وزارة التّعليم العالي و البحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

أساليب مقاومة الضغط النفسي وعلاقتها بظهور الأمراض البسيكوسوماتية للمعلم

دراسة ميدانية على عينة من المعلمين بمدينة ورقــلة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصّص علم النفس التربوي

من إعداد الطالبة : بن سكيريفة مريم

أمام لجنة المناقشة المتكونة من :

الإسم و اللقب	المؤسسة	الصفة
أ.د/لخضر عواريب	جامعة ورقلة	رئيسا
أ.د/ منصور بن زاهي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
د/.محمد خميس سليم	جامعة ورقلة	مناقشا
د/ خيرة خالدي	جامعة الجلفة	مناقشة
د/ عائشة نحوي	جامعة بسكرة	مناقشة
د/ وسيلة بن عامر	جامعة بسكرة	مناقشة

السنة الجامعية : 2017 / 2018

بسم الله الرحمن الرحيم

لَقَدْ خَلَقْنَا ٱلإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ

سورة البلد : الآية4

الإهداء

إلى
من قال فيهما سبحانه وتعالى "وقضى ربك أن لا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا"
أهدي هذا العمل إلى أغلى كلمة في الوجود التي تـعطي من غير حدود إلى ينبوع الحنان ورمز العطاء ، إلى من خطت لي طريق طريق النجاح بدعائها إليك أمي الغالية .
إلى الذي رباني وضحى من أجلي دون ملل ،إلى الذي علمني المباديء والقيم وبث فيا الأمل إلى من علمني أن الحياة كفاح ، وأن التواضع سر النجاح إليك أبي الغالي .
إلى زوجي الكريم على صبره وتحمله معي هذا المشوار العلمي إلى إبني وقرة عيني محمد و إبنتي فاطمة الزهراء.
إلى من حبهم يسري في دمي إخوتي : زينب ، أيوب ، حفصة ، خولة ، سمية ، عبدالرزاق.
إلى أبناء عمتي الغالية خديجة هاجر وعبد العزيز وعائشة .

أهدي هذا الجهد المتواضع

شكر وعرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف خلقه وخاتم رسله محمد المصطفى وعلى آله الطيبين الطاهرين وعلى أصحابه الغر الميامين

وبعد...

يسرني أن أقدم شكري وامتناني الجزيلين إلى أستاذي ومشرفي الأستاذ الدكتور بن زاهي منصور الذي ألقى على عاتقه مسؤولية الإشراف على هذا البحث فجزاه الله عني خير الجزاء .

ولا يفوتني ان أتقدم بشكري وتقديري إلى كافة الأساتذة الذين ساهموا في إثراء هذا الموضوع من خلال نصائحهم وإرشاداتهم و أخص بالذكر الدكتور آسوو صالح من جامعة العراق، والدكتور ناهظ حماد والدكتور بشير معمرية ، والدكتور طه محمد شعبان من جامعة القاهرة ، الدكتورة جعفور ربيعة ، خلادي يمينة ، غربي صابرينة ، زكور محمد مفيدة ، ريحاني الزهراء، مناع هاجر فجزاهم الله خير الجزاء .

وأتقدم بشكر الجزيل للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تكرمهم لمناقشة الرسالة .

وشكري وتقديري إلى السادة الخبراء الذين استعانت الباحثة بخبراتهم وملاحظتهم .

وشكري وتقديري لكل المعلمين ومدراء المؤسسات التربوية الذين إستعانت بهم الباحثة.

واشكر كل من كان له دور ومساعدة في إخراج هذه الرسالة ولم اذكر اسمه ،

ومن الله التوفيق

الباحثة

ملخص الدراسة :
هدفت الدراسة إلى استكشاف مستوى ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ومدى استعمال أساليب مقاومة الضغط النفسي من جهة ومعرفة طبيعة العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي والأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ودراسة الفروق في كل متغير تبعا لعدة متغيرات.
ولإختبار فرضيات الدراسة تم إختيار عينة من المعلمين بالمرحلة الإبتدائية قوامها 399معلم من مدينة ورقلة .
وتم الإعتماد في جمع المعطيات على الوسائل التالية :
مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي من إعداد الباحثة وهذا بعد التأكد من صدقه وثباته من خلال تطبيقه على عينة من الدراسة الإستطلاعية المتكونة من 100 معلم و معلمة .
قائمة كورنل للأمراض البسيكوسوماتية إعداد برودمان ترجمة محمد السيد أبو النيل وقد تم التأكد من صدق و ثبات الأداة على العينة الجزائرية من خلال تطبيق الأداة على عينة من الدراسة الإستطلاعية المتكونة من 100 معلم و معلمة .
أما عن المنهج المستخدم في الدراسة فتمثل في المنهج الوصفي من خلال الأسلوب الاستكشافي، الارتباطي والمقارن
أما عن الأساليب الإحصائية المستعملة فتم تطبيق الأساليب التالية :
معامل إرتباط بيرسون ، النسبة المئوية ، إختبار ت ، تحليل التباين .
وتمثلت أهداف الدراسة في الإجابة على التساؤلات التالية :
1- ما مدى إستعمال المعلمين لأساليب مقاومة الضغط النفسي ؟
2- مامدى إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ؟
3 _ هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف افراد العينة وظهور الأمراض البسيكوسوماتية ؟
4- هل توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الجنس ؟

5_ هل توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الحالة العائلية ؟
6- هل توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية ؟
7_ هل توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون أساليب إيجابية في مقاومة الضغط والذين يستخدمون أساليب سلبية في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ؟
8_هل توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس ؟
9_ هل توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية ؟
10_ هل توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير االحالة العائلية؟
وبعد تحليل النتائج إحصائيا تم التوصل لنتائج التالية :
أنه ينوع المعلمين في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي. وأن أكثر أساليب مقاومة الضغط النفسي إستخداما هو أسلوب حل المشكل بمتوسط حسابي قدره 14.50وأقلها أسلوب الدعابة بمتوسط قدره 5.18.
هناك إنتشار كبير للأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ، بحيث إحتلت الأمراض الخاصة بالجهاز التنفسي الدرجة الأولى في الترتيب بمتوسط قدره 13.89، وأقلها إنتشارا أمراض الجلد بمتوسط حسابي قدره 2.15.
وجودعلاقة إرتباطية سالبة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي الإيجابية و الأمراض البسيكوسوماتية، ووجودعلاقة إرتباطية طردية

وذات دلالة إحصائية بين أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و ظهور الأمراض البسيكوسوماتية.
كشفت نتائج إختبار ت أنه توجد فروق في أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة بين المعلمين التالية بين الجنسين: أسلوب وسائل الدفاع ، و أسلوب التنفيس الإنفعالي، أسلوب الدعم الإجتماعي لصالح المعلمات .
و أسلوب المغالاة في الأكل والشرب، أسلوب حل المشكل، أسلوب الإسترخاء لصالح المعلمين الذكور.
توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين تبعا لإختلاف الأقدمية المهنية (منخفضة ، متوسطة ، كبيرة) في إستخدام كل من أساليب مقاومة الضغط النفسي التالية : حل المشكل وذالك عند مستوى دلالة 0.01.
و أسلوب الإسترخاء عند مستوى دلالة 0.01 .
وأسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي عند مستوى دلالة 0.01.
و أسلوب التقبل عند مستوى دلالة 0.02.،أسلوب الإنعزال عند مستوى دلالة 0.02 .
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستخدام الأساليب مقاومة الضغط النفسي تبعا للإختلاف في الحالة العائلية ، فيما عدا أ سلوب البحث عن الدعم الإجتماعي لصالح المعلمين المتزوجين .
وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية و المعلمين الذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ومعظم هاته الفروق كانت لصالح المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية .
توجد فروق بين الجنسين بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ذات دلالة إحصائية على 13 مقياس فرعي وكذا الدرجة الكلية وتمثلت المقاييس في الهيكل العظمي ، الجلد ، الجهاز

البولي و التناسلي ، التعب ، عدم الكفاية ، الإكتئاب ، القلق ، الحساسية ، الغضب ، وذالك عند مستوى دلالة 0.01 و . والجهاز العصبي و التعب و التوتر عند مستوى دلالة 0.05. لصالح الإناث .بينما لم يكشف إختبار ت عن وجود فروق في المقاييس الأخرى .

وجود فروق بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ذات دلالة إحصائية وفقا لمتغير الحالة العائلية على المقاييس التالية : الجهاز التنفسي ، الجهاز الهضمي ، الجلد ، الجهاز العصبي ، التعب ، تكرار المرض ، أمراض مختلفة ، عدم الكفاية ، القلق ، الحساسية ، الغضب

وجود فروق بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ذات دلالة إحصائية وفقا لمتغير الأقدمية المهنية على المقاييس التالية : السمع و البصر ، الجهاز التنفسي ، الجهاز الهضمي ، القلق ، التعب عند مستوى دلالة 0.01

والجهاز العصبي و التوتر عند مستوى دلالة 0.05

وقد إنتهت الدراسة بخلاصة عامة للبحث وبعض المقترحات و قائمة المراجع العربية و لأجنبية .

Summary of the study:
The study aimed to explore the level of the emergence of diseases Albesakusumatih between teachers and the use of psychological pressure on the one hand and the resistance know the nature of the relationship between stress and disease resistance psychosomatic between teachers and study the differences in each variable depending on several variables, methods methods.
To test the hypotheses of the study was a sample of primary school teachers choose 399-strong teacher from the city of Ouargla

:

The study relies on data collection on the following ways:
Measure the psychological pressure of the researcher resistance methods and this after the confirmation of his sincerity and persistence through its application to a sample of the scoping consisting of 100 teachers and teacher study.
List Cornell diseases psychosomatic preparation Broadman translation of Mr. Mohammed Abu Nile has been confirmed the veracity and reliability of the Algerian sample through the application of the tool on a sample of the scoping consisting of 100 teachers and teacher study.
As for the methodology used in the study represents the descriptive approach through the exploratory method, and Comparative Correlative
As for the statistical methods used Vtm the application of the following methods:
Pearson correlation coefficient, percentage, t test, analysis of

variance.

The most goals of the study to answer the following questions:

1. To what extent teachers use the methods of psychological pressure resistance?

2_ How much psychosomatic spread of disease among teachers?

3 _ Is there a correlation statistically significant between stress resistance methods used by the sample and the emergence of diseases psychosomatic?

4. Are there differences in the use of psychological stress among teachers resistance due to the variable sex methods?

5_ Are there differences in the use of psychological stress among teachers resistance due to the variable methods of family status?

6. Are there differences in the use of psychological stress among teachers resistance due to the variable professional seniority methods?

7_ Are there differences between teachers who use positive methods to resist the pressure and who use negative methods psychosomatic in the emergence of diseases?

8_hl There are differences in the appearance of psychosomatic diseases among teachers who use negative tactics in resisting psychological pressure due to the variable sex?

9_ Are there differences in the appearance of psychosomatic diseases among teachers who use negative tactics in resisting psychological pressure due to the variable professional seniority?

10_ Are there differences in the appearance of psychosomatic diseases among teachers who use negative tactics in resisting

psychological pressure due to the variable family referral?

After analyzing the results statistically reached the following results:

It diversifies the teachers in the use of psychological pressure resistance methods. And more stress-resistant methods commonly used method is to solve the problem with a mean of $ 14.50 and the least humorous style with an average of 5.18.

There is a large spread of the disease psychosomatic between teachers, so occupied respiratory disease first class in the standings with an average of 13.89, and least prevalent Algelld disease with a mean of 2.15.

And Jodalaqh relational negative between positive stress resistance methods and psychosomatic diseases, and relational Ugodalaqh a positive and statistically significant between psychological stress and negative resistance methods psychosomatic the emergence of diseases.

Test results revealed that T. There are differences in the psychological pressure used resistance between the following teachers between the sexes methods: Method and means of defense, and venting emotional style, social support in favor of the method parameters.

And the method of over-eating and drinking, method of solving the problem, method of relaxation in favor of male teachers.

There were significant statistical differences between teachers depending on the different professional seniority (low, medium, large) to use all of the following methods of psychological pressure resistance: Solve the problem, the spectrum at a level of significance

0.01.

Relaxation and style at a level of significance 0.01.

The method of seeking social support at the 0.01 level of significance.

And acceptance method when the level of significance 0.02.,

Isolation method at 0.02 level of significance.

No statistically significant differences in the use of psychological pressure resistance methods depending on the difference in marital status differences, with the exception of a sloop seeking social support for teachers married.

And no significant differences between the average scores of teachers who use negative methods, and teachers who use positive methods of psychological pressure in the emergence of psychosomatic diseases and most of these circumstances the differences were in favor of teachers who use passive resistance techniques.

There are differences between the sexes for teachers who use negative methods of psychological pressure in the emergence of a statistically significant psychosomatic diseases on the 13 sub-scale resistance, as well as the total score consisted standards in the skeleton, skin, urinary and reproductive tract, fatigue, inadequacy, depression, anxiety, sensitivity, anger, and the spectrum at the level of significance 0.01 and. And nervous system and fatigue and tension at the 0.05 level. Female .binma in favor of test did not reveal the presence of T. differences in other measures.

The existence of differences for teachers who use negative tactics in

resisting psychological pressure in the emergence of psychosomatic diseases statistically significant, according to a changing family situation on the following criteria: the respiratory system, digestive system, Algelld, the nervous system, fatigue, disease recurrence, and different diseases, inadequacy, anxiety , allergies, anger

The existence of differences for teachers who use negative methods of psychological pressure in the emergence of diseases psychosomatic statistically significant, according to the variable of professional seniority on the following criteria: hearing and sight, respiratory, digestive, anxiety, fatigue resistance at the 0.01 level of significance

And nervous and tense at the 0.05 level

The study viewing public with a summary of the research and some of the proposals and the list of Arab and foreign references.

فـهـرس الـمـحـتـويــات

الرقم	الموضوع	الصفحة
1	الآية القرآنية	أ
2	الإهداء	ب
3	الشكر والعرفان	ج
4	ملخص البحث	د
5	فهرس المحتويات	ه
6	قائمة الجداول	و
7	قائمةالأشكال	ي
8	المقدمة	I
9	الفصل الأول : التعريف بالبحث	24-1
10	تحديدمشكلة البحث	20-2
11	تحديد إشكاليات البحث	20
12	تحديد فرضيات البحث	21-20
13	أهمية و أهداف الدراسة	22 -21
14	تحديد بعض المفاهيم و المصطلحات	23
15	الفصل الثاني : أساليب مقاومة الضغط النفسي	94-25
16	تمهيد	26
17	نبذة تاريخية للمفهوم الضغط	27
18	مفهوم الضغط النفسي	31
19	النظريات المفسرة للضغط النفسي	47-38
20	أشكال الاستجابة للضغط النفسي	50-47
21	أعراض الضغط النفسي	51-50
22	الضغط النفسي عند المعلم	54-51
23	مواقف الحياة الضاغطة لدى المعلم .	65_54
24	ماهية اساليب مقاومة الضغط النفسي.	72-65
25	وظائف اساليب مقاومة الضغط النفسي	73-72
26	أنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي	84-73
27	التناولات النظرية لمفهوم اساليب مقاومة الضغط النفسي .	93-84
28	خلاصة الفصل	94
29	الفصل الثالث : الأمراض البسيكوسوماتية	95
30	تمهيد	96
31	تاريخ ظهور الأمراض البسيكوسوماتية	98-97

32	المنطلقات النظرية الأساسية لعلم النفس الجسدي	118-98
33	تعريف الأمراض البسيكوسوماتية	130-118
34	علاقة الضغط النفسي بظهور الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلم	139-130
35	مدى حدوث الأمراض البسيكوسوماتية	140-139
36	الشخصية قبل المرض	139
37	أسباب الأمراض البسيكوسوماتية	144-140
38	آليات الدفاع النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية	144
39	تشخيص الأمراض البسيكوسوماتية	145
40	التشخيص الفارقي للأمراض البسيكوسوماتية	148
41	الأمراض البسيكوسوماتية و العصاب	148
42	الفرق بين المرض البسيكوسوماتي والهيستيريا	149
43	الأمراض البسيكوسوماتية وتوهم المرض	152
44	الأمراض البسيكوسوماتية و التمارض	153
45	الأمراض البسيكوسوماتية والتبدين	153
46	الأمراض البسيكوسوماتية و المرض العضوي	154
47	أهداف البسيكوسوماتية -	155
48	شروط حدوث الأمراض البسيكوسوماتية	155
49	تصنيف الأمراض البسيكوسوماتية	156
50	علاج الأمراض البسيكوسوماتية	273
51	خلاصة الفصل .	279
52	الفصل الرابع : أدوات البحث الإجرائية	الصفحة
53	تمهيد	281
54	منهج الدراسة	290
55	الدراسة الإستطلاعية	291
56	عينة الدراسة الإستطلاعية.	283
57	أدوات جمع البيانات	-292
58	عينة الدراسة الأساسية	332
59	إجراءات الدراسة الأساسية .	333
60	الأساليب الإحصائية	335
61	الفصل الخامس:عرض وتحليل نتائج الدراسة	36-328
62	تمهيد	329
63	عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول	339
64	عرض وتحليل نتائج التساؤل الثاني	340
65	عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى .	342
66	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية .	347
67	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة	350
68	عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة .	353
69	عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة .	356
70	عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة .	358
71	عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة .	360
72	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة .	370
73	خلاصة الفصل	368

74	الفصل السادس : تفسير نتائج الدراسة	379
75	تفسير نتائج التساؤل الأول .	380
76	تفسير نتائج التساؤل الثاني .	384
77	تفسير نتائج الفرضية الأولى	396
78	تفسير نتائج الفرضية الثانية.	413
79	تفسير نتائج الفرضية الثالثة.	421
80	تفسير نتائج الفرضية الرابعة.	423
81	تفسير نتائج الفرضية الخامسة.	423
82	تفسير نتائج الفرضية السادسة.	427
83	تفسير نتائج الفرضية السابعة	430
84	تفسير نتائج الفرضية الثامنة.	432
85	خلاصة عامة .	436
86	التوصيات.	440
87	قائمة المراجع.	446
88	قائمة الملاحق.	456

فــهـرس الــجـدا ول

الرقم	اسم الجدول	الصفحة
1	جدول يوضح الفرق بين العصاب والأمراض البسيكوسوماتية	148
2	جدول يوضح الفروق بين الأمراض البسيكوسوماتية والهيستيريا التحويلية .	150
3	والجدول يوضح أوجه الإختلاف بين الهيستيريا التحويلية والأمراض البسيكوسوماتية	151
4	جدول يوضح تصنيف زهران للأمراض البسيكوسوماتية	157
5	جدول يوضح طريقة تصحيح مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي .	295
6	جدول يوضح فقرات أسلوب حل المشكل في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.	296
7	جدول يوضح فقرات أسلوب إعادة التقييم الإيجابي في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.	296
8	جدول يوضح فقرات أسلوب التخطيط لحل المشكل في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.	297
9	جدول يوضح فقرات أسلوب الرجوع إلى الدين في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.	297
10	جدول يوضح فقرات أسلوب الإسترخاء في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي .	298
11	جدول يوضح فقرات أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي	298
12	جدول يوضح فقرات أسلوب ضبط الذات في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي	299
13	جدول يوضح فقرات أسلوب التنفيس الإنفعالي في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي .	299
14	جدول يوضح فقرات أسلوب وسائل الدفاع في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي	300
15	جدول يوضح فقرات أسلوب التقبل في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي	300
16	جدول يوضح فقرات أسلوب المغالات في الأكل و الشرب وتناول المهدئات في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي	301
17	جدول يوضح فقرات أسلوب الدعابة في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي	301
18	**جدول رقم يوضح فقرات أسلوب الإنعزال في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي**	302
19	جدول يوضح تصنيف أساليب مقاومة الضغط النفسي	302
20	الجدول يوضح معاملات الإرتباط لكل فقرة من فقرات البعد (الأساليب الإيجابية لمقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية للبعد	303
21	جدول يوضح معاملات الإرتباط لكل فقرة من فقرات العامل الثاني (الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي) و الدرجة الكلية للبعد	304
22	جدول معاملات الإرتباط لكل بعد من الأبعاد (أساليب مقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية للأبعاد	305
23	يوضح نتائج حساب المقارنة الطرفية لمقياس أساليب مقاومة الضغط	306

	النفسي.	
24	جدول يوضح قيم معاملات ثبات مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي	307
25	جدول يوضح المقاييس الفرعية لقائمة كورنل للنواحي العصابية والبسيكوسوماتية (1986م)	312
26	جدول يوضح معاملات ثبات قائمة كورنل عن طريق الإعادة (في دراسة محمد صديق 1999)	314
27	جدول يبين معاملات الثبات النصفي لقائمة كورنل (عن محمد صديق 1999)	315
28	جدول يوضح معاملات الثبات النصفي للقائمة في دراسة نجلاء محمد سليمان (2000)	317
29	جدول يبين قيم معاملات الثبات في العينة اليمنية.	318
30	جدول يبين قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لدرجات قائمة كورنل	319
31	جدول يوضح قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات قائمة كورنل بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون .	322
32	جدول يوضح قيم معاملات ثبات ألفا لكرونباخ للمقاييس الفرعية و المقياس ككل . .	324
33	جدول يبين معاملات الصدق الذاتي لقائمة كورنل .	329
34	الجدول يبين معاملات الصدق الذاتي لقائمة كورنل .	320
35	جدول يوضح حساب صدق القائمة بطريقة المقارنة الطرفية	321
36	جدول يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	332
37	جدول يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الأقدمية المهنية	332
38	جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الوضعية العائلية	333
39	جدول يوضح حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لأساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين .	339
40	جدول يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري للأمراض البسيكوسوماتية المنتشرة بين المعلمين.	340
41	جدول يوضح العلاقة بين اساليب مقاومة الضغط النفسي و ظهور الأمراض البسيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة _(قيم معاملات الإرتباط بين أساليب مقاومة الضغط النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلمين)	343

42	جدول يبين نتائج إختبار ت في الإختلاف في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و الإيجابية تبعا للإختلاف في الجنس	347
43	جدول يبين الإختلاف في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و الإيجابية حسب الإختلاف في الأقدمية المهنية (منخفضة ، متوسطة ، كبيرة)	350
44	جدول يبين الإختلاف في أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين حسب الإختلاف في الحالة العائلية (أعزب ، متزوج ، مطلق ، أرمل)	353
45	جدول يبين الفروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية والذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية .	356
46	جدول يوضح دلالة الفروق بين الجنسين في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي	358
47	جدول يوضح دلالة الفروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية تبعاً لمتغير الحالة العائلية .بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي .	360
48	جدول يبين نتائج إختبار شيفيه للكشف عن طبيعة الفروق و إتجاهها في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي و فقا لمتغير الحالة العائلية	366
49	جدول يوضح دلالة الفروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية تبعاً لمتغير الأقدمية المهنية .بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي .	371
50	جدول يبين نتائج إختبار شيفيه للكشف عن طبيعة الفروق و إتجاهها في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي و فقا لمتغير الأقدمية المهنية.	375

قائمة الأشكال

ت	اسم الشكل	الصفحة
1	تخطيط عام لنظرية سيلي (Selye)	40
2	نموذج لازاروس للضغط	44
3	التفسير أو التقييم الذهني للضغوط النفسية	45
4	نموذج (لازروس وفولكمان 1984) للضغوط	46
5	نظرية كانون في تفسير الأمراض البسيكوسوماتية	100

مقدمة :

تعد الضغوط من أهم سمات العصر الراهن، الذي يشهد تطورات وتغيرات سريعة في جميع مجالات الحياة، وأصبحت الضغوط تشكل جزءا من حياة الإنسان نظرا لكثرة التحديات التي يواجهها في هذا العصر ولذلك، فهي تكاد تنتشر في مختلف البيئات والمجتمعات وخاصة في بيئة الأعمال التي تتطلب من القائمين عليها التفاعل المباشر مع الناس مثل المعلمين والمعلمات وعلى وجه الخصوص الذين يعملون في المرحلة الإبتدائية .

حيث تلعب مهنة التدريس دورا كبيرا في تنمية المجتمع ونظرا لدور المعلم الهام في هذه المهنة , فقد تزايد الاهتمام بالمعلم كما ازداد الاهتمام بدراسة وضعه والعوامل التي توثر في فاعليته أما نقصا أو زيادة .(التل،1983)

وتعتبر مهنة التدريس من أكثر المهن إثقالا بضغوط العمل نظرا لما تنطوي عليها من أعباء ومتطلبات ومسئوليات بشكل مستمر, الأمر الذي يتطلب مستويات عالية من الكفاءات والمهارات الفنية والشخصية .

ويذكر كل من ماسلاش وجاكسون (Maslach and Jckson, 1981: 99-113) أنه وكنتيجة لظروف العمل فإن كثيرا من المعلمين يجدون أن مشاعرهم واتجاهاتهم نحو أنفسهم وتلاميذهم ونحو مهنتهم قد أصبحت أكثر سلبية مما كانت عليه. فقد يظهر لديهم انفعالات نفسية مختلفة مثل الغضب، القلق، قلة الحيلة، الانزعاج، أو تثبيط العزم، ومن ثم فقد يفقدون الدافعية نحو الإنجاز في عملهم، وهؤلاء الأشخاص يوصفون بأنهم يعانون من ضغوط العمل. وأظهرت الدراسة التي أجراها كل من فونتانا وأبو سريع أن بين كل أربعة مدرسين يوجد مدرس يدرك ضغوط مهنة التدريس في أعلى مستوياتها وأخطرها (Fontana & Abouserie, 1993: 261-270)، كما وأثبتت دراسة (محمد الدسوقي الشافعي، 1998: 201) أنه لا تكاد تخلو مدرسة مهما كانت، من مدرس واحد على الأقل يعاني ضغطا حادا، وأن بين كل خمسة مدرسين يوجد مدرس يعاني ضغطا حادا. ويذكر (موفق الكبيسي، 2003: 170) أن من نتائج ضغوط العمل خلق حالة من عدم التوازن بين الفرد وقدراته وحاجاته وتوقعاته من جهة، وبين ما يطلب منه القيام به من جهة أخرى، ويشير (السعادات، 2005) بأن علماء النفس قرروا أن الجهد العصبي الذي يصرفه المعلم في التدريس خلال ساعة زمنية واحدة يعادل الجهد الذي يقضيه أي موظف آخر ليشتغل بإحدى الوظائف

الإدارية الأخرى. وقد زاد اهتمام الباحثون في علم النفس في السنوات الأخيرة بدراسة الضغوط النفسية والعوامل المقاومة لها والتي من شأنها المحافظة على صحة الفرد وسلامته النفسية والجسمية.

فتعرض المعلم إلى تللك المواقف الضاغطة تجعله يعيش في توتر واضطراب نفسي لمدة طويلة ، كما أنها تؤثر على سلوكه في كثير من النواحي المعرفية والانفعالية والشخصية ومن المعروف أن الانفعال تتبعه دائما تغيرات في ضغط الدم والتنفس وبعض الاضطرابات الهضمية ، فإذا استمرت هذه التغيرات قد تصبح مزمنة وتؤدي إلى ظهور مايعرف بالأمراض البسيكوسوماتية التي تتميز بأنها أمراض جسمية ذات طبيعة فسيولوجية ذات عوامل نفسية . (عبير بنت محمد ،2003،ص9) ، وهو ما أشار إليه الطبيب الانجليزي وليام هارفي عام 1928 أن كل انفعال مصحوب بألم أو سرور وخوف ورجاء هو في الحقيقة السبب في الإثارة والهياج الذي يمتد تأثيره إلى القلب ، وهو الشيء ذاته الذي لاحظه وليام اوسلر 1927ان حالة تصلب الشرايين وما يصاحبها من حدوث الذبحة الصدرية سببها الضغط المرتفع الذي يعيش الناس تحت وطأته (علي حسن وهبان ،2008،ص7) .

إذ أوضحت إحصاءات الجمعية العالمية للصحة العقلية أن الأمراض البسيكوسوماتية يزداد انتشارها بنسبة كبيرة ، حيث أن هناك فردا واحدا من كل فردين ممن يطلبون المساعدة النفسية يعانون من هاته الأمراض .(عبير بنت محمد ،2003،ص9)

وهو ما أشار إليه نادر الملاح 2003 أن طبيعة العمل هذه الأيام تتغير بسرعة كالريح، وربما أصبح التوتر أثناء العمل في الوقت الحاضر يشكل خطرا على صحة جميع العاملين في أي عمل أكثر من أي وقت مضى.ويسبب التوتر على اعتباره مهددا من مهددات الأمن النفسي أعراضا كثيرة لدى العاملين ،فقد تبين من الدراسات التي على الفرنسيين عام 2002ان 47%منهم يعانون آلام في الظهر و42%من مشكلات عصبية و25%يعانون من الصلع و30%يعانون من الأرق و14%يعانون من ضغوط وظيفية . كما أشار عطوف محمود ياسين 1977الى أن نسبة الأفراد المصابين بالأمراض البسيكوسوماتية في تزايد مستمر وقد تراوحت نسبتهم في مكان العمل ما بين 80الى 85% نتيجة الاحباطات التي يتعرضون لها كل يوم .

ومن بين الدراسات التي بينت العلاقة الضغوط المهنية والأمراض البسيكوسوماتية دراسة إبراهيم احمد إبراهيم 1992بدولة قطر ،ودراسة ادم العتيبي 1997لدى العاملين بالقطاع الحكومي في الكويت ،دراسة سلطان العويضة 1999التعرف على العلاقة بين زيادة التعرض لضغوط العمل والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى العاملين في قطاع التدريس ، دراسة عويد سلطان المشعان 2000لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت ،دراسة مقدم سهيل 2001مستشاري التوجيه المدرسي والمهني ، دراسة نبيلة علي أمين 2002لدى العاملين في بعض المهن المختلفة (أطباء ،محاسبين ،مدرسين،طيارين)إضافة إلى العديد من الدراسات. كما أشار المسح الذي أجري في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1981أن 36٪ من المعلمين بالولايات المتحدة الأمريكية ماكانو ليعيدوا إختيار مهنة التدريس ، لو أتيحت لهم فرصة مرة ثانية ، كما تؤكد هاته النتائج أيضا المسح الذي أجرته جريدة نيويورك تايمز سنة 1982 أن 47٪ من المعلمين يرغبون في عمل آخر غير مهنة التدريس، وأن نسبة 40٪ من معلمي المرحلة الإبتدائية لايرغبون في إختيار مهنة التدريس مرة ثانية .

ولكن بالرغم من تعدد الضغوط التي يواجهها المعلم وتنوعها إلا أنه هناك معلمون يواجهون هذه الأحداث الضاغطة بأساليب تكيفية تزيد من قدرتهم على التحمل ، في حين قد يواجه بعضهم الأخر هذه الأحداث بأساليب تزيد من مشاكلهم النفسية أو الخضوع لها ، لأن الناس يختلفون في طريقة إدراكهم لتلك الأحداث ومن ثم اختلاف أساليب مقاومتهم لها.(Rital, 1990 : 477)

ولهذا وبالرغم من تعرض كل المعلمين لهذه الأحداث بشكل أو بآخر ، لكنهم لا يتعرضون جميعاً لمخاطرها بالدرجة نفسها، نتيجة لاختلاف كل معلم في إدراكه للضغوط الموجهة إليه ، فالإستجابة للضغوط تختلف من معلم إلى آخر ، فأما تكون هذه الاستجابة فعالة (Active) . بحيث تؤدي إلى تغيير أو تعديل هذه الأحداث سواء كانت استجابة معرفية (cognitive) ، أو سلوكية (Behavioral) ، أو تجنبية (Avoidance) للوصول إلى التكيف السليم ومن ثم شعور المعلم بالراحة ، أو قد تكون هذه الاستجابة غير فعالة (passive) تشعره بالخطر والتهديد الدائم والوقوع في الأمراض النفسية والجسمية (الأمراض البسيكوسوماتية (Hollin, 1988 : 439-459) ، وقد أكد عدد من الباحثين أن الأفراد يختلفون بالدرجة التي يتأثرون بها بالأحداث الضاغطة .وقد افترض باندورا أن الناس

يتفاعلون مع المواقف الضاغطة عندما يتعرضون لها ، ولكن المهم في عمل التفاعل هي مدى تأثير فاعليتهم الذاتية في الضغط (stress) وهل باستطاعتهم السيطرة عليه أولاً؟ (Worchel, 1986 : 359)

إذا تأثير الضغوط النفسية لا يكون واحداً بالنسبة لكل المعلمين ، فعندما تقع نفس الضغوط على فردين فهي قد تكون ضاغطة لأحدهما وغير ضاغطة بالنسبة للآخر .والذي يحدد هاته الإستجابة هو أسلوب مقاومة الضغط النفسي الذي يتبناه المعلم . وهوما أشارله عبد الخالق 1998بان ضغوط الحياة قد تقوم بدور هام في إحداث المرض ولكن ليس في كل الحالات ذلك لان مقاومة الفرد الناجحة للضغوط وإدراكه لها إدراكا واقعيا توافقيا يقلل من فرصة الإصابة بالمرض . (مرفت عبد ربه مقبل ،2010،ص08)

أما والكر 1985 فقد بين ان العوامل النفسية وسمات الشخصية والصراعات والضغوط وأنواع الميكانيزمات الدفاعية و أساليب مقاومة الضغط التي يستخدمها الفرد تعتبر من احد أسباب الإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية .

و هو الأمر الذي يؤكده (Lazarus , 1981) صاحب نظرية الضغط و المقاومة(stress and coping paradigm) ، إذ يرى في هذا السياق، أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص في مقاومة الضغط ، حيث أن البعض منهم بعيد إلى حد ما عن الانزعاج من المواقف الضاغطة ويعيش وضعية الضغط على أنها وضعية حياتية عادية من خلال إستخدامه أساليب فعالة في مقاومة الضغط النفسي والتي تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعد المعلم على الإحتفاظ بالصحة النفسية والجسمية معا شريطة أن يعي المعلم كيفية التحمل ، وماهي العمليات الملائمة لمعالجة موقف ما ، كما ينظر البعض إلى تلك العمليات على أنها عوامل الإستقرار التي تعين المعلم على الإحتفاظ على التوافق النفسي و الإجتماعي أثناء الفترات الضاغط .(مايسة أحمد النيال وهشام عبدالله ،1997)، على عكس البعض الاخر الذي لايتقبلها بتلك الصفة , وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في إستجابة الأفراد للضغوط . وهذا مرتبط بشكل كبير بخصوصية الإستجابة للضغط و أسلوب المقاومة الذي يستخدمه الفرد انطلاقا من عدة متغيرات ، تختلف من معلم لآخر ، و التي نذكر من بينها ، الموقف من الضغط ، و تصور المعلم للضغط ، أو بعبارة أدق ، تقديره لوضعية الضغط التي هو عليها .

إذا فأساليب مقاومة الضغط النفسي تعكس الفروق الفردية بين المعلمين في تقدير الضغوط وتقييمها ، والإستجابة لها و أنها يمكن أن تؤثر على جهاز المناعة ووظائفه ، فقد إرتبطت أساليب من نوع الكبت والإنكار والتجنب أي الأساليب السلبية التي تعتمد على وسائل الدفاع النفسي في مقاومة الضغط النفسي مع إنخفاض الوظيفة المناعية للجسم ،كما إرتبطت أساليب سلبية أخرى بإضطرابات طويلة الأمد في جهاز المناعة، بما في ذالك السرطان ، كما تبين أن سوء تنظيم الجهاز المناعي قد يستمر لسنوات حتى بعد إنتهاء الحدث الضاغط (Olearyy et all;1990).

ومن خلال الطرح النظري السابق و إيمانا بالدور الذي يقوم به المعلم في المرحلة الإبتدائية وخدمة لتنمية وتطوير البحث العلمي؛ جاءت دراستنا هاته لتنظم لدراسات السابقة و التي من خلالها تحاول الباحثة التعرف على العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي و ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، وماهي أساليب مقاومة الضغط التي تساهم في التخفيف من حدة هاته الأمراض و مالأساليب التي تخلق هذا النوع من الأمراض بهدف الوصول لنموذج إيجابي في مقاومة الضغوط التي يواجهها المعلم و المحافظة على صحته النفسية والجسمية بالرغم من تعرضه لهذه الضغوط .

ولقد تم تنظيم الإطار النظري للدراسة الحالية و إجراءاتها المنهجية و النتائج التي خلصت إليها من خلال ستة فصول بعد هذه المقدمة وهي :

الفصل الأول : تناولنا فيه تقديم للبحث من خلال تحديد مشكلة البحث و إشكاليات البحث وتحديد فرضيات البحث ،وأهمية و أهداف البحث تحديد بعض المفاهيم والمصطلحات.

الفصل الثاني وتناولنا فيه متغير أساليب مقاومة الضغط النفسي و إبتدأنا هذا الفصل بتعريف الضغوط نبذة تاريخية للمفهوم الضغط . مفهوم الضغط النفسي . النظريات المفسرة للضغط النفسي . أشكال الاستجابة للضغط النفسي . أعراض الضغط النفسي . الضغط النفسي عند المعلم .مواقف الحياة الضاغطة لدى المعلم . ماهية اساليب مقاومة الضغط النفسي وظائف اساليب مقاومة الضغط النفسي . أنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي . التناولات النظرية لمفهوم اساليب مقاومة الضغط النفسي . مصادر المقاومة. فعالية المقاومة.

الفصل الثالث : وتطرقنا فيه الأمراض البسيكوسوماتية من خلال تعريفها و تاريخ ظهورها ، أسبابها و النظريات المفسرة لهاته الأمراض و كذا التشخيص الفارقي لهاته الأمراض و أنواعها و الخصائص الشخصية المميزة لكل نوع من هاته الأمراض وفي نهاية هذا الفصل علاج هاته الأمراض . بالإضافة لتطرق لأهم الدراسات السابقة التي تناولت هذا المتغير .

الفصل الرابع : وتناولنا في هذا الفصل منهج البحث ، ووصف عينة الدراسة وكذا الدراسة الإستطلاعية ، ومكان وزمان إجراء الدراسة ووصف أدوات البحث وصدقها وثباتها ، و الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .

الفصل الخامس: تم فيه عرض وتحليل النتائج بإستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة .

الفصل السادس : وخصص لتفسير ومناقشة نتائج الدراسة وذالك من خلال الإستعانة بنتائج الدراسات السابقة .ثم إستنتاج عام .

وأخيرا وضعت الباحثة خلاصة عامة للبحث ثم وضع جملة من التوصيات كحلول وقائية للتخفيف من إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين .

الفصل الأول تحديد المشكلة

1- تحديد مشكلة البحث .
2- تحديد إشكاليات البحث .
3- تحديد فرضيات البحث .
4-أهمية و أهداف الدراسة
. 5-تحديد بعض المفاهيم والمصطلحات
- خلاصة الفصل

1- تحديد مشكلة البحث : لقد ساعد تعقد الحياة الحديثة والتقدم المادي والتكنولوجي في زيادة الضغوط النفسية على الأفراد ،حتى أصبح موضوع الضغط النفسي ونتائجه من المواضيع الهامة التي شغلت بال العلماء و الباحثين في مجالات علم النفس و الصحة والتربية و مختلف العلوم الإنسانية ، وذالك لما أثبتته الدراسات من أنه يخلف أثارا ونتائج خطيرة ومدمرة على حياة الناس ،كما يرى المختصون في هذا المجال أن الضغط النفسي هو أحد مشكلات العصر الحديث ، وبدا واضحا أنه يقلق المجتمعات من عدة جوانب سياسية ، إقتصادية ، إجتماعية ،وذالك بسبب مايترتب على هذه الضغوط النفسية من أمراض و إضطرابات نفسية.(الغرير ، 2009)

فقد أصبحت دراسة الضغوط النفسية في بيئة العمل محل إهتمام الكثير من المنظمات ؛ وذالك بسبب الأمراض الناتجة عنها ، بالإضافة للخسائر الإقتصادية التي قد تنتج عن تعرض العاملين لها ، فقد أشارت الكثير من الدراسات المتعلقة بالضغوط في العمل إلى أن الضغوط المستمرة تؤدي لشعورالعامل بعدم الرضا عن عمله ، والإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية ، فقد أكد سيلي (1974) بأن التوتر الشديد يؤدي لإصابة الفرد بالعديد من الأمراض كالقرحة المعوية ، و إرتفاع ضغط الدم ، وحدوث ألام على مستوى الجهاز العصبي .

وتعتبر مهنة التعليم من بين المهن المليئة بالضغوط ،بحيث تمثل مهنة التعليم مكانة سامية بين المهن المختلفة، وتوليها كل المجتمعات الأصلية بالإجلال والاحترام ،فرسالة المعلم شبيهة برسالة الأنبياء؛ والرسل؛ الذين بعثهم الله سبحانه وتعالى لهداية الناس وإصلاح حالهم في الدنيا والآخرة ، وقد كرم الإسلام المعلم ومهنة التعليم في قرآنه الكريم .

ولقد عرفت الحضارة الإنسانية التدريس كمهنة منذ أقدم العصور ، وكانت هذه المهنة هي أشرف المهن على الإطلاق، ولم يكن يستطيع مزاولتها إلى الصفوة المختارة من أبناء الأمة ويقع على مهنة التعليم مسؤوليات أساسية في المجتمع وتطوره، وحل مشكلاته لأن عائدها يعود على الأفراد جميعا ، كما أن ضرر التقصير فيها لا يقف أثره عند فرد أو أفراد كما يحدث في مهنة الطب مثلا ، أو غيرها من المهن بل يتعدى هذا الأثر إلى المجتمع كله؛ وتكمن الخطورة اكثر في أن علامات هذا الأثر لا تظهر إلا بعد وقت طويل، من هذا

التقصير ، ثم أن هذا الأثر يبقى بعد ذلك فترة طويلة ، لان ذلك متصل بالإنسان وتفكيره ولذلك فإنه يمكن القول بأن تقصير المعلم يسري كالسم البطيء في كيان المجتمع كله .

كما أن أهمية التعليم مسألة لم تعد اليوم محل جدل؛ في أي منطقة من العالم فالتجارب الدولية المعاصرة ، أثبتت بما لا يدع مجالا للشك أن بداية التقدم الحقيقية بل والوحيدة هي التعليم ، وان كل الدول التي أحرزت شوطا كبيرا من التقدم تقدمت من بوابة التعليم ، بل أن الدول المتقدمة تضع التعليم في أولوية برامجها؛ وسياستها ومن الطبيعي أن يكون للتحويلات والتغيرات العالمية انعكاساتها ؛على العملية التعليمية في شتى بقاع العالم. باعتباره نظاما اجتماعيا فرعيا؛ داخل إطار المنظومة المجتمعية الشاملة وإذا نظرنا إلى الدول الكبرى؛ التي تتصارع على القمة الآن نجد أنها تطور وتجدد في نظمها التعليمية؛وتحاول أن تدرس نظم التعليم الأخرى الموجودة في الدول المنافسة والولايات المتحدة الأمريكية واليابان خير دليل على ذلك .

ويتفق جميع المهتمين بالعملية التربوية على أن المعلم يعتبر من أهم العناصر الأساسية التي لا غنى عنها في هذه العملية، فالمعلم الجيد حتى مع مناهج رديئة يمكنه أن يحدث أثرا طيبا، في سلوك المتعلمين فعن طريق تفاعله مع تلاميذه داخل وخارج حجرة الدراسة ، يتعلمون كيف يفكرون وكيف يتزودون بالمعرفة والمهارات والقيم ، ثم كيف يستفيدون مما يتعلمون في تعديل سلوكهم وخدمة مجتمعهم في الحاضر والمستقبل، وعلى الرغم من التطورات التي حدثت في مجالات طرق التدريس والمناهج وتكنولوجيا التعليم مثل الدوائر التلفزيونية المغلقة، والحاسب الآلي، وغيرها من الاختراعات الحديثة، فلن يأتي اليوم الذي يمكن أن تستغني عنه العملية التربوية، عن المعلم حيث المرونة في سير عملية التعليم، وتهيئة فرص المناقشة بين التلاميذ، ومراعاة الفروق الفردية في قدراتهم العقلية .

ومن خلال كل هذا نستنتج أن المعلم هو حجر الزاوية في العملية التعليمية وهو الذي ينوب المجتمع؛ في تربية أبنائه كما أنه الركيزة الأساسية لبناء كل مجتمع ديمقراطي؛ متطور. كما أن المجتمعات على اختلافها؛ تعتمد في تقدمها وتطورها وبلوغ أهدافها على المعلمين. باعتبارهم دعامة لكل إصلاح اجتماعي وتوجيه قومي، كما تحدث محمد مصطفى زيدان، عن الدور الذي يلعبه المدرس في المجتمع بقوله "إن الوجه الذي تظهر به الدولة خيرا أو شرا ، تقدما أو انحطاطا هو من وضع المدرس ، بما اثر به على تلاميذه حين كان

يقوم بتدريسهم ، فهو مؤثر فيهم معرفة وثقافة وخلقا ، عن الأثر الذي يتركه المدرس في تلاميذه لجد خطير ، إذ أنه يشكل حياتهم ويخلق منهم لبنات تصلح لبناء المجتمع (زيدان، 1982، ص:57).

وهذا ما أشار إليه تغزة إذ يقول : أن أغلب الدراسات تنظر للتلميذ نظرة غائية ، أي أن التلميذ يشكل الغاية من العملية التربوية ، وإلى المعلم نظرة وسيلية أي وجد المعلم في المدرسة ليحقق هذه الغاية ، أي أن هذه النظرة تحمل في طياتها التصور الذي فحواه أن المعلم ترس من تروس آلة مؤسسة التعليم ،يساهم في تحريكها برصيده المعرفي فقط .(تغزة أمحمد ،1991)

ومن المتفق عليه أنه كلما ازدادت أهمية المهنة كثرت الضغوطات المرتبطة بها والتي من المحتمل أن تعوق أداء صاحبها لواجباته ، فقد أشارت تقارير الصحة والسلامة بإنجلترا إلى أن مهنة التدريس أولى المهن الأكثر ضغطا ، حيث سجل 41% من المعلمين أنهم يعانون من إرتفاع مستويات ضغوط العمل لديهم وذالك بالمقارنة ب 13% من العاملين بمهنة التمريض و29% من العاملين بالوظائف الإدارية . (Jespon,Foret,2007)

ويذكر جودت أن مهنة التدريس واحدة من المهن الخمس الأكثر ضغطا في العالم (Godt,2006).

ويذكر Resse(2004) أنه في أواخر الثمانينات من القرن العشرين سجل معهد الضغط الأمريكي ، أن مهنة التدريس واحدة من المهن العشر الأكثر ضغطا ، و أن حوالي 40 إلى 50 بالمئة من المعلمين الجدد يتركون مهنة التدريس خلال السنوات الخمس الأولى وهذا النزوح الجماعي يكلف الدول مبالغ باهظة لإعادة تأهيل معلمين جدد الأمر الذي دفع السلطات التربوية بأمريكا إلى تخفيف ضغوط العمل التي تهدد المعلمين . (Resse,2004)

ونظرا لأهمية مهنة التعليم كما تبين سابقا – بالنسبة لكل من الفرد والمجتمع، وكثرة من يتعامل معهم المعلم من تلاميذ، وأولياء أمورهم ،وإداريين، وزملاء في المهنة، ومسؤولين، بالإضافة للضغوطات التي تواجه المعلم خارج مهنة التعليم، فإنه يواجه الكثير من الصعوبات والمشكلات التي يمكن أن تقف حائلا؛ دون أدائه لمهام وظيفية كما يجب أن تكون. فالحياة النفسية للمدرس مليئة بالمتاعب الناجمة عن أعباء مهنة التدريس، وهذا ما

أكدته أني كورديي(2000) في دراسة لها تحت عنوان "قلق و إنزعاج مدرس " حيث أبرزت تداخل العوامل المسيطرة على المعلم منها : التلميذ ، توصيل المعارف ..... مما يجعل مهنة التدريس يصعب تحملها .

ولقد كان موضوع الضغوط التي تواجه المعلم داخل وخارج المدرسة، التي تؤثر على أدائه التربوي، وخاصة في ظل الإصلاحات الجديدة في المنظومة التربوية محل العديد من الدراسات ، حيث بينت العديد من الدراسات أنه إذا كانت مجالات العمل المختلفة، تزخر بمصادر للضغوط التي يمكن إرجاع بعضها للعامل، والآخر إلى المؤسسة، والبعض الثالث إلى البيئة الاجتماعية، التي يعيش فيها الفرد فإنه حسب تطبيق منظمة العمل الدولية، تعد مهنة التدريس من أكثر مجالات العمل ضغوطا، فهي أكثر المهن الضاغطة، وذلك من خلال ما تزخر به البيئة التعليمية من مثيرات ضاغطة، يرجع بعضها لشخصية المعلم التي تحدد قدرته على التكيف مع المتغيرات السريعة، والكبيرة، في مجال التعليم ومؤسساته وما ينظم أو يقيد عملها من قرارات ولوائح وقوانينه.ويرجع البعض الآخر من الضغوطات إلى البيئة الإجتماعية، الخارجية التي يعيش فيها المعلم ومدى تقديرها لدوره ولأهمية التعليم، ويشير المسح الذي أجري في و , م , أ (1981) أن 36٪ من المعلمين في الولايات المتحدة الأمريكية ، ماكانو ليعيدو إختيار مهنة التدريس لو أتيحت لهم فرصة إعادة الإختيار مرة ثانية ، و أن 22٪ فقط يرغبون في إختيارها لو أتيحت لهم الفرصة مرة أخرى .(عوض ,1995,ص : 95)

أما واقع المدرسة الجزائرية يعكس بشكل واضح المشاكل التي تعانيها هيئة التدريس في كل الأطوار التعليمية خاصة في ضل الإصلاحات التربوية التي شرعت الجزائر في تطبيقها التي كانت سنة (2003،2004) ، فالإضرابات المستمرة للمعلمين ، و الإكتظاظ في الصفوف و التعامل القاسي للإدارة و الأولياء ، و التغير المستمر في البرامج وما تطلعنا عليه الصحف من عنف مدرسي تجاه هيئة التدريس ، فقد كشفت الدراسة التي قام بها حوتي مؤخرا حول ظاهرة العنف المدرسي شملت 21 ثانوية بالعاصمة و 1026 تلميذ و 365 أستاذ ، و 48 مستشار تربوي ،فقد أكذت أن 80 بالمائة من الثانويين يمارسون العنف ضد الأساتذة بمختلف أشكاله كعصيان الأوامر و الشتم والضرب .(باهي سلامي ، 2008)

وإذا كان مهما التصدي لظاهرة الضغوط النفسية للعمل عامة. فالتصدي لضغوط مهنة التدريس أهم بكثير ذلك من منطلق أن نظرة المسؤولين إلى التعليم لم تعد كقطاع استهلاكي، بل هو من أهم مجالات الاستثمار كما أن التعليم الأول والأكثر فاعلية في تطوير وتنمية المجتمع وذلك حيث يمد سوق العمل بما تحتاجه من الخبرات المتطورة.

وتوجد العديد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع المواقف الحياتية الضاغطة والضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم لدى المعلم نذكر منها :

فقد أثبتت دراسة الدكتور ناصر الدين زبدي (2007) التي أجراها على المعلمين . أن هناك نسبة معينة تكثر غياباتهم عن العمل ، وتحدث لهم المشاكل مع الإدارة و المعلمين إضافة لإستقالة العديد منهم وإنقطاعهم نهائيا عن التدريس ، وذالك راجع لعدم القدرة على التوافق مع المهنة و الضغط النفسي نتيجة الصعوبات التي يواجهونها ، والظروف المهنية التي تحيط بهم ، إضافة للحالة الصحية التي تميزهم .(ناصر الدين زبدي ، 2007)

دراسة (عماد الكحلوت ونصر الكحلوت، 2006) "الضغوط النفسية وعلاقتها بأداء معلمي التكنولوجيا بالمرحلة الأساسية العليا:"

هدفت إلى الكشف عن مدى شيوع الضغوط المدرسية ومستوى الأداء والعلاقة بينهما.

وتكونت عينة الدراسة من "66" من معلمي التكنولوجيا بالمرحلة الأساسية العليا من الجنسين بواقع "34 من المعلمين و32 من المعلمات" بمحافظتي غزة وشمالها. وتمثلت الأدوات التي استخدمها الباحثان بمقياس الضغوط المدرسية واستبانه ملاحظة الأداء من إعداد الباحثين.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الضغوط المدرسية شائعة عند أفراد العينة من معلمي التكنولوجيا بالمرحلة الأساسية العليا عند مستوى 55.19%، وأن الضغوط المدرسية تتدرج في سلم أعلاه ضغوط سلوكيات التلاميذ وأدناه ضغوط العلاقة مع المدير. كما أن أداء المعلمين يقع عند مستوى 77.95%. وأن الأداء يتدرج في سلم أعلاه المجال الشخصي والإداري وأدناه مجال التقييم والتقويم. ولم تظهر نتائج الدراسة وجود علاقة بين الضغوط المدرسية وأداء معلمي التكنولوجيا.

كما قام (محمد الشافعي ،1998)بدراسة عنوانها " ضغوط مهنة التدريس مقارنة بضغوط بعض المهن الأخرى وفي علاقتها بالمعتقدات التربوية للمعلمين:"

هدفت إلى مقارنة ضغوط مهنة التدريس كما يدركها المدرسون بضغوط بعض المهن،

والكشف عن علاقة الارتباط بين تقدير المعلمين للضغوط المهنية، ومعتقداتهم التربوية ، وتكونت عينة الدراسة من أربع عينات فرعية ، (46) معلماً بالمرحلة الابتدائية , و(49) ممرضة , و (42) موظفا بالسنترال, و(39) إداريا بالمدارس ، وأظهرت نتائج الدراسة اختلاف تقدير الضغوط المهنية باختلاف المهنة , كما أظهرت نتائج الدراسة أن مهنة التدريس أعلى ضغطاً من مهنة مقسم الهواتف، وأقل ضغطاً من التمريض, في حين لا يوجد اختلاف في ضغوط العمل، في مهنة التدريس ، والعمل الإداري بالمدارس ، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط سالبة معنوية بين تقديرالمعلمين للضغوط المهنية ، ومعتقداتهم التربوية.

قام(عويد سلطان المشعان ،2000)بدراسة عنوانها"مصادر الضغوط في العمل لدي المدرسين في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية:" هدفت إلى التعرف على مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة لدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية ، وتألفت عينة الدراسة من (746) معلماً ومعلمة ، منهم (377) معلماً ، و(369) معلمة ، ومنهم (363) من الكويتيين، و(383) من غير الكويتيين ، وبينت نتائج الدراسة وجود فروق معنوية بين الكويتيين وغير الكويتيين في مصادر ضغوط العمل، لصالح المعلمين الكويتيين ، كما بينت نتائج الدراسة وجود فروق معنوية بين الجنسين في مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات النفسية والجسمية ، لصالح الإناث ، كذلك بينت نتائج الدراسة وجود معامل ارتباط معنوي بين مصادر الضغوط المهنية ، والاضطرابات النفسية الجسمية.

قام (عبيد بن عبدالله العمري ، 2003)بدراسة عنوانها "ضغوط العمل عند المدرسين: " هدفت إلى التعرف على اختبار العلاقة بين المتغيرات الديمغرافية ، والمتغيرات الوظيفية من جهة ، وضغوط العمل من جهة أخرى في مدارس مدينة الرياض الحكومية ، وبلغت عينة الدراسة (472) معلماً ، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة سالبة معنوية بين المتغيرات الديمغرافية – العمر ، والراتب الشهري ، ومدة الخدمة – وضغوط العمل ، كما أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية معنوية بين المتغيرات الوظيفية – عبء العمل ، وصراع الدور ، وغموض الدور ، وطبيعة العمل ، والأمان الوظيفي – وضغوط العمل ، كذلك أوضحت نتائج الدراسة أن المتغيرات الوظيفية أكثر تأثيراً على ضغوط العمل من المتغيرات

الديمغرافية. .

كما قام محمد (1999)بدراسة عنوانها"الضغوط النفسية لدي المعلمين وحاجاتهم الإرشادية هدفت إلى تحديد أهم الضغوط النفسية التي تعرض لها المعلم، والتعرف على الفروق بين المعلمين والمعلمات في شعورهم بالضغوط النفسية ورتبتها لديهم، وكذلك التعرف على الحاجات الإرشادية للمعلمين . وباستخدام الأداة على عينة بلغت 189 معلمًا ومعلمة تم اختيارهم بصورة عشوائية موزعين حسب الجنس والمرحلة الدراسية . وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية : تبين أن هناك مظاهر للضغوط النفسية لدى المعلمين كما كشف عنها التحليل العاملي بعد التدوير المتعامد للمحاور وهي : الضغوط الإدارية، الضغوط الطلابية، الضغوط التدريسية، الضغوط الخاصة بالعلاقات مع الزملاء . وتكشف النتائج أن الضغوط الإدارية تحتل المرتبة الأولى ثم الطلابية ثم التدريسية ثم الخاصة بالزملاء . كما توجد فروق بين الجنسين في الضغوط الإدارية لصالح الذكور، أما الضغوط الطلابية، والخاصة بالعلاقات فإن المعلمات أكثر معاناة من المعلمين، أما الضغوط التدريسية فلا فروق بين الجنسين. كذالك دراسة (حسين)، (1994) "مستوي التوتر النفسي ومصادره لدي المعلمين في التعليم العام في مدينة الرياض : "

هدفت إلى معرفة مستوى التوتر النفسي ومصادره لدى المعلمين في التعليم العام في الرياض . وهدفت إلى معرفة تباين مستوى التوتر باختلاف المؤهل والخبرة والجنسية . وهدفت إلى معرفة أهم مصادر التوتر لديهم . وطبق الباحث أدوات الدراسة على عينة تكونت من 140 معلمًا ومعلمة 102 معلم سعودي و 38 من غير السعوديين حيث توصل الباحث إلى النتائج التالية : مستوى التوتر عند المعلمين كان متوسطًا. لا توجد فروق جوهرية في مستوى التوتر تعزى إلى جنسية المعلم أو خبرته أو مؤهله ، المرحلة التي يعمل به . وأهم مصادر التوتر تمثلت في عبء الدور، الروتين، والملل في العمل، بعد تكوين الشخصية، بعد الحياة الخاصة، التنظيم الهرمي للمؤسسة . أبرز مصادر التوتر التي ميزت بين المعلمين المتوترين والأقل توترًا هي بعد الحياة الخاصة وتكوين الشخصية، وغموض الدور وظروف بيئة المعلم المادية.(لبني صبري سليمان فرج الله)

–فقد أسفرت دراسة ألكسندر لفينغسطون (1983)(**Alexander–livingston et al**) التي شملت عينة من 660 مدرسا من المدارس الحكومية، عن وجود خمسة عوامل مستقلة،

تشكل مصادر للضغط في مهنة التعليم، وهي عدم الشعور بالأمن لمزاولة مهنة التدريس؛ عدم وجود اتصال أو ترابط بين البرامج الدراسية؛ التي يقوم بتدريسها التمييز العنصري، العلاقات بين المدرسين ،التعبير المطرد في الأعمال الدورية .

(Alexander –livingston et al، 1983 ، p : 112)

– كما أفادت دراسة (**ميرسكي رونالد Mersky ronald 1984**) على عينة من 12 مدرسة أن مصادر الضغط في مهنة التعليم قد تمثلت في صعوبة ضبط الفصل بعض التلاميذ ،المقابلات أثناء العمل ، الدخل ، السلامة الصحية للمدرس .

– وفي دراسة امبريقية استهدفت بناء مقياس الضغوط المهنية للمعلمين قام **إبراهيم السامدوني(1991**) بناء على نتائج القياسات السيكومترية بتحديد العوامل التالية كمصادر للضغط في التعليم وهي :

– علاقة المعلمين ببعضهم البعض العمل مع التلاميذ ، الإسناد الإداري لعلاقة الإدارة بالمعلم ،العائد المادي العبء الوظيفي، المشكلات التدريسية وعدم ملائمة المباني المدرسية وأثاثها . (السامدوني ، 1991 ، ص :18) .

وفي ملخص أعده **محمود فرحات (1994)** حول الدراسات التي قام بها **بلاز blase** على مدى ستة أعوام **(1980– 1986)** متتالية من خلال الإستبيانات المفتوحة والمقابلات الشخصية لعدد من المعلمين ،حدد العوامل التالية كمصادر أساسية للضغوط في مهنة التعليم وهي:

– طبيعة المؤسسة التي يعمل بها المعلم .

– إدارة هذه المؤسسة والنمط الإداري السائد بما في ذلك شبكات الإتصال .

– علاقة المعلم بالتلاميذ وفهمه لخصائصهم .

– اتجاهات المعلم نحو مهنة التدريس .

– اتجاهات التلاميذ نحو المعلم و المدرسة و التعليم بصفة عامة .

– طبيعة المادة التعليمية التي يقوم المعلم بتدريسها.(فرحات، 1994،ص:62)

واستقراءا لنتائج الدراسات السابقة ،نستنتج أن مشكلة الضغط النفسي التي يتعرض لها المعلم تؤدي به لاستنزاف جسمي –نفسي كبيرين، فقد توصلت العديد من البحوث و الدراسات العلمية إلى نتيجة مفادها أن الضغوط النفسية تلعب دورا هاما في ظهور بعض

الإضطرابات و الأعراض الجسمية وظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، فقد وجد كل من (Benler1981) أن الضغط و الإجهاد الذي يعاني منه الطلاب في المدرسة الثانوية قد إرتبط إرتباطا إيجابيا بالميل للشعور بالصداع و أمراض الحساسية ، كما كشفت نتائج دراسات كل من (stroeb et al) التي بحثت عن الأثار النفسية و الجسمية للضغوط المثيرة للمشقة، عن وجود علاقة إرتباطية بين أحداث الحياة المثيرة للمشقة و العديد من الأمراض البسيكوسوماتية ، مثل الذبحة الصدرية ، وأمراض الشريان التاجي ، والام البطن المفاجئة ، والسكري و ضغط الدم .(Salumon et al,1990) .

كما ذكر (Albrecht 1979) أنه توجد العديد من الأمراض الجديدة والغريبة التي وجدت طريقها لحياة الإنسان ، في دول العالم الصناعية و التي تنتشر بإضطراد ، فقد وصلت نسبة إنتشارها لحد الأوبئة لكنها لاتنتقل عن طريق العدوى بالبكتيريا أو الميكروبات بل أن هذه الأعراض قد تمتد على متصل من الإحساس البسيط بعدم الراحة إلى السكتة الدماغية و الإرهاق ، وضغط الدم ، وفشل الأعضاء وهذه الأمراض تتزايد بشكل منتظم وتهدد صحة البشر و سلامتهم ومن أهم أسباب هذه الأمراض الظروف المحيطة بالإنسان العادي و التي تؤثر على وظائفه الفسيولوجية والتي يطلق عليها الضغوط النفسية (أمل سليمان تركي العنزي). وأكدت بعض الدراسات الأجنبية والعربية أن التوتر الناجم عن ضغوط الحياة يسبب في حصول إجهاد ذهني للفرد وصعوبة في التركيز، واضطرابات في المزاج ، وخلل في النشاط الفسيولوجي للجسم مثل ضغط الدم وأمراض القلب، وأمراض السكري ، واضطرابات في الدورة الدموية وحدوث الشيخوخة المبكرة . ومن هذه الدراسات : (Tulman & Jacyelin, 1990 : 97) (عبد الوهاب ، 2003: 4) و (الأشول، 1993 : 15-17) و(علي ، 1994 :8) (حسن ، 2000 : 22) و(الداهري والكبيسي ، 1999 : 132)

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلمين ، فقد توصلت دراسة عويد المشعان (2002) لوجود أمراض بسيكوسوماتية لدى مدرسي مرحلة المتوسط بالكويت ، كما توصل ناصر الدين الزيدي (2004) من خلال دراسة حول أسباب القلق عند المدرس الجزائري شملت 754 مدرس إلى أن ثلثي المدرسين تقريبا مصابون بأمراض بسيكوسوماتية مختلفة و أن كثرة الأمراض البسيكوسوماتية المرتبطة بمهنة

التدريس في الجزائر الحساسية للطبشور ، أمراض العيون ،الحبال الصوتية ، والإصابة بمرض الأمعاء الغليظة كالقولون الناجمة عن الضغط النفسي و الإجهاد في العمل بحيث شملت الدراسة عينة قوامها 754 مدرس و أن نسبة 69,10% تعرضو لهذه الأمراض مع مباشرة ممارسة مهنة التدريس، و نسبة 41,60 أصيبت بالأمراض خلال الثلاث سنوات الأولى ، ونسبة 10،25 أصيبت خلال الفترة الممتدة من 4 إلى 7 سنوات ، و10، 8 % أصيبت خلال الفترة من 8 إلى 11 سنة وقد كان الترتيب النسبي لهاته الأمراض البسيكوسوماتية كمايلي :

أمراض الجهاز الحسي بنسبة 09،63%، وأمراض الجهازالدوري بنسبة 43,97%، أمراض الجهاز الهضمي بنسبة 43,21%، و أمراض الجهاز التنفسي بنسبة 29,77%، و أمراض الجهاز النفسي (قلق و إكتئاب) بنسبة 26,57%، و أمراض الجهاز الغدي و الهرموني بنسبة 12,04%. كما توصلت الدراسة لتصنيف العوامل المهنية المؤثرة في نفسية المدرس كمايلي : ظروف العمل التربوي بنسبة 89,90%، وعلاقة المدرس بالمهنة 86,80% , والإدارة التربوية و تعليماتها بنسبة 76,90%، و الإتصال بعقول غير ناضجة 75,50%

.ودراسة نبيلة أبو زيد(2002) التي أشارت أن فئة المدرسين تنفرد بإنتشار كبير للأمراض البسيكوسوماتية ، كأمراض الجهاز الهظمي ، والجهاز العصبي وتكرار المرض نتيجة الضغوط المهنية و الإجتماعية و الأسرية .

أما المكتب العالمي للعمل فقد قام بمجموعة من الدراسات حول الضغط لدى المدرسين، وتوصل إلى أن الضغوط تشكل مرضا مهنيا لا ينجو منه لا المدرس بالبلدان النامية و لا البلدان المتقدمة ، و أن الأمر ينتهي بجملة من الأمراض النفسية كالقلق و العصبية ، و أمراض بسيكوسوماتية كإرتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة ، والصداع النصفي وهي بمثابة أمراض كلاسيكية للقائمين بمهنة التدريس . Dominique Chalvin)

أما باهي سلامي (2008) فقد توصل من خلال دراسته "مصادر الضغوط النفسية و الإضطرابات السيكوسوماتية لدى المدرس " وشملت 816 مدرس إلى أنه يوجد إنتشار كبير للأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين في الأطوار الثلاثة للتعليم ، تتصدرها أمراض الجهاز العظمي و الهيكلي كآلام الظهر و الروماتيزم ، ويليها أمراض الجهاز الهضمي

كالقرحة و القولون ، والجهاز العصبي ، ثم الجهاز الدوراني كإرتفاع ضغط الدم ، واخيرا الجهاز التنفسي .

فالنفس و عواملها و أحوالها تؤثر في وظائف الجسم والعكس صحيح.فقد ظهر نتيجة هذه العلاقة مابين الضغوط النفسية و الأمراض الجسمية مايعرف علميا بالأمراض البسيكوسوماتية (psychosomatic Disorders) ، التي تحدث نتيجة لإختلال شديد أو مزمن في التوازن الهيموستازي لكيمياء الجسم نتيجة الضغوط النفسية ، أي أن هاته الأمراض تعود لوجود سببية سيكولوجية وراء الأعراض العضوية وهذا ما تطرق له كانون (Cannon) في كتابيه الشهيرين (التغيرات الجسمية في الألم ، الجوع ، الخوف ، الغضب) و كتاب (حكمة الجسم) بحيث توصل إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة إنفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية .(حسين فايد ، 2001)

فالضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم تجعله أكثر عرضة للإنهيار العصبي و الوقوع فريسة الأمراض النفسية الجسمية (الأمراض البسيكوسوماتية).

فالأمراض البسيكوسوماتية التي تصيب الكثير من المدرسين تعتبر من أهم العوائق التي قد تحد من كفاءة المدرس ، كما تحول دون بلوغ أهداف التربية في البلاد وفي هذا الشأن أجرى مجلس ثانويات الجزائر دراسة كشفت أن 90% من الأساتذة يعانون من أمراض لها علاقة قوية بمدة التدريس بعضها ناجم عن فترة عمل لا تتجاوز عشر سنوات ، ومنهم 60% يتوفون قبل سن التقاعد أو بعده بقليل.(جعفور ،318)

وفي هذا الصدد فقد أشارت العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين العوامل النفسية والإصابة بالمرض (علم المناعة النفسية العصبية) أن الضغوط النفسية والحالة الوجدانية ،قد تؤثر سلبيا مباشرة أو من خلال الجهاز العصبي المركزي أو الهرمونات التي يفرزها الجسم عندما يكون في حالة ضغط نفسي. وهذا ما أكده علم النفس الصحة الذي إهتم بدراسة العوامل النفسية و السلوكية والتي لها صلة مباشرة بالصحة و المرض .

كما أشارت التقارير الطبية في الولايات المتحدة أن 75% من المشكلات الصحية والأمراض العضوية مثل أمراض القلب ، وإرتفاع ضغط الدم و القرحة ؛ لها علاقة بشكل أو بآخر بالضغوط النفسية و الأحداث الضاغطة وليس هذا فحسب بل قد تتعدى ذالك للتأثير

علـى قـدرة الجسـم فـي مقاومـة الإلتهابـات و الأورام ،و أن 50٪ مـن مشـكلات المرضـى المراجعين للأطباء و المستشفيات ناتجة عن الضغوط النفسية ، وأن 25٪ من أفرادالمجتمع يعانون من الضغط النفسي .(أحمد العزيز ، أحمد أبو سعد،2009).

كما تشير التقارير التي يقدمها المسؤلون في المصحات النفسية إلى أن من 40٪ ـ 60٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون مرض بسيكوسوماتي .(حسن عبد المعطي ،2003)

فأهمية العوامل النفسية في إحداث الأمراض الجسمية باتت مسألة مسلما بها في الأوساط الطبية ؛ ففي المخططات الهندية تم العثور على مايدل على مثل هذه العلاقة التأثيرية على الصحة الجسمية منذ أكثر من 1500عام قبل الميلاد ، و أشارت تلك المخطوطات إلى أثر الحزن على الإصابة بمرض السل ؛ كما أشار العديد من الأطباء اليونانيون القدامى لتأثير الأسى النفسي على القوام الجسمي .(مارتن ، 2001)

فموضوع العلاقة بين النفس و الجسد لايقتصر على الدراسات والبحوث الطبية أو الأفكار الفلسفية السابقة ، بل قد تطرقت آيات القرأن الكريم لهذه العلاقة كما جاء في سورة يوسف مثلا ، إذ أدى غم وحزن سيدنا يعقوب عليه السلام على فقدان إبنه يوسف عليه السلام إلى تغير لون عينيه ومعاناته من إضطراب في الرؤية حيث قال تعالى ﴿ وتولى عنهم وقال يا أسفي على يوسف وابيضت عيناه من الحزن فهو كظيم 84﴾ (يوسف 84) (السعدي ،2002).

فإذا كانت مشكلة الأمراض البسيكوسوماتية ليست حديثة الظهور بين المعلمين إلا أنها في الوقت الحالي تنتشر بشكل كبير وسريع جدا بين المعلمين نتيجة الضغوط المهنية و التطور التكنولوجي والصناعي الذي أدى إلى تغيرات شديدة في ثقافات المجتمع مما أدى لزيادة القلق و الصراع و التنافس ومن ثم تكون هذه الأحداث التي يمر بها المعلم يوما بعد يوم سبب في نمو وتزايد الأمراض البسيكوسوماتية .

وإذا كانت هذه الضغوط المختلفة تشكل موضوعا مستصعبا وشائكا فقد أشار العديد من العلماء أمثال زايكا وتشمبرلين (Zaika ,Chambeerlain 1987) لأهمية التركيز على دراسة العوامل المخففة أو المعدلة و التي تشير لوجود متغيرات نفسية (أساليب مقاومة هاته

الضـغوط وهـي التـي تعبـر عـن الكيفيـة التـي نفكـر و نسـتجيب بهـا للأحـداث الضـاغطة والمهددة للذات)

ويرجع الفضل في تناول وتطوير مفهوم المقاومة إلى Lazarus(1984) الذي عرفها بأنها الجهود التي يقوم بها الفرد لحل المشكلات ، ومقاومة الضغوط النفسية التي تواجهه ، فقد ميز لازاروس بين نوعين من أساليب المقاومة وهما :

_ المقاومة المركزة على المشكلة (المقاومة النشطة) : التي تهدف لتغيير علاقة الفرد ببيئته ، وتقوم على التقييم الإيجابي للموقف ، وتشمل الإعداد للموقف ، وإستخدام مهارات التخطيط ، التقبل ، إعادة البناء المعرفي وغالبا ماترتبط هذه الأساليب بنتائج إيجابية لدى الفرد.

_ المقاومة المركزة على الإنفعال (المقاومة السلبية ، أو غير الفعالة) : وفيها يتم الهروب من مصدر التهديد ، وتهدف لتقليل الأثار الإنفعالية الناتجة عن الضغوط النفسية مثل البحث عن الدعم الإجتماعي و التنفيس عن المشاعر ، وتشمل كذالك إستخدام أساليب مقاومة الدفاع النفسي .فقد أكدت دراسة (1978) Rees بأن إستخدام الفرد للأساليب المقاومة المركزة على الإنفعال في مواجهة ضغوط الحياة كالإنسحاب و التبرير لاتؤدي لحسم الموقف الضاغط بل تؤدي لزيادة معاناة الفرد النفسية والجسمية .

كما أن أساليب مقاومة الضغط النفسي هي التي تحدد إيجابية أوسلبية نتائج الضغوط على المعلم وهي التي تمثل خط الدفاع الأول في مقاومة الضغوط ، و تؤثر في كيفية رؤية المعلم للضغوط وكيفية إدراكه وتفسيره لها . فقد أوضحت النظرة الحديثة أن الجانب النفسي يكون وراء معظم الأمراض البسيكوسوماتية وأن نسبة الشفاء من هذه الأمراض تزداد كلما إرتقعت معنويات المريض من خلال إستخدامه أساليب فعالة لمقاومة هاته الضغوط حتى في الأمراض الخطيرة .(يسرى عبد المحسن ،1994)

إذا فالضغوط النفسية التي يمر بها المعلم لاتتسبب في حدوث الأمراض البسيكوسوماتية ، ولكن تلعب أساليب المقاومة دورا مهما في ذالك ، فتفسير الموقف الضاغط و إدراكه وتقييمه عناصر ذات أهمية بالغة في تحديد أثار الضغوط على الصحة الجسمية للمعلم .وهذا ما

أكده جون بيلتون من خلال قوله " إن العقل في حد ذاته يمكن أن يجعل الجحيم سعادة و السعادة جحيما " وهي مقولة أثبتتها نتائج العديد من الدراسات التي أجريت بهدف التعرف على العوامل التي تساعد الفرد في الحياة بعيدا عن إصابته بأمراض الضغوط ، فقد أصبح من المقبول الآن وجود مفهوم الشخصية المحصنة الذي يعني الشخصية التي تتوفر لديها القدرة على تحمل الضغوط من خلال توفر أساليب فعالة للمقاومة هاته الضغوط بكفاءة مما يقلل من الأثار السلبية لها ومن ثم تصبح هذه الشخصية محصنة من المرض (Hennah,1988).

ومن بين الدراسات التي تناولت العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية ،دراسة (Achet 1971) و (weisman1976) التي أثبتت أن كل من الإنكار و القمع بمختلف أشكاله قد يزيد من تفاقم الأمراض البسيكوسوماتية .

وفي دراسة حديثة أجريت على 55 فرد من ذوي الأمراض المزمنة لوحظ أن المرضى الذين يعتمدون أساليب مقاومة متنوعة وعديدة يتمكنون من تحقيق عدة تغيرات إيجابية في حياتهم مقارنة بأولئك الذين لا ينوعون في أساليب المقاومة ويتمسكون بطريقة واحدة (Lazarus &Folkman 1984)

كما بينت دراسة كل من كوهن ولازاروس (1979) أنه هناك نماذج مختلفة ومتعددة من الأساليب التي تندرج تحت عملية المقاومة ضد المرض وتعرف هذه الأساليب باسم أساليب المقاومة ، وقد قدمت هذه الدراسة وصفا شاملا لنماذج هذه الأساليب وتوصلت إلى أن الجهود التي يبذلها الفرد في عملية المقاومة تعمل على توفير الإرتياح الإنفعالي له وتؤمن له تكيف معين مع المرض .(cohen,Lazarus1979,).

و قد بين (Lazarus , 1981) صاحب نظرية الضغط و المقاومة(stress and coping paradigm) ، أن هناك اختلافا وفروق في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بالضغط ، حيث أن البعض منهم بعيد إلى حد ما عن الانزعاج من الضغط على عكس البعض الاخر حيث يمكن أن يدرك بعض الأفراد حدثاً معيناً كالامتحان مثلاً بوصفه حدثاً أو مثيراً سلبياً للضغوط بينما يدركه بعضهم الآخر على أنه مثير إيجابي، أي أن

هناك فروقاً بين الأفراد في إدراكهم لمثيرات الضغوط، ومن ثم يتباين الأفراد في تقييماتهم للمطالب البيئية من حيث كونها مهددة أم لا. ثم إن اعتبار الفرد للأحداث والمثيرات البيئية على أنها مواقف ضاغطة يتحدد على ضوء إدراكه وتقويمه المستمر لحاجاته ومطالبه عند تفاعله مع مختلف جوانب البيئة المحيطة به (عشماوي،2001: 20 – 31), وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في المقاومة بين الأفراد . هذا الإختلاف في مقاومة الضغط، مرتبط بشكل كبير حسب (Lazarus) بخصوصية الإستجابة للضغط و أسلوب المقاومة المستخدم .

فقد ذكر الطريري (1984) أنه إذا نظر الفرد للموقف الضاغط ، أو الحدث على أنه أمرضاغط فهذا قد يؤدي لحدوث شحنة إنفعالية تتولد لدى الفرد وتوجهه نحو الحدث ، أو الأمر الذي أعتبر أنه ضاغط ، فقد تكون هذه الشحنة الإنفعالية على شكل خوف أو غضب ، أو عدم الشعور بالأمن أو قلق وبعد أن تحدث هذه الشحنة الإنفعالية يفترض أن يترتب عليها إثارة فسيولوجية كأن يحدث شد عصبي ، أو زيادة في مستوى الكولسترول ، وزيادة في سرعة ضربات القلب .فالأفراد يختلفون في أساليب مقاومة الضغوط ، فمنهم من يتعرض لموقف ضاغط ويستطيع مواجهته بفاعلية دون الوقوع في المرض البسيكوسوماتي ومنهم من يفشل وينهار في مواجهة هذه الضغوط فيصاب بالأمراض البسيكوسوماتية .

ووجد لازاروس وفولكمان (1984) Lazzarus & Flkman " أن الإدراك الايجابي والسلبي لأحداث الحياة من المحددات المهمة للصحة النفسية؛ فالأحداث كالحمل، أو فقدان الوظيفة،أو السفر للخارج، أو العمل الكثير جداً، قد تعتبر ضاغطة لبعض الناس، وغير ضاغطة بالنسبة لآخرين وفقا للتقييم المعرفي للفرد لكل حدث من الأحداث" : Lazzarus & Flkman, 1984) (107 ، كما أكدت دراسة عبد المعطي(1992) "أن ذوي الأعراض المرضية يدركون أحداث الحياة بدرجة أكثر سلبية وذالك من خلال إستخدامهم لأساليب المقاومة السلبية والغير فعالة من المتمتعين بالصحة النفسية الذين كان إدراكهم لأحداث الحياة يتميز بالايجابية" (عبد المعطي،229:1992)

فهناك من يعيش وضعية الضغط على أنها وضعية حياتية عادية ، و هناك من لا يتقبلها بتلك الصفة ، انطلاقا من عدة متغيرات ، تختلف من شخص لآخر ، و التي نذكر من بينها

، الموقف من الضغط ، و تصور المعلم لضغط ، أو بعبارة أدق ، تقديره لوضعية الضغط التي هو عليها .

هذه المتغيرات ذات أهمية قصوى في نظر (Lazarus) ، لكونها هي المسؤولة عن تحديد الطريقة االتي يتعامل بها الفرد مع الضغط ، و يواجه بها وضعية الضغط الناتجة عن العمل ، و هو ما يعبر عنه (Lazarus) بمصطلح المقاومة (Coping) .

ويطلق سيلجمان على وجهة النظر التي يتبناها الفرد في تقييمه لمثيرات الضغوط وتهديداتها النمط التفسيري أو التعليلي (Explanatory Style) ويقصد بها الطريقة التي يستخدمها الفرد في تفسير الأحداث التي يمر بها، وخاصة الأحداث السيئة.

ويؤثر هذا النمط تأثيراً كبيراً في الصحة والمرض، إذ وجد أن كثيراً من الأفراد قد لا يمرون بأي أزمات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث ضاغطة (عبد المعطي،2006 :48) (المغربي،2007: 220).

و لقد بين كل من (Cohen and Lazarus, 1979) و (Lazarus and Folkman, 1984) أن عملية المقاومة كسلوك ، تحتل موقعا مركزيا أو وسطيا في عملية التكيف مع الضغط بصفة عامة ، كما أن دراسة (Cohen and Lazarus , 1979) في هذا الشأن بينت أن هناك نماذج مختلفة و متعددة من الأساليب التي تندرج تحت عملية المقاومة ضد الضغط ، و تعرف هذه الأساليب باسم اساليب المقاومة (Coping strategies) ، و قد قدمت هذه الدراسة وصفا شاملا لنماذج هذه الإستراتيجيات ، كما توصلت إلى أن الجهود التي يبذلها الفرد في عملية المقاومة تعمل على توفير الإرتياح الإنفعالي له ، و تؤمن له تكيفا معينا مع الضغط .

و في هذا الخصوص ، يوضح (Lazarus , 1981) أن عملية المقاومة ، لا يمكن أن تجري إلا في إطار عملية التقدير المعرفي (Cognetive appraisal) ،

ذلك لأن الفرد تحت وضعية الضغط ، يقوم بسلسلة من العمليات المعرفية قبل الوصول إلى مرحلة الدخول في الفعل (put in action) لمواجهة تلك الوضعية من الضغط . و

تجدر الإشارة هنا إلى أن نوع الأساليب المستخدم في المقاومة ضد الضغط يتوقف على عملية التقدير المعرفي.

إنطلاقا من كل المعطيات السابقة ، و استنادا إلى نتائج الدراسات و البحوث المذكورة آنفا ، و التي أكدت أن مهنة التدريس ، تشكل مصدر ضغط نفسي بالنسبة للمعلم ، يفرض التعامل معه ، استعمال اساليب مختلفة من المقاومة .

و من هذا المنطلق ، جاءت فكرة تصميم هذا البحث الذي يهدف إلى ابراز أهمية الجانب النفسي (أساليب مقاومة الضغط النفسي) وذالك إنطلاقا من أن العوامل النفسية تلعب دورا قويا في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، وكذالك في نشأتها و إستمرارها أو إثارتها وضعف مقاومة الفرد في مواجهتها ، حيث أن إدراك الفرد السلبي للمواقف الضاغطة يؤدي لظهور إنفعالات ، تضعف من مناعة الجسم ومقاومته لتساعد على ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، كمرض السكري ، السمنة ، الحساسية ، إرتفاع ضغط الدم ، وهذا ما أكده علم المناعة النفسية الذي ظهر سنة .1980.

.بحيث بينت الدراسات لو أن الشخص أنكر وجود الضغوط أو هرب منها أ و حتى تشائم ، فسوف يفرزجسمه مواد ضارة وهدامة تقود لإعتلال صحته ، بل الوقوع فريسة العديد من الأمراض الجسمية .

وعليه فإن دراستنا الحالية تحاول التعرف عن أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين وكذا الأمراض البسيكوسوماتية المنتشرة بين المعلمين ومعرفة العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة بين المعلمين وعلاقتها بظهور الأمراض البسيكوسوماتية عندهم وكذا معرفة الفروق في هذه المتغيرات .

<u>2-تحديد إشكاليات البحث :</u> تتجلى إشكالية بحثنا في التساؤلات الآتية:

1_ ما مدى إستعمال المعلمين لأساليب مقاومة الضغط النفسي ؟

2_ مامدى إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ؟

3 _ هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف افراد العينة وظهور الأمراض البسيكوسوماتية ؟

4- هل توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الجنس ؟

5_ هل توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الحالة العائلية ؟

6- هل توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية ؟

7_ هل توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون أساليب إيجابية في مقاومة الضغط النفسي والذين يستخدمون أساليب سلبية في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ؟

8_هل توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس ؟

9_ هل توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية ؟

10_ هل توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير االحالة العائلية ؟

3-تحديد فرضيات البحث :

1_ ينوع المعلمين في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي .

2_ يوجد إنتشار للأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين بمستوى عال.

3_ توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف افراد العينة وظهور الأمراض البسيكوسوماتية .

4- توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الجنس .

5_ توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الحالة العائلية.

6- توجد فروق في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بين المعلمين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية .

7_ توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون أساليب إيجابية في مقاومة الضغط النفسي والذين يستخدمون أساليب سلبية في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية .

8_ توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس.

9_ توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية .

10_ توجد فروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تعزى لمتغير الحالة العائلية .

4 ـ أهمية الدراسة :

- ندرة الدراسات حسب علم الباحثة التي تهتم بدراسة العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي وظهور الأمراض البسيكوسوماتية .

_ تنبع أهمية الدراسة عن أهمية عينتها فئة المعلمين و خطورة الأمراض البسيكوسوماتية وإنتشارها بين المعلمين لما تتميز به مهنة التعليم من ضغوط كبيرة.

_ مساعدة المعلمين على المقاومة الإيجابية للضغوط التي تؤدي للتخفيف من ظهور الأمراض البسيكوسوماتية .

_ وتنبع الأهمية التطبيقية لهاته الدراسة في الإستفادة مما تسفر عنه نتائج هاته الدراسة وذالك من خلال وضع برامج علاجية للمعلمين الذين يتعرضون للضغوط الشديدة للحد من ظهور الأمراض البسيكوسوماتية لديهم ومساعدتهم على إستخدام الأساليب الفعالة في مقاومة الضغط النفسي .

- نتائج هاته الدراسة قد تكون بداية لدراسات أخرى تفيد في إثراء البحوث المتعلقة بالأمراض البسيكوسوماتية .
- كما تأمل الباحثة أن يستفيد من نتائج هاته الدراسة المعلمون و الأخصائيون النفسانيون وكذا القائمون على شؤون المعلمين.
- الخروج بتوصيات و مقترحات تفيد المعلمين وتساهم في خفض الأمراض البسيكوسوماتية .

5_ أهداف الدراسة:

الكشف عن أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين.

الكشف عن الأمراض البسيكوسوماتية المنتشرة بين المعلمين .

الكشف عن العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي وظهور الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلم.

الكشف عن العلاقة بين الأساليب السلبية و الإيجابية لمقاومة الضغط النفسي وظهور الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلم.

_ الكشف عن الفروق في أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و الإيجابية المستخدمة من طرف المعلمين وفقا لمتغيرات الدراسة (الجنس ، الأقدمية المهنية ، الحالة العائلية).

_ الكشف عن الفروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية و الذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي .

_الكشف عن الفروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون أساليب سلبية في مقاومة الضغط النفسي وفقا لمتغيرات الدراسة (الجنس ، الأقدمية المهنية ، الحالة العائلية _)

6- **تحديد بعض المفاهيم والمصطلحات :**

يرى الكثير من المختصين والباحثين في ميدان العلوم الإنسانية أن " للمصطلح الواحد في علم النفس، تعريفات عديدة ناجمة عن تعدد النظريات والمداخل التي يزخر بها هذا العلم كالمدخل السلوكي والمعرفي والإنساني " (الأمل أحمد، 2001، ص : 213).

ويرجع هذا الاختلاف أيضا إلى الخلفية الثقافية؛ والعلمية التي تميز كل باحث واختلاف وجهات النظر للظاهرة النفسية المدروسة .

وعليه فإننا سوف نقدم التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث الأساسية وسوف يتم الالتزام بها خلال هاته الدراسة وهي كما يلي :

* **أساليب مقاومة الضغط النفسي** : هي الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها المعلم، في تعامله مع الضغوط الواقعة عليه؛ والتي تميز حياته الأسرية والاجتماعية والمهنية .

وتتحدد نوعية أسلوب مقاومة الضغط النفسي لكل معلم من خلال استجابته على مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي المعد من طرف الباحثة

3_ **الأمراض البسيكوسوماتية* (Psychosomatic Disorder)**

تُعرف "بأنها الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء التي يحدث بها تلف في جزء من أجهزة الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض ، والتي لا يفلح العلاج الطبي الطويل في شفائها شفاء تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي" . (محمود أبو النيل : 1994م ، 348)

والتعريف الإجرائي للأمراض البسيكوسوماتية "هو الدرجة التي تحصل عليها االمعلم على قائمة كورنل للنواحي العصابية والبسيكوسوماتية" تعريب وإعداد محمود أبو النيل (2001م)

المعلم : ذلك الشخص الذي يملك مؤهلات مهنية وعلمية ؛ يدرس بمرحلة التعليم الإبتدائي

خلاصة الفصل :

تناولنا في هذا الفصل موضوع الدراسة حيث تم عرض جوانبه من خلال طرح المشكلة التي تم تحديد معالمها، و إطارها النظري من خلال عرض نتائج بعض الدراسات السابقة. التي لها علاقة بالموضوع ثم تحديد تساؤلات الدراسة (إشكالية البحث) التي نسعى للإجابة عليها.

وكذلك تحديد الفرضيات التي تعتبر كحلول مؤقتة للمشكلة المدروسة كما تعرفنا على متغيرات الدراسة ؛ بالإضافة لتحديد بعض المفاهيم والمصطلحات الجديدة في البحث. .

الفصــل الثانـي

أساليب مقاومة الضغط النفسي

*** تمهيد**

1- نبذة تاريخية للمفهوم الضغط .

2- مفهوم الضغط النفسي .

3- النظريات المفسرة للضغط النفسي .

4- أشكال الاستجابة للضغط النفسي .

5- أعراض الضغط النفسي .

6- الضغط النفسي عند المعلم .

7- مواقف الحياة الضاغطة لدى المعلم .

8- ماهية اساليب مقاومة الضغط النفسي.

9- وظائف اساليب مقاومة الضغط النفسي .

10- أنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي .

11- التناولات النظرية لمفهوم اساليب مقاومة الضغط النفسي .

12- مصادر المقاومة

13- فعالية المقاومة

*** خلاصة الفصل**

تمهيد :

إن الأزمات النفسية الشديدة ،والمواقف الضاغطة، أو الصدمات الإنفعالية العنيفة، أو أي اضطراب في علاقة الفرد مع غيره من الأفراد على مستوى البيت أو العمل أو المجتمع الصغير ، وغير ذلك من المشكلات أو الصعوبات التي يجابهها الفرد في حياته، والتي تدفع به إلى حالة من الضيق والتوتر والقلق ، تخلق لديه الوسيلة لاستيعاب الموقف و التفاعل معه بنجاح فيتخذ أسلوبا لحل تلك الأزمة وفق إستراتيجية نفسية خاصة تتناسب وشخصيته . هذه الطرق والوسائل التي تستطيع أن تخفض التوتر تسمى بأساليب مقاومة الضغط النفسي .

ولقد زاد الإهتمام منذ عدة سنوات بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الفرد لدرء الخطر الذي يواجهه يوميا في حياته ، وسمى علماء النفس هذه بأساليب مقاومة الضغط النفسي (Coping) وعندما يستخدمها الأفراد إنما يستجيبون بطريقة من شأنها أن تساعدهم على تجنب ذلك الموقف الضاغط أو الهروب منه ، أو حتى التقليل من شدته بغية الوصول إلى معالجة تحدث التوازن .

وبما أن دراستنا هاته تركز على أساليب مقاومة الضغط النفسي، التي يستخدمها المعلم فإننا قبل التطرق لأساليب مقاومة الضغط النفسي، لا بأس أن نعرج على التعرف على الضغوط النفسية التي يعانيها المعلم ، أولا: وذلك من خلال تعريف الضغوط النفسية ، والنظريات المفسرة لها ، وطرق الاستجابة لضغوط النفسية ، وأعراض الضغط النفسي ، وأخيرا الدراسات السابقة التي تناولت الضغوط التي يعانيها المعلم . وبعد ذلك نتناول تعريف أساليب المقاومة ، وأنواعها ، والوظائف المتعددة لها ، ثم نتطرق للنظريات التي فسرت أساليب المقاومة .

1- **نبذة تاريخية لمفهوم الضغط :** أظهرت العلوم الطبية ميلا واضحا لاستخدام مفهوم الضغط (stress) للإستعانة به في تفسير الإضطرابات العضوية ، و بالأخص في العشرية الأخيرة ، إذ برزت إلى الوجود عدة مجلات ذات طابع طبي ، خصصت للبحث في آثار الضغط على الصحة ، كمجلة (stress and Health , 1984) مثلا .كما أن البحث في آثار الضغط على الصحة أخذ طابعا أكثر دقة و خصوصية ، إذ انفرد كل فرع من الفروع في الطب ، بالبحث في هذا المجال ، كلٌ حسب موضوعه .ففي ميدان الطب السيكاتري (psychiatry) قام كل من(Granboulan V . , Mercuel A. , 1987) ببحث حول علاقة الضغط بالإكتئاب عنوناهبـــ : (stress et depression) . و في الطب السيكوسوماتي(psychosomatics)، قدم الباحث (De Bulter J. , 1985)دراسة بعنوان " لماذا و كيف تنشأ الأمراض السيكوسوماتية؟"

(Pourquoi et commet surviennent les maladies psychosomatiques) .

إلى جانب البحث الذي قدمه (Consoli S. , 1985) حول علاقة الضغط بالإضطرابات القلبية ، و بصفة خاصة الإضطرابات المتعلقة بارتفاع الضغط الشرياني ، و الذي يحمل عنوان : "الضغط ، الشخصية ، و ارتفاع الضغط الدموي" (stress, et personnalité et hypertention) .

و رغم هذا الإنتشار الواسع و المكثف للإستعمالات المختلفة و المتعددة لمفهوم الضغط ، إلا أنه لا يفوتنا أن نشير إلى ما يعتري هذا المفهوم من إبهام و غموض و عدم دقة في تعريفه ، إذ هناك مشكل يطرح حول تعريف مصطلح الضغط . و يتعرض لهذا المشكل في شكل تساؤلات ، كل من (Catherbas P. , Rouseet H. , 1988) فيقولا : " هل يمكن للضغط أن يعرف دون غموض ؟ و هل يتعرض الباحثون من مختلف المجالات إلى نفس الظواهر عندما يتحدثون عن مفهوم الضغط ؟ و هل يمكننا أن نلتزم بحدود علمية معينة عندما نتحدث عن الضغط ؟.... و هل هناك بناء نظري لهذا المفهوم من شأنه أن يشكل منطلقا صالحا و موضوعيا يساعد على تقديم تفسير للظواهر الطبية ؟ و هل يشكل الضغط الحلقة المفقودة في سلسلة العلاقة بين المجتمع ، الحياة النفسية ، و المرض؟"

و أمام هذه الإشكالات التي يطرحها تعريف الضغط ، فإن بعض الباحثين و منهم(Maurer. M. , 1984) ، يقترح أن يعرف كل باحث مفهوم الضغط تعريفا إجرائيا يتناسب و بحثه ، و بالتالي يتفادى المشاكل التي يطرحها هذا المفهوم . و حتى تتجسد لدينا أكثر تلك الإشكالات المطروحة في تعريف مفهوم الضغط ، ارتئينا أن نعرض فيما يلي ، لمحة تاريخية حول المراحل التي مر بها استعمال مفهوم الضغط في المجالات العلمية المختلفة .

عرف مصطلح الضغط ، استعمالات عديدة عبر الأزمنة المختلفة ، إذ استخدم هذا المصطلح في أوائل القرن الرابع عشر للدلالة على حالات المشقة و الضيق و الحزن (cf. (straits , and affliction , hardship) (Lumsden, 1982

و في القرن التاسع عشر ، أدخل مفهوم الضغط في ميدان الطب أين اعتبر كقاعدة أساسية للإضطرابات الصحية ، و يظهر لنا ذلك من خلال ما كتبه هنكل (Hinkle,1977) نقلا عن (William Osler) حول الإضطرابات الصحية التي يتعرض لها الرجل اليهودي ، إذ يقول : " يعاني الرجل اليهودي من الإجهاد و التعب إلى أقصى حد في طاقته العصبية من خلال العيش في حياة متوترة ، و من خلال انهماكه في العمل و تكريسه وقتا و جهدا كبيرين لتسيير شؤون بيته ، كما أن جهازه العصبي معرض لذلك الضغط و التوتر اللذان سيصبحان على ما يبدو العامل القاعدي للعديد من حالات الذبحة الصدرية)

و قد شمل استعمال مصطلح الضغط أيضا ميدان فيزيولوجيا الإنفعالات . ففي بداية الثلاثينات مثلا ، و بالضبط في (1932) ، استخدم الباحث (Walter cannon , 1932) ، مصطلح الضغط في دراسته لفيزيولوجيا الإنفعالات ، و اعتبر الضغط ، اضطرابا في الإتزان البدني (disturbance of hemeostasis) ، ينشأ تحت ظروف معينة ، كالتعرض للبرد ، و نقص الأكسجين ، و انخفاض السكر في الدم .

و جاء بعده (Hans Selye, 1936) ، ليتحدث عن مصطلح الضغط معتبرا إياه ، كمجموعة من الإنفعالات الفيزيولوجية التي تحدثها حاجة بيئية معينة .

و في فترة الأربعينات و الخمسينات ، اتسع مجال استخدام مصطلح الضغط ، ليشمل ميداني علم النفس و علم الإجتماع إذ أطلق علماء الإجتماع أمثال

(In : Lazarus , Folkman , 1984) (panics , Ribots) مصطلح الضغط على المستوى الإجتماعي ، لشرح ارتفاع نسبة الإنتحار و الجريمة ، و الأمراض العقلية في مجتمع ما .

أما في ميدان علم النفس ، فلقد ظهرت بوادر استعمالات مصطلح الضغط في علم النفس المرضي ، و خاصة في أعمال (Freud) و نظرياته ، ثم في أعمال من تبعه من منتهجي منحى التحليل النفسي . و حينها كان يستعمل مصطلح القلق (Anxiety) بمعنى ضغط سيكولوجي(psychological stress) .

وكان للحرب العالمية الثانية ، و الحربين الكورية و الفيتنامية ، أثر في دفع الأخصائيين إلى البحث في هذا المجال ، و يتجلى هذا في الدراسات و المقالات التي تطرقت إلى أثر الضغط على الأداء الحربي ، و استخدمت نتائج هذه البحوث في عمليات الإختيار و التوجيه الحربي .و كانت نقطة التحول الكبرى و المهمة في البحث حول مصطلح الضغط في فترة السبيعنات ، إذ تميزت بصدور عدة مؤلفات ، كانت على جانب كبير من المنهجية و التنظيم بالمقارنة مع ما سبقها .

و قد تم من خلال هذه المؤلفات (Levine and Scoth, 1970; Mc Grath, 1970) الإعتراف بأهمية الضغط على أنه مظهر من مظاهر الحياة الإنسانية ، لا يمكن أبدا تجاهله .

و على الرغم من توفر عدد لا بأس به من البحوث و الدراسات التي دارت حول مصطلح الضغط ، إلا أنه لم يكن هناك في تلك الفترة ، تعريفا محددا لمصطلح الضغط . و قد أشار كل من (Eisodofer , 1982 & Elliot) إلى عدم وجود مثل هذا التعريف في قولهما : " "بعد مرور خمس و ثلاثين سنة من البحث ، لم يتوصل أي باحث إلى صياغة تعريف خاص بمصطلح الضغط ، من الممكن أن يحصل على إجماع و اتفاق معظم الباحثين حوله" (نقلا عن أزروق .ص 21). و ربما يعود ذلك إلى الصعوبات المنهجية التي يفرضها التعامل مع مصطلح الضغط ، كمصطلح واسع و معقد ، كما يراه (Lazarus) ، الذي اقترح في عام (1966) فكرة التعامل مع مصطلح الضغط ، انطلاقا من كونه مفهوم تنظيمي (Organizing concept) ، يساعد على فهم فئة معينة من الظواهر ذات الأهمية القصوى

في عملية التوافق السيكولوجي .فالضغط إذن حسب (Lazarus) ليس عبارة عن متغير واحد فريد ، بل هو عبارة عن وحدة (rubric) متكونة من العديد من المتغيرات و العمليات (variables and processes) ، و هو الشيء الذي يشكل عائقا منهجيا أمام بعض الباحثين في استعمالهم لهذا المصطلح .

بعد أعمال (Lazarus, 1966) حول مصطلح "الضغط السيكولوجي" ، أصبح الحديث عن مصطلح الضغط مرتبطا بصفة حتمية بالحديث عن مصطلح "المقاومة" (Coping) ، فبرزت إلى الوجود ، ثنائية (الضغط - المقاومة) انطلاقا من الفكرة الأساسية التي قامت عليها أعمال (Lazarus) ، و التي نصها أن الفرد تحت شروط ضغط معينة ، يسعى دوما إلى محاولة إعادة التوازن ليحقق تكيفا معينا مع محيطه ، و تكون عملية المقاومة مسؤولة إلى حد كبير ، و بشكل أساسي عن تحقيق حالة التكيف تلك .

يمكن حصر أهم النقاط التي تكشف عن جذور الضغط وإمتداداته المعرفية فيما يلي:

1- إن أصله الإيبتيمولوجي Lorigine Eptymologique يبقى غامضا ،فهو إما من أصل الكلمة الإنجليزية Distress ، أو من أصل الكلمة الفرنسية Estress والتي تعني: Etroitesse أو Striction أو Oppression (دانيال وجوليان ، Daniel ,RetJuLien,2001) .

2- ظهر هذا المفهوم في الثلاثينات تبعا للبحوث المخبرية التي قام بها سيلي 1956 والتي سمحت له ببلورة مفهوم لزمة الضغط Le Syndrome de stress أو ما يسمى بـ: لزمة التكيف العام: LeSyndrome general daptation (SGA) وقد عرفه سيلي من خلال مقال نشره في مجلة الطبيعة لأول مرة سنة 1936على أساس أنه مفهوم يشير إلى استجابة العضوية لصعوبات المحيط .

يقترح هذا المفهوم في الأصل تفسيرا إشراطيا للمرض المؤسس على ضوء المبادئ السيكولوجية الكبرى لـ: كلود برنار Claude Bernard وكانون Cannon.حيث أدرك المرض على أنه نتيجة اختلال حالة توازن وفشل ميكانيزمات التعديل أو متطلبات محيطية مضعفة لإمكانيات تكيف العضوية، ومسار هذه الصيرورة كما أوردها سيلي تتم من خلال

المراحل الثلاثة التالية: إستجابة الإنذار، مقاومة (إعادة التوازن الأولي)، وأخيرا مرحلة الإنهاك واحتمال الموت.(Olivier,R.&Alain1996).

3-أستخدم هذا المفهوم بناء على التلاقي الموجود بينه وبين مفهوم الإنفعال(Lemotion) وقد تم تطور مفهوم الضغط حول محورين هما :

المحور الأول: وظف في الستينات من خلال أعمال لازاروس1966 حول دراسة صيرورة التكيف (Coping Processes).

المحور الثاني : وظف في السبعينات من خلال دراسة الأحداث الضاغطة (Stress Life events).

4- باستثناء التغيير الذي جاء به سيلي سنة 1974و المتمثل في مفهوم (Eu-Stress) أو (stress sans tress) ، فإن النموذج الخاص بالتصور والمعالجة الإمبريقية لم يتغير وبقي كذلك حتى ذلك التاريخ .أي أن الضغط كان يدرك كشيء سلبي .

5- الضغط مفهوم يقع في مفترق طرق عدة تخصصات ، ويعتبر المؤسس لتخصص يسمى بسيكولوجية الصحة . وهو من المفاهيم التي أصبحت متداولة بين العامة والخاصة، وأصبح يشبه بالصندوق الذي يتضمن آلم إنسان القرن الواحد والعشرين . وعموما، فإنه يستخدم عندما لا يكون باستطاعة الفرد تقديم استجابة مناسبة إزاء الحدث المواجه. وأنه يحدث بطريقتين :

عن طريق الإستثارة الزائدة أو الإستثارة غير الكافية ، وهو بهذا المعنى ينتج عن الفارق بين مستوى الإثارة المتوقعة والإستثارة المدركة.(بن طاهر بشير،2004،ص:20).

2- مفهوم الضغط النفسي :

2-1-المفهوم اللغوي

-لقد جاءت كلمة ضغط في لسان العرب على النحو التالي :

ضغط: الضغط ، والضغطة :عصر شيء إلى شيء ،ضغطه يضغطه ضغطا ؛زحمه إلى حائط ونحوه .

يقال ضغطه إذا عصره وضيق عليه .

والضُغطة (بالضم) : الشدة والمشقة (إبن منظور ،1975،ص :342).

-أما قاموس الهدى : فيشرح الكلمة على النحو التالي : ضغط ؛ يضغط ؛ ضغطا : عصر، زحم ، ضيق .

انْضغط : قُهِرَ : اضْتغط عليه ،تشدد عليه ، الضُغطة ، الزحمة والضيق المشقة الضغْطة؛ الاضطرار ، الضاغوط ، الكابوس .

الضغيط ج. ضغطى : الضعيف الرأي ، المضْغط أرض منخفضة .

المِضغط : آلة لحساب ضغط الهواء وتقلبات الطقس . (إبراهيم قلاتي،ص:421)

أما المنجد في اللغة العربية المعاصرة فأعطى الشرح التالي :

ضغط: عصره ، ضغط الهواء : ضغط عليه للقيام بعمل يأباه ،ضيق وتشدد ،جماعة ضاغطة : تضييق معنوي ،إكراه ،ضغط خارجي ،ضغط لرأي العام ،ضغط الدم ،ضغط الحياة العصرية (أنطوان نعمة، وآخرون،2000،ص:882 ،883).

وفي معجم الوجيز ؛ جاء شرح كلمة ضغط كمايلي:

ضغط: ضغطا ،عصره، زحمه بالغ في إيجازه ، وعليه شدد وضيق.

(الضغط): ضغط الدم في الطب هو الضغط الذي يحدثه تيار الدم على جدار الأوعية .

وفي الهندسة والميكانيكا : تعني القوة الواقعة على وحدة المساحات في الاتجاه العمودي عليها.

الضغط الجوي في الطبيعة : هو الضغط الذي يتركز على نقطة معينة بفعل الثقل الذي يحدثه عمود الهواء على هذه النقطة . (المعجم الوجيز،1999 ،ص:378).

أما في اللغة الإنجليزية فتعني كلمة (Stress) ، كما وردت في قاموسLarousse كما يلي:

الضغط العالي ، إرغام ،إجهاد ،إلحاح (Larousse , 2002 , p : 329) .

كما أن كلمة (Pressure) الانجليزية تعني كذلك نفس المعنى وجاء شرحها على النحو التالي: الضغط ،الضيق ،إلحاح ،بل هي مرادفة لكلمة (Stress) ، كما وردت في نفس القاموس ، كما أنه نفس المعنى تشير له الكلمة الانجليزية (Press) ، وهذا حسب القاموس السابق .

أما قاموس (Le. Robert) فقدم نفس الشرح لكلمة (Stress) التي جاءت في قاموس (La rousse). (Michel legrain , 1997 , p: 1826) .

أما في اللغة الفرنسية فقد اشتقت من الفعل اللاتيني(Stringere) كلمتان تدلان على: الشدة ، الضيق ، الحصر هما :

كلمة (Etriendre) تعني حصر الجسم ،أو ضمه أو إحاطته، بالذراعين أو الأطراف، وترافقه مشاعر وأحاسيس متناقضة ،وتعني الضيق والضغط الشديد على الجسم والنفس .

كلمة (Detresse) وهي: الشعور بالوحدة، أو التخلي، تدل على حالات حادة تجتمع في حالة واحدة وتعبر الوحدة ،الخطر،المعاناة (Jean Benjamin Stora , 1995, p:03).

أما بالنسبة للقواميس العربية المتخصصة مثل قاموس علم النفس لـ. حامد عبد السلام زهران فقد أورد عدة معاني عربية لكلمة (Stress) منها:

الإجهاد، الشدة، الكرب، الضائقة، التشديد والإنعصاب.(حامد عبد السلام زهران،1987،ص:214)

أما أصل كلمة (Stress) فهو إنجليزي ولا يوجد له أي مدلول قبل القرن 20في اللغة الفرنسية . (Jean Benjamin Stora , 1995 , p : 04) .

وقد بين (روبرت فون)(Robert Lafon) في قاموسه على أن أصل الكلمة إنجليزي (Robert Lofon , 1973 , p : 786)

وقد بين ميشال ليقر على أن أصل الكلمة إنجليزي. (Michel Legrain, 1997 , 1826)

أما هارون توفيق الرشيدي يرى أن في اللغة الإنجليزية وردت ثلاث مصطلحات هي الضواغط (Stresseor) والضغط(Stress) والانضغاط (Strain) ، وقد جاءت الضواغط لتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي ،فيزيقية، اجتماعية ونفسية ، والتي يكون لها قدرة على إنشاء حالة ضغط ما ، أما كلمة الضغط (Stress) فتعبر عن الحادث ذاته أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما ، ويشير مصطلح الانضغاط(Strain) إلى حالة الانضغاط التي يعانيها ويئن منها الفرد والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالأعياء والانهاك والاحتراق الذاتي ويعبر عنها الفرد بصفات مثل خائف ،قلق، مكتئب، مشدود، متوتر، متوجس. (هارون توفيق الرشيدي،1999،ص:15)

ويرى جمعة سيد يوسف أن مصطلح (Stress) ترجم إلى عدة مصطلحات في اللغة العربية، منها؛ الانعصاب ،الإجهاد ،أو الشدة والضغط ، المشقة.(جمعة سيد يوسف،2001،ص:256)

وقد استخدم جمعة سيد يوسف 1994ممصطلح المشقة كترجمة لمصطلح (Stress) في دراسته المعنونة بالفروق الفردية بين نمطي السلوك (أ، ب)من الجنسين في تقدير أحداث الحياة المثيرة للمشقة، ويبرر هذه الترجمة بأنها استعملت من قبل عندما استعملت من قبل عندما وردت في مرجع علم النفس الإكلينيكي لـ مصطفى سويف 1985م.

بينما أحمد عزة راجح يحل مفهوم الأزمة (Crises) محل مفهوم الضغط ويرادف سعد جلال بين مفهوم الضغط ومفهوم الشدة .

ويعتبر البعض أن الاحتراق النفسي (Burnout) مرحلة من مراحل الضغط النفسي وخاصة ضغط العمل (يعتبر الاحتراق النفسي من المصطلحات التي ظهرت في السبعينات وخاصة في مجال ضغوط العمل) (أسامة كامل راتب ،2001،ص:392) .

ويرى علي عسكر 2000 : أن الاحتراق النفسي يحدث نتيجة للتعرض المستمر للضغط النفسي (علي عسكر ،2000،ص:112).

2-2-المفهوم الاصطلاحي للضغط النفسي :

إن محاولة تعريف الضغط النفسي تعد من المحاولات التي يكتنفها العديد من الصعوبات ، وذلك لأن الضغوط النفسية ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد .كما أننا نجد كذلك اختلاف في تعريف الضغط النفسي من باحث لأخر وذلك يعود لاختلاف الأطر النظرية للباحثين وكذلك لاختلاف المسلمات التي ينطلقون منها في تفسير وتعريف الضغط النفسي ،فنجد من يعرف الضغط النفسي من خلال المثير الذي يحدث الضغط وأخر يعرفه من خلال الإستجابة التي يبديها الجسم الذي يتعرض لموقف ضاغط ، وآخر يعرفه من خلال النتائج المترتبة من هذا الضغط .

وعليه سنتناول مجموعة من التعريفات للكشف عن بعض جوانب ظاهرة الضغوط 0النفسية.

1-ولقد عرف سيلي Sely : " الضغط بأنه الإستجابة الفسيولوجية التي ترتبط بعملية التكيف فالجسم يبذل مجهودا لكي يتكيف مع الظروف الخارجية والداخلية محدثا نمطا من

الإستجابات غير النوعية التي تحدث حالة من السرور أو الألم". (عبد الفتاح، 1999،ص:199)

2- كما يعرفه كذلك :" أنه استجابة فسيولوجية لمثير ضاغط ،ويأخذ هذا المفهوم عدة أشكال لأثار الضغط منها الإيجابية (eustress) والسلبية(distress) "

(jean benjamin Stora , 1995 , p:06)

نجد صاحب هذا التعريف يركز على الجانب الفسيولوجي لظاهرة الضغوط النفسية وذلك من خلال الاستجابة العضوية للجسم تجاه المواقف الضاغطة وذلك قصد التكيف مع هاته المواقف .

3-تعريف هنري موراي (H.Murray) :" الضغط خاصية أوصفة لموضوع بيئي ،أو لشخص، تيسر،أو تعوق جهود الفرد في تحقيق هدف معين".(هارون توفيق الرشيدي، 1999،ص:19)

يركز صاحب هذا التعريف على المصادر الخارجية للضغوط وإهمال المصادر الداخلية أي أنه ركز على المصادر البيئية للضغوط فقط ،كما أنه لم يوضح الاستجابة التي يتبناها الفرد تجاه هاته المواقف البيئية الضاغطة .

4- تعريف ريتشارد لازاروس (Richard Lazarus) : يعتبر الباحثين الذين اهتموا بالضغوط والتعامل معها (لازاروس، 1956) الذي درس تعامل الناس مع التهديد ، وهو يرى أن هناك نمطاً من الأفراد يُقيمون من لحظة لأخرى تفاعلاتهم مع البيئة (دافيدوف ، 1988 :620) .

وعرف الضغط " مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد بالإضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف" .(عبد الرحمن بن سليمان الطريري،1994، ص:10) .

يربط هذا التعريف بين المثير والاستجابة إلا أن هذا التعريف لا يحدد طبيعة المثيرات المؤدية للضغط ،كما أنه يركز على الاستجابة السيكولوجية فقط للمثيرات الضاغطة مع إهمال الاستجابة الفسيولوجية ،كما أنه يبين كذلك طريقة إدراك الفرد للموقف الضاغط وطبيعة استجابته .

5- تعريف كابلان: " الضغط هو التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي وقدرته على الاستجابة لها ".

نلاحظ من خلال هذا التعريف أن صاحبه لم يوضح لنا طبيعة هاته المتطلبات ولم يوضح لنا كذلك طبيعة المثيرات التي تؤدي للضغط .(caplan,1981,p:414)

6-تعريف فونتانا:" الضغط حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانيات الشخصية للكائن الحي " . (Fontana,1989,p:2).

نلاحظ من خلال هذا التعريف أن صاحبه يركز على المثيرات الخارجية للضغط فقط .

7-تعريف أحمد راجح(1979) : " يرادف بين الضغط والأزمة النفسية ويعرف الضغط بأنه حالة انفعالية تنشأ من إحباط دافع أو أكثر من الدوافع الفطرية أو المكتسبة".(أحمد عزت راجح، 1979،ص:554)

يركز صاحب هذا التعريف عن الجانب النفسي في حدوث ظاهرة الضغط وإهماله لبقية الظروف الأخرى كما أنه لم يحدد طبيعة الإستجابة التي يبديها الفرد .

8-أما فاروق عبد الفتاح(1985):"يرى أن الضغط هو رد فعل لأي شيء يهدد حياة الكائن الحي" (فاروق عبد الفتاح ،1985،ص:429) .

نلاحظ أن هذا التعريف عام وغير دقيق حيث أنه لم يحدد لنا طبيعة رد فعل الفرد أمام الضغوط التي تواجهه كما أنه لم يحدد لنا طبيعة الأشياء التي تهدد حياة الكائن الحي، أي أنه لم يحدد طبيعة المثيرات التي تؤدي للضغط .

9-أما فؤاد محمد : " فيعرف الضغط بأنه الحالة التي يتعرض فيها الكائن الحي لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التوافق، وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب لو استمرت لمدة طويلة"(فؤاد محمد،1995،ص:203)

10-تعريف إبراهيم عبد الستار: " يشير مفهوم الضغط في أبسط معانيه إلى أي تغيير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي، إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة، بعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر أو الصراعات الأسرية ضغوطا مثلها مثل: الأحداث الداخلية ،أو التغيرات العضوية ،كالإصابة بالمرض أو الأرق" .(إبراهيم عبد الستار ،1998،ص:128).

ركز صاحب هذا التعريف على المواقف الداخلية والخارجية المثيرة للضغط إلا أنه لم يشير إلى رد فعل الفرد وطرق استجابته مع هذه المواقف الضاغطة .

11-تعريف أتكسون، وآخرون(2001): حالة تحدث عندما يواجه الأفراد أحداثا يدركون على أنها تهدد وجودهم النفسي والجسمي ويكونون غير متأكدين من قدرتهم على التعامل مع هذه الأحداث .(جمعة سيد يوسف (ب)،2001،ص:259).

ويعتبر هذا التعريف من التعاريف التي ركزت على الجانب السيكولوجي والبيولوجي للفرد معا في تفسير للظاهرة.

12- تعريف سبيلبرجر :" الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف ،والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي " (فاروق السيد عثمان ، 2001،ص:100) يركز هذا التعريف على الظروف البيئية المحيطة بالإنسان والتي تكون ضاغطة، لكن بعض الظروف البيئية رغم خطورتها ، يمكن اعتبارها غير خطيرة ، بسبب ما يملكه الشخص من سمات شخصية تؤثر على إدراك لتلك الظروف وإقناع نفسه بعدم وجود خطر ، وينظر للحدث على أساس أنه أمر طبيعي، ويعبر على ذلك باستجابات ايجابية، تقلل من حدة الموقف الضاغط .

ويشير كل من (طلعت منصور وفيولا الببلاوي 1989: 5-6) إلى أن الضغوط stress ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في مواقف وأوقات مختلفة تتطلب منه توافقا أو إعادة توافق مع البيئة. ويقولان بأن الضغوط المهنية قد تمثل عاملا هاما يسهم في مختلف الاضطرابات النفسية والجسمية.(نقلا عن عبد العضيم المصدر ،2007)

ـ ويري (شاكر قنديل، 1993: 445)، أن مفهوم الضغوط يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة تحدث لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه.

من خلال هاته التعريفات يتبين لنا أن الضغوط النفسية هي عبارة عن ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد ، والعلاقة بين أبعادها هي علاقة تبادلية .وعليه لم يتفق العلماء على تعريف واحد لهاته الظاهرة وذلك نتيجة لاختلاف الأطر النظرية للعلماء وكذا المسلمات التي

ينطلقون منها لتفسير هاته الظاهرة وكذا نتيجة لزيادة وتطور البحوث العلمية في هذا المجال وكذا نتيجة للتقدم العلمي والتكنولوجي السريع ،مما أدى لانتشار هذا المفهوم فقد أكد هارون توفيق الرشيدي على صعوبة تعريف الظاهرة من خلال تعريفه التالي :الضغط مفهوم معقد له أبعاد إجتماعية واقتصادية ومهنية (بنائية وظيفية) وباعتبارها المجال الذي يتحرك فيه الفرد وهي منشئة للضواغط وأبعاد ذاتية جسمية، عقلية، معرفية، نفسية وهذه الأبعاد يمكن أن تكون منشئة للضغط نواتج ومنبئة بأن الفرد واقع تحت تأثير ما .(توفيق هارون الرشيدي ،1999،ص:99) .

