

جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات
(دراسة ميدانية بالعيادة متعددة الخدمات حي بوزيان – المدية)

Irritable Bowel Syndrome Patients' quality of life in light of certain variables (emperical study at Bouzianepolyclinic_Médéa)

محمد لطرش^{1*}، نزيهة زواني²

¹جامعة مولود معمري تيزي وزو (الجزائر)،

mohamed.latreche@ummtto.dz

²جامعة مولود معمري تيزي وزو (الجزائر)، naziha.zouani@ummtto.dz

تاريخ الاستلام: 2024/09/03 تاريخ القبول: 2024/10/26 تاريخ النشر: 2025/01/31

ملخص: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي ببعض المتغيرات (السن، الجنس، نوع القولون العصبي)، باعتماد المنهج الوصفي، واستخدام مقياس جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي لـ (Andrea al, 2013)، على عينة تكونت من (132) مصابا بمتلازمة القولون العصبي بتشخيص طبي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى منخفض من جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث، وأن المرضى الأصغر سنا أقل جودة في الحياة من الكبار، كما توصلت لوجود فروق بين الجنسين لصالح الذكور، وخلصت إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة حسب نوع القولون في متوسط درجات أفراد عينة الدراسة.

كلمات مفتاحية: جودة الحياة، متلازمة القولون العصبي.

Abstract: The study aimed to identify the level of quality of life among individuals with irritable bowel syndrome (IBS) based on several variables (age, gender, type of IBS), using a descriptive approach and employing the quality of life scale for individuals with IBS developed by Andrea et al. (2013). The sample consisted of 132 medically diagnosed IBS patients. The results indicated a low level of quality of life among the research sample. It was found that younger patients reported a lower quality of life compared to older individuals. Additionally, there were differences between genders in favor of males. The study concluded that there were no differences in quality of life based on the type of IBS according to the average scores of the study sample.

Keywords: Quality of life; Irritable bowel syndrome.

مقدمة

تعد متلازمة القولون العصبي (IBS) Irritable Bowel Syndrome من أكثر التشخيصات شيوعاً لدى أطباء الجهاز الهضمي وأطباء الرعاية الصحية الأولية، يظهر بشكل رئيسي لدى الأفراد البالغين من العمر بين 15 و65 سنة، وهو اضطراب معدي معوي، يتميز بمجموعة من الأعراض المتمثلة في آلام البطن المصحوبة بإسهال أو إمساك (Levy et al., 2001, p. 3122)، كما تبلغ معدلات انتشاره عالمياً حوالي 9.2٪ بناءً على معايير التشخيص Rome III و Rome IV. (Shorey, 2021)، وعلى غرار دول العالم تسجل الجزائر حالات إصابة قدرت نسبتها (5.5٪) من مجموع السكان، وهو أكثر شيوعاً بين النساء (5.8٪) منه عند الرجال (5.2٪)، ويعد القولون العصبي مع الإمساك (IBS C) النوع الأكثر انتشاراً في الجزائر بنسبة (37.7٪) يليه القولون العصبي المختلط (IBS M) بنسبة (33.3٪)، ثم "القولون العصبي مع الإسهال" (IBS D) بنسبة (15.9٪) (Boucekkine et al., 2011, p. 30)، وتعتبر الفيزيولوجيا المرضية له متعددة العوامل، ففي دراسة لـ (Weinland & Drossman, 2013) أكد الباحثان على أن كل أخصائي الجهاز الهضمي يتفقون أن للعوامل النفسية تأثيراً كبيراً في نشأة القولون العصبي وظهور الأعراض المصاحبة له التي تترجم إلى خلل وظيفي.

1. الإشكالية:

تتميز متلازمة القولون العصبي (IBS) بمجموعة من الاضطرابات (القلق، الاكتئاب، التوتر، الخوف من المرض)، التي يمكنها أن تؤثر بشكل مباشر في محور الاتصال بين الدماغ والأمعاء (Jeffrey et al., 2014, p. 1816)، مما ينعكس على جودة الحياة بشكل مكافئ أو أسوأ مما هو لدى مرضى السكري وارتجاع المريء والربو والفشل الكلوي في مراحله المتقدمة (Brun-Strang et al., 2007). والرضا الذاتي للشخص يساعد الفرد في تعايشه مع المرض، حيث تظهر آثار ذلك على استجاباته الجسدية وطبيعة الغذاء المتناول ونظامه، ومحيطه الاجتماعي والنفسي الذي يهيئ له الأرضية العلاجية، وكل الحواجز ويزيح عنه كل الصعوبات اليومية التي تعترضه، وذلك ما يعرف بجودة الحياة للمريض

فالمتتبع للدراسات التي تناولت علاقة متلازمة القولون العصبي بجودة الحياة، يلاحظ انخفاضاً حاداً في مستوى جودة حياتهم في مختلف أبعادها، حيث خلصت دراسة (Sue et al., 2004) إلى وجود انخفاضاً حاداً في مستوى جودة الحياة لدى

مرضاهم مقارنة مع عامة السكان، كما يمكن إرجاعه إلى محدودية إدراكات المريض في التكيف بشكل كاف ومتكرر مع المواقف الانفعالية التي يواجهها (Weinland & Drossman, 2013, p. 189)، ويرتبط هذا المستوى من الانخفاض إلى وجود بعض المتغيرات الاجتماعية التي لها دورا هاما في تشكل هذه العلاقة، من أهمها: السن، الجنس، تاريخ الإصابة، نوع القولون العصبي، المهنة، الحالة الاجتماعية.

وأعراض متلازمة القولون العصبي تبدو للوهلة الأولى خارج الجهاز الهضمي، مثل الصداع، آلام الظهر، اضطرابات النوم، اضطرابات الوظيفة الجنسية، عسر التبول، اضطرابات القلق والاكتئاب، شكاوى القلب الوظيفية والتعب المزمن (Riedl et al., 2008, p. 7575)، التي تشكل عبئا على المعاش النفسي للمريض في شتى مجالات الحياة اليومية حسب دراسات (Liang & Tien, 2016)، (Kopczyńska M. et al., 2018)، (SAHRA, 2023)، وهو ما يولد القلق الخاص بالجهاز الهضمي باعتباره أقوى مؤشر لجودة حياة الأشخاص المصابون بالقولون العصبي (Addante et al., 2019, p. 146). كما توصل (Muhsin et al., 2023) إلى غياب فروق جوهرية في جودة الحياة لمرضى (IBS) تعزى لنوع القولون العصبي، أما بالنسبة لجنس المصاب أشار (Blanchard et al., 2001) إلى تدني في مستوى جودة الحياة عند الإناث مقارنة بالذكور. أما فيما يخص الفئات العمرية فتشير (Wang et al., 2012) إلى وجود انزعاج بطني لدى الفئات الأكبر سنا أخف مما هو عليه لدى الفئات الأصغر سنا.

