وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعـة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والديموغرافيا

الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى مرضى السيلياك

دراسة ميدانية بخلية التضامن لمرضى السيلياك بمتليلي ولاية غرداية

مذكّرة مقدمة لاستكمال متطلّبات نيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالب (ة):

- بن يمنة أسيا
- عمراني كلثوم

إشراف الأستاذ:

نسيمة مزاور

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
بن عبد رحمان امال	جامعة غرداية	رئيسا
نسيمة مزاور	جامعة غرداية	مشرفا مقررا
تيشعبت ياسمينة	جامعة غرداية	مناقشا

الموسم الجامعي: **1447-1448هـ/2025-2026م**

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعـة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والديموغرافيا

الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى مرضى السيلياك

دراسة ميدانية بخلية التضامن لمرضى السيلياك بمتليلي ولاية غرداية

مذكّرة مقدمة لاستكمال متطلّبات نيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالب (ة):

- بن يمنة أسيا
- عمراني كلثوم

إشراف الأستاذ:

نسيمة مزاور

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
بن عبد رحمان امال	جامعة غرداية	رئيسا
نسيمة مزاور	جامعة غرداية	مشرفا مقررا
تيشعبت ياسمينة	جامعة غرداية	مناقشا

الموسم الجامعي: 1447-1448هـ/2025-2026م

الإهداء

"إلى السند الذي لم يملّ، والنور الذي لم ينطفئ... أمي وأبي واخوتي ، نجاحي اليوم هو نجاحكم، وفرحتي لا تكتمل إلا بابتسامتكم."

الإهداء

لم تكن الرحلة قصيرة ولا ينبغي لها أن تكون

لم يكن الحلم قريبا ولا الطريق كان محفوفاً بالتسهيلات

لكني فعلتها ونلتها.

إلى الذي زين اسمي بأجمل الألقاب، من دعمني بلا حدود وأعطاني بلا مقابل، من علمني أن الدنيا كفاح وسلاحه العلم والمعرفة داعمي الاول في مسيرتي وسندي وقوتي وملاذي بعد الله..... إلى فخري واعتزازي .....ابي ....

إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها واحتضنني قلبا قبل يدها وسهلت لي الشدائد بدعائها إلى القلب الحنون والشمعة التي كانت لي في الليالي المظلمات سر قوتي ونجاحي

.... امي ...

لكل من كان عونا وسندا في هاذا الطريق للأصدقاء الاوفياء ورفقاء السنين لأصحاب الشدائد والازمات أولهم اختي وسندي(سميرة)(سعاد،أسيا، بسمة، نجاة، فاطمة الزهراء، حفصة، دعاء)

أهديكم هاذا الانجاز وثمرة نجاحي الذي لطالما تمنيته ها أنا اليوم أكملت وأتممت أول ثمراته بفضله سبحانه وتعالى فالحمد لله على ما وهبني.

الشكر والعرفان

نتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير إلى قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، على ما يقدمه من تكوين علمي ومرافقة بيداغوجية ساهمت في إنجاز هذه المذكرة.

كما نتوجه بجزيل الشكر إلى الأستاذة المشرفة نسيمة مزاور على إشرافها القيّم، وتوجيهاتها العلمية، ونصائحها التي كان لها بالغ الأثر في إثراء هذا العمل وإخراجه في صورته النهائية.

ولا يفوتنا أن نشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذه المذكرة، سواء بالدعم أو التشجيع أو التوجيه.

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الى معرفة مستوى الصلابة النفسية واليات التعامل لدى المصابين بمرض سيلياك بمتليلي ولاية غرداية؛ واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي؛ وطبقت الدراسة على عينة قوامها 50 مريضا؛ واستخدمت الدراسة مقياس الصلابة النفسية لمخيمر ومقياس اليات التعامل لكارفر وشايير وبعد المعالجة الاحصائية توصلت الدراسة إلى نتائج التالية :

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصاية بين الصلابة النفسية واليات التعامل لدى المصابين بمرض سيلياك
- مستوى الصلابة النفسية مرتفع لدى المصابين بمرض سيلياك.
- الاليات اكثر استخداما لدى المصابين بمرض سيلياك تتمثل في إعادة التفسير الايجابي .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس والسن والحالة الاجتماعية والحالة الاقتصادية؛ وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير مدة إصابة بالمرض.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير الجنس والسن والحالة الاجتماعية والحالة الاقتصادية؛ وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير مدة إصابة بالمرض.

الكلمات مفتاحية: الصلابة النفسية ؛ اليات التعامل؛ مرض السيلياك.

Abstract:

The present study aims to identify the level of psychological hardiness and coping strategies among patients with Celiac disease in Metlili, Ghardaïa Province. The study adopted the descriptive approach and was conducted on a sample of 50 patients. The study used Mokheimer's Psychological Hardiness Scale and the Coping Strategies Scale developed by Carver and Scheier. After statistical analysis, the study reached the following results:

- There is a statistically significant correlational relationship between psychological hardiness and coping strategies among patients with Celiac disease.
- The level of psychological hardiness is high among patients with Celiac disease.
- The most commonly used coping strategy among patients with Celiac disease is positive reinterpretation.
- There are no statistically significant differences in the level of psychological hardiness attributable to gender, age, marital status, or economic status; however, there are statistically significant differences attributable to the duration of the disease.
- There are no statistically significant differences in the level of coping strategies attributable to gender, age, marital status, or economic status; however, there are statistically significant differences attributable to the duration of the disease.

Keywords: Psychological hardiness; Coping strategies; Celiac disease.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

الإهداء

الشكر

ملخص الدراسة

قائمة المحتويات

فهرس الجداول

مقدمة :..... 1

الفصـــل الأول: الإطـار العـــام للـــدراســـة

1. إشكالية الدراسة: 4

2. فرضيات الدراسة: 8

3.أهداف الدراسة : 8

4. أهمية الدراسة :..... 9

5. المفاهيم الإجرائية للدراسة : 9

6.الدراسات السابقة :..... 10

6.التعقيب على الدراسات : 13

الفصل الثاني: الصلابة النفسية

تمهيد..... 16

2. بعض المفاهيم المقاربة للصلابة النفسية : 18

3. اهمية الصلابة النفسية : 19

4. خصائص الصلابة النفسية :..... 21

5. ابعاد الصلابة النفسية:..... 22

6. النظريات المفسرة للصلابة النفسية:..... 24

7. العوامل المؤثرة في الصلابة النفسية : 26
9. الفرق بين الجنسين في الصلابة النفسية : 27
خلاصة الفصل 29

الفصل الثالث: آليات التعامل

تمهيد 31
1.التعريف الاصطلاحي لآليات التعامل: 32
2. مفهوم آليات التعامل 32
3. أهداف آليات التعامل 33
4 .خصائص آليات التعامل 33
5. أشكال آليات التعامل 34
6. النظريات والنماذج المفسرة لآليات التعامل : 38
خلاصة الفصل 41

الفصل الرابع : مرض السيلياك

تمهيد 43
1. مفهوم مرض السيلياك : 44
1.التعريف الطبي للسيلياك : 44
3.مفهوم مرض السيلياك : 44
3. المظاهر السريرية والأنماط الإكلينيكية للاضطرابات المرتبطة بالغلوتين والقمح 47
4.أسباب مرض السيلياك : 49
5. طرق تشخيص مرض السيلياك : 55
6. مرض السيلياك الوقاية والعلاج : 58
خلاصة الفصل : 60

الفصـــل الخامس فصل عرض وتحليل

تمهيد: 63

1- منهج الدراسة: 64

2- الدراسة الاستطلاعية: 64

5- عينة الدراسة: 66

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية: 84

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: 88

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة: 89

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة: 91

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة: 92

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السابعة: 93

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثامنة: 94

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية التاسعة: 96

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية العاشرة: 97

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الحادي عشر: 98

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثاني عشر: 99

الاستنتاج العام: 101

الاستنتاج : 105

المراجع 106

فهرس الجداول

الجدول رقم (01) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.....66
الجدول رقم (02) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.....66
الجدول رقم (03) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية.....67
الجدول رقم (04) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاقتصادية.....67
الجدول رقم (05) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير تاريخ بداية المرض.....68
الجدول رقم (06) يمثل الارتباط بين البنود والدرجات الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها.....69
الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لأبعاد المقياس مع درجته الكلية.....71
الجدول (08) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الصلابة النفسية.....71
الجدول (09) يوضح ثبات الفاكروباخ لمقياس الصلابة النفسية.....72
الجدول رقم (10): يوضح ثبات مقياس الصلابة النفسية.....72
الجدول رقم (11) يمثل الارتباط بين البنود والدرجات الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها.....74
الجدول رقم (12) يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لأبعاد المقياس مع درجته الكلية.....77
الجدول (13) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس اليات التعامل.....78
الجدول (14) يوضح ثبات الفاكروباخ لمقياس اليات التعامل.....78
الجدول رقم (15): يوضح ثبات مقياس اليات التعامل.....79
الجدول رقم (16): يبين نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات إجابات أفراد العينة.....81
الجدول رقم (17) يوضح قيمة معامل ارتباط بيرسون المتغيرين.....83
الجدول رقم (18) يمثل مستوى الصلابة النفسية المصابين بمرض السيلياك.....84
الجدول رقم (19) يمثل مستوى الصلابة النفسية المصابين بمرض السيلياك.....85
الجدول رقم (20) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....88
الجدول رقم (21) يمثل قيمة اختبار "' ف"' لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....89
الجدول رقم (22) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....91
الجدول رقم (23) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....92
الجدول رقم (24) يمثل قيمة اختبار "' ف"' لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....93
الجدول رقم (25) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....94
الجدول رقم (26) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....97

الجدول رقم (27) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....98
الجدول رقم (28) يمثل قيمة اختبار "' ف"' لمعرفة الفرق متغيري الدراسة.....99

مقدمة

مقدمة

مقدمة :

شهد الاهتمام بالأمراض المزمنة في العقود الأخيرة تزايدًا ملحوظًا، خاصة تلك التي تجمع بين البعد الجسمي والبعد النفسي في آن واحد، ومن بين هذه الأمراض يبرز مرض السيلياك الذي تعود جذور وصفه الطبي –كما تذكر المراجع التاريخية – إلى القرن الأول الميلادي على يد الطبيب الإغريقي أريتايوس، ثم عُرف لاحقًا في القرن الثامن عشر تحت مسمى"Sprue" قبل أن تتضح علاقته بالغلوتين في منتصف القرن العشرين مع أعمال الطبيب الهولندي ويليم ديك. وقد مثّل اكتشاف الصلة بين تناول الحبوب المحتوية على الجلوتين وتدهور الحالة الصحية للمصابين نقلة نوعية في فهم هذا المرض بوصفه اضطرابًا مناعيًا ذاتيًا مزمنًا يستهدف الأمعاء الدقيقة ويتطلب حمية غذائية صارمة خالية من الجلوتين مدى الحياة.

وهذا التدخل المناعي لا يُعد مجرد استجابة تحسسية عابرة، بل هو استنزاف مستمر لبنية الأمعاء يعيق قدرة الجسم على امتصاص العناصر الغذائية الأساسية. إن حتمية الالتزام بهذا النمط الغذائي مدى الحياة تضع المريض أمام واقع جديد، حيث يتحول الطعام من تلبية لحاجة بيولوجية ومصدر للتلذذ إلى مصدر للتهديد المستمر، مما يفرض حالة من اليقظة الدائمة والمراقبة الصارمة لكل ما يستهلكه الفرد، وهو ما يمهد لظهور ضغوطات تتجاوز الجسد لتلامس البناء النفسي.

ومع تطور الأبحاث الطبية والوبائية، تبيّن أن نسبة انتشار مرض السيلياك عالمياً تقترب من 1% ، مع تسجيل نسب قد تتجاوز هذا المتوسط في بعض البلدان، ومن بينها الجزائر حيث تشير بعض الدراسات إلى معدلات انتشار أعلى نسبيًا، وهو ما يزيد من أهمية تناول هذا الاضطراب بالدراسة في سياقه المحلي. غير أن الاهتمام لم يعد مقتصرًا على الأعراض الهضمية والمضاعفات العضوية فحسب، بل امتد ليشمل الآثار النفسية والاجتماعية المرافقة له، خاصة أن الالتزام اليومي بحمية خالية من الجلوتين، وما يفرضه من قيود غذائية في المناسبات العائلية والاجتماعية، قد ينعكس على تجربة المريض الذاتية وعلى جودة حياته بشكل عام.

وتبرز حدة هذه الآثار النفسية والاجتماعية بشكل جلي في البيئة الجزائرية عموماً، والتي تتسم بمركزية الأطباق المعتمدة على القمح والسميد في ممارساتها اليومية وطقوسها الاحتفالية. فالمائدة ليست مجرد مساحة لتناول الطعام، بل هي رمز للتلاحم الأسري والضيافة، مما يجعل انفراد مريض السيلياك بحمية خاصة تجربة قد تتسم أحياناً بالشعور بالعزلة، أو الحرمان، أو حتى الإحراج الاجتماعي، وهو ما يضاعف من حجم التحدي الذي يعيشه المريض ليتجاوز حدود العضوية ويصل إلى صميم انتمائه الثقافي والاجتماعي.

في هذا الإطار، برزت مفاهيم حديثة في علم النفس الإيجابي كـ"الصلابة النفسية" منذ أواخر سبعينيات القرن الماضي مع أعمال كوبازا ومادي، لتفسّر لماذا يستطيع بعض الأفراد المحافظة على توازنهم النفسي والجسمي رغم تعرضهم

لضغوط مزمنة، بينما يعجز آخرون عن ذلك. كما حظيت "آليات التعامل" باهتمام واسع في الأدبيات النفسية بوصفها الأدوات التي يوظفها الفرد للتكيف مع المواقف الضاغطة، لاسيما في حالات الأمراض المزمنة التي تستدعي إعادة تنظيم دائمة لنمط الحياة، وهو ما يجعل دراسة الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى مرضى السيلياك موضوعًا ذا راهنية علمية وتطبيقية في بيئة كولاية غرداية حيث يتقاطع البعد الصحي مع البعد الثقافي والاجتماعي للنمط الغذائي السائد.

فالصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الالتزام، التحكم، والتحدي) تشكل درعاً واقياً يوجه المريض لاختيار آليات تعامل إيجابية وفعالة، سواء كانت متمحورة حول حل المشكلة كالبحث عن بدائل غذائية تتوافق مع الأطباق المحلية، أو متمحورة حول الانفعال كإدارة مشاعر القلق والإحباط. ومن هنا، تنبثق الضرورة الملحة لهذه الدراسة، التي تسعى إلى تفكيك العلاقة التفاعلية بين البناء النفسي للمريض واستراتيجياته التكيفية في ظل الخصوصية السوسيو-ثقافية للمنطقة.

الجانب النظري

الفصـــل الأول: الإطـار العـــام للـــدراســـة

1. الإشكالية.
2. فرضيات الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. المفاهيم الإجرائية.
6. الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

1. إشكالية الدراسة:

"تُصنف الأمراض المزمنة ضمن أبرز المعضلات الطبية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، حيث تتصف بمسارها البطيء واستمرارها مع المصاب مدى الحياة. ويشكل مرض السيلياك (الداء الزلاقي) نموذجاً بارزاً لهذه الأوبئة، وهو عبارة عن خلل معوي التهابي مزمن ينجم عن تحسس جيني مفرط يصيب الجهاز المناعي عند تناول الغلوتين. ونظراً لغياب الحلول الدوائية، يرتكز خط الدفاع الوحيد على اتباع نظام غذائي حازم وخالٍ تماماً من الغلوتين، مما يفرض على المريض تجنب المأكولات والمخبوزات المصنوعة من القمح والشعير، والتحذير من الشوفان التقليدي بسبب محتواه من بروتينات مشابهة أو تعرضه للتلوث الخلطي." (سرغيني، 2024، ص56).

ويُعرَّف مرض السيلياك طبياً بأنه اضطراب مناعي ذاتي مزمن يستهدف الأمعاء الدقيقة عند تناول الغلوتين الموجود في القمح والشعير. ويعود أقدم وصف سريري له إلى الطبيب الإغريقي أريتايوس في القرن الأول الميلادي، قبل أن يُكشف دور الغلوتين في تفاقمه في منتصف القرن العشرين على يد الطبيب الهولندي ويليم ديك. وتشير التقارير الحديثة إلى انتشاره بنسبة 1% عالمياً، مع ارتفاع ملحوظ في الجزائر يصل إلى 1.5%، ويُعزى ذلك للنمط الغذائي القائم على الحبوب.

وتؤكد العديد من الدراسات الديموغرافية للمرض أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالمرض مقارنة بالذكور بنسبة تقارب 2 % إلى 1%، وهو نمط شائع في معظم الأمراض المناعية الذاتية، وبالنظر إلى الفئات العمرية، فإن المرض لا يقتصر على مرحلة الطفولة كما كان يعتقد قديماً، فبينما يظهر لدى الأطفال غالباً في سن مبكرة (ما بين 6 أشهر وسنتين) مع بدء إدخال الأطعمة الصلبة، يشهد العصر الحالي تزايداً في حالات التشخيص لدى البالغين والراشدين في العقدين الثالث والرابع من العمر، حيث قد يظل المرض كامناً لسنوات قبل أن يتم تحفيزه بعوامل بيئية أو فيزيولوجية، مما يجعله تحدياً صحياً يتطلب تشخيصاً دقيقاً وحمية غذائية صارمة خالية من الغلوتين مدى الحياة كعلاج وحيد وفعال (سحر، 2020، ص 42).

ويتم تشخيص مرض السيلياك عبر بروتوكول طبي دقيق يبدأ غالباً باختبارات الدم للبحث عن أجسام مضادة محددة، وفي حال ظهور نتائج إيجابية، يتم اللجوء إلى "المعيار الذهبي" للتشخيص وهو إجراء منظار للأمعاء الدقيقة لأخذ خزعات نسيجية تظهر مدى تضرر الخملات المعوية، أما من حيث العلاج فلا يوجد حتى الآن علاج دوائي أو جراحي لهذا الاضطراب، ويظل الحل الوحيد والفعال هو الالتزام الصارم والدائم بـ حمية غذائية خالية تماماً من الغلوتين (GFD) مدى الحياة، حيث يؤدي استبعاد القمح ومشتقاته إلى ترميم الأمعاء واختفاء الأعراض وتجنب المضاعفات الخطيرة مثل هشاشة العظام أو الأورام اللمفاوية المعوية (MSD Manual Consumer Version, 2024)

وهذا الاضطراب الغذائي قد يخلق تحديا صعبا خاصة في الازمات الكبرى مثل جائحة كورونا (كوفيد-19) وما بعدها، فقد واجه مرضى السيلياك عواقب مزدوجة، فمن الناحية الغذائية أدى الإغلاق واضطراب سلاسل

الإمداد إلى صعوبة بالغة في الحصول على المنتجات الخاصة الخالية من الغلوتين، مما عرض البعض لخطر "التلوث" أو الاضطرار لاستهلاك أطعمة غير آمنة، ومن الناحية الصحية، ورغم أنه لا يوجد دراسات اهتمت بدراسة الإصابة بالفيروس لدى مرضى السيلياك، إلا أن القلق النفسي والضغط العصبي خلال الجائحة أدى لدى الكثيرين إلى ظهور أعراض هضمية حادة، وفي مرحلة ما بعد الجائحة، برزت تحديات تتعلق بالتأخر في التشخيص للحالات الجديدة بسبب الضغط على المنظومات الصحية، بالإضافة إلى ظهور دراسات تبحث في احتمالية أن تؤدي بعض العدوى الفيروسية الشديدة إلى تحفيز ظهور بعض الأمراض لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي ولم تظهر عليهم الأعراض سابقاً.

وقد كشفت دراسة Joelson)2018) أن الالتزام بالحمية الخالية من الغلوتين يُولّد صعوبات يومية تنعكس سلباً على الصحة النفسية وجودة الحياة، إذ يعاني المريض في المراحل الأولى من عدم تقبّل المرض والقلق من مضاعفاته، مما يُفضي إلى الإحباط المتكرر والاكتئاب. غير أن ثمة مرضى يتحوّل لديهم المرض إلى دافع للنمو الشخصي وتحقيق الأهداف، وهو ما يرتبط بامتلاكهم لسمة الصلابة النفسية.

حيث تُمثّل الصلابة النفسية سمةً شخصية تُمكّن الفرد من تحويل الضغوط إلى مواقف أقل تهديداً، وتؤدي دور الوسيط بين إدراك الفرد لتجاربه الضاغطة وبين قدرته على مواجهتها. وتتباين أساليب مواجهة الضغط تبعاً للشخصية والسيطرة على الانفعالات، لا سيما لدى مصابي الأمراض المزمنة.

وتنتمي الصلابة النفسية إلى مفاهيم علم النفس الإيجابي، وقد أرست كوبازا (1979) أُسسها النظرية من خلال بحثها في المتغيرات النفسية التي تُعين بعض الأفراد على الحفاظ على صحتهم رغم الضغوط، خلافاً لمن يُصابون بالمرض في ظروف مماثلة.

فتُعد الصلابة النفسية حجر الزاوية في إدارة التعايش مع مرض السيلياك، حيث تتجاوز العلاقة بينهما مجرد التكيف لتصل إلى التأثير الصدى على جودة الحياة الصحية فالصلابة النفسية، بمكوناتها الثلاثة (الالتزام، التحكم، والتحدي)، تعمل

كمتغير وسيط يخفف من حدة الضغوط الناجمة عن القيود الغذائية الصارمة، فالمريض الذي يتمتع بمستوى عالٍ من الصلابة يدرك أن "الحمية الخالية من الغلوتين" ليست عائقاً اجتماعياً أو حرماناً، بل هي خيار واعي للسيطرة على جسده وحمايته من المضاعفات.

كما أن انخفاض مستويات الصلابة النفسية لدى مرضى السيلياك قد يرتبط طردياً بزيادة أعراض الاكتئاب والقلق الاجتماعي، خاصة في البيئات التي يغلب عليها استهلاك الحبوب كالمجتمع الجزائري، حيث يواجه المريض تحديات يومية في المناسبات الاجتماعية وتوفر البدائل، في المقابل تساهم الصلابة النفسية العالية في تعزيز الامتثال العلاجي، إذ ينظر المريض إلى الصعوبات المرافقة للمرض كفرص للنمو الشخصي وتطوير نمط حياة صحي، مما يقلل من الاستجابات الفسيولوجية للضغط النفسي التي قد تؤدي بدوره إلى تهيج الأمعاء حتى في غياب الغلوتين، لذا فإن

الدعم النفسي الهادف لتعزيز هذه السمة لا يقل أهمية عن الاستشارة الغذائية، كونها الضمانة النفسية لاستمرار المريض في الالتزام بالحمية دون الشعور بالاغتراب أو العجز.

"وفي هذا الإطار، يرى 'هانتون' أن الفرد الذي يتميز بالصلابة النفسية يمتلك القدرة على توظيف عمليات التقييم وإستراتيجيات المواجهة بكفاءة عالية، مما يعكس تمتيعه بمستوى متقدم من الثقة بالنفس. وبناءً على ذلك، يميل هذا الفرد إلى إدراك المواقف الضاغطة بوصفها أقل تهديداً، ومن ثمَّ يعيد صياغتها وبناءها معرفياً لتصبح أكثر إيجابية. وعلاوة على ذلك، فإن تفاعل الإنسان مع بيئته يضعه في حالة ديمومة للبحث عن مواءمة مستمرة بين مكوناته الذاتية والظروف المحيطة به، وهو ما يُعرف بـ 'أساليب مواجهة الضغوط'؛ إذ يسعى الفرد من خلالها إلى إحداث توازن ديناميكي بين ذاته ومتطلباته الخارجية، إما بتعديل بنيته الداخلية — عبر تطوير آليات التعامل، وتعبئة الطاقات، وإعادة هيكلة الأفكار والأهداف — أو بالسعي نحو تغيير البيئة الخارجية وتطويعها لتخفيف حدة الضغط." (خطاب وآخرون، 2022، ص04).

لهذا فإن مرضى السيلياك يحتاجون دائما لتقبل مرضهم واتباع المراحل اللازمة التي تساهم في جعلهم ذوي صلابة نفسية من جهة، ويتكيفون مع وضعهم ومواقفهم من جهة أخرى، ومنه يمكن أن تعبر الصلابة النفسية لديهم على مدى صمودهم، بينما تعبر آليات التعامل مع الضغوط على قدرتهم على التكيف على مرضهم من جهة وعلى ظروف الحياة من جهة أخرى، إذ أن التحكم في الضغوط النفسية وإدارتها يعد شرطا أساسيا لتفادي المضاعفات وتحقيق جودة حياة أفضل، ولا يتحقق ذلك إلا بتبني آليات تعامل نشطة قادرة على دعم التوازن النفسي والجسدي بشرط أن يعي كيفية تحمل المواقف الضاغطة، وماهي الأساليب الأكفأ على إدارتها(بوفضة وقماز، 2025 ، ص 570).

فمن المؤكد أن الفرد لا يستطيع أن يعيش دون ضغوط فالحياة سلسلة من الضغوط، والتوترات وخلو الفرد منها يعني الموت، وإذا كان لا مناص من معايشة الفرد للضغوط والتوترات في الحياة، فلابد أن تكون بقدر ومستوى معين، حيث أن قدرا معينا من الضغوط مطلوبا وضروريا ليضل الفرد في حالة من النشاط والإنجاز فكل فرد منا يستطيع تحقيق مستوى ملائما من التوافق الشخصي والاجتماعي ولكن الضغوط الحادة، والمزمنة في مستواها تنطوي على العديد من النتائج المعرفية والسلوكية، والانفعالية قد تعيق قدرة الفرد وتوافقه داخل مكان العمل والضغوط ليست جميعها سلبية، أو حالة مرضية وغير سوية، بل قد تكون حالة صحية ودافعية للسلوك الجيد، والنجاح والتفوق وحافزا على الإنجاز، وتحقيق الذات، والإقدام على الحياة والرغبة فيها والاستمتاع بها (بن عبد السلام والهلي، 2021، ص 84)

كما تعتبر آليات التعامل بمثابة الأدوات النفسية والسلوكية التي يستعين بها مريض السيلياك لإدارة الضغوط اليومية الناتجة عن مرضه، وهي تنقسم أكاديمياً إلى آليات مركزة على المشكلة وأخرى مركزة على الانفعال: فتتمثل الآليات المركزة على المشكلة في سعي المريض النشط للسيطرة على نظامه الغذائي، ويبدأ ذلك بـ التثقيف الذاتي العميق حول

مصادر الغلوتين الخفية وقراءة الملصقات الغذائية بدقة، وصولاً إلى مهارة التخطيط المسبق للوجبات عند التواجد في بيئات اجتماعية أو أثناء السفر، في البيئة الجزائرية تحديداً، تبرز آلية البحث عن البدائل المحلية (مثل دقيق الذرة أو الأرز) كآلية تعامل فعالة لتقليل الشعور بالحرمان وتكلفة المنتجات المستوردة، هذه الآليات تمنح المريض شعوراً بـ الكفاءة الذاتية والقدرة على إدارة حياته رغم القيود الصحية.

أما الآليات المركزة على الانفعال، فتشمل الجهود المبذولة لتنظيم المشاعر السلبية كالقلق من التلوث الخلطي أو الشعور بالاغتراب الاجتماعي، وهنا تبرز أهمية المساندة الاجتماعية من خلال الانخراط في جمعيات المرضى أو مجموعات الدعم الافتراضية، حيث يجد المريض "تطبيعاً" لمعاناته وتبادلاً للخبرات يقلل من حدة التوتر النفسي، كما يلجأ المرضى ذوو الصلابة النفسية العالية إلى آلية إعادة الصياغة الإيجابية، حيث يتم النظر إلى الحمية ليس كقيد، بل كنمط حياة صحي يقي الجسد من أمراض مستقبلية، مما يحول تجربة المرض من أزمة صحية إلى فرصة للوعي الغذائي والجسدي.

ومنه إن قدرة الفرد وبالأخص الذي يعاني من مرض مزمن على مواجهة هذه الضغوطات التي يمر بها، واختيار الأسلوب الأنسب لذلك يعد تحديا بالنسبة له ومن خلاله يستطيع أن يتكيف ويتأقلم مع جميع الظروف التي تتصادم معها مواقف الحياة، لهذا فإن اختيار أسلوب مواجهة سلبي كان أو إيجابي ما هو إلا انعكاس لمستوى الصلابة النفسية الذي يتمتع بها مريض السيلياك، فالصلابة النفسية هي المنصة التي يقف عليها المريض، وآليات المواجهة هي الجسور التي يعبر بها نحو التعايش، فكلما زادت صلابة المريض، كانت آليات تعامله أكثر نضجاً وفاعلية، مما يؤدي في النهاية إلى حالة من "التوافق النفسي والجسدي" مع السيلياك، محولاً إياه من عائق إلى مجرد "نمط حياة" مختلف.

وتأسيساً على هذا الطرح، تتمحور دراستنا الحالية حول استكشاف طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل مع الضغوط لدى المصابين بمرض السيلياك في ولاية غرداية، ويستمد هذا البحث أهميته من عدة اعتبارات جوهرية؛ يأتي في مقدمتها الارتباط الوثيق للموضوع بمجال علم النفس العيادي، والحاجة الملحة لفهم الأبعاد السيكولوجية العميقة التي تلازم الحالات المرضية المزمنة، كما يعود اختيارنا لهذا الموضوع إلى ملاحظة شحّ البحوث التي تناولت المتغيرات النفسية لدى هذه الفئة تحديداً، مما ولّد لدينا دافعاً معرفياً للتقصي حول ماهية هذا المرض وآثاره السلوكية والنفسية، سعياً للمساهمة في إثراء المكتبة العلمية وتقديم فهم شمولي يدعم هذه الشريحة من المرضى.

وللتعمق أكثر في هذا الموضوع قمنا بطرح التساؤل العام التالي:

- **هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية؟**
- وتندرج تحت التساؤل العام التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية؟
- ماهي آليات التعامل الأكثر استخداما لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي ، الحالة الاقتصادية ، الحالة الاجتماعية ، السن ، تاريخ بداية المرض)؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى آليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي ، الحالة الاقتصادية ، الحالة الاجتماعية ، السن ، تاريخ بداية المرض)؟

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دالة إحصائية بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية.

الفرضيات الفرعية:

- مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السيلياك متوسط.
- آليات التعامل الاكثر استخداما لدى مرضى السيلياك هي التريث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي، الحالة الاقتصادية ، الحالة الاجتماعية ، السن ، تاريخ بداية المرض)
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى آليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي ، الحالة الاقتصادية ، الحالة الاجتماعية ، السن ، تاريخ بداية المرض)

3.أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية.
- الكشف عن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السيلياك بولاية غرداية.
- تحديد أكثر آليات التعامل استخدامًا لدى مرضى السيلياك بولاية غرداية.
- التعرف على الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السيلياك تبعًا لمتغير النوع الاجتماعي.
- التعرف على الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السيلياك تبعًا لمتغير الحالة الاقتصادية.
- التعرف على الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السيلياك تبعًا لمتغير الحالة الاجتماعية.

- التعرف على فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرضى السيلياك لمتغير السن.
- التعرف على الفروق في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك لمتغير بداية المرض
- التعرف على الفروق في مستوى آليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك لمتغير النوع الاجتماعي
- التعرف على الفروق في آليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك لمتغير السن
- التعرف على الفروق في مستوى آليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك لمتغير الحالة الاجتماعية
- التعرف على الفروق في مستوى آليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك لمتغير الحالة الاقتصادية
- التعرف على الفروق في مستوى آليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك لمتغير تاريخ بداية المرض

4. أهمية الدراسة :

- تسليط الضوء على العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى مرضى السيلياك باعتبار المرض من الأمراض المزمنة التي تتطلب نمط حياة خاص.
- إبراز أهمية الصلابة النفسية كعامل وقائي يساعد المرضى على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمرض.
- المساهمة في فهم آليات التعامل التي يعتمدها مرضى السيلياك في مواجهة المواقف الضاغطة المرتبطة بالنظام الغذائي والحياة اليومية.
- تقديم معطيات علمية يمكن الاستفادة منها في إعداد برامج إرشادية ونفسية موجهة لمرضى السيلياك.
- مساعدة المختصين في المجال النفسي والصحي على تطوير أساليب دعم نفسي تسهم في تحسين جودة حياة المرضى.
- إثراء البحوث والدراسات النفسية المتعلقة بالأمراض المزمنة والصلابة النفسية وآليات التعامل.

5. المفاهيم الإجرائية للدراسة :

تضمنت دراستنا الحالية ثلاث مفاهيم وهي الصلابة النفسية، أليات التعامل ، مرضى السيلياك:

- **الصلابة النفسية:**

وهي مجموعة من المهارات والاعتقادات التي تجعل المصاب بمرض مزمن أكثر تقبلاً لحالته، وأقدر على تنظيم حياته اليومية بما يتوافق مع متطلبات العلاج، معتبراً معاناته جزءاً من خبرة حياتية يمكن تجاوزها.

وتُقاس الصلابة النفسية إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحققها المريض المصاب بالسيلياك على والمكون من 48 بند. (مخيمر ،2002).

- **آليات التعامل:**

وهي الوسائل والأساليب التي يوظفها الأفراد للتكيف مع نمط الحياة والقيود الاجتماعية والصحية، بهدف خفض حدة التوتر والقلق وتحقيق نوع من التوازن النفسي والاجتماعي.

وتُقدَّر آليات التعامل إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يسجلها المريض المصاب بالسيلياك على مقياس مواجهة الضغوط المكوّن من 60 بنداً. (كارفر وشايير، 1989.)

– مرضى السيلياك :

فهم الأشخاص الذين تم تشخيصهم بأن لديهم حساسية تجاه المواد الغذائية التي تحتوي على جلوتين، وأي استهلاك لأحد هذه الأغذية يسبب مضاعفات في الجسم مما ينتج عنده مجموعة من الأعراض كالدوار والغثيان، ومجموعهم في الدراسة الحالي 50 مريض.

