

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى مرضى القولون
العصبي

فادية كامل حسان حساسنة

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1439هـ/2018م

أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي

إعداد:

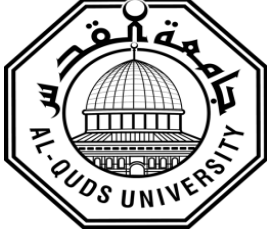
فادية كامل حسان حساسنة

بكالوريوس علم اجتماع وعلم النفس من جامعة بيت لحم/ فلسطين

المشرف: د. عمر الريماوي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من كلية العلوم التربوية/عمادة الدراسات العليا/ جامعة القدس

1439هـ/2018م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
قسم الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي

الاسم: فادية كامل حسان حساسنة

الرقم الجامعي: 21510071

إشراف: د. عمر الريماوي

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2018/8/7 من السادة لجنة المناقشة، والمدرجة أسماؤهم وتوقيعهم:

- | | | |
|----------------|----------------------|---------------------|
| التوقيع: | د. عمر الريماوي | 1. رئيس اللجنة : |
| التوقيع: | د. علا حسين | 2. ممتحناً داخلياً: |
| التوقيع: | أ.د. محمد أحمد شاهين | 3. ممتحناً خارجياً: |

القدس/ فلسطين

2018/هـ1439

الإهداء

" وما توفيقي إلا بالله "

الحمد لله حمداً يليق بجلاله وعظيم سلطانه، والصلاة والسلام على سيد الهدى وملهم العالمين، سيدي ورسول الله محمد عليه السلام.

أتقدم بهذا الانجاز المتواضع لوطن لا يعلو فوق حبه حباً، ولأرض تكمن في ذراتها سنابل الخير والعطاء.

لزوج نسج لي من خيوط الحب روح الأمن وحب العطاء، لمن أعطاني نصف العمر لكي أعلو في وكب الحالمين بالنجاح ، إليك يا من أسميتك قدري وأملي؛ زوجي العزيز.

إلى من أعطيتني ثقة بالحياة، واغترفتُ من أيامهم سعادة الأيام، لمن تحملا عني هفوات الأيام، لهم أبديت الخوف وأعطوني الأمان، إليكم يا ريح العنبر والريحان أمي وأبي.

للبراءة الصادقة والضحكة الرنانة، لبسمة تتجلى على ثغرات وجنتيهما حطام الأيام، لقرة عيني وتوأمرودي لمار وديار.

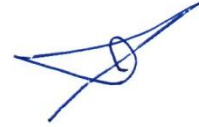
للعلم النابض، والعطاء السائر، لمن أقاموا على الأمانة حافظين، وللعلم ناثرين؛ أساتذتي الموقرين كل باسمه، ولك أخص الدكتور عمر الريماوي.

لكل من ينبض قلبه بالإنسانية

الباحثة: فادية كامل حساسنة

إقرار

أقر أنا الموقع أدناه معد هذه الرسالة أنها قُدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أيّ جزءٍ منها، لم يقدم لنيل أية درجة علمية عليا لأي جامعة أو معهد آخر.



التوقيع:

الاسم: فادية كامل حسان حساسنة

التاريخ: 2018/8/7

شكر وتقدير

من لا يشكر الناس، لا يشكر الله، هكذا تعلمنا، ومن أجل ذلك أتقدم بالشكر الجزيل لكل من كان له نصيب في تشجيعي على إعداد هذا البحث والمضي معي في كل خطوة من خطوات إعداده منذ أن كانت مجرد فكرة، إلى أن وصلت إلى تمامها بهذا الشكل، وإذ أقدم شكري هذا لمن سيأتي ذكرهم، فإنني أتقدم بالأسف الشديد لكل من ساعدني على إتمام هذه الرسالة، ولم اذكره بالاسم لذلك أعتبر هذا الشكر موصولاً لهم، وليعذروني على ذلك.

بادئ ذي بدء، أتقدم بالشكر الجزيل أولاً إلى حضرة الدكتور الفاضل: عمر الريماوي

الذي تفضل بالإشراف على الرسالة، وشجعني عليه منذ أن كان فكرة ليس أكثر، إضافة إلى صبره وإرشاداته، وكل ما أملكه أن أدعو الله سبحانه وتعالى أن يمتعته بالصحة والعافية

وأنتقدم بالشكر الجزيل أيضاً لكل أساتذتي في جامعة القدس فعلى أيديهم نشأت، ومن علمهم نهلت، وبفضل توجيهاتهم واصلت فأتممت دراستي هذه، فجزاهم الله كل خير.

المخلص:

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، واشتملت عينة الدراسة على (236) من مرضى القولون العصبي، وتم التحقق من صدق الأداة بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة، كما قامت الباحثة بالتحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات الدراسة حسب معادلة الثبات (كرونباخ ألفا)، وكانت النتيجة تشير إلى تمتع هذه الأداة بثبات يفي بأغراض الدراسة، إذ أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى أحداث الحياة الضاغطة جاء بدرجة متوسطة. بينما جاء مستوى الصحة النفسية بدرجة منخفضة. وتبين من خلال النتائج وجود علاقة عكسية بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، أي أنه كلما زاد مستوى أحداث الحياة الضاغطة قلل ذلك من مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغيرات الجنس، المؤهل العلمي وعدد الأبناء، و لمتغير العمر، بينما تبين وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وكانت الفروق بين العزاب وغير ذلك لصالح العزاب، وبين المتزوجين وغير ذلك لصالح المتزوجين. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغيرات الجنس، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، و لمتغير العمر. وبناء على نتائج الدراسة توصي الباحثة بما يلي: الابتعاد عن الأمور التي تزيد الأعراض، مثل التوتر، والقلق، أو أية ضغوط نفسية أخرى و التأكيد على دور المساندة الاجتماعية من الأهل والأصدقاء من أجل التخفيف من الأحداث الضاغطة الواقعة على مرضى القولون العصبي، تكثيف برامج التدخل في التعامل مع مشكلات مرضى القولون العصبي.

The Stressful Life Events and their Relation to the Mental Health of the Patients with Irritable Bowel Syndrome

Prepared by: FadiaKamel Hassan Hasasneh

Supervised by: Dr. Omar Rimawe

Abstract

The aim of the study was identified the stressful life events and their relation to the psychological health of the patients with irritable bowel syndrome. In order to achieve the objectives of the study, the researcher used the associative approach. The study sample consisted of 236 patients with irritable bowel syndrome. The tool was validated by calculating the pearson correction coefficient of the questionnaire. The researcher also verified the stability of the tool through the stability of the total degree of stability factor for the study fields according to the stability equation of (the alfakronobakh). The result was that tool was stable enough for the purposes. The result of the study showed that the level of the stressful life was moderate and the level the mental health was low .The results showed an negative relationship between the stressful life events and their relation to the mental health of the patients with irritable bowel syndrome. It means that increasing the level of the stressful life reduce the mental health of the patients with irritable bowel syndrome. Also, there were no differences in the level of the stressful life for the patients with irritable bowel syndrome. Attributed to variable gender and variable scientific qualification, number of children of the variable age while finding the existence of differences statistically attributed no change in the social situation and the differences between singles and others in favor of singles, also between married and others in favor married couples. The results show no differences in the level of the mental health attributed to study variable gender and variable scientific qualification, number of children of the variable age. Based on the results of the study recommends that the researcher to keep away from things that increase symptoms such as anxiety, tension and

any psychological pressure and emphasis on the role social support from parents and friends in order to alleviate the events of the compressor on patients with irritable bowel syndrome and intensify intervention programs in the treatment of patients with irritable bowel syndrome .

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

خلفية الدراسة وأهميتها:

1.1 المقدمة

عاش الإنسان منذ بداية الحياة باحثاً عن الاستقرار والأمان جارية وراء الراحة التي تعطيه الاتزان، ويسعى لتخفيف عبء الحياة عن كاهله وكلما ازدادت الحياة تعقيدا ازدادت مطالبها وازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب، مما اضطره إلى مواكبة التسارع لتحقيقها، وهذا زاد من الضغط على نفسه وتحميلها أكثر من طاقته.

فقد نشأت أحداث الحياة الضاغطة عند الفرد من مواجهته للمواقف الصعبة، حيث تلقى المسؤولية بالدرجة الأولى عليه من خلال قدرته للتعرف الى جميع المصادر التي يمتلكها، لكي يستطيع أن يجتاز الموقف الضاغط من منظورٍ معرفي، ولتقييم المواقف الضاغطة التي يتعرض لها، وتقييم قدرته على التعامل ومواجهة هذه المواقف دون التعرض لأية آثار سلبية جسدية أو نفسية أو اجتماعية(عبد الوهاب، 2006).

في الآونة الأخيرة تزايد اهتمام العلماء بدراسة المواقف الضاغطة التي يتعرض الأفراد لها بحياتهم في مراحل أعمارهم المختلفة، وما ينجم عن هذه المواقف من آثار ضارة على حياة الفرد تجعله يتبع أساليب أو وسائل متعددة للتصدي لهذه الضغوط، وفي الغالب لا يقف الفرد موقفاً سلبياً تجاه المواقف التي تعرضه للضغط النفسي، بل يحاول في العادة العمل على الحل ، ويتوقف ذلك على قدراته وإطاره المرجعي الثقافي والأخلاقي ومهاراته في تحمل أحداث الحياة (Lazarus& Folkman, 1984).

ومن الملاحظ أن الأفراد يتعرضون في جميع مراحل حياتهم الى مواقف ضاغطة، ومؤثرات شديدة من مصادر عديدة، كالبيت والعمل لأننا نعيش في عصر يحظى بأوضاع وأحداث متميزة عن العصور السابقة من حيث تسارع المعرفة والابتكارات العلمية وتوفر مستلزمات الحياة العصرية الحديثة، إضافةً إلى الحروب، النزاعات والبطالة وعدم كفاية الدخل والتوتر والإحباط التي يعانيها الفرد في مواجهة الوقائع الخارجية (البحراوي، 2003).

وترتبط الضغوط النفسية بأحداث الحياة اليومية، وهي منتشرة بين أفراد المجتمع بلا استثناء، ولكن تختلف الضغوط باختلاف البيئة والمكان، فضغوط الطالب تختلف عن ضغوطات الموظف، وضغوطات الموظف تختلف عن ضغوطات السجين، إذ تعد بيئة السجن مليئة بالضغوط النفسية النابعة من القوانين المقيدة، والتي تحد من حركة وطاقة السجين، مما قد يؤدي الى خلق حالة نفسية لدى السجين تتسم بالقلق والتوتر والكآبة والنظرة التشاؤمية للحياة، نتيجة الضغوطات التي تواجهه، والى نقص استراتيجيات التكيف لديه، وقلة مصادر الدعم التي تساعده في مواجهة تلك الضغوط (عبد الوهاب، 2006).

إن أحداث الحياة غير مرغوب بها تسبب الضغط أو المرض، كما يؤثر الضغط في مفهوم الفرد عن ذاته وفي طريقة حياته، وتتطلب منه أن يتكيف مع الأوضاع الجديدة وأي تغيير يحدث في حياة الفرد يتطلب منه إعادة توافق، فحياة الفرد كلها عبارة عن سلسلة من الأحداث المتلاحقة والمتغيرة. وإن الأفراد الذين ينظرون للتغيير على أنه أمر مثير ويعدونه نوعاً من التحدي، هم أفراد أقل قابلية للتأثر بالضغوط النفسية، في حين أن الأفراد الذين ينظرون الى التغيير على أنه نوع من التهديد ويعدونه أمراً مثيراً للربح، فهم من المحتمل أن يتعرضوا لضغوط شديدة؛ لذلك ومن هذا المنطق فإن نظرة الفرد للتغيير هي التي تجعله يدركه أو يتفاعل معه، وليس التغيير نفسه مما يجعله مصدراً من مصادر الضغوط النفسية، فالسجن بحد ذاته حدث يغير من حياة السجين (المغدري، 2004).

لا ي خفى ما للدعم الاجتماعي من أهمية للفرد والمجتمع، لأن للدعم الاجتماعي دوراً مهماً في التصدي لتأثير ضغوط الحياة، فالدعم الاجتماعي حاجة إنسانية وضرورة لسلامة الفرد وصحته النفسية، ويعمل كمخفف للصدمة ضد أحداث الحياة السلبية ومنع الوقوع فريسة للاضطراب، وتعد الأسرة المصدر الأول للدعم الاجتماعي، ويعد الأصدقاء من الشبكة الداعمة المهمة، ويضاف لهما الجيران وأفراد المجتمع، حيث يؤدي الدعم الاجتماعي العديد من الفوائد التي من شأنها أن تسهل عليه عملية التكيف وبالتالي يحسن من الصحة النفسية له ولأسرته، أن مصادر الدعم الاجتماعي قد تتنوع وتتعدد من أسرة، وأصدقاء، ومرشدين متخصصين، وأقارب، حيث يلجأ الفرد لأحد هذه المصادر وفقاً لنوع المشكلة. وتقسم فوائد الدعم الاجتماعي إلى ثلاث فئات، هي: تقديم مساعدة مادية ملموسة، وتقديم المعلومات، وتقديم الدعم العاطفي، فيقدم الأهل والأصدقاء المساعدة الملموسة والخدمات في الظروف الصعبة، وتساعد النصائح والمعلومات الفرد في مواجهة الضغوط بفاعلية، يؤثر مدى الرضا عن الدعم العائلي في صحة الفرد النفسية ويعد موعد تقديم الدعم في الوقت المناسب وفق رغبة الفرد في الحصول عليه واستمراريته، من أهم متغيرات الدعم الاجتماعي (Chang, et al, 2001).

تزايد اهتمام العلماء في الآونة الأخيرة بدراسة المواقف الضاغطة التي يتعرض الأفراد لها في حياتهم اليومية، وفي مراحل عمرهم المختلفة، وما ينجم عن هذه المواقف من آثار ضارة على حياة الفرد، تجعله يتبع أساليب أو وسائل متعددة للتصدي لهذه الضغوط. وفي الغالب لا يقف الفرد موقفاً سلبياً في كثير من الأحيان تجاه المواقف التي تعرضه للضغط النفسي، بل يحاول في العادة العمل على إيجاد الحل، ويتوقف ذلك على قدراته وإطاره المرجعي والثقافي والأخلاقي ومهاراته في تحمل أحداث الحياة الضاغطة، وكثيراً ما تجمع استجابات الفرد التكيفية لمواجهة مثل هذه المواقف بين عدة تغيرات فسيولوجية وعصبية تؤثر في نوع الاستجابات، فيحدث أحد الأمرين: تعطيل أو تنشيط، فحالة التعطيل تؤدي إلى إيقاف مؤقت لبعض الاستجابات كوسيلة لحل الموقف، أما حالة التنشيط فتعمل على تسهيل

استجابات بديلة؛ ويؤكد لازاروس Lazarus أن الضغوط النفسية لها أهمية خاصة في عمليات التوافق لدى الفرد، لأنها تساعد على ترسيخ قدرة الفرد في التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها بداية من حل مواقف المشكلات البسيطة إلى المواقف المعقدة (Lazarus, 1984).

على عكس ذلك فإن الإخفاق في حل المشكلات يجعل الفرد في صراعات نفسية مستمرة تمتص جزء كبير من طاقته لأجل حل هذه الصراعات، فيكون الفرد عرضه للتعب الجسدي والنفسي لأقل جهد يبذله، فيكون نافذ الصبر سريع الغضب، مما يؤدي إلى تدهور صحته النفسية وإلى سوء علاقاته مع الآخرين (السلطان، 2009).

ومن المعروف أن الضغوط النفسية من أهم سمات العصر الراهن، الذي يشهد تطورات وتغيرات سريعة في جميع مجالات الحياة، فقد تبين أن كثيراً من الأمراض الجسمية تسببها الضغوط النفسية، كالأضرار السيكوسوماتية، فعندما تستمر الضغوط النفسية تتكرر الاضطرابات الفسيولوجية، فتنحول إلى اضطرابات مزمنة، ثم إلى أمراض سيكوسوماتية، ومن أهم هذه الأمراض، أمراض الجهاز الهضمي، وقرحة المعدة والأمعاء، وفقدان الشهية للطعام، والإمساك والإسهال المزمن، واضطراب القولون العصبي (عبد المعطي، 2006).

يعد مرض متلازمة القولون العصبي أو كما يعرف بمتلازمة تهيج الأمعاء، من أكثر الأمراض الجسدية انتشاراً التي تصيب الجهاز الهضمي والتي تتأثر بالضغوط النفسية، إذ تبلغ نسبة انتشاره عالمياً (11%)، فهو مرض من أمراض العصر، ويرتبط بالأعصاب اللاإرادية، وهو من أكثر أعضاء الجسم تعرضاً وانعكاساً للتوتر، فهو المترجم الفوري للغة العصبية، وقد تتزايد هذه الأعراض عند العرب نظراً لطبيعة الأكل المليء بالدهون، والعادات الغذائية المضطربة (أيلين، 2005).

وتؤثر نوعية الحياة بشكل كبير على مظاهر الصحة النفسية والجسمية، وتحقق التوافق الشخصي، والاجتماعي، والشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين، وشعور الفرد بأنه محقق لذاته، وأن لديه

القدرة على التكيف، وأن لديه استبصاراً لنفسه، ولهذا يود كل إنسان التمتع بصحة نفسية وجسدية جيدة، حتى تكون حياته ذات جودة ممتازة(منسي، 2001).

من هنا نجد بأنه نتيجة للتغير في انتشار الأمراض المزمنة والحادة عند الناس، نتج عنه زيادة في إعداد الأفراد الذين يعانون من خلل في السلوك والعمليات المعرفية وذلك بسبب تأثير تلك الأمراض على وظائف لقشرة الدماغية. ويظهر هذه الخلل الوظيفي في كثير من الحالات خلال الفترات الأولى من حياة الفرد (Tarter& Edwards, 1988).

وتعد الصحة النفسية واحدة من الصفات النفسية التي ترتبط سلباً أو إيجاباً بالأمراض أو الأعراض المرضية التي تصيب بعض أجزاء جسم الإنسان كنتيجة مباشرة للتوتر العصبي أو الضغوط النفسية وتعرف هذه الأمراض بالأمراض النفسية الجسدية (السيكوسوماتية)، وهذه الأمراض تضم أمراض العصر المعروفة مثل ارتفاع ضغط الدم، وقرحة المعدة ومرض الاضطرابات العصبية للجهاز الهضمي الذي يعرف عادة باسم القولون العصبي؛ هذه الأمراض وضعت في هذه القائمة لأن جذورها تعود الى أسباب نفسية نتيجة التعرض للضغوط وكبت الانفعالات على مدى طويل، فيكون تأثير ذلك خلل في بعض وظائف الجسم ويتحول الى مرض مزمن حقيقي يصعب علاجه. وبصفة عامة، فإن مرض القولون العصبي يصيب (20%) من البالغين على مستوى العالم، و(60%) من المرضى المترددين على عيادات الجهاز الهضمي ولهم متاعب عصبية ونفسية تؤدي الى الإصابة بالقولون العصبي (الخطيب، 2000).

إن مرض القولون العصبي يسبب عبئاً طبياً واقتصادياً على الأطباء والمرضى على حد سواء، لأن المريض ليس مصاباً بمرض عضوي محدد، ولذلك تصبح فرصة التشخيص المبكر للمرض قليلة وتصبح الخيارات المطروحة للعلاج كثيرة أمام الأطباء؛ ولهذا يأخذ العلاج وقتاً طويلاً، فكان من المهم

أن يتعلم المريض كيف يتعامل مع هذه المرض المزعج، فجزء كبير من العلاج يعود الى المريض نفسه (Hatfield et al., 2001).

2.1 مشكلة الدراسة

تحاول هذه الدراسة الربط بين أحداث الحياة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي؛ إذ أن أحداث الحياة المشحونة بالتوتر تثير الضغوط النفسية لدى الفرد وجوهرا الاختلاف في مجال البحث العلمي المتعلق بالجانب النفسي وتأثيره على الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، والمعروف أن هذه الحالات تعرضت لضغوط عدة ولكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية قبل إصابتها بالقولون العصبي، وظروف الحياة القاسية والكبت وكظم الانفعالات، وكذلك حالات الاكتئاب والقلق المزمن والخوف لدى بعض الحالات، مما يدل على تأثير العوامل النفسية وكثرة شكاوهم من بعض الأمراض التي يعتقدون إنها أمراض عضوية، ولكن الحقيقة إنها ذات أسباب نفسية في الغالب، وهي ما تسمى بالأمراض النفسجسمية. إلا إن تهيج القولون أو ما يسمى في بعض الأدبيات الطبية (متلازمة القولون المتهيج أو العصبي) يعتبر من الاضطرابات الشائعة الهضمية انتشارا، وتتمثل مشكلة البحث في معرفة العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

3.1 أهمية الدراسة

الأهمية النظرية: حيث تسهم في تعزيز المعرفة العلمية، وتزويد المكتبة العربية بمعلومات نظرية حول الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي، من خلال مقارنتها بالأدب النظري للدراسات الأجنبية المختلفة، وإثارة الوعي نحو أهمية معرفة مستوى الضغوط، حيث يتوقع من مرضى القولون العصبي بعد إجراء هذه الدراسة تعلم كيفية الحد من التعايش مع الضغوط النفسية، التي حظيت بالاهتمام في الدراسات الأجنبية؛ لذا تأتي هذه الدراسة لسد النقص الموجود في الدراسات العربية، ولتتفرد من بين الدراسات من خلال تناول موضوع الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية الديمغرافية.

الأهمية التطبيقية للدراسة من خلال تزويد المعنيين والمتخصصين بصورة دقيقة بحجم وطبيعة هذه الضغوط، للعمل على وضع الحلول المفيدة التي من شأنها معالجة مثل هذه الضغوط بحيث تنعكس إيجاباً على حياة المرضى، ولتقديم الخدمات الإرشادية المناسبة لهم، وخاصة فيما يتعلق بالنظرة الى الحياة، والتخلص من الضغوط النفسية المصاحبة لمرض القولون العصبي، ومن المتوقع أن تقدم الدراسة الحالية معلومات مفيدة لمرضى القولون العصبي لتفهم مرضهم وكيفية التعايش معه.

4.1 أهداف الدراسة

1. التعرف إلى مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي.
2. التعرف إلى المستوى الصحي النفسي لدى مرضى القولون العصبي.
3. التعرف إلى العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

4. التعرف إلى الفروق في أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي حسب

متغيرات الجنس، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، العمر.

5. التعرف إلى الفروق في الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي حسب متغيرات الجنس،

المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، العمر.