كما تناولت الدراسات المحلية معاناة مرضى القولون العصبي نفسيا، من بينها دراسة (عيسي، 2016) التي توصلت نتائجها إلى أن ارتفاع مستوى القلق (كحالة وكسمة) يعد مثيرا لعدة مشاكل لدى المرضى الذين يستخدمون نمطين من الاستراتيجيات منها المتمركزة حول الانفعال و أخرى حول المشكل، النمط الاول استراتيجي التجنب التي تؤدي الى رفع درجة القلق، و النمط الثاني استراتيجي حل المشكل التي تؤدي إلى خفض شدة القلق، أما دراسة بن سي سعيد، خطار (2022) فتوصلت إلى وجود اختلافات في مستويات نوعية حياة مرضى القولون العصبي تعزى لسمات التفتح والوعي والعصابية، كما خلصت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لعامل المواظبة الطبية والسن، وفي دراسة أخرى لهما (2024) التي هدفت لمعرفة كيفية اختيار مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة لاستراتيجيات تعاملهم، أظهرت النتائج بروز لافت لاستراتيجيات (حل المشكل - التفكير الإيجابي) لدى مرضى متلازمة تهيج الأمعاء المنفتحين فكريا والمتميزين بالوعي، في حين سادت استراتيجي (التجنب) لدى المرضى الموسومين بالعصابية مع بعض

الاستعمال لاستراتيجية (الفكاهة) للتخفيف من الضغط النفسي ولم يسجل اختلاف يعزلباقى العوامل، كما توصلت دراسة (SAHRA, 2023) إلى أن الفئة العمرية الأكثر تأثراً هي لدى الشباب ما بين 17 إلى 20 عاماً، وتنخفض تدريجياً مع التقدم في العمر، كما أظهرت النتائج أن لشبكات التواصل الاجتماعي تأثيرات سلبية وأخرى إيجابية فالسلبية مثل المساهمة في تطور الاضطرابات النفسية، كالتوتر والقلق، والأرق وفقدان الشهية، والاكتئاب، أما الآثار الإيجابية فتمثلت في الاستقرار النفسي والتكيف الجيد مع الضغوطات النفسية الموقفية، كما توصلت دراسة بوروبة (2024) إلى أن تقنيات العلاج بالمخطط ليونغ ساهمت وبشكل كبير في خفض نشاط المخططات الغير غير المكيفة لدى الحالتين ، وصاحبه انخفاضاً واضحاً في مستوى الضغط النفسي وارتفاع القدرة التكيفية مع المواقف الضاغطة لدى الحالتين.

وعليه تظهر الحاجة الماسة إلى إجراء هذه الدراسة بهدف التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الأخرى، ومن ثم يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

1. ما مستوى جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي؟
 2. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير السن؟
 3. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس؟
 4. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير نوع القولون؟
- 2. فرضيات الدراسة:**

1. مستوى جودة الحياة لدى المصابون بمتلازمة القولون العصبي منخفض.
 2. توجد فروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير السن
 3. توجد فروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.
 4. توجد فروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير نوع القولون
- 4. أهداف الدراسة:**

- التحقق من مستوى جودة الحياة لدى المصابون بمتلازمة القولون العصبي منخفض.
- التحقق من الفروق في جودة الحياة بين الإناث والذكور.
- التحقق من الفروق في جودة الحياة بين مختلف الفئات العمرية لأفراد العينة.
- التحقق من الفروق في جودة الحياة بحسب نوع الإصابة بمتلازمة القولون العصبي.

5. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة من الناحية النظرية في أصالتها لاسيما على المستوى المحلي، حيث لم يتم التطرق _ في حدود علم الباحثين _ إلى دراسات جمعت بين متغيري جودة الحياة والقولون العصبي، ومعظم الدراسات تناولت متلازمة القولون العصبي في جانبها الوظيفي العضوي، دون الجانب النفسي، ومن الناحية التطبيقية تكمن أهمية الدراسة في محاولة الاستفادة من نتائجها لفهم المعاش النفسي المؤلم الذي يعانيه المريض، لفهم الوضع الاستثنائي لهذه الفئة من طرف باقي أفراد المجتمع، ومحاولة مساهمة متطلباته، كما يسمح بإرشاد المرضى إلى السلوك الصحي السليم في التعامل مع أعراضه للتخفيف من الآثار النفسية السلبية المترتبة عنها.

6. مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

6_1 تعريف متلازمة القولون العصبي "Irritable Bowel Syndrome"(IBS):

عرفت المؤسسة الدولية لاضطرابات الجهاز الهضمي الوظيفية متلازمة القولون العصبي (IBS) والذي يشار إليه أحياناً باسم القولون التشنجي وأحياناً بالتهاب القولون المخاطي، أو إتهاب القولون التشنجي أو القولون العصبي، أنه اضطراب في وظيفة القولون يتميز بألم في البطن وعدم الراحة والانتفاخ وخلل في وظيفة الأمعاء، ينتج عنه نوبات من الإسهال المزمن أو الإمساك المزمن أو كليهما أو بالتناوب. غالباً ما يتم التخلص من الانزعاج والانتفاخ عن طريق التغوط (المؤسسة الدولية لاضطرابات الجهاز الهضمي، 2023).

إجراءيا: اضطراب في وظيفة القولون يتم تشخيصها من طرف طبيب أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي بناء على لائحة "مانينغ" وفق ست(06) معايير هي (ألم في البطن، براز رخو، تغوط متوتر، انتفاخ في بطني، مخاط برازي، إحساس بعدم إكمال التغوط).

6_2 جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي: "الدرجة التي يشعر

بها الشخص بالرضا الذاتي عن أسلوب حياته أثناء التعايش مع المرض وهي شيء

يتأثر بالأعراض الجسدية، والنظام الغذائي، وخلفية الحياة العلاجية، والجوانب النفسية، والجوانب الاجتماعية بما في ذلك الصعوبات في الحياة اليومية" (Tomita, 2019, p. 128).

