

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي

طلعت حنا ابراهيم شاهين

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1436هـ - 2015م

التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي

إعداد:

طلعت حنا ابراهيم شاهين

بكالوريوس علم النفس - جامعة القدس

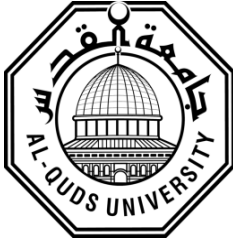
إشراف:

د. عمر الريماوي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي
جامعة القدس / كلية العلوم التربوية / والتربوي من عمادة الدراسات العليا

القدس - فلسطين

1436هـ - 2015 م



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

إجازة الرسالة

التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي

إعداد الطالب: طلعت حنا ابراهيم شاهين

الرقم الجامعي: 21320196

المشرف: د. عمر الريماوي

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: / 6 / 6 / 2015م، من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتوقيعهم:

التوقيع.....
التوقيع.....
التوقيع.....

رئيس لجنة المناقشة

ممتحناً داخلياً

ممتحناً خارجياً

1. د. عمر الريماوي

2. د. محسن عدس

3. د. كمال سلامة

القدس - فلسطين

1436هـ / 2015م

الإهداء

الى من دفعني الى طريق النجاح والذي علمني أن أرتقي سلم الحياة بحكمة وصبر وروية إلى

روح المرحوم والدي العزيز.

إلى الينبوع الذي كان لا يمل العطاء ... إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها إلى

روح المرحومة والدي العزيزة

إلى من انار لي الدرب، وساعدني في تخطي المحن، وتحمل سهري خلال الدراسة، رفيقة دربي

وشريكة حياتي زوجتي الغالية

الى أمني المتجدد في الحياة ابنتي، واولادي الاحباء

إلى من حبهم يجري في عروقي ويلهج بذكراهم فؤادي إلى سندي وعزوتي أخوتي الاحباء

إقرار:

أقر أنا معدّ الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة علمية عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

الاسم: طلعت حنا ابراهيم شاهين

التوقيع:

التاريخ: 2015/6/6

شكر وتقدير

أحمدُ الله وأشكره بدايةً على ما وفقني فيه لإتمام هذا العمل الذي ما كنت لأتمّه لولا توفيق الله وفضله علي، كما أتوجه بالشكر والعرفان للدكتور الفاضل عمر الريماوي المشرف على هذه الرسالة على ما منحني من دعم صادق، وما بذله من جهد ووقت طيلة إنجاز هذا العمل، فلقد كان لتوجيهاته السديدة وإرشاداته القيمة أثر كبير في إخراج هذا العمل على ما هو عليه، وأتقدم بوافر الشكر والإمتنان إلى الدكتور محسن عدس والدكتور كمال سلامة لتفضلهما بقبول مناقشتي، وإلى كافة أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة القدس.

وكما أتقدم بجزيل الشكر لكل من أسهم في هذا البحث، وسانديني في إنجازهِ، وجعله يرى النور، فالشكر كثير، ومن يستحقونه أكثر.

وأخيراً إن كنت قد أحسنت فهذا فضل وتوفيق من الله، وإن كانت الأخرى فحسبي أنني قد بذلت قصارى جهدي، وما أنا إلا بشر أصيب وأخطيء، والكمال لله وحده، وإليه يرجع الفضل كله، وإليه يرجع الثناء كله، هو الموفق فنعم المولى ونعم النصير.

المخلص

هدفت الدراسة التعرف إلى التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي في ضوء المتغيرات المستقلة: (الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الابناء، العمر). ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي. واختيرت عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة. حيث تكونت عينة الدراسة من (141) من المصابين بالقولون العصبي وبعد عملية جمع البيانات تم معالجتها إحصائياً باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS)، توصلت الدراسة النتائج التالية: ان مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي جاء بدرجة عالية كما ان مستوى السلوك الصحي جاء بدرجة متوسطة. كذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب، وكانت الفروق لصالح الراضين عن الراتب. ولم يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي تبعاً للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، عدد الابناء، العمر).

كذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون يُعزى لمتغير العمر، وكانت الفروق لصالح عمر من 31-40 سنة. ولم يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاعل الاجتماعي تبعاً للمتغيرات (الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الابناء). وتبين من نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي والسلوك الصحي لديهم. اذ يتضح من النتائج ان هناك وجود علاقة طردية بينهما. أي أنه كلما زاد التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي زاد ذلك من السلوك الصحي لديهم، والعكس صحيح.

وفي ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج يوصي الباحث بضرورة إعداد برنامج تثقيفي للمرضى المصابين بالقولون وزيادة الوعي والتثقيف بين عوائل المرضى لتوفير حياة افضل لمرضا هم. والابتعاد عن التوتر النفسي والعصبية قدر الإمكان وتعلم كيفية التعامل مع الإجهاد النفسي والضغط.

Social interaction and its relationship to the health behavior among IBS patients

Prepared by: Tal'at Hanna Shaheen.

Supervised by: Dr. Omar Rimawe.

Abstract:

This study is aimed to explore social interaction among irritable bowel syndrome (IBS) patients and identify the connection between IBS patients' social interaction and health behavior in the light of four independent variables, namely social status, satisfaction about salary, number of children and age). The descriptive correlational approach is used in order to conduct this study. The study samples is selected using the available method. The study sample consists of 141 IBS patients.

After they are collected, data are statistically processed using the SPSS. The study reached the following conclusions. First, the level of social interaction among IBS patients was high and the level of their health behavior was medium. Second, there are statistically-significant differences among IBS patients in terms of their health behavior. These differences are ascribed to the variable of satisfaction about salary and are in favor of IBS patients who are satisfied about their salaries. Third, there are no statistically-significant differences among IBS patients in terms of the level of their health behavior based on the four abovementioned variables.

Fourth, there are statistically-significant differences among IBS patients in terms of the level of their social interaction. These differences are ascribed to the age variable and are in favor of IBS patients aged between 31-40 years. On the other hand, there are no any statistically-significant differences among IBS patients in terms of the level of social interaction based on three of the variables, namely social status, satisfaction about salary and number of children. Fifth, there is a statistically-significant relation, a positive correlation, between IBS patients' level of social interaction and their health behavior. This indicates that the more the level of social interaction among IBS patients raises, the more their health behavior increases and the vice versa.

In light of the above-listed conclusions, the researcher recommends that a special program be developed in order to educate IBS patients and raise awareness among their families about IBS with the purpose of advancing patients' lives. The researcher further recommends that IBS patients avoid stress and nervousness as much as possible and learn how to deal with psychological strain and pressures.

الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها

-مقدمة.

-مشكلة الدراسة.

-أسئلة الدراسة.

-فرضيات الدراسة.

-أهمية الدراسة.

-أهداف الدراسة.

-محددات الدراسة.

-تعريف المصطلحات نظرياً وإجرائياً.

الفصل الأول:

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة

يعتبر التفاعل الاجتماعي أساس عملية التنشئة الاجتماعية، حيث يكتسب الفرد من خلاله أنماط السلوك الاجتماعي المقبول، ويكتسب أيضاً الاتجاهات السائدة في المجتمع، ومن خلال تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض يؤدي ذلك إلى تعديل أفكارهم ومعتقداتهم لتتوافق مع الأفكار والمعتقدات السائدة في المجتمع، ويؤدي كل ذلك إلى تكوين وبناء هوية الفرد، مما يساعده على أن يكون أكثر إيجابية داخل المجتمع الذي يعيش فيه، أي أن شخصية الفرد تتشكل نتاجاً لعملية التفاعل الاجتماعي التي تتم بينه وبين بيئته الاجتماعية من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تعتبر من أهم العمليات الاجتماعية (التهامي، 2005).

وقد حظي السلوك الصحي بالاهتمام الزائد منذ أوائل هذا القرن، حيث إن أسباب الموت قد تغيرت من الأمراض المعدية وأمراض التغذية إلى الأمراض المزمنة، كما أن نسبة الوفيات التي كانت بسبب معظم الأسباب المؤدية إلى الموت قد تناقصت فعلياً، وقام الناس بتحسين سلوكياتهم الصحية، مثل: التوقف عن التدخين وتقليل استهلاك الكحول، وتناول وجبات صحية أكثر، ومزاولة تمارين رياضية كافية. وقد أكدت البحوث على أن الصحة المعتلة وجدت في حالات سوء التغذية، وقلة التمارين، وتعاطي الكحول والمخدرات (الفخراني، 2008). كما تشير كاربر (2004) إلى أن نمط العيش والتدخين والضغط النفسي لها يد في إمكانية الإصابة بأمراض القلب.

ومنذ العقدين الأخيرين ظهر تطور في علم النفس، احتلت فيه الصحة مكاناً بارزاً، ونما بسرعة إلى علم أطلقت عليه تسمية "علم نفس الصحة" (Schwarzer, 1997). وأصبح موضوع السلوك الصحي من الموضوعات الهامة التي تتدرج ضمن موضوعات علم النفس الصحي الذي يعتبر فرعاً من الفروع الحديثة في علم النفس (ربيع، 2008).

وحدد ماتراتسوا (Materazzo et al, 1984) علم نفس الصحة، بأنه الإسهامات العلمية لعلم النفس من أجل تنمية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض ومعالجتها. كما عرفه شفارتسر (Schwarzer, 1992) بأنه عبارة عن تخصص عرضي ونوعي لعلم النفس يقدم إسهامات علمية وتربوية في المجالات الستة التالية: تنمية الصحة والحفاظ عليها، والوقاية ومعالجة الأمراض، وتحديد أنماط السلوك الخطرة، وتحديد أسباب اضطرابات الصحة وتشخيصها، وإعادة التأهيل، وتحسين نظام الإمداد الصحي. ويهدف علم نفس الصحة إلى: الحد من السلوكيات الصحية الخطرة وزيادة السلوكيات الصحية الإيجابية. وتيسير عمليات المواجهة الفعالة للأمراض المزمنة أو الأمراض المهددة لحياة الأفراد. وتشخيص المشكلات المرتبطة بالصحة والدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الاضطرابات النفسية والتي تتضمن الشره العصبي، وفقدان الشهية العصبي، واضطراب اختلال شكل الجسم (شكري، 2004).

ويشير الصبوة (2004) إلى وجود أنماط من السلوك الصحي تدعم الصحة العامة إذا اتسمت بالإيجابية أو تؤثر عليها بالخلل إذا جاءت سلبية، ويتمثل أهمها في: ممارسة النشاطات البدنية والذهنية، ومقاومة تعاطي المخدرات والمسكرات في مقابل تعاطيها، ومقاومة التدخين في مقابل الإقبال عليه بشراهة، وعادات النوم الحسنة، وعادات التغذية الحسنة، والحرص على استخدام كل ما من شأنه الحفاظ على سلامة الصحة البدنية والنفسية، واستراتيجيات ومهارات مواجهة الضغوط والتصدي لها،

والاستشارات المتكررة قبل حدوث المرض. وتوصل الباحثون إلى وجود عدة نماذج تهدف إلى تفسير السلوك الصحي، ويلخص رضوان و ريشكة، (2001) أهمها في: نموذج القناعات الصحية (Health Belief): حيث ينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً. ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف. ونظرية الفعل المعقول: وتركز هذه النظرية على تشكل النوايا وليس على السلوك نفسه، حيث تركز على تشكيلة المحددات الممكنة للنوايا السلوكية. وتتحدد مقاصد أو نوايا التصرف من خلال عاملين: أ- الاتجاهات نحو السلوك المشكوك فيه، ب- المعيار الذاتي، أي من خلال ضغط التوقعات الناجم عن "الآخرين الأعم". ونموذج دافع الحفاظ على الصحة: أو نظرية دافع الحماية (Protection Motivation Theory) لروجرز. ويقوم هذا النموذج على التمثيل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات بالقيام بإجراءات ملائمة، بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي.

إن الانخراط في السلوك الصحي بوجه عام، يستلزم تنمية عادات صحية قوية لدى الفرد تعتمد على التدعيم الإيجابي المتواصل حتى تصبح مقاومة تماماً للتغيير أو الانطواء. ويجب أن يبدأ العمل على إرساء العادات الصحية الجيدة، والتخلص من العادات غير المرغوبة في فترة مبكرة من حياة الفرد مما يساعد على الارتقاء بالصحة والمحافظة عليها على المدى الطويل، فضلاً عن استخدام العادات الصحية غير المرغوبة لفترة طويلة يجعل من العسير تماماً استبدالها بعادات أخرى جيدة (شكري، 2004). كما أن تنمية مهارات الأفراد لممارسة السلوك الصحي هي ضرورة ملحة لما لها من مردود إيجابي نحو الحفاظ على حياتهم وتحسين نوعيتها وجودتها، حيث تؤكد دراسة بولك وديفيلس ودوللي (Bullock, Devellis, Dooley, 1996) على العلاقة الإيجابية بين ممارسة العادات الصحية الجيدة لدى الناس ومدى تمتعهم بحالة صحية جيدة، مع انخفاض جوهري في نسبة الأمراض التي يعانون منها ومعدلات الوفاة، وانخفاض معدلات العجز أو الاضرابات الوظيفية الأخرى. فمثلاً أثبتت

الأبحاث في المعهد الأمريكي الوطني للأبحاث الصحية أن اعتماد نظام غذائي غني بالفواكه والخضار وفقير بالملح له فعالية في خفض ضغط الدم تضاهي فعالية الدواء (كاربر، 2004). ويتفق الباحثون على أن خبرة الإصابة بأي مرض بصفة عامة تعد في حد ذاتها خبرة شاقة مهما كانت نوعية المرض وبساطته، ولعل مرجع ذلك هو ما يرتبط به من آلام جسمية ونفسية يؤثر ويتأثر كل منها بالآخر، بالإضافة لضرورة إتباع المريض لتعليمات طبية وصحية قد تكون قاسية أحياناً، والتخلي عن بعض أو كثير من العادات السلوكية المعتادة (ربيع، 2008).

أما فيما يتعلق بدور العوامل النفسية على الإصابة بمتلازمة تهيج القولون العصبي، فقد وجد بان الاضطرابات النفسية هي سبب محتمل لحدوث الأعراض المعوية بدلا من إن تكون نتيجة لها. مع إن بعض الدراسات أشارت إلى إن مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي معرضون لاضطرابات نفسية أكثر إلى حد بعيد من مرضى الأمعاء المعوية الأخرى على الرغم من التشابه في شدة الألم (Walker, Roy & Katon, 1990).

وكذلك أشارت الدراسات النفسية بان القلق والاكتئاب هي اضطرابات نفسية شائعة أكثر عند المصابين بتهيج القولون العصبي مقارنة مع المرضى المصابين بأمراض عضوية معوية (Luscombe, 2000). وذلك يعود لأسباب عديدة منها إن المصابي بتهيج القولون العصبي مرضى عصابيون أكثر وانبساطيون أقل (Kellow & Philhps, 1987, Welgan, Meshkinpour & Beeler, 1988).

بعض الاضطرابات النفسية تعرف بأنها تسبب أمراض جسدية، على سبيل المثال، اضطراب الهلع Panic Disorder واضطراب القلق Anxiety Disorder مرتبطين بعلاقة إحصائية في حدوث هبوط الصمام التاجي، وزيادة إفراز الغدة الدرقية، ومتلازمة تهيج القولون العصبي والربو. ولو انه لا

يوجد دليل قوي لإيعازه للسبب المباشر، لكن بعض النظريات اقترحت وجود علاقة ما بين الاضطرابات الجسدية والعوامل التي تسبب الاضطرابات النفسية أيضا.

الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب ارتبطا في حدوث خلل في كيمياء الدماغ، مثل الاكتئاب ومستوى السيروتونين (Serotonin)، لذلك حتى إن بعض الاضطرابات النفسية بشكل واضح تعتمد على قواعد فيسيولوجية، فمثلا إذا تعرض الجهاز العصبي المركزي لمضاد كيميائي، قد ينتج بعض الأعراض التي لربما تشبه الاضطرابات الذهانية (Lchrer,1997).

كذلك اكتشاف أهمية دور العلاج النفسي في معالجة مرضى تهيج القولون العصبي يستثنى الاحتمال بأنه اضطراب عضوي في الأصل. هذه حقيقة لان الإجراءات النفسية أثبتت فعاليتها أكثر من التدخلات الطبية المتعددة (Lecher,1997).

على الرغم من إن متلازمة تهيج القولون العصبي عبارة عن اضطراب وظيفي وليس مرض قاتل أو فتاك، إلا إن المرضى لم يدركوا بعد إن اعراض متلازمة تهيج القولون العصبي لها دور كثير في التأثير على نشاطاتهم اليومية والأحداث الاجتماعية وعلى صحتهم بشكل عام (Chasany,& Fransois, 1998). من هنا جاءت الدراسات لتلقي الضوء على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة (Health Related Quality of Life) عند مرضى تهيج القولون العصبي، على اعتبار إن نوعية الحياة والتي تتمثل بالمواقف الشخصية والخبرات الجسدية والاجتماعية والعاطفية، وتؤثر على صحة الأفراد. فأعراض متلازمة تهيج القولون العصبي، بالإضافة إلى تأثير العوامل النفسية والإعراض المعوية الأخرى، وتؤثر على نوعية الحياة، وهكذا فإن أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي تؤثر وبطريقة سلبية على الصحة العامة، الحيوية، الوظيفية، الاجتماعية، الألم الجسدي، الشهية، الوظيفة الجنسية، وعلى النوم وكذلك تؤثر سلبا على العمل، حيث يفقد المرضى أيام عمل أكثر من غيرهم

بسبب الأعراض التي يتعرضوا لها مما يؤثر على إنتاجيته. وقد أشارت هذه الدراسات إلى إن درجة نوعية الحياة هي اقل عند مرضى تهيج القولون العصبي مقارنة مع الأفراد السليمين، وهذه الأعراض سواء كانت نفسية أم جسدية فهي مرتبطة بنوعية الحياة لديهم، وقد بينت كذلك الدراسات إلى إن درجة نوعية الحياة بين المرضى هي اقل عند النساء من الذكور (Luscombe, 2000).

1.2 مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة دراسة الحالية في ان القولون العصبي يتسبب في حدوث مشاكل نفسية كبيرة تجعل من هذا المرض مصدر إزعاج متواصل بجانب آلامه ومضاعفاته الكثيرة، وفي كثير من الأحيان تتحول الى مشاكل النفسية وتوترات عصبية، وقد يشعر بعدم قدرته على التواصل مع الناس أو الأصدقاء فيبتعد عن ممارسة أي نشاط اجتماعي، حيث ان القولون العصبي مشكلة صحية واسعة الانتشار بين كثير من الناس.

ومن هنا جاءت الدراسة الحالية والتي تحاول ان تقيس مستوى التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي. وتحدد مشكلة الدراسة بالسؤال التالي: ما العلاقة بين التفاعل الاجتماعي والسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي؟

1.3 أسئلة الدراسة

1. ما مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي؟
2. هل يختلف مستوى التفاعل الاجتماعي باختلاف (الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الابناء، العمر)؟
3. ما مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي؟

4. هل يختلف مستوى السلوك الصحي باختلاف (الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الابناء، العمر)؟

5. هل هناك علاقة بين درجات التفاعل الاجتماعي ودرجات السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي؟

1.4 فرضيات الدراسة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للتفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للتفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي تعزى الرضى عن الراتب.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للتفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير عدد الابناء.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للتفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير العمر.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير الرضى عن الراتب.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات

الحسابية للسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير عدد الابناء.

7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات

الحسابية للسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير العمر.

8. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات السلوك

الصحي وبين درجات التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي.

1.5 أهمية الدراسة

أولاً: الأهمية النظرية:

تكمن أهمية الدراسة النظرية في محاولتها الكشف عن الفروق في المتغيرات الاجتماعية والثقافية وكيف تؤثر سلباً وإيجاباً على السلوك والعادات الصحية في ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة مثل مرضى القولون العصبي، وكما ان المكتبة العربية تفتقر على حد علم الباحث الى هذا النوع من الدراسات الميدانية و تكمن أهمية الدراسة الحالية من أهمية موضوعها: التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

1. تقديم دراسة ميدانية يمكن الإسترشاد بها حين وضع الخطط الوقائية والعلاجية من قبل وزارة

الصحة.

2. يمكن الإستفادة من مخرجات الدراسة في التخصصات الاتية، علم الإجتماع الطبي، طب

مجتمعي، الطب الوقائي.

3. الإستفادة من مخرجات الدراسة حين وضع الخطط الخاصة بالتنقيف الصحي، وكيفية تقديمها الى الجمهور المستهدف بشكل يحقق النتائج المنشودة.

1.6 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على العلاقة بين التفاعل الاجتماعي وبين والسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي .
2. معرفة مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي.
3. معرفة مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي.
4. معرفة الفروق لدى عينة الدراسة في التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي تبعاً لمتغيرات الدراسة (الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الابناء، العمر).
5. معرفة الفروق لدى عينة الدراسة في السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي تبعاً لمتغيرات الدراسة (الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الابناء، العمر).

1.7 حدود الدراسة

حدود الدراسة:

تحدد الدراسة بالموضوع الذي تتناوله، التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي، وستحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة في ضوء الجوانب الآتية:
عينة الدراسة: المرضى المترددين على العيادات الصحية الحكومية في رام الله من مرضى القولون العصبي وقد اختيرت بالطريقة المتيسرة.

الحدود المكانية: محافظة رام الله .

الحدود الزمانية: سوف يتم تطبيق هذه الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي (2014-2015).

الحدود المفاهيمية: اقتصر على المفاهيم والمصطلحات الواردة في هذه الدراسة.

الحدود الإجرائية: اقتصر على أدوات الدراسة ودرجة صدقها وثباتها، وعلى عينة الدراسة وسماتها،

والمعالجات الإحصائية المستخدمة.

1.8 مصطلحات الدراسة

• **التفاعل الاجتماعي:** يتضمن التفاعل الاجتماعي إدراك الدور الاجتماعي وسلوك الفرد في مواجهة

المواقف الاجتماعية، والتفكيرية، والشكوى الجسدية، والسلوك العدواني في ضوء المعايير

الاجتماعية (مصير، 2000).

وعرفه السلطاني (2009) بأنه: -"مجموعة منبهات اجتماعية متفاعلة تقدمه البيئة الاجتماعية لأبنائها

تؤدي إلى استئارة استجابات لدى الأفراد المشاركين في الموقف (السلطاني، 2009).

تعريف الشناوي وآخرون (2001): مجموعة العمليات المتبادلة بين طرفين اجتماعيين في موقف أو

وسط اجتماعي معين، بحيث يكون سلوك أي منهما منبهاً أو مثيراً لسلوك الطرف الآخر، ويجري هذا

التفاعل عادة عبر وسط معين، ويتم خلال ذلك تبادل وسائل معينة ترتبط بغاية أو هدف محدد أو

تتخذ عمليات التفاعل أشكالاً ومظاهر مختلفة تؤدي إلى علاقات اجتماعية معينة".

تعريف جابر (2004): علاقة متبادلة بين فردين أو أكثر يتوقف سلوك أحدهما على سلوك الآخر إذا

كانا فردين، أو يتوقف سلوك كل منهم على سلوك الآخرين، إذا كانوا أكثر من فردين"

ويشير همشري (2003) إلى أن التفاعل الاجتماعي هو عبارة عن العلاقات الاجتماعية بجميع أنواعها التي تكون قائمة بوظيفتها، أي العلاقات الاجتماعية الديناميكية بجميع أنواعها سواء كانت هذه العلاقات بين فرد وفرد، أو جماعة وجماعة، أو بين جماعة وفرد.

• تعريفات السلوك الصحي:

يعرفه عويد(1999)، السلوك الصحي هو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية ويعرف السلوك الصحي كذلك على أنه كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد.

يعرف فيربر (Ferber, 1979) السلوك الصحي على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية.

ويشير نولدنر (Noeldner,1989)، إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد.

• القولون العصبي:

القولون هو الجزء الأخير من الجهاز الهضمي، ويبدأ من نهاية الإلعاء الدقيقة وينتهي بفتحة الشرج ويبلغ طوله حوالي ستة إقدام، وينقسم إلى ثلاثة أجزاء رئيسية هي : القولون الصاعد، القولون المستعرض، القولون النازل، وذلك تبعا لخط سير الغذاء فيه. (أبو زينة، 2000)

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري.

ثانياً: الدراسات السابقة.

- دراسات عربية.

- دراسات أجنبية.

الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 المقدمة

يشير السلوك الصحي إلى مجموعة السلوكيات التي يمارسها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب انطلاقاً من نظرية الاختيار ونظريات النظم، والتي تنظر إلى الصحة العامة للفرد كمحصلة لتكامل جميع جوانب الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية. على اعتبار أن صحة الطالب هي من خلال قيام جميع أجهزة الجسم بوظائفها على أكمل وجه وألفة وانسجام (الطحان، 1996).

ويعدّ المنظور الثقافي المرتبط بالممارسات والإجراءات الصحية هو الإطار الملائم لدراستنا الحالية. فالمدخل الثقافي للصحة والمرض يهتم بدراسة العلاقة بين المضمون الثقافي، أي أساليب الحياة الثقافية، ومختلف تعريفات الصحة وأنواع الاستجابات للمرض، وينهض ذلك على افتراض مبدئي مؤداه، أن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة الاجتماعية تؤثر تأثيراً كبيراً في تصورنا للمرض واستجاباتنا له، وتعبيرنا عنه فالمناخ الثقافي يحدد بدرجة ما نعتبره حالات مرضية أو الأسباب التي ننسبها إلى هذه الحالات والأشخاص الذين لديهم السلطة المشروعة في تقييم هذه الحالات وتحديدها. وبالمثل فإن التعريفات الثقافية تؤثر في العوامل التي تجعلنا ننظر للشخص باعتباره حالة خاصة.

كما أن رالف لنتون Ralf Linton، المشار إليه في دراسة الفخراني (2008)، يرى بأن معرفتنا بالمضمون الثقافي يمكننا من التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها الحالة المرضية. والواقع أن

هذه الوجهة من النظر تكشف عن حقيقة مهمة، وهي أن المجرى الاجتماعي للصحة والمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع، ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة.

إن دوافع السلوك الصحي أو المرضي تبدأ في حالة طلب المعونة الطبية من عدة دوافع اجتماعية وثقافية ونفسية، وتتخذ أشكالاً ونماذج متنوعة. وقد ظهرت في هذا الصدد محاولات عديدة لفهم هذه الدوافع، فقد ذهب روزنستوك Rosenstock إلى أن السلوك الصحي المرتبط بمشكلة ما، يتحدد في ضوء مدى رؤية الفرد لهذه المشكلة بوصفها تتطوي على نتائج حاسمة أو احتمالات عالية لاتجاه معين، ومعنى ذلك أن الفرد يقيم تصوره على أساس "المعتقدات" التي يكونها حول الاحتمالات

المتوقعة لحالته الصحية، ومن ثم يطلق على هذا النموذج اسم "نموذج الاعتقاد الصحي Health

Belief Model". أما زولا Zola فقد تناول هذا السلوك من زاوية أخرى، إذ نجده يحدد خمس مراحل

زمنية مختلفة تظهر في حالات اللجوء إلى طلب الرعاية الطبية. وأما "النمط الأول": فهو ما يطلق

عليه مصطلح "الأزمة الشخصية المتبادلة Interpersonal Crisis". وهنا يدعونا إلى الاهتمام

بالأعراض والأسباب التي يذكرها المريض. و "المرحلة الثانية" أطلق عليها اسم "التداخل الاجتماعي

Social Interference". وهنا لا تتغير الأعراض، وإنما تهدد نشاطا اجتماعيا معيناً. و"المرحلة

الثالثة" تتضمن توجيه الآخرين نحو الاهتمام بالبحث عن العون الطبي. و"المرحلة الرابعة" تعني "إدراك

التهديد". من وجهة نظر المريض. و"المرحلة الخامسة" فهي تتعلق بطبيعة ونوعية الأعراض المرضية.

وهنا ينصب الاهتمام على التشابه والاختلاف بين هذه الأعراض وبين حالات سابقة ظهرت أعراضها

على بعض الأصدقاء أو غيرهم. ولقد أوضح زولا Zola أن هذه المراحل الزمنية المختلفة لها

ارتباطات متباينة بالطبقات الاجتماعية العرقية والثقافية (Koch، 1986).

إن إدراك الفرد لجسده ينبع من الظروف المتغيرة، المحيطة به ويحاول إدماج خبرته الذاتية في مفهوم الجسد المميز ثقافياً. أي بمعنى أن هناك معلومات مسبقة موجودة لديه حول الخبرة بالأعراض المرضية، والتي حتماً تقرر استدعاء الانتباه بالأعراض والإحساس الذاتي بها. حيث يشكل كل من الجسد والنسق الاجتماعي وحدة تبادلية. ويتوقف على هذه العملية التبادلية المستمرة فيما بينهما. مقدرة التعرف على الحالة الجسدية أو النفسية والتعامل معها على اعتبارها حالة مرضية أم لا (أبو ليلي، 1994).

ويمكن أن نميز في مجال الإجراءات السلوكية نظرياً بين مراحل أو مستويات ثلاثة:

1. الإجراءات الذاتية على مستوى الفرد نفسه كحالة مرضية. لدى إحساسه بالأعراض المرضية أو ملاحظتها.

2. مستوى الجماعات الأولية التي ينتمي إليها وموقفها وردود أفعالها إزاء تلك الأعراض كالأسرة والأصدقاء وغيرهم، وما تشير به هذه الجماعات على المريض أو ما تتخذه هي من إجراءات عملية وذلك بوصف المرض (حدثاً اجتماعياً - ثقافياً) يهدد تلك الجماعات ذاتها بحكم انتماء الفرد إليها واندماجه فيها.

3. أما المستوى الثالث، فيشير إلى التنظيمات الاجتماعية المختلفة للتشخيص والعلاج. والتي قد تنقسم إلى نمطين رئيسيين:

أ - التنظيمات العلاجية الشعبية والتقليدية المتمثلة في الممارسين الشعبيين.

ب - التنظيمات العلاجية الحديثة والتي نعني بها النظم الصحية الحديثة "كالأطباء" و"المستشفيات" و"الممارسين الطبيين المعترف بهم رسمياً" وغيرهم (أبو ليلي، 1994).

