

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري - تيزي وزو -

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



الضغط النفسي وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى

دراسة وصفية لعينة بالمركز الاستشفائي الجامعي نذير محمد - تيزي وزو -

مذكرة تخرج مكتملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص الصحة

تحت اشراف:

من اعداد:

- أ.د. تواتي مريم

- لعلاونة أيمن

- شكير ليدية

السنة الجامعية: 2021-2022

كلمة شكر

الحمد لله ربي العالمين الحي القيوم كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه له الفضل وله الثناء الحسن، والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين نبي الهدى والرحمة سيدنا وحبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أولا نتقدم بالشكر الجزيل الى الأستاذ الفاضلة تواتي مريم على اشرافها على مذكرتنا والتي كانت خير محفز لنا وعلى كل ما قدمته لنا من توجيهات علمية قيمة لإتمام هذا البحث ولم تبخل علينا بأي شيء.

كما نتقدم بشكر إلى اللجنة المناقشة لقبولها مناقشة بحثنا وذلك ما يزيدنا شرفا وتقديرا.

إلى كل الأساتذة الذين قاموا بمساعدتنا وتقديم التوجيهات لنا خلال المرحلة الجامعية.

الإهداء الأول

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

بعد سنوات من كفاحي لأجل هذه اللحظة التي ستبقى راسخة في وجداني ها أنا

أصل لتذوق ثمرة جهدي.

أهدي فرح تخرجي إلى أُمي الغالية القلب المعطاء وسبب وجودي في هذا العالم

وإلى أبي الغالي الذي كان ولا يزال سندي أدامهما الله وحفظهما.

إلى أخواتي الغاليات مصدر سروري وبهجتي.

إلى زميلة عملي ليدية شكير والتي أتمنى لها النجاح.

إلى جميع الأساتذة الكرام قسم علم النفس الذين أفادوني في المشوار الجامعي.

إلى من جمعت معهم ذكريات الجامعة زملائي الأعزاء وأتمنى التوفيق.

الإهداء الثاني

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

أهدي تخرجي وثمره تعبي إلى روح أمي الراحلة من دنيانا الباقية في قلبي.

إلى من تربيته على يديه إلى من علمني القيم والمبادئ والأخلاق إلى من لا

ينفصل اسمي عن اسمه إلى مصدر الداعم والعطاء وإلى ينبوع الأمل والطموح

إلى أبي الغالي حفظه الله ورعاه وادامه الله تاج على رأسي، وزوجة أبي نادية.

إلى أعز الناس على قلبي إلي من تقاسمت معهم الدفاء والحنان أخواتي خاصة

أخي مقران الذي كان سندي الذي لا يمل وإلى أختي التي كانت أمي الثانية

وزوجة أخي عديلة.

إلى من تقاسمت معه تحضير هذه المذكرة الزميل أيمن لعلاونة الذي أتمنى له

النجاح.

إلى كل الزملاء و الأصدقاء الذين تقاسمت معهم المرحلة الجامعية ستفرقنا

الأيام لكن حتما ستجمعنا الذكريات.

إلى كل من ساندني وشجعني.

ملخص البحث:

ملخص البحث باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة الموجودة بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو، اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، و تكونت عينة الدراسة من خمسون (50) ممرض، حيث استخدمنا مقياس لفنستين وآخرون لإدراك الضغط النفسي ومقياس مقنن لقائمة كورنل لقياس العوارض السيكوسوماتية، كما اعتمدنا على الأساليب الاحصائية التالية: معامل الارتباط بيرسون، اختبار (T)، التكرارات والنسبة المئوية وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة دالة احصائيا بين الضغوط النفسية والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.
- وجود فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي و الأمراض السيكوسوماتية حسب متغير الجنس لدى الممرضين.
- وجود فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي و الأمراض السيكوسوماتية حسب متغير السن لدى الممرضين.

- وجود فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية حسب متغير الخبرة لدى الممرضين.

- عدم وجود فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية الممرضين باختلاف الحالة الاجتماعية لدى الممرضين.

الكلمات المفتاحية:

الضغط النفسي، الأمراض السيكوسوماتية، الممرضين.

ملخص البحث باللغة الاجنبية:

La présente étude vise à identifier la relation entre le stress et les maladies psychosomatiques chez les infirmiers travaillant au Centre hospitalier universitaire Nedir Mohamed à Tizi-Ouzou, Dans cette étude, nous nous sommes appuyés sur l'approche descriptive. L'échantillon de l'étude comprenait cinquante (50) infirmiers. Nous avons utilisés l'échelle de Levenstein et al pour le stress et une échelle standardisée pour la liste de Cornell des symptômes psychosomatiques, Nous nous sommes également appuyés sur les méthodes statistiques suivantes : coefficient de corrélation de Pearson, test (T), fréquences et pourcentage. Et nous avons atteint les résultats suivants:

- Il existe une corrélation statistiquement significative entre le stress psychosomatique et la maladie psychosomatique Infirmiers.
- Il existe des différences statistiquement significatives entre le stress et les maladies psychosomatiques selon la variable du sexe chez les infirmiers.
- Il existe des différences statistiquement significatives entre le stress et les maladies psychosomatiques selon la variabilité de l'âge des infirmiers.
- Il existe des différences statistiquement significatives entre le stress et les maladies psychosomatiques, selon l'expérience des infirmiers.
- Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le stress et les maladies psychosomatiques chez les infirmiers selon leur état matrimonial.

Mots clés :

Stress, maladies psychosomatiques, infirmiers.

فهرس المحتويات

	كلمة شكر
	الإهداء
	ملخص البحث
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
أ	مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث

17	1- الإشكالية
23	2- الفرضيات
23	3- أسباب اختيار الموضوع
24	4- أهمية الدراسة
24	5- أهداف الدراسة
25	6- المفاهيم الإجرائية للمصطلحات الأساسية

الجانب النظري

الفصل الثاني: الضغط النفسي

28	تمهيد
29	1- لمحة تاريخية حول ظهور مفهوم الضغط النفسي
30	2- تعريف الضغط النفسي

33	3- النظريات المفسرة للضغط النفسي
38	4- أعراض الضغط النفسي
40	5- أسباب الضغط النفسي
44	6- أنواع الضغط النفسي
47	7- مصادر الضغط النفسي
51	8- الآثار الناجمة عن الضغط النفسي
55	9- أساليب مواجهة
59	خلاصة

الفصل الثالث: الأمراض السيكوسوماتية

61	1- لمحة تاريخية عن نشأة الأمراض السيكوسوماتية
62	2- تعريف الأمراض السيكوسوماتية
65	3- النظريات المفسرة للأمراض السيكوسوماتية
81	4- تصنيف الأمراض السيكوسوماتية
87	5- تشخيص الأمراض السيكوسوماتية
92	6- الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية
94	7- علاج الأمراض السيكوسوماتية
98	خلاصة

الجانب التطبيقي.

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

101	تمهيد
102	1- الدراسة الاستطلاعية

104	2- منهج الدراسة
109	3- عينة الدراسة وخصائصها
117	4- أدوات الدراسة
118	5- الأساليب الإحصائية المستعملة
121	خلاصة

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتحليل النتائج

123	تمهيد
124	1- تقديم مستويات البحث
129	2- عرض وتحليل النتائج
134	3- مناقشة وتفسير النتائج
143	4- استنتاج عام

التوصيات والاقتراحات.

خاتمة.

قائمة المراجع.

قائمة الملاحق.

قائمة الجداول.

45	1- جدول رقم (01): المقارنة بين الضغوط الايجابية والسلبية Killy (1995)
53	2- جدول رقم (02): تأثير الضغوط على الحالة الصحية الجسمانية والنفسية
104	3- جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب الجنس
106	4- جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب السن
107	5- جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية
108	6- جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية
112	7- جدول رقم (07): كيفية تنقيط مقياس لفنستاين Levenstein لإدراك الضغط النفسي
124	8- جدول رقم (08): قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد البنود المباشرة
125	9- جدول رقم (09): قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد البنود غير المباشرة
125	10- جدول رقم (10): معاملات الثبات عن طريق معامل الفا للمقياس الضغط النفسي و معامل الارتباط
126	11- جدول رقم (11): قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في ابعاد الاضطرابات السيكوسوماتية
128	12- جدول رقم (12): معاملات الثبات عن طريق معامل الفا للمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية و معامل الارتباط
129	13- جدول رقم (13): العلاقة بين متغيري الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية
130	14- جدول رقم (14): تحليل التباين الاحادي للكشف عن الفروق بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الجنس
131	15- جدول رقم (15): تحليل التباين الاحادي للكشف عن الفروق بين الضغط

	النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير السن
132	16-جدول رقم (16): تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الخبرة
133	17-جدول رقم (17): تحليل التباين الاحادي للكشف عن الفروق بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية

قائمة الأشكال.

35	1- شكل رقم (01): العلاقة بين الضغوط والاستجابة
36	2- شكل رقم (02): رد فعل للضغوط
105	3- شكل (03): أفراد العينة حسب الجنس
106	4- شكل رقم (04): أفراد العينة حسب السن
107	5- شكل رقم (05): أفراد العينة حسب الخبرة المهنية
109	6- شكل رقم (06): أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

مقدمة:

بلغت مشكلة الأمراض السيكوسوماتية حدودا بعيدة، وذلك لزيادة الضغوطات والقلق والصراع والتنافس بين الأفراد. حيث يؤكد هانز سيلبي Hans Selye أن الضغط النفسي جزء من حياتنا فهو منتج ثانوي طبيعي لكل نشاطاتنا وليس هناك ما يدعو لاجتنابه شرط أن يكون بصفة معتدلة، لكن الأمر الذي زاد من أهمية الموضوع هو تلك الكلفة الباهظة التي أضحت تدفعها المجتمعات المختلفة على عدة مستويات، وخاصة بعد جائحة كورونا التي كانت كمثل الوقود للنار. كما أكد المكتب العالمي للعمل في تقرير له أن الضغط النفسي قد يتسبب في الكثير من الأمراض كالأمراض القلبية الوعائية والقرحة المعدية والسكتة الدماغية والاكتئاب وغيرها.

معظم الدراسات المعاصرة التي تناولت الضغوط النفسية تقوم على فكرة مفادها أن الضغط يسبب المرض، وأن ظاهرة نفسي بعض الأمراض في المجتمعات المعاصرة التي تعرف نسبة عالية من الضغوط دليل على هذا الترابط، لذلك فإن الانتشار السريع الأمراض المزمنة ومختلف المشاكل الناتجة عنها دفع بالباحثين إلى الاهتمام بالمتغيرات الفاعلة في سيرورة المرض سواء تلك المسببة له أو تلك الناجمة عن تعقيداته، حيث أن مختلف تلك النتائج المرضية نفسية كانت أو سوماتية لا تحدث إلا إذا فشل الفرد في التكيف مع المواقف الحياتية التي يواجهها أو استنزافه لكل طاقات التكيف لديه أي أن

يكون غير قادر على المعالجة الذهنية لما يواجهه من أحداث أو أزمات تهدد تنظيمه العقلي والتي قد تطول أو تقصر، فالاهتمام الذي أظهره الباحثين لفهم الميكانيزمات البيولوجية والمعرفية في مواجهة وضعيات ضاغطة أدى إلى بروز العلاقة الثنائية المتبادلة بين الفرد والمحيط فالاستجابة لتلك المواقف واعية كانت أو غير واعية تتداخل فيها العديد من الخصائص منها ما يتعلق بالفرد ومنها ما يتعلق بطبيعة الموقف.

ومن هنا تتضح أهمية دراسة هذا الموضوع لتسليط الضوء على الضغط النفسي وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية على عينة تعتبر أحد الفئات الهامة في المجتمع خاصة في الآونة الأخيرة التي تعرضت للكثير من الضغوطات النفسية بالتالي تستحق أن تكون محطة الدراسات، ونقصد بذلك الجيش الأبيض بما فيه الممرضين وهذا بعد جائحة كورونا والذين كانوا في تماس مباشر والخط الدفاعي الأول خلال فترة الوباء. وأيضا بسب تعدد المهام والحالات التي يتعاملون معها، بالإضافة إلى التوقيت الذي يعملون فيه فهم مطالبون بتوزيع زمني يتضمن مدار 24 ساعة و كذا المناوبات الليلية.

وفي بحثنا قسمنا موضوع الدراسة إلي جانبين أساسيين ،الجانب النظري الذي احتوى علي ثلاث فصول والجانب التطبيقي الذي شمل هو الآخر فصلين.

شرح الفصل الأول بتمهيد للدراسة ثم التعرض إلى الخلفية النظرية لإشكالية الدراسة بدءا بعرض الإشكال والدراسات السابقة ثم صياغة الفرضيات مرورا بأهداف وأهمية الدراسة وصولا إلى تحديد مفاهيم المصطلحات إجرائيا.

أما الفصل الثاني فتضمن تمهيد لمتغير الضغط النفسي ثم نبذة حول ظهوره ومفهومه، وكذا النظريات المفسرة له مع ذكر أعراضه، أسبابه، أنواعه ومصادره ثم آثاره على الفرد وأساليب الوقاية.

وفيما يخص الفصل الثالث والأخير في الجانب النظري فكان تحت عنوان الأمراض السيكوسوماتية حيث أفدنا بحثنا بلمحة تاريخية وتم التعرض لأهم التعريفات للأمراض السيكوسوماتية والنظريات المفسرة لها، ثم تصنيفاتها وطرق تشخيصها وأخيرا العلاجات اللازمة لهذه الأمراض.

أما الجانب التطبيقي فيحتمل في طياته فصلين خصص الفصل الأول للإجراءات المنهجية للدراسة وفيه تم عرض المنهج المتبع بالإضافة إلى إجراء الدراسة الاستطلاعية والأساسية، وذلك بدءا باختيار أدوات البحث المناسبة إلى مرحلة تطبيقها على عينة دراستنا، أما الفصل الثاني من الجانب التطبيقي تم فيه عرض وتحليل مناقشة الدراسة بالإضافة إلى مناقشة الفرضيات وتقديم استنتاج عام متبوع بملخص الفصل مع تقديم بعض الاقتراحات وصولا إلى خاتمة دراستنا. ثم أخيرا قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث

- 1- الإشكالية.
- 2- الفرضيات.
- 3- أسباب اختيار الموضوع.
- 4- أهمية الدراسة.
- 5- أهداف الدراسة.
- 6- المفاهيم الإجرائية للمصطلحات الأساسية.

1- الإشكالية :

تتطوي بيئة الفرد على العديد من المواقف والأحداث التي تشكل تهديدا لتوازنه النفسي والجسدي، ورغم كثرة وتنوع ردود الأفعال تجاه مصادر الضغوط، إلا أنها تصل بالأفراد إلى أحد المسلكين، وهما إما التوافق معها واستعادة التوازن الحيوي، أو ما يترتب على عكس ذلك من اضطرابات الناتجة والمرتبطة بهذه الضغوط، تتوقف طبيعة هذه الآثار على شدة هذه الضغوط ومدتها من جهة، ومن جهة أخرى على شخصية الفرد وخصائصها. مما لا ريب فيه أن الأحداث والمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد تؤثر في البناء النفسي لديه في إطار علاقته بالبيئة الاجتماعية التي يحيا فيها، علما أن الإنسان يشكل وحدة نفسجسدية.

ومع ازدياد سرعة نمط الحياة الحديثة وتعقدها، ازدادت الأمراض السيكوسوماتية حدة وانتشارا بحيث أصبحت أمراض العصر. والتي هي تلك الأمراض التي ترجع لعوامل نفسية وصراعات عاطفية وإجباطات متراكمة وتوترات انفعالية مستمرة بينما تتخذ أعراضا شكلا جسديا.

وتشكل ظاهرة الأمراض السيكوسوماتية موضوع أثار اهتمام الباحثين، وحدث جدلا في دراسة الإنسان والكشف عن متاعبه الجسمية والنفسية، وذلك بسبب الانتشار الواسع لها والارتباط بالعصر الحديث، وكذلك تناولها في مجال الطب وعلم النفس، وبالرغم من أن

الجذور التاريخية للاضطرابات السيكوسوماتية مرتبطة بوجود الإنسان ودراسة العلاقة بين النفس والجسد أصبح أمرا مسلما به فحاليا الكثير من الأمراض الجسمية يمكن يكون لها جذور نفسية (سلامي، 2008، ص 103).

ينظر جيموت ولوك **Locke and Jemmot** إلى الاضطرابات النفس-جسدية على أنها النتيجة النهائية للاستثارة الانفعالية المزمنة. تنتج هذه الاضطرابات إما بشكل مباشر عن التغيرات الهرمونية العصبية التي تتطوي عليها الإثارة (الإجهاد) أو بشكل غير مباشر نتيجة لاستنفاد الوظائف المناعية (Woods & Lyons, 1990, p 4).

وعلى ذكر العوامل الانفعالية المسببة للأمراض السيكوسوماتية، نجد الضغط بأنواعه في المقدمة، حيث يعتبر من المسببات الرئيسية لهذه الأمراض سواء كانت ضغوط نفسية مهنية أو اجتماعية.

في هذا الصدد يرى الباحث محمد فرج الله مسلم أن الضغوط تختلف من موقع لآخر وبالتالي تختلف درجات التأثير بها تبعا لدرجة التعرض لها ومدى ارتباطها بحياة الفرد الشخصية، إذ أن الإنسان المعاصر قد ينجح في استيعاب النمو المتسارع لمتطلبات الحضارة، لكنه يخسر بالنتيجة قدرته الجسدية والنفسية ومقاومته على التحمل. مما يؤدي إلى استنزاف تلك الطاقة وتدميرها.. ويعني ذلك تدمير الذات (مسلم، 2010، ص 1).

يتضح لنا مما سبق أن مستويات الضغط تختلف تبعاً لتنوع العمل وطبيعته، وعليه يشير لانفورد **Langford (1987)** بهذا المفهوم إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغط تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس، و التي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، فالمرضى والأطباء والمعلمون والمشرفون الاجتماعيون المعرضون للضغط أكثر من غيرهم باعتبارهم يواجهون المشاكل باستمرار مما يخلق لديهم الإنهاك (ندى، 1998، ص 32).

فقد كشفت دراسة فيرث **Firth** وزملائه (1986) التي أجريت على 200 ممرض وممرضة بأن الاضطرابات النفسية والجسمية تتزايد بازدياد الصعوبات التي تنعكس سلباً على صحتهم حيث يشعرون من جراء ذلك باكتئاب وفقدان للرغبة والحيوية في مزاوله العمل (طايبي، 2014، ص 283).

وهدفت دراسة **Zhang (1992)** لمعرفة آثار الأحداث الضاغطة وأحداث الطفولة السالبة على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية وطبقت الدراسة على ثلاث مجموعات المجموعة الأولى مكونة من (282) ذكر وأنثى لديهم اضطرابات سيكوسوماتية، والمجموعة الثانية مكونة من (282) ذكر وأنثى مصابين بالسرطان والمجموعة الثالثة مكونة من (282) ذكر وأنثى كعينة ضابطة من الأصحاء، وقد تم المقارنة بين المجموعات الثلاث في تكرار أحداث الحياة، تأثير الأحداث العائلية، والأحداث الانفعالية السالبة وتأثيرها على ظهور

الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعة الأولى تزداد عندهم ضغوط الحياة وتكرارها وتأثير الأحداث العائلية والسالبة في الطفولة أكثر من المجموعة الثانية والثالثة (سليمان، 2005، ص 82).

وفي المقابل دراسة شوستر Schuster (1999) حيث طبق الدراسة حول الضغوط النفسية لدى فئة من المجتمع تشمل (44) ممرض بمستشفى ريجينا بكندا، مع تحديد تكرارات وكثافة عمليات الضغوط لديهم، والتأكد فيما إذا كانت هناك علاقة بين تكرار هذه الحوادث و أعراضها بين عدد من المتغيرات مثل المستوى التعليمي، والتدريب، والحالة الوظيفية والخبرة. كذلك حاولت الدراسة تحديد وكيفية التعامل مع الضغوط النفسية، وما إذا كانت هناك ضغوط أكثر تأثيراً لدى الممرضين، وما إذا كانت ضغوط أخرى خارجية تؤثر على أداء الممرضين. وقد أشارت النتائج إلى أن ضغوط النفسية لدى هذه الفئة تزيد على غيره لكثرة الحوادث الخطيرة التي تتطلب المتابعة الدائمة، في ضوء ضغط الأطباء وأهالي المرضى، وأن هناك بعض الضغوط الخارجية المتمثلة في ضغوط المطالب العائلية والاجتماعية (Shuster, 1999, p 143).

وهذا ما أكده كل من نفيسة طراد و عبد الفتاح أبي مولود في دراسة ميدانية على فئة من المجتمع والتي هي الممرضين بولاية ورقلة العوامل النفسية التي تشمل الضغوط، تلعب

دورا هاما في وجود بعض الأمراض لتأثرها بعمليات التحضر والتقدم التكنولوجي السريع (طراد، أبي مولود، 2002، ص 386).

أما دراسة كريستينا Kristina (2002) ذكرت نتائج من بحث غير تجريبي عبر دراسة مقطعية Study sectional cross لفئة من المجتمع تم التركيز على الممرضين في 15 مستشفى نرويجي تم اختيارهم بطريقة العشوائية الطبقيّة (126) ممرضا وممرضة قد استجابوا للمشاركة في الدراسة بمعدل استجابة بلغ 84%. وكانت الفرضية المبحوثة تقول أن الرضا الوظيفي يرتبط بشكل ايجابي مع الخبرة والكفاءة والقدرة على تحمل ضغط العمل في العناية المركزة والشعور بالتحمل. وقد تم دراسة و تقييم التأثير المباشر وغير مباشر للمتغيرات باستخدام تحليل المسار Analysis Path، 150 ممرضا وممرضة قد دعوا للمشاركة في هذه الدراسة. النتائج قد دعمت بشكل جزئي الفرضية سالفة الذكر، فيما كان للاختصاص والخبرة تأثير مباشر على القدرة على تحمل ضغوط العمل وعلى الرضا الوظيفي في العناية المركزة، بمعنى أن التماسك كان له أثر ايجابي على الرضا الوظيفي فقط (Berg, 2002, p 122).

وفي هذا الصدد تتعرض فئة الممرضون إلى درجات متباينة من الضغوط النفسية والاجتماعية، حيث يشعرون بأن جهودهم في العمل لا تحظى بالتقدير، فهي تعد من المهن الضاغطة Job stressful التي تتوفر فيها مصادر عديدة للضغوط، تجعل بعض الممرضين

غير راضين وغير مطمئنين، مما تترتب عليه آثار سلبية تنعكس على كفاءة ذاتهم وتوافقهم النفسي (يحيى، 2003، ص 3).

ومن خلال ما أشارت إليه الدراسات السابقة نستنتج أن هناك علاقة بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية. إذ تعتبر هذه الفئة أحد فئات المجتمع عرضة للأمراض السيكوسوماتية، فالظواهر السيكوسوماتية تترجم في الرمزية لدى الفرد حيث يكون ذو تركيبة رمزية خاصة تتميز بالتبعية وضعف القدرة على التعبير اللفظي والتي ترجع حسب بيار مارتي Pierre Marty وموزان M'Usan إلى سيطرة التفكير العملياتي Pensée Opératoire. ومنه جاءت فكرة القيام بالدراسة الحالية لمعرفة العلاقة الموجودة بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين وذلك بطرح التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد علاقة بين الضغط النفسي و الأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي "نذير محمد" بتيزي وزو؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى إلى متغير الجنس؟
- 3- هل توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى إلى متغير السن؟

4- هل توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى تعزى إلى متغير خبرة العمل ؟

5- هل توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.

2- الفرضيات:

1-توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين الضغط النفسي و الأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بتيزي وزو.

2-توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى تعزى إلى متغير الجنس.

3-توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى تعزى إلى متغير السن.

4-توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى تعزى إلى متغير خبرة العمل.

5-توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى

المرضى تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.

3-أسباب اختيار الموضوع:

دفعنا اختيار الموضوع عدة أسباب منها ما هو ذاتي ومنها ما هو موضوعي، وهي

كالتالي:

- الرغبة في دراسة الموضوع من خلال الملاحظة لما يعانيه الممرضين في قطاع الصحة من ضغوط نفسية والتي تعتبر المفجر الأساسي للأمراض السيكوسوماتية.
- إثراء البحث العلمي بأحد البحوث العامة في مجال الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.
- اعتبار شريحة الممرضين أحد أهم شرائح المجتمع لما يقدمونه من فائدة لقطاع الصحة.

4- أهمية الدراسة:

تتمحور أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله "الضغط النفسي وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين، إذ أن عملية التمريض تحظى بمكانة هامة في قطاع الصحة خاصة و في المجتمع عامة، كما أنها تتطلب من ممارسيها مهام صعبة ومعقدة وبشكل يومي، الأمر الذي يجعل الممرض يشعر بالقلق والتوتر واستنزاف طاقته لدرجة تصل به إلى اعتلال صحته الجسدية.

5- أهداف الدراسة:

- معرفة مدى معاناة الممرض بالضغط النفسي.
- معرفة مدى معاناة المعرض للأمراض السيكوسوماتية.

- معرفة العلاقة بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية.
- الكشف عن الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة باختلاف (الجنس، السن، سنوات الخبرة والحالة الاجتماعية).

6- المفاهيم الإجرائية للمصطلحات الأساسية:

6-1 الضغط النفسي:

يعرف كل من لونج ووليام **Williams et Long** الضغط بأنه عبارة عن استجابة عضوية أو سلوكية أو نفسية لمواقف حقيقية يدركها الفرد وتفرض عليه مطالب معينة (أحمان، 2011، ص 28).

وهي مجموع النقاط التي يتحصل عليها الممرضين من خلال إجاباتهم على مقياس إدراك الضغط النفسي المستخدم في الدراسة.