إجرائيا هي الدرجة التي يتحصل عليها المريض على مقياس جودة الحياة الخاص بالأشخاص المصابين بمتلازمة القولون العصبي (IBS-QOL) المعد من طرف (Andrae et al., 2013)؛ والتي تتحد من خلال المحاور التالية: (عدم الارتياح (Dysphoria)، التداخل في النشاط، صورة الجسم، القلق الصحي، تجنب الطعام، رد الفعل الاجتماعي، المخاوف الجنسية، العلاقات).

7. الإطار النظري للدراسة:

7_1. أسباب متلازمة القولون العصبي:

حسب (Saha, 2014) لا يُوجد سبب محدد للإصابة بالقولون العصبي، ولكن قد تلعب مجموعة من العوامل دورًا في الإصابة به وهي: التقلصات العضلية في الأمعاء، خلل في الجهاز العصبي، العدوى الشديدة، التغيرات في ميكروبات الأمعاء، الإجهاد وفرط الحساسية الحشوية، والحساسية للطعام.

7_2. آلية حدوث متلازمة القولون العصبي:

خلص (Stasi et al., 2014) في دراسة لمستوى هرمون السيروتونين (Serotonin) لدى مرضى القولون العصبي، و الذي يفرز في حالة الضغوط النفسية، أن نسبته مرتفعة في أمعائهم، ما يحفز الدماغ إلى إرسال إشارات عصبية للأمعاء تزيد من حركتها وحساسيتها، فالخلايا المبطنة للقولون تعمل كناقلات للسيروتونين إلى خارج الأمعاء، لكن ذلك لا يحدث بشكل جيد في حالات القولون العصبي، مما يؤدي لتراكمه بكميات كبيرة في الأمعاء، يسبب مشكلات نفسية كثيرة مثل الاكتئاب والقلق والوسواس القهري والفرع.

ولفهم أثر القولون العصبي على جودة الحياة يستحسن استخدام النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي يرتبط ارتباطًا مباشرًا بالجهاز العصبي المركزي، الذي يتواصل بدوره عبر محور الدماغ والأمعاء، ما يولد تشوهات في الجهاز الهضمي (فرط الحساسية الحشوية، اضطرابات حركية الأمعاء، التهابات المعوية) ما يؤدي إلى انخفاض كبير في مستوى جودة الحياة لدى المصابين به (Tanaka et al., 2011, p. 132.133)، فمتلازمة القولون العصبي لا تشكل تهديدًا للحياة، لكنها تحد من

الاستمتاع برفاهية الحياة ونوعيتها وتأثر على الصحة النفسية للمصاب،
(Kopczyńska M. et al., 2018, p. 102)

6_3. بعض المتغيرات المرتبطة بالقولون العصبي:

ترتبط متلازمة القولون العصبي بعدة متغيرات، بما في ذلك الجنس، فوفقاً للبيانات الدولية، تكون معدلات الإصابة بهذا المرض أعلى بنسبة تتراوح بين 1.5 إلى 3 أضعاف لدى النساء مقارنة بالرجال، هذا يعكس فرقاً مطلقاً في الانتشار يزيد قليلاً عن 5٪ بين الجنسين (Lovell & Ford, 2012, p. 991)، وعندما نتحدث عن الفئات العمرية يظهر المرض في مجموعات متنوعة موزعة كما يلي:

-50٪ من مرضى القولون العصبي بإصابتهم بأعراضه لأول مرة قبل 35 عام، (Alosaimi, 2016, p. 90)

-25٪ في أولئك الذين تزيد أعمارهم عن 50 عاماً مقارنة بأولئك الأصغر سناً، ويعاني المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 50 عاماً أيضاً من ألم خفيف، لكن جودة حياتهم أحسن بكثير (Tang et al., 2012).

من ناحية أخرى، تشير دراسة (Marmot et al., 2012, p. 1024) إلى وجود ارتباط بين الوضع الاجتماعي والاقتصادي ومتلازمة القولون العصبي، وللعوامل الوراثية دوراً مهماً في انتشار متلازمة القولون العصبي، فالخطر النسبي للإصابة ب(IBS) أعلى بمرتين لدى الأفراد الذين لديهم قريب بيولوجي مصاب ب (Locke et al., 2000)(IBS).

بناءً على هذه الأدلة، يتضح أن متلازمة القولون العصبي هي حالة تتأثر بعوامل متعددة، منها العوامل الجنسية والعمرية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، بالإضافة إلى العوامل الوراثية، وهو ما يشير إلى تعقيد هذه الحالة والضرورة الملحة لفهمها بشكل شامل.

7. الإطار الميداني للدراسة

8_1. **منهج الدراسة:** تم الاعتماد على المنهج الوصفي لما يتناسب مع طبيعة الدراسة والذي يسمح بالتحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات معينة عنها، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (عبد المؤمن، 2008، صفحة 287).

8_2. **حدود الدراسة:**

8_2_1. **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة بمصلحة الأمراض الداخلية بالعيادة المتعددة الخدمات حي بوزيان بالمدينة.

2_8_2. الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة خلال الفترة الممتدة ما بين: 2023/04/16 إلى 2023/06/15.

2_8_3. الحدود البشرية: تم إجراء الدراسة في شقها التطبيقي على المرضى المصابون بمتلازمة القولون العصبي المشخصون طبيا من مستويات مختلفة.

2_8_3. مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من الأشخاص المصابين بمتلازمة القولون العصبي بجميع أنواعه بعد القيام بتشخيص طبي.

2_8_4. عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة لا احتمالية غرضية قوامها (132) مريضا مصاب بمتلازمة القولون العصبي، يخضعون لمتابعة طبية على مستوى العيادة متعددة الخدمات، يتم اختيارهم بناء على تشخيص إصابتهم بمتلازمة القولون العصبي من طرف طبيب أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي.

جدول (01) يبين توزيع عينة الدراسة وفق الجنس، السن، نوع القولون العصبي

الجنس			السن			نوع القولون العصبي		
الجنس	التكرار	نسبة مئوية	السن	التكرار	نسبة مئوية	نوع القولون العصبي	التكرار	نسبة مئوية
ذكور	62	46.97	أقل من 35 سنة	48	36.36	قولون عصبي مع إمساك	51	38.63
إناث	70	53.03	بين 35 و 50 سنة	52	39.4	قولون عصبي نوع إسهال	44	33.33
			أكثر من 50 سنة	32	24.24	قولون عصبي غير محدد	37	28.03
المجموع	132	%100	المجموع	132	%100	المجموع	132	%100

7_5_5. أدوات الدراسة: تم الاعتماد في الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

7_5_1. استبيان سوسيو ديموغرافي: (من إعداد الباحثين)، ويشمل المتغيرات التالية وهي:

❖ العمر: الأقل من 35 سنة، بين 35 و 50 سنة، أكبر من 50 سنة.

