة لها دور هام في تطوّر المرض للمصابين بالمتلازمة. (Bruley des Varannes, 2009, p. S85)

نستنتج أن متلازمة الأمعاء المتهيّجة مزمنة وتشهد تقلباً واختلافاً من ناحية الأعراض والإزمان والحالة العامة للمريض، فعلى المدى القصير تكون الأعراض وجيزة ومتقطّعة أمّا على المدى المتوسط فتشهد تحسّناً في الحالة بنسبة 20% إلى 40% من المصابين في حين أنّه نجد 60% إلى 70% من المصابين لا يزالون يعانون من الأعراض لعدّة سنوات على المدى البعيد.

8- الأمراض المصاحبة لمتلازمة الأمعاء المتهيّجة

يعاني المصابون بمتلازمة الأمعاء المتهيّجة من أعراض غير مرتبطة بطبيعة المرض (Scarela&Loguercio, 2012)، والسؤال المطروح هو معرفة ما إذا كانت الأعراض الوظيفية الأخرى أو الأمراض المصاحبة لها يمكن الإرتكاز عليها في التشخيص ونذكر منها:

8-1 اضطرابات وظيفية هضمية - معوية:

تتزامن وجود هذه الاضطرابات لدى المصابين بمتلازمة الأمعاء المتهيّجة، لكن فقط ثلث المرضى لا يعانون من أعراض أخرى، كعسر الهضم أو الارتجاع الهضمي المريئي (Lock& al, 2005) (نقلا عن Yahiaoui, 2017, p.23)

وهي تعتبر من الأعراض المنتمية للاضطرابات الوظيفية للجهاز الهضمي، وقد تكون خاضعة لنفس الفسيولوجية المرضية في ظهور وتفاقم الأعراض.

8-2 اضطرابات نفسية عقلية:

وجود اضطرابات عقلية نفسية كالقلق، الاكتئاب، نوبات الهلع، الأرق واضطرابات أخرى (Scarela&Loguercio, 2012)(Lee& al, 2017) (نقلا عن Yahiaoui, 2017, p.24)

والعنصر النفسي في هذه المتلازمة دائم الإشارة إليه في التراث النظري والدراسات، ذلك لما يخلفه الضغط النفسي الناجم عن ضغوطات الحياة من أعراضٍ جسدية سلبية من ناحية، ولما تثيره هذه الاضطرابات المعوية من ضغط نفسي وعدم راحة وتدهورٍ لنوعية الحياة من ناحية أخرى، والعلاقة دماغ-أمعاء التي تساعد أكثر على فهم هذه الظاهرة .

8-3 اضطرابات تناسلية نسائية:

يبدو أن المتلازمة مصاحبة لمشاكل تناسلية نسائية في الغالب، كعسر الطمث وعسر الجماع، كما يمكن أن يسبب اضطرابات التبول كالتهاب المثانة المتكرر. (Riedl& al, 2008) (نقلا عن Yahiaoui, 2017, p.24)

ونجد أنّ هذه الاضطرابات لها نقطة إلتقاء وتشابه وهي طبيعتها الوظيفية، والبحث عن أسباب تربط بين هذه الاضطرابات يبقى مجالاً مثيراً للإهتمام خاصةً لفهم آلية الألم الذي يُعتبر عنصراً مشتركاً بينهم.

8-4 الربو:

كشفت دراسة من نوع حالة - الشاهد لـ (Cole, 2007) عن انتشار مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة لدى المرضى المصابين بالربو بنسبة 20% أكثر من المجموعة الضابطة. (Cole, 2007) (نقلا عن Rothman& al, 2007, p.24)

ومن المعروف وجود خلفية نفسية لمرض الربو والتي تمّت دراستها بمنظورات مختلفة، واشتراك العامل النفسي (ضغوط، صدمات ..) بين هذه الاضطرابات الجسمية الوظيفية قد يُفسّر هذه التواجد الثنائي للمرضين معاً.

8-5 الجراحة:

مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة أكثر خضوعاً لعمليات استئصال الرحم والمرارة الزائدة الدودية و الجراحة على مستوى الحوض.(Scarela&Loguercio, 2012) (نقلا عن (Yahiaoui, 2017, p.24

فقد تكون الجراحة بحد ذاتها عاملاً خطراً لتطور أعراض متلازمة الأمعاء الحساسة، حيث تمّ رصد زيادة بنسبة 10% في وتيرة المتلازمة بعد عملية استئصال الرحم، ولوحظ زيادةً في أعراض المتلازمة لدى المصابين بعد مدة 11 سنة من عملية استئصال الرحم و7 سنوات لاستئصال المرارة. (نقلا عن Scarela&Loguercio, 2012, p.1157)

8-6 اضطرابات أخرى:

غالباً ما يصف المرضى أعراضاً خارجة عن نطاق الجهاز الهضمي كمتلازمة التعب المزمن، آلام الرأس، آلام أسفل الظهر المزمن والفيبروميالجيا(Whitehead & al,2002)، ووجود هذه الأعراض لا تعزز من حساسية أعراض روما المتفق عليها في تشخيص المرض، لكن يجعله في مظهره الأكثر شدة.(Maxton & al, 1991)(نقلا عن Yahiaoui, 2017, p.24

وتتشارك الفيبروميالجيا ومتلازمة التعب المزمن وآلام المثانة في نقاط معينة مع متلازمة الأمعاء المتهيجة كانتشارها في الجنس الأنثوي (Kennedy& al, 2005 ; Van de merwe & al, 2000 ; Mlimas & al, 1998 ; Quimby & al 1988). وتفاقمها مع الضغط النفسي ووجود عدوى/التهاب (Moshiree, & al, 2006)(Staude, 2006 ; 2006ومصاحبها لاضطرابات النوم، القلق و/أو الاكتئاب. (Riedl & al, 2008 ;Whitehead & al, 2007)

كما نجد اشتراكها في الميكانيزمات الفسيومرضية كالحساسية المفرطة (Chang & al, 2007) (Nazif & al, 2005 ; 2005، عدم انتظام الجهاز العصبي المستقل (Moldwin & al, 2000) (Kavelaars & al, 1994 ; Pillemer & al, 1998، تشوهات على مستوى الناقلات العصبية للألم (; Yamamoto & al, 2004 (Juhl, 1998، النشاط المستمر

للنشاط المناعي بعد إصابة أو ضغط ما (Schumel & al, 2007 ; Bassi & al, 2008 ;
Devanur & al, 2006 ; Sant & al, 2007 ; Endresen & al, 2007) وعوامل أخرى
خاصةً نفسية (Chan, 2005 ; Nazif & al, 2007 ; Kavelaars & al, 1998 ;
Ulvestad, 2008) بالإضافة لعامل نمو الميكروبات. (Weinstock & al, 2008 ;
Pimentel & al, 2004 ; Devanur & al, 2006)

وعليه نجد فإنَّ المريض ذو الاستعداد الجيني (Gursoy & al, 2002) مع وجود بيئة كعدم
وجود تكامل مركزي لمسارات الألم يؤدي إلى فرط الحساسية الجسمية ولاضطرابات عصبية
غددية تشوهية للجهاز العصبي المستقل ثانوية، ممَّا يساهم في تفسير الشكاوي المتعددة
لهؤلاء المرضى. (Gracely & al, 2002 ; Bonaz, 2008) (نقلا عن Mathiew, 2009,
p.S23)

وتمَّ تسمية هذا النوع من الأمراض حسب Yunus بـ : متلازمات الحساسية
المركزية. (Yunus, 2008) (نقلا عن Mathiew, 2009, p.S23)

وفي الأخير يجب البحث عن كل الأعراض السابق ذكرها أثناء الفحص العيادي الأساسي،
لكن وجودها أو غيابها لا يؤثر في طرح التشخيص للمتلازمة بحد ذاتها. (Yahiaoui,
2017)

ومنه نستنتج أنَّ تشخيص متلازمة الأمعاء المتهيجة تتطلب معرفة بالحالة الصحية
العامَّة للمريض، وذلك لتحديد التشخيص الفارقي وإقصاء أي مرض مشابه في الأعراض،
ومن بين أبرز هذه الاضطرابات التي قد تصاحب المتلازمة نجد الاضطرابات الوظيفية
الهضمية - المعوية كعسر الهضم والارتجاع المرئي، الاضطرابات النفسية العقلية التي قد
تكون سبباً ونتيجة في حد ذاتها، اضطرابات تناسلية نسائية كعسر الطمث والجماع، الربو،
عمليات الجراحة على مستوى البطن والقريبة من الحوض وتحولها لعامل خطر في التفاقم،
بالإضافة للاضطرابات الأخرى كمتلازمة التعب المزمن، آلام الرأس، آلام أسفل الظهر
المزمن والفيبروميالجيا التي تشترك في نقاط عدَّة من أهمها الاستعداد الجيني وفرط

الحساسية الجسمية، تشوهات على مستوى الناقلات العصبية للألم وعدم انتظام الجهاز العصبي المستقل والنشاط المستمر للجهاز المناعي والجانب النفسي بانفعالاته السلبية.

9- العلاج

بما أن متلازمة الأمعاء المتهيجة ناتجة عن عوامل متعددة، فإنّ المعالجة الفعّالة للمصاب تعتبر مشكلاً في الممارسة، وعليه فمن الضروري طمأنة المصاب بعدم خطورة إصابته وإعلامه بحدود الأدوية المتاحة في الوقت الحاضر والتأكيد على فوائده في تحسين الأعراض، وأن يتقبّل طبيعة مرضه الذي يمكن أن يتطوّر مع الزمن دون أن يكون أمراً خطيراً على المريض.

وتتركز الأهداف العلاجية في تخفيف الآلام البطنية وتحسين وإرجاع عملية العبور المعوي لطبيعتها ومحاربة الانتفاخ البطني وبالتالي تحسين نوعية الحياة. (Berkane, s.d, p.6) وعليه يهدف التكفل إلى:

9-1 التربية العلاجية:

يُعتبر مستوى معرفة المصابين متلازمة الأمعاء المتهيجة منخفضاً، ممّا يجعله سبباً للقلق (Lacy & al, 2007) وعليه فإنّ تنفيذ برنامج تربوي في شاكلة أعمال تعليمية أو حصص تعليمية معدّة من طرف مختصي الصحة قد تمّ اقتراحه لتحسين التكفل بالمرضى.

وقد اقترحت نتائج أولية أنّ الحصص المقدّمة من طرف مختصي الصحة هي أكثر فعّالية من الكتب، وتحسّن من الأعراض ونوعية الحياة للمرضى. (Ringstrom & al, 2009; Ringstrom & al, 2010 (نقلاً عن Coffin, 2011, p.86)

تستحق هذه التقنيات في التربية العلاجية التي تمارس أيضاً في الأمراض المزمنة الأخرى المزيد من التقييم والتطوير، وقد يكون استخدام روابط للمرضى مفيداً أيضاً، وقد تمّ إنشاء أول جمعية فرنسية للمرضى الذين يعانون من متلازمة الأمعاء المتهيجة (جمعية المرضى المصابين بمتلازمة الأمعاء المتهيجة www.apssii.org: APSSI) والتي ستمكن من نشر

المعلومات المخصصة للمرضى، والمصادق عليها من قبل مجلس علمي. (Coffin, 2011, p.86)

9-2 نمط حياة صحي:

يرتكز على الراحة الجسمية والنفسية وتجنُّب الضغط وممارسة نشاط حركي، وإعادة توجيه مهني إذا استلزم الأمر.

يُعتبر النظام الغذائي ونمط الحياة الصحي عناصر ضرورية لكن غير كافية. (Berkane, s.d, p.6)

9-3 النصائح الغذائية:

يوصي الممارسين في الغالب بإثراء التغذية بالألياف، إن كان تناولها قد يُحسِّن من أعراض الإمساك لدى بعض فئات المرضى، فيجب التحذير من أنَّها (كنخالة القمح) قد تساهم في الانتفاخ البطني والشعور بعدم الراحة.

ومن جهة أخرى يذكر بعض المرضى زيادة أعراضهم بتناولهم لبعض الأطعمة كمنتجات الألبان، البيض، الدجاج وعليه فيجب تجنُّب وصف نظام غذائي موحَّد وخاضع لمعيار واحد ومحصور، الأمر الذي يؤدي لنقص تغذية في الجسم (فيتامين د / كالسيوم..). وعليه يجب وصف نظام غذائي متوازن ومننظم وتجنُّب الوجبات الكبيرة والدسمة، وعليه فإنَّ الالتجاء لمختص تغذية يكون خطوة جيِّدة لتجنُّب الأنظمة الغذائية المقيدة التي ينجُرُّ عنها نتائج غذائية وخيمة. (Berkane, s.d, p.6)

وفي هذه الحالة يجب على المرضى إتباع طريقة تغذية صحية كما المقترحة من طرف منظمة الصحة العالمية مع الأخذ بعين الاعتبار نفور بعض المرضى من المواد التي تسبب لهم حساسية وعدم قدرة على الإحتمال جسدياً لمكوناتها وعليه فإن كانت تلك المادة الغذائية غير ضرورية، فمن الممكن تجاوزها، ومعرفة كيفية إعادة تقديمها تدريجياً. (Tarrerias, 2009, p.7)

• النظام الغذائي للمصاب الصائم:

أمّا في رمضان فيختلف تأثير تغيير النظام الغذائي من مصابٍ لآخر لكن معظم الأعراض تكون مقرونة بفترات ما بعد الفطور والسحور وعليه فمن خطوات التكفل ينصح أن يكون المصاب في حالة نشاط وحركة خاصةً في الفترة الصباحية دون الإفراط لإتاحة الفرصة لاستهلاك مخزون الدهون.

وقبل بدء العلاج، يوصى بتدوين قائمة المواد الغذائية التي تمّ تناولها لبضعة أسابيع للتعرف على الأطعمة التي تسبب الانزعاج واستبعادها من القائمة، ومن المستحسن الاستعانة بأخصائي تغذية لضمان التناول الغذائي المتوازن أثناء الصيام.

وبالتالي يُنصح بـ :

- زيادة كمية الألياف القابلة للذوبان لأنه لطيف على الأمعاء مثلاً: حبوب الشوفان، دقيق الشوفان، الشعير وغيرها مع التقليل من الألياف الغير قابلة للذوبان لصعوبتها على الأمعاء كالقمح الكامل ونخالة القمح وغيرها من المواد.

- تقليل نسبة الدهون لما تسببه من تحفيز للانقباضات في الأمعاء.

- الحد من الأطعمة التي يمكن أن تسبب الغازات كالتّي تحتوي على السوربيتول أو تلك التي تحتوي على الفركتوز.

- الحد من منتجات الألبان في حالة عدم تحمل الجسم للاكتوز.

- تجنّب القهوة والشاي والشكولاتة.

- استبدال التوابل بالأعشاب مع تناول السلطة والخضروات النيئة في نهاية الوجبات.

- شرب الماء بانتظام بعد الإفطار.

- تناول الطعام في أوقات منتظمة ومضغه جيداً وعدم تخطي وجبات الطعام.

والنظام الغذائي عادة الموصى به هو:

-أول وجبة تحتوي على مواد السكريات (وجبة الفطور).

- الوجبة الثانية تكون مالحة وخفيفة قبل النوم.

- الوجبة الثالثة تكون مالحة وكمية كبيرة قبل استئناف الصيام.

بالإضافة إلى محاولة التحكم في الضغط النفسي ومساعدة الوضع في التحسن عن طريق مختلف الأدوية التي تؤثر على حركية الأمعاء. (Baghad, Haddad, Alaoui, Nadir, Cherkaoui, Loukili &Chibab, 2010, pp .377-378)

9-4 وصف الأدوية:

- معالجة الإسهال: يكون بوصف الأدوية المضادة للإسهال وذلك بالتقليل من تدفق البراز عن طريق وقف حركة الأمعاء وتحسين قدرة الجهاز الهضمي على تخزين السوائل. (Berkane, s.d, p6)

- معالجة الإمساك: يكون بوصف الأدوية المسهّلة للأمعاء التي تهدف لتحسين عملية العبور و/أو تليين البراز لتسهيل إخراجها. (Berkane, s.d, p.7)

- معالجة الآلام: يكون بوصف مضادات التشنج بمختلف أنواعها للتخفيف من الآلام الناتجة عن اضطرابات الحركة المعوية.

- معالجة الانتفاخ البطني: لا يوجد دواء أثبت فعّاليته في هذا النوع من الأعراض، لكن يوجد تجربة علاجية تحتوي على مواد كالفحم أو البوليستان غير سامة وغير مكلفة، بالإضافة إلى المواد المنشطة لحركة الأمعاء والتي تحتاج لتقييم تأثيرها على الغازات. (Ducrotté, 2005, p.7)

- الأدوية المؤثرة على المحور "دماغ- أمعاء": تُعتبر مضادات الاكتئاب ذات الجرعة الصغيرة والعلاج النفسي وسائل علاجية فعّالة عند بعض المصابين، حيث أنه يؤثر على الإختلالات المزاجية وكذا حساسية الأحشاء في نفس الوقت، ونجد منها:

▪ مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات: ويكون وصفها في الحالات الحادة لمتلازمة الأمعاء المتهيجّة، بوجود أعراض مزمنة متواصلة ومنعكسة على المجال الاجتماعي والمهني، يكون استعمالها بهدف الحصول على تأثير مسكن للأحشاء (Berkane, s.d, p7) كما نجد أنّ مضادات الاكتئاب المؤثرة عن طريق تثبيط امتصاص السيروتونين (IRS) من الاختيارات العلاجية المنطقية لما يلعبه السيروتونين في ألم الأحشاء. (Ducrotté, 2005, p.6)

▪ الأدوية المؤثرة على مستقبلات السيروتونين: وتعتبر من الوسائط المفتاحية للحساسية الحشوية والحركة الهضمية، فقد أدّت فرط حساسية الأحشاء بالباحثين إلى الاهتمام بالدور الهام للسيروتونين في توصيل السيالات الحسية ونذكر منها 5-HT3 و 5-HT4. (Berkane, s.d, p.8)

9-5 التكُّل النفسي

إنّ الدور الذي تلعبه الانفعالات وأحداث الحياة والسلوك الصحي في ظهور وتطور الأعراض وكذا التكامل المركزي للسيالات الحسية ذات الأصل الحشوي يجعل من العلاج النفسي عاملاً منطقياً في التكُّل خاصة لدى الذين يعانون من الأعراض الشديدة. (Mertz, 2003 ; Schwetz, Bradesi & Mayer, 2003) (نقلا عن Ducrotté, 2005, p.7)

والجمع بين العلاج النفسي والدوائي يؤدي إلى نتائج أفضل وأعلى من العلاج الدوائي منفرداً، وقد جاءت تقنيات تصوير الدماغ الوظيفي بالحجج الموضوعية لهذه العلاجات النفسية حيث كشفت الملاحظات أنّ العلاج النفسي قد تعدّل المناطق الدماغية المنشّطة عن طريق الانتفاخ الهضمي لدى بعض المرضى الذي يعانون من الأعراض الشديدة والمعرضون لاحقاً لأحداث حياة مؤلمة (Drossman, Ringel, Leserman, , Smith, & al, 2003) (نقلا عن Ducrotté, 2005, p.7)

كما يجب التدخل على مستوى العلاقة طبيب/مريض، بتوفير علاقة ثقة مرتكزة على الإنصات بهدف:

- البحث عن علاقة بين العرض الوظيفي الهضمي وحدث ماض للمريض (طلاق، حداد، اعتداء جنسي..).

- محاولة حل مجال معين: سلوك غير عادي اتجاه المرض، الخوف من الإصابة بالسرطان.

-طمأنة المريض بإعلامه بعدم خطورة مرضه .

- تعليم المريض بأن يكون المتحكم في مرضه المزمن، والتعرف على الوضعيات المشددة للحالة ومعالجتها: ضغط مهني، مشاكل عائلية

- اللجوء للمختصين النفسيين للكشف والاستعلام لتكفل خاص.(Berkane, s.d, p.8)

وتكمن العلاجات النفسية في:

- العلاجات النفسية المعرفية السلوكية

- العلاج النفسي الدينامي (التحليلي)

- حصص الاسترخاء، العلاج بالتنويم(Berkane, s.d, p.8)

فبالنسبة للعلاج بالتنويم مثلاً قام كلٌ من (Han Hee Lee, Yoon young choi et Myung- Gyu choi, 2014) بتحديد سبع تجارب عشوائية محكمة (من 6 مقالات) مقامة على 374 مريضاً بمتلازمة الأمعاء المتهيّجة وتقييم النتائج على 3 أشهر للأثر القصير المدى و سنة واحدة للأثر الطويل المدى، وكان التغير على مستوى آلام البطن دالاً في المجموعة الخاضعة للعلاج بالتنويم، وأظهرت ثلاثة تجارب من أصل أربعة تحسناً كبيراً في الأعراض الهضمية المعوية العامة للمجموعة الخاضعة للعلاج.

9-6 علاجات بديلة مكملّة (تحت التقييم)

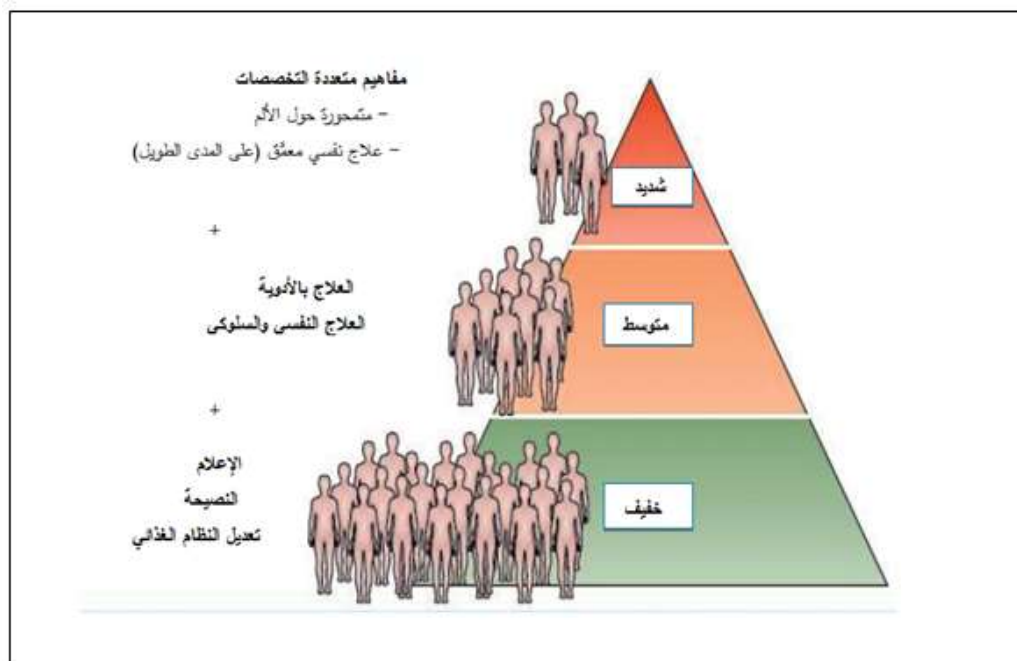
- المعرّزات الحيوية (Probiotiques): من الميكانيزمات الفسيومرضية المساهمة في ظهور متلازمة الأمعاء المتهيّجة نجد اضطراب النباتات البكتيرية المعوية، وعليه فقد تمّ إدراج المضادات الحيوية كعلاج في التكفل لكنّها أسفرت عن نتائج ضعيفة ومن ثمّ تمّ اقتراح

المعززات الحيوية مؤخرًا لكن بنتائج متواضعة مع تحسين أعراض الانتفاخ بدون تأثير دال على الألم البطني أو العبور المعوي.

- الوخز بالإبر: لم تظهر النتائج أي فعالية عدا تأثير الدواء الوهمي. (Berkane, s.d, p.8)

واستنتاجاً، نجد أنه من الواجب على المصابين أن يكونوا متحكمين ومسيرين لأعراضهم ويتضمن ذلك فهمهم لطبيعة الإصابة والحصول على استراتيجيات جيّدة لتسيير الأعراض وتوظيفها في الوقت المناسب بحيث يتضمّن الأدوية، التسيير، مهارات الإسترخاء، المهارات المعرفية، وقت الراحة، النشاط الجسمي والنوم الجيد. (Jarrett, Barney & Heitkemper, 2013, p.121)

وفي الشكل الموالي سيتمّ عرض الخطوات العلاجية المقترحة من طرف المعالجين بكل مرحلة من مراحل شدّة أعراض المرض:



الشكل رقم (11): الخطوات المتّبعة في مراحل علاج المتلازمة حسب الشدة (Schaub & Schaub, 2012, p.510)

في الشكل رقم (11) نجد أنّ المرضى ذوي الأعراض الخفيفة هم الأكثر انتشاراً ويتمّ التعامل معهم من خلال الإعلام والتثقيف الصحي لتعديل النظام الغذائي، في حين كلّما

زادت شدّة الأعراض اضطر المعالج إلى اللجوء إلى الأدوية والجلسات النفسية لتخفيف وطأة الجانب النفسي السلبي على الحالة الجسمية (الأمعاء)، وفي حال لم تستجب الحالة لما سبق (وهي حالة قليلة الإنتشار مقارنة بالأعراض الخفيفة و المتوسطة) انتقل المعالج إلى أمور أكثر عمقاً في تناول المتلازمة وتكون مركّزة على محور الألم.

استنتاجاً نجد أنّ العلاج يمسّ عدّة مجالاً تتبعاً للأبعاد التي تحملها المتلازمة فيكون عن طريق التربية العلاجية الذي يساعد المريض على الاستبصار أكثر في مرضه وفهم طريقة التعامل معه ممّا يساعده على الامتثال العلاجي بتطبيق نمط حياة صحي يساعد جهازه الهضمي على التوازن ويكون بتبني نظام غذائي يحسّن من الحركة المعوية وبالتالي تحسين حالة الأعراض كالنظام القائم على الألياف مثلاً، إضافة لاستخدام الأدوية حسب حالة المريض كأدوية علاج الإمساك والإسهال والقضاء على الانتفاخ والتخفيف من الآلام.

كما يتم الاستعانة بالأدوية ذات التأثير النفسي كمضادات الاكتئاب للتقليل من تأثير الانفعالات السلبية على الجهاز الهضمي، وغالباً ما يكون مصحوباً بالتكفّل النفسي المعمق، مع إشراك دور العلاجات البديلة كالمعززات الحيوية والوخز بالإبر لكنها لا تزال تحت التقييم لإثبات نجاعتها كباقي العلاجات.

ملخص الفصل

تُعتبر متلازمة الأمعاء المتهيجّة من الاضطرابات المعوية الوظيفية الأكثر انتشاراً وهي إصابة مرتبطة بعدّة عوامل حيوية ونفسية تظهر في اضطرابات العبور وآلام في البطن مع الإحساس بالانتفاخ وعدم الراحة.

وقد تمّ تفسير هذه الأعراض بعدّة عوامل أهمّها فرط حساسية الأحشاء واضطراب في حركة الأمعاء مع وجود نشاط في الجهاز المناعي ناتج عن وجود التهابات وخلل في الجهاز العصبي المستقل وهو العنصر الذي طرح نظرية العلاقة الموجودة بين الدماغ والأمعاء، مع إضافة عامل النظام الغذائي الغير مناسب لطبيعة الجهاز الهضمي للمصاب.

كما تمّ التأكيد المستمر على العامل النفسي سواءً من ناحية خصائص الشخصية والاضطرابات المزاجية أو كيفية إدراك وتعامل المريض مع الضغط النفسي الذي يساهم في ظهور و/أو تفاقم الحالة.

وعليه فإنّ العلاجات تفرّعت لعدّة اتجاهات منها ما يهدف لتنظيم وظيفة الجهاز الهضمي كالأدوية ومنها ما يساهم في تحسين السلوك الغذائي ومنها ما يتكفّل بالحالة النفسية للفرد كالعلاجات النفسية المختلفة بحكم ارتباط المتلازمة بسلسلة من العلاقات الحيوية-النفسية-الاجتماعية في حدوثها وتطورها.

الفصل السادس

منهجية وإجراءات البحث الميداني

تمهيد

بعد ضبط موضوع البحث وإعداد إطاره النظري اعتماداً على المطالعات النظرية للمراجع والدوريات التي مكنتنا من طرح إشكالية بحثنا التي دار موضوعها حول تأثير سمات الشخصية على استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى المصابين بمتلازمة الأمعاء المتهيجّة، واستخلاص أهم تساؤلات البحث وصياغة فرضياته، سنحاول في هذا الفصل التطرّق إلى الإجراءات المنهجية للبحث الميداني بكل تفاصيله من حيث المنهج المعتمد، عينة البحث وكيفية اختيارها، الدراسة الاستطلاعية وكيفية تنظيمها، وصولاً إلى أدوات البحث بوصفها وتحديد الغرض من تطبيقها وذكر خصائصها السيكوميترية، وهذا كلّهُ سننظرُ له بالتفصيل في هذا الفصل.

أولاً: الدراسة الإستطلاعية

1- تعريف الدراسة الإستطلاعية وأهدافها في البحث

تُعَدُّ الدراسة الإستطلاعية من أساسيات البحث الميداني كونها تهدف إلى التعرف على الميدان والاحتكاك بالعينة والتقرّب منها، وتجريب الأدوات على العينة وتكييفها واختبار شروطها السيكوميترية وتحضيرها في شكلها النهائي، تمهيداً لتطبيقها في الدراسة الأساسية، وكذا التعرف على الصعوبات والعوائق المحتملة والعمل على تفاديها وتحديد الشروط الموضوعية لتصميم التجربة أو الدراسة وتهيئة الظروف والشروط العلمية لإجراء الدراسة الأساسية في الظروف الجيدة. (فرحاتي، 2012، ص.343)

وتمثّل الهدف من الدراسة الإستطلاعية في البحث الحالي فيما يلي:

- استطلاع الميدان للتحقق من وجود العينة المطلوبة للبحث والتي تتميز بالجدول الطبي الذي تُظهره متلازمة الأمعاء المتهيجّة (اضطرابات هضمية وظيفية للجزء السفلي من الجهاز الهضمي: إمساك و/أو إسهال، انتفاخ وعدم الشعور بالراحة على مستوى البطن ، آلام في البطن) من فئة البالغين.

- وكان ذلك من خلال الاتصال بمصلحة الطب الداخلي بمستشفى بولوغين ابن زيري - باينام- والحصول على الموافقة من الطبيب المعالج لجمع المعلومات حول الحالات المتوفرة.
- التأكد من مدى توفر التسهيلات وإمكانية إجراء البحث التطبيقي.
- تجريب المقاييس على عينة استطلاعية للتأكد من مدى وضوح اللّغة والترجمة، وكذا تحديد خصائصها السيكمترية.
- حصر الخصائص التي يميّز بها حالات المرضى حتى تؤخذ بعين الاعتبار عند ضبط العينة النهائية.

2- عينة الدراسة الإستطلاعية

بلغت العينة الإستطلاعية 30 مصاباً بمتلازمة الأمعاء المتهيجة من فئة البالغين حيث تمّ توزيع أدوات جمع البيانات المتمثلة في البيانات الشخصية العامة والمقاييس الثلاث المترجمة من اللّغات الأجنبية إلى اللّغة العربية.

3- الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية

انطلقت الدراسة الإستطلاعية ابتداءً من شهر فيفري 2019 لغاية شهر أفريل 2019 وجرت عملية ملأ البيانات بطريقة فردية مع المريض في غرفة الفحص الطبي مع الطبيب المعالج التابع لمصلحة الطب الداخلي، وكذا في مكتب الأخصائية النفسية التابع لمصلحة طب الغدد مع المرضى الذين يحملون أعراض المتلازمة في مستشفى بولوغين ابن زيري- باينام- ، كما أجريت بطريقة جماعية مع من تمّ التأكد من إصابتهم بالمتلازمة وموافقهم على الإجابة من طلاب جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.

4 - نتائج الدراسة الإستطلاعية

أسفرت نتائج الدراسة الإستطلاعية على النتائج التالية:

- توفر المرضى المراد إجراء البحث عليهم في مصلحة الطب الداخلي وكذا مصلحة طب الغدد بعد الموافقة من المسؤولين، وكذا توفر العينة خارج إطار المستشفى كطلاب من جامعة الجزائر 2 ممن وافقوا على المشاركة في البحث، ومنه تمّ اختيار طريقة العينة

العرضية في الولوج إلى المبحوثين لما وفّرت من سهولة في الحصول على البيانات المطلوبة.

- إجراء بعض التعديلات اللغوية على المقاييس وفقاً لما أوردته الخصائص السيكومترية بعد التطبيق على البيئة الناطقة باللغة العربية، وهو ما سيتمّ تفصيله في عنصر تقديم أدوات جمع البيانات.

ثانياً: الإجراءات المنهجية والميدانية للبحث

1- الإجراءات المنهجية للبحث

1-1- منهج البحث

إنّ اختيار المنهج يكون مرتبطاً بكيفية تناول الباحث لموضوعه، وبما أنّ طبيعة الموضوع متعلّق بكشف العلاقة بين المتغيرات فقد تمّ تطبيق المنهج الوصفي الذي يُعرّف بأنّه " البحث الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتمّ بوصفها وصفاً دقيقاً من خلال التعبير النوعي الذي يصف الظاهرة ويوضّح خصائصها، أو التعبير الكميّ الذي يعطي وصفاً رقمياً يوضّح مقدار وحجم الظاهرة". (عباس وآخرون، 2007، ص.74)

وبالرجوع لخصوصية موضوع البحث الحالي حول تأثير سمات الشخصية في استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى المصابين بمتلازمة الأمعاء المتهيجّة الذي يدرس الفروق بين المرضى في عوامل الشخصية الكبرى واستراتيجيات التعامل التي يستعملونها وكذا نوعية حياتهم، استلزم علينا الأمر الاعتماد على المنهج الوصفي المقارن والذي يعرف على أنّه الدراسة التي تقوم على طريقة بحثية وتتضمّن مجموعة من الإجراءات التي تعمل في اتجاه معرفة خصائصها وتفسير الفروق بين مجموعتين أو أكثر في جانب أو متغيّر معيّن اعتماداً على الاختلاف في المتغيّر المستقل والتشابه في بقية المتغيرات. (الرشدي، 2000، ص59)(صالح، 2013، ص.135)

2-1 عينة البحث وكيفية اختيارها

تمّ الإعتماد في طريقة اختيار عينة البحث على معايير العينة العرضية والتي يختارها الباحث من الأفراد الذين يسهل الوصول إليهم أو الأفراد الذين يقابلهم بالصدفة، أو الأفراد الذين يشعر أنّهم لن يرفضوا الاشتراك في العينة بسبب علاقات الصداقة أو القربى التي تربطهم بالباحث. (عباس وآخرون، 2007، ص228).

وقد تمّ التعامل بالعينة اللاعشوائية نظراً لصعوبة ضبط وتحديد المجتمع الأصلي وسحب عينة عشوائية منه، وبالتالي بلغ العدد الإجمالي لعينة البحث 80 مصاباً بمتلازمة الأمعاء المتهدّجة من الجنسين.

