



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

كلية الصحة العامة
School of Public Health
القدس _ فلسطين

مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى
المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة

على حسن مصطفى البحري

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1431هـ _ 2010

مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى

المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة

رسالة ماجستير مقدمه من الطالب

على حسن مصطفى البحري

إشراف

الدكتور محمد محمد عليان

أستاذ علم النفس المشارك

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير

في الصحة النفسية المجتمعية

كلية الصحة العامة - غزة

جامعة القدس

1431هـ _ 2010

كلية الصحة العامة - غزة
الصحة النفسية المجتمعية
عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة

اسم الطالب: على حسن مصطفى البحري
الرقم الجامعي: 20714474

المشرف: الدكتور: محمد محمد عليان

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2010/6/12م
من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتواقيعهم:

- | | | |
|--------------------------|--------------------|----------------|
| 1. د. محمد محمد عليان | رئيس لجنة المناقشة | التوقيع: |
| 2. د. محمد جواد الخطيب | ممتحناً داخلياً | التوقيع: |
| 3. أ.د. محمد وفائي الحلو | ممتحناً خارجياً | التوقيع: |

جامعة القدس _ القدس

2010

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ }
صدق الله العظيم
(سورة البقرة الآية 32)

إهداء

إلى من عرفت معهما معنى الحياة والمحبة ... رحمهما الله. والداي الأعزاء

إلى زوجتي الفاضلتين وأبنائي الأعزاء وأخواني وأخواتي. عائلتي

وإلى كل من ساهم في إخراج هذه الدراسة إلى حيز النور بفضل الله سبحانه وتعالى.

... أهدى هذا العمل المتواضع ...

البيان

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، و أنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد .

التوقيع

على حسن مصطفى البحري

أبريل / 2010م

بسم الله الرحمن الرحيم شكر وعرّفان

الحمد لله وحده والصلاة والسلام على من لا نبي ولا رسول بعده، وبعد،
إنه وفي هذه اللحظات السعيدة لا يسعني في هذا المقام المبارك. بأذن الله إلا وأن أتقدم بوافر العرفان
والتقدير والشكر وخالص الامتنان لصاحب الفضل الأول بعد الله جلّ في علاه إلى أستاذي ومشرفي الفاضل
الأستاذ الدكتور/ محمد محمد عليان، وفاءً لما قام به من تعليمي وتشجيعي وتعزيز أفكاري، ولجهده خلال
الإشراف العلمي على هذه الرسالة، حيث له الأثر الأكبر والبصمة المضيئة في المساعدة، إلى أن أخرجت بحثاً
متكاملاً، فله مني صدق الدعاء بوافر الصحة والعافية والعطاء المستمر، سائلاً رب العرش العظيم أن يكون ذلك
في ميزان حسناته والله المستعان.

والشكر موصول لكل من الدكتور محمد وفائي الحلو والدكتور محمد جواد الخطيب لتفضلهما بقبول
مناقشة هذا البحث جزاهما الله خيراً عني لما سيقدمونه من ملاحظات وأراء التي ستزيد البحث متانه وقوة.
كما وأني أتقدم بكل العرفان والتقدير إلى كل من ساهم معي في إتمام هذه الرسالة، وأخص بالذكر
مصدر العطاء المستمر أخي الدكتور/ أحمد أبو طواحينة، مدير عام برنامج غزة للصحة النفسية، لجهده
المعطاء بتزويدي بالمعلومات والدراسات القيمة، فتعجز الكلمات عن تثنين عطائه فجزاه الله خير الجزاء.
كما أتقدم بشكري وتقديري إلى الأستاذ الدكتور/ عبد العزيز ثابت، لمساندته لي طوال فترة الدراسة،
والذي كان لآرائه السديدة أنجع الأثر والإرتقاء.

كما لايفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى أسرة برنامج غزة للصحة النفسية ممثله بالرئيس
دكتور أياد السراج وأعضاء مجلس الإدارة و العاملين لمساعدتهم ودعمهم لي.
وأتقدم بوافر شكري إلى الدكتور/ عزات عسليّة الذي قام بمراجعة وتدقيق البحث في جميع جوانب اللغوية
والإملائية.

وأتقدم بوافر شكري إلى الأستاذ/ عماد الكحلوت الذي ساعد الباحث في تنفيذ المعالجات الإحصائية.
كما وأني أتقدم بجزيل الشكر إلى زميلي الأستاذ خالد عروق المدير بوزارة الصحة لمشاركته الفعالة في
تطبيق أدوات الدراسة وتيسيرها فجزاه الله كل خير.

كما أتقدم بالدعاء إلى المغفور لهم بأذن الله والدي ووالدتي، سائلاً المولى عز وجلّ أن يتغمدهم بواسع
رحمته ويدخلهم فسيح جناته، كما ولا يفوتني أن أشكر زوجتي الفاضلتين اللتين هيان لي سبيل الراحة و
التشجيع.

الباحث

على حسن البحري

ملخص الدراسة باللغة العربية

مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية

تناولت الدراسة الحالية قضية ذات أهمية بالغة في مجال الصحة النفسية، حيث إنها شغلت ولا تزال تشغل الباحثين منذ عدة عقود مضت، ونظراً لأهمية هذه القضية في المجتمع الفلسطيني، قام الباحث بالتطرق لدراسة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات قطاع غزة، وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة؛ حيث اشتملت الدراسة على عينة حجمها (480) مفحوصاً، شكل الذكور في العينة نسبة 50.9% ، في حين شكلن الإناث نسبة 49.1% من العينة، وتراوح أعمارهم بين 18 إلى 50 سنة، حيث إن العينة غطت جميع محافظات قطاع غزة.

وأسفرت نتائج الدراسة بأن الوزن النسبي لانتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بلغت 28.6 لدى افراد العينة؛ حيث لوحظ أن الذكور لديهم اضطرابات سيكوسوماتية أكثر من الإناث، وكذلك لوحظ أن الأفراد الأكبر سناً أيضاً لديهم اضطرابات سيكوسوماتية أكثر من الأفراد الأصغر منهم سناً. أما بالنسبة للوضع الاجتماعي ، فقد تبين أن النساء الأرامل لديهن اضطرابات سيكوسوماتية أكثر من المتزوجات وغير المتزوجات، كما تبين أن المراجعين الذين يسكنون في المدن لديهم اضطرابات سيكوسوماتية أكثر من المراجعين الذين يسكنون في القرى والمخيمات . وبناءً على نتائج هذه الدراسة فإن الباحث ينصح بما يلي:

- الاهتمام بالخدمات النفسية للمراجعين لمراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة.
- إصدار نشرات توعية للمراجعين لمراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة بهدف التخفيف من الاضطرابات السيكوسوماتية.
- العمل على تدريب العاملين في مراكز الرعاية الأولية على أساليب الاستقبال للمراجعين و التعامل معهم و تقديم يد العون لهم و تقبلهم وجدانياً.
- العمل على زيادة الثقة بالنفس، و القدرة على التحكم الذاتي لدى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية؛ بهدف مواجهة الضغوط النفسية و التكيف مع الوضع الاجتماعي و الاقتصادي من خلال برامج التوعية الدورية في العيادات المختلفة.

Abstract

The Frequency of Psycho-somatic Disorders Among Patients Visiting Primary Health Care Centers

The study addresses an important mental health related issue; this issue has been the core of interest among researchers some decades ago. The current study is trying to investigate the frequency of psycho-somatic symptoms among a sample of clients visiting primary health care centers.

The study sample has consisted of (480) patients aged 18–50 years old distributed geographically over the Gaza Strip. The males represented (50.9%) of the total sample, while females represented (49.1%).

The study findings indicated the following:

1. The study subjects were suffering from various types of psycho-somatic disorders with an average of (28.6%).
2. There has been a significant difference between males and females for the sake of males.
3. There has been a significant difference between the different age groups for the sake of the elderly.
4. The spread of psycho-somatic disorders among widows is more significantly obvious than single and married women.
5. City residents are suffering more than their peers living in other residency areas.

Based on the study findings, the researcher recommends the following:

- Paying much attention to the mental services provided for clients visiting primary health care centers in the Gaza Strip.
- Issue awareness-raising publications targeting clients visiting primary health care centers, in an effort to alleviate the impact of the psycho-somatic disorders.
- Train the workers in primary health care centers on 'How to Receive Clients and Support them'.
- Increase the self-confidence and self control of visiting primary health care centers, so as to combat the stress and helping them to cope with the socioeconomic situation, through the periodic awareness-raising programs in the several health care centers.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	م
I	الآية القرآنية	.1
II	الإهداء	.2
III	البيان	.3
IV	شكر وعرفان	.4
V	ملخص الدراسة باللغة العربية	.5
VI	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	.6
VII	فهرس المحتويات	.7
X	فهرس الجداول	.8
XIII	فهرس الملاحق	.9
الفصل الأول . خلفية الدراسة		
2	المقدمة	.10
5	مشكلة الدراسة	.11
7	مبررات الدراسة	.12
8	أهداف الدراسة	.13
8	حدود الدراسة	.14
9	مصطلحات الدراسة	.15
الفصل الثاني . الإطار النظري		
11	مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية	.16
16	التصورات النظرية للاضطرابات السيكوسوماتية	.17
16	النظريات الفسيولوجية	.18
19	النظريات السيكلوجية	.19
25	أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية	.20
27	خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية	.21
28	الاضطرابات السيكوسوماتية والضغط النفسي	.22
30	العلاقة بين الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية	.23
31	الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب	.24

م	الموضوع	الصفحة
.25	شروط الاضطرابات السيكوسوماتية	32
.26	تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية	33
.27	تعقيب على الإطار النظري	35
الفصل الثالث . الدراسات والبحوث السابقة		
.28	أولاً/ الدراسات العربية	37
.29	ثانياً/ الدراسات الأجنبية	52
.30	تعقيب على الدراسات السابقة	66
.31	فروض الدراسة	67
الفصل الرابع . الطريقة والإجراءات		
.32	منهج الدراسة	69
.33	مجتمع الدراسة	69
.34	عينة الدراسة	69
.35	أداة الدراسة	70
.36	صدق وثبات الأداة	71
.37	المعالجات الإحصائية	80
الفصل الخامس . نتائج الدراسة ومناقشتها		
.38	خصائص العينة	83
.39	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول	85
.40	النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني	87
.41	النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث	89
.42	النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع	94
.43	النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس	99
.44	النتائج المتعلقة بالسؤال السادس	103
.45	النتائج المتعلقة بالسؤال السابع	107
.46	النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن	112
.47	النتائج المتعلقة بالسؤال التاسع	115

الصفحة	الموضوع	م
120	النتائج المتعلقة بالسؤال العاشر	.48
124	النتائج المتعلقة بالسؤال الحادي عشر	.49
الفصل السادس . الاستنتاجات والتوصيات		
129	أهم النتائج	.50
131	الاستنتاجات	.51
135	التوصيات	.52
136	المقترحات	.53
المراجع		
138	المراجع العربية	.54
143	المراجع الأجنبية	.55

فهرس الجداول

رقم الجدول	الموضوع	الصفحة
(1)	توزيع العينة تبعاً للجنس ومكان الإقامة والمحافظة.	70
(2)	ارتباطات درجات فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.	72
(3)	ارتباطات درجات كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس.	79
(4)	الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة.	83
(5)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للاضطرابات السيكوسوماتية (ن=432).	86
(6)	الفروق في استخدام الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للجنس (الذكور - الإناث)	87
(7)	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير العمر الزمني.	89
(8)	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير العمر الزمني.	91
(9)	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للعمر.	92
(10)	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الحالة الاجتماعية.	94
(11)	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الحالة الاجتماعية.	96
(12)	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للحالة الاجتماعية.	97
(13)	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير مكان الإقامة.	99
(14)	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير لمكان الإقامة.	101

101	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمكان الإقامة.	(15)
103	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير المحافظة.	(16)
105	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير المحافظة.	(17)
106	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للمحافظة	(18)
108	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير حجم الأسرة.	(19)
110	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير لحجم الأسرة.	(20)
110	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لحجم الأسرة.	(21)
112	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الحالة الاجتماعية.	(22)
114	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الترتيب الميلادي.	(23)
115	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للترتيب الميلادي.	(24)
116	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير مستوى التعليم.	(25)
117	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير مستوى التعليم.	(26)
118	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمستوى التعليم.	(27)

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
120	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير المهنة.	(28)
122	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير المهنة.	(29)
122	نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير المهنة.	(30)
124	تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الدخل الشهري.	(31)
126	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الدخل الشهري.	(32)
126	اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الدخل الشهري.	(33)

فهرس الملاحق

الصفحة	الموضوع	رقم الملحق
148	موافقة لجنة هلسنكي.	(1)
149	رسالة من الجامعة إلى مدير عام تنمية القوى البشرية.	(2)
150	رسالة الموافقة على تطبيق الاستبانة من مدير عام تنمية القوى البشرية.	(3)
151	رسالة من الإدارة العامة بإحصائية المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.	(4)
152	الصورة الأولية لمقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.	(5)
159	الصورة النهائية لمقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.	(6)

الفصل الأول

خلفية الدراسة

- * مقدمة
- * مشكلة الدراسة
- * مبررات الدراسة
- * أهداف الدراسة
- * حدود الدراسة
- * مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

خلفية الدراسة

مقدمة

إن مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية بلغت حجماً ضخماً؛ حيث ارتبط انتشاره بالحضارة الحديثة وما أدت إليه من اضطرابات في العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، كما أدى التقدم التكنولوجي والصناعي إلى تغييرات شديدة الوضوح في ثقافات المجتمعات وعاداتهم وتقاليدهم، والذي أدى بدوره إلى زيادة القلق والصراع النفسي، فضلاً عن الظروف الاقتصادية كالفقر والبطالة والتهديد بالجوع إلى غير ذلك من ظروف تستفز الفرد وتثير في نفسه العداوة والبغضاء والقلق والخوف، في الوقت الذي لا يسمح له بالتعبير عن هذه الانفعالات تعبيراً صريحاً، ومن ثم تكون هذه الأحداث التي يمر بها الفرد يوماً بعد يوم سبباً في نمو وتزايد الاضطرابات السيكولوجية لديه.

إن مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية حظيت باهتمام الكثير من علماء النفس والأطباء والفلاسفة وغيرهم أمثال ستافورد كلارك، هيبوقراط، أرسطو، ابن عيسى المجوسي، ابن سينا، أبقراط، والرازي.

كما أوضحت دراسة زينب شقير (2005) أن الحالة الصحية للفرد تلعب دوراً حيوياً في الصحة النفسية؛ نظراً لأن العلاقة بين الجسم والنفس علاقة تبادلية وتفاعلية، وما ظهر في الدراسة من تأثير الإصابة بالسرطان والفشل الكلوي في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية، وما شاركته بعض الاضطرابات الجسمية من ظهور بعض أزمات لدى الفرد، تمثلت في انهيار طموحه وآماله، وكذلك تشارك العوامل والضغوط النفسية في ظهور العديد من الاضطرابات الجسمية. (شقير، زينب 2005، 196.195).

ويشير كل من جمال تفاعلة (1996) ومحمود أبو النيل (1997) أن المتتبع لتاريخ علاقة الجسم، يجد أن فريقاً يذهب إلى أن الجسم يؤثر في النفس، وأن آخرين يذهبون إلى أن النفس تؤثر في الجسم، وأوضح أن هناك من يؤمن بنظرية الموازنة بين النفس والجسم. فالنواحي الانفعالية مصاحبة للنواحي الجسمية، وأن الزيادة في إحدهما يتبعه زيادة في الآخر، ويضيف أن البعض يؤمن بالنظرية

الدائرية التي تقترح التفاعلية بين الجسم والنفس؛ أي أن الجسم يؤثر في النفس والنفس تؤثر في الجسم ... وهكذا وعليه يشير تفاحة (1996) أن الضغوط والأحداث الجارية لها تأثير على ظهور تلك الاضطرابات السيكوسوماتية، و أن هناك علاقة وثيقة بين النفس والجسد، وكل منهما يؤثر في الآخر، ويسبب في اعتلاله، والأفكار ذات الوطاء الثقيل تسبب الأمراض الجسمية، وعندما تضيق النفس بالأمور يشاركها الجسد ضيقها، والإضطرابات السيكوسوماتية هي نتائج تأثير النفس على الجسد، فهي وليدة الصلة الوثيقة بين النفس والجسد (جمال تفاحة، 1996: 17)

وتتعدد العوامل التي تساهم في نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية، كل منها يتفاعل مع العوامل الأخرى في ظهور الأعراض الخاصة بهذا النوع من الاضطرابات، ومن هذه العوامل الضغوط الحادة في الحياة، و صعوبات التفاعل مع الآخرين، والتغيرات الشديدة في ثقافات المجتمعات وعاداتها وتقاليدها، هذا الوقت الذي لا يسمح فيه للفرد بالتعبير عن مشاعره وانفعالاته تعبيراً صريحاً، مما يؤدي في النهاية إلى زيادة القلق والصراع لدى الإنسان.

ويرى براون (1986) أن الشعور بالقلق المستمر، والضغوط التي يتعرض لها الإنسان في الحياة وحالات الإحباط والفشل تؤدي تلقائياً إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. ويرتبط التحديث وما يحدث في المجتمعات من تغير بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، إذ إن التحديث تبرز منه ضغوط لا يستطيع بعض الأفراد التكيف والتوافق معها فتتعاكس على أبدانهم في صورة مرض نفسجسمي، مثل مرض ضغط الدم و مرض السكري.

كما يرى أعضاء هيئة التدريس قسم الصحة النفسية في جامعة الأزهر أن أعباء الحياة اليومية التي نعيشها في عصر يوصف بأنه عصر القلق وما يتضمنه من توتر و خوف وكبت و ضغط ، فضلاً عن الظروف الاقتصادية السيئة كالفقر والبطالة كل هذا يؤدي إلى نشأة هذه الاضطرابات وظهورها . (جامعة الأزهر، 2005، 205)

كما تعتبر الاحباطات والضغوط النفسية، والمواقف التي تهدد الذات اجتماعياً أو اقتصادياً أو نفسياً كالخوف من الفصل من العمل أو العزل من وظيفة أو الرسوب في الامتحان أو الفشل في الزواج، من أهم العوامل النفسية التي تؤدي إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية (عطوف ياسين، 1986: 192)

هذا بالإضافة إلى ما شهده المجتمع في الفترة الأخيرة من بعض صور الضغط النفسي، الذي قد يؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، ومما لاشك فيه أن هذه الاضطرابات تشكل خطورة في توافق الفرد سواء الشخصي أو الاجتماعي أو الدراسي أو المهني أو الصحي، ويتضح مما سبق أن العوامل النفسية الاجتماعية لها أثرها الفعال في صحة الجسم واضطرابه، ولذلك ينبغي عمل الإجراءات اللازمة؛ حتى يتجنب الفرد هذه الاضطرابات (رشاد موسى ومحمد محمود، 2000: 51).

إذن الاضطرابات النفسية على حسب نوعها و شدتها و طبيعة البناء النفسي للشخص، تؤثر في الجسم، وقد يأخذ هذا التأثير طابعاً جسيماً أو عضوياً واضحاً، ويستطيع الطبيب العضوي أن يشخصه ويعالجه، وهذا ما يسمى باضطرابات النفس جسدية، والجانب الآخر للتأثير قد يؤثر سلباً في الجسم ولكن بصورة تبدو أنها عضوية، ولكن التشخيص العضوي ينفي وجود تلك العلة التي يشكو منها الشخص، وهذا ما يسمى حديثاً بالاضطرابات الجسدية الشكل.

ومن مزايا الاضطرابات السيكوسوماتية، وجود اضطراب انتقالي كعامل مسبب، وترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية، تختلف الإصابة بهذه الاضطرابات بين الجنسين إختلافاً ملحوظاً، غالباً ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو ما شابها (زينب شقير، 2002، 29).

وبمراجعة التراث السيكولوجي تبين لنا أن بعض الدراسات، مثل دراسة نجية إسحاق عبد الله ورأفت السيد عبد الفتاح (1995) أظهرت وجود فروق في الاضطرابات السيكوسوماتية بين الذكور والإناث لصالح الذكور، كذلك أظهرت نتائج بعض الدراسات وجود فروق لصالح الإناث، مثل دراسة يوسف محمد (1994) و دراسة عبد الرحمن العسوى (2000) ودراسة Hovanitz (1986).

ومن خلال ما سبق عرضه من نتائج بعض الدراسات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية، يتضح أن هناك تعارضاً بين بعض نتائج هذه الدراسات، بناءً على ذلك تكون الحاجة

ماسة لإجراء المزيد من الدراسات حول هذا الموضوع، و تعد الدراسة الحالية إحدى المحاولات التي تهدف إلى التحقق من بعض النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، وتوسيعها من خلال زيادة بعض المتغيرات الوسيطة التي قد تكون لها علاقة بالاضطرابات السيكوسوماتية قبل متغيرات الإقامة، الحالة الاجتماعية، العمر، المحافظة، المستوى التعليمي، نوع العمل، الدخل الشهري.

وبالرغم من أن التراث السيكولوجي زاخر بالعديد من الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية، إلا أن الدراسات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية في محافظات غزة تكاد تكون قليلة جداً، والبحث الحالي يتناول الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في ضوء متغيرات لم تتناولها الدراسات السابقة، وهذا مما يزيد من أهمية البحث الحالي و الحاجة الماسة إليه.

مشكلة الدراسة:

من خلال عمل الباحث كأخصائي علاج طبيعي في عيادة برنامج غزة للصحة النفسية، لاحظ أن المراجعين لمراكز الرعاية الأولية يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، قد تؤثر في علاجهم وحل مشكلاتهم، فجاءت فكرة الدراسة للتعرف على أهم الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراجعين، ومعرفة مدى انتشارها بينهم ودرجتها، وذلك حتى يتمكن العاملون في مجال الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية والعلاج الطبيعي من التعامل بكفاءة مع المراجعين ومساعدتهم في تحقيق التوافق النفسي عندهم ومساعدتهم في مواجهه مشكلات الحياة اليومية.

وتتلور مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس التالي:

ما مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية؟

و يتفرع من السؤال الأول التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما درجة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة؟
2. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس لدى أفراد العينة؟
3. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير العمر لدى أفراد العينة؟
4. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى أفراد العينة؟
5. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير مكان الإقامة لدى أفراد العينة؟
6. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير المحافظة لدى أفراد العينة؟
7. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى أفراد العينة؟
8. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الترتيب الميلادى لدى أفراد العينة؟
9. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير مستوى التعليم لأفراد العينة؟
10. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير المهنة لدى أفراد العينة؟
11. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الدخل الشهري لدى أفراد العينة؟

مببرات الدراسة:

إن ظاهرة الاضطرابات السيكوسوماتية تفاقمت خطورتها بازدياد ضغوط الحياة، وشاع انتشارها بحيث أصبحت من أمراض العصر، وأصبح الإنسان في الوقت الحاضر يواجه أزمات معقدة ترتبط بتوفير متطلبات حياته وحياة أسرته، من مأكّل ومشرب ومسكن وأمن وعلاج، مما ساعد ذلك على ظهور الكثير من الاضطرابات السيكوسوماتية، على الرغم من التقدم الهائل الذي وصلت إليه العلوم الطبية في مكافحة الأمراض الجسدية، إلا أن هذه الاضطرابات باتت تشكل خطراً كبيراً على الصحة النفسية والجسدية لأفراد المجتمع، وتكمن خطورتها بأنها لا تستجيب للعلاج الطبي الجسدي بفرده، بل لابد من مصاحبة العلاج النفسي، حتى يلقى العلاج نجاحاً، فمجال الاضطرابات السيكوسوماتية يحتاج إلى مزيد من الدراسات وخاصة بعد الحرب على غزة، فالإنسان الفلسطيني مازال يعاني من الضغوط السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي تنعكس بدورها على الصحة النفسية والجسدية.

وتسعى الدراسة الحالية من خلال القياس الموضوعي إلى معرفة مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية بمحافظة غزة، في ظل الظروف الحياتية التي يعيشها المجتمع الفلسطيني بعد الحرب الأخيرة، مما يساعد في زيادة المعرفة لدى العاملين في مجال الصحة النفسية، والذي بدوره يساعد القائمين على علاج هذه الفئة في التخفيف من حدة الاضطرابات السيكوسوماتية لديهم، وقد تساهم هذه الدراسة في توفير معلومات عن الاضطرابات السيكوسوماتية وبخاصة حول المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.

ويتوقع أن تخرج الدراسة الحالية بمجموعة من التوصيات يستفيد منها العاملون في مجال التطوير والتخطيط في الجامعات ومراكز الخدمات النفسية، وكذلك المتخصصون في وضع برامج وقائية و إرشادية وعلاجية لهؤلاء المرضى الذين يترددون على مراكز الرعاية الأولية، وقد تمثل هذه الدراسة إضافة متواضعة في المجال النظري للدراسات السابقة في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية. كذلك استخدمت الدراسة بعض المتغيرات مثل متغيرات الإقامة و المحافظة والعمر، ونوع العمل، التي لم تستخدم من قبل في حدود علم الباحث، وهذا مما يزيد من أهمية البحث الحالي و الحاجة الماسة إليه.

أهداف الدراسة:

الهدف العام للدراسة:

معرفة مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية ودرجتها لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.

الأهداف الخاصة للدراسة:

1. تحديد معدل انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية في مراكز الرعاية الأولية.
2. الكشف عما إذا كان هناك فروق في درجة الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى للمتغيرات قيد الدراسة (الجنس والعمر والترتيب الميلادي وحجم الأسرة والمستوى الاقتصادي والسكن والمستوى التعليمي).
3. الكشف عما إذا كان هناك أثر للتفاعل بين الجنس ومتغيرات الدراسة على الاضطرابات السيكوسوماتية.
4. تحديد أهم المشاكل التي يتعرض لها مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية ونوع الاضطراب.
5. توفير المعلومات والتوصيات لصانعي القرار للتدخل لعلاج هذه الاضطرابات وكيفية مساعدة الأشخاص المعرضين للاضطرابات السيكوسوماتية.

حدود الدراسة:

- الحد الأكاديمي:** اقتصر البحث على مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء بعض المتغيرات (الجنس، العمر، الترتيب الميلادي، حجم الأسرة، المستوى الاقتصادي، السكن والمستوى التعليمي).
- الحد البشري:** يتحدد مجتمع الدراسة بالمراجعين لدى مراكز الرعاية الأولية في محافظات قطاع غزة.
- الحد المكاني:** مراكز الرعاية الأولية في محافظات قطاع غزة.
- الحد الزمني:** أجريت الدراسة في العام 2009/2010م.

مصطلحات الدراسة:

سيتناول البحث المصطلحات التالية:

1. الاضطرابات السيكوسوماتية:

الاضطرابات السيكوسوماتية، هي الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء، والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه، نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة، نظراً لاضطراب حياة المريض التي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده بشفائها شفاء تاماً، لاستمرار الاضطراب الانفعالي، وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي (أبو النيل، 1984: 47).

