مجلة علم النفس التطبيقي
قسم علم النفس - كليـة الآداب، جامعة المنوفية

فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات الجامعة

إعداد

د. ولاء بدوي محمد بدوي

استاذ علم النفس الاكلينيكي المساعد، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنوفية

د. عبير صالح الشهري

استاذ الارشاد النفسي المشارك، كلية التربية، جامعة الملك خالد

المجلد (٣) **العدد** (٥) **يوليو ٢٠٢٥ م**

فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات الجامعة

د. ولاء بدوي محمد بدوي

استاذ علم النفس الاكلينيكي المساعد، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنوفية

د. عبير صالح الشهري

استاذ الارشاد النفسي المشارك، كلية التربية، جامعة الملك خالد

ملخص

متلازمة تهيج القولون العصبي (IBS) هي اضطراب شائع في الجهاز الهضمي له تأثيرات سلبية كبيرة على جودة الحياة. تهدف هذه الدراسة إلى التحقيق في فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات جامعة الملك خالد تكونت عينة البحث الاساسية من ٢٠ طالبة من طالبات كلية التربية بجامعة الملك خالد في المملكة العربية السعودية تم تشخيصهن بمتلازمة تهيج القولون العصبي (IBS). وتقسيمهم الى مجموعتين (١٠= تجريبية)و(١٠= ضابطة) تم تطبيق مقياس التشوهات المعرفية (اعداد عرفة ,٢٠٢٢) وجودة الحياة لمرضى القولون العصبي (ترجمة واعادة تقنيين الباحثتان) على عينة من طالبات كلية التربية بجامعة الملك خالد، وبعد ذلك الاختيار القصدي للطالبات وكانت معايير الإدراج تشمل الإناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٨–٢٧ عامًا، ، وتم تشخيصهن بمتلازمة تهيج القولون العصبي من قبل أطباء مختصين في الطب الباطني ووجود تقرير طبي يقر ذلك ، وباستخدام استبيان روما الثالث للتشخيص (Rome III).قبل المشاركة في الدراسة، تم استخدم المنهج الشبه تجريبي وأشارت نتائج الدراسة الى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للتشوهات المعرفية، لصالح المجموعة التجريبية. وتوجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لجودة

الحياة، لصالح المجموعة التجريبية. كما توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية، وجودة الحياة لصالح القياس البعدي. أيضا لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للتشوهات المعرفية وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات بتكثيف الاهتمام بطالبات الجامعة وتقديم خدمات التوجيه والارشاد لتخفيف العبئ الأكاديمي عن كاهل لطالبات الجامعة لما له علاقة باعراض القولون العصبي والتشوهات المعرفية.

الكلمات المفتاحية: متلازمة تهيج القولون العصبي، التشوهات المعرفية، جودة الحياة، العلاج المعرفي السلوكي.

Keywords: Irritable bowel syndrome, cognitive distortions, quality of Life, cognitive-behavioral therapy.

مقدمة

تُعد متلازمة تهيج القولون العصبي اضطرابًا مزمنًا شائعًا في الجهاز الهضمي، يتميز بتفاعل معقد بين الدماغ والأمعاء، مما قد يؤدي إلى تأثيرات سلبية كبيرة على الحياة اليومية للمرضى. يعاني العديد من المصابين بهذه المتلازمة من عدم استجابة فعالة للعلاج الدوائي التقليدي، مما يستدعي البحث عن خيارات علاجية بديلة، مها يبرز العلاج المعرفي السلوكي كأحد الأساليب الواعدة التي قد تُسهم في الحد من أعراض المرض. تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف فعاليته كاستراتيجية علاجية لتقليل أعراض التشوهات المعرفية وتعزيز جودة الحياة المرتبطة بمتلازمة تهيج القولون العصبي(Nicholas et al.,2010).

تعرف متلازمة تهيج القولون العصبي Irritable bowel syndrome بانها حالة مزمنة تؤثر على الجهاز الهضمي، وتتجلى سريريًا بألم أو انزعاج بطني متكرر، يخف بعد إفراغ الأمعاء ويرتبط بتغيرات في عادات الأمعاء(Horwitz, Fisher,2001) ، تؤثر متلازمة تهيج القولون العصبي على حوالي ١٠-٢٠٪ من البالغين حول العالم(Longstreth, et al,.2006)

ويقدر معدل انتشار القولون العصبي في المملكة العربية السعودية بنسبة ١٠٪ –٢٠٪ بين عامة السكان (Alhazmi et al,2024)، وتكون أكثر شيوعًا بين النساء والبالغين دون سن ٥٠ سنة، يُعتقد أن العوامل النفسية والاجتماعية قد تهيئ الأفراد للإصابة بهذه المتلازمة. (Heidelbaugh, et al, 2015)

وتهيج القولون أو ما يعرف بالأمعاء الغليظة، هو جزء يصل بين الأمعاء الدقيقة والمستقيم، ويبلغ طوله ٥ أقدام، ووظيفته الأساسية امتصاص الماء والغذاء والأملاح من الطعام المهضوم جزئياً والقادم من الأمعاء الدقيقة، وهو مكون من أربعة أجزاء: تهيج القولون الصاعد، وتهيج القولون الهابط، وتهيج القولون المستعرض، وتهيج القولون السيني ويعرف تهيج القولون العصبي بأنه خلل وظيفي في تهيج القولون، يؤدي إلى ظهور أعراض في الجهاز الهضمي، مثل سوء الهضم، والانتفاخ، والإمساك، والغازات، وألم البطن، ومغص يزول بعد الذهاب لدورة المياه، والشعور بعدم استكمال الإخراج بعد الذهاب للحمام، وخروج أصوات قد يسمعها الشخص القريب من المريض، وبالرغم من أن هذه الأعراض ليست خطيرة، إلا أنها مزعجةٌ جداً للمريض (Nicholas et al.,2010).

وفي حالة تهيج القولون العصبي تكون حركة تهيج القولون على شكل تقلصات متشنجة تدفع الطعام بسرعة وتسبب الألم، أو تكون ساكنة تامة تتيح فرصة لتخمر الطعام والانتفاخ مسببة غازات كثيرة. ويتكون تهيج القولون العصبي من أربعة أنواع فرعية: الإسهال المتكرر، حيث تتحكم حركة تهيج القولون في كمية السوائل التي يمتصها الجسم، فعندما تكون حركة تهيج القولون سريعة تدفع الطعام بسرعة، وتمنع من امتصاص السوائل بشكل جيد مما يسبب الإسهال. والنوع الثاني يسمى الإمساك المزمن، تكون فيه الحركة بطيئة تؤدي إلى امتصاص كمية كبيرة من السوائل، وبالتالي حدوث الإمساك. والنوع الثالث المختلط، حيث يكون الاضطراب في البراز عند المريض إسهالاً متكرراً تارةً، وإمساكاً مزمناً تارةً أخرى. أما النوع الأخير فهو غير شائع، يشكو فيه المريض من ألم في البطن، وكثرة الغازات، ولا يعاني من اضطراب في الإخراج (Brown,٢٠١٢).

معدل انتشار تهيج القولون العصبي لدى النساء أعلى منه لدى الرجال، وحسب العمر يكون معدل الانتشار أعلى في الشباب (Oka et al , 2020; Van den Houte et al ,2019) ولم يتضح الى الان سبب ارتفاع نسبة الإصابة به عند النساء، لكنه كذلك يمكن أن يكون بسبب العوامل الثقافية. ومن المعروف أيضًا أن الهرمونات الجنسية يمكن أن تؤثر على الأمعاء وظيفة الحاجز، والتنشيط المناعي للغشاء المخاطي المعوي، والميكروبات المعوية (Kim & Kim ,2018).

وتعد التشوهات المعرفية أنماط تفكير مبالغ فيها أو غير عقلاني تشتمل على الأخطاء في المحتوى المعرفي والمعالجة العقلية، بحيث يقوم الفرد بمعالجة المعلومات بطريقة متحيزة من أجل إضفاء معنى على هذه الخبرات بطريقة تتلاءم مع المعتقدات الخاطئة التي يخزنها في بنائه المعرفي، وينعكس ذلك على الآراء الذاتية للفرد، وعلى عواطفه، ونمط تفاعلاته الشخصية (Wolfe et al., 2024).

ولا شك أن المعرفة والأفكار تجعل الإنسان يكتسب مشاعر معينة، وإدراكنا لهذه المشاعر هو الذي يتسبب في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية عندما يكون هذا الإدراك مشوه للمعارف وقد يسبب قلة القدرة على التكيف ويقلل من الشعور بجودة الحياة، ولقد أدرك بيك أن هذه التشوهات المعرفية المغلوطة تتنبأ بالانفعالات غير المتكيفة، أي أن المعارف تؤثر على الانفعال وبالتالي على السلوك (Shafiee et al., 2016).

والتشوهات المعرفية cognitive distortions هي أنماٌط سلبية أو غير منطقية من التفكير، وتحدث التشوهات المعرفية نتيجة اضطرابات في الصحة العقلية للإنسان، فغالباً تشيع عند الأشخاص ممَّن يعانون من الاكتئاب أو القلق المزمن كنتيجة لتجارب سيِّئة قد مرُّوا بها (Kuiper, 2023).

ولا شك أن المعرفة والأفكار تجعل الإنسان يكتسب مشاعر معينة، وإدراكنا لهذه المشاعر هو الذي يتسبب في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية عندما يكون هذا الإدراك مشوه

للمعارف وقد يسبب قلة القدرة على التكيف ويقلل من الشعور بجودة الحياة، ولقد أدرك بيك أن هذه التشوهات المعرفية المغلوطة تتنبأ بالانفعالات غير المتكيفة، أي أن المعارف تؤثر على الانفعال وبالتالي على السلوك (Shafiee et al., 2016).

ويرتبط تهيج القولون العصبي بمشاكل الصحة النفسية مثل انخفاض جودة الحياة، أعراض الاكتئاب، والقلق (udenhove, et al,2016; Geng et al ,2018) علاوة على ذلك، تؤثر العوامل النفسية والاجتماعية مثل الحالة النفسية، وسمات الفرد، وضغوط الحياة أيضًا على فسيولوجيا الأمعاء (Van Oudenhove, et al,2016)، وأظهرت دراسات سابقة أن الذين يعانون من القولون العصبي يُعانون أيضًا من مشاكل نفسية مثل القلق، الاكتئاب، والتشوهات المعرفية (Mönnikes, et al,2001 ، Creed,2009). هذه التشوهات المعرفية يمكن أن تؤثر سلبًا على جودة الحياة، مما يؤدي إلى مشاكل في العمل، العلاقات الاجتماعية، والصحة النفسية (Guthrie, et al ,2003).

وكان خطر الإصابة بأعراض الاكتئاب أعلى بثلاث مرات من خطر الإصابة به بين الأصحاء حيث كان لدى مرضى الاكتئاب الذين يعانون من تهيج القولون العصبي جودة حياة أقل ومستويات أعلى من التعب وأعراض الجهاز الهضمي مقارنة بالمرضى الذين يعانون من تهيج القولون العصبي دون مشاكل نفسية (Midenfjord et al ,2019).

واظهرت الدراسات أن النساء المصابات بتهيج القولون العصبي يعانون من أعراض نفسية أكثر من الرجال (Kim & kim ,2018) كذلك الاعراض سلبية التأثير على عمل المرضى وحياتهم الاجتماعية (Black; 2020). كذلك ارتفاع العبء الاقتصادي للمرضى الذين يعانون من تهيج القولون العصبي؛ تشير التقديرات إلى أن ٤٨٪ من المرضى في الولايات المتحدة يدفعون ٧٤٠ دولارًا سنويًا أو اكثر للعلاج (Canavan et al 2014).

واشارت العديد من الدراسات الى اهمية العلاج الموجه نحو الحالات النفسية يمكن أن يقلل من شدة أعراض تهيج القولون العصبي.(Bennett, et al,1998) ويقسم العلاج النفسي للقولون العصبي إلى: العلاج النفسي الدوائي، بإعطاء مضادات الاكتئاب، والعلاج النفسي

السلوكي المعرفي ومن العلاجات النفسية، تمارين التنفس العميق، وتفنيد الأفكار السلبية، وتمارين التخيل، والاسترخاء العضلي التدريجي التي تهدف إلى محاولة تعليم الناس التكيف مع ضغوط الحياة اليومية، وبناء على هذه الجلسات المتكررة للعلاج فقد تمكنهم تدريجياً من الاستجابة على نحو أكثر إيجابية لمسببات الضغط النفسي في حياتهم اليومية. (Andresen et al.2011)

ورغم الفوائد المثبتة للعلاج السلوكي المعرفي في حالات القولون العصبي، إلا أنه لا يزال محدود الانتشار، حيث لا يتوفر هذا العلاج إلا لعدد قليل من المرضى. ويُعدّ النقص في عدد المعالجين المدربين تدريبًا كافيًا في علم النفس المتعلق بالجهاز الهضمي أحد أبرز العوائق التي تحول دون انتشاره. وينبغي أن تركز التطورات المستقبلية في هذا المجال على توفير فرص تدريبية لتمكين عدد أكبر من المعالجين من تقديم هذا التدخل العلاجي المبني على الأدلة بكفاءة

(Kinsinger ,2017)

وبما أن العصر الذي نعيش فيه يشهد صراعات جعلت الفرد يعيش ضغوطات تؤثر على الجانبين الجسدي والنفسي، انطلقت في الآونة الأخيرة برامج وقائية وعلاجية تسعى إلى مساعدة الأفراد في رحلة نموهم لتخطي المشاكل النفسية التي تواجههم، ومن هذا انطلقت فكرة هذا البحث، في تقصي أهم هذه المداخل والتي تبلورت في فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات الجامعة فالموضوع جدير بالبحث والدراسة، كما أن هناك حاجة في المجتمع السعودي لمثل هذه الدراسة التي تعنى بطالبات الجامعة لتحسين جودة حياتهم وتمكينهن من التعامل والتكيف مع متلازمة القولون العصبي.

مشكلة البحث:

تُعد متلازمة تهيج القولون العصبي اضطرابًا وظيفيًا في الجهاز الهضمي يؤثر على ملايين الأشخاص حول العالم. إنها حالة مزمنة ومُعطِّلة تتسم بآلام البطن، الانتفاخ، وتغيرات في عادات الأمعاء (Saha، ٢٠١٤). على الرغم من أن الفسيولوجيا المرضية لمتلازمة تهيج القولون العصبي ليست مفهومة جيدًا، إلا أنه يُعترف على نطاق واسع بأن العوامل النفسية، بما في ذلك التوتر، القلق، والاكتئاب، تلعب دورًا مهمًا في تطور الحالة واستمرارها (Banerjee et al,2017; Cho et al, 2011). ولم يكن هناك فرق كبير في معدل انتشار تهيج القولون العصبي وجدت بين المشاركين من مناطق مختلفة في المملكة العربية السعودية. ربما يكون هذا بسبب خصائص نمط الحياة المماثلة في هذا فئة عمرية معينة (أي ١٨–٣٠ سنة) في جميع مناطق المملكة العربية السعودية. كشفت نتائج الدراسات أن معدل انتشار تهيج القولون العصبي كان أعلى بين الإناث منه بين الذكور، ومن الأنثى إلى الذكر نسبة ١.٢٧:١. وهذا يتفق مع التقارير السابقة التي وجدت زيادة انتشار تهيج القولون العصبي لدى الإناث(Heidelbaugh, et al, 2015; Lee, et al,2017).

تشير الأدبيات إلى أنه من الممكن أي شخص ان يعاني من متلازمة تهيج القولون المتهيج؛ ومع ذلك، تظهر معظم الدراسات أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بها من الذكور(Alhazmi et al,2024). كما تُظهر الدراسات أن التوتر بين الطلاب الجامعيين شائع ست مرات أكثر لدى الإناث مقارنة بالذكور (Saad et al 2016). بسبب المشاكل الصحية الجسدية والنفسية التي تم اكتشافها في بعض الطلاب مثل القلق والاكتئاب واضطرابات النوم (Needham et al,2004; Yang et al,2014)، قد يُعتبر التوتر الأكاديمي استجابة طبيعية بسبب البيئة الأكاديمية، التي تشمل عوامل مختلفة مثل الاعباء الأكاديمية الزائدة، والأنشطة الجماعية، ونقص الموارد التكنولوجية، والإرشاد (Tapia et al 2008).

تعتبر الطالبات الجامعيات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي فئة معرضة بشكل خاص، حيث قد يواجهن ضغوطًا إضافية تتعلق بالمتطلبات الأكاديمية، والضغوط الاجتماعية،

والانتقال إلى مرحلة البلوغ (Alharbi et al, 2022). علاوة على ذلك، قد تكون الطالبات الجامعيات أكثر عرضة للتشوهات المعرفية بسبب مستوياتهن العالية من الإنجاز الأكاديمي والكمالية (Fernández-García et al,2022)

ونظرا لأن الطلاب يتعرضون لمتطلبات البيئة الأكاديمية أثناء عملية التعليم التي قد تؤدي إلى تطور الأمراض. تشير هذه الدراسة الى العلاقة بين تهيج القولون العصبي والإجهاد الأكاديمي أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٥٦١ طالب طب في إحدى الجامعات الحكومية في المكسيك أظهرت النتائج أن الطلاب الذين يعانون من الاجهاد الأكاديمي الزائد معرضون لخطر تهيج القولون العصبي(Pozos-Radillo et al, 2018).

وقد تساهم التشوهات المعرفية في تطوير واستمرار أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي. تشير التشوهات المعرفية إلى أنماط التفكير غير التكيفية التي يمكن أن تؤثر على معتقدات الشخص، وعواطفه، وسلوكياته (Rnic et al, 2016). وقد أظهرت الدراسات السابقة أن الأفراد المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي غالبًا ما يظهرون تشوهات معرفية، مثل المبالغة في التقدير، والتعميم الزائد، والتفكير بالأبيض والأسود Weinland & (Drossman,2018، del Pozo et al.٢٠١٣) وقد تم ربط هذه التشوهات المعرفية بزيادة شدة أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي وانخفاض جودة الحياة (Petrik et al,2021).

لقد تم ربط التشوهات المعرفية، أو أنماط التفكير غير التكيفية، بتطوير واستمرار أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي. وجدت إحدى الدراسات أن الأفراد المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي لديهم تشوهات معرفية أعلى من الأصحاء، وكانت هذه التشوهات مرتبطة بشدة أكبر في أعراض المتلازمة (Kinsinger,2017).

وعلى الرغم من أهمية التشوهات المعرفية في متلازمة تهيج القولون العصبي، إلا أن الدراسات التي تركز على الطالبات الجامعيات المصابات بهذا الاضطراب لا تزال قليلة نسبيًا. وفي

المملكة العربية السعودية، هناك معلومات قليلة عن انتشار متلازمة تهيج القولون العصبي، خصوصًا بين الطلاب الجامعيين.(Ibrahim,2013)

وتمت دراسة العلاقة بين التشوهات المعرفية، وجودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي أيضًا. على سبيل المثال، وجدت دراسة لـ(Lee et al, ٢٠١٧). أن ارتفاع مستويات القلق، والاكتئاب، والتشوهات المعرفية كانت مرتبطة بجودة حياة أقل لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي. وبالمثل، وجدت دراسة أخرى أن الضغط النفسي المدرك مرتبط سلبًا بجودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي، وأن هذه العلاقة كانت جزئيًا متوسطة بالتشوهات المعرفية(Weaver et al,2018).

وجدت دراسة (badawy,2024) أن الضغط النفسي المدرك، والقلق، والاكتئاب، والتشوهات المعرفية كانت مرتبطة سلبًا بجودة الحياة. علاوة على ذلك، كانت التشوهات المعرفية وسيطة جزئيًا في العلاقات بين العوامل النفسية والاجتماعية وجودة الحياة. تسلط هذه النتائج الضوء على أهمية معالجة العوامل النفسية والاجتماعية والتشوهات المعرفية في علاج متلازمة تهيج القولون العصبي. قد يكون العلاج السلوكي المعرفي نهجًا فعالًا لتقليل التوتر، والقلق، والاكتئاب، وتحدي التشوهات المعرفية لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي.

هناك العديد من الدراسات السابقة تناولت بحث علاقة متغيرات نفسية أخرى لمرضى تهيج القولون العصبي، مثل دراسة (Kim et al, 2021; Mikocka-Walus,2018; Midenfjord et al, 2019)والتي هدفت إلى دراسة تهيج القولون العصبي والقلق والإكتئاب والضغوط النفسية. ودراسة(Mihaela et al, 2014) والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين تهيج القولون العصبي والاضطرابات النفسية والعصبية.

لقد أثرت العوامل النفسية والاجتماعية، مثل الضغط النفسي المدرك، القلق، والاكتئاب، بشكل كبير على شدة أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي وجودة الحياة (Kim et al,2021). على سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أن الضغط النفسي المدرك مرتبط بزيادة شدة أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي، وانخفاض جودة الحياة، وزيادة استخدام خدمات الرعاية

الصحية (cho et al,2011; Weaver et al,2018). أظهرت دراسة أخرى أن القلق والاكتئاب مرتبطان بشكل كبير بزيادة شدة أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي وانخفاض جودة الحياة (Melchior et al,2020.).

وتنوعت الدراسات التي تناولت فعالية برامج العلاج النفسي فأشارت نتائج دراسة Nouri et al (2023) اظهرت النتائج اسهام العلاج باليقظة الذهنية وعلاج التعرض الداخلي في تحسين شدة الأعراض لدى المرضى في المجموعات التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة. بالإضافة إلى ذلك، كان العلاج باليقظة الذهنية أكثر فعالية في تقليل شدة الأعراض لدى مرضى تهيج القولون العصبي. ودراسة (Craske et al, 2011) قامت بالتحقق من فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتخفيف أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي باستخدام التعرض الداخلي للإحساسات الحشوية واظهرت النتائج فعالية البرنامج.

