



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة ابن خلدون - تيارت -
كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة تخرج لنيل شهادة المساتر

تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان

علاقة القلق النفسي في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد
- دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية يوسف دمرجي - بتيارت -

إشراف الأستاذ :

- بن لباد أحمد

إعداد الطالبات:

- عباد وهيبة

- سراردي ليندة

السنة الجامعية

1437 هـ / 1438 هـ

2016 م / 2017 م

كلمة شكر

إهداء

ملخص الدراسة

1 مقدمة

قائمة المحتويات

الفصل الأول: تقديم الدراسة

3 الإشكالية

4 فرضيات الدراسة

5 أهداف الدراسة

5 أهمية الدراسة

5 أسباب اختيار الموضوع

6 التعاريف الإجرائية

6 الدراسات السابقة

الفصل الثاني: الأبعاد النظرية

أولاً: القلق النفسي

14 تعريف القلق النفسي

16 أنواع القلق النفسي

19 تصنيفات القلق النفسي

20 أعراض القلق النفسي

22 أسباب القلق النفسي

23 مستويات القلق النفسي

24 النظريات المفسرة للقلق النفسي

33	تشخيص القلق النفسي
33	علاج القلق

ثانيا: القرحة المعدية

37	تعريف الأمراض السيكوسوماتية
37	العوامل المؤثرة في حدوث الاضطراب السيكوسوماتي
38	أسباب الأمراض النفس جسمية
39	علاقة القلق النفسي بالقرحة المعدية
40	القرحة المعدية
40	تعريف القرحة المعدية: Peptic ulcère
41	أسباب القرحة المعدية
42	أعراض القرحة المعدية
43	النظريات المفسرة للقرحة المعدية
46	تشخيص القرحة المعدية
48	علاج القرحة المعدية
51	خلاصة

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية

56	تمهيد
56	الدراسة الاستطلاعية
56	حدود الدراسة
57	عينة الدراسة وخصائصها
61	منهج الدراسة
61	أدوات الدراسة
64	الأساليب الإحصائية

الفصل الرابع : عرض و مناقشة نتائج الدراسة

68	تمهيد
68	عرض نتائج الدراسة
72	مناقشة النتائج
79	استنتاج العام
82	خاتمة
83	توصيات و إقتراحات
	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

كلمة شكر

اللهم لك الحمد حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، ملء السموات وملء الأرض، أهل الثناء والمجد، أحق ما قال العبد، وكلنا لك عبد، أشكرك ربي على نعمك التي لا تعد، والآنك التي لا تحد، أحمدك ربي وأشكرك على أن يسرت لي إتمام هذا البحث على الوجه الذي أرجو أن ترضى به عني.

ثم أتوجه بالشكر إلى أستاذي ومشرفي الفاضل الأستاذ: بن لباد أحمد الذي له الفضل على البحث والباحث منذ كان الموضوع عنوانا إلى أن صار رسالة وبحثا. فله منا الشكر كله والتقدير و العرفان .

ويوجب علينا الاعتراف بالفضل أن نشكر الأساتذة الفضلاء أستاذة هودر وأستاذ بن عبو على إسنادهم لنا طوال مدة بحثنا.

ونتقدم بشكرنا الجزيل في هذا اليوم إلى أساتذتنا الموقرين في لجنة المناقشة رئاسة وأعضاء لتفضلهم علينا بقبول مناقشة هذه الرسالة، فهم أهل لسد خللها وتقويم معوجها والإبانة عن مواطن القصور فيها، سائلا الله الكريم أن يثيبهم عنا خيرا.

كما نشكر جميع الأخوة القائمين على المكتبات التي تزودت منها مادة هذا البحث ولاسيما مكتبة كلية الجامعة. ونشكر كل عمال مستشفى يوسف دمرجي

-تبارت -

وكل من ساعدنا وأعاننا على إنجاز هذا البحث، فلهم في الشهر منزلة وإن لم يسعف المقام لذكرهم، فهم أهل للفضل والخير والشكر

إهداء

عندما وقفت قدماي على مشوار البداية الذي كان طويلا حينها
لم يستطيع بصري على رؤية مداه
فقد كان لا يتجاوز خطواتي الصغيرة
والآن وقد أوشكت على النهاية اشعر بالحنين
إلى أول يوم من أيام هذا المشوار
ولكن للطريق نهاية
ها أنا قد أودعها بكل ما فيها ليبقى
عبيرها بين أنفاسي وتحفر في ذاكرتي
اهدي نجاحي وبقاوة ورد معطر
إلى من ساهم في وصولي لطريق النهاية
إلى كل من علمني شيئا جديدا
وغذى فكري بالعلم والمعرفة
إلى كل من وقف بجانبني وساعدني في كل المصاعب
إلى أساتذتنا في الجامعة
إلى من جرع الكأس فارغا ليسقيني قطرة حب
إلى من كالت أنامله لي يقدم لي لحظة سعادة
إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم
إلى القلب الكبير

والدي

إلى من أرضعتني الحب والحنان
إلى رمز الحب وبلسم الشفاء
إلى القلب الناصع بالبياض

والدتي

إلى سندي وقوتي وملاذي بعد الله
إلى من أثروني على نفسهم، من علموني علم الحياة
إلى من أظهروا لي ما هو أجمل من الحياة
إخوتي أمينة ، وهيبه
وأخي العزيز العربي أطال الله في عمره
وإلى الكتكوت الصغير عبد المنعم
إلى من كانوا ملاذي وملجئي من تذوقت معهم أجمل اللحظات
إلى من سأفتقدهم

إلى من جعلهم الله أخوتي بالله و من أحببتهم بالله أصدقائي وصديقاتي في الجامعة

ليندة

إهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع إلى لؤلؤة الفؤاد و شمعة الحياة و رمز العطاء إلى التي لا توجد وسادة أحن و أنعم من حضنها إلى مثلي الأعلى في حياتي إلى أمي الحنون حفظها الله و أطال في عمرها

إلى الذي أفنى ربيع عمره رجاء تنوير نهج حياتي و عملي و عزة النفس فوق كل اعتبار إلى الذي ضحى و تعب لأجلي و الذي التمسست فيه كل الحب و الحنان أبي الغالي حفظه الله تعالى و أطال في عمره.

و إلى إختوتي و أخواتي كبيراً و صغيراً و إلى كل من ساندني في إنجاز هذا العمل المتواضع خاصة الذي رافقني و الذي لعل هذه الكلمات لا توفيه حقه ، و لا تكاد تعبر عن شكري و امتناني له

و إلى كل أصدقائي صديقاتي خاصة حبيبتي مريم و زميلتي في هذا العمل ليندا و كل من يعرف عباد و هيبه

وهيبة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التأكد من وجود علاقة للقلق النفسي في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد.

ولتحقيق هذه الأهداف اعتمدنا على المنهج الوصفي وذلك بصياغة مجموعة من الفرضيات كانت كالتالي :

- تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الجنسين.
- تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف المستوى الاقتصادي.
- تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الحالة الاجتماعية.

وللتأكد من صحة الفرضيات اعتمدنا مقياس تايلور القلق الصريح على عينة قصدية قوامها 40 فردا مصابين بالقرحة المعدية، وبعد تفريغ البيانات في برنامج المعالجة الإحصائية **SPSS** باستخدام :

- المتوسط الحسابي.
 - اختبار الفروق **t-test** لعينتين مستقلتين.
 - اختبار **ANOVA** لتحليل التباين الأحادي.
- تم التوصل إلى النتائج التالية :

- قبول الفرضية العامة: للقلق النفسي علاقة في ظهور القرحة المعدية لدى الراشدين المصابين.
- تحققت الفرضية الجزئية الأولى: تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الجنسين لصالح الإناث.
- رفض الفرضية الجزئية الثانية: لا تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف المستوى الاقتصادي.
- رفض الفرضية الجزئية الثالثة: لا تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الحالة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية:

- القلق النفسي.
- القرحة المعدية.

Résumé:

L'étude visait à assurer une relation de l'anxiété psychologique dans l'apparition d'ulcères gastriques chez l'adulte.

et pour atteindre les objectifs de l'étude reposait sur la méthode descriptive et en formulant un ensemble d'hypothèses sont les suivantes:

- Le degré d'anxiété psychologique varie chez les adultes souffrant d'ulcère gastrique fondé sur nature du sexes.
- Le degré d'anxiété psychologique varie chez les adultes souffrant d'ulcères gastriques en fonction du niveau économique.
- Le degré d'anxiété psychologique varie chez les adultes souffrant d'ulcères gastriques en fonction de la situation sociale.

Et pour assurer la validité des hypothèses que nous avons adopté la mesure susmentionnée d'anxiété psychologique explicite de Taylor sur un échantillon de 40 individus, délibérément infectés par des ulcères gastriques , et après le déchargement des données dans le programme de traitement statistique SPSS à l'aide:

- moyenne arithmétique.
 - Différences de test t -test pour deux échantillons indépendants.
 - Analyse ANOVA de la variance.

Et atteint les résultats suivants:

Acceptez le principe général: la relation psychologique de l'anxiété dans l'apparition de l'ulcère gastrique chez les adultes infectés.

- La première hypothèse partielle validiez: le degré d'anxiété psychologique varie chez les adultes souffrant d'ulcères gastrique dans les différents sexes en faveur des femmes.
- Non validiez partiel de la seconde hypothèse: le degré d'anxiété psychologique varie chez les adultes souffrant d'ulcères gastrique en fonction du niveau économique.
- Non validiez partiel de la troisième hypothèse: le degré d'anxiété psychologique varie chez les adultes souffrant d'ulcères gastrique en fonction de la situation sociale.

Les mots clés :

- anxiété psychologique.
- ulcères gastrique.

مقدمة

تشكل الضغوط النفسية محور اهتمام كثير من علماء النفس، لكونها أصبحت عاملا يفرض نفسه في جل الإشكاليات النفسية وحتى الجسمية، حيث تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية للشخصية السوية المتكيفة .

فالجسم يعتبر وسيطا بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي ويؤدي الاضطراب الانفعالي والضغط المزمن إلى اختلال هذا التوازن، وخير دليل على ذلك هوتاثر الجهاز الهضمي في حالة القلق، فالقلق يجعل المعدة تفرز إفرازات حمضية أكثر حموضة تؤدي إلى حدوث فجوات في جدار المعدة كنتيجة للضغط النفسي الناتج عن القلق.

هذه هي آلية حدوث القرحة المعدية ذات الأصل النفسي، هذه الأخيرة التي زاد انتشارها بشكل ملفت للانتباه بين الجنسين وفي مختلف الأعمار والفئات ما دفع بنا إلى تناولها موضوعا لدراستنا وتبسيط الضوء عليها موضحين أثر القلق النفسي في ظهور القرحة المعدية.

حيث تضمنت دراستنا الحالية أربعة فصول فصلين نظريين وفصلين تطبيقيين كالتالي:

الفصل الأول: يحتوي على إشكالية الدراسة وتساؤلاتها المطروحة، وفرضياتها وكذا أسباب اختيارنا للموضوع، ومن ثم أهداف الدراسة، والدراسات السابقة، إضافة إلى تحديد التعاريف الإجرائية للدراسة.

الفصل الثاني : إذ يحتوي على موضوع القلق النفسي (تعريفه، أنواعه، أسباب وأعراض مستويات القلق، والنظريات المفسرة للقلق وكذا التشخيص والعلاج).

كما احتوى أيضا على موضوع القرحة المعدية، وقبل الشروع فيه كان لابد من التطرق إلى الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بظهور القرحة المعدية.

أما الفصل الثالث : فقد احتوى على الإجراءات المنهجية والذي ذكرنا فيه المنهج المستخدم وقدمنا عرض للدراسة الاستطلاعية بما فيها (وصف للعينة وأداة القياس

مقدمة

والخصائص السيكومترية)، ثم عرضنا الدراسة الأساسية وصفها وكذا الأساليب الإحصائية المستعملة لتحليل البيانات.

أما في الفصل الرابع : فقمنا بعرض وتحليل نتائج الدراسة، وأخيرا قدمنا مناقشة وتفسير هذه النتائج ثم الاستنتاج العام، بالإضافة إلى الاقتراحات وخاتمة الموضوع.

الفصل الأول

التعريف بالدراسة



1- الإشكالية:

وجدت الصحة والمرض، منذ أن كانت المجتمعات الإنسانية ومازالت حتى وقتنا الحاضر من الأمور الأساسية التي تشغل الناس أفرادا ومجتمعات لذلك فالإنسان يسعى دائما للبحث عن الظروف الملائمة التي تجعله من جهة يتكيف مع الضغوط الخارجية والداخلية ومن جهة أخرى تمكنه من تخفيف التوازن الفيزيولوجي والنفسي الذي لا يمكن بلوغه إلا بصحة النفس والجسد معا.

هذا ما أكده مكتب الصحة الفيدرالي الأمريكي في اكتشافه أن بعض الأمراض الجسدية تؤدي إلى أسباب نفسية كالقلق النفسي الذي يعتبر نوع من أنواع التعبير عن المخاوف والأفكار والرغبات غير مقبولة لدى الشخص وهي تظهر الصراع الداخلي الذي يتعرض له الإنسان نتيجة للمشاكل مما يؤثر على ناحيته الجسدية ويظهر من خلاله عدة أمراض كضغط الدم، الربو، السكري، أمراض القلب، والقرحة المعدية .

هاته الأخيرة التي تصنف ضمن الأمراض السيكوسوماتية هي اضطرابات جسدية أو عضوية موضوعية ذات منشأ نفسي انفعالي تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي .

إن الأساس الوحيد لفهم سلوك الإنسان السوي والمرضي هو دراسة الشخصية بكل جوانبها الجسدية، النفسية والعقلية، فهذه النظرة الشاملة للإنسان كوحدة نفسية جسدية تمكننا من فهم وتشخيص الأمراض وعلاجها . فالنفس تؤثر في الجسم وتتأثر به مما قد يؤدي إلى ظهور ما يسمى بالجسدنة والتي هي عبارة عن "مجموعة من الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه نتيجة لضغط سيكولوجي " . (الشحيمي: 1994، 230)

وهذه الأمراض السيكوسوماتية وخاصة القرحة المعدية تصيب فئات متباينة من المجتمع وهذا ما أشار إليه ماكننتوش (1983) في دراسته التي تهدف إلى كشف العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية كالقرحة المعدية بالشخصية، وقد شملت العينة (166)

مصابا بالقرحة الهضمية المرضية، واعتمد فيها اختيار " كاتل الشخصية " ذي العوامل الستة عشر (pf16)، وقد أظهرت النتائج أن المصابين بالقرحة المعدية، وقرحة اثني عشر يتمتعون بنفس البروفيل السيكوسوماتي، كما يتميز الإناث من العينة التجريبية بالتذبذب الانفعالي والقلق النفسي، عكس الذكور الذين يتميزون بفقدان الحماس وبمستوى منخفض من ضبط الذات، وتنتهي النتيجة مؤداها أن العوامل الانفعالية تلعب دورا مهما في نشوء القرحة المعدية وخاصة حينما تتفاعل مع أحداث الحياة الضاغطة. (قشا شطة:07،2007)

ومن خلال ما سبق لنا ذكره نطرح الإشكال التالي :

- هل للقلق النفسي علاقة في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد ؟

التساؤلات الفرعية:

- هل تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الجنسين؟

- هل تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف المستوى الاقتصادي ؟

- هل تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الحالة الاجتماعية ؟

2- فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة :

- للقلق النفسي علاقة في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد.

الفرضيات الفرعية:

- تختلف درجة القلق النفسي بين الجنسين ذكور وإناث عند الإصابة بالقرحة المعدية لدى الراشد تعزى لصالح الإناث.

- تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف المستوى الاقتصادي.

- تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الحالة الاجتماعية.

3- أهداف الدراسة :

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى:

1- محاولة الكشف عما إذا كانت هناك فروق في درجات القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية لدى عدة متغيرات .

2- توظيف نتائج الدراسة في التكفل النفسي بمرضى القرحة المعدية في ضوء التعرف على إدراك بعض الآثار النفسية التي يمكن أن تترتب عن الإصابة بالقرحة المعدية.

3- الكشف عن طبيعة الضغوط التي يتعرض لها الإنسان والتي تؤدي إلى ظهور قلق نفسي.

4- أهمية الدراسة :

1- معرفة مدى الانتشار الواسع للأمراض السيكوسوماتية والحالة النفسية التي يصبح عليها المريض.

2- التطلع بالفحوص التشخيصية في المجال المرضي بغرض الوقوف على الأعراض والأسباب المؤدية إلى الإصابة بداء القرحة المعدية .

5 - أسباب اختيار الموضوع :

اختيارنا لموضوع تأثير القلق النفسي على القرحة المعدية جاء نتيجة جملة من الأسباب التالية :

1- الرغبة في دراسة هذا الموضوع ونقص البحوث في هذا المجال .

2- انتشار الأمراض السيكوسوماتية كالقرحة المعدية انتشارا كبيرا وما لها من ردود أفعال نفسية خطيرة تهدد حياة الفرد وهي مزمنة تلازمه مدى حياته.

3- نقص الاهتمام أكثر بهذه الفئة النفسية .

4- التعرف على درجة القلق النفسي لدى المصابين بداء القرحة المعدية .

6- التعاريف الإجرائية :

1-6- القلق النفسي:

هو الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة في مقياس " تايلور للقلق الصريح " .

2-6- القرحة المعدية:

هي عبارة عن التهاب في أحد المجاري في جهاز المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة وتتكون نتيجة لزيادة الإفرازات والحمضيات المتولدة لظروف نفسية انفعالية تشكل فجوات ملتهبة أو التهابات قد تتحول إلى نزيف داخلي حين تكون الضغوط والآلام النفسية شديدة وتفرض على المعدة إجهادا وإرهاقا وعملا مزدوجا.

7- الدراسات السابقة :

1-7- دراسة محمد أحمد غالي (د.س):

في كتابه الشهير " القلق وأمراض الجسم" كان يرى أن خطورة الأمراض السيكوسوماتية قد شاع بين الحربين العالميتين وما جرتا ورائهما من نتائج سيئة تظهر تلك الأمراض على شكل إصابات أوخلل فعلي حقيقي في أنسجة أوخلايا جدران المعدة أو الأمعاء الغليظة أوفي وظيفة التنفس أوغيرها من الصور التي أصبحت الشغل الشاغل للكثيرين من المشتغلين بالطب البشري، لأنهم حاولوا البحث عن أسبابها، كما فشلت الجهود الحالية كيميائيا في استئصالها، لأن كل الجهود كانت موجهة نحوالأعراض ولم تتوجه نحوالداء نفسه في جذوره وأسبابه العميقة والسيكولوجية . (عطوف :1986، 140، 141)

2-7- دراسة لبودوار (د.س) :

من جامعة مرسيليا بفرنسا هدفت دراسته إلى رسم بروفيل سيكوسوماتي للمصابين بالقرحة المعدية حيث يتميزون بمرفولوجية النحافة مصاحبة بميول انقباضية حشوية كما أظهرت

نتائج هذه الدراسة إلى فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على البروفيل السيكوسوماتي، إذ يتميز المصابين بالنشاط والخجل الزائد والتذبذب الانفعالي

(قشاشطة:2007، 07)

3-7- دراسة فلاندرز ودينبار (د.س) :

هدفت هذه الدراسة إلى التحدث عن مراحل حدوث القرحة المعدية وخصائص المرضى حيث ذهب كل من فلاندرز وودنبار إلى أن هناك أربعة مراحل تحدث خلال القرحة المعدية وهي :

أ- الاضطرابات التي تؤثر في الألياف العصبية بالدماغ والموصلة للجهاز المعدي

ب- الاضطرابات في إنتاج حامض الهيدروكلوريد، حيث تؤدي كثرة هذا الحامض عن الحد المطلوب للهضم إلى ضرر نتيجة لذلك يحدث الجوع ويصبح الجسم في حاجة إلى الطعام ومنه الضرر .

ج- ظهور التوتر في العضلات الملساء وتضطرب عمليات النقل بها وبدلاً من أن يمر الطعام المحفوظ في المعدة في خطه العادي للهضم يهيج المعدة.

د- اتحاد حامض الهيدروكلوريد، وتوتر العضلة يزيد من التشوه الموجود على جدار البقعة الهضمية وتصبح القرحة واضحة وترى بأشعة اكس .