التعريف الإجرائي للاضطرابات:

يعرفها الباحث بأنها درجة المفحوص على مقياس كورنيل (1995) المستخدم في هذه الدراسة.

2. المراجعين:

هم الأشخاص الذين يتلقون الخدمات الصحية في أي إطار، ويشملون مرضى مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات أو العيادات، فضلاً عن الأفراد أو المنظمات الأخرى التي تخدمها المنظمات.

3. مراكز الرعاية الأولية:

هي إحدى مؤسسات النظام الصحي، وهي معنية بالتدابير الطبية والعلاجية التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الأولية للمجتمع؛ من أجل صيانة الصحة والوقاية من الأمراض ومعالجتها والحفاظ على الحالة الصحية لمريض ما أو تحسينها.

الفصل الثاني الإطار النظري

- * مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية
- * التصورات النظرية للاضطرابات السيكوسوماتية
- * النظريات الفسيولوجية
- * النظريات السيكولوجية
- * أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية
- * خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية
- * الاضطرابات السيكوسوماتية والضغط النفسي
- * الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب
- * العلاقة بين الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية
- * شروط الاضطرابات السيكوسوماتية
- * تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية
- * تعقيب على الإطار النظري

الفصل الثاني

الإطار النظري

نبذة تاريخية عن الاضطرابات السيكوسوماتية:

استخدم هنروث (Heinroth) مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية أول مرة عام (1818) عندما أدخل هذا المصطلح في الدراسات الطبية الألمانية، وبدأ علماء التحليل النفسي وفي مقدمتهم فرويد (Freud) يشعرون بوجود تأثير العوامل النفسية في الأمراض، وفي عام (1927) طالب دوتش (Dutch) بإدخال مفهوم السيكوسوماتيك في مجال الطب النفسي، وفي الولايات المتحدة الأمريكية قام فرانز (Franses) بتحديد الاضطرابات السيكوسوماتية الناجمة عن الصراعات النفسية، وفي عام (1930) دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الطبية الإنجليزية من قبل هيلين (Helen)، وقد ساهم بافلوف (Pavlov) في تطور مفهوم السيكوسوماتيك عندما قام بدراسة ردود الفعل الجسمية إزاء المثير، كما أن التجارب التي قام بها كانون (Cannon) عام (1935) ساهمت في تطور هذا المفهوم، ويعتبر يوسف مراد أول من استخدم مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية عام (1942) في عالمنا العربي، كما أن مصطفى زيور يعتبر من المشاهير الذين اهتموا بالاضطرابات السيكوسوماتية. (فيصل الزراد، 2000: 12-16)

• مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية :-

التعريف اللغوي:

إن كلمة سيكوسوماتي مشتقة من كلمة سيكو (Psycho) التي تعني (الروح أو النفس أو العقل)، وكلمة سوما (Soma) تعني (البدن)، وفي اللغة العربية يطلق على مصطلح (سيكوسوماتي) نفس جسمي.

التعريف الإصطلاحي:

تعددت التعريفات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية، واختلفت حسب التخصصات والاتجاهات العلمية، ولكن هذا التعدد لم يؤثر في المفهوم العام للاضطرابات السيكوسوماتية، وتختصر هذه الكلمة إلى النفسجسمي، ويعرف أوتو فينخل (1969) الاضطراب السيكوسوماتي بوصفه اتجاهاً غير عادي متأصلاً في صراعات غريزية لا شعورية، يتسبب في سلوك معين وهذا السلوك بدوره يتسبب في تغيرات بدنية في الأنسجة، هذه التغيرات ليست بصورة مباشرة نفسية الأصل، ولكن السلوك الذي استهل هذه التغيرات كان نفسي الأصل، كان الاتجاه يستهدف تخفيف الضغط الداخلي، والعرض البدني الذي نتج عن هذا الاتجاه لم يكن يسعى إليه الشخص شعورياً أو لا شعورياً. (أوتو فينخل 1969: 323-324).

ويعرفها فيصل الزراد (1984) بأنها اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي، وذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. (فيصل الزراد، 1984: 121).

ويرى عبد المنصف غازي (1984) أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها الضغوط النفسية، وهذا يوضح تأثير الضغوط النفسية على حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية. (عبد المنصف غازي، 1984: 50)

ويعتقد إبراهيم أحمد زيد (1987) بأن الاضطرابات السيكوسوماتية تتميز بأعراض جسمية في أعضاء وأجهزة الجسم المختلفة وتكون مرتبطة بعوامل نفسية اجتماعية. (إبراهيم أحمد زيد 1987:110)

ويعرفها كمال عبد المحسن البنا (1988) بأنها الاضطرابات التي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة لضغوط نفسية متراكمة تترك تلفاً وآثاراً فسيولوجية، كخلل في أعضاء الجسم، ويمكن للطبيب

كشفه باستخدام وسائله التشخيصية، والعلاج النفسي عنصر هام في شفاؤها وأجهزة الجسم التي تظهر فيها هذه الاضطرابات هي التي تخضع للجهاز العصبي المستقل كالجهاز الهضمي وجهاز الأوعية

الدموية والقلب والجهاز التنفسي وجهاز الجلد والجهاز الهيكلي والجهاز الليمفاوي والدم والجهاز البولي والتناسلي وجهاز الغدد الصماء وأعضاء الإحساس الخاصة. (كمال البنا، 1988: 45 - 46)

ويعرفها أحمد عكاشة (1989) بأنها "اضطرابات عضوية يلعب فيه العامل الانفعالي دوراً هاماً قوياً أساسياً، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي"، ويضيف أنها هي التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء والتي تغذي الجهاز العصبي اللاإرادي، مثل قرحة الاثني عشر والربو الشعبي، ويعاني المريض عادة من القلق والاكتئاب، بل وأحياناً ما يهدد القلق حياته. (أحمد عكاشة 1989: 355).

ويعرفها حسن عبد المعطي (1989) بأنها "مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها عوامل انفعالية، وتتضمن جهازاً عضوياً واحداً، يكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل، وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هي تلك التي تكون في العادة مصحوبة بمحاولات انفعالية معينة، وتكون هذه التغيرات أكثر إصراراً وحدة ويطول بقاؤها، ويمكن أن يكون الفرد غير واع شعورياً بهذه الحالة الانفعالية. (حسن عبد المعطي 1989: 29)

ويعرفها أنستازي وفوللي (Anestasey & Folly) نقلاً عن محمود أبو النيل (1994) في تعريفهما للاضطرابات السيكوسوماتية دور العوامل السيكولوجية بأن هناك عدداً من الحالات كالربو وقرح المعدة جذبت الانتباه في السنين الأخيرة بسبب أصولهما السيكوسوماتية"، وهذا يعني أن العوامل السيكولوجية في بعض الحالات تساعد في تحديد ظروف نمو تلك الاضطرابات البدنية". (محمود أبو النيل، 1994: 154)، ويرى علماء الصحة النفسية أن كل الاضطرابات السيكوسوماتية (لأي عضو من أعضاء الجسم) التي ترتبط بصراع لا شعوري لها أعراض تحويلية، ويمكن الاستدلال عليها في زيادة ضربات القلب أو الاضطرابات العصبية للمعدة أو التقلصات، كما يمكن أن تظهر بشكل شلل وظيفي أو فقدان للصوت، ومثل هذه التحولات للصراعات النفسية شائعة، كما أن هذه الآلام والاضطرابات التي يعاني منها الأفراد ليست لها أسس عضوية، بمعنى أنها لا تأتي من الخارج عن طريق الجراثيم التي تسبب هذه الاضطرابات الداخلية، بل أن الصراعات التي يعاني منها الفرد في داخل شخصيته هي التي سببت هذه المتاعب العضوية. (محمود أبو النيل، 1994: 149)

ويرى عبد المنعم الحفني 1994 "أن الاضطراب النفس جسمي يحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في توازن حيوي (هيموستازي) ضعيف جاء نتيجة ضغط سيكولوجي، ويشمل أي جزء من الجهاز العضوي ويحتاج إلى علاج طبي نفسي". (عبد المنعم الحفني 1994: 686 - 687)

ويرى سامي عبد القوي 1995 أن الاضطرابات السيكوسوماتية "تشير إلى الأعراض الجسمية الناتجة من استمرار تعرض الفرد لضغوط انفعالية متزايدة، مما يؤدي إلى اضطراب وظيفة العضو المصاب وكذلك تكوينه التشريحي". (سامي عبد القوي 1995: 354)

ويعرفها عبد الرحمن عيسوي 1996 "الأمراض السيكوسوماتية في جملتها هي مجموعة الأعراض والشكاوى غير العادية تكون الأعراض فيها طبية واضحة تماماً، وهي علامات يدخل ضمنها اضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة في جسم المريض، ولكنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمتغيرات وعوامل نفسية، من أجل ذلك سميت بالأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية". (عبد الرحمن العيسوي 1996: 24)

ويشير مصطلح الأمراض السيكوسوماتية - عموماً - إلى نوع من المرض العضوي نجد فيه دور وأسباباً مرتبطة بعوامل نفسية هامة، وتتضمن عادة أمراضاً، مثل القرحة المعدية، الربو، ضغط الدم الأولى وليست محددة بجهاز فسيولوجي واحد". (Carson,R,C,et.al 1996 :938)

ويعرفها حامد زهران (1997) بأنها: "اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي وتصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (حامد زهران، 1997: 469).

ويعرفها أحمد عكاشة (1998) بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً هاماً وعادة ما يكون ذلك من الجهاز العصبي اللاإرادي، وهي تختلف عن الأعراض التحويلية الهستيرية في أن الأخيرة عبارة عن تحول القلق إلى أعراض تشمل الجهاز الحركي والحسي الإرادي ولها معناها الرمزي في الحياة اللاشعورية للفرد"، ولذلك فإن الاضطرابات السيكوسوماتية ما هي إلا التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء والتي تغذي بالجهاز العصبي اللاإرادي مثل قرحة الإثنى عشر والربو الشعبي، ويعاني المريض عادة من القلق والاكتئاب بل أحياناً ما يهدد القلق حياته. (أحمد عكاشة، 1998: 537)

ويتجه الطب الحديث الآن نحو الاعتقاد بأن 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، ولذلك لا بد من أن يحترم الطبيب الأسباب الاجتماعية والنفسية للمرضى، ويشمل علاجهم العلاج النفسي والمساندة الاجتماعية، حيث إن الاضطرابات السيكوسوماتية لن يتم شفاؤها إلا إذا تم علاج العامل النفسي. (أحمد عكاشة، 1998: 543)

ويعرفها علماء التحليل النفسي بأنها "تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد وطرائقه في مواجهة القلق والنزعات النفسية المكبوتة". (فيصل الزراد، 2000: 19)

وتعرفها دائرة المعارف البريطانية نقلاً عن زينب شقير (2002) بأنها: "استجابات جسمية للضغوط الانفعالية تأخذ شكل اضطرابات جسمية، مثل الربو وقرحة المعدة وضغط الدم المرتفع، والتهاب المفاصل الروماتيزمي وقرحة القولون وغيرها". (زينب شقير، 2002: 23)

ويعرف محمود أبو النيل (1984: 47) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء، و التي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضوية من أعضاء نتيجة اضطرابات انتقالية مزمنة؛ نظراً لاضطراب حياة المريض، التي لا يفلح العلاج الجسدي الطويل وحده بشفائها شفاء تاماً؛ لاستمرار الاضطراب الانفعالي، وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسدي.

ويتبنى الباحث تعريف أبو النيل في دراسته؛ لأنه يتوافق مع أداة الدراسة، وهو من أفضل التعريفات وأشملها؛ لأنه استكمل جميع جوانب النقص التي نقلتها التعريفات السابقة، إلى جانب أنه يتسم بالوضوح والبساطة.

ويرى الباحث من خلال عرض التعريفات السابقة أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي:-

1. أعراض جسمية لها دورة وأسباب مرتبطة بعوامل انفعالية، وذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي، وقد يكون الفرد غير واعٍ شعورياً بهذه الانفعالات.

2. العلاج الطبي وحده لا يفلح في الشفاء منها، ولا بد من اقترانه بالعلاج النفسي.

3. تحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في توازن حيوي (هيموستازي) ضعيف، نتيجة ضغط نفسي.

التصورات النظرية لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

تعددت التصورات النظرية التي تناولت مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية وهي على النحو التالي:
أولاً/ النظريات الفسيولوجية:-

تشير النظريات الفسيولوجية إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية ترجع إلى الضعف النوعي أو النشاط الزائد للأجهزة العضوية للفرد عند الاستجابة للضغط، وتشمل:-

1. نظرية الضعف الجسمي:-

تشير هذه النظرية إلى أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد، ونوعية الغذاء الذي يتناوله الإنسان، كل ذلك يؤدي إلى اضطراب وظيفة عضو معين من أعضاء الجسم، ويصبح هذا العضو ضعيفاً وأكثر انجراحاً عند تعرضه للضغط، وتبعاً لنظرية الضعف الجسمي فإن العلاقة بين الضغط واضطراب سيكوفسيولوجي معين تكمن في ضعف عضو جسمي معين، فالجسم الإنساني الذي يوجد به جهاز تنفسي ضعيف لأسباب وراثية من الممكن أن يهيئ الفرد للإصابة بالربو أو جهاز هضمي ضعيف يعرض الفرد للإصابة بالقرح.

2. نظرية الاستجابة النوعية:-

تشير هذه النظرية ومن خلال العديد من الدراسات إلى أن هناك اختلافاً في الطرق التي يستجيب بها الأفراد عند تعرضهم للضغوط، ومن الممكن أن تكون أسباب هذا الاختلاف محددات وراثية، وبعض

الأفراد تكون لديهم نماذج آلية خاصة للاستجابة للضغط، فمعدل دقات القلب لفرد ما قد تزداد إذا ما تعرض هذا الفرد للضغط الانفعالي، بينما يستجيب فرد آخر بزيادة معدل التنفس دون أي تغيرات تذكر في دقات القلب، وتبعاً لنظرية الاستجابة النوعية فإن الأفراد يستجيبون للضغط كل على طريقته الخاصة، ويصبح عضو الجسم الأكثر استجابة هو العضو المسئول عن التحكم في أي اضطراب سيكوسوماتي لاحق، كمثال لبعض الأفراد الذين يستجيبون للضغط بزيادة في ضغط الدم يصبحون أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم. (Davison, G.C & Neale, J.M1996 :200)

3. نظرية الاقتران الشرطي:-

أكد بافلوف على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلاف في العمليات العصبية خصوصاً "أمراض البدن"، وفي الوقت نفسه أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وآرائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه، أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في إحداث التغيرات البدنية، وأعطى اللحاء دوراً في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونية، فعن طريق اللحاء تجد الأحداث الخارجية طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية، فلا شك أن التغيرات الإيقاعية التي تحدث في الكلى والقناة المهيئة والمراكز العصبية متصلة بالأحداث - في البيئة الخارجية، وكذلك الإشارات الداخلية المساعدة في الجهاز العصبي غالباً ما تؤثر - أيضاً في عمليات التمثيل الغذائي والاستثارة العصبية، وهذا التأثير إذا استمر لفترات طويلة أو قصيرة يؤدي إلى اختلال وظيفي. (أمال عبد السميع أباطه، 1986: 24)

وترى نظرية الاقتران الشرطي المرض السيكوسوماتي بشكل عام على أنه استجابة تدعمت مع الوقت؛ نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة، ويؤكد ذلك ما أثارته النظرية من إمكانية تغيير الاستجابة الجسمية كقرحة المعدة، والصداع النصفي، وارتفاع ضغط الدم بعمليات اشراطية بطرق تجريبية. (سامى عبد القوى 1995: 357)

وقد ابتكر بعض علماء السلوكية فكرة جديدة في تفسير الأمراض السيكوسوماتية، وهي نظرية التعلم الذاتي، ولكن التعلم الذاتي أو الميكانيكي ليس هو السبب الوحيد للإصابة بالأمراض

السيكوسوماتية، فقد ترجع هذه الأمراض إلى أسباب وراثية أو إلى استعدادات أو تهيؤ وما إلى ذلك.
(عبد الرحمن العسوى 1996: 191).

4. التهيؤ المرضي - الضغط: منحى تكاملي:-

تشير نظرية التهيؤ المرضي - الضغط إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية لا تمثل نتاجاً للتأثير والقابلية البيولوجية للتعرض للاضطراب، ونتاجاً لأثر الضغوط البيئية فحسب، ولكنها تحدث نتاجاً للكيفية التي يدرك بها الأفراد تلك الضغوط، وكيفية التكيف معها، وهذه النظرية تتعامل مع الضغط النفسي الاجتماعي فضلاً عن الضغط البيولوجي الفيزيقي، وإن الأفراد لديهم نزعة قبلية (تهيؤ مرضي) لتطور اضطرابات بيولوجية معينة، مثل ارتفاع ضغط الدم، والقرح، والصداع التوترية من خلال معطيات هذه النزعة القبلية ووجود الضغوط المناسبة في البيئة، فإن الفرد يتفاعل مع مختلف الدفاعات الفسيولوجية والنفسية، وعلى أية حال فإن الضغط الفسيولوجي هو في أغلب الاحتمال يحدث ليس لمجرد إدراك الفرد للضغوط البيئية كمهددات فعلية للصحة الجسمية أو النفسية، ولكن أيضاً عندما يشعر بأنه غير قادر على التكيف بشكل مناسب معها، والضغط الفسيولوجي من الممكن أن يظهر بأساليب مختلفة، على سبيل المثال من اختلال التوتر العضلي، وارتفاع معدل ضربات القلب، والاستجابة الجلدية، وإفراز الهرمونات من الغدد الأدرينالية، ولو أصبحت هذه الاستجابات مزمنة جداً أو شديدة، فإنها من الممكن أن تكون مقدمات للمرض الجسدي أو تقاوم لمرض موجود بالفعل.

وجدير بالإشارة إلى أن هذه النظريات لا تتنبأ فقط بالاضطراب السيكوسوماتي المعين الذي سيتطور لدى فرد معين، ولكنها تشير بدلاً من ذلك إلى الفروق الهائلة الموجودة في قابلية الأشخاص التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية، ومن هذه النظريات نظرية هانز سيلي Hans Selye؛ حيث يكون من خلال معطيات نفس الضغوط البيئية، والاختلافات في النزعة القبلية البيولوجية والإدراكات عن نوع التهديد، فإنه من الممكن أن يحدث مرض سيكوسوماتي لدى بعض الأفراد ولكن لا يحدث لدى آخرين. (Costin , F. & Draguns , J.G. 1989 : 196)

ثانياً النظريات السيكلوجية:-

تحاول النظريات السيكلوجية أن تفسر تطور اضطرابات عديدة من خلال دراسة العوامل الانفعالية التي تتم في اللاشعور والسمات الشخصية والقيم المعرفية وطرق خاصة للتكيف مع الضغوط ومنها:-

1. نظرية التحليل النفسي:-

تحاول نظرية التحليل النفسي تفسير تطور اضطرابات عديدة من خلال العوامل الانفعالية التي تتم في اللاشعور وسمات الشخصية، وقد يكون فرانز ألكسندر Franz Alexander (1950) من أكثر المهتمين بالتحليل النفسي، فقد درس ردود الفعل النفسجسمية، ومن هذا المنطلق فالاضطرابات السيكلوسوماتية العديدة هي نتاج لحالات انفعالية لا شعورية خاصة بكل اضطراب.

(Costin , F. & Draguns , J.G. 1989 :200)

فالانفعالات اللاشعورية تم كبتها وبعد ذلك تم تفرغها عن طريق عضو معين يتفق وطبيعة هذه الانفعالات المكبوتة، فإحباط الرغبات الاعتمادية لدى الفرد ترتبط بالإصابة بقرحة المعدة، وكبت الرغبات والدفعات العدوانية تستثير حالة انفعالية مزمنة مسئولة عن ارتفاع ضغط الدم ... إلخ. (سامى عبد القوى 1995 : 335)

ويعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكلوسوماتية على البناء الداخلي للشخصية، ويفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكلوسوماتية، وهو يمثل أعمال فرانز وفلاندرز Franes & Flanders؛ حيث افترض أتباع فرويد وجود أسباب تحليلية لا شعورية تكمن وراء الإصابة بهذه الاضطرابات ، وقدموا تفسيراً قائماً على الدينامية السيكلوجية؛ أي العوامل والتغيرات النفسية التي يتعرض لها الفرد، ومؤدى هذه النظرية أن الأعضاء الجسمية المصابة ليست سوى تعبير رمزي عن بعض الصراعات اللاشعورية التي ينعكس أثرها في صورة القرع وغير ذلك من الاضطرابات السيكلوسوماتية. (عبد الرحمن العيسوي، 2000: 223)

وقد اهتمت فلاندرز دنبار Flandars Dunbar بدلاً من التركيز على صراع واحد اقتبست مقياساً كاملاً للشخصية أو بروفيلاً للأشخاص الذين يعانون من أمراض مختلفة، من ذلك ما أسمته

الشخصية القرحية والشخصية ذات الضغط المرتفع والشخصية المصابة بالتهاب المفاصل وهكذا، ومن خلال هذا البروفيل أرادت أن تقدم صورة شمولية وكاملة عن شخصية مرضاها، وأدمجت عدداً من العوامل منها العامل التاريخي والعامل الفيزيقي والعامل الانفعالي تلك العوامل التي تسهم في نشأة المرض. (عبد الرحمن عبد الرحمن العسوى 1996: 185).

2. نظرية خصائص الشخصية :-

عرض فريدمان وروزينمان Friedman & Rosenman نموذجين من نماذج الشخصية، والتي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية، نمط (A) ويتسم الأفراد في هذا النمط بأنهم عدائون يتكلمون ويمشون ويأكلون بسرعة وغير صبورين وقلقون، ويكملون جمال الآخرين ويفخرون بأنفسهم عندما يnehون أعمالاً في وقت أقل من الآخرين، وقيسون أداءهم بمستويات صارمة فهم يضعون أنفسهم تحت ضغط يؤثر على أجهزة القلب والأوعية الدموية لديهم، أما النمط (B) فهم أكثر هدوءاً وصبراً، وفي دراسة عن الصلة بين أمراض القلب والعداء وبمحاولة اكتشاف سبب عداء أشخاص المجموعة (A) والذي يجعلهم عرضة للإصابة بأمراض القلب، فإن الباحثين وجدوا أن أشخاص النمط (A) لهم استجابة فسيولوجية عالية، وعند تعرضهم للضغوط فإن أجسامهم تستجيب بمستويات عالية من جانب نشاط الجهاز العصبي والتي بدورها تضعف القلب.

ولقد أدت هذه النتائج إلى تطور العلاج النفسي، الذي يهدف إلى تعليم أشخاص النمط (A) كيف يتعاملون مع الضغوط بفاعلية أكثر. (Davison, G.C & Neale, J.M 1996: 201) وأكدت فلاندرز Flanders على أوجه الشبه في بروفييلات الشخصية للمصابين بنفس الاضطراب السيكوسوماتي، وحددت لكل اضطراب بروفييل شخصية خاصة به، مثل (الشخصية القرحية والشخصية ذات الضغط المرتفع والمصابة بالتهاب المفاصل) وهكذا، ومن هذا البروفيل أرادت أن تقديم صورة كاملة عن شخصية مرضاها، وأدمجت عدداً من العوامل منها العامل التاريخي والفيزيقي والانفعالي التي تسهم في نشأة الاضطراب. (عبد الرؤوف الطلاع، 2000: 65)

حاولت كيرك Kirk ربط الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية، وقد قامت عدة محاولات لهذا الغرض مثل محاولة فريدمان وروزنمان Friedman & Rosenman، اللذين ميزا بين

نمطين للسلوك هما Type (A) and (B) Behavior واعتقداً أن النمط (A) يرتبط جوهرياً بعدم القدرة على التحمل وزيادة القدرة التنافسية وسهولة الاستثارة، ولديهم كثير من الأعمال خارج المنزل وحساسية فائقة لعامل الوقت وسرعة الحديث وسرعة الغضب، وغير ذلك من الصفات التي تجعلهم عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب، وقد سمي هذا النمط بنمط الاستهداف السلوكي للإصابة بمرض الشريان التاجي، أما النمط الآخر (B)، فإنه يتميز بالاسترخاء والاهتمام بالحياة الخالية من المشكلات أكثر من الاهتمام بالنجاح والعمل الجاد، وعدم ظهور الحاجة الوسواسية للإنجازات والمشاركة في الأنشطة دون الحاجة إلى التفوق، وهؤلاء قلما يتعرضون إلى اضطرابات أو نوبات قلبية. (فيصل الزراد، 2000: 101).

نستنتج من ذلك أن هناك بعض الاتجاهات قد فسرت أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة علاقتها بالشخصية والصراعات اللاشعورية الكامنة لدى الفرد، كما أن هناك بروفيل للشخصية خاصاً بكل اضطراب، وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو فقدان المساندة الاجتماعية، بينما اهتم البعض الآخر بالعوامل الموقفية في البيئة، واعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية مسألة تعلم شرطي يحدث عن طريق تعميم المثير أو تعزيزه، كما ربط البعض الآخر بين العمليات المعرفية والعقلية والفسولوجية.

3. نظرية الضغوط النفسية الاجتماعية :-

اعتقد الأطباء لبعض الوقت أن أحداث الحياة المرتبطة بالتصاعدات (الاستثارة) الانفعالية يمكن أن تسبب تغييرات في العمليات الفسيولوجية، ويمكن لمشاكل الحياة اليومية الأساسية أن تؤثر على الصحة بطرق سلبية، وكان السبق لجورج أنجل George Engel في النظرية النفسية الاجتماعية للضغوط، فالجسد الإنساني يكافح باستمرار؛ لكي يصل إلى الاتزان البدني أو الاتزان في الوظائف وأحداث الحياة التي تقلب حالة توازن الجسم رأساً على عقب تتادي بإعادة التوافق، وكثير من التغييرات في الحياة تحدد قدرة الجسم على إعادة التوافق، والنتيجة هي الضغوط، ألا وهي رد الفعل السيكولوجي والفسولوجي لكم هائل من المطالب التي تتادي بإعادة التوافق.

(Olson , & H. & Defrain, J. 1994: 461)

4. نظرية العوامل المتعددة :-

قد أصبح معروفاً أن معظم الأمراض لها أكثر من سبب، وتتعدد العوامل في إحداثها، فأمراض القلب على سبيل المثال تعزى إلى العديد من العوامل المتداخلة، مثل الاستعداد الجسمي والعوامل الوراثية ونوعية الطعام الذي يتناوله الفرد وتدخين السجائر، ونقص النشاط الجسمي والرياضي، وأخيراً الضغط النفسي والانفعالي.