6-2 الأمراض السيكوسوماتية:

هي عبارة عن أمراض جسدية (كالربو، قرحة المعدة، ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب... إلخ) ليس لها تفسير أو سبب فسيولوجي، وليست تحت التحكم الإرادي، ولكنها مرتبطة بعوامل نفسية، ويقاس في هذه الدراسة بمقياس أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية، ويعبر عنه بالدرجة التي يحصل عليها الممرض في المستشفى، والتي تعبر عن أدائه في مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لـ باهي سلامي 2008.

3-6 الممرض:

هو الشخص المسؤول عن الرعاية التمريضية مختلف مراحل تواجد المرضى، والحائز على شهادة التمريض بعد دراسة لا تقل عن 4 سنوات في كلية التمريض وأصبح مؤهلاً لممارسة مهنة التمريض بالإضافة إلى قدرته على العمل كعضو في فريق طبي.

الجانب النظري

الفصل الثاني: الضغط النفسي.

تمهيد

1- لمحة تاريخية حول ظهور مفهوم الضغط النفسي.

2- تعريف الضغط النفسي.

3- النظريات المفسرة للضغط النفسي.

4- أعراض الضغط النفسي.

5- أسباب الضغط النفسي.

6- أنواع الضغط النفسي.

7- مصادر الضغط النفسي.

8- الآثار الناتجة عن الضغط النفسي.

9- أساليب مواجهة الضغط النفسي.

خلاصة.

تمهيد:

يرى الكثير أن ظاهرة الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية، تعد من الموضوعات الحديثة نسبياً، فهي لا تقتصر على مجال من المجالات، بل امتدت الى كل مجال يزاوّل منه الانسان نشاطاً معيناً التي يواليها الباحثون للضغوط النفسية وتأثيراتها السلبية والإيجابية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية والتي تتسجم مع طبيعة المشكلة التي تقوم عليها الدراسة.

ومن أجل الوصول إلى تكوين مفهوم شامل وواضح عن الضغوط النفسية، سوف نحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى كل الجوانب المرتبطة بموضوع الضغوط النفسية وهذا من خلال استعراض مختلف الاتجاهات التي تناولت مفهوم الضغوط ونبذة تاريخية وأهم النظريات المفسرة مع تحديد كل من الأعراض والأنواع وأهم الأمراض والمصادر المسببة للضغوط والأثار السلبية الناجمة عنها وأخيراً استعراض أهم الأساليب لمواجهة الضغوط النفسية.

1- لمحة تاريخية حول ظهور مفهوم الضغط النفسي:

هناك بعض التفسيرات المرتبطة بحالة الضغط النفسي و من بينهم نجد الفيلسوف اليوناني هيركليت **Héraclite** إلى أن المادة مكونة من عناصر وأنواع تتقابل وتتشابك بطريقه الديناميكية مع بعضها البعض مما يسمح بالتبادل وهذا التوازن غير ثابت أعتبر ضرورة لبقاء العضوية، أما هيبوقراط **Hippocrate** فرأى أن الصحة والمرض بالنسبة إلى الجسم البشري هي نتائج تناسق أو عدم تناسق الداخلي مرتبط بأربعة أمزجة وأن القوى المؤدية إلى عدم التوازن تكون في أغلب الأحيان الطبيعية أكثر منها مثلها تماما مثل قوى التكيف لدى العضوية (Graziano et swendsen, 2004, p 10).

غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى غاية اليوم متأثرا بأعمال المهندس روبرت هوك **Robert Hooke** أواخر القرن السابع عشر فلقد كان مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل الحمول ثقيلة دون أن تنهار وتتدعي ومن ثم كتب على فكرة الحمولة أو العبء أو الحمل الذي من خلاله يظهر الإجهاد على بنائه بذلك يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة (طه عبد العظيم، 2006، ص 17).

ومن بين الرواد في دراسة الضغوط لدينا كانون **Canon** الذي قال عام (1928) بضرورة الاهتمام بعامل الانفعالي في تطور الامراض وفكر في مصطلح stress بمعنى فيزيولوجي والنفسي في آن واحد (عيسى، 2011، ص 30).

و مع بدايات خمسينات القرن العشرين توصل لازاروس Lazarus رفقة عدد من زملائه الي ان المواقف الضاغطة لا تقود الي نتائج ثابتة وهو ما جعلهم يؤكدون علي دور الفروق الفردية وخاصة الجوانب المعرفية التي تلعب دور الوسيط بين المواقف الضاغطة و الاستجابات ثم تحديد مدي قدرة الفرد علي التحكم و التكيف مع الضغوط حيث اعتبر الضغط نتيجة تفاعل الفرد والمحيط، وقد شكل مفهوم التفاعل منطلقا لنظرة جديدة لمفهوم الضغوط النفسية فأصبح بذلك يتضمن ادراك الفرد للمحيط والمعني الذي يعطيه لأحداث الحياة وهو ما يسمح بتفسير الاختلاف في الاستجابة بين الافراد أو عند الفرد نفسه خلال مواقف مختلفة (Lazrus, 1966, p 3).

2- تعريف الضغط النفسي:

علي الرغم من الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط النفسي، تعريف جانب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية الا أن مفهوم الضغط لا ينبغي الشيء نفسه لهم جميعا فكل له تفسيره وكل له اختصاصه، ويعود ذلك لسببين:

– الأول: تنوع العوامل المسببة للضغوط وتداخلها مما يثير مشكلة فصل كل منها لدراسة تأثيرها.

– الثاني: عدم اتفاق الباحثين على مفهوم محدد ودقيق للضغط النفسي مما يوقع الباحث الذي يحاول الغوص في هذا المجال بحيرة تجعله في النهاية اما يبتعد عنه كليا أو يحاول تبني التعريف الذي يقف مع قناعة الشخصية (رفاعي، 1998، ص 80).

بالرغم من أن اللفظ شائع لاستخدامه في حياتنا اليومية إلا أن المتخصصين يعرفون الضغوط تعريفاً دقيقاً لتمييزه عن بعض المفاهيم الأخرى.

2-1 لغة:

ضغط، ضغطاً، وضغط: عصره وزحمه وضيق عليه الضغطة (بضم الضاد)، الزحمة والضيق والشدة والمشقة، الضغطة (بفتح الضاد) الضيق أو القهر والاضطرار، ومنه ضغطه القبر أي تضيقه على الميت (شحاته، وآخرون، 2003، ص 209).

الضغط أو المشقة أو الانعصاب يشير إلى إجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام " هذا مفهوم مستعار من الفيزياء" وتستخدم كلمة ضغوط stress وبدل لكل من انعصاب وشدة وكرب وضائعة واجهاد (النعاس، 2008، ص 26).

2-2 اصطلاحاً:

2-2-1 تعريف فونتانا Fontana (1991):

بأنه حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن الإمكانيات والقدرات الشخصية للكائن الحي (Fontana, 1991, p 529).

2-2-2 تعريف فولكامان ولازاروس Lazarus et Folkman:

الضغط النفسي ليس مثيرا ولا استجابة بل هو "علاقة خاصة بين الفرد وبيئته هذا الاخير بأنها مرهقة وأنها تفوق قدراته وتعرض وجوده للخطر" مشيرا بذلك إلى العمليات الوسيطة بين المثير والاستجابة، هذه الأخيرة التي يحدد أنها في التقييم (تستند إلى إدراك المتطلبات التي تفوق القدرات الفيزيولوجية والنفسية للفرد) والمواجهة (تستند إلى المجهودات الفكرية والسلوكية للتعامل مع المطالب المفرطة) (Bjorklund et Bee, 2004, p 339).

3-2-2 تعريف Shalev, Yehuda et Mcfarlan:

استجابة نفسية فيزيولوجية طبيعية للأحداث التي تؤدي إلى الشعور بالتهديد والحزن والانزعاج وعدم التوازن لدى الناس (Shahsavarani et al, 2015, p 232).

4-2-2 تعريف هاسلي Hasley:

تعبير انفعالي عادي للعضوية خاضعة لفعل مثير ما (Daujard, Eliane, 2006, p 25).

5-2-2 تعريف هانز سيلبي Hans Selye (1936):

أول من أقترح التعريف في مجله الطبيعة لمفهوم الضغط النفسي أنه استجابة للعضوية ضد أي تهديد وأنها متلازمة التكيف العملي لجسمنا مع كل حدث. يعرف بأنه

الوضعية حيث متطلبات وسط العمل تتجاوز قدرات الموظف لمواجهةها (Emmanuel Abadde chatillon, 2006, p 126).

6-2-2 تعريف الجمعية الامريكية للطب النفسي:

الضغط هو عبارة عن الشعور بالإرهاق والقلق والدمار والخمول. لذلك، يمكن أن يؤثر على الأشخاص من كل عمر وجنس وعرق وموقف كما يمكن أن يتجلى في الصحة الجسدية والنفسية (Shahsavarani, et al, 2015, p 233).

من خلال هذه التعريفات يمكننا القول ان الضغط النفسي هو خلل في الحالة النفسية ينتج عند إدراك الفرد أن المتطلبات البيئية تفوق قدرته وامكانيته وعندما تكون الضغوط مستمرة لفترة طويلة فإن هذا يؤدي إلى العديد من الأمراض البدنية.

3- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

أكدت هذه النظريات على أثر الضغط نفسي في الجوانب الوظيفية، السيكولوجية، المعرفية، والانفعالية والسلوكية، رغم الاختلاف بين النظريات على صحة الفرد وتوازنه وتكيفه.

3-1 نظرية الضغوط لسيلي Selye:

يعتبر هذا العالم الفيزيولوجي الكندي الرائد والأب الروحي لموضوع الضغط، ففي العشرينات من القرن العشرين (20) شغل باله "الأعراض العامة للمرض" التي كانت تبدو

له استجابة غير مميزة تظهر نتيجة المرض، وذلك من خلال مراقبة المصابين بأمراض معدية مختلفة، والذين تظهر عليهم أعراض مشتركة التي تميزها فوارق بارزة، ولكن ملاحظاته هذه بقيت يتيمة، لذا راح يجري تجارب وأبحاث على الهرمونات الجنسية على الفئران (بنجمان ستورا، 1997، ص 10).

ولتوضيح آلية حدوث الضغط نذكر جملة أعراض التكيف للعالم سيلبي Selye حيث أن أعراض التكيف هي عبارة عن ميكانيزم ينشط في مواجهة أي حدث تهديدي، وهذا لخفض الاضطراب الفيزيولوجي والنفسي ولتحقيق توازن العضوية. وتتجسد في 3 مراحل وهي :

3-1-1-3 مرحلة الإنذار Alarm:

تبدأ بالانتباه لوجود حدث ضاغط وهذا الإنتباه يولد تغيرات فيزيولوجية، هذه المرحلة هي مرحلة الانزعاج فتحدث الإثارة من خارج الجسم ويحول بعدها الجسم لمواجهة الضاغط فيستدعي كل قواه الدفاعية لمواجهة الحدث الذي يتعرض له ويتكون رد الفعل في مثل هذه الوضعيات هو الهروب او المواجهة.

3-1-2-3 مرحلة المقاومة Resistance:

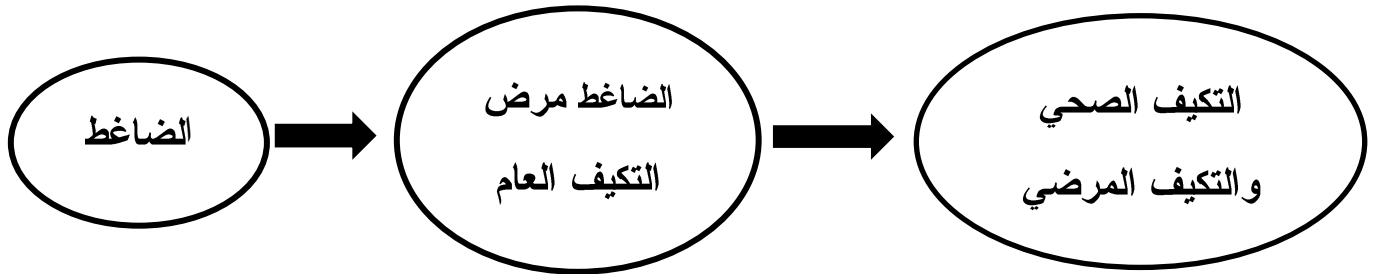
إذا استمر الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار يتبعها مرحلة مقاومة الحدث الضاغط. فيستخدم الفرد مصادره لمواجهة الحدث أو التكيف معه إذا نجحت المقاومة فإن الجسم

يعود إلى حالته الطبيعية وإذا استمر الضغط لدى الفرد لمدة طويلة فستستمر المقاومة تصبح طاقة الجسم على التكيف ومنهكة ومجهدة، ومن ثم تضعف وسائل المقاومة ويصبح عاجزا على التكيف بشكل عام فيدخل الفرد في المرحلة التالية.

3-1-3 مرحلة الإجهاد الإنهاك:

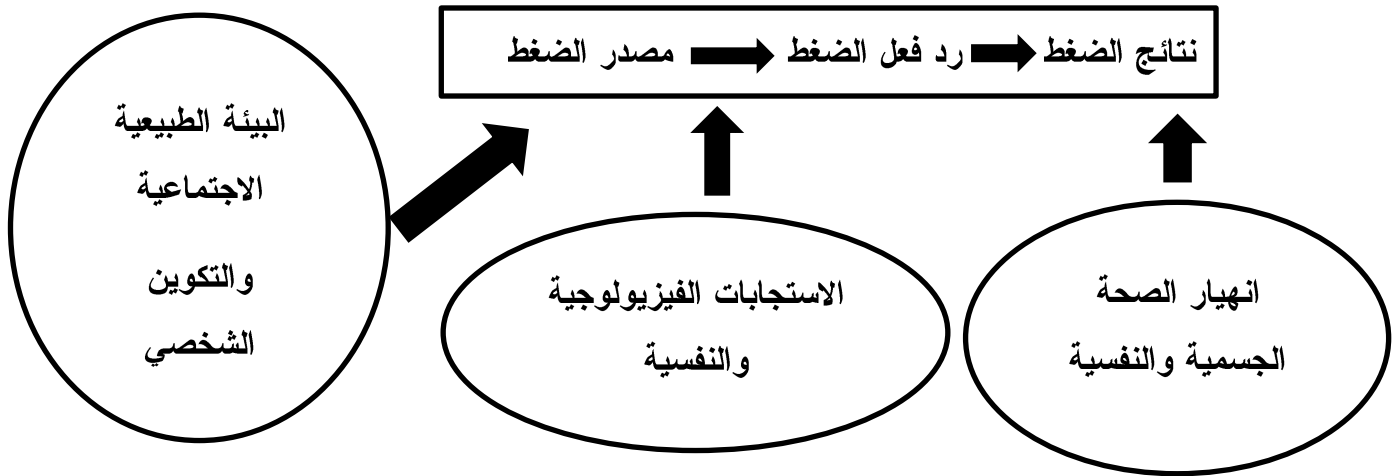
تظهر هذه المرحلة بشكل غير متوقع فتكون الطاقة قد استنفذت فيحدث الانهيار، ويؤدي استمرار الاستجابات الدفاعية إلى أمراض التكيف مثل الاضطرابات السيكوسوماتية والإجهاد (عبيد، بهاء الدين، 2008، ص 129).

– شكل رقم (01): يوضح العلاقة بين الضغوط والاستجابة:



مع أن سيلبي Selye فرق بين نوعين من الضغوط فانه يؤكد على أن كلتا الأثارين السلبية والإيجابية يمكن ان تشكل ضغطا نفسيا والاستجابة النفسية تتمثل تغيرات محددة في الجهاز العصبي المستقل وفي الغدد الصماء التي تتجاوب مع مثيرات للبيئة والسيكولوجية.

– شكل رقم (02): يوضح رد فعل للضغط:



(الفاخري، علي محمد، 2002، ص 52).

1-3 نظرية الوظائف الاجتماعية Théories of émotionnel functioning:

الضغط النفسي في غالبه على الاستجابة الانفعالية فالإحباط الناتج عن تعرض الفرد لضغط نفسه يؤدي إلى حدوث مشكلة انفعالية كالغضب العدوان، والانزعاج، ويؤكد العالمان دولار وميل Dollurd, Miller أن الفرد الذي يواجه الضغط النفسي لا يساعد الآخرين ولا يشارك بشكل ايجابي في الأمور الاجتماعية مما يؤكد أهمية الانفعالات في حياة الفرد (نايل الغرير، أبو سعد، 2009، ص 60).

3-3 نظرية أو نموذج لازاروس وفولكمان (1988) Lazaruse, Folkman:

ويركز هذا النموذج على الضغط النفسي كعملية تكيفية دينامية متبادلة ويرى أن ضغط النفسي علاقة متبادلة بين الفرد والبيئة يقيهما الفرد على أنها مرهقة وتتجاوز

مصادره وتعرض صحته للخطر ويشير لازاروس وفولكمان إلى فائدة التقييم النفسي للخبرات التي تشكل ضغطا من وجهة نظر دينامية نشطة يستجيب التكيف وإعادة تعرضه للخطر مما يؤكد أن التكيف عملية نشطة ومستمرة ليست عملية سلبية وجامدة.

ويرى لازاروس وفولكمان أن تفسير الحدث الضاغط يرتكز على عمليتين أساسيتين وهما عملية التقدير، التقييم الأول والتقييم الثاني وأن لكل منهما أهداف مختلفة، فالتقييم الأول يشير إلى عملية تقييم الفرد للموقف وطريقة ادراكه له وهل الموقف نظير ومهدد ويمثل تحديا للفرد ام غير ذلك، فمن خلال عملية التقييم الأولي للضغط يتم تفسير الحدث على أنه ايجابي أو ضغط وقد يكون التقييم الأول من الموقف الموقف سلبيا ضاغطا ويسبب ضرار أو تهديدا وتحديدا يتجاوز إمكانيات الفرد وما صدى المواجهة لديه وإن عملية التقييم الأولي يتأثر بالعوامل الشخصية مثل الاعتقادات والعوامل الوقفية (نايل الغرير، أبو سعد، 2009، ص 64).

ولقد أضاف لازاروس إلى عملية التقييم الأولى والثانوية عملية ثالثة وهي إعادة التقييم وهي العملية التي من خلالها يعيد الفرد تقييم كيفية إدارته ومواجهة للموقف الضاغط حيث يطور من أساليب مواجهته له أو يغير هذه الأساليب طبقا لإدراكه ومواجهته للموقف الضاغط، حيث يكون من أساليب مواجهته له أو يغير هذه الأساليب طبقا لإدارته، وعلى ضوء ذلك يعرفه لازاروس وفولكمان بأنه علاقة خاصة بين الشخص والبيئة التي يتم تقييمها من الشخص على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر المواجهة لديه، لقد حدد

لازاروس ثلاثة مكونات أساسية في عملية التقييم الثانوي وهي اللوم، المواجهة وتوقع الفرد للمستقبل، وهي تشير إلى أن الفرد لديه مصادر كافية لمواجهة الموقف وهذا يعد مؤشرا على التغيير الأحسن أو إلى الأسوء في المستقبل فالفرد عندها يقيم الموقف على أنه ضاغط وخطر ومهدد له.

يستخدم مصادر المواجهة المتاحة في التعامل مع هذا الموقف الضاغط ولكن إذا شم الفرد بأن الموقف ضاغط ومهدد ولم يستخدم مصادر مواجهته التعامل معه فسوف يعاني من القلق وهكذا فإن عملية التقييم المعرفي تتمثل في تحديد نوعية الاستجابة المعرفية والانفعالية التي يقوم بها الفرد نحو الضواغط في الاحداث والضاغطة تكون أكثر تهديدا واعتمادا على الفهم المعرفي والانفعالي للموقف وهذا يعني أن استجابة الفرد نحو الموقف الضاغط تعتمد على التقييم المعرفي للموقف (نايل الغرير، أبو سعد، 2009، ص 65).

4- أعراض الضغط النفسي:

عندما يفشل الفرد في التحكم بالمصادر التي تسبب له ضيقا أو إزعاجا فإنه يمر بخبرة أو حالة تعرف ومع استمرار المصادر المسببة للضغط تظهر الأعراض، ويجدر التنبيه إلى أن الأعراض المختلفة لا تظهر جميعها في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص فالكل واحد نقطة ضعف وإمكانات خاصة به ويدرك الموقف بطريقة تختلف عن الآخر وتصنف الأعراض الناتجة عن الضغوط كالتالي:

1-4 الأعراض الفيزيولوجية:

يؤثر الضغط سلبا على النواحي الفيزيولوجية للفرد ويظهر التأهيل كالاتي:

– إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم ما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع

ضغط الدم وزيادة نسبة السكر فيه وإضرابات الاوعية الدموي.

– ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم ما يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية

جفاف الدم واتساع حدقة العين (سلامة، 2006، ص 71).

2-4 الأعراض الجسدية:

تضمنت التعرق الزائد، التوتر العالي، الصداع بأنواعه، ألم في العضلات وخاصة

الرقبة والأكتاف عدم الانتظام في النوم (أرق، نوم زائد، الاستيقاظ المبكر على غير

العادة)، اصطكاك الأسنان الامسك، ألم الظهر وخاصة من الجزء السفلي، الاسهال

والمغص، التهاب الجلد، الطفح الجلدي، عسر الهضم، القرحة التغير في الشهية (بوشعالة،

2016، ص 41).

3-4 الأعراض الانفعالية:

سرعة الانفعالية، تقلب المزاج، العصبية، سرعة الغضب، العدوانية والجوء الى

العنف، الاكتئاب، سرعة البكاء.

4-4 الأعراض المعرفية:

صعوبة في التركيز اضطراب في التفكير، ذاكرة ضعيفة أو صعوبة في استرجاع الأحداث، استحواذ فكرة واحدة على الفرد، اضطراب في التفكير، ذاكرة ضعيفة الصعوبة في استرجاع الأحداث، استحواذ فكرة واحدة على الفرد، صعوبة في اتخاذ القرار، الانخفاض في الإنتاج أو الدافعية منخفضة، اصدار أحكام غير صائبة.

4-5 أعراض خاصة بالعلاقات الشخصية:

عدم الثقة غير المبرر بالآخرين، لوم الغير، نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة التهكم والسخرية، تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين، تصيد أخطاء الآخرين.

5- أسباب الضغط النفسي:

إن مسببات الضغط بصفة عامة يمكن تصنيفها إلى مسببات داخلية تتعلق بوظائف الأعضاء أو الداخلية نفسية كالطبيعة الشخصية للفرد ومسببات خارجية إذا أن ما يسبب الضغط يختلف من شخص لآخر.

1-5 الأسباب الاجتماعية:

تلعب العوامل الاجتماعية دور كبير في حدوث الضغط النفسي لدى الافراد ويختلف من حيث شدته ومصدره طبقاً للوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد، في كالفقر الذي

يعتبر من بين العوامل الضغط، وكذلك البطالة، التفاوت الحضاري والثقافي، وقلة الرفاهية ووسائل التكنولوجيا والضغط السكاني وقلة الخدمات (الرشيدي، 1999، ص 120).

إذ يرى ماكالاند Macllend أن اضطراب العلاقات الاجتماعية قد يلعب دورا مدمرا فالدفع القوي للانتماء الاجتماعي وتقبل الحياة مع الجماعة وتقبل الآخرين لها جميعها ارتباطات قوية بالصحة في جانبها النفسي وجانبها العضوي (نايل الغرير، 2009، ص 96).

2-5 الأسباب النفسية الانفعالية:

الانفعال في درجات معقولة يحمي الإنسان من الخطر ويعبئ طاقته للعمل لكن في حالات كثيرة قد تتحول الانفعالات الى مصدر من مصادر الاضطراب في الحياة النفسية والاجتماعية للفرد بما فيه البدنية وما يرتبط من الصحة أو مرض.

3-5 الأسباب الصحية:

نشاط الغدد وتضخم غدة الأدرينالين منها عندما تواجه ضغوطا أو مشكلات صحية ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى الجلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب دائم فالمرض يعتبر أساسيا للضغط النفسي ويعتبر أيضا نتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغط (نايل الغرير، 2009، ص 33).

4-5 الأسباب الكيميائية:

للمواد الكيميائية بما في ذلك المواد المخدرة دخل في إصابة الشخص بالضغط فإن المادة المخدر تؤدي إلى التغيرات في المزاج فيصبح الشخص متوترا وقلقا (مصباح، 2001، ص 90).

5-5 طبيعة الحدث:

- ما الذي يجعل الاحداث ضاغطة؟
- **تقييم الضغط:** الأحداث ضاغطة بقدر ما تدرك أنها كذلك، فالضغط هو ما ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد أي تقييم ماذا كانت إمكانياته الذاتية كافية لمواجهة مطالب البيئة أم لا.
- **الأحداث السلبية:** فكثير من الأحداث يمكن أن تسبب الضغط لأنها تعرض الأفراد لأعباء إضافية أو مشاكل ترهقهم أو تفوق إمكانياتهم.
- **الأحداث الخارجية عن السيطرة:** تشكل الأحداث الخارجية عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط أكثر من تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها.
- **الأحداث الغامضة:** عندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض، فإنه لا يتيح الفرصة أمام الفرد القيام بفعل شيء ايزاؤه لأنه يدفع الفرد إلى تكريس طاقته من أجل استضاح الموقف المسبب للضغط وهذه المهمة تستهلك وقت الفرد.

- **العبء الزائد:** القيام بمهام كثيرة وفي فترة زمنية وجيزة هذا يكون بمثابة عبئ على الفرد مما يجعله أكثر عرضا للضغط نفسي، ويتأثر الأفراد بالضغوط المرتبطة بالأمر المركزي والمهمة في حياتهم أكثر من تأثرهم بالأمر المحيط وهذا لأن الأبعاد النفسية المهمة مرتبطة بميادين الحياة المركزية، فالإجهاد المرتبط بدور المرضى في الشعور الدائم بعدم القدرة على القيام بعمله على أحسن حال كما ينبغي أن يكون سببا للمعاناة من الضغط (تايلور، 2008، ص 360).

