

إستراتيجيات التعامل مع القلق لدى مرضى القولون العصبي

د/ محمد عيسي

مخبر الوقاية والارغنوميا-جامعة الجزائر2-

1- مقدمة:

تتسم حياتنا الراهنة بالتطور الهائل، إلا أن نخط المعيشة لا يخلو من تراكم المشكلات والهموم المتعددة التي بدأت تحول بين الإنسان وبين شعوره بالارتياح والسعادة، فصحة الفرد النفسية لا تعني مجرد خلو الإنسان من الأعراض المرضية الظاهرة، وإنما هي الشعور الإيجابي للفرد على تحقيق إمكاناته وممارسة تلك الإمكانيات بدون عائق ذاتي، وهي حال من التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية وتحقيق التوازن بين الفرد ونفسه وبيئته توافقا يؤدي إلى أقصى درجة ممكنة من الكفاية والإحساس الإيجابي بالسعادة، فكل ما يمس توازن الفرد يحدث اضطرابا في الصحة النفسية أو الجسمية.

تعتبر الضغوط النفسية ظاهرة انفعالية طبيعية لدى الإنسان، ويعد عنصرا من الحقائق اليومية إلى درجة يمكن اعتباره مصدرا لعدة أمراض أو أعراض، وأن أهم عرض ناتج عن الانفعالات النفسية الجسمية في حالات الضغوط هو القلق، وخاصة حين يصبح مزمنًا، حيث يولد القلق مع الفرد ويصاحبه عبر مراحل نموه، ومسيرة حياته، حلوها ومرها، وهو ضروري ما لم تتعد درجاته وتأثيراته، جانبه الإيجابي، وهو يتعلق بالبناء والإعداد البيولوجي الجسيمي للفرد، ويشير إلى الأخطار التي يتعرض لها هاينال (Haynal, A. 1980)، فهو يرافق الإنسان في حياته (في حركاته، تأملاته، إحساساته ومعاملاته)، فيبدو المصاب بالقلق:

ناقص التركيز والذاكرة، منشغل بآلامه النفسية، كما أنه لا يتقن الأعمال لقلة صبره، معاملاته مع الناس مضطربة، فهو في صراع دائم مع رغباته. شديد الأرق، نومه متقطعا لا يمر بالمراحل المتعارف عليها.

يعتبر القلق مرضا في حد ذاته، وفي نفس الوقت عاملا من العوامل الرئيسة المسببة للأمراض السيكوسوماتية، هذه الأمراض التي تأتي لتبرهن على علاقة النفس بالجسم، فالإنسان يعتبر وحدة جسمية نفسية متكاملة لا يمكن الفصل بينهما، تتأثر الحالة الجسمية بالحالة النفسية والعكس صحيح. فأنثناء الضغط الانفعالي يستجيب الفرد إما عن طريق تصريف انفعالاته في نشاطات

ملائمة وبذلك يتم التحكم في الوضع، أو عن طريق تصريف التوتر عبر الأعضاء الحشوية، كما هي الحال بالنسبة لاضطراب القولون الوظيفي. ونتيجة للضغوط النفسية، يعمل الجهاز العصبي الودي على تمدد العضلات الملساء المبطنه للأنبوب الهضمي، بينما يعمل الجهاز قرب الودي على انقباضها، حيث يكون النقل العصبي في اتجاه هذا الأخير. ويرجع الفضل الكبير إلى كل من وولف، وولف (Wolf & Wolff) في التعرف على استجابة القولون للانفعال والضغط الانفعالي، حيث يستجيب إما عن طريق: فرط في الحركة مع إسهال أو نقص في الحركة مع إمساك. وفي محاولة الفرد للتخفيف من هذا الضغوط الانفعالية، يلجأ إلى استعمال أساليب تكيفيه مختلفة لمواجهة الوضع والحصول على راحة نفسية، ولكنه قد يفشل في ذلك، مما يرفع من درجة القلق والتوتر لديه. ومن هذا المنطلق تمحور موضوع هذا البحث حول دراسة القلق لدى مرضى مصابين بداء القولون العصبي ونوع إستراتيجيات التعامل (المقاومة) المستعملة أمام الوضعيات الضاغطة المختلفة.