وقد أخذ منظور تعدد العوامل في شق طريقه في التنظير السائد للأمراض بشكل عام والأمراض السيكوسوماتية بشكل خاص، ويتناول هذا التنظير كلاً من الضغط والاستجابات الانفعالية والفسيوولوجية المرتبطة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

وقد أكدت كل من نظرية الاستجابة النوعية ونظرية الضعف الجسمي أن الاستعدادات الفسيولوجية للمرض تنشط بفعل الضغوط، ولكن أي نوع من الضغوط، وهل نتعامل مع أحداث أو مواقف تحدث الضغوط عند كل الناس، مثل فقدان الوظيفة أو وفاة أحد أفراد الأسرة. والحقيقة أن الأمر قد لا يحتمل؛ لأن الواقع يشير إلى أن بعض المواقف الضاغطة البسيطة يمكن أن يكون لها تأثير قوي في إحداث المرض، كذلك فإن الحالات الانفعالية النوعية والاتجاهات المؤدية لسوء التوافق التي وضعتها النظريات النفسية يمكنها أن تلعب دوراً هاماً في زيادة حساسية الفرد؛ بما يجعله يستجيب بشكل أكبر للخبرات الحياتية المؤلمة التي ليس من الضروري أن تكون خبرات شديدة الخطورة.

ويرى سامي عبد القوي (1991) أن النظرية المفسرة للأمراض السيكوسوماتية تتطلب تكاملاً بين العديد من النظريات، إذ إنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها أن تعطينا تفسيراً واضحاً وشاملاً للاضطرابات السيكوسوماتية، فهي إذا تناولت بعداً في علاقته بالمرض السيكوسوماتي أغفلت أبعاداً أخرى، لا نستطيع استبعادها في تفسير هذا الاضطراب. كما يرى أن تفسير الأعراض والاضطرابات السيكوسوماتية، لا يمكن أن يقتصر على النواحي الفسيولوجية أو الوراثية والتكوينية فقط، ولا على النواحي الانفعالية فقط، بل يجب أن تشمل عملية تفسير المرض السيكوسوماتي العديد من المتغيرات؛ لأن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والبيولوجي)

ليست علاقة استاتيكية؛ بل هي علاقة ديناميكية يحدث فيها التفاعل والحركة بالقدر الذي لا نستطيع فيه فصل أي عامل عن العوامل الأخرى. (سامى عبد القوي 1991: 58-60).

وتختلف درجة الضغوط التي يتعرض لها الأفراد من البسيط إلى العنيف وفي مداها واستمراريتها وتراكم أثرها، وهناك بعض الاتجاهات التي ساهمت في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية والتي يمكن تقسيمها إلى ما يلي:-

5. النظرية السيكوسوماتية كاستجابة للصراع:-

أكد فرانز Franes على أن الصراعات الحالية ترجع إلى صراعات لا شعورية رمزية مرتبطة بمراحل مبكرة للنمو الجسمي، وترتبط هذه المراحل مع أجهزة عضوية خاصة هي التي تشملها الاضطرابات ، وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة سوية، تسعى إلى استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية، مما يؤدي إلى زيادة في التوتر الجسدي الذي يظهر على هيئة اضطراب عضوي، وقد أوضحت مدرسة التحليل النفسي بأن أهم ما يميز السيكوسوماتي، أنه يعاني من قلق فقدان السند بشكل مميز . (زينب شقير، 2002: 31)

6. النظرية السلوكية:-

يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على مبادئ المدرسة السلوكية ونظريات الإشراف في التعلم، وأهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية، ولم يهتم علماء السلوكية بفكرة المعنى الرمزي للعرض المرضي، ولكن اهتموا بالعرض نفسه (العوامل الموقفية) المتضمنة في الموقف بدلاً من الفروض الغيبية (الصراع اللاشعوري)، وقد اعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة اشتراط (التعلم الشرطي)؛ أي أن الفرد يكون لديه- أصلاً - حساسية نحو الغبار، وهذه الحساسية تؤدي به إلى الربو عن طريق تعميم المثير، وبالتالي يصبح أي شيء مرتبط بالغبار يثير نوبة الربو، إضافة إلى ذلك فإن المرضى بالاضطرابات السيكوسوماتية يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المكافآت أو التعزيزات نتيجة لكونهم مرضى (المعاملة الخاصة أو المعالجة)؛ أي وجود ارتباط بين المرض والمكافأة. (عبد الرؤوف الطلاع، 2000: 66).

ولقد ابتكر علماء السلوكية فكرة جديدة في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية هي:-

نظرية التعليم الذاتي:-

ويرى لاشمان Lashman أن المرض يحدث لأول مرة بالصدفة كالطفل الذي يشعر بالآلام المعدة يتم إعفاؤه من الواجبات اليومية نتيجة لمرضه، ومن ثم يرتبط هذا المرض بأوضاع يرغب الطفل تحاشيها كالذهاب إلى المدرسة، ونتيجة لذلك فإن معدة الطفل تأخذ في زيادة الإفراز، وكلما كان على الطفل أن يقوم بأداء الواجبات اليومية تعرض لنوبة سوء الهضم التي تقوده إلى الإعفاء من الواجبات، وفي هذه الحالة يقع الطفل في دائرة مغلقة، ويمرور الوقت تنمو القرحة لديه، ولكن التعلم الذاتي ليس هو السبب الوحيد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، فقد ترجع الإصابة إلى أسباب وراثية أو إلى استعدادات وما إلى ذلك. (عبد الرحمن العيسوي، 2000: 224)

7. الاتجاه المعرفي :-

أجرى جراهام Graham وتلامذته مجموعة دراسات حول عينات من المرضى السيكوسوماتيين، بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية، وتبين لهم من خلال المقابلات أن هناك عنصرين على مستوى الأهمية في الاضطراب السيكوسوماتي هما:-

1. ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن.

2. ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة مثل (مريض آلام أسفل الظهر يشعر أنه يعمل لدرجة التعب).

إلا أن البعض الآخر يرى أن ربط العمليات المعرفية بالعمليات الفسيولوجية لدى المرضى تحيط به بعض الصعوبات المنهجية. (فيصل الزراد، 2000: 100)

نمو الاضطرابات السيكوسوماتية و تكوينها أسبابها:-

لا شك أن العوامل النفسية والإحباطات 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، وتسلمته 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، 1979: 250).

ويمكن أن نوضح بعض هذه الأسباب على النحو الآتي:-

الضغوط النفسية Psychological Stress:-

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

الزيادة المفاجئة في العمل أو الشجار أو المواقف التي تهدد الذات اجتماعياً أو نفسياً:-
تلعب العوامل المهنية والاجتماعية دوراً في نشأة هذه الاضطرابات، كالخوف من الفصل من العمل أو الفشل في الزواج؛ مما يؤدي إلى اختلاف نشأتها من مجتمع إلى آخر، وهناك ارتباط بين الضغوط البيئية من جهة وارتفاع ضغط الدم من جهة أخرى، إذ إن الأفراد الذين تمتلئ حياتهم بالضغوط والتقلبات والأزمات الانفعالية يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. (زينب شقير، 2002: 16، 33)

النوعية Specificity:-

هناك علاقة نوعية بين الشدة النفسية والاضطراب الجسمي (العضو المهياً للاضطراب)،

وذلك على النحو الآتي:-

1. وجود استعداد تكويني يقوم على الوراثة، مثل (ظروف الولادة أو عمر الأم).
2. وجود استعداد تكويني نتيجة الخبرات الأولى للفرد (الفسولوجية أو النفسية).
3. تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة، والتي تؤثر في عمل الأعضاء.
4. ضعف عضو من الأعضاء، كما في حالة الإصابة أو العدوى.
5. وجود العنصر في حالة نشاط لحظة الإجهاد النفسي أو الثورة الانفعالية.
6. المعنى الرمزي للعضو في نظام شخصية الفرد، فإذا كان الفرد يشعر بعداء تجاه والديه ولكنه لا يستطيع أن يعبر عن عدوانه نحوهما، فيكظم مشاعره العدوانية، مما يؤثر في كيمياء الجسم ويؤدي إلى انقباض الشرايين.
7. توقف النمو النفسي، وبالتالي جمود العضو في تطور وظائفه.
8. اضطراب العلاقة بين الطفل والأبوين ونقص الحب والميول العدوانية.
9. العوامل الانفعالية التي قد يتعرض لها الفرد ومعاناة القلق والإحباطات المتراكمة التي تتولد عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي به إلى اليأس والانهيار. (فيصل الزراد، 2000: 73)
10. التوتر العصبي الذي قد يؤثر عملياً في أية عملية فسيولوجية، فإذا كانت معدة الفرد ضعيفة فإنه يحتمل أن يستهدف المتاعب المعدية عندما يصبح قلقاً أو غاضباً.
11. الفروق في التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للحالات الانفعالية المختلفة؛ حيث وجد أن انفعال الخوف والاكتئاب يرتبطان بإعاقة الوظائف الخاصة بالأعضاء الغليظة، بينما يرتبط انفعال الغضب والقلق بزيادة عمل القولون. (عبد الرحمن العيسوي، 2000: 289)

وقد يتأثر نوع الاضطراب السيكوسوماتي بنوع الجنس؛ حيث لوحظ انتشار ضغط الدم الجوهري والصداع النصفي، وفقدان الشهية بين الإناث أكثر من الذكور، كما يتأثر بالعمر الزمني؛ حيث يزداد بصفة ملحوظة في عمر (35) سنة . (زينب شقير، 2002: 34)

كما يرتبط ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بالتحديث؛ إذ يظهر معه ضغوط لا يستطيع بعض الأفراد التوافق معها، فتنعكس على أبدانهم في صورة اضطراب سيكوسوماتي. (محمود أبو النيل، 1994: 352).

خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية :-

1. وجود أساس فسيولوجي للاضطرابات .
2. تشمل الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي، وهي بذلك لا تخضع للضبط الإرادي.
3. وجود تغيرات بنائية قد تهدد الحياة .
4. أكثر سيطرة وإلحاحاً على العضو المصاب .

وقد حدد كل من لطفى فطيم (1979) وزينب شقير (2002) ستة محكات تميز المرض

السيكوسوماتي عن غيره من الاضطرابات وهي:-

1. وجود اضطراب انفعالي كعامل مسبب.
2. ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية.
3. تختلف الإصابة بهذه الأمراض بين الجنسين اختلافاً ملحوظاً.
4. قد توجد مختلف الأعراض أو تتوالى لدى المريض الواحد.
5. غالباً ما يوجد تاريخ عائلة Family History للإصابة بنفس المرض أو ما يشابهه.

6. يميل مسار المرض إلى اتخاذ مراحل مختلفة. (لطفى فطيم 1979:22، وزينب شقير 2002:29)

وقد لوحظ أن هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً لدى الإناث منها لدى الذكور، وبين الشباب والشابات بين عمر (20-40) سنة أكثر من باقي مراحل العمر، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعاً المتعلقة بالجهاز الدوري والهضمي والجنسي، كما أن لهذه الاضطرابات مضموناً رمزياً. (فيصل الزراد، 1984:125).

الاضطرابات السيكوسوماتية والضغط النفسي :-

الضغط حالة يعانيها الفرد حين يواجه مطلباً فوق حدود استطاعته " لا يكلف الله نفساً إلا وسعها" (البقرة: 286) أو حين يقع في موقف صراع حاد، وهي توترات أو ردود فعل عاطفية وجسدية تنبثق من أحداث داخلية أو مؤثرات خارجية، والتوتر هو رد الفعل الداخلي للجسم، لمواجهة هذه الضغوط، ومن ثم فإن استمرار التوتر يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، وهذا هو أحد الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن استمرارية التوتر وحبسه، أو عجز الفرد في مواجهة الموقف والتخلص منه، مما يؤدي إلى خلل في النشاط الهرموني للجهاز الغدي، وينظر إلى الاضطراب السيكوسوماتي من خلال مدى قوة العلاقة بين الفرد والبيئة، وهذه الاضطرابات، قد تؤثر على أي جهاز من أجهزة الجسم، مثل جهاز القلب أو الجهاز التنفسي. (حسين طاهر، 1993:41).

وتتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية، والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة، كما أن الضغط الشديد المزمن يؤدي إلى اضطراب هذا التوازن، وإذا حدث أن أعيق التعبير الانفعالي وتوالى الإحباط والصراع والقمع والكبت وتكرر الانفعال وفشل الفرد 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، 1997:121، 469).

كما أن العلاقة بين الاضطراب النفسي والضغوط النفسية علاقة تبادلية؛ إذ إن الاضطراب قد ينتج من الضغوط، وهو نفسه يقود إلى مزيد من الضغوط النفسية.

(عبد الرحمن العيسوي، 2000:123)

إن الانفعال النفسي استجابة متكاملة للفرد، ينجم عنها تغيرات وجدانية مركبة، وتغيرات في وظائف أعضاء الجسم، تشمل الجهاز العصبي والعضلي والحشوي، والغدي والدموع، ولا يوجد لنوع الانفعال (القلق أو الفرح) اضطراب فسيولوجي معين مقابل هذا النوع من الانفعال، ويرجع ظهور الاضطرابات الجسمية الناتجة عن الأسباب الانفعالية، عندما يحدث اختلال في التوازن الهميوستازي لجسم الإنسان؛ فيضطرب نتيجة المؤثرات النفسية والانفعالية التي يتعرض لها، وحسب طبيعة هذه المؤثرات ودرجتها يحدث الخلل في التوازن الهميوستازي للجسم، وتقوم الأجهزة الفسيولوجية كالقلب والمعدة والعضلات بمجموعة من ردود الأفعال غير السوية، تبدو على شكل اضطرابات جسمية، أو أمراض بفعل الجهاز العصبي السمبثاوي، الذي يهيئ الإنسان للاستجابة الدفاعية بمجموعة من ردود الأفعال الضرورية، نتيجة الضغط النفسي، فينشأ الاضطراب السيكوسوماتي. (فايز الحاج، 1996: 8). أي أن الميكانيزم النفسي المتمثل بالضغط والميكانيزم الفسيولوجي هما العنصران الأساسيان في ظهور الاضطراب السيكوسوماتي، واستمرار الضغوط لفترة طويلة، قد يتسبب في اختلال تنظيم السلوك الذي ربما يؤدي إلى الاضطرابات السيكوسوماتية، أما عن الميكانيزم الفسيولوجي فإن الضغوط النفسية المزمنة تؤثر على مختلف الأعضاء في الجسم عن طريق تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبثاوي والباراسمبثاوي) (حسين طاهر، 1993: 41)

وعندما نشير إلى اضطراب سيكوسوماتي، فإننا نقصد الحالة الناتجة عن الانفعال الزائد (Emotional Arousal) والتعامل غير الموفق، ومن الطبيعي أن يحذرنا المتخصصون في الصحة النفسية من خطورة الاضطرابات الانفعالية، مثل القلق والغضب والخوف والإحباط، فهذه الانفعالات من شأنها أن تزيد من حساسية الجسم، وبالتالي سرعة قابليته للمرض العضوي. (علي عسكر، 1998: 15)

من هنا يتوقع الباحث أن الضغوط النفسية المستمرة على الفرد تؤدي إلى اضطرابه وسوء توافقه، خاصة إذا استمر اضطراب انفعاله لمدة طويلة، مما يؤدي إلى بعض التغيرات الفسيولوجية التي قد تتسبب في حدوث أضرار بالغة في الجسم، هي التي تسمى الاضطرابات السيكوسوماتية.

العلاقة بين الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية:-

أكدت الأبحاث القديمة أن الانفعالات لا تؤثر فقط على الوظائف الجسدية، ولكنها- أيضاً- تسبب أمراضاً. (إبراهيم حامد سليمان: 100)، ولا ريب في تأثير الاضطرابات الانفعالية بمختلف أنواعها ودرجة شدتها على الحالة النفسية لدى الفرد، ولاسيما إذا أعيقت الطاقة الانفعالية عن الانطلاق في شكل سلوك خارجي، ازداد تراكمها واشتدت وطأتها، مما يساعد ذلك على تضخم الاضطرابات والتوترات الحشوية، فيتسبب في إحداث اضطراب سيكوسوماتي.

(رزق سند إبراهيم ، مجدة محمود 1995 :87).

والانفعالات الطويلة المدى ترجع إلى عوامل داخلية أكثر من رجوعها إلى عوامل موضوعية خارجية، فالفرد مهما اعترضه من مشكلات يجب أن يكون تأثره بها وقتياً، وأن يخلص نفسه من أثرها بمجرد انتهاء الأزمة، وهناك حالات يعاني فيها الفرد من خوف غامض؛ أي الخوف من المجهول أو من لا شيء دون أن يعرف له سبب، ويرجع ذلك إلى حالة الحصر التي يعاني منها الفرد أصلاً، وقد يعاني الفرد من الشعور بالحنق والقنوط أو شعور بالعداوة، وقد تنتج مثل هذه الانفعالات من عمليات ديناميكية داخل الفرد، دون أن يكون مدركاً بها، فالانفعالات الدائمة المستمرة الطويلة تؤدي إلى ظهور الأعراض السيكوسوماتية. (عبد الرحمن العيسوي، 1996: 100)

ويشير زيور 1984 إلى ما يؤدي إليه كف التعبير عن الانفعال من اضطرابات عضوية، فيقول: "قد دلت التجارب الإكلينيكية في ميدان الطب النفسي على أنه إذا ما قامت في سبيل التنفيس عن الانفعال عوائق صادرة من البيئة أو من عقائد الإنسان وأوهامه؛ فإن نضالاً يقوم في النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعامة من الخطر الذي يهددها، عندما تضع رأسها بين قوائمها فلا تراه، وبعبارة أخرى فإن في طبيعة الإنسان ميلاً إلى التخلص من ألم النضال النفسي، بأن يمنع موضوعه من الظهور في حيز الشعور، ولكن النضال المستبعد من حيز الشعور يخلق حالة دائمة من التوتر قد تكون سبباً في اضطرابات دائمة في الوظائف العضوية". (مصطفى زيور 1986 : 248).

الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب:-

يتضح الفرق بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب في نواحي ثلاثة هي:-

1. 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 الهستريا 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، 1994: 199)

شروط حدوث الاضطراب السيكوسوماتي:-

أكد كثير من الكتاب والباحثين على أهمية عدد من العوامل والشروط اللازمة لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي، منهم Guttman 1966 والذي يشترط الأحداث التالية لظهور الأمراض السيكوسوماتية:-

1. ظهور العوامل الانفعالية أو مصادر الضغوط بتاريخ سابق لظهور التغيرات الجسدية بفترة زمنية، ولا يمكن أن تكون الاستجابة الانفعالية للمحن والضغوط مؤقتة، وكذلك الاختلال الوظيفي (العضوي)، كما هو في المواقف الضاغطة العادية، وبمرور الوقت تزيد المقاومة للاضطراب وينتقل إلى الانهيار الجسدي الذي يعتمد على عدد كبير من العوامل الاستعدادية والبيئية، ولا يعني هذا أن

الانفعالات تسبب المرض وحدها ببساطة، ولكن الضغوط الانفعالية تظهر وتترك بوضوح قبل أن تصبح الحالة جسدية، ولكن تحدث كل من التغيرات الجسدية والانفعالية في وقت واحد.

2. العوامل الانفعالية الكامنة وراء الانهيار الجسدي يفترض أنها لا شعورية، وعلى سبيل المثال، كبت تلك العوامل لا يتضمن أن تكون المكونات الشعورية غائبة أو ليس لها علاقة بالموضوع كلياً أو جزئياً، ولكن الانفعال يكون مقروناً بعدم القدرة على الفعل.

3. تتضمن الثورة السيكوسوماتية انهيار الدفاعات المستترة Coping السابقة.

4. يحدث الانهيار السيكوسوماتي إذا وجد ضعفاً وراثياً أو مكتسباً للجهاز العضوي، وتوجد عوامل إضافية أخرى لحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية وهي ليست عوامل مؤكدة أو مكونات أساسية منها:-

أ. يتضمن المرض السيكوسوماتي نكوصاً فسيولوجياً ونفسياً يحدث في الأشخاص الأقل نضجاً.

ب. تشارك بعض أزمات الحياة في الانهيار السيكوسوماتي والميكانزمات المرضية والقابلة للتشريط، والتي تم تشريطها في الطفولة في المراحل المبكرة.

(عبد المنصف غازي، محمد عبد الظاهر الطيب 1984: 8 - 9)

ويعتمد تأثير الاضطراب السيكوسوماتي في عضو معين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو، والأمراض والحوادث السابقة في تاريخ حياة الفرد، ووجود بعض الأمراض في هذا العضو عند أحد أقرباء المريض، وطبيعة الضغط الانفعالي، والمعنى الرمزي للعضو بالنسبة للمريض، والكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض من خلال العرض الذي انتقاه.

(والتر كوفيل وآخرون د.ت: 138)

وتختلف الاضطرابات النفسجسمية عن اضطراب التغير (التحول)، فيجب أن نؤكد على

نقطتين هامتين، الأولى: هي أن الاضطرابات السيكوسوماتية، هي مرض حقيقي، يسبب تلفاً في

الجسم، وأن مثل هذه الاضطرابات الناتجة عن عوامل انفعالية، لا تعني أن الألم وهمي، فقد يموت

الأفراد لمجرد وجود عوامل نفسية نتج عنها ارتفاع في ضغط الدم أو القرحة، كما يموتون نتيجة لأمراض مشابهة ناتجة عن العدوى أو الإصابة البدنية.

الثانية: إن اضطرابات التغير "التحول" لا تتضمن تلفاً عضوياً، ولكنها تؤثر - عامة - على وظائف الأجهزة العضلية الإرادية. (Davison, G.C & Neale, J.M 1996 : 189).

تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:-

وضع ألكسندر Alexander 1950 قائمة بسبعة أمراض سيكوسوماتية، وهي ضغط الدم

الأولي، القرحة الهضمية، التهاب المفاصل الروماتزمي، الغدة الدرقية وفرط نشاطها، الربو الشعبي، القولون، والتهاب الجلد العصبي، وبعدها قدم نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض قائمة بالأمراض السيكوسوماتية متضمنة الآتي:-

1. الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضرر في الأنسجة: مثل الربو، التهاب الجلد، الأكزيما، القرحة المعدية، القولون المخاطي، القولون المتقرح، طفح الجلد، مرض الأقرام النفسي الاجتماعي.
2. الأمراض السيكوسوماتية غير المتضمنة ضرر في الأنسجة: مثل تصلب الرقبة وهو داء في الرقبة يؤدي إلى بصعوبة الالتفات، احتياج الهواء، فواق "حازوقة" - زغوة" وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتثاؤب، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، (وكحة سببها نفسي)، بلع الهواء، القيء، وعسر الطمث الناتج عن سبب نفسي وصر الأسنان "تآكلها". (Corsini , R. J, 1987:938)

أنواع ردود الأفعال النفس فسيولوجية:-

تم تصنيف الأمراض النفس فسيولوجية تبعاً للجهاز أو العضو المتأثر، فلا يوجد عضو في

الجسم يكون محصناً ضد المرض، والتصنيف الحالي يضم "10" مجموعات :-

1. رد فعل نفس فسيولوجي للجلد: ويتضمن بعض التهابات الجلد العصبية المختلفة والأكزيما وبعض حالات من الطفح الجلدي وحب الشباب والأمراض التي تلعب فيها العوامل الانفعالية دوراً نسبياً.

2. رد فعل نفس فسيولوجي للجهاز العضلي والهيكل العظمي : ويتضمن ألم الظهر، والشد العضلي والروماتيزم والتهاب المفاصل .
3. رد فعل نفس فسيولوجي للجهاز التنفسي: ويتضمن التشنجات الشعبية، الربو، حمى القش، الالتهاب الشعبي المتكرر.
4. رد فعل نفس فسيولوجي للقلب والأوعية الدموية: ويتضمن أزمة قلبية مفاجئة، ضغط الدم المرتفع، تشنجات الأوعية الدموية، الصداع النصفي.
5. رد فعل نفس فسيولوجي دموي وليمفاوي : ويتضمن أي اضطرابات في الدم والأجهزة الليمفاوية والتي يكون للعوامل الانفعالية دور رئيسي فيها.
6. رد فعل نفس فسيولوجي معدي معوي: يتضمن أمراضاً، مثل قرحة الاثني عشر، القولون المخاطي، التهاب المعدة المزمن، الإمساك، زيادة الحموضة، حرقان فم المعدة وفقدان الشهية.
7. رد فعل نفس فسيولوجي بولي تناسلي: ويتضمن بعض أنواع اضطرابات الطمث والتبول المؤلم والانقباض المهبلي المؤلم.
8. رد فعل نفس فسيولوجي للغدد الصماء: ويتضمن صورة الغدة الدرقية مع الأعراض المصاحبة لعدم التوازن في الغدد، زيادة نشاط الغدة الدرقية، السمنة، الأمراض التي تكون للعوامل الانفعالية دور واضح فيها.
9. رد فعل نفس فسيولوجي للجهاز العصبي: ويتضمن فقدان القوة البدنية مع التعب وآلام العضلات، وبعض الأمراض التشنجية.
10. رد فعل نفس فسيولوجي للأعضاء ذات الإحساس الخاص: ويتضمن أمراضاً، مثل التهاب الملتحمة (باطن الجفن) المزمن.

وفي معظم هذه الأمراض هناك فترات زيادة مفاجئة في الأعراض، متبوعة بفترات اختفاء لها، وتتابع ظهور الأعراض واختفاؤها مرتبط بكم القلق الذي يتعرض له الفرد على فترات مختلفة، وعلى الرغم من أننا لا نعرف السبب، ولكن من المهم أن نلاحظ -أيضاً- أن هناك اختلافات في الجنس في حدوث بعض الأمراض النفس فسيولوجية، فعلى سبيل المثال القرح الهضمية منتشرة جداً بين الرجال، على حين أن التهاب المفاصل الروماتيزمي والقولون المخاطي منتشر جداً بين السيدات. (251 - Coleman, J. S, 1968 : 249)

تعقيب:

تبين للباحث من خلال العرض السابق أن مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية مفهوم قديم حديث تباينت التعريفات التي تناولته، وكذلك تباينت النظريات التي حاولت تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، فمنها من رأيت أن العوامل والاستعدادات الوراثية هي التي تقف وراء ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، مثل النظريات الفسيولوجية، في حين ترى النظريات السيكلوجية أن الاضطرابات السيكوسوماتية تكون نتيجة الضغوط النفسية و أعباء العمل التي يتعرض لها الفرد، وهناك علاقة متبادلة بين الضغوط النفسية و الاضطرابات السيكوسوماتية، كما أن هناك علاقة متبادلة بين الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية، وعليه يمكن القول إن العامل النفسي المتمثل في الضغط و العامل الفسيولوجي، هما عنصران أساسيان في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الثالث

الدراسات والبحوث السابقة

- * أولاً/ الدراسات العربية
- * ثانياً/ الدراسات الأجنبية
- * تعقيب على الدراسات السابقة
- * فروض الدراسة

الفصل الثالث

دراسات و بحوث سابقة

مقدمة:

يتناول الباحث في هذا الفصل عرضاً للبحوث و الدراسات السابقة العربية و الأجنبية، التي اهتمت بدراسة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة، وقد تم عرض هذه الدراسات و البحوث مرتبة ترتيباً زمنياً تصاعدياً على النحو التالي:

أولاً/ الدراسات العربية:-

أجرى **لطفى فطيم (1979)** دراسة استهدفت التحقق من فرضية فيشر وكليفلاند في دراستهما عن صورة الجسد والشخصية، والتي ترى أن نمط الشخصية يتحدد وفقاً للاضطراب السيكوسوماتي الذي يصيب الفرد، فالمرضى السيكوسوماتيون ذوو الأعراض الباطنة، يحصلون على درجة مناعة منخفضة عن أولئك المصابين باضطراب سيكوسوماتي ذي أعراض ظاهرة، و تكونت العينة من (50) مريضاً نصفهم مصابون بقرحة المعدة والاثنى عشر، والنصف الثاني مصابون بالتهاب المفاصل الروماتيزمي ، وتم تطبيق اختبار الروشاخ وتصحيحه وفقاً لفيشر وكليفلاند.