6.الدراسات السابقة :

تعد الدراسات السابقة بمثابة الزاد العلمي للباحث، والتي تساهم في تحديد مسار دراسته بطريقة علمية منتظمة أي أنها كمرجع يعود له لتحديد موضوعه بدقة، لهذا تم في دراستنا الحالية المتعلقة بموضوع الصلابة النفسية وآليات التعامل التوصل الى لمجموعة من الدراسات السابقة والتي تتمثل فيما يلي :

1. دراسة ميطر عائشة وعبد اللاوي عمر سنة (2023) بعنوان: "العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى أستاذات قطاع التربية"

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى أستاذات قطاع التربية، مستخدمةً المنهج الوصفي على عينة مكونة من 102 أستاذة. وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال بين المتغيرين في عدد من الأبعاد كإعادة التفسير الإيجابي والمواجهة النشطة والتخطيط، فضلاً عن أن مستوى الصلابة النفسية لدى هذه الفئة جاء مرتفعاً، وأن المواجهة الدينية كانت الأسلوب الأكثر توظيفاً في التعامل مع الضغوط. (ميطر وعبد اللاوي ، 2023، ص 45).

تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على فئة مهنية (الأستاذات) تتعرض لضغوط مهنية واجتماعية مستمرة، مما يثري فهمنا لكيفية عمل "الصلابة النفسية" كمتغير وسيط في مواجهة الضغوط اليومية.

2. دراسة خطاب إسماعيل نعيمة وآخرون سنة (2022) بعنوان: " مستوى الصلابة النفسية وعلاقته أليات التعامل لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين".

سعت هذه الدراسة إلى استكشاف مستوى الصلابة النفسية وعلاقتها بآليات التعامل لدى طلبة الثانوية المتفوقين مقارنةً بالعاديين، على عينة قوامها 50 طالباً. وكشفت النتائج أن المتفوقين يميلون أكثر لتوظيف آليات إيجابية في مواجهة الضغوط، وأن مستوى صلابتهم النفسية أعلى من نظرائهم العاديين، مع وجود ارتباط دال بين أبعاد الصلابة الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي) وآليات التعامل لدى المجموعتين. (خطاب وآخرون، 2022، ص 67).

قدمت هذه الدراسة إضافة نوعية من خلال "المقارنة" بين فئتين (المتفوقين والعاديين)، مما يبرز دور الصلابة النفسية في التمايز الأكاديمي والوظيفي. حيث تثبت النتائج وجود ارتباط دال بين أبعاد الصلابة الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي) وآليات التعامل الإيجابية. هذا يخدم بحثنا حول مرضى السيلياك

3. **دراسة جعرير سليمة واليزيد نذيرة سنة (2021)** بعنوان:" علاقة الصلابة النفسية اليات التعامل لدى طلبة مرضى بداء السكري"

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى طلبة مرضى بداء السكري، وأُجريت على عينة قصدية من 25 مصاباً بالمرض باستخدام المنهج الوصفي. وخلصت النتائج إلى وجود ارتباط إحصائي دال بين الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية وآليات التعامل لدى هؤلاء المرضى. (جعرير واليزيد ، 2021، ص 39).

ان هذه الدراسة تعتبر الأقرب من حيث طبيعة العينة وموضوع الدراسة، حيث ركزت على فئة تعاني من مرض مزمن (السكري) يتطلب هو الآخر إدارة ذاتية مستمرة.و تعتبر هذه الدراسة "دراسة مرجعية" لبحثنا. فكلا الداءين (السكري والسيلياك) يتطلبان تغييراً جذرياً في نمط الحياة والالتزام بحمية غذائية مدى الحياة.

4. **دراسة عمومن رمضان سنة (2021)** بعنوان: مستوى الصلابة والصحة النفسية وأهم اليات التعامل لدى عمال مؤسسة سوناطراك –DML – بالأغواط".

سعت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الصلابة النفسية والصحة النفسية وأبرز آليات التعامل لدى عمال مؤسسة سوناطراك – DML – بالأغواط، معتمدةً المنهج الوصفي على عينة من 30 عاملاً، وذلك بتطبيق مقياس الصلابة النفسية لمخيمر بتكييف معمرية (48 بنداً) ومقياس آليات التعامل (38 بنداً) وأداة لقياس الصحة النفسية. وأسفرت النتائج عن:

- مستوى الصلابة والصحة النفسية لدى عينة الدراسة مرتفع.

توصلت الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية والصحة النفسية لدى أفراد العينة جاء مرتفعاً، وأن أبرز آليات التعامل التي يلجأ إليها العمال للتعامل مع الضغوط تمثّلت في الدعم الاجتماعي، يليه حل المشكلات ثم التفريغ العاطفي والتدين، في حين جاءت آليات الانسحاب ولوم الذات في المراتب الأخيرة. (عمومن ، 2021، ص 52).

يمكن اعتبار ان هذه الدراسة تكتسب أهميتها من بيئة التطبيق (قطاع النفط/سوناطراك)، وهي بيئة عمل تتسم بمستوى عالٍ من التوتر المهني، تركيز الدراسة على الجمع بين الصلابة، الصحة النفسيةوآليات التعامل يعطي رؤية شمولية حول كيفية حماية الأفراد لأنفسهم من الاحتراق المهني.

5. **دراسة عيسات مريم وآيت مجبر واكلي بديعة سنة (2020)** بعنوان: اليات التعامل وعلاقتها بالصلابة النفسية أعوان الحماية المدنية بولاية ا لبويرة".

"سعت هذه الدراسة إلى استكشاف طبيعة العلاقة القائمة بين آليات التعامل والصلابة النفسية لدى عينة قوامها 102 عوناً من الحماية المدنية بولاية البويرة. ولتحقيق هذا الهدف، اعتمد البحث على المنهج الوصفي الارتباطي عبر تطبيق مقياسي آليات التعامل والصلابة النفسية، ومعالجة البيانات المتوفرة إحصائياً بواسطة برنامج (SPSS)، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط دال إحصائياً بين المتغيرين؛ إذ تبين أن الإستراتيجيات المتمركزة على المشكلة والمساندة الاجتماعية ترتبط طردياً بأبعاد الصلابة النفسية، بينما أظهرت الآليات الانفعالية علاقة عكسية معها، كما أسفرت الدراسة عن تحديد المواجهة النشطة والمساندة الاجتماعية كأكثر الأساليب شيوعاً واستخداماً لدى أفراد هذه الفئة." (عيسات وآيت مجبر، 2020، ص 74).

قدمت هذه الدراسة فهماً دقيقاً لنوعية الارتباط طردي مقابل عكسي بين آليات التعامل والصلابة حيث ميزت بدقة بين الاستراتيجيات الموجهة نحو المشكلة التي تعزز الصلابة والآليات الانفعالية التي قد تضعفها.

6. دراسة بن الصديق فاطمة ومحمد لخضر روبي سنة (2020) بعنوان: العلاقة بين الصلابة النفسية اليات التعامل لدى موظفي شركة الكهرباء وعلاقتها ببعض المتغيرات بشركة الكهرباء في ولاية المسيلة"

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى موظفي شركة الكهرباء بولاية المسيلة، وشملت عينتها 132 موظفاً وموظفة، مع تطبيق المنهج الوصفي التحليلي.

وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط دال بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى هؤلاء الموظفين، مع وجود فروق تُعزى لمتغير المؤهل العلمي، في حين لم تظهر فروق دالة وفق متغيري السن والأقدمية. (عيسات وآيت مجبر بديعة، 2020، ص 74).

تبرز أهمية هذه الدراسة في تناولها للمتغيرات الديموغرافية (المؤهل العلمي، السن، الأقدمية). إن دراسة أثر هذه المتغيرات تساهم في فهم ما إذا كانت الصلابة النفسية "سمة مستقرة" لا تتأثر بالمتغيرات الاجتماعية، أم أنها "مهارة مكتسبة" تتطور بتطور مستوى التعليم أو الخبرة.

7. دراسة كرمن محمد سويلم سنة (2019) بعنوان: العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى مرضى القلب".

استهدفت هذه الدراسة فحص طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى 60 مريضاً بالقلب تتراوح أعمارهم بين 18 و25 سنة، مع بناء نموذج سببي يوضح تأثير أبعاد الصلابة على أنماط الاستجابة للضغوط. وتوصلت النتائج إلى أن أبعاد الصلابة الثلاثة تُسهم في التنبؤ بآليات التعامل، وأن العلاقة بينهما تتشكّل وفق نموذج سببي قابل للتفسير في ضوء الأدبيات النفسية. (بن الصديق وروبي، 2020، ص 61).

هذه الدراسة تقدم "نموذجاً سببياً"، وهو أمر متقدم جداً في البحوث النفسية حيث تنتقل من مجرد وصف العلاقة إلى محاولة تفسير "كيف" تؤثر الصلابة في آليات التعامل.

8. دراسة كوبازا سنة (1979) بعنوان:احداث الضاغطة والشخصية والصحة :دراسة في الصلابة النفسية"

ركّزت هذه الدراسة على الدور الوقائي للصلابة النفسية في الحدّ من الآثار السلبية للضغوط على الصحة الجسدية والنفسية، وطُبِّقت على عينة من المديرين التنفيذيين باستخدام المنهج الوصفي.

وبيّنت النتائج أن الأفراد الأكثر صلابةً نفسية يتمتعون بمناعة أكبر تجاه الاضطرابات النفسوجسمية حتى في ظل الضغوط المزمنة، وأن الأبعاد الثلاثة للصلابة (الالتزام، التحكم، التحدي) تؤدي دوراً محورياً في تحسين أنماط مواجهة المواقف الضاغطة) .(كوبازا،1979 ، ص.3)

تُعد هذه الدراسة حجر الزاوية لمفهوم الصلابة النفسية هي التي وضعت اللبنات الأولى لهذا المفهوم بأبعاده الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي).

9. دراسة فرنك سنة (1992)بعنوان:الصلابة :مراجعة للنظرية والبحث"

هدفت الدراسة إلى مراجعة العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل مع الضغوط النفسية، كما سعت إلى تحديد دور الصلابة النفسية في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي.

وكشفت النتائج أن ارتفاع مستوى الصلابة النفسية يرتبط باعتماد المفحوصين على استراتيجيات مواجهة فعّالة كحل المشكلات والتخطيط وإعادة التأطير الإيجابي، وهو ما يميّزهم بوضوح عن ذوي الصلابة المنخفضة.(فرنك 168ص1992)

هذه الدراسة ذات طبيعة تأصيلية نقدية فهي تراجع النظرية والبحث في الصلابة النفسية، مما يعطي بحثك صبغة أكاديمية رصينة من خلال الاستناد إلى المراجعات الأدبية الشاملة.

10. دراسة مهدي سنة (1985) بعنوان: الصلابة ومقاومة الاجهاد"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الصلابة النفسية في مقاومة الضغوط النفسية وتحقيق التوافق النفسي، حيث تم تطبيق الدراسة على عينات من العاملين والطلبة. وخلصت النتائج إلى أن الصلابة النفسية تؤدي دوراً وقائياً في تخفيف حدة الضغوط وتداعياتها، وأنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بآليات تعامل إيجابية تتمحور حول مواجهة المشكلة وحلّها (مهدي،1985 ،ص276)

تركز هذه الدراسة على مفهوم مقاومة الإجهاد والتوافق النفسي، وهي مفاهيم محورية في علم النفس العيادي الذي يهدف إلى مساعدة المريض على تحقيق التوازن.

6.التعقيب على الدراسات :

من خلال استعراض الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الصلابة النفسية وآليات التعامل، يتضح وجود اهتمام علمي متزايد بدراسة العلاقة بين هذين المتغيرين لدى فئات مختلفة، سواء كانت فئات عادية أو فئات تعاني من ضغوط مهنية أو أمراض مزمنة. وقد أجمعت أغلب الدراسات على وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية وآليات التعامل، حيث أشارت نتائج دراسة ميطر عائشة وعبد اللاوي عمر (2023)، ودراسة

خطاب إسماعيل نعيمة وآخرون (2022)، ودراسة عيسات مريم وآيت مجبر واكلي بديعة (2020) إلى أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يميلون إلى استخدام استراتيجيات مواجهة إيجابية وفعالة في التعامل مع الضغوط. كما أكدت الدراسات الأجنبية، خاصة دراسة كوبازا (1979)، ودراسة مادي (1985) ، ودراسة فينك (1992) ، أن الصلابة النفسية تعد من أهم العوامل الوقائية التي تساعد الفرد على التكيف النفسي والجسدي والتخفيف من آثار الضغوط النفسية.

كما نلاحظ أن أغلب الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقاييس الصلابة النفسية وآليات التعامل كأدوات أساسية لجمع البيانات، وهو ما يتوافق مع طبيعة الدراسة الحالية. كذلك تنوعت العينات المدروسة بين الطلبة، والأساتذة، والعمال، وأعوان الحماية المدنية، ومرضى الأمراض المزمنة، الأمر الذي يدل على اتساع مجال تطبيق مفهوم الصلابة النفسية في مختلف البيئات والفئات الاجتماعية.

ورغم أوجه التشابه بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية في تناول متغيري الصلابة النفسية وآليات التعامل، إلا أن الدراسة الحالية تتميز بتركيزها على فئة مرضى السيلياك، وهي فئة لم تحظَ باهتمام كافٍ في الدراسات النفسية العربية، خاصة فيما يتعلق بالعلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل مع الضغوط الناتجة عن الالتزام بحمية غذائية صارمة والتعايش مع مرض مزمن يؤثر في مختلف جوانب الحياة اليومية. كما تختلف الدراسة الحالية عن بعض الدراسات السابقة من حيث طبيعة العينة والبيئة الاجتماعية والصحية التي تجرى فيها الدراسة، الأمر الذي يمنحها أهمية علمية وإضافة معرفية في مجال علم النفس الصحي.

ومن خلال ما سبق، يمكن القول إن الدراسات السابقة شكلت قاعدة نظرية ومنهجية مهمة للدراسة الحالية، وأسهمت في توضيح المفاهيم والمتغيرات وتحديد أدوات الدراسة وصياغة الفرضيات، كما ساعدت في فهم طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى الأفراد بصفة عامة، ولدى المصابين بالأمراض المزمنة بصفة خاصة.

الفصل الثاني: الصلابة النفسية

تمهيد

1. مفهوم الصلابة النفسية

2. بعض المفاهيم المقاربة للصلابة النفسية

3. اهمية الصلابة النفسية

4. خصائص الصلابة النفسية

5. ابعاد الصلابة النفسية

6. النظريات المفسرة للصلابة النفسية

7. العوامل المؤثرة في الصلابة النفسية

8. السمات الشخصية للاشخاص المرتفعي والمنخفضي الصلابة النفسية

9. الفرق بين الجنسين في الصلابة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد

تُعدّ الصلابة النفسية من أبرز المفاهيم التي أولاها علم النفس الإيجابي اهتماماً متزايداً، إذ تمثّل موردًا نفسيًا داخليًا يُعزّز قدرة الفرد على الصمود في مواجهة الضغوط وتقبّل التحديات الحياتية. وتبرز أهميتها في كونها تعمل كعامل وقائي يحول دون تحوّل الضغوط إلى اضطرابات نفسية أو جسمية، مما يجعلها ركيزةً أساسية في فهم التوافق النفسي للفرد ، .

1.1مفهوم الصلابة لغة:

تدل الصلابة في اللغة على القوة والشدة والثبات؛ فيُقال صَلُبَ الشيء أي اشتدّ وقوي، كما تشير إلى القدرة على التحمّل ومقاومة التعب والصعوبات. وتُستخدم كذلك للدلالة على الثبات على الموقف والعزيمة التي لا تلين إضافة إلى الصبر والشجاعة في مواجهة الآلام والمحن.

1.2التعريف الاصطلاحي للصلابة النفسية:

تشكّل الصلابة النفسية إحدى أبرز البنى النفسية التي استقطبت اهتمام الباحثين منذ نهاية سبعينيات القرن الماضي، ولا سيما في سياق البحث عن المتغيرات الحامية من الآثار السلبية للضغوط. فمن منظور كوبازا، الرائدة في تأسيس هذا المفهوم، تُشير الصلابة النفسية إلى منظومة من الخصائص الشخصية المتشابكة التي تُسهم في تخفيف التأثير السلبي للضغوط على صحة الفرد الجسدية والنفسية، وهي مستمدة من الفلسفة الوجودية التي تنظر إلى الإنسان بوصفه كيانًا في تطور دائم، يسعى نحو إضفاء معنى هادف على تجاربه الحياتية. (كوبازا، 1979).

كما عرفها البهاص (2002) بأنها قدرة الفرد على إدراك الضغوط النفسية والمتغيرات التي يتعرض لها وتقبّلها، بما يساهم في حمايته من الآثار النفسية والجسدية السلبية للضغوط، ويعمل على تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والإنهاك النفسي الذي يُعد مرحلة متقدمة منها. (البهاص.2002.ص391 بالتصرف) .

وعرّفها فنك (1992) بأنها اعتقاد عام لدى الفرد بكفاءته وقدرته على توظيف مختلف الموارد النفسية والبيئية المتاحة لديه، من أجل فهم أحداث الحياة الضاغطة وتفسيرها والتعامل معها بفعالية ونجاح. (فاتح.2015.ص14 بالتصرف).

عرفها جيرسون(1998) "تُعرَّف هذه القدرة بأنها كفاءة الفرد في التصدّي للمواقف الضاغطة عبر توليفة من إستراتيجيات التكيف والمواجهة، والتي تشمل أبعاداً معرفية وسلوكية وانفعالية؛ كالتحليل المنطقي للمشكلات، التجنب المعرفي كوسيلة وقائية، والتفريغ الانفعالي لتخفيف حدة التوتر المصاحب للأزمة." (الزواهرة.2014.ص52 بالتصرف).

كما يرى صالح علي أحمد القرني وجمال الدين محمد مزكيان أن الصلابة النفسية تُعد أحد المتغيرات البنائية في الشخصية، وتتشكّل من خلال تفاعل الفرد المستمر مع بيئته الطبيعية والاجتماعية. كما تُعتبر من متغيرات المقاومة النفسية التي تؤدي دورًا وقائيًا في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والحد من آثارها السلبية على الفرد. (القرني ومزكي.2020.ص247 بالتصرف) .

"يعرفها مخيمر (1996) كنمط من الالتزام والتعاقد النفسي للفرد نحو نفسه ورسالته والآخرين، يتأسس على يقينه بإمكانية توجيه الأحداث اليومية والتحكم فيها مع تحمل المسؤولية الكاملة عنها. وفي هذا الإطار، يُنظر إلى المتغيرات الضاغطة والظروف المستجدة في الحياة بوصفها تجارب مثيرة وضرورية للنضج والنمو الشخصي، لا كعقبات مهددة للأمن النفسي." (مخيمر .1996.ص284 بالتصرف) .

يرى تيديسكي وكالهاون أن الصلابة النفسية تتكوّن من ثلاثة أبعاد أساسية هي: الالتزام، والتحكم، والتحدي في مواجهة أحداث الحياة. ويعتقد الأفراد ذوو الصلابة المرتفعة أنهم قادرون على التأثير في مجريات الأحداث، كما ينظرون إلى الحياة باعتبارها سلسلة من التحديات القابلة للمواجهة، والتي تساهم في تنمية الشخصية وتطويرها بدل أن تكون مصدر تهديد أو عائق. (يونس.2018.ص23 بالتصرف) .

عرّفها حمادة وعبد اللطيف بأن الصلابة النفسية هي قدرة الفرد على المقاومة تحت وطأة الضغوط النفسية، أي امتلاكه لدرجة عالية من التحمل في مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة.

كما تُعرَّف أيضًا بأنها مجموعة من الصفات والخصائص الشخصية التي تمنح الإنسان القدرة على التعامل مع الضغوط بشكل أفضل وأكثر توازنًا وارتياحًا، بما يساعده على التكيف الفعّال مع الظروف المختلفة..(حسام الدين ، 2023، ص 92بالتصرف).

2. بعض المفاهيم المقاربة للصلابة النفسية :

أ. قوة الأنا تُعدّ من الركائز الأساسية في الصحة النفسية، إذ تشير إلى درجة التوافق التي يحققها الفرد مع ذاته ومع محيطه الاجتماعي، إضافة إلى خلوّه من الأعراض العصابية. كما ترتبط قوة الأنا بالشعور الإيجابي بالكفاية والرضا عن الذات، وقدرة الفرد على التكيف مع متطلبات الحياة المختلفة بشكل متوازن.

وتُفهم قوة الأنا باعتبارها القطب المقابل للعصابية، حيث يرى عدد من الباحثين أن هناك متصلًا نفسيًا يقع في أحد طرفيه مفهوم قوة الأنا، بينما يتموضع في الطرف الآخر القطب المرتبط بالعصابية، بما يعكس الفروق الفردية في مستوى التوافق والصحة النفسية لدى الأفراد(كفافي ، 1987 ،ص 43التصرف).

ب. **تقدير الذات** : يُعدّ هذا المفهوم أحد أهم المتغيرات الشخصية التي تؤدي دورًا وقائيًا أو حصانيًا في مواجهة الأحداث الضاغطة، حيث يساهم في حماية الصحة الجسدية والنفسية للفرد من الآثار السلبية الناتجة عن الضغوط المختلفة، ويعزز قدرته على التكيف والتوازن النفسي في المواقف الصعبة. (زينب ، 2008، ص 46التصرف).

فعالية الذات : تُعرّف هذه الخاصية بأنها اعتقاد الفرد بكفاءته واقتداره وقدرته على الإنجاز، إضافة إلى إحساسه بقيمته الذاتية، وهو ما يمنحه شعورًا بالثقة بالنفس والقدرة على مواجهة المشكلات والتغلب عليها، إلى جانب التحكم في مجريات حياته.

وتُعد مؤشرًا على مدى قدرة الفرد على التعامل مع الأحداث الضاغطة بكفاءة وثقة واقتدار، حيث تتمثل وظيفتها الأساسية في تمكين الفرد من التحكم في سلوكياته والتنبؤ بالأحداث التي يواجهها، مما يعزز توافقه النفسي وقدرته على التكيف.(دري ، 2016، ص34التصرف).

التكيف : كما أن الصلابة النفسية لا تقتصر على تحسين القدرات التكيفية فقط، بل تؤثر أيضًا في طريقة إدراك الفرد للضغوط؛ إذ إن الأشخاص الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية غالبًا ما يمتلكون كفاءة ذاتية أكبر. كما يتميزون بتقديرات إدراكية مختلفة تجعلهم ينظرون إلى ضغوط الحياة اليومية على أنها أقل حدة وتأثيرًا.

وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم يميلون إلى استخدام استجابات تكيفية أكثر فاعلية ومرونة، مما يساعدهم على التعامل مع المواقف الضاغطة بشكل أفضل وتحقيق توازن نفسي أعلى (اليازجي ،2011، ص 41 التصرف).

ج. **التفاؤل** : يشير مفهوم التفاؤل، وهو مفهوم مستمد من النظرية السلوكية، إلى توقع الفرد بأنه قادر على تحقيق أهدافه في مختلف المواقف، ويستند هذا التوقع إلى الخبرات السابقة التي اكتسبها الفرد من خلال تعامله مع المهام والمواقف الحياتية المختلفة (القرعان ،2014، ص التصرف 15)

د. **المرونة النفسية** : "تُمثِّل المرونة النفسية محصلة الاستجابات الوجدانية والمعرفية التي تمنح الفرد جدارة التكيف الإيجابي مع سياقات الحياة المتباينة. وتتحقق هذه الآلية إما من خلال صون التوازن الذاتي، أو عبر التشكيل والتغيير المستمر، أو عن طريق استثمار الخيارات والحلول الأكثر سهولة وفاعلية في مواجهة الأحداث." (فاتح ، 2016، ص 16 التصرف).

3. اهمية الصلابة النفسية :

"تتبوأ الصلابة النفسية مكانة جوهرية ضمن المتغيرات المحددة لجودة حياة الفرد؛ إذ تشكل خط دفاع أول يمنع ارتداد الآثار السلبية للضغوط، وتمنحه فاعلية أكبر في التكيف، والتفاؤل، والمرونة أثناء مجابهة الأزمات. وعلاوة على دورها الوقائي من الاعتلالات الجسدية والاضطرابات السيكولوجية، تؤكد 'كوبازا' أن الصلابة النفسية تعمل كمتغير وسيط ومعدل يخفف من حدة انعكاس الأحداث الضاغطة على البيولوجيا الجسمية، بحيث يمكن لذوي الصلابة المرتفعة مواجهة الضغوط الحياتية دون السقوط في شرك المرض." (مخيمر، 1997 ، ص 178-176 التصرف).

"تتفق 'كوبازا' مع 'لازاروس' و'فولكمان' على أن الفروق الفردية في الخصائص النفسية — مثل الصلابة — هي التي تصنع الفارق في كيفية إدراك الحدث الضاغط وتقدير خطورته على الأمن النفسي والذاتي للفرد. كما أن هذه المنظومة المعرفية تمتد لتصوغ قراراته بشأن إستراتيجيات المواجهة التكيفية أو غير التكيفية؛ والتي تتنوع إجرائياً لتشمل: أساليب المواجهة النشطة (كحل المشكلات، تحمل المسؤولية، وضبط الذات)، الأساليب الانفعالية والانسحابية (كالهروب والتجنب)، والأساليب التفاعلية (كالبحث عن المساندة الاجتماعية)." (مخيمر ،1996 ، ص 276 - 278).

"تتقاطع أطروحات 'سوزان كوبازا' مع مقاربة 'لازاروس وفولكمان' حول الدور المحوري الذي تلعبه المتغيرات والخصائص النفسية — وفي مقدمتها الصلابة النفسية — في تشكيل الوعي والمعالجة المعرفية للأحداث الضاغطة، وتصنيفها بين كونها تهديداً يستوجب القلق والانسحاب، أو تحدياً يحفز على الصمود والمجابهة. ولا يقتصر هذا التأثير الذاتي على مرحلة إدراك الحدث وتقييمه فحسب، بل يمتد ليصوغ جودة إستراتيجيات التعامل المعتمدة لإدارته؛ إذ تؤكد الأدبيات النظريّة والدراسات الأمبريقية أن الأفراد الذين يتمتعون بمرتبة عالية من الصلابة النفسية يقيمون المواقف الضاغطة بشكل أكثر إيجابية، ويميلون إلى تفسير أحداث حياتهم السابقة والحالية بوصفها خبرات بناءة.

ونتيجة لهذه البنية المعرفية المتفائلة، ينزع ذوو الصلابة المرتفعة نحو تبني أسلوب 'المواجهة التحويلي' (**Transformational Coping**)؛ وهو من أبرز آليات التعامل الفعّالة المتمركزة حول المشكلة، والذي يرتكز على تحليل المواقف، وتفكيك العقبات، وتوسيع المنظور الذاتي تجاه الأزمات لقلبها وتحويلها إلى فرص حقيقية للنمو والارتقاء الشخصي. وحيال هذا الطرح، يذهب باحثون آخرون إلى أبعد من ذلك؛ إذ يَرون أنه حتى في حال إدراك الصلبين نفسياً للمواقف كضغوطات حقيقية وواقعية، فإن سماتهم الشخصية المنيعة تظل تعمل بمثابة 'درع واقٍ' (**Buffer Effect**) يمتص دمة الضغط ويخفف من وطأته، وذلك عبر تسهيل انتقاء آليات التكيف التوافقية وكفّ السلوكيات الدفاعية غير التكيفية. وعلى النقيض من ذلك تماماً، يفتقر الأفراد ذوو الصلابة النفسية المنخفضة إلى هذه المصدات التحصينية، مما يجعلهم ينساقون وراء أسلوب 'المواجهة التراجعي' (**Regressive Coping**) أو النكوصي القائم على تجنب المشكلات، والهروب المعرفي أو السلوكي، والابتعاد عن مواطن الضغط. ورغم أن هذا النمط الانسحابي قد يمنح صاحبه تخفيفاً مؤقتاً وعابراً للتوتر، إلا أنه يفرز نتائج عكسية على المدى الطويل؛ إذ يبقيه رهين الهموم والاجترار التشاؤمي للضغوط، مما يضاعف من استنزافه وشعوره بالإنهاك النفسي. وتأكيداً للمخاطر المهنية والنفسية لهذا الأسلوب التراجعي، توصلت دراسة 'بيرس ومولي' (**Pierce & Molloy**) إلى أن الاعتماد على الآليات النكوصية يرتبط ارتباطاً طردياً وثيقاً بزيادة مستويات الاحتراق النفسي (**Burnout**)، لا سيما لدى مدرسي المرحلة الثانوية الذين يسجلون مستويات متدنية من الصلابة النفسية." (عبد اللطيف، 2009، ص . 236-238 بتصرف)."

4. خصائص الصلابة النفسية :

أ. الانخراط الإرادي: الميل الفطري نحو الانغماس في مستجدات الحياة ومتطلباتها بفاعلية ومبادرة، بدلاً من الانكفاء أو الانسحاب من مواجهتها.

ب. القدرة على التأثير: الاعتقاد الراسخ بأن الفرد يملك زمام التأثير في ما يجري حوله، وأنه ليس مجرد مُتلقٍّ سلبي للأحداث، بل شريك فاعل في صياغة مساره الحياتي.

ج. التحدي والانفتاح على التغيير: النظر إلى التحولات والمستجدات الحياتية باعتبارها فرصًا للنمو والاكتشاف لا تهديدات تستوجب الخوف أو التراجع، مما يُغذّي لدى الفرد روح المبادرة والتجديد.(تايلور، ، 1995ص261)

- "رصدت 'كوبازا' من خلال سلسلة دراساتها الممتدة بين عامي 1979 و1985 جملة من السمات والخصائص البنيوية التي تميز الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة، وتجعلهم أكثر توافقاً مع البيئة؛ وتتمثل أبرز هذه الخصائص فيما يلي:
- القدرة العالية على الصمود والمقاومة: إظهار طاقة واضحة في مواجهة الأزمات ومقاومة الضغوط دون تراجع.
- الكفاءة ومستوى الإنجاز الأفضل: يميلون إلى تحقيق معدلات أداء وإنتاجية مرتفعة في بيئات العمل أو الدراسة.
- امتلاك مركز ضبط داخلي (Internal Locus of Control): إيمانهم الراسخ بأنهم المسؤولون عن توجيه أحداث حياتهم وصناعة مصيرهم، وليس العوامل الخارجية أو الحظ.
- القدرة على القيادة والسيطرة: يتميزون بمهارات إدارية وقيادية، ويمتلكون زمام المبادرة في توجيه المواقف المعقدة.
- المبادأة والنشاط والدافعية المرتفعة: يتسم سلوكهم بالإيجابية والحيوية، والبحث المستمر عن التطور مدفوعين بدافعية ذاتية قوية." (حسين ، 2020، ص 377التصرف).

"بالمقابل، رصدت 'كوبازا' جملة من السمات التراجعية والدفاعية التي تنتاب الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة، وتجعلهم أكثر عرضة للاعتلال؛ وتتمثل أبرز هذه الخصائص فيما يلي:

- العجز عن تحمل المسؤولية: النزوع نحو التملص من التبعات وإلقاء اللوم على الظروف الخارجية.
- الجمود وقلة المرونة: صعوبة بالغة في اتخاذ القرارات الحاسمة والتكيف مع المتغيرات المفاجئة.
- فقدان التوازن والتحكم الذاتي: سرعة الانهيار أمام الأزمات، وضعف القدرة على ضبط الذات وتوجيه السلوك.
- الهروب والتجنب: الاعتماد على آليات الانسحاب والهروب من مواجهة الأحداث الضاغطة، مع الإفراط في البحث عن المساندة الاجتماعية كبديل للمجابهة الشخصية.
- الهشاشة الانفعالية: سرعة الاستثارة والغضب، والاستسلام للحزن الشديد، والميل الواضح نحو أعراض القلق والاكتئاب.
- ضعف الالتزام وفقدان الهدف: الشعور بالاغتراب النفسي، وضياع الغايات الحياتية، وضعف التمسك بالقيم الموجهة للسلوك.".(حسين ، 2020،ص 390).

5. ابعاد الصلابة النفسية:

توصلت كوبازا إلى ثلاث أبعاد للصلابة النفسية: الالتزام، التحكم، التحدي.

1. الالتزام: يمثل الالتزام احد الركائز الأساسية للصلابة النفسية، اذ ان غيابه قد يرتبط بارتفاع خطر الإصابة باضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب، وهو ما يلاحظ بشكل خاص لدى العاملين في المهن الشاقة مثل التعليم والتمريض والمحاماة وغيرها.

تعريف الالتزام: "وفي هذا الإطار، يحدد مخيمر (1997) هذا البُعد باعتباره نمطاً من الالتزام والتعاقد النفسي الواعي، الذي يربط الفرد برسالته الشخصية وغاياته وقيمه، ويمتد ليشمل مسؤوليته التفاعلية اتجاه المجتمع والآخرين من حوله." (راضي.2002.ص 24التصرف).

أنواع الالتزام:

- الالتزام نحو الذات: يعكس هذا النوع وعيَ الفرد بذاته وانسجامه مع قيمه وأهدافه الشخصية، مما يمنحه هوية واضحة ومتماسكة تُميّزه في مواجهة الضغوط
- الالتزام نحو المجتمع: وذلك من خلال المشاركة في الأنشطة التي تخدم المجتمع والاهتمام بما يدور فيه من قضايا وأحداث والسعي لحلها(بن سالم.2019.ص48،49).
- الالتزام الديني: يتجلى في انعكاس العقيدة على سلوك الفرد اليومي بالتزامه بأوامر الله وابتعاده عن نواهيه، ووضوح ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر به من الله سبحانه وتعالى والابتعاد عن ما نهي عنه (الصنيع.2002.ص 92التصرف).
- الالتزام القانوني: يُشير إلى تقبّل الفرد الطوعي للأنظمة والقوانين المنظِّمة للحياة الاجتماعية وإدراكه لضرورتها بوصفها ضمانة للاستقرار الجماعي، وقد خرج عنها، أو مخالفتها لما تمثله من أسس منظمة للسلوكيات العامة داخل المجتمع(أبو الندى.2007.ص 31التصرف).
- الالتزام الأخلاقي: ويتجلى الفرد بصفات خُلقية تتناسب مع واقع الحياة الاجتماعية يحيا في مجتمع إسلامي كالصدق والأمانة، الوفاء الرحمة وكذا التسامح
- الالتزام اتجاه العمل: وعرفته بأنه اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له أو للآخرين وضرورة الاندماج في محيط العمل وتحمل المسؤولية والالتزام بنظمه(راضي.2008.ص24التصرف)

2. التحكم: يُشير بُعد التحكم إلى إحساس الفرد بإمكانه ان يكون له تحكم فيما يلقاه من احداث، وشعوره بالمسؤولية تجاه ما يواجهه، ويشمل ذلك القدرة على اتخاذ قرارات مناسبة، وتأويل الأحداث بطريقة إيجابية، والتعامل الفعّال مع مصادر الضغط. (سلمان عيسى.2014.ص24).