ويحدد التفاعل الاجتماعي، درجة الجاذبية المتبادلة بين أفراد المجموعة بعضهم مع بعض، وبينهم وبين الجماعات الأخرى، فكلما ارتفع معدل الاتصال والتفاعل، بين إنسان وآخر ازداد فهما له، وإدراكا لخصائصه، بالسلب أو الإيجاب، في الجاذبية المتبادلة بينهما. كذلك فإن تفاعل الفرد مع الجماعة يمثل درجة انجذابه إليها، لأن الجماعة تشعر الأفراد المنتمين إليها بالاحترام والنجاح والمكانة، وتتيح فرص المشاركة المناسبة لهم (السلطاني، 2009).

2.2 أسس التفاعل الاجتماعي

يقوم التفاعل الاجتماعي على أربعة أسس أو محددات هي:

أولا - الاتصال Communication:

يرى الكثير من العلماء أن الاتصال هو الأساس في كل علاقة اجتماعية فالاتصال تعبير عن العلاقات بين الأفراد، ويعني نقل فكرة معينة أو معنى محدد في ذهن شخص ما إلى ذهن شخص آخر أو مجموعة من الأشخاص، وعن طريق عملية الاتصال يحدث التفاعل بين الأفراد. وعملية الاتصال لا يمكن أن تحدث أو تتحقق لذاتها، ولكنها تحدث من حيث هي أساس عملية التفاعل الاجتماعي حيث يستحيل فهم ودراسة عملية التفاعل في أية جماعة دون التعرف على عملية الاتصال بين أفرادها وعندما لا يتفاعل الأفراد مع بعضهم البعض تقل اتصالاتهم إلى الحد الأدنى وبالتالي فإن شبكة علاقاتهم الاجتماعية تكون إلى حد ما ضعيفة وبالتالي تختلف المعايير الاجتماعية ويصبح الضبط الاجتماعي وتبادل المساعدة أكثر تفككاً وأقل استمرارية (أبو جادو، 2007).

ثانياً – التوقع Expectation:

يؤدي التوقع دوراً أساسياً في عملية التفاعل الاجتماعي حيث يصاغ سلوك الإنسان وفق ما يتوقعه من رد فعل الآخرين، فهو عندما يقوم بأداء معين يضع في اعتباره عدة توقعات لاستجابات الآخرين كالرفض أو القبول والثواب أو العقاب ثم يقيم تصرفاته ويكيف سلوكه طبقاً لهذه التوقعات. ويبني التوقع على الخبرات السابقة أو على القياس بالنسبة إلى أحداث مشابهة. ويعد وضوح التوقعات أمراً لازماً وضرورياً لتنظيم السلوك الاجتماعي في أثناء عمليات التفاعل، كما يؤدي غموضها إلى جعل عملية التلاؤم مع سلوك الآخرين أمراً صعباً يؤدي إلى الشعور بالعجز عن الاستمرار في إنجاز السلوك المناسب. وإذا كان التوقع هو المحدد للسلوك، فهو أيضاً عامل هام في تقييمه، ذلك أن تقييم السلوك يتم على أساس التوقع، فسلوك الفرد في الجماعة يقيمه ذاتياً من خلال ما يتوقعه عن طريق استقبال الزملاء له، سواءً أكان هذا السلوك حركياً أم اجتماعياً. ونظراً لأن التفاعل الاجتماعي وسيلة اتصال بين الأفراد والجماعات فإنه بلا شك ينتج عنه مجموعة من التوقعات الاجتماعية المرتبطة بموقف معين (أبو جادو، 2007).

ثالثاً – إدراك الدور وتمثيله Role-Perception:

الإنسان له دور يقوم به، وهذا الدور يفسر من خلال السلوك وقيامه بالدور، فسلوك الفرد يفسر من خلال قيامه بالأدوار الاجتماعية المختلفة في أثناء تفاعله مع غيره طبقاً لخبرته التي اكتسبها وعلاقته الاجتماعية فالتعامل بين الأفراد يتحدد وفقاً للأدوار المختلفة التي يقومون بها (الشناوي وآخرون،

(2001

رابعاً - التفاعل الرمزي Symbolic Interaction:

يتم الاتصال والتوقع ولعب الأدوار بفاعلية عن طريق الرموز ذات الدلالة المشتركة لدى أفراد الجماعة كاللغة وتعبيرات الوجه وحركة اليدين وما إلى ذلك. وتؤدي كل هذه الأساليب إلى إدراك مشترك بين أفراد الجماعة ووحدة الفكر والأهداف فيسيرون في التفكير والتنفيذ في اتجاه واحد وعندما لا يتفاعل الأفراد مع بعضهم البعض تقل اتصالاتهم إلى الحد الأدنى وبالتالي فإن شبكة علاقاتهم الاجتماعية تكون إلى حد ما ضعيفة وبالتالي تختلف المعايير الاجتماعية ويصبح الضبط الاجتماعي وتبادل المساعدة أكثر تفككاً وأقل استمرارية (أبو جادو، 2007).

2.3 القولون العصبي

ان القولون العصبي هو اضطراب في الوظيفة المعوية، ويتميز بألم في البطن وتبدل في حركات الأمعاء وفي نفس الوقت غياب أي مرض عضوي في الأمعاء، وهناك أعراض أخرى تحدث مثل الغثيان، والصداع، الإسهال أو الإمساك أو كلاهما، والإعياء والغازات هذه الأعراض بشكل متكرر مرتبطة بخلل وظيفي في حركة القولون والجهاز العصبي المستقل (Kellow & Phillips ,1987) . (Walker,Roy & Katon ,1990) .

ان دراسة الاضطرابات النفسية والتغيرات الفسيولوجية بشكل مكثف، وكشفت عن كيفية تأثيرها على حدوث اضطرابات عضوية مثل اضطراب وظيفة الأمعاء، إلا أنها لم تبين كيف تسبب هذه الاضطرابات النفسية التغيرات الفسيولوجية، وفيما إذا كان هذا التأثير متبادل أي إن العمليات الفسيولوجية هي التي تسبب الاضطرابات النفسية. فالاضطرابات النفسية مثلا يمكن إن تسبب كثيرا من الأمراض النفس- جسمية مثل أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي المزمن والذي نحن بصدد دراسته (Shaw & Davics 1997) ولكن بالرغم من إن هذه العمليات الفسيولوجية (The s

(Conversion Physiological Proccsses) قد تؤدي إلى حدوث اضطرابات تحويلية (Rife, Hiller, 1998)، إلا إن الآليات Disorders) نتيجة لإعراض عضوية جسدية (Mchanisms) التي تصل ما بين العقل والجسم غير مفهومة بالكامل وما هو واضح هو إن العمليات النفسية قد تؤثر على الصحة الجسدية في عدة أشكال منها ما هو على شكل اضطرابات جسدية (Somatoform) وتظهر على شكل أعراض جسدية سواء بغياب الاضطراب أو الخلل العضوي، ومنها ما هو مرتبط باضطراب الشخصية (Personality Disorder) وآخر مرتبط بالاضطرابات التحويلية والتي تعتبر بشكل عام استجابة للصراع النفسي الداخلي (Intrapsychic Conflietct) والذي يتولد نتيجة للضغوط الاجتماعية، وأخيرا ما هو مرتبط بضغوط الألم (PainDisorder) والذي يشتمل على الإحساس بالألم سواء في غياب المشكلة العضوية أو في زيادة الضرر الجسدي الحقيقي (Temoshck&Atkisson,1998). والدراسات الحديثة تشير إلى إن العوامل الطبيعية يمكن إن تتغير في كمية الدماغ وبالتالي قد تغير في وظائفه.

من هنا نجد إن العلاقة بين الإصابة بمتلازمة تهيج القولون العصبي والضغوط النفسية، علما بان إمكانية حدوث خلل وظيفي في القولون موجودة لدى كل الناس، لكن المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي بالذات لديهم تحسن زائد نحو مثيرات كثيرة مثل تناول أنواع معينة من الطعام أو نتيجة للتعرض للضغوط النفسية أو التعرض لإحداث يومية مرهقة، وبالتالي سرعة استجابتهم لهذه المثيرات أسرع من غيرهم . فالعلاقة إذاً ما بين الضغوط النفسية والصحة كما يقول الدكتور كيث وايتهد Keith E Whikfield المدرس في قسم الصحة البيوسلوكية Biobchavioral Health في جامعة ولاية - Penn والمذكور في (Zimmer, 2000.P.78): بلن من لا يستطيع السيطرة على ضغوطه النفسية قد يكون عرضة للإصابة بأمراض مزمنة لاحقا فعلى سبيل المثال وجدت الدراسات بان التعرض للضغوط نفسية متكررة مثل الأحداث اليومية المرهقة من الممكن إن تؤدي إلى الإصابة بمتلازمة تهيج

القولون العصبي ويرى الدكتور وايتهد بأنه يجب على هؤلاء الأفراد التوجه لمعالج نفسي لمواجهة الضغوط النفسية التي يتعرضوا لها في حياتهم اليومية، حيث من خلاله قد يساعدهم على التخلص من مشاعرهم السلبية، وكذلك مواجهة مشاعرهم الحزينة ومشاعر الخوف بعبارات لفظية من خلال تعلم مهارات مثل الاسترخاء وممارسة التمارين الرياضية التي قد تؤدي إلى إفراز هرمونات تعمل على تقليل الضغوط النفسية وبشكل فوري (Zimmer, 2000). وقد أشار العلماء إلى دور الجهاز العصبي في سيطرته وبشكل خاص الجهاز العصبي المستقل على حركة القولون. ومتلازمة تهيج القولون العصبي هو عرض مزمن وتتراوح أعراضه بين الشديدة والمتوسطة والحادة المستمرة، ولكن على الرغم من إن أعراضه لم تفهم بشكل واضح ومفصل، إلا إن تونر وآخرين والمذكور في (Nichols, 2001) يعتقدون بأن تهيج القولون العصبي مرتبط بخلل في الدوائر العصبية والتي تصل ما بين الأمعاء والدماغ، لذلك يشعر بعض الناس بعبء الضغوط النفسية في أمعائهم بدلاً من القلب رغم إن القلب هو الأقرب إلى الدماغ، ولكن عندما يشعر الدماغ (Great Brain) بحالة الإرهاق فأنه يستدعي الخلايا المتخصصة والتي تدعى بالخلايا البدنية Mast Cells والموجودة في بطانة الأمعاء وهذه الخلايا تحتوي على مادة كيميائية تدعى بالهيستامين وتعمل على تنشيط الأعصاب المسيطرة على الأمعاء وبالتالي تؤدي إلى تقلص العضلات، من هنا فالتشنجات والذهاب المتكرر إلى الحمام غالباً ما يرتبط بنوبات الضغوط النفسية (Sobel, 2000).

من هنا نجد بأن متلازمة تهيج القولون العصبي هو عبارة عن اضطراب وظيفي لا يمكن اكتشافه من خلال أي مرض عضوي أو جسدي لا يعني وجود خلل في تركيبية القولون وسبب هذا الاضطراب الوظيفي لا يظهر في فحص الدم أو الأشعة السينية ويتم تشخيصه استناداً إلى مجموعة الأعراض، وغالباً يتطلب فحوصات أخرى مكلفة لاستثناء إمكانية وجود أمراض أخرى، وقد أكدت الدراسات على إن عضلة القولون عند الشخص الذي يعاني من تهيج القولون العصبي المزمن عادة تبدأ بالتشنج عند

تعرضها لمثير معتدل، أي أنها تستجيب بقوة لمثيرات قد لا تسبب الضيق لأغلب الناس (ADHF, 2001).

إما فيما يتعلق بدور العوامل النفسية على الإصابة بمتلازمة تهيج القولون العصبي، فقد وجد بان الاضطرابات النفسية هي سبب محتمل لحدوث الأعراض المعوية بدلا من إن تكون نتيجة لها، مع أن بعض الدراسات أشارت إلى إن مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي معرضين لاضطرابات نفسية أكثر إلى حد بعيد من مرضى الأمعاء المعوية الأخرى على الرغم من التشابه في شدة الألم (Walker, Roy & Katon, 1990).

2.3.1 تشخيص متلازمة تهيج القولون العصبي وأعراضه:

القولون هو الجزء الأخير من الجهاز الهضمي، ويبدأ من نهاية الأمعاء الدقيقة، وينتهي بفتحة الشرج (أبو زينة، 2000). ويبلغ طوله حوالي ستة أقدام، وينقسم إلى ثلاثة أجزاء رئيسية هي: القولون الصاعد، والقولون المستعرض، والقولون النازل، وذلك تبعا لخط سير الغذاء فيه، والوظيفة الرئيسية للقولون هي امتصاص الماء والأملاح من المنتجات الهضمية التي دخلت عبر المعى الدقيق، وهضم مادة السيليلوز (الشاعر، 1990). أما معدل الحركة الطبيعية للتخلص من فضلات الجسم تتراوح عادة ما بين ثلاث مرات يوميا إلى ثلاث مرات أسبوعيا، وهذه الوظيفة الطبيعية للأمعاء متغيرة من شخص لآخر (Naliboff, Munakata, Chagn, & Mayer, 1998). متلازمة تهيج القولون العصبي هو عرض مزمن، وتتراوح أعراضه ما بين الشديدة والمتوسطة، والحادة المستمرة. ولكن على الرغم من أن أعراضه لم تفهم بشكل واضح ومفصل، إلا أن تونر وآخريين (Toner et al) المذكور في Nichols, 2001 يعتقدون أن تهيج القولون العصبي مرتبط بخلل في الدوائر العصبية، والتي تصل ما بين الأمعاء والدماغ. لذلك فقد يشعر بعض الناس بعبء الضغوط النفسية في أمعائهم بدلا من القلب،

على الرغم من أن القلب هو الأقرب إلى الدماغ، لكن عندما يشعر الدماغ (Great Brain) بحالة الإرهاق فإنه يستدعي الخلايا المتخصصة - والتي تدعى بالخلايا البدنية Mast Cells - والموجودة في بطانة الأمعاء. هذه الخلايا تحتوي على مادة كيميائية تدعى بالهستامين (Histamine) وتعمل على تنشيط الأعصاب المسيطرة على الأمعاء، وبالتالي تؤدي إلى تقلص العضلات. من هنا فالتشنجات، والذهاب المتكرر إلى الحمام غالبا مرتبط بنوبات الضغوط النفسية (Sobel, 2000).

تؤكد المؤسسة الأمريكية للصحة الهضمية (ADHF) أن تهيج القولون العصبي منتشر عند النساء أكثر من الرجال، وأنه يوجد لدى كافة المجموعات العرقية، وتصاب به كل الأعمار (ADHF, 2001). ويرى ترس أن أحد الأسباب لتفسير حدوث متلازمة تهيج القولون العصبي عند النساء أكثر منها عند الرجال هو ارتفاع نسبة الإصابة بالاكنتاب عند النساء أكثر منها عند الرجال. وربما الاكنتاب أحد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمتلازمة تهيج القولون العصبي (Truss, 1988).