ثم تشير دنبار إلى القول بأن مرضى القرحة المعدية عامة فوق المتوسط في الذكاء يحبون التكلم عن أنفسهم كما يعرفون جيداً أن هناك نوعاً من الأساس العصبي لآلامهم على الرغم من أنهم يميلون إلى إلقاء العبء على عوامل أخرى، كما يشير الحديث مع اهتمامهم إلى حدوث مصاعب في الرضاعة في الأشهر الأولى من حياتهم ويحدث لهم مغص فيما بعد وقد يكون لديهم ضعفاً عضوياً يهيئهم للقرحة المعدية . (بوسبسي :2003، 05)

4-7- دراسة ليرد ولبرد (د.س) :

سعت هذه الدراسة حول شخصية مريض القرحة حيث تتمثل هذه الشخصية إلتماسها للحب والاستحسان أكثر مما كان يتلقاه في الطفولة، وعدم وجود الحب يعطيه شعورا بالفشل ومزاجه المرضى ضد العالم عامة يحمض معدته، ولا تغير الأدوية التي يتعاطها من الاتجاهات المزاجية المرضية إذ يعطى راحة جسمية مؤقتة فقط وبعد الهجوم الانفعالي تبدأ المعدة، التي يزداد فيها الحامض في تركيز نفسها في مكان واحد، فتكون تلك بداية القرحة المعدية ويذهبان في القول بأن القرح تبدأ من أسباب جسمية لكن الكثير أصله انفعالي، وإذا أزيلت القرحة قد تتكون أخرى إذا استمر الشخص على شخصيته، كما أن النجاح لا يعالج شخصية المريض بالقرحة المعدية، فالإنسان يحتاج إلى أشياء يأمل لاشعوريا أن النجاح يأتي كالحب والاستحسان، فالرئيس مثلا الذي لا يقول كلمة حسنة للموظفين يجعلهم يخفون عما إذا كان مستحسنا أم لا وهذا من إظهار القرحة لديهم، كذلك التنافس والخصام بين الموظفين يزيد من تواجد القرحة المعدية. وأشارا إلى أن الأفراد المتزوجين أقل إصابة بالقرحة المعدية من الأفراد الأرامل والمطلقين لكون المتزوجين يعيشون حالة من الاستقرار والاطمئنان النفسي عكس المطلقين والأرامل الذين يعانون من الوحدة. (بوسبسي: 2003، 07)

5-7- دراسة دانيال لاغاش (د.س) :

سعت دراسته عن خصائص مريض القرحة فيقول لاغاش (...ينحصر عصاب المعدة في اضطرابات مزمنة في حركة المعدة وإفرازاتها ولا تعتبر إفصاحا عن انفعال أو تصفية له بل هو المصاحب الفسيولوجي له وهو يصيب مرضى يحتاجون إلى أنهم يحبون الآخرون وأن يعتنون بهم، ويعانون من نقص في الحب (...). وتلك حاجاته من حب أمه له وعنايتها فان الحاجة الماسة إلى الحب يمكن أن تنبه النشاط الحركي والإفرازات للمعدة فالأعراض المعدية هي الأحداث الفسيولوجية المصاحبة للتوقع السلبي للتغذية والمقابل الفسيولوجي للانفعال وليس بديلا عنه. (بوسبسي: نفس المرجع، 08)

7-6- دراسة برجمان وألفارز سنة (1950) :

سعت هذه الدراسة إلى العلاقة بين القرحة المعدية والعوامل الانفعالية، حيث أكدا كلاهما على العوامل الانفعالية الشعورية وعلاقتها بالقرحة المعدية، ووجه ألفارز الانتباه لنموذج معين من الأفراد المستهدفين لإظهار القرحة المعدية، وأشار إلى أنهم حادي المزاج وعصبين ونشطين، قاسوا من الحياة، ويرفضون الجراحون إجراء عملية لهم بسبب خطورة عودة القرحة، ويشير ألفارز إلى تقلص الشرايين وقد يكون أحد الروابط بين الانفعالات لتكون القرحة المعدية. (Weiss: 1950, 233)

7-7- دراسة ألكسندر سنة (1950) :

تحدث ألكسندر عن رأي التحليل النفسي لمريض القرحة المعدية حيث أظهر لهؤلاء المرضى نكوصا متميزا للمراحل الأولى ووجد في المرضى الذين أجرى عليهم دراسته أن لديهم رغبة قوية في الاعتماد على الآخرين، اتضحت في الحياة النفسية اللاشعورية، ولكن من الناحية الشعورية تتسلط على المريض أفكار النجاح والنشاط والاستقلال .

(Weiss:1950, 35)

7-8- دراسة كوفيل وزملائه سنة (1968) :

سعت هذه الدراسة إلى تحديد أسباب القرحة المعدية والعينة المتواجدة فيها ومنه ذهب كوفيل إلى القول بأنه على الرغم من أن السبب المباشر للقرحة المعدية هو زيادة إفراز أحماض المعدة التي تلهب جدارها وفي النهاية تؤدي إلى تآكل هذه الجدران فإن تلك الزيادة في الإفراز تأتي غالبا من حالة القلق الناجم عن توتر انفعالي مستمر، وتوجد قرحة المعدة في بعض الأحيان عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع ورجال الإدارة الذين يحدث الصراع بين سلوكهم الخارجي ورغباتهم، كما تنتشر لدى الرجال أكثر من النساء. (كوفيل:1968،

(135

7-9- دراسة فيس وإنجلش سنة (1980) :

سعت هذه الدراسة إلى تأكيد العوامل الانفعالية في إحداث القرحة المعدية حيث ذهب كلا من فيس وإنجلش إلى القول أن الأطباء اليوم يؤكدون على دور العوامل الانفعالية في حالات القرحة المعدية ومن المؤكد أيضا وجود العامل التكويني لحدوث عدة حالات من التقرحات في فترة الطفولة خلال مواقف الصراعات الانفعالية وأثبتت الدراسة أن هناك عوامل متعددة وفي بعض الأخر تكون العوامل والتأثيرات البيئية أكثر أهمية ومعروف الآن أن العوامل الانفعالية في المرتبة الأولى. (بوسبسي :2003،04)

7-10- دراسة كريستي دولو وآخرون سنة (1983) :

من جامعة أثينا، كان الهدف الرئيسي وراء إجراءها هو التعرف على القرحة المعدية وذلك من خلال العوامل (القلق، الاكتئاب، أحداث الحياة الضاغطة، الأسرة، الطابع الوراثي) الكامنة وراء هذه الإصابات ومقارنتها مع الأسوياء، وقد كانت المجموعة التجريبية مكونة من 34 مصاب بالقرحة المعدية، أما المجموعتين الضابطين فقد كانت مكونة من 37 شخص من الأسوياء و36 مصابا باضطراب عضوي متعلق بالجهاز المعدي أو المعوي وقد لخصت هذه الدراسة نتائجها بأن المصابين بالقرحة المعدية يختلفون عن المجموعتين الضابطين في الجوانب التالية: حالة وسمة القلق، الإحساس بالذنب أحداث الحياة الضاغطة، بينما يتفوقون في بعدي العدوانية والاكتئاب . (قشاشطة:2007، 08، 09)

التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال الدراسات السابقة نلاحظ بأن معظمها تتفق مع متغيرات دراستنا الحالية حيث كانت هناك دراسة واحدة عربية حيث أشار **لمحمد أحمد غالي** إلى ضرورة التركيز على الأسباب العميقة خاصة منها السيكولوجية للداء، أما بقية الدراسات كانت أجنبية فدراسة كل من : **برجمان، ألفارز، فيس وإنجلش، كريستي دولو** أكدوا على أن للعوامل الانفعالية دور في إحداث القرحة المعدية، في حين أن دراسات كل من : **فلاندرز، دنبار**

دانيال لاغاش ركزوا على خصائص مريض القرحة أما ألكسندر فقد اعتمد على رأي التحليل النفسي في تفسير مرض القرحة المعدية وتمحورت دراسة ليرد ولبرد حول شخصية مريض القرحة، واستنتجت لبودوار أن لكل مصاب بالقرحة بروفييل سيكوسوماتي خاص .

تنفرد هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في أمرين :

الأول : الهدف من موضوع الدراسة، وهو محاولة الكشف عما إذا كانت هناك فروق في درجات القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية لعدة عوامل .

الثاني : استعمال مقياس تايلور للقلق الصريح وذلك لمعرفة درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية .

وبالرغم من قلة الدراسات السابقة إلا أن البحث الحالي قد استفاد منها في تعميم وتفسير بعض النتائج.

الفصل الثاني

الأبعاد النظرية

أولاً : القلق النفسي

ثانياً: القرحة المعدية



تمهيد :

يدل القلق على انفعال شعوري مؤلم مركب من الخوف المستقل أو توقع خطراً محتملاً أو مجهولاً في أية لحظة ممكنة، ويتضمن هذا التوقع تهديداً داخلياً أو خارجياً للشخصية، وربما يكون مبالغ فيه أولاً أساس له من الصحة.

ويعد القلق المصدر الرئيسي في الاضطرابات السيكوسوماتية ومعظم الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات يشتركون في الشكوى الدائمة من تفاقم القلق الداخلي والفتل في أي موقف حياتي.

ولما كانت المعدة هي الأضعف فإنها استهدفت أولاً حتى وصفت بأنها تأكل ذاتها تاركة بعض الجروح نتيجة إفراز الأحماض المعدية.

لذا فقد حاولنا حصر كلا المتغيرين في بعض التعاريف اللغوية والاصطلاحية وسنوضح أنواع القلق النفسي، وأسبابه والأعراض الناجمة عنه، وأهم النظريات المفسرة له كما حاولنا الإلمام ببعض جوانب القرحة المعدية وعلاقتها بالقلق النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية .

أولاً: القلق النفسي:

1- تعريف القلق النفسي :

1-أ- لغويًا:

أقلق المرء الشيء، أي حركه من مكانه، وقلق القوم السيوف، أي حركوها من أغمادها، إذن فالقلق هو الحركة والاضطراب وهو عكس الطمأنينة التي أشار إليها القرآن الكريم في الحديث عن النفس المطمئنة: " يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً فَادْخُلِي فِي عِبَادِي وَادْخُلِي جَنَّتِي " . " سورة الفجر، الآية، 67- 68 "

(غانم: 2002 ، 16)

هذه الكلمة تعادل كلمة في اللاتينية (Anxiété) بمعنى وضعية محرجة أو ممر ضيق وصعب. (sillany : 1980 , 71)

1- ب- اصطلاحاً:

القلق هو إحساس مؤلم من ضيق، ويتميز بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر العصبي والانزعاج، وهو رد فعل ملموس يحدث في زمن معين ومستوى محدد من الشدة .

(السباعي:1991، 17)

كما يعرفه هاروليند بأنه حالة من عدم الاتزان المستمرة تنشأ بسبب وجود صراع داخلي فيما بين الاستجابات الانفعالية. (هاروليند: 1997 ، 124)

1- ج- القلق النفسي في علم النفس:

يعرفه "فرويد" على أنه علاقة مع حدث صدمي خارجي حيث ينجر إثارة مفرطة ومهددة للأنا فتنتج صدمة تشبه صدمة الميلاد والانفصال عن الأم، كما أن القلق يشكل مؤشر خطير بالنسبة للأنا إذ يحذره من الأخطار المتوقعة سواء أكانت داخلية أو خارجية .

(C-koopermi-b-loo-e-zarifam, 1982, 08)

ويعرف أيضاً بأنه مركب انفعالي من الخوف المستمر مثير ظاهر، ويتضمن الخوف صاحب للخوف المستمر تهديدا متوقعا أو متخيلا لكيان الفرد الجسمي أو النفسي ويعوق الأداء العقلي والمعرفي وسلوك الفرد بصفة عامة، ويؤثر على الفرد في أشكال مختلفة منها المرض أحلام اليقظة والكوابيس . (حمزة: 1994، 260)

من خلال التعاريف السابقة، يمكن أن نشير إلى أن مفهوم القلق النفسي في أبسط أشكاله يعبر عن إحساس صعب وحاد مصحوب بضيق عميق وهلع شديد وتوقع للسوء وبتخيل وهمي يبقى فيه الشخص عاجزا عن المواجهة وترافقه تغيرات جسمية مثل التعرق وزيادة نبضات القلب، وآلام في المعدة.

2- أنواع القلق النفسي :

تعددت أنواع وأشكال القلق ويمكن حصرها في :

1-2- القلق الطبيعي:

يلاحظ هذا النوع من القلق عند جميع الناس وفي مختلف الأعمار وفي مواقف مختلفة من حياتهم، فالطالب يخاف من الامتحان ومن الفشل وتقلق الأم عندما تلد لأول مرة والتجار يقلق إذا خسر، والقلق في هذه الحالات لا بد من وجوده بمستوى معقول وهو ضروري للطالب لكي يستعد وينجح في الامتحان بعكس الطالب غير المبالي الذي لا يقلق إذا نجح أو فشل، ويعتبر القلق أيضا وسيلة دفاع أو عملية تهدف إلى أن يتكيف الفرد مع الموقف فإذا رأى الفرد حيوانا شرسا فإنه سوف يصاب بالقلق والخوف على حياته.

(العزة: 2004، 94)

2-2- القلق المرضي:

هو القلق غير المعروف مصدره بمعنى أن الفرد لا يعرف الأسباب التي تقلقه فهودائما يتوقع الشر، ويكون مصدر القلق داخليا بعكس القلق الطبيعي الذي يكون مصدره من العالم الخارجي، لذلك لكي نفرق بين هذين النوعين من القلق، يمكن القول بأن القلق له درجات متفاوتة في الشدة فهو يتراوح بين حالة التوتر الداخلي الخفيف، وحالات الاضطراب الشديد وهو طبيعي في درجاته البسيطة ولكنه ليس كذلك في حالة ما يكون شديدا ومستمرا.

(الهابط: 1989، 87)

ومن أنواع القلق المرضي ما يلي:

1-2-2- قلق الامتحان: Test anxiété:

هو قلق وتوتر من دخول الامتحانات، أو حتى المقابلات الشخصية، ومن خلال الخبرة نجد أن الخوف من الامتحانات الشفهية تكون هي الأكثر، وأحيانا من كثرة القلق قد تتنابه حالة من الأفازيا (احتباس الصوت) أو قد تشابه حالة من الصمت أو قد ينخرط في

البكاء أو تشابه حالة من اللزمات العصبية أو التعصب عرقاً، ولاشك أن هؤلاء الأشخاص يمثل هذه الحالات سوف يتأثر أدائه على الامتحان. (غانم: 2002، 55)

2-2-2- القلق الجنسي: Anxiété sexué:

الجنس من أكثر المؤشرات التي تعكس حالة القلق، ذلك لأن اللقاء الجنسي في حقيقته يجب أن يتم في جو الهدوء والطمأنينة والود والتوافق بين الطرفين، فإذا كان هناك ما يعكر صفو مثل هذه العلاقة انتاب طرف، أو الاثنين معا حالة من القلق.

وتظهر عند الرجل في المظاهر الآتية :

- ضعف الانتصاب.
- سرعة القذف.
- العصبية والتوتر.

❖ أما عند المرأة فتظهر في :

- البرود الجنسي.
- آلام الجماع.
- التوتر والعصبية.
- الدخول في تشنج.

لذا يجب على الطرفين الهدوء وعدم الانزعاج. (غانم: مرجع سبق ذكره، 56)

2-2-3- القلق الاجتماعي: Anxiété social:

يقصد به القلق من الظهور أمام الآخرين، ويصل القلق إلى قمته إذا طلب من الشخص أن يتحدث هذا هو قلق المسرح والخاص بإلقاء الأحاديث أمام جمهور عام من الناس ويلاحظ أن عددا كبيرا من الناس ينظرون إلى الحديث في مواجهة الجمهور بكثير من القلق والخشية والارتباك نتيجة أن نفسه تحدثه بأنه ربما يفشل، وربما يقع في الخطأ ما يثير استنكار واستهجان الآخرين.

هذه الأفكار تحرك العديد من العلامات الجسدية مثل:

- جفاف الفم.
- رعشة الصوت.
- سرعة خفقان القلب.
- ارتعاش اليدين.
- تصبب العرق.
- هز القدمين.
- احتباس الصوت.

لذا فإن علاج مثل هؤلاء الأشخاص لابد أن يتم تدريبهم على الاسترخاء، وأن تجعلهم يتخلصون من الأفكار السلبية التي يحدثون أنفسهم بها. وتثبت أفكار جديدة.

(غانم: نفس المرجع، 59)

2-3-2- وهناك أنواع أخرى للقلق النفسي:

2-3-2-1- القلق الموضوعي:

أو القلق الواقعي، يحدث في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء مثل: القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو في امتحان معين أو بالصحة أو انتظار نوابأ هام.

(الوافي:2008، 251)

2-3-2-2- القلق العصابي:

هو قلق مصدره داخلي ويشير إلى الإدراك بالخطر من الغرائز، وهو خوف مما قد يحدث إذا فشلت شحنات الأنا المضادة في الشحنات الغرائزية الموضوعية، وأسبابه لاشعورية مكبوتة، غير معروفة ويعيق التوافق والإنتاج .

ويعرف "سانفورد" القلق العصابي: بأنه مشاعر معقدة بتوقع الشر ويوجد في الكثير من مواقف الصراع والعصاب النفسي، وأن القلق المرضي حالة ترقب أو عدم الراحة

أو الاستقرار ترتبط بالشعور بالخوف، وإن موضوع القلق يكون أقل تحديدا عن موضوع الخوف، وقد يظهر من خلال الكبت ويعتبر أيضا الدافع الرئيسي لكثير من الاضطرابات السيكولوجية حيث يمكن إرجاع هذه الاضطرابات إلى عدم النجاح في التعامل مع القلق وهو من حالة من الخوف المستمر والشاذ، وقد تعود أسبابه إلى الحرمان العاطفي غالبا ما يشكو المريض من التوتر الداخلي، عدم الاستقرار فقدان القدرة على التركيز العجز عن الانتباه، تشتت التفكير والأرق، سرعة الانفعال، الأحلام المزعجة الكوابيس.

(سلطان: 1982، 84)

ويميز (فرويد) بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي:

- القلق الطليق الهائم .

- قلق المخاوف المرضية.

- قلق الهستيريا.

أ- القلق الطليق الهائم:

هو حالة خوف عام شائع طليق مستعد أن يتعلق بأي فكرة مناسبة وتفسير كل ما يصادفه بأنه نذير سوء.

ب- قلق المخاوف المرضية:

كالخوف من الحيوانات والأماكن الفسيحة أو المغلقة، وهي مخاوف غير معقولة وهذا يتعلق بشيء ما عكس القلق الهائم.

ج- قلق الهستيريا:

حيث يبدو القلق واضحا أحيانا وفي الأحيان غير واضح ولا نستطيع عادة أن نجد مناسبة أو خطرا معينا يبرر ظهور نوبات الهستيريا، ويرى فرويد أن الأمراض الهستيريا مثل الارتعاش والإغماء والاختناق وصعوبة التنفس إنما تحل محل القلق وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح غير واضح. (فرويد: 1997، 15، 16)

3- تصنيفات القلق النفسي:

حسب التصنيف الأمريكي الرابع، وحسب التصنيف الدولي للأمراض صنفت أشكال القلق

إلى:

1- اضطرابات الهلع .

2- الخوف الاجتماعي.

3- الخوف من الأماكن المكشوفة.

4 - القلق المعمم. (إبراهيم: 1991، 24)

4- أعراض القلق النفسي :

يمكن حصر أعراض القلق في العلامات الآتية :

4-1- الأعراض الجسمية:

وتكون من أكثر العلامات والأعراض دلالة وإشارة إلى وجود قلق منها :

4-1-1- اضطرابات في الجهاز الهضمي وتشمل :

- صعوبة في البلع .
- الشعور بغصة في الحلق.
- سوء الهضم، الانتفاخ، آلام المعدة، التجشؤ القيء، الإسهال، الإمساك.
- مغص شديد دون معرفة الأسباب.

4-1-2- اضطرابات في الجهاز التنفسي وتشمل:

- سرعة التنفس.
- دوار وتشنجات عصبية.
- أحيانا إغماء، دوخة.
- التنهيدات المتكررة .

4-1-3- اضطرابات في الجهاز البولي والتناسلي وتشمل:

- كثرة التبول، الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، احتباس البول.
- فقدان القدرة الجنسية عند الرجل، ضعف الانتصاب وسرعة القذف، برود جنسي .
- اضطرابات في الطمث عند المرأة. (غانم: 2002، 40)

4-1-4- قد يأخذ القلق صورة لزمات عصبية حركية:

- قتل الشارب.
- تقطيب الجبهة.
- رمش العينين.
- مسح الأنف.
- قضم الأظافر، مص الإبهام، فرقة الأصابع، ضم وبسط قبضة اليد، عض الأصابع
- ضرب الرأس، تحريك العنق، هز الرأس.
- نحنحة، تنهد، البصق التثاؤب، التنفس العميق.
- وضع الأصابع على الشعر.
- هز الكتفين.
- هز القدم والكعبة.
- اللعب بالأعضاء التناسلية.
- هز الجسم، ثني الجسم، البلع، الإمساك بالأذن... الخ. (غانم: نفس المرجع، 41)

4-2- الأعراض النفسية:

وتأخذ العلامات الآتية:

- تشتت الانتباه.
- عدم التركيز في موضوع ما.
- كثرة السرحان.

- الشعور بالاختناق.
- الصداع.
- العجز عن الإمساك بفكرة معينة والمواصلة فيها حتى النهاية.
- إنهاء المناقشة مع الآخر نهاية حادة ومتوترة.
- عدم الاستماع إلى آراء الشخص الآخر.
- الإصرار على تنفيذ ما يريد.
- تقلب حالته الوجدانية أحيانا من النقيض إلى النقيض.
- الشعور بالأسى والندم.
- الهيجان لأتفه السباب.
- الشك المستمر في نوايا وكلمات وتلميحتها وإشارات الآخرين.
- توقع حدوث الكوارث.
- ضعف القدرة على العمل وكثرة الأخطاء وربما الاستهداف إلى الحوادث.
- التردد على اتخاذ القرارات.
- سيطرة فكرة المرض عليه وقد تسيطر عليه فكرة الموت.
- علاقة سيئة مع الآخرين، الحساسية الزائدة، عدم الاستقرار والهياج والتوتر المستمر.