❖ الجنس: ذكر، أنثى.

❖ الحالة الاجتماعية: متزوج، أعزب، مطلق، أرمل.

❖ المستوى التعليمي: ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي.

❖ نوع القولون: إمساك، إسهال، غير محدد.

❖ تاريخ الإصابة: قبل سنة، قبل خمسة سنوات، بين من خمس سنوات وعشر سنوات، أكثر من عشر سنوات.

7_5_2. مقياس (QOL-IBS) جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي:

لتحقيق أهداف الدراسة تمت اعتماد مقياس جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي Andrae et al., 2013 بعد ترجمته.

7_5_2_1. توزيع عبارات المقياس حسب المحاور: مقياس جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي يتكون من ثمانية محاور وهي:

عدم الارتياح (dysphoria) وتتألف من 8 بنود، التداخل في النشاط وتتألف من 7 بنود، صورة الجسم وتتألف من 4 بنود، القلق الصحي وتتألف من 3 بنود، تجنب الطعام وتتألف من 3 بنود، رد الفعل الاجتماعي وتتألف من 4 بنود، المخاوف الجنسية وتتألف من 2 بنود، العلاقات وتتألف من 3 بنود، تم تقدير الاستجابات باستخدام مقياس ليكارت الخماسي كبديل للأجوبة، حيث: تمنح (1) درجة لـ(إطلاقاً)، (2) درجتين لـ(بشكل طفيف)، (3) درجات لـ(بشكل معتدل)، (4) درجات لـ(بشكل معتبر)، (5) درجات لـ(بقوة) للبنود الموجبة، في حين تمنح عكس الدرجات السابقة للبنود السالبة.

8_5_2_2. الخصائص السيكومترية للمقياس: قبل البدء في تطبيق المقياس تم حساب خصائصه السيكومترية في البيئة المحلية على عينة من المصابين بالقولون العصبي قوامها 56 مصاباً على النحو التالي:

❖ الصدق:

طريقة الاتساق الداخلي: وهو ارتباط المحاور بالدرجة الكلية للمقياس، تم تقدير صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي، من خلال حساب قيم ارتباط الأبعاد الفرعية مع الدرجة الكلية له، وتمثلت النتائج في الجدول أدناه:

الجدول (02): ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس.

المحور	المقياس	قيمة معامل الارتباط	الدالة	قيمة معامل التحديد
عدم الارتياح	الدرجة الكلية للمقياس	0.848	0.00	0.719
التداخل في النشاط		0.329	0.00	0.108

0.319	0.00	0.565	صورة الجسم
0.476	0.00	0.690	القلق الصحي
0.308	0.00	0.657	تجنب الطعام
0.535	0.00	0.732	رد الفعل الاجتماعي
0.388	0.00	0.537	المخاوف الجنسية
0.448	0.00	0.670	العلاقات

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة معامل الارتباط "Pearson" بين درجات الأبعاد مقياس جودة الحياة لمتلازمة القولون العصبي مع الدرجة الكلية له تراوحت بين: (0.329 و 0.848) وهي قيم موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، وبالرجوع لقيم معاملات التحديد نجدها تراوحت بين: (0.108 و 0.719)، أي أن كل بعد من أبعاد المقياس له القدرة على تفسير على الأقل ما نسبته 30% من التباين في درجة المقياس ككل، وقد تصل القدرة التفسيرية إلى أكثر من 71%، وهي نسب مرتفعة حسب المعايير التي حددها (Cohen, 1988) للحكم على قيمة حجم التأثير الخاصة بالارتباط، حيث يزيد حجم الأثر عن (0.30) هو حجم أثر كبير، ما عدا البعد الثاني الذي كانت نسبة تفسيره أقل من (0.30)، وعليه يمكن القول أن الأبعاد متسقة داخليا مع المقياس ككل، مما يؤكد الوثوق في صحة نتائجها لاحقاً.

❖ الثبات:

طريقة معامل التناسق "معامل ألفا-كرونباخ" (Alpha-Gronbach): تم حساب معامل ألفا-كرونباخ لبيانات 56 مفردة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي على مقياس جودة الحياة، والجدول الموالي يوضح قيم معاملات الثبات

الجدول (03): قيم معاملات الثبات ألفا-كرونباخ للمقياس

المقياس	عدد البنود	عدد أفراد العينة	قيمة معامل ألفا-كرونباخ
جودة الحياة	34	56	0.763

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة معامل التناسق (ألفا-كرونباخ) لمقياس جودة الحياة ككل قدرت بـ (0.763) وهي قيمة مقبولة، حيث يلاحظ أن كل القيم موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين بنود هذا المقياس يقترب من الارتباط التام، ما يؤكد أن المقياس المتبنى في الدراسة الحالية على درجة عالية من الثبات.

8- عرض نتائج الفرضيات

8-1. عرض نتائج الفرضية الأولى: والتي مفادها: يبدي المصابون بمتلازمة القولون العصبي مستوى منخفض من جودة الحياة، وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً

عن طريق اختبار (T test) لعينة واحدة لتقدير الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات جودة الحياة ومتوسطها النظري، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

جدول (04): نتائج اختبار (t) لعينة واحدة لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لجودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة

المتغير	حجم العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	120	102	86,13	15,87	9,818	0.000

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات مرضى القولون العصبي على جودة الحياة لدى مرضى متلازمة القولون العصبي هي (86,13) والمتوسط النظري له هو (102) والمقدر بـ (15,87) هو فرق جوهري، حيث قدرت قيم اختبار (T test) بـ: (9,818) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)، لصالح المتوسط النظري، أي أن مرضى متلازمة القولون العصبي يبدون درجات منخفضة من جودة الحياة، وعليه نقبل الفرضية الأولى للدراسة.

9-2- عرض نتائج الفرضية الثانية: نصت الفرضية الثانية على مايلي: توجد فروق في متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي على مقياس جودة الحياة تعزى لعامل السن (أقل من 35 سنة/ من 35 إلى 50 سنة/ أكثر من 50 سنة).