ودلت النتائج على أن الفرق بين المجموعتين دال، فمجموعة القرحة أقل مناعة من مجموعة الروماتيزم وهذا يدعم ما تصوره الباحث من أن صورة الجسد في بعد أساسي من أبعاد الشخصية، وأن تصور الفرد لحدود جسده يكشف عن موقفه من البيئة الاجتماعية، وأن الشخصية بالتالي هي في أساسها نتاج لمجموع العلاقات الاجتماعية.

أجرى **عبد الرحمن العيسوي (1984)** دراسة كان هدفها معرفة أيهما أكثر تعرضاً للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية الذكور أم الإناث، ومعرفة ما مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية الناشئة عن الضغوط النفسية والاجتماعية، وبلغت عينة الدراسة (164) فرداً منهم (101) ذكر، و (63) أنثى.

وأظهرت النتائج أن نسبة (73%) من أفراد العينة يعانون من اضطراب أو أكثر من الاضطرابات السيكوسوماتية، ونسبة (27%) منهم فقط لم تظهر لديهم أي اضطرابات سيكوسوماتية،

كما كشفت النتائج أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لصالح الإناث، وكذلك أشارت النتائج إلى وجود معامل ارتباط دال إحصائياً بين الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وبين الضغوط النفسية والاجتماعية، وبينت النتائج أن هذه الاضطرابات تزداد بتقدم الفرد في العمر وتعرضه لضغوط ومشكلات أكثر في مراحل حياته.

أجرت آمال عبد السميع أباطة سنة (1986) دراسة استهدفت التعرف على الأبعاد الشخصية

المميزة لكل من مجموعة المريضات بالصداع النصفي ومجموعة المريضات بالروماتيزم المفصلي بمقارنتهن بمجموعة من السويات، والتعرف على درجة العدائية الكلية "العقابية" لدى كل مجموعة من المجموعات الثلاث، وتبين اتجاه العقابية لدى المريضات (كل المجموعتين المريضتين) بالمقارنة بمجموعة السويات، أي تبين ما إذا كانت العقابية داخلية أم خارجية، ودراسة العلاقات الارتباطية بين متوسط درجات كل بعد لدى المجموعات الثلاث ومتوسط درجات كل مجموعة من المجموعات الثلاث، في كل من الدرجة الكلية والعقابية الداخلية والعقابية الخارجية. كما هدفت الدراسة الإكلينيكية إلى توضيح طبيعة العلاقة بين العدوانية (العقابية) لدى المريضات السيكوسوماتيات وأبعاد الشخصية المميزة لهن، وتبين القوى والعوامل النفسية والبيئية والاجتماعية الأخرى المسؤولة عن اتجاه العقابية لديهن. وتكونت العينة من 90 طالبة من طالبات جامعة طنطا مقسمات كالآتي:-

1. مجموعة المريضات وتتكون من 60 مريضة سيكوسوماتية:-

أ. (30) مريضة بروماتيزم المفاصل.

ب. (30) مريضة بالصداع النصفي المنشأ.

2. مجموعة الأسوياء وعددها 30 طالبة وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة الكلية ما بين

(19-25) سنة.

وتم تطبيق أدوات سيكومترية وشملت كلاً من قائمة أيزنك للشخصية ، وقائمة ويلوبي للميل

العصابي، واستخبار العدائية واتجاهها، وقائمة كورنل للشخصية، و تم تطبيق أدوات إكلينيكية وشملت

كلاً من اختبار تكملة الجمل للحاجات النفسية، واختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي، والمقابلات الإكلينيكية.

وأظهرت الدراسة الأمبريقية أن كلتا المجموعتين المريضتين (روماتيزم مفصلي - صداع نصفي) أشد عصابية من مجموعة السويات، ومجموعة المريضات بالروماتيزم المفصلي أكثر عصابية من مجموعة المريضات بالصداع النصفي والفرق بينهما دال، كما أظهرت الدراسة الإكلينيكية أن كلتا المجموعتين أكثر انبساطية من مجموعة السويات، مع عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين المريضتين في بعد الانبساطية، أما بالنسبة للعقابية فظهرت فروق بين مجموعة المريضات بالروماتيزم المفصلي ومجموعة السويات لصالح المجموعة المرضية وأيضاً هذه المجموعة أكثر عقابية خارجية من مجموعة السويات.

واتضح أيضاً أن العقابية لدى المريضات السيكوسوماتيات مفهوم دينامي يظهر في سياق العوامل البيئية والتربوية والأسرية لكل حالة، مع ملاحظة أنه بانخفاض درجة العدائية العامة أو زيادتها تنخفض أو تزداد درجة العصابية، وأن الانبساطية ترتبط مع العدائية العامة ارتفاعاً وانخفاضاً. قام كمال البنا (1987) بدراسة استهدفت التحقق من الفرض الذي وضعه الباحث والمتمثل في الآتي:-

وجود أنماط إدارية مميزة - كما جاءت بها النظرية الشبكية في الإدارة - والتعرف عليها في إحدى الشركات الصناعية الكبرى في مصر، والتأكد من أن لكل نمط إطاره وحدوده الإدارية وخصائصه التي تميزه عن غيره من الأنماط الأخرى، و أن لكل نمط إداري طريقته الخاصة في التعامل مع ضغوط العمل المختلفة Stresses، وأن ردود الفعل لهذه الضغوط تعكس أمراضاً واضطرابات سيكوسوماتية تختلف فيما بينها حسب اختلاف النمط الإداري، وأن كل نمط إداري يرتبط بسمات شخصية معينة وله قيمة خاصة به، و أنه يمكن تغيير النمط الإداري الحالي للمدير إلى النمط الأكثر فاعلية والأقدر على التعامل مع المواقف، مما يحميه من التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية المختلفة، و بلغ عدد أفراد العينة (92) مديراً، وتم تطبيق قائمة كورنل، واختبار

الشخصية الإسقاطي الجمعي، و اختبار القيم الاجتماعية، واختبار التقييم الذاتي للسلوك الإداري، واختبار الاضطرابات السيكوسوماتية. وتوصلت الدراسة إلي النتائج التالية:-

1. إن أكثر الأنماط تعرضاً للاضطرابات العضوية الانفعالية النمط 1/9 المهتم بالعمل، والذي لا يبدي اهتماماً بالآخرين، ورأيه هو السائد ويميل إلى القمع والشدة.

2. يلي ذلك النمط المهتم بالعمل 9/1 والذي أظهر تعرضه لبعض الأمراض السيكوسوماتية وخاصة مرض السكر واضطرابات الغدد، وتتصف شخصية الفرد المنتمي لهذا النمط بالسعادة للعمل مع الآخرين ورعايتهم.

3. وجاء النمط الأبوي 9+9 في الترتيب من حيث التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية حيث تعرض لمرض السكر، وتتصف شخصية صاحب هذا النمط بالحساسية والشك وعدم النضج الانفعالي.

4. يلي ذلك النمط 5/5 المهتم اهتماماً متوسطاً بكل من العمل والعامل، والذي لم يتعرض لأي نوع من الاضطرابات السيكوسوماتية، إلا أنه قد أظهر خوفه على صحته مع وهن العزيمة والتوتر.

5. ويأتي النمط 9/9 المهتم اهتماماً كاملاً بالعامل والعمل ويتميز صاحبه من وجهة النظر النفسية والطبية والبيولوجية بالصحة الجيدة والسعادة والنضج والاتزان ولا يتعرض صاحب هذا النمط لأي مرض من الأمراض السيكوسوماتية ويعتبر هذا النمط أكثر الأنماط فاعلية.

وقد أجرى باكيناز حسيب (1988) دراسة هدفت إلى معرفة طبيعة العلاقة بين شخصية

المشرف كقائد والاضطرابات الانفعالية السيكوسوماتية لدى العمال الصناعيين. وتكونت عينة الدراسة

من (300) عامل؛ حيث تفرعت إلى مجموعتين متناصفتين، حيث تمثلت المجموعة الأولى في

(150) عاملاً من الأقسام التي يشرف عليها مشرفون ذوو شخصية سوية، والمجموعة الثانية (150)

التي يشرف عليها مشرفون ذوو شخصية غير سوية.

وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين العمال الذين تحت إشراف مشرفين ذوي

شخصية سوية، وبين العمال الذين كانوا تحت إشراف مشرفين ذوي شخصية غير سوية في العوامل

العصابية والسيكوسوماتية، وكانت هذه الفروق لصالح العمال الذين عملوا تحت إشراف مشرفين ذوي

شخصية غير سوية.

أجرى جبالي نور الدين (1989) دراسة استهدفت الكشف عن الفروق في بناء الشخصية بين

المصابين بالقرحة المعدية والمصابين بالسكري والأسوياء . ، وشملت عينة البحث 68 شخصاً

مقسمين إلى ثلاث مجموعات:-

1. 22 مصاباً بالقرحة المعدية بواقع 15 ذكر و 7 إناث .

2. 23 مصاباً بالسكري منهم 15 ذكر و 8 إناث .

3. 23 شخصاً سليماً من كل إصابة سيكوسوماتية أو أي اضطراب نفسي أو عقلي.

وقام الباحث باستخدام وسيلتين سيكومتريتين وهما:-

1. اختبار الشخصية المتعددة الأوجه MMPI إعداد لويس مليكة وآخرين.

2. قائمة أيزنك للشخصية EPI إعداد جابر عبد الحميد ومحمد فخر الإسلام.

و كانت النتائج كالتالي:-

1. حصل المصابون بالقرحة المعدية على درجات منخفضة دالة إحصائياً على مقياس البرونويا

والفصام، ومقارنة مع الأسوياء.

2. حصل المصابون بالسكري على درجات مرتفعة دالة إحصائياً على كل من مقياس الاكتئاب

والهستيريا ومقياس الذكورة/ الأنوثة.

3. بمقارنة المصابين بالقرحة المعدية والمصابين بالسكري، كانت الدرجات مرتفعة ودالة إحصائياً

لصالح المصابين بالسكري على كل من مقياس الاكتئاب والهستيريا والبرانويا والسيكاسنيا والفصام.

4. وفي محاولة لتحديد الصحة النفسية لمجموعة القرحة المعدية لوحظ ما يلي:-

- خلو الصحة النفسية للقرحيين من أي عرض سيكاتري ذهاني أو عصابي، وقد اختلفوا عن الأسوياء

في انخفاض درجاتهم على مقياس البرانويا والفصام.

- أما عن الصحة النفسية لمجموعة السكري فقد خلت من أي عرض ذهاني، وكان الفرق بينهم وبين

القرحيين والأسوياء هو ارتفاع درجاتهم على مقياس الاكتئاب ومقياس الهستيريا، مع ميل ذات طبيعة

جنسية.

ولقد أجرت منى حسين أبو ظيرة (1989) دراسة هدفت إلى التعرف على ما إذا كان هناك

علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومتغيرات الشخصية من جانب، وبين الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاهات الوالدية في التنشئة كما يدركها الأبناء من جانب آخر وذلك لدى عينة من طلاب الجامعة، تكونت من مائتي طالب وطالبة من كليات نظرية وعملية مختلفة. وتم تطبيق قائمة كورنل، واختبار الاضطرابات السيكوسوماتية، واختبار الشخصية (الإسقاطي الجمعي)، واختبار أيزنك للشخصية، ومقياس التنشئة الاجتماعية.

وأشارت نتائج الدراسة الي وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين متغيرات الاضطرابات

السيكوسوماتية الانفعالية وكل من متغيرات التوتر، سوء التوافق، العصابية، الذهانية، الميل إلى السلوك الإجرامي كمتغيرات للشخصية ووجود علاقات ارتباطية سالبة دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من متغيرات الانبساطية، المجارة الاجتماعية والانتماء، ووجود فروق دالة بين منخفضي ومرتفعي الاضطرابات السيكوسوماتية في بعض متغيرات الشخصية الخاصة بسوء التوافق والتوتر والعصابية والذهانية والميل إلى السلوك الإجرامي، ووجود فروق دالة بين الذكور والإناث في بعض متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية الخاصة بالخوف وعدم الكفاية والفرع والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية، وفيما يتعلق بمتغيرات الشخصية كانت الفروق بينهما في متغيرات العصابية والميل إلى السلوك الإجرامي، وكشف التحليل العاملي عن وجود مكونات عاملية بين الاضطرابات السيكوسوماتية والشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى عينات الدراسة الثلاث. كما أجرى حسن عبد المعطي (1989) دراسة استهدفت التعرف على أحداث الحياة

الصادمة المرتبطة بالاضطرابات السيكوسوماتية، و كشفت عن الفروق بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء في تأثرهم بأحداث الحياة، وعن الفروق بين فئات المرضى السيكوسوماتيين بعضها البعض في إدراكهم لأحداث الحياة التي يمرون بها، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين:- الأولى: عينة المرضى السيكوسوماتيين وتكونت من 43 مريضاً صنفوا حسب الاضطراب إلى (8 حالات قرحة معدية، (8 حالات ضغط الدم الجوهري، (7 حالات ربو شعبي، (14 حالة آلام مفاصل روماتيزمية، (6 حالات اضطرابات جلدية (ارتكاريا وأكزيما).

الثانية : عينة الأسوياء وتكونت من (150) فرداً من الأسوياء.

وتم استخدام استبيان ضغوط أحداث الحياة ، و مقياس الصحة النفسية نقلاً عن اختبار أرش وايدر Weider.A، و اختبار الذكاء العالي، واستمارة المستوى الاجتماعي (الاقتصادي والثقافي). وتوصلت الدراسة إلى أن الأحداث المرتبطة بالعمل والدخل والعلاقات الأسرية والأحداث الخاصة بالمجال الصحي كانت من أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين، وقد وجدت فروق بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء في إدراكهم لأحداث الحياة، و لم تكشف الدراسة عن فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات السيكوسوماتية في إدراكهم الأحداث المتعلقة بالناحية المالية والصحية والزواج والعلاقة بالجنس الآخر والوالدية، وكشفت الدراسة عن فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات السيكوسوماتية وبعضها في إدراكها الأحداث المتعلقة بالعمل والدراسة والمنزل والحياة الأسرية والأحداث الشخصية.

كما أجرت مایسة أحمد النیال (1991) دراسة استهدفت فحص العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وكل من بعدي الشخصية العصابية/ الاتزان، الانبساط/ الانطواء لدى عينة من المرحلة الإعدادية بين الجنسين.

وتكونت عينة الدراسة من (201) من تلاميذ المرحلة الإعدادية من الصفين الثاني والثالث الإعدادي وذلك بواقع (100) من الذكور، (102) من الإناث، و تم تطبيق مقياس الأعراض السيكوسوماتية للأطفال (إعداد الباحث)، و مقياس العصابية والانبساط من اختبار أيزنك للشخصية.

وأسفرت النتائج عن ارتباط الأعراض السيكوسوماتية بالعصابية ارتباطاً إيجابياً لدى عيني البنين والبنات، كما ارتبطت العصابية إيجابياً بالانبساط لدى عينة البنين ولم يرتبط لدى البنات، ومن ناحية أخرى بعد الانبساط لا يرتبط بالأعراض السيكوسوماتية.

وقد أجرى إبراهيم إبراهيم (1992) دراسة هدفت إلى توضيح مدى العلاقة بين الضغوط النفسية وظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد تكونت عينة الدراسة من (40) مريضاً من مجموعة المرضى السيكوسوماتيين التي قسمت إلى أربع فئات مرضية، وهي مرضى (السكر وضغط

الدم، والقلولون العصبي والصداع النصفي) و (40) فرداً من مجموعة الأسوياء الذين حصلوا على درجات منخفضة في مقياس الضغوط النفسية، وقد استخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية. وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الأسوياء والمرضى السيكوسوماتيين في تأثرهم بالضغوط النفسية لصالح المجموعة الثانية؛ حيث تأثر مرضى السكر بالضغوط الانفعالية والاجتماعية والبدنية، بينما تأثر مرضى ضغط الدم بالضغوط البدنية وتأثر مرضى القولون العصبي بالضغوط الانفعالية والبدنية، بينما لا توجد فروق دالة لصالح مرضى الصداع النفسي في تأثرهم بالضغوط.

كما قام يوسف محمد (1994) بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاه نحو المرض النفسي في ضوء الفروق بين الجنسين، وقد تم اختيار العينة بطريقة عشوائية من جامعة الإمارات، وتكونت من (112) فرداً من الجنسين منهم (42) من الذكور، (70) من الإناث، وطبق عليهم مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، و مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي.

وقد أسفرت بعض النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين بنود مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وبعض المقاييس الفرعية للاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية، لاسيما المخاوف، مثل الخوف على الصحة والحساسية، والشك والاضطرابات السيكوسوماتية العامة لدى الإناث، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين على جميع المقاييس الفرعية للاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية لصالح الإناث، فيما عدا بعد العصبية والقلق والأعراض السيكيوباتية كانت لصالح الذكور، وقد اتضح أن الضغوط التي يتعرض لها الفرد والانفعالات المزممة تؤدي إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية .

كما أجرى محمود أبو النيل (1994) دراسة كان من أهدافها مقارنة النواحي العصابية والسيكوسوماتية بين مرضى الجلد والأسوياء، مفترضاً وجود فروق بين المرضى والأسوياء على بعض الجوانب العصابية والسيكوسوماتية، كالاكتئاب والقلق والفرع، وأعراض التنفس والدورة الدموية، ولقد تكونت عينة الدراسة من حالتين من مرضى الجلد، وكان الأسوياء متماثلين مع المرضى في جميع

النواحي كالتعليم والمهنة والعدد، وقد استخدم الباحث مقياس الروح المعنوية ، وقائمة كورنل للتشخيص السيكاتري والسيكوسوماتي.

وقد أسفرت بعض النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الجلد والأسوياء على جميع المحكات، ما عدا متوسط الإجازات المرضية ومرات التردد على العيادة الطبية كان لصالح مرضى الجلد، كما أن متوسط الأداء في العمل كان لصالح الأسوياء، ويشير ذلك إلى افتقار المرضى للدافع القوي للعمل، نتيجة مرضهم، كما أن متوسط درجات المرضى على جميع جوانب قائمة كورنل أعلى من متوسط درجات الأسوياء، ويشير ذلك إلى أن مرضى الجلد تتنابهم الاضطرابات والشكاوى الجسمية ذات المنشأ النفسي، كأعراض الجهاز المعدي معوي وآلام الظهر والحكة وأعراض التنفس، كما تتنابهم المخاوف وحالات الفزع والاكتئاب.

كما أجرى كل من نجية إسحاق عبد الله ورأفت السيد عبد الفتاح (1995) دراسة استهدفت

التعرف على أحداث الحياة الشائعة المرتبطة بالإصابة بمرض السرطان، وما إذا كانت هناك فروق بين المرضى والأسوياء فيما يتعرضون له من أحداث وبين الجنسين . ، وتكونت العينة من 30 من المرضى، و30 من الأسوياء، وتم استخدام استبيان ضغوط أحداث الحياة، اختبار H.T.P.

وأظهرت النتائج أن أهم الأحداث المرتبطة بالإصابة بمرض السرطان، المتعلقة بالعمل والحياة الأسرية والزواج والعلاقة بالجنس الآخر والوالدية، و عن وجود فروق لها دلالة إحصائية بين مرضى السرطان والأسوياء في أحداث الحياة المرتبطة بالعمل والدراسة والناحية المالية والصحية وكذا المنزل والحياة الأسرية وذلك في جانب المرضى، وأن المرضى الذكور أكثر تأثراً بأحداث الحياة من المرضى الإناث، وذلك من خلال رسم الشخص، و أن الفروق بين كل من الذكور والإناث كانت دالة إحصائياً فيما يتعلق بالعمل والدراسة والناحية المالية وذلك لصالح الذكور، وأن المرضى الذكور أكثر تعبيراً من الإناث عن ذواتهم، وذلك من خلال رسم الشخص، وأن المرضى من الجنسين ينزعون إلى السطحية في الاتصال الاجتماعي بسبب شعورهم بالدونية، كما عاشوا نمواً سويماً في المراحل الأدنى من العمر، ولكن أعاقتهم أحداث صدمة خطيرة والتي أظهرها استبيان أحداث الحياة، وأن مرضى السرطان قد فشلوا في ضبط انفعالاتهم الناشئة عن الاضطرابات الفسيولوجية والمتمثلة فيما يتصل بأجزاء الجسم

وظائفه، وأن الوظيفة النفسية لأولئك المرضى تتعرض لكثير من الاضطرابات وعمليات الكف بفعل المرض، وعن وجود معاناة للمرضى من الجنسين من الجمود والعجز من خلال المستويين السيكولوجي والفسبولوجي مع نزعة للاستجابة العدوانية في الخيال.

وقد قام جمال تفاعلة (1996) بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على العلامات المرضية

للحالات السيكوسوماتية، كما يكشف عنها اختبار تفهم الموضوع و(الورشاخ)، التحقق من مدى فاعلية كل من الاختبارين في تشخيص بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد تكونت عينة الدراسة من عشر حالات (خمسة من مرضى الربو الشعبي السيكوسوماتي وخمسة من الأسوياء)، تراوحت أعمارهم بين (16-17) سنة، وتم استخدام استمارة جمع البيانات، دليل المستوى الاقتصادي/الاجتماعي، اختبار الذكاء المصور، قائمة كورنل للصحة النفسية، اختبار الورشاخ، استمارة المقابلة الشخصية، اختبار تفهم الموضوع واختبار الشخصية المتعددة الأوجه.

وقد أسفرت بعض النتائج عن وجود عدة علامات مرضية للاضطرابات السيكوسوماتية، منها صعوبة إقامة علاقات اجتماعية موفقة مع الآخرين، والحاجة إلى الحب والتقدير والدفء العاطفي، كما توصل الباحث إلى أن اختبار تفهم الموضوع والورشاخ يكمل كل منهما الآخر في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية، وتتميز بطاقات اختبار تفهم الموضوع بالقدرة الفائقة في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية، كما تتمثل في بطاقة رقم (1 ، 2 ، 4)، كما أن الاختبار له قدرة فائقة في الكشف عن ديناميات الحالات السيكوسوماتية.

كذلك أجري سامي الدريعي دراسة (1997) هدفت إلى التعرف على الفروق بين مرضى السكري والأصحاء في الاستجابة لضغوط الحياة، وأجريت على عينة مكونة من (60) ذكراً من السعوديين، تراوحت أعمارهم ما بين (20-45) سنة، وقسموا لثلاث مجموعات (20) من مرضى السكر، (20) من الأصحاء، (20) من مرضى يعانون من شكاوى عضوية مختلفة، وقد استخدم الباحث استبياناً لقياس ضغوط أحداث الحياة.

وأسفرت النتائج عن وجود فروق في الدرجة الكلية في حجم الضغوط، وكذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند (0.01) بين مرضى السكري والمرضى العضويين، والأصحاء على الأبعاد

التالية: (العمل، والدراسة، والمنزل، والأسرة) وعند (0.05) على بعد الوالدية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاثة في الأبعاد التالية (الناحية المالية، الناحية الصحية، الزواج، الأحداث الشخصية) ، وعلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث في شدة الضغوط على الأبعاد التالية (العمل، والدراسة، والناحية المالية، وأحداث الحياة الشخصية)، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث في شدة الضغوط على الأبعاد التالية (الناحية الصحية، والمنزل والأسرة، والزواج، والوالدية).

ومن الدراسة السابقة يتضح لنا أن هناك فروقاً ذات دلالة بين المجموعات الثلاث في حجم وشدة الضغوط بالنسبة للدرجة الكلية، وإن كان الباحث قد وجد أن بعض الأبعاد لا توجد فيها فروق والبعض الآخر يوجد فيها فروق؛ مما يعني أن زيادة حجم الضغوط وشدتها تزيد من ظهور الأعراض المرضية (الاضطرابات السيكوسوماتية).

واستهدفت دراسة علي عبد السلام (1997) إلى عقد مقارنة بين العاملات المتزوجات

مرتفعات المساندة الاجتماعية والعاملات المتزوجات منخفضات المساندة الاجتماعية في أساليب مواجهة الضغوط وعلاقة ذلك بالإصابة بالاضطرابات النفسية، وتكونت عينة الدراسة من المجموعة الأولى قوامها (50) من السيدات المتزوجات مدعيات بمساندة اجتماعية من الأسرة أو جماعة العمل والمجموعة الثانية قوامها (50) من السيدات المتزوجات الغير مدعيات بمساندة اجتماعية سواء من الأسرة أو جماعة العمل، وقد استخدمت هذه الدراسة استبيان المساندة الاجتماعية، واستبيان أساليب مواجهة الضغوط، وقائمة مراجعة الأعراض، وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في أساليب مواجهة أحداث الحياة والإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملات المتزوجات مرتفعات المساندة الاجتماعية والعاملات المتزوجات منخفضات المساندة الاجتماعية في أساليب مواجهة الضغوط على الأبعاد التالية: العمل من خلال الحدث، الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى، العلاقات الاجتماعية، تنمية الكفاءة الذاتية، لصالح مجموعة العاملات المتزوجات مرتفعات المساندة الاجتماعية، وكذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العاملات المتزوجات مرتفعات المساندة الاجتماعية وبين العاملات منخفضات المساندة

الاجتماعية في أساليب مواجهة الضغوط على الأبعاد الآتية: التجنب والإنكار، طلب المساندة الاجتماعية، لصالح مجموعة العائلات المتزوجات منخفضات المساندة الاجتماعية، وكشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العائلات المتزوجات مرتفعات المساندة الاجتماعية وبين العائلات المتزوجات منخفضات المساندة الاجتماعية في الإصابة بالاضطرابات النفسية على الأبعاد التالية : الأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، الخوف، البارانويا التخيلية، الذهانية لصالح مجموعة العائلات المتزوجات منخفضات المساندة الاجتماعية. هذه الدراسة تؤكد على أن الإناث مرتفعات المساندة الاجتماعية أقل تعرضاً للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية والنفسية من منخفضات المساندة الاجتماعية؛ مما يدل على أن المساندة الاجتماعية تعتبر عاملاً ملطفاً في مواجهة الضغوط.