فبعض الباحثين ركز على الإستجابة البيولوجية والجسمية لهاته الظاهرة أمثال سيلي. ومنهم من أكد على الجانب السيكولوجي في تفسير هاته الظاهرة وذلك من خلال تعريف لازاروس وكذا تعريف أحمد راجح؛ وأخر ركز على الجانبين في تفسير الظاهرة وذلك من خلال تعريف آتكسون؛ والبعض الأخر من الباحثين ركز على الجانب البيئي في حدوث الظاهرة وذلك من خلال تعريف سبيلرجر وكذا تعريف فؤاد محمد .

كما نستنتج من هذه التعاريف كذلك أن الضغوط تبدأ بالظروف المثيرة لها (أسباب الضغط) ثم ردود فعل الكائن الحي الجسمية والنفسية .وذلك من خلال تفاعل الكائن الحي مع بيئته .

3- النظريات المفسرة للضغط النفسي : نتيجة للأهمية العلمية التي يحظى بها موضوع الضغط النفسي فقد جاءت عدة نظريات لتفسير هاته الظاهرة منها ما يركز على الجانب الفسيولوجي وأخر يركز على الجانب السيكولوجي ، وكذلك الجانب الإجتماعي والمعرفي والعقلي وذلك كله قصد الكشف عن طبيعة الظاهرة .وهذا ما سنتناوله من خلال النظريات التالية :

3-1-التفسير البيولوجي :

نظرية هانز سيلي :" يعتبر سيلي من الأوائل الذين اهتموا بأبحاث الضغط النفسي، كانت مناقشته في البداية لمفهوم الضغط سنة 1930من منظور تجريبي طبي، وكان اهتمامه منصبا على ردود الفعل الجسمية للضغوط الخارجية أي التغيرات الفسيولوجية الناشئة عن محاولة التوافق مع الأحداث التي تسبب الإنفعال (سمية طه جميل،1998،ص:39).

وتنطلق نظرية سيلي من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط(stressor) يميز الشخص. كما يعتبر سيلي أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية

للضغط عالمية، وهدفها المحافظة على الكيان، وقد حدد سيلي ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط . وأن هاته المراحل تمثل مراحل التكيف وهي :

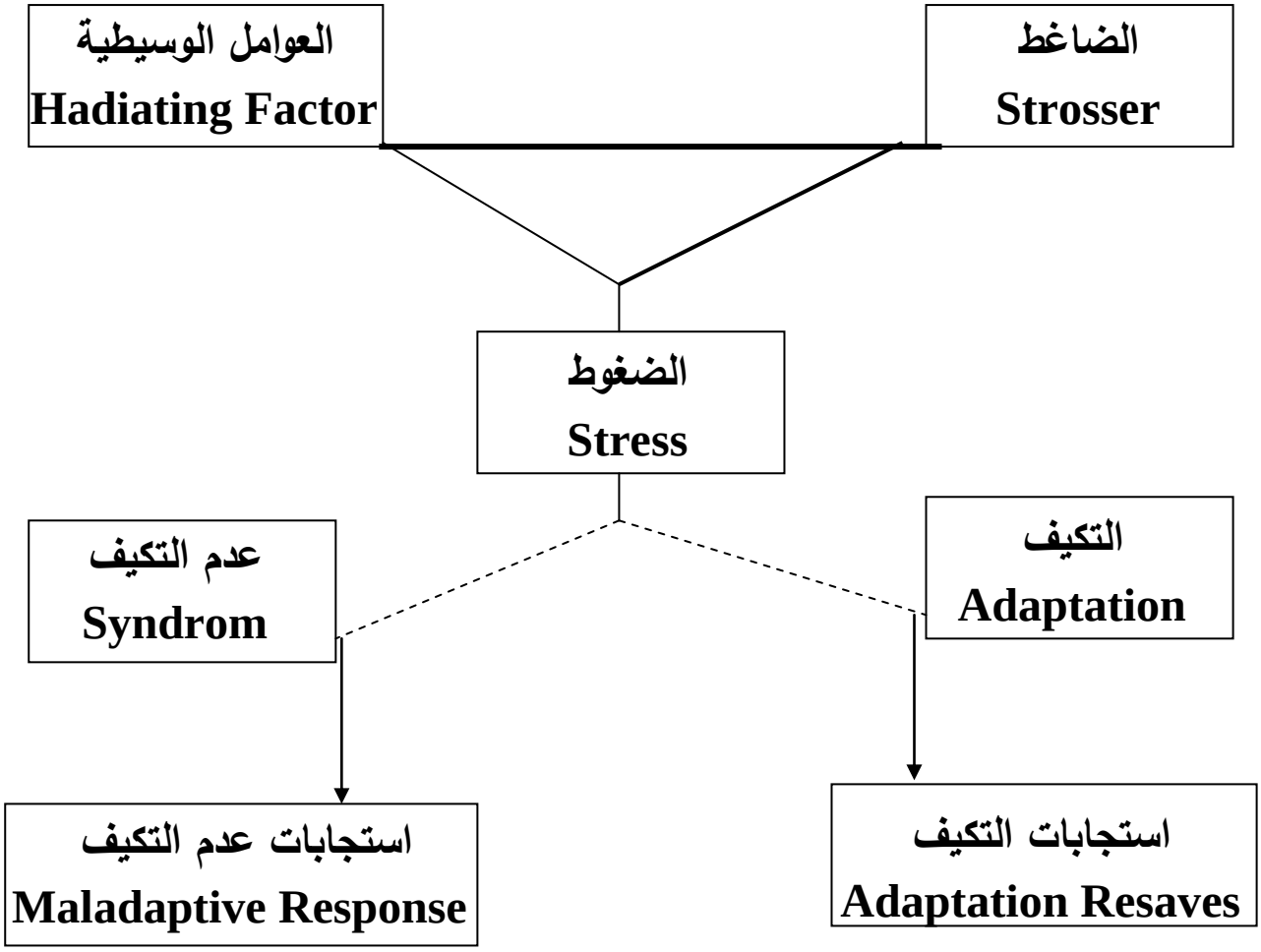
1-الفزع: فيه تحدث تغيرات واستجابات مبدئية للموقف الضاغط وقد تحدث الوفاة عندما تنهار مقاومة الجسم ويكون الضاغط شديد .

2-المقاومة : تحدث عندما يكون التعرض للضاغط متلازما مع التكيف؛ فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى؛ وتظهر تغيرات أخرى تدل على التكيف.(فاروق السيد عثمان ، 2001،ص:98) .

3-مرحلة الإجهاد أو الإستنزاف أو التعب : تعني أن الجسم يحاول أن يتكيف مع المواقف الضاغطة مما يستلزم بذل جهد وطاقة كبيرة، غير أن هذه الأخيرة قد تكون غير كافية إذا استمر الموقف الضاغط؛ لأن طاقة الجسم تستنزف وتصبح عاجزة عن الصمود ويتغير الاتزان الداخلي؛ وتقل مقاومة الجسم ويفقد الكائن الحي حالة التكيف التي يفترض أنه اكتسبها في المرحلة السابقة .(عبد الرحمن العيسوى (أ) ، ب.س، ص:333) . ورغم أهمية نظرية سيلي وقبولها إلا أنها لم تخل من بعض النقص وهذا مما جعلها عرضة للنقد من بعض الباحثين أمثال derue 1948 والذي يرى أن النظرية ترتكز على الدوافع الفيزيولوجية لتفسير الآليات المستخدمة في مواجهة الضغوط والتكيف معها يعد تفسيرا آلي للضغط الذي ينتج عن مؤثر ما ويولد بدوره استجابة من النوع التالي:

ضغط خارجي ← تنشيط عصبي ← تنشيط طويل ← خلل في وظيفة الجهاز الخاضع للتأثير ← ضرر بدني ←ظهور الإضطراب (berue,1984,p:54) .

والشكل التالي يوضح مخطط عام لنظرية سيلي :



الشكل رقم (01): يوضح تخطيط عام لنظرية سيلي (Selye)

من خلال المخطط السابق الذي يوضح عملية حدوث الضغط النفسي حسب " سيلي "حيث يرى أن الموقف الضاغط هو الذي تنتج عنه الضغوط أما العوامل الوسيطية فهي تقوم بدور التقليل أو الزيادة من تأثير الضاغط وبهذه العوامل تتحدد شدة الاستجابة للضغوط كما تعتمد نوعية الاستجابة على نوع عملية التكيف .

نظرية كانون :" لقد خلص كانون من أبحاثه .أن تعرض الإنسان للمواقف الإنفعالية (الخوف ، الألم ، الغضب) من شأنها أن تؤدي لإطلاق جسده لكميات من الأدرينالين ، والتي من خلالها تظهر الأعراض العصبية النباتية ، مثل ارتفاع الضغط وتسارع نبض القلب ، الشحوب " . (أحمد النابلسي، 1992 ،ص:22) .

وحسب كانون أن أول استجابة هي استجابة انفعالية وربط الأعراض المتكسة بعد ظهورها بالجهاز السمبتاوي و الاستجابة الثانية تتمثل في تضاعف الإثارة الهياج ، الجهاز البارسمبتاوي وينتج نوعية الاستجابة تحت تنشيط الجهاز العصبي المستقل وتعتبر استجابة فسيولوجية لتكيف مع الجهود المبذولة (Jean ben jamin stora,1991,p:80) .

ومن خلال هاته النظرية نستنتج أن كانون توصل لدراسة الدور البيولوجي للإنفعال وما يمكن أن يحدثه في فسيولوجية الجسم ، كما ركز على الميكانيزمات التي يسلكها الفرد تجاه المواقف الضاغطة قصد التكيف معها .

ومن خلال كل هذا نستنتج أن هاته النظريات لم تعطي تفسير شامل لظاهرة الضغوط النفسية وذلك لأنها ركزت على جانب واحد لهاته الظاهرة ألا وهو الجانب البيولوجي ، وإهمالها للجوانب الأخرى النفسية، والعقلية، والمعرفية، والاجتماعية ؛ لأنه كما بينا سابقا أن ظاهرة الضغوط النفسية هي ظاهرة متكاملة ومتداخلة الأبعاد.

3-2- التفسير الفكري (H. MOORY) : يعتبر موراي " أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية لسلوك في البيئة " .

ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين .(فاروق السيد عثمان،2001،ص:100).

حيث يرى موراي أن الفصل بين مفهوم الحاجة NEED ومفهوم الضغط PRESS تحريفا خطر. (هارون توفيق الرشيدي ،1999 ، ص: 75).

واستمد موراي تفسيره من نظرية التحليل النفسي لكنه أحل الحاجات محل الغرائز التي أقر بها فرويد وأكد أن فهم السلوك ينبغي أن يتضمن تحليلا للظروف البيئية التي أطلق عليها الضغوط ، والضغط هو خاصية البيئة التي تساعد الفرد ، على الوصول إلى غرض معين أو تعوقه عنه .(جوليا روتر ،1980،ص:107)

وتختلف دينامكية موراي النفسية عن دينامكية فرويد فهي أكثر عمقا وفعالية حيث أضاف موراي مفهوم الأنا المثالية الذي يعبر عن الذات المأمولة إلى التصور الطبوغرافي للنفس البشرية الذي قدمه فرويد والذي يتكون من : الهو ، الأنا ، الأنا الأعلى .

ويرى موراي أن الحاجة من محددات السلوك والضغط هي القوة التي تعترض هذا السلوك لبلوغ أهدافه وتتم عملية الربط بينهما ،من خلال ما يحدث بينهما من تفاعل دينامي ،يعبر عنه موراي بمفهوم التفهم أو الفكرة.(محمد شحاتة ربيع ،2000،ص:359).

كما ميز موراي بين نوعين من الضغوط هما :

– ضغط بيتا beta stress : ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد .

– ضغط آلفا alpha stress: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالتها كما هي، وضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها ،ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة ،أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط ، والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم آلفا . (فاروق السيد عثمان ،2001،ص:99).

ومن أتباع هذا المنحى (أوروفيتز Horowitz 1986) الذي يركز على مستوى فهم الفرد على المعلومات المعروضة عليه ، أو التي يجب عليه التعامل معها في هذا الظرف، ويفسر الضغط النفسي بأنه نتيجة طبيعية لعجز الفرد على فهم الحاجات ثم على التفاعل وأخيرا الاندماج مع الظرف الذي يمر به .

3-3-النظرية النفسية : (نظرية سبيلبرجر)

تركز نظرية سبيلبرجر على أن القلق كمقدمة ضرورية لفهم نظريته في الضغوط ولقد ميز بين نوعين من القلق قلق الحالة وقلق السمة ، كما اعتبر أن القلق شقين هما :

أ- الشق الأول : هو القلق العصابي أو القلق المزمن أو سمة القلق .

ب-الشق الثاني : ويسمى حالة القلق ، أو القلق الموضوعي ، ويربط سبيلبرجر في نظريته للضغوط بين قلق الحالة والضغط ، لأن قلق الحالة يشير إلى الظروف الضاغطة وعلى هذا الأساس يربط سبيلبرجر بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر أن الضغط الناتج عن ضاغط معين مسببا لحالة القلق. وما يثبته في علاقة قلق الحالة بالضغط يستبعده عن علاقة القلق السمة أو القلق العصابي الناتج عن الخبرة السابقة بالضغط ؛ حيث أن الفرد يكون من سمات شخصيته القلق أصلا .

كما اهتم كذلك في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة. (هارون توفيق الرشيدي ، 1999،ص:54).

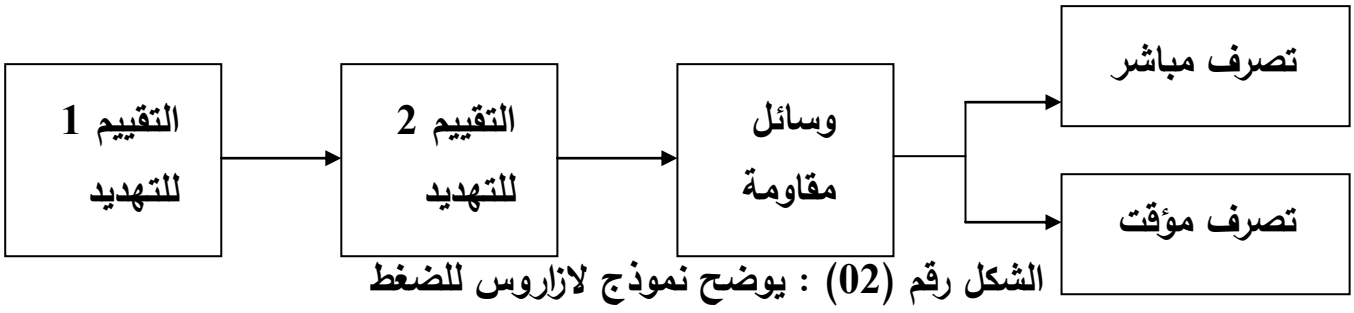
ويعتبر سبيلبرجر أن القلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط.(فاروق السيد عثمان،2001،ص:110).

ومن خلال هذا الطرح النظري نستنتج أنه توجد علاقة وطيدة بين الضغط النفسي والقلق حيث يعتبر الضغط ذلك الموقف الذي يعيشه الفرد ويتسبب في ظهور القلق ،كما يعتبر الشعور بالضغط من العوامل المهيئة لطريقة التعامل معه وأن إدراك الموقف الضاغط له أهمية بالغة في ذلك حيث توجد فروق فردية في هذا الجانب ويتميز كل فرد بخصائص معينة تؤثر على ماهية الضغوط النفسية وإدراكها بالنسبة للفرد ، فالضغط لا يمثل ضغطا إلا إذا أدركه الفرد كذلك .

كما نلاحظ أن للسمات الشخصية دورا هاما في الضغوط النفسية وقد يختلف الأشخاص في تعاملهم مع هذه الضغوط بحكم الإختلاف في السمات الشخصية وكذا الفروق الفردية و الخصائص المعرفية التي سنتناولها من خلال النظرية المعرفية .

3-4-التفسير المعرفي: يعتبر لازاروس أول من قدم هذا التفسير، وركز على التقييم الذهني للفرد للموقف الضاغط . كما ترى هاته النظرية أن الضغط النفسي . هو نتيجة للتفاعل الدينامي بين الفرد والبيئة حيث تركز على دور التفاعل الديناميكي لكل العوامل المتعلقة بالظاهرة . بإعتبارها مثيرا وإستجابة، والعمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد للفهم والتحكم في الظاهرة لتحديد المثير المهدد وتحديد أساليب المقاومة المستعملة بتنظيم الدوافع النفسية والعوامل المحيطة .

ويوضح المخطط التالي نظرية لازاروس وكيفية تفسيرها للموقف الضاغط وإدراك الفرد للضغط الذي يحمله هذا الموقف (la zarus,1980,p:82).



الشكل رقم (02) : يوضح نموذج لازاروس للضغط

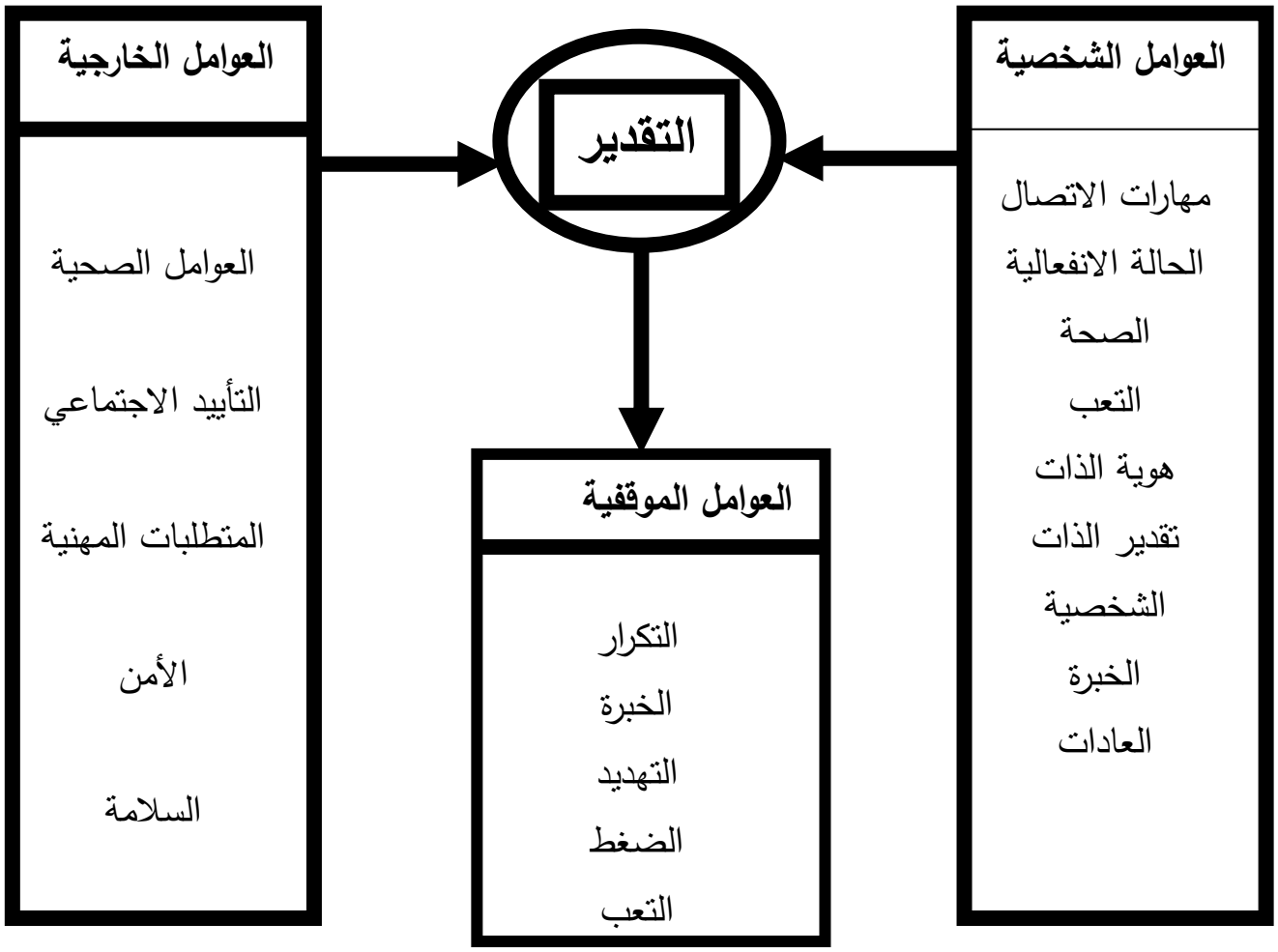
يبين الشكل رقم (02) تفسيرا نموذجيا للضغط يركز على فكرة أساسية تتمثل في التقويم المعرفي للوقائع ، حيث أن تقييم الضغط النفسي يتم بعوامل شخصية داخلية . ويكون التقييم لهذا الموقف منقسم إلى قسمين الأول وهو بمثابة تصور الموقف ،أما القسم الثاني فيتمثل في إدراك الفرد للضغط .ثم بعد ذلك يحدد الفرد وسائل المقاومة ثم يستجيب للمثير وتتعلق الاستجابة بمميزات الفرد وتصوره وإدراكه للموقف ، حيث أن رد الفعل يمكن أن يكون مباشر أو مؤقتا وهذا حسب السمات الشخصية لكل فرد.

كما يتم تقييم معرفي للموقف الضاغط على عدة عوامل منها العوامل الشخصية، والعوامل الخارجية والعوامل المتعلقة بالموقف النفسي ، وتتم عملية التقييم الذهني في المرحلتين هما :

المرحلة الأولى: وهي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط .

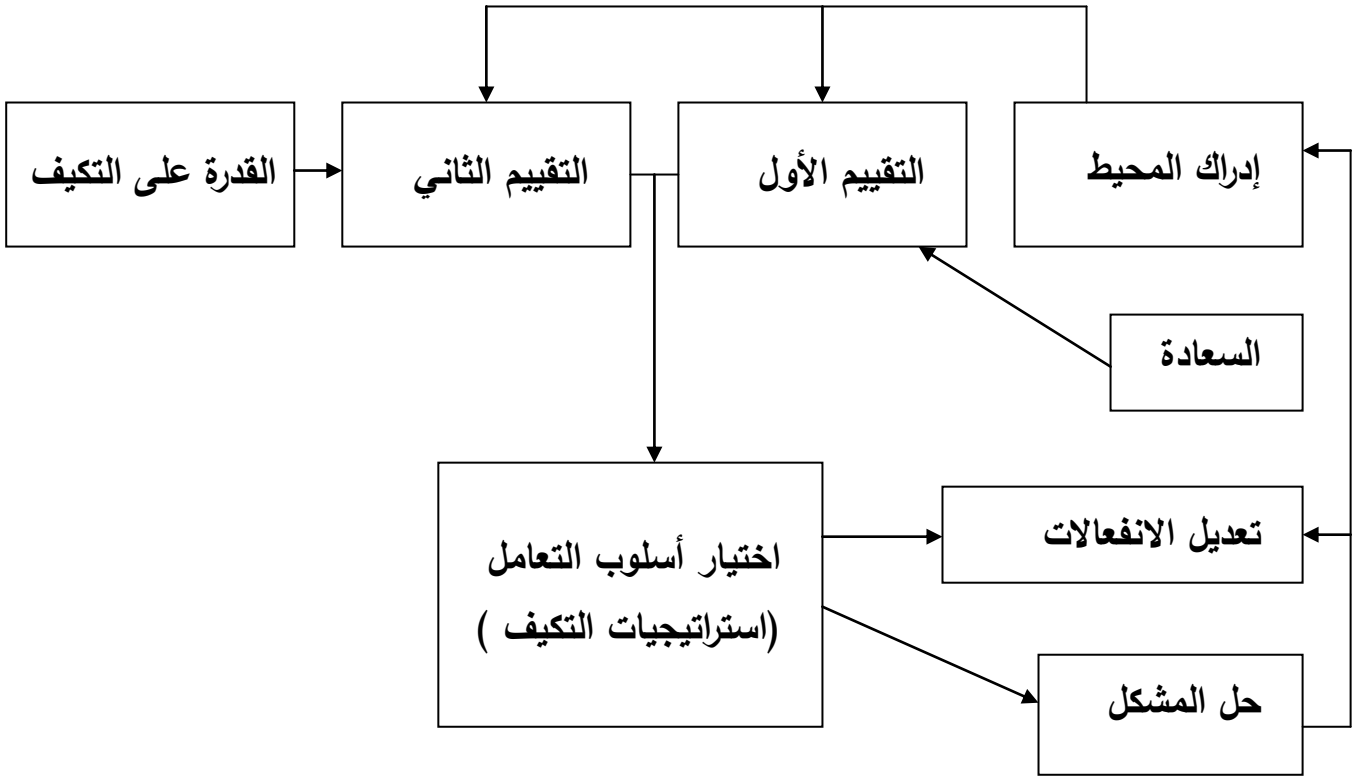
المرحلة الثانية : وهي عبارة عن خطوات التي يحددها الفرد للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف ومواجهتها .

وبناءا على التقييم في المرحلة الأولى والثانية ، يختار الفرد استراتيجية التكيف معرفية او سلوكية للرد على متطلبات الموقف الذي قيم على أنه خطر لمستوى معين على الموارد الشخصية ، وتكمن وظيفة المكيانيزم التكيفي في تعديل الانفعالات وتغيير العلاقة (فرد – محيط) ، وبناء على هذا الرد والتعديل تتغير نظرة وإدراك وتفسير الفرد للمحيط كتغذية راجعة . ويتضح ذلك أكثر من خلال الشكل التالي :



شكل رقم (03) :يوضح التفسير أو التقييم الذهني للضغوط النفسية

كما يبين الشكل الموالي كذلك تفسيرا لنظرية لازروس



شكل رقم (04) : يوضح نموذج (لازروس وفولكمان 1984)

ويتضح من خلال الشكل رقم (03) ورقم (04) ، أن للسمات الشخصية للفرد وخبراته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغوط وحالته الصحية دور كبير في تقييم الضغط النفسي؛ باعتبارها عوامل محددة لها فالأحداث التي تعتبر عاملا ضاغطا عند فرد ما قد لا تكون كذلك عند شخص آخر ، يعني هذا أن طبيعة الأفكار التي يدرك بها الفرد المشكلة أو الموقف الذي يواجهه تؤدي به إلى التعرف على الضغط النفسي ، فالإدراك هو المحدد الأساسي والوحيد لمستوى تأثير الأحداث على الصحة النفسية والجسمية . وهو نموذج يطعن في فكرة : وجود تقديرات ثابتة فيما يخص باستخدام إسترتيجيات صحية أو مرضية ، لأن كل موقف وفرد يعتبران حالة خاصة كما أنه في النهاية الفرد هو الحاكم الوحيد على نوعية استجاباته .

4-5-التفسير السلوكي للضغط :

يعتمد هذا التفسير على مبدأ أن ظاهرة الضغوط النفسية تفهم من خلال التعلم باعتباره أسلوبا لمعالجة المعلومات ويمثل هذا الاتجاه كل من (kin ,caddell ,zimering) الذين يرون أن محور عملية التعلم هو الربط بين المنبه الشرطي والإستجابة . (عبد الرحمن العيسوى، وآخر،1994، ص:74)، الفرد وفق هذه الإستراتيجية يستقبل المثيرات التي تترجم من خلال العمليات الإدراكية إلى معلومات عن الخصائص الفيزيقية للوسط البيئي ، ويستخدم الإنسان تعلمه وخبراته التي مر بها في تلك المرحلة ،وتمر هاته العملية بأربعة مراحل حسب أصحاب نظرية التعلم الإجتماعي وهي:

الكفاءة: ماذا يستطيع أن يعمل الفرد ؟ وتتضمن القدرات العقلية و المهارات الإجتماعية والجسمية والقدرات الخاصة .

الإستراتيجية المعرفية : كيف يرى الفرد الموقف ؟

القيم الذاتية : ماذا يستحق الموقف ؟

التقييم: كيف يتحقق ذلك ؟ (أحمد عبد الخالق ،2000،ص:47) .

4- أشكال الإستجابة للضغط :

إن عملية الإستجابة للضغط هي عبارة ة عن تفاعل شديد التعقيد بين الجسم والدماغ ، فعندما يدرك المخ أحد المثيرات الضاغطة تحدث العديد من ردود الفعل الكيميائية الحيوية المعقدة ، ومن التغيرات في الوظائف المعرفية والعاطفية والسلوكية وسنبين من خلال مايلي أنماط الإستجابة للضغط النفسي :

4-1-الاستجابة الجسمية : وتتم كمايلي:

- قشرة المخ cerebral cortex : قشرة المخ هي الجزء الخارجي من نصفي كرة المخ وتتكون من المادة الرمادية. التي تحوي على أجسام الخلايا العصبية ، وهي أهم أجزاء نصفي كرة المخ؛ بحيث تقوم بالوظائف العقلية العليا مثل التفكير؛ والتذكر ؛والإدراك وهي الجزء الذي يساعد الإنسان على التحليل والتفكير المنطقي .

وتبدأ إستجابة الجسم للضغط بمعلومات تدخل إلى المخ عن طريق (حاسة أو أكثر من الحواس الخمس)، ثم تقوم قشرة المخ بتجميع هذه المعلومات وتفسير أهميتها بناء على التاريخ وذكريات عن أحداث سابقة .

– الجهاز الطرفيlimbic system : وهو جزء أخر من أجزاء المخ يقع خلف الأنف تماما ويهتم بالوظائف الضرورية للحياة مثل تنظيم ضربات القلب ،التنفس ،ضغط الدم، وبه جزء أخر يختص بالإنفعالات الأساسية مثل الخوف ،الغضب والحب، ويشترك هذا الأخير مع قشرة المخ في تفسير المعلومات القادمة لهما من أعضاء الحس وعندما يستنتجان أن هناك تهديدا قويا يجب مواجهته ،تبدأ عندئذ الإستجابة الجسمية للضغط في الحدوث .

–المهيد hypothalamus : يعتبر المهيد مركز عصبي يقع تحت المهاد thalamus، ويتكون من مجموعات من الخلايا العصبية تسمى الأنوية ويقوم بالعديد من الوظائف المهمة فهو الذي ينظم الغالبية العظمى من هرمونات الغدة النخامية الأمامية ،وذلك عن طريق الأوعية الدموية التي تربط بينهما ،كما أن المهيد مسؤول عن التحكم في نشاط الجهاز العصبي المستقل التلقائي ، كما أنه ينظم كل من درجة حرارة الجسم، التعبير الإنفعالي ،النوم و اليقظة ،وكذا ضغط الدم والتحكم في السلوك الجنسي .

وعندما تنشط قشرة المخ والجهاز الطرفي ،تنتقل حالة النشاط هذه بسرعة إلى المهيد لكي يبدأ عمله ويشارك في مواجهة المثير الضاغط .

–الغدة الأدرينالية adrenal gland : يقوم المهيد بتنشيط الغدة الأدرينالية بواسطة رسائل يرسلها إليها مباشرة لتبدأ في إفراز هرموني الأدرينالين adrenaline والنور أدرينالين nor adrenalin في مجرى الدم .

الاستجابة الكيميائية الحيوية : يؤثر وجود الأدرينالين في الدم على المخ لكي ينبه بقية الجسم للاستجابة للمثير أو الضاغط ،كما يزيد الأدرينالين من نشاط قشرة المخ والجهاز الطرفي ،كما يقوم المهيد بتنشيط الغدة النخامية لتفرز الهرمون المنشط للغدة الدرقية (ACTH) الذي يتحكم في نمو الغدة الدرقية وينظم وظائفها ، كما ينشط هذا الهرمون الغدة الأدرينالية لتفرز هرموناتها القوية التي تجعل الجسم كله مستعدا للتعامل مع الضغوط فتنقبض العضلات ،يتسع بؤبؤ العين ،تزداد معدلات التنفس ،وضربات القلب وضغط الدم ،كما تزداد نسبة السكر في الدم وبالتالي تتكون طاقة سريعة تهيئ الجسم للحركة والعمل السريع .

استجابة المواجهة، أو الهروبfight of flight response : هي استجابة جسمية مركبة للضغط تضع الجسم في حالة من التأهب الشديد تسمح للشخص بأن يواجه بفعالية أحد

الضواغط أو يهرب منه لذلك يطلق عليها (استجابة المواجهة أو الهروب) وهي استجابة طبيعية وعادية يمكنها أن تنقذ حياة الشخص ،فهي تعطي للشخص الطاقة الضرورية لحماية نفسه والدفاع عنها أو الانسحاب، ويطلق سيلي على إستجابة المواجهة أو الهروب إسم زملة التكيف العام ، ويقصد بكلمة عام أن أعضاء الجسم لا تميز بين الضواغط المختلفة ،ويعني بكلمة تكيف أن الجسم والعقل قد حاولا التوافق مع المثير الضاغط ،كما استخدم كلمة زملة (syndrome) ليعني بها تجمع من العلامات والأعراض التي تشير إلى وجود ضغط (علي إسماعيل ، 1999،ص:80).

استجابة الذعر alarm reponse: الذعر Alarm رد فعل ضد الضغوط الخارجية تصحبه تغيرات في الغدد الأدرينالية؛ والأمعاء وغيرها ،وهذا النوع من الإستجابة هو حالة من الاستثارة الجسمية؛ والنفسية التي تحدث عندما يتعرف المخ عن مثير ضاغط في البيئة، وعندما يستثار الشخص فإنه يبذل مجهودا للتصدي للمطالب وكل جهد يبذله يكون جزء من المقاومة ،وتستمر المقاومة حتى يصبح الشخص عاجزا عنها عندئذ يدخل الشخص مرحلة الإنهاك التي تتوقف فيها المقاومة .وبعد مرحلة الإنهاك تأتي مرحلة الشفاء من الضاغط وعندئذ يكون الشخص مستعدا للإستثارة الجديدة ،وتنشط زملة التكيف العام عند وقوع حدث غير عادي يفرض مطالب تتجاوز فعالية ميكانيزمات التصدي الروتينية المتوافرة لدى الشخص .

4-2-الاستجابة المعرفية والعاطفية والسلوكية للضغط :

تعتبر التغيرات في الوظائف المعرفية والعاطفية والسلوكية جزء من إستجابة الضغط ،ويمكنها أن تثير التشويش ، بل والخوف أحيانا في نفس الشخص ،وكما أنه توجد إستجابات جسمية لمواجهة المواقف الضاغطة ، فإنه بالمقابل توجد كذلك إستجابات وتغيرات معرفية وعاطفية وسلوكية لمواجهة المواقف الضاغطة ،إلا أن التغيرات النفسية لا تكون ظاهرة بنفس القدر الذي تظهر به التغيرات الجسمية ،وذلك لميل الشخص إلى التركيز على المشكلات المرتبطة بعلامات إستجابات الضغط و أعراضها وليس على فوائدها .

وسنبين الإستجابات المعرفية والعاطفية والسلوكية للضغط من خلال العنصر الموالي المتمثل في أعراض الضغط النفسي .

5- أعراض الضغط النفسي :

تظهر أعراض الضغط النفسي عندما يتعرض الفرد للمواقف الضاغطة وتتمثل أعراض الضغط في الأعراض الجسمية والنفسية والسلوكية والعاطفية والعقلية.

ومن أشهر التصنيفات لأعراض الضغط النفسي ، تصنيف (باربارا بارهام Barbara 1994 Braham) حيث قسمها إلى أعراض (جسمية ، انفعالية ، ذهنية، وأعراض العلاقات مع الآخرين) (علي عسكر ، 2000 ، ص : 43) .

كما يصنف كذلك (فيرا يبيفرا Vera Piffler 1996) الأعراض المصاحبة للضغط النفسي إلى (أعراض جسمية وأخرى عقلية) . (Vera Piffler , 2001 , p p : 44-45) ، أما (دومينيك شالفن Dominique Chalvin 1985) ، فحدد نوعين من الأعراض : (أعراض جسمية سماها الضغط ، وأعراض نفسية سماها استجابة عدم التكيف) (Dominique Chalvin ,1985, p:23) ، وبعدما تعرفنا على الأجهزة المسؤولة عن أعراض الضغط النفسي من خلال عنصر أشكال الاستجابة للضغط ، فإننا سنتناول أعراض الضغط النفسي كما يلي :

5-1- الأعراض الجسمية : وتتمثل أهم هاته الأعراض في مايلي:

تغيرات في نمط النوم – التعب –تغيرات في الهضم- الغثيان –القيء-الإسهال –فقدان الدافع الجنسي- ألام الرأس – ألام وأوجاع مختلفة – جفاف في الحلق – عسر الهضم – الدوار – الإغماء – التعرق – الإرتعاش – تنمل اليدين و القدمين –خفقان القلب بسرعة وبقوة – نبضات قلب خاطئة .

5-2-الأعراض العقلية والنفسية: فقدان التركيز-انحطاط قوة الذاكرة- صعوبة في إتخاذ القرارات- النشويش (الفوضى) – الارتباك –الانحراف عن الوضع السوي –نوبات هلع – الإحباط – نقص في الدافعية – شعور بالتعاسة والدونية – اضطراب في الذاكرة – صعوبة في إنجاز المهام .

5-3-الأعراض السلوكية :تغيرات الشهية (كثرة لأكل أو قلته) واضطراب الأكل(فقدان الشهية للطعام أو الشره المرضي) – زيادة في تناول الكحول وسائر العقاقير –الإفراط في التدخين- القلق المتميز بحركات عصبية – قضم الأظافر-وسواس المرض .

5-4-الأعراض العاطفية: نوبات اكتئاب -نفاذ الصبر- حدة الطبع - نوبات غضب شديد - فساد في العادات والحالات . (سمير شيحاني ، ص:18) .

5-5-الأعراض العلائقية: عدم الثقة في الآخرين وتجاهلهم -غياب الإهتمام في العلاقات الإجتماعية -تأجيل المواعيد هروبا من الآخرين- والتأخر في إنجاز المهام خوفا من الخطأ -انسحاب اجتماعي. (إبراهيم عبد الستار ، 1998،ص:131) .

6- الضغط النفسي عند المعلم :

وبما أن دراستنا هاته ، تركز على إستراتيجيات التكيف التي يستخدمها معلم المرحلة الابتدائية مع مواقف الحياة الضاغطة ، سوف نتناول من خلال هذا العنصر الضغوط التي يعاني منها المعلم، ثم بعد ذلك نتناول الدراسات التي تناولت مواقف الحياة الضاغطة عند المعلم .

إن من أهم المظاهر النفسية التي يتعرض لها المعلم أثناء العام الدراسي سواء داخل الفصل أو خارجه ، ظاهرة الضغوط النفسية وتتمثل أهم علامات هاته الظاهرة فيما يلي :

- الشعور بالنفور من التدريس والملل من الفصل والطلاب .
- انخفاض الدافعية للمشاركة في أنشطة المدرسة .
- عدم الاهتمام بالإعداد للدرس.
- التأخر في الذهاب للفصل وعدم متابعة واجبات التلاميذ.
- الإكثار من ذم الطلاب و اتهامهم بالكسل وعدم الفهم .
- كثرة التذمر من أوضاع المدرسة و أوضاع التعليم بشكل عام.

فالضغط النفسي حالة يشعر فيها المعلم بأن جهده يضيع سدى وليس له ثمرة ,وأنه يبذل كل ما عنده ولا أحد يقدر ذلك المجهود .

6-1-آثار الضغط النفسي عند المعلم : إن ظاهرة الضغوط النفسية إذ لم يسارع في علاجها قد يكون لها أثر سيء على المتعلم وعلى جو المدرسة العام ، بل قد يتعدى أثرها إلى مستقبل المعلم التعليمي ، بحيث تترسخ هاته النظرة فتؤثر على نظرة المعلم للمتعلمين والتعليم بشكل عام .

وسنبين فيما يلي آثار هاته الظاهرة على المتعلم و المعلم وعلى جو المدرسة العام .

6-1-أ- آثارها على المتعلم: يمثل المتعلم محور العملية التعليمية- التعلمية، فأي خلل أو ضعف في أحد عناصر العملية التعليمية، خاصة المعلم يكون أثرها كبير على المتعلم وفي هذه الحالة الأثر عميق ومباشر، فالمتعلم الذي يرى المعلم لا يبالي بالإعداد للدرس ويتأخر في الحضور؛ أو لا يهتم بالواجبات المدرسية؛ سيتولد لديه شعور مماثل بعدم الإهتمام ؛وبرود المعلم في أدائه لدرسه سيفقد المتعلم الدافعية للتعلم مما يجعل الدرس مملا وهذا بدوره يزيد في الضغط النفسي لدى المعلم.

6-1-ب- أثارها على المعلم: المعلم بشر يتأثر بعواطفه وما يتعرض له من ضغوط، وما يدور في بيئته، وهذا النوع من الضغط النفسي إذا لم يبادر بعلاجه يتسبب في تعب نفسي شديد للمعلم؛ قد يتسبب في إتخاذ قرارات غير سليمة؛ مثل قرارات المشاركة في بعض الأنشطة المدرسية؛ وأنشطة النمو العلمي؛ وقد تصل تلك القرارات إلى ترك التدريس.

وأيضا تؤثر هاته الحالة على نظرة المعلم للعملية التعليمية ونظرته للطلاب وهي نظرة إذا لم تعدل قد تتأصل فتصبح دائمة بحيث قد يبدو للمعلم أن المتعلمين كسالى ولا يفهمون وأن العمل معهم جهد ضائع .

وأن المعلم مسؤول فقط عن أداء درسه ولو بأقل جهد ، وليس له علاقة بزملائه في المدرسة ما دام قائما بدرسه.

6-1-ج-آثارها على جو المدرسة العام : إن تعاون المعلمين والنشاط أساس نجاح المدرسة ، والمعلم الذي يمر بهاته الحالة ، ليس له دافعية للتعاون والمشاركة ، بل قد يزيد الأمر سوءا بأن يأخذ في تثبيط زملائه من العمل الجماعي والتعاون في نشاطات المدرسة ، فيفتقد به ذلك الجو الجماعي التعاوني في المدرسة ، لتصبح مجموعة من الأفراد الذين لا يجمعهم إلا المكان فقط ، فلا تربطهم أهداف مشتركة ولا هموم ومطالب مشتركة ، وهذا الجو يزيد في الضغط النفسي للمعلم ، بحيث تتسع دائرة الضغط النفسي من الفصل تصبح المدرسة ذاتها غير مريحة له فلا يشعر بالرغبة بالبقاء فيها . (مجلة المعلم ، العدد 55 ، 2001 ، ص : 25) .

6-2- أسباب الضغط النفسي عند المعلم : وبعدما تناولنا ظاهرة الضغوط النفسية لدى المعلم وأثارها المتعددة سوف نبين فيما يلي بعض الأسباب التي تؤدي لهاته الظاهرة عند المعلم كمايلي:

6-2-أ-أسباب تتعلق بالمتعلم : وتتمثل في سوء السلوك في الصف .

- انخفاض الدافعية للتعلم .
- بطء التعلم .
- إهمال الواجبات .

6-2-ب-أسباب تتعلق بالمعلم : وتتمثل في العناصر التالية :

- عدم إلمامه بالقواعد الصحيحة للتعلم .
- فمن المعلمين من يرى أن إلقاء الدرس كاف لإفهام الطلاب ، فيصاب المعلم بإحباط عند عدم تحقق ذلك .
- عدم إلمام المعلم بالخصائص النفسية للمتعلم : فمن المعلمين من يجهل خصائص المرحلة التي يعلم فيها، فلا يعلم خصائص فترة المراهقة المبكرة مثلا وما يصاحبها من سلوكيات، فيفسر تصرفات الطلاب بقياسها على تصرفات الراشدين ، ويقيس قدراتهم في التعليم والتذكر والتصور المجرد على قدرات الراشدين ، وهذا ما يجعله يتوقع أشياء كثيرة من الطلاب فيفاجأ بالقليل وكذا عدم الإلمام بالفروق الفردية بين المعلمين.
- عدم التحلي بالصبر : من أهم صفات المعلم الصبر ، فالتعلم يحتاج إلى وقت حتى يحدث وتظهر أثاره ، وافتراض أن كل الطلاب يجب أن يتعلموا بنفس المستوى بمجرد إنهاء الدرس أمر غير واقعي ، بل لابد من التكرار وتنويع أساليب التعليم والمراجعة.
- الركون إلى أسلوب واحد في التدريس: عدم التجديد و الإبداع وهذا يجعل الفصل يسير بطريقة رتيبة ويساهم في ملل المتعلمين ، وقد يعيق تعلم بعضهم وهو أيضا يساهم في خفض مستوى الدافعية للمشاركة وكل ذلك يجعل المعلم يرى عملية التعليم مملة أو ميتة .

6-2-ج-أسباب تتعلق بالمدرسة: ويذكر رأفت درويش (2004) أن مشاكل تربوية تحدث داخل المدرسة بين المعلم وزملاءه أو المعلم ومدير المؤسسة ، أو المعلم والمشرف التربوي ، وعدم توفر الجو المدرسي الأخوي والأنشطة المدرسية التي تستحث المعلم وتدفعه للمشاركة وتوجد له قنوات لمناقشة مشاكله في الفصل أو المدرسة.(مجلة المعلم، 2004، ص : 25) .

بعدما تعرفنا على أسباب ظاهرة الضغوط النفسية عند المعلم سنتناول فيما يلي مواقف الحياة الضاغطة عند المعلم .

7- مواقف الحياة الضاغطة لدى المعلم : كما أن مواجهة الضغط النفسي و المهني عند المعلم شيء أساسي ومهم في المدرسة وذالك لتنوع الضغوط التي يعيشها المعلم داخل وخارج مهنة التدريس و هذا ما أكدته العديد من الدراسات والأبحاث ، فتعرض المعلم إلى الضغط المرتفع ،في مهنة التدريس يعود لعدة أسباب وذالك لما تتميز به هاته المهنة من مصادر كثيرة للضغط ، بعضها يعود للمعلم كعدم إلمامه بالقواعد الصحيحة للتعلم . فمن المعلمين من يرى أن إلقاء الدرس كاف لإفهام الطلاب ، فيصاب المعلم بإحباط عند عدم تحقق ذلك . عدم إلمام المعلم بالخصائص النفسية للمتعلم : فمن المعلمين من يجهل خصائص المرحلة التي يعلم فيها، فلا يعلم خصائص فترة المراهقة المبكرة مثلا وما يصاحبها من سلوكيات، فيفسر تصرفات الطلاب بقياسها على تصرفات الراشدين ، ويقيس قدراتهم في التعليم والتذكر والتصور المجرد على قدرات الراشدين ، وهذا ما يجعله يتوقع أشياء كثيرة من الطلاب فيفاجأ بالقليل وكذا عدم الإلمام بالفروق الفردية بين المعلمين.عدم التحلي بالصبر : من أهم صفات المعلم الصبر ، فالتعلم يحتاج إلى وقت حتى يحدث وتظهر أثاره ، وافتراض أن كل التلاميذ يجب أن يتعلموا بنفس المستوى بمجرد إنهاء الدرس أمر غير واقعي ، بل لابد من التكرار وتنويع أساليب التعليم والمراجعة.- الركون إلى أسلوب واحد في التدريس: عدم التجديد و الإبداع وهذا يجعل الفصل يسير بطريقة رتيبة ويساهم في ملل المتعلمين ، وقد يعيق تعلم بعضهم وهو أيضا يساهم في خفض مستوى الدافعية للمشاركة وكل ذلك يجعل المعلم يرى عملية التعليم مملة أو ميتة . قلة الدورات التدريبية في طرائق التدريس بالنسبة للمعلمين الجدد.عبء العمل . غموض الدور ،والبعض الأخر من الضغوط يعود للمتعلم والمدرسة مثل سوء السلوك في الصف . انخفاض الدافعية للتعلم . بطء التعلم إهمال الواجبات . ويذكر رأفت درويش (2004) أن مشاكل تربوية تحدث داخل المدرسة بين المعلم وزملاءه أو المعلم ومدير المؤسسة ، أو المعلم والمشرف التربوي ، وعدم توفر الجو المدرسي الأخوي والأنشطة المدرسية التي تستحث المعلم وتدفعه للمشاركة وتوجد له قنوات لمناقشة مشاكله في الفصل أو المدرسة.(مجلة المعلم، 2004، ص : 25) . كذالك زيادة الحجم الساعي ، حيث أن المعلمين في الماضي كانو يدرسون 6 أيام، ولكن حاليا صارو يدرسون 5أيام وبقي عدد الساعات نفسه ، 30 ساعة في الأسبوع ، مما يجعل المعلم يحس بطول اليوم الدراسي ، وبعد خروجه صباحا يرافق التلاميذ للمطعم ، ويحرسهم

لغاية الإنتهاء من أكلهم ،بالإضافة لكثرة عدد الحصص المبرمجة في اليوم البالغ عددها 9حصص ، زمن الحصة الواحدة 45 دقيقة ،أما بخصوص الأجر الذي يتقاضاه المعلم فهو يراه غير مناسب مقارنة بالأدوار العديدة الملقاة على عاتقه ، كالتدريس وحراسة التلاميذ في الساحة ، كما يعاني المعلمين كذالك أيضا إرتفاع عدد التلاميذ في القسم الواحد فيصعب عليه متابعة كل مايجري في القسم ، كما يصعب عليه إتاحة الفرصة لكل التلاميذ في المشاركة في النشاطات الصفية ، ويحتاج لجهد إضافي في مراقبة التلاميذ ، وضبطهم وحل مشاكلهم داخل القسم . المهام التي يقوم بها المعلم والتي تتسم بالصعوبة وكثره الالتزامات الدراسية ، وهذا يتمثل في تحضير المعلم لمادته قبل دراستها ، والالتزام بالزمن المحدد للدراسة والطريقة التي يجب أن يتعامل بها مع التلاميذ في هذه السن العمرية.

كذلك أن الالتزام الذي يقوم به المعلم تجاه تلاميذه ومنزله يمكن أن يسبب له العديد من الضغوط الحياتية ، وهذا يمكن أن يحدث التضارب ويصعب عليه التوفيق بين عمله وواجبه المنزلي وهذا يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية التي تتمثل في القلق والتوتر اللذين يلازمان الفرد بين كل حين وآخر مما يؤثر ذلك على تأدية واجباته بالصورة المطلوبة.

كذلك الراتب الشهري للمعلم يمكن أن يكون غير مجز وغير كاف للحياة المعيشية لديه مما يجعل المعلم يتجه في البحث عن أعمال أخرى يمكن أن تؤثر على أدائه في المدارس وهذا بالضبط يضاعف من الضغوط الحياتية لديه.

و تعرض المعلم إلى الضغط المرتفع في مهنة التدريس يؤثر على حالته النفسية، ويولد لديه الإحباط والتوتر والقلق والشعور بالتهديد والخطر النفسي، كما وقد يشعر المعلم نتيجة لذلك بالعزلة والانطواء وبأنه غير محبوب مما يؤثر على نمط تفكيره ويفقده اتزانه الانفعالي ومن ثم قد يفقده القدرة على التحكم في سلوكه وأدائه لمهامه وواجباته.

وفي ضوء هذه النتيجةنجد أن المعلمين والمعلمات الذين يعملون في مهنة التدريس يواجهون ويتعرضون للعديد من ضغوط مهنة التدريس وأنها تؤثر بشكل سلبي على نفسيتهم وأداءهم ومشاعرهم واتجاهاتهم نحو أنفسهم ونحو مهنتهم ونحو أفراد أسرهم أيضا وهذه الظاهرة يسميها البعض الإنهاك النفسي أو الاحتراق النفسي Burnout. ويتفق هاته مع ما ذكره (عبد الرحمن، 1999: 85)، في أن الضغوط النفسية للعمل هي ظاهرة نفسية مثلها مثل

القلق والعدوان وغيرها لا يمكن إنكارها بل يجب التصدي لها من قبل المختصين لمساعدة العامل على التكيف مع عمله وصولا إلى زيادة الإنتاج وجودته وبالتالي تنمية المجتمع وتقدمه. وقد اعتبر كل من (طلعت منصور وفيولا الببلاوي،

وإذا كانت مجالات العمل المختلفة تزخر بمصادر الضغوط التي يمكن إرجاع بعضها إلى العامل والآخر إلى المؤسسة والبعض الثالث إلى البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد كما يذكر (محمد السيد عبد الرحمن، 1999: 34)، فإنه وحسب تصنيف منظمة العمل الدولية تعد مهنة التدريس من أكثر مجالات العمل ضغوطا فهي أكثر المهن الضاغطة.

كما ويشير (حسين حريم، 2004: 278-288) إلى أن العوامل والظروف والمؤثرات التي يمكن أن تكون مصدر ضغط للفرد عديدة ومتنوعة. فمنها ما هو ناشئ عن العمل الذي يمارسه الفرد، أو عن جماعة العمل الذي ينتسب لها الفرد، ومن العوامل ما يتعلق بالمنظمة (هيكلها التنظيمية والعمليات التنظيمية، والسياسات..الخ)، كما أن حياة الفرد الخاصة يمكن أن تتسبب في الضغوط التي يواجهها الفرد. ومن المألوف أن يتعرض الإنسان لعاملين أو مؤثرين فأكثر في نفس الوقت، الأمر الذي يسبب في تصعيد درجة أو شدة الضغط الذي يتعرض له.وعلى الرغم من تنوع واختلاف أسباب ومصادر الضغوط التي يشعر بها المعلمون والمعلمات إلا أن الظروف المتعلقة بمهنة وبيئة التدريس بما تتضمنه من متطلبات ومهام ومسؤوليات وواجبات وأعباء مهنية...الخ ترتبط بأنشطة محددة يجب أن يقوم بها كل من المعلم والمعلمة لأداء عملهما أو وظيفتهما تعتبر أحد أهم تلك الأسباب والمصادر التي تشكل عاملا ضاغطا عليهم. وقد تناولت العديد العديد من الدراسات الضغوط النفسية عند المعلم أهمها :

وفي دراسة امبريقية استهدفت بناء مقياس الضغوط المهنية للمعلمين قام(إبراهيم السام دوني1991) بتحديد العوامل التالية كمصادر للضغط في مهنة التعليم وهي :

علاقة المعلمين ببعضهم البعض ، العمل مع التلاميذ ، علاقة الإدارة بالمعلم ، الإسناد الإداري ، العائد المادي ، العبء الوظيفي ، المشكلات التدريسية ، عدم ملاءمة المباني المدرسية وأثاثها (إبراهيم السام دوني، 1991 ، ص : 18).

وفي ملخص أعده (محمود محمد فرحات 1994) حول الدراسات التي قام بها بلاز (blase) على مدى ستة أعوام (1980- 1986) متتالية من خلال الاستبيانات المفتوحة

والمقابلات الشخصية لعدد من المعلمين ، حدد العوامل التالية كمصادر أساسية للضغوط في مهنة التعليم وهي :

- طبيعة المؤسسة التي يعمل بها المعلم .
- إدارة هذه المؤسسة والنمط الإداري السائد بما في ذلك شبكات الإتصال .
- علاقة المعلم بالتلاميذ وفهمه لخصائصهم .
- اتجاهات المعلم نحو مهنة التدريس .
- اتجاهات التلاميذ نحو المعلم و المدرسة والتعليم بصفة عامة .
- طبيعة المادة التعليمية التي يقوم المعلم بتدريسها.(محمود محمد فرحات،1994،ص:65)

كما صنف (محمد محمود حسن وآخر 1993) مصادر الضغط في مهنة التعليم على ضوء جملة من الدراسات كالتالي :

أ- **مصادر ترتبط بالبيئة المادية للعمل** : وتتمثل في صلاحية المباني والتجهيزات المختلفة لراحة العاملين .وقاعات خاصة بالأساتذة .

ب-مصادر ترتبط بطبيعة العمل ذاته : وتتمثل فيما يلي :

1- متطلبات العمل الزائدة :

أو ما يطلق عليه أحيانا التحميل الزائد في العمل ، ويذكر الباحثان أن هذا النوع من الضغوط تأتي في مقدمة مصادر الضغوط المرتبطة بطبيعة العمل ، حيث يوجد الفرد نفسه مثقلا بأعباء عمل وظيفي زائد ولا طاقة له على القيام به إلا من خلال معاناة شديدة، ويؤدي هذا التحمل الزائد في العمل إلى نتيجتين :

أولا : تراكم التعب الجسمي على الفرد بما يجعله غير قادر على القيام بأعباء العمل، الأمر الذي يتركه دائما تحت وطأة الشعور بأنه لم يأخذ قسطا كافيا من الراحة اللازمة .

ثانيا : أن الفرد يشعر غالبا في مثل هذه الحالة أنه متخلف في إيقاع أدائه لعمله .

2- المتطلبات المتضاربة والتوجيهات المحيرة :

وتنطوي على صنفين من المتطلبات يعرفان بصراع الدور وغموض الدور ، حيث تنشأ حالة صراع الدور نتيجة للتضارب؛ أو عدم التماثل فيما هو مطلوب أدائه من الفرد الشاغل للدور ، في ضوء مجموعة من المعايير التي تقوم على تصورات الفرد في المجال الاجتماعي له. وصراع الدور بدوره ينقسم إلى نوعين رئيسيين : الأول صراع الدور المتداخل : وينشأ نتيجة

لحالة يجد الفرد نفسه مضطرا للخروج على القيم الشخصية أو المعايير الاجتماعية المتفق عليها عرفيا؛ لكي يتمكن من أداء دوره المناط به، والنوع الثاني : هو صراع الدور الداخلي : هو ينشأ فيه صراع عندما يجد الفرد أنه مضطر للقيام بأداء عدة أدوار مختلفة تتطلب أنواع متعارضة من السلوك . أما غموض الدور فهو حالة تنشأ عند عدم وضوح مضمون الدور ، وعدم القدرة على تحديد محتواه، ويكون الفرد في هاته الحالة عاجز عن الأداء الصحيح بسبب أنه لم يتم إعلامه بمحتوى هذا الدور أو أنه غير متأكد مما لديه من معلومات حول ما هو متوقع منها القيام به .

3- ضآلة إستخدام قدرات الفرد : وإمكانياته المحتملة في الإنجاز ،حيث يجد الفرد نفسه مواجها بحالة من الرتابة والملل ، نتيجة أعمال تخلو من عناصر التشويق .

4- التطور المهني : الإفتقاد إلى فرص الترقي وعدم التأكد من المستقبل المهني؛ والخوف من الفصل أو التقاعد أو من عدم القدرة على مسايرة متطلبات العمل . (بن طاهر بشير ، 2004 ، ص ص : 80-81) .

دراسة ساندرز وواتكنز: تهدف هاته الدراسة إلى بيان علاقة ضغوط الحياة وأسلوب حياة المعلم بضغوط مهنة التدريس ، حيث طبقت على 1400 معلما بالمرحلتين الإبتدائية والإعدادية بولاية لينويا الأمريكية بمقياس Clark للضغط المهني واستبيان everly لأسلوب حياة المعلم وقد أوضحت أن المعلم الذي يعاني من ضغوط في حياته العامة هو أكثر إحساسا بضغوط المهنة، وأن ضغوط المهنة ترجع لمصادر أهمها: العائد الإقتصادي للمهنة ، وعلاقة المعلم بتلاميذه .

دراسة دنيهام ستيف: وقد بحث فيه عن أسباب استقالة المعلمين من مهنة التدريس، حديثي الاستقالة من التعليم الابتدائي بمقاطعة نيو ويلز بأستراليا وتمت في المقابلات الشخصية طرح سؤال هؤلاء المعلمين عن رؤيتهم للأسباب التي أدت بهم لترك المهنة .

وقد بينت النتائج أن من أهم أسباب الاستقالة هو وصول المعلم إلى نقطة حرجة في اتجاهاته نحو مهنة التدريس تلك التي يعجز فيها المدرس عن مسايرة التغيرات في العملية التعليمية ومقاومتها؛ وأيضا معاناته من الاتجاهات السلبية للمجتمع تجاه مهنة التدريس ونقص العائد المادي وسوء أخلاق الطلاب في الصف وسؤ العلاقة مع الزملاء .

دراسة عزت عبد الحميد : هدفت هاته الدراسة إلى بحث العلاقة الإجتماعية السائدة التي يلقاها المعلم؛ وضغوط مهنة التدريس برضائه عن عمله حيث أجريت الدراسة على عينة من187معلما ومعلمة بالمرحلة الابتدائية منهم 97ذكرا و 90 إناثا، وطبق عليهم استبيان ضغوط العمل .ومقياس المساندة الإجتماعية والرضا عن العمل وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المعلمين أكثر ضغوطا من المعلمات في بعد استغلال المهارات، ولم توجد فروق بين الجنسين في الدرجة الكلية لضغط العمل، كما وجد ارتباط سالب بين ضغوط العمل؛ ورضا المعلم عن عمله لدى الجنسين ،و المعلمات كانوا أكثر رضا عن العمل من المعلمين . وسنوات الخبرة ترتبط إرتباطا إيجابيا برضا المعلم عن عمله ، أما المساندة الإجتماعية فلا تخفف من ضغط العمل إلا في بعدي المساندة المالية ومساندة أسرة المعلم له . (محمد الشبراوي محمد الأنور،2003،ص:24).

وفي ملخص لـ: تيغزى محمد حول ظاهرة الضغط والإجهاد النفسي عند المعلمين تمتد من سنة (1976 – 1985) ، واستهدفت عينات من معلمين التعليم الابتدائي ، أجمعت نتائج هاته الدراسات على أن المعلمين يعانون عموما من عدة اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية وسلوكية خطيرة، ومن أهم الأعراض المرضية هي :

1-الاضطرابات النفسية : القلق ، الاحباط ، الاكتئاب ، فقدان الثقة بالنفس، المخاوف، التشوش التفكيري ، الغضب ، انخفاض الرضا الحياتي ، الأفكار التسلطية والهيستيريا .

2- الاضطرابات السيكوسوماتية : آلام الرأس ، اضطرابات معدية ، اضطرابات النوم ، ارتفاع ضغط الدم ، المرض السكري ، السمنة الزائدة ، صعوبة الاستيقاظ من النوم ، التعرق في اليدين .

3- الاضطرابات السلوكية : التدخين ، تعاطي المشروبات الكحولية، سرعة الاستثارة. (بن طاهر بشير ، 2004 ، ص : 88) .

وسوف نتناول فيما يلي مجموعة من الدراسات التي تناولت مواقف الحياة الضاغطة لدى المعلم ، سواء تلك المرتبطة بمهنة التعليم كوظيفة ،أو تلك الخاصة بمجالات خارج إطار التعليم .

وفيما يلي عرض لهاته الدراسات الأجنبية والعربية :

دراسة ألكسندر لفينغسطون (Alexander Livingston et al 1983):شملت هاته الدراسة عينة من 660 مدرس من المدارس الحكومية ، حيث أسفرت عن وجود خمسة عوامل مستقلة تشكل مصادر للضغط في مهنة التعليم وهي : عدم الشعور بالأمن لمزاولة مهنة التدريس ،عدم وجود اتصال أو ترابط بين البرامج الدراسية التي يقوم بتدريسها المعلم ، التمييز العنصري ، العلاقات بين المدرسين ، التغير المطرود في الأعمال الدورية.(Alexander Livingston et al ,1983, p 85)

كما أفادة دراسة ميرسكي رونالد (Mersky Ronald 1984) على عينة من 12 مدرسة أن مصادر الضغط في مهنة التعليم قد تمثلت في مايلي :

- صعوبة ضبط الفصل .
- عنف بعض التلاميذ .
- المقابلات أثناء العمل .
- الدخل .
- السلامة الصحية للمدرس .

كما كشفت دراسة هاريس، وآخرون (Haris et all 1985) على عينة من 130 معلما أن زيادة العبء الوظيفي ،وزيادة ساعات العمل تؤدي لارتفاع مستوى الضغط لدى المعلم (Haris et all 1985,P:346) .

وقد كشفت دراسة فاربر(farber ,1989)على عينة مكونة من365معلما ومعلمة أن العبء المهني ومشكلات النظام داخل الفصل هي المصادر الأساسية للضغط المهني في التعليم(farber ,1991,p:49) .

وفي دراسة امبريقية استهدفت بناء مقياس الضغوط المهنية للمعلمين قام(إبراهيم السام دوني1991) بتحديد العوامل التالية كمصادر للضغط في مهنة التعليم وهي :

علاقة المعلمين ببعضهم البعض ، العمل مع التلاميذ ، علاقة الإدارة بالمعلم ، الإسناد الإداري ، العائد المادي ، العبء الوظيفي ، المشكلات التدريسية ، عدم ملاءمة المباني المدرسية وأثاثها (إبراهيم السام دوني، 1991 ، ص : 18).

وفي ملخص أعده (محمود محمد فرحات 1994) حول الدراسات التي قام بها بلاز (blase) على مدى ستة أعوام (1980– 1986) متتالية من خلال الاستبيانات المفتوحة

والمقابلات الشخصية لعدد من المعلمين ، حدد العوامل التالية كمصادر أساسية للضغوط في مهنة التعليم وهي :

- طبيعة المؤسسة التي يعمل بها المعلم .
- إدارة هذه المؤسسة والنمط الإداري السائد بما في ذلك شبكات الإتصال .
- علاقة المعلم بالتلاميذ وفهمه لخصائصهم .
- اتجاهات المعلم نحو مهنة التدريس .
- اتجاهات التلاميذ نحو المعلم و المدرسة والتعليم بصفة عامة .
- طبيعة المادة التعليمية التي يقوم المعلم بتدريسها.(محمود محمد فرحات،1994،ص:65)

كما صنف (محمد محمود حسن وآخر 1993) مصادر الضغط في مهنة التعليم على ضوء جملة من الدراسات كالتالي :

أ- **مصادر ترتبط بالبيئة المادية للعمل** : وتتمثل في صلاحية المباني والتجهيزات المختلفة لراحة العاملين .وقاعات خاصة بالأساتذة .

ب-مصادر ترتبط بطبيعة العمل ذاته : وتتمثل فيما يلي :

1- متطلبات العمل الزائدة :

أو ما يطلق عليه أحيانا التحميل الزائد في العمل ، ويذكر الباحثان أن هذا النوع من الضغوط تأتي في مقدمة مصادر الضغوط المرتبطة بطبيعة العمل ، حيث يوجد الفرد نفسه مثقلا بأعباء عمل وظيفي زائد ولا طاقة له على القيام به إلا من خلال معاناة شديدة، ويؤدي هذا التحمل الزائد في العمل إلى نتيجتين :

أولا : تراكم التعب الجسمي على الفرد بما يجعله غير قادر على القيام بأعباء العمل، الأمر الذي يتركه دائما تحت وطأة الشعور بأنه لم يأخذ قسطا كافيا من الراحة اللازمة .

ثانيا : أن الفرد يشعر غالبا في مثل هذه الحالة أنه متخلف في إيقاع أدائه لعمله .

2- المتطلبات المتضاربة والتوجيهات المحيرة :

وتنطوي على صنفين من المتطلبات يعرفان بصراع الدور وغموض الدور ، حيث تنشأ حالة صراع الدور نتيجة للتضارب؛ أو عدم التماثل فيما هو مطلوب أدائه من الفرد الشاغل للدور ، في ضوء مجموعة من المعايير التي تقوم على تصورات الفرد في المجال الاجتماعي له. وصراع الدور بدوره ينقسم إلى نوعين رئيسيين : الأول صراع الدور المتداخل

: وينشأ نتيجة لحالة يجد الفرد نفسه مضطرا للخروج على القيم الشخصية أو المعايير الاجتماعية المتفق عليها عرفيا؛ لكي يتمكن من أداء دوره المناط به، والنوع الثاني : هو صراع الدور الداخلي : هو ينشأ فيه صراع عندما يجد الفرد أنه مضطر للقيام بأداء عدة أدوار مختلفة تتطلب أنواع متعارضة من السلوك . أما غموض الدور فهو حالة تنشأ عند عدم وضوح مضمون الدور ، وعدم القدرة على تحديد محتواه، ويكون الفرد في هاته الحالة عاجز عن الأداء الصحيح بسبب أنه لم يتم إعلامه بمحتوى هذا الدور أو أنه غير متأكد مما لديه من معلومات حول ما هو متوقع منها القيام به .

3- ضآلة إستخدام قدرات الفرد : وإمكانياته المحتملة في الإنجاز ،حيث يجد الفرد نفسه مواجها بحالة من الرتابة والملل ، نتيجة أعمال تخلو من عناصر التشويق .

4- التطور المهني : الإفتقاد إلى فرص الترقي وعدم التأكد من المستقبل المهني؛ والخوف من الفصل أو التقاعد أو من عدم القدرة على مسايرة متطلبات العمل . (بن طاهر بشير ، 2004 ، ص ص : 80-81) .

دراسة ساندرز وواتكنز: تهدف هاته الدراسة إلى بيان علاقة ضغوط الحياة وأسلوب حياة المعلم بضغوط مهنة التدريس ، حيث طبقت على 1400 معلما بالمرحلتين الإبتدائية والإعدادية بولاية لينويا الأمريكية بمقياس Clark للضغط المهني واستبيان everly لأسلوب حياة المعلم وقد أوضحت أن المعلم الذي يعاني من ضغوط في حياته العامة هو أكثر إحساسا بضغوط المهنة، وأن ضغوط المهنة ترجع لمصادر أهمها: العائد الإقتصادي للمهنة ، وعلاقة المعلم بتلاميذه .

دراسة دنيهام ستيف: وقد بحث فيه عن أسباب استقالة المعلمين من مهنة التدريس، حديثي الاستقالة من التعليم الابتدائي بمقاطعة نيو ويلز بأستراليا وتمت في المقابلات الشخصية طرح سؤال هؤلاء المعلمين عن رؤيتهم للأسباب التي أدت بهم لترك المهنة .

وقد بينت النتائج أن من أهم أسباب الاستقالة هو وصول المعلم إلى نقطة حرجة في اتجاهاته نحو مهنة التدريس تلك التي يعجز فيها المدرس عن مسايرة التغيرات في العملية التعليمية ومقاومتها؛ وأيضا معاناته من الاتجاهات السلبية للمجتمع تجاه مهنة التدريس ونقص العائد المادي وسوء أخلاق الطلاب في الصف وسؤ العلاقة مع الزملاء .

دراسة عزت عبد الحميد : هدفت هاته الدراسة إلى بحث العلاقة الإجتماعية السائدة التي يلقاها المعلم؛ وضغوط مهنة التدريس برضائه عن عمله حيث أجريت الدراسة على عينة من187معلما ومعلمة بالمرحلة الابتدائية منهم 97ذكرا و90 إناثا، وطبق عليهم استبيان ضغوط العمل .ومقياس المساندة الإجتماعية والرضا عن العمل وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المعلمين أكثر ضغوطا من المعلمات في بعد استغلال المهارات، ولم توجد فروق بين الجنسين في الدرجة الكلية لضغط العمل، كما وجد ارتباط سالب بين ضغوط العمل؛ ورضا المعلم عن عمله لدى الجنسين ،و المعلمات كانوا أكثر رضا عن العمل من المعلمين . وسنوات الخبرة ترتبط إرتباطا إيجابيا برضا المعلم عن عمله ، أما المساندة الإجتماعية فلا تخفف من ضغط العمل إلا في بعدي المساندة المالية ومساندة أسرة المعلم له . (محمد الشبراوي محمد الأنور،2003،ص:24).

وفي ملخص لـ: تيغزى محمد حول ظاهرة الضغط والإجهاد النفسي عند المعلمين تمتد من سنة (1976 – 1985) ، واستهدفت عينات من معلمين التعليم الابتدائي ، أجمعت نتائج هاته الدراسات على أن المعلمين يعانون عموما من عدة اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية وسلوكية خطيرة، ومن أهم الأعراض المرضية هي :

1-الاضطرابات النفسية : القلق ، الاحباط ، الاكتئاب ، فقدان الثقة بالنفس، المخاوف، التشوش التفكيري ، الغضب ، انخفاض الرضا الحياتي ، الأفكار التسلطية والهيستيريا .

2- الاضطرابات السيكوسوماتية : آلام الرأس ، اضطرابات معدية ، اضطرابات النوم ، ارتفاع ضغط الدم ، المرض السكري ، السمنة الزائدة ، صعوبة الاستيقاظ من النوم ، التعرق في اليدين .

3- الاضطرابات السلوكية : التدخين ، تعاطي المشروبات الكحولية، سرعة الاستثارة. (بن طاهر بشير ، 2004 ، ص : 88) .

وبعدما تعرفنا على ماهية الضغوط وتعريفها ، وكذا أهم الاختلافات العربية في ترجمة المصطلح، وكذا مناقشة أهم التعاريف التي تناولت الظاهرة ، وكذا طرق الاستجابة للضغوط، كما تطرقنا للأعراض المختلفة للضغوط وأخيرا الضغوط التي يعانيها المعلم.

وإذا كان موضوع الضغوط متشعبا وشائكا ،فإننا يمكننا القول أن التعامل معه أكثر تعقيدا وتشابكا.

وكما بينا سابقا أن الضغوط تمثل خطرا على صحة الفرد وتوازنه ، كما تهدد كيانه النفسي ، وما ينشأ عنها من أثار سلبية كعدم القدرة على التكيف ، وضعف مستوى الأداء، والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية ، وانخفاض الدافعية للعمل ، والشعور بالإنهاك النفسي ، فإن أساليب المقاومة مع هاته الضغوط هي الحلول المناسبة، لإعادة التوافق عند الفرد إذا ما ستدل على معرفة الأسلوب المناسب لشخصيته ، وعليه فإننا سوف نتناول من خلال العنصر الموالي أساليب المقاومة مع هاته الضغوط وذلك من خلال تعريف أساليب المقاومة ، وأنواعها ، و الوظائف المتعددة لها ، ثم نتطرق إلى النظريات التي فسرت أساليب المقاومة .

8- ماهيةأساليب مقاومة الضغط النفسي (Coping):

قبل التطرق للتعاريف أساليب المقاومة سو ف نعرج أولا على بدايات ظهور هذا المصطلح ؛ فمصطلح المقاومة يعتبر من المفاهيم ذات الأصول القديمة ، فقد إهتم أفلاطون بتقديم شرح للطرق التي ينتهجها الأفراد في التعامل مع الأوقات والظروف العصبية .(محمد نجيب الصبوة وآخرين ،2004)، أما ماسلو (1940) فقد أشار إلى مفهوم المواجهة و أطلق عليه سلوك التصدي فميز بينه وبين السلوك التعبيري في حديثه عن الحاجة ، وقد كان المصطلح قليل الإنتشار حتى سنة (1960) ويحدد البعض أن بداية إنتشار هذا المصطلح تعود لسنة (1962) وذالك من خلال دراسات مورفي (Morphy) التي أشارت لمصطلح المقاومة coping بأنها عبارة عن مجموعة الأساليب التي يستخدمها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة ، كما أنها عملية منظمة مرنة تستخدم فيها أساليب معينة تكون موجهة نحو الذات أو إلى مصدر التهديد الخارجي ، ويشير كوين وآخر (Coyne & Racioppo 2000) إلى مدى إنتشار أبحاث المقاومة منذ عام (1967) حتى عام (1998) ففي هاته الفترة توالت الأبحاث التي تناولت المقاومة وزاد إنتشاره(Coyne,J 1 &Racioppo ,2000) .

من خلال دراستنا لموضوع أساليب مقاومة الضغط النفسي ، وجدنا العديد من المصطلحات ، التي تستخدم لدلالة على رد فعل الفرد تجاه المواقف الضاغطة ، ومن

أشهر هاته المصطلحات نجد مايلي :(coping) ويقابله مفهوم strategies (daptation) ، كما إختلف العلماء في نظرتهم لهذا المصطلح حيث تعددت معانيه من بينها : إستراتيجية (Lois 1962) ، أو أسلوب (Moos&Tyler1993)، ومجهود (Meenning,1963&Lazarus ,1966) ، أو إستجابة (Pearlin,1978)

أو عملية (Friedndman&Murphy,1963) ،

أو محاولات (Endler et al ,1998) .(هناء شويخ، 2004)

في اللغة العربية هناك من يستخدم إستراتيجيات التكيف ، وهناك من يستخدم لفظ التعامل مع، أو أساليب المواجهة، أو المقاومة، أو الكفاح، أو التصدي (أحمد محمد عبد الخالق ،1998،ص:50) أو التعايش معه، كمثل قولنا التعايش مع المرض ، أو فنيات التعامل مع الضغوط . سلوكيات التعامل ، وجهوده ، وآلياته ، ومهاراته ، وردود أفعاله ، وأساليبه .(فواز أيوب المومني ورافع عقيل الزغول ،2011)

و أحيانا تستخدم : سلوكيات المواجهة ، جهود المواجهة ، ميكانيزمات المواجهة ، ردود أفعال المواجهة .(عبد الله بن حميد السهلي، 1431) كل هاته المصطلحات تشير لمفهوم المقاومة .

يمكننا القول بأن أهمية مفهوم المقاومة (Coping) ، ظهرت بصفة ملحوظة في الفترة الممتدة بين الأربعينات و الخمسينات ، و لازالت أهميته العلمية قائمة إلى حد الآن ، إذ يشكل هذا المفهوم في الوقت الحالي ، المحور الذي تقوم عليه البرامج التربوية و العلاجية في ميدان علم النفس ، و التي تهدف إلى تطوير و تحسين المهارات الخاصة بعملية التوافق السيكولوجي.

وفيما يلي مجموعة من التعاريف لأساليب مقاومة الضغط النفسي :

أولا بالنسبة للتعريف اللغوي :

ففي قواميس علم النفس نجد (وولمان wolman)، في قاموسه للعلوم السلوكية يشير لسلوك المقاومة coping behavior ؛ كما هو عند (ماسلو) على أنه نمط من أنماط السلوك يهدف لتسهيل عملية تكيف الفرد مع البيئة المحيطة به بغرض تحقيق أغراض معينة .

كما ميز قاموس بنجين (the pengain Dictionary of psychology) بين إستراتيجيات المقاومة (coping strategies) ومصطلح أساليب الدفاع ، ويرى أن أساليب المقاومة توظف على مستوى الشعور وهي عبارة عن سبل منطقية عقلانية للتعامل مع مصادر القلق في حياتنا اليومية ، ويستخدم هذا المصطلح للإشارة للأساليب التي يتم اللجوء إليها للتعامل مع مصادر القلق ، حين أن مصطلح إستراتيجيات الدفاع يتم توظيفها للإشارة للقلق نفسه بدلا من مصدره .(Reber.1995)

أما قاموس (ويبستر ، 1984) ، فيعرف المقاومة على أنها الكفاح ، أو النضال الناجح أو القائم على التكافؤ .(webster New world Dictionary of English .1995)

أما قاموس (كمبريدج ،1995)فيعرف المقاومة على أنها القدرة على التعامل بنجاح مع المواقف الصعبة أو الحظ السيء.

ثانيا : التعريف الإصطلاحي : إن أول من بحث في موضوع الضغوط هو الطبيب الكندي هانزسيلي (1976) وسمي حينئذ أب الضغوط النفسية وقد وضع تعريفا لها : بأنها إستجابة غير محددة من الناحية الجسمية لأي متطلبات ملحة . **(محمد عبد الظاهر ،2013، ص :161).**

ويضيف إن الإستجابة غير المحددة عبارة عن متلازمة أو مجموعة أعراض عامة تظهر كمحاولات للتكيف أو التلائم مع المتطلبات الداخلية والخارجية والشخص الذي يعجز عن حل أي مشكلة أو تفادي خطر وشيك الوقوع يلجأ إلى إستخدام ميكانيزمات الدفاع لديه بداية من النشاط الذهني في العقل الباطن و إنتهاء بوضع حلول توفيقية للمشكلة .

تعريف كوهين لازاروس: أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط . (spierlberger,charles,1996,p:946) .

نلاحظ أن هذا التعريف عام وغير دقيق ، حيث أنه لم يوضح لنا صاحبي التعريف طبيعة الجهود ، و الأساليب التي يستخدمها الفرد ، لمقاومة الضغوط التي تواجهه .

تعريف كرينبيك، وآخرون 1983 : أساليب مقاومة الضغط النفسي هي عملية غير جاهزة الإستعداد، ومختلفة في الأسلوب (البحث عن المعلومات) ومختلفة في الوظيفة (لحل المشكلة وخفض الضغوط) ، ومختلفة في النتيجة(أكثر أو أقل) . (سمية طه جميل ،1998،ص:121)

ويرى بوتزن و آخرون أن الأفراد الذين ينجحون في عملية المقاومة يستطيعون حل المشكلات التي يتعرضون لها من خلال تغيير بيئتهم التي تسبب لهم ألما أو تهديدا ، و ينظمون إنفعالاتهم من خلال الإحتفاظ بصورة إيجابية عن الذات ، وعلاقات مع الأخرين تتسم بالرضا .(Bootzin&et al ,1991)

تعريف فولكمان ولازاروس Lazarus et folk man 1984 : أساليب مقاومة الضغط النفسي هي مجموعة من الجهود المعرفية ، والسلوكية ، الموجهة للسيطرة ، التقليل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتعدى موارد الفرد. (Lazarus et folk man,1984,p: 129) .فقد أشار لازاروس (1966) إلى مفهوم المقاومة ووصفه بأنه المجهودات التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث سواء كانت هذه المجهودات موجهة نحو الإنفعال أو موجهة نحو المشكلة .

كما عرف سبيلرجر أساليب مقاومة الضغط النفسي بأنها عملية وظيفتها خفض التوتر، أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له. Holhan, G,jaMose, (1987,P: 945). في حين يشير دونتشف (Dantchev)1989: إلى أننا نتكلم عن المقاومة لتحديد الطريقة التي يحقق بها الفرد توافقه أمام المواقف الصعبة التي تعترضه.(Dantcheve, 1989,P:20) .

أما رودلف موس MOOS(1982) الذي يعتبر من الرواد في دراسة المقاومة فقد عرف أساليب المقاومة بأنها الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي في تعامله مع مصدر الضغط .

كما صنف أساليب المقاومة إلى مقاومة إقدامية و أخرى إحجامية ، ولكل أسلوب منها جانبان معرفي وسلوكي .

أما علي فقد عرف أساليب المقاومة : بأنها الأساليب التي يواجه بها الفرد أحداث الحياة اليومية الضاغطة ، و التي تتوقف مقوماتها الإيجابية أو السلبية نحو الإقدام أو الإحجام طبقا لقدرات الفرد ، و إطاره المرجعي للسلوك ، ومهارته في تحمل أحداث الحياة اليومية الضاغطة ، وطبقا لإستجاباته التكيفية نحو مواجهة هذه الأحداث دون إحداث أية أثار سلبية جسمية أو نفسية عليه .(علي ، 2003، ص : 11)

ويعرف الهابط أساليب المقاومة بأنها سعي الفرد للتوفيق بين مطالبه وظروفه و مطالب البيئة المحيطة به وظروفها .- (الهابط ،1987)

وقد عرف لطفي إبراهيم 1994 أساليب مقومة الضغط النفسي : بعمليات التحمل ، وقصد بها عملية دينامية يلعب فيها التقدير المعرفي دورا أساسيا ، ويرى أنها لا تمثل سمة أو أسلوبا ولا تعكس المداخل البنائية ، والمدخل السيكو ديناميكي صورة واضحة ومفصلة عن عمليات التحمل أو إستراتيجيات التكيف ، وهو يرى أن التحمل عملية متغيرة حسب خصائص الموقف الضاغط وحسب التقدير المعرفي للفرد .

كما تعتبر (coping strategies) الطريقة المميزة التي يتعامل من خلالها الفرد مع متطلبات بيئته المادية و الإجتماعية ، كما أنها تعبر عن الأسلوب الذي يتبناه الفرد ليواجه مضايقات الحياة ومصادر القلق فيها ، وفي نفس السياق يرى(محمد رفقي عيسى ،1996) أن رد الفعل أو أسلوب الاستجابة يمثل طريقة الفرد في تفسير وتقويم المثيرات؛ التي يتعرض لها ،وهي في ذلك تتضمن عمليات عقلية (إدراكية تقويمية) ووجدانية انفعالية ، كنمط شبه ثابت لدى الفرد ومكونا ثابتا من مكونات شخصيته . (بشير بن طاهر ،2004،ص: 40)

أما هريدي : فيعرفها بأنها كافة جهود الفرد المعرفية ، والإنفعالية و النفسحركية والبينشخصية ، التي يسعى الفرد من خلالها إلى التصدي للمواقف الضاغطة ، للتخلص منها ، أو لتجنب أثارها السلبية (المادية أو المعنوية) ، أو التقليل منها بهدف المحافظة قدر الإمكان على توازنه الإنفعالي ، وتكيفه النفسي و الإجتماعي .(هريدي ، 1996، ص: 283)

ويرى كثير من الباحثين أمثال (كار فير وشيير،1989 Carver&Sceir) بيلينغ وموس1984(Billing&Moos) أن البداية الصحيحة لفهم أساليب المقاومة تعود للنظرية المعرفية؛ التي قدمها لازاروس وفو لكمان 1984(Lazarous&Folkman) حيث يريان أنه ما أن يتعرض الفرد لموقف ضاغط حتى يقوم بتقدير معرفي أولي primitive (cognitive aparaisel) يحدد من خلاله دلالة ومعنى للحدث ، ثم يقوم بعملية تقدير معرفي ثانوي ، وذلك باستحضار العقل لاستجابة ما محتملة عما يمكن فعله ثم عملية المواجهة وتنفيذ الاستجابة .

أساليب المقاومة تظهر بشكل واضح في المرحلة الثانية ، من التعرض للضغط وهي مرحلة المقاومة، والتي يحاول فيها الجسم إدارة الموقف الضاغط ، وإعادة تخزين الطاقة

والوصول لحالة الاتزان النفسي من خلال تكتيكات معينة تعرف بعمليات تحمل الضغوط (Coping Processus) (لطفي عبد الباسط إبراهيم ،1994،ص:88).

ويرى لطفي عبد الباسط إبراهيم أنه في حالة ما إذا كانت هذه العمليات التكيفية غير ملائمة تصبح المقاومة غير فعالة ويصل الفرد إلى مرحلة الإنهاك النفسي، ويرى نفس الباحث أن أساليب تحمل الضغوط تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معا شريطة أن يعي الفرد كيفية التحمل، وما هي الإستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ما . (بشير بن طاهر ،2004 ، ص: 43)

ويعرف وولمان مصطلح أسلوب المقاومة coping style ،بقوله هو أحد الوسائل التي يلجأ إليها الفرد بهدف التأقلم مع الضغوطات ، و إستغلال الفرص المتاحة أمامه أفضل إستغلال. كما يشير هذا المصطلح إلى ذالك النمط الفريد في الإدارة والتنظيم الذي يلجأ إلى بنائه الفرد في خضم جهوده الرامية إلى تحقيق التكيف .(wolman.1973)

أما الصبوة (2000) فإنه يستخدم مصطلح أساليب التعايش بدلا من أساليب المقاومة ، وتشير أساليب التعايش إلى الأساليب و المهارات الواعية أو الشعورية العاقلة التي يوظفها الفرد في التعامل الإيجابي مع مصدر القلق أو الحدث المثير للمشقة النفسية ، ويطلق على أساليب التعايش إسم مهارات المواجهة ، وهي عبارة عن مجموعة قدرات الفرد الخبيرة الواعية العاقلة المسيطر عليها ، التي يوظفها لإدراك الحدث الصدمي وتقييمه بصورة واقعية عقلانية وإعادة تنظيم إمكاناته ومهاراته للتعايش مع الموقف . (نقلا عن فواز أيوب المومني ورافع عقيل الزغول ، 2011)

أما بونامكي فترى أن أساليب مقاومة الضغط النفسي ، تشير إلى الجهود العاملة من أجل السيطرة التي تتمثل في الإجراءات الهادفة إلى تعزيز موارد الفرد للتصدي للضرر المتوقع ، وقد تكون هذه الجهود مباشرة (القتال أو الهروب) أو غير مباشرة في طبيعتها .إضافة إلى أنها مصممة من أجل تعديل العلاقة المزعجة بين بيئة الفرد الإجتماعية وبيئته المادية ،ويرى بونامكي أنه يوجد وظيفتان لأساليب المقاومة هما : تعديل العلاقة بين الفرد و بيئته المزعجة ، وضبط الإنفعالات الضاغطة .(بونامكي ، 1988، ص :32)

ويعرفها عبد الستار بأنها : مجموعة من النشاطات سلوكية ، أو معرفية يسعى من خلالها الفرد لتطويع الموقف الضاغط و حل المشكلة أو تخفيف التوتر الإنفعالي المترتب عليه .(عبد الستار ، 1994)

ويعرف فيلش مان Felshman أساليب المقاومة على أنها السلوكيات الظاهرة و الخفية التي تحدث للتقليل من الضغوط النفسية أو الظروف الطارئة .

أما ناكانو Nakano فيعرف أساليب المقاومة بأنها جهود فردية معرفية وسلوكية للتخفيف من آثار الأحداث الضاغطة ، أو تخفيف تأثيرها الجسمي و الإنفعالي على الفرد .(رمضان جهاد ، عبد الفتاح ، 1999)

ويعرف ديو Dewe (2000) المقاومة بأنها :الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة ، أو التعامل مع المطالب الموقف الذي تم إدراكه و تقييمه بإعتباره يفوق طاقة الفرد ، ويرهق مصادره وقدراته و يمثل موقفا ضاغطا .

أما هشام عبدالله (2001) فيعرف المقاومة بأنها طريقة الفرد في إدراك الضغوط الحياتية وتفسيرها و تقييمها وتحديد أسلوب تعامله معها ،بحيث يحقق مستوى مقبول من التوافق مع المواقف التي تحتوي تلك الظروف الضاغطة .(هشام عبد الله ،2001)

ويجمع عماد عبد الرزاق (2006) بين التعريفات السابقة للمقاومة فيعرفها بأنها كافة الجهود و المصادر الشخصية و المعرفية ، و الإنفعالية والإجتماعية و السلوكية التي يمتلكها الفردويكرثها لمواجهة أي حدث ضاغط يتعرض له في حياته ،وذالك بغرض جعل الفرد أكثر واقعية في تقييم الحدث الضاغط و أكثر نجاحا و فاعلية وكفاءة وصلابة في مواجهته ، أو على الأقل التخفيف من الأثار السلبية لهذا الحدث الضاغط على سلامته الجسمية و النفسية .

وكخلاصة لهاته التعاريف نستطيع القول انه بالرغم من تعدد المصطلحات والمسميات ، إلا أن معظم الباحثين أكدوا على أن هدف المقاومة هو التخلص من نواتج الضغوط على الفرد . يتضح لنا أن أساليب المقاومة ،هي الطريقة والوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم، كما أن هاته الإستراتيجيات تتمثل في مجموعة السلوكيات ، و الأنشطة المعرفية أو النفسية أو البدنية أو الاجتماعية التي يقوم

بها الفرد ، من أجل التخفيف من مستوي الضغط النفسي والتكيف معه. سواء كانت تلك الأنشطة عن قصد أو عن غير قصد .

كما أن هاته الأساليب تستخدم لإعادة التوازن الجسدي والنفسي ، وبهذا يمكن للفرد تحقيق التوافق مع البيئة ، واسترجاع حالة التكيف عندما يكون في موقف يدرك أنه مهدد. ولهذا نجد أن الأفراد يختلفون في تحديد أنواع هاته الإستراتيجيات ، وهذا راجع لأهمية الموقف الضاغط بالنسبة للفرد ذاته ، وكيف يدرك تهديده ، الأمر الذي يجعله يلجأ لتوظيف تلك الأساليب لمقاومة الموقف الضاغط والتكيف معه .

وعند تناول أساليب مقاومة الضغط النفسي لابد من الإشارة لثلاث متغيرات أساسية هي :

أولا مصادر التعامل : ويقصد بها تلك الأساليب التي يمتلكها الفرد وتلعب دورا إيجابيا في المواقف الضاغطة المتعددة ، وتتمثل هذه الأساليب في مدى ثقة الفرد بنفسه ونظرته لنفسه و للعالم الخارجي .

ثانيا أساليب التعامل : وتظهر من خلال إنسحاب الفرد أو ميله تجاه الآخرين و إمكانية إقراره بوجود مشكلة ما أو القدرة على إنكارها .

ثالثا جهود التعامل : وتمثل ردود الفعل الداخلية والخارجية الصادرة عن الفرد تجاه المواقف الضاغطة وقد تكون هذه الردود موجهة نحو الذات أو البيئة أو كليهما معا ، عن طريق محاولة تغيير خصائص الشخصية و المعتقدات و العادات السلوكية .

- **شروط المقاومة الفعالة** : هناك مجموعة من الشروط الواجب توفرها حتى تتحقق مقاومة فعالة للضغوط و الأزمات وتتمثل أهم هاته الشروط في مايلي :
- إستكشاف الواقع ومشكلاته و البحث عن المعلومات الكافية .
- التعبير عن حرية المشاعر الموجبة و السالبة لما في ذالك من تنفيس عن الضغوط .
- القدرة على تحمل الإحباط .
- تجزئة المشكلة لوحدات يمكن معها تداولها ومعالجتها في وقت معين .
- ضبط الإنفعالات و التحكم في المشاعر .
- التغلب على التعب ومقاومة الميل إلى الإضطراب .
- إبداء المرونة و تقبل التغيير .
- روح التفاؤل و الأمل فيما يبذل من جهود لحل الأزمة . (منى محمود ، 2002)

9- وظائف أساليب المقاومة وفعاليتها وفعاليتها: لقد تناول العديد من الباحثين الوظائف المتعددة لأساليب المقاومة،كل حسب تصوره وخلفيته النظرية .فقد حدد (mechanic) 1974 صاحب النظرة الإجتماعية النفسية، عن وجود ثلاث وظائف لأساليب المقاومة :

1- التعامل مع المتطلبات الإجتماعية والبيئية .

2- توفير الدافعية لمواجهة تلك المتطلبات .

3- المحافظة على التوازن السيكولوجي بهدف توجيه الطاقة والمهارات نحو المتطلبات الخارجية .

- وبهذا يري (Mechanis) أن مقاومة الضغط تستلزم التعامل مع متطلبات البيئة الإجتماعية وهذا طبعا يتوقف على مستوى الدافعية للفرد في مواجهة تلك الوضعية وذلك يهدف إلى تحقيق توازن سيكولوجي بين المتطلبات الداخلية والخارجية .

أما الباحث White (1974) فقد تحدث عن ثلاث أنواع من الوظائف :

1- ضمان تأمين معلومات كافية حول المحيط .

2- الحرية في التصرف برصيد المعلومات وبطرق مرنة .

3- الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليتي الأداء، وإنتقاء المعلومات.(أزروق،1997، ص:51).

نلاحظ من خلال هذا أن الباحث ركز على الجانب المعرفي ، وفي كيفية تناول المعلومات وجمعها حول الظاهرة المراد التعامل معها ، ثم ضمان حرية التصرف برصيد المعلومات كل حسب تصوره و إدراكه للموقف وهذا يتوقف على حسب المعلومات المنتقاة و المدركة .

إذا أساليب مقاومة الضغط النفسي هي تلك الجهود التي يبذلها الفرد قصد معالجة المتطلبات مصدر الضغط العالي بغض النظر عن النتائج الناجمة عن إستعمال أو بذل تلك الجهود، وهذا يعني أنه لاتوجد إستراتيجية جيدة و أخرى غير جيدة و إنما تتحدد جودة إستراتيجية ما بمدى قدرتها على التأثير الفعال ، في تقييم وضعية ما وبمدى إستمرار هذه الفعالية أو هذا التأثير على المدى البعيد ، وعليه تظهر فعالية مختلف إستراتيجيات التكيف

المتعددة، حسب خصائص ومميزات الوضعية أو الموقف الذي نواجهه من حيث المدة والحدة، والقدرة على التحكم ، والقدرة على التوافق الجسمي الإنفعالي .

10- أنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي :

إن التصور العام عن أساليب مقاومة الضغط النفسي (Coping) شامل يحتاج إلى تفصيل أكثر وخاصة إذا أستخدم مع آليات الدفاع اللاشعورية ، فيرى بعض علماء النفس أن أساليب التعامل مع الضغوط تعتمد على أنها :

-وسيلة تعديل أو محو الموقف الذي يزيد من حدة المشكلة التي تسبب الضغط .

-وسيلة التحكم الإدراكي واستدعاء الخبرات لتحديد المشكلة .

-وسيلة التحكم بالنتائج الانفعالية للمشكلة ضمن حدود الاستجابة الناجحة للحل .

وعموما فإننا نرى أن أساليب مقاومة الضغط النفسي هي عبارة عن أساليب تختلف باختلاف الأفراد أنفسهم .

ولكن قبل التطرق لأنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي لابد أن نشير لملاحظة مفادها أن الباحثين المهتمين بالموضوع يستخدمون تصانيف مختلفة وتسميات مختلفة لهاته الإستراتيجيات ، وذلك راجع للخلفية النظرية التي ينطلق منها كل باحث ، وكذا حداثة البحث في الموضوع ، كما أن عملية زيادة أو اختزال أساليب المقاومة تعود لطبيعة البحث وتصوره المنهجي ، وخصائص العينة وما تتعرض له من ضغوط .(تيغزى أمحمد، بحث غير منشور، ص:44).

كما يرى لطفي إبراهيم عبد الباسط (1998) أن الخلاف حول تصنيف ومضامين أساليب مقاومة الضغط لا يقتصر على ما هو ظاهري ، فالاختلاف يمتد إلى طريقة قياس ومعالجة ظاهرة أساليب المواجهة.

وبناء على ذلك سوف نتعرض لأنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي بشكل مفصل كمايلي :

1- لقد قسم مونتانا ولازاروس أساليب مقاومة الضغط النفسي إلى قسمين هما :

أ- مواجهة متمركزة حول المشكلة .

ب- مواجهة متمركزة حول الإنفعال .

أ- **المواجهة المتمركزة حول المشكل:** يقصد بها تنظيم العلاقة بين الفرد والبيئة ، التي قد تكون مصدر إحداث الضغط لدى الفرد ، وذلك عن طريق جهود تبذل لتحسين العلاقة بين الفرد والبيئة . (سمية طه جميل ، 1998، ص:122) .

كما عرفها جاني (Gagne) 1977: بأنها نوع من السلوك المحكوم بقواعد، وهي عملية يستحضر فيها الأشخاص مفاهيم وقواعد من معرفتهم السابقة .

أما أوسبيل (Ausbel)1978 فعرفها أنها عملية حل المشكلات هو نوع دقيق من التعليم وفي رأيه أن حل المشكلة ، هو تعلم بالاكتشاف حيث يتطلب من الأفراد أن يكتشفوا بأنفسهم ما يتعلمونه قبل أن يدخل في أذهانهم(محمد محروس الشناوي وآخر،1998،ص: 229).

وحل المشكلة إذا هو طريقة معرفية سلوكية ، تعتمد على خطوات يتبعها الأفراد القادرين على استعمال هذه الإستراتيجية. حيث توصل هيبنز Hepnis 1978 إلى أن النتيجة التي تقول أن المقتدرين على حل المشكلة يعتمدون على الخطوات التالية في إستراتيجياتهم :

- جمع المعلومات : وهي التعامل مع العناصر الغامضة في المشكل .
- التعرف على العلاقة القائمة بين عناصر البيئة. (محمد حمدي الحجار،1998،ص:28).

من خلال التعاريف السابقة يتضح لنا أن إستراتيجية حل المشكل ، تظهر في حالة المواجهة أو التخطيط وهي بالتالي قد تمكن الفرد من الحصول على إمكانية تغيير الوضعية التي هو بصدد مواجهتها ، الشيء الذي يؤدي مباشرة إلى التغيير من الوضعية والتخفيف من حدة الضغط ، وهي بذلك تركز على التعديل المباشر للعلاقة بين الفرد والبيئة، وهذا يوضح مجهودات سلوكية معرفية فعالة مركزة على مواجهة المشكل لحله، كما يحتاج حل المشكلة وتحديده حسب وصف كل من لازيرلا ونيزو (Nezu et Lzurilla)(1981) إلى التطرق لثلاث مجالات من أجل تحديد عناصر أساسية مساعدة على هذه الإستراتيجية وهي :

- تقويم ذاته وسلوكه ومشاعره تجاه الموقف .
- تقويم محيط الفرد .
- رسم صورة الموقف الذي تصدر عنه المشكلة .(محمد حمدي الحجار،1998،ص:39).

فتقويم الفرد لذاته وعواطفه المتعلقة بالموقف المشكل أو خلق المشكلة إضافة إلى النتائج التي تترتب عن هذه الأمور هو مرحلة هامة من مراحل حل المشكلة ،كما يجب تقويم الفرد لمحيطه الذي تصدر عنه المشكلة ، إضافة لرسم الأهداف والمستجدات في المشكل ، والذي يتمثل في رسم صورة الموقف المشكل ، كما أن للنشاط العقلي دورا هاما في إستخدام هاته الإستراتيجية ، حيث يقوم النشاط العقلي على حل المشكلة باستخدام عدد من مكونات الإعداد والتجهيز أو المعالجة ، وبصفة عامة يمكن القول أن النشاط العقلي المستخدم في حل المشكل يمر بالمراحل التالية حسب نظر مصطفى الزيات:

- الإعداد أو التحضير Prèaration .
- الإنتاج Production.
- التقويم والحكم Judgment or évaluation .(مصطفى الزيات 1995،ص:390).

من خلال هذا الطرح نجد أن النشاط العقلي في إستراتيجية حل المشكلة يهتم بفهم المشكلة والتعرف عليها من خلال الإعداد والتحضير ، ثم اقتراح الحلول الممكنة لهاته المشكلة أو الموقف الضاغط بإنتاج معلومات عنها ، وأخيرا الحكم والتقويم الخاص بهذا الوضع .

من خلال ما سبق يتضح لنا أن إستراتيجية حل المشكل هي من بين الإستراتيجيات المعرفية السلوكية التي يستخدمها في التكيف مع الضغوط الخارجية والبيئية التي يدركون تهديداتها ، كما أن هذا النوع من الإستراتيجيات يعتمد على جمع المعلومات التي تساعد في الكشف عن طبيعة المشكل والعناصر الغامضة فيه ، والتعرف على العلاقة بين عناصر البيئة فهذا يسهل الفهم الدقيق للمشكل ككل .

وقد بينت الدراسات النفسية أن هذا الأسلوب من أساليب التعامل يلجأ له المثقفون كاستجابة لآلية التعامل مع الضغط إضافة إلى المعرفة المسبقة لمصدر الضغط لدى الفرد، ويعتمد هذا الأسلوب أساسا على قوة الشخصية ، والشجاعة في مواجهة المواقف النفسية والتوترات الناتجة عن مصدر الضغط وشدته .

وقد بين فولكمان ولازاروس "Folk Man et Lazarus "(1984) أن إستراتيجية المواجهة المركزة حول المشكلة هي أقل تداولا عند الأشخاص" إلى أن عدد الأشكال المعروفة أو المتوفرة في الكتابات النظرية والبحوث الخاصة بالمقاومة التي تتمركز حول

المشكل والتي يلجأ لها الأشخاص لاستعمالها إزاء الوضعيات الحياتية المختلفة قليل إذا ما قورنت بعدد الأشكال أو الإستراتيجيات المتمركزة حول الإنفعال". (Schweitzer et Dantzer ,1994 ,p84).

ب- المواجهة المتمركزة حول الإنفعال :

يقصد بهذه الإستراتيجية التكيفية تنظيم الإنفعالات الضاغطة ، وذلك عن طريق أفكار وأفعال صممت لتخفيف التأثير العاطفي .(سمية طه جميل ، 1998، ص:122).

نلاحظ أن هاته الإستراتيجية تستخدم في مواجهة الضغوط الداخلية المنشأ ، كما أنها تعتبر من الإستراتيجيات الإنفعالية ، حيث أنها تعتمد على ردود الفعل الجسمية للتكيف مع الضغوط وذلك من خلال تنظيم الإنفعالات الضاغطة .

وفي نفس السياق حدد (مرتا وآخرون ، Martin et al,1992) أسلوبان من إستراتيجيات التكيف مع المواقف الحياتية الضاغطة هما :

* الإستراتيجيات الإنفعالية في المواجهة (Emontional Coping Stratégies) : والتي تتضمن إستخدام ردود فعل انفعالية كالتوتر ، الشك والغضب والانزعاج .

* الإستراتيجيات المعرفية في المواجهة (Cognitive Coping Stratégies): وتتضمن إعادة التفكير الإيجابي والتحليل المنطقي وبعض أنماط التفكير الرغبي والنشاط التخيلي .

بينما تم تحديدها في بحوث :(هيجنغز و أندلر ،Higgins&Endler 1995)في ثلاثة إستراتيجيات هي :

1- أسلوب التوجه الإنفعالي للفرد : ويقصد به الإستجابة الإنفعالية التي تنتاب الفرد وتميز أسلوبه في التعامل مع الموقف المواجه ، والتي تتضمن حالات الضيق ، التوتر والغضب واليأس .

2- أسلوب التوجه نحو التجنب : وفيها يحاول الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع الموقف الضاغط ويكتفي بالانسحاب وهو أسلوب إحجامي .

3- أسلوب التوجه نحو الأداء : وهي جملة إستراتيجيات سلوكية مباشرة تتميز بالواقعية والعقلانية ، ويرى أصحاب هذا التصنيف أن هذا النوع من أساليب التعامل مع الضغط تتضمن معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة ، واقتراح بدائل واختيار أفضلها للتعامل مع

الموقف على ضوء الخبرة السابقة ، مع وضع خطة فورية لمواجهة المشكلة . (طاهر بن بشير ، 2004 ، ص:44).

ويعتقد (عبد إبراهيم ،1994 ،ص:66) أن الفرد لا يلجأ إلى العمليات السلوكية، خاصة الموجهة نحو مصدر المشكلة ، إلا إذا كان تقديره للموقف أنه أقرب إلى التحدي المناسب لإمكانياته وقدراته .في حين يلجأ إلى العمليات المتمركزة حول الجوانب الإنفعالية إذا كان تقديره للموقف أنه ضار ومؤذي ويتجاوز إمكاناته الراهنة وذخيرته من عمليات تحمل . ومن جهة أخرى فإن فعالية عملية ما للتحمل لا ترتبط بإستراتيجية ما، بل ترتبط بخصائص الفرد والموقف معا، ما هو متاح لديه من ذخيرة عمليات التحمل والمواجهة .

تصنيف سيلس فليشر"Suls et Fletcher " 1985: لقد توصل كل من الباحثين انطلاقا من تحليل البحوث الخاصة بالمقاومة والتي أجريت في الفترة مابين (1960-1985) إلى شكلين من المقاومة وهما :

أ- المقاومة المتجنبة (الاستراتيجيات غير النشطة/غير الفعالة) Le Coping évitant .

ب- المقاومة اليقظة (الاستراتيجيات النشطة / الفعالة) Le Coping vigitant .

تتمثل المقاومة المتجنبة في التجنب والهروب والإنكار والتقبل ، والتي تعكس الإستراتيجيات الغير نشطة أما المقاومة اليقظة فتعكس الإستراتيجيات النشطة الفعالة، والمتمثلة في البحث عن المعلومات، والدعم الإجتماعي ، ومخطط تسوية المشكل .

(Dantzer et Schweitzer,1994,P:93)

أ- الإستراتيجيات غير النشطة (غير الفعالة) : ومن أهمها ما يلي :

التجنب évitant: وهي تحويل الإنتباه عن مصدر الضغط ، وهي الإستراتيجية الأكثر استعمالا ويمكن أن تتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي (نشاطات رياضية، ألعاب ، استرخاء ، تسلية). (أزروق ،1997 ، ص:54) .

- وحسب فلتشر" Fletcher" وسيلس" Suls" (1985) ، فإن الهروب يؤدي لارتياح مؤقت وتقل فعاليته إذا أصرت الوضعية المهددة على البقاء .(Schweitzer et Dantzer,1994,P:112)

ويكون التجنب والهروب، عندما لا يجد الفرد الإمكانيات المتوفرة لديه، والكافية للتعامل مع الضغط النفسي السائد، فبإمكانه في بعض الأحيان ، تجنب التعامل لحين

استجماع قواه ثانية ، والتهيؤ له، أما إذا فشل في تجنب الموقف الضاغط ، ولم يستطع مقاومته فإنه يلجأ إلى العقاقير، والكثير من الذين يتعاطون العقاقير يجدون فيها وسيلة للهروب من المواجهة .

(مجلة النبأ ..... العدد 55 http://www.dynamicdrive.com*/var....2001)

لذا يعتبر الانسحاب استجابة شائعة لتهديد عند بعض الناس ، فقد يختار البعض هذا الأسلوب على وفق نمط شخصيته ، وغالبا ما يصاحب هذا السلوك شعور بالاكتئاب وعدم الاهتمام، كما قد ينكر الشخص الذي وقع تحت موقف ضاغط تهديد هذا الموقف لإتزانه وتكيفه ، ويعتبر من بين الأساليب التي يستعملها الأفراد لمواجهة موقف ما .

الإنكار : يقصد بهذه الإستراتيجية تغيير المعنى الذاتي للحدث الضاغط" Signification,Subjective" بالرجوع إلى نشاطات معرفية مرتبطة بالإنكار، هذه النشاطات جد مختلفة ، وتخص الابتعاد مثل التفكير في أشياء جميلة ، كالإفراط في المظاهر الإيجابية الموجودة في وضعية ما ، وتقييمها تقييما إيجابيا" évaluation Positive "،وهذه الإستراتيجية فعالة لتخفيف من حدة الإنفعال في حالة التجارب الضاغطة قصيرة المدى أما في حالة موقف ضاغط مزمن من الأحسن الاعتراف بذلك،حتى يحقق لذاته وللآخرين الراحة والطمأنينة.(أزروق،1997 ، ص: 54).

وتعتبر الإستراتيجيات غير النشطة من الإستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد في مواجهة مواقف الحياة الضاغطة ، وذلك قصد إعادة الاتزان والتكيف مع البيئة ، كما أن أهم ما يميزها هو نقص الجهد المبذول في مواجهة الأحداث الضاغطة ، والتحول لممارسة أنشطة أخرى كالنوم ومشاهدة التلفاز لغرض تخفيف أو إزالة الآثار الإنفعالية المترتبة عن الموقف الضاغط .

وإضافة إلى هذه الأساليب هناك نوع أخر حسب هذا التقسيم وهو :

ب- الأساليب النشطة (الفعالة) : وتتمثل في :

البحث عن المعلومة : وهي للتعرف عن وضع مخطط لحل مشكلة واللجوء إلى هذا النوع من الإستراتيجية يسمح بتخفيض الضيق الإنفعالي وتسهيل مراقبة الوضعية.(فتحي مصطفى الزيات ، 1995 ، ص:65)

طلب الإسناد الإجتماعي والإسناد الإنفعالي: وتتمثل هاته الإستراتيجية في محاولة البعض الحصول على مساعدة الآخرين اجتماعيا أو نفسيا أو طبيا ، أو ماديا تبعا لتقديرات المعنيين أنفسهم ، إذ يلجأ البعض إلى الأهل و الأقارب أو حتى العشيرة، للحصول على الدعم الأمني عند الشعور بالتهديد لسبب معين ، وقد يتجه البعض لأصدقائهم لغرض الحصول منهم على اطمئنان مستقبلهم الوظيفي أو السياسي ...الخ .

ويسعى البعض إلى طلب الإسناد الإنفعالي(خاصة المكتئبين) سواء من الأقرباء أو الأطباء النفسيين ، ويتجه البعض إلى الدين لما فيه من أمان وسكينة ، وطمأنينة طلبا للإسناد في التعامل مع الضغوط ، ويتم ذلك على شكل استشارات لرجال الدين وطلب مباركتهم ، أو على شكل زيارات للمراقد والأضرحة الدينية ، أو الإكثار من الصلوات،أو قراءة الأدعية التي تضفي الراحة النفسية لتقوى العزيمة .

وتشير نتائج الدراسات العلمية أن الإسناد الإجتماعي مخفف لضغط ويقلل من تأثيره السلبي في الصحة النفسية والجسمية على حد سواء . (مجلة النبأ ،العدد2001،55)

مخطط تسوية المشكل: وتتضمن هاته الإستراتيجية وضع مخططات عمل تسمح للفرد بإعطائه الوسائل لتحويل الموقف الذي يعيشه أو تعديله بإيجاد حلول بديلة ، وكذا دراسة وتحديد فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة ثم اختيار واحدة منها وتطبيقها. (أزروق ،1997،ص:55)

نلاحظ من خلال هذا التصنيف أنه شبيه بالتصنيف الذي قدمه مونتانا ولازاروس الذي يرى أن المقاومة المتمركزة حول المشكل هي الأقل تداولا لدى الأفراد بالمقارنة مع الإستراتيجية المتمركزة حول الإنفعال ، أما هذا التصنيف فيصنفها إلى يقضه ومتجنبة ، فلأولى تقابل حل المشكلة والتي سماها بالفعالة والنشطة وهي الأكثر تداولا مقارنة بالمتجنبة التي تعكس المقاومة المركزة حول الإنفعال والتي سميت بغير الفعالة أو غير النشطة وهي بذلك أقل تداولا.

لقد قدم كوهن(Cohen,1994) مجموعة من الأساليب المعرفية لمقاومة ضغوط الحياة شملت مايلي :

* التفكير العقلاني Rational thinking : أسلوب يلجأ فيه الفرد إلى التفكير المنطقي بحثا عن مصادر القلق ، وأسبابه المرتبطة بالضغوط .

* التخيل Imagining : أسلوب يتجه فيه الفرد إلى التفكير في المستقبل .

* الإنكار Denail : عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار مصادر القلق بالتجاهل ، وكأنها لم تحدث على الإطلاق .

* حل المشكلة Problème Solving : نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى إستخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط، وهو ما يعرف باسم القدح الذهني Brains For Ming .

* الفكاهة (الدعابة) Humor : إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط و الأمور الخطيرة ببساطة وبروح الفكاهة ، كما أنها تؤكد على الإنفعالات الإيجابية أثناء المواجهة.

* الرجوع إلى الدين Turning To religion : وتشير هذه العملية إلى رجوع الفرد إلى الدين ، والإخلاص الديني ، عن طريق الإكثار من العبادات ، كمصدر للدعم الروحي والإنفعالي، وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها.(Cohen,1994, p:75)

وهناك نوع أخر من اساليب المقاومة لا يختلف عن التصانيف الأخرى ، غير أنه يفصح أكثر عن مدى إيجابية أو سلبية اساليب المقاومة وتتضمن ثلاثة أنواع وهي:

- اساليب المقاومة الاقدامية .
- اساليب المقاومة الإحجامية .
- الأساليب السلوكية النشطة .

وفي هذا الإتجاه ، فقد صنف(حسن مصطفى عبد المعطي ، 1994) ، أساليب المقاومة في سبعة أنواع منها أربعة سلبية إحجامية وثلاثة إيجابية إقدامية وهي :

I- أساليب المقاومة الإيجابية (الإقدامية) :

1- العمل من خلال الحدث : ويعكس كيفية استفادة الفرد من الحدث في حياته الحاضرة ، وتصحيح مساره بالنسبة لتوقعات المستقبل من خلال التفكير المنطقي المتأني فيما تتضمنه طبيعة الحدث ، ومما يمكن أن يساعده على التعامل معه ومع غيره من الأحداث .

2- العلاقات الإجتماعية : فيها يجد الفرد متنفسا عن الضغوط التي مر بها من خلال علاقاته بالآخرين و بالتواجد معهم ، كي ينسى الذكريات المرتبطة بهذه الأحداث الضاغطة .

3- تنمية الكفاءة الذاتية : وفيها يقوم الفرد بتكريس الجهد للعمل ، والإنجاز لمشاريع وخطط جديدة ترضي طموحاته وتطرد الأفكار المرتبطة بالحدث أو الموقف الضاغط ، مما يشعره بالكفاءة والرضا عن الذات .

II-أساليب المقاومة السلبية (الإحجامية) :

1-الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى: ويفيد مدى قدرة الفرد على إعادة تنظيم حياته من جديد بعد الأحداث الضاغطة ، والتفكير في الأشياء الجديدة في حياته و إيجاد عنصر فكاهي فيها من خلال الإهتمام بأمور أخرى يستمتع بها وتنسيه هذه الأحداث .

2-التجنب والإنكار: ويشير إلى مشاعر الإنقباض (التخلي) وإنكار الحدث والنتائج المترتبة عليه ، وتبلد الإحساس والشعور بلامبالاة الإنفعالية إزاء الأحداث الصادمة التي مر بها والكبت السلوكي للأنشطة المرتبطة بها .

3-طلب المساندة أو الدعم الإجتماعي : ويبرز فيها محاولات الفرد للبحث عن من يساعده في محنته ، وإيجاد المواساة لمواجهة هذه الأحداث بصورة أكثر إيجابية .

4- الإلحاح و الاقتحام القهري : وتعكس مدى تدخل الأفكار المرتبطة بالحدث بصورة قهرية بحيث لا يجد فرارا منها . (بن طاهر بشير ، 2004 ، ص : 48) .

كما قام علي عبد السلام 2003 ، بتقنينه لمقياس ليونارد بون(Leonard ,1980) الخاص بإستراتيجيات التكيف وحدد على ضوء ذلك نوعين من الأساليب هما : أساليب إقدامية إقتحامية ، و أساليب إحجامية أو تجنبية.

1- النوع الأول : يوظف لإقتحام الأزمة وتجاوز أثارها السلبية. وتتضمن بعض سمات الشخصية الإقدامية و الإيجابية المرنة التي يتسم بها الفرد في قدرته على التعامل مع مجموعة المصادر الداخلية والخارجية الضاغطة التي يتعرض لها في حياته اليومية، ويكون لديه القدرة على السيطرة على تلك المصادر دون إحداث أثار سلبية جسمية أو نفسية في إستجاباته أثناء مواجهته لتلك الأحداث الضاغطة ، ويسعى هذا الفرد إلى التوافق النفسي الإجتماعي في مواجهته لتلك الأحداث ، وهي أربعة أساليب :

أ- التحليل المنطقي للموقف الضاغط من أجل فهمه وإعداد الفرد للتعامل معه .

ب- إعادة التقييم الإيجابي للموقف ، وفيه يحاول الفرد استجلاء الموقف معرفيا وإعادة بنائه بطريقة إيجابية مع محاولة استمرارية تقبل الواقع كما هو .

ج- البحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط والبحث عن المساندة الإجتماعية .
د- إستخدام أسلوب حل المشكلة للتصدي للأزمة بصورة مباشرة .

2- النوع الثاني : ويوظف لتجنب الأزمة و الإحجام عن التفكير فيها ويتضمن سمات الشخصية الإحجامية للأفراد الذين يتسمون بالتفاعل السلبي مع المواقف الحياتية، ويتعاملون معها من خلال الأساليب الأربعة التالية :

أ- الإحجام المعرفي لتجنب التفكير الواقعي .
ب- التقبل الاستسلامي وترويض النفس على تقبل الأزمة .
ج- البحث عن مسار الإثابات عن طريق الاشتراك في الأنشطة البديلة ، ومحاولة الإندماج فيها بهدف توليد مصادر جديدة للإشباع والتكيف وبعيدا عن مواجهة الأزمة .
د- التنفيس الإنفعالي من خلال التعبير اللفظي عن الإحساس بالمشاعر السلبية غير السارة، وفعليا عن طريق تفريغ الشحنات الإنفعالية السلبية في أشياء إيجابية لتخفيف مصادر التوتر .

وفي مقال غير منشور لـ: (تغزى أمحمد)، تم تحديد أساليب المقاومة في ثلاثة أنواع وهي :

أ- أساليب التصرف القائمة على تغيير إدراك الضغط أو تعديل الصورة الذهنية عنه.
ب- الأساليب القائمة على تعديل الإنفعالات أو الأعراض أو ضبطها .
ج- الأساليب الهادفة على تعديل الموقف الضاغط .

ولقد لخص (محمد محمود حسني وحسن عبد المالك محمود ،1993 ، و علي عبد السلام علي ،2003، انتصار يونس ،1991) ، الاستجابة للضغط والتعامل معه من منظور سيكو ديناميكي، ويحددونها في نوعين من الأساليب كنتيجة لأحد أمرين : تعطيل أو تنشيط . ففي حالة التعطيل تؤدي إلى إيقاف مؤقت بعض الاستجابات كوسيلة لحل الموقف ، أما حالة التنشيط فتعمل على تسهيل إستجابات بديلة لبعض تيسر بكل. وحالة الضغط النفسي كثيرا ما تصاحب بحالة إثارة انفعالية وظيفتها إمداد الفرد بالطاقة اللازمة للدفاع ، فإذا استمر الضغط مدة طويلة تحدث حالة تنشيط تحول الغضب إلى عداء يؤدي إلى ظهور ميول تخريبية ، أما إذا احتوى الموقف على مصدر خطر فذلك يثير انفعال الخوف وعادة ما

يصاحب بعملية تعطيل وكف للابتعاد عن الموقف ، أما إذا تضمن الموقف تهديدا أو خطرا غير محدد أدى إلى إثارة القلق .