ويتضح من هذا ان التحكم هو قدرة الفرد على توقع المواقف الصعبة من خلال تحليله للواقع ،مما يسمح له بوضع استراتيجيات مناسبة لمواجهتها قبل حدوثها، وذلك باستخدام اساليب محددة تساعده على ضبط انفعالاته والتحكم في سلوكه.

صور التحكم:

- "الأهلية لاتخاذ القرارات واختيار البدائل المناسبة: يتحدد هذا الجانب من التحكم بمدى قدرة الفرد على حسم خياراته في مواجهة الحدث الضاغط، وتوجيه سلوكه نحو مسارات محددة تتراوح بين مواجهة الموقف لإنهاء مفعوله، أو الانسحاب منه، أو بناء استجابة تعايشية معه. وتأسيساً على هذا، يظل هذا التحكم مرتبطاً بخصوصية الموقف وظروفه الموضوعية التي تفرض على الفرد المفاضلة الواعية بين مجموعة من البدائل التكيفية."

- **التحكم المعرفي:**

يُعدّ التحكم المعرفي أبرز أشكال التحكم وأعمقها أثرًا في الحدّ من التداعيات السلبية للضغوط، فيختص التحكم على بالقدرة على استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة عند التعرض لموقف صعب، كالتفكير فيه واستيعابه بطريقة ايجابية ومتفائلة

- **التحكم السلوكي:**

يتجسّد في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية ودافعية عالية نحو الإنجاز، للإنجاز، ويقصد به كذلك القدرة على التعامل مع المواقف بصورة واضحة وملموسة.

- **التحكم الإسترجاعي:**

"تتدخل اتجاهات الفرد ومعتقداته المعرفية بشكل مباشر في توجيه دفة التحكم؛ إذ يتيح استدعاؤها تكوين تمثل ذهني دقيق للموقف الضاغط، والنظر إليه كظاهرة قابلة للاحتواء والتحليل، وهو ما يقود إلى السيطرة الفعالة على الضغوط ومخرجاتها (حليمة وأمال، 2018، ص. 15 بتصرف).

3. التحدي (Challenge):

يُمثل التحدي البعد التكيفي الذي ينقل الفرد من حالة الانفعال والتهديد إلى حالة الفعل والنمو عند مواجهة التغيرات الحياتية الصعبة، محفزاً إياه على اكتشاف البيئة والاعتماد على نظمه الدفاعية النفسية والاجتماعية (معمري، 2015، ص. 69 بتصرف). ويقترن هذا البعد وظيفياً بمدى قدرة الفرد على تقبل صدمات الواقع، والمحافظة على دافعية التفاؤل والترحيب بالخبرات الجديدة برغم ألمها (عوض، 2015، ص. 31 بتصرف).

وقد وضعت 'كوبازا' هذا البعد في إطاره الدقيق حين اعتبرته تسليماً مبدئياً بأن تقلبات الحياة وتغيراتها المستمرة هي القاعدة الطبيعية الضرورية للارتقاء البشري، وليست خطراً يقوض السلامة النفسية وثقة الفرد بذاته (أحلام والساسي، 2015، ص. 789). وبالمثل، صاغ 'نبيل دخان وبشير الحجازي' تعريفهما للتحدي بوصفه الكفاءة الذاتية المدركة التي تضمن للفرد استثمار كل ما تتيحه البيئة والنفس من مصادر وأدوات لتفسير ومجابهة المواقف الضاغطة بمرونة

واقتدار (أبو الفتوح، 2014، ص. 490)."المتوقع او التهديد المحتمل على انه تحد ايجابي وليس حدثا مهددا (شويطروالزقاي.2015.ص53).

وبعد تناولنا لأبعاد الصلابة النفسية نجد ان الصلابة النفسية تلعب دورا أساسيا في تشكيل شخصية الفرد وتمكنه من التعامل مع تحديات الحياة بثبات وفاعلية. فهي تتكون من ثلاث أبعاد رئيسية مترابطة. لكل منها اثر عميق في حياة الإنسان.

أولا، تعزيز الإحساس بالمسؤولية، حيث تدفع الفرد إلى تحمل عواقب قراراته وأفعاله، سواء اتجاه نفسه أو اتجاه الآخرين، مما يجعله أكثر التزاما وانضباطا في حياته اليومية .

ثانيا، تمنحه التحكم في مختلف مجريات حياته، اذ تساعده على اتخاذ قرارات واعية والتكيف مع المتغيرات بمرونة، مما ينعكس إيجابا على استقراره النفسي. ثالثا، تزوده بالقوة اللازمة لمواجهة المصاعب والتحديات، حيث تجعله أكثر قدرة على الصمود أمام الأزمات والتعامل معها بايجابية،مما يجعله متمكنا من تجاوز العقبات وتحقيق أهدافه بثقة وثبات ومرونة أكثر مع أمور الحياة الضاغطة.

6. النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

أولا: نظرية كوبازا (1979):

قدّمت سوزان كوبازا نظرية مهمة في مجال الصلابة النفسية، حيث ربطت بين الصلابة النفسية والصحة الجسدية والنفسية، معتبرة أن الصلابة تمثل عاملًا وقائيًا من الاضطرابات الناتجة عن الضغوط.

وقد استندت في بناء نظريتها إلى مجموعة من التصورات النظرية، أبرزها أفكار ماسلو، وروجرز، وفرانكل، التي تؤكد على أهمية وجود معنى للحياة ودور ذلك في مساعدة الفرد على تحمل الضغوط. كما اعتمدت أيضًا على نموذج التقييم المعرفي لـ لازاروس، الذي يوضح أن إدراك الفرد للحدث الضاغط وتفسيره له يلعب دورًا أساسيًا في تحديد استجابته النفسية.

"أكدت الدراسات الطولية لـ 'كوبازا' أن التعرض للأحداث الضاغطة لا يشكل بالضرورة عاملاً سلبياً قسرياً، بل يمكن أن يتحول إلى قوة محفزة للنمو والنضج الانفعالي والاجتماعي، شريطة توفر سمة 'الصلابة النفسية' بأبعادها الثلاثة: الالتزام، التحكم، والتحدي؛ حيث أظهرت النتائج أن الأفراد الصلبين يكونون أقل عرضة للاعتلالات الجسدية والنفسية مقارنة بغيرهم عند مواجهة الأزمات (يسري، 2002، ص. 39 بتصرف).

وتستند هذه النظرية في منطلقاتها المعرفية إلى 'نموذج لازاروس' (Lazarus Model) للضغوط، والذي يناقش استجابة الفرد من خلال ثلاثة محددات رئيسية تتدخل في إدراك الموقف، وهي: البنية الداخلية للفرد، الأسلوب الإدراكي المعرفي، ومدى الشعور بالتهديد والإحباط (عودة، 1431هـ، ص. 79). وتأسيساً على هذا المكون المعرفي، وبالاستناد إلى الأطروحات الوجودية والإنسانية لرواد علم النفس أمثال: 'ماسلو' (Maslow)، 'روجرز'

(Rogers)، 'فرانكل' (Frankl)، و'ماي' (May)، وضعت 'كوبازا' الأساس التجريبي لنظريتها عبر سلسلة من البحوث الامبريقية المكثفة التي أجرتها في الأعوام (1979، 1982، 1983، 1985).

وقد استهدفت هذه السلسلة من الدراسات الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تُعين الفرد على صون صحته العامة برغم معايشة المشاق، وطُبقت على عينات متباينة الأحجام من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة والعليا، والمحامين، ورجال الأعمال، ممن تراوحت أعمارهم بين 32 و65 عاماً. واعتمدت المنهج التجريبي والوصفي عبر تطبيق بطارية من المقاييس تمثلت في: اختبار الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لكوبازا، ومقياس 'وايلر' للمرض الجسمي والنفسي، وقائمة 'هولمز' لأحداث الحياة الشاقة. وأسفرت النتائج عن تقديم مصدّ وقائي جديد في علم النفس الصحي يُدعى 'الصلابة النفسية'؛ مؤكدة أن هذا المتغير يعمل كعامل وسيط ومعدل يمتص وقع الأحداث الشاقة ويحيد تأثيرها الممرض على العضوية (الدبور، 2007، ص. 32 بتصرف).

وتشير الأدبيات النمائية للنظرية إلى أن الصلابة النفسية تتأصل جذورها منذ مرحلة الطفولة، وذلك من خلال معايشة الفرد للخبرات الإيجابية المعززة التي تثري شخصيته، وتقوي دعائمها البنيوية، وتدربه مبكراً على صياغة مشاعر وسلوكيات تتسم بالالتزام، والقدرة على التحكم، والترحيب بالتحدي.

نموذج كوبازا في الصلابة النفسية:

ينطلق هذا النموذج من فرضية مفادها أن غياب التأثير السلبي للضغوط لدى بعض الأشخاص يعود إلى وجود 'عوامل وسيطة' (Mediating Variables) تتوسط العلاقة بين التعرض للمثير الضاغط وبين المخرجات الصحية والاضطرابات الناتجة عنه. وبناءً على ذلك، صاغت 'كوبازا' نموذجها الأولي لتفسير طبيعة هذه العلاقة الديناميكية عام 1979 على النحو التالي:"

ثانيا: نموذج فنك وكوبازا المحاليل النظرية (كوبازا1979) :

"وفي سياق التطوير النظري، قدّم 'فنك' (Funk) نموذجاً مكملاً ومعدلاً لنظرية 'كوبازا' للتعامل مع المشقة ومقاومتها، مركّزاً بشكل أساسي على طبيعة العلاقة الديناميكية بين الصلابة النفسية، والإدراك المعرفي، واستراتيجيات التكيف (Coping Strategies).

وقد اختبر 'فنك' أطروحته من خلال دراسة ميدانية استهدفت بحث العلاقة بين الصلابة، والتقييم المعرفي، والتعايش الانفعالي من جهة، وبين الصحة العقلية من جهة أخرى، وذلك على عينة من الجنود خضعوا لبرنامج تدريبي شاق وعنيف استمر لستة أشهر. واعتمدت الدراسة منهجية القياس القبلي والبعدي لمتغيرات البحث قبل بدء الفترة التدريبية الحادة وبعد انقضائها؛ حيث أسفرت النتائج عن ارتكاز الأثر الإيجابي للصلابة على مكوّني الالتزام والتحكم فقط في تعزيز الصحة العقلية للأفراد، وذلك من خلال خفض تمايز الشعور بالتهديد، وتفعيل استراتيجيات المواجهة النشطة؛ لا سيما استراتيجية ضبط الانفعال وحل المشكلات، حيث أسهم بُعد التحكم في إدراك المواقف الشاقة بوصفها أقل تهديداً وأكثر قابلة للاحتواء والحل.

وتأكيداً لثبات هذه النتائج، أجرى 'فنك' دراسة تتبعية أخرى عام (1995) تبنت ذات الأهداف المنهجية، وطُبقت على عينة مماثلة من الجنود الذين انخرطوا في تدريبات ميدانية صارمة وعنيفة استمرت أربعة أشهر، تطلبت تنفيذ الأوامر العسكرية بشكل متواصل وبصرف النظر عن الميول والاستعدادات الشخصية للمشاركين. وبإجراء القياسين القبلي والبعدي لآليات الإدراك المعرفي وطرق التعايش، خلصت الدراسة إلى نتائج مطابقة ومؤيدة للدراسة الأولى (عودة، 1431هـ، ص. 80).

ومن خلال هذه المعطيات الأمبريقية المتطابقة، صاغ 'فنك' نموذجه المعدل لتفسير دور الصلابة النفسية كمصدّ معرفي وسلوكي في مواجهة الأحداث الضاغطة الحقيقية."

ثالثا: نظرية ماضي(1985):

يرى ماضي أن تراكم الأحداث الضاغطة يؤدي إلى ارتفاع مستوى التوتر، مما قد يظهر في شكل استجابات انفعالية وسلوكية مثل القلق والتهيّج، وقد تتطور إلى اضطرابات نفسية وجسدية.

وفي هذا الإطار، تُعد الصلابة النفسية متغيرًا وسيطًا بين الضغوط والمرض، حيث تساعد الفرد على التكيف مع المواقف الصعبة وتقليل تأثيرها السلبي، كما تساهم في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية. (شويطر ،2017ص 98) وانتهى ماضي وكبازة بالتوصل إلى صياغة نظريته من خلال رصد المتغيرات النفسية الوقائية التي تُعين الفرد على الحفاظ على صحته رغم تعرّضه للمشقة. واتفق ماضي مع كوبازا في اعتبار الصلابة النفسية عاملًا للمرونة يصون الصحة ويعزز الأداء في الظروف الصعبة، مؤكدًا أنها تتشكّل من ثلاثة مكوّنات متكاملة: الالتزام والتحكم والتحدي.

7. العوامل المؤثرة في الصلابة النفسية :

"تتشكل النواة الأولى للصلابة النفسية في سياق التفاعلات الاجتماعية والبيئية المبكرة، لا سيما داخل المحيط الأسري؛ إذ يسهم توفير الدعم العاطفي والدفء الوالدي في ترسيخ الأمن النفسي والثقة بالذات لدى الطفل. ويوضح مخيمر (1997) في هذا الصدد أن إدراك الأبناء لكونهم محاطين بالحب والرعاية، إذا ما تآزر مع أسلوب تنشئة يتيح لهم حرية الاختيار وتحمل المسؤولية، فإنه يؤسس لصيغة إيجابية متكاملة لتقدير الذات ونظرتهم للعالم والمستقبل.

هذا البناء النفسي المتين يُمكّن الأفراد من تفسير الأحداث الضاغطة والمؤلمة بوصفها فرصاً وتحديات تحفز على النمو والارتقاء الشخصي وليست كوابح تعيق استقرارهم. وبالمقابل، فإن الممارسات الوالدية السلبية المستندة إلى الرفض أو الإهمال العاطفي تفضي إلى آثار عكسية؛ إذ تسلب الفرد قدرته على التحكم الذاتي وإدارة الأزمات، وتجعله مستهدفاً للتوتر، وضعف الآليات التكيفية في مواجهة متطلبات الحياة (مخيمر، 1997، ص. 107-177 بتصرف)."

"بناءً على البحوث الطولية التي قادتها 'سوزان كوبازا' بالتعاون مع 'مادي وآخرين(Maddi et al.) '، تبلورت ملامح الشخصية الفارقة بين المرتفعين والمنخفضين في الصلابة النفسية. ويمكن تصنيف هذه السمات السلوكية والمعرفية وفق المقابلة التالية (أحمد، 2010، ص 41-42 بتصرف)

أولاً: بروفايل الأفراد مرتفعي الصلابة النفسية:

- **في بُعد الالتزام** :يمتلكون أهدافاً وغايات واضحة للحياة، ولديهم منظومة قيمية ودينية تحميهم من الانحراف والسلوكيات السلبية (كالإدمان). كما يُبدون التزاماً ومساندة اجتماعية للمحيطين بهم، ويتميزون بالرضا عن الذات والإتقان في مجالي العمل والدراسة.
- **في بُعد التحكم** :يتمتعون بـ 'مركز ضبط داخلي' يقودهم إلى الاعتقاد بأن النجاح ثمرة الجهد الشخصي لا الحظ. ويمتلكون قدرة عالية على التنظيم الانفعالي، والهدوء، واتخاذ القرارات العقلانية والمفاضلة الواعية بين البدائل المتاحة.
- **في بُعد التحدي** :ينظرون إلى الضغوط كأحداث طبيعية ومحفزة للتعلم وليست تهديداً. ويتميزون بالمثابرة، والصمود، والواقعية في تقييم الذات والأحداث، مع الاستعداد المسبق للأزمات والتطلع الدائم نحو التطور والارتقاء الشخصي.

ثانياً: بروفايل الأفراد منخفضي الصلابة النفسية :وعلى النقيض من ذلك، يتسم منخفضو الصلابة بملامح تراجعية أبرزها: ضعف الإحساس بالهدف أو المعنى في الحياة، والنزوع نحو السلبية والجمود في مواجهة المتغيرات. كما يفتقرون إلى آليات التحكم الذاتي مما يوقعهم في شرك القلق، وسرعة الانفعال، واختلال الاتزان النفسي. وينعكس ذلك إجرائياً على ضعف قدرتهم على اتخاذ القرارات، وميلهم لتقييم الأحداث بشكل تهديدي ومخيف، ليلجأوا في النهاية إلى تجنب المواجهة، والهروب الانسحابي، مع الاعتماد الاتكالي المفرط على المساندة الخارجية لتعويض عجزهم الذاتي".

9. الفرق بين الجنسين في الصلابة النفسية :

في إطار الدراسات المقارنة بين الجنسين، بيّنت دراسة موس وهولاهن (1987)، التي شملت عينة مكوّنة من 267 من الذكور والإناث، وجود اختلافات دالة بين الجنسين في بعض متغيرات الشخصية، حيث اتضح أن الذكور يتمتعون بدرجة أعلى من الثقة بالنفس والصلابة النفسية مقارنة بالإناث، في حين أظهرت الإناث ميلاً أكبر إلى طلب المساندة الاجتماعية عند مواجهة الضغوط.

كما توصلت سوزان كوبازا (1982)، من خلال دراسة أجرتها على عينة مكونة من 157 محاميًا من الذكور، إلى أن أفراد العينة يميلون إلى تفضيل العمل في ظروف ضاغطة، وهو ما يعكس ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لديهم. وتشير هذه النتائج إلى أن الصلابة النفسية لا تقتصر على التأثير في إدراك الأفراد للأحداث الضاغطة، بل تمتد أيضًا إلى أساليب مواجهتها والتعامل معها. كما أن اجتماع الصلابة النفسية مع المساندة الاجتماعية يسهم في التخفيف من حدة الضغوط النفسية وتقليل آثارها السلبية (سهير، 2022 ، ص15 بالتصرف).

خلاصة الفصل

الصلابة النفسية من السمات المهمة التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط والتكيف مع المواقف الصعبة بطريقة إيجابية. كما تعزز قدرة الشخص على التحكم في انفعالاته والالتزام بأهدافه والنظر إلى التحديات كفرص للتعلم والنمو. لذلك فإن ارتفاع مستوى الصلابة النفسية يساهم في تحقيق التوازن النفسي والتوافق الجيد مع مختلف ظروف الحياة.

الفصل الثالث: آليات التعامل

تمهيد

1. التعريف الإصطلاحي لآليات التعامل

2. مفهوم آليات التعامل

3. اهداف آليات التعامل

4. خصائص آليات التعامل

5. اشكال آليات التعامل

6. النظريات والنماذج المفسرة لاليات التعامل

خلاصة الفصل

تمهيد

تُعد آليات التعامل من المفاهيم الأساسية في علم النفس، حيث ترتبط مباشرة بطريقة استجابة الفرد للمواقف الضاغطة والصعوبات اليومية. فالفرد خلال مسار حياته يتعرض لمجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية التي تتطلب منه استخدام أساليب مختلفة للتكيف والحفاظ على توازنه النفسي. وتتنوع هذه الآليات بين ما هو معرفي وانفعالي وسلوكي واجتماعي، حسب طبيعة الموقف وإمكانات الفرد الشخصية.

كما تُعتبر آليات التعامل مؤشرًا مهمًا على مستوى الصحة النفسية والتوافق، إذ تساعد على تقليل التوتر والقلق وتحسين القدرة على مواجهة المشكلات بفعالية. ومن هذا المنطلق، يهدف هذا الفصل إلى التعرف على مفهوم آليات التعامل وأهم أشكالها ووظائفها ودورها في تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي.

1.التعريف الاصطلاحي لآليات التعامل:

يُقصد بآليات التعامل اصطلاحًا تلك الاستراتيجيات والعمليات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يوظفها الفرد بصورة واعية أو غير واعية لمواجهة المواقف الضاغطة أو التكيف معها، بهدف تقليل آثارها السلبية والحفاظ على توازنه النفسي والاجتماعي. وتشمل هذه الآليات مختلف الأساليب التي يعتمدها الفرد سواء في التعامل المباشر مع مصدر الضغط أو في تنظيم استجاباته الانفعالية تجاهه، بما يسمح له بتحقيق نوع من التوافق مع متطلبات البيئة الداخلية والخارجية (حامد، 2005، ص. 214 بالتصرف).

2. مفهوم آليات التعامل

يعرّف حامد زهران آليات التعامل بأنها:

وصف حامد زهران آليات التعامل بأنها الأدوات السلوكية والمعرفية التي يلجأ إليها الفرد في مواجهة الضغوط بهدف بلوغ التوافق مع النفس والبيئة الاجتماعية. (حامد، 2005، ص214)

كما يرى عبد الستار إبراهيم أن آليات التعامل هي:

أما عبد الستار إبراهيم فيُقاربها من منظور سلوكي معرفي، إذ يرى أنها مجموعة الاستجابات التي يلجأ إليها الفرد لخفض التوتر والسيطرة على الانفعالات الناتجة عن المواقف الصعبة أو الضاغطة. (عبد الستار ، 2001، ص 167 بالتصرف).

ويشير مصطفى فهمي إلى أن آليات التعامل تتمثل في:

ويُعرّفها مصطفى فهمي بأنها الجهود النفسية الشعورية واللاشعورية التي يبذلها الفرد في مواجهة الإحباطات والصراعات الداخلية بهدف استعادة توازنه النفسي.. (مصطفى ، 1998، ص 302).

كما يعرّفها يوسف ميخائيل بأنها:

ويُضيف يوسف ميخائيل بُعدًا وظيفيًا، معتبرًا هذه الآليات هي المسالك التي يسلكها الفرد للتأقلم مع ما تفرضه بيئته من ضغوط، سواء عبر معالجة مصدر الضغط مباشرةً أو عبر تنظيم الاستجابة الانفعالية له. (يوسف ، 2003، ص 119بالتصرف).

3. أهداف آليات التعامل

تُعد آليات التعامل مجموعة من الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد بهدف مواجهة الضغوط والمشكلات الحياتية، وهي لا تقتصر فقط على تخفيف التوتر بل تمتد لتحقيق مجموعة من الأهداف النفسية والسلوكية والاجتماعية.

- تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي: تسعى آليات التعامل إلى تأهيل الفرد للتعايش مع المواقف الضاغطة وإيجاد توازن بين مطالبه الداخلية ومعطيات بيئته الخارجية بما يُرسّخ استقراره النفسي
- التقليل من حدة التوتر والقلق: تعمل هذه الآليات على خفض مستوى الضغط النفسي الناتج عن المشكلات اليومية من خلال إعادة تنظيم الانفعالات أو البحث عن حلول مناسبة.
- حل المشكلات والتعامل مع مصادر الضغط: يهدف الفرد من خلال آليات التعامل إلى فهم المشكلة وتحليلها والوصول إلى حلول عملية تقلل من تأثيرها أو تنهيها.
- تعزيز الصحة النفسية: تُسهم آليات التعامل الناجحة في صون التوازن الانفعالي وحماية الفرد من التداعيات النفسية للضغوط المتراكمة.
- تنمية القدرة على مواجهة المواقف الصعبة: تساعد الفرد على اكتساب مهارات أفضل في مواجهة الأزمات المستقبلية وزيادة مرونته النفسية.
- تعزيز الشعور بالسيطرة والثقة بالنفس: عندما ينجح الفرد في التعامل مع الضغوط، يزداد شعوره بالكفاءة والقدرة على التحكم في مجريات حياته (عبد الرحمن ، 2007، ص 103).

4 .خصائص آليات التعامل

تتميز آليات التعامل بعدة خصائص تجعلها عنصرًا مهمًا في حياة الفرد النفسية والاجتماعية، وتختلف من شخص لآخر حسب الشخصية والخبرة وطبيعة الموقف.

- ❖ التنوع والاختلاف: لا تسير آليات التعامل وفق نمط موحّد، بل تتفاوت من شخص لآخر بحسب طبيعة شخصيته وتاريخه التجريبي ومستوى وعيه بمصادر الضغط المحيطة به.
- ❖ المرونة: يمكن للفرد تغيير أسلوب التعامل حسب طبيعة الموقف، فقد يستخدم التعامل الموجه للمشكلة في موقف، والانفعالي في موقف آخر.
- ❖ الطابع المكتسب: تُكتسب آليات التعامل من خلال التعلم والخبرة والتنشئة الاجتماعية، وليست فطرية فقط.
- ❖ الطابع الديناميكي: تتغير آليات التعامل وتتطور مع الزمن ومع تغير المواقف والظروف.

❖ الارتباط بالموقف: يعتمد اختيار أسلوب التعامل على طبيعة الموقف الضاغط وشدته ومدى قدرة الفرد على التحكم فيه.

❖ التأثير على التوافق النفسي: تؤثر آليات التعامل بشكل مباشر على درجة التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فكلما كانت أكثر فعالية زادت قدرة الفرد على التكيف (حسن ، 2010، ص 133 بالتصرف).

5. أشكال آليات التعامل

آليات التعامل من العمليات النفسية والسلوكية التي يلجأ إليها الفرد من أجل التكيف مع المواقف الضاغطة والصعوبات اليومية، حيث تساعده على استعادة توازنه النفسي وتقليل آثار التوتر والقلق. وتختلف أشكال هذه الآليات باختلاف طبيعة الموقف ودرجة الضغط الذي يتعرض له الفرد، كما تتأثر بعوامل الشخصية والخبرة الاجتماعية والمعرفية. وقد صنف الباحثون آليات التعامل إلى عدة أشكال رئيسية، لكل منها خصائص ووظائف محددة وتتمثل في :

أ- آليات التعامل الموجهة نحو المشكلة

يقوم هذا الشكل على مواجهة المشكلة بصورة مباشرة والعمل على إيجاد حلول عملية لها، إذ يسعى الفرد إلى فهم أسباب المشكلة وتحليل عناصرها ثم اختيار الأساليب المناسبة لمعالجتها. ويظهر هذا النوع من التعامل غالبًا لدى الأفراد الذين يتمتعون بدرجة من الثقة بالنفس والقدرة على اتخاذ القرار، حيث يركزون على التحكم في الموقف بدل الاستسلام له.

ويتضمن هذا الشكل مجموعة من السلوكيات المعرفية والتنظيمية مثل التخطيط، وتنظيم الوقت، وجمع المعلومات، ووضع البدائل المناسبة، واتخاذ القرارات التي تساعد على تخفيف حدة الضغوط. كما يعتمد الفرد في هذا النوع على التفكير الواقعي والمنطقي للوصول إلى حلول فعالة تقلل من تأثير المشكلة على حالته النفسية والاجتماعية.

ومن أهم عناصره:

- تحديد المشكلة بدقة.
- تحليل أسبابها وظروفها.
- البحث عن الحلول المناسبة.
- التخطيط والتنظيم.
- اتخاذ القرارات المناسبة.

- الاستفادة من الخبرات السابقة.

وقد أشار ''عبد الرحمن العيسوي'' إلى أن التعامل الموجه نحو المشكلة يساعد الفرد على التحكم في مصادر الضغط النفسي من خلال السلوك الواعي والمنظم، مما يحقق درجة أفضل من التوافق النفسي والاجتماعي (عبد الرحمن ، 2007، ص ب 112 التصرف).

ب- آليات التعامل الموجهة نحو الانفعال

يركز هذا الشكل على التحكم في المشاعر والانفعالات الناتجة عن المواقف الضاغطة بدل التركيز على تغيير المشكلة نفسها. ويلجأ الفرد إلى هذا النوع عندما تكون الظروف خارجة عن سيطرته أو عندما يعجز عن إيجاد حلول مباشرة للموقف، فيحاول التقليل من التوتر والانزعاج النفسي من خلال التهدئة الانفعالية.

ويظهر هذا الشكل عبر محاولات الفرد للتخفيف من القلق والخوف والحزن، كالتنفيس الانفعالي، أو البحث عن الراحة النفسية، أو ممارسة بعض الأنشطة التي تساعد على الاسترخاء والتقليل من التوتر. كما يمكن أن يعتمد الفرد على الحديث مع الآخرين أو التعبير عن مشاعره بطريقة تخفف الضغط الداخلي ويشمل :

- التنفيس عن المشاعر.
- التحكم في الانفعالات.
- محاولة التهدئة النفسية.
- البحث عن الراحة والاسترخاء.
- طلب الدعم العاطفي.
- تجنب التوتر الزائد.

ويرى ''حسن مصطفى عبد المعطي'' أن هذا الشكل من التعامل يساهم في تخفيف حدة التوتر النفسي والانفعالي، خاصة في المواقف التي يصعب على الفرد تغييرها أو السيطرة عليها .(حسن ، 2006، ص بالتصرف 96).

ج- آليات التعامل التجنبية

تتمثل هذه الآليات في محاولة الفرد الابتعاد عن المواقف الضاغطة أو الهروب منها بدل مواجهتها بشكل مباشر. ويستخدم الفرد هذا الشكل عندما يشعر بالعجز أو الخوف من نتائج المواجهة، فيلجأ إلى تجاهل المشكلة أو تأجيل التفكير فيها بشكل مؤقت.

ويظهر التجنب من خلال الانسحاب الاجتماعي، أو الانشغال بأمور أخرى، أو تجنب الحديث عن المشكلة، أو الابتعاد عن الأشخاص المرتبطين بالموقف الضاغط. ورغم أن هذه الآليات قد تمنح الفرد شعورًا مؤقتًا بالراحة، إلا أنها غالبًا لا تؤدي إلى حل المشكلة، بل قد تزيد من تعقيدها مع مرور الوقت.

ومن عناصره:

- تجاهل المشكلة.
- الهروب من المواقف الضاغطة.
- الانسحاب الاجتماعي.
- تأجيل اتخاذ القرار.
- تجنب التفكير في المشكلة.
- الانشغال بأنشطة بديلة.

ويشير ''فاروق السيد عثمان'' إلى أن آليات التجنب تُعد من الأساليب الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد لحماية ذاته من القلق والتوتر، لكنها قد تؤدي إلى ضعف القدرة على التكيف إذا استُخدمت بصورة مستمرة (فاروق ، 2001، ص 141).

د- آليات التعامل الاجتماعي

تعتمد هذه الآليات على الاستفادة من العلاقات الاجتماعية والمساندة التي يقدمها الآخرون لمواجهة الضغوط النفسية والمشكلات المختلفة. فالفرد يحتاج إلى الدعم النفسي والاجتماعي من الأسرة والأصدقاء والمحيط الاجتماعي حتى يشعر بالأمان والتوازن.

ويظهر هذا الشكل من خلال طلب النصيحة، أو مشاركة الآخرين بالمشكلات، أو الحصول على المساندة النفسية والمعنوية، إضافة إلى المشاركة الاجتماعية التي تساعد على تخفيف الشعور بالوحدة والقلق. كما يساهم الدعم الاجتماعي في تعزيز الثقة بالنفس والشعور بالقدرة على مواجهة المواقف الصعبة.

ومن عناصره:

- ❖ طلب المساعدة من الآخرين.
- ❖ الاستفادة من النصائح والتوجيهات.
- ❖ الحصول على الدعم النفسي.
- ❖ تقوية العلاقات الاجتماعية.
- ❖ المشاركة الاجتماعية.
- ❖ التعاون مع المحيطين.

وقد أكد ''سامي محمد ملحم'' أن الدعم الاجتماعي يلعب دورًا مهمًا في التخفيف من آثار الضغوط النفسية، لأنه يمنح الفرد الإحساس بالأمان والانتماء الاجتماعي (سامي ، 2004، ص 185).

هـ- آليات التعامل المعرفية

يقصد بها الأساليب التي يستخدم فيها الفرد التفكير والعمليات العقلية لإعادة تفسير المواقف الضاغطة بطريقة تساعده على التكيف معها. ويعتمد هذا الشكل على تغيير طريقة إدراك المشكلة والنظر إليها بصورة أكثر إيجابية وواقعية.

ويعمل الفرد من خلال هذه الآليات على التحكم في الأفكار السلبية، وتنمية التفكير الإيجابي، وإعادة تقييم المواقف بطريقة تقلل من الشعور بالعجز أو الفشل. كما تساعد العمليات المعرفية على تعزيز القدرة على اتخاذ القرار والتعامل مع الضغوط بصورة عقلانية.

ومن عناصره:

- التفكير الإيجابي.
- إعادة تفسير الموقف.
- تقييم المشكلة بواقعية.
- التحكم في الأفكار السلبية.
- تنمية الثقة بالنفس.
- استخدام التحليل العقلي.

ويؤكد ''محمد شحاتة ربيع'' أن أساليب التعامل المعرفية تساعد الفرد على تعديل إدراكه للمواقف الضاغطة، مما يساهم في تخفيف القلق وتحسين القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي (محمد ، 2009، ص 118).

6. النظريات والنماذج المفسرة لآليات التعامل :

من بين أهم النماذج والمقاربات التي تناولت مفهوم المواجهة نجد:

6-1- النموذج الحيواني:

في ضوء هذا النموذج يمكن تحديد المواجهة (Coping) باعتبارها استجابة سلوكية تكيفية قد تكون فطرية في أصلها، أو مكتسبة من خلال التعلم والخبرة، وتهدف إلى تمكين الفرد من التعامل مع المواقف الضاغطة أو المهددة للبقاء.

ويُشير النموذج إلى وجود نوعين أساسيين من آليات التكيف:

ميكانيزم الهجوم أو المواجهة (Fight):

وهو نمط استجابي يُستخدم في حالات الشعور بالغضب أو التهديد، حيث يتجه الفرد إلى مواجهة مصدر الخطر بشكل مباشر بهدف التغلب عليه أو السيطرة عليه.