5.1 أسئلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي؟

2. ما مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي؟

3. هل توجد علاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي؟

4. هل يختلف مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي حسب متغيرات

الجنس، المؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، العمر؟

5. هل تختلف مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي حسب متغير

الجنس، والمؤهل العلمي، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، العمر؟

6.1 فرضيات الدراسة

للإجابة عن أسئلة الدراسة من الثالث حتى الخامس، فقد صيغت الفرضيات الصفرية الآتية:

الفرضية الأولى: لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين أحداث الحياة

الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

الفرضية الثانية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الجنس"

الفرضية الثالثة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي "

الفرضية الرابعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية "

الفرضية الخامسة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء "

الفرضية السادسة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر "

الفرضية السابعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الجنس"

الفرضية الثامنة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي"

الفرضية التاسعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية "

الفرضية العاشرة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات

الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء "

الفرضية الحادية عشر: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين

متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر "

7.1 محددات الدراسة

تحدد نتائج الدراسة أو درجة التعميم لهذه النتائج من الحدود الآتية:

1. الحدود المكانية: مرضى القولون العصبي المترددين على العيادات الصحية في مدينة بيت لحم.
2. الحدود الزمنية: العام الدراسي 2017 / 2018.
3. الحدود البشرية: مرضى القولون العصبي.
4. حدود المفاهيم: المفاهيم والمصطلحات الواردة في الدراسة (أحداث الحياة الضاغطة، الصحة النفسية، القولون العصبي).
5. الحدود الإجرائية: اقتصر على أدوات الدراسة ودرجة صدقها وثباتها، وعلى عينة الدراسة وخصائصها والمعالجة الإحصائية المستخدمة.

8.1 مصطلحات الدراسة

تهيج القولون أو ما تسمى بـ **متلازمة القولون المتهيج**: وهو الشعور بألم بطني أو عدم ارتياح يرافقه إمساك أو إسهال، ومن الأعراض الأخرى النفخة والتغوط المخاطي وأعراضه إما أن تكون خفيفة ومتقطعة أو شديدة ومستمرة ومعقدة تعيق المرضى من ممارسة عملهم ونشاطهم الاجتماعي، مما تؤثر بشكل كبير على نوعية حياة المرضى (Tucker, 2009).

أحداث الحياة الضاغطة

أي تغير خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة وتمثل الأحداث الخارجية بما فيها العمل والصراعات الأسرية ضغوطاً في ذلك مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض، أو الأرق، أو التغيرات الهرمونية الدورية (عبد الستار، 1998).

أحداث الحياة الضاغطة

- عرفها الحلو وعفانه (1994): أنها المشكلات والصعوبات والأحداث التي قد تواجه الفرد في حياته اليومية وتسبب له توتر أو تشكل له تهديدا وتكون عبئا عليه.
- عرفها دسوقي (1991): أنها مجموعة من التراكبات النفسية والبيئية والوراثية والمواقف الشخصية نتيجة للأزمات والتوترات والظروف الصعبة التي يصادفها الفرد، بل إنها قد تبقى وقتا طويلا إذا ما استمرت الظروف المثيرة لها وتترك أثارا نفسيه.
- عرفها طاهر (1993): أنها تلك العوامل الخارجية والداخلية الضاغطة على الفرد ككل أو على أي عنصر فيه، الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر، أو الإخلال في تكامل شخصيته، وعندما تزداد شدة هذه الضغوط فان ذلك يفقد قدرة على التوازن ويغير نمط سلوكه مما كان عليه إلى نمط جديد.
- عرفها أبو غزالة (1999): هي عبارة عن تأثير داخلي يخلق حالة من عدم التوازن النفسي والجسمي، وينجم عن عوامل تنشأ من البيئة المحيطة بالفرد مثل القلق، الغضب، الشعور بالاكنتاب، سواء كانت هذه البيئة عائلية أم بيئة اجتماعية عامة.
- التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس أحداث الحياة الضاغطة المعدة لهذا الغرض.

الصحة النفسية: هي البرء من أعراض المرض العقلي أو النفسي، في حين يشير المفهوم الثاني إلى أن الصحة النفسية هي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب، مليئة بالتحمس، ويعني هذا أن يرضي الفرد عن نفسه، وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين (مصطفى، 1987).

- التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الصحة النفسية المعدة لهذا الغرض.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

ثانياً: الدراسات السابقة

- دراسات عربية

- دراسات أجنبية

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثاني:

الإطار النظري والدراسات السابقة:

1.2 المقدمة

أولاً-أحداث الحياة الضاغطة:

مفهوم الضغط النفسي يشير إلى أي تغيير داخلي أو خارجي، قد يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة. بعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر، والصراعات الأسرية ضغوطاً، مثلها في ذلك مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض، أو التغيرات الهرمونية الدورية (مصطفى، 2002).

ويرى الباحثون أنضغوط أحداث الحياة جعلت الإنسان عرضة للانهايار العصبي والوقوع فريسة الأمراض الجسمية والنفسية، وأن الشعور بانعدام الثقة، وقلة التحمل، وعدم القدرة على التحكم في الأحداث والمشكلات هي مسببات للمرض الجسدي والنفسي، وأن الصراعات والمواقف الإحباطية المختلفة هي بوابة الدخول في عالم الأمراض النفسية والعقلية، التي تعطي الاستعداد والاستجابة للأمراض المختلفة (الرزاد، 2000).

إن أحداث الحياة والضغوط النفسية تتأثر أيضاً بالجانب الإدراكي للفرد من حيث مستوى تقبله أو عدم تقبله وقدراته لمواجهة الضغوط الحياتية وإن مستوى الإجهاد النفسي يرتبط بقدرة الفرد على إدراك الموقف، وهذا الإدراك قد يكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد؛ فما يبدو غريباً أو شاذاً قد يكون مألوفاً وهادفاً للفرد نفسه، ومعظم طرق السلوك التي يتبناها الفرد هي التي تتسق مع مفهومه عن نفسه ومع صورة الذات (أبو الخير، 2003).

وتعد الضغوط أحد المظاهر الرئيسية التي تتصف بها حياتنا المعاصرة، والتي هي بمثابة انعكاس للتغيرات الحادة التي طرأت على كافة مناحي الحياة كافة (Marks, 2000).

ولا شك أن الإنسان يمر في حياته بخبرات ومواقف مختلفة وكل منها يمثل حدثاً ضاغطاً فالضغوط محيطة بالإنسان في كل المواقف، وهذا أدى بالبعض إلى اعتبار ضغوط الحياة أحد المظاهر الرئيسية التي تتصف بها حياتنا المعاصرة (عبد الفتاح ومحمود، 2002).

ولما كانت أحداث الحياة وضغوطها السلبية تشير إلى تغيرات داخلية وخارجية تؤدي إلى استجابات انفعالية ومستمرة للفرد، وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها العمل والتلوث البيئي والخلافات الأسرية ضغوطاً في ذلك مثل الأحداث الداخلية، أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض، أو القلق، أو التغيرات الهرمونية (عبد الستار، 1998).

وفي العصر الحديث تتعدد وتتزايد مصادر الضغوط كما أنها تختلف من فرد إلى آخر ومن أسرة إلى أخرى في مراحلها المعيشية المختلفة، إذ تمثل البيئة مصدراً مهماً للعديد من الضغوط التي تشمل ردود أفعال جسمية، والبعض نفسيه واجتماعية (اللقى، 2000). ويؤكد الباحثون على أن للضغوط تأثيرات وتغيرات متنوعة على الفرد، فالضغوط ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات لفسولوجية فعندما يتعرض الفرد للضغط فإن الجسم يبدأ في إنتاج بعض المواد الكيميائية والتي تؤثر على وظائف أجهزة الجسم (عزت، 1993).

في حال تعرض الفرد لهبوط الأداء في العمل والقلق يصبح عرضة للحوادث، كما تشمل تأثيرات الضغوط أيضاً على تغيرات انفعالية، مثل انفعالية مثل القلق والخوف والشعور بالاكتئاب واللبأس وخاصة مع إدراك الفرد بعدم القدرة على التحكم في الأحداث وعدم القدرة على مواجهة الضغوط (سلامة، 2000).

ولئن كانت أحداث الحياة الضاغطة ترتبط باختلال الصحة النفسية والجسمية للفرد، فإن هناك وسائل دفاعية يستخدمها الفرد لمواجهة هذه الأحداث الضاغطة، وقد تكون هذه الوسائل بناءة يتغلب بها على ما تسببه هذه الأحداث من صراعات وإحباطات، أو قد تكون لا شعورية يطلق عليها الميكانزمات الدفاعية (الشكعة، 2009).

ويختلف الأفراد في مدى شعورهم بالضغط النفسية، ويعزى ذلك إلى أن بعض متغيرات الشخصية، ربما تعمل كمصادر شخصية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وفي هذا الصدد يرى لازاروس أن سمات الشخصية تؤثر على عمليات تحمل الفرد في مواجهة مصادر الضغوط إما بطريقة مباشرة عن طريق ما يمتلكه الفرد من قدرات، أو بطريقة غير مباشرة عن طريق تقييم الفرد للموقف المهدد (Lazarus,1966).

وبالتالي تحدث الضغوط النفسية عندما تتجاوز الأعباء البيئية قدرات وإمكانات الفرد في مواجهتها والسيطرة عليه امن خلال مواجهة الضغوط التي يعتمدها الفرد وفقا لخبراته السابقة خلال تفاعله مع الإحباطات والضغط، ووفقاً للمناخ الاجتماعي والسياسي للمجتمع الذي يؤثر في فلسفة وأساليب الآباء والمعلمين، الأمر الذي يؤثر بدوره على بناء أساليب مواجهة معينة في التصدي للضغط النفسية. (يونامكي، 1998).

وتعرف "أساليب مواجهة الضغوط بأنها " الأساليب التي يواجه بها الفرد أحداث الحياة اليومية الضاغطة، والتي تتوقف مقوماتها الايجابية أو السلبية نحو الإقدام أو الإحجام طبقا لقدرات الفرد، وإطاره المرجعي للسلوك، ومهاراته في تحمل أحداث الحياة اليومية الضاغطة، وطبقا لاستجاباته التكيفية نحو مواجهة هذه الأحداث دون إحداث أية آثار سلبية جسمية أو نفسية عليه". (علي، 2003) ويعرفها "هريدي" بأنها كافة جهود الفرد المعرفية والانفعالية والنفس حركية والشخصية التي يسعى الفرد من خلالها إلى التصدي للموقف الضاغطة، للتخلص منها، أو لتجنب أثارها السلبية

(مادية ومعنوية)، أو التقليل منها بهدف المحافظة قدر الإمكان على توازنه الانفعالي، وتكيفه النفسي والاجتماعي " (هريدي، 1996).

وعلى الرغم من أن أساليب مواجهة الضغوط تساعد الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي إلا أن " شيلدر " ترى أن أساليب المواجهة تختلف عن التكيف فالتكيف يتكون من ردود أفعال الفرد التي تتسم بالآلية؛ أما أساليب المواجهة فإنها تستخدم آليات دفاع نفسية واجتماعية تتضمن جهود واعية في التعامل مع الأحداث التي لم يستطيع الفرد التكيف معها (Shields. 2001).

إن الحدث الضاغط عمره من عمر الإنسان، والضغوط النفسية تعد صراعاً مع البيئة، واستجابة الفرد لها، وسواء كان ذلك فسيولوجياً أم سيكولوجياً بعد تعرضه لها، تأتي حصيلة التأثير بالمتغيرات الخارجية واعتلال العقل الذي يعد نقطة البداية في اعتلال البدن، ولو فقدنا الانسجام بين المتغيرات العقلية، وما يحيط بنا من ظروف لحدثت لنا الأمراض السيكوسوماتية (السيد، 2006).
ويقدر أن إدراك الضغط إنما هو السبب الأعم للمشكلات الصحية في المجتمع الحديث، وهو المسئول عن سبب ما يقرب من نسبة (80%) من جميع الزيارات التي يقوم بها الناس إلى عيادات الأطباء، ويذكر بعض العلماء أن الضغوط تؤدي دوراً هاماً في الإصابة بالأمراض القاتلة في العالم الغربي، مثل السرطان، والأمراض القلبية الشريانية، واضطرابات التنفس، والإصابات الطارئة، بسبب الحوادث وتشمع الكبد، والانتحار (شيخاني، 2003).

بينما ترتبط ضغوط الحياة بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية، فهي تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعد على مصادر المواجهة والاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً، بشرط أن يعي الفرد كيفية التحمل، وما هي العمليات أو الاستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ما، كما ينظر بعضهم إلى تلك العمليات على أنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي في أثناء المدة الزمنية الضاغطة في حياته، وبات هناك اقتناع بضرورة الاهتمام بدراسة

هذه العمليات في محاولة الإجابة عن سؤال فحواه كيف يستطيع الفرد أن يتحمل، أو يطبق أو يدير الضغوط بنجاح خلال حياته؟ (إبراهيم، 1994).

إن التطور السريع الذي تشهده حياتنا المعاصرة أدى إلى ازدياد وتنوع مستلزمات الحياة، بل إن طموحات الفرد اختلفت وازدادت عما قبل، وقد فرض ذلك عليه مزيداً من الجهد والعمل المتواصل ليعيش حياة سعيدة، مما جعله يشعر بحالة من التوتر والضغط النفسي؛ لذا تعد الضغوط النفسية ومصادرها، وأثارها في العاملين في المؤسسات والتنظيمات المختلفة من الموضوعات التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين خاصة في الآونة الأخيرة، رغم من وجود هذه الظاهرة منذ وجود الإنسان، كنتيجة لما تسببه هذه الضغوط من نتائج سلبية على نفسية العاملين، وانخفاض الأداء لديهم، وازدياد أيام الغياب، وربما ارتفاع حوادث العمل، ومن ثم تكبد المؤسسة خسائر كبيرة تتمثل في تعويضات العاملين وانخفاض الإنتاج (جاد الله، 2002).

وقد تكون الأحداث الضاغطة بصورة شبه يومية مثل الأحداث الضاغطة الوظيفية، كأعباء العمل، ونقص الاحترام من الزملاء والإدارة، ونقص التدريب والمعلومات، وزيادة المسؤولية، والافتقار إلى المساندة الاجتماعية، وعدم التقدير من رؤسائها، والمعاناة من الراتب المنخفض، وقلة فرص الترقى، وظهور المشكلات الأسرية، وبين الإصابة بالأمراض المختلفة الجسدية أو الاضطرابات النفسية، كل ذلك كنتيجة متوقعة لتغير دور المرأة جذرياً خلال الربع الأخير من القرن العشرين في مجتمعاتنا العربية، إذ أصبحت المرأة تشارك أسرتها في تحمل المسؤولية من خلال معاشتها مع أسرتها سواء كانت متزوجة أم غير متزوجة، فضلاً عن زيادة مصادر أحداث الحياة الضاغطة الناتجة عن الواجبات المنزلية وتوفير الراحة للأسرة في الأوضاع الاعتيادية أو في حالات الأزمات (علي، 2005).

وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية، مثل كثرة المعلومات التي تؤدي إلى إجهاد انفعالي، وتظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر، وتؤدي الضغوط إلى تغيرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية، وبنية دفاعية متحولة للنشاط، وسلوك لفظي وحركي قاصر، أو هي حالة من عدم التوازن الناجم عن تعرض الفرد لانفعالات نفسية سيئة تتسم بالقلق والتوتر والضيق والتفكير المرهق في أحداث وخبرات حياتية تعرض لها في الماضي أو يعيشها حاضرا أو يخشى حدوثها مستقبلا، وتسبب اضطرابات فسيولوجية ضارة (السيد، 2011).

وهكذا، فإن الضغط النفسي هو الحمل الذي يقع على كاهل الفرد وما يتبعه من استجابات ليتكيف مع التغيير الذي يواجهه، بأساليب تختلف من فرد إلى آخر، ولكنها لا تخرج عن ثلاث استجابات هي: استجابات فسيولوجية: كزيادة نبضات القلب، ارتفاع ضغط الدم، وضيق التنفس، . . . الخ، واستجابات نفسية: كالخوف، القلق، فقدان الثقة بالنفس، التوتر، سرعة الغضب، . . . الخ، واستجابات سلوكية: كالزيادة والنقصان في الأكل والنوم، قضم الأظافر، تناول العقاقير المهدئة، . . . الخ). لذلك كانت هناك استجابات وأساليب شخصية للتحكم في الضغوط منها، (أساليب الطرائق المعرفية: كالتقييم الذهني، إعادة ترتيب الأفكار، التدريب أو الإعادة) و(الأساليب الذهنية والبدنية: كالتأمل والاسترخاء التدريجي التقدمي) (علي، 2008).

ومن المعروف أن الضغوط النفسية من أهم سمات العصر الراهن، الذي يشهد تطورات وتغيرات سريعة في جميع مجالات الحياة، فقد تبين أن كثيراً من الأمراض الجسمية تسببها الضغوط النفسية، كالأمراض السيكوسوماتية، فعندما تستمر الضغوط النفسية تتكرر الاضطرابات الفسيولوجية، فتتحول إلى اضطرابات مزمنة، ثم إلى أمراض سيكوسوماتية، وأهم هذه الأمراض: أمراض الجهاز الهضمي، وقرحة المعدة والأمعاء، وفقدان الشهية للطعام، والإمساك والإسهال المزمن، واضطراب القولون العصبي (عبد المعطي، 2006).

وتعد الضغوط النفسية من الظواهر الشائعة في حياتنا اليومية. التي تنتشر في جميع مجالات الحياة، وتظهر أكثر في بيئة العمل التي تؤدي إذا استمرت لفترة طويلة إلى إعاقة الإنسان عن تكيفه، واختلال سلوكه، وسوء توافقه النفسي والاجتماعي، وبالتالي ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية؛ (أبو دلو، 2009).

2.2 تأثير الضغوط النفسية

الاستجابة الجسدية للضغوط النفسية هي عبارة عن استجابة بيولوجية آلية غير محددة، تتشكل على سلسلة من التغييرات في الجهاز العصبي والغدد التي تعد الجسم لنشاط فعال؛ هذه التغييرات تصبح ذات قيمة عندما تتعامل مع تحديات جسدية حادة، لكنها قد تأخذ جانب سلبي مؤثر عندما تكون مزمنة أو حادة جداً، فالعديد من التغييرات والاضطرابات النفسية تتعلق بأمراض محددة بشكل مباشر. فالضغوط النفسية مثلاً تسبب توتر في العضلات، والحاد منها قد يتسبب باضطرابات قلبية والتي من الممكن أن تسبب "الموت المفاجئ" خاصة لدى مرضى الشريان التاجي، وكذلك يمكن أن تساهم الضغوط النفسية في الإصابة بالعديد من الأمراض المعوية، وقد تقلل من إنتاج هرمون التسترون في الجسم (Lehrer, 1997).

وقد وصف سيلبي (Sely, 1983) ردود الفعل الفسيولوجية للضغوط النفسية حسب الترتيب الآتي:

1. يدرك موضوع الخطر أو التهديد أو الإصابة بواسطة القشرة الدماغية، وهذا الإدراك يفسر من

قبل مجموعة من الاتصالات في الدماغ تشمل الذاكرة.

2. بعد عملية إدراك خطورة وأهمية المثير فإن القشرة الدماغية تعمل على إثارة الجهاز اللمبي

والذي يسيطر على وظائف الجهاز الحشائي (الداخلية)، مثل القلب، والأوعية الدموية، ببؤبؤ

العين، المعدة، الأمعاء وغيرها؛ وتحدث إثارة إلى اللوزة وتحت المهاد هذه الإثارة تؤدي إلى

كثير من التغييرات الجسمية، مثل توسع ببؤبؤ العين، شحوب الجلد، وزيادة في ضربات القلب،

وزيادة في انقباض عضلة القلب، وسرعة في التنفس، وانتصاب الشعر وزيادة في إفراز هرمون الأدرينالين والنورادرينالين التي تفرز من نخاع غدد الأدرينالين (فوق الكلوية).

3. في نفس الوقت يعمل تحت المهاد على إثارة الغدد النخامية، التي تفرز بسبب المثيرات الضاغطة هرمون (ACTH)، الهرمون المغذي (الحاث لقشرة الغدة الأدرينالية)، والذي سمي بهرمون الضغط، وهذا يحمل عن طريق الدم ويؤثر على قشرة الغدة الأدرينالية لتفرز هرمونالكورتيكوستيرويدات. هذه الهرمونات لها تأثير كبير على أنسجة الجسم، فهي تؤثر على عملية التمثيل الغذائي، وتكوين البروتين، وتؤثر على مقاومة جهاز المناعة عند مهاجمة الجسم من قبل الفيروسات وغيرها.

ان الضغوط النفسية هي صراع طويل الأمد، " أنه عندما يدخل الجسم في فترة طوارئ لفترة طويلة من الوقت، فإنه يتغير بيولوجيا ويطور مشاكل صحية " من هنا توصل الباحثون إلى أن الأشخاص أصحاب المستويات العالية من الضغوط النفسية يكون لديهم فرصتان للتعرض للإصابة بالزكام مقارنة مع الأشخاص الذين يسجلون مستويات متدنية، ولأن عواطفنا تؤثر على صحتنا الجسدية فإن الكثير من الناس قد يطور أمراض جسدية نتيجة للضغوط النفسية؛ فقد أصدرت الجمعية الأمريكية تقرير عن العالم النفسي الإكلينيكي ميلر (Miller) بأن (43%) من البالغين يعانون من تأثيرات صحية عكسية يسبب الضغوط النفسية، وتقريبا (90%) من مراجعي العيادات الطبية جاءوا للعيادة بسبب الضغوط المرتبطة بأمراض مثل مرض الشقيقة، اضطرابات الحيض، تهيج القولون العصبي، وارتفاع ضغط الدم (Waters et al., 2012).

3.2 الضغوط النفسية والاضطرابات الجسمية والنفسية

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط والانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، وعرفت الأمراض السيكوسوماتية بأنها: "مجموعة من الاضطرابات أو الأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية، وتتضمن أداء الأجهزة العضوية التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل- وبذلك تكون المتغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصراراً وحدة ويطول بقاؤها، ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعورياً بهذه الحالة الانفعالية" (عبد المعطي، 2006).

كما يرى يولف "Wolff" إن السيكوسوماتية ترجع غالباً لضغوط" المواقف المختلفة في الحياة، تلك الضغوط، التي لا تتفق مع تكوين الفرد الفسيولوجي أو النفسي، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه وإفرازات غده من الهرمونات والعصارات وغيرها، مما يجعل الحالة الانفعالية بالأحشاء تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحمله الآليات الجسمية الداخلية فتضرب الوظائف أو تصاب الأعضاء (مصطفى، 2002).

ثانياً- الصحة النفسية:

مفهوم الصحة النفسية:

يعرف (القوصي، 1982): الصحة النفسية بأنها: "التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات العادية التي تطرأ عادة على الإنسان و الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية".

ويعرفها (كفافي، 1990) بأنها: حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية.