(غانم: 2002، 42)

3-4- الأعراض الاجتماعية:

الشخص القلق يبدو في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين، حيث يميل للعزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية. (إبراهيم: 1991، 27)

5- أسباب القلق النفسي:

5-1- الاستعداد الوراثي:

حيث وجد كل من "سيليتز وشيلدرز" أن نسبة القلق في التوأم المتشابهة تصل إلى حوالي 50% وأن حوالي 65% يعانون من بعض صفات القلق.

5-2- الاستعداد النفسي:

هو الضعف العام والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي، الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد أهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات أو الخسائر المفاجئة وكذلك المخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة والإحباط والفشل الاقتصادي أو الزواجي أو المهني... الخ. (جبل: 2000، 131)

والشعور بالنقص والعجز والتعود الكبت بدلا من التقدير لظروف الحياة، وقد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو طبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحقة (غالب: د. س، 20)

5-3- مواقف الحياة الضاغطة :

كالضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالبها ومطامحها المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الهموم، مواقف الضغط، الوحدة، الحرمان وعدم الأمن، اضطراب الجوالأسري أو تفكك الأسرة، والوالدان العصبيان القلقان أو المنفصلان.

5-4- التعرض للحوادث والخبرات الحادة: (اقتصادي، عاطفي، تربوي).

أو الخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، الإرهاق الجسمي والتعب و المرض.

5-5- أسباب مرسبة:

مثل : توقع خيبات الأمل أو صعوبات العمل، فقدان شخص عزيز، اضطراب في العلاقات بالجنس الأخ، أو أي صدمة نفسية أخرى. (البناء: 2001، 94)

6- مستويات القلق النفسي:

قسم القلق إلى ثلاثة مستويات رئيسية هي:

أ- المستويات المنخفضة للقلق:

حيث تحدث حالة من التنبّه العام واليقظة، ويزداد الانتباه والحساسية للأحداث الخارجية وتزداد القدرة على مقاومة المخاطر، ويصبح الفرد في حالة من الترقب لمواجهة خطر محيط حيث يكون القلق هنا إنذاراً لخطر على وشك الحصول.

ب - المستويات المتوسطة للقلق:

هنا تحدث حالة من الجمود وعدم التلقائية على السلوك، ويصبح كل شيء جديد نوعاً من التهديد، وتخفض القدرة على الابتكار، ويبدل الفرد جهداً للقيام بالسلوك المناسب لمواقف الحياة المختلفة.

ج - المستويات العليا للقلق:

يحدث انهيار للتنظيم السلوكي للفرد، ويلجأ إلى أساليب أكثر بدائية، فلا يتصرف بالسلوك المناسب للموقف، أو يبالغ في سلوكياته. (فرج: 2009، 69)

7- النظريات المفسرة للقلق النفسي :

7-1- التفسير الفسيولوجي العضوي للقلق :

يركز أنصار هذا الاتجاه على الجانب الوراثي خاصة، وأن القلق في الأساس هو انفعال ناتج عن إثارة انفعالية يرافقها العديد من التغيرات الفسيولوجية، وإن الانفعالات سواء كانت انفعالات مؤلمة أم سارة لها ثلاث مكونات أو جوانب هي:

7-1-1- جانب عصبي فيزيولوجي بيوكيميائي :

ينشأ القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، والذي بدوره يؤدي إلى: زيادة نسبة الأدرينالين في الدم، حيث ينشط الكبد وإفراز السكر في الدم تنبه الجهاز العصبي السمبثاوي: الذي يؤدي إلى رفع ضغط الدم

تسارع ضربات القلب، جحوظ العين، شحوب الجلد، جفاف الحلق، تصبب العرق عمق التنفس وسرعته، ارتجاف الأطراف، أما أعراض الجهاز والباراسمبثاوي: كثرة التبول الإسهال، اضطرابات الأمعاء فقدان الشهية. (الروسان: 1996، 165).

7-1-2- جانب تعبيرى - حركى :

تتغير تعبيرات الوجه وطريقة الجلوس أو الوقوف وحركات اليدين، ونبضات الصوت بالإضافة إلى شحن الجانب العضلي - الحركي فتظهر السرعة في الهجوم أو الركض أو مشاجرات حين يدرك الشخص أنه خاسر.

7-1-3- جانب الخبرة الذاتية:

هنا يتدخل الجانب المعرفي مع القدرة على دراسة الموقف ككل والنتائج التي سوف تترتب عليه، وهنا يكون القرار بالهجوم أو الفرار. (غانم: 2002، 63)

7-2- تفسير مدرسة التحليل النفسى:

7-2-1- نظرية فرويد:

اعتبر فرويد أن القلق هورد فعل لحالة خطر يواجهها الفرد هي صدمة الميلاد ويتجدد القلق ثانية حين يتعرض الطفل لخطر آخر يتمثل في غياب أمه عنه لأن غيابها يعني انقطاع في إشباع حاجاته الضرورية، وهكذا فإن فرويد يشدد على أن القلق استجابة لمثير مهدد وخطر يمر به الفرد خلال مراحل نموه منذ البداية.

ويرى أن ظهور القلق في المرحلة القضيبية التي يمر بها الطفل في مراحل نموه ثم يتحدث عن الأنا الأعلى أو الرقيب الاجتماعى وظهور القلق الخلقى، ويعود القلق إلى الظهور أمام الخطر أي أمام الموضوع الذي يخشى فقدانه. (موسى: 1993، 169)

كما ذكر فرويد في نظريته قلق الخصاص وحالة القلق الخلقى بأنها ناتجة عن التقدم الحاصل للطفل مع نموه لأنه يحدث تأثير في مضمون الخطر، وبناء على ذلك أن قلق الطفل يبدأ بقلقه من فقدان الأم حتى يصل إلى قلق الخصاص، وأن للكبت واللاشعور دورا في حدوث

القلق لأن ما لا يستطيع الفرد إشباعه يكبت في اللاشعور، ويبقى متحضرا طالبا الإشباع عندما تسنح الفرصة لإشباعه وإذا لم يحدث الإشباع استمر القلق في الحدوث.

(الرفاعي: 1987، 71)

7-2-2- نظرية أدلر :

حيث يقول أن فكرة الشعور بالنقص تتضمن على معنى القلق فيبذل على ذلك بأن الطفل الصغير يشعر عادة بضعفه وعجزه ونقصه بالنسبة لأشقائه الكبار ووالديه والأشخاص البالغين والإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص أو القلق بتقوية روابطه الاجتماعية.

(قاسم: د.س، 177)

ركز أدلر على التأثيرات الثقافية في السلوك مفترضا أن الشخصية القلقة اجتماعية بفطرتها، وأوضح أن الشعور بالقلق ينشأ عند شعور الفرد بالنقص العضوي الاجتماعي أو العقلي صحته، أسرته، ممتلكاته، مركزه المهني أو الاجتماعي. (دافيد ون: 2000، 177)

7-2-3- نظرية أوتورانك :

ربط بين القلق والصدمات التي يواجهها الطفل أثناء مراحل عمره، فقد ربط بين القلق وصدمة الميلاد، ويسمى "قلق الانفصال"، بمعنى انفصال الطفل عن أمه وخروجه من رحمها ثم يأتي بعد ذلك قلق صدمة الفطام التي ينشأ عنها قلق الفطام ثم قلق الانفصال عن الأسرة للذهاب للمدرسة.

وهكذا أوضح أوتورانك أن الإنسان ينتقل من قلق لأخر، وأن الإنسان يعيش في حياته متأرجحا بين قلق الحياة وقلق الموت. (جبل: 2000، 132، 133)

7-2-4- نظرية كارل يونغ :

يعتبر القلق كرد فعل يقوم به الفرد حينما يفرز عقله قوى وخيالات غير معقولة عن اللاشعور الجماعي، فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجماعي غير المعقولة التي لازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، ويعتقد يونغ أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم

حياته على أسس معقولة منظمة وأن ظهور المادة غير المعقولة في اللاشعور الجماعي يعتبر تهديدا لوجوده، (عثمان: 2000 ، 22)

7-2-5- نظرية إيريك فروم :

إن سبب القلق عند الطفل كما يراه فروم ناتج عن اعتماد يته على والديه من جهة ونزوعه للاستقلال من جهة أخرى، وإن اعتماده على أمه في الحصول على غذائه وأمنه تجعله يرتبط بها بقيود أولية ومع ذلك فهو يميل للإنفراد على الرغم من أن والديه يشكلان مصدر أمنه وطمأنينته ويشعر بالعجز في مواجهته للعالم بمفرده، الأمر الذي يولد عنده القلق. (قمحية: 1993 ، 115)

7-2-6- نظرية هورني :

تقول بأن القلق مشكلة معقدة بسبب صلتها الشديدة بالعمليات الفيزيولوجية، وغالبا ما تصاحبه أعراض جسمية كخفقان القلب، تصبب العرق، الإسهال، عسر الهضم.... وغيرها وبالرغم من أن الأعراض الجسمية شيء واضح في حالات القلق ولكنها ليست موقوفة على القلق وحده، لأن كثيرا من الانفعالات الأخرى كالغضب والهيجان وغيرها يصاحبها تغيرات جسمية واضحة. (فهمي: 1967، 231)

من خلال ما سبق يظهر لنا أن القلق ينشأ عن صراع داخلي لاشعوري بين رغبات تريد الإشباع وعقبات أخرى تقف أمام هذا الإشباع، لكن ليس بالضرورة أن يكون للقلق علاقة بمراحل النمو الأولى فقد يكون نتاج ظروف الحياة الضاغطة، وأن سبب القلق عند الأشخاص هو الإحساس بعقدة النقص، ومشاعر النقص سواء كان هذا النقص حقيقيا أو متوهما.

7-3- تفسير المدرسة السلوكية:

ترى هذه المدرسة بأن القلق سلوك متعلم تعلمه الفرد عن طريق التعلم الخاطئ "الإشرط الكلاسيكي"، والنماذج الأبوية القلقة وأن القلق يكون استجابة لمثيراته ويكون استجابة ناتجة عن تعرضه للعقاب أو لمواقف مهددة لحياته، فمثيرات القلق هي المسؤول

الرئيسي كمصدر من مصادر القلق عند الفرد، فإن الطفل الذي يشاهد والديه أونماذج تتصرف بشكل مقلق سوف يتعلم ذلك السلوك المقلق من المواقف التي كان والديه يقلقان بسببها، فأما أن بنزع الفرد إلى مواجهة مثيرات القلق أو إلى تجنبها ومعالجتها عن طريق الخيال، أو أسلوب تقليل الحساسية التدريجي، أو عن طريق الإفاضة بالواقع، أو الإفاضة بالخيال حيث تعرض على الشخص القلق مخاوف معينة يخافها، ويطلب المعالج منه تخيلها وهو في حالة استرخاء وأن الفرد لا يستطيع أن يجمع بين استجابتين متناقضتين في آن واحد هما استجابة القلق واستجابة الاسترخاء ويعرف هذا العلاج بالنقيض .

(زهرا: 1977، 100)

7-3-1- نظرية دولارد وميلر :

يرى كل من دولارد وميلر بأن عصاب القلق هونماذج خبرة الفرد وهوسلوك متعلم، ويريان بأنه ناتج عن صراع بين دافعين قويين يقودان الفرد إلى استجابة غير مناسبة ويريان بأن الطفل يتعلم العصاب بشكل لا شعوري بسبب عقاب والديه له، وأن أعراض القلق هي نتاج لصراعات مخفية غير مدركة عند الفرد، وأن أساليب التنشئة الأبوية الخاطئة في تعليم الأبناء التناقضات من خلال توجيهاتهم لهم تسبب لديهم القلق ويتعلم الطفل القلق والصراع نتيجة عقاب والديه له على التبول والطعام والنظافة كذلك يرتبط الجنس بالخوف والقلق، ويمنع الطفل من التعبير عن غضبه ولذلك يضطر إلى كبته لأنه إن أظهره سوف يتعرض للعقاب، وإن الكبت سوف يكون الحل المؤقت لكبت رغبات الفرد إلا أن الكبت يعود ليشكل القلق. (الزيادي: 1969، 197)

وتعود نظرية دولار وميلر لتؤكد على دور التعلم في تعلم القلق فشعور الطفل بالألم يعلمه الخوف والقلق، لذلك فكل مثير يولد الألم سوف يكون متبوعا بالخوف والقلق ويعمم القلق والخوف عند الطفل من أي مصدر من مصادر القلق أو الخوف من المثيرات التي تشبهه مثيرات القلق الأصلية لديه. (راج: دس، 99)

مما سبق يتضح أن القلق هو سلوك قد تعلمه الإنسان من البيئة التي يعيش فيها وإن مصدر القلق والخوف موجود خارج نفس الإنسان وأنه عن طريق عمليات معينة تتم من خلال "التشريط" وتدعيم هذا القلق وأنه ينتج عن المثيرات المولدة للألم، لكن أغفلت النظرية السلوكية أن القلق لا ينتج دائماً عن هذا النوع من المثيرات فقد يكون هناك قلق طبيعي مثل: قلق الامتحان.

4-7- تفسير النظرية الاجتماعية:

يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى الإشارة إلى العديد من المواقف الاجتماعية التي تهيئ الفرد للدخول في القلق العصابي، فالامتحان مثلاً: يشحن الفرد بالعديد من أساليب التوتر التي تظهر بوادرها في إصابة الفرد بعلامات معينة جسدية ونفسية وحتى عقلية، ذلك لأن الآخرين يريدون منك أن تحقق مركزاً معيناً ولا يعينهم ما إذا كنت من الناحية الواقعية مهياً لهذا النجاح أم لا؟ وتمتلك القدرات أم لا؟ (غانم: 2002، 61)

5-7- النظرية المعرفية:

يعتبر التفكير المأساوي من الأخطاء الشائعة لدى مرضى القلق، وتعني توقع الأسوأ، إذ أن تفكير مريض القلق يكون منصبا على توقع أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف، فالمبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها للفرد في المستقبل، تجعله دائم الشك في قدرته على المواجهة والمقاومة، مما تسبب له قلقاً مستمراً، ويعمل ميكانيزم الأفكار التلقائية السلبية المتسم بتوقع دائم للمخاطر على تحريف وتشويه معارف مريض القلق.

ويقول **BECK**: في هذا الإطار أن الفرد القلق لديه التوقع المستمر للكوارث ينعكس

على نظرة الفرد لذاته وللعالم وللمستقبل. (بلكيلاني: 2008، 136)

هناك فروق في ارتباطات التكوين المعرفي:

– فالتكوين المعرفي الذي يتسم بتوقع الفرد للمخاطر، والشعور بالتهديد النفسي، والجسمي والاجتماعي يرتبط بالقلق.

- أما التكوين المعرفي الذي يتسم بفقدان (الأمل، الحزن، التشاؤم، الشعور بعدم القيمة عدم الكفاءة، الاتجاه السلبي نحو الذات والعالم والمستقبل)، يرتبط بالاكتئاب، ومرضى القلق الذين يرون أن المستقبل لا يمكن التنبؤ به وأنه حافل بالخطر.

ويشير "بيك" إلى أن الأفكار الملازمة لمرضى القلق تتضمن:

- عدم الكفاءة والأهلية في الإنجاز.

- نقص ضبط الذات والسيطرة عليها.

- الرفض الاجتماعي.

- المرض.

- الإيذاء الجسدي. (عبد المعطي: 1989، 95)

النموذج المعرفي للقلق عند لازاروس:

يميز بين عمليتين أساسيتين هما:

1- التقويم الأولي:

ويعني به تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف وتقدير مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه

وشدته، ويتأثر التقويم الأولي بنوعين من العوامل:

- عوامل متعلقة بشخصية الفرد وتشمل اعتقاداته وافتراضاته.

- عوامل متعلقة بالموقف وتشمل طبيعة الحدث أو التهديد المتوقع واحتمالات حدوثه.

2- التقويم الثانوي:

ويعني به تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتعامل مع المواقف والقدرة

الدفاعية على إبطال الخطر واحتوائه.

ويتأثر التقويم الثانوي بقدرات الفرد وإمكاناته التالية:

- القدرات النفسية: تقديره لذاته والروح المعنوية التي لديه.

-- القدرات الجسمية: صحة الفرد وطاقته على التحمل.

- القدرات الاجتماعية: شبكة العلاقات الاجتماعية وحجم المساندة والدعم المقدم له.

- القدرات المالية: المال، الأدوات والتجهيزات. (بلكيلاني: 2008، 138)

ومن سمات السلوك الشائعة لدى العصائيين والقلقين من منظور معرفي نجد:

1- السمات المرتبطة بالانفعال:

يحدث الاضطراب من خلال ما يلي :

أ- تبدوانفعالات الشخص القلق عصبية وأكثر بدائية، وأقل نضجا أو ارتباطا بأفكاره الخاصة، وأقل ارتباطا بالموقف المثير للانفعال في الواقع.

ب - الشخص العصابي يسهل استثارته انفعاليا، فالشخص العصابي القلق يشعر أنه تعيس وأن قلقه ومخاوفه لا أساس لها، كما يعبر أحيانا عن احتياجه لمن يحميه من تلك المشاعر.

ج - إن انفعالات العصائيين المضطربة تدفعهم نحو الانسحاب الاجتماعي والانطواء النفسي، حيث يبدو الشخص القلق أقل احتراماً لذاته ويعانون من عدم تناسب انفعالاتهم مع المواقف الاجتماعية المختلفة، ويرجع ذلك لاستخدامهم الأساليب الهروبية والتجنبية وما يؤدي بهم في النهاية للانطواء.

د - تقل قدرة العصائيين على تبادل المشاعر بسبب عجزهم عن التعبير الحر عن الانفعالات

هـ - يشعر العصابي القلق بالانضغاط والتأزم أكثر من الشخص العادي ولفترات أطول كما يجعله عرضة للاكتئاب.

و- انفعالات الفرد في صورة مركبة يصعب فهمها، أو تفسيرها دون تحليل خبرات الفرد المعرفية، وتؤدي الانفعالات المركبة إلى نوبات من الغضب والعدوان.

س - انشغال العصابي بمشكلاته الداخلية، وسوء تأويله للخلافات عندما يتحدث غالبا ما يؤدي إلى انقطاع الاتصال السليم بالآخرين.

فالاتصال الاجتماعي في حالة العصابي يحول الآخرين إلى ضحايا، وقد يتحول هو نفسه إلى ضحية إذا ما ابتعد عنه الآخرون، وبالتالي يواجه الانفعالات العصابية كالقلق والاكتئاب ومشاعر الوحدة والخوف. (حمودة:1991، 145)

2 - السمات المرتبطة بالتفكير:

يرى أليس: أن الأشخاص القلقون يعتقدون أفكارا غير منطقية تكون هي السبب الحقيقي لهزيمتهم الذاتية وإحساسهم بمشاعر القلق والتوتر.

ومن الأسباب التي تدفع الأفراد للوقوع في القلق :

أ - مواجهة الفرد مواقف تهدد حياته وتعيق تلبية احتياجاته.

ب - مشاعر الفشل التي قد تصيب الفرد سواء كان ذلك في المدرسة أوفي العمل.

ج - الخوف من الإصابات الجسمية التي قد يتعرض لها الفرد لسبب ما .

د - المواقف الاجتماعية المؤثرة. (النيل: 1991، 40)

6-7- النظرية الإنسانية :

يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يمر به من أحداث تهدد وجود الإنسان أو كيانه الشخصي، فالقلق ينشأ عن توقعات الإنسان لما قد يحدث، والقلق ليس ناتجا عن ماضي الفرد ويرى هؤلاء أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان.

وقد تحدث "كارل روجرز" عن القلق في مواقع مختلفة في بنيان نظريته، فتحدث عنه أثناء شرحه لقابلية التعرض للتهديد أو الحساسية، وأثناء حديثه عن كيفية تحريف أو إنكار الخبرات المؤلمة، وأثناء حديثه عن تشكيل الاضطراب النفسي وذلك في مؤلفاته: **العلاج المتمركز حول العميل (1956) و كيف تصبح شخصا(1916)**، وهو ينظر إلى القلق كأحد

الأبعاد الأساسية التي تشكل في مجموعها رؤيته للتوتر إذ أن التوتر الذي ينتاب الكائن الحي يتضمن ثلاثة أنواع من التوتر هي:

- التوتر الفسيولوجي.

- عدم الارتياح النفسي.

- القلق.

ويقسم روجرز الانفعالات إلى قسمين أساسيين:

1- المشاعر المؤلمة أو المقلقة.

2- المشاعر الهادئة أو السارة.

