

المظاهر النفسية والانفعالية لاستجابات الضغوط واثرها على القولون العصبي والقدرة على تخفيفها بالإرشاد السلوكي المعرفي

خولة حسن حمود
قسم العلوم التربوية والنفسية
جامعة البصرة / كلية التربية للعلوم الإنسانية

الفصل الاول/ الإرشاد السلوكي المعرفي (السلوكي المعرفي)
مفهوم الإرشاد السلوكي المعرفي .

الإرشاد المعرفي السلوكي هو إحدى أنواع الممارسات السلوكية التي يتم من خلالها تقييم وتحديد ومتابعة السلوك والتركيز على تطور السلوك ويتم تعديل العديد من المشكلات الكلينية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من المشكلات ، ويستخدم في تعديل سلوك الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار . أبو عطية ، ١٩٩٧ ، ص ١٣٢-١٣٥

من خلال التعريفات السابقة يمكن وضع تعريف إجرائي للإرشاد المعرفي السلوكي يتضمن:

١. أنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الحديث .
٢. يعتمد على نظريات التعلم ، وتعديل السلوك .
٣. يهدف إلى تعديل السلوك غير التوافقي وغير الصحيح .
٤. يقوم على فكرة أساسية ، وهي تأثير الأفكار في الانفعاليات والسلوكيات .
٥. يجري التركيز فيه على أن المعتقدات غير المنطقية ، والأفكار السلبية التي تسبب الاضطراب للفرد هي نتائج سوء توافق ، وتكيف يعيشه الفرد .
٦. يكمن الإرشاد في تعديل أساليب تفكير وإدراك الفرد إلى أساليب وطرق أخرى تكون مؤثرة وفاعلة وأكثر إيجابية . (سهام ، ١٩٩٨ ، ١٤١-١٤٢)

يتوضح لنا بعد ما مر بنا أن الإرشاد المعرفي السلوكي استطاع من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضيق الفجوة بين الإرشاد السلوكي التقليدي، وبين الممارسات الديناميكية، معتمداً في ذلك على فنيات تستمد إلى أسس

علمية قابلة للتطبيق والتقييم ، كما أن الإرشاد المعرفي يتسم بالفاعلية والتنظيم، لأنه محدد بوقت معين .(سنورا ، ١٩٩٧ ، ص ١٣٠-١٣٩)

وتؤكد استراتيجيات الإرشاد المعرفي السلوكي على :

١- عملية التعلم وإمكانية إحداث تغيير في البيئة .

٢- التركيز على استراتيجيات تشغيل المعلومات .(Kendall, 1994 , P.100-110)

لقد توضح أن الإرشاد المعرفي السلوكي يؤكد على عملية تغيير الأفكار لدى الفرد، كما أثبتت العديد من الدراسات فعالية هذا النوع من الإرشاد عند استخدامه لمدة قصيرة من الزمن، حيث أنه يؤدي إلى تغيير السلوك لدى الأفراد. (شيهان، ١٩٨٨، ص ٣٣-٨٣).

أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي :

يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى مساعدة الفرد على النمو وتطور المهارات المعرفية من خلال الأساليب المختلفة (حل المشكلات - النموذج المعرفي - تصحيح المعتقدات الخاطئة) من خلال إعادة البناء المعرفي ، فضلاً عن ممارسة السلوك الصحيح الذي تمّ تعديله من خلال الأساليب الأخرى (لعب الدور - الواجب المنزلي) وبذلك فهو يهدف إلى التعديل المعرفي والسلوكي في آن واحد .

ويتميز الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه لا يحتاج إلى فترات طويلة ، ويمكن استخدامه لفترة قصيرة من الزمن ، وقد تصل عدد جلساته إلى جلسة واحدة فقط بهدف تعديل المعارف السالبة (Negative cognition) من خلال إعادة البناء المعرفي (CognitionRestructuring). (حسين ، ٢٠٠٤ ، ص ١٢١)

يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى نمو وتطور مهارات التحكم الذاتي ، وحل المشكلات . ويمكن استخدامه لمدة قصيرة من الزمن . فقد أثبتت الكثير من الدراسات فعاليته في تغيير السلوك. (السطحية ، ١٩٩٧ م ، ص ٤٠)

وبلخص (معوض) أهداف الإرشاد السلوكي المعرفي في :

- ١- تعديل إدراكات العميل المشوهة ، ويعمل على أن يحل محلها طرق أكثر ملائمة للتفكير ، وذلك من أجل إحداث تغييرات سلوكية ومعرفية وانفعالية لدى العميل .
 - ٢- محاولة إكساب الطلاب ممارسة فنية معرفية وسلوكية متنوعة تساعدهم على التخلص من مشكلاتهم الحالية ومواجهة أية مشكلات نفسية أخرى في المستقبل .
 - ٣- ملاحظة مدى التحسن والتغير الذي يطرأ على الطلاب أثناء الجلسات الإرشادية والعمل على زيادة دافعيتهم لأداء الواجبات المنزلية .
 - ٤- تدريب الطلاب على أن يكونوا مرشدين لأنفسهم في المستقبل.
- (معوض ، ١٩٩٧ ، ٣٤٥)

يشير (الغامدي) إن (جانت زارب) تلخص الاهداف الرئيسية للإرشاد المعرفي السلوكي في الخطوات التالية :-

١. مساعدة الطالب للتوصل إلى منظور لفهم المشكلة .
٢. تعليم الطالب كيف أن معارفه يمكن أن يساعدوا في تفسير أسباب نشوء ووجود استجاباته الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف .
٣. يوضح للطالب بأن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في الإرشاد .
٤. تقوم كل من المرشد والطالب بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية السلوكية (غير السوية) بشكل مستمر . كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة . ويتم تطبيق أساليب الإرشاد من أجل تغيير تلك الاحتمالات.
٥. إن الممارسات المعرفية السلوكية نشطة وقائمة على الوصول للأهداف وتشمل الطرق التعليمية مثل : وضع جدول الأعمال وإعادة البناء ، والتوضيح وردود الفعل والانعكاسات ، والتمرين والواجبات المنزلية .
٦. إنشاء علاقة تعاونية وتجريبية بين المرشد والمسترشد ، حيث يتم تشجيع المسترشد على تجريب ما تعلموه حديثاً من سلوكيات في حياتهم اليومية على أساس أنهم سيكونون أقل معارضة لاقتراحات التغيير إذا ما أمكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة تكون لها نتائج أكثر فائدة .

مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي

يشير (النجار) أن (سوسانوميلكا) (Susan and Milka) قد أكد على أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعتمد على مبادئ أساسية منها :-

١- التغيير المعرفي مما يجعل الفرد نشطاً ما يؤكد نجاح الإرشاد .

٢- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله .

٣- تقديم الخبرة المتكاملة بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية .

(النجار ، ٢٠٠٥ ، ص ٨٥)

ويرى (مليكه) أن الكثير من الأفراد يستطيعون التأثير على سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة المدرس والطبيب والأب ومن خلالهم يمكن تقديم الخبرة المتكاملة ، وهو مبدأ هام يعتمد عليه الاتجاه المعرفي . (مليكه ، ١٩٨٩ ، ص ٢٤٠).

ويعتبر المعرفيون مثل (أرون بيك) أن المعرفة هي وسيلة لإفهام الفرد ذاته والعالم من حوله، ويتوصل إلى حقائق الأشياء والتشويه المعرفي، وأن تحريف التفكير عن الذات والعالم والمستقبل وراء المشكلات النفسية، ويستند الإرشاد المعرفي لعدة مبادئ لعل أهمها هو مساعدة المسترشد على التخلص من الأفكار المحرفة غير الملائمة، واستبدالها بأخرى أكثر فعالية ومنطقية وصحيح المفاهيم الخاطئة المختلة وظيفياً. (معوض ، ١٩٩٦ ، ص ٢٣٠).

ويرى (الطيب) أنه يمكن تحديد مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي في الأمور التالية :

(الطيب ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢)

١. يعتمد الإرشاد المعرفي على النموذج المعرفي للمشكلات الانفعالية .

٢. تعتبر العلاقة الإرشادية السلمية شرطاً ضرورياً للإرشاد المعرفي الفعال .

٣. الإرشاد هو مفهوم تعاوني بين المرشد والمسترشد .

٤. يستخدم الإرشاد المعرفي في بداية الطريق .

٥. يعتبر الإرشاد المعرفي علاجاً بنائياً موجهاً .

٦. يقوم الإرشاد المعرفي على نموذج تربوي .

٧. يكون الإرشاد المعرفي موجهاً نحو المشكلة .

٨. تعتمد فنيات الإرشاد المعرفي على الطريقة الأرسطراطية .

٩. تعتمد فنيات الإرشاد المعرفي على إقامة مصداقية وثيقة .

١٠. عدم اعتماد التاريخ ، إنما يجري التركيز على (الآن وهنا) .

١١. الوضوح .

١٢. الواجبات المنزلية .

ويؤكد (مليكه) على أن الإرشاد المعرفي السلوكي عند (أرون بيك) طريقة إرشادية تتلخص في افتراضين:

١. إن العوامل المعرفية (التفكير ، المعارف ، الصور الذهنية ، الذكريات ..)

٢. إنه لتعديل تلك العوامل المعرفية لابد من إحداث تغيير في السلوك .

يتألف الإرشاد المعرفي في رأي (عراقي) من الآتي :

- ١- العلاقة الموجهة بين المرشد والمسترشد .
- ٢- تحديد مجالات المشكلة بدقة .
- ٣- إختزال المشكلة .
- ٤- معرفة السبب الأصلي وراء المشكلة وتحويل الأعراض إلى مشكلات مستهدفة .
- ٥- النظر إلى التفكير باعتباره فروضاً أكثر منها حقائق .
- ٦- اختبار الفروض بالأساليب السلوكية والمعرفية .
- ٧- يجري التنبية إلى أن هذه القواعد والفروض تؤلف الاعتقاد غير الصحيح.

مراحل الإرشاد السلوكي المعرفي

لخص (العقاد) مراحل الإرشاد السلوكي المعرفي بالمراحل التالية :-

المرحلة الأولى :

يتم في هذه المرحلة تقديم النصح للعميل لأجل أن يحدد مشاكله ، وأن يصبح واعياً ليكشف أفكاره ومشاكله الحاضرة ، بغية تغيير السلوك اللاتوافقي يجب على المسترشد أولاً ملاحظة حدوثه ، وبعد ذلك يقاطعه ويصبح واعياً بالبيانات وثيقة الصلة بالمواضيع التي كانت من قبل مهملة أو متجاهلة ، وأنواع الأفكار التي تسبق وتصاحب المشكلة .

المرحلة الثانية :

يتم فيها تقديم العون للعميل لأجل أن يطور السلوكيات والأفكار التكيفية المتعارضة ويتعلم أن ينتج سلوكيات جديدة مركبة .

المرحلة الثالثة :

تقدم فيها المساعدة للعميل بغية استمرار التغيير السلوكي لديه وتشخيص ذلك لناظره لأجل أن يتجنب العودة للأفكار السلبية . وغالباً ما تتداخل هذه المراحل فيما بينها .

(التويجري ، ١٩٩٧ ، ١١١)

بهذا نصل إلى أن النموذج المعرفي السلوكي يهتم بالربط بين السلوك والمعرفة ، حيث يؤثر الرصيد المعرفي في مشاعر الأفراد وتفكيرهم والحالة المزاجية واستجاباتهم السلوكية للمواقف والأحداث . فالمشكلات النفسية من وجهة نظر المرشد المعرفي السلوكي هي مشكلات في التفكير ، وفي تفسير الواقع ، وفي نظرية العميل نحو نفسه ، ونحو العالم ، مما ينتج عنه انفعالات مختلفة وظيفياً وصعوبات سلوكية ، يكون فيها دور المرشد مساعدة المسترشد على تحديد التفكير والمفاهيم والتوقعات الخاطئة ، أو غير الواقعية ثم اختبارها ثم تحديد البدائل التي تحقق السلوك الإيجابي ، فلا بد من مساعدته وأخذة بعيداً عن استنتاجاته غير الملائمة ليدرك أن مصدر مشكلته هو معرفته الخاطئة ، وهذه المعرفة الخاطئة تغير دافعيته وسلوكه ، وبالتالي يتوجب

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

مساعدة الفرد وتوجيهه إلى حسن استخدام قدراته واستعداداته واستثمارها لإحداث تغيير في المواقف السلبية ليصبح أكثر إيجابية .

(بن علو ، ٢٠٠٢ ، ص٦٣) .

فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي :

الإرشاد المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية. ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي، وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب، وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإرشادات الذاتية الخاطئة، وتحديدها والعمل على تصحيحها ، ومن ثم تعديلها.(الريحاني ، ١٩٨٧ ص٧٧-٩٥)

ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة إرشادية دافئة بين المرشد و (المسترشد) الذي لا بد أن يتصف بقبول التوجيهات الصادرة إليه من المرشد وتقبلها .

على أن يقوم المرشد بتدريب العميل وتعليمه كيفية التعرف على المشكلات وحلها ، وكيفية تحديد مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب. (المصدر نفسه)

وهناك العديد من الأساليب الإرشادية التي تستخدم خلال الاتجاه المعرفي السلوكي ، منها:

١. فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

يقصد بالأفكار التلقائية التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار . وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبشكل تلقائي ، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص ، وهي أفكار غير معقولة تكون سبباً في الانفعال غير الصحيح لحدث معين .

تهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار التلقائية غير المعقولة ، ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة . على أن يطلب من العميل تسجيل الواجبات اليومية على ورقة يدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به . إن تدوين الواجبات اليومية لا بد منها لبدء العلاج واستمرارية تأثيره.

(الجلبي واليحيى ، ب-ت، ص٢٧١)

ويرى (المحارب) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب العميل وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته .

(المحارب ، ٢٠٠٠ ، ص١٠٩-١١٠)

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

في هذه الفنية يطلب المرشد من المسترشد أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له ، أو تدفعه إلى سلوك سلبي إنهمازي .

(المحارب ، نفس المصدر، ص ١١٠-١١٢)

ويشير (المحارب) إلى أن هناك العديد من الأساليب التي تجعل بعض المرضى يواجه صعوبة في التعرف على هذه الأفكار . لا بد أن يتذكر المعالج أن عليه طرح الأسئلة كي يستثير الأفكار المفيدة لدى المريض التي يستطيع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات والأفكار التي ذكرها المريض .

وهناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم السلبية . ومن أشهر هذه الفنيات :

أ- طريقة مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية :

في هذه الطريقة يطلب من المريض تذكر آخر حادث أو موقف من الحوادث أو المواقف المرتبطة بالموضوع الانفعالي على أن يكون من الحوادث أو المواقف التي يتذكرها جيداً ، بحيث يصف المريض الحادثة بشيء من التفصيل ، ويحاول المعالج جعل المريض يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام أسئلة تحفز لديه الاهتمام بالموقف أو الحدث والتعامل مع رد الفعل الانفعالي بوعي تام وإدراك لما يجري .

٢. استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية :

عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة لإثارة الأفكار التلقائية، فمن الممكن أن يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو تمثيله ، وفي حالة كون الموقف تفاعل مع الآخرين فبالإمكان الاستعانة بعدد مناسب من الأشخاص للعب الأدوار إلى جانب المريض. (المحارب ، نفس المصدر، ص ١١٠-١٩٢) .

٣. فنية المراقبة الذاتية :

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي ، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة ، أو على نماذج معدة سلفاً من قبل المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض . ويحرص المعالج على البدء باستخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية ، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض ، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من نجاحاته . (المحارب ، ص ١١٨)

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

وهذا يتطلب أن يساعد المعالج المريض على معرفة مصادر ومظاهر القلق لديه ، كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متابعه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة ، وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم. (عوض ، ٢٠٠٠ ، ص ١١٤)

يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لآراء المريض ، إلا أنه في بعض الأحيان لا بد للمعالج من المواجهة المباشرة . ويتم اللجوء لهذا الأسلوب عندما ينتاب المريض شعور قد يوصله إلى الانتحار مما يتطلب من المعالج العمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس ، كما تكون المواجهة المباشرة تافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع ، في الوقت الذي لا يكون للمريض فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج . فاللتفكير والنقاش الحاد يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة ، وذلك أنه من الصعب أن تقدم جدلاً مقنعاً دون أن تسبب للمريض نوعاً من الإحساس بالدونية والهزيمة والضيق .

وبشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكثر قدر ممكن من التعاون أفضل من مجرد إرسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية ، ثم يتم بعد ذلك التحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف . (Free Man, A. and) (PRETZER, 1993)

٤. فنية التعريض :

إن التعرض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق . فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها : (التعريض التخيلي، والتعريض المتدرج) والتعريض الواقعي ، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج ، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض .

كما أن هناك أنواع أخرى من التعريض منها (التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة) . (Thomas, H. and Ollendick)

ويعود الهدف من هذه الفنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها ، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى . (سعفان، ٢٠٠٦م ، ص ١٤١-١٤٢)

٥. فنية التخيل :

تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسيين هما :-

أ- يكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي .

ب-يولد القلق السلوك التجنبي الذي يعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق ، حيث أن المثبرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تحدث ردود فعل انفعالية سلبية . وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبية دفاعية تعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إيقاف المجيب الشرطي الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح ، واعتماداً على ذلك يطلب في هذا الإجراء من العميل تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه ، وذلك خلافاً لتقليل الحساسية التدريجي ، والذي يشتمل على الانتقال بالعميل تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة ، حيث يبدأ هذا الإجراء بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من القلق ، بل أن المعالج يهول الأمر ، وذلك بهدف إبقاء العميل في حالة من القلق الشديد مدة طويلة . (الخطيب، ١٩٩٠ ، ص٣٦٠)

ولقد أشار (بيك) Beek إلى أن فنية التخيل تستخدم في علامة اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف . وعلية يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته ، فإن أظهر العميل استجابات انفعالية وعاطفية سالبة ، عندئذٍ يبحث عن محتوى أفكاره ثم يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره ، كي يستطيع العميل أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره ، إذا غير أفكاره . (معوض ، ٢٠٠٠ ، ص١٠٦)

٦. فنية الواجبات المنزلية :

تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في العلاجات النفسية ، ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي ، إذ إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل .

وذلك يؤثر في طريقة أداء العميل في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي ، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف العميل بإداء واجبات منزلية ، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً . (معوض ، المصدر السابق ، ص ١١٢ - ١١٤)

وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال ، منها : أن يطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية ، والاتجاهات المختلفة وظيفياً ، أو إجراء تجربة لها أهداف محددة ومتعلقة في بمشكلته . (المصدر نفسه ، ص ١١٧ - ١١٨)

٧. فنية صف الانتباه :

ويلجأ إليها في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى، وذلك بأن يطلب من العميل الذي يعاني من القلق مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه الأعراض التي يشكو منها ، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً. ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج ، لكي يجعل

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

العميل يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة جدا في العلاج . وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج لتعامل مع الأعراض عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية. وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه :

- أ- التركيز على شيء معين .
- ب- الوعي الحسي .
- ج- التمرينات العقلية .
- د- الذكريات والخيالات السارة .
٨. فنية ملء الفراغ :

وتعد من الإجراءات الأساسية لمساعدة العميل على توضيح أفكاره التلقائية بعدما يتم تدريبه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله اتجاهها. وقد يذكر العميل أحيانا عدداً من المواقف التي أحس بها بكدر وضيق أن مكناه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (الشحات ،مصدر سابق، ص١١٧-١١٩)

٩. فنية الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه :

بما أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر بمثابة عملية تجريبية تعاونية يشترك فيها المعالج والعميل في وضع أهداف العلاج وجدول أعمال كل جلسة ، وجمع الأدلة المنظمة لصالح أو ضد انتقادات العميل بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض . ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السocraticية (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج ، بدلاً من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته ، إلى جانب الفنيات المعرفية والسلوكية الأخرى . (المحارب ،مصدر سابق، ص١١٩-١٢٠)

١٠. فنية وقف الأفكار :

غالباً ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد ، حتى نجد أن الفكرة الخاطئة بما تستدعي فكرة أخرى . وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها ، قد نجد العميل غير قادر على إيقافها ، وأن يجد له حلاً لذلك وهو أن يتعلم كيفية وقف تدفق وزيادة هذه الأفكار كي يستطيع التعامل معها بشكل أكثر فعالية .

(معوذ ،مصدر سابق ، ص٦٣)

١١. فنية اختبار الدليل :

وهي واحدة من الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة ، بحيث تدعم أو لا تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح ، حتى لو كانت هنالك بعض التأثيرات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكبر لهذا الدليل .

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

ويذكر (السفاسفة) أن هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف المنطق الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، إذ يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك. (السفاسفة ، ٢٠٠٣ ، ص١٣٧)

١٢. فنية الحوار الذاتي :

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار السياسية في النظرية المعرفية فالإنسان يسلك بحسب ما يفكر ، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. (المصدر نفسه ، ص١٣٧-١٣٩)

الضغوط النفسية :

يمر الإنسان خلال حياته اليومية بمواقف شتى، تشكل ضغطاً نفسياً ولربما بدنياً على الإنسان مما يجعله في بعض الأحيان يستجيب لدواعي تلك الضغوط وتأثيراتها سلبياً وإيجابياً كون أن الضغوط التي يتعرض لها الإنسان لا تكون بالضرورة ضغوطاً سيئة فقط، بل لربما يشكل الحدث السعيد ضغطاً نفسياً أيضاً. (هلال، ١٩٩١، ص٨١)

لقد أصبح موضوع الضغوط النفسية موضوعاً شيقاً للذين يهتمون بهذا المجال الاجتماعي المهم لما له من تداعيات نفسية على الفرد الذي يتعرض لتلك الضغوط.

وإن كان ذلك التأثير نسبياً من فرد لآخر قد يتعرض كلاهما لنفس ذلك النوع من الضغط النفسي.

لقد اكتسب هذا الموضوع - الضغوط النفسية - التوأمين من المتخصصين في فروع علمية مختلفة.

مثلما طرح هذا الموضوع نفسه على المثير من الندوات والحوارات سواء تلك التي تتم بصورة فردية ضيقة أو عبر الندوات والمؤتمرات العلمية التي يبحث عنها الإعلام بجميع فروعها وصوره ويرى الكثير من الباحثين أنه لا يمكن لأحد أن يلج أي ميدان من ميادين العلوم البيولوجية أو الاجتماعية دون أن يمر بمصطلح الضغوط النفسية (Stress) .

وهو المصطلح الذي يمر بميادين الصحو الجسمية والنفسية بشكل جلي في الأعوام الأخيرة. (Lazarusc, 1984, P.56)

أساليب التعامل مع الضغوط النفسية Coping with Stress :

١ - الهروب والتجنب (Escape - Avoidance) :

٢ - الإسناد الاجتماعي (Seeks Social Support) :

٣ - الإسناد الديني والروحي (Religious and Piritud Support)

٤ - مواجهة المشكلة (Problem - Focused Coping) :

مصادر الضغوط :

- لأجل أن تجمع معظم مصادر الضغوط لا بد أن تلجأ لأسلوب بسيط يجمع على بساطته كل تلك المصادر حتى يمكن تصنيفها بدقة على الوجه التالي :
- ١ - تأثير أحداث الحياة الشاقة (Stressful Life events) والتي تتراوح بين الأحداث الكبيرة المؤلمة مثل (وفاة أحد أفراد الأسرة) والأقل شدة (كالانتقال الى مكان جديد للإقامة).
 - ٢ - تأثير الشدائد المزمنة (Chronic strains) حيث نجد أن الكثير من الأشخاص يظهرون دلائل الضغوط كاستجابة للشدائد المزمنة القاسية في حياتهم، وقد تنتج هذه الشدائد عن أحداث ضاغطة أو صادقة تبقى آثارها ظاهرة على الإنسان لسنوات عديدة.
- (يوسف، ٢٠٠٠، ص٦٦٩)
- ٣ - تأثير منغصات الحياة اليومية Daily Hassles : وأسبابها بسيطة قد يجسمها الفرد في إظهار دلائل الضغوط عند التكس في إشارة المرور أو مضايقة المارة له في الطريق، أو الاضطرار للوقوف في طابور للحصول على خدمة معينة، أو محاولة اتخاذ قرار في أمر صعب رغم ما تتركه هذه التأثيرات من آثار ضغوط نفسية على الفرد إلا أنها غالباً ما تكون عرضية ومؤقتة تزول بزوال الحدث، إلا أن هذه المنغصات قد تشغل همة المرء لتجاوز الأهداف الأكثر إيلاً وضغطاً. (Levy, 1997, P.177)
- إن مصادر الضغوط التي مررنا بها تشتمل بلا شك على الكثير من الأمثلة والتشابهات نجملها فيما يأتي :
- أولاً : الضغوط الاقتصادية والاجتماعية
- وتكون هذه الضغوط من جراء عوامل عديدة مثل :
- أ - المتغيرات السياسية.
 - ب - الأمن القومي.
 - ج - إطالة فترة الحكم والحكومات وما يترتب عليه من ملل ورتابة.
 - د - عدم ثبات النظام الاقتصادي وتذبذب الحياة الاقتصادية العامة والشخصية.
 - هـ - المشكلات الاقتصادية والمالية.
 - و - التغيرات التكنولوجية.
 - ز - التغيرات الصحية والثقافية.
 - ح - البيئة الاجتماعية.
 - ط - الظروف المعيشية والطبقة الاجتماعية.
 - ي - الجريمة والاعتصاب.
- (يوسف، مصدر سابق ، ص٦٧١)

ثانياً : الضغوط الشخصية والأسرية Personal and Family Stressors

تتباين هذه الضغوط بين فرد وآخر في الأسرة وذلك تبعاً لأمر عديدة منها:

- أ - التعرض للإساءة في مرحلة الطفولة.
- ب - المشكلات مع أفراد الأسرة.
- ج - التعرض للمخاطر الطبيعية والبشرية.
- د - المشكلات مع الأصدقاء والأقارب.
- هـ - المشكلات مع توقعات بعض أفراد الأسرة.
- و - مشكلات خاصة بالتسلسل الحرفي في الأسرة.
- ز - مشكلات الأبناء في المدرسة والجامعة.
- ح - نشوب صراع نفسي جراء اختلاف دور الفرد في العمل عن دوره في المنزل.
- ط - المسؤولية عن الأطفال.
- ي - أسلوب الحياة الفردي.
- ك - الضواغط في السفر والإجازات.
- ل - الضواغط في الأعياد والمناسبات الاجتماعية.
- م - محاولة القيام بأدوار متعددة في الوقت نفسه.
- ن - الزواج من شريك حياة متعدد الأدوار .
- س - الاختلافات الزوجية.
- ع - الاختلافات الجنسية.
- ف - الطلاق والانفصال .

الضغوط الداخلية Internal Stressors :

وهي جملة من الاعتبارات التي تكون سبباً في الضغوط النفسية تنحصر الاهتمامات الشخصية للفرد منها:

(علي، ١٩٩٧، ص٢٠٣)

- أ - المتوقع والمائل.
- ب - الطموح والأهداف.
- ج - الحرص على فقدان مورد الرزق.
- د - الخوف من الفشل وعدم الكفاءة.
- هـ- التحسب من الإصابة بالأمراض.
- و - الخوف من تصرفات الآخرين نحوه.
- ز - القلق والاتجاه السلبي في التعامل مع الحياة اليومية.

- ح - الإحساس بالإحباط.
ط - اختلال القدرة على إدارة الذات.
ي - نقص الكفاءة الذاتية والصلابة النفسية.
ك - انعدام الثقة الذاتية.
ل - الإحساس بالحيرة والتوجس.
م - مشكلات الصحة الجسمية والنفسية.
ن - مشكلات الروحية، كأداء الفروض الدينية وعدم ممارستها.
(عبد السلام، ١٩٩٧، ص٢٢٧)

الضغوط الناجمة عن المهن والوظائف :

ضغوط مهنية Jop Sternsons :

- أولاً : ظروف العمل الفيزيائية ومنها:
(مستوى النظافة والتلوث، سوء الآلات والمعدات، وضعف الإضاءة، ونقص التهوية، الحرارة المرتفعة بشدة أو المنخفضة بشدة، الزحام الشديد في موقع العمل).

ثانياً : حجم العمل.

ثالثاً : تغير نمط العمل.

رابعاً : زيادة أعباء العمل.

خامساً : المسؤولية عن الأفراد.

سادساً : المسؤولية في اتخاذ القرار.

سابعاً : فقدان الأمان في العمل.

ثامناً : نقص السيطرة عن العمل.

تاسعاً : عدم الرضا عن العمل.

عاشراً : الإخفاقات في العمل.

(هلال، ١٩٩١، ص٨٢)

ج - ضغوط المسار المهني Career Sternsors :

تنتج هذه الضغوط من جراء الاعتبارات التالية :

أولاً : صراع الأدوار.

ثانياً : غموض الأدوار.

ثالثاً : إدراك عدم القدرة على التطور في المسار المهني.

رابعاً : قصور في وضوح الأهداف.

خامساً : المدير المتصلب (السطحي).

سادسا : الرئيس مدمن العمل.

سابعاً : تأثير البطالة.

ثامناً : نقص التأهيل.

تاسعاً : نقص التدريب.

عاشراً : ضعف الإدارة.

حادي عشر : الرئيس غير الكفاء.

ثاني عشر : عوامل عدم الراحة.

ثالث عشر : عوامل المنافسة.

رابع عشر : عوامل التعويضات.

(Cranwell, 1987)

الفصل الثاني

النظريات التي فسرت الضغوط النفسية:

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغوط طبعاً لاختلاف الأطر النظرية الى تثبتتها. وانطلقت منها على أساسيات فسيولوجية أو نفسية، أو اجتماعية واختلفت هذه النظريات فيما بينها استناداً لذلك ولعله من أبرز النظريات التي فسرت الضغوط هي :

١ - نظرية كانون Watler Cannon المقاومة والهروب :

تعد نظري (Cannon) في مقدمة النظريات التي اعتمدت الجوانب البيولوجية في تفسير ودراسة الضغوط النفسية. ولقد كان (Cannon) سابقاً في استخدام مصطلح الضغوط النفسية ليعني به رد الفعل في حالة الطوارئ. وتؤكد هذه النظرية على أن الحياة البشرية تجلب معها الكثير من الاحداث الضاغطة المرغوبة وغير المرغوبة التي ربما تهدد الحياة، مما يحتم على الإنسان أن يجاهد ويكافح لمقاومة هذه الأحداث، أو الهروب بعيداً عنها. (أحمد، ١٩٩٩)

وفقاً لهذه النظرية فإن متغيرات عديدة تظهر على الأشخاص الذين يتعرضون لمواقف وأحداث ضاغطة

منها :

أ - زيادة عدد نبضات القلب المصحوبة بزيادة ضخ الدم.