ويمكن تصنيف أساليب مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة في نوعين من الأساليب هي :

أ- استثارة الإنفعالات : وهي ردود الفعل الإنفعالية كالغضب والخوف .

ب- السلوك الدفاعي: وهي دفاعات لا شعورية يسعى من خلاله الفرد للتكيف مع الموقف الضاغط وهو عبارة عن حيل هدفها التقليل من حالة الغضب والخوف والقلق، ومحاولة الاحتفاظ باحترام الذات أمام الآخرين وتتمثل هذه السلوكيات فيما يلي :

- النكران : تجاهل الموقف الضاغط، و الإيهام بعدم وجود المشكلة أصلا .
- الخيالية : الاكتفاء بتحقيق الأهداف في عالم الخيال و أحلام اليقظة .
- التبرير الذاتي : وفيه يحاول الفرد تبرير سلوكه بالبحث عن الأسباب والمبررات التي يمكن أن تفسر له هذا السلوك .
- الإسقاط : وذلك بإلقاء المشاعر غير المرغوب فيها على الآخرين أي إسقاطها عليهم .

(بن طاهر بشير ، 2004 ، ص ص : 50-51) .

وكخلاصة نستطيع أن نقول أن هذا التنوع في أساليب المقاومة والاختلاف فيه مابين الأفراد يرجع ، إلى الاختلاف في نمط الشخصية ، وكيفية إدراك الفرد للموقف الذي هو بصدد مواجهته والذي يدرك مدى تهديده لاتزانه .

11- التناولات النظرية لمفهوم أساليب مقاومة الضغط النفسي :

اختلف مفهوم أساليب مقاومة الضغط النفسي وتعددت تعاريفه كما بينا سابقا من عالم لأخر، انطلاقا من النظريات التي ينتمي إليها كل واحد من هؤلاء العلماء حيث تعتبر النظرية هي المنبع الأساسي لهم، وسنتناول من خلال مايلي مفهوم أساليب المقاومة من المنظور التحليلي ثم الإجتماعي وبعدها نعرج إلى المنظور المعرفي ، وفي هذا الإطار نبين مختلف التصورات النظرية لمفهوم أساليب المقاومة .

11-1-النظرية التحليلية: تعد آليات الدفاع من المنظور التحليلي ، هي أهم أساليب مقاومة الضغط النفسي ، وأول من أدخل مفهوم آليات الدفاع أو الحيل الدفاعية هو سيجموند فرويد، ويرى أن الناس يلجأون إليها لحماية أنفسهم وتساعدهم على معالجة الصراعات

والإحباطات وهي أساليب عقلية لا شعورية تقوم بتشويه الخبرات وتزييف الأفكار والصراعات التي تمثل تهديداً. وهي تساعد الناس على خفض القلق حينما يواجهون معلومات تثير التهديد.

وتشمل أساليب المقاومة حسب الاتجاه التحليلي على سلسلة من الأساليب التي تتطور انطلاقا من ميكانيزمات أولية غير ناضجة إلى ميكانيزمات ناضجة ، ومفهوم أساليب المقاومة هو عبارة عن نمط أوسمة " Styte Or trait " ومن هذا قدم مقياسا للمقاومة ، طبقا للنمط أو السمة التي يتميز بها كل فرد ، للتمييز بين الأفراد ، في أسلوب المواجهة . (ولد يحي "ح"، وآخر،1999،ص:61)

ولقد إقترح ويدلوشتر" Widlochter " تعريفا حول آليات الدفاع كمايلي :"الدفاع هو مجموع العمليات الهادفة للتقليل و الإنقاص من حدة الصراع النفسي الداخلي، وعدم تمكنه من الخروج إلى حيز الشعور ". (Chabert , 1983 , p : 246) .

ولقد تكلم فرويد عن تسعة آليات دفاعية وهي كمايلي : النكوص ، الكبت، التكوين العكسي ، العزل ، الإلغاء الرجعي ، الاجتياف ، الارتداد على الضد ، الإسقاط ، الارتداد على الذات . (Bergert,1986 , P : 94,96)

وسنحاول من خلال مايلي إعطاء شرح لهاته الآليات :

1- الكبت :(Refoulement) :

عملية عقلية لاشعورية يلجأ إليها الفرد للتخلص من شعور بالقلق والضيق الذي يعانيه بسبب ورود عوامل متضاربة الأهداف في نفسه. وباستخدام هذا الميكانيزم الآلي، فإن الإنسان يحرر نفسه ولو مؤقتاً من الضغوط المتسلطة عليه وتشكل عبئاً لا يطيقه، فيهرب من الموقف الضاغط بكبته ومحاولة تحييده على الأقل. لكي يحصل على توازنه النفسي، ورغم الاختلافات من فرد لآخر في إدراك الضغوط واستخدام هذا الميكانيزم... إلا أنه ليس كل الناس يلجئون إلى الكبت عندما يتعرضون لموقف ضاغط، أو محاولة الهروب منه باللجوء إلى استخدام الآليات الدفاعية، فبعض الناس لهم قدرة المواجهة وتحمل الموقف... وإيجاد الحل المنسجم مع هذه الصراعات والضغوط الداخلية والخارجية، وهو أمر يتعلق بشخصية كل فرد وأسلوبه الشخصي المميز في مواجهة الإحباط أو الضغوط. ويرى علماء النفس والصحة النفسية بأن الكبت الناجح هو الذي يؤدي إلى حل الصراع وتوازن المتطلبات

والرغبات اللذين يحققان الصحة النفسية. أما الكبت الفاشل فهو الذي يؤدي إلى حالة الاختلال ثم المرض النفسي .

2-**التعويض:**

حيلة دفاعية لاشعورية يلجأ إليها الإنسان حينما يبتغي سلوكاً يعوض فيه شعوراً بالنقص، وقد يكون هذا الشعور وهمياً أو حقيقياً. سواء كان جسمياً أو نفسياً أو مادياً. والتعويض محاولة لاشعورية تهدف للارتقاء إلى المستوى الذي وضعه الإنسان لنفسه، أو الذي فرض عليه من علاقته بالآخرين. وقد يهدف الإنسان إلى تغطية الشعور بالنقص أو تحقيق مكاسب ذاتية مثل لفت الانتباه والعطف والاحترام أو إثارة الآخرين، أو ربما لكي يعزز موقعه في المجتمع الذي يعيش فيه.

3-التبرير: (Rationalisation) :

وهو إعطاء أسباب مقبولة اجتماعياً للسلوك بغرض إخفاء الحقيقة عن الذات، ويعد وسيلة دفاعية ترمي إلى محافظة الفرد على احترامه لنفسه وتجنبه للشعور بالإثم، وتعطيه الشعور بأن ما قام به قد جاء بناء على تفكير منطقي معقول، ويختلف التبرير عن الكذب، بأن الأول(التبرير) يكذب فيه الإنسان على نفسه، في حين يكون الثاني (الكذب) بأن يكذب الإنسان على الناس. وهذه الآلية الدفاعية تقدم أسباباً مقبولة اجتماعياً لما يصدر عن الإنسان من سلوك وهو يخفي وراءه حقيقة الذات. مثال ذلك: اعتقاد الفقير بأن الفقر نعمة، وأن الثروة والغنى يجلبان له المشاكل والهموم.

4- التحويل : (Transfers) :

وهي آلية دفاعية تستخدم للدلالة على نقل نمط من السلوك، من عمل إلى آخر، بمعنى اكتساب خبرة معينة تؤدي إلى رفع مستوى الإنجاز للفرد في عمل مماثل أو إلى خفض مستواه إن كان العمل الجديد مغايراً للعمل الأصلي كل المغايرة. وفي التحليل النفسي يدل هذا الميكانيزم على موقف انفعالي معقد. ويعلق (فينكل) على ذلك بقوله: يسيء الفرد فهم الحاضر برده إلى الماضي.

5- التكوين العكسي:

وهو إخفاء الدافع الحقيقي عن النفس إما بالقمع أو بكبته، ويساعد هذا الميكانيزم الفرد كثيراً في تجنب القلق والابتعاد عن مصادر الضغط فضلاً عن الابتعاد عن المواجهة

الفعلية، فإنه قد يظهر سلوكاً لكنه يخفي السلوك الحقيقي، فإظهار سلوك المودة والمحبة المبالغ فيهما، قد يكون تكويناً عكسياً لحالة العدوان الكامن الذي يمتلكه الفرد في داخله، وعادة يتشكل هذا المفهوم ضمن سمات الشخصية ومكوناتها .

6-النكوص و الارتداد: (Régression) :

وهو الارتداد أو التقهقر إلى مرحلة سابقة من مراحل العمر الممثلة في النمو النفسي. ويتميز بعدد من الظواهر النفسية المتمثلة في النشاط النفسي، ويكون النكوص عادة إلى المراحل السابقة، وهو ما يحدث دائماً لدى المرضى الذهانيين مرضى العقل.

كما أن النكوص هو الشكل المفرط جدا من التعلق ، والارتباط بالغير ، حيث يرتد الفرد بسلوكه إلى الطفولة الأولى في الصورة العاطفية التي يبديها نحو الغير من حيث الرعاية والحماية . (محمد حمدي الحجار ، 1989، ص:87)

إن النكوص كحيلة دفاعية تحقق للفرد ولو لفترة مهرباً من الضغوط المحيطة به وذلك بالرجوع إلى مرحلة سابقة تتمثل فيها السعادة والراحة النفسية، يلجأ إليها الإنسان للتخفيف عما يعانيه الآن من نكسات وانكسارات نفسية، فيتذكر ماضيه المليء بالأمان والرخاء والرفاه الذي عاشه، ويذهب بتفكيره بعيداً إليه، وكأنه حلم مر سريعاً. وقد أثبتت الدراسات النفسية بأن النكوص استجابة شائعة للإحباط .

7- التقمص و التوحد:

عملية لاشعورية بعيدة المدى، نتائجها ثابتة، ويكتسب بها الشخص خصائص شخص آخر تربطه به روابط انفعاليه قوية. ويختلف التوحد عن المحاكاة أو التقليد، حيث يكون الأول : التوحد عملية لاشعورية في حين الثاني ، المحاكاة أو التقليد : عملية شعورية واعية. ويرى الباحثون أن الإنسان في هذا الميكانيزم اندفاعي يسعى لأن يجعل نفسه على صورة غيره، وهذا يتطلب ضماً غير واع لخصائص شخصية الآخر إلى نفسه. وتشمل هذه الخصائص السلوك والأفكار والانفعالات العاطفية. وأول محاولة يقوم بها الفرد للتوحد، تبدأ في الطفولة عندما يسعى إلى التوحد بشخصية أحد والديه.

إن عملية التوحد تخدم أغراضاً كثيرة وتعتبر وسيلة لتحقيق الرغبات التي لا يستطيعها الفرد نفسه. فيقتنع بتحقيقها في حياة الغير ويرضاها لنفسه كأنه قام بها. والكثير من مظاهر التوحد وتعلق الفرد بغيره، ما هي إلا حالات تدل على بعض نزعات العطف الاجتماعي

والتحسس بمشاكل الآخرين التي ترد إلى توحد الفرد بغيره ومقدرته على أن يضع نفسه مكان الآخرين في ظروفهم . ويكثر استخدام هذا الميكانيزم (الحيلة الدفاعية) لدى الشخصيات التي تتسم بالأنماط العقلية كالشخصية الفصامية أو البرانويا (هذاءات العظمة والاضطهاد) أو الشخصية المهووسة (الهوس). وهي أنماط من الشخصيات ليست مرضية وإنما نمط سلوكها وتكوينها الشخصي بهذا النوع.

إن هذا النمط من الشخصيات يرى نفسه في الآخر، كما أنه يرى الآخر في نفسه. وعندما تتزايد الضغوط الحياتية ولم تجد لها منفذاً للتصريف أو التحويل، فإنها ستؤدي إلى اضطرابات في العقل لدى هذه الفئة من البشر.

8- الخيال :

وهو جزء مهم من الحياة العقلية للإنسان، ويصدر الخيال من العمليات العقلية المعرفية المتمثلة في الإدراك، التفكير، التذكر، الانتباه، النسيان... الخ وهو ينتمي إلى مجال التفكير حصراً. ففي الخيال يستطيع الفرد أن يتجنب الشد والضغط الواقع عليه من البيئة الخارجية، ويؤدي إلى تخفيض توتر بعض الدوافع من خلال تبديدها.

إن الخيال يخفف عن الإنسان الكثير من الضغوط الواقعة عليه، فيرى "مصطفى زيور" أن الأخاييل يمكن أن يصوغ بها العديد من(السيناريوهات) وهي تظل قابعة داخل عقل الإنسان وبها يجد العديد من الحلول إذا ما استخدمت استخداماً أمثل في الوصول إلى نتائج تحقق الراحة النفسية، ولكن تصبح حالة مرضية باستمرارها وتحويل الواقع إلى أحلام يقظة وأخاييل، فلذلك لا بد وأن تخضع إلى ضوابط ومحددات لعملها، لاسيما أنها (أي الأخاييل) مكون أساسي في حياة الإنسان طفلاً أو راشداً، سليماً كان أو مريضاً، مستيقظاً كان أو حالماً أثناء نومه .

وتخدم هذه العملية عمليات عقلية أخرى في إعانة الفرد على تحمل صراعاته النفسية والإبقاء عليها مقيدة بحيث لا تطغى على الوعي ولا تؤدي إلى انهيار التوازن النفسي الداخلي للفرد .

9- التسامي و الإعلاء : (Sublimation) :

آلية دفاعية يلجأ إليها الإنسان عندما تضيق عليه الأمور ويزداد التوتر بأعلى درجات الشدة، وهذه الحيلة الدفاعية من أهم الحيل وأفضلها، والأكثر انتشاراً، ويدل استخدامها على

الصحة النفسية العالية. فبواسطتها يستطيع الإنسان أن يرتفع بالسلوك العدواني المكبوت إلى فعل آخر مقبول اجتماعياً وشخصياً، فمثلاً النتاجات الفكرية والأدبية والشعرية والفنية ... ما هي إلا مظاهر لأفعال تم التسامي بها وإعلاءها من دوافع ورغبات داخلية مكبوتة في النفس إلى أعمال مقبولة وتجد الرضا من أفراد المجتمع.

ويمثل الدين أعلى درجة من الإعلاء والتسامي بالنسبة للإنسان في ظروف التوتر والضغوط الشديدة والأزمات، فحالة الوساوس والأفعال الحوازية التسلطية المسيطرة على الإنسان، لا يمكن مواجهتها إلا بالتسامي من خلال التمسك بالدين الذي يعني بالنسبة لتلك الحالات الإعلاء الناجح، وهو يتيح الطريق للتخلص من أحاسيس ومشاعر الإثم من خلال أداء الصلاة والتكفير عن الذنوب بدلاً من الطقوس الحوازية عديمة المعنى.

إن هذه الآلية (الحيلة) الدفاعية تخفف من شدة الصراعات والتوتر الداخلي لدى الإنسان من خلال تحويل تلك الأفكار والصراعات إلى مجالات مفيدة وسليمة ومقبولة اجتماعياً، كما أنها تمكن الفرد من الإبقاء على هذه الصراعات مكبوتة وبعيدة عن الوعي.

نلاحظ أن إستراتيجيات التكيف حسب المنظور التحليلي ، أنها عملية لاشعورية يستخدمها الفرد للتخلص من التهديدات التي يواجهها سواء داخلية ، أو خارجية و إبقائها في ساحة اللاشعور .

11-2- النظرية الإجتماعية :

يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان هو موقف اجتماعي في حقيقته ، سواء كان هذا فردا أو جماعة من الناس ، وعندما يتواجد الإنسان مع شخص أخر فإن وجود هذا الأخير يكون له تأثير على كيفية سلوكه ، استجاباته ، وتحديد الوظائف السيكولوجية إزاء المواقف الإجتماعية ، فهي تؤثر فيما نتعلمه وكيف ندرك ونحكم على البيئة والأحداث.(ريتشارد،لازاروس، سيد محمد غنيم ، 1993، ص :175-177) .

ويتضح لنا من خلال ما سبق أن للتأثيرات الإجتماعية دورا في تحديد الوظائف السيكولوجية، فهي تؤثر في كيفية تصورنا للأحداث وفي الطريقة التي نتوافق بها مع الأحداث،وفي التعبير عن مشاعرنا الإنفعالية تجاه المواقف الضاغطة .

وفي هذا قام ممثلو المنظور الإجتماعي بدراسات حول اساليب مقاومة الضغط النفسي الفردية والجماعية ووجدوا أن الفرد يقوم بنوعين من التصرفات من خلال إحساسه بالنقص، وتتمثل في تقبل أو رفض الواقع ، و تتحقق هذه التصرفات من خلال إستراتيجيات متعلقة بدرجة طموح الفرد وقدراته ونذكر من بين هذه الأساليب :

أ- الهروب" Fuite" : وهو الإنسحاب و الإبتعاد عن المقارنة بالغير .

ب- التطابق" Conformité": توافق الفرد مع القيم الإجتماعية .

ج- التعويض : هو إدخال عوامل جديدة وفرضها في الجماعة و أن تحظى بالقبول .

د- سد العجز : محاولة الوصول إلى مستوى الآخرين بتأكيد الذات .

فللطموح وإمكانيات الفرد دورا كبيرا في تحديد نوع الإستراتيجية ، وهذا من خلال اكتسابه عن طريق التنشئة الإجتماعية لبعض المهارات التي تمكنه من مقاومة المواقف الضاغطة التي تواجهه .

وبهذا فمفهوم أساليب مقاومة الضغط النفسي حسب المنظور الإجتماعي، هي عملية يستخدمها الفرد للتخلص من التهديدات الإجتماعية والضغوط الخارجية وهذا بالمحافظة على القيم الإجتماعية العامة التي تعلمها الفرد من بيئته . (عيطور، 1997، ص:126-128 بتصرف)

11-3- النظرية المعرفية : يمثل التفكير وعمليات الفكر (العمليات المعرفية) مركزا أساسيا في النظريات المعرفية ، معتمدة على ذلك في تفسيرها للسلوك الإنساني، بحيث ترى أن البنية المعرفية هي المحددة لبنية تفكيرنا ، وفي هذا الصدد يعرف ميشينباوم البنيان المعرفي بالشكل التالي : "البنيان المعرفي هو الجانب التنظيمي للتفكير والذي يبدو أنه ينظم ويوجه إستراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة المشغل التنفيذي يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة. (لويس كامل مليكة، 1994، ص:171)

وقد تعددت الأطر والتصورات النظرية التي اهتمت بتناول الأساليب المعرفية ودورها في تفسير الكثير من مظاهر السلوك الإنساني في مجالات مختلفة ، ورغم هذا التعدد في التصورات والأطر النظرية ، إلا أنها تتفق على أن الأساليب المعرفية هي بمثابة تكوينات نفسية شخصية لا تحدد بجانب واحد من جوانبها، بل هي متضمنة في كثير من العمليات

النفسية ، كما أنها تساهم بقدر كبير في الفروق الفردية بين الأفراد .(محمد أنور الشرقاوي، 1989،ص:7)

ولهذا فالأساليب المعرفية هي المسؤلة عن الفروق الفردية في عملية الإدراك والتفكير ، وبها تحدد الطريقة حسب كل فرد في فهمه وإدراكه لما يتعرض له من مواقف في البيئة الخارجية وكيفية التعامل مع هذه الأحداث .

ويفرق "ميسيك": "بين الإستراتيجية المعرفية والأسلوب المعرفي، فالإستراتيجية هي التريث الشعوري أو غير الشعوري للقرارات التي يتخذها الفرد حين يكون في موقف الاختيار بين عدة بدائل، مما يجعل الفرد يعدد من الإستراتيجيات حسب اختلاف الموقف، في حين يعتبر الأسلوب المعرفي هو ذلك الاتساق الذاتي المميز الواعي لدى الفرد في تناوله للموضوعات المستعرضة دون اختيار " (أنور محمد الشرقاوي، 1992،ص:191)

من خلال ما سبق يتضح لنا أن الأساليب المعرفية ، هي عبارة عن طرق يلجأ إليها الفرد أثناء تعرضه للمواقف ، بحيث تختلف نوعية الأسلوب وتتغير حسب الموقف الذي هو بصدد مواجهته ، أما الأسلوب المعرفي فهو بمثابة المسار المحدد لأفكارنا ومعتقداتنا ومعلوماتنا المخزنة والثابتة في مواجهتنا للمشاكل والعمل عل حلها .

" وتعد أساليب حل المشكلات نمطا هاما من الأساليب المعرفية وهي نوع من المهارات العقلية التي من خلالها ينظم الفرد عملياته المعرفية في معالجة الموقف المشكل ومحدداته ، وخاصة تلك المشكلات التي لم يسبق المرور بها " . (فتحي مصطفى الزيات ، 1995، ص: 403)

فالفرد أثناء تعامله مع الموقف الضاغط يستخدم عدة عمليات من أجل التوصل إلى الطريقة التي يحل بها المشكل وهذا يدخل في علاقة (فرد – بيئة)، بحيث يقدر إمكانياته في المواجهة ومتطلبات الموقف وفي هذا السياق ، حدد كل من فولكمان ولازاروس" Folk Man et Lazarus " طبيعة هذه العلاقة بين الفرد والبيئة وهما التقدير والمقاومة .

1- **التقدير** :هو نسق معرفي يقدر الفرد من خلاله الطريقة التي يستطيع بها مقاومة موقف معين يهدده وطبيعة مصادر المقاومة المتوفرة لديه في المواجهة .

ولهذا ميز الباحثين بين شكلين من التقدير :

- التقدير الأولي : هو بمثابة الأسلوب الذي يدرك به الفرد الوضعية الضاغطة .

- التقدير الثانوي : هو تساؤل الفرد عما يمكن فعله لمواجهة الموقف .
. (Schweitzer et Etdantzer,1999,P:99)

فالتقدير هو الذي يوجه نوعية الإستراتيجيات المستعملة لخفض الضغط ، أما إستراتيجيات التكيف فتدخل في الطريقة أو الكيفية التي نتلقى ونتعامل بها مع الضغط .

ولهذا فالنظرية المعرفية من خلال تناولها لأساليب مقاومة الضغط النفسي تؤكد على أهمية العوامل المعرفية في إدراك ومعايشة الفرد للضغط .

وهذا ما تعرض له الكثير من الباحثين أمثال بيك (Beck) من خلال العلاج المعرفي ، بحيث حدد إستراتيجيات التكيف مع الضغوط استنادا للأسس التالية :

1- الطريقة التي يشكل بها الأفراد بنية الموقف ، تحدد كيف يشعرون ويسلكون .

2- تفسير موقف يحمل في طياته مكامن الضغط ، يشمل تقديرات متتابعة للموقف الخارجي وقدرات الشخص على مواجهته .

3- يوجد اختلاف بين الأفراد في إدراكهم للمواقف الضاغطة ، وإحساسهم بالمعانات السيكولوجية ، بحيث ما يشكل ضغطا لشخص قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص أخر .

4- تؤدي الضغوط لخلل في النشاط المعرفي العادي حينما تكون المصالح الحيوية للفرد مهددة ولهذا يستوجب تقدير الموقف وما يمكن فعله إزاء هذا الموقف الضاغط . (لويس كامل مليكة ،1998، ص: 227-228 بتصرف)

من خلال هذا الطرح نستنتج أنه يوجد اختلاف في تفسير أساليب مقاومة الضغط النفسي ، بين الاتجاه التحليلي الاتجاه المعرفي، حيث نرى أن أساليب المقاومة حسب الاتجاه التحليلي هي عبارة عن إستراتيجيات لاشعورية ، الهدف منها تخفيف الصراع والتوتر الناتج عن الموقف الضاغط ، وكذا عدم الرغبة في الكشف عن الأعراض المرضية ، أما أساليب المقاومة حسب الاتجاه المعرفي فهي عبارة عن أساليب شعورية مختلفة عن الأولى باعتبارها أساليب دفاعية مركزة على حل مشاكل مطروحة عن طريق المواجهة والتخطيط لتغيير الموقف الضاغط المعاش .

خلاصة الفصل :

لقد تناولنا من خلال هذا الفصل اساليب مقاومة الضغط النفسي، حيث ابتدأنا بـ تناول ظاهرة الضغط النفسي وذلك من خلال تعريفها (لغويا واصطلاحا)، كما تناولنا النظريات المفسرة للضغط النفسي وذلك من خلال النظرية الفيسيولوجية ، والنظرية النفسية ، والنظرية المعرفية والفكرية والسلوكية ، ثم تناولنا بعد ذلك أشكال الاستجابة للضغط النفسي حيث بينا الأجهزة العضوية المسؤولة عن حدوث الظاهرة ثم تناولنا بعد ذلك الأعراض الناتجة عن الضغوط النفسية ، من خال أعراض الجسمية ،النفسية ، السلوكية والعاطفية ، وبما أن عينة الدراسة تمثلت في المعلمين فقد تناولنا ظاهرة الضغط النفسي عند المعلم وذلك من خلال آثارها وأسبابها، وكذا الدراسات والأبحاث العلمية التي تناولت مواقف الحياة الضاغطة عند المعلم ، ثم بعد ذلك تناولنا اساليب المقاومة مع هاته المواقف الضاغطة ، حيث تبين لنا أن أساليب المقاومة، تبدأ من مصادر الضغط، وقد تكون هاته المصادر داخلية أو خارجية ، ولكن هاته الأحداث ليست ضاغطة في حد ذاتها، وإنما هي ضاغطة عندما يدركها الفرد كذلك ؛ وهذا ما أكده لطفي إبراهيم ، 1994 لفاعلية اساليب المقاومة حيث أقر أن فعل هذه الأساليب يتوقف على الموقف الضاغط وما يتمتع به الفرد من سمات وخصائص شخصية ، ففي مواقف الضغوط الاقتصادية، وضغوط العمل يحتمل أن تكون : أساليب معالجة الهدف أو المشكلة ، أكثر فاعلية ، كما أن أساليب المقاومة التي ينشغل فيها الفرد بعلاقاته بالآخرين هي الأكثر فعالية في التقليل أو الحد من الضغوط المتولدة عن المشكلات الشخصية ، كما أن استمرار أحجام الفرد عن استخدام أساليب المقاومة نحو مصدر المشكلة واعتمادهم على الاستراتيجيات الموجهة نحو الجوانب الانفعالية قد تقودهم إلى أزمات نفسية ، تستلزم العلاج النفسي .

الفصـل الثالث

الأمراض البسيكوسوماتية

* تمهيد

1- المنطلقات النظرية الأساسية لعلم النفس الجسدي.

2- تعريف الأمراض البسيكوسوماتية.

3- مدى حدوث الأمراض البسيكوسوماتية .

4- الشخصية قبل المرض.

5- أسباب الأمراض البسيكوسوماتية .

6- آليات الدفاع النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية .

7- تشخيص الأمراض البسيكوسوماتية .

8- التشخيص الفارقي للأمراض البسيكوسوماتية .

9- الفرق بين الأمراض البسيكوسوماتية والعصاب

10-الأمراض البسيكوسوماتية والهيستيريا.

11- الأمراض البسيكوسوماتية وتوهم المرض.

12- الأمراض البسيكوسوماتية و التمارض.

13-الأمراض البسيكوسوماتية و التبدين .

14- الأمراض البسيكوسوماتية و المرض العضوي .

15- أهداف البسيكوسوماتية .

16- شروط حدوث الأمراض البيكوسوماتية .

17- تصنيف الأمراض البسيكوسوماتية و أنواعها.

18- علاج الأمراض البسيكوسوماتية .

تمهيد: كيف يؤثر الجسم في النفس؟ وكيف تؤثر النفس في الجسم؟ وهل حقيقة أن الجسم السليم في العقل السليم؟

هذه تساؤلات راودت أذهان الكثير من العلماء والباحثين والفلاسفة منذ مئات السنين من أجل البحث عن جوهر العلاقة بين النفس والجسد (العيسوي، 2000 ص 293)، والاتجاه الطبي الحديث يتجه نحو التكامل والشمولية في تفسير العلاقة بين الظواهر النفسية والجسدية، فالإنسان وحدة نفسية جسدية اجتماعية لا تتجزأ وتتفاعل عناصرها ويؤثر بعضها في البعض الآخر، وبذلك برزت أهمية العوامل النفسية الانفعالية، وظهر مجال جديد لبحث العلاقة بين ما هو جسدي وما هو نفسي والتأثير المتبادل بينهما ممثلا بالطب السيكوسوماتي الذي يعتبر من أحدث الاتجاهات التي تفسر كثيرا من الأمراض الجسمية النفسية اليوم والتي يطلق عليها "أمراض العصر" (العثمان، 1981 ص 139).

تعتبر الأمراض البسيكوسوماتية من بين الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم ووظائفه ولاتستجيب للعلاج الطبي الدوائي ، وتحدث هاته الأمراض نتيجة إختلال شديد أومزمن في كيمياء الجسم نتيجة لضغوط نفسية حادة ،وبالتالي هي أمراض ذات جسور نفسية وتظهر على شكل ردود أفعال عضوية في أحد أجهزة الجسم .وهاته الأمراض لاتقل خطورة عن الأمراض العضوية ،حيث أنها تضلل الطبيب في التشخيص الصحيح وقد تؤدي إلى أخذ المريض لعلاجات هو ليس بحاجة لها بسبب خطأ التشخيص .حيث تكون أعراضه متشابهة للأعراض الأمراض العضوية الحقيقية في إستجابتها للعلاج الدوائي ، فنرى أن المصاب بهذه الأمراض يتردد كثيرا على مختلف العيادات والأطباء ويخضع للعديد من الفحوصات و التحاليل ويتناول الكثير من الأدوية بدون نتيجة مما يزيد من خوفه وتوتره وقد يؤدي قلقه إلى زيادة شدة الإضطراب الذي يشكو منه .

وعليه سوف نتناول من خلال هذا الفصل الأمراض البسيكوسوماتية وذالك من خلال تناول المنطلقات النظرية الأساسية لعلم النفس الجسدي . ثم تعريف الأمراض البسيكوسوماتية ثم نعرج بعد ذالك لشرح مفصل لبعض هاته الأمراض وذالك من خلال دراسة علاقتها بالضغوط النفسية و أساليب مقاومتها.

1ـــتاريخ ظهور الأمراض البسيكوسوماتية :يعود تاريخ ظهور الأمراض البسيكوسوماتية لإسهامات العديد من العلماء، ففي القرن الخامس قبل الميلاد قام أفلاطون بدراسة العلاقة بين الجسم والنفس التي كانت محل جدال من قبل الفلاسفة و العلماء ، فأكد أنه من الخطأ الفصل بين شفاء الروح و الجسد .

ومن بين التجارب والدراسات التي تناولت العلاقة بين الجسم والنفس و أكدت على العلاقة التبادلية بينهما تجربة إبن سينا (980ـ 1037) فقد قام بنقل وحدة النفس و الجسم إلى المجال العملي ، عندما وضع حمل صغير وذئب مفترس في مكان واحد دون أن يتمكن أحدهما من الوصول للأخر وكان يقدم لهما الطعام ، مع ملاحظة التطورات الجسمية للحمل الذي أصيب بحالة من الخوف و التوتر ، فلاحظ أن الحمل قد أصيب بالهزال التدريجي حتى مات بسبب هاته الضغوط الإنفعالية .(الزراد ، 2000)

أستخدم الطبيب النفسي الألماني هنروث (Heinroth) مصطلح الأمراض البسيكوسوماتية أول مرة في عام (1818م) عندما أدخل هذا المصطلح في الدراسات الطبية الألمانية .

كما نشطت دراسة الأمراض البسيكوسوماتية بعد الحرب العالمية الأولى ، حيث قامت شركات التأمين الأمريكية بتمويل هذه الأبحاث بهدف تجاري ، من أجل وضع معايير لتحديد الأشخاص المعرضين لأخطار هذه الأمراض ، بحيث كانت الإنطلاقة الأمريكية للسيكوسوماتيك على يد كل من فلاندرز و فرانز ألكسندر (1943) فانطلقت دينبار من منطلق براغماتي و أدخل ألكسندر المنطق التحليلي في نظريته .(النابلسي ،2006)

وبدأ علماء التحليل النفسي وفي مقدمتهم فرويد (Freud) يشعر بوجود تأثير العوامل النفسية في الأمراض ، وفي عام (1927م) طالب دوتش (Dutch) بإدخال مفهوم البسيكوسوماتيك في مجال الطب النفسي ، وفي الولايات المتحدة الأمريكية قام فرانز (Franes) بتحديد الأمراض البسيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسية ، وفي عام (1930م) دخل مفهوم الأمراض البسيكوسوماتية في الدراسات الطبية الإنجليزية من قبل هيلين (Helen) ، وقد ساهم بافلوف (Pavlov) في تطور مفهوم البسيكوسوماتيك عندما قام بدراسة ردود الفعل الجسمية إزاء المثير ، كما أن التجارب التي قام بها كانون (Cannon) عام (1935م) ساهمت في تطور هذا المفهوم ، ويعتبر يوسف مراد أول من

إستخدم مصطلح الأمراض البسيكوسوماتية عام (1942م) في عالمنا العربي ، كما أن مصطفى زيور يعتبر من المشاهير الذين اهتموا بالاضطرابات البسيكوسوماتية . (فيصل الزراد : 2000م ، 12_16)

وقد بلغت مشكلة الأمراض البسيكوسوماتية حجماً متضخماً حيث ارتبط انتشارها بالحضارة الحديثة وما أدت إليه من اضطرابات في العلاقات الاجتماعية بين الأفراد ، كما أدى التقدم التكنولوجي والصناعي إلى تغييرات شديدة في ثقافات المجتمعات وعاداتهم وتقاليدهم مما أدى إلى زيادة القلق والتوتر في الوقت الذي لا يُسمح بالتعبير عن هذه الانفعالات تعبيراً صريحاً ، ومن ثم تكون هذه الأحداث التي يمر بها الفرد يوماً بعد يوم سبباً في نمو وتزايد الأمراض البسيكوسوماتية . (زينب شقير : 2002م ، 13)

فالحادثة النفسية لا تحدث بمعزل عن الوسط العضوي ووظائفه ، بل إن الوسط العضوي شرط للحادثة النفسية ، ولذا فإن النفس والجسم وحدة متكاملة متناسقة لا يمكن فصلهما . (أحمد عكاشة : 1982م ، 50)

أي أن الحادثة النفسية لا تجري مستقلة عن الجسم ووظائفه بل تحدث فيه ، ويرافقها تغيرات فيزيولوجية متعددة مثل (الخجل الذي يصاحبه زيادة في ضربات القلب وتغير في توزيع الدم ، ونقص في إفراز اللعاب وتوتر في العضلات) ، وهذا المنهج العلمي في علم النفس يسمى بالمنهج التكاملي الذي يربط بين العلوم السيكولوجية والفيزيولوجية والاجتماعية ، ولا ينظر إلى الإنسان من حيث هو جسم ونفس ينضافان إلى بعضهما أو مجموعة أجزاء نفسية يلصق بعضها إلى بعض بل ينظر إليه من حيث أنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية . (فايز الحاج : 1996م ، 20)

2ـ <u>المنطلقات النظرية الأساسية لعلم النفس الجسدي :</u>

لقد تقاسم وضع المبادئ الأساسية لعلم البسيكوسوماتيكا تياران كبيران حاولا فهم وتفسير المرض المرض الجسمي وإبراز دور الجوانب النفسية والعقلية في إمراض أو إشفاء الإنسان وهذين الإتجاهين هما :

ـ الإتجاه النفسي ـ الفسيولوجي (le courant psycho– phisiolgique)

ـ إتجاه التحليل النفسي (le courant psychanalyse) ,(Marty,1990)

<u>أولا الإتجاه النفسي ـ الفيزيولوجي:</u>

ومن أبرز العلماء في هذا الإتجاه نذكر fechner.Ribot.DeMosso.watson.pavlov

حيث درس بافلوف في هذا الإتجاه الأفعال الإرتكاسية(Reflexes) وإستطاع بفضلها إرساء مباديء النظرية القشرية الحشوية أو (اللحائية - الحشوية) (théorie Chortico_viscelar) وهي نظرية تبحث في تأثير القشرة الدماغية ، اللحاء على الأحشاء المعدة و القلب والرئتين، فقد أعطى للحاء دورا مهما في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونية ، فعن طريقه تجد الأحداث الخارجية ، طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ، بحيث أن التغيرات الإيقاعية التي تحدث في الكلى ، و القناة الهضمية والمراكز العصبية متصلة بالأحداث الخارجية في البيئة ، وغالبا ماتؤثر في عمليات التمثيل الغذائي، و الإستثارة العصبية ، وهذا التأثير إذا إستمر لمدة طويلة ، أو قصيرة يؤدي لإختلاف وظيفي .(ويلز،1980، ص : 154)

حيث تحولت هذه النظرية فيما بعد إلى مدرسة طبية سيكوسوماتية لها مبادئها ومناهج خاصة بها ومن مبادئها نذكر :

- تعطي هذه النظرية للاشعور معنى حيويا بيولوجيا بحثا عن طريق إلتزامها بالتفسير الفيسسيولوجي للظواهر النفسية .

- ترفض التفسيرات المتعلقة بفردانية الشخص وأحاسيسه الخاصة ، إذ يعتبر بافلوف أن الخبرة هي مجموعة من الإرتكاسات (السلوكات الإنعكاسية).(بيار مارتي ، 1992،ص :19)

- يعتبر أن رد ود الفعل الجسدية الأتية من الداخل (أي التي تجيب على إستثارة داخلية كالإفرازات الهرمونية للأدرينالين والنورادرينالين) تتكون بصورة أبطأ من تكون الإرتكاسات الأتية من الخارج (كرد فعل الهرب من صعقة كهرباء في اليد و أن الأولى هي أكثر إستقرارا ، و إن كانت أكثر عرضة للتغيير الذي تساهم في إحداثه مجموعة أعضاء الجسد .

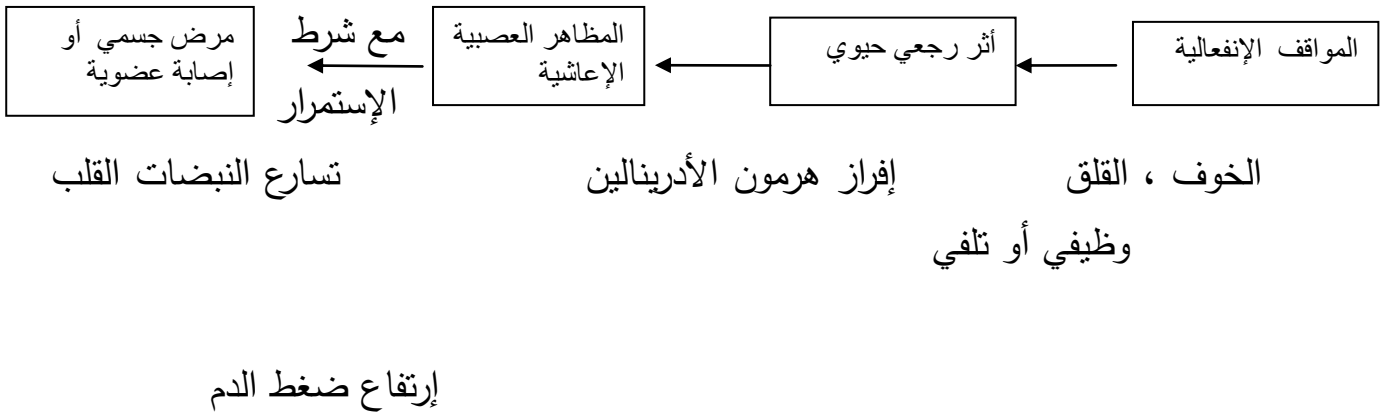
ومن أهم علماء هذا الإتجاه نذكر أصحاب النظريات : Cannon.selye.Pribram

<u>نظرية كانون</u> : حيث تحدث كانون في كتابه (الضغط النفسي والتوازن الحيوي) الذي صدر سنة 1935 عن حادثة تعرض لها فسببت له (خوفا عميقا من الموت) مما لاحظه أن هذا الخوف قد أدى لإصابته(بإرتعاش في أطرافه ، إضافة لعدد من المظاهر العصبية النباتية ، مثل تسارع ضربات ، و إرتفاع ضغط الدم ، والشحوب ، وتوسع حدقة العينين)

وكانت نتائج أبحاثه أن تعرض الإنسان للمواقف الإنفعالية كالخوف و الألم والغضب والجوع من شأنه أن يؤدي لإطلاق جسده لكميات من مادة الأدرينالين حيث إكتشف بأن هذا الهرمون الذي تفرزه الغدة الكظرية ضمن عملية أثر رجعي حيوي هو المسؤول عن إحداث المظاهر العصبية النباتية السابقة ، وقد توصل كانون أيضا إلى أن التغيرات العصبية النباتية المذكورة يمكنها أن تستمر فتؤدي لإحداث إضطرابات وظيفية التي تؤدي بدورها لنشوء الأمراض العضوية الوظيفية و الإصابات التلفية غير القابلة السابقة في فعل يواجه الإثارة للإصلاح وذاللك في حال عدم تفريغ طاقة الإنفعالات المسببة لهذا الإنفعال ، فالإنفعالات و المواقف المهددة للشخص تضع الجسم في حالة إستنفار ، بحيث لا تتوقف ردود الأفعال الممكنة على التفكير فقط بل تتعداه إلى ردود أفعال الجسم والتي تسبق الإنفعال النفسي وتؤدي لإحداث تغيرات جسمية أيضا. (Marty ,1990)

ويمكن تلخيص نظرية كانون في تفسير الإضطرابات السيكوسوماتية بهذا المخطط :

شكل رقم (4) يوضح نظرية كانون في تفسير الأمراض البسيكوسوماتية



<u>نظرية هانس سيلي :</u> وتعتبر نظرية سيلي ، من بين أبرز النظريات التي إهتمت بعلاقة الضغوط النفسية ، و الحالة الجسمية ، وبصفة دقيقة ركزت هاته النظرية على الشدة أو الإجهاد ، فيعتبر سيلي أول من أطلق مصطلح الشدة النفسية ، وتعرف نظريته كذلك بالتناذر العام للتكيف ، . وفي كتابه الإضطرابات الوعائية القلبية التجريبية (1970) تحدث

سيلي عن مصطلح الضغط النفسي وتأثيره على الحيوان حيث قدم الجدول العيادي الجسدي لدى الحيوان كما يلي :

ـ تضخم القشرة الكظرية لدى الحيوان .

ـ نزيف المعدة وإنحطاط الحالة العامة الصحية .

ـ تراجع وتلف الأنسجة اللمفاوية والغدة الصعترية أو النخامية.(Seley , H. ,1976)

حيث عرف الضغط النفسي بأنه مجموعة الإستجابات النفسية ، والجسمية للمثيرات الخارجية (فيزيقية أو نفسية) سواء كانت صدمية أم غير صدمية حيث كانت صدمية أم كانت غير صدمية حيث تكون هذه الإستجابات ذات طابع عصبي هرموني أو ذات طابع نفسي سلوكي و أخيرا وضع سيلي نظريته المعروفة بإسم التناذر العام للتكيف ، والذي يقسم فيه ردود الفعل الجسمية أمام الإرهاق والضغط النفسي إلى ثلاث مراحل وهي :

ـ ***المرحلة الأولى*** : الإستعداد: وتقسم بدورها إلى فترتين

أـ فترة الصدمة : وتتمثل في إنذارات الجسم وتحريك قدراته للتصدي لعوامل الضغط عن طريق ردود الفعل الفيزولوجية إطلاق الهرمونات الكظرية ،وذلك بهدف تعزيز مقاومة الجسم ود دفاعاته.

ب ــ فترة الصدمة المضادة :هي تظهر في حالة إستمرار عوامل الضغط النفسي و تتمثل في إنخفاض ردود الأفعال الفيزيولوجية عنها في الحالة الأولى.

المرحلة الثانية : مرحلة المقاومة: وتسمى أيضا بمرحلة محاولة التكيف وتتمثل في تعبئة الجسم لكافة دفاعاته لمواجهة عوامل الضغط النفسي من خلال إفرازات خاصة على مستوى جهاز ماتحت المهاد(hypothalamous)وهي إفرازات تلعب دورا في إعتدال كل الإفرازات السابقة و في حالة فشل المقاومة تأتي المرحلة الثالثة.(Seley , H. ,1976)

المرحلة الثالثة : مرحلة الإستنفاذ : هي المرحلة التي يستفيد فيها الجسم كل قدراته التكيفية مع عوامل الضغط فينهار ويصبح عاجزا عن التفاعل وإعطاء الإستجابات ، كما تحدث سيلي عن ثلاثة عوامل أساسية تؤدي للضغط هي :

العوامل الجسدية :كالحوادث ’الجروح ،الإصابات الجسدية، الإثارات الحسية المزعجة...إلخ.

ـ العوامل النفسية : القلق ،الإنهاك النفسي ،المخاوف ..... إلخ.

العوامل الإجتماعية :المشاكل المهنية ،الظروف الحياتية الصعبة ..... إلخ.

ويرى لازاروس أن كثيرا من الأفراد يتعرضون لمواقف ضاغطة مختلفة ، غير أنهم لايظهرون أي إضطراب فسيولوجي .(الطلاع ، 2000، ص : 67)

وبالإضافة لنظرية الشدة والإجهاد التي جاء بها سيلي توجد في نفس السياق نظرية أخرى مكملة لنظرية سيلي تابعة لنظرية الضغوط والجسم ، هي نظرية وولف (1950)، وهي نظرية مكملة لنظرية سيلي ، بحيث تفسر الأمراض السيكولوجية ، بفشل التكيف مع ضغوط الحياة التي يواجهها الفرد ، مما يثير لدى الفرد التوتر والقلق ،وكلما ساءت الحالة الإنفعالية للفرد قابلها رد فعل ، الأمر الذي تضطرب معه الوظائف الحيوية، كما في حالة القرحة المعدية ؛ أو قرحة القولون ، بحيث أن إختيار العضو لايتم إلا وفق مميزات ، ومحددات وراثية ، أو إستجابات عضوية للضغوط .(الدباغ ، 1983، ص : 277)

<u>ثانيا إتجاه التحليل النفسي :</u> وتعتبر نظرية التحليل النفسي من أبرز النظريات ، التي ساهمت في تفسير الأمراض البسيكوسوماتية ويرجع الفضل في هذه النظرية إلى عالم النفس الشهير فرويد ،بحيث قال مارتي Marty " إن فهمنا للبسيكوسوماتيك ماكان ليكون لولا أعمال سيجموند فرويد ، و المتمثلة في إكتشافه للتحليل النفسي " خاصة بعد تفرقته بين عصاب القلق والنوراستانيا، بحيث إعتبر أن الهيستيريا قفزة عجيبة من الفكر إلى الجسد .(محمد أحمد النابلسي ، 1992،ص : 32)(Pierre Marty ,1998 ,P :19) ، فقد أكد الإتجاه التحليلي ، على أن كل عرض جسمي أو نفسي ناتج عن صراع إنفعالي لاشعوري .

كانت الممهدات الأولية النظرية للأمراض النفسجسدية في ميدان التحليل النفسي تتمثل أساسا في نوع محدد من العصابات التي جاء التحليل النفسي لتفسيرها وهي الأشكال العيادية التالية :

ـ <u>الهيستيريا</u> : Hysterie وتحوي على شكلين من الأعراض وهما :

ـ هيستيريا القلق أو الخوف phobieوهيستيريا الإقلاب hysterie convertion

ـ <u>العصاب الصدمي</u> :nervos tromatique

ـ <u>العصابات الراهنة</u>: وتحتوي بدورها على ثلاثة أشكال ميزها فرويد وهي :

عصاب القلق ، العياء أو الوهن العصبي ، توهم المرض.

ففي حين تعرف العصابات على أنها إصابات نفسية المنشأ ذات أعراض تعبيرية رمزية ، عن الصراع النفسي الذي تمتد جذوره إلى تاريخ الطفولة وتشكل في نفس الوقت تسوية مابين

مابين الرغبة والدفاع تشترك العصابات المذكورة في وجود عرضية جسمية سواء عن طريق الإقلاب وتحول الإثارة من النفسي إلى الجسمي إضافة إلى الأعراض النفسية التي تؤدي لظهور الإضطراب النفسي .(Stoudemire,A ,1991)

وسوف نقدم شرح مفصل للإضطرابات العصابية السابقة كمايلي :

أولا:الهيستيريا : تمثل الهيستيريا نوعا من العصابات التي تتخذ أشكالا عيادية جد متنوعة و أبرز شكلين تم عرضيين أمكن تمييزهما هما :

أـ هيستيريا الإقلاب : ترمز إلى الصراع النفسي في شكل أعراض جد متفاوتة فهي تكون في شكلين كمايلي :

ـ شكل نوبة إنفعالية مصحوبة بنوع من الإغواء كالإغماء ، والإرتعاش وهي تشبه في ذاللك أعراض الصرع .

ـ شكل أكثر دواما وهو الإقلاب الجسدي ، مثل الشلل الهيستيري ، إضطرابات الوظائف الحسية كالعمى الهيستيري ، والصمم الهيستيري .....إلخ.

ب ـ هيستيريا القلق (أو الخوافات) : حيث يرتبط القلق بدرجات متفاوتة ويثبت في أحد الموضوعات الخارجية في شكل خواف من أشياء غير مخيفة في الحالة الطبيعية أو المبالغة في الخوف منها .

ويرى معظم الباحثين أن أعمال فرويد حول الهيستيريا كانت بمثابة نقطة الإنطلاق في الطب البسيكوسوماتي لأنها تعتبر من المبررات و الإشكالات التي طرحت فعلا مشكلة علاقة النفس بالجسم من خلال فكرة الحدث السيكوسوماتي .(Valabrega,J,P,1954)

ثانيا العصاب الصدمي : وهو نمط من العصابات تظهر فيه الأعراض إثر صدمة إنفعالية ترتبط عموما بوضعية أحس الشخص فيها بأن حياته مهددة بالخطر وهو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة ويمكن أن نميز في العصاب الصدمي مرحلتين :

1 ـ تقوم الصدمة بدور العنصر المفجر الذي يكشف عن بنية عصابية .

2 ـ تلعب الصدمة في الحالة الثانية دورا حاسما في محتوى العرض نفسه الذي يأتي على شكل معاودة الحدث الصدمي ، كوابيس تكرارية ، إضطرابات في النوم .

ثالثا العصابات الراهنة : فهي أنماط عصابية محددة ميزها فرويد عن العصابات النفاسية ، وهي إصابات نفسية تكون الأعراض فيها تعبيرا رمزيا عن صراعات الطفولة وهي : عصابات التحويل أو النقلة ، والعصابات النرجسية .

وقد صنف فرويد في البداية داخل الأعصبة الراهنة كل من عصاب القلق ، العياء ثم إقترح لاحقا إدراج توهم المرض .

ـ عصاب القلق : هو عبارة عن عصاب أبرز أعراضه القلق الذي لايمكن ربطه بأي سبب معين ويتميز بتجمع ثلاث عناصر وهي :جوهر القلق الدائم ، النوبات الحادة والمشتدة للقلق و إنبثاق القلق فوق طبع معين .

ـ جوهر القلق الدائم : حيث يتجلى هذا القلق في الجانب الجسمي من خلال : إضطرابات النوم ، إنهاك جسمي وتعب نتيجة للضغط النفسي ، والإهتياج والإنقباض ، إضطرابات نفسية وظائفية خاصة على المستوى القلبي و التنفسي .

ـ النوبات الحادة والمنتشرة للقلق : وتتضح معالم معالم هذه النوبات من خلال :

التظاهرات الجسمية وهي نوعين :

ـ إضطرابات وظائفية حادة تنفسية على شكل إختناقات قلبية ، وألم شديد في القلب ، إشمئزاز ، غثيان ، مغص .

إضطرابات نفسية و حركية : السبات .

حالة تهيج عصابي : صراخ ، بكاء ، تشنجات .

التظاهرات النفسية : وتكون متنوعة ولكن تعاش دائما في جو وجداني متعب مؤلم ويكون الشعور منقلبا ومشوشا و كأنه مغطى بضبابة .

رابعا : إنبثاق القلق فوق الطبع العام : حيث يتميز الأشخاص المصابين بعصاب القلق بطبع خاص أهم خصائصه مايلي :

1 ـ خلال الطفولة : يظهر المعني بالأمر ميلا واضحا للخجل والحيرة والإنطواء ، على النفس حيث يطلب دائما الحماية وإعادة الإطمئنان من كل الأشخاص المحيطين به وكل مراحله الوجدانية والإجتماعية تكون كلها مطبوعة بهذه الحاجة للإطمئنان.

2 ـ الإحباطات : لايتحمل إحباطات الوجود مهما كانت كالفشل في مجالات الحياة المختلفة كالمرض ، و الإنفصال.

3 ـ طبع منقبض ومفرط الإنفعال : تتمحور حياة هؤلاء المرضى حول القلق أو الإنقباض وبغض النظر عن الإحباطات الكبرى تعاش أي مضايقة كصدمة مولدة للقلق ، حيث لا تكون أهمية رد الفعل مرتبطة بالحدث ذاته و إنما بمعناه الرمزي الداخلي .فالأعراض العصابية تعتبر نكوص إلى مرحلة الطفولة .(هاري ويلز،1978، ص : 148)

وحسب هذا الإتجاه ،أن الأعضاء الجسمية المصابة هي عبارة عن تعبير رمزي عن بعض الصراعات اللاشعورية التي ينعكس أثرها في صورة القرحة المعدية وغيرها من الإضطرابات السيكوسوماتية (العيسوي ، 2000، ص : 233)

وينبثق من الإتجاه التحليلي نظريتان هما :

- نظرية السيكوسوماتية كاستجابة للصراع النفسي : و ظهرت هاته النظرية على يد ألكسندر (Franes Alexander,1950) يعتبر ألكسندر مؤسس المدرسة المدرسة البسيكوسوماتية التحليلية ، و قد إهتم بمصطلح الأمراض النفسجسمية ، وهو الذي أرسى دعائم هذا الإتجاه ، وذالك إنطلاقا من مسلمات و مباديء التحليل النفسي ، كما حاول التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية ، والتحليل النفسي ، وفي الأخير خلص لنظرية ديناميكية ، تركز على دراسة الصراع اللاواعي (بيار مارتي ، 1992، ص : 46) ، فقد أكد على أن الصراعات الحالية ترجع إلى صراعات لا شعورية ، رمزية مرتبطة بمراحل مبكرة للنموالنفسي الجنسي ، وترتبط هذه المراحل مع أجهزة عضوية خاصة التي تشملها الإضطرابات ، وعندما لا تحل هاته الصراعات بطريقة سوية ، يتم اللجوء لإستخدام حيل دفاعية لا شعورية ،مما يؤدي لزيادة التوتر في الجسم و بالتالي يظهر المرض البسيكوسوماتي في العضو .(شقير ، 2002، ص : 66)

- ويعتمد إختيار الأعراض على تاريخ المرض ، و تكوينه ، فإذا كان الفرد ضعيف المعدة فسوف يكون لديه إضطرابات في المعدة ، عندما يغضب ، و إذاكان لديه جهاز وعائي حركي ضعيف ، فسوف يكون لديه إرتفاع في ضغط الدم تحت تأثير العدوان ، كما أكد ألكسندر على أن التوترات الإنفعالية اللاشعورية المكبوتة تجد تعبيرات من خلال قنوات البدن ، فإرتفاع ضغط الدم يعتبر تحولا من غضب مكبوت كما أن قرحة المعدة ، تعتبر

عرضا تحويليا لم يستطع أن يجد متنفسا . (محمود السيد أبوالنيل ، 1984، ص : 108)
وعليه فإن ظهور المرض البسيكوسوماتي يكون في العضو الضعيف . وفي نفس السياق أوضح(Rosenhan,1995) أن الشخص الذي تعرض مسبقا إلى الإصابة في عضو معين ، ويعاني من صراعات نفسية معينة يكون أكثر عرضة للإصابة بالمرض البسيكوسوماتي ، عند مواجهته لضغوط الحياة التي لا يستطيع التكيف معها
(Rosenhan&Seligman ,1995,p : 338)

كما أكد ألكسندر على أهمية العلاقة ، بين الأم والطفل في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، فقد إتضح دور هذه العلاقة في كثير من الدراسات التي تناولت إفراط إفراز الغدة الدرقية ، والربو ، وقرحة المعدة وغيرها ، فقد إرتبطت الإنفعالات المكبوتة بأمراض معينة ، فالبكاء على سبيل المثال إرتبط بالارتكاريا ، و الصيحة المكبوتة لطلب العون ، إرتبطت بنوبات الربو ، و الحرمان من الحب إرتبط بقرحة المعدة ، (مصطفى زبور ،1986، ص : 653) وقد إفترض ألكسندر أن لبعض الصراعات ، خاصية التأثر على أعضاء معينة فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب و الأوعية ، ومشاعر التبعية تنعكس على الجهاز الهضمي ، كما أكد على العلاقة الموجودة بين الحالة الإنفعالية وظهور هذا النوع من الأمراض ، فالإستعداد للإصابة بمرض ما ، بسبب الوراثة غير كاف للإصابة بهذا المرض ، في ضل غياب العوامل الإنفعالية المكبوتة .(مارتي ، 1992، ص : 47) وفي نفس السياق أكد حسن مصطفى عبد المعطي (1984) أن كل إضطراب نفسجسمي يعكس نمطا من الصراعات اللاشعورية ، معتقدا أن كل شكل من أشكال الأمراض البسيكوسوماتية ، يعد نوعا معينا من الصراع الذي يؤدي لحالة تثبيت عند مرحلة سابقة .(حسن مصطفى عبد المعطي ، 1984، ص: 34) و يعتمد الإتجاه التحليلي على المباديء التالية في تفسير الأمراض لبسيكوسوماتية: _ يجب علاج أسباب المرض وليس أعراضه فحسب .

- من الضروري تناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب النواحي الشعورية ، وتحرير المريض من دوافعه الدفينة .

- مبدأ الحتمية النفسية ، أي أن معظم سلوكاتنا محددة ، و لايتم إختيارها بحرية ، بل هي محددة بواسطة دوافع لاشعورية ، و أن هاته الدوافع تتأثر بخبرات الطفولة (Botzin , R ,et al .1993.P :62)

- إعلاء الدوافع المكبوتة في اللاشعور ، من أحداث وذكريات و خبرات ودفاعات متضاربة ، و إنفعالات شديدة و إستدراجها من اللاشعور لحيز الشعور عن طريق تقنيات العلاج التحليلي ، مثل التداعي الحر .

- حل الصراعات التي يعاني منها المريض في ضوء الواقع ،وزيادة إستبصاره وتحسين الفاعلية الشخصية ، والنمو الشخصي بهدف إحداث تغيير أساسي و صحي في بناء الشخصية ، مع التركيز على مراحل الطفولة ، خاصة الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد . إلا أنه مايعاب في الإتجاه التحليلي التقليدي أو الكلاسيكي، هو أنه عملية طويلة وشاقة و مكلفة ، وتتطلب وقتا وجهدا ومالا.

ومن خلال كل هذا نستطيع القول ، أن سبب الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية ،هو الصراعات اللاشعورية المرتبطة بمراحل مبكرة للنمو النفسي بالنسبة للفرد (الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد) وذالك حسب الإتجاه التحليلي الكلاسيكي . و أن كل عرض ينتج من صراع انفعالي لا شعوري معين، فعدم حل الصراعات اللاشعورية التي كابدها الإنسان أثناء حياته لابد وان يؤدي في النهاية إلى زيادة التوتر الجسدي ، ومن تم تظهر على هيئة اضطراب عضوي ، فالربو مثلاً ينتج عن افتقاد الفرد للأمن.(ليلى محمد العارف،2014،14)

وفي فالإتجاه التحليلي ظهرت مدرسة أخرى ، وهي المدرسة المارتية في باريس التي أسسها البروفيسور بيار مارتي ،وتنطلق المدرسة المارتية من أسس التحليل النفسي ، فهي تركز على دراسة الوظائف العقلية ، على إعتبار أن المرض يشير لوجود ضعف في التنظيم العقلي ، ولايوجد عضو مختل ؛ ولكن الخلل يكمن في الجهاز العقلي والذي يبرز من خلال ، تدهور القيمة الوظيفية للاشعور ؛ والشعور وماقبل الشعور ؛ والأنا و الأنا الأعلى ، والهو .(نصر الدين الزيدي ، 1998، ص :182) وتعتبر هاته المدرسة الحديثة ، أن الإنسان

وحدة حية لها فرديتها ، وتميزها عن باقي الوحدات الأخرى ، فالطفل منذ ولادته بل قبلها يولد مميزا (تبعا لعوامل وراثية ، و ظروف حمله والحالة النفسية للأم أثناء الحمل ....إلخ) و مجهزا بأليات دفاعية جسدية لمقاومة الإلتهابات ، والفيروسات .....إلخ. إلا أن توطيد هذه الآليات الدفاعية الجسدية و النفسية إنما يتم عن طريق علاقة الطفل بالأم . (النابلسي ،1992)

فالوظائف الجسدية تتخذ شكلها من علاقة الرضيع ، ثم الوليد بأمه التي تحدد بعض نماذج النشاطات الذهنية التفضيلية لدى الفرد ، فيقول مارتي أن قسما كبيرا من الأمراض الجسمية ، هو علاقة مباشرة مع الأنا التي تكون ضعيفة و مختلة وظيفيا ويرى أصحاب المدرسة المارتية أن الإسقاط ، وسيلة لتعويض إختلال تنظيم الجهاز النفسي ، و ضعف الأنا ، و أن تجسيد الحالات النفسية عن طريق أمراض نفسية جسدية ،يتم عن طريق النقص في قدرة المريض على الإسقاط ، هذا النقص نابع أصلا من عدم إستيعاب المريض للمفهوم بشكل جيد .(بيار مارتي ، جان بنجمان ستورا ،1992،ص : 51)، بهذا تكون نظرية مارتي نظرية ديناميكية ، نشطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة ، تقتصر على فترة ظهور المرض ، بل تتعداه إلى تتبع الإنسان في مختلف مراحل ، تطوره أثناء مرضه ، و أثناء صحته أثناء توازنه النفسي ، الجسدي و أثناء إختلال هذا التوازن .(بيار مارتي ،1992، ص:54) ، كما ركز مارتي على عملية التعقيل ، التي تشير إلى العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الإثارات عن طريق البنيات النفسية ، حيث أن تراكم الإنفعالات وعدم تصريفها يؤدي إلى صيرورة الجسد .ويعالج التعقيل كمية وكيفية التمثيلات و الصور النفسية و ديناميتها ، فهو يؤهل الجهاز النفسي للقيام بربط المثيرات من خلال أنظمة وشبكة التمثيلات ، مع ترابط الأفكار المختلفة والتفكير المملوء بالعاطفة .

(Andjelekovic,et al ,1987,p :129)

إذا الإصابة بالأمراض العضوية حسب هذا الإتجاه تعود للحالة للحالة العقلية والسيكولوجية للمريض.

أما بالنسبة لبنجامين ستورا (Stora .j .B) فقد تناول التوظيف النفسي ، للمرضى السيكوسوماتيين ، وربطه بالتوظيف العصبي ، فقد بدأ ستورا ، في تطوير بحوثه التي تربط بين علم الأعصاب و التحليل النفسي ، و التحليل النفسي السيكوسوماتي إنطلاقا من

1990، وقد جسد ذالك بنشر كتابيه (1990 /2005)، ويرى أنه من المهم أن نأخذ بعين الإعتبار النماذج التي إقترحها علم الأعصاب في التوظيف العقلي .(Stora j,B ,2005) وعليه فإن الأعمال التي طورها بيار مارتي من (1976– 1990) في السيكوسوماتية ، و التي تابعها ستورا من (1999–2005) حتى يومنا هذا ، التي حاولت أن تضع العلاقة بين فساد التوظيف النفسي ، وفساد التنظيم الجسدي، هذا مهما كان موقع الإصابة الفسيولوجية والبيولوجية مهدت الطريق إلى نظرة تحليلية جديدة مهمة.(Kandel,1999,p :505)

- ثانيا نظرية البروفيل الشخصي : فقد أكد أصحاب هذا الإتجاه ، و من أبرزهم دنبار (Danbar) على وجود علاقة بين نمط الشخصية (بروفيل الشخصية) وظهور بعض الأمراض البسيكوسوماتية ، فقد حددت دنبار أن لكل مرض بسيكوسوماتي بروفيل شخصية خاصة به، ومن ذالك ماأسمته الشخصية القرحية ulcer personali ، والشخصية ذات الضغط المرتفع ، والشخصية المصابة بإلتهاب المفاصل , وهكذا فمرضى الربو أهم ما يميزهم عدم الشعور بالأمن ، وشعور بالقلق بحيث قامت بتقديم بروفيلات محددة للشخصية من خلال فحص ثمانية أمراض بسيكوسوماتية ، و إفترضت أن الطاقة النفسية تحدث لها إعاقة تمنعها من التعبير الملائم عنها في السلوك ، ومن ثم تنحرف إلى الأخدود ، تحت اللحائي حيث تنشد لها منفذا من خلال التعبير الحشوي ، و الخلل في بناء أنسجة العضو يكون نتيجة لإطالة فترة هذا التفريغ المنحرف و تبديد الطاقة.(جمال مصطفى تفاحة، 1996،ص : 42) وقد وجهت إنتقادات لهاته النظرية ، بسبب عدم مقارنتها مع مجموعة من الأصحاء ، كما أن صاحبت هذا الإتجاه لم تتعمق في هاته النظرية ، في الكشف عن طبيعة الصراعات و الإنفعالات التي يعبر عنها .(الطلاع ، 2000، ص : 65)

<u>الإتجاه السلوكي</u> : لقد ركز أصحاب الإتجاه السلوكي في تفسير الأمراض البسيكوسوماتية ، على العوامل الموقفية ، ولم يهتمو بالمعنى الرمزي للعرض في الأمراض البسيكوسوماتية و كذالك تم التركيز في هذا الإتجاه على العوامل البيئية فحسب الإتجاه السلوكي البيئة

ومؤثراتها تسود سلوكات الفرد ، وكذالك سلوك الفرد هو عبارة عن أنماط متعلمة طبقا لمبدأ الإثارة و الإستجابة بحيث أن الفرد من خلال عملية النمو، يكتسب أساليب سلوكية جديدة تميزه عن غيره عن طريق عملية التعلم ويحتفظ بها ، و ويرى أصحاب هذا الإتجاه أن الإضطراب النفسي هو نتيجة حتمية لوجود خلل في عملية التعلم ، بحيث يفسر هذا الإتجاه الأمراض البسيكوسوماتية ، بأنها عبارة عن تعلم شرطي ، فقد أفترض أن الإنسان قد يكون لديه –أصلا– حساسية من الغبار ، و عن طريق عملية تعميم المثير يصبح أي شيء مرتبط بالغبار حتى رؤيته أو مجرد التفكير فيه يثير نوبات الربو لدى المريض .(عبد الرحمن العيسوي ، 2000، ص : 224) ومن نظريات التعلم التي برزت في هذا الإتجاه نظرية التعلم الذاتي (شلدون لاشمان ، 1982) ، التي تفسر الأمراض البسيكوسوماتية إنطلاقا من نظرية التعلم السلوكية ، حيث السلوك الإنفعالي حسب هاته النظرية يتكون من إستجابة مركبة عامة تشمل أليات الإستجابة العصبية المستقلة و لايعتبر صاحب هذا الإتجاه أن عملية التعلم الذاتي تنفي دور الإستعداد البيولوجي ،أو أن يكون العضو المصاب مهيئا مسبقا ، والإستجابات الفسيولوجية هي إستجابات توافقية فإذا كانت التغيرات الفسيولوجية ذات شدة كبيرة أو تستغرق وقتا طويلا كان لها الأثر الضار على صحة الفرد مما يؤدي لظهور الأمراض البسيكوسوماتية، و ترتبط بهذه الفكرة المحورية عدة مباديء و هي :

أن كل الإستجابات العصبية المستقلة يمكن تعلمها .

إختلاف ا لأعضاء في قابليتها للإصابة المرضية ، كما أن هذه القابلية تكون ذات طابع وراثي .

تكرار الإستجابة العصبية المستقلة ، وزمنها و شدتها قد تؤدي إلى تشكيلة في الحالات البناءة ، وكذالك المضطربة وفقا لطبيعة تلك الإستجابة و نمطها .

إستجابة الأجزاء الحشوية للمثير تتميز بالمقاومة ، و الإنطفاء بمعنى أن تكرار المثير يستمر في إعطاء نفس الإستجابة ، دون وجود أي دليل للتعود أو الإنطفاء . (نور الدين ، 1989، ص :50) .

ويفترض أصحاب الإتجاه السلوكي ، أن الأمراض البسيكوسوماتية تحدث بسبب التعزيز ، فالأطفال يمكن أن يكونو عرضة للإصابة بهاته الأمراض ، إذ شاهدوا أحد أفراد العائلة

يتلقى تعزيزا على شكواه من آلام بدنية، وكذالك الإرتباط بين المرض و المكافأة عند المريض ، فالمريض يعامل معاملة خاصة فيها الرعاية و الإهتمام ، بحيث المرض يحقق له مكاسب و يؤدي ذالك لحدوث التعزيز و ميل المريض ، إلى التكرار و فقا للمبدأ القائل الإستجابة المعززة هي التي تثبت في خبرة الإنسان .(عبد الرحمن العيسوي ، 2000، ص :225) ، كما يفسر السلوكيون الأمراض البسيكوسوماتية ، بأنها إستجابات يكتسبها المريض من خلال عملية تشريط كلاسيكية تحولت ، إلى عادات مرضية ، وهي ليست نتاج صراعات لاشعورية ، فمفهوم العادة يحتل مركزا أساسيا في النظرية السلوكية ، بإعتبار أن العادة مفهوم يعبر عن رابطة بين المثير و الإستجابة، و إهتمت السلوكية بتحديد الظروف التي تؤدي لتكوين و إنحلالها، أو إحلال أخرى محلها ، والعادة عند أصحاب هذا الإتجاه هي تكوين مؤقت ، وليس تكوينا دائما نسبيا ، كما أن العادات متعلمة ومكتسبة ؛ وليست موروثة ، وعليه فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل و يتغير ، فقد أشار باندورا إلى أن عملية التعلم أو إكتساب السلوك تتم من خلال الملاحظة ، أي أن معظم السلوكات الإنسانية متعلمة عن طريق النمذجة ،بإتباع نموذج أو مثال حي .(جمعة سيد يوسف ، 2001، ص :90)

فقد إبتكر بعض علماء السلوكية ، فكرة جديدة في تفسير الأمراض البسيكوسوماتية ، وهي نظرية التعلم الذاتي ، أو الميكانيكي ، التي إبتكرها Lac man (1972) ، حيث لاحظ أن الأفراد الذين يخضعون للتنويم المغناطيسي ، يستطيعون رفع أو خفض النبض أو إنقباض إفرازات المعدة أو زيادتها.وأن مايحدث بالتنويم المغناطيسي ، يمكن أن يحدث في الحياة العادية ، حيث أن حدوث المرض لأول مرة قد يكون عرضيا ، كأن يصاب الطفل بمغص معوي ، إذا أعفي نتيجة لهذه الإصابة من أداء عمله اليومي ، فإن هذا المرض يرتبط بموقف يرغب الطفل في تحاشيه ، و بناء ا على ذالك نجد أن المعدة ، تزيد من إفرازاتها في الحالات التي تلغي أعمال الطفل اليومية المثيرة لنوبة أخرى من سوء الهضم . مما يؤدي لتعطيل الطفل مرة ثانية ، و إذا تكرر هذا الوضع تتكون القرحة المعوية . (عبد الرحمن العيسوي، د س ، ص : 59)

والإتجاه السلوكي يؤكد على المباديء الأساسية التالية في في فهم وتفسير الأمراض البسيكوسوماتية :

- معظم سلوك الإنسان متعلم و مكتسب ، والسلوك المضطرب مكتسب ومتعلم .
- الأمراض النفسية ماهي إلا عادات خاطئة تعلمها المريض ؛ لكي يقلل من درجة القلق و التوتر ، وبالتالي كون إرتباطات شرطية مرضية . و يتجه العلاج أولا إلى إطفاء هذا الفعل المنعكس الشرطي المرضي ،وبناء فعل منعكس شرطي سوي جديد ليكون بديل عنه .
- السلوك المضطرب المتعلم لايختلف ، من حيث المباديء عن السلوك العادي المتعلم ، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق.
- السلوك المضطرب يكتسب نتيجة التعرض المتكرر ، للخبرات التي تؤدي إليه ومن ثم يحدث إرتباط شرطي ، بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب .
- السلوك المرضي المتعلم ، يمكن تعديله إلى سلوك سوي .
- زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع ، لعادات سلوكية خاطئة متعلمة، إذا الأمراض البسيكوسوماتية هي إستجابات شرطية متعلمة .
- يوجد لدى الفرد دوافع فسيولوجية، أولية هي الأصل و الأساس في سلوك الإنسان ، وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة ثانوية إجتماعية ،في جملتها تمثل أهم حاجاته النفسية ، وقد يكون تعلم هاته الدوافع غير سوي ويرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ، ومن ثم يحتاج لتعلم جديد أكثر توافقا .(حامد عبد السلام زهران ،2005، ص :234)

ويتميز العلاج السلوكي في إزالة الأعراض المرضية مباشرة ، دون البحث عن الصراعات النفسية و الصدمات الطفلية كما هو متبع في التحليل النفسي . ومن أهم خصائص العلاج السلوكي التي حددها ريم وماسترز (1979) Rimm &Masters بإعتبارها إفتراضات يقوم عليها العلاج السلوكي مايلي في علاج الإضطرابات النفسية بما فيها الأمراض البسيكوسوماتية مايلي :

- يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية : على عكس العلاج التقليدي ، مثل العلاج التحليلي الذي يقوم على أساس من

الإقتناع ، بوجود أسباب تكمن في مراحل النمو المبكرة هي التي تؤدي إلى الإضطراب ، و المرض النفسي و أن معرفة هذه الأسباب المولدة للأعراض التي يأتي بها المريض السيكوسوماتي للعيادة ، واالقضاء عليها هي الأساس في العلاج النفسي ، و لأن المعالج الذي يستخدم أسلوب التحليل النفسي ، يكون لديه إقتناع بأن هذه الأسباب مخزونة في اللاشعور ، فإنه يعمل جاهدا لمساعدة المريض على إستحضار مافي اللاشعور إلى حيز الشعور الأمر الذي قد يستغرق سنوات ،أما المعالجون السلوكيون فهم يركزون ، على السلوك موضوع المشكلة ، أو موضوع إنشغال المريض أكثر من الإهتمام بالأسباب الكامنة وراء السلوك . وأن الإهتمام المعالج يجب أن ينصب على تناول هذا السلوك بالتغيير ، أكثر من بحثه عن الأسباب أو محاولة القضاء عليها . (وفاء عبد الجواد ،1994)

- يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد سلوك أخر .
- يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية ،وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق .
- يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة ، وواضحة لكل فرد على حدا لاينظر العلاج السلوكي إلى الإستجابات الغير متوافقة ، بما فيها الأمراض السيكوسوماتية ، على أنها ناشئة عن شخصية مضطربة ، ومن ثم فلن يكون من أهداف المعالج أو العميل تسهيل إعادة تنظيم ، أو إعادة بناء شخصية المريض ، و إنما بدلا من ذالك يكون الهدف هو مساعدة المريض ،على التخلص من مشكلاته . وفي مجال العلاج السلوكي ، فإن المعالج والمريض ، يشتركان في تحديد أهداف نوعية ومحددة للعلاج ، وعادة هاته الأهداف توضع في صورة أهداف تعليمية .

يقوم المعالج السلوكي بإعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة المريض : فالعلاج السلوكي ، يفترض تشخيصا متنوعا بالنسبة للمشكلات التي تقابله و لايوجد إفتراض مسبق مؤداه أن خبرات الطفولة هي المؤدية للسلوك المضطرب والمرض البسيكوسوماتي مثلا، و لا أن

مفهوم الذات المنخفض ، هو السبب، ومن هذا المنطلق فإنه لا يلتزم طريقة واحدة في العلاج ،و إنما يستخدم طرقا منوعة ،وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة أو المعاناة . De (Gucht.2002)

ومن أكثر أنواع العلاجات السلوكية إستخداما نذكر على سبيل المثال لا الحصر : - 1- الكف المتبادل: وتقوم فكرة هذا العلاج على أنه لو إستطعنا أن نعطي المنبه ، الذي يسبب القلق للمريض دون ظهور أعراض وعلامات القلق ، فسيضعف ذالك الصلة بين المنبه و إستجابة القلق ، وبالتالي ينطفيء الفعل المنعكس الشرطي المرضي . ولكي لايستجيب المريض بالقلق عند إعطائه المنبه المرضي ، يجب أن يكون في حالة من الإسترخاء التام ، و كذالك يجب الحرص على إعطائه المنبه بدرجات بسيطة تزيد تدريجيا في كميتها وفي شدتها ؛ حتى تصل للمنبه الأصلي ، وهو في حالة إسترخاء تام حتى لاتتولد لديه أية أعراض للقلق ؛ لأنه إذا بدأ يعاني من أعراض القلق ، فسيطفيء ذالك الحسن الذي حدث (Engel,G,L&Scmal,A,H.1976).

- الكف الشرطي أو الممارسة السلبية : و تفيد هاته العملية أن تكرار الإستجابة شعوريا و إراديا، دون وجود المنبه سيضعف هذه الإستجابة عند التعرض للمنبه، و يجب أن يفهم المريض طبيعة العلاج ، و أن يتعاون مع المعالج معاونة صادقة أمينة حتى يستطيع التخلص من العادات المرضية .
- العلاج بالكراهية أو النفور .
- الكف الإيجابي.
- التشكيل .-(محمد عبد الرحمن ،1999)

الإعادة الحيوية : ويعتمد هذا العلاج على أجهزة إلكترونية حساسة ، سواء لموجات الدماغ ، أو العضلات الكهربائية أو درجة حرارة الجسم أو كمية العرق أو زيادة ضغط الدم ، والنبض .....إلخ . ويستخدم هذا النوع من العلاج بشكل كبير في حالة الأمراض السيكوسوماتية ، والهدف هو إبصار وسمع المريض لحركاته الفسيولوجية ، والتي تجعله يعاني أعراضا خاصة ؛ فمثلا المريض الذي يعاني من صداع مزمن بسبب التوتر النفسي ،

أدى إلى تقلص في عضلات فروة الرأس ، يستطيع رؤية النبضات الكهربائية الناتجة عن تقلص العضلة على المؤشر ، وكذالك سماع هذه النبضات في هيئة ذبذبات صوتية ، وتدريجيا يستطيع المريض التحكم في عملية الإسترخاء ، والتي تؤدي إلى خفض هذه النبضات ، ويعزز ذالك إحساس المريض بزوال الصداع ، مع قدرته على الإسترخاء . (Engel,G,L&Scmal,A,H.1976)

- يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا و الآن : في كثير من الأحيان فإن المرضى الذين يحضرون للعلاج ، تكون لديهم توقعات أن يسألهم المعالج عن خبرات الطفولة بشكل مفصل، لكن في الواقع فإن هذا الأسلوب كان دأب المدرسة التقليدية في التحليل النفسي. أما في العلاج السلوكي فإن المعالج لايركز على خبرات الطفولة بشكل مفصل.وإنما يركزعلى السلوك الموجود الآن ، وعلى البيئة أو الظروف التي يحدث فيها ، وإن كان ذالك لا يمنع من التعرف على الماضي ولكن دون تركيز كبير عليه .
- يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي : يؤكد العلاج السلوكي ، على أهمية إتباع المنهج العلمي ، كأسلوب للوصول إلى النتائج التي تساعد على تحقيق فنيات و أساليب العلاج ، ويهتم المعالج بتحديد خط البداية والذي يمثل القاعدة للسلوك موضوع للتغيير كما يهتم بتحديد خط النهاية و تقويم نتائج العلاج وبذالك يتسنى له إجراء المقارنات.(محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، دس ، ص :24-29)
- ***<u>الإتجاه المعرفي :</u>*** يفسر أصحاب الإتجاه المعرفي الأمراض البسيكوسوماتية ، بأن في حدوثها هو إضطراب يكمن في محتوى و أسلوب التفكير ، وفي النظرية المعرفية ، يعتبر التفكير المرضي هو الشيء المهم ، أما الجزء الوجداني و الدوافع ، فهي ثانوية للتفسير السلبي للأحداث ، وفي التفسير المعرفي للأمراض البسيكوسوماتية ، نشأة فكرة الإتجاهات الخاصة ، التي توضح أن العمليات المعرفية لها تأثير على الوظيفة الفسيولوجية ، ولها دور كبير في الأمراض البسيكوسوماتية وهذه الفكرة تفترض أن إتجاها معينا أو خاصا يتميز به كل الأشخاص المصابون بنفس الإضطراب ، و أستخرجت هذه الإتجاهات من المقابلات

الشخصية لعدد كبير من المرضى ، وتم تحديد الإتجاهات بعنصرين هما : مايشعر الشخص بالسعادة والحزن ، ومايرغب الشخص في المعرفة عنه أو عن عمله .(الطلاع ، 2000، ص: 70) ومن الأمثلة على ذالك : أن المصاب بالصداع النصفي :يشعر و كأنه أضطر إلى إنجاز عمل ما و يريد أن يستريح من هذا المجهود ،القولون المتقرح يشعر المريض في هاته الحالة و كأنه مصاب بمرض أو أذى ، ويرغب في التخلص من المسؤلية ، ضغط الدم المرتفع : يشعر المريض بالتهديد و الأذى ويضطر إلى الإستياء من أي شيء ، آلام أسفل الظهر : يريد المريض أن يعمل لدرجة التعب من خلال هاته الأمثلة نرى أنا المعرفيين ، يؤكدون على أن المصابين بالأمراض السيكوسوماتية يركزون إنتباههم بشكل مفرط على العمليات الفسيولوجية الداخلية . ويحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية إلى أعراض من الألم و الوجع ، تدفعهم إلى مراجعات طبية ، غير ضرورية، بهدف العلاج . (عبد المنصف الغازي ، 1984، ص: 39) ، ويتجه العلاج المعرفي إلى تعديل ، وتطوير وتغيير التشويه ، و النظم المعرفية ، حيث إن النظم المعرفية تعتمد على الثقافة و الحضارة ، والتعليم البيئي .كما يهتم العلاج المعرفي إهتماما ، واضحا بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد ، وينظر العلاج المعرفي ،للأفكار الواعية على أنها الأساس والمركز،التي تدور حوله أعراض ، ومن ثم فالإضطراب ، يكمن في محتوى و أسلوب التفكير .

كما يركز العلاج المعرفي ، على تغيير نمط التفكير؛ بتعزيز وتقوية النواحي الإيجابية ؛و إطفاء التحوير السلبي في التفكير؛ وكذالك تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة ، وذالك بالنظر إليها من زاوية مختلفة كخبرة ماضية ، و النظر للخبرات المؤلمة كخبرات متعلمة ، وتعديل مفهوم الذات السالبة على المستوى العقلي و الإنفعالي.وكل ذالك يتم من خلال جلسات منظمة مقننة معرفية تعتمد على المنطق و المناقشة .(Davison et al 1978)

وللعلاج المعرفي عدة أساليب و فنيات ، أثبتت العديد من الدراسات فاعليتها في التكفل النفسي لذوي الأمراض البسيكوسوماتية ، ومن أهم هاته الأساليب : التحكم الذاتي ؛ إعادة البناء المعرفي مثل العلاج العقلاني الإنفعالي ؛ التعبير عن الذات بطريقة لفظية ، تسجيل

الأفكار المشوهة ؛التدريب على إعادة العزو؛ جداول الأنشطة السارة ؛ التدريب المعرفي ؛النمذجة لإكتساب السلوك المشاهد،من خلال عرض نماذج تعليمية و إرشادية؛ التدريب التحصيني ضد الضغوط للتعامل مع الضغوط النفسية والأجتماعية ، نحو متطلبات المرض. ا كما يهدف العلاج المعرفي إلى : تعديل بعض الأفكار السلبية الناتجة عن الإصابة بالمرض (تسجيل الأفكار السلبية ، إختبار واقع هذه الأفكار ، إيجاد الحلول و البدائل للمشكلات التي تواجه المريض ، التدريب المعرفي .....).

و أيضا تطويع الفنيات المعرفية ، لتحقيق أهداف سلوكية و إكساب المرضى مهارات معينة ؛مثل إستخدام فنية المراقبة الذاتية ..(Dianne D,2000)

3 تعريف الأمراض البسيكوسوماتية :

إن مركب كلمة بسيكوسوماتيكا (Psychosomatique) يتكون من جذرين يونانيين هما :

Psukhé: وتعني الروح أو النفس .

Soma ;somatos: تعني الجسم أو الجسد ، وبذالك يجتمع المعنى في مصطلح معناه (علم النفس الجسدي) أو (علم النفس ـ جسدية) أو (النفسجسدية) أو (النفسدية) كما يرى بعض واضعي المصطلحات .

البسيكوسوماتيكا علم مستقل بذاته ، وتعنى بدراسة العلاقة مابين الجسم والفكر (marty.1990 .P :03) فهي تعطي مفهوما منسجما وموضوعيا لظواهر الجسمنة أو الجسدنة (La Somatisation)معتمدة على مبدأ وحدة الإنسان (نفس ـ جسد) ويرجع إستعمال مادة الكلمة بسيكوسوماتيكا إلى سنة 1946 من طرف طبيب عقلي ألماني من المدرسة القيتالية إسمه (heiroth) من أجل وصف شكل من أشكال الأرق .

و إنطلاقا من أعمال فرويد حول الهيستيريا ، بدأت تطرح إشكالية البسيكوسومكاتيكا إذ يعتبر فرويد من الأوائل الذين أسهموا في ميلاد هذا العلم ، إضافة إلى أعمال كل من : Alexander.F/Dunhbar هؤلاء بالرغم من نظرتهم المجزأة للإنسان في دراساتهم وتفاسيرهم للأمراض فقد أسهموا إسهامات كبيرة ومعتبرة لتطوير هذا العلم وإبرازه .

وسوف نورد في مايلي بعض التعريفات للأمراض البسيكوسوماتية :

ـ تعريف بيار مارتي (البسيكوسوماتيكا) الذي يعتبر مؤسس معهد البسيكوسوماتيكا بباريس وهو طبيب عقلي psychiatrè ذ وتوجه تحليلي إهتم منذ بداية أبحاثه بالعلاقة مابين الجسم

وتفكير الأشخاص وقد تابع أبحاثه ودراساته حول البسيكوسوماتيكا ، حيث ترجع أول كتاباته إلى سنة 1948وقد إنتهى بوضع معهد البسيكوسوماتيكا ، بباريس وهو أيضا صاحب التصنيف النزوغرافي البسيكوسوماتي . شبكة مارتي 1987 ثم الشبكة المعدلة 1989.

وقد عرف مارتي البسيكوسوماتيكا بقوله "تأخذ البسيكوسوماتيكا بعين الإعتبار كلا من الحركات النفسية والجسمية وكذالك العلاقات مابين هذه الحركات عند المرضى السوماتيين وحتى عند المرضى الذين نعتبرهم أصحاء "(Marty ,1992,P :12)

وللبسيكوسوماتيكا ميادين وفروع نذكر منها : سيكوسوماتية الراشد ، سيكوسوماتية الطفل والمراهق ... إلخ.

فالبسيكوسوماتيكا المارتية إذا ليست تخصصا طبيا ولا فلسفة دون واقع ميداني ، إنما هي علم أستنبط أساسا من التحليل النفسي الذي يمثل المرجع الدائم في النظرية المارتية ، وتهدف البسيكوسوماتيكا المارتية إلى السماح للمريض بتعديل ميكانيزماته الدفاعية وتنظيم الجنسية ، وهذا مايجعلها تختلف عن التحليل النفسي .

فإذا كان التحليل النفسي الفرويدي قد جاء لوضع نظرية حول العصاب النفسي فإننا نقول بإختصار أن نظرية بيار مارتي قد جاءت لفهم وتفسير المرض الجسدي .(Marty.1990)

ـ ويعرف العالمان فابيان ل ـ روك . كوستيلو " الأمراض البسيكوسوماتية بأنها مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه ، وتكون بدرجة من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها " (أحمد عكاشة ، 1998)

فالمرض البسيكوسوماتي يحدث نتيجة إختلال شديد أو مزمن في توازن هيموستازي (الكيمياء الفيسيولوجية) للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي ، وتشمل هاته الحالة أي جزء من الجهاز العضوي ، ويحتاج عادة لعلاج نفسي طبي ، فالمرض السيكوسوماتي هو مرض مزمن جسمي ذو أسباب نفسية ويظهر على شكل رد فعل إستجابي ، لأي عضو مصاب كالإستجابات المعدية أو المعوية ، أو إستجابات قلبية ، أو تنفسية أو جلدية ، أو عضلية ، أو هيكلية وهناك إضطرابات أخرى تشمل الدورة الدموية وجهاز الغدد الصماء و أعضاء الحس المختلفة.

ـ وتعرف الموسوعة البريطانية 1960 : الأمراض البسيكوسوماتية بأنها الإستجابات الجسمية للضغوط الإنفعالية التي تأخذ شكل إضطراب جسمي مثل الربو ، قرحة المعدة ، ضغط الدم المرتفع ، إلتهاب المفاصل الروماتيزي ، قرحة القولون وغيرها . (العيسوي ،1994)

- أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي (APA) فتعرف الأمراض البسيكوسوماتية كمايلي : هي مجموعة من الإضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل إنفعالية ، وتتضمن جهاز عضوي واحد يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل ، وبذالك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي التي تكون مصحوبة في العادة بمجالات إنفعالية معينة ، وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا وحدة ، ويطول بقاؤها ، ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الإنفعالية .(حسن مصطفى عبد المعطي ، 2006،ص : 153)
- كما عرفتها منظمة الصحة العالمية (WHO) : بأنها الشكوى المتكررة لأعراض بدنية مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية ، بالرغم من تأكد الأطباء بإنعدام وجود أساس جسمي لهاته الأعراض .

ـ ويعرف أوتوفينخل (1969) : الإضطراب السيكوسوماتي بوصفه إتجاه غير عادي متأصل في صراعات غريزية لا شعورية .

ـ تعريف أبو النيل (1984) : الإضطرابات البسيكوسوماتية هي إضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة نتيجة إضطرابات إنفعالية مزمنة نظرا للإضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاء تاما ،لإستمرار الإضطراب الإنفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج النفسي.(محمود السيد أبو النيل ، ومصطفى الزيور ،1984،ص: 47)

ـ كما عرف سوين (1988) الأمراض البسيكوسوماتية أنها حالات إنفعالية تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسية للإضطرابات إنفعالية .

وعرف كل من Malkenson /Mitenan/ 1954 الأمراض البسيكوسوماتية هي إضطرابات وظيفية في أعضاء البدن وتحدث هذه الإضطرابات في وقت الشدة النفسية ، ويمكن ان يظهر الإضطراب البسيكوسوماتي لأول مرة كنتيجة لسبب عضوي ثم يعود مرة اخرى من خلال إضطراب إنفعالي ، وقد يكون ذاللك بسبب وجود إستعداد عضوي لدى الفرد .(Zhanget All1992 .

ـ ويشير كمال عبد المحسن البنا (1988): أن الأمراض البسيكوسوماتية هي الإضطرابات التي تصيب أحد اجهزة الجسم نتيجة الضغوط النفسية المتراكمة ، التي تترك تلفا و أثارا فسيولوجية كخلل في أعضاء الجسم ويمكن للطبيب كشفه بإستخدام وسائله التشخيصية ، والعلاج النفسي عنصر هام في شفائها ، و أجهزة الجسم التي تظهر فيها هذه الإضطرابات هي التي تخضع للجهاز العصبي المستقل كالجهاز الهظمي ، وجهاز الأوعية الدموية ، والقلب وجهاز التنفس ، والجلد ، والجهاز الهيكلي ، والجهاز الليمفاوي والدم والجهاز البولي ، والتناسلي ، وجهاز الغدد الصماء ، وأعضاء الحس الخاصة .

ـ ويعرفها أحمد عكاشة 1989: بأنها إضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الإنفعالي دورا هاما قويا أساسيا وعادة مايكون ذاللك من خلال الجهاز العصبي اللإرادي ، ويضيف أنها هي التورط الإنفعالي في الأعضاء و الأحشاء التي تغذي الجهاز العصبي اللإرادي مثل قرحة الإثنى عشر ، والربو الشعبي ، ويعاني المريض عادة من القلق و الإكتئاب ، بل و أحيانا مايهدد القلق حياته .

- ويرى (ياسين، 1988) : أن الأمراض البسيكوسوماتية تحدث نتيجة لإختلال شديد مزمن في التوازن الهيموستازي ، في كيمياء الجسم نتيجة لضغوط نفسية ، فهي أمراض جسمية ذات جسور نفسية ، وتظهر على شكل إستجابات وردود أفعال عضوية في أحد الأجهزة الهضمية ؛ أو القلب ؛ أو العضلات ؛ أو الجلد ، أو حاسة من الحواس الخمس ، كما تشمل عدد من الغدد والجهاز الدموي والبولي والتناسلي .(ياسين، 1988، ص 32)

ـ ويعرفها حسن عبد المعطي 1989: مجموعة من الإضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي يحدثها عوامل إنفعالية وتتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز

العصبي المستقل ، وبذاللك تكون التغيرات الفسيولوجية المتظمنة هي تللك التي في العادة مصحوبة بمحاولات إنفعالية معينةوتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا و حدة ، ويطول بقائها ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة الإنفعالية.

ـ تعريف أحمد عبد الخالق (1993): الأمراض البسيكوسوماتية أنها إضطرابات بدنية عضوية يقوم العامل الإنفعالي بدور أساسي فيها . (أحمد عبد الخالق ، 1993، ص :35).

ـ تعريف Shamugam : الأمراض البسيكوسوماتية هي تللك الإضطرابات التي تنشأ من أسباب نفسية ولكن أعراضها تتخذ شكلا جسميا عائدا إلى أسباب نفسية المنشأ . (د عيسوي ، 1994)

- أما نور الهدى جاموس فقد بينت أن الأمراض البسيكوسوماتية ، تحدث بسبب الإضطرابات الإنفعالية الشديدة ؛ التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي ، والمفهوم الطبي يبين أن الإصابة الجسدية لها علاقة قوية بالصراعات النفسية . (نور الهدى جاموس ، 2004، ص :12)

ـ ويرى عبد المنعم الحفني 1994: أن الإضطراب النفسي الجسمي يحدث نتيجة إختلال شديد أو مزمن في توازن حيوي (هيموستازي) ضعيف جاء نتيجة ضغط سيكولوجي ، ويشمل أي جزء من أجزاء الجهاز العضوي ويحتاج لعلاج طبي ونفسي.

ـ ويرى سامي عبد القوي 1995: أن الأمراض البسيكوسوماتية تشير إلى أعراض جسمية ناتجة من إستمرار تعرض الفرد لضغوط إنفعالية متزايدة مما يؤدي لإضطراب وظيفة العضو المصاب وكذالك تكوينه التشريحي .

ـ ويعرفها عبد الرحمان العيسوى : الأمراض السيكوسوماتية في جملتها هي مجموعة الأعراض و الشكاوى غير العادية ، وتكون الأعراض فيها طبية واضحة تماما وهي علامات يدخل ضمنها إضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة في جسم المريض و ترتبط إرتباطا وثيقا بمتغيرات، وعوامل نفسية من أجل ذالك سميت بالأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية .

ـ وعرفها طه بأنها :أمراض جسمية تنشأ بسبب نفسي ، ويحدث فيها تلف في البناء التشريحي ، للعضو بحيث يمكن للأشعة ، أو التحاليل ، أو الطب إكتشاف هذا التلف ، إلا

أن العلاج الطبي وحده لا يفلح في شفاء المريض ، وبالتالي لابد من إقترانه بالعلاج النفسي حتى يعالج سبب المرض، حيث أن هناك بعض الأعراض الجسمية ، التي تنتج عن إضطراب عصيب للنفس البشرية ، كبعض أمراض السكر وضغط الدم ، اللذان ينجمان عن مخاوف و إنفعالات شديدة أغلبها على المستوى اللاشعوري .(طه ، 1988،ص : 60)

ـ تعريف الفيومي (1998) : الأمراض البسيكوسوماتية هي إضطرابات جسمية مألوفة بالنسبة للأطباء التي يحدث فيها خلل في جزء من أجزاء الجسم أو في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة إضطرابات إنفعالية مزمنة ، نظرا لإضطراب حياة المريض التي لاينجح معها العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاء تاما لإ ستمرار الإضطراب الإنفعالي وعدم علاج أسبابه النفسية إلى جانب العلاج الجسمي .وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا وحدة ، ويطول بقائها ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحالة . (حسن عبد المعطي ، 1992، ص : 261)

ـ أما الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية ، فقد وضع الإضطرابات النفسجسمية تحت العامل النفسي المؤثر على الحالة الطبية 316 ، و أشار إلى أثر سمات الشخصية و أسلوب التعايش السلبي على العوامل الجسمية . (DSM-IV-1994- P :675-676)

ـ أما عكاشة (1998) فعرف الأمراض البسيكوسوماتية أنه إضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الإنفعالي دورا هاما و قويا و أساسيا وعادة مايكون ذالك من خلال الجهاز العصبي اللإرادي . فالأمراض السيكوسوماتية هي تظهر في الأعضاء و الأحشاء التي يغذيها الجهاز العصبي اللإرادي مثل : قرحة المعدة والإثنى عشر ، والربو الشعبي ..... إلخ . كما يعاني المريض السيكوسوماتي من إضطرابات إنفعالية كالقلق و الإكتئاب ،وغالبا مايهدد القلق حياة المريض .والتفسير العلمي لهاته الأمراض السيكوسوماتية هو عدم القدرة على التعبير عن الإنفعال بالكلمة ، ومن ثم يظهر الإنفعال في هيئة أمراض جسدية وكأنما الفرد بدلا من البكاء بعينيه ، فهو يبكي بأحد أعضاء جسمه ، مثل الجلد، أو المعدة أو القولون أو القلب(أحمد عكاشة ، 1980،ص: 355)

- كما أكد جيلفورد (Guilford ,1959) من خلال تعريفه للأمراض البسيكوسوماتية على خصائص هاته الأمراض ، وذالك بأنها أمراض جسمية نفسية ، تؤدي إلى شكاوى

نفسية ، و غالبا ماتكون شديدة ، ويشكو المريض من قلة الطاقة ، ويستخدم أعراضه الجسمية في إراحة نفسه ، ويهتم في نفس الوقت بها ، ويظهر إهتماما عاما بوظائفه البدنية .(الطلاع ، 2000،ص : 58)

- أما ميلون (Millon) فقد عرف الأمراض البسيكوسوماتية بأنها أمراض جسمية ،ناتجة عن عدم قدرة المريض على تجنب المضايقات أو التنفيس عن التوترات النفسية المتراكمة ، وهكذا فإن ردود الأفعال تصبح مكبوحة ، وتتهيج داخليا حتى تخلق خللا جسميا.(MillonT&Million ,1974 ,P :311)
- كما عرفها فخري الدباغ : بأنها أمراض جسمية ،يعتقد أن سببها الأساسي هو شدة نفسية ، وهي إضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس نفسي .(فخري الدباغ ،1984، ص:207)
- ويرى عبد المنصف (1984) : أن الأمراض البسيكوسوماتية هي مجموعة من الإضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها الضغوط النفسية ، وهذا يوضح تأثير الضغوط النفسية على حدوث الإضطرابات السيكوسوماتية (عبد المنصف ، 1984، ص : 10)
- أما علماء الصحة النفسية فيؤكدون أن كل الأمراض البسيكوسوماتية التي ترتبط بصراع لاشعوري لها أعراض تحويلية ، ويمكن الإستدلال عليها في زيادة ضربات القلب ، والإضطرابات العصبية للمعدة ، كما يمكن أن تظهر بشكل شلل وظيفي أو فقدان للصوت ، كما أن هذه الإضطرابات التي يعاني منها الفرد الأفراد ليست لها أسس عضوية ، بل أن الصراعات الداخلية التي يعاني منها الفرد هي التي سببت هاته المتاعب العضوية .(أبو النيل ، 1994 ، ص: 149)
- أما عبد المعطي فعرفها : بأنها مجموعة من الأعراض والشكاوى التي تكون الأعراض فيها طبية واضحة تماما ،ويدخل ضمنها إضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء ، أو الأجهزة في جسم المريض ، ولكنها تر ترتبط إرتباط وثيق بمتغيرات وعوامل نفسية ،

أبرزها الدافعية والعوامل الإنفعالية والوجدانية والضغوط البيئية . (أحمد عبد المطيع الشخانبة ،2010،ص :57)

- كما أكد دافيسون ونيل (1998) Davison & Neale على أعراض و خصائص الأمراض السيكوسوماتية بحيث عرفها بأنها مجموعة من الإضطرابات توصف بأنها أمراض جسمية تنشأ من عوامل إنفعالية ، وتتضمن جهازا عضويا واحدا من الأجهزة التي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللإرادي ، وأنها مرض حقيقي تتضمن تلفا بالجسم ، ولكنه ناشيء عن عوامل إنفعالية ، كالربو ، أو القرحة ، وضغط الدم الجوهري .(Davison &Neale ,1978,P :165) .
- وقد عرفها الزراد (1984) بأنها إضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس نفسي ، وذالك بسبب الإضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق و الأعضاء التي يتحكم فيها الجهازالعصبي الذاتي . (الزراد ، 1984، ص :121).
- أما جلاتين (Gallatin) فعرف الأمراض السيكوسوماتية ، بأنها أمراض ناتجة عن الضغوط النفسية ، والتي تظهر في صورة آلام ، وإضطرابات جسمية ، فقد يسبب الضغط الإنفعالي والصراع النفسي خلل في التوازن الهرموني ، أو تمزقا في أجزاء معينة من الجسم ، فإذا كانت الضغوط مزمنة فإن الرئتين يحدث لهما تشنجات ، ويبدأالجهاز الدوري في التوتر ، وقد تبدأ المعدة في هضم نفسها .(Gallatin ,1982 ,P :212)
- أما (غالي وأبوعلام ، 1974) فقد عرفو الأمراض البسيكوسوماتية بأنها هي مجموعة الأعراض والشكاوى غير العادية ، وتكون فيها الأعراض طبية واضحة تماما ، يدخل ضمنها إضطراب أو خلل أوإصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة في جسم المريض ولكنها ترتبط إرتباطا وثيقا بمتغيرات وعوامل نفسية .(غالي و أبو علام ،1974، ص :473)

- أما إبراهيم زيد (1984) فقد أكد على دور العوامل النفسية و الإجتماعية في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، كما أن هاته الأمراض تتميز بأعراض جسمية في أعضاء و أجهزة الجسم المختلفة .(زيد ، 1987، ص :10)
- أما (موسى ومحمود 2000) فقد عرفو الأمراض البسيكوسوماتية ، بأنها الإضطرابات الجسمية ذات المنشأ النفسي،التي يحدث فيها تلف في جزء من أجزاء الجسم ، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه ، ويلعب فيها العامل الإنفعالي دورا هاما و قويا ،وعادة ما يكون ذالك من خلال الجهاز العصبي اللإرادي .(رشاد موسى ومحمد محمود ، 2000، ص :55)
- وقد أكد كامل عويضة(1996) على دور الضغوط النفسية في ظهور و نشأة الأمراض البسيكوسوماتية ، فالأمراض السيكوسوماتية تنشأ لدى الأفراد الذين يواجهون ضغوطا نفسية ، وبسبب عجزهم في أن يجدوا وسيلة لتصريف توتراتهم ، فيلجأون لأعضائهم لتتصريف هذا التوتر .(كامل عويضة ، 1996،ص: 82)
- أما ضيف الله مهدي (2005) فقد بين أن الأمراض البسيكوسوماتية شائعة ، كما أنها تسبب إختلال في وظائف الجسم وتنشأ من عوامل نفسية ، فأي إضطراب نفسي يؤدي لتغيرات في الجسم عن طريق أجزاء من المخ و الهيبوتلاموس .(ضيف الله مهدي ، 2005، ص:10)
- فكما بين عويد المشعان أن الأمراض البسيكوسوماتية ، مصطلح عام يستخدم للإشارة إلى أي إضطراب له مظاهر جسمية أو عضوية ،ويكون وراء دالك أسباب نفسية ، كما ميز ثلاث فئات من الأمراض البسيكوسوماتية تمثلت في مايلي :
- الإضطرابات المرتبطة إرتباطا وثيقا بأسلوب حياة الفرد ، مثال دالك ما أشارت له بعض البحوث (أن الأشخاص الدين يعملون في مهن تتضمن ضغوطا شديدة يكشفون عن إرتفاع ضغط الدم و إضطراب وظائف المعدة .)

- الإضطرابات المرتبطة بشخصية الفرد بوجه عام (الأشخاص شديدي القلق ترتفع لديهم معدلات إضطراب الجهازالتنفسي .
- الإضطرابات التي تظهر أساسا بوصفها إستجابات ، تجاه ظروف خاصة مثل الحساسية الجلدية .(عويد سلطان المشعان، 2000، ص :70)
- كما أشار أحمد عزت راجح لضرورة العلاج النفسي للأمراض البسيكوسوماتية ، فقد عرف الأمراض السيكوسوماتية : بأنها أمراض جسمية ترجع في المقام الأول إلى عوامل نفسية ، سببها مواقف إنفعالية تثيرها ظروف إجتماعية ،لدا فهي أمراض لايجدي في شفائها العلاج الجسمي وحده ، في حين أنه تستجيب للعلاج النفسي إلى حد كبير. (عزت راجح ، 1973،ص : 145)
- أما حامد زهران ، فقد أكد من خلال تعريفه للأمراض البسيكوسوماتية على أسباب هاته الأمراض من خلال التعريف التالي : هي مجموعة من الإضطرابات الجسمية ذات أساس و أصل نفسي ،ودالك بسبب الإضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق و الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي .(حامدزهران ، 1994،ص: 485)
- وقد عرف أيزنك (Eysenck) الأمراض البسيكوسوماتية بأنها إضطرابات في الوظيفة وتلف في العضو نفسه ، وتلعب الإضطرابات الإنفعالية دورا أساسيا فيها سواء في بداية الأعراض أو تفاقمها ، مما يميزها عن الأمراض العضوية الخالصة كما أنها تميل للإرتباط بغيرها ، من الأمراض الأخرى ، وتحدث في العائلة الواحدة أو لدى الفرد الواحد في مراحل مختلفة من حياته و تخلف حسب إيزنك بإختلاف الجنس . Eysenck.1972,P :881)
- وعرفها هاس (Hass ,1979) بأنها الأمراض البدنية التي يمكن أن يكون لها جذور سيكولوجية ، فالكائن البشري عبارة عن وحدة متكاملة يعمل فيها الجسم ، و النفس معا في نظام متكامل ، وقد يكون للعنصر النفسي أهمية قليلة أو كثيرة ، وهذه الأمراض

المتكررة الحدوث والتي لها عنصر نفسي أساسي نسميها بالأمراض السيكوسوماتية ، وهي غالبا ماتكون ناشئة عن التفاعل بين المتغيرات الجسمية و الإنفعالية ، وتتأثر بمواقف حياة الفرد و ضغوطها .(الطلاع ، 2000،ص: 62)

نلاحظ من خلال هاته التعاريف للأمراض البسيكوسوماتية ،أنه يوجد بعض الإختلاف بين العلماء في تعريف هذا النوع من الأمراض ، فمنهم من ركز على أعراض وخصائص وصفات هاته الأمراض ، مثل تعريف جيلفورد، و أبو النيل ، و Gallatin، بحيث ركزت هاته التعاريف على؛ أن معظم هاته الأمراض ، تصيب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهازالعصبي الذاتي ، كالجهاز الدوري ، والتنفسي، والجهاز الهضمي.....إلخ .و أن العلاج الدوائي لوحده لايفلح في الشفاء من هاته الأمراض حتى و إن إستمر لمدة طويلة ، فلابد من علاج نفسي معه .أما المجموعة الثانية من هاته التعاريف فقد ركزت على أسباب الأمراض البسيكوسوماتية ، مثل تعريف راجح ، وتعريف (Millon) ، والعيسوى ،فأكدت هاته التعاريف أن سبب هاته الأمراض ، هو الضغوط النفسية و الإنفعالية،المستمرة التي يعيشها الفرد ،خاصة في ضل غياب إستخدام أساليب فعالة في مقاومة هاته الضغوط النفسية ، مما يؤثر سلبا على الجسم ووظائفه.أما المجموعة الثالثة من التعاريف ، فقد ربطت بين الأسباب و النتائج ، تعريف عكاشة ، و هاس ،و عبد المعطي ، وطه بحيث ركزت هاته التعاريف ، على دور العوامل النفسية ، والعوامل الإنفعالية ،وكذا الدوافع اللاشعورية في نشوء هاته الأمراض ، ويجب الجمع بين العلاج النفسي والطبي لهاته الأمراض . إلا أن معظم هاته التعاريف إتفقت في مجموعة من النقاط مايلي:

-. من أهم أسباب هاته الأمراض هي العوامل النفسية و الإنفعالية ، وكذا الصراعات اللاشعورية و الإحباطات المتكررة ، والضغوط النفسية التي يعيشها الفرد والطريقة أو الكيفية التي يستجيب بها الفرد تجاه مواقف الحياة الضاغطة ،أو الأسلوب الذي يستخدمه الفرد في مواجهة ومقاومة الضغوط النفسية له دور كبير في ظهور هذا النوع من الأمراض أو التقليل منها .

ـ العلاجات الطبية لوحدها لا تؤدي لتحسن الحالة الجسمية لأن السبب النفسي هو اكثر تاثيرا ، فمن الضروري إقتران العلاج النفسي بالعلاج الجسمي؛ في هاته الأمراض وهذا مايؤكد فشل العلاج الجسمي الطويل في الشفاء من هاته الأمراض لدى العديد من المرضى.

.

ـ نشأة المرض في العضو لايفيد في خفض التوتر وهذا مايميز هاته الأمراض عن الهيستيريا.

ـ تحدث نتيجة إختلال شديد أو مزمن في توازن حيوي (هيموستازي) ضعيف نتيجة ضغط سيكولوجي .

- تصيب الأعضاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي، ولا تخضع للضبط الإرادي والجهاز العصبي الذاتي هو قسم من أقسام الجهاز العصبي المحيطي أو السطحي (The Peripheral Nervous System (P .N.S. والجهاز العصبي الذاتي هو الذي يسيطر على عمل العضلات الداخلية الملساء ، مثل مجموعة العضلات الهضمية ، و المثانة وغيرها ، ويتكون الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) من قسمين هما : السمبثاوي (الودي) الذي يعمل في حالات الضغط و الشدائد و الإنفعال.

أما الباراسمبثاوي (نظير الودي) يعمل في فترات الراحة و الإسترخاء .(خليل البياتي ،2002، ص : 48)

- وعلى ضوء ماتقدم فإن الباحثة تعرف الأمراض البسيكوسوماتية كمايلي :
- الأمراض البسيكوسوماتية هي عبارة عن أمراض جسمية ، ذات جذور نفسية ، تحدث نتيجة ضغوط نفسية إنفعالية يعيشها الفرد وتراكم الإنفعالات غير السارة على الفرد التي لايستطيع التعبير عنها وبالتالي فإنه يعبر جسديا عن هاته المعانات التي يعيشها ، مما يؤثر على أعضاء الجسم ،وخاصة أجهزة الجسم التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي ، كجهاز الدوران ،والجهاز الهضمي ، و التنفسي ....إلخ، كما تتميز هاته الأمراض بإضطرابات إنفعالية كالقلق ،والإكتئاب و المخاوف ، ويهدد القلق حياة المريض البسيكوسوماتي ، كما أن المريض في هاته الحالة يشكو من الناحية الجسمية

.وهذا ممايجعله يتردد بكثرة على الطبيب ، إلا أن العلاج الطبي لا يجدي نفعا مع هاته الأمراض حتى إن إستمر لمدة طويلة ،فلا بد من العلاج النفسي ، لأن سبب هاته الأمراض نفسي بالدرجة الأولى .

4 علاقة الضغط النفسي بظهور الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلم : من خلال الدراسات السابقة المتعلقة بالضغوط التي يتعرض لها المعلم يتضح من أن مواقف الحياة الضاغطة المرتبطة بالحياة المهنية ، أو الحياة خارج إطار المهنة تسهم بشكل واضح في تحديد الصحة النفسية والبسيكوسوماتية للمعلم .

وبالتالي فإن الضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم تؤدي لتغيرات ، في الجسم عن طريق أجزاء من المخ و الهيبوتلاموس وذالك على مستوى الجهاز اللمبي ومكوناته، محدثة هذا النوع من الأمراض والمنطقة المسؤلة على وجود إرتباطات للإستجابة لحالة الضغط النفسي التي يتعرض لها المعلم تسمى اللوزة .أما المنطقة الثانية المهمة في الدماغ التي تنظم و تسيطر على الإنفعالات الناتجة عن هاته الضغوط ، هي الجزء الأمامي من القشرة الدماغية الأمامية ، وموقعها يكون في منطقة السطح العلوي الجانبي للفص الأمامي ، كما أن منطقة الهايبوتلاموس هي المنطقة الثالثة في الدماغ ، المسؤلة عن الإستجابة لإشارات الضغوط ، بحيث تقوم الهايبوتلاموس بإفراز هرمون وهذا الهرمون بدوره يحث الغدة النخامية لإفراز هرمون (ACTH) والذي بدوره يستحث القشرة الكظرية لإفراز الكورتيزول ، و الكورتيزول مع نشاط الجهاز السمبثاوي ، الذي يفرز الأدرينالين و النور أدرينالين في أوقات الضغوط ، يهيئان الجسم لحماية نفسه .علما أن إفراز الكورتيزول بشكل مستمر ، يسبب أمراضا مختلفة ، فإذا إستمر إفراز الكورتيزول السكري بدلا من أن يخزن يؤدي لشعور بالإعياء وحصول الأمراض ،وفي نفس الوقت يتغير نشاط الأوعية الدموية القلبية بحيث يؤدي ذالك لإرتفاع في ضغط الدم ، والذي يؤدي بدوره إلى أضرار كبيرة في القلب و الأوعية الدموية و الكليتين ،كما أن جهاز المناعة يحبط و قد تظهر بعض الأمراض السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية ، كالقرحة المعدية أو قرحة القولون إذا الضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم ، بكل أنواعها هي نتاج التقدم الحضاري المتسارع الذي يؤدي بدوره إلى إفراز انحرافات تشكل عبئا على قدرة ومقاومة الأفراد في التحمل ،

فرياح الحضارة تحمل في طياتها آفات تستهدف النفس الإنسانية، وزيادة التطور تحمل أعباء فوق الطاقة ...، وينتج عنها زيادة في الضغوط على أجسامنا، مما ينعكس على الحالة الصحية ، والنفسية والعقلية ، و أن الإنسان المعاصر ينجح في إستيعاب النمو المتسارع لمتطلبات الحضارة ، لكنه يخسر بالنتيجة قدرته الجسدية، والنفسية ومقاومته في التحمل ، مما يؤدي لاستنزاف تلك الطاقة وتدميرها .

وسوف نفسر في مايلي كيف تؤدي الضغوط النفسية لحدوث هذا النوع من الأمراض ، و سوف نتناول كل مرض على حدا :

أمراض القلب و الأوعية الدموية : يعتبر القلب من أهم الأعضاء التي تتأثر ضرباتها بالضغوط النفسية و الإنفعالية ، خاصة عندما يزداد إفراز الأدرينالين .

فالضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم في مهنته ينتج عنها زيادة في نشاط الجهاز العصبي المركزي ،الذي يسبب تقلص في الأوعية الدموية وهذا التقلص هو من أهم أسباب إرتفاع ضغط الدم، الذي يعتبر من بين أكثر الأمراض السيكوسوماتية إنتشارا بين المعلمين (سمير شيخاني2003،ص:15).

ويمكن أن نشرح كيف تؤثر الضغوط النفسية التي يعانيها المعلم ، في ظهور الأمراض القلبية كمايلي : ففي حالة الضغط ، يرسل الدماغ إشارات تسبب تغيرات جسمية ، من بينها تقلص في الشرايين (Arterioles) ، فحين تنقبض الشرايين الصغيرة يحتاج ضخ الدم إلى مزيد من الضغط ، ويعتقد الأطباء أنه يحدث أيضا في الشرايين التاجية ، إذا كانت هذه الأخيرة مسدودة جزئيا بالترسبات الدهنية فإن التقلص يمكن أن يؤدي لإنسدادها . إذا فالعلاقة بين الضغوط التي يعيشها المعلم و المرض قد تكون تبادلية ، لأن المرض قدينتج من ضغوط الحياة التي يعيشها المعلم ، والمرض نفسه قد يقود إلى مزيد من ضغوط الحياة ، وكل هذا يختلف بإختلاف إدراك المعلم للمرض كضغط ، ويكون هذا حسب النمط السلوكي للشخصية التي يتميز بها المعلم .فإذا إستمرت الضغوط على المعلم ، دون إستخدام أسلوب معين لمقاومة هاته الضغوط ، فيستمر الضغط بمرور الوقت عند مستوى عال ، و إستمرار هذا الضغط المرتفع يضع عبئا ثقيلا على الأوعية الدموية ، مما يؤدي لوجود نزيف في المخ ، أو جهد زائد على القلب .

وهذا ما أشارة له أحدث البحوث الطبية للجمعية الطبية الأمريكية ، أن القلب يجيب على كثير من الحوادث و الضغوط النفسية أكثر من أي عضو في البدن فمقابل كل ضغط إنفعالي إستجابة فسيولوجية ، وبالتالي فإن الضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم هي عبارة عن مثيرات تؤدي لوجود أمراض قلبية كإستجابة لهاته الضغوط .كما أن كل الدوافع لها صلة بالقلب و الدورة الدموية و القلب هي المعبر عن كل الإنفعالات .

كما أوضحت دراسة ثيل وزملاؤه (1973) تأثير الضغط الإنفعالي ، على الإصابة الخطيرة لعصاب القلب ، كما أسفرت نتائج هاته الدراسة أن مرضى القلب يعانون ، من مجموعة من الضغوط الإنفعالية ، أهمها العلاقات غير المستقرة ، فقدان الأصدقاء ، كثرة ساعات العمل ، الإرهاق . وهذه مانجده بشكل كبير بين المعلمين (إبراهيم علي إبراهيم ، 1992، ص : 191).

كما أثبت باحثون أمريكيون ، بأن الأشخاص الذين يعانون من الضغط النفسي ، هم أكثر عرضة للإصابة بعدم إنتظام ضربات القلب ، وهي حالة تعرف بإسم التقلص الأذنيني الليفي التي غالبا ماتؤدي للموت المفاجيء .

وفي نفس السياق توصل باحثون من إبريطانيا إلا أنه كلما زاد الإجهاد في العمل ، كلما زادت إحتمالات الإصابة بالأعراض المؤدية للإصابة بأمراض القلب و السكري .كما كشفت نفس الدراسة أن ضغوط العمل تؤثر سلبا في عمليات الأيض ، مما يؤدي لأعراض تشمل إرتفاع ضغط الدم و مستويات الكولسترول .

كذالك بالنسبة لأمراض الجهاز التنفسي : تؤدي الضغوط النفسية التي يعانيها المعلم إلى تغير في إفراز هرمون الأدريناكورتيزون ، مما يؤدي لظهور أمراض الجهاز التنفسي ، يعتبر الربو ،من بين هاته الأمراض الذي يتميز بإنقباض مؤقت للقصبة الهوائية فالضغوط المستمرة التي يتعرض لها المعلم تخفض من فعالية الغدة الكظرية.ممايؤدي لإنخفاض هرموناتها المضادة للإلتهاب والحساسية وهذا يؤدي لحدوث نوبة الربو(الهاشمي لوكيا ،2002،ص:10) .