2.3.2 تأثير العوامل النفسية

أشارت الدراسات النفسية بان القلق والاكنتاب هي اضطرابات نفسية شائعة أكثر عند المصابين بتهيج القولون العصبي مقارنة مع المرضى المصابين بأمراض عضوية معوية (Luiscombe,2000.). وذلك يعود لأسباب عديدة منها إن مصابي مرضى عصابيون أكثر وانبساطيون اقل (Kellow & Philhps,1987, Welgan,Meshkinpour & Beeler,1988)

2.4 النظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي

هنالك الكثير من النظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي نستعرض منها ما يلي:

1- نظرية بياجيه Piaget's theory:

يرى بياجيه أن البشر لا يولدون بميول اجتماعية، إنما يزداد الارتباط ويحصل الاندماج الاجتماعي تدريجياً . فالمعرفة الاجتماعية تبنى كما تبنى المعرفة في المجالات الأخرى، بال تنظيم والتكيف والنقل، فتبنى سكميات معرفية لكل ما يتفاعل مع الطفل في بيئته من خلال نشاطه وحركته، كما إن التفاعلات الاجتماعية تفيد وتغذي النمو العقلي والتطور المعرفي والعاطفي والاجتماعي لدى الطفل فيقول بياجيه: "يمثل التفاعل الاجتماعي بداية تخلي الطفل عن أنويته، ويساعده على الانتقاد الذاتي". في الواقع، يبدأ الطفل بالاحتكاك والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين في السنة الثانية، وحتى في السنة الأولى أو ما قبل ذلك. فهناك المحاكاة عند الطفل التي تبدأ قبل السنة الأولى، ولكن الشيء الجديد في هذه المرحلة هو نمو اللغة عند الطفل، وهذا ما يمكنه أكثر من الاندماج الاجتماعي في فعالياته المختلفة وفي أفكاره ومشاعره. ويبدأ الطفل بإقامة العلاقات مع الكبار وخاصة مع الأهل ومع أترابه، كما أن إعجاب الطفل بأهله يبرز بشكل واضح في هذه المرحلة، فهو يعتبرهم كائنات قوية فيها الإرادة والإعجاب والجاذبية. ويطلق على هذا الشعور اسم "الأنا المثالية" التي تفرض ذاتها على أنا الطفل، وهذا التأثير أو التفاعل القائم له أهمية كبرى على التطور الذهني والاجتماعي والعاطفي عند الطفل (السلطاني، 2009).

2- نظرية المثير - الاستجابة:

قدمت من قبل السلوكيين ومنهم العالم الأمريكي سكرن، إذ تقوم هذه النظرية على أساس العلاقة بين المثير والاستجابة والتعزيز، إذ يرى السلوكيون إن المخلوقات الاجتماعية ليست سلبية في تفاعلها. بل

أنها تستجيب للتأثيرات والمنبهات التي يتلقونها خلال عملية التنشئة الاجتماعية القائمة على التفاعل، والشخصية التي تتكون وتتشكل للفرد أو للجماعة هي نتيجة مباشرة لهذا التفاعل، والتفاعل بهذا المعنى يتمثل بالاستجابات المتبادلة بين الأفراد في وسط أو موقف اجتماعي، بحيث يشكل أحدهم منبها لسلوك الآخر، وهكذا فكل فعل يؤدي إلى استجابة أو استجابات في إطار عملية تبادل المنبهات والاستجابات. ويرى سكرن أن الإنسان بطبيعته يميل إلى تكرار الاستجابة التي يتم تعزيزها، إذ يلعب التعزيز دورا أساسيا في تنشيط عملية التفاعل الاجتماعي وتكوين الاتجاهات والعلاقات (ولي ومحمد، 2004).

3- نظرية التواتر والتوازن:

قدمت من قبل سامبسون SAMPSON، إذ ترى أن المرء يميل إلى تغيير أحكامه في المواقف غير المتوازنة، وإن الأشخاص يميلون بصورة عامة إلى إصدار الأحكام المتشابهة لأحكام من يحبون أو يألون والمخالفة لأحكام من لا يحبون أو يألون. ويلعب التشابه دوراً هاماً في تنظيم العلاقات بين الأفراد والجماعات، كما يلعب دوراً تعزيزياً في توثيق عرى العلاقات الإيجابية والتخفيف من حدة التوتر بين العلاقات غير المتوازنة، فالمرء يسعى لإثبات صحة آرائه وإحكامه ومعتقداته ومواقفه الاجتماعية عن طريق تمثلها عند أناس آخرين في مجتمعه خاصة ممن يميل إليهم وممن يحملون آراءً وأحكاماً متشابهة لآرائه وأحكامه بالنسبة لأشياء أو مواقف وقيم معينة (جابر، 2004).

4- نظرية ميلر وآخرون (قوة الثواب والعقاب في التفاعل الاجتماعي):

تعتمد هذه النظرية في تفسير التفاعل على تأثير الفرد على الآخرين، إذ يجب أن يعتمد غالباً على قدرته في إثباتهم على صوابهم أو عقابهم على خطأهم فالثواب يشجع الاستجابات المحببة ويعزز السلوك المطلوب بينما العقاب يكف الاستجابات المسيبة للعقاب فقط. (جابر، 2004).

5- النظرية السلوكية Behavioral Theory:

تشير النظرية السلوكية إلى أن التفاعل الاجتماعي هو العملية التي يؤثر فيها الناس على بعضهم البعض من خلال التبادل المشترك للأفكار والمشاعر وردود الأفعال وبحسب وجهة نظرها في التعلم فإن التفاعل الاجتماعي يبدأ ويستمر عندما يلتقي المشتركون في التفاعل دعماً للتفاعل، كما حاولوا أن يفسروا كيف تنطبق مبادئ التعلم على العلاقات الاجتماعية والإنسانية، وأن التفاعل الاجتماعي عندهم يمثل الاستجابة المتبادلة بين الأفراد في وسط اجتماعي بحيث يشكل سلوك الشخص منبهاً لسلوك الآخر يستدعي استجابة له. وقد فسّر سكنر (Skinner) عملية التفاعل بحسب نظرية المثير والاستجابة والتعزيز حيث بين أن الإنسان بطبيعته يميل إلى تكرار الاستجابة التي تُعزز، ونتيجة لهذا التعزيز يتعلم الفرد أنماط السلوك التي تصبح جزءاً من شخصيته، ويلعب التعزيز دوراً أساسياً في تنشيط عملية التفاعل الاجتماعي وتكوين الاتجاهات والعلاقات الاجتماعية. ويشير أصحاب هذه النظرية إلى أن عملية النماء الاجتماعي هي حصيلة تعلم أنماط السلوك المختلفة التي تم تعزيزها وتتابع تكرارها إلى أن أصبحت جزءاً من شخصية الفرد. (أبو عبيدة، 2007).

6- نظرية سابمسون Sabsmon`s Theory:

يشير سابمسون Sabsmon`s إن الفرد يميل إلى تغيير أحكامه في المواقف غير المتوازنة التي يسودها التوتر أكثر منه في المواقف المتوازنة، ويميل الأشخاص بصورة عامة إلى إصدار الأحكام المتشابهة لأحكام من يحبون ويألفون إلى مخالفة لأحكام من لا يحبون ولقد أثبتت التجارب التي أجراها سابمسون إن العلاقات المتوازنة في نطاق التفاعل الاجتماعي ناتجة عن:

1. الاعتقاد إن الطرف الذي نحب يحمل الآراء والقيم والمعتقدات نفسها التي نحملها أو مشابهها لها.
 2. الاعتقاد إن الطرف الذي لا نحب لا يحمل الآراء والمعتقدات نفسها والقيم الشبيهة بآرائنا وأحكامنا.
- أما العلاقات غير المتوازنة (التوتر) فتكون بحسب التجارب التي أجراها (سابمسون) تكون ناتجة عن:

1. الاعتقاد أن الشخص الذي نحب يصدر أحكاما تخالف أحكامنا.
 2. الاعتقاد بأن الطرف الآخر الذي لا نحب يصدر أحكاما تشابهه أحكامنا.
- وفي كلتا الحالتين فإن لأهمية الحكم والرأي أو القيمة أثرا كبيرا في وحدة أو قوة العلاقة الناشئة عن المواقف لا تؤدي اهتماما أكبر للأمور المهمة والخطيرة التي تؤثر في حياته وتوافقها مع المجتمع أكثر من تلك التي تكون محدودة وذلك كالأحكام المتعلقة بالأكل والشرب مقارنة بالأحكام المتعلقة بفلسفة الحياة أو القيم الاجتماعية أو الأخلاقية أو الدينية. (الكندري، 1996).

7- نظرية فلدمان Feldman`s Theory:

- ارجع فلدمان التفاعل الاجتماعي إلى ميزتين أساسيتين هما: الاستمرار والتآزر السلوكي بين أعضاء الجماعة أو الجماعات الأخرى ومن خلال دراسته التي أجراها على ستة مجاميع من الأشخاص توصل إلى أن للتفاعل الاجتماعي ثلاثة أبعاد هي:
1. التكامل الوظيفي: ويقصد به النشاط المتخصص والمنظم الذي يحقق متطلبات الجماعة من حيث تحقيق أهدافها وتنظيم العلاقات الداخلية فيها والعلاقات الخارجية بينها وبين الجماعات الأخرى.
 2. التكامل التفاعلي: ويقصد به التكامل بين الأشخاص من حيث التأثير والتأثير وعلاقات الحب بينهم وكل ما يدل على تماسكهم.
 3. التكامل المعياري: ويقصد به التكامل من حيث القواعد المتعارف عليها التي تضبط سلوك الأفراد والجماعة (الشناوي، وآخرون، 2001).

8- نظرية نيوكيمب Nyukmb Theory:

- يرى (نيوكيمب) أن التفاعل الاجتماعي هو نوع من النظام الذي ترتبط أجزاؤه ببعضها، ويتوقف عمل جزء منه على أداء بقية الأجزاء لوظائفها. لذلك يغير الناس سلوكهم نتيجة لهذا التفاعل، وتسود العلاقة

المتوازنة بين الأفراد المتفاعلين عند تشابه اتجاهاتهما وآرائهما حول شيء معين، وأن نمطاً من العلاقة غير المتوازنة ينشأ بين الطرفين المتآلفين إذا كان كل منهما يحمل أفكاراً متباينة نحو طرف ثالث مشترك كما ينشأ نمطاً من العلاقة غير المتوازنة بين طرفين غير متآلفين حتى ولو كانا متشابهين في مواقفهما بالنسبة للطرف الثالث. ويستنتج (نيوكمب) أن مدى الصداقة والود والتجاذب تقوى بين الطرفين الذين تربطهما موقف واتجاهات وأفكار متشابهة (السلطاني، 2009).

تعقيب على الاطار النظري:

وتعقباً على ما ورد في الاطار النظري يرى الباحث انه وعلى الرغم من تعدد النظريات والنماذج التي فسرت التفاعل الاجتماعي الاجتماعي مثل المنظور التكاملي الاجتماعي كالتكامل الوظيفي ويقصد به النشاط المتخصص والمنظم الذي يحقق متطلبات الجماعة من حيث تحقيق أهدافها وتنظيم العلاقات الداخلية فيها والعلاقات الخارجية بينها وبين الجماعات الأخرى. والتكامل التفاعلي ويقصد به التكامل بين الأشخاص من حيث التأثير والتأثير وعلاقات الحب بينهم وكل ما يدل على تماسكهم. والتكامل المعياري ويقصد به التكامل من حيث القواعد المتعارف عليها التي تضبط سلوك الأفراد والجماعة ومن ضمنها السوق الصحي محور الحديث في هذا الاطار، ومن هنا فقد تبني الباحث ان لا يعتمد على نظرية محددة بل يستأنس بأكثر من نظرية لتفسير الظاهرة المدروسة ، وعليه فقد اورد العديد من تلك النظريات في سياق هذه الرسالة.

2.5 الدراسات السابقة

قام كريد وآخرون (Creed,et ,al.,2001) بدراسة هدفت إلى الكشف عن فيما إذا كانت متلازمة تهيج القولون العصبي والإعراض النفسية المباشرة تؤثر على الصحة المرتبطة بنوعية حياة وتكلفة هذه الرعاية الصحية. تم دراسة (257) حالة تعاني من متلازمة تهيج القولون العصبي الحاد، وجميع هؤلاء الأفراد لم يستجيبوا للمعالجة العادية وبالتالي تم تحويلهم للمعالجة النفسية، طبق على العينة عدة مقاييس تشخيصية طبية لمتلازمة تهيج القولون العصبي الحاد، واستخدمت مفكرة يومية ليسجل عليها كل فرد في العينة على الأقل عشرة أعراض تصيبه في اليوم، وتم قياس الأعراض النفسية بقائمة (Cheskils 90- R) ومقياس هاملتون للاكتئاب (Hamilton Depresson). وأشارت النتائج إلى إن درجة الاكتئاب كانت لديهم ضعيفة، ودرجتهم على مقياس الحياة أيضا متدنية، أما النتائج النفسية فقد ربطت بالضعف الذي ينتاب المرضى نتيجة الأعراض الحادة. وان كلتا الأعراض الجسدية والنفسية ارتبطت بشكل مستقل بالصحة الضعيفة المرتبطة بنوعية الحياة وخرجت الدراسة بان أفضل معالجة لمتلازمة تهيج القولون العصبي بحاجة إلى منهج شامل، وان تكاليف الرعاية الصحية وضعف الإنتاجية غير مرتبط بشكل واضح مع الأعراض وان أي محاولة لتسكين الآلام ليس بالضرورة تؤدي إلى تقليل التكاليف.

وقام سمرين وآخرون (Simmren,et at., 2001) بدراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة ما بين الصحة المرتبطة بنوعية الحياة ومتلازمة تهيج القولون العصبي. حيث تم تطبيق الدراسة على (343) فرد مصابين بتهيج القولون العصبي (251 أنثى، 92 ذكر) و(209) مرضى مقيمين في المستشفى و(134) خارج المستشفى. طبق على عينة الدراسة إجراءات تشخيصية وفقا لمعيار روم، وتعبئة خمس استبيانات ذاتية مختلفة لتقييم الصحة المرتبطة بنوعية الحياة. وجدت الدراسة بان (119) مريض يعانون من إسهال دائم و(93) مريض يعانون من إمساك دائم و(131)مريض يعانون من

الإمساك والإسهال بالتناوب. أشارت النتائج إلى إن نوعية الحياة هي متدنية عند الإناث من المرضى الذين يقيمون في المستشفى، ومعنى ذلك بان الإناث حصلن على درجة اقل في مقياس نوعية الحياة بالإضافة إلى باقي الاختبارات. وان الإعياء هو عرض شائع لدى هؤلاء المرضى وهو يرتبط بالصحة العامة وبالإعراض المعوية والنفسية .

دراسة خلف وتوفيق (2013) هدفت الدراسة الى معرفة المشاكل الجسمية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم في محافظة الموصل، واختيرت عينة بالطريقة القصدية من (60) مريض في مستشفى الاورام والطب الذري في الموصل وكذلك المرضى الذين زاروا العيادة الخارجية في المستشفى نفسه للمتابعة الطبية وإكمال العلاج. تم جمع بيانات الدراسة عن طريق مقابلة المرضى الراقدين والمراجعين في المستشفى المذكور، وقد تم تحليل البيانات من خلال تطبيق التحليل الإحصائي الوصفي (النسب المئوية) والتحليل الإحصائي الاستدلالي (متوسط النقاط). وكشفت النتائج ان نوعية الحياة ذات العلاقة بالمشاكل الجسدية للمرضى بعد سرطان القولون والمستقيم كانت مقبولة، وليس هناك علاقة معنوية بين نوعية الحياة لهؤلاء المرضى وبعض الخصائص الديموغرافية مثل الجنس والعمر والحالة الزوجية ومستوى التعليم. واستنتجت الدراسة أن الاصابة بسرطان القولون والمستقيم هي أكثر شيوعا بين المتزوجين عن اولئك الغير متزوجين، كذلك كانت اعمار نصف المرضى ما بين 40 و 60 سنة، وكان لديهم مستوى متدني من التعليم، والعديد منهم عاطلين عن العمل ويقيمون في المناطق الحضرية في الموصل.