للتحقق من صدق هذه الفرضية تم استخدام اختبار (Anova)، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (05): نتائج اختبار (Anova) لدلالة الفرق في متوسط درجات مجموعات عينة البحث على مقياس جودة الحياة بدلالة السن.

المتغير	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	تباين بين	49621.52	2	24810.76	191.54	000.0
	تباين داخل	15155.27	117	129.53		
	تباين كلي	64776.8	119			

كشف التحليل الإحصائي أن قيمة اختبار (F) قدرت بـ: (191.54) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)، ما يعكس وجود فروق جوهريّة في جودة

الحياة بين الفئات السنية للمصابين بمتلازمة القولون العصبي، وعليه نقبل الفرضية الثانية.

ولتحديد لأي فئة من الفئات الثلاث يعود الفرق تم تطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية بين المتوسطات وأسفر عن النتائج المدرجة في الجدول أدناه.

جدول رقم (06): قيم اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات البعدية بين المتوسطات

المتغير	الفئة الأولى	الفئة الثانية	الفرق بين المتوسطات	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	أقل من 35 سنة	من 35 إلى 50 سنة	-47.8	0.000
		أكثر من 50 سنة	-49.22	0.000
	من 35 إلى 50 سنة	أكثر من 50 سنة	-1.41	.0898

تظهر النتائج في الجدول أعلاه أنه توجد فروق جوهرية وذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين فئة المصابين أقل من 35 سنة مع فئتي من 35 إلى 50 سنة وأكثر من 50 سنة، بينما لم يظهر فرق يذكر بين فئتي من 35 إلى 50 سنة وأكثر من 50 سنة، وعليه فإن فئة أقل من 35 سنة هي أقل الفئات الثلاث جودة للحياة مقارنة بالفئتين الأخريين.

3-8. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على مايلي: توجد فروق في متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي على مقياس جودة الحياة تعزى لعامل الجنس (ذكور/ إناث).

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T test) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعتين (ذكور/إناث)، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الجدول (07): نتائج اختبار (t) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق في متوسطي درجات مجموعتي الدراسة (ذكور/إناث) على مقياس جودة الحياة.

المتغير	المجموعه	ن	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار F للتجانس	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
---------	----------	---	-----------------	-------------	-----------------------	---------------	-------------------

جودة الحياة	ذكور	53	109.07	10.7	14.28	2.642	0.01
	إناث	67	98.37				

يتضح من الجدول أن قيمة اختبار (T test) قدرت بـ (2.642) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، ما يوحي أن الفرق الملاحظ بين متوسط نتائج مجموع الذكور: (109.07) ومتوسط نتائج مجموعة الإناث (98.37) والمقدر بـ (10.7) هو فرق جوهري لصالح الذكور، ولا يرجع لعامل الصدفة، الأمر الذي يعكس وجود فروق بين الجنسين من المصابين بمتلازمة القولون العصبي في متوسط درجاتهم على مقياس جودة الحياة، أي أن الإناث أقل جودة في الحياة من الذكور، وعليه نقبل الفرضية الثالثة للدراسة.

9_4. عرض نتائج الفرضية الرابعة: نصت الفرضية الثالثة على وجود فروق في متوسط درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بمتلازمة القولون العصبي على مقياس جودة الحياة تعزى لعامل نوع القولون (إمساك/ إسهال/ غير محدد). للتحقق من صدقها تم استخدام اختبار (Anova)، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الجدول (08): نتائج اختبار ((Anova) لدلالة الفرق في متوسط درجات مجموعات عينة البحث على مقياس جودة الحياة.

المتغير	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	تباين بين	72.60	2	36.30	0.57	567.0
	تباين داخل	59.33	117	91.31		
	تباين كلي	32.04	119			

كشف التحليل الإحصائي أن قيمة اختبار (F) قدرت بـ (0.57) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، الأمر الذي يعكس عدم وجود فروق جوهريّة في جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي باختلاف نوع القولون لديهم، وعليه عدم قبول الفرضية الرابعة.

10. تفسير ومناقشة النتائج:

10_1. تفسير ومناقشة الفرضية الأولى: يتبين من خلال عرض نتائج الفرضية الأولى وجود انخفاض في مستوى جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي في مختلف أبعادها الجسدية و النفسية والتي تؤدي إلى أزمات سيكوسوماتية، وهو

ما يتمشى مع نتائج دراسة (Trindade et al., 2022)، التي أرجعت هذه الازمات كنتيجة للمعتقدات اللاعقلانية لدى المريض، فحسب النموذج المعرفي الذي اقترحه ارون بيك، جميع المشاعر والسلوكيات البشرية لها أنماط معرفية غير سوية ومجهدة، تحدث عندما تكون إدراكات المريض غير قادرة على التكيف بشكل كاف ومتكرر مع المواقف الانفعالية، فخلال التركيز على النتائج السلبية المحتملة، يفقد المريض القدرة والاستعداد على التعامل مع أعراضه، ومن أمثلة الأفكار اللاعقلانية التي تصاحب متلازمة القولون: "الأمر فظيع وأشعر أنه لن يتحسن أبداً"، "أنا قلق طوال الوقت بشأن ما إذا كان سينتهي"، "هذه الأعراض ستتطور الى أمراض مزمنة وخطيرة" كل هذه الأفكار تولد مستوى متدني من جودة الحياة لدى المصاب. (Weinland & Drossman, 2013, p. 189)، فالآثار السلبية والمزعجة ل(IBS) تشكل عبئاً على حياة المريض اليومية، المهنية منها والاجتماعية والأسرية وهو ما تؤكدته جل الدراسات في هذا السياق كدراسة كل من (Kopczyńska M. et al., 2018) و (SAHRA, 2023) و (Liang & Tien, 2016)، والتي خلصت في إلى وجود تأثير سلبي لمتلازمة القولون العصبي على جودة الحياة، كما قد تعود الى القلق الخاص بالجهاز الهضمي، باعتباره أقوى مؤشر لجودة الحياة الجسدية في القولون العصبي، ومن الممكن أن يكون هو المحرك الأساسي لتأثير العوامل المعروفة الأخرى على جودة الحياة النفسية والجسدية لمرضى القولون العصبي، نظراً للقوة التنبؤية القوية، والدور المحدد على ما يبدو، لهذا المتغير في جودة الحياة، (Addante et al., 2019, p. 146).

