



جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -
كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث
تخصص: علم النفس المرضي المؤسساتي
إعداد الطالبة: طراد نفيسة

علاقة نمط الشخصية (أ، ب) و استراتيجيات المواجهة بالاستجابة
السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي و شبه الطبي)

دراسة ميدانية ببعض المستشفيات بولاية ورقلة

نوقشت و أجزت علنا بتاريخ: 2021/05/23

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة

رئيسا	- جامعة ورقلة	أستاذ التعليم العالي	خميس محمد سليم
مشرفا و مقرا	- جامعة ورقلة	أستاذ التعليم العالي	أبي مولود عبد الفتاح
مناقشا	- جامعة ورقلة	أستاذ التعليم العالي	وازي الطاوس
مناقشا	- جامعة غرداية	أستاذ التعليم العالي	قدوري يوسف
مناقشا	- جامعة الوادي	أستاذ التعليم العالي	مماي شوقي
مناقشا	- جامعة ورقلة	أستاذ التعليم العالي	محمدي فوزية

الموسم الجامعي: 2021/2020

شكر و عرفان

اللهم لك الحمد حتى ترضى و لك الحمد إذا رضيت و لك الحمد بعد الرضا، فالحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات و طرحت البركات. أحمداك اللهم و أشرك على توفيقك لي في إنجاز هذا العمل.

لذلك أتقدم بالشكر:

إلى كل من لقتني درسا من دروس الحياة في أي لحظة من لحظات العمر
إلى اللذين علموني أن الحياة هي البذل و العطاء
إلى اللذين علموني كيف أبحث عن الحقيقة في الحياة و كيف أبحث عن الحياة في الحقيقة
...إلى عائلتي الصغيرة و الكبيرة
إلى مشرفي الأستاذ الدكتور عبد الفتاح أبي مولود
إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة
إلى أساتذة علم النفس اللذين مررت على أيديهم في مشواري الجامعي بجامعة قاصدي
مرباح لكم مني كل الاحترام و التقدير
إلى الأستاذ لقوي الهاشمي
إلى زملاء الدفعة كل باسمه
إلى الأطباء و الشبه الطبيين بكل من مستشفى سليمان عميرات و مستشفى الأم و الطفل
بتقرت، مستشفى محمد بوضياف بورقلة.

إليكم أقدم هذه الصفحات

نفيسة طراد

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة نمط الشخصية واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي وشبه الطبي) ببعض مستشفيات ولاية ورقلة. اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي، وعينة عشوائية بسيطة قوامها (230) فردا من الفريق الطبي وشبه الطبي موزعين على المستشفيات التالية (مستشفى الأم والطفل بتقرت، المؤسسة الاستشفائية سليمان عميرات بتقرت والمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة) حيث تم الاعتماد في جمع البيانات على بطارية مكونة من ثلاث مقاييس:

- مقياس نمط الشخصية (أ) و (ب) لـ Bortner (1969) تعريب وعواع (2018)
- مقياس استراتيجيات المواجهة لـ paulhan (1994) تعريب مصطفى باشن (1998)
- قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية لـ Brodman & al (1946) تعريب أبوالنيل (2000) و بنتائج الفحص السيكومتري الذي كان مطمئن على ضوء طريقة برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية 20,0 و بعد تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية خلصت نتائج الدراسة إلى :
1. وجود علاقة ارتباطية بين نمطي الشخصية واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.
2. توجد فروق في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.
3. تختلف دلالة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و الاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي (أ) و (ب)
4. تختلف الاستجابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة يعزى فيها الاختلاف لمتغير (السن، عدا متغيري الجنس و الوظيفة).
5. الاستراتيجيات التي تنبأت باضطرابات سيكوسوماتية على عينة الدراسة هي استراتيجيات مركزة حول المشكل و حول الانفعال.
6. توجد فروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى للنمط السلوكي للشخصية.
7. توجد فروق في أبعاد مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى للنمط السلوكي للشخصية.

و قد فسرت النتائج المتوصل إليها على ضوء التراث العلمي و الدراسات السابقة حول الموضوع. الكلمات المفتاحية: نمطي الشخصية (أ) و (ب)، استراتيجيات المواجهة، الاضطرابات السيكوسوماتية.



Abstract:

This study aims at exploring the relationship between personality patterns and coping strategies with psychosomatic response in a sample of health team (medical and paramedical) in some hospitals in Ouargla Province.

The present study relied on the descriptive and correlative approach, and a simple random of 230 individuals (doctors and paramedics) distributed at the following hospitals (Mother and Child Hospital in Touggourt, Sliman Amirat Hospital in Touggourt and Mohammed Boudiaf Hospital in Ouargla).

Data collection was also based on a three-scale battery:

- Portner's character pattern (a) and (b) translation OUAAOUAA (2018)
- Measuring coping strategies for paulhan translation BACHEN (1998)
- Cornell list of psychosomatic disorders translation ABU NIL (2000)

According to the results of psychometric examination which was reassuring by conducting the method of the statistical analysis program for the social sciences. version 20,0, and after applying the basic study Procedures, the results are concluded as the followings :

1. There is a correlation between personality patterns and coping strategies with psychosomatic response of the study sample.
2. There are differences in the level of psychosomatic disorders among the study sample.
3. The significance of the relationship between coping strategies and psychosomatic response varies according to the behavioural patterns (a) and (b).
4. Psychosomatic responses among the study sample among in which the difference is attributed to a variable (age, except for gender and occupation).
5. The strategies that predicted psychosomatic disorders on the study sample are strategies focused on the problem and on the emotion.
6. There are differences in the dimensions of the coping strategies due to the behavioural pattern of the personality.
7. There are differences in the dimensions of the Cornell scale for psychosomatic disorders due to the behavioural pattern of the personality.

The findings were interpreted according to the scientific heritage and previous studies on the subject.

keywords: personality pattern (A, B), coping strategies, psychosomatic disorders

قائمة المحتويات

أ	شكر و عرفان.....
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
د	قائمة المحتويات.....
ط	قائمة الجداول.....
ك	قائمة الأشكال.....
01	مقدمة الدراسة.....

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول

تقديم الدراسة

05	1. عرض مشكلة الدراسة.....
12	2. تحديد إشكالية الدراسة.....
13	3. تساؤلات الدراسة.....
13	4. فرضيات الدراسة.....
14	5. أهداف الدراسة.....
14	6. أهمية الدراسة.....
15	7. التعاريف الاجرائية.....
16	8. حدود الدراسة

الفصل الثاني النمط السلوكي للشخصية

تمهيد

- 19..... 1. الشخصية
- 19..... 1. مفهوم الشخصية
- 22..... 2. تكوين الشخصية
- 23..... 3. محددات الشخصية
- 28..... II. الأنماط السلوكية للشخصية
- 28..... 1. مفهوم أنماط الشخصية
- 32..... 2. تصنيف أنماط الشخصية
- 36 3. النمط السلوكي (أ) و (ب)

خلاصة

الفصل الثالث

الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها

تمهيد

- 54..... 1. الضغوط النفسية
- 54..... 1. لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي
- 56..... 2. مفهوم الضغط النفسي
- 59..... 3. مصادر الضغط النفسي
- 61..... 4. فيزيولوجية الضغط النفسي
- 63..... 5. المقاربات النظرية في تفسير الضغط النفسي
- 68 6. علاقة الضغط النفسي بالأنماط السلوكية
- 70 II. استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية

1. مفهوم استراتيجيات المواجهة 71
 2. وظائف استراتيجيات المواجهة..... 73
 3. محددات استراتيجيات المواجهة..... 74
 4. تصنيف استراتيجيات المواجهة..... 75
 5. التناولات النظرية: المدخل الحيواني 78
 - المدخل السيكودينامي..... 79
 - المدخل التفاعلي..... 81
 6. العلاقة بين نمط الشخصية و استراتيجيات المواجهة..... 83
- خلاصة

الفصل الرابع

الاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

1. لمحة عن علاقة النفس بالجسد..... 87
2. مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية..... 88
3. أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية..... 91
4. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية..... 94
5. النظريات المفسرة الاضطرابات السيكوسوماتية (الفيزيولوجية، التحليلية، السلوكية، المعرفية) 102
6. تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية..... 108
7. أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية:..... 111
- الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الهضمي..... 111
- الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الدوراني..... 112
- الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العضلي و الهيكلية..... 120
- الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز التنفسي..... 114
- الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العصبي..... 119

- 117.....- الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الغدي و التناسلي
- 115.....- الاضطرابات السيكوسوماتية التي تصيب الجلد
- 121.....8. علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية (أ،ب)
- 125.....9. علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية باستراتيجيات المواجهة
- خلاصة

الجانب الميداني للدراسة

الفصل الخامس

الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد

- 131.....1. منهج الدراسة
- 131.....2. حدود الدراسة
- 132.....3. وصف عينة الدراسة
- 133.....3. أدوات جمع البيانات:
- 1344. 1. مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية (2000) تعريب أبو النيل.
- 1394. 2. مقياس استراتيجيات المواجهة(1994) تعريب باشن
- 142.....4. 3. مقياس نمط الشخصية (أ) و (ب) (2018)تعريب وعواع.
- 1435. الخصائص السيكومترية للأدوات:
144.5. 1. صدق و ثبات مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.
- 143.....5. 2. صدق و ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة
- 1465. 3. صدق و ثبات مقياس نمط الشخصية (أ) و (ب).
- 148.....6. إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية.
- 149.....7. الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل السادس

عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضيات

1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى 152
2. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية..... 157
3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة..... 162
4. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة..... 165
5. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة..... 174
6. عرض و مناقشة نتائج الفرضية السادسة..... 177
7. عرض و مناقشة نتائج الفرضية السابعة..... 181
- خلاصة عامة..... 186
- قائمة المراجع 190
- الملاحق..... 197

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان
30	الجدول رقم (01) يوضح تصنيف كاتل لسمات الشخصية
31	الجدول رقم (02) يوضح السمات (16) للشخصية عند كاتل
51-50	الجدول رقم (03) يوضح بروفيل نمط الشخصية (أ) و نمط الشخصية (ب)
132	الجدول رقم (04) يبين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الوظيفة (ن=230)
133	الجدول رقم (05) يبين توزيع عينة الدراسة حسب السن
135	الجدول رقم (06) يبين عدد الأسئلة في كل مقياس فرعي لقائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية
136	الجدول رقم (07) يبين مستويات الاضطراب السيكوسوماتي لقائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية
143	الجدول رقم (08) يبين معامل الارتباط بين كل بعد و الدرجة الكلية للمقياس الواجهة (ن=230)
144	الجدول رقم (09) يبين معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس المواجهة
144	الجدول رقم (10) يبين قيمة معامل الثبات ألفا-كرونباخ على مقياس الواجهة
145	الجدول رقم (11) يبين معامل الارتباط بين كل مقياس فرعي و الدرجة الكلية لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية (ن=230)
145	الجدول رقم (12) يبين معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية (ن=230)
146	الجدول رقم (13) يبين قيمة معامل الثبات ألفا-كرونباخ على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية (ن=230)
146	الجدول رقم (14) يبين قيمة معامل الصدق التمييزي لمقياس أنماط الشخصية (ن=230)
147	الجدول رقم (15) يبين معامل الارتباط البنود و الدرجة الكلية لمقياس أنماط الشخصية (ن=230)

148	الجدول رقم (16) يبين معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية على لمقياس أنماط الشخصية (ن=230)
152	جدول رقم (17) يبين نتائج معامل الارتباط بين نمط الشخصية و الاستجابة السيكوسوماتية (ن=230)
154	جدول رقم (18) يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون بين استراتيجيات المواجهة و الاستجابة السيكوسوماتية(ن=230)
157	جدول رقم (19) يوضح درجات الاضطراب السيكوسوماتي حسب حدتها من خلال الدرجة الكلية (ن=230)
157	جدول رقم (20) يوضح الفروق بين مستويات الاضطراب من خلال قيمة كا ² (ن=230)
162	جدول رقم (21) يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون لعلاقة استراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي (ن=230)
165	جدول رقم (22) يوضح قيمة "ت" للفروق بين نمطي الشخصية (أ) و (ب) على مقياس قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية (ن=230)
166	جدول رقم (23) يوضح قيمة "ت" للفروق بين الجنسين على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية (ن=230)
168	جدول رقم (24) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي في الفئات العمرية على قائمة كورنل(ن=230)
170	جدول رقم (25) يبين نتائج شيفيه للمقارنات البعدية للفروق بين متوسطات الفئات العمرية على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية (ن=230)
172	جدول رقم (26) يبين قيمة "ت" للفروق بين الأطباء و شبه الطبيين على قائمة كورنل (ن=230)
174	جدول رقم (27) يبين نتائج تحليل الإنحدار المتعدد لتأثير استراتيجيات المواجهة على الاستجابة السيكوسوماتية (ن=230)
177	جدول رقم (28) يبين اختبار "ت" للفروق بين نمطي الشخصية (أ) و (ب) على أبعاد مقياس إستراتيجيات المواجهة (ن=230)
181	جدول رقم (29) يبين الفروق في نمط الشخصية (أ) و (ب) على أبعاد قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية(ن=230)

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان
23	شكل رقم (01) يوضح تكوين الشخصية حسب أحمد ماهر
33	شكل رقم (02) يوضح أنماط كريتشمير
49	شكل رقم (03) يوضح تباين النمط (أ) و (ب) و أمراض القلب الوعية
65	شكل رقم (04) يوضح نظرية سيللي
135	شكل رقم (05) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس (ن=230)
158	شكل رقم (06) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية على مستويات الاضطراب السيكوسوماتي (ن=230)
159	شكل رقم (07) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية على مستويات الاضطراب السيكوسوماتي حسب الجنس (ن=230)

مقدمة:

يعتبر الاهتمام المتزايد في المجتمعات بالعمل كوسيلة للتنمية و كميّار لقيمة الفرد الاجتماعية مصدرا متزايدا للضغوط النفسية و الاجتماعية و المهنية... و من هذا المنطلق جاء الاهتمام ببيئة العمل و الضغوط النفسية التي تتعكس على فعالية المؤسسات بصفة عامة و الاستشفائية منها بصفة خاصة و إلى أهمية الفريق الصحي في تقديم الرعاية الطبية، فقد كشف باحثون أن الضغوط لا تعود مباشرة إلى العوامل المرتبطة بمحيط العمل فقط بل إن للعوامل الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية دور فعال و منشط في بروز المظاهر المرضية (النفسية أو النفسجسمية) سواء على مستوى الفرد أو المؤسسة و ذلك حسب خصائص متعلقة بنمط شخصيتهم و كيفية تعاملهم معها، و لعل أهم الأنماط السلوكية للشخصية هما النمطين (أ) و (ب).

و بينما ترتبط ضغوط العمل في الوسط المؤسسي بمدى واسع من الاضطرابات النفسية و الجسدية فإن استراتيجيات مواجهتها تعتبر كعوامل تعويضية تكيفية تساعد بالحفاظ على الصحة النفسية و الجسمية للفرد، هنا قد يظهر و بقوة دور استراتيجيات المواجهة كوسيط لتقليل الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية و التي قد تحدث خلل في الوظيفة و نرجع منها حالات التغيب عن العمل، و كثرة الإجازات المرضية و التي ترجع أساسا إلى شكاوى سيكوسوماتية و نظام المناوبة .. الخ، ويعتمد نجاح المؤسسة الصحية على مدى ما يتوافر لها من فعالية و تكامل في أعضاء الفريق الصحي حيث يجب عليهم القيام بواجبهم التمريضي على أكمل وجه إلا أنه ولأسباب عديدة تظهر معوقات تحول دون قيام الفريق الصحي بدورهم الكامل أو على الوجه المطلوب الأمر الذي يجعلهم عاجزين عن تقديم الخدمة المطلوبة بالمستوى المتوقع منهم.

إلا أنه قد يؤدي هذا الإحساس بالعجز إلى حدوث حالة من الاضطراب و حالة من الإجهاد والاستنزاف النفسي تجعلهم تحت وطأة مجموعة من الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية.

و مما سبق ذكره سعينا في دراستنا إلى الكشف عن علاقة نمط الشخصية (أ و ب) واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية على عينة من الفريق الصحي (الطبي وشبه الطبي) ببعض مستشفيات ولاية ورقلة.

واعتمادا على المنهج الوصفي الإرتباطي جاءت دراستنا في جانبين نظري و ميداني، حيث احتوى الجانب النظري على أربع فصول و كانت كالآتي:

✓ الفصل الأول: تقديم الدراسة من تحليل لإشكالياتها و تحديد أهم التساؤلات من ثم فرضيات الدراسة، المحددات الزمانية و المكانية، الأهداف والأهمية.

✓ الفصل الثاني: و الذي تناول المتغير الأول في الدراسة نمط الشخصية و تم التطرق فيه لوصف الشخصية أولا ثم النمط السلوكي للشخصية و فيه عرض للنمطين (أ) و (ب) و التمايز بينهما.

✓ الفصل الثالث: حيث تم عرض المتغير الثاني و هو الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها و ذلك بالتطرق لمفهوم الضغوط النفس و مصادرها و المقاربات المفسرة لها، أما بالنسبة لاستراتيجيات المواجهة تكلمنا حول المفهوم و الوظائف و المحددات كذلك التناولات النظرية و العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و نمط الشخصية.

✓ الفصل الرابع: و فيه تم التطرق للاضطرابات السيكوسوماتية و تصنيفاتها و التناولات النظرية لها، التشخيص و الأنواع كذلك العلاقة بينها و بين المتغيرين السابقين.

أما الجانب الميداني فقد اشتمل على فصلين هما:

✓ الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة و الذي تضمن المنهج المستخدم في الدراسة و وصف لعينه الدراسة، كذلك أدوات جمع البيانات و ذكر الخصائص السيكومترية و أخيرا إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية.

✓ الفصل السادس: و الذي تم التطرق فيه إلى عرض و مناقشة و تفسير نتائج الدراسة على ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة .

و ختمت الدراسة بخلاصة عامة.

الجانب النظري

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1. عرض مشكلة الدراسة
2. تحديد إشكالية الدراسة
3. تساؤلات الدراسة
4. فرضيات الدراسة
5. أهداف الدراسة
6. أهمية الدراسة
7. التعاريف الإجرائية
8. حدود الدراسة

1. عرض مشكلة الدراسة:

مما لا ريب فيه أن لكل مؤسسة من المؤسسات مجموعة من الأهداف تسعى لتحقيقها معتمدة في ذلك على تلة من المختصين والمهنيين اللذين يفترض فيهم القيام بعملهم بطرق تتسم بالفاعلية و الاهتمام، إذ تعد المؤسسات الإستشفائية إحدى أهم هذه المؤسسات على تنوعها حيث تعتبر من المعالم الحضارية التي تعكس ما وصلت إليه الدول من تقدم اجتماعي و خاصة إذا كانت هذه المستشفيات امتداد للرعاية الطبية الأولية ومكملة لها، كما أنها مؤسسة صحية ترتبط ارتباطا وثيقا بالوضع الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي والسياسي تتأثر به وتؤثر فيه... ويعتمد نجاح المؤسسة الصحية على مدى ما يتوافر لها من عناصر جيدة في أعضاء الفريق الصحي اللذين حيث وجب عليهم أن يثبتوا قدراتهم ومهاراتهم التمريضية لكسب ثقة المريض إلا أنه ولأسباب عديدة تظهر معوقات تحول دون قيام الفريق الصحي بدورهم الكامل أو على الوجه المطلوب الأمر الذي يجعلهم عاجزين عن تقديم الخدمة المطلوبة بالمستوى الذي يتوقعه الآخرون منه.

حيث يواجه أفراد الفريق الصحي في بيئة العمل العديد من المواقف الضاغطة و التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها و أحداث تنطوي على الكثير من مصادر القلق و عوامل الخطر والتهديد في مجالات الحياة كافة. (الضريبي، 2010، ص671 بتصرف)

ففي دراسة ل "تشابمان Chapman" 1995 أفادت أن الممرضين و الممرضات يدركون أن انخفاض مستوى مساندة زملائهم يؤدي إلى شعورهم بازدياد في ضغط العمل، و دراسات أخرى كذلك أشارت لوجود علاقة بين الممرض و ضغوط العمل و الاستجابة نحو هذه الضغوط و التكيف معها كدراسة "كين Kean" 1995 و مجموعة من الدراسات الأخرى ك "الوائلي 1998" و دراسة "الغزالي 2001" و دراسة "شوستر Schuster 1999".

فالتطور السريع الذي تشهده حياتنا المعاصرة أدى إلى زيادة وتنوع مستلزمات الحياة، بل إن طموحات الفرد اختلفت وازدادت عما قبل، وقد فرض ذلك كله عليه مزيدا من الجهد

والعمل المتواصل مما جعله يشعر بحالة من التوتر والضغوط النفسية إذ تعد هذه الضغوط ومصادرها وآثارها على العاملين بالمؤسسات المختلفة من الموضوعات التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين. (الضريبي، 2010، ص 671)

وقد انعكست آثار تلك المواقف الضاغطة على معظم جوانب شخصية أفراد الفريق الصحي. إذ يعتبر الاحتراق النفسي من الظواهر الناتجة عن تلك الضغوط سواء النفسية منها أو المهنية و بعض الأسباب الأخرى و وصف بأنه الأكثر حدوثاً لدى أصحاب المهن الخدمائية. (نشوة دردير، 2007، ص 28)

في حين توصل العلماء إلى أن الطريقة التي نسلكها في تعاملنا مع الآخرين و البيئة من حولنا و كذلك طريقة تفكيرنا تؤثر في صحتنا، وأكدوا على دور العوامل النفسية في الإصابة بالأمراض، وكثير منهم يرون أن تأثير العوامل النفسية في صحة الفرد لا يقل عن تأثير العوامل الجسدية بل يتعداها في كثير من الأحيان حيث يؤكد "جنكينز Jenkins، 1994" في هذا الصدد أننا نعرف كيف تؤثر الأمراض أو الآلام الفيزيائية على الطريقة التي نعتقد ونفكر ونشعر فيها. (الصمادي و غوانمة، 2012، ص 34)

فالارتباط بين الجانب السيكولوجي للفرد و جانبه البيولوجي محور اهتمام جل الدراسات الحديثة و باعتبار الفرد وحدة متكاملة لا يمكن فصل جانبه النفسي عن الجانب البيولوجي، فإن هناك تفاعل مستمر ومؤكد بين جهازه النفسي و جهازه البيولوجي و كلا الجهازين يتأثر و يؤثر في الآخر، و يعرف هذا الارتباط بين الجانب النفسي و العضوي المتمثل في النظام المناعي بالمناعة النفسية العصبية PNI والذي يدل على الرابط بين الجانب النفسي و التنظيم العصبي الغددي و المناعي و الذي أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة "تورمان كورنس Norman causins 1990". كما يمكننا الوصول إلى نتيجة هي أن هناك تفاعل متبادل بين الجانب النفسي و كل من الجهاز العصبي والمناعي، حيث تؤثر الحالة النفسية للفرد مهما كانت طبيعتها على الجانب العصبي أولاً والذي يستقبلها كتنبيه في شكل معلومة

حسية أين يقوم بدوره بتحريض الجهاز الغددي على إفراز الهرمونات حسب طبيعة الحالة النفسية، و من خلال هذه الهرمونات و الوسائط الكيميائية يتأثر الجهاز المناعي ليتجاوب إما بتنشيط الخلايا المناعية أو تثبيطها، و العكس صحيح فأثناء دخول جسم غريب إلى العضوية فإن الجهاز المناعي ينشط لمقاومة هذا الجسم الغريب من خلال الخلايا المناعية كاللمفاويات و الكريات البيضاء مما يؤدي إلى إعطاء إشارات للجهاز العصبي و الغددي لإفراز مختلف الوسائط الكيميائية لمساعدة الجسم على المقاومة و أثناء حدوث هذه التفاعلات فإن الفرد يتعرض لآلام مختلفة، و ارتفاع درجة حرارة جسمه مما يعرضه للتضايق و الحزن كما يوضحه jean john في كتابه: la biologie pour psychologie. (قنون، 2013، ص 17، ص 55)

واعتبر "برينر M.Harvey Breuner " أن اليأس و قلة الحيلة و الشك من أهم العوامل التي تسبب الإصابة بالمرض، ودرس كذلك "برينر M.Harvey Breuner " إحصائيات الوفيات من أمراض الكلى، أمراض القلب و الأوعية الدموية، تليف الكبد، تعاطي الكحوليات والانتحار.. خلال الأزمات الاقتصادية... و استنتج ذلك بسبب تأثير الإجهاد على أفراد المجتمع. (شتيوي، 2002، ص 35-36)

أي أن هناك تفاعلا بين العوامل النفسية و الفيسيولوجية و بمعنى آخر تلك الاضطرابات الجسمية التي تظهر نتيجة لاستجابة الجسم لعوامل نفسية و انفعالية.

كما يمكن للعواطف التأثير على جسم الإنسان سلبا أو إيجابا، فإذا كانت هذه العواطف أو المشاعر سلبية كالحزن، الاكتئاب والتوتر فهي تؤثر سلبا على الجسم و تجعله عرضة للأمراض المختلفة من خلال إضعاف جهاز المناعة لديه و تثبيط نشاطه، أما إذا كانت هذه المشاعر إيجابية كالفرح و السعادة فهي تساعد الجسم على مقاومة الأمراض من خلال تنشيط جهازه المناعي. (قنون، 2013، ص 17).

فالمرض النفس جسدي هو مجموعة من الأمراض التي تطال المزاي الفكرية للمريض ودينامية هذه المزاي بالإضافة لمطاولتها الجسد. (دويدار، 1994، ص262). ما يشير إلى تفاعل كل من العقل و البدن مما يستدعي البحث خلف الملاحظات الإكلينيكية و محاولة معرفة مدى ارتباط هذه العوامل النفسية ببعض الأمراض الجسدية.

إذن فالأمراض السيكوسوماتية تنشأ نتيجة عدم قدرة أفراد الفريق الصحي على التعامل بفعالية مع مختلف الوضعيات و الضغوط التي يتعرضون لها في الوسط الاستشفائي، حيث أوضح "رضا مسعودي" 2003 في دراسته حول مصادر و مؤشرات الضغط المهني لدى أطباء الاستعجالات من أن الأعراض السيكوسوماتية تعتبر أهم الأعراض الناتجة عن تعرضهم للضغوط المهنية بعد الأعراض النفسية، ودراسة "يوسف محمد عبدالفتاح" 1994 حول الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاه نحو المرض النفسي.

كانت بوادر الإشارة للاضطرابات السيكوسوماتية في البرديات المصرية القديمة عام 1900 ق.م و عرفه اليونانيون أيضا، أما في العصر الحديث فقد وصف "بريكويت Briquit" عام 1856 مجموعة من الأعراض شملت العديد من الأعراض الجسمية التي تظهر بأجهزة الجسم المختلفة و يقوم أصحابها بزيارات عديدة للأطباء و لديهم تاريخ دخول العديد من المستشفيات و إجراء العمليات. و قد عرفت هذه الأعراض بزملة بريكويت Briquit syndrome و التي تعد مكافئة لأعراض الهستيريا التحويلية Hysteria conversion. و تأتي دراسات "فرويد Freud" في الهستيريا في مقدمة الكتابات التي قامت في القرن العشرين لتوضيح أثر العقل على الجسم و حدوث عملية التبدين La somatisation من خلال مفهومي الكبت Repression و التحويل Conversion كنوعين من ميكانيزمات الدفاع.

(عبد القوي، 2002، ص08-09)

أما "هينروث Heinroth" فكان أول من استخدم مصطلح البسيكوسوماتيك عام 1818 إلا أن الاستخدام الدقيق للمصطلح كان سنة 1922 على يد "دوتش Deutsch" وصولا إلى

أعمال "مارتي P. Marty" في البيسكوسوماتيك و ذلك سنة 1978 بالتطبيق العملي له مع تأسيسه لمعهد البيسكوسوماتيك . (مارتي و آخرون.1992. ص17)

إذ تشير إحصائيات الجمعية الأمريكية للصحة العقلية أن الاضطرابات السيكوسوماتية يزداد انتشارها بنسبة كبيرة حيث أن فرد من أصل فردين يطلبون المساعدة النفسية، و هو ما أشار إليه "نادر الملاح" 2003 أن طبيعة العمل تتغير بسرعة الريح و ربما أصبح التوتر في الوقت الحاضر يشكل خطرا على صحة العاملين أكثر من أي وقت مضى. كما بينت دراسات أجريت على عينة من الفرنسيين سنة 2002 أن 47% منهم يعانون من آلام الظهر و 42% من مشاكل عصبية و 25% من الصلع و 30% من الأرق و 14% يعانون من ضغوط وظيفية. و أشار "عطوف ياسين" 1977 إلى أن نسبة الأفراد المصابين باضطرابات سيكوسوماتية في تزايد مستمر تراوحت نسبتهم في مكان العمل بين 80 و 85%.

(مناع و بوشلاق. 2016 ص364)

فالأفراد عادة لا يستجيبون للوضعية الضاغطة في الوسط المهني بطريقة واحدة بل تختلف ردود أفعالهم طبقا لنمط الشخصية المعبر لسلوك الفرد و طريقة تفكيره، فكل فرد سمات و أساليب سلوكية ثابتة نسبيا والتي بدورها تؤثر في كيفية تعامله مع تلك المواقف الضاغطة، إذ بينت مجموعة من الدراسات أن سمات الشخصية و أساليب التعامل مع الضغوط تعكس الفروق الفردية في تقدير الضغوط وتقييمها والاستجابة لها كدراسة السيد إبراهيم السمدوني 1990 و لطفى إبراهيم 1994 و راوية الدسوقي 1995.

وانطلاقا من دراسات "فرانز ألكسندر Franz Alexander" المتعددة في مجال الأمراض السيكوسوماتية توصل إلى أن هناك ارتباط بين الشخصية و المرض الجسدي، فقد كان يعالج مريضتين مصابتين بسرطان الثدي و كانتا متشابهتين في كل شيء تقريبا من الناحية الطبية، وبعد سنتين من إزالة الورم ماتت إحدهما بينما تحسنت الأخرى بشكل

ملحوظ..وتوقف ألكسندر عند هذه الملاحظة ليعرف السبب و بعد بحث مستفيض توصل إلى أن الأمر يتعلق بطبيعة شخصية كل منهما. (عبد القوي،2002،ص15)

فالشخصية تدل على سمات سلوك الفرد وأنماطه التي تميزه عن غيره حيث يركز هذا المفهوم على الفرد كوحدة مستقلة وعلى الفروق الفردية بين الأفراد.

حيث جاء الاهتمام بدراسة الأنماط والتي عليها صنفوا الأفراد لأنماط معينة سعيا إلى الكشف عن الأسباب التي تجعل الأشخاص مختلفين في أساليب تصرفاتهم أو سلوكهم عندما يتعرضون إلى أحداث أو مواقف متشابهة. (عبد الوائلي،2012. ص: 611)

وفي محاولات عديدة لتحديد شخصية محددة ملازمة لأي مرض جسدي حاول "هيبوقراط" ذلك بالنسبة لمريض السل خاصة كما حاول الكثيرون و فشلوا، كما فشل "دانبر Dunbar" الذي حاول وضع أنماط شخصية محددة لعدد من الأمراض إلا أنه جعلنا نتوصل إلى تحديد عدد من العلامات السلوكية المعترف بها من قبل العاملين في مجال البسيكوسوماتيك لاسيما مدرسة الأنماط السلوكية التي تركز اليوم على الأنماط التي وضعها "فريدمان و روزنمان Friedmann & Rosenman" و التي تقسم الناس إلى نمطين "أ" و "ب".

(مارتي و أخرون،1992. ص44)

في سنة 1930 لاحظ "دانبر H.Flanders Dunber" أنه كلما ازداد طموح الانسان كلما كان عرضة للإصابة بالأزمات القلبية، نفس الفكرة اقتنع بها "فريدمان و روزنمان Freedman & Rosenman" وألغا كتابا يسمى "قلبك و السلوك من النوع A" وقد ادعيا أنهما حددا أو تعرفا على الصفات الشخصية لمريض القلب بعد العديد من الدراسات ليتوصلوا أن الشخصية من النوع A في صراع دائم مع الزمن، لا يذوقون طعم الراحة ويحاولون القيام بأكثر من عمل في وقت واحد و سرعة الغضب و الإثارة.... وعلى النقيض من الشخصية A ادعى الباحثان أنهما تعرفا على نمط شخصية آخر أكثر استرخاء وناذرا ما يصاب أصحابها بالأزمات القلبية B.(شتيوي،2002،ص44-46)

أي أنه تم تصنيف أنماط للشخصية ثابتة نسبيا التي يمكن من خلالها تحديد بعض المعالم و قابليتها للإصابة ببعض الأمراض و التي يمكن التنبؤ بسلوكياتها من خلال الفروق الفردية و لعل أنماط الشخصية (أ) و (ب) من بين الأنماط الأكثر استثارة و استجابة للضغوط. حيث أشارت "Sandra & John" 1990 في دراستها إلى أن الممرضات ذوات النمط السلوكي (أ) قد يكون خطر إصابتهن بأمراض القلب و الإرهاق و غيرها يرجع ذلك لمجموعة من المواقف والسلوكيات التي تترافق مع بيئة العمل المجهدة.

وبينما ترتبط ضغوط الحياة بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية فإن استراتيجيات مواجهتها تعتبر بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والعقلية. (الضريبي، 2010، ص671بتصرف)

والمستقرى لبحوث المواجهة يلاحظ اختلافا واضحا بين الباحثين في تعريف هذا المفهوم وهو ما يعكس ضمنا اختلافهم حول طبيعته و أبعاده، وهي مسألة كثيرا ما تثار مع بداية دراسة بعض المتغيرات السيكولوجية متعددة الجوانب، وقد حاول بعض الباحثين تعريفها كسمة أو كأسلوب والبعض الآخر عرفها مركزا بالأساس على الموقف في حد ذاته وآخرون اعتبروها كعملية وظيفية. (بوزازة، 2013، ص510)

فوصفها "لازاروس Lazarus" 1966 بأنها مجهودات يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة و صنفت إلى مواجهة مركزة حول الانفعال و مواجهة مركزة حول المشكل و التي منها اعتبرت نقطة الانطلاق في نظريات المواجهة. ففي دراسة لـ"أمل سليمان تركي" 2004 بهدف الكشف عن أساليب مواجهة الضغوط عند المصابات بالأمراض السيكوسوماتية مقارنة بالصحيحات، ودراسة لـ "Burke & Green" 1991 أشارت إلى أن استخدام أساليب فعالة تؤدي إلى انخفاض في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

وبالرغم من أن استراتيجيات المواجهة تساعد الفرد على التكيف النفسي الاجتماعي. (عبد القادر، 2004، ص 674) إلا أنه قد يؤدي هذا الإحساس بالعجز إلى حدوث حالة من الاضطراب وحالة من الإجهاد والاستنزاف النفسي تجعلهم تحت وطأة مجموعة من الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية. (هلال، 2002، ص 02-05)

والتي يمكن أن تؤثر في جهاز المناعة ووظائفه وقد ارتبطت تلك الأساليب بنوع من الكبت و الإنكار والتجنب مع انخفاض الوظيفة المناعية للجسم كلما ارتبطت بأحداث الحياة الضاغطة والشديدة. (عبد القوي، 2002، ص 15)

و انطلاقا من الأهمية التي تحتلها الاضطرابات السيكوسوماتية على الصعيد المؤسسي نجد أن الأفراد العاملين في القطاعات الخدمية أكثر عرضة للضغوط النفسية والمهنية والاجتماعية فلا يحتفظون بصحتهم الجسمية و سلامة أدائهم النفسي، ما يستوجب ضرورة الاهتمام بمختلف استراتيجيات مواجهة تلك الضغوط بما يحدد توافقه مع البيئة و السلوك كذلك من خلال النمط المعبر لسلوك الفرد و طريقة تفكيره، والتي قد تخفف من الآثار السلبية على الصعيد البيولوجي (الجسدي) و تعمل كوسيط بين أثر التعرض لتلك الضغوط و النتيجة التكيفية للفرد و بالتالي سلامة صحته النفسية والجسدية.

2. تحديد إشكالية الدراسة:

1. هل توجد علاقة بين نمطي الشخصية (أ ، ب) واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي "الأطباء وشبه الطبيين" ببعض مستشفيات ولاية ورقلة ؟

3. تساؤلات الدراسة:

2. هل تختلف دلالة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي (أ، ب)؟
3. ما هي الاستراتيجيات التي تنبأت باضطرابات سيكوسوماتية على عينة الدراسة؟
4. هل تختلف الاستجابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة يعزى فيها الاختلاف لمتغير (الجنس، السن، الوظيفة)؟
5. هل توجد فروق في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة؟
6. هل توجد فروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى للنمط السلوكي للشخصية؟
7. هل توجد فروق في أبعاد مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى للنمط السلوكي للشخصية؟

4. فرضيات الدراسة:

1. توجد علاقة ارتباطية بين نمطي الشخصية واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.
2. تختلف دلالة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي (أ، ب).
3. نتوقع تنبؤ استراتيجيات مركزة حول المشكل و حول الانفعال باضطرابات سيكوسوماتية على عينة الدراسة.
4. تختلف الاستجابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة يعزى فيها الاختلاف لمتغير (الجنس، السن، الوظيفة).
5. توجد فروق في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.
6. توجد فروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى للنمط السلوكي للشخصية.
7. توجد فروق في أبعاد مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى للنمط السلوكي للشخصية.

5. أهداف الدراسة:

1. الكشف عن علاقة نمطي الشخصية واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.
2. الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي (أ، ب)
3. الكشف عن الاستراتيجيات التي تتبأت باضطرابات سيكوسوماتية على عينة الدراسة.
4. معرفة الاختلاف في الاستجابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة يعزى فيها الاختلاف لمتغير (الجنس، السن، الوظيفة).
5. التعرف على الفروق في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.
6. معرفة الفروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى للنمط السلوكي للشخصية
7. التعرف على الفروق في أبعاد مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى للنمط السلوكي للشخصية.

6. أهمية الدراسة:

إن حياة الإنسان منذ أن بدأت على هذه الأرض هي حياة مكابدة ومشقة لا تخلو من الضغوط وإن تعددت مصادرها وتباينت شدتها، إذ تلعب أنماط الشخصية دورا مهما في ظهور بعض الاستجابات السيكوسوماتية كذلك في نوع الاستراتيجيات المستخدمة لمواجهة الضغوط الحياتية.

1. تعتبر هذه الدراسة إضافة للتنظير النفسي من حيث المتغيرات النفسية الاجتماعية الطبية التي اهتمت بها.
2. إن دراسة ظاهرة الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها ضرورة من ضرورات الاهتمام بالصحة النفسية للأفراد بصفة عامة و الفريق الطبي بصفة خاصة و ذلك لما تمثله من تأثيرات سلبية عليهم لارتباط ضغوط الحياة بمدى واسع من

الاضطرابات النفسية أو الجسدية و بالطبع على مهنتهم، و بالتالي تعتبر استراتيجيات المواجهة كعوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية و الجسدية.

3. الفريق الصحي يشكل جزء هام من المجتمع ككل و يشكل جزء لا يستهان به في بيئة العمل (المؤسسات الاستشفائية) لذلك فإن فعاليته في وظيفته يجب أن يراعى فيها الضغوط الناشئة عن الأدوار الأخرى الأسرية و الاجتماعية ..و المسؤوليات، لذلك فالتعرف على مختلف الضغوط و ما لها من انعكاسات سلبية على صحتهم و إتقان استراتيجيات مواجهة هذه الضغوط أمر فعال و هام للتقليل من الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

4. سوف تفيد نتائج الدراسة في إعداد برامج تدريبية في كيفية التعامل و مواجهة الضغوط النفسية و المهنية لدى الأطقم الطبية و ذلك لتفادي الإصابة باضطرابات سيكوسوماتية و التقليل من الإجازات المرضية.

7. مصطلحات الدراسة:

1. **نمط الشخصية:** ويقصد به ميل مجموعة من السمات للارتباط بعضها ببعض، مشكلة نسقا متمایزا عن أنساق أخرى.

النمط (أ): هو نمط الشخصية يتصف صاحبها ببعض السمات مثل: الاهتمام الزائد بالمواعيد، و التنافس، والانديفاع، والسرعة وتركيز اهتماماته داخل العمل.

النمط (ب): وهو نمط شخصية يتصف صاحبها ببعض السمات مثل: عدم الاهتمام بالمواعيد، وعدم التنافس، التروي في اتخاذ القرارات، والهدوء والصبر ولا يركز كل اهتماماته داخل العمل فقط ويمارس أنشطته الحياتية بصورة عادية.

ويتحدد التعريف الإجرائي لهذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الفريق الصحي على مقياس نمط الشخصية (أ و ب) لـ"بورتنر Bortner" تعريب "وعواع 2018"

2. استراتيجيات المواجهة: ويقصد بها تلك الجهود والطرق التي يقاوم بها المفحوص ضغوطه و يتعامل معها ويتكيف معها. و تعرف إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس استراتيجيات المواجهة. لـ " Paulhan et al " تعريب "باشن 1998" و الذي يتكون من بعدين رئيسيين مواجهة مركزة حول المشكل و مواجهة مركزة حول الانفعال و اللذان يندرج عنهما 5 أبعاد متمثلة في:التجنب مع التفكير الإيجابي، التأنيب الذاتي و إعادة التقييم الإيجابي بالنسبة حول الانفعال. و البحث عن الدعم الاجتماعي و حل المشكل بالنسبة حول المشكل.

3. الاضطرابات السيكوسوماتية: ويقصد بها تلك الأعراض الجسمية التي تحدثها العوامل الانفعالية وتتضمن أحد الأجهزة العضوية. وتعرف إجرائيا في الدراسة الحالية من خلال استجابة الفريق الصحي على قائمة كورنل الجديدة للاضطرابات السيكوسوماتية. تعريب "أبو النيل 2000" و التي تتكون من 18 مقياس فرعي موزعة على 223 بند.

8. حدود الدراسة:

- الحدود الزمانية: تمثلت الحدود الزمنية للدراسة خلال الموسم الجامعي 2016.2017
- الحدود المكانية: حيث تمثلت حدود الدراسة المكانية على مستوى بعض مستشفيات ولاية ورقلة : مستشفى سليمان عميرات ومستشفى الأم والطفل بتقرت، ومستشفى محمد بوضياف بورقلة.
- الحدود البشرية: شملت عينة الدراسة 230 من الطاقم الطبي (أطباء و شبه طبيين) حيث توزعت كالاتي: 31 طبيب و 199 شبه طبيين.

الفصل الثاني

النمط السلوكي للشخصية

تمهيد

I. الشخصية

1. مفهوم الشخصية

2. تكوين الشخصية

3. محددات الشخصية

II. الأنماط السلوكية للشخصية

1. مفهوم أنماط الشخصية

2. تصنيف أنماط الشخصية

3. النمط السلوكي (أ) و (ب)

تمهيد:

إن مفهوم الشخصية يدل على سمات سلوك الفرد وأنماطه التي تميزه عن غيره، حيث يركز هذا المفهوم على الإنسان كله وعلى الفروق الفردية بين الناس.

لقد اهتم العلماء في دراسة العادة أولاً كأصغر وحدة لبناء الشخصية لبينوا عليها مفاهيم بخصوص العلاقة بين الشخصية والسلوك ثم ركزوا على وحدة بناء أكبر هي السمة التي من شأنها أن تميز شخصاً دون الآخر، وتساعد معرفتها و تحديدها في التنبؤ بما سيكون عليه الإنسان إزاء ما يواجهه في مواقف متعددة في حياته وصولاً إلى أكبر وحدة بناء التي هي النمط السلوكي للشخصية. وعلى هذا الأساس صنف الأفراد إلى أنماط معينة سعياً إلى تحقيق أحد أهم أهداف دراسة الشخصية ألا وهو الكشف عن الأسباب التي تجعل الأشخاص مختلفين في أساليب تصرفاتهم أو سلوكهم عندما يتعرضون إلى أحداث أو مواقف مشابهة.

1. الشخصية

1. مفهوم الشخصية:

◀ لغة:

الشخصية تشتق في اللغة من شخص. والشخص: كل جسم له ارتفاع وظهور وعند الفلاسفة الذات الواعية لكيانها المستقلة في إرادتها. والشخص هو من توفرت فيه صفات تؤهله للمشاركة العقلية والأخلاقية في مجتمع إنساني. (الزيناتى. 2003 ص:11)

وفي اللغات الأجنبية تطلق personality بالانجليزية و personnalité بالفرنسية وهي مأخوذة من الكلمة اللاتينية persona و التي تعني القناع.

وقد استخدمت "البيرسونا" في الاصل لتشير إلى القناع المسرحي الذي استخدم أول مرة في المسرحيات الإغريقية وتقبله الممثلون الرومان قبل ميلاد المسيح بحوالي مائة عام. فالشخصية ينظر إليها من حيث ما يعطيه الممثل من انطباعات أو من ناحية كونه غطاء يختفي وراءه الشخص الحقيقي. (عبد الخالق. 1992 ص:37)

وأصبح يطلق فيما بعد person على الفرد.

◀ إصطلاحاً:

تعتبر الشخصية ميزة الإنسان النفسية و هي في الوقت نفسه مجموعة تصرفاته و طريقة عيشه و تفكيره و مزاجه. (حمزاوي. 2013 ص:23)

ويوافق هذا تعريف "كامل عويضة" الذي ينص على أن:

الشخصية هي التنظيم الذي يتميز بدرجة من الثبات و الاستمرار لخلق الفرد و مزاجه و عقله و جسمه. الذي يحدد توافقه للبيئة التي يعيش فيها. (عويضة. 1996 ص:8)

كما أن تعاريف الشخصية تختلف باختلاف الأطر النظرية التي يتبناها كل منهم في نظرتهم للشخصية و اختلاف فهمه لها و تفسيره لسلوكها.

ف نجد تعريف "ألبرت Allport": بأنه ذلك التنظيم الدينامي الذي يكمن بداخل الفرد و الذي ينظم كل الأجهزة النفسية و الجسمية التي تملي على الفرد طابعه الخاص في السلوك و التفكير. (حمزاوي.2013 ص:23)

ويضيف "جيلفورد"(1959) : شخصية الفرد الفرد هي ذلك النموذج الفريد الذي تتكون منه سماته. (عبد الخالق.1992 ص:40)

ويعرفها "ريموند كاتل" (1965): الشخصية هي ما يمكننا من التنبؤ بما سيفعله عندما يوضع في موقف معين. فهي تختص بكل سلوك يصدر عن الفرد سواء كان ظاهرا أم خفيا. (نفس المرجع.1992 ص:37)

ويعرفها "آيزنك" (1960): الشخصية هي ذلك التنظيم الثابت و الدائم إلى حد ما لطباع الفرد و مزاجه وعقله وبنية جسمه، والذي يحدد توافقه الفريد لبيئته.

و يضيف "سعد جلال": هي ذلك التنظيم الفريد لاستعداد الشخص للسلوك في المواقف المختلفة أو أنها التنظيم الفريد للأفكار والمعتقدات والإتجاهات والقيم والعادات التي نظمها الفرد في شكل أدوار يستغلها في تفاعله مع الغير ومع نفسه. (حمزاوي.2013 ص:24)

ومن هنا جاءت النظرة إلى تعاريف الشخصية من جوانب مختلفة:

- فهناك من صنفها على أنها مثير أو منبه، أي مؤثر اجتماعي في الآخرين و هي تركز على المظهر الخارجي للفرد و قدرته على التأثير في الآخرين. كما يعد هذا الاتجاه وثيق الصلة بالمعنى الأصلي للقناع أو الغطاء الخادع.

كما ذكر "جنثر Gynther & Gynther" (1976) أنه في مثل هذا النوع من التعريفات يبدو أن الانطباع الأول الذي يتكون سريعا هو الأمر الهام، فنقع في الحب أو نختار الأصدقاء.

- أما الاتجاه الذي ينظر على أنها استجابة: فينظر من حيث هي استجابات الفرد للمثيرات المختلفة و يحاولون وصف الشخصية على أنماط سلوكية متعددة يستجيب بها الفرد للمثيرات التي تقع عليه، أيا ما كانت هذه الأنماط (تعبيرات في ملامح الوجه، إشارات جسمية أو حركات تعبيرية أو أساليب انفعالية أو طرق التفكير و غير ذلك من الاستجابات)

(عبد الخالق. 1992. ص: 42- 44)

- أما الاتجاه الأخير و هو الذي يجمع بينهما كمتغير وسيط بين المثيرات و الاستجابات. فبعد أن اتضح أن الظواهر الداخلية لا تقل أهمية عن تلك الظواهر التي يمكن ملاحظتها و تأكد علماء النفس من وجوب أن يشمل علم النفس دراسة ما يتم بين المثير و الاستجابة من سيرورات بينية و ما يرتبط بها من أنساق نفسجسمية. (بن زروال. 2008. ص: 147)

ويذكر "سيد غنيم" (1975) أن أنصار هذا النوع من التعريف ينظرون إلى الشخصية بوصفها وحدة موضوعية أو شيء له وجود حقيقي، فهم يسلمون بأن الانسان متصل بالعالم المحيط به، يتأثر و يؤثر فيه كذلك بوصفها تنظيما داخليا يمكننا من تفسير مظاهر السلوك المختلفة. (عبد الخالق. 1992. ص: 47)

ففي السنوات الأخيرة أصبح للشخصية أهمية حيث أنها تعد عاملا للنجاح المهني، كما أن زيادة مسؤوليات الفرد ما يعطي أهمية كبيرة لأسلوب الشخصية.

(Claude L.L. 2005 p :128)

2. تكوين الشخصية:

تعد عملية التكوين نتاجا لتفاعل العوامل البيولوجية و العوامل النفسية و الاجتماعية دون أن ننسى البيئية و العائلية، فهي عملية تفاعل عدة مؤثرات لتعطي سمة الشخصية فهي حصيلة عمليات واسعة من التفاعل و التداخل و التوازن في كيان الانسان بكامله بيولوجيا و بيئيا و تكوينيا. كما أشار "سيجموند فرويد" إلى أهمية السنوات الأولى في تكوين الشخصية.

