

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: 2018/.....

رقم التسجيل: 97460975

## مستوى الاكثاب لدى الأشخاص المصابين

### بالقولون العصبي

(دراسة ميدانية على عينة من الراشدين بالعيادات الخاصة بولاية المسيلة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الشعبة: علم النفس

تحت إشراف:

إعداد الطالبة:

د. اليامنة سماعيلي

قحيوش فايزة

أمام لجنة المناقشة المكونة من:

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
بورنان سامية	جامعة المسيلة	رئيسا
د. اليامنة سماعيلي	جامعة المسيلة	مشرفا
د. بلدية بن زطة	جامعة المسيلة	مناقشا

السنة الجامعية 2017-2018

# \*\* كلمة شكر وثناء \*\*

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على المصطفى وكل التابعين  
نشكر المولى سبحانه وتعالى على أنه أمدنا بالصحة والعافية وافرغ علينا صبرا  
وجهدا لإتمام هذا العمل

شرفني من هذا المقام أن أتوجه بكلمة شكر للأستاذة الدكتورة اليامنة سماعيل  
المشرفة على هذه المذكرة التي حظيت بإشرافها ولما بذلته معي من جهد وما  
أسدته لي من نصح وتوجيه سديد بأسلوب راق وتواضع وخلق رفيع متحلية  
بالصبر والعمل فجزاها الله خير الجزاء ، وأمد في عمرها، ومتعها بالصحة والعافية  
كما أتقدم بالشكر إلى أساتذة قسم علم النفس

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساعدني من قريب ومن بعيد لانجاز هذا  
العمل والطلاب الذين أجريت عليهم هذه الدراسة وآخر دعواي الحمد لله .

## ملخص:

تهدف هذه الدراسة التي قمنا بها إلى التعرف على دور الخدمة الاجتماعية في التحصيل الدراسي لدى الطالب الجامعي وقد قمنا باختيار عينة من الطالبات المقيمات في الإقامة الجامعية ذبيح عبد القادر بالمسيلة وقد تمحورت إشكاليتنا حول آراء الطالبات المقيمات حول الخدمة الاجتماعية المقدمة لهن وتأثيرها في التحصيل الدراسي، وقد توصلنا إلى أن الخدمة الاجتماعية تؤثر في التحصيل الدراسي.

## Résumé :

*Nous avons sélectionné un échantillon d'étudiantes résidant à la résidence universitaire Zabih Abdul Qader Q M'sila et nous avons centré notre attention sur le point de vue des étudiantes sur le service social qui leur est fourni et leur impact sur la réussite scolaire. Nous avons constaté que le service social affecte la réussite scolaire.*



# فهرس المحتويات

# فهرس الموضوعات

فهرس الموضوعات

شكر وعرفان

مقدمة

أ

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- |    |   |
|----|---|
| 4  | 1 - تحديد الإشكالية                     |
| 6  | 2 - فرضيات الدراسة                      |
| 7  | 3 - أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع |
| 8  | 4 - أهداف الدراسة                       |
| 8  | 5 - التعاريف الإجرائية                  |
| 10 | 6 - الدراسات السابقة                    |

## الجانب النظري

### الفصل الثاني: سيكو فيزيولوجية الاكتئاب

- |    |  |
|----|--|
| 19 | تمهيد  |
| 20 | 1 - تعريف الاكتئاب                                   |
| 22 | 2 - أسباب الاكتئاب                                   |
| 26 | 3 - أنواع الاكتئاب                                   |
| 29 | 4 - أعراض الاكتئاب                                   |
| 30 | 5 - النظريات المفسرة للاكتئاب                        |
| 35 | 6 - الاكتئاب كعامل أو عرض مصاحب لبعض الأمراض العضوية |
| 37 | 7 - العوامل المرتبطة بمستوى الاكتئاب                 |
| 40 | 8 - استراتيجيات التكفل والعلاج لمريض الاكتئاب        |
| 44 | 9 - طرق الوقاية من الإصابة بالاكتئاب                 |
| 46 | خلاصة  |

## الفصل الثالث: القولون العصبي

- |    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| 48 | تمهيد                               |
| 49 | 1 - القولون العصبي                  |
| 50 | 2 - أسباب الإصابة بالقولون العصبي   |
| 54 | 3 - أعراض القولون العصبي            |
| 57 | 4 - النظريات المفسرة للقولون العصبي |

59	5- دور العوامل الانفعالية في نشأة القولون العصبي
61	6- تشخيص القولون العصبي
62	7- علاج القولون العصبي
65	8- طرق الوقاية من الإصابة بالقولون العصبي
66	خلاصة

## الجانب الميداني

### الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

69	تمهيد
70	1- منهج الدراسة
70	2- حدود الدراسة
71	3- عينة الدراسة
78	4- الأدوات المستخدمة في الدراسة
83	5- الأساليب الإحصائية المستخدمة

### الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

86	1- عرض النتائج
98	2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
92	2-1- مناقشة نتائج الفرضية العامة
94	2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الأولى
95	2-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثانية
96	2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثالثة
97	2-5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الرابعة
98	3- النتائج العامة للدراسة
98	التوصيات والاقتراحات
101	خاتمة
103	قائمة المراجع
109	قائمة الملاحق

## فهرس الجدائو ١

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	وزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	71
02	وزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	72
03	وزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية	73
04	وزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج	74
05	وزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	75
06	وزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	76
07	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لدي عينة الذكور في البيئة الجزائرية	82
08	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لدي عينة الإناث في البيئة الجزائرية	83
09	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.	86
10	يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الاكتئاب تبعا لمتغير الجنس.	87
11	نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب تبعا لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات/ من 11 سنة إلى 20 سنة)."	88
12	نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب تبعا لمتغير العمر (من 20 سنة إلى 30 سنة/ من 31 سنة إلى 40 سنة/ من 41 سنة إلى 50 سنة/ أكبر من 50 سنة).	89
90	نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب تبعا لمتغير للمهنة (عامل/ بطل/ متقاعد)	90
91	المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق في الاكتئاب	91

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
72	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	01
73	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	02
74	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية	03
75	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج	04
76	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	05
77	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	06



### مقدمة:

تنتشر الأمراض النفسية في الوقت المعاصر بشكل ملفت وخطير فما من مجتمع من المجتمعات إلا ونجد أفرادهم يعانون منها، وبكل أشكالها وأنواعها فالقلق والتوتر والاكتئاب مثلا أصبحت اضطرابات ملازمة تقريبا لحياة الأشخاص اليومية، ويعتبر الاكتئاب النفسي في هذا الإطار من أخطر هذه الاضطرابات لما يسببه من مشكلات للإنسان المعاصر، فعلى الرغم من التقدم الذي تشهده المجتمعات في شتى المجالات جراء التطور العلمي الهائل الذي صخر لحل المشكلات الإنسانية إلا ان العكس الذي حدث فقد زادت معه الكثير من الصعاب والمشكلات والمعاناة نتيجة الرتابة في النشاط اليومي ومنه فقدان اللذة في الحياة وأدى به إلى فقدان التماثل النفسي والاضطرابات النفسية سيما منها الاكتئاب كما سبق الذكر. ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد بل تعدى ليصبح هذا الاضطراب بكثير من الأمراض العضوية المعاصرة، سببا لها أو نتيجة لها، ومن بين هذه الأمراض نجد الضغط الدموي، القرحة المعدية والقولون العصبي.

هذا المرض أصبح ينتشر كذلك بشكل رهيب في أوساط الأفراد ولأن بعض الدراسات - كما سيتم تناوله لاحقا - أثبتت أن المصابون بهذا المرض لا يعانون من أعراض عضوية واضحة فقد جاءت الدراسة محالة معرفة إمكانية وجود علاقة بين هذا المرض ومستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين معتمدة أسلوبا واضحا وبسيطا ومنهجية جاءت على الشكل التالي في خمسة فصول:

الفصل الأول وهو فصل الإطار العام للدراسة وتضمن: تحديد الإشكالية، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع، أهداف الدراسة، التعاريف الإجرائية، الدراسات السابقة.

# الفصل الأول:

## الإطار العام للدراسة

- 1 - تحديد الإشكالية
- 2 - فرضيات الدراسة
- 3 - أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع
- 4 - أهداف الدراسة
- 5 - التعاريف الإجرائية
- 6 - الدراسات السابقة

## 1 - تحديد الإشكالية:

تعرف المجتمعات المعاصرة انتشارا وازديادا غير مسبوق للأمراض النفسية التي تتفشى عند مختلف الفئات الاجتماعية ومرد ذلك مجموعة من العوامل المختلفة، النفسية، الاجتماعية وحتى البيئية، فمتطلبات المعيشة من حاجات مادية وصعوبة الحصول عليها. ضغوط العمل وضغوط الدراسة غيرها أفرزت أمراض نفسية متنوعة بتنوع العوامل من توتر نفسي، قلق، انهيار عصبي، تهيج، حزن واكتئاب هذا الأخير يعد أحد الاضطرابات النفسية الخطيرة التي تعرف تصاعدا ملفتا للانتباه بين أفراد المجتمع لآثاره السلبية على الحالة النفسية كالتشاؤم، التهيج، سرعة الغضب، الحزن وغيرها، ثم الحالة الجسمية المتمثلة في التعب، الإرهاق، الأرق، فقدان الشهية....، وأيضا على السلوك الصحي المتعلق بالمرضى كعدم الانتظام في تناول الأدوية، ممارسة الرياضة، الالتزام بنظام غذائي.... وتتوصل هذه النظرة الموجزة في تحليل الاكتئاب في تعريف قدمه أنتوني ستور ليشير به للفكرة السابقة ويعبر به على أنه: "تلك الحالة التي تتسم بالحزن وعدم الميل إلى النشاط الذي قد تتصاعد إلى درجة تصل في الغالب إلى السكون التام والتوقف عن الحركة وتأخر العمليات العقلية ويصاحب ذلك حالات في اضطراب النوم وفقدان الشهية للطعام والإمساك وإرخاء العضلات وانخفاض الرغبة الجنسية". (أديب محمد الخالدي: دس، ص 379).

ثمة نقطة في غاية الأهمية يجب التوقف عندها في هذا التعريف وهي مرتبطة بهدف هذه الدراسة والمتعلقة بتصاعد درجة الاكتئاب الذي يعني أنه يعرف مستويات مختلفة تتأرجح من الدنيا إلى العليا وبمعنى آخر أن هذا المرض تتغير مستوياته ودرجة حدته بالانخفاض والارتفاع وفقا لدرجات معينة بتعدد وتغير مسبباته والعوامل المؤثرة فيه وعليه يجب الاستفسار عن هذه المسببات والعوامل التي من شأنها أن تتحكم في مستوى الاكتئاب. أثبت العلماء أن الاكتئاب حالة نفسية متطورة ومتدرجة في المستوى تبعا لجملة من المتغيرات منها المتغيرات الثقافية المختلفة النوع، والمتغيرات النفسية (كالقلق، التوافق، العصابية، الشعور بالوحدة، النجاح والفشل، العدائية، أحداث الحياة الضاغطة وغيرها)، ثم

المتغيرات الاجتماعية كالعلاقات الوالدية والزوجية، الكفاية الاجتماعية، الحراك الاجتماعي، البطالة وأخيرا المتغيرات البيولوجية أو العضوية كالوزن، الأرق، الحيض وسن اليأس والأمراض العضوية وفي هذه النقطة الأخيرة "يتضح زيادة معدلات الاكتئاب لدى مرضى السرطان وكذلك لدى مرضى الدرن الرئوي وأيضا أمراض القلب التاجية وغيرها من الأمراض العضال والأمر ليس قصرا على ذلك فقط بل يمتد إلى ارتباط الاكتئاب حتى ببعض الأعراض العضوية أو السيكوسوماتية مثل الصداع". (مدحت عبد الحميد أبو زيد: د س، ص ص 133، 134)

وفي هذا الصدد نشير إلى أنه أجريت العديد من الدراسات والتي تربط الاكتئاب بشتى أنواع الأمراض العضوية كالسكري وأمراض نقص المناعة القرحة المعدية والجهاز الهضمي وتدرج هذه الدراسة في هذا الإطار، ولكن بالبحث عن مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي وهو مرض من أمراض الجهاز الهضمي يصيب الجهاز العصبي للقولون، ويعرف انتشارا كبيرا في أوساط الأفراد بحيث يصيب حوالي 20% من البالغين على مستوى العالم وإذا تم النظر إليه كمرض سيكوسوماتي فهو يرتبط ارتباطا وانعكاسا للاضطرابات النفسية فهو الامتداد والانعكاس المباشر للغة العصبية والنرفزة والاكتئاب، وما يثبت ذلك أيضا فقد تأكد أنه من أسباب الإصابة بالقولون العصبي ما أكدته دراسة تشير إلى أن "مادة السيروتونين التي تفرز في المشابك العصبية تجعل خلايا الدماغ والجهاز العصبي تتبادل العمل فيما بينها تقدر نسبتها الطبيعية في الدماغ 05% وفي الأمعاء 95% وفي حالة زيادة التوتر والقلق والاكتئاب يزداد إفراز هذه المادة فتتراكم كميات كبيرة منها في الأمعاء مسببة أعراض القولون العصبي". (فواز أيوب وسلام: .....).

ولكن إذا ما تم النظر إليه كمرض عضوي مستقل يأخذ التحليل منحى آخر ومناقض للأول بحيث تتجه بعض الدراسات إلى "لأن العوامل الفسيولوجية تؤثر بشكل كبير على الحالة المزاجية للشخص فليس من المستغرب ان تساهم تلك العوامل في حدوث الاكتئاب

وتشير الدلائل إلى وجود علاقة بين العوامل الكيميائية الحيوية في الجسم وأعراض الاكتئاب".  
(رمضان محمد القذافي: دس، ص 250).

وأكثر من هذا يأخذ الموضوع منعرجا علميا آخر حينما يذهب بعض المحللين أنه لم يثبت أن القولون العصبي يؤدي إلى الاكتئاب وبكل هذه الأطروحات والمقاربات المختلفة يكون البحث قد أثار إشكالا علميا في الموضوع بالقول إن الاكتئاب كمرض نفسي يؤثر بشكل ملحوظ في تشكل مرض القولون وفي مقابل ذلك يمكن للاكتئاب أن تتأثر درجته ومستواه بحالة القولون العصبي وهنا يأتي سؤال الإشكالية على النحو التالي:

**ما هو مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي؟**

ويتفرع السؤال الرئيسي لمشكلة الدراسة إلى الأسئلة الفرعية التالية:

1- هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث الجنس ذكر - أنثى.

2- هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث مدة العلاج.

3- هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث الفئات العمرية (السن).

4- هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث الحالة المهنية.

**2- فرضيات الدراسة:**

**الفرضية العامة:**

توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي.

**الفرضيات الجزئية:**

1- توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث الجنس (ذكر - أنثى).

2- توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث مدة العلاج.

3- توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث الفئات العمرية (السن).

4- توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي من حيث الوضعية المهنية (العمل).

### 3- أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع:

#### 3-1 - أهمية الدراسة:

تكمن أهمية أي دراسة في قيمتها وفي قدرتها على إثارة مشكلة ذات بعدين : علمي نظري وتطبيقي فأهمية هذه الدراسة من الجانب العلمي تكمن في أنها تطرح موضوعا لم يتم الفصل فيه نهائيا من حيث أن مستوى الاكتئاب يتأثر بالقولون العصبي من جهة ومن جهة أخرى فهو يتطرق بطريقة غير مباشرة إلى العلاقة الارتباطية الموجودة بين مرض نفسي ومرض عضوي. وتأثير كل منهما على الآخر. أما من الناحية التطبيقية فإن أي نشاط علمي لابد وأن يستغل وإلا فلا جدوى منه وعليه فالدراسة هنا تكمن أهميتها في محاولة وضع معالم وخطوات تطبيقية لعلاج الاكتئاب بناء على المتغيرات الواقعية التي تبنتها الدراسة.

#### 3-2 - أسباب اختيار الموضوع:

- الرغبة الشخصية في بحث موضوع مستوى الاكتئاب.
- الانتشار الكبير للاكتئاب وصعوبة تحديد مستوياته بالنظر لتعدد المتغيرات المتحكمة في ذلك مقابل الانتشار الكبير لمرض القولون العصبي.
- ندرة الدراسات المطابقة لموضوع الدراسة بقدر البحث الذي تم بذله في العثور عليها.

## 4 - أهداف الدراسة:

لكل دراسة هدف ويبقى الهدف الأساسي لكل دراسة هو محاولة الإجابة على التساؤل الذي طرحته الإشكالية ومنه فإن الهدف الرئيسي لهذه هو الكشف عن مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بمرض القولون العصبي.

- معرفة مدى تأثير متغير مدة العلاج في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي.

- محاولة الكشف عن مدى تأثير متغير النوع في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي.

- معرفة مدى تأثير متغير مدة العلاج في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي.

## 5 - التعاريف الإجرائية:

كتب فرانسيس بيكون يقول: المعرفة في ذاتها قوة. ومعنى ذلك أن المرء يستطيع أن يحدد درجة النضج النسبي التي يحققها كل فرع من معرفة في ضوء مدى قدرته على التحكم والسيطرة على الميدان الذي يتناوله هذا الفرع أو يختص بدراسته، وباستطاعتنا أن نقول أن العلوم الطبيعية لها قوة معرفية تفوق قوة العلوم الاجتماعية والعلوم البيولوجية على السواء. وهنا نستطيع أن ندرك الدور الهام الذي تلعبه المفاهيم في العلم، فكلما تطورت صياغة المفاهيم في العلم واستطاع الباحثون تنمية تصورات جديدة دل ذلك على تقدم المعرفة العلمية وقدرتها على حل العديد من المشكلات. (محمد علي محمد: 1983، ص 90)

وعلى هذا الأساس فإن تحديد وصياغة التعاريف أو المفاهيم الإجرائية لهذا البحث يجب أن ينطلق من أهداف البحث والتساؤل الذي طرحته الإشكالية في ظل أبعاد البحث حتى يتم التمكن من الحصول على النتائج المرجوة.

## 5-1- الاكتئاب:

عرف الاكتئاب بالكثير من التعاريف ويأخذ كل تعريف شكلا من الأشكال فيتبنى أبعادا ومؤشرات ويهمل أخرى، كما أن اختلاف تعاريف الاكتئاب تعود كذلك إلى تعدد أنواع الاكتئاب ومستوياته المختلفة. فماذا نقصد بالاكتئاب في هذا البحث؟ إن تحديد تعريف الاكتئاب في هذا الإطار يأخذ بعين الاعتبار هدف البحث ونوع الاكتئاب والأبعاد المتنبئة، وأداة الاختبار والتي هي مقياس بيك BEAK للاكتئاب ومنه فإن البحث يتبنى تعريف بيك للاكتئاب كقاعدة محاولا اشتقاق تعريفا إجرائيا منه كما يلي:

**تعريف بيك:** يعرف العالم بيك BEAK الاكتئاب\* بأنه اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطرابا في الوجدان، حيث يرجع التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج من جراء ذلك ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية (رشاد عبد العزيز: 1993، ص15)

**التعريف الإجرائي للاكتئاب:**

حالة مرضية تتضمن نوع من الانكسار النفسي ناتج عن اضطراب في التفكير مع درجة معينة من الحزن، وفقدان الشهية، والإحساس بالتشاؤم، والتقليل من قيمة الذات، والتردد في اتخاذ القرار، وتكون اتجاهات سلبية نحو العالم والمستقبل ومختلف المواقف. ويرتبط مستوى هذا الاكتئاب بمرض عضوي عصبي كالقولون والمستمد من الإجراءات العلمية للبحث .

كما يمكن أن نقدم تعريف ثاني على أنه اضطراب نفسي له أعراض خاصة ومميزة تتميز بالحزن واليأس والخمول وانخفاض شديد في الطاقة النفسية ويمكن علاجه عن طريق إحداث تغييرات في أسلوب الحياة والأدوية أو العلاج النفسي.

## 5-2- القولون العصبي:

ويعرف القولون العصبي على أنه خلل وظيفي في القولون وتغير طبيعة الاتصال العصبي بين الدماغ والجهاز الهضمي التي تظهر على شكل أعراض القولون العصبي



يؤدي إلى ظهور أعراض في الجهاز الهضمي : مثل سوء الهضم والانتفاخ والإمساك والغازات وآلام البطن ومغص يزول بعد الذهاب لدورة المياه والشعور بعدم استكمال الإخراج والمستمد من الإجراءات الميدانية للبحث.

#### 6 - الدراسات السابقة:

##### 6-1 - الدراسة الأولى: (مجلة جامعة دمشق-المجلة 27- العدد 3 + الرابع - 2011 )

دانيا الشؤون حول القلق وعلاقته بالاكنتاب- (دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية) .

يهدف هذا البحث عن الكشف عن العلاقة بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكنتاب لدى المراهقين من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، كما هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين المراهقين في القلق والاكنتاب تبعاً لمتغير الجنس وقد تمت الدراسة على عينة من 658 طالباً وطالبة. تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وطبق عليهم اختبار حالة وسمة القلق للكبار STAI واختبار الشعور بالاكنتاب.

##### 6-2 - الدراسة الثانية: (المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 12، عدد 3، 2016)

فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين (جامعة اليرموك). حول مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي.

تكونت عينة الدراسة من (275) مريضاً ومصاباً بالقولون العصبي تم اختيارهم من مختلف المستشفيات والمراكز الصحية في مدينة أربد-الأردن ... بالطريقة المتيسرة ولجمع البيانات استخدم مقياس الضغوط النفسية (Psychological Stress Measures) الذي أعده

ليمايروتيساير ( Lemyer et Tessier، 2003 )

حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي كان مرتفعاً. كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لمتغيري

نوع القولون العصبي ومدة الإصابة بالقولون العصبي - حيث كانت الفروق لصالح نوع الإسهال المتكرر ومدة الإصابة (سنة - أقل من 5 سنوات).

وقد أشارت نتائج الدراسة كذلك إلى:

- وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين عينة البحث جميعاً، حيث بلغ فيه قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب (0.63) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب (0.69).

- وجود ارتباط بين القلق بوصفه حالة والقلق بوصفه سمة وبين الاكتئاب لدى المراهقين من الجنسين حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب عند الذكور (0.63) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه حالة والاكتئاب عند الإناث (0.67) في حين بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب عند الذكور (0.64) بينما بلغت قيمة معامل الارتباط بين القلق بوصفه سمة والاكتئاب عند الإناث (0.7).

- تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق بوصفه حالة.

- تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق بوصفه سمة.

- تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاكتئاب وذلك لصالح الإناث.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة قدم الباحثان مجموعة من التوصيات منها: الابتعاد عن الأمور التي تزيد الأعراض مثل: التوتر، القلق أو أية ضغوط نفسية أخرى والابتعاد عن الأطعمة التي تهيج القولون.

**6-3- الدراسة الثالثة:** أجراها باحثون في جامعة "كوليدج يونفرسيتي" في لندن وجامعة "أدنبره" وجامعة "سيدني" حول علاقة بين الاكتئاب والقلق في بعض أمراض السرطان، حيث أكدت الدراسة التي تناولت أكثر من 60 ألف شخص بالغ في إنجلترا وويلز، أن الأشخاص المصابين بالاكتئاب والقلق قد يكونون أكثر عرضة للإصابة ببعض أمراض السرطان.

وأظهرت نتائج الدراسة أن من يعانون من ضيق نفسي أكثر عرضة للوفاة بأمراض سرطان الدم والبروستات والجهاز الهضمي والمرئ والبنكرياس بحسب عربي 21، وقال الباحثون أن خلاصاتهم هذه تستند إلى ملاحظات إحصائية من دون التوصل إلى علاقة سببية مثبتة بين الحالة النفسية والإصابة بالسرطان. ([www.orient.net](http://www.orient.net))

**6-4 - الدراسة الرابعة:** (عن مدحت عبد الحميد: 1984، ص 98) في جامعة يوتاه بمدينة سولت ليك أجرى وين كيو " Kuow.H " (1984) دراسة حول مدى انتشار الاكتئاب بين الأمريكيين الأساسوة.

حيث قام كيو بتقدير مستوى الاكتئاب لدى عينة أمريكية قوامها (499) رائدا مقسمة على النحو التالي: (أ) جماعة من الأمريكيين الصينيين. (ب) جماعة من الأمريكيين اليابانيين. (ج) جماعة من الأمريكيين الكوريين. (د) جماعة من الأمريكيين الفلبينيين. وباستخدام أسلوب التحليل العاملي أسفرت النتائج عن وجود نمط من الأعراض الاكتئابية يبدو متشابها لدى كل من الكوريين واليابانيين والصينيين. كما أسفرت نتائج التحليل العاملي عن وجود نمط يبدو متشابها لدى كل من الكوريين و اليابانيين والصينيين، كما أسفرت نتائج التحليل العاملي على وجود 4 عوامل استوعبت حوالي (43%) من نسبة التباين وهذه العوامل هي: (أ) الوجدان الايجابي. (ب) النشاط البدني. (ج) الوجدان الاكتئابي. (د) المشكلات الشخصية.

**6-5 - الدراسة الخامسة:** حول علاقة الاكتئاب بأحداث الحياة الضاغطة كمتغير نفسي. قامت كل من إليزابيث جونج جاي بالاشتراك مع كونستانس هامين (1980) بدراسة في جامعة كاليفورنيا بلوس انجلوس. تناولت هاته الدراسة إدراك ومعرفة أسباب الأحداث الضاغطة ونتائجها في الحياة لدى عينات من المرضى الخارجين من المكتئبين وغير المكتئبين.