يُعتبر العلاج السلوكي المعرفي (CBT) من أكثر الأساليب النفسية فعالية في معالجة المشكلات النفسية المرتبطة بمتلازمة القولون العصبي(IBS) ، وذلك لقدرته على استهداف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات .تشير الدراسات إلى أن CBT يُحسّن بشكل ملحوظ من شدة أعراض القولون العصبي، ويُعزز جودة الحياة، ويُخفف من القلق والاكتئاب المصاحبين للحالة .كما أن تأثيراته الإيجابية تستمر على المدى الطويل، مما يجعله خيارًا علاجيًا مفضلاً في هذا السياق يتميز CBT عن غيره من العلاجات النفسية، مثل العلاج الديناميكي أو تقنيات الاسترخاء، بتركيزه العملي والموجه نحو الحلول، حيث يُمكّن المرضى من إدراك وتعديل أنماط التفكير والسلوكيات السلبية التي قد تزيد من حدة الأعراض. كما أن CBT يُعد من أكثر العلاجات النفسية دراسةً وفعاليةً في هذا المجال، مما يُعزز من مكانته كخيار علاجي موثوق.

(Kinsinger ,2017)

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الدراسات أن CBT يُمكن تقديمه بفعالية من خلال وسائل متعددة، مثل العلاج عبر الإنترنت أو الهاتف، مما يُسهّل الوصول إليه ويوفر خيارات مرنة للمرضى (Fernandes et al, 2024)

بناءً على هذه الأدلة، يُوصى باستخدام العلاج السلوكي المعرفي كخيار أولي وفعّال في إدارة المشكلات النفسية المرتبطة بمتلازمة القولون العصبي.

ولقد أظهرت دراسة (Tran &Martin, 2022)ان العلاجات النفسية، مثل العلاج السلوكي المعرفي(CBT) ، تحسنات في شدة الأعراض المرتبطة بمتلازمة القولون العصبي، والضائقة النفسية ونوعية الحياة. ويجب أن تركز اتجاهات البحث المستقبلية على زيادة إمكانية الوصول إلى العلاج السلوكي المعرفي للمرضى الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي.

وقد أظهرت الدراسات الأخيرة أن العلاج السلوكي المعرفي المقدم عبر الإنترنت يمكن أن يوفر تدخلًا نفسيًا أكثر سهولة وتكلفة أقل لمرضى متلازمة القولون العصبي. Sugaya et al) (2021, وبينت دراسة(2022) Yang, Jun كان العلاج السلوكي المعرفي فعالاً للأرق وفي تقليل الأرق وشدة أعراض القولون العصبي وجودة حياة القولون العصبي. ويركز الهدف الحالي للعلاج في متلازمة القولون العصبي على العلاجات النفسية كبدائل فعالة أو مكملات لنماذج الرعاية الحالية. حيث تساعد في تقليل الأعراض وتحسين الجوانب النفسية المرتبطة بالقلق والاكتئاب وجودة الحياة المتعلقة بالصحة(Sebastián Sánchez et al.2017). كما وجدت دراسة (Kinsinger,2017) أن تدخل العلاج السلوكي المعرفي الذي يستهدف التشوهات المعرفية قد حسّن من أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي لدى المرضى الذين يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي المقاومة للعلاج الطبي.

وقد جاءت أهمية هذا البحث كاستجابة لتوصيات الدراسات السابقة على سبيل المثال أوصت دراسة (2019) Ford et al; (2020) .AlButaysh et al بضرورة تنفيذ برامج علاجية لإدارة الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى تهيج القولون العصبي. واوصى بحث (2017) Edman et al بانه هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث واستخدام برامج

العلاج التكاملية لتقييم قدرة تدخلات تقليل التوتر على تحسين الضغوط المدركة وجودة الحياة وإدارة الأمراض في هذه الاضطرابات المعوية.

كذلك وجدت الباحثتان ندرة في الدراسات التي تناولت فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات الجامعة.

يحاول هذا البحث الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:

ما فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات الجامعة

وينبثق من هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

١. هل تختلف رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للتشوهات المعرفية؟

٢. هل تختلف رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي جودة الحياة؟

٣. هل تختلف رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية؟

٤. هل تختلف رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لجودة الحياة؟

٥. هل تختلف رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للتشوهات المعرفية؟

٦. هل تختلف رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لجودة الحياة؟

أهداف البحث

١- بناء برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي

٢- قياس برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي

٣- استقصاء ثبات استمرار أثر البرنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بعد الانتهاء من تطبيقه على طالبات الجامعة خلال فترة المتابعة.

أهمية البحث:

الأهمية النظرية

- ندرة الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي في البيئة السعودية، لذا تأتي هذه الدراسة لسد النقص الموجود في الدراسات العربية، في حدود علم الباحثتان.
- يتناول البحث الحالي متغير التشوهات المعرفية الذي أثبتت الدراسات أن له أثر على الصحة النفسية للأفراد، لا سيما أن هذا البحث سوف يتناول هذا المتغير لدى عينة لها خصوصيتها وهي مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي
- ستسهم في تعزيز المعرفة العلمية، وتزويد المكتبة العربية بمعلومات حول متغيرات التشوهات المعرفية وجودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي.

الأهمية التطبيقية:

- يسهم هذا البحث في تزويد مراكز الإرشاد النفسي والأسري بأساليب قياس لها خصائص سيكو مترية جيدة، وبرامج إرشادية صالحة للتطبيق في مجال التوجيه الطلابي.
- تزويد المعنيين والمتخصصين بصورة دقيقة لحجم وطبيعة التشوهات المعرفية لوضع الحلول المفيدة التي من شأنها معالجة مثل هذه التشوهات المعرفية بحيث تنعكس إيجابا على حياة الطالبات، ولتقديم الخدمات الإرشادية المناسبة للمرضى، وخاصة فيما يتعلق بالنظرة إلى الحياة، ومن المتوقع أن يقدم البحث الحالي معلومات مفيدة لمرضى تهيج القولون العصبي لتفهم مرضهم وكيفية التعايش معه.
- فتح أفاق بحثية جديدة أمام الباحثين، تمكنهم من تناول متغيرات التشوهات المعرفية وجودة الحياة بالبحث والتحليل من جوانب أخرى أو باستخدام منهجية أخرى أو على عينات أخرى.

مصطلحات البحث:

١- التشوهات المعرفية:

يعرف عرفة (٢٠٢٢) أخطاء معرفية أو انحرافات في التفكير وأفكار غير منطقية يستخدمها الافراد بصورة تلقائية عن أحداث الحياة بطريقة سلبية، وتتأثر بالميول والاهواء الشخصية والتوقعات الخاطئة والظن والتنبؤ والابتعاد عن المسئولية وتسبب لهم الشعور بالضيق والالم، وتجعل الفرد يسلك بطريقة سلبية بما يؤثر على تكيفه وتوافقه في حياته.

وتعرف التشوهات المعرفية إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها الطالبات على مقياس التشوهات المعرفية لعرفة (٢٠٢٢) والذي يتضمن أربعة أبعاد فرعية وهم لوم الذات والأخرين- الافراط في التعميم- اليأس- العجز-المعتمد في البحث الحالي.

٢- جودة الحياة لمرضى تهيج القولون العصبي:

اصطلاحا: نوعية أو جودة الحياة Quality of life من المفاهيم الحديثة النسبية التي لاقت اهتماما كبيراً في العلوم الطبيعية والإنسانية، وقد تباينت محاولات تعريف مفهوم نوعية الحياة باختلاف الأطر النظرية التي أفرزت تعريفات لهذا المفهوم (البقلي،٢٠١٤، ٤).

إجرائيا: يعتمد قياس نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي على درجة تقييمهم لمدى تأثير أعراض المتلازمة على حالتهم الصحية والنفسية والاجتماعية العلائقية والمهنية وكذا النشاطات اليومية، ويتم من خلال تطبيق مقياس نوعية الحياة الخاص بمتلازمة تهيج القولون العصبي واستجابة المرضى لعباراته، فكلَّما ارتفعت درجة المقياس كلَّما كان التأثير موجوداً وشديداً على مجالات حياتهم، في حين كلَّما سجَّل المقياس درجات أقل، كانت نوعية حياتهم متوازنة مع وجود المرض حسب إدراكهم لها (DROSSMAN, Douglas,2002)

٣- متلازمة تهيج القولون العصبي:

هي خلل في وظيفة تهيج القولون نتيجة لزيادة حساسية أمعاء مرضى تهيج القولون العصبي، والمسؤول عن هذه الحساسية الزائدة هو العصب الحائر مما يؤدي إلى أعراض في الجهاز الهضمي، مثل الانتفاخ، وسوء الهضم، وسوء الإخراج، ومع أن هذه الأعراض ليست خطيرة في حد ذاتها، ولا تؤدي إلى مرض خطير مستقبلاً، إلاّ أنها مزعجة جدا للمريض (إيلين، ٢٠٠٥).

وتعرف متلازمة تهيج القولون العصبي إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها الطالبات على مقياس (Rome III) لمتلازمة تهيج القولون العصبي (1998) .DROSSMAN, Douglas المعتمد في البحث الحالي

٤- العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوبا جديدا من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي، تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات ومهارات معرفية وسلوكية لمساعدة المريض لتحديد أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. (علاء فرغلى،٢٠٠٨: ١٥)

البحوث والدراسات السابقة:

أجريت العديد من الدراسات التي تناولت متغيرات البحث الحالي على لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي وسنعرضها في ضوء ٣ محاور

اولا: بحوث ودراسات تناولت التشوهات المعرفية لدى طالبات الجامعة

قام الهيتي (٢٠١٩) بالتعرف على اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقتها بالتشوهات المعرفية لدى طلبة الجامعة، فقد اعتمد الباحث في خطوات بحثه على المنهج الوصفي الارتباطي، واختار العينة بالطريقة العشوائية بواقع (100) فردا (٤٧) للذكور و (٥٣) للإناث ولكل من تخصص العلوم العامة واللغة العربية في كلية التربية الأساسية، ولتحقيق أهداف البحث قام الباحث باعتماد مقياس (الخواجة والبحريني ٢٠٠٨) بالنسبة لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة ومقياس (العصار ٢٠١٥) للتشوهات المعرفية بعد أن استخرج الصدق والثبات للمقياسين كليهما، وأسفرت النتائج أنه لا يوجد فرق في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة، أما فيما يتعلق بالتشوهات المعرفية فكانت النتائج غير دالة إحصائيا لدى أفراد العينة، أما العلاقة الارتباطية بين المتغيرين فكانت دالة إحصائية وبصورة طردية موجبة.

دراسة الشافعي (٢٠٢١) تهدف إلى معرفة مدى إسهام التشوهات المعرفية في التنبؤ باضطراب صورة الجسم لدى مجموعة من طلبة الجامعة، وهل تؤثر المتغيرات الديموغرافية

(ذكر/أنثى–ريف/حضر–كليات نظرية/كليات عملية) في العلاقة بين التشوهات المعرفية وصورة الجسم. ضمت العينة الأساسية (١٧١) طالبا وطالبة (٧١ ذكور ٨٦ إناث) من الحاصلين على درجات مرتفعة على مقياس التشوهات المعرفية (باستخدام الإرباعي الأعلى) بمتوسط عمري قدره (٢٠.٣٩)، وانحراف معياري (1.37)، وتم استبعاد الحاصلين على درجات منخفضة. وطبق عليهم قائمة البيانات الأساسية ومقياس التشوهات المعرفية ومقياس اضطراب صورة الجسم. وقد أظهرت النتائج وجود ارتباطات دالة بين التشوهات المعرفية واضطراب صورة الجسم في "الدرجة الكلية للتشوه المعرفي" كما ارتبط "التجريد الانتقائي" كأحد أبعاد التشوه المعرفي مع كل من: التقييم السلبي لأجزاء الجسم وعدم الرضا عن المظهر العام للجسم والدرجة الكلية لاضطراب صورة الجسم وأخيرا ارتبط "التعميم الزائد" كأحد أبعاد التشوه المعرفي مع كل من: التقييم السلبي لأجزاء الجسم وعدم الرضا عن المظهر العام للجسم والسلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية (والدرجة الكلية لاضطراب صورة الجسم.

تناولت دراسة عبد الواحد، حسانين (٢٠٢١) معرفة مستوى التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة، وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وإدمان الانترنت، وإمكانية التنبؤ بهما من خلال التشوهات المعرفية، وكذلك اختبار الدور الوسيط للقلق الاجتماعي بين التشوهات المعرفية وإدمان الانترنت، وتكونت عينة البحث من (٢٥٠) طالبا من طلاب كلية التربية جامعة الأزهر، وتم إعداد أدوات البحث والمتمثلة في مقياس التشوهات المعرفية، ومقياس القلق الاجتماعي، ومقياس إدمان الانترنت .وأسفرت نتائج البحث عن ارتفاع مستوى التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة، ووجود علاقة إيجابية بين التشوهات المعرفية وكل من القلق الاجتماعي وإدمان الانترنت مع إمكانية التنبؤ بهما من خلال التشوهات المعرفية، وأن التشوهات المعرفية (التفسيرات الشخصية – التعميم الزائد – التهوين الذاتي) هي الأكثر إسهاما في التنبؤ بالقلق الاجتماعي، كما أن التشوهات (التجريد الانتقائي – التفكير الثنائي – التعميم الزائد – التهوين الذاتي – التفسيرات الشخصية) هي الأكثر إسهاما في التنبؤ بإدمان

الانترنت، كما أظهرت النتائج الدور الوسيط للقلق الاجتماعي بين التشوهات المعرفية وإدمان الانترنت.

هدفت دراسة موسى ودياب (٢٠٢٢) إلى معرفة نمط الشخصية (B/A) لدى مرضي متلازمة تهيج القولون العصبي والذين تم تشخيصهم سريريا على انهم مصابون بمتلازمة تهيج القولون العصبي والمترددين على عيادات الجهاز الهضمي بمحليات أم درمان الكبرى. بلغ حجم عينة الدراسة (١٢٠) مريض ومريضة، بمتوسط عمري(٣٣.٥)، وانحراف معياري (1.2033)، تم اختيارهم عن طريق العينة الغرضية. ولجمع بيانات الدراسة استخدم الباحثون مقياس نمط الشخصية (B/A)من إعداد (هوارد كلازر، تعريب عبد الوائلي، ٢٠١٢)، حيث بلغ ثبات المقياس (٧٤٦-٧٧٧). أسفرت نتائج الدراسة عن سيادة نمط الشخصية (A) لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي (IBS) من أفراد العينة، عدم وجود فروق في نمط الشخصية (A/D)لدى مرضى تهيج القولون العصبي حسب (النوع، ونوع فصيلة الدم)، عدم وجود علاقة ارتباط بين نمط الشخصية (A/B) والعمر الزمني، وجود علاقة ارتباط عكسي دالة إحصائيا بين نمط الشخصية (B/A) والمستوى التعليمي. واختتمت الدراسة بعدد من التوصيات منها: إجراء دراسات عاملية حول نمط الشخصية (B/A) لدى مرضى تهيج القولون العصبي، للتأكد من علاقة الشخصية من النمط (A) بتهيج القولون العصبي، حتى يتسنى وضع المقياس ضمن أدوات تشخيص تهيج القولون العصبي.

اشارت دراسة مسعد & عدة (٢٠٢٣) إلى بحث العلاقة بين التشوهات المعرفية والصحة النفسية لدى طلبة قسم علم النفس بجامعه تلمسان، على عينة متكونة من (١٠٠) طالب وطالبة وباستخدام المنهج الوصفي الإحصائي وبتطبيق مقياسي التشوهات المعرفية و الصحة النفسية، توصلت نتائج الدراسة إلى تأثير الصحة التشوهات المعرفية على الصحة النفسية لدى طلبة علم النفس، و وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية من حيث بعدي التفكير الثنائي والتعميم الزائد ومستوى الصحة النفسية ، وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعدي

التفسيرات الشخصية والتفكير الكارثي ومستوى الصحة النفسية ، وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعدين والتجريد الانتقائي ومستوى الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة

هدفت هذه الدراسة (badawy,2024) إلى التحقيق في العلاقات بين العوامل النفسية والاجتماعية، والتشوهات المعرفية، وجودة الحياة لدى الأفراد المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، والدور الوسيط للتشوهات المعرفية. تكونت عينة البحث من ٢٠٠ طالبة من جامعة الملك خالد مصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي، وأكملن مقاييس التقرير الذاتي للعوامل النفسية والاجتماعية، والتشوهات المعرفية، وجودة الحياة، بالإضافة إلى استبيان روما الثالث للتشخيص وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي. أظهرت النتائج أن الضغط النفسي المدرك، والقلق، والاكتئاب، والتشوهات المعرفية كانت مرتبطة سلبًا بجودة الحياة. علاوة على ذلك، كانت التشوهات المعرفية وسيطة جزئيًا في العلاقات بين العوامل النفسية والاجتماعية وجودة الحياة. تسلط هذه النتائج الضوء على أهمية معالجة العوامل النفسية والاجتماعية والتشوهات المعرفية في علاج متلازمة تهيج القولون العصبي. قد يكون العلاج السلوكي المعرفي نهجًا فعالًا لتقليل التوتر، والقلق، والاكتئاب، وتحدي التشوهات المعرفية لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي.

بحوث ودراسات تناولت جودة الحياة لدى طالبات الجامعة

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

القولون العصبي تتأثر بكل جوانب النفسية والاجتماعية والجسدية .(عمارين، ٢٠١٤ ، ب ١٦)

تُظهر دراسة Farndale & Roberts, (2011) التي أقيمت حول التأثير على المدى الطويل لمتلازمة الأمعاء المتهيجة على نوعية حياتهم، تم إجراء ثمانية عشر مقابلة شبه منظمة وعميقة في غرب ميدلاندز، المملكة المتحدة ، وكانوا يعانون من IBS أظهرت أنَّ المرضى قد أدمجوا المرض في حياتهم لدرجة أنَّه أصبح جزءً من هويتهم، ومع ذلك في بعض الأحيان قد تعوق الأعراض مشاركتهم في الأنشطة اليومية، ولا تؤكد النتائج على التأثير الواسع لأعراض المتلازمة على الحياة اليومية فحسب، وإنَّما مسَّها لجانب الرفاهية النفسية والهوية الذاتية للمريض بالإضافة إلى عامل المواظبة على المتابعة الطبية الذي ير كز عليه المعالجون لضمان السير الحسن لعملية تكف لهم العلاجي، والذي يكون عنصر اً مه ما لمعرفة تعامل المريض مع حالته وبالتالي الانعكاس المرجو حصوله على نوعية الحياة.

هدفت المومني وعمارين(٢٠١٦). هذه الدراسة إلى تحديد مستوى نوعية الحياة والضغوط النفسية لدى مرضى تهيج القولون العصبي. تكونت عينة الدراسة من (٢٧٥) مريضاً مصاباً بتهيج القولون العصبي، تم اختيارهم من مختلف المستشفيات والمراكز الصحي ة في مدينة إربد، ا لأردن، بالطريقة المتيسرة. ولجمع البيانات، استخدم مقياس الضغوط النفسية الذي أعده ليم اير وتيساير(Psychological Stress Measures PSM-9) ، (Lemyre & Tessier, 2003) أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى تهيج القولون العصبي،كان مرتفعا، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغيري نوع تهيج القولون العصبي، ومدة الإصابة بتهيج القولون العصبي، حيث كانت الفروق لصالح نوع الإسهال المتكرر، ومدة الإصابة من (سن ة- أقل من ٥ سنوات). وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة قدم الباحثان مجموعة من التوصيات، منها: الابتعاد عن الأمور التي تزيد الأعراض، مثل التوتر، والقلق، أو أية ضغوط نفسية أخرى، والابتعاد عن الأطعمة التي تهيج تهيج القولون.

دراسة Edman et al (2017) تهدف هذه الدراسة التجريبية إلى تقييم العلاقات بين الضغوط المدركة، وجودة الحياة ، وتقييمات الألم الذاتية كمؤشر لإدارة الأعراض في عينة مكونة من (n = 402) من المرضى مقسمين الى (n = 188)بمرض المعدي المريئي، و (n = 132)متلازمة تهيج القولون العصبي ، و(n = 82)مرض الأمعاء الالتهابي واظهرت النتائج كان هناك ارتباط إيجابي بين الضغوط المدركة والاكتئاب ، والتعب واضطراب النوم ومتوسط الألم وأسوأ ألم .كما ارتبطت الضغوط المدركة بمستويات أقل من جودة الحياة المتعلقة بالصحة النفسية. وُجدت علاقات مشابهة بين الضغوط المدركة والألم في المشاركين. واشار البحث الى ارتباط الضغوط المدركة بشكل واسع بخصائص جودة الحياة لدى عينات المرضى الثلاثة وكانت جودة حياتهم بشكل عام أقل بكثير من السكان العامين. واوصى البحث بانه هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث واستخدام برامج العلاج التكاملية. لتقييم قدرة تدخلات تقليل التوتر على تحسين الضغوط المدركة وجودة الحياة وإدارة الأمراض في هذه الاضطرابات المعوية.

أجريت دراسة Alruwaili et al (2018) لتقييم وتأثير متلازمة القولون العصبي على جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HR-QoL) بين السكان السعوديين في منطقة الجوف (شمال السعودية) كانت هذه دراسة مسحية وصفية ومقطعية تكونت من ٧٠ مريضًا (جميعهم من الرجال، بمتوسط عمر ٢٠ ± ٤ سنوات). استوفى جميع المشاركين معايير روما-II لتشخيص متلازمة القولون العصبي. تم جمع البيانات جودة الحياة باستخدام مقياس (IBSQoL-٢٥). أظهرت النتائج أن ٦٣٪ من عينة الدراسة يعتقدون أن متلازمة القولون العصبي تمثل مشكلة صحية؛ بينما ٥٥٪ اتفقوا على أن المتلازمة قيّدت أنشطتهم وحياتهم الاجتماعية. علاوة على ذلك، اتفق ٤٠٪ على أن IBS يؤثر على حالتهم العاطفية. ومن المهم أيضًا، أن ٦٩.١٪ اتفقوا على أن IBS يقيّد اهتماماتهم الغذائية والنظام الغذائي، و٣٤.٦٪ من عينة الدراسة اتفقوا على أن حياتهم الجنسية تأثرت بسبب IBS تؤثر متلازمة القولون العصبي سلبًا على جودة الحياة لدى عينة الدراسة، وتظل تمثل مشكلة صحية تؤثر على اهتماماتهم الغذائية وتؤذي حياتهم الاجتماعية.