(حمزاوي. 2013. ص: 25)

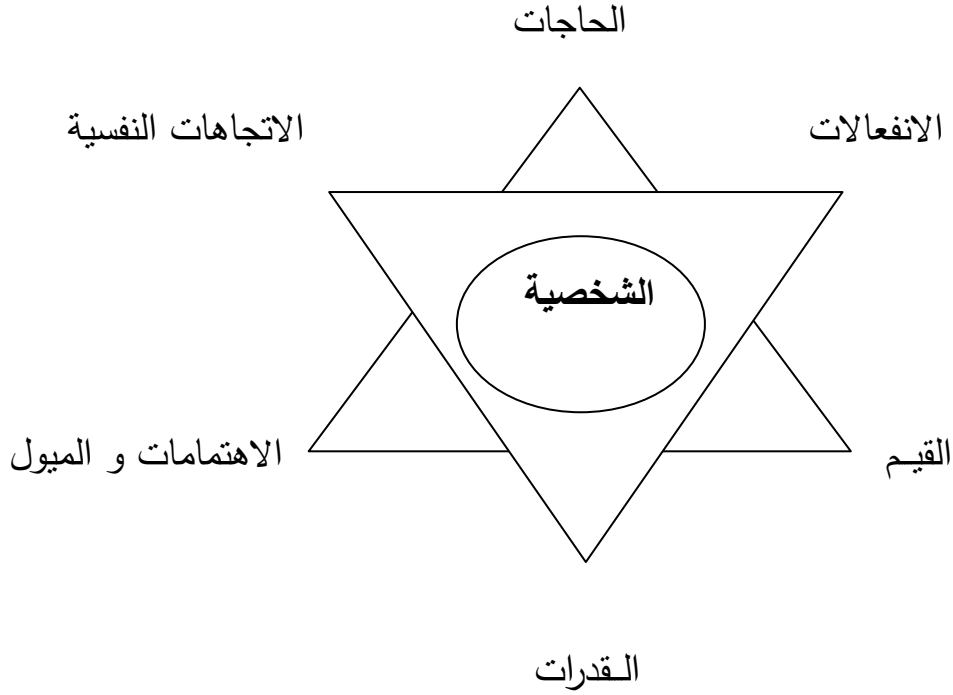
ويرى "كارل يونغ" أن شخصية الفرد و استراتيجيات حياته تختلف في النصف الأول من حياته حيث تتجه الشخصية نحو تأكيد الذات و السعي من أجل توفير حاجاتها بينما تتجه في النصف الثاني نحو تأكيد الرغبات الداخلية الخاصة. (نفس المرجع. 2013. ص: 26)

ويرى "ألبرت Allport" (1969) أن الأساس الذي تقوم عليه الشخصية يتكون من مجموع العوامل الوراثية التي يولد بها الفرد. و تتكون مما يلي:

- عوامل مشتركة: حيث تتعلق بالمحافظة على الحياة كالمنعكسات والدوافع وعمليات التوازن الداخلي .
- عوامل وراثية: و تتعلق بجنس الفرد ولونه وتركيبه العام و حجمه وطباعه المزاجية.
- الاستعداد: للقيام بعمليات تكوين الارتباطات و البنى.

(بن زروال. 2008. ص: 150-151)

ويضيف أحمد ماهر (2003) من خلال المخطط التالي:



شكل رقم (01) يوضح مخطط لمكونات الشخصية حسب أحمد ماهر

(أحمد ماهر. 2003 ص: 178)

3. محددات الشخصية:

يذهب "كلوكهون، موري و شنيدر" في كتابهم -الشخصية في الطبيعة والمجتمع والثقافة- إلى أن كل إنسان هو في بعض نواحيه:

1) يشبه كل الناس: و هذا ما نلمسه في نواحي متعددة منها أن بعض محددات الشخصية عام بين الناس جميعا، فهناك مظاهر وسمات مشتركة في الإرث البيولوجي لجميع الناس وفي البيئة الطبيعية التي يعيشون فيها وفي المجتمعات و الثقافات التي ينتمون إليها. فكل فرد له نفس التكوين العضوي و البيولوجي الذي للآخرين، إضافة إلى ذلك فهو يشبه الناس من حيث هو كائن اجتماعي عليه أن يتكيف مع الجماعة التي يعيش فيها. ثم إنه يشبه الناس من حيث تعرضهم جميعا لنواحي الإشباع و الحرمان، فهم يتعرضون لنواحي الإحباط المتصلة بالنواحي الفيسيولوجية (من مرض و عجز بدني).

(2) يشبه بعض الناس: فهذا ما نلاحظه في تشابه بعض سمات شخصيته مع أعضاء الجماعات، و حين يتحدث عن الأنماط نعني ضمناً أن هذا الفرد يشبه مجموعة معينة من الناس تتصف بصفات خاصة، فنشير في هذه الحالة إلى تشابه بعض الناس في صفات جسمية أو نفسية معينة.

(3) لا يشبه أي إنسان: فهذا يتضح أن لكل فرد طريقته وأسلوبه الخاص في الإدراك والشعور والسلوك، والذي يطبعه بطابع مميز لا يتكرر لدى فرد آخر. فقد يرجع ذلك في ناحية الإرث البيولوجي الذي يرثه الفرد عن أبويه، كما قد يرجع إلى التفاعلات العديدة المتتالية بين الفرد والمواقف البيئية المختلفة، ثم إن الخبرات المختلفة التي يتعرض لها كل فرد قد تسهم إلى حد بعيد في هذا الاختلاف الظاهر في شخصية كل فرد.

(غنيم. د س ص:59-62)

وهذا التصنيف يساعدنا على توضيح المحددات المختلفة للشخصية.

والمقصود بالمحددات هنا مجموعة المتغيرات أو المنظومات الأكثر حسماً في تحديد مفهوم الشخصية و نموها. (أبو رزق. 2011 ص:16)

3. 1. المحددات البيولوجية:

يميل بعض علماء النفس إلى توكيد أن -الطبيعة الإنسانية- اجتماعية في أساسها، وأن الأساس البيولوجي للسلوك هو القدرة المشتركة بين الإنسان والحيوانات الأخرى.

والكائن الحي وحدة متكاملة، سواء اتجه نظرنا ناحية الجهاز العظمي أو العضلي أو الدوري أو التنفسي أو الغدي أو العصبي ... فإن الفروق الفردية الواضحة بين الناس في هذه النواحي المختلفة هي أول ما يجذب انتباهنا. ويركز أنصار الاتجاه البيولوجي في دراسة الشخصية على مجالات متعددة أهمها:

3. 1. 1. دراسة الوراثة: فالأفراد يختلفون بعضهم عن بعض تحت تأثير العوامل الوراثية وبصرف النظر عن الظروف والتأثيرات البيئية المحيطة بهم. (غنيم. دس ص 63- 66)
حيث تنتقل الخصائص الوراثية عبر الجينات التي تحملها الصبغيات فتحدد خصائص كلون العينين ولون البشرة وشكل الجسم والاستعداد للإصابة ببعض الأمراض...
ويشير "أيزنك" (1982) إلى أن العوامل الوراثية مسؤولة عن ثلثي الاختلافات المسجلة بين الأبعاد العامة للشخصية. في حين أن بعض الدراسات تقدر هذا التأثير بنسبة 40%.

(بن زروال. 2008. ص: 153)

وقد توصل "كاتل وآخرون" إلى أن الوراثة أكبر وزنا في تحديد الذكاء. (غنيم. دس ص: 81)
وقام كذلك عدد من الباحثين بحساب القابلية لتوريث الذكاء، فقدره كل من "نيورمان، فولزنغر و غريمان" (1937) بين 65% و 80%. أما "بارت Burt و هوارد Howard" (1957) بين 77% و 88%. (بن زروال. 2008. ص: 153- 154)

3. 1. 2. دراسة الأجهزة العضوية وعلاقة وظائفها بأنماط الشخصية:

فجسم الإنسان مكون من مركز عصبي يتكون أساسا من مسالك عصبية إضافة إلى ذلك الجهاز العبي المستقل الذي يختص بأنشطة لا إرادية معينة. فمثلا ينظم دقات القلب ويجعلنا نستمر في التنفس حتى وقت النوم، كما يتحكم في مساحة عين الانسان كردّ فعل للضوء الساقط عليها، كذلك درجة توصيل الجلد للكهرباء فيزيديها في حالة الاضطراب أو الانفعال أو الخطر...ويقللها في حالة السكينة. وهذا الجهاز بدوره ينقسم إلى سمبثاوي وباراسمبثاوي فالأول جهاز الطوارئ الذي يعد الجسم للقتال أو الهرب فيوقف الهضم و يزيد دقات القلب ومن سرعة التنفس، أما الباراسمبثاوي فهو متناقض في عمله للجهاز السمبثاوي فيبطئ من سرعة التنفس ويقلل من دقات القلب. (غنيم . دس ص: 92- 93)

3. 1. 3. دراسة التكوين البيوكيميائي و الغدي للفرد:

حيث تكشف بعض الدراسات عن الأشخاص الذين يعانون من اختلال في إفرازات الغدد عن أدلة قاطعة على وجود تأثيرات واضحة للهرمونات في الشخصية. ومن بين الذين بالغوا في أهمية إفرازات الغدد الصماء في تحديد الشخصية "لويس برمان Louis Berman" الذي نشر كتابين: الغدد منظمة الشخصية/ خلق جديد في الكائنات الإنسانية.

(نفس المرجع . دس ص:99)

كما يظهر تأثير الهرمونات في سلوك الفرد ووظائفه التكيفية جليا عند وجود مرض أو نقص في إفراز إحدى الغدد ومن أمثلة ذلك:

- الإفراط في إفراز هرمون الغدة الدرقية يؤدي إلى أعراض كالهباج و قلة النوم، بينما تؤدي قلة إفرازه إلى حدوث النوم والتعب وعدم الكفاية العقلية.

3. 2. المحددات الاجتماعية و الثقافية:

حيث يعد هذا المحدد من محددات بناء الشخصية والمقصود بها المنظومة الثقافية التي يعيشها الفرد وينخرط فيها، كذلك التراث التاريخي الحضاري له. (صالح.2004 ص:25)

فالبينة الطبيعية يتضح أثرها إذا نظرنا إلى اختلاف أساليب تكيف الناس ومعيشتهم وطرق مواجهتهم للحياة في البيئات المختلفة.

أما البيئة الثقافية فلها تأثير واضح جدا في نمو الشخصية. حيث وردت في عدة أقوال:

"إنه بدون الحياة الثقافية لا يكون لدينا أفراد، بل كائنات حية عضوية أو ذوات سيكولوجية"

فهي أساسا نتاج إنساني للتفاعل الاجتماعي بين أفراد مجتمع من المجتمعات وتوفر أنماط اجتماعية عامة مقبولة يستجيب الأفراد على ضوءها لحاجاتهم البيولوجية و الاجتماعية.

فالثقافة تتخطى حياة الأفراد وحياة الجيل من أجل البقاء والاستمرار. كما أن عملية التطبيع الاجتماعي هي العملية التي بواسطتها ينتقل الفرد من كائن حي بيولوجي إلى كائن حي اجتماعي يعيش في مجتمع يؤثر فيه ويتأثر به. (سيد غنيم . دس ص: 108- 112)

3. 3. محددات الدور الذي قوم به الفرد:

مفهوم الدور يذكرنا باستمرار أنه لفهم سلوك فرد ما، يجب أن ننتبه في الوقت نفسه إلى خصائص شخصيته وإلى الموقف الاجتماعي الذي يوجد فيه. (أبو زرق. 2011 ص: 18)

فالدور يشير إلى كل من الفرد والمحيط الاجتماعي الذي يوجد فيه، فالدور هو نوع متشكل من المشاركة في الحياة الاجتماعية. وهو ببساطة كما عبر عنه "جوردن ألبرت": ما يتوقعه المجتمع من الفرد الذي يحتل مركزا معيناً داخل الجماعة. (غنيم . دس ص: 140- 141)

3. 4. محددات الموقف:

على نحو ما وضعها "كلوكهون، موري وشنيدر" وما نعني بمحددات الموقف أكثر المواقف التي يمر بها الفرد في حياته وما أكثر تأثيرها في شخصيته.

وهناك نزعة ملحوظة لدى الباحثين للنظر إلى القول بأن ليس ثمة {ثبات داخلي في الشخصية} وأن كل شيء يتحدد بالموقف الذي يوجد فيه الفرد.

(نفس المرجع. دس ص: 151- 152)

II. الأنماط السلوكية للشخصية

1. مفهوم أنماط الشخصية:

لكل شخصية سماتها أو معالمها الرئيسية والتي تحدد خصائص هذه الشخصية و نقاط ضعفها وقوتها وأيضا مدى مرونتها و قدرتها على التكيف، لهذا اهتم علماء نفس الشخصية بتحديد السمات أو الصفات كالكرم، الخلق، اللامبالاة، الاندفاع..... ذات الثبات النسبي.

(الأنصاري. 2000 ص: 31)

حيث أن أسلوب النمط يعد امتدادا للتفكير المستخدم في أسلوب السمة، فعلى حين يمكن أن تعزى عدة سمات إلى شخص واحد و نقول أنه يتصف بهذه السمة أو تلك أو بمجموعة من الصفات. فإنه في أسلوب النمط يمكن تبني خطة schéma إجمالية أوسع و أكثر توحدا ألا وهي خطة التصنيف. فالفرد قد يصنف باعتباره ينتمي إلى نمط ما حسب مجموعة السمات التي يكشف عنها، ومن ثم فإننا نبسط الوصف إلى حد بعيد طالما أننا لسنا بحاجة إلى أن نذكر بطريقة مستقلة كل سمة يشارك فيها كل فرد. (لازاروس تر: غنيم. 1980 ص: 62)

فقد تعددت الوظائف النظرية أو العملية لنظريات الشخصية إلا أن أهمها بشكل عام هي وصف الشخصية.

◀ السمة:

إذا ما طلبنا من أحد أن يقارن بين شخصين يعرفهما تمام المعرفة فإنه غالبا ما يصفها بصورة عامة جدا أو باستخدام صفة واحدة فقط فهذه الجوانب أو الخصائص المعينة التي نقارن بينها ماهي إلا سمات.

وذكر "عزت راجح" (1973) أن السمة لغة: هي العلامة المميزة.

(عبد الخالق. 1992. ص: 65 - 66)

فمن وجهة نظر "ألبرت" السمة تركيب نفسي عصبي له القدرة على أن يعيد التسميات المتعددة إلى نوع من التساوي الوظيفي، وعلى أن يعيد إصدار و توجيه أشكال متكافئة ومتسقة من السلوك التكيفي و التعبيري. (بن زروال. 2008 ص:166)

أما "كاتل" السمة هي مجموعة ردود الأفعال أو الاستجابات التي يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الاستجابات أن توضع تحت إسم واحد و معالجتها بالطريقة ذاتها في معظم الأحوال. (قشاشطة و عوين. 2013 ص:145)

فمسلمة وجود السمات تؤكد من ثلاث نقاط:

- لشخصيات الأفراد درجة مرتفعة من الإتساق، فإن الشخص يكشف عن الاستجابات التعودية نفسها من خلال عدد كبير من المواقف المتشابهة.
- بالنسبة لأي عادة، فإننا يمكننا أن نجد بين الناس اختلافا في الدرجة أو في كمية هذا السلوك.
- لشخصيات الأفراد نوع من الاستقرار. (عبد الخالق. 1992 ص:66)

◀ تصنيف السمات:

1. نظرية السمات "جولدن ألبرت" :

حيث تطرق "ألبرت" في أول نص حرره مع أخيه "فلويد Floyed" سنة 1921 إلى مفهوم السمو باعتباره أنه جانب مهم من نظرية الشخصية وقد ميز "ألبرت وأودبارت" (1936) بين السمات وعناصر هامة تستخدم في دراسة الشخصية هي: الحالة والأنشطة حيث أن الحالة والأنشطة تصف جوانب الشخصية التي تثيرها ظروف خارجية وتتميز بأنها عابرة ولا تدوم طويلا. نقلا عن Hansenne. 2003 . (بن زروال. 2008 ص:168)

كما ميز "ألبرت" ثلاث أنواع من السمات:

- السمات الرئيسية: والتي تعبر عن استعداد واضح و شامل في حياة الفرد ويؤثر في كل أفعاله.
- السمات المركزية: كالأمانة والطيبة والثقة والتي تعبر عن استعدادات تنطبق على عدد أضيق من المواقف مقارنة بالسمات الأساسية.
- السمات الثانوية: تعبر عن استعدادات أُل ظهورا وأقل عمومية.

(نفس المرجع. 2008 ص:170)

2. نظرية "ريموند كاتل"

يعرف "كاتل" السمة بأنها استعداد يمثل الوحدة القاعدية في بناء الشخصية ويفترض ذلك أن السلوك يخضع لنوع من الاتساق والثبات عبر الزمن ومختلف المواقف. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (01) يوضح تصنيف كاتل للسمات

نقلا عن الأنصاري (1997) و Pervin & John (2005)

1	سمات فريدة	لا تتوافر إلا لدى فرد معين
	سمات مشتركة	يتسم بها جميع الأفراد أو على الأقل الذين يتسمون في خبرات اجتماعية معينة مثل المحبة والعطاء ...
2	سمات المصدر	وتمثل المتغيرات الكامنة التي تعتبر أساس السمات السطحية كالاستعدادات والحوافز ...
	سمات السطح	وهي تجمعات من السلوكيات الملاحظة على الفرد
3	سمات المزاج	وهي السمات الانفعالية لدى الفرد كالقلق والعصابية ..
	سمات مزاجية	وهي التي تهيء الفرد للحركة نحو الأهداف كالدوافع الفطرية والمكتسبة..

تثيير إلى القدرات والاستعدادات التي تمكن الفرد من التصرف بفعالية.	سمات الاستعدادات
---	---------------------

(نفس المرجع. 2008 ص: 171)

كما قام "كاتل" ببناء استبيان العوامل الستة عشر للشخصية 16PF.

جدول رقم (02) يوضح السمات الستة عشر للشخصية عند كاتل

نقلا عن الأنصاري (1997)

السيكلوثيميا	مقابل	السيزوثيرميا
الضعف العقلي	مقابل	الذكاء العام
عدم الاتزان الانفعالي	مقابل	الثبات الانفعالي
الخصوع	مقابل	السيطرة
الاكتئاب	مقابل	الانبساط
نقص المعايير الداخلية	مقابل	قوة الأنا الأعلى
الجبن	مقابل	المغامرة
الصلابة	مقابل	الطراوة
التقبل	مقابل	الميل للارتياح
واقعي	مقابل	رومانتيكي
السذاجة	مقابل	الدهاء
الثقة الكاملة	مقابل	الاستهداف للذنب
المحافظة	مقابل	التحرر
الافتقار للتصرف الذاتي	مقابل	قوة الاكتفاء الذاتي
ضعف اعتبار الذات	مقابل	قوة اعتبار الذات
ضعف توتر الطاقة الحيوية	مقابل	قوة توتر الطاقة الحيوية

(نفس المرجع. 2008 ص: 172)

2. تصنيف أنماط الشخصية:

تعد نظرية الأنماط كأسلوب لدراسة الشخصية قديمة العهد جدا، فهي من أقدم نظريات الشخصية التي حاولت تصنيف شخصيات الأفراد إلى أنماط تجمع فيه الأشخاص اللذين يندرجون تحت نمط واحد ...ومن أقدم التصنيفات ذلك التصنيف الذي يقسم الناس إلى ناري، ترابي، مائي وهوائي ... ويرجع هذا التصنيف إلى آراء الفلاسفة الطبيعيين الأوائل ك: طاليلوس وإكسمندريس ... فنحن نكون نمطا ما عن طريق ملاحظة مجموعة من الصفات أو السمات أو القدرات المختلفة التي نستدل على وجودها من ملاحظة مجموعة الاستجابات السلوكية الجزئية تمر بعملية تحرير عقلية تخرج إلى تكوين مفهوم السمة ومن مجموع السمات يتكون مفهوم النمط. (صالح. 2004 ص: 39)

وقد ظهرت منذ آلاف السنين وتعددت تصنيفات لأنماط الشخصية:

-1- التصنيف وفق الأنماط المزاجية:

ويعزى إلى نظرية "هيبوقراط" التي تقسم الناس إلى أنماط مزاجية تبعا لكيمياء الدم وهي:

أ- النمط الدموي: حيث يتسم أصحاب هذا النمط بسمات كالتقاؤل، المرح، الاستثارة السريعة و الاستجابات المباشرة، كما يتصفون بعدم الجدية في معالجة أمور حياتهم و سرعة تقلب مزاجهم.

ب- النمط الصفراوي: حيث يتسم أصحابه بسرعة الغضب والعناد والعدوانية في التعامل وحدة الطباع والإصرار في مواجهة المواقف.

ج- النمط السوداوي: وخصائص هذا النمط التشاؤم، سرعة الانفعالات، بطء التفكير وصعوبة التعامل مع الآخرين.

د- النمط البلغمي: ويتميز أفراده بالبدانة المفرطة، اللامبالاة، انعدام الاهتمام والخمول الذي قد يصل إلى البلادة (الفتور والكسل). (الزيناتى. 2003 ص: 15- 16)

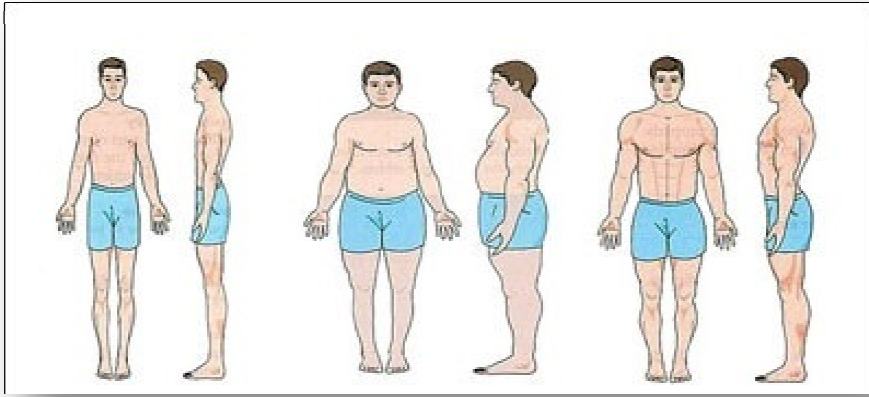
2- التصنيف وفق الأنماط الجسمية:

حيث وضع "كريتشمير" أنماطاً ثلاثة رئيسية للتكوين الجسمي:

أ- النمط البدني: ويتمثل في الشخص الممتلئ الجسم، قصير الساقين، سميك العنق وعريض الوجه.

ب- النمط النحيل: ويتمثل في الجسم الطويل النحيل، طويل الأطراف، دقيق السمات ونحيلها.

ج- النمط الرياضي: وهو أشبه بالنوع السابق سوى أنه قوي العضلات، ممتلئ الجسم ويشبه الرياضيين في تكوين بنيتهم.



النمط النحيل

النمط البدني

النمط الرياضي

شكل رقم (02) توضح أنماط كريتشمير

أما "شيلدون" فقد صنف الناس إلى:

أ- الطراز داخلي التركيب: (الحشوي) ويتميز بأنه اجتماعي، معتدل المزاج، يحب الاسترخاء والراحة و المتعة و الكسل.

ب- الطراز متوسط التركيب: (العضلي) ويتميز بالعدوانية، عدم الاهتمام بمشاعر الآخرين، يحب المغامرة و يميل إلى السيطرة.

ج- الطراز خارجي التركيب: (الجلدي) وهو يکبت انفعالاته ومشاعره ويميل إلى العزلة والتستر في أقواله وأفعاله والتأمل الذاتي. (نفس المرجع.2003 ص: 16- 17)

3- التصنيف وفق النشاط الغدي الهرموني:

يصنف "برمان Berman" الشخصيات حسب النشاط الهرموني السائد لديهم. فهناك الطراز الدريقي وصاحبه متهور سهل الاستثارة، قلقن نشط و يميل إلى العدوان.

وهناك الطراز الأدريناليني وصاحبه متأثر نشط قوي، أما الطراز الجنسي فصاحبه خجول يسهل استثارته للضحك والبكاء. في حين الطراز النخامي يتميز أفراده بضبط النفس والسيطرة عليها، أما الطراز التيموسي فصاحبه ذو نزعة لواطية ويتميز بانعدام المسؤولية الخلقية و لقد أطلق عليها "برمان" على الغدد الصماء اسم غدد الشخصية.

(راجع.1968 ص:404- 405)

4- التصنيف وفق الأنماط النفسية:

4-1- حيث يرى "كارل يونغ C.G Jung" أن الناس يمكن تصنيفهم حسب اهتماماتهم البارزة و أسلوب تعاملهم مع الآخرين وفق نمطين:

أ- النمط المنبسط Extravert: حيث يمثل هذا النمط تنظيمًا نحو العالم الخارجي، تتجه حركاته نحو العلاقات الموضوعية وهو أكثر اتصالًا بالواقع. (الزيناوي.2003 ص:18)

يعقد مع الناس صلات سريعة ولا يكتفم عما يجول في نفسه من انفعال.

(راجع.1968 ص:405)

ب- النمط المنطوي Introvert: والذي يمثل تنظيمًا نحو العالم الداخلي كذلك يركز اهتمامه على حاجاته و مطالبه الذاتية التي يعتبرها محور نشاطه في الحياة.

(الزيناوي.2003 ص:18)

حيث يتحاشى الصلات الاجتماعية وهو خجول شديد الحساسية لملاحظات الناس، الشك، يؤثر العزلة و الاعتكاف كما لا يستطيع التعبير عن عواطفه وانفعالاته.

(راجع.1968 ص:405)

-4-2- من بين الأنماط التي ميزها "Pavlov" والتي تخص الإنسان والحيوان في آن واحد.

أ- النمط المتوازن type équilibré: حيث يتميز بردود أفعال مناسبة للمواقف يمكنه بسهولة اكتساب عادة الاستجابة لمواقف معينة وأيضا عادة تنشيط استجابات أخرى بنفس السهولة.

ب- النمط الانفعالي type excitable: يكتسب هذا الأخير العادات النشطة بسهولة، في حين يصعب عليه اكتساب العادات المتعلقة بالتنشيط.

ج- النمط المثبط type inhibite: تميزه خصائص مناقضة للنمط الانفعالي.

د- النمط الجاد type inerte: يتميز بجمود سيرورات التنشيط و سيرورات الاستئثار مع نشاط مفرط في الأولى و أحيانا الثانية. (بن زروال.2008 ص:190-191)

-4-3- نظرية العوامل الكبرى الخمسة:

حيث قام علماء نفس الشخصية بعدد كبير من الدراسات، و من خلال هذه الدراسات تكررت خمس سمات في الشخصية أطلق عليها "Goldberg" اسم العوامل الخمسة الكبرى the big five factors ويهدف نموذج Model العوامل الخمسة الكبرى إلى تجميع أشتات السمات المتناثرة في فئات أساسية وهذه الفئات مهما أضفنا إليها أو حذفنا منها تبقى محافظة على وجودها كصفات (عوامل) لا يمكن الاستغناء عنها، وبعبارة أخرى يهدف هذا النموذج إلى البحث عن تصنيف علمي Taxonomie محكم لسمات الشخصية.

(عباس محمد.دس ص:315)

3. النمط السلوكي (أ) و (ب):

يعرفه "أحمد راجح" النمط بفئة أو صنف من الأفراد يشتركون في نفس الصفات العامة وأن اختلف بعضهم عن بعض في درجة اتسامهم بهذه الصفات أو هو مجموعة من السمات المترابطة. فالنمط لا يعني شيئاً أكثر مما يوجد في الطبيعة و لكنها توجد في عين الملاحظ أي أنه مفهوم افتراضي تجريدي نظري. (باطة.1997 ص:21)

ويرى "العيسوي" (1983) أن النمط هو سمة عامة أو سمة غالبية أو ائتلاف معين من عدة سمات. (الزيناتى.2003 ص:14)

يعرف "أحمد النابلسي" النمط السلوكي بأنه: كناية عن نهج سلوكي معين تدفع إلى اتباعه مجموعة من الأحداث والتجارب والعوامل النفسية. ويوافقه كل من Shmied & Lawler (1986) و (1987) Freidman & Booth-kewiey. (بن زروال.2008 ص:217)

حيث يعد من المفاهيم النفسية المستخدمة في تفسير السلوك الإنساني. ويعود ظهور الأنماط السلوكية إلى أعمال كل من "فريدمان وروزنمان" ما جعل العالمان يركزان على إظهار العلاقة القائمة بين الشخصية وخطر الإصابة بأمراض القلب وقد توصلا لتحديد نمطين سلوكيين هما النمط السلوكي (أ) والنمط السلوكي (ب).

3.1. نمط السلوك (أ):

ترجع بذور البحث في النمط (أ) وبخاصة أسلوب التعبير غير اللفظية إلى "تشارلز دارون Charles Daron الذي كان مهتما بالتعبير الانفعالي. و"ألبرت Allport" (1961) الذي كان معنيا بالأسلوب التعبيري كمؤشر سلوكي للشخص.

وقد لاحظ الأطباء عبر سنوات عديدة أن ضحايا النوبات القلبية يتسمون عادة بالعداوة والعدوان ونفاذ الصبر والإنهماك التام في العمل، و قد بدأت واحدة من أهم طرق البحث في

مسألة الشخصيات الميالة للتعرض لضغوط الحياة في بداية الستينات.

(بوعافية. 2009 ص:136- 137)

فنمط السلوك (أ) أو ما يسمى (النمط السلوكي المعرض للشريان التاجي) والفضل يعود إلى أعمال كل من "فريدمان وروزنمان Freidman & Rosenman" ذلك أنهما لاحظا أن المرضى اللذين يعانون من أمراض القلب والشرايين يتسمون غالباً: بالمنافسة على الإنجاز، الشعور بسرعة الوقت، العدوانية و العدااء .. (Jeffry.R. 1969 p :03)

فمن الدراسات التي هدفت لاستكشاف العلاقة بين النمط (أ) و أمراض القلب التي أجراها "Freidman et al" (1975) و قد أجريت على (300) رجل بكاليفورنيا من المعرضين للإصابة بأمراض القلب و تراوحت أعمارهم ما بين 39- 59 سنة. وامتدت الدراسة لمدة ثماني سنوات و نصف و استخدمت مقياس المقابلة المركبة لقياس النمط (أ) حيث أشارت النتائج في البداية إلى أن أصحاب النمط (أ) في البداية كانوا معرضين للإصابة بمرض الشريان التاجي، بمقدار مرتين على الأقل أكثر من أصحاب ذوو النمط (ب). والدراسة التي أجراها "هاينز وآخرون Haynes et al" (1980) بالولايات المتحدة الأمريكية والتي تتبعت مجموعة من الرجال و النساء الأصحاء لمدة ثماني سنوات، واستخدم الباحثون مقياس - فرامينجهايم للنمط (أ)- واتفقت مع نتائج الدراسة السابقة حيث أن ذوو النمط السلوكي (أ) أكثر عرضة لأمراض القلب لدى الجنسين. (دريدر. 2007 ص:37- 38)

بالرغم من أن لهذا المفهوم تاريخ طويل يرجع إلى ملاحظات قدمها الطبيب الانكليزي "ويليام هارفي wiliam Harvy" (1628) حيث قال: كل انفعال مصحوب بألم أو سرور أو خوف أو رجاء هو في الحقيقة السبب في الإثارة والهياج الذي يمتد تأثيره إلى القلب.

كما لاحظ "ويليام أوسلر" (1897) أن حالة تصلب الشرايين وما يصاحبها من حدوث الذبحة الصدرية، إضافة إلى الضغط المرتفع الذي يعيش الناس تحت وطأته والتعود على

العمل بأقصى طاقة هو المسؤول عن ضعف أو اضمحلال الشرايين أكثر من الإسراف في المأكّل. (حمزاوي. 2013 ص:36)

← تعريف النمط السلوكي (أ):

عرفه الطبيبان "فريدمان و روزنمان" (1973) بأنه: فعل انفعالي معقد يمكن أن يلاحظ في الشخص العدوانى المنهمك في صراع متواصل و مزمّن لتحقيق أكثر و أكثر في أقل وقت ممكن حتى لو كان ذلك على حساب أمور أخرى أو أشخاص آخرين.

(jeffry.R. 1992 p :03)

وعرفه "فريدمان و ألمر" (Freidman & Ulmer 1984) بأنه: أكثر من كفاح متواصل، وهو محاولة متواصلة لإتمام أو إنجاز أشياء أكثر، ومحاولة للمشاركة في أحداث أكثر وفي أقل وقت ممكن، وهو نمط يحب السيطرة نتيجة شعوره بعدم الأمان الخفى والذي يعبر عنه بواسطة العدوانية المفرطة تجاه الآخرين. (بن زروال. 2008 ص:219)

وقد افترض "جلاس" (Glass 1977): أن نمط الشخصية (أ) ما هو إلا سلوك تكيفي لمواجهة مواقف الانعصاب و الضغط. على اعتبار أن الأفراد ذوي النمط (أ) يشعرون بالتهديد وعدم الأمان في حالة فقدانهم السيطرة والتحكم في المواقف. لذا فهم يعملون جاهدين للحفاظ على التحكم و قوة هذه الحاجة لديهم قد تؤدي إلى خبرات متكررة من الشعور بالعجز والإحباط والاكئاب، استجابة لمواقف الحياة الكثيرة التي يصعب التحكم فيها، لذا يلجأ الأفراد من ذوي النمط (أ) إلى التنافس والعدوانية ضد الأشخاص اللذين يتدخلون في عملية التحكم هذه، كما أنهم يشعرون بقلّة الصبر أمام الأشياء التي لا يمكنهم التحكم فيها.

(حمزاوي. 2013 ص:36)

ويضيف "دومبروسكي و آخرين "Dembroski et al (1978): أن النمط (أ) عبارة عن مجموعة من الأشكال السلوكية والتعبيرات الانفعالية التي هي مؤشرات تنبؤية لأمراض شرايين القلب الواضحة إكلينيكيًا. (بوعافية. 2009 ص:137)

أما "فرجينيا Virginia" (2002): فيعرف نمط السلوك (أ) على أنه مجموعة العادات التي تضر بصحتنا الفيزيائية والعقلية وعلاقتنا الشخصية والاجتماعية والمهنية. وهذه العادات تتضمن: الإحساس بعجالة الوقت، نفاذ الصبر، إثارة العدوان بشكل سهل، المشاعر المتكررة والحادة من الغضب، الإجهاد العضلي والتوتر الفيزيائي والعقلي.

(الصمادي و غوانمة. 2012 ص:35)

أما إسهامات الباحثين العرب في مجال الأنماط السلوكية فلم تكن بالكثيرة نذكر:

- عرفته "شكري" (1993): مجموعة من الصفات السلوكية التي تظهر لدى الفرد وفق شروط معينة و لظروف محددة.

وهذا التعريف يوافق إلى حد ما التعريف الذي قدمه "جلاس" (1977) على اعتباره سلوك تكيفي لمواجهة بعض المواقف.

- تعريف "جمعة يوسف" (1994) الذي قام بذكر صفات أكثر منه مفهوما: هو نمط من السلوك يتصف أصحابه ببعض الخصال المميزة مثل العدوانية، القابلية للاستثارة الشعور بضغط الوقت وعدم التحلي بالصبر والنشاط المستعجل والتنافس العام.

(حمزاوي. 2013 ص:38)

- كذلك تعريف "مقدم" (1993) الذي يثني على صفات النمط السلوكي (أ): بأنه يتميز بسلوك تنافسي حماسي، فهو يناضل باستمرار من أجل تحقيق أكثر فأكثر في وقت قصير. (بوعافية. 2009 ص:139)

- أما "جابر عبد الحميد" (1992) فيشير إلى أنه الشخص الذي هياً أسلوب حياته بحيث يكون معرضاً للإصابة بمرض القلب التاجي، و بأنهم يتميزون بالعدوانية والغضب عندما لا يقومون بأعمالهم في المواعيد المحددة و يقمحون الشعور بالتعب.

(حمزاوي. 2013 ص:37)

وبناء على ما سبق تقديمه من تعاريف يمكن القول أن:

نمط السلوك (أ) عبارة عن مجموعة من السلوكيات و الانفعالات الملاحظة

← خصائص و صفات النمط السلوكي (أ):

حيث وصفه كل من "باتي ولاسار B.Patay & Lassare" (2002) بأنه:

- منظم، مرتب، فعال في عمله.
- في حاجة لتحقيق ذاته والتفوق عليها.
- متحكم في ذاته وواثق بجدارته ومستعد للعمل وحيداً.
- مثابر لا يعترف بالهزيمة.
- يهمل تعبته ويقلل من شأن آلامه.
- يحب المنافسة.
- يميل لإنجاز أعمال أكثر فأكثر في أقل وقت ممكن.
- طموح متعدد الأهداف.
- عدواني
- استجابته خارجية يستعمل فيها حركات جسمه وإيماءات وجهه.
- الوقت لديه مهم جداً، وسريع حتى في كلامه.

- كما أنه يميل لاستخدام آليات المقاومة التالية: كبت الانفعالات الشاقة، الإنكار، رفض تلقي المساعدة، الإصرار على تغيير الموقف المجهد.

(بن زروال. 2008 ص:219- 220)

كما لخصت الدراسة التي قام بها " S.Sara & B.Muhammed " (2014) إلى أن مجموع السلوكيات التي تشكل النمط السلوكي (أ) تتطوي على: الطموح، العدوانية، نفاذ الصبر و القدرة على التنافس. كذلك سلوكيات أخرى كتوتر العضلات، اليقظة، الاستجابات الانفعالية و سرعة وتيرة الأنشطة.

كما أوجت بعض الدراسات الأخيرة إلى وجود عنصرين يتسم بهما ذوو النمط السلوكي (أ):

1) السعي نحو الإنجاز مع صعوبة في التحكم في القيادة.

2) نفاذ الصبر هذا العامل الذي يرتبط دائما بالمشاكل الصحية.

(Sara & Muhammed.2014 p :157- 158)

وقد أشارت الأبحاث التي أجريت خلال العقود الثلاثة الماضية على الأفراد أصحاب نمط السلوك (أ) بأنهم يتميزون بالخصائص التالية:

إظهار العدوانية، الكفاح من أجل الانجاز، الطموحات الزائدة غير المحددة، حب المنافسة، الخصومات و الخلافات و الإحساس المزمّن بعجالة الوقت. (Nygren & Ohman,2000)

الدقة ، المثابرة، الجدية و التنظيم. (Hasan,2000)

الشعور بالتوتر الذهني و العضلي، سرعة الانفعال، الحذر و الاحتراس الزائد. (Matthews,1988)

النشاط الزائد، نفاذ الصبر، الإنهماك في العمل، نسب النجاح أو الفشل إلى المسؤولية الشخصية، و العمل بجدّ، كبت الإعياء و التعب و الانهماك في عدة نشاطات بنفس الوقت.

(Todd and Brown,2003 / Koivula and Hassaman,1998)

إضافة إلى ذلك فهم صارمون ومتصلبون وسطحيون جدا ويقيسون الأشياء بقيمتها المادية، و يميلون إلى إنكار عواطفهم ومتقلبو المزاج و كئيبيون وقليلو التفاؤل و محبطون.

(Nogueira and Plagaspari,2003)

و يتميزون بالرغبة العالية في المنافسة للوصول إلى التميز و رؤية الأهداف والتحديات في كل مكان، وإحساسهم بالحاجة للفوز والتفوق بكل مجالات الحياة، ويأكلون بسرعة ويتكلمون بسرعة والنبرات متفجرة أثناء الكلام والضحك، كما يقاطعون الآخرين مع إظهار إشارات تدل على عدم الصبر ويميلون لقياس النجاح بحجم المكاسب المادية وعدد الأهداف المنجزة في الحياة أهم من نوعيتها بالنسبة لهم. (Evans,1998). كما أنهم يقضون وقتا قليلا في مجالسة ومشاركة ومعاشرة الأصدقاء، وأكثر احتمالية في أن يتجنبوا الاتصالات الاجتماعية في حالة التعرض لمشاكل. (Blaine Ditto,1982)

(الصمادي و غوانمة. 2012 ص: 36- 37)

وفي كتاب - الطب و النفس و الحياة- "لحسان المالح" فيربط المهن الإدارية وأرباب العمل بنمط الشخصية (أ) والتي تتميز بالتوتر والحدة والانفعالية، والإحساس المفرط بالوقت أو عدم الانتظار والطموح الزائد والرغبة بالإنجاز والتنافس الشديد. (حمزاوي. 2013 ص:42)

وتؤكد بعض الدراسات على ارتباط نمط السلوك (أ) مع أمراض القلب وخاصة الشريان التاجي. ففي دراسة (Hayano.J, 1997) قد يتأثر تطور ظهور أنماط سلوكية معينة مثل الإصابة بأمراض الشريان التاجي تأثرا قويا بالبيئة الثقافية والاجتماعية التي ينمو فيها الشخص ويقضي فيها حياته، كذلك المواقف المسببة للإحباط التي قد تسبب ردود فعل عنيفة تفوق المعدلات العادية من ردود الأفعال على أوعية عضلات القلب.

وتعد الضغوط النفسية بمثابة حلقة وصل جوهرية نفسية سلوكية في الإصابة بالمرض وتستطيع بواعث الضغوط النفسية المزمنة أن تتسبب في حدوث تغير عصبي من شأنه أن

يغير في الوظيفة الطبيعية للكائن البشري أي يضعف الأوعية الدموية للقلب.

(الجارودي. 2001 ص: 02)

وقد صرح "أوسلر Osler" سنة (1910) أن الأفراد اللذين كانوا تحت الضغط لوقت أطول كانوا أكثر عرضة للإصابة بالنوبات القلبية. و في عام (1936) استنتج "Meninger & Meninger" بأن مرض القلب يرتبط بالعدوانية المكبوتة.

(الصمادي و غوانمة. 2012 ص: 35)

إضافة إلى أن الانشغال الكبير بالعمل يمكن أن يضر العلاقات الأسرية لدى ذوو النمط (أ) ومن ذلك دراسات تناولت ارتباط المهن بهذا النمط، كدراسة "بورك وجرينجلاس" حول الأستاذة و دراسة "برادان Pradhan و ميسرا Misra" (1996) حول الأزواج العاملين في المجال الطبي وهو ما تناولته دراستنا إلى حد ما، ودراسة "جونسون وستون" (1986) حول العاملين الاجتماعيين...

أما في دراسة "جمعة سيد يوسف" (2000) بمصر التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين نمط الشخصية (أ) وبعض متغيرات الشخصية ذات الدلالة التشخيصية: القلق، الاكتئاب، والتوهم المرضي. فكانت النتائج إيجابية لدى الجنسين. كذلك دراسة "فخرية الجارودي" سنة (2001) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مكونات بعد العصائية وبعد الانبساطية لدى الجنسين لذوي النمط (أ). أما دراسة هدى عبد الرحمان أحمد المشاط (2008) بالسعودية فهذه هدفت إلى معرفة العلاقة بين نمط السلوك (أ) والمهارات الاجتماعية لدى طالبات كلية إعداد المعلمين والتي خلصت إلى وجود علاقة سالبة، ووجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين نمط السلوك (أ) والفعالية الذاتية.

3. 2. نمط السلوك (ب):

يعود الفضل لظهور النمط السلوكي (ب) إلى ارتباطه بظهور النمط (أ) و نظراً لأعمال "فريدمان وروزنمان" (1950) والذي أثر فيما بعد على تطوير مجال علم النفس الصحي ضمن علم النفس، حيث أطلق على الأشخاص الذين يتسمون بخصائص على خلاف النمط السلوكي (أ).

◀ تعريف النمط السلوكي (ب):

يذكر "كابلان Caplan" (1992): أنه إذا كان النمط (أ) قد حظي باهتمام الكثير من الباحثين فإن النمط (ب) لم يحظى بنفس الاهتمام إذ تعلق الأمر بفئة تعرف من خلال غياب سمات أو خصائص النمط (أ). بالخصوص غياب مشاعر إلحاح الوقت، العدائية وفي المقابل القدرة على تحقيق اللذة، الاسترخاء دون الشعور بالذنب، فهو نمط يحمي الفرد ويتركه يتمتع بصحة جيدة كما يساعده على النجاح وعلى التكيف الاجتماعي.

(بوعافية. 2009. ص:143)

ويضيف "سيوزرلاند Sutherland" (1991) بأنه: لديه القدرة على الاسترخاء و سهل الانقياد وليس لديه ميل للمنافسة، وأقل عرضة للشعور بالإحباط كما ينخفض احتمال إصابته بأمراض القلب. (حمزاوي. 2013. ص:38)

ويوافق هذا تعريف "فخرية الجارودي" (2001) أن ذوي نمط السلوك (ب) يتفاوت أدائهم ما بين الاعتدال والخمول، ولديهم القدرة على الاسترخاء. وليس لديهم القدرة على التنافس كما ينخفض احتمال تعرضهم لأمراض القلب. (الجارودي. 2001. ص:18)

وقدم "لوثانس Luthans" (1992) أنه يرى في ذوو النمط السلوكي (ب) يكون في الجانب الآخر أو المعاكس لصفات النمط (أ) إذ يبدي اهتماماً أقل بالوقت، يمارس درجة أعلى من ضبط النفس في التعامل مع الأمور المهنية والحياتية، يحدد وقتاً للاسترخاء بدون

الشعور بالذنب، يتعامل مع الأمور بصورة هادئة وذو شخصية معتدلة، و على الرغم من سرعة وصول أصحاب النمط (أ) للمستويات الوظيفية العليا إلا أن أصحاب النمط السلوكي (ب) يعتبرون أكثر قدرة على تسيير دقة الأمور في هذه المستويات حيث يتطلب الأمر التعامل مع الأمور بصورة أكثر شمولية و من أكثر من زاوية.

(بوعافية. 2009 ص:143- 144)

وتوافقه "Inayet & Zeki" في أن الأفراد ذوو النمط السلوكي (ب) اللذين يبدون سلوكيات مناقضة للنمط السلوكي (أ) . (Inayet.A & Zeki.P. 2010 p :3654)

ويضيف "مقدم عبد الحفيظ" (1993): أن النمط (ب) هو نمط متحرر من سمات النمط (أ) و بالتالي فهو نمط سوي، وهم أكثر استرخاء و تأني و قناعة، إذ يتميز أفراد هذا النمط بقلة الرغبة في التنافس، قلة الدافع بدرجة نسبية إلى التقدم وفي تقدير الآخرين، قلة الانغماس في الأعمال التي تفرض لها حدود زمنية وقلة الميل إلى تأجيل القيام بالوظائف الكلامية و الوظائف العقلية والجسمية والطبيعية الهادئة الباردة. (بوعافية. 2009 ص:144)

وهو نفس ما أشار إليه "عدنان يوسف العتوم" (2004) حيث يورد أنه يبدي أقل اهتماما بالوقت و يمارس درجة أعلى من ضبط النفس في التعامل مع الأمور المهنية والجبائية.

(حمزاوي. 2013 ص:38)

أما "أحمد ماهر" فيعرف نمط السلوك (ب) على أنها تلك الشخصية التي تميل إلى أن تكون هادئة و مستكينة و غير مستعجل. كما يؤدي الفرد من النمط (ب) عمله بثقة و دون استعجال و يؤدي أعماله الواحدة تلو الأخرى ببطء وبالتدرج. (حمزاوي. 2013 ص:39)

فمن خلال التعاريف السابقة أن ذوو النمط (ب) يبدون على نقيض أو عكس ذوو النمط السلوكي (أ) من حيث سماتهم وخصائصهم التي يتميزون بها.

فهم يعيشون عموماً عند مستوى ضغط منخفض ويعملون بشكل ثابت ويستمتعون بإنجازاتهم.

(Poorva.P. 2016 p :19)

◀ خصائص و سمات نمط السلوك (ب):

كما أورد "هال Hall" (2000) خصائص هذا النمط السلوكي كما يلي:

- أقل تنافسية فهم لا يعتبرون المنافسة هدفاً ولا يقارنون أنفسهم بالآخرين.
- أقل عدائية حيث تغيب لديهم العدوانية سواء اللفظية والسلوكية.
- أقل شعوراً بالحاح الوقت، فهم أكثر هدوءاً واسترخاءاً.
- أكثر صبراً، فلا توترهم القضايا التي تأخذ وقتاً أكثر من المعتاد ولا يزعجهم عدم إنجاز بعض الأمور في وقتها المحدد.
- أقل دافعية للإنجاز. (بن زروال. 2008 ص: 227- 228)

و تصنيف "Sara & Muhammed" (2014) أنهم: مسالمون، أكثر استرخاءاً، أقل عصبية و لديهم الكثير من الأصدقاء كمصدر للدعم الاجتماعي.

(Sara.S & Muhammed.B.2014 p :158)

أما في دراسة "Poovra & Tejjindra" فأضاف بعض السمات ك: المرونة، وأنهم عاديون في مختلف المواقف و يعبرون عن عواطفهم وانفعالاتهم.

(Poovra.P & Tejjindra.2016 p :19)

كذلك يصنف "شيخاني" (2003) في نفس المسار، حيث يرى أنهم يتميزون:

- القدرة على اعتماد النظرة الطويلة، فهم لا يسعون إلى تحقيق أهداف غير واقعية أو القيام بأكثر مما يستطيعون.

- الاعتقاد بأن السرعة ليست بمثل تلك الأهمية، فلا داعي للقلق إذا لم يكن بالإمكان إتمام كل الأعمال في المواعيد المحددة.

- حس الهوية الشخصية، فهم مقتنعون بما هم عليه و بما يفعلون.

- عدم المبالغة في تقييم الأمور، حيث لا يشعرون و لا يظهرون بأنهم في كفاح

مستمر. (بن زروال. 2008. ص: 228)

وجاء في وصف " العتيبي " (2003) بأنهم يتميزون:

- الواقعية في أعمالهم أكثر من ذوي النمط (أ).

- غير مشغولي البال بما يحاولون إنجازه أو تحقيقه.

- لا يستثارون أو يتهيجون.

- غير متوترين وغير متنافسين.

- لا يعانون من ضغط الوقت.

- يتطلعون إلى النجاح لكن بدرجة أقل من ذوي النمط السلوكي (أ).