يرى روجرز أن المجموعة الأولى من المشاعر لها تأثير على تركيز السلوك نحو الهدف فالخوف مثلا يثير الكائن الحي باتجاه الهروب من الخطر، في حين تركز الغيرة والمنافسة الجهود للتفوق على الآخرين، وتختلف حدة هذه الانفعالات وفقا لمدى ارتباطها بالمحافظة على الذات وتحقيق النمو، كما يدركها الفرد إن نشوء القلق لا يشترط بالضرورة حتمية الوعي الكامل ويوضح روجرز التناقض بين الذات والخبرة، وإنما قيم انبعائه ولو أدنى درجة من الوعي. (حمودة : 1991، 96)

إن هذه النظريتين قد اختلفتا في تفسيرهما لنشأة القلق مع النظريات السابقة حيث اعتبرت أن الحاضر والمستقبل هما اللذان يثيران القلق لدى الأفراد بعكس المدارس التي سبقتها والتي اعتبرت أن الماضي والخبرات السابقة هي المسببة للقلق، فهم يدرسون مشكلات ذات معنى للإنسان ولوجوده، كالإدارة والحرية والاختبار والمسؤولية.

8- تشخيص القلق النفسي:

تتضمن عملية تشخيص حالة القلق خطوات متسلسلة يمكن إجمالها بما يلي:

1- فحص طبي شامل، والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسمية تسبب هذه الأعراض (أعراض القلق)، إنه كثيرا ما يفترض المرضى أن المشكلة طبية عضوية في الأصل، ليكتشفوا فيما بعد أنها الأعراض الأولى لمرض سيكوسوماتي ثم إن كثيرا من

الأمراض الشائعة الغربية، ومن أمثلتها التسمم الدرقي، وأورام الغدد فوق الكلوية والصرع وبعض الأمراض المعدية الاضطرابات العصبية وغيرها من الأمراض التي قد تسبب أعراضاً مثل: أعراض القلق.

2- استبعاد الحالات النفسية المرضية الأخرى التي قد تظهر بصورة مشابهة، مثل: الاضطرابات الذهانية لمرض الفصام، والهوس الاكتئابي.

3- تأكيد الأعراض من خلال المعايير المستخدمة في المقاييس وقوائم الشطب.

4 - تشخيص حالات الفوبيا إن وجدت. (شعلان: 1988، 268)

9- علاج القلق:

9-1- العلاج بالعقاقير:

أصبح الأطباء أكثر دقة وتطوراً في اختيارهم واستخدامهم أدوية الطب النفسي وفيما يلي قائمة من الأدوية التي يظهر أنها فعالة في السيطرة على القلق:

- كابتات الأمينات الأحادية المؤكسدة مثل: فينيلزايين (نادريل)

- مضادات الاكتئاب الدائرية الثلاثية، مثل: إمبيرامين (توفرانيل)، ديزيبيرامين (نوربرامين) أميتز بتيلين (إيلافيل)، مابروتيلين (لوديوميل).

- ترايازولوبيريدين، مثل: ترازودون (ديزيرين).

- مضادات الاكتئاب الرباعية، مثل: مايانزيرين (تولفون).

- بنزوديازيبين، ألبرازولام (زاناكس)، كلونازيبام (كلونوبين) ديازيبام.

وتتباين استجابة الأفراد لهذه العقاقير، على الرغم من أنها فعالة جداً في العادة عند استخدامها بصورة صحيحة، إلا أن لها آثار جانبية تؤدي إلى انقطاع كثير من المرضى عنها خلال الأسابيع القليلة، كما أنها تحتاج إلى 3 أو 4 أسابيع على الأقل قبل أن تسيطر على النوبات التلقائية، وتعمل الأدوية على مقاومة عنصر الأيض الجوهري في المرض، وتمنع

النوبات غير المتوقعة، إلا أن تأثيرها على الفوبيا أو المخاوف المرضية أقل وضوحاً وأكثر بطناً. (القمش: 2007، 270)

2-9- العلاج التحليلي:

يرى فرويد بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملة متداولة تبدل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت، ويهدف العلاج التحليلي إلى إخراج اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور، لكي يعيه الفرد ويتعامل معه ولجأ فرويد إلى طريقة التداعي بغية إعادة الذكريات إلى الشعور وبالتالي الوصول إلى الشفاء.

(Sharf : 1996,27)

ويستخدم خلال هذا العلاج تقنيات مثل: التنويم المغناطيسي أو الاسترخاء، الذي يكشف عن السبب الرئيسي للقلق. (مكنزي: 2003، 76)

9-3- العلاج السلوكي:

يتضمن طرق عديدة من العلاج، يشمل وسائل مختلفة، إذ يقوم على أساس الافتراض بأن الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية، وطرائق العلاج إنما تحاول أن تعكس العملية، فهي بالتالي وسائل تمحو التعلم أو تعيد تعلم استجابات تكون أقرب إلى الاستجابات السوية، ومن أشهر هذه الأساليب ما يلي:

1- إزالة الحساسية بطريقة منظمة:

تركز على المواجهة التدريجية التي يصاحبها الاسترخاء العميق للعضلات، وتكون المواجهة أولاً في الخيال، ثم في الواقع، أي أنها عملية منطقية لطيفة ومنظمة، ولكنها بطيئة وتتطلب خبيراً مدرباً على استخدامها.

2- العلاج بالتعرض أو بالمواجهة:

شعار هذا العلاج هو: التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه. حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية

تقلل من الأعراض، ولكن العيب الوحيد أن المرضى في بعض الحالات لا يستطيعون التعاون والعلاج النفسي هنا يعمل على مساعدة المرضى على تناول ضغوط البيئة، أو التعامل معها. (شعلان: 1988، 270)

يتضمن هذا الأسلوب ثلاث خطوات هامة هي:

أ- الاستماع:

مرض القلق موضوع يمكن بحثه، ولكن لكل مصاب به فرديته ونوعه الخاص من المرض.

ب - توضيح المشكلة:

في غضون الاستماع للمريض تظهر المشكلات التي تواجهه بصورة أوضح وهناك أحيانا ضغوط تؤدي إلى تنشيط الاستعداد البيولوجي للمريض.

ج - تأييد التغييرات:

بعد أن يتم إيضاح المشكلات تصبح الحلول أكثر جلاء ووضوحا ويستدعي أفضل الحلول عادة في إجراء تغييرات في أسلوب الحياة أو علاقاتها أو اتجاهاتها ولما كان كل فرد هو أحسن من يعرف ظروفه الفريدة والضغوط التي يتعرض لها، نجده في آخر الأمر الوحيد الذي يستطيع اختيار أفضل الحلول في الميزان المناسب له.

3- المحو أو الإطفاء:

يشمل المحو على تقليل السلوك تدريجيا من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي، والإطفاء واضحا وبسيطا نظريا إلا أن تطبيقه صعب للغاية فهو لا يقلل الأعراض السلوكية، إلا إذا تم تحديد جميع المعززات ذات العلاقة وذلك هدف ليس من السهل تحقيقه في كثير من الأحيان. (شعلان: مرجع سبق ذكره، 271)

9-4- العلاج البيئي:

يعتمد هذا العلاج على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المريض مثل: تغير نوع العمل وتخفيض الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، وكذلك بتعديل البيئة الأسرية لتغيير أنماطها السلوكية، والعلاج الاجتماعي الجماعي والرياضي والرحلات والموسيقى، مما يساعد المريض على الشفاء. (الداهري: 1999، 87)

من خلال ما سبق نجد أن للقلق النفسي أسباب وأعراض متعددة ومتنوعة لا تقتصر على النواحي الفيزيولوجية أو الوراثة فقط، بل تشمل جميع النواحي حتى الأسباب الاجتماعية ومواقف الحياة الضاغطة، بالإضافة إلى التعرض للحوادث والخبرات الحادة إما في الماضي أو القلق من شأن المستقبل، وهذا ما اتفقت معه الدراسات لتشخيص الأسباب ودراساتها وكذا سبل الوقاية والعلاج لتمتع الفرد بصحة جيدة بعيدة عن الاضطرابات.

ثانياً : القرحة المعدية

1. الأمراض النفس جسمية:

قبل التطرق إلى القرحة المعدية لابد من الحديث عن الأمراض السيكوسوماتية أسبابها وكذا علاقتها بالقلق النفسي، فالأمراض النفس جسمية تدعى بالأمراض السيكوفسيولوجية (النفس - فسيولوجيا)، وهي مجموعة من الأمراض الجسمية الملموسة التي يعتقد أن أسبابها المباشرة أو السبب الرئيسي والأهم هو اضطرابات جسم نفسية، ولإيضاح ما يتضمن هذا التعريف من أي التباس يمكن أن نقول أن وحدة الروح (النفس) الجسد فكرة مقبولة لدى جميع مدارس الفلسفة وعلم النفس، وأن أي تغير أو مرض يصاحبه تغير نفسي والعكس بالعكس فالحزين المصاب بسوء الهضم والصداع، والمصاب بسوء الهضم العضوي نفسي وصداع أيضاً وهكذا، ولكن المقصود بهذا النوع من الأمراض هو وجود تخريب أو تغير عضوي ملموس يعطي تنبيه مباشر باضطراب نفساني. (العبيدي: 2009، 57، 58)

1- تعريف الأمراض السيكوسوماتية :

تعرف دائرة المعارف البريطانية الاضطرابات النفس-جسمية بأنها الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية، والتي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل: الربو، القرحة المعدية ضغط الدم والتهابات المفاصل وقرحة القولون وغيرها. (غازي: 1984، 02)

كما تعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO):

إن الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ، هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية، مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية، بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جسي لهذه الأعراض.

(www.almajilis.orginview.aspx?ID:164)

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي (APA) :

فتعرفها "مجموعة من الاضطرابات التي يتميز بالأعراض الجسمية التي يحدثها عوامل انفعالية، وتتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون بمجالات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا وحدة ويطول بقاؤها ويمكن للفرد أن يكون واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية. (APA:1968,46)

ومن العرض السابق لبعض التعريفات للاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية) نجد أن أغلب التعريفات تتفق على أبعاد مهمة مشتركة أبرزها وجود التأثير المتبادل بين النفس والجسم وعدم الفصل بينهما، ووجود اضطراب انفعالي أو بالمصطلح العام عوامل نفسية تمهد للإصابة بمرض عضوي.

2- العوامل المؤثرة في حدوث الاضطراب السيكوسوماتي :

اختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للاضطراب السيكوسوماتي فمنهم من يعزو وحدوث هذه الاضطرابات إلى ضغوط الحياة وأزماتها، ومنهم من يعزوها إلى خطأ في عملية الإشراف والاستجابات للمثيرات البيئية والداخلية، فالإنسان في صراع دائم

ضد العوامل التي تعرضه للموت أو المرض، وعلى الرغم من أن الإنسان كثيرا ما يتغلب على محن الحياة اليومية بسهولة بوسائله العادية، فإن هناك محنا شديدة لا تكفي الوسائل العادية لمواجهتها، وإنما تشاهد في المحن التي يواجهها الإنسان بجميع صورها جسمية كانت أو نفسية. (غازي: 1984، 12)

5- أسباب الأمراض النفس جسمية:

حاول علماء كثيرون تفسير المرض النفس جسمي، وعلى الرغم من صعوبة تحديد هذه الأسباب فإن المتفق عليه أن الشدائد النفسية الحادة أو المزمنة تؤدي إلى المرض النفسي والعقدة النفسية، ولا بد أن يكون شدة الطبع والشخصية تتعلق بالمرض وبنشأته وتاريخ حياته واستعداده الوراثي فالشدة وحدها لا تكفي، إلا إذا ساعدتها ظروف أخرى على إحداث الضرر العضوي.

ويوضح العالم والفيلسوف "باسيرز" كيفية ظهور المرض النفس جسمي ونوعية العلاقة بين النفس والجسم كما يلي :

أ- العلاقة الآلية (الميكانيكية)

وهي علاقة ايجابية مباشرة على آلياتها بأنها رد فعل يعوق الحد الطبيعي قوة واندفاعا كأن يحدث إسهال على إثر انفعال شديد.

ب- العلاقة المكتسبة بالمنعكسات الشرطية:

فالمنعكس العضوي الناتج عن حافظ عاطفي قوي يمكن أن يثبت ويعيد نفسه بحافز أقل درجة، وأبسط مثال على ذلك الإسهال الذي حدث مبدئيا نتيجة رعب شديد يمكن أن يعيد نفسه برعب أضعف وأقل درجة.

ج- علاقة رمزية بين المرض والعاطفة:

كما يجري في الهستيريا، فالشخص الذي يصاب بالعمى فإن موقفه الرمزي (هو الإنكار وعدم الرؤية للألم والمأساة) والمصاعب وكذلك هذا المرض اتجاه الشيء المائل.

(العبيدي: 2009، 60)

4- علاقة القلق النفسي بالاضطرابات السيكوسوماتية:

يتحول القلق النفسي إلى أمراض جسمية وهذا ما يعرف بالقلق التحولي، ويعود السبب إلى تحول التوتر والشحنة النفسية عن طريق العقل الباطن (اللاشعور) إلى أعراض جسمية معينة ذات معنى لدى المريض لها علاقة بما يختزنه اللاوعي من خبرات سابقة وهذا التحول يؤدي إلى ما يعرف بالقلق الثانوي الذي يحول هذه الأعراض الجسمية إلى الإصابة بمرض عضوي، وكثيرا ما تتغير الشخصية لدى المصابين بهذا القلق لتصبح شخصية قلقة ذات استعداد مرضي، وتوهم المرض إذ يتصف الإنسان فيها بالحساسية الزائدة والتردد في اتخاذ القرارات وأحيانا المخاوف المتعددة.

5- علاقة القلق النفسي بالقرحة المعدية :

هناك علاقة واضحة بين القلق والقرحة الهضمية، وتنتج هذه القرحة من زيادة إفراز الأحماض المعدية المحتوية على العصارة الهضمية تلك العصارة التي تآكل جدران الاثني عشر والمعدة تاركة بعض الجروح.

ولقد اتضح الآن أن التوتر العصبي والقلق المكبوت والضغط الانفعالية العامة أو لشدة الانفعال تثير فيضان في هذه العصارة حتى بصورة أكثر من الأطعمة والمشروبات ومشاعر السخط القوية والعدوان أو العداوة والقلق التي تؤدي إلى زيادة إفراز الحمض.

(غالب: د.س، 64)

II. القرحة المعدية:

1- تعريف القرحة المعدية: Peptic ulcère

1-2- لغويا:

قرحة: من قرح، يقرح، قرحا، وهو الجرح والألم وهي الجراحة التي اجتمع فيها القيح.

2-2- اصطلاحا:

تأكل الطبقة المخاطية المبطننة للمعدة، وهو مرض يصيب كلا الجنسين، وهذا التآكل قد يسبب نزيف داخلي قد تظهر أعراضه على المريض من خلال سوء الهضم والغازات الباطنية والتجشؤ، وكذلك نقص تدريجي في معدل هيوجلوبين الدم، وفي بعض الحالات قد يمتد التقرح الهضمي ليخترق طبقات المعدة ويحدث تمزق محدود للبطانة المعدية بعصارة وما تحتويه من أحماض، ومع أنه في أغلب الأحيان يكون حجم القرحة نصف سنتيمتر إلا أنها قد تسبب أعراضاً مزعجة وآلاماً عند مرور الحمض عليها.

(François: 1991 , 257)

من المعلوم أنه بمجرد وصول الطعام إلى المعدة، فإنها تفرز العصارات المعدية لهضمه ولكن التوتر الانفعالي يؤدي إلى تدفق كمية كبيرة من العصارات الهضمية ذات الطبيعة الهضمية، وهذه الكمية تزيد من الكمية المطلوبة فتؤدي إلى هضم الطعام وكذلك إلى الغشاء المخاطي المبطن لجوف المعدة ثم الجدار المعدي مكونة تقرحات وعادة ما تكون القرحة في مدخل المعدة العلوي أوفي بواب المعدة أي مخرج المعدة السفلي وهي تندر في الانحناء الكبير للمعدة وتكثر في الانحناء الصغير.



الشكل رقم (01) يمثل الفرق بين معدة طبيعية وقرحة معدية.

يرى (شافر) أن قرحة المعدة من الجانب الفسيولوجي تنشأ من أذى يصيب أنسجة المعدة من العصارات الحمضية، وقصور هذه الأنسجة عن أن تلقى الحماية المناسبة من الغطاء المخاطي السوي، وفي الحالات وليس في كلها تكون القرحة مصحوبة بتوتر وصراع يحل. (أبو النيل: 1984، 188)

وتنتج قرحة المعدة عن فتحة متقرحة في غشاء المعدة أو الاثني عشر **Duodenum** وعن فرط إفراز حامض الكلورودريك، وتحدث عندما يفرز الببسين **pepsin** وهو الإنزيم البر وتيني الذي يقوم بعملية الهضم في المعدة ويعمل على هضم جدار المعدة والاثني عشر في حالة القرحة. (شيلي: 2008، 95، 96)

من خلال ما سبق نجد أن أغلب تعاريف القرحة المعدية تتفق على أبعاد مهمة ومشاركة أبرزها ترجع إلى عوامل نفسية ومنها العضوية بالإضافة إلى عوامل أخرى كتكاثر البكتيريا في المعدة وإفراز الحوامض التي من شأنها أن تسبب القرحة المعدية.

2- أسباب القرحة المعدية:

2-1- الأسباب النفسية:

- العمل تحت ظروف التوتر والضغط.
- وجود صراع مع الأم أو من يرمز إليها كسلطة.
- الصراع بين اتجاه الفرد نحو الاعتماد على الغير أو اتكاله عليهم، وبين رغبتهم في الاستقلال والاعتماد على النفس.
- الشحنات العائلية.
- دافع شديد نحو الطموح .
- حالات الفشل والخوف منه.

2-2- الأسباب الجسمية:

- وجود وتكاثر بكتيريا **h-pylori** في الطبقة المخاطية من المعدة وهو السبب الرئيسي للقرحة المعدية فهي تستطيع أن تتعايش مع حمض المعدة عن طري إفراز إنزيمات خاصة تحميها من الأحماض المعدية.
- ويذكر العالمان "تيتجات، ديكسون" أنه مؤخرا تم إثبات أن عدوى **HP** هي المسببة للالتهاب المعدي بسبب إفرازها لمواد سامة وإفرازها إنزيمات هضم البروتين التي تقوم بمهاجمة جدار المعدة.
- مرور الصفراء عبر الإثني عشر.
- زيادة مفرطة في إفراز الإنزيمات الهاضمة والأحماض .
- استخدام عقاقير مضادة للتهاب مثل: **NSAID** مع وجود **HP**، ومسكنات الآلام كالأسبرين.
- إتباع نظام غذائي مليء بالأملاح والتدخين والكحول. (سميث: 2005، 52، 53)

2-3- أسباب أخرى:

- بعض الأمراض المناعية مثل مرض "كرونزن" .
 - الأسباب الوراثية : كالإصابة بمتلازمة "زولنجرايسون" . (الخطيب: 1989، 59)
- ### 3- أعراض القرحة المعدية:
- الحرقة في منطقة البطن العلوية بين الصرة وأسفل القفص الصدري، وآلام متكررة.
 - الآلام بين الوجبات.
 - استمرار الآلام من دقائق إلى ساعات.
 - استيقاظ المريض في منتصف الليل بسبب الآلام.
 - الشعور بالغثيان.
 - فقدان الشهية وبالتالي نقص الوزن.

- عسر الهضم.
- وجود دم في ناتج الشفط الأنفي المعدي، وكذلك في البراز حيث يكون لون البراز في هذه

الحالة أسود. (François : 1991, 257)

4- النظريات المفسرة للقرحة المعدية :

4-1- النظرية التحليلية:

يرى فرويد أن القرحة المعدية تعبر عن الصراع الموجود بين أركان الجهاز النفسي (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) بتحويله إلى عرض جسدي لفشل في بناء عرض المعدية كغيرها من الأمراض السيكوسوماتية، فهو مرض عضوي ويلعب العامل العصابي كمحاولة التغلب على الصراع.

بعد ظهور النظرية التحليلية ظهرت السيكوسوماتية الحديثة التي تبنت المنشأ النفسي الديناميكي التحليلي للمرض، أي البحث في الأسباب النفسية الأساسية لتطور الأمراض الجسدية، ومن أشهر الدراسات في إطار تلك التي تنطوي تحت لواء المدرسة الأمريكية بزعامة (الكسندر ودنبار) والمدرسة الفرنسية بزعامة (بيار مارتني) الذين حاولوا إيجاد بروفيل لشخصية المصاب بالقرحة المعدية بالاعتماد على نظرية التحليل النفسي.

أما دنبار التي كانت تعمل في مستشفى مدينة نيويورك كطبيبة، فقد أقامت دراستها الموضوعية على أساس بروفيل شخصي للمريض جاءت بمصطلح الشخصية القرحية حيث ثبت أن هؤلاء المرضى لا يختلفون من حيث الصورة الإكلينيكية الجسمية فحسب بل يختلفون في بناء شخصيتهم، وتظهر هذه البروفيلات من أقوال المرضى المعبرة عن مشاكلهم وعن العلاقة بين طبيعة توترهم وأعراضهم المرضية. (العيسوي: 1999، 21)

تفسر النظرية التحليلية القرحة المعدية على أنها تتكون نتيجة الصراع القائم بين أركان الجهاز النفسي، لكنها أغفلت الأسباب والعوامل الخارجية التي تؤدي للإصابة بالقرحة المعدية كالعوامل الاقتصادية.

