



قسم علم النفس و علوم التربية

القلق وعلاقته بالاكتئاب لدى مرضى القولون العصبي

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي

- إشراف الاستاذة:

- جوهري ابتسام

إعداد الطالبتين:

- العيدلي الهام

- شوبان زهرة

السنة الجامعية: 2021/2022

شكر و عرفان

يقول الله تعالى في محكم تنزيله " :إن ربك لذو فضل على الناس ولكن أكثرهم لا يشكرون"، الآية 73
سورة النمل.

فالحمد لله أولا وأخيرا أن وفقنا لإتمام هذا البحث المتواضع ولسنا ندعي فيها الكمال؛
فكل شيء إنما تم نقصان وإنما هو الاجتهاد وما التوفيق إلا من عنده سبحانه وتعالى؛ ولأنه من لم
يشكر الناس لا يشكر الله فإنا نود أن نشي على جهود شخصيات كثيرة كان لها الفضل في أن يظهر
هذا العمل على ما هو عليه الآن؛

و نخص بالذكر في المقام الأول استاذتنا المشرفة " جوهري ابتسام " التي كانت لبحثنا منه التوجيه
والتصويب منذ أن كان فكرة إلى أن صار واقعا ملموسا ولم تبخل علينا بشيء يمكن أن يقدم في هذا
المجال فلها منا جزيل الشكر وفائق التقدير والإحترام عرفانا لها بجميلها؛ كما نخص بجزيل الشكر قسم
علم النفس العيادي.

كما نشكر القائمين على المكتبة التي استسقينا منها لبحثنا معلومات وما أبدوه لنا من تسهيلات في
إجراءات الوصول والإعارة للكتب الموجودة،
وكل الأساتذة وطلبة الكلية.

إهداء:

الى ابي الذي رسمني وامى التي لونتني و اخواتي شموع حياتي

زهرة

أهداء 02 :

إلى من قل فيهما الرحمن تبارك و تعالى: "واخفض لهما جناح الذل
من الرحمة و قل ربي إرحمهما كما ربياني صغيرا"

إلى سترتي و عوني و صاحب الفضل في حياتي...إلى الذي كرس
حياته لتدريسي...أبي الغالي حفظه الله و أطال في عمره

إلى القلب الصافي، صفاء السماء...إلى رمز الحنان و الوفاء أُمي
الحببية.

إلى شموع حياتي، إخوتي و أخواتي

إلهام

فهرس المحتويات

الشكر

الاهداء

فهرس المحتويات

مقدمة

أ

الفصل التمهيدي: الاطار العام للإشكالية

- 01 1. إشكالية
- 03 2. فرضيات.
- 03 3. أسباب اختيار الموضوع
- 03 4. أهداف البحث
- 04 5. أهمية البحث
- 04 6. تحديد المفاهيم الاجرائية
- 06 7. الدراسات السابقة
- 10 8. التعقيب على الدراسات السابقة

الجانب النظري

الفصل الاول القلق

- 11 تمهيد
- 12 1. مفهوم القلق
- 13 2. نظريات القلق
- 14 3. أنواع القلق.
- 15 4. التفسير الموضوعي للقلق
- 17 5. أعراض القلق
- 18 6. القلق و الكولون العصبي
- 19 خلاصة

الفصل الثاني الاكتئاب

- 20 تمهيد
- 21 1. مفهوم الاكتئاب
- 21 2. النظريات المفسرة للاكتئاب
- 25 3. أنواع الاكتئاب.

27	4. التفسير الموضوعي للاكتئاب
26	5. أعراض الاكتئاب
28	6. الاكتئاب و الكولون العصبي
30	خلاصة

الفصل الثالث: متلازمة القولون العصبي

31	تمهيد
32	1. مفهوم القولون
32	2. أمراض القولون.
33	3. اضطرابات القولون الوظيفية.
34	4. متلازمة القولون العصبي.
34	5. أسبابها
35	6. العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي.
35	7. تأثير القولون العصبي على نفسية المصاب (القلق -الاكتئاب)
37	خلاصة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

38	تمهيد
39	1. الدراسة الاستطلاعية
40	2. منهج البحث.
41	3. مجموعة البحث
42	4. أدوات البحث.
44	5. حدود البحث.
46	خلاصة
47	قائمة المراجع

مقدمة:

يعد القولون العصبي مشكلة شائعة لدى الأشخاص من مختلف الأعمار والذي يؤثر على الأمعاء الغليظة بشكل رئيسي، وتكمن المشكلة في أن القولون العصبي داء مزمن ويتطلب التكيف مع أعراض القولون العصبي النفسية والجسدية لفترات طويلة.

كما انه من الأمراض الشائعة التي قد تصيب الكثير من الناس وتسبب مشاكل مزعجة في البطن والمعدة والجهاز الهضمي ولا تتوقف أعراضه عند هذا الحد فقد تصل لمشاكل نفسية منها التوتر والاكتئاب والوسواس القهري.

ومن هنا جاءت دراستنا لمعرفة تأثير مستوى القلق و الاكتئاب على القولون العصبي حيث قسم البحث الى اطار عام للإشكالية و جانب نظري تحدثنا فيه عن القلق شمل. مفهوم القلق نظريات القلق أنواع القلق. التفسير الموضوعي للقلق أعراض القلق والقلق و القولون العصبي ثم فصل الاكتئاب تطرق الى مفهوم الاكتئاب النظريات المفسرة للاكتئاب أنواع الاكتئاب. التفسير الموضوعي للاكتئاب أعراض الاكتئاب الاكتئاب و القولون العصبي و تحدثنا في القولون العصبي عن مفهوم القولون أمراض القولون. اضطرابات القولون الوظيفية. متلازمة القولون العصبي. أسبابها العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي. تأثير القولون العصبي على نفسية المصاب (القلق -الاكتئاب) ثم تطرق الى الإجراءات المنهجية للدراسة فتطرق الفصل الى الدراسة الاستطلاعية منهج البحث. مجموعة البحث أدوات البحث. حدود البحث. و أخيرا خاتمة و مجموعة المصادر و المراجع التي اعتمدنا عليها في بحثنا هذا.

الإشكالية:

يعرض الإنسان في حياته إلى مجموعة من الضغوطات وإلى معاناة تجعله يشعر بالقلق، وهذا الخير يؤثر بدوره على صحته سواء النفسية أو الجسدية، لذا كثرة التعرض للقلق خاصة ونحن في عصر يطلق عليه الكثيرون "عصر القلق" حيث أصبح السمة السائدة التي تميز حياتنا كون القلق ' عبارة عن حالة الفعالية تتميز بالخوف مما يحدث في المستقبل، وهي خصائص مختلف الاضطرابات النفسية." (أبو حطب ، 2003، ص14)

فنحن نقلق لأسباب تتعلق بالماضي وخبراته السلبية ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالمستقبل وما سيحدث فيه، وكل هذا من شأنه أن يعيق قدرتنا على التوازن النفسي السليم، إضافة إلى كون هذا يؤدي بنا للتعرض للأمراض، وكل مرض عضوي له انعكاسات سيكولوجية هامة ومختلفة والعكس صحيح ومن هذا يتبين لنا مدى الترابط والتلازم الذي يجمع بين الجانب النفسي والجسدي وهذا ما يعرف في علم النفس بالأمراض النفس جسدية وهي تضم فئة كبيرة من الأمراض من بينها القولون العصبي أو ما يعرف بمتلازمة القولون المتهيج ونظرا لكون هذا الأخير يعود لأسباب نفسية نتيجة القلق والتوتر المستمر، هذا لأن الإنسان أصبح أسير انفعالات كثيرة ومتعددة ، ومن أهم الاضطرابات النفسية في الأمراض السكوسوماتية ما يعرف بالاكتئاب الأساسي (Depression essentielle) الذي أطلق عليه في البداية إسم الاكتئاب السيكوسوماتي " حيث تعرف أن مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية حسب "بيار مائي " (P.Marty) يعيشون قبل المرض أي في سجلهم التاريخي نشاط عقلي خاص، لا يوجد عند الأشخاص الذين ينتمون إلى الأعصبة جيدة التعقيل، ومن المعروف أن هذا النشاط يصل إلى مراحل متقدمة، فتظهر عليه مرحلة انتقالية تسمى الاكتئاب الأساسي (فاسي، 2011، ص12)

فرغم التطور الهائل الذي تتسم به حياتنا الراهنة إلا أن نمط المعيشة في وقتنا المعاصر لا يكاد يخلو من تصاعد المشاكل و الهموم المتعددة التي بدأت تحول بين السعادة، فصحة الفرد النفسية لا تعني مجرد خلو الإنسان الإنسان و بين شعوره بالارتياح و من الأعراض المرضية الظاهرة و إنما هي الشعور الإيجابي للفرد على تحقيق إمكانيته وممارسة تلك الإمكانيات بدون عائق ذاتي، و هي حالة من التوافق أو التكامل بين الوظائف نفسية و تحقيق التوازن بين الفرد و نفسه و بيئته النفسية مع القدرة على مواجهة الأزمات ال توافقا يؤدي إلى أقصى درجة ممكنة من الكفاية و الإحساس الإيجابي بالسعادة، فكل ما يمس توازننا يحدث اضطرابا في صحتنا النفسيون ابرز هذه الامراض لقولون العصبي حيث يعاني المصابون بمتلازمة القولون العصبي من ألم مزمن في البطن مع غازات وإسهال وإمساك. وفي حين يتحسن البعض باتباع نظام غذائي خاص يتجنب أنواعا معينة من الطعام التي تسبب الأعراض لا ينجح هذا الأسلوب مع الجميع وتشير بعض الدراسات إلى أن الحالة يمكن أن تتأثر كذلك بما يدور في المخ،

أن من الشائع علاج المصابين بمتلازمة القولون العصبي بمضادات الاكتئاب لكن العلاج النفسي ليس شائعا في مثل هذه الحالات.

ومن هنا يتبادر الى ذهننا طرح المشكلة الآتية:

ما هي العلاقة بين القلق و الاكتئاب لدى مرضى القولون العصبي؟.

التساؤلات الفرعية:

1. ما مستوى الاكتئاب لدى مرضى القولون العصبي؟

2. - ما مستوى القلق لدى مرضى القولون العصبي؟

- 2 الفرضيات:

الفرضية العامة:

هناك علاقة ترابطية بين القلق و الاكتئاب و القولون العصبي

الفرضيات الجزئية:

الفرضية الأولى: يعاني مرضى القولون العصبي من مستوى اكتئاب مرتفع

الفرضية الثانية: يعاني مرضى القولون العصبي من مستوى القلق مرتفع

-3 أسباب اختيار الموضوع:

- الانتشار الكبير لهذا المرض.

-4 أهمية البحث

- العمل على مساعدة هؤلاء المصابين و إلى كل الأطراف الاجتماعية التي تهتمها مساعدة هؤلاء المرضى ماديا، معنويا، و عاطفيا.