يرتكز مفهوم الصحة بصفة عامة على سلامة كافة أعضاء الجسم بجميع خلاياه وأنسجته، ثم على قدرة هذه الأعضاء القيام بعملها الوظيفي الكامل، والذي يتم على أسس من التنسيق المستمر فيما بينها، لكي تلي حاجات الجسم في جميع ظروفه المعيشية ومتطلباتها المستجدة والطارئة دون زيادة أو نقصان، كما أن الصحة تعني أيضا الانسجام التام نسبيا مع الجانب النفسي، والفرد يسلك في محيطه البيئي كوحدة جسمية نفسية لا يمكن الفصل بينهما، تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح، بالإضافة إلى حتمية الانسجام التام والتنسيق المنظم فيما بينهما (عز الدين، أ. 1986، ص 05). على الرغم من التقدم الهائل في وسائل الطب سواء العلاجية أو الوقائية، غير أن الإنسان أصبح أسير الانفعالات المتعددة (عباس. ف، 1994، ص 77). ويعتبر الانفعال قوة نفسية جسمية لا إرادية طبيعية تسمح للإنسان بالتكيف مع الضغوطات والمؤثرات المتعددة (ياحي، م.ن. 1996: ص 08). والقلق هو أحد الانفعالات الطبيعية التي لا بد لأي شخص أن يشعر به في ظرف ما، وهو إحساس داخلي ذاتي نستقبله في داخلنا وقد لا يمكن لنا تفسيره (الشربيني، ل. د ت). ولكن إذا زاد هذا القلق عن الحدود المعقولة، فإنه يتحول إلى حالة مرضية أليمة تسبب خللا في السير الحسن للعمل، وقد توصل علماء الاجتماع، ومن بينهم الباحث البيولوجي الفرنسي هانري لابوري (Laborit Henry) إلى نظرية تثبت أن قلق الإنسان المعاصر راجع إلى عدم قدرته على

مكافحة الخلل الاجتماعي واضطراب الحياة اليومية، وبذلك يميل إلى كبت الأمور المستعصية عوض أن يخرج تلك الطاقة (ياحي، م.ن. 1996: ص 08). وأن أول ما يستجيب به الجسم للمؤثرات المقلقة المتكررة هو انفعال الجهاز العصبي اللاإرادي (الودي وقرب الودي) الذي ينظم وظائف الأعضاء الداخلية كالقلب - جهاز التنفس - الإفرازات الهرمونية - الجهاز الهضمي....، ومن أعراض انفعال الجهاز العصبي الإعاشي أيضا تسارع دقات القلب، تضيق واتساع حدقة العين، التعرق وغيرها من الأعراض، وهي أعراض غير إرادية تدل على فقدان التوازن بين الجهاز العصبي الودي (المنشط) وقرب الودي المثبط (المهدئ). يؤدي انفعال الجهاز العصبي إلى تنبيه الغدد الصم وحثها على إفراز مجموعة من الحاثات (الهرمونات) أهمها: هرمون الكورتيزول واللدوستيرون، هرمون البرولاكتين وهرمون التيروكسين ($T_4 - T_3$)، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الأدرينالين في الدم والعضلات (ياحي، م.ن. 1996: ص 17-18). لا يكمن الخطر في إفراز هذه الحاثات (الهرمونات) الطبيعية والضرورية للجسم، وإنما الخطر يكمن في بقاء نسبتها مرتفعة بشكل مفرط نظرا لحال القلق المزمن، حيث تسبب إرهاقا في وظيفة معظم الأعضاء الفعالة في الجسم، ولهذا يعتبر القلق مرضا في حد ذاته، وفي نفس الوقت عاملا من العوامل الرئيسة المسببة للأمراض السيكوسوماتية، والتي نقصد بها "مجموعة الأمراض الجسمية التي تسببها عوامل نفسية، خاصة الانفعالات الشديدة (عشوي، م. 1990: ص 147)، والتي صنفها ناتان وهانري Nathan و Hanris (سنة 1975) إلى سبعة أنواع هي: الأمراض الجلدية: (الأكزيما - تساقط الشعر - التعرق الزائد) - اضطرابات عضلية: (كآلام الظهر، تشنج العضلات، الصداع وغيرها) - اضطرابات التنفس: (كمرض الربو، اضطرابات أنفية كالعطس المتكرر) - الاضطرابات القلبية: (الوعائية كارتفاع ضغط الدم، الصداع النصفي، تصلب الشرايين، كما يلعب الضغط دورا هاما في ارتفاع ضغط الدم) - الاضطرابات المعدية المعوية: (كقرحة المعدة، التهاب القولون، القيء) - الاضطرابات الجنسية: (كالبرودة والعجز الجنسي، آلام الحيض، الإجهاض الفحائي، العقم النفسي، اضطرابات وظيفة التبول) - اضطرابات الغدد: (كزيادة إفرازات الغدة الدرقية والكظرية، مرض السكري، العرق المفرط وحب الشباب) فريكسينوس وزملاؤه 1988 ; p 213 (Frexinos & al).

وحسب وجهة نظر عدة باحثين مثل ميرسكاوي (Mer skey) التي تعتبر المصابين بالاضطرابات المعدية، المعوية، من الأمراض البسيكوسوماتية الأكثر ترددا على عيادات الطب العام، وتمثل اضطرابات القولون الوظيفي نسبة 60% من أمراض الجهاز الهضمي، وترجع العوامل