(نفس المرجع. 2008. ص: 227)

3.3. الفرق بين النمطين السلوكيين (أ) و (ب):

أورد "فريدمان و روزنمان" (1969) أنه طلب من كل من ذوي النمط (أ) و النمط (ب)

قراءة فقرة عن معركة حربية فاختلفا في أنماط الحديث و الكلام، فذوو النمط (أ) يتحدثون

بسرعة و بصوت عال و بانفعال حادّ جدا، خاصة عندما طلب منهم تقمص دور القائد في

المعركة لوحدة قتالية. وقد أظهرت نتائج كل من الباحثين Scherwitz, Berton, Leventhal

1977 / Schucker & Jacobs 1982 / Matthews 1977: أن ذوي النمط (أ) يتحدثون

بسرعة و بصوت عال و بانفعال حادّ ويمكن تمييزهم عن ذوي النمط (ب) أنهم أكثر عدوانية

وسريعو الغضب ويسعون لتحقيق إنجاز متميز ويتسمون بالدهاء والنشاط والسرعة في الإيقاع وحب الهيمنة وحب الاختلاط بالآخرين ويفتقرون للسيطرة على الذات وأنهم من ذوي الجهد العالي والعمل الدؤوب مقارنة بالنمط (ب). (الجارودي. 2001 ص:17)

فنمط السلوك (أ) قد يتعارض مع نمط السلوك (ب) الذي يتميز بالاسترخاء و الرضا.... هذا لا يعني أن النمط السلوكي (ب) ليس مندفعا لتحقيق أهدافه إلا أنه ببساطة نهجه يتسم بالبطء، أقل عدوانية أي مسالم وأكثر منهجية في تعامله.

(Jeffry.R. 1992 p :03)

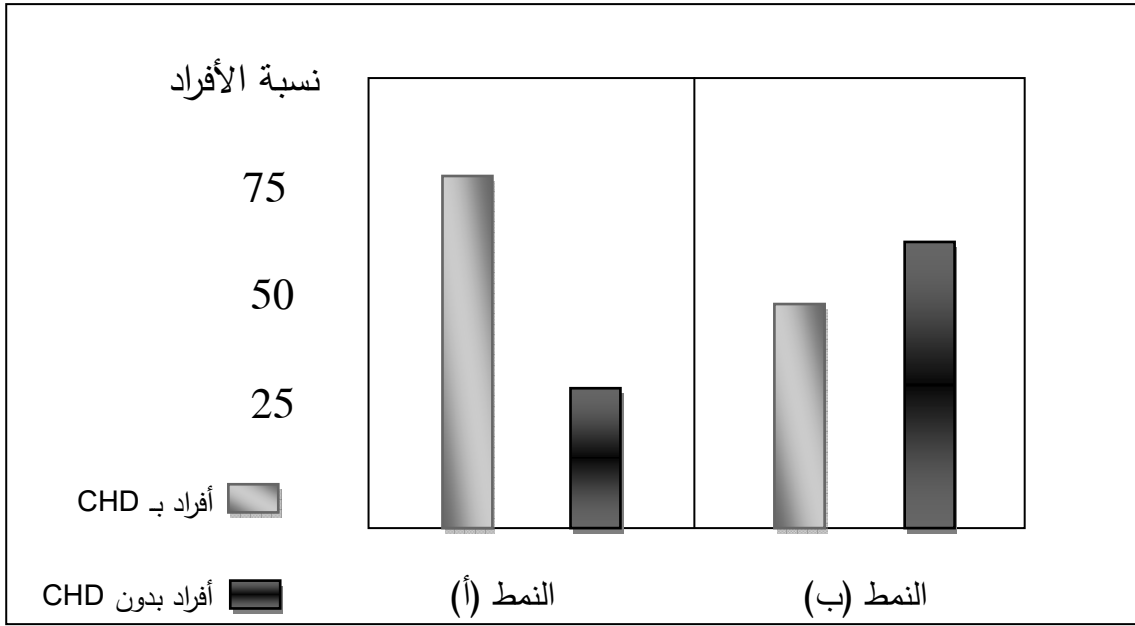
ومن الأعمال التي تؤكد هذا الاختلاف دراسة "هوكر، بلومنثال و سيجلار Hooker, Blumenthal & Seigler" (1987) التي حصل فيها الأفراد ذوي النمط (أ) على درجات مرتفعة على مقياسي الحاجة للقوة و العدا، أما ذوي النمط (ب) الذي تحصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الحاجة إلى القوة فقد حصلوا على درجات منخفضة على مقياس العدا.

(بن زروال فتيحة. 2008 ص:230)

فالنمط (أ) سوف يعاني أفراده في نهاية المطاف من أمراض القلب و الأوعية الدموية والنوبات القلبية في سن مبكرة مقارنة مع أولئك اللذين لديهم نمط (ب) الذين يكونون أكثر استرخاء و يعتمدون داخليا على مشاعرهم و عواطفهم.

(Alnasir & Alfulaij.2014 p :208)

ويتباين النمطان (أ) و(ب) أيضا من حيث احتمال تعرضهما لأمراض القلب، فقد أورد "ميلر وزملائه Miller & al" (1991) أن دراسات عديدة تناولت عينات من الرجال متوسطي الأعمار أفضت نتائجها إلى أن ذوي النمط (أ) أكثر ميلا للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية من ذوي النمط (ب). (بن زروال. 2008 ص:231)



مخطط رقم (03) يوضح تباين النمط (أ) و (ب) و أمراض القلب و الأوعية (CHD)

(المصدر: Kassin. 2004 p :728)

(نفس المرجع.2008.ص:231)

وفي دراسة "Sandra.P & John.J" (1990) على أن نمط السلوك (أ) لدى الممرضات تلقى القليل من اهتمام الباحثين على الرغم من انتشاره. فاختلقت الممرضات من النمط (أ) و(ب) بشكل كبير من حيث المشاركة في العمل، السرعة، نفاذ الصبر والعدوانية. غير أنه من المسلم به على نطاق واسع أن العمل اليومي للممرضات يعرضهم لضغوط جسدية ونفسية واجتماعية كبيرة. وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن النمط (أ) قد يكون في خطر للإصابة بأمراض القلب التاجية والإرهاق وغيرها من المشاكل الصحية وذلك يرجع لمجموعة من المواقف والسلوكيات التي تترافق مع بيئة العمل المجهدة.

(Sandra.P & John.J.1990 p :477)

والجدول التالي يوضح وبشكل واضح الاختلافات بين النمطين (أ) و (ب) المستمد من نتائج المقابلة الشخصية المركبة التي أجرتها اللجنة الطبية العلمية (1960) في الولايات المتحدة الأمريكية.

جدول رقم (03) يوضح بروفيل نمط الشخصية (أ) و نمط الشخصية (ب)
(المصدر: عادل كريم 1991/ الحجار 1987)

نمط السلوك (ب)	نمط السلوك (أ)	الصفات و الخصائص
بطيئة توقفات كثيرة أو انقطاع منخفض ناعم نمطية الكلام توقفات قبل الإجابة طويلة عدم التمسك بالكلمات	كبيرة الإجابات على كلمة واحدة، العجلة في إنهاء الجمل عال خشن قوي كلام منفجر، مفاجئ أجوبة فورية آنية إعادة الكلمات، حذف	1. النطق و الكلام: السرعة إنتاج الكلام ارتفاع الصوت النوعية التلحين كمون الاستجابة مدة الاستجابة أشياء أخرى
ناذرا منشرح، يجلس مرتاحا هادئ، انتباه هادئ مستريح ودود عريضة بملا الفم لطيف ناذرا	كثيرا متوتر، يجلس على طرف الكرسي متحفز، متوتر متوتر، عدواني متجهم الوجه ساخرة عنيف، صاخب كثيرا	2. السلوك التأوه الوضعية العامة السلوك العام تعبير الوجه الابتسامة الضحك شد المعصم
ناذرا ناذرا	كثيرا غالبا	3. الاستجابات إزاء المقابلة - اعتراض المستجوب و مقاطعته - العودة إلى موضوع الكلام قبل مقاطعة الحديث

<p>غالبا غالبا ناذرا ناذرا ما يلجأ إلى ذلك غير موجود</p>	<p>ناذرا ناذرا غالبا تقنيات كثيرة و أساليب متنوعة يلجأ إليها لقطع حديث المستجوب. غالبا ما يظهر خلال المقابلة عن طريق اللجوء إلى آليات: التلطف المصطنع، التبرم، الهيمنة و التحدي</p>	<p>- محاولات لإنهاء الأسئلة - استخدام النكتة في الكلام - تسريع و استعجال المستجوب - مزاحمة المتحدث للسيطرة على المقابلة - العدوان</p>
<p>راض عن عمله. غير موجود خصوصا. صبور، لا ينزعج لأي عائق غير منافس. ناذرا ما يفكر بشيئين بأن واحد.</p>	<p>غير موجود، يطمح للأعلى موجود باعترافاته و اعترافات الآخرين ينزعج إذا بطأت سيارة أمامه أثناء القيادة يستمتع بمنافسة الناس في العمل و اللعب حتى يربح غالبا ما يفكر بأمرين في آن واحد.</p>	<p>4. محتوى تفكيره العام النموذجي - رضائه عن عمله - الطموح، الدافع الجامح - الشعور بعدم القدرة على الصبر و تأجيل رغباته - المنافسة - الاعتراف بوجود تفكير ثنائي الطور و النشاطات</p>

(حمزاوي. 2013. ص: 40- 41)

خلاصة:

و انطلاقا مما تم عرضه و وفقا لنظرية الأنماط التي ترى أن لكل فرد سمات شخصية ثابتة نسبيا تؤثر في تعامله مع المواقف الضاغطة و تختلف باختلاف الأفراد، حيث صنف الباحثون الأفراد من حيث مدى تأثرهم بالضغوط إلى صنفين هما: نمط السلوك (أ) و نمط السلوك (ب). و بالتالي فخصائص و سمات شخصية الأفراد تحدد بمدى ما يتعرض له من ضغوط نفسية و مهنية (على الصعيد المؤسسي) و كذا التعرض للإصابة بالاضطرابات النفسية.

الفصل الثالث

الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها

1. الضغط النفسي

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي.
2. مفهوم الضغط النفسي.
3. مصادر الضغط النفسي.
4. فيزيولوجية الضغط النفسي.
5. المقاربات النظرية في تفسير الضغط النفسي.

II. استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

تمهيد

1. مفهوم استراتيجيات المواجهة
2. وظائف استراتيجيات المواجهة
3. محددات استراتيجيات المواجهة
4. تصنيف استراتيجيات المواجهة
5. التناولات النظرية: المدخل الحيواني
المدخل السيكودينامي
المدخل التفاعلي
6. العلاقة بين نمط الشخصية و استراتيجيات المواجهة

خلاصة

1. الضغط النفسي:

تمهيد:

يعيش الفرد خلال سيرورة حياته داخل دائرة من المتطلبات والحاجات المادية والنفسية والاجتماعية التي يحتاج إلى إشباعها من محيطه.

إلا أن هذا الأخير قد يعوق الفرد نحو تحقيق طموحاته وإشباع حاجاته نظرا لتعقيداته مما يجعل الواقع غير صحي ويولد لدى الفرد صراعات و ضغوطات بشتى أنواعها .

فقد أصبح عالمنا اليوم يعيش في دوامة من الضغوط النفسية، حيث ترى الدراسات أن أكثر من ثلثي المترددين على الأطباء يعانون من أمراض لها علاقة بالتوتر الناشئ عن هذه الضغوط التي باتت من الظواهر المألوفة في الحياة فهو يعتبر احد الخصائص المميزة للحياة البشرية حتى وإن كان بعض الأفراد يتعرضون للضغوط بشكل أكثر وأكبر عند مقارنته بالآخرين . فتعرف بأنها حدث يشعر به الإنسان الذي يتعرض له بأن هناك تهديدا لسلامته الجسدية أو النفسية.

سنتطرق في هذا الفصل إلى البعد التاريخي لمفهوم الضغط النفسي والمنحى الذي عليه حاليا كما ستعرج الباحثة إلى أهم النظريات التي تناولت الموضوع وكيف يتفاعل الإنسان مع هذه الضغوط .

1. لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي :

على الرغم من الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط النفسي من جانب المهتمين بالصحة النفسية إلا أن كلمة الضغط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا. ومع ذلك يمكن القول بأن العامل المشترك في تعريفات العديد منهم بأن الضغط هو :

"الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي (Organism) وما يتبعه من استجابات من جانبه ليتوافق مع التغير الذي يواجهه " (الصبان. 2003 ص36)

فالضغط مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية ويشير إلى الإجهاد، ولقد استعار علماء النفس بوصفه علما حديث النشأة، ففي الفيزياء يشير إلى المشقة أو الضغط الواقع علينا في حياتنا اليومية، وفي الطب نجد أن الضغط يكون منسوبا إلى ضغط الدم ويقصد به الضغط الذي يحدثه سريان الدم على جدار الأوعية الدموية، أما المفهوم الهندسي للضغط فهو يشير إلى القوة الدافعة على وحدة المسافات في الاتجاه العمودي عليها .

كما نجد تعريف للضغط الجوي في الطبيعة وهو التركيز على نقطة معينة بفعل الثقل الذي يحدثه تيار الهواء على هذه النقطة. (داود. 2012 ص71)

فدراسة تاريخ مفهوم الضغط من الناحية الزمنية أمر ليس باليسير، لأن كلمة ضغط Stress في حد ذاتها سابقة لتاريخها، فهناك من يرى أنها مأخوذة من الكلمة اللاتينية "Stringere" التي تعني "السحب بشدة" واستخدمت هذه الكلمة لأول مرة خلال القرن 14 م حيث لم يكن الاستخدام بصورة ثابتة ومنظمة . (أبو الحصين. 2010 ص17)

ويرجع "سميث Smith " المعني الاشتقاقي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني، فكلمة ضغط Stress مشتقة من الكلمة اللاتينية "Stictus" والتي تعني الصرامة، وهي التي تدل ضمنا على الشعور بالتوتر وإثارة الضيق والذي يرجع في أصله إلى الفعل Stringere ، والذي يعني يشدّ Tighten ، ومعني هذا الضغط يشير إلى مشاعر الضيق والقلق الداخلية التي يتعرض لها الكثيرون في ظروف ما، ولقد اشتقت كلمة الضغط من الكلمة الفرنسية Estresse وهي تعني الضيق أو القمع والاضطهاد. (داود. 2012 ص71)

ويضيف "محمد أبو الحصين" في نفس السياق أن كلمة الفرنسية القديمة Destresse والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق أو الظلم، وفي الانجليزية الحديثة ظهرت الحاجة لوجود مصطلح يعني معنى الضغط Pressure لوصف الألم الكامن.

(أبو الحصين. 2010 ص17. 18)

وفي أواخر القرن الثامن عشر يشير الضغط إلى القوة La Force أو التوتر أو الإجهاد. وفي سنة 1914 م قام الفيزيولوجي "كانون Cannon" بربط مصطلح الضغط بعمليات التنظيم الهرموني للانفعالات عند الحيوانات .

أما في 1955 قام كل من الطبيبين العسكريين الأمريكيين "J.Spegel و R.Gringer" وهما مختصين في الأمراض العقلية، قاما بإطلاق مصطلح (الضغط) على مجموع الأمراض العقلية والنفسية التي ظهرت أثناء الحرب، وقد ذكر ذلك في كتاب لهما تحت عنوان "أشخاص تخت الضغط"

وفي سنة 1950 قام الفيزيولوجي الكندي "H.Selye" بتبني المصطلح للإشارة إلى ما كان يعرف منذ سنة 1936 "تآذر التكيف العام" (داود. 2012 ص71،72)

2. مفهوم الضغط النفسي :

الضغط لغة :

حيث ورد بعدة أشكال في المعاجم و ذلك حسب الاستخدام و الموقف الذي اقترن به. فيقال ضغطه ضغطاً: أي غمزه إلى شيء كحائط أو غيره.

و يقال ضغط الكلام إذا بالغ باختصاره و إيجازه حيث يتخلى عن التفاصيل.

و نقلا عن الفيروز أبادي (1986):

" الضغطة بالضم تعني الضيق و الشدة، و ضغطه عصره و زحمه، و ضاغطوا زاحموا."

(أبو حصين. 2010. ص:21)

اصطلاحاً:

يمكن عرضه وتعريفه على ثلاث اتجاهات حول وصف وتناول موضوع الضغوط. فكانت

كالآتي:

- 1- وصفه على أنه استجابة. وهو النموذج الذي يتعامل مع الضغط على أنه متغير تابع ويصفه في صورة استجابة الشخص لبيئات مضايقة أو مزعجة له.
- 2- وصفه على أنه مثير. وهو النموذج الذي يصف الضغط في صورة تتمثل في خصائص تلك البيئات المضايقة أو المزعجة ومن ثم فإنه ينظر إليه على أنه متغير مستقل.
- 3- النموذج التكاملي الذي ينظر على أنه انعكاس لنقص التوافق بين الشخص والبيئة، أي ينظر إليه كمتغير وسيط بين المثير والاستجابة حيث أن الضغط ينشأ من علاقة خاصة بين الفرد و بيئته. (الصبان.2002 ص:37)

فمن الملاحظ أن هناك الكثير من التعريفات للضغط النفسي إلا أنه لا يوجد اتفاق تام على تعريف محدد لهذا المفهوم، ويرجع ذلك إلى اختلاف في وجهات النظر وخلفيات العلماء، إذ يعتبر "هانز سيلبي Hans Selye" الأب الروحي لدراسات الضغوط فهو أول من قدم مصطلح الضغط النفسي Stress في المجال الطبي سنة (1926) حيث لاحظ من خلال دراساته في كلية الطب بأن الأفراد يعانون من نطاق واسع من الأمراض ولكن هناك عامل مشترك في كل الأعراض. وهذا التشابه في الأعراض لدى المرضى بالرغم من اختلاف المرض لديهم جعل "Selye" في البداية يطلق على هذه الحالات مصطلح (زملة المرض) The Syndrom of Being . وكذلك أيضا في بداية عمله استخدم مصطلح الضغط النفسي لوصف مجموعة من التغيرات أو المثيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية بهذه الدرجة من الشدة و الدوام بما ينقل القدرة التكيفية للكائن الحي إلى حدّها الأقصى والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي لاختلال السلوك أو عدم التوافق أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي للمرض، و بقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات نفسية وجسمية غير صحية. (حنصالي.2014 ص:81)

ويرى "زيمبارودو Zimbarodo" (1988) أن الضغوط النفسية هي نمط لاستجابات غير نوعية يقوم بها الكائن الحي نتيجة لأحداث مثيرة تعوق اتزانه وتحبط من محاولاته لمواجهتها،

وتشمل تلك الأحداث التي تبعث على عدد كبير و مختلف من العوامل الداخلية و الخارجية والتي يطلق عليها بالضواغط. ويعرف "ولمان Wolman" الضغط بأنه حالة من الشد strain الجسمي أو النفسي تؤدي إلى تغيرات في الجهاز العصبي اللاإرادي.

وتعرف "ماك جراث McGrath" الضغوط بأنها ذلك الإحساس الناتج عن فقدان الاتزان بين المطالب والإمكانات، ويصاحبه عادة مواقف فشل حيث يصبح هذا الفشل في مواجهة المطالب والإمكانات مؤثرا قويا في إحداث الضغط النفسي.

ويرى "لازاروس" أن مجال الضغط يضم ظواهر فيسيولوجية اجتماعية و نفسية.

(الزيناتى. 2003 ص:77)

ويتفق "بورشفيلد و فولكمان" مع "لازاروس" على أن الضغوط النفسية هي تلك العمليات التي تأتي نتيجة للظروف التي تهدد اتزان الكائن الحي. (نفس المرجع. 2003 ص:77)

بينما يشير "كولمان Coleman" (1973) بأنه مصطلح يشير إلى المطالب التوافقية الملقاة على عاتق الفرد في مواجهة مشكلات الحياة، و ضرورة مكافحته للتغلب عليها وإشباع حاجاته.

ويعرفه "أحمد عزت راجح" (1973) أنه حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من الإحباط الموصول لدافع أو أكثر من الدوافع القوية. (حنصالي. 2014 ص:80)

كما يعرف "جرينبيرج Gerenberg" (1984) بأنه ردّ فعل فيسيولوجي وسيكولوجي وعقلي ناتج عن استجابات الأفراد للتوترات البيئية والصراعات والأحداث الضاغطة.

(مزلق. 2014 ص:55)

ويضيف "سكوت" (2000) أن مشاعر الضغط النفسي ماهي إلا نتاج لاستجاباتنا غير التوفيقية تجاه الأحداث الحياتية التي نواجهها. (رجاء. 2007 ص:4)

ونجد تعريف "الصباغ وعباس" (2000) على أنه مواقف غير سارة تعيق أو تهدد إشباع الحاجات النفسية و تتجاوز قدرة الفرد على التوافق معها مما يؤدي إلى الشعور بالضيق و التوتر وعدم الارتياح بناء على تقييم الموقف من قبل الفرد. (البيرقدار. 2011. ص:31)

ويوافق تعريف "سكوت" و"الصباغو عباس" و"جرينبيرج" و"كولمان" ومجموعة من الباحثين تعريف "الحجار ودخان" (2005) الذي يصفهانها على أنها مجموعة المواقف والأفكار التي تفضي إلى الشعور بالتوتر و تستشف عادة من إدراكه بأنها تفوق قدراته و إمكاناته.

(نفس المرجع. 2011. ص:31)

وتعرف إجرائياً:

"الضغوط النفسية بأنها مجموعة من الأحداث والمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد أثناء القيام بمهنته والتي تشكل تهديدا لذاته لأنها تفوق إمكاناته حيث تؤدي به لاستجابات غير توافقية وانفعالية إذا استمر الموقف الضاغط ما ينعكس سلبا على الحالة النفسية والانفعالية والسلوكية للفرد".

3. مصادر الضغط النفسي:

قد حظيت مسألة تحديد مصادر الضغوط باهتمام كبير من الباحثين، ولذلك تعددت تصنيفات مصادر الضغوط لديهم فركزت الأبحاث النفسية على العوامل النفسية للضغوط وخلصت إلى أن المنبهات التي تستدعي ضغوط نفسية لا تختلف من شخص لآخر فحسب، بل تتغير حسب الموقف والبيئة وطريقة معالجة الفرد للمثير. (دايلي. 2013. ص:39)

فقد أوضح "ميللر Miller" (1979) مصدرين للضغوط:

1. داخلية: تتبع من داخل الفرد كالطموحات والأهداف، وقلق البناء الجسمي الاجتماعي، ضغوط عاطفية كذلك أحداث داخلية نفسية.

2. خارجية: والتي تتأتى من البيئة الخارجية كالضوضاء، القيم والأحداث الضاغطة، الضغوط اليومية والعلاقات الاجتماعية. ففي دراسة لـ Meclland وزملائه بجامعة هارفارد أن "اضطراب العلاقات الاجتماعية يلعب دور مدمر للصحة." (دايلي.2013 ص:41) كما أورد كل من "بريكون و ماريلو Bruchon.S & Marilou.Q" (2001) كالاتي:

1. ضغوط شخصية: كالضغوط الصحية..

2. ضغوط أسرية: حيث أن اضطراب العلاقات داخلها و احتدام الصراع قي يكون في الأصل سببا في عدة أمراض نفسية وجسدية.

3. ضغوط مهنية واجتماعية: فالعلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة كالمدرسة و مكان العمل ومحيط التفاعل اليومي قد تكون من أهم مولدات الضغط. (والي.2015 ص:114)

وحسب "حمدي علي الفرماوي" (2009) تنتوع مصادر الضغوط في:

- مشكلات تنظيمية.
- نقص الكفاءة المهنية.
- ساعات العمل الطويلة وغير المنتظمة.
- الشعور بالمكانة الأقل أو المكافأة غير المناسبة.
- مهام و إجراءات غير ضرورية.
- عدم الاستقرار و فقدان الأمن.

ومن هنا يبدو أن الضغوط الداخلية كأساس ومهياً لظهور الاضطراب فيما بعد وذلك بوجود مثيرات خارجية مفجرة، فتقدير الذات وسمات الشخصية لها دور فعال في تكوين الفرد ناهيك عن العمليات المعرفية التي يمكن أن تساهم أو تضاعف من الضغوط لدى الفرد، على سبيل المثال في عملية إدراك الفرد و تقييمه للموقف والمثير الخارجي و طريقة تفسيره للموقف على أنه ضاغط. أما بالنسبة للمصادر الخارجية فنجد أن الإنسان الطموح والذي يسعى

لتحقيق أهدافه دوما معرض للضغوط النفسية فقد لا يكون الموقف مهددا بطبيعته لكن قد يكون من المصادر الرئيسية لحدوث الضغط، كذلك للدافع القوي للانتماء الاجتماعي سواء على مستوى الأسرة، الجماعة، مكان العمل .. وتقبل الآخرين لها ارتباط بالصحة في جانبها النفسي و الجسدي على حدّ السواء. ناهيك عن عدم الإشباع الاقتصادي (البطالة).

ففي دراسة أجراها "كيسلر وآخرون Kessler & all" (1988) على أفراد في مناطق ترتفع فيها نسبة البطالة في "ميتشيغان" تبين ارتباط البطالة بارتفاع معدلات حدوث آثار نفسية سلبية وأمراض جسدية، وكذا زيادة قابليتهم للتأثر بأحداث الحياة الأخرى. وفي دراسة أخرى أجراها "تورنر وآخرون" (1991) تبين أن الأفراد الذين يحصلون على المساندة الاجتماعية تمكنوا من تحصين أنفسهم من الآثار السلبية للبطالة. (دايلي. 2013 ص: 42)

4. فيزيولوجية الضغط النفسي:

الضغط النفسي ثورة داخلية تقتحم المراكز العصبية الموجودة في اللحاء فيحتل توزيع القوى العصبية واتزانها وتنشيط الجهاز العصبي بطريقة تعسفية وذلك يخرج الإنسان عن حدود النشاط المعتدل المنظم السوي و يبدو الأثر السيء لتلك الثورة العارمة على الوظائف العقلية فيؤدي الضغط إلى عدم الاتزان في المواد الكيميائية العصبية. (دايلي. 2013 ص: 52)

فالضغط تفاعل خاص بين الفرد و محيطه يكون ضمن إطار موسع لضرورة التوازن الداخلي (النفسي الفيزيولوجي) فهو يحافظ على الفرد ضمن أي تهديد يحطم توازنه لأن العمليات النفسية و الفيزيولوجية تعمل تلقائيا و بشكل مستمر وبصمت حيث يكون للفرد غير واعي بها لكن هذه الحماية لا تكون فعالة إلا ضمن الحدود المقبولة والمتفق عليها في التغيرات المحيطة. (صندلي. 2012 ص: 38)

ويتألف جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي من قسمين:

أ- جهاز مركزي لتلقي المعلومات من المناطق العليا للجهاز العصبي المركزي ومن أعضاء الجسم المحيطة و من المحيط الخارجي.

ب- جهاز محيطي ينقل الأوامر الناتجة عن استثارة الضغط النفسي للقسم المركزي من جهاز الضغط النفسي.

و يحتوي جهاز الضغط النفسي على عنصرين متوازنين متداخلين:

1. الجهاز المحرر للسيروتويدات القشرية (الكورتيزول)

2. الجهاز المحرر للكاتيكول أمينات: والذي يتألف من عصبونات مفرزة للنورأدرينالين.

وإن أي اضطراب في علاقة هذين العنصرين ينجم عنه أمراض معينة.

و يقع جهاز الضغط النفسي المركزي في موقع محوري في منتصف قاعدة الدماغ وهو:

1. يأخذ المعلومات من المحيط و من الجسم، من خلال مختلف أجهزة الحواس عبر الدم.

2. يعطي أوامره عبر الاستطالات العصبية إلى محور الوطاء النخامي والجهاز العصبي المستقل.

ويعتمد تأثير هذه الأوامر سلبا أو إيجابا على شدة ومحتوى و استمرارية العامل المحرض للضغط النفسي.

كما يعتبر الكورتيزول منظما لاستجابة العضوية للضغوط النفسية.

(واكلي. 2013 ص: 137/138)

5. المقاربات النظرية في تفسير الضغط النفسي:

5.1. النظريات البيولوجية:

5.1.1. نظرية المواجهة و الهروب "والتر كانون"

حيث تعد هذه النظرية من أوائل النظريات التي اعتمدت على الجوانب الفيزيولوجية في تفسير و دراسة الضغوط، ففي دراسة لـ "والتر كانون W.Cannon" (1932) الكيفية التي يستجيب بها كل من الإنسان والحيوان للتهديدات الخارجية فقد ركز في أبحاثه على الاستجابة الفيزيولوجية للعضوية إزاء مثير ضاغط. (ناجية دايلي. 2013 ص: 61) إذ أن هناك أنشطة متتابعة تستثير الأعصاب والغدد لتهيء الجسم لأن يجابه الخطر أو يهرب منه. فيرى "كانون" أن منطقة المهاد Hypothalamus هو المركز الأصلي لتلك الاستجابة الخاصة بالضغط و له وظيفة مزدوجة هي التحكم في الجهاز العصبي المستقل وتنشيط الغدة النخامية، فالجهاز العصبي المستقل هو المسؤول عن تنظيم وحدوث الاستجابة الفيزيولوجية عن طريق مجموعة من الوظائف الهامة وذلك بإفراز مادة الأندروفين Endorphin ثم إفراز مادة الأدرينالين Adrenaline و تستند على مفهوم الاتزان الحيوي، ويرى "كانون" أن الكائن الحي يستطيع مقاومة الضغط عندما يتعرض له بمستوى منخفض أما الضغط الشديد أو الطويل الأمد فيمكن أن يسبب انهيار للأنظمة البيولوجية.

(بوناب. 2013 ص: 35)

ويعتبر "كانون Cannon" أول من أتى بمصطلح Homostasis و هو إغريقي الأصل Homoios تقابلها في الفرنسية Similaire وفي العربية التماثل أو التشابه أما Stasis في الفرنسية Position وفي اللغة العربية الوضعية ليشير بها إلى السيرورة الفيزيولوجية التي تمثل عمل الجسم في أغلب المواقف الضاغطة، فالجسم دائم الاستعداد لتحقيق التوازن وإضفاء التعديلات الممكنة من خلال ميكانيزماته. (والي. 2015 ص: 81/82)

5. 1. 2. نظرية "هانز سيلبي" أعراض التوافق العام:

يعتبر "هانز سيلبي" الأب الروحي لنظرية الضغط حيث أقرّ بتأثير الضغط النفسي على توازن الجسم فيرى أن إرهاق القوى الدفاعية للفرد أثناء تواجده تحت ضغط نفسي أو فيزيولوجي يعيق عملية توازن الجسم داخليا، فتتحرك القوى الفاعلة من أجل المواجهة (contre action) و إعادة التوازن، هذا ما جعله يصوغ نظريته على أساس متلازمة التكيف العام. (والي. 2015 ص 82)

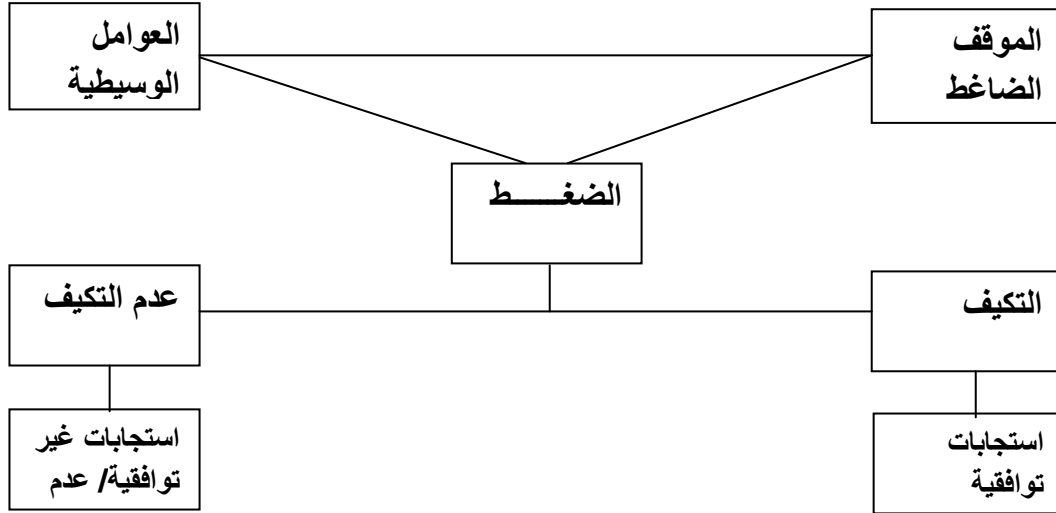
وقد قسم "سيلبي" مجموعة الأعراض التوافقية للضغط لثلاث مراحل:

1. المرحلة الأولى: تبدأ بالانتباه لوجود حدث ضاغط عن طريق الحواس، و هذا الانتباه يولد تغيرات فيزيولوجية حيث تحدث الإثارة من خارج الجسم و عندما يتلقى المخ الإثارة يرسل لجميع أعضاء الجسم رسائل كيميائية لإعلان حالة الطوارئ. و ذلك عن طريق إفراز هرمونات ما يترتب سرعة نبضات القلب و ارتفاع ضغط الدم. (دايلي. 2013 ص 63/64)
2. المرحلة الثانية: حيث يبقى الفرد في هذه المرحلة مهياً لمواجهة أي ضغط مهما كان مصدره. (والي و داد. 2015 ص: 82).

حيث تظهر بشكل تدريجي مقاومة اتجاه عوامل الضغط وهي تماثل في علم الفيزياء "حالة التشوه المرن" فينتقل الجسم إلى مقاومة بالأعضاء الحيوية، حيث يزداد إفراز التيرويدات التي تحدث في العضوية: ضخامة الغدة الكظرية، ضمور الجهاز اللمفاوي و قرحات هضمية.

محاولاً الجسم التكيف مع المطالب الفيزيولوجية، فإذا نجحت المقاومة يعود الجسم لحالته الطبيعية و لكن نجاحه يتوقف على قدرة الفرد على استخدام مصادر. جيدة لكن إن استمر الضغط لمدة طويلة تصبح طاقة الجسم منهكة و مجهددة على التكيف و تضعف وسائل المقاومة. (دايلي. 2013 ص 64)

3. المرحلة الثالثة: حيث تظهر إذا استمر التهديد و استنفذت الأعضاء الحيوية قواها اللازمة للصمود، حيث تلعب الغلوكوكورتيكوئيدات دورا حاسما في عملية التكيف (نفس المرجع.2013 ص64) فتظهر علامات الإعياء تدريجيا و تتوقف قدرة الفرد على التوافق و التكيف ما قد ينجر عنه أمراض سيكوسوماتية.



مخطط رقم (04) يوضح بوجه عام نظرية "سيلي"
(المصدر: فاروق السيد عثمان 2001)

(دايلي.2013 ص:65)

5. 2. النظريات السلوكية:

يرى "سكينر" أن الضغط أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية وأنه ينتج عن تفاعل الفرد مع بيئته، حيث لا يستطيع الفرد تجنبه فهناك من يواجهون الضغوط بفعالية وحينها تفوق شدة الضغط قدراتهم على المواجهة فإنهم يشعرون بتأثيرات تلك الضغوط عليهم.

(صندلي.2012 ص:34)

كما تقوم هذه النظرية على منهج أو طريقة التعلم السلوكي حيث أن لكل استجابة مثير والعلاقة بينهما إما تكون إجابا أو سلبا. كما أن الاضطراب ينشأ نتيجة ارتباط سابق بين

الموقف الضاغطة (الانفعالي) و استجابة عضو ما... كما أخذ أصحاب هذه النظرية في استخدام مبدأ التدعيم و التغذية الراجعة في عملية تفسير تأثير العوامل السيكولوجية على الاضطرابات الجسمية. (دايلي. 2013 ص: 78)

أما "بندورا Bandura" فقد وضع مفهوم الحتمية التبادلية (1978) العلاقة بين السلوك والشخص و البيئة أي أنه توجد ثلاث عناصر متفاعلة. فالاستجابة تصدر من الفرد في ظروف ضاغطة تؤثر على مشاعره و السلوكات والانفعالات تتأثر بطريقة إدراكه للموقف.

كما يشير "بندورا" إلى أن قدرة الفرد في التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة تتوقف على درجة فعالية الذات للفرد. وهذه الدرجة تتوقف على البيئة الاجتماعية كذلك إدراكه لقدراته وإمكانياته في التعامل مع الضغوط. (صندلي. 2012 ص: 34)

5. 3. النظريات المعرفية:

5. 3. 1. النموذج المعرفي لـ "بيك Beck":

حيث يعتبر "Beck" أن النظام المعرفي الداخلي هو المسؤول عن تحديد استجابة الفرد للضغط باعتباره مثير بناء على سيرورة حركية تستوجب إستدخال متواصل للتفسيرات والتحليلات و التقييمات لمختلف الوضعيات و المواقف الخارجية، فتحدد درجة ضغط المثير ومدى خطورته متصل بتفسير الفرد له و تقييمه له ومن ثم تحديد الاستجابة الملائمة.

ويؤكد "Beck" على أن النظام المعرفي الداخلي هو المسؤول عن تحديد ردود الأفعال مهما كان نوعها و حدوث تعارض بين الداخل والخارج من شأنه أن يؤدي إلى الاضطراب.. وبالنسبة لتحديد الاستجابة على مستوى الفرد يتم على مستويين:

- تحديد درجة الميل السلوكية Inclinaison comportementale ما يستوجب قيامه

و ذلك بتحديد اتجاه القوة و درجتها و انعكاساتها.

- فعالية الاستجابة (المصاحبة للسلوك)

هذان العنصران هما نتاج التأويلات و التفسيرات و البناءات الفكرية الشخصية للوضعية الضاغطة. (والي.2015 ص:84)

5. 3. 2. النظرية الإدراكية لـ "سبيلبرجر":

إذ يعتبر "سبيلبرجر" (1979) واحد من العلماء اللذين وضعوا تفسيراً للضغوط النفسية معتمداً على الدوافع، حيث تستند نظريته على المواقف المتعلقة بالموقف الضاغط و إدراك الفرد. فيحدد "سبيلبرجر" مفهوم الضغط على ثلاث مراحل: مصدر الضغط، إدراكه و ردّ الفعل المناسب. ومن هنا ترتبط شدة ردة الفعل مع شدة المثير و مدى إدراك الفرد له.

(دايلي.2013 ص:76/77)

كما ميّز "سبيلبرجر" بين مفهوم الضغط و القلق حيث اهتم في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة التي تكون ضاغطة، و يميز بين حالات القلق الناتجة عنها و يحدد العلاقة بينها و بين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك الظروف الضاغطة، فالفرد يقدر الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط. (بوناب.2013 ص:37).

كما ميز "سبيلبرجر" بين نوعين من القلق: قلق الحالة و قلق السمة، حيث أن قلق الحالة يكون استجابة لموقف أو ظرف ضاغط أما قلق السمة يكون اتجاه سلوكي ناتج عن الخبرات السابقة.

(والي.2015 ص85)

5. 4. النظريات التفاعلية:

5. 4. 1. النموذج المعرفي التفاعلي (التقدير المعرفي):

قدم هذه النظرية "لازاروس Lazarus" وقد نشأت نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي والتقدير المعرفي، وهو مفهوم أساسي يعتمد على تقييم الفرد للموقف.

حيث يرى "لازاروس" أن الشعور بالضغط نتاج التفاعل بين خصائص البيئة وخصائص الفرد وكفاءة آليات الدفاع، فتقييم الفرد للموقف ودور كل من الصراع والإحباط والتهديد هو الذي يولد الضغط ومن ثم يشعر الفرد ببعض المؤشرات التي تعطي إنذار باتجاه وجود ضغوط مرتفعة (دايلي. 2013 ص:66)، وترتكز معالم هذه النظرية على دور العوامل المعرفية و التقييم المعرفي في تفسير الموقف الضاغط ومن ثم تحديد أساليب المواجهة الملائمة لهذا الموقف. وفي هذا الصدد يمكن تعريف التقييم المعرفي على أنه سيرورة معرفية من خلالها يستطيع الفرد تقييم موقف خاص ومحدد يمكن أن يضعه في خطر، وإمكاناته المتاحة من أجل المواجهة. ويرى كل من "لازاروس وفولكمان" أن التقييم المعرفي يمر بمرحلتين:

- مرحلة التقييم الأولي: وفيها يقدر الفرد الموقف ويفسره إما إيجاباً وإما سلباً و هل يشكل له خطراً أم لا، وتتأثر هذه المرحلة بعوامل شخصية وأخرى موقفية.

- مرحلة التقييم الثانوي: الذي يحدد إمكانات الفرد وقدراته المتاحة من أجل مواجهة الموقف ومن ثم تحديد أسلوب التكيف معه. (والي. 2015 ص:86)

6. علاقة الضغط النفسي بالأنماط السلوكية:

يتأثر تركيب شخصية الفرد بشكل واضح بالعلاقة بين مصادر الضغوط النفسية ومستويات تلك الضغوط التي يواجهها الفرد، فيبدو أن هناك بعض الأشخاص يتأثرون بشدة بالضغوط النفسية فهم يعانون من بعض الأعراض الوقائية ولكنهم يواجهون الضغط بمهارة.

وقد ساعد البحث في مجال الشخصية على إلقاء الضوء على الأنماط المختلفة للشخصية وكيفية تأثر هذه الأنماط بالضغوط النفسية في المواقف المختلفة.

(الزيناىي. 2003 ص:92)

ولقد خلصت دراسات كل من Rosenman، Friedman، Mayer و Jenkins إلى تحديد أنواع للتجاوب مع الضغط بناء على أنماط الشخصية:

- النمط (أ): هذه الشخصية تستجيب بطريقة مفرطة الضغط، مما يسمح لها بإخراج شدة التوتر الداخلي إلى الخارج. (والى. 2015 ص:86).

فالأفراد ذوو النمط (أ) يعانون من الضغط الناتج عن الصراع مع الوقت و الأفراد، وتشير بعض الدراسات إلى أن ذوو النمط (أ) يكونون أكثر ميلا إلى الشعور باليأس والعجز أو التخلي والهروب من الموقف الضاغط أكثر من ذوو النمط (ب) وبالتالي يظهر عليهم سلوكا يتصف بالتردد والضعف في اتخاذ القرارات. (الزيناىي. 2003 ص:96)

وفي دراسة أجراها "Genil & Heisler" وجد أن أفراد النمط (أ) أكثر فعالية لإدراك ومعايشة عوامل الضغط على غيرهم، وتظهر لديهم استجابات خاصة تتكون من خيبة الأمل و رفض المساندة الاجتماعية و يلجؤون لإستراتيجية الاتهام الذاتى. (دايلى. 2013 ص:74)

- النمط (ب): من صفاتهم التجاوب العادي مع الضغط و تكوين ردود أفعال تسمح لهم بتطوير الطاقات اللازمة من أجل مواجهة الضغط بالأسلوب الملائم دون إلحاق الضرر لا بالذات ولا بالآخرين. (والى. 2015 ص:92)

فالنمط (ب) يبدي اهتماما أقل بالوقت ومن الصعب إغضابه و لكن إذا غضب فتوتره يكون شديد (ناجىة دايلى. 2013 ص:73). وهم لا يعانون من الضغط الناتج عن الصراع مع الوقت ويتميزون بالثقة والهدوء. (الزيناىي. 2003 ص:76)

II. استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

تمهيد

لقد أصبح مفهوم المواجهة coping ذا استعمال متزايد في مجال علم النفس و الطب العقلي وبالأخص في الدراسات حول الضغط، ولا يمكن التحدث عن الضغوط دون ان نتحدث عن أساليب مواجهتها لأن فهم طبيعة وآثار الضغوط ترتبط دوما بفهم أساليب التغلب عليها.

ولأن توفر واستخدام آليات معينة للمواجهة تؤثر بشدة على استجاباتنا النفسية والفيسيولوجية للضغوط، فأساليب المواجهة يمكن أن تعبر عن الكيفية التي تفكر بها في الأحداث والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر. وفي هذا السياق يرى kontsoimon و زملائه (1996) ان خبرة الضغوط ليست هي العامل الحاسم في الاصابة بالحوادث وإنما الأهم هو كيف يواجه الفرد تلك الضغوط. ويضيف Atkinson & all (1990) أن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة المواجهة غير الناجحة.

كما تعتبر استراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطة بين اثر الضغوط والنتيجة التكيفية للفرد وبالتالي صحته النفسية والجسدية وفي هذا الصدد يصرح lozorns و folkman (1988) اي الطريقة التي يواجه بها الافراد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية وليس الضغط بحد ذاته . واكلي. 2013، ص157)

1- مفهوم استراتيجيات المواجهة :

ترجع كلمة استراتيجية الى الكلمة اليونانية strategos والتي تعني "فنون الحرب وإدارة المعارك" ويعرف قاموس "ويبستر websters" الاستراتيجية على أنها علم التخطيط و توجيه العمليات العسكرية. (طبي.2004،ص74)

ويعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة و الذي اهتم به الفلاسفة...فقد اهتم أفلاطون plato من خلال أعماله بتقديم شرح الطرق و الاستراتيجيات التي ينتهجها الأفراد للتعامل مع المواقف و الظروف العصيبة التي تمر في حياتهم، كما قدم شكسبير w.shakespear وصفا لاستجابات الأفراد للمواقف الضاغطة كالفقدان، الصراع، الأزمات و غيرها من المواقف الشاقة و على الرغم من الاهتمام القديم بالمفهوم فإن الاهتمام العلمي به يعد حديثا نسبيا، و يتضح ذلك من خلال المختص النفسي "تايلور taylor" 1970 الذي اهتم بوصف كيفية مواجهة الأفراد لمثيرات المشقة. (مزلق.2013،ص106) و قد اختلف العلماء في نظرتهم لهذا المصطلح، حيث استخدم بعدة معاني منها: استراتيجية (Lois,1962) أو أسلوب (Moos & Tayler,1993) أو مجهود (Meenning,1963/Lazarus,1066) أو استجابة (Pearlin,1978) أو عملية (Freidman & Murphy,1963) أو محاولات (Endler et all,1998) وعلى الرغم من تعدد المصطلحات والتسميات إلا أن الباحثين أكدوا على أن الهدف من عملية المواجهة هو التخلص من الضغوط أو محاولة تخفيف التأثيرات السلبية الناتجة عنها، وتبعاً لذلك فقد اختلف الباحثون في ترجمتهم لمصطلح coping فعلى سبيل المثال ترجم إلى: التعامل مع، التعايش، المواجهة، التحمل (رجب علي شعبان،2000.1992) و(مصطفى الشرقاوي،1993) و(لطي عبد الباسط ابراهيم،1994)(هنا شويخ،2004) (محمد نجيب الصبوة و آخرون،2004) (أميمة رفعت مذكور،2005). (دردير.2007،ص49)

أما فيما يتعلق بالاستعمال الحديث لهذا المصطلح بدأ مع هانز سيلبي Hanz selye 1936 حيث يرى أنه يعبر عن "أعراض التكيف" الذي أطلق عليه اسم "متلازمة التكيف العام" general adaptation syndrom وقد كان يعمل كباحث في الغدد بجامعة مونتريال Montréal بكندا، ويشار عادة بأب الضغط النفسي حيث نشر أول مقالة له حول الموضوع بعنوان syndrome produced by diverse nocousagents في مجلة Nature عام 1936 ولم يكن اكتشاف هذا العالم لمفهوم الضغط النفسي مقصودا بل كان عن طريق الصدفة. (جوادي.2005،ص:68)

من الرواد في مجال دراسة المواجهة على سبيل المثال "موس Moos ولازاروس Lazarus" فقد أشار "لازاروس 1966" إلى مفهوم المواجهة ووصفه بأنه المجهودات التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة و صنفها إلى مواجهة مركزة على المشكلة و مواجهة مركزة على الانفعال، وقدم نظريته في المواجهة والتي اعتبرها البعض بمثابة نقطة الانطلاق الجادة في البحث في عمليات المواجهة. أما "رودلف موس Moos,1982" فعرف أساليب المواجهة بأنها "الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي في تعامله مع مصدر الضغط"، وصنف أساليب المواجهة إلى مواجهة إقدامية و أخرى إجمامية، و لكل أسلوب منهما جانبان معرفي و سلوكي. (دردير.2007،ص:61)

ويعرف كل من "لازاروس ولونبي 1978" نقلا عن Coussonglie et al « 89 :p 1998 بأنها مجموعة المجهودات المعرفية و السلوكية الموجهة نحو إدارة وتسيير المتطلبات الخارجية أو الداخلية الخاصة و التي يدركها الفرد بأنها مهددة و تتجاوز موارده الشخصية. كما يوضح pearlin و schooler 1978 بأنها تلك الأشياء التي يقوم بها الفرد لتجنب الشعور بالضيق والأذى تجاه ضغوط الحياة، و يوجزها "لازاروس Lazarus وكوهين Cohen 1979" بأنها تلك الجهود الموجهة لإدارة الضغط.

أما " ليو وشينج 1996, Luo, Shing" فقد أشارا إلى وصفها بأنها جزءا مهما من عملية التوتر والضغط و ينظر إليها بوصفها مجموعة معقدة من العمليات التي تخفف أو تقلل من تأثيرات الحياة الضاغطة في صحة الفرد البدنية وال نفسية.

(واكلي.2013 ص:159،158)

2-وظائف استراتيجيات المواجهة:

حيث اهتم عدد من الباحثين بإبراز وظائف استراتيجيات المواجهة كل حسب انتمائه النظري. و فيما يلي عرض لبعض هذه الوظائف حسب باحثين:

1.2. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "ميكانيك Mechanic"

حيث يشير Mechanic (1974) الذي تبنى النظرية النفس_اجتماعية و نقلا عن Lazarus et Folkman 1984,p :149 بأن لاستراتيجيات المواجهة ثلاث وظائف هي:

- التعامل مع المتطلبات الاجتماعية و البيئية.
- خلق الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات.
- الاحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود و المهارات نحو المتطلبات الخارجية.

2.2. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "بيرلين و سكولر Pearlín et Schooler"

و يرى بيرلين و سكولر (1978) نقلا عن Lazarus et Folkman 1984,p :151 بأن للمواجهة وظيفة وقائية تتجلى في:

- تغيير أو إزالة الظروف التي تثير المشكل.
- ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.
- ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه.

3.2. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "لازاروس وفولكمان et Lazarus" "Folkman"

حسب لازاروس و فولكمان(1984) أن السلوك موجه لتحقيق وظيفتين:

- العمل على مواجهة المشكل لحل المشكل المولد للضغط.
- العمل على تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة لخفض الضيق الانفعالي.

4.2. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "سولس و فلتشر Suls et Fletcher"

فحسب "سولس و فلتشر" (1985) نقلا عن Legeron & Andre 1993,p:80 بأن المواجهة تهدف إلى تقليص استجابة الضغط بالتأثير على الاستجابة الفيزيولوجية والانفعالية وعلى الاستجابات المعرفية، وإلى ضبط الوضعية الضاغطة بوضع إجراء لحل المشكل كالبحت عن المعلومات. باختصار دور تكيفي و وقائي. (واكلي. 2013 ص:168)

3- محددات استراتيجيات المواجهة:

1.3. محددات استعدادية:

فحسب "كوهن و آخرون Cohen et al" (1983) أن الشخص لا يتأثر بالخصائص الموضوعية للأحداث بقدر ما يتأثر بخصائصه المعرفية و إدراكه و تفسيره للموقف أو الحدث فإن أدرك الحدث على أنه نوات خطر عالي فإنه سيتعامل معه على هذا الأساس والعكس صحيح. (قماز. 2009 ص:191)

2.3. محددات معرفية:

والتي تتمثل في تقويم الفرد لحدث ما في اعتقاداته و تصوراته حول ذاته، حول قدراته في حل المشاكل و الدوافع. كذلك مركز التحكم الداخلي و الخارجي.