حيث أظهر المكتئبون إدراكهم لأسباب استيائهم من المواقف الضاغطة في حياتهم الخاصة والتي تلخصت في الأسباب الداخلية والمتوقعة والعاممة والثابتة. والعجيب في الأمر

أن من خلال المقارنة بين المكتئبين وغير المكتئبين لم تظهر فروق عامة دالة بالنسبة للأحداث الضاغطة. كما أسفرت النتائج أن المكتئبين يميلون إلى تفسير الفشل في المهام والإخفاق والاستياء بصفة إلى عوامل داخلية بينما يميل غير المكتئبين إلى عزاء مواقفهم الضاغطة إلى أسباب وعوامل خارجية بصفة عامة رغم أن الفروق غير دالة. (Gong Guy et Hommen 1980، مدحت عبد الحميد: دس، ص 109).

6-6 - الدراسة السادسة: قام بها د. الصادق محمد عبد الحليم، حول : الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي المترددين على مستشفيات ولاية الخرطوم حيث تم تطبيق البحث على عينة قوامها 100 حالة تقع أعمارهم بين (18-58) سنة حيث كانت أهداف البحث تتمثل في:

1 - معرفة مستوى الصحة النفسية لدى مرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم.  
2 - الإشارة إلى الفروق في الصحة النفسية لمرضى القولون العصبي من حيث النوع (ذكر - أنثى).

3 - إثبات جدوى تناول العقاقير المهدئة في حالة مرضى القولون العصبي.

4 - معرفة دور الإرشادات النفسية المقدمة لمرضى القولون العصبي.

5 - معرفة الفروق في الصحة النفسية لمرضى القولون العصبي من حيث الفئات العمرية.

حيث توصلت نتائج البحث إلى:

-تنخفض الصحة النفسية لمرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لمرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم من حيث النوع (ذكر - أنثى).

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية وتباع الإرشادات النفسية لدى مرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم.

- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية وتناول العقاقير المهدئة لدى مرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية لمرضى القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم من حيث الفئات العمرية.

**6-7 - الدراسة السابعة: الجبوري (2010):** بعنوان قياس بعض أعراض الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى أبناء الجالية العربية المقيمين في الدانمرك.

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الاكتئاب لدى أفراد الجالية العربية المقيمين في الدانمرك وقياس الفروق المعنوية في مستوى الاكتئاب لديهم وفق المتغيرات التالية: الجنس، العمر والتحصيل الدراسي، وشملت الدراسة عينة عشوائية مكونة من (140) فرداً، من المقيمين العرب في الدانمرك موزعين على مختلف مناطق الدانمرك وضمت (77) ذكراً و(63) أنثى ممن تراوحت أعمارهم بين (25-49) سنة، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي في دراسته حيث استخدم الأدوات الآتية: - مقياس الاكتئاب من إعداد الباحث - استبانة البيانات الشخصية - وأظهرت النتائج أن كلا من الذكور والإناث من أعضاء الجالية العربية المقيمين بالدانمرك والذين شملتهم الدراسة يعانون من الاكتئاب وأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس وأن الفروق لصالح الإناث مما يدل على أن الإناث يعانون من الاكتئاب أكثر من الذكور وأن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب بالقدر نفسه بغض النظر عن أعمارهم وكذلك بالنسبة لمتغير التحصيل الدراسي ظهرت العلاقة ضعيفة وغير دالة إحصائياً. (علاء صبح حمودة الهور، 2016، ص98).

**6-8 - الدراسة الثامنة: فايد (2010)** بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي. هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وتم تقسيمهن إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة وأظهرت النتائج وجود انخفاض للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح أفراد المجموعة التجريبية. (علاء صبح حمودة الهور، 2016، ص 98)

**6-9 - الدراسة التاسعة: أركسون وأندرين وإريكسون ونيكولبرغ (2008).** Erickson- Andreen- Erickson et Likurlberg (2008) حول الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي وعلاقتها بمتغيرات أخرى. تمت الدراسة في السويد وهدفت إلى التطرق إلى أنواع القولون العصبي، تبعا لاختلاف الجسم للأعراض السيكولوجية وعلامات الضغط الكيمائية تألفت عينة الدراسة من (80) مريضا (30) منهم مصابون بالقولون العصبي نوع الإسهال و (16) بالإمساك و (34) بالنوع المتناوب. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مجموعة المصابين بالإسهال أقل انزعاجا بالنسبة لوظائف الجسم وأقل أعراضا نفسية بينما حالات الإمساك أكثر انزعاجا بالنسبة لوظائف الجسم وأعلى درجة بالنسبة للأعراض النفسية، في حين بينت النتائج أن النوع المتناوب أقل درجة لانزعاج الجسم ونوعية الحياة لديهم متأثرة وجميع الأنواع لديهم إفراز لمادة التراجليسرايد ولديهم مستوى منخفض من الكورتيزول في الصباح. (المومني وعمارين، 2016، ص 291)

**6-10 - الدراسة العاشرة: سواريز وآخرون Suarez et al 2012**، دراسة حول استجابة الضغوط النفسية لدى النساء المصابات بالقولون العصبي في سويسرا هدفت للتعرف على، وذلك على عينة مكونة من (54) امرأة مصابة بالقولون العصبي، أظهرت نتائج الدراسة أن النساء لديهن قياسات متنوعة على مستوى الكورتيزول وخاصة النساء اللواتي يعانين من الإسهال المتكرر ومستوى الهرمون لديهن مرتفع عند تعرض المصابات بالقولون العصبي للضغوط النفسية، مقارنة مع غيرهن من المصابات. (المومني وعمارين، 2016، ص 291).

**توظيف الدراسات السابقة:**

تمكن الدراسات السابقة الباحث من اختيار الظاهرة التي يريد دراستها وتوفر له النسق الفكري الذي يحدد خواصها، وبالتالي فهي نقطة الانطلاق والخلفية الذهنية والتصورية التي توجه البحث حتى يصل إلى أهدافه. وعلى هذا الأساس وفي إطاره فإن الدراسات السابقة التي تم الاعتماد عليها حول الاكتئاب ساعدت البحث في النقاط التالية:

1- **في الجانب البنائي:** تحديد موضوع البحث حول الاكتئاب خاصة في اختيار متغير القولون العصبي وهو متغير تقل حوله الدراسات المتناولة، ثم بناء خطة البحث، المساعدة في تحديد المفاهيم، تحديد أبعاد الدراسة.

2- **في الجانب الميداني:** حيث مكنتنا هذه الدراسات من البداية في تحديد المنهج الملائم للدراسة والأداة الرئيسية لجمع البيانات والمتمثلة في المقياس، كما سيتم استغلال واستخدام هذه الدراسات من خلال نتائجها كأداة للمقارنة والتدليل والبرهنة.

## الفصل الثاني:

# سيكو فيزيولوجية الاكتئاب

تمهيد

- 1 - تعريف الاكتئاب
- 2 - أسباب الاكتئاب
- 3 - أنواع الاكتئاب
- 4 - أعراض الاكتئاب
- 5 - النظريات المفسرة للاكتئاب
- 6 - الاكتئاب كعامل أو عرض مصاحب لبعض الأمراض

العضوية

- 7 - العوامل المرتبطة بمستوى الاكتئاب
- 8 - استراتيجيات التكفل والعلاج لمريض الاكتئاب
- 9 - طرق الوقاية من الإصابة بالاكتئاب

خلاصة



**تمهيد:**

يعتبر الاكتئاب من أبرز الاضطرابات الوجدانية الشائعة، حيث يستخدم لفظ اكتئاب في عدة مجالات بعدة معاني، فمثلا في علم النفس يسمى بمعنى الانقباض وله أعراض نفسية عديدة تتميز بالحزن الشديد واليأس والخمول والانخفاض في الطاقة النفسية وكذا أعراض فيزيولوجية.

وقد يكون كعرض أو كعامل مصاحب لعدة عوامل بيولوجية عضوية وسنتناول في هذا الفصل مفهوم الاكتئاب وأسبابه، وكذا أنواعه وأعراضه ومستوياته، إضافة إلى بعض الإستراتيجيات للتكفل والعلاج لمريض الاكتئاب.

## 1 - تعريف الاكتئاب:

يأتي مصطلح اكتئاب من كلمة (كئب) أي بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن واتسع مصطلح الاكتئاب ليكون أكبر من ذلك... فهو حالة اضطرابية لها مراقبتها الوخيمة ولا بد من معالجتها عند الفرد المصاب. (أديب محمد الخالدي: 2006، ص378)

وهو حالة من الحزن العميق يحس فيها الفرد المريض بعدم الرضا وعدم القدرة على الاتزان أو إتيان نشاطه السابق ويأس في مواجهة المستقبل وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز والشعور بالذهان التام مع اضطراب في النوم والشهية للطعام والأحلام المزعجة. (مجدي أحمد محمد عبد الله: د.س، ص 195)

ويعرفه العديد من العلماء في علم النفس كل حسبه كما يلي:

يعرف العالم بيك BEAK الاكتئاب بأنه "اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطرابا في الوجدان، حيث يرجع التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج من جراء ذلك ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية. (رشاد عبد العزيز: 1993، ص15)

ويعرفه أنتوني ستور بأنه "الحالة التي تتسم بالحزن وعدم الميل إلى النشاط الذي قد يتصاعد إلى درجة، تصل في الغالب إلى السكون التام والتوقف عن الحركة وتأخر العمليات العقلية، ويصاحب ذلك حالات الاضطراب في نظام النوم وفقدان الشهية للطعام والإمساك "ارتخاء العضلات وانخفاض الرغبة الجنسية". (أديب محمد الخالدي: 2006، ص 379)

ويعرفه أحمد عكاشة بأنه: "مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد، وفقدان الشهية للطعام والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار أو المبالغة في اتخاذه والأرق الشديد والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية". (أديب محمد الخالدي: 2006، ص 379)

ويعرفه حامد زهران على أنه "حالة من الحزن الشديدة المستمرة تنتج عند الظروف المحزنة الأليمة وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعني المصدر الحقيقي لذاته. (أديب محمد الخالدي: 2006، ص 379)

ويعرفه لنا تشارلس ريكوفت Bycriftec تعريفاً يفرق فيه بين انفعال الاكتئاب وذهانته بقوله: إن مصطلح الاكتئاب يشير إلى انفعال كما أنه يشير إلى تشخيص. أما الانفعال فهو يعني الروح المعنوية المنخفضة والانقباض والحزن، أما عندما يشير إلى تشخيص فهو يعني زملة أعراض يكون انفعال الاكتئاب واحد منها وهو ما يعرف بالميلانكوليا التي تتميز بتأخر الأفكار والحركات الخاصة بالمكتئب. (أبو زيد مدحت عبد الحميد: د.س، ص 23).

وعند: دافيد ستات Sttat.D فهو واحد من المظاهر أو الأشكال العامة للاضطراب الانفعالي الذي قد تختلف كثافته من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية إلى الحالة العقلية لليأس التام... وهو يتصف بالقلق والكآبة وانخفاض النشاط العام (أبو زيد مدحت عبد الحميد، ص 23) (Statt, 1982, p35)

ويعرفه بنيامين وولمان: الاكتئاب بأنه الإحساس بمشاعر العجز واليأس والنقص والحزن، ولعل هذه الأعراض يمكن أن تعبّر عن اضطرابات عديدة وعامة يمكن لهذه المشاعر أن تحدث أيضاً لدى الأفراد الأسوياء. (أبو زيد مدحت عبد الحميد، د.س، ص 23) وتعرفه منظمة الصحة العالمية WHO في التصنيف الدولي التاسع ICD بأنه "اضطراب يتميز بحزن غير مناسب ينشأ عادة من تجربة مضايقة ولا يتضمن في مظهره توها أو هذياناً ولكن يغلب انشغال المريض بصدمة نفسية سابقة على مرضه موجودة غالباً فيه ولا يقوم التمييز العصابي الاكتئابي والنهائي على درجة الاكتئاب ولكن على وجود أو عدم وجود الخصائص العصابية أو النهائية وعلى درجة الاضطراب في سلوك المريض (آسيا بنت علي راجح: 2000، ص 30)

وعرفته منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر ICD 10 بأنه انحطاط المريض وفقر اهتماماته وعدم تمتعه بما يبهج الآخريين وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد لذلك تتفاوت درجة تلك الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب وتتلخص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه، معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإنهاك، أو انعدام القوة والتفكير في إيذاء نفسه، بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد، والنوم المتقطع، ثم انعدام الشهية. (آسيا بنت علي راجح: 2000، ص31)

ويمكن أن نستنتج من كل ما سبق من أن الاكتئاب هو حالة مرضية ترتبط بحالة من الحزن وفقدان في القدرة ناتجة عن فقدان للشهية، كما يصاحب ذلك تكون اتجاهات سلبية نحو مختلف مواقف الحياة كعدم القدرة على التمييز في اتخاذ القرارات ومنه النظرة التشاؤمية نحو الذات المملوءة بسوء التقدير، والنظرة التشاؤمية نحو العالم والمستقبل والملاحظ أن أغلب التعاريف تتفق على أغلب هذه الأعراض وتختلف فقط في درجتها وهذا بحسب النظرة إلى الاكتئاب.

## 2- أسباب الاكتئاب:

يمكن تصنيفها كما يلي:

### 2-1 - الأسباب النفسية:

أ - التوتر الانفعالي: والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء، أو هزيمة... إلخ)، والانهازم أمام هذه الشدائد. (حامد عبد السلام زهران: 1997، ص 515)

ب - ضعف الأنا الأعلى: واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق، والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية أو الشيخوخة والتقاعد. (حامد عبد السلام زهران: 1997، ص 515)

ج - الإحساس بالضيق نتيجة التوقعات الكثيرة يعتبره العالم بيك أنه العامل الأساسي والأول للاكتئاب حيث أن الأهداف الكبيرة التي تتسم باللاواقعية، فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعاً ودائم اللوم لذاته لوعيه وإدراكه بنقائصه والتي تعطي له مفهوماً سالباً عن ذاته. (أبو زيد مدحت عبد الحميد: دس، ص 81)

د - **عملية الصراع داخل النفس:** وهي تحدث نتيجة التعارض رغبتين لدى الإنسان أو تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد حيث أنه في داخل كل منا صراع بين القيم والدوافع المختلفة إذ أنه لدى الإنسان دائماً صراعات تنشأ دائماً بين طموحاته وتطلعاته من جانب، وبين واقعه وقدراته من الجانب الآخر، ذلك إضافة إلى مجالات أخرى للصراع مثل إشباع الدوافع الجنسية وقد ركز فرويد على هذه النقطة بالذات حيث كان يرى أن الحزن والكآبة التي تنشأ عن الخسارة لفقدان عزيز إما تنتج من تحول في الطاقة الجنسية إلى طاقة عدوان وبأس وتحطيم الذات.

هـ - ومن العوامل النفسية الهامة ما يحدث في فترة الطفولة المبكرة من خبرات أليمة حيث تولد هذه الصدمات قدراً من الحساسية النفسية تمهد لظهور الاضطراب النفسي فيما بعد، وكذلك الإحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة لإدراكه لوجود عائق ما يحول دون تحقيقه لرغباته ومصالحه وتكون الاستجابة لهذا الإحباط هي الشعور بخيبة الأمل.

والمحصلة النهائية في الغالب تكون حالة المرض... وفي هذا المجال لا بد أن نذكر أن الإنسان لديه وسائل وحيل للدفاع النفسي ضد المؤثرات التي تسبب الصراع النفسي والاحتفاظ بالثقة في النفس وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

وعليه فإن حالة المرض ليست سوى إخفاق لهذه الأسلحة الدفاعية فينهار التوازن النفسي ويظهر الاضطراب نتيجة لهذا الخلل. (الشربيني لطفى: 2001، ص 43-44)

فشخصية الإنسان وتكوينها وخصائصها في حالة الصحة النفسية قبل بداية رحلتها مع الاضطراب النفسي إذ أن هته الشخصية هي محصلة لمؤثرات خارجية إضافة إلى غرائز وانفعالات فطرية تكمن في داخله ومن التفاعل بين ذلك ينشأ السلوك الإنساني وهو الجزء

الظاهري؛ ويعرف به الناس والشخصية العادية بحكم تكوينها الفطري تدرك وتتحمس المشاعر المختلفة ومنها الشعور باللذة (السعادة) -والألم (أو الكآبة) وهما يقفان على طرفي النقيض لمحور الذي تنتقل فيه بين الطرفين مشاعر كل منا في حياته النفسية الطبيعية. لكن بعض الناس يغلب عليهم طابع التقلب بين مشاعر الحزن والفرح بصورة مبالغ فيها. حيث أن شخصية الاكتئاب تتصف قبل المرض بأنها من النوع الاجتماعي الذي يغلب عليه تقلب المزاج من المرح والتفاؤل والنشاط والحب إلى المزاج العكسي من الكسل والتشاؤم والحزن، كما يقال أن هؤلاء يتميزون بطيبة القلب وخفة الظل غير أنهم مع ذلك لا يتحملون التعرض للمشكلات وينظر الواحد منهم إلى ذاته نظرة دونية لا يتوقع الخير بل يتوقع الهزيمة دائما.

(لطي الشرييني: 2001، ص 43)

## 2-2 - الأسباب العضوية (بيولوجية):

أ - مستويات الهرمونات في الدم: أن إنتاج هرمونات محددة قد يعيق الكيمائية الطبيعية للدماغ حيث أن زيادة أو نقصان في معدل إفراز هرمون الغدة الدرقية أو الغدتان الكضريتان قد يسبب الاكتئاب. (المعروف أن قصور الغدة الدرقية سواء كان بفرط النشاط أو قصور في النشاط تؤدي إلى الاكتئاب).

- إن الاكتئاب هو عارض شائع لمرض كاشينغ الذي ينجم عن فائض في إنتاج الهرمونات الكظرية. (سارة بورغ اخرون: 2002، ص 47)

- كما أن المصابين بالاكتئاب يكشفون عن نشاط متزايد لمحور الجهاز الهرموني والواقع أن الهرمونات الفائضة قد تعيق الذاكرة والقدرة على العمل.

- إن الزيادة في إفراز هرمون الكورتيزول والهرمونات الأخرى في الجسم خلال فترات الإجهاد -ولا سيما خلال الإجهاد المزمن أو تربة الإجهاد الوخيم تحدث خلافا في الكيمائية الطبيعية للدماغ مما يزيد خطر التعرض للاكتئاب. (سارة بورغ وآخرون: 2002، ص 48)

- تشهد العديد من النساء اضطراب في المزاج أثناء فترة الطمث من الدورة الشهرية وتعاني بعضهن من الاكتئاب عقب وضع الحمل فيما تعاني أخريات من الاكتئاب قرابة سن اليأس

فعدت هته الأوقات ينخفض مستوى هرمون الاستروجين وهذا ما يؤكد دور مستوى الهرمون في الدم في الإصابة بالاكتئاب.

- كما أنه أثناء فترة الطمث تزيد الأعراض الاكتئابية وفترة ما قبل الطمث ويشكو النساء من التوتر الداخلي والصداع والانتفاخ وسهولة التهيج العصبي مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء وهذه الفترة يصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية.

- إن الاكتئاب عادة ما يكون مصاحب لسن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية (أحمد عكاشة: 1982، ص278)

### ب - الناقلات العصبية:

يعتقد العلماء أن الناقل العصبي النور بينفرين هو الناقل الأبرز المسؤول عن الاكتئاب فهو يؤدي دوراً أساسياً في الاستجابات العاطفية ويقع في المساحات التي يتضاءل فيها نشاط الدماغ أثناء فترات الاكتئاب وأن الاكتئاب يحدث عن تضائل مستويات النور بينفرين، حيث باشرت العديد من شركات العقاقير في تطوير أدوية مضادة للاكتئاب تعمل أساساً على زيادة نشاط النور بينفرين في خلايا الدماغ. (سارة بورغ وآخرون: 2002، ص51)

ج - توازن المواد ذات الشحنات الكهربائية: ويقصد بها مواد أملاح الصوديوم والبوتاسيوم حيث يتم توزيع جزيئاتها بشكل معين على جانبي غشاء الخلية العصبية ويلعب هذا الاختلاف دوراً هاماً في توليد الطاقة الكهربائية التي تخزنها الخلية لاستمرار نشاطها إذا ما اختل توزيع الصوديوم والبوتاسيوم فإن ذلك يؤدي إلى حدوث خلل في نظام الطاقة المخزنة والذي يؤثر بالتالي على مستوى استثارة الخلية العصبية وقد لاحظ الكثير من الباحثين وجود اختلالات في توزيع الصوديوم والبوتاسيوم لدى المرضى المصابين بالاكتئاب زد على ذلك أن الاكتئاب يحدث بسبب كفا عملية التوصيل العصبي وهو ما يعني إبطاء عملية نقل النبضات العصبية من نسيج إلى آخر بسبب نقص إنتاج النورباينفرين (رمضان محمد القذافي: 1999، ص250 251)

د - بإمكان الأدوية المختلفة كموانع الحمل أن تسبب الاكتئاب.  
هـ - أثبتت الدراسات أن العديد من الأمراض البشرية (متوارثة) أو لديها القابلية الموروثة حيث يحدث ذلك حين تخفق جينة معينة في منح التعليمات الصحيحة لوظيفة الخلية وقد يجعلك ذلك الفرد أكثر عرضة للمرض، كما أن الفرد بذلك يستطيع ان يتوارث الخطر المتزايد للتعرض للاكتئاب. كما يشير العديد من العلماء على دور الوراثة كسبب للاكتئاب وقد وجد انه اذا أصيب أحد التوائم المتشابهة بهذا المرض فسيصاب التوأم الآخر في حوالي 10-13% كما ويتميز أصحاب هذا المرض بتكوين جسمي خاص وهو ما سماه كرتشمير الجسم المكتنز وهم ذو الرقبة الغليظة والبطن الكبيرة والذين يميلون إلى البدانة. (احمد عكاشة: 1982. ص 278)

### 3- أنواع الاكتئاب:

(عن التصنيف العالمي العاشر ICD10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية) تشير بعض كتابات الباحثين أنه يمكن تقسيم الاكتئاب إلى أربع أنواع:

#### 3-1- اكتئاب أولي أحادي القطب Unipolar Primary:

- اكتئاب مع قلق Mixed ds Anxrtty.
- نوبة اكتئاب Depressive.
- اضطراب اكتئاب متكرر Recurent.
- عسر المزاج Dysthymicer.

#### 3-2- ثنائي القطب Bipoler:

- اضطراب وجداني مع هوس Offective discrder manio.
- دورين المزاج Cycho thymicr.

#### 3-3- أخرى:

- الاضطرابات الوجدانية الموسمية Seasoual of fective.
- اكتئاب وجيز متكرر Brief recurrent depression.



## 3-4 - اكتئاب ثانوي Secondary:

نتيجة الإصابة بمرض آخر عضوي أو نفسي أو من استخدام المخدرات والأدوية وتتراوح نوبات الاكتئاب بين متوسط Moderale وحادة Sevére مع وجود أعراض جسدية Somatique أو ذهانية Psychotic.

ويصنفه حامد عبد السلام زهران في كتابه الصحة النفسية والعلاج النفسي : (عبد السلام زهران: 2005، ص 514. 515 )

- اكتئاب حفيف: Mild depression وهو أخف صور الاكتئاب.
- الاكتئاب البسيط: Simple depression وهو أبسط صور الاكتئاب.
- الاكتئاب الحاد: Acute depression وهو أشد صور الاكتئاب.
- الاكتئاب المزمن: Chronic Depression وهو دائم وليس في مناسبة فقط
- الاكتئاب التفاعلي: Reactive Depression: وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى.

- الاكتئاب الشرطي: وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى الخبرة الجارحة يعود إلى الظهور -بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.

- الاكتئاب سن القصور Involution of depressive: ويحدث عنه النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة على التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم -والتهيج-الهزاء، أفكار الوهم، التوتر العاطفي الاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجيا أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى سوداء سن القعود . Involutionel

- الاكتئاب العصابي Neuvotic Depress

- الاكتئاب الذهاني Psychotic Depress

الفرق بين الاكتئاب العصابي والذهاني هو في درجة وفي الاكتئاب الذهاني يسيء

المريض تفسير الواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيان الخطيئة.

- الاكتئاب كأحد دوري زهان الهوس والاكتئاب:

الفرق بين الاكتئاب العصبي-الذهاني:

اكتئاب ذهاني	اكتئاب عصبي
1- عميق الجذور	1- غير عميق الجذور
2- يصاحبه جمود انفعالي ويندر معه التعاطف الشعوري والابتسام الموضوعي والتجاوب مع مثيرات الفرح	2- لا يصاحبه جمود انفعالي تام
3- الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية	3- الاتصال بالواقع موجود
4- تقسيم الذاتي يميزه تحقير الذات وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته أو عدم نفعه	4- التقسيم الذاتي سلبي
5- درجة النكوص السلوكي شديدة وخطيرة	5- درجة النكوص عادية
6- بطئ وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية	6- النشاط العقلي بطيء قليلا
7- توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية وهذيانات الخطيئة وأفكار الانعدام.	7- لا يوجد فيه أوهام أو هلوسات أو أفكار الانعدام
8- فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة ودون سابق تفكير ويحدث عادة فجأة ونادرا ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ويقدم عليه في جمود شعوري والدافع هنا هو إهلاك الذات	8- فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس عن نية صادقة وبعد تردد وإعلان وتهديد بالانتحار وخوف من الإقدام عليه والهدف هو إيقاع الألم بالآخرين
9- المريض لا يسعى للعلاج	9- المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج
10- علاجه في مستشفى الأمراض النفسية	10- علاجه في العيادة النفسية

كما يمكن تقسيم الاكتئاب إلى نوعين :

**- اكتئاب خارجي المنشأ Exogenous depression:**

وهذا النوع يصيب الفرد كرد فعل لظروف خارجية مثل: فقدان شخص عزيز أو حدوث كارثة مالية أو غيرها ويطلق عليه الاكتئاب التفاعلي أي أنه بمثابة رد فعل الطبيعي والنتيجة السيكولوجية المتوقعة للظروف الخارجية المسببة له فهو إذن وفق هذا المنظور (اكتئاب خارجي المنشأ). (أديب محمد الخالدي: 2006، ص 382)

**- اكتئاب داخلي المنشأ Endogenous dépression:**

وهذا النوع عكس الاكتئاب السابق إذ ليس له سبب شعوري أو غير شعوري ولكنه يرجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي بخلاف الاكتئاب لنفسه الذي تعمل الأحداث الخارجية عملها في إظهاره -وذات تأثير فيه- وان الاكتئاب الداخلي المنشأ هو الاكتئاب الحقيقي ويطلق عليه (الاكتئاب الذهاني). (أديب محمد الخالدي: 2006، ص383)

**4- أعراض الاكتئاب:**

خمسة من الأعراض الآتية لتشخيص الاكتئاب المؤكد:

- شهية ضعيفة وفقدان الوزن.
- صعوبة في النوم.
- فقدان الطاقة.
- تهيج أو تبلد.
- فقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة أو تضائل الدافع الجنسي.
- مشاعر لوم الذات أو مشاعر الذنب.
- قدرة مسيئة على التفكير أو التركيز.
- أفكار متكررة حول الانتحار أو الموت.