تمّ تحديد خصائص عينة البحث من الجوانب التالية:

خصائص عينة البحث حسب عامل الجنس

الجدول رقم (6) : توزيع عينة البحث حسب عامل الجنس

الجنس	العدد	النسب المئوية
نكر	10	12.5%
أنثى	70	87.5%
المجموع	80	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ غالبية المشاركين في البحث من الجنس الأنثوي حيث بلغت نسبتهن 87.5% بينما كان للجنس الذكوري نسبة 12.5% من المشاركين.

خصائص عينة البحث حسب عامل السن

الجدول رقم (7) : توزيع عينة البحث حسب عامل السن

الفئة العمرية	العدد	النسب المئوية
18 - 30 سنة	34	42.5%
31 - 49 سنة	36	45.0%
50 - 60 سنة	9	11.3%
بدون إجابة	1	
المجموع	80	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ الفئة العمرية التي تتراوح بين 31-49 سنة الأكثر حضوراً في عينة البحث بنسبة تقدر بـ 45.0%، تليها فئة 18-30 سنة بنسبة 42.5% وهي نسب جُدُّ متقاربة، بينما تبلغ الفئة المتراوحة بين 50-60 سنة نسبة 11.3% والتي تُعدُّ الأقلّ بين المبحوثين، بينما لم يجب مبحوث عنه سنه.

حسب عامل المستوى التعليمي

الجدول رقم (8) : توزيع عينة البحث حسب عامل المستوى التعليمي

النسب المئوية	العدد	المستوى التعليمي
24.67%	19	دون المستوى/متوسط
19.48%	15	ثانوي
55.85%	43	جامعي
	3	بدون إجابة
100%	80	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ الفئة التي حظيت بمستوى تعليمي جامعي بلغت النصف بنسبة 55.85% من إجمالي المبحوثين، بينما كان للفئة ذات التعليم دون المستوى والمتوسط نسبة 24.67% تليها الفئة ذات المستوى الثانوي بنسبة 19.48%، بينما لم يجب 3 مبحوثين عن مستواهم التعليمي.

خصائص عينة البحث حسب عامل مدّة الإصابة بالمرض

الجدول رقم (9) : توزيع عينة البحث حسب عامل مدّة الإصابة بالمرض

النسب المئوية	العدد	مدّة الإصابة بالمرض
56.3%	45	قبل 5 سنوات
21.3%	17	5 - 10 سنوات
22.5%	18	أكثر من 10 سنوات
100%	80	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ المبحوثين الذين يعانون من أعراض المتلازمة من قبل 5 سنوات بلغت حوالي النصف من العينة بنسبة قدرها 56.3% في حين بلغت نسبة الذين

يعانون من الأعراض ما بين 5-10 سنوات 21.3%، أمّا الذين تجاوزوا 10 سنوات من الإصابة فبلغت 22.5% .

خصائص عينة البحث حسب عامل المواظبة على المتابعة الطبيّة

الجدول رقم (10) : توزيع عينة البحث حسب عامل المواظبة على المتابعة الطبيّة

المواظبة على المتابعة الطبية	العدد	النسب المئوية
غير مواظب	39	48.8%
مواظب	41	51.3%
المجموع	80	100%

نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ النسب بين المبحوثين المواظبين والغير مواظبين على المتابعة الطبية متقاربة نوعاً ما، حيث حاز المواظبين على نسبة 51.3% أي حوالي النصف، في حين أنّ نسبة الغير مواظبين فُدرت بـ 48.8%.

2- الإجراءات الميدانية للبحث

2-1 أدوات جمع البيانات من الميدان

تمّ الحرص على اختيار أدوات البحث وفقاً للموضوع المراد دراسته، فتمّ انتقاء المقاييس السيكولوجية الخاصة بسمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمس الكبرى، استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة الخاص بمرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة والتي صُمّمت كلّها في الأصل باللّغات الأجنبية (فرنسية/ إنجليزية)، لذلك تمّت ترجمتها للغة العربية وإخضاعها للتحكيم من طرف أساتذة مختصّين من قسم علم النفس (أنظر الملحق رقم 1) وتطبيق الخصائص السيكوميتريّة عليها لتفي بأهداف البحث وأغراضه.

2-1-1 بيانات الشخصية

تضمّنت بيانات الشخصية: الجنس، السن، الحالة الاجتماعيّة، المستوى التعليمي، مدّة الإصابة بالمرض، الحرص على المتابعات الطبية وإجراء الفحوصات، وهي بيانات تهدف للتعريف بالعينة من جهة وكذا تفسير النتائج المتحصل عليها بعزوها لبعض المتغيرات كما ورد في الفرضيات.

2-1-2 مقياس العوامل الخمس للشخصية في نسختها الفرنسية (BFI-Fr)

• التعريف بالمقياس:

هي أداة تقييم ذاتي تهدف لقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية تُرجمت من النسخة الأصلية الإنجليزية BFI لـ (John et al, 1991) إلى اللغة الفرنسية من طرف Plaisant, Courtois, Réveillère, Mendelsohn, John (2010) وتتكوّن من 45 بنداً. وقد تمّ تكييف القائمة عن طريق ترجمة بنود القائمة الأصلية التي احتوت على 44 بنداً إلى اللغة الفرنسية، ومن ثمّ إعادة ترجمتها للغة الإنجليزية للتأكد من صحة الترجمة، مع الإحتفاظ بالنص الأصلي وخصائصه بأكبر قدرٍ من الإمكان، حيث كانت الترجمة حرفيّة مع مراعاة مواقع البنود في الأبعاد الخمس كما وُجدت في النص الأصلي إيجاباً أو سلباً، ورأى المؤلفون إضافة بند لتحقيق خصائص سيكومترية أفضل للنسخة الفرنسية وهو البند 36 المدرج ضمن عامل الإنبساطية للحصول على اتساق داخلي كافٍ والذي ميّز الإختلاف الفرنسي للمقياس.

تمّ قياس الاتساق الداخلي للأبعاد الخمسة E, A, C, N, O بمعامل الارتباط ألفا كرونباخ والذي بلغ بالترتيب: 0.74, 0.82, 0.80, 0.75, 0.82 وهي النتائج التي كانت مُرضية بمتوسط بلغ 0.79 وهو عنصر قويّ للخاصية السيكومترية للأداة (الصدق الداخلي).

كما تمّ إثبات الصدق الخارجي وأظهر ارتباط معامل ألفا كرونباخ للأبعاد الخمس الكبرى E A C N و O لقائمة BFI و NEO-PI-R ارتفاعاً فوق 0.70 بكثير، حيث كان الصدق الداخلي لأبعاد BFI-Fr و NEO-PI-R مُرضية، كما نجد معاملات ألفا كرونباخ مرتفعة من 0.77 إلى 0.83 بالنسبة لـ BFI-Fr (بمتوسط 0.81)، ومن 0.86 إلى 0.91 بالنسبة لـ NEO-PI-R (بمتوسط 0.88) (O. Plaisant et al, 2010)

• كيفية الإجابة على المقياس وتصحيحه:

يتمّ الإجابة عن البنود بالإشارة إلى درجة معيّنة على سلم ليكرت Likert تتراوح من 1 إلى 5 نقاط من نوع: " لست موافق بشدّة " إلى " موافق بشدّة "، وكلُّ عامل للشخصية هو متوسط مجموع البنود الدالّة عليه . مع ضرورة أن نعكس التقييط في البنود المشار إليها

بعلامة "إقلب/R- reverse" ، فمثلا لو استجاب ب دائما نمنحه نقطة واحدة (1) عوض (5) ، وهكذا دواليك لبقية الاستجابات .

وُصنِّف البنود وفق الأبعاد على النحو التالي:

◀ العامل الأوّل: الإنبساطية (E : Extraversion): يتضمّن ثمانية بنود وهي:

1، R6، 11، 16، R21، 26، R31، 36.

◀ العامل الثاني: الطيبة (A : Agréabilité): يتضمّن عشرة بنود وهي:

2، R12، 7، 17، 22، R27، 32، R37، 42، R45

◀ العامل الثالث: الوعي (C : Conscience) يضمّن تسعة بنود وهي:

3، R8، 13، R18، R23، 28، 33، 38، R43.

◀ العامل الرابع: العصابية (N : Nervosisme) يتضمّن ثمانية بنود وهي:

4، R9، 14، 19، R24، 29، R34، 39.

◀ العامل الخامس: التفتُّح (O : Ouverture) يتضمّن عشرة بنود وهي:

5، 10، 15، 20، 25، 30، R35، 40، R41، 44.

ملاحظة: التوزيع الذي تمّ عرضه خاصٌ بالنسخة الأصلية، وسيتمّ عرض التوزيع الخاص ببنود النسخة النهائية بعد تطبيق الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي.

• الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي

تمّ تطبيق الأداة على عينة استطلاعية قوامها 30 فردا للتحقق من صدق وثبات

المقياس ، وكانت النتائج على النحو التالي:

▫ صدق المقياس

تمّ تحديد صدق المقياس بطريقتين:

* صدق المحتوى:

بعد ترجمة المقياس من اللُّغة الفرنسية إلى اللُّغة العربية، تمّ عرضه على أساتذة

متخصصين في قسم علم النفس بغرض تحكيم مستواه حول سلامة اللُّغة ووضوح العبارات

ومدى تطابق الترجمة مع محتواها في النسخة الأصلية. (انظر الملاحق رقم 3 ، 4 ، 5)

وأُسفرت نتائج التحكيم على الإبقاء على كلِّ البنود وعدم الحذف منها، واتفق شبه تام على سلامة الترجمة، مع إدراج بعض الملاحظات في التعديلات اللغوية، والتي :

الجدول رقم (11) مثال عن التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس العوامل الخمس الكبرى

للشخصية

التعديلات المقترحة	الترجمة الأولى	البند باللُّغة الأصلية
قد يكون متهاون في بعض الأحيان	ربَّما مهمل في بعض الأحيان	(8) peut être parfois négligent

نلاحظ من الجدول أعلاه مثال عن بعض التعديلات التي أُضيفت على بعض البنود لتكوين صيغته النهائية بهدف الوصول إلى توضيح أكثر للجمل على المجيب، ونستطيع القول أنَّ أغلبية المحكِّمين وافقوا على الترجمة الأولى المقترحة للمقياس. (أنظر الملحق رقم (12)

* صدق الإتساق الداخلي:

يهدف إلى تحديد مدى تماسك وارتباط كل بند من بنود المقياس بالمقياس ككلِّ، الأمر الذي يعكس اتساقه الداخلي، تمَّ تحديد ذلك بمعامل ارتباط بيرسون لكلِّ عامل من العوامل الخمس للشخصية على حدى.

وتمثَّلت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (12) معاملات ارتباط بيرسون لصدق الاتساق الداخلي للعوامل الخمس الكبرى للشخصية

العوامل الخمس الكبرى للشخصية	البنود	قيمة معامل الارتباط ودلالته	العوامل الخمس الكبرى للشخصية	البنود	قيمة معامل الارتباط ودلالته
الإنفتاحية (إنفتاح الفكر)	1	**0.594	الطيبة	1	**0.555
	2	**0.608		2	*0.404
	3	**0.623		3	**0.597
	4	**0.583		4	**0.367
	5	*0.374		5	**0.689
	6	**0.623		6	**0.483
	7	**0.418		7	**0.477
	8	**0.566		8	**0.562
	9	**0.466		9	0.228
	10	**0.593		10	**0.651

**0.566	1	العصابية	**0.523	1	الوعي (يقظة الضمير)
**0.640	2		**0.485	2	
**0.422	3		**0.420	3	
**0.531	4		**0.635	4	
**0.674	5		**0.678	5	
**0.519	6		**0.519	6	
0.152	7		**0.593	7	
**0.730	8		**0.708	8	
			*0.305	9	الإنبساطية
			**0.544	1	
			0.299	2	
			**0.650	3	
			**0.623	4	
			**0.559	5	
			**0.454	6	
			**0.495	7	
			*0.400	8	

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

يُتضح لنا من الجدول أعلاه ما يلي:

- بالنسبة لعامل الإنفتاحية (انفتاح الفكر):

نلاحظ من الجدول رقم (11) أنّ قيم ارتباط كلّ بند من بنود عامل الإنفتاحية بالدرجة الكلية تراوحت بين (0.367 و 0.689) وهي قيم كلّها دالّة إحصائياً أيّ أنّها تقيس عامل الإنفتاحية ، ما عدى البند 9 الذي قُدّرت قيمة ارتباطه بالبند ب 0.228 وهي غير دالّة إحصائياً وبالتالي تمّ حذفه.

- بالنسبة لعامل الوعي (يقظة الضمير):

نلاحظ من الجدول رقم (11) أنّ قيم ارتباط كلّ بند من بنود عامل الوعي بالدرجة الكلية تراوحت بين (0.305 و 0.708) وهي قيم كلّها دالّة إحصائياً أيّ أنّها تقيس عامل الوعي.

- بالنسبة لعامل الإنبساطية

نلاحظ من الجدول رقم (12) أنّ قيم ارتباط كل بند من بنود عامل الإنبساطية بالدرجة الكلية تراوحت بين (0.40 و 0.65) وهي قيم كلّها دالّة إحصائياً أيّ أنّها تقيس عامل الإنبساطية، ما عدى البند 2 الذي قُدِّر قيمة ارتباطه بـ 0.299 وهي غير دالّة إحصائياً وبالتالي تمّ حذفه.

- بالنسبة لعامل الطيبة:

نلاحظ من الجدول رقم (11) أنّ قيم ارتباط كلّ بند من بنود عامل الطيبة بالدرجة الكلية تراوحت بين (0.374 و 0.623) وهي قيم كلّها دالّة إحصائياً أيّ أنّها تقيس عامل الطيبة.

- بالنسبة لعامل العصابية:

نلاحظ من الجدول رقم (11) أنّ قيم ارتباط كلّ بند من بنود عامل العصابية بالدرجة الكلية تراوحت بين (0.422 و 0.730) وهي قيم كلّها دالّة إحصائياً أيّ أنّها تقيس عامل العصابية ، ما عدى البند 7 الذي قُدِّر قيمة ارتباطه بـ 0.152 وهي غير دالّة إحصائياً وبالتالي تمّ حذفه.

٥ ثبات المقياس

تمّ تعيين ثبات الإتساق الداخلي بطريقة التباين وذلك بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ، وتمثّلت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (13): قيم ثبات مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية

العوامل الخمس للشخصية	القيمة بمعامل الثبات ألفا كرونباخ
الانبساطية	0.605
الانفتاحية	0.663
الطيبة	0.722
الوعي	0.669
العصابية	0.667

نلاحظ من الجدول رقم (12) أنّ قيم معامل الثبات تراوحت بين (0.605 و 0.722) وهي تعكس التميّز بالثبات لكلّ عاملٍ من العوامل الخمس للشخصية.

في النتيجة، أسفرت نتائج الخصائص السيكومترية لمقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية في نسخته الفرنسية على تميّزه بالثبات، إلا أنّ نتائج الصدق أفرزت عدم ارتباط بعض البنود بالعامل الذي يمثّله، وهي البنود التالية: البند 2 لعامل الإنبساطية، البند 9 لعامل الإنفتاحية، والبند 7 لعامل العصابية، وبالتالي تمّ حذفها، وعليه أصبحت القائمة تضمّ 42 بنداً، وهي موزّعة على النحو التالي:

◀ العامل الأوّل: التفتّح (انفتاح الفكر) O: ويتضمّن تسعة بنود وهي:

41-38-33R-29-24-19 -14-9-5

◀ العامل الثاني: الوعي (يقظة الضمير) C: ويتضمّن تسعة بنود وهي:

40R-36-32-27-22R-17R-12-7R-3

◀ العامل الثالث: الإنبساطية E: ويتضمّن سبعة بنود وهي:

34-30R-25-20R-15-10-1

◀ العامل الرابع: الطيبة A: ويتضمّن عشرة بنود وهي:

42R-39-35R-31-26R-21-16-11R-6-2R

◀ العامل الخامس: العصابية N: ويتضمّن سبعة بنود وهي:

37-28-23R-18-13-8R-4

ملاحظة: يتمّ تنقيط البنود من 1 إلى 5 نقاط ويشير حرف R إلى عكس نظام التنقيط، وقد تمّ وضع الحروف اللاتينية أمام البنود التي تمثّل العوامل في المقياس من باب التسهيل.

3-1-2 مقياس استراتيجيات التعامل المختصر Brief-COPE

• التعريف بالمقياس

عرج (Charles S. Carver, 1997) لإعادة صياغة مقياس COPE نظراً لما وجده من صعوبات لدى المجيبين لإتمام الإجابة للبنود الكاملة للمقياس الأصلي الذي تضمّن ستون (60) بنداً حيث كان طويلاً بالنسبة لتقييمهم، وعليه أنشأ المؤلف نسخة مختصرة مؤلفة من أربعة عشر (14) سلّم مكونة من بندين (2) لكل سلّم.

وبعد المعالجة الإحصائية أظهر المقياس خصائص سيكومترية جيّدة بوجود معاملات ألفا كرونباخ عالية في بعض السلالم ومقبولة بالنسبة للأخرى حيث بلغت بين المعاملات بين (0.50 و 0.90) للبنود.

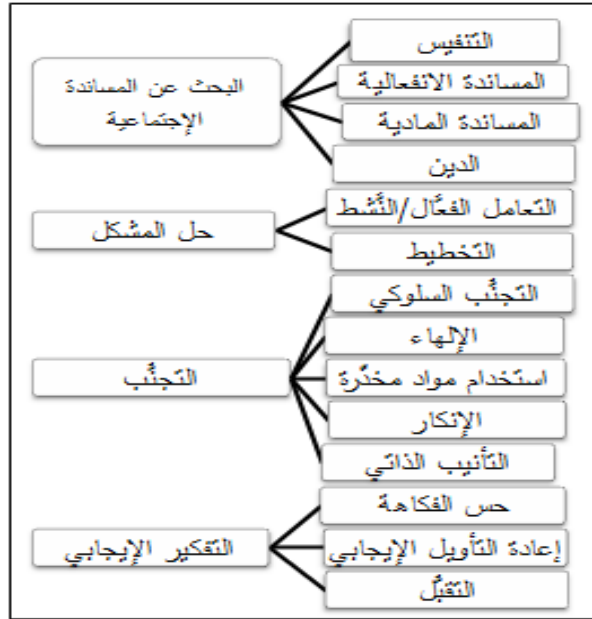
وعليه نستنتج أنّ مقياس Brief COPE صالح للتطبيق الميداني لإستجابته للخصائص السيكومترية المتفق عليها في الساحة العلمية من صدق وثبات مقبولين وكذا قدرته على التمييز بين مختلف أنواع استراتيجيات التعامل لدى العينة المراد دراستها (Yusoff et al, 2010)

• وصف المقياس

قام (Spitz & Miller, 2003) بالترجمة الفرنسية من خلال دراستين على طلبة أظهرت من خلالهما خصائص سيكومترية جيّدة، و في دراسةٍ أُخرى لـ Karine Baimstrack, Marine Alessandrini, Zeineb Hamidou, Pascal Auquier & Tanguy Leroy (2017) على عينة من 398 فرداً مريضاً بالسرطان ومقدّمي الرعاية الصحية حيث حُدّد المكوّن الرئيسي العاملي بأربعة (4) عوامل هيكلية، وقد تمّ تصنيف الأبعاد وفق بنودها التأسيسية:

حل المشكل (4 بنود) بمعامل ثبات 0.74، التجنّب (10 بنود) بمعامل ثبات 0.64، التفكير الإيجابي (6) بمعامل ثبات 0.71، المساندة الإجتماعية (8 بنود) بمعامل ثبات 0.82، وقد عُرّزت الدراسة بنماذج نظرية مختلفة لاستراتيجيات التعامل وأظهرت خصائص سيكومترية مقبولة.

وفي الشكل التالي توضيح للعوامل الأربعة للسلالم الأربعة عشر في النسخة الفرنسية:



الشكل رقم (12) الإستراتيجيات الأساسية لمقياس استراتيجيات التعامل المختصر

في الشكل رقم (12) نجد أنّ المقياس يحتوي على أربعة استراتيجيات أساسية ، وكلّ إستراتيجية أساسية يندرج تحتها استراتيجيات فرعية، وهي: البحث عن المساعدة الاجتماعية (التنفيس/المساندة الانفعالية/المساندة المادية/الدين)، حل المشكل (التعامل النشط، الفعال/التخطيط)، التجنب (التجنب السلوكي/ الإلهاء/ استخدام مواد مخدرة/ الإنكار)، التفكير الإيجابي (حس الفكاهة/ إعادة التأويل الإيجابي/ التقبل).

ويقابل كل بعد البنود التالية في المقياس:

الجدول رقم (14) رقم البنود المنتمية لكل بعد في مقياس استراتيجيات التعامل المختصر

البنود	البعد
20 ، 2	التعامل الفعّال/ النشط
24 ، 13	التخطيط
19 ، 10	المساندة المادية
14 ، 5	المساندة الانفعالية
18 ، 9	التنفيس (التعبير عن المشاعر)
26 ، 11	إعادة التأويل الإيجابي
23 ، 8	التقبل
21 ، 3	الإنكار

25 ، 12	التأنيب الذاتي
28 ، 16	حس الفكاهة
27 ، 7	الدين
17 ، 1	الإلهاء
22 ، 4	استخدام مواد مخدرة
15 ، 6	التجنّب السلوكي

(Gustave-Nicolas Fischer & Cyril Tarquinio, 2014, p. 129)

• **كيفية الإجابة على المقياس وتصحيحه:**

تتمّ الإجابة على المقياس من خلال سلم ليكترت Likert في الإقتراحات التالية:
أبدأً=1 ، أحياناً=2 ، غالباً=3 ، دائماً=4 لكل بند.

• **الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي**

تمّ تطبيق الأداة على عينة استطلاعية قوامها 30 فردا للتحقق من صدق وثبات المقياس ، وكانت النتائج على النحو التالي:

• **صدق المقياس**

تمّ تحديد صدق المقياس بطريقتين:

* **صدق المحتوى:**

بعد ترجمة المقياس من اللّغة الفرنسية إلى اللّغة العربية، تمّ عرضه على أساتذة متخصصين في قسم علم النفس (أنظر الملحق رقم1) بغرض تحكيم محتواه حول سلامة اللّغة ووضوح العبارات ومدى تطابق الترجمة مع محتواها في النسخة الأصلية. وأسفرت نتائج التحكيم على الإبقاء على كلّ البنود وعدم الحذف منها، واتفق شبه تام على سلامة الترجمة، مع إدراج بعض الملاحظات في التعديلات اللّغوية (أنظر الملحق رقم 6 ، 7، 8)، ونذكر منها:

الجدول رقم (15) مثال عن التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس استراتيجيات التعامل المختصر

التعديلات المقترحة	الترجمة الأولى	البنود باللُّغة الأصلية
أحاول أن أجد الطمأنينة في ديني أو في المعتقدات الروحانية	أحاول أن أجد راحة في ديني أو في معتقدات روحانية	(7) Je essaye de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles

نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ بعض التعديلات أضيفت على بعض البنود لتكوين صيغته النهائية بهدف الوصول إلى توضيح أكثر للجمل على المجيب، ونستطيع القول أنّ أغلبية المحكّمين وافقوا على الترجمة الأولى المقترحة للمقياس (انظر الملحق رقم 13).

* صدق الإتساق الداخلي:

تمّ تعيين صدق الإتساق بحساب معامل الارتباط بيرسون بتحديد:

- مدى ارتباط كل بند من بنود الاستراتيجيات الفرعية بالدرجة الكلية للإستراتيجية الفرعية التي ينتمي إليها.
- مدى ارتباط كل استراتيجية فرعية بالإستراتيجية الأساسية التي تنتمي إليها (حلّ المشكل / التجنّب / التفكير الإيجابي / البحث عن المساندة الاجتماعية).

وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجداول الموالية:

الجدول رقم (16): معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية حل المشكل

قيمة معامل الارتباط ودلالته	البنود	1- استراتيجية حل المشكل: الاستراتيجيات الفرعية
**0.903	A1	1-1 التعامل النشط
**0.783	A2	
**0.844	B1	2-1 التخطيط
**0.795	B2	

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

يتّضح لنا من الجدول أعلاه تحقّق ارتباط كل بند بالإستراتيجية الفرعية التي ينتمي إليها (التعامل النشط و التخطيط) ممّا يؤكّد قابلية قياسهم لها.

أمّا فيما يخص ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية ، فجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (17) معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية لحلّ المشكل

قيمة معامل إرتباط كل استراتيجية فرعية بإستراتيجية حل المشكل ودلالته	البنود	الاستراتيجيات الفرعية الخاصّة بإستراتيجية حلّ المشكل الأساسية
**0.908	2	التعامل النّشط
**0.921	2	التخطيط

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

نلاحظ من الجدول رقم (16) وجود إرتباط دال إحصائياً بين الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الخاصة بحل المشكل : (التعامل النشط 0.908** ، التخطيط 0.921**) بالتالي فإنّ بنود الإستراتيجيات الفرعية تقيس حقيقة استراتيجيات حل المشكل.

الجدول رقم (18): معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية التفكير الإيجابي

قيمة معامل الارتباط ودلالته	البنود	3- استراتيجيات التفكير الإيجابي: الاستراتيجيات الفرعية
**0.760	H1	1-3 الفكاهاة
**0.862	H2	
**0.896	I1	2-3 إعادة التأويل الإيجابي
**0.891	I2	
**0.860	J1	3-3 التقبّل
**0.855	J2	

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

يتّضح لنا من الجدول أعلاه تحقّق ارتباط كل بند بالاستراتيجيات الفرعية التي ينتمي إليها (الفكاهاة/ إعادة التأويل الإيجابي/ التقبّل) وبالتالي فهي قابلة لقياس هذه الاستراتيجيات.

أمّا فيما يخص ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية ، فقد جاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (19): معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية التفكير الإيجابي

قيمة معامل ارتباط كل استراتيجية فرعية بإستراتيجية التفكير الإيجابي ودلالاته	عدد البنود	الاستراتيجيات الفرعية الخاصة بإستراتيجية التفكير الإيجابي الأساسية
**0.468	2	الفكاهة
**0.787	2	إعادة التأويل الإيجابي
**0.756	2	التقبل

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

نستنتج من الجدول أعلاه ارتباط الاستراتيجيات الفرعية (الفكاهة / إعادة التأويل الإيجابي / التقبل) بالإستراتيجية الأساسية وهي التفكير الإيجابي وتتراوح القيم بين 0.468 و 0.787 وهي قيم دالة إحصائياً وتشير إلى قابلية قياس بنودها للإستراتيجية الأساسية.

الجدول رقم (20): معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية البحث عن الدعم الإجتماعي

قيمة معامل الارتباط ودلالاته	البنود	4- استراتيجيات البحث عن المساندة الإجتماعية: الاستراتيجيات الفرعية
**0.846	L1	1-4 المساندة الانفعالية
**0.884	L2	
**0.541	M1	2-4 المساندة المادية
**0.612	M2	
**0,83	N1	3-4 الدين
**0,88	N2	
**0,70	K1	4-4 التنفيس (التعبير عن المشاعر)
**0,80	K2	

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

نلاحظ من الجدول أعلاه تحقُّق ارتباط كل بند بالإستراتيجيات الفرعية التي ينتمي إليها (المساندة الإنفعالية / المساندة المادية / الدين / التنفيس (التعبير عن المشاعر))، وبالتالي فهي قابلة لقياس هذه الاستراتيجيات.

أمَّا فيما يخصُّ ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية، فقد جاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (21): معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية البحث عن الدعم

الاجتماعي

قيمة معامل إرتباط كل استراتيجية فرعية بإستراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية ودلالاته	عدد البنود	الاستراتيجيات الفرعية الخاصة بإستراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية الأساسية
**0.572	2	التعبير عن المشاعر
**0.608	2	المساندة الإنفعالية
**0.813	2	المساندة المادية
**0.730	2	الدين

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

نستنتج من الجدول أعلاه ارتباط الاستراتيجيات الفرعية (المساندة الانفعالية / المساندة المادية / الدين / التنفسي (التعبير عن المشاعر)) بالإستراتيجية الأساسية وهي البحث عن المساندة الاجتماعية وبقيم تتراوح بين 0.572 و 0.813 وهي قيم دالة إحصائياً وتشير إلى قابلية قياس بنودها للإستراتيجية الأساسية.

الجدول رقم (22): معاملات ارتباط البنود الفرعية لإستراتيجية التجنُّب

قيمة معامل الارتباط ودلالاته	البنود	2- استراتيجيات التجنُّب: الاستراتيجيات الفرعية
**0.893	C1	1-2 التجنُّب السلوكي
**0.918	C2	
**0.719	D1	2-2 الإلهاء
**0.737	D2	

**0.964	E1	3-2 استخدام مواد مخدرة
*0.512	E2	
**0.814	F1	4-2 الإنكار
**0.858	F2	
**0.869	G1	5-2 التائب الذاتي
**0.851	G2	

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

يُتضح من الجدول أعلاه ارتباط كل بند بالإستراتيجية الفرعية التي ينتمي إليها، ممّا يؤكّد قابلية قياسهم لهذه الاستراتيجيات (التجنّب / الإلهاء / استخدام مواد مخدرة/ الإنكار / التائب الذاتي).

أمّا فيما يخصّ ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية ، فجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (23): معاملات ارتباط الاستراتيجيات الفرعية بالإستراتيجية الأساسية التجنب

قيمة معامل ارتباط كل استراتيجية فرعية باستراتيجية التجنب ودلالته	عدد البنود	الاستراتيجيات الفرعية الخاصّة باستراتيجية التجنب الأساسية
**0.791	2	التجنب السلوكي
*0.411	2	الإلهاء
0.317	2	استخدام مواد مخدرة
**0.785	2	الإنكار
**0.588	2	التائب الذاتي

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

يُتضح لنا من الجدول أعلاه أنّ قيم ارتباط كل استراتيجية فرعية (التجنب/الإلهاء/استعمال مواد/ الإنكار/التوبيخ) بالإستراتيجية الأساسية (التجنّب) تراوحت بين 0.41 و 0.791 وهي قيم دالّة إحصائياً والتي تشير إلى إمكانية قياس هذه البنود لاستراتيجيات التجنب ، باستثناء الاستراتيجيات الفرعية المتعلقة باستخدام مواد مخدرة التي

قُدِّر معامل ارتباطها بـ 0.317 وهي قيمة غير دالة إحصائياً وبالتالي تمَّ حذفها في بحثنا الحالي من الإستراتيجية الأساسية الخاصة بالتجنُّب.

ثبات المقياس

تمَّ التأكد من الاتساق الداخلي بطريقة التباين عن طريقة معادلة ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات المقياس، والتي تظهر نتائجه في الجدول التالي:

الجدول رقم (24) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التعامل

إستراتيجيات التعامل	القيمة بمعامل الثبات ألفا كرونباخ
استراتيجية حل المشكل	0.738
استراتيجية التجنُّب	0.670
استراتيجيات التفكير الإيجابي	0.615
استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية	0.713

تراوحت قيم معامل الثبات لاستراتيجيات التعامل بين (0.615 و 0.738) وهي كلها قيم مقبولة جداً تعكس تميُّز المقياس بالثبات.

وكاستنتاج لما ذُكر، فإنَّه بعد تطبيق المقياس وإخضاعه لمعايير الصدق والثبات في البحث الحالي، تمَّ التأكد من سلامة خصائصه السيكومترية، لكن بإضافة بعض التعديلات التي تظهر في حذف الإستراتيجية الفرعية (استخدام مواد مخدِّرة) من الإستراتيجية الأساسية وهي التجنُّب والتي تضمُّ بندين ذلك لعدم وجود قيمة ارتباط دالة بينهما، وبالتالي أصبح المقياس في نسخته النهائية يحمل 26 بنداً، وبالتالي تمَّ ترتيب البنود على النحو التالي:

الجدول رقم (25) رقم البنود المنتمية لكل بعد في مقياس استراتيجيات التعامل المختصر في البحث الحالي

البعد	البنود
التعامل الفعَّال/ النشط	2 ، 19
التخطيط	12 ، 22
المساندة المادية	9 ، 18

13 ، 4	المساندة الانفعالية
17 ، 8	التنفس (التعبير عن المشاعر)
24 ، 10	إعادة التأويل الإيجابي
21 ، 7	التقبل
20 ، 3	الإنكار
23 ، 11	التأنيب الذاتي
26 ، 15	حس الفكاهة
25 ، 6	الدين
16 ، 1	الإلهاء
14 ، 5	التجنب السلوكي

2-1-4 مقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة

في هذه الدراسة تمّ اختيار مقياس IBS-36 كأداة لجمع البيانات لتوفّره على عامل مدّة الزمن في قياسه لنوعية الحياة على مدى الشهرين الآخرين عكس المقاييس الأخرى التي انحصر القياس على آخر أسبوعين فقط.

• التعريف بالمقياس

تمّ بناء المقياس من طرف Dianne Groll, M.Sc, Stephen J. Vanner, M.D., William T. Depew, M.D., F.A.C.G., Laurington. R. Sacosta, M.D., F.A.C.G., Jerome B. Simon, M.D., F.A.C.G., Aubrey Groll, M.D., F.A.C.G., Nancy Roblin, Ed.D, and William G. Peterson, M.D., F.A.C.G (2002) لقياس مدى تأثير مرض متلازمة الأمعاء المتهيجة على نوعية الحياة لدى المصابين وتمّ تحديد أسئلة المقياس بستة وثلاثين سؤال (36).

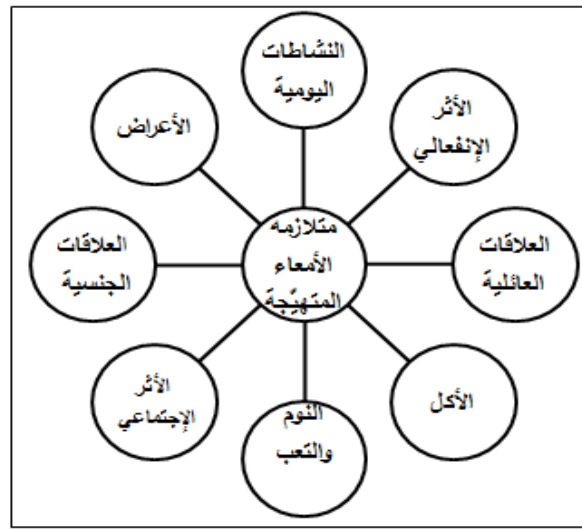
حصل المقياس على خصائص سيكومترية عالية تمثّلت في صدق داخلي بلغ $\alpha = 0.95$ كرونباخ وثبات في إعادة الإختبار قُدّر بـ $r = 0.92$ بمعامل سبيرمان وعلاقة قويّة مع نوعية حياة المرضى بـ ($p < 0.001$).

تمّ المصادقة على البروتوكول من طرف جامعة الملكة للعلوم الصحيّة ومجلس إدارة المؤسسات التعليمية للأخلاقيات.