و نقلا عن M.Bruchon schweitzer 2001.p:72 تشمل المحددات المعرفية على:

- إعتقادات الفرد (عن ذاته، عن العالم حوله...)
- دوافعه العامة (سواء كانت أهداف، قيم...)
- الخصائص الشخصية (الفعالية الذاتية، التفاؤل...)

(مزلق.2013ص:124)

3.3. محددات شخصية:

أكد الكثير من الباحثين على أن للمحددات الإستعدادية و المعرفية دور في التحكم في التقييمات الأولية والثانوية، إلا أن هناك متغيرات أخرى يمكن أن تتبى بتقييمات خاصة كارتفاع الضغط أو انخفاضه مثل: القلق، الاكتئاب، الصلابة ... مما يعني استخدام استراتيجيات مركزة حول الانفعال، في حين أن المرونة، السعادة، التحمل ...استخدام استراتيجيات مركزة حول المشكل. (قماز.2009ص:192)

4.3. محددات موقفية:

على الرغم من أن للعوامل الاستعدادية و المعرفية و الشخصية.. دور في تحديد درجة تأثير الاستراتيجية، فإنها تحدد الاستراتيجية المتبعة بالمواقف الحقيقية و المدركة كذلك كطبيعة الخطر، المدة، الغموض، نوع السند الاجتماعي.

(داود.2012ص:150)

4_ تصنيف استراتيجيات المواجهة:

لقد جاء في مقال تحليلي "دو ريدر De Ridder (1997)" نقلا عن M.Bruchon schweitzer 2001.p :72 الذي تم فيه إحصاء الاستراتيجيات حيث وجد أن هناك من 2 إلى 28 بعد في مقاييس المواجهة مكونة من 10 إلى 118 عبارة. هذا ما جعل الاتفاق على عدد معين غير ممكن وهذا راجع لاختلاف وتعدد الاستراتيجيات المتبعة من طرف الأفراد حتى ولدى الفرد الواحد باختلاف الأحداث التي يتعرض لها وكذا باختلاف شدتها.

(جبالي.2012 ص:91)

1.4. تصنيف فولكمان و لازاروس (Folkman et Lazarus 1984)

حيث قام كل من "فولكمان ولزاروس" بوضع نموذج سيرورة المواجهة من خلال بحوث Coping حيث قاما بتطبيق سلم يضم 67 بند على 100 فرد، وقد تم التوصل إلى مجموعتين:

(1) مواجهة مركزة حول المشكل (2) مواجهة مركزة حول الانفعال

1.1.4. مواجهة مركزة حول المشكل:

وهو إستراتيجية تهدف إلى خفض طلبات الوضعية و زيادة موارد و قدرات الفرد الخاصة حتى يتمكن من المواجهة بجدارة. (صندلي.2012 ص:64)

و لقد حدد شكلين للمواجهة المركزة على المشكل:أولا جمع المعلومات، ثانيا إتخاذ إجراءات لحل المشكل. و نقلا عن Pierluigi G ,joel S 2004.p :85 أن الفرد في مواجهة الوضعية الضاغطة يقوم بجمع المعلومات و اتخاذ الإجراءات المناسبة من خلال وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل للتخفيف من شدة الموقف أو التحرر منه و إيقافه. (جدو.2014 ص:110)

2.1.4. مواجهة مركزة حول الانفعال:

ويشمل على مختلف المحاولات لتنظيم الضغوط الانفعالية الناتجة عن الوضعية. (قماز.2004 ص:197) وتتمثل في:

أولا_ التجنب: عبارة عن تحويل الانتباه من مصدر الضغط و يمكن أن يتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي كممارسة الرياضة، القراءة... (صندلي.2012 ص:65)

ثانيا_ المساندة الاجتماعية (البحث عن السند الاجتماعي): حيث تشير إلى الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد.(نفس المرجع.2012 ص:65)

ثالثا_ إعادة التقييم الإيجابي: من خلال الاهتمام بالجوانب الإيجابية للموقف الضاغط.

رابعاً_ إتهام الذات أو التأنيب الذاتي: (نفس المرجع السابق.2012 ص:65)

2.4. تصنيف بلينجس و موس (Bullings et Moos 1981)

حيث يصنفان استراتيجيات المواجهة إلى إقدامية و إجمامية:

1.2.4. استراتيجية مواجهة إقدامية: ذلك باستخدام أساليب سلوكية و معرفية محددة تشمل

على التحليل المنطقي للموقف الضاغط و إعادة التقييم الإيجابي، البحث عن المعلومات والبحث عن الدعم الاجتماعي و حل المشكلات.

2.2.4. استراتيجية مواجهة إجمامية: تتضمن القيام بمحاولات معرفية بهدف التقليل من

التهديدات التي يسببها الموقف و استخدام أساليب سلوكية للهروب و تجنب الموقف كالتقبل، الإنكار و التنفيس الانفعالي لخفض التوترات. (داود.2012 ص:148)

3.4. تصنيف كوهين (Cohen 1994)

حيث قدم "كوهين" مجموعة من الاستراتيجيات شملت:

1.3.4. التفكير العقلاني: أي التفكير المنطقي و العقلاني التي يقوم بها الفرد حيال

الموقف الضاغط بحثاً عن مصادره و أسبابه.

2.3.4. التخيل: و هي محاولة الفرد تخيل المواقف الضاغطة التي تواجهه، فضلاً عن

تخيل الأفكار و السلوكيات التي يمكن القيام بها مستقبلاً عند مواجهة مواقف مثيلة لها.

(جدو.2014 ص:108)

3.3.4. الإنكار: و هي سعي الفرد إلى إنكار الضغوط و مصادر القلق بالتجاهل

والانغلاق كأنها لم تحدث.

4.3.4. حل المشكلة: يتجه من خلاله الفرد لاستخدام أفكار جديدة لمواجهة الضغوط ما

يعرف بالقده الذهني.

5.3.4. الفكاهة (الدعابة): أي التعامل مع الضغوط ببساطة و روح الفكاهة و بالتالي قهرها و التغلب عليها.

6.3.4. الرجوع إلى الدين: عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي و الانفعالي. (الضريبي.2010 ص:681،682)

5_ التـاـوـلـات النظرية:

لقد أصبحت الضغوط تمثل موضوعاً رئيسياً في البحوث النفسية منذ أعمال "هانز سيللي" ومنذ ذلك الوقت أصبح الباحثون أكثر اهتماماً بكيفية التعامل مع الضغوط. أما الاهتمام الفعلي بدراسة المواجهة كان في 1984 بعد قيام "لازاروس و فولكمان" ببحوث مستفيضة. (داود.2012 ص:153،154)

1.5. المدخل الحيواني:

يعد هذا النموذج متأثراً بنظرية النشوء و الارتقاء "لداروين" (1859) التي تدور حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، فالكائنات التي تبقى تكون أقدر على التلاؤم في مواجهة التغييرات البيئية الطبيعية و هو ما عبر عنه "داروين" بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح.

وحسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة أي تهديد حيوي، وقد أشار "كانون Cannon" إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب التي قد يسلكها الكائن الحي حيال تعرضه للمواقف المهددة في البيئة، وهي استجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفيزيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير المثيرات الضاغطة . أن هذا الأسلوب يكون ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد لأنه لا يجسد العنصر الانفعالي أو المعرفي في الاستجابة للمواقف. إنما يلجأ الفرد إلى نوعين من الميكانيزمات التكيفية:

- ميكانيزم الهروب(التجنب) في حالة الخوف والفرع.

- ميكانيزم الهجوم في حالة الغضب.

ومنه ندرك أن رد فعل الكائن تجاه المواقف المهددة يقود الجسم للاستجابة أما بالمواجهة أو البحث عن استراتيجية انسحاب ملائمة، ذلك أن العضوية جبلت على هذا الشكل (أي مهياة لمواجهة التحديات إما بالتحفيز أو التوقف) .

(جدو.2014 ص:102)

2.5. المدخل السيكودينامي:

تعد آليات الدفاع من المنظور التحليلي من أهم استراتيجيات التعامل و المواجهة، حيث يرجع "فرويد Freud" أن الأفراد يلجؤون إليها لحماية أنفسهم و تساعد على معالجة الصراعات و الاحباطات (طبي.2005 ص:86)

حيث تعتبر ذات أهمية كبيرة في خفض الضغوط و التوترات و التي تعمل على مستوى اللاشعور، و يشير في نفس السياق كل من "هان و فالنت Haan(1977) et Vaillant(1971)" إلى أن ميكانيزمات الدفاع تعمل على خفض الحالات الانفعالية السلبية لدى الفرد و غالبا ما تستثار إما عن طريق مثيرات داخلية أو أحداث خارجية، كما يؤكدان على أن هناك اختلاف بين ميكانيزمات الدفاع في المدخل السيكودينامي و استراتيجيات المواجهة في أن المواجهة عملية شعورية تصدر عن رغبة و إرادة الفرد و تكون أكثر توافقية مقارنة بميكانيزمات الدفاع التي تبدو أكثر توليدا للأعراض المرضية فضلا عن أنها تكون موجهة نحو الانفعالات بدلا من التوجه نحو المشكلة. (داود.2012 ص:154،155)

ولقد أشارت "أنا فرويد Anna Freud(1930)" إلى أن الحيل الدفاعية اللاشعورية تنقسم

إلى نوعين:

1. حيل دفاعية سوية: تساعد الفرد على حل المشكلة.

2. حيل دفاعية غير سوية: ترتبط بظهور الأعراض و المشكلات النفسية.

(جبالي.2012 ص:85)

ونذكر من الآليات الدفاعية مايلي: الكبت، النكوص، الإغلاء (التسامي)، الإسقاط، الإنكار و التحويل..)

ونوجز نظرية "فرويد" في الشخصية لفهم مصدر الصراعات و الضغوط التي يواجهها الفرد وكيفية معالجتها لها، فقد قسم "فرويد" الشخصية إلى ثلاث بنيات:

1. الهو: و يختص بكل ما هو موروث و غريزي و يعد أساس الشخصية و مصدر الطاقة.

(جدو.2014 ص:103)

فهو ذلك القسم من الجهاز النفسي الذي يحوي كل ما هو موروث و ما هو موجود منذ الولادة و ما هو ثابت في تركيب البدن، ففي "الهو" جزء فطري و جزء مكتسب، كما يطبع مبدأ اللذة كما أنه لا يراعي المنطق أو الأخلاق أو الواقع. (فرويد.1982 ص:16)

2. الأنا: أطلق "فرويد" على هذا الجزء من حياتنا النفسية إسم "الأنا" و يشرف على الحركة الإرادية، و يقوم بمهمة حفظ الذات حيث يمثل الحكمة و سلامة العقل. كذلك يقبض على زمام الرغبات الغريزية التي تتبعث عن "الهو" فيسمح بإشباع ما يشاء منها و بكبت ما يرى ضرورة كبته مراعيًا في ذلك مبدأ الواقع. (نفس المرجع.1982 ص:16)

3. الأنا الأعلى: حيث يعد بمثابة القاضي و الحاكم على صحة الأشياء من خطئها، فهو يسعى إلى المثالية و المعايير و الأخلاق التي تصبح فيما بعد جزءا من العالم الداخلي للفرد أثناء تطوره الشخصي. (جدو.2014 ص:103)

وهو ما يعرف عادة بالضمير ويمثل كل ما هو سام في الطبيعة الانسانية.

(فرويد.1982 ص:17)

فبينما يطلب الهو المتعة الفورية و يختبر الأنا الواقع و يطلب الأنا الأعلى الكمال، ينشأ الصراع الناتج عن التفاعل المستمر و الصدمات المتتالية بين هذه المكونات الثلاثة. تؤدي الرغبات و الدوافع المكبوتة التي تصطم بين الفرد و البيئة حيث لا تسمح هذه الأخيرة بمعاييرها و أخلاقها هذا الإشباع و بالتالي لا يرضى الأنا ولا الأنا الأعلى ما ينتج عن هذا الصراع القلق و التوتر. و لأن القلق يسبب الألم فإن الفرد يسعى إلى تقليل هذا الألم باستخدام الآليات الدفاعية. (جدو. 2014 ص:104)

3.5. المدخل التفاعلي:

تطور النموذج التفاعلي للضغوط و أساليب المواجهة باعتماد الباحثين للمبدأ التكاملي في بحوث المواجهة. و في ضوء النظرية التفاعلية تعرف استراتيجيات المواجهة على أنها: "مجموعة من الجهود المعرفية و السلوكية المعرفية المتغيرة باستمرار التي يستخدمها الفرد لتسيير مجموعة من المتطلبات الداخلية و الخارجية و التي يقيّمها على أنها مهددة لمصادره و موارده الشخصية." (طبي. 2005 ص:92،93)

1.3.5. نموذج تفاعل بين الفرد و بيئته:

ارتبط هذا النموذج بإسهامات و بحوث كل من "لازاروس و فولكمان (1984) و الذي جاء كرد فعل على النموذج السيكودينامي حيث أكد هذا الاتجاه أن الفرد يتمكن من حل مشاكله كلما كانت ميكانيزمات التكيف مع البيئة عقلانية و شعورية بدلا أن تكون لا شعورية و لإرادية.

أكد هذا النموذج أن الاستجابة للضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية و تقييم الفرد لهذه المطالب، حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذه النظرية أو النموذج. (جدو. 2014 ص:106)

حيث يؤكد هذا المدخل على أهمية العلاقة المتبادلة بين الفرد و البيئة و أن عملية التقييم الأولي و الثانوي تؤثر بشكل فعال في تحديد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد حيال المواقف الضاغطة. و يشير "كالن Callan(1993)" إلى أن قدرة الفرد على التحكم في المواقف الضاغطة ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته و إمكانياته، في حين الأفراد اللذين يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبي.

(داود.2012. ص:156)

ويعرف "لازاروس و فولكمان (1966)" بأنه الآليات التي يستخدمها الفرد لإعطاء معنى لمواقف الضغط.

وعملية التقييم المعرفي تسعى لتحقيق هدفين هما: (Tyalor, 1995)

- إدراك ما إذا كان الموقف مهددا أم لا . و تسمى **بالتقييم الأولي**.
- حصر المصادر المتوفرة عند الفرد لمواجهة التهديد المدرك و التصدي له. و تسمى **بالتقييم الثانوي**. (واكلي.2013. ص:183)

- أما **إعادة التقييم**: فيقوم الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه و مواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخص الموقف. (جدو.2014. ص:106)

2.3.5. النموذج البيو نفسي إجتماعي:

إقترح "أنجل G.Engel (1977)" النموذج الحيوي نفسي اجتماعي و الذي لا زال لحد الآن أحسن نموذج تفسيري في مجال الصحة النفسية.

فحسب هذا النموذج فإن الظواهر النفسية هي ظواهر مركبة تشارك في حدوثها مجموعة من العوامل التي تتفاعل فيما بينها. (قماز.2009. ص:182،183)

6- علاقة استراتيجيات المواجهة بنمط الشخصية:

إن الأفراد لا يستجيبون للأحداث بطريقة واحدة بل يختلفون طبقاً لنمط الشخصية فلكل فرد سمات و أساليب سلوكية ثابتة تؤثر في كيفية تعامله مع المواقف الضاغطة.

(جدو. 2014. ص: 114)

إن العلاقة بين الوضعيات الضاغطة التي يعيشها الفرد و انعكاساتها على حالته الصحية ليست بسيطة ولا مباشرة، و إنما يتم تأثيرها بطريقة معرفية حيث ترتبط بالتقييم والتقدير الذي يعطيه الفرد للموقف. كذا الدعم الاجتماعي المتوفر و استراتيجيات المواجهة المستعملة تجاه الوضعية. (آيت حمودة. 2006. ص: 124) فنجد دراسة "Burke & Green" (1991) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة إرتباطية بين نمط الشخصية (أ) و أسلوب الضبط الداخلي، كما أن استخدام أساليب مواجهة فعالة تؤدي إلى انخفاض في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. كذلك دراسة "بن زروال" (2008) التي توصلت إلى أن نمط (أ) يميلون لاستخدام استراتيجيات مركزة على المشكل أكثر في حين ميل نمط (ب) لاستخدام استراتيجيات مركزة على الانفعال أكثر.

خلاصة الفصل:

لقد أصبحت استراتيجيات المواجهة ذات استعمال متزايد و ضرورة قصوى في الوقت الراهن نظرا لتزايد المواقف الضاغطة التي تواجه الفرد، فاستراتيجيات المواجهة تعبر عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث و الطريقة التي نستجيب بها للأحداث. لذلك و نظرا لعدم وجود قاعدة ثابتة في استخدام آليات معينة للمواجهة فقد اختلف العلماء و الباحثين كثيرا في مفهومها، تصنيفها ... لأنها تبقى و ببساطة مرتبطة بطبيعة الموقف الضاغط و طريقة إدراك الأفراد لتلك المواقف.

الفصل الرابع

الإضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

1. لمحة عن علاقة النفس بالجسد
2. مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية
3. أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية
4. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية
5. النظريات المفسرة الاضطرابات السيكوسوماتية:
 - النظريات الفيزيولوجية
 - النظريات التحليلية
 - النظريات السلوكية
 - النظريات المعرفية
6. تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية
7. أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية:
 - الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الهضمي
 - الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الدوارني
 - الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العضلي و الهيكلية
 - الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز التنفسي
 - الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العصبي
 - الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الغدي و التناسلي
 - الاضطرابات السيكوسوماتية التي تصيب الجلد
8. علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية (أ،ب)
9. علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية باستراتيجيات المواجهة

خلاصة

تمهيد:

إن النفس و الجسم عاملان متصلان يؤثر أحدهما في الآخر، و لا غنى لأحدهما عن الثاني و منهما يتكون الإنسان، و النفس هي العنصر الحيوي للإنسان و هي المهيمن على كل حركة يأتيها أي جزء من أجزائه. و لعل هذا هو ما جعل البحث في كنه حياة الإنسان ينتهي الناحية النفسية منه و يرى أنهما أهم مركباته، بل كاد البحث في هذه الناحية أن يصل بالباحثين إلى أن يقتنعوا بأن سر حياة الإنسان يتركز في نفسيته، فلا حياة بغير نفس وأن النفس هي كل شيء.

ومادامت النفس هي إحدى مركبات الإنسان، و مادام الإنسان في نشاط دائم بوجوده على قيد الحياة فإن نفسه معرضة لمختلف العلل و الإصابات و الأمراض و الاضطرابات، سواء كانت هذه العلل وليدة الإجهاد أم كانت وليدة مؤثرات خارجية و عوامل مختلفة.

ومن هنا سنحاول في هذا الفصل تناول البعد التاريخي للمفهوم و الوقوف على أهم المنطلقات النظرية المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي.

1. لمحة تاريخية حول علاقة النفس بالجسد:

إن الجدل الواسع و الدائر حول تأثير الإنفعال على الصحة ليس بالأمر الجديد، فقد لاحظ الأطباء الصينيون منذ 4000 سنة أن المرض الجسدي عادة ما يظهر بعد تعرض الفرد لحالة من الإحباط و هو نفس الشيء الذي لاحظته المصريون القدماء في نفس الحقبة الزمنية تقريبا. (عبد القوي.2002 ص:01)

و كانت أولى هذه المحاولات و التي قام بها الطبيب اليوناني "هيبيوقراط (2000 ق.م)" حيث أشارت التقارير أنه قال لتلاميذه: ' لا يقنعك أحد أنه عالج الصداع قبل أن يعالج الروح فهناك خطأ كبير في علاج الجسم الإنساني و هو فصل الأطباء للروح عن الجسد. ' (جاد الحق. 2005ص:33)

ففكرة العلاقة بين النفس و الجسد قديمة قدم الفكر الإنساني، فالتاريخ يذكر أن "هيبيوقراط" كان يتحرى حياة المريض و صراعاته و طريقة نموه و أحلامه و يذكر أنه استطاع شفاء "برديكاس" ملك مقدونيا من مرضه الجسدي و ذلك عندما قام بتحليل أحلامه و يعكس ذلك -دون شك- إدراك "هيبيوقراط" للعلاقة بين النفس و الجسد. (سلامي.2008 ص:104)

كما تناول "أرسطو" دراسة النفس في مؤلفه "في النفس" و الكتاب الحادي عشر من الميتافيزيقا و كتاب "الأخلاق النيقوماخية" و كتاب "السياسة" و عالج "أرسطو" معالجة دقيقة علاقة النفس بالجسد في كتابه "في النفس" إذ ذهب للقول: ' إن النفس و الجسد يشكلان وحدة تامة و لا يكون أحدهما بمعزل عن الآخر.. ' (إبراهيم.2003 ص:208)

ولقد فطن العرب و علماء الإسلام لأهمية العلاقة بين النفس و الجسم و أثر النفس في إحداث تغييرات جسمية مرضية، و من أشهر العلماء المسلمين في هذا المجال "ابن سينا(1037م) الذي أشار إلى أن الأمراض النفسية من الحصر و الغم و الهم و الغضب و الحسد تعمل على تغير في مزاج الجسم و تؤدي إلى إنهاكه و اضطراب وظائفه. كما لجأ

"الرازي" لعلاج حالة روماتيزم المفاصل عبر إثارة الإنفعال، هذا و قد لجأ كذلك "ابن سينا" إلى شيء مشابه حيث استخدم انفعال الخجل لعلاج إحدى مريضاته.

(أبو حسين. 2012 ص:42)

حيث رجح "ابن سينا" العلاج النفسي إذ أمرها بكشف عورتها فبدأ يرفع ملابسها بادئا بالخمار... و نظرا لحالة الخجل التي انتابتها أنتج ذلك وهجا من الحرارة أوقف المزاج الروماتيزمي. (سلامي. 2008 ص:105)

وتأتي دراسات "فرويد Freud" في الهستيريا في مقدمة الكتابات التي قام بها في القرن العشرين لتوضيح أثر العقل على الجسم و حدوث عملية التبدين La somatisation من خلال مفهومي الكبت Repression و التحويل Conversion كنوعين من ميكانيزمات الدفاع. و يشير "نيميا Nimiah (2000)" إلى أن "هيلين دويتش H.Deutch" قد بينت أن المرضى اللذين نطلق عليهم مرضى سيكوسوماتيين أو نفسجسميين ليس لديهم أي نوع من التحويل، و هذا ما دفع "ألكسندر" بعد عقدين من الزمن بالتفرقة بين العرض التحويلي و العرض النفسجسمي معتبرا أن العرضان يعبران عن انفعال مكبوت لم يتم تفرغته و لكن الميكانيزمات التي تكمن وراء كل منهما جد مختلفة سواء من الناحية السيكودينامية أو من الناحية الفيزيولوجية. (عبد القوي. 2002 ص:11,09)

2- مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

في واقع الأمر أن ما نعرفه بالاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسمية) و نكاد نكون على اتفاق في تعريفه أمرا لا يبدو للوهلة الأولى واضحا، إذ أن تعريفات هذا المصطلح عديدة و متنوعة و مع ذلك فإن معظم التعاريف تتفق على أن للضغوط الانفعالية دورا مهما في إحداث هذه الاضطرابات و أن هناك تفاعلا بين العوامل الانفعالية و الفيسيولوجية. حيث تتفق معظم التعاريف في أن المصطلح يعني تلك الاضطرابات الجسمية التي تظهر نتيجة

لاستجابة الجسم للعوامل النفسية التي تمثل مواقف ضاغطة و من ثم يشير المصطلح إلى تفاعل كل من العقل و البدن. (عبد القوي.2002 ص: 08)

← لغة:

في القاموس العلمي الصغير La Rouse de la Médecine (2003) تعني الاضطرابات العضوية ذات المصدر النفسي، و حسب "توباغ سيلامي Nobert Sillamy (2003)" فإن المصطلح يعني طب شامل يهتم بالروح و الجسد معا.

أما في اللغة الانكليزية فيترجم إلى أنه استجابات جسمية للضغوط الانفعالية و التي تأخذ شكل اضطراب جسدي حسب الأنسكويديا البريطانية. (ريحاني.2010 ص:67،68)

← إصطلاحا:

استخدم "هينروث Heinroth" مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية أول مرة سنة 1818 عندما أدخل هذا المصطلح في الدراسات الطبية الألمانية، و بدأ علماء التحليل النفسي و في مقدمتهم "فرويد" يشعر بوجود تأثير العوامل النفسية في الأمراض، و في سنة (1927) طالب "دوتش Dutch" بإدخال السيكوسوماتيك في مجال الطب النفسي. و في سنة (1930) دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الطبية الانجليزية من قبل "هيلين Helen" كما ساهم "بافلوف Pavlov" في تطور المفهوم عندما قام بدراسة ردود الفعل الجسمية إزاء المثير.

و يعبر "يوسف مراد" من استخدم مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية عام 1942 في العالم العربي كذلك "مصطفى زيور" من المشاهير اللذين اهتموا به.

(الصبان.2003 ص:66)

و تعرف أيضا بأنها: اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما و عادة ما يكون ذلك من الجهاز العصبي اللاإرادي، (...). لذلك فالإضطرابات السيكوسوماتية ماهي

إلا تورط انفعالي في الأعضاء و الأحشاء التي تغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي مثل قرحة الإثني عشر، الربو الشعبي و عادة ما يعاني المريض من القلق و الاكتئاب.

(عكاشة.1998 ص:537)

وتعرفها دائرة المعارف البريطانية بأنها: استجابات جسمية للضغوط الانفعالية تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو و قرحة المعدة و ضغط الدم المرتفع و التهاب المفاصل الروماتيزمي و قرحة القولون و غيرها. (شقيير.2002 ص:23)

ويعرفها "أبو النيل" (1984): بأنها الاضطرابات الجسمية المألوفة لدى الأطباء و التي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض و التي لا يفلح العلاج الجسيمي الطويل المدى وحده في شفاؤها شفاء تاما لاستمرار الاضطراب الانفعالي و عدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسيمي. (الغزوي.1425هـ ص:43)

و يعرف Bouchard,M (1977) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها اضطرابات ترتبط ارتباطا وثيقا بالتغيرات البنيوية و الوظيفية للعضوية المعرضة لعوامل انفعالية و بهذا المعنى فإن معظم الأعراض الجسدية التي لا يمكن معرفة أسبابها الميكانيكية فهي اضطرابات سيكوسوماتية. (جبالى.2007 ص:65)

و يعرفها "هاس Hass" (1979) بأنها الأمراض البدنية التي لها جذور سيكولوجية فالكائن البشري عبارة عن وحدة متكاملة يعمل فيها الجسم و النفس معا في نظام متكامل و قد يكون للعنصر النفسي أهمية قليلة أو كثيرة، و هي تبقى في البداية جسمية بكل معنى الكلمة، و لكنها غالبا ما تكون ناشئة عن التفاعل بين العوامل الجسمية و الانفعالية و تتأثر بمواقف حياة الفرد و ضغوطها. نقلا عن Hass,1979 p :99. (جاد الحق.2005 ص:37)

أما "عزت راجح" فيرى: أنها أمراض جسمية ترجع في المقام الأول إلى عوامل نفسية سببها مواقف انفعالية تستثيرها ظروف اجتماعية. لذا فهي أمراض لا يجدي في شفائها العلاج الجسمي وحده في حين أنها تستجيب للعلاج النفسي إلى حد كبير.

(سلامي. 2008 ص: 109)

و تعرفها منظمة الصحة العالمية WHO أن الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ، هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جسمي لهذه الأعراض.

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA فتعرفها: مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية، و تتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، و بذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة و تكون هذه التغيرات أكثر إصرارا و حدة، و يطول بقاؤها و يمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الانفعالية. نقلا عن APA. 1968. p: 46 (نفس المرجع. 2008 ص: 110)

3- أسباب الاضطراب السيكوسوماتي:

اختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للاضطرابات السيكوسوماتية فمنهم من فسر حدوث الاضطراب بحدوث ضغوط الحياة و أزماتها، أو الاستعداد الفيزيولوجي بوراثة عضو... و منهم من أعزى هذا الاضطراب إلى خطأ في عملية التشريط و الاستجابة للمثيرات البيئية. و يرى "الطاهر (1993)" أن فلسفة الاضطراب السيكوسوماتي ينظر لها من خلال مدى قوة العلاقة بين الفرد و بيئته. كما أشارت دراسات إلى أن نشأة الاضطراب ناتجة عن التفاعل بين النفس المتمثل بالضغوط و الميكانيزم الفسيولوجي و مدى قابلية عضو من أعضاء الجسم للتأثر. (العنزي. 2004 ص: 45)

فالضغوط النفسية والاحباطات التي يكون الفرد تحت وطأتها هي حجر الزاوية لكل الاضطرابات السيكوسوماتية ، وتعرف الضغوط التي تكون قادرة على إحداث تغيير في الفرد بالعناء ، أي أن الضغوط النفسية عبارة عن أحداث تحدث تأثيرات داخلية عن طريق الجهاز الإدراكي للفرد ، ولا يمكن فهمها إلا من ناحية علاقتها بوجه نظر الفرد نفسه لأن المعنى الداخلي للضغوط يتصل بحياة الفرد ونموه النفسي ، وقد لوحظ أن خبرات الفرد مثل فقدان الحب قد تهيئه للاضطرابات السيكوسوماتية ، وأهم الخبرات التي تولد الضغوط هي العلاقة المتبادلة مع الأفراد كما أن حلقة الوصل بين المجالين النفسي والجسمي هو الانفعال وبصفة خاصة القلق . (العيسوي : 2000م ، 152)

فالضغط حالة يعانيتها الفرد حين يواجه مطلباً فوق حدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع حاد ، وهو توترات أو ردود فعل عاطفية وجسدية تنبثق من أحداث داخلية أو مؤثرات خارجية... كما تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية حيث أن الضغط الشديد المزمن يؤدي إلى اضطراب هذا التوازن، وإذا حدث أن أعيق التعبير الانفعالي وتوالت الإحباطات والصراعات والكبت وتكرر الانفعال ... وفشل الفرد في مواجهة هذه الضغوط ساء توافقه النفسي (الشخصي والاجتماعي) وأدى إلى ظهور الاضطراب.

(الصبان.2003 ص:78،77)

أما "سيلبي Selye(1956)" فيرى أن أي موقف من مواقف الشدة أو المحن يؤدي إلى متلازمة التوافق العام (G.A.S) General Adaptation Syndrome و هذه المتلازمة تشير إلى أن مجرد وجود اضطراب بغض النظر عن نوعه يدل على عدم تحقيق التوافق المطلوب للفرد، و أن (G.A.S) متلازمة تعرض الفرد من أجل الدفاع عنه و تساعد الجسم للتغلب على الصعاب، و يرى "سيلبي" أنها متلازمة لأن أعراضها منسقة و يعتمد بعضها على البعض الآخر. كما و يؤدي الخلل في مرحلة المقاومة إلى ظهور أعراض اضطرابات التكيف أو التوافق و هي أعراض لا يسببها عامل واحد و إنما استجابة الجسم

ككل للجهد الناتج عن هذا الضغط بما فيها الأعصاب، الهرمونات، الأعضاء و تفاعلات الجسم كل ذلك يمهد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. (العزبي. 2004 ص:45،46)

كما أشارت "pratibha P.kane (2009)" حول تأثير الإجهاد لدى الممرضات الذي يسبب اضطرابات سيكوسوماتية في دراسة لتحديد المصادر الرئيسية للإجهاد و مدى وجود ضغوط العمل في الإطار الاستشفائي كالصراع مع الحالات و عبء العمل و الأجر... والذي خلصت فيه الباحثة إلى مجموعة اضطرابات سيكوسوماتية ك: القرحة، آلام الظهر، تصلب الرقبة، الغضب و القلق المتزايد مع وجود ضغوط. (Pratibha P.2009 p :28)

يضيف "سعد جلال" أنه لا توجد لدينا معلومات توضح لنا كيف يتم ذلك، إلا أنه يمكن تلخيص التسلسل فيها كآتي:

- وجود استعداد تكويني يقوم على الوراثة.
- وجود استعداد تكويني تكون نتيجة للخبرات الأولى و التطور الأول (يقصد بالخبرات النفسية و الفيسيولوجية بما في ذلك فترة الحمل و المهد)
- تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة و التي تؤثر في نظم الأعضاء.
- ضعف عضو من الأعضاء كما في حالات الإصابة أو العدوى.
- توقف النمو النفسي و بالتالي جمود العضو في تطور وظائفه.

(سلامي.2008 ص:128)

وهو نفس ما أشار إليه "ألكسندر Alexander(1951)" صاحب الاتجاه الدينامي في تفسير الاضطراب السيكوسوماتي و ذلك بوضعه لشرطين أساسيين لحدوث الاضطراب:

1. و هو المطلب الأساسي الاستعداد الوراثي الذي يوظف في نمو و تطور الشخصية عن طريق التعلم و التشريط و عادة ما يطلق عليها باستعداد الشخصية.

2. موقف البداية و الذي يشمل أحداث الحياة و التغيرات في عوامل الوقت، العمليات الدينامية و الانفعالات التي تعطي الاستجابات و ردود الفعل النوعية من ثم الأعراض أو المرض. (باظة.1997 ص:64)

ونقلا عن "عبد المنعم حسيب(2006)" يرجع التحليل النفسي الاضطرابات السيكوسوماتية إلى صراعات لا شعورية مكبوتة، فارتفاع ضغط الدم يرجع إلى كبت الغضب، و الذي ينتج من الصراع بين التعبير عن العدوان نحو مصدر الإحباط و القلق الشديد من النتائج المترتبة على هذا الفعل. (سلامي.2008 ص:130)

أما الاتجاه التفاعلي فيرى أن المرض ينشأ نتيجة التفاعل بين الاستعداد الوراثي للإصابة بالمرض و بين الضغوط البيئية و التي تعجل بحدوث المرض (الذي كان كامنا).

(نفس المرجع.2008 ص:132)

4. تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

تعتمد مختلف الاختصاصات العلاجية تصنيفات عيادية خاصة من شأنها مساعدة المعالج على تحديد تشخيص أدق و أسرع للحالة التي يريد معالجتها. و من المؤلف أن تختلف هذه التصنيفات من مدرسة لأخرى. (محمد نابلسي.1992 ص:119)

ويعتمد تصنيف الأمراض السيكوسوماتية على ثلاث متغيرات نحصل عليها من خلال الفحص النفسي للمريض و من خلال متابعتنا للعلاجات التي تلقاها... و هذه المتغيرات الواجب تحديدها هي:

1) البنية الأساسية: و هذه البنية لا تتيح لنا تحديد أكثر من دلالة واحدة لكل مريض و لكن هذه الدلالة تمكنا من تصنيف المرض ضمن واحد من أنواع الأعصبة أو الذهانات.

2) الخصائص الاعتيادية المهيمنة: و تحوي هذه الخصائص في ذات الوقت على مجموعة من المعطيات مثل الأعراض، تفسير حالة المريض العيادية و معطياته حول نشوء و مراحل تطور المرض و بهذا تتيح لنا هذه الخصائص استخراج دلالات عدة حول المريض.

3) المميزات المهيمنة حالياً: و تشير هذه المميزات إلى التغيرات الحالية للمريض مقارنة بخصائصه الاعتيادية المهيمنة، و بمعنى آخر فإن هذه المميزات تتيح لنا تقييم التغيرات الطارئة على طريقة التفاعل العقلي للمريض، هذه التغيرات التي تشكل العوامل الأساسية المؤدية لظهور المرض و أحيانا لاستمراريته. (دويدار. 1994. ص: 263، 264)

و هو نفس التصنيف الذي أشار إليه "مارتي" إلا أن هناك تغيير طفيف في مصطلح الهيمنة بالعظمى.

◀ فالمميزات العظمى الاعتيادية: تتضمن حسب "مارتي" مجموعة من المعطيات و الأعراض المتظاهرة بدرجات متفاوتة من الوضوح، كما تتضمن أيضا الملاحظات حول الوظيفة العقلية و نمط الحياة الاعتيادي للشخص. و يصنفها مارتي في سبعة و خمسين بابا.

◀ أما الخصائص العظمى الحالية: فهي المعطيات الفورية من الأعراض الواضحة، كذلك سوابق المريض و المعطيات المتعلقة بالوظيفة العقلية و نمط الحياة الحالي للمريض. و تصنف في تسعة عشر بابا حسب مارتي.

(نابلسي. 1992. ص: 121 - 123)

1.4. تصنيف ألكسندر Alexander (1950):

وضع "ألكسندر (1950)" قائمة بسبعة أمراض سيكوسوماتية تتضمن:

ضغط الدم، القرحة الهضمية، التهاب المفاصل الروماتيزمي، الغدة الدرقية و فرط نشاطها، الربو الشعبي، القولون و التهاب الجلد العصبي.

وبعدها قام التصنيف الدولي التاسع للأمراض بتقديم قائمة للأمراض السيكوسوماتية متضمنة مايلي:

- الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضرر في الأنسجة مثل: الربو، التهاب الجلد، الاكزيما، القرحة المعدية، القولون المخاطي، القولون المتقرح، طفح الجلد، مرض الأقرام النفسي الاجتماعي.

- الأمراض السيكوسوماتية غير المتضمنة ضرر في الأنسجة مثل: تصلب الرقبة و هو داء في الرقبة يتميز بصعوبة الالتفاف و احتياج الهواء و زيادة معدل التنفس و التثاؤب، اضطرابات القلب و الأوعية الدموية، الحكمة و صرير الأسنان.

(سلامي.2008 ص:123)

2.4. تصنيف مارتي P.Marty (1978):

فقد سبق الإشارة إلى أن التصنيف المتبع عند مارتي يرتكز على ثلاث دعائم أساسية. و هي: البنية الأساسية، المميزات العظمى الاعتيادية و الخصائص العظمى الحالية.

1.2.4. البنية الأساسية: و التي هي صفة أساسية غير قابلة للتعديل لدى البالغ و من أهم البنى المصادفة في البسيكوسوماتيك تسجل السمات التالية للبنية الأساسية:

- العصابات العقلية مع الحفاظ على التوازن الجسدي. - الذهانات الطبائية.
- الأعصاب الطبائية. - الذهانات السلوكية.
- الأعصاب السلوكية. - تنظيم تحسسي أساسي.
- الذهانات مع الحفاظ على وظيفة الجسد. - غيرها.

2.2.4. المميزات العظمى الاعتيادية:

1.2.2.4. على صعيد الأعراض يمكننا ملاحظة مايلي:

- القلق المنفشي أو الأوتوماتيكي.
- القلق الموجه نحو الموضوع.
- العلائم الطبيعية: (كالحساسية، وساوس مرضية، الهستيريا، رهاب المحيط، سادو-مازوشية.....)

2.2.2.4. على صعيد التفسير نذكر مايلي:

- شذوذ جنسي كامن.
- أنا مثالي مهيمن.
- عصاب صدمي.
- الاضطراب الجنسي.

3.2.2.4. على صعيد السوابق المرضية نذكر منها:

- التحول.
- الإدمان.
- حداد قديم غير معبر عنه.
- شذوذ جنسي ممارس.
- مشاكل في الهوية الذاتية.
- علاجات نفسية سابقة.

3.2.4. الخصائص العظمى الحالية. نذكر منها:

- التحول.
- مشاكل مهنية.
- إدمان حديث العهد.
- الإنهيار الأساسي.
- علاج نفسي سابق.
- إحباطات جنسية.
- إختلال تنظيم تدريجي.
- صعوبات جنسية.

(مارتي و آخرون. 1992. ص: 83-91)

3.4. تصنيف DSM 3 (1981):

اشتمل التصنيف الثالث على الأمراض التالية:

السمنة، الصداع المجهد، الصداع النصفي، الذبحة الصدرية، آلام الطمث، روماتيزم المفاصل، الربو، قرحة المعدة، قرحة الإثني عشر، الغثيان، القيء، التقلص الفؤادي، الالتهابات المعوية، قرحة القولون، ألم العجز، التهاب الجلد العصبي، زيادة دقات القلب، انعدام نظم القلب، تقلص عضلة القلب، استجابات الحساسية، الاستسقاء العصبي، عسر التنفس، أمراض القلب التاجية، مرض السكري، ضغط الدم الجوهري، زيادة كمية الأنسولين، زيادة نشاط الغدة الدرقية، نقص كمية السكر في الدم، القولون العصبي، التهاب القولون المخاطي، الحكة الشرجية، تقلصات القولون، الدرن، الارتكاريا، السرطان، نزيف الأذن الوسطى، فقدان الشهية.

4.4. تصنيف "ريس" Riss

أشار "ريس" إلى تصنيف للأعراض السيكوسوماتية بوجه عام، و الذي يتضمن:

- اضطرابات الجهاز الهضمي: قرحة المعدة، اضطرابات القولون.
- الجهاز الوعائي القلبي: ضغط الدم الجوهري، مرض الشريان التاجي، الصداع النصفي، مرض الوعائي المخي.
- اضطرابات الجهاز التنفسي: الربو، حمى القش، التهاب الأوعية.
- الاضطرابات الجلدية.
- اضطراب العضلات و المفاصل: روماتيزم المفاصل، التهاب النسيج الليفي.
- اضطرابات الغدد الصماء: زيادة نشاط الغدة الدرقية.

- الاضطرابات المرتبطة بوظائف التكاثر و الحيض: غياب أو قلة الطمث، عسر الطمث، النزيف الطمثي، التوتر السابق للحيض، اضطرابات سن اليأس.
- الاضطرابات السلوكية: العدوان ، الغيرة، المخاوف.

6.4. تصنيف مكتب الصحة الفدرالي في أمريكا (1986):

حيث قام المكتب الفدرالي للصحة بأمريكا بتصنيف الأمراض السيكوسوماتية ضمن الأمراض التي تعود في الأصل إلى الأزمات النفسية.

ضغط الدم الجوهري، التهاب المفاصل الروماتيزمي، قرحة المعدة و الأمعاء، تضخم الغدة الدرقية، الربو و أمراض التنفس، الطفح الجلدي، اللباجو و عرق النساء، الصداع النصفي، الذبحة الصدرية، البهاق و السكري، الجلطة الدموية، سلس البول العنيد، حالات الإمساك و المغص، أمراض القلب و أمراض الشريان التاجي، الإسهال المزمن.

7.4. تصنيف الجمعية المصرية للطب النفسي (1989):

يشمل هذا التصنيف على:

- اضطرابات الجهاز الفيسيولوجي مثل التهاب الجلد العصبي، الحكّة، التهاب الجلد الفمي و فرط العرق.
- اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي: آلام الظهر، آلام العضلات، الصدام التوتري.
- اضطرابات الجهاز الدوري: الخفقان النوبي، ارتفاع ضغط الدم و تقلص الوعائي.
- اضطرابات الجهاز الهضمي: قرحة المعدة، الاثني عشر، الالتهاب المعدي المزمن، الالتهاب القولوني المخاطي أو التقرحي، الإمساك، فرط الحموضة، تقلص بوابة المعدة، حرقان فم المعدة.
- اضطراب الجهاز البولي التناسلي: اضطراب الطمث، آلام الجماع، العنة.

- اضطرابات الغدد الصماء: البول، السكري، التسمم الدرقي.

- اضطراب الحواس الخمس. (سلامي. 2008 ص: 123-125)

8.4. تصنيف DSM 4 (1995):

نظر للأمراض السيكوسوماتية على أنها اضطرابات تصيب الأعضاء و تتمثل في:

- الاضطرابات العامة مثل: آلام الرأس، البطن، المفاصل، الأطراف، الصدر، آلام

الطمث و أثناء الجماع.

- اضطرابات الجهاز الهضمي: الغثيان، القيء، الإسهال، عدم الارتياح لنوع معين من

الطعام.

- الاضطرابات الجنسية: اضطرابات الدورة عند الإناث، عدم القدرة على الانتصاب

لدى الذكور.

9.4. تصنيف فيصل الزراد (2000):

إذ يعتمد هذا التصنيف الذي وضعه فيصل محمد خير الزراد (2000) حيث قام بحصر

جميع الاضطرابات الواردة في خمسة عشر مرجعا مختصا في الاضطرابات و الطب

السيكوسوماتي. على النحو التالي:

1.9.4. اضطرابات جهاز الهضم: تشمل القرحة المعدية . قرحة الإثني عشر التهاب المعدة

المزمن . التهاب القولون . الإمساك المزمن . الإسهال المزمن . فقدان الشهية العصبي .

الشراهة في تناول الطعام . عسر الهضم . آلام انتفاخ البطن والتشجؤ (أو الفرق) . السمنة

المفرطة . التهاب الفتحة الشرجية . التهاب البنكرياس . التهاب الزائدة الدودية . اضطرابات

الكبد والحويصلة الصفراء . أعراض مرض كرون .

2.9.4. اضطرابات جهاز التنفس :وتشتمل على الإضطرابات التالية :الربو الشعبي (العصبي) . الاصابة بالنزلات البردية . حمى القش . التدرن الرئوي (السل) . الحساسية الأنفية (للروائح).

3.9.4. اضطرابات جهاز القلب و الدوران :الخفقات اولغظ القلب الوظيفي . الاصابة بانسداد الشرايين التاجية و الأوعية الدموية . ضغط الدم الجوهري (او الاساسي) . انخفاض ضغط الدم . ارتفاع ضغط الدم .

4.9.4. الاضطرابات الجلدية : الشري (الأرتيكاريا) . الحكة (أو الهرش) . حب الشباب . الاكزيما (أو الأنكة الوردية) . تساقط الشعر (الجرد) . فرط التعرق . الحساسية الذاتية للكريات الحمراء . مرض الصدفية (القوباء) . مرض رينو .

5.9.4. الاضطرابات الجنسية :وتشتمل هذه الاضطرابات على مايلي : العنة الجنسية أو البرد الجنسي لدي الرجل . البرود الجنسي لدي المرأة . القذف المبكر (للحيوان المنوي) . القذف المتأخر . تشنج المهبل . عسر الجماع . اضطراب الحيض . العقم (الأنثوي ،والذكري) . الاجهاض المتكرر (الأملاص) . آلام الحوض . الحمل الكاذب . متلازمة الكوفاد (لدي الرجال) .

6.9.4. اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي : وتشتمل على الاضطرابات التالية : آلام الظهر (اللمباجو) . التهاب المفاصل شبه رومايزمي . داء الرجز (فقدان التناسق العضلي) . ضمور العضلات . العض النواجذ .

7.9.4. اضطرابات الخراج : وتشتمل على الاضطرابات التالية : التبول اللاارادي . التبرز اللاارادي . كثرة مرات التبول . احتباس البول .

8.9.4. اضطرابات الغدد والهرمونات :وتشتمل على الاضطرابات التالية : مرض السكر .
سكر الدم . ازدياد سكر الدم . نقصان سكر الدم . البدانة 'راجع اضطرابات جهاز الهضم) .
التسمم الدرقي .

9.9.4. اضطرابات الجهاز العصبي : وتشتمل الاضطرابات التالية : الصداع . الصداع
النصفي (الشقيقة) . الخلجات أو الأزمات العصبية . الدوخة والدوران . إحساس الأطراف
الكاذب .

10.9.4. اضطرابات سيكوسوماتية أخرى : وتشتمل على الاضطرابات التالية : الطفل
الضاوي (الذي لا ينمو) . التعرض للحوادث والكسور (الاستهداف) . الإحساس بالألم .
اضطرابات الولادة . اضطرابات النوم . السرطان (الثدي،الجهاز التناسلي) . نزيف الأذن
السطى (أو مرض منير) . اضطرابات النطق والكلام الناجمة عن العوامل النفسية والحرمان
البيئي . حالات الضعف العقلي التي ترجع لسوء البيئة والحرمان الأسري .

(ريحاني.2010 ص80-83)

5. النظريات المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي:

1.5. النظريات الفيزيولوجية:

أكد "بافلوف Pavlov" على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلاف في العمليات
العصبية خصوصا 'أمراض البدن' و في الوقت نفسه أعطى أهمية لاتجاهات المريض
النفسية و آرائه و تأثيرها على مسار المرض و إمكانية علاجه. و أعطى للحاء دورا في
كيفية تنظيم و تنشيط الميكانيزمات الهرمونية، فعن طريق اللحاء تجد الأحداث الخارجية
طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية.

(ريحاني.2010 ص:84)

ويعتمد على التفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية. فقد أرسى نظريته على مبدأ اللحائية- الحشوية و التي بدورها تبحث في تأثير القشرة الدماغية في الأحشاء.

(سلامي.2008 ص:113)

1.1.5. نظرية كانون Cannon :

ففي سنة 1929 أجرى "كانون" ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفيسيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديدة، و الظروف المثيرة للمشقة كالآلم و الجوع. و انتهى إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفيسيولوجية الأساسية.

(نفس المرجع.2008 ص:113)

فتوصل إلى أدلة علمية تثبت أن تعرض الإنسان للمواقف الانفعالية من شأنها أن تؤدي إلى إطلاق جسده لكميات من الأدرينالين مما يؤدي إلى إحداث المظاهر العصبية-النباتية كارتفاع ضغط الدم، تسارع نبضات القلب... حيث أن هذه الانفعالات و المواقف المهددة تضع الجسم في حالة استنفار، بحث لا تتوقف ردة الفعل أمام الموقف المهدد بل تتعداه إلى ردة فعل جسدية. (ريحاني.2010 ص:86)

2.1.5. نظرية هانز سيلبي Hans Selye:

والذي يعتبر أول من وضع مصطلح الضغط النفسي في المجال الطبي سنة (1926) حيث لاحظ من خلال دراسته في كلية الطب بأن الأفراد يعانون من نطاق واسع من الأمراض و لكن هناك عامل مشترك في الأعراض ك: فقدان الشهية، انخفاض في قوة العضلات، ارتفاع ضغط الدم، فقدان الحماس لإنجاز أي شيء. (العنزي.2004 ص:32)

وقد بين "سيلبي" أن التعرض المستمر للضغط النفسي يحدث اضطرابات في الجهاز الهرموني من خلال الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل، وأن هذه الاضطرابات

الهرمونية هي المسؤولة عن الأمراض النفسجسمية الناتجة عن التعرض للتوتر و الضغط النفسي الشديدين. (ريحاني.2010 ص:86)

وقد قسم "Selye" ردود أفعال الكائن الحي تجاه المثيرات الخارجية إلى ثلاث أقسام:
المرحلة الأولى - الإنذار: وفي هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث نتيجة للتعرض المفاجيء لمنبهات لم يكن مهيبًا لها مجموعة من التغيرات العضوية والكيمائية فترتفع نسبة السكر في الدم ويتسارع النبض ويرتفع الضغط الشرياني. فيكون الجسم في حالة تأهب واستنفار للدفاع والتكيف مع الموقف المهدد.