كما تتراوح هاته الأعراض بين الدرجة المعتدلة والدرجة القاتلة ويمكن تصنيفها كما

يلي:

#### 4-1 - أعراض جسدية:

كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق وفقدان الشهية ورفض الطعام ونقصان الوزن الملحوظ - الإمساك - الصداع والتعب لأقل مجود - آلام في الجسم خاصة في الظهر. - الأرق أو زيادة النوم - الفوران النفسي الحركي أو التبدل كل اليوم تقريبا ويلاحظه الآخرون، وتوهم المرض. - الإجهاد وفقد الطاقة، اضطراب الدورة الشهرية. عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي

#### 4-2 - أعراض نفسية:

البؤس، اليأس، الأسى، الهبوط في الروح المعنوية والحزن الذي ليس لديه أي سبب، وانحراف المزاج وتقلبه، وعدم القدرة على ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية وعدم القيمة والتفاهة والقلق والتوتر والأرق وفتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال، السكون، الصمت الشرود حتى الذهول، التشاؤم وخيبة الأمل، النظرة السوداوية للحياة، البكاء بدون سبب أحيانا.

#### 5 - النظريات المفسرة للاكتئاب:

#### 5-1 - نظرية التحليل النفسي (السيكودينامية):

يرى رواد النظرية التحليلية أن الصراع القائم بين الأجهزة النفسية الثلاثة من (أنا) و(هو) و(أنا أعلى)، خاصة في المراحل المبكرة من العمر، حيث أرجع فرويد (freud) صراع الطفل بين إشباع حاجاته الغريزية الجنسية والعدوانية التي تمثلها (الهي)، ومتطلبات الواقع التي تمثلها (الأنا)، والرقابة الداخلية الأخلاقية والضمير، أي متطلبات الأنا الأعلى، ومن المعلوم أن من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب، الإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب والتأنيب الذاتي، وهذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه فيما يبدو في

ضوء الصراعات بين الأجهزة الشخصية الثلاثة والتي ينفرد فيها بالنصر وجود الأنا الأعلى المتطرف وشديد الصرامة.

أما لماذا يتميز بعض الأشخاص بالتشدد في بناء الأنا الأعلى، فهذا ما حاولت النظرية التحليلية أن تقدم له التفسير، وهما اللاشعور والخبرات الطفولية المبكرة، حيث تبنت هذه النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤداها أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد الطفولة، وطور فرويد مفهوما جديدا سماه اللاشعور لكي يبيّن أن أمراضنا النفسية بعد تجاوز مرحلة الطفولة ما هي إلا تكرار لا شعوري رمزي لكل ما يحدث خلال السنوات الأولى من عمر الإنسان.

ولهذا يولي علماء التحليل النفسي اهتماما خاصا للخبرات الطفولية المبكرة، وخاصة علاقة الطفل بأبويه، أو ما يسمى (عقدة أوديب) ذلك المفهوم الذي صاغه فرويد ليعبر به عن قدرة الطفل لحل صراع الطفل الذكر مع أبيه، وذلك بسبب حب هذا الطفل لأمه التي يشاركه فيها الأب والمجتمع...، أما إذا فشل في حل صراعه مع والديه فإنه ينمو وقد تملكته مشاعر التهديد، والمخاوف اللاشعورية والتي تظهر فيما بعد كأعراض مرضية.

وقد عبّر إبراهيم Ibraham، وهو محلل نفسي وأحد رواد علم النفس التحليلي على أن الاكتئاب يتبلور حول العلاقة بموضوعات الحب (العلاقة بالموضوع) وإشباع الرغبات الجنسية وإشباع حاجات الحب، فعندما لا يجد الشخص تلبية للإرضاء لحاجاته ورغباته فإنه يشعر بالغضب والكراهية اللذان يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل إلى نحو الذات، وهذا هو الاكتئاب، لهذا نجد أن الاكتئاب لدى النظرية التحليلية ما هو إلا خنق وغضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع حاجة الحب، أي الفشل في الإرضاء الجنسي، والحصول على الحب، ويرى رادو الذي يعتبر أيضا من المحللين النفسيين الذين اهتموا بدراسة الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب، متأثرا بذلك بالاتجاه الفرويدي، ويصف (فينيكل 1945) المكتئب (إنسان مريض بالحب). (عبد الستار إبراهيم: 1998، ص 87).

أما ميلاني كلاين فقد نشرت دراسة لها تحمل عنوان الحزن وعلاقته بحالات الهوس الاكتئابي عام 1946، وتقرر كلاين أن كل طفل في نموه الطبيعي يذهب خلال نمطين من ردود الأفعال هما:

الوضع الأول: ويسمى الوضع الفصامي البارانوي، وهو يصف اتجاه الطفل نحو الإحباط. الوضع الثاني: ويسمى الوضع الاكتئابي، ويحدث عندما ينمو ضمير الطفل ويشعر بالذنب تجاه غضبه من أمه، وتقرر كلاين أن الطفل عندما تقوم أمه برضاعته فإنه يضع ثدي أمه ولبنها وكل شيء في عقله ويترجمه إلى حب وأمان، ومع ذلك فقد يشعر الطفل بخيالات ونبضات تدميرية تجاه ثدي أمه تتسبب في شعوره بالضياح، وبهذا جعلت كلاين الكراهية في المقام الأول يليها حالة الضياح ولعلها تتبع منطقاً غريباً في أن النمو الطبيعي للأطفال لا بد أن يسير وفق الإحباط والغضب وحالة الضياح والفقدان، ثم الرغبات التدميرية تجاه ثدي الأم، ولعل هذه الحقيقة قد تكون مقبولة في المجتمعات التي تحرص على ترك الرضاعة الطبيعية وتحت على ترك ثدي الأم (عباس محمد عوض: 1999، ص 66).

## 5-2 - النظرية الفيزيوكيميائية:

يشير أنصار هذا الاتجاه إلى علاقة مرض الاكتئاب الانبساطي بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المخالفة، ذلك أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم داخل الخلايا تزيد عن 50% من المستوى العادي، أما الشخص المصاب بنوبة الانبساط فتزيد هذه النسبة إلى 200%، وعندما يتماثل الفرد للشفاء تعود هذه النسبة إلى طبيعتها (أحمد عكاشة: 1982، ص 282).

ويعتبر أيضاً أن الاكتئاب هو عبارة عن اختلاف في اندفاع وتأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ، وبالتالي الاختلاف في الطاقة الكهربائية بين هته الخلايا في حالة هذا المرض.

كما أن أنصار النظرية الفيزيوكيميائية يعتبرون أن انخفاض نسبة بعض الهرمونات العصبية في المخ خاصة السيروتونين، والأدرينالين والدوبامين، يسبب أعراض اكتئابية وهذا ما يؤكد نظرية الهرمونات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الانبساطي، وجود هذه الهرمونات بنسبة أعلى من أي جزء آخر في الدماغ في المناطق الخاصة بالانفعال، وخاصة الهيپوثلاموس والجهاز النطاقي في السطح الأنسي للمخ (أحمد عكاشة، 1982، ص 283).

حيث كشفت الدراسات على وجود علاقة مباشرة بين هته المواد ومواد أخرى وبين الحالة المزاجية، حيث تبين أن بعض هذه المواد تنقص كميتها بصورة ملحوظة في حالة الاكتئاب النفسي، كما لوحظ أن بعض الأدوية المضادة للاكتئاب، والتي تقوم بتعويض هذا النقص تؤدي إلى تحسن الحالة المزاجية واختفاء أعراض الاكتئاب (لطي الشربيني: 2001، ص 63).

هناك علاقة بين الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء في الجسم وبين الاكتئاب، ويتم استخدام هذه الهرمونات في علاج بعض الحالات المستعصية من الاكتئاب، وهته الهرمونات التي يتم إفرازها عن طريق الغدد الصماء، لها علاقة مباشرة بالكثير من الوظائف الحيوية، كما أنها تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في الحالة النفسية، ومن هته الغدد الصماء الرئيسية في الجسم: الغدة النخامية والدرقية والغدة الجار الكلية، والغدد التناسلية (لطي الشربيني: 2001، ص 65).

### 5-3 - نظرية التعلم الاجتماعي:

يفسر رواد هته النظرية أن الاكتئاب وما يصاحبه من أعراض سريرية كالتعب يؤدي إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط، وبذلك تقل مصادر التدعيم ويؤدي انخفاض مستوى التدعيم بدوره إلى خفض النشاط أكثر فأكثر، وبالتالي تنخفض فرص التدعيم أكثر فأكثر، وتتوقف كمية التدعيم الإيجابي التي يلقاها الفرد على ثلاثة مصادر هي:

- التدعيمات الممكنة نتيجة لخصائص ومميزات شخصية أو جسمية في الفرد مثل عمره، انتماءه، مستوى جاذبيته.

- التدعيمات التي نتاج نتيجة الوضع البيئي له، كأن ينشأ في أسرة متيسرة مثلاً...، أو بيئة آمنة، بدلا من أن ينشأ في بيئة مهددة للأمن والحرية كمؤسسة أو سجن أو معتقل... إلخ.

- التدعيمات الممكنة نتيجة لرصيده السلوكي، بما في ذلك مهاراته الاجتماعية ومهنته، فالشخص الذي يتقن مهارات متنوعة في التفاعل الإيجابي مع الآخرين.

ويحتل في نفس الوقت وضعا مهنيا أو عملا يحقق رضاه، ويكون أقل عرضة للاضطراب النفسي والاكتئاب من الشخص المتصلب العاجز عن تكوين مجال مهني يحقق رضاه.

ومن ثم أجرى "ليفينسون" وزملاءه عددا من الدراسات التي كشفت عن مصداقية هذه النظرية، فتبين أن مستوى النشاط لدى المكتئبين يقل عن غيرهم، وأن هناك علاقة مطردة بين زيادة الاكتئاب والتباعد الاجتماعي، وخفض مستوى الفعل والحركة، وكذلك تبين أن المكتئبين يتفاعلون بأعداد أقل من الناس بالمقارنة بغير المكتئبين وأن مستوى نشاطهم اللفظي يتمثل في حجم الكلام، وطول الجملة وطريقة النطق كلها تتأثر بالحالة الاكتئابية (عبد الستار إبراهيم: 1948، ص 127-128).

#### 5-4 - النظرية المعرفية:

تعد نظرية "بيك" في الاكتئاب ممثلة للاتجاه المعرفي، حيث يعتقد بيك أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته وللعالَم وللمستقبل، وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب (عباس محمد عوض: دس، ص71).

كما صاغ مارتين سليجمان، وجهة النظر المعرفي الخاصة بالاكتئاب في ضوء أن مصدر الاكتئاب هو حالة فقدان للضبط أو التحكم من خلال وسائل التدعيم السلبي أو الإيجابي المكتسب، وأطلق على ذلك اسم العجز المتعلم وفيه يشعر الفرد بالضعف والاستكانة والنظرة الكئيبة المتشائمة للمستقبل.



ويقرر سليجمان أن الناس ينكرون على أنفسهم فرصة ضبط بيئتهم الخاصة في سنوات حياتهم الباكرة يكونون أكثر ميلا وكثير تعرضا لحالة العجز المتعلم في حياتهم الراشدة (عباس محمد عوض: 1999، ص 72)

#### 6 - الاكتئاب كعامل أو عرض مصاحب لبعض الأمراض العضوية:

يقول الطبيب النفسي البريطاني مودرلي H-Moudzley الذي يطلق اسمه على كبرى المستشفيات العقلية في لندن عبارة مشهورة تعبر عن ارتباط مرض الاكتئاب بحالات وأعراض جسدية قد تؤدي إلى حالة مرضية حقيقية حين تتأثر الوظائف الجسدية نتيجة الإصابة بمرض الاكتئاب وتتص هذه العبارة التي قمنا بترجمتها حرفيا على أن "الحزن الذي لا يجد متنفسا عن طريق الدموع يتجه إلى أعضاء الجسم الداخلية فيحطمها (لطفى الشربيني: 2001، ص 121).

وفي هذا الصدد من خلال متابعة مرضى الاكتئاب:

- ثبت تأثر جهاز المناعة الذي يدافع عن الجسم لمواجهة الأمراض المختلفة وقد أجريت هذه الدراسات على المرضى الذين يعيشون في فترة طويلة في نوبات اكتئاب أو الذين يتأثرون نتيجة لفقد عزيز لديهم حيث يؤدي تأثر جهاز المناعة إلى زيادة قابلية الإصابة بالأمراض التي تسببها الميكروبات المختلفة والقابلية للإصابة بالسرطان. (لطفى الشربيني: 2001، ص 122)

إن الاكتئاب يظهر جليا في ارتباطه ببعض الأمراض العضوية ويتضح ذلك من خلال زيادة معدلات الاكتئاب لدى مرضى السرطان والدرن الرئوي والإيدز وأيضا أمراض القلب التاجية وغيرها من أمراض العضال، والأمر ليس قصرا على ذلك فقط بل يعتمد إلى ارتباط الاكتئاب حتى ببعض الأعراض العضوية أو السيكوسوماتية مثل الصداع. مدحت (أبو زيد عبد الحميد: 2001، ص 132)

وفقا "لباوتيش جاني" في الدراسة التي شملت على 35537 مريضا بحالات مرضية خالية من أمراض القلب والسكري أو السكتة الدماغية، جرى تقييم الاكتئاب باستخدام معايير القلق والاكتئاب المتبعة في المستشفى خلال فترة المتابعة التي امتدت أربع سنوات أصيب 3939 مريض على الأقل بحادث رئيس سيء ووجدت الدراسة أن الخطر المتزايد من السكتة أو النوبات القلبية وقصور القلب أو الموت بسبب أمراض القلب خلال فترة الأربع سنوات كان أعلى نسبة بنسبة 83% من بين مرضى الاكتئاب الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم و36% من بين مرضى الاكتئاب مع انخفاض في ضغط الدم، مقارنة مع أولئك الذين يملكون ضغط دم طبيعي والأعراض للاكتئاب. ([www.albowoda.com](http://www.albowoda.com))

كما أشارت العديد من الدراسات على وجود علاقة بين الاكتئاب وأمراض القلب والكلية، إذ أن احتمال إصابة الأشخاص الذين يعانون بين الاكتئاب بمرض القلب أكبر فيما يزيد الاكتئاب من احتمال الإصابة بمرض الكلى لدى المرضى بداء السكري، وهذا ما أكده الدكتور "ميكيلوس مولنار" وهو أستاذ مشارك في قسم الكلى في "مركز جامعة العلوم الصحية" في تينيس في ولاية ممفيس الأمريكية إذ "الاكتئاب المرضي يترافق مع زيادة خطر الإصابة بمرض الكلى المزمن لدى مرضى السكري، مثلما يفاقم الاكتئاب أمراض القلب والأوعية الدموية". ([www.albowoda.com](http://www.albowoda.com))

كما أن مرضى الاكتئاب يشكون بصفة عامة في نقص في القدرة الجنسية فيشكوا الرجال من الضعف الجنسي والسيدات في فقدان الرغبة الجنسية وتكون هذه الشكوى في الغالب هي السبب الذي يدفع الكثير من الناس إلى التردد على الأطباء قبل أن تظهر الأعراض الأخرى للاكتئاب. (لطفى الشرييني: 2001، ص 121-122)

كما تصاحب نوبات الانبساط الحادة مرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) ويصاحب أيضا الاكتئاب الدوري من اكتئاب وانبساط مرض كوشبنغ (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية). (أحمد عكاشة: 1982، ص 17)

ولقد اقترنت أعراض الاكتئاب أيضا بأمراض الجهاز الهضمي، ذلك أن الأعراض الاكتئابية تؤدي إلى اضطراب في إفراز الأدرينالين والنوادرينالين والكورتيزول المسؤولين عن الانفعالات، زد على ذلك أن العصب الحائر الذي يغذي الجهاز الهضمي مرتبط بطريقة مباشرة بمركز الانفعالات في المخ. وأن مادة السيروتونين التي تفرز في المشابك العصبية والتي تجعل خلايا الدماغ والجهاز العصبي تتبادل العمل فيما بينها تقدر نسبتها الطبيعية في الدماغ 5% وفي الأمعاء 95% وفي حالة زيادة التوتر والقلق والاكتئاب يزداد إفراز هته المادة فتتراكم كميات منها كبيرة في الأمعاء مسببة أعراض القولون العصبي. (المومني وعمارين: 2016، ص 95)

#### 7 - العوامل المرتبطة بمستوى الاكتئاب:

البحث في موضوع الاكتئاب من طرف الباحثين كان ولا يزال يلقي الاهتمام الكبير ومرد ذلك هو محاولة العمل على تحديد أبعاده ومؤشراته قصد الوصول في النهاية إلى تشخيص علمي يمكن من تحديد العلاجات اللازمة له، ولهذا كان على الباحثين حصر جميع العوامل وتناولها على شكل متغيرات ثم اختبارها وأخيرا تصنيفها كعوامل ايجابية أو سلبية مرتبطة بطريقة جوهرية بالاكتئاب أو بطريقة لا جوهرية.

ولأن هذه المتغيرات كثيرة فإنه من الصعب تناولها بالتفصيل لذا فسيتم تناولها بصفة عامة مع التركيز على عوامل أو أبعاد الدراسة وهي السن. الوضعية المهنية. الفروق الجنسية.

أثبتت الدراسات أن هناك علاقة ارتباطية جوهرية موجبة بين الاكتئاب وبعض المتغيرات وتلك المتغيرات هي: السن، الدخل الشهري والسنوي للفرد، الإقامة في منازل مؤجرة، الشعور بالوحدة، التشاؤم، العجز، القلق، الحسرة الذاتية، التخلف التهيج، زملة أعراض الحيض، النبذ، أسلوب العقاب الذاتي القوي، السلبية، المزاج الاكتئابي، الاعتمادية، النقد الذاتي، نقص الكفاءة، ضعف القدرة على الضبط الخارجي، المشقة عدم الارتياح، انخفاض التدعيم، نقص التقدير، اليأس فقدان الأمل، التوقعات السيئة، الصداع فقدان الشهية

العصبي، النفور من الجنس، القلق الجسمي، توهم المرض، تغير الوزن، الانطواء الاجتماعي، نقص الرعاية الوالدية، نقص الرعاية الزوجية، الميول الانتحارية، المزاج المنخفض، تغير الاهتمامات المعتادة، العصابية، الشكاوي الجسمية، الاعتماد الكيميائي، هتك العرض، التاريخ العائلي للأمراض السيكاترية، فقدان المبكر لعلاقة الرضاعة والحنان، أحداث الحياة الضاغطة. كما أثبتت الدراسات أن هناك علاقة ارتباطية جوهريّة سالبة بين الاكتئاب وبعض المتغيرات وهي مستوى التعليم، الطبقة الاجتماعية، الأحداث السارة، السعادة، المرح، الضوء الأبيض الساطع، الاتصال الاجتماعي، تكوين الأصدقاء، مقلوب العصابية، الاستقلال النفسي والذاتي..... كما توجد متغيرات لا ترتبط بالاكتئاب بجوهريّة مثل: التحصيل الدراسي، الديانة، محل الإقامة، التوافق الدراسي الجامعي، (مدحت عبد الحميد أبو زيد: د س، ص ص135.136)

كما سبق الذكر أن الاكتئاب يرتبط كذلك بالأمراض العضوية، هذه أغلب العوامل المرتبطة بالاكتئاب بصفة عامة أما بالنسبة لأبعاد الدراسة فسيتم تناولها بشيء من التفصيل كالتالي:

- **الاكتئاب والفروق الجنسية:** أسفرت كثير من نتائج الدراسات عن أن الإناث أكثر إظهارا للأعراض الاكتئابية عن الذكور ومن هذه الدراسات المسح القومي للاكتئاب الذي أجراه كل من يوجين ليقيت وبنارد لوبين في الولايات المتحدة الأمريكية حيث توصلوا إلى أن الإناث أكثر اكتئابا من الذكور وذلك على عينة قوامها 3009 مفحوصين. (مدحت عبد الحميد أبو زيد: د س، ص 98)

ويشيع الاكتئاب عند النساء مرتين أكثر مما هو عند الرجال وخلال الحياة تعاني 20 بالمائة تقريبا من النساء من اكتئاب كبير أو إعياء عقلي مقارنة مع 10 بالمائة عند الرجال. ويصيب الاكتئاب النساء عموما في سن مبكرة بين عمر 25 و 44 عاما في أغلب الأحيان مقارنة مع الرجال. (سارة بارغ وآخرون: 2002، ص 151)

وتعود أسباب الاكتئاب عند النساء إلى جملة من العوامل منها العوامل البيولوجية والاجتماعية الثقافية والنفسية. فالأنثى أكثر حساسية وعاطفية وتميل إلى التفكير الخيالي والتأملي وأكثر رقة وحنانا وأنوثة. كما تؤدي دورة الحيض في سن ما إلى الإصابة بالاكتئاب وتحمل النساء الكثير من المسؤوليات داخل الأسرة وخارجها كواجبات الأمومة والتربية وقضاء حاجيات المنزل. بالإضافة إلى هذا فالنساء المصابات بمرض عضوي أكثر عرضة لاكتئاب من غيرهن من النساء.

- **الاكتئاب والسن:** يعتبر السن من المتغيرات ذات الصلة أو الارتباط بالاكتئاب فمع تقد الشخص في السن تتغير فيه الخصائص الجسمية والنفسية حيث يفقد الجسم الكثير من القدرة على النشاط خاصة في مرحلة متقدمة من العمر ومعها ظهور بعض الأمراض العضوية التي تنعكس على الجوانب النفسية. ومع تقدم السن كذلك يدرك الشخص في بعض الحالات انه بصدد فقدان بعض الأهداف في الحياة المرتبطة بمرحلة سنية معينة كالزواج والعمل مثلا ' وهذا كله له علاقة ارتباطية بالاكتئاب حيث "لا يمكن أن تكون الشيخوخة مرحلة مثالية بعد أن ذهب الشباب بحيويته وحل محله الوهن والضعف' واقتربت الرحلة عن نهايتها' إذن فالمشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لا محالة لكنها تتراوح بين مشاعر الملل (دائما يشكون من الأمراض التي إصابتهم) والعزلة والفراغ إلى الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة كالعته (خرف العمر) والاكتئاب النفسي الشديد الذي يدفع إلى التفكير في الانتحار في بعض الأحيان" (لظفي الشربيني: 2001، ص 149). وقد تبين أن 15 في المائة تقريبا من الأمريكيين الكهول أي نحو 6 ملايين رجل وامرأة فوق عمر 65 عاما يعانون من الاكتئاب. (سارة بلوغ وآخرون: 2002: ص 161)

- **الاكتئاب والعمل أو الوظيفة:** إن ممارسة عمل أو وظيفة لدى الشخص يعتبر أمر ضروري بل غريزي لعدة اعتبارات اجتماعية ونفسية، فالإنسان يعمل ليحقق ذاته ويعمل ليكون شبكة من العلاقات الاجتماعية والشخصية ويعمل لأنه بحاجة لأن يساهم بشيء معين في محيطه، وقبل كل هذا فهو يعمل للحصول على عائد مادي محترم يعيش به. وعلى هذا

الأساس فإن غياب كل هذا خاصة العنصر الأخير قد يؤدي إلى الكثير من المشكلات النفسية ومنها الاكتئاب "وفي دراسة قام بها كل من يوجيت ليقيت وبرنارد لوبين 1975 لإجراء مسح قومي للاكتئاب NDS.....تبين أن هناك علاقة سالبة بين الوظيفة والاكتئاب". (مدحت عبد الحميد أبو زيد: دس، ص 94). وعن علاقة الاكتئاب بالبطالة توصل فتحي الشراوي وآخرون (1993) إلى ارتباط الاكتئاب بالبطالة وكذلك توصل عبد الله العسكر وعماد عبد الرزاق (1998) إلى النتيجة ذاتها. (عبد الله العسكر: 1998، ص 36).

### 8 - استراتيجيات التكفل والعلاج لمريض الاكتئاب:

إن التمكن من إعداد خطة ترميضية لعلاج الفرد المصاب باضطراب الاكتئاب أمر غاية في الصعوبة، ذلك أن الاضطرابات الوجدانية ليست بالأمر الهين في تشخيصها وما يجعلها كذلك هي تداخل الأعراض فيما بينها من اضطرابات عصابية (كالفلق والهستيريا) وكذا اضطرابات في الشخصية والكثير من الاضطرابات العضوية (كتصلب الشرايين في المخ، وأمراض الجهاز العصبي، القلب...الخ).

لذا يجب الحرص على التشخيص بهدف تحديد طريقة العلاج الناجعة لعلاج الاكتئاب وعلى المعالج أن يضع في اعتباره خطورة المريض على نفسه (بالانتحار) أو على غيره (بالقتل)... وهذا ما يستلزم وضع المريض تحت الملاحظة الطبية أو إدخاله المستشفى وتتضمن طرق العلاج ما يلي:

-العلاج الطبي: حيث تعتبر الأدوية هي الخيار الأول الذي يلجأ إليه الأطباء في المعالجة:

A - مضادات الاكتئاب: ويتبع مع المريض ما يلي:

أ - مضادات الاكتئاب: وتشمل أربع مجموعات هي:

\* منشطات الجهاز العصبي: والمركبات ثلاثية الحلقات.

\* مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية: بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب الحديثة

ومن أهمها حالياً مثبطات إعادة أخذ السيروتونين إنتقائياً. (Inhibitors-selective derotonin reuptabe)

**B - جلسات العلاج بالكهرباء:** خاصة الاكتئاب المصاحب بميول انتحارية وتكون الجلسات الكهربائية مصاحبة بالعقاقير، ويستخدم في الحالات الشديدة التي يكون فيها المريض قد أصبح خطرا على نفسه وعلى الآخرين.

**C - العلاج في الحالات الانتحارية:** يعد الانتحار ومحاولات الانتحار من أقوى الأعراض الإكلينيكية التفكير بالاضطراب الاكتئاب.

وعند تكرار محاولة الانتحار لدى البعض يتطلب الأمر إدخالهم إلى المستشفى وإعطائهم مضادات الذهان، أو مضادات الاكتئاب مع علاج نفسي أو فردي وأسري بالإضافة إلى التدعيم الاجتماعي والملاحظة الدقيقة داخل المستشفى. (أديب الخالدي: 2006، ص 404-406)

ومن الأفضل متابعة الدواء لعدة أشهر على الأقل بعد اختفاء عوارض الاكتئاب وذلك للحول دون تكرار النكسة وعندما يحين وقت التوقف عن الدواء يجب تخفيف الجرعة ببطء على مدى أسابيع أو أشهر بمساعدة الطبيب وإذا عاد الاكتئاب-خصوصاً أثناء تخفيف الدواء تدريجياً أو بعد فترة قصيرة من ذلك يجب معاودة تناول الدواء عادياً. (سارة بارغ وآخرون: 2002، ص 175)

**-العلاج النفسي:** حيث أن علاج مريض الاكتئاب يبدأ بالتخطيط لأسلوب العلاج والاختيار من بين الوسائل العلاجية المختلفة ذلك أن كل مريض يحتاج إلى خطة علاجية تتناسب وحالته وظروفه ذلك على عكس الطب الباطني الذي يصف دواء واحد، يناسب 10 حالات من مرضي قرحة المعدة أو المغص الكلوي... فإن كل 1 من 10 مرضى اكتئاب لابد من تفصيل خطة علاجية له تناسبه تختلف عن الآخر.

ويعتبر العلاج النفسي لمريض الاكتئاب من المداخل المهمة في علاج اضطراب الاكتئاب بغية تفريغ الشحنة الانفعالية العدوانية نحو الذات -وخفض الشعور بالذنب ومساعدة المريض على الارتباط بالواقع وعدم الانسلاخ عنه - وتغيير اتجاهاته نحو نفسه، وإعادة علاقته بشخصيته ومع الآخرين. (أديب الخالدي: 2006، ص 406)

وهو أمر ضروري في حالة الاضطرابات الوجدانية - ما عدا بعض حالات المرح الحاد، حيث يكون المريض في وضع لا يسمح له، للمناقشة العادية ويتجه العلاج النفسي إلى محاولة فهم مشاكل المريض، صراعاته الداخلية وإعطائه الأمل بالشفاء وتشجيع المريض على مقاومة أفكاره السوداوية ويجب حث المريض على التنفيس على مشاكله وهمومه ويجب على المعالج في حالة الاكتئاب الذهاني عدم نصيحة المريض بالذهاب إلى الشواطئ وتغيير البيئة كما يحدث في الاكتئاب النفسي - لأن وحدته هناك وعدم قدرته على المشاركة ستعزز أفكاره السوداوية والانتحارية، ويستحسن أن يستريح المريض من عمله الروتيني مع بدء العلاج وحتى لا يتعرض لأخطاء من جراء مرضه "وبسبب متطلبات الأمن المهني ضد الحوادث والإصابات أحيانا" ويجب تشجيع المريض على الاختلاط والقراءة ولكن دون ضغط كبير. (فيصل محمد خير الزراد: 1984، ص 105-106)

ويضمن العلاج أيضا جلسات علاجية فردية أو جماعية ويضم عدة أساليب منها - استخدام الإيحاء، المساندة، التدعيم، أسلوب التحليل النفسي والعلاج السلوكي. (الطفي الشرييني: 2001، ص 238)

والعلاج بالتحليل النفسي مفيد جدا في مثل هذه الحالات حتى يتخلص المريض من صراعاته وآلامه.

#### -العلاج السلوكي الإدراكي المعرفي:

يهدف العلاج السلوكي الإدراكي إلى استبدال الأفكار السلبية بمفاهيم واقعية وأكثر إيجابية - يمكن فعل ذلك من خلال تعليم كيفية التعرف على التفاعلات الاكتئابية والأفكار المرتبطة به فور حدوثها وذلك من خلال الاحتفاظ بسجل يومي تدون فيه الأفكار والاستجابات ويتم مناقشتها مع الأخصائي لمواجهة هذه التفاعلات والأفكار السلبية مثل "واجبات المنزل -الاتصال بالآخرين - القراءة...."، وتساعد هذه الواجبات على تعلم كيفية استبدال الاستجابات السلبية بأخرى أكثر إيجابية إلى أن تصل العملية وتصبح تلقائية...



وهو علاج قصير المدى ينطوي عادة على (12-16) جلسة علاجية، حيث أظهرت العديد من الدراسات فاعلية خصوصا في مجال الاكتئاب الخفيف إلى المعتدل.

وقد تمت الدراسة على عينة كبيرة أجراها المعهد الوطني للصحة العقلية في لبنان وتبين أن العلاج السلوكي الإدراكي فعال للاكتئاب الخفيف (سارة بارغ وآخرون: 2002، ص108-109)

### -العلاج الجماعي:

يقتضي العلاج الجماعي وجود مجموعة من الأشخاص لا تربطهم أي صلة، وأكثر من اختصاص في الصحة العقلية الذين يساعدون في تسهيل العلاج.

يسعى العلاج الجماعي إلى تحقيق العديد من أهداف العلاج الفردي ولكنه يعتمد على النصيحة والتقليل الرجعي والدعم من بقية أفراد المجموعة حول كيفية التعاطي مع المشاكل المزعجة وتغييرها.

هناك بعض المجموعات المخصصة للذين لديهم مشكلة مشتركة مثل (الاكتئاب، الإدمان...)، ويتم خلال هذه المجموعة مناقشة المشكلات لوضع أهداف العلاج ولتقديم الأسئلة حول الموضوع كما ينبغي وضع النقاط الرئيسية لكل مشكلة لوضع خطة العلاج مع المرضى باعتباره مشكل مشترك ويرغبون في مشاركة تجاربهم الشخصية ويتم من خلالها السماع لمشاكلهم وسماع مخاوف الآخرين وحرمانهم بدل التركيز على مشكلتهم الخاصة.

### -العلاج بالضوء:

يعاني المصابون بالاضطراب العاطفي الموسمي (DSM5) من الاكتئاب مبدئيا أثناء الفترة الأكثر ظلمة من السنة، أي حين يكون ضوء الشمس محدودا، وقد تشمل العوارض الشعور بالحزن وفقدان الطاقة والصعوبة في النوم وفيما تصبح الأيام أطول وتدرجيا تزداد قوة ضوء الشمس تختفي هذه العوارض، ولكن ثمة علاج شائع لهذا النوع من الاكتئاب هو العلاج الضوئي، أو بالمعالجة الضوئية. (سارة بلوغ وآخرون: 2002، ص124)

وقد تبين أن العلاج بالضوء أو التعرض للضوء يعتبر علاجاً فعالاً للاكتئاب يدار العلاج الخفيف من قبل مربع الضوء 10.000 لوكس الذي يحتوي على أنابيب الضوء الفلورنست الأبيض مغطاة بشاشة من البلاستيك الذي يمنع الأشعة فوق البنفسجية -الفرد يجلس أمام مربع مع عيون مفتوحة (على الرغم من أنها لا ينبغي أن تنظر مباشرة إلى الضوء) - العلاج عادة ما يبدأ مع (10-15) دقيقة جلسات وتتقدم تدريجياً إلى (30-45) دقيقة.

بعض الناس يلاحظون تحسناً سريعاً في غضون بضعة أيام، في حين أن البعض الآخر، قد يستغرق عدة أسابيع ليشعر على نحو أفضل.

ويبدو أن الآثار الجانبية هي الجرعة ذات الصلة وتشمل الصداع -إجهاد العين والغثيان والتهيج ورهاب الضوء (حساسية العين للضوء) والأرق (عند استخدام العلاج بالضوء في وقت متأخر من اليوم ونادراً ما يكون هوس خفيف. ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org))) يحسن العلاج بالضوء العوارض عند ثلاث أرباع المصابين بالاضطراب العاطفي الموسمي، وفي بعض الأحيان يمكن الجمع بين الدواء المضاد للاكتئاب والعلاج الضوئي وحين لا يكون العلاج الضوئي فعالاً يكون مضاد الاكتئاب هو الحل التالي في أغلب الأحيان. (سارة بلغ وآخرون : 2002، ص 126)

## 9 - طرق الوقاية من الإصابة بالاكتئاب:

يجب النظر إلى الوقاية من الإصابة بالاكتئاب في ثلاث مستويات تتلخص فيما يلي:

**9-1- الوقاية الأولية:** وتعني العمل الجاد على عدم حصول الاكتئاب عند الناس بقدر ما يمكن وهذا يتطلب التعامل مع الأفراد المعرضين للإصابة أكثر من غيرهم من الناس العاديين ومن هؤلاء المصابين بأمراض مزمنة أو قاتلة. أي لابد من التركيز عليهم ضمن برامج الرعاية الصحية الأولية بالتوعية من الاكتئاب والحديث عنها عطائهم فرصة للتعبير عن معاناتهم. كما انه لابد من توضيح العلاقات الشائكة للاكتئاب مع الأمراض العضوية

وأثار الأدوية المستعملة في كثير من الأمراض العضوية. ويجب إعداد برامج الوقاية من الاكتئاب من طرف الفريق النفسي وهدفهم الدعم والتوعية لهذا. (وليد سرحان وآخرون: 2001 ، ص 120-121 )

**9-2 - الوقاية الثانوية:** وتعني القدرة على اكتشاف حالات الاكتئاب في وقت مبكر والبدء في معالجتها قبل الوصول إلى درجة المرض. والاكتشاف المبكر للاكتئاب يتطلب عدة أمور:

-زيادة وعي الجمهور لهذا المرض وتوضيح مظاهره.

- زيادة قدرة الأطباء على اكتشاف المرض سواء في الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات العامة.

- تعزيز دور الطب النفسي في المستشفيات العامة. والقيام بحملات تحسيسية توعوية تقدم فيها نصائح وإرشادات حول خطورة هذا المرض على الصحة النفسية.

- وكذا ضرورة الالتزام بتسطير خطة علاجية تشمل ممارسة للرياضة واتباع هواية معينة تشعر الفرد بارتفاع في الطاقة النفسية.

إن الالتفات إلى العلامات التحذيرية والانتباه إلى الأعراض في مراحلها المبكرة تحول دون تحولها إلى أعراض حادة ومتطرفة وذلك بملاحظة المحيطين بالشخص للأعراض في بدايتها والاتصال الفوري بالطبيب لتقديم المساعدة للشخص. ( [www.feedo.net](http://www.feedo.net) ) حيث تختلف هذه العلامات المنذرة من شخص لآخر، فقد تبدأ بالاستيقاظ مبكرا في الصباح، الأكل الأكثر من المعتاد، الشعور بالتهيج، العجز الدائم، هاته تعتبر من العلامات الموحية للتعرض للاكتئاب. (سارة بارغ وآخرون: 2002، ص 148).

**9-3 - الوقاية الثلاثية:** وتعني أن أولئك المرضى الذين تحسنوا من حالة الاكتئاب لابد من استكمالهم لفترة العلاج، أما الانقطاع المبكر فيسبب العديد من الانتكاسات وقد تصل إلى درجة مستعصية وشديدة والغريب في هذا النوع من الوقاية أن المريض قد عانى ما عانى وأصبح متفهما لمرضه ومع ذلك نجده يكمل العلاج. (وليد سرحان: 2001، ص 120-121)

## خلاصة:

خلاصة القول إن اضطراب الاكتئاب حالة مقعدة لاقت ومازالت تلقى الكثير الإثراء لدى الأخصائيين النفسيين، هذا على المستوى النظري العلمي أما على المستوى الواقعي لدى الأشخاص المصابين فله تأثيرات سلبية على الجانب النفسي والبيولوجي للفرد حيث أثبتت العديد من الدراسات كما رأينا أن له تأثير على الجاهز الهضمي والجهاز العصبي للقولون، حيث يظهر الفرد المكتئب خلافا في وظيفة القولون العصبية. الأمر الذي يتطلب ضرورة الوقاية منه قبل الإصابة به تجنباً لأعراض أكثر شدة.

# الفصل الثالث:

## القولون العصبي

تمهيد

1 - القولون العصبي

2 - أسباب الإصابة بالقولون العصبي

3 - أعراض القولون العصبي

4 - النظريات المفسرة للقولون العصبي

5 - دور العوامل الانفعالية في نشأة القولون العصبي

6 - تشخيص القولون العصبي

7 - علاج القولون العصبي

8 - طرق الوقاية من الإصابة بالقولون العصبي

خلاصة

**تمهيد :**

يعرف مرض القولون العصبي انتشارا مدهلا وهو ثاني أكثر التشخيصات المرضية شيوعا لدى الفحوصات التي يجريها الأطباء الاختصاصيون في الأمراض الهضمية, ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد بل أصبح هذا المرض مرتبط بالكثير من الأمراض النفسية أو له علاقة مباشرة أو غير مباشرة بها وسنحاول من خلال هذا الفصل تقديم تحليلا وافيا بقدر الإمكان له.

## 1 - القولون العصبي:

## 1-1- تعريف القولون:

القولون أو ما يعرف بالأمعاء الغليظة وهو الجزء الأكبر من الأمعاء، إذ يبلغ طولها قرابة المتر والنصف و هو الذي يصل بين الأمعاء الدقيقة والمستقيم.

ويستقر القولون على شكل قوس يشبه حذوة الحصان داخل تجويف البطن ويحتضن هذا القوس لفائف الأمعاء الدقيقة التي يبلغ مجموع طولها نحو ستة أمتار ويتصل الأنبويان ببعضهما عند انتفاخ يسمى **Caecun** .

وتوجد في نهايته الزائدة الدودية وينقسم القولون تشريحيا إلى القولون الصاعد الذي يحتل الجانب الأيمن من تجويف البطن ثم ينحني تحت الكبد مشكلا زاوية تسمى الانحناء الكبدي، حيث يسير بعرض تجويف البطن مكونا القولون المستعرض، حتى يمر بجوار الطحال مكونا الانحناء الطحالي ثم ينحدر إلى الأسفل مكونا القولون الهابط أو النازل الذي ينتهي بالمستقيم وقناة الشرج، وبهذا الشكل التشريحي فإن القولون يمر بأعضاء مهمة داخل تجويف البطن مثل : الكليتين - الطحال والكبد والمثانة البولية وتتصل به أو تمر بجواره الكثير من التكوينات العصبية والأوعية الدموية المهمة وتكمن أهمية هذه العلاقة التشريحية في الأعراض التي يعانها مريض القولون التي تتداخل بشكل كبير مع أعراض الأمراض الباطنية المختلفة : نظرا لتأثر هذه الأعضاء بتضخم او انتفاخ القولون. (محمد حنفي عبد الله:2015، العدد 400).

ويعرفه الكاتب الدكتور ياسر صلاح (2002): القولون عبارة عن أنبوبة عضلية تصل ما بين الأمعاء الدقيقة أو الرفيعة التي يتم بها هضم الطعام وامتصاصه ويصل طول القولون إلى متر ونصف تقريبا ويتكون القولون من الأجزاء التالية:

-الأعور .

- القولون الصاعد.

- القولون المستعرض.

- القولون النازل.

- القولون السيني أو الحوضي والمستقيم. (ياسر صلاح: 2006، ص 39).

أما من الناحية التشريحية : فإن القولون أو ما يعرف بالأمعاء الغليظة هو جزء من الأمعاء الذي يصل بين الأمعاء الدقيقة والمستقيم ويبلغ طوله 5 أقدام ووظيفته الأساسية امتصاص الماء، الغذاء والأملاح من الطعام المهضوم جزئياً والقادم من الأمعاء الغليظة وهو مكون من 4 أجزاء : القولون الصاعد - القولون الهابط - والقولون المستعرض - والقولون السيني. (المومني وعمارين: 2016، ص 288)

### 1-2- تعريف القولون العصبي :

ويعرف القولون العصبي على أنه خلل وظيفي في القولون يؤدي إلى ظهور أعراض في الجهاز الهضمي : مثل سوء الهضم والانتفاخ والإمساك والغازات وآلام البطن ومغص يزول بعد الذهاب لدورة المياه والشعور بعدم استكمال الإخراج. (المومني وعمارين: 2016) كما ويعرف القولون العصبي أيضاً بالقولون المتهيج والذي ينتج عن تفاعل عدد من الحركات المعدية والمعوية الشادة والمؤثرة بدورها على وظائف الجسم الطبيعية وتغير طبيعة الاتصال العصبي بين الدماغ والجهاز الهضمي التي تظهر على شكل أعراض القولون العصبي وهي تسارع أو تباطؤ حركة القولون الهضمي وعملية الهضم في غالبية الحالات مما يتسبب بحدوث أعراض القولون العصبي. ([www.altibbi.com](http://www.altibbi.com))

### 2- أسباب الإصابة بالقولون العصبي:

#### 1-2- أسباب بيولوجية ووظيفية.:

أ- الاضطراب في تقلصات عضلات القولون ويقصد به النشاط الغير اعتيادي لعضلات وأعصاب القولون حيث تبين وجود تغيرات في نشاط الأعصاب التي تغذي القناة الهضمية لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة القولون العصبي، ذلك أن النشاط الغير اعتيادي في أحد الأجزاء المزودة للعصب (العصب المبهم) ذو صلة بالإمساك، أما في جزء آخر (المعروف باسم الجهاز العصبي الودي) فهو ذو صلة بالإسهال. (كيران: 2013، ص 34).



ب - النشاط الغير اعتيادي لعضلات وأعصاب القولون: ويقصد به الاضطراب في رد الفعل القولوني المعوي وان ما يثير رد الفعل هذا , في الأساس هو المحتويات الدهنية الموجودة في الطعام حيث أن نوعية الطعام من كمية عالية في الدهون وكمية عالية من البهارات وكذا المشروبات الغازية تعتبر أحد الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى زيادة نشاط عضلات وأعصاب القولون نتيجة الشعور بالألم جراء انتفاخ البطن بسبب الغازات.

ج - بعض التهابات الجهاز الهضمي : الناتجة في كثير من الأحيان عن نوبات تقيؤ حادة أو إسهال خاصة بعد التعرض لتسمم ناتج عن الطعام سببه أحد أنواع البكتيريا مثل: كامبيلوباكتر (شيغيلا) أو (سالمونيلا) (كيران: 2013، ص 36).

حيث تقول بعض النظريات أن الجهاز المناعي الذي يقوم بحماية الجسم من الجراثيم، ربما يكون له تأثير في حالات القولون العصبي. (الصادق محمد عبد الحليم: د س، ص 04).

د - زيادة الحساسية من بعض أنواع الغذاء : ويعني ذلك عدم القدرة على تحمل الأغذية كالقمح، ولبه منتجات الألبان والبقوليات، المنبهات كالقهوة والشاي والبصل، وأنواع الكحول، ذلك أنه ان لم يتمكن الجسم من امتصاص هته الأغذية فسوف تتخمر في الأمعاء، مسببة آلاما حادة على مستوى البطن. (كيران: 2013، ص 38).

## 2-2 - أسباب بيو كيميائية :

أ - مادة السيروتونين: أكدت العديد من الأبحاث والدراسات أن هته المادة والتي هي إحدى النواقل العصبية التي تفرز في المشابك العصبية وتجعل الدماغ والجهاز العصبي تتفاهم فيما بينها تساهم كثيرا في وظيفة القولون الطبيعية وبالرغم من أن اضطراباإفر از هذه السيالة العصبية يسبب مشكلات نفسية عديدة والعجيب أن هته المادة 5% منها موجود في الدماغ و95% موجود في الأمعاء، كما أن الخلايا المبطنة للقولون تعمل كناقلات للسيروتونين إلى خارج الأمعاء لكن ذلك لا يحدث بشكل جيد في حالات القولون العصبي،

مما يؤدي إلى تراكم كميات كبيرة منها في الأمعاء ويسبب هته العلاقة بين الأمعاء والدماغ.  
([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org))

**ب - الهرمونات :** أكدت دراسات عديدة أن النساء هم الأكثر إصابة بالقولون العصبي من الرجال وهذا ما جاءت به دراسة هفتون وجاكسون وهورويل وموريس ( **Houghton et Jackson. Whorwell- Morris 2000** ) ، أن هرمون التسترون الذكري يحمي من الإصابة بالقولون العصبي حيث بلغت نسبة انتشار المرض بين النساء الذين يراجعون الطبيب (20% - 40%) (المومني وعمارين: 2016، ص 289).

كما أن تناول الهرمونات التناسلية والمحفزات يعتبر من الأسباب المساعدة في ظهور أعراض القولون العصبي خاصة عند النساء حيث أن نصف السيدات اللاتي يعانين من القولون يذكرن أن الأعراض تتفاقم وتزيد سوءا لديهن في فترة الدورة الشهرية وتكون غالبا على صورة إسهال. (أيوب سلام: 2016، ص 290).

**ج - تناول المفرط لبعض المواد :** كالمضادات الحيوية والمسكنات والتي تؤثر على البيئة الحيوية داخل القولون وبالتالي يحدث له خلل في أداء دوره الطبيعي, زيادة على بعض العادات السيئة كتناول القهوة والشاي والكحول والتدخين . ([www.edarabia.com](http://www.edarabia.com))

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 جد حساسة، وبالتالي فإن مكونات التبغ عندما تدخل لخلايا الأمعاء الغليظة تثير حساسيتها كما ويؤثر التبغ في حرقان فم المعدة، وارتجاع الحمض، مما يزيد الأمر سوءا، ويؤدي هذا للإصابة بقرحة القولون العصبي كما ويؤدي استنشاق النيكوتين إلى انتفاخ البطن ويعمل التدخين أيضا إلى زيادة حركة المعدة والأمعاء، مما يؤدي إلى الإصابة بالقولون العصبي (المومني وعمارين: 2016، ص 290)

**د - نقص في الانزيمات والخمائر:** ويقصد به انزيم أو خميرة اللاكتيز (الهاضمة لسكر اللبن) داخل الغشاء المخاطي للأمعاء، هته الخميرة مسؤولة عن هضم سكر اللاكتوز أو

سكر اللبن وهو سكر ثنائي موجود في اللبن وعلى هذا فهناك احتمال كبير في أن تناول اللبن بكميات وفيرة يؤدي إلى أعراض شبيهة بأعراض القولون العصبي من ألم وانتفاخ وإسهال. ذلك أن عدم هضم سكر اللبن إلا بالجلوكوز أو الجلاكتوز الذين يمكن امتصاصهما يجعل وجود هذا السكر (سكر اللبن) عبئاً على القولون حيث يؤدي إلى امتصاص كمية كبيرة من المياه من الأمعاء فيحدث نتيجة ذلك الشعور بالانتفاخ وأحياناً الإسهال، ويمكن تشخيص الحالة بواسطة اختبار معلمي بسيط لمعرفة وجود هذا النقص أولاً. (ياسر صلاح: 2006، ص 65) .

### 2-3 - أسباب وراثية:

يشير بعض الباحثين والأخصائيين إلى أن للوراثة دور مهم في زيادة انتشار القولون العصبي، ودليل هؤلاء الباحثين حالات المرضى المترددين على العيادات الصحية.

([www.3colon3.com](http://www.3colon3.com))

### 2-4 - أسباب نفسية:

أ- **التعرض لحدث ضاغط:** ان الضغوط المهنية والضغوط العاطفية والضغوط الغير عادية التي تحدث بشكل مفاجئ : مثل الكوارث أو التعرض لحادث مؤلم كالاغتصاب أو وفاة جميع أعضاء الأسرة في حادث أو كارثة أو الإصابة بمرض مزمن أو خسارة شيء لا يمكن تعويضه أو يصعب تقادي أمره أو الضغوط النفسية سواء كانت قصيرة المدى أو طويلة المدى، فهي في كل الأحوال عدم قدرة الفرد على إحداث التوازن المطلوب بين استعداداته الشخصية ومطالب الواقع.

ذلك أنه عندما يتطلب الموقف الضاغط إمكانيات معينة يشعر الفرد بعدم تواجدها لديه وأن إمكانياته أقل مما يتطلبه الموقف يبدأ هناك الاضطراب والإحساس بالضغط النفسي، وكما هو معروف فإن الأمراض الجسمية والنفسية التي تصيب الأفراد وتكون ناتجة عن ضغوط نفسية وكذلك عن التحكيمات الزائدة في الانفعالات من حزن وغضب مسببين شعوراً بالضعف في عضلات الجسم وخموداً في الطاقة، زيادة على الضعف في مستوى

حصانة الجسم ضد الأمراض مما يؤثر في تثبيط حركة الأمعاء أيضا مسببا للإصابة بالقولون العصبي. (المومني وعمارين: 2016، ص 288).

حيث أكدت العديد من الدراسات وجود هته العلاقة بين القولون والحدث الضاغط مثل الصعوبات في العمل والعلاقات الاجتماعية المتوترة وكذا تأزم الوضع المالي. (كيران: 2013، ص 32).