• وصف المقياس

بُني المقياس على عدّة عوامل تمسُّ الميادين الجسميّة، الإنفعالية والإجتماعية للمريض، واعتمد المؤلفون على عدّة مصادر وهي: المراجعة المنهجية للجانب النظري، إجراءات دراسة نوعية الحياة الموجودة، الخبرة العيادية، وخصائص المرضى، وتمّ تحديد الأبعاد التالية لقياسها لدى المصابين بمتلازمة الأمعاء المتهيجّة:

الشكل رقم (13) الأبعاد المتأثرة بمتلازمة الأمعاء المتهيجّة



في الشكل رقم (13) نجد أنّ الأبعاد المكوّنة لنوعية الحياة لمرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة تظهر في عدّة مجالات فردية واجتماعية والمتمثّلة في النشاطات اليومية والعلاقات العائلية والأثر الاجتماعي أيّ في ممارسته اليومية في الجانب الاجتماعي، بجانب الأثر الانفعالي الذي يظهر سلباً على الحالة النفسية للفرد، إضافةً للعلاقات الجنسية والأكل والتعب والنوم والأعراض الجسميّة وكلّ ما يتعلّق بالجانب الجسدي للفرد.

• كيفية الإجابة على المقياس وتصحيحه

يُقيّم المقياس على طريقة سلّم ليكرت Likert بسبعة نقاط (7) لكلّ سؤال حيث يكون أعلى مجموع (216) نقطة وأدناها (0) نقطة، فكلاً ارتفعت الدرجة كان هناك تأثير للمرض على نوعية الحياة، في حين كلّما نقصت دلّ على عدم تأثر نوعية الحياة بأعراض المرض.

ملاحظة:

بالنسبة للبند 18 في النسخة الأصلية: " هل تحققت من غذائك الذي تناولته في اليوم السابق لمعرفة الأغذية التي قد تكون سببت أعراض الاضطراب المعوي؟ " يُعكس التتقيط ف 0 يصبح 6 أمّا في النسخة العربية الحالية وبعد حذف بعض البنود استجابة للخصائص السيكومترية فأدرج تحت رقم 17.

• الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي

تمّ تطبيق الأداة على عينة استطلاعية متكونة من 30 فرداً، للتحقق من صدق وثبات المقياس، وتمثلت النتائج على النحو التالي:

صدق المقياس

تمّ تحديد صدق المقياس بطريقتين:

* صدق المحتوى:

بعد ترجمة المقياس من اللّغة الفرنسية إلى اللّغة العربية، تمّ عرضه على أساتذة مختصّين في علم النفس بغرض تحكيم مستواه حول سلامة اللّغة ووضوح العبارات ومدى تطابق الترجمة مع محتواها في النسخة الأصلية (أنظر الملحق رقم 1) وأسفرت نتائج التحكيم على الإبقاء على كلّ البنود وعدم الحذف منها، واتفاق شبه تام على سلامة الترجمة، مع إدراج بعض الملاحظات في التعديلات اللّغوية (أنظر الملحق رقم 9، 10، 11)، ونذكر منها:

الجدول رقم (26): مثال عن التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيّجة

التعديلات المقترحة	الترجمة الأولى	البند باللّغة الأصلية
هل شعرت بالانزعاج والاضطراب بسبب آلام في بطنك؟	عندما تصاحبك آلام في بطنك، هل تجعلك مضطرباً؟	(15) Were you troubled by pain in your abdomen ?

نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ بعض التعديلات أضيفت على بعض البنود لتكوين صيغته النهائية بهدف الوصول إلى توضيح أكثر للجمل على المجيب، ونستطيع القول أنّ أغلبية المحكّمين وافقوا على الترجمة الأولى المقترحة للمقياس (أنظر الملحق رقم 14)

*** صدق الاتساق الداخلي:**

يهدف إلى تحديد مدى ارتباط كل بند من القائمة بالدرجة الكلية لها، وتمثّلت النتائج

كما هي موضّحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (27) : معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء
المتهيّجة

رقم البند	قيمة معامل الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة معامل الارتباط ودلالته
1	*0.427	19	**0.602
2	**0.541	20	**0.551
3	**0.552	21	**0.606
4	*0.436	22	**0.687
5	*0.441	23	**0.556
6	**0.539	24	**0.583
7	**0.707	25	**0.825
8	0.052	26	*0.450
9	**0.624	27	**0.645
10	*0.420	28	**0.672
11	**0.566	29	**0.701
12	**0.809	30	0.341
13	**0.641	31	**0.596
14	*0.371	32	*0.436
15	**0.616	33	**0.591
16	**0.732	34	**0.670
17	**0.580	35	**0.464
18	*0.411	36	**0.565

** دال عند 0.01

* دال عند 0.05

تراوحت القيم في المقياس بين 0.371 و 0.825 وهي قيم دالة إحصائياً، مما يعكس التماسك الداخلي للمقياس وأن كل بند من بنوده يقيس نوعية الحياة لدى هذه الفئة من المرضى ما عدا البندين 8 و 30 اللذان تراوحت قيمتهما على التوالي 0.025 و 0.341 وهي قيم غير دالة إحصائياً مما استلزم حذفها.

ثبات المقياس

تمّ تعيين ثبات المقياس بطريقة التباين وتطبيق معادلة ألفا كرونباخ، وجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (28): قيمة معامل ثبات المقياس بمعادلة ألفا كرونباخ

عدد البنود	قيمة معامل الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ
36	0.939

قُدّرت قيمة ثبات المقياس بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ بـ 0.939 وهي قيمة مرتفعة جداً ممّا يعكس تمثُّع المقياس بثبات قوي جداً .

وكاستنتاج لما ذكر، فإنّ مقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجّة حصل على خصائص سيكومترية جيّدة لكن تمّ حذف بندين لعدم حصولهما على قيم ارتباط مقبولة ودالة إحصائياً، وبالتالي أصبحت الصورة النهائية للمقياس تحمل 34 بنداً.

2-2 الأساليب الإحصائية المعتمدة لتحليل البيانات

تمّ الإعتماد على الأساليب الإحصائية اللابارامترية في تحليل البيانات التي أُستمدّت من الميدان لاختبار هذه الفرضيات، وذلك نظراً لـ:

- اختيار عينة البحث تمّ بطريقة غير عشوائية.

- البيانات المستمدّة من المقاييس المطبّقة لا تخضع للتوزيع الإعتدالي (أنظر إلى الملحق رقم) وذلك وفقاً لنتائج اختباري Kolmogorov-Smirnov و Shapiro-wik ، ولذلك تمّ الاعتماد على الأساليب الإحصائية في تحليل البيانات:

- اختبار اختبار كروسكال - وليس Kruskal - Wallis لتحديد مدى دلالة الفرق بين متوسط عدّة مجموعات، ثمّ اختبار فرضيات البحث:

- اختبار مان ويتني Mann - Withney لتحديد مدى دلالة الفرق بين متوسط مجموعتين لاختبار فرضيات البحث.

- أمّا لتعيين الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات ، فقد تمّ الإعتماد على:

- معامل ارتباط بيرسون لتحديد صدق الاتساق الداخلي للمقاييس.

- معادلة ألفا كرونباخ لتحديد ثبات الاتساق الداخلي للمقاييس.

2-3 الحدود الزمانية والمكانية للبحث الميداني

انطلق التطبيق في شهر جوان 2019 لغاية شهر ديسمبر 2019، تمّ الولوج لأماكن تتوافر فيها العينة المراد دراستها والتي تيسّرت عملية الوصول إليها، وهي: مستشفى بولوغين ابن زيري-باينام- بعد الحصول على الموافقة من الطبيب المسؤول المعالج ، تم فيها الاحتكاك بالمرضى ، أما في جامعة أبو القاسم سعد الله ، فقد تم الاحتكاك بالطلبة الذين يعانون بهذا النوع من المرض ، كما تمّ الإستعانة بمواقع الإنترنت التي توفّر لهذه الفئة من المرضى فضاءً للتواصل.

2-4 إجراءات تطبيق للبحث الميداني

تمّت عملية ملأ البيانات بطريقة فردية مع المريض في غرفة الفحص الطبي مع الطبيب المعالج التابع لمصلحة الطب الداخلي، وكذا في مكتب الأخصائية النفسية التابع لمصلحة طب الغدد مع المرضى الذين يحملون أعراض المتلازمة في مستشفى بولوغين ابن زيري-باينام- ، وأجريت أيضاً خارج محيط المستشفى مع من وافقوا على الإجابة بإعطائهم المقاييس وإعادة استرجاعها، كما أُجريت بطريقة جماعية مع من تمّ التأكد من إصابتهم بالمتلازمة بتصريحهم بأعراضها وموافقهم على الإجابة من طلاب جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله، وتمّ اللجوء أيضاً إلى فضاء الإنترنت خلال المواقع التي توفّر تواصلًا بين

هذا النوع من المرضى للبحث عن المساندة المختلفة فيما بينهم وإبداء الرغبة من بعضهم في المشاركة في البحث عن طريق التواصل الإلكتروني.

الفصل السابع

عرض ومناقشة وتفسير نتائج فرضيات البحث

تمهيد

بعد صياغة الإشكالية وطرح الفرضيات وتدعيمها بالمادة النظرية، ثم تطبيق الخطوات المنهجية لجمع البيانات المطلوبة، وفي هذا الفصل سيتم عرض مختلف النتائج المتحصّل عليها من خلال التحليلات الإحصائية لبيانات الأدوات الموظّفة بهدف الإجابة على تساؤلات البحث الحالي واختبار فرضياته في الميدان.

أولاً: عرض ومناقشة نتائج البحث

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

نصّت الفرضية الأولى للبحث على أنّه: " يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمستوى العوامل الخمسة للشخصية (التفتّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية)" ، وللتأكّد من صحّتها تمّ اختبارها إحصائياً باختبار Kruskal-Wallis لتحليل التباين الأحادي الرتبي، وتمثّلت النتائج الخاصة بكلّ عامل من العوامل الخمس الكبرى للشخصية وتأثيرها على استراتيجيات التعامل كما هي موضّحة في الجداول الموالية:

1-1 النتائج الخاصة بمستوى عامل (التفتّح/ انفتاح الفكر) واستراتيجيات التعامل

1-1-1 عامل التفتّح واستراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل

جدول رقم (29) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة التفتّح

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة التفتّح	
دال إحصائياً عند 0.05α	8,26	31,33	18	مستوى منخفض	استراتيجيات حلّ المشكل
		39,29	45	مستوى متوسط	
		53,41	17	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة لذوي المستوى المنخفض (31,33) وذوي المستوى المتوسط (39,29) وذوي المستوى المرتفع (53,41)

هي فروق حقيقية تُعزى للمستوى المرتفع من التفتُّح، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 8,26 وهي دالة إحصائية.

وبالتالي فإنَّ مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَة الذين يتميَّزون بمستوى مرتفع من عامل التفتُّح (انفتاح الفكر) هم الذين يميلون أكثر لاستعمال استراتيجيات التعامل المركَّزة على حلِّ المشكل، وبالرجوع للنتائج الخاصة بالاستراتيجيات الفرعية الخاصة بهذه الاستراتيجية، يتبين لنا دلالتها من جانب التعامل النشط فقط، كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (30): نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بحلِّ المشكل بدلالة مستوى سمة التفتُّح

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	مستوى سمة التفتُّح	الاستراتيجيات الفرعية
دال إحصائياً عند $\alpha 0,01$	8,88	28,53	18	منخفض	استراتيجية التعامل النشط
		41,17	45	متوسط	
		51,41	17	مرتفع	

يتضح لنا من الجدول أعلاه فيما يخص استراتيجية التعامل الخاصة بحلِّ المشكل، أنَّ المرضى من ذوي المستوى المرتفع لسمة التفتُّح هم الذين يلجئون أكثر للتعامل النشط.

1-1-2 عامل التفتُّح واستراتيجيات التعامل المركَّزة على التفكير الإيجابي

جدول رقم (31): نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركَّزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة التفتُّح

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة التفتُّح	إستراتيجيات التفكير الإيجابي
دال إحصائياً عند $\alpha 0,05$	7,53	37,61	18	مستوى منخفض	إستراتيجيات التفكير الإيجابي
		36,5	45	مستوى متوسط	
		54,15	17	مستوى مرتفع	

يظهر الجدول أعلاه أنَّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركَّزة على التفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجَة لذوي المستوى المنخفض (37,61) وذوي المستوى المتوسط (36,5) وذوي المستوى المرتفع (54,15) هي فروق حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 7,53 وهي دالة إحصائية،

وبذلك فإن مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة الذين يتميزون بالمستوى المرتفع من سمة التفتح هم الذين يلجئون أكثر لاستراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي. وبالرجوع للنتائج الخاصة بالاستراتيجيات الفرعية الخاصة بهذه الاستراتيجية، يتبين لنا دلالتها من جانب التقبُّل فقط ، كما يوضحه الجدول الموالي :

جدول رقم (32) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة التفتح

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	مستوى سمة التفتح	الاستراتيجيات الفرعية
دال إحصائياً عند $\alpha = 0,01$	13,81	36,94	18	منخفض	استراتيجية التقبُّل
		35,07	45	متوسط	
		58,65	17	مرتفع	

يتضح لنا من الجدول أعلاه فيما يخص استراتيجية التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي، أن المرضى من ذوي المستوى المرتفع لسمة التفتح هم الذين يلجئون أكثر للتقبُّل.

1-1-3 عامل التفتح واستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية

جدول رقم (33) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة التفتح

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل الخاصة بالبحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة التفتح	إستراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية
غير دال إحصائياً	2,45	48	18	مستوى منخفض	إستراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية
		38,08	45	مستوى متوسط	
		38,97	17	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أن الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (48) وذوي المستوى المتوسط (38,08) وذوي المستوى المرتفع (38,97) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 2,45 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في اللجوء لاستعمال استراتيجيات التعامل الخاصة بالمساندة الاجتماعية حسب مستوى تفتح

شخصيتهم، أي أنّ استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية لم تتأثر بسمة التفثح لدى هؤلاء المرضى.

1-1-4 عامل التفثح واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

جدول رقم (34) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة التفثح

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنب بدلالة مستوى سمة التفثح	
غير دال إحصائياً	3,65	49,58	18	مستوى منخفض	إستراتيجيات التجنب
		37,38	17	مستوى متوسط	
		39,15	45	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (49,58) وذوي المستوى المتوسط (37,38) وذوي المستوى المرتفع (39,15) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 3,65 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في اللجوء لاستراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنب حسب مستوى تفثح شخصيتهم، أي أنّ الاستراتيجيات الخاصة بالتجنب لم تتأثر بسمة التفثح لدى هؤلاء المرضى.

من النتائج الواردة في الجداول السابقة يتضح لنا أنّ المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لسمة التفثح (انفتاح الفكر) هم الذين يميلون أكثر لاستعمال الاستراتيجيات المركزة على حلّ المشكل لمواجهة الوضعيات الضاغطة التي تعترضهم، وكذا استراتيجيات التفكير الايجابي من جانب التقبل لمرضهم وطبيعة سير الأحداث التي يواجهونها، في حين لم تظهر بقية الاستراتيجيات اختلافاً بين المرضى في اللجوء إليها بدلالة مستوى سمة التفثح لديهم .

1-2 النتائج الخاصة بمستوى عامل (الوعي/ يقظة الضمير) واستراتيجيات التعامل

1-2-1 عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل

جدول رقم (35) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي	
دال إحصائياً عند 0.05α	7,84	26,83	15	مستوى منخفض	استراتيجيات حلّ المشكل
		41,15	42	مستوى متوسط	
		48,22	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض لسمة الوعي (26,83) وذوي المستوى المتوسط (41,15) وذوي المستوى المرتفع (48,22) هي فروق حقيقية تُعزى للمستوى المرتفع من التفتح، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 7,84 وهي دالة إحصائياً.

وبالتالي فإنّ مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة الذين يتميزون بمستوى مرتفع من عامل الوعي (يقظة الضمير) هم الذين يميلون أكثر لاستعمال استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل، وبالرجوع للنتائج الخاصة بالاستراتيجيات الفرعية الخاصة بهذه الاستراتيجية، يتبين لنا دلالتها من جانب التعامل النشط فقط، كما يوضحه الجدول الموالي :

جدول رقم (36) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بحل المشكل بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	مستوى سمة الوعي	الاستراتيجيات الفرعية
دال إحصائياً عند 0.01α	9,18	25,9	15	منخفض	استراتيجية التعامل النشط
		41,2	42	متوسط	
		48,74	23	مرتفع	

يتضح لنا من الجدول أعلاه فيما يخص استراتيجية التعامل الخاصة بحل المشكل، أنّ المرضى من ذوي المستوى المرتفع لسمة الوعي هم الذين يلجئون أكثر للتعامل النشط.

1-2-2 عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

الجدول رقم (37) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الوعي	
دال إحصائياً عند 0.05α	9,08	24,8	15	مستوى منخفض	استراتيجيات التفكير الإيجابي
		42,5	42	مستوى متوسط	
		47,09	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أن الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض لسمة الوعي (24,8) وذوي المستوى المتوسط (42,5) وذوي المستوى المرتفع (47,09) هي فروق حقيقية تُعزى للمستوى المرتفع من التفتح، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 9,08 وهي دالة إحصائياً.

وبالتالي فإن مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة الذين يتميزون بمستوى مرتفع من عامل الوعي (يقظة الضمير) هم الذين يميلون أكثر لاستعمال استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي. وبالرجوع للنتائج الخاصة بالاستراتيجيات الفرعية الخاصة بهذه الاستراتيجية يتبين لنا دلالتها من جانبي إعادة التأويل الإيجابي والتقبل كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (38) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	مستوى سمة الوعي	الاستراتيجيات الفرعية
دال إحصائياً عند $0,01 \alpha$	8,19	25,33	15	منخفض	استراتيجية إعادة التأويل الإيجابي
		43,71	42	متوسط	
		44,52	23	مرتفع	
دال إحصائياً عند $0,01 \alpha$	14,46	21,7	15	منخفض	استراتيجية التقبل
		41,99	42	متوسط	
		50,04	23	مرتفع	

يتضح لنا من الجدول أعلاه فيما يخص استراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الايجابي، أن المرضى من ذوي المستوى المرتفع لسمة الوعي هم الذين يلجئون أكثر للتقبل وإعادة التأويل الايجابي.

1-2-3 عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الإجتماعية

الجدول رقم (39) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات

التعامل المركزة على البحث عن المساندة الإجتماعية بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الوعي
غير دال إحصائياً	1,45	39,87	15	مستوى منخفض
		43,20	42	مستوى متوسط
		35,98	23	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أن الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (39,87) وذوي المستوى المتوسط (43,20)، وذوي المستوى المرتفع (35,98) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,45 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك أيّ كان مستوى الوعي في شخصية المرضى فإنه لا يوجد اختلاف بينهم في اللجوء لاستعمال استراتيجيات التعامل الخاصة بالبحث عن المساندة الاجتماعية.

1-2-4 عامل الوعي واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

الجدول رقم (40) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات

التعامل المركزة التجنب بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة الوعي
غير دال إحصائياً	3,33	49,03	15	مستوى منخفض
		40,45	42	مستوى متوسط
		35,02	23	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنّب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (49,03) وذوي المستوى المتوسط (40,45) ، وذوي المستوى المرتفع (35,02) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 3,33 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة في اللجوء لاستعمال استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنّب حسب مستوى الوعي لديهم.

من النتائج الواردة في الجداول السابقة يتّضح لنا أنّ المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لسمة وعيهم يميلون أكثر لاستعمال استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل وكذا تبني استراتيجيات التفكير الإيجابي في المواجهة، في حين لم تظهر بقية الاستراتيجيات الاختلاف بين المرضى في اللجوء إليها بدلالة مستوى سمة الوعي لديهم.

1-3-3 النتائج الخاصة بمستوى عامل (الانبساطية) واستراتيجيات التعامل

1-3-3-1 عامل الإنبساطية واستراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل

الجدول رقم (41) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الإنبساطية

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	الاستراتيجيات الفرعية الخاصة بحلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	
غير دال إحصائياً	2,33	37.10	10	مستوى منخفض	إستراتيجيات حلّ المشكل
		43.78	47	مستوى متوسط	
		35.28	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (37.10) وذوي المستوى المتوسط (43.78) وذوي المستوى المرتفع (35.28) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 2,33 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة في اللجوء لاستعمال استراتيجيات التعامل المركّزة على المشكل حسب مستوى الانبساطية الذي يتميزون به (منخفض ، متوسط أو مرتفع) .

1-3-2 عامل الإنبساطية واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

الجدول رقم (42) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الإنبساطية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	
غير دال إحصائياً	4,347	27.20	10	مستوى منخفض	إستراتيجيات التفكير الإيجابي
		43.86	47	مستوى متوسط	
		39.41	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (27.20) وذوي المستوى المتوسط (43.86) وذوي المستوى المرتفع (39.41) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 4,347 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف هؤلاء المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التفكير الإيجابي حسب مستوى الإنبساطية في شخصيتهم.

1-3-3 عامل الإنبساطية واستراتيجيات التعامل المركزة البحث عن المساندة

الإجتماعية

الجدول رقم (43) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الإنبساطية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل الخاصة بالبحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الإنبساطية	
غير دال إحصائياً	0.931	36.90	10	مستوى منخفض	إستراتيجيات البحث عن المساندة الإجتماعية
		39.45	47	مستوى متوسط	
		44.22	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (36.90) وذوي المستوى المتوسط (39.45) وذوي المستوى المرتفع (44.22) هي فروق

غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0,931 وهي غير دالة إحصائياً وبذلك لا يختلف مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في اللجوء لاستراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية حسب مستوى الانبساطية في شخصيتهم.

1-3-4 عامل الإنبساطية واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

الجدول رقم (44) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة الإنبساطية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنب بدلالة مستوى سمة الانبساطية	إستراتيجيات التجنب
غير دال إحصائياً	0.315	37.35	10	مستوى منخفض	
		40.33	47	مستوى متوسط	
		42,22	23	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (37.35) وذوي المستوى المتوسط (40.33) وذوي المستوى المرتفع (42.22) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0,315 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف هؤلاء المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب حسب مستوى الانبساطية في شخصيتهم.

من النتائج الواردة في الجداول السابقة يتضح لنا أنّ لجوء مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لاستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية باختلافها لم تتأثر بسمة الانبساطية.

1-4 النتائج الخاصة بمستوى عامل (الطيبة) واستراتيجيات التعامل

1-4-1 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل

الجدول رقم (45) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات

التعامل المركزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة الطيبة

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل بدلالة مستوى سمة الطيبة	
غير دال إحصائياً	0.324	39.36	11	مستوى منخفض	استراتيجيات حل المشكل
		39.96	56	مستوى متوسط	
		43.81	13	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (39.36) وذوي المستوى المتوسط (39.96) وذوي المستوى المرتفع (43.81) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0,324 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في اللجوء لاستراتيجيات التعامل المركزة على المشكل حسب مستوى الطيبة في شخصيتهم.

1-4-2 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

الجدول رقم (46) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات

التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الطيبة

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة الطيبة	
غير دال إحصائياً	1.336	36.45	11	مستوى منخفض	استراتيجيات التفكير الإيجابي
		39.84	56	مستوى متوسط	
		46.77	13	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصّة بالتفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (36.45) وذوي المستوى المتوسط (39.84) وذوي المستوى المرتفع (46.77) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,336 وهي غير دالة

إحصائياً، وبذلك لا يختلف هؤلاء المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الايجابي حسب مستوى الطيبة في شخصيتهم.

3-4-1 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة

الإجتماعية

الجدول رقم (47) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الطيبة

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة الطيبة	
غير دال إحصائياً	1,115	45,32	11	مستوى منخفض	استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية
		38.72	56	مستوى متوسط	
		44.08	13	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (45.32) وذوي المستوى المتوسط (38.72) وذوي المستوى المرتفع (44.08) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,115 وهي غير دالة إحصائياً وبذلك لا يختلف هؤلاء المرضى في اللجوء لاستعمال استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية حسب مستوى الطيبة لديهم.

4-4-1 عامل الطيبة واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

الجدول رقم (48) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة الطيبة

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة الطيبة	
غير دال إحصائياً	2,506	31,14	11	مستوى منخفض	استراتيجيات التجنب
		42.86	56	مستوى متوسط	
		38.27	13	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (31.14) وذوي

المستوى المتوسط (42.86) وذوي المستوى المرتفع (38.27) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 2.506 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف هؤلاء المرضى في اللجوء لاستعمال استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنُّب حسب مستوى الطيبة لديهم.

من النتائج الواردة في الجداول السابقة يتضح لنا أنّ لجوء مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لاستعمال استراتيجيات التعامل لم يتأثر بسمة الطيبة .

1-5 النتائج الخاصة بمستوى عامل (العصابية) واستراتيجيات التعامل

1-5-1 عامل العصابية واستراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل

جدول رقم (49) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات

التعامل المركّزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة العصابية

الدالة الإحصائية	اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل بدلالة مستوى سمة العصابية	
غير دال إحصائياً	1,468	33,33	9	مستوى منخفض	استراتيجيات
		43,31	36	مستوى متوسط	حلّ المشكل
		39,46	35	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة لذوي المستوى المنخفض (33,33) وذوي المستوى المتوسط (43,31) وذوي المستوى المرتفع (39,46) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,468 وهي غير دالة إحصائياً، وبذلك لا يختلف هؤلاء المرضى في اللجوء لاستعمال استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل حسب مستوى العصابية لديهم.

1-5-2 عامل العصابية واستراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي

الجدول رقم (50) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصابية

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصابية
دال إحصائياً عند $\alpha 0,05$	6,452	27,11	9	مستوى منخفض
		46,93	36	مستوى متوسط
		37,33	35	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (27,11) وذوي المستوى المتوسط (46,93) وذوي المستوى المرتفع (37,33) هي فروق حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 6,45 وهي دالة إحصائياً، وبذلك يميل المرضى من ذوي المستوى المتوسط الى حدود الارتفاع في سمة العصابية استعمال استراتيجيات التفكير الإيجابي. وبالرجوع للنتائج الخاصة بالاستراتيجيات الفرعية الخاصة بهذه الاستراتيجية يتبين لنا دلالتها من جانب الفكاهاة فقط كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (51) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتفكير الإيجابي بدلالة مستوى سمة العصابية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	مستوى سمة العصابية	الاستراتيجيات الفرعية
دال إحصائياً عند $\alpha 0,01$	7,998	56,22	9	منخفض	استراتيجية الفكاهاة
		46,19	36	متوسط	
		39,26	35	مرتفع	

يتضح لنا من الجدول أعلاه فيما يخص استراتيجية التعامل الخاصة بالتفكير الإيجابي ، أنّ المرضى من ذوي المستوى المتوسط إلى حدود الارتفاع لسمة العصابية هم الذين يلجئون أكثر للفكاهاة ، وقد تكون كطريقة للتخفيف من الضغوط النفسية.

1-5-3 سمة العصابية واستراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية

الجدول رقم (52) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على البحث عن المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة العصابية

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على المساندة الاجتماعية بدلالة مستوى سمة العصابية	
غير دال إحصائياً	1,370	42,83	9	مستوى منخفض	استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية
		37,15	36	مستوى متوسط	
		43,34	35	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة لذوي المستوى المنخفض (42,83) وذوي المستوى المتوسط (37,15) وذوي المستوى المرتفع (43,34) هي فروق غير حقيقية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,370 وهي غير دالة إحصائياً وبذلك لا يختلف هؤلاء المرضى في اللجوء لاستعمال لاستراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية حسب مستوى العصابية لديهم.

1-5-4 عامل العصابية واستراتيجيات التعامل المركزة على التجنب

الجدول رقم (53) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة العصابية

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل المركزة على التجنب بدلالة مستوى سمة العصابية	
دال إحصائياً عند 0.05α	5,76	38	9	مستوى منخفض	استراتيجيات التجنب
		34,39	36	مستوى متوسط	
		47,43	35	مستوى مرتفع	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات استراتيجيات التجنب لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة لذوي المستوى المنخفض (38) وذوي المستوى المتوسط (34) وذوي المستوى المرتفع (47,43) هي فروق حقيقية تُعزى لمستوى

العصابية التي يتميزون بها، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 5,76 وهي دالة إحصائية، وبالتالي يميل مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة الذين يتصفون بمستوى مرتفع من العصابية لاستراتيجيات التجنب. وبالرجوع للنتائج الخاصة بالاستراتيجيات الفرعية الخاصة بهذه الاستراتيجية يتبين لنا دلالتها من جانب التجنب السلوكي فقط كما يوضحه الجدول الموالي :

جدول رقم (54) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل الفرعية الخاصة بالتجنب بدلالة مستوى سمة العصابية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	مستوى سمة العصابية	الاستراتيجيات الفرعية
دال إحصائياً عند $0,05 \alpha$	5,929	41,78	9	منخفض	استراتيجية التجنب السلوكي
		33,9	36	متوسط	
		46,96	35	مرتفع	

يتضح لنا من الجدول أعلاه فيما يخص استراتيجيات التعامل الخاصة بالتجنب، أن المرضى من ذوي المستوى المرتفع لسمة العصابية هم الذين يلجئون أكثر للتجنب السلوكي و قد يرجع لعدم قدرتهم على التحكم في انفعالاتهم. من النتائج الواردة في الجداول السابقة يتضح لنا أن المرضى الذين يتصفون بمستوى مرتفع لسمة العصابية يميلون أكثر لاستعمال استراتيجيات التجنب وبالأخص التجنب السلوكي وكذا الميل للتفكير الإيجابي لكن في إستراتيجيته الفرعية المتمثلة في الفكاهة، في حين لم تتأثر باقي الاستراتيجيات بعامل العصابية.

وبالرجوع للنتائج الواردة في الجداول السابقة، تُؤكد لنا تحقق الفرضية الأولى للبحث من حيث وجود فروق في استعمال استراتيجيات التعامل التي يلجأ إليها مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة حسب مستوى سمات شخصيتهم، وظهر ذلك جلياً في كل من سمة التفحُّ (انفتاح الفكر)، الوعي (يقظة الضمير) والعصابية فقط.

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

نصت الفرضية الثانية على أنه: "يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة في مستوى نوعية حياتهم تُعزى لمستوى العوامل الخمس الكبرى للشخصية (التفتّح، الوعي، الإنبساطية، الطيبة، العصابية)"، وللتأكد من صحتها تمّ اختبارها إحصائياً باختباري Kruskal-Wallis لتحليل التباين الأحادي الرتبي وتمثلت النتائج الخاصة بكلّ سمة أو عامل من العوامل الخمس الكبرى للشخصية وتأثيرها على نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة كما هي موضحة في الجداول الموالية:

2-1 النتائج الخاصة بمستوى عامل (التفتّح/ انفتاح الفكر) ونوعية الحياة

جدول رقم (55) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة

بدلالة مستوى سمة التفتّح

نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة التفتّح	العدد	متوسط الرتب	اختبار Kruskal-Wallis	الدلالة الإحصائية
مستوى منخفض	18	52,31	20,35	دال إحصائياً عند $\alpha = 0,01$
مستوى متوسط	45	43,94		
مستوى مرتفع	17	18,88		

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّه وجود فروق في متوسط رتب درجات نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة لذوي المستوى المنخفض (52,31) أو ذوي المستوى المتوسط (43,94) أو ذوي المستوى المرتفع (18,88) بدلالة سمة شخصيتهم الخاصة بالتفتّح، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 20,35 وهي قيمة دالّة إحصائياً وبالتالي المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لسمة التفتّح هم الذين يتميزون بمستوى جيد لنوعية الحياة مع وضعية مرضهم.

2-2 النتائج الخاصة بمستوى عامل (الوعي/ يقظة الضمير) ونوعية الحياة

الجدول رقم (56) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة

بدلالة مستوى سمة الوعي

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الوعي
دال إحصائياً عند α 0,01	22,64	51,17	15	مستوى منخفض
		47,27	42	مستوى متوسط
		21,17	23	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّ الفروق بين متوسطات رتب درجات نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (51,17) وذوي المستوى المتوسط (47,27)، وذوي المستوى المرتفع (21,17) هي فروق حقيقية تُعزى بسمة شخصيتهم الخاصة بالوعي، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 22,64 وهي قيمة دالة إحصائياً، وبالتالي فإنّ المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع من سمة الوعي لديهم مستوى جيد لنوعية الحياة.

2-3 النتائج الخاصة بمستوى عامل (الانبساطية) ونوعية الحياة

الجدول رقم (57) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة

بدلالة مستوى سمة الانبساطية

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الانبساطية
غير دال إحصائياً	0.036	41.30	10	مستوى منخفض
		40.10	47	مستوى متوسط
		40.98	23	مستوى مرتفع

يظهر لنا الجدول أعلاه أنّه لا توجد فروق في متوسط رتب درجات نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (41.30) أو ذوي المستوى المتوسط (40.10) أو ذوي المستوى المرتفع (40.98) بدلالة سمة شخصيتهم الخاصة بالانبساطية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0,036 وهي قيمة غير دالة إحصائياً، أي أنّ نوعية الحياة لم تتأثر بسمة الانبساطية لدى هؤلاء المرضى.

2-4 النتائج الخاصة بمستوى عامل (الطبية) ونوعية الحياة

الجدول رقم (58) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة

بدلالة مستوى سمة الطبية

نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة الطبية	العدد	متوسط الرتب	اختبار Kruskal-Wallis	الدلالة الإحصائية
مستوى منخفض	11	47.95	1.315	غير دال إحصائياً
مستوى متوسط	56	39.25		
مستوى مرتفع	13	39.58		

يتضح لنا من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق في متوسط رتب درجات نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (47.95) أو ذوي المستوى المتوسط (39.25) أو ذوي المستوى المرتفع (39.58) بدلالة سمة شخصيتهم الخاصة بالطبية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 1,315 وهي قيمة غير دالة إحصائياً أي أن نوعية الحياة لم تتأثر بسمة الطبية لدى هؤلاء المرضى.

2-5 النتائج الخاصة بمستوى عامل (العصابية) ونوعية الحياة

الجدول رقم (59) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة

بدلالة مستوى سمة العصابية

نوعية الحياة بدلالة مستوى سمة العصابية	العدد	متوسط الرتب	اختبار Kruskal-Wallis	الدلالة الإحصائية
مستوى منخفض	9	26,22	24,51	دال إحصائياً عند 0.01α
مستوى متوسط	36	29,94		
مستوى مرتفع	35	55,03		

يظهر لنا الجدول أعلاه أن الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لذوي المستوى المنخفض (26,22) وذوي المستوى المتوسط (29,94) وذوي المستوى المرتفع (55,03) هي فروق حقيقية تُعزى لسمة

شخصيتهم الخاصة بالعصابية، إذ قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 24,51 وهي قيمة دالة إحصائية، وبالتالي فإنَّ المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض من سمة العصابية تكون لديهم مستوى جيد لنوعية الحياة مقارنةً بذوي المستوى المرتفع لسمة العصابية .