9_2. تفسير ومناقشة الفرضية الثانية: بينت نتائج تحليل بيانات الفرضية الثانية وجود فروق جوهرية بين الفئات العمرية لعينة الدراسة في جودة الحياة لديهم، فمتلازمة القولون العصبي تؤثر على جودة الحياة لدى الفئات العمرية وبنسب متفاوتة، هو ما يتمشى مع دراسة (Egbert et al., 2018)، التي أكدت أن المرضى الأصغر سناً أكثر معاناة منه عند الأكبر سناً، و تتحسن مع تقدم العمر، كما ترى أن أثر الصدمة النفسية التي تشكلها الإصابة بمتلازمة القولون العصبي لدى الشاب حديث السن، الذي لا يستطيع تقبلها ومسايرة أعراضها، على عكس الكهل المهياً نفسياً للإصابة بالمرض كنتيجة حتمية لتقدمه في العمر، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة (Minocha et al., 2006) الذين استنتجوا أن لمرضى القولون العصبي الأكبر سناً أداء اجتماعياً أفضل مقارنة بالأصغر سناً؛ فجودة الحياة للقولون العصبي ترتبط

ارتباطا وثيقا بالعمر ، وهو يوافق ما أكدته اليه (Trindade et al., 2022) ومن خلال نموذج "المسار" ، الذي توصل الى أن المرضى الأصغر سناً أقل تكيفاً مع تحديات المرض مبرراً ذلك بكونهم ما زالوا يطورون استراتيجيات نفسية صحية للتعامل مع القولون العصبي، في حين أن الأفراد الأكبر سناً ربما تقبلوا مثل هذه القيود في حياتهم بسبب قلة القلق الخاص بالجهاز الهضمي.

ووفقاً لنموذج المخططات المبكرة التي اقترحه "يونغ" فالمرضى الأصغر سناً مازال غير قادر على تطوير أساليب تكيف سلوكية (مثل التجنب) وأساليب تكيف انفعالية (مثل الرفض والانفصال) كنوع من أنواع الرفض للواقع المعاش، والذي بدوره يزيد الحالة النفسية تأزماً (Young, 2006)، هذه المخططات النفسية لها ارتباطات تنبؤية قوية مع تطور الاضطرابات النفسية كاضطراب الوسواس القهري (OCD)، والقلق المقاوم للعلاج (GAD)، والقلق العام والاكتئاب (Rezaei & Ghazanfari, 2016, p. 49).

10_3. تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة: فيما يتعلق بتأثيرات الجنس تبين أن الذكور يظهرون جودة حياة أفضل وبشكل ملحوظ مقارنة بالإناث، و تتوافق النتيجة مع معظم الدراسات كدراسات (Tang et al., 2012)، (Ballou et al., 2019)، (Liu, 2023)، وقد اختلف الباحثون في السبب، فمنهم من أرجعها الى التأثيرات الاجتماعية والثقافية والبيئية، التي تلعب دور كبير في هذه الاختلافات حسب (Jae Myung, 2009) ، كما (Ford et al., 2008) أن الإناث يتميزون بارتفاع شدة الأعراض الجسدية غير المرتبطة بالجهاز الهضمي أكثر من الذكور ، كما خلص (Park et al., 2023) أن نوعية جودة الحياة ترتبط بشكل كبير بالأدوار الاجتماعية سواء عند الذكر أو الأنثى، بينما يرجعها (Björkman et al., 2014) إلى اختلاف التوقعات المجتمعية، وحالة الحياة، والبناء اليومي للهويات الجنسية، فالقوالب النمطية المرتبطة بالجنس تعمل على إدامة المعاناة التي يعاني منها الرجال والنساء المصابون ب (IBS) بدلاً من تخفيفها، فالنساء تبدي نوع من الاستهانة كميكانيزم دفاعي ضد "القلق على صحة الانثى" ويخاطر الرجال بالتغاضي كنوع من الهروب (p. 1334).

كما يمكن أن تلعب الهرمونات الجنسية أدواراً مهمة في الفيزيولوجيا المرضية لمرض القولون العصبي فقد أشار ((Melelin & Matricon, 2014)) أن هرمونات المبيض (استراديول، البروجسترون، التستوستيرون) تؤثر على وظيفة الجهاز الهضمي الحسي الحركي خلال الدورة الشهرية لدى كل النساء، والتي يمكنها تعديل القابلية للإجهاد، من خلال التفاعل مع أنظمة التعديل العصبي والنظام النفسي

المسؤول عن إدراك الألم الحشوي، وهو عامل محوري في حدوث القولون العصبي وشدة أعراضه.

9_4. تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة: تظهر نتائج هذه الفرضية غياب فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لنوع القولون العصبي مما يدل على أن معاناة المرضى الناتجة عن المرض هي نفسها لدى مختلف أنواع متلازمة القولون العصبي، وجاءت مؤكدة لما توصل اليه (Simén et al., 2001) و (Liang A. M., 2016) إذ تثبت غياب فروق في درجات جودة الحياة (QoL) بين الأنواع الفرعية لـ (IBS) " الإمساك أو الإسهال السائد، أو المختلط"، ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال آليات التجنب والتكيف لمرضى القولون العصبي التي تكون متسقة في جميع الأنواع الفرعية ما ينتج عنه التقارب في درجات جودة الحياة بين الأنواع الفرعية لـ (IBS-D)، (IBS-C)، (IBS-M) (Cañón et al., 2017).

وعارضت هذه النتيجة دراسة (Muhsin et al., 2023) التي خلصت الى وجود فروق طفيفة بين الأنواع الفرعية للقولون العصبي، من حيث متوسط تقييمات جودة الحياة، وأشار (Trindade et al (2022) الى غياب إجماع في أدبيات الدراسات حول هذا الموضوع قائلا "تشير بعض الأبحاث إلى عدم وجود اختلافات في جودة الحياة بين أنواع (IBS) الفرعية، بينما يشير البعض الآخر إلى أن المرضى الذين يعانون من IBS-D و IBS-M لديهم أدنى جودة للحياة" (p. 7)، مفسرا هذه التناقضات بتأخر استقرار أنواع (IBS) الفرعية مع مرور الوقت والتي يقدمها معظم المرضى، وقد توصل من خلال نتائج دراسته إلى أن مرضى القولون العصبي الذين يعانون من الإسهال والإمساك المتناوب (IBS-A) سجلوا درجات منخفضة في معظم أبعاد جودة الحياة، وفي دراسة لـ (Singh et al., 2015) توصلوا أن لدى مرضى (IBS-D) جودة حياة أقل مقارنة بالمرضى (IBS-C) كما كان لدى مرضى (IBS-M) درجات (QOL) أقل بكثير مقارنة بمرضى (IBS-C) وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة حديثة لـ (Khasawneh, 2024)، وهذا الاختلاف بين الدراسات يدل على التباين في المجال الزمني والمكاني لأجرائها، كما تثبت أن الفرد يمتاز بالمرونة والتكيف.