ويذكر (عطية، 1988)، بأن كل من نجاتي والغزالي وابن القيم يتفقون على أن الشخص السوي المتمتع بالصحة النفسية، صاحب قلب سليم، قادر على تحقيق التوازن بين مطالب الجسم والروح، وقادر على إشباع حاجتهما.

ويعرف كل من (زهران و إبراهيم، 1991) الصحة النفسية بأنها "حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته)، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش في سلامة وسلام".

وتأتي كلمة الصحة (health) من الكلمة اللاتينية (Hygeia) نسبة إلى ابنة رائد الطب الإغريقي (Sklepicos)، التي تظهر وهي ممسكة في يدها بكأس مملوءة بمشروب الحياة، ويلتف حولها ثعبان، وقد اتخذها الإغريق حينئذ رمزاً للحكمة (حسن، 2003).

أما مجالات الصحة العامة فتمثلت في الصحة الشخصية التي تشير إلى تجنب كل ما يعرض الفرد للمرض، وأن يبادر للفحص الطبي المبكر، ومكافحة الأمراض، والوقاية منها باستخدام الأمصال، واللقاحات، والمضادات الحيوية (الأمامي، 2011).

وتعد الصحة النفسية هدف كبير يسعى جميع الأفراد للحصول عليه، أو الحفاظ عليه لذا فإن المهتمين في مجال علم النفس الإرشادي والصحة النفسية قد أولوا الصحة النفسية اهتماماً واسعاً، حيث أن

الأفراد في العصر الحديث قد ازداد اهتمامهم بصحتهم النفسية نظراً لتعدد الحياة الحديثة وتعدد مجالات الضغوط ومصادرها. كما ان ارتفاع مستوى النمو الفكري والحضاري جعل الأفراد يدركون بأن المتعة في الحياة لا تتوقف على صحتهم الجسمية فحسب بل تتعداها الى صحتهم النفسية (البدور، 2011).

وتعود أهمية الصحة النفسية على الفرد والمجتمع كونها تساعده على التوافق الصحيح في المجتمع وتساعد الفرد على انسياب حياته النفسية وجعلها خالية من التوترات والصراعات المستمرة مما يجعله يعيش في طمأنينة وسعادة وأن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع نفسه والذي لم تستنفذ الصراعات بين قواه الداخلية، وطاقته النفسية. كما أن الصحة النفسية تجعل الفرد قادراً على الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات، ومحاولة التغلب عليها دون الهرب منها (محمد، 2004).

ويعد (عبد الغني وصبرة 2004) أن الوعي الصحي يساعد على التعاون وتكوين العلاقات الاجتماعية والى تقليل الأفراد المنحرفين والجانحين والخارجين عن قيم المجتمع ومواجهة الظواهر المرضية والسلوكية في المجتمع، والى زيادة التعاون مع أفراد المجتمع

ومن خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية: التوافق والشعور بالسعادة مع النفس والآخرين، وتحقيق الذات، واستغلال القدرات، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة والتكامل النفسي (غريب، 2008)، والايجابية، والتفاؤل، والسلوك العادي، والعيش في سلامة وسلام، والتكامل النفسي (عبد الغني و صبره، 2004).

أهداف الصحة النفسية:

تهدف الصحة النفسية بصفة عامة إلى مساعدة الأفراد على التعديل والتغيير في سلوكياتهم وفقاً للخبرات التي مرو بها، أي الخبرات السابقة التي وتمكنهم من تحقيق النجاح في مختلف المجالات

ومجابهة الأزمات والتحديات التي تعترضهم ومساعدتهم على التكيف مع المواقف الجديدة، ويمكن إجمال أهم أهداف الصحة النفسية فيما يلي (رحماوي، 2008):

- المحافظة على سلامة الفرد والجماعة من المرض.
- فهم العلاقة بين تجارب الحياة ونمو الشخصية.
- مكافحة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات الخلقية لما لها من أراء مدمرة تهدد الإنسانية.
- انتشار مبادئ الصحة النفسية ونشر الوعي الصحي بصفة عامة، والوعي الصحي النفسي بصفة خاصة، حتى يساعد ذلك على الوقاية من الأمراض النفسية والانحرافات الخلفية.

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المرضية، وفيما يلي أهم هذه الخصائص (الزبيري، 2007):

- 1- التوافق: وهو تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه؛ ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة.
- ويراه فهمي (1998) بأنه الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي، ويشمل التوافق المدرسي والتوافق المهني، والتوافق الزوجي والانفعالي.
- 2- الشعور بالسعادة مع النفس: أي الراحة النفسية من ماضٍ نظيف، وحاضر سعيد، ومستقبل مشرق، والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الحاجات والدوافع الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس والثقة بها.
- 3- الشعور بالسعادة مع الآخرين: ويشمل حب الآخرين والثقة بهم واحترامهم وتقبلهم، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة، والانتماء للجماعة، وخدمة الآخرين، وتحمل المسؤولية الاجتماعية، والاندماج في المجتمع.

4- تحقيق الذات واستغلال القدرات: ويشمل فهم النفس، والتقييم الواقعي، وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات، وتقبل مبدأ الفروق الفردية، واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها، واستغلال القدرات والإمكانيات.

5- القدرة على مواجهة مطالب الحياة ومشكلاتها: من خلال النظرة السليمة للحياة ومشكلاتها اليومية، وتقبل الواقع والبصيرة والمرونة والإيجابية، والقدرة على مواجهة إباطات الحياة اليومية، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة، والقدرة على تحسس المشاكل واكتشاف القضايا ليجد لها حلاً يرتاح إليه ويفيد منه، لذا على كل فرد أن يأخذ فيه زمام المبادرة بمجابهة المشكلات التي تعترضه، ويقوم بتحديدتها ويحاول اكتشاف الحلول.

أما الأنماط والمظاهر الخاصة بالصحة النفسية، فقد كما أشار إليها شريت (2001) كما يلي:

- الإيجابية: إن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية عادة ما يتمكن من بذل الجهد الموجه البناء في مختلف الاتجاهات، كما أنه لا يقف عاجزاً أمام العقبات.
- التفاؤل: يتصف الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية بالتفاؤل لكن دون مغالاة أو إفراط؛ لأن الإسراف في التفاؤل قد يدفع الفرد إلى عدم أخذ الحيطة والحذر في مواقف حياته، ومن هنا كان التفاؤل المعتدل أحد مظاهر الصحة النفسية للفرد.
- تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكانياته: ليس جميع الأفراد متساوين في قدراتهم واستعداداتهم وإمكانياتهم الشخصية المختلفة، وفي وسائل التعرف إلى مدى ما يتمتع به الفرد من صحة نفسية، كما أن هناك من يهونون من شأن أنفسهم، ويركزون على عيوبهم بسبب ما يعانونه من مشاعر النقص. إن تصور الفرد الخاطئ لنفسه، وعدم تقبله الحقائق الموضوعية المتعلقة بشخصه، لا يساعد كثيراً على توافقه النفسي أو على التعامل الناجح مع الناس.

- اتخاذ أهداف واقعية: يضع الفرد أمام نفسه مثلاً مستويات وأهدافاً يسعى للوصول إليها، على ألا يكون الفرق كبيراً بين فكرة الفرد عن نفسه وبين ما يتخذه لنفسه من أهداف، وكون الأهداف واقعية يعني أن الفرد يمكنه تحقيقها مع بذل جهد إضافي مستطاع، على أن تكون هذه الأهداف محققة لبعض النفع والخير للفرد ولمجتمعه الذي يعيش فيه.
- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة: بعض الأفراد أقدر من غيرهم على إنشاء علاقات اجتماعية، وعلى الاحتفاظ بالصدقات والروابط المتبقية في الجماعات التي يتصلون بها.
- احترام الفرد لثقافة المجتمع مع تحقيق قدر من الاستقلال عن هذا المجتمع: من مظاهر الصحة النفسية للفرد أن يسلك سلوكاً مناسباً يتقبله المجتمع، ويتمشى مع العرف والقيم والمعايير السائدة في المجتمع، وألا يصدر عن الفرد سلوك شاذ لا يرضى عنه المجتمع.
- إشباع الفرد لدوافعه وحاجاته: إن إشباع الفرد لحاجاته الأساسية (السيولوجية والنفسية) وطريقة مواجهته لتلك الحاجات يحدد مدى تمتعه بالصحة النفسية.
- القدرة على ضبط الذات: إن الشخص السوي هو الذي يستطيع أن يتحكم في رغباته، ويكون قادراً على إرجاء إشباع بعض حاجاته، وأن يتنازل عن لذات قريبة عاجلة في سبيل دوافع أجلّ وأبعد أثراً وأكثر دوماً؛ لأن لديه القدرة على ضبط ذاته وعلى إدراك عواقب الأمور.
- نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه: هناك بعض الأفراد الذين يؤديون أعمالهم كارهين لها لأنها لا تتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم، فقد تكون أعلى من هذه القدرات وقد تكون أقل منها.
- القدرة على تحمل المسؤولية: لا شك أن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله، وما يتخذه من قرارات هو إحدى علامات الصحة النفسية، كما أن الهروب من المسؤولية، هو دلالة واضحة أكيدة على الافتقار إلى السواء.

- ارتفاع مستوى الاحتمال النفسي: حياة الإنسان مليئة بالأزمات والمشاكل والشدائد وضروب الإحباط والحرمان المختلفة، لكن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية تكون لديه القدرة على الصمود أمام هذه الظروف، ومواجهتها دون أن يختل ميزانه فينهار، ودون أن يشوه تفكيره أو يلجأ إلى أساليب شاذة أو ملتوية لحل الأزمات.

- النضج الانفعالي: ويقصد به قدرة الفرد على ضبط النفس في المواقف التي تثير الانفعال، وبعده عن التهور والاندفاع، وتناسب انفعالاته ومثيراته، وأن تكون الانفعالات معتدلة وسطاً لا هي ضعيفة تجعله متبلداً ولا هي جامحة منشطة وأن تكون حياته الانفعالية ثابتة فلا تكون عرضة للتقلب لأسباب تافهة وأن يكون تعبيره عن انفعالاته بصورة متزنة.

- ثبات اتجاهات الفرد: وهذا لا يتأتى إلا مع وجود خط فكري واضح، وخلفية فلسفية رصينة تصدر عنها أحكام الفرد وتصرفاته المختلفة، مما ييسر عليه أن يتصرف بصورة تلقائية تقريباً لأغلب الموضوعات.

- الصحة الجسمية: إن وجود عاهة جسمية تحدد مجال حياة الفرد كما تصبح العاهة عائقاً يحول دون تحقيق أهدافه.

ويأتي القولون العصبي في الترتيب الثاني بعد أمراض الأنفلونزا، وأعراض البرد بالنسبة لاستشارة طبيب العائلة، أو طبيب الرعاية الأولية، ويشكو كثير من المصابين بالقولون العصبي بأعراض ليست لها علاقة مباشرة بالجهاز الهضمي، إذ يشكو من مجموعة من الأعراض، دون وجود سبب عضوي واضح، ويؤثر هذا المرض في حياة من يعاني منه بشكل سلبي من جميع النواحي، الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والجنسية (الحشاش، 2010).

وتشير الدراسات الوبائية الى أن هناك من (25-45) مليون شخص مصاب بالقولون العصبي في الولايات المتحدة الأمريكية، أي بنسبة (10%-15%) من السكان، حيث أن نسبة النساء اللواتي

يعانين من المصابات هي ضعف نسبة الذكور. فقد جاء في دراسة هقتون وجاكسون وهورويل وموريس أن هرمون التسترون الذكري يحمي من الإصابة بالقولون العصبي، لهذا يفسر سبب انتشار القولون العصبي عند النساء أكثر من الرجال، وأن الذين يراجعون الأطباء من (20%-40%)، أذ بلغت نسبة انتشار القولون العصبي في الولايات المتحدة (12.8%) وفي المملكة المتحدة (9.5%) وفي السويد (10.6%)، وفي استراليا (13.6%)، وفي نيوزيلندا (12.7%)، وفي اسبانيا (10.3%) وفي فرنسا (4%) (Hillila. 2010).

وثمة مثيرات مختلفة للقولون العصبي، من أهمها: اختلال الوظيفة الحركية للقولون العصبي، أو الإجهاد النفسي، والغضب، والضغط النفسية، والقلق والاكتئاب، وبعض العقاقير الطبية، وأمراض الغدد الصماء، والاضطرابات العصبية العامة، والتدخين، حيث يؤثر التبغ في الجهاز الهضمي، فمكونات التبغ تصل إلى أعضاء الجهاز الهضمي، وتمتصها الخلايا والأنسجة، وخاصة الأمعاء الغليظة، لأن الشخص الذي يعاني من القولون العصبي تكون أمعائه حساسة للغاية، وبالتالي فإن مكونات التبغ عندما تدخل إلى خلايا الأمعاء الغليظة تثير حساسيتها، كما يؤثر التبغ في حرقة فم المعدة، وارتجاع الحمض، مما يزيد الأمر سوءاً ويؤدي هذا للإصابة بقرحة القولون العصبي، ويؤدي التبغ إلى الإصابة بصحوة المرارة، بسبب مادة النيكوتين السامة التي تقلل من فعالية عضلة العصاراة أسفل المرارة، ويؤدي استنشاق النيكوتين إلى انتفاخ البطن، ويعمل التدخين أيضا على زيادة حركة المعدة والأمعاء، مما يؤدي إلى الإصابة بالقولون العصبي (Massarrat. 2008).

وقد عرفت متلازمة تهيج القولون العصبي خلال السنوات الماضية بأسماء عديدة، منها: التهاب القولون، أو تشنج الأمعاء، أو تشنج القولون، أو التهاب القولون المخاطي، أو اضطراب في وظيفة الأمعاء. ولكن هذه المصطلحات غير دقيقة، فالتهاب القولون على سبيل المثال يعني التهاب الأمعاء الغليظة (القولون). أما تهيج القولون العصبي، فهو عرض لا يسبب الالتهاب، ولا يجب أن يخلط مع

تشخيص تقرح القولون الذي يعد من الاضطرابات الأكثر خطورة. (American Dieseline Health

(Foundation(ADHF), 2001

إن تشخيص متلازمة تهيج القولون العصبي وأعراض القولون هو الجزء الأخير من الجهاز الهضمي، ويبدأ من نهاية الأمعاء الدقيقة، وينتهي بفتحة الشرج. ويبلغ طوله حوالي ستة أقدام، وتنقسم الى ثلاثة أجزاء رئيسية، هي: القولون الصاعد، والقولون المستعرض، والقولون النازل، وذلك تبعاً لحظ سير الغذاء فيه، والوظيفة الرئيسية للقولون هي امتصاص الماء والأملاح من المنتجات الهضمية التي دخلت عبر المعى الدقيق، وهضم مادة السليلوز (الشاعر، 1990)؛ أما معدل الحركة الطبيعية للتخلص من فضلات الجسم تتراوح عادة ما بين ثلاث مرات يومياً إلى ثلاث مرات أسبوعياً، وهذه الوظيفة الطبيعية للأمعاء متغيرة من شخص لأخر بورش وآخرون (Chang, et al, 2001).

إن متلازمة تهيج القولون العصبي هو عرض مزمن، إذ تتراوح أعراضه ما بين الشديدة والمتوسطة، والحادة المستمرة، ولكن على الرغم من أن أعراضه لم تفهم بشكل واضح ومفصل، إلا أن تونر وآخرين (Nichols. 2001) يعتقدون أن تهيج القولون العصبي مرتبط بخلل في الدوائر العصبية، والتي تصل ما بين الأمعاء والدماغ، لذلك فقد يشعر بعض الناس بعبء الضغوط النفسية في أمعاءهم بدلاً من القلب، على الرغم من أن القلب هو الأقرب إلى الدماغ، لكن عندما يشعر الدماغ (Create Brain) بحالة الإرهاق فإنه يستدعي الخلايا المتخصصة والتي تدعى بالخلايا البدنية والنموذجية في بطانة الأمعاء وهذه الخلايا تحتوي على مادة كيميائية تدعى بالهستامين وتعمل على تنشيط الأعصاب المسيطرة على الأمعاء، وبالتالي تؤدي إلى تقلص العضلات. فالتشنجات والذهاب المتكرر إلى الحمام غالباً مرتبط بنوبات الضغوط النفسية (Sobel. 2000).

من هنا نجد أن متلازمة تهيج القولون العصبي هو عبارة عن اضطراب وظيفي لا يمكن اكتشافه من خلال أي مرض عضوي، أو جسدي، ولا يعني وجوده خلل في تركيبة القولون، وسبب هذا الاضطراب

الوظيفي لا يظهر في فحص الدم، أو الأشعة السينية، ويتم تشخيصه استناداً إلى مجموعة من الأعراض، وغالباً يتطلب فحوصات أخرى مكلفة، لاستثناء إمكانية وجود أمراض أخرى، وحالياً يتم تشخيص تهيج القولون العصبي وفق معيارين، هما: معيار روم (ROME) ومعيار مانينغ (Maning)؛ أن عضلة القولون عند الشخص الذي يعاني من تهيج القولون العصبي المزمن عادة تبدأ بالتشنج عند تعرضها لمثير معتدل، أي أنها تستجيب بقوة لمغيرات قد لا تسبب الضيق لأغلب الناس (ADHF. 2001).

4.2 متلازمة تهيج القولون العصبي

لغايات الدراسة الحالية، وسيتم التركيز على أحد الأمراض الشائعة بين الناس، والذي يعتبر من الأمراض المرتبطة بشدة بالعوامل النفسية ويؤثر على نوعية الحياة (Quality OF Life)، ألا وهو متلازمة تهيج القولون العصبي،

متلازمة تهيج القولون العصبي تعد أكثر اضطراب يصيب الأمعاء بجانب اضطراب سوء الهضم، ويصاب به تقريبا (10-22%) من سكان العالم، وتبين بأن (4.44%) لديهم اضطرابات وظيفية، و(5.22%) من هؤلاء لديهم متلازمة تهيج القولون العصبي. وهناك دراسة مسحية أخرى مشابهة قام بها كل من دروسمان وزملاؤه (Drossman.et al. 1988) على مراجعي عيادات الاختصاص في الأمراض المعوية في الولايات المتحدة شملت (1000) عيادة اختصاص، ووجدوا بأن (41%) من المراجعين لديهم اضطرابات وظيفية و (28%) منهم لديهم أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي، وهناك دراسات أخرى تمت في بداية الثمانينات في القرن العشرين أشارت إلى أن ما بين (10%-17%) من الأمريكيين و(6.13%) من البريطانيين البالغين يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي (Blanchard. 2001)، وهو منتشر عند النساء أكثر من الرجال، حيث أشارت الدراسات إلى أنه تقريبا كل (1.4-2.6 نساء مقابل 1 من الذكور) (Blanchard. 2001)، كذلك أشارت الدراسات

إلى أن معظم المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي لا يسعون إلى الحصول على المساعدة الطبية (Drossman,1992).

وتؤيد المؤسسة الأمريكية للصحة الهضمية (ADHF) بأن تهيج القولون العصبي منتشر عند النساء أكثر من الرجال وأنه يوجد لدى كافة المجموعات العرقية، وتصاب به كل الأعمار (ADHF. 2001)، ويؤكد على إصابة النساء بمتلازمة تهيج القولون العصبي أيضا تصريح ترس (Truss, 1998) (P289 بأن" الاكتئاب شائع لدى النساء ويرتبط بشكل متكرر مع الصعوبات في الذاكرة والتفكير والتركيز، وأن هذه الأعراض حادة بشكل خاص عند النساء اللواتي لديهن صعوبات كبيرة، مثل حدة الطباع، وسرعة الانفعال، وفقدان الثقة، وأن هذا الاكتئاب ربما هو السبب في زيادة حدوث نسبة المصابين في متلازمة تهيج القولون العصبي من النساء

5.2 أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي

متلازمة تهيج القولون العصبي تعتبر من ضمن قائمة الأعراض الطبية المجهولة (Medieeally Unknown Symptoms)، ويتم تشخيصها ضمن المعرفة الطبية المتقدمة (Medical Knowledge Advances)، ولكن لأن الأسباب التي تؤدي الى حدوث الأعراض غير محددة وواضحة بالنسبة للأطباء بشكل دقيق، فقد تكون الأسباب عضوية أو نفسية أو كلاهما معا، لكن الأطباء عادة يميلون أكثر إلى اعتبارها أعراض نفسية (Sadovsky, 2000).

و على الرغم من أن متلازمة تهيج القولون العصبي عبارة عن اضطراب وظيفي وليس مرض قاتل أو فتاك، إلا أن المرضى لم يدركوا بعد بأن أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي لها دور كبير في التأثير على نشاطاتهم اليومية والأحداث الاجتماعية وعلى صحتهم بشكل عام، من هنا جاءت الدراسات لتلقي الضوء على الصحة المرتبطة بنوعية الحياة _ Health Related Quality Of (LIFE) عند مرضى تهيج القولون العصبي، على اعتبار أن نوعية الحياة، والتي تتمثل بالمواقف

الشخصية والخبرات الجسدية والاجتماعية والعاطفية، تؤثر على صحة الأفراد، فأعراض متلازمة تهيج القولون العصبي، بالإضافة إلى تأثير العوامل النفسية والأعراض المعوية الأخرى، تؤثر على نوعية الحياة، وهكذا فإن أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي تؤثر وبطريقة سلبية على الصحة العامة الحيوية، والوظيفة الاجتماعية، الألم الجسدي، الشهية، الوظيفة الجنسية، وعلى النوم، وكذلك تؤثر سلباً على العمل، حيث يفقد المرضى أيام عمل أكثر من غيرهم بسبب الأعراض التي يتعرضون لها، مما يؤثر على إنتاجيتهم وقد أشارت هذه الدراسات إلى درجة نوعية الحياة هي أقل عند مرضى تهيج القولون العصبي مقارنة مع الأفراد السليمين، وهذه الأعراض سواء كانت نفسية أم جسدية فهي مرتبطة بالحياة لديهم، وقد بينت كذلك الدراسات إلى أن درجة نوعية الحياة بين المرضى هي أقل من الإناث مقارنة بالذكور. (Simren et al. , 2001)

6.2 تأثير العوامل النفسية

فيما يتعلق بدور العوامل النفسية على الإصابة بمتلازمة تهيج القولون العصبي، فقد وجد أن الاضطرابات النفسية هي سبب محتمل لحدوث الأعراض المعوية بدلاً من أن تكون نتيجة لها. مع أن بعض مرضى متلازمة تهيج القولون العصبي معرضون لاضطرابات نفسية أكثر إلى حد بعيد من مرضى الأمعاء العسوية الأخرى، رغم التشابه في شدة الألم (Walker. Roy. & Katon, 1990). أن القلق والاكتئاب هي اضطرابات نفسية شائعة أكثر عند المصابين بتهيج القولون العصبي، مقارنة مع المرضى المصابين بأمراض عضوية معوية (Luscombe, 2000).