ب- **القلق النفسي والانفعالات الشديدة** : قد تبين أن للانفعالات الشديدة ومنها القلق - الحزن والغضب آثارا سلبية على الأعصاب المسؤولة عن الجهاز الهضمي ويؤدي ذلك إلى الزيادة في إفراز حامض الهيدرويك داخل المعدة مسببا قرحة المعدة ومعيقا لعمليات الهضم كما أن زيادة إفرازات الحامض تسبب قرحة القولون التي تظهر على شكل إسهالات متكررة أو إمساك مزمن وعلى شكل تلبك بالأمعاء. ( ص 288، المجلة الأردنية للعلوم التربوية، 2016، العدد3، المجلد12). حيث تعتبر وتؤكد جميع الدراسات على أن القلق والاكتئاب والخوف هي عوامل مستقلة للإصابة بمرض القولون العصبي. (عبد الله محيل العتيبي: 2016، ص 59).

### 3- أعراض القولون العصبي :

تختلف أعراض القولون العصبي وتشمل ما يلي:

#### 3-1- آلام البطن :

يشكوا مريض القولون العصبي من آلام البطن، يختلف موقعها باختلاف الجزء المتوتر من القولون وأكثر الأماكن التي يشكوا منها مريض القولون العصبي هي الجهة اليسرى من البطن إما إلى أسفل حيث القولون الحوضي أو إلى أعلى حيث المنحني... الطحالي والقولون النازل... وقد يحدث الألم في وسط البطن من الجهة العليا، حيث يمر القولون المستعرض لجوار المعدة أو بجوار السرة وقد يكون الألم في الجهة اليمنى من القولون (القولون الصاعد) وقد يصيب المنحني الكبدي أعلى البطن من الجهة اليمنى...

وتأتي هته الآلام في صورة تشنج أو تقلص مثل تقلص عضلة الساق (ياسر صلاح: 2006، ص 49).

كما أنه هناك نطاق واسع من أنواع الآلام التي يرجع سببها إلى مشكل القولون العصبي، منها:

- آلام أثناء الدورة الشهرية ( عسر الطمث).
- ألم بعد العلاقة الجنسية ( عسر الجماع).
- توتر ما قبل الحيض.
- آلام في الجهاز البولي : سواء كانت في العجلة حيث يمكن الانتظار للتبول ، أو التبول خلال الليل ( كثرة التبول ليلا)، زيادة على آلام الظهر وآلام في الرأس.
- زد على ذلك فإنه كما سبق الذكر أن للألم أنواع منها :
- ألم حاد : يدوم لوقت قصير.
- ألم مزمن : طويل الأمد.
- ألم وظيفي : تسبب به عدم قيام عضو ما أو جهاز ما بوظيفته كالمعتاد.
- عضوي: هو حصيلة مرض ما.
- باطني : يتم الشعور به في البطن.
- رجيع : يتم الشعور به في مكان مختلف عن منشئه. (كيران: 2013، ص 22).

### 3-2 - عدم انتظام عملية الإخراج :

أ-الإمساك : قد يحدث الإمساك كعرض من أعراض القولون العصبي فقد يشكو المريض من قلة الإخراج أو أن الفضلات أكثر صلابة، وقد يشكو المريض أيضا من عدم وجود إحساس بالرغبة في الذهاب إلى الحمام.

وأغلب مرضى القولون العصبي يشكون من الإحساس بالامتلاء وعدم الإحساس بالراحة بعد عملية الإخراج ومن هنا يصبح كثير من المرضى مشغولين كل الوقت بعملية الإخراج وبأنه يذهب إلى المراض عدة مرات بهدف الراحة حيث يشعر أنه ممتلئ ويرغب

في التخلص من الفضلات ... وهو لا يحس بهذه الراحة وقد يسيطر التوتر والقلق على التفكير في هته الحالة، إما من حيث الإمساك في حد ذاته، فقد يزيد من آلام القولون فكلما زاد الإمساك ازداد انقباض القولون حيث تصبح النفايات المحجوزة لمدة طويلة أكثر صلابة وتصبح بالتالي عملية الإخراج أكثر صعوبة. (ياسر صلاح: 2006، ص 51).

**ب- الإسهال:** في الكثير من الحالات التي يكون فيها القولون العصبي مصحوبا بالإسهال قد لا يشكو المريض إلا من آلام خفيفة لا يمكنه أن يحدد مكانها وقد لا يشكو المريض إطلاقا من أي ألم ويكون الإسهال هو العرض الأساسي الذي يشكو منه مريض القولون العصبي وهذه الحالات كثيرا ما تشخص على أنها نتيجة الإصابة بالدوستاريا القولونية. (ياسر صلاح: 2006، ص 52).

**ج - الغازات والانتفاخات:** ان للطعام الذي يتناوله الفرد أثر في كمية الغاز الذي يتم إنتاجه في بطوننا وعلى رأس الأغذية التي تتسبب في توليد الغازات تلك التي تحتوي على الكربوهيدرات - فالأمعاء الدقيقة وهي في حالتها الصحية لا تحلل سوى قدر قليل من الكربوهيدرات وترسل الباقي إلى الأمعاء الغليظة حيث تقوم البكتيريا الموجودة بها بهضمها - وكلما نشطن البكتيريا في عملية الهضم هذه تولد المزيد من الغاز - ومن ثم يخرج المزيد من الريح.

ومن أكثر الأطعمة التي تولد الغازات هي الفول والحمص والفول السوداني، والنخالة والشوفان ودقيق القمح الأبيض واللبن والمنتجات الأخرى التي تصنع من اللبن أو تحتوي عليه، كما أن الكربوهيدرات هي صعبة الهضم وتنتج كما كثيرا من الغازات. (شيت كونينغام، 2009: ص 45).

وتراكم هته الغازات في القولون لفترة طويلة يعبئ القولون المعترض حيث يضغط بدوره على الصدر والمعدة وتبدأ الغازات لا تجد مجالا لها فتنجمع في القولون النازل وتبدأ الانتفاخات في اليمين واليسار، والقولون النازل يضغط على المثانة لذلك نجد بعض

الأشخاص في مراحل متقدمة ينتفخ المستقيم بالغازات وهو نهاية القولون النازل زيادة على ارتفاع الضغط في المثانة فيؤدي إلى كثرة التبول. ([www.balancecure.org](http://www.balancecure.org)).

ضيق في الصدر بسبب انحسار الغازات في القولون المستعرض التي تضغط على الحجاب الحاجز مما يؤدي إلى ضيق في التنفس حيث يمتد الألم إلى الكتف الأيسر وآلاما في القلب، كما يحدث خفقان في القلب - صداع وتعب عام. ([www.altabeebnet.com](http://www.altabeebnet.com))

-نشوء البواسير وخاصة لدى مرضى القولون العصبي المزمن بسبب الإمساك المزمن أو الإسهال الدائم. ([www.3colon3.com](http://www.3colon3.com))

**3-3 - الأعراض النفسية:** قلق مفرط وتوتر زائد عن الحد الطبيعي وحالة عصبية متقلبة، وهناك حالات قد تعاني من اكتئاب وضيق نفسي ورهاب اجتماعي وإجهاد نفسي بسبب كثرة التفكير وتعاني حالات لا بأس بها من الخوف والهلع والقرع - ويحدث الخوف من أشياء كانت عادية في السابق مثل السفر وركوب الطائرات - والقرع المفاجئ أثناء قيادة السيارة وقد يتطور إلى الوسواس. ([www.3colon3.com](http://www.3colon3.com))

#### 4 - النظريات المفسرة للقولون العصبي:

##### 4-1 - التفسير السيكوسوماتي :

يقر هذا الاتجاه أن هناك قائمة كبيرة من الأمراض التي يشك في احتوائها على جانب انفعالي مثل : اضطرابات الغدية والحسية والاضطرابات العصبية وكذا العضلية الهيكلية التناسلية. وتتسبب هذه الاضطرابات من العوامل النفسية الاجتماعية ولكنها تتخذ شكلا جسما ومن هذه الأمراض أيضا -الربو- وقرحة المعدة والقولون العصبي وضغط الدم وبعض التهابات الجلدية كالحساسية والتهابات الضم والأسنان (عبد الرحمان العيسوي: دس، ص 291).

وتؤيد هذه الأمراض الصلة الوثيقة بين جسم الإنسان وعقله ونفسه وأن هته الوحدة تتفاعل عناصرها ويؤثر بعضها في البعض تأثيرا متبادلا.

وتتمتاز الأمراض السيكوسوماتية بأنها أعراض لأمراض ذات أساس فيزيولوجي وأنها تدخل الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي وهي بذلك لا تخضع للضبط الإرادي كما تتمتاز أيضا بأنها تغيرات بنائية قد تهدد الحياة (عبد الرحمان العيسوي، د س، ص 291).

وتصنف هته الأمراض تبعا للعضو الذي يصيبه المرض، والواقع أنه لا يوجد جزء في الجسم في مأمن من خطر هذه الأمراض ... (عبد الرحمان العيسوي: د س، ص 293).  
لا سيما الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية الهضمية وتتضمن الإمساك الهضمي المزمن وزيادة الأحماض - وفقدان الشهية العصبي، أو قرحة المعى الاثني عشري والقولون العصبي، (عبد الرحمان العيسوي: د س، ص 294).

#### 4-2 - التفسير التحليلي:

يعبر رواد هته النظرية عن دينامية الإصابة بالقولون العصبي إلى الإحباط في المراحل الطفولية أو تكون في المرحلة الشرجية ذلك أن الطفل الرضيع يشعر باللذة والمتعة والسعادة من خلال تلقي الطعام وابتلاعه عن طريق الفم والبلعوم أو القناة الهضمية - بل أن الطفل يتصل بعالمه الخارجي عن طريق الامتصاص والاشلاع والتبرز وعندما تضطرب علاقته مع أمه يبدي الطفل إحباطه في شكل قيئ أو إمساك **Constipation** أو إسهال **Diorrhea** وغيرها من الاضطرابات الهضمية (عبد الرحمان العيسوي: د س، ص 309).

ولقد كان فرويد العالم الذي أكد الطبيعة الشهوانية للمناطق الهضمية والشرجية في الرضيع، فلقد أكد أن الإحساس باللذة يرتبط أولا بالمناطق الهضمية ثم بعد ذلك في المناطق الشرجية. وفقا لنظرية فرويد يعد تعبير عن العداوة نفسها في الرضيع عن طريق (العض) وفي الحياة فيما بعد عن طريق القرحة حيث يتحول العض إلى الداخل أما الإسهال فيعبر عن (السخاء) - أما الإمساك فيعبر عن الإبقاء أو المحافظة أو البخل والشح أو التقثير ويتحصل بهذا التفسير أي مجال هضمي منها - السمنة - قرحة المعدة وكذا القولون. (عبد الرحمان العيسوي: د س، ص 310).



حيث يرجع فرويد الإصابة بأمراض القولون شبيهاتها من أمراض السمنة والقرح الهضمية - وكذا قرحة القولون حيث أرجعها إلى نكوص في المرحلة الشرجية المتأخرة أو المرحلة الشرجية السرية ووفقا لوجهة النظر هته يحدث جمود شرجي في أثناء التدريب على الإخراج، حيث يظهر الطفل نوبات متكررة من الإمساك والإسهال وفي نظر فرويد تمتاز شخصية هذا المريض بالبؤس والعدوان المقنع قناعا رديئا وبالتشاؤم وعدم النضوج والطفلية (عبد الرحمان العيسوي: د س، ص 315).

ولقد عدل فرافز ألكسندر **Frovz-Alexander** نظرية التحليل النفسي القديمة وقال أن الأعراض ليس من الضروري أن تكون رمزية للصراعات الداخلية اللاشعورية فتبعا لوجهة نظره، طالما كان الفرد غير قادر على أن يدرك انفعالاته ومشاعره وأن يعبر عنها لفظيا، فإن الجوانب الذاتية لهته المشاعر تستمر حتى تحدث التغيرات في الأعضاء.

وفي نظريته يوضح ألكسندر نظرية التحليل النفسي بوجهة نظره الخاصة بالإمداد العصبي الداخلي للأعضاء : ذلك أن رغبة الطفل في تلقي الغذاء والعناية ترتبط بالنشاط الخاص بالجهاز الهضمي الأعلى. وعلى ذلك ففي الحياة اللاحقة للشخص فإنه ان لم يتلق العناية والحب والعطف الكافي سوف يعاني في زيادة الركية الهضمية وزيادة الإفرازات التي تؤدي مع مرور الزمن إلى حالة سوء الهضم وفقا لفكرة ألكسندر فإن مشاعر الاعتماد منه تقود إلى الإفراط في نشاط الجهاز العصبي الباراسميثاوي وتؤدي إلى التبعية إلى الاضطرابات السيكوسوماتية - كالقرح والربو والتهاب القولون وأمراض المعى الغليظ (عبد الرحمان العيسوي: د س، ص 300).

##### 5- دور العوامل الانفعالية في نشأة القولون العصبي:

تعود نشأة القولون العصبي إلى الكثير من العوامل الانفعالية إن لم نقل أنها أغلبها يساهم في نشأته، ولكن يذهب بعض المحللين إلى أن القلق والتوتر والضغط النفسية تعتبر المحفز الأول للمرض.

ويلاحظ أن أعراض القولون العصبي تزداد مع القلق واضطراب الحالة النفسية , ويشعرون بالتحسن أثناء الإجازات فالعلاقة وطيدة بين الحالة النفسية ومرض القولون العصبي. ويلاحظ أن معظم مرضى القولون العصبي الذين يكثرون من التردد على المستشفى يعانون أيضا من الاكتئاب والقلق والخوف من الأمراض الخطيرة, بينما نجد أن مرضى القولون الذين لا يعانون من هذه الاضطرابات النفسية لا يحتاجون كثيرا إلى مراجعة الطبيب مما يدل على أن الذي يدفع مريض القولون إلى التردد كثيرا على المستشفى هي المعاناة النفسية التي تصاحب المرض. (جريدة الرياض 22 أبريل 2018)

حيث يسبب الحزن والغضب الشديد شعورا بالضعف في عضلات الجسم وخمودا في الطاقة، ومن المعروف انه عندما يواجه الجسم خطرا مفاجئا، فإن الدماغ يحفز الغدة الكظرية على إفراز الأدرينالين فيضخ بالدم، الأمر الذي يرفع ضغط الدم ، ويزيد من معدل دقات القلب، ويرفع نسبة السكر في الدم، فيعطي الجسم القوة والسرعة والقدرة الإضافية على التحمل ويمكن لهذا ان ينقذ حياة الفرد في الحالات الطارئة ، كما ان التعرض المستمر للضغط النفسي بأي شكل من الأشكال، كما في المشكلات الزوجية والمادية أو المشكلات المتعلقة بالعمل ، يضعف من قدرة الجسم على المواجهة، زمن مستوى حصانته ضد الأمراض مما يؤثر في تثبيط حركة الأمعاء أيضا مسببا الإصابة القولون العصبي. (المومني وعمارين: 2016)

وعلى هذا الأساس ومما سبق نستنتج أن مرض القولون العصبي مرتبط بعوامل نفسية بحتة وهي المحفز الأول لظهوره وتطور حالته ومن ثم فإن أي محاولة للعلاج العضوي تعتبر محاولة يائسة.

كما أن الإجهاد النفسي في حد ذاته لا يسبب اضطراب القولون العصبي لكن تراكم مشاعر التوتر والضيق والقلق والغضب وعدم القدرة على التحمل تخفض عتبة التحمل وتستنير تقلصات شديدة في القولون عند من يعانون من القولون العصبي أصلا، وقد أوضحت بعض الدراسات أن 70 % من عامة الناس قد عانوا من تغيرات هضمية بسبب

الضغوط النفسية وأن 45 % من مستخدمي الملينات يعانون من ضغوط نفسية.  
([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org))

والدليل على ذلك اعتماد أكثر الأطباء لعلاج القولون العصبي على الأدوية المضادة للاكتئاب، لما لها من آثار فعالة في التخفيف من أعراض القولون، والتقليل من آلام البطن، إلا إنه لا يعرف الكثير عن سلامتها ومدى تقبل أجسام المصابين بالقولون العصبي لها، وتجدر الإشارة إلى أن مضادات الاكتئاب تستخدم لعلاج القولون العصبي، بجرعات موصوفة أقل من جرعات علاج الكآبة . (جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني: 2010)

**6 - تشخيص القولون العصبي:**

#### -المعايير الرئيسية لتشخيص القولون العصبي :

إن عملية التشخيص نفسها أساسا تعتمد على استتباط أعراض المرض من التاريخ المرضي للشخص بصورة تفصيلية وربط هذه الأعراض ببعضها البعض مع الإحساسات المختلفة التي يشعر بها المريض أثناء نوبات المرض (ياسر صلاح: 2006، ص 98) وزيادة على ذلك يتم إخضاع المريض لإجراء فحوصات جسدية كاملة، يتضمن ذلك:

- فحص المستقيم باستخدام آلة التنظير، تهدف هذه العملية إلى النظر داخل المستقيم أو أسفل القولون ...

- زيادة على فحص الأعضاء الداخلية باستخدام آلات مشاهدة تكون أحيانا عبارة عن آلة تصوير دقيقة، ولذلك تكون مقارنة تقييم آلام البطن بإجراء سلسلة من فحوصات التنظير والمسح، فإن كانت جميع هذه الفحوصات سلبية، فحينئذ يتم تشخيص الألم الوظيفي أو متلازمة القولون العصبي. (كيران: 2013، ص 46).

كما ولا بد أيضا من إخبار الطبيب عن أي عارض إضافي يترافق مع الألم مثل الغثيان والتقيؤ، صعوبة البلع والشعور بالتخمة بعد الأكل، كما يرافقها أيضا شعور بعدم القدرة على إفراغ المثانة بشكل كامل، كما قد يرافقه ألما بأسفل الظهر وطعما كريها في الفم وشعورا دائما بالتعب، أما إن كانت كل هته الأعراض مصاحبة بفقدان الوزن فلا بد من

إجراء التحاليل لاستبعاد احتمال الإصابة بأمراض خطيرة في القولون كما ولا بد من تقييم الحالة الذهنية للمصاب لأن الاكتئاب قد يؤدي إلى خسارة الوزن. (كيران: 2013، ص48) ووفقا لتوصيات 2009 فان الاختبارات الموسعة (فحص مكونات الدم الكامل، فحص وظيفية الغدة الدرقية ، فحص البراز لرصد الطفيليات، والمسح التصويري للبطن) ليست ضرورية للأشخاص المصابين بأعراض القولون العصبي المعهودة ، حيث ان هؤلاء الأشخاص الذين تكون لديهم أعراض الإسهال هي المهيمنة، أو لديهم أنواع خليطة من القولون العصبي ، فينصحهم الاطباء بإجراء فحص للدم لرصد مرض التجويف البطني، وعليهم التفكير في إجراء فحص لرصد اللاكتوز في أنفاسهم، ان كانت حالة التحسس من اللاكتوز موجودة لديهم على الرغم من تغيير نمط الغذاء. ( بلسم: 2010 ، ص 20)

#### 7 - علاج القولون العصبي :

وما إن يتم التشخيص الجيد للأعراض والجزم أن الفرد يعاني من متلازمة القولون العصبي ويتم استبعاد جميع الأمراض الأخرى التي لها علاقة تشابه في الأعراض مع الأمراض الأخرى، وذلك استنادا إلى الفحوصات المجرات والتي سبق ذكرها ومنه ينبغي على الطبيب المعالج وصف العلاج من أجل التخفيف من حدة الأعراض وتتضمن ما يلي :

- طمأنة المريض أن ليس لديه مرض خطير مثل السرطان وهذا مهم جدا .... في حالة القولون العصبي.

- يجب إفهام المريض أن مرض القولون العصبي مرض مزمن وعليه التعايش معه ومع أعراضه وللوصول إلى الشفاء يستلزم من المريض تغيير جذري في نمط حياته وغذائه كما ويجب عليه إدخال أساليب جديدة في حياته تهدف لنجاح مسيرة العلاج والشفاء، وان هته الأعراض سوف تتضاءل مستقبلا حتى ولو تعرض الفرد لحدوث نوبات متكررة لأعراض المرض.

- تناول وجبات منتظمة ومتوازنة وتجنب الأطعمة الغنية بالدهون.

- تناول كمية كبيرة من الماء، ينصح الأطباء بسرب حوالي 3 لتر من الماء يوميا لأصحاب مرض القولون العصبي.

- المداومة على الرياضة فهي تشد العضلات وتحافظ على الوزن وتضبط إيقاع القولون (المشي لمدة نصف ساعة أو عمل تمارين للبطن والظهر مما يساعد على إخراج الغازات من جسمك).

- تناول 6 وجبات صغيرة في اليوم بدلا من 3 وجبات كبيرة (الصادق محمد عبد الحليم: دس، ص 5).

- استعمال العلاج الدوائي فقد يصف الطبيب المعالج بعض الأدوية التي تساعد على تنظيم حركة عضلات الجهاز الهضمي، وأهمها:

\* الأدوية المستخدمة لتخفيف الآلام المصاحبة : مثل آلام البطن ، والانتفاخات والغازات.

\* الأدوية المسهلة التي تنظم حركة القولون في حالات الإمساك الشديد.

\* الأدوية القابضة التي تستخدم في حالة الإسهال المتكرر.

\* في بعض الأحيان تستخدم الأدوية، المعالجة للاكتئاب بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب والقولون العصبي، مثل عقاقير (ترامادول، فليوكسوتين، وورويتز، امترينيلين، ميرتازيتين، ديلوكسوتين (المومني وعمارين: 2016، ص 290) حيث أن هاته الأدوية تستخدم في مثل هته الحالات، وتساعد على الاسترخاء وتسيطر على التوتر العصبي حيث تؤدي إلى تخفيف الأعراض والنجاح بدرجة كبيرة .

- كما أنه هناك مرضى يجب نصحهم بـ:

• ترك التدخين والمشروبات الغازية والكحولية.

• ممارسة الرياضة بشكل منتظم.

• أخذ قدر كافي من النوم أثناء الليل.

- التركيز على تناول الألياف الطبيعية المستخلصة من النباتات الطبيعية والتي تساعد في عملية الهضم، وتنظيم حركة الأمعاء ذلك أن الإنسان العادي يحتاج إلى تناول ما مقداره (25-35) غرام يوميا من هذه الألياف.
- الابتعاد عن تناول الوجبات السريعة لأنها تحتوي على نسبة عالية من الدهون، وتجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على البهارات والفلفل.
- التقليل من تناول الحليب لأن الجسم غير قادر على هضم السكر الموجود في الحليب وبالتالي حدوث اضطرابات هضمية تؤثر على القولون العصبي.
- المواظبة على تناول الخضروات والفواكه لأنها تحتوي على نسبة عالية من الألياف.
- تجنب تناول الأغذية التي تنتج الغازات وتساعد في عملية الانتفاخ وتهيج القولون العصبي (البقوليات بكل أنواعها) ([www.webteb.com](http://www.webteb.com))

- تجنب التوتر النفسي قدر الإمكان ذلك أن هناك نوع من المرضى لا يستجيبون لأي العلاجات السابقة الذكر لأن سبب المرض لديهم هو سبب نفسي، فهؤلاء لا يحتاجون مساندة سيكولوجية فذلك لديهم. فلا بد لهم أن يتوجهوا للطبيب النفسي لوصف الأدوية الخاصة للسيطرة على التوتر أو الأدوية المضادة للاكتئاب النفسي على حسب الحالة. ([www.alghad.com](http://www.alghad.com))

ومن العلاجات النفسية أيضا : تمارين التنفس العميق، وتمارين التخيل، الاسترخاء العضلي التدريجي التي تهدف إلى محاولة تعليم الناس التكيف مع ضغوط الحياة اليومية بأقل قدر ممكن من السلبية إلى أنفسهم على مستوى الوعي فقد يحملون الأمور أكثر من حجمها الطبيعي، أو قد يبالغون في تقييم الأمور أو يزيدون من ضغطهم النفسي من خلال مفاهيمهم الخاطئة للأمور، وبناء على هذه الجلسات المتكررة للعلاج. فقد يتمكنوا تدريجيا من الاستجابة على نحو أكثر إيجابية لمسببات الضغط النفسي في حياتهم اليومية. (المومني وعمارين: 2016، ص 291)

## 8 - طرق الوقاية من الإصابة بالقولون العصبي:

- الابتعاد عن التوتر والقلق حيث أشارت العديد من الدراسات أن مرضى القولون العصبي هم الأكثر انتشارا بين الأشخاص المعرضين للتوتر والضغط في العمل والمنزل ، وعليه ينصح بالابتعاد عن كافة المواقف التي تسبب التوتر والقلق.

- الاهتمام بممارسة التمارين الرياضية للتخلص من مشكلة التوتر والقلق والضيق النفسي حيث ينصح الخبراء بضرورة تغيير أسلوب الحياة وكسر الروتين لتجنب الإصابة بالتوتر والقلق ، المسببين لالتهابات القولون كما أن شرب كميات هائلة من الماء يوميا بمعدل مناسب يساعد في الحفاظ على صحة الجهاز الهضمي. (www. Hayatouki. Com)

- تجنب الأطعمة التي تسبب الأعراض المزعجة مثل الأطعمة الحارة والأطعمة المليئة بالدهون والتوابل والبصل حيث يمكنها أن تسبب انتفاخ القولون.

- بعض الدراسات الحديثة ربطت بين مرض القولون العصبي وميكروبات الأمعاء،عندما تصاب المعدة بعدوى والتهاب يحدث خلل في توازن ميكروبات الأمعاء المفيدة لذلك ينصح بتناول الزبادي وأطعمة البريبايوتك التي تحتوي على بكتيريا صديقة وأليفة مثل الخرشوف وجميع الأطعمة المصنوعة من الأعشاب البحرية، كذلك بتناول الكثير من الفواكه والخضر الغنية بمضادات الأكسدة. (www.akhbarona.com.)

## خلاصة:

بعد كل ما تم تناوله حول القولون العصبي كأحد الأمراض الهضمية يمكن الوصول إلى خلاصة مفادها أنه لا يمكن عزله بأي حال من الأحوال عن الاضطرابات النفسية بعدما تبين أن المصابين به لا يعانون من أي أعراض عضوية ظاهرة في هذا العضو ويبقى مجال البحث فيه وفي علاقته بتلك الاضطرابات النفسية مفتوحا.