ب - ارتفاع ضغط الدم.

ج - زيادة سرعة التنفس.

د - تحرير كمية الدهون المخزونة في الجسم.

هـ - التوتر العضلي.

و - سريان الدم في منظومة الهضم والدماغ والعضلات والأطراف بسرعة غير اعتيادية تشن في الحواس قابلية

مقاومة الخطر أو الهروب منه. (Hakeh, 1983)

٢ - نظرية هانز سيلبي (Hans Selye) (ملازمة الكيف العا) :

(هانز سيلبي) بحكم عمله كطبيب قد تأثر بتفسير الضغط تفسيراً فسيولوجياً، ولهذا فإن نظرية سيلبي تنسب الى النظريات البيولوجية أو الفسلجية في تفسيراتها. (عثمان، ٢٠٠١، ٩٧)، وهو استجابة لعامل ضاغط (Stressor). يميز الشخص على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، أو أن هناك استجابة وأنماطاً معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال بها على أن الشخص يقع تحت طائلة تأثير بيئي مزعج.

ويذهب (سيلبي) الى أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط عامة الهدف منها المحافظة على الكيان البشري. لأجل إثبات صحة ما ذهب إليه وزع مراحل الدفاع ضد الضغط ومقاومته الى ثلاث مراحل أشار الى أن هذه المراحل تمثل التكيف وهي:

(Sile, 1978,P.65)

أ - مرحلة الإنذار ورد الفعل الإنذاري Alarm Reaction :

وتبدأ هذه المرحلة حال استجابة الكائن الحي لأي موقف ضاغط إذ تبدأ المقاومة الفسيولوجية بالتناقص تصبحها تعرضه لتغيرات جسمية والبيوكيماوية.

ينتج عن هذه الاستجابة الإنذارية إثارة الجهاز العصبي وإفراز بعض الهرمونات (كهرمون الأدرينالين في الدم) ونتيجة لهذه المتغيرات تحدث زيادة في ضربات القلب ونقصان نسبة السكر في الدم، لأجل أن يتمكن الإنسان الواقع تحت هذه الضغوط الى مقاومتها. رد فعل للأخطار. حيث يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الأدرينالينية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، إذ يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط، وإذا ما استمر الضغط والتوتر انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية

ب - مرحلة المقاومة Resistance Stage :

وتحدث عندما يكون التعرض للضاغط متلازماً مع التكيف فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى، وتحصل المقاومة من خلال النشاط الزائد للغدة الصماء وبعض أجهزة الجسم (كجهاز الدوران، والتنفس، والجهاز الهضمي والجلد والعينان). و عندما يتعرض الكائن للضغوط يبدأ بالمقاومة وجسمه يكون في حالة تيقظ تام، وهنا يقل أداء الأجهزة المسؤولة عن النمو، وعند الوقاية من العدوى تحت هذه الظروف، وبالتالي سيكون الجسم في حالة إعياء وضعف ليتعرض لضغوط من نوع آخر هي الأمراض.

وإذا ما استمرت الضغوط الأولى وظهرت ضغوط أخرى (الأمراض) انتقل إلى المرحلة الثالثة.

ج - مرحلة الاستنزاف Exhaustion Stage :

يصل الكائن الحي الى هذه المرحلة من استقرار المواقف الضاغطة لفترة أكثر من المعتاد أو المتوقع، مما يؤدي الى استنزاف مقاومته ليصبح عاجزاً تبدو عليه علامات الإنهاك والإعياء الى أن تنتهي مقاومته وينهار. وطالما أن مقاومة الفرد قد استنزفت تماماً فإن الأعراض لاتقتأ الى أن تعود اليه وتظهر علاماتها على هذا الفرد بصورة أوضح وأشد وأخطر قد تؤدي به الى الموت. (Zimbar, 1977)

لا يمكن لجسم الإنسان الاستمرار بالمقاومة إلى ما لا نهاية، إذ تبدأ علامات الإعياء بالظهور تدريجياً وبعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الجهاز العصبي الباراسمبثاوي الأمور فتتباطأ أنشطة الجسم وقد تتوقف تماماً. وإذا ما استمرت الضغوط يصبح من الصعوبة التكيف لها لتؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب أو أمراض جسدية تصل حد الموت. (زهران، حامد عبد السلام، (١٩٨٧)، ص٧٦)

ويجمل (هانز سيللي) نظريته على الوجه التالي :

(إن الضغط النفسي نشأ من جراء الحالة التي يقيم بها الفرد الحدث الضاغط، وأن هذا التقييم يكون

بثلاث أشكال هي (الأذى والتهديد والتحدي) .)

وأن الأشخاص الذين يقيمون الحدث الضاغط بوصفه تحدياً فإنهم يمتازون بمعنويات عالية ونجدهم أقل

عاطفية، ويعملون بصورة أفضل من الذين يعدون الحدث الضاغط أذى وتهديداً. (Selye, 1980, P.11)

٣ - ريتشارد لازاروس (Richard Lazarus) (التقدير المعرفي) :

لازاروس Lazarus هو المؤيد الرئيسي للنظرة النفسية للضغوط فقد رأى أنه عندما يواجه الأفراد بيئة جديدة أو متغيرة فإنهم بذلك يقومون بعملية تقييم أولية Primary Appraisal لتحديد معنى الحدث، وبعد التقييم الأولي للأحداث الضاغطة تحدث عملية تقييم ثانوية Secondary Appraisal وهي تقييم لقدرات الفرد وموارده وكيفية التغلب بها على هذه الضغوط وما إذا كانت هذه الموارد والإمكانات كافية لمواجهة الضرر أو التهديد أو تحدي الحدث الضاغط، وفي النهاية تكون الخبرة الذاتية للضغوط هي الموازنة بين التقييم الأولي والثانوي وحين يكون الضرر أو التهديد مرتفعاً والقدرة على التغلب منخفضة يشعر الفرد بقدر كبير من الضغوط، وعندما تكون القدرة على التغلب عالية تكون الضغوط أقل. (٢٢٣ : ١٥) يرى لازورس أن الضغط هو علاقة بين مثير (حالة ملحة) واستجابة وهي (القدرة على مواجهة هذه الضغوط بدون عواقب هدامة) . لذلك يوجد الضغط عندما تفوق المتطلبات البيئية قدرة الفرد على المواجهة. فإن واجه الفرد هذه المتطلبات بكفاءة لا تحدث ضغوط ، وعلى العكس إذا كانت مهارات مواجهة الفرد ضعيفة وغير فعالة فقد يحدث الضغط.

(بشرى إسماعيل ، ٢٠٠٣ ، ص١٣)

قدم (لازاروس) هذه النظرية بعد أن أخذ الاهتمام يتزايد باتجاه (عملية الإدراك والعلاج الحسي الحركي) والتقدير المعرفي وهو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد الذي يتعامل مع التهديد على انه ليس إدراكاً مبسطاً

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

للعناصر المكونة للموقف فقط، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط. وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف بشكل سليم.

ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة مواقف منها:

(العوامل الشخصية والعوامل الخارجية أو الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف نفسه).

(عبد المعطي، ١٩٩٤، ص ٩١)

وتعرف نظرية التقدير المعرفي (الضغوط) بأنها:

تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد مما يؤدي الى تقييم التهديد وإدراجه في

المرحلتين هما :

أ - المرحلة الأولى:

هي التي تقوم بتحديد الأحداث التي تكون هي بحد ذاتها مسببة للضغط.

ب - المرحلة الثانية:

وهي التي تحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر الموقف ويمكن رصد هذه

النظرية في الشكل التالي: شكل (١)



* شكل توضيحي للمرحلة الثانية من نظرية لازاروس ((نظرية التقدير المعرفي)

يتضح من الشكل السابق : أن ما يعد ضاغطاً بالنسبة الى فرد، لا يع الفرد وخبراته الذاتية وقابلية تحمل الضغوط لديه، وحلته الصحية مثلما له علاقة نفسه قبل نوع التهديد وحجمه اللذان يهددان الفرد.

(Rybash, 1986)

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

كما وأن العوامل البيئية الاجتماعية كالتغير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة أثرها أيضا. (عبد المعطي، ١٩٩٤) وقد أطلق لازورس على هذه العملية بالنموذج التفاعلي Transactional Model . وهو ينسجم مع المنظور المعرفي للسلوك ويفسر هذه النموذج بفقدان الانسجام أو التوازن بين التنظيم الطبيعي للفرد وبين متطلبات البيئة وطريقة إدراك الفرد لاستجاباته لهذه المتطلبات هي التي تشكل الضغط (Neufeld, 1981, P.292) بثينة . وعملية تقويم الفرد لقابلياته على مواجهة الضغط نسميه التقويم الثانوي (Secondary appraisal) حيث يقيم الفرد فيما إذا كان بإمكانه القيام بشيء ما للتغلب على الضرر أو لتحسين احتمالات الإفادة من الموقف ، وتتخذ التعليمات الابتدائية أو التقييمات الابتدائية (Primary appraisal) لتحديد ما إذا كان ذلك التعامل يشكل تهديد (إحتمال ربح أو خسارة). هنداوي (Folkman, at, 1998, 933) .

إن الضغط ظاهرة خاصة بين الفرد والبيئة فإذا ما أدرك الفرد أن البيئة تفوق قدراته وتهدد توازنه استجاب لها أي أن الضغط يتحدد من منطلق مهم وهو تقييم الفرد للموقف الضاغط بغض النظر عن نوعه. ممرضات (Lazurs, 1966)

إن التعامل المباشر مع المشكلة المترتبة عن الضغوط يعتمد على التقويم الفردي فعندما يميز الأفراد مصادر لتحسين الموقف الضاغط تتوجه الجهود للتعامل المباشر مع المشكلة وذلك بالبحث عن المعلومات متى ما أدركوا أن مصادرهم التفاعلية في حدها الأدنى .

(Krantz, 1983, P636) هنداوي

والضغط وفقاً لنموذج لازورس هو أية قوة أو متغير يشكل عبئاً على الجسم (سواء كان هذا المتغير فسلجياً أم اجتماعياً أم نفسياً) والاستجابة لها وأن ردود الفعل لهذا الضغط تعتمد على كيفية تفسير الفرد أو تقييمه لمدى الأذى أو التهديد .

(Worchel, 1986, 366) بثينة

٤ - نظرية سبيلبرجر (نظرية النسق النظري النفسي) :

تعتبر نظرية "سبيلبرجر" في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد قامت نظرية "سبيلبرجر"

(1972) في القلق على أساس التمييز بين :

قلق السممة (سممة القلق، القلق العصابي، القلق المزمن

قلق الحالة) (القلق الموضوعي، القلق الموقفي

أ- قلق السممة :

هو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية.

أعد (سبيلبرجر) نظرية اختصت في حالات القلق، والتي صارت مقدمة ضرورية لفهم الضغوط استناداً لحالات

القلق التي اقحمتها بجرأة علمية لا غبار عليها. (فاروق، السيد عثمان: ٢٠٠١، ص ٩٩_٩٨)

أقام (سبيلبرجر) نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة (Trait Anxiety) والقلق كحالة (State Anxiety). ذا كان "سبيلبرجر" قد اهتم بتحديد خصائص وطبيعة المواقف الضاغطة التي تؤدي إلى مستويات مختلفة لحالة القلق، إلا أنه لا يساوي بين المفهومين (الضغط والقلق) و ذلك لأن الضغط النفسي وقلق الحالة يوضحان الفروق بين خصائص القلق كرد فعل انفعالي والمثيرات التي تستدعي هذه الضغوط (فالقلق كعملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغط و تبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط). (الرشيدى:١٩٩٩،ص٥٤)

ويقول أن للقلق شقين :

سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن : هو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وقلق الحالة، ويعد الضغط الناتج ضاغطاً حسباً لحالة القلق، ويستبعد ذلك من القلق كسمة. حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلاً. (فاروق، ١٩٩٤، ص٩٨ - ١٠٠) و يعتبر عامل شخصي يوجه الفرد ليرى المنافسة و التقييم الاجتماعي كموقف أكثر أو أقل تهديداً، حيث يدرك الشخص مرتفع السمة المواقف على أنها أكثر تهديداً و يستثار القلق لديه أكثر من ذوي قلق السمة المنخفض. (عبد العزيز عبد المجيد محمد:٢٠٠٥،ص٢٨)

يعتقد "سبيلبرجر" أن سمة القلق تشير إلى الفروق الثابتة نسبياً في القابلية للقلق، أي تشير إلى الاختلافات بين الناس في ميلهم إلى الاستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة، ذلك بارتفاع شدة القلق و تتأثر سمة القلق بالمواقف بدرجات متفاوتة حيث أنها تنشط بواسطة الضغوط الخارجية التي تكون عادة مصحوبة بمواقف خطيرة محددة.

(فاروق، السيد عثمان:٢٠٠١،ص٣٣)

أهتم (سبيلبرجر) بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطاً بين حالات القلق الناتجة عنها. :هو قلق موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة و تسبب الضغوط قلق الحالة، ولا يحدث ذلك مع قلق السمة.وقد ركز "سبيلبرجر" في نظريته على الإطار البيئي للضغوط. وما يثبتته في علاقة قلق الحالة بالضغط يستبعده عن علاقة سمة القلق أو القلق العصابي الناتج عن الخبرة السابقة بالضغط، حيث أن الفرد يكون من سمات شخصيته القلق أصلاً.

(الرشيدى:١٩٩٩،ص٥٤)

ويميز (سبيلبرجر) بين مفهوم الضغط ومفهوم القلق. فالقلق عملية انتقالية تشير الى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم لدرجة (ما) من الخطر الموضوعي. إذا كان "سبيلبرجر" قد اهتم بتحديد خصائص وطبيعة المواقف الضاغطة التي تؤدي إلى مستويات مختلفة لحالة القلق، إلا أنه لا يساوي بين المفهومين (الضغط والقلق) و ذلك لأن الضغط النفسي وقلق الحالة يوضحان الفروق بين خصائص القلق كرد

فعل انفعالي والمثيرات التي تستدعي هذه الضغوط (فالقلق كعملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغط و تبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط).

(الرشيدي: نفس المصدر السابق، ص ٥٤)

أما كلمة (تهديد) فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف. (عثمان، ١٩٩٤، ص ١٠٠ - ١٠٢) كلاهما مفهومان مختلفين، فكلمة ضغط تشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تنتم بدرجة ما من الخطر الموضوعي. أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف أي بمعنى توقع خطر أو إدراك ذاتي للخطر. يهتم "سبيلبرجر" في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها (البيئة) ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة. فالفرد في هذا الصدد يقدر الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط (كبت، إنكار، إسقاط) أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح بالهرب من الموقف الضاغط (الرشيدي: مصدر سابق، ص ٥٥).

لقد كان لنظرية (سبيلبرجر) نتيجة خاصة في فهم طبيعة القلق حيث استفادت الكثير من الدراسات من هذه النظرية بعد أن تأكد لتلك الدراسات صدق فروض ومسلمات هذه النظرية.

(الأنصاري، ١٩٩٨) إلى تشكيل جوانب كثيرة من شخصية الفرد، مهاراته، خبراته الاجتماعية و تصقل قدراته و استعداداته العقلية و المعرفية، تجعل منه كائناً اجتماعياً قادراً على التكيف و التوافق النفسي و الاجتماعي و عند هذا الحد تكون تكيفه أما إذا تجاوزت ذلك فإنها تصبح خطرة و مهددة لكيان الفرد. تعرف أساليب التعامل مع الضغوط إلى: "أنها الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم. عرفها "سبيلبرجر": "بأنها عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له".

(<http://www.ibtesama.com>)

فالضغوط النفسية تقع ضمن موضوع التغيرات اليومية بحسب تصنيف موري (Murray)، وتأتي نتيجة آثار خارجية وداخلية ضمن تصنيفات لازاروس وكوهين (Lazarus and Chohen)، وتفسر على أساس فيزيائية واجتماعية ضمن تصنيفات مورس أما (كانون وسيلي) فقد فسرا الضغوط على أساس فسيولوجي بينما فسرها (ومورس وشفر وسبيلبرجر) أنها تأتي نتيجة آثار خارجية وداخلية اما ضمن تصنيفات لازاروس وكوهين (Lazarus and Chohen)، تأتي على أساس بيئي خاصة أو صفة لموضوع بيئي.

(الرشيدي، ١٩٩٩، ص ٥٣ - ٥٥)

٥_ النظرية المعرفية السلوكية

من النظريات التي جمعت بين كل من أساليب النظرية السلوكية والنظرية المعرفية ففي النظرية السلوكية يعتمد حل المشكلة على خبرات الفرد السابقة وما تجمع لديه من استجابات أو محاولات التي توصل إلى الهدف

وتطفيئ الاستجابات الخطأ ويمكن تعلم حل المشكلة من خلال الاشتراط الإجرائي والقائم على مفاهيم التعزيز وتشكيل السلوك . أما النظرية المعرفية فإن التعامل فيها مع المواقف التي تتطلب حل المشكلة يعتمد على عمليات معرفية عليا تتضمن الاستبصار والتفكير بجميع أشكاله والتي تدخل في حل المشكلة . رحمة (Rowe, 1985)

ويهتم الإرشاد السلوكي المعرفي بإقناع المسترشد أن معتقداته وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف يهدف الى تعديل الجوانب المعرفية المشوهة والعمل على أن يحل محلها طرق أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى المسترشد. (, Class & Shea 1986, 317)

وتؤكد الإستراتيجية المعرفية السلوكية (لميكنوم) أنه لا يمكن تفسير الضغوط النفسية دون التعرف على الطريقة التي يفكر بها الأفراد وما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم وبالتالي لم يستطيعوا تحديد الطريقة أو الأسلوب الذي يمكن أن يواجهوا بها تلك الضغوط . (الرشيدي ، ١٩٩٩ ، ص١٧٤) . ويرى Seaward (1997) بأن المنبهات التي قد تصل العقل قد تكون سلبية أو إيجابية . وهذا ما يطلق عليه الإدراك الحسي ، حيث أن الأفكار السلبية قد تسبب تأثيراً شديداً للفرد . لذلك فإن إعادة البناء المعرفي تعني إعادة بنائه من الحالة السلبية إلى الحالة الموجبة أو تعمل على مساعدة الأفراد في تخفيف التوتر النفسي من خلال تصحيح التصورات . (خفش ، ٢٠٠١) وقد أجرت إحدى الجامعات في كاليفورنيا دراسة على التحدث مع الذات عام ١٩٨٣م وتوصلت إلى أن أكثر من ٨٠% من الذي نقوله لأنفسنا يكون سلبياً ويعمل ضد مصلحتنا إن الأبحاث أثبتت إن العقل يستقبل ١٤٨٠٠٠ رسالة سلبية في زمن معين هو نفس الزمن الذي يستقبل فيه ٤٥٠ رسالة إيجابية فقط وأن الفرق بين الرقمين واضح، لذا نجد إننا قد نقول عن أنفسنا مجانيين عندما نتحدث مع أنفسنا ولا نعرف إن التحدث مع الذات من أهم الأشياء فيحياتنا ولكن كيف انه هام جدا لهذه الدرجة و مؤثر و فعال كما انه ٨٠% منه سلبى والآخرين ينعمون بحياة هادئة إلى حدما وهناك من النماذج الناجحة كثير جدا، فهل لا يوجد عندهم تحدث سلبى أم ليس هناك تحدث على الإطلاق لا هذا ولا ذاك ولكن نسبة التحدث السلبى منخفضة إلى ادنى مستوى أو يمكن إن نقول إن كل ما هو سلبى غير مؤثر في حياتهم ولكن لماذا ؟ ذلك يرجع إلى البرمجة السابقة، فعند وصول الإنسان إلى سن ٧ سنوات يكون ٩٠% من البرمجة الشخصية و اعتقاداته وقيمه قد تكونت وتبلورت في إطار معين بعد إن مرت بمراحل عدة، مرحلة البرمجة من الوالدين ثم من الأصدقاء ثم من المحيط الخارجي ثم من وسائل الإعلام ثم بعد ذلك أضاف عليها من نفسه بعض الإضافات لتتكون لديه معتقداته وقيمه عن نفسه عن الآخرين وعن الحياة بشكل عام، لذا نجد إن البرمجة السلبية تؤثر في التقدير الذاتي للإنسان، صورته الشخصية عن نفسه تكون ضعيفة، الاعتقاد في النفس يكون ضعيفاً وقد ينعدم ويولد هذا ضعف الثقة في النفس وضعف التحكم في الذات والأكثر انه يؤول به إلى كل ما يضر بنفسه. (القوزي، ٢٠٠٧ : ١) (ألفي ، ٢٠٠٠ : ٢٢-٢٣)

ان ما نواجهه في حياتنا اليومية من ضغوط نفسية مستمرة ينزسب ويتراكم الى الحد الذي يجعل البعض منا ينفجر فجأة بعد اول موقف ضاغط شديد حتى تظهر الاعراض، ولا توجد فترة زمنية مباشرة او واضحة بين وقوع الحدث وبداية الاعراض، فهي عادة لا تتجاوز بضع دقائق ان لم تكن فورية حتى يقع الانهيار الكلي فضلا عن ان الاعراض تعكس نمطا مختلطا وغالبا يكون متغيرا فبالإضافة الى شدة الحالة وشدة الذهول في مراحلها الابتدائية فقد يشاهد البعض الاكتئاب والقلق والغضب واليأس وزيادة النشاط او انسحاب الفرد التدريجي من دوامة العمل المرهق والاختلاط الاجتماعي الكثيف الى العزلة والانسحاب هذه الاعراض تخفت بعد ساعات على الاكثر وخصوصا اذا تم استبعاد الفرد الذي تعرض للضغوط النفسية القوية الصادمة عن المحيط محل وطأة تفجر الموقف الضاغط مثل سماع خبر مؤلم او اخبار عن وفاة شخص عزيز او اخبار عن خسارة مالية مفاجئة وصلته بشكل سريع دون سابق انذار فيكون رد الفعل بقوة حجم الضغط ولكن بعد مرور ٢٤-٤٨ ساعة تصبح المؤثرات ضئيلة وتتقص بعد حوالي الثلاثة ايام، ولكن عند البعض تظهر اعراضا تستوفي شروط الاضطراب النفسي المرضي مثل هذيان الاجهاد واستجابة الازمة الحادة وحالة الازمة الفعلية الحادة.

الاتجاه السلوكي المعرفي مبني على ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه على أنفسهم واتجاهاتهم وتصوراتهم في مجال التقليد والسلوك والمشاعر فخلال النمو يكتسب الأفراد مخزوناً من المعلومات والمفاهيم التي يستخدمونها في التعامل مع المواقف والمشكلات التي يواجهها يومياً.

(باترسون ، ١٩٩٠ ، ٢٨) .

بالرغم من أن الدراسات الاجتماعية النفسية التي تناولت مواجهة الإجهاد والضغط النفسي لم تتعرض للتوضيحات الذاتية إلا أنها تشير إلى الكيفية التي بها يستجيب الفرد إلى الضغط النفسي متأثرة بما يعزو هو إليه وما يشعر به من إثارة ومتأثرة بالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدراته على الصمود والمواجهة. (باترسون ، ١٩٩٠ ، ١٢١)

إن الشعور بالضغط يكون نابغاً من المعارف السلبية ولوم الذات والشعور بالذنب وعدم القدرة على تحمل الإحباط. (الشرييني ، ٢٠٠٥ ، ص٥٣٩)

إن الفرد الذي يكون غير قادر على التعبير عن آلامه وأحزانه بالحديث والألفاظ تتحول هذه الآلام إلى أعراض جسمية كوسيلة لحل الصراع النفسي في حياته .فكان الفرد بدلاً من أن يبكي بعينه فهو يبكي بأحد أعضاء جسمه مثل الجلد ، القولون ، القلب ، المعدة ، الجهاز التنفسي . (عيسوي ، ٢٠٠٤ ، ١١٩)

وإن التركيز على أهمية العلاقة بين السلوك والانفعالات التي يتم السيطرة عليها عن طريق الأفكار لذا فمن الممكن أن يكتسب الفرد المهارات التي تساعده على تغيير أفكاره والوصول إلى عدد من وجهات النظر من خلال التفكير المرن. إن الفرد من خلال أحاديثه مع نفسه التي تكون لا منطقية لا عقلانية ينظر للموقف الذي يتعرض له باعتباره يمثل خطر بالنسبة له فيشعر بالضغط. (السيد، ٢٠٠٦، ص٨٩)

إن الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد ويساعد على تصنيف مهاراته وتوجيه تفكيره للقيام بمواجهة الضغوط التي يتعرض لها واختيار المهارة أو الأسلوب المناسب .

(العزة وعبد الهادي، ١٩٩٩ ، س١٥)

إن الأحاديث الذاتية (الخاصة) الداخلية تؤثر على سلوك الأفراد بالتعرف على إمكانية استخدام التدريب على التعليمات الذاتية مع الأفراد ذوي السلوك العدواني وقد تبين أن الأفراد العدوانيين في الدراسات العلمية قد استخدموا حديثهم الخاص بطريقة مختلفة عما استخدمه الأفراد غير العدوانيين . (سعود، ٢٠٠٢ ، ٣٨).

فالسلك يتأثر بمظاهر متنوعة من الأنشطة الشخصية المبنية على افتراضات متعددة وتشتمل هذه الأنشطة على كل من الاستجابات البدنية وردود الفعل الانفعالية التفاعل الداخلي المتبادل بين الأشخاص ، فالحديث الذاتي الداخلي يعتبر أحد هذه الأنشطة .وهنا يرى ميكنيوم أن حدوث تفاعل بين الحديث الذاتي عند الفرد وبناء ذاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغير سلوك الفرد كما يرى بأن عملية التغير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الامتصاص أي أن يمتص الفرد سلوكاً جديداً بدلاً من السلوك القديم وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إل جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه.

(العزة وعبد الهادي ،مصدر سابق ، ٥١)

إن غريزة الإنسان تدفعه وللأسف إلى التجاوب مع المشاعر السلبية دون أن يدرك أن تفكيره الباطني هو الذي أحدث ردة الفعل في الأساس . فإذا كنت تتعامل مع شخص صعب الإرضاء وفكرت بينك وبين نفسك : (إنه شخص لا يمكن التعامل معه) أو (مهما فعلت فلن يعجبه) فإنك ستشعر حتماً بالنفور ، وسيأتي تجاوبك معه عدائياً .

إن التفكير الإيجابي يجر وراءه مشاعر إيجابية لا تسبب الضغط .

فلماذا لا تفكر على النحو الآتي :-

- ١- التفكير :- غن هذا الإنسان قوي من الناحية التقنية رغم صعوبة مزاجه .
- ٢- الشعور :- عادي محايد .
- ٣- التجاوب :- التركيز على العمل دون تبادل الأحاديث .
- والنتيجة :- لم يكن العمل معه مزعجاً كثيراً .

يؤدي التوجه المبكر للأفكار الأولى إلى تقادي نشوء المشاعر العدائية السلبية . وبالتالي تسهيل القيام بالأعمال اللازمة دون الشعور بالتوتر وتخفيف حدة الوضع القائم . إن اعتبارك أن الحالة مرعبة هو الذي يدفعك إلى التأهب للمواجهة أو الهروب ويثير فيك القلق والتوتر ويضعك تحت الضغط .إذا نظرت نظرة إيجابية إلى حياتك وملك تغير موقفك من نفسك من الضغوطات التي تواجهك . إن محاولة منع سيطرة الأفكار والأحاديث السلبية على مشاعرك وبالتالي تصرفاتك تعطيك القدرة على توجيه مسار حياتك وتمنحك الكثير من الثقة بالنفس .

إن إيمانك بقدرتك على السيطرة على الأحداث يضعك على الطريق السليم الذي يوصلك إلى معرفة معالجة الضغط ، أن نتائج الضغوط والاستجابة لها تلعب دوراً قوياً ومهماً في المرض النفسجسمي لذلك اهتم علماء النفس بالضغوط وانعكاساتها على الحالة الجسمية للإنسان حيث تؤثر الخبرات اليومية المشحونة انفعالياً على حالته الصحية والإحباطات الناتجة عن روتين الحياة والضغوط الاجتماعية تعتبر منبئات جديدة للأمراض الجسمية والنفسية. www.pdfactory.com

إن الأمراض الجسمية تثار وتترسب بسبب العوامل النفسية ومنها التحدث مع الذات بصورته السلبية ، تكون الأعراض المرضية مسببة عن المرض العضوي ، غير أن للضغوط والعامل النفسي كاملة الفضل كنقطة ابتداء لها وهذا ما يحدث في الأمراض النفسجسمية (كمال ، ١٩٨٩ ، ص ٣٩١)

إن ادراك الشخص السلبي للموقف يؤدي إلى ضغوط نفسية وبالتالي إلى انفعال يضعف من مناعة الجسم ومقاومته لتساعد على ظهور الأمراض النفس جسمية مثل السكري والحساسية وضغط الدم والأمراض الهضمية. (النابلسي ١٩٩٩ ، ص ١٤٢)

الخلل في أنماط الحياة الحالية هو الذي يؤدي إلى الضغط وإن الأحداث الحياتية بغض النظر عن كونها مرغوب بها أو غير مرغوب بها لإمكانها إحداث الضغط ، وليس كما كان سائد أن الأحداث المأساوية فقط تؤدي إلى إحداث ضغوط حادة تؤثر على صحة الفرد.

(الأميرة ، ص ٢) .

إن الإطار المرجعي للفرد والذي يتمثل في مفهوم فلسفة حياته والعادات والقيم التي لها دور في التأثير على مقدرته في تحمل الأحداث الحياتية والضغوط النفسية.