وفي دراسة (٢٠١٨ ,kopczynska et al)التي هدفت إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى تهيج القولون العصبي وتقدير التردد الاكتئاب في المجموعة وبالإضافة إلى ذلك معرفة العلاقة بين الاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى تهيج القولون العصبي، حيث أسفرت النتائج أن متوسط درجة الاكتئاب أعلى في المجموعة ولقد كانت درجة جودة الحياة أقل بكثير لدى مرضى تهيج القولون العصبي وأن درجة الاكتئاب كانت سلبية بشكل ملحوظ مرتبطة بدرجة جودة الحياة وبمتلازمة تهيج القولون العصبي بضعف جودة الحياة للمرضى مع ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب

وقامت دراسة Midenfjord, et al(2019) بدراسة القلق والاكتئاب، والضغوط النفسية، هي من الشكاوى الشائعة المرافقة لمرضى متلازمة تهيج القولون العصبي (IBS)، وعلاقتها بجودة الحياة والعوامل الفسيولوجية. تمت دراسة المرضى الذين يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي وفقًا لمعايير روما الثالثة، حيث تم توصيفهم بدقة من حيث: العوامل الفسيولوجية– ملف الأعراض شدة تهيج القولون العصبي، الأعراض الجسدية، القلق المحدد بالجهاز الهضمي، والإرهاق. تم تقييم جودة الحياة بجانب العوامل السابقة. تم فحص الفروق بين المرضى الذين يعانون من الضغوط النفسية والذين لا يعانون منها من خلال تحليلات فردية استخدام درجة مقياس القلق والاكتئاب أبلغ ٣٤٥ من أصل ٧٦٩ مريضًا عن القلق، و١٩٨ عن الاكتئاب. أظهر المرضى الذين يعانون من الضغوط النفسية أعراضًا أكثر شدة سواء في الجهاز الهضمي أو غيره، وزيادة في الإرهاق، وقلق محدد بالجهاز الهضمي، وجودة حياة أقل. القلق والاكتئاب شائعان بين مرضى تهيج القولون العصبي

بن سي سعيد؛ خطار (٢٠٢٢). هدف البحث الى دراسة تأثير سمات الشخصية في جودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبية تبنى البحث الحالي النموذج المذكور لمعرفة السمات المرضية التي تؤثر في جودة حياة مرضى المتلازمة، بالإضافة لمتغيرات أخرى تخص المريض كالسن ومدة الإصابة بالمرض والحرص على المواظبة الطبية، وللتحقق من هذه العلاقة تم استخدام المنهج الوصفي من خلال تطبيق أدوات البحث المتمثلة في البيانات العامة

للمريض، مقياس العوامل الخمس الكبرى (للشخصية ومقياس جودة الحياة الخاص بمتلازمة تهيج القولون العصبية على عينة ٨٠ مريض، وأسفرت النتائج على وجود اختلاف في مستويات جودة الحياة لدى مرضى المتلازمة تعزى لسمات التفتح والوعي والعصابية في حين لم تتحقق العلاقة مع باقي السمات، أما بالنسبة لمتغيرات المريض فوجد اختلاف في مستوى جودة الحياة يعزى لعاملي المواظبة الطبية والسن.

قامت دراسة Goodoory et al (2022) بفحص تأثير متلازمة الأمعاء المتهيجة (IBS) على العمل والأنشطة اليومية. تم جمع بيانات ديمغرافية، وأعراض الجهاز الهضمي، وصحة نفسية، وجودة حياة لدى ٧٥٢ بالغًا يعانون من IBS وفقًا لمعايير روما IV. استخدم مقياس إنتاجية العمل وإعاقة النشاط الخاص بمتلازمة الأمعاء المتهيجة، ومقياس التكيف الاجتماعي والعملي لفحص درجة الإعاقة في العمل والأنشطة اليومية، بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بهذه الإعاقات من بين ٤٦٧ فردًا كانوا موظفين:

– أبلغ عن غياب عن العمل. – عن الحضور غير الفعال عن إعاقة شاملة في العمل. من بين جميع المشاركين البالغ عددهم ٧٥٢: أبلغوا عن إعاقة في إدارة المنزل في الأنشطة الاجتماعية في الأنشطة الترفيهية الخاصة في الحفاظ على العلاقات القريبة كانت متلازمة الأمعاء المتهيجة الشديدة، وارتفاع مستويات القلق، والاكتئاب، والسمات الجسدية، والقلق الخاص بأعراض الجهاز الهضمي، وانخفاض مستويات جودة الحياة المتعلقة بـ IBS مرتبطة بالإعاقة في كل من العمل والأنشطة اليومية.

اشارت دراسة حوة وحمزة (٢٠٢٤) الى الكشف عن العلاقة بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى عينة من مرضى تهيج القولون العصبي، وكذلك الكشف عن مستوى كل منهما، ولتحقيق أهداف اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي، وقد تكونت عينة الدراسة من ٦٠ مريض ومريضة بتهيج القولون العصبي، والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية، كما تم تطبيق مقياس الألم النفسي ومقياس جودة الحياة في البيئة الجزائرية وتوصلت نتائج الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى تهيج القولون العصبي مستوى الألم

النفسي لدى مرضى تهيج القولون العصبي مرتفع مستوى جودة الحياة لدى مرضى تهيج القولون العصبي متوسط

اشارت دراسة (Alhazmi et al,2024) التي أجريت في جازان بالمملكة العربية السعودية إلى تحديد العوامل المرتبطة بالقلق والمرتبطة بشدة أعراض متلازمة القولون العصبي. ومعرفة تأثيرها على نوعية حياة المرضى. استخدمت الدراسة تصميم وصفي مقطعي لفحص عموم السكان في جازان، المملكة العربية السعودية. تكونت عينة البحث من ٣٨٥ فردًا. تكونت الدراسة من أربعة أقسام تجمع المعلومات الديموغرافية، وعوامل الخطر الشخصية، وأنواع القولون العصبي مع القلق وعوامل الخطر، واستبيان لتحديد مستوى القلق. تم إجراء دراسة تجريبية لتحسين وضوح المسح. وتم اتباع الاعتبارات الأخلاقية، وتم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)

وجدت دراسة أجريت على ٦٣٧ مشاركًا أن معدل انتشار مرض القولون العصبي يبلغ ٣١.٠٨٪، مع ارتفاع معدلاته لدى الإناث. وارتبط القولون العصبي بالأمراض المزمنة وارتفاع مستويات القلق. لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل الديموغرافية بين المشاركين في القولون العصبي وغير المشاركين في القولون العصبي. وارتبطت أنواع القولون العصبي أيضًا بمستويات القلق، حيث أبلغ مرضى IBS-D عن قلق معتدل وأولئك الذين يعانون من نوع غير محدد أبلغوا عن قلق شديد.تؤكد النتائج على الحاجة إلى إدارة شاملة لمرض القولون العصبي، بما في ذلك التدخلات النفسية والتعديلات الغذائية، لتحسين الصحة العامة للمرضى ونوعية حياتهم.

بحوث ودراسات تناولت فاعلية برامج العلاج المعرفي السلوكي لدى متلازمة تهيج القولون العصبي:

اهتمت دراسة (Craske, et al,(2011 بالتحقق من فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتخفيف أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي باستخدام التعرض الداخلي للإحساسات

الحشوية" تم توزيع المشاركين الى (N = 110) عشوائيًا لتلقي ١٠ جلسات وتقسيم العينة الى مجموعات : (أ) تعرضت للعلاج CBT مع التعرض الداخلي للإحساسات الحشوية؛ والمجموعة تعرضت الى جلسات (ب) إدارة الضغوط (SM)؛ أو (ج) التحكم في الانتباه (AC)، وتم تقييمهم في بداية العلاج، ومنتصف العلاج، وبعد العلاج، وفي جلسات المتابعة. أظهرت النتائج تفوق مجموعة أ التى تعرضت للعلاج CBT مع التعرض الداخلي للإحساسات الحشوية على مجموعة التحكم في الانتباه وتفوقت أيضًا على مجموعة إدارة الضغوط في بعض المجالات. لم تُلاحظ أي اختلافات بين مجموعة التحكم في الانتباه ومجموعة إدارة الضغوط. وتشير النتائج إلى أن IE مجموعة أ التى تعرضت للعلاج CBT مع التعرض الداخلي للإحساسات الحشوية قد تكون علاجًا فعالًا بشكل خاص لمتلازمة تهيج القولون العصبي.

هدفت دراسة Li et al, (2014) تحديد ما إذا كان العلاج السلوكي المعرفي يحسن أعراض الأمعاء ونوعية الحياة والحالات النفسية لمرضى متلازمة القولون العصبي . تم حساب الفرق المتوسط الموحد (SMD) مع فواصل الثقة ٩٥٪ (CIs) لمقاييس النتائج المبنية على الأدلة لأعراض الأمعاء IBS، وQOL والحالات النفسية في مرحلة ما بعد العلاج والمتابعة. تم إجراء تحليل المجموعة الفرعية المحددة مسبقا.

اشارت النتائج: ان العلاج السلوكي المعرفي أكثر فعالية في الحد من أعراض القولون العصبي، ونوعية الحياة والحالات النفسية من عناصر التحكم في قائمة الانتظار في نهاية التدخل والمتابعة قصيرة المدى. عند مقارنتها مع ضوابط الدعم الأساسي والعلاج الطبي، تم العثور على أحجام التأثير لصالح العلاج السلوكي المعرفي لتحسين أعراض القولون العصبي في مرحلة ما بعد العلاج والمتابعة قصيرة المدى، ولكن العلاج السلوكي المعرفي لم يكن متفوقًا على الضوابط في تحسين جودة الحياة والحالات النفسية.

وكشفت Ford et al (2019) عن تأثير مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي في متلازمة تهيج القولون العصبي: مراجعة منهجية محدثة وتحليل الانحدار كانت التجارب التي تشمل

البالغين المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، والتي تقارن مضادات الاكتئاب مع الدواء الوهمي، أو العلاجات النفسية مع العلاج الضابط أو "الإدارة المعتادة"، تكونت عينة البحث من (٥٣) حالة تم تقسيمهم الى ١٧ قارنوا مضادات الاكتئاب مع الدواء الوهمي، و٣٥ قارنوا العلاجات النفسية مع العلاج الضابط أو "الإدارة المعتادة"، وتجربة واحدة قارنت بين العلاج النفسي ومضادات الاكتئاب مع الدواء الوهمي .أوضحت النتائج ان مخاطر عدم تحسن أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي مع مضادات الاكتئاب مقابل الدواء الوهمي هو ٠.٦٦ ، مع تأثيرات علاجية مماثلة لكل من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، على الرغم من وجود تباين بين التجارب السريرية للأخيرة وكان خطر عدم تحسن الأعراض مع العلاجات النفسية هو ٠.٦٩ وكانت العلاجات مثل العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بالاسترخاء، والعلاج النفسي متعدد المكونات، والعلاج بالتنويم المغناطيسي، والعلاج النفسي الديناميكي مفيدة عندما تم تجميع البيانات من تجربتين سريريتين أو أكثر

اشارت دراسة طموني (٢٠١٩) التعّرف إلى فاعلية برنامج إرشادي معرفي في خفض التشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة، واستخدم المنهج شبه التجريبي، من خلال عينة (٣٠) طالباً وطالبة ممن سجلوا درجات مرتفعة على مقياس التشوهات المعرفية، قسموا مناصفة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة .استخدم مقياس التشوهات المعرفية لجمع البيانات، وصمم لأغراض الدراسة برنامجاً إرشادياً يستند إلى النظرية المعرفية، طبق على المجموعة التجريبية، في جلسات بلغ عددها (١٢) جلسة، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، مدة كل منها (٩٠) دقيقة. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية، وكانت الفروق دالة أيضاً بين القياسين القبلي والبعدي على المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، في حين لم تظهر فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق في خفض التشوهات المعرفية، واستمرارية فاعليته بعد فترة تتبع مدتها ستة أسابيع.

أشارت دراسة مرعى والحسيني (٢٠٢١) إلى استقصاء مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة الاحتراق النفسي المصاحب لالتهاب تهيج القولون العصبي لدى عينة من طلاب الجامعة، والتعرف على أهم ديناميات البناء النفسي لمرضي تهيج القولون العصبي من طلاب الجامعة الذين يعانون الاحتراق النفسي كما تكشف عنها الاختيارات السيكومترية والمقابلة الإكلينيكية واختيار تفهم الموضوع (T.A.T) وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طالب من طلاب الكليات العملية بجامعة المنصورة ممن يعانون من الاحتراق النفسي وتم تشخيصهم على أنهم مرضى التهاب تهيج القولون العصبي. تم استخدام مقياس الاحتراق النفسي من إعداد الباحث، وتطبيق برنامج إرشادي من إعداد الباحث، وتطبيق المقابلة الإكلينيكية، واختيار تفهم الموضوع (T.A.T)واستخدمت الدراسة المنهج شبة التجريبي والمنهج الإكلينيكي، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الاحتراق النفسي لدي عينة من مرضي تهيج القولون العصبي من طلاب جامعة المنصورة، كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الاحتراق النفسي لدي عينة من مرضي تهيج القولون العصبي من طلاب جامعة المنصورة، مما يؤكد على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض حدة الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة واستمرار أثر البرنامج في خفض شدة الاحتراق النفسي لديهم، كما جاءت نتائج الدراسة الإكلينيكية لتميط اللثام عن البناء الدينامي للحالة محل الدراسة الإكلينيكية، ففيما يتعلق بصورة الأنا، يفصح البناء الدينامي عن ضعف الأنا فلديه مشاعر الخوف والقلق والعدوانية، وتعطيل في البناء النفسي فالذات تعاني من تثبيتات أوديبة. كما أن علاقة الذات بالعالم الخارجي مضطربة فهو يراها مليئة بالأحزان والغربة، وقد توصلت الدراسة إلى توصيات منها: إتاحة الفرصة أمام الطلاب للاستفادة من البرامج الارشادية على أن يتم تطبيقها في مراكز الارشاد النفسي في الجامعات وذلك لمساعدتهم على التعامل مع الضغوط الدراسة حتى لا يصلوا إلى درجة الاحتراق النفسي، التعاون بين الجامعات ووزارة الصحة لتنفيذ البرامج الارشادية لخفض حدة الاحتراق النفسي المصاحب لالتهاب تهيج القولون العصبي لدى الطلاب وتدريبهم على استراتيجيات التعامل مع المشكلات التي قد تواجههم .

هدفت دراسة(2022) Yang, Jun تطوير وتقييم العلاج السلوكي المعرفي للأرق بين طلاب الجامعات المصابين بمتلازمة القولون العصبي .قمنا بتعيين ٦٠ طالبًا جامعيًا يعانون من الأرق المصاحب لمتلازمة القولون العصبي بشكل عشوائي إلى المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج السلوكي المعرفي للأرق لمدة ٩٠ دقيقة مرة واحدة في الأسبوع لمدة ٤ أسابيع والمجموعة الضابطة (غير المصابة بالعلاج السلوكي المعرفي للأرق) .أكمل المشاركون مقاييس الإبلاغ الذاتي لشدة الأرق، والإيقاظ قبل النوم، والإدراكات غير الطبيعية المرتبطة بالنوم، وعادات النوم غير التكيفية، وشدة أعراض القولون العصبي، ونوعية حياة القولون العصبي في البداية، وبعد التدخل، وبعد ٣ أشهر من المتابعة .تم قياس نمط النوم، وأعراض الجهاز الهضمي أثناء النوم، قبل وبعد التدخل .أظهرت المجموعة التجريبية انخفاضًا كبيرًا في شدة الأرق، وتأخر بدء النوم، والوقت الإجمالي في السرير، والاستيقاظ قبل النوم، وأعراض الجهاز الهضمي أثناء النوم، والإدراكات غير الطبيعية المرتبطة بالنوم، وعادات النوم غير التكيفية، وشدة أعراض القولون العصبي، مقارنةً بمجموعة التحكم .أظهرت هذه المجموعة أيضًا زيادات كبيرة في كفاءة النوم وجودة حياة القولون العصبي مقارنةً بالمجموعة الضابطة .كان العلاج السلوكي المعرفي فعالاً للأرق وفي تقليل الأرق وشدة أعراض القولون العصبي وجودة حياة القولون العصبي.

دراسة (2023) Nouri et al الهدف من هذه الدراسة كان مقارنة فعالية العلاج باليقظة الذهنية والتعرض الداخلي على شدة الأعراض لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي. تكونت عينة البحث من ٤٥ مريضًا يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي في إيران. تم اختيارهم بطريقة عشوائية وتوزيعهم على ثلاث مجموعات اثنان تجريبية ومجموعة ضابطة. خضعت المجموعات التجريبية لتدخلات سلوكية معرفية تعتمد على اليقظة الذهنية وتدخلات سلوكية معرفية تعتمد على التعرض الداخلي، على التوالي. تم جمع البيانات بواسطة مقياس شدة أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي (IBS-SSS). أظهرت النتائج اسهام العلاج باليقظة الذهنية وعلاج التعرض الداخلي في تحسين شدة الأعراض لدى المرضى في

المجموعات التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة ($P < 0.01$). بالإضافة إلى ذلك، كان العلاج باليقظة الذهنية أكثر فعالية في تقليل شدة الأعراض لدى المرضى، وتم الحصول على انخفاض أكبر في المتوسطات في المرحلتين.

هدفت دراسة بوروبة (٢٠٢٤)إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط ل: جيفري يونغ في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى الراشدين المصابين بمتلازمة القولون العصبي، وقد تم إستخدام المقابلة العيادية النصف موجهة والاعتماد على التقارير الطبية، والتحليل الوظيفي والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM5وبرنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط ل: جيفري يونغ مع تطبيق مقياسين نفسيين مقياس الضغط النفسي ومقياس المخططات المعرفية ل: جيفري يونغ، وذلك بغرض إجراء قياس قبلي وقياس بعدي، وأخر تتبعي، على مجموعة البحث المتكونة من حالتين شابتين مصابتين بمتلازمة القولون العصبي المصحوب بأعراض الضغط النفسي.وقد بينت نتائج الدراسة أن تقنيات العلاج بالمخططات ل: يونغ، قد عملت على خفض نشاط المخططات غير المكيّفة لدى الحالتين، وصحب ذلك انخفاضا واضحا على مستوى الضغط النفسي، مع تراجع للأعراض المؤلمة والنوبات المتكررة لمرض القولون العصبي.

قام بحث باخشب ؛ الزين(٢٠٢٤) باعداد تدخل علاجي قائم على التقبل والالتزام واثره في تحسين المرونة النفسية والتخفيف من اعراض القلق لدى مرضى متلازمة القولون العصبي في المجتمع السعودي. تكون البرنامج من ١٠ جلسات طبقت على العينة التجريبية البالغ عددهم ١٢ واستخدم مقياس التقبل والعمل من اعداد (Bond, et al., 2011) ومقياس القلق العام (GAD7)اعداد (Spitzer RL et al 1999) , والبرنامج العلاجي اعداد الباحثتان وأشارت نتائج الدراسة الى وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في مقياس التقبل والعمل لصالح القياس القبلي. ووجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدى لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدى في مقياس القلق. كما أوضحت وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس التتبعي في مقياس القلق

التعليق على الدراسات السابقة:

نقاط الضعف في الدراسات حول متلازمة تهيج القولون العصبي هذه النقاط تشير إلى الحاجة إلى دراسات إضافية أكثر قوة وعمقًا لتقديم نتائج موثوقة وشاملة في هذا المجال.

١. حجم العينة: استخدمت العديد من الدراسات عينات صغيرة، مما يؤثر سلبًا على إمكانية تعميم النتائج. هذه العينات قد تؤدي إلى عدم دقة في النتائج وصعوبة في استخلاص استنتاجات قوية.

٢. المنهجية: بعض الدراسات اعتمدت على منهجيات وصفية أو ارتباطية دون استخدام تصميم تجريبي صارم، مما يحد من قدرتها على تحديد العلاقات السببية بين المتغيرات.

٣. تنوع المتغيرات: عدم التحكم في المتغيرات الديموغرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية يمكن أن يؤثر على نتائج العلاقة بين التشوهات المعرفية وجودة الحياة.

٤. عدم وجود متابعة طويلة الأمد: بعض الدراسات لم تشمل متابعات طويلة الأمد، مما يحد من قدرتها على تقييم تأثير العلاجات أو البرامج الإرشادية بشكل مستمر.

٥. تفاوت معايير التشخيص: هناك تباين في استخدام معايير التشخيص لمتلازمة تهيج القولون العصبي، مما قد يؤدي إلى اختلاف النتائج بين الدراسات المختلفة.

٦. تجاهل العوامل البيئية: قلة التركيز على العوامل البيئية أو الاجتماعية التي قد تؤثر على تجارب المرضى قد يحد من فهم التأثير الشامل لمتلازمة القولون العصبي.

٧. تعدد التدخلات: في بعض الدراسات، تم استخدام تدخلات متعددة في وقت واحد، مما يصعب تحديد أي التدخلات كانت الأكثر فعالية.