وأخيرا فإن الوقاية منه أحسن طريقة لتجنب الإصابة بمضاعفات نفسية.



# الفصل الرابع:

## الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1 - منهج الدراسة

2- حدود الدراسة

3 - عينة الدراسة

4- الأدوات المستخدمة في الدراسة

5 - الأساليب الإحصائية المستخدمة

## تمهيد:

بغرض الإجابة عن التساؤلات السابقة والتحقق من صحة الفرضيات المطروحة، ارتأينا القيام بمجموعة من الخطوات الخاصة بإجراءات الدراسة الميدانية حيث حاولنا، القيام باختيار منهج مناسب لطبيعة الدراسة التي نحن يصدها، كذلك قمنا باختيار عينة البحث وفقا لمجموعة من الشروط، إضافة إلى أدوات القياس التي حاولنا تطبيقها على أفراد العينة و قد تضمن هذا الفصل كلا من إجراءات الدراسة، والمتمثلة في طبيعة المنهج المستخدم، حدود الدراسة، نوع العينة، والأدوات المستخدمة في الدراسة، كذلك عرض ومناقشة النتائج تبعا للفرضيات وعلى ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري.

## 1 - منهج الدراسة:

إن مسعى هذه الدراسة هو معرفة مستوى الاكتئاب لدى المصابين بالقولون العصبي وكذلك معرفة بعض الفروق في المتغيرات التي تم تحديدها في الفرضيات ثم محاولة فهم وتحليل المعطيات المتحصل عليها. ومن ثم يمكن القول أن هذا الأمر يتطلب جمع معلومات كمية وكيفية لمعرفة مستوى الاكتئاب وكذا الفروق بين المتغيرات وهذا لا يمكن الحصول عليه إلا باستخدام المنهج الوصفي التحليلي. (وهو ذلك المنهج الذي يقوم فيه الباحث بوصف الظاهرة كما هي في الواقع وصفا دقيقا كما وكيفا). (رشيد زرواتي: 2007 ص86). كما أن خصائص هذا المنهج تتيح للباحث فرصة استخدام الكثير من أدوات جمع البيانات ومنها المقاييس. وهي الأداة التي تم الاعتماد عليها في هذا البحث ويضاف إلى ذلك أنه يتيح الوصول إلى المقارنة بين بعض المتغيرات في الدراسة وتبعاً لكل هذه المبررات يعتبر هذا المنهج هو المناسب لهذه الدراسة.

## 2 - حدود الدراسة:

لقد كانت حدود الدراسة على النحو التالي:

أ - **المجال المكاني** : تم إجراء هذه الدراسة في حدود ثلاث مجالات. مكاني وهي:

- عيادة الدكتور بن يحي جمال وهو طبيب عام.

- عيادة الدكتور دريسي محمد جمال الدين وهو دكتور مختص في أمراض المعدة الجهاز الهضمي.

- عيادة الدكتور باباسي وهو دكتور مختص في أمراض الجهاز الهضمي.

ب - **المجال الزمني**: تم إجراء هذه الدراسة خلال السنة الجامعية 2017-2018 وبالضبط منذ ضبط أداة جمع البيانات وهي مقياس بيك وامتدت لمدة شهر ونصف.

ج - **المجال البشري**: يتميز مجتمع الدراسة بالانتشار ومعنى ذلك أنه غير محدد وتعبير آخر فإنه لا يمكن حصر الأفراد الذين يعانون من القولون العصبي ومصابين بالاكتئاب ولهذا اعتمدت الدراسة على عينة مقصودة يتم الوصول إليها في العيادات الطبية.

## 3- عينة الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على عينة قصديه؛ ولكن أي نوع من العينات القصدية الذي يمكن له أن يعطينا أكثر مصداقية؟ يعتبر اختيار أشخاص مصابين بالقولون العصبي هم الأشخاص المثاليين لتعبير عن مستوى اكتئابهم بالنسبة لموضوع هذه الدراسة ومنه فإن العينة النمطية هي المناسبة من بين أنواع العينة القصدية حيث تقوم على (سحب عينة من مجتمع بحث بانتقاء عناصر مثالية من هذا المجتمع) (موريس انجرس: 2006، ص311). فمثلا في دراسة حول تصورات الطلبة للأزمة الاقتصادية العالمية، نتوجه إلى طلبة العلوم الاقتصادية ليكونوا عينة دراستنا، انطلاقا من اعتقادنا أن هؤلاء الطلبة لديهم اهتمام أكثر من غيرهم بالمسائل الاقتصادية بالأزمة الاقتصادية (سعيد سبعون: 2012 ص 148) وهذه الطريقة تنعكس على طريقة سحب العينة وهو ما يسمى بالفرز الموجه. وقد تمت في دراستنا هذه بمساعدة الأطباء بعد الكشف الطبي للمصابين بالقولون العصبي ويتناولون عقاقير مضادة للاكتئاب وهم في الغالب من المترددين على العيادات وقد تكونت العينة من 32 فردا يختلفون من حيث: السن، الجنس، والحالة المهنية، ومدة العلاج.

## -خصائص العينة الأساسية:

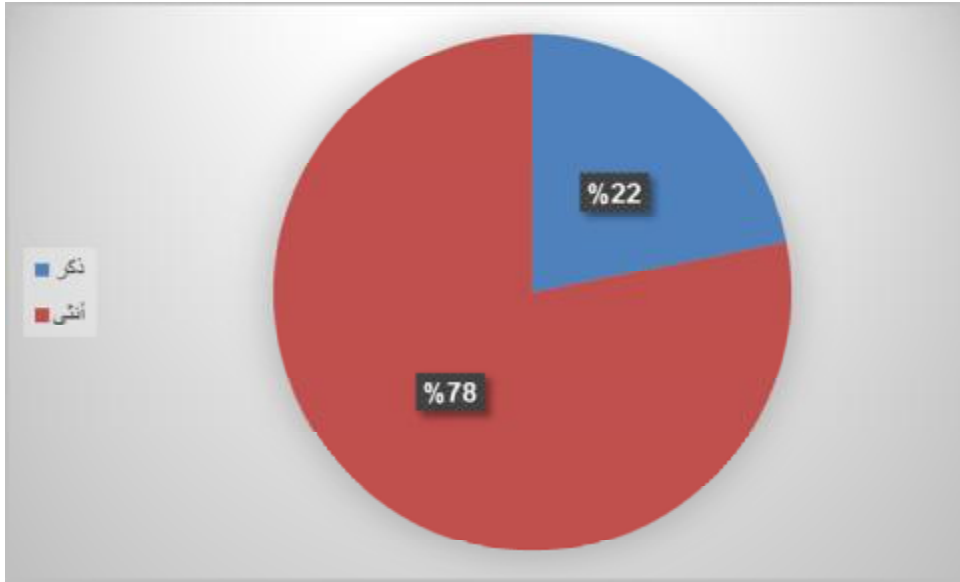
## -البيانات الشخصية:

## 1-الجنس:

الجدول رقم (01) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرارات	الجنس
21,9%	7	ذكر
78,1%	25	أنثى
100%	32	المجموع

من خلال الجول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (32) فرداً، نلاحظ أن حجم الذكور (7) بنسبة 21.9%، أما الإناث فقد بلغ عددهن (25) أنثى بنسبة قدرت بـ 78.1%، إن نسبة الإناث في العينة أكبر من الذكور يمكن تفسيره بأمرين: أولاً حرص الإناث على الإقبال على العيادات أكثر من الذكور فالأنثى تتميز ببنية شخصية أكثر حساسية طابعها الخوف من المرض، وثانياً أن طبيعة سحب العينة الذي هو قصدي نمطي لا يتيح الفرصة للاختيار بطريقة متساوية. كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



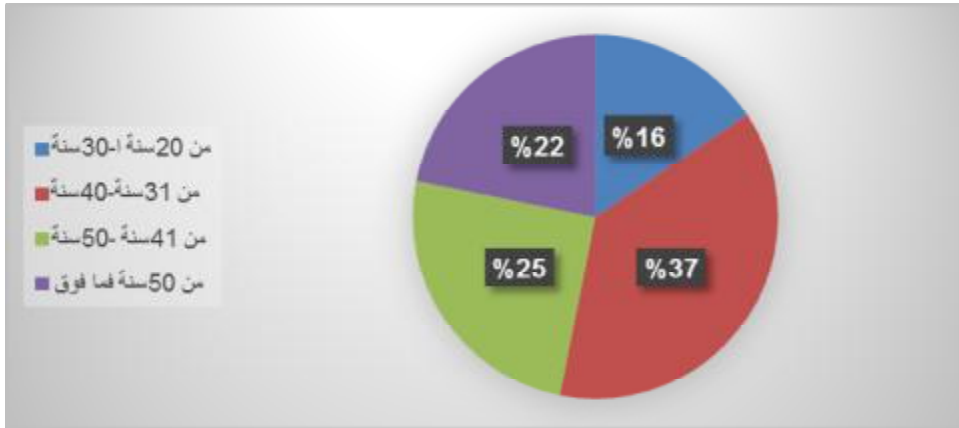
الشكل رقم (01) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

2- السن:

الجدول رقم (02) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
15,6%	5	من 20 سنة - 30 سنة
37,5%	12	من 31 سنة - 40 سنة
25%	8	من 41 سنة - 50 سنة
21,9%	7	من 50 سنة فما فوق
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (32) فرداً، نلاحظ أن عدد الفئة العمرية (من 20 إلى من 30 سنة) بلغ (5) بنسبة بلغت 15,6%، أما عدد الفئة العمرية من 31 سنة إلى 40 سنة فقد بلغ عددهم (12) بنسبة قدرت بـ 37,5%، أما عدد الفئة العمرية من 41 سنة إلى 50 سنة فقد بلغ عددهم (8) بنسبة قدرت بـ 25%، أما عدد الفئة العمرية من 50 سنة فما فوق فقد بلغ عددهم (7) بنسبة قدرت بـ 21,9%، وهنا نلاحظ أن أغلب العينة يتركزون في الفئتين الثانية والثالثة أي ما بين سن 30 والـ 50 وهي فترة ذروة الحركية والنشاط لدى الفرد مصحوباً بضغط نفسي نتيجة صعوبات الحياة والمسؤوليات المختلفة الأمر الذي يعرض الفرد لخطر الإصابة بالقولون. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



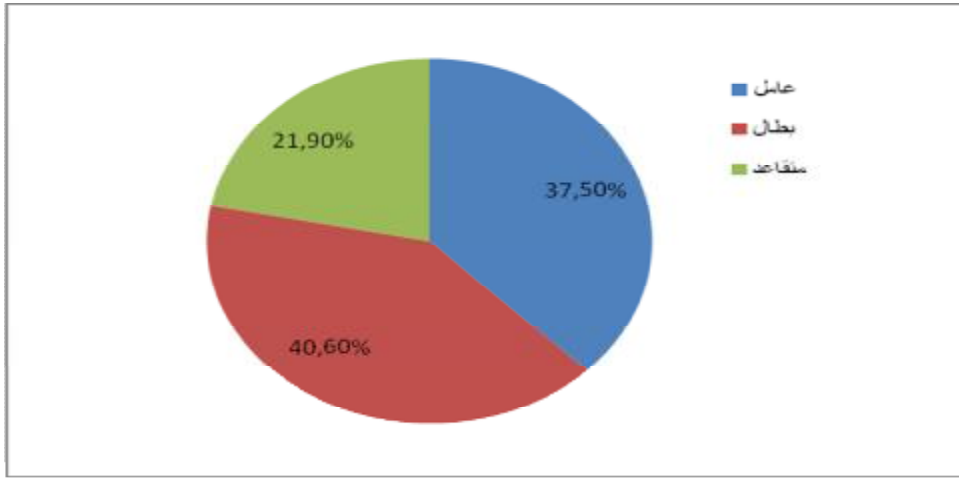
الشكل رقم (02) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

### 3- الوضعية المهنية:

الجدول رقم (03) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية

النسبة المئوية	التكرارات	الوضعية المهنية
37,5%	12	عامل
40,6%	13	بطل
21,9%	7	متقاعد
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (32) فرداً، نلاحظ أن عدد العاملين قدر بـ (12) بنسبة بلغت 37,5%، أما عدد البطالين فبلغ (13) بنسبة بلغت 40,6%، أما عدد المتقاعدين فبلغ (7) بنسبة بلغت 21,9%، تتميز العينة من حيث الوضعية المهنية بوجود فئتين متناقضتين وهما فئة البطالين والعمال وهذا يعطي مؤشر أولي على ضغوط العمل من جهة والبطالة من جهة أخرى كلاهما يعرضان الفرد للإصابة بالقولون والاكتئاب. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



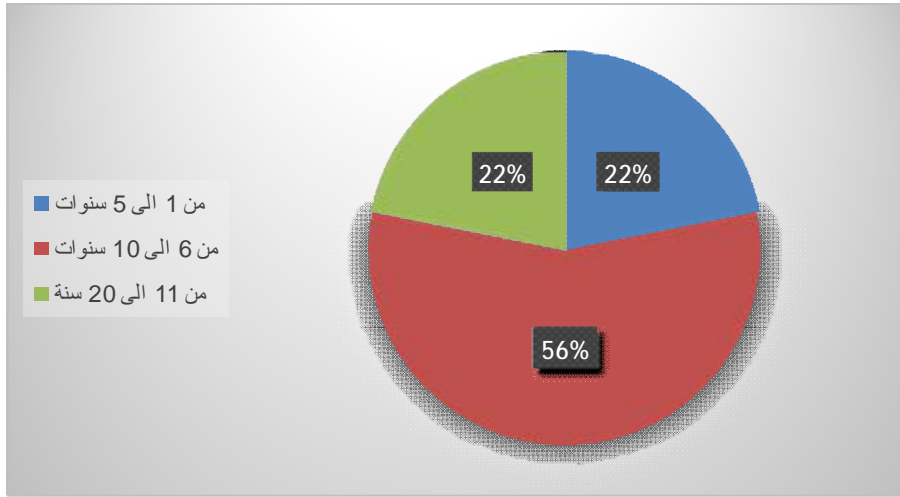
الشكل رقم (03) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية  
4- مدة العلاج:

الجدول رقم (04) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج.

النسبة المئوية	التكرارات	مدة العلاج
21,9%	7	من 1 إلى 5 سنوات
56,3%	18	من 6 إلى 10 سنوات
21,9%	7	من 11 إلى 20 سنة
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (32) فرداً، نلاحظ أن عدد الأفراد الذين لديهم مدة علاج من (1 إلى 5 سنوات) بلغ (7) بنسبة بلغت 21,9%، أما الذين لديهم مدة علاج تتراوح من (من 6 إلى 10 سنوات)

فبلغ (18) بنسبة بلغت 56,3%، أما اللذين لديهم مدة علاج تتراوح من (من 11 إلى 20 سنة) فبلغ (7) بنسبة بلغت 21,9%، ما يمكن استنتاجه أن الأفراد المصابين حديثاً والمصابين لفترة طويلة أقل إقبالا على العيادات وقد يعود هذا إلى أن المصابين حديثاً مازالوا في فترة التأكد ومقاومة المرض في حين أن المصابين لفترة طويلة يكونوا قد تسرب إليهم نوع من الملل، والتعود والتحكم في المرض وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (04) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج:

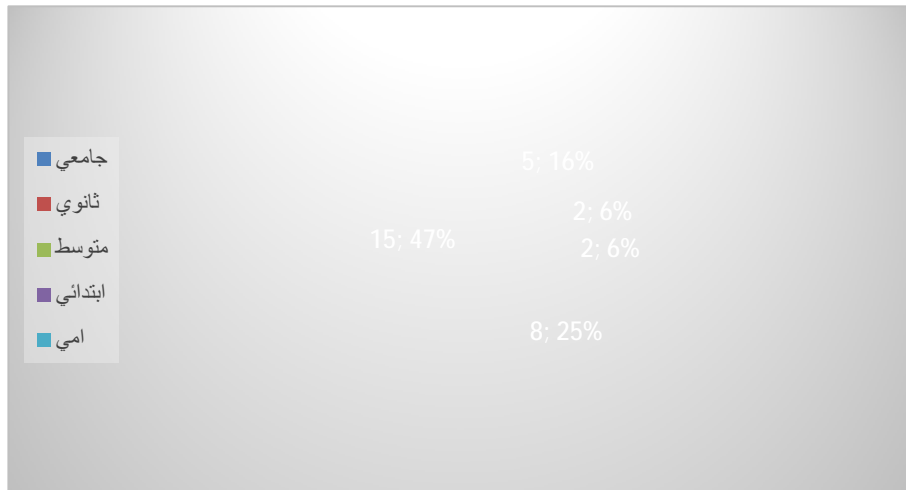
الجدول رقم (05) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
15,6%	5	جامعي
6,3%	2	ثانوي
6,3%	2	متوسط
25%	8	ابتدائي
46,9	15	أمي
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (32) فرداً، نلاحظ أن عدد لديهم مستوى (جامعي) بلغ (5) بنسبة بلغت 15,6%، أما عدد لديهم مستوى ثانوي فقد بلغ عددهم (2) بنسبة قدرت بـ 6,3%، أما عدد لديهم



مستوى متوسط فبلغ عددهم (2) بنسبة قدرت بـ 6,3%، أما عدد لديهم مستوى ابتدائي فقد بلغ عددهم (8) بنسبة قدرت بـ 25%، أما عدد لديهم مستوى أمي فقد بلغ عددهم (15) بنسبة قدرت بـ 46,9%، وهذا يعطي مؤشر أولي لعدم اكتسابهم ثقافة التعامل مع المرض والأخذ بعين الاعتبار طرق الوقاية منه، كما أن وجودهم بهذه النسبة العالية يعود لطريقة سحب العينة. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



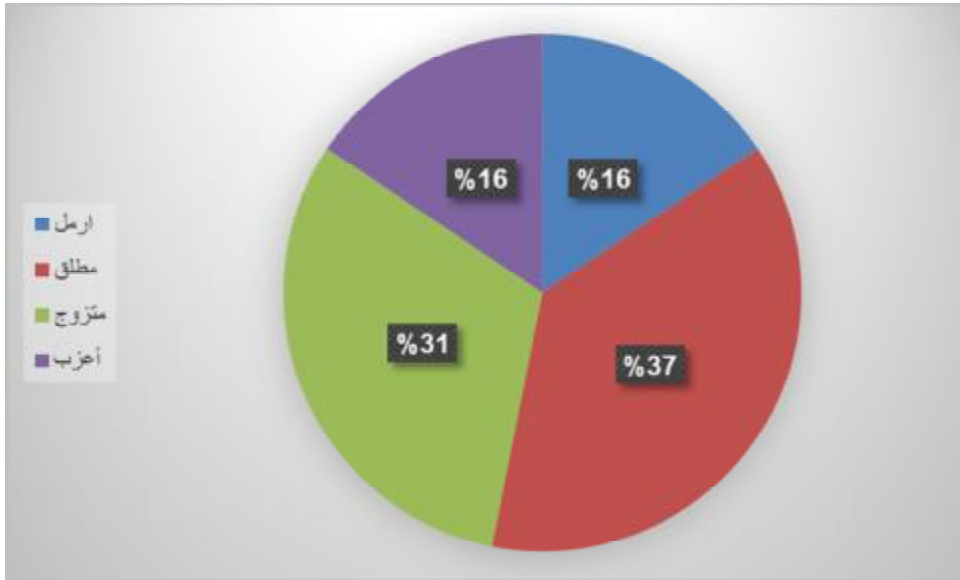
الشكل رقم (05) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي  
6- الحالة العائلية:

الجدول رقم (06) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية

النسبة المئوية	التكرارات	الحالة العائلية
15,6%	5	أرمل
37,5%	12	مطلق
31,3%	10	متزوج
15,6%	5	أعزب
100%	32	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (32) فرداً، نلاحظ أن عدد الأرمال قدر بـ (5) بنسبة بلغت 15,6%، أما المطلقين فبلغ عددهم (12) بنسبة قدرت بـ 37,5%، أما المتزوجين فبلغ عددهم (10) بنسبة قدرت بـ

31,3%، أما العزاب فبلغ عددهم (5) بنسبة قدرت بـ 15,6%، ويلاحظ هنا ان اكبر نسبة كانت لدى المطلقين وهذا راجع حتميا لحالة التوتر والضغط التي يتعرض لها المطلقين والتي تؤدي بهم إلى الإصابة بالاكنتئاب والقلولون العصبي كما وتأتي نسبة المتزوجين في المرتبة الموالية، وهذا راجع إلى الظروف والمشاكل الاجتماعية والضغوط اليومية التي يعيشها المتزوجون والتي أصبحت من سمات الأسرة المعاصرة ، من قلق واكتئاب وكله راجع بالطبع إلى نمط شخصية الفرد وكذا طبيعة الاختلافات في داخل الأسرة، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (06) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية

## 4- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

## 4-1- قائمة بيك لقياس الاكتئاب :

أعدده اروون بيك مع آخرون سنة 1961 يتكون من 21 عبارة مصاغة بشكل تقديري تختلف بدائل الإجابة باختلاف كل مفردة وتتراوح الدرجة الكلية لها ما بين (0-63) درجة، أما فيما يخص مدي تقويم الدرجات لكل عبارة فهي تتراوح بين (0-3) درجات. يزود الباحث أو المعالج النفسي بتقدير سريع وصادق لمستوي الاكتئاب لدي المفحوص حيث يطلب منه قراءة كل فئة من هته الفئات ثم يختار منها ما تبدوا وانه تناسبه وتصف حالته في الأسبوع الأخير وحتى يوم الاختبار ويوضع حولها دائرة، يتكون من صورتين أصلية مكونة من 21 قائمة وأخري مختصرة في 13 قائمة تم التوصل إليها بعد دراسات قام بها بيك نفسه، والقوائم هي الحزن، التشاؤم، الفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، العقاب، النفس، اللوم، أفكار انتحارية، البكاء الضيق، الاهتمام، القرار، التردد، الشكل أو الصورة، العمل، الإجهاد، شهية الطعام، الوزن، الصحة، الجنس .

**أصل القائمة:** نشرت أول مرة سنة في مقابلة لبيك وبعض مساعديه ثم توالت الدراسات والأبحاث حولها، ويذكر بيك أن تشخيص الاضطراب الاكتئابي كان يعتمد على التشخيص السيكاتري الذي يقوم به الأطباء النفسانيون في المقابلات مع المرضى إلا أن مثل هذه الشخصيات كان يشوبها العديد من التقصير منها عدم اتفاق الشخصيات . (عطوف محمد ياسين: 1981، ص 449)

وقد وضع بيك في إعداد مقياسه اعتبارا لأوجه القصور السابقة، وقام باستعراض أغلب مقاييس الاكتئاب التي كانت شائعة وقت إعداده، والواقع أن اختبار بيك للاكتئاب يعد من أكثر الاختبارات استخداما في مجال الصحة النفسية والعلاج والطب النفسي، في الولايات المتحدة الأمريكية، ذلك انه تم إعداده لقياس الاكتئاب فمن السهل الإجابة عليه من طرف المفحوصين، كما انه لا يتطلب مهارة فائقة من الفاحصين، وانه أكثر اتصالا بالتعريف الإكلينيكي للاكتئاب. (عطوف محمد ياسين: 1981، ص 449)

## تعليمات الإجراء وطريقة التصحيح:

يمكن إجراءه فرديا أو جماعيا وتحتوى كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية تضع طريقة الإجابة، وسجل الإجابات على الكراسة ذاتها، فإذا طبق على فرد واحد يكفي أن يطلب منه قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة وإذا طبق على مجموعة من الأفراد يمكن أن توزع الكراسة الأسئلة على المفحوص ثم تكتب بياناته مثل عمره ومستواه التعليمي، وتاريخ الإجابة، ويطلب من المفحوصين أن يقرؤوا التعليمات بأنفسهم بينما يتولى الفاحص في نفس الوقت قراءة هته التعليمات بصوت عالي يصل إلى المفحوصين، ثم يسأل إذا كانت هناك أية أسئلة غير واضحة ويطلب الاختبار على أفراد في سن 12 فما فوق ومن المستحسن أن يكون لديهم مستوى تعليمي يسمح لهم بقراءة التعليمات، وليس هناك وقت محدد لتطبيقه فقد يستغرق وقتا أطول أو وقتا أقل بحسب استجابات المفحوص، ويتم وضع درجات مقابل كل إجابة في كل مجموعة، تحسب الدرجات النهائية بجمع هته النقاط فإذا كان المجموع الكلي لإجابة الشخص على مجموعات من الاختبار وعددها 21 يقل عن 10 درجات فإن الشخص غير مكتئب، أما إذا زاد المجموع عن 30 درجة فإن الحالة تعاني من اكتئاب شديد وإذا كان المجموع بين 10 \_ 20 فإن الحالة لديها اكتئاب بسيط. (غريب عبد الفتاح: 1988، ص6)

## الخصائص السيكومترية للمقياس :

## أ- في البيئة الأمريكية

\*الوثبات: استخدمت عدة طرق لقياس ثبات المقياس في المجتمع الأمريكي منها: ثبات تقديرات الأطباء النفسيين. عند تطبيق المقياس على عينة مكونة من 150 مريضا يعانون من اضطرابات العصاب النفسي واضطرابات الشخصية إلى 70 % كما استخدمت طريقة الاتساق الداخلي، حيث طبق المقياس على 200 مفحوصا وتمت مقارنة درجة كل مفحوص على كل عرض بدرجته الكلية على المقياس ككل، وباستخدام تحليل التباين اللابارامتري، بواسطة الرتب تبين أن جميع الأعراض التي يقيسها المقياس ذات علاقة دالة إحصائيا عند

مستوي الدلالة 0.01 واستخدمت كذلك طريقة التجزئة النصفية على عينة متكونة من 97 مفحوص فوصل معامل الارتباط إلى 0.86 وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون وصل معامل الارتباط إلى 0.93 كما استخدمت طريقة إعادة التطبيق على عينة مكونة من 38 مريضا بفاصل زمني يتراوح من أسبوعين إلى ستة أسابيع، فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين إلى: 0.83 . (رشاد عبد العزيز: دس، ص 39،40)