(الأميرة ، ٢٠٠٥ ، ص ٢)

إن الكائنات معقدة فريدة منظمة نشيطة واعية لحل المشكلات ويرى ولتر (١٩٧٣) أن الإنسان قادر على الاستفادة من الكم الهائل للخبرات والطاقات المعرفية بوصفه مشيداً نشطاً لعالمه الخاطئ وإن التنبؤ بالسلوك يتطلب فهم الظروف البيئية والشخص الموجود في الموقف (كفاءته، اتجاهاته ، أساليب التنظيم الذاتي) (دافيدوف ١٩٨٣ ، ص ٦٠٦)

ويورد الدراس (١٩٩٩) في دراسته أن العمليات المعرفية للأشخاص تلعب دوراً كبيراً في كيفية تفسير الفرد للضغوط المحيطة به ، لذلك فإن تفسير الأحداث على أنها ضاغطة أو غير ضاغطة تختلف من شخص لآخر. (الأميرة ، ٢٠٠٥ ، ص ٢١)

إذا نظر الفرد للحدث على أساس أنه أمر ضاغط فهذا سيقود إلى الخطوة الأخرى ألا وهي حدوث شحنة انفعالية تتولد لدى الفرد وتوجهه نحو الحدث الذي تم اعتباره أنه ضاغط وبعد أن تحدث هذه الشحنة الانفعالية يفترض أن يترتب عليها آثار فسيولوجية. (الطريبي ، ١٩٩٢) إن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للضغط متأثرة إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدراته على الصمود والمواجهة. (باترسون ، ١٩٩٠ ، ص ١٢١)

إن عملية التعامل تحدث فيها في البداية الإثارة المعرفية للموقف الضاغط ومن ثم تتبع هذه الإثارة بالاستجابات الانفعالية والاستجابات الأخرى المعتمدة على المخزون المعرفي للفرد . (Sutterley, 1981, P.5)
إن استجاباتنا الانفعالية تعتمد على كيفية إدراكنا وتقديرنا للموقف كما أن هناك علاقة متبادلة بين النواحي المعرفية (المتمثلة في المعتقدات والتصورات والنواحي المزاجية) حيث أن الحالة المزاجية للفرد تتأثر بالنواحي والأساليب المعرفية لديه . (Williams, 1997, P2-3)
فأساليب المعرفية لدى الفرد هي الفروقات الفردية في معدلات الإدراك والتذكر والتفكير أو أنها تمثل طرق شائعة من الفهم والتخزين وحسن استثمار المعلومات . (Federico & Landis)
فالتوضيح الذاتي أو التلقين الذاتي المرتبط بموقف الضغط النفسي والقدرة على المواجهة له تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف . (باترسون ، مصدر سابق ، ١٢١)
وأساليب المعرفية هي الجهود المعرفية والحركية التي يبذلها الفرد للحيلولة دون التأثيرات الضارة للأحداث التي تقوم من قبله على أنها ضغوط . (الهنداوي ، ١٩٩٠ ، ٢٧)

العلاقة بين الضغوط النفسية والأعراض النفسجسمية

إن الجهاز المناعي يتصل بالمخ وإن حالات الشعور بالأمل يكون له تأثيرات عقلية مقابلة تعكس الحالة النفسية للإنسان. وتؤثر هذه الحالات بعد ذلك على الجسد ، إن المخ والجهاز المناعي متصلان ببعضهما البعض ليس من خلال الأعصاب بل من خلال الهرمونات وإن الرسائل الكيميائية التي تتساق عبر الدم بحيث يمكن أن تنقل الحالة الانفعالية من أحد أجزاء الجسم إلى جزء آخر. وقد ثبتت أنه عندما يشعر الإنسان بالاكئاب تتغير حالة المخ. إن الهرمونات التي يطلق عليها (Cotechol Amines) حتى يتم استنزافها خلال شعور الإنسان بالتوتر والاكئاب. وعندما تنفذ هرمونات المخ التي تقوم بنقل الذبذبات الكهربائية فإن هذا يزيد من أو يرفع من (مستوى المورفين الداخلي بالمخ ، والجهاز المناعي لديه مستقبلات تهدد الهرمونات وهو ينغلق عند زيادة نشاط الاندروفين . إذا كان مستوى التشاؤم لدى الفرد فيمكن أن يستنزف جهازه المناعي وعلى الأرجح إن هذا التشاؤم يمكنه أن يضعف صحته البدنية. (الفرحاتي ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٢٤)

إن الجهاز العصبي السمبثاوي يعمل على تهيئة الجسم للاستجابة للمواقف الطارئة كالمواقف الانفعالية الحادة في حالتي القلق والخوف والمواقف التي يبذل فيها درجة عالية من النشاط لذلك فهو يلعب دوراً مهماً في الاستجابة للضغوط . (الصحي ، ٦٥ ، ص ٣٤)
يستثير الجهاز اللاودي كمنشط ، بينما يعمل الجهاز الودي كمنشط لحركة وافرازات القناة الهضمية التنشيط عبر تضيق الشرايين الذي يقلل الافرازات ويقتصر الدم اللازم لحركة العضلات الناعمة ، وتشمل وظيفة الجهاز اللاودي بالإضافة الى الحركة وارتخاء عضلات المصبرات وفتحها . (قرشي ١٩٩٨ ص ١٨٥)

وقد لخص كيف (Kempf) الأمر عندما رأى أن أي إشارة خطيرة من الخارج أو الداخل تؤدي إلى انفعال شديد نتيجة استجابات تعويضية لمواجهة الإشارة الخطيرة وتتلخص هذه الاستجابات التعويضية في أن الجهاز العصبي اللاإرادي يستنفر الأعضاء الحشوية المسؤول عليها لاتخاذ ما ينبغي لمواجهة الموقف .
كأن يستنفر زيادة مقدار الجليكوجين والأدرينالين في الدم وارتفاع ضغط الدم وغير ذلك من الاستجابات الحشوية vegetative بحيث يصبح الكائن الحي مهياً لمواجهة الموقف بالنضال أو الهرب . (أبو النيل ، ١٩٩٤ ، ص ٥ .)

على الرغم من وجود جهازين مستقبلين يعملان بشكل أكثر فعالية لتحارب رد الفعل للضغوط وهما جهاز الغدد الصم والجهاز العصبي المركزي ، وتعد الغدة النخامية الأكثر أهمية في جهاز الغدد الصماء التي تفرز المادة التي تنظم إفرازات الغدة الكظرية والتي تتكون غالبيتها من مادة الكورتيزون المضاد للالتهابات ، وهذه الحالة بدورها تزيد كريات الدم البيضاء التي تعد ضرورية لكسب المناعة لدى الإنسان وكذلك تؤثر الهرمونات الكورتيزونية في النسيج الحشوي وذلك لتنشيط الالتهابات كيفما حدثت وهذه الهرمونات تنتقل إلى أنحاء الجسم جميعها عن طريق الدورة الدموية . (Selye, 1985, P70)

إن الغدة النخامية تستجيب للتوتر العاطفي والعصبي بإفراز هرمون إلى مجموعة الدم فالحيوانات التي تتعرض للشدة والتوتر لا تفرز فقط المزيد من الأدرينالين ولكن كميات كبيرة من هرمونات الغدة الكظرية تعكس القدر الذي سببه التوتر . (النايلسي ، ١٩٩١ ، ٢٧٥)

وعندما تنفذ هرمونات المخ التي تقوم بنقل الذبذبات فإن هذا يزيد من أو يرفع من مستوى المورنين الداخلي بالمخ ، والجهاز المناعي لديه مستقبلات تهدد الهرمونات وهو ينغلق عند زيادة نشاط الاندرونين إذا كان مستوى التشاؤم لدى الفرد عالي فيمكن أن يستنزف جهازه المناعي وعلى الأرجح أن هذه التشاؤم يمكن أن يضعف صحته البدنية . (الفرحاتي ، ٢٠٠٥ ص ٢٢٦) ان الأعراض الجسمية التي تحدثها العوامل الانفعالية وتتضمن أحد الأجهزة العضوية التي يتحكم بها الجهاز العصبي المستقل وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة وتكون هذه التغيرات أكثر إصراراً ويطول بقاؤها . (عبدالمعطي ، ١٩٩٢ ، ٢٦١)

إن الانفعال الذي يتعرض له الفرد له تأثير واضح على جسمه كما يصيبه ببعض الاضطرابات النفسجسمية مثل أمراض القلب الناجية ، والتهاب القولون المخاطي (العصبي) ، السكري ، إلخ . (كابلان ، ١٩٨٠ ، ص ١٨٤٩)

يرى كل من (دونالد ليرد واليانور ليرد) أن هذه الاضطرابات هي الجزء الذي يلعبه العقل (النفس) في الوظائف البدني (الجسمية) خاصة العلل الجسمية وعندما تبدأ التوترات الانفعالية في العقل فإنها تؤثر في وظائف البدن بجعل المعدة دائماً متهيجة ، ويكون ذلك بداية للقرحة . وهكذا فإن بعض العمليات الحيوية تتأثر بالانفعالات فارتفاع ضغط الدم وسرعة دقات القلب وحركات الهضم وتدفق العصائر الهاضمة كلها تتأثر بقوة الانفعال وعندما تستمر الانفعالات تنتج تغيرات بدنية هامة . (أبو النيل ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٧) .

الغدة الدرقية لها علاقة قوية بردود الفعل الفسيولوجية والعصبية التي تحدث عند التعرض للضغط ، إن التغيرات التي تحدثها الكاتيكولامينات (إبينيفرينونورإبينيفرين) هي من صميم التغيرات التي تنتج عن الاستثارة التي يحدثها الجهاز العصبي السمبثاوي استجابة به للضغط كما يزداد إفراز ستيرويدات قشرة الأدرينالية أيضاً في حالة التعرض للضغط .

(صحي ، ٧٦ ، ص٣٤٢)

لذلك فالأمراض النفسجسمية تحدث في أجزاء الجسم الخاضعة للجهاز العصبي اللاإرادي كالمعدة والقولون والشرابين وهي لا تخضع للتحكم الإرادي .الايوائية.

(عبد السميع ،امال، ٢٠٠٣ ، ١٣٣)

الجهاز الهضمي يزود السبيل الهضمي الجسم بالماء والكهارل والغديات باستمرار ويتطلب ذلك ١_تحرك الطعام عبر هذا السبيل ٢_إفراز العصارات الهاضمة وهضم الطعام ٣_امتصاص نواتج الهضم والماء ٤_ دوران الدم عبر المعدة والامعاء لنقل المواد الممتصة ٥_تنظيم هذه الوظائف بواسطة الجملتين العصبية والخطية .(تحية ،مصدر سابق،ص٤٣)-

وللجهاز الهضمي في رأي المحللين النفسيين ثلاث وظائف أساسية هي تناول الطعام، الاحتفاظ به، الإخراج وفي رأيهم أن هذه الوظائف تعبر عن ثلاث نزعات انفعالية طفلية هي الرغبة في الأمن والعصيد والرغبة في غيظ الوالدين بالاحتفاظ بالبراز (الإمساك) والرغبة في العطاء للحصول على التعصيد والإسهال ويعتمد الرضيع والطفل على الأم للحصول على الأمن والتعصيد. غير أن البالغ الذي يسعى الى الاستقلال والقوة ويرغب حين تواجهه الشدائد (لا شعورياً) في الأمن الذي يحتاجه الطفل والحب والتقدير والرعاية، ولما كان من الصعب عليه أن يعترف شعورياً بمثل هذه الرغبات فإنه يقوم بعمليات تعويضية مناقضة فيها زيادة وهنا تقوم المعدة بوظيفة مضاعفة. إذ تستخدم للحصول على الحب بالإضافة الى وظيفتها العضوية كجهاز للهضم. يؤدي هنا الى زيادة نشاطها وزيادة إفراز العصارة المعوية التي لا تحتملها جدرانها فتتساقط القروح. ويقسم الكسندر (١٩٤٤) أصحاب اضطرابات الجهاز الهضمي تبعاً للوظائف السابقة الى أنماط ثلاث هي النمط المعدي، ونمط الإسهال، ونمط الإمساك، ففي نمط المعدة حيث تكون الإصابة في العادة بقرحة الأثني عشر وعصاب المعدة وتكون رغبات التناول والأخذ قوية ويحاربها المريض بقوة لأنها تتصل بصراع حاد في شكل شعور وإحساس بالنقص مما يؤدي الى إنكار هذه الرغبات وتتلخص الديناميكية في هذا القول " أنا لا أريد الأخذ أو التناول أنا نشط وكفاء ولا توجد لدى مثل هذه الرغبات ."

أما نمط الإسهال ويسمى أيضاً بالنمط القولوني فتتلخص دينامكيته فيما يلي:

من حقي أن أأخذ وأن أطلب لأني أعطي من ناحيتي بما فيه الكفاية أنا لا أريد أن أحس بالنقص أو بالذنب من أجل رغباتي في الأخذ لأني أعطي شيئاً بدلاً مما أخذ. وفي نمط الإمساك الديناميكية كما يلي :

(أنا أخذ شيئاً وبالتالي فلست مرغماً على العطاء).

لهذا تبين كثير من الدراسات أن الأفراد الذين يتميزون بحدة النشاط أو الطموح والذين يرغبون في تحمل المسؤولية ويبدلون الجهد كثيراً ما يقعون فريسة مرض القرحة في المعدة أو في الأثني عشر. فالسمات التي تتميز بها هذه الشخصيات تمثل تعويضاً زائداً لتغطية النزعة نحو الاعتماد والأخذ التي تزداد حدة كلما زادت معارضتها وعدم السماح لها بالتغير بطريقة سوية.

أما النمط القولوني - فيبدأ أما أن هناك رغبة طفيلية للإنتاج مع وجود نزعة للمصالحة أو دافع سادي شرعي يستخدم فيه البراز كسلاح للدعوان وفي هذا النمط يتم التعبير عن نزعات الإنتاج أو المصالحة أو الهجوم عن طريق الجهاز الإرادي ولأن الوظائف الإخراجية لها دلالة رمزية من ناحية العطاء والهجوم فإنها تحل محل العطاء الحقيقي للآخرين أو مهاجمتهم.

❖ هذا ويتوجب الإشارة الى أنه من الممكن أن تتداخل الأنماط وتبدو

أعراضها في الفرد الواحد. فمن يصابون بأمراض المعدة يصابون أحياناً بالإمساك.

ويرى المحللون النفسيون أن الجهاز الهضمي تبعاً لوظائفه الثلاث الأساسية يناسب التعبير عنها تعبيراً عن النزعات البدائية الثلاثة (الأخذ، والحفظ، والعطاء).

(فرون، ١٩٩١، ص ٢٢٧-٢٥٠)

يعتبر الجهاز الهضمي من أكثر أجهزة الجسم التي تتضح فيها الأعراض السيكوسوماتية، والتي ترتبط بمدى الإشباع الذي حصل عليه الفرد في مراحل الطفولة وخاصة المرحلة الفمية وما يرتبط بها من مشاعر الحب أو الأمان والثقة من خلال علاقة الطفل بأمه خلال عملية الإطعام، تلك المرحلة التي أسماها أريكسون Erikson مرحلة الثقة مقابل اللاتقة والشك، والتي تعتمد على تحقيق الأم من إشباعها لطفلها مع وجودها الثابت والمتكرر الذي يعطيه الإحساس بالثقة الأساسية والأمان..
فسلجة الجهاز الهضمي

تنقسم القناة الهضمية الى اجزاء وظيفية بواسطة المصبرات التي تحافظ على توازن السكون اكثر من الاجزاء المجاورة لها تفصل المصرة المريئية العليا البلعوم الفموي والسبيل التنفسي عن المريء وتحمي المصرة السفلى للمريء من الفعل الحامضي للعصارة المعدية هاتان المصرتان تفصلان جسم المريء في حالات السكون عن البلعوم والممرات الهوائية من اعلى وعن البلعوم من اسفل وكتاهما ترتخي عند البلع وتتغلق عند مرور البلعة (bolus).

(العيشي، ٢٠٠١، ص ١٥٦)

يستخدم الفم والبلعوم كمدخل لكلا السبيلين الهضمي والتنفسي، النسيج العضلي للبلعوم نسيج مخطط تعصبه الاعصاب القحفية وينظم نشاطاته المعقدة مراكز موجودة في جذع الدماغ (النخاع المستطيل) مثل مركز البلع

مركز التقيؤ المريء هو المجرى الذي يصل البلعوم بالمعدة وهو يمتد في الصدر في المنصف الخلفي ويتركه خلال الفرجة المريئية للحجاب الحاجز ليفتح في المعدة في البطن . (تحية ،مصدر سابق،ص ١٤١)
تفصل المعدة عن الاثني عشري بواسطة المصرة البوابية التي ترتخي عندما تزحف موجة التمعج على المعدة ولكنها تسمح في كل مرة بمرور كمية صغيرة من محتويات المعدة الى الاثني عشر ،يمنع البواب ايضا ارتداد الصفراء الى المعدة ،تفصل مصرة اودي القنوات الصفراوية والبنكرياسية عن الاثني عشر وتمنع ارتداد محتوياته الى هذه الغدد اكنها ترتخي استجابة لهرمون (كوليستوكينينبانكريوزيمين) الذي الذي يتسبب في انقباض المرارة وتفريغ الصفراء في الاثني عشر تفصل المصرة الاعورية الامعاء الدقيقة عن القولون وتمنع ارتداد محتويات القولون الى الامعاء الدقيقة وهذه وظيفة هامة لان تلوث الامعاء الدقيقة بالبكتريا القولونية يتعارض مع وظيفتها الامتصاصية وفي النهاية تعمل المصرة الشرجية على التحكم بالبراز . (العيشي ،مصدر سابق، ١٥٧ص)

يعتبر الغذاء لاستمرار الحياة فهو يتحول خلال عمليات الايض الى حرارة وطاقة ويمد الجسم بالمواد الغذائية اللازمة للنمو واصلاح الانسجة النالفة ،ولكن قبل ان تتمكن الخلايا من استخدام الغذاء فانه يجب ان يتحول الى شكل ملائم للامتصاص ليندمج مع الدم وتسمى هذه العملية بالهضم. (بريك وداود ٢٠٠٨ ،ص٩٣)

يبدأ اعداد الطعام وعملية الهضم في الفم حيث تقطع الأسنان الطعام وتطحنه وتحوله إلى قطع صغيرة يكون تكسيرها أثناء الهضم أسهل من القطع الكبيرة لذلك فالمضغ التام مهم أثناء مضغ الطعام تصب ثلاثة أزواج من الغدد اللعابية الكبيرة لللعاب داخل الفم واللغاب يلين الطعام ويجعله أسهل في البلع ويحتوي اللعاب أيضا على أول الإنزيمات الهضمية للجهاز وتحول الإنزيمات الهضمية الغذاء إلى مواد كيميائية يستطيع الجسم استخدامها. www.tartoos.com

ولاعداد الطعام للامتصاص يتكسر طبيعيا بالمضغ يبدأ تحلل النشا بواسطة اميليز اللعاب الذي يستمر عمله لحين تلمس الغذاء في المعدة وبعد ترطيب الطعام في الفم يتحول الى كتلة مستديرة ناعمة وتنتقل هذه الكتلة الى المرئ بمساعدة التقلصات اللارادية والحركات العضلية التي تتحرك باتجاه واحد نحو المعدة ،وفي المعدة يتم عملية الاستحلاب بواسطة فعل الموجات التمعجية المعدية بالاضافة الى افراز حمض الهيدوكلوريك وانزيم البيسين المجئ للبروتين الذي يبدأ هضم البروتينات واعدادها للامتصاص . وتفرز ايضا حامض الكلورودريك لمتابعة عملية الهضم ،ان الافرازات المعدية يتم ضبطها من قبل العصب العاشر المبهم فمنظر الطعام اوحتى التفكير به يؤدي الى بدء افراز الانزيمات المعدية. (العيشي،مصدر سابق، ١٥٧)

وبعد أن يبلع الطعام يدخل المريء والمريء أنبوب طويل عضلي موصل إلى المعدة ويحرك انقباض العضلات الملساء الطعام إلى أسفل المريء والى داخل المعدة والمعدة أوسع جزء في القناة الهضمية وتعد مستودعا يبقى الطعام فيه لعدة ساعات وتنتج المعدة أثناء ذلك الوقت الحمض والإنزيم اللذين يزيدان من هضم الطعام وتخلط انقباضات العضلات الطعام المهضوم جزئيا وتحوله إلى سائل سميك. (www.tartoos.com)

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

كما يلعب الكبد دورا مهما حيويًا في عمليات الأيض لإفرازه عصارة الصفراء على تحطيم الدهون، ومعظم المواد التي تستخدم في أيض المواد الغذائية القابلة للذوبان في الماء ويمكن نقلها بسهولة عن طريق الدم (الصحي، مصدر سابق، ٦٣).

وظيفة الأمعاء الدقيقة تشمل الامتصاص ففي الحالة السوية العادية للإنسان يشتمل الامتصاص على عدة مئات الغرامات من السكريات و ١٠٠ غم أو أكثر من الشحوم ١٠٠-٥٠ غم من الحموض الشحمية و ١٠٠-٥٠ غم من الشوارد، إلا أن السعة الامتصاصية للأمعاء الدقيقة تزيد على ذلك كثيرا . (تحية ، ص ٤٤٩-٤٥٠)

وعندما ينتقل الطعام من المعدة إلى الاثني عشر (Duodenum) يبدأ البنكرياس بالمشاركة في عملية الهضم زوتحتوي العصارة البنكرياسية التي تفرز في الاثني عشر أنواعا عديدة عديدة من الإنزيمات التي تعمل على تحطيم البروتينات والكربوهيدرات والدهون . يحدث امتصاص الطعام بشكل رئيسي في الأمعاء الدقيقة التي تنتج إنزيمات تكمل تحطيم البروتينات إلى أحماض أمينية ويتم التحكم بحركة الأمعاء الدقيقة عن طريق الجهازين العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي فالنشاطات الباراسمبثاوية تزيد من سرعة أيض المواد الغذائية في حين أن نشاطات الجهاز السمبثاوي تبطئ عمليات الأيض . ويمر الطعام بعد ذلك في الأمعاء الغليظة التي تعمل على تخزين فضلات الطعام المتجمعة وتساعد في إعادة امتصاص الماء ، أن دخول الغائط إلى المستقيم يستدعي الحاجة إلى طرد الفضلات الصلبة من الجسم (مصدر سابق، ٦٣-٦٥).

الاثني عشر هو الجزء الأول من الأمعاء الدقيقة (Chyme) ويستقبل كيموس المعدة ، يمر الكيموس من المعدة إلى الأمعاء الدقيقة بمعدل منتظم وتكمل إنزيمات هضمية متنوعة هضم الطعام داخل القطاع الأول من الأمعاء الدقيقة وتفرز الأمعاء الدقيقة بعض هذه الإنزيمات وينتج البنكرياس بقيتها وتدخل الأنزيمات البنكرياسية إلى داخل الأمعاء الدقيقة عن طريق قناة (أنبوب) والصفراء وهي سائل يعد في الكبد ويخزن في المرارة، يدخل الأمعاء الدقيقة عن طريق قناة. ولا تحتوي الصفراء على إنزيمات ولكنها تساعد على الهضم بتفتيت الجزيئات الكبيرة من الأغذية الدهنية. وعندما يترك الطعام القطاع الأول من الأمعاء الدقيقة يكون قد هضم تماما وتبطن خلايا خاصة جدر بقية الأمعاء الدقيقة وتمتص هذه الخلايا المواد المفيدة من الغذاء المهضوم وتدخل المواد الممتصة الدم وبعض هذه المواد تحمل مباشرة إلى الخلايا في أنحاء الجسم وتنقل البقية إلى الكبد ويخزن الكبد بعض هذه المواد ويطلقها حسب حاجة الجسم ويعدل المواد الأخرى كيميائيا ويغيرها إلى أشكال يحتاجها الجسم.

وتمر المواد التي لا تمتصها الأمعاء الدقيقة إلى الأمعاء الغليظة وتتكون هذه المواد من الماء والمعادن والفضلات وتمتص الأمعاء الغليظة معظم الماء والمعادن التي تدخل مجرى الدم حينئذ وتتحرك الفضلات إلى أسفل في اتجاه المستقيم أي نهاية الأمعاء الغليظة وتترك الجسم على هيئة براز (www.tartoos.com)

الفصل الثالث:

الجهاز الهضمي :

تنقسم القناة الهضمية الى اجزاء وظيفية بواسطة المصبرات التي تحافظ على تواتر السكون اكثر من الاجزاء المجاورة لها ،تفصل المصرة المريئية العليا البلعوم الفموي ا لتنفسي عن المرئ وتحمي المصرة السفلي للمرئ من الفعل الحامضي للعصارة المعدية ،هاتان المصرتان تفصلان جسم المرئ في حالات السكون عن البلعوم والممرات الهوائية من اعلى وعن المعدة من اسفل وكلتاها ترتخي عند البلع وتتعلق بعد مرور البلعة .bolus

(العيشي ص١٥٦، التمريض)

الجهاز الهضمي من أكثر الأجهزة التي تتعرض للأمراض المختلفة والأمعاء الدقيقة والغليظة جزء من هذا الجهاز الحساس والدقيق، ويوجد في الأمعاء ما يقارب 100,000,000 مستقبلات عصبية تبطن جدران الأمعاء من الداخل، وهذا العدد من المستقبلات العصبية هو نفس العدد الموجود في الدماغ لذلك يطلق أحياناً على الجهاز الهضمي بأنه "الدماغ الثاني". وجود هذه العدد الكبير من المستقبلات العصبية ليس عبثاً فالأمعاء تحتاج لهذا الجهاز العصبي لكي تقوم بعملها على أكمل وجه، فالغذاء وهو في الأمعاء يحدث له العديد من التفاعلات والحركة التي يمر بها وينتقل خلال الأمعاء ليست حركة عشوائية أو عادية، وعند حدوث خلل في الجهاز العصبي للأمعاء تحدث المشاكل عندها..

ويتألف الجهاز الهضمي من أنبوب مرن يبدأ بالفم فالمعدة فالعفج فالأمعاء الدقيقة (بأقسامها الثلاثة) فالأمعاء الغليظة ينتهي بفتحة الشرج وتصب في هذا الجهاز غدتان أساسيتان هي الكبد (البنكرياس). (١٣ : ٥٨٤) تعلم أن: * عدد الأسنان ٣٢ * طول المرئ ٢٥ سم * طول القناة الهضمية ٨-٩ أمتار

١ . الفم

٢ . البلعوم

٣ . المرئ

٤ . المعدة

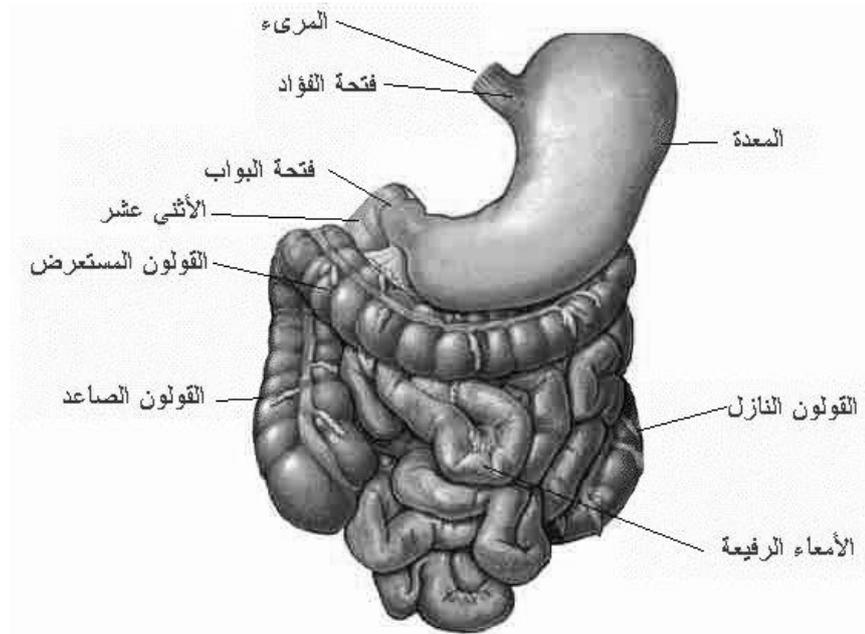
٥ . الأمعاء الدقيقة

اللسان

Tongue

عضو عضلي مغطى بغشاء مخاطي يشارك في عملية المضغ والبلع والتذوق والكلام. يتألف اللسان من ١٧ عضلة، ترتبط ببعضها بواسطة نسيج ضام. وفي اللسان أكثر من ٩٠٠٠ خلية للذوق تحتوي كل واحدة منها على عدد كبير من البراعم وهذه البراعم هي المريء هو أنبوب عضلي يقع في الجزء العلوي من الجهاز الهضمي، ويمتد ليصل إلى فتحة الفؤاد المعديّة. ويمكن أن تلاحظ له ثلاثة أقسام، قسم يقع في الرقبة، وقسم في الصدر وقسم ثالث في داخل البطن، حيث يمر عبر فتحة موجودة في الحجاب الحاجب تسمى (فتحة المريء).

(٢)



شكل

عبارة عن عضو عضلي أجوف كمثري الشكل يصل بين المريء والعفج يبلغ طولها ٢٥ سم وعرضها ١٢ سم، يتألف جدارها من ٣ طبقات عضلية، لها نهايتان، نهاية علوية ونهاية سفلية ولها سطحان، أمامي وخلفي.

للمعدة ثلاثة أنواع من الغدد:

أ . غدد تفرز الخمائر الهاضمة، كالبيسين ووالريتينوالليباز .

ب . غدد تفرز حامض كلور الماء .

ج . غدد تفرز المواد المخاطية التي تقوم بحماية المعدة من العصارات الحامضية.