- أهمية إجراء دراسة ميدانية حول القلق والاكتئاب لدى المصابين بالقولون العصبي للاستفادة من نتائج هذه الدراسة في وضع برامج إرشادية للتخفيف من الشعور بكل من القلق والاكتئاب لدى المصابين بالقولون العصبي.

-5 أهداف البحث:

- معرفة نسبة القلق و نسبة الاستجابة الاكتئابية لدى مرضى المصابين بالقولون العصبي

- معرفة كيفية تكيف هؤلاء المرضى مع مرض بالقولون العصبي

- معرفة مدى تأثير مرض بالقولون العصبي المزمن على المريض.

- الكشف عن نسبة انتشار كلٍ من القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة والاكنتاب لدى المصابين بالقولون العصبي.

6- تحديد المصطلحات

1- القلق

اصطلاحا

أن القلق حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ من خلال الصراعات و الدوافع و محاولة الفرد التكيف " (فهومي ، 1987 ، ص199) .

اجرائيا:

القلق هو شعور بعدم الارتياح ، مثل التوتر أو الخوف ، يمكن أن يكون خفيفاً أو شديداً و هو الدرجة التي تشبه الشعور بالتوتر أو التملل أو إحساس باللاواقعية، وكأن المرء يعيش داخل "فقاعة

2- الاكنتاب

اصطلاحا:

يعرف غريب عبد العظيم الطويل : "الاكنتاب حالة من الألم النفسي مصحوب بالإحساس بالذنب و انخفاض ملحوظ في تقدير النفسي ذاتها و نقص في النشاط العقلي و الحركي و الحثري (عزت ، دون تاريخ ، ص193)

اجرائيا:

الاكتئاب هو اضطراب المزاج الذي يسبب شعورًا متواصلًا بالحزن، وفقدان المتعة، والاهتمام بالأمر المعتادة، ونقص التركيز وهو درجة تماثل بعض الأعراض الأخرى، مثل اضطرابات التركيز والانتباه، أو عدم الثقة بالنفس، أو الشعور بالذنب أو فقد القيمة، أو فقدان الأمل، أو اضطرابات النوم أو فقدان الشهية. يُعاني الكثير من الأشخاص المُصابين بالاكتئاب أيضاً من أعراض جسدية مختلفة مثل الصداع، أو اضطرابات الهضم، أو اضطرابات جنسية.

3- القولون العصبي:

اصطلاحا:

تعد أحد الاضطرابات الشائعة للجهاز الهضمي التي تصيب الأمعاء الغليظة القولون و تسبب تقلصات في البطن، وتغيراً في حركة الجهاز الهضمي كالإسهال أو الإمساك أو كلاهما (العيسوي، 2002 ، ص 211).

اجرائيا:

هي حالة صحية مزمنة وشائعة تصيب الأمعاء الغليظة (القولون)، وتسبب تقلصات وانتفاخاً في البطن، بالإضافة لتغير في نمط حركة التجويف المعوي، ويمكن أن يؤثر في أي شخص في أي عمر.

7- الدراسات السابقة

✓ دراسة فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين 2016

تناولت الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديموغرافية هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الضغوط لنفسية لدى مرضى القولون العصبي.

اتبعت المنهج الوصفي، لمناسبته لهدف الدراسة، إذ تم وصف الظاهرة المستهدفة لدى عينة الدراسة كما هي دون تغيير أو تعديل لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية، وفيما يلي وصف لهذا المقياس: مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي بصورته الأصلية .

استخدم مقياس الضغوط النفسية 9-PSM Measures - Lemyre & Tessier، وتيساير لليماير (2003) (Psychological Stress)، المكون من (9 فقرات، حيث تم استخدام هذا المقياس تكونت عينة الدراسة من (275) مريضاً مصاباً بالقولون العصبي، تم اختيارهم من مختلف المستشفيات والمراكز الصحية في مدينة إربد، الأردن، بالطريقة المتيسرة . ولجمع البيانات، استخدم مقياس الضغوط النفسية إضافة إلى مؤشرات صدق البناء تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع المقياس الكلي المطبق على العينة الاستطلاعية المكونة من (40) مريضاً ومريضة من مرضى القولون العصبي من غير عينة الدراسة، ما بين (-77.032.0 -)، حيث حذفت الفقرات التي كان ارتباطها مع المقياس الكلي أقل من (20.0) وأدى هذا إلى حذف فقرتين، وهما: "أشعر بحدة الذهن وأني ممتلئ بالطاقة" و"أشعر بالهدوء". وقد تراوحت معاملات الارتباط المصححة بعد حذف الفقرات الضعيفة (79.0). 66.0 - وبهذا فقد أصبح المقياس بصورته النهائية مكوناً من (7) فقرات

✓ دراسة عباس الصادق محمد؛ علي فرح أحمد

فعالية برنامج إرشاد علاجي معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض القولون العصبي هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج الإرشاد العلاجي السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة، و التعرف على الفروق في مستوى الاكتئاب بين الأفراد المصابين بالمرض وعلاقته بكل من متغير الحالة الاجتماعية - المستوى التعليمي

استخدم مقياس آرون بيك للاكتئاب بعد أن تم تقنينه، صمم برنامجاً لمواصفات العينة المقيدة والمحددة

إرشاد عاجي لعالج الاكتئاب وتم تطبيقه بعد التقنين، استخدم برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات ، توصلت الدراسة للنتائج التالية: وجود فروق في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادية.، عدم وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية تعود لمتغيري الحالة الاجتماعية مقترح -المستوى التعليمي. تم التوصية باستخدام البرنامج الإرشادي بمراكز الإرشاد النفسي والرعاية المتكاملة ، و اختبار فعالية البرنامج في عينات أخرى من المكتئبين .

تمثل مجتمع الدراسة في الأفراد المصابين بالمرض بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور البالغ عددهم (824) ، (بلغ حجم عينة الدراسة (60) ،) ينقسمون إلى مجموعتين فردا (01) من الذكور و(01) من الإناث تمماتلثتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية ضمت كل منهما (01) فردا اختياريهم

✓ دراسة دكتور الصادق محمد عبد الحليم

الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي المترددين على مستشفيات ولاية الخرطوم بالسودان معرفة الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي استخدم الباحث المنهج الوصفي في جمع وتحليل البيانات من مجتمع البحث.

يتمثل في مرضى القولون العصبي المترددين على عيادات الجهاز الهضمي بولاية الخرطوم من الذكور والإناث بجميع الأعمار.

وتتمثل عينة البحث الحالي في مرضى القولون العصبي المترددين على عيادات الجهاز الهضمي بولاية الخرطوم، حيث تم اختيار عينة قوامها (100) مريض ومريضة من الذين تم تشخيصهم مسبقا ممن

صنفوا من المصابين بالقولون العصبي بناء علي خصائص روما استخدم الباحث الطريقة القصدية في الوصول لأفراد العينة الذين تقع أعمارهم بين 18-58 سنة.

8- التعقيب عن الدراسات السابقة:

- **حسب المنهج:** دراسة فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين و دراسة دكتور الصادق محمد

عبد الحلیم اعتمدت على المنهج الوصفي، دراسة عباس الصادق محمد؛ علي فرح أحمد

منهجه اكلينيكي .

- **حسب العينة:** دراسة فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين العينة الاستطلاعية دراسة عباس

الصادق محمد؛ علي فرح أحمد و دراسة دكتور الصادق محمد عبد الحلیم اعتمدوا على العينة القصدية.

- **حسب الادوت :** دراسة فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين إضافة الى دراسة دكتور

الصادق محمد عبد الحلیم اعتمدت على استخدم مقياس الضغوط النفسية إضافة الى

مؤشرات صدق البناء اما دراسة عباس الصادق محمد؛ علي فرح أحمد استخدم مقياس آرون بيك للاكتئاب

- **حسب النتائج:**مما تطرقنا اليه نجد ان كل الدراسات توصلت الى وجود فروق في مستوى

الاكتئاب و القلق الناجم عن الإصابة بالمرض بين الأفراد من المجموعة التجريبية و هذا ما

يتوافق مع دراستنا الحالية.

تمهيد:

ان القلق شعور بالعصبية أو الانشغال أو الانزعاج، وهو تجربة بشرية طبيعية. موجود أيضًا في مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطراب القلق المعمم واضطراب الهلع وأشكال الرهاب على الرغم من أن كل من هذه الاضطرابات يكون مختلفًا، إلا أنها تتطوي جميعها على الضائقة والخلل الوظيفي المرتبط بشكل خاص بالقلق والخوف وسيتطرق هذا الفصل الى: مفهوم القلق، أنواع القلق، التفسير الموضوعي للقلق، أعراض القلق، النظريات المفسرة للقلق، القلق و الكولون العصبي .

1- مفهوم القلق:

لغة:

يمكن تعريف القلق بناءً على ما ورد في المعجم الوسيط أنه: قلق الشئ قلقاً حركه والهـم وعـيره فلأنا أزعجه قلق قلقاً لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال واضطرب وانزعج فهو قلق

القلق حالة انفعالية تتميّز بالخوف ممّا قد يحدث (المعجم الوسيط، 2004 ص756)

اصطلاحاً:

يعتبر القلق من أكثر الحالات النفسية المتعارف عليها في مجال علم النفس وموضوع الصحة النفسية، ويلقى شيوعاً وإجماعاً كبيراً بين مختلف علماء النفس والدارسين والمختصين من مختلف المدارس والمناهج النفسية المتنوعة.

يعتبر القلق من الناحية النفسية حالة من الترقب والخوف غير المبرر، والتي تصيب الأفراد نتيجة نقص أو عدم تلبية حاجات أو رغبات نفسية وعاطفية (حلاوة، 2003 ص78)

يعرفه زهران بأنه حالة توتر شاملة ومستمرة نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي حيث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية (زهران، 1997 ص484)

ويعرف أمحد عكاشة القلق بأنه شعور عام غامض غري سار التوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي و يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد (عطية، 2008 ص12)

وهو حالة غامضة تسيطر على حالة الإنسان، وتسيطر على طريقة تفكيره وتحليله للمواقف التي يتعرض لها وآلية تعامله معها، وتكون هذه الحالة مصحوبة بنوع من الضيق والشعور بالألم والحرقه والغضب،

وهو يختلف عن الخوف، حيث أن الخوف هو رد فعل طبيعي لحدث واضح ويمكن تحديده، أما القلق فهو حالة غير مبررة.