وكملخص لما سبق ذكره فإن الأحداث السلبية أو المفاجئة والخارجة عن السيطرة أو الغامضة أو تلك الأحداث التي تمس المهام المركزية في حياة الفرد بأنها أكثر ضغطا من تلك الأحداث التي من الممكن التحكم بها وإدارتها.

- **أنماط الشخصية:** الشخصية بطبيعة الحال تحدد الكيفية التي يستجيب فيها الفرد بشكل كامل للأحداث الضاغطة إن أحد معظم العلاقات الموثقة بشكل واسع بين الشخصية، السلوك، والضغط النفسي هو العلاقة بين الشخصية ذات النمط (أ) والضغط.

فريدمان Friedman أخصائي القلب في سان فرانسيسكو هو أول من وصف الشخص من النمط (أ) على أنه الذي يحاول دائما أن ينجز بشكل متطرق وخاصة عند التنافس مع الآخرين ويتميزون ببعض الخصائص الأتية التنافس، العدوان اللفظي، التحفز، الجدية، وعدم القدرة على الاسترخاء يغضبون، بسهولة يمتازون بالعدوانية (نايل الغرير، 2009، ص 38).

6- أنواع الضغط النفسي:

للضغط النفسي عدة أنواع، حيث تعددت التصنيفات بتعدد النظريات المفسرة للضغوط

ونذكر منها ما يلي:

أشار سيلبي Selye وجود أنواع من الضغط وهي:

- الضغط النفسي السيئ: يزيد من حجم المتطلبات على الفرد ويسمي كذلك الألم مثل: فقدان

عمل أو عزيز.

- الضغط النفسي الجيد: قد يكون له تأثير إيجابي كذلك إنه أساسي في الحث على العمل

والإدراك.

وهذا يؤدي إلى إعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة.

- الضغط النفسي الزائد: وينتج عن تراكم الأحداث السلبية للضغط النفسي المنخفض بحيث

تتجاوز مصادر الفرد وقدرته على التكيف .

- الضغط النفسي المنخفض: يحدث عندما يشعر الفرد بالملل وانعدام التحدي والإثارة

(شيخاني، 2003، ص 13).

يمكن أن يكون الضغط الداخلي إيجابياً أو سلبياً أنه إيجابي عندما يأتي من وعي الشخص

في هذه الحالة يرى الشخص الواقع بموضوعية معينة من المناسب دفع نفسه لتحقيق شيء

يريد أو الحفاظ على شيء يقدره كما هو الحال لا يوجد تناقض بين الضغط والرغبة.

– جدول رقم (01): المقارنة بين الضغوط الايجابية والسلبية Killy (1995):

الضغوط السلبية	الضغوط الايجابية
– تسبب انخفاض في الروح المعنوية وشعور بتراكم.	– تمنح دافعا للعمل ونظرة جد للعمل.
– تولد ارتباكا وتدعو للتفكير في الجهد المبذول.	– تساعد على التفكير والتركيز على النتائج.
– تعمل على ظهور الانفعالات و على عدم القدرة التعبير عنها.	– توفر القدرة على التعبير عن الانفعالات المشاعر.
– تؤدي الي الشعور بالقلق والفشل.	– تمنح الإحساس بالمتعة والإنجاز.
– تسبب للفرد الشعور بالأرق.	– تساعد الفرد على النوم الجيد.
– تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل.	– يشعر الفرد بالقوة والتفاؤل بالمستقبل.
– عدم القدرة على الرجوع الى التوازن النفسي بعد مرور بتجربة غير سارة.	– تمنحه القدرة على الرجوع الى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.

(الهيجان، 1998، ص 45).

6-1 الضغط النفسي الداخلي:

يأتي الضغط النفسي الداخلي من الشخص الذي يعاني منه عادة هو شعور بالواجب

ومع ذلك يمكن أن نمليه أيضا الضيق والخوف والغضب وغيره من المشاعر أو الحالة

المزاجية في هذه الحالة فإن خاصيته الأساسية هي حقيقية أنها تنشأ في عقل المريض.

2-6 الضغط النفسي الخارجي:

يأتي ضغط الخارجي إيجابيا وسلبيا كل شيء يعتمد على السياق الذي يحدث فيه والأفق الذي يوجه إليه أحد الخصائص لهذا النوع من الضغط الحالة الشائعة التي توضح ذلك عندما يضطر الشخص إلى إعادة وظيفة في يوم معين أو في وقت معين لا علاقة تعيش أو تصرف هذا شخص إنما محافظات محايدة والفرد هو الذي يجعلها بناء أو مدمرة (الهيجان، 1998، ص 46).

3-6 التصنيف تبع لمستواها:

هناك من صنف من أنواع الضغط تبع لمستواها ومن هؤلاء (Worall, Moy 1989)

حيث رأوا أن هناك ثلاثة مستويات للضغوط هي:

1-3-6 الضغط العادي:

وهو المستوى الذي يمكن استبعاده وهذا أدنى مستوى للضغط وهذا النوع يتعرض له

كثير من الناس في معظم الأوقات وتكون مشكلة الحياة البسيطة على هذا المستوى يمكن

التعايش معه.

6-3-2 الضغط الحاد:

وهذا النوع يتعرض له الفرد الذي يعيش أول فترات حياته في بيئته يسودها الاكتئاب وهذا النوع يحتاج إلى التدخل العلاج للحد من تأثيره والتغلب على المشكلات التي يسببها والتحرر من القلق والخوف.

6-3-3 الضغط الشاذ:

مجموعة من الأمراض العصبية والذهنية والتي تظهر نتيجة لثورة الفرد ضد النفس وضد الآخرين (حماد، 2012، ص 41).

يتضح من خلال تصنيف الضغوط حسب مستواها أن هناك ضغوط يتعرض إليها معظم الأفراد وهي لا تشكل خطراً على صحتهم ويمكن التعايش معها وتسمى عادية، بينما هناك ضغوط أكثر حدة يصعب التعامل معه وتتطلب استراتيجيات وأساليب من طرف مختصين لإدارتها، في حين لم يتم علاجها فإنها تصبح أمراض عصابية وذهانية.

7- مصادر الضغط النفسي:

تشير الدراسات النفسية إلى أن مصادر الضغوط متباينة ومتداخلة في آن واحد يمكن أن تنشأ من داخل الفرد (المكونات الشخصية) وهي ضغوط داخلية المصدر أو قد تكون من البيئة الخارجية التي يعيش فيها الفرد ويتأثر بها (العوامل الاقتصادية، الاجتماعية، السياسية، المشكلات الأسرية، الضغوط العمل والعوامل الفيزيائية) (بوشعراوية وظاهر، 2017، ص 9).

وعند النظر إلى العلاقة التي تربط الفرد بمجتمعيه فإنه يمكن لنا ترتيب مصادر

الضغط النفسي بطريقة شمولية واقعية هي كما يلي:

1-7 المصادر الخارجية للضغوط النفسية:

1-1-7 الضغوط الأسرية:

الصراعات العائلية، كثرة المجالات، الانفصال، الطلاق.

2-1-7 الضغوط المالية الاقتصادية:

مثل انخفاض الدخل وارتفاع معادلات البطالة، وارتفاع معدلات الجريمة.

3-1-7 الضغوط الاجتماعية:

وتنقسم بدورها وحسب تعدد العلاقات الاجتماعية ذاتها إلى علاقات اجتماعية، فالفرد

إن كان متزوجا أو غير متزوج وعدد الأطفال كذلك الوضع البيئي والأسري العام

والخاص الذي يعيش في ظله الفرد. وهذه إما تغيرات تكون ضمن العامل الاجتماعي، هي

تترك ردود أفعال معينة على شكل ضغوط نفسية لدى الفرد وإن اختلفت مصادرها وتبين

تأثيراتها من الضغوط الاجتماعية (العزلة، خبرات، الإساءة الجسمية والجنسية للأطفال

والانحرافات السلوكية) (عبيد، بهاء الدين، 2008، ص 29)

4-1-7 الضغوط الصحية أو الفيزيولوجية:

مثل التغيرات الفيزيولوجية والكيميائية التي تحدث في الجسم ومهاجمته الجراثيم به، اختلاف النظام الغذائي.

7-1-5 ضغوط المتغيرات الطبيعية:

كوارث الطبيعية مثل الأعاصير، الزلازل وغيرها

7-1-6 ضغط العوامل العقائدية والفكرية:

إن حالة التقاطع بين تماسك الفرد بما هو عليه من أفكار ومعتقدات وبين تسلط المؤسسات المركزية في حمله على تغيير أفكاره عندما تنعكس فيما بعد على شكل سلسله من الضغوطات النفسية ذات التأثيرات المتباينة على طبيعة علاقة الفرد بذاته ومجتمعه (عبيد، بهاء الدين، 2008، ص 30).

7-1-7 أحداث ومشكلات نفسية داخلية:

الخوف لدى المريض المصاب بارتفاع ضغط الدم قد يكون قوة دافعة له لكي يحد من الصوديوم في طعامه ولكي يتذكر تناول أدويته بانتظام، والخوف العالي من المرض عند اجرائه مقابلة تلفزيونية قد يدفعه الى أخذ المضاد لمجرد شكه بأنه قد يصاب بالمرض أو الخوف من عدم الوصول الى الحقيقة التي يبحث عنها بدفعه الى التفكير في سبل أخرى يستطيع الوصول بها الى رضا أكثر من ذاته. لكن في حالات كثير قد تتحول الانفعالات الى مصدر من مصادر الاضطراب في الحياة النفسية والاجتماعية للفرد بما فيها وظائفه

البدنية وما يرتبط بها من صحة أو مرض كما في حالات القلق والاكتئاب النفسي والإصابة بالأمراض النفسية المختلفة (شيخاني، 2003، ص 12).

7-1-8 الظروف والمشكلات الصحية:

تنشط الغدد وتتضخم الغدة الأدرينالية بشكل خاص ويزداد إطلاق الأدرينالين منها عندما تواجه ضغوطا أو مشكلات صحية، ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في افرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة الى جلوكوز يمد الجسم بطاقة لتجعلها في حالة تأهب دائم وهو شيء يحدث لدينا جميعا في المواقف الانفعالية، وقد أثبت سيلبي أن استمرار تعرض حيواناته للضغوط الصحية بما في ذلك تعريضها لبرودة أو حرارة لدرجات عالية أو بحقنها بفيروسات يفقدها القدرة على المقاومة طويلا. فالمرض يمثل بالنسبة لها في البداية مشقة تتطلب منها مزيدا من حشد الطاقة، وتمر عليها ثانيا فترة مواعمة واعتياد كمحاولة للتكيف مع مصادر الضغط ومقاومتها، ولكن ذلك قد يستمر لفترة حيث تشعر الحيوانات بعدها بالإجهاد والارهاق ثم أخيرا تموت. كذلك تبين أيضا أن ظهور الأمراض النفسية يرتبط بأنماط الضغوط النفسية التي يعاني منها الفرد فبداية ظهور وتطور الأمراض النفسية يظهر إثر التعرض للتغيرات الحياتية، وينطبق هذا على الأمراض النفسية الخفيفة كالقلق والاكتئاب والأمراض العقلية الشديدة كالانتحار والفصام. وهكذا يتبين من الأدلة السابقة أن المرض يعتبر مصدرا أساسيا للضغط النفسي، ويعتبر أيضا نتيجة منطقية

لشعور بتزايد الضغوط مما يفسر تزايد نسبة تعرضنا للأمراض الخفيفة أو الشديدة في أوقات الأزمات أو تزايد الأعباء التي تتطلب مزيداً من العمل الإضافي والتركيز الشديد.

9-1-7 خيارات نمط الحياة:

الكافيين، النوم غير الكافي وجدول الأعمال المثقلة.

10-1-7 الاشارات العقلية:

التوقعات الغير واقعية، وأخذ الأمور بطريقة شخصية، المبالغة، والتصلب في الرأي.

11-1-7 الحديث الذاتي السلبي:

التفكير المتشائم، والنقد الذاتي، والتحليل المفرط (شيخاني، 2003، ص 13).

يتضح مما سبق أن الضغوط النفسية تتشكل من مجموعة من الضغوطات المتراكمة، كالضغوط الناتجة عن إرهاق العامل في عمله وعدم توافقه المهني، والضغوطات الاجتماعية التي تتمثل في تفاعل الفرد مع الوسط الاجتماعي والصراعات الناتجة من هذا التفاعل اليومي والمشاكل والمصاعب والمتاعب التي تلاحقه.

8- الآثار الناتجة عن الضغط النفسي:

تتمثل آثار الضغط النفسي في عدة مستويات المتمثلة في:

1-8 الضغط النفسي والأمراض:

يصاحب الضغوط والتوتر المزمن في الغالب زيادة في المعادلات الكوليسترول وارتفاع ضغط الدم، مما يؤدي إلى أمراض صحية خطيرة، ويقدر بعض خبراء الصحة العامة ما بين 50 إلى 70% من الأمراض التي تصيب الإنسان ذات صلة بضغط أهمها أمراض القلب وبصفة خاصة الشريان التاجي، وهناك العديد من الابحاث والتجارب التي أجريت ومازالت تجرى حتى الآن والتي أكدت بوجود علاقة وثيقة بين الرضا والقناعة في العمل وأمراض القلب في أعداد كبيرة من الوظائف التي تؤدي إلى الضغوط المزمنة مرتفعة مباشر على الأفراد حيث يكون لها تأثير مباشر على أعضاء جسم الانسان مثل قرحة المعدة ورعشة الأطراف، ومن الطبيعي أن يكون هناك صراع نفسي مصاحب للأمراض السابقة حيث يصاب الإنسان بالاكئاب والقلق أثناء محاولاته للتوافق مع الأمراض التي يسببها التوتر، وقد يؤدي ذلك الى لجوء بعض الأفراد إلى سلوكيات مدمرة أو انحراف حيث يضاعف ذلك من مشكلتهم. وقد يصعب على الفرد ملاحظة العلاقة بين الضغوط التي يحملها وبين ما يصاب به من أمراض وذلك يعتبر مشكلة خطيرة في اتجاه زيادة تأثير الأمراض وبالتالي زيادة الضغوط التي تؤدي الى سوء حالته الصحية، ويركز بعض الأفراد على الأدوية والمسكنات لعلاج أمراضه العضوية الناتجة عن الضغوط ويتجاهلون معرفة أو إدراك أهمية علاج المشكلة الرئيسية لديهم حتى يستطيعون أن يستفيدوا بتأثير الأدوية المستخدمة (عسكر، 2009، ص 547).

2-8 تأثير الضغوط على الحالة الصحية:

وذلك من خلال تأثير الحالة الجسمانية والنفسية للأفراد وردود الفعل السيئة بالنسبة

لل فرد وهذا الجدول بين تأثير الضغوط على الحالة الصحية الجسمانية والنفسية.

- جدول رقم (02): تأثير الضغوط على الحالة الصحية الجسمانية والنفسية:

آثار الضغوط الصحية والنفسية للفرد	ردود أفعال البيئة للفرد	آثار الضغوط الصحية الجسمية لل فرد
- الأمراض العصبية.	- الإفراط في التدخين.	- الإصابة بارتفاع ضغط الدم.
- الوسواس القهري.	- الميل إلى شرب الكحوليات.	- عسر الهضم.
- الشعور بالضيق والكآبة.	- استعمال الأدوية والعقاقير.	- ارتفاع نسبة الكولسترول في الدم.
- الشعور بالجهد.	- المهدئات ومضادات والاكتئاب.	- الأمراض المعدية المعوية.
- الشعور بالقلق والاستياء النزوة والانفعال والشعور بالإحباط.	- التأثير على العلاقات الاجتماعية.	- الأمراض الشريان التاجي للقلب. - أمراض القلب.

(الفرماوي، عبد الله، 2008، ص 78).

3-8 تأثير الضغوط النفسية على الجانب المعرفي:

تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية

تصبح غير فعالة وتظهر هذه الاصابة بالأمراض التالية:

- نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة.
- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء والتعارف وتزايد الاخطاء.
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات ونسيان الأشياء.
- فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح الموفق.
- التغيرات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعلى الاخرين.
- اضطراب التفكير حيث يكون التفكير المنطقي والجامد هو السائد لدى الفرد بدلا من التفكير الابتكاري.

- عدم قدرة الفرد على التقييم بدقة للظروف الراهنة أو التنبؤ بالتبعات المستقبلية.

كما يسمح اختبار الواقع اقل كفاءة وتقل عناصر النقد والموضوعية وتصبح أنماط

التفكير المظهرية ولا غير منطقية (محمد عبد الباقي، 2001، ص 299).

4-8 تأثير الضغوط النفسية على الجانب الفيزيولوجي:

فمن الناحية الفيزيولوجية فإن الشخص الذي يعاني من الضغوط والتوتر يمر بزيادة هائلة في العمليات الحيوية ويزداد عنده ضغط الدم معدل ضربات أو معادلة التنفس وتوتر العضلات واتساع حدقة العين أيضا، فإن شخص يعاني من التوتر والقلق والشد الصحي وزيادة الانتباه بسبب الهرمونات التي تفرزها غدد الجسم وهذه الاستجابات وردود الأفعال الفيزيولوجية والسيكولوجية تدفع الناس الشعور بالضغوط والتوتر ولا يقوم كل فرد بالتعامل مع الضغوط والتوترات بنفس الطريقة، بل أن هناك اختلاف في ذلك عند تأثير الضغوط على الفرد يشرع هرمون الأدرينالين في التدفق فيبدأ الجسم في الشنن، وهناك أفراد آخرين يخافون عند حدوث الضغوط ويحاولون تجنبها بأي شكل، فالضغط هو استجابة الجسم النفسية والوجدانية الفيزيولوجية لأي متقلبات قد تشكل تهديدا، يعني ذلك أنه عليك أن تفكر في طريقة ردود أفعال عقلك وجسمك عندما تواجهه بموقف التغيرات الجسمانية الطبيعية التي يقوم بها جسم الانسان كي يهيئ نفسه للتوافق مع الظروف البيئية التي تمثل تهديدا له وذلك أما عن طريق التعامل معها ويعني محاربتها أو تجنبها والهروب منها (طه، سلامة، 2006، ص 44).

9- أساليب مواجهة الضغط النفسي:

ذكر نموذج لازاروس وفولكمان أن آليات المواجهة الناجحة تعتمد على الوظائف العاطفية المتعلقة بالمشكلة، صنف لازاروس ثماني وظائف يستخدمها معظمنا للتأقلم النشط، وتشمل هذه الآليات:

9-1 ضبط النفس:

حيث نحاول التحكم في عواطفنا استجابة للتوتر.

9-2 المواجهة:

حيث نواجه الضغط ونرد لتغيير الوضع وإعادةه لمصلحتنا.

9-3 الدعم الاجتماعي:

حيث نتحدث مع الآخرين ونبحث عن الروابط الاجتماعية لمساعدتنا على النجاة في

الأوقات الصعبة.

9-4 التبعاد الاجتماعي:

حيث نبقى غير مباليين بما يجري حولنا ونمنع الضيق من السيطرة على أفعالنا.

9-5 الهروب والتجنب:

حيث ننكر وجود الإجهاد كرد فعل للتأقلم (Lazarus , 1966 , p 770).

9-6 القبول الراديكالي:

حيث يلجأ المرء إلى القبول الذاتي غير المشروط للتكيف مع الشدائد.

9-7 إعادة التقييم الإيجابي:

حيث نسعى لإيجاد الجواب في النضال وننمو منه.

8-9 حل المشكلات الاستراتيجية:

حيث ننفذ استراتيجيات محددة تركز على الحلول لتجاوز الوقت الصعب وإعادة

توجيه أعمالنا وفقاً لذلك.

9-9 الأساليب الإيجابية:

1-9-9 نظام الدعم:

أشار لازاروس وفولكمان إلى أن وجود شخص يأخذ ظهرك خلال الأوقات الصعبة

يمكن أن يساعد في التغلب على التوتر بسهولة أكبر، التأقلم الداعم يعمل العجائب

للأشخاص المصابين بالاكتئاب وتعاطي المخدرات والحزن والعزلة، ويمكن أن تساعد

الأساليب البسيطة مثل إجراء مناقشة جماعية ، أو الاتصال بصديق، أو الانفتاح مع

المعالج النفسي، أو مشاركة المشاكل اليومية مع الوالدين أو الزوج، في التكيف مع

ضغوط الحياة وإدارتها دون الشعور بالثقل (Lazarus , 1966 , p 771).

2-9-9 الاسترخاء:

على الرغم من أنه قد يبدو من الصعب الاسترخاء مع دخول العاصفة، إلا أن

ممارسات الاسترخاء اليومية هي طريقة رائعة لتدريب العقل على البقاء هادئاً في مواجهة

الصعوبات، ويمكننا أن نبدأ بالتنفس من خلال الاسترخاء أو التأمل أو الاسترخاء

التدريجي للعضلات أو العلاج بالموسيقى لإحداث حالة من الهدوء في الداخل، يساعد تكييف العقل والجسم على البقاء هادئين كل يوم، وعلى استعادة حالة الاسترخاء عندما نشعر بالقلق أو نواجه مشكلة.

3-9-9 العافية الجسدية:

الصحة جزء أساسي من التأقلم، وتشمل استراتيجيات المواجهة الإيجابية اليوجا وركوب الدراجات والمشي السريع وأشكال أخرى من التمارين البدنية اليومية، يساعد في إفراز الإندورفين وينظم الدورة الدموية في الجسم (Lazarus , 1966, p 779).

الخلاصة:

تشير الضغوط بوجه عام إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد وبدرجة معينة تولد لديه إحساسا بالتوتر وحينما تزداد شدة هذه الضغوط، فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن يغير نمط سلوكيه على ما هو عليه إلى نمط جديد وللضغوط آثار جسمية ونفسية على الفرد، ومصادر هذه الضغوط متعددة فقد ترجع لمتغيرات بيئية كما يمكن أن يكون الفرد نفسه هو مصدرها.

الفصل الثالث: الأمراض السيكوسوماتية.

- 1- لمحة تاريخية عن نشأة الأمراض السيكوسوماتية.
- 2- تعريف الأمراض السيكوسوماتية.
- 3- النظريات المفسرة للأمراض السيكوسوماتية.
- 4- تصنيف الأمراض السيكوسوماتية.
- 5- تشخيص الأمراض السيكوسوماتية.
- 6- التشخيص الفارقي للأمراض السيكوسوماتية.
- 7- الضغط النفسي و الأمراض السيكوسوماتية.
- 8- علاج الأمراض السيكوسوماتية.

خلاصة.

1- لمحة تاريخية عن نشأة الأمراض السيكوسوماتية:

يذكر بيار مارتي **Pierre Marty** إلى أن الاستخدام الأول لكلمة البسيكوسوماتيك يرجع إلى الطبيب العقلي الألماني هينروث **Heinroth (1818)** في وصفه لحالة من الأرق وقد تطلب الأمر أكثر من مائة عام لإعطاء دلالة طبية جديدة للكلمة، فعبر أعماله على الوظيفة الغليكوينية للكبد اكتشف كلود برنارد عام **(1850)** في نفس الوقت مفهوم ثبات الوسط الداخلي وقدرة الكائن الحي في الحفاظ عليه وإعادة ضبطه في حالات الاختلال وأن المرض عبارة عن انحراف خاصة فزيولوجية طبيعية وهي الفكرة التي رافقت بعد ذلك كل مسار البحث في البسيكوسوماتيك **(Marty, 1990, p 6)**.

ومع بدايات القرن العشرين ظهر تياران فكريان أساسيان أسهما في تطور البحث في السيكوسوماتيك أولهما التيار النفسوفزيولوجي الذي بدأ مع أبحاث كاتون حول الانفعال فيما تمثل الثاني بالمدرسة السلوكية وخاصة أبحاث بافلوف **(1902)** و واطسون **(1913)** أو ما يعرف بعلم النفس السلوكي **(Dousse, 2001, p 104)**.

من جهته ورغم أن كل أعمال سيجموند فرويد لا تظهر أي تحديد مباشر للمرض السيكوسوماتي إلا أن عددا من الدراسات والأطر المفاهيمية التي وضعت من قبله كانت بمثابة أساس اعتمده التحليليون اللاحقون في تفسير المرض النفس جسدي، فقد أسهمت

أبحاث فرويد في تطوير الاهتمام بلغة الجسد وتعبيراته والتي اشتقت منها العديد من المفاهيم الحالية في مجال السيكوسوماتيك (ساعد، 2019، ص 96).

ووفقاً لروبرت دننزر Robert Dantzer (1989) فإن الطبيب الألماني والتحليلي غروديك Groddeck يعتبر المؤسس الحقيقي للطب النفسي الجسدي الذي يعتبر أن كل ظاهرة إنسانية تتجسد من خلال وضعين جسدي ونفسي وأن المرض العضوي يحمل معنى ينبغي على المعالج أن يأخذه بعين الاعتبار عند العلاج. وفي عام (1930) دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الطبية الانجليزية من قبل دنبار Dunbar التي وضعت كتاباً حول الانفعالات والتعبيرات الجسدية و ألكسندر Alexander الذي أكد على أهمية أن يعامل الفرد كوحدة كمية لا تتجزأ وليس خليطاً من كيانات منفصلة (الزباد، 2000، ص 12).

2- تعريف الأمراض السيكوسوماتية:

يعود الأصل اللغوي لكلمة "سيكوسوماتيك" إلى اللغة اليونانية ويشار إليها بكلمة مركبة من مقطعين هما PSYCHE وتعني نفس و SOMA وتعني الجسد أو الجسم (عبد المعطي، 2003 ص 18).