ميكانيزم الهروب أو التجنب (Flight/Avoidance):

وهو استجابة تُستخدم في حالات الخوف أو الفزع، حيث يسعى الفرد إلى الابتعاد عن مصدر التهديد أو تفاديه حفاظًا على سلامته.

ويُعد معيار النجاح في هذا السياق، خصوصًا في الدراسات الحيوانية، هو البقاء على قيد الحياة؛ إذ تُظهر التجارب أن الكائنات تتعلم بسرعة كيفية استخدام استراتيجيات الهروب أو التجنب لتفادي الأذى، كما في تجربة الفئران التي تتعلم الانتقال إلى ممر آمن عند سماع إشارة تنذر بحدوث صدمة.

وفي هذا الإطار، يرى لازاروس وفولكمان أن النماذج المستندة إلى الدراسات الحيوانية تركز أساسًا على سلوك التجنب أو الهروب، باعتباره مدخلًا لفهم باقي استراتيجيات المواجهة الإنسانية.

كما يرى دنتزر (1989) أن معيار فعالية استراتيجيات التكيف يتمثل في مدى قدرة الفرد على التحكم في الوضعية الضاغطة، أو تقليل الاستجابات النفسية والفيزيولوجية الناتجة عنها، مما يعكس نجاح عملية المواجهة.(حراث، 2020 ، ص 80-81 بالتصرف)

6-2- النموذج التفاعلي:

- يرتبط هذا النموذج بأعمال وبحوث لازاروس وفولكمان (1984)، حيث جاء كردّ فعل على المدخل السيكوديناميي الذي كان يفسر المواجهة في إطار الاضطرابات النفسية فقط. في المقابل، أكد هذا الاتجاه أن الفرد قادر على مواجهة مشكلاته والتكيف معها بشكل فعّال عندما تعتمد ميكانيزمات التكيف على أساليب عقلانية وشعورية واعية بدل أن تكون لاشعورية أو لا إرادية.
- وتفترض هذه النظرية أن استجابة الفرد للضغوط هي نتيجة تفاعل بين متطلبات البيئة وبين كيفية تقييم الفرد لهذه المتطلبات، في ضوء ما يمتلكه من موارد وإمكانات شخصية. ويُعد التقييم المعرفي (Cognitive Appraisal) المفهوم المركزي في هذا النموذج، حيث تتم عملية المواجهة عبر ثلاثة أنماط من التقييم:
- التقييم الأولي: يقوم فيه الفرد بتحديد ما إذا كان الموقف يمثل تهديدًا أو لا.
- التقييم الثانوي: يحدد فيه الفرد الإمكانيات والموارد المتاحة لديه، ويختار استراتيجيات المواجهة المناسبة للتعامل مع الموقف.
- إعادة التقييم: يتم فيه تعديل إدراك الفرد للموقف الضاغط بناءً على معلومات جديدة أو نتائج محاولات المواجهة السابقة، مما قد يؤدي إلى تغيير أسلوب التعامل معه.(كوبازا ، سوزان 1979)

كما يرى ميشنباوم (1982) أن المواجهة تُعد عملية ديناميكية أكثر من كونها سمة ثابتة لدى الفرد، إذ إن الفرد عند مواجهته لمواقف يُدركها على أنها ضاغطة يقوم باختيار أساليب مناسبة للتعامل معها، مثل: ملاحظة الذات، تحديد الأهداف، واستخدام الحديث الذاتي الإيجابي. ومن خلال هذه العملية يستطيع الفرد بناء نوع من ''التحصين النفسي'' ضد الضغط، وهو ما أسماه ميشنباوم بالتدريب التحصيني ضد الضغوط، حيث يكون الفرد مزودًا بخطة معرفية وسلوكية مسبقة تساعده على التعامل مع الخبرات الضاغطة قبل أن تصبح مُرهِقة أو خارجة عن السيطرة.

كما يشير كالن (1993) إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترتبط بإعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكاناته، حيث إن الأفراد الذين يمتلكون تقييمًا سلبيًا لذواتهم يكونون أكثر عرضة للفشل في مواجهة الضغوط بسبب ضعف إدراكهم لفاعليتهم الشخصية.

وفي السياق نفسه، يؤكد لازاروس (1999) أنه لا يوجد اتفاق على وجود استراتيجيات مواجهة ''فعالة'' وأخرى ''غير فعالة'' بشكل مطلق، وإنما يعتمد نجاح أساليب المواجهة على مدى توافق الاستراتيجية التي يستخدمها الفرد مع طبيعة الموقف الضاغط وظروفه، أي أن الفاعلية نسبية وتحددها السياقات الموقفية أكثر من كونها خصائص ثابتة للاستراتيجيات نفسها. (جبالي، 2012 ، ص86)

6-3- النموذج التحليلي /نظرية التحليل النفسي الفرويدية:

من منظور التحليل النفسي، تُعد آليات المواجهة مجموعة من الميكانيزمات أو الحيل الدفاعية اللاشعورية التي يستخدمها الفرد بهدف تخفيف حدة التهديدات والقلق والتوتر والصراعات الداخلية. وتُعتبر هذه الميكانيزمات الدفاعية من أهم الوسائل التي يلجأ إليها الفرد لحماية ذاته من الضغوط النفسية الناتجة عن الصراعات المرتبطة بالمكبوتات.

وتقوم هذه الآليات على عمليات عقلية غير شعورية قد تؤدي إلى تشويه إدراك الفرد للواقع، وذلك بغرض خفض مستوى التوتر النفسي والحفاظ على التوازن الداخلي. كما ترى النظرية التحليلية أن المواجهة عملية نفسية داخلية تنبع من داخل الفرد، وتتضمن سلسلة من الاستراتيجيات التي تتطور تدريجيًا من آليات أولية بدائية وغير ناضجة إلى آليات أكثر نضجًا وتكيفًا مع الواقع. (نجم، 2022 ، ص 26)

6-4- النموذج السلوكي:

يُعدّ السلوك المحور الأساسي في النظرية السلوكية، حيث يركز هذا الاتجاه على كيفية تعلم السلوكيات وإمكانية تعديلها، انطلاقًا من فكرة أن سلوك الفرد، سواء كان سويًا أو غير سوي، هو سلوك مكتسب ومتأثر بالظروف البيئية المحيطة به.

وفي هذا السياق، قدّم ألبرت باندورا (1978) مفهوم الحتمية التبادلية، الذي يوضح العلاقة التفاعلية بين السلوك والفرد والبيئة، حيث تتفاعل هذه العناصر بشكل مستمر ومتبادل التأثير. وبذلك فإن الاستجابة السلوكية للفرد تجاه المواقف الضاغطة تؤثر في مشاعره، كما أن سلوكه يتأثر بطريقة إدراكه لهذه المواقف، وقد يؤدي السلوك غير التوافقي إلى زيادة حدة الضغط بدل التخفيف منه.

ويرى باندورا أن قدرة الفرد على مواجهة الضغوط ترتبط بدرجة فعالية الذات لديه، وهي التي تعكس مجموعة من السلوكيات التكيفية المتعلمة، كما تتأثر هذه الفعالية بالبيئة الاجتماعية وبمدى إدراك الفرد لقدراته وإمكاناته. فعندما يدرك الفرد أنه قادر على مواجهة المواقف الصعبة، فإنه يكون أقل عرضة للتوتر والقلق، ويصبح الموقف الضاغط أقل تهديدًا له.

ويتم تقييم الموقف الضاغط من خلال نوعين من التوقعات:

توقع النتيجة: وهو تقييم الفرد للعلاقة بين سلوكه والنتائج المترتبة عليه، أي اعتقاده بأن سلوكًا معينًا سيؤدي إلى نتيجة محددة.

توقع الفعالية: وهو اعتقاد الفرد بقدرته على تنفيذ السلوك المطلوب لتحقيق نتيجة إيجابية. (جبالي، 2012 ، ص83).

خلاصة الفصل

خلص هذا الفصل إلى أن آليات التعامل تمثل مجموعة من الاستراتيجيات التي يعتمد عليها الفرد لمواجهة الضغوط الحياتية والتكيف معها، حيث تختلف هذه الآليات من فرد لآخر تبعًا لشخصيته وخبراته وطبيعة المواقف التي يواجهها.

ويتضح أن هذه الآليات تتنوع بحسب طبيعة الموقف وشخصية الفرد، بين ما يُركّز على المشكلة أو الانفعال أو التجنب أو الاستناد الاجتماعي، وكل ذلك في سبيل خفض الضغط النفسي وبلوغ التوازن الداخلي. وتبقى فعالية هذه الآليات محورًا مركزيًا في دعم الصحة النفسية والتوافق.

وبذلك يتضح أن آليات التعامل ليست مجرد ردود فعل عفوية، بل هي عمليات منظمة تسهم في مساعدة الفرد على مواجهة تحديات الحياة بشكل أكثر مرونة وفاعلية.

الفصل الرابع : مرض السيلياك

تمهيد

1. مفهوم مرض السيلياك
2. نبذة تاريخية عن مرض السيلياك
3. اعراض مرض السيلياك
4. فيزيولوجية مرض السيلياك
5. طرق تشخيص مرض السيلياك
6. الوقاية والعلاج لمرض السيلياك

خلاصة الفصل

تمهيد

يُصنَّف مرض السيلياك ضمن الأمراض المزمنة التي تمسّ الجهاز الهضمي، وجوهره عدم قدرة الجسم على تحمّل بروتين الغلوتين الموجود في الحبوب كالقمح والشعير. ويتمثّل أثره الرئيسي في تضرّر الأمعاء الدقيقة وما ينتج عنه من اضطراب في امتصاص العناصر الغذائية. وسيتناول هذا الفصل أبعاد المرض من تعريف وتاريخ وأعراض وأسباب وطرق تشخيص وعلاج.

1. مفهوم مرض السيلياك :

1.التعريف الطبي للسيلياك :

يُعدّ السيلياك اضطراباً هضمياً مزمناً يمتد عادةً مدى الحياة، ويطال الأفراد المستعدّين وراثياً له.

وتتمثّل آليته المرضية في تفاعل مناعي مع الغلوتين يؤدي إلى ضمور الزغابات المعوية وسوء امتصاص المغذيات.

وتتميّز هذه الإصابة بطابعها العائلي نظراً للبُعد الجيني في استعداد الفرد لها.

2.تعريف الغلوتين :

الغلوتين بروتين واسع الانتشار في الأغذية اليومية يتواجد في القمح والشعير والحنطة، وما يُحدث الأذى الفعلي هو مكوّنه المعروف بالغليادين الذي يُطلق استجابة مناعية مشوّهة تستهدف بطانة الأمعاء الدقيقة.

ومن الناحية الدقيقة، فإن المشكلة لا ترتبط بالغلوتين ذاته فقط، بل تتمثل في استجابة مناعية غير طبيعية تجاه أحد مكوناته وهو الغليادين، حيث يؤدي هذا التفاعل المناعي إلى التهاب بطانة الأمعاء الدقيقة، مما يسبب تلف الزغابات المعوية ويؤثر سلبًا على قدرتها على امتصاص العناصر الغذائية والسوائل الضرورية للجسم. (Ghislaine, 2011.p18)

3.مفهوم مرض السيلياك :

.1الإطار المفاهيمي لمرض السيلياك والفروق التشخيصية ذات الصلة

أ- تحديد مفهوم مرض السيلياك(Celiac Disease)

"يُعرّف مرض السيلياك (الداء الزلاقي أو جوف الضمور المعوي) بأنه اضطراب مناعي ذاتي وجهازي مزمن، تثيره أصناف معينة من بروتينات الغلوتين) لا سيما مركب الغليادين (Gliadin الموجودة في حبوب القمح والشعير والشعير المستنبت. فعند تناول الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي لهذه المادة، يشن الجهاز المناعي هجوماً غير طبيعي على بطانة الأمعاء الدقيقة، مما يؤدي إلى التهاب مزمن يتبعه ضمور في الزغابات المعوية Villous) (Atrophyالمسؤول الأول عن امتصاص العناصر الغذائية، وهو ما ينعكس سريرياً في صورة متلازمة سوء امتصاص حادة قد تفضي إلى سوء تغذية شديد.

ويمتاز هذا المرض بطابعه العائلي؛ إذ تلعب الوراثة دوراً رئيسياً في توارثه وتواتر ظهوره بين الأقارب من الدرجة الأولى. وبالرغم من شيوع هذا الداء بنسب غير ضئيلة في المجتمعات العربية، إلا أن غياب الوعي الصحي الكافي بأعراضه

المتنوعة يساهم في تأخر تشخيصه وصعوبة التعرف عليه؛ علماً بأن التشخيص الحاسم للمرض يعتمد مخبرياً على التحاليل المصلية، ويُؤكد نسيجياً عن طريق إجراء خزعة من الأمعاء الدقيقة لرصد طبيعة التلف النسيجي والضمور الزغابي (أيمن، 2011، ص. 215؛ Miriellebrabant, 2013, p. 03 بتصرف) ".

ب- التمييز التشخيصي بين السيلياك والاضطرابات المرتبطة بالغلوتين والقمح

لتفادي الخلط الشائع في الأدبيات الطبية، تجدر التفرقة بين مرض السيلياك كاضطراب مناعي ذاتي، وبين الحالات المرضية الأخرى المشابهة له في بعض الأعراض السريرية والمختلفة عنه في الآلية الإمراضية، وهي كالتالي:

- **حساسية القمح** :(**Wheat Allergy**) تُمثل رد فعل مناعي حاد وسريع (يرتبط غالباً بالأجسام المضادة من نوع (IgE)ضد بروتينات القمح ككل وليس الغلوتين وحده، حيث يتعامل معها الجسم كمستضدات غريبة ومضرة، مسبباً أعراضاً تحسسية فورية (جلدية أو تنفسية أو هضمية) دون أن يؤدي ذلك إلى ضمور مزمن في زغابات الأمعاء الدقيقة أو إثارة استجابة مناعية ذاتية ضد خلايا الجسم.
- **عدم تحمل الغلوتين** :(**Non-Celiac Gluten Sensitivity**) حالة اضطراب هضمي تظهر فيها أعراض سريرية تشابه أعراض السيلياك عند تناول الغلوتين، غير أنها تمتاز **بعدم تدخل الجهاز المناعي** في إنتاج الأجسام المضادة الذاتية، وخلو الأمعاء من أي تلف نسيجي أو ضمور للزغابات. وتنشأ هذه الحالة عادة نتيجة قصور في الآليات الإنزيمية الهاضمة، أو خلل في التمثيل الغذائي الكامل لمركبات الغذاء، أو استجابات وظيفية موضعية لا يحتملها الجسم.

.2التطور التاريخي لمرض السيلياك والمعالم العلمية لاكتشافه

يمر التتبع التاريخي لاستكشاف الداء الزلاقي برحلة ممتدة بدأت من التوصيف السريري البدائي في العصور القديمة وصولاً إلى الفك الدقيق للشفرات المناعية والجزيئية في العصر الحديث، ويمكن حصر هذه المحطات التاريخية كالتالي:

التوصيف السريري الأول

القرن الأول الميلادي

يعود الفضل في صياغة أول وصف سريري دقيق لأعراض المرض إلى الطبيب اليوناني القديم **أريتايوس القطبوقي** (Aretaeus of Cappadocia)، حيث رصد ملامح متلازمة سوء الامتصاص لدى المرضى.

ظهور تسميةSprue

القرن الثامن عشر

ظهر مصطلح (**Sprue**)في الأدبيات الطبية، وهي كلمة ذات أصل هولندي تعني "المرض القلاعي"، واشتُق هذا الاسم نظراً للشيوع العالي والملاحظ لقرحات الفم القلاعية المؤلمة المؤشّرة على المرض لدى المصابين به (Richard & Kelly, 2002).

توسيع الفئة العمرية للمرض

عام 1888

قدّم الطبيب البريطاني **صموئيل كي** (Samuel Gee)وصفاً إكلينيكياً متكاملاً للمرض، موضحاً أن أعراض سوء الامتصاص والاعتلال الهضمي لا تقتصر على فئة معينة بل تصيب مختلف المراحل العمرية.(Dettelf, 2000)

اكتشاف الرابط الغذائي (أبحاث ويليم ديك)

منتصف القرن العشرين

أحدث طبيب الأطفال الهولندي **ويليم–كيرك ديك** (Willem-Karel Dicke)ثورة في فهم المرض بإثباته أن استهلاك الخبز ومشتقات القمح والشعير هو المسبب المباشر لتدهور الحالة الصحية للمرضى. وتأكدت ملاحظته إبان الحرب العالمية الثانية، حيث أدى شح الحبوب والنقص الحاد في الخبز بهولندا إلى تحسن معجز وواضح في صحة الأطفال المصابين بالسيلياك. وعقب الحرب، أثبت ديك وزملائه مختبرياً أن مادة **الغلوتين** (وبالتحديد شق الغليادين غير الذوباني) هي المسؤول الحقيقي عن إثارة وتطور الداء.

إثبات الهوية النسيجية الموحدة وتطوير الخزع

- 1954أواخر الخمسينيات

في عام 1954 تم تقديم أول توصيف باثولوجي ميكروسكوبي دقيق للتغيرات والتشوهات النسيجية التي تصيب جدار الأمعاء. وفي أواخر الخمسينيات، نجح الباحث **روبن** (Rubin)ومساعدوه في تطوير تقنيات الخزعة المعوية

(Intestinal Biopsy)، مما مكّن من إثبات أن مرض السيلياك عند الأطفال والبالغين هو كينونة مرضية واحدة متطابقة الخصائص السريرية والنسيجية.(Trier, 1998)

الفك الجزيئي والمناعي للمرض) معقد التوافق(HLA

عام 1993 وما بعدها

شهدت الأبحاث طفرة جزيئية كبرى؛ إذ تم إثبات أن جزيئات معقد التوافق النسيجي البشري من الصنف الثاني تلعب دوراً بنيوياً حاسماً في عرض ببتيدات الغليادين على الخلايا اللمفاوية التائية (T-cells) في الأمعاء، مفجرةً الاستجابة المناعية الذاتية الخاطئة. وتلا ذلك تحديد إنزيم **الترانسغلوتاميناز النسيجي** (tTG)كمستضد ذاتي رئيسي مستهدف، مما أثمر عن ابتكار كواشف مصلية بالغة الدقة مثل الأجسام المضادة للترانسغلوتاميناز والأجسام المضادة للأندوميسيوم) والتي غيّرت وجه التشخيص السريري المعاصر (القيسي، 2013، ص . 03-04).

3. المظاهر السريرية والأنماط الإكلينيكية للاضطرابات المرتبطة بالغلوتين والقمح

.1الصورة السريرية لمرض السيلياك(Celiac Disease Symptomatology)

تتسم اللوحة العيادية لمرض السيلياك بتنوع ديناميكي واسع؛ نظراً لكونه اضطراباً جهازياً لا تقتصر تأثيراته على الأنبوب الهضمي فحسب، بل يمتد ليشمل أجهزة الجسم كافة نتيجة سوء الامتصاص المزمن والعمليات الالتهابية المناعية.

أ– الأعراض العامة والمتقدمة (الناتجة عن سوء الامتصاص الحاد)

- **المظاهر الهضمية المباشرة** :غازات وانتفاخات شديدة في البطن مصحوبة بآلام ومغص متكرر، وإسهال مزمن، مع تغير طبيعة الفضلات لتصبح برازاً دهنياً باهتاً (Steatorrhea) كريه الرائحة نتيجة عجز الأمعاء عن تمثيل الدهون.
- **المظاهر الناتجة عن العوز الغذائي (المرحلة المتقدمة):**
  - **فقر الدم المزمن** :مجهول المصدر والحرون على العلاج التقليدي، والناتج عن نقص الحديد وفيتامين {12}_B، والمصحوب بانخفاض في تعداد الكريات الحمراء وشحوب واضح في الوجه.

- **اعتلالات الجهاز الهيكلي** :هشاشة العظام المبكرة، وتقلص العضلات المؤلم (التكزز العضلي)، وفقدان مينا الأسنان نتيجة سوء امتصاص الكالسيوم وفيتامين D.
- **النزف والوذمات** :نزف اللثة التلقائي (نقص فيتامين (K، وتورم الساقين (الوذمة النفروزية/النقصية) الناشئ عن فقدان البروتينات وانخفاض الضغط الأسموزي للدم.
- **الاضطرابات الهرمونية** :اضطراب أو غياب الدورة الشهرية (Amenorrhea) لدى الإناث، مع ظهور نتائج غير طبيعية ومجافية للمعيار في اختبارات ووظائف الكبد.

ب- التباين النمائي للأعراض (بين الأطفال والبالغين)

تختلف الاستجابة العضوية للمرض تبعاً للمرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، وذلك على النحو التالي:

- **لدى فئة الأطفال** :تظهر الأعراض بشكل أكثر تأثيراً على النمو؛ حيث يُلاحظ النقص الحاد في الوزن، و**تأخر النمو الطولي والجسدي**، والنفور من الطعام وفقدان الشهية، ومشاكل النوم، والغازات، والتوتر الظاهر. وتُجمع الدراسات على أن **إطالة مدة الرضاعة الطبيعية تلعب دوراً وقائياً يسهم في تأخير ظهور هذه الأعراض**.
- **لدى فئة البالغين (كبار السن)** :يطغى على الصورة السريرية تراجع الكفاءة الوظيفية العامة؛ حيث تبرز متلازمة التعب المزمن، والإرهاق، والقيء، والصداع النصفي (الشقيقة)، بالإضافة إلى الاختلالات المعرفية والسلوكية كبطء التعلم، ونقص التركيز، والارتباك الذهني، وتقلب المزاج.

ج- الأنماط الإكلينيكية المعاصرة لمرض السيلياك

لا يظهر مرض السيلياك بنمط واحد لدى جميع المرضى، بل ينقسم نسيجياً ومصلياً إلى ثلاثة أنماط أساسية:

1. **النمط الصامت** :(**Silent Celiac**) حالات يغيب فيها التعبير السريري (لا توجد أعراض ظاهرة)، على الرغم من وجود تدمير حاد وتلف نسيجي في زغابات الأمعاء، وإيجابية واضحة في الاختبارات المصلية للأجسام المضادة.

2. **النمط الكامن** :(**Latent Celiac**) حالات تتواجد فيها بعض الأعراض العامة وتكون فيها الاختبارات المصلية إيجابية، غير أن **خزعة الأمعاء الدقيقة تكون سليمة تماماً** ولم تصل بعد لمرحلة الضمور الزغابي.
3. **النمط العرضي التقليدي** :وهو النمط النموذجي الذي تظهر فيه المظاهر الهضمية والجهازية تِباعاً في فترة تتراوح بين نصف ساعة إلى 24 ساعة من تناول الغلوتين.

الأبعاد والتمثلات النفسية لمرض السيلياك

تؤكد البحوث السيكولوجية الحديثة — كدراسة "فينسنت جولي — (Vincent Joly, 2012) "أن لمرض السيلياك انعكاسات حادة على البناء النفسي للمريض؛ إذ تتآزر المعاناة الجسدية المزمنة مع قيود الحمية الصارمة لترفع من معدلات القلق، والحزن، والاكتئاب.

وتتباين الاستجابات النفسية والسلوكية لهؤلاء المرضى؛ فبينما يطور بعضهم آليات توافقية واقعية ووعياً عالياً بذواتهم وبمتطلبات واقعهم (وهو ما يقترب من سمات الصلابة النفسية)، ينكص البعض الآخر نحو سلوكيات انسحابية، وانطوائية، وتراجع حاد في شبكة العلاقات والأنشطة الاجتماعية وهو ما يؤشر على الهشاشة النفسية والعجز عن مواجهة ضغوط المرض.

4.أسباب مرض السيلياك :

العوامل المهيِّئة والمحفِّزة لظهور مرض السيلياك (Etiology & Triggering Factors)على الرغم من عدم وجود سبب أحادي مباشر وحتمي يؤدي بذاته إلى الإصابة بمرض السيلياك، إلا أن الإجماع الطبي المعاصر يشير إلى أن المرض ينشأ نتيجة تفاعل ديناميكي معقد بين أرضية بيولوجية مهيأة (وراثية) ومحفزات بيئية ونفسية (عضوية وسيكولوجية). ويمكن تصنيف هذه العوامل والمحددات إلى فئتين رئيستين:

أولاً: الأرضية البيولوجية المهيِّئة (العوامل الوراثية والجينية)تُمثل الوراثة الحجر الأساس والأكثر ترجيحاً في تحديد مدى قابلية الفرد للإصابة بالداء الزلاقي، وتتجلى في المظاهر التالية:

التواتر العائلي للمرض: ترتفع احتمالية الإصابة بمرض السيلياك بشكل ملحوظ إذا كان لدى الفرد أقارب من الدرجة الأولى (الأبوان، الأشقاء، الأبناء) مصابون به؛ حيث تتراوح نسبة خطورة التواتر العائلي وتكرار الإصابة بين 5% و15% مقارنة بعامة السكان.ا

لمحددات الجينية الوظيفية: أثبتت البحوث الجزيئية وجود علاقة ارتباطية مباشرة وبنيوية بين الإصابة بالمرض ومجموعات جينية محددة تشفر لمعقد التوافق النسيجي البشري من الصنف الثاني، وتحديداً الأليلات الجينية HLA-DQ2وHLA-DQ8 . ومع ذلك، يرى الخبراء والباحثون أن وجود هذه الجينات يُعد شرطاً ضرورياً ولكنه غير كافٍ بمفرده لإظهار المرض، مما يرجح وجود جينات أخرى ومحددات وراثية إضافية لم تُكتشف بعد، تلعب دوراً مركزياً في تحفيز النشوء الإمراضي للسيلياك.

ثانياً: المحفِّزات البيئية والنفسية النشطة (العوامل المثيرة للمرض)في كثير من الحالات الإكلينيكية، تظل الإصابة بالسيلياك كامنة أو صامتة جينياً، ولا تطفو على السطح السريري إلا بعد التعرض لنوع معين من الصدمات الحادة أو الإجهاد الفسيولوجي والنفسي الذي يخل بتوازن الجهاز المناعي. وتتمثل أبرز هذه العوامل المحفزة في:

الإجهاد والضغط النفسي الحاد (Severe Psychological Stress): يؤدي التعرض لصدمات انفعالية قوية أو ضغوط نفسية مستمرة ومكثفة إلى إفراز هرمونات التوتر (مثل الكورتيزول والأدرينالين)، والتي تسبب خللاً في الاستجابة المناعية وتزيد من نفاذية جدار الأمعاء، مما يعجل ببدء الهجوم المناعي الذاتي ضد الغلياديين.

الضغط النفسي والفسيولوجي المصاحب للحمل: تُمثل فترة الحمل والولادة مرحلة حرجة من الإجهاد البدني والتقلب الهرموني والنفسي الحاد لدى النساء، وهي بيئة خصبة لتحفيز جينات المرض الخاملة وظهوره سريرياً لأول مرة.العدوى الميكروبية الحادة (Microbial Infection): التعرض لبعض أنواع العدوى الفيروسية أو البكتيرية المعوية الحادة يسهم في إثارة الجهاز المناعي في الأمعاء وتنشيط الخلايا اللمفاوية بشكل خاطئ ضد خلايا الجسم.

الإصابات الجسدية والتدخلات الجراحية: قد يظهر المرض بشكل مفاجئ في أعقاب التعرض لحادث أو إصابة جسدية بليغة، أو بعد الخضوع لعمليات جراحية كبرى (خاصة الجراحات الهضمية)، حيث تؤدي هذه الصدمات العضوية إلى استثارة جهازية شاملة للمنظومة المناعية.

مضاعفات السيلياك المزمن :

هذا المقطع يُمثّل ركيزة أساسية في مناقشة دراستك؛ إذ يُبرز موضوع "الامتثال للحمية الغذائية" (Dietary Adherence) كأحد أهم التحديات السلوكية التي تواجه مريض السيلياك. وهنا تتجلى الصلابة النفسية بأبعادها (الالتزام، التحكم، والتحدي)؛ فالمرضى المرتفعو الصلابة يكونون أكثر قدرة على ضبط ذواتهم والامتثال الصارم للحمية لتجنب هذه المضاعفات الوخيمة، بينما قد ينكص منخفضو الصلابة أمام المغريات الغذائية أو ضغوط الحرمان، مما يوقعهم في شَرك التدهور العضوي.بمراجعة النص الحالي، نلاحظ وجود تكرار بين "ترقق العظام" و"هشاشة العظام" (وهما طبياً يعبران عن تدريج لمرض واحد)، بالإضافة إلى خطأ إملائي في مصطلح السرطان المعوي الأصلي (\leftarrow الأدنوكارسينوما Adenocarcinoma)، وغموض مصطلح "الزوائد" الذي أصلحناه طبياً بـ "الزغابات المعوية".إليك إعادة صياغة المقرَّر بأسلوب أكاديمي محكم يرقى لمتطلبات أطروحتك العلمية:مضاعفات مرض السيلياك ومحددات الامتثال العلاجي (Complications & Dietary Adherence)ترتبط المآلات الصحية والمضاعفات السريرية لمرض السيلياك ارتباطاً طردياً وثيقاً بمدى امتثال المريض للخط العلاجي الأوحد والملزم، والمتمثل في الحمية الغذائية الصارمة الخالية تماماً من الغلوتين (Gluten-Free Diet - GFD).فمن الناحية الباثولوجية، يؤدي أي إخلال بهذه الحمية — سواء بالتهاون المؤقت أو بالترك الكلي — إلى إعادة تنشيط الهجوم المناعي الذاتي؛ إذ يسبب تناول جزيئات الغلوتين ضرراً فورياً ومباشراً للزغابات المعوية (وهي بروزات مجهرية إصبعية الشكل تبطن الأمعاء الدقيقة وتعد المسؤول الأول عن امتصاص الغذاء)، مما يسفر عن تدميرها مراراً وتكراراً، والدخول في سلسلة من المضاعفات العضوية والجهازية الخطيرة، وأبرزها:

1. **الأورام والسرطانات المعوية (Malignancies)**يُعد الالتهاب المزمن والمستمر لبطانة الأمعاء الناتجة عن عدم الالتزام بالحمية بيئة محفزة لظهور التحولات الخلوية الخبيثة. ومن أبرز الأورام المرتبطة بالسيلياك غير المعالج:

سرطان اللمفوما المعوية (Enteropathy-Associated T-Cell Lymphoma): وهو ورم خبيث يصيب الخلايا اللمفاوية التائية في الأمعاء.

السرطان الغدي المعوي (Adenocarcinoma): وهو ورم خبيث يتطور في الخلايا المخاطية المبطنة لجدار الأمعاء الدقيقة

2. **اعتلالات الهيكل العظمي والنمو** (Skeletal & Growth Defects)تدني الكثافة العظمية: يتدرج من ترقق العظام (Osteopenia) ليصل إلى هشاشة العظام الحادة (Osteoporosis)؛ وذلك بسبب الفشل الهضمي المستمر في امتصاص الكالسيوم وفيتامين D .

ا ضطرابات النمو النمائي: يؤدي سوء التغذية المزمن لدى الأطفال والمراهقين إلى قصر القامة والتقزم (Stunted Growth)، وتأخر علامات البلوغ نتيجة عجز الجسم الفسيولوجي عن بناء الأنسجة.

3. **المضاعفات التوليدية والنسائية** (Obstetric Complications)يتسبب سوء امتصاص المغذيات الأساسية والفيتامينات (مثل حمض الفوليك والحديد) لدى النساء الحوامل غير الممتثلات للحمية في مخاطر جهازية تهدد سلامة الحمل، وتؤدي إلى فقدان الأجنة (الإجهاض المتكرر)، أو ولادة أجنة ناقصي الوزن، أو حدوث تشوهات خلقية.

4. **المظاهر الجلدية المناعية** (Dermatological Manifestations)يؤدي اختراق الغلوتين للمنظومة المناعية إلى ظهور تفاعلات جلدية مميزة تُعرف بـ التهاب الجلد الهربسي الشكل (Dermatitis Herpetiformis)، ويتجلى في صورة طفح جلدي مكثف، وحكة شديدة، وتقرحات جلدية متفرقة ومؤلمة عنيدة العلاج إلا بالحمية.

الفرق حساسية القمح وعدم تحمل الجلوتين :

أولاً: التمييز الإكلينيكي والتشخيصي للاضطرابات المرتبطة بالقمح والغلوتين

1. حساسية القمح (**Wheat Allergy**)تُصنّف حساسية القمح كاستجابة مناعية تحسسية نمطية (**Type-I\ Generic\ Allergy**) مُوجهة ضد جميع بروتينات حبة القمح (بما في ذلك الألبومين، والغلوبولين، والغليادين، والغلوتينين)، وليس ضد مركّب الغلوتين حصراً.

أ- المحددات التشخيصية والعلاجية:الآلية التشخيصية: تعتمد أساساً على الاختبارات التحسسية الجلدية (**Skin\ Prick\ Test**) أو معايرة الأجسام المضادة النوعية من صنف **IgE** في المصل. وعلى عكس الداء الزلاقي، لا يُستعمل المنظار الهضمي العلوي ولا الخزعة المعوية في تشخيصها لعدم وجود تلف بنيوي في جدار الأمعاء.المسار العلاجي والمالي: يرتكز العلاج على الالتزام المؤقت أو الدائم بالابتعاد عن القمح وجميع مشتقاته والأغذية التي تدخل في تركيبها المكثفات الغذائية المشتقة منه. وتتميز هذه الحالة بإمكانية الشفاء التام والتعافي منها

مع التقدم في السن (خاصة عند الأطفال)، مع إمكانية استخدام مضادات الهيستامين أو الأدوية الإسعافية في حالات التناول الخاطئ وغير المقصود

ب- التعبير السريري وزمن الاستجابة:تظهر الأعراض بشكل فوري وفجائي (خلال دقائق إلى ساعات معدودة) من تناول القمح، وتأخذ طابعاً تحسسياً جهازياً قد يشكل خطورة سريرية فورية (دون أن تسبب الموت الفوري الحتمي)، وأبرزها:مظاهر تنفسية وعائية: ضيق في الشعب الهوائية وصعوبة حادة في التنفس، واحتقان الأنف، وحكة وتدميع مفاجئ للعينين، مع تسارع في دقات القلب وصداع شديد، وفي الحالات الحرجة قد يتغير لون الجلد إلى الأزرق (الزرقة الناتجة عن نقص الأكسجة **Cyanosis**).مظاهر جلدية ومخاطية: تورم، وحكة، وتهيج حاد في الفم والحلق، بالإضافة إلى الشرى والطفح الجلدي.مظاهر هضمية موضعية: مغص معوي، وغثيان، وقيء، وإسهال أو إمساك مؤقت.