كما أن تعرض المعلم المستمر للضغط ، يؤدي لشكل من أشكال التوتر العضلي ، فيعمل هذا التوتر على مهاجمة أضعف نقطة مقاومة في الجسم بحيث تؤدي هاته الإصابة لإثارة مادة الهيستامين ، تحت ضغط الزخم الإنفعالي التي تعتبر بمثابة باكتيريا الربو .

وتتفق هاته النتيجة مع دراسة Henditix ، التي أثبتت أنها توجد علاقة بين ضغط العمل و الأمراض السيكوسوماتية ، و أن ضغط العمل يرتبط بالإصابة بالزكام و حالات الأنفلونزا .(عبد الله تيسير الحواجري ، 2004، ص : 59)

وكذالك بالنسبة لإضطرابات الجهاز الهضمي حيث أن الجهاز الهضمي من أكثر الأجهزة التي تتضح فيها الأعراض البسيكوسوماتية فقد قام الدكتور بريل بإجراء إحصاء دقيق لإنعكاس الإضطرابات النفسية على وظائف الجسم فتبين له أن 30٪ من هذه المشاكل النفسية تنعكس على الجهاز الهضمي و تعرقل وظائفه الغريزية وهذا مايثبت كذالك تأثير الحالة النفسية التي يعيشها المعلم و الضغط النفسي في نشوء هذا النوع من الأمراض و أمراض الجهاز الهضمي من بين الاضطرابات المألوفة بالنسبة لكثير من الأشخاص الذين يعانون ضغوط العمل,وذلك على اعتبار أن هذه الاضطرابات تمثل رد فعل جسم الفرد تجاه هذه الضغوط, ومن أكثر هذه الاضطرابات أنتشارا بين المعلمين: إلتهاب المعدة المزمن ، قرحة المعدة, إضطرابات الإخراج ، فقدان الشهية العصبي ،وقرحة القولون,والسمنة المفرطة.

وسوف نبين من خلال مايلي كيف تساهم الضغوط النفسية في ظهور هاته الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين

السمنة : نفسر إنتشارها بين المعلمين وذالك كون المعلم الذي يقع تحت الضغط النفسي يصارع الضغط الذي يعانيه بالطعام ، وذالك كون مراكز الإنفعال و الشبع في الطعام ، في منطقة الهيبوتلاموس ففي حالة الضغط الذي يشعر به المعلم ، يعتبر كعامل معطل لمراكز الشبع ، حيث أن المعلم في حالة الضغط يفقد القدرة على إدراك حالة الشبع ، ولايشعر عصبيا و فيزيولوجيا بحالة الشبع مهما تناول من كميات من الطعام ، و بالتالي يتناول أكثر مما يحتاجه من الطعام دون شعور ، وهذا مايؤدي لزيادة الوزن و السمنة . وتتفق هاته النتائج مع ما توصل إليه إريك برونر من كلية الطب و مستشفى بلندن ، وذالك بأن زيادة الضغط الذي يتعرض له المعلم يزيد من إحتمال الإصابة بالسمنة ، وربط بين مستويات الضغوط العالية و الدهون الزائدة و التي تتكون حول الخصر .كما توصلت نفس الدراسة إلى أن الرجال و النساء الذين إشتكوا من ضغوط العمل لمدة ثلاث مرات ، كانت إ حتمالية الإصابة عندهم بالسمنة أكبر بنسبة 73٪ من أولئك الذين لم يشتكوا من ضغوط العمل ،

كما زادت لديهم إحتمالية تكون الدهون حول الخصر بنسبة 61٪، و توصلت نفس الدراسة إلى أن الذين إشتكو من ضغوط العمل مرة واحدة فقط كانو أكثر عرضة للإصابة بالسمنة وترهلات الوسط بنسبة 17٪، بينما الذين إشتكوا من الضغوط مرتين أكثر عرضة للإصابة بنسبة 24٪ للإصابة بالسمنة ، و بنسبة 41٪ للإصابة بترهلات حول الخصر .

كذاللك تعتبر القرحة المعدية من بين أمراض الجهاز الهضمي التي تنتشر بشكل كبير بين الفئات الإجتماعية، التي تتحمل إجهادا عقليا و إرهاقا فكريا وعصبيا و حساسية عالية وكل هاته الخصائص نجدها في مهنة التدريس ،التي تساهم الضغوط النفسية المستمرة في ظهورها وكذالك العمل تحت ظروف التوتر؛ و الضغط وقمع الرغبات . و الأحداث التي يواجه بها المعلم الفشل و الإحباط .

ففي الحالة العادية تكون بطانة المعدة، مكسوة بطبقة من مادة مخاطية لحمايتها من الأحماض المساعدة على الهضم والأنزيمات المستخدمة في تفكيك الطعام ومع مرور الوقت يستطيع الضغط المزمن، الذي يتعرض له المعلم إثارة وتحفيز الإنتاج المفرط في العصارات المعدية، التي تفكك المادة المخاطية الواقية وتعمل عملها في جدران القصية الهظمية محدثة تقرحات.

فالمعدة في حالة الضغط الشديد لاتتوقف بعد مرور الطعام إلى الإثنى عشر بل تستمر في إفرازاتها و حركاتها كأنما هناك طعام آخر بالطريق ؛ وهذا يعرض جدران المعدة للأحماض فترة أطول و بالتالي التآكل الذي ينجم عنه النزيف المرتبط بقرحة المعدة .

حيث بينت العديد من الدراسات أن العوامل البيئية الضاغطة مثل الضجيج ومتطلبات الإنجاز المتزايدة من بين العوامل البيئية التي تساهم في الإصابة بالقرحة المعدية (كامل محمد محمد عويضة ،1996،ص:146).

وتتفق هاته النتائج كذالك مع ماتوصل له (wolf) ، وذالك بأن تعرض الفرد لحالة من القلق أو الضغط ، يؤدي لزيادة حركات المعدة وتقلصاتها ، فقد وجد أنه في حالة الضغط يتضخم الغشاء المبطن للمعدة كأن يصبح متضخما بالدم ، كذالك حالة الحركة الهضمية و الإفرازات و الإخراج و الإمتصاص تهبط و تقل فقد وجد أن المرضى الذين يعانون إستثارة زائدة في الجهاز السمبتاوي (الدفاعي) ، كانوا يتعرضون عقب هذه الإستثارة لفترة تعويضية من

النشاط الزائد للجهاز العصبي الباراسمبتاوي (التعديلي) ويترتب على ذالك زيادة واضحة في إفرازات العصارة الهضمية .(S.wolf. 1942)

قد يتعرض المعلم إلى هذا النوع من الاضطرابات,خاصة إذا كان يتميز بمجموعة من الخصائص أهمها : الغيرة الشديدة فقد أثبتت دراسات (متلمان وولف) التجريبية بأن حالات الضغط و القلق بسبب كبت الكراهية والغيرة ، تزيد من حركة المعدة و إفرازها بصورة شديدة مما يعرض جدران المعدة للتقرح ، الطموح الزائد فقد توصلت فلاندرز دنبار بأن مرض القرحة هو متنفس عن الشخصية المندفعة والطموحة ،التي تعاني مشاعر الحرمان . حب العزلة .

كذالك تعتبر قرحة و إلتهاب القولون من بين الأمراض السيكوسوماتية المتعلقة بالجهاز الهضمي التي كثر إنتشارها بين المعلمين ، كون هذا المرض من بين الأمراض التي تنتج عن الضغوط التي يعانيها المعلم و أن الضغوط النفسية التي يعانيها المعلمين والمواقف الضاغطة التي يعيشها داخل القسم وخارجه ، تساهم في وجود نوعين من إلتهاب القولون ففي حالة إلتهاب القولون التقرحي تتسبب هاته الضغوط في فرط حركة القولون ، بحيث يتفاعل القولون بشدة مع ظروف الحياة ، فيكون هادئا خلال فترة الراحة ، ويقل إفرازه للخمائر الهاضمة أما في حالات الضغط ، فيكون محتفظا بالدم و تزداد إفرازاته ، ويضعف الغشاء المخاطي ، فيحتقن الدم أما الإفرازات فتؤثر و تحفز الغشاء المخاطي بشكل متزايد ، بحيث تبين أن حوالي 86٪ من المرضى كانو يمرون بضغط كبير و أزمة في حياتهم الخاصة في الفترة السابقة للمرض مباشرة .(محمد خير الزراد، 1984، ص: 140).

أما النوع الثاني فهو إلتهاب القولون المخاطي ، وفي هاته الحالة يختلط البراز بالمخاط و أعراض هذا المرض تظهر غالبا بشكل مفاجيء بعد ضغط وشدة نفسية شديدة ، كما أن هاته الأعراض تعتبر مصادر ضغط للمعلم فتعيقه عن التدريس بشكل جيد ، مما يؤدي كذالك للغياب المتكرر من طرف المعلم ، و أحيانا هاته الأعراض تؤثر على علاقة المعلم بزملائه . ومن أهم خصائص هذا المرض الشعور بالام مستمرة ، ليست محددة في موضع معين ، وتنتشر إلى غاية الظهر ، و أحيانا يشكو المرضى من ألم ثابت يشبه الإصابة بطعنة أداة حادة تشتد هاته الآم بعد تناول الطعام ، بالإضافة إلى الإنتفاخ الغازي في البطن ،مع شعور المريض بعدم الراحة بعد خروج الغازات عن طريق الشرج ، كذالك

إضطرابات التغوط بحيث يشكو المريض من إمساك و إسهال ، بالإضافة للإعياء ، والصداع و الخفقان .و التعرق (جبالي، 1998، ص :)

ومن أهم الخصائص التي يتميز بها المعلمون بهذا المرض السيكوسوماتي يتميزون بمجموعة من الخصائص كما أوضخها بعض العلماء ، فقد بينت دانبار أن من أهم الخصائص التي يتميز بها هذا المريض : البخل ، والحاجات للإعتمادية و الغضب المكبوت ،أما دابيلز Dailiz ، فقد عدد الخصائص التالية لمرضى قرحة القولون : عدم تحمل المسؤلية ، وقابلين للوقوع في الأزمات .

كما يعتبر كذالك الصداع من بين أمراض الجهاز العصبي التي تنشأعن التعب والإضطرابات العاطفية، والضغوط المهنية ففي حالة الصداع يحدث هناك تجميع للإنفعالات وتراكمها وتصل لدرجة حادة لايستطيع المعلم تحملها ، **وهو من أكثر الأمراض التي يعاني منها الأشخاص المعرضين للضغوط** وقد أشار لينش عام 1977 أن الضغط يعتبر أهم عامل في تنمية الصداع النصفي ،كما أوضح أن الألم يحدث عادة في فترة الإسترخاء التي تلي فترة الضغط أكثر من حدوثها في فترة الضغط نفسها ا، و يتميز الصداع بتكرار الألم في الرأس .عادة ماينحصر في جانب واحد وقد يكون أكثر عمومية ، ومن بين أكثر أنواع الصداع إنتشارا التي وجدناها عند المعلمين الصداع النصفي ،الذي تعتبر الإحباطات و الضغوطات و الزيادة المفاجئة في ضغوط العمل ، من بين أهم الأسباب المؤدية لحدوثه . بحيث أن المواقف الضاغطة التي يتعرض لها المعلم في مهنة التدريس(الضغوط المتعلقة بالتلاميذ مثل نقص الدافعية ، الإكتظاظ ، الشغب داخل القسم ، بعض الإضطرابات السلوكية المنتشرة بين المعلمين في ظل غياب المختص النفسي داخل المدرسة فيقع على عاتق المعلم الكثير من الأدوار ، التدريس و العلاج ، الضغوط ا، كذالك القرارات الإدارية ، أحيانا الضغوط التي يواجهها مع الزملاء ، وكذالك عدم إهنمام الأولياء بأبنائهم ، وعدم وجود إتصال مع المعلم و أولياء التلاميذ ، قلة الراتب ، نقص فرص الترقية ، المقرر والمنهاج و أن المعلم مطبق فقط لهذا المقرر ..... إلخ) كل هاته الضغوط التي تكون داخل القسم وخارجه تساهم في إنتشار هذا المرض بين المعلمين بحيث تعتبر هاته الضغوط عبارة عن عوامل تمهيدية لحدوثه و يمكن تفسير ذالك فسيولوجيا كما يلي ، الضغوط التي يعاني منها المعلم تجعل الشعيرات و الأوعية الدموية في الرأس تتقبض و

تتمدد ، وبذالك تستثار الأطراف النهائية للأعصاب الموجودة بين الشرايين و في هاته الحالة تبدأ مشاعر الألم ، و أحيانا قد تصل الحالة إلى قمة المرض و الصداع ، قد تزول فجأة بزوال الموقف النفسي الإنفعالي .وهذا مابينه الدكتور وولف من خلال دراسته على مرضى الصداع النصفي .

أما بالنسبة للأمراض الجلدية فقد كشفت الدراسات الطبية بأن 95٪ من أمراض الجلد ؛ كالإركيتيريا و الحساسية الجلدية كالأكزيما هي أمراض سيكوسوماتية تهاجم المريض عندما تنخفض روحه المعنوية أو يعاني من القلق و السخط المكبوت على العمل أو المتاعب العائلية .(عكاشة ، ص : 142).

فالأمراض الجلدية تحدث كتعبير عن شعور المعلم بالضغط النفسي، و إنعدام الأمن والعجز ونفسر ذالك كذالك لأن الجلد يعتبر كالغطاء الخارجي لعضلات وعظام ودم الجسم وبالتالي نجده دائما عرضة لظهور الأعراض التي تعبر عن شعور المعلم بالضغط . وتكون كل هاته المظاهر على مستوى طبقة الأدمة ، كون هاته الطبقة تحوي على شبكة معقدة من الأعصاب المسؤلة عن الإحساس بالضغط .

وبإعتبار أن الجلد و الجهاز العصبي ينشاءاعن من نفس المصدر لذا نجد ترابط مستمر بين الأمراض الجلدية والنفسية (نقلا عن رأفت عسكر، 2004، ص: 233) ،فكثيرا مايتم اللجوء للجلد للتعبير عن الإنفعالات فغالبا ماتستثار الإضطرابات الجلدية السيكوسوماتية بعوامل الضغط الإنفعالي المرتبطة بمواقف الحياة الضاغطة فتظهر مجموعة من الأعراض معبرة عن تلك الحالة التي يعانيها المعلم كإحمرار الوجه والشحوب ، كما أن للضغوط النفسية والإنفعالية المتنوعة التي يعيشها المعلم تؤثر تأثيرا بالغا على نمو الشعر ، فحالات الضغط تؤدي لإنقباض العضلات ، و بالتالي قلة الدورة الدموية بالجلد ، وينعكس ذالك مباشرة على البصيلات ، حيث يؤثر على حيويتها و في هاته الحالة قد تظهر مناطق من فروة الرأس خالية من الشعر ،أو مايعرف بمرض الثعلبة .(نقلا عن محمد حجازي ،دس ، ص:89) بالإضافة للظهور كل هاته الأمراض تؤثر المواقف الضاغطة التي يتعرض لها المعلم على الصحة النفسية فيشعر بمشاعر سلبية قد تصل لفقدان الرغبة و إنعدام الميل للنشاط و الدافعية كما أن أداء المعلم يكون ضعيفا وبالتالي سوف ينعكس ذاللك سلبا على المتعلم فأي خلل أو ضعف في أحد عناصر العملية التعليمية، خاصة المعلم

يكون أثرها كبير على المتعلم وفي هذه الحالة الأثر عميق ومباشر، فالمتعلم الذي يرى المعلم لا يبالي بالإعداد للدرس ويتأخر في الحضور؛ أو لا يهتم بالواجبات المدرسية؛ سيتولد لديه شعور مماثل بعدم الإهتمام ؛وبرود المعلم في أدائه لدرسه سيفقد المتعلم الدافعية للتعلم مما يجعل الدرس مملا وهذا بدوره يزيد في الضغط النفسي لدى المعلم. وكذالك على جو المدرسة العام حيث أن تعاون المعلمين والنشاط أساس نجاح المدرسة ، والمعلم الذي يمر بهاته الحالة ، ليس له دافعية للتعاون والمشاركة ، بل قد يزيد الأمر سوءا بأن يأخذ في تثبيط زملائه من العمل الجماعي والتعاون في نشاطات المدرسة ، فيفتقد به ذلك الجو الجماعي التعاوني في المدرسة ، لتصبح مجموعة من الأفراد الذين لا يجمعهم إلا المكان فقط ، فلا تربطهم أهداف مشتركة ولا هموم ومطالب مشتركة ، وهذا الجو يزيد في الضغط النفسي للمعلم ، بحيث تتسع دائرة الضغط النفسي من الفصل تصبح المدرسة ذاتها غير مريحة له فلا يشعر بالرغبة بالبقاء فيها . (مجلة المعلم ، العدد 55 ، 2001 ، ص : 25)

3ـ مدى حدوث الأمراض البسيكوسوماتية :

حوالي 40 – 60 % من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من أمراض بسيكوسوماتية و الاضطرابات النفسية الجسمية أكثر انتشارا في الحضارات المعقدّة التي يشيع فيها الصراع والتنافس والقلق والخوف والاستثارات الجنسية المستمرة . وهي أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة حيث التأثر واضحا بالحياة الاجتماعية ، وهي أكثر شيوعا لدى الإناث منها لدى الذكور . ونسبة كبيرة جدا من حالات التغيّب عن العمل ترجع إلى شكاوي نفسية جسمية . وفي القوات المسلّحة يُلاحظ ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية الجسمية . وأكثر الأعراض شيوعا هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي والجهاز الجنسي. (حامد عبد السلام زهران ،2005)

4ـ الشخصية قبل المرض :

تتميز الشخصية قبل المرض بالسمات التالية : نقص النضج الإنفعالي الحساسية النفسية ، الإهتمام بالجسم و الصحة ، التمركز حول الذات والميل لجذب إنتباه الأخرين ، التوتر ، الإنطواء ، التشائم ، الإنهزامية ، نقص الثقة في النفس وفي الأخرين ، الشعور بالرفض و الضلم ، الإعتماد على الأخرين ،نقص الهوايات و الميول

والإهتمامات ، الإهتمام أكثر بالنشاط العقلي المعرفي ، الطموح الزائد عن القدرات ، الجدية الزائدة ، الضمير الحي .(نفس المرجع السابق ،ص: 470)

5ـ أسباب الأمراض البسيكوسوماتية:لم يتفق العلماء في تحديد أسباب دقيقة للأمراض البسيكوسوماتية ، نظرا لتداخل الكثير من المتغيرات النفسية والإجتماعية و الوراثية ولكن العرض الأساسي في الأمراض البسيكوسوماتية هو الإضطراب الفسيولوجي ، الذي يستمر باستمرار الأسباب المثيرة للإنفعال؛ والتوتر النفسي وتبقى العوامل النفسية من أهم الأسباب ،وهذا ماأكده العيسوى بقوله " مازلنا في حاجة إلى مزيد من البحوث للتعرف على العوامل السببية في الإضطرابات البسيكوسوماتية ، إلا أن هناك أدلة توضح أن إعتناق الفرد لإتجاهات خاطئة ،وكذالك القلق ' يؤديان إلى بعض التغيرات الفسيولوجية ، كذالك قد يلعب بناء شخصية الفرد دورا بارزا في هذا الصدد ، فالشخص الطموح والذي توجد لديه حاجات قوية ، للإعتماد على الغير ويستجيب للضغط بالقلق الذي يتحول إلى عرض جسمي "(عبد الرحمن العيسوي ، 2000، ص :290) .

- أما أحمد عكاشة فقد حدد العوامل الإنفعالية التي تؤدي للأمراض البسيكوسوماتية متمثلة في مايلي :
- الحرمان من العناية و الحب و العطف مع وجود، رغبة المريض الملحة في الحصول عليها ، ومن هنا نشأت الصلة بين دلائل الحب و حركات المعدة ، ويستجيب الشخص للحرمان الذي يعانيه صامتا بالطموح الزائد ، ومضاعفة الكدح والتظاهر بعدم المبالاة و بإرغام تفسه على بذل الحب و العطف لغيره ، وهذا مايكون عند المصابين بقرحة المعدة .
- النزعات العدوانية و الثورة ضد السلطة ، والتذمر من العمل ، ومحاولة تجنب المسؤلية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لايمكن حلها ولا تجنبها ، كما يحدث في حالة إرتفاع ضغط الدم .

- الخوف من فقدان الأم أو من يقوم مقامها كالزوجة ، أو الخوف من فقدان موضوع الحب حيث يظل هؤلاء الأشخاص متعلقين بالأم تعلقا طفليا ، كما في حالات الربو .(عبد المنصف والطيب ، 1984، ص : 62)
- العوامل النفسية والاحباطات المتراكمة والتوترات الانفعالية المستمرة تكمن وراء هذه الاضطرابات ، كذلك الكبت الانفعالي وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القوة والقدرة والعدوان المكبوت ، والشعور الطويل بالظلم وتحويل التوتر داخلياً وتسلطه على عضو ضعيف ، والقلق الشامل المستمر خاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي الحركي والحزن العميق على الطلاق أو الفشل ، والطموحات غير الواقعية واضطراب العلاقات الاجتماعية والخلافات الأسرية ، وعدم السعادة الزوجية . (مختار حمزة : 1979م ، 250)
- وقد أوضح (جودلمان 1984. Godlman) الأسباب التالية لحدوث الأمراض السيكوسوماتية وهي :
- معاناة الفرد من مشكلات نفسية مختلفة ، وخاصة في مرحلة الطفولة .
- معاناة الفرد من العجز .
- إصابة أحد أعضاء الجسم بمرض عضوي في مرحلة الطفولة .(, 1984, Godlman P : 34)
- أما زكريا محمد طه (1998) فقد حدد الأسباب التالية لحدوث الإضطرابات السيكوسوماتية :
- المرض العضوي الذي يصاب به الفرد في مرحلة الطفولة ، والذي يؤدي للشعور بالقلق .الصراع الإنفعالي والكبت المستمر للإنفعال ، الذي ينتج عنه أن يبحث المرض عن الجزء الضعيف في الجسم ليحتمي به و يحول عليه هذا الصراع .
- التجارب الجنسية الفاشلة ومشاعر الذنب .
- العلاقة الوالدية المضطربة .

- التعرض لخبرات الحروب العنيفة .(زكريا طه محمد ، 1998،ص :12)
- حاجة الفرد إلى عطف ومساعدة الغير ، والإعتماد عليهم في شؤون حياته .(عماد الدين سلطان ،322)
- تراكم الإنفعالات على المستوى الجسدي ، دون أن يصل إلى الوعي و يتبلور في مفاهيم ، و ألفاظ و التحكم الزائد في الإنفعال ، وكبت الغضب وعدم التعبير عن الصراع الداخلي .(سعد الأمارة ،2005، ص: 01)
- عدم النضج العاطفي ، والكبت الشديد و الخوف من المسؤلية .(ضيف الله مهدي ، 2005، ص : 1)
- الشعور بالحقد، و الإثم والخطيئة والقلق ، والخوف والكبت ، والتردد و الغيرة و الشك ، والملل .(محمد مهدي النراقي ، 2005، ص :1)
- عجز الفرد عن توصيل معاناته النفسية ، إلى من حوله إما لأنه لايستطيع التعبير عن مشاعره ، أوبسبب عدم إعتراف المحيطين به . (محمد المهدي ،2005،ص:1)
- كما بينت Barttlet ، إلى أن الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالحاجة للإستحسان ، وأهمية الماضي ، ولوم الأخرين تسبب الضغوط النفسية ، التي بدورها تعمل على زيادة الإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية .(بارتليت ، 1980، 1480).
- مواقف الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الفرد كالفشل ، والظلم ....إلخ ، وعجز الفرد عن التكيف مع هاته المواقف بطرق إيجابية ، يجعل الفرد يشعر بالإحباط و الضغط النفسي ، مما يؤدي للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية و إصابة الأجهزة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المستقل .(الطحان ، 1987)

يرى (كارل ياسبرز) أن المرض (النفسي الجسمي) يظهر على شكلين :. -

: أ . علاقة آلية مكانية

وهي رد فعل يفوق الحد الاعتيادي من حيث القوة والاندفاع مثل حدوث إسهال ، أو قيء على أثر انفعال شديد

:ب . علاقة إكتسابية بالمنعكسات الشرطية

وهي نوع من التكرار القائم على مبدأ (المنعكس الشرطي) فالإسهال الذي حدث نتيجة . (رعب شديد) يمكن أن يعيد نفسه بدرجة أقل

فالإنسان الذي رفع سماعة التلفون وتلقى نبأ مؤلم عنيف ثم سقطت يده في شلل وظيفي ، هذا الشخص يمكن أن يصاب بوهن اليد والشلل كلما سمع نبأ مزعج .فهناك تكرار وانتقال وتثبيت للمنعكس الشرطي .وتؤكد الباحثة النفسية (دوتش) أن العامل النفسي . دوما وراء الحوادث والكوارث المفاجئة . غير المتوقعة . وظروف الحرمان أو الشدة فالعضو المصاب نتيجة لذلك الأذى النفسي منذ الطفولة يصبح موضع انفعال دائم الأنصاري حمدي ،1981،ص:34) (ويتكون فيه ما يدعى (عصاب العضو

أما الطبيب (الإكسندر) فيؤكد بأن (المرض البسيكوسوماتي) هو (صراع سايكو . ديناميكي) يربط بين (عقدة معينة ومرض معين) ، فعقدة الاتكال تولد قرحة المعدة ، عضو معين يقود إلى 2) (وعقدة الفراغ عن الأم تولد الربو وهكذا....ويذهب (إدلر ويركز (التحليليون) على خبرات المريض السابقة ، وتراكمها وتكرارها ، وبالذات (خبرات الطفولة) كسبب حتمي في حدوث المرض السيكوسوماتي . ويرجع البعض إلى . أن إصابة أحد أفراد العائلة قد تكون واحدة من الأسباب

ويرجع بعض علماء النمو السبب إلى ضعف في أحد أجهزة الجسم في مراحل التكوين والتطور كالأمعاء ، أو المثانة ، أو المعدة ، مما يساعد على ظهور الأضرار في ذلك العضو . وأكد بعض العلماء أن ضحالة النضج العاطفي والكبت الشديد والخوف من المسؤولية من شأنها أن تقود صاحبها إلى المرض النفس . جسمي

(أحمد شعبان طه،2014).

6ـ آليات الدفاع النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية

عندما يفشل الفرد في حل صراعه الناجم عن الرغبة في تحقيق أو إشباع دوافع أو غايات متعارضة، فإن الفرد قد يلجأ إلى ممارسة بعض آليات الدفاع النفسي كالنكوص والعكسية والإسقاط والتبرير والإنكار ونحوها، الحيل الدفاعية هنا وسيلة لتخفيض التوتر وتحقيق قدر من اللذة المؤقتة، إنها وسيلة للتحايل على مطالب الهو الجامحة، بيد أن ممارسة آليات الدفاع النفسي قد يفقدها مفعولها وبخاصة عندما يخضع الأنا باستمرار لمطالب الهو المتجددة ولإلحاحاته المستمرة وهنا يشعر الفرد بمزيد من التوتر والإحباط الداخلي، ولا يمر هذا الإحباط الداخلي دون أن يتسبب في قلق أو انفعال يؤثر على توازن الجسم ووظائفه، قد يحاول الجسم التكيف مع الانفعالات الناجمة عن الإحباط الداخلي، ولكن هذه المحاولات عندما تتجاوز حدودها، فإنها لابد وأن تطال بعض أعضاء الجسم فتخل بوظائفها فيصاب الفرد بأمراض جسمية ذات منشأ نفسي مثل ضغط الدم المرتفع والسكري والربو وأمراض القولون والروماتزم والأكزيما أو البدانة المفرطة، وقرحة المعدة وما إلى ذلك.

يتسبب الإسقاط في شعور الفرد بالذنب، فالشخص الذي يكره شخصاً آخر بحجة أن ذلك الشخص يكرهه، قد يشعر بالذنب في قرارة نفسه، وقد يصاب بقلق شديد وهذا القلق قد يتسبب في إصابته باضطرابات سيكوسوماتية،كما أن الفرد الذي يمارس آلية العكسية، قد يشعر بالألم وهو يعمل ضد رغباته الحقيقية، فهو يمارس النفاق والرياء والظهور بمظهره غير الحقيقي وفي ذلك معاناة، قد تتسبب في اضطرابه نفسياً ومن ثم إصابته بمرض سيكوسوماتي.(ليلى العارف ، 2014،ص: 23)

7ـ تشخيص الأمراض البسيكوسوماتية:

يقصد بالتشخيص فحص الأعراض المرضية وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة ، ثم إطلاق إسم مرض معين على نوعية الأعراض في ضوء علاقةالأعراض ببعضها في زملة مرضية . عند تشخيص الأمراض البسيكوسوماتية يجب أولا الاهتمام بالفحص الطبي الشامل ، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين وبناء الشخصية.
يُلاحظ أن المريض لا يعترف بسهولة بأن مرضه نفسي جسمي ولكنه يّصرّ غالبا على أنه

جسمي فقط.

ويُلاحظ أيضا أن المريض عند معرفته بهذا التشخيص تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ وقد تزداد حّدة نوبة المرض بشكل واضح أثناء محاولة التشخيص.

ومن العلامات الدالّة على أنّ المرض نفسي جسمي : وجود اضطراب انفعالي يعتبر عاملا مرسبا ، وارتباط الحالة بنمط معيّن من أنماط الشخصية ، ووجود اضطراب نفسي جسمي سابق لدى المريض ، ووجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه ، وسير المرض يكون مرحليا (حامد عبد السلام زهران،2005،ص:474).

ويُلاحظ الشبه الكبير بين أعراض المرض النفسي وبين أعراض التوتر الانفعالي.

ويجب المفارقة بين العرض النفسي الجسمي وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى . فمثلا ، قد تكون العنة أو الضعف الجنسي أو البرود الجنسي أو فقد الشهية العصبي مرضا نفسيا جسميا في حدّ ذاته وقد تكون عرضا من أعراض الاكتئاب.

كما يجب المفارقة بين الأعراض الهستيرية وبين الأعراض البسيكوسوماتية . ومن أهم مايميز الأمراض البسيكوسوماتية مايلي :

ـ تلعب العوامل الإنفعالية دورا هاما و أساسيا سواء في ظهور الأعراض الجسمية ، أو زيادة التأثير وهذا مايميزها عن الأمراض العضوية .

ـ إضطرابات في وظائف الأعضاء وتلف واضح في العضو نفسه .

ـ تمر الأمراض البسيكوسوماتية بمراحل مختلفة حتى تصبح في النهاية إضطرابات مزمنة.

ـ تختلف الأمراض البسيكوسوماتية بإختلاف الجنس فبعض الأمراض تكون أكثر شيوعا لدى النساء كحالات الروماتيزم مثلا وحالات الربو يكون ضعفها بين الأولاد عند البنات وتنعكس النسبة عندما يتقدم السن.

ـ قد يصاب الفرد بأمراض بسيكوسوماتية مختلفة ومتعددة و تختلف الحالات من شخص لأخر .

ـ تحدث الأمراض البسيكوسوماتية نتيجة لعدم فعالية أساليب المقاومة .

ـ غالبا مايوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الإضطراب أو مايشابهه.

ـ العلاج العضوي لايؤدي لتحسن كامل إلا مع إستمرار العلاج النفسي .(أشرف أحمد رشيد القانوع ،2011)

ـ وقد حدد لطفي فطيم ستة محكات تميز المرض البسيكوسوماتي عن غيره من الإضطرابات وهي :

ـ وجود إضطراب إنفعالي كعامل مسبب .

ـ ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية .

ـ تختلف الإصابة بهذه الأمراض مابين الجنسين إختلافا ملحوظا.

ـ غالبا مايوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس المرض أو مايشابهه.

ـ يميل مسار المرض إلى إتخاذ مراحل مختلفة .

ـ تختلف الأمراض البسيكوسوماتية عن إضطرابات التحول الهيستيريا ، حيث أن الأمراض البسيكوسوماتية هي مرض حقيقي يسبب تلفا في الجسم ، أما إضطراب الهيستيريا لايتضمن تلفا عضويا ولكنها تؤثر عامة على وظائف الأجهزة العضلية الإرادية . (لطفي فطيم ،1979، ص:89)

فقد أورد الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في إصداره الثالث (1987) عددا من المحكاة التشخيصية للأمراض البسيكوسوماتية أو الإضطرابات السيكوفسيولوجية إلا أنه في الإصدار الرابع (1994) من هذا الدليل وردت هذه المحكات تحت عنوان العوامل النفسية المؤثرة في الحالة الصحية وكانت على النحو التالي :

ــ وجود حالة طبية عامة .

_ عوامل نفسية تؤثر عكسيا على الحالة الطبية العامة بأحد الوسائل التالية :

_ تؤثر العوامل على الناحية الطبية العامة كما تتضح من الإرتباط الزمني بين العوامل النفسية ونمو أو تفاقم أو تأخر الشفاء على الحالة الطبية العامة .

_ تتداخل العوامل النفسية مع العلاج من الحالة الطبية العامة .

_ تشكل العوامل النفسية مخاطر مخاطر صحية إضافية للفرد .

_ تعمل الإستجابة الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط النفسية على ترسيب أو تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية العامة .(حسن عبد المعطي ، 2003،28)

أما بالنسبة لتصنيف الدولي العاشر للأمراض البسيكوسوماتية ، فإنه يصنفها على أنها العوامل النفسية والسلوكية المرتبطة بالإضطرابات أو بأمراض محددة في مكان آخر مع

الإشارة للعوامل التي تؤثر على علامات المرض البدني ، أو تغير دورته وقدتم وضع رموز إضافية لتحديد إضطرابات محددة ، كالربو ، أمراض جلدية ، قرحة المعدة ، قولون مخاطي ، قولون تقرحي ، الأرتيكاريا (Kaplan&Sadock'S.2000Chapter25)

كما أوضح كل من إدوارد دويس و أنجلش في كتابهما عن الطب السيكوسوماتي طبعة لندن 1950 أن هناك ملاحظات هامة في تشخيص الأمراض البسيكوسوماتية يجب أخذها بعين الإعتبار وهي : يلاحظ من خلال التاريخ العائلي للمريض أن هناك أدلة على وجود مشاكل في الطفولة مثل الأعصبة ، الحرمان العاطفي ، تقمص شخصية أب مريض أو أم مريضة ، الحساسية للعوامل الإنفعالية التي تحدث بسبب البلوغ ، مع وجود تجارب صادمة وشخصية هشة .النظر فيتاريخ حالة المريض للوقوف على الجوانب المرضية والسوية لديه ومدى إستبصاره بنفسه ،إزمان الحالة وتردد المريض على عيادات الأطباء و إجراء كافة الفحوص والتحاليل و الإختبارات الطبية دون وجود سبب عضوي واضح يفسر للأخصائي شكوى المريض .أن لاينظر للمريض بمعزل عن سياقه الإجتماعي للكشف عن الضغوط الخارجية التي هيالعوامل المساعدة على الإنفجار لمن لديه إستعداد داخلي .الكشف عن المكاسب الثانوية التي يحققها المريض من خلال مرضه العضوي ومايرمز له إضطراب العضو الذي يشكو منه المريض .(فيصل الزراد ، 2000، 107)

8ـ التشخيص الفارقي للأمراض البسيكوسوماتية :

الأمراض البسيكوسوماتية و العصاب :

هناك تشابه بين الأمراض البسيكوسوماتية وبعض الإضطرابات العصابية في كثير من مظاهر الأعراض فالأعراض في كثير منها أعراض جسمية كتعبير عن حالة القلق و الإنفعال الشديد ومن هاته الإضطرابات : الهيستيريا التحويلية ، إضطرابات التجسدية كتوهم المرض ، الإعياء النفسي .

وقبل التعرض للتشخيص الفارقي بين الأمراض البسيكوسوماتية و تلك الإضطرابات سنتعرف على الفروق بين الأمراض البسيكوسوماتية و العصاب بصفة عامة .

ـ الفرق بين المرض البسيكوسوماتي والعصاب : يتضح الفرق في نواحي ثلاثة هي :

1ـ الجهاز العصبي العامل في الاضطراب السيكوسوماتي هو الجهاز اللاإرادي أما في العصاب هو الجهاز الإرادي .

2_ القلق موجود في الاضطراب السيكوسوماتي أما في العصاب غير موجود هائم طليق .
3_ العرض انفعالي في الاضطراب السيكوسوماتي أما في العصاب رمزي .

أي أن الأعراض التي تشاهد في العصاب وخاصة الهستيريا هي ازدياد قابلية المريض للاستهواء والإيحاء وسيطرة بعض الأفكار والأوهام عليه ، أما في الاضطراب السيكوسوماتي فتتكرر الاضطرابات الفسيولوجية بدوام الأسباب المثيرة للانفعال التي تؤدي في نهاية الأمر إلى اضطرابات عضوية . (محمود أبو النيل : 1994م ، 199)

كما قدم الزراد الفروق التالية بين العصاب و الأمراض البسيكوسوماتية نوضحها في الجدول التالي :

العصاب	الأمراض البسيكوسوماتية
تسيطر على المريض وسلوكه حالة القلق و الإكتئاب و الوسواس أي الحالة النفسية تكون مضطربة .	يسيطر الإضطراب العضوي النفسي وغالبا تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو .
إضطراب وظيفي .	إضطراب عضوي ووظيفي محدد.
ليس له علاقة بالإضطراب العضوي الجسم سليم .	له علاقة بالأعصاب و الأعضاء و الهرمونات.
قد يضطرب سلوك الفرد	سلوك الفرد عاديا لحد ما .
له أسباب نفسية كلية و ليس له دلالة رمزية .	قد يصاحب السبب النفسي أسباب عضوية مهيأة لها دلالة رمزية .
	المزاوجة بين العلاج الطبي و النفسي ، فقد تتحسن بعض الحالات و أخرى تشفى بصعوبة .

جدول رقم (1) يوضح الفرق بين العصاب والأمراض البسيكوسوماتية

(فيصل خير الزراد ،2000، ص : 104)

الفرق بين المرض البسيكوسوماتي والهيستيريا :

تشير الهيستيريا لإضطراب عصابي قديم الظهور ومصطلح هيستيريا مشتق من كلمة يونانية هيسترا التي تشير لرحم المرأة ، أي أن هذا الإضطراب يصيب النساء فقط نتيجة لتجوال

الرحم في حوض الأنثى ،ولكن تبين خطأ هذا التفسير و إن كانت نسبة هذا الإضطراب أكثر إنتشارا عند النساء مقارنة بالذكور .(عبد الله عسكر ، 2000،190)

وتعرف الهيستيريا بأنها إضطراب عصابي أولي يتميز بظهور علامات ، وأعراض مرضية بطريقة لاشعورية بهدف الحصول على منفعة خاصة أو جلب الإهتمام أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الإهتمام على الفرد كحماية له من الألم النفسي الشديد ، وعادة مايظهر هذا المرض في الشخصية الهيستيرية التي تتميز بعدم النضج الإنفعالي مع القابلية للإيحاء .(أحمد عكاشة ،1998،163)

وتتعدد أشكال الهيستيريا و أعراضها كالهيستيريا التحويلية ،و الهيستيريا الإنشقاقية و هيستيريا التبدين ، و أضاف فرويد هيستيريا القلق أو فوبيا القلق .(عبد الله عسكر ،2000، ص:191)

فالهيستيريا التحويلية تتميز بوجود عرض أو أكثر من الأعراض المرتبطة بالوظائف الحسية أو الحركية الخاضعة لسيطرة الجهاز العصبي الإرادي مثل العمى و الصمم و الشلل الهيستيري .(Klykylo,1998,p434)

ففي الهيستيريا التحويلية يتحول القلق و الصراع النفسي بعد كبته لعرض عضوي أو جسمي ، ويكون له معناه الرمزي ، بحيث لايفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية و آلامه المختلفة لأن ذالك يتم بطريقة لاشعورية ، فينفصل هنا السبب عن العرض ولايستطيع المريض الربط بين أعراضه و ظروفه البيئية ، فالعرض يكون حل رمزي للصراع الداخلي الذي يعانيه الفرد ، دون أن يكون هناك خلل أو تغير عضوي .

فقد حددحسن مصطفى عبد المعطي مجموعة من الفروق التشخيصية بين الهيستيريا التحويلية و الأمراض البسيكوسوماتية نبينها في مايلي :

جدول رقم (2) يوضح الفروق بين الأمراض البسيكوسوماتية والهيستيريا التحويلية .

الهيستيريا التحويلية	الأمراض البسيكوسوماتية
تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي .	تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهازالعصبي اللإرادي.
الأعراض الجسمية عبارةعن تعبيرات رمزية عن دوافع مكبوتة وصراعات لا شعورية.	الأعراض الجسمية نتاج مباشر لصدمةنفسية أو إنفعالية مزمنة أو ضغط نفسي ، يخلو من

	دلالة رمزية .
الإضطراب العضوي يكون وظيفيا فقط.	الإضطراب العضوي وظيفيا وبنيويا وقد يصاب أكثر من عضو .
يمكن أن يحدث العرض الجسمي الهيستيري فجأة.	العرض البسيكوسوماتي لايحدث فجأة و إنما يحدث تدريجيا وعلى مراحل بسبب تراكم عوامل مختلفة .
يلعب الإيحاءدورا هاما ويكون الشفاء سهلا.	إزدواجية العلاج الطبي و النفسي ،الشفاء يتطلب و قتا .
لايكترث المريض بإضطرابه ، بل عنصر المنفعة الذي يتوخاه واضح.	يكترث بمرضه كثيرا ،وعنصر المنفعة فيه غير موجود أو خفي في حال وجوده.

(حسن مصطفى عبد المعطي ، 2003،ص: 30)

وقد أجمل عبد المنصف غازي ومحمد عبد الطاهر الطيب أوجه الإختلاف بين الهيستيريا التحويلية و المرض البسيكوسوماتي في ثلاث نقاط :

_ أولا من حيث دلالة العرض ومغزاه : فالأعراض الهيستيرية تمثل إشباع لرغبات غريزية لاشعورية أو كفها أو الأمرين كليهما مما يجعلها تعبيرا رمزيا عن صراع لاشعوري ، أما الأعراض البسيكوسوماتية تخلو من كل دلالة رمزية للعرض الخاص بعضو ما ومعظمها أعراض شعورية ناتجة عن إزمان الإنفعالات النفسية وإستمرارها لمدة طويلة ،مع بقاء المثير الخارجي أواثي الداخلي المسؤل عن هذا الإضطراب مع الإستعداد الوراثي السابق على على الإصابة ونمط الشخصية كعامل محدد .

_ من حيث سيطرة الجهازالعصبي : تنشأ الأعراض الهيستيرية في الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي اللإرادي ، بينما تنشأ الأعراض البسيكوسوماتية في أجزاء من البناء الجسمي التي تستثار بواسطة الجهاز العصبي المركزي كالمعدة والشعب الهوائية ، و الجلد و الشرايين .

_ من حيث الميكانيزم الدفاعي المستخدم : تتميزالهيستيريا التحويلية بميكانيزم الكبت ، فالهيستيريا عصاب نفسي ينتج عن صراع مابين الأنا و النزاعات البدائية للهو فقد أوضح فرويد أن الهيستيريا تنشأ عن صدمة نفسية لايكون المريض عنها تذكر شعوري ، بينما في

الأعراض البسيكوسوماتية أهم ميكانيزم دفاعي فيها هوالإنكار فذوي الأمراض البسيكوسوماتية يتسمون بكثرة تخيلاتهم الداخلية وعدم تمييز تعبيراتهم عن مشاعرهم و لديهم إمكانية كافية على تحمل المعانات و المشاعر و التعبير عنها داخليا .(عبد المنصف غازي، محمدعبد الطاهر الطيب ، 1984)

والجدول رقم (3) يوضح أوجه الإختلاف بين الهيستيريا التحويلية والأمراض البسيكوسوماتية :

أوجه الإختلاف	الهيستيريا التحويلية	الأمراض البسيكوسوماتية
دلالة العرض	له دلالة رمزية لاشعورية	ليس له دلالة رمزية حيث أن الأعراض إستجابة جسمية كيفية لإزمان الإنفعالات
سيطرة الجهاز العصبي	ج ع مركزي	ج ع اللإرادي
من حيث القلق	تخفف من حدة القلق لأنها بديل للقلق.	لا تخفف من حدة القلق .
من حيث الإصابة	لاتعد الإصابة حقيقية حيث أنه تشريح العضو المصاب لايبين إصابة فعلية .	الإصابة تعد حقيقية لأنها تضمن تغيير في تشريح العضو أي تحدث من خلل حقيقي وظيفي في العضو .
من حيث الميكانيزم الأساسي	الكبت هو الميكانيزم الأول وهو إستجابة لإنفعال مؤقت .	الإنكار هو الميكانيزم الأول إستجابة لإنفعال دائم.

إذا فالأمراض البسيكوسوماتية ، هي أعراض جسمية تنتج إستجابة لإنفعالات مزمنة وهي لا تخفف من حدة القلق كونها إستجابة تكيفية للإنفعال وتحدث خللا وظيفيا حقيقيا في العضو المصاب أما أعراض الهيستيريا التحويلية هي أعراض جسمية تنتج إستجابة لإنفعال مؤقت تخفف عند حدوثها من حدة القلق و لايصاب العضو إصابة حقيقية .

الأمراض البسيكوسوماتية وتوهم المرض :

توهم المرض هو إضطراب نفسي المنشأ ناشيء عن إعتقاد راسخ بوجود مرض ما رغم عدم وجود دليل طبي على ذالك ، وهنا يركز المريض على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي ، يؤدي ذالك لإنحصار تفكيره في نفسه و إهتمامه المرضي الدائم بصحته بشكل يطغى على كافة إهتماماته الأخرى و يكثر هذا المرض في العقد الرابع أو الخامس من العمر وقد يحدث عند الأطفال عند فقدان الأم كما يظهر هاجس المرض كثيرا في الشيخوخة و عند الإناث أكثر من الذكور .(نور الهدى جاموس ، 2004 ، ص: 22) .بحيث يشكوالمريض غالبا من آلام و إضطرابات يصعب فهمها ولايوجد لها أساس عضوي واضح .فالمريض يشكودائما من أعراض واسعة الطيف وشكاوي بدنية كثيرة و الطابع الغالب عليها هي الشكاوي الحشوية البطنية و الصدر و الرأس و الرقبة ،وهذه الأوهام غالبا ماتكون عصابية ، أما الأمراض البسيكوسوماتية تكون فعلية في شكل خلل فعلي في أنسجة أو خلايا العضو .(محمد حمدي الحجار ، 1998، ص: 107)

الأمراض البسيكوسوماتية و التمارض: فالفرد المتمارض يتظاهر بأنه مريض وذالك لتجنب موقف غير سار ، هذا التجنب للمواقف الصعبة أو غير السارة يصبح نموذجا يشار به لإضطراب في السلوك أو يدل على العصاب النفسي الضمني ، أما في الأمراض البسيكوسوماتية فإن المريض يعاني معاناة حقيقية و يشعر بألم و إضطراب فعلي ، وإختلال وظيفي في العضو المصاب .(حسن مصطفى عبد المعطي ،2003، ص:32)

الأمراض البسيكوسوماتية والتبدين : التبدين هو ظاهرة يكون فيها الشخص منشغلا بجسمه ، ولكن واقع الأمر أن هذا الشخص يعاني من مشاعر كامنة ، من القلق أو الإكتئاب ولكنه لا يعرف ذالك وهو لايعرف تلك الإرتباطات بين مشاكله النفسية و أعراضه الجسمية فالمريض لايشكو من القلق ولكنه يشكو من أن هناك رعشة بيديه أو ضيقا في صدره كما أنه لايشكو من إكتئاب ، ولكنه يشكو من الإجهاد العام وقلة النشاط(Bruns.1998)

وتبدو المسألة كما لو كان هؤلاء المرضى يخفون الكثير من الأسرار عن عقولهم وليس عن أجسادهم ، ويعد التبدين أحد أنماط أو أساليب التعامل مع الضغوط والذي يمكن توقعه عندمايبدوالمريض غير مبال بأعراضه الجسمية ، وعندما يعزو كل صعوباته النفسية إلى حالته الجسمية وليس العكس ، فالأعراض ترتبط بالضغوط و لايمكن تفسيرها طبيا ـ إنها

زملة أعراض جسمية مزمنة تتميز بطلب المساعدة بإستمرار للتخلص من الأعراض (Brasky.1992)

ويندرج التبدين في التصنيف الرابع للأمراض النفسية الذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، تحت فئة الإضطرابات جسدية الشكل وتتميز هذه الفئة من الإضطرابات بشكل عام بوجود أعراض و شكاوي جسمية توحي بحالة مرضية عامة لايمكن تفسيرها بأي مرض معروف .كما لاترجع لسوء إستخدام العقاقير أو إلى وجود أمراض نفسية أخرى وسبب هذه الأعراض الضيق الشديد للمريض كما تؤثر على وظائفه الإجتماعية أو المهنية وتتميز هذه الأعراض بأنها غير إرادية و غير مقصودة ، ولايستطيع المريض التحكم فيها .

إذا فالتبدين حالة إكلينيكية تتميز بوجود شكاوى جسمية متكررة تتطلب الإهتمام الطبي ، ولكنها لاترتبط بأي إضطراب بدني ، وتظهر الأعراض في مواقف الضغط النفسي وتستمر لفترة تتراوح بين 6 إلى 9 أشهر(Gennis.2001) ، أما محكات تشخيص إضطراب التبدين تتضمن وفقا للتصنيف الرابع للأمراض مايلي :

1 ـ وجود تاريخ مرضي بالعديد من الشكاوى الجسمية التي تبدأ قبل سن الثلاثين ، وتؤدي لإضطراب الجوانب الإجتماعية و المهنية أو أي مجالات أخرى مهمة .

2 ـ وجود عنصرين من العناصر التالية :

أ ـ أعراض من الألم تصيب مناطق مختلفة من الجسم خاصة الرأس ، البطن ، الظهر ، المفاصل ، الأطراف ، الصدر.

ب ـ وجود عرضين من أعراض الجهاز الهضمي خاصة الغثيان و القيء .

ج ـ وجود تاريخ لعرض جنسي واحد على الأقل (إنخفاض الرغبة الجنسية ، إضطراب الإنتصاب ، إضطراب القذف ، إضطراب الدورة).

د ـ وجود عرض واحدعلى الأقل يوحي بإضطراب عصبي ولكنه ليس كذالك مثل صعوبةالبلع ، فقدان الصوت ، إحتباس البول ،نوبات تشنج .

3 ـ بعد عمل الفحوص الطبية المناسبة لايوجد فيها ما يفسر أي عرض من الأعراض المذكورة في البند رقم (2)، ولاترتبط هذه الأعراض بأي مرض طبي معروف ، ولاتكون ناجمة عن تعاطي الأدوية .و إذا وجدت حالة طبية على صلة بهذه الأعراض فإن الأعراض الجسمية أو إضطراب الوظيفة الإجتماعية أو المهنية يكون مبالغا فيه وأكبر مما هو متوقع

من هذه الحالة . كذالك إضطرابات التبدين يصطلح عليها أحيانا بإسم إضطرابات التجسم بحيث يكون للعلاج الجمعي والزيارات الوقائية للطبيب فائدة كبيرة في الشفاء منها ومن المهم تجنب القيام بالإجراءات الطبية الغيرمهمة .(فوقيه حسن رضوان ،2004،228)

وتختلف الأمراض البسيكوسوماتية عن إضطراب التبدين و الإضطرابات جسمية الشكل في كون الأولى تتميز بوجود إصابات جسمية فعلية بينما لاتكون هناك في إضطرابات التبدين و الإضطرابات جسمية الشكل على الرغم من أن كلها تعود لأصول و أسباب نفسية .

<u>الأمراض البسيكوسوماتية و المرض العضوي :</u>

الأمراض العضوية تكون غالبا ناتجة عن العدوى ، أو الوراثة و الإصابة المباشرة لأحد أعضاء الجسم في غياب العوامل النفسية ، أما الأمراض البسيكوسوماتية فتتعلق بالجهاز العصبي الذاتي و تعتمد بالدرجة الأولى على العوامل النفسية .(**عطوف محمود ياسين ،1988،ص : 50)**

كذالك بالنسبة للعلاج في علاج الأمراض البسيكوسوماتية لابد من علاج علاج نفسي مع العلاج الطبي حتى يتم الشفاء .

<u>9- ـ أهداف البسيكوسوماتية</u>

ـ تحديد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي ، على حدا مما يساعد على التنبؤ بالمرض قبل وقوعه مما يدعم العلاج الوقائي .

ـ الوصول بالمريض إلى الوضع الأكثر توازنا بين حالته النفسية والجسدية .

ـ إدخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي . تساهم في تجنب الإصابة بلأمراض الجسدية نتيجة المعانات النفسية ومن ثم الحيلولة دون تطوير الحالة النفسية نتيجة الإصابة الجسدية الجديدة .

ـ إستغلال العلوم الإنسانية في تحسين المستوى العام للحياة الإنسانية وصولا بالفرد إلى أفضل مستوى عقلي صحي يمكنه من أداء دوره الكامل .

ـ المساهمة في تكوين نظرة كلية متكاملة عن الوجود الإنساني .(محمد أحمد النابلسي، 1992،ص: 32-35)

.**10ـ شروط حدوث الأمراض البسيكوسوماتية** : أكد كثير من الباحثين والكتاب على أهمية عدد من العوامل والشروط اللازمة لحدوث الإضطرابات البسيكوسوماتية منهم (Gutman1966) الذي يشترط الأحداث التالية لظهور الأمراض البسيكوسوماتية :

ـ ظهور العوامل الإنفعالية أو مصادر الضغوط بتاريخ سابق لظهور التغيرات الجسدية بفترة زمنية ، ولايمكن أن تكون الإستجابة الإنفعالية للمحن والضغوط مؤقتة وكذاللك الإختلال الوظيفي العضوي ، كما هو في المواقف الضاغطة العادية وبمرور الوقت تزيد المقاومة للإضطراب وينتقل إلى الإنهيار الجسدي الذي يعتمد على عدد كبير من العوامل الإستعدادية والبيئية ، ولايعني هذا أن الإنفعالات تسبب المرض وحدها ببساطة ولكن الضغوط الإنفعالية تظهر وتدرك بوضوح قبل أن تصبح الحالة جسدية ولكن تحدث كل من التغيرات الجسدية والإنفعالية في وقت واحد .

ـ العوامل الإنفعالية الكامنة وراء الإنهيار الجسدي يفترض عموما كونها لاشعوية وعلى سبيل المثال كبت تللك العوامل لا يتضمن أن تكون المكونات الشعورية غائبة أو ليست لها علاقة بالموضوع كليا أو جزئيا ولكن الإنفعال يكون مقرون بعدم القدرة على الفعل .

ـ تتضمن الثورة السيكوسوماتية إنهيار الدفاعات المستترة .

ـ يحدث الإنهيار السيكوسوماتي إذا وجد ضعفا وراثيا أو مكتسبا للجهاز العضوي .

ـ وتوجد عوامل إضافية أخرى لحدوث الإضطراب السيكوسوماتي وهي ليست عوامل مؤكدة أو مكونات أساسية أهمها :

ـ يتضمن المرض السيكوسوماتي نكوصا فسيولوجيا ونفسيا يحدث في الأشخاص الأقل نضجا .

ـ تشارك بعض أزمات الحياة في الإنهيار السيكوسوماتي والميكانيزمات المرضية .

ـ يعتمد تأثير الإضطراب السيكوسوماتي في عضومعين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو .

ـ الأمراض والحوادث السابقة في تاريخ حياة الفرد .

ـ طبيعة الضغط الإنفعالي .

ـ المعنى الرمزي للعضو بالنسبة للمريض .

ـ الكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض من خلال العرض الذي إنتقاه.

11/**تصنيف الأمراض البسيكوسوماتية :** وضع ألكسندر (1995) قائمة بسبعة أمراض بسيكوسوماتية ، وهي ضغط الدم الأولي ، القرحة الهضمية ، إلتهاب المفاصل الروماتزمي ، الغدة الدرقية وفرط نشاطها ، الربو الشعبي ، القولون ، إلتهاب الجلد العصبي ،وبعدها قدم نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض قائمة للأمراض البسيكوسوماتية تضمنت الأتي :

1ـ الأمراض البسيكوسوماتية المتضمنة ضررا في الأنسجة ، مثل : الربو ، إلتهاب الجلد ، الأكزيما ، القرحة المعدية ، القولون المخاطي ، القولون المتقرح ، طفح الجلد ، مرض الأقزام النفسي الإجتماعي .

2 ـ الأمراض البسيكوسوماتية غير المتضمنة ضرر في الأنسجة مثل : تصلب الرقبة وهو داء في الرقبة بصعوبة الإلتفات ، إحتياج الهواء، الكحة النفسية و التثاؤب ، إضطرابات القلب و الأوعية الدموية ، كحة سببها نفسي ، بلع الهواء ، القيء ، عسر الطمث الناتج عن صرير الأسنان .

أما تصنيف زهران للأمراض البسيكوسوماتية تمثل في مايلي :

أشكال الأمراض البسيكوسوماتية	
أمراض الجهاز العصبي	الصداع النصفي ،إحساس الأطراف الكاذب
أمراض الجهاز الدوري	الذبحة الصدرية ، عصاب القلق ،إرتفاع ضغط الدم ، الإغماء.
أمراض الجهاز التنفسي	الربو الشعبي ، إلتهاب مخاطية الأنف ،

	الحساسية الأنفية المزمنة ، نزلات البرد.
أمراض الجهاز الهضمي	قرحة المعدة ، إلتهاب المعدة المزمن ، إلتهاب القولون العصبي ، الشراهة ، التقيؤ العصبي،الإمساك والإسهال المزمنين.
أمراض الجهاز الغدي	مرض السكري ، البدانة (السمنة المفرطة)، التسمم الدرقي (فرطإفراز الغدة الدرقية)
أمراض الجهازالتناسلي	العنه (الضعف الجنسي عند الرجال)،القذف المبكر ، القذف البطيء ، البرود الجنسي عند المرأة ، إضطراب الحيض ، الحمل الكاذب ، العقم ، الإجهاض المتكرر ، الولادة العسيرة .
أمراض الجهاز البولي	إحتباس البول ، كثرة مرات التبول ، سلس البول
أمراض الجهاز الهيكلي و العضلي	آلام الظهر، إلتهاب المفاصل الروماتيزمي ،إضطراب العضلات ، ضعف الهمة والنشاط
أمراض الجلد	الأرتيكاريا ، الحكة الهرش، الأكزيما العصبية ، سقوط الشعر (الثعلبة)، فرط العرق ، الحساسي ، حب الشباب .

جدول رقم (4) يوضح تصنيف زهران للأمراض البسيكوسوماتية .

(زهران ،2005، 471)

أما الدليل الثالث (1981) في تصنيف الأمراض فقد صنف الأمراض البسيكوسوماتية فيمايلي : السمنة ، الصداع المجهد ، الصداع النصفي ، الذبحة الصدرية ، بلآم الطمث ، روماتيزم المفاصل ، الربو ، قرحة المعدة ، قرحة الإثنى عشر ، الغثيان ، القيء ، التقلص الفؤادي ، الإلتهابات المعوية ، قرحة القولون ، ألم العجز ، إلتهاب الجلد العصبي ، زيادة دقات القلب ، إنعدام نظم القلب ، تقلص عضلة القلب ، إستجابات الحساسية ، الإستسقاء العصبي ، عسر التنفس ، الربو ، أمراض القلب التاجية ، مرض السكري ، ضغط الدم الجوهري . زيادة كمية الأنسولين ، زيادة نشاط الغدة الدرقية ، نقص كمية الدم في السكر ، القولون العصبي ، إلتهاب القولون المخاطي ، الحكة الشرجية ، تقلصات القولون ، الإرتكاريا ، السرطان ، نزيف الأذن الوسطى ، فقدان الشهية .(باهي سلامي ،2008)

أما ريس Ress فقد صنف الأمراض البسيكوسوماتية كمايلي :

إضطرابات الجهاز الهضمي : قرحة المعدة ، إضطرابات القولون .

إضطرابات الجهاز الوعائي القلبي : ضغط الدم الجوهري ، مرض الشريان التاجي ، الصداع النصفي ، الأمراض الوعائية المخية .

إضطرابات الجهاز التنفسي : الربو ، حمى القش ، إلتهاب الأوعية .

الإضطرابات الجلدية .

إضطرابات العضلات والمفاصل : روماتيزم المفاصل ، إلتهاب النسيج اليفي .

إضطرابات الغدد الصماء : زيادة نشاط الغدة الدرقية .

الإضطرابات المرتبطة بوظائف التكاثر و الحيض : غياب أو قلة الطمث ، عسر الطمث ، النزيف الطمثي ، التوتر السابق للحيض ، إضطرابات سن اليأس .

الإضطرابات السلوكية : العدوان ، الغيرة ، الخوف (جمال تفاحة ،1996) نقلا عن(باهي سلامي ،2008)

كما قام المكتب الفدرالي بأمريكا (1986) بتصنيف الأمراض التالية ضمن الأمراض التي تعود أصلا لأزمات نفسية : ضغط الدم الجوهري ، إلتهاب المفاصل الروماتيزمي ، قرحة المعدة والأمعاء ، تضخم الغدة الدرقية ، الربو و أمراض التنفس ، الطفح الجلدي ، الصداع النصفي ،الذبحة الصدرية ، البهاق و البول السكري ، الجلطة الدموية ، سلس البول ، حالات الإمساك و المغص ، أمراض القلب ، و أمراض الشريان التاجي ، الإسهال المزمن .(الزين عباس عمارة ،1986).

أما الجمعية المصرية للطب النفسي فكان تصنيفها للأمراض البسيكوسوماتية يشمل الأمراض التالية :

إضطرابات الجهاز الفسيولوجي : إلتهاب الجلد العصبي ، الحكة ، إلتهاب الجلد الفمي ، فرط العرق .

إضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي يشمل : آلام الظهر ، آلام العضلات .

إضطرابات الجهاز التنفسي : الربو الشعبي ، النهجان ، التنهيد .

إضطرابات الجهاز الدوري : الخفقان النوبي إرتفاع ضغطالدم ، التقلص الوعائي .

إضطرابات الجهاز الهضمي : قرحة المعدة ، الإثنى عشر ، الإلتهاب المعدي المزمن ، الإلتهاب القولوني المخاطي أو التقرحي ، الإمساك ، فرط الحموضة ، تقلص بوابة المعدة ، حرقان فم المعدة .

إضطراب الجهاز البولي التناسلي: إضطراب الطمث ، آلام الجماع ، العنة .

إضطرابات الغددالصماء، البول السكري ، التسمم الدرقي .

إضطراب الحواس الخمس .(الجمعية المصرية للطب النفسي ، 1989)

أما الدليل التشخيصي الخامس للأمراض العقلية فقد بين أن الأمراض البسيكوسوماتية هي إضطرابات تصيب الأعضاء و تتمثل في :

الإضطرابات العامة : مثل آلم الرأس ، البطن و المفاصل ، الأطراف الصدر ، آلام الطمث .

إضطرابات الجهاز الهضمي الغثيان ، القيء ، الإسهال ، عدم الإرتياح لنوع معين من الطعام .

الإضطرابات الجنسية : إضطرابات الدورة عند الإناث ، وعدم القدرة على الإنتصاب عند الذكور

الإضطرابات المرتبطة بالجهاز العصبي : عدمالإتزان ، الشلل، ضعف عضو ما عدم القدرة على الإحساس باللمس .

إضطرابات الجهاز التنفسي مثل حساسية الصدر ، النهجان ، الربو .

إضطرابات الجهاز الدوري : إرتفاع ضغط الدم .

الإضطرابات الجلدية : الإكزيما ، الإتكاريا . (جمال تفاحة ، 1996)

أما فيصل محمد خيرالزراد (2000) فقام بحصر الأمراض البسيكوسوماتية الواردة في 15مرجعا حديثا في مجال الإضطرابات البسيكوسوماتية ، والطب السيكوسوماتي ، باللغة العربية والفرنسية و الإنجليزية ، وقام بتصنيفها حسب نوع هذهالإضطرابات وذالك على النحو التالي :

أمراض الجهاز الهضمي : القرحة المعدية ، قرحة الإثنا عشر ، إلتهاب المعدة المزمن ، إلتهاب القولون ، الإمساك المزمن ، الإسهال المزمن ، فقدان الشهية العصبي ،الشراهة في تناول الطعام ، عسر الهضم ، آلام إنتفاخ البطن ، التجشؤ ، السمنة المفرطة ، إلتهاب الفتحة الشرجية ، إلتهاب البنكرياس، إلتهاب الزائدة الدودية ، إضطراب الكبد و الحويصلة الصفراوية ، أعراض مرض كرون .

أمراض الجهاز التنفسي : الربو الشعبي (العصبي) ،الإصابة بالنزلات البرد ، حمى القش ، التدرن الرئوي (السل) ، الحساسية الأنفية للروائح .

أمراض جهاز القلب و الدوران : الخفقان ، أو لغط القلب الوظيفي ، الإصابة بإنسداد الشرايين التاجية و الأوعية الدموية ، ضغط الدم الجوهري ، إنخفاض ضغط الدم ، إرتفاع ضغط الدم .

الأمراض الجلدية : الشري (الأرتيكاريا) ، الحكة أو الهرش ، حب الشباب ، الأكزيما ، تساقط الشعر ، فرط التعرق ، الحساسية الذاتية للكريات الحمراء ، مرض الصدفية ، مرض رينو .

الأمراض الجنسية : العنة الجنسية ، البرود الجنسي لدى الرجل ، البرود الجنسي لدى المرأة ، القذف المبكر ، القذف المتأخر ، تشنج المهبل ، عسر الجماع ، إضطراب الحيض ، العقم

(الأنثوي و الذكري)، الإجهاض المتكرر ، آلام الحوض ، الحمل الكاذب ، متلازمة الكوفاد (لدى الرجال).

أمراض الجهاز العضلي و الهيكلي : آلام الظهر ، إلتهاب المفاصل شبه الروماتيزمي ، فقدان التناسق العضلي ، ضمور العضلات ، العض على النواجذ.

أمراض جهاز الإخراج : التبول اللإرادي ، التبرز اللإرادي ، كثرة مرات التبول ، إحتباس البول .

أمراض الغدد و الهرمونات : مرض السكري ، إزدياد سكر الدم ، نقص السكر في الدم ، البدانة ، التسمم الدرقي .

أمراض الجهاز العصبي : الصداع ، الصداع النصفي ، الخلجات أو الأزمات العصبية ، الدوران ، إحساس الأطراف الكاذب .

أمراض بسيكوسوماتية أخرى : الطفل الضاوي (الذي لاينمو) ، التعرض للحوادث و الكسور ، الإحساس بالألم ، إضطرابات الولادة ، إضطرابات النوم ، السرطان (الثدي أو الجهاز التناسلي)، نزيف الأذن الوسطى ،إضطرابات النطق والكلام الناتجة عن العوامل النفسية و الحرمان البيئي ، حالات الضعف العقلي التي ترجع لسوءالبيئة والحرمان الأسري . (باهي سلامي ،2008)

يتضح من خلال هاته التصنيفات تشابه في تصنيف الأمراض البسيكو سوماتية وأن للعوامل النفسية والإنفعالية والخصائص الشخصية دور كبير في ظهور هذا النوع من الأمراض .

وسوف نتناول في مايلي أهم الأمراض البسيكوسوماتية الأكثر إنتشارا بين المعلمين و التي تناولتها تللك التصنيفات والتي تضمنتها أداة القياس المستخدمة في الدراسة بنوع من التفصيل

12.أ/**أمراض الجهاز الهضمي :** قبل التطرق للإضطرابات الجهازالهضمي ، نتعرف على هذا الجهاز أولا ومكوناته وطبيعة عمله .

يعتبر الغذاء الذي يوفره المحيط الخارجي للإنسان من الضروريات المصيرية للحفاظ على كبريات الوظائف الحيوية ، مثل الإستقلاب الخلوي (Les Metabolisme Cellulaire) و النمو ، التكاثر .....إلخ ، وذالك من خلال إمتصاصه بواسطة غشاء (Membrane). ذو تخصص عالي ، يسمى بالمخاط المعوي (La Muqueuse Intetinale) الذي يمر منه الغذاء في صورته الجديدة إلى المحيط الداخلي للإنسان .(Galmich,1979 ,p :01) .

وسوف نتناول في مايلي كيف تتم عملية الهضم عند الإنسان ،يمرالغذاء عند الإنسان ، عبر جهاز مختص يعرف بالجهاز الهضمي ، و يتضمن هذا الجهاز مايلي :

أولا : قناة هضمية مفتوحة النهايتين ، تتيح للوسط الخارجي الإمتداد داخل الجسم .

ثانيا : أعضاء ملحقة بجهاز الهضم تتدخل أما في مسك الأغذية و مضغها مثل الشفتين ، واللسان و الأسنان أو في الهضم بالمعنى الصحيح ، مثل الغدد الملحقة (كالغدد اللعابية ، والكبد والبنكرياس .

أما بالنسبة للوظائف الرئيسية للجهاز الهضمي عند الإنسان ، فهي الإفراز و الحركة والإمتصاص . وتعتمد الوظيفة الإفرازية على العصارات الهضمية التي تقوم الخلايا الغدية

بتركيبها ، وهذه العصارات هي اللعاب و العصارات المعدية ، والبنكرياسية ، والمعوية و الصفراء.أما الوظيفة الحركية فتتحقق بعضلات جهاز الهضم ، وهي تتضمن المضغ و الإبتلاع وحركة الغذاء ، على إمتداد القناة الهضمية وطرح الفضلات غير قابلة للهضم .(أحمد بيرقدار و آخرون ،2010)

أما الإمتصاص فتقوم به الأغشية المخاطية ، التي تبطن القناة الهضمية ، وخصوصا منطقة الأمعاء الدقيقة .كما تؤدي أعضاء الجهاز الهضمي كذالك ، وظيفة الإطراح و ذالك ، بطرح بعض نواتج الأيض مثل الصبغات الصفراوية ، و أملاح المعادن الثقيلة وغيرها .ويتم تنظيم وظائف أعضاء الجهاز الهضمي وتنسيقها بأليات عصبية معقدة و أخرى هرمونية .

وتبدأمعالجة الأغذية في الفم ،حيث يطحن إلى جسيمات صغيرة ويرطب باللعاب و يأخذ شكل مضغة تدفع إلى البلعوم فالمريء بفعل تقلصات عضلات اللسان ، وتشترك حركات الشفتين والخدين أيضا في تشكيل الكتلة الغذائية على شكل كروي ، وينبه الغذاء في أثناء وجوده في الفم المستقبلات الذوقية ، الموجودة في الغشاء المخاطي للسان والمستقبلات اللمسية والحرارية ، والمستقبلات الخاصة بالألم ، التي تتوزع في الغشاء المخاطي لتجويف الفم كله .وتنتقل السيلات العصبية من هذه المستقبلات على طول ألياف العصب التوأمي الثلاثي والعصب الوجهي و العصب البلعومي اللساني إلى المراكز العصبية ، وتنبه الغدد اللعابية والمعدية والبنكرياسية ، لإفراز عصارتها كما تثير الأفعال الحركية للمضغ و الإبتلاع ، وتوجد ثلاثة أزواج من الغدد اللعابية ، التي تساهم في عملية الهضم وهي :

1- الغدتان النكفيتان : تقع كل غدة نكفية أمام كل أذن ، وتتصل قنواتها بفراغ الفم على الجانبين عند أضراس الفك العلوي ، وهما غدتان مصليتان ويحتوي إفرازهما على إنزيم التيالين .

2- الغدتان التحت الفك : تقع هاتان الغدتان على جانبي الفك السفلي ، وتنفتح قنواتهما على جانبي قاعدة اللسان ، وهي إما أن تكون غددا مختلطة كما عند الإنسان ، أو مصلية كما في القوارض .

3- الغدتان تحت اللسان : توجد هاتان الغدتان في قاع الفم ، و تصب إفرازهماعن طريق قنوات متعددة .(صبحي عمران شلش ،1984)

ويصب في تجويف الفم أيضا عدد كبير من الغدد اللعابية ، الصغيرة المنتشرة في الغشاء المخاطي واللسان وتحت اللسان ، وهي التي تسمى الغدد الجدارية .وبعد هاته المرحلة يبلع الغذاء بواسطة البلعوم إلى المريء ثم إلى المعدة ،وذالك عن طريق إفرازاتها الهضمية ، فأهمية المعدة في الفقاريات أنها أولا ممر يمر منه الغذاء المهضوم جزئيا إلى الأمعاء ببطء لإستمرار عمليات الهضم ، و إمتصاص نواتجه داخل الدم أواللمف .(سامي عبد القوي علي ، 2002)

أما الوظيفة الثانية للمعدة فهي ألية ، إذ أن جدران المعدة عضلية نموذجية تتألف من طبقة دائرية مائلة ، و أخرى طولية تؤدي تقلصاتها الشديدة بمساعدة تأثيرات حمض الأيدروكلوريك و أنزيم الببسين ، إلى تجزئة الغذاء ، الذي يتم تناوله أحيانا بصورة قطع

كبيرة ، وتحويله إلى مستحلب شبه سائل ، أما الوظيفة الثالثة للمعدة هضمية ، كما تقوم المعدة بوظيفة أخرى أساسية وهامة هي تكوين أو بناء عامل إنضاج الكريات الدم الحمراء (Stoudemir,A.1991)

ودور المعدة في تكوين هذاالعامل يتم عن طريق التفاعل بين مكونات الغذاء.

وتسمى بالعامل الخارجي ، الذي يؤثر في غشاء المعدة فتقوم الأخيرة بإفراز عامل أخر ذي تأثير داخلي و ينتقل هذا العامل الأخير إلى الدم ومنه ، إلى أماكن إنتاج كرات الدم الحمراء لإنضاجها .وتنقسم المعدة عند الإنسان إلى أربعة أجزاء ، فيصل الغذاء المبلوع إلى الجزء الأول (البطن) الذي يحتوي على مجموعة كبيرة من الكائنات الحية الدقيقة (البكتيريا) التي تساعد في هضم السيليلوز و الألياف .كما يمكن تخليق بعض الفيتامينات المركبة في البطن معظمها من مجموعة ب (B) المركبة . علاوة على فيتامينات أخرى مثل البيوتين، وحامض الفوليك ، وفيتامين B12. كما تقوم هذه الكائنات الدقيقة الموجودة في البطن ، بتحويل المواد الأزوتية.غير البروتينية إلى بروتين ، حيث ثبت أن الثدييات لاتعاني نقصا في الأحماض الأمينية الأساسية ، لأن الحيوانات المجترة يمكن لها أن تعتمد على هذه الأحياء الدقيقة كمصدر للبروتينات و الأحماض الأمينية الأساسية. (Rochdy,E,h et al.1999)

وتعاد الأجزاء الصلبة من الغذاء على مراحل إلى الفم ، ليتم مضغها ثانية (عملية الإجترار) أما الجزء السائل من الغذاء فيدفع إلى الجزء الثاني ويسمى القلنسوة ثم إلى الجزء الثالث ويسمى الورقية

التي يمتص منها الماء جزئيا ويدخل الغذاء أخيرا إلى الجزء الرابع و هو المعدة حيث يتم الهضم العادي عن طريق الأنزيمات الهاضمة مثل الببسين و الرنين والليبار المعدي .حيث يعمل إنزيم الببسين (Pepsin)على هضم البروتينات حيث يحولها إلى ببتونات Peptones .أما إنزيم الرينين(Renin) فيقتصر وجوده على معدة الرضع ، وينعدم وجوده بعد مرحلة الفطام .أما إنزيم الليباز المعدي

(Gastric Lipase) فيقوم بتحليل الدهون إلى نتائجها النهائية ، وهي الأحماض الدهنية والجلسرول ، ولكن هذا التحليل لا يتم بأكمله في المعدة بل يتم تحليل جزئي للدهون في المعدة لقلة كمية الأنزيم من ناحية ، ولعدم ملائمة الوسط الحامضي للمعدة لعمل ونشاط هذا الأنزيم من ناحية أخرى .أما الهضم الكامل للدهون فيتم بفعل إنزيم الليباز المفرز من البنكرياس (Cottraux,1997).

أما بالنسبة لحمض الأيدروكلوريك (Hydrochloric Acide) فيقوم هذا الحامض بتحليل المواد الغذائية تحليلا مائيا .ومن فوائده بالنسبة للمعدة مايلي :

أ- تنشيط إنزيمي الببسين والرنين .

ب- قتل الميكروبات التي تصاحب الكتلة الغذائية التي يتناولها الفرد .

ت- تحليل الغذاء مائيا .

ث- إذابة الأملاح العضوية غير القابلة للذوبان،بكمية كافية في الماء وجعلها قابلة للإمتصاص .

ج- عندما يترك هذا الحامض المعدة فإنه يؤثر في خلايا الغشاء المخاطي للإثنى عشر والأمعاء الدقيقة مما يجعلها تفرز هرمون السكرتين ، الذي يمر بالدم ويؤدي إلى تنشيط إفرازات البنكرياس و الكبد .

ويعتمد الإفراز المعدي على نوعين من التنبيه هما التنبيه العصبي و التنبيه الكيمياوي.

ويمكن تقسيم الإفراز المعدي إلى ثلاث مراحل وهي :

1- المرحلة العصبية المخية : عند البدء في تناول الغذاء أو حتى مجرد رؤيته أو شمه تصل إشارات عصبية من مركز الإفراز للمعدة الموجود في النخاع المستطيل (البصلة السيسائية) فتنتقل السيالات عن طريق العصب التائي vagus nerve . إلى الغدد المعدية التي تبدأ في النشاط و إفراز عصارتها .كما إتضح وجود دور هام للحالات الإنفعالية كالحزن و القلق في إعاقة الإفراز المعدي .

2- المرحلة المعدية : تحدث هذه المرحلة نتيجة نوعين من التنبيه أحدهما ألي و الأخر كيميائي ، ويحدث التنبيه الآلي نتيجة ملامسة الغذاء نفسه للغدد المعدية فينبهها فتفرز العصارة ، ويعد هذا تنبيها موضعيا يرجع إلى ملامسة الغذاء للغشاء المخاطي للمعدة فيتدفق الدم إلى تلك المنطقة بكثرة فيتم تنشيطها ومن ثم تقوم بالإفراز .

أما التنبيه الكيمياوي أو الهرموني ، فيعتمد على وجود بعض مواد الطعام في المعدة .

فقد وجد أنه بمعاملة الغشاء المخاطي لمنطقة البواب في المعدة بحامض الأيدروكلوريك المخفف ، أو بالماء المغلي أو الجلوكوز يؤدي إلى إنتاج مستخلص . وعند حقن هذا المستخلص في دم

الحيوان يسبب تدفقا في العصارة المعدية لهذا الحيوان ، وقد أمكن من ذالك إستنتاج أن منتجات الهضم تؤثر في النسيج المخاطي للمعدة في منطقة البواب فتنتج مادة تمتص في الدم و تسبب تنبيها لغدد قاع المعدة . وقد أطلق على هذه المادة إسم الجاسترين (Gastrin) ، ويعتقد أنها ذات طبيعة هرمونية . وقد وجد أن الجاسترين يحتوي على مادة الهيستامين .الذي يؤثر في الخلايا الجدارية فتنتج عصارة مؤلفة من الماء و حامض الأيدروكلوريد، مما أدى ببعض العلماء إلى الإعتقاد بأن مادة الهيستامين هي المسؤلة عن التنبيه الكيمياوي لإفراز العصارة المعدية ، ومن ناحية أخرى وجد أن إضافة الأستيل كولين إلى النسيج المخاطي لمنطقة البواب تسبب تنبيها شديدا للإفراز الحامضي لغدد قاع المعدة .(Alexander,F;2002)

3- المرحلة المعوية : أمكن إثبات حدوث هذه المرحلة في إفرازات العصارة المعدية وذالك بفصل المعدة فصلا تاما عن المريء ، وعن الإثنى عشر ، ثم توصبيل المريء بالأثنى عشر بحيث تمر الكتلة الغذائية من المريء إلى الإثنى عشر مباشرة ، ورغم ذالك فقد

وجد أن المعدة قامت بإفراز العصارة المعدية ، وقد يعزى ذالك إلى وجود مادة في الغذاء أو في نواتج هضمه من الأمعاء ، تدخل إلى الدم ثم تنبه المعدة لتقوم بإفراز العصارة وهو تنبيه كيمياوي ، ومن ناحية أخرى وجد أن هناك هرمونا معويا يعيق الإفراز المعدي هو أنتروجاسترون .Enterogastrone

وقد وجد أن 45٪ من الإفراز المعدي ينتج نتيجة المرحلة العصبية المخية ، أما المرحلة المعوية فتؤدي إلى إنتاج 10٪ من العصير المعدي .(Bakal.1979)

و أثناء عملية هضم الطعام في المعدة يمكن تمييز نمطين من التقلصات القصيرة المتكررة .

يحدث النمط الأول من التقلصات بعد تناول وجبة الطعام بحوالي ساعتين حيث تنبسط عضلات جدار المعدة بإضطراد كلما زادت الكتلة الداخلة ،وينتج عن ذالك تمدد جدار المعدة ، وعند وجود الغذاء تقوم العضلات المعدة بحركات قوية مسببة تسهيل خلط الكتلة الغذائية ، بالعصارات المعدية .ويظهر النمط الثاني من التقلصات بعدما يمر الطعام من المعدة إلى الأمعاء أثناء مايسمى بتفريغ المعدة .

ثم تتم عملية الهضم على مستوى الأمعاء الدقيقة ، بحيث تتعرض الكتلة الغذائية لتغيرات هامة أثناء مرورها بالأمعاء وذالك نتيجة تعرضها للعصارات الهاضمة المعوية والصفراوية والبنكرياسية ، وبعد ذالك يتم الهضم في الأمعاء الغليضة ، بحيث تشترك هذه الأخيرة إشتراكا ضئيلا في عمليات الهضم مادام الطعام يهضم بأكمله تقريبا ويمتص في الأمعاء الدقيقة باستثناء بعض المواد مثل النسيج السليلوزي النباتي .(حياة أمين ،1999)

ويرجع الهضم الضئيل الذي يتم في الأمعاء الغليظة إلى فعل الأنزيمات التي تفرزها الأقسام العلوية من القناة الهضمية ، وتحتوي الأمعاء الغليظة على مجموعة كبيرة من البكتيريا التي تسبب تخمر الكربوهيدرات وتحلل البروتين ، أما الأحماض الأمينية ومنتجات تحليل البروتين الأخرى التي لم تمتص فإنها تتعرض في القولون إلى فعل البكتيريا ، ويتكون نتيجة ذالك عدد من المركبات السامة (أندول ، أسكاتول ، فينول ...إلخ) والتي يمكن أن تسبب تسمما إذا إنتقلت إلى الدم ولكن الكبد يزيل سميتها .

ويتم إمتصاص الماء في الأمعاء الغليظة مما يؤدي إلى تكوين برازصلب القوام تجعله كتل المخاط الواردة مع العصارة المعوية لينا متماسكا . و أخير ا تتجمع هاته الفضلات (البراز) لتطرح في الأخير عبر فتحة الشرج .فبعد تخمر مخلفات عمليات الهضم وتعفنها في الأمعاء الغليظة ، يتخلف عن ذالك مواد معقدة عسرة الهضم و يتخلف أيضا غذاء غير مهضوم ، ومع ذالك فإن نسبة كبيرة من هذه المخلفات (البراز) تتكون من بكتيريا وخلايا طلائية معوية منفصلة ، وعند تراكم البراز في نهاية الأمعاء الغليظة يتمدد المستقيم و يقوم بتنبيه المستقبلات العصبية الذاتية ، التي تصدر إشارات عصبية إلى الجزء العجزي من الحبل الشوكي ليقوم الأخير بإرسال إشاراته إلى الأعصاب الحركية المغذية للعضلات الملساء للمستقيم عند وصول الضغط إلى المستوى المطلوب .

ويتناسق الإنعكاس التبرزي على المستوى العجزي حيث يمكن أن يثبط، أوتزداد سرعته عن طريق مراكز التحكم العصبية العليا ، كما يمكن أن يثبط الإنعكاس التبرزي بواسطة التقلص الإرادي للعضلة القابضة الشرجية ، ويزداد هذا الإنعكاس عند تقلص عضلات البطن وزيادة الضغط في المعدة ،والضغط الناتج عن كل من نشاط الحجاب الحاجز والعضلات البطنية يكون كافيا لعصر المستقيم ودفع البراز للخارج خلال العضلة القابضة الشرجية.لكن في النهاية لاتتم هذه الوظيفة دون صعوبات لدى كل الناس فهناك فئة من الناس (المرضى) لاتتم عملية الهضم عندهم بطريقة عادية ، من بين هؤلاء المرضى المصابين بتقرح المعدة وقرحة القولون

.....إلخ و سوف نتناول في مايلي هاته الإضطرابات الهضمية بالتفصيل كأمراض بسيكوسوماتية :

4- **قرحة المعدة** : قبل التعرف على قرحة المعدة سوف نتطرق بإختصار إلى طريقة عمل المعدة في الظروف العادية ، أما بالنسبة لموقع المعدة فهي تقع في الزاوية اليسرى من أعلى البطن .تحت القفص الصدري مباشرة وهي عبارة عن كيس عضلي مجوف ويليها الإثنى عشر وهو أول جزء من الأمعاء الدقيقة . ويبطن المعدة من الداخل غشاء مخاطي يتكون من خلايا مخاطية لها قدرة هائلة على الإنقسام وسرعة الترميم ، فخلال كل دقيقة يمكن تعويض نحو نصف مليون خلية ، من خلايا السطح الداخلي للمعدة ، إضافة إلى إحتواء العصارة المعدية على حمض الهيدروكلوريك الحارق و الإنزيمات ، الهاضمة فإنها تحتوي أيضا على سائل مخاطي يبدو على شكل هلام ، يكسو السطح الداخلي للمعدة ويحميها من تأثير الحمض و الإنزيمات الهاضمة ، وكذالك يحميها من الأذى الذي الذي قد تسببه بعض المواد في الغذاء نفسه كالبهارات مثلا .وكذالك توجد أليات هرمونية وعصبية تضبط عملية إفراز العصارة المعدية ، وتثبط من إفرازها في حالة زيادة الإفراز .ويعتبر الجزء الأول من الأمعاء الدقيقة من الأجزاء التي تتعرض للعصارة المعدية أثناء ، تفريغ محتويات المعدة إلى الأمعاء الدقيقة لذالك فإن جداره الداخلي يكون عرضة لتأثير العصارة المعدية و إمكانية حدوث القرحة ، إلا أن ذالك لايحدث نتيجة للعوامل الأنفة الذكر.(شيلي تايلور .2008)

إضافة لإفراز مواد أخرى تعادل حمضية العصارة المعدية ، وتحمي جدار الأمعاء الدقيقة من أثارها ومن هذه المواد مركب كربونات الصوديوم الموجود ضمن العصارة الصفراوية التي تفرز من الكبد إضافة لإفراز خلايا الأمعاء الدقيقة نفسها لسائل قلوي يحتوي على المخاط .إذا رغم أن هناك عصارة معدية تحتوي على حمض قوي و إنزيمات هاضمة إلا أن هناك حماية لجدار المعدة والأمعاء تمنع القرحة بواسطة هذه العصارة ، ولا تحدث القرحة إلا إذا وجد خلل في أليات الحماية أو زيادة مفرطة في إفراز الحمض و الإنزيمات الهاضمة . ففي الحالة الطبيعية المعدة لاتعمل إلا عندما تكون هناك وجبة تناولها الإنسان ، وعلى المعدة أن تعمل على هضمها وذالك عن طريق إفراز العصارات الهاضمة وما أن تنتهي المعدة من عملها هذا ، حتى تبعث بما فيها من محتويات إلى الأمعاء ، ثم تخلد إلى الراحة .ولكن في بعض الظروف الإنفعالية ،وعند مرضى القرحة لا يتوقف عمل المعدة ، بعد مرور الطعام إلى الإثنى عشر ، بل تستمر في إفرازاتها و حركاتها كأنما هناك طعام آخر بالطريق ، وهذا يعرض جدران المعدة للأحماض ، فترة أطول و بالتالي يحدث التآكل الذي ينجم عنه النزيف المرتبط بقرحة المعدة ،ففي حالات الضيق والقلق تزداد إفرازات المعدة ويتضخم الغشاء المبطن بالدم .كما.يؤدي التوتر إلى تدفق كمية كبيرة من العصارات الهضمية و تظل إفرازات الأحماض تنصب في المعدة ، و هاته الأحماض تؤدي في الأخير لحدوث فجوات ملتهبة ، في جدران المعدة كنتيجة للضغط و الآلام النفسية ،وهذا مايؤدي للقرحة المعدة . وتعرف القرحة حسب القاموس الطبي Larousse " على أنها فقدان لمادة تغليف ظاهري أو مخاطي la)

(mauqueuse تصحبه جروح نوعا ما عميقة في السطوح النسيجية التحتية والتي تجعل من الإلتئام أمرا صعبا " ويتغير طول الشق أو الجرح من 3 إلى 4 ملم ، ذو شكل دائري أو بيضوي ، ذو محيط منتظم وعمقه يكون صلبا أو نزيفيا ناتج عن قطع الشريان .(Nemeth .j.et all.1989.p :07)، ويعود دور الهجوم إلى الكلوريد البيبتيدي (Chloride peptique) ، ويرجع الهجوم القرحي إلى هرمون الهضمين (gastrine) (. Ibid.p :05)

ويقصد بالقرحة كذالك ، تآكل موضعي في الغشاء المخاطي لجدار المعدة ، أو الأمعاء وقد تكون القرحة في المعدة فقط أو في الجزء الأول من الأمعاء و المسمى بالإثنى عشر أو في الإثنين معا ونادرا ما تكون في أجزاء الجهاز الهضمي الأخرى كأسفل المريء مثلا (Brodman.2006).

أمابالنسبة لتعريف الإصطلاحي فتعرف القرحة المعدية ، بأنها تآكل الطبقة المخاطية المبطنة للمعدة ، فهي مرض يصيب كلا الجنسين، إلا أن نسبة حدوثه عند الرجال أكثر منه عند النساء وخاصة بعد سن الخمسين، فهذا التآكل قد يسبب نزيف داخلي قد تظهر أكثر أعراضه على المريض ، من خلال سوء الهضم ، والغازات الباطنية ، و التجشوء ، وكذالك نقص تدريجي في معدل الهيموجلوبين ، وفي بعض الأحيان قد يمتد التقرح الهضمي ، ليخترق طبقات المعدة ويحدث تمزق محدود للبطانة السطحية للمعدة ، وينتج عن هذا التمزق ملامسة الأنسجة الداخلية للبطانة المعدية بعصارة المعدة وماتحويه من أحماض.(François,1991 ,p :257)

و تعرف كذالك قرحة المعدة بأنها عبارة عن التهاب أو خلل في أحد المجاري في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة ، وتتكون ، نتيجة لزيادة الإفرازات والحمضيات المتولدة نتيجة لوجود (ظروف نفسية انفعالية) تشكل (فجوات ملتهبة) أو التهابات تتحول إلى نزيف داخلي حين تكون الضغوط والآلام النفسية شديدة وتفرض على المعدة أجهادا وإرهاقا وعملاً مزدوجا.، ويؤكد (S wolf) ، أن التوتر الإنفعالي قد يولد تآكلا أو تخريبا في جدران المعدة وخلاياها وكذالك خللا في تفاعلاتها الكيميائية .(عطوف محمود ياسين ،ص : 60)

ونستطيع تلخيص مراحل الإصابة بالقرحة كمايلي :

1- تهييج إفرازات حامض الكلوريدريك ، والببسين .

2- تهييج الجهاز العصبي اللإرادي ، والعصب الحائر على نحو خاص ، مما يؤدي بدوره إلى زيادة إفراز كل من حامض الكلوريدريك و الببسين والغاسترين .

3- تهييج الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يؤي إلى موت قسم من عضلات المعدة ، وكذالك ظهور النزيف.

ويرى علماء التحليل النفسي أن أكثر الأجهزة حساسية في مواقف القلق المختلفة هو (القناة الهضمية)، فالإسهال في نظر المحللين دليل الكرم والعطاء، و الإمساك دليل البخل .

أما قرحة المعدة فهي تعبير عن العدوان على الذات ، في حالات الفشل في التعبير الصريح عن القلق من عدوان أو خوف مكبوت .

ويتميز مريض القرحة المعدية بأنه دؤوب ، يعمل بإتقان و إخلاص ، مثابر ،ويتسم بشعور بالغيرة الشديدة ، والسعي بشراهة نحو إهتمام الأخرين به . كذالك مريض القرحة المعدة حسب الإتجاه التحليلي يتميز بالشخصية الفمية .وأنه قد حدث له تثبيت في المراحل المبكرة في النمو ؛ مما جعله يعتمد على الغذاء السلبي ، ليس فقط ماديا من ناحية الطعام فقط ، بل كذالك الحب ، والنجاح ومما يلاحظ أن مريض القرحة المعدية يتحسن بالطعام وتسوء حالته عند الجوع .وأن الرجال أكثر عرضة من النساء لمرض قرحة المعدة ، فقد بين فلاندرز دنبار ، أن مر ض القرحة متنفس لدى الشخصية المندفعة الطموحة التي تعاني مشاعر الحرمان .(حسن مصطفى عبد المعطي ،2003، ص :220).

أما الدكتور علي كمال فيقول ، أن طابع الشخصية المصابة بالقرحة المعدية ،يتميز بقلق شديد ، وأيضا الصراع الدائم بين إتجاهات المريض نحو الإعتماد على الغير ، وبين رغبته في الإستقلال و الإعتماد على النفس ، وتميل معظم الشخصيات التي يغلب عليها طابع الإصابة بالقرحة المعدية ، إلى الإكتئاب ، والعزلة ،وأن القرحة المعدية تنتشر بين الفئات التي الإجتماعية التي تتحمل إجهادا عقليا و إرهاقا فكريا .(سميرة شند،1990)

ويؤكدألكسندر أن القرحة توجد عند من يتصفون بالعدوان أو التنافس ، ولديهم رغبة داخلية بمساعدة الأخرين ، ويبحثون عمن يرعاهم و يحبهم ويهتم بهم .كما كشفت الكثير من التقارير العيادية بأن معظم المصابين بالقرحة ، يعانون ميلا لا شعوريا للتواكل و الإعتماد على الأخرين مهما بدا في سلوكهم الظاهري من رغبة في الإستقلال.فهم يشعرون بالتصاق بشخص ما ، و

التعلق به وغالبا مايكون الأم ، أو ماينوب عنها ، لأنها رمزالحب و الحنان ، دون مقابل ، ويضطر الواقع المريض لكبت نزعات التواكل اللاشعورية ، بحيث يتعرض لمواقف الإحباط والضغط و القلق بمجرد التراجع إلى إلحاحات المطالب الطفلية و الإلحاح في الحب ، وتتخذ حالات القلق هذه لنفسها مخرجا بسلوك المرضي كالشهية الزائدة ، كتعويض طفولي ، فيزيد المرض حدة ووضوحا بإستمرار الإهتمام بالطعام و إلتهامه حيث تظل الأجهزة ، و العصائر الهضمية دائمة الفعالية ، وعندما تصبح هاته النزعة مزمنة تصبح القرحة عرضا يختلط أمره بين أطباء النفس و الجسم .(Lachman.1972)

وتنتشر قرحة المعدة عند الأشخاص ذوي الطموح المرتفع ، ورجال الإدارة الذين يحدث صراع بين سلوكهم الخارجي و بين رغبتهم في الإعتماد على الغير .(السيد أبو النيل و مصطفى زيور ، 1984، ص :141)، و قد أشار العالمان (تيموثي و فابيان روك)بأنه يوجد تشابه كبير بين قرحة المعدة و ثلاث إضطرابات مماثلة، أسموها إضطرابات معوية معدية مماثلة ، تتمثل في إضطرابات الإخراج، إلتهابات المعدة المزمن ، فقدان الشهية العصبي . وسوف نعطي شرح مبسط لكل منها :

أولا إضطرابات الإخراج : وتتمثل في الإسهال المزمن (إلتهاب الغشاء المخاطي) و الإمساك والتبول الإرادي ، وكلها ذات دلالات سيكولوجية هامة تؤكدها مدرسة التحليل النفسي وتبدأ منذ الطفولة ، نتيجة ضغوط إنفعالية أو شعور بالقلق أو الإستياء و الذنب والخطأ.

ثانيا :التهاب المعدة المزمن : وتشمل عدة أعراض كالحرقان ،وعسر الهضم،والتجشؤ ، وكلها في العادة اضطراب سيكوسوماتية عندما تكون مرتبطة بضغط انفعالي .

ثالثا :فقدان الشهية العصبي في هذا الإضطراب يفقد الإنسان الشهية للطعام نتيجة لاضطراب أو صدمة انفعالية مرتبطة بعقاب أو لوم الذات أوضغط الوالدين وتؤكد كل (الاضطرابات المعدية) علاقاتها بالإنفعالات النفسية .(عطوف محمود ياسين ، ص : 64)

الفرق بين القرحة المعدية (ulcer Gastrique) و الإلتهاب المعدي (gastrite):

التقرح المعدي يعني وجود جروح على المستوى الجدران المعدية متبوعة بنزيف أولا ، أما الإلتهاب المعدي فمعناه سلامة الجدران المعدية الداخلية لكن مع نوع من الحمرة و الإحتقان الذان نلاحظهما عبر جهاز التنظير الباطني (Fibroscope) ، وهو أيضا مؤلم لكن ليس بدرجة التقرح ، وذالك راجع لمادة الكلوريد الهضمية .(Bernardes ,1983,p :09).

أسباب مباشرة للقرحة : من بين العوامل المولدة للقرحة توجد عوامل وراثية، و أخرى كيميائية و عوامل نفسية إجتماعية محيطية .

أما بالنسبة للعوامل النفسية و الإجتماعية المحيطية فقد كشفت الدراسات التجريبية إرتباط القرحة بالأحداث التالية :

1- الأحداث التي تواجه المصاب من (إحباط وفشل وشدائد نفسية وحرمان).

2- وجود صراع أو خلاف مع الأم أو مع من يرمز إليه كسلطة. ففي حالة إضطراب العلاقة بين الأم والطفل ، أو من يحل مكانها ، يعبر الطفل ، عن إضطرابه بواسطة هذه القناة إما بالإسهال أو الإمساك أو القيء ، وتعتبر القرحة المعدية عدوانا موجها لداخل الفرد .(ص:153

3- حالات الحمل والولادة للمريضة أو لزوجة المريض المصاب .

4- الشعور الشديد بالذنب على وجود علاقة جنسية غير شرعية.

5- العمل تحت ظروف التوتر والضغط. وجمع الرغبات

6- المشاحنات العائلية والإعتماد على الآخرين وعدم الإعتماد على النفس .

وقد أكد العالم (وولف)، بأن الإفرازات الزائدة هي حالة ضغط ناتج عن توتر إنفعالي ، مستمر يؤدي لتآكل وتخريب جدران المعدة وخلاياها ، وخلل في التفاعلات الكيميائية .

- يترافق (التواكل المكبوت) مع زيادة حمض البيسين في الدم وعنهما تصدر قرحة المعدة بشكل واضح.
- ويرى ألكسندر ، أن العامل الحاسم في الأساس للمرضى القرحة هو الإحباط ، والبحث عن العون أو رغبات الحاجة الملحة للحب و عندما لا تجد هاته الرغبات إشباعا في العلاقات الإنسانية يظهر مثير إنفعالي مزمن له أثار معينة على وظائف المعدة (Daviison ,1976.P :171) .
- الصدمات العصبية النفسية .

- فقد أثبتت دراسات (متلمان وولف) التجريبية بأن حالات القلق بسبب (كبت الكراهية والغيرة) تزيد من حركة المعدة و إفرازها بصورة شديدة تعرض جدران المعدة للتقرح .

ومن العوامل البيئية ،التي تسهم في الإصابة بالقرحة المعدية الضجيج في العمل، ومتطلبات الإنجاز المتزايدة ، و نقص الدفء الإنفعالي و الأمان . (كامل محمد عويضة ، 1996، ص : 142).

أما بالنسبة للعوامل الأخرى فتتمثل في مايلي :

- زيادة إفراز حمض الهيدروكلوريك ، من المعدة إما لسبب مرضي مثل مرض زولينجر، الذي يؤدي لزيادة إفراز الحمض بصورة متواصلة ، مما يؤدي للإصابة بالقرحة ، أو بسبب إختلال عملية معادلة الحمض داخل المعدة لنقص بعض الإنزيمات .
- عند الغالبية العظمى من المرضى ، يعتبر تكاثر البكتيريا من نوع pyloriH في الطبقة المخاطية في المعدة السبب الرئيسي للقرحة المعدية ، فقد بينت النتائج التحليلية للعديد من الدراسات أن هذا النوع من البكتيريا يسبب قرحة المعدة بنسبة 50 إلى 60٪ فهي تستطيع أن تتعايش مع حمض المعدة ،عن طريق إفرازا إنزيمات خاصة تحميها من الأحماض المعدية ، تفرز هاته البكتيريا مادة اليوريا التي تؤدي بدورها إلى تهتك الغشاء المخاطي ، الذي يغطي السطح الداحلي للمعدة و الإثنى عشر وتمنعه من القيام بعمله الوقائي ضد خميرة البيبسين وحامض الهيدروكلوريك ، فيصبح جدار المعدة أكثر عرضة للإصابة

بالقرحة . كذالك زيادة مفرطة في إفراز الإنزيمات الهاظمة والأحماض .(محمد أحمد النابلسي ، 1992،ص: 50)

- وجود خلل وظيفي في تفريغ الطعام أو تكوين السائل المخاطي .
- الإصابة بالبكتيريا الحلزونية .
- ويرى (شافر) أن قرحة المعدة من الوجهة الفسيولوجية تنشأ من أذى يصيب أنسجة المعدة من العصارات الحمضية .(السيد أبو النيل و مصطفى الزيور ، 1984، ص :188)
- فرط إفراز كلوريد الهيدروجين الببيتيدي (Chlorhydropeptique) ، المتمثل في عامل شاردة الهيدروجين و الذي يعتبر كعامل هجومي .
- ضعف الحماية المخاطية التي تكون فاسدة كما توجد عوامل وراثية ، ينتقل فيها المرض عن طريق كروموزوم جنسي ذكر .
- عوامل مكملة : ونقصد بها الصحة الغذائية ، التعب ، التدخين .....إلخ . فالتدخين يزيد من إفراز وتركيز حمض المعدة ، فيضاعف من خطر الإصابة بالقرحة المعدية ، كما له تأثير في تأخر الشفاء من القرحة المعدية .وكذالك المشروبات الكحولية التي قد تسبب التهيج ، و التآكل في جدار المعدة مسببة التقرح .كما أن العادات الغذائية غير الصحية وتناول الأطعمة المليئة بالبهارات والمواد المهيجة كالفلفل وغيره .(الخطيب عماد إبراهيم ،1989،ص : 59)

- الروابط المرضية : فالقرحة هي أكثر تواترا و تطورا عند الأشخاص الذين يحملون بعض الأمراض الحشوية (Maladies Viscerales)، مثل الأمراض التنفسية ، إشقرار الكبد ، إرتفاع الضغط الدموي المزمن ، مرض كرون ، قصور الكلى ، أمراض الجهاز العصبي ، إرتفاع نسبة الكالسيوم في الدم ، الأورام اللمفاوية .(Lambert.1984 .p :08)
- عوامل تأثير الأدوية الأيونية :المتمثلة في الأدوية التالية : .Aspirine Les Corticoides. LAdrenaline.La sérotanine.le cafeine ، وكثرة تناول الأدوية المضادة للالتهاب.
- الأسباب الوراثية : كالإصابة بمتلازمة زولنجراليسون.
- بعض الأمراض المناعية كمرض كرونزون .
- الحمل قد يؤدي في بعض الأحيان إلى الإصابة بالقرحة المعدية .(الخطيب عماد إبراهيم ،1989، ص : 59)

<u>علاج القرحة المعدية</u> : يهدف علاج القرحة المعدية إلى تحقيق العديد من الأهداف وهي:

1- القضاء على بكتيريا المعدة الحلزونية : وذالك بإستخدام المضادات الحيوية المناسبة التي أحدثت نتائج ممتازة في شفاء و إلتئام القرحة وكذالك في عدم تكرار الإصابة بها على المدى البعيد في حوالي 80-90٪ من المرضى .

2- خفض حموضة المعدة : وذالك بإستخدام الأدوية الخاصة بخفض إفراز حمض المعدة ،وهي الأدوية الرئيسية التي يتستعمل جنبا إلى جنب مع المضادات الحيوية .حيث تعمل على تخفيف الألم وتسرع الشفاء.

ومن أهم أشكال علاج القرحة المعدية ، العلاج الدوائي ، و الوقائي والجراحي ، فالعلاج يكون بالأدوية بالنسبة للقرحات غير المعقدة و المشخصة بإندفاعها الأول وكذالك العقاقير التي تتحكم ، في الجهاز العصبي اللإرادي ، وتزيل السبب الفيزيوكيميائي المتسبب في القرحة ، ذالك بالإستعمال الشديد ولمدة 6 أسابيع لمضادات الحموضة (Les Anti–acide) مثل (Bicarbonate de Sodium) و (Carbonate de Chaux) المرتبطة بأملاح المغنيزيوم ، ويمكن أيضا إستعمال (Les Anti – sectreteurs) و (Les Anti –histamiques) و (La cemetidine) ،وفي إطار العلاج بالعقاقير أجريت دراسة تحت رعاية البروفيسور ناميكي (Namiki)، التي أثبتت تأثير مادة سلبيريد Sulpiride في علاج القرحة ، الناجمة عن الضغط و الإرهاق . و إلى جانب العلاج عن طريق الأدوية التي تخفف من الألم أو تساعد على الشفاء يعتبر كذالك إستخدام الحمية التي يجب على المريض إتباعها بدقة ، وتتمثل في عدم تناول مواد تزيد في تفاقم أو عدم إلتحام الجرح كالكحول ، التبغ ، القهوة .....إلخ ، وكذا الإكثار من تناول الحليب الذي أثبت فعاليته ، في تخفيف الام القرحة ، والتعجيل في شفائها.

- العلاج النفسي : يجب على المعالج النفسي ، أن يتبع الخطوات التالية :
- تعديل النمط السلوكي لمريض القرحة ، لأنه يتسبب في حالة توتر حقيقية ولكنها دائمة.
- مراعاة حاجة المريض للتفهم و الحب والرعاية ، وكذالك الكشف عن دوافعه الحيوية .
- إفساح الفرص الكافية لهذا المريض ، كي يعبر عن نفسه بشكل صريح.
- أحيانا يتم اللجوء لمراجعة طفولة المريض محددين علاقته بأمه بشكل خاص وعائلته عموما.
- يجب على الطبيب أن يلعب دور الموجه للمريض.(النابلسي ، 1966، ص : 150)

وكآخر نوع يوجد العلاج بالجراحة في حال فشل العلاج الطبي . وخاصة في القرحات الطويلة التي تقاوم العلاج الطبي و نذكر منها مايلي :

- تدخلات التحفيظ : وذالك بإخراج سائل من المعدة .
- تدخلات البتر : وذالك بإستئصال جزء من المعدة ، المسؤل عن الإستثارة الهرمونية .
- تدخلات البتر العصبي : وذالك بإستئصال العصب المبهم (La Vagotomie) والهدف من ذالك هو إلغاء الإستثارة العصبية للإفراز الحمضي .
- تدخلات البتر و إعادة البتر : وذالك من خلال إستئصال العصب المبهم الجذعي (Trionculaire) ، و إستئصال الجوف (Antrectomie) فتلغى بذالك الإستثارة العصبية ، و الإستثارة الهرمونية للإفراز الحمضي .(Fourtanier-G ,1979 ,p :07)

- كما يتم اللجوء للعلاج الجراحي كذالك في حالة القرحة المستعصية ، التي لاتستجيب لأي علاج دوائي وتصبح القرحة تنغص على المريض حياته ليلا ونهارا .(لمى يوسف ، 2009، ص : 15)
- أما العلاج الإشعاعي (La radiothérapie) : فيعمل على تحسين الأعراض ويقلل من الإفراز المعدي ويسرع شفاء القرحة .
- التناول السيكوسوماتي المارتي للقرحة المعدية : يعتبر مارتي القرحة المعدية ،كمرض ذو نمط نكوصي (Type Regressif) ، يظهر عياديا كمرض أزموي (Maladie à Crise) محدد وظيفيا ، وغير تطوري في حد ذاته ، حيث لايضع المستقبل الحيوي للفرد في خطر الموت .(Marty,1991 ,p :44)

والقرحة بالرغم من أنها عبارة عن جرح عضوي (Lèsion Organique)، فهي في نظر مارتي عبارة عن مرض رجعي (Reversible) وقابل للشفاء، وتظهر عندما تزداد الإستثارات النزوية بأهمية متوسطة ، ولاتكون متراكمة بكثرة لدى الشخص ، وبالتالي يظهر المرض عندما تستوعب قدرات الشخص الإرصانية ، كأخر حل لتوقيف إختلال التنظيم الوظيفي ، فيظهر الجهاز السوماتي كأخر وسيلة للدفاع ، فعندما تظهر في حياة الشخص الصدمة فإن أول مايحدث هو إختلال للنظام العقلي الذي حاول صد حركات إختلال التنظيم قبل وصولها إلى الجهاز الجسمي ، ويعتبر مرض القرحة مرضا نكوصيا ، بإعتبار أنه عبارة عن عودة جزئية من طرف الشخص إلى تثبيتات سوماتية سبقت تثبيتات عقلية

.(Marty.1990) فالعودة النكوصية لهذه التثبيتات هي التي تؤدي ، إلى حدوث المرض الجسمي . فالعودة النكوصية السوماتية يمكنها أن تطول أو تكمل النكوصات العقلية أو تأخذ مكانها في الأخير .

فأول الأمر تظهر الإستثارات متزايدة على المستوى النفسي العاطفي فيحدث النكوص النفسي يليه أو يرافقه النكوص الجسمي ، ثم يليه إختلال للتنظيم العقلي الذي يعبر عنه إكتئاب مصبوغ بأعراض للنكوص النفسي،ثم يتبع ذالك ظهور الأعراض السلوكية ، ثم يحدث إختلال للتنظيم السوماتي يكون غير ملحوظ عياديا في الغالب، إلا أن هذا الإختلال يمكن الكشف عنه مخبريا (إختلال النسب الإفرازية للإنزيمات في المعدة مثلا)

وفي الأخير يستجيب الجسم بظهور الإصابة الجسمية (النكوص الجسمي) المتمثلة في القرحة المعدية والتي تضع نهاية لإختلال التنظيم ، والسماح بإعادة التنظيم النكوصي فيما بعد .(Marty,1991 ,p :43)

4–قرحة القولون : قبل التعرف على قرحة القولون ، نؤكد أن العمل الوظيفي للمعي الغليظ هو الهضم ، وذالك من خلال تحويل مادة السللوز ، الموجودة في السكريات والخضار بواسطة ، خمائر خاصة تفرزها الجراثيم القولونية المستقرة عادة في المعي الغليظ ، والتي تعمل على تغيير ما تبقى من السكريات لصنع حمض اللاكتيك ، كما أنه بنتيجة عمل هذه الجراثيم تنشأ كمية من الغازات في جوف الأمعاء بعد كل وجبة طعامية ، ويقوم الغشاء المخاطي الداخلي للمعي الغليظ ، من جهة أخرى بإمتصاص السوائل المتبقية ، من اللقمة الغذائية بحيث تصبح

فضلاتها أقل رطوبة و أشد قساوة كلما تقدمت هذه الفضلات داخل المعي الأيسر بإتجاهها نحو الشرج . أما الوظيفة الأخرى فهي العمل التغوطي ، الذي يتم بفضل حركة المعي الغليظ المتميزة ببطئها وتباعد تقلصاتها ، وبقدرتها في الوقت نفسه على دفع الغائط تدريجيا ،بإتجاه المستقيم ثم نحو الشرج لإخراجه بصورة طبيعية مرة أو مرتين في اليوم .:(Cheikh et all.1999)

وتعرف قرحة القولون بأنها عن مرض أو إلتهاب مزمن ، يصيب أساسا الغشاء المخاطي للقولون ويؤثر على الشرج (المستقيم) ويؤثر على الجانب الأيمن ، وتتسبب الإنفعالات الشديدة في فرط حركة القولون وزيادة إفرازاته و إتساع أوعيته الدموية ، الأمر الذي يتسبب في ضعف الغشاء المخاطي المبطن له ، وتظهر الأعراض بشكل مفاجيء بعد الأزمات النفسية و الكوارث.(Grassi et all.1998)

فحسب الإتجاه التحليلي يعتبر كثيرا من المرضى مثبتين في المرحلة الشرجية السادية فالطفل في مرحلة التدريب على الإخراج يقابل يقابل سيطرة والديه بالإسهال ، والإمساك تعبيرا عن ثورته ضد أسلوب أبويه في عملية التطبيع الإجتماعي ،هذه النزعات تنتهي شعوريا ولكنها تعيش معه داخليا مكونة منه إنسانا ذو شخصية سادية استية تتسم باليأس والتشاؤم والعداء الخفي وتأتي الضغوط فتثير من داخله الصراعات ، فيعود بالنكوص إلى المرحلة الشرجية ، حين يتعرض هذا الجزء من جسمه في حالات القلق للتوتر العضلي – النيورولوجي وينتج عن ذالك قرحة القولون . ويبدو ذالك في أنماط هؤلاء المرضى الوسواسية من ،ناحية النظافة والنظام والالتزام والصدق

والإخلاص وبعض البخل . فإن المصاب بهذا المرض هو تعبير عن عدوان لاشعوري مكبوت وعادة ما يصاحبه شعور بالذنب.(أحمد عكاشة ، ص: 155).

أما دراسة دابيلز التي تناولت شخصية مرضى قرحة القولون بالدراسة ، فقد بينت أن هؤلاء المرضى يكونون متمركزين حول الذات ، ولهم شخصية إعتمادية ، كما أنهم غير ناضجين جنسيا ،ولايتحملون المسؤلية ، أكثر عرضة للوقوع في الأزمات .(أبو النيل و مصطفى زيور، 1984 ، ص : 141)

أما أنجل (Engel) فقد بين أن من بين أهم السمات الشخصية بالنسبة للمصابين بقرحة القولون تمثلت في : الدقة ، النظام ، الوضوح ، التردد، القلق ، العناد ، وأوضح المرضى دفاع عقلي ، وكبت الغضب ، والميول القاسية تجاه الأمور الأخلاقية ، وكذالك فقدان روح الدعابة ، الحساسية الشديدة ، الحذر للأذى أو الضرر، قلة الثقة والطموح .(Engel.1976)

أما بروغ (pugh) نقلا عن جبالي فقد بين أن من أهم خصائص مرضى قرحة القولون ، السلبية ، الصرامة ، الإعتماد على الأباء وخاصة الأم ، لديهم كبت إجتماعي ، غير ناضجين إنفعاليا ، وتظهر هاته الصلابة والصرامة في الإحتياج الشديد للتكيف إجتماعيا وكذالك في التركيز الشديد على النظام والدقة .والسمة البارزة للشخصية هي الصعوبة في التعبير بفاعلية عن شعور الغضب و الإستياء خاصة مع الأباء و الأشخاص ذوي السلطة .(جبالي ،1989)

<u>أسباب قرحة القولون</u> : يوجد هناك تنوع في أسباب قرحة القولون أهمها :

أولا : أسباب عضوية : أهمها

- تعد بكتيريا Plorie H ، الأكثر سببا في حدوث القرحة الهضمية ، كما أن هاته البكتيريا مسؤلة عن حدوث أكثر من 70٪ لقرحة القولون .
- وجود أمراض أخرى مثلا : متلازمة زولنغر، أمراض الرئة المزمنة ،تشمع الكبد ، قصور الكلى ، مرض كرون الذي هو عبارة عن آفة إلتهابية مزمنة ، وسببها مجهول ؛ وغالبا مايكون المصاب في سن الشباب ويتكون آلم بطني ؛ و إسهال و أعراض إنسداد أمعاء كامل ؛ أو غير كامل إضافة إلى سوء الإمتصاص ؛ وتتوضع الإصابة في الجهاز الهضمي من الفم إلى الشرج . ورم للمفاوي، مرض الجهاز العصبي (قرحة كوشينغ) ، إرتفاع نسبة الكالسيوم في الدم ، مرض الإيدز ، إختراق سرطان البنكرياس للمعدة .

العوامل الوراثية : يمثل الجانب الوراثي مابين نسبة ، 2٪، إلى 3٪ من مجمل الإصابات .

التلوث والعدوى.

العوامل المناعية : لقد بينت دراسة جبالي ، أن الأداء المناعي للأمعاء كان له ، أهمية كبيرة في السنوات الأخيرة لأن البطن تعتبر جهاز مناعي نشيط هام جدا ، وقد تم ملاحظة عدد من التغيرات المناعية في مرض الأمعاء ، وكذالك بعض الإختلاف في نموذج وتكرار النتائج ، في مرضى القولون ، وهناك إستجابات ضد- جسمية لمعظم العوامل البيئية والبكتيرية ، ولايوجد نقص مناعي في القولون .

عوامل غذائية : مثل الأغذية المخرشة للجهاز العصبي ، كالبهارات ، التي تؤدي إلى إثارة أعراض تشنج القولون .كما يؤدي تناول بعض الفواكه مثل :التفاح و الإجاص إلى حدوث تشنج القولون .(جوليان روتر ،1980)

- كما توصلت دراسة بورتيس (Portis) ، إلى أن العصب السيمبتاوي هوسبب المرض طالما أنه ينظم ، حركة الأمعاء في هذه المنطقة ، وزيادة نشاط الأعصاب الموجودة في حوض الورك التي سببها إستثارة إنفعالية من الهيبوتلاموس ، تؤدي لزيادة حجم ليزوتسايم ، وهو إنزيم مخاطي ، وفقدان الطبقة المخاطية الحامية للأمعاء تسمح بنشاط خميرة العصارة البنكرياسية و البكتيريا التي تهاجم الغشاء المخاطي وتؤدي إلى تقرحات .
- عوامل موضعية : مثل إستعمال الملينات ، والمسهلات .
- المخدرات ، والتدخين وتناول الكحول من العوامل المهمة في حدوث زملة الأعراض .(جبالي ، 1989 : 106)

العوامل النفسية : الخوف والتوتر وأسلوب الأبوين الخطأ في التنشئة الإجتماعية والصراع والنكوص والعداء اللاشعوري والغيرة المكبوتة هي من أهم أسباب قرحة القولون.

- ووفقا لتفسيرات التحليل النفسي، تعتبر قرحة القولون ، تبد أ غالبا أثناء التدريب على عملية الإخراج ، كنتيجة للتوقع الوالدي الزائد بالنسبة للتحكم في الأمعاء و الطفل يستجيب لهذا التدريب القاسي من خلال رغبته في توقيع العقاب على الوالدين ذوي التحكم الزائد . و لأنهما أكثر قوة فإن عدوان الطفل يتجه نحو العضو المذنب (الأمعاء) و قرحة القولون

أثناء مرحلة البلوغ ، فمن الممكن أن يمثل نكوصا لإستدخال الغضب الذي تطور في مرحلة الطفولة .(سناء محمد ،2012)

- القولون العصبي : هو عبارة عن مجموعة من الأعراض التي يشتكي منها المرضى ، وهي الام في المنطقة السفلية من البطن، و إنتفاخ ، إمساك متكرر أو إسهال ، وتتميز ملازمة القولون العصبي بأنه لايوجد خلل عضوي أو تغيير تشريحي ، كما لايوجد أي علامات غير طبيعية أو تحاليل غير طبيعية عند المريض ، ففي الحالة الطبيعية يتجه الطعام في الأنبوب الهضمي بشكل نتظم ، وسرعة وسطية بفضل العضلات المحيطة بالأمعاء الدقيقة و الأمعاء الغليظة ، فبعد إمتصاص العناصر الغذائية و الماء و الأملاح المعدنية . تتابع الفضلات طريقها إلى المستقيم ومنه إلى خارج الجسم ، ففي حالة القولون العصبي حركة العضلات المعوية تكون إما بطيئة فيحدث الإمساك ، أو سريعة عشوائية فيحصل الإسهال ويصيب القولون العصبي النساء بنسبة تبلغ أكثر من ثلاث أضعاف مايصيب الرجال ، فبعض العلماء يعزو ذالك إلى المشاعر و الأحاسيس وتقلبات المزاج التي تكون بشكل كبير عند النساء . (عبدالرؤوف الطلاع ، 2000، ص:23)

ويطلق على القولون العصبي تسميات مختلفة ، مثل القولون التشنجي ، القولون المخاطي ، القولون المتهيج ، حيث تشترك هذه الأمراض الوظيفية في أعراض أخرى مثل عسر الهضم و الحرقان ، و آلام بالصدر ، و أعراض وظيفية بالجهاز البدني .