وبالرجوع للنتائج الواردة في الجداول السابقة ، نجد أنَّ مستوى نوعية الحياة تفاعل إلا مع سمات التفتُّح والوعي والعصابية، إذ كلما ارتفع مستوى الوعي وانفتاح الفكر لدى هؤلاء المرضى وقلت العصابية لديهم كلما كانت نوعية حياتهم أكثر إيجابية وتوازن، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثانية للبحث.

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

نصت الفرضية الثالثة على أنه: "يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية) "، وللتأكد من صحتها تمَّ اختبارها إحصائياً باختباري Kruskal-Wallis لتحليل التباين الأحادي الرتبي للمقارنة بين عدَّة مجموعات، واختبار Mann-Whitney لدلالة الفرق بين متوسطين. وتمثَّلت النتائج كما هي موضحة في الجداول الموالية:

3-1 الاختلاف بين المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل بدلالة سنهم

الجدول رقم (60) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة السن

الدالة الإحصائية	اختبار Kruskal-Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل بدلالة السن	
غير دال إحصائياً	1.291	38,44	34	30-18 سنة	استراتيجيات حل المشكل
		42.89	36	31- 49 سنة	
		34.33	9	أكثر من 50 سنة	
غير دال إحصائياً	0,479	41.76	34	30-18 سنة	استراتيجيات التفكير الإيجابي
		38,07	36	31- 49 سنة	
		41,06	9	أكثر من 50 سنة	

غير دال إحصائياً	0,464	38	34	30-18 سنة	استراتيجيات البحث عن المساندة الإجتماعية
		41,67	36	31 - 49 سنة	
		40,89	9	أكثر من 50 سنة	
غير دال إحصائياً	2,493	35,35	34	30-18 سنة	استراتيجيات التجنب
		43,25	36	31 - 49 سنة	
		44,56	9	أكثر من 50 سنة	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في لجوئهم لاستراتيجيات التعامل بمختلف أساليبها حسب عامل السن حيث قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis لاستراتيجيات حلّ المشكل بـ 1,291 ولاستراتيجيات التفكير الإيجابي بـ 0,479 ولاستراتيجيات البحث عن المساندة الإجتماعية بـ 0,464 ولاستراتيجيات التجنب بـ 2,493 وكلها قيم غير دالة إحصائياً، أي أنه لا يوجد اختلاف بين المرضى في اللجوء لاستراتيجيات بدلالة سنهم .

2-3 الاختلاف بين المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل بدلالة مدة الإصابة بالمرض

الجدول رقم (61) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات التعامل بدلالة مدة الإصابة بالمرض

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل بدلالة مدة الإصابة بالمرض	
غير دال إحصائياً	3,242	37,5	45	أقل من 5 سنوات	استراتيجيات حل المشكل
		40,09	17	5 - 10 سنوات	
		48,89	18	أكثر من 10 سنوات	
غير دال إحصائياً	3,815	44,59	45	أقل من 5 سنوات	استراتيجيات التفكير الإيجابي
		32,12	17	5 - 10 سنوات	
		38,19	18	أكثر من 10 سنوات	
غير دال إحصائياً	1,228	39,49	45	أقل من 5 سنوات	استراتيجيات البحث عن المساندة الإجتماعية
		37,71	17	5 - 10 سنوات	
		45,67	18	أكثر من 10 سنوات	

غير دال إحصائياً	0,199	41,4	45	أقل من 5 سنوات	استراتيجيات التجنب
		40,18	17	5 - 10 سنوات	
		38,56	18	أكثر من 10 سنوات	

يظهر لنا الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق في استراتيجيات التعامل التي يلجأ إليها مرضى متلازمة الأمعاء بدلالة مدّة إصابتهم بالمرض، حيث قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis لاستراتيجيات حلّ المشكل بـ 3,24 ولاستراتيجيات التفكير الإيجابي بـ 3,81 ولاستراتيجيات البحث عن المساندة الإجتماعية بـ 1,22 ولاستراتيجيات التجنب بـ 0,19 وكلها قيم غير دالة إحصائياً، أيّ أنّه لا يوجد اختلاف بين المرضى في لجوئهم لاستراتيجيات التعامل بدلالة مدة الإصابة بالمرض .

3-3 الاختلاف بين المرضى في اللجوء لاستراتيجيات التعامل بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية

الجدول رقم (62) : نتائج اختبار Mann-Whitney لدلالة الفروق في متوسط درجات استراتيجيات

التعامل بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية

الدالة الإحصائية	اختبار Mann-Whitney	متوسط الرتب	العدد	استراتيجيات التعامل بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية	
دال إحصائياً عند $\alpha = 0,05$	600,5	35,4	39	غير مواظب	استراتيجيات
		45,35	41	مواظب	حل المشكل
غير دال إحصائياً	690	37,69	39	غير مواظب	استراتيجيات
		43,17	41	مواظب	التفكير الإيجابي
غير دال إحصائياً	741	42	39	غير مواظب	استراتيجية البحث عن
		39,07	41	مواظب	المساندة الاجتماعية
غير دال إحصائياً	748	41,82	39	غير مواظب	استراتيجيات
		39,24	41	مواظب	التجنب

يظهر لنا الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهبّة في لجوئهم لاستراتيجيات التعامل بدلالة متغير المواظبة على المتابعة الطبية، ما عدى استراتيجية حلّ المشكل التي أوضحت نتائجها أنّ المرضى المواظبين على المتابعة الطبية لمرضهم هم الذين يلجئون أكثر لاستراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل.

وبالرجوع للنتائج الواردة في الجداول السابقة، يتضح لنا أنّ متغيرات الشخصية المتمثلة في السن، مدة الإصابة بالمرض، والمواظبة على المتابعة الطبية لم تظهر الاختلاف بين المرضى في لجوئهم لاستراتيجيات التعامل بأنواعها، ما عدى في المتابعة الطبية حيث أوضحت النتائج اللجوء لاستراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل للمواظبين على المتابعة الطبية، وهذا ما يعكس التحقق الجزئي للفرضية الثالثة للبحث.

4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

نصّت الفرضية الرابعة على أنّه: "يوجد اختلاف بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في مستوى نوعية حياتهم تُعزى لمتغيرات الشخصية (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية)" ، وللتأكد من صحتها تمّ اختبارها إحصائياً باختباري Kruskal-Wallis لتحليل التباين الأحادي الرتبي للمقارنة بين عدّة مجموعات، واختبار Mann-Whitney لدلالة الفرق بين متوسطين.

وتمثّلت النتائج الخاصة بكلّ متغيّر من الشخصية وتأثيرها على نوعية الحياة كعامل وسيط لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة كما هي موضحة في الجداول الموالية:

4-1 الاختلاف بين المرضى في نوعية الحياة بدلالة سنهم

الجدول رقم (63) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة

بدلالة السن

الدلالة الإحصائية	اختبار Kruskal- Wallis	متوسط الرتب	العدد	نوعية الحياة بدلالة السن
دال إحصائياً عند $\alpha 0.05$	10,86	35,29	34	18 - 30 سنة
		48,5	36	31 - 49 سنة
		23,78	9	أكثر من 50 سنة

تُظهر النتائج الواردة في الجدول أعلاه وجود فروق بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في مستوى نوعية حياتهم بدلالة سنهم، حيث قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 10.86 وهي قيمة دالة إحصائياً، إذ يظهر أنّ المرضى الذين يتراوح سنهم أكثر من 50 سنة لديهم نوعية حياة جيدة أكثر من الفئات الأخرى.

2-4 الاختلاف بين المرضى في مستوى نوعية حياتهم بدلالة مدة الإصابة بالمرض

الجدول رقم (64) : نتائج اختبار Kruskal-Wallis لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مدة الإصابة بالمرض

نوعية الحياة بدلالة مدة الإصابة بالمرض	العدد	متوسط الرتب	اختبار Kruskal-Wallis	الدلالة الإحصائية
أقل من 5 سنوات	45	40,36	0,011	غير دال إحصائياً
5 - 10 سنوات	17	41,03		
أكثر من 5 سنوات	18	40,36		

يظهر الجدول أعلاه أنه لا يوجد فروق بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في مستوى نوعية حياتهم حسب مدة الإصابة بالمرض حيث قُدرت قيمة اختبار Kruskal-Wallis بـ 0.011 وهي قيمة غير دالة إحصائياً، أي أنه لا يوجد اختلاف بين المرضى في مستوى نوعية حياتهم بدلالة مدة الإصابة بالمرض.

3-4 الاختلاف بين المرضى في مستوى نوعية حياتهم بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية

الجدول رقم (65) : نتائج اختبار Mann-Whitney لدلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية

نوعية الحياة بدلالة المواظبة على المتابعة الطبية	العدد	متوسط الرتب	اختبار Mann-Whitney	الدلالة الإحصائية
غير مواظب على المتابعة الطبية	39	46,5	565,5	دال إحصائياً عند $\alpha = 0,05$
مواظب على المتابعة الطبية	41	34,79		

يظهر لنا الجدول أعلاه وجود فروق بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة في مستوى نوعية حياتهم مع المرض بدلالة متغير المواظبة على المتابعة الطبية، إذ أوضحت نتائجها أن المرضى المواظبين على المتابعة الطبية هم الذين يتمتعون بمستوى نوعية حياة أفضل مع مرضهم.

وبالرجوع للنتائج الواردة في الجداول أعلاه يتضح لنا تأثير متغير السن و المواظبة على المتابعة الطبية على نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة، في حين لم نسجل فروق دالة في عامل مدّة الإصابة بالمرض، وهذا ما يعكس تحقق فرضية البحث الرابعة من جانبي السن والمتابعة الطبية.

ثانياً: تفسير نتائج البحث

بعد عرض التحليل الإحصائي لنتائج فرضيات البحث الأربعة المنبثقة من الإشكالية التي عبرت على الطرح النظري لمشكلة بحثنا ، والمتمثلة في مدى تأثير سمات الشخصية وفق نموذج العوامل الخمس الكبرى للشخصية في استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى مرضى الاضطرابات المعوية الوظيفية وتحديداً نوع متلازمة الأمعاء المتهيجّة، وكذا مدى تأثير بعض خصائص الشخصية(السن، مدّة الإصابة بالمرض، والمواظبة على المتابعة الطبيّة)، سنحاول في هذا الجزء تفسير أهم النتائج التي توصل إليها بحثنا، باعتماد الدراسات السابقة والتناول النظري.

1- تأثير العوامل الخمس الكبرى للشخصية على استراتيجيات التعامل

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود تأثير لسمات الشخصية من خلال نموذج العوامل الخمس الكبرى للشخصية على استراتيجيات التعامل لدى مرضى الاضطرابات المعوية الوظيفية وبالتحديد فئة متلازمة الأمعاء المتهيجّة، حيث كانت لسمات التفتُّح (انفتاح الفكر) والوعي (يقظة الضمير) والعصابية تأثيراً على استراتيجيات التعامل التي يوظفها مرضى المتلازمة لمواجهة أحداث الحياة، في حين لم يكن لسمات الانبساطية والطيبة أيّ تأثير في اختيارهم لنوع معيّن من الاستراتيجيات، ويمكن توضيح ذلك بتعميق تحليلنا النظري لهذه النتائج على النحو الآتي :

- بالنسبة لسمة التفتُّح (انفتاح الفكر) كان للمستوى المرتفع منها تأثيراً على اللجوء لاستراتيجيات حلّ المشكل في مواجهة الضغوط، وقد توافقت هذه النتيجة مع عدّة دراسات وتحليلات منها التي قام بها (Hubbard & Watson, 1996) عن طريق مراجعة الأدلّة السابقة التي تربط بين مقاييس أساليب التكيف بسمات الشخصية من خلال نموذج العوامل

الخمس الكبرى، حيث كشفت أنّ سمة التفُّح تعكس نهجاً فكرياً أكثر مرونة وخيالية وفضولية لحلّ المشكلات، كما أشارت دراسة (David & Suls, 1999) إلى أنّ سمة التفُّح (انفتاح الفكر) تُعتبر منبئاً للاستراتيجيات التعامل العملية.

في حين أسفرت نتائج دراسة (Khan et al, 2011) على أنّ المستويات العالية من انفتاح الفكر تساعد على الانخراط في استراتيجيات حلّ المشكل، وركّزت دراسة (Schneider et al, 2012) على تأثير المظاهر الإيجابية للشخصية كانفتاح الفكر على استجابات الضغط، ووجدت أنّ لهذا العامل التأثير الإيجابي العالي والتأثير السلبي المنخفض لتقييم الوضعيات الضاغطة والأداء الأفضل في التعامل، وهو ما توافق مع نتائج البحث الحالي حيث كانت الاستراتيجية الفرعية الأكثر استعمالاً من طرف المرضى ذوي المستوى المرتفع لسمة الانفتاح هو التعامل النشط مع المواقف الضاغطة . وهي الإستراتيجية التي ساهمت في إبراز علاقة التأثير بين سمة التفُّح وإستراتيجيات حلّ المشكل بشكل عام، إذ يميّز أصحاب هذه السمة بالبحث على النُّشاط والانجذاب نحو الخبرة، والتلقائية والتحمُّل لاكتشاف ما هو غير مألوف (برافين a، 2010، ص.125)، فكلّما ارتفعت درجة الانفتاح على الخبرات والإقدام على خوض التجارب والإطلاع على الأفكار المتنوعة والتفكير خارج الصندوق، والميل إلى التعرّف على مختلف الثقافات والنماذج الحياتية، وكذا توسيع قاعدة التخيل والاستبصار، كلّما مال أصحابها إلى تبني استراتيجيات التعامل النشطة الخاصة بحلّ المشكل عن طريق الاستفادة ممّا تمّ الحصول عليه من التجارب وتطبيقه على واقعهم بتوسيع لائحة الاقتراحات للحلول والإقدام على تفعيلها في مواجهة الوضعية الضاغطة.

وبالتالي يُعتبر انفتاح الفكر من عوامل الشخصية التي تساهم في تعزيز تطوير استراتيجيات التعامل النشطة أمام الوضعيات الصعبة. (Bruchon-Schwietzer & Boujut, 2014, pp. 348-349) كونه يبدو أكثر عامل -أكثر من العوامل الأربعة الكبرى- يتضمّن بعداً عقلياً (عبد الخالق، 2015، ص. 238)، وهو ما ساهم أيضاً في التأثير على استعمال استراتيجيات التفكير الإيجابي من طرف المرضى أثناء مواجهتهم للأحداث الضاغطة، من خلال تقبل الأوضاع وعدم إنكارها أو الهروب من تصديق حدوثها، والتسليم بأنّ المشكلات هي جزء من حياة الفرد، وأنّ الاعتراف بإمكانية حدوث الأوضاع الغير مرغوبة أو الغير قابلة للتحكُّم هي علامة للسلامة النفسية للمريض، وبالتالي يساعد على سير أفضل في

مسار الحياة، وتُصنّف هذه الاستراتيجيات على أنها ردود فعل تركز على أسس معرفية إيجابية في قراءة الأحداث للتخفيف من الضغط النفسي، فيلجأ إليها المريض للتعامل الصحي مع ضغوطات الحياة كونها تؤثر على تقييمها ويزيد من القدرة على التعامل معها بشكل فعّال وتؤدي إلى العديد من النتائج الصحية الجيدة (Naseem & Khaled, 2010, p.53)

في حين لم يكن هناك أيّ تأثير لسمة انفتاح الفكر على الاستراتيجيات القائمة على البحث عن المساندة الاجتماعية أو استراتيجية التجنّب، فلم نجد فروقاً لدى المرضى باختلاف مستويات سمة تفوّحهم في ميلهم لاستعمال أيّ من هذه الاستراتيجيات في مواجهة أحداث الحياة، وقد نفّسر النتيجة بأنّ المريض قد يلجأ إلى أساليب تعامل حسب ما تتطلبه الوضعية الضاغطة التي يواجهها، وكذا حسب خصائص المرض الذي يعاني منه على مستوى مجالات حياته، فإمّا أو يستعين بالمساندة الاجتماعية بكافة أشكالها لتوسيع زاوية حلول المشكل، أو ينصرف لاستراتيجيات التجنّب في حال ما إذا كانت تلك الوضعية غير قابلة للتحكم أو التحمّل حسب إدراكه لها.

- أما سمة الوعي (يقظة الضمير) فقد كان للمستوى المرتفع منها تأثيراً على استراتيجيات حلّ المشكل، حيث كلّما ارتفع وعي المريض بواقعه ومسؤولياته ازداد اقبالاً على استخدام الاستراتيجيات التي تسعى لحلّ وتسوية الأوضاع ومجابتها بنشاط وسعي نحو الهدف، ذلك لما تتميز به هذه السمة من إدراك للمسؤولية الملقية على عاتق الفرد أمام مشكلات حياته، واستعداده للعمل والمشاركة في الحلّ وهو السلوك النابع عن صفة التقاني والشعور بالواجب والمثابرة على التحكم في زمام الأمور، حيث يتميّز صاحب هذه السمة بتنظيمه ومثابرته ودفاعيته في توجيه سلوكه نحو الهدف. (برافين a، 2010، ص.126).

وتوافقت هذه النتيجة مع عدّة دراسات كدراسة (Khan et al, 2011) التي كشفت أنّ المستوى العالي من الوعي يساعد على الانخراط أكثر في استراتيجيات حلّ المشكل، ودُعّمت النتيجة أيضاً بدراسة (Bartley & Roesch, 2011) التي أشارت إلى أنّ الأفراد الذي يملكون مستوى مرتفع من سمة الوعي (يقظة الضمير) يستخدمون أكثر الاستراتيجيات المركّزة على حلّ المشكل في مواجهتهم للضغوط، كما أنّها سمة ترتبط بالانفعالات الإيجابية أيضاً، وأشارت إلى أنّ عامل الوعي بمثابة عامل وقائي من الضغط من خلال تأثيره على اختيار

استراتيجية التعامل، وقد قامت دراسة (Connor-Smith & Flachsbart, 2007) بتحليل عاملي لعدّة دراسات تناولت العلاقة بين الشخصية واستراتيجيات التعامل واستنتجت من خلالها أنّ سمة الوعي تنبئ باستعمال أكثر لاستراتيجيات حلّ المشكل، وهي نفس النتيجة التي دعمتها دراسة (O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). حسب Peneley & Tomaka (2001) حيث أشارت إلى أنّ سمة الوعي تنبئ باستعمال الاستراتيجيات المركّزة على حلّ المشكل كالتدخل المباشر والتخطيط، وهو الأمر الذي توافق مع نتائج البحث الحالي حيث كانت الاستراتيجية الفرعية الأكثر بروزاً هي التعامل النشط مع الأحداث، والتي تشير إلى الديناميكية في التعامل مع الواقع من خلال المبادرة إلى تحليل وحلّ المشكلات وإبداء المشاركة الفعّالة بطرح الحلول وتفعيلها لتهديئة وتسوية الضغوط التي يواجهها الفرد.

- كما أوضحت نتائج بحثنا في نفس السياق، تأثير سمة الوعي في استراتيجيات التفكير الإيجابي لدى مرضى المتلازمة، حيث كان هناك تأثير للمستوى المرتفع لهذه السمة في تنبئ استراتيجيات معرفية من شأنها إعادة قراءة الأحداث بطريقة إيجابية للتخفيف من وطأة الضغط النفسي لدى مرضى المتلازمة وتقبّلها، وهو ما توافق مع دراسة (Connor-Smith & Flachsbart, 2007) التي قامت بتحليل عاملي لعدّة دراسات أسفرت عنها أنّ سمة الوعي قد تنبئ بمزيد من استراتيجية إعادة الهيكلة المعرفية، وأكدت هذه النتيجة دراسة (Geisler et al, 2009) التي أشارت إلى أنّ المستوى المرتفع من الوعي قد ينبئ بإعادة الهيكلة المعرفية لدى الفرد، وتفسّر هذه النتائج بأنّ سمة الوعي (يقظة الضمير) تساعد في تكوين قاعدة معرفية أكثر إيجابية وتفاعلية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ذلك لما توفّره هذه السمة من إحساس بالمسؤولية ونبذ السلوكات التي تتّصف بالتفوق على الذات واتخاذ مواقف سلبية أمام المشكلات، وعليه فإن الفرد الواعي يتطلّع إلى تنبئ أفكار تساهم في تسوية الأوضاع التي يواجهها، وتفاذي الاستسلام والسلوك الغير متكيف مع الأحداث، فيسعى إلى إعادة ترتيب الأحداث بانتظام وفق رؤية ايجابية، واستعمال المرونة في معالجتها بطريقة موضوعية دون المبالغة في تقييمها من جهة أو إنكارها وتقزيمها والهروب منها من جهة أخرى.

وهذا ما وجدناه عند عينة البحث باستخدامهم لاستراتيجيات التفكير الإيجابي من تقبلٍ للأوضاع وتأولها إيجابياً مع تبني وجهات نظر تخفف من ثقل المشكلات كحس الفكاهة مثلاً.

في حين لم يكن هناك اختلاف في استعمال استراتيجيات البحث عن المساندة الإجتماعية أو استراتيجيات التجنب تُعزى لسمة الوعي لدى مرضى المتلازمة، حيث أنه مهما اختلف مستوى عامل الوعي لديهم، فقد يلجئون إلى الإستراتيجيتين حسب ما تقتضيه الوضعية من متطلبات وفق الحدث الضاغط والتي من ضمنها خصائص المرض التي تتمحور حول الألم والاضطرابات الهضمية التي تعيق مجالات حياتهم وعليه قد يسعون لشحذ مختلف الطرق التي تؤدي للمساندة الإجتماعية مادية كانت أو انفعالية لتسهيل عملية تعاملهم مع مشكلاتهم والتخفيف من شدة وطأتها، أو قد يميلون لاستعمال استراتيجيات التجنب حسب إدراك وتقييم الوضعية للوضعية الضاغطة من طرف المرضى ومدى شدتها عليهم وتوفر مصادر موائمة لمواجهتها.

- أمّا بالنسبة لسمة العصابية فقد كان لها تأثير للمستوى المرتفع منها على استراتيجيات التجنب وهي النتيجة التي توافقت مع عدّة دراسات نذكر منها دراسة (Gunthert et al, 1999) التي كانت من بين نتائجها أنّ الأفراد الذين يملكون مستوى مرتفع من العصابية يميلون لاستراتيجيات تعامل أقلّ تكيفاً، بالإضافة لدراسة-Conner (2007) , (Smith & Flachsbart) التي أسفرت نتائجها بأنّ العصابية تتبأت باستراتيجيات ذات طبيعة إشكالية كالتمني والانسحاب والاستراتيجيات المركزة على الإنفعال، وفي مجال الاستراتيجيات المركزة على الانفعال تناولت دراسة (Karimzade & Besharat, 2011) طبيعة الارتباط الموجود بين العصابية والانفعالات كأسلوب مواجهة، فأسفرت نتائجها إلى ارتباط العصابية سلباً بأساليب التعامل المركزة على الانفعال الإيجابية وارتباطها بشكل إيجابي بأساليب التعامل المركزة على الانفعال السلبية، كما أكدت دراسة (Carver & Connor-Smith, 2010) إلى ارتباط عامل العصابية بالاستراتيجيات التجنبية.

وكانت أكثر استراتيجية فرعية استعمالاً من طرف العينة هي التجنب السلوكي ، وما يفسّر هذه النتيجة هو أنّ سمة العصابية تتّصف بالانفعالات السلبية كالقلق والاكتئاب وعدم الثبات

الإنفعالي والتي تؤدي إلى استراتيجيات تعامل سلبية تقوم على التجنب وعدم مواجهة الأحداث الضاغطة بفعالية، فالفرد الذي يتصف بالقلق والتوتر أو الاكتئاب يتبنى أفكاراً وسلوكيات غير فعّالة أمام المشكلات التي يواجهها، فتجده يميل إلى الإنعزال وتجنب المواقف التي تتطلب منه النشاط لحل المشكل، فالعصابية تلعب دوراً هاماً في عملية التفاعل بين الضغط واستراتيجيات التعامل، وباستخدام مقياس التعامل COPE (Carver et al, 1989) أظهر Carver و Scheier أنّ العصابية مرتبطة إيجابياً بالتجنب السلوكي والتجنب المعرفي والإنكار والتعبير عن المشاعر، كما أسفرت دراستهم عن وجود علاقات ارتباطية سلبية أضعف مع استراتيجيات التعامل النشطة وإعادة التأويل الإيجابي. (Watson & Hubbard, 1996, p.749) كما أسفرت نتائج البحث على ارتباط سمة العصابية لدى مرضى المتلازمة بإستراتيجية الفكاهة التي هي فرعٌ من استراتيجيات التفكير الإيجابي، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنها محاولة من المريض للتخفيف من وطأة الضغط النفسي وتناول الأمور بروح أكثر مرح من أجل التخفيف من ثقل الانفعالات السلبية .

في حين لم نجد تأثيراً لعامل العصابية في لجوء المريض لاستراتيجيات التعامل المركزة على حلّ المشكل أو البحث عن المساندة الاجتماعية، ويمكن تفسير النتيجة على أنّه مهما اختلف مستوى العصابية لدى المريض فإنّ الميل لهذه الاستراتيجيات أو تجنبها يكون مرتبطاً بما تقتضيه متطلبات الوضعية التي يواجهها، ومدى انعكاس خصائص المرض على حياة المريض في مجالات حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وكيفية مواجهتها بما يتوفّر لديه من المصادر الذاتية والبيئية للتعامل مع الحدث الضاغط.

أمّا بالنسبة لسمتي الانبساطية والطيبة فلم تُحقّق استراتيجيات التعامل الأربعة أيّ اختلافاً يُعزى لمستويات هذه السمات لدى المرضى، فمهما اختلف مستوى سمة الانبساطية -التي تُعتبر ذات طابع تفاعلي اجتماعي بالدرجة الأولى- لدى المرضى فقد يلجئون لاستعمال الاستراتيجيات التي تناسب متطلبات الوضعية وتخفف من عبئها وتسعى للتقليل من تهديدها على توازنهم النفسي سواءً بحل المشكل أو البحث عن المساندة الاجتماعية أو التركيز على تقنيات التفكير الإيجابي أو تجنب الموقف، وبالتالي ليس لدى هذه العينة أيّ تفضيل في استعمال استراتيجية على حساب الأخرى وفق مستوى انبساطهم، وإنّما يكون ميلهم متنوّع

حسب ما يتطلّبه الحدث الضاغط الذي يواجهونه، وهو نفس الأمر مع سمة الطيبة حيث تُعتبر سمة انفعالية تركز على المشاعر والجوانب الإنسانية والسعي إلى تكوين علاقات صحيّة والمبادرة الطيبة إزاء الآخرين، وكسب وإعطاء صفات الود والتعاطف والتفهم مع الآخرين، لكن في هذا البحث لم يكن لهذه السمات لدى المرضى أيّ تدخّل في عملية التفاعل مع الوضعيات الضاغطة وإنّما كان اختيار الاستراتيجية وفق ما تقتضيه وضعيتهم الراهنة من متطلبات عليهم الاستجابة لها.

وتتفق نتائج هذا البحث في عدم وجود تأثير لبعض سمات الشخصية في استراتيجيات التعامل مع المنظور السياقي لهذا المفهوم الذي يؤكّد على العوامل المؤقتة القائمة على الموقف والتي تشكّل استجابات التعامل لمواقف ضغط محدّدة (Moos et al, 2003) ، وهو ما ساهمت في بيانه دراسة (Ponelle, 1998) التي أظهرت نتائجها أنّ خصائص السياق و/أو الخصائص الذاتية تحدد طريقة تكيف الفرد مع التجارب الضاغطة وانعكاسها على رفايته الذاتية، وأنّ دور هذه المحددات يختلف وفقاً لوظائف استراتيجيات التعامل (الموجّهة لحلّ المشكل، الموجهة للانفعال أو التجنّب) وأنّ العلاقة الموجودة بين أنماط التعامل واستراتيجيات التعامل تعتمد على ظروف الضغط النفسي.

2- تأثير العوامل الخمس الكبرى للشخصية على نوعية الحياة

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود تأثير لسمات التفنّح والوعي والعصابية على نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيّجة، بينما لم يكن لعوامل الانبساطية والطيبة أيّ تأثير عليها، فتأثير سمة الوعي يكون من خلال المعتقدات الفكرية التي تقوم على المسؤولية والمبادرة وتنظيم الأمور في الحياة في مختلف المجالات، والتي تسعى إلى تولي زمام الأمور دون اتكالية، فهو عامل إنقاذي يساعد على تحقيق نوعية حياة جيّدة من خلال تحسين طريقة إدراكها ومواجهة ضغوط الحياة بطريقة أكثر فاعلية من جهة، وتحسين الصحة من جهة أخرى، ويكون تأثير الوعي على الصحة عن طريق عدّة متغيرات كالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، تجنّب أو تعديل الضغوط، تعزيز السلوكات الصحية، وتقليل سلوكات الخطر، وتسيير الأعراض والأمراض (Shanahan et al, 2014) وتعتبر الصحة من أهمّ مكونات نوعية الحياة التي تساهم في تحديد مستواها لدى الفرد في الصحة

والمرض، فهو يعزز الحفاظ على الواجبات اليومية والروتين والهوايات والأداء في مواجهة مشاكل الصحة الجسمية أو النفسية، وهذا ما توافق مع دراسة (Bogg et al, 2004) مثلاً، التي قام فيها بتحليل عاملي لـ 194 دراسة أسفر من خلالها أن الخصائص المتعلقة بسمة الوعي مرتبطة سلبياً بجميع سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة، وإيجابياً بالسلوكيات الصحية الإيجابية المتعلقة بالصحة.

- في حين أن تأثير سمة التفُّح يكون من خلال الانفتاح الفكري والثراء المعرفي وحب الاستطلاع واكتساب الخبرات التي يميِّز بها صاحب هذه السمة، فتعكس على نوعية حياته وطريقة تقييمه لها ويخفف من وطأة الأعراض على مجالات حياته، وهي النتيجة التي توافقت مع دراسات في مجالات أخرى نذكر منها دراسة (Weber et al, 2014) التي أشارت إلى أن المستوى المرتفع من التفُّح له علاقة بنوعية الحياة لدى المسنين، وكذا دراسة (Mayungbo, 2017) التي أثبت وجود تأثير للانفتاح على الخبرة على الرضا عن الحياة الذي يُعتبر مؤشراً للرفاهية ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة الجسمية والنفسية (Melendez, Tomas, Oliver & Navaro, 2009)(Mayungbo, 2017).

- أمّا بالنسبة للعصابية فقد كان لها تأثير على مستوى نوعية الحياة لدى مرضى المتلازمة، فالمرضى الذين يميِّزون بمستوى منخفض من سمة العصابية يكون لديهم مستوى جيّد لنوعية الحياة مقارنةً بذوي المستوى المرتفع من هذه السمة، وهو ما توافق مع عدّة دراسات منها دراسة (Whithead et al, 1996) التي بيّنت ارتباط العصابية والضيق النفسي بجميع مقاييس نوعية الحياة التي طُبِّقت على المرضى الذين يظهرون أعراض متلازمة الأمعاء المتهيّجة، وكذا تأثير أعراض المتلازمة على نوعية الحياة لديهم حتّى بعد فصل العصابية، ممّا أدى بالباحثين إلى اقتراح تصحيح التأثيرات الغير واضحة للعصابية، ونجد دراسة (Axelsson et al, 2013) التي أسفرت عن وجود علاقة مباشرة بين العصابية ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة الجسمية والنفسية، وكذا دراسة (Pocnet et al, 2016) التي كشفت عن ارتباط سلبي بين سمات العصابية ونوعية الحياة، فكّما انخفضت الانفعالات السلبية لدى الفرد كلّما كانت نوعية حياته جيّدة ومُرضية بالنسبة لتوقعاته، وأشارت دراسة

(Huang, 2017) إلى أن بعض خصائص الشخصية كالعصابية لها ارتباط بالجانب النفسي الاجتماعي لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

وعليه تُعتبر العصابية عاملاً مهماً لدى المريض يجب الكشف عن مستواه لما له من تأثير سلبي على جوانب حياته وتعايشه مع المرض، حيث أن إدراك أحداث الحياة المؤلمة (الانفصال، الحداد، الوضع المالي الحرج، البطالة .. إلخ) على أنها تهديد، يحدث تفاعل للأعراض والتي تكون في غالب الأحيان على نحوٍ عابر، كما يلعب دوراً في ظهورها أيضاً، حيث يشير مريض واحد من أصل كل مريضين إلى وجود علاقة تزامنية بين حدوث الضغط النفسي وظهور الأعراض الأولى للاضطرابات. (Taché & coll, 2008) (نقلاً عن Inserm, 2021-202, pp.201-202)، ومن جهةٍ أخرى، يمكن للاكتئاب والقلق أن يكون نتيجةً لأعراض تلك وما يحدثه من تأثير سلبي لنوعية الحياة وانعزال للأفراد. (Jouet & Sabaté, 2016, p.3)

ومن بين العوامل التي قد تساهم في إحداث انفعالات سلبية لدى المريض نجد كيفية تعامله مع الضغوط وعدم تكيفه مع المرض، حيث أنه من خصائص هذا الاضطراب الوظيفي عدم التنبؤ بالأعراض وعدم اليقين من الانتكاس المتعلق بإزمان الإصابة الهضمية وكذا عدم التحكم في الأعراض الهضمية، التعب، إصابة صورة الذات، الخوف من العلاقات الجنسية، الإنعزال الاجتماعي مع الشعور بإحساس "الوسخ" والذي قد يكون سبب وصمة للمصاب ومعاونة اجتماعية وهي المواضيع التي أصبحت محل بحث ودراسة. (Taft & al., 2009)، كما نجد القلق والاكنتاب الناتج عن مخاوف المرضى على الأعراض وتطور مسار مرضهم، خاصة الخوف من العملية الجراحية أو إمكانية تطور الحالة لسرطان في حالة وجود التهاب معوي، وبالتالي فإن المرضى الذين لا يظهرون تكيفاً مع حالتهم وتقبلاً لها قد يصابون بحالة إكتئاب إذا لم يُوفّر لهم دعماً اجتماعياً وعائلياً خاصة إذا كان لهم استعداد عصبي تجنّبي للاجتماعية. (B. Bonaz, S. Pellissier, 2013, p.250).

فكلما ارتفعت التقييمات السلبية للأحداث ساهمت في ظهور الانفعالات الغير صحيّة كالقلق والاكنتاب وعدم الثبات الانفعالي التي من شأنها تعطيل السير الحسن للسلوك في مواجهة الأحداث الضاغطة، فتصبح تهديداً بدلاً أن تكون تحدياً، وبالتالي تنعكس على مستوى

نوعيتهم بالسلب، في حين كلما اعتدلت درجات هذه السمة أو مالت للانخفاض كلما كانت نوعية حياة المريض أكثر توازناً وإيجابية، ويكون ذلك عن طريق تبني تقييم أحداث الحياة بأفكار إيجابية وحلها بسلوكات سليمة .