2.متلازمة عدم تحمل الغلوتين غير السيلياكية (Non-Celiac Gluten Sensitivity – NCGS)يُمثل هذا الاضطراب حالة وظيفية يعجز فيها الجسم عن تحمل مركّب الغلوتين دون وجود أي خلفية مناعية ذاتية.الفارق الباثولوجي الجوهري: يتمثل الفارق الأساسي بين عدم تحمل الغلوتين ومرض السيلياك في أن الأول لا يرافقه تفاعل مناعي ذاتي، ولا يشهد إنتاجاً للأجسام المضادة الذاتية (**Autoantibodies**)، وبالتالي يخلو تماماً من أي تلف أو ضمور نسيجي في زغابات الأمعاء الدقيقة.

3.التقاطع السريري والمآل: بالرغم من تشابه الحالتين في بعض الأعراض المشتركة (كآلام المفاصل والعظام، والصداع، والاضطرابات الهضمية الموضعية)، إلا أن عدم تحمل الغلوتين يُصنف كحالة أقل شدة وخطورة؛ لكونها لا تؤدي إلى مضاعفات مزمنة على المدى الطويل (كسوء الامتصاص الحاد، وهشاشة العظام، والأورام) نظراً لسلامة البنية التشريحية للامتصاص المعوي

.ثانياً: الفيزيولوجية المرضية لمرض السيلياك (Pathophysiology of Celiac Disease)يتأسس النشوء الإمراضي لمرض السيلياك (اعتلال الأمعاء التحسسي للغلوتين) على مربع سببي متكامل يجمع بين: الاستعداد الوراثي الحتمي، والتعرض المستمر للمستضد (الغلوتين)، والبيئة المعوية المحفزة، والاستجابة المناعية الذاتية المدمرة.ومن الناحية الكيميائية الحيوية، ينشأ بروتين الغلوتين من اتحاد شقين بروتينيين أساسيين هما الغليادين (**Gliadin**) والغلوتينين (**Glutenin**) بفعل الروابط الهيدروجينية والتساهمية عند

ترطيب دقيق القمح بالماء، ويمثل الغليادين الجزء الأكثر إثارة للتفاعل السام في الجسم (محمد، 2021، ص. 90 بتصرف).

ويمكن تلخيص الآلية الفسيولوجية الدقيقة لكيفية حدوث المرض ميكروسكوبياً من خلال الخطوات المتسلسلة التالية:

1.القصور الإنزيمي المعوي والهضم الجزئي:الخطوة الأولى.عند تناول الغلوتين، يُظهر الجهاز الهضمي للمريض اضطراباً في تفكيك هذا البروتين المعقد؛ حيث تعجز إنزيمات البروتياز المعوية (**Gastric & Pancreatic Proteases**) عن حلمهته وتفكيكه بالكامل إلى أحماض أمينية مفردة، مما يؤدي إلى بقاء سلاسل ببتيدية طويلة ومقاومة للهضم (أبرزها ببتيد 33-**mer** الخاص بالغليادين).

. 2اختراق جدار الأمعاء والصفيحة المخصوصة:الخطوة الثانية.تنفذ هذه الببتيدات الكبيرة غير المهضومة عبر الخلايا المبطنة للأمعاء نتيجة زيادة نفاذية الجدار الخلوي، وتنتقل إلى الطبقات العميقة لجدار الأمعاء الدقيقة والمعروفة بـ الصفيحة المخصوصة (**Lamina Propria**

3.التحوير الإنزيمي بنزع الأميد (**Deamidation**):الخطوة الثالثة.في الصفيحة المخصوصة، يتدخل إنزيم . الترانسغلوتاميناز النسيجي الثاني (**tTG-2**)، حيث يقوم بعملية نزع الأميد (**Deamidation**) من ببتيدات الغليادين، محولاً أحماض الغلوتامات المتعادلة إلى أحماض ذات شحنة سالبة، مما يجعلها مركبات معدلة ذات طاقة ارتباط بالغة القوة والشدة.

4.الارتباط بمستقبلات الكريات البيضاء البشرية (**HLA**):الخطوة الرابعة.تنجذب هذه الببتيدات المعدلة ذات الشحنة السالبة بقوة نحو مستقبلات مستضدات الكريات البيضاء البشرية من الصنف الثاني أو المتواجدة على أسطح الخلايا العارضة للمستضد لدى الأشخاص الذين يمتلكون هذا الاستعداد الوراثي كسبب أساسي للإصابة (محمد، 2022، ص. 184).

5. تنشيط الخلايا التائية والاستجابة الالتهابية المدمرة:الخطوة الخامسة.تقوم الخلايا العارضة بتقديم هذه الببتيدات إلى الخلايا اللمفاوية التائية في الأمعاء. يؤدي هذا التعرف إلى إطلاق ثورة مناعية عارمة تتجلى في إفراز السيتوكينات الالتهابية الحادة (مثل إنترفيرون غاما وعامل نخر الورم ، مسببةً تجنيداً للخلايا القاتلة والتهاباً مزمناً ينتهي بالضمور الكامل لزغابات الأمعاء الدقيقة وتدمير بنيتها التشريحية (مصعب قاسم، 2022، ص. 356 بتصرف).

5. طرق تشخيص مرض السيلياك :

يتطلب التشخيص الفارق والدقيق لمرض السيلياك والاضطرابات الشبيهة به اعتماد استراتيجية طبية متعددة المستويات، تجمع بين الفحوصات المصلية المناعية، والمؤشرات المخبرية الداعمة، وصولاً إلى المعيار الذهبي المتمثل في الفحص النسيجي، وذلك من أجل ضمان دقة التوجيه العلاجي والسلوكي للمريض.

أولاً: الاستراتيجية التشخيصية لمرض السيلياك (Celiac Disease Protocol)

يعتمد تشخيص الداء الزلاقي بصورة قطعية على ركيزتين أساسيتين متتاليتين، يتبعهما تقييم الاستجابة السريرية:

1. الفحوصات المصلية والمناعية المتقدمة (**Serological Tests**)

تُمثل خط الدفاع التشخيصي الأول، وتُجرى عبر سحب عينة دم للكشف عن الأجسام المضادة الذاتية التي ينتجها الجسم استجابةً للغلوتين، وتشمل:

فحص الأجسام المضادة للترانسغلوتاميناز النسيجي (**IgA–tTG**): وهو الفحص الأكثر دقة وحساسية والموصى به عالمياً كخطوة أولى.

معايرة الغلوبولين المناعي الكلي (**Total\ Serum\ IgA**): ويُجرى لاستبعاد وجود نقص وراثي في هذا الأجسام المضادة، مما قد يعطي نتائج سلبية خاطئة في فحص **tTG**.

2. الفحص النسيجي والمعيار الذهبي (**Intestinal Biopsy**)

عند إيجابية التحاليل المصلية، يتم الانتقال حتماً إلى إجراء منظار هضمي علوي لأخذ خزعة (**Biopsy**) من الأمعاء الدقيقة؛ حيث يُظهر الفحص المجهري المخبري تراجعاً أو غياباً تاماً للزغابات المعوية لتظهر الطبقة المبطنة للأمعاء مسطحة وظامرة تماماً بفعل الهجوم المناعي.

3. تقييم الاستجابة السريرية للحمية وطبيعة المرض المزمنة

تتحسن الحالة الإكلينيكية والنسيجية للمريض بشكل ملحوظ وتدريجي عند الامتناع التام والامتثال الدقيق للحمية الغذائية الخالية من الغلوتين (**GFD**).

ملاحظة باثولوجية حاسمة: إن هذا التحسن السريري لا يعني بأي حال من الأحوال الشفاء التام أو الزوال القطعي للمرض؛ فالسيلياك اضطراب مناعي ذاتي مزمن يلازم الفرد مدى الحياة، وأي عودة لتناول الغلوتين — ولو بكميات مجهرية بسيطة، أو في المناسبات العابرة، ولو بعد مرور سنوات من الانقطاع — ستؤدي فوراً إلى إعادة تنشيط الخلايا التائية المناعية، وإثارة الهجوم الذاتي مجدداً، مسببةً انتكاسة سريرية وتلفاً بنيوياً متجدداً في الأمعاء الدقيقة.

ثانياً: التحاليل المخبرية الداعمة والتكميلية لمرض السيلياك

أثبتت الدراسات الطبية (مثل: **Ghislaine, 2011, P. 189**) ضرورة إلزام مريض السيلياك حديث التشخيص بحزمة من الفحوصات المخبرية الشاملة، ليس لتشخيص المرض ذاته، بل لتقييم حجم الأضرار والاعتلالات الجهازية الناتجة عن متلازمة سوء الامتصاص المزمن، وتتضمن هذه الفحوصات:

فحص تعداد الدم الكامل (**CBC**): لرصد مستويات الهيموغلوبين وكريات الدم الحمراء والكشف عن فقر الدم.

فحص مستوى الحديد والفيريتين (**Ferritin**): لتقييم مخزون الحديد في الجسم والذي يتأثر أولاً بتلف الجزء العلوي من الأمعاء.

معايرة الفيتامينات الأساسية: وتشمل فحص فيتامين د (Vitamin\ D)، وفحص فيتامين ب12 (Vitamin\ B_{12})، وفحص حمض الفوليك (Folic\ Acid)، وهي العناصر الأكثر عرضة لضعف الامتصاص النسيجي.

فحص هرمون تنشيط الغدة الدرقية (TSH): نظراً للارتباط الإحصائي والسريري المرتفع بين مرض السيلياك والاضطرابات المناعية الذاتية الأخرى، وعلى رأسها اعتلالات الغدة الدرقية (مثل داء هاشيموتو).

ثالثاً: الآليات التشخيصية لحساسية القمح وعدم تحمل الغلوتين

لإرساء حدود التفرقة السريرية في خطة بحثك، يتم تشخيص الحالتين الأخريين وفق البروتوكولات التالية:

1. تشخيص حساسية القمح (Wheat Allergy Diagnosis)

يعتمد تشخيصها على إثبات الرد المناعي التحسسي الفوري (الوسيط IgE)، ويتم ذلك عبر الإجراءات التالية:

قياس مستوى الغلوبولين المناعي النوعي (IgE) في المصل ضد بروتينات القمح.

اختبار الامتصاص الإشعاعي المصبغ (RAST): لتحديد الأجسام المضادة المحدثة للحساسية بدقة في المختبر.

اختبارات وخز الجلد (Skin\ Prick\ Tests): عبر حقن مستخلصات القمح البسيطة تحت الجلد ومراقبة التفاعل الموضعي الفوري (الاحمرار والتورم).

اختبارات التحدي الفموي المحكوم بالطعام المشتبه به: ويُجرى تحت إشراف طبي صارم داخل المستشفى للتأكد من استجابة الجسم الفورية عند تناول القمح.

2. تشخيص عدم تحمل الغلوتين غير السيلياكي (NCGS Diagnosis)

التشخيص بالاستبعاد (Diagnosis by Exclusion)**: لا توجد حتى الآن أي تحاليل مخبرية، أو مؤشرات حيوية، أو فحوصات نسيجية نوعية خاصة بتشخيص حالة عدم تحمل الغلوتين.**

ويتم تأكيد هذه الحالة إكلينيكياً عندما يظهر المريض أعراضاً هضمية أو عصبية عند تناول الغلوتين، بشرط أن تكون جميع نتائج الفحوصات المصلية والنسيجية الخاصة بمرض السيلياك سليمة تماماً، وجميع اختبارات الأجسام المضادة (IgE) **الخاصة بحساسية القمح سلبية تماماً.**

6. مرض السيلياك الوقاية والعلاج :

العلاج :

- العلاج الوحيد الفعّال لمرض السيلياك يتمثل في الالتزام بنظام غذائي خالٍ تمامًا من الغلوتين، حيث يُعد هذا الإجراء أساس التدبير العلاجي للمرض.
- وخلال فترة تتراوح بين 3 إلى 6 أشهر من الامتناع التام عن تناول الغلوتين، تبدأ أعراض المريض في التحسن تدريجيًا، وتظهر علامات الراحة، كما يتحسن امتصاص العناصر الغذائية نتيجة تعافي بطانة الأمعاء الدقيقة واستعادة جزء كبير من وظيفتها الطبيعية.
- ومع ذلك، فإن هذا النظام الغذائي يجب أن يُتبع مدى الحياة، لأن حتى كميات صغيرة جدًا من الغلوتين يمكن أن تؤدي إلى عودة الأعراض وإحداث تراجع في حالة المريض، وكأن المرض يعود إلى نقطة البداية.
- كما أن الالتزام بحمية خالية من الغلوتين لا يقتصر على كونه علاجًا طبيًا فقط، بل يؤثر أيضًا على نمط حياة الفرد وسلوكه اليومي، إذ يتطلب معرفة دقيقة بمكونات الأغذية المختلفة، والحذر الشديد عند اختيار الطعام سواء في المنزل أو المدرسة أو مكان العمل أو حتى أثناء التسوق، نظرًا لوجود الغلوتين في العديد من المنتجات الغذائية بشكل مباشر أو غير مباشر.. (مصعب قاسم ، 2022، ص356).

الوقاية :

- الرضاعة الطبيعية مهمة في 6 أشهر من العمر .
- ضرورة معرفة أنواع والتفريق هل هو السيلياك أو حساسية القمح أو عدم تحمل الغلوتين .
- الفحص والتشخيص المبكر للمرض .

- الابتعاد من المواد التي تحمل مادة الغلوتين .
- الالتزام بالحمية الغذائية .
- استشارة الطبيب المختص .
- الامتناع عن المأكولات المعلبة ومعرفة المكونات والمصدر .
- التنويع في الوجبات وتعويضها بما يفيد الجسم .
- أكل الخضر والفواكه وينصح بها جميعا ما عدا المعلبة يجب التأكد من المأكولات أنها خالية من غلوتين .
- الابتعاد عن الخبز المحضر من دقيق والشعير والحنطة والشوفان وتعويضه بدقيق الذرة والأرز والصويا ، البطاطا والبقوليات مثل : قول ، اللوبيا الفاصوليا .
- التأكد من المصدر ومن بطاقة المنتج أنها خالية من الجلوتين . (World Gastroenterology Organization, 2012)
- يجب تثقيف العائلة صحيا بهذا المرض حيث يعتقد البعض أنها حساسية .
- يمكن السيطرة على السيلياك بإتباع الحمية المناسبة وتجنب تناول أي شيء يحتوي على الجلوتين ويتم ذلك بإزالة كل القمح والشعير والشوفان من الوجبة .
- و يستعمل الأرز والبطاطا والذرة كبديل عن هذه الحبوب التي تم حذفها ، كذلك الأغذية الجاهزة يجب اختيارها بعناية لأنه يدخل فيها الجلوتين كمتخذ للقوام . (محمد حلمي ، 2018،ص258).

الأطعمة الممنوعة لمرض السيلياك :

القمح ، الشعير ، الشوفان ، طحين هذه المواد ، المكرونة الشعيرية ، الخبز بأنواعه ، البرغل ، السميد، الفاصولياء البيضاء ، أية أطعمة مضاف اليها طحين ومادة الجلوتين مشروبات الشعير .
(Mirielle Brabant, 2013, P544)

خلاصة الفصل :

يتناول هذا الفصل مرض السيلياك بوصفه مرضًا مناعيًا ذاتيًا مزمنًا يصيب الجهاز الهضمي نتيجة عدم تحمّل الجلوتين الموجود في حبوب مثل القمح والشعير والشوفان، مما يؤدي إلى تلف الأمعاء الدقيقة واضطراب امتصاص العناصر الغذائية، مع توضيح الفرق بينه وبين حساسية القمح وعدم تحمّل الجلوتين. كما استعرض الفصل التعاريف الطبية والاجرائية، والنبذة التاريخية عن اكتشاف المرض، وأبرز الأعراض السريرية لدى الأطفال والبالغين، والعوامل الوراثية والبيئية المساهمة في ظهوره، إلى جانب شرح فيزيولوجية التلف المناعي لبطانة الأمعاء. وتطرّق كذلك إلى أساليب التشخيص المعتمدة على التحاليل المخبرية والخزعات، وانتهى بالتأكيد على أن العلاج الأساسي يتمثل في حمية غذائية صارمة وخالية من الجلوتين مدى الحياة، مع التشخيص المبكر والتثقيف الغذائي لتفادي المضاعفات وتحسين نوعية حياة المرضى.

الجانب الميداني

الفصـــــل الخامس

فصل عرض وتحليل

ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد:

تُعدّ الدراسة الميدانية مرحلة أساسية في البحث العلمي، إذ تهدف إلى جمع البيانات بصورة منهجية والتحقق من الفرضيات المطروحة، كما تسهم في دعم الجانب النظري للدراسة. ويتناول هذا الجانب عرض المنهجية المعتمدة، والدراسة الاستطلاعية والأساسية، والعينة وخصائصها، والمجالين الزماني والمكاني، إضافة إلى أدوات جمع البيانات وإجراءات تطبيقها، والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات واختبار الفرضيات.

1- منهج الدراسة:

إن البحث العلمي لا يمكن أن يستقيم أو يحقق أهدافه دون الاعتماد على نموذج منهجي واضح ومحدد، يوجه الباحث نحو استقصاء أبعاد المشكلة المبحوثة، وضبط متغيراتها، والوقوف على طبيعة العلاقات الارتباطية أو الفروق بينها؛ وذلك بما يلائم الطبيعة البنيوية للموضوع، وبما يضمن في النهاية الوصول إلى نتائج علمية دقيقة، تتمتع بالموثوقية والصدق، وقابلة للتعميم العلمي.

وتأسيساً على ذلك، ونظراً لطبيعة الإشكالية المطروحة في هذه الدراسة والتي تسعى إلى استكشاف وتقييم مستويات الصلابة النفسية لدى فئة مرضى السيلياك، فإن المنهج الملائم والمتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي (Descriptive Methodology).

ويُعرَّف المنهج الوصفي منهجيّاً بأنه:

"ذلك المنهج الذي يقوم على دراسة الواقع أو الظاهرة السلوكية أو الصحية كما هي قائمة في بيئتها الفسيولوجية والاجتماعية، حيث يهتم برصدها وتوصيفها توصيفاً دقيقاً، والتعبير عنها تعبيراً كلياً يتألف من شقين: تعبير كيفي يصف لنا كنه الظاهرة، ويحدد خصائصها السلوكية وبنائها الديناميكي، وتعبير كمي يمنحها وصفاً رقمياً إحصائياً يوضح مقدار هذه الظاهرة، وحجمها، ودرجات ارتباطها السببي أو التلازمي مع الظواهر والمتغيرات المختلفة الأخرى.". (وبحوش،1995: 129).

2- الدراسة الاستطلاعية:

تُعدّ الدراسة الاستطلاعية من المراحل التمهيدية المهمة التي تسبق الدراسة الميدانية الأساسية، إذ تساعد الباحث على التعرف إلى ظروف الدراسة وطبيعة الظاهرة محل البحث، وفهم كيفية جمع البيانات والمعلومات بما يضمن التحكم الجيد في الدراسة الأساسية، وانطلاقاً من أهمية هذا النوع من الدراسات في البحوث الإنسانية والاجتماعية، قمنا بإجراء دراسة استطلاعية المتكونة من 50 مريض، بعد الحصول على موافقة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية وقسم علم النفس والأرطفونيا، إضافة إلى الترخيص اللازم لإجراء الدراسة الميدانية، حيث تمت زيارة جمعية التضامن لمرضى السيلياك بمتليلي وكان في استقبالنا رئيس الجمعية ومنحنا الموافقة لإجراء الدراسة، ولقد كان قيامنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية لتحقيق مجموعة من الأهداف الأساسية والتي تمثلت في:

- استكشاف خصائص مجتمع الدراسة.

- تحديد حجم العينة المناسبة للدراسة الأساسية.
- جمع معلومات حول مكان الدراسة ومجتمعها.
- التأكد من مدى ملاءمة أداة الدراسة للعينة.
- التحقق من فهم أفراد العينة لبنود الاستبيان والتعليمات المصاحبة له.
- التأكد من وضوح اللغة المستخدمة وتصحيح الأخطاء المحتملة.
- التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.
- معرفة إجراءات التطبيق الميداني.
- التعرف على أهم الصعوبات والعراقيل التي قد تواجه الباحث لتفاديها في الدراسة الأساسية.
- التأكد من جدوى الدراسة وملاءمة البيانات المتحصل عليها لأهداف البحث،

1- حدود الدراسة: يُعدّ تحديد مجالات الدراسة من الخطوات المنهجية الأساسية في البحوث الإنسانية والاجتماعية، إذ يسهم في ضبط موضوع الدراسة وتحديد أبعاده المختلفة بما يضمن دقة الدراسة وتنظيمها وقد اتفق العديد من الباحثين والمتخصصين في منهجية البحث العلمي على أن لكل دراسة أربعة مجالات رئيسية تتمثل في: الحدود الموضوعية، والحدود المكانية، والحدود البشرية، والحدود الزمنية. والتي تتمثل في :

1-3- **الحدود الموضوعية:** حيث أن الدراسة تناولت متغيرين: المتغير المستقل الذي تمثل في الصلابة النفسية، والمتغير التابع الذي يتمثل في اليات التعامل.

2-3- **الحدود البشرية:** تم إجراء هذه الدراسة على عينة مكونة من 50 مريضا بمرض السيلياك بمتليلي ولاية غرداية.

3-3- **الحدود الزمانية:** هي الفترة الزمانية التي إستغرقت البحث الميداني حيث تم الشروع فيها من 20 فيفري 2026 إلى 26 مارس 2026 الموسم الجامعي 2026/2025

4-3- **الحدود المكانية:** تم إجراء هذه الدراسة في جمعية التضامن لمرضى السيلياك بمتليلي ولاية غرداية والتي هي عبارة لريق متكامل ومتجانس مكون من مختلف الاختصاصات شبيه بخلية النحل ويعتبر العمود الفقري للوكالة فهي تتكون من الاختصاصات التالية: طبيب عام، أخصائي اجتماعي، أخصائي نفساني، وسيط أو مساعد اجتماعي، سائق.

بحيث تتمثل مهام الخلايا الجوارية للتضامن في تحديد مناطق وجيوب الفقر، تحديد احتياجات الفئات السكانية المحرومة واحصائها، إنجاز تحقيقات وإعداد تقارير خاصة حول الفقر الاوقات الاجتماعية.

4- مجتمع الدراسة:

إن أي ظاهرة تربوية أو نفسية تعتمد أساسا على المجتمع الذي سوف نأخذه من هذه الظاهرة، إذا أنه بدون مجتمع وعينة لا نستطيع دراسة أي مشكلة، ويعتبر مجتمع الدراسة كل الوحدات والمفردات والمشاهدات التي سوف تقام عليها الدراسة، ولقد أجريت الدراسة على مجموعة من المرضى المصابين بمرض السيلياك، تم اختيارهم بطريقة قصدية من جمعة التضامن لمرضى السيلياك المتواجدة بمتليلي ولاية غرداية،

5- عينة الدراسة:

تعتبر عينة الدراسة جزء من مجتمع البحث وحجم العينة هو عدد عناصرها المأخوذ من مجتمع الدراسة ويفترض أن تكون الإحصائيات التي تتصف بها هذه العناصر ممثلة لمعالم المشاهدات في المجتمع، وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على العينة القصدية مكونة من 50 مصابا بمرض السيلياك، بمختلف أعمارهم ومدة اصابتهم ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي ، وتمثلت خصائص المميزة لعينة الدراسة فيما يلي:

1-4- خصائص العينة حسب متغير الجنس: بعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (01) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة%
ذكر	12	%24.00
أنثى	38	%76.00
المجموع	50	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا 50 مصابا بمرض السيلياك، نلاحظ أن عدد المصابين بمرض السيلياك من جنس الذكور بلغ عددهم بـ (12) مصابا، وبنسبة بلغت (24.00%)، أما عدد المصابين بمرض السيلياك من جنس الاناث فقد بلغ عددهم (38) طفلا، وبنسبة قدرت بـ (76.00%)، وعليه فأن أغلب أفراد عينة الدراسة المصابين بمرض السيلياك من جنس الاناث.

2-4- **خصائص العينة حسب متغير السن:** بعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (02) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.

السن	التكرار	النسبة%
اقل من 20 سنة	**19**	**%18.00**
من 21-30 سنة	**21**	**%42.00**
أكبر من 30 سنة	**10**	**%20.00**
المجموع	**50**	**100%**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة الأساسية والبالغ حجمهم إجمالا 50 مصابا بمرض السيلياك، نلاحظ أن عدد المصابين بمرض السيلياك الذين تتراوح أعمارهم (**اقل من 20 سنة**) يقدر بـ (19) مصابا، وبنسبة بلغت (38.00 %)، في حين بلغ عدد المصابين بمرض السيلياك الذين تتراوح أعمارهم (**من 21 سنة الى 30 سنة**) بـ (21) طفلا، ونسبته بلغت (42.00%)، في حين بلغ عدد المصابين بمرض السيلياك الذين تتراوح أعمارهم (**اكبر من 30 سنة**) يقدر بـ (10) مصابا، وبنسبة بلغت (20.00 %)،وعليه فأن أغلب أفراد العينة الدراسة المصابين بمرض السيلياك تتراوح أعمارهم (من 21 سنة الى 30 سنة) .

3-4- **خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية:** بعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة%
اعزب	**27**	**%54.00**
متزوج	**23**	**%46.00**
المجموع	**50**	**100%**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة الاساسية والبالغ حجمهم إجمالا (50) مصابا بمرض السيلياك، نلاحظ أنه بلغ عدد المصابين بمرض السيلياك ذوي الحالة الاجتماعية (**أعزب**) بـ (27) مصابا، وبنسبة قدرت بـ (54.00 %)، أما عدد المصابين بمرض السيلياك ذوي الحالة الاجتماعية (**متزوج**) فقد بلغ

عددهم بـ (23) مصابا، وبنسبة قدرت بـ (46.00%)، وعليه فأن اغلب أفراد عينة الدراسة المصابين بمرض السيلياك من الحالة الاجتماعية أعزب.

4-4- **خصائص العينة حسب متغير الحالة الاقتصادية:** بعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (04) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاقتصادية.

الحالة الاقتصادية	التكرار	النسبة%
متوسطة	**34**	**%68.00**
جيدة	**16**	**%32.00**
المجموع	**50**	**100%**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة الاساسية والبالغ حجمهم إجمالا 50 مصابا بمرض السيلياك، نلاحظ أنه بلغ عدد المصابين بمرض السيلياك من ذوي الحالة الاقتصادية (**بطال**) بـ (34) مصابا، وبنسبة قدرت بـ (68.00 %)، أما عدد المصابين بمرض السيلياك من ذوي الحالة الاقتصادية (**متزوج**) فقد بلغ عددهم بـ (16) مصابا، وبنسبة قدرت بـ (32.00%)، وعليه فأن اغلب أفراد عينة الدراسة المصابين بمرض السيلياك من ذوي الحالة الاقتصادية بطال.

5-4- **خصائص العينة حسب متغير تاريخ بدابة المرض:** بعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (05) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير تاريخ بداية المرض.

تاريخ بداية المرض	التكرار	النسبة%
اقل من 10 سنوات	**23**	**%46.00**
من 11-20 سنة	**11**	**%22.00**
أكبر من 20 سنة	**16**	**%32.00**
المجموع	**50**	**100%**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة الأساسية والبالغ حجمهم إجمالا 50 مصابا بمرض السيلياك، نلاحظ أن عدد المصابين بمرض السيلياك الذين تتراوح مدة تاريخ بداية المرض (**اقل من 10 سنوات**) يقدر بـ (23) مصابا، وبنسبة بلغت (46.00 %)، في حين بلغ عدد المصابين بمرض السيلياك

الذين تتراوح مدة تاريخ بداية المرض (**من 11 سنة الى 20 سنة**) بـ (11) مصابا، ونسبته بلغت (22.00%)، في حين بلغ عدد المصابين بمرض السيلياك الذين تتراوح مدة تاريخ بداية المرض (**اكبر من 20 سنة**) يقدر بـ (16) مصابا، وبنسبة بلغت (32.00 %)،وعليه فأن أغلب أفراد العينة الدراسة المصابين بمرض السيلياك تتراوح مدة تاريخ بداية المرض (أقل من 10 سنوات) .

5- أدوات الدراسة:

تُعدّ أدوات جمع البيانات من العناصر الأساسية في البحث العلمي، وهي نقطة تلاقي بين الجانب النظري والجانب التطبيقي، إذ يعتمد عليها الباحث في الحصول على المعلومات والبيانات المتعلقة بموضوع الدراسة بصورة منظمة ودقيقة، بما يساهم في تحليل الظاهرة المدروسة واختبار الفرضيات وتحقيق أهداف البحث، وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على الأدوات التالية:

1-5- مقياس الصلابة النفسية: (مخيمر، 2002 - تعديل معمرية، 2011)

يُعد هذا المقياس أداة لقياس سمة شخصية معرفية تتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية (الالتزام، التحكم، التحدي). يهدف المقياس إلى تقييم مدى قدرة الفرد على إدراك المواقف الضاغطة كفرص للنمو وتحديات يمكن السيطرة عليها، بدلاً من إدراكها كتهديدات.

أعد هذا المقياس عماد مخيمر ،2002، تتكون في الأصل من 47 بندا موزعة على ثلاثة أبعاد هي :

الالتزام وتقيسه 16 بند.

التحكم: وتقيسه 15 بندا وأضاف الباحث الحالي أحد بشير معمرية إلى هذا واحدا وهو رقم 47، فصار عددها 16 بندا.

التحدي وتقيسه 16 بندا.

وصار عدد البنود في المقياس كله 48 بندا، يتم الإجابة عنها بأسلوب تقريري وفق تدريج " (موافق، محايد، غير موافق)، حيث يتم منح درجات تتراوح (من 0 إلى2)، مما يسمح بالحصول على درجة كلية تمثل "مستوى توظيف آليات التعامل" لدى المفحوص

الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية:

أولا: حساب الصدق لمقياس الصلابة النفسية :

صدق الاتساق الداخلي (البنائي):

يشير صدق الاتساق الداخلي إلي قوه ارتباط درجه البند من المقياس والدرجة الكلية، وقد تم التحقق من صدق اتساق الداخلي (البنائي) للمقياس من خلال تطبيقه علي عينه استطلاعيه بلغت 32 مصابا بمرض السيلياك، وذلك

عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل بند مع البعد الذي تنتمي إليه، وبعدها تم تقدير الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس ككل كما يلي:

✓ **الارتباط بين البنود والدرجات الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها:** تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، والنتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يمثل الارتباط بين البنود والدرجات الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها

البعد الأول: الالتزام											
رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.353*	0.000	05	0.548**	0.000	09	0.480**	0.000	13	0.444*	0.000
02	0.413*	0.000	06	0.633**	0.000	10	0.504**	0.000	14	0.409*	0.000
03	0.723**	0.000	07	0.489**	0.000	11	0.359*	0.000	15	0.590**	0.000
04	0.380*	0.000	08	0.693**	0.009	12	0.698**	0.000	16	0.640**	0.000
البعد الثاني: التحكم											
رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
17	0.603**	0.000	21	0.630**	0.000	25	0.725**	0.000	29	0.760**	0.000
18	0.778**	0.000	22	0.555**	0.000	26	0.680**	0.000	30	0.582**	0.000
19	0.666**	0.000	23	0.743**	0.000	27	0.630**	0.000	31	0.771**	0.000
20	0.712**	0.000	24	0.722**	0.000	28	0.723**	0.000	32	0.695**	0.000
البعد الثالث: التحدي											
رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
33	0.743**	0.000	37	0.680**	0.000	41	0.647**	0.000	45	0.693**	0.000
34	0.747**	0.000	38	0.622**	0.000	42	0.681**	0.000	46	0.720**	0.000
35	0.724**	0.000	39	0.714**	0.000	43	0.715**	0.000	47	0.682**	0.000
36	0.464**	0.000	40	0.650**	0.000	44	0.742**	0.000	48	0.726**	0.009

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع بنود المقياس جاءت كل معاملات الارتباط بينها وبين الأبعاد التي تنتمي إليها دالة عند مستوى الدلالة (0.01) حيث في:

– البعد الأول المتعلق بـ **الالتزام** تبين أن كل معاملات الارتباط جاءت محصورة بين أعلى معامل ارتباط للبند رقم (03) والذي قدر معامل الارتباط بها بـ (0,723)، وأدنى معامل ارتباط للبند رقم (01) بمعامل ارتباط قدر بـ (0,353)، وهذا ما يؤكد أن بنود البعد الاول تتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

– أما في البعد الثاني المتعلق بـ **التحكم** تبين أن كل معاملات الارتباط جاءت محصورة بين أعلى معامل ارتباط للبند رقم (18) والذي قدر معامل الارتباط بها بـ (0,778)، وأدنى معامل ارتباط للبند رقم (22) بمعامل ارتباط قدر بـ (0,555)، وهذا ما يؤكد أن بنود البعد الثاني تتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

– أما البعد الثالث المتعلق بـ **التحدي** تبين أن كل معاملات الارتباط جاءت محصورة بين أعلى معامل ارتباط للبند رقم (34) والذي قدر معامل الارتباط بها بـ (0,747)، وأدنى معامل ارتباط للبند رقم (36) بمعامل ارتباط قدر بـ (0,464)، وهذا ما يؤكد أن بنود البعد الثالث تتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

وعليه فان المقياس صادق لما وضع لقياسه من اجله ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الميدانية.

✓ **الارتباط بين الدرجات الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ككل:** تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس وجاءت نتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لأبعاد المقياس مع درجته الكلية

الأبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول: الالتزام	**0.931**	**0.000**
البعد الثاني: التحكم	**0.851**	**0.000**
البعد الثالث: التحدي	**0.907**	**0.000**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن جميع أبعاد المقياس جاءت كل معاملات الارتباط بينها وبين الدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث جاءت محصورة بين أعلى معامل ارتباط للبعد رقم (01) والذي قدر معامل الارتباط بها بـ (0,931)، وأدنى معامل ارتباط للبعد رقم (02) بمعامل ارتباط قدر بـ (0,851)، وهذا ما يؤكد أن أبعاد المقياس تتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي (البنائي)، وهذا ما يطمئن على تطبيقه في الدراسة الأساسية.