وقد عرفه علي مؤنس (1989) نقلا عن جبالي ، بأنه مرض العصر ، مرض المدنية ،مرض القلق و الإجهاد النفسي – مرض بمظاهر عديدة دون وجود أي مرض عضوي بالقولون آلام البطن ،إنتفاخ ، غازات ، مخاط ، طبيعة منقلبة ، إما إمساك أوإسهال أو إمساك يعقبه نوبة من الإسهال. (عبد المنصف غازي ،1984)

- **أعراض القولون العصبي** : أعراض القولون العصبي متذبذبة ، فتارة تكون خفيفة لطيفة و أحيانا أخرى تكون شديدة مزعجة ، إلى درجة أنها تمنع المريض من ممارسة نشاطاته اليومية بشكل طبيعي ومن أهم هاته الأعرا ض مايلي :
- إسهال مائي متكرر وكريه الرائحة .أحيانا يترافق الإسهال مع إرتفاع في درجة الحرارة .
- هبوط سريع في الوزن .
- أوجاع ومغص أسفل البطن.
- خروج الدم في البراز وشحوب اللون ، والتشنجات العضلية .(فايز الحاج ، 1996،56)
- الإمساك .
- إنتفاخ البطن بعد تناول وجبة الطعام .
- خروج مخاط أبيض أثناء التبرز .
- زيادة الذهاب إلى الحمام و التبرز .
- الإحساس بعدم إكمال البراز وكثرة الغازات (Jacques thomas.1989).
- **<u>أسباب القولون العصبي :</u>**

- إفراط في حركة الأمعاء وتقلصاتها ، الأمر الذي يقود إلى الشكوى من الأعراض المزعجة .
- حساسية مفرطة في الأمعاء .
- عدم وجود توافق إستراتيجي بين الجراثيم الهوائية ، واللاهوائية ، فبعض الأطعمة تعمل على تغليب كمية الجراثيم الهوائية على اللاهوائية وهذا مايثير زوبعة أعرض القولون العصبي من مغص و إسهال ، و إمساك و الام في البطن .
- الأحداث الإنفعالية والضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد .(يوسف محمد ،1994)
- سبب تهيج القولون غير العضوي ، يعود إلى تأثير الأعصاب الواردة من الدماغ غير الواعي.والتي تؤثر على حركة و إفراز القولون و تأمره بالتشنج وحبس ، الأطعمة المتبقية مسببة بالتشنج ألما وإنحباسا للفضلات يؤدي لإنحباس الغازات ، خلفها ومؤدية لإنتفاخ في البطن مع حس ثقل فيه ومؤدية إلى زيادة نمو الزمرة الجرثومية القولونية وزيادة تفسخ البقايا البروتينية ، مع مايترتب على ذالك من غازات إضافية و أحماض ، تؤدي إلى الألم و أن دخول سمومها إلى مجرى الدم تؤدي إلى الصداع ، والخفقان و الإجهاد السريع والتعب وسوء الهضم ، وهنا يصدر الدماغ غير الواعي أمرا بزيادة الإفراز المخاطي والحركي ، فيحدث المغص و الألم وتتعدد مرات التبرز ، غير المريح والذي يخرج به قليل من البراز القاسي مع مخاط كثير وألم ثم راحة وتحسن بسيط من ألم ، لايلبث أن يعاود ويشتد من جديد بعد حين .(محمد نور الهدى الجاموس ،2013)

- **علاج القولون العصبي :**عندما يستقر التشخيص بأن الأعراض ناتجة عن متلازمة القولون العصبي ، فمن الممكن إتباع الطرق التالية لتخفيف من حدة هاته الأعراض :
- التقليل من حالات الضغط النفسي: من خلال إستخدام طرق العلاج النفسي بهدف التخفيف من الأعراض والسيطرة على القلق.ومساعدة المريض التعايش مع مرضه ، ومحاولة الإبتعاد عن المؤثرات النفسية وتخفيف الضغوط النفسية ، والتدريب على الإسترخاء (يوسف محمد ، 1994)
- إتباع الحمية التي يوصي بها الطبيب وتجنب تناول الأغذية التي تؤدي لإضطرابات الجهاز الهضمي ، كالبقوليات مثل الحمص ، الفول ، العدس التي ينتج عن هضمها كميات كبيرة من الغازات .وكذالك الحليب ، فمن الممكنأن يشتكي المريض من سوء هضم الحليب ، المسبب في كثير من الأحيان إنبعاث كميات كبيرة من الغازات أثناء عملية الهضم ، ويشتكي 40٪ من المرضى ، من صعوبة هضم سكرالحليب ، وكذا الإبتعاد عن تناول المشروبات الغازية وذالك كونها تحوي على كميات من غاز ثاني أكسيد الكربون .

وفي نفس السياق ينصح أخصائي الهضم بمضغ الطعام جيدا وعدم الإسراع في أكل الطعام والإبتعاد عن كل مايزيد القلق و التوتر النفسي أثناء الأكل ، وكذالك تجنب فترات الصيام الطويلة ، وتجنب الوجبات السريعة ، والوجبات الدسمة ،والوجبات المحتوية على كميات كبيرة من الفلفل والبهارات .والإكثار من تناول الخضروات والفواكه الغنية بالألياف الطبيعية

، وذالك لدورها في تنشيط حركة الأمعاء و تسهيل عملية الهضم . (ميادة إبراهيم محمد إبراهيم، 2009)

- الإمتناع عن التدخين و تناول الكحول .
- الأدوية المسهلة :والتي تستخدم في الحالات المصحوبة بالإمساك الشديد .
- الأدوية القابضة : التي تستخدم في بعض الحالات التي يكون فيها الإسهال المتكرر هو العرض الأساسي في هذه المتلازمة .
- الأدوية الخاصة بتخفيف الألام : وذالك للحد من التقلصات التي تؤرق المريض .ومن بين أهم الأدوية التي توصف في حالات القولون العصبي

:, Librax ,Bentyl,Levsin ,Lomotil,Tofranil,Loperamide

- Chlordiazepoxide
- الأدوية المقاومة للإكتئاب التي تمارس عملها من خلال الناقل العصبي السيروتونين ، الذي يوجد بتراكيز عالية في تلافيف الأمعاء .

5-**السمنة المفرطة** : تعرف السمنة بأنها زيادة وزن الجسم عن الحد الطبيعي نتيجة تراكم الدهون الزائدة ، في مناطق مختلفة من الجسم ، وهذا التراكم ناتج عن عدم التوازن بين الطاقة المتناولة من الطعام ، والطاقة المستهلكة في الجسم ،والمرضى الذين يعانون من السمنة غالبا مايعانون من متلازمة الأيض التي تشمل ، ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية : محيط بطن كبير و إرتفاع ضغط الدم ، و إرتفاع مستوى الدهنيات في الدم . (نصر الدين زيدي ،1998)

ففي الحالة الطبيعية عندما يتناول الإنسان الكربوهيدرات ، فإنها تتحول في جسم الإنسان إلى سكريات أحادية بسيطة (غلوكوز) ، وذالك يستخدم مباشرة كوقود ليمد الجسم بالطاقة ، كما يخزن جزء منه في الكبد على صورة جلايكوجين ، ومازاد عن الحاجة كما عند مرضى السمنة يتحول لدهون تخزن في الأنسجة الدهنية للجسم ، أما البروتينات فإنها تتحلل إلى مركبات بسيطة تمتص بواسطة الأنسجة والعضلات أو أنها تتحول إلى جلوكوز لإستخدامه كطاقة فورية، أو أنها تتحول إلى دهون تخزن في الأنسجة الدهنية لجسم الإنسان ، أما في حالة تناول الدهون فإنها إما أن تتحول إلى جلوكوز يستخدم مباشرة لإنتاج الطاقة الفورية، أو أنها تستخدم في الأنسجة الدهنية في الجسم .(محمد نور الهدى جاموس ، 2013)

وتعتبر السمنة السبب الرئيسي الخامس للمخاطر الصحة عالميا ، إذ تسجل 2,8 مليون حالة وفاة سنويا بسبب هذا المرض في العالم ، كما أثبتت الدراسات أن أكثر من أربعين مليون طفل دون سن الخامسة يعانون فرط الوزن حول العالم ، حسب منظمة الصحة العالمية .

كما تعرف السمنة كذالك بأنها ازدياد توضع المواد الشحمية في الجسم؛ عن الحدود الطبيعية المقبولة بتراكمها تحت الجلد وفي الأنسجة المختلفة .وتكون على درجات وليست مجرد زيادة عددية في الوزن بقدر ما هي مظهر سيكوسوماتي يؤثر على حركة الإنسان ونشاطه وصحته بشكل عام. (عطوف ياسين ، 1981، ص : 68).

وقد ربط بعض علماء الشخصية المعاصرين، بين السمنة و خصائص الشخصية ، فوجدو أن الشخص السمين ، يتمتع بشخصية تعرف باسم الشخصية المزاجية ، الدورية ، وهي شخصية

منفتحة على العالم ، إجتماعية ، تحب الناس ، مرحة ، ولكنها لا تطيق الحياة بمفردها ، وتنجح في المجالات الإجتماعية ولكنها في نفس الوقت تصاب بنوبة كآبة وحالة هبوط عام في الروح المعنوية ، مع ميل شديد للعزلة و الإنطواء ، ثم تعود ثانية للمرح ، والإنطلاق فهي متقلبة ، ومزاجية . (عكاشة ، ص : 161)

الاشكال العيادية للسمنة :

يقسم العياديون السمنة الى شكلين رئيسين هما:

1- السمنة المتركزة في البطن: وهي السمنة التي تتظاهر بتراكم الانسجة الشحمية في القسم الاعلى من الجسم وخاصة في منطقتي النقرة والبطن. وذلك بحيث يكون عرض الحوض اصغر من عرض الكتفين. وهذا النوع من السمنة هو اكثر حدوثا لدى الذكور منه لدى الاناث.

2- السمنة المتركزة في الوركين: ويمتاز هذا النوع من السمنة بكون عرض الحوض (الوركين) أكبر من عرض الكتفين. وذلك بسبب تركز النسيج الشحمي في منطقة الوركين. وهذا النوع من السمنة هو الاكثر حدوثا لدى النساء.

وقد ركز التقسيم العيادي كذالك على السن التي بدأ فيها ظهور السمنة وعليه تقسم السمنة وفقا لمعيار سن ظهورها كمايلي :

1- السمنة المبكرة: وهي التي تحدث قبل سن العشرين وتسمى هذه السمنة بالنمو المبالغ (Hyperplasique) وهي تعبر عن زيادة عدد الخلايا الدهنية في جسم المريض. وهذه الزيادة تتحدد في سن العشرين لتبقى ثابتة بعد ذلك. وهذه الزيادة هي التي تجعل من علاج هذا النوع من السمنة عسيرا اذا لم نقل مستحيلاً. و تتركز عادة حول الوركين.(أشرف أحمد رشيد القانوع ،2011،ص :97)

2- السمنة المتأخرة: وهي التي تحدث بعد سن العشرين. وفيها يكون عدد الخلايا الدهنية طبيعيا الا انها ضخمة بحيث يصل حجمها الى الـ100 ميكرون في حين ان الحجم العادي للخلية الدهنية لا يتعدى الـ20 الى 30 ميكرون. وهذا النوع من السمنة يتركز عادة حول البطن. وهو أسهل علاجا من السمنة المبكرة.(النابلسي ، 1966، ص : 125)

مضاعفات السمنة : من أهم مضاعفات السمنة ومشكلاتها مايلي :

- السمنة و إرتفاع ضغط الدم : تعتبر السمنة المفرطة أحد عوامل الخطورة المسببة لإرتفاع ضغط الدم ، ففي حالة سمن الكرش يزداد معدل إفراز هرمون الأنسولين ، بحيث هذه الزيادة تعمل على إختزان عنصر الصوديوم بالجسم مما يؤدي لإرتفاع ضغط الدم ، كما يعمل الأنسولين على زيادة الدهون مما يزيد إحتمال فرصة حدوث تصلب الشرايين و إنسدادها المفاجيء و إرتفاع الضغط.
- السمنة و أمراض القلب و الشرايين : من أهم مضاعفات السمنة على القلب ، تضخم كل من البطين الأيسر و الأيمن للقلب ، خاصة في حالات السمنة المفرطة ، وسمنة الكرش وضعف عضلة القلب ، مع إحتمال ضيق في التنفس لأقل مجهود ، وتصلب الشرايين خاصة الشريان التاجي ، مع زيادة الفرصة لحدوث الذبحة الصدرية وجلطة القلب.كما بينت بعض الدراسات أن إستمرار السمنة لمدة تزيد عن 10 سنوات ، تزيد من نسبة التعرض لأمراض القلب و الموت المفاجيء خاصة عند الإصابة بداء السمنة في مرحلة الطفولة والمراهقة .كما أن إرتفاع ضغط الدم نسبته تصل بين السمان لثلاثة أضعاف بين العاديين .(خالد الفخراني ،1994)

وقد توصلت دراسة أجريت في جامعة غوتنبرع، على 3000 من مرضى السمنة، على ان سمنة البطن تجعل المصاب بها عرضة للاصابة بأمراض انسداد الشرايين القلبية او الدماغية... الخ. وقد أثبتت هذه الدراسة بأن 80% من المتعرضين لهذه الامراض الانسدادية كانوا من الذين تتركز سمنتهم في بطونهم. أما العالم سميث (Wolf Smith) فقد أكد بأن نوعية الشحوم المتركزة في البطن هي أكثر خبثا وخطورة من الشحوم المتركزة في

الوركين. اذ ان شحوم البطن تحتوي على أحماض دهنية مؤذية تترسب تدريجيا داخل الاوعية الدموية لتتسبب لاحقا في انسدادها. (النابلسي، ص :125)

- السمنة وآلام المفاصل : آلام المفاصل المصاحبة للسمنة وزيادة الوزن تعتبر شكوى متكررة ،إذ يشعر الشخص السمين بآلام مبرحة في المفاصل ، خاصة مفصلي الركبة و القدمين نتيجة للحمل الزائد عليها ،كما أن داء النقرس يزداد معدل حدوثه في الأشخاص السمان عن معدل حدوثه في الأشخاص ذوي الوزن الطبيعي .(بطرس حافظ بطرس ،2008)

السمنة والسكري :لقد أظهرت معظم الدراسات أن 80٪ من مرضى السكري ، يعانون من السمنة خاصة الداء السكري النوع الثاني ، و أن مايقارب 20٪ من السمان خاصة حالة السمنة المتمركزة حول البطن و زيادة نسبة الدهون البروتينية او زيادة الزلال في الدم.(سامي الدريعي ،1997)

السمنة ومرض الجلد: يقع مريض السمنة فريسة للفطريات ، التي تنتشر بين ثنايا الجلد ، خاصة تحت الإبط والثديين وبين الفخذين ، وتساعد زيادة ثنايا الجلد عند السمان و أكثر هذه الفطريات شيوعا فطر إسمه (مونيليا) مسببا إحمرار في الجلد مع حكة في مناطق إنتشارها ، و إنتشار الدمامل .(جمانة إسماعيل العيسى ،2010)

- السمنة وحصوات المرارة : أكدت الدراسات ، علاقة واضحة بين السمنة و حصوات المرارة ، وعند النساء يلاحظ زيادة هرمون استروجين نتيجة للسمنة ، هذا الهرمون بدوره يؤدي لإرتفاع الكولسترول بالدم مما يؤدي لزيادة تخزينه وترسيبه ،على جدار الحويصلة المرارية مكونا حصواة بالمرارة ، و إلتهابات بها و إحتواء طعام السمان في العادة على نسبة عالية من الدهون والكوليستيرول وهو العنصر الأساسي في تكوين الحويصلات مرارية .

- **<u>أسباب السمنة :</u>** من أهم السمنة نقلا عن الدكتور حسنين السمري مايلي :
- النمط الغذائي المتبع و الإفراط في تناول الطعام : تناول الغذاء بسعرات حرارية عالية ، مع عدم صرف وحرق هاته السعرات مما يؤدي لتراكم الدهون في الجسم ، وفي أنسجة الجسم الدهنية ، وبالتالي يؤدي ذالك لمرض السمنة ، المتكامل لأي إنسان يجب أن يشتمل على ثلاث عناصر هامة وهي : النشويات والبروتينات والدهون ، فهذه العناصر عند إحتراقها تعطي طاقة للجسم تقاس بالسعرات الحرارية ، فغرام من النشويات أو البروتينات يعطي أربع سعرات ، وغرام من الدهون يعطي تسع سعرات ،ويحتاج الفرد منا إلى عدد من السعرات يوميا من أجل نشاط أجهزة الجسم ، حسب السن وحسب نوع العمل ، فالشخص البالغ الذي يقوم بعمل عادي غير شاق يحتاج إلى حوالي 2300 سعرة في اليوم توزع كالأتي : 250 غرام من النشويات ، و 100 غرام من البروتينات ، و 100 غرام من الدهون ، ولكن إذا تناول من الطعام مايخصه أكثر من هذه السعرات فإن الغذاء الزائد عن حاجة الجسم يختزن على هيئة دهون وتنشأ السمنة من هذا .(آدم العتيبي ، 1997)
- إضطراب الغدد الصماء : و في مقدمتها الغدة النخامية التي تعتبر سيدة الغدد ، وذالك من خلال سيطرتها التامة على كل وظائف الجسم و تشرف على عمل الغدد الأخرى ،فالإضطراب الذي يحدث في الغدة النخامية يؤثر على مركز الشهية ، وكذالك الغدة الدرقية الذي يؤدي إضطرابها إلى زيادة في الوزن ، ومثلها أيضا الغدة فوق الكلوية التي تؤدي دورا هاما في الجسم .(خليل إبراهيم البياتي ،2002)

- الوراثة : للوراثة دورا كبيرا في نشأة السمنة ، فقد لوحظ أن نسبة البدانة في الأطفال دون الخامسة أقل من 10 ٪ إذا كان الوالدين من ذوي الأوزان الطبيعية ، بينما ترتفع النسبة إلى 40٪ إذا كان الوالدين سمينين ، و إلى 80٪ إذا كان الوالدان معا يعانيان من زيادة في الوزن .
- قلة النشاط الحركي .

أما بالنسبة للأسباب النفسية فهي كمايلي :

1- القلق النفسي والحرمان العاطفي والضغط والكآبة ، فقد أكد الدكتور (مايكل هالبرستام Michel Halberstam). بأن للإنفعالات والعوامل النفسي دور بارز في تكوين معظم أمراض الجسم كمرض السمنة .فالإنسان يصارع القلق بالطعام .

2- احتمال وجود خلل فيزيو.نيورلوجي في الدماغ تحت تأثير الضغط .فقد أشار الطبيب (لايوجين شاركوفسي E .Sharkovski) أستاذ الطب النفسي بأنه في حالات القلق و الإنفعال النفسي تضطرب معظم الوظائف التي تتمركز في الهيبوتلاموس ، كالجوع والشبع مثلا. فقد أكدت التجارب الفيزيو – نيورولوجية بأن مركز الإنفعال و مركز الشبع ، يقعان في الدماغ في الهيبوتلاموس ، ويعتب التوتر والإنفعال من بين العوامل المؤثرة والمعطلة لمركز الشبع وبذالك تتكون السمنة تلقائيا ، كمرض يؤثر على الشرايين والقلب و الدورة الدموية .

3- الخمول وقلة الحركة والجلوس الطويل وعدم المشي والرياضة والإعتماد على وسائل الترفيه الحديثة .

4- وفرة الأطعمة الدسمة وفوضى التغذية و الإكثار من الوجبات السريعة .

5- التنفيس عن الهموم بالأكل وصراع القلق بالطعام.

6- وجود اضطراب الهيبوثلاموس المسؤولة عن الوظائف كالنوم والجنس والجوع والشبع والشعور باللذة والشعور بالألم ،وهو ناتج عن الانفعال النفسي ، وقد أكدته دراسات (شاركوفسكي).ويمكن أن نشرح فسيولوجية هاته العملية كما يلي : دافع الجوع و سلوك الأكل وتناول الطعام مسيطر عليه – على الأقل – من قبل منطقتين رئيسيتين، في الهايبوثلاموس هما :

- أولا : الجزء الجانبي من الهايبوثلاموس (Lateral Hyphothalmus)يسيطر على الشعور بالجوع و إستمراريته ، و القيام بسلوك الأكل و تسمى (مركز فتح الشهية) on center ، فمن خلال تجارب أجريت على هاته المنطقة في الدماغ تبين ، أنه عند تخريب المنطقة الجانبية للهايبوثلاموس يحدث إمتناع عن الأكل ، وعندما تستحث كهربائيا أو بأي طريقة أخرى فإنه تحدث عملية الأكل ،وبإستمرار الإستحثاث يكون هناك إستمرار في تناول الطعام .
- ثانيا المنطقة البطنية الوسطى من الهايبوثلاموس ، تتحكم بالتوقف عن الأكل أو هي المسؤلة عن الشبع (منطقة الشبع)، وتسمى أيضا منطقة الإغلاق ، وعندما تخرب هذه المنطقة بأية طريقة كهربائيا ، أو كيميائيا ، تنطلق عملية الأكل ،وعندما تستحث بأية طريقة يكون هناك توقف عن الأكل .

7- ويرجع علماء التحليل النفسي ، هذا المرض لوجود تثبيت للفرد في المرحلة الفمية من مراحل النمو النفسي الجنسي وتبدأ هاته المرحلة من من لحظة الولادة حتى السنتين ، وفي هذه المرحلة يدرك الطفل عامه الخارجي من خلال فمه ،الذي هو مصدر اللذة فالإرضاء الفمي هو رمز الحب والحنان و الإهتمام الموجه إليه ، فالرعاية الزائدة و الإهتمام الكبير ، والتركيز على إرضاء الطفل بأي وسيلة من خلال الفم تخلق فيه الإعتمادية ، وإرتباط الحب لديه و الإهتمام باللذة الفمية ، ويصبح الطعام هو بديل الحب ، و على العكس الحرمان و الإهمال يشعر الطفل بالقلق والخوف من العالم الخارجي ، الذي يحرمه من اللذة ويخلق فيه عدم الثقة ، وبالتالي يسعى دائما إلى الإرضاء الفمي ليعوضه عن الحب المفقود في مرحلة الطفولة ، وعندما يكبر هذا الطفل تحدث له حالة من النكوص للمرحلة الفمية ، مصحوبة بنوع من القلق والصراعات ، ولكي يواجه هذا القلق و الصراع ، يلجأ إلى الطعام فيقبل عليه بنهم وشغف ، ويرى أن هذا الأسلوب هو الطريقة الوحيدة لحل صراعاته و التخفيف من قلقه ومعاناته النفسية .(عكاشة ، ص: 156)

ويربط العلماء (ماكينزي وماستر وجونسون) بين السمنة والهيجان والبرود الجنسي والحرمان العاطفي .

8- يعتبر مرض الشهية الزائدة البوليميا (Bulimia). هو عرض لفعل قهري أكثر مما هو إستمتاع بالطعام وقد يكون إحباطا جنسيا أو نكوصا للمرحلة الفمية ، بجانب دوافع نفسية أخرى. (عطوف ياسين ،1981، ص: 69).

9- وهناك من ربط بين السمنة والإكتئاب ، فالتفسير النفسي للإكتئاب هو فقدان موضوع الحب ، سواء كان عاطفة أمومة أو عاطفة أبوة أو عاطفة زواج ، فالفرد يشعر بالعداء لهذا الموضوع حين لايجد منه إشباعا ،ويتوجه عداؤه للعالم الخارجي ، ولكن هذه العدوانية الصادرة منه تصيبه بالخوف و الفزع ، لهذا يوجه هذه العدوانية تجاه ذاته ، فيسرف في الطعام حتى يصاب بالسمنة رغم خطرهما ، لأنه يرى أن الإفراط في الطعام والسمنة هما عدوان موجهان نحو الذات ، وهذا العقاب للنفس يمنح الفرد بعض الراحة .(عكاشة ، ص : 160)

ان الشخص البدين قد يبدو مسالما ولكن إذا تعرض لأي إحباط اجتماعي فسوف يجد أثاره دوافعه العدائية في الإنغماس لأكل المزيد من الطعام وهو بذلك يعبر عن عدوانه بطريقة رمزية ،وصورة الجسم في الشخص البدين لها معنى قوي في رغبته في القوة والسيطرة وفقدان الوزن قد لا يعني فقط تحمل الجوع بل الفقدان الرمزي للحب وما يشبعه الطعام من انتقال للميول العدوانية وأيضا قد يعني فقدان الوزن الخوف من فقدان القوة ، والسعادة وإثبات الذات وهنا يصبح الإفراط في الطعام إشباعا وحماية ووقاية.(نعيم الرفاعي ، 1982، ص:89)

العلاج : هناك مشكلتان رئيسيتان تواجه مريض السمنة في سبيل تحقيق علاج آمن وفعال هما :الشعور بالجوع والحرمان عند تطبيق أي حمية غذائية ، وهبوط معدل الحرق الأساسي بعد فترة من العلاج كوسيلة مقاومة من الجسم للحمية مما يؤدي لتوقف النزول في الوزن بعد فترة قصيرة من العلاج ، ومن أهم طرق علاج السمنة مايلي :

أولا العلاج الدوائي : وتنقسم الأدوية المستخدمة في علاج السمنة إلى مجموعتين هما :

- الأدوية المثبطة للشهية : مثل الأمفيتامينات Amphetamine التي تعتبر من الأدوية الفاقدة للشهية عن طريق تأثيرها في الجهاز العصبي ، إلا أنه يمنع إستخدامها مع مرض القلب ، وحالات إرتفاع ضغط الدم .و أكثر مشتقات الأمفيتامين إستخداما كفاقد للشهية phenyl propanolamine .
- أدوية السيروتونيتريك : فقد أثبتت التجارب أن هاته الأدوية ، تأثيرها يكون واضحا في بداية الإستخدام ولكن بعد طول إستخدامها يكون تأثيرها خفيفا ، وتعتبر هاته الأدوية آمنة و أخف خطورة من الأمفييتامين .
- أدوية التوليد الحراري : توجد مواد طبيعية مختلفة تمتلك خاصية التوليد الحراري .في الجسم مثل الكافيين .(نبيل حسن ،2001، ص:122)

13/**أمراض الأوعية الدموية– الدورية والقلب** : يعرف الأطباء النفسيون أمراض الأوعية الدموية والدورية والقلب بأنها مجموعة الاستجابات الوعائية القلبية التي تظهر على شكل أمراض في الدم أو القلب والتي تلعب العوامل النفسية فيها دورا هاما مثل ، عصاب القلب ، الصداع ، ضغط الدم الجوهري، لغط القلب الوظيفي ويتفرع عنها تصلب الشرايين أو انسداد الشرايين ، الذبحة الصدرية ، التجلط التاجي .(علي وائل فاضل ،1994، ص :78)

و قبل التطرق لأمراض الأوعية الدموية ، سوف نتعرف أولا على مكونات الدم وكيفية حدوث الدورة الدموية داخل جسم الإنسان بعد ذالك نتعرف ، على أمراض الأوعية الدموية والدورية من الجانبين العضوي و النفسي .

<u>تعريف الدم ومكوناته :</u> يتكون جسم الإنسان من ثلاث أنواع رئيسية من السوائل تتمثل في : اللمف ، السوائل عابرة الخلايا ، و أخر هاته السوائل هو الدم الذي هو موضوعنا .

الدم هو عبارة عن نسيج ضام وعائي ، وقد أطلق عليه إسم نسيج لأنه يحتوي على خلايا تسبح في سائل ، ويحدث في الدم عدة عمليات فسيولوجية ، وهو سائل أحمر يعتمد على طبيعة الهيموجلوبين ، وهو لزج القوام ملحي الطعم ، يبلغ حجم الدم الكلي في الشخص السليم من 6 إلى 8٪ من وزن الجسم ، هذا ويبقى الحجم العام للدم في الجسم ، في المستوى ثابت نسبيا ، وتقوم الكليتان بطرح السائل الزائد الذي قد يدخل الجسم ، أما إذا نقص الدم بمقدار ثلث حجمه الكلي إثر نزيف شديد مثلا فإن ذالك قد يؤدي إلى الموت .(إبراهيم إبراهيم ،1992)

مكونات الدم Composotion Of Blood :

الدم المؤكسد oxygenated blood ، أكثر لزوجة من الماء نحو 3 إلى 4 مرات ، وعند إجراء عملية طرد مركزي Centrifuged للدم ، يمكن الحصول على جزئين متمايزين هما :البلازما plasma

أ- خلايا الدم Blood Cells التي تسمى المكونات الخلوية .(صبحي عمران شلش ،1984)

أ- البلازما : هي عبارة عن سائل متجانس ، ذو لون أصفر باهت ، تشكل البلازما في جسم الإنسان 55- 60 ٪ من الحجم الكلي للدم ، ويبلغ حجم البلازما 4 – 5 ٪ من وزن الجسم في الإنسان ، وتتكون بلازما الدم من 91٪ ماء ، و 9٪ مواد صلبة تتألف أساسا من البروتينات و الأملاح ، ويبلغ مستوى المحتوى البروتيني الإجمالي في بلازما الدم للإنسان من 7 إلى 8 ٪، بينما يتألف باقي المادة الصلبة من مواد عضوية أخرى و أملاح معدنية .

بروتينات البلازما plasma proteins : تقسم بروتينات البلازما إلى ثلاث أنواع رئيسية هي:

- الألبومينات Albumins : وهي مسؤلة عن نحو 80٪ من مجموع الضغط الإسموزي للبلازما نظرا لغزارتها ، وصغر وزنها الجزيئي.
- مولد الليفين (الفيبرينوجين) Fibrinogene : وهو يلعب دورا هاما في تخثر الدم و يتكون في الكبد .
- الغلوبيولينات Globulins: التي تنقسم إلى غلوبيولين ألفا ، وغلوبيولين بيتا ، غلوبيولين قاما ، وتتكون الغلوبيولينات في نخاع العظام و الطحال و الكبد .(نفس المرجع السابق ، 1984، ص :165)

كما تتكون البلازما كذالك من مواد عضوية خالية من النتروجين ، كالجلوكوز الذي هو المصدر الرئيسي للطاقة اللازمة للخلايا ، و الأملاح غير العضوية الحديد، والكالسيوم و البوتاسيوم ، والمغنيسيوم ، و الصوديوم توجد في الدم على صورة كلوريدات Chlorides ، وكبريتات Sulphates ، و فوسفات Phosphates، و كربونات Carbonates ، كما تحتوي البلازما كذالك على مركبات نيتروجينية ، غير بروتينية وهي منتجات تحلل البروتينات التي ، تمتص في القناة الهضمية وتستعملها الخلايا في تركيب البروتينات (الأحماض الأمينية ،والبيبتيدات المتعددة) كما تحوي منتجات تفكيك البروتينات التي سيطرحها الجسم (اليوريا وحمض اليوريك ، والكرياتينين و النشادر)، ويوجد في البلازما أيضا بعض الغازات مثل الأكسجين و ثاني أكسيد الكربون ، والمضادات التي تحمي الجسم من الأمراض ، وبعض الإنزيمات مثل المالتاز Maltase ، والأستيابسين Steapsin.....إلخ.(Bakal,D.A.1979)

ب ـ العناصر التي يتكون منها الدم : يتكون الدم من العناصر التالية :

أولا: الكريات الحمراء (خلاياالدم الحمراء): بالنسبة لشكل الكريات الدم الحمراء ، هي خلايا ذات بنية خلوية متجانسة و خالية من النواة ، على شكل أقراص مستديرة ومقعرة السطحين وذالك في حالة سريانها في الدم .يتركب غشاء كريات الدم الحمراء من معقدات بروتينية ، ليبيدية ، والكريات الحمراء في الإنسان تحوي من البوتاسيوم أكثر مما تحوي من الصوديوم، ويؤلف الهيموجلوبين نحو 90٪ من الوزن الجاف

للكريات الحمراء ، يتألف الباقي من البروتينات الأخرى و الدهون و الجلوكوز ، و الأملاح المعدنية .ويبلغ عدد الكريات الحمراء في الإنسان السليم نحو 5 ملايين كرية في المليمتر المكعب الواحد من الدم في الرجل ، و 4.5 مليون/ مم مكعب في الأنثى . وتنشأ كرات الدم الحمراء في أنسجة مختلفة حسب سن الفرد ، ففي المرحلة الأولى من تكوين الجنين تنشأ الكريات الحمراء ، من بطانة الكيس الصفراوي من طبقة الأندودرم ؛ وعند تقدم الجنين في العمر فإن هذه الكريات تتكون داخل الأوعية دموية ، موجودة في الكبد والطحال و العقد الليمفاوية ، وبعد الولادة في الظروف العادية يكون النخاع العظمي أو الطبقة الطلائية الداخلية ، هي المسؤلة عن تكوين الكرات الدموية الحمراء . وفي الظروف غير العادية كالمرض أو النزيف يستعيد الكبد و الطحال، و العقد الليمفاوية قدرتها على تكوين الكرات الحمراء . وتتكون الكريات الحمراء عادة و بصفة مستمرة في النخاع العظمي ، وتتدفق إلى الدم بسرعة معينة بحيث يكون العدد الكلي بها ثابت تقريبا .(خالد الفخراني ،1994،ص:87)

ويتأثر عدد الكريات الحمراء في المليمتر المكعب بعدة عوامل منها :

- يزداد العدد في الحالات الأتية :
- مع إنخفاض الضغط الجوي (في المرتفعات الشاهقة) ويرجع زيادة عدد الكريات الحمراء في المناطق المرتفعة إلى زيادة في إنتاجها ، في نخاع العظام مما يؤدي إلى زيادة في إنتاجها في نخاع العظام ، مما يؤدي إلى زيادة عددها في و حدة الحجم من

الدم ، و بالتالي زيادة عددها الكلي في الجسم .و تعوض هذه الزيادة نقص الأكسجين في أجواء المناطق المرتفعة .

- في أثناء المجهود العضلي و الإنفعال ، نتيجة تقلص الطحال و تحرر دم غني بالكريات الحمراء من مستودع الدم في الطحال إلى الدوران العام .
- عندما يفقد الجسم كمية كبيرة من الماء.
- ويحدث النقص في عدد الكريات الحمراء ، وذالك بعد فقدان الدم نتيجة حادث أو أثناء الجراحة ، أو نتيجة تلف الكريات الشديد أو إنخفاض إنتاجها .(حلمي حامد ،1991،ص:87)

كما أشرنا سابقا إلى أن الهيموجلوبين ، يعتبر مكون رئيسي من مكونات الكريات الحمراء ،ويوجد داخل الكريات الحمراء و ليس في حالة حرة في البلازما و يعتبر من أكثر البروتينات التنفس إنتشارا، وهو مكون من شقين ، الشق الأول وهو الهيم أو الهيماتين وهو صبغة تحتوي على الحديد و يعزى لها اللون الأحمر ، وهو ذو قابلية على حمل الأكسجين ، و الشق الثاني وهو جلوبين وهو بروتين معقد ، و الهيماتين نسبته 5٪ من جزيء الهيموجلوبين وهو يحتوي على الحديد بنسبة 0.3٪.(صبحي عمران شلش ،1984)

من أهم وظائف الهيموجلوبين ، هي الخاصية بعملية التنفس حيث يتحد مع الأكسجين في الرئتين و يتكون في هذه الحالة أكسي هيموجلوبين ، ويظل الأكسجين مرتبط

بالهيموجلوبين و لاينفصل عنه إلا في الأنسجة ، و تتوقف عملية الإتحاد بين الهيموجلوبين و الأنسجة على ضغط هذا الغاز في الأنسجة وفي الرئتين .

وهناك غازات أخرى تتحد مع الهيموجلوبين مثل غاز ثاني أكسيد الكربون ، ويتكون في هذه الحالة مركب يسمى كربوكسي هيموجلوبين ، وعند إتحاد هذا الغاز مع الهيموجلوبين ؛ فإنه يمنع إتحاد الأكسجين معه وينتج عن ذالك حدوث تسمم أو إختناق. (Cottraux,(1997)

وللهيموجلوبين أهمية فسيولوجية كبيرة تتجلى في النقاط التالية :

1 ـ تقلل لزوجة الدم مما يخفف العبء عن القلب و جهاز الدوران .

2 ـ ينقص الضغط التضخمي للبلازما ، مما يمنع جفاف النسيج بمرور الماء منه إلى البلازما .

3 ـ تتحقق شروط مثلى لربط الأكسجين بهيموجلوبين الدم ، عن طريق وسط كيميائي خاص داخل الكرية الحمراء .

ثانيا ـ كريات الدم البيضاء: وهي أكبر من الكريات الدموية الحمراء ، وأقل بكثير منها في العدد . فيوجد من 5000إلى 10000 كرية بيضاء في المليمتر المكعب الواحد من دم الإنسان البالغ .

و يزداد هذا العدد في الحالات المرضية الإلتهابية ، إلا أنه قد يزداد أيضا في الأفراد الأصحاء أثناء هضم الطعام و المجهود العضلي ، و حالات الألم والإنفعالات العنيفة .

وتختلف عن الكريات الحمراء من حيث إحتوائها على على نواة ، و لها أهمية بالغة في الدفاع و إسترداد العافية في الجسم .(De Gucht.2002)

و يمكن تقسيم الكريات البيضاء إلى مجموعتين رئيسيتين :

أ ـ خلايا حبيبية : و تقوم بالوظائف التالية : البلعمة الخلوية ، المحافظة على حموضة الدم ولها القدرة على التحرك حركة أميبية ذاتية ، وتنشأ من الخلايا النقية الأصلية في نخاع العظام .و يوجد منها ثلاثة أنواع من حيث تفاعل حبيباتها بالصبغات وهي :

- المتعادلة : وتشكل حوالي 59٪ من التعداد الكلي للكريات البيضاء ، وهي تتلون بالملونات المتعادلة ووظيفتها الرئيسية هي البلعمة ، وإنتاج المضادات .
- كرات حامضية (المحبة للايوسين) : تشكل الكريات المحبة للأيوسين 2.5٪ من تعداد الكريات البيضاء ، وهي تتلون بالملونات الحمضية ، وتسهم في إتلاف بعض المركبات التي من أصل بروتيني و إزالة سميتها وكذالك البروتينات الغريبة ، و يزداد عددها في الدم بتأثير هذه الأخيرة .(Wool,C,A&Barsky,A,J.1994)
- كريات قاعدية : تشكل 0.5 ٪ من تعداد الكريات البيضاء،وهي تتلون بالملونات القاعدية ، مثل أزرق الميثيلين،ويزداد عدد هذه الكريات خلال المرحلة النهائية (مرحلة التجديد) في الإلتهابات الحادة بينما يزداد العدد تدريجيا أثناء الإلتهاب المزمن .

ب ـ الخلايا اللاحبيبية : وتشمل على مايلي :

- الخلايا وحيدة النواة : وهي تشكل 4.0 ٪ من عدد الكريات البيضاء ، وعندما تصل إلى موقع الإلتهاب تتحول إلى بلعميات كبيرة .ويعتقد أنها تنشأ في نخاع العظام و العقد اللمفاوية و النسيج الضام .(Beer, Tand Newman H., (1978)
- الخلايا اللمفاوية : تشكل 34٪ من تعداد الكريات البيضاء ، و تنشأ أساسا في العقد اللمفاوية ، إلا أنها قد تتكون جزئيا في الطحال و الغدة الثيموسية ، وفي الأغشية المخاطية . وهي أكثر الخلايا الدموية مرونة و يمكنها أن تتحول إلى خلايا وحيدة النواة و إلى بلعميات كبيرة أو إلى خلايا نسيجية وخلايا أصلية ليفية ، للنسيج الضام . فهذه الخلايا تشترك في عمليات ترميم الأنسجة المهدمة التي تلي الإلتهاب .

ثالثا ـ الصفائح الدموية : الصفيحات الدموية أو الأقراص الدموية بيضية الشكل أو كروية ، يتراوح قطرها مابين 2– 3 ميكرون . وتكون خالية من النواة عند الإنسان و لذا يعتبرها معظم الباحثين تشكلات لا خلوية .

ويبلغ عدد الصفيحات الدموية عند الإنسان 200000إلى 400000 في الميليميتر المكعب الواحد ، ولكن هذا العدد قابل للتغير بكثرة ، فهناك تغيرات يومية إذ يزداد مستوى الصفيحات في الدم ، المحيطي خلال النهار وينقص في الليل ، وربما يرجع ذالك إلى تعاقب العمل والراحة ،إذ يزداد عدد الصفيحات بمقدار ثلاثة إلى خمسة أضعاف بعد مجهود عضلي شديد. وتعيش الصفيحات نحو عشر أيام داخل دورة الدم، ولكن في حالة عملية نقل الدم إلى المريض فتكون حياتها من يوم إلى يومين فقط .

وتتشكل الصفيحات الدموية من الخلايا العملاقة ، التي توجد في النخاع الأحمر في العظم وفي الطحال . وتلعب هذه الصفائح دورا في فسيولوجيا هاما في تجلط الدم . (Wool,C,A&Barsky,A,J.1994)

وظائف الدم:

أهم وظائف الدم مايلي :

– نقل المواد الغذائية و توزيعها على أنسجة الجسم : بعد أن يتم هضم المواد الغذائية يحدث إمتصاص للأحماض الأمينية و للسكريات الأحادية ، عن طريق الخلايا المبطنة للأمعاء ، وتنتقل نواتج الهضم هذه إلى الأوعية الدموية ، كما يتم إمتصاص نواتج هضم المواد الدهنية عن طريق الأوعية اللمفاوية . ويقوم الدم بعدئذ بتوزيع نواتج الهضم هذه مع الماء الأيونات المعدنية ، إلى كل خلية في الجسم ، هذا و لايوجد إتصال مباشر بين الدم و الأنسجة ولكن إنتقال الغذاء من الدم إلى الخلايا يتم بواسطة الإنتشار كما أن الدم يعتبر المسؤول عن توصيل كل ماتحتاجه غدد االجسم من مركبات كيميائية لكي تقوم بوظيفتها الإفرازية على أتم وجه .(Wool,C,A&Barsky,A,J(1994)

– التخلص من نواتج التحول الغذائي: نتيجة لعمليات الهدم المستمرة ، في الأنسجة الحيوانية تنتج مواد سامة كاليوريا Urea ، و حامض اليوريك و الكرياتين و الكرياتينين و على الجسم ، أن يتخلص منها و لذا فإن الدم يقوم بحمل هذه النواتج السامة من

الأنسجة إلى أعضاء الإخراج كالكلية والجلد ، وتساعد رقة جدار الشعيرات الدموية على تبادل المواد النافعة و الضارة بين بلازما الدم والسائل النسيجي .

– حمل الأكسجين من الرئتين إلى أنسجة الجسم .

– التخلص من ثاني أكسيد الكربون الناتج من تنفس خلايا الجسم : يتم التخلص من ثاني أكسيد الكربون الناتج من تنفس الخلايا بالجسم في صورة كربونات ،كما أن جزيئي الهيموجلوبين يستطيع أن يلعب أيضا دورا في نقل ثاني أكسيد الكربون إلى الرئتين محافظا بذالك على ثبات درجة حموضة الدم .

– تنظيم درجة حرارة الجسم : يعمل الدم على تبريد الأعضاء التي تنطلق فيها الحرارة كالكبد ، و العضلات الإرادية وذالك بحمل الحرارة من هذه الأعضاء إلى أعضاء أخرى كالجلد و بذالك تفقد الحرارة بسهولة لتعرضها المباشر للوسط الخارجي ، كما أن للدم آلية أخرى في هذا العمل فعند إرتفاع درجة حرارة الجسم ، فإن الدم يتدفق إلى الغدد العرقية تحت تأثير عصبي ، فيزداد إفراز العرق ويتم تبريد سطح الجلد نتيجة لتبخر هذا العرق .

– حفظ المستوى المائي للجسم في حالة توازن : يعمل الدم على حفظ مستوى المائي للجسم ، في حالة توازن مستمر لأن كميته – أي الدم– في الجسم ثابتة تقريبا إذ يزداد معدل إمتصاص الماء في القناة الهضمية إذ قلت نسبته في بلازما الدم ، ويزداد إفراز البول و العرق إذا زادت كميته وهكذا .

– توزيع الهرمونات : يقوم الدم بنقل الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء و توزيعها على جميع أعضاء الجسم ، وبذالك تستطيع هذه الأعضاء أن تقوم بوظائفها الحيوية الهامة .(Stoudemire,A .1991)

أما بالنسبة لوظائف الدم الوقائية فتتمثل في مايلي :

- الخاصية الإلتهامية لكريات الدم البيضاء: عندما تهاجم البكتيريا جسم الإنسان فإن كريات الدم البيضاء ، وخاصة الخلايا المتعادلة و الكبيرة تقوم بإبتلاع هذه البكتيريا و هضمها بواسطة أنزيمات تفرزها هذه الكريات البيضاء ، كما تفعل تماما عند غذائها وتستطيع الكرية البيضاء من نوع الخلايا المتعادلة ؛ إبتلاع 5–25 جسم بكتيري و الكرة البيضاء من نوع الخلايا الكبيرة يمكنها إبتلاع نحو 100 جسيم بكتيري ، وذالك قبل أن تموت كل منهما من جراء تراكم نواتج البكتيريا المبتلعة .

(Ehlert,U,Straub,F.1998)

وإذا حدث وهاجمت البكتيريا نسيجا من الأنسجة لتتغذى عليه و تفرز فيه سمومها ، فإن الأوعية الدموية في هذه المنطقة تتسع و يزداد تدفق الدم فيها و يتسبب عن ذالك الإحمرار و إرتفاع درجة الحرارة ، أو مايعبر عنه بالإلتهاب Inflamation، و في هذه الحالة تزداد نفاذية جدر الأوعية الدموية و تخرج الخلايا المتعادلة ، مع سائل البلازما و يحدث الإنتفاخ و تبدأ هذه الخلايا عملها بمهاجمة البكتيريا ، ويتكون أخيرا السائل الأصفر المعروف بالصديد pus الناتج من تجمع خلايا الأنسجة الميتة ، و البكتيريا و

الكرات البيضاء الحي منها والميت ، كما أن الكريات البيضاء تنجذب إلى مواضع الإصابة بفعل الكيمياويات التي تنطلق من البكتيريا و تشارك بعد ذالك الخلايا اللمفاوية في تجديد ماتلف من الأنسجة .(Pavalok E. & Smith B. (1999)

- تكوين الأجسام المضادة : عند دخول جسم غريب إلى الدم ، أوالأنسجة فإن بعض الخلايا تقوم بإفراز مواد بروتينية معينة تعرف بالأجسام المضادة كرد فعل لوجود هذه الأجسام الغريبة ، فالخلايا التي تقوم بإفراز الأجسام المضادة تشبه الخلايا الليمفاوية و جدر القناة الهضمية ، ونتيجة تكوين الأجسام المضادة فإن الجسم يلفظ عادة الأعضاء المزروعة فيه . _(Grassi L. & Rosti G. (1996

دورة الدم : الغرض الأساسي من دورة الدم هو توصيل الأكسجين و المواد الغذائية إلى جميع أنسجة الجسم ، وكذالك نواتج عملية التمثيل الغذائي من هذه الأنسجة إلى الدم ويعمل الأخير على التخلص منها خارج الجسم .

ويمكن تقسيم الدورة الدموية إلى قسمين :

1ـ الدورة التوزيعية (Distributing Circulation) : بعد أكسدة الدم في الرئتين يمر في أوردة رئوية ، ومنها إلى الأذين الأيسر ثم إلى البطين الأيسر ومن الأخير إلى الأورطة فالشرايين الكبرى ، فالشرايين الصغرى ، فالأصغر ثم الشعيرات الدموية التي يحدث فيها تبادل الغذاء و الغازات مع الأنسجة المختلفة .

2 ـ الدورة التجميعية (Collecting Circulation) :يجمع الدم غير المؤكسد من الشعيرات الدموية ، إلى الأوردة الصغيرة (venules) فالأوردة الكبرى (veins) فالأكبر ثم إلى الوريد الأجوف العلوي و السفلي ، ثم إلى الأذين الأيمن ومنه إلى البطين الأيمن.

وعلاوة على هاتين الدورتين توجد دورتان أخرتان وهما :

أولا ـ الدورة الرئوية (Pulmonary Circulation) : وفيها يمر الدم غير المؤكسد من البطين الأيمن إلى الشريان الرئوي ، فالرئتين و عودته بعد أكسدته إلى الأذين الأيمن عن طريق الأوردة الرئوية .

ثانيا ـالدورة البابية (Portal Circulation) : وهذه تبدأ من الشعيرات الدموية الدقيقة الموجودة في خملات الأمعاء ، ثم تكون أوردة دموية كبيرة تسمى البابية التي تدخل في الكبد و تتفرع فيه و تخرج منه في صورة وريد كبدي يتصل بالوريد الأجوف السفلي .

قوانين الدورة الدموية :تتضمن الدورة الدموية ثلاثة عوامل رئيسية وهامة لتثبيت ضغط الدم خلال قنوات الدورة أولا وهي :

- حالة نشاط الإنسان.
- حالة الإنقباض للقلب.
- المقاومة المحيطة .

وتعد درجة النشاط العام ، هي المسؤلة الكبرى عن عملية تدفق الدم ، أما عملية إنقباض القلب فهي العامل المسؤول الأول في عملية الدوران، مع الأخذ في الإعتبار حجم الدم وقوة القلب . _(Grassi L. & Rosti G. (1996

ويعد عامل المقاومة المحيطة عاملا مهما في تنظيم الدورة الدموية .

مكونات الجهاز الدوري : تقوم الدورة الدموية بعدة وظائف ، فسيولوجية على درجة عالية من الأهمية حيث تخدم في عملية إمداد الأنسجة المختلفة بالمواد الغذائية و الأكسجين ، والهرمونات مع تخليصها من الفضلات غير المرغوبة مثل ثاني أكسيد الكربون ومخلفات عمليات التمثيل الغذائي .

ويتكون الجهاز الدوري من القلب Heart ، و الأوعية الدموية التي تشمل الشرايين Arteries ، و الأوردة Veins ، و الشعيرات الدموية Capillaries .

ولفهم الدورة الدموية يجب أن نتناول الجانب التشريحي لهاته الأعضاء .

أولا : الأوعية الدموية (Blood Vessels) :

ـ الشرايين (Arteries): هي عبارة عن أوعية دموية عضلية مرنة ؛ سميكة الجدران حيث أن هذا التكوين يساعدها على أداء وظيفتها في تحمل ضغوط الدم المخنلفة و المندفعة إليها من القلب ، إذ تتمدد جدرانها مع كل ضربة من ضربات القلب ، فتتسع لتحوي كل مايدفعه القلب فيها من دم ، ونظرا للدور الحيوي الذي تقوم به الشرايين ، فهي دائما توجد مدفونة بين العضلات وذالك لحمايتها من الصدمات حيث أنها لاتلتئم بسهولة عند تمزقها .

ويلاحظ أن هذه الأوعية الدموية تتشعب و يصغر حجمها كلما إبتعدت عن القلب ، حيث تحمل هذه الشرايين الدم المؤكسد ماعدا الشريان الرئوي الذي يحمل الدم غير المؤكسد فقط من البطين الأيمن إلى الرئتين .

ويعد الأورطي من أكبر الشرايين بالجسم ، وهو يخرج من البطين الأيسر حاملا الدم المؤكسد إلى جميع أجزاء الجسم وذالك من خلال تفرعه ، إلى عدة شرايين أقل حجما .

ويوجد عند فوهة كل من الشريان الرئوي و الأورطي صمام هلالي الشكل، وهذا الصمام يسمح بمرور الدم في إتجاه واحد أي من القلب ؛ إلى الوعاء الدموي و لايسمح برجوعه مرة ثانية إلى القلب ، فعند إمتلاء الجيوب بالدم تتقارب حوافها فتسد فوهة الشريان وتمنع بذالك رجوع الدم إلى البطين .(Delong et al ,1988)

وتتكون جدر الشرايين بصفة عامة من ثلاثة طبقات وهي :

أـ الطبقة الخارجية (External layer) و هي عبارة عن طبقة من العضلات .

ب ـ الطبقة الوسطى (Median layer).

ج ـ الطبقة الداخلية (Internal lyer) .

وتمد الشرايين بالأعصاب و التي تستجيب للتنبيه الودي (السمبتاوي)، حيث تكون الإستجابة للتنبيه من خلال عوامل كيميائية ، مثل النوربنيفرين Norpinephrine والتي تفرز و تسبب الإنقباض الوعائي أو الإبينفرين Epinephrine والسيروتونين Serotonine و الأنجيوتنسين Angiotensin والتي تحدث نفس التنبيه على الشرايين الصغرى

Arterioles ، فتسبب تمددها كما أنها تتمدد أيضا بواسطة تأثير الأستيل كولين Acetyl Choline ، و الهيستامين Histamine.

ـ الأوردة Veins: وهي أوعية دموية عضلية مرنة رقيقة الجدر ، وهذا يساعدها على الإلتئام السريع عند تمزقها ، وتتكون جدرها من الثلاث طبقات الأنفة الذكر و لكنها أرق درجة وبالتالي فهي أقل مرونة . وتقوم هذه الأوردة بحمل الدم غير المؤكسد بإستثناء الأوردة الدموية الرئوية الأربعة والتي تحمل الدم المؤكسد من الرئتين إلى الأذين الأيسر. ويعد الوريد الأجوف السفلي و الوريد الأجوف العلوي من أكبر الأوردة بالجسم ، حيث يحملان الدم غير المؤكسد من جميع أجزاء المختلفة ويصبان في الأذين الأيمن .

ـ الشعيرات الدموية Capillaries : الشعيرات الدموية هي أوعية دموية دقيقة جدا ،ذات جدران رقيقة مكونة من طبقة واحدة من خلايا طلائية ، داخلية مسطحة ذات غشاء قاعدي متصل ، وهي تمثل الطبقة الداخلية في تركيب الشريان و الوريد ، ويعد الجدار الرقيق للشعيرات الدموية على درجة عالية من الأهمية في عملية تبادل الغازات و المواد الضرورية حيث تتم هذه العملية من خلاله .

فهي العامل في عملية النفاذية . ويمكن تمييز نوعين من الشعيرات الدموية هما :

1) الشعيرات الدموية الحقيقية :توجد في معظم الأنسجة وتتميز بتجويف داخلي يتراوح مابين 4 إلى 8 ميكرون .

2) الشعيرات الدموية الحبيبية : توجد في معظم الأنسجة وتتميز بتجويف داخلي يتراوح قطرها الداخلي بين 5 إلى 30 ميكرون .

وتعد الشعيرات الدموية نهاية الأوعية الشريانية ،وبداية الأوعية الوريدية .

ثانيا القلب : القلب عضو عضلي يقوم بضخ الدم ، لجميع أجزاء الجسم فهو العضو المسؤول عن حفظ إتجاه ، تدفق الدم و يساعد في ذالك وجود الصمامات الخاصة به .

و إنقباض القلب بصفة دورية يؤكد إستمرارية دوران الدم بالأجزاء المختلفة بالجسم وهذا يعني إستمرارية بقاء الكائن حيا .(Davison et al ,1978)

ولدراسة وظيفة القلب لابد من معرفة آلية عمله و التحكم فيها :

تركيب القلب عند الإنسان : يتميز القلب بكفآة وظيفية عالية ، وهي ضخ الدم الذي يتلقاه من الأوردة و يدفع به إلى الشرايين من خلال تعاقب منتظم لعمليتي التقلص ، أو الإسترخاء للألياف العضلية بجدر الأذينين و البطينين .و يلاحظ أن وزن القلب عند الإنسان متغير فهو يختلف بإختلاف حجم الجسم ،ونوعه والجنس ، فوزن قلب الأنثى يتراوح بين 198 إلى 279 غرام ، أي حوالي 75٪ من وزن قلب الذكر ، أما كمية الدهون المحيطة بالقلب فتختلف أيضا من فرد لأخر .

يتركب جدار القلب من ثلاثة طبقات وهي على الترتيب من الداخل للخارج كما يلي :

1ـ البطانة الداخلية Endocardium : وتتكون من أنسجة ضامة ترتكز على طبقة رقيقة ، من النسيج الطلائي الداخلي .

2 ـ الطبقة العضلية : وهي عبارة عن طبقة عضلية رقيقة السمك في حالة الأذين الأيمن إلا أنه في حالة البطين الأيسر تكون أكثر سمكا ، ويرجع ذالك لأن البطين الأيسر يقوم بدفع الدم إلى الخارج في الأورطي (الأبهر) الأمر الذي يستدعي تدعيمه بعضلات قوية وسميكة.

3ـ البطانة الخارجية : وهي مكونة من خلايا طلائية ونسيج ضام .

أما بالنسبة لموقع القلب ، فهو في تجويف الصدر و بين الرئتين . و يحيط به غشاء رقيق يسمى غشاء التامور periccardium.الذي يشكل محفظة القلب ، وهو يحتوي على قليل من السائل المصلي الذي يعمل على تثبيت القلب في مكانه و على سهولة حركته .

و ينقسم القلب إلى عدة حجرات تختلف في العدد بإختلاف نوع الكائن ، فعند الإنسان يتكون القلب من أربعة حجرات ، حجرتين علويتين هما الأذذينين Auricles و حجرتين سفليتين هما البطينين Ventricles، كما يلاحظ وجود فاصل كامل بين الجانب الأيمن و الجانب الأيسر .

وجدار القلب غير متماثل في السمك في جميع أجزائه فهو رفيع بالنسبة للأذينين و سميك بالنسبة للبطينين ، و بصفة خاصة يلاحظ أن جدار البطين الأيسر أسمك من جدار البطين الأيمن ، ويرجع ذالك إلى أن البطين الأيسر هو الذي يقوم بدفع الدم خارج القلب في الأورطة و لذالك فإنه مدعم بتركيبات عضلية قوية وسميكة .(Cohen et al .1999)

ويوجد في القلب من الداخل غشاء يبطنه يسمى البطانةالداخلية Endocardium،كما يوجد إتصال بين كل أذين و بطين في نفس الجانب بواسطة صمام يسمح بمرور الدم من الأذين إلى البطين و لا يسمح برجوعه إلى الأذين ، ويلاحظ أن الصمام الموجود في الجهة اليمنى من القلب يتكون من ثلاثة أجزاء ، و لذالك يسمى الصمام ذو الثلاث شرفات tricuspid valve (وهو الصمام الذي يفصل بين الأذين الأيمن و البطين الأيمن).

بينما يتكون الصمام الموجود في الجهة اليسرى من القلب من جزئين ، و لذالك فهو يسمى الصمام ذوالشرفتين Bicuspid valve (وهو الصمام الذي يفصل بين البطين الأيسر و الأذين الأيسر)

و الأذين الأيمن ذو جدار رقيق ويتصل به وريدين أجوفين ، أحدهما هو الوريد الأجوف الأمامي Anterior Vena Cava ، والأخر هو الوريد الأجوف الخلفي Posterior vena Cava ، ويقوم الوريد الأجوف الأمامي بجمع الدم غير المؤكسد من الجزء العلوي(الأمامي) للجسم بينما يجمع الوريد الأجوف الخلفي الدم من الجزءالأسفل (الخلفي)من الجسم.

وعند إتصال الوريد الأجوف الخلفي بالأذين الأيمن ، يوجد صمام يسمى صمام استاكيوس وهذا الصمام يمنع عودة الدم من الأذين الأيمن إلى الوريد الأجوف الخلفي .

يخرج الدم غير المؤكسد من البطين الأيمن إلى الشريان الرئوي الأيمن و الأيسر الذي يتجه إلى الرئتين وذالك عبر الصمام الذي يعرف بالصمام الرئوي .

ويحدث في الرئتين فقد فقد لغاز ثاني أكسيد الكربون و إكتساب الأكسجين ، و ذالك لأن الدم غير المؤكسد يحتوي على تركيز مرتفع من غاز ثاني أكسيد الكربون ، ويحدث إتحاد بين الأكسجين من الحويصلات و بين هيموجلوبين الدم و بذالك تحدث عملية أكسدة الدم Oxidation Of blood .

الخواص الفسيولوجية لعضلة القلب :

- **التهيج و الإنقباض Excitability and contractility :** تستجيب عضلة القلب للمؤثرات الحرارية و الكيمياوية و الميكانيكية ، و الكهربائية و يجب أن يكون المنبه ذو قوة كافية ، حتى تنقبض عضلة القلب ، و في هذه الحالة تنقبض العضلة بأقصى قوتها إذا إستمرت الأحوال المحيطة بها كما هي ، أي أن زيادة قوة المنبه لاتسبب زيادة مضطردة في شدة إنقباض عضلة القلب .
- **خاصية الإنقباض الذاتي Automatic rhythmicity** : يلاحظ أن للعضلة القلب القدرة على الإنقباض ذاتيا دون تدخل الجهاز العصبي .
- **خاصية التوصيل Conductivity:** وهي مقدرة عضلة القلب أن تعمل كلها كوحدة واحدة حتى إذا نبه جزء منها ، فإن العضلة تعمل على توصيل المنبه من مكان إلى آخر .
- **التحول الغذائي (الأيض) Metabolism:** تحتاج عضلة القلب للأكسجين اللازم للقيام بعملية التنفس ، والعمليات الأخرى و التي تساعد عضلة القلب على أداء و

ظيفتها ،و إلى جانب ذالك فإن الأكسجين ضروري لتكوين مادة الفوسفجين ، الضرورية لعملية الإنقباض .

- **قانون الكل أو لاشيء All–or–none law:** إذا نبهت عضلة القلب ، بمنبه تنبيها كهربائيا كل 30 ثانية ، ورفع التيار تدريجيا في كل مرة فإن عضلة القلب تنقبض في كل مرة بسعة واحدة ، وهذا يثبت أن عضلة القلب تعمل كوحدة واحدة وبكل طاقتها طالما ظلت قدرة المؤثر على التنبيه بصرف النظر عن قوة المنبه.
- **ظاهرة التدرج Stair case phenomenon:** إذا نبهت عضلة القلب بمنبه كهربائي ثابت كل ثانيتين ، فإن السعة في إنقباض العضلة تزداد تدريجيا في الثلاث أو الأربع إنقباضات الأولى ، مستفيدة بذالك من تعاقب المؤثر على فترات قصيرة .
- **تأثير العصب التائه على عضلة القلب :**يعمل العصب التائه (الجمجمي العاشر) على الحد من قوة تقلص عضلة القلب ، موازنا بذالك التأثير المنشط للأعصاب (الودية) السمبتاوية.
- **تأثير الحرارة Effect Of temperature** : يزيد محلول رنجر الساخن من السعة الإنقباضية لعضلات البطين ، في حين يقلل المحلول البارد من هذه السعة . وليس لدرجة حرارة المحلول أي تأثير على الإنقباض نفسه .
- **تأثير الأيونات غير العضوية Effects Of inorganic ions:** ينقبض القلب طبيعيا إذا غمر في محلول رنجر ، ولكن بإزالة أيونات الصوديوم من المحلول فإن

عملية الإنقباض تضعف تدريجيا ، إلى أن يقف القلب وهو في حالة إنبساط ، وبالعكس عندما تزال أيونات البوتاسيوم من المحلول ؛ تضعف عملية الإنبساط تدريجيا إلى أن يقف القلب وهو في حالة إنقباض .(صبحي عمران شلش،1984 ، ص: 157).

الدورة القلبية Cardiac Cycle : هي الفترة التي يحدث فيها إنقباض ثم إرتخاء .

وخلال هاته الدورة يمكن تمييز صوتين مميزين للقلب هما :

الصوت الناتج عن إنقباض البطين Ventricular Sytole ، وهو صوت غير حاد طويل نوعا ما ومرتفع ، ويلي هذه الفترة إرتخاء البطين Ventricular diastole ويكون الصوت أكثر حدة من السابق، وهو ناتج عن إنغلاق الصمامات بين البطين و الأورطي و الشريان الرئوي ،ولا بد من حدوث الصوتين الحاد و غير الحاد بالتتابع و بينهما فترة سكون وراحة ، و أي إختلاف عن ذالك يشير إلى حدوث خلل وظائفي في القلب.

الدورة التاجية Coronary Cycle : القلب كغيره من أجزاء الجسم المختلفة عضو حي يحتاج إلى مواد غذائية كما يحتاج إلى تجديد لخلاياه التالفة و أيضا للتخلص من ثاني أكسيد الكربون ، وبذالك يوجد 5٪ من الدم لتغذيته . ويمر الدم في شرايين تاجية ، وبذالك يتم تغذية القلب ، ويرجع الدم غير المؤكسد عن طريق أوردة تسمى الأوردة التاجية ، علما أن الدورة التاجية عبارة عن دورة صغيرة يتم خلالها في النهاية إمداد القلب نفسه بالدم المؤكسد وذالك للمحافظة على وظيفته .

العوامل المؤثرة في سرعة نبض القلب : هناك عوامل كثيرة تؤثر في سرعة نبض القلب وهي :

نوع الكائن : ففي الإنسان 70 نبضة في الدقيقة .

عمر الإنسان : يلاحظ أن الأطفال حديثي الولادة يكون معدل نبض القلب 130 نبضة في الدقيقة ، بينما يكون 70 نبضة في الدقيقة للأشخاص البالغين ، ويرجع ذالك إلى أن الأعصاب الباراسمبثاوية التي تعمل على خفض معدل النبض مازالت غير قادرة على القيام بوظيفتها ، وبذالك يكون معدل النبض عند الصغار كبيرا نتيجة وجود الأعصاب السمبثاوية وعدم وجود الأعصاب الباراسمبثاوية بصورة واضحة .

حرارة الجو : إرتفاع درجة الحرارة يعمل على زيادة معدل نبض القلب .

الجنس : معدل نبض القلب في الإناث يكون أسرع منه في حالة الذكور .

المجهود العضلي : زيادة المجهود العضلي يعمل على زيادة معدل نبض القلب .

حجم الجسم : يتناسب نبض القلب تناسبا عكسيا مع حجم الجسم .

الحالات التي تؤثر على إنتقال الدم إلى القلب :

المجهود العضلي : زيادة المجهود العضلي يؤدي لزيادة إنتقال الدم إلى القلب .

النوم : عند النوم يقل إنتقال الدم إلى القلب .

إمتصاص الغذاء : يزداد إنتقال الدم إلى القلب خلال عملية إمتصاص نواتج هضم المواد الغذائية من القناة الهضمية إلى الدم .

الحمل : حالة الحمل تؤدي لزيادة إنتقال الدم إلى القلب .

ضغط الدم Blood Pressure : يقل ضغط الدم عند الكائنات ، ذات الدورة الدموية المغلقة كلما بعدنا عن القلب ، ويرجع هذا إلى إحتكاك الدم بجدار الأوعية الدموية ، ويبلغ ضغط الدم عند الإنسان في الشرايين الكبيرة أثناء إنقباض القلب 120 ملليمتر زئبق بينما يبلغ 80 ملليمتر زئبق أثناء إنبساط القلب ، ويقل هذا الضغط عندما يصل إلى الأوعية الدموية الدقيقة ، ثم ينقص بدرجة ملحوظة عند وصول الدم إلى الشعيرات الدموية الشريانية ، وعندما يصل إلى الشعيرات الوريدية تزيد سرعته و إن كان ضغطه يستمر في الهبوط .

ويتوقف ضغط الدم على المقاومة المحيطية ، وأيضا على الضغط الأصلي المتولد في القلب على حجم الدم ، وتختلف المقاومة المحيطية تبعا لإنقباض أو إنبساط الشرايين الصغيرة و الشعيرات الدموية . و ينظم إنقباض و إنبساط هذه الأوعية مركز خاص في النخاع المستطيل (البصلة السيسائية) في المخ ، فيرسل إشارات قابضة عن طريق الجهاز السمبثاوي ، وإشارات باسطة بطرق مختلفة من بينها طريق الجهاز الباراسمبثاوي.

ويوجد إتزان دقيق بين الإشارات القابضة و الباسطة ، وينشأ عن الإشارات الباسطة نقص في ضغط الدم ،ويصحب ذالك غالبا إفراز مادة الأستيل كولين ، في حين أن الإشارات القابضة ينشأ عنها إفراز مادة الإبينفرين ،ينتج عن ذالك إرتفاع في ضغط

الدم.ويساعد ضغط الدم على إنتقال الدم من القلب إلى الشرايين ،ومنها إلى الشعيرات الدموية .(د. صبحي عمران شلش ، دس ، ص: 165).

العوامل المنظمة لضغط الدم :

حجم الدم الذي يدفعه القلب في كل ضربة : فكلما زاد حجم الدم المندفع من القلب كلما ساعد ذالك على زيادة ضغط الدم .

عدد مرات إنقباض القلب في الدقيقة (معدل نبض القلب): كلما زادت عدد الضربات في الوحدة الزمنية ، كلما زادت كمية الدم المدفوعة داخل الأوعية الدموية وبالتالي يزيد ضغط الدم .

درجة مرونة جدران الشرايين : مرونة جدران الشرايين تعمل على دفع الدم لمسافات بعيدة .كذالك كلما كانت الشرايين غير ملساء و قطرها ضيق ففي هاته الحالة يرتفع الضغط بسبب المقاومة .(رمزي ناجي ،عصام الصدفي ، 2005، ص: 77)

مقاومة جدران الأوعية الدموية : أثناء سريان الدم خلال جدران الأوعية الدموية يتعرض الدم لمقاومة جدران هذه الأوعية له، وينتج عن هذه المقاومة إحتكاك الدم بالجدران ،مما يؤدي لحدوث الضغط على هذه الجدران . فإذا كانت المقاومة كبيرة تصبح كمية الدم قليلة و يتبعه قلة الضغط ، أما إذا كانت المقاومة قليلة فإن كمية الدم تكون كبيرة و هذا يؤدي لزيادة الضغط .

شدة الإنقباض : عند إنقباض القلب بشدة تزداد كمية الدم المندفعة من القلب و يتبعه زيادة في ضغط الدم .

إختلاف السن : ضغط الدم عند الفرد المسن ، يكون عال وذالك راجع لفقدان جدران الأوعية الدموية قدرتها على التمدد و الإتساع و تسمى فقدان المرونة في الشرايين .

عوامل عصبية :

ـ الحالة النفسية كالخوف و الفزع تسبب زيادة في ضغط الدم ، وهذه الزيادة مرجعها إلى تنبيه الغدة الكظرية لإفراز هرمون الأدرينالين .

ـ الإجهاد العضلي يعمل على زيادة ضغط الدم .

عوامل كيميائية :يزداد ضغط الدم أثناء عملية الزفير عنه ، أثناء عملية الشهيق وهذا مرجعه إلى زيادة نسبة ثاني أكسيد الكربون ، أو نقص الأكسجين في الدم يؤدي ذالك لزيادة ضغط الدم .

ـالمواد المخدرة أو المنومة تعمل على تقليل ضغط الدم .(صبحي عمران شلش، دس ، ص : 167) .

وبعدما تعرفنا على طبيعة عمل الجهاز الدوري ، و العوامل المؤثرة فيه سوف نتناول في مايلي التعرف على أمراض القلب و الأوعية الدموية . وكذا العوامل النفسية المرتبطة بهاته الأمراض السيكوسوماتية .

ـ تعريف فرط ضغط الدم : يحدث فرط ضغط الدم حين تتدفق كميات كبيرة من الدم عبر الشرايين ، فتضغط بشدة على جدرانها ، وذالك أن الشرايين تقوم بتنظيم الضغط وكمية الدم المارة بها عن طريق التمدد و التقلص المنتظم ، وعندما تفقد هذه الشرايين مرونتها لأي سبب من الأسباب تزداد مقاومة الشرايين لمرور الدم ، فيرتفع ضغط الدم.

ويوجد نوعان لضغط الدم المرتفع هما :

النوع الأول ضغط الدم الأولي أو الأساسي: ويحدث دون سبب واضح له ، وهذا النوع يشكل 85٪-90٪ من نسبة حالات الضغط .

و يعرف هذا النوع كذالك بضغط الدم الجوهري Essential Hypertention ،وهو ضغط غير عضوي ، و يختلف عن ضغط الدم الكلوي ،و يعكس عداء مكبوتا طفوليا كمصدر من مصادر القلق ؛ و أوضح (هامبلينغ Hambling) أن هذا المرض يجتاز ثلاث مراحل :

أولا: مرحلة ماقبل الضغط الدموي الجوهري وفيها يستجيب المصاب للالام المختلفة والضغوط النفسية .

ثانيا: مرحلة الضغط المعتدل وبها يحدث ضغط مؤقت قابل للزوال ،ويصاحبه تضخم في جدران الأوعية الدموية الدقيقة .

ثالثا: مرحلة ضغط الدم الخبيث : الذي قد يسبب تلفا في الكليتين و نزيفا في شبكية العين . (عطوف ياسين ،1981، ص: 80)

النوع الثاني ضغط الدم الثانوي : وهو يحدث نتيجة أسباب و اضحة ، مثل تضيق قوس الأبهر ، أمراض إلتهابات الكلى ، أمراض بعض الغدد الصماء ، و إستعمال أدوية معينة خاصة حبوب الكورتيزون أو حبوب منع الحمل ، ويشكل هذا النوع 10-15٪ من نسبة حالات الضغط .

ومن أكثر الأشخاص عرضة للإصابة بإرتفاع ضغط الدم،يكون عند الرجال أكثر مقارنة بالنساء في مرحلة الشباب أما عند التقدم بالعمر فيصبح أكثر شيوعا عند النساء و خاصة بعد سن الأربعين . كما ينتشر ضغط الدم بين المستويات الإقتصادية المنخفضة أكثر من المستويات المرتفعة .(محمد السيد عبد الرحمان ،1999،ص:279).

وإرتفاع ضغط الدم يكون أكثر نسبيا عند الأشخاص الذين يقومون بأعمال تتطلب المجهود الذهني لوقت طويل .

ويمثل فرط ضغط الدم مشكلة طبية ونفسية خطيرة ، إضافة لذالك يعتبر فرط ضغط الدم عاملا من عوامل الخطورة لحدوث إضطرابات أخرى عديدة ، مثل إضطرابات القلب ، و الفشل الكلوي ، وجلطات الدماغ .

كما أن عدم علاج فرط ضغط الدم يمكن أن يؤثر سلبا على الوظائف المعرفية للفرد مما يؤدي لحدوث مشكلات في التعلم و الذاكرة و الإنتباه و التفكير المجرد ،والمرونة

العقلية ومهارات معرفية أخرى .و أهم مايميز شخصية الأفراد مرتفعي ضغط الدم الحساسية للأمور المثيرة للغضب ، وأنهم تعرضوا للكراهية و الغيرة ، كما أنهم أكثر إهتمام بتوافه الأمور ، و إرتفاع الضغط لديهم يزيد عن المعدل في المرات التي يتعرضون فيها للإنفعالات المثيرة للقلق ،و الإحباط والكراهية و الصراع و الغضب وبذالك أصبح إرتفاع ضغط الدم لديهم مرضا مزمنا ، أدى لتورم جدران الأوعية الدموية .(حسن مصطفى ،2003،ص : 99).

أما فريدمان وروزينمان Fridman & Rosenman فقد بينا من خلال دراستهما،أن مرضى الضغط الدموي المرتفع ينتمون إلى نمط الشخصية A، الذين يتميزون بأنهم عدائيون ، يتكلمون و يأكلون بسرعة ؛ يكملون جمل الآخرين ، ويقيسون أدائهم بمستويات صارمة ، فهم يضعون أنفسهم تحت ضغط يؤثر على أجهزة القلب و الأوعية الدموية.

كما كشفت دراسات (بينجرBinger) أن معظم المصابين بضغط الدم الجوهري أو الأساسي يتميزون بالخصائص التالية : يحيط بهم الإرهاق و الضغوط والمخاوف في نشاطاتهم الإجتماعية ، وأعمالهم و يميلون للإنطواء و العزلة و لايرتاحون مع الآخرين و ثقتهم بأنفسم ضئيلة ، وليس لهم القدرة على حماية أنفسهم ،وعدم القدرة على تحديد القرارات الذاتية . ويميلون للشعور بالعجز، (عطوف ياسين ،1981، ص:80).

أما ألكسندر فقد حدد السمات التالية لمرضى الضغط الدموي المرتفع :هؤلاء المرضى غير قادرين على إرضاء حاجاتهم ، السلبية و الإعتماد على الأخرين ، وكذالك يظهرون صداقة و ضبطا للنفس يخفي وراءه عدوانا قويا و قلقا.(محمود السيد أبوالنيل ، 1984، ص : 284).

أما رينج فقد حدد أنماط ثلاثة للشخصية ، من خلال مقابلات أجراها مع مرضى سيكوسوماتيين وهي : النمط الأول مفرطو التفاعل وهم المرضى الذين يثورون بسرعة ويتفاعلون مع غضبهم وخوفهم .وهذا مايتميز به مرضى إنسداد الشرايين التاجية .

ومرضى ناقصو التفاعل : وهم المرضى الذين يميلون لكبت مخاوفهم وغضبهم ،وإنفعالاتهم ، وهذا مايميز مرضى إلتهاب القولون .

والنمط الثالث مقيدوا التفاعل : بحيث يشعر المريض بمخاوفه ، وإنفعالاته ولكن دون أن يتفاعل معها أو يعبر عنها ويضم هذا النمط مرضى إرتفاع ضغط الدم ، والصداع النصفي و الربو .(قشاشطة عبد الرحمن، عوين بلقاسم، 2013،ص :151)

<u>أسباب فرط ضغط الدم :</u>

ينتج حوالي 5٪ من حالات فرط ضغط الدم عن فشل الكلى في تنظيم ضغط الدم .لكن 90٪ تقريبا تكون من نوع ضغط الدم الجوهري ، الذي لاتعرف أسبابه .ومن أهم العوامل الرئيسية التي تلعب دورا مهما لحدوث إرتفاع في ضغط الدم مايلي :

- يؤدي التوتر الزائد لارتفاع فوري في ضغط الدم ،وهذا هو(ضغط الدم المرتفع) المزمن دون وجود أساس عضوي بارتفاع (الضغط الأساسي ويستمر هذا الإرتفاع طالما لم يجد المريض حلا للمشكلة الانفعالية ويولد عبئا ثقيلا في الأوعية الدموية قد تصل إلى نزيف دماغي أو جهد زائد فوق طاقة القلب وكلاهما مؤشر أخضر لقدوم الموت . (حمام فادية كامل ،2000)

تكمن خلف ارتفاع الضغط ديناميات عدوانية ، وقلق حاد عند المصاب ويزداد قلق المريض من خوفه من التعبير عن مشاعره .

- العمر و الجنس :الرجال قبل سن الخمسين معرضون للإصابة بفرط ضغط الدم أكثر من النساء،بينما يكون إرتفاع ضغط الدم أكثر إنتشارا بين النساء بعد هذه السن .

كما تعتبر السمنة ، و السكري من بين عوامل الخطورة للإصابة بضغط الدم .

- الوراثة :وتلعب العوامل الوراثية ، دورا مهما في الإصابة بفرط ضغط الدم ، فإذا كان أحد الوالدين مصابا بفرط ضغط الدم ، تصل إحتمالية إصابة الأبناء إلى 45٪؛ و إذا كان كلاهما مصابا، ترتفع إحتمالات إصابة الأبناء لتصل إلى 95٪، ويمكن لضغط الدم المفرط عند الأطفال أن يتنبأ بإرتفاع ضغطالدم لديهم مستقبلا.(عبد الخالق أحمد ،1998)

- التوتر و الكبت والقلق : إن شخصية الفرد تلعب دورا كبيرا ، في قابلية الشخص للإصابة بإرتفاع ضغط الدم حيث أن إستجابة الشخص للتوتر و القلق و الكبت من

أكبر مسببات ضغط الدم ، لأن الجسم في هاته الحالة يفرزمادة الأدرينالين التي ترفع ضغط الدم .كما أن للإنفعالات الشديدة دور كبير للإصابة بفرط ضغط الدم ، فقد وجد أن الإنفعالات السلبية تتنبأ بتطور فرط ضغط الدم ، و السعي المتواصل ، ويمكن للبيئة الأسرية أن ترسخ مشاعر الغضب المزمن ، والإصابة لاحقا بفرط ضغط الدم .

ـ الإفراط في تناول الأملاح: الأشخاص الذين يتناولون الأملاح بكثرة ، يشيع بينهم إرتفاع ضغط الدم .(رضوان سامر جميل ،2001)

ـ زيادة الوزن : إن إحتمال حدوث ضغط الدم عند الشخص البدين ، أكثر منه عند الشخص العادي .كما لوحظ أن إنقاص الوزن لدى مرضى ضغط الدم البدناء يحسن من حالتهم.فقد بينت الأبحاث العلمية أن السمنة ، والسكري و إرتفاع نسبة الكولسترول في الدم من بين عوامل الخطورة المتسببة في إرتفاع ضغط الدم.(Garfield&Bergin ,1986,p :941)

ـ الإدمان على الكحول و التدخين : تناول الكحول بكميات كبيرة ، يسبب إرتفاع ضغط الدم ، كما أن التدخين يعتبر سببا رئيسيا لبعض أمراض القلب مثل تصلب الشرايين و الجلطة وإرتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب .

ـ حبوب منع الحمل : إن حبوب منع العمل تحوي على هرموني ، الأستروجين و البروجيسترون وكلاهما يسببان إرتفاعا في ضغط الدم .(بطرس حافظ بطرس ،2008، ص:413)

علاج ضغط الدم المرتفع : هناك عدة طرق للسيطرة على فرط ضغط الدم ، منها ماهو وقائي ومنها ماهو علاجي .

ـ ومن الإجراءات الوقائية التي أثبتت أهميتها ، في تخفيف معدل ضغط الدم : تخفيف الوزن ، والتقليل من المأكولات المالحة ، و المشروبات الكحولية و القهوة .

ـ العلاج بالعقاقير : ومن هذه الأدوية مايعالج زيادة إفراز الصوديوم ،وبذالك زيادة إدرار البول ، وهناك صنف آخر شائع من أدوية إرتفاع الضغط يدعى موانع بيتا ،وهي عبارة عن عقاقير تؤدي لتخفيض ضغط الدم ، وذالك بخفض مخرجات القلب و خفض نشاط البروتين المسؤل عن إرتفاع ضغط الدم في الكلية ،كما أنها تستخدم للتخفيف من ضغط الدم بتخفيض التدفق السمبثاوي من الجهاز العصبي المركزي .(بورويلة ،2007)

ـ تقليل إستخدام ملح الطعام (الصوديوم): لأن للصوديوم تأثير على الأوعية الدموية إذ أن نقصه يجعل الأوعية الدموية أكثر مرونة ، مما يساعد في تخفيض الضغط .

ـ تجنب الأطعمة الغنية بالصوديوم : مثل منتجات الطحين الأبيض كالخبز و الكعك.وتجنب الأطعمة المحتوية على إضافات صناعية كالأطعمة المعلبة .

ـ المحافظة على الوزن المثالي : فقد أظهرت الدراسات على أن هناك علاقة وثيقة بين ضغط الدم المرتفع و الوزن الزائد ، وقد قدر أن إحتمالية الإصابة بإرتفاع ضغط الدم تزيد 40 مرة عند الشخص المصاب بزيادة الوزن .(عبد المعطي حسن ،1984)

ـ ممارسة الرياضة : و خاصة رياضة المشي و السباحة لأنها تساعد في تخفيض الوزن و بالتالي تخفيض نسبة ضغط الدم ، فقد أثبتت العديد من الأبحاث أن زيادة معتدلة في النشاط الجسدي لدى الأشخاص الذين تعودو على الخمول و الذين يعانون من ضغط دم مرتفع ، من شأنها أن تؤدي لخفض واضح في معدل الضغط لديهم .

ـ تقليل إستعمال الشاي و القهوة .

ـ تناول الأغذية الغنية بالبوتاسيوم :وذالك لأن تناول كمية كافية من البوتاسيوم يوميا،يساعد في معالجة إرتفاع ضغط الدم ويقلل من إستخدام الأدوية الخاصة بالضغط وذالك في حالة سلامة الكلية ، ومن الأغذية الغنية بالبوتاسيوم ، الموز ،البقدونس المشمش،التمر.

ـ التقليل من تناول الأغذية الغنية بالدهون و الكوليستيرول: خاصة اللحوم الحمراء ،الزبدة ، المايونيز .....إلخ.

إتباع الحمية المناسبة : ومن أهم الأطعمة التي تساعد في التقليل من نسبة إرتفاع ضغط الدم مايلي :

ـ الثوم والبصل : الإكثار من تناول الثوم والبصل يوميا يساعد على التقليل من ضغط الدم .

ـ الأسماك : للأسماك أثر فعال على إنقاص الضغط ، كونه يحتوي على نوع دهون خاص يسمى omga-3fatty Acid الذي له قدرة فعالة على التحكم في ضغط الدم .

ـ زيت الزيتون : لزيت الزيتون قدرة فعالة على إنقاص الضغط ، فتشير التجارب إلى أن تناول 3 ملاعق زيت زيتون يوميا تقلل من الضغط الإنقباضي بمعدل 9 وحدات ملم زئبقي ، و تقلل من الضغط الإنبساطي بمعدل 6 وحدات ملم زئبقي .

ـ الخضار و الفواكه :الألياف و الفيتامينات الموجودة في الفواكه والخضار لها تأثير مضاد لإرتفاع ضغط الدم ، وخاصة الغنية بالفيتامين E,C ، وذالك لقدرتهم الفعالة على تقوية الشعيرات و الأوعية الدموية و زيادة مرونتها مثل التوت ، والعنب .

ـ الكرفس : الكرفس يقوم بإنقاص مستوى الهرمونات التي تساهم في رفع الضغط ،مثل هرمون الأدرينالين ، وهرمون النورأدرينالين ، أو هرمون الكورتيزول ، مما يؤدي لنقص تقلص الشرايين ، وبالتالي إنخفاض الضغط.

العلاج النفسي وخاصة العلاج المعرفي السلوكي ، وذالك من خلال اللجوء إلى أساليب تعديل الجوانب المعرفية السلوكية في علاج فرط ضغط الدم . و الإبتعاد قدر الإمكان عن أسباب التوتر والقلق و الضغط النفسي ، و محاولة عمل تمارين الإسترخاء ، والتأمل ، إلى غير ذالك من تقنيات العلاج السلوكي المعرفي (شيلي تايلور ،2008)

أمراض القلب : يتسبب مرض القلب في ثلث الوفيات ،وخاصة بين الرجال تحت سن 65 عاما ، وهناك عدد من المظاهر الإكلينيكية لمرض القلب منها الذبحة الصدرية ،الجلطة القلبية ، السكتة القلبية أو الموت المفاجيء ، وكل حالة من هذه الحالات تعتبر حالة طواريء طبية .(وفاء الماضي ، 1994)

وتشير البحوث الوبائية إلى أن عدد من العوامل تسبب الإصابة بأمراض القلب وتتمثل هاته العوامل في مايلي :ـ التدخين . و جود تاريخ عائلي للمرض . العمر الزمني ـ الجنس ـ ضغط الدم المرتفع .ـالزيادة المفرطة في الدهون ـ السمنة ـ نمط الحياة.ـضغوط الحياة النفسية ـ الأزمات النفسية المتكررة ـ مشاعر الإحباط المؤلمة ـ القلق الشديد .

أمراض الشرايين التاجية وكيفية حدوثها : لقد بينا سابقا أن القلب هو عبارة عن مضخة تقوم بدفع الدم الذي يحمل الغذاءو الأكسجين إلى جميع أنحاء الجسم ،وبذالك كل عضو يقوم بمهامه على أكمل وجه .وحتى يستطيع القلب أن يقوم بمهمته هاته لابد أن يحصل هو أيضا على دم يحمل الغذاء و الأكسجين ، وهو مايتم عن طريق ثلاث شرايين رئيسية تسمى بالشرايين التاجية ، الشريان التاجي الأيمن والأيسر و الدائري . وهي تسمى بالشرايين التاجية لأنها تدور حول القلب مثلما يدور التاج حول الرأس . ويقوم الشريان الأيسر بتغذية الجدار الأمامي من عضلة القلب ، بينما يقوم الشريان الأيمن بإمداد الجدار الخلفي بالغذاء ، ويقوم الشريان التاجي الدائري بتغذية الجدار الجانبي لعضلة القلب ، وبما أن الشريان الأيسر يغذي حوالي 50٪ من القلب فإنه يعتبر أهم الشرايين التاجية ، بينما يقوم كل من الشريانين الآخرين بتغذية 25٪ من القلب .(بورويلة ،2007)

وبما أن هذه الشرايين مسؤلة عن توصيل الدم الذي يحمل الغذاء ، والأكسجين إلى عضلة القلب فإنا أي قصور في أدائها يؤدي بالضرورة إلى نقص ، في كمية الدم التي تغذي القلب ، وهو مايؤدي لظهور أعراض مرضية . (أيمن أبو المجد ،1999، ص 17:)

كما تعرف كذالك أمراض الشرايين التاجية ، بأنها الأمراض التي تعزى إلى تضييق الشرايين التاجية التي تزود القلب بالدم و هي الشرايين التي أشرتا إليها سابقا ،فعندما تصاب هاته الشرايين بتضييق أو إنسداد ، فإن هذا يؤدي إلى إعاقة تدفق الأكسجين والغذاء للقلب بصورة كلية أو جزئية . وعادة مايؤدي النقص المؤقت للأكسجين والغذاء إلى شعور الفرد بألم منتشر في كل أنحاء الصدر و الذراع .

وتعزى هاته الأمراض إلى التغييرات في غذاء الإنسان ، وتدني نشاطه البدني وتنتشر أمراض الشرايين التاجية بوجه خاص بين الرجال و كبار السن ،ويعتبر الغامل الوراثي أحد أهم العوامل المهددة بالإصابة بأمراض القلب التاجية ، وفي هاته الحالية يمكن أن يصاب الفرد بالمرض في مرحلة مبكرة من العمر (Boyesbet all,1995 ,p :315)

ومن أهم عوامل الخطورة للإصابة كذالك : إرتفاع ضغط الدم ، السكري ، التدخين ، البدانة ، إرتفاع مستوى الدهنيات ، و قلة النشاط البدني .

ومن أهم سمات الأشخاص المصابون بأمراض الشرايين التاجية ،ترى دنبار (1948) أن المريض يخفي تحت هدوئه السطحي عدوانا ، ويتميز هؤلاء المرضى كذالك بالدافع

التنافسي المتزايد و الرغبة المستمرة للمعرفة وهذا ما أكدته النظريات الحديثة.(محمود أبو النيل ،1994،ص:249).

ـ تصلب الشرايين: إن تصلب الشرايين ينشأ عن ترسب الكولسترول ومواد أخرى على الجدران الداخلية للشرايين ، وهذه المواد تشكل صفائح تعمل على تضييق الشرايين ، ووجود الصفائح في حال تصلب الشرايين يقلل من تدفق الدم عبر الشرايين ، ويؤثر في تمرير المواد الغذائية من الشعيرات الدموية إلى الخلايا ، مما يسبب تدمير الأنسجة .

كما يعتبر تصلب الشرايين من الأمراض التي ترجع جزئيا لنمط الحياة ، هو من الأمراض التي ترجع جزئيا إلى نمط الحياة ،فهو يرتبط بعدد من العادات السلوكية السيئة ، مثل : التدخين ، و الغذاء المشبع بالدهون .

ويحدث تصلب الشرايين (Arteriosclerosis) عندما يتفاعل الكالسيوم ، والأملاح ، والندب المتبقية ، مع النسيج المطاطي للشرايين ؛ مما يقلل من مرونتها ويجعلها قاسية و صلبة ، وتؤدي هذه الحالة لزيادة ضغط الدم ؛ لأن الشرايين تعجز عن التوسع والتقلص لمساعدة الدم على الحركة وقد يتسبب عن ذالك إرتفاع في ضغط الدم ، (High Blood Pressure) ويرتبط تصلب الشرايين بإثنين من المظاهر الإكلينيكية أولاهما هي الذبحة الصدرية (Angina Pectoris) التي سنتناولها لاحقا بالشرح،وثانيهما إحتشاء عضلة القلب (Myocardial Infarction–MI) التي غالبا ماتحدث بسبب إنسداد في الأوعية الدموية يمنع تدفق الدم إلى القلب . و إحتشاء القلب

الذي يعرف باسم النوبة القلبية (Heart Attack)، يمكن أن يؤدي إلى الموت إذا توقف القلب عن العمل .

ومن إضطرابات الأوعية الدموية الأخرى الأنورسما أو تمدد الأوعية الدموية ، وإلتهاب الوريد ،والدوالي أو توسع الوريد ، وتصلب الشرايين و الأوردة .

أما بالنسبة للأنورسما (Aneurysms) فهي عباة عن إنتفاخ في قطاع من جدران الشريان أو الوريد ، يحدث كرد فعل في منطقة ضعيفة نتيجة للضغط .وعندما ينفجر الإنتفاخ يحدث موت فوري بسبب النزيف الداخلي و إنعدام ضغط الدم .إن سبب الأنورسما قد يعود لتصلب الشرايين أو إلى الإصابة بالسفلس (Syphles).

أما إلتهاب الأوردة (Phelibtis) فهو إلتهاب يحدث في جدار الوريد و يترافق حدوثه مع تجمع الماء و الألم .ويحدث بسبب تعرض المناطق المحيطة بالوريد للعدوى ، أو بسبب الأوردة الدوالية أو التغيرات المرتبطة بالحمل ، أو ورم يضغط على الوريد .

و الخطورة الرئيسية التي تكون بسبب إلتهاب الأوردة ، فتعود إلى مايمكن أن ينشأ بسببها من جلطات في الدم تؤدي إلى إعاقة الدورة الدموية ؛ مما قد يؤدي إلى توقفها .(شيلي تايلور ،2008،ص : 81).

الذبحة الصدرية: هي عبارة عن قصور دموي في الشرايين ، ترجع إلى تقطع مرور الدم إلى القلب ، وقد يرجع إلى تقطع (تجلط)هذه الإمدادات إلى مرض متطور أو إلى تقلص في شرايين القلب.

وقد عرفها عطوف كذالك:بأنها هي الإحساس بالإختناق في الصدر مع آلام شديدة وهي ليست مرضا ، لكنها أحد أعراض مرض القلب ناتجة عن قصور وصول الدم عبر الشرايين إلى القلب ، مما يضاعف مجهود القلب و يؤدي لنوبات الذبحة الصدرية .

وقد يكون العلاج بالوقاية ثم الرياضة و الحركة و الإبتعاد عن أكل المواد الدسمة ، وإستخدام بعض الأدو ية التي توسع الشرايين التاجية ، لكن الراحة و النوم المنظم والإبتعاد عن القلق و الإجهاد والتوتر هي أهم سبل العلاج . (عطوف ياسين ، 1981، 84)

وعادة ينظر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون ، المهتمون بمعالجة مرضى القلب بإعتبارهم فئة متجانسة على الرغم من أن مرضى الذبحة الصدرية ،أميل لأن يكونو أكبر عمرا من غيرهم من المصابين بأمراض القلب الأخرى، ولديهم خصائص نفسية مختلفة عن مرضى جلطة القلب، وتتوالى في الوقت الحاضر الدراسات الطبية والجهود الإكلينيكية في سبيل تحديد ماهية هذه الفروق ، حتى بدأ حاليا مرضى الذبحة الصدرية يحصلون على المزيد من الإهتمامات بإعتبارهم فئة منفصلة .

هذا ويقدم الفحص الإكلينيكي أو التقييم النفسي لمرضى الذبحة الصدرية ثلاث إتجاهات رئيسية لفهم الحالة المرضية وهي :

- رسم خريطة للعوامل النفسية والظروف الإجتماعية المرتبطة بمرضى الذبحة الصدرية .
- تقييم المدى الذي يصل إليه الألم و العجز الذي يذكر في الحالات الحادة للمرضى .

- تحديد دقيق للعوامل النفسية و الإجتماعية ،المثيرة للذبحة الصدرية .

وتحدد العوامل الأساسية التي ترتبط بمرض الذبحة الصدرية كالأتي :

أولا : العدائية Neurosis.

ثانيا : الغضب Anger.

ثالثا العدائية Aggression.

وهذه العوامل ذات علاقة بتوهم المرض ، والقلق وترتبط أيضا بالصحة العامة ، والشكوى من الألم ، وقد إتضحت هذه العلاقة من خلال إمكانية مشاهدة وجود مرض القلب عند تصوير الشرايين ، حيث كان تشخيص الذبحة الصدرية يعتمد كليا على تقارير المريض للأعراض وحديثا أوضحت تقارير تصوير القلب ، أن المستوى المرتفع من العصابية يرتبط عكسيا بمرض القلب ، ولكن ترتبط إرتباطا وثيقا بالتقارير الذاتية حول الذبحة الصدرية ، وبالتالي يتضح أن العصابية ترتبط بالسلوك المرضي ،وقد تبين أن العصابية ترتبط بقوة الذبحة الصدرية أكثر من إرتباطها بالأنواع الأخرى من مرض القلب .فأصحاب المستويات المرتفعة من العصابية الذين يشكون من الذبحة الصدرية أكثر ميلا لأن يشخصوا على أنهم يعانون من الذبحة الصدرية مقارنة بغير المرتفعين في العصابية ، بالرغم من وجود فروق في حدوث جلطة القلب يظهرها رسم الشرايين .

وفي ضوء هاته النتائج يوصي الباحثون في هذا المجال بإستخدام المقاييس النفسية لإكتشاف المستويات العليا من العصابية ، كجزء من التدبر الشامل لهؤلاء المرضى.(أديب محمد الخالدي، 2006، ص:465).

إضطرابات ضربات القلب (اللغط): إن حالة الخلل و الإضطراب في دقات القلب ،تسمى علميا Extrasysto أو اللغط ؛ ويكثر هذا اللغط كثيرا في حالات الإنفعالات القوية والمفاجئة .

تؤثر الضغوط الإنفعالية اليومية الحادة ، في النشاط الكهربائي للقلب من خلال الأداء المرتفع لنشاط الجهاز العصبي ، ففي حالة القلب الذي تعرض للتلف نتيجة لجلطة سابقة يحتمل أن يؤدي ذالك إلى الموت .

فقد تبين أن للعوامل النفسية مثل الضغوط و مشاعر العزلة الإجتماعية ، تعتبر بمثابة منبئات أكيدة للسكتة القلبية لدى الرجال الذين عانوا من ذبحة صدرية مؤخرا.

فقد أشارت الفحوص الطبية الإكلينيكية ، أن تأثير الفقدان الحديث لشخص محبوب يؤدي لنفس الأعرض .(محمد عبد الرحمان ، 1999)

فالأشخاص الذين يعانون من إضطرابات ضربات القلب ، أو مايسمى للغط القلب الوظيفي عندما يكونون في أزمة إنفعالية ، يركزون إهتمامهم على الخلل في إضطرابات القلب فينتابهم القلق من حصول متاعب القلب وتتطور لديهم الأعراض المرضية

خاصة و أن اللغط يكثر في الحالات الإنفعالية القوية والمفاجئة .وقد يحصل كذالك في حالات الإتصال الجنسي .

كما أن حالات اللغط تتباين بين الناس ، فالذين لايهتمون بها تأتي مؤقتا ، وتزول بسرعة أما الأشخاص القلقين (قلق مزمن) فهم يزيدون من حالات اللغط فتصبح لديهم أعراض مستمرة فاللغط إستجابة إنفعالية حشوية ،ويستمر بصورة مرضية مع إستمرار حالة التوتر الإنفعالي ويعتبر القلق الحاد مظهرا للتوتر .(أديب محمد الخالدي ،2006، ص : 465).

أ/عصاب القلب : أول من وصف هذا العصاب هو الطبيب الأمريكي ألفرد ستيل (1863) وهو عبارة عن أعراض مختصة بالقلب ، تنشأ من حالة قلق وصراع ؛ و إحباطات وشدة نفسية مزمنة ؛ أو متكررة وتشمل هاته الأعراض:

أ- الأعراض المتظاهرة على صعيد القلب (لا تجتمع بالضرورة).

1- خفقان القلب.

2- تسارع النبض.

3- انزعاج في منطقة القلب.

4- آلام في منطقة الصدر (بدون اعطال في الشرايين التاجية).

5- عسر التنفس عقب الجهد.

6- الشعور بالاختناق.

ب- الأعراض النفسية المصاحبة (لا تجتمع بالضرورة).

1- مظاهر تناذر القلق. (يعالج بمضاد للقلق – Diazepam).

2- اضطرابات النوم. (يعالج بمضاد مثبط – Diazepam).

3- اضطرابات الذاكرة. (يعالج بـ فيتامينات – ب).

4- مظاهر انهيارية. تعالج بالـ Flupentixol.أو Amisulpiride–

5- اضطرابات عضلية - وظيفية (تعالج بمضاد قلق ذي مفعول مرخ للعضلات - Diazepam).

6- اضطرابات تنفسية - وظيفية (تعالج بالـ Fluanxol).

7- اضطرابات هضمية - وظيفية (تعالج بالـ Amisulpiride).

8- اضطرابات بولية - تناسلية - وظيفية (تعالج بالـ Fluanxol).

9- علائم نباتية - عصبية

(النابلسي ،1996،ص: 99) .

و يصاحب ذالك أيضا خواف من الموت ، ومرضى عصاب القلب قلقون بسبب خوفهم من الموت ، ومن النوبات القلبية ، وعادة مايكون عصاب القلب شبيه سريريا بأعراض القلق .وتقدر نسبة حدوث هذا العصاب حوالي 16.11٪ من مرضى القلب ،ولدى النساء أعلى منه لدى الرجال . (فيصل محمد خير الزراد، 2000،ص:278)

ويعتبر العلماء حاليا أن عصاب القلب يكون بسبب الأخطاء التي يرتكبها الطبيب تجاه المريض ، فالدراسات تشير إلى أن نصف المرضى المحولين إلى عيادات أمراض القلب يكونو يعانون من أي آفة عضوية في القلب ، إنما يفعلون ذالك بسبب القلق الذي تحدثه ملاحظات الطبيب لهم ، و يصل مرضى عصاب القلق إلى الإعتقاد بأنهم مصابون بمرض القلب من خلال الأعراض التي تظهر عندهم ، مثل الخفقانو عسر التنفس والشعور بالإرهاق.....إلخ.(محمد خالد الطحان ، 2001)

ومثل هذه الأعراض غالبا ما تكون رد فعل على الإجهاد النفسي و الإنفعالات الحادة ،في حين يكون القلب سليما من الناحية العضوية، وهذا راجع لجهل الطبيب أثناء تشخيصه لحالة مريضه بالنواحي النفسية والسيكوسوماتية .

ويعتبر الخوف الدائم من الموت ، والمكاسب الثانوية التي يحققها المريض كجذب إهتمام الأخرين ورعايتهم يعتبران من بين العوامل التي لها دلالة مهمة في الطب السيكوسوماتي ولدى مرضى عصاب القلب خاصة .

ومن أبرز العوامل المساعدة على ظهور عصاب القلب ما يلي :

1- وجود توتر وصراع انفعالي عند المريض .

2- فشل المريض في اجتياز فحص جسماني واهتمام الطبيب الزائد بقلب المريض.

3- حدوث (وفاة فجائية)أو مرض قلبي لأحد أصدقاء المريض أو أحد أفراد عائلته.

4- ظهور أعراض وقتية غير متوقعة نتيجة عوامل ثانوية كاستعمال المخدرات والإدمان على الخمور أو الإسراف في التدخين والمنبهات كالقهوة وغيرها .

5- الخوف الدائم من الموت أو المرض أو العمل الشاق تحت إرهاق وشروط صعبة .

أما بالنسبة للعلاج فإنه عادة مايعالج المريض بالمهدئات ، والعلاج النفسي المعرفي وقد تعطى مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقة ، فقد تكون لمضادات الإكتئاب تأثيرات جانبية مثل التعرق ، إضطرابات القلب ، إنخفاض الضغط الشرياني خاصة عند النهوض من وضعية

الإستلقاء ، فتزداد لديه أعراض الدوار مما يشير لحالة من الجزع أو الخوف لذالك لابد من تنبيه المريض للتأثيرات الجانبية التي تحدث بسبب مضادات الإكتئاب .

كما تستخدم مع هاته الحالات إستخدام طريقة الكف بالنقيض و الإسترخاء و العلاج النفسي و الإيحاء بتوليد الأفكار ، مع الإنتباه إلى أن هاته الإضطرابات القلبية لاتزول بسرعة ولكن الشفاء التام يمكن أن يتحقق شريطة أن يكون التشخيص والعلاج مبكرا مع التركيز على التكامل بين العلاج الطبي و النفسي معا .(نفس المرجع السابق ، ص:281)

14**ـ الصداع** : يحدث الصداع نتيجة تغيرات في أوعية القلب ، تؤدي إلى زيادة في الضغط الداخلي للجمجمة .(عكاشة، 1992 ص: 165) وينشأ من عوامل نفسية في أغلب الحالات ومن هذه العوامل تجمع الإنفعالات وتراكمها لدرجة لا يستطيع الشخص تحملها ، فالانفعال الذي يشعر به الإنسان يبقى اذا لم يستطيع التعبير عنه فاذا تجمع قدر كبير منه أدى الى حدوث اضطراب مثل الصداع. وذالك أن المواقف الإنفعالية تجعل شعيرات الأوعية الدموية في الرأس تنقبض ،وتتمدد مما يؤدي لزيادة إستثارة الأطراف النهائية للأعصاب وفي هاته الحالة يبدأ الشعور بالألم ، ليصل إلى قمة المرض والشعور بالصداع .(عايدة شكري حسن ،2001)

و للصداع أنواع و أشكال كثيرة فقد يكون الصداع متقطعا أو مستمرا ، وقد يصاب الإنسان بالصداع شهريا و لمدة تدوم عدة ساعات ، أو قد يصاب به أسبوعيا أو يوميا ، و تختلف شدة نوبة الصداع بين ألم خفيف و معتدل إلى إحساس بألم شديد .

وقد يأتي الألم في في الجبهة أو في الصدغ أو قرب العينين ، أو في مؤخرة الرأس و قد ينتشر الصداع إلى أحد شقي الوجه أو كليهما . ويصاحب أنواعا معينة من الصداع أعراض أخرى غير الألم كالغثيان و القيء و إضطراب الرؤية و المزاج .

وتزيد نوعيات الصداع على 15 نوعا أهمها :

1- الصداع العضوي:الذي ينتج عن خلل فيزيولوجي ،فقد يكون الإسبرين كافيا لزواله .

2- الصداع النفسي : الذي ينتج عن القلق و التوتر ، أو الضغوط النفسية ؛ولا تجدي معه الأدوية وله أعراض غثيان ؛ إضطرابات في النوم ؛ إنعاكاسات في السلوك ويتميز بألم متواصل .

3- صداع ناتج عن أمراض الجهاز العصبي :مثل إلتهاب السحايا ، إلتهاب المخ؛إنسداد الشرايين ؛ إرتجاج المخ بعد حوادث أو صدمات تصيب الرأس .

4- صداع ناتج عن امراض الأنف والجيوب الأنفية: بحيث يتولد صداعا في الجبهة أو فوق وجنتي الوجه ، ويزداد ذالك حين يصاب المريض بالزكام .

5- صداع ناتج عن أمراض الأسنان أو التهابات الفم.

6- صداع ناتج عن أمراض العينين وارتفاع الضغط داخل العين او مرض الماء الأزرق وغيرها.

7- صداع ناتج عن إلتهابات عضلات الرقبة أو الرأس ويرتكز في مؤخرة الرأس ،وعند تحريك الرقبة .

8- صداع ناتج عن ارتفاع ضغط الدم والتوتر الإنفعالي.

9- صداع ناتج عن استعمال حبوب منع الحمل.

10ـ صداع ناتج عن أمراض الجهاز الهضمي : كالإمساك ؛أوالإسهال و إضطراب الكبد و إلتهاب المرارة المزمن و الأمعاء و ا لقولون و المعدة .

11ـ صداع نصفي : و هو وراثي في أغلب الحالات يحس المريض فيه بإهتزاز الضوء أمام عينيه ، ويسيطر على نصف الرأس ، ويصاحبه غثيان وقيء و يزداد مع الأكلات الدسمة،والإرهاق و الإنفعالات الحادة ،وسوف نتناول هذا النوع بشيء من التفصيل لا حقا وذالك لأنه من أكثر أنواع الصداع إنتشارا .

12ـ صداع ناشئ عن العادة الشهرية أو الإسراف في العادة السرية.

13ـ صداع غير معروف السبب مع نوبات دوار ثم هدوء ثم ثم توتر عصبي.(عطوف ياسين ،1981، ص : 79).

أما الجمعية العالمية للصداع فقد صنفت مايقارب 100 نموذج للصداع ، ولكن معظم هاته الأنواع مجهولة الأسباب ، إلا أن معظم الدراسات الحديثة أكد ت أن الجملة العصبية المركزية بألياتها العضلية والوعائية هي مصدر معظم أنواع الصداع .(محمد حمدي الحجار، 2004،ص: 32)

ويرتبط الصداع في أغلب الأحيان من وجهة النظر التحليلية بالكراهية المكبوتة .(عكاشة ،1992 ص:125)

الصداع النصفي: هو تناذر يتميز بأوجاع نصف رأسية (نصف الجمجمة الايمن أو الايسر) تظهر بصورة عشوائية ويصاحبها الغثيان والاستفراغ واضطرابات على صعيد العين. هذه الالام تنجم عن تقلصات شريانية مفاجئة في المناطق المتعرضة للألم. و الصداع يمكن ان يصيب اية منطقة من مناطق الرأس على جهة واحدة ابتداء من العين وحتى مؤخر الرأس. الغثيان او التقيؤ. ومن الممكن ان تتراوح مدة آلام الشقيقة من بضع ساعات الى بضعة ايام. ان الشقيقة تصيب النساء بشكل خاص ويزداد ظهورها في الفترة السابقة للعادة الشهرية، وهي تتراجع او تنخفض من حيث مدتها، في حالات الحمل وبعد بلوغ سن اليأس.(النابلسي،1992 ،ص :126).

والرسم الكهربائي للدماغ بهذا المرض ، يعطي موجات غير منتظمة ، وهي شبيهة بموجات حالات الصرع .

أما عن فسيولوجيا هذا المرض وطريقة حدوثه ، فقد حدد وولف (Wolf) ، في كتابه ،(Headace and Other Head Pains) ميكانيزمات الصداع النصفي في المراحل التالية :

أ ـ إن الضغط النفسي الإنفعالي ، يجعل الشعيرات و الأوعية الدموية في الرأس تنبض أي (تتمدد و تنقبض) ، وبذالك تستثار الأطراف النهائية للأعصاب الموجودة مع الشرايين و هنا تبدأ مشاعر الألم .

ب ـ قد تصل الحالة إلى القمة المرض و الصداع ، وقد تزول (فجأة) بزوال الموقف النفسي الإنفعالي كما بدأت فجأة .

ج ـ إن من المرجح وجود عوامل (إستعدادية عضوية) تساعد على ظهور (الأعراض العضوية) بهذه الصورة إستجابة لتوتر القلق و الإنفعالات العنيفة .(عطوف ياسين ، 1981، ص : 130)

أما شلدون فيرى ، أن لهذا الإضطراب أساس فيزيولوجي ينتج عن تقلص العضلات المحيطة بالرأس فيمنع إنتظام إندفاع الدم إلى الرأس .(سامر جميل ، 2000، ص: 63).

ويعتبر العلماء بأن الوراثة تلعب دوراً رئيسيا في الاصابة بهذا المرض بالاضافة الى الارهاق الجسدي او النفسي وكذلك مشاعر الانخذال وخيبات الأمل. و الزيادة المفاجئة في ضغوط العمل ، أو المشاجرات ، و الإحباطات والضغوط النفسية ، والمواقف التي تهدد الذات إجتماعيا ، و إقتصاديا أو نفسيا كالخوف من الفصل عن العمل ، أو العزل من منصب ، أو الرسوب في إمتحان أو الفشل في زواج ، كل هاته العوامل تعتبر تمهيدية و مقدمات لحدوث الصداع النصفي . و لها دور كبير في هذه الحالة وفيها يحدث انقباض شرايين المخ بصفة مؤقتة مما يؤدي الى ظهور بعض الأعراض ، كرؤية اضواء او بقع او الشعور بتنميل في أحد جانبي الجسم ، ويلي ذلك تمدد لبعض الشرايين الخارجية بالرأس فيحدث الألم .ويتكرر الصداع في ناحية واحدة من الرأس ، ولذلك سمي بالصداع النصفي ، ويصاحبه غثيان وقيء أحيانا ، وقد يمتد الصداع فيشمل جانبي الرأس. أما بالنسبة لشخصية المصابين بالصداع النصفي ،فهم يتميزون بحب الإتقان و الطموح ، يبالغون في منافسة الأخرين ، وفي هذا السياق أكد عبد المنعم الميلادي بأن الصداع النصفي يكون أكثر إنتشارا عند الأفراد ذوي الشخصية الوسواسية ؛التي تميل لنظام و إحترام القوانين و الأعراف السائدة في المجتمع، والتي تتميز كذالك بالمثالية و الضمير الحي و التدقيق في التفاصيل ، و أن الصداع النصفي أكثر إنتشارا بين الأذكياء و المثقفين ذوي الطموح الشديد، وللعامل الوراثي دور كبير ، أما بالنسبة للفروق الجنسية فهو أكثر عند النساء مقارنة بالرجال .(عبد المنعم ،عبد القادر الميلادي ،2006، ص: 46).

أما عطوف فقد بين أن من أهم المظاهر السلوكية للمصابين بالصداع النصفي تمثلت في مايلي : شدة الحساسية للنقدمن الأخرين ، وهم يتصيدون أخطاء الغير ويحبون إنتقاد الناس بإستمرار، و الطموح الزائد فهم يدفعون أنفسهم ، بطموح للوصول إلى أهداف عالية و يهتمون كثيرا بنظافة ملابسهم ، ولديهم دقة قهرية ومبالغة شديدة في الدقة والكمال .

كما أنهم كثيرو اللوم لأنفسهم و يبذلون جهدا لأداء أعمالهم بأحسن صورة ويقعون فريسة للغضب و كبت الكراهية .(عطوف ياسين ، 1981،ص : 130)

أما لينش فقد أثبت أن الضغط هو أهم عامل في تنمية الصداع النصفي، كما أوضح أن الألم يحدث عادة في فترة الإسترخاء التي فترة الضغط أكثر من حدوثها في فترة الضغط نفسها .(سمير شيخاني ،2003، ص : 23).

كذالك المريض بالصداع النصفي معرض دائما للإحباط ؛فعند مواجهته لعمل يفوق طاقته تظهر لديه أعراض الصداع .(فيصل خير الزراد ،198، ص: 152)

غالبا ما ينحدرون من أسر محافظة تهتم بالتحصيل الدراسي وتعلق أهمية كبيرة على النجاح و التفوق المدرسي ، وتطلب من أطفالها الإلتزام بأنماط سلوكية تحد من التعبير المباشر عن العدوان سواء كان لفضيا أو جسميا وكظم الإنفعالات، ومن هنا يتم كبت الإحساسات العدوانية و إثارة الغضب فيؤدي ذالك لقلق وصراع .(عماد الدين السلطان ، 1980، ص:318).

وفي نفس السياق فسر فروم وفريتشمان (from&friechman) ، بعد علاجهما لثماني حالات مرضى صداع نصفي بطريقة التحليل النفسي ، أن هؤلاء المرضى غالبا ماينتمون إلى أسر تتمسك بالتقاليد ويتضامن أفرادها و تتمتع بالسمعة الطيبة ، مما يجعل التعبير عن العدوان بينهم شيء محظور يعاقب الفرد عليه بفقدان حماية الأسرة عند الشدائد ، فالخوف من هذه العقوبة يؤدي لكبت كراهيته إتجاه أي عضو من الأسرة ، وباعتبار الكبت ليس الحل فإن الغضب و الكراهية يتحولان لصداع نصفي ، وهذا ما أكده كوفيل عندما ربط الصداع بالكراهية المكبوتة .(سمير شيخاني ،2003، ص : 24)

وينتمي المرضى المصابون بالصداع النصفي إلى النمط الثالث من أنماط الشخصية الذي حدده رينج مقيدوا التفاعل الذين يشعرون بالمخاوف و الإنفعالات ، مع عدم التفاعل مع هاته الإنفعالات أو التعبير عنها .

التفسير السيكوسوماتي المارتي للصداع النصفي: يؤكد مارتي في تفسيره للصداع لنصفي بأن التصورات والهوامات المختفية وراء الصداع تكون غالبا محدودة ومتركزة بحيث يمكننا ردها، احياناً بقليل من الصعوبة، الى الوضع الاوديبي. وهكذا نلاحظ ان التصورات هي في الواقع مقموعة اكثر منها مكبوتة. وللصداع عامة خاصيته التي تميزه عن سائر الامراض النفسدية. هذه الخاصة تنبع من كون التفريغات النزوية (المجسدة على صعيد شرايين الرأس) تمارس تأثيرها مباشرة على الجهاز العقلي – الوظيفي بحيث تتسبب بنوبة الالم المصاحبة للصداع. هذا وينظر النفسديون للصداع على انه مظهر من مظاهر عدم كفاية الفكرة وبمعنى آخر فان الصداع هو احد مفارق طرق المرض النفسدي.(النابلسي 1992،ص: 129)

الدوار: هو شعور الشخص بحركة رأسه بالنسبة للاشياء الموجودة حوله او بحركة هذه الاشياء في احد الابعاد الثلاثة. ويتأتى الدوار على شكل نوبات تهدأ تدريجيا وتترافق بالاحساس بحركة الدوران. والدوار هو عارض فيزيولوجي يستوجب التفريق التشخيصي بينه وبينه حالات انخفاض نسبة الدهون في الدم وبين الاضطرابات العصبية – الحركية المتعلقة باضطرابات القدرة على تحقيق التوازن للجسد.

فالدوار ينشأ عادة عن خلل في الاجهزة الحسية للاذن الداخلية. لكن ظهور الدوار كعارض نفسدي غالبا ما يتبدى لدى اشخاص يعيشون صراعات تدفعهم للتردد في اتخاذ القرار فيأتي الدوار كمعادل نفسدي لمشاعر الحيرة التي يعانونها.(النابلسي ، 1992، ص : 124)

15ـ أمراض الجهاز التنفسي : لقد أشار العالم Strange في كتابه Abnormal Psychology أن الإضطرابات التنفسية هي أمراض سيكوسوماتية و تتضمن : الربو الشعبي ؛ الحمى الربيعية ؛ النزلات الشعبية و إلتهابات الجيوب الأنفية ؛ و حمى القش ؛ والسل الرئوي ؛ وكافة إصابات البرد المعتادة ، و سنتناول في مايلي أهم هاته الإضطرابات و أكثرها شيوعا :

أولا :الربو وفيما يلي نورد التعريف الطبي للربو كما يورده قاموس لاروس الطبي:

الربو هو تناذر تنفسي مميز بنوبات من صعوبة التنفس (صعوبة اخراج الهواء) المفاجئة والمصاحبة باضطرابات في جريان الدم وفي الافرازات المخاطية للمجاري التنفسية.(النابلسي ،1992،ص:125)

و أهم مايميز نوبات الربو ، إنقباض عضلات الشعب الهوائية ، وتناقص معدل إنسياب الهواء مع إنتفاخ الأغشية المبطنة للشعب الهوائية بسبب تراكم المخاط ، فيعملان على وجود إنسداد يؤدي لحدوث تنفس مختنق أو صعوبة في التنفس ، حتى يشعر المريض بالإختناق و يجاهد من أجل الهواء فيسعل بصورة تشنجية .(حسن مصطفى ، 2003، ص: 62)

ويعرف الربو كذالك ، بأنه من أهم إضطرابات الجهاز التنفسي ،و يطلق عليه أحيانا إسم الربو العصبي ، و يتميز بصعوبة في التنفس ، نتيجة لتقلص الشعيبات ، وتورم أغشيتها المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية العصبية ، و الشعور بالضغط على القفص الصدري و ضيق الصدر ، و النهجان و صعوبة مرور الهواء إلى الرئتين و تحدث النوبات عادة عند أحداث إنفعالية .(حامد زهران، 1997، ص: 473)

أما عكاشة فقد عرف الربو ، بأنه مرض يهاجم جهاز التنفس و يتميز بأعراض يعانيها المريض ، كضيق التنفس و اللهث و السعال المستمر أو المتقطع ، و الإحساس بالحشرجة في الصدر و البلغم ، وهذه الأعراض تعود لنقص في قطر الشعب الهوائية وهي التي يمر منها الهواء إلى الرئتين ، وهذا الضيق يرجع لتورم جدران الشعب ، أو بسبب تقلص العضلات الشعبية القابضة . (عكاشة ،1992، ص : 172)

و يعرف الربو كذالك بأنه أحد أمراض الحساسية ، حيث يستثار الجسم وتثار فيه مادة الهيستامين ، التي تعتبر مسؤلة عن كافة أشكال الحساسية . و لضمان سلامة العملية التنفسية البيولوجية الحيوية للإنسان ، في إستنشاق الأكسجين و طرح ثاني أكسيد الكربون يعطى المريض مضادات الهيستامين .(عطوف ياسين ، 1981، ص : 90)

وقد عرف كامل محمد عويضة الربو ، بأنه إضطراب في التنفس علامته الإنقباض المؤقت للقصبة الهوائية ، و عادة ماتتسبب النوبات عن عن رد الفعل الحساسي (الشديد الحساسية) للمولدات المضادة مثل : العشب ، وطلع الشجر ، الأبواغ الفطرية ، وبعض الأطعمة .وإحتمال الإصابة بنوبة الربو يستند إلى فرط نشاط العضلات الشعبية التي تنقبض أو تتقلص لدى التعرض لواحد من هذه العوامل ،و الضغط المزمن يخفض من فعالية الغدة

الكضرية ، مخفضا هكذا من إنتاج الهرمونات المضادة للإلتهاب و المضادة للحساسية ، التي قد تجعل حدوث نوبة الربو أكثر حدوثا .(كامل محمد عويضة ، 1996،140)

أما بالنسبة للخصائص النفسية لمرضى الربو فهم غالبا ماتكون لديهم مخاوف من الإنفصال، وكذا الإعتمادية التامة على الأم وهم في حاجة دائمة للحماية .(عبد المنعم الحفني ،1995،ص:135) .