٨. نقص الدراسات المقارنة: هناك قلة في الدراسات التي تقارن بشكل مباشر بين أنواع العلاجات المختلفة وتأثيرها على التشوهات المعرفية وجودة الحياة.

أوجه التفرد للبحث الحالي:

ما ينفرد به البحث الحالي عن الدراسات السابقة يمكن تلخيصه في النقاط الآتية:

يعد هذا البحث – على حد علم الباحثتين – من باكورة البحوث التي تهتم بدراسة أثر برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات الجامعة

فروض البحث:

صاغت الباحثتان الفروض التالية لتكون بمثابة إجابات محتملة للأسئلة التي أثارتها مشكلة البحث:

١. توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للتشوهات المعرفية، لصالح المجموعة التجريبية.

٢. توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لجودة الحياة، لصالح المجموعة التجريبية.

٣. توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية، لصالح القياس البعدي.

٤. توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لجودة الحياة، لصالح القياس البعدي.

٥. لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للتشوهات المعرفية.

٦. لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لجودة الحياة

إجراءات البحث ومنهجه

منهج البحث:

سوف تستخدم هذه الدراسة المنهج شبة التجريبي تصميم ثنائي المجموعات: ضابطة وتجريبية وقياسات متعاقبة: قبلي وبعدي للمجموعتين، وتتبعي للمجموعة التجريبية للتأكد من فاعلية البرنامج والتحقق من بقاء أثره خلال فترة المتابعة بعد انتهاء التطبيق. وذلك حسب التصميم الآتي:

	قياس قبلي	البرنامج	قياس بعدي	قياس تتبعي
المجموعة التجريبية	X	X	X	X
المجموعة الضابطة	X		X	

مجتمع البحث:

يتكون من جميع طالبات كلية التربية بجامعة الملك خالد للعام الجامعي ١٤٤٦ – ١٤٤٧ هـ.

عينة الدراسة:

اشتملت الدراسة على عينتين هما: عينة التحقق من الخصائص السيكومترية (صدق وثبات الأدوات)، وعينة التحقق من فروض الدراسة، وذلك على النحو التالي:

١- عينة الكفاءة السيكومترية:

تكونت من (٦٦) طالبة من طالبات جامعة الملك خالد ممن يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي.

٢-عينة الدراسة الأساسية:

تم اشتقاق عينة البحث الأساسية من مجتمع البحث من خلال المراحل التالية:

تم تطبيق مقياس روما لأعراض القولون العصبي على مجتمع الدراسة من طالبات كلية التربية – جامعة الملك خالد وعددهم (٣٥٥ طالبة)، وكانت معايير الإدراج تشمل الإناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٨–٢٧ عامًا، والمقيدات حاليًا في الجامعة، وتم تشخيصهن بمتلازمة تهيج القولون العصبي من قبل أطباء مختصين في الطب الباطني ووجود تقرير طبي يقر ذلك قبل الاشتراك في البرنامج، وتم تشخيصهن أيضًا باستخدام استبيان روما الثالث للتشخيص (Rome III). قبل المشاركة في الدراسة.

تم فرز نتائج التطبيق واستبعاد المقاييس غير المكتملة وكذلك الطالبات اللاتي حصلن على درجات منخفضة على مقياس روما لأعراض القولون العصبي، وتم اختيار الطالبات اللائي حصلن على الدرجات المرتفعة (الربيع الاعلى) وكان عددهم (٦٦) طالبة.

تم تطبيق مقياس التشوهات المعرفية ومقياس جودة الحياة على مجموعة الطالبات ممن يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي والذين عددهم (٦٦)، وتم اختيار الطالبات اللائي حصلن على الدرجات المرتفعة (الربيع الاعلى) على مقياس التشوهات المعرفية

وتم اختيار الطالبات اللائي حصلن على الدرجات المنخفضة (الربيع الادنى) لمقياس جودة الحياة وكان عددهم (٢٠). تم تقسيم العينة بطريقة عشوائية الى مجموعتين وتقسيمهم الى (١٠= تجريبية) و(١٠= ضابطة).

وبناء على ذلك تكونت عينة البحث الأساسية من (٢٠) طالبة من طالبات كلية التربية بجامعة الملك خالد في المملكة العربية السعودية تم تشخيصهن بمتلازمة تهيج القولون العصبي. تتراوح أعمارهن بين ١٨–٢٧ عامًا بمتوسط حسابي (٢١.٨)، وانحراف معياري (٢.٩٨)، وتم تزويد المشاركات بمعلومات حول الموافقة المستنيرة، وطُلب منهن تقديم الموافقة الإلكترونية، وتضمنت معلومات الموافقة تفاصيل حول هدف الدراسة، والإجراءات، والمخاطر والفوائد المحتملة، وسرية وخصوصية بياناتهن وتفاصيل جلسات البرنامج.

أيضا تمت المطابقة بين المجموعتين من حيث السن والحالة الاجتماعية ومدة الإصابة بالمرض نوع القولون، وتم استبعاد أي حالات تعاني من اضطرابات عضوية، وأمراض الأمعاء الالتهابية، ومرض الاضطرابات الهضمية، واضطرابات سوء الامتصاص، وأمراض المرارة من الدراسة.

الجدول رقم (١) يوضح خصائص مجموعة الدراسة

المتغير	المتغير	المجموعة ١٠	التجريبية	المجموعة ١٠	الضابطة
السن	١٨-٢٠	٥		٣	
	٢١-٢٧	٥		٧	
الحالة الاجتماعية	متزوجة	٣		٢	
	غير متزوجة	٧		٨	
مدة الاصابة	اقل من سنتين	٤		٤	
	أكثر من سنتين	٦		٦	
نوع القولون	الاسهال المتكرر	١		٢	
	الامساك المزمن	٣		٤	
	اعراض مختلطة	٦		٤	

جدول (٢) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في السن والحالة الاجتماعية ومدة الاصابة

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة
السن	ضابطة	١٠	١١.٧٥	٩٤	٠.٨٩٠	٠.٣٧
	تجريبية	١٠	٩.٦٧	١١٦		
الحالة الاجتماعية	ضابطة	١٠	١١.٥٠	٥٧.٥٠	٠.٥٠	٠.٦٢
	تجريبية	١٠	١٠.١٧	١٥٢.٥٠		
مدة الاصابة	ضابطة	١٠	١١.٧٥	٩٤	٠.٨٩٠	٠.٤٧
	تجريبية	١٠	٩.٦٧	١١٦		

جدول (٣) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في نوع القولون

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	قيمة كاي	الدلالة
نوع القولون	ضابطة	١٠	١١.٦٠	٠.٨٣	٠.٣٦
	تجريبية	١٠	٩.٤٠		

يتضح من النتائج المعروضة في الجداول (٢) و(٣)، عدم وجود فروق داله احصائيا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة مما يعني تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسات القبلية.

التحقق من تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسات القبلية:

تم التحقق من تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسات القبلية لمتغيري (التشوهات المعرفية، وجودة الحياة) باستخدام اختبار مان ويتني (Mann–Whitney

U test)؛ للتحقق من دلاله الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتغيرين. وتوضح الجداول التالية نتائج ذلك.

جدول (٤) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمتغير التشوهات المعرفية

مقياس التشوهات المعرفية	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z
البعد الأول: لوم الذات والآخرين	ضابطة	١٠,٤٠	١٠٤,٠٠	٠,٠٨
	تجريبية	١٠,٦٠	١٠٦,٠٠	
البعد الثاني: الأفراط في التعميم	ضابطة	١٠,٩٠	١٠٩,٠٠	٠,٤٠
	تجريبية	١٠,١٠	١٠١,٠٠	
البعد الثالث: اليأس	ضابطة	١٠,٩٠	١٠٩,٠٠	٠,٤٠
	تجريبية	١٠,١٠	١٠١,٠٠	
البعد الرابع: العجز	ضابطة	١٠,٢٥	١٠٢,٥٠	٠,٢١
	تجريبية	١٠,٧٥	١٠٧,٥٠	
مقياس جودة الحياة				
البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي	ضابطة	١٠,٢٥	١٠٢,٥٠	٠,٢١
	تجريبية	١٠,٧٥	١٠٧,٥٠	
البعد الثاني: الشعور بالراحة	ضابطة	١٠,٤٠	١٠٤,٠٠	٠,٠٨
	تجريبية	١٠,٦٠	١٠٦,٠٠	
البعد الثالث: الجنسي	ضابطة	١٠,٣٠	١٠٣,٠٠	٠,١٨
	تجريبية	١٠,٧٠	١٠٧,٠٠	
البعد الرابع: التدخل في النشاطات	ضابطة	١٠,٧٠	١٠٧,٠٠	٠,١٦
	تجريبية	١٠,٣٠	١٠٣,٠٠	
البعد الخامس: صورة الجسم	ضابطة	١٠,٢٥	١٠٢,٥٠	٠,٢٠
	تجريبية	١٠,٧٥	١٠٧,٥٠	

مقياس التشوهات المعرفية	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z
البعد السادس: المخاوف الصحية	ضابطة	١٠,٧٥	١٠٧,٥٠	٠,٢١
	تجريبية	١٠,٢٥	١٠٢,٥٠	
البعد السابع: تجنب الاطعمة	ضابطة	١٠,٣٠	١٠٣,٠٠	٠,١٨
	تجريبية	١٠,٧٠	١٠٧,٠٠	
البعد الثامن: العلاقات	ضابطة	١٠,٣٠	١٠٣,٠٠	٠,١٨
	تجريبية	١٠,٧٠	١٠٧,٠٠	
اجمالي المقياس	ضابطة	١٠,٤٠	١٠٤,٠٠	٠,٠٨
	تجريبية	١٠,٦٠	١٠٦,٠٠	

يتضح من النتائج في جدول (٤) عدم وجود فروق داله احصائيا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي لمتغيري (التشوهات المعرفية– جودة الحياة) مما يعني تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسات القبلية.

أدوات البحث:

مقياس التشوهات المعرفية: اعداد (عرفة، ٢٠٢٢)

تم استخدم مقياس (عرفة، ٢٠٢٢) والمكون من ٢٦ عبارة يتكون من أربعة أبعاد مناسبة لعينة البحث هي؛ البعد الأول: لوم الذات والآخرين – البعد الثاني: الأفراط في التعميم– البعد الثالث: اليأس– البعد الرابع: العجز تتم الاستجابة على المقياس من خلال تدرج ثلاثي: تنطبق تماما= ٣، تنطبق الى حد ما= ٢، لا تنطبق اطلاقا= ١

البعد الأول: لوم الذات والآخرين: وهو أن يلوم الإنسان نفسه على أحداث ومواقف حدثت وليس له ذنب فيها، أو يركز، على أشخاص محددين باعتباره مصدر السلبية له في حياته.)

البعد الثاني: الأفراط في التعميم: وهو تعميم الفرد خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل، إذ يعمم الفرد من خبرته السلبية على كل المواقف الشبيهة ويتعامل معها مثل تعامله مع الخبرة السلبية السابقة.

البعد الثالث: اليأس: يُظهر إيمان الفرد بأن المستقبل كئيب، وأنهم سوف يتعرضون للمعاناة أو الفشل

البعد الرابع: العجز: يُظهر عد القدر على التعامل مع أوجه الحياة المهمة في حياة الشخص والسيطرة عليها، وقد يكون مجهودهم غير ناجح، مما يؤدي هذا التفكير بهم أحيانا إلى السلبية في مواجهة التحدي والتغيير.

جدول (٥) ابعاد مقياس التشوهات المعرفية وعدد فقراته وارقامها

البعد	عدد الفقرات	ارقام الفقرات
البعد الأول: لوم الذات والآخرين	٨	١، ٥، ٩، ١٣، ١٧، ٢١، ٢٥، ٢٧
البعد الثاني: الأفراط في التعميم	٦	٢، ٦، ١٠، ١٤، ١٨، ٢٢
البعد الثالث: اليأس	٦	٣، ٧،١١، ١٥ *، ١٩، ٢٣
البعد الرابع: العجز	٦	٤، ٨، ١٢ *، ١٦ ، ٢٠ *، ٢٤

تشير الدرجة الكلية المرتفعة على المقياس الى ارتفاع التشوهات المعرفية، والعكس بالعكس.وقد قامت معدة المقياس بالتحقق من خصائصه السيكومترية وحساب مؤشرات صدق البنية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي جميع المفردات كانت دالة عند مستوى 0.01 وتم حساب الثبات بمعامل الفا كرونباخ والتجزئة النصفية وكانت معاملات الثبات مرتفعة

الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم اتباع الخطوات الاتية للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس التشوهات المعرفية:

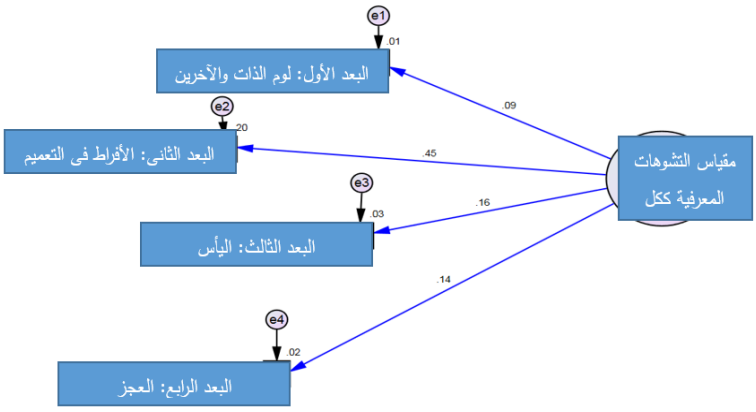
١-**الصدق** ويمكن توضيحه فيما يلي:

أ-صدق المحتوى أو الصدق الظاهري:

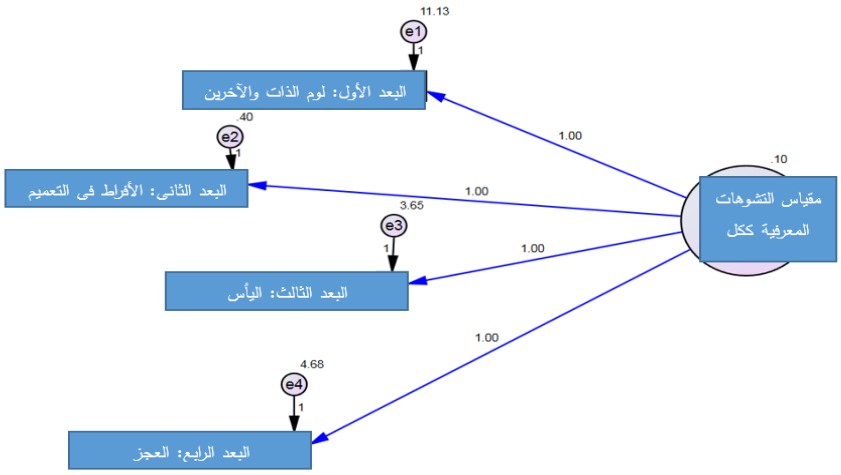
للتحقُّق من صدق محتوى أداة التشوهات المعرفية، وأنهَّا تخدم أهداف الدِّراسَة؛ تمَّ عرضها على مجموعة محكمين عددهم (٨)، من أعضاء هيئة التَّدريس في الجامعات السعوديَّة لإبداء رأيهم فيها، من حيث: مدى مناسبة الفقرة للمحتوى، والنّظر في مدى كفاية أداة الدِّراسَة من حيث عدد الفقرات، وشموليّتها، وتنوُّع محتواها، أو أيَّة ملاحظات يَروَنها مُناسِبة، وتمَّت دراسة ملاحظات المحُكِّمين، واقتراحاتهم، وأجريت التَّعديلات في ضوء توصيات وآراء هيئة التَّحكيم، وقد اعتبرت الباحثتان الأخذ بملاحظات المُحكِّمين، وإجراء التَّعديلات المشار إليها أعلاه بمثابة الصّدق الظّاهري، وصدق المحتوى للأداة، واعتبر أنَّ الأداة صالحة لقياس ما وضعت له.

ب- الصدق العاملي التوكيدي

للتأكد من صحة نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لمعد المقياس، بجانب التأكد من أن المقياس مطابق للبيانات على العينة الاستطلاعية الحالية والبالغة (٦٦) مفردة، ومن خلال المعادلة البنائية المعروفة اختصارا LISREL، تم الحصول على النتائج التالية:



شكل (١) القيم المقابلة لمعاملات المسار لنموذج مقياس التشوهات المعرفية



شكل (٢) القيم المقابلة لمعاملات المسار لنموذج مقياس التشوهات المعرفية

يتضح من الشكلين السابقين أن القيم المقابلة لمعاملات المسار لنموذج مقياس التشوهات المعرفية، لا تقع في الفترة [-١.٩٦، ١.٩٦]، وهذا يعني دلالة معاملات المسار، أي أن جميع العبارات تسهم في عامل كامن واحد.

وقد حقق النموذج شروط حسن المطابقة، حيث:

- ❖ جذر متوسط مربع البواقي (RMSEA) = ٠.٠٤١ وهو قريب من الصفر، وأصغر من ٠.١، ويشير إلى أن هناك تطابق بين النموذج وبين البيانات.
- ❖ دليل حسن المطابقة المقارن (CFI) (Comparative Fit Index) = ٠.٩٣٠ وهو أكبر من ٠.٩٠، ويدل على أن النموذج الافتراضي الموجود في الشكل السابق يبتعد عن النموذج الصفري، بما يعني أن هناك ارتباطات او علاقات بين متغيرات النموذج
- ❖ والشرط الخاص بقيمة مربع كا لم يتحقق وقد يرجع ذلك إلى كبر حجم العينة وعدم اعتدالية توزيع البيانات.

٢-الثبات:

تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس، ويوضح جدول (٦) هذه المعاملات.

جدول (٦) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لابعاد مقياس التشوهات المعرفية، ولإجمالي المقياس (ن=٦٦)

الابعاد	عدد العبارات	معامل ثبات الفا كرونباخ	معامل ثبات التجزئة النصفية
البعد الأول: لوم الذات والآخرين	٨	٠,٩٠	٠,٨٦
البعد الثاني: الأفراط في التعميم	٦	٠,٥١	٠,٥٨
البعد الثالث: اليأس	٦	٠,٧٤	٠,٧٥
البعد الرابع: العجز	٦	٠,٨٢	٠,٦٨
اجمالي المقياس	٢٦	٠,٨٧	٠,٥٩

يتضح من الجدول أن درجة معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل بلغت (٠.٨٧)، كما أن درجة معامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس ككل بلغت (٠.٥٩)، وهو ما يشير الى معامل ثبات جيد ومقبول، كما توضح نتائج الثبات في جدول (٦) أن قيم معاملات ثبات الفا كرونباخ للأبعاد الأربعة تراوحت بين (٠.٩٠) و(٠.٥١)، في حين أن قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية للأبعاد الأربعة تراوحت بين (٠.٨٦) و(٠.٥٨)، وهي تشير إلى معاملات ثبات جيده.

٢-جودة الحياة لمرضى تهيج القولون العصبي: ترجمة وإعادة تقنيين الباحثتان

تم تطوير استبيان جودة الحياة المرتبطة بمتلازمة تهيج القولون العصبي (IBS-QOL) من قبل فريق من الباحثين من جامعة واشنطن في سياتل تحت إشراف الدكتور **Patrick et al,2022**. تم استخدام استبيان جودة الحياة المرتبطة بمتلازمة تهيج القولون العصبي (IBS-

QOL) لتقييم جودة الحياة لدى المشاركات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي. يُعد IBS-QOL مقياسًا موثوقًا مكونًا من ٣٤ بندا يقيس تأثير أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي على جوانب مختلفة من جودة الحياة، بما في ذلك الوظائف البدنية والنفسية والاجتماعية يُقسم الاستبيان إلى ثماني مجالات مختلفة، تشمل:

جدول (٧) ابعاد مقياس جودة الحياة وعدد فقراته وارقامها

البعد	عدد الفقرات	ارقام الفقرات
البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي	٤	٢, ١٤, ١٧, ٣٤
البعد الثاني: الشعور بالراحة	٨	١, ٦, ٧, ٩, ١٠, ١٣, ١٦, ٣٠
البعد الثالث: الجنسي	٢	١٢، ٢٠
البعد الرابع: التدخل في النشاطات	٧	٣, ١٨, ١٩, ٢٢, ٢٧, ٢٩, ٣١
البعد الخامس: صورة الجسم	٤	٥، ٢١، ٢٥، ٢٦
البعد السادس: المخاوف الصحية	٣	٤، ١٥، ٣٢
البعد السابع: تجنب الاطعمة	٣	١١, ٢٣, ٢٨
البعد الثامن: العلاقات	٣	٨, ٢٤, ٣٣

. قامت المشاركات بتقييم تكرار وشدة أعراضهن خلال الأسبوع الماضي على مقياس ليكرت من ٥ نقاط يتراوح من ١ (لا على الإطلاق) ٢ =قليلا- ٣ =الى حد ما – ٤ =كثيرا إلى ٥ =(كثيرا جدا).

يتم حساب الدرجات الإجمالية للمقياس عن طريق جمع النقاط لكل المجالات.

يمكن أن تكون درجة IBS-QOL الإجمالية من ٣٤ (جودة حياة منخفضة جدًا) إلى ١٧٠(جودة حياة عالية جدًا). حيث تم عكس الفقرات في التصحيح الدرجات الأعلى تشير إلى

جودة حياة أفضل، بينما الدرجات المنخفضة تشير إلى تأثير أكبر للأعراض على الحياة اليومية.

تفسير الدرجات

٠ – ٣٤: جودة حياة منخفضة جداً. تشير هذه الدرجة إلى تأثير كبير لمتلازمة القولون العصبي على الحياة اليومية، مما قد يتطلب تدخلات علاجية فورية.

٣٥ – ٦٨: جودة حياة منخفضة. تشير هذه الدرجة إلى وجود صعوبات ملحوظة في الحياة اليومية، مع الحاجة إلى تحسينات في إدارة الأعراض.