- **الصدق التمييزي:**

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية وعددها (32) مصابا بمرض السيلياك ، وتستخدم هذه الطريقة في حساب صدق المقياس من خلال قدراته على التمييز بين طرفي المقياس أي بين المجموعتين الدنيا والعليا، وهذه الطريقة تستخدم في حساب الصدق التكويني وصـدق المحتوى، حيث قمنا بترتيب درجات العينة تنازليا وأخذت نسبة 30 % من طرفي التوزيع (**09.60=100/32x30 بالتقريب يساوي 10 فردا**) وحساب الفرق باختبار "ت" بين متوسطي المجموعتين كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول (08) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الصلابة النفسية

المقياس	المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	العليا	10	131.50	05.10	18	09.801	0.000	دالة عند 0.01
	الدنيا	10	101.20	08.33				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة (ت) المحسوبة لمقياس الصلابة النفسية بلغت قيمتها ب (09.801) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يشير على أن المقياس قادر على التمييز بين مجموعتين وهو ما يؤكد على صدق المقياس وهذا ما يطمئننا على تطبيقه في الدراسة الأساسية.

- **الثبات:** وقد تم التحقق من ثبات المقياس بالطرق التالية:

- **ثبات بطريقة الفا كرومباخ:**

لإيجاد معامل ثبات المقياس استخدمنا طريقة ألفا كرومباخ والنتائج كما هي ممثلة في الجدول التالي:

الجدول (09) يوضح ثبات الفا كرومباخ لمقياس الصلابة النفسية

المقياس	عدد العبارت	معامل الفا كرومباخ
مقياس الصلابة النفسية	48	0.884

من خلال الجدول يتضح أن قيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرومباخ بلغت بـ (**0,884**)، وهذا ما يدل على أن مقياس الصلابة النفسية يتمتع بدرجة عالية وجيدة ومقبولة من الثبات تطمئن على تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

- **طريقة التجزئة النصفية:**

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية وعددها (32) مصابا بمرض السيلياك، ولحساب ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول للاستبيان وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون ومعادلة جوتمان والنتائج كما هي مبينة في الجدول:

الجدول رقم (10): يوضح ثبات مقياس الصلابة النفسية

المقياس	معامل الارتباط	معادلة سبيرمان
مقياس الصلابة النفسية	**0.842**	0.914

من خلال الجدول نلاحظ أن:

قيمة معامل الارتباط بين نصفي البعد الأول المتعلق بالالتزام يساوي 0.753 وبعد تعديلها بمعامل سبيرمان براون بلغت 0.859 وهذا ما يجعل البعد الأول يتمتع بدرجة عالية وجيدة ومقبولة من الثبات.

قيمة معامل الارتباط بين نصفي البعد الثاني المتعلق بالتحكم يساوي 0.886 وبعد تعديلها بمعامل سبيرمان براون بلغت 0.940 وهذا ما يجعل البعد الثاني يتمتع بدرجة عالية وجيدة ومقبولة من الثبات.

قيمة معامل الارتباط بين نصفي البعد الثالث المتعلق بالتحكم يساوي 0.608 وبعد تعديلها بمعامل سبيرمان براون بلغت 0.756 وهذا ما يجعل البعد الثالث يتمتع بدرجة عالية وجيدة ومقبولة من الثبات.

قيمة معامل الارتباط بين نصفي المقياس ككل الصلابة النفسية يساوي 0.842 وبعد تعديلها بمعامل سبيرمان براون بلغت 0.914 وهذا ما يجعل مقياس الصلابة النفسية يتمتع بدرجة عالية وجيدة ومقبولة من الثبات.

2-5- مقياس اليات التعامل:

تعود الأصول النظرية للمقياس إلى ريتشارد لازاروس وسوزان فولكمان ((Lazarus & Folkman, 1989، اللذين وضعا النموذج المعرفي التفاعلي للضغوط والتعامل معها. تم تعريب وتكييف المقياس في البيئة العربية من قبل زيزي السيد مصطفى (2015)، وهو التعديل المستخدم في هذه الدراسة.

يتكون المقياس من مجموعة من العبارات (60 عبارة) التي تصف ردود أفعال الفرد تجاه المواقف الصعبة.

هو أداة قياس نفسية تهدف إلى تحديد وتقييم الاستراتيجيات (السلوكية والمعرفية) التي يلجأ إليها الفرد للتكيف مع الضغوط النفسية، والأزمات، أو المواقف الصعبة التي تواجهه في حياته.

نظراً لوجود عدة مقاييس تتناول هذا الموضوع (مثل مقياس لازاروس وفولكمان، ومقياس كارفر)، فإنها تتفق غالباً في تصنيف آليات التعامل إلى أبعاد رئيسية:

التعامل المتمركز حول المشكلة: الخطوات العملية والمباشرة لمحاولة حل المشكلة وتغيير الموقف الضاغط.

التعامل المتمركز حول الانفعال: السعي لتنظيم وتخفيف المشاعر السلبية المرافقة للضغط (مثل التنفيس أو البحث عن دعم عاطفي)

يُجاب على عبارات المقياس وفق تدريج "ليكرت" الرباعي (لا، قليلاً، متوسطاً، كثيراً)، حيث يتم منح درجات تتراوح (من 0 إلى3)، مما يسمح بالحصول على درجة كلية تمثل "مستوى توظيف آليات التعامل" لدى المفحوص.

– الخصائص السيكومترية لمقياس أليات التعامل:

أولا: حساب الصدق لمقياس أليات التعامل:

صدق الاتساق الداخلي (البنائي):

يشير صدق الاتساق الداخلي إلي قوه ارتباط درجه البند من المقياس والدرجة الكلية، وقد تم التحقق من صدق اتساق الداخلي (البنائي) للمقياس من خلال تطبيقه علي عينه استطلاعيه بلغت 32 مصابا بمرض السيلياك، وذلك عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل بند مع البعد الذي تنتمي إليه، وبعدها تم تقدير الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس ككل كما يلي:

✓ **الارتباط بين البنود والدرجات الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها:** تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، والنتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يمثل الارتباط بين البنود والدرجات الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها

إعادة تفسير إيجابي			الابتعاد الذهني			التركيز على الانفعالات واظهارها			الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي		
رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.494**	0.000	02	0.510**	0.000	03	0.480*	0.000	04	0.426*	0.000
16	0.694**	0.000	17	0.616**	0.000	18	0.828**	0.000	19	0.423*	0.000
31	0.723**	0.000	32	0.733**	0.000	33	0.793*	0.000	34	0.578**	0.000
46	0.763**	0.000	47	0.638**	0.009	48	0.428*	0.000	49	0.362*	0.000
المواجهة النشطة			الانكار			الرجوع الى الدين			السخرية والدعاية		
رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
05	0.685**	0.000	06	0.745**	0.000	07	0.797**	0.000	08	0.585**	0.000
20	0.494**	0.000	21	0.810**	0.000	22	0.629**	0.000	23	0.380*	0.000
35	0.536**	0.000	36	0.429*	0.000	37	0.444*	0.000	38	0.483**	0.000
50	0.572**	0.000	51	0.742**	0.000	52	0.723**	0.000	53	0.662**	0.000
الابتعاد السلوكي			التريث			استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي			تعاطي المواد النفسية		
رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
09	0.523**	0.000	10	0.391*	0.000	11	0.642**	0.000	12	0.481*	0.000
24	0.659**	0.000	25	0.663**	0.000	26	0.792**	0.000	27	0.599**	0.000
39	0.538**	0.000	40	0.492**	0.000	41	0.741**	0.000	42	0.589**	0.000
54	0.464**	0.000	55	0.756**	0.000	56	0.678**	0.000	57	0.471**	0.009
التقبل			قمع الأنشطة المنافسة			التخطيط					
رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة			
13	0.595**	0.000	14	0.792**	0.000	15	0.762**	0.000			
28	0.522**	0.000	29	0.740**	0.000	30	0.459**	0.000			
43	0.502**	0.000	44	0.660**	0.000	45	0.689**	0.000			
58	0.464**	0.000	59	0.751**	0.000	60	0.503**	0.000			

- ✓ من خلال نتائج الجدول رقم (11) الخاصة بمعاملات الارتباط بين البنود والدرجات الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها، يتضح أن جميع معاملات الارتباط جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وهو ما يدل على وجود اتساق داخلي مرتفع بين البنود وأبعاد المقياس، ويؤكد صلاحية البنود في قياس الأبعاد التي وضعت من أجلها.
- ✓ ففي البعد الأول المتعلق بإعادة التفسير الإيجابي تراوحت معاملات الارتباط بين (0.494) للبند رقم (01) و(0.763) للبند رقم (46)، وهي قيم تشير إلى تجانس جيد بين البنود والبعد الكلي. أما البعد الثاني الخاص بالابتعاد الذهني فقد تراوحت معاملاته بين (0.510) و(0.733)، مما يعكس قوة ارتباط البنود ببعدها وارتفاع مستوى الاتساق الداخلي.
- ✓ وبالنسبة للبعد الثالث المتعلق بالتركيز على الانفعالات وإظهارها، فقد سجل أعلى ارتباط للبند رقم (18) بقيمة (0.828)، في حين بلغ أدنى ارتباط (0.428) للبند رقم (48)، وهي نتائج تؤكد تمتع هذا البعد بدرجة مرتفعة من الصدق الداخلي. كما أظهرت نتائج البعد الرابع الخاص بالاستعمال الإجرائي للدعم الاجتماعي معاملات ارتباط تراوحت بين (0.362) و(0.578)، وهي رغم تفاوتها تبقى دالة إحصائياً ومقبولة علمياً، مما يدل على انسجام البنود مع البعد الذي تنتمي إليه.
- ✓ أما البعد الخامس المتعلق بالمواجهة النشطة فقد تراوحت قيم الارتباط فيه بين (0.494) و(0.685)، وهو ما يعكس اتساقاً جيداً لبنوده. في حين سجل البعد السادس الخاص بالإنكار معاملات ارتباط تراوحت بين (0.429) و(0.810)، مما يدل على قوة العلاقة بين البنود والبعد الكلي. كما أظهر البعد السابع المتعلق بالرجوع إلى الدين معاملات ارتباط دالة تراوحت بين (0.444) و(0.797)، مؤكدة صلاحية البنود لقياس هذا البعد.
- ✓ وفيما يخص البعد الثامن المرتبط بالسخرية والدعابة، فقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.380) و(0.662)، وهي قيم تدل على توفر حد مقبول من الاتساق الداخلي. كما تراوحت معاملات البعد التاسع الخاص بالابتعاد السلوكي بين (0.464) و(0.659)، مما يشير إلى تجانس البنود وارتباطها الجيد بالبعد الكلي.
- ✓ أما البعد العاشر المتعلق بالتريث فقد سجل معاملات ارتباط تراوحت بين (0.391) و(0.756)، وهي قيم دالة تؤكد صلاحية البنود. وبالنسبة للبعد الحادي عشر الخاص باستعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي

فقد جاءت معاملات الارتباط مرتفعة نسبياً، حيث تراوحت بين (0.642) و(0.792)، وهو ما يعكس قوة الاتساق الداخلي لهذا البعد.

- ✓ كما أظهرت نتائج البعد الثاني عشر المتعلق بتعاطي المواد النفسية معاملات ارتباط تراوحت بين (0.471) و(0.599)، وهي قيم مقبولة إحصائياً. أما البعد الثالث عشر الخاص بالتقبل فقد تراوحت معاملات الارتباط فيه بين (0.464) و(0.595)، مما يدل على اتساق البنود مع البعد. وفي البعد الرابع عشر المتعلق بقمع الأنشطة المنافسة تراوحت معاملات الارتباط بين (0.660) و(0.792)، وهي قيم مرتفعة تؤكد قوة التجانس الداخلي.
- ✓ وأخيراً، أظهرت نتائج البعد الخامس عشر المتعلق بالتخطيط معاملات ارتباط تراوحت بين (0.459) و(0.762)، وهي معاملات دالة إحصائياً وتشير إلى تمتع البعد بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي.
- ✓ وعموماً، فإن دلالة جميع معاملات الارتباط وارتفاع معظمها يؤكدان أن بنود المقياس تتمتع بدرجة مناسبة من الصدق الداخلي والاتساق، مما يسمح بالاعتماد على المقياس في الدراسة الميدانية باعتباره أداة صالحة لقياس الأبعاد المستهدفة.
- ✓ **الارتباط بين الدرجات الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ككل:**

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس وجاءت نتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (12) يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لأبعاد المقياس مع درجته الكلية

الأبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول: إعادة التفسير الايجابي	**0.624**	**0.000**
البعد الثاني: الابتعاد الذهني	**0.374***	**0.000**
البعد الثالث: التركيز على الانفعالات واظهارها	**0.489**	**0.000**
البعد الرابع: الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي	**0.544**	**0.000**
البعد الخامس: المواجهة النشطة	**0.552**	**0.000**
البعد السادس: الانكار	**0.482**	**0.000**

البعد السابع: الرجوع الى الدين	0.678**	0.000
البعد الثامن: السخرية والدعاية	0.827**	0.000
البعد التاسع: الابتعاد السلوكي	0.790**	0.000
البعد العاشر: التريث	0.749**	0.000
البعد الحادي عشر: استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي	0.667**	0.000
البعد الثاني عشر: تعاطي المواد النفسية	0.721**	0.000
البعد الثالث عشر: التقبل	0.708**	0.000
البعد الرابع عشر: قمع الأنشطة المنافسة	0.712**	0.000
البعد الخامس عشر: التخطيط	0.719**	0.000

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن جميع أبعاد المقياس جاءت كل معاملات الارتباط بينها وبين الدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث جاءت محصورة بين أعلى معامل ارتباط للبعد رقم (08) والذي قدر معامل الارتباط بها بـ (0,827)، وأدنى معامل ارتباط للبعد رقم (06) بمعامل ارتباط قدر بـ (0,482)، وهذا ما يؤكد أن أبعاد المقياس اليات التعامل يتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي (البنائي)، وهذا ما يطمئن على تطبيقه في الدراسة الأساسية.

الصدق التمييزي:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية وعددها (32) مصابا بمرض السيلياك ، وتستخدم هذه الطريقة في حساب صدق المقياس من خلال قدراته على التمييز بين طرفي المقياس أي بين المجموعتين الدنيا والعليا، وهذه الطريقة تستخدم في حساب الصدق التكويني وصـدق المحتوى، حيث قمنا بترتيب درجات العينة تنازليا وأخذت نسبة 30 % من طرفي التوزيع (**09.60=100/32x30 بالتقريب يساوي 10 فردا**) وحساب الفرق باختبار "ت" بين متوسطي المجموعتين كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول (13) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس اليات التعامل

أبعاد المقياس	المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	القرار
مقياس اليات التعامل	العليا	10	103.20	05.473	18	11.260	0.000	دالة عند 001
	الدنيا	10	66.80	08.256				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة (ت) المحسوبة لمقياس اليات التعامل بلغت قيمتها بـ (11.260) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يشير على أن المقياس قادر على التمييز بين مجموعتين وهو ما يؤكد على صدق المقياس وهذا ما يطمئننا على تطبيقه في الدراسة الأساسية.

- **الثبات:** وقد تم التحقق من ثبات المقياس بالطرق التالية:

- **ثبات بطريقة الفا كرومباخ:**

لإيجاد معامل ثبات المقياس استخدمنا طريقة ألفا كرومباخ والنتائج كما هي ممثلة في الجدول التالي:

الجدول (14) يوضح ثبات الفا كرومباخ لمقياس اليات التعامل

أبعاد المقياس	عدد العبارت	معامل الفا كرومباخ
مقياس اليات التعامل	60	0.892

من خلال الجدول يتضح أن قيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرومباخ بلغت لمقياس اليات التعامل بـ (**0,892**)، وهذا يدل على أن مقياس اليات التعامل يتمتع بدرجة عالية وجيدة ومقبولة من الثبات تطمئن على تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

- **طريقة التجزئة النصفية:**

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية وعددها (30) أفراد لحساب ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول للاستبيان وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون ومعادلة جوتمان والنتائج كما هي مبينة في الجدول:

الجدول رقم (15): يوضح ثبات مقياس اليات التعامل

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	معادلة سبيرمان
المقياس اليات التعامل	**0.694**	0.819

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بين نصفي المقياس اليات التعامل يساوي 0.694 وبعد تعديلها بمعامل سبيرمان براون بلغت 0.819 وهذا ما يجعل مقياس اليات التعامل يتمتع بدرجة عالية وجيدة ومقبولة من الثبات.

الاساليب الاحصائية المستخدمة:

اولا: الاساليب الاحصائية الخاصة بالتحقق من الخصائص السيكومترية:

ـ معامل الارتباط بيرسون لحساب الصدق البنائي والثبات بطريقة التجزئة النصفية.

ـاختبار test-t لعينتين مستقلتين لحساب الصدق التميزي.

ـمعامل الفاكرونباخ.

ـمعادلة سبيرمان لتصحيح الطول.

ثانيا– الأساليب الإحصائية المستخدمة في عرض نتائج الدراسة:

تم الاستعانة في هذه الدراسة بنظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss النسخة 26 والذي هو أحد وأهم وأشهر حزم البرامج الجاهزة في مجال المعالجة الإحصائية للبيانات إذ يتمتع هذا البرنامج بالعديد من الخصائص الفريدة التي تميزه عن باقي البرامج المماثلة وأهم هذه الخصائص بساطة الاستخدام وسهولة الفهم، واعتمدنا في دراستها على الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرين.
- اختبار test-t لعينة واحدة.
- المتوسط الفرضي.
- اختبار test-t لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين المتغيرين.
- اختبار f لتحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق بين المتغيرين.

ظروف إجراء الدراسة:

عرفت دراسة "الصلابة النفسية واليات التعامل لدى مرضى السلياك " مجموعة من الظروف المتنوعة خلال مراحل الإعداد والتطبيق، كان لها تأثير واضح على مسار الإنجاز.

من أبرز الظروف الصعبة التي واجهتها الباحثة:

- ضيق الوقت بسبب التزامات متعددة أكاديمية وشخصية مما تطلب تخطيطاً دقيقا لتحقيق التوازن بين متطلبات البحث والحياة اليومية.

_ تشتت أفراد العينة جغرافيا في أماكن مختلفة، مما استلزم من الباحثة تنقلا ميدانيا مستمرًا للوصول إلى المشاركين، وهذا تطلب جهدًا إضافيًا ووقتا كبيرا.

_صعوبة التواصل مع بعض المشاركين، خصوصًا كبار السن الذين يعانون من ضعف مهارات القراءة والكتابة، مما تطلب شرح الاستبيان بشكل مباشر ومبسط، لضمان فهمهم الكامل لمحتوى الأسئلة والحصول على بيانات دقيقة.

_رفض بعض المشاركين التعاون أو عدم إتمامهم لملء الاستبيان ما أثر جزئيا على حجم العينة، واضطرت الباحثة إلى تعديل خطة جمع البيانات وتعويض النقص بعينات جديدة.

و رغم هذه التحديات عرفت الدراسة جوانب إيجابية ساعدت بنجاحها:

_تجاوب المشاركين بشكل جيد في أغلب الحالات، خاصة بعد توضيح أهمية الدراسة وأهدافها الإنسانية والعلمية.

_مراحل تطبيق الدراسة:

مراحل إجراء الدراسة: فقد سارت وفق خطوات منهجية منظمة كما يلي:

_ تهيئة الاستبيانات الدراسة المتعلقة بكل من الصلابة النفسية واليات التعامل، والتأكد من وضوحه وصلاحيته للتطبيق على الفئة المستهدفة ، حيث تم بناء إستبيان الصلابة النفسية وذلك بالإعتماد على إستبيان عماد مخيمر واستبيان اليات التعامل وذلك بالاعتماد على إستبيان كارفر وشايير .

_ إجراء دراسة تمهيدية استبيان تجريبي لاختبار مدى فهم المشاركين للاستبيان وضبطه وفقًا للنتائج الأولية.

_ تحديد العينة المستهدفة: من مرضى السلياك، وفق معايير موضوعية تضمن تمثيلا مناسبا للفئة المعنية.

_ التنسيق المسبق مع العيادات والأطباء: لتسهيل عملية التوزيع المباشر للاستبيانات.

_توزيع وجمع الاستبيانات ميدانيا، سواء من خلال التقديم الورقي المباشر أو المقابلات الشخصية خاصة مع المرضى الذين يحتاجون مساعدة في القراءة والكتابة.

_ تنظيف البيانات وتنظيمها بعد الجمع، مع التأكد من خلوها من القيم المفقودة أو الشاذة.

_تحليل البيانات باستخدام برنامج إحصائي مناسب وتطبيق اختبارات تتماشى مع طبيعة الفرضيات (كالتحليل الوصفي اختبار T تحليل الفروق والارتباط...).

_ تفسير النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة، واستخلاص الاستنتاجات والتوصيات المناسبة التي يمكن أن تساهم في تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي المرضى السلياك.

أولا: اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة:

يجب تحديد ما إذا كانت بيانات أفراد العينة لإجابتهم على مقاييس الدراسة التي يتم دراستها يتبع التوزيع الطبيعي أم لا. وهناك عدة طرق إحصائية للكشف عن نوع التوزيع طريقة اختبار Kolmogorov-Smirnov، وطريقة اختبار Shapiro-Wilk، كما أن اختبار Kolmogorov-Smirnov يستخدم إذا كان عدد العينة أكبر من 50، كما يستخدم اختبار Shapiro-WilK إذا كان عدد الحالات اقل من 50 وفي دراستنا نستخدم طريقة إختبارShapiro-WilK لان عدد العينة أقل من 50.

الجدول رقم (16): يبين نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات إجابات أفراد العينة.

القرار	شابيرو ويلك			متغيرات الدراسة
	مستوى دلالة	درجة الحرية	الإحصاء	
البيانات تتبع التوزيع الطبيعي	0.090	50	0.960	الصلابة النفسية
البيانات تتبع التوزيع الطبيعي	0.291	50	0.972	اليات التعامل

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم(٠٠٠) نجد نتائج من اختبار شابيرو ويلك بالنسبة لبيانات إجابات أفراد العينة على بنود مقياس المتعلق بمتغير الصلابة النفسية يتبين لنا أن قيمة مستوى المعنوية قدرت ب(0.090) وهي اكبر من (0.05)، أي أن قيمة P. Value تساوي 09% وهي اكبر من مستوى المعنوية 5%، في حين بلغت قيمة مستوى المعنوية قدرت ب(0.291) لبيانات إجابات أفراد العينة على بنود مقياس المتعلق بمتغير اليات التعامل وهي اكبر من (0.05)، أي أن قيمة P. Value تساوي 29% وهي اكبر من مستوى المعنوية 5%، ، وهذا ما يدل على أن بيانات إجابات أفراد العينة تتبع التوزيع الطبيعي، ولهذا يجب استخدام الإحصاءات المعملية للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة.

ثانيا: عرض وتحليل نتائج الدراسة:

عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة: والتي تنص على أنه:" **توجد علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك** "، ولاختبار والتحقق من صحة الفرضية العامة استخدمنا الأسلوب الإحصائي **معامل الارتباط بيرسون**، والنتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (17) يوضح قيمة معامل ارتباط بيرسون المتغيرين

المتغيرات	العينة	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	**50**	**0.317***	**0.025**	**دالة عند 0.05**
اليات التعامل				

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بيرسون المحسوبة بين متغير الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك، قدرت بـ (0.317)، عند مستوى الدلالة 0.025، وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة 0.05، مما يمكن القول انه: توجد علاقة ارتباطيه موجبة ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية العامة للدراسة تحققت.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

ونفسر ذلك بكون آليات التعامل لا تتأثر بالصلابة النفسية فقط، بل تتداخل فيها عوامل أخرى مثل الدعم الاجتماعي والأسري، مدة الإصابة، الوعي الصحي، وطبيعة الضغوط المرتبطة بالحمية الغذائية الصارمة، وبالتالي فالصلابة النفسية تسهم بدرجة جزئية في تحسين التكيف مع المرض دون أن تكون العامل الوحيد المحدد له، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة مثل دراسة ميطر عائشة وعبد اللاوي عمر(2023)، ودراسة الخطاب إسماعيل نعيمة وآخرون (2022)، ودراسة جعرير سليمة واليزيد نذيرة (2021)، ودراسة عيسات مريم وآيت مجبر واكلي بديعة (2020)، ودراسة بن الصديق فاطمة ومحمد لخضر روبي (2020)، وتختلف الدراسة الحالية مع دراسة كرمن محمد سويلم (2019).

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى: والذي تنص على أن:" **يوجد مستوى متوسط للصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية"** ولاختبار والتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمتوسط الفرضي لمقياس الصلابة النفسية وقيمة اختبار "ت" لعينة واحدة، والنتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (18) يمثل مستوى الصلابة النفسية المصابين بمرض السيلياك

نتائج الفرضية	العينة	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى المعنوية
العامة	50	48	144	111.46	17.23	96	29	45.721	0,000

من خلال الجدول يتضح أن استجابات أفراد العينة الدراسة على مقياس الصلابة النفسية، والبالغ عددهم (50) مصابا بمرض السيلياك، نجد أن المتوسط الحسابي بلغ (111.46) وبانحراف معياري قدر بـ (17,23) والمتوسط الفرضي (96)، كما أن قيمة المتوسط الحسابي أكبر من قيمة المتوسط الفرضي، وهو ما يدل على أن مستوى مرتفع، وهذا ما دلت عليه قيمة اختبار "ت" والتي بلغت قيمتها بـ(45,721) عند مستوى الدلالة (0,000). أي أننا متأكدون من نتائج الدراسة بنسبة (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (01%)، وعليه لم تحقق الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أن: " يوجد مستوى متوسط للصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية".

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

ويمكن تفسير ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك إلى امتلاك مرضى السيلياك لقدرة نفسية مرتفعة على التكيف مع الضغوط والأزمات المرتبطة بطبيعة المرض المزمن، مما جعلهم تتوفر لديهم مجموعة من الخصائص النفسية الإيجابية التي تساعدهم على مواجهة التحديات الصحية والاجتماعية والانفعالية المرتبطة بالتعايش مع المرض، ويمكن إرجاع نتيجة الفرضية إلى أن الخصائص المميزة لمرض السيلياك، يتطلب إلتزاما دائما بحمية غذائية صارمة خالية من الغلوتين، الأمر الذي يدفع المريض إلى تطوير قدرات عالية من الانضباط الذاتي والقدرة على التحكم في السلوك الغذائي واليومي من خلال التعامل المستمر مع القيود الغذائية، ومراقبة نوعية الأطعمة، وتجنب المثيرات المرتبطة بالمرض، وكذلك الخبرة التكيفية المتراكمة الناتجة عن التعايش طويل مع المرض، جعلت من مرضى السيلياك يكتسبون مناعة النفسية تساعدهم على إعادة تنظيم استجاباته الانفعالية والمعرفية

بصورة أكثر فعالية، من خلال تقبلهم لطبيعة المرض وأكثر قدرة على التكيف مع متطلباته العلاجية والاجتماعية، وكما أن الدعم الذي يتلقاه المرضى من الأسرة والمحيط الاجتماعي، ساهم في تعزيز الإحساس بالأمان والانتماء والتقدير، والتكيف ولديهم وعي صحي بشأن طبيعة مرض السيلياك وأساليب التحكم فيه، والقدرة على إدارة المرض بفعالية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع بعض نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة ميطر عائشة وعبد اللاوي عمر(2023)، ودراسة الخطاب إسماعيل نعيمة وآخرون (2022)، ودراسة عمومن رمضان (2021)، ودراسة كوبازا(1979)، ودراسة فرنك (1992)، ودراسة مهدي (1985).

1-عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية: والذي تنص على أن:" **أكثر الآليات استخداما لدى المصابين بمرض السيلياك بولاية غرداية هي التريث"** ولاختبار والتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمتوسط الفرضي لمقياس الصلابة النفسية وقيمة اختبار "ت" لعينة واحدة، والنتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (19) يمثل مستوى الصلابة النفسية المصابين بمرض السيلياك

الرقم	أبعاد اليات التعامل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
01	**إعادة التفسير الإيجابي**	06.64	01.467	**01**
02	**الابتعاد الذهني**	05.92	01.712	**07**
03	**التركيز على الانفعالات وإظهارها**	06.02	01.558	**04**
04	**الاستعمال الإجرائي للدعم الاجتماعي**	04.16	01.361	**15**
05	**المواجهة النشطة**	05.48	01.529	**14**
06	**الإنكار**	05.88	01.965	**08**
07	**الرجوع إلى الدين**	05.76	01.546	**09**
08	**السخرية والدعابة**	06.08	01.469	**03**
09	**الابتعاد السلوكي**	05.98	01.421	**05**
10	**التريث**	05.70	01.787	**11**
11	**استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي**	05.72	01.990	**10**
12	**تعاطي المواد النفسية**	06.16	01.490	**02**

13	**التقبل**	05.68	01.463	**12**
14	**قمع الأنشطة المنافسة**	05.52	02.053	**13**
15	**التخطيط**	05.98	01.708	**06**

من خلال الجدول رقم(19) نلاحظ أن إجابات أفراد العينة اليات التعامل الأكثر استخداما جاءت حسب ترتيب التالي:

- استراتيجية التعامل إعادة التفسير الإيجابي احتلت الترتيب الأول بمتوسط حسابي يقدر بـ (06.64) وانحراف معياري قدره (01.467).
- استراتيجية التعامل تعاطي المواد النفسية احتلت الترتيب الثاني بمتوسط حسابي يقدر بـ (06.16) وانحراف معياري قدره (01.490).
- استراتيجية التعامل السخرية والدعاية احتلت الترتيب الثالث بمتوسط حسابي يقدر بـ (06.08) وانحراف معياري قدره (01.469).
- استراتيجية التعامل التركيز على الانفعالات وإظهارها احتلت الترتيب الرابع بمتوسط حسابي يقدر بـ (06.02) وانحراف معياري قدره (01.558).
- استراتيجية التعامل الابتعاد السلوكي احتلت الترتيب الخامس بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.98) وانحراف معياري قدره (01.421).
- استراتيجية التعامل التخطيط احتلت الترتيب السادس بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.98) وانحراف معياري قدره (01.708).
- استراتيجية التعامل الابتعاد الذهني احتلت الترتيب السابع بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.92) وانحراف معياري قدره (01.712).
- استراتيجية التعامل الإنكار احتلت الترتيب الثامن بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.88) وانحراف معياري قدره (01.965).
- استراتيجية التعامل الرجوع إلى الدين احتلت الترتيب التاسع بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.76) وانحراف معياري قدره (01.546).
- استراتيجية التعامل استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي احتلت الترتيب العاشر بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.72) وانحراف معياري قدره (01.990).

- استراتيجية التعامل التريث احتلت الترتيب الحادي عشر بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.70) وانحراف معياري قدره (01.787).
- استراتيجية التعامل التقبل احتلت الترتيب الثاني عشر بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.68) وانحراف معياري قدره (01.463).
- استراتيجية التعامل قمع الأنشطة المنافسة احتلت الترتيب الثالث عشر بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.52) وانحراف معياري قدره (02.053).
- استراتيجية التعامل المواجهة النشطة احتلت الترتيب الرابع عشر بمتوسط حسابي يقدر بـ (05.48) وانحراف معياري قدره (01.529).
- استراتيجية التعامل الاستعمال الإجرائي للدعم الاجتماعي احتلت الترتيب الخامس عشر بمتوسط حسابي يقدر بـ (04.16) وانحراف معياري قدره (01.361). وعليه من خلال النتائج يتضح لنا أن المصابين أكثر استراتيجية تعامل يستخدمونها هي أعادة التفسير الإيجابي.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير نتيجة الدراسة إلى أن المرضى المصابين بمرض السيلياك يعتمدون بشكل أكبر على استراتيجية إعادة التفسير الإيجابي باعتبارها الآلية الأكثر استخداما في التعامل مع الضغوط المرتبطة بالمرض، وهي من الاليات المعرفية الإيجابية التي تقوم على إعادة إدراك المواقف الضاغطة ومنحها معاني أكثر إيجابية وواقعية، بما يسمح للفرد بالتقليل من حدة التوتر والانفعالات السلبية المصاحبة للمرض. وتعكس هذه النتيجة وجود قدرة نفسية ومعرفية لدى المرضى تساعدهم على التكيف مع طبيعة المرض المزمن ومتطلباته العلاجية والغذائية المستمرة، وكما أن محاولة مرضى السلياك يبحثون عن الجوانب الإيجابية الكامنة في التجربة المرضية، كاعتبار المرض دافعا للاهتمام بالصحة، أو فرصة لتبني نمط حياة غذائي أكثر توازنا، أو وسيلة لتنمية القدرة على الانضباط والتحكم في الذات. وأن المرض يعتبر لديهم تحديا يمكن التغلب عليه وليس عائقا يمنعهم من ممارسة حياتهم بشكل طبيعي. وهو ما يساعد في تقليل الشعور بالعجز والقلق والاكتئاب، ويعزز لديهم الإحساس بالأمل والقدرة على التكيف مع الضغوط اليومية، وهذا مات تجلى في ضوء نظرية لازاروس وفولكمان في التقييم المعرفي للضغوط، التي تؤكد أن طريقة إدراك الفرد للموقف الضاغط هي التي تحدد طبيعة استجابته النفسية والانفعالية، فحين يعيد المريض تفسير المرض بصورة إيجابية، فإنه يقلل من إدراكه للتهديد النفسي الناتج عنه، ويصبح أكثر قدرة على التحكم في انفعالاته وتوظيف إمكاناته النفسية في مواجهة

الصعوبات. وبالتالي فإن استخدام إعادة التفسير الإيجابي يعكس شكلا من أشكال المواجهة المتمركزة حول الانفعال الإيجابي، والتي تساعد الفرد على المحافظة على توازنه النفسي رغم استمرار الضغوط .