السببية لاستهداف هذا العضو بالذات إلى الأهمية الأساسية للعلاقة الغذائية بين الأم والطفل منذ الولادة الأولى، وكذا إلى كون الأم تعطي أهمية كبيرة جدا إلى عامل التغذية، الهضم، وطرح الفضلات، وبذلك تصبح القناة الهضمية هي الوسيلة التي يعبر الطفل من خلالها على انفعالاته المختلفة. وربما كان القلق في نفس الوقت مشيرا إلى اختلال الوظائف النفسية، حيث يؤدي إلى اضطراب ونكوص كافة هذه الوظائف إذا ما استثثرت، ويصل بالتالي إلى فقدان التوازن النفسي، مما يدفع بالفرد إلى محاولة إعادة تقويم هذا التوازن والسيطرة عليه بأساليب سلوكية متنوعة، والذي يؤدي إلى ظهور عمليات دفاعية واقعية أو ظهور أساليب جديدة من أجل التكيف، فقضية تكيف الناس ومواجهتهم لمتربات الضغوط والمشقة قضية معقدة ولم تفهم بما فيه الكفاية، وقد بدأ في السنوات الأخيرة الاستكشاف المنظم لتأثيرات المواقف الضاغطة على اختيار أساليب التعامل والتي تعرف "بأنها عملية سلوكية أو مجموعة ردود أفعال استدعت حصولها تغيرات معينة أصابت المحيط الذي يوجد فيه الفرد، وهدفها توفير التوازن أو التلاؤم بين الفرد وهذه التغيرات (مياسا، م. 1998: ص 24).

ومادامت إستراتيجيات التعامل مهمة في تلطيف الضغوط، فمن المفترض أن يكون لها تأثير على إحداث الاضطرابات النفسية أو التقليل منها خاصة المرتبطة بالقلق والاكتئاب، وهي تعتبر النقطة الجوهرية في هذا الموضوع، خاصة إذا ما تم التطرق إلى علاقة إستراتيجيات أو أساليب التعامل المختلفة بالاضطرابات الجسمية والنفسية، والمعروف أن الراشدين عندما يواجهون مواقف مشقة أو ضغوط عالية فإنهم يفشلون في ذلك، وعندما يفشلون فقد يجدون طريقة للترويض عن أنفسهم قصد تقبل الموقف أو قد يتعرضون إلى اضطرابات جسمية أو إلى درجة من القلق والغضب والعجز المتعلم (سيد يوسف، ج. 2000: ص 58). ويمكن القول إلى حد كبير أن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة لمواجهة غير ناجحة وكذلك الحال بالنسبة لسوء التوافق بين الفرد وبيئته وخاصة البيئة الاجتماعية.

من خلال ما سبق تم تحديد مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

هل توجد علاقة بين نوع استجابة القلق (حالة أو سمة) والإصابة بمرض القولون

العصبي؟

ما هي استراتيجيات التعامل التي يلجأ إليها المصاب بداء القولون ؟

هل هناك علاقة بين نوع إستراتيجيات التعامل التي يستعملها المصاب بمرض القولون العصبي ودرجة القلق (حالة، سمة)؟
وعليه يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- 1- توجد علاقة بين القلق (حالة، سمة) والجنس.
 - 2- توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية التجنب وارتفاع درجة حالة القلق.
 - 3- توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية التجنب وارتفاع درجة سمة القلق.
 - 4- توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية حل المشكل والتخفيف من درجة حالة القلق.
 - 5- توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية حل المشكل والتخفيف من درجة سمة القلق.
- وتتمثل أهمية هذه الدراسة في:

- دراسة القلق الذي طالما اعتبر حالة نفسية بحتة، أين يظهر تأثيره على عمل الجهاز العصبي الذاتي والذي يؤثر مباشرة على باقي الأعضاء الحشوية المختلفة.
- إبراز دور القلق في إحداث خلل عضوي، وبالتحديد مرض القولون العصبي.
- كما أن البحث في أسباب الإصابة بمرض القولون العصبي قد اظهر علاقة جد متينة بين القلق المستمر والإصابة بهذا المرض.
- محاولة إبراز أهمية التكامل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي بالنسبة للأمراض البسيكوسوماتية.
- التعرف على نوع إستراتيجيات التعامل عند المصابين بمرض القولون العصبي.
- محاولة حث الباحثين في انجاز أعمال أكثر عمقا وشمولية في مختلف المجتمعات العربية.
- كما هدفت هذه الدراسة إلى:
- إبراز الدور الفعال للجانب النفسي في الإصابة بمرض القولون العصبي، وبالأخص الدور الكبير للقلق في إحداث هذا الاضطراب.
- إظهار نوعية إستراتيجيات التعامل المستعملة من طرف المريض للتخفيف من حدة هذا الضغط النفسي المستمر على الجسم.
- تبيان العمل المنسق بين الجسم والنفس، و كيفية حدوث تخريب عضوي انطلاقا من أذى نفسي.