كما أن بعض الاضطرابات النفسية تعرف بأنها تسبب أمراضاً جسدية، منها على سبيل المثال، اضطراب الرعب Panic Disorder ، واضطراب القلق Anxiety Disorder، مرتبطين بعلاقة إحصائية في حدوث هبوط الصمام التاجي، وزيادة إفراز الغدة الدرقية، و متلازمة تهيج القولون العصبيوالربو، رغم عدم وجود دليل قوي لافتقاره إلى السبب المباشر، لكن بعض النظريات اقترحت

وجود علاقة ما بين الاضطرابات الجسدية، والعوامل التي تسبب الاضطرابات النفسية، وأيضاً الاضطرابات النفسية مثل: القلق والاكتئاب اللذين ارتبطا بحدوث خلل في كيمياء الدماغ، مثل: الاكتئاب، ومستوى السيروتونين؛ ولذلك فإن بعض الاضطرابات النفسية بشكل واضح تعتمد على قواعد فسيولوجية، فمثلاً إذا تعرض الجهاز العصبي المركزي لمضاد كيميائي، فقد ينتج بعض الأعراض التي تشبه الاضطرابات الذهنية (Lehrer, 1997).

7.2 النظريات المفسرة لأحداث الحياة الضاغطة

النظريات النفسية التي تناولت أساليب التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة بالتفسير ما يلي.

أولاً- نظرية لازوروس و فولكمان-Lazarus And Folkman Theory

افترض كل من (لازوروس و فولكمان) أنموذجاً لتفسير الكيفية للتعامل مع أحداث الحياة الضاغطة، والتي يؤكد أن التقييم المعرفي والتغلب للفرد لكل حدث من الأحداث (الشناوي ومحمد، 1998).

وقد عرف كل من (لازوروس و فولكمان) أساليب التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة على أنها جهود معرفية أو سلوكية متغيرة ومستمرة لتنظيم متطلبات الفرد الداخلية أو الخارجية، وقيم الفرد هذه الجهود على أنها مرهقة وتتجاوز مصادر التكيفية وتهدها، وبهذه فإن الأساليب التكيفية ترمي إما التقليل من أثر الموقف الضاغط أو تعلم كيفية تحمله أو تجنبه، ويكون الفرد من خلالها قادر على التحكم ببيئته (Folkman. 1988). كما يفسر فولكمان أن كل الناس يستخدمون أساليب التعامل مع أحداث الحياة وتكيفهم مع بيئتهم في ضوء تقييمهم للموقف، فعندما تقيم على أنها تهديد (Threat) أو تحدي (Challenge)، أو أذى (Harm)، فإنها تتطلب أساليب التعامل معها من أجل تنظيم الضيق، وتغيير معنى الموقف فيما يتصل بذلك تعزيز إحساس الفرد بسيطرته على أزمته، ويطلق عليها التعامل المركز على الانفعال (Emotion-Focused-Coping)، أو معالجة المشكلة التي سببتها

الأزمة بتعزيز أدراك السيطرة في الظروف غير المسيطر عليها ظاهرياً ويطلق على هذه التعامل المركز على المشكلة (Problem-Focused-Coping).

لذا فإن استخدام الفرد أساليب تكيفيه مع البيئة يكون بهدف الوصول إلى نتيجة للحدث، فإن كانت النتيجة مرضية فإنها تؤدي إلى انفعال ايجابي بل انفعالية إستراتيجية، وإذ كانت النتيجة غير مرضية (سلبية) فإنها تؤدي إلى الضيق والتعامل الإضافي (Folkman, 1997).

وتمر عملية التقييم المعرفي بمرحلتين، هما: -

أ- التقييم الأولي:

تقييم الفرد للأحداث المتعلقة به هل تشكل ضاغطاً أم أنها لا تشكل ضاغطاً عليه؟

ب- التقييم الثانوي:

هنا يقوم الفرد بتقييم موارده وخيارات مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وتتكون موارد مواجهة الأحداث كما يأتي:

1. موارد نفسية: وهي معرفية وكبت نفسية وتقدير الذات ومهارات حل المشكلات.
2. موارد اجتماعية: وهي أكثر أنواع العلاقات الاجتماعية دلالة في حياة الأشخاص وأكثرها تأثيراً في أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم
3. موارد جسدية: هي صحة الفرد وطاقته وقدرته على التحمل.
4. موارد مالية: هي الأشياء الملموسة على أشكال مختلفة المال والأدوات والمعدات، كما هي تتأثر بعدد من العوامل، منها.

- السلوك الثقافي للفرد

- الخبرة السابقة

- مستوى ذكاء الفرد.

- تقويم الفرد.

- طبيعة المنبه نفسه

ثانياً - نظرية كلود باسوا.

إن نظرية كلود باسوا الإستراتيجية العقلانية للوقاية من ضغوط الحياة، ما هي الإستراتيجية للتعامل مع الضغوط النفسية التي تعتمد على إدراك الضغوط والصورة التي يرى بها الفرد الضغوط التي يعاني منها (حياتي، 1998).

إن عدم القدرة على مواجهة الضغوط النفسية أو التكيف معها قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية عديدة، فأصبحت الحاجة ماسة إلى معرفتها وتشخيصها وتحديد الكيفية التي يدرك بها الأفراد ضغوط الحياة التي يعانون منها وترى هذه النظرية أن عمليه مواجهة الضغوط تعتمد على كل مما يلي (الدراجي، 2007):

1. طبيعة إدراك الشخص لها: فقد ثبت أن الأشخاص الذين يعتقدون أن بمقدورهم السيطرة على إحداث الحياة الضاغطة، كانوا أكثر قدرة على التعامل مع الضغوط النفسية من أولئك الذين يعدون أنفسهم غير قادرين على التعامل معاً.

2. إدراك أهمية الأحداث الضاغطة: إن عملية إدراك أهمية الأحداث الضاغطة يساعد الأفراد على مواجهة الضغوط النفسية على العكس من عدم إدراك أهمية الأحداث الضاغطة، مما يجعل من الصعب على الأفراد مواجهة الضغوط كما وضع (كلود باسوا) خطوات علمية للإستراتيجية العقلانية التي من خلالها يتم التعامل مع الضغوط النفسية وقد بينها بخطوات ثلاث هي:

أ. تشخيص الضغوط: وذلك من خلال تدوين الأحداث التي يتعرض لها الأفراد وتسبب لهم ضغطاً نفسياً مهما كانت هذه الأحداث صغيرة أو كبيرة، وبالتالي يتم تشخيصها.

ب. تصنيف الضغوط: إن الأفراد يتعرضون إلى ضغوطات عدة، فيقومون بترتيب الضغوط التي يتعرضون لها بحسب أهميتها.

ج. مراجعة التصنيف: تبدأ عملية المراجعة تجاه الضغوط قليلة الأهمية؛ وهل هي من الأنواع الممكن السيطرة عليها أو التي لا يمكن السيطرة عليها، وهذا النوع من الأحداث الضاغطة يسهل التعامل معها، أو الضغوط التي لا يمكن السيطرة عليها والتي تتطلب مساعدة الفرد على تغيير طبيعة إدراكه لها.

ثالثاً - نظرية موس وشفير - Moos & Sehafer Theory

صاغت هذه النظرية نموذجاً للضغوط وكيفية التعامل معه، حيث أنها حددته باستجابته للفرد بحسب قوة الحدث الضاغط الذي يمر تفسيره بمراحل ثلاث، وهي (السلطاني، 1994، 1986، Moos):

1. الخصائص الشخصية للفرد: مثل العمر، الجني، الحالة الاقتصادية والاجتماعية، والنضج المعرفي والوجداني، والثقة بالنفس، وقوة الذات، والمعتقدات الفلسفية والدينية، والخبرات السابقة.

2. طبيعة الحدث الضاغط: من حيث نوعه كالعوامل الطبيعية من كوارث وحروب، وأحداث اجتماعية كالزواج أو موت شخص عزيز، أو أحداث فسيولوجية كالمرض، فضلاً عن قوة الحدث الضاغط ومدة وقوعه إن كان قصيراً أم طويلاً.

3. طبيعة البيئة: وهي تتكون من العلاقات الاجتماعية بين الأفراد وأسره، ودرجة تماسك المجتمع، وميل الأفراد للتعامل والعمل الطوعي، وهذه العوامل الثلاث تتفاعل فيما بينها لتساعد الفرد إلى إدراك الحدث، فقد ركزت هذه النظرية على الجوانب المعرفية والسلوكية في استخدام الفرد لأساليب التعامل مع الأحداث الضاغطة، ترى أن الأسلوب المستخدم

يرتبط بنوع التقييم المعرفي (Cognitive Evaluation) الذي يعد عملية وسيطة بين

الموقف الضاغط ونتائجه، وقد يمر بمرحلتين هما:

أ. المرحلة الأولى التقييم: وهي التي تكون إما ايجابياً أو سلبياً ويتم من خلالها تقييم

الفرد لدلالة تفاعل معين بينه وبين البيئة وصحته فإذا كان التقييم ايجابياً فلا يشكل

الموقف عبئاً عليه، أما إذا كان التقييم سلبياً فإنه يؤدي إلى المشاعر السلبية، مثل

الغضب، الخوف والاستياء.

ب. المرحلة الثانية: وهي مرحلة التقييم الثانوي، التي تمثل الأحكام والقرارات التي يطلعها

الفرد لتقييم الأساليب التكيفية والبدائل المتاحة له.

كما يقسم موس (Moos,1988) أساليب العمل مع الضغوط إلى أساليب أدمية، وأساليب إجمامية،

وان لكلا النوعين جانبان أحدهما معرفي والآخر سلوكي فالأساليب الأدمية هي:

1. البحث عن المساعدة والمعلومات.

2. حل المشكلات .

3. إعادة التقييم الايجابي.

4. التحليل المنطقي.

أما الأساليب الاحجامية فتشمل:

1. البحث عن الإجابات البديلة.

2. التقبل الاستلامي.

3. الإحجام المعرفي.

4. التنفس الانفعالي.

كما يرى (موس وشافير) أن مهمة هذه الأساليب هي مهمة تكيفيه معرفية، وترمي إلى:

1. إعطاء القدرة على فهم الموقف بالنسبة للشخص
2. إعطاء القدرة على مواجهة الموقف واقعياً
3. تكوين صورة ايجابية للذات والشعور بالكفاءة والسيطرة.
4. تنمية وتقوية روح المساعدة بين الفرد والآخرين لحل الأزمة وتلافي أضرارها (Nokes)
5. المحافظة على الاتزان الانفعالي من خلال تنظيم المشاعر والانفعالات التي سببها الموقف الضاغط (Compas-et. al. 1989).

رابعاً- النظرية السلوكية المعرفية (ميكنبوم)

صاحب هذه النظرية هو أمريكي الأصل دونالد هيرت ميكنبوم (D. H. Meichenbaum)، وقد كتب الكثير في الإرشاد السلوكي المعرفي؛ إذ انطلق ميكنبوم من الفرضية التي تفيد بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحقق هدفا مهما في تحديد السلوك الذي سيقومون به وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة. إن الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تصنيف مهاراته، وتوجيه تفكيره القيام بمواجهة الضغوط التي يتعرض لها واختيار المهارة أو الأسلوب المناسب لها، ويرى "ميكنبوم" بأن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج، وأن الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله، أو إلى طريقة عزوه لسبب الانفعال، هل هو سببه أم الآخرون، كما يرى ميكنبوم، ان هناك هدفا من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي، ويجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد أن يحققه والذي يرغب في إحداثه في البيئة وكيف تقيم المثيرات، ولأي شيء يعزو أسباب سلوكه وتوقعاته عن قدراته الخاصة في معالجة الموقف الضاغط (العزة وعبد الهادي 1999).

كما يرى ميكنبوم بأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد، كما يرى بأن عملية التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الامتصاص أي أن يمتص الفرد سلوكاً بديلاً جديداً بدلاً من السلوك القديم وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديد لديه.

كما يرى "ميكنبوم" بأن البناء المعرفي (Cognitive Structure) يحدد طبيعة الحوار الداخلي والحوار الداخلي هذا يغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميكنبوم بالدائرة الخيرة (Virtuous Cycle) (العزة، عبد الهادي، 1999).

8.2 النظريات المفسرة للصحة النفسية

نظرية التحليل النفسي:

وفقاً لرأي فرويد فإن الشخص القادر على الحب والعمل المنتج، هو الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية. وهنا ركز فرويد في نظريته على الصراعات التي تعيق تحقيق الصحة النفسية، لكنه لم يكشف بدرجة كافية عن الطريقة التي يتبعها الفرد في تنمية صحته النفسية. وتبعاً لرأي "فرويد"، تتمثل الصحة النفسية الجيدة في قدرة الأنا على التوفيق بين الأجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع، وأن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية، وذلك لأنه في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع (الداهري، 2005).

وكذلك وفق نظرية التحليل النفسي يرى أدلر (Adler) أن الإنسان باعتباره كائناً اجتماعياً، ولديه ميل اجتماعي يساعده في التغلب على مشاعر النقص، حيث تلعب أساليب التنشئة الاجتماعية دوراً في تنمية شخصيته، وتجاوز مشاعر النقص، وتحقيق صحته النفسية، فضلاً عن ذلك فقد اعتبر وجود هدف معين

ومدرك لسلوك الفرد يحاول توظيفه لتجاوز شعوره بالضعف، يؤدي إلى مساعدته لكي تكون شخصيته قوية وقادرة على مواجهة متطلبات الحياة. (Schwab,1990)

أما فروم (Fromm)، فقد تناول مفهوم الصحة النفسية بصورة مغايرة تماماً لرأي فرويد، حيث أكد على دور العوامل الاجتماعية في تكوين الشخصية، واعتبر أن المجتمع التسلطي يؤدي إلى نمو شخصية سلبية اعتمادية، بينما المجتمع المثالي يؤدي إلى نمو شخصية منتجة قادرة على الحب وتحقيق إمكاناتها، وتتمتع بالصحة النفسية (الداهري، 2005).

النظرية الوجودية:

يرى المنظرون الوجوديون أن البشر هم وحدهم القادرون على اختيار سلوكهم في أي وقت، ويتحمل الراشدون ذو الشخصية السليمة مسؤولية أفعالهم والقرارات التي يتخذونها، ويحاولون تخطي العقبات والمعوقات والضغوطات الاجتماعية نحو الانصياع والتوتر الشديد، والتوترات البيولوجية والمشاعر، ويبحون واعيّن لضغوط القوى الخارجية المفروضة على أفعالهم، لكنهم مع ذلك لا يختارون بين أن يستسلموا لها أو يعارضوها، وبناءً على ذلك يستطيع الناس الاختيار، ومن ثمّ فهم الذين يصنعون أنفسهم، ويرى الاتجاه الوجودي كذلك أن الصحة النفسية تتمثل: في أن يعيش الإنسان وجوده، أي أن يدرك معنى هذا الوجود، وأن يدرك إمكاناته وقدراته، ويكون حراً في تحقيق ما يريد وبالأسلوب الذي يختاره، ويدرك نواحي ضعفه ويتقبلها، وأن يكون مدركاً لطبيعة هذه الحياة بما فيها من تناقضات، فإذا فشل في ذلك يعني أنه سيكون مضطرباً نفسياً وذو صحة نفسية سيئة (الرحو، 2005).

وترى المدرسة الإنسانية أن الإنسان هو مركز الوجود، وهو صاحب الإرادة الحرة، وغير مسير، ومتأثر بقوى خارجة عن إرادته، فهو الذي يتحكم في أفعاله. فيرى "روجرز" يرى أن إمكانية الفرد تتطلب فهم الذات لديه ونمط الحياة السوي، وهذا يتحقق عندما يتقبل الفرد ذاته. أما ماسلو فقد جعل الصحة النفسية مرتبطة بإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية وعلى رأسها الحاجة إلى تحقيق الذات (مرسي، 1988).

والمدرسة السلوكية ترى أن الشخصية تقوم في حالة السوء والانحراف على مجموعة من العادات التي سبق أن تعلمها الفرد في حياته، وقد سبق أن تعززت وأصبحت سلوكاً يمكن استدعاؤه كلما كان الموقف يتطلب ذلك. ويرى بافلوف أن الاضطرابات النفسية تحدث نتيجة العادات الخاطئة التي تكونت من مجموعة من الأفعال المنعكسة الشرطية، ومن خطأ مزمن قد حدث في عمليات التدريب في مرحلة الطفولة، مما يعطي للدماغ حالة من الاضطراب الوظيفي في العمل (مرسي، 1988). وأن علاج ذلك يتوقف على إطفاء هذه الأفعال الشرطية، وتكوين عادات جديدة بدلاً من مكان العادات الخاطئة (الهابط، 1985). أما "سكنر" صاحب المدرسة السلوكية الجديدة فإنه يجد أن فهم الأفراد وتحديد شخصياتهم، يتم عن طريق التركيز الكلي على السلوك، وعلى المؤثرات الخارجية التي عملت على تشكيل السلوك خلال حياتهم (العاني، 2003).

مفهوم الصحة النفسية من منظور سلوكي: ويتحدد مفهوم الصحة النفسية من منظور سلوكي باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة، وذلك لأن استجابة الأفراد إلى هذه المثيرات بسلوك مناسب، متحررين من القلق، فإنه يعبر عن الصحة النفسية (رشاد، 2001).

نظرية هيرزبيرغ ذات العاملين (Two Factor Theory) (Hezberg) يشير الزبيري (2007) إلى أن نظرية الدافعية- الصحة لفريدريك هيرزبيرغ). تعد من أهم النظريات في ميدان مخفزات العمل. ولقد بينت نتائج دراسته التي شملت الآف العاملين بهدف تحديد أسباب الرضا وعدم الرضا الوظيفي، بأن العمال والموظفين يمكن تحفيزهم من خلال نوعين من الحاجات، وهما: العوامل الدافعية، والعوامل الصحية. ويعتقد هيرزبيرغ بأن وجود العوامل الصحية لا يعتبر سبباً محركاً لبذل مزيد من الجهد في العمل، بل وجودها يعتبر بمثابة ضمان فقط للمحافظة على البقاء والاستمرار في العمل؛ لأن وجودها يعني المحافظة على روح معنوية مرتفعة وعدم ظهور الاستياء، وأن العوامل الدافعية هي التي تؤدي إلى الرضا عن العمل بسبب حاجة الفرد للنمو وتحقيق الذات. فهي ترتبط إلى حد ما بهرم "ماسلو" في حاجة إلى تقدير إنجاز

العامل واحترامه، والحاجة إلى تحقيق الذات من خلال العمل، ولذلك فالعوامل الدافعة تتضمن الاهتمام بمستوى العمل ومحتواه، والاهتمام بنوعية الإنجاز ومقداره. وإن وجود هذه العوامل أو إشباعها يعتبر بمثابة المحركات القوية لدوافع الأفراد والأسباب المحفزة لأن يبذلوا مزيداً من الجهد في العمل تدفعهم إلى المثابرة والإنجاز والتقدم، وهذا من شأنه أن يقوي وينمي الدافعية أكثر فأكثر.

خامساً- نظرية الصحة النفسية من منظور معرفي:

أما مفهوم الصحة النفسية من منظور معرفي، فإنه يعتمد على الطريقة التي يعتمدها الفرد في تفسير وتقييم المواقف والأحداث البيئية المحيطة، وأن زيادة الشعور بالفاعلية الذاتية يساهم في تعزيز الصحة النفسية والجسمية عند الفرد. وبحسب رأي المعرفيين، فإن الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية مناسبة، هو الذي يفسر الخبرات المهددة له بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل، ومن استعمال مهارات مناسبة في حل المشكلات، واستعمال أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوطات النفسية، بينما الشخص الذي لا يتمتع بصحة نفسية مناسبة هو الذي يفقد الأمل، ويشعر بالعجز، ولا يتمكن من الاستجابة بثقة واقتدار لمتطلبات البيئة، كما يعجز عن استعمال الأساليب المعرفية المناسبة في مواجهة الضغوط النفسية (Tedeschi & Calhoun, 2004).

يرى أصحاب هذه النظرية أن الصحة النفسية للفرد ترتبط بقدرته على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل، باستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات، وحل المشكلات وعليه فإن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو فرد قادر على استخدام الاستراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية، ويحي على فسحة أمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه (عليوي، 2011). وتؤمن هذه النظرية بما يلي : (زبيدي وليمن، 2012).

- يجب على علماء السلوك دراسة العمليات العقلية مثل التفكير والإدراك والذاكرة والانتباه واللغة وحل المشكلات .

- يجب تطبيق العمليات العقلية مع الحياة اليومية.

- يجب تنمية الشعور، واستعمال الطرق الموضوعية لتأكيد مثل هذا الشعور.

سادساً- النظرية الجشطالتيّة:

وصاحبها "بيرلز" Perls إذ يرون أصحاب هذه النظرية أن القدرة على العيش هنا وألان بشكل حقيقي، بينها يتجلى المرض في تزوير الواقع الذاتي والوجودي، والهروب من الماضي أو المستقبل أي الهروب من قلق العيش و من المعروف أن المضطرب نفسياً يعاني من انعدام القدرة على مجابهة الذات. ويرى "بيرلز" أن الصحة النفسية تتحقق حيث يتمكن الشخص من الوقوف على قدميه، وتحمل المسؤولية مصيره، ويتمكن من عيش رغباته ومشاعره في حالة من لقاء الذات.

فيرى "جون بوبلي" الطبيب والمحلل النفسي، الذي ترأس قسم الصحة النفسية في منظمة الصحة العالمية، وأن الصحة النفسية أساس في بناء الطمأنينة القاعدية التي تمثل تجربة تغلق ايجابي وطيد ومستقر مع الأم، فالطمأنينة القاعدية هي منطلق الانفتاح على الدنيا والناس وتفتح الإمكانيات ونمو الثقة بالذات، وعلى العكس فهو يرجع مختلف الاضطرابات النفسية الى قلق الانفصال، وما يولد من انعدام الطمأنينة القاعدية التي تؤسس لكل ردود الأفعال الدفاعية المرضية (حجازي، 2004).

سابعاً- نظرية الصحة النفسية من المنظور الإنساني:

ووفقاً لرأي الاتجاه الإنساني، يرى "ماسلو" Maslow أن الصحة النفسية للفرد لا تتحقق بصورة كاملة، ما لم تتوفر للفرد شروط تسمح للطبيعة الإنسانية أن تأخذ مداها، وأن الصحة النفسية تتحقق لدى الفرد إذا حقق الحاجات الواردة في هزمة المعروف، فإنه يرى بأن للإنسان قدرة على إدراك ذاته، وأن الطرق التي يتكيف بها الفرد مع البيئة المنسجمة مع أفعاله وذاته فإنها تعكس إدراكه لذاته، فإذا كان مفهوم الذات إيجابياً كانت الصحة النفسية لديه إيجابية (Schwab et al, 1990).