وسنقدم في هذا الجزء من الفصل مجموعة من التعريفات لباحثين متخصصين في مجال الطب السيكوسوماتي ولهيات عالمية بغية الوقوف على أهم نقاط التباين والاختلاف لتحديد مفهوم نظري يتماشى مع طبيعة الموضوع.

يعرفها كارل هاس Karl Hass (1979) بأنها مرض جسمي بأسباب سيكولوجية، فالإنسان يمثل وحدة متكاملة بين الجسم والنفس، فالجانب النفسي قد يكون له أهمية قليلة أو كبيرة، والأمراض السيكوسوماتية غالباً ما تنشأ من خلال التفاعل بين المتغيرات الجسمية والانفعالية وتتأثر بمواقف الحياة والضغوطات (Hass, 1979, p 99).

كما يعرف العالمان فابيان لاروك وديكستيلو Fabian Larock et Dextilo الأمراض السيكوسوماتية بأنها مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الحدة والإصرار. بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها (عطوف، 1988، ص 31).

ينظر جيموت ولوك Jemmot and Locke إلى الاضطرابات النفس-جسدية على أنها النتيجة النهائية للاستثارة الانفعالية المزمنة. تنتج هذه الاضطرابات إما بشكل مباشر عن التغيرات الهرمونية العصبية التي تنطوي عليها الاثارة (الإجهاد) أو بشكل غير مباشر نتيجة لاستنفاد الوظائف المناعية (Woods & Lyons , 1990, p 4).

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

وحسب مارتي **Marty** تنضوي تحت تعريف المرض السيكوسوماتي مجموعة الأمراض التي تطل المزاي الفكرية للمريض ودينامية هذه المزاي، بالإضافة إلى مطاوتها للجسد، وإحداثها فيه للمظاهر المرضية من وجهة النظر الطبيعية (مارتي، 1987، ص 21).

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) فتعرفها "مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية والتي تحدثها عوامل انفعالية، وتتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، بذلك تكون التغيرات الفيزيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر

إصرارا وحدة، ويطول بقائها، ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية" (سلامي، 2008، ص 110).

وتعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها تتضمن اضطرابات مثل ضغط الدم والقرحة المعدية والربو، حيث تلعب العوامل النفسية دورا أساسيا في ظهورها وتطورها (Collomb et autres, 1967, p 07).

وتعرف دائرة المعارف البريطانية الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية) بأنها الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية، والتي تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو وقرحة المعدة وضغط الدم والتهابات المفاصل وقرحة القولون وغيرها (غازي والطيب، 1984، ص 2).

من خلال التعريفات السابقة للاضطرابات السيكوسوماتية نجد أن معظمها اشتركت في وجود العلاقة بين النفس والجسم، ووجود أي اضطراب انفعالي قد يكون بمثابة تمهيد للإصابة بمرض عضوي.

3- النظريات المفسرة للأمراض السيكوسوماتية:

اختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للاضطراب السيكوسوماتي، فمنهم من يعزو حدوث هذه الاضطرابات إلى ضغوط الحياة وأزماتها، ومنهم من يعزوها إلى خطأ في عملية الإشراف والاستجابات للمثيرات البيئية والداخلية، أو إلى اختلال التوازن

بين مطالب البيئة والمطالب الداخلية، فالإنسان في صراع دائم ضد العوامل التي تعرضه للموت أو المرض وعلى الرغم من أن الإنسان كثيراً ما يتغلب على محن الحياة اليومية بسهولة بوسائله العادية، فإن هناك محناً شديدة لا تكفي الوسائل العادية لمواجهتها، وإنما تساهم في المحن التي يواجهها الإنسان بجميع صورها جسمية كانت أم نفسية (غازي والطيب 1984، ص 12).

وسنحاول التعرض للنظريات التي فسرت الاضطرابات السيكوسوماتية.

3-1 النظرية التحليلية:

شكلت أعمال **سيجموند فرويد Sigmund Freud** حول الهستيريا التحويلية نقلة جديدة في مجال السيكوسوماتيك، فقد أكد كل من **فرويد Freud** و**بروير Breuer** على أن الأحداث والخبرات النفسية المدفونة في اللاشعور من الممكن في ظروف معينة أن تؤدي لأعراض التبدينية والخلل الوظيفي، حيث لاحظ فرويد أن هناك ارتباطات لا يمكن أن تتجزأ بين العقل والجسم، فجميع التقارير التي قدمها عن حالاته تحاول تفسير الأعراض البدنية المفاجئة وخصوصاً فقدان الكلي للإحساس أو للوظيفة الحركية اضطراب الوظائف النفسية. ويعد فرويد إضافة إلى **فيرينيزي Ferenezi** و**غروديك Grodecke** كرواد في مجال الطب السيكوسوماتي لأنهم أعطوا أهمية لعلاقة الطبيب بمرضه وركزوا على أهمية تحت مسمى العرض كتعبير رمزي (ساعد، 2019، ص 100).

في عام (1886) ميز فرويد Freud عبر مفهوم العصاب الحالي مجموعة من الاضطرابات والتي تتضمن: عصاب القلق، الوهن العصبي وتوهم المرض وتعارضها مع أعصاب التحويل (الفوبيا، الوسواس والهستيريا). أما نوع القلق فيختلف كثيرا في هاتين المجموعتين من العصاب، ففي أعصاب التحويل يرتبط القلق بصراع نفسي بين الغرائز والأنا العليا بينما في العصاب الحالي يرتبط القلق بفشل الروابط التعبيرية بمعنى أن زيادة الاستثارة تؤدي مباشرة للتوتر. كما تختلف هذه الأعصاب في ما بينها من خلال آلية تجنب الإحباط والمعاناة، ففي العصاب النفسي تكون الآلية السائدة الكبت والذي ينطوي على عدم معرفة الرغبات أو الصراع بدفعه للاوعي بينما يكون القمع آلية الدفاع الأساسية للعصاب الحالي فهو عبارة عن تفكك بين الحادث الأليم والوجدان المرتبط به، والصدمة المكبوتة عند العصابي لا يعبر عنها ولا عن الانفعالات المصاحبة لها إلا من خلال عودة المكبوت في شكل أحلام أو زلات اللسان. في حين يتم تمثيل الصدمة لدى الأفراد السيكوسوماتيين ولكن يغيب الانفعال المصاحب لها فلا يمكن للمكبوت أن يعود.

ميز ماك دوجال McDougall بين العصاب والذهان من جهة والمرض النفسجسدي من جهة أخرى حيث يعتبر أن الصراع في كل من الأعصاب والذهانات هو صراع نفسي داخلي أو مع الواقع مع وجود نشاط على المستوى التخيلي فيما يعبر المرض السيكوسوماتي عن شكل من أشكال رفض الجهاز النفسي حل الصراع الغريزي ليحوله نحو الجسم نتيجة فقر في التمثلات (ساعد، 2019، ص 101).

يعتبر كل من كارين هورني Karine Horney واريك فروم Erich Fromm وهاري سوليفان Harry Sullivan من أنصار مدرسة التحليل النفسي التي شرعت في محاربة الاتجاه الغريزي الذي نادى به فرويد Freud والإصرار على أهمية المتغيرات النفسية والاجتماعية. كارين هورني Karine Horney لم تهتم صراحة بالاضطرابات السيكوسوماتية إلا أنها أشارت أن القلق والكبت والغضب ربما يساهموا أو يؤديوا إلى نشأة أعراض جسمية مثل الصداع، الربو، الاستجابات الهضمية، ارتفاع ضغط الدم، وأعراض القلب. وتقول هورني Horney أن القلق مشكلة معقدة بسبب صلتها الشديدة بالعمليات الفيزيولوجية، وغالبا ما تصاحبه أعراض جسمية كخفقان القلب، تصبب العرق، الإسهال وعسر الهضم... وغيرها، وبالرغم من أن الأعراض الجسمية شيء واضح في حالات القلق لكنها ليست موقوفة على القلق وحده، إلى أن كثيرا من الانفعالات الأخرى كالغضب والهيجان وغيرها يصاحبها تغيرات جسمية واضحة (فهيم، 1967، ص 231).

يرى سامي علي Sami Ali أن كافة النظريات النفسجسمانية المستوحاة من التحليل النفسي تفترض ببساطة وجود تطورات داخلية، يفترض فيها أن تبرز سبب ظهور عضوي الذي يعتبر ترجمة لصراع نفسي من خلال الجسم، بمعنى أن المرض العضوي هو التعبير الإيجابي أو السلبي عن حالة نفسية نضفي عليها حقيقة موضوعية (علي، 2004، ص 10).

كما اهتم سامي علي Sami Ali كثيرا بسيكوسوماتيك الراشد والطفل، فبالنسبة له يعود السبب الرئيسي في الجسدية Somatisation إلى نمط الشخصية أكثر منه الصراع وأن الخيال يحدد إيجابا أو سلبا كل التوظيف السيكوسوماتي، والمقصود هنا بالخيال هو كل ما يتعارض مع الواقع (التعبيرات الرمزية الأحلام، الهذات، المعتقدات، الألعاب...) وفي هذا الإطار طرح سامي علي Sami Ali (1987) مفهومين أساسيين:

- اضطرابات التكيف: إذ يرى أن غياب الأحلام هو مثال نموذجي لقمع وظيفة الخيال واستبداله بالمعايير الاجتماعية والثقافية.
- عدم الكفاية السيكوسوماتية: هو صراع لا يمكن حله، يقترب من الصراع الذهاني ويختلف عنه في أن الصراع الذهاني يحل عبر الهذات أما السيكوسوماتي فلا يحل إلا عبر الجسدية التي هي حسب علي نتيجة لاقتران هذين المفهومين، أي أن الفرد الذي يعاني من اضطرابات التكيف يمكن أن يعيش بشكل صحي طوال الحياة. بينما تأتي الجسدية عندما يجد نفسه في حالة عدم كفاية (ساعد، 2019، ص 101).

3-1-1 معهد شيكاغو للطب السيكوسوماتي:

إن الفكرة بأن أمراضا معينة تنتج بسبب الصراعات الداخلية التي يعاني منها الفرد قد خلدتها أعمال فلاندرز دنبار Flanders Dunbar في الثلاثينات وأعمال فرانز ألكسندر Franz Alexander في أربعينات القرن العشرين ففي عام (1931) أسس معهد التحليل

النفسي في شيكاغو حيث طور "العلاج النفسي التحليلي النشط" وأسس من جهة أخرى "التحليل النفسي الموجز" المفترض أن يتناسب مع السياق الأمريكي، وقد حدث ابتعاد أكبر عن آراء فرويد على يد هذين الباحثين عندما افترضا وجود تأثير للميكانيزمات الفيزيولوجية في تقرير الرابطة بين الصراعات النفسية وإمكانيات حدوث الاضطراب حيث اعتبرا أن الصراعات تسبب حدوث القلق والذي يصبح بدوره لا شعوريا مما يؤدي إلى إحداث تغيرات فيزيولوجية يؤدي استمرارها إلى إحداث اضطرابات عضوية حقيقية (تايلور، 2008، ص 43).

وحسب هذا الاتجاه فإن الاستجابات السوماتية للمثيرات الانفعالية التي قد تكون عادية أو باثولوجية تختلف حسب طبيعة الانفعال المفجر وأن لكل حالة انفعالية نتائج فيزيولوجية خاصة في كتابها "التشخيص السيكوسوماتي" قدمت دنبار Dunbar (1943) نماذج للشخصية مرتبطة بمختلف أنواع الأمراض فركزت اهتمامها على تحديد الطريقة التي تتحول بها الصراعات المكبوتة إلى أعراض جسدية وعرفت هذه المقاربة نجاحا كبيرا في الولايات المتحدة، فتوصلت إلى وصف شخصية مرضى السكري والروماتيزم وارتفاع الضغط... عندما تكون الأعراض ذات منشأ نفسي ويؤثر نوع الصراع على الخلايا والأنسجة. وفي هذا الصدد يؤكد الباحثون أن المرض تعبير أو نتيجة رمزية لتجارب متعلقة بتطور الأنا ومحاولاتها لمقاومة الصراعات الداخلية. كما ترى دنبار Dunbar أن الأمراض السيكوسوماتية قد تكون ذات منشأ خارجي وأن بناء الشخصية يلعب دورا في

إضعاف عضو معين أمام التهديد الداخلي مما يهيئ المجال للتبدين (ساعد، 2019، ص 102).

كما عرض **فريدمان وروزنمان Friedman and Rosenman** نموذجين من نماذج الشخصية والتي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية نمط (A) ويتسم الأفراد في هذا النمط بأنهم عدائيون يتكلمون ويمشون ويأكلون بسرعة وغير صبورين وقلقون ويكملون جمل الآخرين ويفخرون بأنفسهم عندما ينهون أعمالا في وقت أقل من الآخرين وقيسون أداءهم بمستويات صارمة فهم يضعون أنفسهم تحت ضغط يؤثر على أجهزة القلب والأوعية الدموية لديهم. أما النمط (B) فهم أكثر هدوءا وصبرا. وفي دراسة عن الصلة بين أمراض القلب والعداء وبمحاولة اكتشاف سبب عداء أشخاص المجموعة (A) والذي يجعلهم عرضة للإصابة بأمراض القلب فإن الباحثين وجدوا أن أشخاص النمط (A) لديهم استجابة فيزيولوجية عالية وعند تعرضهم للضغوط فإن أجسامهم تستجيب بمستويات عالية من جانب نشاط الجهاز العصبي والتي بدورها تضعف القلب. هذه النتائج أدت إلى تطور الجهاز النفسي الذي يهدف إلى تعليم أشخاص النمط (A) كيف يتعاملوا مع الضغوط بفاعلية أكثر (ريحاني، 2010، ص 91).

بالنسبة لـ **ألكسندر Alexander** فإن أي مرض هو نظريا نفسي جسدي لأن العوامل الانفعالية تؤثر في جميع العمليات الفيزيولوجية عبر المسارات العصبية والخلطية فهو يرى

أن المزاج ينتج عن تعقد فيزيولوجي عصبي وهو يختلف من جسم لآخر في درجة التعقد وليس في النوع ويركز على مبدأ الصراع خاصة الصراع اللاواعي الذي ينعكس على أعضاء معينة فالغضب والخوف ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية في حين مشاعر التبعية والحاجة للحماية تنعكس على صعيد الجهاز الهضمي. كما أن تأثير الانفعال يمكن أن ينشط أو يثبط وظائف مختلف الأعضاء وفق مبدأ الصراع خاصة اللاوعي، ويكمن جوهر الصراع حسبه في اللاشعور إضافة إلى آليات الدفاع المستخدمة التي تتحدد على إثرها مختلف أنماط الاستجابات (النايلسي، 1992، ص 45).

ويفترض ألكسندر Alexander أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة وبذلك طور صيغة الصفحة النفسية Profile حول الشخصية التي تكون أكثر قابلية للإصابة بالقرحة وتصف الأشخاص الذين تتميز شخصياتهم بالحاجة الماسة إلى الحب وإلى الاعتماد على الآخرين (تايلور، 2008، ص 43).

وحسب هذا النموذج توجد ثلاثة عوامل تساهم في تحديد المرض هي :

- قابلية العضو للعطب .
- البنية النفسية الصراعية وميكانيزمات الدفاع.
- ظروف الحياة التي تزيد من الشدة الانفعالية .

هذا وقد واجهت هذه النظرية انتقادات عدة أهمها أنها حصرت تأثير العوامل النفسية والاجتماعية في مدى محدود من المشاكل والاضطرابات و اعتقاد باحثين معاصرين بأن صراعات محددة أو نمط الشخصية ليست وحدها أمورا كافية لإحداث المرض بل أن تعرض الفرد للإصابة بالمرض يتطلب تفاعل مجموعة متنوعة من العوامل قد يكون أحدها الضعف الجيني الموروث في العضوية أو وجود الضغوط البيئية أو الخبرات المتعلمة المبكرة التي يمر بها الفرد وخصائصه المعرفية وخلف كل ذلك طريقتة في التعامل مع ما يواجهه من صعوبات ومشاكل (تايلور، 2008، ص 44).

3-1-2 المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية (معهد باريس):

تأسس هذا المعهد بإشراف بيار مارتي **Pierre Marty** الذي كان رفقة موزان **M'Usan** الممثلان الرئيسيان لهذا الاتجاه، وقد وضع مارتي نظريته الاقتصادية المعتمدة أساسا على نموذج العصاب الحالي " الغريزة التي لا يمكن عقلنتها بسبب فشل إمكانيات الأنا في ترجمتها تتحول باتجاه الجسد لتشكل اختلالا عضويا متطورا، وتتمثل هذه الغرائز أساسا في غريزتي الجنس والعدوان "حيث يقول أن اختلال تنظيم الجهاز العقلي المرتبط بالاكْتئاب الأساسي يؤثر خاصة على مستوى قبل الشعور (الموقعية الأولى) وعلى الأنا الأعلى (الموقعية الثانية) (Marty,1990, p 27).

فالظواهر السيكوسوماتية تترجم في الرمزية لدى الفرد حيث يكون ذو تركيبية نفسية خاصة تتميز بالتبعية وفقر الهومات وضعف القدرة على التعبير اللفظي واللجوء إلى الأحلام

والتي ترجع حسب كل من مارتي و موزان إلى سيطرة التفكير العملياتي *Pensée Opératoire* (Bruchon-Schweitzer, 2001, p 40).

وتقوم نظرية مارتي على اعتبار أن الطفل منذ ولادته وحتى قبلها يكون مميزا ومجهزا بآليات دفاعية جسدية (مناعية) تتيح له مقاومة الالتهابات والفيروسات والجراثيم وغيرها كما يكون مزودا بآليات دفاع نفسية تتيح له ربط العلاقة أم - طفل التي تتعدى علاقة الرعاية الجسمية (غذاء، نظافة...) إلى علاقة تتمحور ما حول الشحن المستمر للرجسية بمعنى توطيد وتثبيت الأنا ما يسمح بتطوير الآليات الدفاعية. وفي شرحه للتوازن النفسجسدي يستخدم مارتي المصطلحات التالية :

- **التنظيم Organisation:** على مستوى الجهاز النفسي وفق النظريات الموقعية الفرويدية الأولى والثانية والمستوى العلائقي مع الأم التي أتى بها **Spitz** وأشار إلى أهمية ضحكة الشهر الثالث لرؤية وجه الأم التي اعتبرها منطلق التنظيم وقلق الشهر الثامن إذ يصب الطفل عداؤه على الغرباء .
- **اختلال التنظيم Désorganisation:** سيطرة غريزة الموت و الصراع واختلال دفاعات الأنا النفسية والجسدية حسب مبادئ البنية الأساسية.
- **إعادة التنظيم Reorganisation:** تعتمد على تشجيع سيطرة غريزة الحياة على الجهاز النفسي (الناقلي، 1992، ص 55).

3-2 النظرية الفيزيولوجية:

يبقى العالم الروسي بابلوف Pavlov رائد هذا الاتجاه حيث اعتمد في دراساته على ردود الفعل الجسدية أمام المثيرات الخارجية، فنظريته تلتزم بالتفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية، وترفض التفسيرات المتعلقة بفرديّة الشخص وأحاسيسه الخفية (الناقلي، 1992، ص 20).

أما كانون Cannon، الذي يرى أن النفس والجسم وجهان لعملة واحدة، وإن نقطة الالتقاء بينهما هي الدماغ باعتباره عضو العقل الذي تصدر منه كافة الإيعازات التنظيمية لجميع أنحاء الجسم، وفي الدماغ تجري كافة العمليات من أفكار وعواطف وخطط وذكريات. ويؤكد كانون أن السلوك (إثارة واستجابة) يعتمد على محور الغدتين النخامية والكظرية (عطوف، 1988، ص 50).

ثم جاء بابز Papez ليثبت أهمية الجهاز البيمبي (تكوين دماغي يقع تحت اللحاء بالقرب من الهيبوتالاموس) والمسيخ الأنفي (القسم الدماغي المتخصص بحاسة الشم) في تلقي الانفعالات (الناقلي، 1992، ص 27).

وتوصل العالم هانز سيلبي Hans Selye إلى مفهوم الضغط النفسي وذلك عقب دراسته لتأثير الشدة على الحيوان وتحديد ردود الأفعال الجسدية التي تحدثها. حيث يعتبر سيلبي Selye أن أعراض الاستجابة الفيزيولوجية للضاغط عالمية وهدفها هو المحافظة على

الكيان والحياة. كما يربط بين تقدم الفعل أو الدفاع ضد الضغط وبين التعرض المستمر المتكرر للضاغط وفي هذا الصدد حدد ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط، وهذه المراحل بعينها تمثل عنده مراحل التكيف العام (الرشيدي، 1999، ص 123).

وهذه المراحل الثلاث هي:

1. الفرع: وفيه يظهر الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقارنة الجسم وقد تحدث الوفاة عندما تنهار مقاومة الجسم ويكون الضاغط شديداً.

2. المقاومة: وتحدث عندما يطول التعرض للضاغط متلازماً مع التكيف فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات أخرى تدل على التكيف.

3. الإجهاد: مرحلة تعقب المقاومة ويكون فيها الجسم قد تكيف غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفذت والاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف (فاروق، 2001، ص 98).

ويمكن تصنيف عوامل الشدة عند سيلبي Selye على النحو التالي:

– **العوامل الجسدية:** الحوادث، الآلام، الجروح والإصابات الجسدية والإثارات الجسدية

المزعجة، والبرد... الخ.

– العوامل النفسية: القلق، الانهماك النفسي، المخاوف على أنواعها، الوحدة، الإرهاق

الفكري والمواقف الخطرة التي تهدد الحياة... الخ.

– العوامل الاجتماعية: المشاكل المهيجة، الظروف الحياتية والمعيشية الصعبة،

الخلافات العائلية صعوبة العلاقات الاجتماعية بين الأشخاص، العزلة الاجتماعية... الخ.

تظهر كرد فعل للمثيرات إذن المرض نتيجة للدفاع ضد العوامل.

وقد تم تطوير نظرية سيلبي Selye نتيجة إدخال المعطيات الحديثة عليها من آليات

الأثر الرجعي المتعلقة بالغدة النخامية وذلك بدراسة وظيفة الدماغ والآليات التي تعمل

وفقها، وذلك للقضاء على أحاسيس الألم وإمكانية التحكم بالإفرازات الدماغية وبالنوع

والأحلام وغيرها من الحالات الدماغية العقلية (عباسة، 2018، ص 120).

3-3 النظرية السلوكية:

يذهب أصحاب النظرية السلوكية إلى أن الاضطراب السيكوسوماتي يحدث بسبب

التعزيز إما بزيادة الانتباه نحو استجابات معينة أو بخفضها، فالأطفال يمكن أن يكونوا

عرضة للإصابة بهذه الاضطرابات، إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يتلقى تعريزا على إظهاره

أو شكواه من آلام بدنية، أي وجود ارتباط بين المرض والمكافأة وذلك بالمعاملة الجيدة

والعناية الخاصة.

إذ يفترضون أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث بسبب التعزيز، إما بزيادة الانتباه نحو استجابات معينة أو بخفضها. وكذلك الارتباط بين المرض والمكافأة عند المريض نفسه، فالمريض يعامل معاملة خاصة فيها الرعاية والاهتمام، إذ المرض يحقق له مكاسب ويؤدي ذلك لحدوث التعزيز وميل المريض إلى التكرار وفقا للمبدأ القائل بالاستجابة المعززة هي التي تثبت في خبرة الانسان (العيسوي، 2000، ص 224).

فالاضطراب السيكوسوماتي لدى السلوكيين عبارة عن تعلم شرطي، قد يكون الإنسان لديه مثلا حساسية نحو الغبار، ولكن بعد ذلك عن طريق عملية تعميم المثير يصبح أي شيء مرتبط بالغبار، حتى التفكير في أشياء مثله تثير النوبات الربوية (العيسوي، 1994، ص 224).

وأكد كلا من دافيد Davids و كاتيكان Katekan (1980) أن عامل الاستعداد وعامل التعلم من العوامل المهمة في الاضطراب السيكوسوماتي، فعندما يستثار شخص، فإن تغيرات ذاتية عصبية تحدث مثل زيادة ضربات القلب، وسرعة التنفس... الخ (الزراد، 2009، ص 100).

ولو أخذت بعض المواقف الحيادية صفة الاستمرار وحدث تدعيم لإحدى الاستجابات فإنها تختار من بين ردود الفعل الانفعالات، فمثال طفل يخاف الذهاب إلى المدرسة فتضطرب معدته ويذهب إلى المنزل للراحة (تعزيز) فإنه يتعلم هذه الاستجابة (اضطراب

المعدة) وبمرور الوقت تنمو لديه القرحة المعدية. ولكن التعلم الذاتي أو الميكانيكي كما يسميه السلوكيون ليس الوحيد للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية فقد ترجع هذه الأمراض إلى أسباب وراثية أو إلى استعدادات أو جروح (العيسوي، 1994، ص 236).

فالسلكيون يرون أن ما يصيب الإنسان من اضطراب انفعالي يكون نتيجة عدم قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة في حياته، الأمر الذي يترتب عليه وجود حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاتزان أي فشل الفرد في التعلم واكتساب سلوك جديد مناسب يؤدي إلى الشعور بعدم الرضا وعدم الراحة وبالتالي إحساس الفرد بالتوتر الذي قد يساهم في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية (إبراهيم، 2001، ص 25).

والسلوكيون عموماً على اختلاف اتجاهاتهم يبدؤون من منطلق ثابت يؤمن بأن البيئة بمؤثراتها تسود معظم سلوك الفرد، وسلوك الفرد لديهم هو أنماط متعلمة طبقاً لمبدأ الإثارة والاستجابة (عطوف، 1981، ص 141).

3-4 النظرية المعرفية:

ظهر الاتجاه المعرفي لدراسة السلوك كرد فعل لوجهة النظر الخاصة بالسلوكيين، يؤكد هذا الاتجاه على العمليات المعرفية مثل الانتباه والتذكر وحل المشكلات كمحددات هامة للسلوك وكأسباب محتملة للسلوك المرضي (مايدة، 2009، ص 81).