2- النظريات المفسرة للقلق

1.2 نظرية التحليل النفسي :

يرى فرويد أن القلق يصدر من (الليبدو) الخاص بالدوافع الغريزية المكبوتة كما أشار إلى أن القلق له عالقة يتوقع وقوع صدمة وهي الحالة اليت يتوقع حدوثها في حالة الخطر كما يلاحظ أن فرويد قد ركز كثيرا على لغرائز الجنسية وأعطاهما جل اهتمامه فقد عدها الدافع أو الجمارك الرئيسي للسلوك الإنساني لذلك عزی مشكلات الفرد واضطراباته النفسية والعاطفية إلى عدم إشباع تلك الغريزة (تاق، 1990ص86)

2.2 النظرية السلوكية:

ترى المدرسة السلوكية أن القلق يكون مشروطا يؤدي إلى الخوف ويمكن ربط المثير بمجالات الخوف أو الفرع نتيجة اقترانه بالاشتراط، ويرى سكنر أن القلق ينشأ بسبب الاضطرابات في عمليات الاستثارة والكف للنظام العصبي. (عايد2006 ص 80)

3.2 النظرية النفسية الاجتماعية :

يفسر أدلر القلق بأنه عبارة عن فكرة تدور حول الشعور بالنقص، فهو يرى أن القلق ينشأ بسبب انعدام الأمن النفسي الذي حديث نتيجة لشعور الفرد بالنقص أيا كان نوعه جسميا أو معنويا، ويؤكد أن البحث عن القلق والاضطرابات النفسية وعالجها يعتمد على فهم العوامل الاجتماعية، أما فروم يرى أن القلق ينشأ من الصراع بني الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة إلى الاستقلال (هادي ، 2010 ص280)

3- أنواع القلق:

هناك العديد من التصنيفات والمناهج والتي يتم من خلالها تصنيف القلق وأنواعه ويمكن تقسيمه نظرا لمدى تأثيره على صحة الفرد النفسية ويمكن إجمالهم بالتالي:

1.3 القلق الموضوعي/الواقعي: وهو أقرب لمفهوم الخوف الطبيعي، ويأتي نتيجة لترقب مصدر خطر/تهديد محتمل، ومن الأمثلة على هذا القلق تنبؤ نتيجة معينة "مسابقة، اختبار، قرار محكمة... إلخ"، ويصاحب هذا الترقب حالة من التوتر، ولكن تم اعتباره موضوعي نتيجة لوجود سبب معروف قد يحتمل نتائج إيجابية أو سلبية على حياة هذا الإنسان. ويتقاطع نوع القلق هذا مع الوظيفة الطبيعية والصحية للقلق، فهو يلعب دورا هاما في حياة الفرد كأداة دفاعية وتوجيهية لسلوك الأفراد، لتحديد المشاكل والتحديات العامة، لاتخاذ القرارات السليمة تجاهها، وشحننا بالطاقة اللازمة لبذل الجهد المطلوب لمواجهة هذا النوع من التحديات.

2.3 القلق العصابي: عادة ما يكون منشأ هذا القلق نتيجة عوامل داخلية مكبوتة في اللاشعور، في محاولة منها للإفلات والنفاد إلى الشعور، ففعل الكبت وعدم إشباع العديد من الحاجات والرغبات والنزوات وخاصة تلك التي تتعارض مع قيم المجتمع وما يرتضيه وما يرفضه. ويأخذ القلق العصابي صورا على مثل حالة تخوف كاملة تعم وتسيطر على كامل حياة الفرد وسلوكياته ونمط تفكيره وتحليله، فيصبح القلق هو المركز الذي يقوم من إخلاله توقع حدوث الأسوأ في أي لحظة وفي أي شيء خلال الحياة اليومية، وفي بعض الحالات يصبح قهريا مبالغا به مرتبطا ببعض الحالات والمواقف، مثل الخوف من بعض الحيوانات أو الحشرات أو المناطق المغلقة أو الخوف من الأمراض والموت، وميزة هذا النوع أنه مشروع، حيث من المشروع أن يقوم الأفراد بالخوف من هذه الأشياء، ولكن دون مبرر للفرع منها. أما اضطراب الهلع والفرع، فهو حالة تتجلى في نوبة هلع وفرع ورعب فجائية قد تمتد من ثواني معدودة لبضع ساعات.

3.3 القلق الخلفي: يتمثل هذا القلق في المشاعر التي تنتاب الفرد اتجاه نفسه من مثل مشاعر الخزي والعار والإشمئزاز من النفس، وهو ينتج نتيجة لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترب أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع قيم الفرد الشخصية. (دوبسون، 2015، ص58)

4- أعراض القلق:

عادة ما تتشابه الأعراض التي تنتج من الأمراض المشاكل النفسية، وذلك لتشابه الأمراض النفسية، وتشابه أعراضها وآثارها ومسبباتها، وتشابه العلاقة فيما بينها وتتعدها، وعلاقة هذه الأمراض فيما بينها من ناحية تأثير أحدها على الآخر وتفاعلها فيما بينها.

تنقسم أعراض القلق الأساسية إلى قسمين، وتتجلى على شكل التالي:

· أعراض فسيولوجية وجسدية.

· أعراض نفسية.

4-1- الأعراض الفسيولوجية/ الجسدية للقلق: من الأمور الواضحة ، الارتباط الوثيق بين الأمراض

والمشاكل النفسية، وتجلياتها على الصحة الجسدية، فعادة ما تعبر الأمراض النفسية عن نفسها بمجموعة كبيرة من الأعراض الفسيولوجية، حيث أن الأمراض النفسية تعبر عن نفسها بالعديد من الطرق، وتعتبر الأعراض الجسدية أحد الطرق التي تكشف عن وجود مثل هذه المشاكل النفسية.

جزء من هذه الأعراض يظهر بشكل عام، ويصاحب المصاب بالقلق بشكل دائم، وهناك أعراض تظهر بشكل خاص أثناء التعرض لمواقف وتحديات معينة تركز وتزيد من حالة القلق التي يعاني منها المريض.

(دوبسون، 2015، ص102)

2-4 الأعراض العامة :عادة ما يعاني الأشخاص المصابون بالقلق بمجموعة من الأعراض والتي

تصاحبهم على مدار اليوم، منها:

- إرهاق وتعب عام ومستمر .
- الأرق .
- اضطرابات النوم .
- تشنجات وتصلب في عضلات الجسد .
- صداع .
- العصبية والتوتر بشكل زائد .
- صعوبة في التركيز .
- الحركة بشكل دائم وبطريقة متوترة .
- الارتباك والاهتياج وقلة الصبر .
- اضطرابات معوية .
- الخوف من الموت "الشعور بالموت الوشيك واقتراب النهاية". (زيدنر ، ، 2016،ص95)

3-4 الأعراض التي تصاحب مواقف خاصة/معينة:المواقف الخاصة التي يمر بها المريض والتي تؤدي

إلى ازدياد حالة القلق عنده، تتجلى مجموعة من الاعراض الفورية وتصاحب الموقف الذي يمر به

المريض، منها:

- ازدياد التعرق في راحة اليدين والجبين .

- ازدياد معدل ضربات القلب.
 - ضيق النفس وصعوبة في التنفس وأخذ.
 - آلام البطن وانقباض في المعدة.
 - الشعور بغصة في الحلق.
 - الإصابة بحالة إسهال مصاحبة بتبول متكرر.
- 4-4 الأعراض النفسية** من الأعراض النفسية التي يمكن اعتبارها تعبيراً عن حالة القلق وتجلياً لمراحلها المختلفة، يمكن إجمال الأعراض النفسية التي تصاحب حالة القلق بما يلي:
- مشاعر الخوف والرغبة والارتياح.
 - توتر وعصبية غير مبررة.
 - اهتياج واضطراب عام.
 - السوداوية وتوقع الأسوأ.
 - ترقب مؤشرات الخطر.
 - صعوبة في التركيز وتشتت الذهن "فراغ في الذهن".
 - التوتر في المواقف الاجتماعية اليومية والتي لا تستدعي القلق والتوتر.
 - عصبية وغضب غير مبرر. (شاذلي، 1999ص،62)

5- القلق و القولون العصبي

التعرض إلى القلق والتوتر المستمر والإجهاد النفسي يؤثر بشكل كبير على القولون العصبي، ما يزيد من حدوث الأعراض.

وجد الأطباء أن القلق مرتبط جدًا بالقولون العصبي وأعراض اضطراب الجهاز الهضمي، حيث أن الكثير من الأشخاص الذي لديهم تشخيص مسبق بمرض القولون العصبي يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية كالخوف والقلق والاكتئاب بالإضافة لمرض ثنائي القطب، وذلك خلال السنة الأولى من تشخيص المريض بإصابته بالقولون العصبي ..

كما يعد أصحاب القولون العصبي هم الأكثر حساسية تجاه الاضطرابات والمشاكل العاطفية، كما تُسبب المشاعر القوية كالقلق والحزن والخوف تحفيز إفراز مواد كيميائية في الدماغ والتي تعمل على تحفيز مراكز الألم في القولون مما يُسبب تهيجه (الميادين نت ، عراض-القولون-العصبي-الأسباب-والعلاج،

(www.almayadeen.net)

خلاصة لفصل:

أحياناً تكون المعاناة من القلق جزءاً طبيعياً من الحياة. ومع ذلك، فإنّ الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق غالباً ما يكون لديهم مخاوف وخوف مفرط ومستمر من المواقف اليومية. وفي كثير من الأحيان، تتضمن اضطرابات القلق نوبات متكررة من المشاعر المفاجئة للقلق الشديد والخوف أو الرعب، وتصل إلى ذروتها في غضون دقائق (نوبات الهلع).

فتتداخل مشاعره مع الذعر هذه مع الأنشطة اليومية، ويصعب التحكم فيها، ولا تتناسب مع الخطر الفعلي، ويمكن أن تستمر لفترة طويلة. قد تتجنب بعض الأماكن أو المواقف لمنع هذه المشاعر. كما قد تبدأ الأعراض خلال سنوات الطفولة، أو سن المراهقة، وتستمر حتى سن البلوغ.

تمهيد

يعد الاكتئاب من العلل الشائعة على مستوى العالم حيث يحوز حصة الأسد من نسبة الأمراض النفسية التي تعاني منها البشرية و يختل ف عن باقي الاضطرابات و التقلبات النفسية في تأثيره على أداء الشخص في كل جوانب حياته (عمل - داخل الأسرة - في المجتمع) و يفقده كل الأحاسيس الجميلة كما يؤثر عليه فيزيولوجيا و يكون ذلك ظاهر للعيان سيتطرق هذا الفصل الى :

مفهوم الاكتئاب ،أنواع الاكتئاب ،التفسير الموضوعي للاكتئاب ،أعراض الاكتئاب ،النظريات المفسرة للاكتئاب ، الاكتئاب و الكولون العصبي .