تنتبث المعدة عند طرفيها عند الاتصال المريئي المعدي الاثني عشري يوجد جزءها الادنى او قاعها (fundus) في اعلى المربع العلوي الايسر تحت الحجاب يمتد منه جسمها الى الامام واليمين حيث يكون غار

المعدة الذي يعبر العمود الفقري امام البنكرياس ليتصل بالاثنا عشري الموجود خلف الصفاق)

(peritoneum). (العيشي، ٢٠٠١، ص١٥٦)

تفصل المعدة عن الاثني عشر بواسطة المصرة البوابية التي ترتخي عندما تزحف موجة التمعج على المعدة ولكنها تسمح في كل مرة بمرور كمية صغيرة من محتويات المعدة الى الاثني عشر ، يمنع البواب ايضا ارتداد الصفراء الى المعدة فاملاح الصفراء مؤذية للغشاء المبطن للمعدة ، تفصل مصرو اودي القنوات الصفراوية والبنكرياسية عن الاثنا عشر وتمنع ارتداد محتوياته الى هذه الغدد لكنها ترتخي استجابة لهرمون (كوليسيستوكينينبانكريوزيمين) الذي يتسبب في انقباض المرارة وتفرغ الصفراء في الاثني عشر ، تفصل المصرة الاعوربة الامعاء الدقيقة عن القولون وتمنع ارتداد محتويات القولون الى الامعاء الدقيقة ، وهذه وظيفة هامة لان تلوث الامعاء الدقيقة بالبكتريا القولونية يتعارض مع وظيفتها الامتصاصية ، في النهاية تعمل المصرة على التحكم في عملية التبرز . (العيشي، مدر سابق، ص١٥٧)

الوظيفة الاساسية والاولية للجهاز الهضمي هي هضم الغذاء وامتصاص السوائل والمواد الغذائية من خلال افرازات وحركة المعدة والامعاء على تجهيز الغذاء لعملية الامتصاص .

(تحية ص١٥٦)

يعتبر اعداد الغذاء ضروريا لاستمرار الحياة ، فهو يتحول خلال عمليات الايض الى حرارة وطاقة ، ويمد الجسم بالمواد الغذائية اللازمة للنمو واصلاح الانسجة التالفة ، ولكن قبل ان تتمكن الخلايا من استخدام الغذاء فانه يجب ان يتحول الى شكل ملائم قابل للامتصاص ليندمج مع الدم ، وتسمى هذه العملية التحول هذه الهضم

(Digestion). (صحي ص٩٣)

يستخدم الفم والبلعوم كمدخل لكلا السبيلين الهضمي والتنفسي النسيج العضلي للبلعوم نسيج مخطط تعصبه الاعصاب القحفية وينظم نشاطاته المعقدة مراكز موجودة في جذع الدماغ (النخاع المستطيل) مثل مركز البلع

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

ومركز التقوي ثم يأتي المرئ وهو المجرى الذي يصل البلعوم بالمعدة وهو يمتد في الصدر في المنصف الخلفي ويتركه خلال الفرجة المرئية للحجاب ليفتح في المعدة في البطن (تحية ص ١٤١).

يبدأ الهضم في الفم حيث تقطع الأسنان الطعام وتطحنه وتحوله إلى قطع صغيرة يكون تكسيرها أثناء الهضم أسهل من القطع الكبيرة لذلك فالمضغ التام مهم وأثناء مضغ الطعام تصب ثلاثة أزواج من الغدد اللعابية الكبيرة اللعاب داخل الفم واللعاب يلين الطعام ويجعله أسهل في البلع ويحتوي اللعاب أيضا على أول الإنزيمات الهضمية للجهاز وتحول الإنزيمات الهضمية الغذاء إلى مواد كيميائية يستطيع الجسم استخدامها.

يبدأ اعداد الطعام للامتصاص في الفم حيث يتكسر طبيعيا بالمضغ ويبدأتحلل النشا بواسطة اميليز اللعاب الذي يستمر عمله لحين تجمض الغذاء في المعدة .(العيشي ١٥٧)

ويعد أن يبلع الطعام يدخل المريء والمريء أنبوب طويل عضلي موصل إلى المعدة ويحرك انقباض العضلات الملساء الطعام إلى أسفل المريء وإلى داخل المعدة والمعدة أوسع جزء في القناة الهضمية وتعد مستودعا يبقي الطعام فيه لعدة ساعات وتنتج المعدة أثناء ذلك الوقت الحمض والإنزيم اللذين يزيدان من هضم الطعام وتخلط انقباضات العضلات الطعام المهضوم جزئيا وتحوله إلى سائل سميك.

بعد ترطيب الطعام يتحول الطعام إلى كتلة مستديرة ناعمة تسمى اللقمة وتنتقل هذه اللقمة إلى المريء بمساعدة التقلصات اللارادية والحركات العضلية التي تتحرك باتجاه واحد نحو المعدة .

(الصحي ،مصدر سابق ،ص٩٣)

وفي المعدة تستمر عملية الاستحلاب بواسطة فعل الموجات التمعجية المعدية بالإضافة إلى ذلك تفرز المعدة حمض الهيدروكلوريك وإنزيم الببسين الجزئي للبروتين الذي يبدأهضم البروتينات واعدادها للامتصاص .(العيشي،مصدر سابق، ١٥٧)

وتفرز أيضا حامض الكلورودريك لمتابعة عملية الهضم ،ان الافرازات المعدية يتم ضبطها من قبل العصب العاشر المبهم فمنظر الطعام او حتى التفكير به يؤدي الى بدء افراز الانزيمات المعدية(صحي ،مدر سابق ،ص٦٣)

تتكامل حركة المعدة والبواب والاثنى عشر بحيث ترفي كل دفعة كمية صغيرة من الكيموس المعدي . (العيشي،مصدر سابق، ١٥٧ص)

يمر الكيموس من المعدة إلى الأمعاء الدقيقة بمعدل منظم وتكمل إنزيمات هضمية متنوعة هضم الطعام داخل القطاع الأول من الأمعاء الدقيقة وتفرز الأمعاء الدقيقة بعض هذه الأنزيمات وينتج البنكرياس بقيتها وتدخل الأنزيمات البنكرياسية إلى داخل الأمعاء الدقيقة عن طريق قناة (أنبوب) والصفراء وهي سائل يعد في الكبد ويخزن في المرارة، يدخل الأمعاء الدقيقة عن طريق قناة. ولا تحتوي الصفراء على إنزيمات ولكنها تساعد على الهضم بتفتيت الجزيئات الكبيرة من الأغذية الدهنية. وعندما يترك الطعام القطاع الأول من الأمعاء الدقيقة يكون قد هضم تماما وتبطن خلايا خاصة جدر بقية الأمعاء الدقيقة وتمتص هذه الخلايا المواد المفيدة من الغذاء المهضوم وتدخل المواد الممتصة الدم وبعض هذه المواد تحمل مباشرة إلى الخلايا في أنحاء الجسم وتنتقل البقية

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

إلى الكبد ويخزن الكبد بعض هذه المواد ويطلقها حسب حاجة الجسم ويعدل المواد الأخرى كيميائياً ويغيرها إلى أشكال يحتاجها الجسم.

الهضم، وتحوي العصارة البنكرياسية التي تفرز في الاثني عشر انواعا عديدة من الانزيمات التي تعمل على تحطيم الكربوهيدرات والدهون ،كما ان البنكرياس يقوم بوظيفه مهمه وهي افراز هرمون الانسولين (Insulin) الذي يسهل عبور الكلوكوز

الى انسجة الجسم . ويتم امتصاص الطعام بشكل رئيسي في الامعاء الدقيقة التي تنتج انزيمات تكمل تحطيم البروتينات الى احماض امينية ويتم التحكم بحركة الامعاء عن طريق الجهازين العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي فالنشاطات الباراسمبثاوية تزيد من سرعة ايض المواد الغذائية في حين ان نشاطات الجهاز السمبثاوي تبطئ عمليات الايض ويمر الطعام بعد ذلك في الامعاء الغليظة (الصحي ص٦٣).

يمر نحو ١٥٠٠مل من الكيموس عبر الدسام اللفائفي الاعوري الى المعي الغليظ يوميا ويمتص معظم الماء والسوائل الموجودة في الكيموس لايبقى سوى ٥٠. ٢٠٠مل من السائل في الغائط، وتمتلك مخاطية الامعاء الغليظة مثل الامعاء الدقيقة قدرة فائقة على الامتصاص الفاعل للصوديوم كما انه مثل انه مثل الجزء القاصي من الامعاء الدقيقة تفرز مخاطية الامعاء الغليظة بشكل فاعل شوارد البيكربونات، في حين يمتص في الوقت نفسه كمية صغيرة من شوارد الكلور، يخلق امتصاص شوارد الصوديوم والكلور مدروجانتا ضحيا عبر مخاطية الامعاء الغليظة والذي يؤدي بدوره الى امتصاص الماء. (تحية ص٤٩٤)

والصوديوم والبوتاسيوم ضروريان لعمل الجهاز العصبي والتقلص العضلي، كذلك يؤلف الكالسيوم الجزء الاعظم من العظام. (صالح وعشير ١٩٨٢ ص٣١١ استرخاء حلة

وتساعد الامعاء الغليظة في اعادة امتصاص الماء، ان دخول الغائط الى المستقيم يستدعي ظهور الحاجة الى الامعاء الغليظة التبرز او الى طرد الفضلات الصلبة من الجسم عبر الشرج

(الصحي _٦٤).

وتمر المواد التي لا تمتصها الأمعاء الدقيقة إلى الأمعاء الغليظة وتتكون هذه المواد من الماء والمعادن والفضلات وتمتص الأمعاء الغليظة معظم الماء والمعادن التي تدخل مجرى الدم حينئذ وتتحرك الفضلات إلى أسفل في اتجاه المستقيم أي نهاية الأمعاء الغليظة وتترك الجسم على هيئة براز.

يمكن ان تدخل الغازات السبيل الهضمي من مصادر ثلاثة مختلفة :

١الهواء المبتلع .

٢الغازات المتشكلة بفعل الجراثيم .

٣الغازات التي تنتشر من الدم الى السبيل الهضمي .

وتتكون معظم الغازات من الاوزون والاكسجين الموجودين في الهواء المبتلع ،اما في الامعاء الغليظة فيأتي القدر الاكبر من الغازات نتيجة الفعل الجرثومي وهي تضم بصورة خاصة ثاني اوكسيد الكربون والميثان والهيدروجين .وهناك اطعمة خاصة معروفة باحداث كميات كبيرة من الغازات ومن هذه الاطعمة (الفاصوليا

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

،الملفوف ،البصل ،القرنبيط) وتعمل هذه الاطعمة كوسط مناسب لنمو الجراثيم المشكّلة للغازات لاسيما انماط السكريات غير الممتصة والقابلة للتخمر (فالفاصوليا تحوي مثلاً سكرًا غير قابل للهضم يمر الى القولون ليشكل غذاءً مثاليًا للجراثيم القولونية) وقد يضر فرط الغازات نتيجة تهيج الامعاء الغليظة. (تحية ١٥٠)

الامساك :

ويقصد بالامساك بطء حركة البراز عبر الامعاء الغليظة وغالبا ما يترافق مع وجود كميات كبيرة من الغائط الجاف والقاسي في القولون النازل نتيجة طول مدة تعرضه لامتناس السوائل منه .

الاسهال :

ويقصد به زيادة في حجم البراز او عدد مرات التغوط او في ميوعة البراز حيث ان أي حديثة تزيد من تواتر التغوط وان سرعة حركات اقولون تؤدي الى سرعة مرور الطعام في القولون مما يؤدي الى عدم امتصاص الماء والسوائل بصورة جيدة مما يجعله اكثر ميوعة ولان امتصاص الماء مسؤول عن القوام السوي للبراز (تحية مصدر سابق، ٥٠٥)

من أبرز أعضاء الجهاز الهضمي نشير الى الأمعاء.

الأمعاء :

هي قناة طويلة، مكون جدارها من الطبقات الثلاث التي تتكون منها المعدة غير أن عدد الغدد في جلدتها المخاطي يفوق بكثير مثيله في الغشاء المخاطي للمعدة والأمعاء تبتدئ عند البواب وتنتهي في الشرج، وتنقسم بحسب حجمها ووظيفتها في الهضم الى قسمين أمعاء دقيقة وأمعاء غليظة.

أولاً : الأمعاء الدقيقة الأمعاء الدقيقة

The small intestine

هي عبارة عن قناة ملتوية تمتد من فتحة البواب إلى الأمعاء الغليظة عند الفتحة للفائفية الأوربية.

تتألف الأمعاء الدقيقة من ثلاثة أجزاء:

أولاً: الإثني عشر:

أول جزء من الأمعاء الدقيقة يبلغ طوله ٢٥ سم وهو أقصر وأوسع أجزائها يمتد الإثني عشر من البواب إلى إنالعوحةالعفجية الصائمة وتفتح في منتصفه القناة الصفراوية وقناة البنكرياس بفتحة مشتركة. وهو بدوره يتألف من أربعة أجزاء.

ثانياً: المعى الصائم:

يمتد المعى بين الإثني عشر والأمعاء الغليظة، وهي بطول ٧ متر تقريباً.

ثالثاً: الصائم :

يشكل القسمين العلويين من الأمعاء بينما يؤلف للفائفية الأجزاء الباقية من الأمعاء.

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

ويبلغ طولها عند الإنسان من (٤ - ٥) أمتار وهي تسير منذ اتصالها بالمعدة نحو اليمين والأعلى، ثم تتحني بشكل قوس لتعود فتقرب من المعدة وتظهر تحت منتصفها وهذا القسم من الأمعاء يسمى بـ(الاثني عشري) لأن طوله يعادل عرض (١٢) أصبعاً من أصابع اليد، ووظيفة الأمعاء الدقيقة تشمل الامتصاص ففي الحالات السوية العادية يشتمل الامتصاص على عدة مئات الغرامات من السكريات و ١٠٠ غم وأكثر من الشحوم و ٥٠-١٠٠ غم من الحموض الشحمية و ٥٠-١٠٠ غم من الشوارد الا ان السعة الامتصاصية للأمعاء الدقيقة السوية تزيد على ذلك كثيرا . (تحية ص ٤٨٩ _ ٤٥٠).

ثم تمتد الأمعاء الدقيقة بعد الاثني عشري وتتعرج وتلتوي داخل تجويف البطن التواءات عديدة ناجمة عن التصاق الرباط الذي يربطها بالعمود الفقاري، وتنتهي الأمعاء الدقيقة عند نهايتها السفلى بالجانب الأيمن من الحوض الكبير وتفتح على الأمعاء الغليظة الى الأمعاء الدقيقة بعد خروجها من هذا الصمام ويسمى القسم الأول من الأمعاء الدقيقة (بالفائقي) والثاني (بالصائم). وظيفتي اللفائفي هو امتصاص خاصتان هما الأولى امتصاص فيتامين (ب١٢) الذي يعتمد امتصاصه على اتحاده بعامل داخلي يفرز في المعدة .والثانية امتصاص احماض الصفراء التي تحمل ثانية الى الكبد بواسطة الدم البابي لتفرز في الصفراء وتخزن في المرارة لحين الوجبة التالية .(العيشي ١٥٧)

ثانياً : الأمعاء الغليظة

Large intestine

قناة عضلية يبلغ طولها ١,٥ متراً. تقع في جوف البطن وتتألف من عدة أقسام:
أولاً: الأعرور Caecum: هو القسم الأول من الأمعاء الغليظة يبلغ طوله ٦ سم تقريباً. يتصل بالفائفي من الأعلى. وتفتح في مؤخرته الزائدة الدودية.
ثانياً: الزائدة الدودية Vermiform appendix : قناة تمتد من مؤخرة الأعرور يتراوح طولها بين ٨ و ٩ سم، وهي تتحرك بحركة الأعرور ولا تتخذ موضعاً ثابتاً غير أنها غالباً ما تنموضع أسفل الأعرور .
ثالثاً: القولون الصاعد Ascending colon: يتراوح طوله بين ٨ و ١٥ سم ويمتد بين الأعرور والقولون.
رابعاً: القولون المستعرض Transverse colon: وهو أطول أجزاء القولون حيث يبلغ طول ٥٠ سم تقريباً.
خامساً: القولون النازل Descending colon: يبلغ طوله ٢٥ سم تقريباً وهو يمتد من الطحال حتى حافة الحوض ليؤلف القولون الحوضي.
سادساً: القولون الحوضي Pelvic colon: يمتد من القولون النازل حتى المستقيم. يبلغ طوله ٤٠ سم.
سابعاً: المستقيم Rectum: آخر قسم في الأمعاء الغليظة يمتد من القولون الحوضي وينتهي بقناة الشرج ويبلغ طوله ١٢ سم تقريباً.
ثامناً: القناة الشرجية Anal canal: يبلغ طولها ٣ سم وهي عبارة عن قناة عضلية تتجه إلى أسفل وتنتهي بفتحة الشرج.

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

يبلغ طولها حوالي ٤ قدم، تمتد من وصلة المصران الأعور الى الشرج، وهذا العضو ينقسم الى المصران الأعور وزائدته، القولون الصاعد، القولون المستعرض، القولون النازل، القولون الأسي (الذي يشبه حرب S أو C) والمستقيم والشرج بعضلاته القابضة العاصرة الخارجية الداخلية. (٨١٦ : ١٢٧)

مكونات الأمعاء الغليظة تتكون من :

❖ الأعرور Cecum :في الربع السفلي الايمن من البطن يفتح اللفائفي في الجانب الانسي للاعور الذي يعتبر بداية القولون توجد الزائدة وهي تركيب اثاري (vestigial) في الانسان عند الجزء المسدود السفلي للاعور هو القسم الأول من الأمعاء الغليظة، تقع تحت مستوى الموصل للفايفي يبلغ طوله ٦ سم وغالباً ما يكون ممتلئاً بالغازات. تحية ص ٤٥٥٢؟

❖ الزائدة الدودية Vermiform eppndix : تعرف عند العامة بالمصران الأعور لأن نهايتها البعيدة مسدودة. وهي عضو يحتوي على كمية كبيرة من النسيج اللمعي، ويتراوح طوله من ٨ - ١٣ سم تقع الزائدة الدودية في منطقة الحرقفية اليمنى، ويختلف توضعها بالنسبة للأعور، لكنها غالباً ما تقع في القسم الخلفي منه، تحت مستوى الوصل للفايفي - القولوني بمسافة (٢,٥) سم.

❖ القولون الصاعد Ascending Colon : يبلغ طوله ١٣ سم، يمتد من منطقة الأعور يمر القسم الصاعد الى الاعلى والى اليمين من التجويف البطني والى السطح الامامي من القولون المستعرض ويعرف هذا الالتواء بالثبئة الكبدية (hepaticflexure) ويشمل القولون الصاعد جميع مناطق البطن اليمنى (الحرقفية - القطنية - جزء من منطقة المراقبة اليمنى). (صالح وعشير ١٩٨٢، ص ٢٨١)

❖ القولون المستعرض Transverse Colon : يبلغ طوله ٣٨ سم يمتد من الانتشاء الطحالي الذي يبدأ عنده القولون النازل اويسير بشكل صاعد قليلاً بحيث تقع الزاوية القولونية اليسرى في مستوى أعلى من مستوى اليمنى. (تحية)

❖ القولون النازل Descending Colon : يبلغ طوله ٢٥ سم يمتد من الزاوية القولونية اليسرى حتى مدخل الحوض ثم يلتوي نحو الاعلى قبل ان يتصل بالقسم الاخير المسمى بالمستقيم . (صالح وعشير ١٩٨٢ ص ١٩٩)

- ❖ القولون السيني (الحوض) Sigmoid Colon : يتراوح طوله بين ٢٥ - ٣٨ سم يبدأ عند ما يدخل القولون الربع السفلي الايسر من البطن يسمى القولون السيني يترك القولون الجوف الصفاقي خلف المثانة ليصبح المستقيم الذي يفتح في العجان (perineum) بواسطة القناة الشرجية
- ❖ المستقيم Rectum : يبلغ طوله ١٣ سم وهو عبارة عن استمرار للقولون السيني يمتد عبر جدار الحوض العضلي ليتصل مع القناة الشرجية (٤سم) التي تنتهي بفتحة الشرج.
- ❖ الشرح : عبارة عن عضلة دائرية تحيط بالغشاء المخاطي وتؤمن إقفاله الدائم إلا في حالة التبرز حيث ترتخي يتغذى نسيج الشرح من عدة أورعية شريانية ويحتوي على عدة ضفائر وريدية في وجوهه الخلفية والأمامية والجانبية، وهي التي تتضخم وتحتقن مشكلة البواسير Hemorrhoids في حالة معاناة الشخص من الكتام بشكل مستمر .

الوظائف الاساسية او الرئيسية للقولون :

١. امتصاص الماء والكهارل من الكيموس .
٢. تخزين المادة البرازية لحين طرحها .
٣. وظيفة النصف الداني من القولون هي عملية الامتصاص بشكل رئيسي
٤. وظيفة النصف القاصي التخزين .

نظرا الى ان هاتينوظيفتين لاحتجان الى حركة شديدة لذلك تكون حركات بطيئة عادة ومع ذلك فهي ذات صفات مماثلة لميزات الحركات في المعى الدقيق ويمكن تقسيمها الى حركات مازجة وحركات دافعة . (تحية ٤٥٣)

ينتقل الى القولون كل يوم حوالي لترين من السوائل وفي القولون الصاعد والمستعرض يعاد امتصاص السوائل ، اما في القولون النازل فتتحول المواد الغذائية غير الممتصة السيليلوز الى كتلة صلبة تخزن وتفرغ مرة او مرتين يوميا . (العيشي، ص ١٥٧) وللجهاز الهضمي في رأي المحللين النفسيين ثلاث وظائف اساسية هي تناول الطعام، الاحتفاظ به، الإخراج وفي رأيهم أن هذه الوظائف تعبر عن ثلاث نزعات انفعالية طفلية هي الرغبة في الأمن والعزيم والرغبة في غيض الوالدين بالاحتفاظ بالبراز (الإمساك) والرغبة في العطاء للحصول على التعزيم والإسهال ويعتمد الرضيع والطفل على الأم للحصول على الأمن والتعزيم. غير أن البالغ الذي يسعى الى الاستقلال والقوة ويرغب حين تواجهه الشدائد (لا شعورياً) في الأمن الذي يحتاجه الطفل والحب والتقدير والرعاية، ولما كان من

الصعب عليه أن يعترف شعورياً بمثل هذه الرغبات فإنه يقوم بعمليات تعويضية مناقضة فيها زيادة وهنا تقوم المعدة بوظيفة مضاعفة. إذ تستخدم للحصول على الحب بالإضافة الى وظيفتها العضوية كجهاز للهضم. يؤدي هنا الى زيادة نشاطها وزيادة إفراز العصارة المعوية التي لا تحملها جدرانها فتتسأ القروح. ويقسم الكسندر (١٩٤٤) أصحاب اضطرابات الجهاز الهضمي تبعاً للوظائف السابقة الى أنماط ثلاث هي النمط المعدي، ونمط الإسهال، ونمط الإمساك، ففي نمط المعدة حيث تكون الإصابة في العادة بقرحة الأثني عشر وعصاب المعدة وتكون رغبات تناول والأخذ قوية ويحاربها المريض بقوة لأنها تتصل بصراع حاد في شكل شعور وإحساس بالنقص مما يؤدي الى إنكار هذه الرغبات وتتلخص الديناميكية في هذا القول " أنا لا أريد الأخذ أو التناول أنا نشط وكفاء ولا توجد لدى مثل هذه الرغبات ."

أما نمط الإسهال ويسمى أيضاً بالنمط القولوني فتتلخص دينامكيته فيما يلي:
من حقي أن أأخذ وأن أطلب لأنني أعطي من ناحيتي بما فيه الكفاية أنا لا أريد أن أحس بالنقص أو بالذنب من أجل رغباتي في الأخذ لأنني أعطي شيئاً بدلاً مما أخذ. وفي نمط الإمساك الديناميكية كما يلي :
(أنا أخذ شيئاً وبالتالي فلست مرغماً على العطاء).

لهذا تبين كثير من الدراسات أن الأفراد الذين يتميزون بحدة النشاط أو الطموح والذين يرغبون في تحمل المسؤولية ويبدلون الجهد كثيراً ما يقعون فريسة مرض القرحة في المعدة أو في الأثني عشر. فالسمات التي تتميز بها هذه الشخصيات تمثل تعويضاً زائداً لتغطية النزعة نحو الاعتماد والأخذ التي تزداد حدة كلما زادت معارضتها وعدم السماح لها بالتغير بطريقة سوية.

أما النمط القولوني - فيبدأ أما أن هناك رغبة طفيلية للإنتاج مع وجود نزعة للمصالحة أو دافع سادي شرعي يستخدم فيه البراز كسلاح للدوان وفي هذا النمط يتم التعبير عن نزعات الإنتاج أو المصالحة أو الهجوم عن طريق الجهاز الإرادي ولأن الوظائف الإخراجية لها دلالة رمزية من ناحية العطاء والهجوم فإنها تحل محل العطاء الحقيقي للآخرين أو مهاجمتهم.

❖ هذا ويتوجب الإشارة الى أنه من الممكن أن تتداخل الأنماط وتبدو أعراضها في الفرد الواحد. فمن يصابون بأمراض المعدة يصابون أحياناً بالإمساك.

❖ ويرى المحللون النفسيون أن الجهاز الهضمي تبعاً لوظائفه الثلاث الأساسية يناسب التعبير عنها تعبيراً عن النزعات البدائية الثلاثة (الأخذ، والحفظ، والعطاء).

(تحية : ٢٧٦ - ٢٧٨)

تعريف القولون العصبي :

يطلق على القولون العصبي تسميات أخرى مثل القولون التشنجي والأقلون المخاطي والقولون المتهيج، حيث تشترك هذه الأمراض الوظيفية في أعراض أخرى مثل عسر الهضم، والحرقان، والألام بالصدر، والإرهاق

وأعراض وظيفية بالجهاز البدني. وهو واحد من الأمراض الشائعة في القناة الهضمية والذي يستمر لفترات طويلة ويكون عادة مصحوباً بالآلام في منطقة البطن.

النظريات التي ترجح سبب الإصابة بالقولون العصبي

هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير أسباب الإصابة بمرض القولون العصبي، وقد تشارك هذه النظريات كلها في صنع نسبة ما من التفسيرات الصحيحة عن أسباب الإصابة بمتلازمة القولون العصبي. نظرية قديمة:

الطب القديم له رؤية خاصة عن الأسباب وراء حدوث مرض القولون العصبي، وبالطبع فقد اختلفت آراء الأطباء المسلمين فمنهم من أسهب في شرح الأسباب كالعالم الشهير ابن سينا ومنهم من قصرَ السبب إلى احد الأخلط الأربعة، والأخلط الأربعة هي النظرية الفريدة التي كان يشرح بها الأطباء الأمراض ويحللون أسبابها وسيرها في جسم الإنسان، وفيما يلي نظرية قديمة تشرح وتحلل سبب الإصابة بالقولون العصبي أو ما يسمى قديماً بالقولنج.

"القولنج هو ريح يابسة منعقدة تمنع البخار أن يجري في الجوفوالمعاء ويتكتف (يحتبس ويضيق) الإنسان عند هيجانها ويمنع التنفس حتى يكاد وروحتهخرج منها وهذه الريح منها حارة ومنها يابسة وعلامة الحارة هيجان العلة عندالانتباه من النوم، وعلامة الباردة هيجان العلة عند ملاقاتة البرد الشديد والغيموالأمطار والريح الباردة.

الجهاز المناعي:

ثمة نظرية تقول بأن القولون العصبي ينجم عنفيروس أو بكتيريا غير معروفة، وينتج الالتهاب عن الجهاز المناعي في محاولته للتصديللجسم الدخيل، وفي الواقع فأن الذي جعل هذه النظرية تطفو إلى السطح هو دراسة ورؤيةأثر العقاقير التي تثبط الجهاز المناعي والتي نجحت في السيطرة والتخفيف من العوارضلدى كثير من المصابين بمتلازمة القولون العصبي.

البيئة:

تغلب الإصابة بمرض القولون العصبي في البلدان والمدن المتطورة أكثر منالقاطنين في المناطق الريفية، وهذا ما قاد بعض الباحثين إلى الاعتقاد بأن العواملالبيئية كالغذاء هي السبب الرئيسي في حدوث وانتشار القولون العصبي، ويعلل العلماءذلك بالقول بأن الأشخاص الذين يقطنون المدن يميلون إلى تناول كمية من الأطعمةالدهنية تفوق ما يحصل عليه سكان المناطق الريفية، وثمة نظريات أخرى تقول بأن سكانالبلدان التي تتمتع ببيئة أنظف قد يقعون "ضحية" النظافة وتدبير الوقاية الصحية،وبالنتيجة يصبحون أكثر عرضة للإصابات لاحقاً في حياتهم، وهذا ما يدفع أجهزتهمالمناعية إلى الاستجابة بشكل مفرط .

الوراثة:

يشير بعض الباحثين والأخصائيين إلى أن الوراثة قد تلعب دور مهم في زيادةانتشار القولون العصبي كحدوث طفرة جينية مثلاً، ودلل هؤلاء العلماء بحالات مرضيعائني أحد أبائهم أو أشقائهم من القولون العصبي، وهذاالنظرية بعيدة الحدوث ولا يزال هذا الموضوع بحاجة لبحث ودراس تدقيقة.

مادة السيروتونين هي إحدى السيلالات العصبية التي تفرز في المشابك العصبية وتجعل خلايا الدماغ والجهاز العصبي تتفاهم فيما بينها، وبعض الدراسات الحديثة وجدت أن السيروتونين يساهم كثيراً في وظيفة القولون الطبيعية، وبالرغم من أن اضطراب إفراز هذه السيلالة العصبية يسبب مشكلات نفسية كثيرة مثل الاكتئاب والقلق والوسواس القهري والفرع، إلا أن (٥%) فقط من السيروتونين موجود في الدماغ بينما توجد النسبة الباقية (٩٥%) في الأمعاء.

تفترض هذه النظرية أن الخلايا المبطنة للقولون تعمل كناقل اتللسيروتونين إلى خارج الأمعاء، لكن ذلك لا يحدث بشكل جيد في حالات القولون العصبي، مما يؤدي لتراكم كميات كبيرة من السيروتونين في الأمعاء، ويسبب هذه العلاقة بين الأمعاء والدماغ، فإن اضطراب معدلات السيروتونين تؤدي في كثير من مرضى القولون العصبي للاكتئاب والقلق الذي يزيد في تدهور وظيفة القولون نفسه. (3 colon)

يصيب القولون العصبي ما بين ٣-٢٢% من سكان العالم وهو يمثل حوالي ٥٠% من الحالات المترددة على عيادات الجهاز الهضمي وان غالبيتهم من النساء تحت سن ٢٥ سنة، وهناك احصائية أمريكية تؤكد ان الولايات المتحدة تتكبد حوالي ٨ مليارات دولار في العام الواحد بسبب القولون العصبي وذلك ما بين أبحاث وعلاجات وتغيبات موظفين عن العمل بسبب نوبات المرض.