فالاتجاه المعرفي اعتمد على آلية بسيطة لفهم السلوك الإنساني، وانطلقت من مسلمة تشير إلى أن السلوك الانساني مدفوع بمثيرات بيئية ووراثية مختلفة تعمل على توجيه سلوكه بطريقة ما، ولكن هذا السلوك ليس آليا ومباشرا ولكنه يمر بسلسلة من العمليات المعرفية والوسيطه من انتباه وإدراك وتحليل وتخزين واسترجاع للمعلومات حتى تظهر الاستجابة سواء كانت خارجية ظاهرة أم داخلية مضمرة يشعر بها صاحبها فقط (العتوم، 2004، ص 18).

قام جراهام (Graham 1972) وتلامذته بمجموعة من الدراسات حول عينات من مرضى سيكوسوماتيين لمعرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية الفيزيولوجية، وتبين له من خلال المقابلات، أن هناك عنصرين على مستوى من الأهمية في الاضطراب السيكوسوماتي:

- ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن.
 - ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة.
- فمريض الحساسية الجلدية يشعر وكأنه مهزوم وهزيل، ولا يقدر عمل شيء، ومريض القولون التقرحي يشعر وكأنه مصاب بضرر أو أذى ويريد التخلص من المسؤولية ومريض الربو يشعر وكأنه يريد الابتعاد عن مواقف البرد والأشخاص، ومريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد و الاستياء (الزراد، 2000، ص 100).

ولعلماء النفس المعرفيين أكثر من تفسير، فهم يرون أن المصابين بالاضطرابات النفس جسمية يركزون انتباههم بشكل مفرط في عمليات فسيولوجية داخلية، ويحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية إلى أعراض مثل الألم، فالعمليات المعرفية لها تأثير على الوظيفة الفيزيولوجية (سلامي، 2008، ص 121).

4- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

عرف تصنيف الأمراض السيكوسوماتية العديد من المراجعات منذ البدايات الأولى لاستخدام المفهوم ويرجع السبب الأساسي في ذلك إلى تعدد التصنيفات.

4-1 تصنيف فرانز ألكسندر Franz Alexander:

وضع ألكسندر قائمة للاضطرابات السيكوسوماتية وهي ضغط الدم الأول القرحة الهضمية، التهاب المفاصل الروماتيزمي، الغدة الدرقية وفرط نشاطها، والربو الشعبي، القولون، والتهاب الجلد العصبي. وبعدها قدم التصنيف الدولي التاسع للأمراض، قائمة للأمراض السيكوسوماتية المنتظمة ضرر في الأنسجة مثال: الربو، والتهاب الجلد، والأكزيما، والقرحة المعدية، والقولون المخاطي، والقولون المتقرح، وطفح الجلد، والأمراض السيكوسوماتية الغير منتظمة في الأنسجة، مثل تصلب الرقبة، وهو داء في الرقبة بسبب الالتفات، واحتياج الهواء وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتثاؤب،

واضطرابات القلب والأوعية الدموية كحة سببها نفسي، بلع الهواء، القيء وعسر الطمث الناتج عن سبب نفسي وصر الأسنان وتآكلها (سلامي، 2008، ص 123).

2-4 تصنيف بيار مارتي Pierre Marty:

الصادر عن مدرسة السيكوسوماتيك الفرنسية اعتمد على الدراسة التي قام بها العالم

الفرنسي Pierre Marty في مستشفى باريس على 323 مريضا يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية وهو كالتالي:

- الحساسية: تشمل الربو الشعبي والأكزيما.
- السرطان: يشمل سرطان الجهاز التناسلي وسرطان الثدي.
- الجراحة: كالبتر والجراحة العصبية.
- القلب-الدورة الدموية - الدم: يشمل فقر الدم، التهاب الشرايين.
- الجلد: يشمل الصلع، الثعلبية، الحكة وداء الصدف.
- أمراض الهضم: تشمل أمراض المستقيم، عسر الهضم، التهاب غشاء المعدة، القرحة المعدية (الاثني عشر).
- الأمراض النسائية: تشمل التهاب ملحقات الرحم، اضطرابات العادة الشهرية، التهاب غشاء الرحم.

- أمراض المناعة: تشمل الضمور النخاعي، التهاب المفاصل الحادة، ضمور العضلات التدريجي، مرض انعدام المناعة.
- التهابات الفيروسية الحالية أو الحديثة: تشمل التهابات الجلدية، التناسلية، التهاب الكبد، انخفاض المناعة، التهابات البولية.
- عدم الكفاية الأساسية: تشمل الوهن العام، اضطرابات تكييف حرارة الجسم الزمانية، انتران الجسم.
- اضطراب التغذية: تشمل الهزل، زيادة الشهية وانخفاضها، السكري، السمنة.
- الاضطرابات العصبية: تشمل الصداع، التهاب النخاع الشوكي، التهاب العصب، الكزاز.
- اضطرابات العيون: تشمل العمي، تكثف عدسة العين، التهاب مشيمة العين.
- أنف-أذن-حنجرة: تشمل طنين الأذن، البحة المزمنة، التهاب الأنف، الصمم.
- العظم-المفاصل: يشمل التهاب المفاصل، آلام الظهر، الكسور، الروماتيزم المفصلي الحاد.
- الرئة: تشمل التهاب الشعب الهوائية، انتفاخ الرئة، عدم الكفاية التنفسية، السل الرئوي.
- الكلى والجهاز البولي: تشمل عدم كفاية الكلى، التهاب المثانة، غسيل الكلى.
- الجهاز الجنسي: يشمل البرودة الجنسية، عجز جنسي، القذف المبكر، اضطرابات مهبلية.
- اضطرابات النوم: المشي أثناء النوم (Somnambulisme).

– التحولات الهستيرية الصريحة.

– ادعاء المرض Pomimiesath (مارتي، بنجامن ستورا، 1992، ص 100).

3-4 تصنيف الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية:

في الدليل التشخيصي الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسي نجد أن مصطلح النفس فسيولوجي يشير إلى حالات التي تؤدي فيها العوامل النفسية والانفعالية إلى أعراض جسمية تسمى سوماتية.

• الاضطرابات الجسدية واضطرابات أخرى مع أعراض جسدية:

تشكل فئة جديدة في DSM-5 تسمى أعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة

المحددة الأخرى.

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب

العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة والتي تسبب إحباطا سريريا هاما أو ضعفاً في

الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة

لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات

الصلة.

أمثلة من الحالات التي يمكن تطبيق "الأخرى المحددة لتعيينها وتشمل ما يلي:

– اضطراب العرض الجسدي الوجيه: فترة الأعراض أقل من ستة شهور.

- اضطراب قلق المرض الوجيه: فترة الأعراض أقل من ستة شهور.
- اضطراب قلق المرض دون السلوكيات المتعلقة بالصحة: معيار D لاضطراب قلق المرض لم يتحقق.

- الحمل الكاذب Pseudocyesis : اعتقاد خاطئ بحصول الحمل والمترافق مع علامات الحمل الموضوعية وأعراض الحمل التي تذكر من قبل الفرد.

• الاضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة:

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب العرض الجسدي في الأداء في المجالات الاجتماعية أو ضعفا هاما سريريا والاضطرابات ذات الصلة، والتي تسبب إحباطا والمهنية، أو غيرها، ولكن ال تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات، من فئة اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة.

يجب ألا تستخدم فئة اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة، إلا في الحالات غير الاعتيادية والتي لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديد (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، 2014، ص 128).

5- تشخيص الأمراض السيكوسوماتية:

1-5 تشخيص الأمراض السيكوسوماتية حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض

النفسية:

أ- واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية.

ب- أفكار، ومشاعر، أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي:

1- أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص.

2- استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو أعراض الشخص.

3- الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية.

ت- على الرغم من أن عرضا واحدا جسديا واحدا قد لا يكون حاضرا باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (عادة أكثر من 6 أشهر)

• تحديد ما إذا كان:

مع ألم مسيطر (سابقا اضطراب الألم): هذا المحدد هو للأفراد الذين تنطوي أعراضهم

الجسدية غالبا على الألم.

مستمر: يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ، ومدة طويلة (أكثر من 6 أشهر).

• تحديد الشدة الحالية :

- خفيف: واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار B يتم الوفاء بها.
- متوسط: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B.
- شديد: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B، بالإضافة إلى تواجد شكاوي جسدية متعددة (أو عرض جسدي واحد شديد جدا).

من خلال هذا التشخيص تبين أن الاضطراب السيكوسوماتي له كل أعراض المرض العضوي، إلا أنه يشترط وجود العامل النفسي والانفعالي، ولكي نميز بين الاضطراب السيكوسوماتي وبين بعض الاضطرابات التي يوجد بينهم وجه الشبه علينا بالتدرج إلى التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، 2014، ص 124).

6- التشخيص الفارقي للأمراض السيكوسوماتية:

هناك تشابهات بين الاضطرابات السيكوسوماتية وعدد من الاضطرابات العصابية التي تمتاز بوجود أعراض جسدية كتعبير عن حالة القلق والانفعال الشديد ومن بين تلك الاضطرابات لذلك على ينبغي التمييز بينها، نذكر منها:

- أولاً: هيسستيريا التبدن أو الهيسستيريا التحويلية Conversion hysteria.
- ثانياً: الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform disorders وتضم أساساً كلا من توهم المرض Hypochondrical disorder والإعياء النفسي (النورستانيا) Neurasthenia (ساعد، 2019، ص 115).

6-1 الفرق بين الأمراض السيكوسوماتية واضطراب التبدن أو الجسدية :

يتميز اضطراب التبدن عن الأعراض السيكوسوماتية بأنه من الاضطرابات البدنية المتعددة التي تبدأ قبل سن الثلاثين وتستمر لعدة سنوات، وينتج عنه البحث عن العلاج أو حدوث قصور في مجالات الأداء الاجتماعي والوظيفي، وهو اضطراب مزمن من الشكاوي الجسدية المتعددة التي لا يمكن تفسيرها طبياً، وترتبط بالكروب النفسية والاجتماعية، وتشخيص هذا الاضطراب يتم بالنقاط الآتية:

- وجود تاريخ مرضي لشكاوي جسدية متعددة تبدأ قبل سن الثلاثين، وتظل لعدة سنوات ويترتب عنها خلل اجتماعي أو وظيفي مع البحث عن العلاج الطبي.

تكون الأعراض خلال مسار الاضطراب على النحو التالي:

- أربعة أعراض: ألم على الأقل لمناطق أو وظائف مختلفة مثل الرأس، الظهر، المفاصل، الأطراف، الصدر، المستقيم، أثناء الدورة الشهرية، أثناء الجماع، أثناء التبول.

– عرضان للقناة الهضمية: عرض مرضي هضمي واحد على الأقل إضافة إلى ألم في القناة الهضمية مثل الغثيان، الانتفاخ، القيئ غير الذي يحدث أثناء الحمل، الاسهال أو عدم تحمل أنواع عديدة من الطعام.

– عرض جنسي واحد: عرض مرضي جنسي واحد أو تناسلي (مناع، 2018، ص

62).

بحيث تختلف هيستيريا التبدلين عن الاضطرابات السيكوسوماتية فهذه الأخيرة تصيب جهازا عضويا واحدا من أعضاء الجسم ويظهر الحال بصورة إكلينيكية واضحة.

2-6 الفرق بين المرض السيكوسوماتي والاضطراب الهستيرى:

دلت البحوث النفسية على أن الاضطرابين يختلفان عن بعضهما في الجهاز المتأثر بالصراع أو العامل الانفعالي على الرغم من أنه يعد العامل المفجر في كل من الاضطرابين، إضافة إلى الاختلاف في دلالة العرض ومغزاه. فالاضطراب السيكوسوماتي هو عبارة عن مرض حقيقي وظيفي أو بنيوي، وإن للموقف الانفعالي سبب في ظهوره واستمراره أو تفاقمه. وهي نتيجة مباشرة لصدمة نفسية، كما أن الأعضاء المتأثرة هي الأعضاء الخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادي، والعلاج فيه يكون مقرونا بين العلاج الطبي والعلاج النفسي، إضافة إلى أن المريض يكثر لمرضه كثيرا (عبد المعطي، 2003، ص 7).

أما بالنسبة للهستيريا فهي تتميز بأعراض جسدية يخترعها المريض وهذا لا شعورياً، وذلك نتيجة لضعف تحسسي أساسي أو عابر في هذه المناطق من الجسد، وهكذا فإن الأمراض الهستيرية المتظاهرة جسدياً هي ذات طابع خيالي أكثر منها إصابات، وتدعى هذه الأمراض بالنفسية التشكيلية، وهكذا فإن الآلية الهستيرية هي سيرورة مرضية تمثيلية دفاعية بهدف تحقيق مآرب مادية وعاطفية (كسب العطف، الدعم، المواساة، الراحة، الهدايا، والإعفاء من المسؤوليات...) (الناقلي، 1997، ص 101).

فالأعراض الهستيرية هي عبارة عن تعبيرات رمزية عن دوافع مكبوتة وصراعات لا شعورية، الاضطراب الهستيري هو عبارة عن اضطراب وظيفي يقع في الأجهزة العصبية الإرادية، لا يكثرث المريض باضطرابه وتكون اللامبالاة واضحة لديه، بل عنصر المنفعة الذي يتوخاه المريض واضح. وللعلاج بالإيحاء دور هام في شفائه إضافة إلى أن الاضطراب الهستيري لا تحدثه إلا الشخصية الهستيرية (عبد المعطي، 2003، ص 32).

3-6 الفرق بين المرض السيكوسوماتي وتوهم المرض:

يعرف توهم المرض بأنه اضطراب جسدي المظهر يقوم فيه الفرد بتفسير التغيرات الجسمية الخفيفة بأنها دليل على مرض خطير سيصاب به. ويتصف هذا الاضطراب بأن المصاب به ينشغل بشكل مفرط بصحته ولديه قلق متزايد حول إمكانية إصابته بأمراض بدنية ولهذا يسمى أيضاً بالوسواس المرضي.

لا يعاني المصابون بتوهم المرض بالضرورة من ألم بدني بقدر ما يبالغون في تفسير أية علاقة ولو كانت خفيفة عن تغير في الجسم والصحة، وغالباً ما يصاحب ذلك عدة اضطرابات نفسية أخرى لاسيما القلق والاكتئاب. فالفرد المصاب يظهر بأنه مريض وذلك لتجنب موقف غير سار من المواقف الصعبة حيث يصبح نموذجاً يشار به إلى اضطراب في السلوك أو يدل على العصاب النفسي الضمني، أما في الاضطراب السيكوسوماتي فإن المعاناة تكون حقيقية ويشعر الفرد بالألم واضطراب فعلي واختلال وظيفي في العضو المصاب (عبد المعطي، 2003، ص 32).

وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية تتمثل السمة الأساسية لتوهم المرض في انشغال اعتقاد الفرد بأنه في خطر أو بصدد تطوير مرض خطير، وفي حالات كثيرة فإن الخوف من المرض يعطل العديد من الوظائف الاجتماعية والمهنية والأسرية، وهذا الاعتقاد يبقى قائماً بالرغم من التقييم الطبي المناسب والتأكيد على أن الفرد ذو صحة جيدة. يتضح ذلك في الآتي:

- يكون انشغال الفرد ومخاوفه محدداً بإصابته بمرض حقيقي في ضوء تفسيره لعرض

جسدي معين. يستمر انشغاله هذا على الرغم من التقارير الطبية المطمئنة.

- يسبب له انشغاله هذا حزناً جلياً، أو ضعفاً اجتماعياً ومهنياً، أو اضطرابات في

مجالات أخرى.

- تستمر مدة الاضطراب لسته أشهر على الأقل (Abramowitz et Braddock).

2006, p 503)

4-6 الفرق بين المرض السيكوسوماتي والمرض العضوي:

على الرغم من صعوبة التفرقة بينهما لأن كليهما يعبران عن مرض أو خلل عضوي حقيقي، إلى أن المصاب بالمرض العضوي الحقيقي واضحة أسبابه العضوية أو الوراثية أما المرض السيكوسوماتي فهو مرض عضوي يتعلق بوظائف الجهاز الذاتي ويعتمد بالدرجة الأولى على عوامل نفسية (عطوف، 1988، ص 50).

كما أن المرض العضوي يعالج بالأدوية أما الاضطراب السيكوسوماتي هو مقرون بالعلاج النفسي، والمرض العضوي قسمان الأول وظيفي ويمس فقط الوظيفة مع سلامة العضو، والثاني تلفي وتمس إصابة العضو القائم بالوظيفة.

7-الضغط النفسي و الأمراض السيكوسوماتية:

وضحت البحوث أن الضغوط المزمنة تقلل من القدرة على مقاومة الأمراض وتزيد من تأثيراتها. ويعتمد تأثير الضغوط على شدة وبقاء الضغوط، واحتمال التعرض لها (الاستهداف). كما أن الضغوط المستمرة يمكن أن تؤدي غالبا إلى استجابة بدنية معينة معتمدة على نقطة الضعف أو ما يمكن أن نطلق عليه الحلقة الأضعف (جمعة، 2007، ص 33).

فالإنسان في جميع مراحل حياته المختلفة يتعرض إلى العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها سواء في محيط الأسرة أو في مجال العمل، وهذه المواقف الضاغطة قادرة على تفجير اضطراب سلوكي قد يدوم لفترة طويلة، وهي تختلف باختلاف التركيب النفسي للفرد، فنجد أن بعض الأفراد لديهم القدرة على مواجهة أعنف المواقف والتعامل معها بكفاءة عالية، بينما البعض الآخر سرعان ما يتعرضون للإصابة ببعض الأمراض الجسمية ما يصاب بالانهيار التام من أبسط المواقف، ومن ثم يتعرضون للإصابة ببعض الأمراض الجسمية والاضطرابات الانفعالية التي تفسر سيكولوجيا بأنها تعبير عن طاقة مشبعة، فهي اضطرابات أشبه بالأعراض العصابية وإن اتخذت صورة التعبير الجسدي (إبراهيم، 1992، ص 41).

إضافة إلى أن الضغوط الحياتية، أصبحت الحضارة الجديدة التي يتحتم على الفرد مواكبتها لتحقيق طموحاته وآماله، فعلى هذا نجد أنه يسير بخطوات واسعة ومتسارعة وإلا سيحدث انشقاقا داخل نفس الفرد نتيجة الصراع بين الموقف الضاغط بكل أبعاده ومتطلباته وبين برودة الاستجابة، فالحزن الذي لا يجد متنفسا له في الدموع قد يجعل أحشاء الجسم تبكي، ومن هنا يحدث الاضطراب النفسجسدي نتيجة تأثير هذه الضغوط على أحشاء الفرد في إحداث ما يسمى بقرحة المعدة، فهناك صعوبة في تناول الحالة النفسية للفرد بمعزل عن الحالة الجسمية (السيد، 2006، ص 224).

8- علاج الأمراض السيكوسوماتية:

إن الطب السيكوسوماتي يؤكد أثر العوامل النفسية والاجتماعية في الاضطرابات الجسمية ويحدد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي، ولهذا يذهب بعلاج هذه الأمراض ويبحث عن طرق معالجتها، ومن بين سبله العلاجية نذكر ما يلي:

8-1 العلاج بالأدوية (الطبي):

باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية لضبط الأعراض الجسمية-الحشوية والوقاية من التعرض للنوبات تحت اشراف ومتابعة طبية وبتنوع العلاج الطبي تبعاً لنوع الاضطراب نفسه (محمود شقير، 2002، ص 35).

استعمال العقاقير في الأمراض السيكوسوماتية يعتبر من أسرع حالة العلاج والتهديئة في الأمراض ولا يؤدي إلى الشفاء التام، ومن الأدوية التي تستعمل لهذا الغرض:

- مضادات القلق: من أجل تلطيف حدة التوتر ومساعدة المريض على الاسترخاء.
- مضادات الاكتئاب: من أجل علاج الاكتئاب الذي يصاحب الأمراض السيكوسوماتية.

- الأدوية المانعة لفعل الأدرينالين: لمنع تأثير الجهاز العصبي اللاإرادي على أعضاء الجسم (حلمي، 1991، ص 349).

كذلك باستخدام الفيتامينات المضادة للضغط والانهيار حيث نجد الدكتور ليسر Lesser في فرنسا يعالج آثار الضغط بالفيتامينات خاصة ويركز أيضا على أهمية نظام التغذية المتوازنة وممارسة الرياضة ولكن يجب أن لا ننسى أن الإفراط في الفيتامينات يكون مضرا (معتصم ميموني، 2005، ص 155).

2-8 العلاج النفسي:

ويتمثل في العلاج النفسي للجوانب النفسية المرتبطة بالارتباطات العضوية، حيث وجد أن العلاج المعرفي السلوكي مفيد في بعض الاضطرابات مثل الصداع، التبول اللاإرادي، فقدان الشهية والشراهة، ومن الأمور المدعمة للعلاج ضرورة تعاون أهل المريض مع القائمين بالعلاج، حيث يستدعي العلاج الكشف عن العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية التي قد تسبب هذه الاضطرابات (عشوي، 2003، ص 316).

ومن فنيات العلاج النفسي الأكثر استخداما ما يلي:

1-2-8 العلاج السيكودينامي:

تستخدم على نطاق واسع اعتمادا على الاقتراض الأساسي لها في مساعدة المرضى على حل صراعاتهم النفسية للاشعورية وما يرتبط بها من الظروف المرضية ومحاولة إزالة العقبات التي تعوق الإفراغ الكافي لمحفزات الفرد، يسعى العلاج التحليلي الى تحويل الاتجاهات اللاشعورية المزمنة في حياة الفرد الى اتجاهات شعورية و من ثم التغلب عليها

وذلك بعدة تقنيات أهمها: التنفيس الانفعالي، تفسير الاحلام (محمود شقير، 2002، ص 37).

8-2-2 العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم هذا النوع من العلاج على استخدام برامج تداخلية مبنية على أسس النظرية المعرفية السلوكية لتقليل من حدوث النوبات لدى المرضى وذلك بمساعدتهم على فهم المشاكل المسيطرة عليهم عن طريق تقسيمها الى أجزاء صغيرة وهذا يسهل عليهم رؤية كيفية الاتصال هذه المشاكل ببعضها وكيفية تأثيرها عليهم.

8-2-3 التدريب على الاسترخاء:

يهدف إلى مساعدة المريض على التعرف على الضغط وأعراضه واستعمال الاسترخاء للتخفيف منه من خلال تعليمه تقنيات شد وارتخاء جسمه بشكل منتظم وفي نفس الوقت يركز لانتباهه على المشاعر التي يحس بها.

ويستخدم التدريب على الاسترخاء بنجاح في علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات السيكوسوماتية كالصداع النصفي وأزمات الربو وضغط الدم (عبد المعطي، 2003، ص 111).

8-3 التغذية الرجعية الحيوية:

هي عملية تدريبية تسمح للمريض بتغيير بعض الوظائف الحشوية والفيزيولوجية للجسم وهي عادة ما تكون لإرادية وآلية، وذلك باستخدام أجهزة إلكترونية لكشف وقياس المتغيرات الفيزيولوجية (نبضات القلب، ضغط الدم، التوتر العضلي، موجات الدماغ) وبعدها تتم التغذية الراجعة الحسية. فالتدريب المتواصل يساعد على التحكم المستمر في الاستجابة الفيزيولوجية المراد تغييرها. وهي تستخدم في مجال التحكم في الآلام، الصداع، ارتفاع الضغط الدموي والربو والسكري (Haynal et autres, 1997, p 42).

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه من تعريفات ونظريات نجدها تؤكد على العلاقة الموجودة بين النفس والجسم والتأثير المتبادل بينهما، إضافة إلى العوامل النفسية التي تتسبب في نشأة المرض العضوي. وما تم استخلاصه من خلال ما سبق أن نمط الشخصية يلعب دورا كبيرا في التأثير على أجهزة الجسم المختلفة، بحيث تصرح معظم النظريات والاتجاهات النفسية بوجود سمات مشتركة بين أصحاب المرض الواحد، فطريقة إدراك الفرد للضغوط وطريقة مواجهتها يلعب دورا كبيرا في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية أو عدم الإصابة بها.

كما اختلفت التفسيرات للأمراض السيكوسوماتية باختلاف النظريات والاتجاهات حيث تفسير هذه الأعراض لا يقتصر على الجانب الفيزيولوجي فقط أو الوراثي ولا على التكوين المعرفي بل يشمل عدة متغيرات تشمل العلاقة بين البيئة والعوامل الاجتماعية والواقع الداخلي النفسي والبيولوجي. وفي نهاية الفصل تطرقنا إلى طريقة علاجها، بحيث يتضمن علاج الأمراض السيكوسوماتية علاج متكامل يجمع بين العلاج الطبي والنفسي، والهدف من العلاج هو علاج المريض ككل نفس وجسد للتخلص من الأعراض السيكوسوماتية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للجانب التطبيقي.

تمهيد.

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج الدراسة.

3- عينة الدراسة وخصائصها.

4- أدوات الدراسة.

5- الأساليب الاحصائية المستعملة.

خلاصة.

تمهيد:

بعد تطرقنا في الجانب النظري إلى الإطار العام لإشكالية ومختلف الجوانب التي لها علاقة بموضوع الدراسة، سنحاول في هذا الفصل الذي يتناول منهجية البحث من الجانب التطبيقي التطرق إلى أهم الإجراءات المتبعة في البحث الحالي، وذلك من خلال التعرض إلى إجراءات الدراسة الاستطلاعية، وكذا سنتناول الإطار المكاني والزمني والعينة التي أجري عليها البحث والمنهج المتبع والأدوات المستخدمة في جمع البيانات وكذا الأساليب الإحصائية المستعملة لتحليلها.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تتضمن الدراسة الاستطلاعية تطبيق إجراءات الدراسة في عينات أولية ليست جزءا من العينة الرئيسية التي تهدف إلى:

– التعرف المبدئي على مجتمع الدراسة من أجل ضبط العينة النهائية للدراسة الأساسية فيما بعد.