٦٩ – ١٠٢: جودة حياة معتدلة. تشير هذه الدرجة إلى وجود بعض التأثيرات السلبية على الحياة، ولكنها ليست شديدة. قد يستفيد المرضى من استراتيجيات تحسين إضافية.

١٠٣ – ١٧٠: جودة حياة جيدة. تشير هذه الدرجة إلى أن الأعراض تؤثر بشكل طفيف على الحياة اليومية، مما يدل على تحكم جيد في الأعراض

قام معد المقياس بحساب الخصائص السيكوميترية(استخدم التحليل العاملى معادلة ألفا كرونباخ لتحديد الاتساق الداخلي يشير الاتساق الداخلي العالي إلى أن المقياس أو المقاييس الفرعية تقيس بناء واحد. الحد الأدنى الارتباط (٠.٧٠)تم حساب الثبات بواسطة معادلة ألفا كرونباخ بقيمة ٠.٩٥، كل من المقياس الفرعي i كان له قيمة ألفا عالية(٠.٧٤ ± ٠.٩٢) باستثناء بعد العلاقات (٠.٦٥).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم اتباع الخطوات الاتية للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

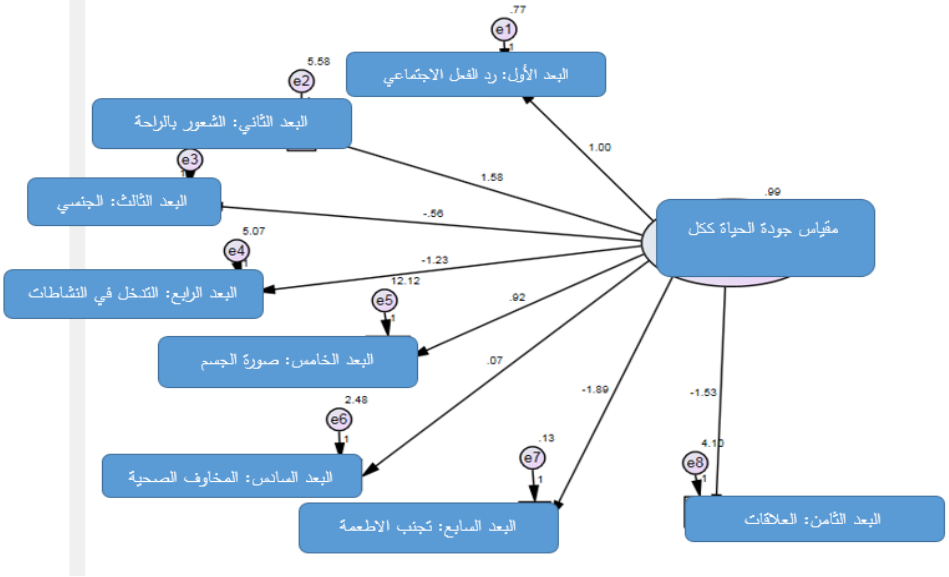
١–**الصدق** ويمكن توضيحه فيما يلي:

أ- صدق المحتوى أو الصدق الظاهري:

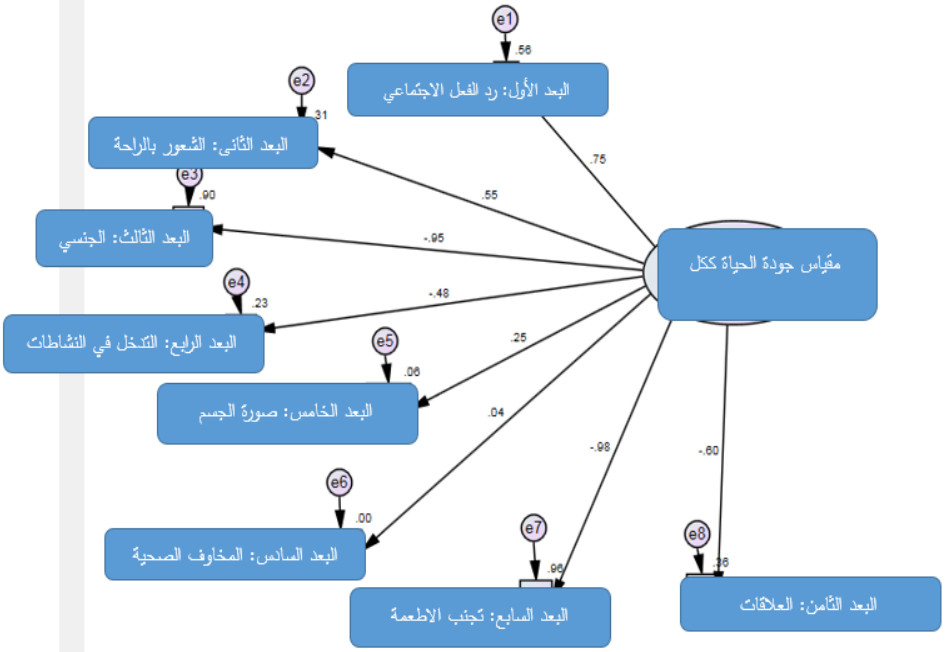
للتحقُّق من صدق محتوى أداة الدِّراسَة الخاصة (بجودة الحياة)، والتَّأكُّد من أنهَّا تخدم أهداف الدِّراسَة؛ تمَّ عرضها على مجموعة من المحكمين عددهم (٨)، من أعضاء هيئة التَّدريس في تخصص علم النفس وطُلِبَ منهم النظر في مدى كفاية أداة الدِّراسَة، وإبداء رأيهم فيها، من حيث: مدى مناسبة الفقرة للمحتوى، والنّظر في مدى كفاية أداة الدِّراسَة من حيث عدد الفقرات، وشموليّتها، وتنوُّع محتواها، أو أيَّة ملاحظات يَروَنها مُناسِبة فيما يتعلَّق بالتَّعديل، أو التَّغيير، أو الحذف وفق ما يراه الأستاذ المحكّم لازمًا، وتمَّت دراسة ملاحظات المحُكِّمين، واقتراحاتهم، وأجريت التَّعديلات في ضوء توصيات وآراء هيئة التَّحكيم، وتم الأخذ بملاحظات المُحكِّمين، وإجراء التَّعديلات المشار إليها أعلاه بمثابة الصّدق الظّاهري، وصدق المحتوى للأداة، واعتبر أنَّ الأداة صالحة لقياس ما وضعت له.

ب **الصدق العاملي التوكيدي**

تم استخدام الصدق التوكيدي للتأكد من صحة نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لمعد المقياس، بجانب التأكد من أن المقياس مطابق للبيانات على العينة الاستطلاعية الحالية والبالغة (٦٦) مفردة، ومن خلال المعادلة البنائية المعروفة اختصارا LISREL، تم الحصول على النتائج التالية:



شكل (٣) معاملات المسار لنموذج مقياس جودة الحياة



شكل (٤) معاملات المسار لنموذج مقياس جودة الحياة

يتضح من الشكلين السابقين أن القيم المقابلة لمعاملات المسار لنموذج مقياس جودة الحياة، لا تقع في الفترة [-١.٩٦، ١.٩٦]، وهذا يعني دلالة معاملات المسار، أي أن جميع العبارات تسهم في عامل كامن واحد.

وقد حقق النموذج شروط حسن المطابقة، حيث:

- ❖ جذر متوسط مربع البواقي (RMSEA)= ٠.٠٤٤ وهو قريب من الصفر، وأصغر من ٠.١، ويشير إلى أن هناك تطابق بين النموذج وبين البيانات.

- ❖ دليل حسن المطابقة المقارن (Comparative Fit Index) (CFI) = ٠.٩٥ وهو أكبر من ٠.٩٠، ويدل على أن النموذج الافتراضي الموجود في الشكل السابق يبتعد عن النموذج الصفري، بما يعني أن هناك ارتباطات او علاقات بين متغيرات النموذج.
- ❖ والشرط الخاص بقيمة مربع كا لم يتحقق ويرجع ذلك إلى كثرة عدد المتغيرات وكبر حجم العينة.

٢-الثبات: تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس، ويوضح جدول (٨) هذه المعاملات.

جدول (٨) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لابعاد مقياس جودة الحياة، ولإجمالي المقياس (ن=٦٦)

الابعاد	عدد العبارات	معامل ثبات الفا كرونباخ	معامل ثبات التجزئة النصفية
البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي	٤	٠,٨٩	٠,٧٧
البعد الثاني: الشعور بالراحة	٨	٠,٧٩	٠,٨٢
البعد الثالث: الجنسي	٢	٠,٨٣	٠,٨٣
البعد الرابع: التدخل في النشاطات	٧	٠,٩٣	٠,٩٠
البعد الخامس: صورة الجسم	٤	٠,٧٦	٠,٦٤
البعد السادس: المخاوف الصحية	٣	٠,٦١	٠,٦٠
البعد السابع: تجنب الاطعمة	٣	٠,٦٥	٠,٥٨
البعد الثامن: العلاقات	٣	٠,٥٦	٠,٧١
اجمالي المقياس	٣٤	٠,٩١	٠,٨٥

يتضح من الجدول أن درجة معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل بلغت (٠.٩١)، كما أن درجة معامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس ككل بلغت (٠.٨٥)، وهو ما يشير الى

معامل ثبات جيد ومقبول، كما توضح نتائج الثبات في جدول (٨) أن قيم معاملات ثبات الفا كرونباخ للأبعاد الأربعة تراوحت بين (٠.٩٣) و(٠.٤١)، في حين أن قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية للأبعاد الأربعة تراوحت بين (٠.٩٠) و(٠.٤٠)، وهي تشير إلى معاملات ثبات جيده.

٣-أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي: DROSSMAN, Douglas. (1998)

ترجمة وإعادة تقنيين الباحثتان

تم تطوير استبيان روما الثالث للتشخيص لمتلازمة تهيج القولون العصبي (Rome III) في الأصل من قبل مجموعة دولية من الخبراء في مجال gastroenterology، تم استخدام الاستبيان على نطاق واسع في كل من الأبحاث والإعدادات السريرية لتشخيص متلازمة تهيج القولون العصبي بناءً على وجود أعراض مثل آلام أو انزعاج البطن، وتغيرات في حركات الأمعاء. تتضمن طريقة حساب الدرجات لاستبيان روما الثالث تخصيص نقاط لوجود وشدة الأعراض المختلفة، حيث تشير الدرجة الإجمالية التي لا تقل عن ٢ إلى تشخيص إيجابي لمتلازمة تهيج القولون العصبي.

البرنامج المعرفي السلوكي (اعداد الباحثتان).

قامت الباحثتان بإعداد البرنامج والمكون من ١٢ جلسة، وتم تحكيمه من حيث أهداف البرنامج وعدد جلساته، وأهداف هذه الجلسات، والفنيات المقترحة، والأنشطة والواجبات، ومدة الجلسة، والمدة الزمنية لتطبيق البرنامج وغيرها، للاطمئنان لمناسبة البرنامج لتطبيقه على العينة التجريبية.

إعداد البرنامج:

مر البرنامج بعدد من الخطوات التي سبقت ظهوره بالصورة النهائية:

١) مراجعة الأطر والادبيات النظرية للبرنامج العلاجي ومادته العلمية وأساليب وفنيات العلاج السلوكي المعرفي لكل من ميكنبوم (١٩٧٧-١٩٨٨) وبيك (١٩٦٧-١٩٧٦) وأليس (١٩٧٧-١٩٩٣) بالإضافة إلى الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج السلوكي المعرفي: ومنها دراسات صلاح عراقي (١٩٩١) ووفاء عبد الجواد (١٩٩٤) وعبد الرحمن مهدى (١٩٩٥) و رئيفة رجب عوض (٢٠٠١) وحامد بن أحمد الغامدي (٢٠٠٥) وطاهر سعد حسن عمار(٢٠٠٦)

٢) تم اعداد الصورة الأولية للبرنامج وعرضه على ١٥ من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس من ذوي التخصصات النفسية، لإبداء الرأي وتعديل ما يرونه مناسبا. وعلى وفق تعليمات المحكمين أجريت التعديلات المطلوبة، ومن ثم إعداد الصورة النهائية للبرنامج العلاجي والذي تم تطبيقه على عينة البحث

هدف البرنامج: يتضمن البرنامج تحقيق الأهداف التالية:

١. تبصير الطالبات باضطراب تهيج القولون العصبي واسبابه والاثار الجانبية له
٢. التدريب على الاسترخاء العضلي والتخيلي
٣. التدريب على مهارة صرف الانتباه
٤. التدريب على مهارة التحصين التدريجي ضد الضغوط
٥. التعرف على الأفكار السلبية والهادمة للذات.
٦. تنمية قدرة الطالبات على تحدى الأفكار السلبية والاعتقادات والأحاديث الذاتية السلبية.
٧. تعديل أنماط التشويه المعرفي لدى الطالبات.

٨. تحسين جودة الحياة ورفع تقدير الذات.

٩. التدريب على مراقبة الذات

١٠.إكساب الطالبات القدرة على حل المشكلات.

١١.تنمية قدرة الطالبات على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، وكذلك تنمية مهارات التواصل الاجتماعي .

أهمية البرنامج:

التحقق من فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي من طالبات الدراسات العليا بجامة الملك خالد

أسلوب العلاج المستخدم في البرنامج الحالي:

تم استخدام الأسلوب الفردي على وفق ما يناسب طبيعة العملية العلاجية وأهدافها، والغرض منه إتاحة فرصة لكل فرد من أفراد المجموعة العلاجية مناقشة المشكلات الفردية من دون خجل أو خوف.

مدة البرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج شهر ونصف، حيث يتكون من ١٢ جلسة علاجية بواقع جلستين في الأسبوع ، ومدة الجلسة الواحدة ساعة تقريباً حسب مضمون كل جلسة ومراعاة ظروف أفراد العينة، ، وتم التطبيق بصورة فردية ، أما عن فترة المتابعة للبرنامج فكانت شهرين.

الفنيات العلاجية:

والبرنامج العلاجي قام على مجموعة من الفنيات ذلك من خلال الآراء النظرية والبحوث السابقة في هذا المجال ومن تلك الفنيات: فنية الاسترخاء وتمرينات التنفس وفنية المراقبة الذاتية– الحوار السقراطي– فنية السهم النازل– التعزيز الايجابي– سجل الانشطة اليومية– وفنية

الحديث الذاتي والواجب المنزلي والتخطيط لأنشطة سارة. إعادة البناء المعرفي وفنية تحديد الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها و فنية صرف الانتباه وفنية التعرض و لعب الدور والتدريب على خطوات مواجهة المشكلة.

الادوات المستخدمة في البرنامج:

(مقياس التشوهات المعرفية- مقياس جودة الحياة لدى مرضى الصرع- العقد الإرشادي- استمارة تقييم البرنامج- استمارة الواجب المنزلي)

جدول (٩) جلسات البرنامج العلاجي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	اهداف الجلسة	الفنيات
١.	التمهيد والتعارف	• التعارف بين الطالبات والباحثتان، بهدف القبول والتقبل وخلق علاقة علاجية واخذ موافقة شفهية باستكمال البرنامج. • تطبيق المقاييس (التشوهات المعرفية- جودة الحياة) كقياس قبلي. • شرح طبيعة العلاج المعرفي السلوكي وأهميته مدة البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة، وضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات والتعاون في أداء الواجبات المنزلية وأهميتها في العلاج.	المحاضرة والمناقشة
٢.	التعريف بمتلازمة القولون العصبي	تزويد الطالبات بالمعرفة السليمة عن القولون العصبي، وندحض الخرافات المنتشرة بشأن المرض. كما تم شرح كيفية تأثر الأعراض بما يدور في عقله، وعلاقة التوتر بالأعراض.	المحاضرة- المناقشة- الحوار السقراطي
٣.	استراتيجيات الاسترخاء	• تعليم الطالبات كيفية تخفيف الأعراض الناتجة عن القلق والتوتر، مثل التعرق، وتسارع نبضات القلب والإحساس بخفقانها. وأكثر الأساليب التي نستخدمها هي التنفس من البطن بتعليمات معيّنة لتهدئة أعراض القلق والتوتر. • تعليم تقنيات التنفس العميق والتأمل.	التحيل- التنفس- الاسترخاء العضلي- المحاضرة- المناقشة التغذية الرجعية- الواجب المنزلي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	اهداف الجلسة	الفنيات
		• – ممارسة تقنيات الاسترخاء في الجلسة	
٤.	تحديد الافكار المشوهة	• تعريف التشوهات المعرفية. • – أنواع التشوهات: مثل التفكير الكارثي والمبالغة في الأمور. • – تمارين تفاعلية للتعرف على أنماط التفكير	مفكرة الافكار – الحوار السقراطي التغذية الرجعية– الواجب المنزلي
٥.	تحدى الافكار السلبية	• مساعدة المريض لاستخراج العبارات السالبة نحو الذات والعالم والمستقبل وكيفية التصدي للتفكير الخاطئ وتطوير استجابات بديلة متوازنة للأفكار الآلية. • تقديم البدائل للأفكار الأتوماتيكية. • تعلم استراتيجيات لتحديد الأفكار السلبية. • تقنيات لاستبدال الأفكار السلبية بإيجابية. • تمارين جماعية لتطبيق الاستراتيجيات • وتختم الجلسة بالواجب المنزلي (سجل الأفكار)	فنية اعادة البناء المعرفي– التعرض– صرف الانتباه – لعب الدور – الحوار السقراطي التغذية الرجعية– الواجب المنزلي
٦.	استراتيجيات مواجهة التوتر	• مساعدة المريض على التعامل مع المواقف التي يخافها بصورة متدرجة • مراقبة أعراضها ومعرفة نمطها. فمثلًا، قد نوصي الطالبة بحساب الوقت الذي يمكنها فيه حبس رغبتها في دخول الخلاء من لحظة شعورها بالرغبة، ومن ثم سيقل القلق	• فنية التعرض. التحصين التدريجي ضد الضغوط – مدرج القلق التغذية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	اهداف الجلسة	الفنيات
		والخوف عند إحساسها بالرغبة في المناسبات الاجتماعية مثلًا وستكون أكثر اطمئنانًا. • كيفية التعرف على المشاعر المرتبطة بالقلق والألم. • تمارين لكتابة اليوميات حول المشاعر.	الرجعية– الواجب المنزلي
٧.	إعادة الخبرة الانفعالية وتوكيد الذات	• التغلب على السلبية وانخفاض تقدير الذات. • إعادة اكتشاف الذات ونقاط القوة فيها. • تنمية القدرة على التواصل الايجابي والتوكيدية مع الآخرين • استخدام فنية لعب الدور لإحراز موضوعية تجاه ما تشعر به الطالبة من مشاعر سلبية تجاه ذاتها والآخرين وانخفاض لتقدير الذات وعدم التوكيدية	• توكيد الذات • الحوار الذاتى Monologue • مراقبة الذات الحوار السقراطي التغذية الرجعية– الواجب المنزلي
٨.	تحسين المهارات النفسية والاجتماعية	• توضيح أهمية الدعم الاجتماعي. • تقنيات لتعزيز مهارات التواصل مع الأصدقاء والعائلة • – تطوير خطة عمل شخصية لتحسين جودة الحياة	مهارة الثقة بالنفس مهارات التواصل التعريض– التغذية الرجعية– الواجب المنزلي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	اهداف الجلسة	الفنيات
٩.	مهارات حل المشكلات	توجيه وعي الطالبات إلى مشاعرها وأفكارها عن المرض والأعراض بدلًا من تركيزها المُنصب كليًا على المرض نفسه	فنية حل المشكلات– التغذية الرجعية– الواجب المنزلي– المحاضرة– المناقشة– الحوار السقراطي
١٠.	تحسين نمط الحياة	• توضيح أهمية التغذية والنشاط البدني. • نصائح لتغيير نمط الحياة وتحسين الصحة العامة	التغذية الرجعية– الواجب المنزلي– المحاضرة– المناقشة– الحوار السقراطي
١١.	تعزيز التفكير الإيجابي	• تقنيات لتعزيز التفكير الإيجابي. • – أنشطة جماعية لمشاركة التجارب الإيجابية	التغذية الرجعية– الواجب المنزلي– المحاضرة– المناقشة– الحوار السقراطي– الحوار الذاتي الايجابي
١٢.	تقييم البرنامج والختام	• تقييم التجربة العامة للبرنامج. • مناقشة النجاحات والتحديات • تطبيق المقاييس كقياس بعدي	المحاضر– المناقشة– التغذية الرجعية

١. إعادة تطبيق الاختبارات بعد شهرين من انتهاء البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية (قياس المتابعة) بغرض التأكد من فعالية العلاج المعرفي السلوكي

صدق البرنامج

للتحقُّق من صدق البرنامج العلاجي والتَّأكُّد من أنهَّ يخدم أهداف الدِّراسَة؛ تمَّ عرضه على مجموعة من المحكمين من أعضاء هيئة التَّدريس تخصص التوجيه والارشاد والصحة النفسية وبلغ عددهم (٨)، وذلك لأبداء الرأى في محتوى الجلسات ، من حيث: مدى مناسبة الجلسات للعينة، وأهداف البرنامج وأهميته ومدته وعدد الجلسات وفنياته وأساليبه والالتزام بأيَّة ملاحظات يَروَنها مُناسِبة فيما يتعلَّق بالتَّعديل، أو التَّغيير، أو الحذف وفق ما يراه الأستاذ المحكّم ، وتمَّت دراسة ملاحظات المحُكِّمين، واقتراحاتهم، وأجريت التَّعديلات في ضوء توصيات وآراء هيئة التَّحكيم ويوضح جدول ١١ ملخص محتوى جلسات البرنامج

تفسير ومناقشة النتائج:

قبل التحقق من فروض البحث قمنا برصد الدرجات الخام لمقياسي الدراسة (التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة)، ثم قامت بحساب الاحصاءات الوصفية (المتوسط، والانحراف المعياري) والتحقق من اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة في التطبيقات الثلاث (قبلي، وبعدي، وتتبعي). ثم قامت بالتحقق من فروض الدراسة من خلال تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق اداة الدراسة، ثم عرضت النتائج ونوقشت وفقًا لتسلسل فروض الدراسة.