أما دنبار من خلال تصنيفها للخصاص بعض الأمراض السيكوسوماتية ، فقد بينت أن شخصية المصاب بالربو تتميز بالحاجات البدائية كالخوف من الإنفصال ، و الإعتمادية و الحاجة إلى الرغاية والإهتمام ، كثرة المطالب ، المريض لديه مشاعر متضاربة نحو نفسه و الأخرين .(حسن عبد المعطي ، 2003،ص : 188)

والمصاب بالربو يكره المسؤلية و يريد من الأخرين أن يؤدوا له مهامه ، ويتوقع منهم الكثير تعبيرا عن إتكاليته ، و إعتماده الطفلي على الأم .

وتتميز شخصية المصاب بالربو بأنه يعاني قلق فقدان السند ، وهو أيضا يبدو متوكل بشكل واضح وصريح في كل تصرفاته .(فخري الدباغ ، 1983، ص : 213)

كما أن المصاب بالربو ، لديه غيرة شديدة و عناد ،وردود أفعال عنيفة ، ومناقشاته عدوانية ويحب المناشة العدوانية ، لأنها تفسح له مجال لإبراز نفسه . فقد بينت الدراسات أن آباءالمرضى بالربو خاضعون لسطوة الأم ، أو يلعبون دور الزوج الفاشل و لايظهرون للطفل العاطفة المرغوبة ، و إن السعال و الحشرجة هي تعبير كالبكاء للحاجة للأم والتذبذب الإنفعالي بين الرضاء والغضب و التشاؤوم والتفاؤل .(عطوف ياسين ، 1981،ص : 91).

و بينت دراسة روجرسون ،هاردكسل ، وويجود التي أجريت على عينة من الأطفال المرضى بالربو أن هؤلاء الأطفال يتميزون بذكاء لفظي عالي ، وضعف في القدرة على العمل اليدوي ،و قلق ملحوظ وإنعدام الثقة بالنفس ، ونزعة عدوانية كامنة ، و التمركز حول الذات ، علما أن أباء هؤلاء الأطفال يرعونهم ويهتمون بهم بشكل زائد و كبير .(كامل محمد عويضة ،1996، ص: 145)

الاشكال العيادية للربو:

جرت العادة على تصنيف الربو عياديا تبعا للعوامل التي يعتقد انها كامنة وراء حدوثه. وبناء عليه فان هنالك ثلاثة أشكال عيادية هي:

1- الربو ذو المنشأ الخارجي:

ويقصد بهذا التعبير ذلك الشكل العيادي حيث تكون مادة خارجية، او مجموعة من المواد هي السبب في احداث الربو وفي تكرار نوباته. ويمتاز هذا الشكل من الربو بارتفاع نسبة البروتينات المناعية من نوع (E) في الدم بصورة عامة ولكن ايضا بارتفاع نسبة نوع خاص (بالمادة المسببة للحساسية) من هذه البروتينات. وفي هذه الحالة فان الاختبارات الجلدية تكون ايجابية بالنسبة للمادة او للمواد المسببة للحساسية.

2- الربو ذو المنشأ الداخلي:

والحقيقة ان هذه التسمية لا تزال مثار جدل بين الاطباء اذ يفضل قسم منهم تسمية هذا الشكل العيادي بـ: الربو غير المتأثر بالعوامل الخارجية. وكما نلاحظ فان هذا الربو هو غير تحسسي.كما ان جهاز المناعة لا يلعب دورا في احداثه فالبروتينات المناعية (E) تبقى في حدودها الطبيعية في مثل هذه الحالات.

3- الربو ذو المنشأ المشترك:

ونعني به الحالات حيث ينشأ الربو عن عوامل داخلية وخارجية في آن معا وهذا الشكل العيادي يكون أكثر حدوثا كلما كان ظهور الربو باكرا، وفيه يلاحظ ان الاختبارات الجلدية تكون سلبية.

2- العوامل المسببة للربو:

وتقسم هذه العوامل الى مختصة (spécifiques) وغير مختصة:

أ- العوامل المختصة: وهي تمارس تأثيرها عن طريق تسببها بالتحسس داخل الجسم وهي:

1- المواد المحسسة عن طريق الاستنشاق.

- المواد المحسسة عن طريق الجهاز الهضمي.

3- المواد الداخلية المسببة للتحسس.

ب- العوامل غير المختصة: ومنها ما هو داخلي وما هو خارجي وهي ممكنة التقسيم كالتالي:

1- العوامل الالتهابية والانتانية (التهاب الشعب، السل... الخ).
2- العوامل التهييجية المستمرة (الزوائد الانفية - انحراف الفاصل الانفي... الخ).
3- العوامل النفسية.
4- العوامل المناخية
5- العوامل المهيجة المؤقتة (الغبار، الدخان، الهواء... الخ).
6- العوامل الغددية: (ا ضطرابات هورمونية: سن يأس.... الخ).

كذالك للعوامل الوراثية دور كبير في نشوء المرض ، فقد تبلغ إحتمالية إصابة الطفل بالربو 25٪ إذا كان أحد الوالدين مصابا بالربو ، وتزيد النسبة إلى 50٪ إذا كان كلا الوالدين مصابين ، و للحالات النفسية دور كبير في ظهور أعراض المرض . (نايف عبد الله الحربي ، 2005،ص : 01)

ومن أهم العوامل النفسية المسببة والمسارعة للربو مايلي :

- صلة المصاب بالأم و خبرات الطفولة ، وعدم القدرة على الإعتماد على الذات .فعلماء التحليل النفسي ، يفسرون نوبات الربو إلى حرمان الفرد من الأم ؛ و عنايتها الزائدة به على حساب إستقلال شخصيته أو إهماله و القسوة عليه ، وأن السعال و حشرجة الصدر هي عبارة عن تعبير رمزي لخيبة الأمل التي يعانيها المريض .
- الإضطرابات الوجدانية ، وعدم النضج الإنفعالي ، والحرمان الوالدي ، والعلاقات الأسرية المضطربة . (عطوف ياسين ، 1981،ص: 91)

فقد كشفت دراسة العالمين (فرنش ، و الكسندر) عن علاقة الطفل المصاب بالربو و بين الوالدين و أسلوبهما الخاطيء في تنشئة الطفل :

أن معظم مرضى الربو عاشو محرومين من الحب الأبوي ، وغالبا ما إفتقدوا أمهاتهم منذ الطفولة بوفاة أو طلاق أو حوادث مؤلمة .

ومعظم أمهات مرضى الربو ، كن شديدات القسوة لشعور الطفل بالأمن و يبدين له العداء و الغضب و التهديد و النبذ و القلق و التسلط .

وقد أكد العالم كمرون ، بأن مرض الربو ، مرض ناشيء عن البيئة النفسية للفرد و البيئة الإجتماعية و البيولوجية ، و أن العالم المليء بالعدوان عليه يدفعه إلى الإصابة

بالمرض و بذالك يكون الربو جزء من التوتر العضلي ، الذي ينتشر في كل أجزاء الجسم مع خالة القلق .(عكاشة ،1999 ص : 174)

كما أن هناك علاقة بين الربووالضخك و البكاء ، فأزمة الربو تبدو وكأنها نوع من البكاء أو صيحة من القلق ، أو الغضب تم قمعها ، وهذا يعود إلى مرحلة الطفولة وبشكل دقيق لحظة الميلاد حيث يكون البكاء هو أول إستجابة للطفل عند فصله عن أمه ، حيث يوجد لدى كل مريض بالربو كمية من القلق الأساسي المنبعث من الخوف اللاشعوري من فقدان حب الأم . (باهي سلامي ، 2010 ، ص: 147)

العلائم العيادية لنوبة الربو

في ما يلي نعرض للشكل الاكثر شيوعا لنوبات الربو.

حيث تتظاهر هذه النوبات بالمظاهر العيادية التالية:

1- عسر التنفس: وهو نوع مميز لنوبة الربو اذ يكون التنفس ضحلا (ينخفض عدد مرات التنفس) ويهيمن الزفير الصع على التنفس بحيث تشارك فيه جميع عضلات التنفس مما يجعلنا نلاحظ ان المريض يبذل جهدا فائقا لاخراج الهواء من رئتيه.

2- المظهر القلق – الاختناقي للمريض: اذ تظهر على وجه المريض علائم الاختناق والقلق بشكل واضح.

3- القفص الصدري المنتفخ اثناء الشهبق.

4- عدم وجود علائم اصابة قلبية او شريانية.

5- عدم ارتفاع حرارة جسم المريض.

6- تنتهي هذه النوبة باخراج المريض للبلغم. فيرتاح بعد ذلك.

7- قد نلاحظ وجود الخلايا الايوسية في هذا البلغم (فحص مخبري).(محمد وفاء ،1987، ص:93)

موقف الطب النفسدي

يهمنا في هذا المجال عرض المواضيع التالية:

1- دور الانفعالات في احداث نوبة الربو:

ان الدور المهم الذي تلعبه الانفعالات، في احداث نوبة الربو، هو دور معروف منذ عهد ابو قراط الذي أكد على أهمية الانفعالات القوية والمفاجئة في احداث النوبة. وتوالى ت

. التصنيف النفسدي لحالات الربو

مع بدايات الطب النفسي – الجسدي برز مرض الربو كواحد من أهم الامراض التي تدخل في نطاق اختصاص هذا الفرع من العلوم الطبية. ومن حينه توالت الدراسات والابحاث في محاولات دائبة لتحديد شخصية مريض الربو. وتوزعت هذه الدراسات بين النفسية والتحليلية من دارسي شخصية مريض الربو من الوجهة النفسية نذكر (1957) Nemetz و Knapp(1957) Alcock (1960) Kourilsky.

أما الدراسة التحليلية لهذه الشخصية فقد قام بأبحاثها كل من: (1938) Dunbar (1941) Alexander و French، (1953) Gendrot، (1959) Raimbault (1962). Wolfrom و Alby، (1963) Prick و(1981) Marty.

من مجموعة هذه الابحاث نستنتج ان احدا من هؤلاء الباحثين لم يستطع ان يحدد شخصية خاصة مميزة لمريض الربو. وانما اقتصرت أبحاثهم على تحديد علائم طبائعية مشتركة بين مرضى الربو. ويمكننا تلخيص هذه العلائم على النحو التالي:

1– الحاجة الماسة للشعور بالامان العاطفي، الحب والحنان والخوف من فقدانها.

2– وجود بعض العلائم العصابية المشتركة.

3– القلق البالغ الذي يزيد في فترات النوبات.

4– الشعور بالتبعية. وخاصة للأم او بديلتها.

6- مظاهر لتعويض الشعور بعدم الامان العاطفي

7- (القساوة، المبالغة، العدائية... الخ).

8- 6– الطموح الذي يتعدى الامكانيات الموضوعية للمريض.

من خلال هذه السطور القليلة نكون قد لخصنا مختلف المواقف لغاية ظهور آراء المدرسة الفرنسية للطب النفسدي. ونعرض هذه الآراء على لسان مؤسسها البروفسور بيار مارتي (**نظرية مارتي***) Pierre Marty. اذ يرى ان الامراض الفنسية – الجسدية

عامة، والربو على وجه الخصوص، انما تحدث لدى المرضى المصابين **بالاعصبة السلوكية*** أو **بالاعصبة الطبائعية*** دون غيرها من أنواع الاعصبة. هذا ويقسم مارتي حالات الربو الى:

- الربو الاساسي: وهذا الربو انما ينشأ عن عدم كفاية تنظيم الجهاز النفسي الذي يؤدي للاصابة بالعصاب السلوكي وبالتالي فان هؤلاء المرضى هم ممن يمارسون غرائزهم ورغباتهم دون اخضاعها لرقابة الجهاز العقلي. وهذا النوع من المرض يكون عادة بعيدا في أساسه عن المواد المسببة للحساسية واكثر التصاقا بالاسباب النفسية.
- الربو المتراوح: وهذا النوع يضم غالبية مرضى الربو. وتتراوح فيه شخصية المريض بين الهيستيريا وبين **العصاب السلوكي***.
- الربو الطبائعي: وهؤلاء المرضى مصابون **بالعصاب الطبائعي***. أي انهم ممن يعانون نقصا في تنظيم وظائفهم النفسية بحيث تنخفض هذه الوظائف لدى المريض (القدرة على التفكير، وعي الذات والآخرين، التماهي... الخ).

والواقع ان القيمة الحقيقية للتقسيم النفسي – الجسدي لحالات الربو تكمن في قدرتها على توجيه العلاج النفسي لهذه الحالات.

الربو الشعبي : وهو أحد أمراض الحساسية حيث يستثار الجسم وتثار فيه مادة الهستامين التي تعتبر مسؤولة عن كافة أشكال الحساسية ، ويهاجم الربو جهاز التنفس ويصاحبه ضيق التنفس واللهث والسعال المستمر او المتقطع والاحساس بالحشرجة في الصدر والبلغم ، وهذا كله يضيق الشعب الهوائية التي تحمل الهواء الى الرئتين ، وقد تتورم جدرانها بسبب تقلص عضلاتها.

و يعتبر صفير أو أزيز مرضى الربو أثناء التنفس شبيه بصرخة الطفل مناديا أمه ، فالكثير من مرضى الربو يعانون من علاقة سطحية فقيرة مع أمهاتهم وان احد مسببات نوبات الربو الناتجة عن عامل نفسي هو التهديد بفقدان أو الإنفصال عن الأم أو بديلها ، ويبدو تناقض شديد في علاقة مريض الربو بأمه أو من يقوم مقامها في الخوف من الإبتعاد عنها او

الإنفصال وفي الوقت نفسه الرغبة في الإستقلال وعدم الإعتمادية مما يؤدي الى صراع نفسي يجعل الفرد عرضة لتقلصات الشعب الهوائية ، ونوبات ربوية .(أحمد عكاشة ، 2003، ص : 246)

حمى القش : وهو أحد أنواع الحميات وتظهر على شكل زكام موسمي شديد مع انسداد في الأنف ومخاط مستمر وضيق في التنفس ، وتلعب الحالة النفسية دورا رئيسيا فيها ، كالحزن ، والشدائد والصراع الجنسي. فقد أكد التحليليون وجود علاقة كبيرة بين بين حمى القش و الصراع الجنسي ، خاصة حالة الكبت الجنسي و البرود الجنسي .(البنا كمال عبد المحسن ،1987،ص: 76)

السل الرئوي :أثبت الطب أن جرثومة السل المعروفةTubercle Haillus هي المسؤولة عن السل الرئوي ومع ذلك ورغم انتشارها بكل مكان فإن هنالك أفراد يصابون بها وآخرون لا يصابون بها ، وهذا ما أكدته البحوث التجريبية الطبية بأن الضغوط والشدائد النفسية كالفشل قي الحب ،والصراعات الجنس ،والعدوان الطفولي ، والقلق تؤدي إلى تغير ملموس في إفراز هرمون (الأدريناكورتيزون) مما يفتح الطريق أمام جرثومة السل لضعف المقاومة ويزداد ذلك في (حالات التدخين الشديد) باعتبار التدخين متنفسا للضغوط (النيال مايسة ،1991، ص:87)

فقد أثبتت دراسات العالم برج (Berg) العلاقة بين السل الرئوي و الحالات النفسية وخصائص الأفراد المصابين بالسل الرئوي و التي كانت من أهم نتائجها :

- مرضى السل الرئوي يمتازون بالعدوانية الشديدة ؛ و الغيرة .
- البصق و السعال عند المصابين بالسل ، دليل على التثبيت في المرحلة الفمية الطفلية .
- المصابون بالسل يعانون من إضطرابات سلوكية ، لإنعدام السند و التدعيم مع مشاكل التواكل العنيفة وقلق مرتبط بالتعلق بالوالدين خاصة الأم .
- مرضى الربو لم ينجحوا في حسم الصراع بين الإعتماد و التواكل على الأخرين و النضج الذاتي و الإستقلال .
- يرافق معظم حالات الربو صراع جنسي عنيف .(عكاشة ، 1992 ص : 177)

16ـ الأمراض والإضطرابات الجلدية :

يعتبر الجلد واجهة الكائن الحي و الصلة بين الذات و العالم الخارجي ، ويمكن للبشرة من خلال الجلد أن تعبر بشكل واضح، أو مستتر أو رمزي عن المشاكل الفردية ، وعن الحالة النفسية للفرد .(عطوف ياسين ، 1981، ص : 99).

أما محمود حجازي فيعرف الجلد ، بأنه الوسط الفاصل بين الأعضاء الداخلية للجسم، و البيئة الخارجية ويكون الجلد حوالي 15٪ من الوزن الكلي لجسم الإنسان ، كما أن للجلد وظائف حيوية وبدونه لايمكن أن تدوم الحياة .(محمود حجازي ، دس ، ص: 1)

وتعتبر البشرة هي الطبقة الخارجية ، من الجلد التي تعمل كحاجز لمنع المواد الكيميائية السامة و المواد الأخرى من النفوذ عميقا إلى الجلد ، وذالك يخضع للتغيرات في سماكة

الجلد إستجابة لعوامل مختلفة مثل المرض و الضغط

النفسي.(Farmer,1990,p :122)

أما بالنسبة لطبقات الجلد ، نستطيع القول أن طبقات البشرة تتطور تدريجيا إلى تركيبات بنيوية ، أكثر قساوة وهذه تلعب دور لمنع فقدان الجسم للسوائل بالإضافة ،إلى منع نفوذ المواد الضارة.(Mckee,1986,p :87) .

وتتمثل طبقات الجلد في :

يتكون جلد الإنسان من طبقتين رئيسيتين هما :

ـ الطبقة السطحية : وهي الطبقة الخارجية للجلد ، والتي تفصل الجسم عن المؤثرات الخارجية المحيطة به و سمك هذه الطبقة حوالي 0.2 مم ، وبها الخلايا التي تجدد أنسجة الجلد بإستمرار وهذه الخلايا تسمى (الكيرا تينو سايتس)، وكذالك الخلايا التي تلون الجلد ، و بالنظر لسطح الجلد بعدسة مكبرة فإننا نلاحظ ، وجود العديد من المسامات ، بعض هذه المسامات يخرج منها الشعر من تحت سطح الجلد ، وتعتب كذالك فوهة للغدد الدهنية ، أما المسامات الأ خرى فهي مخارج الغدد الدرقية .

ورغم أن بصيلات الشعر تتواجد نهاياتها بالطبقة السفلية للجلد "الأدمة" إلا أن خلايا الطبقة السطحية هي التي تكون بصيلات الشعر .يتصل بكل بصلة من بصيلات الشعر غدة دهنية على مناطق معينة من الجسم مثل الوجه ، فروة الرأس ، الصدر والظهر على المنطقة التناسلية .

وخلايا الطبقة السطحية للجلد في عملية هدم وبناء ، وإستبدال و تجديد مستمر بواسطة الخلايا المتخصصة ، لذالك فإذا أثر مؤثر خارجي على الطبقة السطحية وتقشرت خلاياها كما يحدث بعد الإصابات والجروح ، فإن المنطقة النامية تنشط و تعوض الخلايا القديمة المستهلكة .

ومن مميزات الطبقة السطحية للجلد كذالك ، بأن لها المقدرة الكبيرة على التحكم بكمية الماء التي يفقدها الجلد ، أو يحتفظ بها فمثلا عندما تنخفض الرطوبة في الجو كما هو الحال في المناطق الصحراوية و الجافة ، فإن الطبقة السطحية تفقد كمية من الماء أكثر من التي تصلها من الطبقات السفلية للجلد لهذا يحدث جفاف بالجلد ويؤدي أحيانا لتشقق الشفاه و الكعبين .

وبالعكس ففي المناطق الرطبة حيث تزداد الرطوبة النسبية في الجو ، فإن الطبقة السطحية من الجلد تمتص الماء من الهواء الرطب وبذالك يكون سطح الجلد طريا و ناعما .و تختلف سماكة الطبقة السطحية للجلد من مكان لأخر فأكثرها سماكة على الكتف ، والكعبين لأن هذه أكثر تعرضا للمؤثرات الخارجية من غيرها.(Montagna ,1990 ,p :54)

الأدمة : وهي الطبقة السفلى من سطح الجلد و تتكون من ألياف و أنسجة مطاطية سميكة تعطي الجلد المرونة والقوة ، وتحوي هذه الطبقة على الأوعية الدموية وشبكة معقدة من الأعصاب المسؤلة عن الإحساس بالألم ، اللمس ، الحرارة ، البرودة والضغط

كما تحوي على الغدد العرقية ، التي تفرز بلإضافة للماء أملاح الصوديوم ، والبوتاسيوم ومواد أخرى . وللغدد العرقية دور هام في تلطيف درجة حرارة الجسم ، والتخلص كذالك من المواد الضارة .(BoydAS,1990,p :343)

كذالك الجلد هو عضو الإحساس العام الذي يتصل بالجهاز العصبي و الجهاز الدوري و الجهاز الغدي ويخضع للحالات الإنفعالية ، ويظهر عن طريقه التعبير الإنفعالي الشعوري و اللاشعوري ، كما يخضع للتأثير المباشر للجهاز العصبي الذاتي ، ويخضع للتأثير غير المباشر لنشاط الجهاز الغدي ، و الجلد هو الغطاء الخارجي للجسم وهو واجهة الشخصية ، ومظهرها وهو حلقة الوصل بين الذات الداخلية والعالم الخارجي .(حامد عبد السلام زهران ،1999، ص:478)

و للجلد عدة وظائف حيوية هامة وذالك للمحافظة على الحالة الفيزيزولوجية والحيوية الطبيعية للجلد و أهم هاته الوظائف مايلي :

1. تنظيم حرارة الجسم .

2. منع فقدان سوائل الجسم الهامة .

3. المحافظة على عدم نفاذ المواد السامة إلى داخل الأنسجة.

4. حماية الجسم من العوامل و المؤثرات المؤذية كالشمس و الإشعاع .

5 ـ المحافظة على الأعضاء الداخلية للجسم .

6 ـ للجلد وظيفة مناعية بواسطة خلايا (لانجراهانس).

7. طرد المواد السامة عن طريق التعرق . مثل الأملاح الزائدة وذالك بواسطة الغدد العرقية ، التي تفرز في بعض الأحيان أكثر من لترين من السوائل خلال ساعة من الزمن وذالك تحت ظروف معينة .

8 ـ الجلد عضو الحس للألم ، الحرارة ، الجنس ، والإنفعالات العاطفية .

9 ـ تصنيع فيتامين (D) من طلائعه و مخزونه ، وذالك تحت تأثير أشعة الشمس و الإنقلاب الداخلي للستيروتيدات .(Goldsmith ,1991 ,P :232)

أما بالنسبة لخصائص شخصية المصاب بالإضطرابات السيكوسوماتية الجلدية ، فأهمها المعانات من الصراعات القوية تجاه رموز السلطة ، الغضب المرتد على الذات مع ميول إستعراضية ، و إحياء للشهوة الطفلية الجلدية ، وعلاقات جنسية مقموعة ومحبطة للجنس الأخر .(عبد الرحمن العيسوى ، 2000، ص : 283)

ومن أهم أسباب الأمراض البسيكوسوماتية الجلدية :

العوامل الفسيولوجية : الحساسية ، الإستعداد الوراثي ، خاصة في حالات الأكزيما و الأرتكاريا.

عوامل سيكولوجية : مثل الميول المكبوتة ، وحب التطلع الجنسي ، الفضول وحب الإستعراء ، والإثم المكبوت الذي قد يؤدي إلى عقاب الذات ، عن طريق الإصابة بالمرض الجلدي لذا نجده أكثر إنتشارا بين الشخصيات العدائية ، أو غير الأمنة .(فخري الدباغ ، 1983، ص : 214)

فقد برهنت دراسة (دي – غرازينسكي و د. محمد صبحي أبو غنيمة) بمعهد بروكا لأمراض الجلد بباريس وجود عامل نفسي وراء كل إضطراب جلدي ، و أن عوامل الطفولة و الصدمات و الصراعات الجنسية هي عوامل مؤكدة الصلة ، خاصة في الحساسية الجلدية و تساقط الشعر ، وحب الشباب و غيرها .

أما أصحاب مدرسة التحليل النفسي ، فيفسرون الإضطرابات الجلدية بأنها نوع من العقاب الذاتي لصراعات ماسوشية ، كالحك حتى يدمى الجلد . وكذالك فسر الحك الجلدي كمصدر للإستثارة الجنسية .(عكاشة 1992، ص: 178)

خصائص شخصية : فمثلا في حالة حب الشباب ، يكون المريض غير ناضج إنفعاليا . ضغوط الحياة .(حسن عبد المعطي ، 2003، ص : 120)

ومن أكثر إضطرابات الجلد السيكوسوماتية مايلي :

1/**الأرتكايا** : وهي نوع من الطفح الجلدي كاستجابة حساسية لنوع معين الإثارات التي ترفع (إفرازات الهيستامين) في الجسم وبرهنت بحوث (سول،وبرنشتاين) على ظهور الطفح الجلدي بعد الإحباط والتوتر أو الفشل في الزواج والصراعات والقلق والمشكلات العائلية ، والمصاب يعاني إثما مكبوتا،وشعورا بالخطأ والذنب .وعدم وجود ثقة ذاتية ، والمصاب محروم من حب الأم وملتصق بالأب الخاضع لزوجته ، أما المصابة تميل للعمل في النوادي الليلية لإشباع النوازع العرائية ، و الطفح الجلدي هو منفذ تعبيري ورمزي لقلق وصراعات الكبت .(عطوف ياسين ، 1981، ص : 101)

كما تعرف الأرتكاريا بأنها حكة بالجلد تؤدي لبروز في الجلد يشبه أثر الضرب في الجسم .(حسن عبد المعطي ، 2003، ص: 119)

/**الأكزيما** : وتسمى أحيانا إلتهابات الجلد العصابية ، وهي عبارة عن إلتهاب مزمن في الجلد غير مثار بالحساسية ، يتصف بالتورم والبقع الجلدية ، تحدث بسبب حك البثور الصغيرة التي تؤدي لرشح ذو بقع متقرحة ومؤلمة ، و إذا أصبحت الحالة مزمنة فإن الجلد يأخذ مظهرا سميكا أو خشنا ، ويعاني المصاب بالأكزيما من إلتهاب جلدي في أماكن مختلفة من الجسم ،مثل تحت الركبة ، حول فتحة الشرج ، حول الرقبة .....إلخ .(حسن مصطفى عبد المعطي ، 2003 ، ص : 120).

2/حب الشباب : هو من الأمراض الجلدية يصاب به حوالي 90 من الجنسين قبل سن العشرين، بين ذوي البشرة الدهنية ، خاصة على مناطق الوجه والصدر و الظهر .ويعتمد نوع الحبوب على عوامل مختلفة تحدد ظهورها و نوعها ، فقد تظهر بثور قليلة موزعة على الوجه أو على الصدر و الظهر ، كما قد تظهر على شكل أكياس دهنية تكون ظاهرة بدرجة كبيرة وملتهبة ، وعند عصر هذه الأكياس يخرج منها السائل أبيض متجمد نسبيا و ذو رائحة كريهة وتلك هي الدهون المتحللة تحت الجلد .)

أحيانا قد تظهر حبوب الشباب على شكل موجات متعاقبة تبقى لمدة ثم تختفي ، إذ تظهر المناطق التي كان يعلوها الحبوب صافية وخالية من أي أثر سابق ، وقد تعاود نشاطها مرة

أخرى ومرات ، و قد تترك ندبات واضحة على سطح الجلد أو تليف يؤدي لتشوهات بمكان الإصابة).(Committee ,1973 ,p :90)

وتدعى بثور المراهقة وتكون أعقاب البلوغ ،وتعكس حالة عدم نضج انفعالي وقلق لاشعوري وميول انطوائية للمراهق وتظهر على شكل بثور جلدية تشوه الوجه ومن الأطباء من يفسرها بميل عدواني ضد السلطة والمجتمع والأبوين ، وإسراف في ممارسة العادة السرية . ومن أهم العوامل المؤدية لحب الشباب مايلي : زيادة في نشاط الغدد الدهنية ، قفل مخارج الغدد الدهنية مما يؤدي لعدم تصريف الدهون إلى الخارج ، حيث تتجمع في قنوات الغدد الدهنية ، حتى إذا مازادت الإفرازات فإن تلك القنوات تنفجر و تتجمع الدهنيات خارجيا وتحت سطح الجلد .و تحلل الدهنيات تحت سطح الجلد .(AuerbachAD,1984 ,p :80)

ومن بين الأسباب كذالك المؤدية لحب الشباب ، العوامل الوراثية ، التي لها دور رئيسي لدى بعض الأشخاص ، وذالك من خلال وجود إستعداد وراثي لزيادة إفرازات الدهون خاصة بين أصحاب البشرة الدهنية .

وللهرمونات أثرا مهما على تكوين حبوب الشباب خاصة الهرمونات المذكرة ، وهرمون الأستروجين ، وهذا مايفسر ظهور حب الشباب عند البلوغ إذ يزداد إفرازات تلك الهرمونات في هذه المرحلة .

المواد الغذائية ليس لهادور رئيسي على ظهور حب الشباب ، ولكن بعض أنواع الأطعمة مثل الأسماك و المكسرات و الشكولاتة والكولا ، وملح الطعام قد يكون لها أثر ثانوي أحيانا .

الجراثيم :تلعب الجراثيم التي تتعايش في الظروف العادية على سطح الجلد دورا في ظهور حبوب الشباب ، وذالك بواسطة أنزيماتها التي تحلل المواد الدهنية خاصة مادة "التراي جلسيرايد" المتجمعة تحت الجلد .

التوترات : قد يكون للتوتر النفسي و الإجهاد الجسماني والحياة الروتينية ، والسهر الكثير أثر أحيانا على حدة حبوب الشباب ، كما أن المثيرات الجنسية مثل الأفلام و الصور والعادة السرية ، والتوتر الجنسي المستمر قد يكون له أثر كذالك

(AuerbachAD,1984,p :100).

3/ **الثعلبة** : هي مرض جلدي شائع يحدث فيه تساقط الشعر من منطقة معينة في الرأس أو المناطق الأخرى ، وتقف مجموعة من البصلات الشعرية عن النمو، ثم تسقط مكونة بقعة خالية من، الشعر ، و أسبابها غير معروفة لكن كل من الإضطرابات و الحزن والصدمات و الإضطرابات العاطفية والخوف من المستقبل وزيادة الطموح هاته العوامل لها علاقة بالتعجيل في ظهور المرض (محمد عاصم ،2004، ص : 93)

وظاهرة تساقط الشعر تعكس الحرمان أو اليتيم أو الفشل في الحب.

وتعرف الثعلبة : بأنها ظهورمناطق من فروة الرأس ، أو الذقن أو الشارب خالية من الشعر ، فقد يحدث التساقط بطريقة فجائية ، وقد يكون بين يوم و ليلة .هذا النوع من التساقط غالبا مايكون لفترة معينة إذ لا يلبث الشعر أن ينمو مرة أخرى على المناطق الناحلة وحتى بدون

إستعمال العلاجات ، ولكن في بعض الحالات لابد من إستشارة الطبيب خاصة إذا تأخر نمو الشعر ، ذالك لتحديد سبب مرض الثعلبة .

وتوجد أسباب كثيرة ومتعددة و أحيانا لايمكن تحديد المؤثر الذي أدى لتساقط الشعر ، ولكن هناك عوامل تؤدي لمرض الثعلبة أهمها : التوترات النفسية ، و الصدمات العصبية . و أسباب وراثية ، أسباب عائلية ، لدغات الحشرات ، بعض الأمراض الجلدية التي تصيب فروة الرأس وبعض إلتهابات فروة الرأس الجرثومية .(AhlstedtS,1974,p :133)

الصدفية : مرض الصدفية من الأمراض الجلدية المزمنة يصيب حوالي 2٪ من البشر خاصة بين ذوي البشرة البيضاء ، أما بالنسبة لسبب المرض فهو غير معروفتماما ، وهو غير معدي ، ولايؤثر بدرجة كبيرة على صحة المصاب ، وكل مايحدث هو ظهور مناطق من الجلد مغطاة بطبقة كثيفة من القشور البيضاء ، وقد يتبعه بعض الأعراض الأخرى مثل إلتهاب المفاصل .وسبب تجمع تلك القشور هو أن الخلايا الكيراتينية الميتة تتجمع بسرعة أكثر من المعدل الطبيعي على سطح الجلد .

أما بالنسبة لأعراض الصدفية فتتمثل في : ظهور مناطق محددة المعالم على سطح الجلد يغطيها أكوام من القشور البيضاء ، ذات اللون الأبيض الفضي تتناثر بسهولة عند فركها ، كما أن الحكة قد لاتكون مصاحبة لمرض الصدفية كما يحدث في أمراض الحساسية (Boyd AS,1990 ,p :401)

17/**الإضطرابات الهرمونية وخلل إفرازات الغدد :**

إن كل غدة قد تتعرض في إفرازاتها لاضطراب هرموني (زيادة او نقصان) ، بدافع نفسي انفعالي يؤدي لخلل عام في السلوك والجسم ،واثبت العلماء أن هناك علاقة بين اضطراب إفراز هذه الغدة وبين العوامل النفسية التي تنتاب الفرد .ويفسر (كانون) إن الخوف يزيد إفراز الأدرينالين الذي يؤثر على الغدة الدرقية عن طريق الهيبوثلاموس . ومن بين أمراض الغدد السكري أو داء السكري أو مرض السكري أو البوال السكر (Diabetes mellitus) هو متلازمة تتصف باضطراب الإستقلاب وارتفاع شاذ في تركيز سكر الدم الناجم عن عجز الأنسولين أو انخفاض حساسية الأنسجة للأنسولين ،أو كلا الأمرين . يؤدي السكري إلى مضاعفات خطيرة او حتى الوفاة المبكرة ، إلا أن مريض السكري يمكنه أن يتخذ خطوات معينة للسيطرة على المرض وخفض خطر حدوث المضاعفات .

يعاني المصابون بالسكري من مشاكل تحويل الغذاء إلى طاق (الأيض) فبعد تناول وجبة الطعام ، يتم تفكيكه إلى سكر يدعى الغلوكوز ينقله الدم إلى جميع خلايا الجسم .وتحتاج أغلب خلايا الجسم الى الأنسولين ليسمح بدخول الغلوكوز من الوسط بين الخلايا إلى داخل الخلايا.

كنتيجة للإصابة بالسكري ،لا يتم تحويل الغلوكوز إلى طاقة مما يؤدي إلى توفر كميات زائدة منه في الدم بينما تبقى الخلايا متعطشة للطاقة . ومع مرور السنين ، تتطور حالة من فرط سكر الدم (بدرة معتصم ميمون ،2005)

18ـ أمراض بسيكوسوماتية معاصرة :

- **مرض السرطان** : إن السرطان مرض يحدث فيه زيادة في عدد خلايا معينة بطريقة غير طبيعية ، وهو :

1- كل تعجر أو تثخن ولاسيما في الثدي ، الشفة واللسان.

2- كل إدماء شاذ أو ليس له تعليل ظاهر (تدمي البول أو البراز ، او نصوح الدم من حلمة الثدي ، أو من فوهة من فوهات الجسم ، أو إدماء المهبل أو خروج إفراز منه بلا علة واضحة ،أو كل إدماء يخرج بعد سن اليأس .

3- كل قرحة لاتندمل ،وخاصة فيما حول الفم او على اللسان او الشفة ، وفي اي موضع كان من الجلد .

4- كل تغير ملحوظ من حيث اللون او الحجم ، يحدث في تؤلول أو خال او شامة.

5- فقدان شهوة الطعام أو سوء الهضم المتواصل

6- بحة الصوت المتمكثة ، أو السعال المتطاول ، أو تعذر البلع المتلبث

7- التغير المتمكث في عادة الأمعاء (أي التبرز العادي)(الهيادي ، هيام ،2007)

العوامل النفسية للإصابة السرطان : يعتبر (سيمونز) ان الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان تتمثل في :

1- الصدمات النفسية يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك هي السبب الأول .

2- إن الإضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد .

3- إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد ، بالإضافة إلى العلاج النفسي ، والخدمة الاجتماعية على المستوى الفرد والجماعة العائلة .

وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان ،وتمكن المحللون النفسيون من التوصل إلى:

أ- معظم المصابين بالسرطان عانوا صعوبة في تقبل الذات كما هي

ب- يعاني المصابين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

ت- معظم المصابين يعانون من الأمهات أو الآباء في مجال الجنس والإنجاب وفي اغلب الأحيان كانت العدائية مكبوتة .

- التهاب المفاصل الروماتيزمي :

1. التهاب المفاصل الروماتيزمي هو مرض نفسي جسمي ناتج عن حساسية تفاعلية ، وهو مرتبط بنواحي النقص في تنظيم الشخصية ،وبالضغوط البيئية والإحباط التي تثير قلق الفرد.(حمام فادية كمال ، 2000)

2. إن الآلام الروماتيزمية هي عرض جسمي يدل على حالة قلق وتوتر ناجمين من الصراع بين الميول الذكرية المكبوتة ، أحيانا الجنسية المثلية المكبوتة ،وتحدث الكارثة حين تتعرض المرأة لحالات من (الهذيان) بعد زوال الأعراض العضوية للروماتيزم .

3. يشيع التهاب المفاصل الروماتيزمي بين النساء أكثر منه بين الرجال ، وعلى الأخص بين الفتيات ذوات الميول الذكرية أو العلاقات الجنسية المثلية ، والإعراض عن الزواج ، والسيطرة على الذكور وهروبهن من العلاقات الجنسية المؤلمة لهن .(فايد حسين علي 2005،)

12 علاج الأمراض البسيكوسوماتية: لقد أثبت الطب الحديث أن كثيرا من الأمراض البسيكوسوماتية كإرتفاع ضغط الدم ، والذبحة الصدرية ، والبول السكري ، وقرحة المعدة ، وتقلص القولون و الربو و الإرتيكاريا و الصداع تنشأ في أكثر من الأحيان من أسباب نفسية ، وقد أمكن شفاء كثير من هذه الأمراض بالعلاج النفسي بعد أن فشلت جميع الوسائل الأخرى. (دايل كارنيجي .2009)

كذالك الأمراض البسيكوسوماتية مزمنة، ويرتكز العلاج على مساعدة المريض على تقبل المرض والتكيف معه وتغيير أسلوب حياته مع ما يتماشى والمرض وذلك من خلال :

1. العلاج الديني:

ويتمثل في تقوية الإيمان بالله سبحانه وتعالى ، والإكثار من ذكر الله والاستغفار ، وقراءة القرآن الكريم ، والإكثار من الصلاة والسلام على النبي الكريم عليه الصلاة والسلام ،

والالتجاء إلى الله سبحانه وتعالى فهو الشافي المعافي ، وقد قال سبحانه وتعالى في كتابه العظيم : ((وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد الظالمين إلا خسارا)) الإسراء آية 82.

وقال تعالى : ((وإذا مرضت فهو يشفين)) الشعراء آية 80.

وقال تعالى : ((وإن يمسسك الله بضر فلا كاشف له إلا هو)) يونس آية 107.

قراءة واستخدام الأدعية الشريفة التي كان يدعو بها الرسول صلى الله عليه وسلم ، وقد قال الرسول عليه الصلاة والسلام : ((خير الدواء القرآن)) . وقال صلى الله عليه وسلم : ((عليكم بالشفائين العسل والقرآن))

كما يجب على الإنسان المحافظة على الصلاة في وقتها والنظافة والطهارة الكاملة ، والسلوك الإسلامي القويم

1_ العلاج الدوائي : ويكون ذالك من خلال إستخدام العقاقير و الأدوية للتخليص المريض من الألام و التخفيف من حدةالأعراض ومن أهم أنواع العلاجات الدوائية (المهدئات ومضادات الإكتئاب) وينحصر دورها في التسكين والتهدئة. والهدف من العلاج الطبي الدوائي ضبط الأعراض الحشوية الجسمية ، والوقاية من التعرض للنوبات ، كل ذالك تحت إشراف و متابعة طبية ، وتوصف المهدئات والمسكنات التي تكيف الجهاز العصبي المستقل بقسميه السمبتاوي ، والباراسمبتاوي في أغلب الأمراض البسيكوسوماتية ، شريطة أن لاتتجاوزثلاثة أشهر لما لها من أعراض جانبية سلبية كالنعاس ، ونقص اليقضة . ولكن

العلاج الدوائي لايكون فعال إلا إذا إقترن مع العلاج النفسي للمريض . وأبرز المواد المستعملة هي : (الليبريوم ، الفاليوم ، الأنسدون ، السيناكوان ، الستيلازين ، البنتوثال ، البارنيت ، البارستلين وعقاقير جسمية أخرى (محمود منسي وآخرون ، 116)

2_ العلاج النفسي : أما العلاجات النفسية فتهدف إلى التركيز على أسباب المرض،وحل الصراعات النفسية ، وإزالة القلق و شرح وتفسير أعراض المرض ومساعدة المريض على فهم دور الإنفعال و الشخصية في نشأة المرض ، ومساعدته التغيير من نمط حياته .(حلمي حامد ،1991).

فالعلاج النفسي التدعيمي المرن الذي يهدف لتعديل نمط حياة المريض ، ونصح المريض بتجنب مواقف الإنفعال الشديد ، والإجهاد العقلي المتواصل و أن يأخذ الحياة هونا ،ويستخدم العلاج النفسي الجماعي مع الحالات متشابهة الأعراض مثل السمنة ،القرحة أما الأعراض الجنسية مثل العنة والبرود الجنسي فهي تحتاج لعلاج نفسي فردي، وقد يستعان بالتنويم الإيحائي كما في حالات الربو ، وإلتهاب الجلد ، والقولون ويفيد إستخدام العلاج السلوكي في حالات فقدان الشهية العصبي والبدانة .(Blinder et al .1970)

كما تساهم العلاجات في تدعيم ،وتقوية الدفاعات العقلية ،ومن ثم القضاء على الإصابات أو على الأقل التقليل من أهمية وتردد الأزمات ، كما تهدف العلاجات النفسية حسب مارتي إلى التوصل لأحسن سير عقلي ممكن بالنسبة للشخص المريض ، وفي حالة الفقر العميق

للعقلنة تهدف العلاجات النفسية للتوصل إلى أحسن سير إقتصادي ممكن (عقلي وسلوكي) ففي بعض الأمراض السيكوسوماتية الحديثة كالسرطانات مثلا تهدف العلاجات النفسية لكبح (Freiner) تطورات المرض وفي حالات أخرى تهدف لوضع حد نهائي لها ، مع التنبيه إلى القضاء على الأماكن الورمية جراحيا و بصفة مستديمة

صص.(Marty ,1991 ,p :44)

ومن أهم العلاجات النفسية الأكثر إستحداما مع هاته الأمراض :

العلاج السيكوديناميي : من خلال مساعدة المريض على حل صراعاتهم النفسية اللاشعورية ومايرتبط بها من ظروف مرضية ، وتحويل الإتجاهات اللاشعورية المزمنة في حياة الفرد إلى إتجاهات شعورية ثم التغلب عليها بعدة تقنيات أهمها التداعي الحر ، التغلب على المقاومة ، التنفيس الإنفعالي ، تفسير الأحلام ، بهدف التعمق في أغوار الشخصية والكشف عن مابها من صراعات وعقد ودوافع مكبوتة لاشعورية .(زينب محمد شقير ، 2002)

- ✓ العلاج المتمركز حول العميل : هوعلاج غير مباشر ويرتكز على تخفيف حدة الردود الدفاعية ، وتقوية الإبصار . وهو أسلوب كارل راجرز ، في الاتصال الحميم بالمريض ،
- ✓ أسلوب التفريغ والتنفيس : وهو أحد الطرق الذي يمتص كافة العوامل المكبوتة عند االمريض ، ليترك لديه الراحة والهدوء .
- ✓ العلاج النفسي الفردي مع الإيحاء الذاتي .
- ✓ العلاج السلوكي المتمركز على تقنية الإسترخاء .الإرجاع الحيوي :

فالإسترخاء يعتبر مهما في علاج الالإضطرابات المرتبطة بالتوتر من خلال تعلم المريض تقنيات الإسترخاء ، بحيث تغير إجراءات الإسترخاء في زيادة إنتباه المريض ويقظته لمشاعره ، كما يساعد الإسترخاء المريض التعرف على الضغط و أعراضه ، فقد بينت الأبحاث الطبية الحديثة أن الإسترخاء يساهم في زيادة مورفينات المخ مما يزيل أثار الشدة ، و إنعكاساتها الجسمية ويفيد الإسترخاء في مجموعة كبيرة من الأمراض مثل : الربو الشعبي ، الصداع ، ضغط الدم (محمد محروس الشناوي محمد السيد عبد الرحمن ،1998).

أما الإرجاع الحيوي : فيعتمد على تغذية الجسم من خلال التدريب و القدرة على ضبط المعلومات الحيوية التي يمكن إسترجاعها ، وهي عملية مراقبة للتنبيه الفسيولوجي للجسم مثل : ضربات القلب ، ضغط الدم ، الشد العضلي وتحويل هذه الإشارات الفسيولوجية للمعلومات لها معنى وإسترجاعها للمريض .

وتتم مراقبة وظائف الجسم عن طريق أجهزة معينة مثل جهاز التخطيط الكهربائي للعضلات ؛ ورسم الدماغ الكهربائي ، وجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب ، وجهاز إستجابة الجسم الجلفانية . وهذه الطريقة تفيد في علاج زيادة ضغط الدم ؛ وزيادة ضربات القلب؛ الصداع النصفي ؛ وبعض الآلام العضوية .(حلمي حامد ، 1991)

- ✓ العلاج المهني العملي .
- ✓ العلاج البيئي :وذالك من خلال تخفيف الضغوط على المريض في الأسرة و العمل و إعادة الطمأنينة إليه .

- ✓ العلاج بالموسيقى وتطبيقاته في علاج الأمراض البسيكوسوماتية ومن أبرز رواده Geffry Rody الذي حصل على نتائج ملموسة في علاج الأعراض النفسية الجسدية بإستخدام الموسيقى .(محمد محمود بني يونس ،2008)
- ✓ إستخدام الفيتامينات المضادة للضغط و الإنهيار ، ونظام التغذية المتوازنة ، ممارسة الرياضة .(بدرة معتصم ميمون ، 2005)

إذا علاج الأمراض البسيكوسوماتية يعتمد على تكامل بين العلاج الجسمي و الطبي للتخفيف من الأعراض العضوية ، والعلاج النفسي لمساعدة المريض التعامل الجيد مع الضغوط و التخفيف من شدتها ،وتخليصه من الصراعات النفسية التي يعيشها .

خلاصة الفصل :

من خلال هذا الفصل تبين لنا أن الأمراض البسيكوسوماتية هي إستجابات جسمية لاشعورية ، للتوترات الإنفعالية و أن الأجهزة التي تصيبها الأمراض البسيكوسوماتية هي الجهاز العصبي ، الجهاز الدوري ، الجهاز التنفسي ، الجهاز الهضمي ، الجهاز الغدي ، الجهاز التناسلي ، الجهاز البولي ، الجهاز العضلي و الهيكلي ، و الجلد . و أن إختيار الأعراض يتوقف على وجود إستعداد تكويني يقوم على الوراثة ووجود إستعداد تكويني نتيجة للخبرات الأولى في الطفولة ، وضعف الجهاز المختار كما في حالة الإصابة بالعدوى و إصابة أو مرض العضو من قبل بمرض عضوي أو حادثة ، والمعنى الرمزي الذي يضفيه المريض على العضو وطبيعته ، وكذا الضغط الإنفعالي ، ووجود أي مكسب ثانوي محتمل لظهور العرض في عضو معين بالذات .

و أن الأمراض البسيكوسوماتية تخفي أشياء ترمز لها فمثلا القيء يرمز لرفض الحمل ، أو مقاومة الرغبة في الحمل ، وفقدان الشهية قد يرمز لرفض الحب و النشاط الجنسي ، وهناك بعض المكاسب وراء الأمراض البسيكوسوماتية ، فقد يلجأ المريض لمرضه سعيا لتحقيق بعض المكاسب كالتخلص بعذر من بعض المسؤليات ، الإنتقام اللاشعوري من الأخرين ، الإحتجاج اللاشعوري على الأخرين ، جذب الأنظار و الإهتمام والعناية والعطف والمشاركة الوجدانية و السيطرة على البيئة الإجتماعية .

الفصل الرابع

أدوات البحث الإجرائية

*** تمهيد**

1- منهج البحث أو الدراسة .
2-الدراسة الاستطلاعية .
3- أدوات جمع البيانات (الخصائص السيكومترية للأدوات).
4- عينة الدراسة الأساسية.
5- وصف عينة الدراسة الأساسية.
6- إجراءات الدراسة الأساسية.
7- تحديد الأسلوب الإحصائي.

*** خلاصة الفصل**

تمهيد :

بعد ما تطرقنا إلى الجانب النظري بفصوله الثلاثة سنتعرض في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، وذلك من خلال أدوات البحث الإجرائية حيث سنتناول وصف لمنهج البحث، و كذا طريقة اختيار العينة وتحديدها؛ بالإضافة إلى عرض حيثيات الدراسة الاستطلاعية التي تعتبر بمثابة نظرة أولية أو معطيات أولية لإجراءات الدراسة الأساسية، وكذا وصف الأدوات المستخدمة في القياس، وذلك من خلال التعرف على الخصائص السيكومترية لهاته الأدوات، وكذا وصف مجتمع الدراسة الأساسية وما تحتويه من وصف لعينتها، وإجراءات تطبيقها والأساليب الإحصائية المستخدمة .

1-منهج الدراسة:

إن الجانب النظري للدراسة هو القاعدة الأساسية التي يعتمد عليها الباحث حيث تحدد له طبيعة المنهج الذي يتبناه بالإضافة إلى طبيعة الفرضيات المصاغة " وتختلف المناهج باختلاف المواضيع ولكل منهج وظائفه، وخصائصه التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه" (عمار بوحوش، وآخر ،1995، ص92.)

كما أن المنهج الوصفي يعتمد على كل استقصاء ، ينصب على كل ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية كما هي قائمة في الحاضر، بقصد تشخيصها وكشف جوانبها، وتحديد العلاقات بين عناصرها، أو بينها وبين ظواهر تعليمية أو نفسية أو إجتماعية. (الزوبعي وآخر، 1974، ص:51)

كما عرف المنهج الوصفي كذلك "بأنه أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية ثم تفسيرها بطريقة موضوعية ، وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة ."(عبيدات ، وآخرون، 1982، ص:176)

و يهتم المنهج الوصفي بتصوير الوضع الراهن وتحديد العلاقات التي توجد بين الظواهر والاتجاهات التي تسير في طريق النمو أو التطور و التغيير وانطلاقا، من هذا التصوير والتحديد للعلاقات، يمكن وضع تنبؤات عن الأوضاع المقبلة التي ستكون عليها العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية،لدى معلمين.

وبما أن دراستنا تهدف إلى استكشاف مستوى ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ومدى استعمال أساليب المقاومة من جهة ومعرفة طبيعة العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي والأمراض البسيكوسوماتية ودراسة الفروق في كل متغير تبعا لعدة متغيرات، فإن المنهج الوصفي من خلال الأسلوب الاستكشافي، الارتباطي والمقارن يعد المنهج الملائم لهاته الدراسة.

وذلك من خلال إتباع الخطوات العلمية التي يعتمد عليها هذا المنهج، والمتمثلة في: تحديد الإشكالية، ووضع الفرضيات، اختيار العينة، اختيار أدوات جمع البيانات، الوصول إلى نتائج عن طريق أساليب إحصائية وتحليلها وتفسيرها.

2-<u>الدراسة الإستطلاعية</u> : تهدف الدراسة الاستطلاعية في عمل أي باحث إلى التعرف على الميدان الذي سيتم فيه الدراسة، وتقدير الصعوبات التي يمكن أن نواجهها أثناء الدراسة الأساسية، وعليه فإن الدراسة الاستطلاعية تعتبر مرحلة مهمة للتثبت من الأداة لإنجاز البحث وسلامة معطياته، كما تساعدنا الدراسة الإستطلاعية على التعرف على نوعية الأفراد الذين ستطبق عليهم الأدوات، ومدى إستعدادهم ورضاهم عن الإجراءات الخاصة التي ستتبع معهم .

وعليه فإنه قبل الدراسة الأساسية قمنا بدراسة إستطلاعية يمكن تلخيص أهدافها، بالنسبة للدراسة الحالية في النقاط التالية :

- التأكد من أن المقاييس المعتمد عليها في الدراسة تتوفر على الخصائص السيكومترية التي يتطلبها البحث العلمي الجيد ، وهي الصدق والثبات ، أي أنها ثابتة وتقيس ما وضعت لقياسه .
- التأكد من السلامة اللغوية لوسائل القياس، وبالتالي التأكد من أن عينة الدراسة الأساسية سوف لا تجد صعوبة في فهم المطلوب منها، في التعامل مع المقاييس وبالتالي الحصول على معطيات صحيحة .
- الإلمام النظري الشامل الخاص بالإطار النظري لوسائل القياس بشكل يمكننا من الفهم الجيد لمفاهيم الدراسة والصعوبات المتعلقة بقياسها، وبالتالي فهذا سوف ييسر علينا في الدراسة الأساسية عملية تحليل وتفسير نتائج البحث .

– المعرفة المسبقة لظروف الدراسة الأساسية وبالتالي تفادي بعض العراقيل التي قد تواجهنا . – عمل ملاحظات بشأن التأكد من مناسبة محتويات الأدوات لمستوى أفراد عينة الدراسة، وكذلك مناسبة الوقت المحدد لكل منها .

– تمكننا الدراسة الاستطلاعية من تحديد القصور في إجراءات تطبيق أدوات البحث ويمكن تعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما تسفر عنه الدراسة الاستطلاعية .

– يمكن تحديد ما تستغرقه الدراسة الأساسية للوقت .

– يمكن تجريب الطرق الإحصائية للتأكد من صلاحية استخدامها في تحليل البيانات التي يتم جمعها، وتحليل بيانات الدراسة الاستطلاعية يمكن أن يبين لنا ما إذا كانت البيانات التي تم جمعها كافية لاستخلاص النتائج المتوقعة من البحث .

* **عينة الدراسة الإستطلاعية :**

يعد اختيار العينة من الأمور الضرورية والمهمة في الدراسة، وقد تمثلت عينة الدراسة الاستطلاعية في100معلما(ة) بمرحلة التعليم الابتدائي بمدينة ورقلة، ومن المعروف أن هناك العديد من الطرق التي تساعدنا في اختيار العينة المطلوبة للدراسة.

وعليه فقد اختيرت عينة الدراسة الاستطلاعية بالطريقة العشوائية البسيطة، والتي عرفها فؤاد البهى السيد : " تعتمد هاته الطريقة على المساواة بين احتمالات الاختيار لكل فرد من أفراد الأصل ، أي أنها تعتمد على فكرة الصدفة العشوائية أو القرعة " (البهى السيد، 1978 ، ص : 305). وفي هذه الطريقة يتم اختيار العينات بحيث نوفر الشروط التي تضمن أن لكل فرد من أفراد المجتمع الأصلي فرصة متساوية لأن تدخل في العينة وتستخدم في هاته الطريقة بعض الأساليب لمنع الباحث من العشوائية. بحيث أن هذا النوع من العينات يتميز بأنه يعطي صورة صادقة للمجتمع الأصلي ويقلل من الوقوع في خطأ الصدفة .

3– أدوات جمع البيانات :

إن أداة البحث تساعد الباحث على تحقيق هدفين أساسين هما :

أ–تساعده على جمع الحقائق والمعلومات المتعلقة بموضوع البحث .

ب– تجعل الباحث يتقيد بموضوع بحثه وعدم الخروج عن أطره العريضة.(حسن،1982، ص:65)

ومن خلال دراستنا هاته التي تهتم بدراسة العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية إعتمدنا على الأدوات التالية :

1- مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي من إعداد الباحثة .

2- وتم الإعتماد على قائمة كورنل للأمراض البسيكوسوماتية.

- **مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي**

.**1- الخصائص** السايكومترية للمقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي :

وسنبين فيما يلي الخطوات التي أعتمدناهافي بناء المقياس .

_ الإطلاع على المراجع والدراسات ومواقع الأنترنت التي توافرت للباحثة ، وتناولت أساليب مقاومة الضغط النفسي و الوقوف على أهم الأبعاد المدروسة ثم تم إستخلاص مكونات ومجالات المقياس مبدئيا .ومن بين هاته الدراسات دراسة لازاروس Lazarus1988) دراسة ريان (Rayan1989)،دراسة بيانشي (Bianchi 2004)،دراسة ستون (Stone1984)، دراسة لازاروس و فولكمان (Lazarus&Folkman 1984) ، دراسات Cohen، دراسة عبد المعطي (1992)، دراسة فواز أيوب المومني و رافع عقيل الزغول (2011)، دراسة أشرف أحمد رشيد القانوع (2011)، الأطرش ، شهلا حسين حسن (2000)، الخفش ، سهام رياض(2001)، السمادوني إبراهيم (1991) ، الغرير أحمد نايل ، أبو سعد أحمد عبد اللطيف (2003)، المغدري ، أحمد بن خميس بن حمد (2004)، بوكنوس عائشة (2004)، خالد بن محمد بن عبدالله العبدلي (2012)، رجب رجب شعبان ورجب علي شعبان (1990)، رجب علي شعبان (1992)، رجب علي شعبان (1995)، زياد بركات (2010)، محمد مقداد ، فاضل عباس خليفة (2012)، نجاة موسى ومديحة عبد الفضيل (1998م)

_ إستقراء بعض المقاييس التي صممت لقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي ، بهدف التعرف على مكونات كل مقياس و المفردات التي تتصل بكل مكون ، وتمثلت هاته المقاييس في مايلي : مقياس المقاومة من إعداد الشهراني ورفاع (1995)،مقياس التعامل مع الضغط النفسي من إعداد الشايب (1994) ومقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لحسن مصطفى عبد المعطي (1994)، ومقياس المواجهة للمراهقين الذي أعده

فريدنبرج و لويز (Frydenberg & Lewis1993)، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط من إعداد رودلف موس (Moos1988) الذي ترجمه للعربية وقننه على البيئة المصرية رجب شعبان شافعي ؛ ورجب علي شعبان (1993)، و أعاد رجب علي شعبان تقنينه سنة (2000)، ومقياس عمليات تحمل الضغوط للطفي عبد الباسط إبراهيم (1994) ومقياس بطارية عمليات التكيف لـ(مووس،1992) ومؤشرات التكيف التي طورها (شيرر وشيرر، Scherer & Scherer 1998)،مقياس المقاومة للازاروس وفولكمان (1984)،مقياس المقاومة المعدل من طرف فيتالينو(1985)،مقياس Casq للمقاومة (1989) ، مقياس تسمية الضغط المعد من طرف الفرقة الفرنسية (1989)، مقياس إيمان صقر (2001)، مقياس العنزي (2001)، زياد بركات (2010)، منى عبد الله (2001)، الهلالي (2009) ، بن الطاهر (2005) ، مقياس كارفر وزملائه لمقاومة الضغط (1989).مقياس Paulhan (1994)للمقاومة ، مقياس أساليب مواجهة الضغوط لمنى محمود (2002)

_ إعداد إستبيان مفتوح وتوزيعه على عينة من المعلمين (60) معلم لم يدخلو في عينة الدراسة الأساسية ، ويوضح الملحق (1) نص الإستبانة المفتوحة .

_ قمنا بتحليل كمي للإستجابات ثم صياغة مجموعة من الأساليب وصياغة العبارات بالإضافة لجرد كل أساليب المقاومة التي تضمنتها هذه المقاييس. كما قمنا بتطعيمها بمؤشرات أخرى، وتصنيفها في عوامل، وذلك بمراعاة المرجعيات المعرفية، ومحاولة الاستفادة من تصوراتها التنظيرية في رصد عوامل وأبعادها.

وبناءا على ما سبق، تمت صياغة 58عبارة ، موزعة على 13 نوعا من أساليب مقاومة الضغط النفسي التي يستخدمها المعلم .

_ ثم تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من أساتذة في تخصص علم النفس والمختصين نفسانيين. وخبير لغوي حيث تم تقديم التعريف الإجرائي لأساليب مقاومة الضغط النفسي وكذا التعريف الإجرائي لكل نوع من أنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي، وطلبت الباحثة من كل منهم قراءة المفرادات والعبارات التي يتضمنها كل جانب ، وإنتماء كل عبارة للبعد الذي تنتمي إليه ، و إقتراح التعديلات في بنود المقياس .

طريقة تصحيح المقياس :وبما أن المواقف المختلفة تستدعي طرق مختلفة للمقاومة فإنه مطلوب من المعلم في هذا المقياس أن يذكر اسلوب المقاومة التي يستخدمها عندما

تواجهه مشكلة ما وذلك بوضع إشارة (×) في الخانة المناسبة لاستجابته .وقد تم تصميم المقياس من خلال بدائل ليكرت التالية : دائما أفعل ذالك ، غالبا أفعل ذالك ، قليلا أفعل ذالك ، لا أفعل ذالك مطلقا .

فالتصور الذي يقوم عليه قياس أساليب مقاومة الضغط النفسي هو مدى إستخدام كل أسلوب من أساليب مقاومة الضغط النفسي وذالك من خلال الأربع بدائل.

فالمعلم الذي يضع إشارة (×) في خانة دائما ما أفعل ذالك يعني أنه يستخدم ذالك الأسلوب بشكل دائم في تعامله مع الضغوط ، و المعلم الذي يضع إشارة (×) في الخانة لا أفعل ذالك على الإطلاق ، يعني أنه لايستخدم ذالك الأسلوب إطلاقا في تعامله مع الضغوط التي يعيشها .

دائما أفعل ذالك	غالبا أفعل ذالك	قليلا أفعل ذالك	لا أفعل ذالك مطلقا
4	3	2	1

جدول رقم (5) يوضح طريقة تصحيح مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي .

فالمعلم الذي يحصل على درجة أكبر أو تساوي 3 يعني أنه يستخدم ذالك الأسلوب ، والمعلم الذي يحصل على درجة أقل من أو تساوي 2 يعني أنه لايستخدم ذالك الأسلوب

وصف المقياس : وفي مايلي تعريف لكل أسلوب من أساليب المقاومة التي يتضمنها المقياس المعتمد عليه في الدراسة الحالية :

أولا: تعريف أساليب مقاومة الضغط النفسي : . ويقصد بأساليب مقاومة الضغط النفسي ، جملة الأساليب والطرق التي يتعامل من خلالها المعلم مع المشكلات والأزمات التي تعترض حياته المهنية والأسرية والاقتصادية والاجتماعية وغيرها .

وفيما يلي تعريف لأنواع أساليب مقاومة الضغط النفسي التي يتضمنها المقياس المعتمد عليه في الدراسة الحالية :

أولا بالنسبة للأساليب الإيجابية :هي تلك الأساليب التي يوظفها المعلم في مقاومة الضغوط وتجاوز أثارها وذالك من خلال الأساليب الإيجابية التالية :

1- **اسلوب حل المشكل :** وهو القيام بالجهود الفاعلة للتعامل و التعايش مع الحادث الضاغط ، و النظر للمشكلة من جوانبها المختلفة ، وهي من الناحية الوظيفية تدخل ضمن المجال المعرفي.

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
1	أخضع مشكلتي للدراسة و التحليل .
2	أقوم بجمع المعلومات عن المشكلة التي تواجهني .
3	أحرص على تحديد مشكلتي بدقة .
4	أوفر العديد من البدائل لمعالجة مشكلتي .
5	أبحث عن معلومات جديدة تساعدني في حل المشكلة .

جدول رقم (6) يوضح فقرات أسلوب حل المشكل في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.

2- **أسلوب إعادة التقييم الإيجابي :** حيث يحاول المعلم معرفيا إستجلاء الموقف و إعادة بنائه بطريقة إيجابية ، ومحاولة النظر للمشكلة من منظور إيجابي .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
6	أبحث عن الجانب الإيجابي في مشكلتي .
7	أعتبر ما أمر به تجربة تعلمت منها الكثير .
8	أصبح أكثر صلابة وقوة على مواجهة المشاكل في المستقبل .

جدول رقم (7) يوضح فقرات أسلوب **إعادة التقييم الإيجابي** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.

3- **أسلوب التخطيط لحل المشكل :** هو وضع برنامج محدد ، بخطوات معينة لكيفية التعامل مع الموقف الضاغط و الخروج بأسلوب حول ماينبغي القيام به .ويكون ذالك

بتحديد المشكلة بوضوح، والحصول على المعلومات الكافية ، و إيجاد الحلول و إختيار البدائل الممكنة للحل.

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

جدول رقم (8) يوضح فقرات أسلوب **التخطيط لحل المشكل** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.

رقم الفقرة	المضمون
9	أضع خطة لحل مشكلتي وألتزم بتنفيذها.
10	أعدل في أفكاري وخططي لحل المشكلة التي تواجهني .
11	أحاول الخروج بخطة حول ماينبغي القيام به .
12	أطور خططي بإستمرار كي أسيطر على مشكلتي .

4- **أسلوب الرجوع إلى الدين:** وذالك من خلال رجوع المعلم إلى الدين و الإخلاص الديني عن طريق الإكثار من العبادات ، و حضور مجالس الذكر كمصدر للدعم الروحي و الإنفعالي لمقاومة الضغوط .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	مضمون الفقرة
13	أذكر الله كثيرا ليزول عني الضيق .
14	أتوجه إلى الله بكثرة الدعاء و الصلاة طلبا للعون .
15	ألزم حضور الندوات الدينية و حلق الذكر .

جدول رقم (9) يوضح فقرات أسلوب **الرجوع إلى الدين** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي.

5 _أسلوب الاسترخاء : وفي هذا الأسلوب يقوم المعلم بإجراءات الإسترخاء عن طريق القيام بحركات جسمية و محاولات سلوكية؛ بهدف تقليل مستوى الضغط و التوتر.

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة ا	مضمون الفقرة
16	أمارس تمارين الإسترخاء بشكل منتظم .
17	أتنفس بعمق عندما يواجهني مشكل .
18	أمارس الرياضة المفضلة لي أكثر من المعتاد

جدول رقم (10) يوضح فقرات أسلوب **الإسترخاء** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي .

6 _ أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي : في هذا الأسلوب يلجأ المعلم إلى الأخرين للحصول على الدعم العاطفي و الإنفعالي ، من طرف الأسرة أو الأصدقاء ، بهدف نيل الإسناد و المواساة . والتحدث مع الأشخاص الذين مرو بتجارب مشابهة .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
19	أطلب مساعدة أسرتي في حل مشكلتي .
20	أطلب النصيحة والمساعدة من ذوي الخبرة فيما يتعلق بكيفية التعامل مع مشكلتي .
21	أبحث عن الشخص الذي يهتم بمشاعري .
22	أحاول الحصول على المساعدة والمواساة من أصدقائي .

جدول رقم (11) يوضح فقرات أسلوب **البحث عن الدعم الإجتماعي** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي

7 _ أسلوب ضبط الذات : يشير هذا الأسلوب لقدرة المعلم على التحكم في إنفعالاته و ضبط نفسه مما يعين المعلم على مواجهة الضغوط بفاعلية .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
23	أحاول التحكم في إنفعالاتي عند مواجهة المشكل .
24	لدي القدرة على ضبط نفسي وسلوكي أثناء مواجهة مشكلة .
25	أستطيع التحكم في أعصابي عند الوقوع في مشكلة .
26	أعالج المشكلات التي تواجهني بهدوء و إستقرار نفسي .

جدول رقم (12) يوضح فقرات أسلوب **ضبط الذات** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي

ثانيا : الأساليب السلبية وهي تللك الأساليب التي يوظفها المعلم في تجنب الضغوط و الإحجام عن التفكير فيها وذالك من خلال الأساليب :

8_ا لتنفيس الانفعالي: ويشير هذا الأسلوب للجوء المعلم للحديث عن الحادث والتعبير عن المشاعر السلبية والإنفعالات المؤلمة الناتجة عن الموقف الضاغط بالعدون و الإنفعال و البكاء والصراخ ، والتحدث عن المشكلة وتفريغ الإنفعالات المرتبطة بها .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
27	أنفجر بالبكاء والصراخ لكي أشعر بالراحة .
28	أعبر عن مشاعري السلبية بكل حرية.
29	ألحق الأذى بنفسي و بالمحيطين بي عندما تواجهني مشكلة .
30	أكون أكثر عدوانا و إنفعالا عندما يواجهني موقف ضاغط .

جدول رقم (12) يوضح فقرات أسلوب **التنفيس الإنفعالي** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي .

9_ أسلوب وسائل الدفاع : في هذا الأسلوب يقوم المعلم بإعادة بناء المشكل من خلال أحلام اليقظة والاستغراق فيها.والتفكير في مواضيع بعيدة عن المشكلة. وبقاء المعلم بعيدا عن التفكير في المشكلة .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
31	أستغرق في أحلام اليقظة لأبتعد عن التفكير في مشكلتي .
32	أرفض تصديق أن هاته المشكلة قد حدثت لي.
33	أتظاهر بأنه لم يحدث أي .شيء.
34	أنام أكثر من المعتاد كي لاأفكر في مشكلتي .
35	أحاول نسيان مشكلتي ولا أفكر فيها .

جدول رقم (13) يوضح فقرات أسلوب **وسائل الدفاع** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي

10_ التقبل :هي أسلوب معرفي إحجامي ، وفيها يتقبل المعلم حقيقة وجود المشكلة و الأخذ بها والتعايش مع الظروف المرتبطة بها المعلم ، والاعتراف بها في ظل غياب أسلوب فعال لحل المشكل.

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	**المضمون**
36	أتقبل حقيقة مايجري حول المشكلة وأتعايش معها .
37	أتقبل أن هذا قد حدث وأنه لايمكن تغييره .
38	أتعلم التعايش مع مشكلتي .
39	**أقنع نفسي أنه ليس بالإمكان أفضل من ماكان .**

جدول رقم (14) يوضح فقرات أسلوب **التقبل** في مقياس أساليب مقاومة **الضغط النفسي** .

11- المغالاة في الأكل والشرب وتناول المهدئات: ويتضمن هذا الأسلوب هروب المعلم من مواجهة الموقف الضاغط ، وذالك إلى للجوء المعلم إلى الأكل الزائد ، والتدخين و تناول بعض الأدوية والمهدئات ، وشرب الكحول بهدف التخفيف من حدة الضغط الذي يعانيه .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	مضمون الفقرة
40	**ألجاء لإستخدام الأدوية والمهدئات لأشعر أني أفضل .**
41	**ألجأ لتدخين و الخمر كي أتخطى مشكلتي .**
42	**أتناول كميات كبيرة من الطعام حتى أشعر أنني في حالة أحسن .**

جدول رقم (15) يوضح فقرات أسلوب **المغالات في الأكل و الشرب وتناول المهدئات** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي

– 12ـ الدعابة : ويتضمن هذا الأسلوب التعامل مع المواقف الضاغطة ببساطة وروح الفكاهة وذالك من خلال الإستهانة بالموقف الضاغط وسرد النكت حوله والسخرية منه .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
43	أضحك و لاأهتم بالموقف الضاغط .
44	أتعامل مع مشكلتي بشكل هزلي .
45	أزيد من النكت والسخرية عندما تواجهني مشكلة .

جدول رقم (16) يوضح فقرات أسلوب **الدعابة** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي

13_ **الإنعـزال :** فـي هـذا الأسـلوب يقـوم المعلـم بالإبتعـاد عـن التواصـل و التفاعـل مـع المحيطين به سواء داخل بيئة العمل أو خارجها .

والجدول الموالي يوضح مضمون هذا الأسلوب

رقم الفقرة	المضمون
46	أفضل البقاء لوحدي عندما أتعرض لموقف ضاغط
47	ألزم الصمت و لا أتحدث لأحد.
48	أكتم مشاكلي عن الأخرين .

جدول رقم (17) يوضح فقرات أسلوب **الإنعزال** في مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي

قد تم تصنيف أساليب مقاومة الضغط النفسي إلى عاملين.

العامل الأول: يتضمن7 أنواع من أساليب مقاومة الضغط النفسي الايجابية.

العامل الثاني: يتضمن 6نوع من أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية كما يوضح ذلك الجدول الموالي:

جدول رقم (18) يوضح تصنيف أساليب مقاومة الضغط النفسي

أساليب مقاومة الضغط الإيجابية	أساليب مقاومة الضغط السلبية
– حل المشكل. – إعادة التقييم الإيجابي. – الاسترخاء . – التخطيط لحل المشكل – ضبط الذات – الرجوع للدين. _ البحث عن الدعم الإجتماعي .	– التقبل . – وسائل الدفاع – التنفيس الانفعالي. – المغالات في الأكل و الشرب وتناول المهدئات. –الدعابة. – الإنعزال.

<u>الخصائص السيكومترية لمقياس</u> أساليب مقاومة الضغط النفسي

<u>أولا صدق المقياس</u>

قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بالطرق الآتية :

1. الصدق الظاهري : صدق المحكمين

تم عرض المقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي على عدد من الأساتذة ذوي الخبرة والإختصاص في مجال علم النفس وعلم التربية ، ومختصين نفسانيين ، وخبير لغوي بعد تكوين عباراته بصورة مبدئية ، وطلب منهم الحكم على مدى صحة ووضوح الفقرات وكذالك إنتمائها لمجالاتها وحذف أو تعديل مايرونه مناسبا ، حيث تم اضافة وتعديل

واستبعاد بعض الفقرات وعناوين المجالات ،وبعد تطبيق معادلة كوبر لحساب نسبة الإتفاق بين المحكمين ، تم إستبعاد 10 فقرات التي لم تحظ بنسبة إتفاق 80٪ ،وذالك لأنها حصلت على نسب صغيرة جدا ، وبذلك أصبح عدد عبارات فقرات المقياس 48 فقرة وبواقع (13) بعد.بعدما كان يحوي 58 فقرة في صورته الأولية .

2- الصدق الداخلي : صدق الاتساق الداخلي للمقياس

ويقصد بصدق الإتساق الداخلي قوة الإرتباط بين كل فقرة من فقرات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ، لذالك تم حساب معاملات الإرتباط بين الفقرات و الدرجة الكلية :

والجدول الموالي يوضح معاملات الإرتباط لكل فقرة من فقرات البعد (الأساليب الإيجابية لمقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية للبعد

البعد	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
حل المشكل	65،0	دالة عند 01،0
إعادة التقييم الإيجابي	58،0	دالة عند 01،0
التخطيط لحل المشكل	69،0	دالة عند 01،0
الرجوع للدين	56،0	دالة عند 01،0
الإسترخاء	53،0	دالة عند 01،0
البحث عن الدعم الإجتماعي	42،0	دالة عند 01،0
ضبط الذات	50،0	دالة عند 01،0

والجدول رقم (19) يوضح معاملات الإرتباط لكل فقرة من فقرات البعد (الأساليب الإيجابية لمقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية للبعد

تبين هاته النتائج أن معاملات الإرتباط بين كل فقرة من فقرات العامل الأول (الأساليب الإيجابية لمقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية لفقراته دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 01،0وبذالك تتمتع فقرات البعد الأول بصدق عال .

ويوضح الجدول الموالي معاملات الإرتباط لكل فقرة من فقرات العامل الثاني (الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي) و الدرجة الكلية للبعد.

البعد	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
التنفيس الإنفعالي	48،0	دالة عند 01،0
وسائل الدفاع	65،0	دالة عند 01،0
التقبل	58،0	دالة عند 01،0
المغالاة في الأكل و الشرب	50،0	دالة عند 01،0
الدعابة	59،0	دالة عند 01،0
الإنعزال	51،0	دالة عند 01،0

الجدول رقم (20) يوضح معاملات الإرتباط لكل فقرة من فقرات العامل الثاني (الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي) و الدرجة الكلية للبعد

تبين هاته النتائج أن معاملات الإرتباط بين كل فقرة من فقرات العامل الثاني (الأساليب السلبية لمقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية لفقراته دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 01،0وبذالك تتمتع فقرات البعد الثاني بصدق عال .

3- الصدق البنائي : يبن الصدق البنائي قوة الإرتباط بين كل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية للأبعاد المختلفة الذي ينتمي إليها ، فقد تم حساب معاملات الإرتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للأبعاد:

ويوضح الجدول معاملات الإرتباط لكل بعد من الأبعاد (أساليب مقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية للأبعاد:

البعد	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
الأساليب الإيجابية لمقاومة الضغط النفسي	65،0	دالة عند 01،0
الأساليب السلبية لمقاومة الضغط النفسي	77،0	دالة عند 01،0

الجدول رقم(21) معاملات الإرتباط لكل بعد من الأبعاد (أساليب مقاومة الضغط النفسي) والدرجة الكلية للأبعاد:

يتبين من خلال نتائج الجدول أن أن معاملات الإرتباط بين كل بعد من أبعاد أساليب مقاومة الضغط النفسي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 01،0،إذا المقياس يتمتع بخاصية الصدق البنائي.

4_ الصدق التمييزي: (المقارنة الطرفية): وتقوم هذه الفكرة على مقارنة المتوسطات بين متوسط الأقوياء و الضعفاء ، بحيث تم تقسيم إلى مجموعتين كلا منها 27٪، وتم إستخدام إختبار العينات المستقلة .للتمييز بين المجموعتين .

ويبين الجدول التالي نتائج حساب المقارنة الطرفية :

مقياس أساليب المقاومة	**قيمة ت**	**مستوى الدلالة**	**القرار**
الدرجات أعلى من 27٪	**87،8**	**01،0**	**دالة إحصائيا**
الدرجات أدنى من 27٪			

الجدول رقم _(22) يوضح نتائج حساب المقارنة الطرفية

تبين هاته النتائج أن مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 01،0. مما يدل أن المقياس يتمتع بقوة تمييزية عالية .

ثبات مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي: يقصد بثبات الاختبار قدرته في إعطاء نفس النتائج أو نتائج قريبة منها إذا ما أعيد تطبيقه على نفس الأفراد.

لقد تم حساب ثبات المقياس بطريقتين :

أولا : معادلة ألفا كرونباخ : تم حساب إرتباط كل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس، وكانت معاملات الثبات كلها مرتفعة ، حيث تراوحت مابين 52،0 و 87،0 مع ثبات كلي 85،0بالنسبة للأساليب الإيجابية ، وتراوحت معاملات الثبات بين 65،0و 0.78 مع ثبات كلي 0.81 بالنسبة للأساليب السلبية .

ثانيا : الثبات بالتجزئة النصفية : تم حساب ثبات المقياس بهاته الطريقة مع تصحيح معاملات الثبات الناتجة بإستخدام معادلة سبيرمان _ براون وقد تراوحت معاملات الثبات بين 54،0 _ 78،0 وثبات كلي 0.89 بالنسبة للأساليب الإيجابية ، بينما تراوحت بين 61،0 و 79،0 وثبات كلي 80،0 بالنسبة للأساليب السلبية . والجدول الموالي يوضح هاته النتائج .

أبعاد المقياس	الفا كرونباخ	التجزئة النصفية
حل المشكل	0.54	56،0
إعادة التقييم الإيجابي	0.52	54،0
التخطيط لحل المشكل	0.61	0.62
الرجوع للدين	0.67	0.78
الإسترخاء	0.72	0.73
البحث عن الدعم الإجتماعي	0.87	0.66
ضبط الذات	0.69	0.70
التنفيس الإنفعالي	0.70	0.65
وسائل الدفاع	0.78	0.75
التقبل	0.65	0.79
المغالات في الأكل والشرب	0.66	61،0
الدعابة	0.70	0.63
الإنعزال	0.66	0.62

جدول رقم (23) يوضح قيم معاملات ثبات مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي

يتضح من هاته النتائج أن جميع معاملات الثبات قوية مما يؤكد ثبات المقياس .

و الجدول الموالي يوضح ذلك : **جدول رقم (24) يوضح قيم معاملات ثبات مقياس** أساليب مقاومة الضغط النفسي

رقم العامل	ألفا كرونباخ	جوتمان	التجزئة النصفية
العامل الأول	0.86	0.87	–
العامل الثاني	0.91	0.91	0.89

تدل قيم معاملات ثبات مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي على تمتع المقياس بثبات عالي وصلاحيته لقياس ما وضع لقياسه.

_ قائمة كورنل "للنواحي العصابية والبسيكوسوماتية"

لقد وضع هذا المقياس عام 1946 كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الأمراض البسيكوسوماتية والعصبية و الطب نفسية كما تكشف عن حالات القلق و توهم المرض ، و الإتجاهات المضادة للمجتمع و إضطرابات التشنج و الصداع النصفي و الربو و القرح الهضمية . وتركز القائمة بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالأمراض البسيكوسوماتية .

وبعد أربعين عام من صدور طبعة 1946 لقائمة كورنل قام فريق من الباحثين هم :"برودمان ، إردمان ، ولف ، ومسكوفيتز " بإصدار طبعة جديدة للقائمة هي طبعة 1986، وتمثل تطويرا كبيرا للقائمة من أهم معالمه أنها تضمنت 18 مقياسا بدلا من عشرة مقاييس(في قائمة 1946) ومائتين وثلاثة وعشرين (223) سؤلا بدلا من 101 سؤال .

أما على مستوى الوطن العربي فقد قام محمود أبو النيل بتعريب الصورة الأخيرة للقائمة (1986م) ، وكان ذالك في الفترة الزمنية الممتدة من (1995_2000م) .

وفي مايلي وصف للقائمة :

وتتكون القائمة من كراسة أسئلة وورقة إجابة ، وتوجد صورة للإناث وصورة للرجال ، وعدد الأسئلة في الأصل الأمريكي (223) سؤالاً لصورة الذكور ، و (228) سؤالاً لصورة الإناث ، وقد وجد الباحث من خلال تطبيقه للقائمة على العينة المصرية أن الصورة الأمريكية الخاصة بالرجال تسمح للتطبيق على الجنسين ، وذلك لوجود أسئلة بصورة الإناث قد يسبب الإجابة عليها حرجاً للفتاة في الثقافة المصرية و العربية .

أما بالنسبة لأقسام أسئلة القائمة فهي تنقسم لأربعة أقسام هي:

أولا الأعراض البدنية : هي تلك التي تتصل بالأعراض البدنية ، مثل سؤال هل تشعر عادة بالإنتفاخ بعد الأكل ؟

ثانيا ماضي المرض : تلك التي تتصل بماضي المرض ، مثل سؤال هل أخبرك الطبيب أن لديك مرض في الكبد أو المرارة؟

ثالثا التاريخ العائلي : تلك التي تختص بالتاريخ العائلي ،مثل هل حدث أن أصيب أحد أفراد العائلة بسكتة مخية ؟

رابعا السلوك و المزاج و المشاعر : تلك التي تتعلق بالسلوك و المزاج و المشاعر ،مثل سؤال هل تشعر غالبا بأنك لست سعيدا و مكتئبا ؟

وتنحصر هذه الأقسام الأربعة في مقياسين تشمل (المقاييس الخاصة بالنواحي البدنية والمقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية والانفعالية) وتتجمع أسئلة كل مقياس فرعي مع بعضها وتأخذ تسلسل الحروف الأبجدية .

وفي مايلي توضيح لهاته المقاييس :

<u>أولا المقاييس الخاصة بالأعراض البدنية :</u>

وفيمايلي هذه المقاييس الفرعية وعدد الأسئلة الخاصة بكل مقياس فرعي :

1_ _ مقياس السمع و البصر : و يتكون من 13 بندا تتعلق بقياس الشكاوى و الأعراض التي تختص بضعف السمع و البصر .

2_ الجهاز التنفسي : ويتكون من 17 سؤلا تتعلق بوجود ألم في الحلق ، وإلتهاب في الأنف مع وجود رشح فيها، و المعاناة المستمرة من شدة البرد ، ومرض الربو ، وإلتهاب الجيوب الأنفية ، وكحة مستمرة أو المصحوبة بدم أو إلتهاب رئوي .

3_ القلب و الأوعية الدموية : ويتكون من 19 سؤال تقيس الإصابة بالذبحة الصدرية ، والنوبات القلبية ، ومعاناة أفراد العائلة من المتاعب القلبية، وعمل رسوم القلبية تحت ظروف المشقة ، وحدوث ضيق في التنفس أثناء الليل ، وزيادة أو إنخفاض ضغط الدم ، وسرعات نبضات القلب ، و جود تورم في الساق و القدم ، وتناول أدوية للتخلص من الماء بالجسم و الإصابة بالحمى الروماتيزمية ، ووجود لغط في القلب ، ومشاكل في صمامات القلب .

4_ الجهاز الهضمي : ويتكون من (20) سؤال تقيس كثيرا من الجوانب كنزف اللثة وصعوبة البلع و إلتهاب الفم و الشفتين ، والمعاناة من الألم أثناء البلع ، وحدوث تهيج في

القولون أو المعدة ، ووجود حصوات في المرارة ، نقصان أو زيادة الوزن ووجود دم في البراز و الإصابة بالقرحة .

5_ الهيكل العظمي : ويتكون من (11) سؤالا تختص بحدوث كسور في العظام أو وجود ضعف أو هشاشة فيها ، وحدوث إلتهابات في المفاصل ، والمعانات من الآلام و التورمات فيها ، كذالك المعاناة من تلبس في العضلات و المفاصل ، و إنتشار الروماتيزم في الأسرة وحدوث الام في الظهر .(محمود أبو النيل ،2001)

6_ الجلد : ويتكون من (7) أسئلة تقيس الإصابة الجلدية المزمنة ، و الطفح الجلدي و الحساسية الجلدية ، ووجود جروح بالجلد ، و الإحمرار الشديد بالوجه و العرق الكثير و المعاناة من الحكة الجلدية .

7_ الجهاز العصبي : و يتكون من 18 بندا تتعلق بإضطرابات الجهاز العصبي .

8_ الجهاز البولي و التناسلي: و يتكون من 13 بندا تتعلق بإصابات الجهاز البولي والتناسلي .

9_ مقياس التعب : ويتكون من 7 بنود تتعلق بالمعانات من النوبات المتكررة من الإجهاد و التعب و الإنهاك وكذالك الإجهاد العصبي .

10_ تكرار المرض : يتكون من 9 بنود تتناول تكرار حدوث المرض ، وكثرة ملازمة الفراش.

11_ الأمراض المختلفة : يتضمن 18 سؤالا تتعلق بإصابات مختلفة غير مدرجة في المقاييس السابقة .

12_ العادات : وتتكون من 20 سؤال تتعلق بوجود صعوبة في النوم أو الإستمرارية فيه ، وصعوبة أخذ فترة راحة يومية ، وكثرة التدخين و تناول القهوة والشاي و الكحوليات و تعاطي المخدرات ، وتعاطي أدوية دون إستشارة الطبيب ،كما تختص الأسئلة أيضا بتناول الحبوب المنومة والمهدئة و الفيتامينات بإنتظام .

ثانيا : المقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية و الإنفعالية :

13_ عدم الكفاية : ويتضمن مقياس عدم الكفاية 12 سؤالا تتناول المصاحبات الفسيولوجية كالعرق و الإرتعاش ، و الشعور بالعصبية وعدم الثبات في حالة وجود الرؤساء في العمل كذلك الإرتباك و الإضطراب في أداء العمل ، و أداء العمل ببطء شديد دراءا للوقوع في

الخطأ، كما تتضمن الأسئلة فهم الأوامر بطريقة خاطئة ، وصعوبة إتخاذ القرار و الإفتقار للخبرة و الضيق من تناول الطعام خارج المنزل .

14_ الإكتئاب : ويتكون من 6 أسئلة تتعلق بالشعور بالعزلة وعدم السعادة رغم إشاعة جو من الفرح ، كذالك تتعلق بالشعور المستمر بالكآبة والحزن و البؤس وفقد الأمل في الحياة و الرغبة في الموت .

15_ القلق : و يتضمن 9 بنود تختص بالشعور المستمر بالقلق ، ووجود القلق في العائلة ، و الإستشارة العصبية لأتفه الأسباب ، ووجود العصبية في أفراد الأسرة والإصابة بالإنهيارالعصبي والعلاج منه.

16_ الحساسية : وتتكون من 6 أسئلة تتعلق بالخجل الزائد عن الحد و الثورة و سرعة الغضب من نقد الأخرين و إساءة فهمهم .(نفس المرجع السابق ، 2001)

17_ الغضب : يتكون من 9 بنود تتعلق بالإندفاع المفاجيء في فعل الأشياء ، وسهولة الإثارة ، و الغضب لأتفه الأسباب .

18_ التوتر :وعدد بنوده 9 تتعلق بالعصبية الشديدة و الإرتجاف من الأصوات المفاجئة ، و الشعور بالضعف في مواجهة الأخرين ، والإستيقاظ من النوم بسبب الأحلام المزعجة ، ومعاودة الأفكار المخيفة دون سبب معقول و تصبب العرق البارد من الجسم .(محمود أبو النيل ،2001)

جدول رقم (25) يوضح المقاييس الفرعية لقائمة كورنل للنواحي العصابية والبسيكوسوماتية (1986م)

رقم	المقياس الفرعي	الرمز	عدد الأسئلة
أولا : المقاييس الخاصة بالأعراض البدنية			
01	**السمع و الإبصار**	**A**	**13**
02	**الجهاز التنفسي**	**B**	**17**
03	**القلب و الأوعية الدموية**	**C**	**19**
04	**الجهاز الهضمي**	**D**	**20**
05	**الهيكل العظمي**	**E**	**11**

06	الجلد	F	7
07	الجهاز العصبي	G	18
08	الجهاز البولي و التناسلي	H	13
09	التعب	I	7
10	تكرار المرض	J	9
11	أمراض مختلفة	K	18
12	العادات	L	20
ثانيا : المقاييس الخاصة بالنواحي المزاجية و الإنفعالية			
13	عدم الكفاية	M	12
14	الإكتئاب	N	6
15	القلق	O	9
16	الحساسية	P	6
17	الغضب	Q	9
18	التوتر	R	9

التطبيق : أما بالنسبة لتطبيق فتعتبر قائمة كورنل من المقاييس التي يتم تطبيقها ذاتيا ، ويمكن أن تطبق بشكل فردي أو جماعي ، فيتم إعطاء الأسئلة للمبحوث و يطلب منه الإجابة على أسئلتها بعد إعطائه التعليمات التي تتمثل في تسويد العلامة ا لخاصة بإجابته في ورقة الإجابة أمام السؤال .

وتستغرق الإجابة على الأسئلة مابين 10 إلى 30 دقيقة .ويعتمد ذالك على درجة التعليم.

طريقة التصحيح وإعطاء الأوزان : و يتم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس الثمانية عشر على حدة بإعطاء درجة على كل سؤال أجاب عنه المعلم ب"نعم" ، وصفراً للإجابة ب"لا" ، وبذلك فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية على المقياس .

الخصائص السيكومترية للقائمة : لقد أجريت العديد من الدراسات للتأكد من الخصائص السيكومترية من صدق و ثبات ، ومعظم هاته الدراسات أثبتت أن الأداة تتمتع بدرجة

عالية من الصدق و الثبات ، وذالك في كل أبعادها وفي مايلي سرد لأهم الدراسات العربية التي أثبتت ذالك :

أولا الثبات

_ ثبات القائمة في البيئة الأصلية من خلال دراسات مصرية :

تم حساب معامل الثبات لقائمة كورنل بطريقة التقسيم النصفي وبطريقة الإعادة كما ورد في (محمود أبو النيل : 2001م ، 181 ، 182) ، وذلك على النحو الآتي :

1_ العينة المصرية التي تكونت من (140) طالب وطالبة جامعيين من مختلف الكليات العملية والنظرية ومختلف السنوات الدراسية ، وذلك في العام الجامعي (1995_1996م) وقد بلغ معامل الثبات للقائمة ككل على العينة المصرية من الطلبة والطالبات 0.69.

2_ العينة الأمريكية التي تكونت من (50) طالب وطالبة جامعيين من كليات وأقسام مختلفة عام (1995م) ، وقد بلغ معامل الثبات النصفي للقائمة ككل على العينة الأمريكية من الطلبة والطالبات0.82, .

3_ تم حساب معامل الثبات الكلي في العينتين (المصرية و الأمريكية) بتحويل معاملات الارتباط النصفي للمقاييس الفرعية لمقابلها اللوغارمُي (ز) ، ثم حساب متوسطها والكشف عن معامل الارتباط المقابل لهذا المتوسط ثم استخراج معامل الثبات من الجداول الإحصائية

.4_ أما المقاييس الفرعية التي تمتعت بمعاملات ثبات مرتفعة 0.6هي : الجهاز التنفسي والتعب وتكرار حدوث المرض ، وأمراض متنوعة وعدم الكفاية والاكتئاب ، والقلق والغضب والتوتر على المقياس الكلي .

5_ وفي دراسة لمحمد صديق (1999م) قام بتطبيق الإختبار عن طريق الإعادة بفاصل زمني (15) يوم لحساب ثبات القائمة على عينة تكونت من (30) فرداً (من المودعين أموالهم في شركات توظيف الأموال وفقدو الأمل في إستردادها) (ظرف ضاغط ومشقة) ، وخمسة عشر فردا من غير المودعين . ويبين الجدول (16) معاملات ثبات قائمة كورنل عن طريق الإعادة .

جدول (26) معاملات ثبات قائمة كورنل عن طريق الإعادة (في دراسة محمد صديق 1999)

م	المقياس	معامل الثبات (ن=30)	م	المقياس	معامل الثبات (ن=30)
1	السمع و الإبصار	71،0	10	تكرار المرض	68،0
2	الجهاز التنفسي	70،0	11	أمراض متنوعة	50،0
3	القلب و الأوعية الدموية	92،0	12	العادات	79،0
4	الجهاز الهضمي	83،0	13	عدم الكفاية	42،0
5	الهيكل العظمي	66،0	14	الإكتئاب	91،0
6	الجلد	67،0	15	القلق	82،0
7	الجهاز العصبي	83،0	16	الحساسية	65،0
8	البولي و التناسلي	87،0	17	الغضب	74،0
9	التعب	70،0	18	التوتر	69،0
الدرجة الكلية		85،0			

توصلت هاته الدراسة إلى أن معاملات الثبات عن طريق الإعادة في هذه الدراسة تراوحت قيمتها مابين (42،0إلى 92،0) ولا يوجد سوى مقياسين معامل الثبات فيهما منخفض وهما مقياس عدم الكفاية (42،0) ، ومقياس امراض متنوعة (50،0) و باقي المقاييس وعددها 16 يتراوح ثباتها بين (65،0) – (92،0).

كما قام نفس الباحث بحساب الثبات النصفي للإختبار على 20 فردا من المودعين أموالهم في شركات توظيف الأموال ، 20 فردا من غير المودعين ، وعلى المودعين وغير المودعين معا ،ويبين الجدول رقم (17) معاملات ثبات قائمة كورنل بطريقة التقسيم النصفي على هذه المجموعات الثلاث .(محمود السيد أبوالنيل ، 2001)

جدول (27) يبين معاملات الثبات النصفي لقائمة كورنل (عن محمد صديق 1999)

م	المقاييس الفرعية	معامل الثبات بالنسبة لنتائج غير المودعين (ن=20)	معامل الثبات بالنسبة لنتائج المودعين (ن=20)	معامل الثبات بالنسبة لنتائج المودعين و غير المودعين(ن=40)
1	السمع والإبصار	84،0	88،0	86،0
2	الجهاز التنفسي	92،0	94،0	92،0
3	القلب و الأوعية الدموية	57،0	41،0	62،0
4	الجهاز الهضمي	74،0	79،0	89،0
5	الهيكل العظمي	64،0	69،0	53،0
6	الجلد	86،0	80،0	55،0
7	الجهاز العصبي	65،0	64،0	67،0
8	البولي والتناسلي	79،0	70،0	71،0
9	التعب	75،0	80،0	89،0
10	تكرار حدوث المرض	54،0	50،0	49،0
11	أمراض متنوعة	52،0	61،0	53،0
12	العادات	49،0	41،0	40،0
13	عدم الكفاية	37،0	56،0	18،0
14	الإكتئاب	93،0	89،0	91،0
15	القلق	79،0	77،0	85،0
16	الحساسية	49،0	59،0	67،0
17	الغضب	89،0	92،0	88،0
18	التوتر	82،0	86،0	79،0
الدرجة الكلية		88،0	89،0	86،0

يتضح من نتائج الجدول (17) أنه بالنسبة للمودعين بلغ ثبات مقياسي العادات (49،0) و الحساسية (49،0) منخفضا الثبات ، و بالنسبة لغير المودعين فإن مقياسي القلب والأوعية الدموية (41،0) ، و العادات (41،0) منخفضي الثبات ، أما المجموعة الكلية (المودعين وغير المودعين) فإن مقاييس تكرار المرض (49،0) وعدم الكفاية (18،0) والعادات (40،0) هي المنخفضة الثبات ، أما باقي المقاييس في المجموعات الثلاث فثباتها مرتفع إذ تبلغ لدى المودعين مابين (52،0-93،0) ولدى غير المودعين ما بين 50،0 و 94،0، وفي المجمو عة الكلية مابين (53،0- 92،0).

ـ وفي دراسة نجلاء محمد سليمان (2000) التي كانت حول سيكولوجية البدانة وعلاقتها بالشخصية في ضوء الفروق بين الجنسين على عينة تكونت من (80) فرد نصفهم أكثر من 20٪ من الو زن المثالي و النصف الأخر أكثر من 20 ٪ من الوزن العادي . ا والجدول الموالي يوضح معاملات الثبات النصفي للقائمة

جدول (28) يوضح معاملات الثبات النصفي للقائمة
في دراسة نجلاء محمد سليمان (2000)

م	المقاييس الفرعية	معامل الثبات النصفي
1	السمع و الإبصار	69،0
2	الجهاز التنفسي	74،0
3	القلب و الأوعية الدموية	83،0
4	الجهاز الهضمي	83،0
5	الهيكل العظمي	51،0
6	الجلد	50،0
7	الجهاز العصبي	83،0
8	الجهاز البولي التناسلي	73،0

9	التعب	82،0
10	تكرار حدوث المرض	79،0
11	أمراض متنوعة	56،0
12	العادات	64،0
13	عدم الكفاية	82،0
14	الإكتئاب	70،0
15	القلق	75،0
16	الحساسية	43،0
17	الغضب	64،0
18	التوتر	60،0

يتبين من خلال هاته النتائج أن معاملات الثبات في أغلبها مرتفعة و تراوحت قيمتها بين (43،0) في مقياس الحساسية – (83،0) في مقاييس القلب وفي الجهاز الهضمي و الجهاز العصبي .

ـ وفي دراسة مازن أحمد عبد الله سنة (2000) على عينة من الطلبة الجامعيين في الجمهورية العربية اليمنية ، وقدتم حساب ثبات المقياس بطريقة الإعادة على (30) طالبا ، وبطريقة التجزئة النصفية و ألفا كرونباخ على مائتين من الطلاب .

ويوضح الجدول (19) معاملات الثبات المرتفعة و المنخفضة على الطرق الثلاثة .

جدول (29) يبين قيم معاملات الثبات في العينة اليمنية

الطريقة (الثبات)	معامل الثبات المرتفع		معامل الثبات المنخفض	
	المقياس الفرعي	الثبات	المقياس الفرعي	الثبات
إعادة الإختبار	الجهاز العصبي	90،0	التوتر	72،0
التجزئة النصفية	القلب و الأوعية	92،0		70،0
ألفا كرونباخ	العادات	96،0	الحساسية	74،0

يتضح من الجدول (29) أن معامل الثبات بطريقة الإعادة تتراوح قيمته بين (0،72- 92،0) و بطريقة التجزئة النصفية بين(0،70- 92،0)، و بطريقة ألفا- كرونباخ بين (0،74-96،0).(محمود السيد أبو النيل ،2001)

- وفي سنة 2003 قامت الباحثة عبير بنت محمد حسن الصبان بقياس ثبات القائمة ، في البيئة السعودية وذالك في أطروحة الدكتوراه الموسومة بعنوان : المساندة الإجتماعية و علاقتها بالضغوط النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة ، وجدة . وذالك بطريقة التجزئة النصفية ، وطريقة ألفا كرونباخ على عينة متكونة من 400 فرد .ونوضح النتائج المتوصل إليها من خلال الجداول التالية :

جدول (31) يبين قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لدرجات قائمة كورنل (ن=400)

م	أبعاد قائمة كورنل	عدد الأسئلة	معامل الثبات
1	السمع و الإبصار	13	54،0
2	الجهاز التنفسي	17	0,70
3	القلب و الأوعية	19	75،0
4	الجهاز الهضمي	20	58،0
5	الهيكل العظمي	11	61،0
6	الجلد	7	64،0
7	الجهاز العصبي	18	56،0
8	الجهاز البولي و التناسلي	13	58،0

9	التعب	7	53،0
10	تكرار المرض	9	65،0
11	أمراض مختلفة	18	59،0
12	العادات	20	45،0
13	عدم الكفاية	12	84،0
14	الإكتئاب	6	84،0
15	القلق	9	60،0
16	الحساسية	6	60،0
17	الغضب	9	72،0
18	التوتر	9	70،0
19	مقاييس النواحي البدنية	172	87،0
20	مقاييس النواحي المزاجية و الإنفعالية	51	84،0

يتضح من خلال هاته النتائج أن القائمة تتمتع بمعامل ثبات جيد و مقبول .

والجدول الموالي يوضح نتائج الثبات بطريقة ألفا كرونباخ .

جدول (32) يبين قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لدرجات قائمة كورنل (ن=400)

م	أبعاد قائمة كورنل	عدد الأسئلة	معامل الثبات
1	السمع و الإبصار	13	67،0

2	الجهاز التنفسي	17	76،0
3	القلب و الأوعية	19	78،0
4	الجهاز الهضمي	20	62،0
5	الهيكل العظمي	11	69،0
6	الجلد	7	65،0
7	الجهاز العصبي	18	71،0
8	الجهاز البولي و التناسلي	13	67،0
9	التعب	7	68،0
10	تكرار المرض	9	80،0
11	أمراض مختلفة	18	58،0
12	العادات	20	56،0
13	عدم الكفاية	12	89،0
14	الإكتئاب	6	86،0
15	القلق	9	76،0
16	الحساسية	6	72،0
17	الغضب	9	76،0
18	التوتر	9	75،0
19	مقاييس النواحي البدنية	172	94،0

20	مقاييس النواحي المزاجية و الإنفعالية	51	91،0

يتضح من خلال هذا الجدول أن غالبية معاملات الثبات على كل المقاييس كانت مرتفعة وتراوحت من 56،0إلى . 94،0

ـ وفي سنة 2007 قام الباحث جبالي نور الدين بحساب ثبات القائمة على عينة جزائرية ، وذالك في أطروحة الدكتوراه التي كانت بعنوان : علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي (دراسة ميدانية)، وإعتمد على طريقة ألفا كرونباخ ، بحيث توصل الباحث إلى أن معاملات الثبات كلها مرتفعة ودالة إحصائيا عند مستوى 01،0 ، وتراوحت قيمتها مابين 59،0 بالنسبة للجهاز العصبي ، و 94،0 بالنسية للدرجة الكلية .

وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية قيمتها مابين 52،0 بالنسبة لمقياس الجلد و 86،0 بالنسبة للدرجة الكلية ، وكل معاملات الثبات كانت دالة عند مستوى 01،0.(جبالي نور الدين ،2008)

_ ثبات القائمة في الدراسة الحالية : بالرغم من تأكيد العديد من الدراسات على ثبات الأداة في البيئة العربية إلا أن ذالك لم يمنعنا من إعادة حساب الخصائص السيكومترية للأداة على الدراسة الحالية .فقد قمنا بحساب معامل ثبات قائمة كورنل للنواحي العصابية السيكوسوماتية بطريقتين هما :

1_ طريقة التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بحساب ثبات القائمة بطريقة التجزئة النصفية ، وذلك عن طريق حساب قيم معاملات الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية للمقاييس الفرعية للقائمة ، وحساب معامل الإرتباط بين النصفين لكل مقياس. والجدول (22) يوضح ذالك.

جدول (34) يوضح **قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات قائمة كورنل بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون .**

المقاييس الفرعية	عدد الأسئلة	معامل التجزئة النصفية	مستوى الدلالة
السمع و الإبصار	13	60،0	01،0
الجهاز التنفسي	17	69،0	01،0
القلب والأوعية	19	71،0	01
الجهاز الهضمي	20	60،0	01،0
الهيكل العظمي	11	65،0	01،0
الجلد	7	55،0	01،0
الجهاز العصبي	18	65،0	01،0
البولي و التناسلي	13	67،0	01،0
التعب	7	56،0	01،0
تكرار المرض	9	77،0	01،0
أمراض مختلفة	18	57،0	01،0
العادات	20	50،0	01،0
عدم الكفاية	12	80،0	01،0
الإكتئاب	6	78،0	01،0
القلق	9	84،0	01،0
الحساسية	6	67،0	01،0
الغضب	9	76،0	01،0
التوتر	9	69،0	01،0
الدرجة الكلية		80،0	01،0

يتبين من خلال هاته النتائج أن معاملات الثبات في أغلبها مرتفعة و تراوحت قيمتها بين (50،0)– (80،0) في الدرجة الكلية ، مما يؤكد أن القائمة تمتع بمعامل ثبات جيد .

2_ طريقة معامل ألفا لكرونباخ: يعتبر معامل ألفا (كرونباخ 1984) من أهم مقاييس الإتساق الداخلي ، ومعامل ألفا يربط ثبات الإختبار بتباين بنوده .(مقدم عبدالحفيظ ، 1993).الجدول رقم (22) يوضح النتائج المتوصل لها .

جدول (35) يوضح قيم معاملات ثبات ألفا لكرونباخ للمقاييس الفرعية و المقياس ككل .

المقاييس الفرعية	عدد الأسئلة	معامل ألفا كرونباخ	مستوى الدلالة
السمع و الإبصار	13	56،0	01،0
الجهاز التنفسي	17	70،0	01،0
القلب والأوعية	19	73،0	01،0
الجهاز الهضمي	20	65،0	01،0
الهيكل العظمي	11	63،0	01،0
الجلد	7	57،0	01،0
الجهاز العصبي	18	70،0	01،0
البولي و التناسلي	13	69،0	01،0
التعب	7	60،0	01،0
تكرار المرض	9	83،0	01،0
أمراض مختلفة	18	52،0	01،0
العادات	20	48،0	01،0
عدم الكفاية	12	77،0	01،0
الإكتئاب	6	72،0	01،0
القلق	9	74،0	01،0
الحساسية	6	65،0	01،0

الغضب	**9**	**79،0**	**01،0**
التوتر	**9**	**73،0**	**01،0**
الدرجة الكلية		**90،0**	**01،0**

يتضح من الجدول السابق أن القائمة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول ، فقد تراوحت معاملات الثبات ،بطريقة ألفا كرونباخ مابين 48،0_ 90،0 مما يدل على أن القائمة تتصف بالثبات وهذا يسمح للباحثة باستخدامها في دراستها .

صدق القائمة في البيئة الأصلية : لقد تم حساب صدق القائمة بطريقة صدق المجموعات المتضادة وكذلك المجموعات الطرفية والعلاقة باختبار آخر (صدق المحك) ، في العديد من الدراسات العربية و الأجنبية (محمود أبو النيل : 2001م ، 182_190) نذكر منها :

_ فقد أظهرت نتائج التحليل العاملي على قائمة كورنل و إستبيان الأسرة و الأبناء لشيفر و آخرون(Shefer et al) التي طبقت على عينة مكونة من طلبة مصريين من كلا الجنسين بلغ عددهم (140) ، وعينة من الطلبة الأمريكيين (50) طالب والعينتين تشتركان في كل من مقياس السمع و الإبصار ، فقد توصلت النتائج إلى أن الطابع العام للمقاييس التي تشبعت تشبعا مرتفعا في العينة المصرية تتصل بالنواحي السيكولوجية بينما في العينة الأمريكية تتصل بالنواحي العصابية .

_ وفي دراسة محمد صديق (1999م) توصل إلى أن العامل الأول تشبع عليه تشبعاً دالاً ثلاثة عشر مقياساً فرعياً من مقاييس القائمة .

_ وفي دراسة محمود أبو النيل (2000م) على عينة من شاغلي وظائف غير مدنية 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) ، وذلك على العامل الأول في العينتين .

_ وفي دراسة محمد صديق (1999م) 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 .(عبير بنت محمد حسن الصبان ، 2003)

_ كما قامت الباحثة عبير بنت محمد حسن الصبان (2003) بحساب صدق القائمة على عينة مكونة من (400) امرأة سعودية وكان ذالك بطريقتين :

أولا بطريقة الإتساق الداخلي : فقد بينت النتائج أن جميع قيم معاملات الإرتباط دالة إحصائيا عند مستوى (0،01) .

ثانيا بطريقة صدق التمييز: بطريقة المقارنة الطرفية وذالك بإيجاد دلالة الفروق بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى و الإرباعي الأدنى على قائمة كورنل للنواحي العصابية و السيكوسوماتية ، فكانت قيمة (ت) للفروق بين متوسطي درجات المجموعتين دالة إحصائيا عند مستوى (0،01) مما يؤكد أن القائمة تميز تمييزا واضحا بين مرتفعي و منخفضي الدرجة عليها .

_ أما في الجزائر فقد قام الباحث جبالي نور الدين (2007) بحساب صدق القائمة بطريقة صدق الإتساق الداخلي ، بحيث توصل إلى أن معاملات الإرتباط تراوحت بين 0،41على مقياس السمع والإبصار ، و 0،77 على مقمس الجهاز العصبي ، وكانت كل معاملات الإرتباط دالة عند مستوى 0،01 ، كما قام نفس الباحث بحساب الصدق التمييزي للقائمة فتوصل إلى أن الفروق بين الفئة الدنيا والفئة العليا كانت كلها جوهرية ودالة إحصائيا على كافة المقاييس الفرعية للقائمة .وكذالك الصدق التكوين الذي توصل إلى أن :

_ عدد الإرتباطات الدالة (171) معامل إرتباط.

_ عدد الإرتباطات الدالة (159) إرتباط دالا بواقع 93٪.

_ عدد الإرتباطات غير الدالة (12) إرتباط بواقع 7٪.

_ عدد الإرتباطات الدالة عند مستوى 0،01(156) إرتباطا بواقع 2،98٪ من مجموع الإرتباطات الدالة .

صدق المقياس في الدراسة الحالية: لقد قامت الباحثة بحساب صدق القائمة بالطرق التالية:

أولا : طريقة الإتساق الداخلي : وذالك بإيجاد قيم معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية للقائمة و درجة كل بعد من أبعاد القائمة ، فالإرتباط بين البند و الدرجة الكلية مؤشر للإتساق الدا خلي للمقياس و صدقه في قياس الظاهرة موضع الإهتمام .

(Anastasi,1982)

والجدول رقم (23) يبين قيم معاملات الإرتباط بين درجات المقاييس الفرعية و الدرجة الكلية لقائمة كورنل .

الجدول رقم (36) يبين قيم معاملات الإرتباط بين درجات المقاييس الفرعية و الدرجة الكلية لقائمة كورنل .

المقاييس الفرعية	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
السمع و الإبصار	55،0	01،0
الجهاز التنفسي	78،0	01،0
القلب و الأوعية	69،0	01،0
الجهاز الهضمي	63،0	01،0
الهيكل العظمي	76،0	01،0
الجلد	59،0	01،0

الجهاز العصبي	70،0	01،0
الجهاز البولي والتناسلي	61،0	01،0
التعب	49،0	01،0
تكرار المرض	74،0	01،0
أمراض مختلفة	50،0	01،0
العادات	55،0	01،0
عدم الكفاية	57،0	01،0
الإكتئاب	60،0	01،0
القلق	69،0	01،0
الحساسية	77،0	01،0

الغضب	60،0	01،0
التوتر	59،0	01،0

يتضح من الجدول رقم (36) أن لمعظم قيم معاملات الإرتباط كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 01،0 فتراوحت بين 49،0 على مقياس التعب ، و78،0 على مقياس الجهاز التنفسي مما يؤكد صدق محتوى القائمة بهاته الطريقة .

ثانيا الصدق الذاتي : وهو الصدق المبني على معامل ثبات الإختبار . فمعامل الصدق الذاتي يساوي الجذر التربيعي لمعامل ثبات .

والجدول (37) يبين معاملات الصدق الذاتي لقائمة كورنل .

الجدول (37) يبين معاملات الصدق الذاتي لقائمة كورنل .

المقاييس الفرعية	عدد الأسئلة	معامل ألفا كرونباخ
السمع و الإبصار	13	75،0
الجهاز التنفسي	17	84،0
القلب والأوعية	19	85،0
الجهاز الهضمي	20	81،0
الهيكل العظمي	11	79،0
الجلد	7	75،0
الجهاز العصبي	18	84،0
البولي و التناسلي	13	83،0
التعب	7	77،0
تكرار المرض	9	91،0
أمراض مختلفة	18	72،0

العادات	20	69،0
عدم الكفاية	12	88،0
الإكتئاب	6	85،0
القلق	9	86،0
الحساسية	6	81،0
الغضب	9	89،0
التوتر	9	85،0

يتبين لنا من الجدول (25) أن القائمة تتمتع بدرجة عالية من الصدق الذاتي .

ثالثا صدق التمييز بالمقارنة الطرفية :

وذالك بإيجاد دلالة الفروق بين بين متوسطي الفئة الدنيا و الفئة العليا للقائمة كورنل ، والنتائج موضحة في الجدول رقم (38)

المقياس	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
السمع والإبصار	76،0	12،1	09،2	88،1	80،3	01،0
الجهاز التنفسي	00،1	30،1	23،5	21،3	89،9	01،0
القلب و الأوعية	15،1	23،1	89،4	22،3	23،8	01،0
الجهاز الهضمي	00،1	80،0	67،4	12،2	80،12	01،0
الجهاز العظمي	11،0	42،0	80،2	43،1	45،14	01،0
الجلد	34،0	68،1	88،2	45،1	12،5	01،0
الجهاز العصبي	87،0	18،1	56،4	64،1	87،14	01،0

البولي و التناسلي	56،0	23،1	36،2	13،2	12،7	01،0
التعب	31،1	43،1	3,11	45،1	78،6	01،0
تكرار المرض	89،0	68،1	41،4	45،3	12،10	01،0
أمراض مختلفة	21،1	58،1	23،2	41،1	72،4	01،0
العادات	32،1	45،1	84،5	66،3	54،7	01،0
عدم الكفاية	78،1	20،1	5,00	81،1	6.24	01،0
الإكتئاب	1.23	12،1	36،2	83،1	11،7	01،0
القلق	28،0	45،0	49،2	38،1	12،14	01،0
الحساسية	67،1	83،1	21،4	22،2	23،12	01،0
الغضب	67،0	12،1	21،5	15،3	67،11	01،0
التوتر	22،1	16،1	49،4	12،3	31،10	01،0

جدول رقم (38) يوضح صدق بطريقة المقارنة الطرفية .

نلاحظ من خلال هاته النتائج أن قيمة ت للفرق بين متوسطي درجات المجموعتين كانت كلها دالة إحصائيا على كافة المقاييس الفرعية للقائمة ، مما يؤكد أن القائمة لها خاصية تمييزية عالية .

عينة الدراسة الأساسية :

وقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة.ممثلة للمجتمع الأصلي ، بحيث يمكن الاعتماد عليها وعلى النتائج المحصل عليها .

وفي طريقة اختيار العينات بالطريقة العشوائية البسيطة توفر لنا الشروط التي تضمن أن لكل عنصر أو مفرد من مفردات المجتمع الأصلي فرصة متساوية لأن تدخل في العينة وتستخدم في هاته الطريقة بعض الأساليب لمنع الباحث من العشوائية كما أن هذا النوع من طريقة اختيار العينات يتميز بأنه يعطي صورة صادقة للمجتمع الأصلي ويقلل من الوقوع في خطأ الصدفة وخطأ التحيز.

بحيث تم توزيع نسخ وسائل القياس على عينة من المعلمين والمعلمات (معلمي اللغة العربية واللغة الفرنسية). من المدارس الإبتدائية قوامها900 معلما (ة)، وبلغ عدد النسخ التي تم جمعها 700 نسخة ، وبعد الإطلاع على هذه الأخيرة قامت الطالبة بإستبعاد 301 نسخة وذالك لعدم توفرها على شروط ومتطلبات التعامل المنهجي المقبول وعدم الإجابة على كل العبارات في المقاييس ، وبالتالي تمثلت عينة الدراسة 399 معلما (ة) منهم180 معلما بنسبة 45.11% 219 معلمة بنسبة54.89.% ، تتراوح أعمارهم ما بين 23سنة إلى 57سنة، بمتوسط حسابي مقداره 36.82 وهم يتمتعون بخبرة (أقدمية مهنية) تمتد من 1سنة إلى 32سنة بمتوسط حسابي قيمته 13.97 وبنسبة 45.5% .

5- وصف عينة الدراسة الأساسية :

ويمكن توضيح خصائص عينة الدراسة الأساسية في ما يلي :

1-توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس :

جدول رقم (39) : يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

متغير الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	180	219	399
النسبة المئوية	%.45.11	٪54.89	%100

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (39) أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور ، حيث بلغت نسبة الإناث 54.89.% ، بينما نسبة الذكور تمثلت 45.11% .

2- توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الأقدمية المهنية :

جدول رقم (40) : يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الأقدمية المهنية

الفئات	العدد	النسبة المئوية
1 إلى 10 سنوات	170	٪42.60
11 إلى 20 سنة	130	٪32.59
21 إلى 35 سنة	99	24.81٪
المجموع	399	٪100

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (40) أن توزيع أفراد العينة من معلمين من حيث متغير الأقدمية في مهنة التعليم يتوزع حسب النسب التالية : نسبة 42.60٪ تتراوح خبرتهم من سنة إلى عشر سنوات من أفراد العينة وبلغ عددهم 170 معلم، و 32.59٪ من أفراد العينة تتراوح خبرتهم من إحدى عشرة إلى عشرون سنة وبلغ عددهم 130معلم .و 24.81٪ من أفراد العينة تتراوح خبرتهم من إحدى وعشرون إلى خمسة وثلاثون سنة وبلغ عددهم 99 معلم .

3. توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة العائلية :

الجدول رقم (41)يوضح **توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الوضعية العائلية**

الوضعية العائلية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	124	٪31.07
متزوج	178	٪44.61
مطلق	67	٪16.79
أرمل	30	٪7.53
المجموع	399	٪100

نلاحظ من خلال الجدول أن العينة تتوزع بشكل غير متساوي على المجموعات الأربع بحيث بلغ عدد المعلمين العزاب 124 معلم بنسبة31.07٪ ،أما عدد المعلمين المتزوجين فقد بلغ 178 معلم بأعلى نسبة 44.61٪، أما عدد المعلمين المطلقين فقد بلغ 67 معلم بنسبة 16.79٪ ، أما نسبة المعلمين الأرامل فقد بلغ عددهم 30 معلم بنسبة بلغت 7.53٪

6- إجراءات الدراسة الأساسية :

بعد إعداد المقاييس الخاصة بجمع البيانات والتأكد من صدقها وثباتها في الدراسة الاستطلاعية، باشرنا في الدراسة الأساسية ، التي كانت خلال الموسم الدراسي (2014 ، 2015) وكان إختيار هذه الفترة لتوقعها أن نهاية السنة ، يكون فيها المعلم قد كون صورة واضحة عن ظروف مهنة التدريس ،و إنعكاساتها على شخصيته وصحته النفسية والجسمية

،وذالك نتيجة التعب الذي قد تعرض له طيلة الموسم الدراسي . وقد باشرنا التطبيق بعد اجتياز المراحل التالية :

في البداية قامت الطالبة بالاتصال بمديرية التربية لولاية ورقلة بغرض الحصول على عدد المقاطعات الموجودة في المدينة ، وكذا عدد المعلمين في كل مقاطعة ، وبعد الحصول على كل هاته المعلومات ، وكذا الحصول على التصريح الخاص بالدخول للمؤسسات التربوية، اتصلت الطالبة الباحثة بعد ذلك بمدراء المؤسسات التربوية الذين يشرفون على هاته المؤسسات، وأوضحت لهم هدف الدراسة ، كما قامت بتحديد المدة الزمنية التي تستغرقها هذه الدراسة الأساسية ، وكذلك عدد الساعات التي تستغرق في تطبيق الأدوات، حيث قامت الباحثة كذلك بتوضيح كل تفاصيل إجراءات البحث بالنسبة للمدراء كما حددنا معهم عدد الحصص التي تلزمنا في استخدامها في تطبيق أداوت الدراسة، وبعد ذلك اتجهنا لجمع المعلمين في قاعة وذلك بغرض الحصول على موافقة ورضا عينة الدراسة (المعلمين) الذين سيجرى عليهم البحث حيث اكتسبنا صداقة هؤلاء المعلمين ؛بتعاونهم معنا وبينا لهم أن تعاونهم معنا سيكون له أثر طيب؛ في سبيل إتمام الدراسة وأن هذا التعاون سيكون له تقدير ، كما بينا لهم كذلك أهداف دراستنا هاته ، كما أكدنا كذلك على أن إجاباتهم ستحظى بالسرية ولا يطلع عليها أحد خارج مهمة البحث، وأنها ستتحول إلى أرقام وغرضنا من هذه الدراسة هو الاستفادة من نتائجها في الإفادة العلمية ، التربوية والمهنية كما أكدنا لهم على الصراحة والوضوح في الاستجابة وبينا لهم أن صراحتهم وصدقهم هو معيار صدق النتائج العلمية لهذه الدراسة ، وهذا ما حفزهم على توخي الدقة في الإجابة على المقاييس .

أما بالنسبة لطريقة التطبيق فقد قمنا بتطبيق جماعي لمقاييس الدراسة ، وبعد جمعنا للإجابات قمنا بفرزها وإلغاء بعض الإجابات التي تتضمن مثلا إجابتين على بند واحد أو إنجاز الإجابات التي تهمل فيها بعض الأسئلة ، حيث أنه تم استبعاد النسخ التي لم تتوفر شروط التعاون المنهجية المقبولة .

ومن الصعوبات التي واجهتنا في الدراسة الأساسية هي إلغاء العديد من النسخ الخاصة بمقياس الأمراض البسيكوسوماتية ، وذالك نتيجة لاحتواء المقياس على عدد كبير من البنود ، وهذا مما أدى بنا لإلغاء عدد كبير من النسخ في هذا المقياس وكذا مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي .

7- الأساليب الإحصائية المستعملة في هذه الدراسة:

الأساليب الإحصائية هي إحدى الدعائم الرئيسية التي تقوم عليها الطريقة في بحثها للعلوم الإنسانية . (محمد زيات حمدان ، 1980 ، ص : 110)، ولغرض تحليل بيانات المحصل عليها بواسطة أداتي البحث انتقينا نوعين من الأساليب الإحصائية المناسبة لهذه البيانات، وذلك في ضوء أهداف البحث ودوره ، وتمثلت هذه الأساليب فيما يلي :

النوع الأول : الإحصاء الوصفي : وتضمن الأساليب التالية :

1- المتوسط الحسابي :

يعتبر من أكثر الأساليب الإحصائية شيوعا وهو أحد مقاييس النزعة المركزية الذي يعني بمدى انتشار الدرجات في الوسط ويعبر عنه بالمعادلة الآتية :

$$م = \frac{مج\ س}{ن}$$

حيث أن م = المتوسط .

مج = المجموع .

س = الدرجات .

ن = عدد الحالات .(السيد محمد خيري ، 1999 ، ص : 44) .

2- الانحراف المعياري :

يعتبر الانحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت ونتوصل إليه بإيجاد جذر التربيعي للمتوسط مربع الانحرافات عن الوسط الحسابي الحقيقي .

$$ع = \sqrt{\frac{مج\ (س - م)^2}{ن}}$$

حيث أن:

ن = عدد أفراد العينة .

س= قيمة أو نتيجة المتغير موضع الدراسة عند المفردة ن .

$\overline{س}$= المتوسط الحسابي لقيم المتغير موضع الدراسة (أحمد عبد الله اللحلح، وآخر، 2002 ، ص : 296)

3- النسبة المئوية :

التي تحسب بالقانون التالي :

$$ن\ م = \frac{س \times 100}{ن}$$

واستعملناها في هاته الدراسة لغرض تقدير عدد أفراد الدراسة الأساسية والاستطلاعية ، وكذا تقدير عدد أفراد مجتمع الدراسة الأساسية حسب متغيرات الدراسة .

النوع الثاني : الإحصاء الاستدلالي :

1- معامل ارتباط بيرسون:

يعتبر من أكثر معاملات الارتباط شيوعا لأن أخطاءه المعيارية قليلة ويستعمل لقياس ومعرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة ويعبر عنه بالمعادلة التالية :

$$ر = \frac{مج\ س\ ص - \frac{مج\ س \times مج\ ص}{ن}}{\sqrt{مج\ س^2 - \frac{مج\ س^2}{ن} \times مج\ ص^2 - \frac{(مج\ ص)^2}{ن}}}$$

2- اختبار "ت" :

يستعمل في هذه الدراسة لمعرفة مدى دلالة الفرق بين متوسطين لمجموعتين مختلفتين ، ويعبر عنه بالمعادلة الآتية :

$$ت = \frac{م1 - م2}{\sqrt{\frac{ن1 \times ع1^2 + ن2 \times ع2^2}{ن1 + ن2 - 2} \times \frac{1}{ن1} + \frac{1}{ن2}}}$$

3- تحليل التباين أحادي الإتجاه. لدراسة الفروق أكثر من مجموعتين .

4- اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة للكشف عن اتجاه دلالة الفروق .

عرض وتحليل نتائج الدراسة

* تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول .
2- عرض و تحليل نتائج التساؤل الثاني .
3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى .
4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة .
6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
7- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة .
8-عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.
9- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة.
10عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة.

* خلاصة الفصل .

تمهيد بعد أن تعرضنا في الفصل السابق إلى أهم الإجراءات المنهجية وبعد تطبيق أداتي جميع البيانات على 399 معلم ومعلمة من التعليم الابتدائي تحصلنا على مجموعة من البيانات و المعطيات ، حيث قمنا بتحليلها إحصائيا باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة وسوف نتناول هاته النتائج بالعرض والتحليل.

.

أولا : النتائج المتعلقة بالسؤال الأول : ماهي أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين ؟

هدف هذا السؤال إلى الكشف عن أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف أفراد العينة (المعلمين)، وتحقيقا لذالك تم حساب المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لإستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي كما هو موضح في الجدول الموالي :

جدول (42) يوضح حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لأساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين .

أساليب مقاومة الضغط النفسي	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
حل المشكلة	14.50	4.54
إعادة التقييم الإيجابي	10.25	3.45
التخطيط لحل المشكل	8.21	2.76
الرجوع للدين	11.87	5.34
الإسترخاء	7.34	3.65
البحث عن الدعم الإجتماعي	12.13	3.23
ضبط الذات	10.00	2.80
وسائل الدفاع	11.67	3.80
التقبل	12.64	2.90
التنفيس الإنفعالي.	13.13	3.87
المغالات في الأكل و الشرب	7.25	2.43

الدعابة .	5.18	2.21
الإنعزال.	10.23	2.76

يتضح من خلال هاته النتائج أنه ينوع المعلمين في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي. ونلاحظ من خلال الجدول أن أكثر أساليب مقاومة الضغط النفسي إستخداما هو أسلوب حل المشكل بمتوسط حسابي قدره 14.50، يليه أسلوب التنفيس الإنفعالي بمتوسط 13.13، يليه التقبل 12.64،ثم البحث عن الدعم الإجتماعي بمتوسط قدره 12.13. ثم أسلوب الرجوع إلى الدين بمتوسط قدره 11.87،ثم وسائل الدفاع بمتوسط قدره 11.67،ثم أسلوب إعادة التقييم الإيجابي بمتوسط قدره 10.25،ثم أسلوب الإنعزال بمتوسط قدره 10.23 ، ثم أسلوب ضبط الذات بمتوسط قدره 10.00، ثم أسلوب التخطيط لحل المشكل بتوسط قدره 8.21، ثم أسلوب الإسترخاء بمتوسط قدره 7.34،يليه أسلوب المغالات في الأكل و الشرب بمتوسط قدره 7.25. وأخيرا أوسلوب الدعابة بمتوسط قدره 5.18.

<u>ثانيا : النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني</u>: مامدى إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين؟

وللإجابة عن التساؤل الثاني مامدى إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين تم حساب المتوسطات الحسابية و الإنحراف المعياري للأمراض البسيكوسوماتية .

جدول (43)يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري للأمراض البسيكوسوماتية المنتشرة بين المعلمين

المقاييس الفرعية لكورنل	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
السمع و البصر	11.56	4.76
الجهاز التنفسي	13.89	5.22
القلب و الأوعية الدموية	11.45	4.53
الجهاز الهضمي	12.03	6.46
الجهاز العظمي	11.92	5.34
الجلد	2.15	1.60
الجهاز العصبي	10.86	3.21
البولي و التناسلي	10.02	5.24

التعب	6.26	4.37
تكرار المرض	7.51	4.16
أمراض مختلفة فة	9.52	3.71
العادات	10.00	4.56
عدم الكفاية	8.51	3.68
الإكتئاب	5.44	2.40
القلق	10.77	5.37
الحساسية	4.80	1.60
الغضب	7.45	3.20
التوتر	7.25	4.70

نلاحظ من خلال هاته النتائج أن هناك إنتشار كبير للأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ، بحيث إحتلت الأمراض الخاصة بالجهاز التنفسي الدرجة الأولى في الترتيب بمتوسط قدره 13.89 .تليها أمراض الجهاز الهضمي بمتوسط حسابي قدره 12.03 ،و أمراض الهيكل العظمي بمتوسط11.92، و أمراض السمع والبصر بمتوسط حسابي قدره 11.56، وأمراض القلب والأوعية الدموية 11.45 ، ثم أمراض الجهاز العصبي بمتوسط 10.86، و والقلق بمتوسط حسابي قدره 10.77 ثم أمراض الجهاز البولي و التناسلي بمتوسط قدره 10.02،العادات بمتوسط قدره 10.00، أمراض مختلفة بمتوسط حسابي قدره 9.52، وعدم الكفاية بمتوسط حسابي قدره 8.51، وتكرار المرض بمتوسط قدره 7.51، و الغضب بمتوسط قدره 7.45، و التوتر بمتوسط قدره 7.25، وبلغ المتوسط الحسابي للتعب 6.26، وبلغ المتوسط الحسابي أما أمراض الجلد بلغ متوسطها الحسابي 2.15.

<u>نتائج الفرضية الأولى :</u>

تنص الفرضية الأولى على أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين وظهور الأمراض البسيكوسوماتية وللتحقق من صحة الفرضية تم تطبيق مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي و مقياس الأمراض البسيكوسوماتية على أفراد العينة وحساب معامل الإرتباط على درجات أفراد العينة

على مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي و مقياس الأمراض البسيكوسوماتية بإستخدام معامل ارتباط بيرسون والجدول الموالي يوضح نتائج هاته الفرضية

جدول رقم (44) يوضح العلاقة بين اساليب مقاومة الضغط النفسي و ظهور الأمراض البسيكوسوماتية لدى أفراد عينة الدراسة _(قيم معاملات الإرتباط بين أساليب مقاومة الضغط النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلمين)

المتغير	حل المشكل	إعادة التقييم الإيجابي	التخطيط لحل المشكل	الرجوع للدين	الإسترخاء	البحث عن الدعم الإجتماعي	ضبط الذات	الدرجة الكلية
السمع والبصر	**0.43-_	** 0.39-	** 0.62-	**0.22-	**0.65-	**0.11-	**0.56-	** 0.47-
الجهاز التنفسي	**0.54 -	** 0.73-	** 0.41-	**0.87-	**0.54-	**0.21-	**0.29-	** 0.52-
القلب والأوعية	**0.65-	** 0.49-	** 0.71-	**0.76-	**0.86-	**0.62-	**0.10-	** 0.68-
الجهاز الهضمي	**0.73-	** 0.41-	** 0.10-	**0.28-	**0.65-	**0.34-	**0.19-	** 0.41-
الهيكل العظمي	**0.23-	** 0.61-	** 0.51-	**0.71-	**0.61-	**0.28-	**0.47-	** 0.52-
الجلد	**0.87-	** 0.41-	** 0.77-	**0.71-	**0.55-	**0.61-	**0.76-	** 0.64-
الجهاز العصبي	**0.62-	** 0.84-	** 0.66-	**0.72-	**0.89-	**0.63-	**0.49-	** 0.67-
البول التناسلي	**0.50-	** 0.76-	** 0.81-	**0.28-	**0.35-	**0.25-	**0.74-	** 0.38-
التعب	**0.33-	** 0.65-	** 0.21-	**0.43-	**0.54-	**0.12-	**0.23-	** 0.41-
تكرار المرض	**0.28-	** 0.12-	** 0.71-	**0.83-	**0.23-	**0.61-	**0.41-	** 0.39-
أمراض مختلفة	**0.74-	** 0.28-	** 0.69-	**0.23-	**0.71-	**0.50-	**0.76-	** 0.52-
العادات	**0.12-	**	**	**0.21-	**0.89-	**0.75-	**0.51-	**

		0.65-	0.12-					0.48-
عدم الكفاية	0.53-**	0.39-**	0.63-**	0.43-**	0.12-**	0.45-**	0.86-**	0.48-**
الاكتئاب	0.28-**	0.61-**	0.41-**	0.29_**	0.74-**	0.51-**	0.69-**	0.60-**
القلق	0.54-**	0.82-**	0.78-**	0.67-**	0.45-**	0.65-**	0.26-**	0.57-**
الحساسة	0.43-**	0.11-**	0.31-**	0.71-**	0.21-**	0.61-**	0.40-**	0.58-**
الغضب	0.76-**	0.54-**	0.43-**	.32-**	0.52-**	0.28-**	0.38-**	0.47-**
التوتر	0.80-**	0.62-**	0.51-**	0.39-**	0.71-**	0.43-**	0.23-**	0.58-**
الكلية	0.63-**	0.52-**	0.61-**	0.54-**	0.51-**	0.49-**	0.47-**	0.59-**

المتغير	**التنفيس الإنفعالي**	**وسائل الدفاع**	**التقبل**	**المغالات في الأكل والشرب**	**الدعابة**	**الإنعزال**	**الدرجة الكلية**
السمع والبصر	0.61**	0.57**	0.42**	0.58**	0.73**	0.63**	0.57-**
الجهاز التنفسي	0.71**	0.65**	0.53**	0.50**	0.49**	0.74**	0.56-**
القلب والأوعية	0.83**	0.86**	0.64**	0.59**	0.51**	0.70**	0.72-**
الجهاز الهضمي	0.59**	0.71**	0.82**	0.67**	0.36**	0.59**	0.51-**
الهيكل العظمي	0.74**	0.66**	0.55**	0.45**	0.67**	0.63**	0.62-**
الجلد	0.59**	0.80**	0.88**	0.67**	0.72**	0.81**	0.78-**
الجهاز العصبي	0.53**	0.54**	0.62**	0.74**	0.49**	0.72**	0.59-**
البول	0.76**	0.72**	0.73**	0.63**	0.56**	0.43**	0.67-**

التناسلي							
التعب	0.47**	0.81**	0.82**	0.63**	0.51**	0.57**	0.61-**
تكرار المرض	0.59**	0.67**	0.74**	0.45**	0.84**	0.65**	0.69-**
أمراض مختلفة	0.77**	0.62**	0.72**	0.57**	0.80**	0.49**	0.71-**
العادات	0.44**	0.33**	0.76**	0.82**	0.74**	0.49**	0.58-**
عدم الكفاية	0.65**	0.78**	0.45**	0.77**	0.59**	0.62**	0.61-**
لاكتئاب	0.83**	0.62**	0.53**	0.49**	0.70**	0.52**	0.58-**
القلق	0.61**	0.45**	0.42**	0.66**	0.52**	0.81**	0.60-**
الحساسي	0.87**	0.53**	0.76**	0.78**	0.81**	0.45**	0.71-**
الغضب	0.67**	0.86**	0.61**	0.66**	0.55**	0.68**	0.66-**
التوتر	0.45**	0.79**	0.58**	0.78**	0.61**	0.72**	0.71-**
الدرجة الكلية	0.65**	0.68**	0.70**	0.58**	0.71**	0.65**	0.67-**

يتضح من خلال هاته النتائج أنه توجد علاقة إرتباطية سالبة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي الإيجابية و الأمراض البسيكوسوماتية .

فقد تراوحت قيمة ر بين أسلوب حل المشكل و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية من - 0.12 إلى -0.87 وهي دالة إحصائيا عند 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب إعادة التقييم الإيجابي و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت بين _ 0.11 إلى _ 0.84 وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب التخطيط لحل المشكل و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت بين- 0.10 إلى 0.81- وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب الرجوع للدين و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت بين _ 0.21 إلى _ 0.87 وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب الإسترخاء و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت بين – 0.12 إلى – 0.89 وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت بين – 0.11 إلى – 0.75 وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب ضبط الذات و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت بين – 0.10 إلى – 0.86وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

كما يتضح من خلال الجدول أنه توجد علاقة إرتباطية طردية وذات دلالة إحصائية بين أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و ظهور الأمراض البسيكوسوماتية .

فقد تراوحت قيمة ر بين أسلوب التنفيس الإنفعالي و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية بين 0.44 إلى 0.87 وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب وسائل الدفاع و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت مابين0.36 إلى 0.86 و هي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب التقبل و أبعاد ا الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت مابين 0.42 إلى0.86 و هي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب المغالات في الأكل و الشرب و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت مابين 0.45 إلى0.82 و هي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب الدعابة و أبعاد الإضطرابات البسيكوسوماتية فقد تراوحت مابين 0.36 إلى0.84 و هي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 .

أما قيمة ر بين أسلوب الإنعزال و أبعاد الأمراض البسيكوسوماتية فقد تراوحت مابين 0.43إلى 0.81 و هي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01.

من خلال هاته النتائج نلاحظ أنه توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين إستخدام الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي والمتمثلة في (حل المشكل ، الرجوع للدين ، الإسترخاء ، إعادة التقييم الإيجابي ، التخطيط لحل المشكل ، البحث عن الدعم الإجتماعي ، ضبط الذات) و ظهور الأمراض البسيكوسوماتية عندالمعلمين أي أنه توجد علاقة عكسية بين هاته الأساليب وظهور الأمراض البسيكوسوماتية . إذا المعلمين الذين يستخدمون هاته الأساليب هم أقل إصابة ومعانات من الأمراض البسيكوسوماتية .

وتوجد علاقة إرتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية المتمثلة في (التنفيس الإنفعالي ، وسائل الدفاع ، التقبل ، المغالات في الأكل و الشرب ، الدعابة ، الإنعزال) وظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ، أي أنه توجد علاقة طردية بين إستخدام الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية أي أن إستخدام هاته الأساليب يساهم في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين .

عرض نتائج الفرضية الثانية : تنص الفرضية الثالثة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في إستخدامهم لأساليب مقاومة الضغط النفسي تبعا لإختلاف الجنس (ذكور ـــ إناث)

الجدول رقم (45) يبين نتائج إختبار ت في الإختلاف في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و الإيجابية تبعا للإختلاف في الجنس

المتغيرات	الجنس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
حل المشكل	ذكور	9.87	3.95	3.67	دالة عند 0.01
	إناث	8.12	3.81		
إعادة التقييم الإيجابي	ذكور	8.54	6.45	0.51	غ د
	إناث	7.69	5.32		
التخطيط لحل المشكل	ذكور	10.43	4.76	0.63	غ د
	إناث	9.18	4.21		
الرجوع للدين	ذكور	12.67	6.56	1.26	غ د
	إناث	11.32	5.27		
الإسترخاء	ذكور	13.45	6.21	2.85	دالة عند 0.01
	إناث	12.32	5.48		

البحث عن الدعم الإجتماعي	ذكور	8.96	4.61	3.48	دالة عند 0.01
	إناث	10.32	3.22		
ضبط الذات	ذكور	8.45	3.62		غ د
	إناث	7.21	4.03	0.31	
وسائل الدفاع	ذكور	12.13	5.64	3.58	دالة عند 0.01
	إناث	12.87	6.26		
التقبل	ذكور	6.42	3.17	0.32	غ د
	إناث	6.12	3.54		
التنفيس الإنفعالي	ذكور	12.00	2.95	2.78	دالة عند 0.01
	إناث	13.23	3.87		
المغالاة في الأكل والشرب	ذكور	10.76	4.65	2.66	دالة عند 0.01
	إناث	8.65	5.26		
الدعابة	ذكور	6.26	4.21	0.45	غ د
	إناث	4.18	3.65		
الإنعزال	ذكور	6.45	4.86	0.31	غ د
	إناث	6.10	4.21		

لقد كشفت نتائج إختبار ت كما هو مبين في الجدول أنه توجد فروق في أساليب مقاومة الضغط النفسي التالية بين الجنسين :

أولا الأساليب السلبية وتمثلت في :

أسلوب وسائل الدفاع ، و أسلوب التنفيس الإنفعالي وذالك لصالح الإناث ، بحيث بلغ المتوسط الحسابي عند الإناث في أسلوب وسائل الدفاع 12.87 بإنحراف معياري قدره 6.26 أما عند الذكور فقد كان المتوسط الحسابي لهذا الأسلوب 12.13 بإنحراف معياري قدره 5.64 وقد بلغت قيمة ت 3.58 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01.

أما أسلوب التنفيس الإنفعالي فقد بلغ المتوسط الحسابي عند الإناث 13.23 عند الإناث بإنحراف معياري قدره 3.87 وقد بلغت قيمة ت 2.87 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01، أما بالنسبة للذكور فقد بلغ المتوسط الحسابي لهذا الأسلوب 12.00 بإنحراف معياري 2.95.

و أسلوب المغالاة في الأكل والشرب أثبتت النتائج أن إستخدامه كان لصالح الذكور فقد بلغ المتوسط الحسابي لهذا الأسلوب عند الذكور 10.76 بإنحراف معياري مقداره 4.65.أما عند الإناث فقد بلغ المتوسط الحسابي لهذا الأسلوب 8.65 بإنحراف معياري قدره 5.26 وقد بلغت قيمة ت 2.66 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01.

أما بالنسبة للأساليب الإيجابية كانت الفروق كمايلي :

أسلوب حل المشكل والتي أثبتت النتائج أنه كان لصالح الذكور فقد بلغ المتوسط الحسابي في إستخدام هذا الأسلوب 9.87 بإنحراف معياري قدره 3.95 ، أما بالنسبة للإناث فقد بلغ المتوسط الحسابي في إستخدام هذا الأسلوب 8.12 بإنحراف معياري قدره 3.81 وقد بلغت قيمة ت 3.67 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01.

وكذالك أسلوب الإسترخاء فقد أثبتت النتائج أن الفرق فيه كان لصالح الذكور فقد بلغ المتوسط الحسابي للذكور في هذا الأسلوب 13.45 بإنحراف معياري مقداره 6.21، أما بالنسبة للإناث فقد بلغ المتوسط الحسابي 12.32 في إستخدام هذا الأسلوب بإنحراف معياري قدره 5.48و قد بلغت قيمة ت 2.85وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01.

أما أسلوب الدعم الإجتماعي فكان إستخدام هذا الأسلوب لصالح الإناث فقد بلغ المتوسط الحسابي في إستخدام هذا الأسلوب 10.32 بإنحراف معياري قدره 3.22، أما المتوسط الحسابي بالنسبة لهذا الأسلوب عند الذكور فقد بلغ 8.96 بإنحراف معياري قدره 4.61. وبلغت قيمة ت 3.48 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01.

بينما إختفت الفروق في إستخدام الأساليب الأخرى بين الجنسين.

<u>عرض نتائج الفرضية الثالثة</u> : تنص الفرضية الرابعة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في إستخدامهم لأساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و الإيجابية تبعا لإختلافهم في الأقدمية المهنية (منخفضة ، متوسطة ، كبيرة).

الجدول رقم (46) يبين الإختلاف في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و الإيجابية حسب الإختلاف في الأقدمية المهنية (منخفضة ، متوسطة ، كبيرة)

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
حل المشكل	بين المج	290.23	2	145.11	5.16	دالة عند 0.01
	داخل المج	4563.87	396	11.52		
إعادة التقييم الإيجابي	بين المج	54.87	2	27.43	1.23	غير دالة
	داخل المج	1932.43	396	4.87		
التخطيط لحل المشكل	بين المج	162.51	2	81.25	2.28	غير دالة
	داخل المج	4421.43	396	11.16		
الرجوع للدين	بين المج	156.32	2	78.16	2.61	غير دالة
	داخل المج	2789.29	396	7.04		
الإسترخاء	بين المج	321.45	2	160.725	5.27	دالة عند 0 01.
	داخل المج	6138.68	396	15.50		
البحث عن الدعم الإجتماعي	بين المج	295.11	2	147.55	4.21	دالة عند 0.01
	داخل المج	5276.43	396	13.32		
ضبط الذات	بين المج	83.39	2	41.69	0.43	غير دالة
	داخل المج	2896.75	396	7.31		
وسائل الدفاع	بين المج	83.47	2	41.73	2.12	غير دالة
	داخل المج	1867.32	396	4.71		
التقبل	بين المج	442.61	2	221.30	3.89	دالة عند 0.02
	داخل المج	8246.84	396	20.82		

التنفيس الإنفعالي	بين المج	132.42	2	66.21	1.13	غير دالة
	داخل المج	5623.47	396	14.20		
المغالاة في الأكل و الشرب	بين المج	175.93	2	87.96	2.32	غير دالة
	داخل المج	5611.22	396	14.16		
الدعابة	بين المج	97.45	2	48.72	1.21	غير دالة
	داخل المج	2987.65	396	7.45		
الإنعزال	بين المج	156.78	2	78.39	3.72	دالة عند 0.02
	داخل المج	3421.54	396	8.64		
الدرجةالكلية	بين المج	256.54	2	128.27	1.11	غ دالة
	داخل المج	34875.78	396	88.07		

كشفت نتائج الدراسة كماهو مبين في الجدول رقم (46) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين تبعا لإختلاف الأقدمية المهنية (منخفضة ، متوسطة ، كبيرة)

في كل من الأساليب التالية : حل المشكل وذالك عند مستوى دلالة 0.01.

و أسلوب الإسترخاء عند مستوى دلالة 0.01 .

وأسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي عند مستوى دلالة 0.01.

و أسلوب التقبل عند مستوى دلالة 0.02.،أسلوب الإنعزال عند مستوى دلالة 0.02 .

ولمعرفة إتجاه الفروق بين إستخدمت الباحثة المقارنة الثنائية البعدية باستخدام معادلة شيفيه والتي كشفت على النتائج التالية : أن المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة هم أكثر ميلا لإستخدام أسلوب حل المشكل مقارنة بالمعلمين متوسطي ومنخفضي الأقدمية وذالك بمتوسط حسابي قيمته 18.23 و إنحراف معياري قدره 14.65 يليهم المعلمون متوسطي الأقدمية بمتوسط حسابي قدره 15.54 و إنحراف معياري قدره 8.27.

أما بالنسبة لأسلوب الإسترخاء فكشفت نتائج الدراسة أن المعلمين منخفضي الأقدمية يميلون بشكل واضح لإستخدام هذاالأسلوب في مقاومة الضغط النفسي بمتوسط حسابي قيمته

13.54 و إنحراف معياري 4.90 وبفارق 4.12 عن المتوسط الحسابي للمعلمين متوسطي الأقدمية الذي بلغت قيمته 9.42 و إنحراف معياري قدره 5.11.

أما أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي فقد كشفت نتائج الدراسة أن المعلمين منخفضي الأقدمية يستخدمون هذا الأسلوب بشكل كبير مقارنة بالفئات الأخرى بمتوسط حسابي قيمته 10.32 و إنحراف معياري قدره 4.02 وبفارق قيمته 2.14 عن المتوسط الحسابي للمعلمين متوسطي الأقدمية 8.18 و إنحراف معياري قدره 4.72 وبفارق قيمته 3.65 عن المتوسط الحسابي للمعلمين مرتفعي الأقدمية المهنية الذي بلغ 4.53 بإنحراف معياري قدره 4.92 . كل ذالك عند مستوى دلالة 0.01.

أما أسلوب التقبل فأثبتت النتائج بأن الفرق كان لصالح المعلمين متوسطي الأقدمية بمتوسط حسابي قدره 11.78 و إنحراف معياري قدره 2.54 وبفارق 3.14 عن المتوسط الحسابي للمعلمين مرتفعي الأقدمية الذي بلغ 8.64 بإنحراف معياري قدره 4.26. كل ذالك عند مستوى دلالة 0.02. أما أسلوب الإنعزال فقد كشفت النتائج أن المعلمين منخفضي الأقدمية هم أكثر إستخداما لهذا الأسلوب بحيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا الأسلوب 16.25 و إنحراف معياري قدره 4.34 يليهم المعلمين متوسطي الأقدمية بمتوسط حسابي قيمته 12.76 و إنحراف معياري 6.17. كل ذالك عند مستوى دلالة 0.02.

<u>عرض نتائج الفرضية الرابعة</u> :تنص على أنه توجد فروق بين المعلمين في إستخدامهم لأساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية و الإيجابية تبعا لإختلافهم في الحالة العائلية (أعزب ، متزوج ، مطلق ، أرمل) .

وللتأكد من صدق الفرضية تم إستخدام إختبار تحليل التباين الأحادي

الجدول رقم (47) يبين الإختلاف في أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلمين حسب الإختلاف في الحالة العائلية (أعزب ، متزوج ، مطلق ، أرمل) .

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
حل المشكل	بين المج	123.08	3	41.02	0.75	غير دالة .
	داخل المج	2412.86	395	6.10		
إعادة	بين المج	246.23	3	82.07	1.12	غير دالة

التقييم الإيجابي	داخل المج	5206.12	395	13.18		
التخطيط لحل المشكل	بين المج	60.17	3	20.05	1.81	غير دالة
	داخل المج	2553.32	395	6.46		
الرجوع للدين	بين المج	121.52	3	40.50	1.38	غير دالة
	داخل المج	3169.87	395	8.02		
الإسترخاء	بين المج	151.28	3	50.42	1.23	غير دالة
	داخل المج	3734.74	395	9.45		
البحث عن الدعم الإجتماعي	بين المج	149.31	3	49.77	3.57	دالة عند 0.03
	داخل المج	5786.75	395	14.65		
ضبط الذات	بين المج	86.89	3	28.96	1.21	غير دالة
	داخل المج	3950.54	395	10.001		
وسائل الدفاع	بين المج	78.68	3	26.22	1.12	غير دالة
	داخل المج	1694.32	395	4.28		
التقبل	بين المج	31.67	3	10.55	0.69	غير دالة
	داخل المج	1840.22	395	4.65		
التنفيس الإنفعالي	بين المج	59.96	3	19.98	1.72	غير دالة
	داخل المج	1824.37	395	4.61		
المغالاة في الأكل و الشرب	بين المج	21.65	3	7.21	0.32	غير دالة
	داخل المج	1840.23	395	4.65		
الدعابة	بين المج	21.54	3	7.18	0.65	غير دالة
	داخل المج	1924.52	395	4.87		
الإنعزال	بين المج	58.34	3	19.44	1.32	غير دالة

	داخل المج	2722.98	395	6.89		
الدرجة	بين المج	1210.32	3	403.44	1.11	غ دالة
الكلية	داخل المج	38660.84	395	97.87		

كشفت نتائج الدراسة كماهو مبين في الجدول رقم أن قيمة (ف) كانت غير دالة إحصائياً على معظم أساليب مقاومة الضغط النفسي ، مما يشير إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستخدام الأساليب تبعا للإختلاف في الحالة العائلية ، فيما عدا أ سلوب البحث عن الدعم الإجتماعي و لمعرفة إتجاه الفروق بين فئات المعلمين قامت الباحثة باستخدام معادلة شيفيه للمقارنات المتعددة .و التي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.03 بين فئة المتزوجين و فئة العزاب لصالح المتزوجين وذالك بمتوسط حسابي قدره 12.34 و إنحراف معياري 6.31 وبفارق 3.42 عن المتوسط الحسابي لفئة العزاب 8.92 و إنحراف معياري 4.46 وهذا يبين أن المعلمين المتزوجين هم أكثر إستخداما لهذا الأسلوب في مقاومة الضغط النفسي .

عرض نتائج الفرضية الخامسة :تنص الفرضية الخامسة على أنه توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي و المعلمين الذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية وللتحقق من نتائج هاته الفرضية تم تقسيم العينة لقسمين معلمون يستخدمون الأساليب السلبية و المعلمون الذين يستخدمون أساليب إيجابية وتم حساب الفروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المجموعتين بإستخدام إختبار ت . والجدول الموالي يوضح نتائج الفرضية الخامسة .

جدول رقم (48) يبين الفروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية والذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية .

الأمراض البسيكوسوماتية	**المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية (ن =200)**		**المعلمين الذين يستخدمون الأساليب الإيجابية (ن =199)**		**قيمة (ت)**	**مستوى الدلالة**
	م	**ع**	**م**	**ع**		
السمع والبصر	3.42	2.21	2.81	2.24	224,3	0.01
الجهاز التنفسي	4.21	3.33	3.75	2.64	2.671	0.01

القلب والأوعية الدموية	3.56	1.64	2.72	3.09	3.942	0.01
الجهاز الهضمي	5.02	4.23	3.51	2.42	2.762	0.01
الهيكل العظمي	2.64	1.73	1.48	1.62	2.428	0.05
الجلد	1.82	1.58	1.34	1.62	3.245	0.01
الجهاز العصبي	3.45	3.12	2.89	2.16	3.276	0.01
البول التناسلي	2.67	2.10	3.15	2.08	1.451	غير دالة
التعب	1.75	1.49	1.31	1.11	2.327	0.01
تكرار المرض	3.49	2.16	2.21	2.21	2.341	0.01
أمراض مختلفة	3.21	1.76	2.42	3.11	1.341	غير دالة
العادات	2.58	2.34	2.54	1.84	3.532	0.01
عدم الكفاية	3.67	3.42	2.15	2.21	3.653	0.05
الاكتئاب	1.86	2.12	1.25	1.31	3.871	0.01
القلق	3.44	3.21	1.49	1.66	2.327	0.01
الحساسية	2.19	1.12	1.68	2.00	4.233	0.01
الغضب	3.12	2:18	2.76	1.69	3.427	0.01
التوتر	2.55	2.22	1.87	2.10	2.765	0.05
الدرجة الكلية .	54.65	31.34	,2641	18.62	2.654	0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية و المعلمين الذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ومعظم هاته الفروق كانت لصالح المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية . أي أن المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي هم أكثر إصابة بالأمراض البسيكوسوماتية.

عرض نتائج الفرضية السادسة : تنص الفرضية السادسة على أنه توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية. تعزى لمتغير الجنس.

وللتأكد من صحة الفرضية تم إستخدام إختبار ت للكشف عن دلالة الفروق بين الجنسين على المقاييس الفرعية والجدول الموالي يوضح نتائج الفرضية:

جدول (49) يوضح دلالة الفروق بين الجنسين في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي

الأمراض البسيكوسوماتية	الجنس	س	ع	قيمة ت	الدلالة
السمع والبصر	ذكر	1.8	1.12	1.20	غ د
	أنثى	1.60	1.51		
الجهاز التنفسي	ذ	2.54	2.23	1.54	غ د
	أ	3.11	2.43		
القلب والأوعية الدموية	ذ	2.71	3.15	1.00	غ د
	أ	2.65	2.12		
الجهاز الهضمي	ذ	2.21	1.7	1.20	غ د
	أ	3.23	2.00		
الهيكل العضمي	ذ	2.14	1.65	2.76	0.01
	أ	3.00	2.43		
الجلد ا	ذ	1.65	1.00	4.11	0.01
	أ	2.3	1.23		
الجهاز العصبي	ذ	2.7	2.00	3.87	0.05
	أ	3.67	2.15		
البولي و التناسلي	ذ	1.2	2.00	2.12	0.01
	أ	1.34	2.32		
التعب	ذ	2.47	1.9	2.54	0.05
	أ	3.11	1.32		
تكرارالمرض	ذ	1.32	1.65	1.00	غ د
	أ	2.22	1.45		
أمراض	ذ	2.12	1.45	1.12	غ د

مختلفة	أ	1.43	1.00		
العادات	ذ	2.23	2.80	1.11	غ د
	أ	2.19	2.56		
عدم الكفاية	ذ	2.87	2.65	4.23	0.01
	أ	4.23	2.21		
الإكتئاب	ذ	1.21	0.87	3.76	0.01
	أ	1.00	1.14		
القلق	ذ	0.80	1.65	4.71	0.01
	أ	2.00	1.73		
الحساسية	ذ	1.42	1.45	3.80	0.01
	أ	2.43	1.6		
الغضب	ذ	1.32	2.54	3.56	0.01
	أ	2.65	2.18		
التوتر	ذ	2.17	2.23	2.28	0.05
	أ	2.45	2.01		
الدرجة الكلية	ذ	24.40	20.43	4.27	0.01
	أ	33.29	19.59		

يتضح من خلال هاته النتائج أنه توجد فروق بين الجنسين ذات دلالة إحصائية على 13 مقياس فرعي وكذا الدرجة الكلية وتمثلت المقاييس في الهيكل العظمي ، الجلد ، الجهاز البولي و التناسلي ، التعب ، عدم الكفاية ، الإكتئاب ، القلق ، الحساسية ، الغضب ، وذالك عندمستوى دلالة 0.01 و . والجهاز العصبي و التعب و التوتر عند مستوى دلالة 0.05. لصالح الإناث .

بينما لم يكشف إختبار ت عن وجود فروق في المقاييس الأخرى .

عرض نتائج الفرضية السابعة :تنص على أنه توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية تعزى لمتغير الحالة العائلية (أعزب ، متزوج ، مطلق ، أرمل) .

وللتأكد من صدق الفرضية تم إستخدام إختبار تحليل التباين الأحادي .بين المجموعات و الجدول الموالي يوضح نتائج الفرضية .

جدول رقم (50) يوضح دلالة الفروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية تبعاً لمتغير الحالة العائلية .بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي .

الأمراض البسيكوسوماتية	**مصدر التباين**	**مجموع المربعات**	درجات الحرية	**متوسط المربعات**	**قيمة (ف)**	**مستوى الدلالة**
السمع والبصر	بين المجموعات	11.7	3	3.9	0.64	غ د
	داخل المجموعات	617.54	196	3.15		
	المجموع الكلي	629.24	199			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	16,219	3	5.406	14.67	0.01
	داخل المجموعات	1287.36	196	6.56		
	المجموع الكلي	1303.579	199			
القلب والأوعية الدموية	بين المجموعات	31.22	3	10.40	2.51	غ د

	داخل المجموعات	1088.13	196	5.55		
	المجموع الكلي	1119.35	199			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	67.57	3	22.52	5.95	0.01
	داخل المجموعات	1012.75	196	16.5		
	المجموع الكلي	1080.32	199			
الهيكل العظمي	بين المجموعات	3.75	3	1.25	0.64	غ د
	داخل المجموعات	496.23	196	2.53		
	المجموع الكلي	499.98	199			
الجلد	بين المجموعات	125.43	3	41.81	2,7	0.01
	داخل المجموعات	1030.96	196	5.26		
	المجموع الكلي	1156.39	199			
الجهاز العصبي	بين المجموعات	22,21	3	7.40	2.89	0.05
	داخل المجموعات	742.84	196	3.79		
	المجموع الكلي	765.05	199			

البول التناسلي	بين المجموعات	5.85	3	1.95	0.76	غ د
	داخل المجموعات	485.64	196	2.47		
	المجموع الكلي	491.49	199			
التعب	بين المجموعات	60.32	3	20.10	2.73	0.05
	داخل المجموعات	640.12	196	3.26		
	المجموع الكلي	700.44	199			
تكرار المرض	بين المجموعات	13,88	3	4.62	19.6	0.01
	داخل المجموعات	1171.80	196	5.97		
	المجموع الكلي	1185.68	199			
أمراض مختلفة	بين المجموعات	7.11	3	2.37	0.95	غ د
	داخل المجموعات	503.23	196	2.56		
	المجموع الكلي	510.34	199			
العادات	بين المجموعات	8.64	3	2.88	0.78	غ د
	داخل المجموعات	611.52	196	3.12		
	المجموع الكلي	620.16	199			

عدم الكفاية	بين المجموعات	67.56	3	22.52	5.34	0.01
	داخل المجموعات	732.24	196	3.73		
	المجموع الكلي	799.8	199			
الاكتئاب	بين المجموعات	7.32	3	2.44	.0.92	غ د
	داخل المجموعات	480.2	196	2.45		
	المجموع الكلي	487.52	199			
القلق	بين المجموعات	10.76	3	3.58	1.18	غ د
	داخل المجموعات	524.13	196	2.67		
	المجموع الكلي	534.89	199			
الحساسية	بين المجموعات	122.13	3	40.71	7.17	0.01
	داخل المجموعات	1166.23	196	5.95		
	المجموع الكلي	1288.3	199			
الغضب	بين المجموعات	19.27	3	6.42	2.75	0.05
	داخل المجموعات	349.11	196	1.78		
	المجموع الكلي	368.38	199			

التوتر	بين المجموعات	49.2.	3	16.4	1.32	غ د
	داخل المجموعات	586.32	196	2.99		
	المجموع الكلي	635.52	199			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1589.688	3	529.896	1,15	غ د
	داخل المجموعات	61283.908	196	312.673		
	المجموع الكلي	62873.596	199			

كشف تحليل التباين عن وجود فروق بين المجموعات على المقاييس التالية : الجهاز التنفسي ، الجهاز الهضمي ، الجلد ، الجهاز العصبي ، التعب ، تكرار المرض ، أمراض مختلفة ، عدم الكفاية ، القلق ، الحساسية ، الغضب وبما أن تحليل التباين لا يكشف عن إتجاه الفروق بين المجموعات إستعانت الباحثة بإختبار شفيه للتعرف على طبيعة الفروق و إتجاهها ، وقد كشفت نتائج إختبار شيفيه عن وجود الفروق التالية .:

جدول رقم (51) يبين نتائج إختبار شيفيه للكشف عن طبيعة الفروق و إتجاهها في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بالنسبة للمعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي و فقا لمتغير الحالة العائلية

الحالة العائلية	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل
الأمراض البسيكوسوماتية				
الجهاز التنفسي	م = 1.45	م = 1.20	م = 2.31	م = 2.11
أعزب				
متزوج	0.25*			

مطلق	- 0.36 *	- 1.11*		
أرمل	- 0.66*	- 0.91*	0.2	
الجهاز الهضمي	م =2.54	م =3.22	م =3.81	م = 4.21
أعزب				
متزوج	- 0.68			
مطلق	- 1.27*	- 0.59*		
أرمل	- 1.67*	- 0.99*	- 0.40*	
الجلد	م =2.28	م =2.59	م =3.41	م =2.81
أعزب				
متزوج	- 0.31			
مطلق	- 1.13*	- 0.82*		
أرمل	- 0.53*	- 0.22	0.6	
الجهازالعصبي	م =2.00	م = 1.86	م = 3.21	م =2.11
أعزب				
متزوج	0.14			
مطلق	- 1.21*	- 1.35		
أرمل	- 0.11*	- 0.25	1.1	
التعب	م =1.56	م =1.87	م =1.23	م = 2.45
أعزب				
متزوج	- 0.31			

مطلق	0.33	0.64		
أرمل	- 0.89*	- 0.58*	- 1.22	
تكرار المرض	م = 1.18	م =1.11	م = 1.21	م =1.43
أعزب				
متزوج	0.07			
مطلق	- 0.03*	- 0.1*		
أرمل	- 0.25*	- 0.32*	- 0.22	
أمراض مختلفة	م =1.56	م =1.00	م =1.32	م =1.86
أعزب				
متزوج	0.56*			
مطلق	0.24	- 0.32		
أرمل	- 0.3*	- 0.86*	- 0.54	
عدم الكفاية	م =1.00	م = 2.22	م =2.67	م =1.34
أعزب				
متزوج	- 1.22*			
مطلق	- 1.67*	- 0.45		
أرمل	- 0.34*	0.88*	1.33	
القلق	م = 1.65	م =1.00	م =1.21	م =1.34
أعزب				
متزوج	0.65*			
مطلق	0.77*	- 0.21*		

أرمل	0.31*	0.34 -	0.13-	
الحساسية	م =2.23	م =2.00	م = 2.89	م =2.75
أعزب				
متزوج	0.23 -*			
مطلق	0.66 -*	0.89 -*		
أرمل	0.52 -*	0.75 -*	0.14	
الغضب	م =2.10	م = 1.00	م =2.51	م =2.38
أعزب				
متزوج	1.1			
مطلق	0.41 -*	0.51 -		
أرمل	0.28 -	1.38 -	0.13	

يتضح من خلال هاته النتائج :وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على مقياس الجهاز التنفسي بين العزاب و المتزوجين لصالح العزاب وبين المطلقين و العزاب لصالح المطلقين ، وبين الأرامل و المطلقين لصالح المطلقين .عند مستوى دلالة 0.01 وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس الجهاز الهضمي بين الأرامل و العزاب لصالح الأرامل .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 على مقياس الجلد بين العزاب و المطلقين لصالح المطلقين .

و كذا العزاب و المتزوجين لصالح العزاب ، وبين المطلقين و العزاب لصالح المطلقين .وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة0.05 على مقياس الجهاز العصبي بين المتزوجين و المطلقين لصالح المطلقين .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05على مقياس التعب بين المطلق و الأرامل لصالح الأرامل .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 على مقياس تكرار المرض بين المتزوجين والأرامل لصالح الأرامل .

بين المطلق و الأرامل لصالح الأرامل . وبين العزاب والمتزوجين لصالح العزاب.عند مستوى دلالة 0.01.

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس الأمراض المختلفة بين المتزوجين و الأرامل لصالح الأرامل .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس عدم الكفاية بين العزاب و المطلقين لصالح المطلقين .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01على درجات مقياس القلق بين العزاب و المتزوجين لصالح العزاب .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس الحساسية بين المتزوجين والمطلقين لصالح المطلقين .

بين الأرامل و المتزوجين لصالح الأرامل وبين الأرامل و المطلقين لصالح المطلقين عند مستوى دلالة 0.01 .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 على درجات مقياس الغضب بين المطلقين والمتزوجين لصالح المطلقين .

<u>عرض نتائج الفرضية الثامنة</u> :تنص على أنه توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية تعزى لمتغير الأقدمية المهنية (منخفضة ، متوسطة ، مرتفعة) .

وللتأكد من صدق الفرضية تم إستخدام إختبار تحليل التباين الأحادي . والجدول الموالي يوضح نتائج الفرضية

جدول رقم (52) يوضح دلالة الفروق في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تبعاً لمتغير الأقدمية المهنية .

الأمراض البسيكوسوماتية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
السمع والبصر	بين المجموعات	65.19	2	32.59	4.83	0.01
	داخل المجموعات	1345.1.5	197	6.82		
	المجموع الكلي	1410.34	199			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	57.49	2	.28.745	5.69	0.01
	داخل المجموعات	1287.39	197	6.53		
	المجموع الكلي	1344.88	199			
القلب والأوعية الدموية	بين المجموعات	60.43	2	30.21	4.51	0.01
	داخل المجموعات	1821.17	197	9.24		
	المجموع الكلي	1881.51	199			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	70.36	2	35.18	4.62	0.01
	داخل المجموعات	1016.71	197	5.16		
	المجموع الكلي	1087.07	199			
الهيكل العظمي	بين المجموعات	4.20	2	2.1	0.63	غ د
	داخل المجموعات	430.69	197	2.18		
	المجموع الكلي	434.89	199			
الجلد	بين المجموعات	2.76	2	1.38	0.86	غ د
	داخل المجموعات	405.27	197	2.05		

	المجموع الكلي	408.03	199			
الجهاز العصبي	بين المجموعات	16.56	2	8.28	3.76	0.05
	داخل المجموعات	567.15	197	2.87		
	المجموع الكلي	583.71	199			
البول التناسلي	بين المجموعات	6.54	2	3.27	0.72	غ د
	داخل المجموعات	498.71	197	2.53		
	المجموع الكلي	505.25	199			
التعب	بين المجموعات	189.51	2	94.75	7.42	0.01
	داخل المجموعات	1706.02	197	8.66		
	المجموع الكلي	1895.53	199			
تكرار المرض	بين المجموعات	3.26	2	1.63	0.53	غ د
	داخل المجموعات	347.75	197	1.76		
	المجموع الكلي	351.01	199			
أمراض مختلفة	بين المجموعات	8.76	2	4.38	1.13	غ د
	داخل المجموعات	684.23	197	3.47		
	المجموع الكلي	692.22	199			
العادات	بين المجموعات	1.33	2	0.66	0.64	غ د
	داخل المجموعات	420.61	197	2.13		
	المجموع الكلي	421.94	199			
عدم الكفاية	بين المجموعات	4.32	2	2.16	0.79	غ د

	داخل المجموعات	543.65	197	2.75		
	المجموع الكلي	547.97	199			
الاكتئاب	بين المجموعات	13.49	2	6.74	1.23	غ د
	داخل المجموعات	1045.61	197	5.30		
	المجموع الكلي	1059.1	199			
القلق	بين المجموعات	119.43	2	59.71	6.57	0.01
	داخل المجموعات	1174.32	197	5.69		
	المجموع الكلي	1293.75	199			
الحساسية	بين المجموعات	7.35	2	3.67	1.42	غ د
	داخل المجموعات	328.99	197	1.67		
	المجموع الكلي	336.34	199			
الغضب	بين المجموعات	20.18	2	10.09	2.17	غ د
	داخل المجموعات	644.19	197	3.27		
	المجموع الكلي	664.37	199			
التوتر	بين المجموعات	29.80	2	14.90	2.76	0.05
	داخل المجموعات	713.14	197	3.62		
	المجموع الكلي	742.94	199			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	789.803	2	394.9015	0.68	غ دالة
	داخل المجموعات	225213.22	197	1143.214		

	المجموع الكلي	226003.032	199			

كشف تحليل التباين عن وجود فروق بين المجموعات على المقاييس التالية : السمع و البصر ، الجهاز التنفسي ، الجهاز الهضمي ، القلق ، التعب عند مستوى دلالة 0.01 والجهاز العصبي و التوتر عند مستوى دلالة 0.05

ولمعرفة مصدر التباين قامت الباحثة باستخدام اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات المتعددة والجدول رقم (53) يوضح النتيجة .

عدد سنوات الخبرة	منخفضة	متوسطة	مرتفعة
الأمراض البسيكوسوماتية			
السمع والبصر	م =2.34	م =2.52	م = 3.15
منخفضة			
متوسطة	0.18 -		
مرتفعة	0.81 -*	0.63 -*	
الجهاز التنفسي	م= 1.32	م = 1.72	م = 1.65
منخفضة			
متوسطة	0.40 -*		
مرتفعة	0.33 -*	0.07	
الجهاز الهضمي	م = 1.12	م = 1.42	م= 1.49
منخفضة			
متوسطة	0.30 -*		
مرتفعة	0.37 -*	0.07 -*	
الجهاز العصبي	م = 1.77	م = 2.41	م = 2.56
منخفضة			
متوسطة	0.64 -		
مرتفعة	0.79 -*	0.15 -*	

القلق	م = 1.45	م = 1.21	م = 1.83
منخفضة			
متوسطة	0.24*		
مرتفعة	- 0.38*	- 0.62*	
التعب	م= 1.00	م = 1.24	م = 1.39
منخفضة			
متوسطة	- 0.24*		
مرتفعة	- 0.39*	- 0.15*	
التوتر	م = 1.20	م = 2.11	م = 1.72
منخفضة			
متوسطة	- 0.91*		
مرتفعة	- 0.52	0.39*	

يتضح من خلال الجدول .وجود فروق دالة إحصائيا على مقياس السمع و البصر بين المعلمين مرتفعي الأقدمية و المعلمين منخفضي الأقدمية لصالح ذوي الأقدمية المرتفعة عند مستوى دلالة . 0.01

وجود فروق دالة إحصائيا على درجات مقياس الجهاز التنفسي بين المعلمين ذوي الأقدمية المتوسطة والمعلمين منخفضي الأقدمية لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المتوسطة عند مستوى دلالة 0.01.

وجود فروق دالة إحصائيا على درجات مقياس الجهاز الهضمي عند مستوى دلالة 0.01 بين المعلمين منخفضي لأقدمية و المعلمين مرتفعي الأقدمية لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة .

و جود فروق دالة إحصائيا على درجات مقياس القلق بين المعلمين متوسطي الأقدمية والمعلمين مرتفعي الأقدمية لصاالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة عند مستوى دلالة 0.01

و جود فروق دالة إحصائيا على درجات مقياس القلق بين المعلمين منخفضي الأقدمية والمعلمين مرتفعي الأقدمية لصاالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة عند مستوى دلالة 0.01

وجود فروق دالة إحصائيا على مقياس الجهاز العصبي بين المعلمين ذوي الأقدمية المنخفضة و المرتفعة لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة عند مستوى دلالة . 0.05

وجود فروق دالة إحصائيا على مقياس التوتر بين المعلمين ذوي الأقدمية المتوسطة و الأقدمية المرتفعة لصالح مرتفعي الأقدمية عند مستوى دلالة . 0.05

تفسير نتائج الدراسة

*** تمهيد**

1- تفسير نتائج التساؤل الأول .

2- تفسير نتائج التساؤل الثاني .

3- تفسير نتائج الفرضية الأولى .

4- تفسير نتائج الفرضية الثانية.

5- تفسير نتائج الفرضية الثالثة .

6- تفسير نتائج الفرضية الرابعة

7- تفسير نتائج الفرضية الخامسة .

8- تفسير نتائج الفرضية السادسة.

9- تفسير نتائج الفرضية السابعة.

10-تفسير نتائج الفرضية الثامنة.

*** خلاصة الفصل .**

تمهيد

سيتم في هذا الفصل تفسير بيانات الدراسة وذلك من خلال فرضيات الدراسة – وذلك بمقارنتها مع نتائج الدراسات السابقة وما ورد في الفصول النظرية ، ونتناول في الأخير خلاصة عامة عن نتائج الدراسة وكذا بعض التوصيات والمقترحات .

تفسير نتائج التساؤل الأول : لقد بينت نتائج التساؤل الأول أن المعلمين ينوعون في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي. حيث تبين لنا من خلال النتائج أن أكثر أساليب مقاومة الضغط النفسي إستخداما هو أسلوب حل المشكل بمتوسط حسابي قدره 14.50، يليه أسلوب التنفيس الإنفعالي بمتوسط 13.13، يليه التقبل 12.64،ثم البحث عن الدعم الإجتماعي بمتوسط قدره 12.13. ثم أسلوب الرجوع إلى الدين بمتوسط قدره 11.87،ثم وسائل الدفاع بمتوسط قدره 11.67،ثم أسلوب إعادة التقييم الإيجابي بمتوسط قدره 10.25،ثم أسلوب الإنعزال بمتوسط قدره 10.23 ، ثم أسلوب ضبط الذات بمتوسط قدره 10.00، ثم أسلوب التخطيط لحل المشكل بتوسط قدره 8.21، ثم أسلوب الإسترخاء بمتوسط قدره 7.34،يليه أسلوب المغالات في الأكل و الشرب بمتوسط قدره 7.25. وأخيرا أوسلوب الدعابة بمتوسط قدره 5.18.

_ويمكن تفسير هاته النتائج من خلال ماتعرضنا له في الفصول النظرية للدراسة المتعلقة بالضغوط التي يواجهها المعلم ، فمواقف الحياة الضاغطة المرتبطة بالحياة المهنية ، أو الحياة خارج إطار المهنة تسهم بشكل واضح في تحديد الصحة النفسية والسيكوسوماتية للمعلم . وأمام كل هاته الضغوط التي يواجهها المعلم في إدارة صفه ، تشكل تحديا له و تشكل عائق للعملية التعليمية التعلمية ، فعليه أن يعمل جاهدا لمقاومة ومواجهة هاته المواقف في سبيل تحقيق أهداف العملية التعليمية التعلمية ، وذالك من خلال إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي المناسبة بحيث تعبر هاته الأساليب عن المجهودات التي يقوم بها المعلم ، بهدف التحكم في الضغوط التي تواجهه ، و تخفيض الضيق ، وتعديل الموقف إلى الأفضل بهدف تحقيق التوازن الإنفعالي و التكيف مع هاته الضغوط .

ويرجع ذالك ، لأن أساليب المعلم في مقاومة الضغط النفسي تعتبر من الكفايات الأساسية اللازمة لإدارة الصف الدراسي . فعجز المعلم عن مواجهة المشكلات المهنية الضاغطة أو التكيف معها يؤدي إلى : تزايدا الهدر التربوي في كل مايتعلق بالعملية التعليمية ،

ومدخلاتها و مخرجاتها .عجز المعلمين عن القيام بواجباتهم تجاه تلاميذهم، وفق مايمليه التطور التربوي الذي يدعو إلى الإهتمام بالنمو المتكامل لشخصية التلاميذ ، إلى جانب الإهتمام بتحسين التحصيل الأكاديمي .تدني مستوى أداء التلاميذ وتحصيلهم الدراسي .شيوع عادات سيئة من التلاميذ . (صبري، 1993)

وقد يرجع هذا الترتيب في أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المعلم ، إلى طبيعة عينة الدراسة (المعلمين) كونها عينة تتمتع بمستوى طبيعي من الصحة النفسية ، بالإضافة إلى أن العوامل المتعلقة بالموقف الضاغط ونمط الشخصية تساهم في تحديد أسلوب المقاومة المستخدم .

ونفسر كذالك هاته النتائج وفق ما أشار له كل من سميث ووالستون (1992) Smith & Wallston ، إلى أن المعلمين القادرين على فهم الموقف و ظروفه يستخدمون أساليب مقاومة فعالة و إيجابية ، مقارنة بالمعلمين غير القادرين على فهم الموقف و إستيعابه ، حيث يلجأ هؤلاء إلى إستخدام أساليب مقاومة سلبية وترتكز على الإنفعال ، لأنهم لايعرفون كيف يتصرفون إزاء الموقف الضاغط . كما أن العوامل المتعلقة بنمط الشخصية و العوامل المتعلقة بالموقف الضاغط تسهم في تحديد أساليب مقاومة الضغط النفسي التي يستخدمها الأفراد .(أحمد عيد مطيع الشخانبة ،2010 ، ص : 135)

ونفسر هاته النتائج كذالك وفقا لما جاء به لازاروس في نظرية الضغط و المقاومة ، بحيث أن عملية المقاومة ناتجة عن التفاعل بين المعلم و البيئة ، وبالتالي فإن الضغوط المتنوعة التي يعيشها المعلم داخل المدرسة كضغوط المنهج ، والضغوط الإدارية ، والضغوطات التي يواجهها مع التلاميذ و أولياء أمورهم ، تمثل مواقف ضاغطة على المعلم ، وتفرض عليه مقاومة و مواجهة هاته الضغوط ، و ذالك إما بالتغلب عليها بأساليب فعالة و إيجابية تساعده على مقاومة هاته الضغوط وبالتالي التكيف معها ، أو بمحاولة تجنب و تجاهل هاته الضغوط من خلال إستخدام الأساليب السلبية لمقاومة هاته الضغوط كالإنكار و الإنسحاب .. إلخ .

فالمعلمون ينوعون في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي بحيث تعتبر هاته الأساليب جزء من سلوك المعلم في التعامل مع الضغوط لملائمتها في تخفيف حدة الضغط و أثاره ، فكل معلم يعتمد على الأسلوب الذي يتناسب مع نمط شخصيته، ومستوى قدراته و خبراته

السابقة و طريقة تقييمه للأحداث الضاغطة ، ومستوى مايتمتع به من صحة نفسية ويرجع ذالك لمعرفة المعلمين، بفعالية و أهمية هاته الأساليب في مقاومة الضغوط التي يتعرضون لها ، وذالك بهدف التخفيف من حدة الضغوط النفسية التي يعيشها المعلم .

فقد أشار بعض العلماء إلى أن سمات شخصية الفرد تحدد مدى إستخدامه لأساليب و أساليب المقاومة ؛ حيث أشارت دراسة فولرس و آخرين (1999) إلى أن سمات الشخصية يمكن التنبؤ بها من خلال أساليب مقاومة الضغط التي يستخدمها الفرد ، ووفقا لذالك فإن أساليب المقاومة التي يتبناها المعلم بصفة عامة تحدد الأساليب التي يستخدمها في مواجهة الضغوط التي تعترضه .

وتتوقف مقومات هاته الأساليب الإيجابية أو السلبية نحو الإقدام أو الإحجام طبقا لقدرات المعلم ، و إطاره المرجعي للسلوك ، ومهاراته في تحمل الضغوط ، فإدراك المعلم لهاته الضغوط يقوده لإستخدام أساليب معينة لمقاومة هاته الضغوط ، فهاته الأساليب تساعده على تجنب تلك المواقف الضاغطة أو مواجهتها أو التقليل من شدتها بغية الوصول لمعالجة تحدث عملة التوافق النفسي .فقد يستخدم المعلم أساليب فعالة و إيجابية لمقاومة هاته الضغوط النفسية ، ومنهم من يستخدم أساليب سلبية وغير فعالة لمواجهة هاته الضغوط كالأساليب التجنبية و الإنسحابية مثلا.

وعليه فإن الضغوط النفسية التي يعيشها المعلم تجعله في حاجة ماسة للتأقلم معها و التعايش معها فكلما زادت الضغوطات على المعلم ، إزداد إستخدامه لجميع أساليب مقاومة الضغط النفسي المتاحة التي تدفع عنه تلك الضغوط و الخبرات فالتنوع في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي يكون أكثر إيجابية في التصدي للضغوط التي تواجه المعلم . وهذا ما أكده ماكري (1984) ، بأن الناس قد يلجئون لإستخدام خليط من أساليب مقاومة الضغط النفسي ، عند مواجهة كثير من الضغوط ، و أحيانا تكون غلبة أساليب على أخرى . (McCrae ,1984 ,924)

وقد إتفقت نتائج هاته الدراسة مع دراسة كل من :

إبراهيم1990، Steeno2000, pack2004,Durgin2001,Pullis200 ، و تعارضت مع نتائج دراسات صبري Farwell2003,Sedgwick2002,1993.

تفسير نتائج التساؤل الثاني :كشفت نتائج التساؤل الثاني على أن هناك إنتشار كبير للأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ، بحيث إحتلت الأمراض الخاصة بالجهاز التنفسي الدرجة الأولى في الترتيب بمتوسط قدره 13.89 .تليها أمراض الجهاز الهضمي بمتوسط حسابي قدره 12.03 ،و أمراض الهيكل العظمي بمتوسط11.92، و أمراض السمع والبصر بمتوسط حسابي قدره 11.56، وأمراض القلب والأوعية الدموية 11.45 ، ثم أمراض الجهاز العصبي بمتوسط 10.86، و والقلق بمتوسط حسابي قدره 10.77 ثم أمراض الجهاز البولي و التناسلي بمتوسط قدره 10.02،العادات بمتوسط قدره 10.00، أمراض مختلفة بمتوسط حسابي قدره 9.52، وعدم الكفاية بمتوسط حسابي قدره 8.51، وتكرار المرض بمتوسط قدره 7.51، و الغضب بمتوسط قدره 7.45، و التوتر بمتوسط قدره 7.25، وبلغ المتوسط الحسابي للتعب 6.26، وبلغ المتوسط الحسابي أما أمراض الجلد بلغ متوسطها الحسابي 2.15.

وتتفق هاته النتيجة مع العديد من الدراسات العربية التي أثبتت إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المدرسين : كدراسة ناصر الدين زيدي (1998) التي هدفت لقياس مدى إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين أعضاء هيئة التدريس ، فبينت هاته الدراسة أن هناك إرتباط كبير بين الضغط النفسي و الإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية ، فكلما زادت شدة الضغط النفسي أو طالت مدته كلما زاد إحتمال الإصابة بهذه الأمراض وفي حالة استمرار الضغط عند المعلم وفي ظل غياب وجود آليات و أساليب فعالة لمواجهة هاته الضغوط ، فإن ذالك يجعل المعلم فريسة لهاته الأمراض كإرتفاع ضغط الدم مثلا. الناتج عن استمرار التوتر وحبسه أو عجز الفرد عن مواجهة الموقف والتخلص منه ، مما يؤدي إلى خلل في النشاط الهرموني للجهاز الغدي . (حسين طاهر : 1993م ، 41) وكذا دراسة عويد المشعان (2000)، ودراسة نبيلة أبو زيد (2002)، دراسة ناصر الدين زيدي (2004) ، ودراسة بن الطاهر (2005) ، دراسة باهي سلامي (2008)، دراسة جعفور 2011). ودراسة لونيس علي (2013)

وتعكس هاته النتائج تدهور الحالة الصحية للمعلم الجزائري ، وإحصائيات الحالة الصحية للمواطن الجزائري تثبت ذالك ، فقد ذكرت إحصائيات المعهد الوطني الجزائري للصحة ، أن هناك حوالي 2 مليون مصاب بالداء السكري ، و 300 ألف مصاب بداء الصرع و 150

ألف مصاب بأمراض عصبية مختلفة ، و أن أكثر من 26% من الجزائريين مصاب بإضطراب وعائي قلبي ، أما السرطان فقد وصل عدد الإصابات الجديدة في الجزائر 37900 حالة سنة 2012 وتسبب في وفاة 21700 شخص في نفس السنة .(نقلا عن زعطوط ،2013).

و الأمراض المتعلقة بالشرايين تمثل نسبة 63بالمائة ، وتليها الأزمة القلبية بنسبة 39,6 بالمائة ، ثم الحوادث الناجمة عن شرايين الدماغ بنسبة 2,7 بالمائة ، و الأمراض الأخرى النادرة و المرتبطة بشرايين القلب نسبة 2,6 بالمائة .

ونفسر هذه النتائج بأن التعارض بين متطلبات الدور الذي يقوم به المعلم يترتب عليه زيادة في ضغوط العمل خاصة عندما يتعين عليه تحقيق الكثير من متطلبات الحياة ، بالإضافة إلى الواجبات الملقاة على عاتقه في مختلف النواحي.ومن أكثر الضغوط التي يعانيها المعلم : العبء الزائد ، ضعف العائد المادي ،غموض الدور ، الضغط الناتج عن الوقت ، نقص التجهيزات ، و الوسائل الضرورية والعلاقات السيئة مع الزملاء ، مشكلات التلاميذ، وتدني أخلاقهم . ضغوط تتعلق بالمتعلم كقلة دافعية التعليم و عدم الإهتمام بالدرس وفي هاته الحالة يقع على عاتق المعلم ضغط آخر و هو كشف ماهي الأسباب التي أدت لذالك خاصة في ظل غياب وجود مختص نفسي في المدرسة الإبتدائية علما أن المعلمون يدركون أهمية دور الأخصائي النفسي " فلا تكاد تخلو مدرسة في دول العالم المتقدم من الأخصائي النفسي ..... وذالك إيمانا منها بالدور الذي يقوم به في المساهمة في نمو الطلاب من كافة الجوانب ... بهدف تخريج مواطن صالح للمجتمع لايعاني من الإضطرابات الإنفعالية و الإنحرافات السلوكية ، إلى جانب الدور الذي يقوم به لرعاية الموهوبين والعناية بذوي الإعاقة " (كلثوم قاجة ، 2010، ص : 17) ،و أحيانا يكون ذالك بسب التكوين الغير كافي الذي يتلقاه المعلم أثناء مرحلة التكوين ، كونه غير قادر على إثارة الدافعية لدى التلميذ ، فقد أثبتت العديد من الدراسات أن زيادة وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى التلاميذ ، والإحتفاظ بما تلقاه و تعلمه لمدة طويلة ، عندما يعمل المدرسون على قصد على تهيئة التلاميذ و إستثارة إستعدادهم .(جابر عبد الحميد جابر ، 2000، ص : 51)، ضف إلى ذالك ضغط المناهج و إعدادها فالمعلم ماهو إلا مطبق لهاته المناهج المستوردة و الغير مكيفة و فقا لمنظومتنا التربوية ، وعدم ملائمة هاته المناهج ،

وفي هذا السياق نستطيع القول أن تقدم الأمم يقاس بنوعية وجودة المناهج التي يتم تعلمها ، فالأمة القوية الفتية هي التي توجه جل إمكاناتها و جهودها نحو تحديث التعليم عامة وتطوير المناهج خاصة .(مجدي عزيز إبراهيم ، 2004، ص : 26).

وكذالك كثرة الأعمال الموكلة للمعلم من تدريس ، ومرافقة التلاميذ للمطعم ، والساعات الطويلة في العمل ، وكثرة عدد الحصص المبرمجة خلال الدوام .بالإضافة لإرتفاع عدد التلاميذ في القسم الواحد ، فيصعب على المعلم إتاحة الفرصة لكل التلاميذ في التفاعل الصفي . وهذا ما أكدته العديد من الدراسات من أهمها دراسة (Edycron 1971) الذي أشار في دراسته إلى أن مهام المعلم المتعددة الأدوار ،مثل التوجيه و التنفيذ و النقد ، و نقل المعرفة بطريقة تتناسب مع توقعات المجتمع ، تؤدي للقلق و التوتر بسبب التوقعات المتناقضة للأدوار المذكورة ، الأمر الذي يؤدي لشعور المعلم بالضعف أو النقص في قدراته الذاتية و الشعور بالضغط النفسي ، وكذا دراسة (Cox & Brockley) التي أجريت على عينة من معلمي المرحلة الإبتدائية في بريطانيا و التي هدفت لتحديد مصادر الضغط النفسي لدى هؤلاء المعلمين ، و أظهرت النتائج إرتباط الضغط النفسي بالمصادر التالية : قيمة المهنة ، طبيعة العمل وكثرة الأدوار الملقاة على عاتق المعلم ، طرق التكوين ، سلوك التلاميذ . وكذالك من بين الضغوط الأخرى التحضير اليومي ، بحيث أصبح سجل التحضير عبئا ثقيلا على المعلم لأنه يقوم بعمل غير مقتنع به من أجل إرضاء الأخرين ، الذين ينظرون لسجل التحضير ، كأنه شيء مقدس بحيث أصبحو يعتقدون أن المعلم الذي لا يحمل هذا السجل معه لا يستطيع أن يقدم حصة دراسية ناجحة . (خالد زكي عقل ، 2004، ص : 41).

كما يعاني المعلمون من قلة التعاون بين أولياء الأمور و المعلم ومما يلاحظ عند بعض الأولياء عدم تلبية الدعوات التي تكون من طرف المعلم أو إدارة المدرسة بخصوص أبنائهم ، ويرى بعض الأولياء أن المعلم لا يعمل لصالح ولده ، و لايقدرون أهمية عمل المعلم في الدور الذي قوم به تجاه أبنائهم ، كما يشتكي المعلمون من ضعف التعاون بين الأسرة والمدرسة ، وهذا ما يتفق مع نتائج العديد من الدراسات ، كدراسة (Lorti1975) التي أوضحت أن عدم التعاون بالدرجة المطلوبة مع أولياء الأمور و الإدارة ، الأمر الذي قد يؤدي إلى وجود علاقة غير مرضية مع التلاميذ تكون سببا للصراع النفسي الذي يؤدي

لحدوث ضغوط نفسية عند المعلم ، و دراسة كروث(1985) ، التي توصلت إلى أن البرامج التعاونية بين المدرسة و البيت من شأنها ، أن تسرع من سلوكات الطالب الأكاديمية ، و تقلل السلوكات الإجتماعية الغير مرغوبة .(باري ماكنمارا ، 1998، ص: 151)

كذالك الراتب الشهري الذي يتقاضاه المعلم غير كاف لممارسة حياته بشكل طبيعي،يؤثرفي أدائه وهذا بدوره يؤدي لزيادة الضغط على المعلم .فقد بينت دراسة أن وتيرة العمل العالية وعدم التوازن بين الجهد المبذول و المكافأة أو الأجر المدفوع يبدو أنه يرفع من خطر الإصابة القلبة المميتة .

(MIKA KIVMAKI ET AL 2002)

إذا فكل هاته الضغوط التي يتعرض إليها المعلم بإستمرار تنعكس سلبا على صحته الجسمية مما يؤدي لإنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين . ففي نتائج لدراسة المعهد الجامعي للصحة بسويسرا حول الصحة في العمل ، تتعلق بالحاجة الصحية للمدرسين وزعت لثلاث فئات 43٪ من المدرسين في صحة جيدة ، و 34.1٪ صحتهم تنذر بالخطر ، و22.1٪ حالتهم سيئة والعامل الأساسي هو الضغط المهني . وعليه فإن سبب إنتشار هاته الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين يرجع لضغوط النفسية التي يعانيها المعلم . وذالك كون الأمراض البسيكوسوماتية هي من بين الأمراض التي تساهم الضغوط النفسية و الانفعالية في إنتشارها و أن الضغوط النفسية والاحباطات التي يكون المعلم ، تحت وطأتها هي حجر الزاوية لكل الأمراض البسيكوسوماتية .فقد كشفت دراسة Manuch Cohen (1995) التي كانت حول الضغط و الإستجابة ، والمرض ، بأن للضغط دور هام في نشأة وتفاقم مجموعة واسعة من الأمراض البسيكوسوماتية ، فقد تتولد بعض الأمراض البسيكوسوماتية من الضغط النفسي ، أو تتفاقم بسببه .

ومن بين العلماء الذين أثبتو العلاقة بين الضغوط والأمراض البسيكوسوماتية تجارب إبن سينا و إسهاماته ، في نقل موضوع الطب النفسي الجسدي إلى الجانب التجريبي . والعالم Raab، و Bowlby ، وكذالك سيلي من خلال نظريته التي كانت حول تناذر التكيف و تأثير الشدة النفسية على الجانب العضوي فقد أشار سيلي (Selye(1974، من خلال نظريته إلى أن الضغط الشديد يؤدي لإصابة الفرد بالعديد من الأمراض كالقرحة

المعدية ، و الشقيقة ، و إرتفاع ضغط الدم ، وحدوث ألم في الرقبة ، وقد كانت نظريته عبارة عن إمتداد لعمل كانون (1943)، بحيث بين لنا سيلي أن الأمراض البسيكوسوماتية ، هي عبارة عن تغيرات فسيولوجية تحدث في الجسم كإستجابة لمثيرات البيئة التي تشكل تهديدا لحياة الإنسان ، والتي تمر في ثلاث مراحل رئيسية متتابعة .

أ ـ مرحلة الإنذار أوالتنبيه : وتعد هاته المرحلة ردة فعل الجسم الأولى للضغط النفسي الذي يعانيه المعلم ، حيث يجهز الجسم نفسه ، ويبدأ الجهاز العصبي السمبثاوي بالعمل ، فتظهر بعض الأعراض الإنفعالية والبدنية ، فتنتاب المعلم في هاته المرحلة نوبات قلق و حالة توتر ، و إرتفاع في ضغط الدم ، وزيادة سرعة نبضات القلب ، وزيادة سرعة التنفس ، وزيادة نسبة السكر في الدم ، وغيرها من الأعراض البسيكوسوماتية .

ب ـ مرحلة المقاومة : فيها يقوم المعلم بالدفاع عن نفسه تجاه مصادر الضغط ، فيشعر بحالة من التعب و الإرهاق و التوتر والغضب وضعف التركيز ، و إذ لم يستطع المعلم التغلب أو التكيف مع هاته الضغوط ففي هاته الحالة يبدأ جهاز المناعة بالضعف و الإنهيار، وينتقل المعلم للمرحلة الثالثة .

ج ـ مرحلة الإنهاك : و تظهر هاته المرحلة عندما لا يستطيع المعلم التغلب على مصدر الضغط ويصبح أكثر عرضة للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية مثل : قرحة المعدة و أمراض القلب

مما يؤدي لظهور هاته الأمراض البسيكوسوماتية لأنه كما بينا في الجانب النظري للدراسة أن الضغط المهني والنفسي من بين العوامل التي تساهم في خلق الأمراض البسيكوسوماتية. فالعوامل والضغوط المهنية والاجتماعية لها دوراً في نشأة هذه الأمراض .إذا فالأمراض البسيكوسوماتية التي تنتشر بين المعلمين ماهي إلا تغيرات فسيولوجية تحدث بجسم المعلم نتيجة تعرض المعلم للضغوط النفسية والتي لاتتفق مع تكوينه الفسيولوجي أو النفسي مما يصعب عليه التوافق و التكيف معها ، وكإستجابة لهاته الضغوط تحدث مجموعة من التغيرات التي تحدث و تخلق هذا النوع من الأمراض : فالأمراض البسيكوسوماتية خاضعة لتأثير الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل ، والذي يتكون من قسمين وهما الباراسمبتاوي (نظير الودي) ، والسمبتاوي (الودي) هذا الأخير عنده دور كبير في حالة الضغوط و بالتالي فإنه عند تعرض المعلم للضغط، فإن القسم السمبتاوي ، يعمل على تثبيط أو إيقاف

عمليات الهضم و بالتالي تظهر الأمراض البسيكوسوماتية الهضمية ، وكذالك زيادة الضغط الدموي مما يؤدي لظهور الأمراض البسيكوسوماتية المتعلقة بالجهاز الدوري ،كإرتفاع ضغط الدم و إضطرابات ضربات القلب ، لكي يهيء مايتطلبه الموقف الضاغط المعاش ، من الطاقة التي تحتاجها العضلات .(خليل البياتي، 2002، ص: 49).

كذالك زيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي في الجهاز الدوري التنفسي ، زيادة نشاط هرمونات تعبئة مصادر الطاقة ، الجلوكوز، الدهون ، مواد بناء الأجسام المضادة و إصلاح الخلايا التالفة (بروتين ، كولسترول)، زيادة نشاط وكمية الهرمونات التي تزيد من سرعة التفاعلات الكيميائية ، زيادة عدد الصفائح الدموية المكونة للخثرات الدموية ، زيادة طرح هرمونات كبت الألم وهي الأندروفينات الدماغية و بالتحديد أندروفينات بيتا التي يفرزها الدماغ ، زيادة إندفاع الهرمونات و النواقل العصبية (الكتولامين ، الأدرينالين و النور أدرينالين ، الكورتيزول ، الدوبامين) وأخيرا طرح هرمونات الإحتفاظ بالماء و الصوديوم .(Meri Carret al,2004).

وأمام كل هاته التغيرات الفسيولوجية ، تحد ث إستجابة للجسم المعلم ومن بين هاته الإستجابات : زيادة معدل ضربات القلب وحجم الدم المدفوع في كل ضربة زيادة تركيز الدهون و الجلوكوز (سكر الدم) و الكولسترول ، والنيتروجين في الدم ، تتحول الدورة الدموية من الجهاز الهضمي إلى الدماغ و الأطراف مما يزيد من سرعة إستجابة العضلات و التركيز .زيادة عدد الصفائح الدموية وبالتالي الخثرات الدموية في مجرى الدم ، زيادة عدد الأجسام المضادة في الدم ، ففي حالة زيادة الضغط النفسي عند المعلم تعجز العضوية عن تحمله فتضطرب الوظائف الحشوية أو تصاب الأعضاء بالعطب كما يحدث في حالة القرحة المعدية ، وقرحة القولون .(غالي و أبو علام ، 1974) وعليه فإن إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ، مرتبط بالضغوط التي يعانيها المعلم في مهنة التدريس ذالك كون هاته الأمراض تنشأ دائما من العوامل النفسية والضغوط التي يتعرض لها .وهذا ما أشارت له التقارير الطبية الأمريكية ، التي أوضحت أن 75٪ من المشاكل الصحية ، لها علاقة بالضغوط النفسية التي يعانيها الفرد .

وهناك ارتباط بين الضغوط البيئية من جهة وارتفاع ضغط الدم من جهة أخرى إذ أن الأفراد الذين تمتلئ حياتهم بالضغوط والتقلبات والأزمات الانفعالية يكونوا اكثر عرضة

للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية . (زينب شقير : 2002م ، 16 ، 33) فقد كشفت نتائج دراسات أمريكية أن هناك إرتباطا ، وثيقا بين الضغوط النفسية التي يواجهها الإنسان المعاصر في حياته اليومية و الإصابة بمختلف الأمراض ، وذالك إبتداء من الأنفلونزا إلى أمراض القلب و الأمراض الصدرية ، وذالك من خلال تأثير الضغط النفسي على خلايا المخ .كما أكد الدكتور (Michel Halbertsam) أستاذ علم الأعصاب بجامعة ليفربول في إنكلترا بأن الضغوط النفسية و العوامل النفسية تلعب دورا كبيرا في تكوين معظم أمراض الجسم ، بما في ذالك أمراض العيون ، ضغط الدم ، و قرحة المعدة ، و أيضا مرض القلب والسمنة .

كما أشار(كامل محمد عويضة ، 1996) إلى أن الأمراض البسيكوسوماتية تنشأ عند الأفراد الذين يواجهون ضغوطا نفسية ، وبسبب عجزهم في أن يجدو وسيلة لتصريف توتراتهم ، فبتالي يلجأون لأعضائهم لتصريف هذا التوتر .

وكذا دراسة حسين فايد (2005) التي أسفرت نتائجها عن وجود علاقة جوهرية موجبة بين الأعراض السيكوسوماتية وضغوط الحياة ، وتتفق هاته النتيجة مع دراسة Henditix ، التي أثبتت أنها توجد علاقة بين ضغط العمل و الأمراض السيكوسوماتية ، و أن ضغط العمل يرتبط بالإصابة بالزكام و حالات الأنفلونزا .(عبد الله تيسير الحواجري ، 2004، ص : 59)

ودراسة إيناس سالم (2002) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين ضغوط الحياة ، وبين الأعراض السيكوسوسوماتية لدى طلاب الجامعة ، فتوصلت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إرتباطية دالة بين ضغوط الحياة و الأعراض السيكوسوماتية .

ويرى كويك و كويك (quick&quick1984) أن للضغوط المهنية في عملية التدريس دور كبير في ظهور العديد من المشكلات الصحية ، مثل أمراض الشريان التاجية ، وقرحة المعدة ، الصداع ..... إلخ .(prith & fograty ,1995)

وهذا ما أشار إليه(علي عبد السلام علي، 2001) وذالك بأن الضغط النفسي المزمن ، يؤدي لشقاء وتعاسة الفرد و يساهم في إصابته بالمرض السيكوسوماتي . وهذا مايتفق كذالك مع ماجاء به (محمد حسن غانم،2004) كون أن العديد من الأمراض السيكوسوماتية التي يصاب بها المعلم ، وذالك نتيجة أن يدفع بنفسه للضغط و الإجهاد الذي يفوق طاقاته

و بالتالي يقع فريسة لهاته الأمراض . كما إتفقت نتائج هاته الدراسة مع دراسة (موفق الكبيسي ، 2003،) التي أكدت على وجود علاقة كبيرة بين ضغوط العمل الشديدة ، و إرتفاع ضغط الدم ومستوى الكولسترول في الدم ، التي قد تؤدي لأمراض القلب و الإضطرابات المعوية وإلتهاب المفاصل ، كما قد تكون هناك علاقة طردية بين ضغوط العمل ومرض السرطان ، كما أن الضغط النفسي و الوضع التنافسي في العمل يزيد من الخطر القلبي بحوالي الضعف .

فقد أشارت الإحصاءات الحديثة إلى أن مانسبته (80)٪ من أمراض العصر الحديث ، مثل النوبات القلبية ، وإرتفاع ضغط الدم ، و الصداع النصفي ، وقرحة المعدة والقولون ، تكون بدايتها الضغوط النفسية . وتفسر الباحثة إنتشار هاته الأمراض بين المعلمين ،وذالك لأنن العامل النفسي يلعب دورا قويا في نشأتها أو إستمرارها فهي تحدث نتيجة لإستمرار القلق و الضغط النفسي الذي يعيشه المعلم ، والخلل الوظيفي في العضو يكون هو النتيجة النهائية .(حسن مصطفى ، 2003).

وعليه فإن التعرض المستمر لهاته الضغوط من طرف المعلم و عجزه عن التكيف معها ، و فشله في التغلب عليها لفترات طويلة فإن ذالك سوف يؤدي حتما لظهور الأمراض البسيكوسوماتية. عند المعلم, التي تؤدي لإضطراب وظيفة العضو المصاب وكذالك تكوينه التشريحي . وذالك لأن للجانب الإنفعالي والضغوط النفسية دور كبير في ظهور هذا النوع من الأمراض البسيكوسوماتية مثل (ارتفاع ضغط الدم ومستوى الكوليسترول والآم الظهر ، والتهاب المفاصل والصداع والسرطان ، والسكري وتلف الكبد وأمراض الرئة وتصلب الشرايين) . (آدم العتيبي. 1997 ، 179). وقد إتجه الطب الحديث الآن نحو الاعتقاد إلى أن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسي دوراً قوياً سواء في نشأتها أو استمرارها ، أو إثارتها أو ضعف مقاومة الفرد لمهاجمتها لدرجة أن بعض الأبحاث الحديثة ربطت بين السرطان والعوامل النفسية ، وقد ثبت ارتباط أجهزة المناعة بالحالة المزاجية للفرد ، ونفسر إستمرار هاته الأعراض والأمراض البسيكوسوماتية وذالك للجوء المعلم للعلاج الطبي فقط لأن العلاج الطبي لا يكفي وحده لعلاج الأمراض البسيكوسوماتية ولابد من الاهتمام بالنواحي النفسية أيضاً لإتمام الشفاء ، وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات في علاج الأمراض البسيكوسوماتية ، ونذكر دراسة تمت في مستشفى شرق مدينة سان

فرانسيسكوا عولج بها 200 مصابا بالقرحة (علاجا نفسيا) ، وعولج الفريق الثاني 200 مصاب بالقرحة بالقرحة في مستشفى ثاني غرب سان فرانسيسكوا بواسطة (العلاج الجسمي) عن طريق الأدوية الطبية ، و إتباع نظام خاص في الطعام و في نهاية الأسبوع الثالث تم شفاء أفراد الفريق الأول كلهم ما عدا واحدا ،ودام شفاؤهم مدة طويلة بعد إنتهاء العلاج ، أما أفراد الفريق الثاني فقد شفوا جميعا من القرحة غير أنها عاودتهم مرة أخرى بإستثناء شخصين بعد أسبوعين فقط من إنتهاء العلاج ، والعودة إلى نظام الطعام العادي ، وهاته الدراسة التجريبية تبين لنا أثر العلاج النفسي في الوقاية ومنع عودة الأمراض البسيكوسوماتية من جديد .(Matlez Maxwell,1943)

. و عليه فإن استمرار تعرض المعلم لهاته الضغوط ، وعجزه عن مواجهتها والتخلص منها ، يؤدي لحدوث اختلال في التوازن الهميوستازي لجسمه، و ذالك حسب طبيعة هذه الضغوط ودرجتها ، وتقوم الأجهزة الفيزيولوجية كالقلب والمعدة والعضلات بمجموعة من ردود الأفعال غير السوية تبدو على شكل اضطرابات جسمية ، أو أمراض بفعل الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يهيئ الجسم للاستجابة الدفاعية بمجموعة من ردود الأفعال الضرورية نتيجة الضغط النفسي فينشأ المرض البسيكوسوماتي . (فايز الحاج : 1996م ، 8) ، وعليه فإن الميكانيزم النفسي المتمثل في الضغط والميكانيزم الفسيولوجي هما العنصران الأساسيان في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، واستمرار الضغوط لفترة طويلة قد يتسبب في اختلال تنظيم السلوك الذي ربما يؤدي إلى الأمراض البسيكوسوماتية ، أما عن الميكانيزم الفسيولوجي فأن الضغوط النفسية المزمنة تؤثر على مختلف الأعضاء في الجسم عن طريق تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبتاوي والباراسمبتاوي) . (حسين طاهر : 1993م ، 41)

أما بالنسبة لإختلاف الأمراض البسيكوسوماتية بين معلم و آخر فمنهم من يعاني من أمراض الجهاز التنفسي، وآخر الجهاز الدوري .....إلخ .

فنفسر ذالك وفق ما جاء في نظرية (wolff(1950 ، التي أثبتت أن إختيار العضو من طرف المعلم لايتم إلا وفق محددات وراثية أو إستعدادات بيولوجية .(الدباغ ، 1983).

ويصاب المعلم في أضعف عضو به ، فالمرض أول مايصيب العضوالضعيف أو الأكثر قابلية كما يحدث في ضعف الأجهزة التنفسية في الربو الشعبي وضعف أجهزة الأوعية الدموية في حالات الضغط الدموي الجوهري .(غالي و أبو علام ، 1974).

فالضعف في العضو نوعي ويكون موروث ، وعندما يتعرض المعلم إلى ضغوط شديدة ، فإن الصلة الضعيفة من السلسلة البدنية تنهار وفي هاته الحالة يميل المعلم في تفاعله مع الضغط بالجزء الضعيف من الجسم (Rosenhan&Seligman,1999.)

وبالتالي تظهر هاته الأمراض في الجهازالتنفسي ، أوالجهاز الهضمي أو الجهاز الدوري .

تفسير نتائج الفرضية الأولى :كشفت نتائج الفرضية العامة على أنه توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين إستخدام الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي والمتمثلة في (حل المشكل ، الرجوع للدين ، الإسترخاء ، إعادة التقييم الإيجابي ، التخطيط لحل المشكل ، البحث عن الدعم الإجتماعي ، ضبط الذات) و الأمراض البسيكوسوماتية عندالمعلمين أي أنه توجد علاقة عكسية بين هاته الأساليب وظهور الأمراض البسيكوسوماتية . إذا المعلمين الذين يستخدمون هاته الأساليب هم أقل إصابة ومعانات من الأمراض البسيكوسوماتية .

وتوجد علاقة إرتباطية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية المتمثلة في (التنفيس الإنفعالي ، وسائل الدفاع ، التقبل ، المغالات في الأكل و الشرب ، الدعابة ، الإنعزال) وظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ، أي أنه توجد علاقة طردية بين إستخدام الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي و الأمراض البسيكوسوماتية أي أن إستخدام هاته الأساليب يساهم في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين .

لقد جاءت نتائج الفرضية العامة متسقة في مجملها مع التراث النظري لدراستنا فقد بينا من خلال الفصول النظرية ، أن الأمراض البسيكوسوماتية تحدث نتيجة تفاقم الضغوط الإنفعالية بإستمرار على المعلم ، التي يعيشها داخل الصف و خارجه ، في عصر أبسط مايوصف فيه بأنه عصر القلق ، والسكتة القلبية ، والجلطة الدموية ، والذبحة الصدرية .....إلخ. من أمراض بسيكوسوماتية أخرى ، ولكن هاته الضغوط متوقفة على أساليب مقاومة الضغط النفسي التي يستجيب بها المعلم لشدائد الحياة ومواقفها ، بغض النظر

عن إدراكه لها بصورة موضوعية ، أو غير موضوعية .فإستجابة المعلم للضغط و أسلوب المقاومة المستخدم يختلف من معلم لأخر ، فقد يستجيب المعلم للضغط بصورة حادة أو معتدلة وذالك حسب تقديره لذالك الموقف ،وقد يستجيب معلم أخر تجاه نفس الموقف الضاغط على أنه موقف تحد لقدراته ويتصرف بصورة أكثر إيجابية .وهذا مايتفق مع نتائج دراسة نصار (1992).

ونفسر هاته النتائج بأن الأساليب الإيجابية هي عبارة عن طرق و الأساليب التي يسيطر بها المعلم على نفسه و أفكاره ومشاعره ، كما تسيطر عللى البيئة ، فهي تجعل المعلم يتتعامل مع الضغوط بصورة واقعية وعقلانية ، محاولا الوصول لحل المشكلة من خلال معرفة الأسباب الحقيقية للضغط كما تساعد المعلم في خفض تهديد الضغوط التي تواجهه ورؤيتها من منظور واسع وتحليلها إلى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها ، فالمعلم الذي يستجيب للضغوط و العقبات بإنفعالاته السلبية هو أكثر الناس عرضة للأعراض السيكوسوماتية إذا فالأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي تساهم في حماية المعلم من الوقوع في الأمراض البسيكوسوماتية وتقيه من آثار الضغوط التي تواجهه كما أنها تخلق جدار دفاع نفسي للمعلم يعينه على التكيف مع الضغوط التي يعيشها ، وذالك كون هاته الأساليب تعدل من إدراك المعلم للأحداث الضاغطة وتجعلها تبدو أقل شدة كما تجعل المعلم أكثر مرونة و أكثر قابيلية للتغلب على مشاكله .

إذا ففي حالة عدم تصريف الإنفعالات التي يتطلبها الموقف في صورة فيزيقية أو لفظية وذالك من خلال أساليب مقاومة الضغط النفسي الإيجابية ، فإن التوترات الداخلية تعمل من الداخل و تعطل الوظائف السوية لبعض الأعضاء مما يؤدي لظهور الأمراض البسيكوسوماتية . في هاته الحالة يتوقف الإنفعال عن التعبير السيكولوجي مما يؤدي لزيادة الشكاوى الجسمية من طرف المعلم بحيث يتجه المعلم للعلاجات الطبية ولكن بدون جدوى لأن أساس هاته الأمراض هو الأسباب النفسية .(عكاشة ،2004)

فالضغوط النفسية التي يعيشها المعلم إنما تخلق جو من التعبئة لأجهزته الجسمية ، فقد أثبتت التجارب أنه إذا إستعد المعلم للضغوط و إعتبرها قاعدة في الحياة ، وذالك من خلال إستخدام أساليب مقاومة فعالة و إيجابية ، فإن هذا الرضا سوف يجعل أجهزة الجسم تفرز مواد بناءة و مفيدة . وتقي من الأمراض السيكوسوماتية .

على عكس الحال إذا ستخدم المعلم أساليب غير فعالة في مقاومة الضغط، و أنكر وجود هاته الضغوط أو هرب منها ، فسوف يفرز جسده مواد ضارة وهدامة ، سوف تقوده لإعتلال صحته و الوقوع فريسة للعديد من الأمراض البسيكوسوماتية .

ومن بين الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي الرجوع إلى الدين من خلال الإكثار من العبادات و الدعاء ، يضفي على النفس الهدوء و الطمأنينة ، وكذالك الدعم الروحي و الإنفعالي يزيد الفرد قوة على تحمل الضغط الإنفعالي ، وهذا مادلت عليه الكثير من الأيات من الذكر الحكيم كقوله تعالى :﴿ألا بذكر الله تطمئن القلوب ﴾

(الرعد الأية 28)، وقوله تعالى ﴿ ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى ﴿124﴾ قال رب لم حشرتني أعمى و قد كنت بصيرا﴿125 ﴾ قال كذالك أتتك ءاياتنا فنسيتها وكذالك اليوم تنسى ﴾ .

أما بالنسبة للصلاة فقد بينت الأبحاث أن تأثير الصلاة يعادل و ربما يفوق حالة الإسترخاء ... وذالك لأن المعلم حين يتهيأ و يدخل في الصلاة ... وحين يرفع يديه خلف أذنيه مكبرا ، يعرف أن الله أكبر من ضغوطي ، أن الله أكبر من ذنوبي ، أن الله أكبر من كل مخاوفي ، أن الله أكبر من أي شخص .

و أن الدخول إلى حالة الصلاة تحدث العديد من التغيرات الفسيولوجية والتي بدورها تفرز (أحماضا) مفيدة للجسم و ليست مضرة أو مهلكة لأجهزته .ومن أهم فوائد الصلاة التي تساهم في الوقاية من الأمراض السيكوسوماتية ، أنها تبعث الأمل في نفس الإنسان و تخلق لديه حالة من الأمان و الإطمئنان ، تجعل المعلم يضع المشكلة في حجمها الطبيعي ، يأخذ بالأسباب و يترك الباقي على الله ، تقوي دافعية المعلم و إرادته ،

تجعله راضيا لكافة ضغوط الحياة .وفي نفس السياق تحدث الأستاذ الدكتور محمد زكي سويدان رئيس قسم الأمراض الباطنية بجامعة عين شمس ، عن فائدة الصلاة كأسلوب من أساليب مقاومة الضغط النفسي الإيجابية ، ودورها في وقاية الجسم من الأمراض البسيكوسوماتية ، فتناول في تفصيل علمي طبي عن فائدة حركات الصلاة ، و أثرها في صيانة الجسم و الأعضاء ، وصيانة المفاصل و الغضاريف من التيبس و الإنزلاق ، فحركات الوقوف تشمل إنقباض عضلات الجذع و الإليتين و الفخذين و الساقين ، وتشمل عضلات الرقبة عندما تنثني قليلا إلى الأمام ، أما حركة الركوع فيها تنقبض عضلات

الجذع الأمامية خاصة الظهر و البطن ، و تنقبض عضلات الجذع الخلفية عند الإنحناء .أما في السجود فتنثني عضلات الفخذين و الركبتين ، وذالك بإنقباض عضلات البطن وذالك بثني الرقبة وبسط اليدين على الأرض .

وفي القعود تنثني عضلات الظهر و عضلات الرقبة الخلفية ، و هذا كله في النهاية يؤدي لإنقباض جميع العضلات مع إختلاف حركات الصلاة ، ومع حركات العضلات تتحرك جميع المفاصل ، وهذا يقوي العمود الفقري و يمنع تيبسه و إنزلاقه وما يترتب على ذالك من أمراض عصبية ، وحركة السجود تمنع تراكم المواد الدهنية ، ثم أن قراءة القراءان ، و التكبير و التسبيح ، فتعتبر تدريبات تنفس منتظمة .

ويضاف كذالك لفوائد الحركات في الصلاة ، تقوية العضلات مع تتابع الحركات ، ومايحدث من الشد العضلي أثناء الراحة يمنع إرتخاء العضلات ويمنع ضمورها ، كذالك زيادة إحتراق المواد الغذائية يمنع ترسب الدهنيات ، مما يحافظ على جدران الشرايين من التصلب الذي هو من أهم أسباب التجلط ، أو إنسداد الشرايين الذي له مخاطره الصحية إذا حدث في الأجهزة الصحية كالقلب ، و المخ .

فتتابع حركات الصلاة بهذا النظام يساعد على حفظ التوازن ، مما يساعد على إحتفاظ الشرايين و الأوردة بسريان الدم معها أثناء الحركة دون أي خلل ، ويساعد ذالك في أن تصل كمية الدم المتدفقة إلى الجسم بمعدله الطبيعي فلا ينقص أو يختل سريانه .

كما بينت الدراسات الحديثة أن هنالك تأثيرا إيجابيا للإعتقاد بالله و التسليم بقضائه على رفع مستوى الجهاز المناعي و نشاطه ، و أن هذه الآلية الفاعلة تعتمد على خفض الضغط النفسي ، الذي يلعب دورا مباشرا في التأثير على الجهاز العصبي الإفرازي .

فحسب تعريف معجم و بستر، فإن الإيمان هو تقبل الأمور و التعامل معها على أنها مسلمات ، أما التعريف الشرعي للإيمان فهو : عقيدة تستقر في القلب إستقرارا يلازمه و لاينفك عنه و يعلن صاحبها بلسانه عن العقيدة المستقرة في قلبه ، ويصدق الإعتقاد و القول بالعمل وفي مقتضى هذه العقيدة .

والدراسات الحديثة في علم النفس العصبي المناعي تؤكد أن قضايا عقلية إدراكية مثل العقيدة و الإيمان يمكن أن تؤثر في فسيولوجية الإنسان ، و تورد هذه الدراسات آليات بيولوجية مثل تخفيض الضغط ، و ممارسات أخرى تؤثر على جهاز المناعة ، وهذه الأثار

تظهر عن طريق مقاومة الأمراض الجرثومية و الأدران الخبيثة (السرطانات)أضف إلى ذالك تقليل فترة الإصابة بالمرض إن وقعت .

فقد بينت العديد من الدراسات ، أن التدين يقلل من الضغط النفسي لدى الأفراد مما يقلل من تأثيره السلبي على الجهاز المناعي للفرد و بالتالي تحسن وضعه الصحي .

فقد إهتم الإسلام بالجوانب الصحية للفرد من خلال معالجة الجانب الروحي للمسلم ، بالإضافة الطلب من المسلم الإهتمام بجسمه ، وعقله ولهذا كان الإيمان بالله والفزع إليه يعتبر جزءا مهما من العلاج الطبي و النفسي في مواجهة الضغوط النفسية ، فقد تيبن لكثير من الأطباء أن أهم عامل في الشفاء من المرض ليس هو العقاقير لكنه الأمل في الله الذي لا يخيب رجاء من إرتجاه ، فقد أثبتت نتائج التجارب الميدانية التي أجريت على متطوعين من غير مسلمين ومن غير الناطقين بالعربية خلال 42جلسة علاجية تضمنت كل جلسة خمس تجارب ، وبذالك كان المجموع الكلي للتجارب 210، وفي مرة أخرى تليت عليهم قراءات عربية غير قرآنية بحيث تكون مطابقة للقراءات القرآنية من حيث الصوت و اللفظ والوقع فاتضح وجود أثر مهديء للقرآن في 97٪، من التجارب المجراة وذالك في شكل تغيرات فسيولوجية تدل ، على تخفيف درجة توتر الجهاز العصبي التلقائي الذي بدوره يؤثر على أعضاء الجسد الأخرى ووظائفها و ظهور مختلف الأمراض السيكوسوماتية ، ولذالك فإنه توجد إحتمالات لانهاية لها للتأثيرات الفسيولوجية التي يمكن أن يحدثها القرآن ، فمن منطلق إفتراض أن أثر القرآن المهديء للتوتر يمكن أن يؤدي لتنشيط و ظائف المناعة في الجسم ، والتي بدورها ستحسن من قابلية الجسم على مقاومة الأمراض أو الشفاء ، منها و هذا ينطبق على الأمراض السيكوسوماتية ، كما أن نتائج هاته التجارب المقارنة تشير إلى أن كلمات القرآن بذاتها وبغض النظر عن مفهوم معناها ، لها أثر فسيولوجي مهديء للتوتر في الجسم البشري ، على أن الفزع إلى الله يكون بتقوى عز وجل و التعرف إليه في الرخاء، الدعاء .(نقلا عن محمد صلاح الدين أبو العلا، 2009).

كما بين إبن القيم الجوزية في كتابه الوابل الصيب و رافع الكلم الطيب أن في ذكر الله حوالي مائة فائدة ، من بينها أنه يقوي القلب و البدن من الأمراض أي أنه يقي من الإصابة من الأمراض البسيكوسوماتية ، ويزيل الهم و الغم عن القلب ، ويجلب للقلب الفرح

و السرور و البسط ، وكذالك في فوائد الذكر كأسلوب فعال في مقاومة الضغط النفسي و بالتالي الوقاية من الأمراض البسيكوسوماتية مابينه حديث إبن عباس الذي

رواه الإمام أحمد ، أن العبد الذاكر لله تعاالى إذا أصابته شدة ، أو سأل الله تعالى حاجة ، قالت الملائكة : يارب صوت معروف من عبد معروف . فذكر الله عز وجل يسهل الصعب ، و ييسر العسير ، ويخفف المشاق ، فما ذكر الله عز وجل على صعب إلا هان ولا على عسير إلا تيسر ، ولامشقة إلا خفت ، ولاشدة إلا زالت ولا كربة إلا إنفرجت ، فذكر الله تعالى هو الفرج بعد الشدة ، و اليسر بعد العسر ، فذكر الله تعالى يذهب عن القلب مخاوفه كلها ، و له تأثير عجيب في حصول الأمن ، فليس للخائف الذي قد إشتد خوفه أنفع من ذكر الله عز وجل ، والذكر يعطي الذاكر قوة .

وقد علم النبي صلى الله عليه وسلم إبنته فاطمة ، وعلي رضي الله تعالى عنهما أن يسبحا كل ليلة إذا أخذ مضاجعهما ثلاثا و ثلاثين ، ويحمدا ثلاثا وثلاثين ، ويكبرا أربعا وثلاثين ، لما سألته الخادم و شكت إليه ماتقايسه من الطحن والسعي والخدمة ، فعلمها ذالك و قال« إنه خيرا لكما من خادم » .

فقيل :إن من داوم على ذالك وجد قوة في بدنه مغنية عن خادم .

أما بالنسبة لأهمية الدعم الإجتماعي أو المساندة الإجتماعية كأسلوب إيجابي في مقاومة الضغط النفسي ، فإنها تقوم بحماية تقدير المعلم لذاته و تشجيعه على مقاومة الضغوط التي تفرضها عليه أحداث الحياة .

وهذا ما أكده أن المساندة الإجتماعية تعتبر متغيرا ملطفا للعلاقة بين المشقة النفسية و الإصابة بالمرض على أساس أن المساندة الإجتماعية ترتبط بصورة سلبية بالمرض ، فكلما تلقى المعلم الدعم الإنفعالي والوجداني و التقديري من جانب أفراد أسرته و أصدقائه و زملائه في العمل قل تبعا لذالك نسبة إصابته بالأمراض السيكوسوماتية .(Bunk & Hoorens ,1992

فقد بينت العديد من الدراسات أن المساندة الإجتماعية ، لها قيمة شفائية من الأمراض البسيكوسوماتية ، كما تقي المعلم من الأثر الناتج عن الأحداث الضاغطة ، و تخفف من حدة هذا الأثر ، كدراسة (عبد الرزاق ، 1998). و أن هناك علاقة ارتباطيه دالة بين درجة

المساندة الاجتماعية المرتفعة وتحسن وظائف القلب والأوعية الدموية وانخفاض ضغط الدم وارتفاع مستوى المناعة ونشاط الغدد الصماء .

فالمساندة الإجتماعية تخفف من وقع الضغوط النفسية ، التي تقوي تقدير الذات لدى المعلم ، و تخفف من أعراض القلق و الإكتئاب ، و تؤثر على الصحة النفسية و الجسمية ، وتزيد من الشعور بالرضا عن ذاته و حياته ، وتزيد من الجوانب الإيجابية مما يحسن من الصحة النفسية و الجسمية للمعلم ، كما تساهم في التوافق الإيجابي و النمو الشخصي للمعلم ، وهذا ماأكدته دراسة كل من(Cutrona & Russell ,1990)-

ودراسة Kaplan التي أشارت إلى أن هناك ثلاث تفسيرات متكافئة حول دور المساندة الإجتماعية على الصحة الجسمية للفرد وهي :

التفسير الأول : يشير إلى أن العلاقة بين نقص المساندة الإجتماعية و المرض سببية ، فالمساندة المرتفعة تقي من التعرض للمرض .

التفسير الثاني : يرى أن الأفراد الذين يمرضون يبتعدون عن نسق المساندة الخاص بهم ، حيث تؤدي الإصابة بالمرض إلى تغيرات في المساندة الإجتماعية .

التفسير الثالث : يشير إلى هناك متغيرا ثالثا كالطبقة الإجتماعية أو خصال الشخصية ، يسبب كلا من ضعف المساندة الإجتماعية ، والنواتج الصحية .

أما (الشناوي وعبد الرحمان ،1994) فقد أشار إلى أن المساندة الإجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الضغوط ، فالمعلمون الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت إستجاباتهم السلبية ،فاالمساندة الإجتماعية تلعب دورا هاما في تعديل العلاقة بين إدراك الأحداث و بين الأعراض المرضية ، فهي لا تخفف أو تلطف من وقع الضغوط فقط و لكنها قد يكون لها آثار شافية أو واقية من أثر هذه الضغوط ، و للمساندة دوران أساسيان في حياة الفرد وهما الدور الإنمائي و الدور و الوقائي .

ففي الدور الإنمائي ، يكون المعلمون الذين لهم علاقات إجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ، ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها أفضل من ناحية الصحة النفسية و الجسمية من غيرهم ، ممن يفتقدون هذه العلاقات .

وفي هذا الشأن فقد أثبتت دراسات علمية وطبية وبائية حديثة الفوائد الصحية للمساندة الإجتماعية على صحة وسلامة العقل و الجسم ، وتشير أحدث التقارير الطبية في هذا

الشأن إلى أن الأشخاص الذين لا يقيمون علاقات إجتماعية طيبة مع الآخرون ولا يتلقون مساندة إجتماعية هم عرضة أكثر من غيرهم للمشكلات الصحية (نقلا عن نوار ،2013) .

أما الدور الوقائي ، فالمساندة الإجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة فإتاحة علاقات مرضية تتميز بالحب ، و الود ، والثقة تعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة النفسية و الجسمية و بالتالي الوقاية من الأمراض البسيكوسوماتية . إذ فالمساندة التي يتلقاها المعلم بأشكالها المختلفة من الزملاء المعلمين و المدير ، و الأهل تكون وقاية له من التعرض للأمراض البسيكوسوماتية .

ونفسر كذالك هاته النتائج وفق ماتناولناه في الإطار النظري للدراسة بحيث يعتبر الحرمان و القسوة والإهمال و النبذ من بين الأسباب القوية للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية . فالمعلمون الذين يمرون بأحداث ضاغطة ، تتفاوت إستجاباتهم السلبية (الأمراض السيكوسوماتية) ،لتلك الأحداث تبعا لتوافر مثل هذه العلاقات الودية و المساندة ،فيزداد إحتمال التعرض للأمراض السيكوسوماتية كلما نقص مقدار المساندة الإجتماعية (محمد عبد الرحمان ، محروس الشناوي، 1994)

كما إتفقت نتائج هاته الدراسة مع دراسة عبد السلام (1997) ، التي أثبتت أن الإناث مرتفعي المساندة الإجتماعية أقل عرضة للأمراض السيكوسوماتية ، من منخفضي المساندة الإجتماعية .مما يؤكد أن المساندة الإجتماعية تعتبر من الأساليب الوقائية من الأمراض السيكوسوماتية .

وتتفق هاته النتيجة مع ماجاءت به مدرسة التحليل النفسي ، التي أثبتت أن أهم مايميزد المرضى السيكوسوماتيين هو فقدان السند.(زينب شقير ، 2002)

أما بالنسبة لممارسة الإسترخاء كأسلوب فعال و إيجابي لمقاومة الضغط النفسي، فممارسة المعلم للنشاط البدني يعد وسيلة فعالة للإنشغال عن الضغوط النفسية ، فالوقت الذي يقضيه المعلم في ممارسة الإسترخاء، يأخذه بعيدا عن التفكير في المشاكل النفسية ويمنح المعلم فرصة للراحة و الإنشغال عن الضغوطات اليومية الممارسة عليه و التقليل منها .(راتب ،2005) كذالك الوقاية من الأمراض السيكوسوماتية وذالك لأن للمارسة المنتظمة للإسترخاء تأثيرات إيجابية على الصحة الجسمية بالنسبة للمعلم كتنشيط الأماكن الكسولة في الدماغ وزيادة نشاطها الخلوي ، وتحفيز نمو الموصلات العصبية ، وزيادة عدد

المستقبلات في الخلايا الدماغية وكذا تأثيرها على الناقلات العصبية (البيتا أندروفين ، السيروتونين ، الدوبامين) فالنواقل العصبية مثلا من نوع الأندروفينات تقوم بدور المراسل لنظام الإنفعالات وهي تقوم بتقليل الشعور بالألم وبذالك تصنف الأندروفينات كمسكنات مضادة للألم ، فقد أوضحت الدراسات السلوكية أن النشاط البدني يزيد من تركيز الأندروفينات ويخفف الألم ويعزز كفاءة الجهاز المناعي، كذالك هاته المواد العصبية (الأندروفينات)تعد و وسيلة للتغلب على مشاعر الكأبة و الحزن و الضيق التي يعيشها المعلم نتيجة ضغوط مهنة التعليم (الهزاع،2005)

بالإضافة إلى كل هذا ممارسة تمارينات الإسترخاءو الرياضة كأسلوب من أساليب مقاومة الضغط النفسي تعمل على تحسين وظائف العديد من الأجهزة في الجسم ورفع كفاءتها ، بدء بالجهازين الدوري و التنفسي ، مرورا بالجهازين الأيضي و الهرموني إنتهاء بالجهازين العصبي و العضلي .كما أن النشاط البدني يلعب دورا هاما في إعادة تركيز الدهون والسكر الدم لمستواه الطبيعي وبالتالي الوقاية من الوقوع في بعض الأمراض السيكوسوماتية كالسكري ، والترسبات الدهنية .وزيادة كفاءة غدة الأدرينالين في أداء وظائفها ، كذالك تأثر الجهاز الدوري بهرمونات الأدرينالين و النور أدرينالين يكون أقل لدى ممارسي النشاط البدني لأنه لديهم إقتصادية أعلى في تقليل من إفراز هذه الهرمونات، كذالك النشاط البدني يعد وسيلة فعالة في الحد من التوتر العضلي وزيادة الإسترخاء كما أن دور النشاط البدني و التمرينات البدنية في الإسترخاء يستمر لفترات زمنية أطول مقارنة مع تمرينات الإسترخاء العادية .

إذا فممارسة الإسترخاء بشكل منتظم من طرف المعلم و إستخدامه يعد من ساليب مقاومة الضغط النفسي يمنع ظهور الأمراض البسيكوسوماتية على مستوى هاته الأجهزة ويقلل من حدتها حتى إن ظهرت .بالإضافة لدور الحماية الذي تقوم به هاته التمارينات الرياضية و الوقاية من بعض الأمراض السيكوسوماتية ، كأمراض القلب التاجية فالنشاط البدني والعقلي المتمثل في الإسترخاء يعمل على تحسين وظائف عضلة القلب مما يجعلها أكثر كفاءة في ضخ الدم و بالتالي خفض إحتياجات القلب من لأكسجين ومايرفقها من خفض ضغط الدم الشرياني .، و الداء السكري ، و هشاشةالعظام و سرطان القولون ، وكذا

زيادة الطاقة المصروفة من قبل الجسم و الوقاية من السمنة والتخلص منها ,(الهزاع و الأحمدي ، 2004)

أما الأساليب السلبية فهي تقوم على المشاعر القلق و التوتر مما يساعد على زيادة الأمراض البسيكوسوماتية كما أنها تؤدي لارتياح مؤقت فقط، وتقل فعاليتها إذ أصرت الوضعية المهددة بالبقاء **فالأساليب التي التي يلجأ إليها المعلم عندما يكون** غير قادر على مواجهة الضغوط النفسية بفاعلية قد يلجأ إليها رحمة بذاته ، ولكنها رحمة زائفة أو مؤقتة لأن مصدر التهديد مازال موجودا وشعور المعلم به يؤثر على صحته البدنية ويزيد من حدة الإضطرابات البسيكوسوماتية ، وفي هاته الحالة يشعر المعلم بنوع من الضغط وعدم الكفاية ، والفاعلية إزاء الضغوط التي تواجهه ، وهذا يؤثر على مستوى رضا المعلم عن نفسه و على بيئته ، ثم يزداد الشعور بالتوتر والقلق ، مما يؤدي لزيادة إرتفاع الأمراض البسيكوسوماتية ، لأن الأساليب السلبية تأخذ الفرد بعيدا عن الضغوط التي يواجهها وتجعله يشعر بالضيق ، كما أن الأساليب السلبية الغير فعالة في مقاومة الضغوط هي التي تعتمد على الحيل و الأليات الدفاعية ، كوسائل للمقاومة ، فقد يحسم المعلم الموقف بلإنكار أو يحاول التخفيف من القلق ، أو الضحك أو من خلال النوم ، أو الإسراف في تناول الطعام أو الشراب أو التدخين و الإنسحاب من المثيرات أو المواقف الضاغطة ، و هذه الأساليب المتبعة في المواجهة يمكن أن تجنب من تأثير الأحداث الضاغطة لكنها لن تحسم مصاحباتها الجسمية (الأمراض البسيكوسوماتية) (حسن مصطفى ،1994) لأن هروب المعلم من المشكلة وعدم البحث عن حلها، وعدم تعامله مع مصادر الضغوط التي تواجهه بشكل مباشر يبقي المشكلة على حالها مما يؤدي لزيادة تفاقم الضغوط وكل ذالك ينعكس سلبا على الصحة النفسية والجسمية للمعلم .وظهور الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلم .

وكمثال على ذالك إستخدام أسلوب المغالات في الأكل والشرب كأسلوب من أساليب مقاومة الضغط السلبية وعلاقته بظهور الأمراض البسيكوسوماتية على مستوى الجهاز الهضمي كمرض السمنة مثلا عند المعلم ، فعند بعض المعلمين يصارع المعلم حالة القلق و الضغط بالطعام ، فمركز الشبع و مراكز الإنفعال يوجدان في الدماغ ، في مكان واحد هو الهيبوتلاموس ، وإذا كان الإنفعال الزائد والضغط المزمن عاملا مؤثرا ومعطلا لمراكز الشبع بحيث يجعل المعلم تحت الضغط النفسي يفقد القدرة على إدراك حالة الشبع ، و بالتالي لا

يشعر المعلم عصبيا وفيزيولوجيا بحالة الشبع مهما تناول من كميات من الطعام ، وبذالك يتناول أكثر مما يحتاجه من الطعام دون أن يشعر ودون أن يدري . ونفسر كذالك إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي الغير فعالة أو السلبية مثل الإنعزال وظهور الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلم ، وذالك كون معظم المرضى السيكوسوماتيين يتميزون بعدم النضج ، و الفشل في إقامة نظام متوازن للتواصل مع الأخرين ، وهذا الفشل يؤدي بهم للتفاعل مع أجسادهم كمصدر للرسالة وهذا ما أكده (Ruesch 1974)

بالإضافة لصعوبات التواصل اللفظي و التعبير عن مشاعرهم ، مع الفقر الواضح في الأخيلة ، أو مايعرف بالتكتم ، فالعرض البدني هو عبارة عن حرمان ذهني ، وهذا ماأكد عليه مارتي (1987) وبالتالي فإن المريض السيكوسوماتي يعبر عن حاجاته وصراعاته جسديا مع إستخدام أساليب مقاومة كالكبت و الإنكار .وهذا ما أكدته العديد من الدراسات كدراسة (Nemiah&Sifneos 1972). كذالك المرضى البسيكوسوماتيين يجدون صعوبة بالغة في إيجاد الكلمات المناسبة التي يصفون بها مشاعرهم، لأن أهم الخصائص السلوكية لدى هؤلاء المرضى صعوبة التعبير عن الإنفعالات ،أليكسي ثايميا ، بالإضافة لصعوبة التعبير عن الصراعات بشكل لفظي ، لذالك يسميهم التحليليون بالأميون إنفعاليا ،حيث يفشل الفرد في إيجاد الكلمات التي يصف بها وجدانه كما يفشل في أن يعنون هذا الوجدان بلغة رمزية ، ويترجم وجدانه لنوع من اللغة البدنية .وهذا ما أشار إليه ألكسندر (1950) ودنبار 1935)

وفي نفس السياق ، أشار Moos et all (1985) إلى أن المقاومة التجنبية ترتبط بالأعراض الجسمية حيث لاحظ ، أن هناك ضعفا في معالجة المراهقين المصابين بمرض السكري لأنهم فضلوا إستخدام المقاومة التجنبية لتخفيف الضغط النفسي الإنفعالي .