المرحلة الثانية - المقاومة: و تشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد اكتسب القدرة على التكيف معها وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى الأعراض السيكوسوماتية.

المرحلة الثالثة - الإنهاك: حيث إذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة طويلة فسيصل إلى نقطة يعجز عن الاستمرار في المقاومة و يصبح عاجزا عن التكيف بشكل كامل.

(نفس المرجع.2010 ص:87)

2.5. النظريات التحليلية:

حيث يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على البناء الداخلي للشخصية، و يفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية و الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث افترض أتباع "فرويد" وجود أسباب تحليلية لا شعورية تكمن وراء الإصابة بهذه الاضطرابات. (الصبان.2003 ص:70)

فانطلاقة "فرويد" الأساسية لم تكن نحو البسيكوسوماتيك، و لكن دراساته تمحورت بشكل أساسي نحو الهستيريا و كان ذلك بتبيان أثر الصراع النفسي في إحداث الاضطرابات الهستيرية- الجسدية. (قويدري. 2011 ص:81)

وهكذا فإن تطبيق المبادئ التحليلية في الميدان النفسي-الجسدي لم يأت على يد "فرويد" و إنما أتى على يد تلاميذه و أتباعه. (مارتي و آخرون. 1992 ص:30)

فمنذ دراسة "فرويد" Freud للهستيريا مع "Breuer" عام 1895 أطلق نظرية المنشأ النفسي للاضطراب الجسدي- الهستيريا معارضا بذلك نظرية العالم الفرنسي P.Janet القائلة بعودة هذا الاضطراب إلى تحسس الجهاز العصبي. و من خلال دراساته كان أن أول من أعاد النظرة إلى وحدة النفس و الجسد ممهدا لظهور البسيكوسوماتيك و هو الاتجاه الذي تبعه فيه Alexander, Sami ALI, Marty, Nacht حيث توصل إلى مبدأ إمكانية تحويل الصراع النفسي إلى مظاهر جسدية كتعويض جنسي. (مارتي. 1990 ص:36)

وهنا لا نستطيع أن نهمل دور F.Alexander الذي يعتبر واضع أسس مدرسة البسيكوسوماتيك التحليلية، حيث حاول التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية و بين التحليل النفسي. و قد افترض Alexander أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب و الأوعية، في حين أ، مشاعر التبعية و الحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي. و بهذا يكون Alexander من أوائل مطبقي التحليل النفسي في مجال البسيكوسوماتيك.

(مارتي و آخرون. 1992 ص:45- 47)

كما كان Nacht أول اللذين طرحوا فرضية ضعف الأنا و وهنها لدى المرضى النفس-جسديين في تفسيره للاضطراب السيكوسوماتي أنه يأتي كردة فعل جسدية أمام الانفعالات و لا يهدف للإعراب عن الانفعالات و لفت الأنظار كما في حالات الهستيريا.

كما لا ننسى إسهام بعض العلماء كـ Dunber الذي كان يرى أن المرضى المصابين بنفس المرض قد يملكون علائم مشتركة بينهم و لكنهم لا يملكون شخصيات متشابهة كذلك دور Horney التي نشرت علاج مرض الشقيقة عن طريق التحليل الذاتي.

(نفس المرجع. 1992 ص:47)

3.5. النظريات السلوكية:

حيث تتلخص النظرية السلوكية في أن السلوك الانفعالي ليس استجابة مستقلة مفردة، فهناك أنماط عديدة من حيث الأعضاء التي يشملها الاضطراب و تعتمد على الظروف المثيرة المختلفة و على متغيرات مهياة. كما توجد فروق فردية خلال تعلم الاستجابة الانفعالية فالمنبهات الجديدة تستثير أنماط من الاستجابة الانفعالية خلال التعلم.

(أبو حسين. 2012 ص:52)

ويرى بعض السلوكيون أن الاضطرابات السيكوسوماتية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها من قلقه و توتراته و يجد من خلالها حلا لصراعاته، كما أن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الإشراف.

ففي دراسة قام بها كل من othenberg و Stein و Lewis و Hamilton سنة (1958) بينوا فيها دور الإشراف الكلاسيكي في فهم حالة الربو. (ريحاني. 2010 ص:91)

4.5. النظرية المعرفية:

أما لعلماء النفس المعرفيين يرون أن المصابين بهذه الاضطرابات الجسمية يركزون انتباههم بشكل مفرط في عمليات فيسيولوجية داخلية، و يحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية إلى أعراض من الألم و الوجع و الكرب تدفعهم إلى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج. (قاسم. 2007 ص:)

وقد أجرى "جراهام" Graham.L و تلاميذه مجموعة من الدراسات و المقابلات الشخصية لكثير من المرضى السيكوسوماتيون بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية و العقلية على العمليات الفيسيولوجية، و تبين له وجود عنصرين هامين هما:

- ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن.

- و ما يرغب الفرد في معرفته في ضوء خبراته و أفكاره أو مدركاته السابقة.

و من أمثلة ذلك:

- مريض القولون المتقرح يشعر و كأنه مصاب بمرض أو أذى و يرغب في التخلص من مسؤوليته.

- مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم و لا يقدر على عمل شيء.

- مريض الربو و التهاب الأنف يشعر و كأنه ترك في البرد و يريد الابتعاد عن المواقف و الأشخاص.

- مريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد و الأذى و يضطر إلى الاستياء من أي شيء.

- مريض الصداع النصفي يشعر و كأنه اضطر إلى إنجاز عمل ما و يريد أن يستريح من هذا المجهود. (ريحاني.2010 ص:92)

ويضيف "عدنان العتوم" (2004) أن هذا الاتجاه اعتمد آلية بسيطة لفهم السلوك الإنساني انطلقت من مسلمة تشير إلى أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية و وراثية مختلفة تعمل على توجيه سلوكه بطريقة ما، و لكن هذا السلوك ليس آليا أو مباشرا و لكنه يمر بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطة. من انتباه و إدراك و تحليل و تخزين و استرجاع للمعلومات حتى تظهر الاستجابة سواء كانت خارجية ظاهرة أو داخلية مضمرة يشعر بها صاحبها فقط. (سلامي.2008 ص:121)

كما تؤكد الدراسات الحديثة في ميدان البسيكوسوماتيك بأن التفكير و النشاط المعرفي للإنسان له دور فعال بالنسبة لإصابة الإنسان بشتى الأمراض، كما أن تغيير هذا التفكير و هذا النشاط المعرفي الذي تسبب في إحداث هذه الأمراض و الاضطرابات يساعد كثيرا في شفاء الفرد أو تحسين حالته الصحية بقدر كبير .

6. تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي:

1.6. حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي:

فحسب ما جاء في كتاب تشخيص و تصنيف الاضطرابات النفسية DSM الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) .والمعلقة بتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتي وتمثل المعايير في :

1- وجود تاريخ للألم مرتبط بأربع وظائف مختلفة على الأقل في (الرأس ،البطن ،الظهر ،المفاصل ،الأطراف ،الصدر ،المستقيم ،أثناء دورة الحيض أو خلال الجماع الجنسي أو خلال عملية التبول)

2- وجود عرضين من أعراض المعدة والأمعاء كتاريخ غثيان، انتفاخ وتقيء خاصة أثناء الحمل، إسهال، عدم القدرة على تحمل الأطعمة .

3- وجود أحد الأعراض الجنسية التالية، الألم الجنسي، غياب الاهتمام بالجنس، وجود اضطراب وظيفي في الانتصاب أو القذف، عدم انتظام الدورة الطمثية، زيادة مفرطة في دم الحيض والتقيء طول فترة الحمل .

4- أحد الأعراض العصبية الكاذبة :أعراض تحويلية كخلل أو اضطراب التوازن ،شلل أو إحساس بالضعف، الصعوبة في البلع، الإحساس بوجود كتلة تحت الحنجرة، فقدان القدرة على النطق، احتباس البول، هلوسات، فقدان الحس، نوبات من الإغماء، فقدان الذاكرة و فقدان الشعور .

كما يجب الانتباه إلى نقطتين أساسيتين أثناء التشخيص هما:

1. في الاضطراب السيكوسوماتي العامل النفسي -الانفعالي يكون واضحا، وهذا لا يمنع وجود عوامل أخرى خلف هذا العامل مثل العوامل الأسرية والاجتماعية التي تزيد من حدة العامل النفسي.

2. قد يؤدي العامل النفسي إلى خلل وظيفي فقط في العضو، كما قد يؤدي إلى خلل بنيوي إضافة إلى الخلل الوظيفي حيث تتعرض الأنسجة للإصابة والتلف كم في القرحة المعدية. (ريحاني. 2010ص96)

2.6. حسب الاختبارات النفسية:

1.2.6. الاختبارات الإسقاطية:

مثل اختيار بقع الحبر لرورشاخ حيث يساعد في تحديد ما إذا كان نمط الشخصية اقرب للعصاب أو للذهان، كما يقيس درجة الضبط العاطفي، ومعرفة الطاقات التي لم تستخدم في العمل أو في المجتمع كما يوضح الدوافع الغريزية المكبوتة. التي منعت مخرجا في شكل اضطراب الوظائف الجسمية، ولقد استخدم "هارور" الرورشاخ في دراسة تغيرات الشخصية المصاحبة للإصابة المخية في الحالات السيكوسوماتية ، وطبقه كمبرل " Kempel على مرضى الروماتيزم وارتفاع ضغط الدم ولاحظ ارتباط شخصيات معينة بأعراض معينة، فمرض الروماتيزم يتميز بأنهم سلبيون، ومازوشيون طفيليون و هستيريون . أما مرضى الضغط فيطمحون إلى القوة، ويوجد لديهم صراع بين العدوان والحاجات الاعتمادية. أما روس "Ross,p" فقد طبق هذا الاختيار على مرضى الصداع النصفي. وأشار كل من رابابورت وشيفر إلى هذا الاختيار لا يعطي تشخيصا واضحا في كل الحالات. (نفس المرجع. 2010 ص96)

2.2.6. الاستبيانات:

6. 2. 2. 1. قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية:

أعد هذه القائمة "برودمان وإردمان وولف Brodman , Erdman , Wolf (1946) كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصابية والطب نفسية، كما تكشف عن حالات القلق وتوهم المرض والاتجاهات المضادة للمجتمع، واضطرابات التشنج والصداع النصفي والربو، القرحة الهضمية وتركز بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالاضطرابات السيكوسوماتية. تحتوي على 223 سؤال تتوزع على 18 مقياس فرعي. حيث يتم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس الثمانية عشر على حدة بإعطاء درجة على كل سؤال أجاب عنه المفحوص بـ"نعم" وصفرًا للإجابة بـ"لا" ، وبذلك فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية على القائمة. (أبو النيل. 2001 ص:37)

6. 2. 2. 2. اختبار جنكيز-ألوني:

ويهدف هذا الاختبار إلى تحديد مدى تطابق تصرفات المفحوص مع النمط السلوكي (A) الذي يجعله عرضة للإصابة بالذبحة القلبية. مما يقتضي اتخاذ الخطوات الوقائية. و يتألف من 4 فقرات (أبعاد) هي:

1-الميول الاكتئابية.

2-القلق والإرهاق النفسيين.

3-الميول العصابية.

4-الإصابات الجسدية.

6. 2. 2. 3. اختبار رسم الزمن في السيكوسوماتيك:

ترجع فكرة رسم الزمن إلى اليزابيت موسون حيث تري أن رسم المفحوص الذي يعكس الزمن ،هو رسم يستطيع إعطاءنا أفكار توجيهية من الدرجة الأولى للفحص السيكاتري . ويتم تحليله وفق مبادئ تحليل الاختبارات المرسومة. (ريحاني. 2010ص97)

7. أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية:

1.7. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الهضمي:

1.1.7. قرحة المعدة و الإثني عشر:

قرحة المعدة عبارة عن حفرة أو قطع أو التهاب في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة (الإثني عشر) تحدث بسبب زيادة إفراز العصارات الهاضمة مثل حمض الهيدروكلوريك و الببسين التي تعمل على تحلل و هضم الطعام في الظروف العادية، أما في الحالات المرضية فإن هذه العصارات تعمل على تآكل الغشاء المخاطي ثم تآكل المعدة نفسها. (قويدري. 2011 ص:94)

وهو نفس ما أشار إليه أحمد عكاشة (2003) في وصفه للمرض أن المعدة تآكل ذاتها.

(عكاشة. 2003 ص:645)

ونقلا عن النابلسي (1991) تذكر التقارير الانكليزية أن إصابات القرحة قد ازدادت بنسبة 400% إبان الغازات الألمانية على لندن خلال الحرب العالمية الثانية.

(قويدري. 2011 ص:94)

و ينقل "أبو النيل و مصطفى زيور" (1984) في إحدى الدراسات الحديثة التي أجريت على 2000 من الجنود أن من يبدي منهم اضطرابات انفعالية و زيادة في العصير المعدي خلال الاختبارات الجسمية الأولى في الجيش تظهر لديه القرحة المعديّة فيما بعد تحت مواقف الشدة في الجيش.

كما يذهب "كوفيل و زملائه" إلى القول بأنه على الرغم من أن السبب المباشر للقرحة هو زيادة إفراز أحماض المعدة التي تلهب جدرانها و تهيجها و تؤدي في النهاية إلى تآكل هذه الجدران. فإن تلك الزيادة في الإفراز تأتي غالبا من حالة الضغط المزمن الناجم عن توتر

انفعالي مستمر، حيث توجد القرحة عادة عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع كما تنتشر عند الرجال أكثر من النساء. (سلامي.2008 ص:133)

2.1.7. القولون:

إلتهاب القولون هو تهيج القولون أي الجزء الأسفل من الأمعاء الغليظة بسبب وجود تقرحات و أكثر أعراض هذا المرض شيوعا هو كثرة نوبات التبرز، و كثيرا ما يعاني المريض آلاما في البطن كما يصاحبها أحيانا ارتفاع في درجات الحرارة مع النقيئ و فقدان الشهية. (سلامي.2008 ص:135)

ولدى التحليليون يعتبرون هذا المرض أنه يعبر عن عدوان لا شعوري مكبوت، و أن الكثير من المرضى مثبتين في المرحلة الشرجية في نضوجهم الانفعالي.

(عكاشة.2003 ص:646)

فعند إلقاء نظرة ميكروسكوبية للأجزاء السفلى من القناة الهضمية لجسم طالب عند استلامه أسئلة الامتحان تعكس الخوف و التوتر و حركة غير اعتيادية في الأجهزة العضوية فتكون عرضة للقرحة و الاضطراب و النزيف. (عطوف.1988 ص:65)

كما أوضحت Flandars Dunbar أن التهاب غشاء القولون المخاطي عبارة عن منفس عن الشخصية القهرية التي تتسلط عليها الأفكار، يتميز صاحبها بالبخل كما لديه حاجات للاعتمادية و الخضوع و الرغبة في الحين تغلب عليه مشاعر الصراع و الغضب المكبوت و إطالة التفكير. (سلامي.2008 ص:136)

2.7. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الدوراني:

يعرف الأطباء النفسيون أمراض الأوعية الدموية و القلب بأنها مجموعة الاستجابات الوعائية القلبية التي تظهر على شكل أمراض في الدم أو القلب و التي تلعب فيها العوامل النفسية دورا هاما . (عطوف.1988 ص:75)

إذ تشير البحوث الطبية للجمعية الطبية الأمريكية سنة 1986 أن القلب يجيب على الكثير من الحوادث النفسية أكثر من أي عضو آخر في البدن، كما أن كل الدوافع لها صلة بالقلب و الدورة الدموية. (نفس المرجع. 1988 ص:76)

1.2.7. ضغط الدم المرتفع:

حيث زاد معدل انتشار مرض ارتفاع ضغط الدم Hypertension في الآونة الأخيرة نتيجة للارتباط القوي بين ارتفاع ضغط الدم و التوتر الانفعالي المستمر. فضغط الدم المرتفع هو حالة من الارتفاع المستمر في ضغط الدم و بشكل غير طبيعي. (الدسوقي. ص:71)

كما كشفت دراسات "Binger" أن معظم المصابين بضغط الدم لديهم السمات الآتية:

- يحيط بهم الإرهاق و الضغوط و المخاوف في نشاطهم الاجتماعي و أعمالهم و يميلون للإنطواء و العزلة.
- ثقتهم بأنفسهم ضئيلة أو منهاره و ليس لديهم القدرة على حماية أنفسهم و ليس عندهم أي مقدرة لاتخاذ قرار ذاتي. (عطوف. 1988 ص:70)

2. 2. 7. مرض الشريان التاجي:

و هي عبارة عن حدوث ضيق في الأوعية الدموية التي تحمل الأكسجين الذي يغذي عضلة القلب و تشمل: الذبحة القلبية، الجلطة القلبية، موت عضلة قلبية.. و يؤكد معظم الأطباء المختصين في هذه الأمراض أن الإصابة بأمراض انسداد الشرايين التاجية تكون أكثر حدوثا عند الناس الذين يتكلمون بصوت عال و عند الناس المرهقين بظروفهم المعاشية.

(سلامي. 2008 ص:143)

و ترى "دانبر" (1948) أن مريض الشريان التاجي يخفي تحت هدوءه السطحي عدوانا و خنقا. (الدسوقي. ص:72)

فالدبحة الصدرية عبارة عن إحساس باختناق في الصدر مع آلام شديدة، و هي ليست مرضا و لكنها أحد أعراض المرض بالقلب ناتجة عن قصور وصول الدم عبر الشرايين إلى القلب مما يضاعف مجهود القلب و يؤدي إلى نوبات الدبحة الصدرية.

أما الجلطة فهي تخثر أو انحباس بالدم في الأوعية الدموية و قد تقود للسكتة القلبية.

(عطوف.1988 ص:84)

كما توصل الباحثون في معهد ستانفورد العالمي للأبحاث و على رأسهم العالم "روزنمان" إلى تحديد نمط سلوكي للمرضى المصابين بانسداد الشرايين التاجية يتمثل في العلاقة بين الفعي و الانفعال. (سلامي.2008 ص:143)

7.3. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز التنفسي:

يعتبر العالم "سترينج Strange" في مقدمة العلماء الذين أثبتوا العلاقة بين أمراض الجهاز التنفسي و المؤثرات النفسية و اعتبرها أمراضا سيكوسوماتية. (عطوف.1988 ص:89)

7.3.1. الربو الشعبي:

حيث أنه أحد أمراض الحساسية، و يستثار الجسم و تثار فيه مادة (الهيستامين) التي تعتبر مسؤولة عن كافة أشكال الحساسية.

فيهاجم الربو جهاز التنفس و يصاحبه ضيق التنفس و اللهث و السعال المستمر أو المتقطع و الإحساس بالحسرة في الصدر و البلغم. و هذا كله يضيق الشعب الهوائية التي تحمل الهواء إلى الرئتين و قد تتورم جدرانها بسبب تقلص عضلاتها. (نفس المرجع.1988 ص:90)

وتتميز شخصية المصاب بأنه لا يشعر بالأمن بل يعاني قلق فقدان السند بشكل مميز له. و أيضا يبدو متوكلا بشكل واضح و صريح في كل تصرفاته.

(سلامي.2008 ص: 146)

وأشار "ألكسندر Alexander" و زملائه إلى أن حالات الإصابة بالربو يكون أصحابها خائفين لا شعوريا من الانفصال عن أمهاتهم و الخوف من التهديد بفقدان حبها، أي أن هذه النوبة تعتبر بديلا للاتصال كذلك أشار "فرانش Frensh" (نفس المرجع. 2008 ص: 146)

7. 3. 2. حمى القش:

وهي أحد أنواع الحميات و تظهر على شكل زكام موسمي شديد مع انسداد في الأنف و مخاط مستمر و ضيق في التنفس، و تلعب الحالة النفسية دورا رئيسيا فيها كالحزن و الشدائد و الصراع الجنسي لاسيما حالات البرود و الكبت.

ويعتبر "ألبرت شيفر" من أشهر الأطباء المعاصرين لدراسة هذه الحساسية الموسمية، و يؤكد أن المصابين بهذه الحساسيات يصبحون عاجزين عن المقاومة و يصاحب حالتهم قلق نفسي و هم يفتقرون إلى النوم الهادئ. (عطوف. 1988 ص: 92- 93)

7. 4. الاضطرابات السيكوسوماتية للجلد:

فالبشرة هي واجهة الكائن الحي و وصلة الوصل بين الذات و العالم الخارجي و يمكن للبشرة من خلال الجلد أن تعبر بشكل واضح أو مستمر أو رمزي عن المشاكل الفردية للإنسان و عن الحالة النفسية. (عطوف. 1988 ص: 99)

7. 4. 1. الإكزيما:

وهي عبارة عن التهاب مزمن غير مثار بالحساسية يتصف بالتورم و البقع الجلدية.

(باهي سلامي. 2008 ص: 148)

و يظهر في احمرار الجلد، تقشير و رشح به و يكسى بقشور. (قويديري. 2011 ص: 97)

7. 4. 2. تساقط الشعر:

وهو مرض جلدي أسبابه كثيرة و يستجيب للعلاج. أسبابه غير معروفة تماما و لكن العوامل و الاضطرابات و الحزن و الصدمات و القلق النفسي و الاضطراب العاطفي و الخوف من المستقبل و زيادة الطموح... كل هذه الأعراض لها علاقة وثيقة بظهور المرض.

(سلامي.2008 ص:148)

7. 4. 3. الأرتيكارييا:

تحدث الإصابة بها نتيجة التعرض لأحد مسببات الحساسية مثل الطعام أو الدواء .. مما يؤدي إلى تنبيه جهاز المناعة فيها لمحاربة المادة المثيرة للحساسية، فهي طفح جلدي يسبب حكة ترافقها حبوب و نتوءات تصيب أعضاء الجسم و يسبب حكّ الجلد إلى حدوث المزيد من تلك النتوءات. و تعد الضغوط العاطفية والتوتر النفسي سببا مباشرا للإصابة بالارتيكارييا وقد تزداد الحالة سوءا إذا كانت موجودة بالفعل. (جريدة الغد الأردنية. 2012)

كما برهنت أبحاث "سول و برنشتاين Saul & Bernstein" على ظهور الطفح الجلدي بعد الإحباط و التوتر أو الفشل في الزواج و الصراعات و القلق و المشكلات العائلية. كما أنه يعاني عموما إثما مكبوتا و شعورا بالخطأ و الذنب و عدم وجود ثقة ذاتية أو اطمئنان نفسي. (عطوف. 1988 ص:101،100)

7. 4. 4. حب الشباب:

و يدعى بثور المراهقة و يكون أعقاب البلوغ، يعكس حالة من عدم النضج الانفعالي و قلق لا شعوري و ميول انطوائية للمراهق إذ تظهر على شكل بثور جلدية تشوه الوجه.

(عطوف.1988 ص:101)

7. 5. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الغدي:

إن كل غدة قد تتعرض في إفرازها لاضطراب هرموني (زيادة أو نقصان) بدافع نفسي انفعالي يؤدي على خلل ما في السلوك و الجسم. (عطوف. 1988 ص: 105)

حيث تؤدي الحالة النفسية و الإرهاق دورا فعالا في إفرازات الغدد الصماء التي تفرز مجموعة من الهرمونات. و هي مواد بيوكيميائية ذات فعالية كبيرة في فيسيولوجية جسم الإنسان. (سلامي. 2008 ص: 149)

7. 5. 1. اضطراب نشاط الغدة الدرقية:

هي غدة كبيرة الحجم تأخذ شكل الفراشة في مقدمة العنق، و تفرز هرمونات تتحكم في سرعة الأيض و بالتالي تتحكم في طاقة الجسم فأبي اختلال في الغدة الدرقية من الممكن أن يسرع أو يبطيء من عملية الأيض لدينا نتيجة لاختلال لإفراز هرمونات الغدة. إما بالزيادة أو النقصان و بالتالي يشعر المريض بسلسلة من الأعراض تؤثر على الجسم و على الحالة المزاجية، و قد ينجر عنها زيادة أو نقصان في الوزن و تورم في الرقبة و تغيرات في النشاط و الحالة النفسية ففي حالة نقصانها يميل الفرد إلى الكسل والخمول و الشعور بالاكنتاب أما في حالة زيادتها فيميل الشخص المريض إلى التوتر والقلق والعصبية ناهيك عن سقوط الشعر.. (2016 www.dailymedicalinfo.com)

و في دراسة قام بها "هيتزل" (1970) قدم فرضية مفادها أن الصدمات النفسية يمكن أن تكون سببا في بعض حالات اختلال توازن أجهزة المراقبة المناعية في الجسم.

(سلامي. 2008 ص: 150)

7. 5. 2. اضطراب إفراز الأنسولين:

وهو عبارة عن اضطراب في امتصاص و هضم المواد الكربوهيدراتية حيث يبقى الفرد يعاني من مشاكل في تنظيم مستوى السكر في الدم، و زيادة السكر في الدم تزيد من

احتمالية الإصابة بأمراض القلب و العمى و ضعف الوظيفة الجنسية في كل من الرجال و النساء على السواء.

فالمصاب يفقد جسمه القدرة على إنتاج هرمون الانسولين و بدون أنسولين لا يمكن أن يحول الجلوكوز إلى طاقة ليخزنها في الخلايا.

ويظهر لدى الأفراد اللذين يعانون من القلق النفسي و هو نتيجة للاضطراب الانفعالي و التأزم النفسي كما يصبح أكثر عرضة لأعراض الضيق و العصبية الزائدة و الارتباك.

(جاد الحق. 2005. ص: 76)

7. 6. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز التناسلي:

7. 6. 1. البرود الجنسي لدى المرأة: هو فشل أي من الزوجين في التجاوب الجنسي مع الطرف الآخر، و هو حالة من عدم الاهتمام أو التمتع بالعلاقة الجنسية، و هو أمر شائع حيث يعانون من ضعف الرغبة الجنسية.

كما هو اختلال وظيفي جنسي يتميز بعد الرغبة السوية لدى المرأة، و يتجلى البرود الجنسي في صورة إعراض المرأة عن العملية الجنسية أو نفورها منها أو عدم الوصول إلى الهزة الجنسية، و تقلص المهبل مما يجعل الإيلاج صعبا. كما يتسبب في البرود الجنسي عن دوافع عدائية مكبوتة نحو الرجال. (سلامي. 2008. ص: 151)

7. 6. 2. العنة عند الذكور:

والمتمثلة في العجز الكلي أو الجزئي في الانتصاب Impotency و سرعة القذف Premature Ejaculation وهما يعتبران في مقدمة الاضطرابات المرتبطة بالمخاوف النفسية و خبرات الطفولة و الكبت النفسي و عدم الثقة و التجارب السابقة.

(جاد الحق. 2005. ص: 75)

فقد لوحظ أن اللواتي تعانين من عسر الطمث إما من النوع الخجول ذوو بنية هشّة و إما من النوع الذي يشمئز من دور الأنثى فهن قاسيات عدوانيات. (سلامي. 2008 ص: 151)

كذلك الحمل الكاذب لدى المرأة العاقر أو الزوجة المتلهفة للطفل.

كذلك اضطرابات عسر الحيض التي غالبا ما يصاحبها آلام و صداع و تقلبات نفسية و مزاجية، و يزداد الغثيان و الصداع بسبب عدم التوازن بين البروجستيرون و الأستروجين قبل حدوث الطمث و احتمال انتفاخ الثديين. (عطوف. 1988 ص: 110- 111)

7. 7. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العصبي:

حيث صنفت الجمعية العالمية للصداع ما يقارب 100 نموذج مختلف لاضطرابات الصداع، و أن معظمها هي مجهولة الأسباب. (عطوف. 1988 ص: 139)

7. 7. 1. الصداع النصفي (الشقيقة):

وهو صداع يكثر بين عائلات معينة و يبدأ من شدة نفسية و يرافقه غثيان و اضطراب الرؤية و صاحبه ذكي و حساس و كتوم لأعدائه. (نفس المرجع. 1988 ص: 139) و هم غالبا ما ينحدرون من اسر محافظة تهتم بالتحصيل الدراسي ناهيك عن كبت الإحساسات العدوانية و إثارة الغضب ما يؤدي إلى القلق و الصداع. (جاد الحق. 2005 ص: 72)

كما يكون الصداع محبا للإتقان طموح منتظم، يبالغ في منافسة الآخرين و هو معرض دائما للإحباط، و عندما يواجه عملا يفوق طاقته تظهر لديه أعراض الصداع.

(خير الزراد. 1884 ص: 152)

كما حدد "وولف wolf" في كتابه Headache and other head pains

ميكانيزمات الصداع النصفي بالمراحل التالية:

أ- أن الضغط النفسي الانفعالي يجعل الشعيرات و الأوعية الدموية في الرأس تنبض أي تتمدد و تنقلص و بذلك تستثار الأطراف النهائية للأعصاب الموجودة مع الشرايين و هنا تبدأ مشاعر الألم.

ب- قد تحصل الحالة إلى قمة المرض و الصداع و تزول بزوال الموقف الانفعالي.

ج- إن من المرجح وجود عوامل استعدادية عضوية تساعد على ظهور الأعراض العضوية بهذه الصورة استجابة لتوتر القلق و الانفعالات العنيفة. (عطوف.1988 ص:130)

7.7.2. الصداع التوتري:

حيث يعاني حوالي 90% من الأشخاص اللذين يلجؤون إلى المساعدة الطبية من أجل علاج الصداع الصداع التوتري، و تتميز هذه الأخيرة بألم منتشر يمتد إما في الرأس كله أو يحس به كأنه عصابة مشدودة على الرأس، و صداعات التوتر غالباً ما تكون مصحوبة بنوم قليل و توتر متواصل و ملح في عضلات العنق و الكتفين و الجبين.

(سلامي.2008 ص:141)

7.8. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العضلي و الهيكلية:

7.8.1. أوجاع أسفل الظهر:

وهي آلام أسفل الظهر و شتى أنواع الشكاوى الغضروفية و العضلية و حتى التشنج العضلي(المغص Cramps) و الآلام المرتبطة بالعصص. (عطوف.1988 ص:111)

وفي دراسة قام بها "جيمس هاليداي" أحد الأساتذة البريطانيين في الأمراض السيكوسوماتية وجد أن المصابين بألم الظهر يكونون في غاية الاستقامة، و يميلون إلى الإخلاص في العمل بشكل ملحوظ... و قد يكون ألم الظهر ردّ فعل لحالة اكتئاب.

(سلامي.2008 ص:138)

7. 8. 2. إتهاب المفاصل الروماتيزمي:

وهو مصطلح عام يشير إلى عدد من الظروف المختلفة التي يمكن أن تحدث تورم و الم بأربطة المفاصل، كذلك آلام أسفل العمود الفقري. و تزداد شدة هذا الاضطراب مع الجهد الانفعالي الذي يتعرض له الفرد و السمة الشخصية المشتركة هو الإحساس بالهجر و النبذ و الثورة مع ميول عدوانية مصحوبة بالشعور بالذنب نحو الأقارب.

(جاد الحق. 2005. ص:74)

ويضيف "دانبر Dunbar" أن شخصية مريض المفاصل تتميز بالصراعات الجنسية والعدوانية المكبوتة و عدم الكفاية و الحاجة لجلب الانتباه. (سلامي. 2008. ص:138)

ويقول "السيد أبو النيل" قد يرجع روماتيزم المفاصل أو آلام المفاصل لمشكلة انفعالية بسيطة، و قد يكون قناعا لاضطراب انفعالي عميق مدفون و قد يؤدي ذلك إلى إصابة على مستوى نسيج العضو فتتورم المفاصل و تشتد الآلام. (نفس المرجع. 2008. ص:138)

8. علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بنمط الشخصية:

حيث بدأت فكرة خصائص الشخصية أو سماتها كأحد العوامل الأساسية في حدوث المرض السيكوسوماتي، متأثرة بالنظرة التحليلية التي بدأها "فرويد Freud" عند وصفه لخبرات الطفولة الملحوظة وتأثيرها على نمو الشخصية .

كما يعتبر "ألكسندر" (1951) من وضع شرطين أساسيين لحدوث الإضطراب السيكوسوماتي هما : أ_ المطلب الأساسي هو الإستعداد الوراثي الذي يوظف في نمو وتطور الشخصية عن طريق التعلم والتشريط والإستعداد في مرحلة الطفولة .

ب_ موقف البداية Onest situation والذي يشمل أحداث الحياة والتغيرات في عوامل الوقت، العمليات الدينامية والإنفعالية التي تعطي الإستجابات و ردود الفعل النوعية ثم الأعراض ثم المرض .

كما قدمت " dunber " (1943) بروفيلاات شخصية متعددة تبعا لتعدد نوعية المرض وأعتبرها مسؤولة عن إعطاء مظاهر الصحة أو المرض وبالأخص تنظيم الشخصية عند السيكوسوماتين .وحاولت تحديد مجموعة من السمات الشخصية لكل مرض سيكوسوماتي ،فعلى سبيل المثال :

_ يغلب على مرض الصداع النصفي أن يكونوا ممن عانوا قبل الإصابة من القلق حول عمليات النظافة والنظام والترتيب ولديهم أنا أعلى صارم .

_ مرضى القرحة أفراد يريدون رفع أنفسهم للأعلى ،طموحين وينتابهم القلق وخشية الفشل أو الإحباط (نفس المرجع ص :64_65)

كما إعتبر العالم "سترينج strange" أن العلاقة بين أمراض الجهاز التنفسي والمؤثرات النفسية باعتبارها أمراض سيكوسوماتية. (عطوف 1988 ص:89)

وأفادت "F.Dunber" أن إلتهاب غشاء القولون المخاطي عبارة عن منفس عن الشخصية القهرية .(سلامي. 2008 ص:136)

وفي نفس السياق تشير "Dumber" أن شخصية مريض المفاصل تتميز بالصراعات الجنسية والعذوانية المكبوتة. (نفس المرجع. 2008 ص:138)

دراسة "مي الدقس وعمر الشواشرة" التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيا لمستوى الإضطرابات السيكوسوماتية لدي أفراد العينة يعزى لمتغير الجنس، كذلك عدم وجود علاقة دالة إحصائيا لأنماط الشخصية تعزى للإضطراب السيكوسوماتي ،علما أن الباحث استخدم مقياس ماير برجز (MBTI). (الدقس والشواشرة. 2014 ص:102)

وفي دراسة لـ: "مايسة الشكري" (1988) على عينة قوامها (190) مريض بالسرطان من الجنسين توصلت إلى ظهور معاملات إرتباط مرتفعة بين الإصابة بالسرطان ووجود نمط السلوك (أ) لدى المرضى من الجنسين. (حمزاوي. 2013 ص 94_95)

وهكذا ظل أمل بعض الباحثين في الطب السيكوسوماتي في أن تكون العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والشخصية خاصة لدرجة إمكانية تعرف أنواع الشخصية التي من المحتمل إصابتها بأمراض سيكوسوماتية معنية .

فقد قام كل من "فريدمان وروزنمان" "Freidman Roseman" (1977) بوصف نموذجين سلوكيين للشخصية هما: (A B) ووصفا لكل نموذج أوصاف محددة .

(باطة. 1977 ص: 67)

كما حاولت "كيرك Kirk" ربط الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية وقد قامت عدة محاولات لهذا الغرض على غرار "فريدمان وروزنمان" اللذان إعتقدا أن النمط (A) يرتبط جوهريا بعدم القدرة على التحمل وزيادة القدرة على التنافسية وسهولة الإستشارة ولديهم الكثير من الأعمال وحساسية فائقة لعامل الوقت وسرعة الحديث وسرعة الغضب ، وغير ذلك من الصفات التي تجعلهم عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب .

(الصبان. 2003 ص 73)

فترى "دانبر" (1948) : أن مريض الشريان التاجي يخفي تحت هدوءه السطحي عدوان وخنقا .

فسمات وخصائص النمط (أ) من رغبة في السيطرة خاصة على الزوجة والأطفال والكفاح المستمر للصعود في الدرج الإجتماعي مع عدم القدرة على الإسترخاء ومحاولة إثبات نحولتهم ونشاطهم الجنسي مع رغبة دفيئة وملحة للحب والحنان . (جاد الحق. 2005 ص 72)

وطبقا "لجنكيز Jenkins" (1979) :يصيب الرجال تحت عمر (60) سنة ،كما أنه يصيب الذكور من النمط (أ) بالمرض أكثر بثلاثة أضعاف ونصف من الإناث .

(حمزاوي .2003 ص92 .93)

وفي دراسة أجرتها "مجموعة ويسترن للأبحاث العلمية " والتي إستغرقت 8 أعوام ونصف من الدراسة الطويلة المكثفة توصلت إلى أن الرجال من النمط (أ) معرضين للإصابة بأمراض الشرايين التاجية (الجارودي .2001 ص20)

وفي دراسة "ستافورد Stan ford" (1988) التي وازن فيها بين النمط (أ) يتصرفون بالعدائية في مقابل ذوي النمط (ب) .وبعد (8) سنوات وجد أن العدائية هي أقرب مرتين في إحتمال تطور أمراض الشرايين التاجية .

كما أجرى "ويليامز Williams " (1983) دراسة وازن فيها بين النمط (أ) والنمط (ب) من الذكور ،وأظهرت الدراسة زيادة في تدفق الدم في عضلاتهم بمستوى كبير فضلا عن زيادة في إفراز عدة هرمونات ضاغطة (الأدرينالين _نور أدرينالين _الكوليستيرول) مايدل على أن الرجل من النمط (أ) لديهم ردود فعل حيوية أكثر وضوحا مايجعله سببا في إزدياد خطر الإصابة بأمراض الشرايين التاجية .

وأثبتت دراسة "حنان محبوب" (2006) إلى عدم وجود علاقة إرتباطية بين نمط السلوك (أ)والخصائص المزاجية لمرض ضغط الدم . (حمزاوي .2013 ص94.95)

كذا دراسة "جمعة يوسف" التي تناولت العلاقة بين نمط الشخصية (أ) والأعراض المرضية الجسمية والنفسية حيث تبين أن الإناث يعانين من أعراض مرضية أكثر من الذكور ،وأن نمط الشخصية (أ) بصفة عامة أكثر معاناة في أعراضهم المرضية .

(حمزاوي .2003 ص96)

ومن الدراسات الحديثة نسبياً نجد "بني مصطفى" (2003) التي هدفت للتعرف على مستوى الاضطرابات النفس جسمية ونمط السلوك (أ) وتوصلت لوجود درجة منخفضة من الاضطراب النفس جسمية ونمط السلوك (أ) ووجود علاقة طردية بين الاضطرابات النفس جسمية ونمط السلوك على عينة من هيئة التدريس بجامعة اليرموك.

(الدقس والشواشرة . 2014 ص 115)

في المقابل النمط (B) فإنه يميز بالإسترخاء والإهتمام بالحياة الخالية من المشكلات أكثر من الإهتمام بالنجاح والعمل الجاد وعدم ظهور الحاجة الوسواسية للإنجازات والمشاركة في الأنشطة دون الحاجة إلى التفوق، وهؤلاء قلما يتعرضون إلى اضطرابات أو نوبات قلبية .

(الصبان . 2003 ص 73)

9_ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية باستراتيجيات المواجهة :

إن بعض الأشخاص عند تعرضهم للضغوط النفسية لا يحتفظون بصحتهم الجسمية وسلامة أدائهم النفسي، مما يؤدي إلى ضرورة الاهتمام بمصادر مقاومة الضغوط النفسية أي تلك المتغيرات النفسية والاجتماعية (إستراتيجيات المواجهة) التي يمكن أن تحفف من الآثار السلبية للضغوط .فهي تساعده على أن يظل محتفظاً بصحته النفسية و الجسمية.

(الصبان . 2003 ص:06)

وضمن هذا الإطار يزخر التراث السيكولوجي بالعديد من الدراسات التي أشارت إلى أن استعمال الفرد لاستراتيجيات معينة تعتمد على محاولة مواجهة المشكل و إيجاد حلول بديلة للخروج من الوضعيات الضاغطة قد يقلل من ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. فالحقيقة الفيزيولوجية تقول إن الجسم يميل دائماً إلى الاحتفاظ بالتوازن، فعند تعرض الفرد لوضعية غير عادية (ضاغطة) يستدعي الجسم كل الآليات من أجل تحقيق ذلك التوافق في حدود إمكانية الجسم. (شملال. 2007 ص:96)

حيث توصل "كومبس Comps" (1987) في بحثه حول طرق التغلب على المشكلات و مواجهة الضغوط إلى أن الاستراتيجيات المركزة على المشكل المستخدمة كانت ذات علاقة سلبية بالمشكلات السلوكية و الانفعالية بينما الاستراتيجيات المركزة على الانفعال كانت ذات علاقة إيجابية بالمشكلات السلوكية و الانفعالية، و لهذا فإنه يمكن أن يكون لاستعمال استراتيجيات مركزة على المشكل كعامل وقائي من بعض الاضطرابات السيكوسوماتية. (شملا. 2007 ص:96)، و يوافقه في ذلك "سماري و فاليسدوتير Smari & Valysdottir" (1997) الذي توصل كذلك أن اللذين يلجؤون لتفضيل إستراتيجية المركزة على المشكل ينبئون بنتيجة انفعالية إيجابية ملائمة في حين اللذين اختاروا بصفة عامة الإستراتيجية المركزة نحو الانفعال بينت معاناتها من اضطراب التكيف الانفعالي (جبالي وعزوز. 2014 ص 216) كذلك دراسة "ألدوين و آخرون Aldwin et al" من أن هناك ارتباط بين الإستراتيجيات المركزة على الانفعال والصحة النفسية السيئة وأهم المظاهر التي ذكرها الممرضون اضطراب الهضم، آلام الرأس اضطرابات تنفسية، آلام الظهر.

أما دراسة "رضا مسعودي" (2003) لمصادر و مؤشرات الضغط المهني لدى أطباء الاستعجالات من أن الأعراض السيكوسوماتية تعتبر من أهم الأعراض الناتجة عن تعرض الأطباء للضغط المهني بعد الأعراض النفسية. وفي نفس السياق دراسة "جبالي و عزوز" (2014) التي هدفت للكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و نوع استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن على عينة قوامها (72 فرد) و اللذان توصلا لوجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و مدة المرض و وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية و مدة المرض.

خلاصة:

لقد تناولت الباحثة من خلال عرض فصل الاضطرابات السيكوسوماتية و التي هي عبارة عن اضطرابات جسدية الشكل حيث يلعب العامل النفسي فيها دورا مهما و كبيرا، فالحالة النفسية و المزاجية تؤثر على الأجهزة المختلفة للجسم منها العضلي و الهيكلية و العصبي و الهضمي و التنفسي... بمختلف أنواعها و شدتها.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. حدود الدراسة
3. عينة الدراسة
4. أدوات جمع البيانات: مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية
مقياس استراتيجيات المواجهة
مقياس نمط الشخصية (أ) و (ب)
5. الخصائص السيكومترية للأدوات
6. إجراءات الدراسة الميدانية
7. الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمهيد:

لا تخلو أي دراسة ميدانية من جانب نظري، و الذي يعتبر كأساس قاعدي لها يكمله الجانب التطبيقي الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي. حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية كما يوسع مجال دراسته، و إذا كان الجانب النظري بمثابة المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق الخاصة بمتغيرات الدراسة فالجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، و هذا بتحويلها من كيفية إلى إحصاءات كمية.

وبعد تطرقنا في الجانب النظري إلى الدراسة، وإعطاء صورة أوضح لأهم المفاهيم التي تخص دراستنا جاء هذا الفصل ليعرض الجانب الميداني لها وسنتناول في هذا الفصل المنهج المتبع و الأدوات السيكولوجية، كيفية تطبيق الأدوات و سنتناولها بشيء من التفصيل.

1. منهج الدراسة:

إن منهج البحث يعني مجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل و تحدد عملياته من اجل الوصول إلى نتيجة معلومة (عوض و ميرفت على، 2002ص25)

وهنا يقول ديكارت "لا نستطيع أن نفكر في بحث حقيقة ما إذا كنا سنبحثها بدون منهج لأن الدراسات و الأبحاث بدون منهج تمنع العقل من الوصول إلى الحقيقة " (عبد المجيد، 2000ص60).

حيث تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المدروسة للوصول إلى الحقيقة و للكشف عنها لابد من إتباع منهج علمي، و الذي يعرفه "بوحوش": فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة عندما نكون جاهلين بها و إما لأجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون عارفين بها. (بوحوش و الذنبيات. 1995 ص:89)

وبما أن طبيعة البحث هي التي تفرض على الباحث المنهج الذي سيتبعه، وبما أننا بصدد دراسة "علاقة نمط الشخصية (أ،ب) و استراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية" اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي. فهو يهتم بالتعرف على معالم الظاهرة أو المشكلة و تحديد أسباب وجودها على صورتها القائمة بالفعل كما يشمل تحليل البيانات و قياسها و تفسيرها و ذلك للتوصل للوصف الدقيق للظاهرة و وصف نتائجها.

2. حدود الدراسة:

- المكانية: تم تطبيق الدراسة على مستوى مستشفى سليمان عميرات و مستشفى الأم و الطفل بنقرت، و مستشفى محمد بوضياف بورقلة.
- الزمانية: تم تطبيق مجريات الدراسة خلال الموسم الجامعي 2016/2017

3. عينة الدراسة:

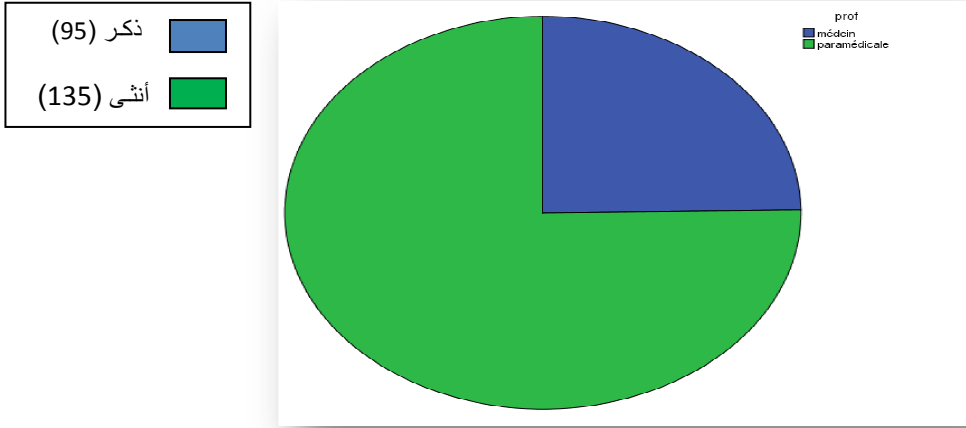
تكونت عينة الدراسة من 400 فرد من الفريق الصحي (طبيب و ممرض) على مستوى مستشفى محمد بوضياف بورقلة و مستشفى سليمان عميرات و مستشفى الأم و الطفل بتقوت . إلا أنه تم سحب 160 استمارة من العدد الإجمالي 400 نظرا لعدم استيفائها للشروط.

وتم اختيار عينة الدراسة الأساسية بالطريقة العشوائية البسيطة و هي تلك الطريقة التي يكون لكل فرد من أفراد المجتمع الأصلي فرص متساوية و مستقلة في الاختيار ضمن العينة، حيث تعد الأفضل للحصول على عينة ممثلة لخصائص المجتمع الذي اختيرت منه العينة. (صلاح و هادي.2002، ص:115)

جدول رقم (04) يبين توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة

الممرضين	الأطباء	المستشفيات
87	12	مستشفى سليمان عميرات
62	10	مستشفى الأم و الطفل
50	09	مستشفى محمد بوضياف
199	31	المجموع

و الشكل التالي يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس (ذكور و إناث)



شكل رقم (05) يبين توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

أما الجدول الموالي فيوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب السن (حسب الفئات العمرية)

جدول رقم (05) يبين توزيع عينة الدراسة حسب السن

عدد أفراد العينة	الفئات العمرية
88	[30 - 20]
126	[40 - 31]
26	[50 - 41]
230	المجموع

4. أدوات جمع البيانات:

استخدم في الدراسة الحالية لجمع البيانات على ثلاث مقاييس و هي:

1- قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعريب أبو النيل.

2- مقياس المواجهة لـ Paulhan et al

3- مقياس نمط الشخصية (أ،ب) لـ bortner

✓ وصف أدوات الدراسة:

1. قائمة كورنل "النواحي العصابية والسيكوسوماتية":

أعد هذه القائمة "برودمان وإردمان وولف Brodman , Erdman , Wolf (1946) كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصابية والطب نفسية ، كما تكشف عن حالات القلق وتوهم المرض والاتجاهات المضادة للمجتمع ، واضطرابات التشنج والصداع النصفي والربو ، القرع الهضمية وتركز بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالاضطرابات السيكوسوماتية ، وبعد أربعين عام من صدور طبعة (1946) للقائمة قام فريق من الباحثين هم "برودمان وإردمان وولف ومسكوفيتز Brodman , Erdman , Wolf , Miskovits" بإخراج طبعة جديدة هي طبعة (1986) والتي تمثل تطوراً كبيراً للقائمة التي من معالمها أنها تضمنت (18) مقياساً بدلاً من (10) مقياس في قائمة (1946) ، (223) سؤالاً بدلاً (101) سؤالاً، وقد قام محمود أبو النيل بتعريب الصورة الأخيرة للقائمة التي ظهرت عام (1986) وأستغرق هذا الجهد خمسة سنوات من (1995_2000) .

وتتكون القائمة من مجموعة أسئلة حيث توجد صورة للإناث وصورة للرجال وعدد الأسئلة في الأصل الأمريكي (223) سؤالاً لصورة الذكور، (228) سؤالاً لصورة الإناث، وقد وجد الباحث أن الصورة الأمريكية الخاصة بالرجال تسمح للتطبيق على الجنسين، وذلك لوجود أسئلة بصورة الإناث قد يسبب الإجابة عليها حرجاً للفتاة في الثقافة العربية، وتنقسم القائمة لأربعة أقسام هي (الأعراض البدنية وماضي المرض، والتاريخ العائلي والسلوك "المزاج و المشاعر") ، وتتنحصر هذه الأقسام الأربعة في مقياسين تشمل (المقاييس الخاصة بالنواحي البدنية والمقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية والانفعالية)، وتعتبر قائمة كورنل من المقاييس التي يتم تطبيقها ذاتياً ، ويمكن أن تطبق بشكل فردي أو جماعي.