أجرت آمال عبد الحليم الشناوي (1999) دراسة هدفت إلى محاولة التعرف على أحداث الحياة الشائعة ووجهة الضبط المرتبطة بمرضى ارتفاع ضغط الدم والقرحة المعدية، وما إذا كانت هناك فروق بين المرضى والأسوياء فيما يتعرضون له من أحداث، وأيضاً دراسة الفروق بين مرضى ارتفاع ضغط الدم والقرحة المعدية في تأثرهم بأحداث الحياة ووجهة الضبط، وتكونت العينة من (90) مريضاً مقسمة إلى ثلاث مجموعات:-

الأولى: ضغط الدم المرتفع وعددها ثلاثون حالة (18 ذكور - 12 إناث).

الثانية: عينة مرضى القرحة المعدية تتكون من ثلاثين حالة (19 ذكور - 11 إناث).

الثالثة: عينة الأسوياء وتتكون من ثلاثين حالة (16 ذكور - 14 أنثى).

وتم تطبيق استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للراشدين، و قائمة كورنل الجديدة 1995، واستبيان ضغوط أحداث الحياة، ومقياس مركز التحكم، و اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي.

وأُسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الأعراض السيكوسوماتية وأحداث الحياة لدى مجموعة ضغط الدم المرتفع، وحصل المصابون بضغط الدم المرتفع على درجات مرتفعة دالة إحصائياً على مقاييس الأعراض السيكوسوماتية، مثل الجهاز التنفسي والقلب والأوعية، الجهاز العصبي والتعب، وتكرار المرض وأمراض متنوعة والعادات وعدم الكفاية والقلق والحساسية

والغضب والتوتر، مقارنة بالأسوياء، وعلى وجود فروق جوهرية بين مجموعة ضغط الدم المرتفع والأسوياء في أحداث الحياة، وكلها لها دلالة إحصائية مرتفع فيما عدا ضغوط الصداقة لم يكن لها دلالة إحصائية، وحصل المصابون بضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية على درجات مرتفعة دالة إحصائياً على مقاييس ضغوط أحداث الحياة، مقارنة مع الأسوياء، فيما عدا الضغوط الوالدية كانت غير دالة إحصائياً، وكانت الفروق لها دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث في المقاييس الفرعية لصالح مجموعة ضغط الدم، ثم مجموعة القرحة المعدية، وعلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين الأعراض السيكوسوماتية والشخصية لدى مجموعة الدراسة (ضغط الدم المرتفع، القرحة المعدية، الأسوياء)، وأنه توجد علاقة دالة إحصائياً بين الأعراض السيكوسوماتية والشخصية لدى مجموعة ضغط الدم المرتفع.

وقامت نادية محمد جان (2000) بدراسة كان هدفها الكشف عن أنواع الأحداث الضاغطة التي تتعرض لها الطالبات، والكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التعايش مع ضغوط أحداث الحياة ونوع الحدث الضاغط، وتقويم الحدث وإدراكه وناتج عملية التعايش، وكل من فاعلية الذات والاكنتاب، وقام الباحث بتطبيق الدراسة على طالبات كلية التربية بالرياض، وبلغ عدد الطالبات (940) طالبة، واستخدم الباحث مقياس استراتيجيات التعايش مع ضغوط أحداث الحياة، ومقياس فاعلية الذات، ومقياس (بيك) للاكتئاب.

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن الإدراك السلبي للأحداث الضاغطة تمثل خطراً أو أمراً لا يمكن تغييره والسيطرة عليه، وكذلك الإدراك السلبي لفاعلية الذات والإحساس بعدم القدرة على السيطرة على الأحداث الضاغطة، قد ارتبط باستخدام استراتيجيات سلبية كلوم الذات، والاستسلام والرضوخ للواقع، والتنفيس الانفعالي، والهروب والتمني وأحلام اليقظة والانعزال عن الآخرين.

كما ارتبط التقييم السلبي للأحداث الضاغطة بزيادة الأعراض الاكتئابية عند الطالبات كما أظهرت النتائج وجود ارتباط بين الإدراك الإيجابي للأحداث الضاغطة وفاعلية الذات المرتفعة باستخدام استراتيجيات تعايش إيجابية، مثل (استخدام الحل المباشر، وضبط الذات، وتحمل المسؤولية، والتفسير الإيجابي للحدث الضاغط).

من خلال استعراض نتائج تلك الدراسة اتضح أن الطالبات اللاتي أدركن الضغوط بأنها أحداث سلبية، قد لجأن لاستخدام أساليب مواجهة سلبية، وظهرت لديهن أعراض اكتئابية، مما قد يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية نتيجة معرفتنا بآثار الأعراض الاكتئابية، مما يجعلنا نستنتج أن استخدام أساليب المواجهة السلبية قد يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية وهذا ما اتفقت عليه نتائج بعض الدراسات التي سبق عرضها.

كما أجرت هانم باركندي (2000) دراسة هدفت إلى التعرف على نسبة ظهور الاضطرابات

العصابية بين معلمات التعليم العام، وعلاقتها ببعض المتغيرات المرتبطة ببيئتهن المدرسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (609) معلمة من معلمات المراحل التعليمية الثلاث، كما تم تطبيق استبيان البيانات الأولية ، و مقياس مكة للشخصية ، و مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.

وقد توصلت النتائج إلى معاناة المعلمات من الأعراض الاكتئابية وظهور الاضطرابات

السيكوسوماتية لديهن، كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في توهم المرض والاضطرابات السيكوسوماتية بين المعلمات ذوات سنوات الخدمة الأكثر والخدمة الأقل لصالح الخدمة الأكثر، وبين المطلقات والآنسات لصالح المطلقات، كما أن هناك علاقة بين العمر الزمني لأفراد العينة وبين الاكتئاب.

كما أجرى عبد الرؤوف الطلاع (2000) دراسة كان من أهدافها معرفة انتشار الاضطرابات

السيكوسوماتية لدى الأسرى المحررين من السجون الإسرائيلية، والتعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية للأسرى والاضطرابات السيكوسوماتية، والفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسرى المرتبطة بالعمر عند الاعتقال والحالة الاجتماعية، وقد تكونت عينة الدراسة من (540) أسيراً، وللتحقق من أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ، و مقياس الضغوط النفسية.

وقد اتضح من بعض النتائج انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية، ووجود علاقة ارتباطية بين

الضغوط النفسية للأسرى والاضطرابات السيكوسوماتية، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية، تبعاً لمتغير العمر لصالح الفئة من (12-14) سنة، وهي الفئة الأصغر

سناً لأفراد العينة، كما أوضحت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات
السيكوسوماتية، تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية في أمراض الجهاز البولي والتناسلي لصالح فئة
المتزوجين.

كما قام عبد الرحمن العيسوي (2000) بدراسة هدفت إلى التحقق من وجود فروق في
الاضطرابات السيكوسوماتية بين الذكور والإناث، كبار السن نسبياً وصغار السن، كذلك التحقق من
وجود علاقة بين أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية في أجهزة الجسم المختلفة من عدمه، كالعلاقة
بين اضطرابات الجهاز الهضمي كالقرح، والجهاز التنفسي كالربو، وقد بلغ عدد العينة (576) طالباً
وطالبة، منهم (189) من الذكور، و(378) من الإناث من أقسام مختلفة من طلاب الفرقة الأولى
والثانية والرابعة، تراوحت أعمارهم بين (17-38) سنة، ولقد استخدم الباحث اختبار الاضطرابات
السيكوسوماتية، وتوصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية
بين الإناث والذكور لصالح الإناث، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين كبار السن وصغار
السن لصالح صغار السن، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية في
أجهزة الجسم المختلفة؛ أي أنه ليس من الضروري أن يكون المصاب بأحد هذه الاضطرابات
السيكوسوماتية مصاباً بأكثر من اضطراب منها.

كما قام عبد الرحمن العيسوي (ب 2000) بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على مدى انتشار
الاضطرابات السيكوسوماتية في المجتمع السكندري، وقد بلغت العينة (164) فرداً، تراوحت أعمارهم
بين (15-54) سنة من أبناء الطبقات المتوسطة، ووجه إليهم سؤال لمعرفة ما إذا كانوا يعانون من
الاضطرابات السيكوسوماتية، مثل: الربو وضغط الدم والسمنة، واضطراب امراض الفم والصداع
النصفي واضطراب القلب، وقرحة المعدة وقرحة القولون وغير ذلك من الاضطرابات التي حددها
الباحث والتي ترجع في نشأتها إلى الضغوط النفسية والاجتماعية وخبرات القلق، والتوتر والانفعال
المستمر والمعاناة من الخوف، والأزمات والمشاكل التي تمتلئ بها ظروف الحياة في الوقت الحاضر،
وقد توصل الباحث إلى أن (0.73 %) من العينة الكلية يعانون من اضطراب أو أكثر من
الاضطرابات السيكوسوماتية، وهي حالة تستدعي توجيه العناية بالفرد المعاصر لحمايته من هذه

الاضطرابات الخطيرة، وتخفيف وطأة الانفعالات والأزمات والتوترات، التي يعيش في وسطها طوال حياته، وكانت الاضطرابات الأكثر انتشاراً، هي أمراض الفم والأسنان والصداع النصفي والسمنة، وأقل الاضطرابات انتشاراً هي الربو وضغط الدم وقرحة القولون والمعدة، كما تم التوصل إلى أن الإناث أكثر معاناة من الذكور في الاضطرابات السيكوسوماتية؛ لأن الأنثى أكثر حساسية من الناحية الانفعالية.

ثانياً الدراسات الأجنبية:

قام كل من **Lazarus & Folkman (1980)** بدراسة استهدفت معرفة أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية على مدى سنة كاملة لدى عينة من الأفراد، تكونت من (100 ذكر وأنثى، تتراوح أعمارهم ما بين (40-65) سنة، ووجد أن 98% من أفراد العينة استخدموا أسلوب المواجهة المركز على المشكلة وأسلوب المواجهة المركز على الانفعال.

وبينت النتائج أن الذين لديهم مشكلات صحية من الجنسين استخدموا أسلوب المواجهة المركز على الانفعال، وظهور الاختلاف فقط بين الجنسين في استخدامهم أسلوب المواجهة المركز على المشكلة، فالرجال أكثر استخداماً لهذا الأسلوب في العمل من النساء.

وهذه الدراسة تؤكد أن كلاً من الذكور والإناث الذين يعانون من مشكلات صحية يستخدمون أساليب مواجهة تركز على الانفعال، وأن هناك فروقاً في استخدام أسلوب المواجهة المركز على المشكلة لصالح الذكور أكثر من الإناث، وذلك عائد للطبيعة الانفعالية لدى النساء التي هي أعلى منها عند الرجال.

وفي دراسة أجراها كل من **Stone & Neale (1984)** هدفت لمعرفة الأساليب التي يتبعها الأفراد في المجتمع الأمريكي في مواجهتهم للضغوط، والفروق بين الذكور والإناث في استخدامهم تلك الأساليب، وتكونت عينة الدراسة من (120) فرداً، وصنفت الأساليب التي تضمنتها إجاباتهم إلى ثمانية أساليب هي: التحول، إعادة تعريف الموقف، الفعل المباشر، التفريغ، الحصول على المساندة الاجتماعية، الاسترخاء، التقبل، النشاط الديني.

وأظهرت النتائج أن أساليب التحول، والتفريغ، والحصول على المساندة الاجتماعية، والاسترخاء، والتقبل، والنشاط الديني أكثر استخداماً لدى الإناث، في حين أن أساليب المباشرة كانت أكثر استخداماً لدى الذكور.

وتؤكد هذه الدراسة على أن هناك فروقاً بين الذكور والإناث في استخدامهم لأساليب المواجهة، وتؤكد - أيضاً - على الأساليب الأكثر استخداماً عند الإناث، هي التقبل وأسلوب المساندة الاجتماعية والاسترخاء والنشاط الديني أكثر من الذكور، وهذا يؤكد الاتجاه الذي تسير فيه الدراسات على أن هناك أساليب تميز النساء عن الرجال في مواجهة الضغوط.

كما أجري جرين وولد (Greenwald , D.F (1984) دراسة هدفت إلى التأكد من أن هناك

ارتباطاً بين نمط العرض السيكوسوماتي الذي يعاني منه الشخص، والطريقة التي يكسب بها خبرات العالم المحيطة به، والعلاقة بين الاثنين؛ أي أن الأعراض المعوية والأمراض الجلدية ترتبط بأشكال إستجابة سيكولوجية مختلفة. وتكونت عينة الدراسة من فئتين من المرضى يعانون من نمطين من أنماط الأعراض السيكوسوماتية، وهي الأعراض المعوية والأمراض الجلدية، وتضمنت هذه العينة (40) مريضاً من الذكور، (20) يعانون من الأعراض المعوية، و(20) يعانون من الأمراض الجلدية، تتراوح أعمارهم بين (18 - 50) عاماً، يتوزع هؤلاء المرضى إلى مجموعتين، مجموعة مقيمة في المستشفى، والمجموعة الأخرى تمثل مرضى خارجيين، و قد اشتملت الأدوات على مقابلة شبة مقننة، و اختبار ميمان Mayman لقياس الذاكرة المبكرة و ست بطاقات من اختبار تفهم الموضوع T.A.T. وأشارت النتائج إلى ما يلي:

1. إن مرضى الاضطراب المعدي - معوي يكون لديهم توقعات إيجابية للحصول على شيء ما من البيئة و خاصة من الأشخاص الآخرين، و لديهم خوف من مجرى الأحداث وإحساس بأن آمالهم سوف تتحقق، وأن عدم تحقق آمالهم يعد اعتداء عليهم، لذلك يوجد ربط دائم بين المشاعر Feelings والنظرة المستمرة للبيئة، من أجل تحقيق الأهداف مع وجود مشاعر لا تؤدي إلى الاسترخاء.
2. وجود الأمراض السيكوسوماتية ينظر إليه على أنه دليل على تجسيم أو إدماج المشاعر التي تفسر -غالباً- على أساس أن المريض يفشل في التعبير عن نفسه أو توجيه مشاعره إلى الداخل.

أما دراسة **Moss & Halahan (1985)** هدفت إلى معرفة العوامل المسببة للاضطرابات

الجسمية الناتجة عن الضغوط، وطبقت الدراسة على مجموعتين، الأولى لديها ضغوط مرتفعة ولم يظهر عليها أي اضطرابات جسمية، في حين أن المجموعة الثانية -أيضاً- لديها ضغوط مرتفعة ولكن ظهرت عليهم اضطرابات جسمية، وأوضحت النتائج أن المجموعة الأولى التي لم يظهر عليها اضطرابات جسمية كانت أكثر هدوءاً وأقل ميلاً لاستخدام أسلوب التجنب عن المجموعة الثانية، كما بينت أن الرجال والنساء في المجموعة الأولى كانوا أكثر ثقة بالذات، وينالون مساندة أسرية واجتماعية أفضل من المجموعة الثانية.

واتضح في هذه الدراسة أن كلتا المجموعتين يتعرضاً لضغوط مرتفعة، ولكن اختلفت في

ظهور الأعراض المرضية عليهم، ويرجع ذلك إلى اختلاف أساليب المواجهة.

أما دراسة **Hovanitz (1986)** فقد هدفت إلى التحقق من وجود علاقة بين ضغوط أحداث

الحياة وأساليب مواجهتها، كعوامل مساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، وكان عدد أفراد العينة (150) طالباً جامعياً، منهم (76) من الذكور و(74) من الإناث، وتم استخدام الأدوات التالية: بطارية منيسوتا المتعددة الأوجه للشخصية، وقائمة مسح أحداث الحياة، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط.

وقد أثبتت الدراسة فروق بين الذكور والإناث في نوعية ضغوط أحداث الحياة، وأن الإناث

أكثر تعرضاً للضغوط من الذكور، ووجد أن هناك علاقة ارتباطية دالة إيجابية بين ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها، وتأثير ذلك على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

وتؤكد هذه الدراسة على وجود فروق في كمية ضغوط أحداث الحياة بالنسبة للذكور والإناث،

وأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغوط وأساليب المواجهة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نجاح أساليب المواجهة تساعد على عدم ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، بالرغم من ارتفاع كمية الضغوط.

واستكمالاً لتلك النوعية من الدراسات التي تحاول معرفة الفروق بين الجنسين (ذكراً - أنثى)

في أساليب المواجهة والكشف عن فعالية أساليب المواجهة بين الذكور والإناث وأيضاً معرفة العلاقة

بين أساليب المواجهة والحالة الصحية قام كل من **Hoets & Heek (1990)** بإجراء دراسة على

عينة مكونة من (465) ذكراً و(532) أنثى واستخدما الأدوات التالية: قائمة ضغوط أحداث الحياة، واستبيان أحداث الخبرات اليومية الحديثة، وقائمة (هوبكنز) للأعراض المرضية؛ وقائمة أساليب المواجهة.

وأظهرت النتائج أن هناك فروقاً بين الذكور والإناث في أساليب المواجهة؛ حيث حقق الذكور درجات أعلى في أساليب المواجهة التالية (التركيز على المشكلة، التفكير العقلاني، التخطيط، أحلام اليقظة، التخيل، التفكير الإيجابي، النمو الشخصي، الدعاية)، أما الأساليب الخاصة بالإناث هي: التركيز على الانفعال، لوم الذات، التعبير عن الانفعال، السعي وراء المساندة الاجتماعية، التفكير المستقبلي، وبينت الدراسة عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في متوسط درجات استبيان الضغوط، وأظهرت النتائج -أيضاً- ظهور أعراض مرضية عند الإناث أكثر من الذكور. وتوضح هذه الدراسة عدم وجود فروق بين تعرض الإناث والذكور في حجم ضغوط أحداث الحياة، ولكن تظهر لدى الإناث أعراض مرضية أكثر من الذكور؛ نتيجة لنوعية أساليب المواجهة التي تستخدمها، فهذه الأساليب هي المسؤولة عن ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

وقام كل من Long, et al. (1989) بدراسة كان هدفها معرفة كيفية تعايش المريض مع المرض (مرضى خضعوا لعمليات جراحية لاستئصال البنكرياس)، وقد شملت عينة الدراسة (143) مريضاً من الذكور والإناث، وتتراوح أعمارهم ما بين (26-78) عاماً، وطبق على المرضى استبيان لقياس الحالة الصحية السابقة والحالية، ومقياس الضغوط النفسية.

وأظهرت النتائج عن وجود ارتباط بين الضغوط التي يعيشها المريض وبين ظهور المرض عليه، وبينت -أيضاً- أن هناك ارتباطاً بين أساليب المواجهة لدى المرضى وبين الضغوط، كما أسفرت النتائج عن أهمية أساليب المواجهة في رفع مستوى التعايش مع المرض.

أما دراسة Sensky (1989) هدفت لدراسة أساليب العلاج المعرفي لعلاج الاضطرابات الانفعالية لدى مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد استخدم الباحث أسلوب وجهة الضبط الصحية، تعديل الأفكار، والغزو المرتبط بالمرضى، وأسلوب التعامل مع المشكلات الأسرية ومناقشة

أساليب المواجهة المستخدمة لدى المريض، وأكدت النتائج فعالية هذه الأساليب في مواجهة الاضطرابات الانفعالية، والتخفيف من حدتها لدى المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية. **وقام كل من (1989) Marphy, etal** بدراسة حالة واحدة لسيدة عمرها (33) سنة تشكو

من اكتئاب وصداع مزمن، وقد استخدم الباحثون لعلاج الحالة أسلوب إعادة البنية المعرفية وأسلوب التغذية الرجعية البيولوجية، العلاج المعرفي الخبراتي، ومقياس مليون للسلوك الصحي، واستمر العلاج لمدة تسعة أسابيع، وبعد مرور شهر من المتابعة، أظهرت الحالة من خلال تقريرها الذاتي أن تكرار الصداع وشدته قد انخفض، وأظهرت الحالة تحسن في أدائها على مقياس مليون للسلوك الصحي، وأظهرت النتائج أن أسلوب التغذية الرجعية، وإعادة البنية المعرفية قللا من الأعراض النفسية.

أما دراسة (1990) Solomon, etal هدفت لمعرفة العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة

وأساليب المواجهة والمساندة الاجتماعية، وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مجموعة من الجنود الإسرائيليين الذين شاركوا في حرب لبنان سنة (1982)، وكان عدد أفراد العينة (382) جندياً، وكانوا مصابين بضغوط ما بعد صدمة القتال، حيث توقف الجندي عن أداء مهمته كمقاتل أثناء الحرب وقد تم استخدام الأدوات التالية: مقياس الإصابات الجسمية، استبيان اضطرابات ما بعد الصدمة، مقياس أحداث الحياة، مقياس أساليب المواجهة.

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن حدة ضغوط ما بعد الصدمة بين الجنود قد ارتبط بشكل إيجابي بأسلوب المواجهة الذي يركز على الانفعال، وكذلك ارتبط بكثرة الأمراض الجسمية وارتبط بشكل سلبي بأسلوب المواجهة الذي يركز على المشكلة، ويعتقد الباحث أن هذه الدراسة توضح أن الضغوط التي نشأت لدى الجنود نتيجة لارتكابهم جرائم وحشية أثناء القتال، مما أثر على ظهور هذه النوعية من الضغوط لديهم، مما أدى بالتالي إلى ظهور أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية.

أما دراسة كل من (1991) Pestonjee & Muncherji فقد هدفت إلى معرفة مدى

فعالية التدريب على استخدام أساليب المواجهة الفعال في التقليل من ظهور أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية، وبعد تطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة، بينت النتائج أن أساليب المواجهة

الفعالة التي تم تدريب أعضاء العينة عليها قد أظهرت تحسناً في أعراض الاضطرابات
السيكوسوماتية.

ويرى الباحث أن هذه الدراسة تؤكد ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة، على أن التدريب
على استخدام أساليب مواجهة فعالة قد يساعد على التحسن في أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية.
واستخدم كل من Liedtke, et al. (1991) أسلوب التحليل النفسي لعلاج مرضى مصابين
باضطرابات سيكوسوماتية، وقد طبق عليهم استبيان لقياس الأساليب الدفاعية، وقائمة للمشكلات
والشكاوى، وبعد مرور عام من العلاج، أظهر أفراد العينة انخفاضاً دالاً في الدوافع العدوانية الموجهة
نحو الذات في مواقف الإسقاط والنكوص، كما أوضحت النتائج أن أسلوب مواجهة الصراعات قد أدى
إلى انخفاض دال في أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية.

وفي دراسة Sloper, et al (1991) التي هدفت لبحث الاضطرابات السيكوسوماتية
الناجمة عن الضغوط التي يعاني منها الوالدان اللذان لديهما طفل معاق، ومعرفة أساليب مواجهة
الضغوط لديهما، بلغت عينة الدراسة (123) أسرة لديهم أطفال معاقون، وتتراوح أعمارهم ما بين (6-
14) سنة، وقد استخدمت المقاييس التالية: مقياس الآثار الناتجة عن الضغوط، الرضا عن الحياة
الزوجية، مظاهر الاضطرابات السيكوسوماتية.

وأشارت النتائج إلى وجود ضغوط مرتفعة لدى الوالدين مما أثر على العلاقة الزوجية بينهما،
بالإضافة إلى ظهور اضطرابات سيكوسوماتية مختلفة لديهما نتيجة لاستخدامهما أساليب مواجهة غير
فعالة لمواجهة تلك الضغوط المزمنة والشديدة.

ومن هذه الدراسة يتضح لنا أن أنواع الضغوط ومصادرها، قد تكون سبباً في إحداث
الاضطرابات السيكوسوماتية، كما أوضحت الدراسة أن استخدام أساليب مواجهة غير فعالة يزيد من
آثار هذه الضغوط.

وفي نفس السياق هدفت دراسة Nakano (1991) إلى التعرف على أثر أساليب المواجهة
على الصحة النفسية والجسمية لدى طلاب الجامعة اليابانية وكان عدد الذكور (103) وعدد الإناث
(104) وتراوح أعمارهم ما بين (19-24) سنة، وقد تم استخدام مجموعة من الأدوات: مقياس

لأساليب مواجهة أحداث الحياة، مقياس (القلق، الاكتئاب، والاضطرابات السيكوسوماتية) وأظهرت النتائج عن وجود ارتباط دال بين المقاييس الفرعية الستة للمواجهة فيما بينها باستثناء وجود ارتباط بين (التفكير المستقبلي والهروب) كما وجد أن هناك علاقة ذات دلالة بين أسلوب (التفكير المستقبلي، ولوم الذات) والاضطرابات السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب، كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة بين أسلوب حل المشكلات والاكتئاب، ويعتقد الباحث أن هذه الدراسة تشير إلى وجود علاقة بين بعض أساليب المواجهة وزيادة القلق والاكتئاب والاضطرابات السيكوسوماتية، وهذا يوضح أثر القلق والاكتئاب كعوامل مساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

أما دراسة كل من **Burke & Greenglass (1991)** التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين أساليب المواجهة وضغوط العمل، والآثار المختلفة للاضطرابات السيكوسوماتية، والعلاقة بين أساليب المواجهة ونمط الشخصية (A) & (B)، وطبقت الدراسة على (227) أنثى و(243) ذكر، وقد تم استخدام مقياس أساليب المواجهة ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.

وكشفت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين نمط الشخصية (أ) وأسلوب الضبط الداخلي، وهناك -أيضاً- علاقة ارتباطية دالة مرتفعة بين نمط الشخصية (ب) وأساليب المواجهة الوقائية. كما وجود تفاعل بين ضغوط العمل وأساليب المواجهة لذوي النمط (أ)، فعندما ينخفض أسلوب المواجهة يزداد القلق والإحباط، كما أن استخدام أساليب مواجهة فعالة تؤدي إلى انخفاض في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

ويرى الباحث أن نتائج هذه الدراسة تتماشى مع نتائج Nakono؛ حيث أظهرت الدراسة أن زيادة الضغوط أياً كان مصدرها تؤدي إلى ارتفاع القلق والإحباط اللذين يؤديان بدورهما إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

وأجرى **Frone, et al. (1991)** دراسة كان هدفها معرفة آثار ضغوط العمل والأسرة على الإنهاك النفسي للفرد، ومعرفة تأثير العوامل الملطفة (المساندة الاجتماعية) كأسلوب مواجهة للضغوط، وكان عدد أفراد العينة (569) موظفاً وتم استخدام استبيان لقياس ضغوط العمل والأسرة.

وأوضحت النتائج أن أسلوب المواجهة المتمركز حول الذات، والمساندة الاجتماعية يعتبران ملطفين في العلاقة التي تربط بين حدوث الضغوط الناشئة عن الأسرة والعمل، وبين الإنهاك النفسي.