كما بينت دراسات التحليل النفسي أن الإنفعالات المكبوتة ، و إرتباط البكاء بالأرتكاريا، كما بينت دراسة فريدمان وروزنيمان بأن ذوي الأمراض البسيكوسوماتية يأكلون بسرعة وغير صبورين وقلقين .

ونفسر كذالك هاته النتائج بأن أساليب مقاومة الضغط النفسي ترتبط بتفكير المعلم ، فإدراك إدراك المعلم للضغوط التي يعيشها وطريقة إستجابته لها يعتمد على طريقة تفكيره ،فالتفكير الإيجابي هو مصدر القوة ، و أيضا مصدر حرية ، ومصدر قوة لأنه سيساعد

على التفكير في الحل ، فالمعلم لايستطيع التحكم في الضغوط ، ولكنه يستطيع التحكم في أفكاره فالتفكير الإيجابي يؤي لإستخدام أساليب فعالة في مقاومة الضغط النفسي ، أما التفكير السلبي يجعل الضغوط تبدو أكبر من حجمها الحقيقي، فهروب المعلم من المشكلة ، وعدم البحث عن حلها يبقي المشكلة على حالها ، أو ربما يؤدي لتفاقمها الأمر الذي ينعكس على مستويات الصحة النفسية للمعلم . مما يساهم في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية . فالضغط النفسي لايمثل ضغطا في حد ذاته ، إلا إذا أدركه المعلم كذالك ، فتقييم الوضعية الضاغطة تقييما إيجابيا يدفع المعلم لتقدير إمكانياته و أساليب التكيف معها .

وتتفق هاته النتائج مع ما جاء به لازاروس و فولكمان (1984): حيث توصلا إلى أن الإدراك الإيجابي و السلبي لضغوط الحياة من المحددات المهمة للصحة النفسية والجسمية ، وذالك لأن الضغط قد يزيدمن ثقة المعلم و مهاراته للتعامل مع الأحداث المستقبلية بالنسبة لمعلم ، و قد تكون ضاغطة وذات تحد بالنسبة لمعلم أخر، بينما تحدث تبرما بصورة روتينية لمعلم ثالث ، وهكذا كله يتوقف على التقييم المعرفي للمعلم للموقف الضاغط (Lazarus&Folkman ,1984).

وهذا ما بينه بيك ، حيث يرى أن إعادة التقييم الإيجابي و تقدير الوضعية محل المواجهة يلعبان دورا مهما ، حيث يسمحان للمعلم التقليل من قيمة الخطر المحدق به الذي تشكله تللك الوضعية ، بالإضافة إلى أن التزود بالمعلومات الكافية والمنطقية حول الموقف الضاغط ، يمكن أن يكون عاملا مهما لصالح المعلم ، بغرض تعديل مستوى الضغط لديه .(لويس كامل مليكة ، 1998)، إتفقت هاته النتائج مع مجموعة من الدراسات السابقة التي أثبتت نتائجها لوجود أساليب فعالة تساهم في التقليل من الأمراض السيكوسوماتية ، كالأساليب المعرفية ، و المساندة الإجتماعية ، و اللجوء إلى الدين ، و الإسترخاء ، ومن بين تلك الدراسات (دراسة gan ,2000) التي أثبتت أن الإدراك السلبي للأحداث الضاغطة ، و الإحساس بعدم فاعلية الذات في مواجهتها ، و السيطرة عليها قد إرتبط بشكل إيجابي بزيادة الأعراض المرضية .

ودراسة Folkman&Lazarus1980 ا لتي أثبتت أن أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة ، تعد من أكثر الأساليب فاعلية في مواجهة الضغوط و التقليل من إصابة المعلم بالأمراض السيكوسوماتية .

و إتفقت هاته النتائج كذالك مع نتائج دراسة شنغ (Cheng(2001 ، التي أظهرت أن الأفراد الذين يستخدمون أساليب إيجابية مقاومة نشطة ، وفعالة ، يكونون أكثر تكيفا و أقل إضطرابا مقارنة بالأفراد الذين يستخدمون أساليب غير فعالة ، وتتفق النتائج أيضا مع نتائج دراسة سنو و زملائه(Snow,et al (2003، التي أظهرت أن إستخدام أساليب المقاومة الفعالة و الإيجابية يرتبط مع عدد قليل من الأعراض المرضية النفسية والجسمية ،ويميل الأفراد الذين يستخدمونها لقلة تأثرهم بالأثار السلبية للضغوط . وكذا دراسة كوبمان و زملائه (Koopman ,et al (2003 على العاملين ، حيث أظهرت نتائج دراستهم إلى أن إستخدام الفرد للأساليب التجنبية ، و الإنسحابية و الإفراط في تناول الكحول و المهدئات ، يرتبط بإنخفاض مستويات الصحة النفسية و الجسمية ، و إرتفاع مستويات الضغوط وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات شيمازو و كوزجي (Shimazu& Kozugi(2003 .(نقلا عن أحمد مطيع الشخانبة ، 2010)

ودراسة أول هوفمان 1999 التي أوضحت الدور الفعال لأساليب المقاومة الإيجابية في التخفيف من الأعراض السيكوسوماتية ، ودراسة هانج لي و أخرون ، ودراسة وينجينج و أخرون 2004 التي بينت أن أساليب المقاومة السلبية يساعد على ظهور الأمراض السيكوسوماتية و تؤثر في جودة الحياة.ودراسة ميرس وآخرون التي أثبتت أن المشاعر السلبية مثل الغضب و الإنفعال يؤثر على أساليب المواجهة ويجعلها أقل تأثيرا .

وهذا يعني أن إستخدام اساليب مقاومة الضغط النفسي الإيجابية من طرف المعلم يعمل على حمايته من الأمراض البسيكوسوماتية التي يتعرض لها ، كما أن استخدام الأساليب السلبية يساعد في تعرضه للإصابة بمثل هذه الاضطرابات و كذالك الدراسة التي قام بها العالم ريي، 1976 حيث توصل إلى أن الأساليب غير الفعالة في مواجهة ضغوط أحداث الحياة هي التي تعتمد على الحيل والمكانيزمات الدفاعية ، كوسائل للمواجهة ، فقد يحسم الفرد الموقف بالإنكار أو التبرير، وخداع الذات أو الانسحاب، كما يرى (ريي، 1976 ، أنه

يمكن لهذه الأساليب أن تعدل من التأثير السلبي للخبرة الضاغطة ، غير أنها لا تحسم مضاعفاتها الجسمية والنفسية

(Rees ,W.L, 1976 , p:49)

وفي دراسة لـ (كوباسا 1982)على عينة من المحامين ، وجد أن أولئك الذين استخدموا أساليب قليلة، كمحاولات الرفض والإنكار والتقليل من شأن الأحداث أو الفرار من الموقف الضاغط ، قد أظهروا أعراضا للمعاناة النفسية والجسمية أكثر من المحامين الذين اهتموا بمواجهة الموقف الضاغط .

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة مثل دراسة (حسين فايد : 1998م ، علي علي : 1997م ، عماد مخيمر : 1997م ، هشام عبد الله : 1995م ، سميرة شند : 1990م) (Grassi et al : 2000 : 1999 , Grassi & Rosti : 1996 , Shima : 1994 , Furnham & Sheikh : 1993 , Rudolph & Charles : 1991)

<u>تفسير نتائج الفرضية الثانية</u>: تنص على أنه توجد فروق بين الجنسين في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية والإيجابية بين المعلمين لقد كشفت نتائج إختبار ت كما إتضح من خلال نتائج الدراسة أنه توجد فروق في أساليب مقاومة الضغط النفسي التالية بين الجنسين :

اساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية

وسائل الدفاع : حيث تبين لنا من خلال الجدول رقم(45) أنه توجد فروق بين الجنسين في استخدام هذا الأسلوب لصالح المعلمات الإناث بحيث تقوم المعلمة بإعادة بناء المشكل من خلال الخيال وأحلام اليقظة والاستغراق فيها.والتفكير في أشياء و مواضيع بعيدة عن المشكلة. بحيث تنشغل المعلمة بتخيلات بهدف الهروب من الموقف الضاغط . ومن خلال هذا الأسلوب تقوم المعلمة بالتفكير غير المنطقي محاولة تجنب و تجاهل المشكلة وعدم إعارة الإهتمام بالموقف الضاغط و الضغوط النفسية مما يزيد من حدتها وإنعكاسها سلبا على الصحة الجسمية للمعلمة وذالك لأن وسائل الدفاع وظيفتها تشويه و تحريف الحقيقة حتى تتخلص المعلمة من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الضغوط النفسية بهدف تحقيق الراحة النفسية والأمن و الإستقرار ولكن بشكل مؤقت ، وهذا بدل التفكير العقلاني

الذي يعتمد على خطوات منظمة كإفتراض حلول . و إختيار الحل المناسب في ضوء الإستفادة من الخبرات السابقة في مواجهة الضغوط .

التنفيس الانفعالي : لقد تبين من خلال الجدول رقم (45) أنه توجد فروق بين الجنسين في استخدام أسلوب التنفيس الانفعالي لصالح الإناث ، حيث أن المعلمات الإناث غالبا ما يستخدمن هذا الأسلوب في مقاومة الضغط النفسي وذلك من خلال المحاولات السلوكية التي تقوم بها المعلمة لخفض التوتر بالتعبير عن آثار المشاعر السلبية والتعبير عن المشاعر السلبية لتفريغ الإنفعالات و التقليل من حدة التوتر ويشير هذا الأسلوب للجوء المعلمة للحديث عن الحادث والتعبير عن المشاعر السلبية والإنفعالات المؤلمة الناتجة عن الموقف الضاغط بالإنفعال و البكاء والصراخ ، والتحدث عن المشكلة وتفريغ الإنفعالات المرتبطة بها . يضاف لذالك الجانب النفسي والبيولوجي و الإجتماعي للمعلمة و ما تعانيه من كثرة ضغوط و أعباء ترهقها و تثقل كاهلها مما يزيد من حجم توترها و عدم قدرتها على إختيار الأسلوب الأمثل لمقاومة تلك الضغوط و أيضا عاطفتها التي تجعلها تميل لإستخدام هذا النوع من الأساليب السلبية في مقاومة الضغوط . إذا فالمعلمات ينتهجن أساليب المقاومة الحسية ، بحيث يقاومن الضغوط عن طريق التعبير عن الأحاسيس مثل البكاء فهن يملن لطلب الدعم الحسي من الغير .

و يمكن تفسير هاته النتيجة كذالك كون المعلمة أكثر حساسية للمواقف الضغط فهن أكثر ميلا للتعبير عن مشاعرهن بالبكاء يضاف لذالك أن مجتمعنا العربي يتقبل أن تقوم الأنثى بالتعبير عن مشاعرها وعواطفها بوضوح أكثر من الذكور ويشجع الذكور على كبت مشاعرهم وعواطفهم و إنفعالاتهم وعدم إظهارها خاصة البكاء بإعتبار أن ذالك يحط من قيمة الرجل ويتنافى مع متطلبات الذكور ونفسر وجود هذا الأسلوب بكثرة عند المعلمات الإناث عنده علاقة بطبيعة المرأة وتكوينها النفسي و الإجتماعي . إذا فالمعلمات يفضلن إستخدام هذا الأسلوب بإستمرار لمقاومة الضغط النفسي كلما دعت الحاجة إلى ذالك إعتقادا منهن أن هذا الأسلوب يخفف من حدة الضغوط و أثاره في حين أنه يزيد من عمق وحدة الضغط النفسي لديهن و هذا ماينعكس سلبا على جوانب حياتهن النفسية و الجسمية . فكما يقول د. جون جراي في كتابه الشهير "الرجال من المريخ والنساء من الزهرة": "عندما

يتضايق الفرد من أهل المريخ لا يتكلَّم أبدًا عما يُضايقه، فهو لن يُثقِل كاهل فرد آخر من أهل المريخ بمشكلته إلا إذا كانت مساعدة صديقه ضرورية لحل المشكلة، وبدلاً من ذلك يصبح هادئًا جدًّا، ويدخل إلى كهفه الخاص ليُفكِّر في مشكلته، يُقلِّبها ليجد حلاًّ، وعندما يجد حلاًّ، يشعر بتحسن ويخرج من كهفه، وإذا لم يكن قادرًا على الوصول إلى حل، فإنه يقوم بشيء لينسى مشكلاته، مثل قراءة الأخبار أو ممارسة لعبة، وبتحرير عقله من مشكلات يومه، يستطيع تدريجيًّا أن يسترخي، وإذا كان الضغط عظيمًا حقًّا، فيَلزمه أن يَنخرِط في شيء أكثر تحدِّيًا، مِثل التسابق بسيارته، أو التنافس في مسابقة أو تَسلُّق جبل، عندما يكون الرجل تحت ضغط نفسي سينسحب على كهف عقله ويُركِّز على حل المشكلة، ويختار في الغالب أكثر المشكلات إلحاحًا أو أكثرها صعوبة، ويصبح شديد التركيز على حل هذه المشكلة الوحيدة، إلى درجة أنه يَفقِد الوعي بكل شيء آخر بصورة مؤقتة، أما المشكلات الأخرى والمسؤوليات، فتتقهقهر للخلف".

ويقول عن المرأة :

"عندما تتعرَّض المرأة للضغط، فإنها تشعر غريزيًّا برغبة في التحدث عن مشاعرها وكل المشكلات التي يحتمل أن تكون مرتبطة بمشاعرها، وعندما تبدأ في الحديث فإنها لا تراعي أولوية أي مشكلة حسب أهميتها، فعندما تكون متضايقة، فإنها تكون متضايقة من كل شيء، كبيرًا أو صغيرًا، إنها غير مهتمة مباشرة بالعثور على حلول لمشكلاتها، بل تبحث عن الراحة بالتعبير عن نفسها وفَهْم الآخرين لها، وبالحديث عشوائيًّا عن مشكلاتها تصبح أكثر انزعاجًا، لكي تنسى مشاعرها المؤلمة الخاصة، ربما تصبح المرأة متورِّطة عاطفيًّا في مشاكل الغير".

المغالاة في الأكل والشرب وتناول المهدءات : لقد تبين من خلال الجدول رقم (45) أنه توجد فروق بين الجنسين في استخدام المغالاة في الأكل والشرب وتناول المهدءات، للمقاومة الضغوط لصالح الذكور ، وتفسير هذا أن الذكور غالبا ما يستخدمون هذا الأسلوب وذلك من خلال التعويض في المشروبات الكحولية أو المخدرات أو تناول العقاقير المهدئة ،وهي محاولات سلوكية يقوم بها المعلم للحد والخفض من التوتر .

أساليب إيجابية لمقاومة الضغط النفسي :

حل المشكل : لقد تبين من خلال الجدول رقم (45) كذلك أنه توجد فروق بين الجنسين، في استخدام أسلوب حل المشكل ، لصالح الذكور ، وتعني هاته النتيجة أن المعلمون الذكور أكثر إستعمالا لحل المشكل مقارنة بالإناث وهذه النتيجة تتفق مع دراسة آش و كريتشفيلد التي أثبتت أن الإناث أكثر قابلية للخضوع أمام الضغوط بالإضافة إلى أنهن أكثر تأثيرا من طرف الجماعة ، وتتفق هاته النتيجة مع دراسة فولكمان و لازاروس (1980) التي أثبتت أن الرجال أكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل مقارنة بالنساء .

. **البحث عن الدعم الإجتماعي** : لقد تبين من خلال الجدول رقم (45) أنه توجد فروق بين الجنسين؛ في استخدام أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي، لصالح الإناث ، حيث أن المعلمات غالبا ما يتجهن لهذا الأسلوب ويمكن تفسير هذه النتيجة كذالك في ضوء التنشئة الإجتماعية للجنسين وتفسر الباحثة السبب في ذلك كون ان هذه النتيجة منطقية التربية والتنشئة الاسرية والاجتماعية للاناث في المجتمعات العربية. حيث تربت الانثى على رسالة مفادها انها خلقت لترعى وتعطي وان علاقتها مع الاخرين ومساعدتهم هي مركز اهتمامها من اجل الحصول على تشجيع وتاييد الاخرين. مما يترتب على ذلك تأهيلها لكي تكون اكثر طلبا للحماية والسند والمؤازرة والمساعدة في وقت الضيق اذا ماقورنت بالذكور. وهذه النتيجة تتفق مع معظم الدراسات والادبيات السابقة مثل دراسة التي أوضحت (Vachon et al, 1982)ودراسة نورس) التي بأن الاناث اكثر حظا في المساندة الاجتماعية وان غياب المساندة الاجتماعية يؤدي الى اضطرابات نفسية. كذلك ترى الباحثة بان الانثى بطبيعتها اكثر حساسية وعطفا وتأثرا بسلوك الاخرين وان علاقتها بالاخرين تاخذ حيزا كبيرا من حياتها وان شعورها بالقيمة والاهمية يتوقف على علاقتها بالاخرين. كما ان المراة اضعف من الرجل في جميع النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية لذا فهي بحاجة الى المساندة الاجتماعية. فالأنثى عادة ماتكون أكثر قربا للأسرة ، وعادة ماتلجأ لهذا الأسلوب من خلال الحصول على معلومات متعلقة بالحدث الضاغط ، و النتائج المترتبة عليه و التركيز على أثر المشكل بحيث يقمن بالبحث عن المساعدة والنصح من الصديقات، والقريبات اللواتي يثقن بهن ويقتنعن بكفاءتهن ، وتشكيل جماعات العون الذاتي وكذا الاستفادة من تجاربهن .على عكس المعلمون الذكور الذين لا يفضلون التحدث عن همومهم

النفسية و يعتقدون أنهم قادرون على السيطرة على ضغوطهم وبذالك فإنهم يلجأون لأساليب أخرى لمقاومة الضغط النفسي.

الاسترخاء : لقد تبين من خلال الجدول رقم (45) أنه توجد فروق بين الجنسين ؛في استخدام أسلوب الاسترخاء ، للمقاومة الضغط النفسي لصالح الذكور ، حيث يقوم المعلم باللجوء إلى هذا الأسلوب بهدف القدرة على خفض الإثارة ومن خلال القيام بحركات جسمية وضبط التفكير لتقليل مستوى التوتر والضغط .

ونفسر هذه النتائج كذالك بأن المعلمين الذكور يستخدمون الأساليب الجسمية في مقاومة الضغط النفسي بحيث تتم مواجهة الضغط عند المعلم عن طريق الإسترخاء ، التمارين الرياضية ، النشاطات الجسدية الأكل و الميل أحيانا لتعاطي الأدوية المهدئة و المخدرات ، أما المعلمة فتعتمد على أساليب مقاومة الضغط الإنفعالية و الإجتماعية بشكل كبير و يعود ذالك لطبيعة المرأة و تكوينها النفسي و الإجتماعي .

– وتتفق هاته النتائج مع دراسات كل من: دراسة الحلو(2004)، ودراسة الأنور(2003)، ودراسة (Steeno (2000، ودراسة (Durgin (2000 .

فقد أشار بلينغ وموس billings .A. G&moos.R.H 1984 إلى أن النساء أكثر إستخداما لعمليات التحمل المتمركزة حول النواحي الانفعالية ، وأنهن يملن إلى إستراتيجيات أخرى أقل فعالية.

– دراسة (حسن مصطفى عبد المعطي،1994) : حيث تبين أن النساء يستخدمن أسلوب طلب المساندة الاجتماعية؛ بالإضافة إلى استراتيجيات أخرى كالإلحاح والاقتحام القهري ، وقد فسر نفس الباحث هذه النتائج أن النساء بصفة عامة لديهن استعداد أكبر من الرجال،لتقرير وجود ضغط والتماس المساعدة، عند الشعور بافتقاد المساعدة والدعم ، في حين أن الرجال أقل استعدادا لاتخاذ هذا القرار، يضاف إلى ذلك أن النساء يتربين في سياق ارتباط وجداني، مع الأم يؤدي إلى زيادة الحاجة للدعم الاجتماعي وزيادة الحساسية لفقدان الدعم عند مواجهة الضغوط ونتيجة لذلك ، ففي الوقت الذي تستسلم فيه النساء، ويقعن فريسة لاكتئاب بفعل التعرض للضغوط ، ويمارس الرجال أنشطة أخرى كالاسترخاء والتأمل وشرب الكحول، والمخدرات ويمارسون العدوان أو يخرقون القوانين و ينصرفون لأعمال، أو

ممارسات جماعية تنسيهم الضغوط التي مروا بها ، وبهذا نجد أن المعلمين الرجال أكثر تحملا لتبني استراتيجيات مختلفة وأقل طلبا للدعم من النساء.

كما توصل الباحث(بن طاهر بشير ، 2004) من خلال دراسته للفروق الجنسية في إستراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة، حيث توصل إلى أن الإستراتيجيات التكيفية السلبية : الاجترار ، التفكير غير الواقعي لإسناد الذاتي للمسؤولية لصالح الإناث ، والمغالات في الشرب وتناول المهدئات لصالح الذكور .

إستراتيجيات التكيف الإيجابية : إعادة التفسير والتقييم الإيجابي للوضعية أو الموقف لصالح الإناث ، والاسترخاء، التأمل لصالح الذكور بينما إختفت الفروق الجوهرية بين الجنسين بالنسبة لباقي الإستراتيجيات التكيفية الأخرى .

وفي الدراسة لمقارنة لـ (حسن مصطفى عبد المعطي، 1994) أظهرت النتائج أن الذكور المصريين يستخدموا أسلوب الإلتفاف إلى أنشطة واتجاهات أخرى في مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة ، وأن الإناث المصريات يستخدمن أساليب الإلحاح والإقتحام القهري للحدث إلى جانب طلب المساندة الإجتماعية. (عبد المعطي ، 1994 ، ص : 55)

و إختلفت هاته النتائج مع دراسة محمد رجب (1995) التي كانت حول الفروق الجنسية والعمرية في أساليب المقاومة و أثبتتت نتائجها لعدم وجود فروق بين الجنسين في أساليب مقاومة الضغط النفسي . ودراسة العارضة (1998)، ودراسة صبري (1993)، ودراسة ، بينما أشار كل من لزروس فولكمان ، 1984 من خلال دراستهما إلى أنه لا نوجد فروق دالة بين النساء والرجال في نوع أساليب مقاومة الضغط النفسي ، بالرغم من وجود التوقع القاضي بأن النساء أكثر إعتمادا على الأساليب المتمركزة حول النواحي الانفعالية؛ وأن الرجال أكثر استخداما للأساليب المتمركزة حول المشكلة؛ والمواجهة النشطة بما يتفق على الأقل مع ظروف التنشئة الاجتماعية السائدة ..

كما كشفت دراسة(رجب علي شعبان محمد ، 1995) من عدم وجود فروق دالة بين متوسطي الجنسين، في كل من أساليب المقاومة الإقدامية والاحجامية ، وهذا يعني أن نوع الفرد وسلوكه النمطي المرتبط بدور الجنس لم يتضح تأثيره على الأساليب التكيفية ، وقد أرجع الباحث تحرر أساليب المواجهة من تأثير خصائص الجنسية .(شعبان محمد ، 1995 ص 115)

وكذا دراسة و قاري التي أثبتت عدم وجود فروق بين الجنسين و أن كلا الجنسين يستخدمون نفس الأساليبلاوهي التوجه للذات ، التوجه للأخرين ، التجاهل ، التجنب .
كما توصل (محمود يوسف سيد ، 1993) من خلال دراسته إلى نتيجة أكدت عدم وجود فروق بين الجنسين في الأساليب التكيفية مع مواقف الحياة الضاغطة ، عدا أسلوب إعادة التقييم الإيجابي والبحث عن مكافآت لصالح الذكور (سيد ،1993 ،ص : 125)
بينما اختفت الفروق الجوهرية بين الجنسين لباقي اساليب مقاومة الضغط النفسي الأخرى .
الأخرى ويمكن إرجاع ذالك إلى أنه مهما كان ا لإختلاف في جنس المعلم فإنهم يزاولون نفس المهام ويعملون تحت نفس الظروف المهنية في بيئة واحدة و مجتمع متشابه من حيث التعامل مع أفراد بالإضافة لتشابه الظروف المهنية ويعملون تحت نفس الظروف الضاغطة .

تفسير نتائج الفرضية الثالثة : لقد كشفت نتائج الفرضية الثالثة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في إستخدامهم لأساليب مقاومة الضغط النفسي تبعا لإختلاف أقدميتهم المهنية في الأساليب التالية :

أسلوب التقبل كأسلوب سلبي في مقاومة الضغط النفسي لصالح المعلمين ذوي المهنة المتوسطة التي تجعل المعلم مستسلم للواقع والإعتراف بفشله عن وجود أسلوب فعال خاصة في ضل وجود بعض الصعوبات في المنظومة التربوية كبطء عمليات الترقية ، و إنحسار فرص التدريب المهني مما يجعل المعلمين يشعرون بالإحباط ويستسلمون لهذا الواقع ، و أسلوب حل المشكل في الأساليب الإيجابية ، فقد كشفت المقارنة الثنائية البعدية أنها لصالح ذوي الخبرة المهنية المرتفعة ونفسر إستخدامهم لهذا الأسلوب مقارنة بقليلي الخبرة لأن تقدم المعلم في السن يصاحبه تراكم الخبرات مما يكسبه مهارات و فنيات إيجابية لمقاومة الضغط النفسي .

وأسلوب الإسترخاء لصالح المعلمين منخفضي الأقدمية كأسلوب فعال و إيجابي لمقاومة الضغط النفسي، فممارسة المعلم منخفض الأقدمية للإسترخاء يعد وسيلة فعالة للإنشغال عن الضغوط النفسية ، فالوقت الذي يقضيه المعلم في ممارسة تمارين الإسترخاء ، يأخذه بعيدا عن التفكير في المشاكل النفسية ويمنح المعلم فرصة للراحة و الإنشغال عن الضغوطات اليومية الممارسة عليه و التقليل منها .(راتب ،2005) ونفسر كذالك إستخدام

المعلم منخفض الأقدمية لهذا الأسلوب كون المعلم في بداية مشواره تكون له رغبة ودافعية في العمل بالإضافة لوجود قدرة معتبرة للقيام بتمارينات الإسترخاء ، ولكن بمرور الوقت وزيادة الأقدمية تنقص فعالية المعلم السيكوفسيولوجية وتنقص معها قدرة المعلم للقيام بهذا الأسلوب في مقاومة الضغط.

أسلوب الدعم الإجتماعي : حيث تبين لنا من خلال الجدول رقم () أنه توجد فروق في إستخدام هذا الأسلوب لصالح المعلمين منخفضي الأقدمية و نفسر هاته النتيجة بأن المعلمين منخفضي الأقدمية يلجأون لهذا الأسلوب ،وذالك قصد الإستفادة من خبرة المعلمين ذوي الخبرة أكثر في مواجهة المشاكل التي تواجههم في المهنة طريقة التدريس . والتحضير والتعامل مع التلاميذ. والتحدث مع المعلمين الذين مرو بتجارب مشابهة .

ونفسر إختفاء الفروق بين المعلمين في إستخدام الأساليب وذالك بأن الأقدمية ليست عامل مؤثر لأن مرور السنوات وحدها لايمكن أن تكون خبرات لهم في المقاومة و أن هذا يرجع للسمات الشخصية للمعلم .وهذا ما بينته أنعام صبري (1993) في دراسة هدفت للتعرف على إذا ما كان إختيار المعلمين لأساليب التعامل مع المشكلات يعتمد على متغير الأقدمية ، وكانت النتيجة أن هناك تشابها بين المعلمين في إختيار الأساليب بغض النظر عن إختلافهم في سنوات الخبرة و الأقدمية .(يوسف ذياب عواد، 157)

<u>تفسير نتائج الفرضية الرابعة</u> :أسفرت نتائج الفرضية الرابعة على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي تبعا لإختلاف الوضعية العائلية للمعلمين بإستثناء أسلوب الدعم الإجتماعي والتي أثبتت المقارنة البعدية أنها لصالح المتزوجين أي أن المتزوجين أكثر إستخداما لهذا الأسلوب ، فالمعلمون المتزوجون يستخدمون هذا الأسلوب للحصول على المعلومات والنصح و الفهم الجيد للموقف الضاغط ، وهذا يتفق مع ماأشارت له العديد من الدراسات بأن المتزوجين الذكور أكثر سعادة لأنهم يلجأون للدعم الإجتماعي كون الدعم و التعاطف مع الأخرين يلطف بشكل عام درجة ردة فعل إتجاه الضغط النفسي والتعاطف هو أنقى تعبير عن المشاعر الإجتماعية الناضجة .

وقد أشار ت العديد من الدراسات، ومنها دراسة بوليتين Bulletin **(1995)** إلى أن إدراك الدعم والمساندة من الشريك في مؤسسة الزواج متطلب أساسي لمواجهة الضغوطات، وإدارة الأزمات داخل الأسرة (Bulletin,1995,p: 463-486) وإتفقت هاته النتائج مع العديد

من الدراسات منها : علي عبد السلام (1997)، ودراسة فايد حسين علي محمد (1998)، contrada(20010) , Robert(1994), Cambell(1999), دراسة سهيل مقدم (2010)

تفسير نتائج الفرضية الخامسة : تنص الفرضية الخامسة على أنه توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون أساليب سلبية والمتمثلة في (التنفيس الإنفعالي ، وسائل الدفاع ، التقبل ، المغالات في الأكل و الشرب ، الدعابة ، الإنعزال) و المعلمين الذين يستخدمون أساليب إيجابية في مقاومة الضغط النفسي والمتمثلة في (حل المشكل ، الرجوع للدين ، الإسترخاء ، إعادة التقييم الإيجابي ، التخطيط لحل المشكل ، البحث عن الدعم الإجتماعي ، ضبط الذات) في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية فقد كشفت نتائج إختبار ت أن معظم الفروق كانت لصالح المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي ، أي أن المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي تظهر عندهم الأمراض البسيكوسوماتية بشكل كبير مقارنة بالمعلمين الذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي وذالك لكونهم يستخدمون هاته الأساليب لأنهم جربوها في مقاومة ضغوطهم لذالك يميلون لإستخدامها رغم سلبيتها كذالك نفسر هاته النتائج بأنه توجد فروقات بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي و المعلمون الذين يستخدمون الأساليب الإيجابية في إدراكهم للأحداث الضاغطة . ونفسر ذالك بأن المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية لديهم صعوبة في مواجهة الضغوط التي تواجههم كما أنهم يدركون بيئتهم على نحو غير واقعي فهم يرون يفسرون المواقف الضاغطة وأزمات الحياة بشكل خاطيء مما يساعد على إبقاء الموقف المثير للإنفعال ، فهم أكثر ميلا لتجنب هاته المواقف الضاغط لأنه إذا حدث أن أعيق التعبير الانفعالي وتوالى الإحباط والصراع والقمع والكبت وتكرر الانفعال وفشل المعلم في مقابلة هذه الضغوط وتلك المطالب خاصة إذا زاد ما بينها من تناقض ساء توافقه النفسي (الشخصي والاجتماعي) وأدى ذلك إلى المرض النفسي . (حامد زهران : 1997م ، 121 ، 469) ، كمحاولة لخفض الشعور بالانفعالات السلبية مما يؤدي لظهور الأمراض البسيكوسوماتية فقد أثبتت العديد من الأبحاث و الدراسات أن إستعمال الأساليب السلبية في مقاومة الضغط يخلق العديد من الأمراض البسيكوسوماتية فمثلا أمراض القلب تنتج بسبب الإرهاق الشديد

وقلة الاسترخاء وبسبب التجنب و العزلة و فقدان الحب والحنان عندما يكون سلوك المعلم التفاعلي مع الضغوطات مبنياً على إستخدام وسائل الدفاع كالكبت و قمع الشحنات الانفعالية ، أما بالنسبة لأمراض الجهاز الهضمي كالسمنة مثلا تنتج نتيجة المغالاة في الأكل و الشرب عند مواجهة الضغوط بحيث ترتبط السمنة المفرطة بالشعور بالتوتر والقلق، وكثرة تناول الطعام تخفف الشعور بالتوتر وكذالك قرحة المعدة تزداد عند المدخنين ووجد أن التهاب المفاصل ينتج عن الميول الذكرية المكبوتة لدى المرأة، وقد ينتج عن الجنسية المكبوتة (نقلاعن ليلى محمد العارف،2014 ،9ص:)

إذا فعجز المعلم عن المقاومة الإيجابية وتجنب التصدي للمشاكل و الضغوط التي تواجهه أو إيجاد الوسائل والأساليب المناسبة لحلها، وتفضيل الإبقاء عليها بدون حل، فإنها ستزداد صعوبة وسوءاً، وبالتالي تنعكس سلبا على الصحة النفسية و الجسمية بالنسبة للمعلم . إذا إستخدام المعلم لأساليب مقاومة الضغط السلبية يجعل المعلم يفشل في تصريف الضغط وتوتره إلى الخارج فإن توتره يرتد إلى داخله مسبباً تغييرات عضوية في الأنسجة، مؤديا في الأخير لظهور الأمراض البسيكوسوماتية . فعند للجوء المعلم لأسلوب وسائل الدفاع مثلا كأسلوب لمقاومة الضغط من خلال ممارسة بعض آليات الدفاع النفسي **فإنه** يصبح خيالي في معالجة ضغوطه ، وكذالك إستغراقه في أحلام اليقظة عندمواجهته للضغوط داخل المدرسة أو خارجها ونقص مرونته في التخطيط وكذا تجنب المواقف الضاغطة أو اللجوء للتدخين وتعاطي المهداءات والعقاقير والكثير من الذين يتعاطون العقاقير، يجدون فيها وسيلة للهروب من الضغط ، كل هاته الأساليب تخفض التوتر وتحقق قدر من اللذة ولكن بشكل مؤقت ، وهذا مما يؤدي لزيادة شعور المعلم بمزيد من التوتر والإحباط الداخلي، ولا يمر هذا الإحباط الداخلي دون أن يتسبب في قلق أو انفعال يؤثر على توازن الجسم ووظائفه، قد يحاول الجسم التكيف مع الانفعالات الناجمة عن الإحباط الداخلي، ولكن هذه المحاولات عندما تتجاوز حدودها، فإنها لابد وأن تطال بعض أعضاء الجسم فتخل بوظائفها فيصاب الفرد بأمراض جسمية ذات منشأ نفسي مثل ضغط الدم المرتفع والسكري والربو وأمراض القولون والروماتزم والأكزيما أو البدانة المفرطة، وقرحة المعدة وما إلى ذلك.

إذا فإن المعلم بإستعماله لأساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية المتمثلة في (التنفيس الإنفعالي ، وسائل الدفاع ، التقبل ، المغالات في الأكل و الشرب ، الدعابة ، الإنعزال) فإنه يتجاهل تلك الضغوط لأن الموقف المثير للإنفعال يبقى موجودا مما يعرضه للعديد من الأمراض البسيكوسوماتية كأمراض الجهاز الهضمي كقرحة المعدة ، و أمراض الجهاز الغدي كالسكري ، وأمراض القلب ، و أمراض جلدية متنوعة ، وأمراض الحساسية كالربو وغيرها كل هذا يحدث نتيجة إفراز الجسم للعديد من الهرمونات مثل هرمون الكورتيزول والذي يؤثر على جهاز المناعة مخلفا تلك الأمراض البسيكوسوماتية السابقة الذكر .وكمثال على إرتباط أساليب مقاومة الضغط السلبية بظهور الأمراض البسيكوسوماتية كأمراض القلب و الأوعية الدموية مثلا ما أثبتته العديد من دراسات فالمصابين بإرتفاع ا الضغط يعانون من عداء مكبوت من الطفولة، يعتبر مصدرا لقلق لا شعوري مزمن، ونظرا إلى أنهم لا يمارسون أساليب ايجابية للتخلص من نزعات العدوان المكبوت، فإنهم يكبتون تلك النوازع دون أن يعبروا عنها تعبيرا صريحا، ولذلك تظل الأوعية الدموية في حالة من التوتر المستمر وينجم عن ذلك زيادة ضغط الدم نتيجة القلق المزمن (غالي، أبو علام، 1977 ص 509). وترتبط كذلك حالات ضغط الدم الأساسي بحالات الغضب المكتوم دون حل، وبالرغبة في العدوان مع الشعور بالعجز، وحالات الغضب والكراهية قد تستمر وتقلق حياة الفرد بالتوتر والضيق والمعاناة، ويترتب على ذلك في النهاية استمرار تعرض جدران الأوعية الدموية لهذا الضغط، وتصبح كل الأدلة على علامات ضغط الدم واضحة دون أن يكون لها طبيا وتشريحيا ما يبررها، ومع ذلك تعبر عن نفسها تماما في ارتفاع زئبق مقياس ضغط الدم، كما إرتبطت أساليب مقاومة الضغط السلبية مع إنخفاض الوظيفة المناعية للجسم ،وإضطرابات طويلة الأمد في جهاز المناعة بما في ذالك السرطان ،وأن سوء تنظيم الجهاز المناعي قد يستمر لسنوات حتى بعد زوال الموقف الضاغط (نجية إسحاق ، رأفت عبد الفتاح 1995،هبة أبو النيل (2002).

وتتفق هاته النتائج مع دراسة العنزي (1999) التي أثبتت نتائجها أن أساليب المقاومة تميز بين المرضى و غير المرضى ، و أن المرضى يستخدمون أساليب سلبية .

ودراسة لزاروس و فولكمان (1980) التي بينت أن الأفراد الذين يستخدمون أساليب سلبية في مقاومة الضغط النفسي (المقاومة المركزة على الإنفعال) لديهم مشكلات صحية .
فالمعلمون يصابون بالأمراض البسيكوسوماتية ليس بسبب الضغوط ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يكونونها عن هاته الضغوط و أساليب معالجتها بغية التخفيف منها كي لاتتحول لأعراض مرضية تبعد المعلم عن ممارسة حياته العامة ،إذا فنجاح أساليب مقاومة الضغط النفسي من خلال إستخدام المعلم لأساليب إيجابية يساعد على عدم ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين بالرغم من إرتفاع كم الضغوط عند المعلم ، ولكن بإستخدامه للأساليب السلبية فإنه يصاب بهذا النوع من الأمراض وهذا ما أكده أبيكتموس من خلال مقولته : لايفزع الناس من الأشياء ذاتها ولكن من الأفكار التي ينسجونها حوله ..

تفسير نتائج الفرضية السادسة : تنص الفرضية السادسة على أنه توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس .

كشفت نتائج إختبار ت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في 12 مقياس من مقاييس الأمراض السيكوسوماتية لصالح الإناث وكذا الدرجة الكلية وتمثلت المقاييس في الهيكل العظمي ، الجلد ، الجهاز البولي و التناسلي ، التعب ، عدم الكفاية ، الإكتئاب ، القلق ، الحساسية ، الغضب ، وذالك عندمستوى دلالة 0.01 و . والجهاز العصبي و التعب و التوتر عند مستوى دلالة 0.05. .

بينما لم يكشف إختبار ت عن وجود فروق في المقاييس الأخرى .

تؤكد هاته التنتائج مابيناه في الفصول النظرية ، التي أكدت أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية ،وهذا ما أكدته دراسة (أبوطيرة 1990)، ورضوان(2001). ونفسر هاته النتائج كذالك لنوعية أساليب المقاومة التي تستخدمها المعلمة فهاته الأساليب هي المسؤلة عن ظهور الأمراض البسيكوسوماتية لديهن .
ونفسر كذالك إنتشار هذا النوع من الأمراض بين المعلمات اللواتي يستخدمن الأساليب السلبية أكثر من المعلمين بالخصائص البيولوجية ، والهرمونية التي تميز المرأة وتجعلها أكثر حساسية للإضطرابات الإنفعالية ، بالإضافة لمرحل النمو النفسي الجنسي التي تمر

بها المعلمة المتمثلة في الحمل و الوضع و التربية .وكذالك طموح المعلمة الزائد وهذا مابينه إحصاء أمريكي أن النساء العاملات هن أكثر عرضة من ربات البيوت للإصابة بضغط الدم وتصلب الشرايين و الإنهيار النفسي ، و أن في السبب في ذالك لايرجع لجمع المرأة بين عملها والبيت ، بقدر مايرجع لإرتفاع مستوى طموحها .(عزت راجح ، 1975)

- وكذالك الضغوط التي تعيشها في المجتمع و تعدد المسؤليات التي تقع على عاتقها داخل و خارج مهنة التدريس وكذا صراع الأدوار الذي تعيشه الأم (متطلبات مهنة التدريس، مسؤلياتها المنزلية تجاه الأبناء ، والزوج و الأقارب) فأحيانا مربية (ربة البيت التي تدير شؤون بيتها و تقوم بواجبها من غسل و تنظيف وطهي) و أحيانا أخرى زوجة، خاصة في عصرنا الحالي فقديما كان إعتماد الأسرة على عمل الرجل أكثر من المرأة بإعتباره هو العائل الرئيسي للأسرة ، بينما كان عمل المرأة ثانويا و إختياريا لوجود المسؤل الأول عن توفير العيش الكريم والإستقرار المادي وعليه فإن تعدد الأدوار الذي تقوم بها المعلمة إنعكس سلبا على صحتها الجسمية وإستنزف منها طاقة جسمية ونفسية كبيرة وبالتالي تقع فريسة الأمراض البسيكوسوماتية . بالإضافة إلى أن الأنثى دائما تلجأ إلى كبت مشاعرها و إنفعالها ويكون التنفيس لديها عن الإحباط والصراع والتعبير عنه جسديا في شكل الأمراض البسيكوسوماتية على عكس الرجل .وذالك كونها أقل تحملاً للمثيرات والضغوط الخارجية التي تفرضها عليها البيئة والأسرة وأقل قدرة على تنفيس مبررات الغضب والضيق ، وتتفق هاته النتائج مع العديد من الدراسات التي أثبتت أن المرأة أكثر شعوراً بالضغوط المهنية وإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية من الرجل ؛ وقد يرجع ذلك إلى ما تتحمله المرأة العاملة من مسؤوليات متعددة وما تقوم به من أعباء ومهام متطلبات العمل بجانب مسؤولياتها بوصفها زوجة وأم في المنزل ، مما قد يؤدي إلى أنها تصبح غير قادرة على التوفيق بين مسؤولياتها كزوجة وموظفة ، وهذا أدى إلى زيادة ضغوط العمل على المرأة أكثر من الرجل مما ترتب عليه زيادة معدلات الإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية لديها. وهذا ما أكدته دراسة فرنسية أن الضغط المهني يؤدي لإرتفاع الضغط لدى النساء خاصة المسؤولة عن تنظيم الإجتماعات و إتخاذ القرارات الهامة في العمل ، مما يؤدي لزيادة إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية . (نقلا عن باهي سلامي ، 2008)

ومن بين هاته الدراسات دراسة عبد الرحمن العيسوى (1998) التي أثبتت أن النساء أكثر عرضة للأمراض البسيكوسوماتية مقارنة بالرجال بسبب التغيرات البيولوجية عند المرآة كحالة الطمث و الحمل و الولادة ومايصاحبها من تغيرات نفسية وجسمية . ودراسة جبالي (2008) ودراسة كنيشكوسكي (1995)، ودراسة برنوفك آستيلا و آخرون (2007) ، ودراسة عويد المشعان(2002) ، ودراسة يوسف محمد عبد الفتاح (1997) التي توصلت لوجود فروق بين الذكور و الإناث في الإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية ، وأن الذكور أكثر معاناة من العصبية والقلق ، وهم أكثر ميلا للسلوك السيكوباتي ، و الإناث أكثر معاناة من الحساسية و الشك و الإضطرابات التنفسية و الدورة الدموية . كما بين إحصاء أمريكي أن النساء العاملات هن أكثر عرضة من ربات البيوت للإصابة

وإختلفت هاته النتائج مع دراسة سلطان عويضة (1999) التي أظهرت عدم وجود فروق بين المدرسين والمدرسات في متوسط درجات الأمراض البسيكوسوماتية ، وفسر ذالك بأن قوة الضغوط و الإنفعالات التي يتعرض لها الجنسين هي التي يكون لها السيادة في الإصابة بالأعراض البسيكوسوماتية ، وليس لكون الفرد ذكرا أم أنثى حيث هناك بعض الإناث يكن أكثر جلدا من الذكور و يرجع ذالك لطبيعة الشخصية ومدى الشعور الذكر أو الأنثى بقوة الضغوط التي تواجههم وماتمثله هاته الضغوط بالنسبة لهم وحرصهم على ظهور الإنفعالات أو إختفائها فكل هاته العوامل يكون لها تأثير في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية وليس نوع الفرد ذكرا أو أنثى .(سلطان عويضة ، 1999)

<u>تفسير نتائج الفرضية السابعة :</u> :لقد كشف تحليل التباين عن وجود فروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية التالية تعزى لمتغير الأقدمية المهنية : السمع و البصر ، الجهاز التنفسي ، الجهاز الهضمي ، القلق ، التعب عند مستوى دلالة 0.01 والجهاز العصبي و التوتر عند مستوى دلالة0.05

وجود فروق دالة إحصائيا على مقياس السمع و البصر لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة عند مستوى دلالة . 0.01

وجود فروق دالة إحصائيا على درجات مقياس الجهاز التنفسي لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المتوسطة عند مستوى دلالة 0.01

وجود فروق دالة إحصائيا على درجات مقياس الجهاز الهضمي عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة .

و جود فروق دالة إحصائيا على درجات مقياس التعب و القلق لصاالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة عند مستوى دلالة 0.01

وجود فروق دالة إحصائيا على مقياس الجهاز العصبي لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المرتفعة عند مستوى دلالة . 0.05

وجود فروق دالة إحصائيا على مقياس التوتر لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المتوسطة عند مستوى دلالة . 0.05

وتؤكد هاته النتيجة أنه كلما زادت مدة الخبرة بالنسبة للمعلم الذي يستخدم الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي كلما كان المعلم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية .

ونفسر هاته النتيجة بأنه كلما زادت سنوات الخبرة بالنسبة للمعلم (ة) الذي يستخدم الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي كلما تقدم به العمر مما يكون ذالك مؤشر لتدهور الحالة الصحية له .وكذالك الزيادة في عدد سنوات العمل في التعليم تستنزف من طاقة المعلم بشكل مطرد ، فطبيعة عمل المعلم تجعله يسخر كل إمكانياته الجسمية و العقلية لبلوغ الهدف وهذا ما أكده بن الطاهر 2004.

أن المدرس كلما طال عهده بممارسة مهنة التدريس كلما أصبح أقل تأثرا وحيوية واستجابة لما يحيط به من مؤثرات فيما يتعلق بالدور الذي يقوم به. وقد أرجع ساراسون ذلك إلى أن زيادة الخبرة تؤدي إلى الإحساس بالسأم والضجر وبالتالي فزيادة الخبرة قد تؤدي إلى انخفاض الدافعية للعمل، وتؤدي إلى زيادة مستوى الضغط عليه. مما ينعكس سلبا على الصحة الجسمية للمعلم ، و كلما تقدم المعلم في السن يضعف جسمه وتقل مقاومته ، ويصبح أكثر تأثرا بالإضطرابات الإنفعالية مما يؤثر سلبا على صحته الجسمية و بالتالي يصبح أكثر عرضة للأمراض البسيكوسوماتية . كما أن الضغوط المزمنة التي يعانيها المعلم تؤدي غالبا لإستجابة بدنية معتمدة على نقطة الضعف ، أو مايطلق عليها الحلقة الأضعف والمقصود بذالك الجهاز الجسمي (المعدة ، الأمعاء ، الجهاز التنفسي .....إلخ)، فقد أشارت العديد من الدراسات في هذا المجال أن إرتفاع ضغط العمل و إستمراره يضعف

جهازالمناعة عند الفرد ويقلل من قدرته على مقاومة الكثير من الأمراض . فالمعلم ذوالخبرة الأكثر دائما توكل له الأعمال الإدارية و الإشرافية بالإضافة لأعباء مهنة التدريس .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (هانم ياركندي : 2000م) التي توصلت إلى معاناة المعلمات ذوات الخبرة الأكثر من الأمراض البسيكوسوماتية .

تفسير نتائج الفرضية الثامنة : لقد كشفت نتائج تحليل التباين عن وجود فروق بين المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية التالية تعزى لمتغير الحالة العائلية : وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على مقياس الجهاز التنفسي بين العزاب و المتزوجين لصالح العزاب وبين المطلقين و العزاب لصالح المطلقين ، وبين الأرامل و المطلقين لصالح المطلقين .عند مستوى دلالة 0.01

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس الجهاز الهضمي بين الأرامل و العزاب لصالح الأرامل .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 على مقياس الجلد بين العزاب و المطلقين لصالح المطلقين .

و كذا العزاب و المتزوجين لصالح العزاب ، وبين المطلقين و العزاب لصالح المطلقين .وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة0.05 على مقياس الجهاز العصبي بين المتزوجين و المطلقين لصالح المطلقين .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05على مقياس التعب بين المطلق و الأرامل لصالح الأرامل .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 على مقياس تكرار المرض بين المتزوجين والأرامل لصالح الأرامل .

بين المطلق و الأرامل لصالح الأرامل . وبين العزاب والمتزوجين لصالح العزاب.عند مستوى دلالة 0.01.

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس الأمراض المختلفة بين المتزوجين و الأرامل لصالح الأرامل .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس عدم الكفاية بين العزاب و المطلقين لصالح المطلقين .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01على درجات مقياس القلق بين العزاب و المتزوجين لصالح العزاب .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 على درجات مقياس الحساسية بين المتزوجين والمطلقين لصالح المطلقين .

بين الأرامل و المتزوجين لصالح الأرامل وبين الأرامل و المطلقين لصالح المطلقين عند مستوى دلالة 0.01 .

وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 على درجات مقياس الغضب بين المطلقين والمتزوجين لصالح المطلقين .

تؤكد هاته النتائج أن الأمراض البسيكوسوماتية تنتشر بين المطلقين و الأرامل والعزاب الذين يسخدمون الأساليب السلبية بشكل كبير مقارنة بالمتزوجين ونفسر إنتشار الأمراض البسيكوسوماتية لصالح المطلقين و الأرامل بشكل كبير مقارنة بالمتزوجين تعدد المسؤليات التي تقع على كاهل هاته الفئة ، وكذالك غياب الإستقرار النفسي مما يخلق إضطرابات إنفعالية ، فقد أظهرت دراسة أمريكية أن الحزن والغم و الإكتئاب الذي يتبع وفاة شريك الحياة يضعف أو يقلل من نشاط جهاز المناعة مما يؤدي لظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين الأرامل الجدد.

كذالك الطلاق يؤثر على جهاز المناعة فيصبح الطليق أقل إستجابة لمختلف أنواع العلاج الطبي وهذا ما أكدته نتائج (Berkman,1979) الأمهات التي تعيش مع أزواجهن أقل عرضة للضغط ، و أقل إستجابة للأعراض الجسمية مقارنة بالمطلقات و الأرامل ، بالإضافة لمسؤلية تربية الأطفال والحرمان العاطفي من رفيق الحياة مما يؤدي لظهور الضغوط النفسية و الإجتماعية كسبب في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية ، كإرتفاع ضغط الدم و الإضطرابات الدورية .فقد توصلت دراسة (Alean&John,2004) أن النساء المتزوجات لديهن شعور قوي بوجود من يتحدثن إليه حول مشاكلهن مما يؤدي للتخفيف من المشاعر السلبية و خفض الأمراض البسيكوسوماتية عكس النساء المطلقات و غير المتزوجات اللاتي لديهن شعور بالوحدة فمرحلة العزوبية فترة ترقب و إنتظار وقلة إستقرار

نفسي .يضاف لذالك أن الزواج يعتبر متنفسا شرعيا للغرائز الجنسية وقد شجع ديننا الحنيف عليه لقوله صلى الله عليه وسلم " يامعشر الشباب من إستطاع منكم الباءة فليتزوج فإنه أغض للبصر و أحصن للفرج ...." فيترتب على هذا إستقرار صحة المتزوج ، ويسلم غالبا من الأمراض التي تنتج عن الفواحش ويسلم أيضا من الأمراض النفسية و الجسمية ، و بالإضافة للدعم العاطفي و الإجتماعي الذي يحققه الزواج وحصول الطمأنينة والسكينة وهدوء البال وراحة النفس مما ينعكس إيجابا على الحالة الجسمية و النفسية وذالك كون المتزوجين بحكم إتمامهم نصف دينهم أكثر إستقرار نفسيا .فقد أكدت دراسة حديثة بجامعة لوجانو السويسرية الفوائد الصحية للزواج فالزواج يقي الرجل و المرأة من متاعب الصداع العارض و المزمن حيث يساعد الشعور النفسي بالعلاقة المستديمة المستقرة على تخفيف حدة توتر الجسم و إفراز هرمونات السعادة بكم أكبر من هرمونات القلق و الخوف والحزن .كما أكدت الدراسة أن العلاقة الجنسية التي تكون بين الزوجين يفيد في تقوية عضلات القلب لما فيه من دفع مؤقت للدم و تنشيط للدورة الدموية و إستنشاق كميات إضافية من الأكسجين يستفيد منها الجسم فتعطيه مزيدا من الطاقة ، إضافة إلى ذالك يساعد الزواج على التخلص من أنواع كثيرة من البكتيريا ويعمل على تقوية جذور الشعر من خلال الحركة الدموية .

فقد أكدت الباحثة الأمريكية الدكتور جوديث ساشز مؤلفة كتاب (القوة الشافية للجنس) ، وتعلل سر الشفاء للعديد من المشاكل العضلية أن عملية الجماع عندما تكون في إطارها الشرعي المقبول في الزواج تساعد على الإسترخاء العضلي و النوم العميق ،كذالك ممارسة الجنس بطريقة شرعية في العلاقة الزوجية أحسن من ممارسة الرياضة أو الحمية فهي تساعد على تنشيط الدورة الدموية و تقوية العضلات ، كذالك النشاط الجنسي يعزز وظائف جهاز المناعة ، و يقوي الجهاز العضلي ، ويقي من هشاشة العضام عند النساء بعد سن اليأس لأنه يساعد على إفراز هرمون الأستروجين ، كذالك الجنس يساعد الجسم على إفراز هرمونات ومواد كيمياوية مما يعزز خلايا تي المقاومة للسرطان الثدي والرحم ، كذالك ممارسة الجماع و الإشباع الجنسي الكامل يشفي جميع الأمراض الناتجة عن التوتر سواء كان صداع أو شقيقة أو عسر هضم أو قرحة معدة أو أمراض القلب لأن الجماع المعزز

بالإشباع الجنسي يساعد على الإسترخاء العضلي و العصبي ، ولهذا تساعد الممارسة الجنسية على شفاء نوبات الصداع النصفي العنيف بعدما فشلت جميع العقاقير المسكنة

إستنتاج عام :

لقد هدفت الدراسة لمعرفة أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة بين المعلمين ، وكذ معرفة الأمراض البسيكوسوماتية المنتشرة بين المعلمين ، ومعرفة العلاقة بين أساليب مقاومة الضغط النفسي وظهور الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلم وكذا معرفة الفروق في هاته المتغيرات .

وقد توصلت إلى النتائج التالية :

أن المعلمين ينوعون في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي. حيث تبين لنا من خلال النتائج أن أكثر أساليب مقاومة الضغط النفسي إستخداما هو أسلوب حل المشكل ، يليه أسلوب التنفيس الإنفعالي ، يليه التقبل ،ثم البحث عن الدعم الإجتماعي . ثم أسلوب الرجوع إلى الدين ،ثم وسائل الدفاع بمتوسط ،ثم أسلوب إعادة التقييم الإيجابي ،ثم أسلوب الإنعزال. ، ثم أسلوب ضبط الذات ثم أسلوب التخطيط لحل المشكل. ، ثم أسلوب الإسترخاء ،يليه أسلوب المغالات في الأكل و الشرب. وأخيرا أسلوب الدعابة .

هناك إنتشار كبير للأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين ، بحيث إحتلت الأمراض الخاصة بالجهاز التنفسي الدرجة الأولى .تليها أمراض الجهاز الهضمي. ،و بعدها أمراض الهيكل العظمي ، ثم أمراض السمع والبصر . تليها أمراض القلب والأوعية الدموية. ، ثم أمراض الجهاز العصبي ، ثم والقلق ثم أمراض الجهاز البولي و التناسلي ،العادات ، وأمراض مختلفة . ، وعدم الكفاية ،ثم تكرار المرض ، و الغضب ، و التوتر وأخيرا أمراض الجلد .

توجد علاقة عكسية بين إستخدام الأساليب الإيجابية في مقاومة الضغط النفسي وظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين . إذا المعلمين الذين يستخدمون هاته الأساليب هم أقل إصابة ومعانات من الأمراض البسيكوسوماتية .

توجد علاقة طردية بين إستخدام الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي وظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين أي أن إستخدام هاته الأساليب يساهم في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية بين المعلمين

كشفت نتائج إختبار ت أنه توجد فروق في أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة بين المعلمين التالية بين الجنسين: أسلوب وسائل الدفاع ، و أسلوب التنفيس الإنفعالي، أسلوب الدعم الإجتماعي لصالح المعلمات .

و أسلوب المغالاة في الأكل والشرب، أسلوب حل المشكل، أسلوب الإسترخاء لصالح المعلمين الذكور.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في إستخدامهم لأساليب مقاومة الضغط النفسي تبعا لإختلاف أقدميتهم المهنية في الأساليب التالية :

أسلوب التقبل كأسلوب سلبي في مقاومة الضغط النفسي لصالح المعلمين ذوي الأقدمية المهنية المتوسطة ، و أسلوب حل المشكل في الأساليب الإيجابية ، فقد كشفت المقارنة الثنائية البعدية أنها لصالح ذوي الخبرة المهنية المرتفعة .

وأسلوب الإسترخاء لصالح المعلمين منخفضي الأقدمية كأسلوب فعال و إيجابي لمقاومة الضغط النفسي، أسلوب الدعم الإجتماعي حيث تبين لنا توجد فروق في إستخدام هذا الأسلوب لصالح المعلمين منخفضي الأقدمية .

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي تبعا لإختلاف الوضعية العائلية للمعلمين بإستثناء أسلوب الدعم الإجتماعي والتي أثبتت المقارنة البعدية أنها لصالح المتزوجين أي أن المتزوجين أكثر إستخداما لهذا الأسلوب .

توجد فروق بين المعلمين الذين يستخدمون أساليب سلبية في مقاومة الضغط النفسي والمتمثلة في (التنفيس الإنفعالي ، وسائل الدفاع ، التقبل ، المغالات في الأكل و الشرب ، الدعابة ، الإنعزال) و المعلمين الذين يستخدمون أساليب إيجابية في مقاومة الضغط النفسي والمتمثلة في (حل المشكل ، الرجوع للدين ، الإسترخاء ، إعادة التقييم الإيجابي ، التخطيط لحل المشكل ، البحث عن الدعم الإجتماعي ، ضبط الذات) في ظهور الأمراض البسيكوسوماتية و أن معظم الفروق كانت لصالح المعلمين الذين يستخدمون الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي .

أن الإناث اللواتي يستخدمن الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي أكثر عرضة للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية مقارنة بالمعلمين الذكور .

أنه كلما زادت مدة الخبرة بالنسبة للمعلم الذي يستخدم الأساليب السلبية في مقاومة الضغط النفسي كلما كان المعلم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض البسيكوسوماتية .

أن الأمراض البسيكوسوماتية تنتشر بين المطلقين و الأرامل والعزاب الذين يسخدمون الأساليب السلبية بشكل كبير مقارنة بالمتزوجين.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في هاته يتبين لنا أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها المعلم تعتبر سمة من سمات الحياة المعاصرة ، بما فيها من ضغوط مهنية ، و أسرية وصحية .

وهاته الضغوط تسبب الكثير من المشكلات و الإضطرابات النفسية و الإجتماعية ، و الأمراض البسيكوسوماتية وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات العربية و الأجنبية .

لكن المعلمون يختلفون في تعاملهم مع تلك الضغوط من خلال أساليب المقاومة المتنوعة ، فبعضهم يحتفظون بصحتهم الجسمية و النفسية ، في حين نجد البعض الأخر يحتاج لمساندة إجتماعية من قبل الأخر ، بينما يفشل ويعجز و ينهار آخرون في مواجهة تلك الضغوط ، لكون هاته الأحداث الضاغطة تفوق قدراتهم على تحملها و مواجهتها ، وتقع خارج تحكمهم مما يؤدي لظهور الأمراض البسيكوسوماتية .

إذا فالضغوط النفسية إذا لم تستخدم الأساليب الفعالة في مقاومتها فإن تلك الضغوط تتنامى وتتفاقم ممايعكس سلبا على الصحة النفسية والجسمية للمعلم .

توصيات ومقترحات :

و في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، توصي الباحثة بما يلي:

- ضرورة الإهتمام بفئة المعلمين التي تساهم في دفع عجلة تقدم المجتمع وسموه بين الأمم.
- تجنب إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي السلبية من طرف المعلم و التي تركز على التوجه الإنفعالي مع الضغوط لأثرها السلبي على الجانب الصحي .
- العمل على وضع وتصميم استراتيجيات وقائية وعلاجية للحد من ضغوط مهنة التدريس التي يتعرض لها المعلم للما تتركه من عواقب وخيمة الأثر على صحته النفسية والجسمية وبالتالي على العملية التعلمية التعليمية برمتها.

- إعداد وتنفيذ ورش عمل دورية خاصة بالمعلمين حول كيفية التعامل مع الضغوط من أجل رفع مستوى السلوك التكيفي لديه في البيئة المدرسية، وخاصة في مجال التعامل مع التلاميذ والتكيف مع العبء الوظيفي والوضع الاجتماعي للمعلم.
- على المعلم أن يتعامل بشكل فعال و إيجابي مع الضغوط التي تواجهه لكي يستطيع التكيف معها بشكل جيد .من خلال الإبتعاد عن إستخدام الأساليب السلبية كالإنكار وشرب المهدئات ....إلخ.

- الإبتعاد قدر الإمكان عن التوتر والغضب أثناء مواجهة المواقف الضاغطة لأنه في حالة الغضب والإنفعال تتعطل الوظائف الجسمية و العقلية للمعلم .والتدريب على إكتساب مهارة ضبط الذات وحل المشكل كأساليب فعالة في مقاومة الضغط والفزع إلى الله

- إعطاء المزيد من الاهتمام لظروف العمل في المدارس من خلال توفير بيئة عمل مناسبة تجعل المعلمين قادرين على تقديم المزيد من الإنجازات ويشعرون بالراحة النفسية والاستقرار الوظيفي.
- ضرورة توفير المختصين النفسانسيين في المدارس .

_ إعداد دورات تدريبية للمعلمين حول كيفية التعامل مع ضغوط مهنة التدريس من طرف مختصين في هذا المجال ،بهدف حماية المعلم من الوقوع في الأمراض البسيكوسوماتية الناتجة عن هاته الضغوط ،كطرق التعامل مع التلاميذ والتكيف مع الظروف الضاغطة في المهنة وذالك بهدف الإرتقاء بالمنظومة التربوية حتى لايستسلم للضغوط الشديدة الواقعة عليه .

_ التخفيف قدر المستطاع من أعباء العمل ،التي تزيد من الضغوط المهنية التي يتعرض لها المعلم ،وذالك من خلال توفير بيئة عمل مناسبة تجعل المعلم قادر على تقديم الأفضل حتى يوفق في تحقيق تربية مستقبلية نوعية لأبناء مجتمعه.

_ تحسين الوضع المادي للمعلم ، والظروف المعيشية من خلال زيادة الأجور وتوفير الحوافز والمكافأة .

- ـ ممارسة تمارين الإسترخاء وتمارين الرياضة البدنية هاته الإستراتيجيات تساهم بشكل فعال في مقاومة الضغوط الواقعة على المعلم ، و الإبتعاد عن إستخدام الأساليب السلبية في مقاومة الضغوط كلإنعزال وتناول المهدئات .

ـ ضرورة الكشف المبكر للأمراض البسيكوسوماتية عند المعلمين من طرف فريق عمل يضم مختصين نفسانيين وأطباء وتشخيصها بدقة .

ـ تصميم مطويات ودوريات تكون على مستوى المدرسة تعد من طرف المختصين النفسانيين توجه للمعلمين توضح طرق إستخدام بعض الأساليب الفعالة في مقاومة الضغط النفسي كتوضيح طرق الإسترخاء بالصور مثلا وكيف يتم تطبيق تمارينات ـ ضرورة توفير الرعاية النفسيةِ والاجتماعية لمعلمين المصابين بالأمراض البسيكوسوماتية من طرف مختصين نفسانيين مؤهلين .

- بناء وتقديم برامج إرشادية تتعلق بتوجيه المعلمين إلى كيفية التعامل مع الضغوط التي تواجههم داخل وخارج المدرسة .
- القيام بأيام تحسيسية من طرف المختصين النفسانيين توضح العلاقة بين الضغوط وظهور بعض الأمراض البسيكوسوماتية للمعلم .

ـ تصميم وبناء برامج إرشادية وعلاجية لتطوير و تحسين أساليب مقاومة الضغط النفسي عند المعلم تعتمد على المقاومة الإيجابيةمع الضغوط كأسلوب حل المشكل، والتخطيط ، وضبط النفس ، و التوجه إلى الدين فقد وجه الرسول صلى الله عليه وسلم المسلمين لتجنب الغضب عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رجلا قال لنبي صلى الله عليه وسلم أوصني قال (لاتغضب) فردد مرارا ، قال : (لاتغضب)رواه البخاري ودعاهم لمعالجته بالوضوء أو الجلوس و الإضطجاع لمن كان واقفا . قال صلى الله

عليه وسلم : (إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس فإن ذهب عنه الغضب ، و إلا فيضطجع) رواه أبو داوود وابن حيان في صحيحه ،وقال صلى الله عليه وسلم :(إن الغضب من الشيطان و إنا لشيطان خلق من نار ، و إنما تطفأ النار بالماء ، فإذا غضب أحدكم فليتوضأ .(رواه أبو داوود) وفي هذا توجيه للمعلمين على إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي التي تركز على الجانب الديني .، والإسترخاء بدل الهروب و التجنب و إستخدام الأساليب السلبية للتخفيف من ظهور الأمراض البسيكوسوماتية لأن هاته الأساليب السلبية تؤدي لزيادة الإضطرابات الإنفعالية والتوتر عند المعلم .

- تقديم جلسات العلاج الجمعي النفسي لزيادة الثقة والتفاؤل لدى المعلمين المصابين بالأمراض البسيكوسوماتية عن طريق تشجيعهم إستخدام أساليب فعالة وإيجابية لمقاومة الضغط النفسي تتناسب مع حالتهم، مثل ممارسة الإسترخاء والتمارين الرياضية....إلخ.
- مساعدة المعلم على التكيف مع المتغيرات الحياتية الجديدة ذات الصلة بالضغوط .

ـ ضرورة العمل بمنطلق النظرة الكلية الشمولية؛ في تشخيص وعلاج الأمراض البسيكوسوماتية عند المعلمين وتظافر الجهود بين عمل المختصين النفسانيين و الأطباء لعلاج هاته الأمراض فور ظهورها ، بهدف الحد من آثار هاته الأمراض في العملية التربوية .

ـ الإهتمام بالمعلمين كبار السن ومتابعة حالتهم الصحية لتجنب تفاقم الأمراض البسيكوسوماتية عندهم من طرف فريق طبي ونفسي متخصص .

ـ العمل على تنمية المشاعر الإيجابية بين المعلمين .

ـ الواقعية في تحديد الأهداف والطموحات التي تتناسب مع قدرات و إمكانيات المعلم . على المعلمين الإستفادة قدر الإمكان من العطل المتاحة خلال لسنة الدراسية وذالك بالتنزه و السفر بعيدا عن جو محيط العمل ، و الإهتمام بالغذاء الصحي و المتوازن و الحرص على ممارسة التمارين الرياضية للمحافظة على اللياقة البدنية .

ـ دعوة الباحثين والجهات الوصية للعمل على وضع إستراتيجيات إدارة الضغوط لجعلها في مستويات صحية لأنه إذا مابلغت الضغوط النفسية مستويات مرتفعة قد تشكل خطرا على الصحة النفسية والجسمية للمعلمين .

ـ العمل على إعداد برامج التدريب التحصيني ضد الضغوط لتعريف المعلمين بالضغوط النفسية ونتائجها ولتحسين أساليب المقاومة لديهم .

ـ الإهتمام بالمعلمين من خلال عقد برامج إرشادية يقوم بها مختصون في علم النفس لتوضيح الأثار النفسية للضغوط . وتقديم برامج توضح أساليب مقاومة الضغط النفسي الفعالة وطريقة الإستفادة منها .

ـ التخفيف من الضغط الذي يعانيه المعلم من خلال الواقعية في العمل ، وبناء علاقات إيجابية متوازنة ، وطلب المشورة والنصح من الزملاء ، والبحث عن نموذج يحتذى به في مجال العمل .

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية

1_ القرآن الكريم

2ـ أبي عبد الله مصطفى بن العدوي (2013)، قصة وصايا لقمان لإبنه ، ط1،بيت الحكمة .

3ـ أحمد بيرقدار و آخرون ، الحالات النفسية وعلاقتها بالأعراض الجسدية مشروع بحث علمي ، المركز الوطني للمتميزين ، وزارة التربية ، الجمهورية العربية السورية 4 ـ أحمد عبد مطيع الشخانبة (2010)، التكيف مع الضغوط النفسية دراسة ميدانية ،ط1،دار الحامد للنشر و التوزيع ، عمان الأردن .

5ـ أحمد عزت راجح (1987)، أصول علم النفس ، ط9 ، المكتب المصري الحديث ، الإسكندرية ، مصر .

6ـ أنطوان نعمة (2000)، مراجعة مأمون الحموي و آخرون ، المنجد في اللغة المعاصرة ، ط1، دار المشرق ، بيروت .

7ـ أنور أحمد الشرقاوي (1992)،علم النفس المعرفي ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

8_ إبراهيم إبراهيم (1992)، الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية . مجلة مركز البحوث التربوية . العدد (1) . قطر : ص ص 187_204 .

9ـ إبراهيم وجيه محمود ، محمود عبد الحليم منسي(1983) ، البحوث النفسية و التربوية ، دار المعارف .

10ـ أسامة كامل راتب (2001)،الإعداد النفسي للناشيئين ، دار الفكر العربي،القاهرة .

11ـ إبن منظور (1975)، لسان العرب ، المجلد 7، دار صار ، بيروت .

12ـ أزروق فاطمة الزهراء (1997)، الكفالة النفسية للمصابين بالداء السكري ، إستراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الإجتماعي ،رسالة ماجستير غي منشورة في علم النفس العيادي ، جامعة الجزائر .

13ـ أسامة كمال اللالا، دور النشاط البدني في التعامل مع الضغوط النفسية ، المركز العلمي للتطوير الرياضة المدرسية .
14ـ إسماعيل بشرى (2004) ، ضغوط الحياة و الإضطرابات النفسية ، القاهرة ،مكتبة الأنجلو المصرية .
15ـ أشرف أحمد رشيد القانوع (2011)، الكفاءة الإجتماعية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط عند المصابين بالإضطرابات السيكوسوماتية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية غزة .
16ـ الداهري ، صالح محسن ، والكبيسي ، وهيب مجيد (1999) ، علم النفس العام ، ط1 ، دار الكندي للطباعة والنشر ، اربد ، عمان .

17ـ الرابطة الأمريكية للطب النفسي (2001)، الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية المعايير التشخيصية ، ط1، مكتبة المنار الإسلامية ، الكويت .
18ـ الهابط ، محمد السيد (1987) ضغوط العمل : مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها، مركز البحوث و الدراسات الرياض .
19ـ الاشول ، عادل عز الدين (1993) ، الضغوط النفسية والارشاد الاسري للاطفال المتخلفين عقلياً ، مجلة الارشاد النفسي ، مركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمسي ..
20 ـ الأمارة سعد (2001) ، أساليب التعامل مع الضغوط ، مجلة النبأ ، العدد 55.
21_ أحمد عكاشة (1998م) الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
22_ أحمد عكاشة (1982م) علم النفس الفيزيولوجي . ط6 . القاهرة : دار المعارف .
23_ انتصار يونس (1993)، السلوك الإنساني . الإسكندرية : دار المعارف .
24_ أرجايل مايكل (1993)، سيكولوجية السعادة . ترجمة فيصل يونس . العدد (175) . الكويت : سلسلة عالم المعرفة .
25_ آدم العتيبي (1997)، علاقة ضغوط العمل بالاضطرابات السيكوسوماتية والغياب الوظيفي في دولة الكويت . مجلة العلوم الاجتماعية . المجلد (25) . العدد (2) ص ص 177_207 .

26ـ الأطرش ، شهلا حسين حسن (2000)، مصادر الضغط النفسي و إستراتيجيات التوافق لدى طلبة السنة الأولى وطلبة السنة الرابعة في الجامعة الأردنية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان ، الأردن .

27ـ الخفش ، سهام رياض(2001) ،إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة ، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة ،عمان ، الأردن ..

28ـ الداهري، صالح حسن (2008). أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسس والنظريات)، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، ص: 17، 68

30 ـالسمادوني السيد إبراهيم (1989)، تقدير المعلم للضغوط المهنية وعلاقته بوجهة الضبط الداخلي و الخارجي وبعض المتغيرات الديمغرافية ، مجلة كلية التربية ، جامعة قناة السويس ، الإسماعيلية، المؤتمر الثاني .

31ـ السمادوني إبراهيم (1991)، مقياس الضغوط المهنية للمعلمين ، كراسة التعليمات ، كلية التربية ، جامعة طنطا ، مكتبة النهظة المصرية .

32ـ الغرير أحمد نايل ، أبو سعد أحمد عبد اللطيف (2003)، التعامل مع الضغوط النفسية ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان .

33ـ الطلاع عبد الرؤوف (2000)، الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية ، رسالة ماجيستير غير منشورة ، جامعة عين شمس قسم الصحة النفسية، القاهرة .

34ـ المغدري ، أحمد بن خميس بن حمد (2004) ، إستراتيجيات التكيف لضغوط بيئة السجن و علاقتها بالأبعاد الأساسية للشخصية لدى السجناء في سلطنة عمان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان ، الأردن .

35ـ الفرماوي ، حمدي أبو سريع رضا (1993)، الضغوط النفسية تغلب عليها و إبدأ الحياة ،مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

36ـ أمل سليمان تركي العنزي (2004)، أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات و المصابات بالإضطرابات النفسجسمية(السيكوسوماتية) دراسة مقارنة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، قسم علم النفس ، جامعة الملك سعود .
37ـ باهي سلامي (2008)، مصادر الضغوط المهنية و الإضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الإبتدائي و المتوسط والثانوي ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، قسم علم النفس و علوم التربية ، جامعة الجزائر .
– 38ـ بطرس، حافظ بطرس (2008). التكيف والصحة للطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان – الأردن، ص: 99–124.
39ـ بن الطاهر بشير (2005) ، إستراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة العامة على ضوء متغيري نمط الشخصية و الدعم الإجتماعي ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة وهران الجزائر .
40ـ بوظريفة حمو ، عيسى محمد (2008)، الضغط النفسي الناتج عن بعض العوامل البيداغوجية ، مجلة الوقاية والأرغنوميا العدد 2 ، جامعة الجزائر .
41ـ بوكنوس عائشة (2004)، الإكتئاب وإستراتيجيات المقاومة عند الأبناء ذوي الوالدين ، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي ، قسم علم النفس و علوم التربية ، جامعة الجزائر .
42ـ بيارمارتي (1987)، الحلم و المرض النفسي ، مركز الدراسات النفسية الجسدية ، طرابلس ، لبنان .
43 ـ بيار مارتي جان بانجمان ستورا محمد أحمد النابلسي (1992)، مباديء البسيكوسوماتيك وتصنيفاته ، مؤسسة الرسالة الأولى، دار الهدى ،الجزائر .
44ـ تيغزى أمحمد (1991)،الإجهاد المهني لدى رؤساء الأقسام بالجامعات الجزائرية إقتراح نموذجي تنظيري ، مجلة التعريب ، المركز العربي للترجمة ، المنظمة العربية للتربية و الثقافة والعلوم ، العدد 1.

45ـ تيغزى أمحمد (1993)،الضغط المهني وعلاقته بمستوى القلق والإكتئاب و إنخفاض الرضا المهني ، منشورات كلية الأداب و العلوم الإنسانية بالرباط ، سلسلة ندوات ومناظرات ، رقم 25، علم النفس وقضايا المجتمع المعاصر ، المملكة المغربية .

46ــ جبالي نور الدين (1989)، علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية دراسة مقارنة لحالات قرحة المعدة وحالات السكري ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الأداب ، جامعة عين شمس القاهرة ، مصر .

47ـ جبالي نور الدين (2008)، علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي دراسة ميدانية ، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي ، جامعة الحاج لخضر باتنة ، الجزائر .

48_ جمال تفاحة (1996) بعض الأمراض السيكوسوماتية دراسة إكلينيكية تشخيصية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) . القاهرة : جامعة عين شمس . معهد الدراسات العليا للطفولة . الدراسات النفسية والاجتماعية .

49ـ جعفور ربيعة ، الأسود الزهرة (2011)، مدى إنتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي ،مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، جامعة ورقلة ، ص ص 303.318..

50ـ جمانة إسماعيل العيسى (2010)، أحداث الحياة الضاغطة لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية الجلدية و علاقتها ببعض المتغيرات دراسة ميدانية على عينة من المرضى في مستشفى الأمراض الجلدية والزهرية بجامعة دمشق ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 27، العدد3.

51 ـ جوليان روتر (1980)، علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة عطية محمود هناء مراجعة عثمان نجاتي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر .

52_ حامد زهران (1997م) الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط3 . القاهرة : عالم الكتب .

53ـ حامد عبد السلام زهران (1987)، قاموس علم النفس إنجليزي ، عربي ، ط2، عالم الكتب ، القاهرة .

54_ حسن عبد المعطي (1989)، الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين . مجلة علم النفس . العدد (9) : القاهرة . الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 29_43 .
55_ حلمي حامد (1991) ، مباديء الطب النفسي ، مذكرات .
56_ حسين فايد (1998) الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في (8) . العدد (2) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) . ص ص 153_192 .
57_ حسين طاهر (1993) أثر الضغوط النفسية على الأطفال والكبار ودور أولياء الأمور تجاه المواقف الضاغطة . مجلة التربية . العدد (11) . الكويت : مركز البحوث التربوية . ص ص 35_47 .
58ـ حسين طه عبد العظيم ، حسين سلامة(2006)، إستراتيجيات الضغوط التربوية و النفسية ، ط1، دار الفكر، عمان .
59ـ حمدي علي الفرماوي (1990)، ضغوط العمل والاتجاه نحو التدريب لدي المتدربين أثناء الخدمة في الكويت. المجلة المصرية للدراسات النفسية: العدد 17- المجلد: السابع، أغسطس، صص 139-158.
60_ حنان الضرغامي (1994)، دراسة لبعض من متغيرات الشخصية والوظيفية المنبئة بالإنهاك النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية بمحافظة المنوفية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) . المنوفية : جامعة المنوفية . كلية التربية . قسم علم النفس .
61ـ حسن أحمد الطعاني (2005)، مصادر ضغوط العمل لدى مديري المدارس الحكومية و الأساسية والثانوية في محافظة الكرك من وجهة نظرهم ، مجلة جامعة دمشق، المجلد 20، العدد 2.
62_ حياة أمين (1999) ،أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالسلوك العدواني والاضطرابات النفسجسمية لدى بعض الأطفال في محافظة جدة . رسالة دكتوراه (غير منشورة) . جدة : كلية التربية للبنات . الأقسام الأدبية .
63_ خالد الفخراني (1994)، اضطراب القلب العصابي وعلاقته بالضغوط البيئية في ضوء إدراك الأعضاء للآخرين . المؤتمر الدولي (1) . مركز الإرشاد النفسي "قضايا ومشكلات الإرشاد النفسي" المجلد (2) . ص ص 657_681 .

64ـ خالد بن محمد بن عبدالله العبدلي (2012)، الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا و العاديين بمدينة مكة المكرمة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة أم القرى .

65ـ خليل إبراهيم البياتي (2002)، علم النفس الفسيولوجي مباديء أساسية ،ط1،دار وائل للطباعة و النشر ، عمان الأردن .

66ـ خليل إبراهيم السعادات (2005، ضغوط المعلم المهنية، صحيفة الجزيرة، أول صحيفة سعودية تصدر على شبكة الانترنت، العدد: 11914، الخميس 12-05-2005

67ـ دافيدوف ، لندا (1988) ، مدخل علم النفس ، ترجمة : السيد طواب وآخرون ، ط3 ، دار ماكجروهيل للنشر ، القاهرة .

68ــ دايل كارنيجي ، كيف تكسب الثروة والنجاح و القيادة ترجمة عمر أبو النصر ، دار المعرفة ، الجزائر .

69_ ديفيد فونتانا (1994) ،الضغوط النفسية تغلب عليها وابدأ الحياة . ترجمة حمدي الفرماوي ورضا أبو سريع . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

70_ راوية دسوقي (1996)، النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات . مجلة علم النفس . العدد (39) . السنة (10) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 44_59 .

71ـ رجب رجب شعبان ورجب علي شعبان (1990)، مقياس أساليب إستيعاب المواقف الضاغطة ،كراسة التعليمات ، مكتبة أم القرى ، مصر .

72ـ رجب علي شعبان (1992)، العلاقة بين أساليب التعامل الإقدامية و الإحجامية مع الأزمات و التوافق النفسي و بعض سمات الشخصية ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .

73ـ رجب علي شعبان (1995)، الفروق الجنسية و العمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة ، مجلة علم النفس ، العدد 34، القاهرة .

74ـ رشاد عبد العزيز موسى ، سيكولوجية الفروق بين الجنسين ، دار عالم المعرفة ، القاهرة.

75ـ رمضان ، جهاد عبد الفتاح (1999) ، ظاهرة الإحتراق النفسي و إستراتيجيات التكيف لدى العاملين في وزارة السلطة الوطنية الفلسطينية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح نابلس فلسطين .

76_ ريتشارد سوين (1979م) علم الاضطرابات النفسية والعقلية . ترجمة أحمد سلامة . القاهرة : دار النهضة العربية .

77ـ ريحاني الزهراء (2010)، العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالإضطرابات السيكوسوماتية دراسة مقارنة بين النساء المعنفات وغير المعنفات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة الجزائر .

78ـــ زعطوط رمضان (2013)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات ، رسالة دكتوراه غير منشورة علم النفس الإجتماعي ، جامعة ورقلة ، الجزائر .

79ـــ زياد بركات (2010)، الإستراتيجيات التكيفية مع الضغوط المهنية لدى معلمي المدارس الحكومية في محافظة طول كرم بفلسطين ، جامعة القدس المفتوحة ، فلسطين .

80_ زينب شقير (1998)، مقياس مواقف الحياة الضاغطة . القاهرة : دار الكتاب الحديث .

81_ زينب شقير (2002)، الأمراض السيكوسوماتية (النفس _جسمية) . المجلد (1) . ط1 . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

82_ سامي الدريعي (1997) ،الفروق بين مرضى الداء السكري والأصحاء في الاستجابة لضغوط لحياة . رسالة ماجستير (غير منشورة) الرياض : أكاديمية نايف العربية . معهد الدراسات الأمنية .

83ـ سامي عبد القوي علي (2002)، الإتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل و البدن وتطبيقاتها ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

84ـ سعد الأمارة (2001)، الضغوط النفسية ، مجلة النبأ، العدد 54، السعودية.

85_ سميرة أبو غزالة (1999) ،الضغوط النفسية وعلاقتها بكل من الذكاء وتأكيد الذات وبعض السمات المرضية . مجلة كلية التربية . الجزء (3) . العدد (23) . مكتبة زهراء الشرق . القاهرة : جامعة عين شمس . ص ص127_160 .

86_ سميرة شند (1990)، صراع الأدوار لدى الأم العاملة وعلاقته ببعض الاضطرابات العصابية . رسالة دكتوراه (غير منشورة) : القاهرة . جامعة عين شمس . كلية التربية . قسم الصحة النفسية .

87ـ سمية طه جميل (1998) ،التخلف العقلي إستراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية ،ط1، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

.88ـ سناء محمد إبراهيم أبو حسين(2012)، الصلابة النفسية و الأمل وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الأزهر .

89ـ سهيل مقدم (2010)، إستراتيجيات التعامل مع مواقف الضغط المهني على ضوء متغيرات الخلفية الفردية لدى أساتذة التعليم الثانوي ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العمل ، قسم علم النفس وعلوم التربية ، جامعة وهران .

90ـ شارف خوجة مليكة (2011)، مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين دراسة مقارنة في المراحل التعليمية الثلاث (إبتدائي ، متوسط ، ثانوي)، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة تيزي وزو، الجزائر .

91ـ شقير زينب محمود (1998)، مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية ، كراسة التعليمات ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة ، مصر ..

92 _ شمس الدين أبي عبد الله محمد بن قيم الجوزية (2011) الوابل الصيب ورافع الكلم الطيب ، ط4 ، بيروت ، مكتبة دار البيان .

93ـ شوقيه إبراهيم (1993)، الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام –رسالة دكتوراه غير منشورة– كلية التربية جامعة المنصورة

94ـ شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي ، ط 1، دار الحامد للطباعة والنشر ، الأردن عمان .

95_ صالح العبد القادر (1997) ،الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق لدى عينة من الطلاب الجامعيين . رسالة دكتوراه (غير منشورة) : الرياض . جامعة الإمام محمد بن سعود . كلية العلوم الاجتماعية .

96ـ صبحي عمران شلش (1984)، علم وظائف أعضاء الحيوان ، الجزء الثاني ، معهد العلوم الحيوية ، جامعة عنابة .

97ـ طلعت منصور وفيولا الببلاوي (1989، قائمة الضغوط النفسية للمعلمين- كراسة التعليمات- مكتبة الانجلو المصرية، ص 5،8

98_ عادل محمد (1995)، بعض سمات الشخصية والجنس ومدة الخبرة وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين . مجلة الدراسات النفسية . المجلد (5) . العدد (2) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) ص ص 345_372 .

99_ عايدة شكري حسن (2001)، ضغوط الحياة و التوافق الزواجي و الشخصية لدى المصابات بالإضطرابات السيكوسوماتية والسويات دراسة مقارنة ، رسالمة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

100_ عباس متولي (2000)، الضغوط النفسية وعلاقتها بالجنس ومدة الخبرة وبعض سمات الشخصية لدى معلمي المرحلة الابتدائية . المجلة المصرية للدراسات النفسية . المجلد (10) . العدد (26) . القاهرة : الجمعية المصرية للدراسات النفسية . ص ص 117_160 .

ـ101ـ عبد العظيم المصدر، باسم علي أبو كويك(2007)، ضغوط مهنة التدريس وعلاقتها بأبعاد الصحة النفسية لدى معلمي ومعلمات المرحلة الأساسية الدنيا في قطاع غزة – فلسطين- بحث مقدم إلى المؤتمر التربوي الثالث

الجودة في التعليم الفلسطيني " مدخل للتميز "،الجامعة الإسلامية .

102_ عبد الرحمن الطريري (1994م) الضغط النفسي : مفهومه ، تشخيصه ، وطرق علاجه ، ومقاومته . ط1. الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية المحدودة .

103_ عبد الرحمن العيسوي (1997م) سيكولوجية الجسم والنفس . بيروت / لبنان : دار الراتب الجامعية .

104_ عبد الرحمن العيسوي (2000م) الاضطرابات النفسجسمية . ط1 . بيروت / لبنان : دار الراتب الجامعية .

105_ عبد الرؤوف الطلاع (2000م) الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية . رسالة ماجستير (غير منشورة) . القاهرة : جامعة عين شمس . قسم الصحة النفسية .

106ـ عبد الستار إبراهيم ، الإكتئاب إضطراب العصر الحديث ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد239 ، المجلس الوطني للثقافة و الأدب و الفنون ، الكويت .

107_ عبد المنعم الحفني (1992)، موسوعة الطب النفسي . ط1. القاهرة : مكتبة مدبولي .

108_ عبد المنصف غازي (1984) ،الأمراض الجسمية النفسية . القاهرة : دار المعارف .

109ـ عبد الوهاب ، مواهب (2003) ، الضغوط النفسية وعلاقتها بمرض الربو، كلية الآداب ، الجامعة المستنصرية ، رسالة ماجستير غير منشورة.

110ـ عبد الله بن حميد السهلي (1431هـ)، أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى ، رسالة دكتوراه في علم النفس الإرشادي غيرمنشورة ، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية .

111 ـ عبد الله الضريبي (2010)، أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات دراسة ميدانية على عينة من المعلمين بمصنع زجاج القدم بدمشق ، مجلة جامعة دمشق ، العدد 4.

112ـ عبير بنت محمد حسن الصبان (2003)،المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .

113ـ عدنان يوسف العتوم (2004)، علم النفس المعرفي النظرية و التطبيق ، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان .

114ـ عطوف محمد ياسين (أ)(1981)، علم النفس العيادي ، ط 1 ، دار العلم للملايين ، بيروت ، لبنان .

115ـ عطوف محمد ياسين (ب) (1981)،قضايا نقدية في علم النفس المعاصر ، مؤسسة نوفل ، بيروت ، لبنان .
116_ علي عسكر (1998م) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها . الكويت ، القاهرة ، الجزائر : دار الكتاب الحديث .
117_ علي علي (1997م) المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات . مجلة الدراسات النفسية . المجلد (7) . العدد (2) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) . ص ص 201_232 .
118. علي ، وائل فاضل (1994)، نمط الشخصية والضغوط النفسية وتأثيرها على الجلطة القلبية ، كلية الآداب ، الجامعة المستنصرية ، رسالة ماجستير غير منشورة .
119_ علي علي (2000) ،المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتهما بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية . مجلة علم النفس . العدد (53) . السنة (14) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 6_22 .
120_ عماد عبد الرازق (2006) ،أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها و الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب و طالبات الجامعة . مجلة الدراسات النفسية . المؤتمر السنوي (13) الإرشاد النفسي من أجل التنمية المستدامة .جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي ص ص 423_518.
121ـ عماد الكحلوت ونصر الكحلوت (2006)، الضغوط المدرسية وعلاقتها بأداء معلمي التكنولوجيا بالمرحلة الأساسية العليا، دراسة مقدمة للمؤتمر الأول بجامعة الأقصى بغزة "المناهج الفلسطينية الواقع والتطلعات"
122_ عماد مخيمر (1997)، الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي . المجلة المصرية للدراسات النفسية . المجلد (7) . العدد (17) . القاهرة : الجمعية المصرية للدراسات النفسية . ص ص 103_ 138 .

123ـ عودية ولد يحي حورية ، علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة و الإكتئاب عند المصابين بمرض الربو ، رسالة ماجستير غير منشورة ، قسم علم النفس و علوم التربية ، كلية العلوم الإجتماعية ، جامعة الجزائر .
124ـ عودية ولد يحي حورية (2005)، دور المساندة الإجتماعية كعنصر من عناصر الإتصال في التخفيف من الضغط النفسي لدى المصابين بمرض الربو ، الملتقى الدولي حول سيكولوجية الإتصال والعلاقات الإنسانية ، جامعة ورقلة .
125_ عويد المشعان (1998) ،مصادر الضغوط في العمل _ دراسة مقارنة بين الموظفين الكويتيين في القطاع الحكومي . المجلة المصرية للدراسات النفسية . المجلد (8) . العدد (21) . القاهرة : الجمعية المصرية للدراسات النفسية . ص ص 110_142 .
126 ـ عويد المشعان (1998)، مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة الثانوية بدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية . المؤتمر الدولي (5) . مركز الإرشاد النفسي . القاهرة : جامعة عين شمس . ص ص 75_110 .
127_ فايز الحاج (1996)، الطب السيكوسوماتي : الرياض . دار الاستشارات الطبية والتأهيلية .
128_ فهد الربيعة (1997)، الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة _ دراسة ميدانية . مجلة علم النفس . العدد (43) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 30_49 .
129ـ فواز أيوب المومني ورافع عقيل الزغول (2011)، إستراتيجيات التعامل لدى الناجين و الأسر المتضررة من تفجيرات فنادق عمان ، دراسات العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، المجلد38، العدد 2 ، جامعة اليرموك عمان ، الأردن .
130_ فوزي عزت ونور جلال (1997) ،الضغوط النفسية لمعلمي المرحلة الابتدائية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية . المجلة المصرية للدراسات النفسية . المجلد (7) . العدد (16) . القاهرة : الجمعية المجلة المصرية للدراسات النفسية . ص ص 155_184 .
131ـ فوقية حسن رضوان (2004) ،الإضطرابات المعرفية و المزاجية تشخيص وعلاج ،دار الكتاب الحديث ، القاهرة

132_ فؤاد البهي السيد (1978)، علم النفس الإحصائي و قياس العقل البشري ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
133_ فيصل الزراد (1984)، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية . ط1 . بيروت/لبنان : دار القلم .
134_ فيصل الزراد (2000) ،الأمراض النفسية _الجسدية "أمراض العصر" . ط1. بيروت : دار النفائس .
135ـــ قدور بن عباد هوارية (2011)، إستراتيجيات التعامل مع مواقف الضغط النفسي لدى المرأة العاملة على ضوء متغير الحالة العائلية ، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية ، عدد 2،جامعة وهران .
136ـ قشاشطة عبد الرحمن (2012)، سمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين، مجلة الدراسات و البحوث الإجتماعية ، العدد2، جامعة الوادي ، الجزائر .
137ـ قاجة كلثوم (2011)، مصادر ضغوط العمل على معلمي المرحلة الإبتدائية ، دراسة إستكشافية بمدينة ورقلة ، مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، عدد خاص الملتقى الدولي حول المعانات في العمل .
138_كريمة حسن (1995) ،الضغوط النفسية وبعض سمات الشخصية لدى المدرسات العاملات وعلاقتها بتحصيل تلاميذهن . رسالة دكتوراه (غير منشورة) . القاهرة : جامعة المنوفية . كلية التربية . قسم علم النفس التعليمي .
139ـ كمال ، علي (1989) ، النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها ، ج2 ، ط4، بغداد
140_ لطفي إبراهيم (1994م) عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين . مجلة مركز البحوث التربوية . العدد (5) . السنة (3) . قطر : جامعة قطر . ص ص 95_127 .
- لطفي محمد فطيم (1979)،العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية ، سالة دكتوراه غير منشورة ، كلية البنات ، جامعة عين شمس.
141_ لويس مليكة (1985) علم النفس الإكلينيكي . الجزء (1) . التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

142- لونيس علي (2013) ، علاقة الضغط النفسي والمهني ببعض الإضطرابات السيكوسوماتية ، مجلة جامعة بخت الرضا العلمية ، جمهورية السودان .

143- ماهر يوسف المجدلاوي (2012)، التفاؤل و التشاؤم وعلاقته بالرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية لدى موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركوا مواقع عملهم بسبب الخلافات السياسية في قطاع غزة،مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 20 ، العدد 2 ص ص 207- 236.

144_ مايسة النيال (1991) الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها ببعدي العصابية والإنبساطية (دراسة عامليه مقارنة) . مجلة الدراسات النفسية . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين (رانم) . ص ص 177_197 .

145_ مايسة النيال وهشام عبدالله (1997) أساليب مواجهة أحداث الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة قطر . المؤتمر الدولي (4) . مركز الإرشاد النفسي . القاهرة : جامعة عين شمس . المجلد (1) . ص ص 85_141 .

-مجدي محمد محمد زينة (2000)، علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الأداب ، جامعة عين شمس .

146ـ محمد أحمد النابلسي(1992)، مباديء البسيكوسوماتيك وتصنيفاته ، ط 1، مؤسسة الرسالة ، دار الهدى ، الجزائر .

147- محمد أحمد كريم ، عنتر لطفي محمد ، محمد غازي بيومي ، إبتسام مصطفى عثمان ، مهنة التعليم و أدوار المعلم فيها ، شركة الجمهورية الحديثة ، الإسكندرية .

148_ محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن (1994)، المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية . ط1 . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

149ـ محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن (1998)، العلاج السلوكي الحديث أسسه و تطبيقاته ، دار قباء للطباعة و النشر ، القاهرة .

150_ محمد خليل (1996)، المساندة النفسية / الاجتماعية ، وإرادة الحياة ، ومستوى الألم . مجلة علم النفس . العدد (37) . السنة (10) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 92_119 .

151ـ محمد خالد الطحان ، موسى محمد نجيب(2008)فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مسنوى الإضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين ، البصائر مجلة علمية محكمة (العدد2 المجلد(12) ،جامعة عمان العربية .

152_ محمد عبد الرحمن (1999) ،علم الإضطرابات النفسية والعقلية . الكتاب (1) . الجزء (2) . القاهرة : دار قباء .

153ـ محمد عبد الظاهر (2013)، الضغوط النفسية والعلاج بالتحليل النفسي دراسة الصحة النفسية وعلم النفس الإيجابي،ط1، القاهرة ، دار الكتاب الحديث.

154ـ محمد صلاح الدين أبو العلا (2009)،ضغوط العمل و أثرها على الولاءالتنظيمي دراسة تطبيقية على المدراء العاملين في وزارة الداخلية في قطاع غزة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التجارة قسم إدارة الأعمال ، الجامعة الإسلامية غزة .

155ـ محمد مقداد ، فاضل عباس خليفة (2012)، الضغوط النفسية و إستراتيجيات مواجهتها لدى معلمي نظام الفصل بمملكة البحرين ، مجلة الدراسات النفسية والتربوية ، العدد 9، جامعة ورقلة .

156ـ محمد مصطفى زيدان (1981)، الكفاية الإنتاجية للمدرس ، ط1، دار الشروق ، جدة .

157ـ محمد نور الهدى الجاموس (2013)، الإضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية ، المطبعة العربية ، عمان .

158_ محمود أبو النيل (2001)، قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية (مراجعة 1986م) تعريب وأعداد محمود أبو النيل . القاهرة : المؤسسة الإبراهيمية .

159ـ محمود حمزة الزيودي (2007)، مصادر الضغوط النفسية و الإحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة كرك و علاقتها ببعض المتغيرات، ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد23، العدد 2، ص ص 1ـ31.

160ـ محمود منسي و آخرون ، الصحة النفسية وعلم النفس الإجتماعي ، جزء 2، مركز الإسكندرية للكتاب .

161_ مصطفى ، نورا هزاع محمد (2006) ، أعراض الضغط النفسي و إستراتيجيات التكيف لدى النساء المعنفات و غير المعنفات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، عمان ، الأردن .

162_ مختار حمزة (1979) ،سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى . ط4 . جدة : دار المجمع العلمي .

163ـ محمد الطيب العلوي (1982)، التربية و الإدارة بالمدارس الجزائرية ، الجزء 1، دار البعث ، قسنطينة .

164ـ مصمودي زين الدين (1994)، دور المدرس في العملية التربوية والتعليمية ، مجلة الرواسي ، العدد10، جمعية الإصلا ح التربوي و الإجتماعي ، باتنة .

165ـ مقدم عبد الحفيظ (1993)،الإحصاء و القياس النفسي و التربوي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر .

166_ ممدوحة سلامة (1991) ،المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة . مجلة الدراسات النفسية . المجلد (8) . العدد (1) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين (رانم) . ص ص 475 _ 496 .

167ـ منال الشيخ (2011)، أساليب التعامل مع إضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات دراسة مقارنة لدى الأطفال الذين تعرضوا لحوادث سير من 9إلى 12 سنة في محافظة دمشق ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد27، العدد3.

168ـ موفق محمد الكبيسي (2003): ضغوط العمل وتأثيرها على الأداء الوظيفي– دراسة ميدانية على قطاع البنوك القطرية–، المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية، ص 170، 175

169ـ ميادة إبراهيم محمد إبراهيم (2009) ، المساندة الإجتماعية و أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الزقازيق .

170ـــ ناصرالدين زيدي(2004)،دراسة سيكولوجية وصفية حول أسباب القلق عند المدرس الجزائري و إنعكاساتها على سلوكه ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا ، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، جامعة الجزائر .
171ـ نبيلة أمين علي أبو زيد (2001)، الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض الإضطرابات السيكوسوماتية لدى شرائح من العاملين ، كلية البنات ، جامعة عين شمس ، مصر .
172ـ نسيمة مزوار ، إستراتيجيات المقاومة لدى الأفراد المصابين بالسرطان دراسة مقارنة بين المصابين وغير المصابين بالسرطان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الجزائر .
173ـ نصر الدين زيدي (1998)، الأمراض السيكوسوماتية لدى الأستاذ الجامعي ، عروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية ، الجزء 1، منشورات الجزائر .
174ـ نضال عواد ثابت (2003، ضغوط العمل وعلاقتها بالاتجاه نحو مهنة التدريس لدى المعلمين بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة، ص 11
175_ نبيل حسن (2001)، المؤشرات الفسيولوجية لدى الأطفال وعلاقتها بالضغوط الوالدية والانفعالية . مجلة الإرشاد النفسي . العدد (14) . القاهرة : جامعة عين شمس . ص ص 81 _117 .
176_ نجاة موسى ومديحة عبد الفضيل (1998م) أساليب مواجهة المشكلات في علاقتها بكل من الضغوط والاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي المدارس الثانوية بمدينة المنيا . دراسة تنبؤية . مجلة البحث في التربية وعلم النفس . المجلد (12) .
العدد (1) . القاهرة : جامعة المنيا . ص ص 461_492 .
177_ نعيم الرفاعي (1982) ،الصحة النفسية . ط6 . دمشق : جامعة دمشق .
178ـ نوار شهرزاد(2013)، دور المساندة الإجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي و الألم العضوي لدى مرضى السكري ، مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، العدد 13، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة .
179_ هادي مختار (1997) ،عمل المرأة وأثره على عدم الاستقرار الأسري . مجلة العلوم الاجتماعية . المجلد (25) . العدد (2) . جامعة الكويت : مجلس النشر العلمي . ص ص 203_231 .

- هبة الله محمود السيد أبو النيل ، (2002)، الفروق في أنماط الحياة بين بعض فئات المرضى السيكوسوماتيين ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الأداب ، جامعة عين شمس .

180ـ هيجان ، عبد الرحمن بن احمد بن محمد (1988) ، ضغوط العمل منهج شامل لدراسة مصادرها ونتائجها وكيفية ادراكها ، معهد الإدارة العامة ، الرياض .181_ هارون الرشيدي (1999)، الضغوط النفسية طبيعتها _ نظرياتها _ برنامج لمساعدة الذات في علاجها . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

182_ هانم ياركندي (2000) ،الصحة النفسية في المفهوم الإسلامي . ط1 . الرياض : دار عالم الكتب .

183ـ هانم حامد ياركندي (1993، مستوى ضغط المعلم وعلاقته بالطمأنينة النفسية وبعض المتغيرات الديموغرافية، المجلة المصرية للدراسات النفسية: العدد 2، ص 28-31

184_ هشام عبدالله (2001) العلاقة بين أساليب مواجهة ضغوط أحداث الحياة و الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين . المؤتمر الدولي (8) . مركز الإرشاد النفسي . جامعة عين شمس .

185_ وفاء الماضي (1994)، بعض الخصائص النفسية المحددة للأفراد الأكثر عرضة لاستجابة الضغط النفسي . رسالة ماجستير (غير منشورة) . الرياض : جامعة الملك سعود . كلية التربية . قسم علم النفس .

186 ـ وفاء عبد الجواد (1994)، فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين، (رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية الحكومية في غزة)، ص 11

187ـ وهف بن علي القحطاني (2000)، العوامل المدرسية المؤدية إلى قصور أداء المعلمين في المدارس الابتدائية بمدينة الرياض، ملخص رسالة ماجستير، رسالة الخليج العربي، تصدر عن مكتب التربية العربي لدول الخليج، العدد 77، السنة 21.

188ـ يحي عبد الحميد إبراهيم (2001)، إستراتيجيات النجاح و أسرار التميز ، دار التوزيع و النشر الإسلامية ، القاهرة .

189ـ يسرى عبد المحسن (1993)، أمراض النفس جسدية تنتشر ، مجلة النفس المطمئنة .(34).

190_ يوسف محمد (1994)، الاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من الجنسين في دولة الإمارات العربية المتحدة . المجلة العربية للعلوم الإنسانية . العدد (48) . جامعة الكويت . ص ص 170_ 209 .

191ـ يوسف محمد (1999) ،الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجاتهم الإرشادية . مجلة مركز البحوث التربوية . العدد (15) . جامعة قطر . ص ص195_227 .

المراجع الأجنبية

192_Alexander,F(2002), La médcine Psychosomatique,ses Principes et ses application payot ,Paris

193 _ American psychiatric Assosiation Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM3)(1994),Wachington,E,C.

194_ Andjelkovic L et al ,les défaillances de moi psychosomatique Etudes psychothérapiques;N68.france,pivate.

195_ Anastasia (1976) , Psychological testing , New York ,Macmillan publishing.

196_ Bakal,D.A(1979),psychology and Medcine,Tavistock pub.london.

197_ Brodman,keeve et al(2006).the cornell medical index-health questionnaire3.the evaluation of emotional disturbances,journal of clinical psychology,8(2) 119-124.

198_ Cottraux,(1997), Psychosomatique et medicine Comportemental,Masson,Paris.

199_ Cox, I et Brockley ,T(1984),the Experience and Effects of Stress in teachers .Educational Resarche journal,10.

200_ De Gucht(2002).Somatization,acritique of conceptual and methodological issues,psychoso;qtiaue,43,9_1
201_ Engel,G,L&Scmal,A,H-(1976).Psychoanalitique theory of somatique disorder .conversion specificty and the disease onset situation journal of the american psychoanalytique Association 15(2).344-36
202_ Ehlert,U,Straub,F(1998),physiological and emotional response to psychological stressors in psychiatric and psychosomatic disorders,nals of the new York academy of sciences,vol 851.
203_ Jaques Thomas,(1989),les maladies psychosomatique.
204_Gallatin,j,(1982).Abnormalpsychology,concepts,issues,trends, Mcmillan,New york.
205_ Grassi .L et al (1998). Coping styles and psychologycal-related variablesbin HIV-infected ptient.psychosomatics,39(4).350-9.
206_ Lachman,Sheldon(1972),psychosomatique disorders,Abehavioristic interpretation,Approaches to behavior pathology series ,wiley& Sons,New York
207_ Marty,L(1976),les mouvements induvidiuels de vie et de mort ,Essai d'économie psychosomatique,payot ,paris.
208_ Marty(1990),l'order psychosomatique,les mouvements individuel de vie et de mort. Essai d'èconomie psychosomatique,payot ,paris.
209_ Marty (1990), la psychosomatique de l'adult, puf,coll"Ques sais?".paris.

210_ Poline J .B et al (2005), quelle confiance accorder aux images du cerveau en action? In pour la science.december 138-142.

211_ Stora j,B (2005),le neuro psychanalyse,paris, p,u,f, quais sais – je?

212_ Stora j,B (2006),le stress,paris,puf, quais sais – je?N1.25-38.

213_ Stora j,B (1999),quand le corps prend la rèleve,paris ,odile jacob,

214_ Stora j,B (2011),Neuropsychanalyse,contreverse et dialogues,paris ,fèdition.

215_ M,Bruchon schuweitzer et Dantzer,introdution a' la psychologie de la santè ,PUF Chapb5,126-153.Paris

216_ Paulhan,I(1994),les strategies d'ajustement,ou coping in pruchon;

217_ Bem A. (1990) personality . Social and biological perspectives on personal adjustment brooks Cole publishing U.S.A .

218_ Brelm S. & Kassin S. (1990) social psychology Houghton Mifflin company . Boston .

219_ Buunk B. & Hoorens V. (1992) social support and stress : the roal of social comparison and social exchange processes . British journal of clinical psychology . Vol (31) pp 445 _457 . 74_

220_ Buunk et al (1990) upward and downward comparisons : either direction has its ups and down . Journal of personality and social psychology . Vol (59) pp 1238_1249 .

221_ Caplan G. (1981) mastery of stress : psychosocial aspects . American journal of psychiatry (138) pp 413 _420 .

1. 222_ Lazarus R. S. & Coyne. J. C., (1981): Cognitive style stress perception and coping (IN), (IL) Kutach L. B. Schlesinger and associates (eds) hand book on stress and anxiety, Jessy bass publishers, pp. 144-157

223_ Charles H. & Rudolph M. (1981) social support and psychology distress : a longitudinal analysis journal of abnormal psychology . Vol (90) pp 365_370 .

224_ Charles H. & Rudolph M. (1991) life stressors , personal and social resources . And depression : a 4years structural model . Journal of abnormal psychology . Vol (100) . No (1) pp 31_38 .

225_ Cohen et al (1999) the role of psychological characteristics in the relation between socioeconomic status and perceived health . Journal of applied social psychology . Vol (29) . No (3) pp 445_46 .

226_ Cohen et al (1990) the role of coping in support provision : the self presentational dilemma of victims of life crises . In : i.g. Sarason et al (Eds) social support : an interact ional view . New York . Wiley pp 397_ 426 .

227_ Davison et al (1978) abnormal psychology . John wily publisher . New York .

81_ Dianne D. (2000) psychological stress and social support networks : an analysis of mother and father of childhood cancer survivors . Dissertation abstracts international : section b : the science & engineering . Vol (60) . No (7-b) pp 200_21 .

228_ Delong et al (1988) the impact of daily stress on health and mood psychological and social resources as mediators . Journal of personality and social psychology . Vol (54) pp 486 _ 495 .
229_ Fahed A. (1987) sources of counselor in Saudi Arabian mental health settings . A doctoral dissertation . Ohio university . 84_
230_ Freeman et al (2000) dental student in northern Ireland in 1992 and 1995 : changing trends in psychological stress . Stress medicine Vol (16) . No (4) pp 233_238 .
231_ Furnham A. & Sheikh S. (1993) gender generational and social supper correlates of mental health in Asian immigrants . International journal of social psychiatry . Vol (39) . No (1) pp 22_33 .
232_ Grassi L. & Rosti G. (1996) psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivor : six year - follow -up study . Psychosomatics .Vol (37) . No (6) pp 523_532 .
.
233_ James C. & Geraldine D. (1991) social factors and psychopathology : stress . Social . Support . And coping processes . Annual review psychology . Vol (42) pp 401_425 .
234_ Karen R. (1987) social support versus companionship : effect on life stress . Loneliness . And evaluations by others vol (52) . No (6) pp 1132_1147 .
235_ Lepore S. (1994) social support encyclopedia of human behavior . Vol (4) pp 247_251
236_ Lepore S. (1995) cynicism social support . And cardiovascular reactivity . Health psychology . Vol (14) . No (3) pp 210_216 .
237_ Leavy L. (1983) social support

and psychological disorder . A review journal of community psychology . Vol (11) pp 3 _ 21 101_ lee et al (1992) effect of psychological well-being physical status and social support on oxygen - dependent coped patient level of functioning . Research in nursing and health . Vol (14) . No (5) pp 323_328 .
238_ Pavalok E. & Smith B. (1999) the rhythm of work : health effects of women's work dynamics . Social process . Vol (77) . No (3) pp 0037_7732 .
239_ Rutter M. (1990) psychological resilience and protective mechanisms in j rolf . A Masten . D Cicchetti . K Nuechte Lein & S Weintraub . Risk and protective factors in the development of psychopathology . Cambridge university press pp 181 _ 214 .
240_ Nemiah,C,j(1978),Alexithymia and psychosomatic illness ,journal of Continuing Education,39,25-73.
241_ Roshdy,E,H et all,Somatization Disorder Among Medical Outpatients in zagazig university Hospital.Available on line.
242_ Stoudemire,A (1991).Somatothymi,psychosomatics,32,365-381.
243_ Valabrega,J,P(1954).les thèories psychosomatiques,puf,Paris
244_ Wool,C,A&Barsky,A,J(1994), Do women Somatize more than men? Gender differences insomatization,psychosomatics,35(5)
245_ Sarason et al (1983) assessing social support . The social support questionnaire . Journal of personality and social psychology . Vol (44) . No (1) pp 127_139 . 105_ Sarason I. &
245_ Sarason B. (1986) experimentally provided social support .

Journal of personality and social psychology . Vol (50) pp 1222 _1225 .
246_ Seers et al (1983) the interaction of job stress and social support . Academy of management . Journal . Vol (26) pp 273_ 284 .
_247_ Stoney C. & Finney M. (2000) social support and stress : influences on lipid reactivity .international journal of behavioral medicine . Vol (7) . No (2) pp 111_126 .
248_ Stroebe et al (1996) hearts or broken bonds . Love and death in historical perspective . American psychologist . Vol (47) . No . (10) pp 1205_1212 .
249_ Turner R. & Marino F. (1994) social support and social structure . And descriptive epidemiologist . Journal of health and social behavior . Vol (35) pp193_ 212 .
250_ Zhang et al (1999) the study of psychological stress _114 .2 and mediator factors among high school student (Chinese) . Psychological science (Chinese) . Vol (22) . No (6) pp 508_511 .
251_ Blase,
Joseph., (1986): Aqualitative analysis of sources of teacher stress: Consequences for performance. American Educational Research Journal. Vo.23, No. 1, PP. 13-40

252_ Nemiathe,C.J(1978).Alexithymia and psychosomatic illness,journal of continuing Education ,39,25-37.
253_, J. C. and Lazrus, R. (1980) . Cobnitive Style, Stress Perception and Coping, in I. L. Kata stand. Hand Book of Stress and

Anxiety-Contemporary Knowledge, theory and Treatment San Francisco.

254_ David and Myers, S. (1986) . Abnormal Psychology first Edition. U. S. A.

255_ Devins , (1982) G. Binik , Y. Gorman , P. Dettle, M. Mcclaskey., B. Oscar, G. & Briggs, I. Perceived self-Efficacy outcome Expectancies, and negative mood states in End stage Renal disease, Journal of Abnormal psychology Vol., (91), No. (4)

256_ Lazarus , (1976). Patterns of Adjusbment , Tokyo .

257_ Lazarus , Delongis S. Folkmen and K. cruen (1985). stress and Adaptational outcomes : The problem confounded measures American Psychologist. Vol. (40).

258_ Lazarus, R. and Folkman S. (1981) Strees Appraisal and Coping New York; Springer.

259_ Lazarus, R. S. & Foolkman S. (1981) . Stress Appraisal and coping, New York . Springer.

260_ Lent R. W. & et al., (1984). Relation of self-efficacy expectation to Academic achievement and persistence. Journal of Counseling Psychology, Vol. (31) , No. (3) .

261_ Luzzo D. A(1996). A Psychometric Evaluation of the

3.

262_ Marinon B. (1997). Psychological Distress and its Correlates, in Secondry School Students in Paria, Italy. Epidmio , Vol. (13) .

263_ Maris B. (2001) . Self-Efficacy and OSCE performance Among second year medical students, Journal of Advances in Healk science Education vol. b, Netherlands, Kluwer Academic publishers.

264_ Micheel. S. O. (1991) , Loss of safety is stressful, vo,. ,N.111.

265_ Moss, Gorden, E. (1973). IIlness, Immunity, and Interaction New York John Wiley and Sons.

266_ Moss, L. and Schaefer, J. A. (1986) Life Tranition and Crisis a Connceptual Over View., New York In Rudolf. H. Moss (ed) Coping with Life Crisis.

267_ Munn, N. L. (1981) . Psychology, the Fundamentals

268_ Seley , H. (1976) The stress of life McGraw-Hill..

269_ Seley, H. (1983) The stress of concept, post present and future. In Cary L. Cooper(ed) Stress research issues for eighties. John Wiley & Sons U. S. A.

270_ Selye, (1973). The Evaluation of the Stress Concept Journal of American Scientist.

271_ Selye, H. (1958). The Stress of life, London Loweard Brydon Ltd.

272_ Sharp, S. & Thompson (1992). " Sources of stress contrast public perspectives and pastoral teachers perspective , School Psychology International , 13.

273_ Shaw, (1982). Stress and depression, a cognitive perspective in Richerd W. J. New Field psychological stress and psychop a theory New York, me Grow- Hill.

274_ Simon (2001). Disturbance in the self- Imageat adolescence, American sociological Review, Vol(38).

275_ Sover C. J. (1972) . Understanding Clients Perception of Stress. Journal of Counseling and Development Vol. 17. N. 2.

276_ SteersM. and Potter, L. (1983). Motivation and Work Behavior. 2nd, New York , McGraw-Hill, Inc.

277_ Sutterley , D. C. and Donnlly, C. F.(1982). Coping with stress Aunrsing perspective, Aspen system corporation .

278_ Sutterly, O. C. and Gloria, (1981). Coping with Stress, New York, Aspain Publication .

279_ Suuttcrley(1981).Coping with stress an aspen publication London.

280_ Stanley G. J. & Hopkins , K. P. (1972) Educational and psychological measurement and evaluation , New York.

281_ Timothy, A. J. & Bono, J. E. (2001) Relationship of core self evaluations, self-esteem , generalized self-efficacy, Locus of control and commotional stability with Job satisfaction and Job performance. Ameta-Analysis, Journal of Applied psychology Vol. (86), No. (1).

282_ Tulman D. and Jacyuelin D. (1990). A France Work for Studying Functional Statue After Diagnosis or Breast Cancer. Joiurnal of Cancer Nursing , Vol. (13), No. (2).

283_ Weinman J. (1987). An out line of psychology as applied to Meadicince British Library Cataloging in publication.

284_ Weiten, W. (1998). Psychology themes and variations. An international, Thomson publishing company whaxe.

285_ Weinberg & Gould, D. (1981) . The effect of preexisting and self-efficacy on a Competitive Muscular EnduranceTask. Journal of port psychology, Vol. (3) No. (4).

286_ Weston, D. (1996). Psychology Mind, Brain and Culture, New York, John Wiley and Sons Inc U. S. A.

289_ Wilson , H. S. and Keneisl C. (1996). Psychiatric Nutring (5th ed) Cummings publishing company Inc., Von Hoff.

290_ Worchel S. Wayne S. (1986). Psychology Principles and Application, (2nd edition) Prentice-Hall In

291- Beer, Tand Newman H., (1978): Job Stress. Personnel Psychology. Winter pp. 665-669.

292- Blix, A .G. et al., (1994): Occupational stress among university teachers. ERIC Database. No. EJ 487448.

293- Borg, M. G. & Riding, R . J., (1993): Toward a model for the determinants of occupational stress among school teachers . ERIC . Database . NO . EJ 450725

294- Borg, M. G. et al., (1991): Stress in teaching: a study of occupational stress and its determinants job satisfaction and career. ERIC Database. NO . EJ 440197.

295- Claro S, Bedregal P., (2003): Mental health status of teachers in .4 schools of Puente Alto, Santiago, Chile., 131(2):159-67, PMID: 12708254 [PubMed - indexed for MEDLINE]

296- Dinham, Steve., (1992): Human perspectives on teacher Resignation: Darwen, New sauth wales: Asshalia.

297- Fontana, C. and Abouserie, R., (1993): Stress levels, gender and personality factors in teachers. British Journal of Educational Psychology, 63, 261-270

298- Maslach, D. and, C. and Jackson, S.E., (1981): The measurement of experiences burnout. Journal of Ocupational Behaviour, Vol.2, pp. 99-113

299- Mc Graph J. E., (1970): Social and psychological factors in stress N.Y.Holt, Rinehart and Winston, p.211

300_ Nemiathe,C.J(1978).Alexithymia and psychosomatic illness,journal of continuing Education ,39,25-37.