دراسة الفخراني (2008) هدفت الى تأكيد الذات وعلاقته بالسلوك الصحي لدى المسنين. وتكونت عينة الدراسة من (200) مسن نصفهم من الذكور، ونصفهم من الإناث. واستخدمت الدراسة مقياس السلوك الصحي، ومقياس تأكيد الذات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة بين بعض أبعاد مقياس تأكيد الذات وبعض أبعاد مقياس السلوك الصحي، ووجود فروق دالة إحصائياً في بعض أنماط

السلوك الصحي المتمثلة في التدخين والتمرينات الرياضية تعزى للجنس لصالح الذكور، وفي

الممارسات الغذائية والنصائح والتعرض لأشعة الشمس لصالح الإناث.

دراسة الصبوة، والمحمود (2007) هدفت الى فحص العلاقة بين بعض أنماط السلوك الصحي

(ممارسة التمرينات الرياضية، والتدخين وإساءة استخدام الأدوية النفسية، وسلوك قيادة السيارات،

وسلوك النوم) وكل من فعالية الذات وتقدير الذات والاكنتاب لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. وقد

تم تطبيق أربعة استخبارات لقياس المتغيرات السابقة، ثلاثة منها من إعداد الباحثة وهي: اختبار

السلوك الصحي، واختبار فعالية الذات، واختبار تقدير الذات، هذا بالإضافة إلى مقياس الاكنتاب

الصادر عن مركز الدراسات الوبائية، حيث تم تطبيقهم على عينة بلغت (565) طالباً وطالبة (266

من الذكور، و 299 من الإناث). كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً

بين جميع أنماط السلوك الصحي الإيجابي - كل منها على حدة - وكل من فعالية الذات وتقدير

الذات، كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة بين أنماط السلوك الصحي الإيجابي - كل منها على حدة -

والاكنتاب. كذلك بينت النتائج أن لفاعلية الذات قدرة على التنبؤ بكل من ممارسة التمرينات الرياضية

وأعد بيدي وبراون (Bedi & Brown, 2005) دراسة بعنوان التفاؤل وطريقة المواجهة والشعور

بالحالة الصحية الجيدة لدى مرضى القلب المصابين بأمراض مزمنة وحادة. وقد تم فحص العلاقة بين

النزعة التفاؤلية وتجنب التهديد والشعور بالحالة الصحية الجيدة لدى عينة مكونة من (85) مريضاً.

وأشارت النتائج إلى وجود استجابات دالة لتجنب التهديد مرتبطة بالتفاؤل والشعور بأن المريض ينعم

بحالة صحية جيدة. كما أشارت النتائج إلى وجود تباين عام في التنبؤ بالأثر الإيجابي للتفاؤل بين

مرضى القلب وقدرتهم على مواجهة المشكلات المرتبطة بالصحة.

وقام سكورد وشوارزير (Schorder & Schwarzer, 2005) في (ربيع، 2008) بدراسة عنوان

التحكم الذاتي في العادات وتنظيم السلوك الصحي بين مرضى القلب. وتكونت عينة الدراسة من

(381) من مرضى جراحة القلب. وتم عمل تقييم للتحكم الذاتي بالعادة ومركز التحكم الصحي قبل وبعد الجراحة بستة أشهر، وتقييم المدركات الصحية للسلوك الاجتماعي قبل الجراحة فقط، كما تم قياس إتباع نظام غذائي معين وممارسة التدريبات الرياضية والإقلاع عن التدخين قبل وبعد الجراحة. وأشارت النتائج إلى أن التحكم بالعادة منبه أساسي لتنظيم السلوك الصحي لدى المرضى بدرجة أكثر إسهاماً من مركز الضبط الصحي، وفي ضوء ذلك فسر التحكم الذاتي بالعادة على أنه هو المسؤول عن التغيير الناتج بالحالة الصحية للمرضى نتيجة إتباعهم نظام غذائي معين وممارسة التريبات الرياضية.

وقام الأتروشي (2004) بدراسة استهدفت التعرف على مستوى التفاعل الاجتماعي لدى طلبة جامعة بغداد والتعرف على العلاقة بين الشخصية النرجسية والتفاعل الاجتماعي وفق متغير الجنس (ذكور، إناث) وتكونت عينة الدراسة من (400) طالباً وطالبة من طلبة المرحلة الثالثة من كلية التربية ابن الهيثم واعتمد الباحث على مقياس التفاعل الاجتماعي الذي أعدته التميمي (1993). وأظهرت النتائج وجود درجة عالية لمستوى التفاعل الاجتماعي لدى الطلبة، وكذلك هناك علاقة إيجابية ذات دلالة معنوية بين الشخصية النرجسية والتفاعل الاجتماعي لدى طلبة الجامعة، ولم تظهر النتائج فروق دالة في العلاقة الارتباطية بين الشخصية النرجسية والتفاعل الاجتماعي وفقاً للجنس.

دراسة الشقيرات، والمجالي (2003) هدفت إلى التعرف على الخصائص النفس - عصبية لمرضى متلازمة تهيج القولون العصبي. تكونت عينتها التجريبية من (25) مريضاً بمتلازمة تهيج القولون العصبي (7 ذكور و 18 من الإناث)، وعينتها الضابطة من (30) شخصاً سليماً صحياً (9 ذكور و 21 من الإناث). طبق على أفراد عينة الدراسة مجموعة من الاختبارات النفس - عصبية، كما طبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس نوعية الحياة لمرضى متلازمة تهيج القولون العصبي. أشارت النتائج إلى أن مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي يعانون من خلل في الانتباه والتركيز، وذاكرة

التعرف اللفظية وغير اللفظية، وكذلك خلل في عمليات التفكير المجردة، وحل المشكلات، بالإضافة إلى ارتفاع درجة الاكتئاب، وتدني مستوى نوعية الحياة لديهم.

وأعد **جيفري (Jeffery, 2003)** دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين مستوى الضغوط والسلوك الصحي. وتكونت العينة من (2110) من العمال الراشدين من الذكور والإناث. وكشفت نتائج الدراسة أن المستوى المرتفع من الضغوط يرتبط بزيادة تناول المواد الغذائية الدهنية، وقلة ممارسة التمرينات الرياضية، يؤدي لانخفاض الكفاءة الذاتية وقت التعرض للضغوط.

وقامت **أولجر وزملاؤها (Allgower, Wardle, & Steptoe, 2001)** بدراسة العلاقة الارتباطية بين الأعراض الاكتئابية، والمساندة الاجتماعية، وأنماط من السلوك الصحي لدى عينة تكونت من (2091) من الذكور و (3438) من الإناث من طلاب الجامعة في (16) دولة أوروبية تراوحت أعمارهم ما بين (18-30) عاما. ومن أهم نتائج هذه الدراسة وجود علاقات ارتباطية دالة بين الأعراض الاكتئابية وكل من قلة ممارسة النشاط البدني، وعدم تناول الإفطار، وعدم انتظام ساعات النوم، وعدم استخدام حزام الأمان. وقد ظهرت هذه النتيجة عند الذكور والإناث، ومن النتائج الأخرى لهذه الدراسة وجود ارتباط موجب دال بين الأعراض الاكتئابية لدى الإناث وكل من التدخين، وعدم تناول الفواكه، وعدم استخدام الكريما الواقية ضد أشعة الشمس الضارة، بينما لم تتأكد هذه النتائج لدى الذكور.

وقام **ميلر وآخرون (Miller, et al, 2001)** بدراسة هدفت إلى الكشف عن الأعراض النفس جسدية، وسلوك المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، والاضطرابات النفسية والجسدية. حيث تم دراسة (50) حالة، تعالج من مصابي تهيج القولون العصبي، وتقرح القولون، وتم تقييمهم وتشخيصهم خلال مقابلة، وتم تعبئة استبانة خاصة في تقييم سلوك المرض. أكدت النتائج أن الاضطرابات النفسية الجسدية لم تشخص في الحالات التي تعاني من تقرح القولون، وأنها قد ظهرت لدى 42% من

المصابين في تهيج القولون العصبي، وأن المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي لديهم أعراض نفسية جسدية محتملة، وأن المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي (ولكن ليس الذين بدون أعراض نفس جسدية من المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي) قد أظهروا أعراضاً نفسية وسلوكيات مرضية شاذة، مقارنة مع مرضى تقرح القولون.

وكذلك قام مارليوف (Marilov, 2001) بدراسة هدفت إلى دراسة أثر العوامل النفسية في متلازمة تهيج القولون العصبي في روسيا. حيث تم دراسة عينة مكونة من (100) مصاب (25 ذكرا و 75 أنثى) تتراوح أعمارهم ما بين (21-60) سنة، حيث تم فحصهم سريريا، ونفسيا، وإحصائيا، باستخدام معامل الارتباط؛ للتحقق من العلاقة ما بين الظواهر السريرية لأعراض متلازمة تهيج القولون العصبي وسمات الشخصية. كان جميع أفراد عينة الدراسة من مراجعي الطبيب النفسي في مستشفى للأمراض المعوية. حيث تبين أن ديناميكية، وأعراض متلازمة تهيج القولون العصبي باختلافاتها السريرية لها علاقة قوية، وبشكل كبير بسمات الشخصية، مثل: لديهم قلق زائد، وميل أعلى إلى الإصابة بمرض نفسي جسدي، مع ضعفهم في التفاعل بشكل كاف في مجتمعهم، وميل إلى العدوانية تجاه أنفسهم، ميل دائم إلى الاكتئاب وسلوك دفاعي سلبي تحت ظروف الإحباط.

وقام بورش وآخرون (Porsch, et al., 2001) من ألمانيا بدراسة هدفت إلى التحقق من طبيعة سلوك المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، وأثر النقص العاطفي عليهم خلال مرحلة الطفولة. حيث تم دراسة عينة مكونة من مجموعتين، المجموعة الأولى: (48) مصاباً، يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي، والمجموعة الثانية: مكونة من (91) مريضاً يعانون من التهاب في الأمعاء. حيث تم تشخيص المصابين بتهيج القولون العصبي حسب معيار ماننغ Manning Criteria، أما مرضى التهاب الأمعاء فقد تم تشخيصهم طبيا من خلال الفحص الفيزيائي، والتنظير، حيث تم التأكد من إصابتهم بالالتهاب. أما البيانات النفسية فقد تم الحصول عليها من خلال المقابلات النفسية، ومن

خلال تعبئة المقاييس النفسية ذات التقرير الذاتي. أشارت النتائج إلى أن المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي تزيد نسبة زيارتهم للطبيب عن مرضى التهاب الأمعاء، وتبين كذلك أن لديهم استياء من الأعراض النفس - جسدية في يومهم الروتيني، أما بالنسبة لوظائفهم فمصابوا تهيج القولون العصبي هم أقل إنتاجاً، وأقل ضعفاً من مرضى التهاب القولون.

وهدفنا دراسة الوريكات (2001). حول بعض مظاهر السلوك الصحي لدى مواطني الكرك: دراسة اجتماعية، إلى معرفة سلوك مواطني محافظة الكرك نحو الصحة والمرض، وبلغ حجم العينة (260) مبحثاً ، ممثلين في مناطق المحافظة المختلفة. وبينت نتائج الدراسة تدني الوعي الصحي المتعلق بممارسة الرياضة، وبلغت نسبة من يمارسون أي نوع من أنواع النشاط الرياضي (39.2%)، وبلغت نسبة من يدركون وضعهم الصحي بأنفسهم (87.3%)، وبلغت نسبة من يعرفون أين يحصلون على مساعدة طبية مباشرة (92.7%). وأشارت نتائج الدراسة إلى انتشار المعرفة والوعي الصحي بين أفراد العينة، وأشارت النتائج إلى رفض أفراد العينة القاطع لبعض القيم الثقافية وعلاقتها بالصحة مثل: الإيمان بالغيبيات والقدرية، والحظ، والأشياء الطارئة. أما النتائج المتعلقة بالمسؤولية الفردية عن الصحة والمرض، فعزاها إلى وجود استعداد نحو تحمل المسؤولية الفردية للصحة والمرض عند أفراد العينة، مدركين أن الصحة ليست مسؤولية الأطباء والمستشفيات أو الدولة، بقدر ما هي مسؤولية فردية بالدرجة الأولى. وأشارت النتائج المتعلقة بالفروق بين الجنسين من حيث الإدراك والوعي الصحي، بأن كلا من الجنسين يتمتعان بوعي صحي تمثل في تحمل المسؤولية الصحية والمرضية. وكشفت الدراسة عن أثر التحديث على السلوك الفردي والمتمثل بالصحة والمرض للذكور والإناث من حيث بعض المؤشرات كالمسؤولية الفردية ورفض مسؤولية المجتمع.

وقام كل من لي وآخرين (Lee et, al, 2001) في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة هدفت إلى معرفة اثر الجنس على أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي المختلفة. على أساس الفرضية العامة

إن النساء يختلفن في تجربة أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي عن نظرا ٢٥٥ من الذكور بسبب الحيض. حيث تم دراسة عينة مكونة من (714) تم تشخيصهم ايجابيا على معيار روم Rome لتشخيص متلازمة تهيج القولون العصبي، واستخدمت عدة مقاييس نفسية لتقييم الأعراض النفسية مثل (SCL-90R) ونوعية الحياة (QOL) بالإضافة إلى اختبار (SF-36) تكونت عينة الدراسة من (54) سيدة بمرحلة ما بعد سن اليأس وكذلك (61) سيدة بمرحلة قبل سن اليأس و (54) ذكر، حيث يعاني جميعهم من متلازمة تهيج القولون العصبي. أشارت النتائج إلى إن الذكور والإناث ممن قد عانوا نفس الحدة في الأعراض ونفس المشاكل النفسية وكذلك أشارت النتائج إلى إن النساء قد اخبرن أكثر من الذكور عن حدوث أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي مثل الأعراض التالية: الانتفاخ، الإمساك، الغثيان، شد عضلي، والتحسس تجاه بعض أنواع الطعام. كذلك بينت النتائج بان 40% من النساء قد ساءت لديهن أعراض تهيج القولون العصبي خلال فترة الحيض، ولكن الفروق بين النساء قبل وبعد من الاختلاف مرحلة اليأس كانت قليلة، مما يشير إلى إن الاختلاف بين الجنسين على متلازمة تهيج القولون العصبي قد يعزى إلى فترة الحيض عند النساء .

كذلك قام بينتو وآخرون (Pinto, et al, 2000) بدراسة تأثير أحداث الحياة الضاغطة والقلق، والاكنتاب على التكيف مع أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي. وطبقت الدراسة على (60) فردا، وزعوا على مجموعتين، المجموعة الأولى: تكونت من (30) مصابا، يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي، والمجموعة الثانية: تكونت من (30) فردا، لا يعانون من أية أعراض في تهيج القولون العصبي. واستكملت عليهم سلسلة من الاختبارات، مثل: مقياس أحداث الحياة المرهقة، ومقياس التأقلم Coping Scale. أشارت النتائج إلى أن الضغوط النفسية كانت أعلى عند المصابين بتهيج القولون العصبي، مقارنة مع المجموعة السليمة، وأن أكثر من 50% من المرضى في المجموعة الأولى

يعانون من قلق، و/أو اكتئاب بشكل سريري ومؤكد، وعادة يميل هؤلاء إلى التأقلم بشكل سلبي مع الأعراض، مقارنة مع المرضى الذين لا يعانون من قلق، أو اكتئاب.