وفي حالة الإصابة بمتلازمة الأمعاء المتهيجة يكون للحزن النفسي تأثيراً على الوظيفة الحركية للأمعاء أيضاً حيث يقلل من درجة حساسيتها مما يؤدي إلى ارتفاع في إدراك الإصابة الهضمية المعوية، (Ringel & Drossman, 2011, pp.2-3) وعليه فإن أي خلل في هذه العلاقات العصبية المستقلة مع وجود عامل الضغط النفسي بصفة خاصة قد تساهم في فسيومرضية الأمراض الهضمية كمتلازمة الأمعاء المتهيجة و (Bonaz, 2010, p. 581) وبالتالي يظهر الانعكاس على نوعية الحياة.

- أما بالنسبة لسمات الانبساطية والطيبة فلم يكن هناك أي تدخل أو تأثير منها في تحديد نوعية حياة فئة مرضى المتلازمة، فمستوى نوعية الحياة لديهم قد تكون إيجابية أو سلبية بعيداً عن تأثير خصائص الانبساطية عليها، فربما قد يكون المريض على درجة مرتفعة من الانبساط والتفاعل الاجتماعي لكن يقيم نوعية حياته على أنها متدهورة بسبب أعراضه المزمنة من اضطرابه المعوي، وفي المقابل قد تكون انبساطيته محدودة لكن لم تشكل أعراضه أي تأثير فادح على نوعية حياته، والعكس، وهو ما يتناقض مع من يقولون بتأثير الانبساط على جوانب نوعية الحياة الاجتماعية والانفعالية والجسمية (Chapman et al, 2007) ، فمثلاً دراسة (Mikulášková et al , 2015) أسفرت نتائجها على أن الانبساطية قد يكون مؤشراً عالمياً لكل مظاهر نوعية الحياة الجسمية والنفسية والبيئية، بينما أسفرت دراسة (Pocnet et al, 2016) التي تناولت العلاقة بين أحداث الحياة الكبرى وسمات الشخصية والدعم الاجتماعي ونوعية الحياة ارتباطاً بين الانبساط ونوعية الحياة في المجمل لكن لم يكن هناك ارتباط كبير بينهما في حالة فقدان شخص مقرب، مما يشير إلى أن سمة الشخصية قد يظهر أثرها وفق الحدث الذي تم عيشه، ومنه يمكن تفسير نتيجة البحث الحالي على أن سمة الانبساط لدى المرضى وميلهم للاستثمار الاجتماعي والتفاعل مع الآخر وتوسيع دائرة الشبكة الاجتماعية لم يكن لها تأثير على جوانب نوعية حياة المريض وتكيفه مع طبيعة إصابته، وأن ارتفاع نوعية حياتهم في مجالات الحياة أو انخفاضها قد

يرجع لطبيعة المرض وأعراضه المزمنة الذي يمسُّ عدَّة جوانب من الحياة الجسمية والفردية والاجتماعية، وهو ما توافق مع دراسات منها دراسة (Naliboff et al, 2011) التي أقامت مقارنة عن تأثير أعراض مرض الجهاز الهضمي على نوعية الحياة بين مرضى متلازمة الأمعاء المتهيَّجة والالتهاب المعوي والتي كانت من بين نتائجها وجود تأثير غير المباشر للأعراض الهضمية عن طريق الضيق النفسي لمرضى الالتهاب المعوي أكثر من مرضى المتلازمة، وكذا دراسة (Akehurst et al, 2012) التي أسفرت نتائجها أنّ نوعية حياة مرضى المتلازمة متدنيّة مقارنة بالمجموعة الضابطة في كلّ مجالات الحياة، وأنّ لديهم إجازات عمل أكثر واستهلاك للرعاية الصحية أكثر.

وهو نفس الأمر بالنسبة لسمة الطيبة حيث لم نسجّل أيّ تأثير لخصائص هذه السمة على نوعية حياة المرضى فسمة المريض التي تركز على المشاعر الإيجابية ومشاركة الغير والحب والعطاء الغير مشروط ليس لها علاقة في تحديد نوعية حياتهم، فقد يكون المرضى الذين يغلب عليهم هذا النوع من المشاعر في تعاملهم مع الآخرين يعانون من نوعية حياة متعلّقة بالمرض سيئة في حين قد تكون نوعية حياة المرضى الذين يسجّلون مستويات منخفضة من هذه السمة جيّدة، وقد يكون العكس، وهو ما تناقض مع دراسات مثل دراسة (Weber et al, 2014) التي وجدت أنّ المستوى المرتفع من الطيبة له علاقة بنوعية الحياة لدى المسنين مثلاً، وكذا بعض الأبحاث التي أظهرت أنّ الطيبة مرتبطة بالسلوكيات الإيجابية من حيث التماسك الاجتماعي والأداء (Barrick et al.,1998 ; Stewart et al., 2005) وكذا جودة العلاقات الشخصية (Costa & McCrae, 1992) ، (Yakimova et al , 2021) ممّا يساهم في تحسين نوعية الحياة عامّةً، في حين لم نجد دراسات تمسُّ نوعية الحياة المتعلّقة بمرض عينة بحثنا، ومع ذلك تبقى العلاقة بين سمة الطيبة ونوعية الحياة المتعلّقة بالصحة قليلة الوضوح. (Chapman et al, 2007) وقد يرجع عدم وجود الارتباط بين سمات الطيبة ونوعية الحياة لدى مرضى المتلازمة إلى طبيعة المرض ومدى ارتباطه بالوضعيات التي يواجهها المريض مع أعراضه المزمنة وهو الأمر الذي يختلف عن مجال تعامله الاجتماعي العلائقي من حيث مشاركة الانفعالات الإيجابية واستثمارها في الآخر.

3- تأثير متغيرات (السن، مدّة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية) على استراتيجيات التعامل :

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود اختلاف في استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل تُعزى لمتغيّر الحرص على المواظبة الطبية، حيث أنّ المرضى الذين يحرصون على المواظبة الطبية وإتباع تعليمات صحيّة في تعاملهم مع المرض هم الذين يميلون لاستخدام الاستراتيجيات النشطة في حلّ الموقف الضاغط والتي من شأنها أن تنعكس إيجاباً على حياتهم، فاستراتيجيات الفعّالة والنّشطة في مواجهة أحداث الحياة من شأنها أن ترتبط بالسلوكات الإيجابية مع المرض من خلال المبادرة إلى حلّ العراقيل التي من شأنها أن تتسبب في تدهور الصحة، والميل إلى إتباع توجيهات الطبيب والبحث عن طرق تخفيف أعراض الاضطراب الهضمي المعوي الذي يعاني منه المريض.

في حين لم تُسجّل أيّ فروق في استراتيجيات التعامل تُعزى لعامل السن، فلم تكن هناك استراتيجية تعامل معيّنة قد تُعزى لخصائص فئة عمرية معيّنة، حيث أنّ تعامل المرضى من فئة الشباب مع الضغوط اليومية قد يكون مركّزاً على حلّ المشكل أو التفكير الايجابي أو البحث عن المساندة الاجتماعية أو التجنّب وهو نفس الأمر بالنسبة لفئة الكهول إلى غاية 60 سنة، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنّ استراتيجيات التعامل تكون وفق متطلبات الوضعية التي يواجهها المريض، وكذا خصائصه الفردية كطبيعة شخصيته وتجاربه الحياتية، وهو ما تعارض ما نتائج دراسة (Whitty, 2003) التي أُقيمت على فئات 13-27 سنة ، 40-47 سنة و63-70 سنة أظهرت أنّ الفئات العمرية الأصغر تستخدم ميكانيزمات دفاع أقلّ نضجاً وتميل للميكانيزمات الغير ناضجة أكثر من مجموعة منتصف العمر والأكبر سناً، ومع ذلك لا يوجد فروق بين ميكانيزمات الدفاع الناضجة لدى فئة منتصف العمر والأكبر سناً، وكذا دراسة (Chen et al , 2018) والتي أُقيمت على الفئة العمرية 18-39 سنة لفحص مختلف الضغوط واستراتيجيات تعاملهم معها ومشاعرهم السلبية والإيجابية، فقد كشفت أنّ كبار السن هم الأقلّ احتمالية من البالغين الأصغر سناً لاستخدام استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل، وكذا دراسة (Aldwin, 1991) التي أُقيمت على 228 فرد متوسط سنهم 42.16 والتي كشفت عن وجود علاقة مستقلة وسلبية بين العمر

واستراتيجيات التعامل التجنبية التي تم وصفها من طرفهم، بالإضافة لدراسة (شفيق، 2019) التي أقيمت على المرضى السيكوماتيين من بينهم مرضى المتلازمة والتي كشفت عن وجود فروق بين الفئات السنية في بعد واحد وهو التقبل، في حين كان هناك تقارب بين نتائج هذا البحث مع دراسة (Keefe, 1990) التي أقيمت على فئات عمرية من الشباب إلى كبار السن يعانون من الألم المزمن والتي كشفت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للسن في استخدام أو إدراك فعالية استراتيجية التعامل مع الألم، ويُعتبر الألم من أهم العناصر التي يتَّصف بها متلازمة الأمعاء المتهيجَة، وتتوافق هذه النتائج مع المنظور السياقي للتعامل والذي يفترض أن البعض من الفروق العمرية في التعامل -إن وجدت- يمكن توقعها عندما يتعامل الأفراد مع حدث حياة مشابه (Keefe, 1990).

كما لم يتم تسجيل تأثير لمدة الإصابة بالمرض على استراتيجيات التعامل، فلم يكن هناك اختلاف بين المرضى الذين يعانون من أعراض المتلازمة أقل من 5 سنوات أو ما بين 5-10 سنوات أو أكثر من ذلك، فالميل إلى استخدام استراتيجية معينة لم ترتبط بعامل مدة الإصابة، وهو ما تعارض مع نتائج دراسة (شفيق، 2019) التي كشفت عن فروق حسب مدة المرض لدى المرضى السيكوسوماتيين في بعدين من أبعاد استراتيجيات التعامل وهما الشرود العقلي والتعامل الفعّال النشط، وكذا دراسة (Amouretti, 2006) التي أشارت إلى أنّ إزمان مرضى الاضطراب المعوي الوظيفي قد ينبئ عن تدهور نوعية حياة المريض، أمّا لدى فئة مرضى المتلازمة في هذا البحث فإنّ عامل إزمان المرض لم يكن له علاقة في طريقة اختيار استراتيجية معينة وقد يكون الاختيار راجع لطبيعة الحدث الضاغط الذي يواجهه المريض وكيفية إدراكه له وكذا سمات شخصيته.

3- تأثير متغيرات (السن، مدة الإصابة بالمرض، المواظبة على المتابعة الطبية) على نوعية الحياة

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود اختلاف في مستوى نوعية حياة المريض يُعزى لمتغير السن، حيث أظهرت فئة ما فوق 50 سنة ارتباطاً بنوعية حياة جيّدة، وقد تُفسّر هذه النتيجة بأنّ هذه المرحلة من العمر هي مرحلة التقاعد وانخفاض المسؤوليات والانطلاق في ممارسة الهوايات أو النشاطات المؤجلة، وكذا توفّر عامل الوقت للاهتمام بالصحة

الجسمية كزيارة الطبيب والبحث عن سبل الراحة، وهو ما تقارب مع دراسة (Layte et al, 2013) التي أثبتت أنه يمكن ربط طول العمر بزيادة نوعية الحياة طالما كانت مصحوبة بمستويات معقولة من الصحة العقلية والجسمية والعلاقات الجيدة والمشاركة الاجتماعية، حتى وإن كانت الحالة الجسمية متدهورة فإنَّ النوعية يمكن أن تظل مرتفعة في كثير من الأحيان حيث يجد الأفراد قيمة ومنتعة في أبعادٍ أخرى من الحياة.

كما قد تساهم دراسة (Levasseur et al, 2015) في تفصيل أثر السن على نوعية الحياة من خلال السلوك، حيث أقيمت على عينة 65 فما فوق، وكشفت نتائجها عن استخدام المشاركين لاستراتيجيات تعامل إيجابية كالاتعاد عن الضغط، والضبط النفسي والبحث عن المساندة الاجتماعية والتخطيط للحل والتقييم الايجابي للتعامل مع قيود الشيخوخة والمشكلات الصحية، وهو من شأنه أن يحسِّن نوعية الحياة لديهم وكذا كيفية إدراكهم للمرض، وفي ورقة بحثية لـ (Gabriel & Bowling, 2004) كانت نتائج مسح وطني لنوعية مجالات متعلّقة بتحديد نوعية حياتهم حسب رؤيتهم، وكان منها: وجود علاقات اجتماعية جيّدة، المساعدة والدعم، الحصول على منزل وحسن الجوار، الشعور بالأمن، الانخراط في الهوايات والأنشطة الترفيهية وكذلك الحفاظ على الأنشطة الاجتماعية والاحتفاظ بدور في المجتمع والتمتع بصحة جيّدة.

كما سُجِّلت فروق في مستوى نوعية حياة المرضى تُعزى لعامل المواظبة على المتابعة الطبية وذلك من خلال انعكاس الحرص على العلاج ومراقبة الحالة الجسمية على نوعية الحياة من خلال تخفيف وطأة الأعراض وعدم ظهور تأثيرها على مجالات الحياة، وبالتالي الحصول على نوعيّة حياة جيّدة، أمّا فيما يتعلّق بمدّة المرض فلم يكن هناك تأثير لها على نوعية حياة المريض، فمهما اختلفت فئة عمرهم لم يكن لها تأثير على مستوياتها الجيّدة أو السيّئة، وهذا قد يرجع لطبيعة المرض والعوامل التي قد تساهم في حدوثه كالضغط أو النظام الغذائي، وهو ما تعارض مع دراسة (عمارين، 2014) التي أسفرت عن وجود اختلاف لنوعية الحياة لصالح مدة الإصابة من سنة إلى 5 سنوات.

خاتمة

تُعدُّ الشخصية من العوامل المحورية التي يستوجب البحث فيها في عملية التكفُّل النفسي بالمرضى المزمنين، كونها تمثِّل بُنيةً متكاملة من الاستعدادات في الأفكار والانفعالات التي تُحدِّد سلوك الفرد، والتي تسمح بتصنيفه من خلالها عبر جملة من النماذج النظرية التي توفِّر حرية الاختيار المرجعي للفاحص، بهدف تسهيل عملية التواصل وتحقيق فعالية في عملية التكفُّل النفسي والطبي على حدٍ سواء، وبالتالي يتيح لنا هذا الأمر معرفة وضعية متغيِّرات متَّصلة بالشخصية تساهم في بناء صورة متكاملة عن الجانب النفسي الاجتماعي للمريض، ومن بين تلك المتغيِّرات نجد كيفية تعامل المريض مع الضغوط النفسية التي يواجهها، وكذا تحديد مستوى نوعية حياته.

وعليه تمَّ التركيز في البحث الحالي على تأثير سمات الشخصية على استراتيجيات التعامل ونوعية الحياة لدى مرضى الاضطرابات المعوية الوظيفية وبالتحديد متلازمة الأمعاء المتهيَّجة، من خلال الكشف عن السمات التي تساهم في اختيار استراتيجية تعامل معيَّنة مع الضغط النفسي وكذا تحديد مستوى نوعية الحياة لديهم، بالإضافة إلى بعض المتغيِّرات المتعلقة بالمرضى كالسن، والمتعلِّقة بالمرض كمدة الإصابة بالمرض والحرص على المتابعة الطبية.

وبعد التطبيق الميداني لأدوات البحث المتمثِّلة في: البيانات العامة للمريض، مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية BFI-Fr ومقياس استراتيجيات التعامل المختصر Brief-COPE ومقياس نوعية الحياة لمتلازمة الأمعاء المتهيَّجة IBS-36 على عينة 80 مريضاً، تمَّ تحليل البيانات إحصائياً وأسفرت النتائج على وجود اختلاف لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيَّجة في استراتيجيات تعاملهم تُعزى لسمات الشخصية، حيث أنَّ سمة التقبُّل كان لها تأثير على اختيار استراتيجية حلَّ المشكل والمتمثِّل في التعامل النشط وإستراتيجية التفكير الإيجابي المتمثِّلة في التقبُّل، وسمة الوعي (يقظة الضمير) كان لها تأثير في اختيار استراتيجيات حلَّ المشكل والمتمثِّلة في التعامل النشط والتفكير الإيجابي المتمثِّل في إعادة التأويل الإيجابي والتقبُّل، أمَّا سمة العصابية فكان لها تأثير في اختيار استراتيجية التجنُّب المتمثِّلة في التجنُّب السلوكي وإستراتيجية للتفكير الإيجابي المتمثِّلة في الفكاهة للتخفيف من وطأة الضغوط، في

حين لم يُسجَل أي اختلاف بين مستويات الإنبساطية والطيبة في استعمال استراتيجيات التعامل لدى مرضى المتلازمة.

أمّا بالنسبة لنوعية الحياة، فقد سُجِّل اختلاف في مستوى نوعية حياة المرضى تُعزى لسمات الشخصية، حيث كان لسمات التفتُّح والوعي والعصابية تأثير على نوعية الحياة بينما لم تسجَل سمات الانبساطية والطيبة أي اختلاف في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى المتلازمة.

وبالنسبة لمتغيرات الشخصية كالسن ومدّة المرض والمواظبة على المتابعة الطبيّة، فسُجِّل اختلاف في استعمال استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل يُعزى لمتغيّر الحرص على المواظبة الطبيّة، أمّا فيما يتعلّق بنوعية الحياة فسُجِّل الاختلاف في التأثير وفقاً لعامل السن والحرص على المواظبة الطبيّة.

وعليه نجد أنّ بعض سمات شخصية مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجّة في البحث الحالي تُدرج ضمن العوامل الإنقاذية في مواجهة ومعايشة الأحداث اليومية والمرض كسمة التفتُّح (انفتاح الفكر) التي ساهمت في تبني ردود أفعال معرفية وسلوكية نشطة ذات منحى إيجابي تساهم في تسيير ضغوط المريض على نحو سليم كاستراتيجيات حلّ المشكلات واستراتيجيات التفكير الإيجابي، وكذا سمة الوعي (يقظة الضمير) التي كان لها تأثير في تبني الاستراتيجيات الفعّالة لمواجهة أحداث الحياة كحلّ المشكل والاستراتيجيات القائمة على التفكير الإيجابي التي تقوم على أسس معرفية إيجابية كإعادة التأويل الإيجابي والتقبّل وعدم تضخيم الأحداث للتخفيف من وطأة الضغوط النفسية، كما كشف البحث عن مدى أهميّة سمات التفتُّح والوعي في إدراك إيجابي لمجالات الحياة الجسمية والنفسية والاجتماعية من خلال الخصائص التي يحملها صاحب هذه السمات من مستوى عالٍ في تحمّل المسؤولية والانضباط وانفتاح فكري على الخبرات، وهي عوامل تساهم في تحسين نوعية الحياة.

وفي المقابل كشفت النتائج عن وجود عامل إمراضي للشخصية تمثّل في سمة العصابية حيث أدى إلى ميل المريض لاستخدام استراتيجيات سلبية اتجاه أحداث الحياة كالتجنّب والإنكار وهو ما يُعتبر أمراً غير مساعد على السير الحسن في مواجهة أحداث الحياة، لكنهم

قد يتجهون لأسلوب الفكاهة للتخفيف من وطأة الأحداث التي لا يستطيعون حلها وبالتالي التقليل من الانفعالات السلبية كنوع من تسيير الانفعالات، وانعكست خصائص هذه السمة أيضاً على نوعية الحياة وكيفية تقييم المريض لها، حيث أن ارتفاع درجات انفعالات القلق وعدم الثبات الإنفعالي شكّل نوعية حياة سيئة لهم، في حين كلما انخفضت هذه الخصائص كلما تحسّنت النوعية لديهم.

كما كشفت نتائج البحث أنّ لعامل الحرص على المواظبة الطبيّة تأثيراً إيجابياً في استراتيجيات التعامل المركّزة على حلّ المشكل ونوعية الحياة الجيدة، بالإضافة لعامل السن الذي كان له تأثير حسن على مجالات حياة المريض من سن 50 فما فوق.

وعليه تشير هذه النتائج على ضرورة التركيز على سمات شخصية المصاب بالمتلازمة من منظور العوامل الخمس الكبرى لما قد يساعدنا على الكشف عن طبيعة ردود أفعالهم في تفاعلهم مع ضغوط الحياة وكذا تحديد نوعية حياتهم مع المرض، وبالتالي تسهيل عملية التكفّل العلاجي وجعلها أكثر فعالية من خلال تعزيز السمات الإيجابية من تفكّح للفكر وبقظة ضمير، والعمل على تخفيف الانفعالات السلبية لسمة العصابية للحصول على مواجهة أكثر فعالية للضغوط اليومية ومستوى أفضل لنوعية حياة المريض.

اقتراحات البحث

إنّ نتائج الدراسة الحالية كشفت لنا بعض النقاط لبحوث قادمة يمكن أن تساهم في إثراء هذا المجال أكثر:

- توسيع البحوث النفسية في ضوء نماذج علم نفس الصحة التفاعلية التكاملية للكشف عن العوامل المعرفية والانفعالية والسلوكية والسياقية التي تساهم في تحديد معاش المريض المصاب بالاضطرابات الجسمية الوظيفية عامة وبالجهاز الهضمي خاصة.

- ضرورة التركيز على الجانب النفسي من طرف الأطباء أثناء تكفّلهم بمرضى هذا النوع من الاضطرابات، وإدراج التوصيات النفسية في حال وجود أثر سلبي للجانب الانفعالي والمعرفي على سير المرض.

- التأكيد على دور الأخصائي النفسي في التكلّف العلاجي عبر مختلف التدخّلات النفسية التي من شأنها تعزيز مظاهر الشخصية الإنقاذية وتعديل المظاهر الإمبراضية من أجل نوعية حياة أفضل مع المرض.

- السعي إلى إدراج نموذج تفسيري للعوامل المساهمة في مجال الاضطرابات الوظيفية عامة والجهاز الهضمي خاصة، وكذا فهم السيرورات التي تتوسط وتعدّل العلاقة بين الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية للمرض، وبذلك يمكن بناء نموذج تكفّل علاجي يُدرج نتائج التخصصات المتعلقة بالمرض.

- توسيع العينة في البحوث المقبلة أكثر للكشف عن قوة العلاقات بين المتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية المتعلقة بهذا النوع من الاضطرابات.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

باللغة العربية

- 1- أبو حلاوة، م.، ا. (2010). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد. جامعة الإسكندرية. استرجع من <http://www.vipedu.us/?page=details&newsID=58&cat=57>
- 2- برفين، ل.، أ. (a) (2010). علم الشخصية. (ج1، ط1،، ترجمة ع.، م. السيد و أ.، م عامر، مراجعة م.، ي. الرخاوي) القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- 3- برفين، ل.، أ. (b) (2010). علم الشخصية. (ج2، ط1،، ترجمة ع.، م. السيد و أ.، م عامر، مراجعة م.، ي. الرخاوي) القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- 4- البقلي، أ.، ع.، أ. (ديسمبر، 2014). مفهوم نوعية الحياة: النشأة والتطور. ورقة بحثية مقدمة في المؤتمر السنوي الثالث والأربعين قضايا السكان والتنمية الواقع وتحديات المستقبل ما بعد 2015، مصر
- 5- بورجي، ش.، أ. (2016). علاقة المتغيرات النفسية الاجتماعية والمعرفية (فعالية الذات، سمات الشخصية والرفاهية الذاتية) بالصحة العامة. (أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د، جامعة الجزائر 2)
- 6- بوعيشة، أ. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر. (مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس، جامعة محمد خيضر)
- 7- تايلور، ش. (2008). علم النفس الصحي. (ترجمة بريك، د. و.، و داود، ف.، ش.،)، ط1، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 8- جابر، ج.، ع. (1990). نظريات الشخصية، البناء-الديناميات-النمو-طرق البحث-التقويم. القاهرة: دار النهضة العربية.

- 9- جبالي، ص. (2012). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، دراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي صنف -03- و صنف -05- باتنة. (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة فرحات عباس سطيف)
- 10- خطار، ز. (2008). إعداد وتطبيق برنامج إرشاد جماعي لمواجهة ضغط التحضير لامتحان البكالوريا، بحث تجريبي مع طلبة الأقسام النهائية العلمية. (رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم نفس الاجتماعي، جامعة الجزائر 2).
- 11- زعطوط، ر. (2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. (رسالة محضرة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، جامعة قاصدي مرباح)
- 12- زناد، د. (2013). علم نفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديايز نموذجاً. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- 13- سفيان، ن.، ص. (2004). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي، دليلك لاكتشاف شخصيتك وشخصيات الآخرين. ط1، مصر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- 14- شفيق، س. (2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوماتية (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر
- 15- شويخ، ه.، أ.، م. (2002). علم النفس الصحي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية
- 16- شويعل، ي. (جوان، 2018). نوعية الحياة من منظور علم النفس الإيجابي -دراسة تحليلية-. تطوير العلوم الاجتماعية، 11(01)، 8-26
- 17- صالح، س. (2013). تأثير سمات الشخصية والتوافق النفسي على التحصيل الأكاديمي للطلبة الجامعيين. (ملخص أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر 2)
- 18- عباس، م. خ.، نوفل، م. ب.، العبسي، م. م. و أبو عواد، ف.م. (2007). مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس. ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

19- عبد الخالق، أ.، م. (1996). *قياس الشخصية*. ط1، الكويت: مطبوعات جامعة الكويت.

20- عبد الخالق، أ.، م. (2015). *علم نفس الشخصية*. ط2، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

21- عمارين، ل. س. (2014). *نوعية الحياة والضغط النفسية لدى مرضى القولون العصبي (رسالة دكتوراه)*. جامعة اليرموك.

22- عويضة، ك.، م. م. (1996). *علم نفس الشخصية*. لبنان: دار الكتب العلمية.

23- فرحاتي، أ. ب. (2012). *البحث الجامعي بين التحرير والتصميم والتقييم*. المنهل للطباعة والنشر

24- هريدي، ع.، م. (2011). *نظريات الشخصية*. ط2، القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

باللغة الأجنبية

25- Ahmed, A., Mohamed, R. A., Sliem, H. A., & Eldein, H. N. (2011). Pattern of irritable bowel syndrome and its impact on quality of life in primary health care center attendees, Suez governorate, Egypt. *Pan African Medical Journal*, 9(1). doi: 10.4314/pamj.v9i1.71177

26- Akehurst, R. L., Brazier, J. E., Mathers, N., O'Keefe, C., Kaltenthaler, E., Morgan, A., ... & Walters, S. J. (2002). Health-related quality of life and cost impact of irritable bowel syndrome in a UK primary care setting. *Pharmacoeconomics*, 20(7), 455-462. doi : /doi.org/10.2165/00019053-200220070-00003

27- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of gerontology*, 46(4), P174-P180. doi : https://doi.org/10.1093/geronj/46.4.P174

28- Amouretti, M., Le Pen, C., Gaudin, A. F., Bommelaer, G., Frexinos, J., Ruzniewski, P., ... & El Hasnaoui, A. (2006). Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health-related quality of life (HRQOL). *Gastroenterologie*

clinique et biologique, 30(2), 241-246. doi : [https://doi.org/10.1016/S0399-8320\(06\)73160-8](https://doi.org/10.1016/S0399-8320(06)73160-8)

29- Axelsson, M., Lötvall, J., Cliffordson, C., Lundgren, J., & Brink, E. (2013). Self-efficacy and adherence as mediating factors between personality traits and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 22(3), 567-575. doi : <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0181-z>

30- Baghdad, Drs I., Haddad, F., Alaoui, R., Nadir, S., Cherkaoui, A., Loukili, O., & Chibab, F. (Juillet 2010). Influence du ramadan sur le syndrome de l'intestin irritable. *Espérance médicale*, 17(170), 376-378

31- Baimstrack, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P. & Tanguy Leroy. (2017). Assessment of coping : a new french four factor structure of the brief COPE inventory. *Health and quality of life outcomes*, 15(8), 1-9 doi: 10.1186/s12955-016-0581-9

32- Bartley, C. E., & Roesch, S. C. (2011). Coping with daily stress: The role of conscientiousness. *Personality and individual differences*, 50(1), 79-83. doi : <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.027>

33- Berkane, S. (s.d). *Le syndrome de l'intestin irritable*. Médecine Corriere international.

34- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological bulletin*, 130(6), 887.

35- Bonaz, B. (2010). Communication entre cerveau et intestin. *La revue de médecine interne*, 31(8), 581-585. doi : 10.1016/j.revmed.2009.09.035

36- Bonaz, B., Pellissier, S. (2013). Mon cerveau et mon intestin communiquent, parfois mal !. *Pratique neurologique-FMC*, 4(4), 240-257. Réparé à : <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2013.10.004>

37- Bruchon-Schweitzer, M. ,& Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles*.(2eme Ed.). Paris : Dunod.

38- Canavan, C., Card, T., & West, J. (2014). The incidence of other gastroenterological disease following diagnosis of irritable bowel syndrome in theUK: a cohort study. *PloS one*, 9(9). Doi:10.1371/journal.pone.0106478

39- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.

- 40- Chapman, B., Duberstein, P., & Lyness, J. M. (2007). Personality traits, education, and health-related quality of life among older adult primary care patients. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), P343-P352.
doi : <https://doi.org/10.1093/geronb/62.6.P343>
- 41- Chen, H. H., Hung, C. H., Kao, A. W., & Hsieh, H. F. (2021). Exploring Quality of Life, Stress, and Risk Factors Associated with Irritable Bowel Syndrome for Female University Students in Taiwan. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 3888.
doi: 10.3390/ijerph18083888
- 42- Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age differences in stress and coping: Problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347-363. doi : <https://doi.org/10.1177/0091415017720890>
- 43- Coffin, B. (2009). Syndrome de l'intestin irritable : diagnostic chez l'adulte. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 33 (S1), S9-S16. doi : 10.1016/S0399-8320(09)71520-9
- 44- Coffin, B. (2011). Syndrome de l'intestin irritable : traitements conventionnels et alternatifs. *Post'U FMC-HGE*, 85-94. Repéré à : <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/syndrome-de-lintestin-irritable-traitements-conventionnels-et-alternatifs/>
- 45- Coffin, B. (2015). Troubles fonctionnels intestinaux et maladies inflammatoires intestinales. *Post'U FMC-HGE*, 205-212. Repéré à : https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/troubles-fonctionnels-intestinaux-et-maladies-inflammatoires-chroniques-intestinales/
- 46- Coffin, B. (Mars 2010). Colopathie fonctionnelle. *La revue du praticien*, 60, 1-6.
- 47- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, 127(1), 87..
- 48- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080>
- 49- Côté, D. L. (2013). _Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail. *Psychologie Québec*, 30(5), 41-44.

- 50- Dapoigny, M., Dlard, F., Grimaud, J. C., Guyot, P., & Van ganse, E. (2003). Troubles fonctionnels intestinaux et consommation de soins: Etude observationnelle en gastro-entérologie libérale. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 27(3), 265-271.
- 51- David, J. P., & Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: role of big five traits and problem appraisals. *Journal of personality*, 67(2), p. 265-294. doi : <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00056>
- 52- Denis, P. (2002). Le colopathe. *Post'U FMC-HGE*, Repéré : <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2002-nantes/>
- 53- Des Varannes. S. B. (2009). Syndrome de l'intestin irritable : aspects évolutifs. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 33(1), S84-S90. Repéré à : [https://doi.org/10.1016/S0399-8320\(09\)71529-5](https://doi.org/10.1016/S0399-8320(09)71529-5)
- 54- DeYoung, C. G., Quilty, L. C., & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. *Journal of personality and social psychology*, 93(5), 880–896 doi : 10.1037/0022-3514.93.5.880
- 55- Ducrotté, P. (2005). Physiopathologie et traitement des troubles fonctionnels intestinaux. *EMC-Hépatogastroentérologie*, 2(4), 400-412. doi : 10.1016/S1155-1968(05)39221-2
- 56- Ducrotté, P. (2009). De la colopathie fonctionnelle à la neurogastroentérologie. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 33(8-9), 703-712. doi :10.1016/j.gcb.2009.07.006
- 57- Farnam, A., Somi, M. H., Sarami, F., & Farhang, S. (2008). Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 4(5), 959. doi: 10.2147/ndt.s3836
- 58- Farndale, R., & Roberts, L. (2011). Long-term impact of irritable bowel syndrome: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 12(1), 52-67. doi : <https://doi.org/10.1017/S1463423610000095>
- 59- Fayers, M., P. & Machin, D. (2007). Quality of life. The assesement, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. (2ed ed), John Wiley & Sons
- 60- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1987). Age differences in coping with chronic illness. *Psychology and Aging*, 2(2), 164–170. doi : <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.164>
- 61- Fischer, G. N. ,& Tarquinio, G. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé.*(2eme Ed.). Paris :Dunod

- 62- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839.
- 63- Formarier, M. (2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Recherche en soins infirmiers*, (88), 3-3
- 64- Friedt, M. (2008). Colon irritable. *PAEDIATRICA*, 19(5), 20-24
- 65- Gabriel, Z., & Bowling, A. N. N. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24(5), 675-691. doi : <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001582>
- 66- Geisler, F. C., Wiedig-Allison, M., & Weber, H. (2009). What coping tells about personality. *European Journal of Personality*, 23(4), 289-306. doi : <https://doi.org/10.1002/per.709>
- 67- Godefroid, J. (2008). *Psychologie, science humaine et science cognitive*. 2eme ed, Bruxelles : De boeck
- 68- Groll, D., Vanner, S.J., Depew, W.T., Sacosta, L.R., M.D Simon, J.B., Groll, A., Roblin, N. & Peterson, W.G. (2002). The IBS-36 : A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *The american journal of gastroenterology*, 97(4), 962-971
- 69- Gunthert, K. C., Cohen, L. H., & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of personality and social psychology*, 77(5), 1087.
- 70- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques psychologiques*, 14(2), 285-299.
- 71- Horowitz, L. M., & Strack, S. (Eds.). (2010). *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions*. John Wiley & Sons.
- 72- Huang, I. C., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A., & Wu, A. W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PloS one*, 12(3), e0173806.
- 73- Inserm. (2011). *Stress au travail et santé : situation chez les indépendants*. Repéré à : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/stress-travail-et-sante-situation-chez-independants>
- 74- Jarrett, M. E., Barney, P., & Heitkemper, M. M. (2013). Self-Management strategies for irritable bowel syndrome. Dans A. Emmanuel & E. M. M. Quigley (dir) *Irritable Bowel Syndrome*. Diagnostic and clinical management (p. 121-137). UK : Wiley-Blackwell

- 75- Jones, M. P., Wessinger, S., & Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4(4), 474-481. doi : doi.org/10.1016/j.cgh.2005.12.012
- 76- Jouet, P., Sabaté, J. M. (2016). Troubles fonctionnels intestinaux et rhumatismes. *Revue rhumatisme monographies*, 83(4), 213-221. doi:10.1016/j.monrhu.2016.04.004
- 77- karimzade, A., & besharat, M. A. (2011). An investigation of the relationship between personality dimensions and stress coping styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 797-802. doi : https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.155
- 78- Keefe, F. J., & Williams, D. A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of gerontology*, 45(4), P161-P165. doi : https://doi.org/10.1093/geronj/45.4.P161
- 79- Khan, A. and Siraj, S and Lau, P.L. (2011) *Role of positive psychological strengths and big five personality traits in coping mechanism of University students*. In: 2011 International Conference on Humanities, Society and Culture, 04-06 Nov 2011, Kuala Lumpur
- 80- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2003, December). Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 161, No. 10, pp. 809-815). Elsevier Masson.
- 81- Kopczyńska, M., Mokros, Ł., Pietras, T., & Małecka-Panas, E. (2018). Quality of life and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Przegląd gastroenterologiczny*, 13(2), 102. doi : 10.5114/pg.2018.75819
- 82- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393–1407. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031
- 83- Layte, R., Sexton, E., & Savva, G. (2013). Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, S299-S305. doi : https://doi.org/10.1111/jgs.12198
- 84- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotion : a history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*, 44, 1-22.
- 85- Lee, H. H., Choi, Y. Y., & Choi, M. G. (April 2014). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome : A systematic review

and meta-analysis. *Journal neurogastroenterology and Motility*, 20(2), 152-162
doi: 10.5056/jnm.2014.20.2.152

86- Levasseur, M., & Couture, M. (2015). Coping strategies associated with participation and quality of life in older adults: Stratégies d'adaptation associées à la participation et la qualité de vie chez les personnes âgées. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 44-53. doi :
://doi.org/10.1177/0008417414552188

87- Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1480-1491.

88- Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherche en soins infirmiers*, (88), 4-17

89- Marscaux, J. (Septembre, 2016). *Dispositifs médicaux & progrès en appareil digestif*. France : SNITEM

90- Marzabadi, E. A., Mills, P. J., & Valikhani, A. (2021). Positive personality: Relationships among mindful and grateful personality traits with quality of life and health outcomes. *Current Psychology*, 40(3), 1448-1465. doi :
https://doi.org/10.1007/s12144-018-0080-8

91- Mathieu, N. (2009). Comorbidités somatiques dans le syndrome de l'intestin irritable : fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique et cystite interstitielle/ syndrome de la vessie douloureuse. *Gastroentérologie clinique et biologique* ; 33(1), 517-525. doi : 10.1016/S0399-8320(09)71521-0

92- Mayer, E. A., Naliboff, B. D., Chang, L., & Coutinho, S. V. (2001). V. Stress and irritable bowel syndrome. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 280(4), G519-G524. doi :
doi.org/10.1152/ajpgi.2001.280.4.G519

93- Mayungbo, O. A. (2017). Subjective Quality of Life: Influence of Openness to Experience and Ownership Status. *European Journal of Applied Positive Psychology*, 1(7), 2397-7116.

94- Mehran, F. (2010). *Psychologie positive et personnalité, Activation des ressources*. Masson

95- Mikulášková, G., & Babinčák, P. (2015). Self-esteem, extraversion, neuroticism and health as predictors of quality of life. *Human Affairs*, 25(4), 411-420. doi : https://doi.org/10.1515/humaff-2015-0033

- 96- Mönnikes, H. (2011). Quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 45, S98-S101. doi : 10.1097/MCG.0b013e31821fbf44
- 97- Montgomery, C., Memers, S., & Morin, Y. (2010). Stress, les stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel chez les stragiaires francophones en enseignement primaire et secondaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 33(4), 761-802
- 98- Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Cappelletti, E., & Pancani, L. (2015). The situational version of the Brief COPE: Dimensionality and relationships with goal-related variables. *Europe's journal of psychology*, 11(2), 295.
- 99- Moos, R. H., Holahan, C. J., & Beutler, L. E. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Introduction to the special issue. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1257-1259. doi : : 10.1002/jclp.10218
- 100- Nakmouche, M., Bouseloub , A., Balamane, A., Gamar, L., Kaddache, N., Bounab, N., Kecili, L., Belhocine, K., Layaïda, K., Baïod, N., & Boucekkine, T.(2011,Mars). *Prévalence et Caractéristiques Cliniques du Syndrome de l'Intestin Irritable de l'Adulte à Alger*. Communication présenté au congrès de l'JFHOD, Paris.
- 101- Naliboff, B. D., Kim, S. E., Bolus, R., Bernstein, C. N., Mayer, E. A., & Chang, L. (2012). Gastrointestinal and psychological mediators of health-related quality of life in IBS and IBD: a structural equation modeling analysis. *The American journal of gastroenterology*, 107(3). doi: 10.1038/ajg.2011.377
- 102- Naseem, Z., & Khalid, R. (2010). Positive Thinking in Coping with Stress and Health outcomes: Literature Review. *Journal of Research & Reflections in Education (JRRE)*, 4(1).
- 103- Ninot G (2014). Définir la notion de qualité de vie. *Blog en Santé*, L2. repéré : <http://blogensante.fr/2013/09/02/definir-la-notion-de-qualite-de-vie/>
- 104- Novikova, I. A., & Vorobyeva, A. A. (2019). The Five-Factor Model: Contemporary Personality Theory. *Cross-Cultural Psychology: Contemporary Themes and Perspectives*, 685-706. doi : doi.org/10.1002/9781119519348.ch33
- 105- OMS. (1996). Quelle qualité de vie ?. Groupe OMS Qualité de vie, Forum médicale de la santé, 17, 384-386
- 106- Paulhan et al. (1994). Mémoire originaux : la psychologie de la maladie.

- 107- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557. doi : <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>
- 108- Pellissier, S., Dantzer, C., Canini, F., Mathieu, N., & Bonaz, B. (2010). *Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome*. *Psychoneuroendocrinology*, 35(5), 653–662. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.10.004
- 109- Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and individual differences*, 32(7), 1215-1228. Doi : [//doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00087-3)
- 110- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Lopez-Leon, S., & Forero, D. A. (2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress. *Annals of general psychiatry*, 17(1), 1-9. doi : <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0196-0>
- 111- Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2), 97-106. doi : 10.1016/j.amp.2009.09.003
- 112- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(7), 481-486. doi : 10.1016/j.amp.2009.04.016
- 113- Plaisant, O., Srivastava, S., Mendelsohn, G. A., Debray, Q., & John, O. P. (2005). Relation entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales Médico-Psychologiques*, doi : 10.1016/j.amp.2005.02.002
- 114- Pocnet, C., Antonietti, J. P., Strippoli, M. P. F., Glaus, J., Preisig, M., & Rossier, J. (2016). Individuals' quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits. *Quality of Life Research*, 25(11), 2897-2908. doi : <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1296-4>
- 115- Pocnet, Cornelia; Antonietti, Jean-Philippe; Strippoli, Marie-Pierre F.; Glaus, Jennifer; Preisig, Martin; Rossier, Jérôme (2016). *Individuals' quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits*. *Quality of Life Research*, 25(11), 2897–2908. doi:10.1007/s11136-016-1296-4
- 116- Ponnelle, S. (1998). Rôle des déterminants contextuels et personnels dans l'ajustement aux situations de stress (*Doctoral dissertation*) , Amiens.

- 117- Porter, C. K., Cash, B. D., Pimentel, M., Akinseye, A., & Riddle, M. S. (2012). Risk of inflammatory bowel disease following a diagnosis of irritable bowel syndrome. *BMC Gastroenterology*, 12(1), 55. doi : 10.1186/1471-230X-12-55
- 118- Rabhi, M., Ennibi, K., Chaari, J., & Toloune, F. (2010). Les syndromes somatiques fonctionnels. *La Revue de médecine interne*, 31(1), 17-22. doi :10.1016/j.revmed.2009.03.011
- 119- Ringel, Y., Drossman, D. A. (2011). Syndrome du colon irritable. Dans M. S. Rung & M. A. Greganti (dir) *Médecine interne de Netter* (p. 461-468). France : Elsevier Masson
- 120- Rolland, J. P. (2004). *L'évaluation de la personnalité : Le modèle en cinq facteurs*. Mardaga.
- 121- Scalera, A., & Loguercio, C. (2012). Focus on irritable bowel syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 16(9), 1155-1171
- 122- Schaub, N., Schaub, N. (2012). Syndrome du colon irritable Aperçu et perspectives. *Forum médicale suisse*, 12(25), 505-513. Repéré à : <https://doi.org/10.4414/fms.2012.01160>
- 123- Schneider, T. R., Rench, T. A., Lyons, J. B., & Riffle, R. R. (2012). The influence of neuroticism, extraversion and openness on stress responses. *Stress and Health*, 28(2), 102-110. doi : //doi.org/10.1002/smi.1409
- 124- Selim, A., Saad Salem, S., Albasher, N., Bakrmom, G., Alanzi, S., & Jradi, H. (2021). Irritable Bowel Syndrome and Coping Strategies: A Cross-sectional Study for Identifying Psychological Alarms and Factors Related to Coping in Riyadh, Saudi Arabia. *Clinical Nursing Research*, doi : //doi.org/10.1177/10547738211020437
- 125- Seres, G., Kovács, Z., Kovács, Á., Kerékgyártó, O., Sárdi, K., Demeter, P., ... Túry, F. (2008). Different Associations of Health Related Quality of Life with Pain, Psychological Distress and Coping Strategies in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disorder. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 287-295. doi:10.1007/s10880-008-9132-9
- 126- Shanahan, M. J., Hill, P. L., Roberts, B. W., Eccles, J., & Friedman, H. S. (2014). Conscientiousness, health, and aging: The Life Course of Personality Model. *Developmental Psychology*, 50(5), 1407-1425. doi : <https://doi.org/10.1037/a0031130>
- 127- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 119-144.

- 128- Stanculete, M. F., Matu, S., Pojoga, C., & Dumitrascu, D. L. (2015). Coping strategies and irrational beliefs as mediators of the health-related quality of life impairments in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 24(2). doi: <http://dx.doi.org/10.15403/jgld.2014.1121.242.strt>
- 129- Tarrerias AL. (Mars 2009). Colopathie fonctionnelle et alimentation, *Nutri digest*, La commission nutrition du CREGG,(1), 5-7
- 130- Tayama, J., Nakaya, N., Hamaguchi, T., Tomiie, T., Shinozaki, M., Saigo, T., ... & Fukudo, S. (2012). Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome. *BioPsychoSocial medicine*, 6(1), 1-8. doi : <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-20>
- 131- Tkalcic, M., Hauser, G., & Štimac, D. (2010). Differences in the health-related quality of life, affective status, and personality between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease patients. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 22(7), 862-867. doi: [10.1097/MEG.0b013e3283307c75](https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e3283307c75)
- 132- Tribolet, s ., Shahidi. M. (2015). *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris : hdf
- 133- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, 64(4), 737-774. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x>
- 134- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, 64(4), 737-774. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x>
- 135- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, 64(4), 737-774. doi : doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x
- 136- Weber, K., Canuto, A., Giannakopoulos, P., Mouchian, A., Meiler-Mititelu, C., Meiler, A., ... & De Ribaupierre, A. (2015). Personality, psychosocial and health-related predictors of quality of life in old age. *Aging & Mental Health*, 19(2), 151-158. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920295>
- 137- Whitehead, W. E., Burnett, C. K., Cook, E. W., & Taub, E. (1996). Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. *Digestive diseases and sciences*, 41(11), 2248-2253. doi : <https://doi.org/10.1007/BF02071408>

- 138- Whitehead, W. E., Crowell, M. D., Robinson, J. C., Heller, B. R., & Schuster, M. M. (1992). Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut*, 33(6) 825–830. doi: 10.1136/gut.33.6.825
- 139- Whitehead, W. E., Crowell, M. D., Robinson, J. C., Heller, B. R., & Schuster, M. M. (1992). Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut*, 33(6), 825-830. doi : dx.doi.org/10.1136/gut.33.6.825
- 140- Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: Age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. *Aging & Mental Health*, 7(2), 123-132. doi : <https://doi.org/10.1080/1360786031000072277>
- 141- Yahiaoui, F. (2017). Syndrome de l'intestin irritable. *Journal algérien de gastroentérologie*, (11), 21-28
- 142- Yakimova, S., Pocnet, C., Congard, A., & Jopp, D. (2021). Rôle médiateur du sentiment d'efficacité personnelle et des dimensions d'ouverture émotionnelle sur les liens entre personnalité et qualité de vie.
- 143- Yusoff, N., Low, W. Y. & Yip, C. H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy : A malaynian study. *Med J Malaysia*, 65(1), 41–44
- 144- Zarpour, S., & Besharat, M. A. (2011). Comparison of personality characteristics of individuals with irritable bowel syndrome and healthy individuals. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 84-88 doi : <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.017>

الملاحق

الملحق رقم (1)

قائمة الأساتذة المحكّمين

الأساتذ	الرتبة الأكاديمية	جامعة الإنتماء
أ. د خطار زهية	أستاذة تعليم عالي	أبو القاسم سعد الله
أ. د سي بشير كريمة	أستاذة تعليم عالي	أبو القاسم سعد الله
أ. د بوشدوب شهرزاد	أستاذة تعليم عالي	أبو القاسم سعد الله
أ. د آيت حمودة حكيمة	أستاذة تعليم عالي	أبو القاسم سعد الله
أ. د فاضلي أحمد	أستاذة تعليم عالي	سعد دحلب البليدة
د. بن سي سعيد آمال	أستاذة محاضرة	مولود معمر
د. لارينونة محمد يزيد	أستاذ محاضر	أبو القاسم سعد الله
د. غوماري فوزية	أستاذة محاضرة	تيازة مرسلبي عبد الله
د. أنور السادات	أستاذ محاضر	أبو القاسم سعد الله

الملحق رقم (2)

بيانات الشخصية

- الجنس : ذكر
- السن :
- الحالة الاجتماعية : أعزب
- المستوى التعليمي :
- ممارسة نشاط مهني : نعم
- مدة الإصابة بالمرض :
- الحرص على المتابعات الطبية وإجراء الفحوصات: مواظب
- غير مواظب
- أنتى
مطلق
متزوج
أرمل
لا

الملحق رقم (3)

مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية بنسخته الفرنسية (BFI-Fr)

(النسخة الأصلية)

Instructions :

Vous allez trouver certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous.

par exemple, acceptez vous d'être quelqu'un qui aime passer du temps avec les autres ?

Ecrivez devant chaque affirmation le chiffre indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation :

désapprouve fortement

désapprouve un peu

n'approuve ni désapprouve

approuve un peu

approuve fortement

Je me vois comme quelqu'un qui...

1- est bavard

2- a tendance à critiquer les autres

3- travaille consciencieusement

4- est déprimé, cafardeux

5- est créatif, plein d'idées originales

6- est réservé

7- est serviable et n'est pas égoïste avec les autres

8- peut être parfois négligent.

9- est « relaxe », détendu, gère bien les stress

10- s'intéresse à de nombreux sujets

11- est plein d'énergie

- 12- commence facilement à se disputer avec les autres
- 13- est faible dans son travail
- 14- peut être angoissé
- 15- est ingénieux, une grosse tête
- 16- communique beaucoup d'enthousiasme
- 17- est indulgent de nature
- 18- a tendance à être désorganisée
- 19- se tourmente beaucoup
- 20- a une grande imagination
- 21- a tendance à être silencieux
- 22- fait généralement confiance aux autres
- 23- a tendance à être paresseux
- 24- est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé
- 25- est inventif
- 26- a une forte personnalité, s'exprime avec assurance
- 27- est parfois dédaigneux, méprisant
- 28- persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie
- 29- peut être lunatique d'humeur changeante
- 30- apprécie les activités artistiques et esthétiques
- 31- est quelqu'un timide, inhibé
- 32- est prévenant et gentil avec presque tout le monde
- 33- est efficace dans son travail
- 34- reste calme dans les situations angoissantes
- 35- préfère un travail simple et routinier
- 36- est sociable, extraverti
- 37- est par fois impoli avec les autres
- 38- fait des projets et les poursuit

39- est facilement anxieux

40- aime réfléchir et jouer avec des idées

41- est peu intéressé par tout ce qui est artistique

42- aime coopérer avec les autres

43- est facilement distrait

44- a de bonnes connaissances en art, musique ou en littérature

45- cherche des histoires aux autres.

Vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions. Merci.

الملحق رقم (4)

مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية (BFI-Fr)

(النسخة الأولى)

العبرة الأصلية	الترجمة الأولى
<p>Instructions :</p> <p>Vous allez trouver certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous.</p> <p>par exemple, acceptez vous d'être quelqu'un qui aime passer du temps avec les autres ?</p> <p>Ecrivez devant chaque affirmation le chiffre indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation :</p> <p>Je me vois comme quelqu'un qui...</p>	<p>التعليمية</p> <p>ستجد عدداً من الصفات التي قد تتطابق معك أم لا، مثلاً: هل تقبل أن تكون شخصاً يحبُّ تمضية الوقت مع الآخرين؟ أكتب أمام كلِّ جملة العدد الذي يشير لمدى موافقتك أم عدم موافقتك للجملة: أرى نفسي كشخص ...</p>
1- est bavard	1- ثرثار
2- a tendance à critiquer les autres	2- لديه ميل لانتقاد الآخرين
3- travaille consciencieusement	3- يعمل بضمير
4- est déprimé, cafardeux	4- مكتئب، حزين
5- est créatif, plein d'idées originales	5- مبدع ملئ بالأفكار الجديدة
6- est réservé	6- متحفظ
7- est serviable et n'est pas égoïste avec les autres	7- مساعد وليس أناني مع الآخرين
8- peut être parfois négligent.	8- ربّما مهمل في بعض الأحيان
9- est « relaxe », détendu, gère bien les stress	9- مسترخي، هادئ، يسيّر جيّداً الضغوطات
10- s'intéresse à de nombreux sujets	10- يهتم بعدة مواضيع
11- est plein d'énergie	11- ملئ بالطاقة
12- commence facilement à se disputer avec les autres	12- يبدأ بالشجار مع الآخرين بسهولة
13- est fiable dans son travail	13- موثوق به في عمله
14- peut être angoissé	14- قد يكون متوتراً

15- est ingénieux, une grosse tête	15- ذكي، ذو عقل كبير
16- communique beaucoup d'enthousiasme	16- متحمس جداً
17- est indulgent de nature	17- متسامح بطبعه
18- a tendance à être désorganisée	18- لديه ميل أن يكون غير منظم
19- se tourmente beaucoup	19- يعذب نفسه كثيراً
20- a une grande imagination	20- لديه خيال كبير
21- a tendance à être silencieux	21- لديه ميل أن يكون صامتاً
22- fait généralement confiance aux autres	22- يثق عموماً في الآخرين
23- a tendance à être paresseux	23- لديه ميل أن يكون كسولاً
24- est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé	24- معتدل (متوازن) لا يضطرب بسهولة
25- est inventif	25- مبدع
26- a une forte personnalité, s'exprime avec assurance	26- لديه شخصية قوية، يعبر بثقة
27- est parfois dédaigneux, méprisant	27- متكبر ومحتقر في بعض الأحيان
28- persévère jusqu'à ce que sa tache soit finie	28- مثابر إلى أن ينهي عمله
29- peut être lunatique d'humeur changeante	29- ربّما غريب الأطوار بمزاج متغير
30- apprécie les activités artistiques et esthétiques	30- يقدر النشاطات الفنيّة والتجميلية
31- est quelqu'un timide, inhibé	31- خجول وكتوم في بعض الأحيان
32- est prévenant et gentil avec presque tout le monde	32- مُراعي وطيب مع الجميع تقريباً
33- est efficace dans son travail	33- فعّال في عمله
34- reste calme dans les situations angoissantes	34- يبقى هادئاً في الأوضاع المقلقة
35- préfère un travail simple et routinier	35- يفضل عمل بسيط وروتيني
36- est sociable, extraverti	36- إجتماعي ومتفتح
37- est par fois impoli avec les autres	37- غير مهذب مع الآخرين أحياناً
38- fait des projets et les poursuit	38- يقوم بمشاريع ويتبناها
39- est facilement anxieux	39- يقلق بسهولة

40- aime réfléchir et jouer avec des idées	40- يحبُّ التفكير واللَّعب بالأفكار
41- est peu intéressé par tout ce qui est artistique	41- قليل الإهتمام بكلِّ ما هو فن
42- aime coopérer avec les autres	42- يحبُّ التعاون مع الآخرين
43- est facilement distrait	43- مشتت الذهن بسهولة
44- a de bonnes connaissances en art, musique ou en littérature	44- لديه معارف جيِّدة عن الفن، الموسيقى أو الأدب
45- cherche des histoires aux autres.	45- يبحث عن المشاكل للآخرين

التقييمات

désapprouve fortement

غير موافق بشدَّة

désapprouve un peu

غير موافق قليلاً

n'approuve ni désapprouve

محايد

approuve un peu

أوافق قليلاً

approuve fortement

أوافق بشدَّة

الملاحظة

تحقق إن أجبت بصفة جيِّدة على الأسئلة. شكراً

Vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions. Merci.

الملحق رقم (5)

مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية (BFI-Fr)

(النسخة النهائية)

التعليمة

ستجد عدداً من الصفات التي قد تتطابق أو لا تتطابق معك ، مثلاً: هل تقبل أن تكون شخصاً يحب قضاء الوقت مع الآخرين؟، أكتب أمام كلِّ جملة العدد الذي يشير لمدى موافقتك أو عدم موافقتك للجملة:

أرى نفسي كشخص ...

موافق بشدة	موافق إلى حد ما	محايد	غير موافق لحد ما	غير موافق بشدة	
					1E- ثرثار
					2Ar- يميل لانتقاد الآخرين
					3C- يعمل بضمير
					4N- مكتئب، حزين
					5O- مبدع مليء بالأفكار الجديدة
					6A- مساعد وليس أناني مع الآخرين
					7Cr- قد يكون متهاون في بعض الأحيان
					8Nr- مسترخي، هادئ، يسيّر الضغوط جيّداً
					9O- يهتم بعدة مواضيع
					10E- مليء بالطاقة
					11Ar- يبدأ بالشجار مع الآخرين بسهولة
					12C- موثوق به في عمله
					13N- قد يكون قلقاً
					14O- عنقري ومبتكر
					15E- يعطي انطباع بالحماس الكبير
					16A- متسامح بطبعه

					17Cr- لديه ميل أن يكون غير منظم
					18N- يؤنب نفسه كثيراً
					19O- لديه خيال كبير
					20Er- لديه ميل إلى الصمت
					21A- يثق في الآخرين عموماً
					22Cr- لديه ميل أن يكون كسولاً
					23Nr- معتدل (متوازن) لا يضطرب بسهولة
					24O- مبدع
					25E- لديه شخصية قوية، يعبر بثقة
					26Ar- متكبر ومحتقر في بعض الأحيان
					27C- مثابر إلى أن ينهي عمله
					28N- قد يكون غريب الأطوار و ذو مزاج متغير
					29O- يقدر النشاطات الفنية والجمالية
					30Er- خجول و كتوم في بعض الأحيان
					31A- يراعي الجميع تقريباً ويتعامل معهم بطيبة
					32C- فعّال في عمله
					33Or- يفضّل العمل البسيط والروتيني
					34E- اجتماعي ومتفتح
					35Ar- غير مهذب مع الآخرين أحياناً
					36C- يقوم بمشاريع ويتابعها
					37N- يقلق بسهولة
					38O- يحب التفكير والتلاعب بالأفكار
					39A- يحب التعاون مع الآخرين
					40Cr- يتشتت ذهنه بسهولة
					41O- لديه معارف جيّدة عن الفن، والموسيقى أو الأدب
					42Ar- يبحث عن المشاكل للآخرين

تحقق إن أجبت بصفة جيدة على الأسئلة. شكراً

الملحق رقم (6)

مقياس استراتيجيات التعامل المختصر Brief-COPE

(النسخة الأصلية)

Instruction :

Nous sommes intéressés par la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux événements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant.

Jamais , parfois, souvent, toujours

- 1- Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées
- 2- Je détermine une ligne d'action et je l'ai suivie
- 3- Je dis que ce n'était pas réel
- 4- Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux
- 5- Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres
- 6- Je renonce à essayer de résoudre la situation
- 7- Je essaye de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles
- 8- Je accepte la réalité de ma nouvelle situation
- 9- Je évacue mes sentiments déplaisants en en parlant
- 10- Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes
- 11- Je essaye de voir la situation sous un jour plus positif
- 12- Je me critique
- 13- J'essaye d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire
- 14- Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un

- 15- Je abandonne l'espoir de faire face
- 16- Je prends la situation avec humour
- 17- Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins...)
- 18- Je exprime mes sentiments négatifs
- 19- Je essaye d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire
- 20- Je concentre mes efforts pour résoudre la situation
- 21- Je refuse de croire que ça m'arrivait
- 22- Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation
- 23- J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation
- 24- Je planifie les étapes à suivre
- 25- Je me reproche les choses qui m'arrivaient
- 26- Je recherche les aspects positifs dans ce qui m'arrivait
- 27- Je prie ou médite
- 28- Je m'amuse de la situation

الملحق رقم (7)

مقياس استراتيجيات التعامل المختصر Brief-COPE
(النسخة الأولى)

التعليمة

نهتم بالطريقة التي يتعامل بها الأفراد عندما يواجهون أحداثاً صعبة أو ضاغطة في حياتهم، هناك عدّة طرق لمحاولة مواجهة الضغط.

في هذا المقياس نطلب منكم تحديد ما تفعلون أو تشعرون عادةً أثناء حدث ضاغط.

دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً	البنود
				1- أتوجّه للعمل ونشاطات أخرى لأغبر أفكارى
				2- أن أجدّ طريق عمل وأتبعه
				3- أقول أنه ليس حقيقي
				4- أتعاطى الكحول أو مواد أخرى لأتحسّن
				5- أبحث عن مساندة انفعالية من طرف الآخرين
				6- أستسلم من محاولة حلّ الوضعية
				7- أحاول أن أجد راحة في ديني أو في معتقدات روحانية
				8- أقبل حقيقة وضعيتي الجديدة
				9- أخرج مشاعري المزعجة بالكلام
				10- أبحث عن مساعدة ونصيحة الأشخاص الآخرين
				11- أحاول أن أرى الوضعية في ضوء أكثر إيجابية
				12- أنتقد نفسي
				13- أحاول أن أصمم طريقة فيما يتعلّق بالذي يجب عمله
				14- أبحث عن مساندة وتفهم شخص ما
				15- أتخلّى عن الأمل في المواجهة
				16- آخذ الوضعية بالدعابة

				17- أفعل شيئاً لكي لا أفكر كثيراً (كالذهاب للسينما، مشاهدة التلفاز، القراءة، أحلام اليقظة، النوم أو التسوق..).
				18- أعبر عن مشاعري السلبية
				19- أحاول الحصول على نصائح أو مساعدة من الآخرين فيما يتعلّق بما يوجب فعله
				20- أركّز جهودي لأحلّ الوضعية
				21- أرفض التصديق أنّ هذا يحصل لي
				22- أتعاطى الكحول أو مواد أخرى لتساعدني على تخطي الوضعية
				23- أتعلّم أن أعيش في وضعتي الجديدة
				24 أخطط المراحل التي سأتابعها
				25- ألوم نفسي على الأشياء التي تحدث لي
				26- أبحث عن المظاهر الإيجابية في الأمور التي تحدث لي
				27- أصلي أو أتأمّل
				28- أستمتع بالوضعية

الملحق رقم (8)

مقياس استراتيجيات التعامل المختصر Brief-COPE

(النسخة النهائية)

التعليمة

نحن مهتمون بالطريقة التي يستجيب بها الأفراد عندما يواجهون أحداثاً صعبة أو ضاغطة في حياتهم، هناك عدّة طرق لمحاولة التعامل مع الضغط، لذلك نطلب منكم من خلال هذا المقياس الإشارة إلى ما تفعلونه أو تشعرون به عادة أثناء حدث ضاغط.

دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً	البنود
				1- أتوجّه للعمل أو نشاطات أخرى بُغية تغيير أفكارى
				2- أحمّد طريقة عملٍ وأتبعها
				3- أقول أنه لم يكن حقيقياً
				4- أبحث عن مساندة انفعالية من قبل الآخرين
				5- أتخلّى عن محاولة حلّ الموقف
				6- أحاول أن أجد الطمأنينة في ديني أو في المعتقدات الروحانية
				7- أتقبّل واقع وضعيتي الجديدة
				8- أتخلّص من مشاعري المزعجة بالحديث عنها
				9- أبحث من مساعدة ونصيحة الآخرين
				10- أحاول أن أرى الوضعية من زاوية أكثر إيجابية
				11- أنتقد نفسي
				12- أحاول وضع إستراتيجية عمّا كان يجب فعله
				13- أبحث عن مساندة وتفهم شخص ما
				14- أتخلّى عن الأمل في التعامل
				15- أتعامل مع الوضعية بالدُّعابة والمزاح
				16- أقوم بشيءٍ ما للتفكير أقلّ (كالذهاب للسينما، مشاهدة التلفاز، القراءة، أحلام اليقظة، النوم أو التسوق..)
				17- أعبر عن مشاعري السلبية

				18- أُحاول الحصول على نصائح أو مساعدة الآخرين بخصوص ما كان يجب فعله
				19- أركز جهودي على حلّ الموقف
				20- أرفض تصديق ما حدث لي
				21- أتعلّم العيش مع وضعتي الجديدة
				22- أخطّط للمراحل التي سأتابعها
				23- أعاتب نفسي على الأشياء التي حدثت لي
				24- أبحث عن الجوانب الإيجابية في الأمور التي تحدث لي
				25- أصلي أو أتأمل
				26- أستمتع بالوضعية

الملحق رقم (9)

مقياس نوعية الحياة لمتلازمة الأمعاء المتهيجة IBS-36

(النسخة الأصلية)

Instruction :

Please **circle the number** that explains how you have been **IN THE PAST TWO MONTHS**.

Please say « In the past two months » ahead of each question as you think about the answer.

If the question does not apply to you, please circle **not applicable**.

//...../...../...../...../...../ Not applicable
0 1 2 3 4 5 6
Never Always

- 1) Have you afraid to eat out because of food causing bowel symptoms ?
- 2) Have you felt angry as a result of your bowel problem ?
- 3) Did you need to go suddenly when you had a bowel movement ?
- 4) Did your bowel symptoms interfere with your relationship with your children and/or partner ?
- 5) Did you avoid foods that you like because you were afraid that they might cause bowel symptoms ?
- 6) Did your bowel symptoms interfere with being able to do well at work/school/usual daily activities ?
- 7) Have you felt tearful or discouraged as a result of your bowel problem ?
- 8) Did you feel that your family / friends thought your symptoms were not real ?
- 9) How often, while participating in leisure or sport activities did you have to stop because of your bowel symptoms ?

- 10) Have you felt worried or anxious about never feeling any better ?
- 11) Did you miss work/school/usual daily activities because of your bowel problem ?
- 12) Did your bowel symptoms interfere with being able to concentrate ?
- 13) Have you felt alone or isolated from your family because of bowel symptoms ?
- 14) Were you embarrassed because of your bowel symptoms ?
- 15) Were you troubled by pain in your abdomen ?
- 16) Were you afraid that your bowel symptoms were getting worse ?
- 17) Were you troubled by bowel movements that were hard/difficult to pass ?
- 18) Did you check your diet from the previous day trying to find foods that might cause bowel symptoms ?
- 19) Did you avoid traveling due to worry about bowel symptoms ?
- 20) Did your bowel problems shorten the length of time you could work each day ?
- 21) Did your bowel symptoms keep you sleeping soundly during the night
- 22) Were you troubled by loose bowel movements ?
- 23) Did your bowel condition interfere with having sexual relations ?
- 24) Has being bloated troubled you ?
- 25) Did your bowel symptoms interfere with your enjoyment of leisure or sport activities ?
- 26) Was passing large amount of gas a problem ?
- 27) Were you concerned that your symptoms may be due to cancer ?
- 28) Have you had to delay or cancel going out socially because of your bowel problem ?
- 29) Were you tired in the morning because of your bowel symptoms ?
- 30) Did your bowel symptoms interfere with your desire to have sexual relations with your partner ?
- 31) Has feeling that you need to go to the bathroom even though your bowels are empty troubles you ?

32) Did you feel that your doctor/health professionals did not believe that your bowel symptoms were real ?

33) How often do you immediately need to find where washrooms are when you are in a new place ?

34) Did you avoid planning activities ahead of time because you were unsure of how your bowel symptoms would be ?

35) Has accidental soiling of your underwear troubled you ?

36) Were you late for or did you delay work/school/usual daily activities because of your bowel symptoms ?

الملحق رقم (10)

مقياس نوعية الحياة لمتلازمة الأمعاء المتهيجة IBS-36

(النسخة الأولى)

التعليمة

من فضلك ضع دائرة على الرقم الذي يشير إلى حالتك على مدار الشهرين الأخيرين.
من فضلك قل "على مدار الشهرين الأخيرين" عند بدأ كل سؤال عندما تفكر في الإجابة.
إذا كان السؤال لا ينطبق عليك ضع دائرة على جملة " لا ينطبق " .