\* **الصدق:** استخدمت عدة غريب، إيجاد صدق مقياس بيك للاكتئاب منها الصدق التلازمي حيث حسب العلاقة بين درجات المقياس بدرجات أخرى سيكومترية منها مقياس الاكتئاب MMPI ومقياس هاملتون للاكتئاب فوصلت معاملات الارتباط بين 0,76 و 0,72. (غريب عبد الفتاح غريب: 1988، ص 42)

وحسب كذلك معاملات الارتباط بين مقياس بيك ونتائج التشخيص الإكلينيكي ل 226 مفحوصا فكان معامل الارتباط 0.65 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01 وتم حساب صدق المضمون فوجد في 1961 علاقة دالة إحصائية بين الاكتئاب والأحلام المازوخية BEAK ET Ward وفي دراسة أخرى وجد بيك وستاين 1960 أن الأفراد المكتئبين يحصلون على درجات منخفضة على مقياس مفهوم الذات وبينت بعض الدراسات أن الفرد المكتئب يتوحد مع النموذج الخاسر أو ضحية الظلم والاضطهاد ويميل إلى تكوين تنبؤات تشاؤمية وإلى التحقير في حالة الاستجابة لسلسلة من المؤثرات المصورة، والتقليل من شأن الأداء. (رشاد عبد العزيز: دس، ص 44)

#### ب- في البيئة العربية

\* **الثبات:** استخدم غريب عبد الفتاح غريب عام 1985 طريقة التجزئة النصفية على 50 مفحوصا في مصر من جامعة الأزهر، فوصل معامل الارتباط إلى 0,87 واستخدمت طريقة إعادة التطبيق على 33 فردا راشد بفاصل زمني بين التطبيقين شهر ونصف، فوصل معامل الثبات بهذه الطريقة، واستخدمت طريقة ألفا كرومباخ على عينة من 75 طالبا جامعا في

مصر (جامعة عين شمس) فكان معامل ألفا يساوي 0.75 وهو دال هند مستوى الدلالة 0,01 (رشاد عبد العزيز: دس، ص45)

وفي الإمارات العربية قام غريب 1992 بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق في أربع دراسات على عينات من طلاب الجامعة وعددهم في كل دراسة هو 37 طالبة، 29 طالبة و 20 طالبا فكانت معاملات الثبات في الدراسات الأربع على التوالي هي 0,88 و 0,90 و 0,71 و 0,68 وكلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01

\* **الصدق:** ولحساب الصدق استخدمت كذلك عدة طرق منها طريقة الصدق التلازمي بين المقياس بيك للاكتئاب ومقياس (د) من مقياس MMPI على 43 من الراشدين فوصل معامل الصدق إلى 0.60 كما قام عبد الخالق (1996) بحساب صدق مقياس بيك بطريقة صدق التكوين فحسب معامل الارتباط على 120 طالبا من جامعة الإسكندرية بينه وبين ثلاثة مقاييس يفترض ارتباطها بالاكتئاب ايجابيا أو سلبيا وهي: التفاؤل، اليأس، التشاؤم فكانت معاملات الارتباط كما يلي على التوالي : 0.56 و 0,72 و 0,37 كما قام بحساب الصدق التلازمي بين قائمة بيك وثلاث مقاييس أخرى تقيس الاكتئاب وهي : مقياس جلفورد للاكتئاب ومقياس MMPI للاكتئاب ومقياس زوكرمان لوين للصفات الانفعالية على عينة من 120 طالبا جامعيًا، فحوصات معاملات الارتباط بين قائمة بيك والمقاييس الأخرى كالاتي على التوالي 0,66 و 0,49 و 0,46 وكلها دالة عند مستوى الدلالة 0,01 كما تبين أيضا عن طريق الصدق التمييزي أن مقياس بيك بشكل واضح بين مرضى الاكتئاب والأسوياء .(بشير معمرية: 2002، ص 148-149)

### ج - في البيئة الجزائرية

\* **الثبات :** قام بشير معمرية 1998 بحساب الثبات على عينة متكونة من 63 طالبا وطالبة 28 من الذكور و 35 من الإناث من السنوات الأربعة لمعهد العلوم الاجتماعية والآداب واللغة العربية في جامعة باتنة بفاصل زمني بين التطبيقين تتراوح أعمارهم بين 18 يوما

و 27 يوما فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بارسون من الدرجات الخام إلى 0.832 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01 .

\* **الصدق** : قام الباحث بحساب معامل الصدق بطريقتين الأولى عن طريق الصدق التلازمي فحسب المعامل بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للاكتئاب ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزونج WW ZUNG وهو من تعريب وإعداد رشاد عبد العزيز موسى 1988 على عينة مكونة من 43 طالبا وطالبة من معهد العلوم الاجتماعية والاقتصاد في جامعة باتنة، فوصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى 0,825 وهو دال عند المستوي الدلالة 0,01 والثنية عن طريق الاتساق الداخلي وهي إحدى طرق حساب صدق التكوين حيث تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من 82 طالبا وطالبة 34 ذكر و 48 أنثى من معاهد العلوم الاجتماعية والري والاقتصاد واللغات والعلوم الدقيقة، وتبين الجداول التالية معاملات الارتباط بين كل عبارة ومستوي دلالتها الإحصائية : لدى عينة الذكور ن: 34

**الجدول 07: يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لدى عينة الذكور في البيئة الجزائرية :**

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوي الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوي الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوي الدلالة
1	0,464	0,01	6	0,482	0,01	11	0,452	0,01
2	0,532	0,01	7	0,473	0,01	12	0,457	0,01
3	0,518	0,01	8	0,460	0,01	13	0,550	0,01
4	0,437	0,01	9	0,562	0,01			
5	0,603	0,01	10	0,446	0,01			

**الجدول 08:** يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لدي عينة الإناث في البيئة الجزائرية

أرقام	معاملات الارتباط	مستوي الدلالة	أرقام	معاملات الارتباط	مستوي الدلالة	أرقام	معاملات الارتباط	مستوي الدلالة
1	0,652	0,01	6	0,547	0,01	11	0,561	0,01
2	0,526	0,01	7	0,613	0,01	12	0,535	0,01
3	0,605	0,01	8	0,632	0,01	13	0,615	0,01
4	0,483	0,01	9	0,567	0,01			
5	0,552	0,01	10	0,624	0,01			

يتبين من خلال معاملات الثبات والصدق التي تم استخراجها لهذا المقياس أنها كانت كلها مرتفعة ودالة إحصائياً، وهذا يجعل هذا المقياس صالحاً للاستخدام في البيئة الجزائرية بكل ثقة واطمئنان. ( بشير معمريّة: 2002، ص 149-153)

#### 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استعملنا مجموعة من الأساليب الإحصائية تمثلت فيما يلي:

**5-1 - المتوسطات الحسابية:** تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة درجات أفراد العينة على المقياس ويعد من مقاييس النزعة المركزية والذي يوضح مدى مقارنة النتائج من بعضها واقتربها من المتوسط وهو مجموعة من الدرجات المتحصل عليها على مجموع أفراد العينة.

**5-2 - الانحرافات المعيارية:** يعتبر الانحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت ويعرف انه الجذر التربيعي لمتوسط مربعات القيم على متوسطها الحسابي، والانحراف المعياري يفيدنا في معرفة توزيع أفراد العينة ومدى انسجامها

**5-3 - الاختبار (T.test):** تم استخدام اختبار (T.test) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري لمقياس الاكتئاب

**5-4 - اختبار الفرق (F) تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA):** لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير السن والجنس .



5-5 - استخدام معامل الشيفي (Scheffe): وهذا لتحديد لصالح من الفروق .

5-6 -النسب المئوية لتحديد خصائص العينة من حيث الجنس، العمر الزمني، مدة إزمان

المرض، المستوى التعليمي.

وتمت المعالجة الإحصائية ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS

# الفصل الخامس:

## عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض النتائج

2 - مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

2-1 - مناقشة نتائج الفرضية العامة

2-2 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الأولى

2-3 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثانية

2-4 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثالثة

2-5 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الرابعة

3 - النتائج العامة للدراسة

التوصيات والاقتراحات

## 1- عرض النتائج

أولاً : الإجابة على التساؤل الأول والذي نص على: ما مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي؟

وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام اختبار ( $T_{test}$ ) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري لمقياس الاكتئاب كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (09) نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة ( $T_{test}$ )	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الدلالة
الاكتئاب	35,8750	7,46929	31,5	4,37500	3,313	,002	31	دال عند 0,01

لأجل الإجابة على التساؤل جرى معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق مقياس الاكتئاب على العينة المؤلفة من (32) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لها ومقارنتها بالمتوسط النظري لمقياس الاكتئاب تبين أن متوسط درجات أفراد العينة في مقياس الاكتئاب بلغ (35.87) درجة وانحراف معياري قدره (7,46) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (31.5) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (4,37) درجة، أو باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة كوسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائياً بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة ( $T_{test}$ ) التي بلغت (3,313) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ) ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%. هذا يعني أن مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي متوسط أي بدرجة متوسطة.

-الفرضية الجزئية الفارقية:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الاكتئاب تبعا للمتغيرات التالية (الجنس / السن / الوضعية المهنية , مدة العلاج)".

وتتدرج تحتها الفرضيات الجزئية التالية:

1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرقية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوي الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزى لمتغير الجنس (ذكر - أنثى)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين

المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

- جدول رقم (10): يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الاكتئاب تبعا لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
الاكتئاب	ذكر	7	38,000	6,58281	,848	30	0,403	غير دالة
	أنثى	25	35,280	7,71643				

من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ أن هناك تقارب كبير بين متوسطي الجنسين في مقياس الاكتئاب حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (38) بانحراف معياري قدره (6,58) أما بالنسبة للإناث فقد بلغ المتوسط الحسابي (35.28) بانحراف معياري قدره (7,71)، ومن خلال المقارنة بين المتوسطين نلاحظ أن متوسط الذكور أكبر من متوسط الإناث غير أن قيمة (ت) والتي بلغت (0.84) جاءت قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة  $(\alpha=0.05)$ .

من هنا يمكن القول بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب أي أنه تم قبول الفرضية الصفرية ورفض فرضية البحث ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%

## 2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثانية:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزى لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات / من 11 سنة إلى 20 سنة".

ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي كما هو مبين في

الجدول التالي:

-جدول رقم (11) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب تبعا لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات / من 11 سنة إلى 20 سنة".

الدالة	الدالة الإحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	
غير دال	0,110	2,383	122,040	2	244,079	بين المجموعات	الاكتئاب
			51,221	29	1485,421	داخل المجموعات	
			////////	31	1729,500	الكلية	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار الفرق (F) تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) بلغت (2,38) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في الاكتئاب - تبعا لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات / من 11 سنة إلى 20 سنة". وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,05)، وبالتالي يمكن القول بأنه " لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى

الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تبعاً لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات / من 11 سنة إلى 20 سنة)."

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثالثة:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تبعاً لمتغير السن (من 20 سنة إلى 30 سنة / من 31 سنة إلى 40 سنة / من 41 سنة إلى 50 سنة / أكبر من 50 سنة).

ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول

التالي:

-جدول رقم (12) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير العمر (من 20 سنة إلى 30 سنة / من 31 سنة إلى 40 سنة / من 41 سنة إلى 50 سنة / أكبر من 50 سنة).

الدالة	الدالة الإحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
غير دال	,090	2,385	352,044	117,348	3	352,044
			1377,456	49,195	28	1377,456
			1729,500		31	1729,500
						الاكتئاب

من خلال الجدول أعلاه رقم (12) نلاحظ أن قيمة اختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" (One-Way ANOVA) بلغت (2,38) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مستوى الاكتئاب -تبعاً لمتغير العمر (من 20 سنة إلى 30 سنة / من 31 سنة إلى 40 سنة / من 41 سنة إلى 50 سنة / أكبر من 50 سنة). وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0,05$ )، وبالتالي يمكن القول بأنه "لا توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تبعاً لمتغير العمر (من 20 سنة إلى 30 سنة / من 31 سنة إلى 40 سنة / من 41 سنة إلى 50 سنة / أكبر من 50 سنة).

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الفرعية الرابعة:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزى لمتغير الوضعية المهنية (عامل/ بطل/ متقاعد)" ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:

-جدول رقم (13) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب تبعا لمتغير المهنة (عامل/ بطل/ متقاعد)

الدالة	الدالة الإحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
دال	0,000	10,513	363,450	2	726,899	بين المجموعات
			34,572	29	1002,601	داخل المجموعات
				31	1729,500	الكلية

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" (One-Way ANOVA) بلغت (10,51) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مستوى الاكتئاب -تبعا لمتغير المهنة (عامل/ بطل/ متقاعد)'. وهذه القيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0,01$ )، وبالتالي يمكن القول بأنه "توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تبعا لمتغير المهنة (عامل/ بطل/ متقاعد)"

وبما أن اختبار الدلالة الإحصائية (F) لا يحدد لصالح من الفروق في حالة ما إذا كانت الفروق دالة كما في هذه الحالة (الاكتئاب) فإننا نلجأ إلى استخدام معامل الشيفي (Scheffe) وهذا لتحديد لصالح من الفروق وهذا ما بينه الجدول رقم (13) حيث نلاحظ أن متوسط الفروقات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مستوى الاكتئاب كان لصالح المتقاعدين

بمعنى أن المتقاعدين يتميزون بمستوى اكتئاب أعلى من باقي الفئات المهنية الأخرى، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (14) يوضح المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق في الاكتئاب					
معامل الشيفي (Scheffe) للمقارنات البعدية					
مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	متوسط الفروقات (I-J)	الوضعية المهنية (J)	الوضعية المهنية (I)	الاستبيان
,209	2,35382	-4,28205	بطل	عامل	
,000	2,79642	-12,80952*	متقاعد		
,209	2,35382	4,28205	عامل	بطل	
,016	2,75651	-8,52747*	متقاعد		
,000	2,79642	12,80952*	عامل	متقاعد	
,016	2,75651	8,52747*	بطل		



## 2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

## 2-1 - مناقشة نتائج الفرضية العامة:

هذا يعني أن مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي متوسط أي بدرجة متوسطة.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة كدراسة أجراها باحثون في جامعة " كوليدج يونفرسيتي " في لندن وجامعة " أدنيره " وجامعة " سيدني " حيث أكدت الدراسة التي تناولت أكثر من 60 ألف شخص بالغ في إنجلترا وويلز، أن الأشخاص المصابين بالاكتئاب والقلق قد يكونون أكثر عرضة للإصابة ببعض أمراض السرطان، وأظهرت نتائج الدراسة أن من يعانون من ضيق نفسي أكثر عرضة للوفاة بأمراض سرطان الدم والبروستات والجهاز الهضمي والمريء والبنكرياس بحسب عربي 21، وقال الباحثون أن خلاصاتهم هذه تستند إلى ملاحظات إحصائية من دون التوصل إلى علاقة سببية مثبتة بين الحالة النفسية والإصابة بالسرطان.

وتختلف مع دراسة (المومني وعمارين، 2016) التي توصلت إلى أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي كان مرتفعا.

وتتفق مع دراسة (فايد، 2010) التي توصلت نتائجها إلى وجود انخفاض للاكتئاب بعد تطبيق البرنامج لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وتفسر هذه النتيجة وفقا لما يلاحظ من خلال العديد من الدراسات أن أعراض القولون العصبي تزداد مع القلق واضطراب الحالة النفسية، ويشعرون بالتحسن أثناء الإجازات فالعلاقة وطيدة بين الحالة النفسية ومرض القولون العصبي..... ويلاحظ أن معظم مرضى القولون العصبي الذين يكثرون من التردد على المستشفى يعانون أيضا من الاكتئاب والقلق والخوف من الأمراض الخطيرة، بينما نجد أن مرضى القولون الذين لا يعانون من هذه الاضطرابات النفسية لا يحتاجون كثيرا إلى مراجعة الطبيب مما يدل على أن الذي يدفع

مريض القولون إلى التردد كثيرا على المستشفى هي المعاناة النفسية التي تصاحب المرض (جريدة الرياض 22 أبريل 2018).

حيث أكدت العديد من الدراسات وجود العلاقة بين القولون والحدث الضاغط مثل الصعوبات في العمل والعلاقات الاجتماعية المتوترة وكذا تآزم الوضع المالي. ( ص 32، كيران ج مورياتي).

كما أوضحت بعض الدراسات أن 70 % من عامة الناس قد عانوا من تغيرات هضمية بسبب الضغوط النفسية وأن 45 % من مستخدمي المليينات يعانون من ضغوط نفسية.

كما تتجه بعض الدراسات إلى أن العوامل الفسيولوجية تؤثر بشكل كبير على الحالة المزاجية للشخص فليس من المستغرب ان تساهم تلك العوامل في حدوث الاكتئاب وتشير الدلائل إلى وجود علاقة بين العوامل الكيميائية الحيوية في الجسم وأعراض الاكتئاب» (رمضان محمد القذافي ص 250).

كذلك أوضحت الدراسات أن للانفعالات الشديدة ومنها القلق - الحزن والغضب آثارا سلبية على الأعصاب المسؤولة عن الجهاز الهضمي ويؤدي ذلك إلى الزيادة في إفراز حامض الهيدرويك داخل المعدة مسببا قرحة المعدة ومعيقا لعمليات الهضم كما أن زيادة إفرازات الحامض تسبب قرحة القولون التي تظهر على شكل إسهالات متكررة أو إمساك مزمن وعلى شكل تلبك بالأمعاء. (المجلة الأردنية للعلوم التربوية، ص 288، 2016، العدد3، المجلد12).

حيث تعتبر وتؤكد جميع الدراسات على أن القلق والاكتئاب والخوف هم عوامل مستقلة للإصابة بمرض القولون العصبي. (مجلة طب الأسرة: العدد 26 يوليو 2016)،

## 2-2 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى أنه توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزى لمتغير الجنس (ذكر - أنثى).  
تشير نتيجة الفرضية الأولى إلى أنه " لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب".

وهذه النتيجة تختلف مع دراسة (المومني وعمارين، 2016) التي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاكتئاب وذلك لصالح الإناث. وتختلف أيضا مع دراسة (الصادق محمد عبد الحليم) التي أكدت بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لمرضى متلازمة القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم من حيث النوع (ذكر-أنثى). كما تختلف أيضا مع دراسة (الجبوري، 2010) التي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب وفقا لمتغير الجنس وأن الفروق لصالح الإناث مما يدل على أن الإناث يعانون من الاكتئاب أكثر من الذكور ويمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية في ضوء ما أسفرت عنه كثير من نتائج الدراسات من أن الإناث أكثر إظهارا للأعراض الاكتئابية من الذكور ومن هذه الدراسات المسح القومي للاكتئاب الذي أجراه كل من **يوجين** ليقيت وبرانارد لوبين في الولايات المتحدة الأمريكية حيث توصلوا إلى أن الإناث أكثر اكتئابا من الذكور وذلك على عينة قوامها 3009 مفحوصين. (مدحت عبد الحميد أبو زيد ص 98)

ويشيع الاكتئاب عند النساء مرتين أكثر مما هو عند الرجال وخلال الحياة تعاني 20 بالمائة تقريبا من النساء من اكتئاب كبير أو إعياء عقلي مقارنة مع 10 بالمائة عند الرجال، ويصيب الاكتئاب النساء عموما في سن مبكرة بين عمر 25 و 44 عاما في أغلب الأحيان مقارنة مع الرجال. مايو كلينيك ص 151.

وتعود أسباب الاكتئاب عند النساء إلى جملة من العوامل منها العوامل البيولوجية والاجتماعية الثقافية والنفسية. فالأنثى أكثر حساسية وعاطفية وتميل إلى التفكير الخيالي والتأملي وأكثر رقة وحنانا وأنوثة. كما تؤدي دورة الحيض في سن ما إلى الإصابة بالاكتئاب وتحمل النساء الكثير من المسؤوليات داخل الأسرة وخارجها كواجبات الأمومة والتربية وقضاء حاجيات المنزل. بالإضافة إلى هذا فالنساء المصابات بمرض عضوي أكثر عرضة لاكتئاب من غيرهن من النساء إلا أن ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة هو أنه لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب.

وتختلف هذه الفرضية في ضوء ما أسفرت عليه الكثير من نتائج.

### 2-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الفرعية الثانية:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزى لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات/ من 11 سنة إلى 20 سنة)".

لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تبعاً لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات/ من 11 سنة إلى 20 سنة)".

وهذا يختلف مع الكثير من الدراسات التي أثبتت مدى فاعلية مدة العلاج وكذا تناول العقاقير المهدئة ومضادات الاكتئاب في التخفيف من أعراض القولون العصبي , فقد أثبتت دراسة جاكسون 2001 وهي تحليل جمعي لـ 12 من الدراسات بان مدة العلاج بمضادات الاكتئاب لها اثر ايجابي عند مرضي القولون العصبي , وتأتي دراسة كلوس عام 1991 بنتائج مطابقة لهته النتائج المحصل عليها من خلال هته الدراسة , و التي أثبتت في دراسة أجريت على 138 مريض قولون عصبي باستعمال العديد من مضادات الاكتئاب ومتابعتهم لمدة علاج تقدر بخمسة أعوام عن عدم فاعلية العقاقير المهدئة ( الصادق محمد عبد الحليم: ص 8 )

ويفسر هذا نظرا لأن مرض القولون العصبي غير مرتبط بصورة الجسم كالسرطان والفشل الكلوي.

#### 2-4 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثالثة:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين القولون العصبي تبعا لمتغير السن (من 20 سنة إلى 30 سنة/ من 31 سنة إلى 40 سنة/ من 41 سنة إلى 50 سنة/ أكبر من 50 سنة). لا توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تبعا لمتغير العمر (من 20 سنة إلى 30 سنة/ من 31 سنة إلى 40 سنة/ من 41 سنة إلى 50 سنة/ أكبر من 50 سنة).

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (الصادق محمد عبد الحليم) والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية لمرضى القولون العصبي المترددين على عيادات اختصاصي الجهاز الهضمي في ولاية الخرطوم من حيث الفئات العمرية.

وتتفق مع دراسة الجبوري 2010 التي توصلت إلى أن أفراد العينة يعانون من الاكتئاب بالقدر نفسه بغض النظر عن أعمارهم، بمعنى أنه لا توجد فروق وفقا لمتغير السن، وفي هذا الصدد فقد أثبتت أغلب الدراسات أن السن يعتبر من المتغيرات ذات الصلة أو الارتباط بالاكتئاب فمع تقدم الشخص في السن تتغير فيه الخصائص الجسمية والنفسية حيث يفقد الجسم الكثير من القدرة على النشاط خاصة في مرحلة متقدمة من العمر ومعها ظهور بعض الأمراض العضوية التي تنعكس على الجوانب النفسية. ومع تقدم السن كذلك يدرك الشخص في بعض الحالات أنه بصدد فقدان بعض الأهداف في الحياة المرتبطة بمرحلة سنية معينة كالزواج والعمل مثلا 'وهذا كله له علاقة ارتباطية بالاكتئاب حيث « لا يمكن أن تكون الشيخوخة مرحلة مثالية بعد أن ذهب الشباب بحيويته وحل محله الوهن والضعف' واقتربت الرحلة عن نهايتها 'إذن فالمشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لا محالة لكنها تتراوح بين مشاعر الملل (دائما يشكون من الأمراض التي إصابتهم) والعزلة

والفراغ إلى الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة كالعته (خرف العمر) والاكنتاب النفسي الشديد الذي يدفع إلى التفكير في الانتحار في بعض الأحيان (لطفي الشربيني: ص 149).

## 2-5 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الفرعية الرابعة:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوى الاكنتاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزى لمتغير المهنة (عامل/ بطل/ متقاعد)" توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكنتاب لدى الأشخاص المصابين بمرض القولون العصبي تبعاً لمتغير المهنة (عامل/ بطل/ متقاعد)'

مستوى الاكنتاب كان لصالح المتقاعدين بمعنى أن المتقاعدين يتميزون بمستوى اكنتاب أعلى من باقي الفئات المهنية الأخرى وهذه النتيجة تتفق مع دراسة كل من (يوجيت ليقيت وبرنارد لوبين 1975، ودراسة فتحي الشرقاوي وآخرون 1993، عبد الله العسكر وعماد عبد الرزاق 1998) حيث أشارت إلى أنه توجد فروق في مستوى الاكنتاب لدى الأشخاص المصابين بمرض القولون العصبي تبعاً لمتغير المهنة (عامل/ بطل/ متقاعد) وأنه أيضاً توجد علاقة سالبة بين الوظيفة والاكنتاب.

وفي ظل النتيجة المتوصل إليها فإن غياب العمل والوظيفة قد يؤدي إلى الكثير من المشكلات النفسية ومنها الاكنتاب، كما أن للانفعالات الشديدة ومنها القلق - الحزن والغضب آثاراً سلبية على الأعصاب المسؤولة عن الجهاز الهضمي ويؤدي ذلك إلى الزيادة في إفراز حامض الهيدرويك داخل المعدة مسبباً قرحة المعدة ومعيقاً لعمليات الهضم كما أن زيادة إفرازات الحامض تسبب قرحة القولون التي تظهر على شكل إسهالات متكررة أو إمساك مزمن وعلى شكل تلبك بالأمعاء. (المجلة الأردنية للعلوم التربوية ص 288، 2016، العدد 3، المجلد 12). ويفسر هذا إلى أن الأفراد يعانون من الاكنتاب نفسه بغض النظر عن أعمارهم وتختلف هذه النتيجة مع دراسات أخرى أثبتت العكس

### 3- النتائج العامة للدراسة:

1- أن مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي متوسط أي بدرجة متوسطة

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المصابين بالقولون العصبي تعزي لمتغير الجنس

3- لا توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزي لمتغير العمر (من 20 سنة إلى 30 سنة/ من 31 سنة إلى 40 سنة/ من 41 سنة إلى 50 سنة/ أكبر من 50 سنة).

4- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تعزي لمتغير مدة العلاج (من 1 سنة إلى 5 سنوات) / من 6 سنوات إلى 10 سنوات/ من 11 سنة إلى 20 سنة).

5- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي تبعا لمتغير المهنة (عامل/ بطل/ متقاعد)

### التوصيات والاقتراحات :

- القيام بدورات تحسيسية من طرف مؤسسات الدولة الطبية بالتعاون مع الحركات الجماعوية المهمة بالناحية الصحية بهدف نشر الوعي حول مرض القولون العصبي ، وضرورة تبني ثقافة الأكل الصحي ولفت الانتباه ان التغذية العلاجية هي احد أهم أساسيات العلاج لمعظم الأمراض المزمنة خصوصا تلك التي تؤثر في الجهاز الهضمي وجميع الأمراض المتعلقة بالقولون ذلك ان كلها مرتبط بالغذاء كما ونوعا .

- لفت انتباه الأطباء والعاملين في مجال الجهاز الهضمي ، لأهمية الاهتمام بالحالة النفسية للمريض بالقولون العصبي للمريض عند تشخيص الحالة .

- الابتعاد عن المواقف المقلقة والمتوترة وجميع الضغوط النفسية التي تؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب ، و بالتالي ظهور أعراض القولون العصبي .

- ضرورة إتباع حمية غذائية وتفادي جميع الأطعمة التي تهيج القولون من توابل وبصل بكثرة ومشروبات غازية وكحول وتدخين .
- لفت انتباه الأخصائيين بأهمية الجمع بين العلاج الطبي الموجه للتخفيف من أعراض مرض القولون العصبي وبين استخدام العلاج النفسي ضرورة استخدام جميع أنواع العلاجات النفسية كالاسترخاء \_ جلسات الاستماع \_ العلاج السلوكي \_ لان العديد من الدراسات أثبتت فعاليتها ، ويجب تطبيقها على مرضي القولون العصبي في الجزائر
- التدريب على خلق استراتيجيات مقاومة للضغوط النفسية وتقنيات تكيفية لتسيير القلق ، وتحويله إلى طاقة ايجابية مليئة بالقوة والعزم لتخطي الصعاب والمشاكل وتفادي الوقوع في السلبية الناتجة عن التوتر والضغط التي ليس لها سبيل سوى الرجوع إلى العضوية للوقوع في المرض البسيكوسوماتي عن طريق إتباع برامج تنموية بشرية .
- تصميم برامج إرشادية وقائية للتعلم في مختلف المؤسسات تتضمن مناهج مصممة علميا بحيث تحتوي ابعاد طبية ونفسية بهدف تفادي الوقوع في الاضطراب النفسي .



# خاتمة

## خاتمة :

هكذا يكون البحث قد مر بمراحل التي يتطلبها المنهج الوصفي بدءاً بمرحلة الاستكشاف والصياغة، التي تم فيها بناء الموضوع ثم مرحلة التشخيص والتي تم فيها جمع البيانات والمعلومات اللازمة وتحليلها وصولاً إلى النتائج التي سبق ذكرها وعلى أساس كل ما سبق يمكن القول أن دراسة موضوع مستوى الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالقولون العصبي موضوع ثري ويحتاج إلى المزيد من الجهد والتقصي حيث وان اقتربت النتيجة المتعلقة بالفرضية العامة لمستوى الاكتئاب مع بعض الدراسات، إلا أن الفرضيات الفارقة الجزئية أبانت عن وجود بعض الاختلاف مع بقية الدراسات، وهذا يؤدي بنا إلى طرح استنتاج أولى مفاده أن الأشخاص المصابين بالقولون العصبي يكون مستوى الاكتئاب لديهم متقارب تختفي فيه فروقات السن والجنس ومدة العلاج، كما يمكن القول أن القولون العصبي هو أحد أبرز أعضاء الجسم استجابة وتأثيراً في نفس الوقت لمنبهات التوتر النفسي.

إن التغير والتطور السريع لنمط الحياة البيئية نتيجة للتقدم العلمي والحضاري للإنسان يفرض البحث المستمر لإيجاد الآليات اللازمة للتشخيص السليم لاضطراب الاكتئاب دونما إهمال الجوانب العضوية بطبيعة الحال قصد تقديم العلاج اللازم في الوقت اللازم، وتبقى الوقاية خير من العلاج سواء فيما تعلق بالجوانب النفسية أو العضوية كنوعية الأكل والشرب، والهويات ومجالات الراحة النفسية. أهم عنصر للمحافظة على التوازن النفسي والصحي للإنسان.



# قائمة المراجع

أولاً: المراجع

- 1) أحمد عكاشة، علم النفس الفسيولوجي، د ط، دار المعارف الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، 1982 .
- 2) أديب محمد الخالدي، علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج، الطبعة الأولى، عمان، دار وائل للنشر، 2006 .
- 3) بشير معمريّة، القياس النفسي، ط2، دار النشر باتنيت للخدمات المكتبية والمعلوماتية، باتنة الجزائر، 2002.
- 4) جمعة سيد يوسف: دراسات في علم النفس الاكلينيكي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000
- 5) حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، الشركة الدولية للطباعة مدينة 6 أكتوبر، مصر 2005 .
- 6) حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، 1997 .
- 7) رشاد عبد العزيز موسى، د س، الاكتئاب النفسي في سيكولوجية الفروق بين الجنسين، د ط، مؤسسة مختار للنشر والتوزيع، القاهرة .
- 8) رشيد زرواتي. منهجية وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية. الطبعة الأولى. عين مليلة الجزائر. دار الهدى للنشر والتوزيع. 2007.
- 9) رمضان محمد القذافي، علم النفس الفيسيولوجي، د ط، الأزاريطة، الإسكندرية، 1999،
- 10) هارة بارغ و آخرون، مايو كلينك حول الاكتئاب، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت لبنان، 2002 .
- 11) سعيد سبعون الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع. الطبعة الثانية. الجزائر. دار القصبه للنشر. 2012.
- 12) شيت كونينغام، علاج القولون وأمراض المعدة والأمعاء، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، 2009 .

## قائمة المراجع

- 13)الصادق عبد الحليم، الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي المترددين على مستشفيات ولاية الخرطوم، كلية الآداب قسم علم النفس .
- 14)الصادق محمد عبد الحليم، الصحة النفسية لدى مرضى القولون العصبي المترددين على مستشفيات ولاية الخرطوم، السودان، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- 15)عباس محمد عوض، علم النفس الفيسيولوجي، دار المعرفة الجامعية والازارطة الإسكندرية، 1999.
- 16)عباس محمود عوض، علم النفس الفيسيولوجي، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، 1999 .
- 17)عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، بدون سنة، بدون طبعة .
- 18)عبد الستار إبراهيم، الاكتئاب ( اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه)، عالم المعرفة، الكويت، 1998 .
- 19)عبد الله العسكر وعماد عبد الرزاق، البطالة وحالة القلق والمشاعر الاكتئابية لدى الشباب، المؤتمر الدولي الخامس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، المجلد الأول، 1998.
- 20)عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، بيروت لبنان، 1981 .
- 21)علاء صبح حمودة الهور، 2016، مذكرة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، قسم علم النفس، ماجستير صحة نفسية ومجتمعية، ص 98).
- 22)غريب عبد الفتاح غريب، دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية، مجلة الصحة النفسية مجلد 29 القاهرة، 1989
- 23)غريب عبد الفتاح، دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية، مجلة الصحة النفسية، مجلد 29، القاهرة 1988،

## قائمة المراجع

- 24) فيصل محمد خير الزر اد، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، الطبعة الاولى، بيروت، لبنان، دار القلم للنشر، 1984.
- 25) كارين ك برييس، الدليل الصحي الشامل لكل ما يتعلق بالاكنتاب، قسم الترجمة والنشر بمكتبة الشقري، الرياض، 2010.
- 26) كيران ج مورياتي وهلا أمان الدين، متلازمة القولون العصبي، ط1، المجلة العربية، الرياض، 2013.
- 27) لطفي الشرييني، الاكنتاب المرض والعلاج، دار المعارف، الإسكندرية، 2001.
- 28) مجدي أحمد محمد عبد الله، علم النفس المرضي (دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب)، د ط، دار المعرفة الجامعية، سوتير - الأزاريطة، دس .
- 29) محمد علي محمد. علم الاجتماع والمنهج العلمي. الطبعة الثالثة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية. 1983.
- 30) مدحت عبد الحميد أبو زيد تقديم: عباس محمود عوض، الاكنتاب دراسة في السيكيوباتومتري، بدون طبعة، 40 سوتير - الأزاريطة، دار المعرفة الجامعية، بدون سنة .
- 31) مدحت عبد الحميد عبد اللطيف، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار النهضة ط1، بيروت، 1990 .
- 32) موريس أنجرس. منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، الطبعة الثانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون. الجزائر. دار القصة للنشر. 2006.
- 33) وليد سرحان وآخرون، الاكنتاب، ط1، دار المجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان 2001 .
- 34) ياسر صلاح، الدليل الكامل لعلاج القولون العصبي، دار الحرية للنشر والتوزيع، ميدان عرابي وسط البلد، القاهرة 2006 .
- ثانيا: الرسائل الجامعية:**
- 35) آسيا بنت علي راجح بركات، العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكنتاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، رسالة ماجستير، كلية

## قائمة المراجع

التربية، قسم علم النفس، جامعة ام القرى بالطائف، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية، 2000 .

36)دانيا الشبؤون، القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين، دراسة ميدانية ارتباطية لدي عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، الثالث والرابع، كلية التربية جامعة دمشق، 2011 .

ثالثا: مراجع اللغة الأجنبية.

37) BELLACK ET HERSON, BEHAVE LORAL ASSESSEMENT , PREGMON PRESS ;NEW YORK ,1988

رابعا: المجلات :

38)دراسة جديدة حول علاقة الاكتئاب والقلق ببعض أمراض السرطان. جريدة عربي 21.29 جانفي 2017. 22.45 سا . [www.orient.net](http://www.orient.net)

39)محمد حنفي عبد الله، مجلة الطب والحياة، العدد 400، مستشفى الإسكندرية، [www.repository.nauss.edu](http://www.repository.nauss.edu). 2015 ,

40)عبد المحيل العتيبي، القولون العصبي (الأسباب، الأعراض، التشخيص والعلاج)، مجلة طب الأسرة تحت إشراف الجمعية السعودية لطب الأسرة والمجتمع، العدد 26، يوليو 2016 .

41)سامي نصار، الجديد في علاج القولون العصبي،مجلة بلسم الصادرة عن جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، السنة السادسة والثلاثون، العدد 425، مطبعة الأمل القدس طريق رام الله، نوفمبر 20

42) فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين، الضغوط النفسية لدى مرضي القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديمغرافية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 12، عدد 3، 2016 .

خامسا: المواقع الالكترونية.

- 1) [www. activities .uofk. edu](http://www.activities.uofk.edu)
- 2) [www. Albowoda . com](http://www.Albowoda.com)
- 3) [www. Wikipedia . org .](http://www.Wikipedia.org)
- 4) [www.altebbi .com](http://www.altebbi.com) 26 /3/2018 a 15 :36
- 5) [www. Edarabia .com](http://www.Edarabia.com) 26 /3/2016 a15 :02
- 6) [www.3colon 3 .com](http://www.3colon3.com)
- 7) [www.balancecure.org .](http://www.balancecure.org) 26/3/2018 a 22 :15
- 8) [www. Altabeebnet .com .](http://www.Altabeebnet.com) 26/03/2018 a 22 :29
- 9) [www.webteb.com](http://www.webteb.com)
- 10) [www.alghad .com](http://www.alghad.com) 1
- 11) [www.akhbarona. com](http://www.akhbarona.com)
- 12) [www. Hayatouki .com](http://www.Hayatouki.com)



# الملاحق

## الملاحق

### الملاحق

#### مقياس الاكتئاب

	الجنس		الاسم
	المستوي الدراسي		السن
	الحالة الاجتماعية		العمل
	مدة العلاج		المكان

**التعليمة:** هذه مجموعة من العبارات تصف مشاعر مختلفة، كما ترى فإن هذه العبارات فقد وضعت على شكل مجموعات. اقرأ كل مجموعة على حدة واختار منها العبارة التي تناسب مشاعرك الآن ثم ضع علامة (x) أمام العبارة المختارة. الرجاء قراءة كل مجموعة بأكملها قبل اختيار العبارة المناسبة

العلامة	العبارة
	<p>أ - لا اشعر بحزن.</p> <p>ب - اشعر بحزن أو هم.</p> <p>ج - أنا حزين ومهموم طول الوقت ولا استطيع التخلص من ذلك.</p> <p>د - أنا حزين جدا أو غير سعيد بدرجة لا يمكنني تحملها</p>
	<p>أ -لست متشائما أو شاعرا بهبوط في همتي بالنسبة الى المستقبل.</p> <p>ب - اشعر بهبوط في همتي بالنسبة المستقبل.</p> <p>ج -اشعر انه ليس لدى ما اتطلع إلى تحقيقه.</p> <p>د -أشعر انني لا أستطيع التغلب على متاعبي أبدا.</p> <p>هـ -أشعر أن مستقبلي يائس وأن الأمور لن تتحسن أبدا.</p>
	<p>أ -لا أشعر أنني شخص فاشل.</p> <p>ب -لا أشعر أنني فشلت أكثر من أي شخص آخر.</p> <p>ج -لا أشعر أن ما حققته لا قيمة له ,ومن الضالة بحيث لا يستحق الذكر.</p> <p>د -حين أفكر في حياتي الماضية لا أجد فيها غير سلسلة متصلة من صور الإخفاق وال فشل.</p> <p>هـ -اشعر أنني فاشل تماما أفكر في نفسي كشخص يقوم بدوره في الحياة وعليه واجب نحو بيته واولاده وعمله</p>
	<p>أ -ليس هناك ما يجعلني غير راض الآن.</p> <p>ب -أشعر أنني سئم وضجر في أغلب الأحيان.</p> <p>ج -لم أعد أستمتع بالأشياء التي كانت مصدرا لمتعتي من قبل.</p> <p>د -لم أعد أجد في أي وقت شيئا ما يرضيني.</p>

## الملاحق

	<p>هـ -أنا مستاء جدا وساخط على كل شيء.</p> <p>أ -ليس هناك ما يشعرني أنني مذنب.</p> <p>ب - كثيرا ما أشعر أنني سييء وتافه ودون قيمة.</p> <p>ج -أشعر أنني مذنب تماما.</p> <p>د -أشعر أنني دائما سييء أو حقير بالفعل.</p> <p>هـ -أشعر أنني شديد السوء أو حقير جدا.</p> <p>د - أشعر أنني أستحق أي عقاب ينزل بي</p> <p>هـ -أريد أن أعاقب كل ما ارتكبت من ذنوب</p>
	<p>أ -لا أشعر بأي نوع من خيبة الأمل في نفسي.</p> <p>ب - أنا غير راض عن نفسي.</p> <p>ج -خاب أمني في نفسي.</p> <p>د -أشعر بالقرص من نفسي.</p> <p>هـ -أكره نفسي</p>
	<p>أ -لا أشعر بأي أسوء من أي شخص آخر.</p> <p>ب - أنا شديد الانتقاد لنفسي على ما فيها من ضعف أو ما تقع فيه من خطأ.</p> <p>ج -ألوم نفسي على كل خطأ ارتكبته.</p> <p>د -أشعر الآن أنني المسؤول عن كل ما يحدث حولي من سوء أو ما يقع من أخطاء</p>
	<p>أ -لا أفكر في إيذاء نفسي أبدا</p> <p>ب -تساورني فكرة الإضرار بنفسي، لكنني لن اسعى لتحقيقها</p> <p>ج -أشعر أنه من الأفضل لي أن أكون ميتا</p> <p>د -أشعر أنه من الأفضل لعائلتي أن أكون ميتا</p> <p>هـ -لدي خطط محددة للإنتحار</p> <p>و -سأقتل نفسي إذا استطعت</p>
	<p>أ -لا أبكي دون مبرر أو أكثر مما يقتضيه الموقف</p> <p>ب -أبكي الآن أكثر مما اعتدت من قبل</p> <p>ج -أبكي طوال الوقت ولا أستطيع منع نفسي من البكاء</p> <p>د -لا أستطيع البكاء الآن على الإطلاق مع رغبتني الشديدة في البكاء بحرقة</p>
	<p>أ -طبعي الآن ليس أكثر حدة مما كنت طول عمري</p> <p>ب -أحنت أو أتضايق الآن بسهولة أكثر مما كنت من قبل</p>

## الملاحق

	<p>ج -يحتد طبعي وتسهل إثارتي طول الوقت</p> <p>د -لم أعد أغضب أو أحقد الآن إطلاقا ولم تعد تستفزني كل الأشياء التي كانت تثيرني من قبل</p>
	<p>أ -لم أفقد اهتمامي بمن حولي</p> <p>ب -أصبحت الآن أقل اهتماما بالآخرين عما كنت عليه من قبل</p> <p>ج -فقدت طعم اهتمامي بالآخرين من حولي وتضاءل شعوري بهم.</p> <p>د -فقدت اهتمامي بالآخرين تماما ولم أعد أعبأ بهم إطلاقا</p>
	<p>أ -أخذت لقرارات في مختلف الأمور بالكفاءة نفسها التي اعتدت عليها طول عمري</p> <p>ب -أنل الآن قليل الثقة في نفسي فيما يتصل باتخاذ قرار ما</p> <p>ج -عندي صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات</p> <p>د -لا يمكنني اتخاذ أي قرار على الإطلاق</p>
	<p>أ -لا أشعر أن شكلي يبدوا الآن أسوأ حالا مما كان عليه من قبل</p> <p>ب -يقلقني الآن أنني أبدو أكبر سنا وشكلي غير مقبول</p> <p>ج -أشعر أن هناك تغيرات دائمة تطرأ على شكلي وتجعله غير مقبول من الناس</p> <p>د -أشعر الآن أن شكلي قبيح جدا</p>
	<p>أ -يمكنني العمل الآن بالهمة نفسها التي كنت أعمل بها من قبل</p> <p>ب -أحتاج إلى جهد زائد عند البدء في عمل شيء ما</p> <p>ج -لا أعمل بالهمة نفسها التي كنت أعمل بها من قبل</p> <p>د -أجد لابد أن أضغط على نفسي بشدة لكي أعمل أي شيء</p> <p>هـ -لا يمكنني الآن القيام بأي عمل مطلقا</p>
	<p>أ -يمكنني أن أنام كالمعتاد</p> <p>ب -أستيقظ متعبا في الصباح أكثر مما كنت عليه من قبل</p> <p>ج -أستيقظ مبكرا عن المعتاد ساعة أو ساعتين وأجد مشقة كبيرة في أن أنام بعد ذلك</p> <p>د -أستيقظ مبكرا عن المعتاد كل يوم ولا أستطيع النوم أكثر من خمس ساعات</p>
	<p>أ -لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد</p> <p>ب -أتعب بسهولة أكثر مما كنت عليه من قبل</p> <p>ج -أتعب إذا قمت بعمل أي شيء</p> <p>د -اشعر بالإجهاد الزائد لدى القيام بعمل أي شيء</p>
	<p>أ -شهيتي للأكل الآن ليست أسوأ من ذي قبل</p> <p>ب -شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت عليه من قبل</p>

## الملاحق

	<p>ج -أصبحت شهيتي للأكل أسوأ جدا مما كانت عليه</p> <p>د -لم تعد لي شهية للأكل مطلقا</p>
	<p>أ -لم ينقص وزني في هذه الفترة الأخيرة</p> <p>ب -نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 2 كلغ</p> <p>ج -نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 5 كيلوغرامات</p> <p>د -نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 8 كيلوغرامات</p>
	<p>أ -لست منشغلا على صحتي الآن أكثر من المعتاد</p> <p>ب -تشغلني الآن أكثر من ذي قبل الأوجاع والآلام الخفيفة واضطراب المعدة والإمساك وغير ذلك</p> <p>ج -أنشغل جدا بما يحدث لصحتي الآن والكيفية التي يحدث بها حتى أنه يصعب علي التفكير في أي</p> <p>د -يستغرقني تماما ما أشعر به أو أعانيه من متاعب صحية</p>
	<p>أ -لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة</p> <p>ب -أصبحت الآن أقل اهتماما بالجنس عما كنت عليه من قبل</p> <p>ج -أصبح اهتمامي بالجنس الآن أقل بكثير مما كنت عليه من قبل</p> <p>د -فقدت اهتمامي بالجنس تماما</p>

## الملاحق

الملاحق:

السن					
Pourcentage cumulé	Pourcentage valide	Pourcentage	Effectifs	السن	
15,6	15,6	15,6	5	من 20 سنة - 30 سنة	Valide
53,1	37,5	37,5	12	من 31 سنة - 40 سنة	
78,1	25,0	25,0	8	من 41 سنة - 50 سنة	
100,0	21,9	21,9	7	من 50 سنة فما فوق	
	100,0	100,0	32	Total	

الحالة العائلية					
Pourcentage cumulé	Pourcentage valide	Pourcentage	Effectifs	الحالة العائلية	
15,6	15,6	15,6	5	ارمل	Valide
53,1	37,5	37,5	12	مطلق	
84,4	31,3	31,3	10	متزوج	
100,0	15,6	15,6	5	أعزب	
	100,0	100,0	32	Total	

المستوى التعليمي					
Pourcentage cumulé	Pourcentage valide	Pourcentage	Effectifs	المستوى التعليمي	
15,6	15,6	15,6	5	جامعي	Valide
21,9	6,3	6,3	2	ثانوي	
28,1	6,3	6,3	2	متوسط	
53,1	25,0	25,0	8	ابتدائي	
100,0	46,9	46,9	15	امي	
	100,0	100,0	32	Total	

الجنس					
Pourcentage cumulé	Pourcentage valide	Pourcentage	Effectifs	الجنس	
21,9	21,9	21,9	7	ذكر	Valide
100,0	78,1	78,1	25	أنثى	
	100,0	100,0	32	Total	

## الملاحق

مدة العلاج					
Pourcentage cumulé	Pourcentage valide	Pourcentage	Effectifs	مدة العلاج	
21,9	21,9	21,9	7	من 1 الى 5 سنوات	Valide
78,1	56,3	56,3	18	من 6 الى 10 سنوات	
100,0	21,9	21,9	7	من 11 الى 20 سنة	
	100,0	100,0	32	Total	

الوضعية المهنية					
Pourcentage cumulé	Pourcentage valide	Pourcentage	Effectifs	الوضعية المهنية	
37,5	37,5	37,5	12	عامل	Valide
78,1	40,6	40,6	13	بطل	
100,0	21,9	21,9	7	متقاعد	
	100,0	100,0	32	Total	

## الفروق تبعا للجنس

Statistiques de groupe					
Erreur standard moyenne	Ecart-type	Moyenne	N	الجنس	
2,48807	6,58281	38,0000	7	ذكر	الاكتئاب
1,54329	7,71643	35,2800	25	أنثى	

Test d'échantillons indépendants										
Test-t pour égalité des moyennes							l'égalité des variances			
95% de la différence		Différence écart-type	Différence moyenne	Sig. (bilatérale)	ddl	t	Sig.	F		
Supérieure	Inférieure								Hypothèse de variances égales	
9,27283	-3,83283	3,20860	2,72000	,403	30	,848	,479	,514	Hypothèse de variances égales	الاكتئاب
9,15743	-3,71743	2,92783	2,72000	,373	11,094	,929			Hypothèse de variances inégales	

## الفروق تبعا الحالة العائلية

## الملاحق

ANOVA à 1 facteur					
الاكتئاب					
Signification	F	Moyenne des carrés	ddl	Somme des carrés	الحالة العائلية
,397	1,023	56,950	3	170,850	Inter-groupes
		55,666	28	1558,650	Intra-groupes
			31	1729,500	Total

### الفروق تبعا للمستوى التعليمي

ANOVA à 1 facteur					
الاكتئاب					
Signification	F	Moyenne des carrés	ddl	Somme des carrés	المستوى التعليمي
,089	2,257	108,331	4	433,325	Inter-groupes
		48,006	27	1296,175	Intra-groupes
			31	1729,500	Total

### الفروق تبعا للعمر

ANOVA à 1 facteur					
الاكتئاب					
Signification	F	Moyenne des carrés	ddl	Somme des carrés	العمر
,090	2,385	117,348	3	352,044	Inter-groupes
		49,195	28	1377,456	Intra-groupes
			31	1729,500	Total

### الفروق تبعا لمدة العلاج

ANOVA à 1 facteur					
الاكتئاب					
Signification	F	Moyenne des carrés	ddl	Somme des carrés	مدة العلاج
,110	2,383	122,040	2	244,079	Inter-groupes
		51,221	29	1485,421	Intra-groupes
			31	1729,500	Total



## الملاحق

### الفروق تبعا للمهنة

ANOVA à 1 facteur					
الاكتتاب					
Signification	F	Moyenne des carrés	ddl	Somme des carrés	الوضعية المهنية
,000	10,513	363,450	2	726,899	Inter-groupes
		34,572	29	1002,601	Intra-groupes
			31	1729,500	Total

Comparaisons multiples							
Variable dépendante: الاكتتاب							
95%		Signification	Erreur standard	de moyennes (I-J)	الوضعية المهنية (I)		
Borne supérieure	Borne inférieure						
1,7903	-10,3544	,209	2,35382	-4,28205	بطل	عامل	Scheffe
-5,5954	-20,0237	,000	2,79642	-12,80952*	متقاعد		
10,3544	-1,7903	,209	2,35382	4,28205	عامل	بطل	
-1,4163	-15,6387	,016	2,75651	-8,52747*	متقاعد		
20,0237	5,5954	,000	2,79642	12,80952*	عامل	متقاعد	
15,6387	1,4163	,016	2,75651	8,52747*	بطل		

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.