عن اسباب المرض وعلاجه تقول نشرات الجمعية المصرية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد مرض القولون العصبي معناه ببساطة أن عمل القولون وحركته لم يعد متوافقا مع باقي الجهاز الهضمي اما انها أسرع مما يؤدي الى الإسهال او أبطأ مما يؤدي الى الإمساك، او بين الحين والحين (الإسهال تارة والإمساك تارة أخرى)، ولكن في كل الأحوال يكون ذلك مصاحبا بآلام قاسية في البطن حيث إن انقباضات القولون وتشنجاته غيرالمحسوبة تكون مؤلمة وذلك بعكس حركته الطبيعية المتماشية مع باقي حركة الجهاز الهضمي. السبب الأشهر والأكثر منطقية هو التوتر العصبي الذي يصيب الشخص ويؤثر بصفة خاصة على القولون مما يجعله قولون عصبي ومتوتر .

وهذا يفسر ان الأشخاص الذين يصابون بالقولون العصبي هم في الحقيقة الشخصيات المرهفة والتي لا تجيد التعامل مع الضغط العصبي وتتأثر به أكثر من غيرهم .

كيف يتم تشخيص القولون العصبي ؟

ان هناك ثلاث أنواع من القولون العصبي كما اشرنا من قبل(والمصاحب بإسهال والمتقلب) يعد القولون العصبي المصاحب بإمساك الأكثر انتشارا ولذلك فان العلاجات الخاصة به هي أكثر تطورا. ولكن لنبدأ الحديث عن علاج القولون العصبي بالغذاء وتنظيم نمط الحياة قبل ان نتطرق للعلاج بالعقاقير الدوائية وذلك يعكس أهمية تنظيم الغذاء ونمط الحياة حيث يعتبر هذا هو الركن الأساسي في العلاج والذي يمثل أكثر من 70 % من الشفاء .

الجهاز الهضمي من أكثر الأجهزة التي تتعرض للأمراض المختلفة والأمعاء الدقيقة والغليظة جزء من هذا الجهاز الحساس والدقيق، ويوجد في الأمعاء ما يقارب 100,000,000 مستقبلية عصبية تبطن جدران الأمعاء من الداخل، وهذا العدد من المستقبلات العصبية هو نفس العدد الموجود في الدماغ لذلك يطلق أحياناً على الجهاز الهضمي بأنه "الدماغ الثاني".

وجود هذه العدد الكبير من المستقبلات العصبية ليس عبثاً فالأمعاء تحتاج لهذا الجهاز العصبي لكي تقوم بعملها على أكمل وجه، فالغذاء وهو في الأمعاء يحدث له العديد من التفاعلات والحركة التي يمر بها وينتقل خلال الأمعاء ليست حركة عشوائية أو عادية، وعند حدوث خلل في الجهاز العصبي للأمعاء تحدث المشاكل عندها.

متلازمة القولون العصبي يسمى بالإنجليزية (Irritable Bowel Syndrome) ويطلق عليه مصطلحات عدة منها القولون المثار والقولون المتشنج وتهيج القولون ولكنه مشهور باسم القولون العصبي ولدى الأطباء باختصاره العلمي (IBS) ، والقولون العصبي هو أكثر أمراض الجهاز الهضمي انتشاراً والأقل وضوحاً لدى الأطباء، حيث يشكل حوالي (٥٠%) من كل المرضى الذين يراجعون عيادات أمراض جهاز الهضم، وحتى وقت قريب كان الاعتقاد بأنه أحد أعراض التوتر النفسي وليس مرضاً قائماً بذاته.

والقولون العصبي ليس معناه أنك تعاني من مشكلة عضوية في الجهاز الهضمي وإنما هو اعتلال وظيفي مؤقت للجهاز الهضمي عند حالات معينة.. وبسط توضيح ووصف لمرض القولون العصبي هو:

حصول اضطراب في الحركة العصبية للقولون، ينتج عنه سرعة أو بطئ في حركة وتقلصات جدران القولون مما يؤثر في عمليات الهضم والامتصاص؛ فمعروف أن بقايا الفضلات المارة في القولون تكون أقرب في قوامها للسائل قبل امتصاص الماء منها في القولون، ففي حالة سرعة حدوث التقلص فإن هذه الفضلات تخرج بشكل سائل وهنا يحصل عند المريض الإسهال (Diarrhea) ، وفي حالة بطئ تقلص عضلات القولون فإن الماء الموجود في الفضلات يُمتص بشكل أكبر وزائد عن المطلوب فيحدث حينئذ الإمساك (Constipation). القولون العصبي عادة ما يبدأ بشكل بسيط إلى درجة أن العديد من الأشخاص يتعايشون معه ولا يعرفون أنهم مصابون به، ولكنه أيضاً في الكثير من الحالات يسبب أعراض عنيفة وألم شديد لمن يعاني منه.

وهذا الاضطراب تحدث معه أعراض أخرى كثيرة ومختلفة من شخص لآخر، فبجانب الإمساك والإسهال فإن العلامة الأكثر بروزاً ووضوحاً في اغلب مرضى القولون العصبي هي حدوث مشاكل نفسية وتوترات عصبية سبب تسمية القولون العصبي.

على الأرجح فإن الحركة الغير طبيعية والتقلصات العصبية لجدران القولون هي السبب في تسمية القولون العصبي بهذا الاسم وليس بسبب الحالة النفسية والعصبية التي ترافق مريض القولون العصبي، كما يعتقد عامة الناس .

أسباب انتشار القولون العصبي يشير أغلبية المختصين والباحثين إلى انتشار القولون العصبي خلال العشرين سنة الأخيرة بشكل ملفت للنظر، فأصبح من أهم وأكثر أمراض العصر انتشاراً وتواجداً، ولا أبالغ لو قلت أن خمسين في المائة من السكان في دول الخليج العربي يعانون من أعراض القولون العصبي، فتغير نمط الحياة وانتشار الرفاهية المفرطة وقلة الحركة والنظام الغذائي السيئ وانتشار مطاعم ما بات يُعرف بالوجبات السريعة وتقلبات المزاج والتوتر العصبي والنفسي وكثير من الأسباب كلها أدت إلى توسع رقعة انتشار مرض القولون العصبي.

كذلك ويسبب ارتباط القولون العصبي بالحالة النفسية كالتوتر والقلق والاكتئاب، فأن انتشار هذا المرض يكثر بين الأشخاص المعرضين للضغوط النفسية فوجد القولون العصبي يكثر في رجال الأعمال والمضاربين بالأسهم وبين المدرسين والمدرسات، وبالنتيجة فأن القولون العصبي ينتشر بين أصحاب المهن التي يزيد فيها التوتر كثيراً.

في دراسة أجريت قبل أربع في بعض الدول العربية ومنها اليمن ومصر تبين أن القولون العصبي ينتشر بين الذكور والنساء على حد سواء في كلاً من مصر وبنسبة تصل لـ (٤١ %) وفي اليمن بنسبة (٣٩ %) وهي نسبة مخيفة خصوصاً أن القولون العصبي في اليمن ومصر كان نادر الحدوث، وكذلك لأن سكان مثل هذه الدول كانوا يعتمدون في غذائهم على توازن نتيجة تميز البيئة ونشاط أهلها الاجتماعي والسكاني.

ويمكنني تلخيص ابرز أسباب انتشار القولون العصبي في الدول العربية على الأقل إلى التالي:
سوء استخدام الغذاء:

فالإفراط في تناوله وعدم وجود جدول لمواعيده وتناول الوجبات الدسمة في أوقات غير مناسبة كتناول الأرز مع اللحم (الكبسة) على العشاء ليلاً وقبل الذهاب إلى النوم، وتوقف النساء عن الطبخ في المنازل وانتشار وجبات المطاعم السريعة والتسابق على تناولها والاستخدام الجنوني للمشروبات الغازية والمنبهات مثل القهوة والشاي.. كل هذه أسباب مهمة قد تشكل سبب رئيسي ومهم لحدوث القولون العصبي.

زيادة الرفاهية وقلة الحركة:

بسبب تطور الحياة وانتشار وسائل الراحة من سيارات ووسائل نقل حديثة والاعتماد عليها كلياً في التنقل وإهمال الحركة وأهميتها.. كلها عادت بالضرر البالغ وأدت لانتشار القولون العصبي.
الحالة النفسية والتوتر العصبي:

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

في تسعينات القرن الماضي وبسبب تزايد وتيرة الانفتاح على العالم ودخول عصر السرعة والتكنولوجيا كلها أمور انعكست في أهدافها لتصبح مصدر قلق وتوتر لبني البشر مما أدى لزيادة التوتر النفسي والعصبي وبالتالي تأثر القولون وحركته وحدث مرض القولون العصبي. الحرارة والظروف المناخية السيئة:

اغلب دول الخليج وبسبب الطفرة النفطية انتقلت المدن ومعها السكان وامتدت من المناطق ذات المناخ الصحي إلى الصحاري والمناطق ذات المناخ السيئ المرتفع الحرارة صيفاً وشديد البرودة شتاءً وكل هذه العوامل أضرت الكثير وحدثت من النشاط وقللت من الحركة إلا باعتماد وسائل مريحة يرافقها المكيفات التي شاركت ولو بنسبة ضئيلة في الإصابة بأمراض عديدة من بينها القولون العصبي.

المعايير المعتمدة للتشخيص

قام الباحثون بتطوير معايير كثيرة للتشخيص وأشهر هذه المعايير ما يُعرف بمعايير روما (Rome Criteria) للقولون العصبي واضطرابات الأمعاء الوظيفية الأخرى، ووفقاً لهذه المعايير يجب وجود أعراض محددة ليتم تشخيص الحالة كقولون عصبي، ومن أهمها ألم واضطراب معوي يستمر لمدة ١٢ أسبوع على الأقل خلال العام وليس بالضرورة أن تكون الأسباب متواصلة، ويجب أيضاً تأكيد وجود اثنين على الأقل من الأعراض الآتية:

1-تغير في عدد مرات التبرز أو طبيعة البراز .

لأن طرح البراز قد يتغير من كتلة طبيعية لينة متماسكة ما بين مرة يومياً إلى مرة كل ثلاثة أيام، إلى طرح براز رخو سائل غير متشكل عدة مرات في اليوم، أو طرح براز جاف متصلب مرة واحدة كل ثلاثة أو أربعة أيام.

2-الانحشار أو الرغبة الملحة في التبرز أو الشعور بعدم القدرة على طرح البراز بشكل كامل.

3-وجود مخاط في البراز .

4-النفخة (تطبل الأمعاء) أو تمدد الأمعاء .

(نقلاً عن موقع العلاج al3laj.com)

نسبة حدوث مرض القولون العصبي

لا توجد إحصائيات دقيقة تكشف نسبة حدوثه وانتشاره بين الجنسين والفئات العمرية، لكن بعض المراجع الأجنبية تقول بأن خمس أفراد المجتمع مصابون بهذا المرض.. أي أن حوالي عشرين شخصاً من كل مائة شخص ممن حولك مصابون بهذا المرض، وفي أمريكا وحدها تدل الإحصائيات على أن هذا المرض هو السبب وراء ثلاثة ملايين زيارة للطبيب في كل عام، وأن نصف مراجعي عيادة القناة الهضمية هم مرضى القولون العصبي.

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

شخصيا ومن واقع خبرة واحتكاك مع المرضى أجد أن هذه النسبة تزيد كثيرا في الدول العربية وارتفعت خلال العشرين سنة الأخيرة بسبب التغيير في النمط الغذائي، وتزيد المسألة عندنا نحن العرب نظراً لطبيعة أكلنا المليء بالدهون وعدم التوازن فيما نتناوله وهذا يجعل عاداتنا الغذائية مضطربة ولا تحترم هذا القولون الرقيق.

في دراسة أجريت في بعض الدول العربية قبل أربع سنوات ظهرت أرقام مهولة كشفت نسباً تقترب من ٤٠%، واستطيع القول بأنه حتى الآن من الصعب توفير وعي صحي في الدول العربية لمحاولة تفادي هذي النسبة الكبيرة والتي ترتفع وتزيد كل يوم بكل تأكيد، ولا أحد يملك مناعة ضد الإصابة به فالكل معرض لذلك ما لم يتوفر الوعي والالتزام المناسبين.

متلازمة القولون العصبي تظهر عادة في مقتبل العمر، ونادراً ما تظهر ولأول مرة بعد سن الخمسين، وأغلب الأبحاث رجحت إلى أن سنّ بداية ظهور أعراض القولون العصبي يكون غالباً بين ٢٥ عام إلى ٥٥ عام إلا أنه سُجلت حالات أصابه في مرحلة المراهقة، ولأسباب غير معروفة فالنساء أكثر احتمالاً (خاصة قبل الدورة الشهرية) للإصابة باضطراب القولون العصبي من الرجال بمقدار ثلاثة أضعاف (الدكتور سليم بن طلال ملتقى الشفاء الإسلامي)

وظيفة القولون :

العمل الوظيفي للمعي الغليظ فيرتكز على نوعين رئيسيين هما :

- ١ - العمل الهضمي.
- ٢ - العمل التغطوي.

فالعمل الهضمي يقوم على تحويل مادة السللوز الموجودة عادة في السكريات والخضار بواسطة خميرة خاصة تفرزها الجراثيم القولونية المستقرة عادة في المعى الغليظ والتي تعمل أيضاً على تغيير ما تبقى من السكريات لصنع حمض اللبن، كما أنه بنتيجة عمل هذه الجراثيم تنشأ كمية من الغازات في جوف الأمعاء بعد كل وجبة طعامية. ويقوم الغشاء المخاطي الداخلي للمعي باتجاهها نحو الشرح.

أما العمل التغطوي فإنه يتم بفضل حركة المعى الغليظ المتميز ببطئها وتباعد تقلصها، ويقدرتها في الوقت نفسه على دفع الغائط تدريجياً باتجاه المستقيم ثم نحو الشرح لإخراجه بصورة طبيعية مرة أو مرتين في اليوم. (٥ : ٣٠٠)

إن سبب تهيج القولون غير العضوي يعزى الى تأثير الأعصاب الواردة من الدماغ غير الواعي والتي تؤثر على حركة وإفراز القولون وتأمرة بالتشنج وحبس الأطعمة المتبقية مسببة بالتشنج ألماً وأنحباساً للفضلات يؤدي الى انحباس الغازات خلفها ومؤدية الى انتفاخ في البطن مع حس ثقل فيه ومؤدية الى زيادة نمو الزمرة الجرثومية القولونية وزيادة تفسخ البقايا البروتينية مع ما يترتب على ذلك من غازات إضافية وأحماض مخرشة تؤدي الى الألم وأن دخول سمومها الى مجرى الدم تؤدي الى الصداع والخفقان والإجهاد السريع والتعب وسوء الهضم.

وهنا يصدر الدماغ غير الواعي أو النباتي أمراً غير مرح والذي يخرج به قليل من البراز القاسي مع مخاط كثير وألم ثم راحة وتحسن بسيط من ألم البطن، لا يلبث أن يعاود ويشند من جديد بعد حين. (٢٧ : ١٤٠)

وفي كل الحالات التي لاحظها بورتييس Portis وجد أن حركة القولون النازل، الأمعاء والمستقيم كانت غير عادية، وتوصل إلى أن التعصب السمبثاوي هو سبب رئيسي للمرض طالما أنه ينظم حركة الأمعاء في هذه المنطقة. وزيادة نشاط الأعصاب الموجودة في حوض الورك التي سببها استثارة انفعالية من الهيپوثلاموس تؤدي إلى زيادة حجم ليزوتسايم Lysozyme (وهو أنزيم مخاطي)، وفقدان الطبقة المخاطية الحامية للأمعاء تسمح بنشاط خميرة العصارة البنكرياسية والبكتريا لكي تهاجم الغشاء المخاطي وتؤدي إلى تقرحات. (درويش، ١٩٩٢ ص ٩٨)

العوامل النفسية الانفعالية وأثرها على القولون العصبي :

يؤكد الباحثون أن التوتر من العوامل النفسية تساهم في تفاقم مرض تهيج الأمعاء، كما يلاحظ كثير من الأشخاص بأن أعراضهم تزداد حدة أثناء الحوادث المسببة للتوتر والإجهاد كتغير روتينهم اليومي أو مواجهة مشاكل عائلية أو التواجد مع حشود اجتماعية.

والواقع أنه لسنوات عديدة، عزي الأطباء مرض تهيج الأمعاء إلى التوتر وحده ويظنون أن للمرض أساسياً وظيفياً (طبيعياً) وانفعالياً (نفسياً). (مايو، ١٢٧)

وحسب تصنيف مكتبة الصحة الفيدرالية فإن الأمراض التي تنشأ من عوامل انفعالية وتتضمن جهازاً عضوياً واحداً من الأجهزة التي تكون تحت تصرف الجهاز العصبي اللاإرادي والقولون منها تعود لأزمات نفسية. (الحجار، محمد، ١٩٨٥، ص ١٤٩)

يعتبر اضطراب القولون العصبي من أكثر أمراض الجهاز الهضمي شيوعاً في العالم، وتعد تلك الاضطرابات أكثر انتشاراً بين النساء في المجتمعات الغربية، وكذلك في العديد من البلدان العربية، وقد احتار العلماء والباحثون في تسميته فأحياناً يسمى بالقولون المتشنج أو القولون العصبي لما له من صلة وثيقة بالحالة النفسية للمصاب في غياب أمراض عضوية في القولون.

يدعى مرض القولون العصبي بمرض تهيج الأمعاء وكذلك بالقولون المخاطي لمزيج مع البراز، ويسمى أيضاً بالقولون المتشنج لأن تشنج الجدران المعوية هو المسؤول الأول عن الأعراض.

فجدران الأمعاء مبطنة بطبقات عضلية تنقلص وتسترخي للمساعدة على تحريك الطعام من المعدة إلى الأمعاء قبل أن يبلغ المستقيم.

وفي الحالات الطبيعية تنقلص العضلات وتسترخي بوتيرة طبيعية. أما عند الإصابة بالقولون العصبي فيطراً خلل أثناء عملها فتتقلص لوقت أطول وبقوة أكبر من العادة مسببة الألم، وهكذا يدفع الطعام عبر الأمعاء بصورة أسرع مسبباً الغازات والانتفاخ والإسهال.

وفي بعض الأحيان يحدث العكس إذ يتباطأ مرور بقية الطعام مؤدياً إلى براز صلب وجاف إضافة إلى ذلك فإن تشنجات الأمعاء تدفع هذه الأخيرة إلى زيادة إفراز المخاط مع البراز.

(مايو، مصدر سابق، ١١٦)

إن إحدى مهام الأساسية هي امتصاص الماء من بقية الطعام وفيما تفضل هذه البقية في القولون فهي تفقد تدريجياً محتواها من الماء. ومع الوقت تصبح البقية شديدة الجفاف ويصعب إخراجها. (مايو، مصدر سابق، ٦٠)

بالرغم من أن مرض تهيج الأمعاء لا يهدد حياة المريض إلا أنه قد يتداخل مع نوعية الحياة. ففي الحالات الطفيفة لا يسبب المرض سوى إزعاج محدود. أما عندما تبلغ الحالة أقصى حدتها، فمن شأن هذا الألم والعارضات المصاحبة له أن تفوق احتمال المريض، والملاحظ أن معظم الأشخاص يعانون من عوارض طفيفة بينما يواجه البعض عوارض معتدلة الحدة منقطعة ولكنها قد تعوق المريض. (مايو، ١١٦)

ويشار إلى مرض القولون العصبي بأنه خلل وظيفي مما يعني بأن الأمعاء تبدو طبيعية ولكنها تعمل بشكل غير طبيعي. ويعتقد بعض الباحثين بأن الحالة مرتبطة بأعصاب موجودة في الأمعاء مسؤولة عن التحكم بالإحساس ولدى البعض تكون هذه الأعصاب أكثر حساسية من المعتاد، مسببة استجابة جسدية قوية تجاه بعض الأطعمة أو النشاط الجسدي. (مايو، ١١٧)

للقولون العصبي أعراض مميزة تتكون من تبرز متكرر وقليل الكمية مع المخاط وألم بطني ينفج بالتبرز وقد تكون هذه الأعراض متواصلة أو معاودة ولا توجد أعراض ليلية Nacturnd أو عضوية Organic . ويشكو المريض بهذا الاضطراب من واحد أو أكثر من الأعراض الثلاثة التالية :

- ١ - الألم البطني، اضطراب التغوط، انتفاخ البطن.
 - ٢ - يتوضع الألم عادة أسفل البطن وخاصة من الربع السفلي الأيسر منه إلا أنه يتحول أحياناً في المراق الأيمن أو في الشر سوف مما يكون سبباً في تضليل التشخيص. (درويش)
- ويوضح هارسون أن هذه الأعراض عبارة عن كولون تشنجي (ألم بطني مزمن مع إمساك أو تناوب إمساك وإسهال). أو إسهال مزمن غير مؤلم. (هارسون، ٣٩٨) حوالي (٢٠%) من السكان يحقق معايير (IBS) ولكن فقط (١٠٥) من هؤلاء يستشير أطباءهم سبب الأعراض الهضمية علاوة على ذلك فإن القولون العصبي هو السبب الأكثر شيوعاً للأحالة الهضمية ويعزى إليها التغيب المستمر عن العمل والنوعية السيئة للحياة. وهذا الاضطراب أكثر الأمراض الهضمية شيوعاً في الممارسة يصيب الشباب ومتوسطي العمر بشكل خاص ويعتبر من الاضطرابات المزمنة والذي يمتد سنوات طويلة ويسبب كثيراً من الإزعاج وقلق للمريض. (درويش، ١٩٩٢، ص ١١٦)

وهذا الاضطراب من أكثر أمراض الأمعاء الوظيفية التي قد درست وأكثرها شيوعاً من حيث التشخيص وأن التقويم السريري والاستقصاءات يجب أن توجه نحو النفي الحذر للحالات العضوية في المنطقة المتأثرة من الإقصاء، مع بدء التجارب العلاجية عندما يتوجه الاشتباه نحو الأعراض الوظيفية. (جو خدار، مصدر سابق، ص ٤٨٧)

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

إن الأمراض النفس جسمية تنتشر بنسبة (٧٥ - ٨٥) بين الأفراد ومن بين تلك الأمراض اضطراب القولون العصبي (IBS) الذي ينتشر بنسبة (٢٦,١%) وهو بذلك يحتل أعلى نسبة انتشار بين تلك الأمراض. (Baruaiti, 1991, P.46)

ويقع هذا الاضطراب ضمن الفئة الخامسة في تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر وهي فئة الاضطرابات العصابية المرتبطة بالشدة والجسدية الشكل.

F4 : Neurotic, Stress Related and Somato fro, Disorders. Who, ICD 10, 1993, P.143.

وهو حالة شائعة تصيب (١٠ - ١٥) شخصاً من بين (١٠٠) راشد في الولايات المتحدة وخاصة النساء وهو من الأسباب المسؤولة عن إضاعة وقت الدراسة والعمل. (مايو، ص ١١٥) يتألف جزء كبير من ممارسة أطباء الهضمية من شكاوى وظيفية (١٥%) من مجموع السكان لديهم أعراض القولون العصبي (IBS) ولحد كبير يكون معظمهم من النساء النسبة بين النساء والذكور (٢ - ١). (باكير/درويش، ٢٠٠٥، ص ١١٦) وبما أن النساء أكثر عرضة من الرجال لمرتين أو ثلاث مرات للإصابة بالاضطراب يعتقد الباحثون بأن التغيرات الهرمونية قد تؤدي الى ذلك. (مايو، ص ١١٧)

وتختلف الأعراض وتباين من شخص لآخر حسب شدة الخلل الحادث في وظيفة القولون وحسب العمر والحالة النفسية، وقد تتأرجح حالة المريض فتهدى الأعراض في أيام وفترات معينة بشدة أو بشكل متفاوت في أيام أخرى. (Colon, 3 , P.11)

ويعتمد على الأعراض السريرية التي تأخذ سيراً مزمناً دون أن تؤثر في الحالة العامة للمريض وعلى وجود علاقة بين الشدات والضغط النفسية وظهور الأعراض أو تفاقمها. إلا أن الواجب يقتضي دائماً نفي الآفات والأمراض العضوية الأخرى اعتماداً على الفحص السريري والفحوص المتممة ولاسيما تنظير المستقيم والقولون السيني الذي يكون سويًا، وفحص البراز لتحريير الطفيليات المعوية والدم الخفي يضاف الى ذلك تصوير الكولونات عند المتقدمين في العمر لنفي الآفات الورمية وفحوصات حساسية الأمعاء لأنواع الأطعمة.

يشمل اضطراب القولون العصبي سلسلة واسعة من الأعراض ومن غير المحتمل أن يكون السبب وحيداً بشكل عام يعتقد أن معظم المرضى لديهم أعراض استجابة لعوامل نفسية اجتماعية أو لتبدل في الحركية المعوية المعوية أو لتبدل الإحساس الحشوي. (ديفيدسون، مصدر سابق ١٥٥) معايير التشخيص :

فقد قام الباحثون بتطوير معايير كثيرة للتشخيص وأكثر هذه المعايير ما يعرف بمعايير روما (Rome criteria) للقولون العصبي ووفقاً لهذه المعايير يجب أن تكون هناك أعراض محدودة ليتم تحديد وتشخيص الحالة على أنها اضطراب قولون عصبي. (Colon , 3 , P.16)

تمت صياغة نموذج الأعراض المميزة للألم البطني وتبدل العادات المعوية على شكل تصنيف دولي لاضطراب القولون العصبي وهذه المعايير هي:

❖ أعراض مستمرة لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر وتكون متواصلة ومعاودة.

❖ ألم ومغص بطني ينفرج بالتغوط ويترافق مع تواتر التبرز أو قوامه.

❖ اضطراب التبرز خلال (٢٥%) من الوقت على الأقل. (باكير)

تغير في عدد مرات التبرز أو طبيعة التبرز لأن طرح البراز قد يتغير من كتلة طبيعية ليننة متماسكة ما بين يومياً الى مرة كل ثلاث أيام الى طرح براز رخو سائل غير متشكل عدة مرات يومياً. أو طرح براز جاف متصلب مرة واحدة كل ثلاثة أو أربع أيام خروج مخاط مع البراز، لذلك يسمى في بعض الأحيان بالقولون المخاطي، انتفاخ بطني وأعراض أخرى مثل الحمى، خسارة الوزن أو فقر الدم.

انتفاخ البطني زيادة الغازات ومرافقة ذلك مع الألم في المنطقة السفلية من البطن وصوت قرقرة صادرة من البطن. وينتقل الألم الى الجهة اليسرى وعدم راحته اثناء التبرز رغم شعوره برغبة شديدة في التبرز. (Colon, 3 , P.11)

ويحدث هذا الاضطراب غالباً قبل سن (٣٠) ويكون البراز عجيني - شريطي أو في ثخانة قلم الرصاص. يوجد مخاط في البراز ولكن لا يوجد دم، ويشكو المريض من ألم في الظهر وتعب وخفقان. (هاريسون، مصدر سابق، ص٣٩٨)

ويشكو المريض من تطبل الأمعاء أو تمدد الأمعاء يقوم الطبيب بتقييم حالة المريض وفقاً لهذه المعايير بالإضافة الى أي أعراض أخرى موجودة قد تدل على احتمال وجود مشكلة صحية أخرى. (Colon, 3 , P.18)

تتصف اضطرابات القولون العصبي بأنها وظيفية مع وجود أعراض بطنية مع غياب المرض العضوي الظاهر. وقد تنشأ الأعراض من أي مكان من اللعنة المعوية ويتصف بشكل مبدئي بالألم البطني المرتبط بتبديل عادات التغوط. (جوخدار، ٢٠٠٧، ص٤٨٧) يأخذ اضطراب التغوط شكل الإمساك أو على شكل إسهال مزمل متردد يتناوب الإمساك والإسهال عند المريض الواحد. ويحدث الإسهال في الفترة الصباحية عادة ويترافق بطرح كمية كبيرة من المخاط ويستمر عدة أسابيع. (درويش، مصدر سابق، ص١١٧).

أن الآلية المرضية الكامنة وراء هذا الاضطراب هو اضطراب في حركية القولون، فقد لوحظ أن المرضى الذين يشكون من الإمساك مع الألم البطني يكشف الفحص لديهم زيادة في حركية القولون مع نقص في سرعة مرور الطعام في الأمعاء خلاف المرضى الذين يشكون من الإسهال الذين يكشف لديهم نقص في حركية القولون وزيادة في سرعة مرور الطعام من الأمعاء الدقيقة.

كما يلاحظ عند هؤلاء المرضى نقص تحمل واضح عند حقن الهواء في القولون بالمقارنة مع الأشخاص الأسوياء. (درويش، مصدر سابق، ص١١٨)

ويوجد تداخل أو تراكب واسع مع عسر الهضم غير القرصي ومتلازمة التعب المزمن وعسرة الطمث والتكرار البولي نسبة مهمة من المرضى لديهم قصة مع الإفراط الفيزيائي أو الجنسي. (ديفيدسون، مصدر سابق، ص ١٥٥)

يعتمد الدواء المختار لمعالجة القولون العصبي على التظاهر السريري في البداية سيتوجب تثقيف المرضى وطمأنة بالتوازي مع تعديل الغذاء والتزولا بالألياف طمأنة المريض هو العنصر المهم في المعالجة ويظهر ذلك باستجابة مؤثرة جداً (٦٠ - ٧٠%) للدواء، الغفل عند هؤلاء المرضى رغم أن (٣٠%) فقط يحدث لديهم تفريغ كافي للأعراض بالدواء الغفل. إذا فشلت هذه المعالجة بالاعتماد على العلامات والأعراض. (باكير ،) لذا يجب على الطبيب أولاً الإصغاء الجيد لشكوى المريض وطمينه الى أن الاضطراب لا يهدد صحة المريض وحياته رغم أنه مزمن. وعليه أن يشرح الأسباب المؤدية الى ظهور الأعراض أو تفاقمها وأن يجيب على أسئلة المريض بخصوص الاضطراب. (درويش، ص ١١٨)

أمراض جهاز الهضم :

وهي اضطرابات هضمية وظيفية شائعة للغاية وهي تعرف باضطرابات في وظيفة المعى مع غياب أمراضية بنوية. إن متلازمة الأمعاء الهيجية هي اضطراب معوي وظيفي يكون فيها الألم البطني مترافقاً مع التغوط أو هي تبدل في العادة مع مظاهر اضطراب التبرز والانتفاخ.