6.....5.....4.....3.....2.....1.....0

لا يتطابق

دائماً

أبداً

- 1) هل كنت خائفاً من الأكل خارج البيت لأنه يسبب لك أعراضاً مرضية في الأمعاء؟
- 2) هل شعرت بالغضب كنتيجة لمشكلة أمعائك؟
- 3) هل اضطررت لمغادرة مجلس فجأة عندما شعرت بتحركات على مستوى الأمعاء؟
- 4) هل تؤثر أعراض الاضطراب المعوي على علاقتك مع أولادك و/أو شريكك؟
- 5) هل تجنبت تناول أطعمة مفضلة لديك تحسباً لما قد تسببه لك من اضطراب معوي؟
- 6) هل تؤثر أعراض الاضطراب المعوي على قدرتك في القيام بأعمالك في العمل/المدرسة/النشاطات اليومية المعتادة بشكل جيد؟
- 7) هل شعرت أنك حزين أو محبط كنتيجة لمشكلة أمعائك؟
- 8) هل شعرت أن عائلتك/أصدقائك ظنوا أن أعراضك غير حقيقية؟
- 9) عند مشاركتك في أنشطة ترفيهية أو نشاط رياضي، كم مرة كان يجب عليك أن تتوقف بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟

- 10) هل شعرت بالخوف أو القلق جراء عدم شعورك بأي تحسّن؟
- 11) هل اشتقت للعمل/المدرسة/النشاطات اليومية المعتادة بسبب مشكلة أمعائك؟
- 12) هل تؤثر أعراض الاضطراب المعوي على قدرتك على التركيز؟
- 13) هل شعرت أنك وحيد أو منعزل عن عائلتك بسبب أعراض اضطرابك المعوي؟
- 14) هل شعرت بالحرج بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟
- 15) عندما تصاحبك آلام في بطنك، هل تجعلك مضطرباً؟
- 16) هل أنت متخوف من تدهور حالة الاضطراب المعوي لديك؟
- 17) هل شعرت بالاضطراب بسبب التحركات المعوية والتي من الصعب تجاوزها؟
- 18) هل تحققت من غذائك الذي تناولته في اليوم السابق لمعرفة الأغذية التي قد تكون سببت أعراض الاضطراب المعوي؟
- 19) هل تجنبت السفر خوفاً من أعراض الاضطراب المعوي؟
- 20) هل تقلص أعراض الاضطراب المعوي مدة الوقت الذي يمكنك العمل فيه كل يوم؟
- 21) هل تمنعك أعراض الاضطراب المعوي من النوم على نحو سليم أثناء الليل؟
- 22) هل شعرت بالاضطراب بسبب التحركات الرخوة لأمعائك؟
- 23) هل تؤثر حالة أمعائك على علاقاتك الجنسية؟
- 24) هل يجعلك الشعور بالانتفاخ مضطرباً؟
- 25) هل تؤثر أعراض الاضطراب المعوي على استمتاعك بأوقات فراغك أو النشاطات الرياضية؟
- 26) هل يسبب لك الكمية الكبيرة من الغازات مشكلة؟
- 27) هل قلقك من أن تكون أعراضك ناتجة عن سرطان؟
- 28) هل اضطرت إلى تأخير أو إلغاء الخروج إلى المرافق العامة بسبب مشكلة أمعائك؟
- 29) هل تشعر بالإعياء في الصباح بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟

- 30) هل تؤثر أعراض اضطرابك على رغبتك في الجنس مع شريكك؟
- 31) هل تشعر بالاضطراب إحساسك بالحاجة للذهاب إلى الحمام على الرغم من أن أمعائك فارغة؟
- 32) هل شعرت أن طبيبك/ممتنهي الصحة يعتقد أن الأعراض المرضية لأمعائك غير حقيقية؟
- 33) كم مرة احتجت أن تجد مكان دورات المياه على الفور عندما تكون في مكان جديد؟
- 34) هل اجتبت أن تخطط لنشاطات في وقت مبكر بسبب عدم تأكذك من الحالة التي ستكون بها أعراض الاضطراب المعوي؟
- 35) هل شعرت بالاضطراب جراء اتساخ ملابسك الداخلية؟
- 36) هل تأخرت أو أجلت العمل/المدرسة/النشاطات اليومية بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟

الملحق رقم (11)

مقياس نوعية الحياة لمتلازمة الأمعاء المتهيجة

(النسخة النهائية)

التعليمة

من فضلك ضع دائرة على الرقم الذي يشير إلى حالتك على مدار الشهرين الأخيرين، من فضلك قل "على مدار الشهرين الأخيرين" عند بدء كل سؤال عندما تفكر في الإجابة، إذا كان السؤال لا ينطبق عليك ضع دائرة على جملة " لا ينطبق ".

6.....5.....4.....3.....2.....1.....0

لا يتطابق

دائماً

أبداً

(1) هل كنت خائفاً من الأكل خارج البيت لأنه يسبب لك أعراضاً مرضية في الأمعاء؟
6...5...4...3...2...1...0

(2) هل شعرت بالغضب كنتيجة لمشكلة في أمعائك؟
6...5...4...3...2...1...0

(3) هل كنت تضطر لمغادرة مجلس فجأة عندما شعرت بتحركات على مستوى الأمعاء؟
6...5...4...3...2...1...0

(4) هل كانت تؤثر أعراض الاضطراب المعوي لديك على علاقتك مع أولادك و/أو شريكك في الحياة؟
6...5...4...3...2...1...0

(5) هل كنت تتجنب تناول أطعمة مفضلة لديك تحسباً لما قد تسببه لك من اضطراب معوي؟
6...5...4...3...2...1...0

(6) هل كانت تؤثر أعراض الاضطراب المعوي في قدرتك على العمل بشكل جيد في العمل/المدرسة/النشاطات اليومية المعتادة ؟
6...5...4...3...2...1...0

(7) هل شعرت أنك حزين أو محبط بسبب مشكلة أمعائك؟
6...5...4...3...2...1...0

(8) كم مرة كنت مضطراً للتوقف عن المشاركة في الأنشطة الترفيهية، أو النشاط الرياضي بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟
6...5...4...3...2...1...0

- 9) هل شعرت بالخوف أو القلق جزأً عدم شعورك بأي تحسن؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 10) هل اشتقت للعمل/ للمدرسة/ للنشاطات اليومية المعتادة بسبب مشكلة أمعائك؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 11) هل تؤثر أعراض الاضطراب المعوي على قدرتك على التركيز؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 12) هل شعرت أنك وحيد أو منعزل عن عائلتك بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 13) هل شعرت بالحرج بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 14) هل شعرت بالانزعاج والاضطراب بسبب آلام في بطنك؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 15) هل تخوّفت من تدهور حالة الاضطراب المعوي؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 16) هل شعرت بالاضطراب بسبب التحركات المعوية والتي من الصعب تجاوزها؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 17) هل كنت تتأكد من الغداء الذي تناولته في اليوم السابق لمعرفة الأغذية التي قد تكون سبباً في أعراض الاضطراب المعوي؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 18) هل تجنّبت السفر خوفاً من أعراض الاضطراب المعوي؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 19) هل كانت أعراض الاضطراب تتسبب في تقليص مدة عملك اليومي؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 20) هل تمنعك أعراض الاضطراب المعوي من النوم على نحو سليم أثناء الليل؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 21) هل شعرت بالاضطراب بسبب التحركات اللينة لأمعائك؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 22) هل تؤثر حالة أمعائك على علاقاتك الجنسية؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 23) هل يجعلك الشعور بالانتفاخ مضطرباً؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 24) هل أثرت أعراض الاضطراب المعوي على استمتاعك بأوقات فراغك أو النشاطات الرياضية؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 25) هل تسبب لك الكمية الكبيرة من الغازات مشكلة؟ 6...5...4...3...2...1...0

- 26) هل قلقك من أن تكون أعراضك ناتجة عن سرطان؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 27) هل اضطرت إلى تأخير أو إلغاء الخروج إلى المرافق العامة بسبب مشكلة أمعائك؟
6...5...4...3...2...1...0
- 28) هل شعرت بالإعياء في الصباح بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟
6...5...4...3...2...1...0
- 29) هل تشعر بالاضطراب إحساسك بالحاجة للذهاب إلى الحمام على الرغم من أن أمعائك فارغة؟
6...5...4...3...2...1...0
- 30) هل شعرت بأن طبيبك يعتقد أن الأعراض المرضية لأمعائك غير حقيقية؟
6...5...4...3...2...1...0
- 31) كم مرة احتجت إلى دورات المياه فوراً عندما تتواجد في مكان جديد؟
6...5...4...3...2...1...0
- 32) هل اجتنبت التخطيط للنشاطات في وقت مبكر بسبب عدم تأكّدك من الحالة التي ستكون عليها أعراض الاضطراب المعوي؟
6...5...4...3...2...1...0
- 33) هل شعرت بالاضطراب جراء اتّساخ ملابسك الداخلية؟ 6...5...4...3...2...1...0
- 34) هل تأخرت أو أجّلت العمل/المدرسة/النشاطات اليومية بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟
6...5...4...3...2...1...0

بعض التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية

التعديلات المقترحة	الترجمة الأولى	البند بالغة الأصلية
يميل لانتقاد الآخرين	لديه ميل لانتقاد الآخرين	(2) a tendance à critiquer les autres
قد يكون متهاون في بعض الأحيان	ربّما مهملاً في بعض الأحيان	(8) peut être parfois négligent
قد يكون قلقاً	قد يكون متوتراً	(14) peut être angoissé
عبقري ومبتكر	ذكي، ذو عقلٍ كبير	(15) est ingénieux, une grosse tête
يعطي انطباع بالحماس الكبير	متحمسٌ جداً	(16) communique beaucoup d'enthousiasme
يؤنّب نفسه كثيراً	يُعذّب نفسه كثيراً	(19) se tourmente beaucoup
لديه ميل إلى الصمت	لديه ميل أن يكون صامتاً	(21) a tendance à être silencieux

الملحق رقم (13)

بعض التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس استراتيجيات التعامل المختصر

التعديلات المقترحة	الترجمة الأولية	البند باللُّغة الأصلية
أتوجّه للعمل أو نشاطات أخرى بغية تغيير أفكارى	أتجه لنشاطات أخرى لأغير أفكارى	(1) Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées
أقول أنه لم يكن حقيقياً	أقول أنه ليس حقيقي	(3) Je dis que ce n'était pas réel
أتعاطى الكحول أو مواد أخرى لأشعر بالتحسن	أشرب الكحول أو مواد أخرى لأتحسن	(4) Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux
أتخلّى عن محاولة حلّ الموقف	أستسلم من محاولة حلّ الوضعية	(6) Je renonce à essayer de résoudre la situation
أحاول أن أجد الطمأنينة في دينى أو في المعتقدات الروحانية	أحاول أن أجد راحة في دينى أو في معتقدات روحانية	(7) Je essaye de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles
أحاول وضع استراتيجية حول ما كان يجب عمله	أحاول أن أصمم طريقة فيما يتعلّق بالذي يجب عمله	(13) J'essaye d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire
أتخلّى عن الأمل في التعامل	أترك أمل المواجهة	(15) Je abandonne l'espoir de faire face

الملحق رقم (14)

التعديلات المقترحة للبنود المترجمة لمقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجَة

التعديلات المقترحة	الترجمة الأولية	البند باللغة الأصلية
هل كانت أعراض الاضطراب المعوي لديك تؤثر على علاقتك مع أولادك و/أو شريكك في الحياة ؟	هل تؤثر أعراض الاضطراب المعوي على علاقتك مع أولادك و/أو شريكك؟	(4) Did your bowel symptoms interfere with your relationship with your children and/or partner ?
كم مرة كنت مضطر للتوقف عن المشاركة في الأنشطة الترفيهية ، أو النشاط الرياضي بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟	عند مشاركتك في أنشطة ترفيهية أو نشاط رياضي، كم مرة كان يجب عليك أن تتوقف بسبب أعراض الاضطراب المعوي؟	(9) How often, while participating in leisure or sport activities did you have to stop because of your bowel symptoms ?
هل شعرت بالانزعاج والاضطراب بسبب آلام في بطنك؟	عندما تصاحبك آلام في بطنك، هل تجعلك مضطرباً؟	(15) Were you troubled by pain in your abdomen ?
هل تخوفت من تدهور حالة الاضطراب المعوي ؟	هل أنت متخوف من تدهور حالة الاضطراب المعوي لديك؟	(16) Were you afraid that your bowel symptoms were getting worse ?
هل كانت أعراض الاضطراب تتسبب في تقليص مدة عملك اليومي؟	هل تقلص أعراض الاضطراب المعوي مدّة الوقت الذي يمكنك العمل فيه كل يوم؟	(20) Did your bowel problems shorten the length of time you could work each day ?
هل شعرت بالاضطراب بسبب التحركات اللينة لأمعائك؟	هل شعرت بالاضطراب بسبب التحركات الرخوة لأمعائك؟	(22) Were you troubled by loose bowel movements ?

نتائج التحليل الإحصائي

صدق الاتساق الداخلي لمقياس العوامل الخمسة للشخصية

Corrélations

Corrélations

		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	انبساطية
E1	Corrélacion de Pearson	1	,135	,116	,077*	,44*	,030	,200	,221	,541**
	Sig. (bilatérale)		,477	,540	,686	,015	,875	,289	,241	,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
E2	Corrélacion de Pearson	,135	1	,080	,070	,084	,035	-,122	,203	,361
	Sig. (bilatérale)	,477		,676	,713	,660	,856	,522	,283	,050
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
E3	Corrélacion de Pearson	,116	,080	1	,377*	,188	,36*	,215	,50**	,668**
	Sig. (bilatérale)	,540	,676		,040	,319	,048	,255	,005	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
E4	Corrélacion de Pearson	,077	,070	,377*	1	,254	,005	,377*	-,101	,489**
	Sig. (bilatérale)	,686	,713	,040		,176	,980	,040	,596	,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
E5	Corrélacion de Pearson	,440*	,084	,188	,254	1	-,14	,60**	,213	,622**
	Sig. (bilatérale)	,015	,660	,319	,176		,464	,000	,258	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
E6	Corrélacion de Pearson	,030	,035	,364*	,005	-,14	1	,009	,256	,388*
	Sig. (bilatérale)	,875	,856	,048	,980	,464		,961	,171	,034
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
E7	Corrélacion de Pearson	,200	-,122	,215	,377*	,60**	,009	1	,298	,590**
	Sig. (bilatérale)	,289	,522	,255	,040	,000	,961		,110	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
E8	Corrélacion de Pearson	,221	,203	,502**	-,101	,213	,256	,298	1	,574**
	Sig. (bilatérale)	,241	,283	,005	,596	,258	,171	,110		,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
انبساطية	Corrélacion de Pearson	,54**	,361	,668**	,49**	,62**	,39*	,59**	,57**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	,050	,000	,006	,000	,034	,001	,001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. La corrélacion est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

RELIABILITY

/VARIABLES=O O_A O_B O_C O_D O_E O_F O_G O_H O_I
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

Corrélations

		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	الانفتاحية ة
○	Corrélation de Pearson	1	,214	,5**	-,03	,227	,005	,05	,17	,011	,03	,42*	
	Sig. (bilatérale)		,257	,005	,860	,227	,980	,80	,38	,952	,87	,019	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,214	1	-,22	-,12	,141	,51**	-,1	,36	-,17	,03	,333	
	Sig. (bilatérale)	,257		,240	,535	,458	,004	,55	,05	,373	,86	,072	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,50**	-,22	1	,030	,56**	-,19	,11	,20	,39*	,19	,5**	
	Sig. (bilatérale)	,005	,240		,877	,001	,306	,56	,29	,034	,32	,002	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	-,03	-,12	,030	1	,001	,236	,17	-,2	,226	,17	,280	
	Sig. (bilatérale)	,860	,535	,877		,995	,209	,36	,20	,231	,38	,134	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,227	,141	,6**	,001	1	,275	,34	,33	,333	,32	,8**	
	Sig. (bilatérale)	,227	,458	,001	,995		,141	,06	,08	,072	,09	,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,005	,51**	-,19	,236	,275	1	,11	,21	,097	,4*	,6**	
	Sig. (bilatérale)	,980	,004	,306	,209	,141		,56	,27	,609	,02	,001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,047	-,11	,110	,174	,344	,112	1	,07	-,13	,03	,37*	
	Sig. (bilatérale)	,805	,550	,564	,357	,063	,556		,71	,498	,88	,044	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,167	,358	,201	-,24	,328	,207	,07	1	,107	-,2	,46*	
	Sig. (bilatérale)	,377	,052	,287	,198	,076	,272	,71		,575	,21	,012	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,011	-,17	,39*	,226	,333	,097	-,1	,11	1	,4*	,5**	
	Sig. (bilatérale)	,952	,373	,034	,231	,072	,609	,50	,57		,01	,006	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
○	Corrélation de Pearson	,030	,033	,189	,166	,316	,42*	,03	-,2	,44*	1	,5**	
	Sig. (bilatérale)	,874	,861	,316	,379	,089	,020	,88	,21	,014		,005	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
الانفتاحية	Corrélation de Pearson	,42*	,333	,5**	,280	,76**	,57**	,4*	,5*	,5**	,5**	,5**	1
	Sig. (bilatérale)	,019	,072	,002	,134	,000	,001	,04	,01	,006	,01	,01	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	الطبية
A	Corrélacion de Pearson	1	,080	,18	-,1	,155	,198	,10	-,02	,19	-,08	,370*
	Sig. (bilatérale)		,675	,33	,70	,412	,294	,60	,90	,32	,68	,044
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	,080	1	,13	,11	,093	,199	,31	-,05	,10	,5**	,518**
	Sig. (bilatérale)	,675		,48	,56	,625	,293	,09	,78	,60	,01	,003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	,184	,135	1	,0	-,076	-,06	,22	-,02	,05	-,03	,367*
	Sig. (bilatérale)	,331	,477		,82	,689	,738	,25	,93	,79	,89	,046
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	-,073	,110	,0	1	,149	,44*	,22	-,06	,16	-,12	,364*
	Sig. (bilatérale)	,700	,563	,82		,431	,015	,23	,77	,39	,52	,048
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	,155	,093	-,1	,15	1	,222	,09	-,10	,22	,06	,354
	Sig. (bilatérale)	,412	,625	,69	,43		,239	,65	,58	,25	,75	,055
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	,198	,199	-,1	,4*	,222	1	,5**	,24	,0	,22	,647**
	Sig. (bilatérale)	,294	,293	,74	,02	,239		,01	,21	,88	,24	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	,099	,313	,22	,22	,087	,48**	1	,15	-,1	,40*	,756**
	Sig. (bilatérale)	,602	,093	,25	,23	,648	,007		,42	,69	,03	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	-,025	-,053	,0	-,1	-,105	,235	,15	1	,05	,13	,316
	Sig. (bilatérale)	,897	,781	,93	,77	,582	,211	,42		,78	,51	,089
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	,187	,101	,05	,16	,215	-,03	-,08	,05	1	-,25	,193
	Sig. (bilatérale)	,321	,596	,79	,39	,253	,883	,69	,78		,19	,307
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	Corrélacion de Pearson	-,079	,494**	,0	-,1	,061	,220	,40*	,13	-,2	1	,455*
	Sig. (bilatérale)	,678	,006	,89	,52	,747	,242	,03	,51	,19		,012
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
الطبية	Corrélacion de Pearson	,370*	,518**	,4*	,4*	,354	,65**	,8**	,32	,19	,45*	1
	Sig. (bilatérale)	,044	,003	,05	,05	,055	,000	,00	,09	,31	,01	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	الوعي
C	Corrélation de Pearson	1	,065	-,09	-,14	-,23	-,05	,000	,058	-,239	,045
	Sig. (bilatérale)		,733	,635	,45	,23	,80	1,0	,761	,204	,812
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	,065	1	,144	,03	,05	,20	,160	-,05	,292	,422*
	Sig. (bilatérale)	,733		,448	,89	,79	,30	,397	,781	,117	,020
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	-,090	,144	1	,36*	,02	,7**	,43*	,177	-,062	,47**
	Sig. (bilatérale)	,635	,448		,05	,93	,00	,017	,351	,744	,008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	-,144	,026	,36*	1	,15	,22	,323	,175	,279	,61**
	Sig. (bilatérale)	,449	,891	,049		,43	,24	,081	,355	,135	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	-,227	,051	,017	,15	1	,08	,285	,106	,279	,48**
	Sig. (bilatérale)	,227	,790	,927	,43		,67	,126	,578	,136	,008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	-,048	,195	,69**	,22	,08	1	,5**	,38*	,046	,60**
	Sig. (bilatérale)	,800	,301	,000	,24	,67		,004	,040	,808	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	,000	,160	,43*	,32	,29	,5**	1	,5**	,130	,73**
	Sig. (bilatérale)	1,000	,397	,017	,08	,13	,00		,006	,493	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	,058	-,05	,177	,17	,11	,38*	,5**	1	-,289	,47**
	Sig. (bilatérale)	,761	,781	,351	,36	,58	,04	,006		,121	,008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C	Corrélation de Pearson	-,239	,292	-,06	,28	,28	,05	,130	-,29	1	,431*
	Sig. (bilatérale)	,204	,117	,744	,13	,14	,81	,493	,121		,017
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
الوعي	Corrélation de Pearson	,045	,42*	,47**	,6**	,5**	,6**	,7**	,5**	,431*	1
	Sig. (bilatérale)	,812	,020	,008	,00	,01	,00	,000	,008	,017	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

	N	N	N	N	N	N	N	N	N	العصائية
N	Corrélacion de Pearson	1	,179	,28	,6**	-,02	,5**	,304	,24	,701**
	Sig. (bilatérale)		,344	,14	,00	,907	,00	,103	,20	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N	Corrélacion de Pearson	,179	1	,0	,11	,233	,05	,249	,08	,456*
	Sig. (bilatérale)	,344		,91	,55	,216	,79	,185	,68	,011
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N	Corrélacion de Pearson	,275	-,021	1	,11	,084	,16	,004	,5**	,437*
	Sig. (bilatérale)	,141	,911		,55	,659	,41	,983	,00	,016
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N	Corrélacion de Pearson	,60**	,113	,11	1	-,14	,7**	,095	,24	,596**
	Sig. (bilatérale)	,000	,552	,55		,453	,00	,616	,20	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N	Corrélacion de Pearson	-,022	,233	,08	-,14	1	,17	,218	,20	,416*
	Sig. (bilatérale)	,907	,216	,66	,45		,36	,247	,30	,022
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N	Corrélacion de Pearson	,54**	,050	,16	,7**	,173	1	,315	,37*	,742**
	Sig. (bilatérale)	,002	,794	,41	,00	,361		,090	,05	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N	Corrélacion de Pearson	,304	,249	,00	,10	,218	,31	1	-,08	,515**
	Sig. (bilatérale)	,103	,185	,98	,62	,247	,09		,69	,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N	Corrélacion de Pearson	,242	,079	,5**	,24	,196	,37*	-,076	1	,560**
	Sig. (bilatérale)	,197	,678	,00	,20	,299	,05	,691		,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
العصائية	Corrélacion de Pearson	,70**	,456*	,4*	,6**	,42*	,7**	,52**	,6**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,011	,02	,00	,022	,00	,004	,00	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,618	8

المعيار

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,538	10

المعيار

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,522	9

المعيار

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,671	8

المعيار

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,611	10

المعيار

الصدق الذاتي لمقياس استراتيجيات التعامل

Corrélations

Corrélations

		A1	A2	التعامل النشط
A1	Corrélacion de Pearson	1	,440*	,903**
	Sig. (bilatérale)		,015	,000
	N	30	30	30
A2	Corrélacion de Pearson	,440*	1	,783**
	Sig. (bilatérale)	,015		,000
	N	30	30	30
التعامل النشط	Corrélacion de Pearson	,903**	,783**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

*. La corrélacion est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		B1	B2	التخطيط
B1	Corrélacion de Pearson	1	,291	,844**
	Sig. (bilatérale)		,119	,000
	N	30	30	30
B2	Corrélacion de Pearson	,291	1	,759**
	Sig. (bilatérale)	,119		,000
	N	30	30	30
التخطيط	Corrélacion de Pearson	,844**	,759**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		التعامل النشط	التخطيط	استراتيجيات حل المشكل
التعامل النشط	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 30	,673** ,000 30	,908** ,000 30
التخطيط	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,673** ,000 30	1 ,000 30	,921** ,000 30
استراتيجيات حل المشكل	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,908** ,000 30	,921** ,000 30	1 ,000 30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		C1	C2	التجنب
C1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 30	,641** ,000 30	,893** ,000 30
C2	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,641** ,000 30	1 ,000 30	,918** ,000 30
التجنب	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,893** ,000 30	,918** ,000 30	1 ,000 30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		D1	D2	الانتهاء
D1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 30	,060 ,751 30	,719** ,000 30
D2	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,060 ,751 30	1 ,000 30	,737** ,000 30
الانتهاء	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,719** ,000 30	,737** ,000 30	1 ,000 30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		E1	E2	استعمال مواد
E1	Corrélacion de Pearson	1	,266	,964**
	Sig. (bilatérale)		,156	,000
	N	30	30	30
E2	Corrélacion de Pearson	,266	1	,512**
	Sig. (bilatérale)	,156		,004
	N	30	30	30
استعمال مواد	Corrélacion de Pearson	,964**	,512**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,004	
	N	30	30	30

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		F1	F2	الانكار
F1	Corrélacion de Pearson	1	,400*	,814**
	Sig. (bilatérale)		,028	,000
	N	30	30	30
F2	Corrélacion de Pearson	,400*	1	,858**
	Sig. (bilatérale)	,028		,000
	N	30	30	30
الانكار	Corrélacion de Pearson	,814**	,858**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

*. La corrélacion est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		G1	G2	التوبيخ
G1	Corrélation de Pearson	1	,480**	,869**
	Sig. (bilatérale)		,007	,000
	N	30	30	30
G2	Corrélation de Pearson	,480**	1	,851**
	Sig. (bilatérale)	,007		,000
	N	30	30	30
التوبيخ	Corrélation de Pearson	,869**	,851**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		التجنب	الإنهاء	استعمال مواد	الإنكار	التوبيخ	استراتيجيات التجنب
التجنب	Corrélation de Pearson	1	,128	,114	,549**	,368*	,791**
	Sig. (bilatérale)		,501	,550	,002	,046	,000
	N	30	30	30	30	30	30
الإنهاء	Corrélation de Pearson	,128	1	-,116	,221	-,015	,411*
	Sig. (bilatérale)	,501		,543	,241	,937	,024
	N	30	30	30	30	30	30
استعمال مواد	Corrélation de Pearson	,114	-,116	1	,345	,068	,317
	Sig. (bilatérale)	,550	,543		,062	,722	,088
	N	30	30	30	30	30	30
الإنكار	Corrélation de Pearson	,549**	,221	,345	1	,175	,785**
	Sig. (bilatérale)	,002	,241	,062		,354	,000
	N	30	30	30	30	30	30
التوبيخ	Corrélation de Pearson	,368*	-,015	,068	,175	1	,588**
	Sig. (bilatérale)	,046	,937	,722	,354		,001
	N	30	30	30	30	30	30
استراتيجيات التجنب	Corrélation de Pearson	,791**	,411*	,317	,785**	,588**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,024	,088	,000	,001	
	N	30	30	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		H1	H2	الفكاهة
H1	Corrélation de Pearson	1	,326	,760**
	Sig. (bilatérale)		,079	,000
	N	30	30	30
H2	Corrélation de Pearson	,326	1	,862**
	Sig. (bilatérale)	,079		,000
	N	30	30	30
الفكاهة	Corrélation de Pearson	,760**	,862**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		I1	I2	التاويل
I1	Corrélation de Pearson	1	,597**	,896**
	Sig. (bilatérale)		,001	,000
	N	30	30	30
I2	Corrélation de Pearson	,597**	1	,891**
	Sig. (bilatérale)	,001		,000
	N	30	30	30
التاويل	Corrélation de Pearson	,896**	,891**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations

		J1	J2	التقبل
J1	Corrélation de Pearson	1	,470**	,860**
	Sig. (bilatérale)		,009	,000
	N	30	30	30
J2	Corrélation de Pearson	,470**	1	,855**
	Sig. (bilatérale)	,009		,000
	N	30	30	30
التقبل	Corrélation de Pearson	,860**	,855**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		الفكاهة	التأويل	التقبل	استراتيجيات التفكير +
الفكاهة	Corrélacion de Pearson	1	,037	,054	,468**
	Sig. (bilatérale)		,848	,778	,009
	N	30	30	30	30
التأويل	Corrélacion de Pearson	,037	1	,449*	,787**
	Sig. (bilatérale)	,848		,013	,000
	N	30	30	30	30
التقبل	Corrélacion de Pearson	,054	,449*	1	,756**
	Sig. (bilatérale)	,778	,013		,000
	N	30	30	30	30
استراتيجيات التفكير +	Corrélacion de Pearson	,468**	,787**	,756**	1
	Sig. (bilatérale)	,009	,000	,000	
	N	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		L1	L2	مساندة انفعالية
L1	Corrélacion de Pearson	1	,499**	,846**
	Sig. (bilatérale)		,005	,000
	N	30	30	30
L2	Corrélacion de Pearson	,499**	1	,884**
	Sig. (bilatérale)	,005		,000
	N	30	30	30
مساندة انفعالية	Corrélacion de Pearson	,846**	,884**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		M1	M2	مساعدة مادية
M1	Corrélation de Pearson	1	-,335	,541**
	Sig. (bilatérale)		,071	,002
	N	30	30	30
M2	Corrélation de Pearson	-,335	1	,612**
	Sig. (bilatérale)	,071		,000
	N	30	30	30
مساعدة مادية	Corrélation de Pearson	,541**	,612**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	,000	
	N	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		تعبير المشاعر	مساعدة انفعالية	مساعدة مادية	الدين	استراتيجيات البحث عن الدعم الاج
تعبير المشاعر	Corrélation de Pearson	1	-,066	,455*	,226	,572**
	Sig. (bilatérale)		,729	,012	,230	,001
	N	30	30	30	30	30
مساعدة انفعالية	Corrélation de Pearson	-,066	1	,387*	,260	,608**
	Sig. (bilatérale)	,729		,034	,165	,000
	N	30	30	30	30	30
مساعدة مادية	Corrélation de Pearson	,455*	,387*	1	,459*	,813**
	Sig. (bilatérale)	,012	,034		,011	,000
	N	30	30	30	30	30
الدين	Corrélation de Pearson	,226	,260	,459*	1	,730**
	Sig. (bilatérale)	,230	,165	,011		,000
	N	30	30	30	30	30
استراتيجيات البحث عن الدعم الاج	Corrélation de Pearson	,572**	,608**	,813**	,730**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

استراتيجيات حل المشكل

الثبات

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,738	4

Fiabilité

استراتيجيات التجنب

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,670	10

استراتيجيات التفكير الايجابي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,615	6

Fiabilité

استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,713	8

Fiabilité

صدق الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة

Corrélations

[Jeu_de_données1]

Corrélations

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	نوعية الحياة
1	Corrélacion de Pearson	1	1**	,2	,0	0*	,25	,4*	,10	-,2	,3	,427*
	Sig. (bilatérale)		,0	,4	,8	,0	,19	,0	,58	,4	,1	,018
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
2	Corrélacion de Pearson	,5**	1	,3	,3	0*	,30	,5*	,0	,0	,4*	,541**
	Sig. (bilatérale)	,00		,1	,1	,0	,11	,0	,85	1	,0	,002
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
3	Corrélacion de Pearson	,15	,3	1	,3	,1	,19	,2	,00	,4*	,0	,552**
	Sig. (bilatérale)	,43	,1		,1	,7	,32	,2	,98	,0	,8	,002
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
4	Corrélacion de Pearson	,04	,3	,3	1	,1	,37*	,1	,00	0**	-,1	,436*
	Sig. (bilatérale)	,82	,1	,1		,5	,05	,5	,99	,0	,8	,016
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
5	Corrélacion de Pearson	,46*	,4*	,1	,1	1	,39*	,3	-,1	,1	,2	,441*
	Sig. (bilatérale)	,01	,0	,7	,5		,03	,1	,47	,8	,2	,015
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
6	Corrélacion de Pearson	,25	,3	,2	,4*	0*	1	1**	-,4*	,3	-,1	,539**
	Sig. (bilatérale)	,19	,1	,3	,0	,0		,0	,04	,2	,8	,002
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
7	Corrélacion de Pearson	,45*	,5*	,2	,1	,3	,5**	1	-,1	,2	,4*	,707**
	Sig. (bilatérale)	,01	,0	,2	,5	,1	,00		,63	,2	,0	,000
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30

** : دلالة عند 0,01
* : دلالة عند 0,05

Corrélations

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	نوعية الحياة
8	Corrélacion de Pearson	,10	,0	,0	,0	0	-,4*	-,1	1	,1	,1	,052
	Sig. (bilatérale)	,58	,9	1	1	,5	,04	,6		,6	,5	,784
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
9	Corrélacion de Pearson	-,16	,0	0*	0**	,1	,26	,2	,09	1	,2	,624**
	Sig. (bilatérale)	,39	1	,0	,0	,8	,17	,2	,64		,4	,000
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
10	Corrélacion de Pearson	,28	,4*	,0	-,1	,2	-,06	,4*	,13	,2	1	,420*
	Sig. (bilatérale)	,13	,0	,8	,8	,2	,76	,0	,48	,4		,021
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30
نوعية الحياة	Corrélacion de Pearson	,43*	1**	1**	,4*	0*	,5**	1**	,05	1**	,4*	1
	Sig. (bilatérale)	,02	,0	,0	,0	,0	,00	,0	,78	,0	,0	
	N	30	30	30	30	...	30	30	30	30	30	30

** . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélacion est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=V11 V12 V13 V14 V15 V16 V17 V18 V19 V20 نوعية الحياة
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
    