وكذلك قام Arnetz, et, al. (1991) بدراسة استهدفت معرفة الآثار الناجمة عن البطالة

وعدم الشعور بالأمان الوظيفي وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية، وقد تتبعت الدراسة عينة مؤلفة من (354) ذكر وأنثى من طبقة العمال على فترتين، الفترة الأولى كانت على المدى القصير من البطالة؛ حيث أظهرت النتائج تغيرات في مستوى الكلسترول في الدم، وانخفاض في مستوى الصحة النفسية، أما الفترة الثانية من الدراسة كانت بعد مرور عامين من البطالة، وقد أظهرت النتائج زيادة في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لأفراد العينة، مثل الإصابة بأمراض القلب، والأوعية الدموية، وأن استخدام أفراد العينة لأساليب مواجهة فعالة هي التي تحدد نوع الاستجابة.

ويرى الباحث أن نتائج الدراسة قد أظهرت أن البطالة تعتبر مصدراً من مصادر الضغوط، كما أظهرت أن الضغوط في المرحلة الأولى كانت الآثار الناتجة عنها قليلة نسبياً، أما في المرحلة الثانية التي تزايدت فيها الضغوط واستمرت لفترة زمنية أطول، قد ظهرت الآثار بشكل أكثر وضوحاً؛ مما زاد من ظهور الأعراض المرضية أكثر من ذي قبل، كما أوضحت الدراسة أن الأساليب الفعالة والناجحة أسهمت في انخفاض ظهور الأعراض المرضية.

كما هدفت دراسة كل من Ranchor & Sanderman (1991) إلى معرفة الاضطرابات

السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط وعلاقتها بمتغيرات الشخصية (العصابية، مركز التحكم، وتقدير الذات) المتغيرات الديمغرافية (الحالة الاجتماعية، الاقتصادية، والدخل، ومستوى التعليم، والوضع الوظيفي)، وتكونت عينة الدراسة من (117) من الإناث و (128) من الذكور، وقد تم مقابلتهم في الفترة ما بين عام (1970-1984م) وطبقت عليهم مجموعة من الاختبارات التي تقيس ضغوط أحداث الحياة، ومتغيرات الشخصية، للمقارنة بين الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة وبين الأفراد الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية، وفي عام 1984م أظهرت النتائج أن للضغوط أثراً في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

واستهدفت دراسة **Schussler (1992)** الكشف عن معاني مفهوم المرض عند المرضى

المصابين بأمراض مزمنة، والمرضى المصابين باضطرابات سيكوسوماتية، وكذلك معرفة الأساليب المستخدمة من قبل المرضى لمواجهة مرضهم وكان عدد أفراد العينة (205) مريضاً، منهم (153) مريضاً مصاباً بأمراض جسدية مزمنة و (52) مريضاً مصاباً باضطرابات سيكوسوماتية، وبلغ متوسط عمر المرضى (49) سنة، وتم استخدام الأدوات التالية: المقابلة، دراسة حالة، قائمة للحيل الدفاعية، مقياس سمات الشخصية، مقياس أساليب المواجهة.

وأثبتت النتائج ان هناك علاقة بين المفاهيم المرضية وأساليب مواجهة هذه الأمراض؛ حيث

ارتبط مفهوم المرض كتحدي قبول المرض كقيمة، والضبط الداخلي بعوامل المواجهة الجيدة، مثل إعادة البناء المعرفي؛ حيث يشمل أساليب المواجهة التالية (النشاط التكويني، إعطاء المعنى، التفاوض والتعويض)، ولم يتم استخدام حيل دفاعية، أما مفاهيم " المرض كعدو " و " المرض كعقاب " و "المرض كراحة" قد تحددت بعوامل المواجهة الانفعالية السلبية، وتشمل الأساليب المواجهة التالية (التمرد، الانسحاب الاجتماعي، اتهام الذات، إظهار الغضب)، وقد تم استخدام حيل دفاعية، أما مفهوم " المرض كطريقة " فارتبط بأساليب المواجهة النشطة حيث تشمل الأساليب التالية :

(الحديث، الانتباه، العناية، تحليل المشاكل)

وهدفت دراسة **كل من Stormer, et al. (1992)** بدراسة مدى فعالية أسلوب التأمل

لمواجهة ضغوط أحداث الحياة لدى المرضى السيكوسوماتيين، وقد تضمن البرنامج (14) جلسة علاجية تعتمد على الاسترخاء والتأمل الجسدي والعقلي، وتكونت العينة من مجموعتين، المجموعة الأولى مكونة من (23) ذكر وأنثى بمتوسط عمر (47) سنة يشكون من اضطرابات سيكوسوماتية، أما المجموعة الثانية الضابطة تكونت من (16) ذكراً وأنثى بمتوسط أعمارهم (45) سنة، وتم تطبيق قياس قبلي وبعدي على العينة، وبعد تطبيق البرنامج أظهرت النتائج أن المجموعة الأولى قد أظهرت تحسناً في أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية بعد تطبيق البرنامج.

ويرى الباحث أن هذه الدراسة تؤكد أن استخدام أسلوب الاسترخاء وأسلوب التأمل كأسلوبين لمواجهة الضغوط التي يعاني منها مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية يؤديان إلى تحسن المرضى وشفايتهم من الأعراض المرضية.

أما دراسة **Zhang, et, al. (1992)** التي هدفت لمعرفة آثار الأحداث الضاغطة، وأحداث الطفولة السالبة على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد طبقت الدراسة على ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى مكونة من (282) ذكراً وأنثى لديهم اضطرابات سيكوسوماتية، والمجموعة الثانية مكونة من (282) ذكراً وأنثى مصابين بالسرطان، والمجموعة الثالثة مكونة من (273) ذكراً وأنثى كعينة ضابطة من الأصحاء، وقد تمت المقارنة بين المجموعات الثلاث في تكرار أحداث الحياة، تأثير الأحداث العائلية والأحداث الانفعالية السالبة وتأثيرها على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعة الأولى تزداد عندهم ضغوط أحداث الحياة وتكرارها وتأثير الأحداث العائلية والأحداث السالبة في الطفولة أكثر من المجموعة الثانية والثالثة، وأثبتت الدراسة فعالية استخدام أسلوب المساندة الاجتماعية كأسلوب مواجهة لدى المجموعات الثلاث. ويرى الباحثان أن نتائج هذه الدراسة تظهر أن ضغوط أحداث الحياة وتكرارها قد يصيب الفرد بالاضطرابات السيكوسوماتية، كما أوضحت نتائج الدراسة أن أسلوب المساندة الاجتماعية أظهر فعاليته في عدم الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية؛ مما يدل على أن هناك علاقة ارتباطية بين أسلوب المواجهة والاضطرابات السيكوسوماتية.

وأجرى **Lindstrom, eta, (1992)** دراسة مقارنة بين الفنلنديين والأمريكيين استهدفت معرفة أساليب مواجهة الضغوط لدى المدراء في مهن مختلفة، وقد طبقت الدراسة على مجموعتين: المجموعة الأولى هم المدراء (الفنلنديون)، وكان عددهم (709) ومتوسط أعمارهم (40) سنة، أما المجموعة الثانية هم المدراء (الأمريكيون) وعددهم (446) مديراً ومتوسط أعمارهم (43.3) سنة وقد وجد عند المجموعة الأولى (الفنلنديين) اضطرابات سيكوسوماتية، رغم عدم وجود ضغوط في مهام العمل لديهم، بينما المجموعة الثانية (الأمريكيين) ظهرت لديهم اضطرابات سيكوسوماتية، وكانوا يعانون من ضغوط كثيرة في مهام العمل، وقد أظهرت الدراسة أن المجموعة الأولى قد استخدمت

أسلوب المواجهة المتمركزة حول المشكلة ومحاولة حلها، بينما المجموعة الثانية استخدمت أسلوب المواجهة ذات توجه اجتماعي، بالإضافة لأحلام اليقظة وأسلوب المواجهة المتمركز حول الانفعال كأسلوب مواجهة ضغوط العمل.

ومن النتائج يرى الباحث أنها كشفت عن وجود أعراض سيكوسوماتية لدى أفراد العينة الأولى بالرغم من انخفاض ضغوط العمل لديهم واستخدامهم أسلوب المواجهة الذي يركز على المشكلة وحل المشكلة، وقد يكون ذلك عائداً إلى وجود مصادر ضغوط مختلفة أخرى لدى أفراد العينة غير العمل، مما أدى إلى ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

كما قام Lee, etal (1992) بدراسة هدفت إلى معرفة آثار الحالة النفسية، البدنية، المساندة الاجتماعية على مرضى الرئة الذين يعتمدون على الأكسجين، وقد شارك في الدراسة (30) مريضاً بالرئة يعتمدون على الأكسجين الصناعي، وذلك في دراسة وصفية ارتباطية، تم فيها تقييم الصحة النفسية والبدنية والمساندة الاجتماعية ومستوى الأداء، **وقد تم استخدام نظرية Lazarus & Folkman (1984) الخاصة بالضغط النفسي والتوافق،** وقد أوضح التحليل المتنوع للاسترجاع أن الأعراض البدنية لها أكبر قوة وتأثير على مستوى الأداء، وتؤدي إلى (4.44%) من التباين، وكان أكبر الأعراض تأثيراً على الأداء هو صعوبة التنفس.

وقام كل من Hamilton, etal. (1993) بدراسة استهدف معرفة مدى تأثير البطالة على ظهور أعراض الاكتئاب والقلق والاضطرابات السيكوسوماتية، ومعرفة العلاقة بين أساليب المواجهة والاكتئاب لدى مجموعة من العمال، وعددهم (1136) عاملاً، وقد تم إجراء عدد من المقابلات الشخصية قبل إغلاق المؤسسات التي يعملون بها بثلاثة شهور، وبعد الإغلاق بسنة، ومن ثم بعد مرور سنتين، أظهرت النتائج وجود علاقة بين البطالة والاكتئاب والاضطرابات السيكوسوماتية والقلق.

وقام Long (1993) بدراسة كان هدفها الكشف عن آثار أساليب المواجهة المرتبطة بضغط العمل (السلطة والدعم) على الاضطرابات السيكوسوماتية، والرضا الوظيفي، وبلغ عدد أفراد

العينة (83) مديراً بمتوسط عمر (43) سنة، وقد تم استخدام قائمة أساليب المواجهة، مقياس الرضا الوظيفي، مقياس الأعراض النفسية والجسمية، مقياس لأحداث الحياة.

وأظهرت النتائج عن وجود معامل ارتباط سالب بين أسلوب المواجهة (التحرر من العمل)

والرضا الوظيفي، وارتباط موجب بين أسلوب المواجهة والتحرر من العمل والاضطرابات السيكوسوماتية، كما كشفت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين التفاؤل والاضطرابات السيكوسوماتية، ولكن وجد ارتباط بين التفاؤل والرضا الوظيفي العالي.

ومن عرض نتائج الدراسة السابقة اتضح أن انخفاض الرضا الوظيفي يؤدي إلى ارتفاع في

ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

كما أجرى Grassi & Rosti (1996) دراسة بهدف معرفة دور المتغيرات العقلية والنفسية

والاجتماعية في السلوكيات المرضية عند مرضى السرطان، وكان ذلك من خلال إجراء مقابلات شخصية سابقة الإعداد على (201) مريض تم تشخيص المرض لديهم حديثاً، وتراوحت أعمارهم بين (18-73) سنة، وذلك لتقييم الاضطرابات العقلية الحالية التي حدثت من قبل، وقد تم تطبيق مقياس الضغط النفسي، ومقياس التركيز الخارجي للتحكم، ومقياس السلوك المرضي.

وتوصل الباحثان إلى أن (33) مريضاً أظهروا نمطاً من أنماط السلوك المرضي، حيث كان

لهؤلاء المرضى تاريخ طويل من الاضطرابات العقلية، كما أظهر (101) مريضاً نفس النمط عند

تشخيص الاضطرابات العقلية، وقد ارتبطت الاضطرابات النفسية وخصائص الشخصية بمعظم

السلوكيات المرضية، كما أن ميل المرضى لرفض الأحداث اليومية وتقبل حقيقة المرض فقط، ارتبط

بكل من تقدم فيه المرض واللجوء إلى العلاج الكيميائي، ومن ثم تؤكد نتائج الدراسة على الارتباط بين

الاضطرابات النفسية والسلوك المرضي، وتوضح دور المتغيرات المتعلقة بالشخصية (التركيز

الخارجي للتحكم)، وانخفاض المساندة الاجتماعية في الاستجابات غير السلمية، وسوء التوافق مع

مرضى السرطان.

كما قام Grassi, et al (1999) بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة خصائص السلوك

المرضي والعلاقة بينه وبين المتغيرات الإكلينيكية والاجتماعية النفسية عند مرضى فقدان المناعة

المكتسبة الذين لم تظهر عليهم أعراض المرض، وقد شارك في الدراسة (73) مريضاً لا يعالجون داخل المستشفيات، وتراوح أعمارهم بين (18-51) سنة، وقد تم تطبيق استبيان السلوك المرضي، ومقياس الأعراض الموجزة، و مقياس التركيز الخارجي للتحكم ، ومقياس التحكم العاطفي، ومقياس المساندة الاجتماعية.

وقد توصل الباحثون إلى أن المرض النفسي قد ارتبط بنمط السلوك المرضي الذي يتمثل في الاعتقاد في تقدم المرض والقلق والاضطراب والنظرة النفسية للمرض وقلة الاستعداد، كما أن القدرة الشخصية على التعبير عن المشاعر والمستويات الملائمة للمساندة الاجتماعية، وانخفاض مستويات الاكتئاب والمتغيرات الإكلينيكية تؤثر على أكثر السلوكيات المرضية، ويعتبر الضغط النفسي من العوامل الرئيسية التي تؤثر في البعد الوجداني للسلوك المرضي، كما أن المساندة الاجتماعية تؤثر على الاتجاه لتفسير المرض بشكل غير سليم وبطريقة توافق غير ملائمة، وذلك عند مرضى فقدان المناعة المكتسبة الذين لا يظهرون أي أعراض للمرض.

وقد أجرى Cohen, et al. (1999) دراسة هدفت إلى تقييم الممارسات المتعلقة بالصحة

والخصائص التي تساعد الباحثين على فهم جزء من العلاقة بين الحالة الاقتصادية والاجتماعية والصحة في الولايات المتحدة وفنلندا، وذلك على عينة تكونت من (960) رجلاً، و (1427) امرأة تزيد أعمارهم عن (18) سنة في الولايات المتحدة، (2862) رجلاً تراوحت أعمارهم بين (42-60) سنة من فنلندا، وقد تم تطبيق مقياس الضغط النفسي، ومقياس المساندة الاجتماعية ، ومقياس الاكتئاب، ومقياس التحكم في الذات والغضب والعوانية، و مقياس الممارسات الصحية، ومقياس الحالة الاقتصادية الاجتماعية.

وقد توصل الباحثون إلى وجود علاقة خطية بين الحالة الاقتصادية والاجتماعية، والتعرض لضعف الصحة العامة، كما ارتبطت العوامل النفسية الإيجابية كالمساندة الاجتماعية وقلة الغضب والاكتئاب والضغوط الملاحظة والممارسات الصحية الفعالة، بارتفاع المستويات الاقتصادية والاجتماعية وبالصحة الجيدة، كما أدت المتغيرات المتعلقة بالممارسة الصحية النفسية إلى انخفاض الصحة العامة والحالة الاقتصادية الاجتماعية، إلا أن هذه العوامل لم تلعب دوراً أكثر أهمية فيما

يختص بتفسير انخفاض المعدلات في المستويات الوسطى والعليا للحالة الاقتصادية الاجتماعية، وكانت بدلاً من ذلك أكثر أهمية بالنسبة للمستويات الدنيا.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال إستعراض الدراسات السابقة تبين للباحث الآتي:

- معظم الدراسات تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينات تعاني من الأمراض كدراسة لطفى فطيم (1979) ودراسة أمال أباطه ونور الدين (1989) ودراسة أبو النيل (1994) ونجيه إسحق ورأفت عبد الفتاح (1995).

- مجموعة من الدراسات تناولت علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالعديد من المتغيرات كالاتجاهات الوالديه فى دراسة منى حسين أبوطيره (1989) وأحداث الحياه فى دراسة حسن عبد المعطى (1989) ودراسة نادية محمد جان (2000) وسمات الشخصية فى دراسة مايسه النبال (1991) ودراسة الضغوط فى دراسة لإبراهيم (1992).

- أن معظم الدراسات الأجنبية قد أهتمت بدراسة أساليب التعايش مع الاضطرابات السيكوسوماتية ومواجهتها وكذلك أساليب علاجها كدراسة (1989) Sensky ، (1989) Long et al ودراسة (1990) Hotes & Heek، ودراسة (1989) Stormer ودراسة (1991) Pestonjee, Munchrji، ودراسة (1991) Nakano، ودراسة (1992) et al.

- أظهرت الدراسات السابقة وجود تباين كبير في نتائجها ، و لعل التباين في النتائج يرجع إلى عدة عوامل منها:-

1. عامل الزمن: حيث إن الدراسات أجريت على امتداد فترة طويلة من الزمن.

2. عامل المكان: حيث إن الدراسات أجريت في بيئات متباينة.
 3. قد يكون للأداة المستخدمة دور في تباين النتائج.
 4. قد يكون للأساليب الإحصائية- أيضاً- دور في تباين النتائج.
 5. قد يكون لإختلاف العينات دور في تباين النتائج.
- إستطاع الباحث من خلال الدراسات تحديد أداة الدراسة حيث إستخدم قائمة كورنل لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وتحديد منهجية الدراسة حيث إستخدم المنهج الوصفي التحليلي .
- إستطاع الباحث تحديد متغيرات الدراسة وهى الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة والمحافظة وحجم الأسرة والترتيب الميلادى ومستوى التعليم والمهنة والدخل الشهري ودراسة أثرها فى مدى إنتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.

فروض الدراسة:

1. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس.
2. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير العمر.
3. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
4. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير مكان الإقامة .
5. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير المحافظة.
6. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير حجم الأسرة.
7. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الترتيب الميلادى.

8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات النفسية السوماتية تعزى لمتغير مستوى التعليم.
9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات النفسية السوماتية تعزى لمتغير المهنة.
10. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس الاضطرابات النفسية السوماتية تعزى لمتغير الدخل الشهري.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

- * منهج الدراسة
- * مجتمع الدراسة
- * عينة الدراسة
- * أداة الدراسة
- * صدق وثبات الأداة
- * المعالجات الإحصائية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

يستعرض الباحث في هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية، و مجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وتطبيق أداة الدراسة على أفراد العينة، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات أداة الدراسة، ومن ثم إجراءات الدراسة وجمع البيانات من العينة الكلية الفعلية، للتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS من خلال عدد من الأساليب الإحصائية، وذلك على النحو التالي:

منهج الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، الذي يبحث عن الحاضر، ويهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة ؛ تمهيداً للإجابة على تساؤلات محددة تتعلق بالظواهر الحالية، والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث، وذلك باستخدام أدوات مناسبة (إحسان الأغا، 2002: 43).

مجتمع الدراسة:

بلغ حجم المجتمع الأصلي للدراسة (500) فرد من الجنسين من المرضى المراجعين شهرياً لمراكز الرعاية الأولية الحكومية بمحافظات غزة. ملحق رقم (4)

عينة الدراسة:

قام الباحث باختيار عينة عشوائية من أفراد المجتمع الأصلي كعينة للدراسة ، وقد بلغ عدد أفراد العينة (480) من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، وقد استجاب منهم على أداة الدراسة (432) من الجنسين بمعدل استجابة (91%) تقريباً، منهم (220) من الذكور، و (212) الإناث.

جدول (1): يبين توزيع العينة تبعاً للجنس ومكان الإقامة والمحافظه

المتغير	العدد	%	
الجنس	ذكور	220	50.9
	إناث	212	49.1
العمر	18 - 24 سنة	63	14.6
	25 - 40 سنة	216	50.0
	41 - 50 سنة	98	22.7
	51 سنة فما فوق	55	12.7
المحافظة	شمال غزة	229	53.0
	غزة	62	14.4
	الوسطى	36	8.3
	خانيونس	73	16.9
	رفح	32	7.4

العينة الاستطلاعية:

قام الباحث باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (32) من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية من الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي ، وتم تطبيق الأداة المستخدمة في هذه الدراسة على هذه العينة بهدف التحقق من صلاحيتها للتطبيق على أفراد العينة الكلية ، وذلك من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

أداة الدراسة: قائمة كورنيل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية

(تعريب أبو النيل، 1995)

أعد هذه القائمة في الأصل (كيف برودمان) (Keev Brodman)، و(ألبرت ج. إردمان)

(Albert J. Erdman)، و(هارولد ج. وولف) (Harold G. Wolf)، و(بول ف. مسكوفيتش)

(Paul F. Miskovitz)، وهي صورة معدلة لقائمة كورنل (Cornell index) التي أعدها آرثر وايدر وزملاؤه (Arther Weider et al). وقام محمود أبو النيل بتعريبها وتقنينها (1995) وتتكون القائمة في صورتها الأصلية من (223 فقرة)، موزعة على (18 بعداً) للاضطرابات العصابية والسيكوسوماتية، وقد اكتفى الباحث بالأبعاد التي تقيس الاضطرابات السيكوسوماتية فقط وعددها (10 أبعاد) وتشتمل على (145 فقرة). ملحق رقم (1) وتتم الاستجابة على المقياس بنعم وتصحح بدرجة، أو لا وتصحح بصفر، ولا توجد فقرات عكسية التصحيح، ويتم احتساب درجة المفحوص بجمع درجاته على كل بعد، وجمع درجاته على كل الأبعاد للحصول على الدرجة الكلية، وتتراوح الدرجة الكلية للمفحوص على المقياس بين (0 - 145 درجة)، والدرجة المنخفضة تعني عدم وجود الاضطرابات السيكوسوماتية أما الدرجة المرتفعة فتعني وجود الاضطرابات السيكوسوماتية، لدى أفراد العينة.

صدق وثبات الأداة:

1- الصدق: يقصد بصدق الأداة هو أن نقيس ما صمم ت لقياسه. (صفوت فرج، 1997: 254)، فللصدق يعني درجة تحقيق الأهداف التربوية التي صمم ت من أجلها أداة القياس. وقد اتبع الباحث عدداً من الطرق لحساب صدق الأداة:

صدق الاتساق الداخلي: لقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية عشوائية بلغت (32) فرداً من الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي بهدف حساب صدق وثبات الأداة، ولحساب صدق الاتساق الداخلي؛ فقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس (10 أبعاد)، ثم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس.

جدول (2)

ارتباطات درجات فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

الأبعاد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1- حالة السمع والإبصار	1	0.583	دالة عند 0.01
	2	0.551	دالة عند 0.01
	3	0.696	دالة عند 0.01
	4	0.581	دالة عند 0.01
	5	0.403	دالة عند 0.05
	6	0.597	دالة عند 0.01
	7	0.376	دالة عند 0.05
	8	0.529	دالة عند 0.01
	9	0.528	دالة عند 0.01
	10	0.403	دالة عند 0.05
	11	0.108	غير دالة إحصائياً
	12	0.021	غير دالة إحصائياً
	13	0.323	غير دالة إحصائياً
2- حالة الجهاز التنفسي	14	0.581	دالة عند 0.01
	15	0.478	دالة عند 0.01
	16	0.359	دالة عند 0.05
	17	0.473	دالة عند 0.01
	18	0.427	دالة عند 0.05
	19	0.496	دالة عند 0.01
	20	0.771	دالة عند 0.01
	21	0.238	غير دالة إحصائياً
	22	0.050	غير دالة إحصائياً
	23	0.618	دالة عند 0.01
	24	0.482	دالة عند 0.01
	25	0.566	دالة عند 0.01
	26	0.467	دالة عند 0.01
	27	0.471	دالة عند 0.01

الأبعاد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
3- حالة القلب والأوعية	28	0.569	دالة عند 0.01
	29	0.544	دالة عند 0.01
	30	0.563	دالة عند 0.01
	31	0.112	غير دالة إحصائياً
	32	0.123	غير دالة إحصائياً
	33	0.362	دالة عند 0.05
	34	0.667	دالة عند 0.01
	35	0.474	دالة عند 0.01
	36	0.523	دالة عند 0.01
	37	0.067	غير دالة إحصائياً
	38	0.119	غير دالة إحصائياً
	39	0.410	دالة عند 0.05
	40	0.362	دالة عند 0.05
	41	0.379	دالة عند 0.05
	42	0.613	دالة عند 0.01
	43	0.529	دالة عند 0.01
	44	0.219	غير دالة إحصائياً
	45	0.355	دالة عند 0.05
	46	0.177	غير دالة إحصائياً
	47	0.317	غير دالة إحصائياً
48	0.329	غير دالة إحصائياً	
49	0.187	غير دالة إحصائياً	

الأبعاد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
---------	--------	----------------	---------------

غير دالة إحصائيا	0.077	50	4- حالة الجهاز الهضمي
دالة عند 0.01	0.703	51	
دالة عند 0.01	0.674	52	
دالة عند 0.01	0.516	53	
دالة عند 0.01	0.637	54	
دالة عند 0.01	0.786	55	
دالة عند 0.01	0.720	56	
غير دالة إحصائيا	0.104	57	
دالة عند 0.01	0.508	58	
دالة عند 0.01	0.767	59	
غير دالة إحصائيا	0.149	60	
غير دالة إحصائيا	0.121	61	
دالة عند 0.01	0.458	62	
دالة عند 0.05	0.416	63	
غير دالة إحصائيا	0.012	64	
دالة عند 0.01	0.501	65	
دالة عند 0.01	0.539	66	
دالة عند 0.01	0.576	67	
غير دالة إحصائيا	0.167	68	
دالة عند 0.01	0.736	69	

الأبعاد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
5- حالة الجهاز العظمي	70	0.296	غير دالة إحصائياً
	71	0.279	غير دالة إحصائياً
	72	0.463	دالة عند 0.01
	73	0.647	دالة عند 0.01
	74	0.393	دالة عند 0.05
	75	0.526	دالة عند 0.01
	76	0.682	دالة عند 0.01
	77	0.627	دالة عند 0.01
	78	0.452	دالة عند 0.01
	79	0.382	دالة عند 0.05
	80	0.294	غير دالة إحصائياً
6- حالة الجلد	81	0.537	دالة عند 0.01
	82	0.574	دالة عند 0.01
	83	0.460	دالة عند 0.01
	84	0.063	غير دالة إحصائياً
	85	0.404	دالة عند 0.05
	86	0.364	دالة عند 0.05
	87	0.718	دالة عند 0.01

الأبعاد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
---------	--------	----------------	---------------

دالة عند 0.05	0.388	88	7- حالة الجهاز العصبي
دالة عند 0.01	0.545	89	
دالة عند 0.01	0.512	90	
دالة عند 0.05	0.446	91	
دالة عند 0.01	0.674	92	
دالة عند 0.01	0.669	93	
دالة عند 0.01	0.690	94	
دالة عند 0.01	0.686	95	
غير دالة إحصائيا	0.080	96	
دالة عند 0.05	0.397	97	
دالة عند 0.01	0.588	98	
غير دالة إحصائيا	0.346	99	
دالة عند 0.01	0.471	100	
دالة عند 0.01	0.553	101	
غير دالة إحصائيا	0.346	102	
دالة عند 0.05	0.437	103	
غير دالة إحصائيا	0.103	104	
دالة عند 0.01	0.518	105	

الأبعاد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
---------	--------	----------------	---------------

دالة عند 0.05	0.374	106	8- حالة البولبي والتناسلي
دالة عند 0.01	0.449	107	
دالة عند 0.01	0.516	108	
دالة عند 0.01	0.458	109	
دالة عند 0.01	0.579	110	
دالة عند 0.01	0.466	111	
دالة عند 0.01	0.622	112	
غير دالة إحصائيا	0.340	113	
دالة عند 0.01	0.487	114	
دالة عند 0.05	0.380	115	
دالة عند 0.01	0.459	116	
دالة عند 0.01	0.609	117	
دالة عند 0.01	0.499	118	
دالة عند 0.01	0.697	119	9- حالة تكرار المرض
دالة عند 0.01	0.763	120	
دالة عند 0.01	0.763	121	
دالة عند 0.01	0.844	122	
دالة عند 0.01	0.523	123	
دالة عند 0.01	0.740	124	
دالة عند 0.01	0.625	125	
دالة عند 0.01	0.732	126	
دالة عند 0.01	0.756	127	

الأبعاد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
---------	--------	----------------	---------------

غير دالة إحصائياً	0.112	128	10- حالة أمراض متنوعة
دالة عند 0.01	0.572	129	
غير دالة إحصائياً	0.134	130	
غير دالة إحصائياً	0.254	131	
دالة عند 0.01	0.868	132	
دالة عند 0.01	0.765	133	
دالة عند 0.01	0.791	134	
دالة عند 0.01	0.698	135	
دالة عند 0.05	0.366	136	
دالة عند 0.01	0.526	137	
دالة عند 0.05	0.371	138	
دالة عند 0.01	0.522	139	
غير دالة إحصائياً	0.230	140	
دالة عند 0.01	0.536	141	
دالة عند 0.01	0.529	142	
غير دالة إحصائياً	0.163	143	
غير دالة إحصائياً	0.034	144	
غير دالة إحصائياً	0.003	145	

قيمة ر الجدولية (د.ح= 30) عند مستوى 0.05 = 0.349، وعند مستوى 0.01 = 0.449

يتبين من الجدول السابق أنه:

- حققت معظم فقرات استبيان الاضطرابات السيكوسوماتية (109 فقرة) ارتباطات دالة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه عند مستوى دلالة 0.01، ومستوى دلالة 0.05.
- في حين لم تحقق 36 فقرة ارتباطات دالة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه.
- وقد قام الباحث بحذف هذه الفقرات، وبذلك يتكون المقياس في صورته النهائية من (109) فقرات، موزعة على أبعاد المقياس. ملحق رقم (2)

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس في صورته النهائية بين (0 - 109) درجة.