– حساب الشروط السيكومترية لأدوات الدراسة وإعداد التطبيق النهائي في الدراسة الأساسية (الكيلاني، 2004، ص 19).

وفي بحثنا قمنا بدراسة استطلاعية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي "نذير محمد" بولاية تيزي وزو:

التحقنا بالمركز الجامعي الاستشفائي "نذير محمد" ولاية تيزي وزو وذلك بعد الحصول على الموافقة بشروط إجرائية ومنها تحديد ساعات من أجل تفادي مواقيت العمل، وقمنا بتوزيع نسختين من المقاييس على ممرضين، وبعد اجابتهم على المقاييس استرجعناها جميعها.

ومن بين النتائج البارزة في هذه الدراسة الاستطلاعية عدم وجود غموض في تعليمات المقاييس المناسبة ومن جهة تم تحديد متغيرات الدراسة، تم استخدام الاستبيان إضافة

إلى تبني مقياس ليفنستاين Levenstein لإدراك الضغط، واختبار كورنل Cornell لقياس العوارض السيكوسوماتية كأدوات للدراسة الأساسية بعدما تأكدنا من وضوح عباراتهما.

تم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) من أجل حساب صدق وثبات الدراسة و هذا بعد تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة.

1-1 حدود الدراسة:

إن تحديد المجالين المكاني والزمني في الدراسة يسهل للقارئ الاطلاع على مكان إجراء الدراسة والمدة الزمنية التي تمت فيها.

2-1 الإطار المكاني:

تم إجراء الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي "نذير محمد" بتيزي وزو.

3-1 الإطار الزمني:

طبقت الفترة المخصصة لهذا البحث من 2022/10/16 إلى 2022/10/22.

2- منهج الدراسة:

يشير منهج الدراسة إلى مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث لتحقيق بحثه، فالمنهج ضروري للبحث إذ هو الذي ينيير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد وأسئلة وفروض البحث (زرواتي، 2001، ص 104).

وبحكم طبيعة الموضوع الذي نحن بصدد دراسته فإنه يتطلب منا استخدام المنهج الوصفي.

يستخدم هذا الأسلوب لدراسة الواقع أو ظاهرة ما، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا والتعبير عنها كفيما وكما، إذ أن التعبير الكيفي يعطينا وصفا لظاهرة موضعا خصائصها، في حين يعطينا التعبير وصفا كميًا موضعا مقدار الظاهرة أو حجمها (ذوقان عبيدات وآخرون، 2012، ص 13).

3- عينة الدراسة وخصائصها:

تعتبر عينة الدراسة جزءا من مجتمع الدراسة التي تؤخذ من البيانات الميدانية، وهي اختبار واعي تراعي فيه قواعد واعتبارات علمية معينة لكي تكون نتائجها قابلة للتعميم علي مجتمع الأصلي (عباس خليل وآخرون، 2007، ص 218).

تتمثل عينة دراستنا في الممرضين بولاية تيزي وزو والذي بلغ عددهم 50 بحصر شامل.

3-1 عينة الدراسة الوصفية:

تم اختيار العينة وفقا للمعايير التالية: السن، الجنس، الخبرة، الحالة الاجتماعية.

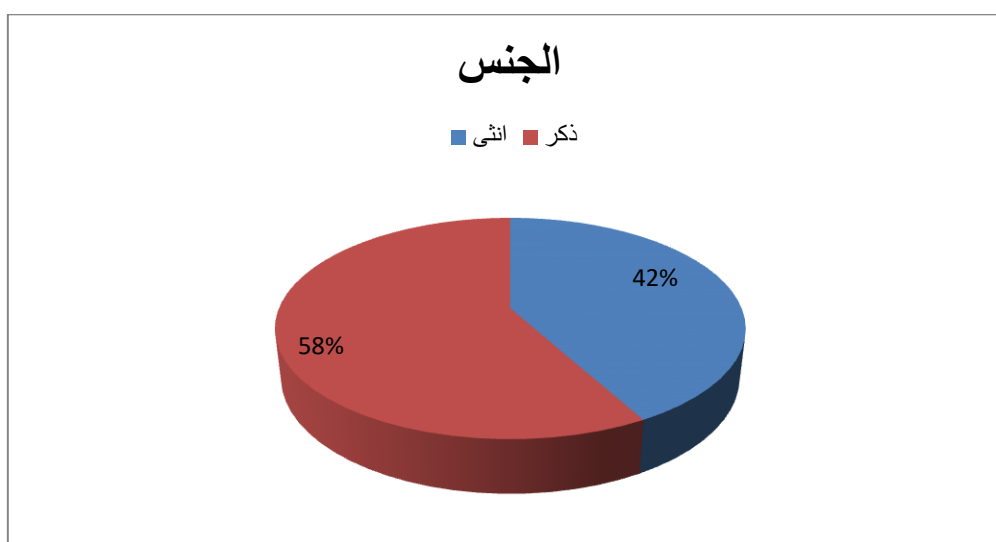
3-1-1 توزيع العينة حسب الجنس:

تم توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
42	21	انثى
58	29	ذكر
%100	50	المجموع الكلي

الشكل التالي يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس:



شكل (03): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) والرسم البياني أن عدد الذكور يبلغ 29 بنسبة

58% من حجم العينة المختارة وهو أكبر من عدد الإناث في حين بلغ عدد الإناث 21

بنسبة 42% من إجمالي العينة.

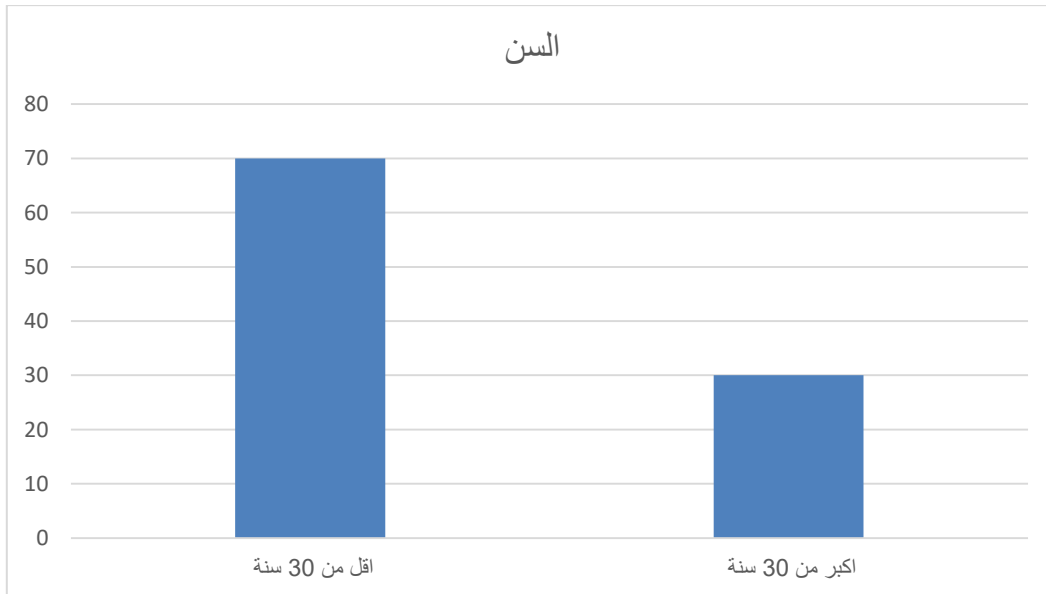
2-1-3 توزيع العينة حسب السن:

النتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب السن.

النسبة المئوية	التكرار	السن
70	35	أقل من 30 سنة
30	15	أكبر من 30 سنة
%100	50	المجموع الكلي

الشكل التالي يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن:



شكل رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب السن.

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (03) والرسم البياني لتوزيع أفراد حسب السن للعينة حيث نجد 35 ممرض يندرجون تحت (أقل من 30 سنة) بنسبة 70% أما باقي بلغ عددهم 15 فيتركز في فئتي (أكبر من 30 سنة).

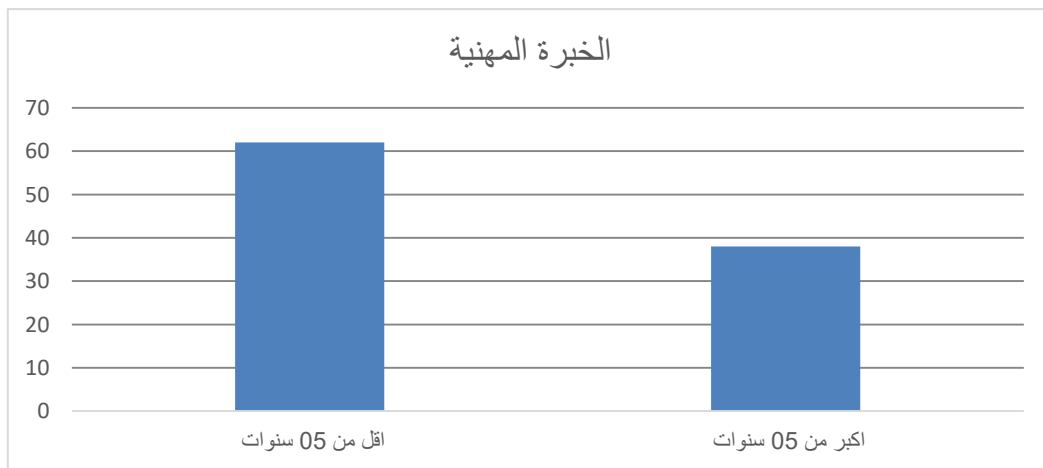
3-1-3 توزيع العينة حسب الخبرة المهنية:

تم توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية.

النسبة المئوية	التكرار	الخبرة المهنية
62	31	أقل من 5 سنوات
38	19	أكثر من 5 سنوات
%100	50	المجموع الكلي

الشكل التالي يوضح توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية:



شكل رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية.

يتضح من الجدول رقم (05) والرسم البياني المتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية أن ما نسبته 62% من عينة الدراسة لهم خبرة أقل من 05 سنوات، وتليها نسبة 38% لهم خبرة أكثر من 05 سنوات، وهذا راجع إلى طبيعة توزيع التركيبة البشرية في قطاع الصحة.

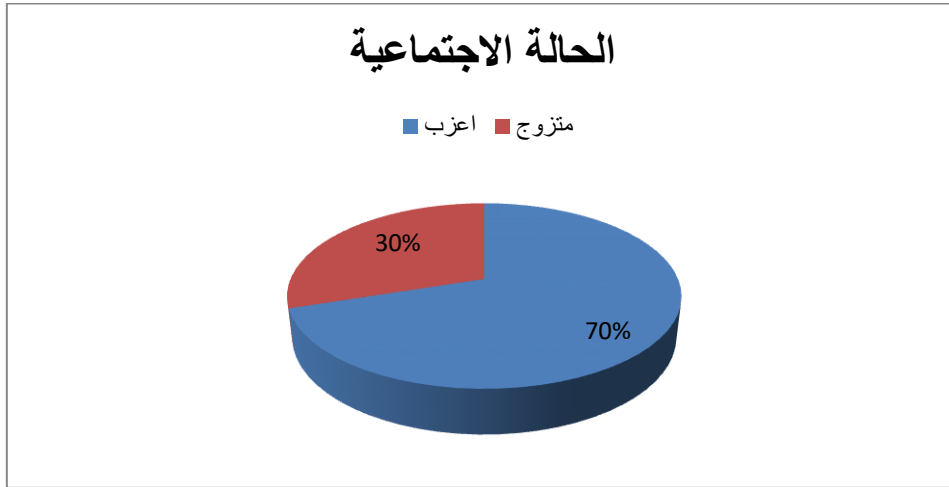
3-1-4 توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية:

تم توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
70	35	أعزب
30	15	متزوج
100%	50	المجموع الكلي

الشكل التالي يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية:



شكل رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.

يتضح من الجدول رقم (06) والرسم البياني المتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب الحالة

الاجتماعية أن ما نسبته 70% من عينة الدراسة هم من فئة العزاب، وتليها نسبة 30% هم من فئة المتزوجين.

4- أدوات الدراسة:

لدراسة أي ظاهرة لابد من أداة قياس مناسبة لتحقيق الأهداف المراد الوصول إليها

وفي هذه الدراسة قمنا باستخدام المقاييس التالية:

– مقياس ليفنستاين Levenstein لإدراك الضغط.

– اختبار كورنل Cornell لقياس العوارض السيكوسوماتية.

1-4 مقياس ليفنستاين Levenstein لإدراك الضغط:

1-1-4 وصف المقياس:

صمم مقياس الضغط من طرف لفنستين وآخرون Levenstein et al سنة (1993)

لقياس مؤشر إدراك الضغط، ويشمل المقياس على 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة والغير مباشرة.

– البنود المباشرة:

تتضمن البنود المباشرة 22 عبارة ويستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالرفض وتتمثل هذه البنود في العبارات رقم (2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30). وتتقط هذه العبارات من (1 إلى 4) من اليمين (تقريباً أبدأ) إلى اليسار (عادة).

– البنود الغير المباشرة:

تضم البنود غير المباشرة 8 عبارات، ويستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع يجيب المفحوص بالرفض، وتتمثل هذه البنود في العبارات التالية: (1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29).

وتتقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 ومن اليمين (تقريباً أبدأ) إلى اليسار (عادة) (طايبي، 2013، ص 216).

4-1-2 صدق المقياس:

4-1-2-1 صدق المحكمين:

تم أخذ مقياس إدراك الضغط النفسي "ليفنستاين" من المذكرة التي تحت عنوان "الضغط النفسي لدى الممرضين المناوبين ليلا بالمؤسسات الاستشفائية" من اعداد الطالبتين عبد العزيز راضية وزعفر شيماء، خلال السنة الجامعية 2020/2019 بجامعة أكلي محند أولحاج بويرة.

4-2-1-2 الصدق:

حسب دراسة ليفنستاين Levenstein التي قام بها للتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التنازلي، الذي يركز على مقارنة قياس الضغط مع مقياس آخر للضغط، أظهرت النتائج أن هناك ارتباط قوي لهذا المقياس "سمة القلق" المقدر 0.75 ومع مقياس إدراك الضغط لكوهن Cohen يقدر بـ 0.73 بينما سجل ارتباط معتدل يقدر بـ 0.56 مع قياس حالة ارتباط ضعيف يقدر بـ 0.53 مع مقياس قلق الحالة (حكيمة آيت حمودة، 2005، ص 224).

4-2-1-3 الثبات:

قام ليفنستاين Levenstein بمقياس التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال معامل (ألفا) فظهر وجود تماسك قوي يقدر بـ 0.90 كما أظهر قياس ثبات المقياس لاستعمال طريقة

تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار بعد فاصل زمني يقدر بـ 8 أيام، وجود عامل ثبات مرتفع يقدر بـ 0.80 ويشير ليفنستاين و آخرون سنة (1993) بأن هذا الاستبيان يعتبر أداة ثمينة و اضافية لوسائل البحوث النفس-الجسدية ويمكن أن يكون عاملا تنبؤيا هاما للحالة الصحية للفرد لاحقا (حكيمة آيت حمودة، 2005، ص 226).

3-1-4 كيفية تطبيق المقياس:

يقوم الفاحص بشرح التعليمات للفرد المعرض لوضعية القياس النفسي وتتمثل العملية في الصياغة التالية أمام كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (x) في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك عموما، وذلك خلال سنة أو سنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك وأحرص على وصف مسار حياتك بدقة خلال هذه المدة: هناك أربع اختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات المقياس وهي بالترتيب: تقريبا، أبدا، أحيانا، كثيرا، عادة.

4-1-4 كيفية تصحيح المقياس:

إن كيفية تصحيح وتنقيط عبارات المقياس يتم التدرج فيها من 1 إلى 4 نقاط وهذه الدرجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة تنقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

– جدول رقم (07): كيفية تنقيط مقياس ليفنستاين Levenstein لإدراك الضغط النفسي:

البنود المباشرة	البنود المباشرة	البنود المقياس
– 4 نقاط	– نقطة	– تقريبا (أبدا)
– 3 نقاط	– نقطتان	– أحيانا
– نقطتين	– 3 نقاط	– كثيرا
– نقطة	– 4 نقاط	– عادة

4-1-5 الأساليب الإحصائية الخاصة بمقياس إدراك الضغط:

يعتبر التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر إدراك

الضغط في هذا المقياس وفق المعادلة التالية:

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{الدرجة الخام} - 30}{90}$$

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المحتملة عليها في الاختبار من البنود

المباشر و الغير المباشرة، و تتراوح الدرجة الكلية بحد حساب مؤشر الضغط من (0)

ويدل أدنى مستوى من الضغط إلى (1) يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.

2-4 مقياس كورنل Cornell لقياس العوارض السيكوسوماتية:**1-2-4 وصف المقياس:**

استخدم في هذه الدراسة مقياس كورنل Cornell لقياس العوارض السيكوسوماتية الذي تم تعريبه من طرف السيد أبو نيل (1955)، حيث تم اختيار بنود النواحي السيكوسوماتية وعددها 171، اعتمد منها 101 موزعة على 11 بعد (الزهرة ريحاني، 2010، ص 128).

وتم تقنيه من طرف الباحثة الزهرة ريحاني (2010) حيث عرضت الأداة في صورتها الأولية على الأساتذة المحكمين. ثم قامت بتقنيها وتوزيعها على مجموعة من المحكمين، وبناء على نتائج التحكيم قامت بتوزيع الأداة على عينة التقنين المكونة من (32) فرد.

2-2-4 صدق المقياس:**1-2-2-4 صدق المحكمين:**

تم أخذ اختبار كورنل Cornell لقياس العوارض السيكوسوماتية بعد عرضه على الأساتذة المحكمين من مذكرة نيل شهادة الماستر علم النفس العيادي، للطالبتين سماعيل سيليا وصعاد تهيان التي تحت عنوان "الاضطرابات السيكوسوماتية ونمط الشخصية

لدى المرأة العاملة في ميدان التعليم الابتدائي" خلال السنة الجامعية 2021/2020
بجامعة مولود معمري بتيزي وزو.

4-2-2-2 صدق المقياس:

ويُقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار كما يلي:

$$\text{معامل الصدق الذاتي} = \sqrt{\text{الثبات}}$$

وكانت نتائج عملية حساب معامل الصدق الذاتي للاختبار مساويا 0,96 ونستنتج من

خلال هذه النتائج أن المقياس يتوفر على صدق ذاتي مرتفع.

4-2-3 ثبات المقياس:

هناك عدة طرق للتأكد من ثبات درجات الاختبار، ونظرا لتعذر التطبيق وإعادة

التطبيق على نفس العينة في الدراسة في الدراسة الحالية تم تطبيق أداة الدراسة مرة واحدة

على عينة التقنين والمكونة من 32 فرد، ثم تم حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة

النصفية، وذلك بقسمة بنود الأداة إلى نصفين. النصف الأول يتكون من البنود الفردية

والنصف الثاني يتكون من البنود الزوجية، وبذلك محصل على جزئين من الدرجات لكل

فرد من أفراد العينة، أحدهما على النصف الفردي، والثاني على النصف الزوجي، ثم

حساب معامل الارتباط لبيرسون ثم حساب معامل الثبات للاختبار ككل استعمال معادلة

سبيرمان-براون Spearman-Brown وكانت النتائج كما يلي:

معامل الثبات للمقياس مساوي لـ 0.96 و هذا المعامل يقترب من (1+) وبالتالي فهو معامل ثبات عالي.

ومنه نستنتج أن أداة الدراسة تتمتع بثبات مرتفع.

4-2-4 وصف المقياس بصورته النهائية:

يتكون في صورته النهائية من جزئين:

– الجزء الأول: يتضمن تعليمة الإجابة، البيانات الشخصية، النموذجي.

– الجزء الثاني: يتكون من بنود الاختبار المستمدة أصلا من قائمة كورنل الجديدة للنواحي السيكوسوماتية التي تمت تقليصها إلى (70) بندا في الدراسة الحالية وتتوزع هذه البنود على الأبعاد التالية:

1- السمع والإبصار: يتكون من 07 أسئلة تتعلق بالشكاوي في حاسة السمع والبصر وهي مرقمة من 1 إلى 7.

2- الجهاز التنفسي: ويضم 6 أسئلة مرقمة من 8 إلى 13 تتمحور هذه الأسئلة حول أهم المؤشرات الدالة على احتمال اضطراب وظائف وأعضاء هذا الجهاز وما يرتبط بها من أمراض.

3- القلب والأوعية الدموية: يتضمن 8 أسئلة مرقمة من 14 إلى 21 وتقيس هذه البنود مؤشرات تدل على مدة إصابة أو اضطراب هذا الجهاز وأعضائه ووظائفه.

4- الجهاز الهضمي: ويتكون من 6 أسئلة مرقمة من 22 إلى 27 وقياس الاضطرابات المتعلقة بالجهاز الهضمي.

5- الهيكل العظمي و العضلي: يضم 6 أسئلة مرقمة من 28 إلى 33 تقيس المؤشرات الدالة على الآلام و الاضطرابات الناتجة عن اضطراب الهيكل العظمي والعضلي.

6- الجلد و الحساسية: يتضمن 6 أسئلة مرقمة من 34 إلى 39 يقيس هذا البعد مدى المعاناة المتعلقة بالجلد.

7- الجهاز العصبي: يتكون من 6 أسئلة مرقمة من 40 إلى 45 تقيس مؤشرات حدوث الاضطراب في هذا الجهاز.

8- الجهاز البولي و التناسلي: يتضمن 6 أسئلة مرقمة من 46 إلى 51 تقيس مؤشرات الاضطرابات في أعضاء الجهاز البولي والتناسلي.

9- التعب وتكرار المرض: تضمن هذا البعد 7 أسئلة مرقمة من 52 إلى 58 تقيس المؤشرات الدالة على الإجهاد التعب وتكرار حدوث المرض.

10- الجهاز الغدي: يتكون هذا البعد من 6 أسئلة مرقمة من 59 إلى 64 وتقيس المؤشرات الدالة على وجود اضطرابات على إفراز الغدد والأمراض الناجمة عنها.

11- النوم: يتكون من 6 أسئلة مرقمة من 60 إلى 75 تقيس الاضطرابات الدالة على اضطرابات النوم (ريحاني زهرة، 2010، ص 127).

1-2-5 كيفية تطبيق المقياس:

رتبت أسئلة الاختبار بنفس الكيفية الموجودة في قائمة كورنل الجديدة، يتصدر هذه الأسئلة سؤال عام نصه "هل تنطبق عليك الأعراض التالية؟" ليجيب المفحوص بـ(نعم) إذا كان ينطبق عليه العرض، و(لا) إذا كان لا ينطبق عليه العرض، وذلك بوضع العلامة (×) أمام السؤال.

5-2-2 كيفية تصحيح المقياس:

يتم تصحيح درجات المفحوص على الاختبار بإعطاء 1 للإجابة بـ(نعم) و 0 للإجابة بـ(لا) وبذلك يكون الحد الأعلى لدرجة المفحوص هو 70 والحد الأدنى هو 0.

6- الأساليب الإحصائية المستعملة:

– لمعالجة فرضيات البحث استعملنا الأساليب الإحصائية التالية:

• النسبة المئوية: وتحسب باستعمال القاعدة الثلاثية.

• التكرارات.

• اختبار (T) لحساب الفروق:

يستخدم هذا الاختبار للتعامل مع فرضية وصفية لعينة واحدة بياناتها كمية، الهدف منه

في هذا البحث هو مقارنة المتوسط الحسابي للمعلمات المتزوجات والعازبات في درجة

اصابتهن بالاضطرابات السيكوسوماتية ويحسب بالطريقة التالية:

$$T = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{S_x}{\sqrt{n}}}$$

حيث:

\bar{x} : المتوسط الحسابي للعينة.

μ : المتوسط الحسابي للمجتمع.

S_x : الانحراف المعياري للعينة.

n : حجم العينة.

• معامل الارتباط لبيرسون:

لحساب العلاقة الارتباطية بين متغيري الدراسة، وهما الضغط النفسي والأمراض

السيكوسوماتية باستعمال SPSS ومعادلته كالاتي:

$$r = \frac{1}{n} \sum \left[\frac{x - \bar{x}}{S_x} \right] \left[\frac{y - \bar{y}}{S_y} \right]$$

بحيث:

r : معامل الارتباط لبيرسون.

\bar{x} : الوسط الحسابي للمتغير x .

\bar{y} : الوسط الحسابي للمتغير y .

S_x : الانحراف المعياري للمتغير x .

Sy: الانحراف المعياري للمتغير y .

خلاصة:

احتوى هذا الفصل على منهجية البحث، والإجراءات الميدانية التي قمنا بها من خلال الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، بحيث قمنا في بداية هذا الفصل بالتطرق إلى الدراسة الاستطلاعية تمهيدا للدراسة الأساسية، وتوصلنا إلى أن المنهج الوصفي هو المناسب لهذه الدراسة، كما حددنا حجم العينة الذي يتمثل في خمسون (50) ممرض وممرضة على مستوى 14 مصلحة استشفائية بالمركز الاستشفائي الجامعي "نذير محمد"، كما قمنا باختيار الأدوات والأساليب الإحصائية اللازمة للتحقق من فرضيات الدراسة، وذلك للتمكن من إجراء الدراسة بصورة علمية دقيقة وواضحة.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتحليل النتائج.

تمهيد.

1- تقديم مستويات البحث.

2- عرض وتحليل النتائج.

3- مناقشة وتفسير النتائج.

4- استنتاج عام.