إن الظروف الصعبة والوضعية المعقدة التي يعيشها الإنسان الحالي من توتر وقلق وانفعال، أدى إلى انتشار واسع وكبير للاضطراب السيکوسوماتي، والتي أصبحت تمثل نسبة (40-60%) من المرضى، وقد كان هذا من بين الأسباب التي دفعتنا القيام بمثل هذه الدراسة، كما أن الإصابة بمرض القولون العصبي تعتبر من أكبر أمراض الجهاز الهضمي شيوعاً وتمثل 50% من نسبة هذه الأمراض (الدباغ، ف. 1983: ص 27). كما تحاول هذه الدراسة معرفة نوعية الإستراتيجيات المستعملة لمواجهة هذه الوضعية المعقدة، مما أدى إلى التفكير في تناول مثل هذا البحث قصد إبراز أهم الجوانب الخاصة به وخفاياه، والاستدلال على مدى انتشاره في مجتمع العينة (القطر الجزائري) حتى تتسنى مقارنته بالمجتمعات الأخرى.

- يعتبر القلق حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع سواء أكان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة، قد يكون هذا الانفعال عارضاً وهو ما يعرفه كل الناس، كما يعرفون لحظات الحزن والأسى والألم، ثم ينقضي هذا الإحساس بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً (السباعي، ز.أ.د.ت: ص 10).

- أما المفهوم الإجرائي للقلق في بحثنا هذا يتمثل في تلك الاستجابة الانفعالية المتعلقة بمرض القولون العصبي والمقاسة بالدرجات المحصل عليها من تطبيق مقياس القلق ل(البحيري، ع. 1984).

- القولون: هي أنبوبة طولها 90-125 سم، يلي الأمعاء الدقيقة وينتهي بالمستقيم، يتألف من ثلاثة (03) أقسام وهي القولون: الصاعد، النازل، والمستعرض (قطوط، ص وآخرون. 1982: ص 263).

- القولون العصبي: هي مجموعة من الاضطرابات المزمنة أو المتكررة التي تصيب القولون بالانقباضات في لحظات التوتر العصبي وضغوط الحياة (رفعت، م. د.ت: ص 29)

- المفهوم الطبي للاضطراب السيکوسوماتي: إن الطب النفس-جسمي هو دراسة الاضطرابات النفسية من النوع العاطفي والاضطرابات الحشوية التي تكوّن التظاهرة الجسمية دولمار (Delamare, R. 1972 , p 951).

إن لفظ البسيکوسوماتية - لفظ يوناني وهو مفهوم طبي، ويشمل الإصابة الجسمية في علاقة سببية مع الصراعات النفسية سيلامي (Sillamy, N. 1983, p 560).

- إستراتيجيات التعامل: يعرفها فولكمان ولازاروس (Folkman & Lazarus) على أنها: "مجموعة الجهود المعرفية الانفعالية والسلوكية التي تسمح بالتخفيف أو القضاء أو التحكم في الحدث الضاغط والاضطرابات الانفعالية الناتجة عنه" (Folkman, S.S & Lazarus, R.S. 1984).

- التعريف الإجرائي: هو مجموعة من الأساليب التي يستعملها الفرد المصاب بالقولون العصبي لمواجهة المواقف الضاغطة والمتمثلة في وضعية القلق والمقاسة بمقياس إستراتيجيات المقاومة (Paulhan et al, 1994).

2- منهج الدراسة: للتحقق من فروض الدراسة الحالية وفحص العلاقة الإرتباطية بين القلق عند مرضى القولون العصبي ونوع المقاومة المستعملة، تم استخدام دراسة حالة الذي يهدف إلى إيجاد علاقة بين المتغيرين، وفي هذا الإطار تم تطبيق تقنية المقابلة الموجهة وذلك لضبط المتغيرات.

3- عينة الدراسة وطريقة اختيارها: تعتبر العينة جزءا من المجتمع الإحصائي، تماشيا مع نوع المنهج المتبع والمتمثل في دراسة حالة، فإن عينة البحث مكونة من (10 ذكور، 10 إناث)، وتم اختيارها بطريقة مقصودة، وتتمثل خصائص هذه العينة فيما يلي:

- السن: يتراوح سن أفراد العينة ما بين (25 و 35 سنة)، فهي فئة راشدة.

- الجنس: تتضمن العينة كلا الجنسين.

- نوع المرض: إن طبيعة المرض تتطلب اختيار أفراد يعانون مرض القولون العصبي.

- مكان إجراء الدراسة: تم إجراء الدراسة الميدانية في مستشفى (عين طاية- الجزائر العاصمة)، بمصلحة الطب الداخلي التي تستقبل الأفراد الذين يعانون من: السكري- ارتفاع ضغط الدم- الأمراض المعدية المعوية.

- كيفية إجراء الدراسة: بعد الحصول على الموافقة قصد القيام بهذه الدراسة، تم الاتصال بالمختص النفسي والمراقب الطبي لغرض الحصول على معلومات حول المرضى المصابين باضطرابات القولون الوظيفي، استمر التردد على المصلحة قصد ملاقة هؤلاء المرضى حتى تم تحقيق الغرض المنشود.

4- وسائل القياس: اعتمدت هذه الدراسة على الأدوات التي من شأنها مناقشة فرضيات الدراسة والمتمثلة في المقابلة العيادية، مقياس القلق (حالة وسمة) ل Spielberger ترجمة

أحمد البحيري، وكذا مقياس استراتيجيات التعامل لبولهان ومساعدوها (Paulhan & al, 1994) والذي كيفه للبيئة الجزائرية عبد الحفيظ مقدم (1996).