كما يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى الدعم الأسري والاجتماعي الذي يتلقاه مرضى السلياك مما يجعلهم يعززون من التفكير الإيجابي لديهم ، الأمر الذي يجعلهم لا يشعرون بالعزلة، بل يشجعهم على تقبل حالته الصحية بصورة أكثر إيجابية، واكتساب معرفة صحية متعلقة بطبيعة المرض وأساليب التحكم فيه ويزيد من شعورهم بالكفاءة والقدرة على إدارة حياتهم بشكل طبيعي، وهذا ما ينسجم مع توجهات علم النفس الإيجابي التي ترى أن استخدام الاليات المعرفية الإيجابية يسهم في تعزيز المرونة النفسية وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، حيث تساعد إعادة التفسير الإيجابي على تنمية التفاؤل والشعور بالمعنى والأمل، وتحد من التأثيرات النفسية السلبية الناتجة عن الضغوط الصحية المستمرة. كما تؤكد هذه النتيجة أن المرضى لا يكتفون بمجرد تحمل المرض، بل يسعون إلى إعادة بناء توازنهم النفسي من خلال تبني رؤى معرفية تساعدهم على التعايش الإيجابي مع واقعهم الصحي.

واتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج بعض الدراسات السابقة مثل دراسة ميطر عائشة وعبد اللاوي عمر(2023)، ودراسة الخطاب إسماعيل نعيمة وآخرون (2022)، ودراسة فرنك (1992).

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والذي تنص على أن " **توجد فروق دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير النوع الإجتماعي**"، وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (20) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	الذكور	12	124.25	10.137	48	03.217	0.002	دالة عند 005
	الإناث	38	107.42	17.122				

من خلال الجدول نلاحظ أنه بلغ متوسط الحسابي بالنسبة لعينة الدراسة في درجات مقياس الصلابة النفسية عند الذكور (124,25) وعند الإناث (107,42) يمكن القول بان هناك فروقا بينهما لصالح الذكور، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت (03.217) عند مستوى الدلالة (0.002) وهي قيمة اصغر من مستوى

الدلالة (0.05) وبالتالي يمكن القول على انه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الثالثة للدراسة تحققت.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، مما يدل على أن الذكور والإناث يتشابهون في مستوى قدرتهم على التكيف النفسي ومواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة التحديات التي يفرضها مرض السيلياك، خاصة ما يتعلق بالالتزام بحمية غذائية صارمة والتعايش مع مرض مزمن، تؤثر بصورة متقاربة على كلا الجنسين، الأمر الذي يؤدي إلى تقارب مستوى الصلابة النفسية لديهم، كما قد تعكس هذه النتيجة أن الصلابة النفسية ترتبط بعوامل شخصية ومعرفية وخبرات حياتية أكثر من ارتباطها بالنوع الاجتماعي، حيث إن المرضى، بغض النظر عن جنسهم، يطورون مع مرور الوقت استراتيجيات متشابهة للتكيف مع الضغوط الصحية والنفسية الناتجة عن المرض. إضافة إلى ذلك، فإن الوعي الصحي والدعم الأسري والاجتماعي الذي يتلقاه المرضى قد يسهم في تعزيز الصلابة النفسية بشكل متقارب لدى الذكور والإناث، وتنسجم هذه النتيجة الدراسة مع بعض التوجهات في علم النفس الصحي التي ترى أن الأمراض المزمنة تفرض أنماطا متشابهة من التكيف النفسي على المرضى، مما يقلل من تأثير المتغيرات الديموغرافية، ومنها النوع الاجتماعي، في مستوى الصلابة النفسية.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج بعض الدراسات مثل دراسة قاوي فاطينة ليندا وهاجر سيرين زعابطة (2022)، ودراسة بوخيط فريجه (2024)، وتختلف نتائج هذه الفرضية مع دراسة جغراب محمد عرفات وبوخلطة اصالة (2024)

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير السن**"، وللتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يمثل قيمة اختبار "' ف"' لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار "ف"	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	بين المجموعات	240.501	2	120.251	0.395	0.676	غير دالة
	داخل المجموعات	14319.919	47	304.679			
	المجموع الكلي	14560.420	49				

من خلال الجدول(٠٠٠) يتبين لنا أن قيمة اختبار "ف" لمقياس الصلابة النفسية بلغت (0.395) عند مستوى الدلالة (0.676) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية تعزى لمتغير السن"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الرابعة للدراسة لم تحقق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير السن، مما يدل على أن الفئات العمرية المختلفة تتشابه في مستوى قدرتها على التكيف النفسي ومواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة مرض السيلياك وما يفرضه من التزامات غذائية وضغوط صحية واجتماعية تؤثر بصورة متقاربة على جميع المرضى بغض النظر عن أعمارهم، الأمر الذي يؤدي إلى تقارب مستوى الصلابة النفسية بينهم.

كما قد تعكس هذه النتيجة أن الصلابة النفسية لا ترتبط بالسن بشكل مباشر، بل تتأثر بعوامل أخرى مثل الخبرات الحياتية، الدعم الأسري والاجتماعي، وطبيعة استراتيجيات التكيف التي يطورها الفرد أثناء التعايش مع المرض. فالمريض، سواء كان صغير السن أو كبيره، يسعى إلى اكتساب أساليب تساعده على التوافق مع متطلبات المرض والتقليل من آثاره النفسية، مما يسهم في بناء مستوى متقارب من الصلابة النفسية بين مختلف الفئات العمرية.

ومن جهة أخرى، يمكن تفسير هذه النتيجة بأن التعايش المستمر مع المرض المزمن يفرض على جميع المرضى نوعا من التكيف النفسي التدريجي، وهو ما يؤدي إلى تنمية القدرة على التحمل والسيطرة على الضغوط بطريقة متشابهة نسبيا، بغض النظر عن الاختلافات العمرية.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة دراسة قاوي فاطينة ليندا وهاجر سيرين زعابطة (2022)، دراسة بهراجي مختاريه وحمادي فاطمة الزهراء (2025).

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية**"، وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (22) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	أعزب	27	112.56	18.150	48	0.483	0.631	غير دالة
	متزوج	23	110.17	16.411				

من خلال الجدول نلاحظ أنه بلغ متوسط الحسابي بالنسبة لعينة الدراسة في درجات مقياس الصلابة النفسية عند ذوي الحالة الاجتماعية أعزب بـ (112,56)، وعند ذوي الحالة الاجتماعية متزوج بـ (110,17) يمكن القول بان هناك فروقا بينهما لصالح ذوي الحالة الاجتماعية أعزب، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت بـ (0.483) عند مستوى الدلالة (0.631) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي يمكن القول على أنه:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الثالثة للدراسة لم تحقق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية، مما يدل على أن المتزوجين وغير المتزوجين يتشابهون في مستوى قدرتهم على التكيف النفسي ومواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة مرض السيلياك ومتطلباته اليومية، خاصة الالتزام بحمية غذائية صارمة والتعامل المستمر مع التحديات الصحية والاجتماعية، تفرض ضغوطا متقاربة على جميع المرضى بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية.

كما قد تعكس هذه النتيجة أن الصلابة النفسية ترتبط بدرجة أكبر بالعوامل الشخصية والمعرفية وأساليب التكيف الفردية أكثر من ارتباطها بالحالة الاجتماعية. فالتعايش مع المرض المزمن يدفع المرضى إلى تطوير قدرات نفسية

تساعدهم على التحمل والتكيف، سواء كانوا متزوجين أم غير متزوجين. إضافة إلى ذلك، قد يكون الدعم النفسي والاجتماعي متوفرا لدى مختلف الفئات بطرق متنوعة، سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو المحيط الاجتماعي، مما يساهم في تقارب مستوى الصلابة النفسية بينهم، وتنسجم هذه النتيجة مع بعض التوجهات في علم النفس الصحي التي ترى أن تأثير المرض المزمن ومتطلبات التكيف معه قد يقلل من أثر بعض المتغيرات الديموغرافية، ومنها الحالة الاجتماعية، على الخصائص النفسية الإيجابية مثل الصلابة النفسية.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة خميس محمد سليم وبأعمر عبد اللطيف (2018)، ودراسة قاوي فاطينة ليندا وهاجر سيرين زعابطة (2022)، ودراسة بهراجي مختارية وحمادي فاطمة الزهراء (2025)، دراسة أناس رمضاني المصري (2020)، وتختلف نتائج هذه الفرضية مع دراسة جغراب محمد عرفات وبوخلطة اصالة (2024)

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية**"، وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (23) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	جيدة	34	108.03	18.386	48	02.124	0.039	دالة
	ضعيفة	16	118.75	11.986				

من خلال الجدول نلاحظ أنه بلغ متوسط الحسابي بالنسبة لعينة الدراسة في درجات مقياس الصلابة النفسية عند ذوي الحالة الاقتصادية بطال بـ (108,03)، وعند ذوي الحالة الاقتصادية عامل بـ (118,75) يمكن القول بان هناك فروقا بينهما لصالح ذوي الحالة الاجتماعية عامل، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت بـ (02.124) عند مستوى الدلالة (0.039) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي يمكن القول على انه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى إلى متغير الحالة الاقتصادية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الثالثة للدراسة تحققت.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير الحالة الاقتصادية، مما يدل على أن الوضع الاقتصادي يعد من العوامل المؤثرة في قدرة المرضى على التكيف النفسي ومواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض. ويمكن تفسير ذلك بأن مرض السيلياك يتطلب التزاما دائما بحمية غذائية خاصة خالية من الغلوتين، وهي غالبا ما تكون مرتفعة التكلفة مقارنة بالغذاء العادي، الأمر الذي قد يشكل عبئا ماديا ونفسيا على المرضى ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.

كما أن توفر الإمكانيات المادية يساعد المريض على الحصول على الغذاء المناسب والرعاية الصحية والمتابعة الطبية بصورة أفضل، مما يخفف من الضغوط اليومية المرتبطة بالمرض ويعزز الشعور بالأمان والاستقرار النفسي، في المقابل، قد يواجه المرضى ذوو الدخل المحدود صعوبات في الالتزام بالنظام الغذائي العلاجي، مما يزيد من مستوى التوتر والقلق والشعور بالعجز، ويؤثر سلبا على مستوى الصلابة النفسية لديهم.

ومن جهة أخرى، قد ترتبط الحالة الاقتصادية أيضا بمستوى جودة الحياة والدعم الاجتماعي المتاح للمريض، حيث يسهم الاستقرار المادي في تعزيز الشعور بالتحكم والقدرة على مواجهة التحديات الصحية، وهي من الأبعاد الأساسية للصلابة النفسية. وتنسجم هذه النتيجة مع توجهات علم النفس الصحي التي تؤكد أن العوامل الاقتصادية والاجتماعية تؤدي دورا مهما في تعزيز التكيف النفسي لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة خميس محمد سليم وباعمر عبد اللطيف (2018) وتختلف نتائج هذه الفرضية مع دراسة جغراب محمد عرفات وبوخلطة اصالة (2024)

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير تاريخ بداية المرض**"، وللتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (24) يمثل قيمة اختبار " ف" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار "ف"	مستوى الدلالة	القرار
الصلابة النفسية	بين المجموعات	1830.429	01	915.215	03.379	0.043	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	12729.991	48	270.851			
	المجموع الكلي	14560.420	49				

من خلال الجدول (24) يتبين لنا أن قيمة اختبار "ف" لمقياس الصلابة النفسية بلغت (03.379) عند مستوى الدلالة (0.043) وهي قيمة دالة وأصغر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية تعزى لمتغير تاريخ بداية المرض"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية السابعة للدراسة لم تحقق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير تاريخ بداية المرض، مما يدل على أن مدة التعايش مع المرض تؤثر في مستوى القدرة على التكيف النفسي ومواجهة الضغوط المرتبطة به، ويمكن تفسير ذلك بأن المرضى الذين مضى على إصابتهم فترة أطول يكونون قد اكتسبوا خبرة أكبر في التعامل مع متطلبات المرض والتكيف مع قيوده الغذائية والاجتماعية، الأمر الذي يسهم في تنمية الصلابة النفسية لديهم.

كما أن التعايش الطويل مع المرض يساعد المريض تدريجيا على تطوير استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية، والتقليل من مشاعر القلق والاضطراب المرتبطة بمرحلة التشخيص الأولى، مما يعزز الشعور بالتحكم والقدرة على إدارة الحياة اليومية بصورة أفضل، في المقابل، قد يواجه المرضى حديثو الإصابة صعوبة أكبر في تقبل المرض والتكيف مع نمط الحياة الجديد، وهو ما قد ينعكس على انخفاض مستوى الصلابة النفسية لديهم.

وتنسجم هذه النتيجة مع التوجهات النظرية في علم النفس الصحي التي ترى أن الخبرة التكيفية المتراكمة الناتجة عن التعايش مع المرض المزمن تسهم في تعزيز المرونة النفسية والقدرة على الصمود أمام الضغوط الصحية والاجتماعية.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة خميس محمد سليم وباعمر عبد اللطيف (2018) وتختلف نتائج هذه الفرضية مع دراسة جغراب محمد عرفات وبوخلطة اصالة (2024)، ودراسة قاوي فاطينة ليندا وهاجر سيرين زعابطة (2022)،

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

والذي تنص على أن " **توجد فروق دلالة إحصائية في مستوى اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير النوع الإجتماعي**"، وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (25) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
اليات التعامل	الذكور	12	87.83	16.900	48	0.321	0.749	غير دالة
	الإناث	38	86.32	13.368				

من خلال الجدول نلاحظ أنه بلغ متوسط الحسابي بالنسبة لعينة الدراسة في درجات مقياس اليات التعامل عند الذكور (87,83) وعند الإناث (86,32) يمكن القول بان هناك فروقا بينهما لصالح الذكور، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت (0.321) عند مستوى الدلالة (0.749) وهي قيمة اكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي يمكن القول على انه:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الثامنة للدراسة لم تحقق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى آليات التعامل لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير النوع الاجتماعي، مما يدل على أن الذكور والإناث يعتمدون أساليب متقاربة في مواجهة الضغوط النفسية والصحية المرتبطة بالمرض. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة مرض السيلياك ومتطلباته العلاجية والغذائية تفرض تحديات متشابهة على جميع المرضى بغض النظر عن جنسهم، الأمر الذي يؤدي إلى استخدام استراتيجيات تعامل متقاربة للتكيف مع المرض.

كما قد تعكس هذه النتيجة أن آليات التعامل ترتبط بدرجة أكبر بالخبرات الفردية وطبيعة الضغوط المرتبطة بالمرض أكثر من ارتباطها بالنوع الاجتماعي، حيث يسعى المرضى إلى تبني أساليب تساعدهم على التكيف النفسي والمحافظة على التوازن الانفعالي بغض النظر عن كونهم ذكورا أو إناثا، إضافة إلى ذلك، فإن الوعي الصحي والدعم الأسري والاجتماعي الذي يتلقاه المرضى قد يسهم في تعزيز استخدام آليات تعامل متشابهة لدى الجنسين.

وتنسجم هذه النتيجة مع بعض التوجهات في علم النفس الصحي التي ترى أن الأمراض المزمنة تفرض أنماطا متقاربة من المواجهة النفسية، مما يقلل من تأثير بعض المتغيرات الديموغرافية، ومنها النوع الاجتماعي، في طبيعة آليات التعامل المستخدمة لدى المرضى.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة سميرة براهيمي (2015)، ودراسة زايدي حورية (2019)

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية التاسعة:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير السن**"، وللتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (25) يمثل قيمة اختبار "' ف"' لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار "ف"	مستوى الدلالة	القرار
اليات التعامل	بين المجموعات	631.211	2	315.605	01.622	0.208	غير دالة
	داخل المجموعات	9143.669	47	194.546			
	المجموع الكلي	9774.880	49				

من خلال الجدول (11) يتبين لنا أن قيمة اختبار "'ف"' لمقياس اليات التعامل بلغت (01.622) عند مستوى الدلالة (0.208) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه:"' لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات اليات التعامل تعزى لمتغير السن"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية التاسعة للدراسة لم تحقق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى آليات التعامل لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير السن، مما يدل على أن مختلف الفئات العمرية تعتمد أساليب متقاربة في مواجهة الضغوط النفسية والصحية المرتبطة بالمرض. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة مرض السيلياك ومتطلباته العلاجية والغذائية تفرض تحديات متشابهة على جميع المرضى، بغض النظر عن أعمارهم، الأمر الذي يؤدي إلى تبني استراتيجيات تعامل متقاربة للتكيف مع المرض.

كما قد تعكس هذه النتيجة أن آليات التعامل لا ترتبط بالسن بشكل مباشر، بل تتأثر بعوامل أخرى مثل طبيعة الشخصية، مستوى الدعم الاجتماعي، الخبرة في التعايش مع المرض، والوعي الصحي. فالمريض، سواء كان صغير السن أو كبيره، يسعى إلى استخدام أساليب تساعده على التخفيف من الضغوط النفسية وتحقيق التوافق مع متطلبات المرض.

ومن جهة أخرى، يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المرض المزمن يفرض على جميع المرضى عملية تكيف نفسي مستمرة، مما يسهم في اكتسابهم تدريجيا لأساليب مواجهة متشابهة نسبيا، بغض النظر عن الاختلافات العمرية، وتنسجم هذه النتيجة مع بعض التوجهات في علم النفس الصحي التي ترى أن تأثير المرض المزمن قد يقلل من أثر المتغيرات الديموغرافية في طبيعة آليات التعامل المستخدمة لدى المرضى، وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة زايدي حورية (2019).

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية العاشرة:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية**"، وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (26) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
اليات التعامل	أعزب	34	88.81	13.959	48	01.162	0.251	غير دالة
	متزوج	16	84.17	14.208				

من خلال الجدول نلاحظ أنه بلغ متوسط الحسابي بالنسبة لعينة الدراسة في درجات مقياس اليات التعامل عند ذوي الحالة الاجتماعية أعزب بـ (88,81)، وعند ذوي الحالة الاجتماعية متزوج بـ (17،84) يمكن القول بان هناك فروقا بينهما لصالح ذوي الحالة الاجتماعية أعزب، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت بـ (01.162) عند مستوى الدلالة (0.251) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي يمكن القول على انه:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية العاشرة للدراسة لم تحقق.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى آليات التعامل لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية، مما يدل على أن المتزوجين وغير المتزوجين يعتمدون أساليب متقاربة في مواجهة

الضغوط النفسية والصحية المرتبطة بالمرض، ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة مرض السيلياك وما يفرضه من التزامات غذائية وتحديات يومية تؤثر بشكل متشابه على جميع المرضى، بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى استخدام آليات تعامل متقاربة للتكيف مع المرض.

كما قد تعكس هذه النتيجة أن آليات التعامل ترتبط بدرجة أكبر بالخصائص الشخصية والمعرفية والخبرة في التعايش مع المرض أكثر من ارتباطها بالحالة الاجتماعية، فالمريض، سواء كان متزوجا أو غير متزوج، يسعى إلى تبني استراتيجيات تساعده على التخفيف من الضغوط النفسية وتحقيق التوافق مع متطلبات المرض المزمن.

ومن جهة أخرى، قد يكون الدعم النفسي والاجتماعي متوفرا لدى مختلف الفئات بطرق متعددة، سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو المحيط الاجتماعي، مما يساهم في تقارب أساليب التعامل المستخدمة بينهم، وتنسجم هذه النتيجة مع بعض التوجهات في علم النفس الصحي التي ترى أن الأمراض المزمنة تفرض أنماطا متشابهة من التكيف النفسي، مما يقلل من تأثير بعض المتغيرات الديموغرافية، ومنها الحالة الاجتماعية، في طبيعة آليات التعامل لدى المرضى.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الحادي عشر:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية**"، وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (27) يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
اليات التعامل	بطال	34	86.65	14.287	48	0.024	0.981	غير دالة
	عامل	16	86.75	14.234				

من خلال الجدول نلاحظ أنه بلغ متوسط الحسابي بالنسبة لعينة الدراسة في درجات مقياس اليات التعامل عند ذوي الحالة الاقتصادية بطال بـ (86,65)، وعند ذوي الحالة الاقتصادية عامل بـ (86,75) يمكن القول بان هناك فروقا بينهما لصالح ذوي الحالة الاقتصادية عامل، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت بـ (0.024) عند مستوى الدلالة (0.981) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي يمكن القول على انه:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى إلى متغير

الحالة الاقتصادية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الحادي عشر للدراسة لم تحقق.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى آليات التعامل لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير الحالة الاقتصادية، مما يدل على أن المرضى، رغم اختلاف أوضاعهم المادية، يعتمدون أساليب متقاربة في مواجهة الضغوط النفسية والصحية المرتبطة بالمرض. ويمكن تفسير ذلك بأن طبيعة مرض السيلياك ومتطلباته العلاجية، خاصة الالتزام بحمية غذائية صارمة، تفرض تحديات متشابهة على جميع المرضى، الأمر الذي يدفعهم إلى استخدام آليات تعامل متقاربة للتكيف مع المرض بغض النظر عن مستواهم الاقتصادي.

كما قد تعكس هذه النتيجة أن آليات التعامل ترتبط بدرجة أكبر بالعوامل النفسية والمعرفية والشخصية، مثل الصلابة النفسية، التفاؤل، والدعم الاجتماعي، أكثر من ارتباطها بالإمكانات المادية. فالمريض يسعى إلى إيجاد طرق تساعده على التخفيف من الضغوط النفسية والمحافظة على توازنه الانفعالي، سواء كان ذو مستوى اقتصادي مرتفع أو منخفض.

ومن جهة أخرى، يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المرضى قد يطورون استراتيجيات تكيف متشابهة نتيجة الخبرة المشتركة في التعايش مع المرض المزمن، مما يقلل من تأثير الحالة الاقتصادية في طبيعة آليات التعامل المستخدمة. وتنسجم هذه النتيجة مع بعض التوجهات في علم النفس الصحي التي ترى أن استراتيجيات المواجهة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة تتشكل أساسا من خلال الخبرة التكيفية وطبيعة إدراك المرض أكثر من تأثرها بالعوامل الاقتصادية.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثاني عشر:

والذي تنص على أن:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اليات التعامل لدى المصابين بمرض السيلياك تعزى لمتغير تاريخ بداية المرض**"، وللتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متغيري الدراسة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (28) يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفرق متغيري الدراسة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار "ف"	مستوى الدلالة	القرار
اليات التعامل	بين المجموعات	1546.063	02	773.032	04.415	0.017	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	8228.817	47	175.081			
	المجموع الكلي	9774.880	49				

من خلال الجدول (11) يتبين لنا أن قيمة اختبار "ف" لمقياس اليات التعامل بلغت (04.415) عند مستوى الدلالة (0.017) وهي قيمة دالة وأصغر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى درجات اليات التعامل تعزى لمتغير تاريخ بداية المرض"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الثاني عشر للدراسة تحققت.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية:

تشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى آليات التعامل لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك تبعا لمتغير تاريخ بداية المرض، مما يدل على أن مدة التعايش مع المرض تؤثر في طبيعة الاليات التي يعتمدها المرضى في مواجهة الضغوط النفسية والصحية المرتبطة به. ويمكن تفسير ذلك بأن المرضى الذين مضى على إصابتهم وقت أطول يكونون قد اكتسبوا خبرة أكبر في فهم طبيعة المرض والتكيف مع متطلباته العلاجية والغذائية، الأمر الذي يساعدهم على تطوير آليات تعامل أكثر فعالية وإيجابية.

كما أن التعايش الطويل مع المرض يسهم في تعزيز القدرة على التحكم في الانفعالات والتقليل من مشاعر القلق والتوتر المرتبطة بالمراحل الأولى للتشخيص، حيث يصبح المريض أكثر تقبلا للمرض وأكثر قدرة على تنظيم حياته اليومية بما يتناسب مع حالته الصحية. في المقابل، قد يواجه المرضى حديثو الإصابة صعوبة في التكيف مع القيود الغذائية والتغيرات الحياتية الجديدة، مما قد يدفعهم إلى استخدام آليات تعامل أقل فعالية أو أكثر تأثرا بالضغوط الانفعالية.

ومن جهة أخرى، يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء التوجهات النظرية في علم النفس الصحي التي تؤكد أن الخبرة التكيفية المتراكمة الناتجة عن التعايش مع المرض المزمن تسهم في تطوير استراتيجيات مواجهة أكثر نضجا ومرونة، وهو ما ينعكس إيجابا على قدرة المرضى على التوافق النفسي والاجتماعي مع المرض.

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى الصلابة النفسية وآليات العامل النفسية لدى المصابين بمرض السيلياك، كما سعت إلى فحص الفروق في هذين المتغيرين تبعًا لمتغيرات النوع الاجتماعي، السن، ومدة الإصابة، والحالة الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، وقد تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (50) مصابًا بمرض السيلياك، تم اختيارهم بطريقة قصدية باستخدام مقياسين: مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر، ومقياس اليات التعامل من إعداد كارفر وشايير 1989، بترجمة زيزي السيد مصطفى سنة 2005.

وقد اسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى مرضى السيلياك إلى أنه كلما ارتفع مستوى الصلابة النفسية لدى المريض تحسنت لديه آليات التكيف والتعامل مع ضغوط المرض، إلا أن هذا التأثير يبقى محدودا وضعيفا.

كما توصلت الدراسة إلى وجود مستوى من الصلابة النفسية مرتفع، ويمكن تفسير ارتفاع مستوى الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك بكونهم يعيشون بشكل مستمر مع مرض مزمن يفرض عليهم التكيف اليومي مع ضغوط صحية وغذائية واجتماعية متعددة، الأمر الذي يسهم مع مرور الوقت في تنمية قدرتهم على التحمل والمواجهة، فالتزامهم بحمية غذائية صارمة وتجنبهم المستمر للأطعمة المحتوية على الغلوتين يعزز لديهم الشعور بالتحكم والمسؤولية تجاه حالتهم الصحية، وهي من أهم أبعاد الصلابة النفسية، كما أن التعايش الطويل مع المرض قد يساعد المرضى على اكتساب خبرات تكيفية واستراتيجيات فعالة لمواجهة الضغوط، مما يرفع من مستوى الصلابة النفسية لديهم ويجعلهم أكثر قدرة على التكيف مع متطلبات المرض وتحدياته اليومية.

وأظهرت الدراسة أن أكثر اليات التعامل التي يستخدمها المصابين بمرض السيلياك هي إعادة التفسير الإيجابي ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن المرضى المصابين بمرض السيلياك يميلون بدرجة كبيرة إلى استخدام آلية إعادة التفسير الإيجابي كاستراتيجية للتعامل مع ضغوط المرض، حيث يسعى المريض إلى إعادة النظر في المواقف الصعبة بطريقة أكثر تفاؤلا وإيجابية، من خلال اعتبار المرض تجربة يمكن التعايش معها أو فرصة للاهتمام بالصحة وتنظيم نمط الحياة. ويعكس ذلك امتلاك المرضى لقدرة نفسية تساعدهم على التكيف مع متطلبات المرض المزمن والتخفيف من آثاره الانفعالية السلبية، كما يدل على توجههم نحو أساليب مواجهة إيجابية تساهم في تعزيز التوازن النفسي وتحسين جودة الحياة.

أما من حيث معرفة الفروق في مستوى الصلابة النفسية فتوصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغيرات الجنس والسن والحالة الاجتماعية وتاريخ بداية المرض وتوجد فروق في الحالة الاقتصادية،

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن مستوى الصلابة النفسية لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك لا يتأثر بمتغيرات الجنس أو السن أو الحالة الاجتماعية أو تاريخ بداية المرض، مما يدل على أن الصلابة النفسية تعد سمة نفسية نسبيا مستقرة يشترك فيها المرضى بغض النظر عن هذه الخصائص الديموغرافية والشخصية، كما يمكن تفسير ذلك بأن التحديات والضغوط المرتبطة بالمرض المزمن تكاد تكون متشابهة بين مختلف الفئات، الأمر الذي يؤدي إلى تقارب مستويات الصلابة النفسية لديهم، في المقابل، وجود فروق تبعا للحالة الاقتصادية يشير إلى أن العامل المادي يلعب دورا مهما في تعزيز الصلابة النفسية أو إضعافها، خاصة أن مرض السيلياك يتطلب نظاما غذائيا خاصا قد يكون مكلفا ماديا، لذلك فإن المرضى ذوي الوضع الاقتصادي الجيد يكونون أكثر قدرة على توفير الغذاء المناسب والرعاية الصحية وتقليل الضغوط المرتبطة بالمرض، مما ينعكس إيجابا على مستوى صلابتهم النفسية مقارنة بذوي الوضع الاقتصادي الضعيف.

كما تبين من خلال نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق في مستوى اليات التعامل لدى مرضى المصابين بمرض السيلياك تعزى إلى متغيرات الجنس والسن والحالة الاجتماعية والحالة الاقتصادية، إلا أنه توجد فروق في تاريخ بداية المرض، ويرجع ذلك إلى أن آليات التعامل لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك لا تختلف باختلاف الجنس أو السن أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الاقتصادية، مما يدل على أن المرضى يعتمدون أساليب متقاربة في مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض بغض النظر عن خصائصهم الديموغرافية والاجتماعية، ويمكن تفسير كذلك بأن طبيعة المرض ومتطلباته العلاجية تفرض على جميع المرضى تحديات متشابهة تؤدي إلى تبني استراتيجيات تعامل متقاربة، في المقابل، وجود فروق تبعا لتاريخ بداية المرض يشير إلى أن مدة التعايش مع المرض والخبرة المكتسبة في التعامل معه تؤثر في نوعية آليات المواجهة المستخدمة. فالمرضى الذين مضى على إصابتهم وقت أطول يكونون غالبا أكثر قدرة على التكيف واكتساب استراتيجيات تعامل فعالة مقارنة بالمرضى حديثي الإصابة الذين قد يواجهون صعوبة أكبر في التكيف مع متطلبات المرض وضغوطه النفسية والاجتماعية.

التوصيات والاقتراحات

- ✓ إعداد برامج إرشادية ونفسية موجهة لمرضى السيلياك بهدف تعزيز الصلابة النفسية وتنمية أساليب التعامل الإيجابية مع ضغوط المرض.
- ✓ التركيز على تدريب المرضى على آلية إعادة التفسير الإيجابي لما لها من دور فعال في التكيف النفسي وتحسين جودة الحياة.
- ✓ توفير الدعم النفسي والاجتماعي لمرضى السيلياك من خلال إنشاء مجموعات دعم وتبادل الخبرات بين المرضى.

- ✓ تعزيز التوعية الصحية حول مرض السيلياك وطرق التعايش معه، خاصة فيما يتعلق بالحمية الغذائية الخالية من الغلوتين.
- ✓ الاهتمام بالفئات ذات المستوى الاقتصادي الضعيف عبر توفير تسهيلات ودعم مادي للمنتجات الغذائية الخاصة بمرضى السيلياك.
- ✓ تنظيم حملات تحسيسية لفائدة الأسرة والمحيط الاجتماعي من أجل تحسين أساليب الدعم والمساندة المقدمة للمريض.
- ✓ إشراك الأخصائي النفسي ضمن الفرق الطبية المشرفة على مرضى السيلياك لمتابعة الجوانب النفسية المرتبطة بالمرض المزمن.
- ✓ الاهتمام بالمرضى حديثي الإصابة ومساعدتهم على اكتساب آليات تعامل فعالة تسهّل عملية التكيف مع المرض.
- ✓ إجراء دراسات مقارنة بين مرضى السيلياك ومرضى الأمراض المزمنة الأخرى في مستوى الصلابة النفسية وآليات التعامل.
- ✓ دراسة العلاقة بين الصلابة النفسية ومتغيرات نفسية أخرى مثل جودة الحياة، القلق، الاكتئاب، والدعم الاجتماعي.
- ✓ إجراء دراسات طولية لمعرفة تطور آليات التعامل والصلابة النفسية عبر مراحل التعايش مع المرض.
- ✓ تصميم وتقييم برامج نفسية إرشادية لقياس مدى فعاليتها في تنمية الصلابة النفسية وتحسين التكيف لدى مرضى السيلياك.
- ✓ توسيع حجم العينة وإجراء الدراسة في مناطق مختلفة للحصول على نتائج أكثر قابلية للتعميم.
- ✓ دراسة أثر الالتزام بالحمية الغذائية على الصحة النفسية وآليات التعامل لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك.

الاستنتاج

الاستنتاج :

بينت المعطيات الإحصائية وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وآليات التعامل، حيث يُعد مستوى الصلابة لدى أفراد العينة مرتفعًا مما يؤشر على صمودهم النفسي. وتبين أن أكثر آليات التعامل استخدامًا هي "إعادة التفسير الإيجابي" التي تخفف من حدة الضغوط، مع تسجيل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعًا لمتغيرات الجنس، السن، الحالة الاجتماعية والاقتصادية، في حين ظهرت فروق دالة تُعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض، مما يدل على أن طول فترة التعايش يطور استراتيجيات مواجهة أكثر نضجًا. ومن الناحية النظرية، تُسهم هذه المذكرة في إثراء الأدبيات النفسية بتسليط الضوء على مرضى السيلياك، بينما تؤكد من الناحية التطبيقية على أهمية إدماج برامج الدعم النفسي والإرشاد العيادي ضمن مسارات التكفل بهم، لتفتح بذلك المجال أمام دراسات مستقبلية تتعمق في متغيرات أخرى بغية تأسيس سياسات صحية ونفسية أكثر تكاملاً.