تمهيد:

بعدما تم تطبيق أدوات البحث على عينة الدراسة، سنقوم في هذا الفصل بعرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية كما أفرزتها المعالجة الإحصائية للبيانات المتعلقة بفرضيات الدراسة والكشف عن العلاقة بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بمستشفى نذير محمد تيزي وزو.

1- تقديم مستويات البحث:

1-1 أدوات القياس :

استخدمت في الدراسة الأساسية نفس الأدوات التي استخدمت في الدراسة

الاستطلاعية وهي:

1-1-1 مقياس مصادر الضغوط النفسية:

- الخصائص السيكومترية للاستبيان:

يتم حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا و الدنيا.

جدول رقم (08): يبين قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد

البنود المباشرة.

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة (T)	الدلالة
العليا	53.26	5.86	62.16	دال
الدنيا	49.93	4.63		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة

الدنيا لبعدها البنود المباشرة، حيث بلغت قيمة (T) 62.16 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01.

جدول رقم (09): يبين قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد

البنود غير المباشرة.

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة (T)	الدلالة
العليا	22.91	3.13	49.69	دال
الدنيا	21.13	2.50		احصائياً

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات

الفئة الدنيا لبعدها البنود غير المباشرة، حيث بلغت قيمة (T) 49.69 وهي دالة عند مستوى

دلالة 0.01.

من خلال ماسبق يتضح ان المقياس يتمتع بالصدق التمييزي.

– حساب الثبات: تم حساب الثبات من خلال طريقة الاتساق الداخلي (الفا كرومباغ)

ومعامل الارتباط سبيرمان.

جدول رقم (10): يوضح معاملات الثبات عن طريق معامل الفا للمقياس الضغط

النفسي و معامل الارتباط.

ابعاد المقياس	معامل الثبات الفا	معامل الارتباط
البنود المباشر	0.71	0.62
البنود غير المباشرة	0.65	0.63

نلاحظ من خلال الجدول ان المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة

البنود.

2-1-1 مقياس الامراض السيكوسوماتية:

يتم حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الفئة العليا ومتوسطات مجموعة

الفئة الدنيا باستخدام ت لدلالة الفروق بين المتوسطات.

جدول رقم (11): يبين قيمة (T) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في ابعاد

الاضطرابات السيكوسوماتية.

الدلالة	قيمة (T)	الفئة الدنيا		الفئة العليا		الفئة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	6.28	1.12	11.01	1.29	11.74	السمع والابصار
0.01	8.37	0.55	10.73	0.86	11.22	الجهاز التنفسي
0.01	5.43	1.79	18.82	2.58	20.29	القلب والأوعية الدموية
0.01	8.58	0.3	9.96	0.83	10.43	الجهاز الهضمي
0.01	6.79	0.91	9.97	1.28	10.71	الهيكل

						العظمي والعضلي
0.01	3.05	0.25	10.00	0.69	10.39	الجلد والحساسية
0.01	6.79	0.83	9.97	1.28	10.70	الجهاز العصبي
0.01	4.37	0.31	10.73	0.86	11.22	الجهاز البولي والتناسلي
0.01	7.94	1.1	12.86	1.24	13.55	التعب وتكرار المرض
0.01	2.05	0.23	10.00	0.69	10.39	الجهاز الغدي
0.01	6.19	0.71	9.97	1.28	10.72	النوم

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا لبعدها السمعية والابصار، حيث بلغت قيمة (T) 6.28 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، بالإضافة إلى وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا لبعدها التنفسي، حيث بلغت قيمة (T) 8.37 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، وقد بلغت قيمة ت لبعدها القلب والأوعية الدموية 5.43 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، بالإضافة إلى وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا لبعدها الهضمي،

حيث بلغت قيمة (T) 8.58 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، كما بلغت قيمة (T) لبعده الهيكل العظمي والعضلي 6.79 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، إضافة الى ذلك وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا كل ابعاد هذا المقياس وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، وهذا مما يعكس تمتع المقياس بصدق عال.

– حساب الثبات: حساب الثبات بطريقتين : معامل الفا كرومباغ و معامل الارتباط.

جدول رقم (12): يوضح معاملات الثبات عن طريق معامل الفا للمقياس

الاضطرابات السيكوسوماتية و معامل الارتباط.

ابعاد المقياس	معامل الثبات الفا	معامل الارتباط
السمع و الابصار	0.622	0.708
الجهاز التنفسي	0.697	0.237
القلب والأوعية الدموية	0.855	0.364
الجهاز الهضمي	0.711	0.694
الهيكل العظمي و العضلي	0.621	0.713
الجلد و الحساسية	0.685	0.400
الجهاز العصبي	0.621	0.713
الجهاز البولي و التناسلي	0.697	0.237
التعب وتكرار المرض	0.623	0.716
الجهاز الغدي	0.685	0.400
النوم	0.621	0.713

نلاحظ من خلال الجدول ان المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة البنود.

2- عرض وتحليل النتائج:

1-2 عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص بأنه "توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الضغط النفسي والأمراض

السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بتيزي وزو".

وللتأكد من الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الضغط النفسي

والأمراض السيكوسوماتية.

جدول رقم (13): يبين العلاقة بين متغيري الضغط النفسي والأمراض

السيكوسوماتية.

البنود غير المباشرة	البنود المباشرة		
0.707	0.638	معاملات الارتباط	الامراض السيكوسوماتية
0.01	0.01	الدلالة	
50	50	العينة	

من خلال النتائج الموضحة في الجدول اعلاه نجد ان معاملات الارتباط بين الضغط النفسي (البنود المباشرة) والأمراض السيكوسوماتية بلغت قيمته 0.63، في حين بلغ معامل الارتباط بيرسون بين الضغط النفسي (البنود غير المباشرة) والأمراض السيكوسوماتية 0.707 وهي قيم دالة احصائيا في مستوى دلالة 0.01، وبالتالي يمكن القول أن الفرضية تحققت بوجود علاقة ارتباطية بين ابعاد الضغط النفسي و الامراض السيكوسوماتية.

2-2 عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على مايلي "توجد فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الجنس".

وللكشف عن الفروق تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA.

جدول رقم (14): يبين تحليل التباين الاحادي للكشف عن الفروق بين الضغط

النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الجنس.

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
0.005	87.026	353.620	353.62	1	بين المجموعات	الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية
		131.89	6331.1	48	داخل المجموعات	
			6684.720	49	المجموع	

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول وجود بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الجنس حيث بلغت قيمة ف 87.026 وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى 0.01.

3-2 عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على مايلي " توجد فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير السن".

وللكشف عن الفروق تم استخدام اختبار تحليل التباين الاحادي ANOVA.

جدول رقم (15): يبين تحليل التباين الاحادي للكشف عن الفروق بين الضغط

النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير السن.

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
0.001	21.672	224.949	224.949	1	بين المجموعات	الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية
		134.579	6459.771	48	داخل المجموعات	
			6684.72	49	المجموع	

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول وجود بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير السن حيث بلغت قيمة ف 21.672 وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى 0.05.

4-2 عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي "توجد فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الخبرة".
وللكشف عن الفروق تم استخدام اختبار تحليل التباين الاحادي ANOVA.

جدول رقم (16): يبين تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الخبرة.

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
دال احصائيا	15.241	657.983	657.983	1	بين المجموعات	الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية
		125.557	6026.737	48	داخل المجموعات	
			6684.720	49	المجموع	

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول وجود بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير سنوات العمل حيث بلغت قيمة ف 15.241 وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى 0.05.

5-2 عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي "توجد فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية".

وللكشف عن الفروق تم استخدام اختبار تحليل التباين الاحادي ANOVA

جدول رقم (17): يبين تحليل التباين الاحادي للكشف عن الفروق بين الضغط

النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية.

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
غير دال احصائيا	0.001	0.187	0.187	1	بين المجموعات	الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية
		134.579	6484.533	48	داخل المجموعات	
			6684.72	49	المجموع	

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول وجود بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية حيث بلغت قيمة ف 0.001 وهي قيمة غير دالة احصائيا، وبالتالي الفرضية لم تتحقق.

3- مناقشة وتفسير النتائج:

يتناول هذا الفصل عرض مناقشة ما توصلت اليه الدراسة من نتائج، وذلك في ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة.

3-1 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

تنص بأنه "توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الضغط النفسي و الامراض السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بتيزي وزو".
من خلال النتائج المتحصل عليها نتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية قوية ودالة إحصائياً بين الضغوط النفسية والإصابة بالأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.

هذه النتائج تتفق مع ما توصل إليه دراسة فايد (2005) التي هدفت كذلك لتحديد ما إذا كان كل من ضغوط الحياة والمساندة الاجتماعية كعوامل تستهدف نشأة الأعراض السيكوسوماتية وقد توصلت لوجود علاقة جوهرية موجبة بين ضغوط الحياة والأعراض السيكوسوماتية وعلاقة سالبة بينه و المساندة الاجتماعية. ومن هنا تنوه الباحثة إلى وجود عدة دراسات تناولت علاقة الضغوط بأنواعها والأمراض السيكوسوماتية. أي أن الضغوط

النفسية لها تأثير في ظهور العديد من الاضطرابات السيكوسوماتية التي تشكل خطورة على حياة الأفراد سواء كان ذلك على توافقهم العام أو المهني أو الصحي، والذي يكون مرجعه الاضطرابات الانفعالية في ظهور و انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بأنواعها المختلفة (فايد، 2005، ص 258).

3-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على " توجد فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الجنس".

قد اشارت النتائج في الجدول السابق يؤكد وجود فروق في الضغط النفسي و الأمراض السيكوسوماتية حسب متغير الجنس في الدرجة الكلية للمقياس، وعليه النتائج تؤكد الفرضية التي تقول بأنه تختلف الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية باختلاف الجنس لدى الممرضين في المستشفى.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أن مستوى عال من الضغوط والذي سببه مهنة التمريض والذي يتعرض له كل من الممرضين والممرضات هي السبب الرئيسي في التعرض للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية، فوجود فرق في الأمراض السيكوسوماتية بين الإناث والذكور، كون نوع الجنس يتأثر بذلك، فلهيهم تفاوت في الفرصة لتعرضهم في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية فالأفراد يختلفون من حيث درجة التحمل والتي تتوقف على

التكوين العام في الوظائف الفسيولوجية والحالة النفسية للفرد، فكثرة التناقض بين المواقف التي تواجهها الإناث وتعدد الأدوار التي يقمن بها أدت إلى خلق فروق بين الجنسين في التعرض للمرض، كما أن ثقافة المجتمع والتي تفرض على الذكر مسؤوليات كثيرة كراعية الأسرة والأبناء وتوفير متطلباتهم والإنفاق ساهمت في خلق فوارق جنسية في التعرض للإصابة بالأمراض الجسمية.

فالخلفية لثقافة للفرد تعكس مدى قابلية للتأثر بالمواقف الضاغطة المتعلقة بأعباء العمل وتعدد الدور، كونه ذكراً أو أنثى الذي يؤدي إلى ظهور الفرق في علامات الأمراض فالإناث يظهرن علامات الأمراض سيكولوجية بدرجة أكبر من الذكور عند التعرض للموقف الضاغط منها امراض القلق، في حين يظهر الذكور علامات بدنية كأمراض القلب والأوعية.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت اليه الدراسة مع **Baruch (1987)** على أن عمل المرأة العاملة والزوجة والأم، يؤدي إلى صراع الأدوار الذي يعرض المرأة إلى كثير من الاضطرابات النفسية. فالدراسة التي بين أيدينا تؤيد هذا الفرض لأن المرأة العاملة أصبحت تعيش ضغطاً نفسياً كبيراً نتيجة صراع الأدوار بينها وبين الرجل. وهذا بسبب زيادة متطلبات الحياة، والتداخل بين المسؤولية المهنية والمسؤولية العائلية، بالإضافة إلى تعدد المهام المنوطة بالمرأة العاملة، فمطلوب منها أن تكون على قدر المسؤولية المهنية

الموكلة، وأن تكون زوجة تلبى جميع احتياجات زوجها المادية والمعنوية، بالإضافة إلى مسؤولية الأبناء والعناية، ونزید على هذا مسؤولية البيت من تنظيف وطبخ وعناية، ولا نبالغ إذا أضفنا عبئاً جديداً وهو الجانب المادي، حيث أصبحت المرأة وبحكم دخلها الجيد مطالبة بتلبية احتياجات الأسرة المادية كشرط أساسي لمواصلة عملها. ولا ننسى المسؤولية الاجتماعية التي تطالب المرأة بالتعامل مع عائلتها وعائلة زوجها بنفس العناية وتلبية الاحتياجات الخاصة بالمناسبات العائلية، لهذا نقول أن المرأة المتزوجة العاملة أكثر معاناة من الضغط النفسي بالمقارنة بالرجل (Brauch et al, 1987, p 133).

بينما تختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة سعود (1991) في البيئة العربية دراسات بعدم وجود فروق في المواجهة تعزى للجنس في المواقف التي يواجه فيها الأفراد مشاكل مماثلة وهو ما يؤكد أن هذا العامل لا يؤثر منفرداً في عملية المواجهة أي أن هناك متغيرات شخصية أخرى تلعب دوراً في هذا الاختيار.

3-3 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على مايلي "توجد فروق دالة احصائياً في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير السن" قد اشارت النتائج في الجدول السابق يؤكد وجود فروق في الضغط النفسي و الامراض السيكوسوماتية حسب

متغير السن في الدرجة الكلية للمقياس، وعليه النتائج تؤكد الفرضية التي تقول بأنه تختلف الضغط النفسي و الامراض السيكوسوماتية باختلاف السن لدى الممرضين في المستشفى.

ويفسر الباحث هذه النتيجة ان مستوى عال من الضغوط والذي سببه مهنة التمريض والذي يتعرض له كل من الممرضين والممرضات هي السبب الرئيسي في التعرض للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية، فوجود فرق في الامراض السيكوسوماتية بين الممرضين الذي يتراوح سنهم بين (أقل من 30 سنة) والفئة (أكبر من 30 سنة)، كون السن يتأثر بذلك، فليهم تفاوت في الفرصة لتعرضهم في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية فالأفراد يختلفون من حيث درجة التحمل والتي تتوقف على التكوين العام في الوظائف الفسيولوجية والحالة النفسية للفرد، فكثرة التناقض بين المواقف التي تواجهها الفئة التي هي اكبر من 30 سنة أدت إلى خلق فروق بين مختلف مستويات السن في التعرض للمرض، حيث أن الفئة الأكبر سنا يكونون أكثر تجربة و فهما لمتطلبات العمل و الاستخدام المناسب لأساليب التكيف مع المواقف الضاغطة لذلك يكونون اقل ضغطا من الفئات الأصغر سنا، على عكس ذلك أن الفئة الأصغر سنا فهي فئة في بداية مسارها المهني ملزمون بحمل المسؤوليات و قيام بواجبات لم يكلف بها من قبل، لذلك يمكن أن يتبعوا أساليب خاطئة في مواجهة الضغوط حيث أنهم يفتقدون الخبرة والتجارب السابقة ما يجعل عندهم نقص في إعادة التقييم الايجابي للمشكلات، وتتفق هذه النتائج مع دراسة

لـ"عبد الرؤوف الطلاع (2000) و عبد الرحمان العيسوي (2000) توصلنا إلى أن

صغار السن يعانون أكثر من الاضطرابات السيكوسوماتية والضغط النفسي.

بينما تختلف نتيجة هذه الدراسة مع دراسة عيبر الصبان (2003) حول المساندة

الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى عينة من الممرضين

وأسفرت نتائج الباحثة إلى أن الفئة العمرية (40-45) كانت تعاني أكثر من الفئة العمرية

(30-35) من الاضطرابات السيكوسوماتية أي أن الفئة الأكبر سنا لدى أفراد العينة كانت

تعاني من هذه الاضطرابات (الصبان، 2003، ص 99).

هانم ياركندي (2000) توصلت إلى أن هناك علاقة بين العمر و الأمراض

السيكوسوماتية (ياركندي، 2000، 124).

3-4 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي "توجد فروق دالة احصائيا في الضغط النفسي

والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الخبرة".

قد أشارت النتائج في الجدول السابق يؤكد وجود فروق في الضغط النفسي و

الأمراض السيكوسوماتية حسب متغير الخبرة المهنية في الدرجة الكلية للمقياس، وعليه

النتائج تؤكد الفرضية التي تقول بأنه تختلف الضغط النفسي و الامراض السيكوسوماتية

باختلاف الخبرة المهنية لدى الممرضين في المستشفى.

ويفسر الباحث هذه النتيجة على أن متغير الخبرة المهنية له دور كبير في مواجهة الضغوط النفسية أي انه كلما زادت سنوات الخبرة اكتسب الفرد خبرة في الحياة و التعامل مع ضغوطها و الصلابة في مقاومة الضغوط ، و زاد إتباع الأساليب الايجابية لدى الأفراد في مواجهة الضغوط. وبذلك يعتبر عامل الخبرة في العمل من العوامل الرئيسية التي لا يمكن تجاهلها عند الحديث عن الضغوط النفسية حيث أن مدة الخبرة تعمل على تقليل درجة الضغوط لدى الفرد و تساعد على أن يطور أكثر من وسيلة يستطيع من خلالها أن يجد حلولاً لما يواجهه من مشكلات ، كما أن الخبرة تزيد من مستويات التوافق و بالتالي تقلل من احتمال تعرض الفرد للضغوط.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت اليه الدراسة مع دراسة توليفر Toliver (1994) والتي كانت بعنوان الضغوط النفسية والعملية التي تواجه العاملين في التمريض ورؤوس الأقسام العاملين في الرعاية الصحية الحرجة وهدفت إلى التعرف على درجة الضعف النفسي التي يواجهها العاملين في التمريض و رؤساء الأقسام باختلاف سنوات الخبرة، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الممرضين ورؤساء (يوسفى، 2018، ص 210).

بينما تختلف نتيجة هذه الدراسة مع دراسة وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة قويدر بن أحمد، خيرة حابي (2016) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في

الضغط النفسي لدى عمال قطاع الصحة ومن بينهم الممرضين تعزى إلى متغير الأقدمية المهنية كما قد تتدخل متغيرات أخرى في هذا الصدد، فرغم قضاء الممرض لسنوات طويلة في المهنة، لا يجد التشجيع والتحفيز والدعم المادي والمعنوي المنتظر منه من طرف المسؤولين كغياب الترقي الوظيفي، أو قد لا يتقاضون رواتب زيادة عن باقي الممرضين حديثي الالتحاق بالمهنة، أو نظرا لسنوات خبرتهم الطويلة قد تكون توقعات المسؤولين أدائهم أكبر من قدراتهم الجسمية والنفسية مما قد يولد لديهم مستوى مرتفع من الضغط. وأين يولد لديهم أمراض سيكوسوماتية، بالتالي فقد تكون كل العوامل السابقة الذكر، مجتمعة أو منفردة، سببا كافيا لوجود فروق في الضغط النفسي تعزى لمتغير سنوات الخبرة وذلك لصالح فئة الممرضين الذين لديهم من 05 سنوات فأكثر خبرة، وهذا حسب ما توصلت إليه نتيجة التساؤل الجزئي الثاني في الدراسة الحالية (بن أحمد، حابي، 2016، ص 07).

3-5 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي "توجد فروق دالة إحصائية في الضغط النفسي

والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية".

من خلال النتائج المتحصل عليها نتوصل إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين

الضغوط النفسية والإصابة بالأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.

يمكن تفسير نتيجة هذا التساؤل، أنه كون الممرض متزوج أو غير متزوج فهو يتحمل مسؤوليات خارج مجال عمله، فالممرض المتزوج لديه مسؤوليات أسرية مطالب بتحقيقها إلى جانب التزامه بالقيام بعمله كما هو منظر منه، ففي مكان عمله قد يكون تفكيره كليا في شؤون أسرته في نفس الوقت طبيعة، مهنته الحساسة جدا تتطلب تركيز عالي، فتضارب متطلبات المسؤولية أين قد يولد لديه ضغط نفسي يجعله غير قادر على التكيف مع المواقف المهنية الضاغطة التي يتعرض لها هذا ما تتفق معه نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة **سعادة وآخرون (2003)** التي توصلت الى عدم وجود فروق في مستوى الضغط المهني تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية (يحيى، 2003، ص37).

كما تختلف نتيجة هذا التساؤل مع نتيجة دراسة **أبو الحصين (2010)** التي توصلت إلى وجود فروق في مستوى الضغط المهني تعزى الى متغير الحالة التي أفادت أن بالنسبة للممرض غير المتزوج، فهو قد يكون بدوره أحد المسؤولين على العائلة، وقد لا يحصل على دعم اجتماعي مثل الممرض المتزوج مما قد يوقعه في الضغوط النفسية، وقد تتدخل أسباب ثانية في هذا الصدد، كطبيعة مهام المهنة، ونظرة التهميشية للمرضى وأهاليهم لدور الممرض وغياب الدعم المادي والمعنوي، بالتالي فقد تكون كل العوامل السابقة الذكر، مجتمعة أو منفردة، سببا كافيا لعدم وجود فروق في الضغط المهني تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وهذا حسب ما توصلت إليه نتيجة التساؤل الجزئي الرابعة في الدراسة الحالية الاجتماعية (أبو الحصين، 2010، ص 03).

4- استنتاج عام:

لقد انطلقت الدراسة حول الضغط النفسي وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية لدى المرضى، ومن المعلومات التي تطرقنا إليه في الجانب النظري، سمحت لنا بصياغة إشكالية البحث وصياغة الفرضية العامة والتي مفادها "توجد علاقة دالة احصائية بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى المرضى العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو، والتي تفرعت إلي الفرضيات الجزئية التالية:

- توجد علاقة ذات دالة احصائية بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى المرضى العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو.
- توجد فروق دالة احصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى المرضى تعزى إلى متغير الجنس.
- توجد فروق دالة احصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى المرضى تعزى إلى متغير السن.
- توجد فروق دالة احصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى المرضى تعزى إلى متغير خبرة العمل.
- توجد فروق دالة احصائية في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى المرضى تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.

وللتحقق من هذه الفرضيات قمنا بدراسة ميدانية إحصائية على 50 حالة باستخدام

مقياس ليفنستاين لإدراك الضغط النفسي (1993) ومقياس كورنل للعوارض

السيكوسوماتية (1955)، كما تم تفريغ المعطيات في رزنامة الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية والإنسانية (spss).

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أظهرت عملية تحليل نتائج الدراسة أن الضغوط النفسية ساهمت في ظهور الأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين وهذا ما يثبت صحة الفرضية العامة أي توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي نذير محمد بتيزي وزو وبالتالي دلت النتائج إلى:

– تحقق الفرضية الأولى وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها نتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية قوية ودالة إحصائياً بين الضغوط النفسية والإصابة بالأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.

– تحقق الفرضية الجزئية الثانية وأكدت وجود فروق في الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية حسب متغير الجنس في الدرجة الكلية للمقياس، وعليه النتائج تؤكد الفرضية التي تقول بأنه تختلف الضغوط النفسية والأمراض السيكوسوماتية باختلاف الجنس لدى الممرضين في المستشفى.

– تحقق الفرضية الجزئية الثالثة وأكدت نتائج الفرضية التي تقول بأنه تختلف الضغوط النفسية و الأمراض السيكوسوماتية باختلاف السن لدى الممرضين في المستشفى.

– تحقق الفرضية الجزئية الرابعة وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول وجود بين الضغط النفسي والأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين تعزى الى

متغير سنوات العمل

أما الفرضية الخامسة فلم تتحقق و هذا يرجع إلى تداخل عدة عوامل تتدخل في نتائج البحث العلمي وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها نتوصل إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية والإصابة بالأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.

اقتراحات البحث:

- العمل على التعريف أكثر بمهام عمال الصحة و الفائدة التي يتلقاها المجتمع منهم من خلال الملتقيات الدولية والوطنية.
- العمل على تحسين البيئة الفيزيائية لعمال الصحة والتوصيف الواضح للواجبات والمسؤوليات وكذا تنظيم اجتماعات مستمرة بينهم لمناقشة حالة المرضى.
- الاهتمام بالعوامل التي تساهم في خفض الضغط من خلال زيادة الحوافز المعنوية والعمل على توفير مستلزمات ومتطلبات العمل.
- الإشراف المباشر على عمال الصحة من أطباء والممرضين وعمال المخبر قليلي الخبرة في قسم الإستجالات والحرص على تزويدهم بمختلف الأساليب المطلوبة لإنجاز العمل، وتدريبهم علي كيفية مواجهة العوامل الضاغطة.
- التركيز من قبل إدارة المستشفيات على إنشاء برامج لرعاية عمال الصحة وتحسين ظروفهم النفسية والاجتماعية وتخفيف من القلق والتوتر والضغط النفسية لديهم، كوضع برامج رياضية وبرامج للإرشاد الصحي والغذائي وزيادة الأنشطة الترفيهية والتأكيد على الأخصائيين النفسيين بضرورة التكفل النفسي بهم.
- القيام بإجراء بحوث نفسية واجتماعية والتي يكون من أبرز أهدافها دراسة مشكلات الممرضين و الوقوف على مصادر الضغوط الخاصة بهم وكذلك المتغيرات الخاصة بتقبلهم وبغضهم للمهنة والتركيز على الدورات التدريبية.

خاتمة:

وفي الختام بعد التقصي والبحث في موضوع الضغط النفسي وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية، يكشف عن الاهتمام الواسع الذي حظي به هذا الموضوع قبل الباحثين، حيث استنتجنا أن الضغط النفسي لدى الممرضين ليس وليد الصدفة، إنما هي نتاج عن تظافر عدة عوامل ساهمت فيها كل من ضغوط العمل والأسرة وغيرها.