جدول (١٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية وتوزيع الاعتدالي لمتغيرات الدراسة فيما يتعلق بمقياس التشوهات المعرفية في التطبيقات الثلاثة (قبلي، وبعدي، وتتبعي) (ن= ٢٠)

المتغير	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار كولموجوروف -سميرنوف	دلالة اختبار كولموجوروف - سميرنوف
البعد الأول: لوم الذات والآخرين	القبلي	١٨,٦٥	٣,٣٩	٠,٢٩	٠,٠٠
	البعدي	١٥,٥٠	١,٥٨	٠,١٣	٠,٢٠
	التتبعي	١٥,٣٠	١,٦٤	٠,١٩	٠,٢٠
البعد الثاني: الأفراط في التعميم	القبلي	١٣,٨٥	٠,٧٥	٠,٤٣	٠,٠٠
	البعدي	١٠,٦٠	١,٨٤	٠,٢٣	٠,١٥
	التتبعي	١٠,٤٠	١,٧٨	٠,٢٩	٠,٠٢
البعد الثالث: اليأس	القبلي	١٣,٠٥	١,٩٦	٠,٤٤	٠,٠٠
	البعدي	٩,٨٠	٢,٣٠	٠,٢٠	٠,٢٠
	التتبعي	٩,٥٠	٢,٣٢	٠,٢٤	٠,١٠
البعد الرابع: العجز	القبلي	١٤,٨٥	٢,٢٣	٠,٣٣	٠,٠٠
	البعدي	١١,٦٠	٢,٥٥	٠,١٩	٠,٢٠
	التتبعي	١١,٥٠	٢,٣٢	٠,١٦	٠,٢٠
اجمالي المقياس	القبلي	٦٠,٤٠	٥,٣٥	٠,٢٧	٠,٠٠
	البعدي	٤٧,٥٠	٤,٨٤	٠,١٨	٠,٢٠
	التتبعي	٤٦,٧٠	٤,٢٤	٠,١٧	٠,٢٠

يتضح من جدول (١٠) ما يلي:

أن المتوسط الحسابي لمقياس التشوهات المعرفية ككل في التطبيقات الثلاث (قبلي، وبعدي، وتتبعي)، جاء منخفضاً بشكل تدريجي وبالترتيب، مما يشير إلى انخفاض درجات افراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي مقارنة بالقياس القبلي.

أن غالبية البيانات الخاصة بالعينة تتوزع توزيعًا غير اعتدالي في ضوء نتائج اختبار كولموجوروف –سميرنوف، حيث إن مستوى دلالة اختبار كولموجوروف –سميرنوف جاءت داله

في التطبيق القبلي للبعد الأول، والتطبيق القبلي والتتبعي للبعد الثاني، والتطبيق القبلي للبعد الثالث، والتطبيق القبلي للبعد الرابع، والتطبيق القبلي لإجمالي الاستبانة.

جدول (١١) المتوسطات والانحرافات المعيارية وتوزيع الاعتدالي لمتغيرات الدراسة فيما يتعلق بمقياس جودة الحياة في التطبيقات الثلاثة (قبلي، وبعدي، وتتبعي) (ن=٢٠)

المتغير	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار كولموجورو ف - سميرنوف	دلالة اختبار كولموجوروف - سميرنوف
البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي	القبلي	١٦,٣٠	١,٤٢	٠,٢١	٠,٢٠
	البعدي	١٨,٤٠	١,٥١	٠,١٥	٠,٢٠
	التتبعي	١٨,٦٠	١,٣٥	٠,٢٧	٠,٠٤
البعد الثاني: الشعور بالراحة	القبلي	٢٦,٧٩	٣,١١	٠,٢٤	٠,١١
	البعدي	٣٠,٨٠	٣,٢٦	٠,٢٤	٠,٠٩
	التتبعي	٣١,٠٠	٣,٠٦	٠,٢٤	٠,١٢
البعد الثالث: الجنسي	القبلي	٦,١٠	١,٨٥	٠,٢٢	٠,١٨
	البعدي	٨,٥٠	٢,٠٦	٠,١٧	٠,٢٠
	التتبعي	٨,٥٠	٠,٧١	٠,٣٦	٠,٠٠
البعد الرابع: التدخل في النشاطات	القبلي	٢٢,٦٠	٤,٢٠	٠,١٣	٠,٢٠
	البعدي	٢٧,٥٠	٤,٥١	٠,١٤	٠,٢٠
	التتبعي	٢٧,٦٠	٢,٥٩	٠,٣٣	٠,٠٠
البعد الخامس: صورة الجسم	القبلي	٩,٤٩	٢,٢٧	٠,٢١	٠,٢٠
	البعدي	١٣,٦٠	٢,٢٧	٠,٢١	٠,٢٠
	التتبعي	١٣,٧٠	٣,٧٧	٠,٣١	٠,٠١
	القبلي	٨,١٩	٢,١٠	٠,٣٥	٠,٠٠

المتغير	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار كولموجورو ف - سميرنوف	دلالة اختبار كولموجوروف - سميرنوف
البعد السادس: المخاوف الصحية	البعدي	١٠,٤٠	٢,١٠	٠,٣٥	٠,٠٠
	التتبعي	١٠,٥٠	١,٥٨	٠,٣٣	٠,٠٠
البعد السابع: تجنب الاطعمة	القبلي	٧,٢٠	٣,٢٢	٠,٢٥	٠,٠٧
	البعدي	١١,٥٠	٣,٢٣	٠,٢٦	٠,٠٥
	التتبعي	١١,٦٠	٢,٠٧	٠,٣٨	٠,٠٠
البعد الثامن: العلاقات	القبلي	٨,٠٠	٢,٨٣	٠,٢٤	٠,١١
	البعدي	١١,١٠	٢,٧٣	٠,٢٦	٠,٠٦
	التتبعي	١١,١٠	٢,٧٣	٠,٣٨	٠,٠٠
اجمالي المقياس	القبلي	١٠٤,٦٧	١٥,٠٩	٠,٢٢	٠,١٩
	البعدي	١٣١,٨٠	١٥,٩٠	٠,٢٢	٠,١٦
	التتبعي	١٣٢,٦٠	٨,٧١	٠,٢٥	٠,٠٧

يتضح من جدول (١١) ما يلي:

أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة ككل في التطبيقات الثلاث (قبلي، وبعدي، وتتبعي)، جاء مرتفعاً بشكل تدريجي وبالترتيب، مما يشير إلى ارتفاع درجات افراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي مقارنة بالقياس القبلي.

أن البيانات الخاصة بالعينة تتوزع توزيعًا غير اعتدالي في ضوء نتائج اختبار كولموجروف – سميرنوف، حيث إن مستوى دلالة اختبار كولموجروف –سميرنوف جاءت داله في التطبيق

التتبعي للبعد الأول، والتطبيق التتبعي للبعد الثالث، والتطبيق التتبعي للبعد الرابع، والتطبيق التتبعي للبعد الخامس، والتطبيق القبلي والبعدي والتتبعي للبعد السادس، والتطبيق البعدي والتتبعي للبعد السابع، والتطبيق التتبعي للبعد الثامن.

التحقق من فروض الدراسة:

اولًا: التحقق من صحة الفرض الأول الخاص بمقياس التشوهات المعرفية، ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الأول على: توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار (مان ويتني) اللابارامتري لدراسة الفروق بين متوسطات رتب الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي لمقياس التشوهات المعرفية. ويوضح جدول (١٢) الاحصاءات المتعلقة بهذا الاختبار.

جدول (١٢) الفروق بين متوسطات رتب المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بالمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي لمقياس التشوهات المعرفية (ن=٢٠)

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	قيمة الاحتمال p value
البعد الأول: لوم الذات والآخرين	ضابطة	١٠	١٣,١٠	١٣١,٠٠	١,٩٩	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	٧,٩٠	٧٩,٠٠		
البعد الثاني: الأفراط في التعميم	ضابطة	١٠	١٤,٧٥	١٤٧,٥٠	٣,٣٤	٠,٠١
	تجريبية	١٠	٦,٢٥	٦٢,٥٠		

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	قيمة الاحتمال p value
البعد الثالث: اليأس	ضابطة	١٠	١٤,٢٥	١٤٢,٥٠	٢,٩٠	٠,٠١
	تجريبية	١٠	٦,٧٥	٦٧,٥٠		
البعد الرابع: العجز	ضابطة	١٠	١٣,٥٥	١٣٥,٥٠	٢,٣٦	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	٧,٤٥	٧٤,٥٠		
اجمالي المقياس	ضابطة	١٠	١٤,٩٥	١٤٩,٥٠	٣,٣٨	٠,٠١
	تجريبية	١٠	٦,٠٥	٦٠,٥٠		

يتضح من جدول (١٢) ما يأتي:

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في المقياس ككل، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في (البعد الثاني: الأفراط في التعميم، والبعد الثالث: اليأس)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠٥) بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في (البعد الأول: لوم الذات والآخرين، والبعد الرابع: العجز)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

ومن ثم يقبل الفرض البحثي الموجه الذي ينص على: وجود فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

وقد تم حساب حجم اثر (البرنامج المعرفي السلوكي في خفض التشوهات المعرفية)، من خلال حساب معامل كوهين (cohen,s d) لتقييم حجم الاثر (effect size) وهو يمثل مقياسا بسيطا وشائعا لحجم الاثر الذي يعبر عن الفروق بين المجموعات في شكل معياري، وقد تم الاعتماد على المعادلة الآتية لحساب حجم الأثر:

$$\text{Effect Size} = \frac{|z|}{\sqrt{n}}$$

حيث إن (z) هي القيمة المطلقة، و(n) تشير إلى عدد افراد العينة، وبالاعتماد على نتائج الفرض الأول المشار اليها في جدول (١٢)، تم حساب حجم أثر (البرنامج المعرفي السلوكي في خفض التشوهات المعرفية) كما يلي:

$$\text{Effect size} = -3.38 \,/\, \sqrt{10} = 1.07$$

يتضح من ناتج المعادلة أن قيمة معامل كوهين تساوي (١.٠٧)، بما يعني أن حجم تأثير (البرنامج العلاجي القائم على خفض التشوهات المعرفية) كبير وفقًا لمحكات كوهين المشار اليها في (corder & foreman, 2014, 71)(١).

اسفرت نتائج الفرض الأول عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس التشوهات المعرفية لصالح

[١] محكات كوهين: (٠.١٠) تشير إلى حجم تأثير صغير/ (٠.٣٠) تشير إلى حجم تأثير متوسط/ (٠.٥٠) فأكثر تشير إلى حجم تأثير كبير.

المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد. ويتضح من هذه النتيجة أن العلاج القائم على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي لخفض التشوهات المعرفية قد أحدث تأثيرًا ايجابيًا في مستوى التشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

ويمكن تفسير هذه النتيجة ان التشوهات المعرفية تشير إلى أنماط التفكير السلبية وغير المنطقية، مثل المبالغة في التقدير أو عدم رؤية الظلال الرمادية. هذه الأنماط يمكن أن تؤدي إلى مشاعر سلبية وسلوكيات غير تكيفية. العلاج السلوكي المعرفي (CBT) يعتبر من الأدوات الفعالة في تعديل التفكير السلبي. يستخدم هذا العلاج لتعليم الأفراد كيفية التعرف على أنماط التفكير السلبية وتعديلها، مما يسهم في تحسين الصحة النفسية وجودة الحياة.

وأشارت العديد من الدراسات الى اهمية العلاقة بين التشوهات النفسية ومرضى القولون العصبى وبعض الامراض الاخرى لدى طلبة الجامعة حيث أظهرت نتائج دراسة (badawy,2024) أن الضغط النفسي المدرك، والقلق، والاكتئاب، والتشوهات المعرفية كانت مرتبطة سلبًا بجودة الحياة. علاوة على ذلك، كانت التشوهات المعرفية وسيطة جزئيًا في العلاقات بين العوامل النفسية والاجتماعية وجودة الحياة. تسلط هذه النتائج الضوء على أهمية معالجة العوامل النفسية والاجتماعية والتشوهات المعرفية في علاج متلازمة تهيج القولون العصبي. قد يكون العلاج السلوكي المعرفي نهجًا فعالًا لتقليل التوتر، والقلق، والاكتئاب، وتحدي التشوهات المعرفية لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي.

وقام الهيتي (٢٠١٩) بالتعرف على اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقتها بالتشوهات المعرفية لدى طلبة الجامعة وأسفرت النتائج أنه لا يوجد فرق في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة، أما فيما يتعلق بالتشوهات المعرفية فكانت النتائج غير دالة إحصائيا لدى أفراد العينة، أما العلاقة الارتباطية بين المتغيرين فكانت دالة إحصائية وبصورة طردية موجبة.

كذلك دراسة الشافعي (٢٠٢١). أظهرت النتائج وجود ارتباطات دالة بين التشوهات المعرفية واضطراب صورة الجسم في "الدرجة الكلية للتشوه المعرفي" كما ارتبط "التجريد الانتقائي" كأحد أبعاد التشوه المعرفي مع كل من: التقييم السلبي لأجزاء الجسم وعدم الرضا عن المظهر العام للجسم والدرجة الكلية لاضطراب صورة الجسم وأخيرا ارتبط "التعميم الزائد" كأحد أبعاد التشوه المعرفي مع كل من: التقييم السلبي لأجزاء الجسم وعدم الرضا عن المظهر العام للجسم والسلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية (والدرجة الكلية لاضطراب صورة الجسم.

كما أسفرت دراسة عبد الواحد، حسانين (٢٠٢١) عن ارتفاع مستوى التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة، ووجود علاقة إيجابية بين التشوهات المعرفية وكل من القلق الاجتماعي وإدمان الانترنت مع إمكانية التنبؤ بهما من خلال التشوهات المعرفية، وأن التشوهات المعرفية (التفسيرات الشخصية – التعميم الزائد – التهوين الذاتي) هي الأكثر إسهاما في التنبؤ بالقلق الاجتماعي، كما أن التشوهات (التجريد الانتقائي – التفكير الثنائي – التعميم الزائد – التهوين الذاتي – التفسيرات الشخصية) هي الأكثر إسهاما في التنبؤ بإدمان الانترنت، كما أظهرت النتائج الدور الوسيط للقلق الاجتماعي بين التشوهات المعرفية وإدمان الانترنت.

حيث تتفق النتائج مع العديد من الدراسات التي أظهرت فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تقليل التشوهات المعرفية. على سبيل المثال، دراسة Kinsinger (2017) أظهرت أن العلاج السلوكي المعرفي كان له تأثير إيجابي على الأعراض المرتبطة بالتشوهات المعرفية لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي.

من الممكن أن تتفاعل العوامل النفسية المختلفة، مثل القلق والاكتئاب، مع التشوهات المعرفية. تحسين هذه العوامل من خلال البرنامج قد يكون ساهم في تحقيق النتائج الإيجابية. كما اوضحت الدراسة التي أجراها(2018) .Geng et al ، تشير إلى أن العوامل النفسية، بما في ذلك القلق والاكتئاب، تلعب دورًا مهمًا في التشوهات المعرفية.

البرنامج قد شجع الطالبات على القيام بتقييم ذاتي لأفكارهن. من خلال التعرف على الأنماط السلبية، أصبح لديهن القدرة على تحدي هذه الأفكار وتعديلها.

وتشير الدراسات السابقة إلى أهمية التقييم الذاتي في العلاج السلوكي المعرفي. الفرض الأول يتماشى مع هذه الفكرة، حيث أكدت النتائج أن البرنامج ساعد الطالبات في التعرف على أنماط التفكير السلبية وتعديلها.

البيئة الأكاديمية التي تعيشها الطالبات قد تكون عاملاً في التأثير على مستوى التشوهات المعرفية. الضغوط الدراسية قد تعزز من هذه التشوهات، مما يجعل من الضروري وجود تدخلات فعالة. والدراسة التي أجراها Melchior et al. (2020) تشير إلى أن الدعم الاجتماعي يلعب دورًا في تحسين جودة الحياة وتقليل التشوهات المعرفية. النتائج تظهر أن وجود بيئة داعمة يساعد على تحقيق نتائج أفضل.

وتفسر الباحثتان النتائج ايضا في ضوء البرنامج لا يقتصر فقط على التطبيق النظري، بل يتضمن أيضًا أنشطة عملية تساعد الطالبات على تجربة الاستراتيجيات في حياتهن اليومية. هذا التطبيق العملي يعزز من فعالية العلاج. ايضا استخدام استراتيجيات متنوعة في العلاج يمكن أن يزيد من فعالية البرنامج. من المهم استخدام مجموعة من الأدوات والتقنيات لتلبية احتياجات الطالبات المختلفة.

بشكل عام، النتائج تدعم الفرض الأول وتشير إلى أن البرنامج المعرفي السلوكي كان فعالًا في تقليل التشوهات المعرفية. هذه النتائج تعزز من أهمية استخدام العلاج السلوكي المعرفي كأداة لتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي.

بينا اختلفت نتائج الدراسة مع . دراسة Midenfjord et al. (2019) أظهرت أن التحسينات في التشوهات المعرفية قد لا تستمر دون متابعة مناسبة. بعض الدراسات، مثل تلك التي أجراها Oka et al. (2020) ، لم تجد تأثيرًا كبيرًا للعلاج السلوكي المعرفي على التشوهات المعرفية، مما يبرز التنوع في النتائج حسب العينة المستخدمة وظروف الدراسة.

بينما كانت النتائج إيجابية في الفرض الأول، تشير بعض الأبحاث إلى أن بعض الأنواع من العلاجات النفسية قد تكون أكثر فعالية من غيرها. دراسة Ford et al. (2019) أكدت على فعالية مضادات الاكتئاب كعلاج بديل، مما يعني أن النتائج قد تختلف بناءً على نوع العلاج المستخدم.

بينما تركز العديد من الدراسات على العوامل النفسية فقط، قد تؤثر البيئة الأكاديمية أيضًا على النتائج. بعض الأبحاث تشير إلى أن الضغوط الأكاديمية قد تعزز من التشوهات المعرفية، وهذا قد لا يكون موضع اهتمام كافٍ في العديد من الدراسات السابقة.

وترى الباحثتان من خلال عرض أوجه الاتفاق والاختلاف بين النتائج الحالية والدراسات السابقة أن العلاج السلوكي المعرفي يعتبر أداة فعالة في تقليل التشوهات المعرفية، ولكن استدامة هذه التحسينات تعتمد على عوامل متعددة تشمل الدعم الاجتماعي، التقييم الذاتي، والبيئة المحيطة. التباين في النتائج بين الدراسات يشير إلى أن هناك حاجة لمزيد من البحث لفهم العوامل المؤثرة بشكل أفضل.

ثانيا: التحقق من صحة الفرض الثاني، ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الثاني على: توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار (مان ويتني) لدراسة الفروق بين متوسطات رتب الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي لمقياس جودة الحياة. ويوضح جدول (١٣) الاحصاءات المتعلقة بهذا الاختبار.

جدول (١٣) الفروق بين متوسطات رتب المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بالمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي لمقياس جودة الحياة (ن=٢٠)

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	قيمة الاحتمال p value
البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي	ضابطة	١٠	٧,٨٥	٧٨,٥٠	٢,٠٣	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	١٣,١٥	١٣١,٥٠		
البعد الثاني: الشعور بالراحة	ضابطة	١٠	٧,٦٠	٧٦,٠٠	٢,٢١	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	١٣,٤٠	١٣٤,٠٠		
البعد الثالث: الجنسي	ضابطة	١٠	٧,٣٥	٧٣,٥٠	٢,٤٥	٠,٠١
	تجريبية	١٠	١٣,٦٥	١٣٦,٥٠		
البعد الرابع: التدخل في النشاطات	ضابطة	١٠	٧,٥٥	٧٥,٥٠	٢,٢٥	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	١٣,٤٥	١٣٤,٥٠		
البعد الخامس: صورة الجسم	ضابطة	١٠	٧,٣٠	٧٣,٠٠	٢,٤٥	٠,٠١
	تجريبية	١٠	١٣,٧٠	١٣٧,٠٠		
البعد السادس: المخاوف الصحية	ضابطة	١٠	٧,٨٠	٧٨,٠٠	٢,١٩	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	١٣,٢٠	١٣٢,٠٠		
البعد السابع: تجنب الاطعمة	ضابطة	١٠	٧,٤٠	٧٤,٠٠	٢,٣٩	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	١٣,٦٠	١٣٦,٠٠		
البعد الثامن: العلاقات	ضابطة	١٠	٧,٥٥	٧٥,٥٠	٢,٣٢	٠,٠٥
	تجريبية	١٠	١٣,٤٥	١٣٤,٥٠		
اجمالي المقياس	ضابطة	١٠	٦,٣٥	٦٣,٥٠	٣,١٤	٠,٠١
	تجريبية	١٠	١٤,٦٥	١٤٦,٥٠		

يتضح من جدول (١٣) ما يأتي:

١. توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في المقياس ككل، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

٢. توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في (البعد الثالث: الجنسي، والبعد الخامس: صورة الجسم)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

٣. توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠٥) بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في (البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي، والبعد الثاني: الشعور بالراحة، والبعد الرابع: التدخل في النشاطات، والبعد السادس: المخاوف الصحية، والبعد السابع: تجنب الأطعمة، والبعد الثامن: العلاقات)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

ومن ثم تقبل الباحثتان الفرض البحثي الموجه الذي ينص على: وجود فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

وقد تم حساب حجم اثر (البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة)، من خلال حساب معامل كوهين (cohen,s d) لتقييم حجم الاثر (effect size) وهو يمثل مقياسا بسيطا وشائعا لحجم الاثر الذي يعبر عن الفروق بين المجموعات في شكل معياري،

وبالاعتماد على نتائج الفرض الأول المشار اليها في جدول (١٥)، تم حساب حجم أثر (البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة) كما يلي:

$$\text{Effect size} = -3.14 / \sqrt{10} = 0.99$$

يتضح من ناتج المعادلة أن قيمة معامل كوهين تساوي (0.99)، بما يعني أن حجم تأثير (البرنامج العلاجي القائم على تحسين جودة الحياة) كبير وفقًا لمحكات كوهين المشار اليها في (corder & foreman, 2014, 71)

اسفرت نتائج الفرض عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد. ويتضح من هذه النتيجة أن العلاج القائم على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي لتحسين جودة الحياة قد أحدث تأثيرًا ايجابيًا في مستوى جودة الحياة لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة(2022) Yang, Jun حيث كان العلاج السلوكي المعرفي فعالاً للأرق وفي تقليل الأرق وشدة أعراض القولون العصبي وجودة حياة القولون العصبي.وأظهرت المجموعة التجريبية انخفاضًا كبيرًا في شدة الأرق، وتأخر بدء النوم، والوقت الإجمالي في السرير، والاستيقاظ قبل النوم، وأعراض الجهاز الهضمي أثناء النوم، والإدراكات غير الطبيعية المرتبطة بالنوم، وعادات النوم غير التكيفية، وشدة أعراض القولون العصبي، مقارنةً بمجموعة التحكم .أظهرت هذه المجموعة أيضًا زيادات كبيرة في كفاءة النوم وجودة حياة القولون العصبي مقارنةً بالمجموعة الضابطة .