2-4- النظرية السلوكية:

تناولت كل من المرض النفس جسدي، ومنه القرحة المعدية، فأرجعته إلى تعلم شرطي يعود لصاحبه بفائدة كسب ثانوي للمرض، الذي يعفيه من المسؤوليات المختلفة، وتجعله محط الرعاية والاهتمام، إذن ففنون التصريف العقلية عند مريض السيكوسوماتية لديه مسدودة، ويظهر هذا الانسداد من خلال ما سبق، فنجد أن القرحة المعدية كغيرها من الأمراض السيكوسوماتية مرض عضوي، ويلعب العامل الانفعالي السيكولوجي دورا هاما في نشأته، سواء عبر المراحل الأولى لتكوين الشخصية أو تبعا للظروف الآنية عن طريق الضغوط أو الصدمات النفسية. (العيسوي: مرجع سبق ذكره، 22)

إن النظرية السلوكية أرجعت مرض القرحة لتعلم إشراطي ولكن أهملت الأسباب الوراثية أو الاستعدادات للإصابة بالقرحة المعدية.

3-4- التفسير السيكوسوماتي:

يصنف داء القرحة المعدية حاليا في قائمة الأمراض السيكوسوماتية، هذه الأخيرة عبارة عن أعراض جسدية تنشأ عن عوامل انفعالية، وتتضمن جهازا عضويا واحدا من الأجهزة التي تكون تحت تصرف الجهاز العصبي الإرادي، وحسب تصنيف مكتب الصحة الفدرالي الأمريكي DSM4 فإن هذه الأمراض تعود للأزمات النفسية مثل: ضغط الدم أمراض القلب، الصداع.....الخ. (الحجار: 1985، 149)

1-3-4- نظرية أيزنك:

يذكر أيزنك في نظريته أن الاضطرابات النفسجسمية ما هي إلا اضطرابات في الوظيفة وتلف في العضونفسه، وتلعب الاضطرابات الانفعالية دورا أساسيا فيها، سواء في بداية الأعراض أو تفاقمها، مما يميزها عن الأمراض العضوية الخالصة، كما أنها تميل للارتباط بغيرها من الأمراض الأخرى، وتحدث لدى العائلة الواحدة أولدى الفرد الواحد في مراحل مختلفة من حياته وتختلف اختلافا واضحا بالنسبة للجنس.

(Eysenk :1972,881)

4-3-2- نظرية ألكسندر :

ركز على مبدأ الصراع وخاصة الصراع اللاواعي، فهو يرى أن جوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض وسلوكه الظاهري، وإنما يكمن في لاوعي المريض، وفي أنماط الصراعات الكامنة لديه، وأيضا في آلياته الدفاعية المستخدمة... كما يفترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية، في حين أن مشاعر التبعية والحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي. (مارتي: 1992، 45)

كما يركز ألكسندر على أهمية علاقة الأم بالطفل، وعلى خصائص الأم كمحدد لتفاعل المريض، حيث اتضح دور هذه العلاقة في كثير من الدراسات التي تناولت إفراط إفراز الغدة الدرقية، الربو، الإكزيما، قرحة المعدة.... وغيرها.

فقد ارتبطت الانفعالات المكبوتة بأمراض معينة، فالبكاء على سبيل المثال ارتبط بالارتكاريا والصيحة المكبوتة لطلب العون ارتبطت بنوبات الربو، والحرمان من الحب ارتبط بقرحة المعدة. (زيور: 1986، 653)

وقد افترض ألكسندر لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، مثل مشاعر التبعية والحاجة للحماية يؤثران على الجهاز الهضمي، كما أشار هذا العالم إلى أن الاستعداد للإصابة بمرض ما (بسبب الوراثة أو طبيعة الجسم) غير كاف للإصابة بالمرض ما لم تضاف إليه العوامل الانفعالية المكبوتة وغير المعبر عنها، وتبعاً لدرجة الانفعالات والصراعات، أما الصراعات المكبوتة وغير الظاهرة فهي تتجلى باضطرابات عصبية تطل الأعضاء، وتحدث فيها العصاب العضوي الذي يمكن أن يتحول إلى مرض عضوي حقيقي.

4-3-3- نظرية سامي علي:

يرى أن كافة النظريات النفس جسمية المستوحاة من التحليل النفسي تقترض ببساطة وجود تطورات داخلية، تكون السبب في ظهور المرض العضوي، الذي يعتبر ترجمة

لصراع نفسي من خلال الجسم، بمعنى أن المرض العضوي هو التعبير الإيجابي أو السلبي عن حالة نفسية نضفي عليها حقيقة موضوعية. (سامي: 2004، 10)

4-3-4- نظرية "هانز سيللي" المعروفة "بالتناذر العام للتكيف":

وتتلخص هذه النظرية في ما يلي:

- الصدمة الأولى: وهي الشدة الواقعة على الكائن الحي وهي نوعان:

أ- شدة جسمية: كالكسور والحروق والحمى والالتهابات.

ب- شدة نفسية: كالصدمة النفسية والأنباء المفاجئة، والحرمان والقلق.

- إجراءات ضد الصدمة يقوم بها الجسم بملاقة الصدمة الأولى، ويدخل في هذه الإجراءات إطلاق هرمون الدورة الدموية والأعصاب والغدد الصماء.

- مرحلة التكيف: التي تلي الإجراءات السابقة في حالة استمرار الشدة والأذى على الكائن الحي، فإذا فشل في مجابهة الأخطار المستمرة انتقل الجسم إلى مرحلة الإعياء، وهنا تحدث فوضى عضوية وما يحدث خلالها من ردود أفعال غير موزونة وغير متناسقة هي التي تؤدي إلى حدوث الضرر الجسمي الدائم أو مرض جسمي، فإذا كان في الأصل نفسياً تحول بعد الصدمة إلى مرض عضوي ملموس. (الدباغ: 1984، 208)

من خلال ما سبق يمكن القول أن كل النظريات السيكوسوماتية تتطلب تكاملاً فيما بينها، إذ أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها أن تعطينا تفسيراً واضحاً وشاملاً للاضطراب السيكوسوماتي، لأنه لا يمكن أن يقتصر على متغير واحد بل على جميع النواحي النفسية والجسدية معاً، بالقدر الذي لا نستطيع الفصل بينهما.

5- تشخيص القرحة المعدية:

يمكن القول إن أغلب الأشخاص الذين يعانون من آلام بالمعدة أو عسر هضم عصبي يتم تشخيص حالتهم على أنها قرحة من قبل ممارس عام على أساس شكاوهم والفحص الذي يتم إجراؤه عليهم، وبالتالي يبدأ العلاج دون إجراء أي اختبارات إضافية أو إحالة إلى

الطبيب المختص، كما أنه في حالة اختفاء الأعراض وعدم ظهورها مرة أخرى فقد لا يحتاج هؤلاء المرضى لمزيد من الفحوص .

ولكن في حالة استمرار الأعراض أو إعادة ظهورها على الرغم من المعالجة المبدئية فيجب في هذه الحالة إجراء مزيد من الاختبارات .

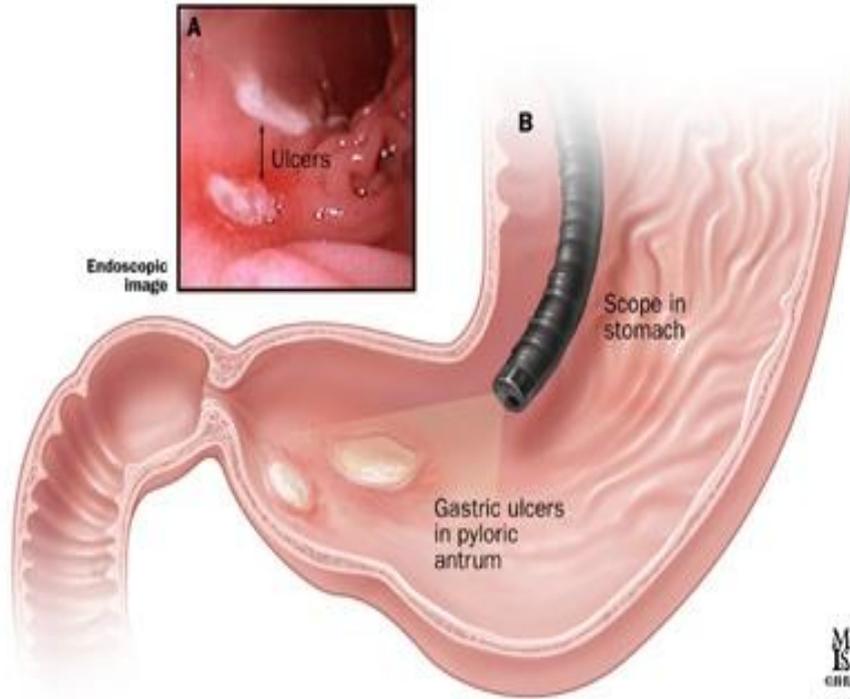
1-5- المنظار: Endoscope

في حالة الشك باحتمال الإصابة بالقرحة أو أي مرض له أعراض شبيهة بالقرحة فيمكن أن يطلب من المريض إجراء فحص بالمنظار، وهو عبارة عن أنبوب مرن مصنوع من الألياف الضوئية تمكن الطبيب من رؤية ما يجري بداخل المريء والمعدة والإثنى عشر بوضوح كامل، وإذا طلب من المفحوص إجراء فحص بالمنظار فيجب أن لا يتناول الطعام لمدة 8 ساعات على الأقل قبل موعد الفحص وذلك حتى تكون المعدة خالية ويتضح مجال الرؤية للطبيب بصورة أكبر. كما يستخدم المنظار أيضا في تشخيص بكتيريا HP .

(سميث: 2005، 58)



صورة للمنظار المعدي الذي يستخدم في التشخيص



الشكل رقم (02) : يمثل صورة بالمنظار لقرحة معدية

2-5- أشعة اكس:

تعد أشعة اكس من أفضل الوسائل لتشخيص القرحة المعدية بعد المنظار، خاصة بالنسبة للمرضى الذين عانوا من بعض المشكلات بسبب محاولات سابقة لاستخدام المنظار يمكن القول إن فكرة استخدام الأشعة اكس التي تعتمد على الباريوم تتسم بالبساطة لأن الأشعة اكس لا يمكنها اختراقه، وبالتالي فإنها تظهر على هيئة ظل أبيض على خلفية سوداء وهي البطن، وفي حالة خضوع المفحوص لأشعة اكس كما هو الحال في المنظار عدم تناول الطعام لمدة 8 ساعات على الأقل، ويتم إعطاء المفحوص سائلا أبيضاً غليظ القوام لكي يشربه، ويقوم الطبيب الأشعة بمراقبة مرور السائل عبر المريء إلى المعدة ثم إلى الإثنى عشر.

(سميث: 2005، 59، 63)

3-5- اختبارات الدم:

تستخدم في اكتشاف الأجسام المضادة لبكتيريا **HP** ويسمى تحليل اكتساب المناعة المرتبط بإنزيمات **Elisa** ويتسم بالبساطة والفعالية وأيضا انخفاض تكلفته ويستخدم للتعرف على الأنواع الفرعية للبكتيريا **HP**، والتي تعد من أهم الأسباب الخاصة في إحداث القرحة، فقد تشير النتيجة السلبية للاختبار إلى عدم الإصابة بقرحة الإثني عشر في حين أن النتيجة الإيجابية قد توجه الأطباء إلى التفكير في استخدام المنظار.

وفي الأخير يحذر معظم الأطباء من عدم الاعتماد على النتيجة الإيجابية لاختبار الدم فقط للجزم بوجود إصابة بالقرحة. (سميث: نفس المرجع، 67)

6- علاج القرحة المعديّة:

يتعين على المريض الذي تم تأكيد إصابته بالقرحة محاولة التعايش مع حالته والعمل على مساعدة نفسه من خلال تغيير العادات الغذائية وأسلوب الحياة، وكل هذه العادات الجيدة تساعد في العلاج وتزيد من احتمال الشفاء، وقبل أن نتعرض للعلاج بالعقاقير، سنعرض بعض الإرشادات العامة التي يجب على المريض إتباعها.

6-1- الوقاية:

- التغذية السليمة.
- الحفاظ على اللياقة البدنية .
- الخلود للراحة بالسرير والابتعاد عن التدخين والكحول.
- التعامل الإيجابي مع الضغط العصبي دون الإفراط في مشاعر الغضب أو القلق.
- استرخاء العضلات التدريجي، وهو أسلوب يستخدم لتخفيف حدة المخاوف المرضية والمساعدة في خفض معدلات ضغط الدم المرتفع.
- ممارسة التأمل بهدف الاسترخاء. (سميث: 2005، 82، 91)

2-6- العلاج:

1-2-6- العلاج الجراحي:

يحول المريض إلى الجراحة في الحالات التالية:

- حدوث نزيف من القرحة.
- في حالة عدم نجاح العلاج الدوائي أو الحقن.
- إنتقاب القرحة وما يعقبها من مضاعفات.
- حالات القرحة المستعصية، والتي لا تستجيب لأي علاج دوائي. (لمى: 2009، 13، 5)

2-2-6- العلاج بالعقاقير الطبية:

- الميسوبروستل (arthrotec): منع حدوث القرحة المعدية وقرح الإثني عشر عند الأشخاص الذين يخضعون للعلاج باستخدام NSAID.
- عقار الكريبيوكسولون: تأثير موضعي على الغشاء المخاطي.
- عقار كيفيد-إس: تقليل أعراض القرحة المعدية، وتجنب الآثار الجانبية للكريبيوكسولون.
- عقار بزموت: تخفيف عسر الهضم.
- عقار الرانيتيدين.
- مركبات الفاموتيدين (famotidin)، النيزاتيدين (nizatidine) المعروف بإسم (axid).
- أملاح الألجينات (alginate): تكوين عائق لزج لحماية الطرف السفلي للمريء بصورة خاصة من مواجهة الأحماض المعدية.
- مضادات H₂: التخلص من الغازات. (سميث: 2005، 82 - 120)
- * عقاقير منع إفراز الأحماض:
- الاوميبرازول: منع إفراز الأحماض.
- اللانسوبرازول: منع إفراز الأحماض.

* عقاقير مشابهة لمادة البروستجلندين:

- البروبانثيولان: مضاد لإفراز مادة الكولين.

- البيرينزيبين: يتعامل مع المستقبلات الموجودة في المعدة .

- السوكرفالات: حماية للغشاء المخاطي. (سميث: مرجع سبق ذكره، 87، 150)

تعددت الأسباب والأعراض والعوامل المتسببة في ظهور القرحة المعدية من بينها العوامل النفسية والجسمية والوراثية وغيرها، هذا ما أكدته العديد من الدراسات، لذلك وجب تشخيصها ودراسة أسبابها المؤدية للإصابة بها.

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل لبعض التعريفات والنظريات للقلق النفسي وكذا القرحة المعدية، حيث تبين أن أغلبها تتفق على أبعاد مهمة ومشتركة، أبرزها وجود التأثير المتبادل بين النفس والجسد وعدم الفصل بينهما، ووجود اضطراب سيكوسوماتي والتي هي عبارة عن عوامل نفسية تمهد للإصابة بمرض عضوي.

وإن تفسير الأعراض لا يمكن أن يقتصر على النواحي الفيزيولوجية أو الوراثة أو التكوينية فقط للقرحة المعدية، ولا على النواحي الانفعالية فقط، بل يشتمل على عملية تفسير المرض السيكوسوماتي لأن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة، العوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفس، البيولوجي) إنما هي علاقة ديناميكية، يحدث فيها التفاعل والحركة بالقدر الذي لا نستطيع فيه فصل أي عامل عن العوامل الأخرى.

كما تبين أن للعوامل النفسية كالقلق النفسي دور كبير في حدوث القرحة المعدية وأن القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في شخصية المصاب بالقرحة، وموضوع القلق كان ولازال من أهم المواضيع التي تفرض نفسها دائما على اجتهادات الباحثين في علم النفس لما له من أهمية وعمق بأغلب المشكلات النفسية وحتى الجسدية (نفس - جسدية).

الفصل الثالث الإجراءات المنهجية



تمهيد:

بعد أن انتهينا من الجانب النظري للدراسة، والذي يعتبر إطارا مرجعيا للدراسة الميدانية في هذا الفصل سيتم تحديد الإجراءات المنهجية التي يتم إتباعها في الدراسة الميدانية، ففي أي دراسة علمية لا يمكن الوصول إلى نتائج موثقة إلا إذا اتبعت إجراءات منهجية مضبوطة وخطوات صحيحة، إذ تناولنا المنهج الذي اعتمدنا عليه في البحث الدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة، والمجال الزماني والمكاني، أدوات الدراسة وأساليب المعالجة الإحصائية للبيانات .

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية ذات أهمية بالغة في البحث العلمي، لأنها تساعد الباحث بالتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي تواجهه في تطبيق أدواته. (منسي: 2003، 59)

إن الهدف من دراستنا الاستطلاعية هو أخذ نظرة شاملة عن موضوع البحث والإمام إماما شاملا لمختلف الجوانب بغرض تعديل الفرضيات إذا لزم الأمر أو تحديد دقيق للمشكلة وذلك من خلال:

- التحقق من ملائمة المقياس وفهم مرضى القرحة المعدية لفقراته مع معرفة ظروف التطبيق وصعوباته.

- بالإضافة إلى تطبيق مقياس "تايلور لقلق الصريح" لمعرفة درجة القلق النفسي عند مرضى القرحة .

2- حدود الدراسة :

1-2- الحدود الزمانية :

أجريت الدراسة الاستطلاعية في الفترة ما بين 23 إلى 27 مارس 2017.

2-2- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية " بمستشفى يوسف دمرجي " حيث تأسست المستشفى سنة 1958، يقع بولاية تيارت، تبلغ مساحته الإجمالية 3989 م²، يحده من الغرب: مصلحة

الأمراض العقلية، ومن الشرق : الهاشمي العربي، ومن الشمال : حي بوهني محمد، ومن الجنوب : آيت عبد الرحيم.

يشمل المستشفى 16 مصلحة تضم مصلحة أمراض المعدة والأمعاء **Gastrologie** وهنا طبقت دراستنا بالأخص المتواجدة في الطابق الثالث تحتوي على قسمين: قسم خاص بالنساء وآخر للرجال، أما بالنسبة لفروعه فنجد قسم الأشعة، قسم التحاليل الطبية، قاعة العلاج مكتب لدكتور الأمراض المعوية والمعدية، ومكتب آخر لرئيسة قسم أمراض المعدة .

تتولى إدارة هذه الفروع العاملون الصحيون المتفاوتون في تخصصاتهم ودرجاتهم العلمية الأطباء : دكتور.بن عسلة، دكتورة اسطنبولي، الممرضات(05)، الممرضون(04) والأخصائيين النفسيين (02)

3- عينة الدراسة وخصائصها :

3-1- العينة:

تعتبر العينة جزء من مجتمع البحث وتتضمن جميع خصائصه الذي هو موضوع الدراسة، بحيث يجب أن تكون ممثلة لجميع أفراد المجتمع الأصلي.(زاروني :2008،267)

تم اختيار العينة بطريقة قصدية أي اختيار الحالات التي تعاني من القرحة المعدية وتعرف **العينة القصدية** تحت أسماء متعددة مثل العينة العرضية أو النمطية وهي أسماء تشير كلها إلى العينة التي يقوم الباحث باختيار مفرداتها بطريقة تحكيمية لا مجال للصدفة فيها، كما يقوم باقتناء المفردات الممثلة أكثر من غيرها لما يبحث عنها من معلومات وبيانات وهذا لإدراكه المسبق ومعرفته الجيدة لمجتمع البحث ولعناصره المهمة التي تمثل تمثيلا صحيحا وبالتالي فهو لا يجد صعوبة في سحب مفرداتها بطريقة مباشرة .(عوض :2002،193)

وقد كان الاختيار وفق ما يلي :

- الاتصال بمرضى القرحة المعدية القادرين على الإجابة على أسئلة أدوات الدراسة
- استبعاد الأطفال وكذا الشيوخ العجز، والحالات الخطيرة ومختلف الحالات التي تظهر لديهم اضطرابات نفسية عصبية كالزهايمر .