(أبو النيل. 2001 ص:37)

جدول رقم (06) يبين عدد الأسئلة في كل مقياس فرعي لقائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية

عدد الأسئلة	المقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية والانفعالية	عدد الأسئلة	المقاييس الخاصة بالنواحي البدنية	عدد الأسئلة	المقاييس الخاصة بالنواحي البدنية	عدد الأسئلة
12	عدم الكفاية	13	18	7	13	1
6	الاكتئاب	14	13	8	17	2
9	القلق	15	7	9	19	3
6	الحساسية	16	9	10	20	4
9	الغضب	17	18	11	11	5
9	التوتر	18	20	12	7	6

1.1. تصحيح القائمة: يتم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس الثمانية عشر على حدة بإعطاء درجة على كل سؤال أجاب عنه المفحوص بـ "نعم" ، وصفرًا للإجابة بـ "لا" ، وبذلك فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية على القائمة ، ويمكن تحديد مستويات الاضطراب السيكوسوماتي كما هو موضح على النحو الآتي.

جدول رقم (07) يبين مستويات الاضطراب السيكوسوماتي لقائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية

الدرجات في قائمة كورنل الجديدة	مستويات الاضطراب السيكوسوماتي
من 29 _ 39	اضطراب خفيف
من 40 _ 50	اضطراب متوسط
من 51 فما فوق	اضطراب شديد

2.1. ثبات القائمة في البيئة الأصلية:

تم حساب معامل الثبات لقائمة كورنل بطريقة التقسيم النصفى وبطريقة الإعادة كما ورد في "محمود أبو النيل" (2001) ، وذلك على النحو الآتي : العينة المصرية التي تكونت من 140 طالب وطالبة جامعيين من مختلف الكليات العملية والنظرية، وقد بلغ معامل الثبات للقائمة ككل على العينة المصرية من الطلبة والطالبات 0,69. العينة الأمريكية التي تكونت من 50 طالب وطالبة جامعيين سنة (1995) ، وقد بلغ معامل الثبات النصفى للقائمة ككل على العينة الأمريكية من الطلبة والطالبات 0,82. أما المقاييس الفرعية التي تمتعت بمعاملات ثبات مرتفعة 0,60 . كما أستخدم محمد صديق (1999) طريقة إعادة الاختبار لحساب ثبات القائمة وتوصل إلى معاملات ثبات تراوحت قيمتها على المقاييس الفرعية الثمانية عشر بين 0,37_0,93 ، كما أن نسبة الاختبارات الفرعية التي حصلت على معاملات ثبات 0,60 فما فوق تبلغ 68% من مجموع الاختبارات الفرعية والدرجة الكلية .

وقارنت آمال عبد الحليم (1999) عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع والأسوياء تكونت من 30 فرداً ، وبين مرضى قرحة المعدة والأسوياء من جانب آخر ، وقد توصلت إلى معاملات ثبات تراوحت بين 0,20_0,90 ، وقد بلغت 68% نسبة الاختبارات الفرعية الحاصلة على معاملات ثبات 0,60 فما فوق). وفي دراسة "مجدي زينة" (2000) على

المتضررين من حرب الخليج وقد تراوحت قيمة معاملات الثبات بين 0,55_0,88 ، ووصلت 84% نسبة المقاييس الفرعية التي حصلت على معامل ثبات 0,60 فما فوق بما في ذلك الدرجة الكلية ، كما بلغت نسبة الاختبارات الفرعية التي حصلت على معامل ثبات 0,60 حسب معامل ألفا لكرونباخ 100% بما في ذلك الدرجة الكلية . كما توصلت "نجلاء سليمان" (2000) إلى معاملات ثبات تراوحت قيمتها بين 0,43_0,83 ، وقد بلغت 78% نسبة الاختبارات الفرعية التي حصلت على معامل ثبات 0,60 فما فوق ماعدا درجات المقياس الكلي . و قام "مازن عبدالله" (2000) بدراسة على عينة من الطلبة الجامعيين وقد وجد معاملات ثبات بطريقة الإعادة تراوحت قيمتها بين 0,72_0,95 ، وبطريقة التجزئة النصفية وألفا لكرونباخ على 200 من الطلاب تراوحت قيمتها بين 0,70_0,96 .

3.1. صدق القائمة في البيئة الأصلية:

تم تقدير صدق القائمة بطريقة صدق المجموعات المتضادة وكذلك المجموعات الطرفية والعلاقة باختبار آخر (صدق المحك) ، كما ورد في "محمود أبو النيل" (2001) وذلك على النحو الآتي : كشفت نتائج المقارنة بين العينتين المصرية و الأمريكية من الجنسين عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما على مقاييس الجهاز الهضمي والجلد والتعب ، وتكرار المرض واستمرار ضعف الصحة والشعور بالعصبية ، والارتباك في العمل وصعوبة اتخاذ القرار والقلق والحساسية ، والغضب والتوتر بنسبة 50% من مقاييس القائمة الفرعية ، ويشير متوسط الدرجات لدى المجموعتين أن قيمته أعلى لدى المجموعة المصرية عن المجموعة الأمريكية أي أنهم أكثر اضطراباً على هذه النواحي من الأمريكيين.

وفي دراسة "محمد صديق" (1999) لدى المودعين في شركات توظيف الأموال وقد وجد فروقاً دالة إحصائياً بين مجموعتين أحدهما تعرضت لضغوط شاقة والأخرى لم تتعرض، وفي دراسة "آمال عبد الحليم" (1999) قارنت فيها بين مرضى ضغط الدم المرتفع والأسوياء ومرضى قرحة المعدة والأسوياء وجدت أن مجموعة ضغط الدم أكثر اضطراباً بفرق دال

إحصائياً على إحدى عشر مقياس من المقاييس الفرعية ، كما وجدت أن مجموعة قرحة المعدة أكثر اضطراباً من الأسوياء على عشرة من المقاييس الفرعية .

وفي دراسة "مازن عبدالله" (2000) وجد أن الطلبة أكثر اضطراباً من الطالبات على مقاييس التعب والحساسية والغضب وكذلك وجد فروق دالة بين الإناث في الحضر والإناث في الريف على ستة عشر مقياساً، ولم توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في الحضر إلا على أربعة مقاييس.

وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي على قائمة كورنل واستبيان الأسرة والأبناء "الشيفر وآخرون Shefer et al" على عينة مكونة من 140 طالب وطالبة من المصريين ، 50 طالب وطالبة من الأمريكيين أن المجموعتين يشتركان معاً فقط في مقياس السمع والإبصار وقد وجد أن الطابع العام للمقاييس التي تشبعت تشبعاً مرتفعاً في العينة المصرية تتصل بالنواحي السيكلوجية بينما في العينة الأمريكية تتصل بالنواحي العصابية .

وفي دراسة محمد صديق (1999) توصل إلى أن العامل الأول تشبع عليه تشبعاً دالاً ثلاثة عشر مقياساً فرعياً من مقاييس القائمة . وفي دراسة "محمود أبو النيل" (2000) تشبعت سبعة عشر مقياساً من مقاييس القائمة تشبعاً دالاً بما في ذلك الدرجة الكلية بالنسبة لعينة المجموعة (ب) ، وتشبع إحدى عشر مقياساً تشبعاً دالاً بالنسبة لعينة المجموعة (أ). وفي دراسة "محمد صديق" (1999) التي أجريت على القائمة والخاصة بصدق الاتساق الداخلي أتضح أن معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية جميعها دالة إحصائياً ماعدا قيم مقياسي الجلد والقلق ، مما يشير إلى تمتع ستة عشر مقياساً من القائمة بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي .

◀ وبذلك يتضح أن قائمة كورنل تعتبر أداة جيدة صالحة للاستخدام في عدة مجالات إذ أنها تكشف عن ثمانية عشر من الجوانب العصابية والسيكوسوماتية ، كما أمكن للقائمة التمييز بين الفئات السوية والمرضية كمرضى ارتفاع ضغط الدم وقرحة

المعدة والتميز بين الجماعات الواقعة تحت ضغط نفسي كالمودعين أموالهم في شركات التوظيف وفقدوا الأمل فيها والمتضررين من حرب الخليج وأصابتهم بالعديد من الاضطرابات القلبية والمعدية، كما أنه تم استخدامها من قبل في دراسات سابقة كدراسة "حياة أمين" (1999) و "مناع و بوشلاق" و "نشوة أبو دريدر".

2. مقياس استراتيجيات المواجهة:

قام كل من 1982 rayta (folkman & lazarus) بمقابلات عيادية و إحصاء مختلف الأساليب التي يستعملها الأفراد في التعامل مع مختلف الوضعيات في جميع الميادين توصل هؤلاء الباحثون إلى إيجاد تباين كبير في الاستراتيجيات المعتمدة انطلاقاً من نتائج التحليل العاملي المأخوذ من عينة كبيرة الحجم، تبين وجود نمطين من المقاومة يظهران ثابتين و هما:

1. مواجهة مركزة حول الانفعال.
2. مواجهة مركزة حول المشكل.

و يستعمل هاذان النمطان في أغلب المواقف الضاغطة، إذ تتغير المستويات الخاصة بكل نمط حسب نوعية تقدير الموقف الضاغط.

وفي مقابل ذلك هناك أعمال كل من (Suls et Flecher) 1985 انطلاقاً من تحليل البحوث السابقة الخاصة بالواجهة و التي أجريت في فترة ما بين 1960 و 1985 و توصل من خلالها الباحثان إلى شكلين من المواجهة و هما:

1. المواجهة المتجنبة le coping évitant
2. المواجهة اليقظة le coping vigilant

وانطلاقاً من هذه الأعمال تم بناء سلم عدة بهدف تقييم المواجهة حسب النمطين الموضوعين من طرف "لازاروس و فولكمان" Lazarus et Folkman من بينها the ways of coping checklist لكل من Lazarus et Folkman 1984 يتألف من 64

بند، و لصدق هذا المقياس تم تطبيقه على 100 فرد 52 امرأة و 48 رجل تتراوح أعمارهم ما بين 40 و 65 سنة و ذلك كل شهر لمدة سنة. و كان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة و الإشارة لنوع الاستراتيجيات المستخدمة الأكثر استعمالا لمواجهة ذلك الضغط، و يحتوي على ثمانية سلالم فرعية تحتوي كل منها على عدة بنود حسب ما كشفت عنه نتائج التحليل العاملي:

1. حل المشكلة 5. التأنيب الذاتي

2. روح المقاومة و تقبل المواجهة. 6. الهروب و التجنب

3. أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات 7. البحث عن الدعم الاجتماعي

4. إعادة التقييم الايجابي 8. التحكم في الذات

النسخة المختصرة لهذا السلم (vitaliano et al, 1985) تحمل هذه النسخة نفس التسمية the ways of coping checklist وتتكون من 42 بند و التي كشف فيها التحليل العاملي عن 05 سلالم فرعية تتمثل في:

1. حل المشكل 4. البحث عن الدعم الاجتماعي

2. التأنيب الذاتي 5. التجنب

3. إعادة التقييم الايجابي

الصورة المكيفة حسب البيئة الفرنسية (Paulhan et al, 1994) حيث قامت Paulhan

و جماعتها بتكييف النسخة المختصرة vitaliano et al, 1985 المكونة من 42 بند و كانت النتيجة إبقاء 29 بند و قد تضمنت خطوات التكيف ما يلي:

1. ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة Bordeaux و تم تطبيقه على

مجموعة تضم 501 راشد، بين طلاب و عاملين من الجنسين 172 رجلا و 329

امراة. تتراوح أعمارهم ما بين 20 و 35 سنة بإتباع نفس التعليمات.

2. كشفت نتائج التحليل العاملي ما يلي:

- أ. بنود الاختبار، تأخذ بعين الاعتبار محور عام للمواجهة الذي يضم استراتيجيات
المواجهة المركزة حول المشكل و أخرى حول الانفعال.
- ب. وجود أبعاد خاصة بالمواجهة تتمثل في خمسة مستويات مكونة للصورة النهائية
للسلم:

- حل المشكل la résolution de problème

- التجنب مع التفكير الايجابي L'évitement avec pensée positive

- البحث عن الدعم الاجتماعي Recherche de soutien social

- إعادة التقييم الايجابي Le réévaluation

- التائب الذاتي L'auto accusation

وقد تم تكييف هذا السلم من طرف باحثين في معهد علم النفس و علم التربية تحت
إشراف الأستاذ "مصطفى باشن" (1998) بالجزائر العاصمة، بالاعتماد على اختبار صدقه
الظاهري و صدق المحتوى و الصدق التمييزي، كما تم حساب ثبات المقاييس بمعادلة «
Gauthman للتجزئة النصفية و وجد أنه يساوي 0,58 (N=30).

بالنسبة للأوزان :

4 نقاط إذا كانت الإجابة نعم

3 نقاط إذا كانت الإجابة أحيانا

2 نقاط إذا كانت الإجابة نادرا

1 نقاط إذا كانت الإجابة لا

و هو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند رقم (15) الذي ينقط بعكس ما ذكر سالفا
أي من (01) إلى (04). (طبي. 2005 ص:173-175)

3. مقياس نمط الشخصية (أ،ب):

صمم "بورتنر Bortner" المقياس في صورته الحالية و الذي يتكون من 14 بند، حيث
يتكون من عبارات وضعت على طرفي نقيض تتراوح بين نمط السلوك (أ) إلى غياب هذا
النمط و الذي يعني بصورة أخرى سيادة للنمط السلوكي (ب). تم تطوير هذا المقياس
باستخدام بيانات (76) رجلا من رجال التأمين و رجال الأعمال، و استخدم "بورتنر" مقياس
المقابلة المركبة كمحك للمقياس الحالي و توصل لنسبة اتفاق وصلت (64%) .
(Jeffry.E.1990. p316)

و قد اعتمدت الباحثة على الترجمة الأخيرة المعدة من طرف "وعواع2018" كونها حديثة
و لعدم توفرها على نسخ مطابقة للنسخة الأصلية لا من حيث المحتوى و لا من المضمون.
فقد توصل "وعواع 2018" في دراسته إلى وجود دلالة إحصائية بتطبيق الصدق التمييزي، و
من خلال تطبيق صدق الاتساق الداخلي توصل إلى وجود تجانس داخلي بين الفقرات و
المقياس ككل بمستوى دلالة تراوح بين (0,01) إلى (0,05). أما الثبات بمعامل ألفا
كرونباخ توصل إلى (0,741) و بطريقة التجزئة النصفية بلغ (0,780) بمستوى دلالة
(0,000) . (وعواع. 2019 ص:92-93)

كما أشار بعض الباحثين إلى صدق المقياس مع نفس المحك ك "روستين دراماكس و
آخرون Rustin.D et al" لنسبة اتفاق (75%) و وجد بيكوت و آخرون نسبة (71,5%)
.. كما توصلت "نشوة أبو عمار دردير" في دراستها إلى مستوى دلالة $\alpha=0,01$ بتطبيق
صدق المقارنة الطرفية. أما الثبات فقد أشارت "آمال باظة" إلى أن ثبات المقياس الذي
سجله "بورتنر" (0,68) و تحصل "راي و بوزيك" على نسبة ثبات (0,53) و توصلت "نشوة
عمار أبو دردير" بمعامل إعادة تطبيق الاختبار على (0,64). (دريدر. 2007 ص:106)

يتم تصحيح الاختبار و ذلك عند حصول الفرد على نقطة (12 إلى 92) فيصنف ذو نمط (ب) أما ما بين (93 إلى غاية 154) فيصنف (أ).

5. الخصائص السيكومترية للأدوات:

1-مقياس المواجهة:

1-1-صدق المقياس: يعد قياس صدق المقياس عاملاً رئيسياً في تقدير صلاحيته لقياس ماوضع من أجله. (بندر العتيبي،2004،ص19)

- صدق الاتساق الداخلي: حيث تم التأكد من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بعد و الدرجة الكلية للمقياس. كما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (08) يبين معامل الارتباط بين كل بعد و الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	قيمة معامل الارتباط بين البعد و بين الدرجة الكلية للمقياس
بعد حل المشكل	0,74**
بعد التجنب مع التفكير الايجابي	0,59**
بعد البحث عن الدعم الاجتماعي	0,79**
بعد إعادة التقييم الايجابي	0,88**
بعد التأنيب الذاتي	0,77**

** correlation is significant at the à 0,01 level

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن قيمة معامل الارتباط بين كل بعد و الدرجة الكلية للمقياس كانت قوية و دالة عند مستوى (0,01).

1-2- ثبات المقياس: للتأكد من قدرة المقياس فيما لو طبق لعدة مرات أخرى

- ثبات التجزئة النصفية:

جدول رقم (09) يبين معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان-براون)

المقياس	معامل ارتباط التجزئة النصفية	معامل الثبات سبيرمان-براون
مقياس استراتيجيات المواجهة	0,76	0,86

نلاحظ من خلال الجدول أن نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على المقياس على درجة عالية حيث بلغت 0,86 بطريقة سبيرمان-براون للتجزئة النصفية .

- ثبات ألفا- كرونباخ:

جدول رقم (10) يبين قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ

المقياس	قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ
مقياس استراتيجيات المواجهة	0,93

من خلال الجدول يتضح أن معامل ثبات المقياس ألفا-كرونباخ بلغ (0,93) ما يدل انه يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2-مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية:

2-1-صدق المقياس:

- صدق الاتساق الداخلي: كما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (11) يبين معامل الارتباط بين كل مقياس فرعي و الدرجة الكلية للقائمة

قيمة معامل الارتباط بين كل مقياس فرعي و الدرجة الكلية للقائمة			
0,75**	تكرار المرض	0,47**	السمع والإبصار
0,88**	أمراض مختلفة	0,86**	الجهاز التنفسي
0,84**	العادات	0,79**	القلب والأوعية
0,32**	عدم الكفاية	0,89**	الجهاز الهضمي
0,36**	الاكتئاب	0,40**	الهيكل العظمي
0,54**	القلق	0,74**	الجلد
0,58**	الحساسية	0,89**	الجهاز العصبي
0,39**	الغضب	0,52**	البولي والتناسلي
0,11	التوتر	0,35**	التعب

** correlation is significant at the α 0,01 level

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تراوحت بين (0,32) و (0,89) عند مستوى دلالة (0,01) ما عدا البعد الأخير. ما يعتبر مؤشرا على صدق التجانس الداخلي للمقياس.

1-2- ثبات المقياس:

- ثبات التجزئة النصفية : كما هو موضح بالجدول الموالي:

جدول رقم (12) يبين معامل الثبات سبرمان-براون لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

المقياس	معامل ارتباط التجزئة النصفية	معامل الثبات سبرمان-براون
قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية	0,91	0,95

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بطريقة التجزئة النصفية على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية على درجة عالية حيث بلغت (0,91) و بطريقة سبيرمان-براون بلغ (0,95) ما يدل على أنه يتمتع بدرجة ثبات قوية.

• ثبات ألفا-كرونباخ:

جدول رقم (13) يبين قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

المقياس	قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ
قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية	0,98

من خلال نتائج الموضحة في الجدول أعلاه يبين أن قيمة معامل ثبات ألفا-كرونباخ لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تتمتع بدرجة عالية بلغت (0,98).

3-مقياس نمط الشخصية (أ،ب):

3-1-صدق المقياس:

• صدق المقارنة الطرفية: و ذلك بمقارنة درجات أفراد عينة الدراسة مجموعة دنيا بنسبة 27% و مجموعة عليا بنسبة 27% للتحقق من قدرة المقياس على التمييز بينهما مرتفعي و منخفضي الدرجات.

جدول رقم (14) يبين نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس نمط الشخصية

عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
64	87,60	9,03	-10,92	دالة
64	104,07	7,98		

من خلال النتائج أعلاه يتبين أن المقياس قادر على التمييز بين درجات أفراد العينتين الدنيا و العليا حيث كان دال عند (0,000).

• صدق الاتساق الداخلي: كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (15) يبين قيمة معامل الارتباط بين البنود و الدرجة الكلية لمقياس نمط الشخصية

قيمة معامل الارتباط بين البنود و الدرجة الكلية لمقياس نمط الشخصية			
0,58**	البند الثامن	0,27**	البند الأول
0,04	البند التاسع	-0,19**	البند الثاني
0,52**	البند العاشر	0,04	البند الثالث
0,12	البند الحادي عشر	0,65**	البند الرابع
0,06	البند الثاني عشر	-0,15*	البند الخامس
0,13*	البند الثالث عشر	0,36**	البند السادس
0,22**	البند الرابع عشر	-0,15*	البند السابع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس نمط الشخصية تراوحت بين (0,13) و (0,58) عند مستوى دلالة (0,01) و (0,05) ما عدا البعد رقم 3، 9، 11 و 12 لم تكن دالة. ما يعتبر مؤشرا على صدق التجانس الداخلي للمقياس.

3-2- ثبات المقياس:

• ثبات التجزئة النصفية و ألفا-كرونباخ: و الجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم (16) يبين معامل الثبات سبرمان-براون لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

المقياس	معامل ارتباط التجزئة النصفية	معامل الثبات سبرمان-براون	معامل ألفا - كرونباخ
مقياس أنماط الشخصية (أ، ب)	0,71	0,53	0,64

نلاحظ من الجدول أعلاه أن مقياس أنماط الشخصية يتمتع بدرجة عالية من الثبات و ذلك من خلال معامل ارتباط التجزئة النصفية و الذي بلغ (0,71) و بمعامل سبيرمان- براون بلغ (0,53) أما معامل ألفا-كرونباخ كان (0,64).

6. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

تم تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية خلال الموسم الجامعي 2016_ 2017 و ذلك بتوزيع أدوات الدراسة على شكل بطارية شملت كل من: قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية، مقياس استراتيجيات المواجهة و مقياس نمطي الشخصية (أ و ب). حيث تم تطبيقها بشكل فردي و جماعي على الفريق الطبي و شبه الطبي مع الحرص على تقديم بعض التوجيهات و التعليمات لهم و ذلك بتقديم الباحثة و شرح الغرض العلمي للدراسة، كذلك شرح طريقة الإجابة على مقاييس البطارية و أخيرا تقديم الشكر لتعاون المستجوبين.

فقد تم توزيع البطارية المكونة من المقاييس الثلاثة على عينة تكونت من 400 فرد ن الفريق الصحي (طبيب و شبه طبيب) إلا أنه تم استرجاع 230 استمارة من أصل 400 و ذلك لسحب بعض الاستمارات الفارغة منها و غير مكتملة التفرغ، حيث ترى الباحثة أن هذا السبب الأخير يعود لطول البطارية (خاصة على مستوى قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية)

7. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

بعد معالجة البيانات المحصل عليها من استجابات أفراد الفريق الصحي باستخدام برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية Spss (20,0) تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية في شقي الدراسة الاستطلاعية و الأساسية:

- معامل الارتباط بيرسون
- معامل التصحيح لسبيرمان براون (التجزئة النصفية)
- معامل الثبات ألفا-كرونباخ (الاتساق الداخلي)
- معامل الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية)
- الانحراف المعياري.
- مربع كاي (χ^2)
- اختبار (T) لعينتين مستقلتين
- اختبار تحليل التباين
- اختبار شيفيه للمقارنات البعدية
- معامل تحليل الانحدار المتعدد

الفصل السادس

عرض و مناقشة و تحليل نتائج الدراسة

1. عرض و مناقشة و تحليل نتائج الفرضية الأولى
2. عرض و مناقشة و تحليل نتائج الفرضية الثانية
3. عرض و مناقشة و تحليل نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض و مناقشة و تحليل نتائج الفرضية الرابعة
5. عرض و مناقشة و تحليل نتائج الفرضية الخامسة
6. عرض و مناقشة و تحليل نتائج الفرضية السادسة
7. عرض و مناقشة و تحليل نتائج الفرضية السابعة

تمهيد

بعد تطبيق أدوات الدراسة ميدانيا و التي تضمنها العرض في الفصل السابق و لإعطاء معنا للنتائج الرقمية المتحصل عليها تستوجب الخطوة القادمة الاستدلال على النتائج وتحليلها و مناقشتها وفق ما أسفرت عنه التقنيات الإحصائية من مدى صحة تساؤلات الدراسة على ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة.

1. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

✓ توجد علاقة ارتباطية بين نمط الشخصية (أ) و (ب) و استراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.

الجزء الأول:

1. توجد علاقة ارتباطية بين نمط الشخصية (أ) و (ب) و الاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (17) يبين نتائج معامل الارتباط بين نمط الشخصية و الاستجابة السيكوسوماتية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون R	عدد أفراد العينة	
0,05	-0,14	230	علاقة نمط الشخصية (أ) (ب) و الاستجابة السيكوسوماتية

من خلال الجدول المبين أعلاه تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين نمط الشخصية (أ) (ب) و الاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط $(R=-0,14)$ بمستوى دلالة $(\alpha=0,05)$ و بالتالي تحقق الجزء الأول من الفرضية الأولى ما دلّ على أن هناك ارتباطات دالة لكنها ضعيفة جدا و عكسية.

هذا و جاءت بعض الدراسات التي خلصت لنفس النتيجة منها "جولس Gulec" (2009) التي أفضت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين نمط الشخصية الناضجة و انخفاض مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية. و دراسة "تونورن و آخرون" (2011) التي توصلت كذلك لوجود علاقة بين نمط الشخصية و مجموعة من أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية (كأعراض الاكتئاب التي بدورها تؤثر في زيادة الاضطرابات السيكوسوماتية) لدى عينة من مرضى الاضطراب العضلي الهيكلي.

حيث يضيف أسلوب الشخصية و سماتها فعالية في قدرة الفريق الصحي على تجاوز المواقف التي يتعرض لها، ذلك لأنهم لا يستجيبون لتلك الأحداث بالطريقة نفسها بل يختلفون طبقا لنمط الشخصية.

كذلك و في دراسة لـ "Muhammad.J" (1990) التي توصلت نتائجها إلى وجود ارتباط قوي بين نمط الشخصية (أ) بالمشاكل الصحية السيكوسوماتية.

(Muhammad.J. 1990 P :727)

كما قد أجريت بعض الدراسات العملية و قد توصلت إلى أن ذوي النمط (أ) أثناء تفاعلهم مع موقف عملي محدد ظهرت عليهم بعض الأعراض السيكوسوماتية كزيادة في معدل ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم و وزيادة مستوى الأدرينالين في الدم مقارنة بالنمط (ب).

ويرى "ألبرت، بيويل و رايت" (1990) أن الضغوط التي يتعرض لها ذوو النمط (أ) تسبب اختناقات و تزيد في معدل ضربات القلب مما يؤدي إلى تمزق الشرايين المسؤولة عن معظم أمراض الشريان التاجي و في نفس السياق في محاولة لـ "كيرك Kirk" لربط الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية على غرار "فريدمان و روزنمان" اللذان كانا يعتقدان أن النمط (أ) يرتبط جوهريا بمجموعة من الصفات كعدم القدرة على التحمل و سهولة الاستثارة و سرعة الغضب ... ما تجعلهم عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي. كذلك نجد دراسة "ويليامز Williams" (1983) التي توصلت لنفس النتائج السابقة، و التي وازن فيها بين النمطين (أ) و (ب) من الذكور و التي أظهرت بعض الخصائص كزيادة تدفق الدم في عضلاتهم بمستوى كبير فضلا عن زيادة في إفراز عدة هرمونات كالأدرينالين، نورأدرينالين و الكوليستيرول. ما يدل على أن ذوي النمط السلوكي (أ) لديهم ردود فعل حيوية أكثر ما يجعلهم أكثر سببا في ازدياد خطر الإصابة بأمراض الشرايين التاجية.

و دراسة "بيلا و جوان Pilar & Juan" (2004) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة عند المرأة الإسبانية على عينة تكونت من (1566) امرأة، و أظهرت نتائجها إلى أن النساء من ذوي النمط (أ) يعانين أعراض أكثر من القلق و الأعراض الجسمانية.

إذن تستنتج الباحثة أن لكل فرد من أفراد الفريق الصحي سمات و أساليب سلوكية ثابتة تؤثر في كيفية التعامل مع الضغوط في الوسط المؤسسي (الاستشفائي) و بالتالي تؤثر على الجانب النفسي و الجسدي أو معا.

أما فيما يخص الدراسات التي توصلت لعكس ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية فنجد "مي الدقس و عمر الشواشرة" الدراسة التي أشارت إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائياً لأنماط الشخصية تعزى للاضطراب السيكوسوماتي. و في نفس السياق دراسة لـ"بني مصطفى" (2003) التي هدفت للتعرف على مستوى الاضطرابات النفس جسمية و نمط السلوك (أ) حيث خلصت دراستها إلى وجود علاقة طردية بين الاضطرابات النفس جسمية و نمط السلوك.

الجزء الثاني:

2. توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة و الاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (18) يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون بين استراتيجيات المواجهة و الاستجابة

السيكوسوماتية

عدد أفراد العينة	معامل الارتباط بيرسون R	مستوى الدلالة
230	-0,19	0,01

علاقة استراتيجيات المواجهة و الاستجابة السيكوسوماتية

من خلال النتائج المدونة أعلاه في الجدول يتضح أنه هناك علاقة ارتباطية دالة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و الاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($R=-0,19$) بمستوى دلالة ($\alpha=0,01$) و هذا يدل على تحقق الجزء الثاني للفرضية ما يعني وجود ارتباطات ضعيفة جدا و عكسية، أي كلما ارتفعت درجة استخدام استراتيجيات المواجهة قلت الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية أي كلما كان

استخدام استراتيجيات المواجهة بفعالية قلّ احتمال وجود اضطرابات سيكوسوماتية و العكس صحيح. حيث تشير العديد من الدراسات إلى أن استعمال الفرد لاستراتيجيات معينة تعتمد على محاولة مواجهة المشكل و إيجاد حلول بديلة للخروج من الوضعيات الضاغطة قد يقلل من ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

فقد جاءت دراسة "Hovanitz" (1986) التي هدفت للتحقق من وجود علاقة بين ضغوط أحداث الحياة و أساليب مواجهتها كعوامل مساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية على عينة قوامها (150) طالبا جامعيًا. و توصلت إلى أن نجاح أساليب المواجهة تساعد في عدم ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. وفي دراسة لـ "Solomon et al 1990" التي هدفت لمعرفة العلاقة بين ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها و المساندة الاجتماعية و ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية على مجموعة من الجنود ممن شاركوا في الحرب، على عينة تكونت من (382) جندي حيث توصلت إلى أن حدة ضغوط ما بعد الصدمة ارتبط إيجابيا بأسلوب المواجهة المركزة على الانفعال و ارتبط بقوة مع الاضطرابات السيكوسوماتية. كذلك دراسة "ألدوين و آخرون Aldwin et al" من أن هناك ارتباط بين الإستراتيجيات المركزة على الانفعال والصحة النفسية السيئة وأهم المظاهر التي ذكرها الممرضون اضطراب الهضم، آلام الرأس، اضطرابات تنفسية و آلام الظهر. وفي نفس السياق يضيف "رضا مسعودي 2003" في دراسته لمصادر و مؤشرات الضغط المهني لدى أطباء الاستجالات من أن الأعراض السيكوسوماتية تعتبر من أهم الأعراض الناتجة عن تعرض الأطباء للضغط المهني بعد الأعراض النفسية. كذلك في دراسة "شمال صافية 2007" حول استراتيجيات مقاومة الضغوط المهنية و علاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية و التي توصلت لوجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين استراتيجيات الواجهة و الاضطرابات السيكوسوماتية و كانت قيمة معامل الارتباط $(R=-0,11)$ عند مستوى دلالة $(\alpha=0,05)$.

حيث تؤكد الدراسات الحديثة في ميدان البسيكوسوماتيك بأن التفكير و النشاط المعرفي للإنسان له دور فعال بالنسبة لإصابة الإنسان بشتى الأمراض. فالاهتمام بالعمل كوسيلة للتنمية و كمعيار لقيمة الفريق الصحي الاجتماعية أصبح مصدراً متزايداً للضغوط النفسية و

المؤسساتية و الاجتماعية و التي تنعكس سلبا على فعاليته و فعالية المؤسسة و نشوء تلك الظواهر النفسجسدية و التي قد تؤثر سلبا على صحة الفرد(اضطرابات نفسية و سيكوسوماتية) و على فعالية العمل في الوسط المؤسساتي.

ففي دراسة "سعاد مخلوف" (2006) حول الضغط النفسي و مدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية توصلت إلى وجود علاقة بين ضغوط العمل لدى الأطباء و تعرضهم لبعض الأعراض النفسية و السلوكية و حتى الجسمية منها المرتبطة بالضغوط مثل: اضطراب النوم، القلق، ظهور الأعراض الفيسيولوجية و الصداع و الإرهاق.

(مخلوف.2006. ص:68)

هنا قد يظهر و بقوة دور استراتيجيات المواجهة كوسيط لتقليل الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية و التي قد تحدث خلل في الوظيفة و نرجع منها حالات التغيب عن العمل، و كثرة الإجازات المرضية و التي ترجع أساسا إلى شكاوى سيكوسوماتية، نقص العتاد الطبي، نقص الطاقم الطبي مقارنة بعدد المرضى و نظام المناوبة رغم أهميته إلا أنه يفرز آثار و انعكاسات سلبية.

ففي دراسة "كينان" (1981) التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة ن العمال اللذين يعملون وفق نظام المناوبة أن 85% يعانون من القلق و 65% لديهم نظرة سوداوية للحياة. (مناع و بوشلاق. 2016 ص:373)

و دراسة "كلوكهاون" (1968) أن نظام العمل المناوبي يساهم في ظهور اضطرابات بيولوجية نفسية و سلوكية. (نفس المرجع. 2016 ص:373)

2. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

✓ توجد فروق في مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد عينة الدراسة.

و لمعالجة نص الفرضية تم حساب كاي تربيع من خلال الدرجات المحصل عليها من طرف أفراد الفريق الصحي، و الجداول الآتية توضح ذلك:

جدول رقم (19) يوضح درجات الاضطراب السيكوسوماتي حسب حدثها من خلال الدرجة الكلية

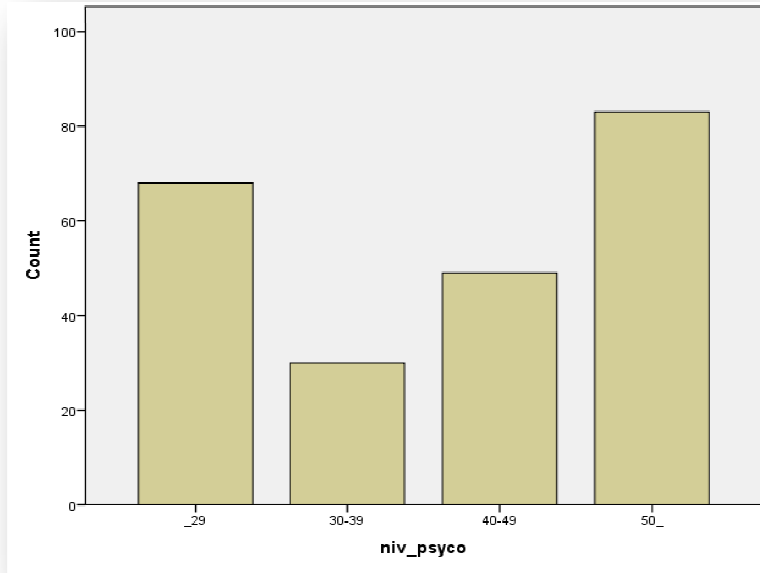
الدرجة	مستوى الاضطراب
أقل من 29	أسوياء
39 - 30	خفيف
49 - 40	متوسط
50 فما فوق	شديد

جدول رقم (20) يوضح الفروق بين مستويات الاضطراب من خلال قيمة كا²

مستوى الاضطراب	عدد أفراد العينة	قيمة كا ²	درجة الحرية	مستوى الدلالة
أسوياء	68	27,63	3	0,000
خفيف	30			
متوسط	49			
شديد	83			

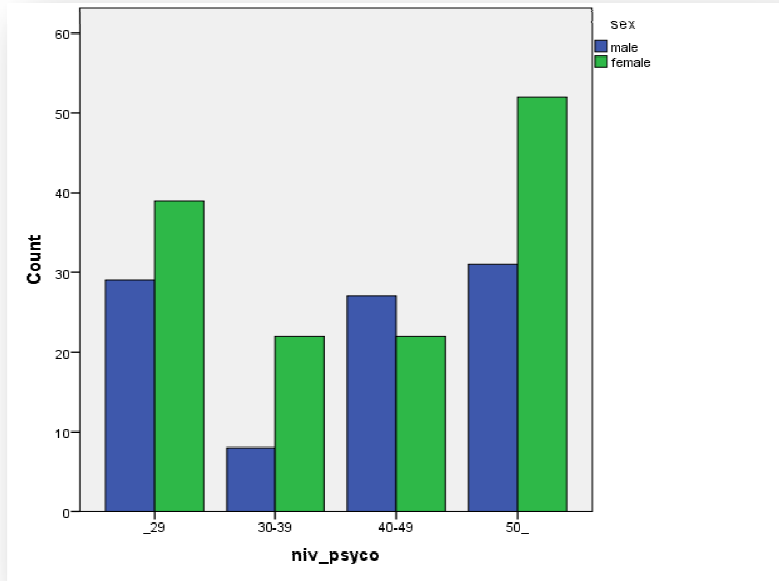
من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه تبين وجود فروق في توزيع مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عينة الدراسة ككل، حيث بلغت قيمة كا²=27,63 بمستوى دلالة

($\alpha=0,000$) و هي دالة لصالح فئة الاضطراب الشديد بتكرار بلغ 83 فرد، يليها مباشرة فئة الأسوياء بتكرار 68 فرد، أما بالنسبة للفئتين الخفيف و المتوسط فكانت درجاتها متقاربة.



شكل رقم (06) يوضح توزيع عينة الدراسة على مستويات الاضطراب السيكوسوماتي

فيشير الشكل السابق من خلال توزيع الأعمدة التكرارية إلى ارتفاع نسبة الإصابة باضطرابات سيكوسوماتية لدى الأكبر سناً، فقد أشارت دراسة "الشقمانى و الفقى" في دراستهما لأحداث الحياة والضغوط النفسية ودورها في الإصابة بالأورام السرطانية إلى أنه يوجد ارتباط بين أحداث الحياة والضغوط النفسية والعمر حيث توصلت إلى أن نسبة الضغط المرتفع لدى الفئة العمرية بين 30 الى 40 سنة مشيراً إلى نوعية هذه المرحلة الحاسمة في حياة الإنسان وفي دراسة مصيقر وآخرون 2005 بمملكة البحرين وجدت أنه كلما ارتفع مستوى العمر ازدادت نسبة الإصابة بداء السكري كمرض سيكوسوماتي.



شكل رقم (07) يوضح توزيع عينة الدراسة على مستويات الاضطراب السيكوسوماتي حسب الجنس فمن خلال الشكل السابق تبين أن الإناث أكثر شدة في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية من الذكور.

وتوافق نتائج دراستنا ما جاءت به دراسة "مناع و بوشلاق" (2016) و التي أشارت لوجود مستوى شديد للاضطرابات السيكوسوماتية على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية على عينة من عمال الحماية المدنية. و دراسة "جبالي نورالدين" (2008) كذلك باستخدام نفس القائمة-كورنل- حيث كشف عن وجود فروق جوهرية في توزيع حدة الاضطراب السيكوسوماتي لصالح شديدي الاضطراب حيث بلغت قيمة $\chi^2=16,63$ عند مستوى دلالة $\alpha=0,01$

وترجع الباحثة السبب في انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية و بنسبة شديدة إلى طبيعة مهنة الطبيب و الممرض و التي تعد من المهن الصعبة و الشاقة لاسيما تعد من المهن الخدماتية، و ذلك لما تتسم به من خصائص و ما يرتبط بها من واجبات تفرض على العاملين فيها أوضاعا قد تكون مصدرا للضغوط و الأمراض كالعلاجات الجراحية الحرجة والخطيرة، التعامل المباشر مع المرضى، الخوف من ارتكاب أخطاء طبية و موت مريض، الدور والمنافسة... الخ

ففي دراسة لـ "Marrina" (1984) أن العاملين في مجال مهنة التمريض من أكثر المهنيين تعرضا للضغوط النفسية و ذلك لما تتضمنه لمواقف مفاجئة و شعور بالمسؤولية نحو المرضى. كذلك تعرضهم للعديد من المشكلات النفسية و الصحية.

(رجاء.2008.ص:477/478)

حيث تعتبر الباحثة عامل الضغوط النفسية يؤثر في أداء العاملين لأدوارهم المهنية المتوقعة منهم، و في حالتهم النفسية داخل بيئة العمل (المؤسساتية) لاسيما في ظل جائحة كورونا التي جعلت من التعامل المباشر مع المرضى حساس جدا.

فقد بينت دراسة قامت بها شركة التأمين (Unum) في بريطانيا أن 73% من العاملين صرحوا بأن إنجازهم يتأثر سلبا بالضغوط النفسية في العمل، كذلك بالنسبة لعدة دراسات حول الضغوط النفسية وضغوط العمل عند الممارسين الطبيين كدراسة "كين Keane 1985" و دراسة "يوليرتيش و فيتزجيرالد 1990" و دراسة "تايلر و إيليسون 1996"، دراسة "ماكوي 1998"، دراسة "تشابمان 1999"، "كيللو 2001"، "عسكر و أحمد 1988" و دراسة "بسطامي 1990" و "النيل" و "الوائلي" و "الصباغ". (نفس المرجع.2008.ص:477/479)

كذلك دراسات كل من "شوستر 1999" و "ماكدونالد 1996" و "فورست 1999" ودراسة "فيردون و آخرون 2007" و "جيرسيس 2005". وفي دراسات أجريت على عينة من الفرنسيين (2002) أن 47% يعانون من آلام الظهر و 42% من مشكلات عصبية و 25% يعانون من الصرع، و 30% من الأرق و 14% يعانون من ضغوط وظيفية. كما أشار "عطوف محمود ياسن" (1977) إلى أن نسبة الأفراد المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في تزايد و قد تراوحت نسبتهم في مكان العمل ما بين 80% إلى 85% نتيجة الإحباطات التي يتعرضون لها كل يوم.

ومن الدراسات كذلك التي تفند ما جاءت به دراستنا نجد "سعاد مخلوف" (2006) حول الضغط النفسي و مدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية حيث توصلت إلى وجود علاقة بين ضغوط العمل لدى الأطباء و تعرضهم لبعض الأعراض النفسية والسلوكية و حتى الجسمية منها المرتبطة بالضغوط مثل: اضطراب النوم، القلق، ظهور الأعراض الفيسيولوجية و الصداع و الإرهاق... (مخلوف.2006.ص:68)

ويضيف "جيرشون و آخرون Gershon et al" (2002) حول دراسة أثر ضواغط العمل النفسية و الاجتماعية على الصحة و السلامة، على عينة قوامها (105) و توصل لوجود دلالة إحصائية لإدراك العاملين لضغوط العمل و القلق و الاكتئاب و الأعراض السيكوسوماتية. (أبو حصين.2010 ص:69)

وفي دراسة كذلك ل: "الأنصاري، خدادة، حسن و ميرزا" (1991) حول الاضطرابات الطبية النفسية في المستشفيات العامة بالكويت. و توصلوا إلى أن %16,1 من المرضى لديهم اضطرابات نفسية طبية و أن القلق و الاضطرابات السيكوسوماتية و الاكتئاب هي أكثر الاضطرابات شيوعا.

أما في دراسة لـ"الفايد 2005" التي هدفت لتحديد ما إذا كانت ضغوط الحياة تؤثر في نشأة الأعراض السيكوسوماتية، و استخدم قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية على عينة من قوامها (416) ذكرا و توصلت نتائج دراسته إلى وجود فروق جوهرية بين منخفضي الأعراض السيكوسوماتية و مرتفعي الأعراض السيكوسوماتية لصالح منخفضي الأعراض السيكوسوماتية. و يضيف كذلك "محمد خالد الطحان" (2008) في دراسة لفاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية و تقدير الذات، و التي توصلت لوجود فروق جوهرية كذلك بين منخفضي ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية لصالح ذوي منخفضي الأعراض السيكوسوماتية.

(الطحان.2008 ص:226)

ما يثبت من خلال الدراسات أن قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية ذات قوة في تشخيص و تحديد شدة الاضطراب السيكوسوماتي، كذلك دور الضغوط النفسية في التأثير في جهاز المناعة لأفراد الفريق الصحي فتؤدي لانخفاض الوظيفة المناعية للجسم كلما ارتبطت بالمواقف الضاغطة فعلى ذلك تكون أعمالهم و ردود أفعالهم.

3. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

✓ تختلف علاقة استراتيجيات مواجهة الضغوط و الاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي (أ) و (ب) لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (21) يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون لعلاقة استراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي

عدد أفراد العينة	علاقة استراتيجيات مواجهة الضغوط بالاستجابة السيكوسوماتية	مستوى الدلالة
148	-0,07	0,39
82	-0,37	0,001

من خلال الجدول أعلاه و النتائج الموضحة توصلت نتائج الفرضية إلى أن قيمة معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة و الاستجابة السيكوسوماتية لدى ذوو النمط (أ) بلغت $(R=-0,07)$ بمستوى دلالة $(\alpha=0,39)$ و بالتالي غير دالة، أما لدى ذوو النمط (ب) فقد كانت دالة حيث بلغت قيمة معامل الارتباط $(R=-0,37)$ بمستوى دلالة $(\alpha=0,001)$ و هي قيمة دالة إحصائياً لكنها عكسية أي كلما كان استخدام استراتيجيات المواجهة بفعالية قلّ احتمال إصابة ذوو النمط السلوكي (ب) بالاضطرابات السيكوسوماتية. ما يعني تحقق الفرض و ذلك لصالح ذوو النمط السلوكي (ب).

فأفراد الفريق الصحي عند تعرضهم للضغوط النفسية لا يحتفظون بصحتهم الجسمية وسلامة أدائهم النفسي، ما يستدعي ضرورة الاهتمام بمصادر مقاومة الضغوط النفسية أي تلك المتغيرات النفسية والاجتماعية (استراتيجيات المواجهة) التي يمكن أن تخفف من الآثار السلبية للضغوط فهي التي تساعد على أن يظلوا محتفظين بصحتهم النفسية و الجسمية.

حيث توصل كل من "Byrne & Rosenman" (1986) إلى وجود علاقة بين نمط السلوك (أ) و الضغط النفسي، حيث أن ذوو النمط (أ) يفرض على الفرد ظروف شديدة من شأنها أن تزيد من احتمال الإصابة بمرض القلب، و قد يكون التفاعل بين النمط (أ) و الضغط النفسي و أساليب المواجهة من المسببات التي تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية . و في نفس السياق يضيف "Burke & Green" (1991) التي هدفت دراستهم إلى معرفة العلاقة بين أساليب المواجهة و ضغوط العمل و الآثار المختلفة للاضطرابات السيكوسوماتية، و العلاقة بين أساليب المواجهة و نمط الشخصية (أ) و (ب). حيث طبقت على عينة قوامها (460) فرد، و كشفت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين نمط الشخصية (أ) و أسلوب الضبط الداخلي، و علاقة ارتباطية دالة مرتفعة بين نمط الشخصية (ب) و أساليب المواجهة الوقائية، كذلك وجود تفاعل بين ضغوط العمل و أساليب المواجهة لذوي النمط (أ) فعندما ينخفض أسلوب المواجهة يزداد القلق و الإحباط.

حيث أن استخدام أساليب فعالة تؤدي إلى انخفاض في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

وفي دراسة حول علاقة النمط السلوكي (أ) بالاضطرابات السيكوسوماتية لـ"بيلا و جوان Pilar & Juan" (2004) حيث هدفت لدراسة علاقة الضغوط النفسية و الصحة عند المرأة الإسبانية على عينة تكونت من (1566 امرأة) و التي أظهرت نتائجها إلى أن النساء ذوو النمط السلوكي (أ) تعانين أكثر من القلق و الأعراض الجسمانية. كما قد أجريت بعض الدراسات المعملية و قد توصلت إلى أن ذوي النمط (أ) أثناء تفاعلهم مع موقف معلمي محدد ظهرت عليهم بعض الأعراض السيكوسوماتية كزيادة في معدل ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم و زيادة مستوى الأدرينالين في الدم مقارنة بالنمط (ب).

إذ يتعرض الطاقم الطبي إلى مواقف تجعله يعيش في توتر و اضطراب نفسي لمدة طويلة لاسيما التعامل مع الجائحة كوفيد 19 والمواقف الحرجة والمفاجئة والعمليات الخطيرة

و ساعات العمل الطويلة ومن المعروف أن الانفعال تتبعه تغيرات في ضغط الدم و التنفس و بعض الاضطرابات الهضمية التي إن استمرت هذه التغيرات تصبح مزمنة و تؤدي إلى اضطرابات سيكوسوماتية و التي تتميز بأنها ذات طبيعة فيسيولوجية(جسدية) ذات عوامل نفسية.

فنتائج الفرضية كانت لصالح الفريق الطبي ذوو النمط (ب) أي أن ذوو النمط السلوكي (أ) أكثر عرضة للإصابة باضطرابات سيكوسوماتية و بالتالي عدم استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة.

لتوافق نتائج كل من الباحثين Matthews / Scherwitz, Berton, Leventhal 1977/ 1977 Schucker & Jacobs / 1982: أن ذوي النمط (أ) يتحدثون بسرعة و بصوت عال و بانفعال حادّ ويمكن تمييزهم عن ذوي النمط (ب) أنهم أكثر عدوانية وسريعو الغضب ويسعون لتحقيق إنجاز متميز ويتسمون بالدهاء والنشاط والسرعة في الإيقاع وحب الهيمنة وحب الاختلاط بالآخرين ويفتقرون للسيطرة على الذات وأنهم من ذوي الجهد العالي والعمل الدؤوب مقارنة بالنمط (ب). (الجارودي.2001 ص:17)

كذلك نجد دراسة "ويليامز Williams" (1983) التي وازن فيها بين النمطين (أ) و (ب) من الذكور و التي أظهرت بعض الخصائص كزيادة تدفق الدم في عضلاتهم بمستوى كبير فضلا عن زيادة في إفراز عدة هرمونات كالأدرينالين، نورأدرينالين و الكوليستيرول. ما يدل على أن ذوي النمط السلوكي (أ) لديهم ردود فعل حيوية أكثر ما يجعلهم أكثر سببا في ازدياد خطر الإصابة بأمراض الشرايين التاجية.