حيث تلعب العوامل النفسية والصراعات العاطفية والاحباطات المتراكمة والتوترات الانفعالية المستمرة والضغوط الاجتماعية دورا كبيرا في وجود بعض الأمراض النفسية والجسمية وانتشارها بين الممرضين.

وفي هذا البحث نرى محاولة لفتح المجال للخوض في بحوث أخرى وتشمل عينات كبيرة، من أجل الوصول إلى نتائج أكثر مما يسمح للمختصين في هذا المجال بصفة عامة والمختصين النفسانيين بصفة خاصة، بوضع برامج للوقاية والدعم النفسي والإرشادي بغية مساعدة فئة الممرضين وكل العاملين في مجال الصحة.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم، علي إبراهيم. (1992). *الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية*. دار الصفاء.
- إبراهيم، نبيلة. (2001). *عوامل الصحة النفسية السليمة*. إيتراك للنشر والتوزيع.
- آيت حمودة، حكيمة. (2005). *دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة الجسدية* [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الجزائر 2]. المستودع الرقمي لجامعة الجزائر 2.
- بن أحمد، قويدر، حابي، خيرة. (2016). *الضغط المهني لعمال قطاع الصحة بولاية تيارت*. مجلة العلوم النفسية والتربوية 3 (1)، 71-92.
- بنجمان ستورا، جان. (1997). *الإجهاد، أسبابه وعلاجه*. (أنطوان هاشم مترجم). منشورات عويدات. (العمل الأصلي نشر في 1991).
- بوشعالة، أمينة. (2016). *الضغط النفسي وعلاقته بمركز الضبط والسند الاجتماعي المدرك لدى عناصر التدخل في الحماية المدنية* [مذكرة ماستر منشورة، جامعة محمد بوضياف]. مستودع الرسائل الجامعية بجامعة المسيلة.

- بوشعراوية، رزق الله. (2017). *الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري*. الإدارة العامة للمكتبات والمطبوعات والنشر لجامعة مصراتة.
- جمعة، السيد يوسف. (2007). *إدارة الضغوط*. مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية.
- الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين. (2014). *الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس*. (أنور الحمادي، مترجم). الدار العربية للعلوم. (العمل الأصلي نشر في 2013).
- حسين، سلامة، عبد العظيم، حسين، طه عبد العظيم. (2006). *إستراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والتربوية (ط3)*. دار الفكر.
- حلمي، أحمد حامد. (1991). *مبادئ الطب النفسي*. دار الصفاء.
- خليل، عباس، بكر، نوفل، العبسي، مصطفى، ابو عواد، فريال. (2007). *مدخل الى مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. دار المسيرة.
- ذوقان عبيدات، عدس، عبد الرحمن، كايد، عبد الحق. (1984). *البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه*. دار الفكر المعاصر.
- الرشيدى، هارون توفيق. (1999). *الضغوطات النفسية طبيعتها ، نظرياتها*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- رفاعي، محمد رفاعي. (1998). *السلوك التنظيمي*. المطبعة الكمالية.

- ربحاني، الزهرة، حاج الشيخ، سمية. (2010). *العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة].
مستودع الرسائل الجامعية بجامعة بسكرة.
- الزراد، فيصل محمد خير. (2000). *الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر* (ط3).
دار النفائس للطباعة والنشر.
- الزراد، فيصل محمد. (2009). *الأمراض النفس جسدية* (ط 2). دار النفائس للطباعة
والنشر.
- زرواتي، الرشيد. (2001). *منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية*. دار الكتاب
الحديث.
- ساعد، شفيق. (2019). *مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية* [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة].
مستودع الرسائل الجامعية بجامعة بسكرة.
- سلامي، باهي. (2008). *مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي* [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الجزائر].
المكتبة الافتراضية لجامعة الجزائر.

- سليمان، أمل. (2005). *أساليب مواجهة الضغوط عند الصغيرات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية " السيكوسوماتية* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة الملك سعود]. الكشاف قاعدة تسجيل الرسائل الجامعية.
- سميح مصطفى حماد، منيا. (2012). *القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات نوات الإجهاض المتكرر* [رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية]. مبتعث للدراسات والاستشارات الأكاديمية.
- السيد، سماح، عبد السلام، شحاتة. (2006). *الأفكار اللاعقلانية لدى المديرين نوي الاضطرابات النفسجسمية في ضوء بعض المتغيرات النفسية* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة المنصورة]. وحدة المكتبة الرقمية جامعة المنصورة.
- شحاتة، حسن، النجار، زينب. (2003). *معجم المصطلحات التربوية والنفسية*. الدار المصرية اللبنانية.
- شيخاني، سمير. (2003). *الضغط النفسي: طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية*. دار الفكر.
- شيلي، تايلور. (2008). *علم النفس الصحي*. (وسام درويش بريك، مترجم). دار الحامد للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نشر في 1986).
- الصبان، عبير. (2003). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات*

في مدينتي مكة المكرمة وجدة [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة أم القرى]. مدونة
المراجع والمقاييس والبحوث للعلوم الإنسانية.

- طايبي، نعيمة. (2013). علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية و
النفسيجسدية لدى الممرضين [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الجزائر 2]. مبعث
للدراسات والمنشورات الأكاديمية.

- طايبي، نعيمة. (2014). علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالاحتراق النفسي عند
الممرضين. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 2(3).

- طراد، نفيسة، أبي مولود، عبد الفتاح. (2020). الاضطرابات السيكوسوماتية لدى
عينة من عمال الصحة ذوو النمط السلوكي (أ) و(ب). مجلة الباحث في العلوم
الإنسانية والاجتماعية، 12(3)، 953-962.

- عباس، أمينة. (2018). الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها بالاضطرابات
السيكوسوماتية لدى أساتذة التعليم المتوسط [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة
وهران 2]. المكتبة الرقمية للبحوث لجامعة وهران 2 محمد بن أحمد.

- عبد المعطي، حسن مصطفى. (2003). الأمراض السيكوسوماتية. مكتبة زهراء
الشرق.

- عبید، السيد، بهاء الدين، ماجدة. (2008). الضغط النفسي و مشكلاته وأثره على
الصحة النفسية. دار صفاء.

- العثوم، عدنان يوسف. (2004). *علم النفس المعرفي-النظرية والتطبيق*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- عسكر، علي. (2009). *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها* (ط3). دار الكتاب الحديث.
- عشوي، مصطفى. (2003). *مدخل إلى علم النفس المعاصر* (ط3). ديوان المطبوعات الجامعية.
- عطوف، محمد ياسين. (1981). *قضايا نقدية في علم النفس المعاصر*. مؤسسة نوفل.
- عطوف، محمد ياسين. (1988). *الأمراض السيكوسوماتية*. منشورات يحسون الثقافية.
- علي، سامي. (2004). *الأمراض الجلدية وعلاقتها بالأمراض النفسية*. (دولي أبو حمد، مترجم). دار الحصاد للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نشر في 2001).
- العيسوي، عبد الرحمان. (1994). *الأمراض السيكوسوماتية*. دار النهضة العربية.
- العيسوي، عبد الرحمن. (2000). *الاضطرابات النفسجسمية*. دار الراتب الجامعية.
- عيسى، مرزوق. (2011). *تأثير داء السكري على الضغط النفسي لدى المراهقين* [مذكرة ماستر منشورة، جامعة أكلي محند أولحاج]. المستودع المؤسسي لجامعة البويرة.

- غازي، عبد المنصف، محمد، الطيب. (1984). *الأمراض النفسية الجسدية*. دار المعارف.
- الغرير، أحمد نايل، أبو سعد، عبد اللطيف. (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*. دار الشروق.
- الفاخري، مبروكة، علي، محمد. (2002). *الضغوط النفسية عند المتقاعدين*. دار صفاء.
- فاروق، عثمان السيد. (2001). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. دار الفكر العربي.
- فايد، حسين. (2005). *الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، في دراسات في الصحة النفسية*. المكتب الجامعي الحديث.
- الفرماوي، حمدي علي، عبد الله، رضا. (2008). *الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة*، دار صفاء.
- فهمي، مصطفى. (1967). *علم النفس الإكلينيكي*. مكتبة مصر.
- الكيلاني، عبد الله زيد. (2004). *دليل الرسائل والاطروحات الجامعية*. دار المسيرة.
- مارتني، بيار. (1987). *الحلم والمرض النفسي*. (محمد أحمد نابلسي، مترجم). مركز الدراسات النفسية.

- مارتى، بيار، بنجمان ستورا، جان. (1996). *مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته*. (محمد أحمد نابلسى، مترجم). دار الهدى. (العمل الأصلي نشر في 1992).
- مايدة، ابراهيم. (2009). *المساندة الاجتماعية وأساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بالاضطرابات البسيكوسوماتية*. [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق].
- محمد عبد الباقي، صلاح الدين. (2001). *السلوك الإنساني في المنظمات*. دار الجامعة.
- محمود شقير، زينب. (2000). *الشخصية السوية والمضطربة (ط2)*. المكتبة الأنجلو مصرية.
- مسلم، محمد فرج الله. (2010). *الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات* [رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية]. مبعث للدراسات والمنشورات الأكاديمية.
- مصباح، عبد الهادي. (2001). *الإيمان سرطان المجتمع*. دار المصرية.
- معتصم ميموني، بدره. (2005). *الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق*. ديوان المطبوعات الجامعية.

- مناع، هاجر. (2018). *علاقة الأمن النفسي ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال الحماية المدنية*. [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة قاصدي مرباح]. المكتبة الرقمية للبحوث لجامعة ورقلة قاصدي مرباح.
- النابلسي، محمد أحمد. (1992). *مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته*. دار الهدى.
- النابلسي، محمد أحمد. (1997). *الثقافة النفسية - المجلد الثامن*. دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
- النعاس، عمر مصطفى. (2008). *الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية*. الإدارة العامة للمكتبات والمطبوعات والنشر لجامعة مصراتة.
- الهيجان، أحمد. (1998). *ضغوط العمل: منهج كامل لدراسة مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها*. معهد الإدارة العامة.
- ياركندي، هانم. (2000). *الصحة النفسية في المفهوم الاسلامي و دراسات نفسية أخرى*. دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.
- يحيى، جودة. (2003). *مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية* [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية].

- يحيى، ندى. (1998). مصادر ومستوى الضغوط النفسية و علاقتها بالروح المعنوية

كما يراها معلمو وكالة الغوث في منطقة نابلس التعليمي [رسالة ماجستير غير

منشورة]. جامعة النجاح الوطنية.

- يوسف، حدة. (2018). مستوى الجَدّ النفسي ومحدداته لدى الممرضين

الاستعجاليين. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية 38 (18)، 203-222.

المراجع باللغة الأجنبية:

- Abord de chatillon, E. (2006). *Le stress professionnel, collection les cahiers preventiques*. Bordeaux.
- Baruch, G. K., Biener, L. et Barnett, R. C. (1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, 42(2), 130-136. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.2.130>.
- Berg, K. (2002). *Job Satisfaction Among Nurses Working in Intensive Care Units in Norway*. Pacific Lutheran University.
- Bjorklund, B, Bee, H. (2004). *The Journey of Adulthood (Instructor's Manual With Tests)*. Prentice Hall.
- Collomb, H. (1967) *Les Troubles Psychosomatiques. Treizième rapport du comité OMS d'experts de la santé mentale*. Série de rapports techniques. N° 275.
- Dousse, M (2001). Psychosomatique: Un concept sans consensus? *Douleur et Analgésie*. 70 (14) , 103-107.
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF03008107>.
- Fontana, D. (1991). *Managing Stress*. illustrée, réimprimée.
- Garnier Djurad, E. (2006). *Le stress professionnel*.Bordeaux.
- Graziani, P, Swendsen, J. (2004). *Le stress: Emotions et stratégies d'adaptation*. Nathan.
- Haynal, A, Pasini, W. et Archinard, M. (1997). *Médecine psychosomatique*, Masson.
- Lazarus , R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. PUF
- Schuster, F. (1999). An exploratory study of critical incident stress in emergency nurses. *Master Abstract International*. 143 37-01.

- Shahsavarani, A, Abadi, E. et Hakimi, M. (2015). *Stress: Facts and Theories through Literature Review. International Journal of Medical Reviews*, 2015(2), 230-241.
http://www.ijmedrev.com/article_68654_37adc02e9432adfa017b8d6095cb6760.pdf.
- Woods, P. J, Lyons, L. C. (1990). Irrational beliefs and psychosomatic disorders. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 8 (1), 3-20. <https://doi.org/10.1007/BF01072091>.

قائمة الملاحق:

ملحق رقم (01): مقياس إدراك الضغط النفسي لـ "Levenstein".

الرقم	العبارات	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
1	تشعر بالراحة				
2	تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3	أنت سريع الغضب				
4	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5	تشعر بالوحدة أو العزلة				
6	تجد نفسك في مواقف صراعية				
7	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعال				
8	تشعر بالتعب				
9	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحيوية				
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
16	تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن والحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
20	تشعر بفقدان العزيمة				

				تمتع نفسك	21
				أنت خائف من المستقبل	22
				تشعر بأنك قمت بأشياء ملزما بها وليس لأنك تريدها	23
				تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم	24
				أنت شخص خال من الهموم	25
				تشعر بإنهاك وتعب فكري	26
				لديك صعوبة للاسترخاء	27
				تشعر بعبء المسؤولية	28
				لديك الوقت الكافي لنفسك	29
				تشعر انك تحت ضغط مميت	30

ملحق رقم (02): اختبار كورنل Cornell لتحري العوارض السيكوسوماتية.

الرقم	هل تنطبق عليك الاعراض التالية؟	لا	نعم
1	هل سبق لك أن انتابك الصداع؟		
2	هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟		
3	هل تطرف عيناك أو تدمع باستمرار؟		
4	هل عيناك غالبا ما تكون حمراوين أو ملتهبتين؟		
5	هل عادة ما تعاني من آلام شديدة في عينيك؟		
6	هل تسمع بصعوبة؟		
7	هل تسمع طنين في أذنيك؟		
8	هل كثيرا ما ترد البلعم من حلقك؟		
9	هل أنفك مسدود باستمرار؟		
10	هل تعاني من مرض الربو؟		
11	هل تعاني من السعال المستمر؟		
12	هل تعاني من الالتهاب الشعبي؟		
13	هل يحدث أحيانا أن تعرق عرقا غزيرا أثناء الليل؟		
14	هل تعاني من نوبات صدرية مؤلمة (ألم ضيق الصدر)؟		
15	هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية؟		
16	هل يعاني أحد أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟		
17	هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟		
18	هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جدا أو منخفض؟		
19	هل سبق أن علمت أن نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك؟		
20	هل تشعر بالألم في الصدر أو القلب؟		
21	هل تشعر بصعوبة في التنفس؟		
22	هل تعاني من التهابات في المعدة (الغازات أو الحموضة).		

		هل تعاني من تهيج في القولون أو المعدة؟	23
		هل سبق لك حدوث التهاب في الغشاء المخاطي في القولون؟	24
		هل زاد وزنك مؤخرا؟	25
		هل نقص وزنك مؤخرا؟	26
		هل سبق أن أصبت بقرحة؟	27
		هل سبق أك حدث لك كسور في العظام؟	28
		هل تتناوا الأسبرين بانتظام بسبب التهاب المفاصل (الروماتيزم)؟	29
		هل تعاني كثيرا من آلام وتورمات في مفاصلك؟	30
		هل تشعر بتيبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار؟	31
		هل عادة ما تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك؟	32
		هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام الظهر؟	33
		هل تعاني تعاني من اصابات جلدية مزمنة؟	34
		هل كثيرا ما يظهر طفح جلدي لديك؟	35
		هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة؟	36
		هل يحدث غالبا احمرار شديد في وجهك؟	37
		هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد؟	38
		هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك؟	39
		هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس؟	40
		هل الضغط والصداع في الرأس عادة ما يجعل حياتك بائسة؟	41
		هل كثيرا ما تشعر بالإغماء؟	42
		هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي من أجزاء جسمك؟	43
		هل سبق أن أصبت بضربة أفقدتك الوعي؟	44
		هل تقرض (تعض) أظفرك بصورة ضارة؟	45
		هل غالبا ما تكون أعضاؤك التناسلية بها ألم أو التهاب؟	46
		هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية؟	47

		هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟	48
		هل تعاني غالبا من حرقان شديد عندما تتبول؟	49
		هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة؟	50
		هل سبق أن أخبرك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة؟	51
		هل غالبا ما تحدث لك نوبات من الاجهاد الكامل أو التعب؟	52
		هل عادة ما تحس بالتعب والاجهاد في الصباح؟	53
		هل يحدث أن تكون متعب جدا ومنهمك لدرجة أنك لا تستطيع تناول الطعام؟	54
		هل تعاني من اجهاد عصبي شديد؟	55
		هل تعتبر شخص دائم المرض؟	56
		هل آلام الصداع الشديد تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك؟	57
		هل تقلق كثيرا وتكون منزعا بخصوص صحتك؟	58
		هل سبق أن أصبت بمرض السكر؟	59
		هل أخبرك الطبيب أن لديك التهاب بالغدة الدرقية في عنقك؟	60
		هل سبق أن عالجتك الطبيب من ورم السرطان؟	61
		هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟	62
		هل غالبا ما تحدث لك حوادث صغيرة أو إصابات؟	63
		هل سبق لك عمل اختبار نسبة الجلوكوز في الدم؟	64
		هل عادة ما تجد صعوبة كي تنام أو تستمر في النوم؟	65
		هل تستخدم حبوب منومة؟	66
		هل تتناول بانتظام مهدئات ومسكنات؟	67
		هل تتناول أكثر من من 09 فناجين من القهوة أو الشاي يوميا؟	68
		هل تجد من المستحيل أخذ فترة راحة منتظمة كل يوم؟	69
		هل غالبا ما تصحو من نومك بسبب الأحلام المزعجة؟	70

Table de fréquences

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	انثى	21	42,0	42,0	42,0
	ذكر	29	58,0	58,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اقل من 30 سنة	35	70,0	70,0	70,0
	اكثر من 30 سنة	15	30,0	30,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

الخبرة المهنية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اقل من 05 سنوات	31	62,0	62,0	62,0
	اكثر من 05 سنوات	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اعزب	35	70,0	70,0	70,0
	متزوج	15	30,0	30,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

ANOVA

المقياس الاجمالي

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	353,620	1	353,620	87,026	,005
Intragroupes	6331,100	48	131,897		
Total	6684,720	49			

ONEWAY السن BY 3م
/MISSING ANALYSIS
/POSTHOC=LSD ALPHA(0.05).

ANOVA

المقياس الاجمالي

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	224,949	1	224,949	21,672	,001
Intragroupes	6459,771	48	134,579		
Total	6684,720	49			

ONEWAY سنوات العمل BY 3م
/MISSING ANALYSIS
/POSTHOC=LSD ALPHA(0.05).

ANOVA

المقياس الاجمالي

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	657,983	1	657,983	15,241	,002
Intragroupes	6026,737	48	125,557		
Total	6684,720	49			

ONEWAY الحالة الاجتماعية BY 3م
/MISSING ANALYSIS
/POSTHOC=LSD ALPHA(0.05).

Corrélations

Corrélations

ANOVA

المقياس الاجمالي

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,187	1	,187	,001	,971
Intragroupes	6684,533	48	139,261		
Total	6684,720	49			

Fiabilité

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
السمع والابصار	116,3400	37,249	,708	.	,622
الجهاز التنفسي	116,7400	46,523	,237	.	,697
القلب والاعوية الدموية	108,1600	49,362	,364	.	,855
الجهاز الهضمي	117,5200	48,296	,694	.	,711
الهيكل العظمي والعضلي	117,3800	37,220	,713	.	,621
الجلد والحساسية	117,5200	45,806	,400	.	,685
الجهاز العصبي	117,3800	37,220	,713	.	,621
الجهاز البولي والتناسلي	116,7400	46,523	,237	.	,697
تعب وتكرار المرض	114,5200	37,602	,716	.	,623
الجهاز الغددي	117,5200	45,806	,400	.	,685
النوم	117,3800	37,220	,713	.	,621

		س21	س25	س29	البنود غير المباشرة
س1	Corrélation de Pearson	1,000**	-,046	-,069	,513**
	Sig. (bilatérale)	,000	,753	,632	,000
	N	50	50	50	50
س7	Corrélation de Pearson	,080	,037	-,075	,782**
	Sig. (bilatérale)	,582	,799	,604	,000
	N	50	50	50	50
س10	Corrélation de Pearson	,257	-,030	-,186	,680**
	Sig. (bilatérale)	,072	,838	,196	,000
	N	50	50	50	50
س13	Corrélation de Pearson	-,219	,056	-,038	,115
	Sig. (bilatérale)	,127	,699	,794	,428
	N	50	50	50	50
س17	Corrélation de Pearson	,080	,037	-,075	,782**
	Sig. (bilatérale)	,582	,799	,604	,000
	N	50	50	50	50
س21	Corrélation de Pearson	1	-,046	-,069	,513**
	Sig. (bilatérale)		,753	,632	,000
	N	50	50	50	50
س25	Corrélation de Pearson	-,046	1	,211	,255
	Sig. (bilatérale)	,753		,141	,074
	N	50	50	50	50
س29	Corrélation de Pearson	-,069	,211	1	,141
	Sig. (bilatérale)	,632	,141		,328
	N	50	50	50	50
البنود غير المباشرة	Corrélation de Pearson	,513**	,255	,141	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,074	,328	
	N	50	50	50	50

Corrélations

		1س	7س	10س	13س	17س
1س	Corrélation de Pearson	1	,080	,257	-,219	,080
	Sig. (bilatérale)		,582	,072	,127	,582
	N	50	50	50	50	50
7س	Corrélation de Pearson	,080	1	,534**	,123	1,000**
	Sig. (bilatérale)	,582		,000	,395	,000
	N	50	50	50	50	50
10س	Corrélation de Pearson	,257	,534**	1	-,115	,534**
	Sig. (bilatérale)	,072	,000		,428	,000
	N	50	50	50	50	50
13س	Corrélation de Pearson	-,219	,123	-,115	1	,123
	Sig. (bilatérale)	,127	,395	,428		,395
	N	50	50	50	50	50
17س	Corrélation de Pearson	,080	1,000**	,534**	,123	1
	Sig. (bilatérale)	,582	,000	,000	,395	
	N	50	50	50	50	50
21س	Corrélation de Pearson	1,000**	,080	,257	-,219	,080
	Sig. (bilatérale)	,000	,582	,072	,127	,582
	N	50	50	50	50	50
25س	Corrélation de Pearson	-,046	,037	-,030	,056	,037
	Sig. (bilatérale)	,753	,799	,838	,699	,799
	N	50	50	50	50	50
29س	Corrélation de Pearson	-,069	-,075	-,186	-,038	-,075
	Sig. (bilatérale)	,632	,604	,196	,794	,604
	N	50	50	50	50	50
البنود غير المباشرة	Corrélation de Pearson	,513**	,782**	,680**	,115	,782**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,428	,000
	N	50	50	50	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
البنود المباشرة	50	51,6000	5,86933	,83005
البنود غير المباشرة	50	22,0200	3,13304	,44308

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 0				
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
					Inférieur
البنود المباشرة	62,165	49	,000	51,60000	49,9320
البنود غير المباشرة	49,698	49	,000	22,02000	21,1296

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 0	
	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	Supérieur	
البنود المباشرة	53,2680	
البنود غير المباشرة	22,9104	

Rapport

المقياس الاجمالي

الجنس	Moyenne	N	Ecart type
ذكر	193,4762	21	13,21219
انثى	192,9310	29	10,67350
Total	193,1600	50	11,68002

Tableau ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen
المقياس الاجمالي * الجنس	Entre groupes (Combinée)	3,620	1	3,620
	Intra-groupes	6681,100	48	139,190
	Total	6684,720	49	

Tableau ANOVA

		F	Sig.
المقياس الاجمالي * الجنس	Entre groupes (Combinée)	,026	,873
	Intra-groupes		
	Total		

Rapport

المقياس الاجمالي

السن	Moyenne	N	Ecart type
اقل من 30 سنة	191,7714	35	10,82232
اكثر من 30 سنة	196,4000	15	13,30306
Total	193,1600	50	11,68002

Tableau ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen
المقياس الاجمالي * السن	Entre groupes (Combinée)	224,949	1	224,949
	Intra-groupes	6459,771	48	134,579
	Total	6684,720	49	

Tableau ANOVA

		F	Sig.
المقياس الاجمالي * السن	Entre groupes (Combinée)	1,672	,202
	Intra-groupes		
	Total		

Mesures d'association

	Eta	Eta carré
المقياس الاجمالي * السن	,183	,034

Tableau ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen
المقياس الاجمالي * الخبرة المهنية	Entre groupes (Combinée)	657,983	1	657,983
	Intra-groupes	6026,737	48	125,557
	Total	6684,720	49	

Tableau ANOVA

		F	Sig.
المقياس الاجمالي * الخبرة المهنية	Entre groupes (Combinée)	5,241	,027
	Intra-groupes		
	Total		

Mesures d'association

	Eta	Eta carré
المقياس الاجمالي * الخبرة المهنية	,314	,098

Tableau ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen
المقياس الاجمالي * الحالة الاجتماعية	Entre groupes (Combinée)	,187	1	,187
	Intra-groupes	6684,533	48	139,261
	Total	6684,720	49	

Tableau ANOVA

		F	Sig.
المقياس الاجمالي * الحالة الاجتماعية	Entre groupes (Combinée)	,001	,971
	Intra-groupes		
	Total		

Mesures d'association

	Eta	Eta carré
المقياس الاجمالي * الحالة الاجتماعية	,005	,000