9.2 الدراسات السابقة

1.9.2 الدراسات العربية المتعلقة بالضغط النفسية

هدفت دراسة المؤمني، وعمارين (2016) إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي، إذ تكونت عينة الدراسة من (275) مريضاً مصاباً بالقولون العصبي، اختيروا من مختلف المستشفيات والمراكز الصحية في مدينة إربد الأردنية، بالطريقة المتيسرة لجمع البيانات، إذ أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي كان مرتفعاً، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغيري نوع القولون العصبي، ومدة الإصابة بالقولون العصبي، حيث كانت الفروق لصالح نوع الإسهال المتكرر، ومدة الإصابة من (سنة - أقل من 5 سنوات).

وحاولت دراسة محي الدين (2015) تقييم الضغوط النفسية المتعلقة بالذبحة الصدرية لدى المرضى البالغين في مدينة كركوك، تمثلت ب (50) فئة من المرضى الرجال و (50) فئة من المرضى النساء من مستشفيات مدينة كركوك (مستشفى تازادي التعليمي ومستشفى كركوك العام)، حيث أظهرت النتائج: من خلال تحليل البيانات تبين أن (28%) من الرجال كانوا ضمن الفئة العمرية (50-59) سنة و(32%) ضمن الفئة العمرية (40-49 سنة، 20%) من الرجال خريج ابتدائية، بينما (42%) من النساء خريجات معهد (36%) من الرجال (46%) ومن النساء لديهم أطفال (1-3) ، (38%) من الرجال موظفين، و(50%) من النساء موظفات، و (70%) من الرجال، و (58%) من النساء في حالة اقتصادية متوسطة، وغالبيتهم كانوا من سكان المدينة، وبالنسبة للمعلومات الطبية وجدت أن (38%) من النساء والرجال لم يكن لديهم أمراض مزمنة، و(58%) من الرجال و (82%) من النساء لا يدخنون، (42%) من الرجال و (38%) من النساء أوزانهم فوق الطبيعية؛ والاستنتاج، وأظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة بين جنس المريض ومستوى الضغط النفسي، ومعظم المرضى

يعانون من الضغوطات النفسية ذات الشدة المتوسطة، وبالنسبة للمقارنة بين مرضى الرجال والنساء أظهرت أن هناك علاقة بين الضغوطات النفسية والعمر، بينما وجدت فقط في المرضى النساء أن هناك فرق بين الضغط النفسي و(مستوى التعليمي، الوظيفة ومؤشر كتلة الجسم).

وحاولت دراسة جودة (2014): التعرف إلى العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط النفسية والصحة النفسية لدى طلاب جامعة الأقصى، ومعرفة مدى تأثير أساليب مواجهة الضغوط النفسية بكل من الجنس والتخصص ومكان السكن، وبلغت عينة الدراسة (100طالب-100 طالبة)، وقد استخدمت الباحثة في الدراسة مقياسين: أحدهما لقياس أساليب مواجهة الضغوط، والآخر لقياس الصحة النفسية، إذ أسفرت نتائج الدراسة عن أن طلبة جامعة الأقصى يستخدمون أساليب متعددة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، كما أسفرت عن وجود علاقة ارتباط موجبة دالة بين أساليب المواجهة الفعالة والصحة النفسية. وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة في متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة تعزى لمتغير الجنس، ووجود فروق دالة في بعض أبعاد أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة تعزى لكلٍ من متغير التخصص ومكان السكن.

وسعت دراسة كاظم (2014): إلى فهم اضطراب تهيج القولون كأحد الاضطرابات الناجمة عن تعرض الفرد للضغوط النفسية وما يترتب عليها من انفعالات سلبية مدمرة لا تقف عند حد الإصابة بالأمراض بل بما تحدثه من تغيرات فسيولوجية وكيميائية في الجسد. ولمعرفة ذلك أعتمد الباحث عينة قصديه مؤلفة من (28) طالباً وطالبة، منهم (15) مشخص باضطراب تهيج القولون، و(13) طالباً وطالبة غير مصابين؛ ولقياس الذكاء أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي لصالح غير المصابين، كذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المتغيرات البايوكيميائية في مضادات الأكسدة ولصالح الأسوياء. باستثناء فعالية نزييم السوبراو

كسيدسيميوتيز SOD، إذ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الأسوياء في فعاليته لدى مرضى تهيج القولون مقارنة بمجموعة الأسوياء.

وحاولت دراسة خلف (2013) تقصي المشاكل الجسمية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم في محافظة الموصل، شملت الدراسة (60) مريضا تم تشخيصهم بسرطان القولون والمستقيم في مستشفى طب الأورام والطب النووي في الموصل، أو المرضى الذين زاروا العيادة الخارجية في نفس المستشفى للمتابعة الطبية ومزيد من العلاج؛ حيث أظهرت النتائج الإجمالية أن نوعية الحياة المتعلقة بالمشاكل الجسدية للمرضى بعد سرطان القولون والمستقيم مقبولة، وبالتالي لا توجد علاقة ارتباط معنوية بين نوعية الحياة المتعلقة بالمشاكل الجسدية لهؤلاء المرضى وبعض الخصائص الديمغرافية، مثل الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم، وتخلص الدراسة إلى أن سرطان القولون والمستقيم هو الأكثر شيوعا في الزواج من غير المتزوجين، وأن نصف المرضى تتراوح أعمارهم ما بين (40 و 60) سنة، لديهم مستوى منخفض نسبياً من التعليم، وكثير منهم عاطلون عن العمل ويقيمون في المناطق الحضرية في الموصل.

2.9.2 الدراسات الأجنبية المتعلقة بالضغوط النفسية

أجرى تشانج وآخرون (Chang et al,2014) دراسة هدفت التعرف إلى الضغوط النفسية لدى المصابات بالقولون العصبي اللواتي شخسن بواسطة الطب الشعبي الصيني، وكان عددهن (59) سيدة، تتراوح أعمارهن من (18- 65) سنة، و(32) يعانين من أعراض متعددة، و(27) يعانين من أعراض خفيفة من الضغوط النفسية، مثل زيادة معدل دقات القلب، واستجابة الجلد للضغوط النفسية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن المصابات بالقولون العصبي ولديهن أعراض حادة من الضغوط، يعانين من أعراض حادة في الجهاز الهضمي كآلام البطن، والتأثير السلبي مقارنة باللواتي يعانين من أعراض ضغوط نفسية خفيفة.

وأجرى فان وبلسونوايتهد (Van Palsson&Whitehead,2013) دراسة في الولايات المتحدة في جامعة كارولينا، هدفت التعرف إلى العوامل السيكولوجية التي تؤثر في القولون العصبي. تألفت عينة الدراسة من (286) مريضاً، إذ وزعت استبانته خاصة بالعوامل السيكولوجية التي تتضمن تاريخ الإساءة، وأحداث الحياة، والقلق. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن القلق يؤثر في حالات القولون العصبي أكثر من أحداث الحياة، وأكثر من الإساءة الجسدية.

في حين أجرى فوكودو (Fukudo,2013)، دراسة بعنوان الضغوط النفسية والألم الناتج عن القولون العصبي في اليابان على عينة قوامها (165) مريضاً، أشارت نتائجها إلى أن الضغوط النفسية تسبب ألماً شديداً في الأمعاء نتيجة لتحفيز الهرمونات أثناء الضغوط النفسية، وأنهم يعانون أيضاً من اضطراب في حركة الأمعاء أثناء زيادة الضغوط النفسية.

وأجرى لاكنروجدلسكيودايمودو وكنير ويرينر (Lackner, Gudleski, Dimuro, Keefer, & Brenner, 2013) دراسة في الولايات المتحدة هدفت التعرف إلى العوامل النفسية وخاصة الإجهاد لمرضى القولون العصبي. تكونت عينة الدراسة من (175) مريضاً، منهم (61%) يعانون من الإجهاد وشدة الألم لديهم حادة ومتوسطة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الذين لديهم إجهاد يعانون من مشاكل في المعدة، ولديهم أعراض قلق زائد، وأعراض قولون عصبي حادة واكتئاب.

وأجرى مودابريني وآخرين (Modabbernia et al., 2012) هدفت الدراسة إلى معرفة الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب لدى مرضى القولون العصبي، حيث كونت عينة الدراسة من (256) مريض، ممن يعانون مشاكل نفسية وممن لا يعانون، إذ أشارت نتائج الدراسة إلى أن الذين يعانون من المشاكل النفسية، مثل القلق والاكتئاب بحاجة إلى علاج نفسي وتقييم نفسي لمعالجتهم من حالات القولون العصبي أكثر من استخدام العلاجات الخاصة بالقولون العصبي.

وأجرى سواريز وآخرين (Suarez et al.,2012) دراسة في سويسرا هدفت التعرف إلى استجابة الضغوط النفسية لدى النساء المصابات بالقولون العصبي، وذلك على عينة مكونة من (57) امرأة مصابة بالقولون العصبي؛ إذ أظهرت نتائج الدراسة أن النساء لديهن قياسات متنوعة في مستوى الكورتيزول، وخاصة النساء اللواتي يعانين من الإسهال المتكرر، ومستوى الهرمون لديهن مرتفع عند تعرض المصابات بالقولون العصبي للضغوط النفسية مقارنة مع غير المصابات.

وقام مارليوف (Marrilov,2001) بدراسة هدفت دراسة اثر العوامل النفسية على متلازمة تهيج القولون العصبي في روسيا، عينة مكونة من (100) مصاب (25 ذكور، 75 أنثى)، تتراوح أعمارهم ما بين (21-60) سنة، حيث تم فحصهم سريرياً ونفسياً وإحصائياً باستخدام معامل الارتباط للتحقق من العلاقة ما بين الظواهر السريرية لأعراض متلازمة تهيج القولون العصبي وبين سمات الشخصية، كان جميع أفراد عينة الدراسة من مراجعي الطبيب النفسي في مستشفى للأمراض المعوية، حيث تبين بأن ديناميكية وأعراض متلازمة تهيج القولون العصبي باختلافاتها السريرية لها علاقة قوية وبشكل كبير بسمات الشخصية،مثل: لديهم قلق زائد، ميل أعلى للإصابة بمرض نفس جسدي مع ضعفهم في التفاعل بشكل كاف في مجتمعهم، ميل للعدوانية اتجاه أنفسهم، ميل دائم الى الاكتئاب وسلوك دفاعي سلبي تحت ظروف الإحباط.

وقام بلانشر وآخرون (Blanchard. et al. Al. 2001) بدراسة هدفت للكشف عن أثر اختلاف الجنس على الاكتئاب النفسي لدى عينة تبحث عن علاج متلازمة تهيج القولون العصبي، على عينة مكونة من (341) مصاب بمتلازمة تهيج القولون العصبي منهم (238 أنثى، 83 ذكر)، حيث نظمت مقابلة نفسية للمشاركين، فأظهرت نتائج الدراسة بأن الإناث حصلن على نتيجة أعلى من الذكور على قائمة بيك للاكتئاب، وعلى اختبار القلق، وعلى مقياس سمات الشخصية (MMPI).

وقام ميلر وآخرون (Miller. et al. Al. 2001) بدراسة هدفت إلى الكشف عن الأعراض النفس جسدية، وسلوك المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، والاضطرابات النفس جسدية؛ من خلال دراسة (50) حالة تعالج من مصابي تهيج القولون العصبي، وتقرح القولون، وتم تقييمهم وتشخيصهم خلال مقابلة، وتم تعبئة استبانة خاصة في تقييم سلوك المرض، إذ أكدت النتائج أن الاضطرابات النفس جسدية لم تشخص في الحالات التي تعاني من تقرح القولون، وأنها قد ظهرت لدى (42%) من المصابين في تهيج القولون العصبي، وان المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي لديهم أعراض نفسية جسدية محتملة، وأن المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، (ولكن ليس الذين يبدون أعراض نفس جسدية من المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي) وقد أظهروا أعراضاً نفسية وسلوكات مرضية شاذة، مقارنة مع مرضى تقرح القولون.

كذلك قام دومتراسكووغرانييسكو (Dumitrascu&Granescu, 1996) بدراسة لتقييم العلاقة ما بين حركة القولون والضغط النفسية التي يتعرض لها المصابون بمتلازمة تهيج القولون العصبي. اشتملت عينة الدراسة على (16) أنثى لديهن أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي، و(20) أنثى لا يعانين من أية أعراض، وتم تسجيل أوقات ومدة عبور الفضلات مع ربطها بأعراض بعض الاختبارات النفسية ونتائجها، حيث أشارت النتائج الى أن (63%) من المصابات هيح القولون العصبي قد سجلن علامات متدنية على مقياس أحداث الحياة ل(HOLMES AND RAHE)، و(5%) كان لديهن ميل أعلى نحو العداوة، و(69%) كانت المساندة الاجتماعية لديهن ضعيفة، ولكن لم يلاحظ ارتباط واضح ما بين عوامل الضغط النفسية وحركة القولون.

3.9.2 الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية:

هدفت دراسة (Clevers, et al. , 2018)، التعرف إلى المشاكل الصحية المرتبطة بمتلازمة القولون العصبي، دراسة تحليلية للرعاية الأولية، وتكونت عينة الدراسة (680) من مرضى القولون العصبي المسجلين في مراكز الرعاية، وأظهرت نتائج الدراسة أن مرضى القولون يتصفون بالمشاكل النفسية والمشاكل الصحية والعدوى، والأعراض الجسمية المرضية تتابع مع تشخيص المرض.

وحاولت دراسة (Gudleski, et al. , 2017) هدفت إلى التعرف إلى الرعاية الطبية والصحة العقلية المستخدمة مع المرضى المصابين بمتلازمة الأمعاء العصبية في الولايات المتحدة، سعياً لتحديد نوعية وكفاءة الرعاية الصحية المستخدمة لتحسين الرعاية الصحية المستخدمة، على عينة (291) من مرضى القولون العصبي الشديد الذين أكملوا اختبار الاختبار، وأظهرت نتائج الدراسة أن أكثر المشاكل التي تواجه الرعاية الصحية مرتبطاً باستخدام الكحول، والحالة الصحية البدنية، كما ارتبطت الخدمات بالمشاكل الزوجية للمرضى، واستخدام التدخين، ومستوى التعلم، والإجهاد، والمعتقدات المتعلقة بالسيطرة على المرض، وتغطية التأمين للتكاليف المرض.

وسعت دراسة (Gracie et al. , 2017) للتعرف إلى الآثار السلبية على الصحة النفسانية ونوعيه الحياة من متلازمة الأمعاء العصبية الحقيقية- نوع الأعراض في المرضى الذين يعانون من مرض التهاب الأمعاء، وتكونت عينة الدراسة من (172) من كانت لهم أعراض حقيقية بمتلازمة القولون العصبي، الذين يعانون من أمراض الأمعاء التهابية (IBD)، وقد أظهرت نتائج الدراسة أنه كلما انخفضت نوعيه مستويات الحياة بشكل كبير زادت أعراض الصحة النفسية ونوعية الحياة لديهم، ووجدت تأثير مماثل من نوع IBS للأعراض على الصحة النفسانية ونوعيه الحياة.

وحاولت دراسة صوشي (2017) التعرف إلى المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي طبقت على عينة قوامها (60) فرد من مرضى القصور الكلوي، و اختيرت

العينة بطريقة الحصر الشامل و ذلك خلال الموسم الدراسي 2017/2016، و تم الاعتماد على المنهج الوصفي، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة، لقد أسفرت الدراسة علي ما يلي عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين المساندة الأسرية و البعد الجسمي في الصحة النفسية، وعدم وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين المساندة الأسرية و البعد النفسي في الصحة النفسية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في المساندة الأسرية تعزى إلي متغير الجنس، بالتالي فالنتيجة العامة المتواصل إليها لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين المساندة الأسرية و الصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

وهدف دراسة (Stanculete et al. 2015) للتعرف إلى استراتيجيات التكيف والمعتقدات غير العقلانية وعلاقتها بالجودة الصحية المتصلة بالحياة لدى مرضى متلازمة القولون العصبي، وتكونت عينة الدراسة من (70) شخص من مرضى القولون العصبي، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ايجابية بين استراتيجيات التأقلم والمعتقدات غير العقلانية والجودة الصحية المتصلة بالحياة أي انه كلما زادت الجودة الصحية زاد التأقلم والمعتقدات العقلانية، وبينت النتائج أن مرضى القولون يستخدمون أكثر المشكلات التي تركز على التكيف والتأقلم.

أما دراسة صالح (2013)، فهدفت للتعرف إلى العلاقة بين الصحة النفسية والفشل الكلوي المزمن. بلغ حجم عينة الدراسة (50 مريضاً) مصاباً بالفشل الكلوي المزمن تحت الغسيل الدموي بمركز مستشفى جياو لجراحة وأمراض الكلى في الفترة الزمنية من (2012). توصلت الدراسة الى ان مستوى الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن مرتفع بنسبة (54%) وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تبعاً للنوع لصالح الذكور، وتبعاً للمستوى التعليمي لصالح جامعي، وتبعاً للحالة الزوجية لصالح متزوج، وتبعاً لتكاليف العلاج لصالح المستوى الوسط وتبعاً للإصابة ببعض الأمراض العضوية المزمنة الأخرى لصالح غير مصاب و وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة

النفسية ومستوى الدخل الشهري وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تبعاً للعمر، وتبعاً للسكن، وتبعاً للمهنة، وتبعاً لمدة المرض، وتبعاً لمدة العلاج.

وقام تشنج (Changet al., 2001) بدراسة هدفت إلى التحقق من طبيعة سلوك المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، وأثر النقص العاطفي عليهم خلال مرحلة الطفولة، حيث تم دراسة عينة مكونة من مجموعتين، المجموعة الأولى (48) مصاباً، يعانون من متلازمة تهيج القولون العصبي، والمجموعة الثانية: مكونة من (91) مريضاً يعانون من التهاب في الأمعاء. وقد شخصوا المصابين بتهيج القولون العصبي حسب معيار مانينغ Manning Criteria, أما مرضى التهاب الأمعاء فقد شخصوا طبيياً من خلال الفحص الفيزيائي والتنظير، حيث تم التأكد من إصابتهم بالالتهاب، أما البيانات النفسية فقد تم الحصول عليها من خلال المقابلات النفسية، ومن خلال تعبئة المقاييس النفسية ذات التقرير الذاتي، أشارت النتائج إلى أن المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي تزيد نسبة زيارتهم للطبيب عن مرضى التهاب الأمعاء، وتبين كذلك أن لديهم استياء من الأعراض النفس جسدية في يومهم الروتيني، أما بالنسبة لوظائفهم فمصابي تهيج القولون العصبي هم أقل إنتاجاً، وأقل ضعفاً من مرضى التهاب القولون.

قام سمرين وآخرون (Simren et al., 2000) بدراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة ما بين الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، ومتلازمة تهيج القولون العصبي، حيث تم تطبيق الدراسة على (343) فرداً مصابين بتهيج القولون العصبي 251 أنثى، و92 ذكراً و(204) مريض من المقيمين في المستشفى، و(134) خارج المستشفى، طبق على عينة الدراسة إجراءات تشخيصية وفقاً لمعيار روم (ROME)، وتعبئة خمس استبيانات ذاتية مختلفة، لتقييم الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، وجدت الدراسة أن (119) مريضاً يعانون من إسهال دائم، و(93) مريضاً يعانون من إمساك دائم، و(131)

مريضعانون من الإمساكوالإسهال بالتناوب،أشارت النتائج إلى أن نوعية الحياة هي متدنية عن الإناث من المرضى الذين يقيمون في المستشفى، وأن الإعياء هو مرض شائع لدى هؤلاء المرضى، وهو يرتبط بالصحة العامة، وبالأعراض المعوية، والنفسية.

2.8.4 التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة مدى أهمية التعرف إلى مستوى أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية والعلاقة بينهم لدى عينة من مرضى القولون العصبي، لما له من أثر على حياتهم الإنتاجية وصحتهم الجسدية والنفسية وانفعالاتهم وسلوكياتهم، وبالرغم من تعدد الدراسات حول أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية والعلاقة بينهم، إلا أن معظم الدراسات لم تتناول العلاقة بينهم بالإضافة إلى ندرة الدراسات المتعلقة بهذه المتغيرات.

الدراسات المتعلقة بالضغط النفسية:

تنوعت الدراسات السابقة التي تناولت أحداث الحياة الضاغطة من حيث الأهداف كانت كالاتي:
دراسة المومني، وعمارين (2016): مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي، ودراسة محي الدين (2015): الضغوط النفسية المتعلقة بالذبحة الصدرية، دراسة جودة (2014) العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط النفسية والصحة النفسية ودراسة كاظم، (2014). اضطراب تهيج القولون هو أحد الاضطرابات الناجمة عن تعرض الفرد للضغوط النفسية وما يترتب عليها من انفعالات سلبية مدمرة لا تقف عند حد الإصابة بالأمراض بل بما تحدثه من تغيرات فسيولوجية وكيميائية في الجسد، ودراسة تشانج وآخرون: (Chang et al., 2014) التعرف إلى الضغوط النفسية لدى المصابات بالقولون العصبي اللواتي شخسن بواسطة الطب الشعبي الصيني، ودراسة خلف (2013): المشاكل الجسمية للمرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم، دراسة التي هدفت التعرف إلى العلاقة بين القولون العصبي، والقلق والضغط النفسي، دراسة مارليوف

(Marrilov,2001): اثر العوامل النفسية على متلازمة تهيج القولون العصبي و دراسة بلانشرد وآخرون (Blanchard. et. al. 2001): أثر اختلاف الجنس على الاكتئاب النفسي، دراسة دومتراسكو و غرانيسكو (Dumitrascu& Granescu, 1996): العلاقة ما بين حركة القولون والضغط النفسية التي يتعرض لها المصابون بمتلازمة تهيج القولون العصبي، دراسة ميلر وآخرون (Miller. el. al. 2001): أعراض النفس جسدية، وسلوك المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، والاضطرابات النفس جسدية و دراسة وأجرى مودابرينيا وآخرين (Modabbernia et al (2012): الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب لدى مرضى القولون العصبي، دراسة فان وبلسونوايت هد (Van) : Palsson, & , Whitehead,2013: العوامل السيكولوجية التي تؤثر في القولون العصبي ودراسة فوكودو (Fukudo,2013): الضغوط النفسية والألم الناتج عن القولون العصبي، دراسة لاكلنر و جدلسكيودايمودو وكمنير ويرينر (Lackner, Gudleski, Dimuro, Keefer, & Brenner, 2013): العوامل النفسية وخاصة الإجهاد لمرضى القولون العصبي، دراسة سمرين وآخرون (Simren et al, 2000): العلاقة ما بين الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، و متلازمة تهيج القولون العصبي ودراسة بورش واخزون (Chang, Et Al, 2001): طبيعة سلوك المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، وأثر النقص العاطفي عليهم خلال مرحلة الطفولة، دراسة بلانشرد وآخرون (Blanchard, et al. 2001): أثر اختلاف الجنس في الاكتئاب النفسي. ومن حيث المنهج امتازت بالتنوع، منها الوصفي، والمنهج التجريبي، ومن حيث المتغيرات تنوعت منها (الجنس، التخصص، المستوى التعليمي). ومن حيث العينة كانت الأكثر على مرضى قولون عصبي بمختلف الأعمار. وتراوح حجم عينات الدراسة السابقة بين (28-450) فرداً.

وتميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بمجتمع الدراسة (مرضى القولون العصبي في محافظة بيت لحم) حيث لم تجد الباحثة دراسات تحدثت حول هذا العنوان أو تعرضت له، كما أن إضافة بعض

المتغيرات الأخرى مثل: الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء والمؤهل العلمي ساهمت في أن تعد الدراسة الحالية إضافة نوعية لجسم المعرفة في هذا المجال،(وما يميزها أنه ادرس العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي)

الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية:

تنوعت الدراسات السابقة التي تناولت الصحة النفسية من حيث الأهداف كانت كالاتي:

دراسة (Clevers, et, al) (2018) المشاكل الصحية المرتبطة بمتلازمة القولون العصبي، دراسة تحليلية للرعاية الأولية أما دراسة (Gudleski et al. , 2017) الرعاية الطبية والصحة العقلية المستخدمة مع المرضى المصابين بمتلازمة الأمعاء العصبية، سعياً لتحديد نوعية وكفاءة الرعاية الصحية المستخدمة لتحسين الرعاية الصحية المستخدمة أما دراسة (Gracie et, al. , 2017) الآثار السلبية على الصحة النفسانية ونوعية الحياة من متلازمة الأمعاء العصبية الحقيقية- نوع الأعراض في المرضى الذين يعانون من مرض التهاب الأمعاء ودراسة صوشي (2017) المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي أما دراسة (Stanculete,) (Et Al. , 2015) استراتيجيات التكيف والمعتقدات غير العقلانية وعلاقتها بالجودة الصحية المتصلة بالحياة لدى مرضى متلازمة القولون العصبي ودراسة صالح (2013) العلاقة بين الصحة النفسية والفشل الكلوي المزمن وقام تشنج (Chang, et al, 2001) بدراسة طبيعة سلوك المصابين بمتلازمة تهيج القولون العصبي، وأثر النقص العاطفي عليهم خلال مرحلة الطفولة وقام سمرين وآخرون (Simren, et al, 2000) بدراسة العلاقة ما بين الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، و متلازمة تهيج القولون العصبي.

ولقد امتازت الدراسات السابقة من حيث المنهج فمنها من استخدمت المنهج الوصفي ومنها المنهج التجريبي، ومن حيث المتغيرات تنوعت (الجنس، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، السكن، العمر،

الحالة الاجتماعية). ومن حيث العينة كانت الأكثر على المرضى المقيمين والمصابين بمرض القولون العصبي بمختلف الأعمار، أما بالنسبة للعينة فقد تراوح حجمها من (50-680) فرداً . وتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة بمجتمع الدراسة (المرضى المصابون بالقولون العصبي) ولقد تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بعنوانها، حيث لم تجد دراسة شبيهة لها تحدثت عن هذا العنوان وهو العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي وساهمت في أن تعد الدراسة الحالية إضافة نوعية لمجال الصحة النفسية.

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

تمهيد:

- منهج الدراسة
- مجتمع وعينة الدراسة
- صدق الأداة
- ثبات الدراسة
- إجراءات الدراسة
- المعالجة الإحصائية

الفصل الثالث:

الطريقة والإجراءات:

1.3 تمهيد

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للطريقة التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الإستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

2.3 منهج الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة، قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، ويعرف بأنه المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل من الباحث فيها، والتي تحاول الباحثة من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقة بين مكونات والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو المشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة بالفحص والتحليل.

3.3 مجتمع وعينة الدراسة

تألف مجتمع الدراسة من جميع مرضى القولون العصبي، واشتملت عينة الدراسة على (236) من مرضى القولون العصبي، وأخذت العينة بالطريقة المتاحة، والجداول (1.3)، يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة:

جدول (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	86	36.4
	أنثى	150	63.6
المؤهل العلمي	أقل من توجيهي	48	20.3
	توجيهي - بكالوريوس	162	68.6
	أعلى من بكالوريوس	26	11.0
الحالة الاجتماعية	أعزب/عزباء	50	21.2
	متزوج/ة	178	75.4
	غير ذلك	8	3.4
عدد الأبناء	لا يوجد	64	27.1
	واحد	20	8.5
	اثنان	66	28.0
	ثلاثة فأكثر	86	36.4
العمر	20-30	110	46.6
	31-40	86	36.4
	41-50	20	8.5
	51 فأعلى	20	8.5

4.3 أدوات الدراسة

استخدم مقياس أحداث الحياة الضاغطة من إعداد النواب والظالمون (2015)، وتكون من (21) فقرة. ومقياس الصحة النفسية أعداد أبو العميرين (2008) وتكون المقياس من (26) فقرة، ويتضمن بعدين: البعد الأول الشخصي (14) فقرة، من 1-14 والبعد الثاني الاجتماعي (12) فقرة، 15-26. وحتى يتم تحديد درجة المتوسط لاستجابة أفراد عينة الدراسة استخدم المعيار الإحصائي، باستخدام المعادلة الآتية:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى (للتدرج)}}{\text{عدد الفئات المفترضة}} = \frac{5-1}{3} = \frac{4}{3} = 1.33$$

فكانت المستويات ثلاثة كالتالي:

• $1.33+1 = 2.33$ ، وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (1- وأقل من

2.33)، يعني المستوى منخفضاً.

• $1.33 + 2.34 = 3.67$ ، وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (2.34-وأقل

من 3.67)، تعني مستوى متوسطاً.

• $1.33 + 3.68 = 5$ ، وبذلك تكون الفقرات التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (3.68- 5)، تعني

مستوى مرتفعاً.

5.3 صدق الأداة:

قامت الباحثة بتصميم الإستبانة بصورتها الأولية، ومن ثم تم التحقق من صدق أداتي الدراسة بعرضها

على المشرف ومجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة، حيث وزعت الباحثة الإستبانة

على عدد من المحكمين، حيث طلب منهم إبداء الرأي في فقرات الإستبانة من حيث: مدى وضوح لغة

الفقرات وسلامتها لغوياً، ومدى شمول الفقرات للجانب المدروس، وإضافة أي معلومات أو تعديلات أو

فقرات يرونها مناسبة، ووفق هذه الملاحظات تم إخراج الإستبانة بصورتها النهائية.

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الإستبانة

مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الإستبانة ويدل على أن هناك

التصاق داخلي بين الفقرات. والجداول (3.3) و(2.3) تبينان ذلك.

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.440**	0.000	8	0.618**	0.000	15	0.635**	0.000
2	0.479**	0.000	9	0.578**	0.000	16	0.646**	0.000
3	0.447**	0.000	10	0.628**	0.000	17	0.614**	0.000
4	0.579**	0.000	11	0.689**	0.000	18	0.661**	0.000
5	0.693**	0.000	12	0.512**	0.000	19	0.641**	0.000
6	0.497**	0.000	13	0.687**	0.000	20	0.526**	0.000
7	0.645**	0.000	14	0.649**	0.000	21	0.586**	0.000

** داله إحصائية عند 0.001 * داله إحصائية عند 0.050

جدول (3.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.626**	0.000	10	0.662**	0.000	19	0.640**	0.000
2	0.356**	0.000	11	0.611**	0.000	20	0.574**	0.000
3	0.631**	0.000	12	0.619**	0.000	21	0.534**	0.000
4	0.525**	0.000	13	0.616**	0.000	22	0.597**	0.000
5	0.486**	0.000	14	0.555**	0.000	23	0.643**	0.000
6	0.569**	0.000	15	0.580**	0.000	24	0.614**	0.000
7	0.671**	0.000	16	0.627**	0.000	25	0.622**	0.000
8	0.687**	0.000	17	0.640**	0.000	26	0.641**	0.000
9	0.613**	0.000	18	0.457**	0.000			

** داله إحصائية عند 0.001 * داله إحصائية عند 0.050

3.6 ثبات أدوات الدراسة:

قامت الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات الدراسة حسب معادلة الثبات كرونباخألفا، وكانت الدرجة الكلية لمستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي (0.916)، و(0.913) ومستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الأداة بثبات يفى بأغراض الدراسة. والجدول (4.3) يبين معامل الثبات للمجالات والدرجة الكلية.

جدول (4.3): نتائج معامل الثبات للمجالات

المستجيب	المجالات	معامل الثبات
أحداث الحياة الضاغطة	الدرجة الكلية	0.916
الصحة النفسية	البعد الشخصي	0.904
	البعد الاجتماعي	0.756
	الدرجة الكلية	0.913

3.6 إجراءات الدراسة:

قامت الباحثة في البداية بتطبيق الأداة على أفراد عينة الدراسة، وبعد أن اكتملت عملية جمع الاستبيانات من أفراد العينة بعد إجابتهم عليها بطريقة صحيحة، تبين للباحثة أن عدد الاستبيانات المستردة الصالحة والتي خضعت للتحليل الإحصائي: (236) استبانة.

3.7 المعالجات الإحصائية:

بعد جمع الاستبيانات والتأكد من صلاحيتها للتحليل تم ترميزها (إعطائها أرقاماً معينة)، وذلك تمهيداً لإدخال بياناتها إلى جهاز الحاسوب الآلي لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وتحليل البيانات

وفقا لأسئلة الدراسة بيانات الدراسة، وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الإستبانة، واختبار (ت) (t- test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

نتائج أسئلة الدراسة

نتائج فرضيات الدراسة

الفصل الرابع:

نتائج الدراسة:

1.4 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة، وهو "أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي في محافظة بيت لحم" وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها.

2.4 نتائج أسئلة الدراسة

1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

ما مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي؟

للإجابة عن السؤال الأول، حسبت الباحثة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي.

جدول (1.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
13	أشعر بعدم أهميتي بين أفراد الأسرة	4.12	1.295	مرتفع
4	أشعر بالرضا عن نفسي	4.07	.8840	مرتفع
11	يشعرون الآخرون بضعف ثقتي بنفسي	4.03	1.136	مرتفع
21	اضطر إلى الاقتراض لتغطية نفقاتي اليومية	3.89	1.259	مرتفع
9	أشعر بوحدة وأنا مع الآخرين	3.78	1.321	مرتفع
19	اشعر باليأس	3.64	1.166	متوسط
5	أنظر إلى أي حدث ضاغط يمر بي بواقعية	3.50	.9030	متوسط
18	أجد صعوبة في شراء كل ما احتاج	3.48	1.189	متوسط
10	أرى أن المستقبل قاتم ومجهول	3.42	1.277	متوسط
12	أندم عندما تواجهني مشكلة في حياتي	3.42	1.127	متوسط
17	أشعر بزيادة وسرعة دقات قلبي من وقت لآخر	3.22	1.213	متوسط
15	أجد صعوبة في تحقيق طموحاتي في الحياة	3.20	1.151	متوسط
8	أتضايق من انتقاد الآخرين اللاذع لي	3.14	1.205	متوسط
20	اشعر بالضيق عند افتقاد حب الآخرين	3.12	1.289	متوسط
6	أحداث الحياة الضاغطة يؤخرني عن إنجاز أعمالي	3.08	1.079	متوسط
14	أغضب لأتفه الأسباب	3.05	1.351	متوسط
16	ألوم نفسي لأخطائي	2.93	1.138	متوسط
7	أجد صعوبة في نسيان الخبرات المؤلمة	2.88	1.111	متوسط
3	أحداث الحياة الضاغطة تؤثر على تصرفاتي	2.71	1.110	متوسط
2	اشعر بالقلق بأحداث الحياة الضاغطة المؤلمة.	2.27	.9840	منخفض
1	أتضايق من الخلافات داخل الأسرة	2.16	1.086	منخفض
	الدرجة الكلية	3.29	0.70	متوسط

يلاحظ من الجدول (1.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة على مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي أن المتوسط

الحسابي للدرجة الكلية بلغ (3.29)، وانحراف معياري (0.70)، وهذا يدل على أن مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي جاء بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (1.4) أن (5) فقرات جاءت بدرجة مرتفعة و(14) فقرة جاءت بدرجة متوسطة وفقرتين جاءتا بدرجة منخفضة، وحصلت الفقرة " أشعر بعدم أهميتي بين أفراد الأسرة " على أعلى متوسط حسابي (4.12)، يليها فقرة " أشعر بالرضا عن نفسي " بمتوسط حسابي (4.07). وحصلت الفقرة " أتضايق من الخلافات داخل الأسرة " على أقل متوسط حسابي (2.16)، يليها الفقرة " اشعر بالقلق بأحداث الحياة الضاغطة المؤلمة " بمتوسط حسابي (2.27).

2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

ما مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي؟

للإجابة عن السؤال الثاني، حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجالات الاستبانة التي تعبر عن واقع مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

جدول (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات

واقع مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي

الرقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	البعد الشخصي	2.300	0.746	منخفض
2	البعد الاجتماعي	2.361	0.580	متوسط
	الدرجة الكلية	2.321	0.618	منخفض

يلاحظ من الجدول (2.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.32) وانحراف معياري (0.618)، وهذا يدل على أن مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي جاء بدرجة منخفضة، ولقد حصل مجال البعد الشخصي على أقل متوسط حسابي ومقداره (2.30)، وحصل مجال البعد الاجتماعي على متوسط حسابي (2.36).

وقامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال البعد الشخصي.

جدول (3.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للبعد

الشخصي

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	امستوى
8	أشعرُ باليأس عندما أقع في أيِّ مشكلة	2.70	1.112	متوسط
13	أعاني صعوبة عند النوم	2.69	1.279	متوسط
5	أشعر بالقلق تجاه مستقبلي	2.55	1.114	متوسط
11	أواجهُ صعوبةً في اتّخاذ القرارات	2.46	1.107	متوسط
7	حياتي مليئة بالحزن	2.44	1.173	متوسط
9	أشعرُ بقصوري في القيام بواجباتي	2.42	1.165	متوسط
10	أشعرُ بالضيق عندما أتناول الطّعام خارج منزلي	2.36	1.258	متوسط
12	أشعر بعدم الأمان	2.22	1.220	منخفض
2	أعاني من مشاكل نفسية	2.11	1.138	متوسط
3	أشعر بأنني راضٍ عن نفسي	2.08	.9440	منخفض
1	أنا قادر على حلّ مشاكلي	2.05	.8760	منخفض
4	أفقد الاهتمام بمظهري الشخصي	2.05	1.154	منخفض
6	أشعر بالخوف بدون سببٍ	2.05	1.190	منخفض
14	أقوم بأعمالي على نحوٍ جيّد	2.03	.8720	منخفض
	الدرجة الكلية	2.300	0.746	منخفض

يلاحظ من الجدول (3.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال البعد الشخصي أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.30) والانحراف المعياري (0.746) وهذا يدل على أن مجال البعد الشخصي جاء بدرجة منخفضة.

وتشير النتائج في الجدول (3.4) أن (7) فقرات جاءت بدرجة متوسطة، و(7) فقرات جاءت بدرجة منخفضة، وحصلت الفقرة " أشعرُ باليأس عندما أقع في أيِّ مشكلة " على أعلى متوسط حسابي (2.70)، ويلبها فقرة " أعاني صعوبة عند النوم " بمتوسط حسابي (2.69)، وحصلت الفقرة " أقوم بأعمالي على نحوٍ جيّد " على أقل متوسط حسابي (2.03)، يليها الفقرة " أشعر بالخوف بدون سببٍ " والفقرة " أفقد الاهتمام بمظهري الشخصيّ " والفقرة " أنا قادر على حلّ مشاكلي " بمتوسط حسابي (2.05).

وقامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال البعد الاجتماعي.

جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للبعد

الاجتماعي

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
5	يعتبرني الناس عصبياً	3.12	1.255	متوسط
6	أشعر أنّ الناس تُسيء فهم تصرفاتي عادةً	2.94	1.283	متوسط
11	أشعر بأنّ الناس يُراقبونني	2.82	1.181	متوسط
9	أظهر للآخرين بأنني سعيد	2.47	1.052	متوسط
8	من السهل اكتساب الأصدقاء	2.43	1.058	متوسط
1	أشعرُ بالخوف من الغرباء	2.25	1.219	منخفض
12	أمضي وقتاً ممتعاً مع الآخرين	2.25	1.037	منخفض
4	أشعرُ بالأمان عندما أكون مع الآخرين	2.22	.9710	منخفض
7	أشعر بالخجل من مقابلة الآخرين	2.15	1.265	منخفض

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
2	أشعر بأن الآخرين يتقبلونني	1.97	0.876	منخفض
10	أشعر بالموّدة نحو المقربين لي	1.97	0.836	منخفض
3	أشعرُ بالزّاحة عندما أرى الآخرين سعداء	1.75	0.816	منخفض
الدرجة الكلية		2.36	0.56	متوسط

يلاحظ من الجدول (4.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال البعد الاجتماعي أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.36) وانحراف معياري (0.564)، وهذا يدل على أن مجال البعد الاجتماعي جاءت بدرجة متوسطة.

وتشير النتائج في الجدول (4.4) أن (5) فقرات جاءت بدرجة متوسطة و(7) فقرات جاءت بدرجة منخفضة، وحصلت الفقرة " يعتبرني الناس عصبياً " على أعلى متوسط حسابي (3.12)، يليها فقرة " أشعر أنّ الناس تُسيء فهم تصرفاتي عادةً " بمتوسط حسابي (2.94)، وحصلت الفقرة " أشعرُ بالزّاحة عندما أرى الآخرين سعداء " على أقل متوسط حسابي (1.75)، يليها الفقرة " أشعر بالموّدة نحو المقربين لي " والفقرة " أشعر بأن الآخرين يتقبلونني " بمتوسط حسابي (1.97).

3.2.4 النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

نتائج الفرضية الأولى:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

فحصت الفرضية الأولى بحساب معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

جدول (5.4): معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي

المتغيرات	معامل بيرسون	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	-0.809	0.000
البعد الاجتماعي	-0.730	0.000
الدرجة الكلية	-0.834	0.000

يتبين من خلال الجدول (5.4) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون للدرجة الكلية (-0.834)، ومستوى الدلالة (0.00)، أي أنه توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، وكذلك للمجالات، أي أنه كلما زاد مستوى أحداث الحياة الضاغطة قل ذلك من مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

4.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الجنس"

لفحص الفرضية الثانية استخدم اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي حسب متغير الجنس.

جدول (6.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي حسب متغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
ذكر	86	3.357	0.764	0.772	0.442
أنثى	150	3.252	0.678		

يتبين من خلال الجدول (6.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.772)، ومستوى الدلالة (0.442)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير الجنس. وبذلك تم قبول الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثالثة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي"

لفحص الفرضية الثالثة، حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول (7.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أقل من توجيهي	48	3.136	0.963
توجيهي - بكالوريوس	162	3.383	0.597
أعلى من بكالوريوس	26	3.000	0.740

يلاحظ من الجدول (7.4)، وجود فروق ظاهرية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول (8.4):

جدول (8.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير المؤهل العلمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.361	2	1.180	2.401	.0950
داخل المجموعات	56.545	233	0.4920		
المجموع	58.906	235			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (2.401) ومستوى الدلالة (0.095)، وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك تم قبول الفرضية الثانية.

نتائج الفرضية الرابعة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات مستوى أحداث

الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

لفحص الفرضية الرابعة حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى أحداث

الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (9.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب/عزباء	50	3.394	0.564
متزوج/ة	178	3.300	0.730
غير ذلك	8	2.428	0.603

يلاحظ من الجدول (9.4) وجود فروق ظاهرية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (10.4):

جدول (10.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.250	2	1.625	3.358	.0380
داخل المجموعات	55.656	233	0.484		
المجموع	58.906	235			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (3.358) ومستوى الدلالة (0.038)، وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وبذلك رفضت الفرضية الرابعة، وتم فحص نتائج اختبار (LSD) لبيان اتجاه الفروق، وهي كما يلي:

الجدول (11.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

المتغيرات	متزوج/ة	غير ذلك	أعزب/عزباء	مستوى الدلالة
أعزب/عزباء	متزوج/ة	غير ذلك	أعزب/عزباء	0.553
متزوج/ة	أعزب/عزباء	غير ذلك	أعزب/عزباء	0.011
غير ذلك	أعزب/عزباء	متزوج/ة	أعزب/عزباء	0.553
أعزب/عزباء	أعزب/عزباء	متزوج/ة	أعزب/عزباء	0.01
متزوج/ة	أعزب/عزباء	أعزب/عزباء	أعزب/عزباء	0.01
أعزب/عزباء	متزوج/ة	أعزب/عزباء	أعزب/عزباء	0.01

وكانت الفروق بين العزاب وغير ذلك لصالح العزاب، وبين المتزوجين وغير ذلك لصالح المتزوجين.

نتائج الفرضية الخامسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات أحداث الحياة

الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء "

لفحص الفرضية الخامسة حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

جدول (12.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
لا يوجد	64	3.142	0.693
واحد	20	3.566	0.514
اثنان	66	3.435	0.757
ثلاث فأكثر	86	3.225	0.705

يلاحظ من الجدول (12.4)، وجود فروق ظاهرية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى

القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي

(One Way ANOVA)، كما يظهر في الجدول رقم (13.4):

جدول (13.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث

الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.336	3	0.779	1.569	0.201
داخل المجموعات	56.570	232	0.496		
المجموع	58.906	235			

يلاحظ أن قيمة F للدرجة الكلية، (1.569) ومستوى الدلالة (0.201)، وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء، وبذلك قبلت الفرضية الخامسة.

نتائج الفرضية السادسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر "

لفحص الفرضية السادسة، حسبت المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

جدول (14.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
30-20	110	3.3143	0.712
40-31	86	3.2591	0.670
50-41	20	3.1667	0.882
51 فأعلى	20	3.4238	0.759

يلاحظ من الجدول (14.4)؛ وجود فروق ظاهرية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى

القولون العصبي يعزى لمتغير العمر، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (One

Way ANOVA)، كما يظهر في الجدول (15.4):

جدول (15.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث

الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.4040	3	0.135	0.263	0.852
داخل المجموعات	58.502	232	0.513		
المجموع	58.906	235			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.263) ومستوى الدلالة (0.852)، وهي أكبر من مستوى الدلالة

($\alpha \leq 0.05$)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى

القولون العصبي يعزى لمتغير العمر، وبذلك قبلت الفرضية السادسة.