ما يفسر فكرة "دانبر Dunder" 1930 أنه كلما ازداد طموح الإنسان كلما كان عرضة للإصابة بالأزمات القلبية.

4. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

✓ تختلف الاستجابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة يعزى فيها الاختلاف إلى متغير (الجنس، السن، الوظيفة)

أولاً: المتوسطات و الانحرافات المعيارية

جدول رقم (22) يوضح قيمة "ت" للفروق بين نمطي الشخصية (أ) و (ب) على مقياس قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	نمط الشخصية	
0,000	228	-0,60	36,62	45,33	148	الأفراد ذوو النمط السلوكي (أ)	قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية
			45,61	81,73	82	الأفراد ذوو النمط السلوكي (ب)	
			43,61	58,30	230	العينة الكلية	

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه يتضح أنه توجد فروق دالة إحصائية في عينة الدراسة على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية يعزى لمتغير النمط السلوكي تعزى لصالح ذوو النمط السلوكي (ب) حيث بلغت قيمة (ت) $t=-0,60$ بمستوى دلالة $\alpha=0,000$.

ثانيا: الفروق

1. الجنس

جدول رقم (23) يوضح قيمة "ت" للفروق بين الجنسين على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

الجنس	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	95	59,53	44,63	0,35	228	0,72
أنثى	135	57,44	43,02			

من خلال النتائج الموضحة أعلاه في الجدول يتضح أنه لا توجد فروق في عينة الدراسة على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت) $t=0,35$ بمستوى دلالة $\alpha=0,72$. و بالتالي عدم وجود فروق بين الجنسين.

ففي دراسة "جبالي نور الدين" (2008) حول علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الداخلي على عينة قوامها (205) التي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين على مقياس كورنل حيث بلغت قيمة (ت) $t=3,69$ بمستوى دلالة $\alpha=0,01$. كذلك دراسة لـ"الدقس و الشواشرة" التي أشارت لوجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha=0,05$ في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية يعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، و هو عكس نتائج الدراسة الحالية. و جاءت دراسة "مازن عبد الله" (2000) على عينة من طلاب الجامعة اليمنية تكونت من (104) طالب و (96) طالبة. توصلت إلى أن الطلبة أكثر اضطرابا من الطالبات على بعض المقاييس الفرعية لقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية، كما تشير النتائج إلى أن متوسط الدرجات الإناث أكبر أي أكثر اضطرابا من الذكور.

وعلى سبيل الذكر لا على سبيل الحصر نذكر بعض الدراسات التي استخدمت قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية منها "عايدة شكري حسن" (2000) حول ضغوط الحياة و التوافق الزوجي و الشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية و السويات و التي استخدمت في دراستها قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية و توصلت لعد وجود فروق دالة إحصائياً بين السويات و المصابات في متغيرات الدراسة و التي كانت لصالح السيكوسوماتيات. كذلك دراسة "آمال عبد الحليم" (1999) حول علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة و وجهة الضبط و التي استخدمت قائمة كورنل. و في نفس المجال حول قائمة كورنل نجد دراسة "فايد" (2005) التي هدفت كذلك لتحديد ما إذا كان كل من ضغوط الحياة و الضبط المدرك و المساندة الاجتماعية كعوامل تستهدف نشأة الأعراض السيكوسوماتية و قد توصلت لوجود علاقة جوهرية موجبة بين ضغوط الحياة و الأعراض السيكوسوماتية و علاقة سالبة بينه و بين الضبط المدرك و المساندة الاجتماعية. و دراسة "مناع و بوشلاق" (2016) حول مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال الحماية المدنية، و دراسة "محمد الطحان و محمد نجيب" (2008).

ومن هنا تنوه الباحثة إلى وجود عدة دراسات تناولت علاقة الضغوط بأنواعها و الاضطرابات السيكوسوماتية. أي أن الضغوط النفسية لها تأثير في ظهور العديد من الاضطرابات السيكوسوماتية التي تشكل خطورة على حياة أفراد الفريق الصحي سواء كان ذلك على الجنسين و على توافقهم العام أو المهني أو الصحي، والذي يكون مرجعه الاضطرابات الانفعالية في ظهور وانتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بأنواعها المختلفة.

إذ يواجه الأفراد في حياتهم العديد من المواقف الضاغطة و التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها و أحداث تنطوي على الكثير من مصادر القلق و عوامل الخطر و التهديد في مجالات الحياة كافة. و قد انعكست آثار تلك المواقف الضاغطة (الإجهاد) على معظم

جوانب شخصية الأفراد. (الضريبي، 2010، ص671)

2. السن:

جدول رقم (24) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي في الفئات العمرية على قائمة كورنل

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ف"	مجموع المربعات	متوسط المربعات داخل المجموعات	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	الفئات العمرية
0,01	2	4,04	14994 ,22	7497,11	38,59	57,89	88	[30 - 20]
					47,50	62,22	126	[40 - 31]
					24,36	29,75	26	[50 - 41]

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نجد أنه يوجد تباين في الفئات العمرية على مقياس قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية حيث بلغت قيمة "ف" $F=4,04$ بمستوى دلالة $\alpha=0,01$ و ذلك لصالح الفئة الثانية [40 - 31] و التي بلغ متوسط الحسابي 62,22 و بذلك يتحقق الجزء الثاني من الفرضية.

وهو ما توصلت إليه بعض الدراسات كدراسة "مصير و آخرون" (2005) بمملكة البحرين حيث توصلوا إلى أنه كلما ارتفع مستوى العمر ازدادت نسبة الإصابة بداء السكري كمرض سيكوسوماتي.

وفي دراسة بالولايات المتحدة الأمريكية (2007) أجريت لدراسة العوامل المرتبطة بالإصابة بارتفاع ضغط الدم للأشخاص البالغين توصلت إلى أن نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم في زيادة كملت تقدموا في العمر أي علاقة طردية. و هي نفس ما توصل إليه "Nozna et al" (2007) في السعودية أن ارتفاع ضغط الدم يرتبط إيجابيا مع التقدم في

العمر. إضافة إلى "إيناس سالم" (2002) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين ضغوط الحياة و الأعراض السيكوسوماتية و بعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة و توصلت إلى أنه هناك تباين في الفئات العمرية حيث أن الفئة ما بين [30 - 40] ترتفع لديهم بعض الأعراض السيكوسوماتية أكثر من الفئة العمرية [20 - 30].

وفي دراسة لـ"أحمد منور الشمري" (2014) لمعرفة الضغوط و علاقته بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية و قد وجد فروق في الإصابة تبعاً لمتغير السن و نفس الشيء في دراسة "الطلاع" (2000) لمعرفة مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسرى المحررين من السجون الإسرائيلية فقد وجد فروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير السن.

و جاءت دراسة "مناع و بوشللق" (2016) كذلك لتوافق ما توصلت إليه دراستنا حول مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال الحماية المدنية و استخدم في الدراسة قائمة كورنل، و توصلت لوجود تباين في الفئات العمرية على مقياس كورنل حيث بلغت قيمة "ف" $F=12,26$ بمستوى دلالة $\alpha=0$.

ما يدل على أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة فردية بين الأفراد كما ترجع لعوامل داخلية كالتكوين و أسلوب التوافق كذلك التكيف، البيئة و طريقة التعامل مع الضغوط. حيث جاء في دراسة كل من "محمد 1995" و "حسين 1994" و "دخان و الحجار" التي أظهرت أنه كلما تقدم الأفراد في السن كلما زاد إحساسهم بالضغوط.

ناهيك عن الجانب البيولوجي و الاستعداد الوراثي و النمط السلوكي بغض النظر عن المتغيرات الديموغرافية كالجنس و السن.

جدول رقم (25) يبين نتائج شيفيه للمقارنات البعدية للفروق بين متوسطات الفئات العمرية على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

مستوى الدلالة	الفروق بين المتوسطات		عدد أفراد العينة	الفئات العمرية
0,77	-4,32	[40 - 31]	80	[30 - 20]
0,05	28,14	[50 - 41]		
0,77	4,32	[30 - 20]	126	[40 - 31]
0,01	32,47	[50 - 41]		
0,05	-28,14	[30 - 20]	16	[50 - 41]
0,01	-32,47	[40 - 31]		

من خلال الجدول أعلاه لنتائج شيفيه للمقارنات البعدية أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير السن، بين الفئة العمرية الأولى و الفئة العمرية الثالثة و بين الفئة العمرية الثانية و الفئة العمرية الثالثة.

وهذا يشير إلى أنه كلما تقدم الممارسين الطبيين في العمر كلما كانوا أكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية و ذلك ربما راجع لتراكم الأعباء و الأدوار سواء العائلية و الاجتماعية و المهنية .. و الضغوط النفسية. ناهيك عن فقدان الدعم أو المساندة الاجتماعية إضافة إلى ذلك طول فترة العمل (الأقدمية) و التقدم في السن و كثرة المهام المنوطة به.. حيث وجب على الفريق الصحي أن يثبتوا قدراتهم و مهاراتهم لكسب ثقة المريض إلا أنه و لأسباب عديدة و متنوعة تظهر معوقات تحول دون قيامهم بدورهم الكامل و يؤدي الإحساس بالعجز إلى حدوث حالة من الاضطراب و الإجهاد.

وجاءت دراسة "عبير الصبان" (2003) حول المساندة الاجتماعية و علاقتها بالضغط النفسية و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات. حيث طبقت الباحثة قائمة كورنل و باستخدام اختبار شيفيه للمقارنات المتعدد. توصلت 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. كذلك نجد دراسة "هانم ياركندي" (2000) التي توصلت إلى أن هناك علاقة بين العمر و الاضطرابات السيكوسوماتية. إلا أنه في دراسة لـ"عبد الرؤوف الطلاع، 2000" و "عبد الرحمان العيسوي، 2000" توصلا إلى أن صغار السن يعانون أكثر من الاضطرابات السيكوسوماتية.

ونجد كذلك في دراسات أخرى "محمد 1995" و "حسين 1994" و "دخان و الحجار" التي أظهرت أنه كلما تقدم الفرد في العمر كلما زاد إحساسه بالضغط. إذ تعتبر الضغوط كما أسلفنا سابقا من أهم المؤشرات للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. و نذكر دراسة "رضا مسعودي" (2003) لمصادر و مؤشرات الضغوط المهنية لدى الأطباء من أن الأعراض السيكوسوماتية من أهم الأعراض الناتجة عن تعرض الأطباء للضغط المهني كذلك الضغط النفسي.

3. الوظيفة

جدول رقم(26) يبين قيمة "ت" للفروق بين الأطباء و شبه الطبيين على قائمة كورنل

الوظيفة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
طبيب	57	53,03	45,47	-1,05	228	0,29
شبه طبيب	173	60,04	42,97			

من خلال النتائج المبينة أعلاه يتضح انه لا توجد فروق في عينة الدراسة على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الوظيفة. حيث بلغت قيمة "ت" $t=4,04$ بمستوى دلالة $\alpha=0,29$ و بالتالي غير دالة.

حيث أن العاملين في المؤسسات الاستشفائية يتعرضون إلى المعاناة من العديد من المشكلات النفسية و الصحية الناجمة عن شعورهم بالضغط النفسية في المؤسسة.

حيث توصلت "ديوى Dewa" في دراستها إلى أن هيئة التمريض من أكثر المهنيين تعرضا للإعياء المهني. و في دراسة لـ"رضا مسعودي" (2003) لمصادر و مؤشرات الضغط المهني لدى أطباء الاستعجالات من أن الأعراض السيكوسوماتية من أهم الأعراض الناتجة عن تعرض الأطباء للضغط المهني بعد الضغوط النفسية.

أي أن للضغوط النفسية تأثير قوي في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الفريق الصحي باعتبار مهنة التمريض تستوجب الحرص و الحذر و تجنب الأخطاء، و التي ان استمرت تصبح أمراض مزمنة.

وفي دراسة "عسكر و أحمد 1988" و التي هدفت للتعرف على مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية حيث توصلنا إلى أن متغيري الشعور بالإرهاق

و الشعور بالأمان الوظيفي هما المتغيران اللذان لهما دلالة إحصائية و بأن العاملين في مهنة التمريض هم الأكثر عرضة لهذين العنصرين. و في دراسة تشابمان Chapman 1995 التي أفادت أن الممرضين و الممرضات يدركون أن انخفاض مستوى مساندة زملائهم يؤدي إلى شعورهم بازدياد في ضغط العمل، كذلك دراسة "كين Keane 1995" التي أشارت إلى عدم وجود فروق في مستويات ضغط العمل بين الممرضين و الممرضات، نفس السياق "ماكدونالد Macdoland 1996" التي أشارت لوجود علاقة ارتباطية دالة بين الممرضين و الممرضات و ضغوط العمل و استجاباتهم نحو هذه الضغوط و آليات التكيف معها. و مجموعة من الدراسات الأخرى ك"الوائلي 1998" و "الغزالي 2001" و "سعادة و آخرون 2003" و "شوستر Schuster 1999" و "كريستينا Kristina 2002"

كما توصلت دراسات أخرى إلى أن المكان و الأدوار تختلف باختلاف مجموعة من المؤشرات كالأجر و الراتب، الاستقرار و العلاقات مع الزملاء... حيث كانت معظم معاناة الممرضات و الطبيبات تتركز على طول ساعات العمل و أن مهنة الطب مهنة شاقة و مرهقة.

أيضا توصلت "عبير الصبان 2003" إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مهنة عضو التدريس و مهنة ممرض في بعد العمل لصالح الممرضة، و بين مهنة عضو هيئة التدريس و الطبية لصالح الطبيبة.

5. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

✓ نتوقع أن الاستراتيجيات التي تنبأت باضطرابات سيكوسوماتية على عينة الدراسة هي

استراتيجيات مركزة حول المشكل و استراتيجيات مركزة حول الانفعال.

جدول رقم (27) يبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير استراتيجيات المواجهة على

الاستجابة السيكوسوماتية

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	الخطأ المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	الثابت	18.907	5.606	0.000
الاضطرابات السيكوسوماتية	استراتيجية حل المشكل	0,95	1,00	0,31
	استراتيجية التجنب مع التفكير الإيجابي	1,090	0,53	0,59
	استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي	0,92	-2,02	0,04
	استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي	1,06	0,97	0,33
	استراتيجية التأنيب الذاتي	1,69	-3,18	0,002

من خلال الجدول أعلاه لتحليل الانحدار المتعدد في تحديد أكثر الاستراتيجيات تأثيراً في الاستجابة السيكوسوماتية يتضح وجود استراتيجيتين من أصل خمسة استراتيجيات تنبأت بوجود استجابة سيكوسوماتية لدى عينة الدراسة و ذلك في:

الاستراتيجية الأولى: استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي حيث بلغت قيمة "ت" $t=-2,02$ بمستوى دلالة $\alpha=0,04$.

الإستراتيجية الثانية: التأنيب الذاتي التي بلغت بها قيمة "ت" $t=-3,18$ بمستوى دلالة $\alpha=0,002$.

أما بالنسبة للاستراتيجيات الثلاثة المتبقية فلم تكن ذات دلالة إحصائية. و هي على التوالي: إستراتيجية حل المشكل بلغت قيمة "ت" $t=1,00$ بمستوى دلالة $\alpha=0,31$ و هي أكبر من 0,05. كذلك استراتيجية التجنب مع التفكير الإيجابي حيث بلغت قيمة "ت"

t=0,53 بمستوى دلالة $\alpha=0,59$. أما آخر إستراتيجية فكانت إعادة التقييم الإيجابي
t=0,97 بمستوى دلالة $\alpha=0,33$.

ومن الدراسات التي توافق ما توصلت إليه دراستنا نجد "شلال صفية" (2007) حول
استراتيجيات مقاومة الضغوط المهنية و علاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، والتي
توصلت لوجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي و
الاضطرابات السيكوسوماتية فكانت قيمة $R=0,29$ بمستوى دلالة $\alpha=0,01$ وتفسرها
الباحثة إلى أن الممرضين يلجؤون عند مواجهتهم للمواقف الضاغطة لاستخدام استراتيجيات
معينة للتخفيف من آثار تلك الوضعية. في حين توصلت لوجود علاقة ارتباطية دالة بين
إستراتيجيات: التجنب، إعادة التقدير الإيجابي، البحث عن السند الاجتماعي، ضبط و مراقبة
الذات، حل المشكل و تحمل المسؤولية و الاضطرابات السيكوسوماتية كلها دالة عند
 $\alpha=0,01$.

و في دراسة لـ "Banchi" (2004) بالبرازيل حول الضغط و المواجهة لدى ممرضات القلب
حيث طبقت على عينة من (76) ممرض و توصلت نتائجها إلى أن أكثر الاستراتيجيات
استخداما من قبل العينة كانت استراتيجية التقييم الإيجابي يليه المساندة أو الدعم الاجتماعي
ثم التأنيب الذاتي و حل المشكلات و أخيرا استراتيجيات الهروب. (الضريبي. 2010 ص: 687)
حيث يزخر التراث السيكولوجي بالعديد من الدراسات التي أشارت إلى أن استعمال الفرد
لاستراتيجيات معينة تعتمد على محاولة مواجهة المشكل و إيجاد حلول للخروج من
الوضعية الضاغطة قد يقلل من ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

توصل "كومبس Compas" (1987) كذلك في بحثه حول طرق التغلب على المشكلات
ومواجهة الضغوط إلى أن الاستراتيجيات المركزة على المشكل المستخدمة كانت ذات علاقة
سلبية بالمشكلات السلوكية و الانفعالية بينما استراتيجيات المركزة حول الانفعال كانت ذات
علاقة إيجابية بالمشكلات السلوكية و الانفعالية. (شلال. 2007 ص: 96/95)

أما بالنسبة للدراسات التي توصلت لعكس نتائج دراستنا نجد دراسة "كورين و بيبو Corun & Bibeau" (1985) و التي أظهرت أن الممرضين يستخدمون إستراتيجية الهروب و التجنب كاستراتيجيات مقاومة في مواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها كذلك دراسة "كيميل Kemel" (1981) الذي توصل كذلك إلى أن الممرضين يلجؤون لاستخدام إستراتيجية التجنب كحل بديل عن الموقف الضاغط المتواجد به. و أسفرت نتائج "الازاروس و فولكمان" أن الممرض أمام ضغط شديد يصبح استعماله لاستراتيجية مقاومة غير فعالة، و تظهر عليه سلوكيات اجتماعية سلبية تتمثل في ردود أفعال سلوكية وفيزيولوجية مضطربة.

ولعل ما يمكن استخلاصه أن التركيز على استعمال الممرضين لاستراتيجيات المركزة على الانفعال له تأثير مباشر على الصحة الجسدية و ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لذلك فإن استعمال الممارس الطبي (طبيب-شبه طبيب) لاستراتيجية ما من العوامل الوسيطة بين أثر التعرض للضغوطات و النتيجة التكيفية للفرد و بالتالي صحته النفسية والجسدية.

ففي دراسة "رضا مسعودي" (2003) لمصادر و مؤشرات الضغط المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجالات خلص إلى أن الأعراض السيكوسوماتية من أهم الأعراض الناتجة عن تعرضهم للضغوط المهنية و النفسية. و "عبد المعطي" (1989) حول الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيون أن أهم العوامل المؤثرة في المرض السيكوسوماتي هي العوامل المرتبطة بالعمل و الأسرة و الدخل.

6. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

✓ توجد فروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى للنمط السلوكي للشخصية (أ) و (ب)

جدول رقم (28) يبين اختبار "ت" للفروق بين نمطي الشخصية (أ) و (ب) على أبعاد مقياس

إستراتيجيات المواجهة

البعد	النمط السلوكي	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
حل المشكل	النمط أ	148	22,51	4,38	0,88	228	0,37
	النمط ب	82	22	3,83			
التجنب مع التفكير الإيجابي	النمط أ	148	16,83	2,58	3,55	228	0,000
	النمط ب	82	15,39	4,37			
البحث عن الدعم الاجتماعي	النمط أ	148	16,60	4,94	2,38	228	0,01
	النمط ب	82	15,12	3,63			
إعادة التقييم الإيجابي	النمط أ	148	14,68	4,06	-0,46	228	0,64
	النمط ب	82	14,95	4,42			
التائب الذاتي	النمط أ	148	12,29	2,54	4,40	228	0,000
	النمط ب	82	10,82	2,15			
الدرجة الكلية	النمط أ	148	83,41	15,93	1,20	228	0,23
	النمط ب	82	80,90	13,82			

من خلال النتائج المتحصل عليها الموضحة في الجدول أعلاه يتضح أن متوسطات درجات ذوو النمط السلوكي (أ) في أبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة و الدرجة الكلية للمقياس يزيد عن متوسطات درجات ذوو النمط السلوكي (ب). حيث بلغت قيمة (ت) في

الدرجة الكلية على المقياس غير دالة $t=1,20$ بمستوى دلالة $\alpha=0,23$. و بلغ متوسط درجات الأفراد ذوو النمط السلوكي (أ) $M=83,41$ بانحراف معياري $Std D=15,93$ أما متوسط درجات الأفراد ذوو النمط السلوكي (ب) $M=80,90$ بانحراف معياري $Std D=13,82$. ما يدل على عدم وجود فروق دالة بين نمطي الشخصية (أ) و (ب) في الدرجة الكلية على مقياس استراتيجيات المواجهة.

أما بالنسبة للأبعاد فيتضح وجود فروق دالة إحصائية على ثلاث أبعاد لمقياس استراتيجيات المواجهة و ذلك في بعد التجنب مع التفكير الإيجابي حيث بلغت قيمة "ت" $t=3,55$ بمستوى دلالة $\alpha=0$ لصالح ذوو النمط (أ). أما البعد الثاني إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي كانت قيمة "ت" $t=2,38$ بمستوى دلالة $\alpha=0,01$ لصالح ذوو النمط (أ). و البعد الثالث التأنيب الذاتي بلغت قيمة "ت" $t=4,40$ بمستوى دلالة $\alpha=0,000$ لصالح ذوو النمط السلوكي (أ).

حيث أن البعدين السابقين التجنب مع التفكير الإيجابي و التأنيب الذاتي تعد من الاستراتيجيات المركزة على الانفعال لصالح ذوو النمط (أ)، أما إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي من الاستراتيجيات المركزة حول المشكل لصالح ذوو النمط السلوكي (أ) كذلك.

في حين أن البعدين حل المشكل و إعادة التقييم الإيجابي فلم تكن ذات دلالة و بالتالي يتحقق الفرض البحثي جزئياً. توجد فروق دالة إحصائية لدى الفريق الصحي (الطبي و شبه الطبي) على أبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة تعزى للنمط السلوكي لصالح ذوو النمط السلوكي (أ).

وتتفق نتائج دراستنا مع ما توصلت له "بن زروال" (2008) في دراستها حول علاقة أنماط الشخصية و علاقتها بالإجهاد على عينة من (395) فرد، و توصلت إلى وجود علاقة موجبة دالة بين نمط الشخصية (أ) و استراتيجيات المواجهة سواء المركزة حول

المشكل أو الانفعال، و وجود علاقة سالبة دالة بين النمط (ب) و استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل و الانفعال.

حيث أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال تعد أشد خطورة خاصة تلك التجنبية. ففي دراسة لـ"1989،Israel et al" و "1988،Ashford" أكدت على عواقب هذا التنبؤ على صحة الفرد و التي أجريت في منظمات صناعية، حيث تؤدي استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال التجنبية إلى ارتفاع مستوى الإكتئاب أو عدم الرضا المهني.

كما يفترض "فريدمان،1996" أن الأصل في وجود سمات النمط (أ) و استمرارها يعود إلى الشعور باللامن الداخلي أو درجة غير كافية من تقدير الذات مؤدياً إلى القلق والاكتئاب مع معاناة الأرق نتيجة الغضب أو الإحباط. (بن زروال.2008.ص:222)

عكس ما توصل إليه "باهي سلامي"(2008) في دراسته إلى عدم وجود دلالة إحصائية بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط و مستوى الاكتئاب. حيث بلغت قيمة معامل التوافق $G=0,045$ بمستوى دلالة $\alpha=0,63$. (سلامي.2008.ص:250)

أما في دراسة كل من "Rijk et al,1998" و "Bhagat et al,1991" من أن المواجهة المركزة حول المشكل تشكل عموماً عامل وقاية يخفف من الأثر السلبي للمجهادات المهنية على الصحة الجسمية و العقلية للمدرسين و الممرضين. (نفس المرجع.2008.ص:336)

وحسب "Ruiz,2002" أن الأفراد ذوو النمط السلوكي (أ) يميلون للتعرض المتكرر للمواقف المجهدة أكثر من غيرهم مما يعزز اتجاههم السلوكي و من خلال مواجهتهم لها لا يميلون لإظهار انفعالاتهم و طلب المساعدة. (نفس المرجع.2008.ص:223)

نفس الشيء أشار إليه "كومبس Comps" (1987) في دراسته حول طرق التغلب على المشكلات و مواجهة الضغوط إلى أن الاستراتيجيات المركزة على المشكل المستخدمة كانت ذات علاقة سلبية بالمشكلات السلوكية و الانفعالية بينما استراتيجيات المركزة حول الانفعال

كانت ذات علاقة إيجابية بالمشكلات السلوكية و الانفعالية، و لهذا فإنه يمكن أن يكون لاستعمال استراتيجيات المركزة حول المشكل كعامل وقاية من بعض الاضطرابات السيكوسوماتية (شملال.2007 ص:96) .

أما دراسة "ألدوين Aldwin" الذي توصل أن هناك ارتباط بين الاستراتيجيات المركزة على الانفعال و الصحة النفسية السيئة و أهم المظاهر التي ذكرها الممرضون كاضطراب الهضم و آلام الرأس و آلام الظهر..

وفي هذا الصدد يضيف "لازاروس" أن سمات الشخصية تؤثر على عمليات تحمل الفرد coping في مواجهة مصادر الضغوط إما بطريقة مباشرة عن طريق ما يمتلكه الفرد من قدرات أو بطريقة غير مباشرة عن طريق تقييم الفرد للموقف المهدد. و قد أظهر كل من "فولكمان و لازاروس" في دراستهما (1980) أن كلا النوعين من التعامل مع الضغوط يستخدمان في معظم المواجهات الضاغطة.

حيث يشير "ماكري Mc Crae" إلى أن الأسلوبين التركيز على المشكل و التركيز على الانفعال غير متعارضين و أن الأفراد عادة ما يلجؤون لخليط منهما عند مواجهة كثير من مواقف المشقة.(جودة.2004 ص:273/275)

فالعلاقة بين الوضعيات الضاغطة التي يعيشها الأطباء و شبه الطبيون و انعكاساتها على حالتهم الصحية ليست بسيطة ولا مباشرة، و إنما يتم تأثيرها بطريقة معرفية حيث ترتبط بالتقييم و التقدير الذي يعطيه الفرد للموقف. كذا الدعم الاجتماعي المتوفر و استراتيجيات المواجهة المستعملة تجاه الوضعية. حيث أن العاملين في هذه المهن يتعرضون إلى المعاناة من العديد من المشكلات النفسية و الصحية الناجمة عن شعورهم بالضغوط النفسية في المؤسسة التي تتمثل في طول ساعات العمل ونظام المناوبة لاسيما الليلية والتركيز والحرص الشديدين على صحة المرضى و تجنب الأخطاء الطبية ناهيك عن المسؤوليات الأسرية والاجتماعية الأخرى.

7. عرض و تفسير و مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

✓ توجد فروق في أبعاد قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لنمط الشخصية

جدول رقم (29) يبين الفروق في نمط الشخصية (أ) و (ب) على أبعاد قائمة كورنل

للاضطرابات السيكوسوماتية

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	نمط الشخصية	المقاييس الفرعية
0,004	228	-2,87	2,50	2,49	148	النمط (أ)	السمع و الإبصار
			3,01	3,56	82	النمط (ب)	
0,000	228	-6,22	3,65	3,92	148	النمط (أ)	الجهاز التنفسي
			5,32	7,63	82	النمط (ب)	
0,000	228	-6,35	3,53	3,72	148	النمط (أ)	القلب و الأوعية
			5,63	7,57	82	النمط (ب)	
0,000	228	-7,72	3,52	3,02	148	النمط (أ)	الجهاز الهضمي
			5,60	7,68	82	النمط (ب)	
0,003	228	-3,01	1,85	1,81	148	النمط (أ)	الهيكل العظمي
			3,21	2,81	82	النمط (ب)	
0,10	228	-1,64	2,07	2,31	148	النمط (أ)	الجلد
			2,75	2,84	82	النمط (ب)	
0,000	228	-3,72	3,86	3,79	148	النمط (أ)	الجهاز العصبي
			4,42	5,87	82	النمط (ب)	
0,93	228	0,08	2,78	3,29	148	النمط (أ)	الجهاز البولي و التناسلي
			3,30	3,25	82	النمط (ب)	
0,000	228	-3,75	1,84	1,70	148	النمط (أ)	التعب
			2,18	2,73	82	النمط (ب)	

0,000	228	-6,55	2,13	1,14	148	النمط (أ)	تكرار المرض
			3,19	3,45	82	النمط (ب)	
0,000	228	-4,85	3,83	3,35	148	النمط (أ)	أمراض مختلفة
			5,97	6,5	82	النمط (ب)	
0,000	228	-4,84	5,54	3,97	148	النمط (أ)	العادات
			6,92	8,02	82	النمط (ب)	
0,59	228	0,53	4,10	5,77	148	النمط (أ)	عدم الكفاية
			3,91	5,47	82	النمط (ب)	
0,000	228	-4,59	1,65	0,92	148	النمط (أ)	الإكتئاب
			2,06	2,07	82	النمط (ب)	
0,000	228	-5,74	2,88	2,51	148	النمط (أ)	القلق
			3,04	4,84	82	النمط (ب)	
0,000	228	-6,007	1,45	1,70	148	النمط (أ)	الحساسية
			1,66	2,97	82	النمط (ب)	
0,67	228	-0,41	2,29	3,44	148	النمط (أ)	الغضب
			2,68	3,58	82	النمط (ب)	
0,001	228	-3,58	2,97	2,52	148	النمط (أ)	التوتر
			2,74	3,91	82	النمط (ب)	
0,000	228	-6,60	36,62	45,33	148	النمط (أ)	الدرجة الكلية
			45,61	81,73	82	النمط (ب)	

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه تبين وجود فروق في أبعاد قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لنمط الشخصية، فكانت دالة إحصائياً في الدرجة الكلية للقائمة بقيمة $t=-6,60$ عند مستوى دلالة $\alpha=0$ لصالح ذوو النمط السلوكي (ب). أما على مستوى المقاييس الفرعية فكانت دالة على 14 مقياس فرعي ما عدا 4 مقاييس فرعية لم تكن

ذات دلالة إحصائية و هي كالآتي: مقياس الجلد $t=-1,64$ عند مستوى دلالة $\alpha=0,10$ و مقياس الجهاز البولي و التناسلي حيث كانت قيمة (ت) $t=0,08$ عند مستوى دلالة $\alpha=0,93$ كذلك مقياس عدم الكفاية $t=0,53$ عند مستوى دلالة $\alpha=0,59$ و أخيرا مقياس الغضب $t=-0,41$ عند مستوى دلالة $\alpha=0,67$.

أما باقي المقاييس الأربعة عشر فكانت دالة إحصائيا و ذلك في: مقاييس السمع و الإبصار، الهيكل العظمي و التوتر تراوحت ما بين $\alpha=0,001$ إلى $\alpha=0,004$ لصالح ذوو النمط السلوكي (ب). في حين المقاييس الإحدى عشر على التوالي: الجهاز التنفسي، القلب و الأوعية، الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي، التعب، تكرار المرض، أمراض مختلفة، العادات، الاكتئاب، القلق و الحساسية فكانت دالة عند مستوى دلالة $\alpha=0$ لصالح ذوو النمط السلوكي (ب) كذلك.

إذ ترى الباحثة من خلال النتائج المتحصل عليها أنها جاءت عكس ما توصل إليه عدة باحثين و ذلك خصوصا على مستوى المقياس الفرعي: القلب و الأوعية فقد أشارت عدة دراسات إلى ارتباط أمراض القلب و الأوعية و الشرايين بذوي النمط السلوكي (أ) على خلاف نتائج الدراسة الحالية التي كانت لصالح ذوي النمط السلوكي (ب).

ف نجد دراسة "مأمون غوانمة 2003" التي توصلت لوجود علاقة طردية قوية بين قلق الموت و نمط السلوك (أ) لدى مرضى القلب، كذلك ما توصل إليه "ويليامز 1983" إلى أن ذوي النمط السلوكي (أ) لديهم ردود فعل حيوية أكثر ما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي، و نفس الشيء يؤكد "ستانفورد 1988" في أن احتمال تطور أمراض الشرايين التاجية لذوي النمط (أ) أقرب بمرتين بالنسبة لذوي النمط (ب). و في نفس السياق يشير "دومبروسكي و آخرون 1985" وجدوا أن العدائية عند ذوي النمط السلوكي (أ) من المصابين بالذبحة الصدرية و النوبات القلبية.

أما على صعيد المقياس الفرعي القلق: فقد توصلت نتائج الدراسة الحالية لوجود فروق بين نمطي الشخصية (أ) و (ب) لصالح ذوي النمط (ب) و ذلك عكس ما توصل إليه دراسة "بيلار و جوان 2004 Pilar & Juan" التي أظهرت نتائجها إلى أن النساء ذوات النمط (أ) تعانين أكثر من أعراض القلق و الأعراض الجسمانية. كما يؤكد "مانسون و هوجن" على ارتباط نمط الشخصية (أ) مع كل من القلق و الطموح، و يضيف "جينكر" بأن هذا النمط السلوكي لديهم إمكانية التعرض لأمراض الشرايين التاجية بالقلب لأنهم يتصفون بالقلق الدائم. و في دراسة لـ "جمعة سيد يوسف 2000" حول علاقة نمط السلوك (أ) و بعض المتغيرات الشخصية ذات الدلالة الإكلينيكية -القلق- و التي توصلت لوجود علاقة ارتباطية دالة.

كذلك بالنسبة للمقياس الفرعي الإكتئاب: و التي أظهرت النتائج لوجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha=0$ لصالح ذوو النمط (ب) لتوافق ما توصل إليه "تونورن و آخرون 2011" لوجود علاقة بين نمط الشخصية و أعراض الاكتئاب، أما الدراسات التي توصلت لعكس نتائج الدراسة الحالية فنجد دراسة "جينكر" الذي أكد بإمكانية تعرض ذوي النمط (أ) لأمراض الشرايين التاجية و ذلك لأنهم يتصفون بعدة صفات منها الإكتئاب. أما دراسة "جمعة سيد يوسف 2000" الذي توصل لوجود علاقة ارتباطية بين نمط السلوك (أ) و بعض المتغيرات الشخصية ذات الدلالة الإكلينيكية منها الاكتئاب.

أما على مستوى القائمة ككل و التي كانت دالة إحصائية لصالح ذوو النمط السلوكي (ب) جاءت دراسة كل من "جولس 2009 Gulec" و "جبالي نور الدين 1989" لتوافق ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية. في حين كانت بعض الدراسات معاكسة لنتائج الدراسة نذكر منها "Muhammad.J" الذي توصل فيها لوجود ارتباط قوي بين نمط الشخصية (أ) و المشاكل الصحية السيكوسوماتية، و دراسة "الدقس و الشواشرة" التي توصلت لعدم وجود علاقة ارتباطية لأنماط الشخصية تعزى للاضطراب السيكوسوماتي.

و في دراسة لـ"ويليامز 1983 Williams" التي وازن فيها بين النمطين (أ) و (ب) و التي أظهرت نتائجها بعض الخصائص ما يدل على أن ذوي النمط السلوكي (أ) لديهم ردود فعل حيوية أكثر ما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي. كذلك بالنسبة لدراسة "ستانفورد 1988 Stan ford" على عينة من ذوي نمط الشخصية (أ) بلغ عددهم (250) من اللذين يتصفون بالعدائية و (250) من ذوي النمط (ب) و بعد 8 سنوات وجد أن العدائية هي أقرب مرتين في احتمال تطور أمراض الشرايين التاجية. و هو نفس الشيء الذي أشار إليه "جينكر" بأن نمط السلوك (أ) لديهم إمكانية الإصابة بالشرايين التاجية لأنهم يتصفون بالقلق، الاكتئاب، الاندفاعية، العصبية، الاضطراب الانفعالي و الإحباط... و هذا على عكس ما جاء في نتيجة الدراسة في المقياس الفرعي القلب و الأوعية حيث كانت دالة إحصائيا لصالح ذوو النمط السلوكي (ب).

وفي نفس السياق أشارت كل من "أوشي و كاميمورا 1999 Oishi et Kamimura" التي هدفت دراستهم للتعرف على الاستجابات الفيزيولوجية و نمطي الشخصية (أ) و (ب) على عينة من (60) فرد أجري عليهم امتحان تنافسي في الرياضيات بإعطائهم واجب ذهني لمدة خمس دقائق و أثناء هذه المدة سجلت عدة تغيرات كاستجابة البشرة و التنفس و رمش العيون و دقات القلب.. فوجدت عدة فروق لاستجابة أفراد العينة و ذلك لصالح ذوو النمط السلوكي (أ). و دراسات أخرى لـ"بني مصطفى 2003" و "حنان محبوب 2006" و "مانسون و هوجن".

و هكذا تظل البحوث جارية في ميدان العلوم الاجتماعية في أن تكون العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية و الشخصية خاصة لدرجة إمكانية التعرف على أنماط الشخصية التي من الاحتمال إصابتها بأمراض سيكوسوماتية محددة.

خلاصة عامة:

انطلاقاً من النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا الحالية و في ضوء ما تم تقديمه في الخلفية النظرية و أدبيات الدراسة، أسفرت نتائج فحص الفرضيات إلى:

_ وجود علاقة ارتباطية بين نمطي الشخصية واستراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة، إذ توجد علاقة ارتباطية بين نمط الشخصية (أ) و (ب) و الاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($R=-0,14$) بمستوى دلالة ($\alpha=0,05$) و بالتالي تحقق الجزء الأول من الفرضية الأولى، كما أشارت نتائج الجزء الثاني لوجود علاقة ارتباطية دالة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و الاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($R=-0,19$) بمستوى دلالة ($\alpha=0,01$).

_ توجد فروق في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة حيث أسفرت النتائج لوجود فروق في توزيع مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عينة الدراسة ككل، حيث بلغت قيمة $\chi^2=27,63$ بمستوى دلالة ($\alpha=0$) و هي دالة لصالح فئة الاضطراب الشديد بتكرار بلغ 83 فرد. وترجع الباحثة السبب في انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية و بنسبة شديدة إلى طبيعة مهنة الطبيب و الممرض و التي تعد من المهن الصعبة و الشاقة، و ذلك لما تتسم به من خصائص و ما يرتبط بها من واجبات و حوادث تفرض على العاملين فيها أوضاعاً قد تكون مصدراً للضغوط و الأمراض.

_ تختلف دلالة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة و الاستجابة السيكوسوماتية باختلاف النمط السلوكي (أ) و (ب) فكان لصالح ذوو النمط السلوكي (ب) حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($R=-0,37$) بمستوى دلالة ($\alpha=0,001$). حيث أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أن أنماط الشخصية تعتبر من العوامل المهمة في تحديد استراتيجيات المواجهة و التي من شأنها تجنب الممارسين الطبيين من الوقوع في بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، ما يشرح كيفية تعاملهم مع مختلف الضغوط في الوسط المؤسساتي في ظل وضعية معينة على

خلاف ممارسين طبيين لا يتكيفون مع نفس المواقف الضاغطة. فأنماط الشخصية تظهر مواجهة تكيفية مع الوقت لتجنب الإصابة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية المعينة.

_ تختلف الاستجابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة يعزى فيها الاختلاف لمتغير (السن فيما عدا متغير الجنس و الوظيفة). أولاً بحساب قيمة (ت) للفروق بين نمطي الشخصية (أ و ب) على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية أسفرت لوجود فروق دالة إحصائية في عينة الدراسة على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية يعزى لمتغير النمط السلوكي لصالح ذوو النمط السلوكي (ب). ثانياً: عدم وجود فروق في عينة الدراسة على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس و الوظيفة، أما بالنسبة لمتغير السن فمن خلال تحليل التباين الأحادي توصلت الباحثة لوجود تباين في الفئات العمرية على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية. ثم بتطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية على مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير السن، بين الفئة العمرية الأولى و الفئة العمرية الثالثة و بين الفئة العمرية الثانية و الفئة العمرية الثالثة.

_ الاستراتيجيات التي تتبأت باضطرابات سيكوسوماتية على عينة الدراسة هي استراتيجيات مركزة حول المشكل و حول الانفعال. بتطبيق تحليل الانحدار المتعدد في تحديد أكثر الاستراتيجيات تأثيراً في الاستجابة السيكوسوماتية يتضح وجود استراتيجيتين من أصل خمسة استراتيجيات تتبأت بوجود استجابة سيكوسوماتية لدى عينة الدراسة و ذلك في استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي و التأييب الذاتي.

_ وجود فروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى للنمط السلوكي للشخصية. و أشارت النتائج لعدم وجود فروق دالة بين نمطي الشخصية (أ) و (ب) في الدرجة الكلية على مقياس استراتيجيات المواجهة. أما بالنسبة للأبعاد فيتضح وجود فروق دالة إحصائية على ثلاث أبعاد لمقياس استراتيجيات المواجهة و ذلك في بعد التجنب مع التفكير الإيجابي و التأييب الذاتي، في حين أن البعدين حل المشكل و إعادة التقييم الإيجابي فلم تكن ذات دلالة و بالتالي يتحقق الفرض البحثي جزئياً.

_ توجد فروق في أبعاد مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى للنمط السلوكي للشخصية، فكانت دالة إحصائياً في الدرجة الكلية للقائمة أما على مستوى المقاييس الفرعية فكانت دالة على 14 مقياس فرعي ما عدا 4 مقاييس فرعية لم تكن ذات دلالة إحصائية.

فمتغيرات الدراسة تبين أنها ملخص للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، حيث تكتسب أهمية أكبر من التركيز على حساسية و شدة المرض، كما أن أغلب النجاحات التي تحققت في الأدوية في علاج الأمراض مرتبطة بمتغيرات نفسية و اجتماعية، كما أن علاقة الممارس الطبي (طبيب أو شبه طبيب) تؤثر في مسار المرض، كذلك بالنسبة للمتغيرات الحيوية الكيميائية لا تؤدي لظهور الأمراض حتما فالمرض أو الاضطراب السيكوسوماتي هو نتيجة تفاعل عوامل متعددة حيث أن العديد من الاضطرابات النفسية و الاجتماعية قد تظهر على شكل خلل حيوي كيميائي (مرض جسدي). (زعطوط. 2010 ص:30)

كما أن المراد من الدراسة الحالية هو الكشف عن علاقة نمط الشخصية (أ ، ب) و استراتيجيات المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي و شبه الطبي) فقد ركز الباحثون في دراساتهم و بحوثهم على أهمية الأنماط التي من شأنها تمييز أفراد عن غيرهم و تحديدها في التنبؤ بسلوكات الإنسان و ذلك ضمن مواقف الحياة المتعددة، فبينما ترتبط بالضغوط بمدى واسع من الاضطرابات النفسية و الجسدية و السيكوسوماتية .. فإن استراتيجيات المواجهة تعتبر بمثابة عوامل تعويضية تكيفية لمواجهة ضغوط المؤسسة.

و في الأخير أتمنى أن تسهم هذه الدراسة و لو بجزء بسيط في مجال الأبحاث العلمية لاختصاص علم النفس المرضي المؤسساتي، و بهذا يمكن إدراج بعض التوصيات و المقترحات:

- ✓ توسيع دائرة البحث في دراسات الضغوط و استراتيجيات مواجهتها لدى الأطقم الطبية و ربطها بمتغيرات أخرى كذلك إجراء دورات تدريبية في كيفية التعامل و مواجهة الضغوط النفسية لما للمؤسسات الاستشفائية من حساسية.
- ✓ توسيع استخدام قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية في عدة مجالات، كذلك القيام بدراسات عاملية و ذلك لغرض تقليص بنود القائمة و سهولة استخدامها من طرف المفحوصين.
- ✓ إجراء دراسات و العمل بالنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي و ذلك ما يجعل للبحوث في المجال المرضي المؤسساتي تأخذ طابع تفاعلي ما يضيف عليها قيمة علمية و عملية، و ذلك للدور الذي تلعبه المتغيرات الفاعلة فيه.
- ✓ ضرورة تكثيف استخدام مقياس أنماط الشخصية لـ "بورتنر" و إعطاء الدراسات المتعلقة بنمطي الشخصية أهمية كبيرة و توسيع مجال الدراسات فيه.

قائمة المراجع:

أولاً: باللغة العربية

1. آيت حمودة حكيمة (2006) دور سمات الشخصية و استراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية و الصحة الجسدية و النفسية. رسالة دكتوراه. جامعة الجزائر.
2. الصمادي أحمد و غوانمة مأمون (2012) نمط السلوك (أ) لدى مرضى القلب. مجلة دراسات نفسية و تربوية. العدد 09 جامعة ورقلة.
3. البيرقدار تهيد عادل فاضل (2011) الضغط النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلبة كلية التربية. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية. العدد 1 المجلة 11 جامعة الموصل
4. إبراهيم مروان عبد المجيد (2000) أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. ط2. مؤسسة الوراق. الأردن.
5. الدقس مي كامل و الشواشرة عمر مصطفى (2014) أنماط الشخصية و علاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة في المجتمع السعودي. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات. العدد34 (02).
6. أبوبكر دردير نشوة كرم (2007) الاحتراق النفسي للمعلمين ذوو النمط (أ) و (ب) و علاقته بأساليب مواجهة المشكلات. مذكرة ماجستير. جامعة
7. أبو الحصين فرج الله مسلم (2010) الضغوط النفسية لدي الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية غزة.
8. أبو رزق محمد مصطفى شحدة (2011) السمات الشخصية المميزة لذوي صعوبات التعلم و علاقتها بالانتباه و بعض المتغيرات. رسالة ماجستير. غزة.
9. إبراهيم حامد (2003) نظرية النفس بين أرسطو و ابن سينا. مجلة جامعة دمشق. المجلد 19 (2+1)
10. الضريبي عبد الله (2010) أساليب مواجهة الضغوط النفسية و المهنية و علاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق. المجلد 26. العدد04 دمشق.
11. الزيناتي اعتماد يعقوب (2003) أنماط الشخصية الصبورة و علاقتها بالضغوط النفسية لدى طالبات الجامعات الإسلامية. رسالة ماجستير. جامعة غزة الإسلامية.
12. الأنصاري محمد بدر (2000) قياس الشخصية. دار الكتاب الحديث. الكويت.
13. العنزي أمل سليمان تركي (1425هـ) أساليب مواجهة الضغوط عند الصحاح و المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية. رسالة ماجستير. السعودية.

14. النيال مايسة (1991) الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها ببعدي العصابية والإنبساطية (دراسة عاملية مقارنة) . مجلة الدراسات النفسية . القاهرة.
15. أبو النيل محمود (2001) قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية (مراجعة 1986م) تعريب وأعداد محمود أبو النيل. المؤسسة الإبراهيمية. القاهرة
16. أبو حسين سناء محمد إبراهيم (2012) الصلابة النفسية و الأمل و علاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة. رسالة ماجستير. غزة.
17. الصبان عبير بنت محمد حسن (2003) المساندة الاجتماعية و علاقتها بالضغوط النفسية و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات العاملات في مدينتي جدة و مكة. رسالة دكتوراه. السعودية.
18. العيسوي عبد الرحمان (2000) الاضطرابات النفسجسمية. ط1. دار راتب الجامعية. بيروت لبنان.
19. الجارودي فخرية يوسف محمد (2001) سلوك الشخصية من النمط (أ) و علاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الإمارات. رسالة ماجستير. جامعة القاهرة.
20. باهي سلامي (2008) مصادر الضغوط المهنية و علاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي و المتوسط و الثانوي. رسالة دكتوراه. جامعة الجزائر.
21. باظة آمال عبد السميع حلمي (1997) الشخصية و الاضطرابات السلوكية و الوجدانية. ط1. مكتبة الأنجلو مصرية. القاهرة.
22. العتيبي بندر بن ناصر (2004)،الخصائص السيكومترية لصورة سعودية من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي (دراسة استطلاعية)،مجلة أكاديمية التربية الخاصة، العدد 05، الرياض .
23. بوزازة مصطفى (2013) الآثار الوسيكية لاستراتيجيات المواجهة على الصلة -ضاغط -عمل - توتر. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. عدد خاص بملتقى دولي حول المعاناة في العمل.
24. بوعافية نبيلة (2009) علاقة الشخصية بالأمراض العضوية. مجلة دراسات نفسية و تربوية. العدد 03 ديسمبر. جامعة ورقلة.
25. بوحوش عمار و ذنبيات محمد محمود (1995) مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
26. بيار مارتي و آخرون (1992) مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته. ط1. دار الهدى . بيروت لبنان.
27. بن زروال فتيحة (2008) أنماط الشخصية و علاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، المصادر، و استراتيجيات المواجهة) أطروحة دكتوراه. جامعة قسنطينة.
28. بوناب رضوان إبراهيم (2013) . الضغط النفسي لدى عمال قطاع المحروقات وعلاقته بالدافعية للإنجاز . رسالة ماجستير . جامعة سطيف

30. جبالي نور الدين (2008) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي. رسالة دكتوراه. جامعة باتنة.
31. جودة آمال عبد القادر (2004) أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من الطلاب. جامعة الأقصى. بحث مقدم للمؤتمر التربوي الأول "التربية في فلسطين و تغيرات العصر"
32. جوادي يوسف (2006) مصادر و مستويات الضغط النفسي لدى الأستاذ الجامعي. رسالة ماجستير . جامعة قسنطينة.
33. جدو عبد الحفيظ (2014) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين طوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير. جامعة سطيف.
34. جبالي صباح (2012) الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. مذكرة ماجستير. جامعة سطيف
35. جبالي نور الدين و عزوز اسمهان (2014) مصدر الضبط الصحي و علاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي. مجلة العلوم الاجتماعية. العدد 19 ديسمبر. جامعة باتنة.
36. جاد الحق منى عبد اللطيف عبد الحميد (2005) قصور الرعاية الاجتماعية و علاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية و الإنحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية و الأهلية. رسالة ماجستير . جامعة الزقازيق.
37. حمزاوي سامية (2013) نمط الشخصية (أ) و نمط الشخصية (ب) و علاقتها بالضغط المهني. رسالة ماجستير. جامعة سطيف 02.
38. حنصالي مريامة (2014) . إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتوكيدية) في ضوء الذكاء الإنفعالي مذكرة دكتوراه . جامعة بسكرة.
39. خير الزراد فيصل محمد (1984) الأمراض العصبية و الذهنية و الاضطرابات السلوكية. ط1. دار القلم. بيروت لبنان.
40. دايلي ناجية (2013) الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق مذكرة ماجستير . جامعة سطيف
41. دويدار عبد الفتاح (1994) في الطب النفسي و علم النفس المرضي الاكلينيكي. دار النهضة العربية. بيروت.
42. داوود راضية (2012) الضغط النفسي و استراتيجيات المواجهة لدى المعاق حركيا.رسالة ماجستير . جامعة سطيف.
43. رجاء مريم (2007) الإستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية . مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس . العدد1. المجلة 05

44. رينشارد لازاروس. تر:سيد محمد غنيم (1980) الشخصية. دار الشروق. القاهرة.
45. راجح أحمد عزت (1968) أصول علم النفس. ط7. دار الكتاب العربي للنشر و التوزيع. القاهرة.
46. ریحاني الزهرة (2010) العنف الأسري ضد المرأة و علاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية. رسالة ماجستير بسكرة.
47. زعطوط رمضان (2008) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات. أطروحة دكتوراه. جامعة ورقلة.
48. شتيوي مسعد (2002). الجوانب المختلفة للإجهاد. مجلة أسيوط للدراسات. العدد 22 مصر .
49. شقير زينب (2002) الأمراض السيكوسوماتية (النفس-جسمية) ط1. مكتبة النهضة المصرية. القاهرة.
50. شمال حماني صفية (2007) استراتيجيات مقاومة الضغوط المهنية و علاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. رسالة ماجستير. جامعة الجزائر.
51. صالح نبيل سفيان (2004) المختصر في الشخصية و الإرشاد النفسي. ط1. إيتراك للنشر و التوزيع. القاهرة.
52. صندلي ريمة (2012) الضغوط النفسية و استراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار. رسالة ماجستير. جامعة سطيف.
53. صابر فاطمة عوض و خفاجة ميرفت علي (2000) أسس و مبادئ البحث العلمي. ط1. مكتبة الإشعاع الفنية. الاسكندرية.
54. طبي سهام (2005) أنماط التفكير و علاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة. مذكرة ماجستير. جامعة باتنة.
55. عقون آسيا (2012). الضغط النفسي المهني وعلاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة. مذكرة ماجستير. جامعة سطيف.
56. عويس رندی هلال سرور (2002) المشكلات التكيفية لدى المرضى و الممرضات القانونيات في المستشفيات وزارة الصحة و مستشفيات القطاع الخاص في الأردن. رسالة ماجستير. الأردن
57. عطوف محمود ياسين (1988) الأمراض السيكوسوماتية. ط01. منشورات بحسون الثقافية. بيروت لبنان.
58. عبد الوائلي جميلة رحيم (2012) المعنى في الحياة و علاقتها بنمط الشخصية (أ) و (ب) لدى طلاب جامعة بغداد. مجلة الأستاذ. العدد 201. العراق.
59. عويضة كامل محمد محمد (1996) علم النفس بين الشخصية و الفكر. دار الكتب العلمية. بيروت لبنان.