وفيما يلي قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال تقدير معامل الارتباط بين درجة

كل بعد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (3)

يبين ارتباطات درجات كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1- حالة السمع والإبصار	0.610	دالة عند 0.01
2- حالة الجهاز التنفسي	0.511	دالة عند 0.01
3- حالة القلب والأوعية	0.587	دالة عند 0.01
4- حالة الجهاز الهضمي	0.695	دالة عند 0.01
5- حالة الجهاز الهضمي	0.669	دالة عند 0.01
6- حالة الجلد	0.686	دالة عند 0.01
7- حالة الجهاز العصبي	0.777	دالة عند 0.01
8- حالة البولي والتناسلي	0.637	دالة عند 0.01
9- حالة تكرار المرض	0.778	دالة عند 0.01
10- حالة أمراض متنوعة	0.585	دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباطات لدرجات كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس

تتراوح بين (0.511 - 0.844)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01. وبذلك يتضح أن أبعاد

المقياس تتسم بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي، أي أن الأداة تقيس ما صممت لقياسه.

2- ثبات المقياس:

يقصد بثبات الاختبار "الحصول على نفس النتائج عند تكرار القياس باستخدام نفس الأداة وفي نفس الظروف" (إحسان الأغا، 2002: 120)، وقد قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس بالطريقتين التاليتين:

أ. طريقة التجزئة النصفية:

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية (55 فقرة)، ودرجات الفقرات الزوجية (54 فقرة) لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ككل، وقد كانت قيمة الارتباط بين درجات النصفين (0.713)، ثم استخدم معادلة (جتمان) التنبؤية، لتعديل طول المقياس (النصفين غير متساويين)، وقد كانت قيمة الثبات تساوي (0.832)، وهي دالة عند مستوى 0.01، مما يشير إلى أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

ب. استخدام معامل كرونباخ ألفا:

قام الباحث كذلك بتقدير ثبات المقياس في صورته النهائية بحساب معامل كرونباخ ألفا لفقرات المقياس ككل (109 فقرات)، وكان معامل الثبات ألفا يساوي (0.932)، وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01.

ومما سبق اتضح للباحث أن المقياس موضوع الدراسة يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات؛ تعزز النتائج التي سيتم جمعها للحصول على النتائج النهائية للدراسة.

إجراءات الدراسة:

المعالجات الإحصائية:

لقد تمت معالجة البيانات باستخدام الحاسوب بواسطة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS بهدف اختبار صحة فرضيات الدراسة وذلك بالطرق الإحصائية التالية:

الأساليب المستخدمة في التحليل الإحصائي:

- المتوسط الحسابي: وهو عبارة عن مجموع القيم على عددها.

- الانحراف المعياري: وهو عبارة عن انحراف القيم عن متوسطها الحسابي.
- الأوزان النسبية: للتحقق من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية، وهو متوسط الدرجة للمفحوص على المقياس مقسوماً على الدرجة القصوى للمقياس مضروباً في مائة.
- اختبار "ت" T-test للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين.
- تحليل التباين الأحادي "One- way ANOVA" للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي درجات أكثر من مجموعتين.
- اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق الناتجة عن تحليل التباين الأحادي.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

- * خصائص العينة
- * النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
- * النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
- * النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث
- * النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع
- * النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس
- * النتائج المتعلقة بالسؤال السادس
- * النتائج المتعلقة بالسؤال السابع
- * النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن
- * النتائج المتعلقة بالسؤال التاسع
- * النتائج المتعلقة بالسؤال العاشر
- * النتائج المتعلقة بالسؤال الحادي عشر

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

1.4 مقدمة:

يسعى الباحث في هذا الفصل إلى تحقيق أهداف الدراسة ، وقد قام بجمع البيانات اللازمة من خلال تطبيق الأداة المخصصة، والتي تم التفصيل لها في فصل الأساليب والإجراءات ، وذلك على عينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية"، وتم تفرغ البيانات وتصفيتها وتحليلها إحصائياً للتحقق من صحة الفروض.

وقد استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في تحليل البيانات، وللتوصل للنتائج حسب الفروض، استخدم الباحث عدداً من المعادلات الإحصائية.

2.4 الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة:

يستعرض الباحث فيما يلي النتائج المتعلقة بالخصائص الديموغرافية لأفراد العينة البالغ عددهم (432) من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية الحكومية بمحافظة غزة من الجنسين، وقد استخدم الباحث التكرارات والنسب المئوية:

جدول (4): يبين الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

المتغير	العدد	%
الجنس	ذكور	220
	إناث	212
العمر	18 - 24 سنة	63
	25 - 40 سنة	216
	41 - 50 سنة	98
	51 سنة فما فوق	55
الحالة الاجتماعية	أعزب	76

64.8	280	متزوج	
10.9	47	مطلق	
6.7	29	أرمل	
7.2	31	قرية	الإقامة
39.8	172	مخيم	
53.0	229	مدينة	
53.0	229	شمال غزة	المحافظة
14.4	62	غزة	
8.3	36	الوسطى	
16.9	73	خانيونس	
7.4	32	رفح	
22.0	95	4 أفراد ودون	حجم الأسرة
43.1	186	5 - 7 أفراد	
35.0	151	8 أفراد وفوق	
5.1	22	الوحيد	الترتيب الميلادي
30.3	131	الأكبر	
57.4	248	الوسط	
7.2	31	الأخير	
38.4	166	إعدادي ودون	المستوى التعليمي
28.9	125	ثانوي	
12.0	52	دبلوم متوسط	
20.6	89	جامعي وفوق	

30.6	132	موظف	نوع العمل
9.0	39	عامل	
5.8	25	حرفي	
54.6	236	لا يعمل	
64.6	279	1200 ش فما دون	الدخل الشهري
12.5	54	2500 – 1201	
13.4	58	3000 – 2501	
9.5	41	3001 ش فما فوق	

3.4 النتائج الاستدلالية:

1.3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة؟

للإجابة عن السؤال قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للاضطرابات السيكوسوماتية ، وذلك بهدف الكشف عن مدى شيوع هذه الاضطرابات لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، كما يتبين في الجدول رقم (5).

جدول (5) يبين المتوسطات الحسابية

والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للاضطرابات السيكوسوماتية (ن = 432)

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	عدد الفقرات	حالات الاضطرابات
7	22.5	2.621	2.25	10	1- السمع والإبصار
5	25.4	3.990	3.81	15	2- الجهاز التنفسي
3	35.9	3.202	3.59	10	3- القلب والأوعية
8	22.2	2.869	3.11	14	4- الجهاز الهضمي
4	32.8	2.569	2.62	8	5- الجهاز العظمي
9	20.2	1.711	1.21	6	6- الجلد
2	36.7	3.809	5.14	14	7- الجهاز العصبي
6	22.8	3.018	2.73	12	8- الجهاز البولي والتناسلي
1	49.8	3.387	4.48	9	9- تكرار المرض
10	20.0	2.209	2.20	11	10- أمراض متعددة
	28.6	15.932	31.18	109	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل

يتبين من الجدول السابق أن الاضطرابات السيكوسوماتية ضعيفة الانتشار بين أفراد العينة من

المرضى، حيث يقع الوزن النسبي للاضطرابات ككل عند مستوى (28.6).

وتم ترتيب الاضطرابات من الأعلى شيوعاً كما يلي:

- جاء اضطراب تكرار المرض في المرتبة الأولى بوزن نسبي (49.8).

- يليه اضطراب الجهاز العصبي بوزن نسبي (36.7).

- يليه ثالثاً اضطراب القلب والأوعية الدموية بوزن نسبي (35.9).

- وفي المرتبة الرابعة اضطراب الجهاز العظمي بوزن نسبي (32.8).

- يليه اضطراب الجهاز التنفسي في المرتبة الخامسة بوزن نسبي (25.4).

2.3.4 النتائج المتعلقة السؤال الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات

السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس لدى أفراد العينة؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بالمقارنة بين متوسط درجات الذكور (ن = 220)، ومتوسط درجات الإناث (ن = 212) في درجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد استخدم الباحث اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة، والجدول رقم (6) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد المجموعتين من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في الاضطرابات السيكوسوماتية، إضافة لقيمة اختبار (ت)، مع بيان مستوى الدلالة: جدول (6) يبين الفروق في استخدام الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للجنس (الذكور - الإناث)

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الإناث (ن = 212)		الذكور (ن = 220)		الاضطرابات السيكوسوماتية
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.106	1.618	2.605	2.45	2.627	2.05	السمع والإبصار
0.002	** 3.149	3.777	3.20	4.109	4.40	الجهاز التنفسي
0.324	0.988	3.101	3.75	3.296	3.44	القلب والأوعية
0.015	* 2.448	2.604	2.76	3.073	3.44	الجهاز الهضمي
0.681	0.411	2.446	2.67	2.687	2.57	الجهاز العظمي
0.016	* 2.423	1.759	1.41	1.644	1.01	الجلد
0.005	** 2.851	3.464	4.61	4.057	5.65	الجهاز العصبي
0.026	* 2.228	2.686	2.40	3.281	3.05	الجهاز البولي والتناسلي
0.334	0.967	3.213	4.32	3.547	4.64	تكرار المرض
0.755	0.312	2.113	2.17	2.301	2.24	أمراض متعددة
0.076	1.779	15.280	29.79	16.459	32.51	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل

0.001 ≥ ***

0.01 ≥ **

0.05 ≥ *

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 430) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.58

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 ، ومستوى 0.05 بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز العصبي والجهاز البولي والتناسلي، وكانت الفروق لصالح الذكور.
 - توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في اضطرابات الجلد، وكانت الفروق لصالح الإناث.
 - في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور والإناث من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في بقية الاضطرابات السيكوسوماتية.
- وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة نجية إسحاق ورأفت السيد (1995) والتي أظهرت وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية بين الذكور و الإناث لصالح الذكور.
- وتختلف مع دراسة يوسف محمد (1994) ودراسة عبد الرحمن العسيوي (1984) ودراسة عبد الرحمن العسيوي (2000) ودراسة Hovaniyaz (1986) ودراسة Hoets and Heek (1990) حيث أشارت جميعها إلى وجود فروق بين الذكور والإناث.
- ويفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية في (الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي، الجهاز التناسلي) لصالح الذكور، بحكم أن ثقافة ومعايير وقيم المجتمع الفلسطيني، قد أسندت إلى الذكور مهمة توفير كافة مستلزمات الحياة المادية والمعنوية للأسرة، في ظل الحصار والموقع، وما ترتب عليه من ارتفاع نسبة البطالة لدرجة أن 70% من الشعب الفلسطيني في قطاع غزة يعيش تحت خط الفقر . فقد جاءت نتائج الدراسة منسجمة مع الواقع القائم.

3.3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير العمر لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر العمر الزمني (18-24، 25-40، 41-50، 51 سنة فما فوق) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (7) يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات الاضطرابات السيكوسوماتية لأفراد العينة حسب مجموعات العمر الزمني:

جدول (7) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة

في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير العمر الزمني

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	308.010	3	102.670	*** 16.551	0.001
	داخل المجموعات	2654.990	428	6.203		
	المجموع	2963.000	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	45.105	3	15.035	0.944	0.419
	داخل المجموعات	6819.448	428	15.933		
	المجموع	6864.553	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	340.082	3	113.361	*** 11.892	0.001
	داخل المجموعات	4080.027	428	9.533		
	المجموع	4420.109	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	114.578	3	38.193	** 4.760	0.003
	داخل المجموعات	3434.089	428	8.024		
	المجموع	3548.667	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	276.959	3	92.320	*** 15.383	0.001
	داخل المجموعات	2568.539	428	6.001		
	المجموع	2845.498	431			

0.001	*** 8.888	24.678	3	74.033	بين المجموعات	الجلد
		2.777	428	1188.374	داخل المجموعات	
			431	1262.407	المجموع	
0.116	1.983	28.572	3	85.715	بين المجموعات	الجهاز العصبي
		14.411	428	6168.097	داخل المجموعات	
			431	6253.812	المجموع	
0.001	*** 8.277	71.764	3	215.292	بين المجموعات	الجهاز البولي والتناسلي
		8.671	428	3711.095	داخل المجموعات	
			431	3926.387	المجموع	
0.001	*** 8.052	88.072	3	264.217	بين المجموعات	تكرار المرض
		10.939	428	4681.700	داخل المجموعات	
			431	4945.917	المجموع	
0.024	* 3.175	15.261	3	45.783	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.807	428	2057.467	داخل المجموعات	
			431	2103.250	المجموع	
0.001	*** 9.204	2210.079	3	6630.237	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		240.118	428	102770.316	داخل المجموعات	
			431	109400.553	المجموع	

$0.001 \geq ***$

$0.01 \geq **$

$0.05 \geq *$

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=3، 428) عند مستوى دلالة 0.05=2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية والدرجة الكلية للاضطرابات تعزى للعمر الزمني لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.

- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية اضطرابات الجهاز التنفسي والعصبي تبعاً للعمر الزمني لأفراد العينة.

والجدول رقم (8) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً للعمر الزمني:

جدول (8) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات

أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير العمر الزمني

المتغير	18-24 سنة (ن = 63)	25-40 سنة (ن = 216)	41-50 سنة (ن = 98)	51 سنة وفوق (ن = 55)
السمع والإبصار	1.93	1.69	2.52	4.29
القلب والأوعية	1.96	3.50	3.85	5.32
الجهاز الهضمي	3.19	2.62	3.74	3.78
الجهاز العظمي	2.14	2.12	2.94	4.52
الجلد	2.17	1.15	0.92	0.85
الجهاز البولي والتناسلي	1.69	2.51	3.01	4.27
تكرار المرض	4.25	4.39	3.74	6.41
أمراض متعددة	2.38	2.03	2.04	3.00
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	28.52	29.25	31.61	41.05

والجدول رقم (9) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات

السيكوسوماتية تبعاً للعمر الزمني:

جدول رقم (9) نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للعمر

المتغير	البيان	24-18 سنة	40 -25 سنة	41 -50 سنة
السمع والإبصار	40 -25 سنة	0.23		
	41 -50 سنة	0.58	0.82	
	51 سنة وفوق	* 2.35	* 2.59	* 1.77
القلب والأوعية	40 -25 سنة	* 1.54		
	41 -50 سنة	* 1.88	0.34	
	51 سنة وفوق	* 3.35	* 1.81	* 1.47
الجهاز الهضمي	40 -25 سنة	0.56		
	41 -50 سنة	0.55	* 1.12	
	51 سنة وفوق	0.59	1.15	0.036
الجهاز العظمي	40 -25 سنة	0.01		
	41 -50 سنة	0.80	0.81	
	51 سنة وفوق	* 2.38	* 2.39	* 1.57
الجلد	40 -25 سنة	* 1.02		
	41 -50 سنة	* 1.24	0.22	
	51 سنة وفوق	* 1.32	0.29	0.07
الجهاز البولي والتناسلي	40 -25 سنة	0.82		
	41 -50 سنة	1.31	0.49	
	51 سنة وفوق	* 2.57	* 1.75	1.26
تكرار المرض	40 -25 سنة	0.14		
	41 -50 سنة	0.51	0.65	
	51 سنة وفوق	* 2.16	* 2.02	* 2.67
أمراض متعددة	40 -25 سنة	0.34		
	41 -50 سنة	0.34	0.01	
	51 سنة وفوق	0.61	* 0.96	0.95
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	40 -25 سنة	0.72		
	41 -50 سنة	3.08	2.36	
	51 سنة وفوق	* 12.53	* 11.80	* 9.44

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في معظم الاضطرابات كانت بين مجموعات العمر من 50 فما دون ومجموعة العمر 51 سنة فما فوق، لصالح كبار العمر 51 سنة فما فوق.

- فيما كانت الفروق في الاضطرابات الجلدية بين مجموعة ذوي العمر من 18 - 24 سنة ومجموعات ذوي العمر 25 سنة فما فوق، لصالح صغار العمر 18- 24 سنة.

- كما كانت الفروق في اضطرابات الجهاز الهضمي بين مجموعة ذوي العمر من 25 - 40 سنة ومجموعة ذوي العمر 41- 50 سنة، لصالح ذوي العمر 41- 50 سنة.

ولا يوجد دراسة واحدة بين الدراسات السابقة تتفق نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، إنما توجد دراسات سابقة تختلف نتائجها من نتائج الدراسة الحالية ، فقد أظهرت دراسة عبد الرؤوف الطلاع (2000) ودراسة عبد الرحمن عبد الرحمن العيسوي (2000) فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية بين الفئات العمرية الثلاث و لصالح الفئة العمرية الأصغر سناً.

ويفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية بين الفئات العمرية الثلاث ولصالح الفئة العمرية الأكبر سناً (51 سنة فما فوق).

وهذه النتيجة منطقية وحقيقية و تتسجم مع الواقع القائم في قطاع غزة، حيث إن 70% من سكان القطاع يعيشون تحت خط الفقر، و كلما تقدم بهم العمر زادت أعباء الحياة و مطالبها ، فمع تقدم العمر يكبر الأبناء ويذهبون إلى المدارس وبعد المدارس الجامعات وبعد الجامعات يحتاجون إلى الزواج وإلى بيوت مستقلة، وفي ظل الحصار وانتشار البطالة والفقر يتعذر الوفاء بالمطالب سابقة الذكر مما يزيد من ضغوط الحياة على كاهل رب الأسرة الذي يكون ناهز الخمسين من العمر.

4.3.4 النتائج المتعلقة السؤال الرابع:

هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول التالي رقم (15) يبين ذلك:

جدول (10) تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الحالة الاجتماعية

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	69.537	3	23.179	* 3.429	0.017
	داخل المجموعات	2893.463	428	6.760		
	المجموع	2963.000	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	2.914	3	.971	0.061	0.980
	داخل المجموعات	6861.639	428	16.032		
	المجموع	6864.553	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	131.215	3	43.738	** 4.365	0.005
	داخل المجموعات	4288.893	428	10.021		
	المجموع	4420.109	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	49.684	3	16.561	2.026	0.110
	داخل المجموعات	3498.983	428	8.175		
	المجموع	3548.667	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	115.875	3	38.625	*** 6.056	0.000
	داخل المجموعات	2729.623	428	6.378		
	المجموع	2845.498	431			

0.029	*	3.028	8.745	3	26.235	بين المجموعات	الجلد
			2.888	428	1236.173	داخل المجموعات	
				431	1262.407	المجموع	
0.152	1.770	25.552	3	76.655	بين المجموعات	الجهاز العصبي	
		14.433	428	6177.158	داخل المجموعات		
			431	6253.813	المجموع		
0.211	1.512	13.727	3	41.182	بين المجموعات	الجهاز البولي والتناسلي	
		9.078	428	3885.204	داخل المجموعات		
			431	3926.387	المجموع		
0.023	*	3.215	36.329	3	108.988	بين المجموعات	تكرار المرض
			11.301	428	4836.929	داخل المجموعات	
				431	4945.917	المجموع	
0.659	0.534	2.615	3	7.846	بين المجموعات	أمراض متعددة	
		4.896	428	2095.404	داخل المجموعات		
			431	2103.250	المجموع		
0.114	1.992	502.202	3	1506.606	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	
		252.089	428	107893.947	داخل المجموعات		
			431	109400.553	المجموع		

$0.001 \geq ***$

$0.01 \geq **$

$0.05 \geq *$

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=3، 428) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتبين من الجدول رقم (15) أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في اضطرابات السمع والإبصار والقلب والأوعية والعظمي والجلد وتكرار

المرض تعزى للحالة الاجتماعية لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند

مستوى دلالة أقل من 0.05.

- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية الاضطرابات والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للحالة الاجتماعية لأفراد العينة.

والجدول رقم (11) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً للحالة الاجتماعية:

جدول (11) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية

حسب متغير الحالة الاجتماعية

أرمل (ن = 29)	مطلق (ن = 47)	متزوج (ن = 280)	أعزب (ن = 86)	المتغير
3.6552	2.4468	2.1607	1.9211	السمع والإبصار
4.4483	3.5319	3.8214	2.4737	القلب والأوعية
4.1379	2.1915	2.7286	1.9211	الجهاز العظمي
0.8966	1.0000	1.1429	1.7237	الجلد
6.2069	3.8085	4.4571	4.3553	تكرار المرض

والجدول رقم (12) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات
السيكوسوماتية تبعاً للحالة الاجتماعية:

جدول (12): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن

اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للحالة الاجتماعية

المتغير	البيان	أعزب	متزوج	مطلق
السمع والإبصار	متزوج	0.23		
	مطلق	0.52	0.28	
	أرمل	* 1.73	* 1.49	1.20
القلب والأوعية	متزوج	* 1.34		
	مطلق	1.05	0.28	
	أرمل	* 1.97	0.62	0.91
الجهاز العظمي	متزوج	0.80		
	مطلق	0.27	0.53	
	أرمل	* 2.21	* 1.40	* 1.94
الجلد	متزوج	0.58		
	مطلق	0.72	0.14	
	أرمل	0.82	0.24	0.10
تكرار المرض	متزوج	0.10		
	مطلق	0.54	0.64	
	أرمل	1.85	1.74	* 2.398

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطرابات السمع والإبصار والجهاز العصبي كانت بين مجموعتي الأعزب والمتزوج من ناحية، ومجموعة الأرامل، لصالح مجموعة الأرامل.
 - وكانت الفروق في اضطرابات القلب والأوعية بين مجموعة الأعزب من ناحية ومجموعتي المتزوجين والأرامل، لصالح مجموعة المتزوجين والأرامل.
 - في حين كانت الفروق في اضطرابات تكرار المرض بين مجموعتي المطلقين والأرامل، لصالح مجموعة الأرامل.
 - ولم يكشف اختبار (شيفيه) عن اتجاه الفروق في اضطراب الجلد تبعاً للحالة الاجتماعية لأفراد العينة.
- ولا يوجد دراسة واحدة بين الدراسات السابقة تتفق نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية؛ إنما يوجد دراسات سابقة تختلف نتائجها من نتائج الدراسة الحالية، فقد أظهرت دراسة عبد السلام (1997) ونتائج دراسة عبد الرؤوف الطلاع (2000) وجود فروق لصالح المتزوجين ، كذلك أظهرت نتائج دراسة هانم باركندي (2000) وجود فروق لصالح المطلقين.
- ويفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية بين الحالات الاجتماعية (متزوج ، مطلق ، أرمل) لصالح الأرامل.
- وهذه النتيجة واقعية ومنطقية، فقد أشارت العديد من الدراسات أن الغربة الاجتماعية تشكل العامل الرئيسي في نشأة الاضطرابات والأمراض النفسية، والشعب الفلسطيني بحكم أن معركته مع الاحتلال الصهيوني لم تحسم بعد، مازال الصراع قائماً ويستمر يوماً بعد يوم، وعلى مدار اليوم يسقط العديد من الشهداء و الجرحى؛ مما يترتب عليه فقدان العديد من النساء أزواجهن، وفي غياب الزوج تصبح زوج الشهيد (الأرملة) مهينةً للمرض و الاضطراب النفسي، لذلك لا تستغرب ارتفاع نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأرامل مقارنة بالمتزوجات و المطلقات.