المظاهر السريرية :

التظاهر الأكثر شيوعاً هو الألم البطني المعاود (أنظر الجدول)، وهو عادة قولنجي أو ما غص ويشعر به في أسفل البطن ويخف بالتغوط. يسود الانتفاخ البطني خلال النهار، السبب غير معروف ولكنه غير ناتج عن زيادة في الغازات المعوية.

جدول (١)

مظاهر ملازمة الأمعاء الهيجية

• مخاط شرجي.	• تبدل في العادة المعوية.
• الشعور بأن التغوط غير كامل.	• ألم بطني قولنجس.
	• تمدد بطني.

* ديفيد سون ٢٠٠٥ ، ص ١٥٥ - ١٥٧.

* د. درويش ، ١٩٩٩ ، ص ١١٦ - ١١٧.

يميل النوع الإمساكي بأن يمرر برازاً يتردد قليل وبشكل كرات صغيرة وبترافق عادة مع ألم بطني وألم مستقيمي. المرضى الذين لديهم إسهال يكون لديهم التغوط متردداً ولكنه ينتج برازاً ضئيل الحجم ونادراً ما يكون لديهم أعراض ليلية. مرور المخاط شائع لكن لا يحدث نزف مستقيمي.

التشخيص :

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

تكون الاستقصاءات طبيعية. يمكن وضع التشخيص الإيجابي بثقة عند المرضى ذوي الأعمار الأقل من (٤٠) سنة وبدون اللجوء الى الاختبارات المعقدة. يجري عادة وبشكل روتيني تعداد الدم الكامل و ESR وتنظير السين، بينما رحضة الباريوم أو تنظير القولون يجب أن تجري فقط عند المرضى الأكبر سناً لاستبعاد السرطان القولونيالمستقيمي. أولئك الذين يتظاهرون بشكل غير نموذجي يتطلبون استقصاءات لاستبعاد التهاب القولون المجهري وعدم تحمل اللاكتوز وسوء امتصاص الحموض الصفراوية والداء الزلاقي كل المرضى الذين يعطون قصة لنزف مستقيمي يجب أن يخضعوا لتنظير قولون أو رحضة الباريوم لاستبعاد سرطان القولون أو الداء المعوي الالتهابي .

التظاهرات السريرية :

يشكو المصاب بهذه المتلازمة من واحد أو أكثر من الأعراض الثلاثة التالية: الألم البطني واضطراب التغوط وانتفاخ البطن. الأعراض الرئيسية :

❖ يتوضع الألم عادة في أسفل البطن وبخاصة في الربع السفلي الأيسر منه.

❖ يأخذ اضطراب التغوط شكل الإمساك عادة أو أنه يبدو على شكل إسهال مزمن متكرر وقد يتناوب الإمساك والإسهال عند المريض الواحد.

الفيزيولوجية المرضية :

إن الآلية المرضية الكامنة وراء هذه المتلازمة هي اضطراب في حركية القولون، فقد لوحظ أن المرضى الذين يشكون من الإمساك مع الألم البطني يكشف الفحص لديهم زيادة في حركية القولون مع نقص في سرعة مرور الطعام في الأمعاء الدقيقة، بخلاف المرضى الذين يشكون من الإسهال الذين يكشف لديهم نقص في حركية القولون وزيادة في سرعة مرور الطعام من الأمعاء الدقيقة.

يعتمد على الأعراض السريرية أنفة الذكر التي تأخذ سيراً زمنياً دون أن تؤثر في الحالة العامة للمريض، وعلى وجه علاقة بين الشدات النفسية وظهور الأعراض أو تفاقمها. إلا أن الواجب يقتضي دوماً نفي الآفات العضوية الأخرى اعتماداً على الفحص السريري والفحوص المتممة ولاسيما تنظير المستقيم والسين الذي يونسوياً، وفحص البراز لتحري الطفيليات المعوية والدم الخفي.

الأدوية :

عندما يكون الألم والتفخة هما العرضان المسيطران فينصح بإعطاء مضادات التشنج أو مضادات إفراز الكولين (هيوسياهين ٠,١٢٥ - ٠,٢٥ ملغ) فموياً أو تحت اللسان الى حد (٤) مرات يومياً.

دايسيكلومين (١٠ - ٢٠) ملغ فمويا (٤) مرات يومياً. أو جرعة صغيرة من TricyclicAnridepcvants (TCAs) .

يكون العديد من مرضى القولون العصبي قلقين من أن يتطور لديهم سرطان وحلقة القلق هذه تؤدي الى أعراض كولونية والتي تزيد القلق أكثر ويمكن قطع هذه الحلقة عن طريق الشرح بأن الأعراض غير ناجمة عن مرض عضوي ولكن نتيجة لتبدل حركة الأمعاء. (ديفيدسون، ص١٥٧)

القولون العصبي لا يسبب مضاعفات خطيرة على حياة المريض به ويتعايش أغلبهم مع المرض رغم ألمه كما كما لا يتعرض المريض الى النزيف أو يتحول المرض الى السرطان.

الأدوية الطبية للقولون الذي يتميز بالإمساك سيستفيد من الحمية الزائدة للألياف (٢٥ ع/يومياً) مع المليينات التي تعطي وقت الحاجة.

تجنب الشدائد والعوامل الممرضة - طعام حجمي الألياف Psyllium Extract مثال : (Metamucil) ملعقة ٢ - ٣ يومياً.

أما النساء اللواتي يغلب عليهن الإمساك بالقولون العصبي فيعطي نيكاسيروود/زيليوم ٦/ملغ يومياً في حين الدراسات لم تعطي نتيجة مع الرجال أما النساء اللواتي يعانين من الإسهال فإن الألويسيترون (لوتروتكس ١/ملغ مرة أو مرتان يومياً) وهو من مضادات ٤٦٤ - ٥ كان فعالاً. (جوخدار، ٢٠٠٧، ص٤٨٨)

أحياناً استعمال اللوبيراميد Leperamid لعلاج الإسهال.

دايفنوكسيلايت DiphenoXulateu - comotil .

والكولسترامين Antiholinercs. (هاريسون، ص٣٩٨)

المرضى ذوو الأعراض المعده يستفيدون أحياناً من العلاج اميتزبتلين حب لعدة أشهر ويعطى جرعات (١٠ - ٢٥) ملغ ليلاً وهي جرعات أخفض بكثير من الجرعات المستخدمة لعلاج الاكتئاب وتشمل التأثيرات الجنبية جفاف الفم والنعاس ولكنها عادة تكون خفيفة ويكون تحمل الدواء جيداً، وهو يمكن أن يعمل عبر انقاص الإحساس الحشوي وعبر تعديل الحركية المعدية المعوية، قد تتغلب أدوية أخرى على الشد وذات في بث إشارات Signaling الـ (٥-) هيدروكسي تريبتامين والتي تم تحديدها عندما يعطى مرضى القولون العصبي وهذه الأدوية 5-HT4 . (ديفيدسون، ص١٥٧)

أظهرت دراسات مراقبة مع الدواء الغفل فائدة العلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة لمرضى القولون العصبي، المرضى الذين تكون الأعراض الرئيسية لديهم هي الألم والإسهال يستفيدون أكثر من المرضى الذين يكون لديهم الإمساك هو العرض المسيطر والذين يستفادون بشكل أقل. (ديفيدسون، ص١٥٨)

الإجراءات اللانوعية إن المفتاح نحو إقامة علاقة بين الطبيب والمريض يكمن في تثقيف المريض وتطمينه والمساعدة بتعديل نمط الطعام ونمط الحياة ويجب تحديد مدى تأثير العامل النفسي الاجتاعي في تفاقم الأعراض إن أنه في العديد من مرضى القولون العصبي قد يكون تدبير هذا العامل كافياً. وإن إعطاء جرعة خفيفة من

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

TcAs مثل (أمبترينولين، نور تريبتلين، دوكسيبين ٢٥ - ١٠٠ ملغ فمويا مرة كل يوم والسيرترالين ٥٠ ملغ فمويا مرة كل يوم) هي أقل مغالبة إلا أنها أفضل من حيث التأثيرات الجانبية. (جوخدار، ٢٠٠٧، ص ٤٨٧)

يبطئ لوبيراميد (Lmodium) سرعة خروج الأطعمة من الأمعاء كما أنه يزيد من كمية الماء المعوي وامتصاص أيون الصوديوم للمساعدة على تجميد البراز وللمساعدة على تخفيف الإمساك (كاليزموث) Pepto - Bismo قد توقف البراز والحاجة الملحة للتبرز، ولكن يجب أن لا تؤخذ الأدوية لفترة طويلة لأن فرط استعمالها قد يسبب الإمساك. (مايو، ٢٣)

مضادات HT-4 5 . تعمل هذه الأدوية على تسريع حركة الطعام في القولون، وقد وضعت لعلاج الإمساك والألم.

Kappa Opioid agonist (فيديو تونين) هذا العقار هو عبارة عن مدر صناعي يشبه المخدرات الأفيونية ولكنه لا يحتوي على الأفيون. هو مخصص لعلاج ألم الأمعاء.

العوامل الأدرينالية المفعول ألفا - ج وهي تعدل الوظائف الحركية والحسية للأمعاء وخاصة الشعور بالألم حين يكون القولون منتفخاً. (مايو، ص ١٢٥)

مضادات الاكتئاب تعتبر أدوية فعالة مهما بلغت حدة العوارض درجة تعيق المريض عن تأدية وظائفه اليومية وسببت له الاكتئاب أو نوبات الذعر.

بالإضافة إلى علاج الإحباط، تساعد هذه الأدوية على إزالة ألم البطن والإسهال أو الإمساك وقد يصف الطبيب مضاداً للاكتئاب ثلاثي الدورات أو مثبط إعادة امتصاص السيروتين الانتقائي وأكثر ما توصف العوامل الثلاثية الدورات.

أميتريبتين (Elavil) وأميبرامين (Topranil) ودوبيكسين (Sinequan) لحالات الاكتئاب والألم المصحوبة وبالإسهال، أما مثبطات إعادة امتصاص السيروتين فيليكسيتين (Prozac) وباروكسيتين (Paxil) فهي غالباً ما تعطى لحالات الاكتئاب والألم المصحوبة بالإمساك. (مايو، ص ١٢٦)

تعريف السرطان :

هو الاسم الذي نعطيه للحالة التي تفشل فيها بعض الخلايا في الخلايا في اتباع قواعد دورتها الخلية تصبح الخلايا خالدة وتنمو دون حدود وتقوم بغزو أجهزة أخرى وفي بعض الحالات تقوم باختراق الأوعية الليمفاوية المحلية والأوعية الدموية، وهذا يسمح لها بالانتشار إلى أعضاء بعيدة، تطور الخلايا أعشاشاً متباعدة من السرطان في هذه الأعضاء، وتدعى نقائل تنمو باستقلالية وبلا حدود وبإمكانها أن تسبب ضرراً عظيماً. (د. ديفيد، ٢٠٠٤، ص ١٩)

سرطان المعدة :

نسبة إصابة الرجال للنساء ٢ - ١ وهي أما أن تكون أوراما بشروية (السرطانة الغدية) أو تنشأ على حساب عناصر الجملة للمفاوية في جدار المعدة.

الأسباب :

- ١ - الإفراط في التدخين والكحول.
 - ٢ - تاريخ عائلي بسرطان المعدة.
 - ٣ - أورام صغيرة في بطانة المعدة (سليلات الورم الغدي).
 - ٤ - جراحة سابقة لاستئصال جزء من المعدة (استئصال المعدة الجزئي).
 - ٥ - قصور في فيتامين B-12 (فقر الدم الوبيل) وما يرافقه ضمور في بطانة المعدة.
- وتشير التقديرات الى أن (٩٠ - ٩٥%) من سرطانات المعدة تتكون في أنسجة الغدية التي تبطن المعدة (الأورام الغدية السرطانية) عوامل غذائية نسبة عالية للنيترات - الطعام المدخن - الغذاء الملى بالأملاح. يعتقد فرما كان لتحضير الطعام وحفظه أهمية أكبر من نوعيته في أحداث سرطان المعدة (السماك المدخن مثلاً).

يرى بعض الباحثين أن حدوث سرطان المعدة عند الإنسان ذو علاقة بمركبات النتروزامين التي يمكن أن تتشكل في المعدة من انقلاب أملاح النيترات الموجودة في دهن الطبخ الى مركبات النتريت ومن ثم اتحادها مع الأمينات الطعامية. ومن الجدير بالذكر أن وجود فيتامين سي يمنع هذا الاتحاد.

لوحظ أن نوع سرطان المعدة عند أقرباء المصابين يبلغ ضعف الى أربعة أضعاف وقواته عند بقية السكان كما أنه أكثر مصادقة عند أصحاب الزمرة الدموية A. (درويش، ١٩٩٢، ص ٧٣)

تترافق الملتنوية البوابية مع التهاب المعدة المزمن الضموري ومع السرطان المعدي. (أنظر الشكل (١)) قد يكون خمج الملتنوية البوابية مسؤولاً عن (٦٠ - ٧٠) من الحالات وأن اكتساب الخمج في سن مبكرة قد يكون مهماً على الرغم من أن غالبية الأشخاص المخموجين بالملتنوية البوابية لديهم إفراز حمضي طبيعي أو زائد فإن القلة يصحبون ناقصين أو عديمي حمض الهيدروكلوريك ويعتقد أن هؤلاء الناس هو الخطورة الأكبر. أن الالتهاب المزمن مع توليد أصناف الأوكسجين الأرتكاسي ونضوب الحمض الأسكوربيك المضاد للأكسجة الوافر طبيعياً تكون مهمة أيضاً. (ديفيد، ٢٠٠٥، ص ٩٤)

الأعراض :

- ١ - ألم في البطن.
- ٢ - غثيان وتقيؤ.
- ٣ - فقدان الشهية.
- ٤ - لشعور بالشبع بعد أكل كمية معتدلة من الطعام دم في القيء أو البراز.
- ٥ - نقص الوزن.

٦ - نزف هضمي حاد ومزمن.

٧ - عسرة البلع.

الأم البطني هو العرض الأكثر مصادفة يبدأ بشكل متدرج ويكون خفيفاً وقد يأخذ حس امتلاء بعد الطعام إلا أنه يكون شديداً جداً في حالات أخرى.

وفي حالات السرطان المتفرح يأخذ الألم صفات الألم القرصي وهو ما يصادف (٢٥%) من الحالات. (د. درويش، ١٩٩٢، ص٧٣)

ثلثا المرضى للسرطان المتقدم لديهم نقص الوزن و(٥٠%) لديهم ألم يشبه القرحة. يحدث القهم والغثيان عند الثلث بينما يكون الشبع المبكر والإقياء الدموي والتغوط الزيتي وعسر الهضم لوحدها مظاهر أقل شيوعاً يحدث عسر البلع في أورام فؤاد المعدة والتي تسد الوصل المعدي المريئي.

فقر الدم من النزف الخفي الشائع. قد لا يظهر الفحص أي شذوذ ولكن علامات نقص الوزن وفقر الدم أو الكتلة الشر سوفية المحسوسة ليست نادرة. (القال، ٢٠٠٥، ص٩٦)

التشخيص :

تعتبر صورة الأشعة بالباريوم والتنظيرهما الاختيارين الأكثر استعمالاً لتشخيص سرطان المعدة فالتنظير بالموجات ما فوق الصوتية يمكن أن يحدد مدى انتشار السرطان في جدار المعدة والأنسجة المحاذية له. (إديس، ٢٠٠١، ص٢١٥)

مخبرياً :

فقر الدم بعوز الحديد في ٣/٢ المرضى تحري الدم الخفي في البراز في (٨٠%) من الحالات. التصوير بطريقته التباين المزدوج التشخيص تشريحياً بطريقة الخزعة كذلك الدراسة الخلوية للفرشاة المخاطية ضرورية للتفريق بين القرحة المعدية السليمة من الخبيثة بإجراء خزعات متعددة وفحوص متكررة لبيان شفاء القرحة. (هاريسون، ١٩٩٠، ص٣٩٣)

يعتمد على الفحص الشعاعي والتنظير الباطن. يكشف الفحص الشعاعي ظلاً فراغياً متفاوت السعة في أحد أنحاء المعدة يفيد التنظير الباطن المرفق بأخذ خزعات والكشافة من المنطقة المشبوهة في تأكيد التشخيص الشعاعي للورم وتمييز السرطانة المعدية من اللمفومات.

وبيان طبيعية الموجودات الشعاعية المتشبهة والمتشبهة والتأكيد من سلامة المعدة عندما تكون الأعراض السريرية مشبوهة والفحص الشعاعي سلبياص. يجب أخذ خزعات متعددة لا تقل عن ستة من المنطقة المشبوهة. إذا فحصت الخزعات من قبل باتلوجي خبير بعد عمل مقاطع متسلسلة منها فإنها تعطي نتيجة إيجابية في (٩٠%) من حالات ورم المعدة الخبيث وإذا أشركت الخزعات مع أخذ كشافة من المنطقة المشبوهة فإن نسبة التشخيص تزيد من ذلك ومع ذلك قد يكون من المتعذر تشخيص الأشكال الارتشاحية للورم عن طريق الخزعة بسبب صغر حجمها وعدم احتوائها على الخلايا الورمية. (درويش، ١٩٩٢، ص٧٥)

سرطان القولون :

تزداد نسبة حدوثه من عمر (٤٠) سنة ونسبة الإصابة متساوية بين الجنسين.

(هاريسون، ١٩٩٠، ص ٢٩٥)

أسبابه :

١ - التاريخ العائلي جميع أشكال هذا السرطان تمتلك أساساً جينياً.
(HNPCC) أحد أنواع سرطان القولون مرض سرطان القولون الوراثي غير السليلي (HNPCC) في حالة وجود هذا الخلل يرتفع احتمال نقل الجينة الى جميع الأطفال بنسبة (٥٠%) وحالة وراثية أخرى هي (الورم الغدي السليلي العائلي) (FAP) .

ويسبب آلاف من الأورام الدقيقة (سليلات) وأول ما قيد السليلات بالظهور في سن المراهقة وفي جميع الحالات تقريباً يتكون السرطان في واحدة أو أكثر من هذه السليلات بين سنة (٣٠ - ٥٠) سنة عموماً.
٢ - سليلات القولون والمستقيم.

٣ - سرطان سابق في القولون والمستقيم.

٤ - العرق النساء والرجال السود أكثر عرضة للإصابة.

٥ - التقدم في السن : تسعة من كل عشرة أشخاص مصابين بسرطان القولون يفرقون سنة (٥٠).

٦ - تاريخ بمرض الأمعاء الالتهابية : إذا كان للمريض تاريخ طويل مع التهاب القولون التقرحي أو كرون يرتفع احتمال أصابته بسرطان القولون.

٧ - الغذاء الذين يعتمدون غذاء غني بالدهون ويحتوي على اللحم الأحمر هم أكثر عرضة للإصابة. (إدريس، ٢٠٠١، ص ٢٢٤)

تدل الدراسات الوبائية أو العوامل البيئية ولاسيما الغذاء تلعب دور هام في أحداث السرطان. وتوي بأن ارتفاع نسبة الدسم الحيوانية واللحوم في الطعام وانخفاض نسبة الألياف فيه هما السبب في اختلاف وقوعات سرطان القولون من مجتمع لآخر. ويعزى دور الألياف في التقليل من نسبة حدوث السرطان لكونها تزيد من سرعة مرور الفضلات في القولون مما يقلل مدة التماس بين ما قد يوجد فيها من مواد مسرطنة وبين جدار القولون كما أن هذه الألياف قد تمتص المواد المسرطنة الموجودة للمعة وتمنع بذلك تأثيرها أيضاً. (درويس، ١٩٩٢، ص ١٠٧)

كلا من العوامل البيئية والوراثية مهمة في نشوء السرطان القولوني المستقيم.

جدول (٢)

عوامل الخطورة الغذائية لتطور سرطان القولون والمستقيم

عوامل الخطورة	التعليقات
الخطورة المرتفعة:	

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

اللحم الأحمر	محتوي العالي من الشحوم المشبعة والبروتين تنشأ الأمينات المولدة للسرطان خلال الطبخ.
الدهون الحيوانية المشبعة	مستويات عالية من الحموض الدسمة في البراز.
الخطورة المنخفضة:	
الألياف الغذائية	تنوع التأثيرات مع نمط الألياف، قصر زمن العبور، ربط الحموض الصفراوية.
الفاكهة والخضروات	تحتوي الخضروات الطازجة مضادات تسرطن.
كالسيوم	ربط وترسيب الحموض الصفراوية البرازية
حامض الفوليك	يعاكس نقص تمثيل DNH Hypomethlation

عوامل الخطورة غير الغذائية في السرطان والمستقيم :

الحالة الطبية :

- ١ - الغدومات القلونية المستقيمة.
- ٢ - التهاب القولون القرصي الواسع طويل الأمد.
- ٣ - ضخامة التهابات.
- ٤ - المعالجة الشعاعية الحوضية.

حالات أخرى :

- ١ - البدانة ونمط الحياة الركودي (قلة الحركة).
- ٢ - الكحول والتبغ.

(القلا، ٢٠٠٥، ص١٦٧)

الأعراض :

الحالة السريرية :

تقسم الأعراض قسمين :

أ - قسم يترافق مع كارسينوما القولون الأيمن:

- (١) فقر الدم ناجم عن عوز الحديد لضياح الدم المزمن.
- (٢) ألم بطني مبهم غير مميز.
- (٣) غالباً لا يكشف النزف المستقيمي لأن يختلط مع البراز.
- (٤) لا يصاب المريض بالإسداد المعوي أو الإمساك.

ب - قسم يترافق مع كارسينوما القولون الأيسر:

- (١) تبدل في عادات التغوط.

(٢) إمساك إسهال زحير إخراج البراز الدقيق على شكل خيط.

(٣) نزف مستقيمي على شكل دم قاني يغطي البراز.

(العينية، ب.ت ، ص٤١٩ - ٤٢٠)

تختلف الأعراض اعتماداً على موضع السرطان وامتداده فإن تكون المرض بأسفل القولون أو المستقيم من شأنه أن يسد ممر البراز مؤدياً الى تقلصات والى جعل عملية التبرز أكثر صعوبة فيشعر المريض بالحاجة الى التبرز تكراراً حتى بعد خروج البراز. أما تكون السرطان في منطقة أعلى القولون فيسبب فقر الدم والتعب نتيجة للدم المفقود الذي قد يعجز المريض عن رؤيته وتشمل الأعراض الأخرى على إسهال وإمساك متواصلين وعلى تراجع الشهية إضافة الى نقصان الوزن بدون سبب واضح وألم البطن. (إدريس، ٢٠٠١، ص٢٢٤)

١ - سرطان القولون الأيسر يترافق مع النزف الشرجي وتغير في عادات الأمعاء إمساك إسهال متقطع أمل بطني أو ظهري.

٢ - سرطان القولون الصاعد يشاهد مع أعراض فقر الدم + دم خفيف في البراز ونقص وزن. (هرسون، ١٩٩٠، ص٣٨٨)

النزف عن طريق الشرج هو العرض الأكثر مصادفة تبديل عادات التغوط الذي يتجلى على شكل إمساك أو إسهال أو تناوب الحالتين أن هذا التبديل في عادات التغوط وما يرافقه من آلام بطنية وانتفاخ كثيراً ما يوحى الى الطبيب بالإصابة بتهيج القولون أما الأعراض العامة فهي الضعف العام والقهم والحمى. (إدريس، ١٩٩٢، ص١٠٩)

ملازمة سوء الامتصاص :

التعريف:

خلل يصيب عملية الامتصاص المعوي يتظاهر بالإسهال الدهني وأعوز غذائية أخرى.

الأعراض :

إسهال دهني : يكون البراز ذا رائحة عفنة ومظهوراً شمياً وكميته كبيرة.

الإسهال يسبق المغص البطني.

سوء التغذية ونقص الوزن.

انتفاخ البطن مع كثرة الغازات المعوية.

الوذمة الناجمة عننقص اليومين الدم.

اعتلال عصبي ناجم عن سوء امتصاص فيتامين ب.

كسور مرضية نتيجة عوز الكالسيوم والفيتامين د.

التفاعلات الغذائية العكسية :

التفاعلات الغذائية العكسية شائعة وتقسّم الى :

١ - عدم تحمل غذائي.

٢ - وتحسس غذائي.

وإن الأول هو الأكثر شيوعاً.

١ - عدم تحمل الطعام: وهذه تتضمن تفاعلات عكسية للطعام غير متواسطة مناعياً وتنتج عن سلسلة واسعة من الآليات. أن تلوث الطعام والمواد الحافظة وعوز اللاكتاز كل ذلك يمكن أن يكون متورطاً.

عدم تحمل اللاكتوز :

يحتوي الحليب البشري حوالي (٢٠٠) ميلي مول/لتر من اللاكتوز والذي يهضم بشكل طبيعي الى غلوكوز وغاللاكتوز بواسطة أنزيم اللاكتاز الموجود في الحافة الفرغونية وذلك قبل أن يمتص. (محمد القلا، ٢٠٠٥، ص١١٦)

يكون عوز اللاكتوز عند معظم الناس غير عرضي بشكل تام. على الرغم من أن معظم هؤلاء المعانين يمكن أن يتحملوا كميات قليلة من الحليب دون أعراض.

إن السبب الأكثر شيوعاً للإسهال المزمن أو الناكس هو متلازمة القولون المتهيج والتي يمكن أن تظهر بصورة زيادة تواتر التغوط ويكون البراز رخوياً أو مائياً أو على شكل كرات صغيرة ونادراً ما يحدث الإسهال ليلاً. وأشد ما يكون قبل وجبة الإفطار. بينما يكون المريض في باقي الأوقات مصاباً بالإمساك وهناك أعراض مميزة أخرى لمتلازمة لقولون المتهيج يحوي البراز مخاطاً غالباً. إلا أنه لا يحتوي دماً إطلاقاً ويكون حجم براز الـ (٢٤) ساعة أقل من (٢٠٠) غ. (القلا، ٢٠٠٥، ص٤٦)

الأعراض :

يشكو البعض من ألم قولنجي وانتفاخ بطني وزيادة الغازات. قرقرة أمعاء وإسهال بعد تناول الحليب أو مشتقاته غالباً ما يكون الشك بمتلازمة الأمعاء المتهيجة ولكن يقترح التشخيص بالتحسن السريري عند استبعاد اللاكتوز من القوت.

الإسهال التناضحى سبب السوربيتول وهو من مائيات الفحم غير الممتصة والتي تستخدم كمحليات صناعية.

يمكن أيضاً للفركتوز أن يسبب إسهالاً إذا استهلك بكميات أكبر مما يمكن امتصاصه.

(محمد القلا، ٢٠٠٥، ص١١٧)

التشخيص :

❖ اختبارات الوزخ الجلدية ومعايرة أضداد IgE.

❖ النوعية للمستضد في المصل ذات قيمة تنبؤية محددة.

❖ استخدام اختبارات التحدي الطعمي ثنائية التعمية المراقبة بالغفل

هي المعيار الذهبي ولكنها مرهقة وغير متوفرة بسهولة

❖ يستخدم الشك السريري وتجارب حذف الأعذية. (محمد الفلا،

٢٠٠٥، ص١١٦)

يفيد تصوير المعى الدقيق (صورة ضليلة) كخطوة أولية لتقييم سوء الامتصاص وأن العلامة الكلاسيكية المشاهدة عند مريض سوء الامتصاص تشدق الباريوم (توزعه بشكل شديفي) اللانوعي ضمن المعى الدقيق (علامة البصمة).

(العينية، ب.ت، ص٤١٤)

أعراض حساسية الأطعمة :

ردة فعل الحساسية للطعام تبدأ خلال دقائق الى ساعات من تناول الطعام المسبب للحساسية. ولكن شدة الأعراض وتكرارها تختلف بشكل كبير من شخص الى آخر. بينما الأشخاص الذين تكون حساسيتهم بسيطة يعانون من سيلان الأنف المصحوب بالعطاس فإن الذين تكون حساسيتهم شديدة يصابون بردة فعل شديدة وخطرة مثل الاحتناق وتورم اللسان والشفاه والحنجرة. ومعظم مظاهر حساسية الأطعمة تكون في الجلد والجهاز الهضم.

حساسية الجهاز الهضمي :

فتكون على شكل قيء (تطريش)، غثيان، مغص، عسر هضم إسهال. والأعراض الأخرى قد تكون على شكل ربو مع سعال (كحة) وازير في الصدر، أو سيلان الأنف المصحوب. بات معروفاً لدى العلماء أن حوالي (٧%) من الناس لا تقبل أجسامهم امتصاص مادة بروتين الجلوتين الموجود في القمح.

يتزايد عدد الذين يشكون يومياً من اضطرابات الجهاز الهضمي، والذين يعانون من الإمساك والأم المعدة بعد تناول منتجات القمح مثل الخبز، المعكرونة والمنتجات الغذائية التي تعتمد على دقيق القمح في صناعتها، فقد بات معروفاً لدى العلماء أن حوالي (٧%) من الناس لا تقبل أجسامهم امتصاص مادة بروتين الجلوتين الموجود في القمح، وبذلك يبقى الجلوتين في الأمعاء مسبباً الاضطرابات الهضمية حيث يقوم جهاز المناعة في جسم الإنسان بمهاجمة الزوائد المخملية في جدار الأمعاء كرد فعل مناعي لملاسة الجلوتين لتلك الزوائد، مما يتسبب في حدوث التهابات فيها ويؤدي ذلك الى تدمير الزوائد المعوية، المنوط بها عملية امتصاص المواد المغذية التي تحتوي على الفيتامينات والمعادن والكثير من العناصر المهمة لصحة الإنسان.

الارتداد المعدي المريئي :

ينتقل الطعام عندما نأكل عبر المرئ الى صمام عضلي يفصل بين المرئ والمعدة فيفتح هذا الصمام الذي يسمى (مصرة المرئ السفلي) للسماح للطعام بالمرور الى المعدة ثم ينغلق من جديد، ويحدث ارتداد حمضي للمعدة عندما يضعف الصمام ولا ينغلق بأحكام كما ينبغي فيندفق الحمض رجوعاً الى أسفل المرئ مسبباً حرقة متكررة وإزعاجاً يومياً ومن شأن الحمض أيضاً أن يرتد الى أعلى المرئ مخلفاً طعم الحموضة في الفم أو مسبباً

السعال. ويؤدي هذا الارتداد المتواصل للحمض الى تهيج بطانة المرئ والتهابها (التهاب المرئ) ومع الوقت قد يصاب المرئ بالتضييق أو التآكل مما يسبب نزفاً أو صعوبة في البلع.