60. عبد الخالق أحمد محمد (1992) الأبعاد الأساسية للشخصية. دار المعرفة الاجتماعية. الاسكندرية.
61. عبد القوي سامي (2002) الاتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل و الجسد و تطبيقاتها. دس
62. عكاشة أحمد (2003) الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلومصرية. القاهرة.
63. غنيم سيد محمد (1987) سيكولوجية الشخصية. دار النهضة العربية. بيروت لبنان.
64. قاسم حسين صالح (2007) الاضطرابات النفسية الجسمية -السيكوسوماتيك- . الحوار المتمدن. العدد 1964. 2007/07/02
65. قنون خميسة (2013). الإستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الإجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان . رسالة دكتوراه . جامعة باتنة
66. قويدري علي (2011) علاقة الضغط النفسي و المهني ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من مدرسي الطور الابتدائي و المتوسط. رسالة ماجستير. جامعة سطيف.
67. قماز فريدة (2009) عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات. رسالة ماجستير. جامعة قسنطينة.
68. قشاشطة عبد الرحمان و عوين بلقاسم (2013) سمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيون. مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية. جامعة الوادي.
69. مجدي أحمد محمد عبد الله (2000) علم النفس المرضي:دراسة في الشخصية بين السواء و الاضطراب. دار المعرفة الجامعية. الاسكندرية
70. محمد محمد عباس (د س) العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. مجلة البحوث التربوية و النفسية . العدد 30 .جامعة بغداد
71. مراد صلاح و هادي فوزية (2002) طرائق البحث العلمي -تصميماتها و إجراءاتها-. درا الكتاب الحديث. الكويت.
72. مزلق و فاء (2014) استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان. مذكرة ماجستير جامعة سطيف.
73. مخلوف سعاد (2006) الضغط النفسي و مدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية. مذكرة ماجستير. جامعة قسنطينة.
74. مناع هاجر و بوشلاق نادية. (2016) مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عمال الحماية المدنية. مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية. العدد 27 جامعة ورقلة.
75. واكلي بديعة (2013) استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين. مذكرة ماجستير . جامعة سطيف.
76. والي و داد .(2015) إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المراهقين الجانحين ذكور و إناث .دراسة بمؤسسة إعادة التربية . رسالة ماجستير . جامعة وهران 02.

77. وعواع صلاح الدين (2018) **علاقة الضغوط و أنماط الشخصية و الصحة العامة: أطروحة** دكتوراه. جامعة ورقلة.

ثانيا: باللغة الأجنبية

78. Claude Lèvy-LeBoyer (2005) **la personnalité : un facteur essentiel de réussite dans le monde du travail** . Editions d'organisation

79. Faisal Alnasir & Abdul Rahman AlFulaij (2014) **type A and B personalities from a psychological prespective among medical students**.International Journal of psyphysiology.

80. Jeffry .R. Edwards (1969) **The scale used was adapted from instruments by bortner**. The Graduate business school foundation. Charlottesville. VA

81. Inayet Aydin & Zeki Pehlivan (2010) **strategies and personality types used primery school principals in turkey to influence teachers**. Procedia and behavioral science. 02. ELSEIVER.

82. Muhammed Jamal (1990) **Reationship of job Stress and Type-A Behavior to Employees' Job Satisfaction, Organizational Commitment, Psychosomatic Health Problems, and Turnover Motivation**. Volume: 43 issue: 8, page(s): 727-738 august 1990 canada.

83. Poovra.P. and Tejinder.K (2016) **personality (type A and typeB) in relation to organizational citizenship behavior (OCB) among female nursing professionals**. International journal of Indian psychology. Volume 04. Issue 01. N=°81.

84. Pratibha.P. Kane (2009) **stress causing psychosomatic illness among nurse**. Indian journal of occupational and environmental medicine. Volume:13. Issue1.

85. Saadu.O and Adedayo.A (2013) **personality types and coping strategies as correlates of students academic achievement**. journal of educational and social research. Vol:3(5) august.

86. Sandra.P. Thomas &John Jozwiak (1990) **self-attitudes and behavioral characteristics of type A and B female registred nurses.** Health care for women international. Volume:11. Issue:04.

ثالثا: المواقع الإلكترونية

87. فحص الغدة الدرقية في المنزل. كل يوم معلومة طبية.9 يناير 2016. على الرابط

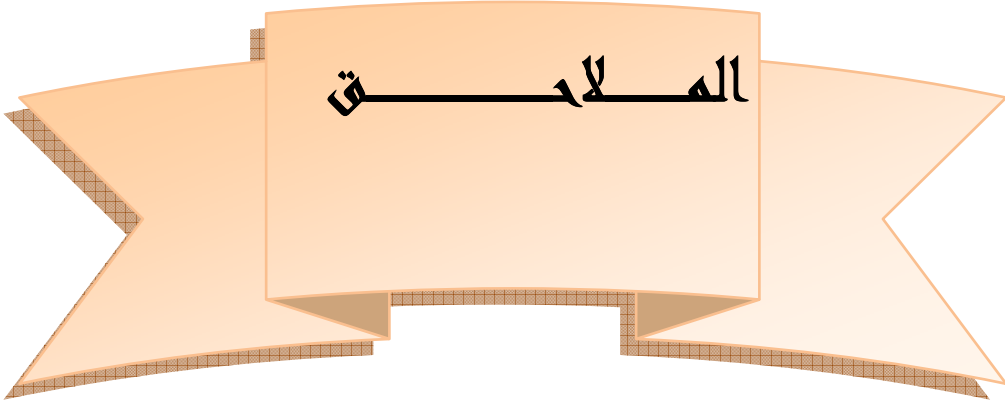
[.http://www.dailymedicalinfo.com/public_health/page/5/?utm_source=site%20bar%20traffic&utm_medium=public%20health&utm_campaign=site%20bar](http://www.dailymedicalinfo.com/public_health/page/5/?utm_source=site%20bar%20traffic&utm_medium=public%20health&utm_campaign=site%20bar)

88. الأرتيكاريا: أكثر أنواع حساسية الجلد انتشارا. جريدة الغد الأردنية العدد02 أيلول/سبتمبر2012. على الرابط:

<https://alghad.com/%d8%a7%d9%84%d8%a3%d8%b1%d8%aa%d9%8a%d9%83%d8%a7%d8%b1%d9%8a%d8%a7-%d8%a3%d9%83%d8%ab%d8%b1-%d8%a3%d9%86%d9%88%d8%a7%d8%b9-%d8%ad%d8%b3%d8%a7%d8%b3%d9%8a%d8%a9-%d8%a7%d9%84%d8%ac%d9%84%d8%af-%d8%a7>

رابعا: المداخلات و الملتقيات

89. جودة آمال عبد القادر (2004) أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من الطلاب. جامعة الأقصى. بحث مقدم للمؤتمر التربوي الأول "التربية في فلسطين و تغيرات العصر"



الملحق رقم 01: مقياس المواجهة

الملحق رقم 02: قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

الملحق رقم 03: مقياس أنماط الشخصية (أ و ب)

الملحق رقم 04: نتائج الفحص السيكومنتري

الملحق رقم 05: نتائج الدراسة الأساسية

الملحق رقم 01: مقياس المواجهة Le coping لـ Paulhan et al (1994)

تعريب: مصطفى باشن

التعليمة:

صف موقفا مؤثرا عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف قد مسك بالأخص أو أزعجك)

حدد شدة الإزعاج و التوتر الذي سببه لك هذا الموقف:

منخفض متوسط مرتفع

أشر بالعلامة (X) إلى الاستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها في مواجهة الموقف:

الرقم	البنود	نعم	أحيانا	لا	ناذرا
01	وضعت خطة عمل و اتبعتها				
02	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلا				
03	حدثت شخصا عما أحسست به.				
04	كافحت لتحقيق ما أريد.				
05	تغيرت إلى الأحسن.				
06	تناولت الأمور واحدة بواحدة.				
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث.				
08	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكلة.				
09	ركزت على الجانب الإيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد.				
10	تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف.				
11	تمنيت لو حدثت معجزة.				
12	خرجت أكثر قوة من الوضعية.				
13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام.				

				أثبتت نفسي.	14
				احتفظت بمشاعري لنفسي.	15
				تفاوضت لأحصل على شيء إيجابي من الموقف.	16
				حلمت أو تخيلت مكانا أفضل من الذي كنت فيه.	17
				حاولت عدم التصرف بتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي.	18
				رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا.	19
				أدركت بأنني سبب المشكلة.	20
				حاولت عدم البقاء لوحدي.	21
				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن.	22
				قبلت عطف أو تفهم شخص.	23
				وجدت حلا أو حلين للمشكلة.	24
				حاولت نسيان كل شيء.	25
				تمنيت لو استطعت تغيير موقفي.	26
				عرفت ما ينبغي القيام به و ضاعفت مجهوداتي و بذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد.	27
				عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل.	28
				أنقذت نفسي و نجيتها.	29

الملحق رقم 02: قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية و السيكوسوماتية

إعداد و تعريب: محمود السيد أبو النيل

التعليمة:

في الصفحات التالية مجموعة من الأسئلة تتعلق بالصحة و أحوالك المختلفة، المطلوب منك الإجابة

بصدق و صراحة تامة علما بأنه لا توجد إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة على أي من هذه الأسئلة،

فالسؤال الذي ينطبق عليك أجب عنه بوضع علامة "x" أي "نعم" و السؤال الذي لا ينطبق عليك أجب

عنه بوضع علامة "x" أي "لا"

الفقرات	نعم	لا
A		
هل تحتاج لنظارة للقراءة؟		
هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟		
هل تطرف عينك أو تدمع باستمرار؟		
هل عينك غالبا ما تكون حمراوين أو ملتتهتين؟		
هل يحدث لك غالبا فقدان كامل للرؤية؟		
هل عادة تعاني من آلام شديدة في عينيك؟		
هل أحسست بسحابات في العينين؟		
هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكوما (مياه زرقاء بالعينين)؟		
هل تستعمل عدسات لاصقة؟		
هل عانيت أبدا من ازدواج الرؤية؟		
هل تسمع بصعوبة؟		
هل استعملت مساعدات سمعية؟		
هل تلاحظ طنين في أذنيك؟		
B		
هل عليك أن تطرد البلغم من حلقك كثيرا؟		
هل كثيرا ما تحس بغصة خانقة في حلقك؟		

		هل أنفك مسدودا باستمرار؟
		هل أنفك يرشح باستمرار؟
		هل سبق أن أصبت بنزيف حاد في الأنف؟
		هل تعاني كثيرا من شدة البرد؟
		هل يجعلك تكرار الإصابة بالبرد تعيسا طول الشتاء؟
		هل أصبت بالحمى؟
		هل تعاني من مرض الربو؟
		هل تعاني من التهاب الجيوب الأنفية؟
		هل تضايقت الكحة (السعال) المستمرة؟
		هل حدث و أن كانت كحتك مصحوبة بدم؟
		هل تعاني من الالتهاب الشعبي؟
		هل يحدث أن تعرق عرقا غزيرا أثناء الليل؟
		هل أجريت كشفا بالأشعة السينية (X) على صدرك في السنتين الأخيرتين؟
		هل أصبت من قبل بالتهاب الرئوي؟
		هل أنت مدخن؟
C		
		هل تعاني من الذبحة الصدرية؟
		هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية؟
		هل سبق أن أجري لك رسم قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟
		هل يعاني أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟
		هل سبق أن عمل لك رسم قلب؟
		هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟
		هل تقوم بتدريبات منتظمة (يومية)؟
		هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جدا أو منخفض؟
		هل سبق أن علمت بأن نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك؟
		هل تشعر بآلام في القلب أو الصدر؟
		هل غالبا ما تكون نبضات قلبك سريعة؟
		هل تشعر بصعوبة في التنفس؟
		هل تصيح مقطوع الأنفاس قبل أي شخص آخر؟
		هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك؟

		هل تعاني من تورم في مفصل القدم؟
		هل سبق أن تناولت أدوية لتخليص جسمك من الماء؟
		هل سبق أن أصابتك حمى روماتيزمية؟
		هل سبق إخبارك بوجود لغط في قلبك؟
		هل سبق إخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك؟
D		
		هل فقدت أكثر من نصف أسنانك؟
		هل تعاني من نزيف في اللثة؟
		هل تعاني من صعوبة في البلع؟
		هل تعاني من التهابات في الفم؟
		هل تعاني من التهابات في الشفة (أو الشفتين)؟
		هل عانيت من آلام أثناء البلع؟
		هل تعاني من تهيج في القولون و المعدة؟
		هل سبق أن حدث لك فتق؟
		هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية (X) للجزء العلوي من الجهاز الهضمي؟
		هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة؟
		هل سبق أن كان لك حصوات مرارية؟
		هل سبق أن أجريت كشفا على فتحة الشرج؟
		هل سبق حدوث التهاب في الغشاء المخاطي للقولون؟
		هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا؟
		هل زاد وزنك مؤخرا؟
		هل نقص وزنك مؤخرا؟
		هل سبق أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية؟
		هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن؟
		هل سبق أن أصبت بقرحة؟
		هل سبق أن لاحظت وجود دم في برازك؟
E		
		هل سبق أن حدث لك كسور في العظام؟
		هل تعاني من وجود عظام ضعيفة أو هشية؟
		هل تتناول الأسبرين بانتظام بسبب التهاب المفاصل (الروماتيزم)؟

		هل تعاني كثيرا من آلام و تورم في مفاصلك؟
		هل تشعر بتلبس في عضلاتك و مفاصلك باستمرار؟
		هل عادة تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك؟
		هل أنت مقعد بسبب الروماتيزم الشديد؟
		هل ينتشر الروماتيزم في عائلتك؟
		هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة؟
		هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام الظهر؟
		هل تعاني من عجز خطير أو عاهة؟
F		
		هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟
		هل كثيرا ما يظهر طفح جلدي لديك؟
		هل جلدك حساس جدا أو رقيق؟
		هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة؟
		هل يحدث غالبا احمرار شديد في وجهك؟
		هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد؟
		هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك؟
G		
		هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس؟
		هل الصداع منتشر في عائلتك؟
		هل الضغط و الصداع في الرأس غالبا ما يجعل حياتك بائسة؟
		هل تحدث لديك نوبات سخونة أو برودة؟
		غالبا ما تعاني من نوبات شديد من الدوخة؟
		هل كثيرا ما تشعر بالإغماء؟
		هل أصبت بالإغماء أكثر من مرتين في حياتك؟
		هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي من أجزاء جسمك؟
		هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل؟
		هل سبق أن أصبت بضربة أفقدتك الوعي؟
		هل حدث لك ارتعاش أحيانا في الوجه أو الرأس أو الأكتاف؟
		هل سبق أن حدث لك نوبة مرض أو تشنج (صرع)؟
		هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك؟
		هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة؟

		هل تعاني من التهتهة أو اللعثة؟
		هل تمشي أثناء النوم؟
		هل تتبول في الفراش؟
		هل كنت تتبول في الفراش و عمرك من 8 إلى 14 سنة؟
H		
		هل غالبا ما تكون أعضائك التناسلية بها ألم أو التهاب؟
		هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية؟
		هل سبق أن أخبرك الطبيب بأن عندك فتق؟
		هل سبق أن ان تبولك مصحوبا بدم؟
		هل لديك مشكلة عند بدأ التبول؟
		هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟
		هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي؟
		هل سبق أن كان لديك حصوة في الكلية؟
		هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة للتبول؟
		هل عادة ما تتبول كثيرا أثناء النهار؟
		هل تعاني غالبا من حرقان شديد عندما تتبول؟
		هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة؟
		هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة؟
I		
		هل غالبا ما تحدث لك نوبات من الإجهاد الكامل؟
		هل العمل ينهك قوتك كلية؟
		هل عادة ما تحس بالتعب و الإجهاد؟
		هل يجهدك أي مجهود و لو كان ضئيلا؟
		هل يحدث أن تكون متعبا جدا و منهك لدرجة أنك لا تستطيع أن تتناول الطعام؟
		هل تعاني من إجهاد عصبي شديدا؟
		هل ينتشر الإجهاد العصبي بين أفراد عائلتك؟
J		
		هل كثيرا ما تكون مريضا؟
		هل كثيرا ما تلازم الفراش بسبب المرض؟
		هل أنت دائما صحتك ضعيفة؟
		هل تعتبر شخصا دائم المرض؟

		هل أنت شخص من عائلة أفرادها دائمي المرض؟
		هل آلام الصداع الشديد تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك؟
		هل تقلق كثيرا و تكون منزعجا بخصوص صحتك؟
		هل أنت دائما مريض و غير سعيد؟
		هل ضعف الصحة يجعلك دائما بائسا؟
K		
		هل سبق أن أصبت بمرض الحمى القرمزية؟
		هل أصبت في طفولتك بحمى روماتيزمية، أو آلام شديدة أو ارتعاشات في الأطراف؟
		هل سبق أن حدث لك مرض الملاريا؟
		هل سبق علاجك من أنيميا حادة؟
		هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث؟
		هل سبق أن أصبت بمرض السكري؟
		هل أخبرك الطبيب أن لديك التهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)؟
		هل سبق أن عالجت من ورم أو سرطان؟
		هل تعاني من أي مرض مزمن؟
		هل وزنك أقل من المعدل؟
		هل وزنك أزيد من المعدل؟
		هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟
		هل سبق لك إجراء عملية خطيرة؟
		هل سبق لك أن حدثت لك إصابة خطيرة؟
		هل غالبا ما تحدث لك حوادث صغيرة أو إصابات؟
		هل سبق أن عانيت من حالة في الغدة الدرقية؟
		هل تعاني من انخفاض في نسبة السكر في الدم؟
		هل سبق لك عمل اختبار نسبة الجلوكوز؟
L		
		هل عادة ما تجد صعوبة كي تنام أو تستمر في النوم؟
		هل تجد من المستحيل أخذ فترة راحة منتظمة كل يوم؟
		هل تجد من المستحيل عمل تمارين منتظمة يوميا؟
		هل تدخن أكثر من علبة يوميا؟
		هل تتناول أكثر من تسعة فناجين من القهوة أو الشاي يوميا؟

		هل تتناول مشروبا كحوليا مرتين أو أكثر يوميا؟
		هل سبق أن أجريت عملية نقل دم؟
		هل سبق إخبارك بأنك لا تتبرع بالدم؟
		هل سبق لك تعاطي مخدرات؟
		هل كثيرا ما تتعاطى أدوية بدون تشخيص من الطبيب؟
		هل سبق أن تعرضت تعرضا شديدا للإشعاع؟
		هل تتعرض أو تتعامل مع المواد الكيميائية أثناء عملك؟
		هل لك هوايات غير عادية قد تؤثر في صحتك؟
		هل تقتني في منزلك حيوانات غير مألوفة (سلاحف، ثعابين، قروود....)؟
		هل سبق إصابتك بالمرض أثناء سفرك للخارج؟
		هل تتناول حبوبا منومة؟
		هل تتناول الفيتامينات بانتظام؟
		هل تتناول حبوب الحديد بانتظام؟
		هل سبق لك أن احتجت إلى خدمات من يعالج العمود الفقري بتقويمه يدويا (بالتدليك)؟
		هل تتناول بانتظام مهدئات و مسكنات؟
M		
		هل تعرق أو ترتعش كثيرا أثناء الامتحانات أو حين توجه إليك أسئلة؟
		هل تحس أنك عصبي و مهزوز عندما يقترب منك أحد رؤسائك؟
		هل ترتبك في عملك عندما يراقبك أحد رؤسائك؟
		هل تختلط عندك الأشياء تماما إذا كان عليك العمل بسرعة؟
		هل يجب أن تقوم بعمل الأشياء ببطء شديد حتى لا تقع في الأخطاء؟
		هل تفهم الأوامر و التوجيهات بصورة خاطئة دائما؟
		هل تخيفك الأماكن غير المألوفة أو الناس الأغراب؟
		هل تخاف عندما تكون وحيدا بلا أصدقاء حولك؟
		هل من الصعب عليك دائما أن تأخذ قرارك؟
		هل تود أن يكون هناك دائما أحد بجوارك لينصحك؟
		هل تعتبر شخصا يفتقر إلى الخبرة؟
		هل يضايقك تناول الطعام في أي مكان غير منزلك؟
N		
		هل تشعر بالعزلة و الحزن اثناء تواجدك في إحدى الحفلات؟
		هل تشعر عادة بعدم السعادة و الاكتئاب؟

		هل غالبا ما تبكي؟
		هل أنت دائما مبهتس و حزين؟
		هل تبدو لك الحياة لا أمل فيها كلية؟
		هل غالبا ما تود أن تكون ميتا و بعيدا عن كل شيء؟
		O
		هل يحيطك القلق باستمرار؟
		هل ينتشر القلق بين أفراد عائلتك؟
		هل اي شيء ضئيل يثير اعصابك و ينهكك؟
		هل تعتبر شخصا عصيبا؟
		هل العصبية من صفات افراد عائلتك؟
		هل سبق أن أصبت بانهيار عصبي؟
		هل سبق أن أصيب أحد أفراد أسرتك بانهيار عصبي؟
		هل سبق أن عالجت في أحد المستشفيات النفسية؟
		هل سبق علاج أحد أفراد أسرتك في أحد المستشفيات العقلية؟
		P
		هل أنت حساس أو خجول جدا؟
		هل أنت من عائلة خجولة أو حساسة جدا؟
		هل من السهل إيذاء شعورك؟
		هل يثيرك النقد دائما؟
		هل تعتبر شخصا سريعا؟
		هل دائما يسيء الناس فهمك؟
		Q
		هل تحترس لنفسك دائما حتى و أنت مع أصدقائك؟
		هل تفعل الأشياء دائما باندفاع مفاجيء
		هل من السهل إزعاجك أو إثارتك؟
		هل تنهار إذا لم تحافظ باستمرار على التحكم في نفسك؟
		هل المضايقات الصغيرة تثير أعصابك و تجعلك غاضبا؟
		هل يثير غضبك أن تجد من يخبرك بما عليك أن تفعله؟
		هل غالبا ما يضايقك الناس أو يثيرونك؟
		هل تقع في الغضب إذا لم تستطع على ما تطلبه فورا؟
		هل غالبا ما يصبك هياج عنيف؟

R		
		هل غالبا ما تهتز أو ترتعش؟
		هل تكون دائما ثائرا و شديد العصبية؟
		هل تجعلك الأصوات المفاجئة ترتجف بشدة؟
		هل ترتعش أو تشعر بالضعف حينما يصيح أحد في وجهك؟
		هل تخاف من الحركات المفاجئة أو الضوضاء أثناء الليل؟
		هل غالبا ما تصحو من نومك بسبب الأحلام المزعجة؟
		هل تعاودك الأفكار المخيفة دائما؟
		هل غالبا ما يعتربك خوف مفاجيء بدون سبب معقول؟
		هل غالبا ما يتصبب العرق البارد من جسمك؟

الملحق رقم 03: مقياس أنماط الشخصية لـ بورتر
تعريب: وعواع (2018)

التعليمة:

إن الغرض من هذا المقياس هو تحديد نمط السلوك الذي قد يكون له انعكاسات هامة على حياتك الشخصية و المهنية. الرجاء التأشير على الإجابة المناسبة و ذلك بوضع دائرة في الرقم الذي يناسبك، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، لكن ببساطة نطلب منك أن تشير إلى أي مدى تصفك كل الأسئلة.

مثال: في الخانة الأولى: إذا كنت عادة أنا لا أتأخر عن عملي (ألتزم بالوقت) فيجب عليك أن تختار رقم بين 7 و 11 و إذا كنت تلتزم بالوقت في حدود المعتاد (غير ملتزم) فيجب أن تختار رقم بين 1 و 5، و إن كنت بينهما فيجب عليك اختيار رقم 6.

.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....
.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	.....
.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....
.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....
.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	.....
.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....
.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	.....
.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....
.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....

.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	.....
.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....
.....	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	.....
.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	.....
.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	.....

الملحق رقم 04: نتائج الفحص السيكومتري

- معاملات ارتباط درجات أبعاد قائمة كورنيل مع الدرجة الكلية للمقياس لحساب صدق الاتساق الداخلي:

		Correlations									
		tot_corne	corn_1	corn_2	corn_3	corn_4	corn_5	corn_6	corn_7	corn_8	corn_9
tot_corne	Pearson Correlation	1	,475**	,861**	,796**	,893**	,408**	,741**	,890**	,529**	,354**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_1	Pearson Correlation	,475**	1	,433**	,323**	,403**	,614**	,378**	,452**	,418**	,079**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,231**
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_2	Pearson Correlation	,861**	,433**	1	,689**	,837**	,390**	,736**	,833**	,449**	,308**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_3	Pearson Correlation	,796**	,323**	,689**	1	,792**	,469**	,620**	,798**	,380**	,492**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_4	Pearson Correlation	,893**	,403**	,837**	,792**	1	,458**	,607**	,825**	,430**	,248**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_5	Pearson Correlation	,408**	,614**	,390**	,469**	,458**	1	,038	,485**	,215**	,255**

	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,566	,000	,001	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,741**	,378**	,736**	,620**	,607**	,038	1	,685**	,678**	,158**
corn_6	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,566	,000	,000	,000	,017
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,890**	,452**	,833**	,798**	,825**	,485**	,685**	1	,471**	,423**
corn_7	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,529**	,418**	,449**	,380**	,430**	,215**	,678**	,471**	1	,245**
corn_8	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,354**	,079	,308**	,492**	,248**	,255**	,158*	,423**	,245**	1
corn_9	Sig. (2-tailed)	,000	,231	,000	,000	,000	,000	,017	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,752**	,373**	,555**	,593**	,644**	,018	,642**	,562**	,311**	,162**
corn_10	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,786	,000	,000	,000	,014
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,888**	,311**	,779**	,825**	,848**	,384**	,677**	,868**	,449**	,478**
corn_11	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,841**	,432**	,794**	,688**	,863**	,462**	,589**	,889**	,414**	,258**
corn_12	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
	Pearson Correlation	,323**	,166*	,193**	,094	,210**	-,108	,337**	,101	,441**	,106**
corn_13	Sig. (2-tailed)	,000	,011	,003	,155	,001	,102	,000	,125	,000	,109
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230

الملاحق

corn_14	Pearson Correlation	,368**	,348**	,404**	,186**	,151*	-,062	,474**	,212**	,338**	,218**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,005	,022	,351	,000	,001	,000	,001
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_15	Pearson Correlation	,540**	-,009	,409**	,429**	,484**	,188**	,155*	,455**	-,075	,204**
	Sig. (2-tailed)	,000	,896	,000	,000	,000	,004	,019	,000	,256	,002
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_16	Pearson Correlation	,589**	,178**	,474**	,347**	,507**	,256**	,276**	,503**	,220**	,281**
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_17	Pearson Correlation	,398**	-,007	,239**	,265**	,255**	-,162*	,317**	,370**	,187**	,261**
	Sig. (2-tailed)	,000	,917	,000	,000	,000	,014	,000	,000	,004	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
corn_18	Pearson Correlation	,114	-,031	-,105	,075	-,041	-,090	-,056	-,019	-,115	,254**
	Sig. (2-tailed)	,083	,635	,111	,259	,535	,174	,394	,770	,083	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

معاملات ارتباط درجات مقياس المواجهة مع الدرجة الكلية للمقياس لحساب صدق الاتساق الداخلي:

		Correlations					
		tot_copi	copi_1	copi_2	copi_3	copi_4	copi_5
tot_copi	Pearson Correlation	1	,747**	,596**	,791**	,886**	,778**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230
copi_1	Pearson Correlation	,747**	1	,423**	,666**	,648**	,554**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230
copi_2	Pearson Correlation	,596**	,423**	1	,485**	,475**	,487**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230
copi_3	Pearson Correlation	,791**	,666**	,485**	1	,646**	,647**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	230	230	230	230	230	230
copi_4	Pearson Correlation	,886**	,648**	,475**	,646**	1	,711**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	230	230	230	230	230	230
copi_5	Pearson Correlation	,778**	,554**	,487**	,647**	,711**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	230	230	230	230	230	230

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات ارتباط درجات أبعاد مقياس انماط الشخصية مع الدرجة الكلية للمقياس لحساب صدق الاتساق الداخلي:

		Correlations										
		tot_type	type_1	type_2	type_3	type_4	type_5	type_6	type_7	type_8	type_9	typ
tot_type	Pearson Correlation	1	,271**	-,191**	,043	,656**	-,159*	,362**	-,151*	,587**	,045	
	Sig. (2-tailed)		,000	,004	,517	,000	,016	,000	,022	,000	,495	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_1	Pearson Correlation	,271**	1	-,405**	-,037	,174**	-,272**	,482**	,018	,219**	,184**	
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,580	,008	,000	,000	,782	,001	,005	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_2	Pearson Correlation	-,191**	-,405**	1	-,191**	-,257**	,672**	,031	,192**	-,234**	-,222**	
	Sig. (2-tailed)	,004	,000		,004	,000	,000	,645	,003	,000	,001	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_3	Pearson Correlation	,043	-,037	-,191**	1	,163*	,056	,083	-,357**	,163*	,321**	
	Sig. (2-tailed)	,517	,580	,004		,013	,395	,212	,000	,013	,000	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_4	Pearson Correlation	,656**	,174**	-,257**	,163*	1	-,232**	,506**	-,319**	,733**	,047	
	Sig. (2-tailed)	,000	,008	,000	,013		,000	,000	,000	,000	,474	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_5	Pearson Correlation	-,159*	-,272**	,672**	,056	-,232**	1	,079	,117	-,122	,054	
	Sig. (2-tailed)	,016	,000	,000	,395	,000		,230	,076	,065	,418	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_6	Pearson Correlation	,362**	,482**	,031	,083	,506**	,079	1	-,188**	,403**	,017	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,645	,212	,000	,230		,004	,000	,803	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230

type_7	Pearson Correlation	-,151*	,018	,192**	-,357**	-,319**	,117	-,188**	1	-,203**	,097
	Sig. (2-tailed)	,022	,782	,003	,000	,000	,076	,004		,002	,143
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_8	Pearson Correlation	,587**	,219**	-,234**	,163*	,733**	-,122	,403**	-,203**	1	,080
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,013	,000	,065	,000	,002		,224
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_9	Pearson Correlation	,045	,184**	-,222**	,321**	,047	,054	,017	,097	,080	1
	Sig. (2-tailed)	,495	,005	,001	,000	,474	,418	,803	,143	,224	
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_10	Pearson Correlation	,529**	-,056	-,067	-,064	,361**	-,170**	-,140*	,034	,466**	,048
	Sig. (2-tailed)	,000	,400	,310	,333	,000	,010	,033	,612	,000	,472
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_11	Pearson Correlation	,127	-,402**	-,128	-,285**	,324**	-,314**	-,129	-,237**	,140*	-,248**
	Sig. (2-tailed)	,054	,000	,052	,000	,000	,000	,050	,000	,034	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_12	Pearson Correlation	,062	,430**	-,105	,149*	-,176**	-,146*	,164*	,193**	-,208**	,167*
	Sig. (2-tailed)	,346	,000	,111	,024	,008	,027	,013	,003	,002	,011
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_13	Pearson Correlation	,136*	-,285**	-,142*	-,307**	,096	-,133*	-,478**	-,162*	-,082	-,238**
	Sig. (2-tailed)	,039	,000	,031	,000	,147	,045	,000	,014	,218	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230
type_14	Pearson Correlation	,226**	-,205**	,061	-,230**	,253**	-,064	,028	,069	,223**	-,352**
	Sig. (2-tailed)	,001	,002	,357	,000	,000	,330	,677	,295	,001	,000
	N	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

- صدق المقارنة الطرفية على مقياس انماط الشخصية:

Group Statistics

	GROUBS	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tot_type	???	64	87,6094	9,03892	1,12987
	???	64	104,0781	7,98472	,99809

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf
									Lower
tot_type	Equal variances assumed	1,227	,270	-10,924	126	,000	-16,46875	1,50757	-19,4
	Equal variances not assumed			-10,924	124,111	,000	-16,46875	1,50757	-19,4

ثبات التجزئة النصفية و ألفا- كرونباخ على مقياس المواجهة:

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,886
		N of Items	15 ^a
	Part 2	Value	,892
		N of Items	14 ^b
	Total N of Items		29
	Correlation Between Forms		,769
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length	,869	
	Unequal Length	,870	
Guttman Split-Half Coefficient		,869	

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,935	29

ثبات التجزئة النصفية و ألفا- كرونباخ على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية:

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,966
		N of Items	112 ^a
	Part 2	Value	,975
		N of Items	111 ^b
	Total N of Items		223
	Correlation Between Forms		,912
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length	,954	
	Unequal Length	,954	
Guttman Split-Half Coefficient		,945	

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,984	223

ثبات التجزئة النصفية و ألفا- كرونباخ على مقياس أنماط الشخصية:

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,148
		N of Items	7 ^a
	Part 2	Value	,73
		N of Items	7 ^b
	Total N of Items		14
	Correlation Between Forms		,71
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length	,53	
	Unequal Length	,33	
Guttman Split-Half Coefficient		,52	

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,649	14

الملحق رقم 05: نتائج الدراسة الأساسية

- نتائج الفرضية رقم 01:

Correlations

		tot_type	tot_corne	tot_copi
tot_type	Pearson Correlation	1	-.141*	.052
	Sig. (2-tailed)		.032	.437
	N	230	230	230
tot_corne	Pearson Correlation	-.141*	1	-.196**
	Sig. (2-tailed)	.032		.003
	N	230	230	230
tot_copi	Pearson Correlation	.052	-.196**	1
	Sig. (2-tailed)	.437	.003	
	N	230	230	230

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- نتائج الفرضية رقم 02:

بالنسبة للنمط السلوكي (أ)

Corrélations

		tot_corne	tot_copi
tot_corne	Corrélation de Pearson	1	-.071-
	Sig. (bilatérale)		.391
	N	148	148
tot_copi	Corrélation de Pearson	-.071-	1
	Sig. (bilatérale)	.391	
	N	148	148

بالنسبة للنمط السلوكي (ب)

Corrélations

	tot_corne	tot_copi
Corrélation de Pearson	1	-.370**
tot_corne Sig. (bilatérale)		.001
N	82	82
Corrélation de Pearson	-.370**	1
tot_copi Sig. (bilatérale)	.001	
N	82	82

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

- نتائج الفرضية رقم 03:

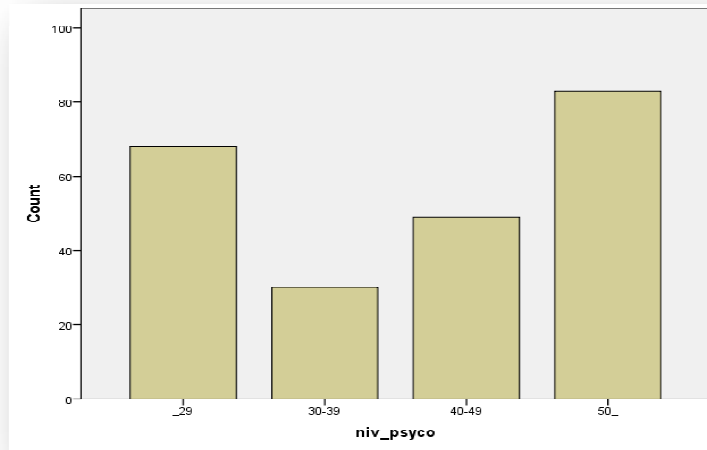
Test Statistics

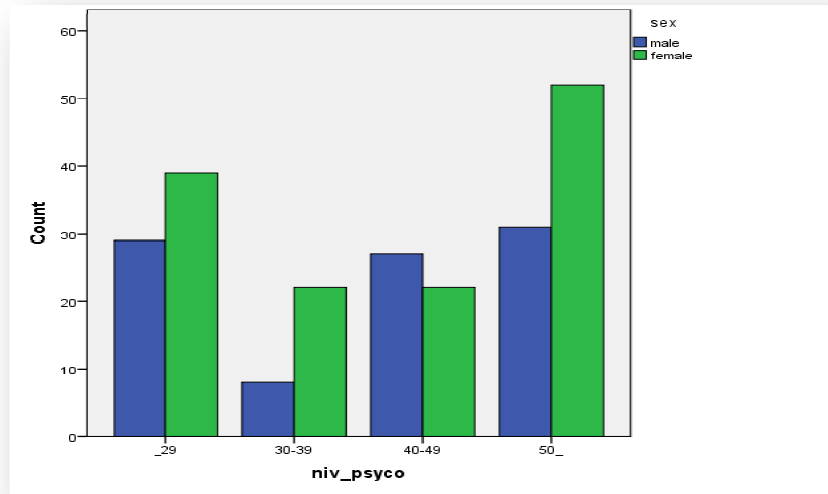
	nivPsycho
Chi-Square	27,635 ^a
df	3
Asymp. Sig.	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 57,5.

nivPsycho

	Observed N	Expected N	Residual
_29	68	57,5	10,5
30-39	30	57,5	-27,5
40-49	49	57,5	-8,5
50_	83	57,5	25,5
Total	230		





- نتائج الفرضية رقم 04:

1. الجنس:

قيمة "ت" للفروق بين الجنسين على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية

Group Statistics

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tot_corne	male	95	59.5368	44.63488	4.57944
	female	135	57.4444	43.02787	3.70325

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% C
				Lower					
tot_corne	Equal variances assumed	.433	.511	.358	228	.721	2.09240	5.85184	-9
	Equal variances not assumed			.355	197.802	.723	2.09240	5.88943	-9

2. السن:

نتائج تحليل التباين الأحادي في الفئات العمرية على قائمة كورنل

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tot_corne	Between Groups	14994.225	2	7497.113	4.046	.019
	Within Groups	420610.857	227	1852.911		
	Total	435605.083	229			

نتائج شيفيه للمقارنات البعدية للفروق بين متوسطات الفئات العمرية على مقياس كورنل للاضطرابات السيکوسوماتية

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	(I) age	(J) age	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
tot_corne	20-30	31-40	-4.32449	5.98009	.770	-19.0594	10.4104
		41-50	28.14773	11.69884	.057	-.6781	56.9735
	31-40	20-30	4.32449	5.98009	.770	-10.4104	19.0594
		41-50	32.47222*	11.42421	.019	4.3231	60.6213
	41-50	20-30	-28.14773	11.69884	.057	-56.9735	.6781
		31-40	-32.47222*	11.42421	.019	-60.6213	-4.3231

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

3. الوظيفة:

Group Statistics

	prof	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tot_corne	médcin	57	53.0351	45.47093	6.02277
	paramédicale	173	60.0462	42.97861	3.26760

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% C
									Lower
tot_corne	Equal variances assumed	.264	.608	-1.053	228	.294	-7.01116	6.65931	-20
	Equal variances not assumed			-1.023	91.245	.309	-7.01116	6.85208	-20

- نتائج الفرضية رقم 05:

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Durbin-Watson
1	.329 ^a	.108	.088	41.65078	1.374

a. Valeurs prédites : (constantes), copi_5, copi_2, copi_1, copi_3, copi_4

b. Variable dépendante : tot_corne

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	47012.776	5	9402.555	5.420	.000 ^b
1 Résidu	388592.307	224	1734.787		
Total	435605.083	229			

a. Variable dépendante : tot_corne

b. Valeurs prédites : (constantes), copi_5, copi_2, copi_1, copi_3, copi_4

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
1 (Constante)	105.988	18.907		5.606	.000		
copi_1	.954	.954	.092	1.000	.318	.472	2.117
copi_2	.578	1.090	.040	.530	.597	.697	1.434
copi_3	-1.883	.929	-.197	-2.028	.044	.421	2.377
copi_4	1.033	1.060	.099	.975	.330	.385	2.599
copi_5	-5.387	1.691	-.309	-3.186	.002	.422	2.367

a. Variable dépendante : tot_corne

Statistiques de groupe

	type	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
copi_1	type A	148	22.5135	4.38998	.36085
	type B	82	22.0000	3.83293	.42328
copi_2	type A	148	16.8311	2.68376	.22060
	type B	82	15.3902	3.37659	.37288
copi_3	type A	148	16.6081	4.94409	.40640
	type B	82	15.1220	3.63926	.40189
copi_4	type A	148	14.6824	4.06083	.33380
	type B	82	14.9512	4.42747	.48893
copi_5	type A	148	12.2905	2.54016	.20880
	type B	82	10.8293	2.15341	.23780

Statistiques de groupe

	type	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
tot_copi	type A	148	83.4189	15.93183	1.30959
	type B	82	80.9024	13.82216	1.52640

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle d
									Inférieure
copi_1	Hypothèse de variances égales	3.420	.066	.888	228	.375	.51351	.57827	- .62
	Hypothèse de variances inégales			.923	187.077	.357	.51351	.55622	- .58
copi_2	Hypothèse de variances égales	.778	.379	3.550	228	.000	1.44084	.40592	.64
	Hypothèse de variances inégales			3.326	138.290	.001	1.44084	.43325	.58
copi_3	Hypothèse de variances égales	16.396	.000	2.386	228	.018	1.48616	.62278	.25
	Hypothèse de variances inégales			2.600	210.228	.010	1.48616	.57156	.35
copi_4	Hypothèse de variances égales	.910	.341	-.465-	228	.642	-.26879-	.57747	-1.40
	Hypothèse de variances inégales			-.454-	155.490	.650	-.26879-	.59201	-1.43
copi_5	Hypothèse de variances égales	7.210	.008	4.405	228	.000	1.46127	.33176	.80
	Hypothèse de variances inégales			4.618	191.364	.000	1.46127	.31646	.83

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes					
	F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance
								différence
tot_copi	9.054	.003	1.201	228	.231	2.51648	2.09471	-1.61098-
			1.251	188.005	.212	2.51648	2.01120	-1.45094-

- نتائج الفرضية رقم 07:

Group Statistics

	type	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
corn_1	type A	148	2,4932	2,50577	,20597
	type B	82	3,5610	3,01477	,33293
corn_2	type A	148	3,9257	3,65910	,30078
	type B	82	7,6341	5,32989	,58859
corn_3	type A	148	3,7230	3,53759	,29079
	type B	82	7,5732	5,63724	,62253
corn_4	type A	148	3,0270	3,52049	,28938
	type B	82	7,6829	5,60617	,61910
corn_5	type A	148	1,8108	1,85660	,15261

	type B	82	2,8171	3,21312	,35483
corn_6	type A	148	2,3108	2,07299	,17040
	type B	82	2,8415	2,75981	,30477
corn_7	type A	148	3,7905	3,86376	,31760
	type B	82	5,8780	4,42605	,48878
corn_8	type A	148	3,2905	2,78053	,22856
	type B	82	3,2561	3,30660	,36515
corn_9	type A	148	1,7095	1,84890	,15198
	type B	82	2,7317	2,18891	,24172
corn_10	type A	148	1,1419	2,13175	,17523
	type B	82	3,4512	3,19395	,35271
corn_11	type A	148	3,3514	3,83124	,31493
	type B	82	6,5000	5,97784	,66014
corn_12	type A	148	3,9730	5,54505	,45580
	type B	82	8,0244	6,92281	,76450
corn_13	type A	148	5,7703	4,10756	,33764
	type B	82	5,4756	3,91649	,43250
corn_14	type A	148	,9257	1,65817	,13630
	type B	82	2,0732	2,06547	,22809
corn_15	type A	148	2,5135	2,88672	,23729
	type B	82	4,8415	3,04886	,33669
corn_16	type A	148	1,7095	1,45337	,11947
	type B	82	2,9756	1,66278	,18362
corn_17	type A	148	3,4459	2,29843	,18893
	type B	82	3,5854	2,68029	,29599
corn_18	type A	148	2,5203	2,97031	,24416

type B	82	3,9146	2,74515	,30315
--------	----	--------	---------	--------

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Con
									Lower
corn_1	Equal variances assumed	13,149	,000	-2,875	228	,004	-1,06773	,37137	-1,7
	Equal variances not assumed			-2,727	143,305	,007	-1,06773	,39149	-1,8
corn_2	Equal variances assumed	38,308	,000	-6,225	228	,000	-3,70847	,59571	-4,8
	Equal variances not assumed			-5,611	124,162	,000	-3,70847	,66099	-5,0
corn_3	Equal variances assumed	48,454	,000	-6,357	228	,000	-3,85020	,60570	-5,0
	Equal variances not assumed			-5,604	117,130	,000	-3,85020	,68710	-5,2
corn_4	Equal variances assumed	73,611	,000	-7,727	228	,000	-4,65590	,60254	-5,8
	Equal variances not assumed			-6,813	117,179	,000	-4,65590	,68339	-6,0
corn_5	Equal variances assumed	80,538	,000	-3,012	228	,003	-1,00626	,33411	-1,6
	Equal variances not assumed			-2,605	111,634	,010	-1,00626	,38626	-1,7
corn_6	Equal variances assumed	25,998	,000	-1,647	228	,101	-,53065	,32216	-1,1
	Equal variances not assumed			-1,520	132,426	,131	-,53065	,34917	-1,2
corn_7	Equal variances assumed	21,888	,000	-3,723	228	,000	-2,08751	,56063	-3,1
	Equal variances not assumed			-3,581	149,185	,000	-2,08751	,58290	-3,2
corn_8	Equal variances assumed	,880	,349	,084	228	,933	,03444	,40998	-7,

الملاحق

	Equal variances not assumed			,080	144,666	,936	,03444	,43078	-8
corn_9	Equal variances assumed	11,540	,001	-3,757	228	,000	-1,02225	,27208	-1,5
	Equal variances not assumed			-3,580	145,193	,000	-1,02225	,28553	-1,5
corn_10	Equal variances assumed	39,982	,000	-6,552	228	,000	-2,30933	,35244	-3,0
	Equal variances not assumed			-5,864	121,829	,000	-2,30933	,39384	-3,0
corn_11	Equal variances assumed	46,275	,000	-4,859	228	,000	-3,14865	,64804	-4,4
	Equal variances not assumed			-4,305	118,677	,000	-3,14865	,73141	-4,5
corn_12	Equal variances assumed	24,130	,000	-4,848	228	,000	-4,05142	,83569	-5,6
	Equal variances not assumed			-4,552	139,133	,000	-4,05142	,89006	-5,8
corn_13	Equal variances assumed	,060	,807	,530	228	,597	,29466	,55627	-8
	Equal variances not assumed			,537	174,168	,592	,29466	,54869	-7
corn_14	Equal variances assumed	5,469	,020	-4,597	228	,000	-1,14750	,24964	-1,6
	Equal variances not assumed			-4,319	139,383	,000	-1,14750	,26572	-1,6
corn_15	Equal variances assumed	1,292	,257	-5,741	228	,000	-2,32795	,40547	-3,1
	Equal variances not assumed			-5,652	159,733	,000	-2,32795	,41190	-3,1
corn_16	Equal variances assumed	7,337	,007	-6,007	228	,000	-1,26615	,21077	-1,6
	Equal variances not assumed			-5,780	149,342	,000	-1,26615	,21907	-1,6
corn_17	Equal variances assumed	9,926	,002	-,415	228	,679	-,13942	,33603	-8
	Equal variances not assumed			-,397	147,003	,692	-,13942	,35115	-8
corn_18	Equal variances assumed	,727	,395	-3,502	228	,001	-1,39436	,39817	-2,1
	Equal variances not assumed			-3,582	178,728	,000	-1,39436	,38925	-2,1