```

Corrélations

Corrélations

		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	نوعية الحياة
11	Corrélacion de Pearson	1	1**	1**	-,1	,42*	,39*	,32	-,06	,4*	,39*	,566**
	Sig. (bilatérale)		,0	,0	,6	,019	,031	,09	,769	,04	,034	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
12	Corrélacion de Pearson	,6**	1	0**	,2	,6**	,52**	,5**	,317	,6**	,45*	,809**
	Sig. (bilatérale)	,00		,0	,3	,001	,003	,01	,087	,00	,012	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
13	Corrélacion de Pearson	,6**	0**	1	,0	,262	,42*	,4*	,124	,5**	,37*	,641**
	Sig. (bilatérale)	,00	,0		1	,162	,022	,02	,513	,01	,044	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
14	Corrélacion de Pearson	-,1	,2	,0	1	,349	,260	,35	,155	,00	-,18	,371*
	Sig. (bilatérale)	,63	,3	1		,059	,166	,06	,414	,99	,345	,044
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
15	Corrélacion de Pearson	,4*	1**	,3	,3	1	,40*	,4*	,128	,22	,243	,616**
	Sig. (bilatérale)	,02	,0	,2	,1		,027	,02	,502	,25	,195	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
16	Corrélacion de Pearson	,4*	1**	,4*	,3	,40*	1	,26	,41*	,23	,229	,732**
	Sig. (bilatérale)	,03	,0	,0	,2	,027		,16	,025	,21	,223	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
17	Corrélacion de Pearson	,32	0**	,4*	,4	,43*	,265	1	,150	,34	,168	,580**
	Sig. (bilatérale)	,09	,0	,0	,1	,018	,157		,430	,07	,375	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
18	Corrélacion de Pearson	-,1	,3	,1	,2	,128	,41*	,15	1	,27	,141	,411*
	Sig. (bilatérale)	,77	,1	,5	,4	,502	,025	,43		,15	,456	,024
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
19	Corrélacion de Pearson	,4*	1**	0**	,0	,216	,234	,34	,272	1	,7**	,602**
	Sig. (bilatérale)	,04	,0	,0	1	,251	,213	,07	,146		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
20	Corrélacion de Pearson	,4*	,5*	,4*	-,2	,243	,229	,17	,141	,7**	1	,551**
	Sig. (bilatérale)	,03	,0	,0	,3	,195	,223	,38	,456	,00		,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
نوعية الحياة	Corrélacion de Pearson	,6**	1**	1**	,4*	,6**	,73**	,6**	,41*	,6**	,6**	1
	Sig. (bilatérale)	,00	,0	,0	,0	,000	,000	,00	,024	,00	,002	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=V21 V22 V23 V24 V25 V26 V27 V28 V29 V30 نوعية الحياة

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Corrélations

		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	نوعية الحياة
21	Corrélacion de Pearson	1	,5**	,2	,30	,6**	,17	,1	,45*	,5**	-,09	,606**
	Sig. (bilatérale)		,00	,2	,11	,00	,38	,6	,01	,00	,63	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
22	Corrélacion de Pearson	1**	1	0*	,46*	,7**	,24	,2	,6**	,4*	,11	,687**
	Sig. (bilatérale)	,0		,0	,01	,00	,20	,4	,00	,03	,56	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
23	Corrélacion de Pearson	,2	,39*	1	,32	,43*	,15	,3	,09	,16	,7**	,556**
	Sig. (bilatérale)	,2	,03		,09	,02	,42	,2	,63	,41	,00	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
24	Corrélacion de Pearson	,3	,46*	,3	1	,5**	,7**	1**	,5**	,6**	,20	,583**
	Sig. (bilatérale)	,1	,01	,1		,01	,00	,0	,00	,00	,28	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
25	Corrélacion de Pearson	1**	,7**	0*	,5**	1	,24	,4*	,7**	,6**	,08	,825**
	Sig. (bilatérale)	,0	,00	,0	,01		,20	,0	,00	,00	,69	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
26	Corrélacion de Pearson	,2	,24	,2	,7**	,24	1	1**	,32	,6**	,15	,450*
	Sig. (bilatérale)	,4	,20	,4	,00	,20		,0	,09	,00	,42	,012
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
27	Corrélacion de Pearson	,1	,16	,3	,5**	,39*	,6**	1	,6**	,6**	,41*	,645**
	Sig. (bilatérale)	,6	,41	,2	,00	,03	,00		,00	,00	,02	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
28	Corrélacion de Pearson	0*	,6**	,1	,5**	,7**	,32	1**	1	,6**	-,07	,672**
	Sig. (bilatérale)	,0	,00	,6	,00	,00	,09	,0		,00	,70	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
29	Corrélacion de Pearson	1**	,39*	,2	,6**	,6**	,6**	1**	,6**	1	,15	,701**
	Sig. (bilatérale)	,0	,03	,4	,00	,00	,00	,0	,00		,43	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Corrélations

		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	نوعية الحياة
30	Corrélacion de Pearson	0	,11	1**	,20	,08	,15	,4*	-,07	,15	1	,341
	Sig. (bilatérale)	,6	,56	,0	,28	,69	,42	,0	,70	,43		,066
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
نوعية الحياة	Corrélacion de Pearson	1**	,7**	1**	,6**	,8**	,5*	1**	,7**	,7**	,34	1
	Sig. (bilatérale)	,0	,00	,0	,00	,00	,01	,0	,00	,00	,07	.
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

CORRELATIONS

/VARIABLES=V31 V32 V33 V34 V35 V36 نوعية الحياة

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Corrélations

		31	32	33	34	35	36	نوعية الحياة
31	Corrélacion de Pearson	1	,070	,51**	,437*	,252	,247	,596**
	Sig. (bilatérale)		,713	,004	,016	,179	,189	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30
32	Corrélacion de Pearson	,070	1	,317	,224	,151	,382*	,436*
	Sig. (bilatérale)	,713		,087	,234	,426	,037	,016
	N	30	30	30	30	30	30	30
33	Corrélacion de Pearson	,512**	,317	1	,471**	,52**	,362*	,591**
	Sig. (bilatérale)	,004	,087		,009	,003	,050	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30
34	Corrélacion de Pearson	,437*	,224	,47**	1	,275	,53**	,670**
	Sig. (bilatérale)	,016	,234	,009		,141	,002	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
35	Corrélacion de Pearson	,252	,151	,52**	,275	1	,300	,464**
	Sig. (bilatérale)	,179	,426	,003	,141		,107	,010
	N	30	30	30	30	30	30	30

		Corrélations						
		31	32	33	34	35	36	نوعية الحياة
36	Corrélacion de Pearson							
	Sig. (bilatérale)	,247	,382*	,36*	,534**	,300	1	,565**
	N	,189	,037	,050	,002	,107		,001
		30	30	30	30	30	30	30
نوعية الحياة	Corrélacion de Pearson							
	Sig. (bilatérale)	,596**	,436*	,59**	,670**	,46**	,57**	1
	N	,001	,016	,001	,000	,010	,001	
		30	30	30	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclu ^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
,935	36

البيانات

FREQUENCIES VARIABLES=المتابعة الطبية مدة المرض السن الجنس
 /BARChart PERCENT
 /ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

Table de fréquences

الجنس

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ذكر	10	12,5	12,5	12,5
انثى	70	87,5	87,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

السن

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide من 18 الى 30 سنة	34	42,5	43,0	43,0
من 31 الى 49 سنة	36	45,0	45,6	88,6
من 50 سنة فأكثر	9	11,3	11,4	100,0
Total	79	98,8	100,0	
Manquant Système	1	1,3		
Total	80	100,0		

مدة المرض

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide اقل من 5 سنوات	45	56,3	56,3	56,3
من 5 الى 10 سنوات	17	21,3	21,3	77,5
اكثر من 10 سنوات	18	22,5	22,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

المتابعة الطبية

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide غير مواظب على المتابعة الطبية	39	48,8	48,8	48,8
مواظب على المتابعة الطبية	41	51,3	51,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

سمة الوعي واستراتيجيات التعامل

Rangs

مستوى سمة الوعي		N	Rang moyen :
استراتيجية التعامل النشط	مستوى منخفض	15	25,90
	مستوى متوسط	42	41,20
	مستوى مرتفع	23	48,74
	Total	80	
استراتيجية التخطيط	مستوى منخفض	15	30,93
	مستوى متوسط	42	40,64
	مستوى مرتفع	23	46,48
	Total	80	
استراتيجيات حل المشكل	مستوى منخفض	15	26,83
	مستوى متوسط	42	41,15
	مستوى مرتفع	23	48,22
	Total	80	

Rangs

مستوى سمة العصابية		N	Rang moyen :
نوعية الحياة	مستوى منخفض	12	26,13
	مستوى متوسط	34	34,41
	مستوى مرتفع	34	51,66
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية التعامل النشط	استراتيجية التخطيط	استراتيجيات حل المشكل
Khi-deux	9,186	4,215	7,848
ddl	2	2	2
Sig. asymptotique	,010	,122	,020

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الوعي

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الوعي		N	Rang moyen :
استراتيجية الالهاء	مستوى منخفض	15	40,80
	مستوى متوسط	42	36,02
	مستوى مرتفع	23	48,48
	Total	80	
استراتيجية الانكار	مستوى منخفض	15	46,13
	مستوى متوسط	42	41,31
	مستوى مرتفع	23	35,35
	Total	80	
استراتيجية التجنب السلوكي	مستوى منخفض	15	55,03
	مستوى متوسط	42	39,82
	مستوى مرتفع	23	32,26
	Total	80	
استراتيجية التوبيخ	مستوى منخفض	15	44,07
	مستوى متوسط	42	41,90
	مستوى مرتفع	23	35,61
	Total	80	
استراتيجيات التجنب	مستوى منخفض	15	49,03
	مستوى متوسط	42	40,45
	مستوى مرتفع	23	35,02
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الالهاء	استراتيجية الانكار	استراتيجية التجنب السلوكي	استراتيجية التوبيخ	استراتيجيات التجنب
Khi-deux	4,475	2,157	9,260	1,613	3,333
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,107	,340	,010	,446	,189

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الوعي

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الوعي		N	Rang moyen :
استراتيجية الفكاهاة	مستوى منخفض	15	35,90
	مستوى متوسط	42	41,20
	مستوى مرتفع	23	42,22
	Total	80	
استراتيجية اعادة التاويل	مستوى منخفض	15	25,33
	مستوى متوسط	42	43,71
	مستوى مرتفع	23	44,52
	Total	80	
استراتيجية التقبل	مستوى منخفض	15	21,70
	مستوى متوسط	42	41,99
	مستوى مرتفع	23	50,04
	Total	80	
استراتيجيات التفكير الايجابي	مستوى منخفض	15	24,80
	مستوى متوسط	42	42,50
	مستوى مرتفع	23	47,09
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الفكاهاة	استراتيجية اعادة التاويل	استراتيجية التقبل	استراتيجيات التفكير الايجابي
Khi-deux	,788	8,195	14,460	9,084
ddl	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,674	,017	,001	,011

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الوعي

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الوعي	N	Rang moyen :
استراتيجية المساعدة الانفعالية	15	37,50
مستوى منخفض	42	43,32
مستوى متوسط	23	37,30
Total	80	
استراتيجية المساعدة العملية	15	41,50
مستوى منخفض	42	43,52
مستوى متوسط	23	34,33
Total	80	
استراتيجية التعبير عن المشاعر	15	46,30
مستوى منخفض	42	41,58
مستوى متوسط	23	34,74
Total	80	
7 (الدين)	15	31,60
مستوى منخفض	42	39,74
مستوى متوسط	23	47,70
Total	80	
استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية	15	39,87
مستوى منخفض	42	43,20
مستوى متوسط	23	35,98
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية المساعدة الانفعالية	استراتيجية المساعدة العملية	استراتيجية التعبير عن المشاعر	7 (الدين)	استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية
Khi-deux	1,347	2,466	2,536	6,351	1,459
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,510	,291	,281	,042	,482

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الوعي

NPAR TESTS

/K-W=BY نوعية الحياة (1 3) مستوى الوعي

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الوعي	N	Rang moyen :
نوعية الحياة مستوى منخفض	15	51,17
مستوى متوسط	42	47,27
مستوى مرتفع	23	21,17
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	نوعية الحياة
Khi-deux	22,642
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الوعي

NPAR TESTS

1 3) مستوعصابية BY استراتيجيات حل للمشكلة الاستراتيجية التخطيط استراتيجية التعامل للنشاط /K-W=
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة العصابية	N	Rang moyen :
استراتيجية التعامل النشط مستوى منخفض	9	36,06
مستوى متوسط	36	45,60
مستوى مرتفع	35	36,40
Total	80	
استراتيجية التخطيط مستوى منخفض	9	33,50
مستوى متوسط	36	40,26
مستوى مرتفع	35	42,54
Total	80	
استراتيجيات حل المشكل مستوى منخفض	9	33,33
مستوى متوسط	36	43,31
مستوى مرتفع	35	39,46
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية التعامل النشط	استراتيجية التخطيط	استراتيجيات حل المشكل
Khi-deux	3,270	1,131	1,468
ddl	2	2	2
Sig. asymptotique	,195	,568	,480

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة العصابية

NPAR TESTS

استراتيجية التوبيخ استراتيجية التجنب السلوكي استراتيجية الإنكار استراتيجية الإلهاء /K-W=
(1 3) مستوى سمة العصابية BY استراتيجية التجنب
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة العصابية		N	Rang moyen :
استراتيجية الإلهاء	مستوى منخفض	9	35,28
	مستوى متوسط	36	40,83
	مستوى مرتفع	35	41,50
	Total	80	
استراتيجية الإنكار	مستوى منخفض	9	41,50
	مستوى متوسط	36	37,19
	مستوى مرتفع	35	43,64
	Total	80	
استراتيجية التجنب السلوكي	مستوى منخفض	9	41,78
	مستوى متوسط	36	33,90
	مستوى مرتفع	35	46,96
	Total	80	
استراتيجية التوبيخ	مستوى منخفض	9	37,89
	مستوى متوسط	36	35,99
	مستوى مرتفع	35	45,81
	Total	80	
استراتيجيات التجنب	مستوى منخفض	9	38,00
	مستوى متوسط	36	34,39
	مستوى مرتفع	35	47,43
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الالهاء	استراتيجية الانكار	استراتيجية التجنب السلوكي	استراتيجية التوبيخ	استراتيجيات التجنب
Khi-deux	,552	1,448	5,929	3,492	5,760
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,759	,485	,052	,175	,056

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة العصابية

NPAR TESTS

جياتالتفكير الايجابي استراتيجية التقبل استراتيجية اعادة التاويل استراتيجية الفكاهة /K-W=

(1 3) مستوى عصابية

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة العصابية	N	Rang moyen :
استراتيجية الفكاهة	9	22,56
مستوى منخفض		
مستوى متوسط	36	46,19
مستوى مرتفع	35	39,26
Total	80	
استراتيجية اعادة التاويل	9	31,39
مستوى منخفض		
مستوى متوسط	36	42,50
مستوى مرتفع	35	40,79
Total	80	
استراتيجية التقبل	9	37,78
مستوى منخفض		
مستوى متوسط	36	46,06
مستوى مرتفع	35	35,49
Total	80	
استراتيجيات التفكير الايجابي	9	27,11
مستوى منخفض		
مستوى متوسط	36	46,93
مستوى مرتفع	35	37,33
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الفكاهة	استراتيجية إعادة التاويل	استراتيجية التقبل	استراتيجيات التفكير الايجابي
Khi-deux	7,998	1,721	3,973	6,452
ddl	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,018	,423	,137	,040

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة العصابية

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	مستوى سمة العصابية	N	Rang moyen :
استراتيجية المساعدة الانفعالية	مستوى منخفض	9	41,78
	مستوى متوسط	36	37,61
	مستوى مرتفع	35	43,14
	Total	80	
استراتيجية المساعدة العملية	مستوى منخفض	9	38,72
	مستوى متوسط	36	39,94
	مستوى مرتفع	35	41,53
	Total	80	
استراتيجية التعبير عن المشاعر	مستوى منخفض	9	41,83
	مستوى متوسط	36	36,01
	مستوى مرتفع	35	44,77
	Total	80	
7 (الدين)	مستوى منخفض	9	45,22
	مستوى متوسط	36	39,00
	مستوى مرتفع	35	40,83
	Total	80	
استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية	مستوى منخفض	9	42,83
	مستوى متوسط	36	37,15
	مستوى مرتفع	35	43,34
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية المساعدة الانفعالية	استراتيجية المساعدة العملية	استراتيجية التعبير عن المشاعر	7 (الدين)	استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية
Khi-deux	1,071	,148	2,655	,754	1,370
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,585	,929	,265	,686	,504

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة العصابية

NPAR TESTS

/K-W= (1 3) مستوى سمة العصابية BY نوعية الحياة

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة العصابية	N	Rang moyen :
نوعية الحياة مستوى منخفض	9	26,22
مستوى متوسط	36	29,94
مستوى مرتفع	35	55,03
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	نوعية الحياة
Khi-deux	24,512
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة العصابية

NPAR TESTS

/K-W= (1 3) سمة تفتح BY استراتيجيات حل المشكل استراتيجية التخطيط استراتيجية التعامل للنشاط

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة التفتح		N	Rang moyen :
استراتيجية التعامل النشط	مستوى منخفض	18	28,53
	مستوى متوسط	45	41,17
	مستوى مرتفع	17	51,41
	Total	80	
استراتيجية التخطيط	مستوى منخفض	18	35,78
	مستوى متوسط	45	38,14
	مستوى مرتفع	17	51,74
	Total	80	
استراتيجيات حل المشكل	مستوى منخفض	18	31,33
	مستوى متوسط	45	39,29
	مستوى مرتفع	17	53,41
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية التعامل النشط	استراتيجية التخطيط	استراتيجيات حل المشكل
Khi-deux	8,887	5,369	8,266
ddl	2	2	2
Sig. asymptotique	,012	,068	,016

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة التفتح

NPAR TESTS

استراتيجية التوبيخ استراتيجية التجنب السلوكي استراتيجية الإنكار استراتيجية الإلهاء /K-W= (3 1) سمة تفتح BY استراتيجيات التجنب /MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة التفتح		N	Rang moyen :
استراتيجية الالهاء	مستوى منخفض	18	31,19
	مستوى متوسط	45	41,44
	مستوى مرتفع	17	47,85
	Total	80	
استراتيجية الإنكار	مستوى منخفض	18	50,83
	مستوى متوسط	45	36,76
	مستوى مرتفع	17	39,47
	Total	80	
استراتيجية التجنب السلوكي	مستوى منخفض	18	50,64
	مستوى متوسط	45	37,82
	مستوى مرتفع	17	36,85
	Total	80	
استراتيجية التوبيخ	مستوى منخفض	18	49,50
	مستوى متوسط	45	38,13
	مستوى مرتفع	17	37,24
	Total	80	
استراتيجيات التجنب	مستوى منخفض	18	49,58
	مستوى متوسط	45	37,38
	مستوى مرتفع	17	39,15
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الالهاء	استراتيجية الإنكار	استراتيجية التجنب السلوكي	استراتيجية التوبيخ	استراتيجيات التجنب
Khi-deux	4,884	4,978	4,678	3,703	3,655
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,087	,083	,096	,157	,161

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة التفتح

NPAR TESTS

/K-W= جياتالتفكير الايجابي استراتيجية التقبل استراتيجية اعادة التاويل استراتيجية الفكاهة (1 3) سمة تفتح

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة التفتح		N	Rang moyen :
استراتيجية الفكاهة	مستوى منخفض	18	35,75
	مستوى متوسط	45	39,58
	مستوى مرتفع	17	47,97
	Total	80	
استراتيجية اعادة التاويل	مستوى منخفض	18	41,92
	مستوى متوسط	45	38,11
	مستوى مرتفع	17	45,32
	Total	80	
استراتيجية التقبل	مستوى منخفض	18	36,94
	مستوى متوسط	45	35,07
	مستوى مرتفع	17	58,65
	Total	80	
استراتيجيات التفكير الايجابي	مستوى منخفض	18	37,61
	مستوى متوسط	45	36,50
	مستوى مرتفع	17	54,15
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الفكاهة	استراتيجية اعادة التاويل	استراتيجية التقبل	استراتيجيات التفكير الايجابي
Khi-deux	2,705	1,325	13,813	7,539
ddl	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,259	,515	,001	,023

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة التفتح

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة التفتح		N	Rang moyen :
استراتيجية المساعدة الانفعالية	مستوى منخفض	18	47,39
	مستوى متوسط	45	39,48
	مستوى مرتفع	17	35,91
	Total	80	
استراتيجية المساعدة العملية	مستوى منخفض	18	51,31
	مستوى متوسط	45	37,47
	مستوى مرتفع	17	37,09
	Total	80	
استراتيجية التعبير عن المشاعر	مستوى منخفض	18	45,00
	مستوى متوسط	45	37,63
	مستوى مرتفع	17	43,32
	Total	80	
7 (الدين)	مستوى منخفض	18	37,17
	مستوى متوسط	45	39,96
	مستوى مرتفع	17	45,47
	Total	80	
استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية	مستوى منخفض	18	48,00
	مستوى متوسط	45	38,08
	مستوى مرتفع	17	38,97
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية المساعدة الانفعالية	استراتيجية المساعدة العملية	استراتيجية التعبير عن المشاعر	7 (الدين)	استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية
Khi-deux	2,409	5,245	1,675	1,674	2,452
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,300	,073	,433	,433	,293

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة التفتح

NPAR TESTS

/K-W= (3 1) سمة تفتح BY نوعية الحياة

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة التفتح	N	Rang moyen :
نوعية الحياة مستوى منخفض	18	52,31
مستوى متوسط	45	43,94
مستوى مرتفع	17	18,88
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	نوعية الحياة
Khi-deux	20,350
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة التفتح

NPAR TESTS

/K-W=استراتيجية التخطيط الاستراتيجية التعامل للنشاط /MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الطيبة	N	Rang moyen :
استراتيجية التعامل النشط مستوى منخفض	11	36,55
مستوى متوسط	56	39,66
مستوى مرتفع	13	47,46
Total	80	
استراتيجية التخطيط مستوى منخفض	11	43,23
مستوى متوسط	56	39,89
مستوى مرتفع	13	40,81
Total	80	
استراتيجيات حل المشكل مستوى منخفض	11	39,36
مستوى متوسط	56	39,96
مستوى مرتفع	13	43,81
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية التعامل النشط	استراتيجية التخطيط	استراتيجيات حل المشكل
Khi-deux	1,617	,199	,324
ddl	2	2	2
Sig. asymptotique	,445	,905	,850

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الطيبة

NPAR TESTS

استراتيجية التوبيخ استراتيجية التجنب السلوكي استراتيجية الإنكار استراتيجية الإلهاء /K-W=
(1 3) مستويية BY استراتيجيات التجنب
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الطيبة		N	Rang moyen :
استراتيجية الإلهاء	مستوى منخفض	11	30,82
	مستوى متوسط	56	42,90
	مستوى مرتفع	13	38,35
	Total	80	
استراتيجية الإنكار	مستوى منخفض	11	37,68
	مستوى متوسط	56	40,88
	مستوى مرتفع	13	41,27
	Total	80	
استراتيجية التجنب السلوكي	مستوى منخفض	11	40,50
	مستوى متوسط	56	40,59
	مستوى مرتفع	13	40,12
	Total	80	
استراتيجية التوبيخ	مستوى منخفض	11	31,45
	مستوى متوسط	56	42,49
	مستوى مرتفع	13	39,58
	Total	80	
استراتيجيات التجنب	مستوى منخفض	11	31,14
	مستوى متوسط	56	42,86
	مستوى مرتفع	13	38,27
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الالهاء	استراتيجية الانكار	استراتيجية التجنب السلوكي	استراتيجية التوبخ	استراتيجيات التجنب
Khi-deux	2,744	,199	,005	2,219	2,506
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,254	,905	,998	,330	,286

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الطيبة

NPAR TESTS

/K-W= جياتالتفكير الايجابي استراتيجية التقبل استراتيجية اعادة التاويل استراتيجية الفكاهة (1 3) مستوطيبة
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	مستوى سمة الطيبة	N	Rang moyen :
استراتيجية الفكاهة	مستوى منخفض	11	39,59
	مستوى متوسط	56	38,91
	مستوى مرتفع	13	48,12
	Total	80	
استراتيجية اعادة التاويل	مستوى منخفض	11	38,64
	مستوى متوسط	56	40,30
	مستوى مرتفع	13	42,92
	Total	80	
استراتيجية التقبل	مستوى منخفض	11	30,32
	مستوى متوسط	56	41,44
	مستوى مرتفع	13	45,08
	Total	80	
استراتيجيات التفكير الايجابي	مستوى منخفض	11	36,45
	مستوى متوسط	56	39,84
	مستوى مرتفع	13	46,77
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الفكاهة	استراتيجية اعادة التاويل	استراتيجية التقبل	استراتيجيات التفكير الايجابي
Khi-deux	1,756	,225	2,822	1,336
ddl	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,416	,894	,244	,513

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الطيبة

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	مستوى سمة الطيبة	N	Rang moyen :
استراتيجية المساعدة الانفعالية	مستوى منخفض	11	47,86
	مستوى متوسط	56	38,44
	مستوى مرتفع	13	43,15
	Total	80	
استراتيجية المساعدة العملية	مستوى منخفض	11	42,18
	مستوى متوسط	56	39,54
	مستوى مرتفع	13	43,23
	Total	80	
استراتيجية التعبير عن المشاعر	مستوى منخفض	11	44,82
	مستوى متوسط	56	39,45
	مستوى مرتفع	13	41,38
	Total	80	
7 (الدين)	مستوى منخفض	11	32,45
	مستوى متوسط	56	41,18
	مستوى مرتفع	13	44,38
	Total	80	
استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية	مستوى منخفض	11	45,32
	مستوى متوسط	56	38,72
	مستوى مرتفع	13	44,08
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية المساندة الانفعالية	استراتيجية المساندة العملية	استراتيجية التعبير عن المشاعر	7 (الدين)	استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية
Khi-deux	1,772	,348	,534	2,468	1,115
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,412	,840	,766	,291	,573

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الطيبة

NPAR TESTS

/K-W= نوعية الحياة BY مستوي طيبة (1 3)

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الطيبة	N	Rang moyen :
نوعية الحياة مستوى منخفض	11	47,95
مستوى متوسط	56	39,25
مستوى مرتفع	13	39,58
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	نوعية الحياة
Khi-deux	1,315
ddl	2
Sig. asymptotique	,518

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الطيبة

NPAR TESTS

(1) مستوي انبساطية BY استراتيجيات حل لمشكل استراتيجية التخطيط استراتيجية التفاعل لنشط /K-W=

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الانبساطية		N	Rang moyen :
استراتيجية التعامل النشط	مستوى منخفض	10	34,20
	مستوى متوسط	47	44,21
	مستوى مرتفع	23	35,65
	Total	80	
استراتيجية التخطيط	مستوى منخفض	10	41,00
	مستوى متوسط	47	43,04
	مستوى مرتفع	23	35,09
	Total	80	
استراتيجيات حل المشكل	مستوى منخفض	10	37,10
	مستوى متوسط	47	43,78
	مستوى مرتفع	23	35,28
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية التعامل النشط	استراتيجية التخطيط	استراتيجيات حل المشكل
Khi-deux	3,047	1,882	2,335
ddl	2	2	2
Sig. asymptotique	,218	,390	,311

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الانبساطية

NPAR TESTS

استراتيجية التوبيخ استراتيجية التجنب السلوكي استراتيجية الانكار استراتيجية الالهاء /K-W=
 (1 3) مستوانبساطية BY استراتيجياتالتجنب
 /MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الانبساطية		N	Rang moyen :
استراتيجية الالهاء	مستوى منخفض	10	30,60
	مستوى متوسط	47	43,53
	مستوى مرتفع	23	38,61
	Total	80	
استراتيجية الانكار	مستوى منخفض	10	42,05
	مستوى متوسط	47	38,46
	مستوى مرتفع	23	44,00
	Total	80	
استراتيجية التجنب السلوكي	مستوى منخفض	10	48,25
	مستوى متوسط	47	36,41
	مستوى مرتفع	23	45,48
	Total	80	
استراتيجية التوبيخ	مستوى منخفض	10	33,05
	مستوى متوسط	47	42,87
	مستوى مرتفع	23	38,89
	Total	80	
استراتيجيات التجنب	مستوى منخفض	10	37,35
	مستوى متوسط	47	40,33
	مستوى مرتفع	23	42,22
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الالهاء	استراتيجية الانكار	استراتيجية التجنب السلوكي	استراتيجية التوبيخ	استراتيجيات التجنب
Khi-deux	2,899	,972	3,812	1,721	,315
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,235	,615	,149	,423	,854

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الانبساطية

NPAR TESTS

جياتالتفكير الايجابي استراتيجية التقبل استراتيجية اعادة التاويل استراتيجية الفكاهة /K-W= (3 1) مستوانبساطية

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الانبساطية		N	Rang moyen :
استراتيجية الفكاهة	مستوى منخفض	10	31,00
	مستوى متوسط	47	42,23
	مستوى مرتفع	23	41,09
	Total	80	
استراتيجية اعادة التاويل	مستوى منخفض	10	32,15
	مستوى متوسط	47	42,68
	مستوى مرتفع	23	39,67
	Total	80	
استراتيجية التقبل	مستوى منخفض	10	29,40
	مستوى متوسط	47	44,15
	مستوى مرتفع	23	37,87
	Total	80	
استراتيجيات التفكير الايجابي	مستوى منخفض	10	27,20
	مستوى متوسط	47	43,86
	مستوى مرتفع	23	39,41
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية الفكاهة	استراتيجية اعادة التاويل	استراتيجية التقبل	استراتيجيات التفكير الايجابي
Khi-deux	2,042	1,803	3,894	4,347
ddl	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,360	,406	,143	,114

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الانبساطية

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الانبساطية	N	Rang moyen :
استراتيجية المساندة الانفعالية	10	38,85
مستوى منخفض	47	42,16
مستوى متوسط	23	37,83
Total	80	
استراتيجية المساندة العملية	10	36,85
مستوى منخفض	47	38,23
مستوى متوسط	23	46,72
Total	80	
استراتيجية التعبير عن المشاعر	10	40,05
مستوى منخفض	47	37,02
مستوى متوسط	23	47,80
Total	80	
7 (الدين)	10	34,90
مستوى منخفض	47	41,38
مستوى متوسط	23	41,13
Total	80	
استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية	10	36,90
مستوى منخفض	47	39,45
مستوى متوسط	23	44,22
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجية المساندة الانفعالية	استراتيجية المساندة العملية	استراتيجية التعبير عن المشاعر	7 (الدين)	استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية
Khi-deux	,614	2,442	3,462	,950	,931
ddl	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,736	,295	,177	,622	,628

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الانبساطية

NPAR TESTS

/K-W= (1 3) مستوى انبساطية BY نوعية الحياة

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مستوى سمة الانبساطية	N	Rang moyen :
نوعية الحياة مستوى منخفض	10	41,30
مستوى متوسط	47	40,10
مستوى مرتفع	23	40,98
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	نوعية الحياة
Khi-deux	,036
ddl	2
Sig. asymptotique	,982

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى سمة الانبساطية

NPAR TESTS

/M-W= استراتيجيات التجنب استراتيجيات التفكير الايجابي استراتيجيات حل المشكل
(1 2) الجنس BY استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتم
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney

Rangs

الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
استراتيجيات حل المشكل	10	44,15	441,50
ذكر			
أنثى	70	39,98	2798,50
Total	80		
استراتيجيات التفكير الايجابي	10	39,55	395,50
ذكر			
أنثى	70	40,64	2844,50
Total	80		
استراتيجيات التجنب	10	34,15	341,50
ذكر			
أنثى	70	41,41	2898,50
Total	80		
استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية	10	37,80	378,00
ذكر			
أنثى	70	40,89	2862,00
Total	80		

Tests statistiques^a

	استراتيجيات حل المشكل	استراتيجيات التفكير الايجابي	استراتيجيات التجنب	استراتيجيات البحث عن المماندة الاجتماعية
U de Mann-Whitney	313,500	340,500	286,500	323,000
W de Wilcoxon	2798,500	395,500	341,500	378,000
Z	-,534	-,139	-,928	-,394
Sig. asymptotique (bilatérale)	,593	,890	,353	,694

a. Variable de regroupement : الجنس

NPAR TESTS

/M-W= النوعية الحياة BY الجنس (1 2)
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney

Rangs

الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
نوعية الحياة ذكر	10	51,55	515,50
أنثى	70	38,92	2724,50
Total	80		

Tests statistiques^a

	نوعية الحياة
U de Mann-Whitney	239,500
W de Wilcoxon	2724,500
Z	-1,608
Sig. asymptotique (bilatérale)	,108

a. Variable de regroupement : الجنس

NPAR TESTS

استراتيجيات التفكير الايجابي استراتيجيات التجنب استراتيجيات حل المشكل =K-W/
BY السن (1 3) استراتيجيات البحث عن المماندة الاجتم
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

السن	N	Rang moyen :
استراتيجيات حل المشكل	34	38,44
من 18 الى 30 سنة	36	42,89
من 31 الى 49 سنة	9	34,33
من 50 سنة فأكثر	79	
Total		
استراتيجيات التجنب	34	35,35
من 18 الى 30 سنة	36	43,25
من 31 الى 49 سنة	9	44,56
من 50 سنة فأكثر	79	
Total		
استراتيجيات التفكير الايجابي	34	41,76
من 18 الى 30 سنة	36	38,07
من 31 الى 49 سنة	9	41,06
من 50 سنة فأكثر	79	
Total		
استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية	34	38,00
من 18 الى 30 سنة	36	41,67
من 31 الى 49 سنة	9	40,89
من 50 سنة فأكثر	79	
Total		

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجيات حل المشكل	استراتيجيات التجنب	استراتيجيات التفكير الايجابي	استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية
Khi-deux	1,291	2,493	,479	,464
ddl	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,525	,287	,787	,793

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : السن

NPAR TESTS

/K-W=BY نوعية الحياة (1 3) السن

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

السن	N	Rang moyen :
نوعية الحياة	34	35,29
من 18 الى 30 سنة	36	48,50
من 31 الى 49 سنة	9	23,78
من 50 سنة فأكثر	79	
Total		

Tests statistiques^{a,b}

	نوعية الحياة
Khi-deux	10,867
ddl	2
Sig. asymptotique	,004

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : السن

NPAR TESTS

استراتيجيات التفكير الايجابي استراتيجيات التجنب استراتيجيات حل المشكل /K-W=
 (1 3) مدة المرض BY استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتم
 /MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	مدة المرض	N	Rang moyen :
استراتيجيات حل المشكل	اقل من 5 سنوات	45	37,30
	من 5 الى 10 سنوات	17	40,09
	اكثر من 10 سنوات	18	48,89
	Total	80	
استراتيجيات التجنب	اقل من 5 سنوات	45	41,40
	من 5 الى 10 سنوات	17	40,18
	اكثر من 10 سنوات	18	38,56
	Total	80	
استراتيجيات التفكير الايجابي	اقل من 5 سنوات	45	44,59
	من 5 الى 10 سنوات	17	32,12
	اكثر من 10 سنوات	18	38,19
	Total	80	
استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية	اقل من 5 سنوات	45	39,49
	من 5 الى 10 سنوات	17	37,71
	اكثر من 10 سنوات	18	45,67
	Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	استراتيجيات حل المشكل	استراتيجيات التجنب	استراتيجيات التفكير الاجابي	استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية
Khi-deux	3,242	,199	3,815	1,228
ddl	2	2	2	2
Sig. asymptotique	,198	,905	,148	,541

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مدة المرض

NPAR TESTS

/K-W= (1 3) مدة المرض BY نوعية الحياة

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

مدة المرض	N	Rang moyen :
نوعية الحياة اقل من 5 سنوات	45	40,36
من 5 الى 10 سنوات	17	41,03
اكثر من 10 سنوات	18	40,36
Total	80	

Tests statistiques^{a,b}

	نوعية الحياة
Khi-deux	,011
ddl	2
Sig. asymptotique	,994

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مدة المرض

NPAR TESTS

/M-W= (0 1) استراتيجيات التفكير الاجابي استراتيجيات التجنب استراتيجيات حل المشكل

(0 1) المتابعة الطبية BY استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتم

/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney

Rangs

المتابعة الطبية		N	Rang moyen :	Somme des rangs
استراتيجيات حل المشكل	غير مواظب على المتابعة الطبية	39	35,40	1380,50
	مواظب على المتابعة الطبية	41	45,35	1859,50
	Total	80		
استراتيجيات التجنب	غير مواظب على المتابعة الطبية	39	41,82	1631,00
	مواظب على المتابعة الطبية	41	39,24	1609,00
	Total	80		
استراتيجيات التفكير الايجابي	غير مواظب على المتابعة الطبية	39	37,69	1470,00
	مواظب على المتابعة الطبية	41	43,17	1770,00
	Total	80		
استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية	غير مواظب على المتابعة الطبية	39	42,00	1638,00
	مواظب على المتابعة الطبية	41	39,07	1602,00
	Total	80		

Tests statistiques^a

	استراتيجيات حل المشكل	استراتيجيات التجنب	استراتيجيات التفكير الايجابي	استراتيجيات البحث عن المساعدة الاجتماعية
U de Mann-Whitney	600,500	748,000	690,000	741,000
W de Wilcoxon	1380,500	1609,000	1470,000	1602,000
Z	-1,927	-,498	-1,059	-,565
Sig. asymptotique (bilatérale)	,054	,618	,290	,572

a. Variable de regroupement : المتابعة الطبية

NPAR TESTS

/M-W= (0 1) المتابعة الطبية BY نوعية الحياة
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney

Rangs

المتابعة الطبية		N	Rang moyen :	Somme des rangs
نوعية الحياة	غير مواظب على المتابعة الطبية	39	46,50	1813,50
	مواظب على المتابعة الطبية	41	34,79	1426,50
Total		80		

Tests statistiques^a

	نوعية الحياة
U de Mann-Whitney	565,500
W de Wilcoxon	1426,500
Z	-2,253
Sig. asymptotique (bilatérale)	,024

a. Variable de regroupement : المتابعة الطبية