5- تطبيق القياس: تتمثل الأدوات الإحصائية المستعملة في هذه الدراسة في:

النسب المئوية - المتوسطات الحسابية - معامل ارتباط (Pearson)

- بلغ الصدق في القلق: (حالة = 0.72 وسمة = 0.78)، والتي تظهر جميعها أنها معاملات مرتفعة ودالة إحصائية، ومن ثم فإن النتيجة المتوصل إليها تسمح بإمكانية استعمال هذا المقياس وتطبيقه على العينة المدروسة. كما توصل البحث إلى معامل ثبات: (حالة القلق = 0.82، وسمة القلق = 0.86). وهكذا يمكننا القول أن معامل الثبات في عينة الدراسة كان عاليا ويعول عليه، مع العلم أننا لم نحدث أي تبديل أو تغيير على عبارات المقياس بتاتا.

6- نتائج الدراسة ومناقشتها:

أ- عرض النتائج:

من أجل التأكد من صحة الفرضية الجزئية الأولى والمتعلقة بحالة وسمة القلق والتي مفادها أنه "توجد علاقة بين القلق (حالة، سمة) والجنس" وبعد تطبيق مقياس القلق ل البحيري تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (1) يوضح قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لقلق (حالة- سمة)

بحسب الجنس

العينه	إناث	ذكور	المتوسط الحسابي
50± 8,2	45.40±8.1	54.60±8.3	حالة القلق
47.90± 7,6	43.80±7.1	52±8	سمة القلق

من خلال نتائج الجدول رقم (1) يتضح أن المتوسط الحسابي لحالة القلق والذي يساوي ($\bar{X} = 50$) أكبر من المتوسط الحسابي لسمة القلق والمساوي ($\bar{X} = 47.90$) وهذا يدل على أن درجة حالة القلق أكبر من درجة سمة القلق لدى العينة.

1- حالة قلق ذكور مع حالة قلق إناث: إن المتوسط الحسابي للذكور المساوي

$\bar{X} = 54.60$ أكبر من المتوسط الحسابي للإناث $\bar{X} = 45.40$ وهو فرق جوهري يدل

على أن درجة حالة القلق لدى الذكور مرتفعة بالنسبة لدرجة حالة القلق عند الإناث.

2- سمة القلق ذكور مع سمة قلق إناث: إن المتوسط الحسابي للذكور المساوي $\bar{X} = 52$ أكبر من المتوسط الحسابي للإناث $\bar{X} = 43.80$ وهو فرق جوهري يدل على أن درجة سمة القلق لدى الذكور مرتفعة بالنسبة لدرجة سمة القلق عند الإناث.

3- حالة قلق مع سمة قلق عند الذكور: إن المتوسط الحسابي للذكور بالنسبة لحالة القلق مساوي $\bar{X} = 54.60$ أكبر من المتوسط الحسابي للذكور بالنسبة لسمة القلق حيث تساوي $\bar{X} = 52$ وهو يدل على أن درجة حالة القلق أعلى من درجة سمة القلق.

4- حالة القلق ذكور مع سمة قلق إناث: إن المتوسط الحسابي للذكور بالنسبة لحالة القلق يساوي $\bar{X} = 54.60$ أكبر من المتوسط الحسابي للإناث بالنسبة لسمة القلق حيث يساوي $\bar{X} = 43.80$ وهو فرق جوهري يدل على ارتفاع درجة حالة القلق لدى الذكور عن سمة القلق عند الإناث.

5- حالة قلق إناث مع سمة قلق الذكور: لدينا المتوسط الحسابي للذكور بالنسبة لسمة القلق يساوي $\bar{X} = 50$ أكبر من المتوسط الحسابي للإناث بالنسبة لحالة القلق حيث يساوي $\bar{X} = 45.40$ وهو فرق جوهري يدل على ارتفاع درجة سمة القلق لدى الذكور عن حالة القلق عند الإناث.

6- حالة قلق إناث مع سمة قلق إناث: لدينا المتوسط الحسابي للإناث لحالة القلق يساوي $\bar{X} = 45.40$ أكبر من المتوسط الحسابي للإناث بالنسبة لسمة القلق حيث يساوي $\bar{X} = 43.80$ وهو يدل على ارتفاع درجة حالة القلق عن سمة القلق لديهم.