10. خاتمة: من خلال هذه الدراسة خلصنا إلى فهم أهم العوامل المؤثرة على جودة حياة مرضى متلازمة القولون العصبي وهي السن، نوع القولون العصبي، الجنس، تاريخ لاص واستنتجنا المصاب يستطيع تطوير آليات تكيفية تسمح بالتعايش مع أعراضه مع مرور الوقت، وهو ما يساعد في رفع مستويات جودة الحياة لديه، كما أن جودة حياة

المصابات بمتلازمة القولون العصبي هي أدنى مقارنة بالذكور الذين يعتبرون أكثر مقاومة لأعراضه، وهذا يفرض زيادة في الاهتمام والرعاية النفسية والطبية للإناث، وتوفير تكفل نفسي لجميع المرضى دون الأخذ بعين الاعتبار نوع القولون العصبي. فهذه الدراسة توفر للأخصائي النفسي والطبيب المعالج فهما دقيقا يستطيع من خلاله دفع المريض لوضعبروتوكول يوميساعده في ترقية سلوكه الصحي يتكيف من خلاله مع أعراض مرضه، ينتهي بهإلى تحسين نوعية حياته، مما ينمي طموحه إلى معاش نفسي جيّد، كما تساعد على تصميم وبناء برامج علاجية، ويمكن في الأخير اقتراح بعض الدراسات في ضوء النتائج البحثية المتحصل عليها:

- إجراء دراسات مقارنة مماثلةتشمل ولايات أخرى، من أجل معرفة الاثار المترتبة في أماكن أخرى.
- إجراء دراسة جودة الحياة بأمراض مزمنة تتعلق بالجهاز الهضمي.
- إجراء دراسة مقارنة بين المصابين بمتلازمة القولون العصبي وامراض مزمنة أخرى تتعلق بجودة الحياة لديهم.
- إجراءدراساتطوليةتتبعيةلمعرفة دور جودة الحياة في التكيف وتقبل المرض.

11. قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- المؤسسة الدولية لاضطرابات الجهاز الهضمي. (2023). <https://iffgd.org/gi-disorders/lower-gi-disorders/irritable-bowel-syndrome>.
بوروبة، نجاة. (2024). فعالية العلاج بالمخططات المبكرة غير المتكيفة ل: جيفري يونغ في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى الراشدين المصابين بمتلازمة القولون العصبي. مجلة البحوث التربوية والتعليمية. (المجلد 13)، 97-120.
بن سي سعيد، شهرزاد، وخطار، زهية. (2022). تأثير سمات الشخصية في نوعية الحياة لدى مرضى متلازمة الأمعاء المتهيجة- The effect of personality traits on quality of life in patients with irritable bowel syndrome. مجلة دراسات في علم نفس الصحة. 17(33)، 17-33.
بن سي سعيد، شهرزاد، وخطار، زهية. (2024). المتهيجة، تأثير العوامل الخمس الكبرى للشخصية على استراتيجيات التعامل لدى مرضى متلازمة الأمعاء The Effect The Big Five Factors Of Personality Traits On Coping Strategies In Patients With Irritable Bowel Syndrome. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 8(3)، 44-64.
عبد المؤمن، علي معمر. (2008). مناهج البحث في العلوم الاجتماعية. بنغازي. دار الكتب الوطنية.
محمد، عيسى. (2016). استراتيجيات التعامل مع القلق لدى مرضى القولون العصبي. دراسات في العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية ، 93_107.

المراجع الأجنبية

- Addante, R., Naliboff, B., Shih, W., Presson, A. P., Tillisch, K., Mayer, E. A., & Chang, L. (2019). Predictors of health-related quality of life in irritable bowel syndrome patients compared with healthy individuals. *Journal of clinical gastroenterology*, 53(4), 142-149.
- Alosaimi, M. A. (2016). Epidemiology of irritable bowel syndrome; a systematic review of literature. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 10(1).
- Andrae, D. A., Patrick, D. L., Drossman, D. A., & Covington, P. S. (2013). Evaluation of the Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QOL) questionnaire in diarrheal-predominant irritable bowel syndrome patients. . *Health and quality of life outcomes*.
- Ballou, S., McMahon, C., Lee, H., Katon, J., Andrea Shin, V. R., Singh, P., Nee, J., Camilleri, M., Lembo, A., & Iturrino, J. (2019). Effects of Irritable Bowel Syndrome on Daily Activities Vary Among Subtyp Based on Results From the IBS in America Survey. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17(12), 2471-2478.
- Björkman, I., Dellenborg, L., Ringström, G., Simrén, M., & Jakobsson Ung, E. (2014). The gendered impact of Irritable Bowel Syndrome: a qualitative study of patients' experiences. 70(6), . *Journal of advanced nursing*, 70(6), 1334-1343.
- Blanchard, E. B., Keefer, L., Galovski, T. E., Taylor, A. E., & Turner, S. M. (2001). Gender differences in psychological distress among patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(5), 271-275.
- Boucekkine, T., Nakmouche, M., ABousseloub, A., Balamane, A., GamarLeila, Kaddache, N., Bounab, N., Kecili, L., Belhocine, K., Layaïda, K., & Baïod, N. (2011, Mars). Prévalence et Caractéristiques Cliniques du Syndrome de l'Intesti Irritable de l'Adulte à Alger. *EPIDSII*.
- Brun-Strang, C., Dapoigny, M., Lafuma, A., Wainsten, J., & Fagnani, F. (2007). Irritable bowel syndrome in France : Quality of life, medical management, and costs : The Encolistudy. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol*, 19(12), 1097–1103.
- Cañón, M., Ruiz, A. J., Rondón, M., & Alvarado, J. (2017). Prevalence of irritable bowel syndrome and health-related quality of life in adults aged 18 to 30 years in a Colombian University: an electronic survey. *Annals of Gastroenterology: Quarterly Publi. Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 30(1), , 30(1), 67.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (éd. (2nd ed.)). (N. Hillsdale, Éd.) Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Egbert, C., Jan, T., Hans, T., Koen, L., Magnus, S., & Oudenhove, L. V. (2018). Development of Irritable Bowel Syndrome Features Over a 5-year Period. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 16(8), 244-1251.
- Ford, A., Forman, D., Bailey, A., AT, A., & Moayyedi, P. (2008). Fluctuation of gastrointestinal symptoms in the community: a 10-year longitudinal follow-up study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 28(8), 1013-1020.
- Jae Myun, P. M.-G. (2009). Quality of life of patients with irritable bowel syndrome in gKorea. *Quality of Life Research*, 18, 435–446.