1. مفهوم الاكتئاب

لغة :

يشق اسم الإكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كآب و يشير هذا الفعل إلى اسم الكآبة، يقال، إكتئاب فلان أي حزن، و إغتم و إنكسر، و الكآبة تغير النفس إما بالإنكسار من شدة الهم و الحزن، و الكآبة فهي الحزن الشديد. (سرحان و آخرون، 2001، ص 11)

إصطلاحا

يقدم كمال دسوقي (1989) الإكتئاب في صورتين: السوية و المرضية ففي حالة السوي يتميز بعدم الكفاية و خفض النشاط و التشاؤم من المستقبل، أما في الحالات المرضية فيظهر المكتئب في حالة بالغة الشدة من عدم الاستجابات للتنبهات مع الحط من تقدير الذات و توهمات عدم الكفاية و فقدان الأمل، و في حالات المرض العقلي يتميز الإكتئاب بصعوبة في التفكير و تأخر نفسي حركي الذي قد يكون مقنعا بالقلق و التفكير الوسواسي و التهيج في بعض الحالات الإكتئابية خصوصا في البنية الذهنية" (الدسوقي، 1989، ص373) بينما يصف طه فرج و آخر (1993) الإكتئاب بأنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المتعالج إذ تتميز بالحزن الشديد و اليأس من الحياة و وخز الضمير على الشر، لم ترتكبها الشخصية في الغالب تكون مستوهمة إلى حد بعيد". (عطية، 1993 ، ص110)

ينظر للاكتئاب كمرض بما فيه المتلازمة التي ذكرت سابقا إضافة إلى عجز يصيب المريض فيمنعه من أداء واجباته و أعماله اليومية كليا أو جزئيا. (الحجار، 1987، ص8).

انطلاقاً من التعاريف السابقة نستنتج ان الاكتئاب هو اضطراب المزاج الذي يسبب شعوراً متواصلًا بالحزن، وفقدان المتعة، والاهتمام بالأمور المعتادة، ونقص التركيز. وقد يكون مصحوبًا بالشعور بالذنب، وعدم الأهمية، ونقص تقدير الذات. ويؤثر المرض في المشاعر، والتفكير، والتصرفات؛ مما يسبب كثيرًا من المشكلات العاطفية والجسدية، والتي بدورها تؤثر في أداء الأنشطة اليومية.

2. النظريات المفسرة للاكتئاب

1.2 النظرية البيولوجية:

- **التفسير الوراثي:** يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفراد معينين يرثون استعدادًا للعمليات البيولوجية المضطربة ، فقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية و بالرغم من صعوبة تحديد العلاقة بين العامل الوراثي و الاكتئاب ، إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطب قد كان أكثر نجاحًا بسبب وضوح معايير الشخصية و أوضحوا أن التركيب الوراثي يلعب دور هام في نمو الاضطراب (فايد، 2001،76)

- **تفسير الفيزيولوجي:** يشير أنصار التفسير الفيزيولوجي إلى أنه يوجد نمطين رئيسين للنظرية الفيزيولوجية للاكتئاب ، حيث يشير النمط الأول على أساس الاضطراب في الأيض و الخاص بالمرضى المكتئبين، حيث يعتبر كلوري الصوديوم و كلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة و التحكم في استثارة الجهاز العصبي، أما النمط الثاني فيعتبر أن الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في العنصرين الهامين في كيمياء الدماغ هما النوبامين و السيروتونين (فايد،،2001ص77)

2.2 النظرية المعرفية:

يعد أرون بيك من الأوائل الذين نظموا مفهوماً للاكتئاب على شكل معرفي، و يعتقد بيك ان الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة للذات و للعالم الخارجي و للمستقبل و هذ المعارف السلبية ينتج عنها اكتئاب (مدحت ، 2001، ص81).

-حيث يرى بيك أن الأفراد المكتئبين يمتلكون صفة ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو تلقائي المعلومات الإيجابية عن الذات و تبقى على المعلومات السلبية، ويقترح أرون بيك أن الصيغة السلبية لهؤلاء الأفراد المكتئبين تكون بسبب فقد المتزايد للوالدين في الطفولة أو ربما شدة أحداث الحياة السلبية، و حينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فإن الصيغة السلبية تنتشر و يبدأ المكتئبون في غربة خبراتهم الشخصية السلبية (فايد، 2001، ص83) .

3.2 النظرية التحليلية:

يرى فرويد أن الأحداث الصدمية التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن احد والديه أو فقدان قد يجعل الطفل بعد ذلك مستهدف بشكل كبير و أساسي للإصابة بالاكتئاب، ومن ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطاً مشابهة لضغوط الطفولة فإنه ينهار و تظهر عليه أعراض الاكتئاب (معمرية، 2007، ص16).

-أما العالم بيرنخ ينظر إلى الاكتئاب على أنه نظرة أشمل و أكثر عصرية، فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات و الطموحات ، و يرى أن الحاجة إلى الحب و التقدير ماهي إلا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية ، اما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة و الأمان و الحاجة للمنح، و يحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أي حاجة من الحاجات السابقة (إبراهيم ، 99،،1998، 98) .

4.2- النظرية السلوكية: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاكتئاب يعود إلى احتياج الشخص إلى عنصر التعزيز، مما يجعله معرضاً للإصابة به وهذا يعني أن الاكتئاب يتوقف على النشاطات ذات التعزيز الإيجابي، حيث أن الألم يلعب دوراً في تعليم الطفل خبرات السلبية أو الإيجابية، فإن أهملت حاجاته وطلباته و غرائزه بشكل متكرر فربما يتعلم الطفل و هو صغير أن كل قلوب البشر قاسية، و بهذا يفقد ثقته بالآخرين، فبهذا الأسلوب الطفل ينتهج منهاجاً سلبياً في الحياة فنقتل طموحاته و تطلعاته ويصبح خاملاً ضعيفاً لذا يزداد احباطه و تتألم عواطفه و يهتز وجدانه وهذا ما يعرف بالاكتئاب (Cottraux، 1990، p90).

5.2 النظرية البيئية الاجتماعية: يرى البيئيون أن حدوث الاضطراب الانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها الفرد، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث اضطراب لدى الطفل و من بين الأسباب الاجتماعية المؤثرة في حدوث الاكتئاب نذكر ما يلي:

- فشل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج

- نقص المكانة الاجتماعية

- الأساليب التربوية الوالدية اللاسوية الخاطئة في التنشئة والتربية كالنفرقة في المعاملة

- إهمال الأولاد ونبذهم و القسوة الشديدة عليهم

- فقدان أحد الوالدين أو كلاهما

- الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين

- التفكك الأسري وانفصال الوالدين المبكر

- الخلافات الوالدية المستمرة

-فقدان الشخص أو الفرد لوظيفته

-سوء العلاقة بين الطفل والديه

-ومن المعروف أن مشاعر الذنب والقنوط و اليأس وانقطاع الأمل و الرجاء هي أكثر أعراض الاكتئاب

شيوعا، حيث يعبر المريض عن الذنب و العار و الشعور بعدم القيمة، وذلك بسبب الخطايا السابقة

والفشل في أمور الحياة (إسماعيل ،2013، ص46ص47).

3. أنواع الاكتئاب.

و هناك من يصنفه إلى نوعين فقط هما :

-1.3الإكتئاب الداخلي أو العقلي أو الذهني: ينتج عن سبب عقلي خالص و ليس له سبب شعوري،

لكنه راجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي .

-2.3الإكتئاب الخارجي أو النفسي أو العصابي يرجع إلى عوامل فردية لا شعورية يحس فيها المريض

بالحزن و الأسى دون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي (عفيفي، 1989 ،ص14)

و يصيب المرء كرد فعل لظروف خارجية (الحقي، 1992 ،ص206).

-و هناك من يقسمه إلى ثلاثة أنواع مثل الخولي الذي يضيف إلى التصنيف الثنائي نوعا ثالثا :

3.3الإكتئاب التفاعلي: يعتبر رد فعل للظروف الخارجية مثل موت عزيز أو فقدان ثروة أو تهديد

بفضيحة و هو نتيجة سيكولوجية طبيعية منطقية للظروف المسببة له (عفيفي، 1989 ،ص 14) و هو

قصير المدى .

و يرى Brodie بأنه إذا كان هناك مقياس للإكتئاب فإن في بدايته يقع ما يعرف بالآتي :

• **الإكتئاب الأساسي:** و يقترن فيه المزاج بشذوذ كيميائي

• **الإكتئاب المضاعف:** و هو مرض مزمن يحدث فيه فترات من الإكتئاب الحاد.

• **الإكتئاب المتخفي:** و يصيب 40% من مدمني الخمر في الولايات المتحدة (عيفي، 1989، ص 19

و) هناك من يقسم السلوك الإكتئابي من حيث الشدة إلى :

• **الإكتئاب البسيط:** يظهر المصاب فيه عزوفا عن الحياة (الحقي، 1992، ص206) و يبدو في شكل

شعور بالإجهاد و ثبوت في العزيمة، و الشعور بعدم لذة الحياة، و قد ينجح أصدقاء المريض في إنتشاله

من كربه و قد لا ينجحون، و يعتبر البعض هذا النوع من الإكتئاب نوعا من الشعور بالإجهاد و الملل

(جلال، 1986، ص227).

• **الإكتئاب الحاد:** يظهر المصاب أبطأ ذهنيا و حركيا و أوجاعه متوهمة (الحقي، 1992، ص206) يشعر

بموجة من الحزن و الانقباض، و الرغبة في البكاء، و يفقد السيطرة على نفسه، و يصعب عليه كبح

موجة الإكتئاب، و تعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته و يصعب عليه إدراك ما حوله و يصبح متلبدا ذهنيا، و

يبدو و كأنه يعاني كابوسا بغیضا، و يعبر المريض عن شعور بالذنب و يصعب إنتشاله من كربه (جلال،

1986، ص226).

• **الإكتئاب الذهولي:** لا يتجاوب المريض و لا يبدي حراكا و قد يهلوس، و إذا لم يردعه أحد مات جوعا

(الحقي، 1992، ص206) و هو يمثل أقصى درجات الحدة (جلال، 1986، ص227).

4. التفسير الموضوعي للاكتئاب

- يرى أصحاب هذا الاتجاه أن البكاء و الحزن يبدأ منذ الطفولة، ثم يستخدم بعد ذلك على أوسع نطاق و بفعالية شديدة، وإظهار الكآبة هو الطريقة المباشرة لإظهار للآخرين بعدم السعادة و الرضا، حيث يظهر الانسان المكتئب أنه يود اخبار من رفضوه و آلاموه كم هو سيء تحمل الإساءة، حيث أنه على دراية بالأزمات بطريقة شعورية، ولهذا يظهر الاكتئاب أسرع بسبب الاستعداد الوراثي الذي لا يعد كافيا بدون تأثر الانسان منذ الطفولة بما قد واجهه من خبرات طفولية مؤلمة (عفيفي، 1990 22ص)

لوحظ في مرض الاكتئاب عند التقصي عن حالتهم قبل المرض أن شخصيتهم كانت تتصف بأنها من النوع الإجتماعي الذي يغلب عليه تقلب المزاج من المرح و التفاؤل و النشاط و حب الحياة، إلى المزاج العكسي من الكسل و التشاؤم و الحزن، كما يقال أن هؤلاء يتميزون بطيبة القلب و خفة الظل، غير أنهم لا يتحملون التعرض للمشكلات، و ينظر الواحد منهم إلى ذاته نظرة دو نية، و لا يتوقع خيرا بل يتوقع الهزيمة دائما (الشربيني ، 2001 ، ص 43)

5. أعراض الاكتئاب

1.5-الأعراض النفسية: مثل اليأس، الأسى، هبوط الروح المعنوية، و الحزن الذي لا يتناسب مع سببه، انحراف المزاج وتقلبه وعدم القدرة على ضبط النفس، ضعف الثقة بالنفس و الشعور بعد الكفاية، القلق و التوتر، الأرق، فتور الانفعال، الإنطواء و الانسحاب و الوحدة والانعزال، الشرود حتى الذهول حتى التشاؤم و خيبة الأمل، النظرة السوداء للحياة، و الإعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء، اهمال النظافة و المظهر الشخصي ، بطء التفكير و الاستجابة و صعوبة التركيز و التردد، هلوس و ضلالات)
جيوري، 2010، ص18).