ب- مناقشة النتائج:

أظهرت نتائج البحث صلاحية روائز القلق (حالة وسمة)، وكذا مقياس استراتيجيات التعامل للاستخدام مع أفراد العينة المدروسة، كأداة تستعمل في تحديد وجود القلق وشدته، وفيما يتعلق بانتشار القلق لدى مرضى القولون العصبي، فقد أوضحت النتائج أن توزيع القلق أقرب ما يكون إلى الارتفاع، ومعنى ذلك أن القلق يعتبر مشكلة لديهم.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن درجات حالة القلق أكبر من درجات سمة القلق لدى العينة ككل، وتعني النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة أن العينة تتصف بقلق مرتفع، وهي أعلى مما هو في مختلف العينات العربية المماثلة لهذه العينة (عبد الخالق، أ. 1992). وهذا قد يرجع للظروف التي أجريت بها المقابلة العيادية. كما أن الوضعية الاستشفائية للمرضى قد تزيد من

شدة حالة القلق لديهم، فعند معرفتهم للأسباب الحقيقية لمرضهم وعدم نجاعة العلاج الطبي لوحده في التخلص من هذا المرض، قد يؤدي إلى حالة القلق المرتفعة، كما بينت النتائج أن درجات حالة القلق وسمه القلق لدى الذكور مرتفعة مقارنة بدرجات حالة القلق وسمه القلق لدى الإناث، ومنه نصل إلى التحقق من صحة الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بحالة القلق وسمه القلق. إن مقارنة هذه القيم مع قيم دراسات أخرى، نجد أن متوسط درجات حالة القلق عند الذكور في هذه العينة (الجزائر) كانت أعلى مما هي عليه عند الإناث، كما يُظهر متوسط درجات سمه القلق عند الذكور أيضا ارتفاعا عما هو عليه عند الإناث وهو ما يعاكس جل الدراسات في التراث النفسي التي تم الاطلاع عليها، وذلك في مختلف المجتمعات، العربية منها والأجنبية مثل دراسات كل من: عبد الخالق وعمر (1988)؛ غريب (1995)، حيث يبدو أن هناك شبه إجماع في البحوث التي تمت في ثقافات مختلفة، على أن الإناث أعلى قلقا من الذكور، بمعنى أنه على الرغم من اختلاف وتنوع التأثيرات البيئية في كل مجتمع خضع لمثل هذه الدراسات، إلا أن الفروق بين الجنسين في القلق تظل قائمة، وأن هذه الظاهرة قد تساعد على تقديم افتراض لسبب وجود هذه الفروق، وهو أن وراءها أسسا بيولوجية تختص بها المرأة دون الرجل، وهو تكوين واحد في كل الثقافات بنزور وزيدنير

(Ben-Zur & Zeidner, 1988). وأن ذلك يعود بصورة أساسية لعوامل متعددة، تتراوح من بيولوجية بوس (Buss, D.M. 1995) وفروق اجتماعية جاري (Geary, D.C. 1999)، والنمط الاجتماعي المرتبط بنوع الفرد وهو عكس ما ظهر في نتائج هذه الدراسة. إلا أن هناك بعض الدراسات تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص حالة القلق حسب متغير الجنس، مثل دراسة عثمان فاروق (2001) والتي بين فيها أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغيرات القلق العام وحالة القلق وقلق الحرب وقلق الموت. أما دراسة إيرمسوي وزملاؤه (Eremsoy, C.E. & al 2005) وهي من الدراسات القليلة التي توصلت إلى أن الذكور أشد شعورا بالقلق بالمقارنة مع الإناث، باعتبارهم معيار الأسرة ولديهم العديد من المسؤوليات وهو ما ينطبق على عينة هذه الدراسة.

بناء على ما تقدم، يتجلى أن لسمه الشخصية مثل سمه القلق دور في تعديل درجة الشعور بالضغط وحالة القلق، فالشعور بارتفاع سمه القلق يعمل على زيادة التأثيرات السلبية للظروف الضاغطة على الإنسان، وهذا يعني أن الأشخاص الذين يتمتعون بدرجات عالية في سمه القلق،

يتوهمون أن محيطهم خطر ومهدد. كما أنهم أكثر تأثراً بالمواقف الصعبة، وأكثر تعرضاً للشدائد النفسية والقلق من الذين يسجلون درجات منخفضة من القلق (عايدة، ع. 1995). وضمن هذا الاتجاه يؤكد كوترو (Cottraux, J. 1990)، أن الأفراد يدركون المحيط، والأحاسيس الجسمية عن طريق عمليات معرفية خاطئة، وتشمل تضخيم المخاطر وتصغير الوضعيات الأمنية، ويفسرون كل ما يحدث بطريقة فردية واختيار المثيرات الداخلية والخارجية المتعلقة بنوع الخطر.

أما ما تعلق بتطبيق مقياس إستراتيجيات التعامل (المقاومة) ل Paulhan et al. والذي يشمل نوعين من الإستراتيجيات منها: - المتمركزة حول الانفعال. - المتمركزة حول المشكل. لقد استخدم أفراد العينة كلا النوعين من الاستراتيجيات (الفعالة وغير الفعالة) وبنسب مختلفة، وهذا ما توضحه النسب التالية:

- النسبة الكلية للاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال: 71.35%.

- النسبة الكلية للاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل: 70.86%.