(إدريس، ٢٠٠١، ص٨٣ - ٨٤)

الأعراض :

الحرقة - ارتداد الحمض - ألم الصدر يتفاقم بعد الوجبة الدسمة أو أثناء الليل وهو يتوضع خلف القص وينتشر الى الأعلى حتى العنق بما يدعو بالاشتباه بالذبححة. ويثار الألم عند الانحناء الأمامي أو عند الاستلقاء أو بالضغط على الناحية الشرسوفية ويخف بالوقوف وتناول مضادات الحموضة وفي حالات الاستلقاء والنوم قد تصل المواد المقلوسة الى البلعوم وتدخل الى الشجرة التنفسية مسببة السعال وحس الاختناق الذي يوقظ المريض من النوم.

(درويش، ١٩٩٢، ص١٨)

- ١ - سعال مزمن يسبب أرتداد كميات صغيرة من حمض المعدة الى المجاري الهوائية للرئة.
- ٢ - أزيز التنفس الشبيه أحياناً في الربو مشاكل الحلق بحة في الصوت.
- ٣ - صعوبة البلع قد تثير مشاكل البلع الى تضيق المريء أو أصابته تشنج مؤقت.
- ٤ - النزف التهاب بطانة المرئ وتآكلها أو الإصابة بقرحة مريئية هنا تسبب نزفاً ويظهر في القيء أو ممتزجاً بالبراز .

القولون العصبي :

القولون العصبي ليس معناه أنك تعاني من مشكلة عضوية في الجهاز الهضمي وإنما هو اعتلال وظيفي مؤقت للجهاز الهضمي عند حالات معينة ولكن لا نستطيع تشخيص حالة القولون العصبي إلا بعد إجراء فحص سريري ومختبري للبراز وذلك لاستبعاد أسباب عضوية أخرى قد تسبب أعراض مثل أعراض القولون العصبي ومن هذه الأسباب الأخرى مثلاً التهاب الأمعاء بطفيلي الأميبا أو الجارديا أو وجود قرح. يمكن أن تكون أعراض القولون العصبي خفيفة، ويمكن أن لا تحدث إلا نادراً، وقد تتكرر كثيراً.

عندما تكون الإصابة شديدة، يمكن لأعراض القولون العصبي أن تقل كثيراً من قدرة الشخص على العمل، وتحد من علاقاته الاجتماعية وحتى من قدرته على مغادرة البيت لمدة ساعة واحدة. ويمكن أن يضطر المصاب بالقولون العصبي الى البقاء قريباً من المرحاض طيلة الوقت، وهذا ما قد يعيقه من إقامة علاقات سليمة طبيعية من الناس.

طرق تشخيص القولون العصبي :

يجب أن يدرك الجميع بأنه لا يوجد تحليل مختبري أو إشعاعي نستطيع من خلاله تشخيص وإثبات بأن الأعراض التي يعاني منها المريض هي أعراض القولون العصبي، ويتم التشخيص من خلال مقابلة الطبيب وأخذ تاريخ المرض بالكامل، وبعدها يقوم الطبيب بإجراء بعض الفحوصات التي تشمل فحصاً للدم والبراز ومنظاراً للقولون من خلال فتحة الشرج، وكل هذه الفحوصات تجري فقط لاستبعاد أسباب عضوية أخرى قد

تسبب وتشابه أعراض مثل أعراض القولون العصبي، في البداية يستمع الطبيب الى ما يرويّه المصاب بالقولون العصبي بشكل تفصيلي عن سوابقه وتاريخه الطبي ثم يقوم بفحصه فحصاً سريريّاً.

المعايير المعتمدة للتشخيص :

قام الباحثون بتطوير معايير كثيرة للتشخيص وأشهر هذه المعايير ما يعرف بمعايير روما (Rome Criteria) للقولون العصبي واضطرابات الأمعاء الوظيفية الأخرى، ووفقاً لهذه المعايير يجب وجود أعراض محددة ليتم تشخيص الحالة كقولون عصبي، ومن أهمها ألم واضطراب معوي يستمر لمدة (١٢) أسبوع على الأقل خلال العام وليس بالضرورة أن تكون الأسابيع متواصلة، ويجب أيضاً تأكيد وجود اثنين على الأقل من الأعراض الآتية :

١ - تغير في عدد مرات التبرز أو طبيعة البراز : لأن طرح البراز قد يتغير من كتلة طبيعية ليننة متماسكة ما بين مرة يومياً الى مرة كل ثلاثة أيام، الى طرح براز رخو سائل غير متشكل عدة مرات في اليوم، أو طرح براز جاف متصلب مرة واحدة كل ثلاثة أو أربعة أيام.

٢ - الانحشار أو الرغبة الملحة في التبرز أو الشعور بعدم القدرة على طرح البراز ٤٣ بشكل كامل.

٣ - وجود مخاط في البراز.

٤ - النفخة (تظبل الأمعاء) أو تمدد الأمعاء.

يقوم الطبيب بتقييم حالتك وفقاً للمعايير السابقة، بالإضافة الى أي أعراض أخرى موجودة قد تدل الى احتمال وجود مشكلة صحية أخرى، ومن الأعراض المثيرة للشكوك والتي تتطلب من الطبيب عمل فحوصات إضافية :

- بداية الحالة بعد سن الخمسين.
- نقص الوزن.
- ارتفاع الحرارة.
- التقيؤ المتكرر.

إذا تواجدت لديك أحد هذه الأعراض يجب عمل فحوصات إضافية لتشخيص الحالة. وإذا كانت الأعراض تقع ضمن معايير تشخيص القولون العصبي وليس هناك أي من الأعراض الخطيرة السابقة، فعندها لا حاجة للمزيد من الفحوصات ويشخص المرض على أنه مرض القولون العصبي.

منظار القولون وسيلة مهمة لتحديد الإصابة بأمراض وأعراض أخرى تشبه القولون العصبي :

يمكن أخذ عينات من البراز للتحري عن وجود الدم والعوامل المسبب للعدوى فيه. يمكن إجراء فحص خاص يدعى تنظير القولون لفحص القولون من الداخل.

وقد يجري للمصاب بالقولون العصبي اختبارات شعاعية مثل تصوير القولون مع حقنة الباريوم أو التصوير الطبقي المحوري.

يتم التشخيص من خلال مقابلة الطبيب وأخذ تاريخ مرضي كامل وفحص سريري. وليس هناك فحص أو تحليل مخبري أو إشعاعي يمكن من خلاله التشخيص، لكن الفحوصات التي تشمل فحصاً للدم والبراز ومنظراً للقولون من خلال فتحة الشرج، مهمة لاستبعاد الأمراض العضوية التي يمكن أن تشبه القولون العصبي. ومن المعايير التشخيصية التي يبني عليها التشخيص فهي كالتالي:

١ - ألم أو تضايق متكرر في البطن لمدة (٣) أيام في الشهر، خلال الأشهر الثلاثة السابقة.

٢ - الألم أو التضايق يتسم بأثنين من السمات الثلاث التالية :

أ - يخف بعد التبرز.

ب - يتغير مع بدايته عدد مرات التبرز المعتاد.

ج - يتغير مع بدايته شكل أو طبيعة البراز المعتادة.

٣ - يمكن أن توجد بعض الأعراض الأخرى التي تدعم التشخيص ولكنها ضرورية مثل:

أ - تغير في عدد مرات التبرز (أكثر من ٣ مرات في اليوم، أو أقل من ٣ مرات في الأسبوع).

ب - تغير في طبيعة أو شكل البراز (قاس وممتكئ أو طري وسائل).

ج - تغير في طبيعة الإخراج (صعوبة أو سرعة أو شعور بعدم اكتمال الإخراج).

يتم تشخيص المرض عموماً على أساس من التاريخ الطبي الكامل الذي يتضمن وصفاً دقيقاً للأعراض والفحص البدني - انتفاخ أو شعور بالامتلاء لا يوجد اختبار محدد للقولون العصبي، وأن كان من المحتمل أن يتم تنفيذ اختبارات تشخيصية لاستبعاد مشاكل أخرى. قد تتضمن هذه الاختبارات اختبار عينة البراز، واختبارات الدم، والأشعة السنوية عادة، يقوم الطبيب بإجراء تنظير السيني، أو تنظير القولون، مما يسمح للطبيب النظر داخل القولون. ويتم ذلك عن طريق إدخال أنبوب مرن - مع الكاميرا على نهاية لها من خلال فتحة الشرج. الكاميرا تنقل الصور من القولون الى شاشة كبيرة للطبيب لرؤية أفضل إذا كانت نتائج الاختبار سلبية، يمكن للطبيب تشخيص المرض على أساس الأعراض، بما في ذلك عدد مرات آلام في البطن أو عدم الراحة أثناء العام الماضي.

تتضمن الأعراض :

ألم في البطن أو عدم الراحة لمدة لا تقل عن (١٢) أسبوعاً من أصل الـ(١٢) شهراً السابقة، هذه الأسابيع (١٢) ليس من الضروري أن تكون على التوالي : ألم البطن أو عدم الراحة له اثنين من السمات الثلاث التالية :

❖ تتوقف عند حصول حركة الأمعاء.

❖ عندما تبدأ، هناك تغيير في عدد المرات التي يحصل فيها براز.

❖ عندما تبدأ، فإن هناك تغير في شكل البراز أو مظهره.

يجب أن تكون بعض الأعراض موجودة، مثل :

❖ تغيير في تواتر حركات الأمعاء.

- ❖ تغيير في مظهر من حركات الأمعاء.
 - ❖ شعور بحاجة ملحة لا يمكن السيطرة عليها لحدوث البراز.
 - ❖ صعوبة أو عدم القدرة على تمرير البراز.
 - ❖ مخاطر في البراز.
 - ❖ الانتفاخ البطني.
 - ❖ النزيف، والحمى، وفقدان الوزن، والآلام الحادة المستمرة ليست من أعراض القولون العصبي ويمكن أن تشير الى مشاكل أخرى مثل التهاب، أو نادراً السرطان.
- وقد أرتبط التالي مع تفاقم أعراض القولون العصبي.
- ❖ الوجبات الكبيرة.
 - ❖ بعض الأدوية.
 - ❖ القمح والجاودار والشعير، والشوكولاته ومنتجات الألبان، أو الكحول.
 - ❖ المشروبات مع الكافيين، مثل القهوة والشاي والكولا.
 - ❖ الاجهاد، والصراع، أو الاضطرابات العاطفية.
- وقد وجد الباحثون أن النساء اللاتي يعانين من القولون العصبي تكون الأعراض أكثر خلال فترات الحيض، مما يوحي بأن الهرمونات التناسلية يمكن أن تفاقم مشاكل القولون العصبي.
- وبالإضافة الى ذلك، فإن الذين يعانون من القولون العصبي يعانون من الاكتئاب والقلق، والتي يمكن أن تفاقم الأعراض، وبالمثل، فإن الأعراض المرتبطة بالقولون العصبي يمكن أن تسبب أن يشعر شخص بالاكتئاب والقلق.
- يتم تشخيص القولون العصبي بعد استبعاد الإصابة بكل الأمراض التي تعطي أعراضاً مشابهة في البداية يستمع الطبيب الى ما يرويه المصاب بالقولون العصبي بشكل تفصيلي عن سوابقه وتاريخه الطبي ثم يقوم بفحصه فحصاً سريرياً يمكن أخذ عينات من البراز للتحري عن وجود الدم والعوامل المسبب للعدوى فيه يمكن إجراء فحص خاص يدعى تنظير القولون لفحص القولون من الداخل. وقد يجري للمصاب بالقولون العصبي اختبارات شعاعية مثل تصوير القولون مع حقنة الباريوم أو التصوير الطبقي المحوري، فإذا أظهرت الاختبارات عدم وجود مرض آخر، يضع الطبيب تشخيص القولون العصبي أو متلازمة الأمعاء المتهيجة.
- الباحثون لم يكتشفوا أي سبب محدد للمرض. إحدى النظريات هي أن :
- ١ - الناس الذين يعانون من المرض لديهم قولون أو أمعاء غليظة، تتسم بحساسية خاصة، ورد فعل لبعض الأطعمة والاجهاد. وقد يكون النظام المناعي مشاركاً في رد الفعل.

٢ - قد لا تكون هناك عادية في القولون لدى الشخص الذي يشكو من المرض، ويمكن أن تكون متشنجة أو حتى توقف العمل مؤقتاً.

٣ - بطانة القولون التي تدعى الظهارة، والتي تتأثر بجهاز المناعة والجهاز العصبي، وتنظم تدفق السوائل داخل وخارج القولون. يبدو أنها تعمل والنتيجة هي وجود والنتيجة هي وجود بشكل صحيح. ومع ذلك، عندما نقل محتويات داخل القولون بسرعة كبيرة جداً، يفقد القولون قدرته على امتصاص السوائل الكثيرة من السوائل في البراز في أشخاص آخرين، تكون الحركة داخل القولون بطيئة جداً، والذي يحتاج لسائل إضافي لاستيعابها. ونتيجة لذلك، فإن الشخص يطور الإمساك.

الناس في بعض الأحيان تجد أن الأعراض تهدأ لبضعة أشهر ثم تعود، والبعض الآخر يشكون من تدهور مستمر من الأعراض مع مرور الوقت كما يشير أسمها، هي متلازمة القولون العصبي، مجموعة من العلامات والأعراض، القولون العصبي لا يؤدي الى أمراض خطيرة، بما في ذلك السرطان، على مر السنين، فقد سميت المتلازمة بالعديد من الأسماء، من بينها التهاب القولون، التهاب القولون المخاطي والقولون التشنجي أو الأمعاء تشنجي.

ومع ذلك، لم يثبت وجود صلة بين المتلازمة وأمراض التهابات الأمعاء مثل التهاب القولون التقرحي، ومرض كرون.

الأمراض الأخرى المشابهة لاضطراب القولون العصبي :

هناك بعض الأمراض العضوية التي تشبه اضطراب القولون العصبي مثل:

- انتانات الأمعاء الزحار، والديدان، والنزلات المعوية: وهذه يمكن تشخيصها من خلال الفحوصات المخبرية بسهولة.
- القولون المتقرح : ومن أعراضه فقر الدم نتيجة النزف مع البراز، والإعياء وآلام المفاصل وضعف الشهية ونقص الوزن.
- أورام القولون : ومن أعراضها: النزيف الدموي مع البراز، ونقص الوزن ويمكن تشخيصه بالمنظار الشرجي.

أمراض الجهاز الهضمي كثيرة ومتعددة، التي تصيب القولون تتشابه كثيراً في أعراضها وأحياناً في مسببها والمحفزات التي تزيد من حدتها، والكثير من الناس تخطئ بين هذه الأمراض فتطلق مسميات قاصدة به أمراض أخرى، فعلى سبيل المثال كثير من الناس تطلق مسمى القولون الهضمي وهي تقصد القولون العصبي بسبب علاقة بعض الأطعمة في تحفيز وإثارة القولون العصبي، وبعضهم يطلق نفس الاسم (القولون الهضمي) على التهابات الأمعاء الدقيقة والقولون. كذلك هناك مرض التهاب القولون التقرحي ومرض كرونز وغيرها من الأمراض العضوية التي تتشابه على المرضى ولا يستطيعون التفريق بينها.

أعراض تتشابه مع أعراض القولون العصبي :

هناك أعراض يجب التأكد منها لأنها عادة تكون مصاحبة لأمراض أخرى. ولأن القولون العصبي كما قلنا اضطراب وظيفي وليس مرضاً عضوياً، فإن كل التحاليل والصور الإشعاعية والمنظار تكون طبيعية لذلك يجب على الطبيب المختص التأكد من خلو المريض من الأمراض العضوية، فهذه الأمراض تسبب في حدوث أعراض تتشابه مع أعراض القولون العصبي ولهذا السبب يجب أن يكون التشخيص دقيقاً وخصوصاً في المرضى الذين يوجد لهم تاريخ عائلي بأمراض معينة مثل أمراض الأمعاء الالتهابية (كمرض كرونز أو التهاب القولون التقرحي) أو السرطان أو أن يكون المريض فوق سن الخمسين، وذلك بإجراء الكشف السريري وبعض الفحوصات والأشعات وقد يستدعي الأمر إجراء التنظير الداخلي حسب ما يراه الطبيب مناسباً، وأبرز الأمراض التي تتشابه أعراضها مع أعراض القولون العصبي :

- ❖ إنتانات الأمعاء كالدوسنتاريا والديدان والنزلات المعوية: وهذه يمكن تشخيصها من خلال الفحوصات المخبرية بسهولة.
- ❖ القولون المقرح : ومن أعراضه فقر الدم نتيجة النزف مع البراز، والأعياء وآلام المفاصل وضعف الشهية ونقص الوزن.
- ❖ أورام القولون : ومن أعراضها النزيف الدموي مع البراز، ونقص الوزن ويمكن تشخيصه بالمنظار الشرجي.
- ❖ مرض القمح: وهذا المرض يحصل نتيجة وجود حساسية لمادة الجلوتين الموجودة في القمح والشعير والشوفان، وهذا قد يؤدي الى حدوث أعراض مشابهة لتلك المصاحبة للقولون العصبي، وفحص الدم ينفي وجود هذا المرض.

دور الأجهاد والضغوط في حدوث اضطراب القولون العصبي :

الإجهاد النفسي وتراكم مشاعر الضيق والغضب وعدم القدرة على التحمل، تخفيض عتبة التحمل، وتستنثير تقلصات شديدة في القولون عند من يعانون من القولون العصبي أصلاً. وقد أوضحت إحدى الدراسات أن (٧٠%) من عامة الناس قد عانوا من تغيرات هضمية بسبب الضغوط النفسية، وأن (٤٥%) من مستخدمي المليينات يعانون منها.

هل القولون العصبي هو نفسه التهاب القولون ؟

هذا السؤال مهم لأن الكثير من الناس يخلط بين القولون العصبي والتهاب القولون التقرحي فيعتقدون أنهما اسم لمرض واحد وهنا يجب أن نوضح الفرق بينهما حتى لا يحصل اللبس.

هناك فرق بين ما يسمى القولون العصبي (Irritable Bowel Syndrome) وبين ما يسمى التهاب القولون (Inflammatory Bowel Disease) ومنه التهاب القولون التقرحي (Ulcerative Colitis) ومرض كرونز (Crohn's Disease) وهذه من أمراض الجهاز الهضمي المزمنة وأكثر خطورة على حياة المريض من

مرض القولون العصبي. هذا الخطأ الشائع عند الكثير بين هذه الأمراض وبين مرض القولون العصبي إنما حدث نتيجة تشابه أعراض مرض القولون العصبي ... فمثلاً الإمساك وانتفاخ البطن من علامات وأعراض التهاب القولون التقرحي وبهذا تتشابه هذه الأعراض مع القولون العصبي لكن يجب معرفة أن القولون العصبي لا يوجد به تقرحات وتشققات وصدید على الإطلاق مثلما يحدث لمريض التهاب القولون التقرحي. التهاب القولون التقرحي يصيب الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين العشرين والأربعين عاماً، ولا يعرف أسباب هذا النوع من الالتهاب، إلا أنه يعتقد أن التوتر العصبي والعوامل النفسية الأخرى قد تزيد من تفاقم المعاناة من هذا المرض.

الفرق بين القولون العصبي والقولون الهضمي ؟

القولون الهضمي تعبير وكما قلت سابقاً فإن هذا التعبير عندما أسمع من المريض فإنه يقصد في الأغلب أصابته بمرض القولون العصبي ولكن بسبب تهيج القولون وزيادة حدة أعراضه عند تناول مأكولات معينة فإن المريض يربط بين عملية الهضم والأعراض التي تظهر ... ومن هنا انتشر هذا المسمى المخادع، وفي بعض الأحيان يطلق المرضى والناس مصطلح القولون الهضمي على مرض آخر هو مرض التهاب القولون وهو مرض حاد في العادة، لكن في الغالب ليس له مضاعفات إذا تم تشخيصه بسرعة وعلاجه بدقة، واعتقد بأن مسألة تشخيص التهاب القولون سهلة ولا تحتاج لعمل منظار وتستطيع التحاليل والفحوصات الطبية اكتشافه وتحديد أسبابه العضوية. (3 colon3. com)

فحوصات إضافية لمرضى القولون العصبي:

قد يقترح الطبيب عدة فحوصات ومنها فحص البراز لفحص وجود التهاب أو مشكلة سوء امتصاص، وتستخدم الفحوصات لنفي وجود مسبب آخر للأعراض التي تعاني منها، ومن هذه الفحوصات :

التنظير السجمي المرن (تنظير القولون والمستقيم المرن):

ويفحص المستقيم والجزء الأخير من القولون باستخدام أنبوب رفيع مرن مزود بكاميرا صغيرة في نهايته.

تنظير هضمي سفلي (تنظير القولون):

يتم في هذا التخطيط التقاط صور محورية مقطعية لأعضاء وأنسجة الجسم باستخدام الأشعة السينية (X-ray)، وهذا التخطيط الإشعاعي للبطن والحوض يساعد الطبيب على نفي احتمالية وجود مسببات أخرى للأعراض التي تعاني منها.

فحص عدم تحمل اللاكتوز :

إنزيم اللاكتيز ضروري لهضم سكر اللاكتوز الموجود في مشتقات الحليب وإذا كان جسمك لا يفرز هذا الأنزيم، قد تحصل لديك أعراض مشابهة لتلك لمصاحبة للقولون العصبي، ومنها المغص والغازات والإسهال، ليحدد الطبيب إذا كان هذا هو المسبب للأعراض الموجودة لديك، قد يطلب منك عدم تناول الحليب ومشتقاته لبضعة أسابيع.

التعليق [1h]:

(نقلًا عن موقع العلاج al3laj.com)

• القرآن الكريم

١. أباضة ، آمال عبدالسميع ، (١٩٨٦) العدوانية وعلاقتها بأبعاد الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين ، دراسة تجريبية ، اكلينيكية ، رسالة دكتوراه - كلية التربية جامعة طنطا .
٢. إبراهيم ، علي إبراهيم ، (١٩٩٢) ، الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية ، مجلة مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، السنة الأولى ، ع ١ ، ص ٨٧-١٠٤ .
٣. ابراهيم، عابد وآخرون، ١٩٨٩، مبادئ القياس والتقويم في التربية، ط١، دار عمان للنشر والتوزيع، الاردن.
٤. ابراهيم، عبد الستار (١٩٩٨): الاكتئاب واضطراب العصر فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة يصدرها مجلس الثقافة والآداب، الكويت، العدد ٢٣٩ .
٥. ابراهيم، عبد الستار، ١٩٩٤، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
٦. أبو النيل ، محمود السيد وزبيد مصطفى ، (١٩٩٤) ، الأمراض السيكوسوماتية الأمراض الجسمية النفسية المنشأ . مكتبة الخانجي ، ط القاهرة .
٧. ابو دلو، جمال نادر، ٢٠٠٩، الصحة النفسية، دار اسامة للنشر .
٨. أبو عيطة، سهام درويش، ١٩٩٧، مبادئ الإرشاد النفسي، ط١، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
٩. احمد، علاهن محمد علي، ١٩٩٩ اثر برنامج ارشادي في خفض مستوى الضغوط الدراسية لدى طالبات المرحلة المتوسطة، اطروحة دكتوراه، غير منشورة، الجامعة المستنصرية، كلية التربية، بغداد.
١٠. ادريس ،زينه جابر ،٢٠٠١،صحة الجهازالهضمي ،الطبعة الاولى ،الدار العربية للعلوم ،بيروت ،لبنان .
١١. الازيرجاوي، فاضل محسن، ١٩٩١، اسس علم النفس التربوي، دار الطباعة للنشر، جامعة الموصل.
١٢. اسعد سعيد، ١٩٩٩، الامراض النفسية عند مرضى ارتفاع ضغط الدم، الهيئة العراقية للتخصصات الطبية، بغداد، العراق.
١٣. الأمارة ، أسعد شريف ، (١٩٩٥) .الضغوط النفسية والتعامل معها ،

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

١٤. الأميري ، أحمد محمد ناجي (٢٠٠١) فعالية برنامج إرشادي في مواجهة الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية ، اطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة المستنصرية ، بغداد .
١٥. الانصاري، بدر محمد، ١٩٩٨، دراسة علمية للحالات الانفعالية للشباب الجامعي في الكويت بعد العدوان العراقي، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.
١٦. -، ١٩٩٩، الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجاتهم الارشادية، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد، ١٥، جامعة قطر، ص.ص ١٩٥-٢٢٧.
١٧. باترسون، س.ه، ١٩٨١، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ط١، دار القلم، الكويت.
١٨. باترسون ، س . ه ، (١٩٩٠) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد عبدالعزيز الفقي ، ط ٢ ، دار العلم للنشر والتوزيع ، الكويت .
١٩. باكير،دمحمود،ب.ط، دار القدس للعلوم دمشق،اليرموك .
٢٠. بن علو، الازرق، ٢٠٠٢، كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة، دار قباء، القاهرة.
٢١. البياتي، جبار توفيق واثناسيوس، زكريا، زكي، ١٩٧٧، الاحصاء الوصفي والاستدلالي في التربية وعلم النفس، الجامعة المستنصرية، بغداد.
٢٢. بيك، ارون (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ط١، بيروت، دار النهضة للطباعة والنشر .
٢٣. تايلور ،سيلبي ،ترجمة بريك ،دوسام درويش وداود فوزي شاکر ، ٢٠٠٨، علم النفس الصحي ،الطبعة الاولى ،دار الحامد للنشر والتوزيع والنشر ،عمان ،الاردن
٢٤. تحية ،دحسان احمد ،ب ت ، الفيزيولوجية الطبية والفيزيولوجيا المرضية ،المركز التقني المعاصر ،دار النفيس للتوزيع والنشر .
٢٥. الجاموس ، هدى (٢٠٠٧) الاضطرابات النفسجسمية ، الطبعة الأولى ، دار القلم للنشر ، بيروت ، لبنان .
٢٦. جان، نادية محمد، ٢٠٠٠، استراتيجيات التعايش مع ضغوط الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى طالبات كلية التربية للبنات بالرياض، رسالة دكتوراه، كلية التربية، الاقسام الادبية، الرئاسة العامة لتعليم البنات.
٢٧. الجبوري، كاظم جبر ، (٢٠٠٥) ، أثر العلاج السلوكي المعرفي في تعديل البنى المعرفية للمصابين بالاكتئاب ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، المستنصرية .

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

٢٨. الحجار، محمد، ١٩٨٩، الطب العسكري المعاصر، أبحاث في اهم موضوعات علم النفس الطبي والعلاج النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت.

٢٩. الحديث الذاتي، ب.ت، مقالة في شبكة المعلومات العالمية(الانترنت) من موقع <http://www.re-sun.net>

٣٠. حسن ، عايدة شكري ، (٢٠٠١) ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات (دراسة مقارنة) ، رسالة ماجستير / كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

٣١. حسين ، علي الفايد ، (٢٠٠٤) ، ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة ، دراسات نفسية ، مجلد الثاني عشر ، ٣ع ، ص٤١٧

٣٢. حسين ، فالح حسين ، (٢٠٠٢) ، نمط الشخصية وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسجسمية لدى مراجعي مستشفيات بغداد . رسالة ماجستير غير منشورة ، المستنصرية ، آداب .

٣٣. حسين، د.طه عبد العظيم، ٢٠٠٤، الارشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا، الطبعة الاولى، دار الفكر، عمان.

٣٤. الحلو، بثينة منصور (١٩٩٥): قوة تحمل الشخصية وأساليب التعامل مع ضغوط الحياة، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة بغداد.

٣٥. الحلو، بثينة منصور، ١٩٩٥، مركز السيطرة والتعامل مع الضغوط النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية ابن رشد، جامعة بغداد، العراق.

٣٦. الخالدي، عطا الله فؤاد، ٢٠٠٩، علم النفس الارشادي، الدليل في الارشاد الحجمي، تطبيقات عملية، ط١، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

٣٧. الخضير، راضي، ٢٠٠٨، اضطراب التوافق، ركن الطب والصحة، جريدة الرياض اليومية، الجمعة، ٨ شعبان ١٤٢٩هـ، اسبتمبر ٢٠٠٨م، العدد ١٣٩٤٨.

٣٨. الخطيب، جمال (١٩٩٤): تعديل السلوك الإنساني، ط٣، المطبعة التعاونية، عمان.

٣٩. خفش، سهام رياض، ٢٠٠١، استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، الاردن.

٤٠. خليل فاضل، القولون العصبي، ماهو ولماذا يحدث، جريدة الشرق الاوسط، لندن.

٤١. الخولي، وليم، ١٩٧٦، الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي، طذ، دار المعارف بمصر .

٤٢. دافيدوف، لندال، ١٩٨٣، المدخل الى علم النفس، ط٣، دار ماكجروهيل، القاهرة.

٤٣. الداهري ، صالح حسن ، والعبدي ، ناظم هاشم ، (١٩٩٩) الشخصية والصحة النفسية .