2.5 الأعراض الجسمية : مثل الإنقباض في الصدر و الشعور بالضييق ، فقدان الشهية، ورفض الطعام لشعور المريض بعد استحقاقه لها و الرغبة في الموت، نقص الوزن و الإمساك و التعب، توهم المرض و الانشغال بالصحة و اضطراب النوم، اضطراب الدورة الشهرية للنساء، كأبة المظهر الخارجي (جبوري،2010،18).

3.5 الأعراض المعرفية مثل عدم ترابط الأفكار و ثقل للفهم و عدم وضوح الذاكرة و كل مجهود للتركيز الفكري يكون صعب، حيث تسود للإنسان المصاب بالكتئاب أفكار شاردة من بينها أفكار انتحارية، وصعوبة اتخاذ القرارات و التردد. (جبوري ، 2010 ،ص132)

6 الاكتئاب و الكولون العصبي فبالرغم من أن معظم حالات الإصابة بالقولون العصبي لا تطابق معايير الأمراض النفسية، إلا أن عددًا كبير من مصابي القولون العصبي هم من يعانون من أمراض نفسية. الأمر الذي يدل على وجود علاقة بين القولون العصبي والأمراض النفسية . أسس العلاقة القائمة بين متلازمة القولون العصبي والأمراض النفسية، هي:

1.6 تغيرات في المادة السنجابية في الدماغ قد تسبب متلازمة القولون العصبي بعض التغيرات في تركيبية الدماغ مثل تغيرات في سُمك المادة السنجابية في الدماغ، فقد يتسبب القولون العصبي بزيادة في سمك المادة السنجابية للمادة الوطائية، بينما تقل سمك المادة السنجابية في مناطق أخرى من الدماغ .

2.6 اختلاف نشاط مناطق من الدماغ يعاني مرضى القولون العصبي من تغير في نشاط مناطق مختلفة في الدماغ، مثل: زيادة نشاط مناطق اللوزة والجزيرة والقشرة الحزامية الداخلية من الدماغ، ونقص في نشاط القشرة الجبهية الأمامية الظهر جانبية .

3.6 نوبات القلق والقولون العصبي يعاني كل من مرضى نوبات القلق والقولون العصبي من زيادة في مستويات هرمون الكورتيزول ومشكلات في الجهاز المناعي، مما قد ينتج عن سوء تنظيم عمل الغدة النخامية، الأمر الذي قد يسبب زيادة في قابلية إصابة الفرد بالتوتر.

4.6 الاكتئاب والقولون العصبي من الممكن أن يسبب القولون العصبي الانزعاج والهم الذي من الممكن أن يؤدي إلى الاكتئاب، بسبب الشعور الدائم بالقلق من حدوث نوبات من الإسهال أو المغص أو الغازات، الأمر الذي يسبب الانعزال وتجنب الاختلاط بالآخرين وتجنب التجمعات. (منصور،

2009، ص47)

خلاصة الفصل:

يعد الاكتئاب من العلال الشائعة على مستوى العالم حيث يحوز حصة الأسد من نسبة الأمراض النفسية التي تعاني منها البشرية و يختل ف عن باقي الاضطرابات و التقلبات النفسية في تأثيره على أداء الشخص في كل جوانب حياته (عمل - داخل الأسرة - في المجتمع) و يفقده كل الأحاسيس الجميلة كما يؤثر عليه فيزيولوجيا و يكون ذلك ظاهر للعيان

كما يبقى الاكتئاب من الاضطرابات الوبائية الواسعة الانتشار المؤدية إلى الوفيات بعد الأمراض المزمنة فهو يؤثر على كل الفئات العمرية و كذا مختلف الطبقات الاجتماعية مما يسبب لهم مجموعة من الأعراض المختلفة المتفاوتة الشدة و التي تستدعي التدخل النفسي و الدوائي معا للتخفيف من أعراضه و كذا العمل على تحسين الظروف المحيطة بالفرد لتفادي الإصابة به

تمهيد

لأمراض الجهاز الهضمي الوظيفية والقولون العصبي عادةً طابع مزمن تتخلله فترات تتفاقم فيها الأعراض وأخرى من الهدوء، مما يُسبب معاناة كبيرة تمس بجودة حياة المريض.

ومن هذه الامراض متلازمة القولون العصبي التي تعد حالة صحية مزمنة وشائعة تصيب الأمعاء الغليظة (القولون)، وتسبب تقلصات وانتفاخًا في البطن، بالإضافة لتغير في نمط حركة التجويف المعوي، ويمكن أن يؤثر في أي شخص في أي عمر.

كما تختلف أعراضها بين المصابين بها، وتصنف ضمن اضطرابات الجهاز الهضمي الوظيفية وسيتطرق هذا الفصل الى: مفهوم القولون، أمراض القولون. اضطرابات القولون الوظيفية. متلازمة القولون العصبي. أسبابها العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي. تأثير القولون العصبي على نفسية المصاب (القلق -الاكتئاب)، علاج القولون العصبي.

1. مفهوم القولون

هو آخر أجزاء القناة الهضمية فمن المعروف أن الجهاز الهضمي يبدأ بالفم، فالبلعوم، فالمرى، و المعدة، ثم الأمعاء الدقيقة لينتهي القولون و المستقيم و فتحة الشرج (حسن ، 2005.ص5)

يتميز القولون عن الأمعاء الدقيقة بوجود الشرائط القولونية والتقببات، أغلب أقسام القولون مثبتة ما عدا القولون المعترض والقولون السيني. و يؤدي القولون دورا محوريا في عملية الهضم لدى الإنسان ولذلك ينصح خبراء الصحة بالحرص على سلامته من خلال اتباع نظام غذائي متزن، والقيام ببعض الخطوات البسيطة لتفادي تبعات خطيرة.

- الشرائط القولونية عبارة عن ثلاث حزم من الألياف الطولانية توجد على كامل طول القولون وتمثل الألياف العضلية الطولانية الخارجية للقولون.
- التقببات القولونية ناتجة عن التقلصات العضلية الداخلية الدائرية للقولون (شيت ، 2009.ص18)

2. أمراض القولون.

هناك العديد من الأمراض التي قد تُلحق الضرر بالقولون وتعمل على الإخلال بوظيفته،

يتخلص الجسم بكفاءة من الفضلات التي لم يعد يحتاج إليها عندما يكون القولون سليماً ويعمل بشكل صحيح.

لكنه قد يصاب ببعض الأمراض الهضمية التي قد تنتج عن النظام الغذائي، أو التوتر والضغط العصبي، أو تناول بعض الأدوية، وفيما يلي سيتم تفصيل أكثر 7 مشاكل تصيب القولون شيوعاً:

1.2 متلازمة القولون العصبي: تعد متلازمة القولون العصبي (Irritable bowel syndrome -

IBS) مشكلة شائعة تؤثر على الأمعاء الغليظة فعلى الرغم من أن القولون العصبي يمكن أن يسبب قدرًا كبيرًا من عدم الارتياح، إلا أنه لا يضر الأمعاء، وتعتبر هذه المتلازمة أكثر شيوعًا لدى النساء بمعدل الضعف، ولدى الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 45 عامًا و من أبرز أعراض متلازمة القولون العصبي:

- تقلصات في البطن وانتفاخًا وتغييرًا في السلوك العام للأمعاء.
- الإمساك أو الإسهال، أو كليهما على هيئة نوبات متبادلة بينهما. (منصور، 2009، ص84)

2.2 التهاب القولون هو مجموعة من الحالات التي تسبب التهاب البطانة الداخلية للقولون، ويتضمن عدة أنواع من ضمنها:

1. التهاب القولون المُعدي (تسببه عدوى تهاجم الأمعاء الغليظة).
2. التهاب القولون الإقفاري (الناجم عن عدم وجود كمية كافية من التغذية الدموية في القولون).
3. مرض كرون و التهاب القولون التقرحي. (Naliboff, 2001; p365.)

3.2 أعراض التهاب القولون

تختلف أعراض التهاب القولون بين المصابين تبعاً لشدة الالتهاب ومكان حدوثه، حيث أن معظم المصابين لديهم أعراض خفيفة إلى معتدلة.

ومن أهم أعراض التهاب القولون نذكر إسهال مصحوب بدم، إذ يعد الإسهال المصحوب بدم أو صديد هو العلامة الأكثر شيوعاً، ويحتاج المصاب إلى الذهاب إلى الحمام بعد الأكل بوقت قصير، كما أن الأطباق الحارة والأطعمة التي تحتوي على ألياف قد تجعل الوضع أكثر سوءاً. الشعور بعدم إفراغ القولون كلياً بعد استخدام الحمام، وفي بعض الأحيان يشعر المصاب بعدم القدرة على مسك البراز. الألم، حيث تُعد آلام البطن والتشنجات من أكثر أعراض التهاب القولون الشائعة. معاناة بعض الأشخاص المصابين بالتهاب وآلم في المفاصل.

ومن الأعراض الأكثر شيوعاً معظمها لا تسبب أعراضاً، ولكن إن وجدت قد تتضمن دمًا على الملابس الداخلية أو على ورق التواليت بعد حركة الأمعاء، أو دم في البراز، أو إمساك أو إسهال يستمر لأكثر من أسبوع. (العمادي، 2008، ص02)

3. اضطرابات القولون الوظيفية.

يصنف القولون العصبي عموماً على أنه اضطراب وظيفي لأنه يتداخل مع أداء أنشطة الجسم الطبيعية، مثل حركة الأمعاء، أو حساسية الأعصاب في الأمعاء، أو الطريقة التي يتحكم بها الدماغ في بعض هذه الوظائف.

وعلى الرغم من هذا الخلل الوظيفي، من غير المعروف بدقة، حتى الآن، أسباب حدوث متلازمة القولون العصبي. ومن الملاحظ لدى المصابين:

قد تكون تقلصات الأمعاء الدقيقة والقولون، إما قوية جداً أو ضعيفة جداً. وبالتالي، فإن الطعام إما يتحرك بسرعة كبيرة أو ببطء شديد، ما يسبب الإسهال أو الإمساك، وأحياناً تناوب الإثنين.