- Jeffrey, Gudleski, G. D., Ma, C.-X., Dewanwala, A., & Naliboff, B. (2014). Fear of GI Symptoms has an Important Impact on Quality of Life in Patients With Moderate-to-Severe IBS. *Am J Gastroenterol*, 109(11), P1815–1823.
- Khasawneh, M. S. (2024). Utility of irritable bowel syndrome subtypes and most troublesome symptom in predicting disease impact and burden. *Neurogastroenterology & Motility*.
- Kopczyńska, M., Mokros, Ł., Pietras, T., & Małecka-Panas, E. (2018). Quality of life and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Review. Przegląd Gastroenterologiczn*, 13(2), 102-108.
- Levy, L., Von, M., Whitehead, W., Stang, P., & Saunders, K. (2001). Costs of care for irritable bowel syndrome patients in a health maintenance organization. *Am J Gastroenterol*, VOL 96, 3122-3129.
- Liang, A. M. (2016). Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome : A Narrative Overview. *Journal of Archives in Military Medicine*, 4(1), 1-8.
- Liu, C. Z. (2023). Gender Differences in Psychological Symptoms and Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease in China: A Multicenter Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(5).
- Locke, G., Zinsmeister, A., Talley, N., Fett, S., & Melton, L. (2000). Familial association in adults with functional gastrointestinal disorders. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(9), 907–912.
- Lovell, R., & Ford, A. (2012). Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 7(107), 991_1000.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide WHO. *Lancet*, 380(9846), 1011–1029.
- Melein, M., & Matricon, J. ((2014)). Gender-related differences in irritable bowel syndrome: potential mechanisms of sex hormones.. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(22), 6725–6743.
- Minocha, A., Johnson, W. D., Abell, T. L., & Wigington, W. C. (2006). Prevalence, Sociodemography, and Quality of Life of Older Versus Younger Patients with Irritable Bowel Syndrome : A Population-Based Study , *Digestive Disease. Digestive Diseases and Sciences*, 51(3), PP 446–453.
- Muhsin, S. N., Abass, A. A., & Hassan, M. M. (2023). Assessment of Quality of life in irritable bowel syndrome patients and detecting the factors that are associated with QoL in Thi-Qar-Iraq. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 30(5), 267-272.
- Park, J. H., Kang, S. H., Kim, J. S., Moon, H. S., Sung, J. K., & Jeong, H. Y. (2023). Contribution of sex and gender roles to the incidence of post-infectious irritable bowel syndrome in a prospective study . *Scientific Reports*, 13(1), 19467.
- Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. . *Psychiatry research*, 246, 407-414.
- Riedl, A., Schmidtman, M., Stengel, A., Goebel, M., Wisser, A.-S., Klapp, B. F., & Mönnikes, H. (2008). Somatic comorbidities of the irritable bowel syndrome — a systematic analysis. *J Psychosom Res*, 64(6), 573–582.

- Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol*, 20(22), 6759–6773.
- SAHRA, T. (2023). EVALUER L'EFFET DES RESEAUX SOCIAUX SUR L'EVOLUTION DES PATHOLOGIES FONCTIONNELLES DIGESTIVES (DYSPEPSIES ET COLOPATHIE) CHEZ LES ETUDIANTS. Diss. Université Kasdi Merbah-Ouargla, ALGER. <https://www.snfge.org/content/prevalence-du-syndrome-de-lintestin-irri>:
- Shorey, S. D. (2021). Adults living with irritable bowel syndrome (IBS): A qualitative systematic review,. *Journal of Psychosomatic Research*, 140(110289).
- Simén, M., Abrahamsson, H., Svedlund, J., & Björnsson, E. S. (2001). Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome Seen in Referral Centers Versus Primary Care : The Impact of Gender and Predominant Bowel Pattern,. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36(5), 545-552.
- Singh, P., Staller, K., Barshop, K., Dai, E., Newman, J., Yoon, S., Castel, S., & Kuo, a. B. (2015). Patients with irritable bowel syndrome-diarrhea have lower disease-specific quality of life than irritable bowel syndrome-constipation. *World J Gastroenterol*, 21(26), 8103–8109.
- Stasi, C., Bellini, M., Bassotti, G., Blandizzi, C., & Milani, S. (2014). Serotonin receptors and theirrole in the pathophysiology and therapy of irritable bowel syndrome. *Techniques in Coloproctology*, 18(7), 613-634.
- Sue, W., Roberts, L., Andrea Roalf, P. B., & Singh, S. (2004). Prevalence of irritable bowelsyndrome : a communitysurvey. The British Journal of General Practice. *he Journal of the Royal College of General Practitioners*, 54(504), 495-502.
- Tanaka, Y., Kanazawa, M., Fukudo, S., & Drossman, D. A. (2011). Biopsychosocial Model of Irritable Bowel Syndrom . *J Neurogastroenterol Motil*, 17(2), 131-139.
- Tang, Y., WW, Y., ML, L., XY, X., MF, W., & L, L. (2012). Age-related symptom and life quality changes in womenwith irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*, 18(48), 7175-7183.
- Tomita, M. &. (2019). Development of A Quality of Life Assessment Scale in Patients. *Journal of the Japanese Nursing Association*, 39, 127_136.
- Trindade, I. A., Melchior, C., Törnblom, H., && Simrén, M. (2022). Quality of life in irritable bowel syndrome: Exploring mediating factors through structural equation modelling. *Journal of Psychosomatic Research*, 159,(110809). <https://doi.org/10.1016>
- Wang, Y. T., Lim, H. Y., Tai, D., Krishnamoorthy, T. L., Tan, T., & Julian, S. B. (2012). Thumboo The impact of Irritable Bowel Syndrome on health-related quality of life : a Singapore perspective. *BMC Gastroenterology*, 12(104), 1_5.
- Weinland, S. R., & Drossman, D. A. (2013). Psychological factors and treatments in irritable bowel syndrome. Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and Clinical Management. *Anton Emmanuel, MD , United kingdom*, 183-213.
- Young, J. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide.* . , New York: guilford press.