ويمكن تفسير هذه النتيجة مع الدراسات السابقة التي اشارت الى وجود علاقة بين القولون العصبي وجودة الحياة والقلق والاكتئاب على سبيل المثال اظهرت دراسة Farndale & Roberts, (2011) التي أقيمت حول التأثير على المدى الطويل لمتلازمة الأمعاء المتهيجة على نوعية حياتهم، وفي دراسة كلا من

(kopczynska et al٢٠١٨; Midenfjord, et al,2019) أظهرت أنَّ المرضى قد أدمجوا المرض في حياتهم لدرجة أنَّه أصبح جزءً من هويتهم، ومع ذلك في بعض الأحيان قد تعوق الأعراض مشاركتهم في الأنشطة اليومية، أسفرت النتائج أن درجة الاكتئاب كانت سلبية بشكل ملحوظ ومرتبطة بجودة الحياة وبمتلازمة تهيج القولون العصبي.

كذلك مع ما أظهرته نتائج دراسة المومني وعمارين (٢٠١٦). أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى تهيج القولون العصبي، كان مرتفعا، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغيري نوع تهيج القولون العصبي، ومدة الإصابة بتهيج القولون العصبي، حيث كانت الفروق لصالح نوع الإسهال المتكرر، ومدة الإصابة من (سن ة– أقل من ٥ سنوات).

ودراسة Edman et al (2017) قامت بتقييم العلاقات بين الضغوط المدركة، وجودة الحياة ، وتقييمات الألم الذاتية كمؤشر لإدارة الأعراض واظهرت النتائج كان هناك ارتباط إيجابي بين الضغوط المدركة والاكتئاب ، والتعب واضطراب النوم ومتوسط الألم وأسوأ ألم .كما ارتبطت الضغوط المدركة بمستويات أقل من جودة الحياة المتعلقة بالصحة النفسية. وُجدت علاقات مشابهة بين الضغوط المدركة والألم في المشاركين. واشار البحث الى ارتباط الضغوط المدركة بشكل واسع بخصائص جودة الحياة لدى عينات المرضى الثلاثة وكانت جودة حياتهم بشكل عام أقل بكثير من السكان العامين.

واشارت دراسة Alruwaili et al (2018) من خلال تقييم وتأثير متلازمة القولون العصبي على جودة الحياة المتعلقة بالصحة (HR–QoL) بين السكان السعوديين في منطقة الجوف

أظهرت النتائج أن ٦٣٪ من عينة الدراسة يعتقدون أن متلازمة القولون العصبي تمثل مشكلة صحية؛ بينما ٥٥٪ اتفقوا على أن المتلازمة قيّدت أنشطتهم وحياتهم الاجتماعية. علاوة على ذلك، اتفق ٤٠٪ على أن IBS يؤثر على حالتهم العاطفية. ومن المهم أيضًا، أن ٦٩.١٪ اتفقوا على أن IBS يقيّد اهتماماتهم الغذائية والنظام الغذائي، و٣٤.٦٪ من عينة الدراسة اتفقوا على أن حياتهم الجنسية تأثرت بسبب IBS تؤثر متلازمة القولون العصبي سلبًا على جودة الحياة لدى عينة الدراسة.

وأسفرت نتائج بن سي سعيد؛ خطار (٢٠٢٢). على وجود اختلاف في مستويات جودة الحياة لدى مرضى متلازمة القولون العصبي تعزى لسمات التفتح والوعي والعصابية في حين لم تتحقق العلاقة مع باقي السمات، أما بالنسبة لمتغيرات المريض فوجد اختلاف في مستوى جودة الحياة يعزى لعاملي المواظبة الطبية والسن.

قامت دراسة Goodoory et al (2022) بفحص تأثير متلازمة الأمعاء المتهيجة على العمل والأنشطة اليومية. وأبلغوا عن إعاقة في إدارة المنزل في الأنشطة الاجتماعية في الأنشطة الترفيهية الخاصة في الحفاظ على العلاقات القريبة كانت متلازمة الأمعاء المتهيجة الشديدة، وارتفاع مستويات القلق، والاكتئاب، والسمات الجسدية، والقلق الخاص بأعراض الجهاز الهضمي، وانخفاض مستويات جودة الحياة المتعلقة بـ IBS مرتبطة بالإعاقة في كل من العمل والأنشطة اليومية.

توصلت نتائج دراسة حوة وحمزة (٢٠٢٤) الى وجود علاقة ارتباطية بين الألم النفسي وجودة الحياة لدى مرضى تهيج القولون العصبي مستوى الألم النفسي لدى مرضى تهيج القولون العصبي مرتفع مستوى جودة الحياة لدى مرضى تهيج القولون العصبي متوسط

وتتفق هذه النتائج مع ما أظهرته دراسات مثل تلك التي أجراها(2020) .Melchior et al ، حيث ارتبطت تحسينات جودة الحياة بتقليل القلق والاكتئاب من خلال العلاج السلوكي المعرفي.

ثالثا: التحقق من صحة الفرض الثالث، ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الثالث على: توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد لصالح القياس البعدي.

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار (مان ويتني) اللابارامتري لدراسة الفروق بين متوسطات رتب الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية. ويوضح جدول (١٤) الاحصاءات المتعلقة بهذا الاختبار.

جدول (١٤) الفروق بين متوسطات رتب المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية (ن=٢٠)

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	قيمة الاحتمال p value
البعد الأول: لوم الذات والآخرين	قبلي	١٠	١٣,٣٠	١٣٣,٠٠	٢,١٥	٠,٠٥
	بعدي	١٠	٧,٧٠	٧٧,٠٠		
	الإجمالي	٢٠				
البعد الثاني: الأفراط في التعميم	قبلي	١٠	١٤,٧٥	١٤٧,٥٠	٣,٣٤	٠,٠١
	بعدي	١٠	٦,٢٥	٦٢,٥٠		
	الإجمالي	٢٠				
البعد الثالث: اليأس	قبلي	١٠	١٤,٣٥	١٤٣,٥٠	٣,٠٠	٠,٠١
	بعدي	١٠	٦,٦٥	٦٦,٥٠		
	الإجمالي	٢٠				
البعد الرابع: العجز	قبلي	١٠	١٣,٨٠	١٣٨,٠٠	٢,٥٩	٠,٠١
	بعدي	١٠	٧,٢٠	٧٢,٠٠		

المتغير	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	قيمة الاحتمال p value
	الإجمالي	٢٠				
اجمالي المقياس	قبلي	١٠	١٤,٩٥	١٤٩,٥٠	٣,٣٨	٠,٠١
	بعدي	١٠	٦,٠٥	٦٠,٥٠		
	الإجمالي	٢٠				

يتضح من جدول (١٤) ما يأتي: توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد لصالح القياس البعدي، وذلك في المقياس ككل، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد لصالح القياس البعدي، وذلك في (البعد الثاني: الأفراط في التعميم، والبعد الثالث: اليأس، والبعد الرابع: العجز)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠٥) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد لصالح القياس البعدي، وذلك في (البعد الأول: لوم الذات والآخرين)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

ومن ثم تقبل الباحثتان الفرض البحثي الموجه الذي ينص على: وجود فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد لصالح القياس البعدي.

اسفرت نتائج الفرض عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد لصالح القياس البعدي. ويتضح من هذه النتيجة أن العلاج القائم على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي لخفض التشوهات المعرفية قد أحدث تأثيرًا ايجابيًا في مستوى التشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الاتفاق مع الدراسات السابقة :تدعم هذه النتيجة الأدبيات السابقة التي تشير إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يؤثر بشكل إيجابي على التفكير السلبي، كما في دراسة(2024) Badawy ودراسة طموني (٢٠١٩) أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية، وكانت الفروق دالة أيضاً بين القياسين القبلي والبعدي على المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، في حين لم تظهر فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق في خفض التشوهات المعرفية، واستمرارية فاعليته بعد فترة تتبع مدتها ستة أسابيع.

وقامت دراسة Nouri et al (2023) بمقارنة فعالية العلاج باليقظة الذهنية والتعرض الداخلي على شدة الأعراض لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي وأظهرت النتائج اسهام العلاج باليقظة الذهنية وعلاج التعرض الداخلي في تحسين شدة الأعراض لدى المرضى في المجموعات التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة ($P < 0.01$). بالإضافة إلى ذلك، كان العلاج باليقظة الذهنية أكثر فعالية في تقليل شدة الأعراض لدى المرضى، وتم الحصول على انخفاض أكبر في المتوسطات في المرحلتين.

وأسفرت نتائج دراسة حنان (٢٠٢٣) عن وجود فعالية لبرنامج الإرشاد بالواقع في خفض التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة، ووجود استمرارية لهذه الفعالية بعد انتهاء تطبيق البرنامج

وتختلف مع بعض الأبحاث، مثل تلك التي أجراها(2020) .Oka et al ، تشير إلى أن التأثير قد يتلاشى مع الزمن، مما يستدعي الحاجة إلى متابعات دورية

رابعا: التحقق من صحة الفرض الرابع ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الرابع: توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة.

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار (wilcoxon) اللابارامتري لدراسة الفروق بين متوسطات رتب الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة. ويوضح جدول (١٥) الاحصاءات المتعلقة بهذا الاختبار.

جدول (١٥) الفروق بين متوسطات رتب الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة (ن=٢٠)

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي	الرتب ذات الإشارة السالبة	٩	٥.٠٠	٤٥.٠٠	-٢.٦٨	٠.٠١
	الرتب ذات	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	الإشارة الموجبة					
	الرتب المتماثلة	١				
البعد الثاني: الشعور بالراحة	الرتب ذات الإشارة السالبة	٦	٣.٥٠	٢١.٠٠		
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠	-٢.٢١	٠.٠٣
	الرتب المتماثلة	٤				
البعد الثالث: الجنسي	الرتب ذات الإشارة السالبة	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	-٢.٦٠	٠.٠١

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتماثلة	٢				
البعد الرابع: التدخل في النشاطات	الرتب ذات الإشارة السالبة	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	-٢.٥٣	٠.٠١
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتماثلة	٢				
البعد الخامس: صورة الجسم	الرتب ذات الإشارة السالبة	٩	٥.٠٠	٤٥.٠٠	-٢.٦٨	٠.٠١

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتماثلة	١				
البعد السادس: المخاوف الصحية	الرتب ذات الإشارة السالبة	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	-٢.٥٦	٠.٠١
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتماثلة	٢				
البعد السابع:	الرتب ذات	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	-٢.٨٣	٠.٠١

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
تجنب الاطعمة	الإشارة السالبة					
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب المتماثلة	٠				
البعد الثامن: العلاقات	الرتب ذات الإشارة السالبة	٩	٥.٠٠	٤٥.٠٠		
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠	-٢.٦٨	٠.٠١
	الرتب المتماثلة	١				
	الرتب ذات	١٠	٥.٥٠	٥٥.٠٠	-٢.٨٠	٠.٠١

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
اجمالي المقياس	الإشارة السالبة					
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الرتب ذات الإشارة السالبة	٠				

يتضح من جدول (١٥) ما يأتي:

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في المقياس ككل، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في (البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي، والبعد الثالث: الجنسي، والبعد الخامس: صورة الجسم، والبعد السابع: تجنب الاطعمة)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا.

توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلاله (٠.٠٥) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي من الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في (البعد الثاني: الشعور بالراحة، والبعد الرابع: التدخل في النشاطات، والبعد السادس: المخاوف الصحية، والبعد الثامن: العلاقات)، حيث كانت قيمه (z) دالة احصائيًا. ومن ثم تقبل الباحثتان الفرض البحثي الموجه الذي ينص على: وجود فروق دالة احصائيًا بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد لصالح القياس البعدي.

هذه النتيجة تتماشى مع ما وجدته دراسات سابقة مثل تلك التي أجراها Farndale & Roberts (2011)حول تأثير تحسين جودة الحياة من خلال الاستراتيجيات النفسية.

كما اتفقت مع Craske, et al,(2011) الذى قام بالتحقق من فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتخفيف أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي باستخدام التعرض الداخلي للإحساسات الحشوية. أظهرت النتائج تفوق مجموعة أ التى تعرضت للعلاج CBT مع التعرض الداخلي للإحساسات الحشوية على مجموعة التحكم في الانتباه وتفوقت أيضًا على مجموعة إدارة الضغوط في بعض المجالات. لم تُلاحظ أي اختلافات بين مجموعة التحكم في الانتباه ومجموعة إدارة الضغوط. وتشير النتائج إلى أن IE مجموعة أ التى تعرضت للعلاج CBT مع التعرض الداخلي للإحساسات الحشوية قد تكون علاجًا فعالًا بشكل خاص لمتلازمة تهيج القولون العصبي.

وبينت دراسة(2022) Yang, Jun كان العلاج السلوكي المعرفي فعالاً للأرق وفي تقليل الأرق وشدة أعراض القولون العصبي وجودة حياة القولون العصبي. وكشفت Ford et al (2019) عن تأثير مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي في متلازمة تهيج القولون العصبي. أوضحت النتائج ان العلاجات مثل العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بالاسترخاء، والعلاج النفسي متعدد المكونات، والعلاج بالتنويم المغناطيسي، والعلاج النفسي الديناميكي مفيدة عندما

تم تجميع البيانات من تجربتين سريريتين أو أكثر. كما يبدو أن العلاجات النفسية أيضًا فعّالة في علاج متلازمة تهيج القولون العصبي، على الرغم من وجود قيود في جودة الأدلة، وقد تكون تأثيرات العلاج مُبالغًا فيها نتيجة لذلك.

كما أشارت دراسة مرعى والحسيني (٢٠٢١) إلى استقصاء مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة الاحتراق النفسي المصاحب لالتهاب تهيج القولون العصبي لدى عينة من طلاب الجامعة، والتعرف على أهم ديناميات البناء النفسي لمرضي تهيج القولون العصبي من طلاب الجامعة الذين يعانون الاحتراق النفسي وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الاحتراق النفسي لدي عينة من مرضي تهيج القولون العصبي من طلاب جامعة المنصورة، كما أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الاحتراق النفسي لدي عينة من مرضي تهيج القولون العصبي من طلاب جامعة المنصورة، مما يؤكد على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض حدة الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة واستمرار أثر البرنامج في خفض شدة الاحتراق النفسي لديهم،

وهدفت دراسة بوروبة (٢٠٢٤)إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط ل: جيفري يونغ في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى الراشدين المصابين بمتلازمة القولون العصبي،.وقد بينت نتائج الدراسة أن تقنيات العلاج بالمخططات ل: يونغ، قد عملت على خفض نشاط المخططات غير المكيّفة لدى الحالتين، وصحب ذلك انخفاضا واضحا على مستوى الضغط النفسي، مع تراجع للأعراض المؤلمة والنوبات المتكررة لمرض القولون العصبي.

كما تتفق مع نتائج باخشب (٢٠٢٤) الذي قام باعداد تدخل علاجي قائم على التقبل والالتزام واثره في تحسين المرونة النفسية والتخفيف من اعراض القلق لدى مرضى متلازمة القولون العصبي في المجتمع السعودي وأشارت نتائج الدراسة الى وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في مقياس التقبل والعمل لصالح القياس القبلي. ووجود فروق

دالة بين القياسين القبلي والبعدى لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدى في مقياس القلق. كما أوضحت وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس التتبعي في مقياس القلق

خامسا: التحقق من صحة الفرض الخامس ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الخامس: لا توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التشوهات المعرفية.

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار (wilcoxon) اللابارامتري لدراسة الفروق بين متوسطات رتب الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية فيما يتعلق بمقياس التشوهات المعرفية. ويوضح جدول (١٦) الاحصاءات المتعلقة باختبار (wilcoxon).

جدول (١٦) الفروق بين متوسطات رتب المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي في القياسين البعدي والتتبعي فيما يتعلق بمقياس التشوهات المعرفية (ن=٢٠)

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
البعد الأول: لوم الذات والآخرين	الرتب ذات الإشارة السالبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠	-١,٤١	٠,١٦
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٨				
البعد الثاني: الأفراط في التعميم	الرتب ذات الإشارة السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	-١,٠٠	٠,٣٢

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٩				
البعد الثالث: اليأس	الرتب ذات الإشارة السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	-١,٠٠	٠,٣٢
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٩				
البعد الرابع: العجز	الرتب ذات الإشارة السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	-١,٠٠	٠,٣٢
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٩				
اجمالي المقياس	الرتب ذات الإشارة السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-١,٨٤	٠,٠٧

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٦				

يتضح من جدول (١٦) ما يأتي: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في المقياس ككل وكذلك في (البعد الأول: لوم الذات والآخرين، والبعد الثاني: الأفراط في التعميم، والبعد الثالث: اليأس، والبعد الرابع: العجز)، حيث كانت قيمه (z) غير دالة احصائيًا.

ومن ثم تقبل الباحثتان الفرض البحثي الموجه الذي ينص على: لا توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التشوهات المعرفية لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة طموني (٢٠١٩) أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبية، وكانت الفروق دالة أيضاً بين القياسين القبلي والبعدي على المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، في حين لم تظهر فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق في خفض التشوهات المعرفية، واستمرارية فاعليته بعد فترة تتبع مدتها ستة أسابيع

تتفق النتائج أيضا مع العديد من الدراسات التي أظهرت فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تقليل التشوهات المعرفية. على سبيل المثال، دراسة Kinsinger (2017) أظهرت أن العلاج

السلوكي المعرفي كان له تأثير إيجابي على الأعراض المرتبطة بالتشوهات المعرفية لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي.

من الممكن أن تتفاعل العوامل النفسية المختلفة، مثل القلق والاكتئاب، مع التشوهات المعرفية. تحسين هذه العوامل من خلال البرنامج قد يكون ساهم في تحقيق النتائج الإيجابية. كما اوضحت الدراسة التي أجراها(2018) .Geng et al ، تشير إلى أن العوامل النفسية، بما في ذلك القلق والاكتئاب، تلعب دورًا مهمًا في التشوهات المعرفية.

البرنامج قد شجع الطالبات على القيام بتقييم ذاتي لأفكارهن. من خلال التعرف على الأنماط السلبية، أصبح لديهن القدرة على تحدي هذه الأفكار وتعديلها.

وتشير الدراسات السابقة إلى أهمية التقييم الذاتي في العلاج السلوكي المعرفي. الفرض الأول يتماشى مع هذه الفكرة، حيث أكدت النتائج أن البرنامج ساعد الطالبات في التعرف على أنماط التفكير السلبية وتعديلها.

البيئة الأكاديمية التي تعيشها الطالبات قد تكون عاملاً في التأثير على مستوى التشوهات المعرفية. الضغوط الدراسية قد تعزز من هذه التشوهات، مما يجعل من الضروري وجود تدخلات فعالة. والدراسة التي أجراها Melchior et al. (2020) تشير إلى أن الدعم الاجتماعي يلعب دورًا في تحسين جودة الحياة وتقليل التشوهات المعرفية. النتائج تظهر أن وجود بيئة داعمة يساعد على تحقيق نتائج أفضل.

وتختلف هذه النتيجة مع بعض الأبحاث التي أشارت إلى أن تأثير العلاج قد يتلاشى بمرور الوقت، مثل دراسة.(2017) Kinsinger

ويمكن تفسير هذه النتيجة من وجهة نظر الباحثتان

انه من المهم أن يكون هناك دعم مستمر بعد انتهاء البرنامج، مثل مجموعات الدعم أو المتابعة مع معالج نفسي، لتعزيز الاستراتيجيات المكتسبة وتطبيقها في الحياة اليومية.

- من خلال ممارسة التقنيات بشكل منتظم، يمكن تحسين التشوهات المعرفية. عدم وجود تكرار في الممارسة قد يؤدي إلى عودة الأنماط القديمة من التفكير.
- قد يكون هناك حاجة لتقييم ذاتي أكثر فعالية للمشاركات لضمان تطبيق الاستراتيجيات. استخدام أدوات تقييم دورية قد يساعد في الحفاظ على مستوى الوعي بالتغيرات الحاصلة.

سادسًا: التحقق من صحة الفرض السادس، ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض السادس: لا توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة.

وللإجابة عن هذا الفرض تم استخدام اختبار (wilcoxon) اللابارامتري لدراسة الفروق بين متوسطات رتب الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية فيما يتعلق بمقياس جودة الحياة. ويوضح جدول (١٧) الاحصاءات المتعلقة باختبار (wilcoxon).