الأشخاص الذين يعانون من اعتلال القولون الوظيفي، لديهم أمعاء أكثر حساسية. يشعرون بألم أكبر بعوارض الانتفاخ والغازات وآلام البطن.

زيادة الاضطرابات بعد تناول الطعام أو بعد نوع محدد من الأطعمة وغالباً ما تكون الوجبات السريعة (الأكل الجاهز) والطعام غير الصحي والمعلبات والحبوب (الكيران، 2013، ص3-22)

4. متلازمة القولون العصبي.

تعد أحد الاضطرابات الشائعة للجهاز الهضمي التي تصيب الأمعاء الغليظة (القولون) يمكن أن تسبب تقلصات في البطن، وتغيراً في حركة الجهاز الهضمي كالإسهال أو الإمساك أو كلاهما. حتى الآن لا يوجد سبب واضح للإصابة به؛ ولكن يُعتقد أن سببه اجتماع عدة عوامل. يمكن التحكم بالأعراض عن طريق الأدوية والحمية الغذائية وطرق التعامل مع التوتر والقلق. التغييرات نمط الحياة يمكن أن تساعد في السيطرة على أعراض القولون العصبي. (moh.gov.sa)

هي اضطرابات هضمية وظيفية شائعة للغاية و هي تعرف باضطرابات في وظيفة المعى إن متلازمة الأمعاء الهبوجة هي اضطراب معوي وظيفي يكون .

مع غياب إمراضية بنيوية فيها الألم البطني مترافقا مع التغوط أو هي تبدل في العادة المعوية مع مظاهر اضطراب التبرز و الانتفاخ(دافيد، 1988، ص155)

5. أسبابها

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي لأمراض القولون العصبي، وهذه الأسباب قد تكون وراثية، أو بيئية، أو نفسية، ومن أبرز أسباب الإصابة بأمراض القولون العصبي عامةً ما يأتي:

✓ وراثية: حساسية الجهاز الهضمي المفرطة للألم.

عطل في العضلات المستخدمة لنقل الطعام عبر الجسم.

عدم قدرة الجهاز العصبي المركزي على التحكم في عمل الجهاز الهضمي بشكل صحيح.

✓ بيئية: اضطراب في الحركة المعوية، إذ تظهر على المصاب مجموعة متنوعة من الاضطرابات

الحركية في القولون والأمعاء الدقيقة، مثل: الإسهال، أو الإمساك.

امتلاء المستقيم أو أجزاء أخرى من القولون بكميات صغيرة نسبياً من البراز، مما يشكل ضغط غاز منخفض نسبياً قد يسبب ألم البطن والحاجة للتغوط بشكل متكرر.

✓ **نفسية:** المعاناة من بعض المشاكل النفسية، مثل: الاكتئاب، أو القلق، وهذه المشاكل قد تؤثر على تحفيز شعور المريض بالألم.

قد يكون لحالة الشخص العقلية والعاطفية تأثير على تطوير القولون العصبي. (الدكيران، 2013، ص30)

6. العوامل السيكولوجية في حالة متلازمة القولون العصبي.

لا شك أن الغذاء يلعب دوراً رئيسياً في حياة الطفل الرضيع وأنه يشعر باللذة و المتعة و السعادة من خلال تلقي الطعام وابتلاعه عن طريق الفم و البلعوم أو القناة الهضمية بل إن الطفل يتصل بعالمه الخارجي عن طريق الامتصاص و الابتلاع و التبرز و عندما ترب علاقته مع أمه يبدي الطفل إحباطه في شكل القيء و الإمساك و الإسهال و تض العالم الذي أكد الطبيعة الشهوانية " فرويد" غيرها من الاضطرابات الهضمية و لقد كان للمناطق الفموية و الشرجية في الرضيع فلقد أكد أن الإحساس باللذة يربط بالمنطقة الفموية ثم يعد تعبير العداوة عن نفسها في الرضيع " فرويد" شرجية ووفقاً لنظرية بعد ذلك بالمنطقة ال عن طريق العض و في الحياة فيما بعد عن طريق القرحة حيث يتحول العض إلى الداخل أما الإسهال فيعبر عن السخاء أما الإمساك فيعبر عن الإبقاء أو المحافظة أو البخل (العيسوي، 1994، ص80)

7. العلاقة بين القولون العصبي ، القلق و الاكتئاب

تتسبب متلازمة القولون العصبي أو متلازمة الأمعاء الهيجية بحدوث الاكتئاب ،و القلق كما لا يتسبب الاكتئاب بالإصابة بمتلازمة القولون العصبي، ولكن في بعض الأحيان قد يتسبب أحدهما بتفاقم أعراض الآخر في حال المعاناة من كليهما معاً والذي يشار إلى حدوثه لدى العديد من الأشخاص، ويعتقد أن آلية ارتباطهما بالرغم من كونها غير مفهومة تماماً بعد؛ إلا أنها قد تُعزى لوفرة الناقل العصبي المسؤول عن الشعور بالرضا والسعادة والمعروف بالسيروتونين في الأمعاء التي لها روابط رئيسية مع الدماغ عبر الجهاز العصبي المعوي ويشار إلى أنّ مشاكل الصحة النفسية؛ كالقلق والاكتئاب قد يرتبط تطورها وتفاقم أعراضها بجودة ونوعية حياة الشخص التي تتأثر بشكل ملحوظ بزيادة شدة أعراض القولون العصبي؛ كالانتفاخ والتشنجات، أي أنّ متلازمة القولون العصبي قد تُشعر الشخص بمزيد من القلق والاكتئاب، ونظراً لأنّ القولون يخضع بشكل جزئي لتحكم الجهاز العصبي والذي بدوره يستجيب للتوتر؛ فإن حدوث القلق والاكتئاب بشكل متكرر لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة القولون العصبي قد يؤدي إلى تفاقم

الأعراض لديهم كما أنّ الاضطرابات المزاجية بشكلٍ عام قد تؤثر في طريقة تعامل الشخص مع أعراض القولون العصبي، وقد تؤدي بالمُحصّلة إلى زيادة أعراض القولون العصبي سوءاً؛ إذ إنّ التوتر العاطفي بالإضافة إلى الشعور بالتعب الشديد، أو اليأس بسبب عناء تغيير النظام الغذائي لتخفيف أعراض الجهاز الهضمي، أو الاعتقاد بعدم القدرة على علاج الإسهال أو الإمساك بشكلٍ جيد وكافٍ، تتسبب جميعها بتفاقم أعراض القولون العصبي (كريد، - 2003 - , 5-1554: (5)125; Gastroenterology).

خلاصة الفصل:

متلازمة القولون العصبي مشكلة مزمنة تبدأ أعراضها عادةً في أواخر سنوات المراهقة وتستمر حتى العشرينات، ومدة ظهور الأعراض قبل تشخيص المتلازمة لا تقل عن ثلاثة أشهر، حيث يتم التشخيص بعد تقييم الأعراض وفقاً لمعايير معينة وبعد نفي وجود أي مشكلة عضوية.

فهي حالة صحية مزمنة وشائعة تصيب الأمعاء الغليظة (القولون)، وتسبب تقلصات وانتفاخاً في البطن، بالإضافة لتغير في نمط حركة التجويف المعوي، ويمكن أن يؤثر في أي شخص في أي عمر.

كما تختلف أعراضها بين المصابين بها، وتصنف ضمن اضطرابات الجهاز الهضمي الوظيفية التي تؤدي إلى سلائل قولون ضارة و بمرور الوقت، قد تتطور إلى سرطان و قد يكون مميتاً إذا اكتُشف في مراحله الأخيرة.

يمكن أن يصاب أي شخص به. ولكنك تكون أكثر خطورة للبالغين من العمر خمسين عاماً أو أكثر، أو إذا كان الوزن زائداً أو إذا كان تاريخ عائلي أو شخصي مصابون بسلائل أو سرطان القولون، و غالباً ما تسبب في ظهور أعراض. ولهذا من المهم إجراء الفحوص المنتظمة لها و استئصالها، بشكل آمن وكامل لأنها أفضل طرق الوقاية من سرطان القولون.

تمهيد

كل البحوث العلمية تعتمد على منهجية معينة، يراد من خلالها الوصول إلى نتائج علمية دقيقة و لهذا خصصنا هذا الجانب لتوضيح المنهجية التي اتبعناها في بحثنا من اجل إحاطة أكثر بالموضوع، و التحقق من الفرضيات المطروحة و سيتطرق هذا الفصل الى محاور هي:

الدراسة الاستطلاعية منهج الدراسة. مجموعة البحث أدوات الدراسة. حدود الدراسة..

1- الدراسة الاستطلاعية:

تحتل الدراسة الاستطلاعية أهمية بالغة في البحث العلمي، وذلك لأنها تعتبر دراسة أولية ومبدئية للتعرف على الظاهرة التي يريد الباحث دراستها بهدف توفير الفهم الدقيق للدراسة المطلوبة والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها واخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكيد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وتطبيق عادة على عينة صغيرة، وما تمكنه أيضا من اختيار أكثر الوسائل صلاحية للدراسة هذا الى جانب تحديد الأسئلة التي تتطلب اهتمام وتركيز وتفصيلا وفحصا، وقد ترشد هذه الدراسة الى الصعوبات الخفية لهذا البحث (قنديلجي، 2012، ص 38-1-2)

1.1 تعريف الدراسة الاستطلاعية :

هي الدراسة العلمية الكشفية الصياغة الاستطلاعية، وهو البحث الذي يستهدف التعرف على الصياغة الاستطلاعية، وهو البحث الذي يستهدف التعرف على المشكلة فقط، وتكون الحاجة الى هذا النوع من البحوث مشكلة جديدة أو عندما تكون المعلومات ضئيلة، وعادة ما يكون هذا النوع من البحوث تمهيديا . (عبد الغفار عبد السلام، 2001، ص 1/1-1/3)

2.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية :

أجريت الدراسة الاستطلاعية لعدة أهداف منها :

- التعرف على المجتمع الأصلي لعينة الدراسة الأساسية عن قرب .
- التعرف على ميدان الدراسة.
- التأكد من مدى وضوح ومناسبة أدوات الدراسة المستخدمة المتمثلة في المقابلة النصف موجهة .
- اكتشاف العراقيل والنقائص التي واجهتنا لتفاديها أثناء الدراسة .

•التدريب على أدوات جمع البيانات.

وقد اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع الأخصائية النفسانية المتواجدة في مستشفى محمد بوضياف بمدينة البويرة وقد مكنتنا هذه الدراسة من التعرف على مختلف الحالات الموجودة بالمؤسسة وأعطت لنا فكرة عن الحالات التي سيتم التعامل معها، والتي تخدم موضوع دراستنا، حيث أننا تعايشنا مع المصابين بالقولون العصبي التي أجريناها معهم .