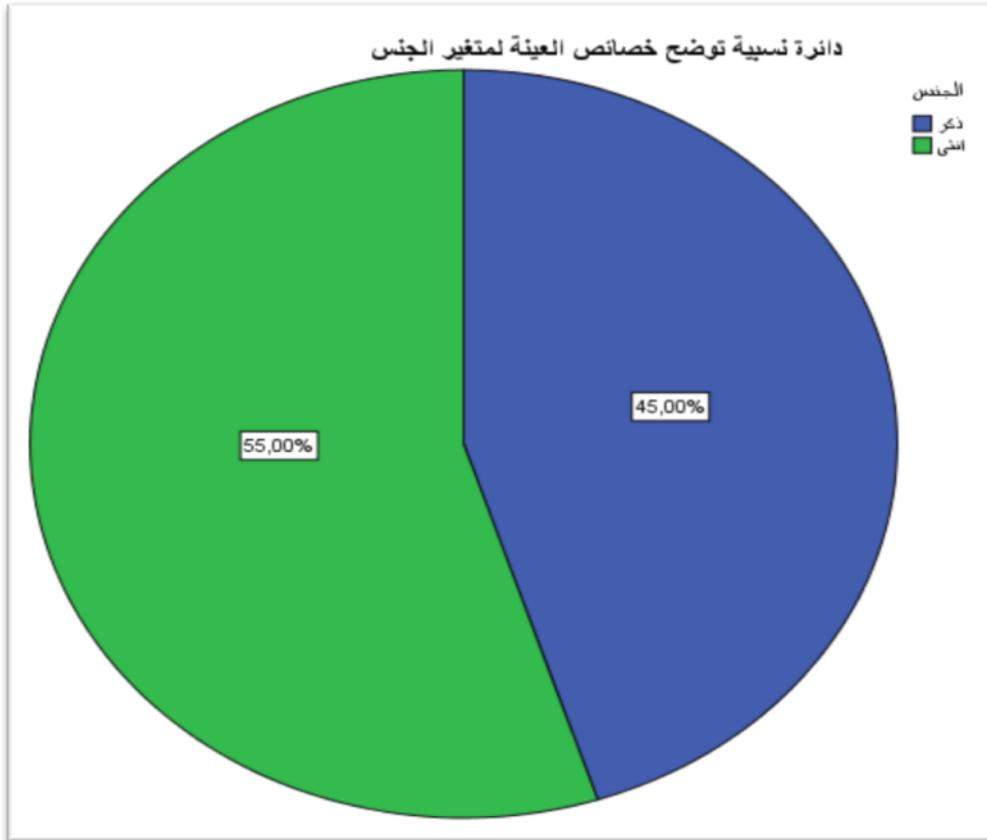
وبعد توزيع 40 استبيان استقر عدد العينة 40 فردا ذكور وإناث

2-3- خصائص العينة :

جدول رقم (01) : يوضح توزيع المصابين بالقرحة المعدية حسب الجنس.

الجنس	عدد الأفراد	النسبة المئوية
ذكور	18	%45
إناث	22	%55
المجموع	40	%100

من خلال الجدول رقم (01) يتضح أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور، حيث قدر عدد الإناث بـ 22 فردا وبنسبة 55%، وبالنسبة للذكور فقد قدر عددهم بـ 18 بنسبة قدرها 45% وهو ممثل في الشكل رقم (03) أدناه.

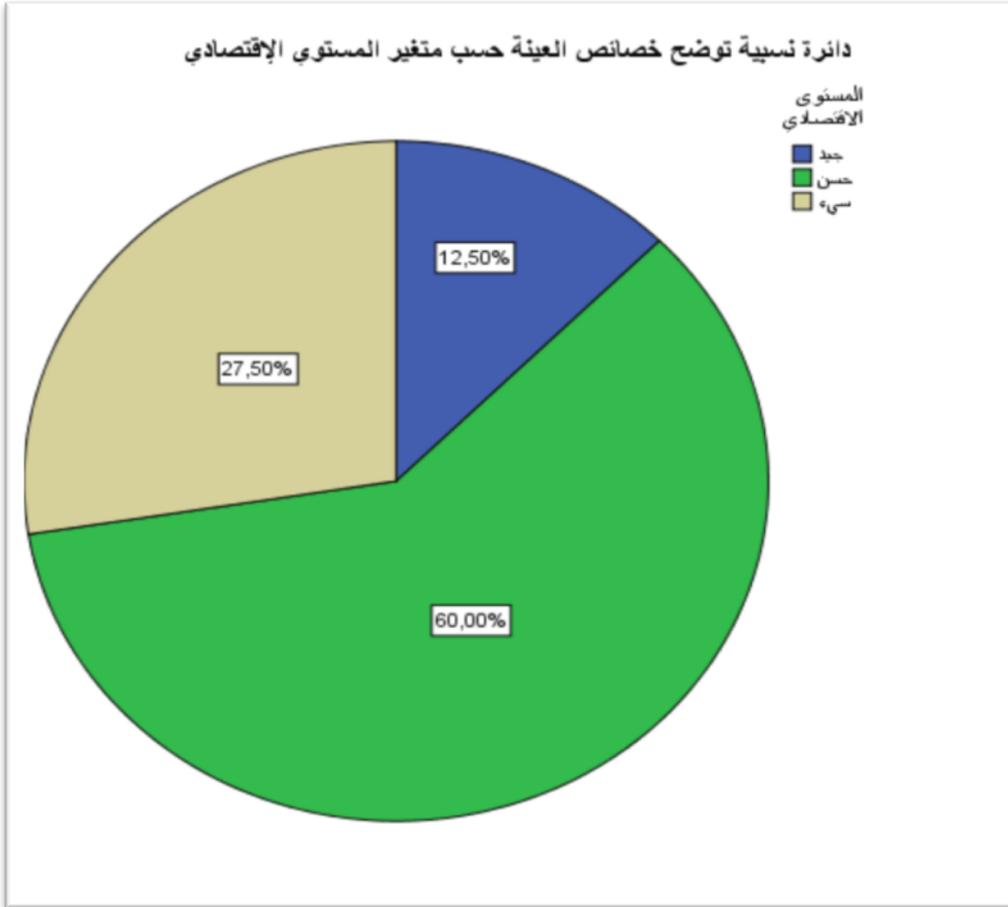


الشكل رقم (03): دائرة نسبية تمثل خصائص العينة لمتغير الجنس.

جدول رقم (02): يوضح توزيع المصابين بالقرحة المعدية حسب المستوى الاقتصادي.

المستوى الاقتصادي	عدد الأفراد	النسبة المئوية
جيد	05	12.5%
حسن	24	60%
سيء	11	27.5%
المجموع	40	100%

من خلال الجدول رقم (02) يتضح أن الأفراد الذين كان لديهم مستوى اقتصادي جيد بلغ عددهم 05 وذلك بنسبة 12.5 %، أما الأفراد الذين لديهم مستوى اقتصادي حسن فكان عددهم 24 بنسبة 60 %، والأفراد الذين لديهم مستوى اقتصادي سيء فقد كانوا 11 فردا وبلغت نسبتهم 27.5 % ، وهو ممثل في الشكل رقم (04) أدناه .

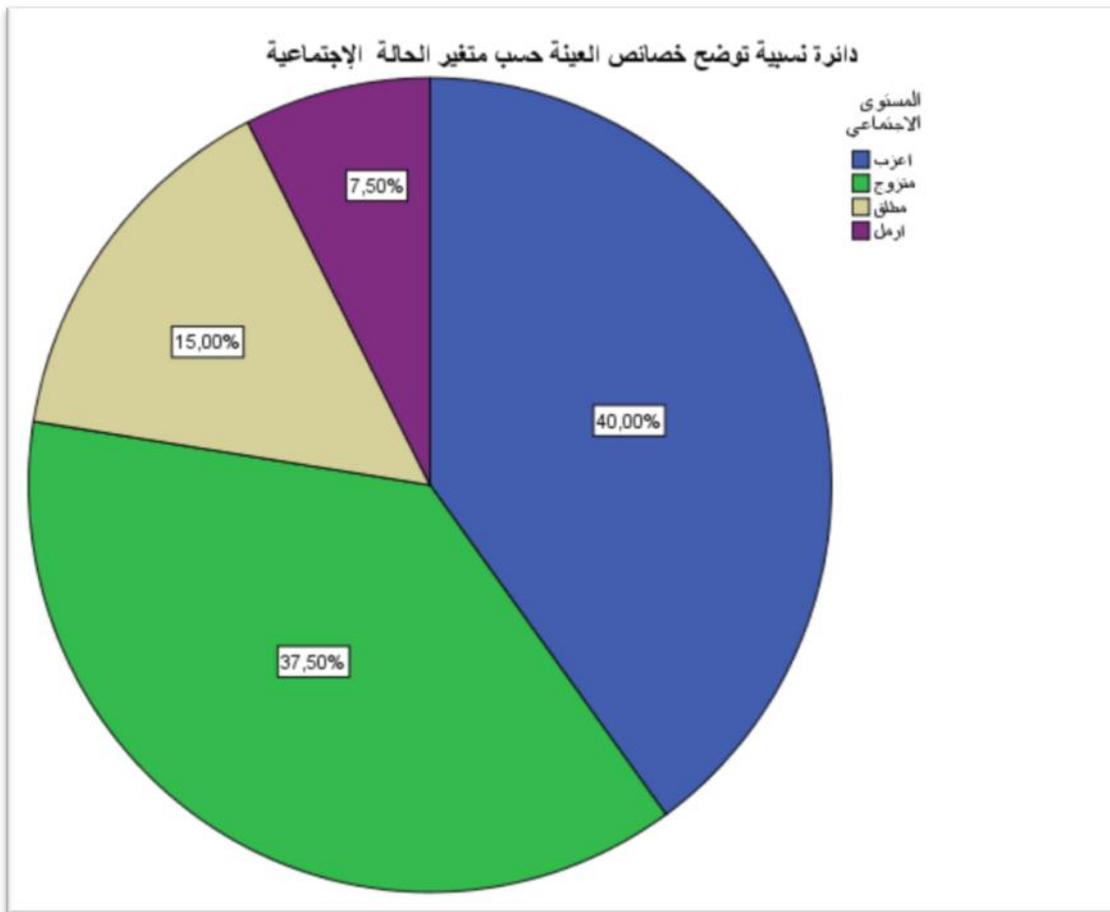


الشكل رقم (04) :دائرة نسبية تمثل توزيع العينة حسب المستوى الاقتصادي.

جدول رقم(03):يوضح توزيع المصابين بالقرحة المعدية حسب الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعي	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أعزب	16	40%
متزوج	15	37.5%
مطلق	06	15%
أرمل	03	7.5%
المجموع	40	100%

من خلال الجدول رقم (03) يتضح لنا أن الأفراد المتزوجين كان عددهم 15 بنسبة 37.5 %، والمطلقين بلغ عددهم 06 أفراد بنسبة 15 %، أما الأراامل فقد كانوا 03 وذلك بنسبة 7.5 %، وقد بلغ عدد العزب 16 فردا بنسبة 40%، وهو ممثل في الشكل رقم (05) أدناه .



الشكل رقم (05) :دائرة نسبية تمثل توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية .

4- منهج الدراسة:

المنهج :

هو الطريقة والوسيلة المرسومة من قبل الباحث بغرض الوصول إلى الحقيقة حتى يتسنى له الكشف عن الظاهرة المراد دراستها. (بحوش:1984،99)

ولهذا الغرض فقد استخدمنا المنهج الوصفي في وصف الظاهرة المراد دراستها والتعرف على حقيقتها على أرض الواقع، حيث حاولنا معرفة "علاقة القلق النفسي في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد " .

وفي هذا الصدد يعرف "محمد عبيدات " المنهج الوصفي باعتباره منهجا يعتمد عليه الباحث قصد جمع الحقائق عن موضوع البحث وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها ووضع مؤشرات وبناء تنبؤات مستقبلية ومن ثم الوصول إلى تعميم بشأن موضوع البحث ويعتمد الباحث في ذلك على مختلف طرق جمع البيانات. (عبيدات:1999،47)

5- أدوات الدراسة :

إن أي دراسة علمية لا يمكن التأكد من مصداقية نتائجها إلا إذا تم تطبيق الأدوات المناسبة لها وهذا ما حولنا تطبيقه بالاعتماد على "مقياس تايلور لقلق الصريح " .

5-1- مقياس تايلور للقلق الصريح :

أ- وصف المقياس :

هذا المقياس لجانيت تايلور عام 1959، وعرف واشتهر باسمها وهو مقتبس ومعد من طرف الدكتور مصطفى فهمي (أستاذ ورئيس الصحة النفسية لجامعة عين الشمس) والدكتور محمد أحمد غالي (أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر)، يتكون هذا المقياس من 50 عبارة، ولديه درجة عالية لقياس مستوى القلق بشكل موضوعي عن طريق الأغراض الظاهرة والصريحة التي يعاني منها الشخص، ويناسب هذا المقياس جميع الأعمار .

ب- تطبيق المقياس:

يمكن تطبيق المقياس بشكل فردي أو جماعي إذا كان الأشخاص يجيدون القراءة والفهم.

ج- طريقة تصحيح المقياس:

1- لكل استجابة ب (نعم) درجة واحدة .

2- يتم جمع استجابة لمفحوص وتفسر النتائج على المقياس ومعرفة درجة القلق لديه وذلك وفق الجدول التالي:

جدول رقم (04) : يوضح كيفية تفسير نتائج مستويات القلق لمقياس تايلور للقلق الصريح .

مستوى القلق	الدرجة	
	إلى	من
لا يوجد قلق	16	0
قلق بسيط	20	17
قلق متوسط	26	21
قلق شديد	29	27
قلق حاد	50	30

الهدف من استعمالنا لمقياس تايلور لقلق الصريح في دراستنا هو:

- ✓ معرفة درجة القلق النفسي عند المصابين بالقرحة المعدية .
- ✓ تضمنه كافة الأعراض النفسية للقلق النفسي.
- ✓ يحتوي على الأعراض الجسمية .
- ✓ قدرة الاختبار العالية في التفرقة بين الأشخاص القلقين وغير القلقين .
- ✓ استخدامه في كافة الدراسات العربية وكذلك في الحقل الطلابي .

د- الخصائص السيكومترية للمقياس:

كما سبق الذكر أن مقياس تايلور تم إعادة تقنيه وفق البيئة العربية وذلك من خلال دراسة " يوسف مصطفى سلامة عوض الله"، حيث تم التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس تايلور المعدل.

وفي مايلي الخصائص السيكومترية للمقياس المعدل حسب يوسف مصطفى :

1- الصدق :

يعرف الصدق بأنه : الدرجة التي تقيس فيها الأداة ما صممت لقياسه فعلا، ويتم حساب الصدق بعدة طرق أهمها صدق المحتوى، الصدق التمييزي. (الأغا: 2000، 104) للتحقق من صدق المقياس تم الحساب من طرف "يوسف سلامة عوض الله" وذلك بطريقتين وهما كالتالي:

1-1- صدق المحتوى :

يعرف صدق المحتوى بأنه:الدرجة التي تعتبر فيها فقرات الأداة أوالاختبار ممثلة لجميع جوانب المجال المقاس.(Ahman: 1975, 287)

1-2- صدق المحكمين :

قام الباحث بعرض المقياس على أساتذة وأطباء مختصين في المجال، لإبداء رأيهم في معاني الأبعاد الإجرائية، من حيث ملائمة الفقرات لقياس درجات القلق أو شطب وتعديل الفقرات التي يجدونها غير مناسبة وفي ضوء آراء المحكمين، قام الباحث بإبقاء عدد العبارات كما هي (50) فقرة، ويوجد أمام كل فقرة ميزان تقدير مكون من 1 تعطى ل(نعم) و 0 تعطى ل(لا)، ثم قان الباحث بتفريغ آراء المحكمين وحساب نسبة الموافقة، وبذلك يكون الباحث تحقق من الصدق المنطقي للمقياس .

1-3- صدق الاتساق الداخلي :

يقوم هذا النوع من الصدق على حساب ارتباطات درجات الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، وكذلك مع الأبعاد التي تنتمي إليها، إضافة لحساب الارتباطات البينية للأبعاد المكونة للاستبيان.(حبيب:1996،322)

لقد قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس بهدف التحقق من مدى صدق المقياس، وقد اعتمد الباحث على معامل الارتباط بيرسون لمعرفة مدى انسجام كل فقرة مع السياق العام للمقياس. حققت فقرات المقياس ارتباطات جوهرية مع الدرجة الكلية للمقياس جميعها بلغ مستوى الدلالة عند 0.01 و 0.05.

4-1- صدق المقارنة الطرفية :

تقوم هذه المقارنة في جوهرها تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الثلث الأعلى في الدرجات بمتوسط الثلث بمتوسط الثلث الأقل في الدرجات. (حنفي:1980،62) قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة -ت- فكانت دالة عند مستوى الدلالة 0.01 .

2- الثبات:

يشير ثبات المقياس إلى أنه: يعطي نتائج مقاربة أو نفس النتائج إذا أعيد تطبيقه أكثر من مرة وفي نفس الظروف. (عويس: 1997،39)

طبق الباحث مقياس القلق الصريح على العينة الاستطلاعية لأطباء المدخنين وعددهم (54) وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقتين هما كالتالي:

1-2- الثبات بطريقة ألفا- كرونباخ :

تم حساب معامل ألفا كرونباخ، والتعديل بطريقة ريتشارد بيرسون، حيث وجد الباحث أن قيمة المعامل ألفا _ كرونباخ لمقياس مستوى القلق تساوي (0.088)، وهذا دليل كافي على أن مقياس القلق الصريح يتمتع بمعامل ثبات عالي ومرتفع، ويظهر قيمة معيارية عالية للثبات ب0.86 .

2-2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية :

تقوم هذه الطريقة بحساب معاملات الارتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية وذلك تقسيم بنود المقياس الكلي إلى نصفين، وحساب مجموع فقرات النصف الأول (الفقرات الفردية)، وفقرات النصف الثاني (الفقرات الزوجية). (حنفي:1980،45) قام الباحث بحساب كل المعاملات المذكورة سابقا، وبلغ معامل الارتباط بيرسون للمقياس ب (0.83) وبحساب معامل سبيرمان- براون أصبح معامل الثبات (0.90) ، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية .

6- الأساليب الإحصائية :

استخدمنا في دراستنا الأساليب الإحصائية التالية :

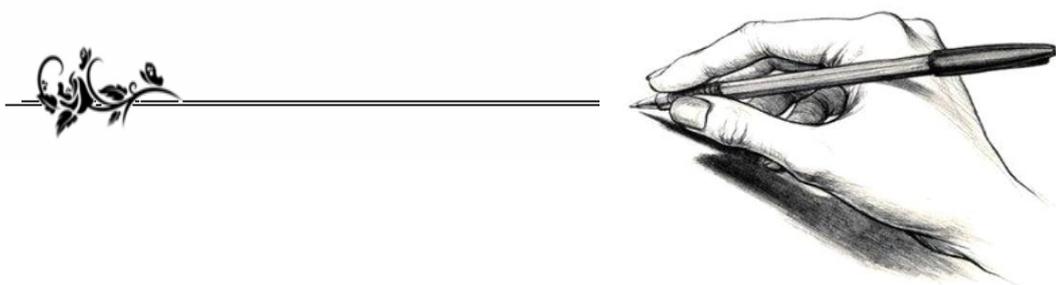
✓ التكرارات والنسبة المئوية: لحساب خصائص العينة.

- ✓ المتوسط الحسابي والمتوسط النظري: لمعرفة علاقة القلق النفسي في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد.
- ✓ تحليل التباين الأحادي ANOVA: لدراسة الفروق لأكثر من متغيرين، معرفة اختلاف درجة القلق النفسي المستوى الاقتصادي، والاجتماعي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية.
- ✓ اختبار ت- لعينتين مستقلتين T-Test: لمعرفة الفروق لدرجة القلق النفسي تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

الفصل الرابع

عرض ومناقشة نتائج

الدراسة



تمهيد:

بعد عرضنا في الفصل السابق إلى أهم الإجراءات المنهجية التي تناولناها بالتطبيق في الميدان، سنقوم في هذا الفصل بعرض نتائج الدراسة وتفسيرها انطلاقاً من الفرضية العامة ثم الفرضيات الجزئية، وصولاً إلى تقديم الاقتراحات والتوصيات.

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج الفرضية العامة :

نصت الفرضية العامة كالتالي :

للقلق النفسي علاقة في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد .

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسط الحسابي والمتوسط النظري، كما قمنا بحساب النسبة المئوية لمستويات القلق عند أفراد العينة، والجدولان (05) و(06) يوضحان النتائج.

جدول رقم (05): يوضح نتائج المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري
40	29.03	25

من خلال الجدول رقم (05) يتضح أن المتوسط الحسابي 29.03، أما المتوسط

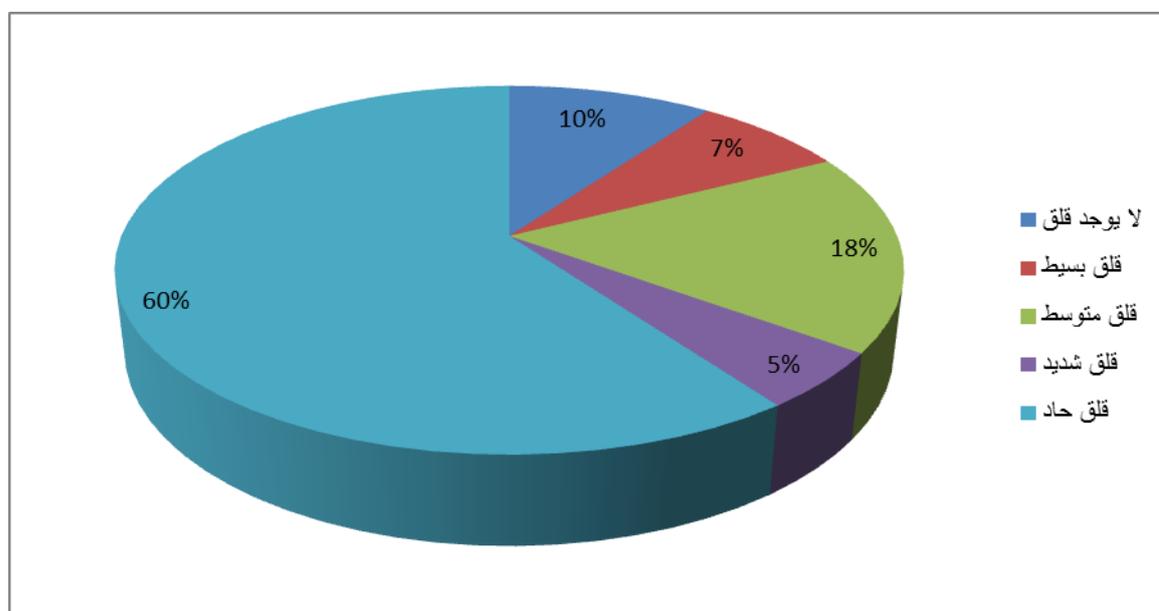
النظري فقدر ب 25.