نتائج الفرضية السابعة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الصحة

النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الجنس"

لفحص الفرضية السابقة حسب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة

في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي حسب لمتغير الجنس.

جدول (16.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية

لدى مرضى القولون العصبي حسب متغير الجنس

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	ذكر	86	2.2558	0.735	0.488	0.627
	أنثى	150	2.3257	0.757		
البعد الاجتماعي	ذكر	86	2.3585	0.595	0.044	0.965
	أنثى	150	2.3633	0.549		
الدرجة الكلية	ذكر	86	2.3032	0.6155	0.336	0.738
	أنثى	150	2.3431	0.623		

يتبين من خلال الجدول (16.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.336)، ومستوى الدلالة (0.738)؛ أي أنه لا توجد فروق في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، تعزى لمتغير الجنس، وكذلك للأبعاد؛ وبذلك قبلت الفرضية السابقة.

نتائج الفرضية الثامنة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات الصحة

النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي"

لفحص الفرضية الثامنة حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول (17.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

المجال	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الشخصي	أقل من توجيهي	48	2.529	0.935
	توجيهي-بكالوريوس	162	2.194	0.654
	أعلى من بكالوريوس	26	2.538	0.815
البعد الاجتماعي	أقل من توجيهي	48	2.541	0.777
	توجيهي-بكالوريوس	162	2.291	0.471
	أعلى من بكالوريوس	26	2.467	0.595
الدرجة الكلية	أقل من توجيهي	48	2.535	0.838
	توجيهي-بكالوريوس	162	2.238	0.514
	أعلى من بكالوريوس	26	2.505	0.667

يلاحظ من الجدول (17.4)، وجود فروق ظاهرية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول (18.4):

جدول (18.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير المؤهل العلمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	بين المجموعات	2.916	2	1.458	2.689	.0720
	داخل المجموعات	62.355	233	0.542		
	المجموع	65.271	235			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	1.327	2	0.664	2.123	.1240
	داخل المجموعات	35.954	233	0.313		
	المجموع	37.281	235			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2.086	2	1.043	2.812	.0640
	داخل المجموعات	42.667	233	0.371		
	المجموع	44.753	235			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (2.812) ومستوى الدلالة (0.064) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي وكذلك للأبعاد، وبذلك قبلت الفرضية الثامنة.

نتائج الفرضية التاسعة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

ل فحص الفرضية التاسعة، حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (19.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

المجال	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الشخصي	أعزب/عزباء	50	2.194	0.640
	متزوج/ة	178	2.298	0.773
	غير ذلك	8	3.000	0.447
البعد الاجتماعي	أعزب/عزباء	50	2.276	0.468
	متزوج/ة	178	2.364	0.591
	غير ذلك	8	2.833	0.204
الدرجة الكلية	أعزب/عزباء	50	2.232	0.526
	متزوج/ة	178	2.328	0.641
	غير ذلك	8	2.923	0.257

يلاحظ من الجدول (19.4)؛ وجود فروق ظاهرية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون

العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (One

Way ANOVA)، كما يظهر في الجدول رقم (20.4):

جدول (20.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	بين المجموعات	2.240	2	1.120	2.043	0.134
	داخل المجموعات	63.031	233	0.5480		
	المجموع	65.271	235			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	1.071	2	0.560	1.701	0.187
	داخل المجموعات	36.210	233	0.3150		
	المجموع	37.281	235			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.645	2	0.8230	2.195	0.116
	داخل المجموعات	43.108	233	0.3750		
	المجموع	44.753	235			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (2.195) ومستوى الدلالة (0.116)، وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذلك للأبعاد، وبذلك قبلت الفرضية التاسعة.

نتائج الفرضية العاشرة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء "

لفحص الفرضية العاشرة، حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

جدول (21.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى

الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء

المجال	عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الشخصي	لا يوجد	64	2.395	0.750
	واحد	20	2.150	0.698
	اثنان	66	2.244	0.772
	ثلاث فأكثر	86	2.307	0.751
البعد الاجتماعي	لا يوجد	64	2.390	0.532
	واحد	20	2.083	0.504
	اثنان	66	2.313	0.583
	ثلاث فأكثر	86	2.441	0.580
الدرجة الكلية	لا يوجد	64	2.393	0.618
	واحد	20	2.119	0.560
	اثنان	66	2.276	0.6504
	ثلاث فأكثر	86	2.369	0.613

يلاحظ من الجدول (21.4) وجود فروق ظاهرية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، كما يظهر في الجدول (22.4):

جدول(22.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	بين المجموعات	.6180	3	.2060	.3630	.7800
	داخل المجموعات	64.653	232	.5670		
	المجموع	65.271	235			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	1.156	3	.3850	1.216	.3070
	داخل المجموعات	36.125	232	.3170		
	المجموع	37.281	235			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	.7330	3	.2440	.6330	.5950
	داخل المجموعات	44.020	232	.3860		
	المجموع	44.753	235			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(0.633)، ومستوى الدلالة (0.595) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء وكذلك للأبعاد؛ وبذلك قبلت الفرضية العاشرة.

نتائج الفرضية الحادي عشرة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر "

لفحص الفرضية الحادية عشرة ، حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر .

جدول (23.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	العمر	المجال
2.283	0.739	110	30-20	البعد الشخصي
2.320	0.736	86	40-31	
2.414	1.002	20	50-41	
2.192	0.638	20	51 فأعلى	
2.312	0.544	110	30-20	البعد الاجتماعي
2.335	0.563	86	40-31	
2.591	0.518	20	50-41	
2.516	0.714	20	51 فأعلى	
2.296	0.606	110	30-20	الدرجة الكلية
2.324	0.622	86	40-31	
2.496	0.714	20	50-41	
2.342	0.638	20	51 فأعلى	

يلاحظ من الجدول (23.4)، وجود فروق ظاهرية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون

العصبي يعزى لمتغير العمر، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (One Way

ANOVA)، كما يظهر في الجدول (24.4):

جدول (24.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد الشخصي	بين المجموعات	.2790	3	0.093	0.163	0.921
	داخل المجموعات	64.992	232	0.570		
	المجموع	65.271	235			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	.9340	3	0.311	0.977	0.406
	داخل المجموعات	36.347	232	0.319		
	المجموع	37.281	235			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	.3390	3	0.113	0.290	0.832
	داخل المجموعات	44.414	232	0.390		
	المجموع	44.753	235			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.290) ومستوى الدلالة (0.832)؛ وهي أكبر من مستوى الدلالة

($\alpha \leq 0.05$)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون

العصبي يعزى لمتغير العمر وكذلك للأبعاد. وبذلك قبلت الفرضية الحادية عشرة.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

- مناقشة النتائج

- التوصيات

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مناقشة النتائج

يعرض في هذا الفصل تفسير ومناقشة نتائج الدراسة، ومن ثم استخلاص التوصيات في ضوء النتائج:

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون

العصبي؟

تبين أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي قد جاءت بدرجة متوسطة، وأن (5) فقرات جاءت بدرجة عالية و(14) فقرة جاءت بدرجة متوسطة وفقرتين جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أشعر بعدم أهميتي بين أفراد الأسرة " على أعلى متوسط حسابي (4. 12)، يليها فقرة " أشعر بالرضا عن نفسي " بمتوسط حسابي (4. 07)، وحصلت الفقرة " أتضايق من الخلافات داخل الأسرة " على أقل متوسط حسابي (2. 16)، يليها الفقرة " اشعر بالقلق بأحداث الحياة الضاغطة المؤلمة " بمتوسط حسابي (2. 27).

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن هناك تأثير لمستوى الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي وربما يعود ذلك إلى الحياة المعيشية والظروف الاقتصادية الصعبة التي تؤدي إلى زيادة أحداث الحياة الضاغطة، وتتفق الدراسة مع دراسة (المؤمنى، وعمارين، 2016) التي أشارت إلأن معظم المرضى يعانون من الضغوطات النفسية ذات الشدة المتوسطة، وقد كانت أقل الفقرات " أتضايق من الخلافات داخل الأسرة" بمتوسط حسابي (2. 16)، ثم يليها "اشعر بالقلق بأحداث الحياة الضاغطة

المؤلمة"بمتوسط حسابي (2. 27)، وتغزو الباحثة ذلك إلى أن مستوى أحداث الحياة الضاغطة يعود إلى اختلاف الضغوط والقدرة على تحملها من شخص لآخر؛ وانفقت الدراسة الحالية مع دراسة (كاظم، 2010) أن تعرض الفرد للضغوط النفسية يؤدي إلى انفعالات سلبية مدمرة .

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي؟

تبين أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي في المجال الشخصي قد جاء بدرجة متوسطة، وأن (7) فقرات جاءت بدرجة متوسطة، و(7) فقرات جاءت بدرجة منخفضة؛ وحصلت الفقرة " أشعرُ باليأس عندما أقع في أيِّ مشكلة " على أعلى متوسط حسابي (2. 70)، يليها فقرة " أعاني صعوبةً عند النوم " بمتوسط حسابي (2. 69)، حيث حصلت الفقرة " أقوم بأعمالي على نحوٍ جيّد " على أقل متوسط حسابي (2. 03)، يليها الفقرة " أشعر بالخوف بدون سببٍ " والفقرة " أفقد الاهتمام بمظهري الشخصّي " والفقرة " أنا قادر على حلّ مشاكلي " بمتوسط حسابي (2. 05)؛ وتغزى الباحثة ذلك للتأثير السلبي على الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي مما يجعلهم يعانون من صعوبات وضغوط في المجال الشخصي مما ينعكس سلبياً عليهم وعلى حياتهم وصحتهم النفسية.

أما بالنسبة للبعد الثاني في المجال الاجتماعي تبين لنا المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال البعد الاجتماعي قد جاءت بدرجة متوسطة، وأن (5) فقرات جاءت بدرجة متوسطة، و(7) فقرات جاءت بدرجة منخفضة؛ وحصلت الفقرة " يعتبرني الناس عصبياً " على أعلى متوسط حسابي (3. 12)، يليها فقرة " أشعر أنّ الناس تُسيء فهم تصرفاتي عادةً " بمتوسط حسابي (2. 94)، وحصلت الفقرة " أشعرُ بالراحة عندما أرى الآخرين سعداء " على أقل متوسط حسابي (1. 75)، يليها الفقرة " أشعر بالموّدة نحو المقربين لي " والفقرة " أشعرُ بأنّ الآخرين يتقبّلونني " بمتوسط حسابي (1. 97)؛ ولا توجد دراسة تتفق مع دراستي في هذا المجال الاجتماعي.

النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي؟

تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، ولكن تبين وجود علاقة عكسية بين أحداث الحياة الضاغطة وبين الصحة النفسية، أي كلما قلت أحداث الحياة الضاغطة زادت الصحة النفسية والعكس صحيح، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن ضغوط الحياة لها تأثير مباشر وكبير على الصحة النفسية، فكلما قلت هذه الضغوط كانت الصحة النفسية لدى المرضى أفضل، وتبين أيضاً وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين المجال الشخصي والدرجة الكلية لأحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الجنس"

تبين عدم وجود فروق في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير الجنس، وبذلك تكون الفرضية قد قبلت، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن كل من الذكر والأنثى يتعرضون للضغوط الحياتية والتي تؤدي بدورها بالتأثير السلبي على مرضى القولون العصبي، فهذه الضغوط تؤثر على نفسية كلا الجنسين لكونهم يعيشون بنفس الظروف، واتفقت الدراسة مع دراسة (خلف، 2013)، التي بينت عدم وجود علاقة ارتباط معنوية بين نوعية الحياة المتعلقة بالمشاكل الجسدية لهؤلاء المرضى وبعض الخصائص الديمغرافية مثل الجنس، وتتعارض الدراسة مع دراسة

بلانشرد وآخرون (Blanchard. et. al. 2001)، حيث وجدت الدراسة بأن الإناث حصلن على نتيجة أعلى من الذكور على قائمة بيك للاكتئاب، وعلى اختبار القلق، وعلى مقياس سمات الشخصية .MMPI

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات مستوى

أحداث الحياة الضاغطة، لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

أظهرت أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المستوى الدراسي والمؤهل العلمي ليس له تأثير على مرضى القولون ولا يختلف من شخص لآخر، فالمريض بالقولون ذو المؤهل العالي يتأثر بضغط الحياة، وأيضا ذو التعليم المتوسط يتأثر بأحداث الحياة الضاغطة على حد سواء، فالجميع يتعرض للضغوط النفسية مهما كان مؤهله العلمي.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أحداث

الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

تبين أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، تعزى لصالح العزاب، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن العزاب يواجهون ضغوط ومشاكل تؤدي إلى زيادة مستوى أحداث الحياة الضاغطة، سواء كانت بسبب ضغوط نفسية أم اقتصادية، أو اجتماعية، أو عاطفية، على عكس المتزوجون فهم لا يعانون من المشاكل والضغط بالدرجة نفسها مع العزاب، فمهما كانت لديهم ضغوط فهم بالنهاية يتمتعون باستقرار نفسي أكثر من

العزاب واختلفت الدراسة الحالية مع دراسة صالح(2013)،والتي بيت نتائجها وجود فروق ذات دلالة احصائية بمستوى الصحة النفسية تبعاً للحالة الزوجية لصالح المتزوج.

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء.

تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء، وكذلك للأبعاد الشخصية والاجتماعية، وتعزوا الباحثة ذلك إلى أن عدد الأبناء لا يؤثر على مستوى الأحداث الضاغطة، وتعزو الباحثة ذلك، أن سبب الضغوط النفسية عادة هي أسباب اقتصادية وسياسية واجتماعية، وليست متعلقة بعدد الأبناء بحد ذاته،فهناك اسر كبيرة، ولكنها مستقرة نفسياً وعلى العكس قد يكون،ولا توجد دراسة تتفق مع دراسة الحالية تتحدث عن متغير عدد الأبناء.

مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر "

تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر، وكذلك للأبعاد الاجتماعية والشخصية، وتعزوا الباحثة ذلك إلى أن متغير العمر لا يؤثر على مستوى أحداث الحياة الضاغطة،فالضغوط النفسية ليست مخصصة أو مرتبطة بعمر معين والجميع يتأثرون بالأحداث الضاغطة سواء أكانوا أطفالاً أم مراهقين أم شباب وحتى كبار السن من مرضى القولون العصبي،وتتعارض الدراسة مع دراسة تشانج وآخرون (Chang 2014) et,al, حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن المصابات بالقولون العصبي اللاتي لديهن أعراض حادة

من الضغوط، يعانون من أعراض حادة في الجهاز الهضمي كآلام البطن، والتأثير السلبي مقارنة باللواتي يعانون من أعراض ضغوط نفسية خفيفة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الجنس.

تبين أنه لا توجد فروق في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي تعزى لمتغير الجنس، وكذلك للأبعاد الاجتماعية والشخصية. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي لا يوجد فرق بين الذكور والإناث فكلا الجنسين قد يتمتعوا بصحة نفسية جيدة، وإن كانت الظروف المحيطة مريحة بغض النظر عن النوع الاجتماعي، ولقد اتفقت دراسة صوشي (2017) مع الدراسة الحالية، حيث أشارت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في المساندة الأسرية تعزى لمتغير الجنس، في حين اختلفت مع دراسة سمرين وآخرون (2000) أشارت نتائجها لوجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب الجنس لصالح الإناث.

مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وكذلك للأبعاد الاجتماعية والشخصية. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المؤهل العلمي أيضاً لا يؤثر على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، فذو المؤهل العلمي دبلوم أو بكالوريوس أو دراسات عليا لا يوجد بينهم فرق في مستوى الصحة النفسية وذلك لأن التمتع بالصحة النفسية غير مرتبط بالمؤهل العلمي بحد ذاته، فهناك الكثير ممن يتمتعون بصحة نفسية

جيدة مهما كان مؤهلهم العلمي، وتعارضت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة صالح (2013) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تبعاً للمستوى التعليمي لصالح الجامعي.

مناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكذلك للأبعاد الشخصية والاجتماعية، وتتفق الباحثة مع هذه النتيجة فالحالة الاجتماعية تؤثر وبشكل كبير على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، فالأعزب حسب رأي الباحثة مستوى الصحة النفسية لديه أقل من المتزوج لأن المتزوج يتمتع بدرجة من الاستقرار النفسي أكثر من الأعزب الذي يتعرض لضغوط نفسية أكثر من المتزوج وهذا يؤدي إلى انخفاض مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي من فئة العزاب، ولا يوجد دراسة تتفق مع الدراسة الحالية.

مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء

تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء، وكذلك للأبعاد الاجتماعية والشخصية. وتعزوا الباحثة ذلك إلى أن عدد الأبناء لا يؤثر على مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون فكثيراً من الأسر يكون عددهم كثير ولكن

أفرادها يتمتعون بالصحة النفسية أو أسر صغيرة، اذن لا يرتبط مستوى الصحة النفسية بحسب عدد

الأبناء

نتائج الفرضية الحادية عشرة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الصحة النفسية

لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر.

أظهرت أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي

يعزى لمتغير العمر، وكذلك للأبعاد الاجتماعية والشخصية، وتعزو الباحثة ذلك الى أن جميع الفئات

العمرية التي أخذت (دون 30 سنة) و(من 30 - أقل من 50) و(من 50 سنة فأكثر)، قد تتمتع

بدرجة من الصحة النفسية تتناسب مع كل مرحلة عمرية، فالفئة العمرية في بداية الثلاثين لديهما

استقرار نفسي مع أسرهم وتمتعون بتصالح مع الذات، وتبحث عن الاستقرار، والفئة العمرية الأكبر

تبحث عن مصدر الرزق لتأمين أسرها التي أنشئت، وكيفية تحسين أوضاعها إلى الأفضل ولكن مع

وجود الصحة النفسية، والفئة العمرية الأكبر تبحث عن مستقبل أبنائهم، وإيجاد حياة مستقلة ومستقرة

لأبنائهم

5.2 التوصيات:

بعد الانتهاء من تفسير نتائج الدراسة، توصلت الباحثة إلى التوصيات الآتية:

1. الابتعاد عن الأمور التي تزيد الأعراض: مثل التوتر، والقلق أو أية ضغوط نفسية أخرى.
2. العمل من خلال البرامج الإرشادية على زيادة درجة تحمل أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي.
3. إجراء المزيد من الدراسات حول الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي وربطها بمتغيرات أخرى كالمنطقة السكنية ووضع العمل.
4. التأكيد على دور المساندة الاجتماعية من الأهل والأصدقاء من أجل التخفيف من الأحداث الضاغطة الواقعة على مرضى القولون العصبي.
5. التركيز على فئة العزاب بتقديم الدعم النفسي لهم وتدريبهم على كيفية مواجهة الضغوط النفسية للتمتع بصحة نفسية أفضل.
6. توعية الأفراد بشكل دائم بأهمية الصحة النفسية لأنها على علاقة عكسية مع الأحداث الضاغطة فكلما زادت الصحة النفسية قلت الأحداث الضاغطة والعكس صحيح
7. تكثيف برامج التدخل في التعامل مع مشاكل مرضى القولون العصبي.

المصادر والمراجع:

أولاً: المصادر والمراجع العربية

- ابراهيم، لطفي (1994). عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، (5).
- أبو الخير، عبد الكريم (2003). التمريض النفسي، عمان: دار وائل للطباعة والنشر، الأردن.
- أبو العمرين، ابتسام (2008). مستوى الصحة النفسية للعاملين بمرتبة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم؛ (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- أبو دلو، جمال (2009). الصحة النفسية، عمان : دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أبو زينة، سامح (2000). موسوعة الأمراض الشائعة، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أبو غزالة، سميرة (1999). الضغوط النفسية وعلاقتها بكل من الذكاء، وتأكيد الذات وبعض السمات المرضية، مجلة كلية التربية- جامعة الأزهر، 23 (3).
- ألين، ماجي (2005). ماذا تأكل إذا كنت مصاباً بالقولون العصبي؟، القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- الأمامي، بسام (2011). مستوى الوعي الصحي ودرجة الممارسات الصحية لدى طلبة المرحلة الأساسية في مدارس محافظة معان " جامعة مؤتة، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، 1 (145).

- البحرأوي، أأمد (2003). الضغوط النفسية والاجتماعية المدرسية - (أساليب المواجهة دراسة مقارنة بين شرائح اجتماعية مختلفة ؛ لدى طلبة وطالبات المرحلة الإعدادية) رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة- جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
 - البذور، طلال (2011). " مستوى الصحة النفسية لدى طلبة جامعة الحسين بن طلال في الأردن وعلاقته بمتغيري النوع الاجتماعي ومستوى السنة الدراسية، قسم التربية الخاصة _ كلية العلوم التربوية، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، 2(145).
 - جاد الله، فاطمة (2002). دراسة تحليلية لضغوط العمل لدى المرأة المصرية، لتطبيق على ديوان عام هيئة كهرباء مصر، المجلة العربية للإدارة، المجلد 22(1) مصر.
 - جودة، آمال (2014). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى؛ بحث مقدم إلى مؤتمر التربوي الأول- التربية في فلسطين وتغيرات العصر- "المنعقد بكلية التربية في الجامعة الإسلامية.
 - حجازي، مصطفى، (2004). الصحة النفسية منظور ديناميكي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، الدار البيضاء، المركز الثقافي العربي.
 - حسن، جمال (2003). " الوعي الصحي لدى طلال المرحلة الثانوية مستواه، علاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية " مجلة كلية التربية، بنها، عدد يناير.
 - الحشاش، وفاء (2010). متلازمة القولون العصبي، الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية.
 - الحلو، محمد - وعفانة، عزو(1994). "المؤثرات السلوكية والسيكولوجية للانتفاضة الفلسطينية على طلاب و طالبات الجامعة الإسلامية في غزة؛ مجلة الجامعة الإسلامية-
- 2(4)، 242-277.

- حيايى، احمد (1998). برنامج إرشادى وقائى لبعض أنماط السلوك المنحرف، غش، رقة، عدوان لطلبة المرحلة المتوسطة، أطروحة دكتوراه غير منشور، كلية التربية- جامعة المستنصرية.
- خلف، غالب (2013). المشاكل الجسمية للمرضى المصابين بسرطان القولون المستقيم في محافظة الموصل، مجلة الكوفة للتمريض؛ 3 (1) - 354-357.
- الداهري، صلاح (2005). مبادئ الصحة النفسية، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- الدراجي، حسن على سيد (2007). أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا الوظيفي ونوع التأهيل وأنماط يونك للشخصية لدى معلمين المدار الابتدائية، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية- ابن رشد، جامعة بغداد، العراق.
- دسوقي (1991). ضغوط الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية للمتزوجين والمطلقين، "دراسة مقارنة بين عينة سعودية وأخرى مصرية"، مجلة كلية التربية، العدد (14) 256-271.
- رحماوي، سعاد (2008). الصحة النفسية وأثرها في دافعية الانجاز لدى طلبة السنة الثانية علم النفس وعلوم التربية، رسالة ماجستير، تخصص علم النفس المدرسي.
- الرحو، جنان (2005). أساسيات علم النفس. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- الرزاذ، فيصل (2000). الأمراض النفسية الجسدية؛ ، بيروت، دار النفائس.
- رشاد، موسى (2001). أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: المختار للنشر والتوزيع.
- زيبيدي، ناصر وليمن، نصيرة (2012). مبادئ الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ديوان المطبوعات الجماعية، جامعة الجزائر 2.