وبالتالي فالدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا ومكنتنا من تحديد إشكالية البحث وأبعاده، كما ساعدتنا على صياغة الفرضيات بشكل دقيق ومحدد

فهذه الدراسة بكل معطياتها ساعدتنا على التحديد الدقيق الذي هو قيد الدراسة مع إبراز مختلف النتائج الخاصة لتحليل الاختبار المستخدم في البحث، وكذلك التحليل الخاص لمضمون أهمية هذه الدراسة.

2-منهج الدراسة.

تتنمي هذه الدراسة إلى الدراسات العيادية، حيث يعرفها "هوتيني" بأنها الدراسات التي تتضمن دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة، أو مجموعة من الأحداث أو موقف، أو مجموع من الناس أو مجموعة (منير ،2002، ص 37) من الأحداث، أو مجموعة من الأوضاع أي أن الهدف الاول والوحيد من الأبحاث العيادية هو الحصول على معلومات كافية ودقيقة عن الموضوع محل الدراسة، كما هو في الواقع "فالدراسات العيادية تقوم على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث بطريقة كمية ونوعية في فترة زمنية معينة، أو عدة فترات معين ومن خلال ماسبق نستنتج أن الدراسات العيادية، هي توضيح لخصائص أي ظاهرة فهي تقوم بتفسير الأوجه البارزة لأي ظاهرة،

أما عن المنهج المتبع فقد استخدمنا منهج العيادي (إسماعيل ، 2005، ص93)

طلعت : "تلك الطريقة التي يستخدمها الباحث من أجل الوصول للنتيجة المرغوب فيها " وعليه فإن اختيار منهج الدراسة لا يأتي بالصدفة،أو العشوائية،أو رغبة الباحث في دراسته، بل أن موضوع الدراسة وأهدافها هما اللذان يفرضان نوع المنهج المناسب للدراسة(أحمد مصطفى عمر ، 2002، 166)

يعرف المنهج العيادي انه الأنسب و المستعمل في الدراسات المعمقة و المركزة حول دراسة الشخصية و يهدف إلى علاج و تشخيص من يعانون من مشكلات سلوكية و اضطرابات نفسية ، و قد عرفه " perron"على انه " منهج يهدف إلى معرفة التنظيم النفي قصد بناء تركيب معقول للأحداث النفسية، حيث الفرد مصدرا لها(perron R, 1979,p 31-44)

و قد تم اختيارنا لهذا المنهج لأنه ذو التصميم المبني على دراسة معينة قد تستمر أحيانا لسنوات، يتم فيها جمع كل المعطيات التي تخص نفس الشخص في كل جوانب حياته و يعرفها العالم "بوتانيي "

"Bautanier"على أنها الفحص العميق وربطها بتاريخ المفحوص إن لم يسمح ذلك بفهم سلوكه في كل معاشه" (حسن عبد المعطي ، 2003 ، ص31)

3- مجموعة البحث

تعرف عينة الدراسة علة أنها : " طريقة جمع البيانات و المعلومات عن عناصر وحالات محددة يتم اختيارها بأسلوب معين، من بين جميع عناصر مفردات مجتمع الدراسة،وما يتناسب ويعمل على تحقيق هذه ولهذا وجبة علينا اختيار جزء لهذا المجتمع الكلي، الذي يلبي حاجات الدراسة ويحقق أهدافها وعليه الدراسة(منير ، 2002، ص 37)

وعليه فإن عينة الدراسة هي الجزء الذي يمثل المجتمع، لأن الباحث لا يستطيع ان يأخذ كافة الأفراد لدراسته لأن هذا يتطلب جهدا كبيرا، لهذا يختار الباحث عينة محددة لدراسته ،ولهذا اخترنا العينة

القصدية لمجتمع دراستنا، لأن هذا النوع من العينات يختارها الباحث في حالات يعتقد أنها تمثل المجتمع من الجانب الذي يتناوله البحث وفي بعض الأحيان أيضا يسعى الباحث لتحقيق هدف، او غرض معين من دراسته، فيقوم باختيار أفراد العينة بما يخدم ويحقق هذا الغرض، او الهدف شروط اختيار مجموعة البحث:

- الإحاطة بالمجتمع المستهدف
- إعطاء وزن أكبر للمجموعات الأسهل وصولاً ضمن مجتمع الدراسة .
- إبراز التنوع كما في العينة
- استخدام وسائل الاتصال غير الرسمية للحصول على مشاركين يصعب الوصول إليهم بالطرق الأخرى

4. أدوات الدراسة.

على الباحث الالتزام باستخدام جملة من الوسائل والتقنيات التي تمكنه من جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي تخدم بحثه، حيث تساعده على إستقساء المعلومات من المبحوثين بأسلوب علمي مبسوط، ولهذا الغرض اعتمدنا في دراستنا على:

1.4 المقابلة العيادية

المقابلة العيادية إحدى تقنيات المنهج العيادي الشائعة الاستعمال كقول فيصل عباس " 1979 تعتبر من التقنيات التي لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام ببحث علمي في مجال العيادي لأنها تسمح بالتقريب أكثر من المريض و جمع المعلومات و البيانات و تهيئة الفرضية أمام الأخصائي العيادي للقيام بدراسة شاملة للحالات المطروحة و ذلك عن طريق المحادثة الهادفة و الفهم الشامل لما يعانيه المريض " (فيصل عباس ، 1979 ، ص 102-103) كما تعرفها " Chiland. C " على أنها علاقة ثنائية تستلزم حضور الفحص و

المفحوص و يمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته و وحدته"

(chiland –Coletté1983.p321.)

وقسمت مقابلتنا الى عدة محاور:

المحور الاول : يضم 4 أسئلة، والهدف منهم جمع معلومات عامة في المبحوث

المحور الثاني : يضم 5 أسئلة ، والهدف منهم جمع معلومات حول اعراض الاكتئاب

المحور الثالث : يضم 5 أسئلة ، والهدف منهم جمع معلومات حول اعراض القلق.

2.4 مقياس سبيلبرجر spielberger للقلق

التعريف:

مقياس القلق سبيلبرجر هو مقياس تم تطويره من قبل العالم تشارلز سبيلبرجر بالتعاون مع كل من غورسونش ولوشين، ويستخدم هذا المقياس على نطاق واسع لتشخيص الإصابة بالقلق.

التعليمية:

تمت ترجمة هذا المقياس لعدة لغات، ويمكن استخدامه على الأشخاص الطبيعيين أو المصابين باضطراب القلق للآتي:

1. قياس الشعور بالخوف والتوجس.

2. تقييم شدة أعراض القلق الحالي عند المريض.

3. قياس الإحساس بالضغط والتوتر والقلق.

4. تشخيص مرض القلق وتمييزه عن أعراض الاكتئاب

كيفية التنقيط:

يعبر ارتفاع مجموع النقاط إلى زيادة شدة القلق لدى الشخص. يتراوح مجموع النقاط الكلي لكل جزء من مقياس القلق سبيلبرجر بين 20-80 نقطة. تشير النقاط من 39-40 إلى الحد الفاصل بين القلق الطبيعي والقلق غير الطبيعي، والذي قد يكون حالة اضطراب نفسية.

كيفية التصحيح:

الحالة والسمة كي يقوم المفحوص بتطبيقها بنفسه ويمكن أن تطبق بصورة فردية أو جماعية والقائمة ليست لها حدود زمنية ومن خلال تسجيل الباحث للزمن الذي يمكن أن يتحدد عليه تطبيق القائمة يتراوح ما بين (5 ، 7) دقائق لمقياس حالة القلق ومثلها لمقياس سمة القلق ، وتكون التعليمات أعلى نسخة الاختبار بالنسبة للحالة والسمة ، وقد تمت طباعة مقياس حالة القلق وسمة القلق في الصورة التي تقدم للمفحوص على وجهي ورقة منفردة ، وعند الاستجابة (الإجابة) على مقياس حالة القلق فإن المفحوص يقوم بوضع علامة (X) في نسخة الاختبار على يسار الرقم المناسب (من 1 : 4) والذي يصف شدة مشاعره

3.4 مقياس بيك "BECK" للاكتئاب:

التعريف:

مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory واختصاره BDI ، هو وسيلة من الوسائل التي تم اختراعها وتطويرها قديماً عام 1961 م من قبل أحد مشاهير علماء النفس وهو "آرون بيك" ، وذلك من

أجل قياس درجة الاكتئاب لدى المرضى، ويعد من أكثر مقاييس التصنيف الذاتي استخدامًا في جميع أنحاء العالم لقياس شدة الاكتئاب

التعليمية:

مثل الاستبيان يعتمد على بعض الأسئلة التي لا تحتاج لزيارة الطبيب عن الأعراض التي يشعر بها المريض أو المواقف في يومه. يتكون المقياس من 21 سؤالاً من نوعية أسئلة الاختيار المتعدد، وتكون عن الأعراض التي تشير لإصابتك بالاكتئاب ومدى شعورك بها ومدتها وتأثيرها على المواقف اليومية أو الحياتية، وكذلك يقيس أيضاً الحالة المزاجية ومقدار التشاؤم والتهيج لمعرفة مدى حدة الأعراض لديك، وتم تطوير مقياس بيك للاكتئاب للمرة الثانية واختصاره عام 1996 م ليصبح 13 سؤالاً ويسمى مقياس بيك الثاني للاكتئاب.

كيفية التقط:

- إن الدرجات من 0 حتى 21 تشير إلى الاكتئاب المنخفض حيث أنه من الممكن التعامل معه عن طريق جلسات العلاج النفسي.
- بينما الدرجات من 22 حتى 46 فهو يعتبر اكتئاب متوسط الحدة حيث أنه يتم التعامل معه عن طريق التدخلات النفسية التي تكون مركزة مع الاستشارات الطبية بالإضافة إلى ملازمة الأدوية معها إن احتاج الأمر.
- الدرجات من 47 فما فوق فهو يدل على وجود الاكتئاب الشديد ويحتاج إلى تدخلات طبية بالإضافة إلى تدخلات نفسية عاجلة.

كيفية التصحيح:

إن BDI-II قد قدم بين نماذج العوامل المختلفة للنموذج ثلاثة عوامل كانت من الدرجة الأولى وهي المعرفي والعاطفي والجسدي، وقد استنتج بيك أن الخصائص السيكومترية للنسخة الأيسلندية من المرضى والطلاب وقد قدم ثلاثة عوامل من الدرجة الأولى وهي نفسها التي تم ذكرها سابقاً وهي المعرفي والعاطفي والجسدي بالإضافة إلى عامل من الدرجة الثانية وهو الاكتئاب العام.

وإن الدراسات التي تم إجراؤها والتي كانت بصلة مباشرة بالبحث اليدوي والاتصال بالمؤلفين أن خصائص بيك السيكومترية تجلت في ثلاث مجموعات وهي العينات الغير سريرية والعينات النفسية أو المؤسسية والعينات الطبية.

5- حدود البحث.