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

٤٤. درويش ،دزياد ،١٩٩٢ الجهاز الهضمي ،منشورات جامعة دمشق ،الطبعة الثانية
٤٥. الدريعي، سامي حمد، ١٩٩٧، الفروق بين مرضى داء السكري والاصحاء في الاستجابة لضغوط الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، معهد الدراسات العليا، اكااديمية نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض.
٤٦. دسوقي، راوية محمود، ١٩٩٦، النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، السنة العاشرة، العدد التاسع والثلاثون، ص.ص ٤٤-٥٩، القاهرة.
٤٧. ديفسون ،ترجمة القلا ومحمد وكويدر ،دحسن ،امراض الجهاز الهضمي ،دار القدس للعلوم ،دمشق ،اليرموك
٤٨. ديفيدس .بوب واخرين (٢٠٠٤) ١٠٠ سؤال وسؤال حول سرطان القولون والمستقيم ،الدار العربية للنشر والتوزيع
٤٩. الرازي، محمد بن ابي بكر بن عبد القادر، ١٩٩٧، مختار الصحاح، المكتبة العصرية، ص ١٠٤، ١٦٢، ١٨٤، بيروت
٥٠. الرشيدى ، هارون ، (١٩٩٩) الضغوط النفسية طبيعتها نظرياتها ، برامج لمساعدة الذات في علاجها ، مكتبة الأنجلو المصرية ، مصر .
٥١. الرشيدى، بشير صالح، وراشد علي السهل، ٢٠٠٠، مقدمة في الارشاد النفسي، مكتبة الفلاح، الكويت.
٥٢. الرفاعي، نعيم، ١٩٨٢، الصحة النفسية، ط٦، دمشق، جامعة دمشق.
٥٣. الروسان، فاروق، ٢٠٠٠، تعديل وبناء السلوك الانساني، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
٥٤. الريحاني، سليمان، ١٩٨٧، الافكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة في طلبة الجامعة الاردنية، مجلة الدراسات التربوية، ١، عمان.
٥٥. رينو، جاكلين، ١٩٩٦، دليل لمقاومة الضغط، الاجهاد، التوتر، ترجمة سمير شيخاني، دار الآفاق الجديدة، بيروت، لبنان.
٥٦. زبون، سليم عودة (١٩٩٦): المرشد التربوي مسؤولياته وواجباته، المطابع العسكرية، عمان .
٥٧. الزبيدي ، هيثم أحمد علي ، (١٩٩٩) ، الشعور بالذنب لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، المستنصرية
٥٨. زريقي ، سيف الدين ، (٢٠٠٠) أثر التدريب على مهارة حل المشكلات في الضغط النفسي وتقدير الذات لدى المراهقين في مدين عمان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان ، الأردن .

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

٥٩. زهران، حامد عبد السلام، ١٩٨٨، الصحة النفسية، والعلاج النفسي، ط٢، عالم الكتب للنشر، القاهرة.
٦٠. الزهراني ، عبدالله بن أحمد (١٩٩٩) الفروق بين مرضى القولون العصبي والقولون العضوي والأصحاء في أحداث الحياة الضاغطة - دراسة مقارنة - كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، قسم علم النفس .
٦١. الزويبي، عبد الجليل وآخرون، ١٩٨١، الاختبارات والمقاييس النفسية، جامعة الموصل، الموصل.
٦٢. الزيود ، نادر فهمي ، (١٩٩٨) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ط١ ، دار الفكر للطباعة والتوزيع والنشر ، عمان ، الأردن .
٦٣. ستورا، جان بنجمان، ١٩٩٧ الاجهاد اسبابه وعلاجه، تعريب انطوان الهاشم، دار عويدات، بيروت لبنان.
٦٤. السخاسقة، محمد ابراهيم، ٢٠٠٣، اساسيات في الارشاد النفسي، ط٢، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
٦٥. سمارة، عزيز، ١٩٨٩، مبادئ القياس والتقويم في التربية، دار الفكر عمان.
٦٦. السيد، سماح عبد السلام، ٢٠٠٦، الافكار اللاعقلانية لدى المديرين ذوي الاضطرابات النفسجمية في ضوء بعض المتغيرات النفسية، كلية الاداب، جامعة المنصورة.
٦٧. السيد، فؤاد البهي، ١٩٧٠، علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة.
٦٨. سيزلاقي اندرو ووالاس، مارك جي، ١٩٩١ السلوك التنظيمي والادارة، ترجمة جعفر ابو القاسم احمد، الرياض، معهد الادارة العامة.
٦٩. الشابندر، معمر خالد، ١٩٦٨، الامراض النفسية الشائعة، بغداد، مطبعة المعارف.
٧٠. الشخاتية، ٢٠٠٨، نقلاً عن النت: ahmad alshakhahba@yahoo.com
٧١. الشرييني، زكريا، ١٩٩٣، المشكلات النفسية عند الاطفال، دار الفكر العربي، القاهرة.
٧٢. شلتز، دوران، نظريات الشخصية، ١٩٨٣، ترجمة حمد دلي الكربولي وعبد الرحمن القيسي، مطبعة جامعة بغداد، بغداد.
٧٣. الشناوي ، محمد محروس ، ٢٠٠٣ نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ط١ ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، السعودية .
٧٤. شيهان، ف، دافيد، ١٩٨٨، مرض القلق، ترجمة عزت شعلان، عالم المعرفة، الكويت.
٧٥. الطائي ، ذكرى يوسف جميل ، (٢٠٠٠) الضغوط النفسية التي تواجه تلاميذ المرحلة الابتدائية في محافظة نينوى ، جامعة الموصل ، كلية التربية ، العراق .

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

٧٦. الطريدي، عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٤، الضغط النفسي، مفهومة تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته، الرياض، مطابع شركة الصفحات الذهبية المحدودة.
٧٧. الطلاع، عبد الرؤوف، ٢٠٠٠، الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية، لدى الاسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الاسرائيلية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة عين شمس، قسم الصحة النفسية، القاهرة.
٧٨. الطيب محمد عبد الظاهر، ١٩٨١، اختبار تأكيد الذات كراسة التعليمات، دار المعارف، القاهرة.
٧٩. عبد الله، مها بشير، ٢٠٠١، اثر برنامج ارشادي في تعديل اتجاهات طلبة كلية المعلمين نحو مهنة التعليم، اطروحة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
٨٠. عبد المعطي، حسن مصطفى، ١٩٩٤، ضغوط احداث الحياة واساليب مواجهتها، دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري والاندونيسي، بحوث المؤتمر العاشر لعلم النفس في مصر، يناير، كلية التربية جامعة المنيا.
٨١. عبد المعطي، حسن مصطفى، ١٩٩٨، الاثر النفسي لاحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد التاسع، مارس، ص ٢٩-٤٣.
٨٢. عثمان ، فاروق السيد ، (٢٠٠١) ، القلق وإدارة الضغوط النفسية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر .
٨٣. عدس، عبد الرحمن توفق، محيي الدين، ١٩٨٤، أساسيات علم النفس التربوي، دار جون وايلي وايناه، الاردن.
٨٤. العزة ، سعيد ، وعبد الهادي ، جودت عزت (١٩٩٩) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار الثقافة والنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، ط ١ .
٨٥. عسكر ، علي ، (٢٠٠٠) ضغوط الحياة ، أساليب ميادين تطبيقية ، دار الكتب الحديث ، الكويت .
٨٦. عسكر، علي، ١٩٨٧، السلوك التنظيمي في المجال التربوي، ط١، الكويت، درا القلم.
٨٧. عسكر، علي، ١٩٩٨، ضغوط الحياة واساليب مواجهتها، الكويت، القاهرة، الجزائر، دار الكتاب الحديث.
٨٨. عكاشة، احمد، ٢٠٠٣، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، جوان، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد، ١، جانوري، ٢٠٠٤، مصر.
٨٩. عكاشة، محمد الطباشني، ١٩٨٠، الطب النفسي المعاصر، القاهرة.

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

٩٠. علي ، وائل فاضل (١٩٩٧) أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالاكتئاب النفسي لدى مرضى القرحة . أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، الجامعة المستنصرية .
٩١. علي مؤنس ١٩٨٩ ، طعامك في الصحة والمرض كتاب اليوم الطبي ، يصدر عن مؤسسة أخبار اليوم ع ٨٨ .
٩٢. علي ، علي، ١٩٩٧، المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، مجلة الدراسات النفسية، المجلد (٧) العدد (٢)، القاهرة، رابطة الاخصائيين المصريين النفسيين المصرية، (رانم).ص.ص ٢٠١-٢٣٢.
٩٣. العمر، بدر عمر، ٢٠٠٤، اثر بعض المتغيرات الشخصية والاسرية والمدرسية على مصادر ومظاهر الضغوط النفسية، دراسات نفسية سابقة، دراسات نفسية رابطة الاخصائيين النفسية المصرية، القاهرة.
٩٤. عمر، محمد ماهر محمود، ١٩٨٤، المرشد النفسي المدرسي، دار النهضة العربية، القاهرة.
٩٥. العنزي ، أمل سليمان تركي ، (١٤٢٥) ، أساليب مواجهة الضغوط عند الصغيرات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية (دراسة مقارنة) رسالة ماجستير ، جامعة الملك سعود كلية التربية / قسم علم النفس .
٩٦. عوض، رنيفة رجب (٢٠٠٠): فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الضغوط النفسية لدى المراهقين من الجنسين، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية،
٩٧. عيسوي ، عبدالرحمن ، (١٩٩٤) ، الأمراض السيكوسوماتية ، بيروت ، دار النهضة العربية .
٩٨. العيسوي ، عبد الرحمن ، ٢٠٠٠، الاضطرابات النفسجسمية ، الطبعة الاولى ، دار الرتب الجامعية ، بيروت ، لبنان .
٩٩. العيشي ، حمدي ، ابراهيم ، ٢٠٠١، التشريح الوظيفي لجسم الانسان لطلبة التمريض والمعاهد الصحية ، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية والقاهرة.
١٠٠. العينية، محمد عبد الرحمن ، ب ت ، مبادئ ممارسة الطب الباطني ، دار القدس للطباعة والنشر والتوزيع ، دمشق ، اليرموك.
١٠١. فان دالين، ريو بولد، ١٩٧٧، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ترجمة محمد نبيل وآخرون، ط٣، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
١٠٢. فايد، حسين، ١٩٩٨، الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية، ١٨١، العدد ٢، رابطة الاختصاصيين النفسيين المصرية، رانم، ص.ص ١٥٣-١٩٢، القاهرة.
١٠٣. فرج ، عبدالقادر طه ، (١٩٨٨) المجلد في علم النفس ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، الدار الفنية للطباعة والنشر ، القاهرة .

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

١٠٤. الفرحاتي ، السيد محمد ، (٢٠٠٥) سيكولوجية العجز المتعلم ، المركز القومي للاختبارات والتقييم التربوي ، المنصورة ، مصر ، ص ٢٢٤ .
١٠٥. الفقي ، إبراهيم ، (٢٠٠٠) قوة التحكم بالذات ، شركات الدكتور إبراهيم الفقي العالمية للتنمية البشرية ، المركز الكندي للبرمجة العصبية ، كندا .
١٠٦. الفوزي ، سليمان ، (٢٠٠٧) التحكم في الذات ، الحلقة النقاشية الثالثة ، إدارة التربية والتعليم ، دولة الكويت .
١٠٧. القلاء،محمد، وكويدر،دحسن،٢٠٠٥،امراض الجهاز الهضمي والبنكرياس ،الطبعة الاولى ،دار القدس للطباعة والنشر والتوزيع ،دمشق ،اليرموك .
١٠٨. الكبيسي، موفق محمد، ٢٠٠٣، غوط العمل وتأثيرها على الاداء الوظيفي، دراسة ميدانية على قطاع البنوك القطرية، المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية.
١٠٩. الكبيسي، ناطق فحل، ٢٠٠٤، اثر برنامج للاسعافات الاولية النفسية في خفض اعراض اضراب الضغط الحاد، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الاداب، جامعة بغداد.
١١٠. كويلر، ١٩٧٨، علم النفس الانساني، ترجمة طلعت منصور وآخرون، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
١١١. ماريتين بول، ٢٠٠٠، العقل المريض، ترجمة عبد الله العصيمي، المجمع الثقافي، ابو ظبي.
١١٢. ماکموري، جون، ١٩٨٢، الوجودية، ترجمة امام عبد الفتاح، عالم المعرفة، الكويت.
١١٣. مايو كلينك للابحاث الطبية التعليم الطبي، ٢٠٠٢، مايو كلينك حول الاكتئاب، ترجمة الدار العربية للعلوم، لبنان.
١١٤. محمد عقلان، نقلا عن النت: www.shifa-uni.com
١١٥. محمد، عودة محمد، مرسي، كمال ابراهيم مرسي، د.ت، الصحة النفسية في ضوء علم النفس والاسلام، دار القلم، الكويت.
١١٦. محمد، لطفي راشد، ١٩٩٢، نحو اطار شامل لتفسير ضغوط العمل وكيفية مواجهتها، معهد الادارة العامة، الرياض، مجلة الادارة العامة، العدد ٧٥، ١٤١٣هـ، ص ٦٩-٩٣.
١١٧. مزنوق ، محمد صهيب ، (١٩٩٩) تنمية التفكير اللاعقلاني وأثره على الضغوط النفسية لدى المراهقين (دراسة تجريبية) أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية البنات ، الآداب والعلوم والتربية ، جامعة عين شمس .
١١٨. المشعان، عويد، ٢٠٠٠، مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسدية، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد ٢٨، العدد (١)، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.

مجلة أبحاث ميسان ، المجلد الثالث عشر ، العدد السادس والعشرون ، السنة ٢٠١٧

١١٩. مليكة ، لويس كامل ، (١٩٩٤) العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، ط٢ ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
١٢٠. مليكة، لويس كامل، ١٩٩٤، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط٢، دار النهضة العربية، القاهرة.
١٢١. المنيزيل، عبد الله، ١٩٩٥، موقع الضغط والتكيف الاجتماعي، دراسة مقارنة بين المتفوقين تحصيلياً والعاديين، جملة دراسات، مجلد٢٢، عمان، العدد٦.
١٢٢. النابلسي، محمد احمد، ١٩٩١، ابن سينا، مؤسس السيكوسوماتيك، مجلة الثقافة الاسلامية، العدد٧، مكتبة النهضة الاسلامية، بيروت.
١٢٣. نادر، امتياز، ٢٠٠٧، اكتشف ورمح عقلك الباطن، سلسلة السيطرة والبرمجة العصبية، ط١، دار حمورابي للنشر والتوزيع، عما، الاردن.
١٢٤. هاريسون ١٩٩٠، مبادئ الطب الباطني، جامعة دمشق، دار حسان، مطبعة الفوال
١٢٥. الهنداوي، انعام لفته موسى، ١٩٩٠، الاستقلال عن المجال الادراكي والاستكمال عليه وعلاقتها بالتعامل مع الضغوط النفسية، كلية الاداب، جامعة بغداد.
١٢٦. هول.ك ولتدزي، ١٩٧١، نظريات الشخصية، ترجمة احمد فرج وآخرون، البيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، القاهرة.
١٢٧. هياجنة، أمجد، ٢٠٠٨، أقوال في التفكير الايجابي والطمأنينة النفسية، ارشاد وتوجيه، قسم التربية والدراسات الانسانية، جامعة نزوى، اللجنة الوطنية للطفولة، Childhood.gov.sa.
١٢٨. الهيجان، عبد الرحمن بن احمد بن محمد، ١٩٩٨، ضغوط العمل مصادرها ونتائجها وكيفية ادارتها، ترجمة فرج احمد وآخرون، دار الشايح، القاهرة.
١٢٩. يوسف ، يارة عبد منان ، (٢٠٠٥) الضغوط النفسية التي تواجه الموظفين والعاملين في مجموعات الخدمات الميدانية من مؤسسات الطوافة بمدينة مكة المكرمة ، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية العدد (١)، المجلد (١٧).
١٣٠. يوسف محمد، ١٩٩٤، الاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من الجنسين في دولة الامارات العربية المتحدة، المجلة العربية للعلوم الانسانية، العدد، ٤٨، جامعة الكويت، صص ١٧٠-٢٠٩.

- 1- Aronson, and Wilson Elliotetal (2004): Social Psychology, Media and Research Update New Jersey, Pearson Education, Inc.
- 2- Anastasi, A(1976):psychological testing, New York, Macmillan>
- 3- Anastasi, A.&Urbina.S(1997) "Psychological testing"7th.
- 4- Bandura, A.(1977):social Learning theory, Englewood cliffs: N.J, Prentice-Hall.
- 5- Bakwin & Bakwin, (1972) ((Behavior disorder in children , London, W.B. Saunders Company.
- 6- Bar, L.H & Kupers , B.R. (1973) Behavior therapy in dermatological practice . British Journal of dermatology. Vol. 88.
- 7- Bem A. (1990) personality. Social and biological perspectives on personal adjustment brooks cole publishing U.S.A.
- 8- Billing. A.G. & Moos. R.H. (1981): The Role of coping. Responses The Stress of Life Events Journal of Behavioral Medicine. No. 4.
- 9- Brandt. P.A. & Welnter, G. (1987): Asocial Support Measure Nursing Research Vol. 30 No. 5.
- 10- Brelm S. &Kassin S. (1990) social psychology Houghton Mifflin company.Boston.
- 11- Buunk B.&Hoorens V. (1992) social support and stress: the roal of social comparison and social exchange processes. British journal of clinical psychology. Vol(31) pp445-457.
- 12- Eble, R,L (1972):Essentials of Educational Measurement,NewYork, Perntice-Hall.
- 13- Epstien, S(1972):the nature of anxiety in, Spielberger,C.(Ed), (currewt treds in theory and research), Academic press, London.
- 14- Class, & Shea (1986) cognitive therapy, and pharmacological treatment for shyness , and Social anxiety, In W. Hyones, imcheak & S.R. briggs and treatment , New York. 317 .

- 15- Cobin, Charles B. (1991): Physical fitness ruthlindesy.
- 16- Cohens, S. Kamarck, T. B. Mermelstin, R. (1988): Aglobal measure of parcieved stress, Jornal of Health and social behavior, V. 24.
- 17- Compas ,B, Walcarne , & Fondacaro , K.(1989) : Coping with stressful events in order children and young Adolescent , Journal of consulting and clinical , psychology ,vol .56. N. (3).
- 18- Cooper ,G .L. , (1981) , The stress check : coping with stresses of life and work , N . J : Printicehill.
- 19- - (1997): Physical fitness Ruth Lindsey .
- 20- -. (1982):Stresses , Inj H.eysenck Encyclopedia of psychopathology vol.2 .
- 21- -. (1997): Meaning Ful events as coping with chronic stress, New York Plenum press.
- 22- Ellis, A. and Yeager(1989):The practice of Ration ol Emotive therapy ,ny , Springer public ting company.
- 23- Ellis, Albert, and Griegers Russel(1987):Hand book of rational emotive, therapy , spring republishing company new york.
- 24- Ellis, A(1993):Reflections on rational-emotive therapy, journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,199-201.
- 25- Ellis, A.(2001). Rational and irrational aspects of couter transference. Journal of clinical psychology.
- 26- Lazaras, R.&Launier, s.(1978) stress related transactions between persons and environment in previn, NL.
- 27- Kaplan.H.Sadock.B(1999).
- 28- Kimble,G.A.&et.al.(1980).Principles of general psychology. 5th edition, NewYork, John willy&sons, Inc.
- 29- Lazarus, R.C(1966): Psychological stress and coping pronceness, New York. Mc-Graw-Hill.(1966).

- 30- Lazarus, R. Folk (1985) man and R. Guen: (stress and A daptational out comes: the problem of confounded measures, American and psychologist, Vol.40.
- 31- Lazarus, Patterns of Adjustment, 3rded Tokyo(976)
- 32- Lazarus, R.&folkman, s.(1980):an analysis of coping in a middle-aged community sample, journal of health and social behavior, pp219-239.
- 33- Lazarus, R.&Lawner, R.(1978):stress related transactions between person and environment – In L.A.Perin and M.Lewis (eds) Perspective in Interocional psychology, Plenum press, New York, PP 287-327.
- 34- Levy, S.(1997), behavior&cancer,san Francisco josey-bass.
- 35- Friedman, M.,Powell,price, V&Dixon, T(1984):Alteration of type (A) behavior and reduction in cardiac recurrence in post myocardial infarction patient, American Heart journal, 237-248.
- 36- Nunnally,J,C(1978):Psychometric theory,NewYourk,MeGrow-Hill.
- 37- Anderson, A.G, Knowles, Z.,&Gilbourne, D.(2004) Reflective Practice for sport psychologists: concepts, models practical implications, and thoughts on dissemination. The sport psychologist, 18,188-202
- 38- Anderson, A.G.,Miles,A.,Mahoney, C.,&Robinson, P.(2002) Evaluating the effectiveness of applied sport psychology practice:Making the case for a case study approach. The sport psychologist, 16,432-453.
- 39- Beek, etal (1985) Anxiety Disorders and phobias: Acognitive perspctive, NewYork, Basic Book.
- 40- Encylopedialh, ernatioenal, p:2(1960)
- 41- Teachers,stressas, related to lous of control, sex and age, journal of expent.

- 42- Lindstrom, K.,Harrell, Joseph J., (1992) coping with job stress by managers of different carrer stages in finland and the united states Scandinavian journal of work, Environment and health vol.18(suppl2) 14-17.
- 43- Long, B.C.(1993):strategies of male managers, A prospective analysis of predictors of psychosomatic symptoms and job satisfaction, journal of vocational behavior, 42,pp184-199.
- 44- Long, I.,Faller, H.,schilling, s.(1989):Coping with illness in pancreas tectomized patients from psychosomatic.
- 45- Stroebe et al (1996) hearts or broken bonds. Love and death in historical perspective. American psychologist. Vol (47). No. (10) pp1205-1212.
- 46- Turner R. &Marino F.(1994) social support and social structure. And descriptive epidemiologist. Journal of health and social behavior. Vol (35) pp193-212.
- 47- Zhang et al (1999) the study of psychological stress and mediator factors among high school student (chinese) psychological science (Chinese) vol(22). No(6) pp508-511.
- 48- Feshbach, Seymour and Weiner, Bernard (1991): personality (3 ed), Los Angeles, D.C. Heath and Compa.
- 49- Fleish man , John .A. (1984) personality characteristics and coping patterus . Journal of health and social behaviour . 25(June) ,229-244.
- 50- Folkman, S. & Lazarous R.S. (1985): If it Changes it Most Aprocess Stud of Emotion and Cobing During three stages of college examination, Jourbal of personal and social psychology of personality. Vol, 48. No. 1.
- 51- Folkman, S. (1988) : "If it Changes it Most Aprocess Study of Emotion and Coping " During three stages of college examination ,

- 52- Frone, M.R, Russell, M. Cooper, M.L (1991) , Relationship of work and family stressors to psychological distress. The independent moderating influence of social support . Mastery active coping and self focused attention. Journal of social Behavior and personality , Vol 6 (7) .
- 53- George, R. L. and Gristioni, T.S. (1990): Counseling Theory and practice, printice – hall ins, Englewood cliffs, Newjersey.
- 54- Geradi, M.A. (1987) A placebo- Controlled Evaluation of the psychological treatment of Irritable bowel syndrome .
- 55- Gibson, R.m.m (1981) Introdouction to Guidance, Mas published, Co, Inc, Neryork.
- 56- Gorkin , Mark (2000):The Four stages of burn out, psychology Today, April, 2000, APA.
- 57- Hamilton , V. & Warbuton, Dcero (EPS) (1981) : Human stress and cognition, Chi chester , England , John Wiley & sousitd.
- 58- Gorge k. (1977)the disorganized personality third editoion McGraw hill company publisher.U.S.A.
- 59- Grassi Et al (2000) social support and psychological distress in primary care at tenders psychotherapy & psychosomatics. Vol(69).No(2)pp95-100.
- 60- Grassi et al (1999) illness behavior, emotional stress and psychological factor among a symptomatic HIV infected patients vol(68)No(1)pp31-38.
- 61- Grassi L. &rosti G.(1996) psychiatric and psychosocial concomitants of abnormal illness behavior in patients with cancer psychotherapy and psychosomatics vol (65). No(5) pp246-252.

- 62- Grassi L. & Rosti G. (1996) psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivor: six year-follow-up study. Psychosomatics. Vol(37).No(6)pp523-532.
- 63- Lazarus R.(1981)
- 64- Harrls, R. M. (1987): Conceptual Complexity and Performed of coping. Vol. 52. No. 1.
- 65- Heilbeun A.B & Pepe, V (1985) Awareness of Cognitive Ddefences and Stress, Management British Journal of medical psychology, No. 58
- 66- Holahan, G. Ja Mose R.H (1990): Personal and contextual Determinates of coping Strategies Journal of personality and socil psychology. (2) PP. - .
- 67- Holhan, J & Moos, R. (1987):The personal and contextual determinants of coping strategies Journal of personality and socil psychology, Vol 52.
- 68- Houston, B Kent (1972): Control over Stress locus of control, and response to stress, Journal of personality and Social Psychology .
- 69- Hubbard, B (2000) Empirical status of cognitive therapy of Depression, psychological Health group, New York .
- 70- Igor kardum, nada krapis (2003): personality thatis, stress ful life event and coping styles in early adolescence journal article vol (30).
- 71- JM (1987) : scal for the measurement of attindes, NewYork, Magrow - Hill .
- 72- Kendall, P.C (1994) treating anxiety disorders and clinical psychology 62 (1) , 100 - 110 .
- 73- Klinger, D.O (1984): public personal management context and strategies engle wood cliffs prenttics-hall,inc.

- 74- Kyriacou, Cand Sutcliffe, J (1987): Teacher stress and saticion Educational Research.
- 75- Lafleur, M. K (1979) Behavioral views of counseling, in: Burks & steffire (eds) Theories of counseling, Mggraw – hil, CO.
- 76- Lechtenberge, G (1992) Pysical Ill ness And subscription to Eillis's Frrational Beliets Journal of counseling and perelopment vol.7 No2 pp157-163 .
- 77- Marshall, Judi nd Gary, L, (1979): Executives under pressure Epsychological atuday, London, The Macmillan press.
- 78- Martin , canyl. And Osborne, J . Cray son(1993): Psychology Adjustment, and Everyday Living new Jersey , Prentice- hall Inc .
- 79- Moos, R (1988): Life stressors and coping resources intluence health and well Being Psychological Assess Vol. 4.
- 80- Moos, R. & Schaefer, J. (1986): Coping with life crises, New York. Plenum press.
- 81- Mores, D, R & Laurence, F (1979): Stress for assess anolistic approach to stress and its management, London lition Educational punlishing, INE.
- 82- Moses, F, and Moses, R. s (1963) Counseling and guidance, An Exploration, New Jerser prentice Hall.
- 83- Neff, D.F (1985) the psychological treatment of Irritable bowel syndrome : comparison of Multi – Component treatment straregy to A waiting list control group.
- 84- Neufeld, R,Wj (1982) Psychological stress and psychopathology. MC Grow – Hill U.S.A.
- 85- Nokes, E, (1998): Coping with crises London Royal collage of psychiatrists.
- 86- Novanitz, G. A (1989) . Live Events stress and copiny style as contributors to psychopathology . Vol. No. 42, P.P. 34-41 .

- 87- Nunnally, Jc (1978) : Psychometric theory , New York , Me Grow-Hill .
- 88- PERVIN, I. a., (1993) Personality Theory and Research, Johnwiley & Sone.
- 89- psychology psychoneals and neurology, part
- 90- Rital Althinson et,al (1990), Hilards Introduction to psychology printed in the united states of America.
- 91- Rogers , C. (1971):Client- centered therapy , Houghton Maffin , company , Newyork .
- 92- Rowe. H. A. H (1985) problem solving and Intelligence, Lawrence Erlbaum Associates .
- 93- Schier, M. F. (1986): Coping With Stress Divergent strategies of optimal and pessimistics, Journal of personality and social psychology. Vol. 52. No. 1.
- 94- Schussler, G (1992) : coping strategies & individual Meanings of Illness printed in Great Britain, Vol . 34 . No. (4) P 427-437 .
- 95- Scmaling, Karen B. and Sner (2000): The Psychology of Couples and Illness. Theory, Research, and Practice, U.S.A, American Psychological associ-ation.
- 96- Selye, H. (1978): The stress. New York, Mc Graw – Hill.
- 97- Senky , Tom (1989) cognitive therapy with patients with chronic physical l'll u London Charing cross & west minster medical school. West middle sex university Hosp., Isle worth , England, psychotherapy and psychosomatics . Vol 52 . (1-3) P26 – 32 .
- 98- Shaw , M .E , and wright , JM (1987) : Scal for the measurement of attiudes , New York , Magrow – Hill .
- 99- Shaw, Brait F. stress and depression (1982): acognitive perspective. In Richard W.J. Neufeld psychological stress and psychopathology. New York: Mc Graw-Hill.

- 100- Shaw, M.E and wright,
- 101- Shilling, L.e., (1984) Perspectives on counseling Theroies, prentice – hall, ins, New jersey.
- 102- Sone A.A. & Helder. L. (1988) Coping With Stressful Events Coping Dimensions and Issues Sag Publicotions, U.S.A.
- 103- Spielberger , C.D. and Sarsson , I. C. (1966): "Stress and Anxiety " Volume ,5, by Hemisphere Fubli–Shing Corporation .
- 104- Stormier, L.M, Machemer, P Harding house , W (1992) : Ein meditative stress bewaltignug sprogramm bie psychosmaticchen patienten. Osnabruck, Germany, Psychotherapies, psychosomatic, medizinische psychologies , Dec vol 42 (12) 436 – 443 .
- 105- Stoyra, J (1976) : self – Regulation and stress related . A perspective on bio feedback . ID. I nasto . Fasky (Ed) Behavior control and modification of physiological activity Englewood clefts, N.J prentice – Hall .
- 106- Sutterley Doris O. & Gloris F. Donnelly(1981) , coping with stress . An aspen publication .
- 107- Sutterley Doris O.& Gloris F. Donnelly (1981), coping with stress. An aspen publication.
- 108- Taylor, Shelley E. et al (1997): Social Psychology (9 ed), New Jersey, Hall, Inc.
- 109- Tolbert , E.L.(1980):Counseling for career development Houghton muffin company .
- 110- Wade , Carole and Tavis, Carole(2003): psychopathology, new jersey , Pearson education , inc.
- 111- Wealtherall D.J Ledingham. J.G warrell, DA. (1996) oxford textbook of Medicine, third edition , Vol 2. Oxford university press.

- 112- Weinstock, HI, (1962) ((Successful treatment of ulcerative colitis, By Psychoanalysts : Asurvey of 28 cases, with follous – up)) Journal of psychosomatic research , Vol. 6 , PP 243–249 .
- 113- Wolman Bahjaman B (1972): International encyclopedia of

المواقع الالكترونية:

- 1- <http://www.hdrmnt.net/vbwww-shifa-uni-cc>
- 2- <http://www.ibtesame.com/vb>
- 3- <http://www.ibtesama.com>
- 4- <http://mbadr.net/a/abohabiba>
- 5- <http://www.re-sun.net>
- 6- <http://www.hdrmnt.net/vb>
- 7- <http://www.pdfactory.com>
- 8- <http://www.tartoos.com>
- 9- <http://www.shifa.uui.com>
- 10- <http://www.klokelea.com>
- 11- [http://www.go-microstft .com](http://www.go-microstft.com).2012