- الزبيري، كامل (2007). دراسات في الصحة النفسية. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد، إبراهيم، فيوليت (1991). مقياس الصحة النفسية للشباب، كراسة التعليمات، القاهرة: مكتبة عالم الكتب.
- سلامة، ممدوحة (2000). الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين، دراسات نفسية- 3، (1).
- السلطان، ابتسام (2009). المساندة الاجتماعية، وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية التربية، ابن الهيثم - جامعة بغداد.
- السلطاني، ناجح (1994). الضغوط النفسية التي يتعرض لها المراهق العراقي، وعلاقته بعمره وجنسه، ومفهوم الذات، ومركز السيطرة؛ أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية - ابن رشد - جامعة بغداد.
- السيد، إسحاق (2011). المفهوم النفسي والاصطلاحي للضغوط النفسية عبر التاريخ، (سلسلة بحث في مفهوم)، مجموعة وسلسلة من المقالات المنشورة.
- السيد، سعيد (2006). ما هي الصلابة النفسية، منتدى طلبات أعضاء التربية والتعليم.
- الشاعر، عبد المجيد (1990). أساسيات علم وظائف الأعضاء، عمان - الأردن - دار المستقبل للنشر والتوزيع.
- شريت، أشرف (2001). المدخل إلى الصحة النفسية. الإسكندرية: مكتبة المعرفة الجامعية.
- الشكعة، علي (2009). استراتيجيات مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة في محافظة نابلس، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 23 (1)

- الشناوي، محمد و محمد، السيد (1998). العلاج السلوكي الحيثي، أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع - القاهرة.
- شيخاني، سمير (2003). الضغط النفسي، دار الفكر العربي للطباعة والنشر، ط(1)- المجلد (1).
- صالح، زكريا (2013). الصحة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمركز مستشفى جياذ لجراحة وأمراض الكلى، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الطبية التطبيقية، السودان
- صوشي، سامية (2017). المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي - دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.
- طاهر، حسين (1993). "اثر الضغوط النفسية على الأطفال والكبار، ودور أولياء الأمور تجاه المواقف الضاغطة"، مجلة كلية التربية - الكويت - 4 (11) - 110-133.
- العاني، حنان (2003). الصحة النفسية. عمان: دار الفكر.
- عبد الستار، ابراهيم (1998). الاكتئاب؛ اضطراب العصر الحديث - منهج وأساليب علاجه، العدد 23؛ القاهرة - عالم المعرفة.
- عبد الغني، أشرف؛، صبره، علي (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجماعية الازاريطة.
- عبد الفتاح، إيناس ومحمد، محمود نجيب (2002). " ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية، وبعض خصائص الشخصية لدى طلاب الجامعة"، دراسة كاشفية؛ مجلة الدراسات النفسية- 12(3). 150-171.

- عبد المعطي، حسن (2006). الأمراض السيكوسوماتية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة- مصر.
- عبد الوهاب، خالد (2006). الضغوط النفسية وتأثيراتها؛ مصر- منشورة جامعة بني سويف.
- العزة، سعيد وعبد الهادي، جودت (1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي؛ عمان: دار الثقافة والنشر والتوزيع- عمان- الأردن/ ط1.
- عزت، إسماعيل (1993). الاكتئاب النفسي، الكويت- وكالة المطبوعات.
- عطية، جمال الدين (1988). المسلم المعاصر، مجلة فكرية ثقافية، تعالج قضايا الاجتهاد المعاصر في ضوء الأصالة الإسلامية: العددان 51-52 دار البحوث العلمية للنشر والتوزيع، الصفاه، الكويت، ص 158.
- علي، عبد السلام (2008). مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة، كراسة التعليمات؛ ط2، مكتبة الأنجلو المصرية- القاهرة.
- علي، عبد السلام (2003). "دليل تطبيق مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة"؛ مكتبة الأنجلو المصرية- القاهرة.
- علي، عبد السلام (2005). المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية؛ ط1، مكتبة النهضة العربية- القاهرة.
- عليوي، نوال (2011). مواجهة التأخر الدراسي وصعوبات التعلم، مكتبة الساعي، القاهرة
- الفقي، صلوحه (2000). دراسة للضغوط المرتبطة بحالات الاكتئاب ونموذج مقترح للتدخل المهني من منظور خدمة الفرد؛ رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان.

- فهمي، مصطفى (1998). الصحة النفسية (دراسات في سيكولوجية التكيف). ط5، القاهرة: مكتبة الخانجي.
- القوصي، عبد العزيز (1982). أسس الصحة النفسية، الطبعة السابعة، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ص 11
- كاظم، علي (2014). تهيج القولون وعلاقته بالذكاء الانفعالي وبعض المتغيرات البايو كيميائية؛ مجلة علوم التربية الرياضية؛ 7 (3) / 16-38
- كفاي، علاء الدين (1990). الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، القاهرة: هجر للطباعة والنشر، ص8
- محمد، محمد (2004). مشكلات الصحة النفسية (أمراضها وعلاجها)، الأولى، دار الشروق للطباعة والنشر، رام الله.
- محي الدين، عباس (2015). الضغوط النفسية المتعلقة بالذبحة الصدرية، لدى المرضى البالغين في مدينة كركوك؛ مجلة الكوفة لعلوم التمريض. 5(3) / 181-191.
- مرسي، كمال (1988). المدخل إلى علم الصحة النفسية. الكويت: دار القلم.
- مصطفى، باهي (2002). علم النفس الفسيولوجي؛ مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة- مصر 2002- ص206-207.
- مصطفى، فهمي (1987). الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة الخانجي
- المغدري، أحمد (2004). استراتيجيات التكيف لضغوط بيئة السجن وعلاقتها بالأبعاد الأساسية للشخصية لدى السجناء في سلطنة عمان؛ رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

- منسي، حسن (2001). الصحة النفسية؛ عمان - الأردن - دار الكندي للنشر والتوزيع.
- المومني، فواز - عمارين، سلام (2016). الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية الديمغرافية؛ المجلة الأردنية في العلوم التربوية. 12 (3) / 287-302.
- الهابط، محمد (1985). التكيف والصحة النفسية: الأمراض الفعلية ومشكلات الأطفال وعلاجها. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- هريدي، محمد (1996). علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات، "دراسة في ضوء الفرق بين الجنسين"؛ مجلة بحوث كلية الآداب - جامعة المنوفية، العدد السادس والعشرون (267-321).
- يونامكي، رايا (1998). الصحة النفسية للنساء الفلسطينيات تحت الاحتلال الإسرائيلي، ترجمة: أحمد بكر، جمعية الدراسات العليا بالقدس.

ثانياً: المصادر الأجنبية

- ADHF (American Digestive Health Foundation). Retrieved March 2001, from the World Wide Web: <http://www.gastro.org/adhf>. Html.
- Blanchard, E. (2001). Irritable bowel syndromes: Psychological assessment and treatment. Washington, DC. :American Psychologist Association.
- Blanchard, E, Keefer, L, Galovski, T. E. , Taylor, A. E. , & Turner, S. M. (2001). Gender differences in psychological distress among patients with irritable bowel syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 50(5), 271-275.
- Chang, L, Lee, O. Y, Naliboff, B, Schmulson, M, & Mayer, E. A. (2001). Sensation of bloating and visible abdominal distension in patients with irritable bowel syndrome. *The American journal of gastroenterology*, 96(12)/ 3341-3347.
- Chang, M, Shapiro, Djoshi, A Shahabi, L, Tan, S, Smith, S, Naliboff, B. (2014). Stress reactivity in traditional Chinese medicine- based subgroups of patients with irritable bowel syndrome. *Journal Altern Complement Medicine* 20 (4)/ 276-283.
- Clevers, E, Vaes, B, Henrard, S, Goderis, G, Tack, J, Törnblom, H. ,& Van Oudenhove, L. (2018). Health problems associated with irritable bowel syndrome: analysis of a primary care registry. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 47(10)/ 1349-1357.
- Compas, B, Walcarne, & Fondacaro, K. (1989), Coping with stressful events in order children and young, *Adolescent journal of consulting and clinical, psychology* vol 56, N. 3.
- Drossman, D. Micile, D. C, Sandler, R. S, Mitchell, C, Carmer, E & Lowman, B. (1988). Psychosocial factors in irritable Bowel syndrome: A

- Multivariate study of Patients and Nonpatients with IBS. *Gastroenterology*, 95:701-708.
- Drossman, D., Thompson, G. (1992). The irritable bowel syndrome: Review and a graduated multicomponent Treatment Approach. *Annals of Internal Medicine*, 116/ 1009-1016.
 - Dumirascu. D. & S. (1996) Grancscu. S colonic transit Investigated By radiopaque Markers in females with Irritable boele syndrome.
 - Folkman, S, 1997: Meaning ful events as coping with chronic stress, New York Plenum.
 - Fukudo, S. (2013). Stress and visceral pain: focusing on irritable bowel syndrome, *pain, Supply*, (154), 63-70, Doi: 10. 1061 journal pain
 - Gudleski, G. Satchidanand, N. , Dunlap, L. J , Tahiliani, V. , Li, X. , Keefer, L. , . . . & IBSOS Outcome Study Research Group. (2017). Predictors of medical and mental health care use in patients with irritable bowel syndrome in the United States. *Behavior research and therapy*, 88, 65-75.
 - Hatfield, J., Job, R. F. S., Carter, N. L., Peploe, P., Taylor, R., & Morrell, S. (2001). The influence of psychological factors on self-reported physiological effects of noise. *Noise and Health*, 3(10), 1.
 - Hillila, M. (2010). Irritable Bowel Syndrome in General Population Epidemiology Co Morbidity and societal costs Finland: Helsinki University Central Hospital Division of Gastroenterology.
 - Lackner. j:GUDLESKI. G: Dimuro. j. keefer. l. & Brenner. D(2013). psychosocial predictors of self –reported fatigue in patients with moderate to severe irritable bowel syndrome 51(6)
 - Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. New York, McGraw Hill Book Company.

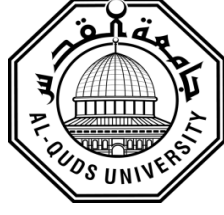
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Lehrer, P. (1997). Psycho Physiological hypotheses regarding multiple chemical sensitivity syndromes, *Environmental health perspectives supplements*, 10 (5), 479-483.
- Luscombe, F. A. (2000). Health-related quality of life and associated psychosocial factors in irritable bowel syndrome: a review. *Quality of Life Research*, 9(2), 161-176.
- Marilov V. V (2001). Psychological aspect of psychosomatic pathology the colon: *zhNevrolPsikhiatrIm SS Korsakova*, , 101 (4), 40-43.
- Marks D, (2000): *Health Psychology Theory, Research and practice* London sage publications.
- Massarart, S. (2008). Smoking and Gut Arch Iranian Med, 11 (3), 293-305.
- Miller, D & MacIntosh, R. (2001): Promoting Resilience in Urban African American Adolescents: Racial Socialization And Identity As protective Factors, Journal article by Miller & Macintosh, *social work Research*, Vol. 23.
- Modabbernia, M. J., Mansour-Ghanaei, F., Imani, A., Mirsafaei-Moghaddam, S. A., Sedigh-Rahimabadi, M., Yousefi-Mashhour, M., ... & Bidel, S. (2012). Anxiety-depressive disorders among irritable bowel syndrome patients in Guilan, Iran. *BMC research notes*, 5(1), 112.
- Moos R. (1986): *A Life Transitions and Crises A conceptual Overview* in Rudolf H. Moos (ed) *Coping with life Crises* New York Plenum Press.
- Moos, R, 1988, *Life stressors and coping resource influence health and well Being Psychological Assess*. Vol. 4.

- Naliboff, B, Munakata, J, Chang, I., & Mayer, E. (1998). Toward a biobehavioral model of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Prog, Brain Resm*, 45 (6), 485-492.
- Nichols, M. (2001). A disorder comes out of the closet MacLean's, 114(6), 49.
- Sadvovsky, R. (2000). Assessing patients with medically unknown symptoms. *American Family Physician*, 61(11). 3455.
- Schwab, A., Bacques, H., Reictman, W. &Schwebel, M. (1990). **Personal adjacent and growth**. NY:WM,C,BCW publishes, seacced.
- Selye, H. (1983). The Stress Concept : Past, Present, and future. In C. L, Cooper(ed.) stress Rescarch. John Wiley & Sons: Chichester.
- Shields, N. (2001). Stress, active coping. and academic performance among persisting and nonpersisting college students , *Journal of Applied Biobehavioral Research.* , Vol. 6 No. (2), 65-81.
- Simren, M., Abrahamson, H., Sherlund, J. ,& Bjornson, E. S. (2000). Relationship between fatigue, well-being and symptom severity in irritable bowel syndrome (IBS) treated in referral centers VS primary care. *Gastroenterology*, 118(4), A396.
- Sobel, R. (2000). The wisdom of the gut. *U. S. New & World Report*, 128 (13). 50.
- Stanculete, M. Matu, S. ,Pojoga, C. , &Dumitrascu, D. L. (2015). Coping strategies and irrational beliefs as mediators of the health-related quality of life impairments in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 24(2).
- Suarez. h. otto. Bidlingmaier. m. schwizer. W. fried. M & Ehlert. U (2012) Altered psychobiological responsiveness in women 74(2). 221. 252.

- Tarter, R. Van Theil, D. H. ,& Edwards, K. L. (1988). Medical neuropsychology: The impact of disease on behavior. New York: Plenum.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Truss, C. (1998). Restoration of Immunologic Competence to Candida Albicans. *J Orthomol Psychiatry*, 9: 287-301.
- Tucker, L. (2009): *Anatomy & Physiology*. EMS Publishing, London
- Van, M, Palsson, O& Whitehead, W. (2013). Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome? Development of a comprehensive model. *Journal psychosomatic Research*, 74(6), 486-492.
- Walker. A. , Roy. P. P &Katon, W. (1990). Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: A comparison with inflammatory bowel disease. *Am. J Psychiatry*, 147/1656-1660.
- Waters, A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2012). The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: Parental anxious rearing as a mediator. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7), 737-745.

الملاحق

ملحق (1) أدوات الدراسة:



جامعة القدس

كلية العلوم التربوية

تحية طيبة وبعد،، .

تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول " أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي "، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي؛ لذا أرجو من حضرتكم التكرم بتعبئة الإستبانة بصدق وموضوعية، علماً انه سيتم الحفاظ على سرية المعلومات التي تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير.

إعداد الطالبة: فاديه حساسنه

القسم الأول: معلومات عامة

الرجاء وضع إشارة (/) داخل الدائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك.

الجنس: () ذكر () أنثى

المؤهل العلمي: () اقل من توجيهي () توجيهي - بكالوريوس () أعلى من بكالوريوس

الحالة الاجتماعية: () أعزب/عزباء () متزوج/ة () مطلق/ة () غير ذلك

عدد الأبناء: () لا يوجد () واحد () اثنان () ثلاث فأكثر

العمر: من () 20 - 30 () 31 - 40 () 41 - 50 () 51 - فأعلى

مقياس أحداث الحياة الضاغطة

الرقم	الفقرات	درجة كبيرا جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
1	أتضايق من الخلافات داخل الأسرة					
2	اشعر بالقلق بأحداث الحياة الضاغطة المؤلمة.					
3	أحداث الحياة الضاغطة تؤثر على تصرفاتي					
4	أشعر بالرضا عن نفسي					
5	أنظر إلى أي حدث ضاغط يمر بي بواقعية					
6	أحداث الحياة الضاغطة يؤخرني عن إنجاز أعمالي					
7	أجد صعوبة في نسيان الخبرات المؤلمة					
8	أتضايق من انتقاد الآخرين اللادع لي					
9	أشعر بوحدة وأنا مع الآخرين					
10	أرى أن المستقبل قائم ومجهول					
11	يشعروني الآخرون بضعف ثقتي بنفسي					
12	أندم عندما تواجهني مشكلة في حياتي					
13	أشعر بعدم أهميتي بين أفراد الأسرة					
14	أغضب لأتفه الأسباب					
15	أجد صعوبة في تحقيق طموحاتي في الحياة					
16	ألوم نفسي لأخطائي					
17	أشعر بزيادة وسرعة دقات قلبي من وقت لآخر					
18	أجد صعوبة في شراء كل ما احتاج					
19	اشعر باليأس					
20	اشعر بالضيق عند افتقاد حب الآخرين					
21	اضطر إلى الاقتراض لتغطية نفقاتي اليومية					

مقياس الصحة النفسية

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
	البعد الشخصي					
1	أنا قادر على حلّ مشاكلي					
2	أعاني من مشاكل نفسية					
3	أشعر بأنني راضٍ عن نفسي					

					أفقد الاهتمام بمظهري الشخصي	4
					أشعر بالقلق تجاه مستقبلي	5
					أشعر بالخوف بدون سبب	6
					حياتي مليئة بالحزن	7
					أشعر باليأس عندما أقع في أي مشكلة	8
					أشعر بقصوري في القيام بواجباتي	9
					أشعر بالضيق عندما أتناول الطعام خارج منزلي	10
					أواجه صعوبة في اتخاذ القرارات	11
					أشعر بعدم الأمان	12
					أعاني صعوبة عند النوم	13
					أقوم بأعمالي على نحو جيد	14
					البعد الاجتماعي	
					أشعر بالخوف من الغرباء	15
					أشعر بأن الآخرين يتقبلونني	16
					أشعر بالراحة عندما أرى الآخرين سعداء	17
					أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين	18
					يعتبرني الناس عصبياً	19
					أشعر أن الناس تُسيء فهم تصرفاتي عادةً	20
					أشعر بالخجل من مقابلة الآخرين	21
					من السهل اكتساب الأصدقاء	22
					أظهر للآخرين بأنني سعيد	23
					أشعر بالموّدة نحو المقربين لي	24
					أشعر بأن الناس يُراقبونني	25
					أمضي وقتاً ممتعاً مع الآخرين	26

ملحق رقم (2) قائمة بأسماء السادة المحكمين:

الرقم	الاسم	مكان العمل
1	د. إبراهيم الصليبي	مناهج وأساليب البحث العلمي - جامعة القدس
2	د. أشرف أبو الخيران	إدارة تربوية - جامعة القدس
3	د. أميرة الريماوي	تربية خاصة - جامعة القدس
4	د. إياد الحلاق	علم النفس تربوي - جامعة القدس
5	د. إيناس ناصر	مناهج وأساليب البحث العلمي - جامعة القدس
6	د. فدوى حلبية	علم النفس تربوي - جامعة القدس
7	د. سمير شقير	إرشاد نفسي - جامعة القدس
8	د. نبيل عبد الهادي	علم النفس تربوي - جامعة القدس

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة	61
2.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي	63
3.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي	63
4.3	نتائج معامل الثبات للمجالات	64
1.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي	68
2.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجالات واقع مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي	69
3.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للبعد الشخصي	70
4.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة للبعد الاجتماعي	71
5.4	معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي	73
6.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي حسب متغير الجنس	73
7.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي	74
8.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي	75

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
75	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	9.4
76	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	10.4
76	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	11.4
77	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	12.4
77	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	13.4
78	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر	14.4
79	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى أحداث الحياة الضاغطة لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير العمر	15.4
79	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي حسب متغير الجنس	16.4
80	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير المؤهل العلمي	17.4
81	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير المؤهل العلمي	18.4

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
82	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	19.4
82	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي، يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	20.4
83	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	21.4
84	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير عدد الأبناء	22.4
85	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر	23.4
86	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي يعزى لمتغير العمر	24.4

فهرس المحتويات :

أ.....	إقرار
ج.....	الملخص:
د.....	Abstract
2.....	الفصل الأول:خلفية الدراسة وأهميتها:
2.....	1.1 المقدمة:
7.....	1.2 مشكلة الدراسة:
8.....	1.3 أهمية الدراسة:
8.....	1.4 أهداف الدراسة:
9.....	1.5 أسئلة الدراسة:
9.....	1.6 فرضيات الدراسة:
11.....	1.7 محددات الدراسة:
11.....	1.8 مصطلحات الدراسة:
15.....	الفصل الثاني:الإطار النظري والدراسات السابقة:
15.....	2.1 المقدمة:
15.....	أولاً- أحداث الحياة الضاغطة:
21.....	2.2 تأثير الضغوط النفسية
23.....	2.3 الضغوط النفسية والاضطرابات الجسمية والنفسية.
32.....	2.4 متلازمة تهيج القولون العصبي:
33.....	2.5 أعراض متلازمة تهيج القولون العصبي:

34	2.6 تأثير العوامل النفسية:
35	2.7 النظريات المفسرة لأحداث الحياة الضاغطة:
41	2.8 النظريات المفسرة للصحة النفسية:
41	نظرية التحليل النفسي:
46	9.2 الدراسات السابقة:
46	1.9.2 الدراسات العربية المتعلقة بالضغط النفسية:
48	2.9.2 الدراسات الأجنبية المتعلقة بالضغط النفسية:
52	3.9.2 الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية:
55	2.8.4 التعقيب على الدراسات السابقة:
60	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات:
60	1.3 تمهيد:
60	2.3 منهج الدراسة:
60	3.3 مجتمع وعينة الدراسة:
61	4.3 أدوات الدراسة:
62	3.5 صدق الأداة:
64	3.6 ثبات أداتي الدراسة:
64	3.6 إجراءات الدراسة:
64	3.7 المعالجات الإحصائية:
67	الفصل الرابع: نتائج الدراسة:
67	4.1 تمهيد:
67	4.2 نتائج أسئلة الدراسة:
67	4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

69	4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.....
72	4.2.3 النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:.....
73	4.2.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:.....
88	الفصل الخامس:مناقشة النتائج والتوصيات.....
88	1.5 مناقشة النتائج:.....
96	5.2 التوصيات:.....
97	المصادر والمراجع:.....
110	الملاحق
111	ملحق (1) أدوات الدراسة:.....
114	ملحق رقم (2) قائمة بأسماء السادة المحكمين:.....
115	فهرس الجداول:.....