تعتبر مجالات الدراسة خطوة مهمة وأساسية في البناء المنهجي لأي دراسة، وتتمثل مجالات دراستنا في مجالين يتمثلان في

الاطار المكاني :

ويقصد به: "النطاق المكاني لإجراء الدراسة، وبعين المنطقة التي تجرى فيها الدراسة(شفيق : ، 2010م ،ص217)

إن الدراسة لها حد مكاني يضم دراسة حالة المصابين بالكولون العصبي في مستشفى محمد بوضياف ولاية البويرة

الاطار الزمني

امتد الاطار الزمني لإنجاز هذه الدراسة خلال السنة الدراسية 2021-2022

حيث تم إنجاز الجانب المنهجي أولاً، ثم الجانب النظري ثانياً، ومن ثم انتقلنا إلى الجانب الميداني

أ- المرحلة الأولى (المرحلة الاستطلاعية):

فطبيعة البحث كانت تستدعي من الباحث القيام بهذه الدراسة الاستطلاعية من أجل الكشف عن الظاهرة المراد دراستها في البحث لدى عينة الدراسة وجمع أكبر عدد ممكن وتحديد فرضيته تحديداً دقيقاً وجمع البيانات ومعلومات نظرية التي تساعد على إنجاز البحث، ومن أهم السبل المتبعة في ذلك شبكة الانترنت وقراءة البعض من رسائل الماستر وأطروحة الدكتوراه ومواضيع ذات الصلة بموضوع البحث وبعدها أتت مرحلة الاتصال بالمبحوثين ذكورا وإناثا.

ب - المرحلة الثانية:

هي مرحلة النزول إلى الميدان وكان ذلك شهر بداية فيفري الى أواخر ماي 2022، حيث تم التوجه إلى العديد من الاسر وذلك لجمع الأجوبة لملء الاستمارات وتحليلها سوسيوولوجيا استغرق ذلك 15 يوماً.

خلاصة الفصل:

لقد تم في هذا الفصل عرض طريقة القيام بالجانب التطبيقي من خلال تفسير الدراسة الاستطلاعية و أهدافها و التعريف بمجموعة البحث و شرح منهج الدراسة بالإضافة الى الأدوات المستعملة لها و مقاييسها و حدودها و في الأخير الاطار الزماني و المكاني لهذه الدراسة.

خلاصة عامة:

يعاني مرضى القولون العصبي من مشاعر القلق ومن الاكتئاب الأساسي بشدة تختلف من مريض إلى آخر وهما ناتجان عن ضغوط الحياة وعن العلاقة الأولية حيث أن الشخص لا يجد حل أنسب إلا الجسد تحديد الجهاز الهضمي لكل الأزمات النفسية.

كما يعاني بعض الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من أعراض حادة وخطيرة، ولكن تعد معظم الأعراض خفيفة ويمكن التحكم بها من خلال عمل بعض التغييرات في نمط الحياة وتقليل التوتر.

كما أن العديد من الأشخاص يعانون من أعراض القولون العصبي النفسية والجسدية معاً، وتختلف هذه الأعراض من شخص لآخر وباختلاف الظروف أيضاً،

كما يصيب القولون العصبي النساء أكثر من الرجال، وتبدأ الأعراض بالظهور في الطفولة أو في منتصف العمر.

وفي الأخير تطرقنا الى نتيجة مفادها بأن الأشخاص المصابين بالقولون العصبي يعانون من القلق والاكتئاب أكثر من غيرهم والذي بدوره يجعل من أعراض القولون العصبي أكثر حدة وسوءاً.

ويعزى السبب في تأثير القولون العصبي على نفسية الإنسان في تحكم الجهاز العصبي بالقولون وتأثره بأعراض التوتر والقلق، لذلك تصاحب أعراض القلق والاكتئاب الأشخاص المصابين بالقولون العصبي.

قائمة المصادر و المراجع:

1. لمعجم الوسيط، 2004 . ط4. مكتبة الشروق الدولية .
2. - زهران عبد السالم.(1997).الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة:عامل الكتب .
3. إبراهيم عبد الستار . (1998). الاكتئاب مرض العصر الحديث (فهمه وأساليب علاجه).دط.لبنان: عالم المعرفة .
4. إسماعيل شعبان . (2005).منهج البحث في العلوم الاجتماعية .المعهد الوطني للتجارة :الجزائر . ط1.
5. إسماعيل يامنة عبد القادر . (2013). الاكتئاب والعدوان . د ط.الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
6. تاق جون كولر . (1990) .الفكر الشرقي القديم. تر: كامل يوسف حسين . إمام عبد الفتاح إمام . دط.الكويت:عالم المعرفة.
7. جبوري محمد عبد العادي .(2010). الأمراض النفسية. ط2. لبنان:دار القباء للنشر والتوزيع .
8. الجزائري حسين . (2010) . المرجع الشامل في الاكتئاب. دط.لبنان:دار النهضة للنشر و التوزيع. الشريبي لطفى . (2001). الاكتئاب (المرض والعلاج). دط.لبنان:شركة جلال للطباعة.
9. جلال أسعد .(1986). الأمراض النفسية والعقلية و الانحرافات السلوكية في الصحة العقلية. دط.دار الفكر العربي.
10. الحجار محمد . (1987) .أبحاث في علم النفس السريري و الإرشادي. ط01 .مصر:دار العلم للملايين.
11. حلاوة، محمد السيد .(2003). الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق. مصر: المكتب الجامعي الحديث.
12. الدسوقي كمال . (1989) . ذخيرة علم النفس.ط1.مصر:الدار الدولية للنشر و التوزيع.
13. دويسون، كيث . (2015). الوقاية من القلق والاكتئاب.مصر: المركز القومي للترجمة.
14. زيدنر، موشي . (2016). القلق. الكويت:المجلس الوطني للثقافة والفنون.
15. سرحان وليد و آخرون . (2001) . سلوكيات الاكتئاب.ط1.الأردن: دار مجدلاوي للنشر و التوزيع..

16. السيد أحمد مصطفى عمر (2002). البحث العلمي إجراءاته ومناهجه. دار الفلاح للطباعة والنشر: القاهرة، ط1 .
17. شاذلي، عبد الحميد محمد. (1999). الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية. مصر: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.
18. الصادق محمد عبد الحليم. الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي المترددين على مستشفيات ولاية الخرطوم بالسودان
19. عامر ابراهيم قنديلجي. (2012). منهجية البحث العلمي، ط1 عمان: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع .
20. -عايد محمد عثمان. (2006). درجة القلق لدى طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين و علاقتها ببعض المتغيرات. فلسطين: المركز الفلسطيني للإرشاد.
21. عباس الصادق محمد؛ علي فرح أحمد فعالية برنامج إرشاد علاجي معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض القولون العصبي : دراسة تجريبية على المرضى بولاية جنوب دارفور المستوى : دراسة علمي
22. عبد الغفار عبد السلام. (2001). مقدمة في الصحة النفسية. مصر: دار النهضة العربية
23. عزت عبد العظيم الطويل. (د ت). معالم علم النفس المعاصر. ط2. مصر. دار المعرفة الجامعية
24. عطية شاكر و طه فرج قنديل . (1993). موسوعة علم النفس و التحليل النفسي. ط1. الكويت: دار سعاد الصباح.
25. عطية عبد الله أمساء (2008) اضطرابات القلق لدى الأطفال. ط1. الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع.
26. عفيفي عبد الحكيم. (1989). الاكتئاب و الانتحار. ط1. لبنان: الدار المصرية.
27. العيسوي عبد الرحمن. (2001). الجديد في الصحة النفسية دط. مصر: منشأة المعارف.
28. فايد حسين. (2001). الاضطرابات السلوكية. تشخيصها وأسبابها وعلاجها. ط1. مصر.

29. فهمي مصطفى .(1989). المصلحة النفسية. المكتب الجامعي الحديث.ط1.الاسكندرية: محطة الرمل.
30. فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديموغرافية المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 12 ، عدد 3 ، 2016، 287-302
31. لحقي عبد المنعم. (1992) .موسوعة الطب النفسي. ط1.القاهرة :مكتبة مدبولي.
32. محمد شفيق . (2010).مناهج البحث العلمي .مركز تطوير الأداة والتنمية ،مصر .ط1.
33. مدحت عبد الحميد .(2001). الاكتئاب (دراسة سيكوباتية). دط.مصر: دار المعرفة الجامعية..
34. معمريه بشير. (2002). القياس النفسي. ط2.الجزائر:دار الخدمات المكتبية والمعلوماتية للنشر والتوزيع.
35. منصور حسن فكري . (2009).القولون العصبي مرض العصر . ط1.مصر:دار الطلائع للنشر والتصدير.
36. منير حجاب .(2002). أساسيات البحوث الإسلامية و الاجتماعية. ودار الفجر للنشر والتوزيع: القاهرة . ط1 . 2002.
37. منير حجاب .(2002).أساسيات البحوث الإعلامية و الاجتماعية.دار الفجر للنشر والتوزيع : القاهرة . ط1 .
38. مياس محمد.(1997). الصحة النفسية. القاهرة: دار المعارف.
39. هادي ساحل رمضان النعيمي.(2010). جنار عبدالقادر أمحد البجاري. د.س قلق المستقبل لدى المدرسات المتأخرات عن الزواج. رسالة ماجستير. جامعة الموصل كلية التربية. العراق.
40. حسن منصور.(2005). القولون العصبي مرض العصر. ط1.مصر:دار الطلائع.
41. العيسوي عبد الرحمان . (1994). الامراض السيكومترية .ط1. لبنان:دار النهضة العربية

42. كيران ج، مورياتي، ترجمة هلا أمان الدين. (2013). متلازمة القولون العصبي. ط1.السعودية:دار المؤلف .
43. شيت كونينغام .(2009). دليل علاج القولون وامراض المعدة و الأمعاء ط1 . المملكة العربية السعودية:مكتبة جرير .
44. دافيد شيهان. (1988)ترجمة عزت شعلان ،مرض القلق. ط1. الكويت :عالم المعرفة.
45. منصور، حسن فكري .(2009). القولون العصبي مرض العصر.مصر:دار الطلائع للنشر والتصدير
46. الميادين نت ، عراض-القولون-العصبي-الأسباب-والعلاج (www.almayadeen.net،
47. محمد العمادي. استشاري الجراحة العامة و السمنة. مقال لتجنب القولون العصبي .jamila .www -qatar.com/june2008 ،يوم 2022/04/20 في الساعة 21 و 3 د.
48. متلازمة القولون العصبي. moh.gov.sa يوم 2022/04/02 في الساعة 15 و 25 د.
49. كريد، ف فعالية تكلفة علاج مرض القولون العصبي الحاد بجلسات العلاج النفسي وبعقار الباروكسيتين-المملكة المتحدة Gastroenterology .5-1554:(5)125. - 2003 - يوم 2022/04/02 في الساعة 14 و 07 د
50. Cottraux (1990). Thérapie cognitive et la dépression.2 éme ed. Paris.
51. Naliboff BD. Derbyshire SW. Munakata J. Berman S. Mandelkern M. Chang L, Mayer EA. Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. Psychosom Med 2001; 63: 365-375.