جدول رقم (06): يوضح تكرارات النسبة المئوية لمستويات القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية.

النسب المئوية %	التكرارات	مستوى القلق
10%	4	لا يوجد قلق
7.5%	3	قلق بسيط
17.5%	7	قلق متوسط
5%	2	قلق شديد
60%	24	قلق حاد
100%	40	المجموع

يوضح الجدول أن الأفراد الذين لا يوجد لديهم قلق بلغ عددهم 4 بنسبة 10 %، والأفراد ذوقلق بسيط بلغ عددهم 3 بنسبة 7.5 %، والأفراد ذوقلق متوسط بلغ عددهم 7 بنسبة 17.5 % والأفراد ذوقلق شديد كانوا فردين بنسبة 5 %، أما الأفراد ذوقلق حاد فقد بلغ عددهم 24 بنسبة 60 %، وهو موضح في الدائرة النسبية أدناه.

ومن خلال الجدولين (05) و (06) يتضح أن المتوسط الحسابي قدر ب 29.03 وهي قيمة أكبر من المتوسط النظري ب25 وبالإضافة إلى أن نسبة القلق الحاد كانت 60 %، وبالتالي نقبل صحة الفرضية العامة بأن هناك علاقة للقلق النفسي في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد .



الشكل رقم (06) : يمثل دائرة نسبية لمستويات القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية.

2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

نصت الفرضية الجزئية الأولى كالتالي:

تختلف درجة القلق النفسي باختلاف الجنسين عند الراشدين المصابين بالقرحة المعدية. لاختبار الفرضية الفرعية الأولى قمنا بحساب اختبار -ت- وتم توضيح النتائج كما هي مبينة في الجدول رقم (07).

جدول رقم (07) : يوضح نتائج اختبار -ت-

الجنس	عدد أفراد العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة-ت- المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	18	25.83	2.27	-2.55	36	0.01
أنثى	22	31.64				

يوضح الجدول رقم (07) أن قيمة المتوسط الحسابي للذكور قدرت ب 25.83 بينما قيمة المتوسط الحسابي للإناث 31.64 وبالنسبة للانحراف المعياري للذكر والأنثى قدر بنفس القيمة 2.27، وقيمة -ت- المحسوبة للجنسين كانت -2.55، ذلك عند درجة الحرية 36، ومستوى الدلالة 0.01. وهي دالة إحصائية، وبالتالي نقبل الفرض البديل ومنه نقول توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق تعزى إلى متغير الجنس وذلك لصالح الإناث.

3-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

نصت الفرضية الجزئية الثانية كالتالي :

تختلف درجة القلق النفسي باختلاف المستوى الاقتصادي عند الراشدين المصابين بالقرحة المعدية.

لاختبار هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار ANOVA تم توضيح النتائج كما هي مبينة في الجدول رقم (08).

جدول رقم (08) : يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA

المستوى الاقتصادي	العينة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة فا	الدلالة الإحصائية
سيء	11	بين المجموعات	1966.427	37	33.45	3.01	0.06
جيد	24				25.40		
حسن	5	داخل المجموعات	320.54	2	27.75		
المجموع	40		22286.975				

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (08) نلاحظ أن قيمة مجموع المربعات قدر ب 22286.975 وقدرت قيمة فا في جميع المجموعات ب 3.01 وذلك عند الدلالة الإحصائية التي كانت 0.06، وهذا يعني أنها غير دالة إحصائياً لان القيمة 0.06 أكبر من 0.05 وبالتالي الفرضية لم تتحقق ويمكن قبول الفرضية الصفرية التي تؤكد عدم وجود اختلاف في درجات القلق النفسي باختلاف المستوى الاقتصادي عند الراشدين المصابين بالقرحة المعدية .

4-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

نصت الفرضية الجزئية الثالثة كالتالي:

تختلف درجة القلق النفسي باختلاف الحالة الاجتماعية عند الراشدين المصابين بالقرحة المعدية .

باختبار هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار **ANOVA** تم توضيح النتائج كما هي مبينة في الجدول رقم (09) .

جدول رقم (09) : نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA

الدلالة الإحصائية	قيمة فا	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	العينة	الحالة الاجتماعية
0.27	1.33	26.69	36	2058.004	بين المجموعات	16	أعزب
		29.20				15	متزوج
		33.50	3	228.971	داخل المجموعات	06	مطلق
		31.67				03	أرمل
				22286.975		40	المجموع

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (09) نلاحظ أن قيمة مجموع المربعات قدر ب 22286.975 وقدرت قيمة فا في جميع المجموعات ب 1.33 وذلك عند الدلالة الإحصائية التي كانت 0.27، وهذا يعني أنها غير دالة إحصائياً لأنها أكبر من القيمة 0.05، وبالتالي الفرضية لم تتحقق ويمكن قبول الفرضية الصفرية التي تؤكد عدم وجود

اختلاف في درجات القلق النفسي باختلاف الحالة الاجتماعية عند الراشدين المصابين بالقرحة المعدية .

2- مناقشة النتائج:

2-1- الفرضية العامة:

نصت الفرضية على أن للقلق النفسي علاقة في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد المصاب، وبعد المعالجة الإحصائية للفرضية عن طريق المتوسط الحسابي لدرجات القلق لدى المصابين بالقرحة المعدية والذي بلغت قيمته 29,03 وهي قيمة أكبر من المتوسط النظري للمقياس المستخدم، توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة للقلق النفسي في ظهور القرحة المعدية للراشد المصاب وبهذا تحققت الفرضية .

ترجع -الطالبتان- هذه النتيجة إلى طبيعة الأمراض السيكوسوماتية حيث أنها أعراض مرضية جسمية أو اختلالات في وظائف الأعضاء نتيجة لما يصاحب خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف ويلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما وقويا وأساسيا .

وبالتالي فالقلق والقرحة المعدية ما هما إلا التورط الانفعالي في الأحشاء التي بعديها الجهاز العصبي الإرادي والجهاز العصبي اللاإرادي، وذلك لما يوجد من هرمونات عصبية تتغير حسب الحالة النفسية وبالتالي تصيب المعدة وتهيجها .

ومنه فهرمونات القلق مثل: السيروتونين، نورإبينفرين، بينزوديازيبين، تتعارض مع هرمونات الهضم مثل: الجاسترين، الهيدروكلوريد، إذن فمرض القرحة هو مرض عصبي ناتج من القلق النفسي.

وهذا ما قدمه كل من فلاندرز ودنبار (د.س) في التحدث عن مراحل حدوث القرحة المعدية، بحيث أكدوا أنه هناك أربعة مراحل تحدث خلالها القرحة المعدية وهي:

- أ- الاضطرابات الانفعالية التي تؤثر في الألياف العصبية بالدماغ والموصلة للجهاز المعدي.
- ب- أن هذه الاضطرابات تؤثر في إنتاج حامض الهيدروكلوريد حيث يؤدي كثرة إنتاج هذا الحامض عن الحد المطلوب للهضم إلى ضرر نتيجة لذلك يحدث الجوع أي يصبح الجسم في حاجة إلى الطعام ويحدث الضرر.

ج- ظهور التوتر في العضلات الملساء وتضطرب عمليات التقلص بها وبدلاً من أن يمر الطعام المحفوظ في المعدة في خطه العادي للهضم فإنه يهيج المعدة.

د - إتحاد حامض الهيدروكلوريد وتوتر العضلة يزيد من التشوه الموجود على جدار البقعة الهضمية وتصبح القرحة واضحة وترى بأشعة اكس.

كما تتناسب هذه النتائج مع نظرية "هورني" التي ترى بأن القلق مشكلة معقدة بسبب صلتها الشديدة بالعمليات الفيزيولوجية، وغالبا ما تصاحبه أعراض جسمية: كخفقان القلب وتصيب العرق، الإسهال وعسر الهضم..... وغيرها.

وتضيف بأن الأعراض الجسمية تكون واضحة في حالات القلق. (فهيمى:1967،231)

وإذا اتبعنا آلية هذه الاضطرابات لوجدنا أن القلق الشديد الذي يتعرض له الفرد يسبب له الإنهاك والإعياء والتعب نتيجة استهلاك طاقة نفسية كبيرة، وهذا ما يؤدي في حقيقة الأمر إلى زيادة إفراز الهرمونات، ولعل زيادة الإفراز عن حده الطبيعي سيؤثر على وظائف الجسد إذ يعيقها عن أداء أي عمل بشكل سليم، وهو الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى ظهور الألم.

كما- ترى الطالبتان - أن زيادة القلق والتوتر جراء التعرض للضغوط الشديدة يؤدي إلى إحداث ضرر في المعدة وبالتالي تحدث الجسدة (الاضطرابات السيكوسوماتية) وهذا ما يتوافق مع دراسة "كريستي دولو وآخرون" (1983)، بحيث لخصت نتائج دراستها بأن المصابين بالقرحة المعدية يختلفون عن غير المصابين في الجوانب التالية حالة وسمة القلق.

كما تتفق دراسة محمد أحمد غالي (د.س) في كتابه الشهير "القلق وأمراض الجسم" الذي يرى أن الأمراض السيكوسوماتية تظهر على شكل إصابات أوخلل فعلي حقيقي في أنسجة وخلايا جدران المعدة أو الأمعاء الغليظة.

كما أكدت دراسة فيس وإنجلش (1980) على نتائج الفرضية العامة حيث سعت إلى تأكيد العوامل الانفعالية في إحداث القرحة المعدية، وأثبتت الدراسة أن هناك عوامل متعددة

وفي بعض الحالات يكون العامل التكويني هوالمسئول وفي البعض الآخر تكون العوامل والتأثيرات البيئية أكثر أهمية ولكن المعروف الآن أن العوامل الانفعالية في المرتبة الأولى. وهذا أيضا ما يتوافق مع الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي (APA) التي تؤكد بأن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية، وتتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفيزيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا، ويطول بقاءها ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية.

وتتناسب هذه النتائج أيضا مع دراسة برجمان وألفارز(1950) حيث سعت هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة بين القرحة المعدية والعوامل الانفعالية، وأكد كلاهما على العوامل الانفعالية وعلاقتها بالقرحة المعدية، ووجه ألفارز الانتباه لنموذج معين من الأفراد المستهدفين لإظهار القرحة المعدية .

2-2- الفرضية الجزئية الأولى:

والتي نصت كالتالي: تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الجنسين لصالح الإناث.

وبعد المعالجة الإحصائية للفرضية عن طريق اختبار -T- والذي بلغت قيمته 2.55- وهي قيمة دالة إحصائيا عند 0.01، توصلت الدراسة إلا أنه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث، وبالتالي فقد تحققت الفرضية.

- ترجع الطالبتان - هذه النتيجة إلى الخصائص المميزة لكل جنس وهذا ما لاحظناه على الإناث أثناء إجراء المقابلة عند تطبيق المقياس، حيث لوحظ أن الإناث أكثر إصابة بالقرحة المعدية والشعور بالقلق من الذكور.

فمن خلال تطبيقنا للمقياس لاحظنا بأن الإناث لديهن قلق نفسي أعلى من الذكور على مستوى التكرار والشدة، وأكثر معاناة من الحساسية والشك وقلق المستقبل كما تظهر لديهن اضطرابات في التنفس والحيز والإسهال وكلها أعراض جسدية للقلق. وهذا يعود لأسباب عديدة منها: الإحباط في مختلف جوانب الحياة خاصة الاقتصادية والمهنية وحتى العاطفية.

حيث تعاني أغلب الحالات من تفكك أسري والطلاق بنسبة 15 %، كما أنهن يعانين من النقلاب المزاجي فقد يعود ذلك إلى الخلل الهرموني (كالتستستيرون).

كما قد تعود هذه النتيجة إلى أن فئة الإناث أقل قدرة على تحمل ضغوطات الحياة وبالتالي فإن هذه الضغوط لا تجد لها تصريفاً إلا الجسد فتختار العضو الهش لتتحول إلى اضطرابات سيكوسوماتية وعلى رأسها القرحة المعدية.

توافقت دراستنا الحالية مع دراسة **كوفيل وزملائه (1968)** التي تؤكد بأن القرحة المعدية سببها هوزيادة إفراز الأحماض والتي تأتي من حالة القلق الناجم عن توتر انفعالي مستمر، حيث وجد بأن القرحة تنتشر لدى الرجال أكثر من النساء وهذه الأخيرة اختلفت مع دراستنا في طبيعة الجنس الأكثر إصابة بالقلق النفسي.

وذلك راجع لعدة عوامل نذكر منها أنه لم يعد دور الإناث متقلص كالسابق بل تعدى ذلك ليصبح دورهن الاجتماعي مثلن مثل العنصر الذكري في جميع الميادين.

كما توافقت نتائجنا مع نظرية **أيزنك (1972)** أن الاضطرابات النفس جسمية ما هي إلا اضطرابات في الوظيفة وتلف العضونفسه وتلعب الاضطرابات الانفعالية دوراً أساسياً فيها سواء في بداية الأعراض أو تفاقمها، مما يميزها عن الأمراض العضوية الخالصة كما تميل للارتباط بغيرها من الأمراض الأخرى، وتحدث في العائلة الواحدة وأولدى الفرد الواحد في مراحل مختلفة من حياته، وتختلف اختلافاً واضحاً باختلاف الجنس.

(EYSENK : 1972,881)

ويعود السبب في ذلك إلى طبيعة المجتمع وثقافته والتي جعلت من المرأة مسؤولة على متطلبات الحياة، وكذا الإنفاق على الأسرة والتفاعلات الاجتماعية التي تجعلها أكثر شعورا بالقلق، ولعل هذه الأمور وغيرها شكلت مستوى أعلى للقلق عند الإناث أكثر من الذكور.

2-3- الفرضية الجزئية الثانية:

وهي كالتالي تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف المستوى الاقتصادي

وبعد المعالجة الإحصائية للفرضية عن طريق تحليل التباين الأحادي ANOVA، والذي بلغت قيمته 0.06، كما هو موضح في الجدول رقم (06)

وهي قيمة أكبر من 0.05 وهي غير دالة إحصائياً ومنه لم تتحقق الفرضية ويمكن قبول الفرضية الصفرية .

وهذا ما يعني أن المستوى الاقتصادي لا يلعب دوراً في ظهور القلق عند المصابين بالقرحة المعدية.

وهذا ما لاحظناه من خلال إجراء الدراسة على الحالات أن المستوى الاقتصادي لم يلعب دوراً في ظهور القلق فالمصاب بالقرحة المعدية يعاني أصلاً من قلق نفسي بغض النظر عن المستوى الاقتصادي.

وهذه النتائج تتعارض مع دراسة كوفيل وزملائه (1968) الذين توصلوا أن القرحة المعدية تأتي من حالة القلق الناجم عن توتر انفعالي مستمر، وتوجد قرحة المعدة عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع، ورجال الإدارة الذين يحدث عندهم صراع بين سلوكهم الخارجي ورغباتهم .

يمكن أن يرجع هذا الاختلاف مع باقي النتائج إلى طبيعة عينة الدراسة فهي تتميز بالبساطة التي جعلتها لا تعبر الجانب الاقتصادي اهتماماً لدرجة أن تكون سبب في ظهور أعراض القلق إضافة إلى الرضا والقناعة بما قسمه الله لهم من أرزاق .

على العموم فإن مصادر القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية السابق ذكرهم، لم تتفق مع دراستنا الحالية فقد أثبتت النتائج أنه لا يوجد اختلاف في درجة القلق

النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية باختلاف المستوى الاقتصادي وذلك من خلال المقياس المطبق.

4-2- الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت على أنه: تختلف درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الحالة الاجتماعية.

وبعد المعالجة الإحصائية للفرضية عن طريق اختبار تحليل التباين **ANOVA**، والذي بلغت قيمته 0.27، وهي قيمة أكبر من 0.05 وهي قيمة غير دالة إحصائياً، توصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا يوجد اختلاف في درجة القلق النفسي لدى الراشدين المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الحالة الاجتماعية، ومنه لم تتحقق الفرضية ويمكن قبول الفرضية الصفرية.

تفسر - الطالبتان - هذه النتيجة بأنه لا يشترط أن يكون دائماً للحالة الاجتماعية دور في ظهور القرحة المعدية، فالمتزوج والأرمل والمطلق والأعزب لكل منهم حياة خاصة به وما يساورها من قلق نفسي ومثيرات خارجية مهددة لذواتهم.

حيث لا حظنا عند تطبيق المقياس على أغلب الحالات سلوكيات حيث لا يستطيعون الانتظار أو الجلوس طويلاً خاصة عند انتظار الطبيب أو نتائج التحاليل وكذلك عند تطبيق المقياس حيث يشعرون بالتوتر والملل، كما تظهر عليهم أعراض القلق خاصة التعرق واحمرار الوجه، وهز القدمين، صم وبسط قبضة اليد، تنهد .

هذه النتائج تتعارض مع دراسة ليرد ولبرد (د،س) اللذان أكدا على أن القرحة المعدية تبدأ من أسباب جسمية، لكن الكثير أصله انفعالي، وإذا أزيلت القرحة قد تتكون أخرى إذا استمر الشخص على شخصيته، فالإنسان يحتاج إلى أشياء يأمل لا شعورياً أن النجاح يأتي بالحب والاستحسان، وأشارا إلى أن الأفراد المتزوجين أقل إصابة بالقرحة المعدية من الأفراد الأرامل والمطلقين لكون المتزوجين يعيشون حالة من الاستقرار والاطمئنان النفسي عكس المطلقين والأرامل الذين يعانون من الوحدة .

وقد يرجع الاختلاف - حسب الطالبتين - إلى تعقد الحياة الاجتماعية سواء على العازب أو المطلق والأرمل وحتى المتزوج هذا ما أثر على توازنهم النفسي مما أثار القلق النفسي لديهم

كما لم تتوافق هذه النتائج مع نظرية "ألكسندر" أن العامل الحاسم في الأساس لمرضى القرحة هو الإحباط والبحث عن العون، وأرغبات الحاجة للحب، وعندما لا تجد هذه الرغبات إشباعاً في العلاقات يظهر مثير انفعالي مزمن له آثار معينة على وظائف المعدة، وبالتالي فإن الإحباطات المتكررة المتمثلة في عدم إشباع للحاجات النفسية

والغريزية للفرد سواء كان أعزباً أم متزوجاً أم مطلقاً أم أرملاً، فهو يحتاج إلى الإشباع وبالتالي تؤدي تلك الإحباطات إلى ارتفاع مستوى القلق .

حيث افترض أن مرضى القرحة يكتبون شوقهم للحب الأبوي وهذه الرغبة المكبوتة تسبب نشاط زائد للجهاز العصبي المركزي والذي يؤثر بدوره على المعدة مما يؤدي إلى الإصابة بالقرحة فيزيولوجياً نجد أن المعدة مستعدة لتلقي الطعام والذي يرتبط رمزياً للشخص بالحب الأبوي . (Davison :1978 , 171)

وترجع - الطالبتان - الاختلاف بين هذه النتائج إلى تعقد الحياة الاجتماعية (مشاكل السكن، المشاكل المادية...) سواء على العزاب أو المطلقين أو الأرمال وحتى المتزوجين، هذا ما أثر على توازنهم النفسي مما أثار القلق النفسي لديهم.