من خلال النتائج السابقة نصل إلى نتيجة وهي أن مرضى القولون العصبي يستعملون نمطين من الإستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول المشكل. بتطبيق مقياس إستراتيجيات التعامل وقصد التأكد من الفرضية الجزئية الثانية والخاصة بحالة القلق والتي جاءت كالآتي: "توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية التجنب وارتفاع درجة حالة القلق" قمنا بحساب معامل الارتباط (Pearson) لحساب قيمة الارتباط بين إستراتيجية التجنب ودرجة حالة القلق، وجاءت النتيجة كما هي موضحة من خلال قيمة R المتحصل عليها والتي قدرت قيمتها بـ (+0.79)، وهكذا يتضح أن هناك علاقة طردية بين إستراتيجيات التجنب ودرجة حالة القلق، وهذا يعني أن الزيادة في استعمال إستراتيجية التجنب يؤدي إلى ارتفاع درجة حالة القلق. وبالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة والخاصة بسمة القلق والتي مفادها أنه: "توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية التجنب وارتفاع درجة سمة القلق" وللتأكد من صحتها تم حساب قيمة الارتباط بين إستراتيجية التجنب ودرجة سمة القلق. يتضح من خلال النتيجة المتحصل عليها والتي جاءت قيمة R مساوية لـ (+0.80) أنه توجد علاقة قوية موجبة بين إستراتيجيات التجنب ودرجة سمة القلق، وهذا يعني أنه كلما زاد استعمال إستراتيجية التجنب كلما زادت درجة سمة القلق.

وبالرجوع إلى النتائج المتحصل عليها عند الحالات العشرين، نجد أن المرضى الذين يعانون من وجود حالة القلق وسمة قلق مرتفعة جداً، يستخدمون بالدرجة الأولى إستراتيجية التجنب، ويمكن

تأكيد ذلك من خلال النتائج المتحصل عليها، حيث أن المصابين الذين يعانون من قلق (حالة، سمة) مرتفعة يستعملون إستراتيجية التجنب بقيمة عالية. وكل هذا يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بحالة القلق وسمة القلق.

وبغرض التحقق من الفرضية الجزئية الرابعة والخاصة بحالة القلق والتي مفادها أنه: "توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية حل المشكل والتخفيف من درجة حالة القلق" قمنا بحساب قيمة الارتباط بين إستراتيجية حل المشكل ودرجة القلق. من خلال قيمة R المتحصل عليها والتي قدرت قيمتها ب (-0.74) تبين أنه توجد علاقة عكسية بين إستراتيجيات حل المشكل ودرجة حالة القلق، وهذا يعني أنه كلما زاد استعمال إستراتيجية حل المشكل كلما انخفضت درجة حالة القلق. أما الفرضية الجزئية الخامسة والخاصة بسمة القلق والتي جاءت كالتالي: "توجد علاقة بين استعمال إستراتيجية حل المشكل والتخفيف من درجة سمة القلق"، ومن أجل التأكد من صحتها تم حساب قيمة الارتباط بين إستراتيجية حل المشكل ودرجة سمة القلق. ويتضح من خلال النتيجة المتحصل عليها والتي جاءت قيمة R مساوية ل (-0.87) أنه توجد علاقة قوية سالبة بين إستراتيجية حل المشكل ودرجة سمة القلق، وهذا يعني أنه كلما زادت درجة حل المشكل انخفضت درجة سمة القلق. ويمكن تأكيد ذلك من خلال النتائج المتحصل عليها، حيث نجد أن المرضى الذين استعملوا إستراتيجية حل المشكل يعانون من حالة قلق وسمة قلق منخفضة. وكل هذا يؤكد صحة الفرضية الرابعة الخاصة بحالة القلق وسمة القلق.

ومن خلال مناقشة النتائج السابقة نستنتج ما يلي: تحقيق الفرضيات الجزئية جميعها وبدرجات مختلفة، وهكذا يمكننا القول بأن الفرضية العامة والتي مفادها أنه: "توجد علاقة بين استجابة القلق (حالة، قلق) والإصابة بمرض القولون العصبي وتميز درجة هذا القلق حسب نوع إستراتيجية التعامل المستعملة" قد تحققت.

إن تلخيصا شاملا للنتائج التي تم التوصل إليها، يمكن أن يبين مدى الإسهام النسبي لكل متغير من المتغيرات المستقلة في التنبؤ بمستوى القلق النفسي عند أفراد العينة، حيث أوضحت نتائج هذه الدراسة، أن هناك علاقة دالة بين القلق ومرض القولون العصبي، وذلك بتوزيعه توزيعا مختلفا، حسب نوع الاستراتيجيات وحسب الجنس، مما يؤكد سلامة فرضيات البحث، وبالتالي يمكن القول:

يعاني مرضى القولون العصبي مشاعر القلق تختلف شدته من مريض إلى آخر، وهو ناتج عن ضغوط الحياة المختلفة، وقصد تحقيق التوازن النفسي يلجأ المريض إلى اتخاذ عمليات دفاعية والمتمثلة في إستراتيجيات التعامل بنوعيتها (المتكزة حول الانفعال والمتكز حول المشكل)، وقد تحصلت كل من إستراتيجية التجنب وإستراتيجية حل المشكل على أعلى الدرجات، حيث أن استعمال إستراتيجية التجنب تزيد من درجة القلق، بينما استعمال إستراتيجية حل المشكل يخفض من شدة هذا القلق. وهكذا تقترح الدراسة مجموعة من الأفكار التي قد تعمل على التقليل من هذه الأعراض والمتمثلة في الآتي:

- تواجد أخصائي نفسي في قسم الأمراض الباطنية يكون على اتصال دائم ومباشر مع المرضى.
- توعية المريض البسيكوسوماتي بحقيقة مرضه وحثه على العلاج النفسي.
- تخصيص حصص استرخاء كتقنية تساعد الفرد على تخفيف ضغوطات الحياة التي يواجهها.
- ضرورة تدريب طلبة علم النفس على التقنيات العلاجية المختلفة الخاصة بالمرض البسيكوسوماتي حتى يتسنى لهم فهم العلاقة والتكامل بين النفس والجسم.

المراجع:

- أبو صامعة عايدة عبد الله (1995)، القلق والتحصيل الدراسي، المركز العربي للخدمات الطلابية، ط1، عمان.
- الدباغ فخري (1983) أصول الطب النفسي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، ط3، ص 27.
- السباعي زهير أحمد (د،ت) القلق وكيف نتخلص منه، دار العلم، دمشق، ط1، ص 10.
- الشربيني لطفي عبد العزيز (د،ت) كيف تتغلب على القلق، دار النهضة العربية، بيروت.
- رفعت محمد: قاموس الجبل الطبي للصحة والقوة، دار مكتبة الهلال للطباعة، بيروت، ص 29.
- سيبليجر وآخرون، ترجمة البحيري أحمد (1984) اختبار حالة وسمة القلق للكبار، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- سيد يوسف جمعة (2000) دراسات في علم النفس الاكلينيكي، دار غريب للطباعة، القاهرة، ص 58.
- عباس فيصل (1994) أضواء على المعالجة النفسية، دار الفكر اللبناني، ط1، ص 77.
- عبد الخالق أحمد (1987) العلاقة بين الانبساط والعصابية لدى عينات مصرية / الكتاب السنوي في علم النفس . الجمعية المصرية للدراسات الفلسفية / ص 119 . 134 .
- عبد الخالق أحمد (1992) دليل تعليمات قائمة القلق الحالة والسمة / مكتبة الأنجلو المصرية . ط 2 / ص 4 .
- عثمان فاروق السيد (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة
- عز الدين أحمد (1986) جهاز الهضم في صحته ومرضه، دار الكتاب اللبناني، مكتبة المدرسة، ط1، ص 05.
- عشوي مصطفى (1990) مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائري، ص 147.
- غريب عبد الفتاح (1995)، بحوث نفسية في دولة الإمارات العربية المتحدة ومصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- قطوط صالح وآخرون (1982) الوجيز في أمراض المعدة والأمعاء، بحث علمي لنيل شهادة دكتور في الطب، كلية الطب، دمشق، ص 263.
- مقدم عبد الحفيظ (1996) المديرون في مركز البحث والإعلام العلمي والتقني، مصلحة النشر، الجزائر.
- مياسا محمد (1998) الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية، دار الجيل، بيروت، ط1، ص 24.
- يحي محمد نصر الدين (1996) الضغط والقلق والحالات العصبية، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، ص 08.
- Ben-Zur & Zeidner (1988) Sex differences in anxiety curiosity, and anger: A cross- cultural study, sex roles, 19(5-6)333-347.
- Buss,D.M. (1995) Evolutionary psychology: A new paradigm for psychological science.

- Cottraux;J; (1990) Les thérapies Comportementales et cognitive; édition Masson; Paris
- Debove J/R (1982) dictionnaire le Robert Méthodique / le Robert , Paris - P - 52 .
- Delamare /R (1972) Dictionnaire des termes technique de médecine aloïne, 20^{ed} , paris, p 951.
- Eremsoy, C. E., Çelimli, Ş., & Gençöz, T. (2005). Students under Academic Stress in
- Folkman Lazarus,(1984) « the way of coping check list »
- Frexinós (1988) Hépat- Gastro- entérologie chimique, 3^o édition, saint germain, paris, dépôt, légal, p 213.
- Geary, D. C., Hoard, M. K., & Hamson, C. O. (1999). Numerical and arithmetical cognition: Patterns of functions and deficits in children at risk
- Haynal A (1980) les Métamorphoses somatique de l'angoisse Messine et Hygiène / Genève - P4014 – .
- Paulhan, I et Bourgeois, M., (1995). Stress et Coping, Les stratégies d'ajustement à l'adversité. 2^{ème} édition PUF
- Sillamy;N. (1983) / Dictionnaire de psychologie Bordas / Paris - P – 38 . p 560.
- Spielberger ,C.D (1983) / State - trait Anxiety in vontroy - A Comprehensive bibliography - polo alto –CA - consulting psychologists a Turkish University: Variables Associated with Symptoms of Depression and Anxiety. Current Psychology, 24 (2), 123-133. (Cited 1)