دراسة الزوبعي (1999): استهدفت الدراسة بناء مقياس للصحة النفسية لدى طلبة الجامعة، والتعرف على العلاقة بين الصحة النفسية والتفاعل الاجتماعي لديهم. تألفت العينة من (220) طالبا وطالبة اختيروا بالأسلوب المرحلي العشوائي توزعوا على (4) كليات في جامعة بغداد هي (الآداب، اللغات، الهندسة، التربية ابن الهيثم). تم بناء مقياس الصحة النفسية لطلبة الجامعة، كما استخدم مقياس (التميمي، 1993) لقياس مستوى التفاعل الاجتماعي بعد استخراج الصدق الظاهري وثباته بطريقة التجزئة النصفية وقد بلغ (0.79) وعند تصحيحه باستخدام معادلة (سبيرمان - براون) بلغ معامل الثبات (0.88). عولجت البيانات إحصائيا باستخدام معامل ارتباط بيرسون ومعادلة سبيرمان - براون والاختبار التالي لعينتين مستقلتين والاختبار التالي لعينة واحدة. توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها وجود فروق دالة إحصائيا بين الوسط الحسابي لدرجات الطلبة والوسط الفرضي ولصالح الطلبة وهذه النتيجة تدل على أن الطلبة يتمتعون بالتفاعل الاجتماعي. كما أظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين الصحة النفسية للطلبة والتفاعل الاجتماعي.

2.5.1 التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات العربية والاجنبية في الجانبين لموضوع الدراسة " التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي، تمكن الباحث من خلالها تكوين مضمون معرفي لموضوع الدراسة من خلال الطرق والمناهج والادوات والاهداف والنتائج التي ساعدت على صياغة مشكلة الدراسة التي سعت الدراسة للاجابة عليها.

حيث ان بعض الدراسات تناولت التفاعل الاجتماعي وهناك دراسات تناولت السلوك الصحي
بربطها بمتغيرات ومفاهيم اخرى، ودراسات اخرى درست مرضى القولون العصبي. فنجد دراسات
تناولت مستوى التفاعل الاجتماعي مثل دراسة الزوبعي (1999) ودراسة مصيقر (2000) ودراسة
همشري (2003) ودراسة الاتروشي (2004)، ودراسة السلطاني (2009).

وهناك دراسات تناولت السلوك الصحي مثل دراسة كريد (Creed 2001) ودراسة الفخراني (2008)،
ودراسة الشقيرات والمجالي (2003)، ودراسة الصبوة (2007)، ودراسة ميلر واخرون (Miller 2001)
et al)، كما استهدفت بعض الدراسات السابقة مجتمع طلبة الجامعات مثل دراسة الاتروشي
(2004)، ودراسة الصبوة، المحمود (2007). ودراسات تناولت المرضى مثل مرضى القولون
العصبي وامراض القلب مثل دراسات ربيع(2008) ودراسة الشقيرات، المجالي (2003).

تميزت الدراسة الحالية بانها من الدراسات القليلة التي تتناول هذا الموضوع (التفاعل الاجتماعي
وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي) وهو موضوع مهم وربما مهمش ويعاني منه
الكثيرين وهذا يشكل اثراء للمكتبة العربية.

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

- مقدمة.
- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- صدق الأداة.
- ثبات الأداة.
- إجراءات تطبيق الدراسة.
- متغيرات الدراسة.
- متغيرات مستقلة.
- متغيرات تابعة.
- المعالجات الإحصائية.

الفصل الثالث:

الطريقة والإجراءات:

قام الباحث في هذا الفصل من الدراسة بتناول عرضاً للخطوات والمراحل وفقاً للمنهج العلمي، من خلال تحديد مجتمع الدراسة وعينته، والأدوات المستخدمة ومتغيرات الدراسة المستقلة، وإجراءات التحقق من صدق الأداة وثباتها، والوسائل الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات المتعلقة باستجابة أفراد العينة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

3.1 منهج الدراسة

لتحقيق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة، اتبع الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، وهو المنهج الذي يهدف إلى وصف خصائص الظاهرة وجمع معلومات عنها، فقد تم استخدام هذا المنهج في صورته لأنه يلائم طبيعة وأهداف الدراسة معتمداً على أسلوب الدراسة الميدانية في جمع المعلومات، ليوفي بأغراضها ويحقق أهدافها واختبار صحة فرضياتها وتفسير نتائجها.

3.2 مجتمع الدراسة وعينته

تمثل المجتمع الأصلي للدراسة من جميع مرضى القولون العصبي المترددين على العيادات الصحية الحكومية في رام الله، وتكونت عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة من (141) من المصابين بالقولون العصبي.

3.3 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة

يبين جدول (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الحالة الاجتماعية	أعزب	33	23.4
	متزوج	96	68.1
	غير ذلك	12	8.5
الرضى عن الراتب	لا يوجد راتب	36	25.5
	راضي	74	52.5
	غير راضي	31	22.0
عدد الأبناء	لا يوجد	38	27.0
	واحد	10	7.1
	اثنان	29	20.6
	ثلاث فأكثر	64	45.4
العمر	30-20	43	30.5
	40-31	31	22.0
	50-41	43	30.5
	51 فأعلى	24	17.0

3.4 أدوات الدراسة

إستخدم الباحث (مقياس التفاعل الاجتماعي) من دراسة الزوبعي (1999) وتكونت عدد فقرات الاستبيان (22) فقرة، وتم التحقق من صدقه وثباته، وقد صيغت فقرات المقياس لتكون الإستجابة للمفحوصين وطريق التصحيح بحسب مقياس ليكرت الثلاثي الأبعاد، حيث تكون إستجابة المبحوث على الفقرات بالموافقة حسب التدرج الآتي: بدرجة كبيرة (ثلاث درجات)، بدرجة متوسطة (درجتان)، بدرجة قليلة جداً درجة واحدة. وتعتبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن مستوى عالٍ من التفاعل الاجتماعي، بينما تعبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض من التفاعل الاجتماعي. واستخدم الباحث (مقياس السلوك الصحي) الذي أعده (صمادي والصمادي، 2011).

3.5 صدق الأداة

للتأكد من صدق أداة الدراسة المتمثلة بمقياس التفاعل الاجتماعي، قام الباحث بتصميم الإستبانة بصورتها الأولية، وتم عرضها على المشرف الذي ابدى بعض الملاحظات حولها، وأيضاً عرضت الأداة على مجموعة من المحكمين من حملة درجة الماجستير و الدكتوراه في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، وعلم النفس والصحة النفسية، والخدمة الاجتماعية ومناهج البحث العلمي، وكانت من أبرز الامور التي واجهت الباحث إستجابة (12) محكمين وإعطائه التغذية العلمية الراجعة على الإستبانة، وقد أخذ الباحث بآراء وتوجيهات المحكمين حيث أجريت التعديلات المناسبة. وتكون المقياس في صورته النهائية من (22) فقرة ملحق رقم (1).

ومن ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الإستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، وأتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الإستبانة ويدل على أن هناك اتساق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات

استمارة التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	.585**0	0.00	8	.505**0	0.00	15	.672**0	0.00
2	.663**0	0.00	9	.594**0	0.00	16	.499**0	0.00
3	.567**0	0.0	10	.449**0	0.00	17	.457**0	0.00
4	.625**0	0.00	11	.505**0	0.00	18	.180*0	0.03
5	.544**0	0.00	12	.433**0	0.00	19	.185*0	0.02
6	.0570	0.49	13	.507**0	0.00	20	.528**0	0.00
7	.464**0	0.00	14	.692**0	0.00	21	.555**0	0.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.6 ثبات الأداة

قام الباحث بالتحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات الدراسة حسب معادلة الثبات كرونباخ ألفا، وكانت الدرجة الكلية لمقياس التفاعل الاجتماعي (0.83)، وهذه النتيجة تشير إلى تمتع هذه الأداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

ثبات مقياس السلوك الصحي:

إستخدم الباحث مقياس السلوك الصحي الذي أعده كل من صمادي، والصمادي (2011)، وتكون عدد فقرات الاستبيان (21) فقرة، والتحقق من صدقه وثباته، وقد صيغت فقرات المقياس لتكون الإستجابة للمفحوصين وطريق التصحيح بحسب مقياس ليكرت الخماسي الأبعاد، حيث تكون إستجابة المبحوث على الفقرات بالموافقة حسب التدرج الآتي: بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، بدرجة قليلة جداً، وقد بنيت الفقرات بالإتجاه السلبي: بدرجة كبيرة جداً (خمس درجات)، بدرجة كبيرة (اربع درجات)، محايد (ثلاث درجات)، بدرجة قليلة (درجتان)، وبدرجة قليلة جداً (درجة واحدة). وتعتبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن مستوى عالٍ من السلوك الصحي، بينما تعبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض من السلوك الصحي.

صدق أداة السلوك الصحي:

للتأكد من صدق أداة الدراسة المتمثلة بمقياس السلوك الصحي، قام الباحث بتصميم الإستبانة بصورتها الأولية، وتم عرضها على المشرف الذي أبدى بعض الملاحظات حولها، وأيضاً عرضت الأداة على مجموعة من المحكمين من حملة درجة الماجستير و الدكتوراه في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، وعلم النفس والصحة النفسية، والخدمة الاجتماعية ومناهج البحث العلمي، وكانت من أبرز الأ مور التي واجهت الباحث إستجابة (12) محكمين وإعطائه التغذية العلمية الراجعة على الإستبانة، وقد أخذ

الباحث بآراء وتوجيهات المحكمين حيث أجريت التعديلات المناسبة . وتكون المقياس في صورته النهائية من (21) فقرة ملحق رقم (1).

ومن ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الإستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، وأتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الإستبانة ويدل على أن هناك اتساق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (3.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات

استمارة السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي .

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	.460**0	0.00	9	.554**0	0.00	17	.363**0	0.00
2	.484**0	0.00	10	.473**0	0.00	18	.585**0	0.00
3	.556**0	0.00	11	.592**0	0.00	19	.491**0	0.00
4	.553**0	0.00	12	.397**0	0.00	20	.540**0	0.00
5	.521**0	0.00	13	.604**0	0.00	21	.552**0	0.00
6	.457**0	0.00	14	.406**0	0.00	22	.478**0	0.00
7	.487**0	0.00	15	.350**0	0.00			
8	.575**0	0.00	16	.457**0	0.00			

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ثبات اداة السلوك الصحي:

قام الباحث بالتحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات الدراسة حسب معادلة الثبات كرونباخ ألفا، وكانت الدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي (0.84)، وهذه النتيجة تشير إلى تمتع هذه الأداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

3.7 إجراءات الدراسة

بعد التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، قام الباحث بتطبيق الأداة على أفراد عينة الدراسة، وبعد أن اكتملت عملية تجميع الاستبيانات من أفراد العينة بعد إجاباتهم عليها بطريقة صحيحة، تبين للباحث أن عدد الاستبيانات المستردة الصالحة والتي خضعت للتحليل الإحصائي: (141) استبانة.

3.8 المعالجة الإحصائية

بعد جمع الاستبيانات والتأكد من صلاحيتها للتحليل تم ترميزها (إعطائها أرقاماً معينة)، وذلك تمهيداً لإدخال بياناتها إلى جهاز الحاسوب الآلي لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وتحليل البيانات وفقاً لأسئلة الدراسة بيانات الدراسة، وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (t- test)، واختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

وحتى يتم تحديد درجة متوسطات استجابة أفراد عينة الدراسة، تم اعتماد الدرجات التالية:

الدرجة	مدى متوسطها الحسابي لمقياس السلوك الصحي	مدى متوسطها الحسابي لمقياس التفاعل الاجتماعي
منخفضة	2.33 - 1.66	1.66 - 1
متوسطة	3.66-2.34	2.33 - 1.67
عالية	3.67 فأعلى	3 - 2.34

الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشة النتائج

-نتائج أسئلة الدراسة.

-نتائج فرضيات الدراسة.

-التوصيات.

نتائج الدراسة ومناقشة النتائج:

4.1 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، التي توصل إليها الباحث عن موضوع الدراسة وهو " التفاعل الاجتماعي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي. " وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها.

4.2 نتائج أسئلة الدراسة

4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي في محافظة رام الله.

جدول (1.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي.

الرقم	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
21	أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها.	4.24	1.259	عالية
11	أحافظ على نظافة اسناني بانتظام	4.16	.8670	عالية
5	أشرب المياه النقية	4.16	1.071	عالية
10	أتجنب استخدام أدوات أو أغراض الآخرين الشخصية	4.16	1.136	عالية
13	أخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية	4.13	.8720	عالية
4	أتناول الخضار والفواكه الطازجة	4.04	.9670	عالية
20	أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفه الطبيب.	3.90	1.148	عالية
7	أنوع في الأغذية التي أتناولها	3.84	.8330	عالية
12	أحصل على حاجتي الكافية من النوم	3.76	1.108	عالية
17	أتجنب استخدام أي نوع من التبغ (سجائر، نرجيله)	3.73	1.393	عالية
16	ألجأ إلى استخدام الأدوية عند الضرورة فقط	3.70	1.201	عالية
3	أتناول وجبة الإفطار يوميا بانتظام	3.65	1.357	متوسطة
1	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي	3.54	1.239	متوسطة
2	أركز في غذائي على نسبة قليلة جدا من الأملاح	3.52	1.175	متوسطة
9	أقلل من الأغذية الغنية بالزيوت والدهون الحيوانية	3.47	1.106	متوسطة
8	أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية	3.36	1.117	متوسطة
14	أراجع طبيب الأسنان دوريا للتأكد من سلامة أسناني	3.34	1.378	متوسطة
18	أتناول القليل من المشروبات الغنية بالكافيين (قهوة، شاي، كولا)	3.21	1.362	متوسطة
6	أتناول الأغذية الغنية بالسكر	3.13	1.081	متوسطة
15	أمارس رياضة بشكل منتظم	2.86	1.355	متوسطة
19	أتناول العقاقير المهدئة	1.81	1.259	منخفضة
	الدرجة الكلية	3.60	0.56	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة على مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي أن المتوسط الحسابي للدرجة

الكلية (3.60) وانحراف معياري (0.56) وهذا يدل على أن مستوى السلوك الصحي لدى مرضى

القولون العصبي جاء بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (1.4) أن (11) فقرة جاءت بدرجة عالية و (9) فقرات جاءت بدرجة متوسطة، وفقرة واحدة جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها " على أعلى متوسط حسابي (4.24)، ويليهما فقرة " أشرب المياه النقية " والفقرة " أتجنب استخدام أدوات أو أغراض الآخرين الشخصية " والفقرة " أحافظ على نظافة اسناني بانتظام " بمتوسط حسابي (4.16). وحصلت الفقرة " أتناول العقاقير المهدئة " على أقل متوسط حسابي (1.81)، يليها الفقرة " أمارس رياضة بشكل منتظم " بمتوسط حسابي (2.86). وذلك كون ان تهيج القولون العصبي عادة ينتشر بين الناس بغض النظر عن المستوى التعليمي او المستوى المعيشي او المستوى الثقافي وانه ينتشر بين كافة طبقات المجتمع بنسب متفاوتة.