المراجع

المراجع العربية :

- أبو الفتوح، 2014، الصلابة النفسية وعلاقتها بمواجهة الضغوط النفسية، مجلة الدراسات النفسية، العدد 24.
- أبو الندى، 2007، الالتزام القانوني والسلوك الاجتماعي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر.
- أحمد بن عبد الله العيافي، 2010، الصلابة النفسية وعلاقتها بالأحداث الضاغطة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- أيمن مشعل، 2011، مرض السيلياك والتعايش معه، دراسة طبية، مجلة العلوم الصحية، العدد 7.
- بن الصديق فاطمة، ومحمد لخضر روبي، 2020، العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى موظفي شركة الكهرباء وعلاقتها ببعض المتغيرات، مذكرة ماستر في علم النفس، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر.
- بن سالم، 2019، الالتزام النفسي وعلاقته بالتوافق الاجتماعي، مذكرة ماستر، جامعة الجزائر، الجزائر.
- بن عبد السلام، والهلي، 2021، الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 7، العدد 2، الجزائر.
- بوفضة، وقماز، 2025، الصلابة النفسية وعلاقتها بآليات التعامل لدى المصابين بالأمراض المزمنة، مجلة الدراسات النفسية والتربوية، المجلد 18، العدد 2، الجزائر.
- الجعرير سليمة، واليزيد نذيرة، 2021، علاقة الصلابة النفسية بآليات التعامل لدى طلبة مرضى بداء السكري، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.

قائمة المراجع

- جعرير سليمة، واليزيد نذيرة، 2021، علاقة الصلابة النفسية بآليات التعامل لدى طلبة مرضى بداء السكري، مذكرة ماستر في علم النفس، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.
- حامد عبد السلام زهران، 2005، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- حراث، 2020، آليات التعامل مع الضغوط النفسية، مذكرة ماستر، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر.
- حسام الدين، 2023، الصلابة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة، مجلة الدراسات النفسية، المجلد 12، العدد 3.
- حسن مصطفى عبد المعطي، 2006، الضغوط النفسية وطرق مواجهتها، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
- حسين محمد سعد الدين الحسيني ، 2020، الصلابة النفسية لدى الاطفال ، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة ، جامعة المنصورة ، العدد1،المجلد 7.
- خطاب إسماعيل نعيمة وآخرون، 2022، مستوى الصلابة النفسية وعلاقته بآليات التعامل لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين، مجلة الدراسات النفسية والتربوية، جامعة بنغازي، ليبيا.
- خطاب إسماعيل نعيمة، وآخرون، 2022، مستوى الصلابة النفسية وعلاقته بآليات التعامل لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيًا والعاديين، مجلة الدراسات النفسية والتربوية، جامعة بنغازي، ليبيا.
- خيرة شويط، نادية يوب مصطفى الزقاي، 2015، الصلابة النفسية لدى الامهات العاملات بقطاع التعليم بووهران ، مخيمر تطوير الممارسات النفسية والتربوية ، جامعة وهران ، العدد 15.
- دري، 2016، فعالية الذات وعلاقتها بالضغوط النفسية، مذكرة ماستر، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
- الزواهرة، 2014، مهارات مواجهة الضغوط النفسية، دار الفكر، عمان، الأردن.
- زينب محمد شقير ، 2002، الامراض السيكوماتية ، مكتب النهضة المصرية ، مصر.

- زينب، 2008، تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 15.
- شويطر خيرة ، 2017، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الامهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية ، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة وهران.
- شويطر خيرة، 2017، الصلابة النفسية وعلاقتها بمقاومة الضغوط، مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- الصنيع، 2002، الالتزام الديني وعلاقته بالسلوك النفسي، دار المسلم للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- عبد اللطيف، 2009، أساليب المواجهة وعلاقتها بالاحتراق النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- عمومن رمضان، 2021، مستوى الصلابة والصحة النفسية وأهم آليات التعامل لدى عمال مؤسسة سوناطراك DML بالأغواط، مذكرة ماستر في علم النفس، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، الجزائر.
- عيسات مريم، وآيت مجبر واكلي بديعة، 2020، آليات التعامل وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى أعوان الحماية المدنية بولاية البويرة، مذكرة ماستر في علم النفس، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة، الجزائر.
- فاتح سعيدة، 2015، الصلابة النفسية لدى المراءة المصابة بسرطان الثدي ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة .
- فاتح سعيدة، 2015، الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- فاروق السيد عثمان، 2001، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

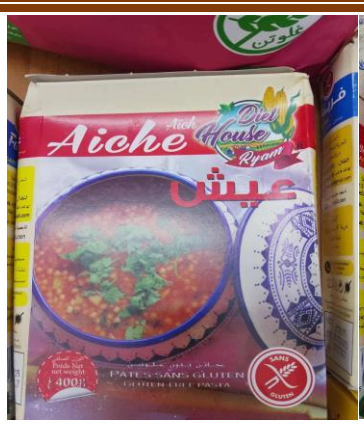
- قجال، وعيسرو، 2018، الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 32، الجزائر.
- قيدوم، 2020، الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة، مذكرة ماستر في علم النفس، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
- كفافي علاء الدين ، 1987، الصحة النفسية ، دار العلم للنشر والتوزيع ، دبي ، الامارات العربية.
- كفافي علاء الدين، 1987، الصحة النفسية، دار العلم للنشر والتوزيع، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- محمد حلمي خلق حمدان ، 2018، قياس جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وتأثير بعض المتغيرات الديموغرافية عليها ، ماجيستار الضبط الإحصائي وتوكيد الجودة، جامعة القاهرة ، دار النشر يسطرون.
- محمد شحاتة ربيع، 2009، علم النفس المعرفي وأساليب التكيف، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- محمد صالح ، محمد إسماعيل ، 2021، تغذية مرض الجهاز الهظمي، الطبعة الأولى، دار النشر مجموعة النيل العربية ، القاهرة .
- مخيمر، 2011، الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة، دراسة نفسية، القاهرة، مصر.
- مصطفى ، 2022، الكوليستيرول المتهم البرئ ، دار المصرية اللبنانية للنشر ، مصر .
- مصطفى فهمي، 1998، الصحة النفسية والتوافق النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- مصعب قاسم عزاوي ، 2022، الوجيز في علم الأمراض، الطبعة الأولى ، دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع . 23 فايزة تواتي ، (2015) علامات التكيف النفسي للمراهق المصاب بالسيلياك.
- ميطر عائشة، وعبد اللاوي عمر، 2023، العلاقة بين الصلابة النفسية وآليات التعامل لدى أستاذات قطاع التربية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، جامعة محمد البشير الإبراهيمي، برج بوعريريج، الجزائر.

- اليازجي محمد رزق منذر عدنان، 2011، الاتجاه نحو المخاطرة النفسية وعلاقته بالصلابة النفسية، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
- يوسف ميخائيل، 2003، التكيف النفسي والاجتماعي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

المراجع الاجنبية :

- Kobasa, Suzanne C., 1979, *Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness*, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 37, United States of America.
- Funk, Stephen C., 1995, *The Role of Hardiness in Adaptation to Stressful Life Events*, Journal of Behavioral Medicine, United States of America.
- Maddi, Salvatore R., 1985, *Hardiness and Stress Resistance*, Journal of Human Stress, United States of America.
- Taylor, Shelley E., 1995, *Health Psychology*, McGraw-Hill Publishing Company, New York, USA.
- Ghislaine, 2011, *La Maladie Cœliaque et les Méthodes de Prise en Charge*, Édition Médicale, France.
- Mirielle Brabant, 2013, *La Maladie Cœliaque : Diagnostic et Traitement*, Revue Médicale Française, France.
- WGO (World Gastroenterology Organisation), 2012, *Global Guidelines for Celiac Disease*, World Gastroenterology Organisation, USA.
- Funk, Stephen C., 1992, Hardiness: A Review of Theory and Research, Health Psychology, Vol. 11, No. 5, American Psychological Association, USA.
- Maddi, Salvatore R., 1985, Hardiness and Stress Resistance, Journal of Human Stress, Vol. 11, No. 1, United States of America.
- Kobasa, Suzanne C., 1979, Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 37, No. 1, American Psychological Association, USA.


Diet House Ryam
كوكيز بدون غلوتين بالكاكاو
بدون غلوتين
Couscous
كسكس
PATES SANS GLUTEN
GLUTEN-FREE PASTA
فرينة الذرة
Farine de Maïs
Corn Flour
gluten free
Pizza Flour
Farine à Pizza
فرينة البيتزا
FARINE SANS GLUTEN
GLUTEN FREE FLOUR
Tlitli
تليتلي
Thrida
ثريدة


Aiche
Diet House
Ryam
عيش
PATES SANS GLUTEN
GLUTEN DIET PASTA


Vermicelle
Diet House
Ryam
شعر الملاك
PATES SANS GLUTEN
GLUTEN FREE PASTA


Réginat
Flan
Saveur Vanille
بدون غلوتن
Sans Gluten


Réginat
Diététique
Mix
multi usage
خليط فرينة
متعدد الإستعمالات
بدون غلوتن
Sans Gluten


Home Flour
Farine de Maison
Diet House
Ryam
فرينة منزلية
FARINE SANS GLUTEN
GLUTEN-FREE FLOUR


Réginat
Diététique
Mix
Pain
خبز
مستحضر فرينة جاهز للاستعمال
بدون غلوتن
Sans Gluten

البيانات الشخصية:

السن:.....
الجنس:.....
الحالة الاجتماعية:.....
الحالة الاقتصادية:.....
تاريخ بداية المرض:.....

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف تصرفات الناس وشعورهم نحو موضوع ما. اقرأ كل عبارة جيدا، ثم أجب عنها بوضع علامة X وذلك حسب ما يتوافق مع حالتك، علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما كل إجاباتك تصب في صالح البحث العلمي.

العـــبارات	لا أفعل ذلك	أفعل ذلك قليلا	أفعل ذلك كثيرا
1 - أحاول أن أتطوّر شخصيا نتيجة لهذه المشكلة	.....	.....	.....
2 - أتجه إلى العمل أو أنشطة أخرى بديلة لأبعد ذهني عنها	.....	.....	.....
3 - أتضايق وأعبر عن ذلك بالتعبير عن انفعالاتي	.....	.....	.....
4 - أحاول أن أحصل على نصيحة من شخص ما حول ما يجب عمله	.....	.....	.....
5 - أركز جهدي في عمل شيء ما بخصوصها	.....	.....	.....
6 - أقول لنفسي : هذا ليس صحيحا	.....	.....	.....
7 - أضع ثقتي في الله	.....	.....	.....
8 - أضحك على المشكلة	.....	.....	.....
9 - أعترف لنفسي أني لا أستطيع التعامل مع المشكلة وأوقف المحاولة	.....	.....	.....
10. أوقف نفسي عن عمل أي شيء متسرع	.....	.....	.....
11. أناقش مشاعري مع شخص آخر	.....	.....	.....
12. أتناول الأدوية لأجعل نفسي تشعر بتحسن	.....	.....	.....
13. أصبح معتادا على فكرة أنها قد حدثت	.....	.....	.....
14. أحاول ألا أصبح مشتتا بالأفكار أو الأنشطة الأخرى	.....	.....	.....
15. أقوم بوضع خطة عمل	.....	.....	.....
16. أحاول أن أنظر إليها من جوانب أخرى لأجعلها تبدو أكثر إيجابية	.....	.....	.....
17. أتخيل أحلاما يقظة عن أشياء أخرى	.....	.....	.....
18. أتضايق وأكون واعيا بذلك فعلا	.....	.....	.....
19. أتحدث مع شخص آخر لأعرف أكثر عن المشكلة	.....	.....	.....
20. أبذل مزيدا من الجهد لأحاول التخلص من المشكلة	.....	.....	.....
21. أرفض أن أصدق أن ذلك قد حدث	.....	.....	.....

22. أطلب المساعدة من الله	.....	.....	.....
23. أقوم بعمل فكاهات ونوادر حوله	.....	.....	.....
24. أتوقف عن محاولة الوصول إلى هدفي	.....	.....	.....
25. أتجنب عمل أي شيء بخصوصها حتى تسمح الظروف	.....	.....	.....
26. أحاول الحصول على مساندة وجدانية من الأصدقاء والأقارب	.....	.....	.....
27. أحاول نسيانها مؤقتا بتناول الأدوية	.....	.....	.....
28. أتقبل أن هذا قد حدث وأنه لا يمكن تغييره	.....	.....	.....
29. أركز على التعامل مع هذه المشكلة وأضع كل الأنشطة جانبا	.....	.....	.....
30. أحاول أن أجد طريقة لتنفيذ ما يجب عمله	.....	.....	.....
31. أبحث عن شيء جيد فيما حدث	.....	.....	.....
32. أنام أكثر من المعتاد	.....	.....	.....
33. أعبر عن مشاعري	.....	.....	.....
34. أتحدث إلى شخص يمكنه عمل شيء محدد حول المشكلة	.....	.....	.....
35. أقوم بنشاط مباشرا لحل المشكلة	.....	.....	.....
36. أتظاهر بأنها لم تحدث	.....	.....	.....
37. أحاول أن أجد راحة في ديني	.....	.....	.....
38. أتناولها بالهزل والفكاهة	.....	.....	.....
39. أتوقف عن محاولة الحصول على ما أريده	.....	.....	.....
40. أتباطأ في التصرف حتى لا أجعل الأمور تزداد سوءا	.....	.....	.....
41. أحاول أن أحصل على تعاطف وفهم من شخص آخر	.....	.....	.....
42. أتناول الأدوية لكي لا أفكر فيها كثيرا	.....	.....	.....
43. أتقبلها حقيقة وواقعية أنها قد حدثت	.....	.....	.....
44. أحاول أن أمنع الأنشطة الأخرى من التداخل مع جهودي لحل المشكلة	.....	.....	.....
45. أفكر في كيفية التعامل مع المشكلة	.....	.....	.....
46. أتعلم شيئا من هذه المشكلة	.....	.....	.....
47. أشاهد التلفزيون لأقلل من تفكيري فيها	.....	.....	.....
48. أشعر بكثير من الضيق الانفعالي	.....	.....	.....
49. أسأل الناس الذين لديهم مشكلات مشابهة	.....	.....	.....
50. أفعل ما يجب فعله خطوة خطوة	.....	.....	.....
51. أتصرف كما أنها لم تحدث	.....	.....	.....
52. أصلي أكثر من المعتاد	.....	.....	.....
53. أسخر من المشكلة (أتعامل معها بسخرية)	.....	.....	.....
54. أقلل من مقدار الجهد الذي أبذله لحل المشكلة	.....	.....	.....
55. أجبر نفسي على الانتظار حتى يأتي الوقت المناسب للتصرف	.....	.....	.....
56. أتحدث إلى شخص ما عما أشعر به	.....	.....	.....
57. أتناول الأدوية لتساعدني على التعامل مع المشكلة	.....	.....	.....
58. أتعلم أن أتعايش مع ذلك	.....	.....	.....
59. أضع الأنشطة الأخرى جانبا لكي أركز في المشكلة	.....	.....	.....
60. أفكر بجدية في الخطوات التي يجب أن أتخذها	.....	.....	.....

العـــــبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1 ـ مهما كانت الصعوبات التي تعترضني فإني أستطيع تحقيق أهدافي	....	....	....	....
2 ـ أتخذ قراراتي بنفسي ولا تملى عليّ من مصدر خارجي	....	....	....	....
3 ـ أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها	....	....	....	....
4 ـ قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادئه وقيمه	....	....	....	....
5 ـ عندما أضع خططي المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها	....	....	....	....
6 ـ أقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها	....	....	....	....
7 ـ معظم أوقاتي استثمرها في أنشطة ذات معنى وفائدة	....	....	....	....
8 ـ نجاحي في أمور حياتي يعتمد على جهدي وليس على الصدفة والحظ	....	....	....	....
9 ـ لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة الجديد	....	....	....	....
10. أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله	....	....	....	....
11. أعتقد أن الحياة كفاح وعمل وليست حظا وفرصا	....	....	....	....
12. أعتقد أن الحياة التي ينبغي أن تعاش هي التي تنطوي على تحديات والعمل على مواجهتها	....	....	....	....
13. لدي مبادئ وقيم ألتزم بها وأحافظ عليها	....	....	....	....
14. أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلك إلى أسباب تكمن في شخصيته	....	....	....	....
15. لدي القدرة على التحدي والمثابرة حتى انتهي من حل أي مشكلة تواجهني	....	....	....	....
16. لدي أهداف أتمسك بها وأدافع عنها	....	....	....	....
17. أعتقد أن الكثير مما يحدث لي هو نتيجة تخطيطي	....	....	....	....
18. عندما تواجهني مشكلة أتحداها بكل قواي وقدراتي	....	....	....	....
19. أبادر بالمشاركة في النشاطات التي تخدم مجتمعي	....	....	....	....
20. أنا من الذين يرفضون تماما ما يسمى بالحظ كسبب للنجاح	....	....	....	....
21. أكون مستعدا بكل جدارة لما قد يحدث في حياتي من أحداث وتغيرات	....	....	....	....
22. أبادر بالوقوف إلى جانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة	....	....	....	....
23. أعتقد أن العمل وبذل الجهد يؤديان دورا هاما في حياتي	....	....	....	....

المحور الأول: المستوى الاقتصادي

العبارة	غير موافق	محايد	موافق
أستطيع توفير المنتجات الخالية من الغلوتين بشكل منتظم			
أسعار الأغذية الخالية من الغلوتين تشكل عبئاً مالياً عليّ			
دخلي الشهري يسمح بالالتزام الكامل بالحمية الغذائية			
أواجه صعوبة في شراء البدائل الغذائية الخاصة بمرض السيلياك			
أستطيع إجراء الفحوصات الطبية الدورية دون مشاكل مالية			
تكاليف العلاج والمتابعة تؤثر على ميزانية الأسرة			

المحور الثاني: المستوى الاجتماعي

العبارة	غير موافق	محايد	موافق
أتلقى دعماً كافياً من الأسرة في الالتزام بالحمية			
أشعر بالراحة أثناء المشاركة في المناسبات الاجتماعية			
مرض السيلياك يؤثر على علاقاتي الاجتماعية			
أجد تفهماً من المحيطين بخصوص نظامي الغذائي الخاص			
أشعر بالعزلة بسبب طبيعة المرض والحمية الغذائية			
أستطيع تناول الطعام خارج المنزل دون صعوبة كبيرة			

المحور الثالث: البعد الصحي والغذائي

العبارة	غير موافق	محايد	موافق
ألتزم بالحمية الخالية من الغلوتين بشكل دائم			
أضطر أحياناً إلى مخالفة الحمية بسبب ارتفاع الأسعار			
تتوفر المنتجات الخاصة بالسيلياك بسهولة في منطقتي			
أعتمد على الأغذية الطبيعية كبديل عن المنتجات المصنعة			

الأعباء المالية المرتبطة بالمرض تسبب لي ضغطاً نفسياً			
أشعر أن وضعي الاقتصادي يؤثر على حالتي الصحية			

ملاحق

الصدق البنائي للصلابة النفسية

		الالتزام
Q1	Pearson Correlation	.353**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q4	Pearson Correlation	.413**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q7	Pearson Correlation	.723**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q10	Pearson Correlation	.380*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q13	Pearson Correlation	.458**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q16	Pearson Correlation	.633**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q19	Pearson Correlation	.489**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q22	Pearson Correlation	.693**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q25	Pearson Correlation	.480**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q28	Pearson Correlation	.504**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32

Q31	Pearson Correlation	.359*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q34	Pearson Correlation	.698**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q37	Pearson Correlation	.444*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q40	Pearson Correlation	.409*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q43	Pearson Correlation	.590**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q46	Pearson Correlation	.640**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
الالتزام	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		التحكم
Q2	Pearson Correlation	.603**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q5	Pearson Correlation	.778**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q8	Pearson Correlation	.666**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q11	Pearson Correlation	.712**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q14	Pearson Correlation	.630**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q17	Pearson Correlation	.555**
	Sig. (2-tailed)	.000

	N	32
Q20	Pearson Correlation	.743**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q23	Pearson Correlation	.722**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q26	Pearson Correlation	.725**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q29	Pearson Correlation	.680**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q32	Pearson Correlation	.630**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q35	Pearson Correlation	.723**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q38	Pearson Correlation	.760**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q41	Pearson Correlation	.582**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q44	Pearson Correlation	.771**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q47	Pearson Correlation	.695**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
التحكم	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		التحدي
Q3	Pearson Correlation	.743**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32

Q6	Pearson Correlation	.747**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q8	Pearson Correlation	.724**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q12	Pearson Correlation	.464**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q15	Pearson Correlation	.680**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q18	Pearson Correlation	.622**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q21	Pearson Correlation	.714**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q24	Pearson Correlation	.650**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q27	Pearson Correlation	.647**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q30	Pearson Correlation	.681**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q33	Pearson Correlation	.715**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q36	Pearson Correlation	.742**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q3739	Pearson Correlation	.693**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q42	Pearson Correlation	.720**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q45	Pearson Correlation	.682**

	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
Q48	Pearson Correlation	.726**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
التحدي	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

Correlations

		الالتزام	التحكم	التحدي	الصلابة
الالتزام	Pearson Correlation	1	.663**	.821**	.931**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	32	32	32	32
التحكم	Pearson Correlation	.663**	1	.630**	.851**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	32	32	32	32
التحدي	Pearson Correlation	.821**	.630**	1	.907**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	32	32	32	32
الصلابة	Pearson Correlation	.931**	.851**	.907**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	32	32	32	32

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

الصدق التمييزي للصلابة النفسية

Group Statistics

	المجموعتين	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الصلابةككل	1.00	10	131.5000	5.10446	1.61417
	2.00	10	101.2000	8.33733	2.63650

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الصلابةككل	Equal variances assumed	3.271	.087	9.801	18	.000	30.30000	3.09139	23.80524	36.79476
	Equal variances not assumed			9.801	14.916	.000	30.30000	3.09139	23.70763	36.89237

الثبات بطريقة الفا كرومباخ للصلابة النفسية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.884	48

الثبات بطريقة التجزئة النصفية للصلابة النفسية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.820
		N of Items	24[a]
	Part 2	Value	.740
		N of Items	24[b]
	Total N of Items		48
Correlation Between Forms			.842
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.914
	Unequal Length		.914
Guttman Split-Half Coefficient			.907

a. The items are: Q1, Q4, Q7, Q10, Q13, Q16, Q19, Q22, Q25, Q28, Q31, Q34, Q37, Q40, Q43, Q46, Q2, Q5, Q8, Q11, Q14, Q17, Q20, Q23.

b. The items are: Q26, Q29, Q32, Q35, Q38, Q41, Q44, Q47, Q3, Q6, Q9, Q12, Q15, Q18, Q21, Q24, Q27, Q30, Q33, Q36, Q39, Q42, Q45, Q48.

الصدق البنائي لمقياس أليات التعامل

		إيجابي تفسير إعادة
S1	Pearson Correlation	.494**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
S16	Pearson Correlation	.694**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
S31	Pearson Correlation	.723**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
S46	Pearson Correlation	.763**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
إيجابي تفسير إعادة	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		الذهني الابتعاد
S2	Pearson Correlation	.510**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
S17	Pearson Correlation	.616**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
S32	Pearson Correlation	.733**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
S47	Pearson Correlation	.638**

	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
الذهني الابتعاد	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		الانفعالات على التركيز واظهارها
S3	Pearson Correlation	.480**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s18	Pearson Correlation	.828**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s33	Pearson Correlation	.793**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s48	Pearson Correlation	.428*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
واظهارها الانفعالات على التركيز	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		الاجرائي الاستعمال الاجتماعي للدعم
s4	Pearson Correlation	.426*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s19	Pearson Correlation	.426*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s34	Pearson Correlation	.578**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s49	Pearson Correlation	.362*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32

الاجتماعي للدعم الاجرائي الاستعمال	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		النشطة المواجهة
s5	Pearson Correlation	.685**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s20	Pearson Correlation	.494**
	Sig. (2-tailed)	.004
	N	32
s35	Pearson Correlation	.536**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	32
s50	Pearson Correlation	.572**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	32
النشطة المواجهة	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		الانكار
s6	Pearson Correlation	.745**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s21	Pearson Correlation	.810**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s36	Pearson Correlation	.429*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s51	Pearson Correlation	.742**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
الانكار	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		الدين الى الرجوع
s7	Pearson Correlation	.797**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s22	Pearson Correlation	.629**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s37	Pearson Correlation	.444*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s52	Pearson Correlation	.723**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
الدين الى الرجوع	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		والدعاية السخرية
s8	Pearson Correlation	.585**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s23	Pearson Correlation	.380*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s38	Pearson Correlation	.483**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	32
s53	Pearson Correlation	.662**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
والدعاية السخرية	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		السلوكي الابتعاد
s9	Pearson Correlation	.523**
	Sig. (2-tailed)	.002

	N	32
s24	Pearson Correlation	.659**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s39	Pearson Correlation	.538**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s54	Pearson Correlation	.464**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
السلوكي الابتعاد	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		التريث
s10	Pearson Correlation	.391*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s25	Pearson Correlation	.663**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s40	Pearson Correlation	.492**
	Sig. (2-tailed)	.004
	N	32
s55	Pearson Correlation	.756**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
التريث	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		الدعم استعمال الانفعالي الاجتماعي
s11	Pearson Correlation	.642**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s26	Pearson Correlation	.792**
	Sig. (2-tailed)	.000

	N	32
s41	Pearson Correlation	.741**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s56	Pearson Correlation	.678**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
الانفعالي الاجتماعي الدعم استعمال	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		النفسية المواد تعاطي
s12	Pearson Correlation	.481**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	32
s27	Pearson Correlation	.599**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s42	Pearson Correlation	.589**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s57	Pearson Correlation	.471**
	Sig. (2-tailed)	.007
	N	32
النفسية المواد تعاطي	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		التقبل
s13	Pearson Correlation	.595**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s28	Pearson Correlation	.522**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	32
s43	Pearson Correlation	.502**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	32

s58	Pearson Correlation	.464**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
التقبل	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		المنافسة الأنشطة قمع
s14	Pearson Correlation	.792**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s29	Pearson Correlation	.740**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s44	Pearson Correlation	.660**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s59	Pearson Correlation	.751**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
المنافسة الأنشطة قمع	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		التخطيط
s15	Pearson Correlation	.762**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s30	Pearson Correlation	.459**
	Sig. (2-tailed)	.008
	N	32
s45	Pearson Correlation	.689**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
s60	Pearson Correlation	.503**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	32
التخطيط	Pearson Correlation	1

	Sig. (2-tailed)	
	N	32

		استراتجيات
إيجابي تفسير إعادة	Pearson Correlation	.624**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
الذهني الابتعاد	Pearson Correlation	.374*
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
واظهارها الانفعالات على التركيز	Pearson Correlation	.489**
	Sig. (2-tailed)	.004
	N	32
الاجتماعي للدعم الاجرائي الاستعمال	Pearson Correlation	.544**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	32
النشطة المواجهة	Pearson Correlation	.552**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	32
الانكار	Pearson Correlation	.482**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	32
الدين الى الرجوع	Pearson Correlation	.678**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
والدعاية السخرية	Pearson Correlation	.827**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
السلوكي الابتعاد	Pearson Correlation	.790**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
التريث	Pearson Correlation	.749**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
الانفعالي الاجتماعي الدعم استعمال	Pearson Correlation	.667**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
النفسية المواد تعاطي	Pearson Correlation	.721**
	Sig. (2-tailed)	.000

	N	32
التقبل	Pearson Correlation	.708**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
المنافسة الأنشطة قمع	Pearson Correlation	.712**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
التخطيط	Pearson Correlation	.719**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	32
استراتجيات	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	32

الصدق البنائي لمقياس اليات التعامل

Group Statistics

	المجموعتين	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
اليات	1.00	10	103.2000	5.47317	1.73077
	2.00	10	66.8000	8.25698	2.61109

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
اليات	Equal variances assumed	1.475	.240	11.620	18	.000	36.40000	3.13262	29.81860	42.98140
	Equal variances not assumed			11.620	15.629	.000	36.40000	3.13262	29.74630	43.05370

الثبات ألفا كرومباخ لمقياس اليات التعامل

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.892	60

الثبات طريقة التجزئة النصفية لمقياس اليات التعامل

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.749
		N of Items	30[a]
	Part 2	Value	.864
		N of Items	30[b]
	Total N of Items		60
Correlation Between Forms			.694
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.819
	Unequal Length		.819
Guttman Split-Half Coefficient			.796

a. The items are: S1, S16, S31, S46, S2, S17, S32, S47, S3, s18, s33, s48, s4, s19, s34, s49, s5, s20, s35, s50, s6, s21, s36, s51, s7, s22, s37, s52, s8, s23.

b. The items are: s38, s53, s9, s24, s39, s54, s10, s25, s40, s55, s11, s26, s41, s56, s12, s27, s42, s57, s13, s28, s43, s58, s14, s29, s44, s59, s15, s30, s45, s60.

اختبار اعتدالية التوزيع الطبيعي

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
الصلابة	.123	50	.056	.960	50	.090
اليات	.073	50	.200*	.972	50	.291

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

الفرضية العامة: العلاقة بين المتغيرين

Correlations

		النفسية الصلابة	التعامل اليات
النفسية الصلابة	Pearson Correlation	1	.317*
	Sig. (2-tailed)		.025
	N	50	50
التعامل اليات	Pearson Correlation	.317*	1
	Sig. (2-tailed)	.025	
	N	50	50

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

فرضية الجزئية 01: مستوى الصلابة النفسية

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الصلابة	50	111.4600	17.23808	2.43783

One-Sample Test

	Test Value = 0					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
الصلابة	45.721	49	.000	111.46000	106.5610	116.3590

الفرضية الجزئية 02 أكثر الاليات المستخدمة

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
إيجابي تفسير إعادة	50	3	9	6.64	1.467
الذهني الابتعاد	50	1	8	5.92	1.712
واظهارها الانفعالات على التركيز	50	2	8	6.02	1.558
الاجتماعي للدعم الاجرائي الاستعمال	50	2	7	4.16	1.361
النشطة المواجهة	50	2	8	5.48	1.529
الانكار	50	1	8	5.88	1.965

الدين الى الرجوع	50	2	8	5.76	1.546
والدعاية السخرية	50	3	8	6.08	1.469
السلوكي الابتعاد	50	2	8	5.98	1.421
التريث	50	2	8	5.70	1.787
الانفعالي الاجتماعي الدعم استعمال	50	0	8	5.72	1.990
النفسية المواد تعاطي	50	3	9	6.16	1.490
التقبل	50	2	8	5.68	1.463
المنافسة الأنشطة قمع	50	0	8	5.52	2.053
التخطيط	50	2	8	5.98	1.708
Valid N (listwise)	50				

الفرضية الجزئية 03: الفرق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
النفسية الصلابة	ذكور	12	124.25	10.137	2.926
	إناث	38	107.42	17.122	2.778

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الصلابة النفسية	Equal variances assumed	2.832	.099	3.217	48	.002	16.829	5.231	6.312	27.346
	Equal variances not assumed			4.171	32.024	.000	16.829	4.035	8.611	25.047

الفرضية الجزئية 04: الفرق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير السن

ANOVA

النفسية الصلابة

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	240.501	2	120.251	.395	.676
Within Groups	14319.919	47	304.679		
Total	14560.420	49			

الفرضية الجزئية 05: الفرق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

Group Statistics

	حالةاجتماعية	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
النفسية الصلابة	أعزب	27	112.56	18.150	3.493
	متزوج	23	110.17	16.411	3.422

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الصلابة النفسية	Equal variances assumed	.876	.354	.483	48	.631	2.382	4.930	-7.531-	12.294
	Equal variances not assumed			.487	47.810	.628	2.382	4.890	-7.451-	12.214

الفرضية الجزئية 05: الفرق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية

Group Statistics

	حالةاقتصادية	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
النفسية الصلابة	1.00	34	108.03	18.386	3.153
	2.00	16	118.75	11.986	2.997

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الصلابة النفسية	Equal variances assumed	3.298	.076	-2.124-	48	.039	-10.721-	5.048	-20.871-	-.570-
	Equal variances not assumed			-2.465-	42.772	.018	-10.721-	4.350	-19.494-	-1.947-

الفرضية الجزئية 06: الفرق في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير بداية المرض

ANOVA

النفسية الصلابة

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1830.429	2	915.215	3.379	.043
Within Groups	12729.991	47	270.851		
Total	14560.420	49			

الفرضية الجزئية 07: الفرق في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير الجنس

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التعامل اليات	1.00	12	87.83	16.900	4.879
	2.00	38	86.32	13.368	2.169

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
اليات التعامل	Equal variances assumed	1.001	.322	.321	48	.749	1.518	4.720	-7.973-	11.008
	Equal variances not assumed			.284	15.596	.780	1.518	5.339	-9.824-	12.859

الفرضية الجزئية 08: الفرق في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير السن

ANOVA

التعامل اليات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	631.211	2	315.605	1.622	.208
Within Groups	9143.669	47	194.546		
Total	9774.880	49			

الفرضية الجزئية 09: الفرق في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

Group Statistics

	حالةاجتماعية	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التعامل اليات	1.00	27	88.81	13.959	2.686
	2.00	23	84.17	14.208	2.963

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
اليات التعامل	Equal variances assumed	.013	.909	1.162	48	.251	4.641	3.993	-3.388-	12.670
	Equal variances not assumed			1.160	46.469	.252	4.641	3.999	-3.407-	12.689

الفرضية الجزئية 10: الفرق في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية

Group Statistics

	حالةاقتصادية	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التعامل اليات	1.00	34	86.65	14.287	2.450
	2.00	16	86.75	14.234	3.558

Independent Samples

		Levene's Test for Equality of Variances				
		F	Sig.	t	df	Sig. (
التعامل اليات	Equal variances assumed	.301	.586	-.024-	48	
	Equal variances not assumed			-.024-	29.573	

الفرضية الجزئية 11: الفرق في مستوى اليات التعامل تعزى لمتغير بداية المرض

ANOVA

التعامل اليات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1546.063	2	773.032	4.415	.017

Within Groups	8228.817	47	175.081		
Total	9774.880	49			

ملاحق الخصائص المتغيرات الشخصية

السن

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	19	38.0	38.0	38.0
	2.00	21	42.0	42.0	80.0
	3.00	10	20.0	20.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	12	24.0	24.0	24.0
	2.00	38	76.0	76.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

حالةاجتماعية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	27	54.0	54.0	54.0
	2.00	23	46.0	46.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

حالةاقتصادية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	34	68.0	68.0	68.0
	2.00	16	32.0	32.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

بدايةالمرض

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	23	46.0	46.0	46.0
	2.00	11	22.0	22.0	68.0
	3.00	16	32.0	32.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	