جدول (١٧) الفروق بين متوسطات رتب المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية فيما يتعلق بمقياس جودة الحياة (ن=٢٠)

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
البعد الأول: رد الفعل الاجتماعي	الرتب ذات الإشارة السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	-١,٠٠	٠,٣٢
	الرتب ذات	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	الإشارة الموجبة					
	الرتب المتماثلة	٩				
البعد الثاني: الشعور بالراحة	الرتب ذات الإشارة السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠-	٠,٣٢
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٩				
البعد الثالث: الجنسي	الرتب ذات الإشارة السالبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠	١,٤١-	٠,١٦
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٨				
	الرتب ذات	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٣٤-	٠,١٨

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
البعد الرابع: التدخل في النشاطات	الإشارة السالبة					
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٨				
البعد الخامس: صورة الجسم	الرتب ذات الإشارة السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	١٠				
البعد السادس: المخاوف الصحية	الرتب ذات الإشارة السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	١٠				

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
البعد السابع: تجنب الاطعمة	الرتب ذات الإشارة السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠-	٠,٣٢
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٩				
البعد الثامن: العلاقات	الرتب ذات الإشارة السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠-	٠,٣٢
	الرتب ذات الإشارة الموجبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	الرتب المتماثلة	٩				
اجمالي المقياس	الرتب ذات الإشارة السالبة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠	١,٨٤-	٠,٠٧
	الرتب ذات	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة الإحصائية
	الإشارة الموجبة					
	الرتب المتماثلة	٦				

يتضح من جدول (١٧) ما يأتي:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في المقياس ككل، حيث كانت قيمه (z) غير دالة احصائيًا.

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد، وذلك في (البعد الأول: لوم الذات والآخرين، والبعد الثاني: الأفراط في التعميم، والبعد الثالث: اليأس، والبعد الرابع: العجز، والبعد الخامس: صورة الجسم، والبعد السادس: المخاوف الصحية، والبعد السابع: تجنب الأطعمة، والبعد الثامن: العلاقات)، حيث كانت قيمه (z) غير دالة احصائيًا.

ومن ثم يقبل الفرض البحثي الموجه الذي ينص على: لا توجد فروق دالة احصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي بجامعة الملك خالد.

تشير النتائج إلى أهمية وجود برنامج متابعة بعد انتهاء الجلسات العلاجية. الدراسات السابقة أظهرت أن الاستمرار في الدعم النفسي والاجتماعي يمكن أن يساهم في الحفاظ على التحسينات في جودة الحياة. على سبيل المثال، أكدت دراسة Midenfjord et al. (2019) أهمية الدعم المستمر في تحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة القولون العصبي. تدعم

هذه النتيجة الأدبيات السابقة التي تشير إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يؤثر بشكل إيجابي على التفكير السلبي، كما في دراسة.(2024) Badawy بينما بينما أظهرت بعض الأبحاث أن الدعم المستمر والتدخلات النفسية قد تحافظ على تحسينات جودة الحياة لفترات أطول. مثل تلك التي أجراها(2020) .Oka et al ، تشير إلى أن التأثير قد يتلاشى مع الزمن، مما يستدعي الحاجة إلى متابعات دورية.

وتظهر النتائج أن البرنامج المعرفي السلوكي كان فعالًا في تقليل التشوهات المعرفية وتحسين جودة الحياة لدى الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي. ومع ذلك، تشير بعض النتائج إلى أن التأثيرات قد لا تستمر دون متابعة مناسبة، مما يدعو إلى ضرورة وجود استراتيجيات دعم مستمرة لضمان تحسينات طويلة الأمد.

حيث يمكن أن تؤثر العوامل النفسية مثل القلق والاكتئاب بشكل كبير على جودة الحياة. دراسات سابقة، مثل تلك التي أجرها(2018) .Geng et al ، أظهرت أن هذه العوامل قد تكون لها تأثيرات مستدامة. وتري الباحثتان الظروف الاجتماعية مثل الدعم من الأصدقاء والعائلة تلعب دورًا في تعزيز جودة الحياة. في حالة عدم توفر هذا الدعم، قد تتأثر النتائج سلبًا.

فقد قامت (Tran &Martin, 2022) بإجراء بحث شامل في الأدبيات في ثلاث قواعد بيانات Medline) و Embaseو (Web of Scienceلتحديد البيانات ذات الصلة من دراسات العلاج السلوكي المعرفي التي أجريت على البالغين الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي .هناك مجموعة كبيرة من الأبحاث لدعم تقديم العلاج السلوكي المعرفي للبالغين الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي .ومع ذلك، فإن فائدة هذه النتائج محدودة بشكل محتمل بسبب ضعف جودة المنهجية في الأدبيات، بما في ذلك أحجام العينات الصغيرة وظروف التحكم السيئة .على الرغم من الأدلة التي تدعم فعالية العلاج السلوكي المعرفي في متلازمة القولون العصبي، إلا أن العلاج مرتبط بحواجز الوصول بما في ذلك التوافر المحدود للخدمات، ونقص الأطباء المدربين بشكل مناسب، والتكاليف المرتفعة ومتطلبات الوقت ويجب أن تركز

اتجاهات البحث المستقبلية على زيادة إمكانية الوصول إلى العلاج السلوكي المعرفي للمرضى الذين يعانون من متلازمة القولون العصبي .

وترى الباحثتان انه من المهم إجراء تقييمات دورية بعد انتهاء البرنامج لمراقبة الاستمرارية في تحسن جودة الحياة. الدراسات السابقة أظهرت أن الحفاظ على النتائج يتطلب متابعة مستمرة. مشاركة الطالبات في الأنشطة والمناقشات خلال البرنامج يعزز من التعلم ويزيد من فعالية الاستراتيجيات. التعاون والمشاركة يمكن أن يكون لهما تأثير إيجابي على نتائج العلاج.

وانه قد يكون هناك حاجة لتطبيق استراتيجيات جديدة أو ممارسات مستمرة لتعزيز جودة الحياة. على الرغم من أن البرنامج كان فعالًا في البداية، إلا أن الفعالية قد تتضاءل دون استخدام مستمر للأدوات والممارسات المكتسبة خلال البرنامج.

التوصيات

١. تطبيق البرنامج في المراكز الصحية والجامعات لدعم الطالبات المصابات بمتلازمة تهيج القولون العصبي.

٢. توفير خدمات نفسية متخصصة ضمن العيادات الطبية لمعالجة الجوانب النفسية المرتبطة بالمرض.

٣. تنظيم ورش عمل لتوعية الكوادر التعليمية بأعراض المتلازمة ودور الضغوط الأكاديمية في تفاقمها.

٤. تشجيع إجراء دراسات طويلة المدى لقياس استدامة تأثير البرنامج وفعاليته في سياقات مختلفة.

٥. تصميم مقاييس عربية أكثر دقة لتقييم التشوهات المعرفية وجودة الحياة لدى مرضى القولون العصبي.

البحوث المقترحة مستقبليًا:

١. دراسة فعالية البرنامج على عينات متنوعة مثل الذكور أو فئات عمرية مختلفة.

٢. مقارنة البرنامج بأساليب علاجية أخرى: مثل العلاج الدوائي أو تقنيات اليقظة الذهنية.

٣. البحث في دور تحسين النوم أو التغذية في تعزيز نتائج البرنامج.

٤. استكشاف تأثير العوامل الثقافية على استجابة المرضى للبرنامج في السياق السعودي.

المراجع

أيلين، ماجي .(2005) .*ماذا تأكل إذا كنت مصابا بتهيج القولون العصبي* .القاهرة، دار الفاروق للنشر والتوزيع.

باخشب، أماني عمر عبد الله، &الزين، أميرة عبد الرحمن. (٢٠٢٤). العلاج بالتقبل والالتزام وأثره في تحسين المرونة النفسية والتخفيف من أعراض القلق لدى مرضى متلازمة القولون العصبي في المجتمع السعودي .*مجلة العلوم التربوية*، ٢(3)، ١-٢٠.

البقلي، أحمد عبد العزيز أحمد .(2014) .*مفهوم نوعية الحياة: النشأة والتطور* .ورقة بحثية مقدمة في المؤتمر السنوي الثالث والأربعين حول قضايا السكان والتنمية. مصر.

بن سي سعيد، شهرزاد، &خطار، زهيه. (٢٠٢٢). تأثير سمات الشخصية في جودة الحياة لدى مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي .*مجلة دراسات في علم نفس الصحة*، ٧(1)، ١٧-٣٢.

بوروبة، نجاة. (٢٠٢٤). فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط لجيفري يونغ في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى الراشدين المصابين بمتلازمة القولون العصبي . *مجلة البحوث التربوية والتعليمية*، ١٣(خاص)، ٩٧-١٢٠.

حوة، زينب، &حمزة، فاطمة. (٢٠٢٤). الألم النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى عينة من مرضى تهيج القولون العصبي. جامعة زيان عاشور الجلفة، الجزائر. رسالة ماجستير غير منشورة.

الشافعي، أحمد حسين. (٢٠٢١). التشوهات المعرفية وصورة الجسم في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من طلبة جامعة حلوان. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٣١(112)، ٣١-٧٦.

طموني، عبد الرحمن أحمد محمود. (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي معرفي في خفض التشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة (ماجستير). جامعة القدس المفتوحة، كلية الدراسات العليا، فلسطين.

عبد الواحد، إبراهيم سيد أحمد، &حسانين، السيد الشبراوي أحمد. (٢٠٢١). التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وإدمان الإنترنت. *التربية (الأزهر)*، ٤٠(١٨٩ج١)، ٢-٥٠. https://doi.org/10.21608/ .

عرفة، نورا محمد. (٢٠٢٢). نموذج بنائي مقترح للعلاقة السببية بين أنماط التعلق.

عمارين، سلام. (٢٠١٤). جودة الحياة والضغوط النفسية لدى مرضى تهيج القولون العصبي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

فرغلي، علاء .(2008) .*مهارات العلاج المعرفي السلوكي* .القاهرة، مصر: مكتبة النهضة المصرية.

مرعي، ماجد أحمد علي، &الحسيني، محمد حسين محمد سعد الدين. (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة الاحتراق النفسي المصاحب لإلتهاب تهيج القولون العصبي لدى عينة من طلاب الجامعة. *جامعة عين شمس – كلية التربية – الجمعية المصرية للقراءة والمعرفة*، ٢٣٧، ٣٧٤-٤٠٤.

مسعد، محمد، &عدة، الزهرة. (٢٠٢٣). التشوهات المعرفية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة علم النفس. *مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية*، ٧(3)، ١٢٧-١٤٦.

موسى، يحيى محمد فضل الله، مصطفي، أسماء محمد، &دياب، محاسن محمد حسن. (٢٠٢٢). نمط الشخصية A, B لدى مرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات الجهاز الهضمي بمحليات أم درمان الكبرى. *مجلة ريحان للنشر العلمي*، ٢١، ٦٥-٩٢.

المومني، فواز أيوب حمدان، &عمارين، سلام لافي. (٢٠١٦). الضغوط النفسية لدى مرضى تهيج القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديموغرافية. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ١٢(3)، ٢٨٧-٣٠٢.

الهيتي، محمد حميد محمد. (٢٠١٩). اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقتها بالتشوهات المعرفية لدى طلبة الجامعة. *مجلة الأستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، ٥٨(خاص)، ٢٥٣-٢٧٦.

AlButaysh, O. F., AlQuraini, A. A., Almukhaitah, A. A., Alahmdi, Y. M., & Alharbi, F. S. (2020). Epidemiology of irritable bowel syndrome and its associated factors in Saudi undergraduate students. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 26(2), 89-93. https://doi.org/10.4103/sjg.SJG_459_19

Alhazmi, A., Darraj, H., Abdali, H., Hakami, S. M., Alatiyyah, A., Dalak, M., Hakami, K. M., Ghalibi, A., Abdulwali, H., Jali, A. M., Alawi, Y. M., & Hakami, S. (2024). Anxiety-related factors associated with symptom severity in irritable bowel syndrome in Jazan, Saudi Arabia. *Cureus*, 16(2), e53549. https://doi.org/10.7759/cureus.53549

Alruwaili, A., Albalawi, K., Alfuhigi, F., Alruwaili, A., Altaleb, B., & Aljarid, J. (2018). Effects of irritable bowel syndrome (IBS) on the health-related quality of life among Saudi males at Al-Jouf, Kingdom of Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 73(4), 6581-6585. https://doi.org/10.21608/ejhm.2018.15587

Alharbi, M. H., et al. (2022). The prevalence of irritable bowel syndrome and its relation to psychiatric disorders among citizens of Makkah region, Saudi Arabia. *Cureus*. Retrieved from https://www.cureus.com/articles/115975-the-prevalence-of-irritable-bowel-syndrome-and-its-relation-to-psychiatric-disorders-among-citizens-of-makkah-region-saudi-arabia

Andresen, V., Keller, J., Pehl, C., Schemann, M., Preiss, J., & Layer, P. (2011). Irritable bowel syndrome – the main recommendations. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(44), 751-771.

Banerjee, A., Sarkhel, S., Sarkar, R., & Dhali, G. K. (2017). Anxiety and depression in irritable bowel syndrome. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(6), 741–745. http://journals.sagepub.com/doi/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_46_17

Badawy, M. B. Walaa. (2024). Psychosocial factors and cognitive distortions contributing to self-reported quality of life in female university students with irritable bowel syndrome. *Migration Letters*, 21(S1), 72-84.

Bennett, E. J., Tennant, C. C., Piesse, C., Badcock, C. A., & Kellow, J. E. (1998). Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrome. *Gut*, 43, 256-261.

Brown, F. (2012). Type of irritable bowel syndrome. Retrieved from http://www.healthline.com/health/irritable-bowel-syndrome/types

Canavan, C., West, J., & Card, T. (2014). Review article: The economic impact of the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 40, 1023–1034.

Cho, H. S., Park, J. M., Lim, C. H., Cho, Y. H., Lee, I., & Chung, Y. (2011). Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Cut and Liver*, 5(1), 29-36.

Craske, M. G., Wolitzky-Taylor, K. B., Labus, J., Wu, S., Frese, M., Mayer, E. A., & Naliboff, B. D. (2011). A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 413-421.

Creed, F. H. (2009). The relationship between psychopathology and outcome in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 289-297.

del Pozo, M. A., et al. (2018). Cognitive distortions in anorexia nervosa and borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 260, 164–172.

Drossman, D. A. (2006). Rome III: The new criteria. *Chinese Journal of Digestive Diseases*, 7(4), 181–185.

Edman, J. S., Greeson, J. M., Roberts, R. S., Kaufman, A. B., Abrams, D. I., Dolor, R. J., & Wolever, R. Q. (2017). Perceived stress in patients with common gastrointestinal disorders: Associations with quality of life, symptoms and disease management. *Explore*, 13, 124–128.

Farndale, R., & Roberts, L. (2011). Long-term impact of irritable bowel syndrome: A qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 12(1), 52-67.

Fernández-García, O., et al. (2022). Academic perfectionism, psychological well-being, and suicidal ideation in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 85.

Fernandes AJT, Farrell AL, Naveh SV, and Chakraborty S (2024). Stress reduction and psychological therapy for IBS: a scoping review.Front.Gastroenterol.3:1342888.doi:

10.3389/fgstr.2024.1342888

Ford, A. C., Lacy, B. E., Harris, L. A., Quigley, E. M. M., & Moayyedi, P. (2019). Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: An updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 114(1), 21-39. https://doi.org/10.1038/s41395-018-0222-5

Geng, Q., et al. (2018). Comparison of comorbid depression between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 237, 37–46.

Goodoory, V. C., Ng, C. E., Black, C. J., & Ford, A. C. (2022). Impact of Rome IV irritable bowel syndrome on work and activities of daily living. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 56(5), 844-856.

Guthrie, E., et al. (2003). Role of psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut*, 52(10), 1416-1421.

Heidelbaugh, J. J., et al. (2015). The spectrum of constipation-predominant irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: US survey assessing symptoms, care seeking, and disease burden. *American Journal of Gastroenterology*, 110, 580-587.

Horwitz, B. J., & Fisher, R. S. (2001). The irritable bowel syndrome. *New England Journal of Medicine*, 344, 1846-1850.

Ibrahim, N. K., Battarjee, W. F., & Almehmadi, S. A. (2013). Prevalence and predictors of irritable bowel syndrome among medical students and interns in King Abdulaziz University, Jeddah. *Libyan Journal of Medicine*, 8, 21287.

Jafari, M., Sabahi, P., Jahan, F., & Sotodeh Asl, N. (2022). Effectiveness of cognitive-behavioral stress management for depression, anxiety, cognitive emotion regulation, and quality of life in patients with irritable bowel syndrome: A quasi-experimental study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 11(2).

Kim, Y. S., & Kim, N. (2018). Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(4), 544–558.

Kinsinger, S. W. (2017). Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 231–237. https://doi.org/10.2147/PRBM.S120817

Kopczynska, M., Mokros, T., Pietras, T., & Malecka-Panas, E. (2018). Quality of life and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Review*, 13(2), 102-108.

Kutschke, J., Harris, J. R., & Bengtson, M. B. (2022). The relationships between IBS and perceptions of physical and mental health: A Norwegian twin study. *BMC Gastroenterology*, 22(1), 266.

Kuijper, A. D. (2023). Cognitive distortions, internalizing problems and gender: What is the relationship between cognitive distortions and internalizing problems in adolescents (13-17), and is this association moderated by gender? (Master's thesis).

Lee, C. et al. (2017). The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 23(3), 349–362.

Li, L., Xiong, L., Zhang, S., Yu, Q., & Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 1-12. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.006

Longstreth, G. F., et al. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 130, 1480-1491.

Midenfjord, I., et al. (2019). Anxiety and depression in irritable bowel syndrome: Exploring the interaction with other symptoms and pathophysiology using multivariate analyses. *Neurogastroenterology and Motility*, 31, e13619.

Mikocka-Walus, A., et al. (2008). Psychological comorbidity and complexity of gastrointestinal symptoms in clinically diagnosed irritable bowel syndrome patients. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 23, 1137-1143.

Mönnikes, H., et al. (2001). The relationship between stress, anxiety, and gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 32(3), 219-223.

Melchior, C., et al. (2020). Anxiety and depression profile is associated with eating disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 10.

Needham, B. L., Crosnoe, R., & Muller, C. (2004). Academic failure in secondary school: The inter-related role of health problems and educational context. *Social Problems*, 51(4), 569–586.

Nicholas, J., et al. (2010). Practical gastroenterology and hepatology: Small and large intestine and pancreas. Chichester, West Sussex.

Nouri, H. R., et al. (2023). Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy and interoceptive exposure on symptom severity of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Health Systems Research*, 19(1), 52-60.

Oka, P., et al. (2020). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5, 908–917.

Patrick, D. L., et al. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome (Development and validation of a new measure). *Digestive Diseases and Sciences*, 43, 400-411.

Petrik, M., et al. (2021). Psychological features in the inflammatory bowel disease–irritable bowel syndrome overlap: Developing a preliminary understanding of cognitive and behavioral factors. *Crohn's & Colitis 360*, 3(3).

Pozos-Radillo, E., et al. (2018). Predictive study of academic stress with the irritable bowel syndrome in medicine students at a public university in Mexico. *Libyan Journal of Medicine*, 13(1), 1479599.

Rnic, K., Dozois, D. J. A., & Martin, R. A. (2016). Cognitive distortions, humor styles, and depression. *Europe's Journal of Psychology*, 12(3), 348–362.

Saad, N. S., et al. (2012). Prevalence and factors associated with irritable bowel syndrome among medical students of Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 51(1), 255–259.

Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World Journal of Gastroenterology*, 20(22), 59-67.

Shafiee, M., et al. (2016). Comparison of the meaning of life, suicidal thoughts, and cognitive distortions between female patients affected by post-traumatic stress disorder and non-patients.

Sebastián Sánchez, B., et al. (2017). New psychological therapies for irritable bowel syndrome: Mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(9), 648–657.

Sugaya, N., Shirotsuki, K., & Nakao, M. (2021). Cognitive behavioral treatment for irritable bowel syndrome: A recent literature review. *BioPsychoSocial Medicine*, 15, 23.

Tapia, V. A., Guajardo, C., & Quintanilla, A. C. (2008). Cognitive styles in wellbeing and stress. *Psicología*, Special Issue, 388–389.

Tran, L., & Martin, E. (2022). Irritable bowel or irritable brain? Cognitive behavioural therapy for irritable bowel syndrome: A review and recommendations for clinical practice. *Japanese Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 8, 1–7.

Van den Houte K, Carbone F, Pannemans J, Corsetti M, Fischler B, Piessevaux H, Tack J. Prevalence and impact of self-reported irritable bowel symptoms in the general population. United European Gastroenterol J. 2019 Mar;7(2):307-315. doi: 10.1177/2050640618821804. Epub 2018 Dec 22. PMID: 31080615; PMCID: PMC6498809.

Van Oudenhove, L., Crowell, M. D., & Drossman, D. A. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: How central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150, 1355–1367.

Weaver, K. R., D'Eramo Melkus, G., Fletcher, J., & Henderson, W. A. (2018). Perceived stress, its physiological correlates, and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Biological Research for Nursing*, 20(3), 312–320.

Weinland, S. R., & Drossman, D. A. (2013). Psychological factors and treatments in irritable bowel syndrome. In *Irritable Bowel Syndrome* (pp. 183–213). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Wolfe, S. E., et al. (2024). Us versus them? The problem of cognitive distortions in policing. *Police Quarterly*, 10986111241234310.

Yang, L., et al. (2014). A school-based study of irritable bowel syndrome in medical students in Beijing, China: Prevalence and some related factors. *Gastroenterology Research and Practice*, 2014, 124261.

Yang, Y. Y., & Jun, S. (2022). The effects of cognitive behavioral therapy for insomnia among college students with irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14174.