4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل تختلف متوسطات مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي باختلاف المتغيرات التالية: الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الأبناء، العمر؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله إلى الأسئلة الفرعية التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى السلوك

الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية "

ولفحص الفرضية الصفرية الأولى تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على

مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي. يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب	33	3.54	.63
متزوج	96	3.64	.52
غير ذلك	12	3.42	.68

يلاحظ من الجدول رقم (2.4) وجود فروق ظاهره في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون

العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي

(one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (3.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.634	2	.317	.990	.374
داخل المجموعات	44.18	138	.320		
المجموع	44.82	140			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.99) ومستوى الدلالة (0.37) وهي أكبر من مستوى الدلالة (α)

$(0.05 \geq)$ أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون

العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، أي أنه لا يوجد أي تغيير في النتيجة كون المريض متزوج

أو أعزب أو غير ذلك. وهذا قد لا ينعكس سلباً أو إيجاباً على إمكانية إصابته بالمرض كون الفرد

متزوج أو غير ذلك، وبذلك تم قبول الفرضية الأولى. وبذلك تكون قد اتفقت مع دراسة خلف وتوفيق

(2013). والتي تقول ليس هناك علاقة معنوية بين نوعية الحياة لهؤلاء المرضى وبعض الخصائص

الديموغرافية مثل الجنس والعمر والحالة الزوجية ومستوى التعليم.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى السلوك الصحي

لدى مرضى القولون العصبي. يعزى لمتغير الرضى عن الراتب"

ولفحص الفرضية الصفرية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على

مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب.

جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الرضى عن الراتب
.59	3.69	36	لا يوجد راتب
.48	3.75	74	راضي
.48	3.14	31	غير راضي

يلاحظ من الجدول رقم (4.4) وجود فروق ظاهره في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون

العصبي. يعزى لمتغير الرضى عن الراتب، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي

(one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (5.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي

لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	8.38	2	4.193	15.88	.000
داخل المجموعات	36.43	138	.264		
المجموع	44.82	140			

يلاحظ أن قيمة F للدرجة الكلية (15.88) ومستوى الدلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب، وبذلك تم رفض الفرضية الثانية وكانت هناك فروق لصالح الراضين عن الراتب، وذلك انه قد يكون ان الراضين عن الراتب لديهم رضى وتفاؤل في الحياة وامل وحريصين على تحسين جودة الحياة لديهم وتراهم شديدي الحرص والعناية بوضعهم الصحي وكون عدم الرضى عن الراتب قد يؤدي الى اليأس والاحباط وعدم الاهتمام بالصحة ككل، لذا تجد الراضي عن الراتب لديه رضى عن حياته و لديه امل وتفاؤل بالمستقبل يجعله متمسك بالحياة ، ولانه يوجد فروق في مستوى السلوك تعزى لمتغير الراضين عن الراتب ولمعرفة مصدر الفروق تم استخدام اختبار والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول (6.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب الرضى عن الراتب

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
لا يوجد راتب	راضي	0-.054
	غير راضي	0*.549
راضي	لا يوجد راتب	0.0540
	غير راضي	0*.604
غير راضي	لا يوجد راتب	0-.549*
	راضي	0-.604*

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى السلوك الصحي

لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء"

ولفحص الفرضية الصفرية الثالثة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

جدول (7.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
لا يوجد	38	3.58	.614
واحد	10	3.57	.581
اثنان	29	3.74	.620
ثلاث فأكثر	64	3.55	.507

يلاحظ من الجدول رقم (7.4) وجود فروق ظاهره في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (8.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.763	3	.254	.791	.501
داخل المجموعات	44.05	137	.322		
المجموع	44.82	140			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.791) ومستوى الدلالة (0.501) وهي اكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء. وقد لاحظ الباحث من النتيجة ان

السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي غير مرتبط بعدد الابناء وقد يكون ناتج عن تنوع درجات الوعي لدى الفرد باهمية السلوك الصحي بغض النظر عن عدد الابناء.

نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى السلوك

الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر"

ولفحص الفرضية الصفرية الرابعة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

جدول (9.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في

متوسطات مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
30-20	43	3.62	.53
40-31	31	3.81	.44
50-41	43	3.45	.65
51 فأعلى	24	3.57	.53

يلاحظ من الجدول رقم (9.4) وجود فروق ظاهره في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون

العصبي يعزى لمتغير العمر، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way

ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(10.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.31	3	.77	2.48	.063
داخل المجموعات	42.50	137	.31		
المجموع	44.82	140			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (2.483) ومستوى الدلالة (0.063) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تم قبول الفرضية الرابعة، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي. يعزى لمتغير العمر. أي أنه لا توجد فروق في السلوك الصحي مرتبطة بالعمر لأن الأمر قد يكون عائداً بالدرجة الأولى على وعي الشخص بذاته بغض النظر عن عمره إذ أنه قد لا يكون علاقة بالعمر والسن في هذا الأمر.

3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ما مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي.؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي في محافظة رام الله.

جدول (11.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للتفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجال	الرقم
عالية	0.41	2.87	احب التواجد مع زملائي	1
عالية	0.43	2.84	اشارك الآخرين افراحهم واحزانهم	2
عالية	0.51	2.77	اهتمامي بامور زملائي وأقاربي يشعرني بالسرور	22
عالية	0.50	2.75	اشعر بالراحة عندما التواجد مع زملائي	11
عالية	0.55	2.72	استمتع عندما اقوم باعمال مشتركة مع الآخرين	21
عالية	0.57	2.72	احب الاعمال التي اشارك فيها زملائي	5
عالية	0.58	2.70	اشارك زملائي انفعاليا في المناسبات الخاصة	3
عالية	0.58	2.69	ان مشاركة الاخرين حياتهم شيء ممتع	19
عالية	0.56	2.68	اهتم بما يحدث لزملائي من ازمان	10
عالية	0.61	2.66	احب المشاركة في الانشطة الاجتماعية	17
عالية	0.62	2.65	احب قيام الافراد باعمال مشتركة افضل من الاعمال الفردية	9
عالية	0.65	2.61	احب الحوارات المستمرة مع زملائي	13
عالية	0.70	2.57	لدي مهارات في كسب بناء علاقات جديدة	20
عالية	0.69	2.56	تزداد ثقتي بنفسي عندما اكون مع زملائي	18
عالية	0.73	2.55	لا ادخر جهدا في مساعدة الآخرين	12
عالية	0.65	2.53	انا دائم السؤال عن اقاربي وزملائي	7
عالية	0.71	2.43	اتصل باستمرار بمن اعرفهم	4
عالية	0.73	2.43	ارغب في التعرف على اصدقاء جدد	14
عالية	0.60	2.39	الزيارات لا تنقطع بيني وبين زملائي	8
عالية	0.70	2.35	يتصل بي زملائي بالهاتف	6
متوسطة	0.67	2.33	يهتم زملائي باموري	16
متوسطة	0.82	2.09	اشعر بالضيق عندما اتواجد لوحدي	15
عالية	0.30	2.58	الدرجة الكلية	

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي. أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.58) وانحراف معياري (0.30) وهذا يدل على أن مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي جاء بدرجة عالية.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (11.4) أن (20) فقرة جاءت بدرجة عالية وفقرتين جاءت بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة " احب التواجد مع زملائي " على أعلى متوسط حسابي (2.87)، يليها فقرة " اشارك الآخرين افراحهم واحزانهم " بمتوسط حسابي (2.84). وحصلت الفقرة " اشعر بالضييق عندما اتواجد لوحدي " على أقل متوسط حسابي (2.09)، يليها الفقرة " يهتم زملائي بأموري " بمتوسط حسابي (2.33).

4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

هل تختلف متوسطات مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي. باختلاف المتغيرات التالية: الحالة الاجتماعية، الرضى عن الراتب، عدد الأبناء، العمر؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله إلى الفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى التفاعل

الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. "

ولفحص الفرضية الصفرية الأولى تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (12.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب	33	2.53	0.30
متزوج	96	2.62	0.27
غير ذلك	12	2.45	0.47

يلاحظ من الجدول رقم (12.4) وجود فروق ظاهره في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(13.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.44	2	0.22	2.388	0.096
داخل المجموعات	12.73	138	0.09		
المجموع	13.18	140			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (2.388) ومستوى الدلالة (0.096) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تم قبول الفرضية الأولى، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك لأنه لا توجد فروق في التفاعل الاجتماعي لدى متغير الحالة الاجتماعية لدى مرضى القولون العصبي ، إذ انه قد

لا يكون فرق بين اعزب او متزوج او غير ذلك فهذا يعني انه الحالة الاجتماعية قد لا يكون لها علاقة
لا من قريب ولا من بعيد بقضية التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى التفاعل
الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب."

ولفحص الفرضية الصفرية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على
مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي. يعزى لمتغير الرضى عن الراتب.

جدول (14.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى
التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الرضى عن الراتب
0.30	2.59	36	لا يوجد راتب
0.28	2.60	74	راضي
0.36	2.53	31	غير راضي

يلاحظ من الجدول رقم (14.4) وجود فروق ظاهره في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى
القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين
الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(15.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل
الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.08	2	0.04	0.44	0.64
داخل المجموعات	13.09	138	0.09		
المجموع	13.18	140			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.44) ومستوى الدلالة (0.64) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تم قبول الفرضية الثانية، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب، وكما يظهر من النتيجة ان لا فروق في التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي في متغير الرضى عن الراتب اي انه ليس مهما لديهم ان كانوا راضين عن الراتب ام لا، فهناك تفاعل اجتماعي واضح لديهم.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء."

ولفحص الفرضية الصفرية الثالثة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

جدول (16.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
لا يوجد	38	2.53	0.32
واحد	10	2.54	0.22
اثنان	29	2.65	0.28
ثلاث فأكثر	64	2.59	0.31

يلاحظ من الجدول رقم (16.4) وجود فروق ظاهرة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(17.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.25	3	0.08	0.90	0.44
داخل المجموعات	12.92	137	0.09		
المجموع	13.18	140			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.90) ومستوى الدلالة (0.44) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي. يعزى لمتغير عدد الأبناء. لأنه يبدو من النتيجة ان التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي غير مرتبط بعدد الابناء وقد يكون ناتج عن تنوع درجات الوعي لدى الفرد نفسه باهمية التفاعل الاجتماعي بغض النظر عن عدد الابناء.

نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر."

ولفحص الفرضية الصفرية الرابعة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

جدول (18.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
30-20	43	2.49	0.30
40-31	31	2.71	0.20
50-41	43	2.57	0.31
51 فأعلى	24	2.58	0.35

يلاحظ من الجدول رقم (18.4) وجود فروق ظاهرة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر ، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(19.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.84	3	0.28	3.14	0.02
داخل المجموعات	12.33	137	0.09		
المجموع	13.18	140			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (3.14) ومستوى الدلالة (0.02) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر ، وكانت الفروق لصالح عمر من 31-40 سنة. وبذلك تم رفض الفرضية الرابعة. والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول (20.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب العمر

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
30-20	40-31	0.00
	50-41	0.22
	51 فأعلى	0.26
40-31	30-20	0.00
	50-41	0.05
	51 فأعلى	0.11
50-41	30-20	0.22
	40-31	0.05
	51 فأعلى	0.92

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
51 فأعلى	30-20	0.08
	40-31	-0.13-
	50-41	0.00

كما لاحظ الباحث من النتائج ان الفئة العمرية 40-31 كانت الاكثر تفاعلا وقد يعزى هذا الامر بان يكون عائدا على كون طبيعة هذه الفئة ذاتها بشكل عام وليس فقط لدى مرضى القولون العصبي وانما يمكن ان تكون سمة عامة في التفاعل الاجتماعي لدى هذه الفئة العمرية عامة سواء كانوا مصابين بمرض القولون العصبي ام لا ، وذلك كون هذه الفئة العمرية لربما لانها الانشط والاكثر الحركة من غيرها ولهذا تجدها الاكثر تفاعلا.

5.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي. والسلوك الصحي لديهم؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بتحويله إلى الفرضية التالية:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجة التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي والسلوك الصحي لديهم.

وبذلك تم حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون (R) والدلالة الإحصائية لاستجابات أفراد عينة الدراسة بين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي. والسلوك الصحي لديهم، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (21.4): معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية بين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي والسلوك الصحي لديهم.

المتغيرات	قيمة معامل الارتباط (R)	الدلالة الإحصائية
التفاعل الاجتماعي	0.219	*0.009

يلاحظ من الجدول (21.4) أن معامل ارتباط بيرسون للدرجة الكلية (0.219)، وبلغ مستوى الدلالة الإحصائية (0.009) وهي قيمة دالة إحصائياً، لذا يتم رفض الفرضية القائلة بعدم وجود علاقة معنوية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي والسلوك الصحي لديهم. كما وأنه يتضح من النتائج ان هناك وجود علاقة طردية بينهما، أي أنه كلما زاد التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي زاد ذلك من السلوك الصحي لديهم، وقد اتفقت مع دراسة الزوبعي (1999) التي أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين الصحة النفسية للطلبة والتفاعل الاجتماعي.

4.3 التوصيات:

1. إعداد برنامج تثقيفي للمرضى المصابين بالقولون وزيادة الوعي والتثقيف بين عوائل المرضى لتوفير حياة افضل لمرضاہم.
2. الاستقرار الوظيفي والشعور بالامن الوظيفي والدخل يساعد على التفاعل الاجتماعي والسلوك الصحي السوي.
3. الاسرة تعني الاستقرار وهذا يعني السعادة
4. كلما زاد العمر وكان السلوك صحي زاد التفاعل الاجتماعي الايجابي والسلوك الصحي الايجابي لأن التفاعل الاجتماعي يعني سلوك صحي ايجابي.
5. الابتعاد عن التوتر النفسي والعصبية قدر الإمكان وتعلم كيفية التعامل مع الإجهاد النفسي والضغط.
6. الإكثار من المشي والحركة والنشاط، ومزاولة أي نشاط رياضي، وعدم تناول العقاقير المهدئة.
7. إتباع أنظمة غذائية صحية، واختيار أصناف الغذاء ومحاولة الابتعاد عن المأكولات التي قد تثير حالة القولون العصبي.
8. ضرورة إجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية التي تُعنى بالتعرف بالجوانب النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

المصادر والمراجع:

المراجع العربية:

- أبو جادو، صالح (2007). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية . ط(6). عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو زينة، سامح (2000). موسوعة الأمراض الشائعة . ط(1). عمان، الأردن دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أبو عبيدة، أحمد (2007). أثر برنامج تدريبي في تدريس الرياضيات مستند إلى التفاعل الاجتماعي من خلال التعلم الرمزي في تنمية مهارات الاتصال اللفظي والقدرة القرائية والعلاقات الاجتماعية لدى طلبة المرحلة الأساسية في الأردن (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الأردنية، عمان، الاردن.
- أبو ليلي، يوسف (1994) المفاهيم الذاتية والموضوعية للصحة والمرض بحث ميداني لنزلاء المستشفيات الكويتية. مجلة جامعة الملك سعود، العلوم الإدارية 6 (2)، 201-202.
- الأتروشي، عماد(2004). الشخصية النرجسية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة جامعة بغداد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة بغداد،
- التميمي، صنعاء (1993). بناء مقياس مقنن للتفاعل الاجتماعي عند طلبة جامعة بغداد. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية ابن رشد، جامعة بغداد، بغداد.
- التهامي، السيد يس (2005). فاعلية برنامج باستخدام أنشطة اللعب في تحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال ضعاف السمع مع أقرانهم العاديين . رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
- جابر، بني جودت (2004). علم النفس الاجتماعي. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط 1، عمان، الأردن.
- خلف، غالب و توفيق، نرمين (2013). المشاكل الجسمية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم في محافظة الموصل، مجلة الكوفة للعلوم التمريض، 3 (1) 23- 31.