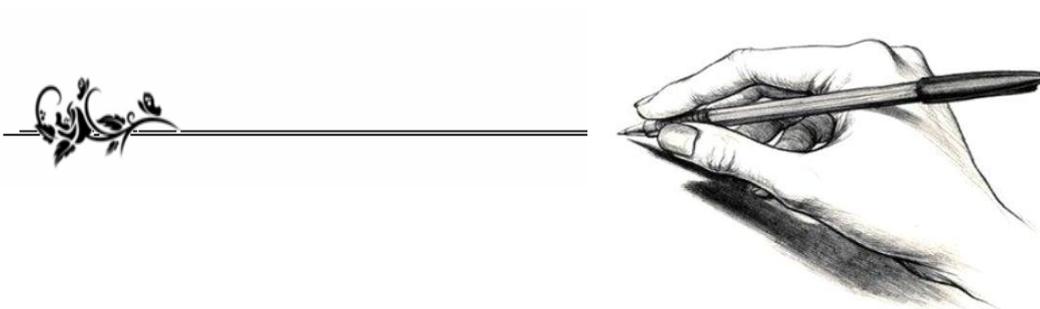
واتفقت هذه النتائج مع دراسة دانيال لاغاش (د.س) التي سعت دراسته إلى التعرف على خصائص مريض القرحة، فيقول لاغاش (... ينحصر عصاب المعدة في اضطرابات مزمنة في حركة المعدة وإفرازاتها ولا تعتبر إفصاحاً عن انفعال أوتصفية له بل هو المصاحب الفيزيولوجي له، وهو يصيب مرضى يحتاجون إلى أنهم يحبون الآخرون وأن يعتنون بهم، ويعانون من نقص في الحب ...) وتلك حاجاته من حب أمه له وعنايتها.

استنتاج العام:

انطلاقا مما تم عرضه من الخلفية النظرية لكل من المتغيرين القلق النفسي والقرحة المعدية، واعتمادا على البيانات الإحصائية، وفي إطار الهدف الرئيسي للدراسة وهو التأكد من أنه توجد علاقة للقلق النفسي في ظهور القرحة المعدية عند الراشد المصاب. وبعد إجرائنا للدراسة الميدانية على عينة تكونت من 40 فردا مصاب بالقرحة المعدية منهم إناث وذكور، وبتطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح، وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية:

- أن للقلق النفسي علاقة في ظهور القرحة المعدية لدى الراشد بمستوى عال، وهذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات التي تناولت القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة بمعنى أنه كلما زاد القلق النفسي زادت عرضة الإصابة بالقرحة المعدية.
- كما تبين أن عامل الجنس ساهم في تحديد درجة القلق النفسي حيث تبين أن الإناث أكثر استجابة على مقياس القلق النفسي ككل وعلى أبعاده، وعليه أثبتت نتائج دراستنا أنه :
- تختلف درجة القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الجنسين لصالح الإناث.
- أما عامل المستوى الاقتصادي فلم يحدد درجة القلق النفسي لدى العينة، حيث أظهرت النتائج عدم وجود اختلاف لدرجات القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية باختلاف المستوى الاقتصادي .
- كما لم تؤثر الحالة الاجتماعية في ظهور القلق النفسي، بحيث أبرزت النتائج أنه لا تختلف درجة القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية باختلاف الحالة الاجتماعية.

خاتمة



خاتمة :

إن ظاهرة الاضطرابات السيكوسوماتية هي إحدى الظواهر التي أصبحت سمة من سمات العصر بالنظر إلى انتشارها الواسع بين الناس، فالمساس بالجانب العضوي هوفي النهاية المساس بالجانب النفسي، ومن بين هذه الاضطرابات هناك القرحة المعدية التي يكون سببها في أغلب الحالات هذا القلق النفسي.

والقلق النفسي بشكل عام وبالتحديد لدى المصابين بالقرحة المعدية يشكل موضوعا مهما للدراسة، فالمصاب بالقرحة المعدية يعاني من مستويات متوسطة إلى حادة من القلق النفسي والتي تنعكس بالسلب على أدائه وعلى حالته النفسية والجسمية.

وقد تبين من خلال نتائج الدراسة أن هناك علاقة للقلق النفسي في ظهور القرحة المعدية وأن عامل الجنس قد ساهم في تحديد درجات للقلق النفسي تعزى للإناث .
أما بخصوص العوامل التي قد تتداخل في حدوث القرحة المعدية كالعامل الاقتصادي والعامل الاجتماعي، فهي لم تكن ذات أثر فعال في دراستنا.

- اقتراحات وتوصيات:

بالنسبة للمصاب نقترح أن يراعي الأمور التالية:

- 1- أن يحافظ على صحته النفسية والجسمية عن طريق بناء التوافق النفسي ودعم القوة الإيجابية في الذات والابتعاد عن التشاؤم والإحباط.
- 2- أن يخلد للنوم في الوقت نفسه كل ليلة ليتمكن جسمه من ضبط إيقاع تلقائي.
- 3- أن يقوم ببعض التمارين الرياضية لتساهم في تفرغ الشحنات السلبية الناجمة عن القلق النفسي.
- 4- أن يحاول التحكم في المثيرات التي تسبب له انفعالات ضارة.
- 5- أن يعي ويدرك أن الضغوط النفسية لها نتائج سلبية على صحته الجسمية، النفسية، علاقاته، حياته الأسرية وتفاعلاته الاجتماعية.
- 6- أن يقوم ببعض التدريبات الخاصة للتخفيف من حدة القلق كالاسترخاء.
- 7- أن لا يتناول الوجبات الثقيلة، وأن يضبط وقت الأكل.
- 8- أن لا ينام وهو جائع فيجد صعوبة في النوم وكذلك الأم في المعدة.
- 9- أن يتفادى تناول القهوة، المشروبات الغازية، الكحوليات والتدخين.

توصيات بالنسبة للهيئات الوصية:

- 1- توفير الأخصائيين النفسيين بمصالح الأمراض المعدية، وتركيز عملهم على توعية المريض بمرضه والاحتياجات اللازمة وكيفية التعامل معه، وهذا من أجل التقليل من حدة الإصابة بأمراض نفسية قد تنتج عن حالاتهم .
- 2- ضرورة توضيح الطبيب للمريض أهمية العلاج النفسي للمشكلات النفسية المسببة لمرض القرحة المعدية.
- 3- القيام بتوعية إعلانية وإرشادية بخطورة مسببات أمراض القرحة المعدية (كالتدخين، شرب القهوة، وأي من السلوكيات غير صحية).

4- في حالة الكشف على الإصابة بالقرحة المعدية يجب توعية الأسرة للقيام بواجبها لإعادة الثقة في نفسية المريض ومساندته من الضغوط النفسية التي من حوله والتخفيف من حدة القلق والتوترات التي من الممكن أن تواجهه .

5- تكثيف الدراسات والأبحاث حول موضوع القلق النفسي وعلاقته في ظهور القرحة المعدية، التي تفتح آفاقا بحثية لدراسات مستقبلية.

اقتراحات:

❖ إجراء دراسات تهتم باستراتيجيات مواجهة القلق النفسي وعلاقتها بسمات شخصية الراشدين المصابين بالقرحة المعدية .

❖ إجراء دراسات تهتم ببناء برامج علاجية للتخفيف من حدة القلق النفسي لدى المصابين بالقرحة المعدية .

❖ إجراء بحوث أخرى موسعة فيما يخص مجال البحث في الدراسة الحالية من حيث العينة والأدوات.

قائمة

المصادر و المراجع



1- المراجع العربية:

- 1- أبو النيل، السيد محمود، وعلي، زيور: (1984) الأمراض السيكوسوماتية دراسات عالمية وعربية. مكتبة الخانجي. بيروت.
- 2- ألبنا، أنور حمودة: (2001) الأمراض النفسية والعقلية. ط1. دار النشر. عمان.
- 3- الأغا، إحسان: (2002) البحث التربوي - عناصره - مناهجه - أدواته. الجامعة الإسلامية. فلسطين.
- 4- الحجار، محمد: (1985) الطب السلوكي المعاصر. دار الملايين. بيروت.
- 5- الخطيب، عماد إبراهيم: (1989) علم الأمراض الباثولوجي. الأهلية للنشر و التوزيع. عمان.
- 6- الداھري، صالح حسين، وآخرون: (1999) الشخصية و الصحة النفسية. دار المسيرة للنشر. عمان. الأردن.
- 7- الدباغ، فخري: (1984) أصول الطب النفساني. ط3. دار الطليعة للطباعة و النشر. بيروت.
- 8- الرفاعي، نعيم: (1987) الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف. جامعة دمشق. سوريا.
- 9- الروسان، فاروق: (1996) أساليب القياس و التشخيص في التربية الخاصة. دار الفكر. عمان.
- 10- الزيايدي، محمود: (1969) علم النفس الإكلينيكي. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- 11- السباعي، زهير أحمد، شيخ إدريس عبد الرحيم: (1991) القلق و كيف نتخلص منه. دار القلم. دمشق.
- 12- الشحيمي، محمد أيوب : (1994) دور علم النفس الحياة المدرسية. ط1. دار الفكر اللبناني. لبنان.
- 13- العبيدي، جاسم: (2009) مشكلات الصحة النفسية (أمراضها و علاجها). ط1. دار الثقافة. عمان.
- 14- العزة، سعيد، و جودت، عبد الهادي: (2001) تعديل السلوك الإنساني. ط1. دار الثقافة للنشر و التوزيع. عمان.
- 15- العزة، سعيد حسني: (2004) تمريض الصحة النفسية. دار الثقافة. عمان.

- 16- العيسوي، عبد الرحمان: (1999) علم النفس الشواذ و الصحة النفسية. دار العلم. بيروت
- 17- القمش، مصطفى نوري، المعاينة، خليل عبد الرحمان : (2007) الاضطرابات
السيكوسوماتية و الانفعالية. ط1. دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة. الأردن.
- 18- النيال، محمد أحمد: (1991) الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال و علاقتها
ببعدي العصبية و الانبساط دراسة مقارنة. الإحصائية النفسية المصرية. جامعة
الإسكندرية. مصر.
- 19- الهابط، محمد السيد: (1989) أصول صحتك النفسية. المكتب الجامعي
الحديث. الإسكندرية.
- 20- الوافي، عبد الرحمان : (2008) مدخل في علم النفس العام. منشورات البغدادي . العراق.
- 21- بلكيلاني، إبراهيم، بن محمد: (2008) تقدير الذات و علاقته بقلق المستقبل. الأكاديمية
العربية. د.ب.
- 22- بوحوش، عمار: (1984) دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية. المؤسسة
الوطنية للفنون المطبعية. الجزائر.
- 23- جبل، فوزي، محمد : (2000) الصحة النفسية و السيكلوجية للشخصية. المكتبة
الجامعية الأزارطة. الإسكندرية.
- 24- جمعة، سيد يوسف : (2001) النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية. دار غريب
للطباعة و النشر و التوزيع. القاهرة.
- 25- حبيب، مجدي عبد الكريم: (1996) التقويم و القياس في التربية و علم النفس. مكتبة
النهضة. القاهرة.
- 26- حمزة، مختار: (1994) علم النفس الإكلينيكي. ط1. دار العلم. بيروت.
- 27- حمودة، محمود: (1991) الطفولة و المراهقة و المشكلات النفسية. المطبعة الفنية.
القاهرة.
- 28- حنفي، قدرى: (1980) القياس النفسي. جي جي لطباعة الأوفست، مكتبة الأنجلو
المصرية، القاهرة.
- 29- دافيدون، ليندا، سيد طواب ، محمود عمر: (2000) الشخصية الدافعية و الانفعالات
الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.

- 30- راجح ،أحمد عزت: (د.ب.س) أصول علم النفس. المكتب المصري الحديث.
- 31- زاروني، رشيد: (2008) تدريبات على منهجية البحث العلمي و العلوم الاجتماعية. ط3 ديوان المطبوعات الجامعية. قسنطينة. الجزائر.
- 32- زهران ،حامد عبد السلام: (1977) الصحة النفسية. دار عالم الكتاب. القاهرة.
- 33- زيور،مصطفى: (1986) فى النفس بحوث مجمعة فى التحليل النفسى. جي جي لطباعة الأوفست. القاهرة .
- 34- سامي،علي، ت.ر، دوللي أبو حمد : (2004) الأمراض الجلدية و علاقتها بالأمراض النفسية مجموعة من أطباء الجلد و الأطباء النفسانيين. ط1. دار الحصاد للنشر و التوزيع. دمشق.
- 35- سلطان، عماد الدين: (1982) الطب النفسى. دار النهضة العربية . القاهرة.
- 36- سميث ، توم: (2005) كيفية التعايش مع قرحة المعدة. ط1 . دار الفاروق للنشر و التوزيع . مصر.
- 37- شعلان ،عزت ،و سلامة أحمد: (1988) مرض القلق. منشورات سلسلة عالم المعرفة. الكويت.
- 38- شيلي، تايلور،ت.ر، وسام درويش بربك، فوزي شاكرا، طعمية داود: (2008) علم النفس الصحى. ط1. جامعة عمان الأهلية. الأردن.
- 39- عبيدات ، محمد: (1999) منهجية البحث العلمى و القواعد و المراحل و التطبيقات. ط2 دار وائل. عمان.
- 40- عثمان، السيد فاروق : (2000) القلق و إدارة الضغوط النفسية. ط1. دار الفكر العربى بيروت.
- 41- عطوف ، محمد ياسين : (1986) علم النفس الإكلينكى . ط1 . دار العلم لملايين . بيروت.
- 42- عوض ،صابر فاطمة: (2002) أسس و مبادئ البحث العلمى. ط1. مكتبة و مطبعة مصر. القاهرة.
- 43- عويس، علي خير الدين: (1997) دليل البحث العلمى. دار الفكر العربى. مصر.

- 44- غازي ، عبد المنصف ،محمد ،عبد الظاهر الطيب: (1984) الأمراض النفسية الجسمية. دار المعارف. القاهرة.
- 45- غالب ، مصطفى: (د.ب.س) القلق في سبيل الموسوعة النفسية. دار مكتبة الهلال. مصر.
- 46- غانم، حسن محمد: (2002) كيف تتعامل مع القلق النفسي. الناشر المؤلف. جامعة حلوان.
- 47- فرج، حسين عبد اللطيف: (2009) الاضطرابات النفسية. ط1. دار الحامد للنشر و التوزيع. الأردن.
- 48- فرويد، سيغموند، ت. ر، محمد عثمان نجاتي : (1997) الكف و العرض و القلق . ديوان المطبوعات الجامعية. دار الشرق. مصر.
- 49- فهمي، مصطفى: (1967) علم النفس الإكلينيكي. مكتبة مصر. القاهرة.
- 50- قاسم ، محمد عبد الله : (د.ب.س) مدخل الصحة النفسية. دار الفكر للطباعة و النشر. عمان.
- 51- قمحية، حسان ،و آخرون: (1993) الطب النفسي. دار النابغة. حمص.
- 52- كوفيل ،و آخرون، ت. ر، محمد الزياتي: (1968) علم نفس الشواذ. دار النهضة. القاهرة.
- 53- لمى، يوسف: (2009) حلقة بحث بعنوان القرحة المعدية. كلية التربية للإرشاد النفسي. جامعة دمشق. سوريا.
- 54- مارتي، بيار ،جان بنجمان ،ستورا ،ت. ر، محمد أحمد نابلسي: (1992) مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته. دار الهدى. الجزائر.
- 55- مكنزي،كوام،ت،هلا أمان الدين : (2003) القلق و نوبات الذعر. مكتبة الفهد الملك الوطنية. الرياض.
- 56 - منسي،محمود عبد الحليم،و كاظم علي مهدي: (2003) مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة وقائع ندوة علم النفس. جامعة السلطان. عمان.
- 57- موسى، رشاد علي عبد العزيز: (1993) علم النفس المرضى دراسات في علم النفس. دار المعرفة. القاهرة.
- 58- هاروليند، فيك،ت. يوسف ميخائيل أسعد: (1997) الاسترخاء النفسي و العصبي. دار النهضة العربية. مصر.

2- الرسائل الجامعية:

59- بوسبسي، طارق، حمدي، عمر: (2003) تشخيص القلق عند المصابين بالقرحة المعدية

مذكرة لنيل شهادة ماجستير. تخصص علم النفس العيادي . جامعة الأغواط.

60- قشاشطة، عبد الرحمان، سالم، عبد الجواد: (2007) سمة الاتزان الانفعالي لدى عينة من

المرضى السيكوسوماتيين مرض المعدة و الأمعاء الغليظة. مذكرة لنيل شهادة الماجستير.

تخصص علم النفس العيادي . جامعة ورقلة.

3- الدوريات و المجلات:

61- إبراهيم، عبد الستار : (1991) القلق قيود من الوهم. مجلة دار الهلال. د.م.العدد485.

62- عبد المعطي، حسن مصطفى : (1989) الحاجات النفسية لدى المرضى لسيكوسوماتيين

مجلة كلية التربية. العدد 8 من يناير. جامعة الزقازيق. مصر.

5- المراجع الأجنبية:

63- Ahman,j .stanley and glock,marvin : (1975).evaluating

pupil growth . allyn and bacon .Inc.boston.

64- American Psychiatrique Association : (1968) diagnostic

and statistical manual of mental disorders –

(dsm3) .washington ,e .c :APA.

65- Daviison,G .C. and Neale ,J.M : (1978).Abnormal

psychologie .John willey and son I-NC .New Yourk.

66- Eysenk ,H.J,Arnold,W.and weili,R: (1972).Enciclopedia of

psychology.vol 1-2 .London.

67- François,Philip Guitard: (1991).

68-C-koopermi-b-loo-e-zarifam ,(1982).précisde.flammarion

edition.france.

counselling .brooks cole.

69-Sharf.R .S (1996) :Theories of psychotherapy and

70-Sillany N .(1980).dictionnaire encyclopédie de psychologie
paris.

71- Weiss ,E .and:English ,O .Sprgeon(1950) :

Psychosomatic W.W.B.Sauader. London

72-www.almajilis.orginpvew ,aspID :htm.

الملاحق

جامعة ابن خلدون – تيارت –
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس
تخصص : علم النفس العيادي
مقياس تايلور للقلق الصريح

بيانات شخصية :

الجنس : ذكر () ، أنثى ()

السن :

المستوى الاقتصادي : جيد () ، حسن () ، سيء ()

المستوى الاجتماعي : أعزب () ، متزوج () ، مطلق () ، أرمل ()

اقرأ التعليمات التالية :

نحن طالبة علم النفس العيادي نقوم بدراسة ميدانية وذلك في إطار انجاز مذكرة سنضع بين يديك هذا المقياس راجين منك أن تقرأ كل عبارة، و ثم تعبر في إحدى البدائل (نعم) أو (لا) التي تراها مناسبة لك وذلك بوضع علامة (X)، واعلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، وأرجو أن تجيب على كل الأسئلة ولا تترك سؤالاً دون جواب

مقياس تايلور للقلق الصريح

لا	نعم	العبارة	الرقم
		نومي مضطرب و متقطع.	01
		مخاوفي كثيرة جدا بالمقارنة بأصدقائي .	02
		يمر عليا أيام لا أنام بسبب القلق .	03
		أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين .	04
		أعاني كل الليالي من الكوابيس المزعجة .	05
		أعاني من الألام بالمعدة في كثير من الأحيان .	06
		كثيرا جدا ألاحظ أن يداي ترتعش عندما أقوم بأي عمل .	07
		أعاني من إسهال كثيرا جدا.	08
		تثير قلقي أمور العمل و المال.	09
		تصيبني نوبات من الغثيان .	10
		أغشى أن يحمر وجهي خجلا.	11
		دائما أشعر بالجوع .	12
		أنا لا أثق في نفسي.	13
		أتعب بسهولة .	14
		الانتظار يجعلني عصبى جدا .	15
		كثيرا أشعر بالتوتر لدرجة أعجز عن النوم .	16
		عادة لا أكون هادئا و أي شيء يستثيرني .	17
		تمر بي فترات من التوتر لا أستطيع الجلوس طويلا.	18
		أنا غير سعيد في كل وقت .	19
		من الصعب علي جدا التركيز أثناء أداء العمل .	20
		دائما أشعر بالقلق دون مبرر .	21
		عندما أشاهد مشاجرة أبتعد عنها .	22

		أتمنى أن أكون سعيدا مثل الآخرين .	23
		دائما ينتابني شعور بالقلق على أشياء غامضة .	24
		أشعر بأني عديم الفائدة .	25
		كثيرا أشعر بأني سوف انفجر من الضيق و الضجر .	26
		أعرق كثيرا و بسهولة حتى في الأيام الباردة .	27
		الحياة بالنسبة لي تعب و مضايقات .	28
		أنا مشغول دائما و أخاف من المجهول.	29
		أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي .	30
		كثيرا ما أشعر أن قلبي يخفق بسرعة.	31
		أبكي بسهولة.	32
		خشيت أشياء و أشخاص لا يمكنهم إيذائي .	33
		أتأثر كثيرا بالأحداث .	34
		أعاني كثيرا من الصداع .	35
		أشعر بالقلق على أمور و أشياء لا قيمة لها .	36
		لا أستطيع التركيز في شيء واحد.	37
		من السهل جدا أن أرتبك و أغلط عندما أعمل شيء و أرتبك بسهولة .	38
		أشعر بأني عديم الفائدة، أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.	39
		أنا شخص متوتر جدا.	40
		عندما أرتبك أحيانا أعرق و يسقط العرق مني بصورة تضايقي.	41
		يحمّر وجهي خجلا عندما أتحدث للآخرين .	42
		أنا حساس أكثر من الآخرين.	43
		مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها .	44
		أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة .	45

		يداي و قدامي باردتان في العادة .	46
		أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل ألا أخبر أحد بها .	47
		تتقضي الثقة بالنفس.	48
		قليل ما يحصل لي حالات إمساك تضايقي.	49
		يحمّر وجهي من الخجل.	50