ربيع، هبة (2008). تحكم الذات بالعادات كمتغير وسيط بين بعض المتغيرات الشخصية وممارسة السلوك الصحي لدى مرضى القلب ، المؤتمر السنوي الخامس لقسم علم النفس ، تطبيقات العلوم النفسية ومشكلات المجتمع، جامعة طنطا، مصر. 4-6-مايو، 535-587

رضوان، سامر، ريشكة، كونراد (2001). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة لدى طلاب الجامعة- دراسة مقارنة سوريا- ألمانيا، مجلة شؤون اجتماعية، 72 (18)، 25-66.

الزوبعي، ناصر (1999). الصحة النفسية وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي لدى طلبة جامعة بغداد ، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة بغداد، بغداد.

السلطاني، عايد سبع (2009). التفاعل الاجتماعي، ورقة عمل للمشغل التخصصي لمشرفي المهارات الحياتية وزارة التربية والتعليم العراقية، بغداد، العراق.

الشاعر، عبدالمجيد (1990). أساسيات علم وظائف الأعضاء. دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الشقيرات، محمد؛ المجالي، سلوى (2003). الخصائص النفس عصبية لمرضى متلازمة تهيح القولون العصبي، مجلة العلوم التربوية والنفسية. 4 (4) 46-104.

شكري، مایسة (2004). السلوك الصحي بين الاختبار الفردي والالتزام القومي، مجلة المؤتمر السنوي الأول بكلية الآداب، جامعة طنطا، مصر، 1(1) 185-203.

الشناوي، محمد ويوسف أبو الرب وماجدة السيد عبید وحزامة جودت وجاسر الرفاعي ونادية بني مصطفى (2001). التنشئة الاجتماعية للطفل، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

الصبوة، محمد (2004): قواعد التشخيص وخطط العلاج النفسي- نماذج نظرية متعددة لصياغة الحالة، دار بتراك للنشر والتوزيع القاهرة، مصر.

الصبوة، نجيب؛ المحمود، شيماء (2007). بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الإيجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 6 (1) 1-48.

- صمادي، عبد المجيد؛ الصمادي، عبد الغفور (2011). مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية، *المجلة العربية للطب النفسي*، 22 (1) 83-88.
- الطحان، محمد (1996). *مبادئ الصحة النفسية*، دار القلم للنشر والتوزيع ، دبي.
- عويد، سلطان؛ وعبد اللطيف محمد (1999). *تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت. مجلة مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية*، جامعة الكويت.
- الفخراي، خالد (2008). *تأكيد الذات وعلاقته بالسلوك الصحي لدى المسنين*، *المؤتمر السنوي الخامس لقسم علم النفس - تطبيقات العلوم النفسية ومشكلات المجتمع*. طنطا، مصر . 4-6-91-53 مايو.
- كاربر، جين (2004). *العلاجات المعجزة لأمراض القلب*، ترجمة: فاديا عبدوش، وجنات يموت، شركة دار الفراشة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- الكندري، محمد (1996). *الأسس النفسية للسلوك الاجتماعي*، مطابع المجد، الكويت.
- المجالي، سلوى (2002). *الخصائص النفس عصبية لمرضى متلازمة تهيج القولون العصبي* ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، عمان، الاردن.
- المجالي، سلوى (2002). *الخصائص النفس عصبية لمرضى متلازمة تهيج القولون العصبي*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الاردن.
- مصيفر، عبد الرحمن (2000). *دراسات في التثقيف الصحي والغذائي* . مركز البحرين للدراسات والبحوث، المنامة، البحرين.
- همشري، عمر (2003). *التنشئة الاجتماعية للطفل*، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان.
- الوريكات، عايد (2001). *بعض مظاهر السلوك الصحي لدى مواطني الكرك*، دراسة اجتماعية. رسالة غير منشور الجامعة الاردنية، عمان، الاردن.
- ولي، باسم ومحمد جاسم (2004). *المدخل إلى علم النفس الاجتماعي* ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

ADHF (American Digestive Health Foundation). Retrieved March 2001, from the World Wide Web: <http://www.gastro.org/adhf.Htm>

Allgower, A., Warde, J., Steptoe, A. (2001): Depressive Symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and. **Women. Health Psychology**, May 20 (3), 223-227

Allgower, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behavior in young men and.women. **Health Psychology**, 20, 223-227

Bedi, G. & Brown, S., (2005): Optimism, Coping Style and Emotional Well Being in Cardiac Patients, *Journal of Health psychology*, 10 (1) 57-7.

Chassany, Q.,Fransois, B., (1998). Quality of Life in Irritable Bowel. Syndrome: Effect Therapy. **Eur. J. Surg.**, 583: 81-86.

Ferber, V. (1979). Gesundheitsverhalten. In: J. Siegrist, A. Hendel-Kramer, Wege zum Arzt, Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur **Arzt-Patient-Beziehung** (S. 7-23). München:. Urban und Schwarzenberg.

Jeffery, R., (2003): Relation Ships between Perceived Stress and Health Behavior in A Sample of Working Adult, **Health Psychology**, 22 (6), 638-642

Kellow,J.E.& Phillips,S.F.(1987). Aliered Small Bowel Motility In Irriable Bowel Syndrome is Correlated Is With Symptoms.**Gastroenterology**; 92(6):1885-93

Koch, L. (1986). **Die Ethnischen Vananten des ‘Krankheits-vorstellungen, Krankheitsverhalten in: Stammeskulturen Band 6.** Bonn Mundus .Reihe Ethnologie.

Luscombe, N. M., Austin, S. E., Berman, H. M., & Thornton, J. M. (2000). An overview of the structures of protein-DNA complexes. **Genome Biol**, 1(1), 1-37

Marilov V. (2001). Psychological aspect of psychosomatic pathology of the colon: zh **Nervol Psikhiatr Im S S Korsakova**, 101 (4), .40-43

Miller. A. R., North. C. S., Clouse. R. E., Wetzal, R. D., Spitznagel, E. L., & Alpers, D. H. (2001). The association of irritable bowel syndrome .and somati-zation disorder. **Ann Clin Psychiatry**, 13 (1), 25-30

Nailboff, B., Munakata, J., Chang, L., & Mayer, E. (1998). Toward a bio behavioral model of visceral hypersensitivity in irritable bowel .syndrome. **Prog, Brain Resm**, 45 (6), 485-492

Nichols, M. (2001). A disorder comes out of the closet. **Maclean`s**, .114 (6), 49

Noeldner, W. (1989). Gesundheitspsychologie – Grundlagen und Forschungskonzepte. In: D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Hang, empirische **.Beiträge** (S. 11-20). Regensburg: S. Roderer Verlag

Pinto, C., Lele, M. V., Joglekar, A. S., Panwar, V. S. & Dhavale, H. S. (2000). Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. **J Assoc Physicians India**, 48 (6), .589-593

Porsch, U., Wanitschke, R., Linhart, P., Borner, N., Bassler, M., Galle, P., & Hoffmann, S. O. (2001). A consecutive study of patients with irritable bowel disease in two tertiary referral centers. *Psychother* **.Psychosom Med Psychol**, 51 (7), 267-275

Schroder, K. E., & Schwarzer, R. (2005). Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. **Social science .& medicine**, 60(4), 859-875

Schwarzer, R. (1997). Ressourcen aufbauen und Prozesse steuern: Gesundheitsförderung aus psychologischer Sicht.**Unterrichtswissenschaft**,25(2), 99-112

Sobel, R. (2000). The wisdom of the gut. U.s. News & World Report, 128 (13), 50

Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc* **.Physicians India**, 48 (6), 589-59

Troschke, J., Kupke, R. , Gutjahr, O., Kluge, M. Stünzner, W. V., Wiche, E. (1985). Die soziokulturelle Prozeßevaluation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventions-Studie, DHP I. Theoretische Grundlagen zur Erklärung Gesundheitsbezogener **Verhaltensweisen. Prävention**, 8(2), 35-41

Truss, C. (1980). Restoration of immunologic Competence to *.Candida albicans*. *Journal of Orthomol Psychiat*, 9 (1), 287-301.

Walker, E; Roy-, Peter P.; Katon, J.(1990). Irritable bowel syndrome and psychiatric illness.**The American Journal of Psychiatry**, Vol 147(5), 565-572.

Welgan, P., Meshkinpour, K.& Beeler,M.(1988). Effect of Anger on Colon Motor and Myoelectric Activity in Irritable Bowel Syndrome. **Gastronterology**, 94 (5 Pt 1), 1150-1156.

الملحق رقم (1): الاستبانة بصورتها:

جامعة القدس

كلية الدراسات العليا / برنامج الارشاد النفسي

ومقياس التفاعل الاجتماعي استبانة السلوك الصحي



أخي العزيز/ اختي العزيزة.

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث بدراسة تهدف إلى معرفة " التفاعل الاجتماعي وعلاقته

بالسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي ".

يرجى من حضرتكم التكرم بالإجابة عن فقرات الاستبانة المرفقة بموضوعية تامة, علماً بأن البيانات المجموعة سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وستعامل بسرية تامة.

وشكراً لحسن تعاونكم

الباحث: طلعت شاهين

الحالة الاجتماعية: () اعزب () متزوج () مطلق () غير ذلك

الرضى عن الراتب: () لا يوجد راتب () راضي () غير راضي

عدد الابناء: () لا يوجد () واحد () اثنان () ثلاث فأكثر

العمر من () 20-30 () 31-40 () 41-50 () 51- فأعلى

استبانة السلوك الصحي

رقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
1	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي					
2	أركز في غذائي على نسبة قليلة جداً من الأملاح					
3	أتناول وجبة الإفطار يومياً بانتظام					
4	أتناول الخضار والفواكه الطازجة					
5	أشرب المياه النقية					
6	أتناول الأغذية الغنية بالسكر					
7	أنوع في الأغذية التي أتناولها					
8	أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية					
9	أقلل من الأغذية الغنية بالزيوت والدهون الحيوانية					
10	أتجنب استخدام أدوات أو أغراض الآخرين الشخصية					
11	أحافظ على نظافة أسناني بانتظام					
12	أحصل على حاجتي الكافية من النوم					
13	أأخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية					
14	أراجع طبيب الأسنان دورياً للتأكد من سلامة أسناني					
15	أمارس رياضة بشكل منتظم					
16	ألجأ إلى استخدام الأدوية عند الضرورة فقط					
17	أتجنب استخدام أي نوع من التبغ (سجائر، نرجيلة)					
18	أتناول القليل من المشروبات الغنية بالكافيين (قهوة، شاي، كولا)					
19	أتناول العقاقير المهدئة					
20	أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفه الطبيب.					
21	أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها.					

مقياس التفاعل الاجتماعي

رقم	العبارات	بشكل كبير	متوسط	بشكل قليل جدا
1	احب التواجد مع زملائي			
2	اشارك الآخرين افراحهم واحزانهم			
3	اشارك زملائي انفعاليا في المناسبات الخاصة			
4	اتصل باستمرار بمن اعرفهم			
5	احب الاعمال التي اشارك فيها زملائي			
6	يتصل بي زملائي بالهاتف			
7	انا دائم السؤال عن اقاربي وزملائي			
8	الزيارات لا تنقطع بيني وبين زملائي			
9	احب قيام الافراد باعمال مشتركة افضل من الاعمال الفردية			
10	اهتم بما يحدث لزملائي من ازمات			
11	اشعر بالراحة عندما التواجد مع زملائي			
12	لا ادخر جهدا في مساعدة الآخرين			
13	احب الحوارات المستمرة مع زملائي			
14	ارغب في التعرف على اصدقاء جدد			
15	اشعر بالضيق عندما اتواجد لوحدي			
16	يهتم زملائي باموري			
17	احب المشاركة في الانشطة الاجتماعية			
18	تزداد ثقتي بنفسي عندما اكون مع زملائي			
19	ان مشاركة الاخرين حياتهم شيء ممتع			
20	لدي مهارات في كسب بناء علاقات جديدة			
21	استمتع عندما اقوم باعمال مشتركة مع الآخرين			
22	اهتمامي بامور زملائي وأقاربي يشعرني بالسرور			

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة	41
2.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات استمارة التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي	42
3.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات استمارة السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي	44
1.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للسلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي	48
2.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي. يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	50
3.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	50
4.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب	51
5.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب	51
6.4	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب الرضى عن الراتب	52
7.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	53
8.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	53
9.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر	54
10.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى السلوك الصحي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر	55

56	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للتفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي	11.4
58	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	12.4
58	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	13.4
59	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب	14.4
59	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الرضى عن الراتب	15.4
60	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	16.4
61	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	17.4
61	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر	18.4
62	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر	19.4
62	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب العمر	20.4
63	معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية بين مستوى التفاعل الاجتماعي لدى مرضى القولون العصبي والسلوك الصحي لديهم	21.4

فهرس المحتويات:

أ	إقرار:.....
ب	شكر وتقدير.....
ج	المخلص.....
د	Abstract:.....
1	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها
1.1	1.1 المقدمة.....
7	1.2 مشكلة الدراسة.....
7	1.3 أسئلة الدراسة.....
8	1.4 فرضيات الدراسة.....
9	1.5 أهمية الدراسة.....
10	1.6 أهداف الدراسة:.....
10	1.7 محددات الدراسة.....
11	1.8 مصطلحات الدراسة.....
13	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
14	2.1 المقدمة.....
19	2.3 القولون العصبي.....
22	2.3.1 تشخيص متلازمة تهيج القولون العصبي وأعراضه:.....
23	2.3.2 تأثير العوامل النفسية.....
24	2.4 النظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي.....
29	2.5 الدراسات السابقة.....
37	2.5.1 التعقيب على الدراسات السابقة:.....
39	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
40	3.1 منهج الدراسة.....
40	3.2 مجتمع الدراسة وعينته.....
41	3.3 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة.....

41	3.4 أدوات الدراسة.....
42	3.5 صدق الأداة.....
43	3.6 ثبات الأداة.....
45	3.7 إجراءات الدراسة.....
45	3.8 المعالجة الإحصائية.....
46	الفصل الرابع: نتائج الدراسة.....
47	4.1 تمهيد.....
47	4.2 نتائج أسئلة الدراسة.....
47	4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:.....
49	4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:.....
55	3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:.....
57	4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:.....
63	5.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:.....
65	4.3 التوصيات:.....
66	المصادر والمراجع:.....
71	الملحق رقم (1): الاستبانة بصورتها:.....