5.3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير مكان الإقامة لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي ؛ لفحص أثر مكان الإقامة (قرية، مخيم، مدينة) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (13) يبين ذلك:

جدول (13) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدايم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير مكان الإقامة

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	9.313	2	4.657	0.676	0.509
	داخل المجموعات	2953.687	429	6.885		
	المجموع	2963.000	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	32.217	2	16.109	1.011	0.365
	داخل المجموعات	6832.336	429	15.926		
	المجموع	6864.553	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	7.774	2	3.887	0.378	0.685
	داخل المجموعات	4412.334	429	10.285		
	المجموع	4420.109	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	8.010	2	4.005	0.485	0.616
	داخل المجموعات	3540.657	429	8.253		
	المجموع	3548.667	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	5.131	2	2.566	0.388	0.679
	داخل المجموعات	2840.366	429	6.621		
	المجموع	2845.498	431			

0.008	** 4.861	13.987	2	27.975	بين المجموعات	الجلد
		2.877	429	1234.433	داخل المجموعات	
			431	1262.407	المجموع	
0.005	** 5.293	75.307	2	150.614	بين المجموعات	الجهاز العصبي
		14.227	429	6103.198	داخل المجموعات	
			431	6253.812	المجموع	
0.453	0.794	7.244	2	14.487	بين المجموعات	الجهاز البولي والتناسلي
		9.119	429	3911.899	داخل المجموعات	
			431	3926.387	المجموع	
0.035	* 3.393	38.510	2	77.020	بين المجموعات	تكرار المرض
		11.349	429	4868.897	داخل المجموعات	
			431	4945.917	المجموع	
0.024	* 3.760	18.118	2	36.236	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.818	429	2067.014	داخل المجموعات	
			431	2103.250	المجموع	
0.382	0.965	245.109	2	490.217	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		253.870	429	108910.336	داخل المجموعات	
			431	109400.553	المجموع	

$0.001 \geq ***$

$0.01 \geq **$

$0.05 \geq *$

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=2، 428) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.61

يتبين من الجدول رقم (13) أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في اضطرابات الجلد والجهاز العصبي وتكرار المرض وأمراض متعددة تعزى لمكان الإقامة لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.

- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية الاضطرابات والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمكان الإقامة لأفراد العينة.

والجدول رقم (14) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً لمكان الإقامة:

جدول (14) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية

حسب متغير لمكان الإقامة

المتغير	قرية (ن = 31)	مخيم (ن = 172)	مدينة (ن = 229)
الجلد	0.8065	1.5174	1.0393
الجهاز العصبي	6.7097	4.5465	5.3843
تكرار المرض	5.6452	4.0698	4.6419
أمراض متعددة	2.0968	1.8721	2.4760

والجدول رقم (15) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمكان الإقامة:

جدول رقم (15)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمكان الإقامة

المتغير	البيان	قرية	مخيم
الجلد	مخيم	0.7110	
	مدينة	0.2328	* 0.47
الجهاز العصبي	مخيم	* 2.1632	
	مدينة	1.3254	0.83
تكرار المرض	مخيم	1.5754	
	مدينة	1.0032	0.57
أمراض متعددة	مخيم	0.2247	
	مدينة	0.3792	* 0.60

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطرابات الجلد كانت بين مجموعتي سكان المخيم والمدينة، لصالح ساكني المخيم.
- وكانت الفروق في الأمراض المتعددة بين مجموعتي سكان المخيم والمدينة، لصالح ساكني المدينة.
- وكانت الفروق في اضطرابات الجهاز العصبي بين مجموعتي سكان القرية والمخيم، لصالح ساكني القرية.
- ولم يكشف اختبار (شيفيه) عن اتجاه الفروق في اضطراب تكرر المرض تبعاً لمكان الإقامة لأفراد العينة.
- ولا يوجد دراسة واحدة بين الدراسات السابقة تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية. ويفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير مكان الإقامة (قرية، مدينة، مخيم) ولصالح المدينة.
- وهذه النتيجة حقيقية و منطقية ، فقد أشارت العديد من الدراسات أن هناك علاقة طردية بين التقدم العلمي والتكنولوجي وبين الاضطرابات والأمراض النفسية، لذلك نجد أن نسبة المرض النفسي في الدول المتقدمة أعلى بكثير من الدول المتخلفة، فالمدن تتميز بالازدحام، والتلوث، والغلاء الفاحش، وضعف العلاقات الاجتماعية بين سكانها، كذلك تتميز بضعف القيم والعادات والتقاليد، حتى أن العلاقة بين جيل الاباء وجيل الأبناء واهنة وضعيفة جداً لتمايز الثقافة والقيم والعادات والتقاليد، ويمثل هذا الواقع الأليم المحبط والمحزن الأرض الخصبة لنشأة الأمراض النفسية و الاضطرابات السيكوسوماتية لذلك لا غرابة أن تظهر النتائج أن أهل المدينة ترتفع لديهم الأمراض السيكوسوماتية مقارنة بالقرية والمخيم.

6.3.4 النتائج المتعلقة السؤال السادس:

هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير المحافظة لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر المحافظة (شمال غزة، غزة، الوسطى، خانيونس، رفح) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (16) يبين ذلك:

جدول (16) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة

في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير المحافظة

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	21.900	4	5.475	0.795	0.529
	داخل المجموعات	2941.100	427	6.888		
	المجموع	2963.000	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	429.087	4	107.272	*** 7.118	0.001
	داخل المجموعات	6435.466	427	15.071		
	المجموع	6864.553	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	70.325	4	17.581	1.726	0.143
	داخل المجموعات	4349.784	427	10.187		
	المجموع	4420.109	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	103.981	4	25.995	* 3.222	0.013
	داخل المجموعات	3444.685	427	8.067		
	المجموع	3548.667	431			

0.451	0.921	6.087	4	24.346	بين المجموعات	الجهاز العظمي
		6.607	427	2821.152	داخل المجموعات	
			431	2845.498	المجموع	
0.047	* 2.435	7.037	4	28.148	بين المجموعات	الجلد
		2.891	427	1234.259	داخل المجموعات	
			431	1262.407	المجموع	
0.106	1.920	27.621	4	110.486	بين المجموعات	الجهاز العصبي
		14.387	427	6143.327	داخل المجموعات	
			431	6253.813	المجموع	
0.021	* 2.918	26.119	4	104.476	بين المجموعات	الجهاز البولي والتناسلي
		8.951	427	3821.911	داخل المجموعات	
			431	3926.387	المجموع	
0.207	1.480	16.908	4	67.630	بين المجموعات	تكرار المرض
		11.425	427	4878.286	داخل المجموعات	
			431	4945.917	المجموع	
0.266	1.308	6.364	4	25.456	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.866	427	2077.794	داخل المجموعات	
			431	2103.250	المجموع	
0.023	* 2.865	714.950	4	2859.800	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		249.510	427	106540.753	داخل المجموعات	
			431	109400.553	المجموع	

0.001 ≥ ***

0.01 ≥ **

0.05 ≥ *

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=4، 427) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.37، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.32

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في اضطرابات الجهاز التنفسي والهضمي والجلد والجهاز البولي والتناسلي والاضطرابات ككل تعزى للمحافظة لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.

- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية الاضطرابات تبعاً للمحافظة لأفراد العينة. والجدول رقم (17) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً للمحافظة:

جدول (17) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية

حسب متغير المحافظة

المتغير	شمال غزة (ن = 229)	غزة (ن = 62)	الوسطى (ن = 36)	خانيونس (ن = 73)	رفح (ن = 32)
الجهاز التنفسي	3.22	5.27	2.11	4.74	5.06
الجهاز الهضمي	2.94	4.19	2.47	3.26	2.59
الجلد	0.99	1.58	1.28	1.40	1.63
الجهاز البولي والتناسلي	2.59	3.15	1.61	3.49	2.50
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	30.79	34.58	23.94	32.90	31.63

والجدول رقم (18) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات
السيكوسوماتية تبعاً للمحافظة:

جدول (18)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للمحافظة

المتغير	البيان	شمال غزة	غزة	الوسطى	خانيونس
الجهاز التنفسي	غزة	* 2.05			
	الوسطى	1.11	* 3.16		
	خانيونس	1.51	0.53	* 2.62	
	رفح	1.83	0.21	* 2.95	0.32
الجهاز الهضمي	غزة	1.25			
	الوسطى	0.47	1.72		
	خانيونس	0.31	0.93	0.78	
	رفح	0.34	1.59	0.12	0.66
الجلد	غزة	0.59			
	الوسطى	0.29	0.30		
	خانيونس	0.41	0.18	0.11	
	رفح	0.63	0.04	0.34	0.22
الجهاز البولي والتناسلي	غزة	0.55			
	الوسطى	0.97	1.53		
	خانيونس	0.90	0.34	1.88	
	رفح	0.08	0.64	0.88	0.99
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	غزة	3.79			
	الوسطى	6.84	* 10.63		
	خانيونس	2.11	1.67	8.95	
	رفح	0.83	2.95	7.68	1.27

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطرابات الجهاز التنفسي كانت بين مجموعتي محافظتي شمال غزة والوسطى من ناحية ومحافظة غزة، لصالح مجموعة محافظة غزة.
- كما أن الفروق في اضطرابات الجهاز التنفسي كانت بين مجموعتي محافظتي خانيونس ورفح من ناحية ومحافظة الوسطى، لصالح مجموعة محافظتي خانيونس ورفح.
- ولم يكشف اختبار (شيفيه) عن اتجاه الفروق في بقية الاضطراب تبعاً للمحافظة لأفراد العينة. ولا توجد دراسة واحدة بين الدراسات السابقة تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية. ويفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير المحافظة (غزة،الوسطى،خانيونس، رفح). لصالح محافظة غزة؛ لأن غزة تعتبر غزة أقدم و أكبر مدن القطاع من حيث المساحة وعدد السكان فهي بمثابة العاصمة لقطاع غزة؛ حيث تتركز فيها جميع الدوائر الحكومية، والمؤسسات التعليمية وعلى رأسها الجامعات، ودور النشر ووسائل الإعلام، وفي الربع الأخير من القرن المنصرم و نتيجة للحواجز التي كان يصنعها الاحتلال التي تحول دون على تنقل سكان القطاع ، فقد هاجر لمحافظة غزة كل من كان يعمل فيها من أساتذة الجامعات. وموظفي الدوائر الحكومية.

ومن القواعد النفسية التي ثبت صحتها أن هناك علاقة بين التقدم العلمي و الحضاري وزيادة الاضطرابات والأمراض النفسية؛ لهذا السبب فلا تستغرب أن أظهرت نتائج الدراسة الحالية ارتفاع نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة غزة مقارنة بمحافظات باقي القطاع.

7.3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال السابع:

هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر حجم الأسرة (4 أفراد فأقل، 5- 7 أفراد، 8 أفراد فأكثر) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (19) يبين ذلك:

جدول (19) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة

في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير حجم الأسرة

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	126.566	2	63.283	*** 9.571	0.001
	داخل المجموعات	2836.434	429	6.612		
	المجموع	2963.000	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	81.840	2	40.920	2.588	0.076
	داخل المجموعات	6782.714	429	15.811		
	المجموع	6864.553	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	60.317	2	30.159	2.968	0.052
	داخل المجموعات	4359.792	429	10.163		
	المجموع	4420.109	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	21.661	2	10.830	1.317	0.269
	داخل المجموعات	3527.006	429	8.221		
	المجموع	3548.667	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	3.016	2	1.508	0.228	0.797
	داخل المجموعات	2842.481	429	6.626		
	المجموع	2845.498	431			
الجلد	بين المجموعات	4.011	2	2.006	0.684	0.505
	داخل المجموعات	1258.396	429	2.933		
	المجموع	1262.407	431			
الجهاز العصبي	بين المجموعات	112.984	2	56.492	* 3.947	0.020
	داخل المجموعات	6140.829	429	14.314		
	المجموع	6253.812	431			
الجهاز البولي والتناسلي	بين المجموعات	12.183	2	6.091	0.668	0.513
	داخل المجموعات	3914.204	429	9.124		
	المجموع	3926.387	431			
تكرار المرض	بين المجموعات	95.301	2	47.650	* 4.214	0.015
	داخل المجموعات	4850.616	429	11.307		
	المجموع	4945.917	431			

0.076	2.589	12.542	2	25.084	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.844	429	2078.166	داخل المجموعات	
			431	2103.250	المجموع	
0.001	*** 7.314	1803.736	2	3607.472	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		246.604	429	105793.081	داخل المجموعات	
			431	109400.553	المجموع	

0.001 ≥ ***

0.01 ≥ **

0.05 ≥ *

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=2، 428) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.00، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.61

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في اضطرابات السمع والإبصار والجهاز العصبي وتكرار المرض والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لحجم الأسرة لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.
 - في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية الاضطرابات تبعاً لحجم الأسرة لأفراد العينة.
- والجدول رقم (20) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً لحجم الأسرة:

جدول (20) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية

حسب متغير لحجم الأسرة

المتغير	4 أفراد فأقل (ن = 95)	5 - 7 أفراد (ن = 186)	8 أفراد فأكثر (ن = 151)
السمع والإبصار	1.67	1.95	2.97
الجهاز العصبي	4.41	5.01	5.76
تكرار المرض	3.75	4.41	5.02
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	27.69	29.90	34.95

والجدول رقم (21) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لحجم الأسرة:

جدول (21)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لحجم الأسرة

المتغير	البيان	4 أفراد فأقل	5 - 7 أفراد
السمع والإبصار	5 - 7 أفراد	0.28	
	8 أفراد فأكثر	* 1.29	* 1.01
الجهاز العصبي	5 - 7 أفراد	0.60	
	8 أفراد فأكثر	* 1.35	* 0.752
تكرار المرض	5 - 7 أفراد	0.66	
	8 أفراد فأكثر	* 1.26	0.607
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	5 - 7 أفراد	2.20	
	8 أفراد فأكثر	* 7.25	* 5.05

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطرابات السمع والإبصار والجهاز العصبي والاضطرابات السيكوسوماتية ككل كانت بين مجموعتي ذوي الأسرة (7 أفراد فأقل) ومجموعة ذوي الأسرة (8 أفراد فأكثر) لصالح ذوي الأسرة (8 أفراد فأكثر).

- وكانت الفروق في تكرار المرض بين مجموعة ذوي الأسرة (4 أفراد فأقل) وذوي الأسرة (8 أفراد فأكثر)، لصالح ذوي الأسرة (8 أفراد فأكثر).

ولا توجد دراسة واحدة بين الدراسات السابقة تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية. ويفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير حجم الأسرة (4 وأقل، 5-7، 8 فأكثر) ولصالح ذوي الأسرة (8 أفراد فأكثر).

وهذه النتيجة حقيقية و منطقية و متطابقة مع الواقع بشكل كبير، فقد أظهرت الدراسة العلمية إلى جانب الملاحظات اليومية أن أغلب سكان قطاع غزة يعيشون تحت خط الفقر، ومن القواعد المتعارف عليها بين الناس، أنه كلما زاد حجم الأسرة زادت أعباء و هموم وضغوط الحياة على رب الأسرة، ولهذا السبب نجد أن مؤسسات الإغاثة الإنسانية المحلية منها المحلية و الدولية، تتصدى بالدرجة الأولى عند توزيع الإعانات للأسر التي لا دخل لها وذات الحجم الكبير في نفس الوقت، فلا غرابة أن نجد أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسر الكبيرة أعلى من الأسر التي تليها في الحجم، فالأعباء والهموم والاحتياجات والضغوط والقلق والتوتر يتزايد مع تزايد حجم الأسرة، وهذا يحدث في منطقة تعاني من الحصار و الفقر والحرمان منذ زمن بعيد، وفي منطقة دمر فيها القطاع الزراعي والصناعي والحيواني و التعليمي بالكامل على يد الاحتلال اليهودي الغاصب.

8.3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن:

هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الترتيب الميلادي لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي، لفحص أثر الترتيب الميلادي (الوحيد، الأول، الوسط،

الأخير) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (22) يبين ذلك:

جدول (22) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الحالة الاجتماعية

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	28.01	3	9.33	1.36	0.254
	داخل المجموعات	2934.99	428	6.85		
	المجموع	2963.00	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	236.97	3	78.99	** 5.10	0.002
	داخل المجموعات	6627.58	428	15.48		
	المجموع	6864.55	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	59.94	3	19.98	1.96	0.119
	داخل المجموعات	4360.16	428	10.18		
	المجموع	4420.10	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	40.12	3	13.37	1.63	0.181
	داخل المجموعات	3508.54	428	8.19		
	المجموع	3548.66	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	50.44	3	16.81	2.57	0.053
	داخل المجموعات	2795.05	428	6.53		
	المجموع	2845.49	431			
الجلد	بين المجموعات	6.77	3	2.25	0.76	0.512
	داخل المجموعات	1255.63	428	2.93		
	المجموع	1262.40	431			

0.001	*** 6.71	93.72	3	281.16	بين المجموعات	الجهاز العصبي
		13.95	428	5972.64	داخل المجموعات	
			431	6253.81	المجموع	
0.382	1.02	9.32	3	27.98	بين المجموعات	الجهاز البولي والتناسلي
		9.10	428	3898.40	داخل المجموعات	
			431	3926.38	المجموع	
0.068	2.39	27.25	3	81.74	بين المجموعات	تكرار المرض
		11.36	428	4864.16	داخل المجموعات	
			431	4945.91	المجموع	
0.695	0.48	2.35	3	7.07	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.89	428	2096.17	داخل المجموعات	
			431	2103.25	المجموع	
0.167	1.695	428.13	3	1284.38	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		252.60	428	108116.16	داخل المجموعات	
			431	109400.55	المجموع	

0.001 ≥ ***

0.01 ≥ **

0.05 ≥ *

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=3، 428) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي تعزى للترتيب الميلادي لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.01.

- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في معظم الاضطرابات والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للترتيب الميلادي لأفراد العينة.

والجدول رقم (23) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات
السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً للترتيب الميلادي:

جدول (23) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات

أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الترتيب الميلادي

المتغير	وحيد (ن = 22)	الأول (ن = 131)	الوسط (ن = 248)	الأخير (ن = 31)
الجهاز التنفسي	5.00	2.77	4.30	3.48
الجهاز العصبي	4.81	3.99	5.79	5.06

ولاتوجد دراسة واحدة بين الدراسات السابقة تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية.

ويفسر الباحث وجود فروق في الجهاز التنفسي تبعاً لمتغير الترتيب الميلادي (وحيد، الأول،
الوسط،الأخير) ولصالح الطفل الوحيد، والنتيجة منطقية وواقعية، فالطفل الوحيد يتلقى نمطاً خاصاً من
التربية، فهو ينشأ و يتعرع في ظل أعماده على الآخرين؛ لذلك فالشخصية الاعتمادية لا تقوى على
مواجهة ضغوط و احتياجات وهموم الحياة والتي تمثل السمة البارزة والسائدة لقطاع غزة، ومن ثم لا غرابة
لو أظهرت النتائج أن الطفل الوحيد يعاني من الاضطراب السيكوسوماتي أكثر من أقرانه، فهذا له علاقة
بنمط التربية الأسرية التي ينشأ عليها.

ويفسر الباحث وجود فروق في الجهاز العصبي تبعاً لمتغير الترتيب الميلادي (وحيد، الأول،
الوسط،الأخير) ولصالح الطفل الوسط، وهذه قضية منطقية، وطبيعية فالطفل الأول في الأسرة يتلقى رعاية
و اهتمام و حنان ودفء مبالغ فيه؛ بحكم أنه الأول وكان الوالدان ينتظران قدومه يوماً بعد يوم على أحر
من الجمر، وهذه سمة في الطبيعة الإنسانية، أما الطفل الأوسط فمستوى اهتمام الوالدين به أقل بحكم
أنهما يكونان قد استوعبا دوافع الأمومة من خلال الطفل الأول، ولذلك كثيراً ما تعاق حاجات الطفل

الأوسط، و هذا مما يشكل له المصدر الأساسي لاضطرابات الجهاز العصبي، لذلك من البديهي أن يقل اهتمام الوالدين بالأطفال كلما زاد نسبتهم في الأسرة والعكس صحيح.

والجدول رقم (24) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للترتيب الميلادي:

جدول (24): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن

اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للترتيب الميلادي

المتغير	البيان	وحيد	الأول	الوسط
الجهاز التنفسي	الأول	2.22		
	الوسط	0.69	* 1.53	
	الأخير	1.51	0.71	0.82
الجهاز العصبي	الأول	0.82		
	الوسط	0.97	* 1.80	
	الأخير	0.24	1.07	0.72

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي كانت بين مجموعة الترتيب الميلادي الأول والترتيب الميلادي الوسط، لصالح مجموعة الترتيب الميلادي الوسط.

9.3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال التاسع:

هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير مستوى التعليم لأفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر مستوى التعليم (إعدادي ودون، ثانوي، دبلوم متوسط، جامعي وفوق) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (25) يبين ذلك:

جدول (25) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات
السيكوسوماتية حسب متغير مستوى التعليم

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	78.79	3	26.264	**	0.009
	داخل المجموعات	2884.20	428	6.739	3.897	
	المجموع	2963.00	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	164.34	3	54.782	*	0.016
	داخل المجموعات	6700.20	428	15.655	3.499	
	المجموع	6864.55	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	12.94	3	4.316		0.739
	داخل المجموعات	4407.16	428	10.297	0.419	
	المجموع	4420.10	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	13.44	3	4.483		0.653
	داخل المجموعات	3535.21	428	8.260	0.543	
	المجموع	3548.66	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	42.44	3	14.147		0.092
	داخل المجموعات	2803.05	428	6.549	2.160	
	المجموع	2845.49	431			
الجلد	بين المجموعات	10.58	3	3.527		0.307
	داخل المجموعات	1251.82	428	2.925	1.206	
	المجموع	1262.40	431			
الجهاز العصبي	بين المجموعات	617.02	3	205.675	***	0.001
	داخل المجموعات	5636.78	428	13.170	15.617	
	المجموع	6253.81	431			
الجهاز البولي والتناسلي	بين المجموعات	92.09	3	30.698	*	0.017
	داخل المجموعات	3834.29	428	8.959	3.427	
	المجموع	3926.38	431			
تكرار المرض	بين المجموعات	763.48	3	254.496	***	0.000
	داخل المجموعات	4182.42	428	9.772	26.043	
	المجموع	4945.91	431			

0.075	2.319	11.216	3	33.64	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.836	428	2069.60	داخل المجموعات	
			431	2103.25	المجموع	
0.001	*** 9.940	2375.254	3	7125.76	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		238.960	428	102274.79	داخل المجموعات	
			431	109400.55	المجموع	

0.001 ≥ ***

0.01 ≥ **

0.05 ≥ *

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=3، 428) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية في اضطرابات السمع والإبصار والجهاز التنفسي والجهاز العصبي والجهاز البولي والتناسلي وتكرار المرض والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمستوى التعليم لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمستوى التعليم لأفراد العينة.

والجدول رقم (26) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً لمستوى التعليم:

جدول (26) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية

حسب متغير مستوى التعليم

المتغير	إعدادي ودون (ن = 166)	ثانوي (ن = 125)	دبلوم متوسط (ن = 52)	جامعي وفوق (ن = 89)
السمع والإبصار	2.72	1.69	2.36	2.07
الجهاز التنفسي	4.36	4.00	2.53	3.28
الجهاز العصبي	6.50	4.96	3.28	3.95
الجهاز البولي والتناسلي	3.22	2.21	2.17	2.86
تكرار المرض	5.84	4.67	3.15	2.47
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	35.96	30.12	25.53	27.04

والجدول رقم (27) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات
السيكوسوماتية تبعاً لمستوى التعليم:

جدول (27)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمستوى التعليم

المتغير	البيان	إعدادي ودون	ثانوي	دبلوم متوسط
السمع والإبصار	ثانوي	* 1.02		
	دبلوم متوسط	0.35	0.66	
	جامعي وفوق	0.64	0.38	0.28
الجهاز التنفسي	ثانوي	0.35		
	دبلوم متوسط	* 1.82	1.46	
	جامعي وفوق	1.08	0.72	0.74
الجهاز العصبي	ثانوي	* 1.54		
	دبلوم متوسط	* 3.21	1.67	
	جامعي وفوق	* 2.55	1.00	0.66
الجهاز البولي والتناسلي	ثانوي	* 1.01		
	دبلوم متوسط	1.05	0.04	
	جامعي وفوق	0.36	0.64	0.69
تكرار المرض	ثانوي	* 1.17		
	دبلوم متوسط	* 2.68	* 1.51	
	جامعي وفوق	* 3.37	* 2.20	0.68
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	ثانوي	* 5.84		
	دبلوم متوسط	* 10.43	4.58	
	جامعي وفوق	* 8.92	3.07	1.50

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطرابات السمع والإبصار والجهاز البولي والتناسلي كانت بين مجموعة ذوي المستوى التعليمي إعدادي ودون وذوي المستوى التعليمي الثانوي، لصالح ذوي المستوى التعليمي إعدادي ودون.

- وأن الفروق في اضطراب الجهاز التنفسي كانت بين مجموعة ذوي المستوى التعليمي إعدادي ودون وذوي المستوى التعليمي دبلوم متوسط، لصالح ذوي المستوى التعليمي إعدادي ودون.
- أن الفروق في اضطراب الجهاز العصبي اضطراب وتكرار المرض والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية كانت بين مجموعة ذوي المستوى التعليمي إعدادي ودون وباقي المجموعات، لصالح ذوي المستوى التعليمي إعدادي ودون.
- كما أن الفروق في اضطراب تكرار المرض كانت بين مجموعة ذوي المستوى التعليمي ثانوي ومجموعتي ذوي المستوى التعليمي دبلوم متوسط وجامعي وفوق، لصالح ذوي المستوى التعليمي ثانوي.

هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير مستوى التعليم لدى أفراد العينة؟

لا توجد دراسة بين الدراسات السابقة تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية.

- فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير مستوى التعليم (إعدادي فدون، ثانوي، دبلوم متوسط، جامعي فما فوق) وجاءت الفروق لصالح الطلاب الإعدادي فما دون، وهذه النتيجة منطقية فقد أشارت الدراسات والأبحاث العلمية أن التعليم يعتبر من أهم مصادر تشكيل الوعي في العالم فكلما زاد التعليم زاد الوعي، وكلما زاد الوعي سيطر الإنسان على الصراع و مصادره، لهذا السبب تلاحظ أن البلدان المتخلفة اجتماعياً واقتصادياً في الأصل هي متخلفة في مجال التعليم، لذلك لا غرابة أن نجد نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة (إعدادي فدون) أعلى من مثلها من ذوي المستويات العليا تعليماً فكلما تدنى مستوى التعليم كان الفرد مرشحاً للتعرض وللصراع في الحياة، فالتعليم هو السياج الواقي بالإنسان من الاضطراب النفسي السيكوسوماتي.

10.3.4 النتائج المتعلقة السؤال العاشر:

هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير المهنة لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر المهنة (موظف، عامل، حرفي، لا يعمل) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (28) يبين ذلك:

جدول (28) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير المهنة

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	23.33	3	7.77	1.132	0.336
	داخل المجموعات	2939.66	428	6.86		
	المجموع	2963.00	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	290.32	3	96.77	*** 6.300	0.001
	داخل المجموعات	6574.23	428	15.36		
	المجموع	6864.55	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	68.77	3	22.92	2.255	0.081
	داخل المجموعات	4351.33	428	10.16		
	المجموع	4420.10	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	59.45	3	19.81	2.431	0.065
	داخل المجموعات	3489.20	428	8.15		
	المجموع	3548.66	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	4.65	3	1.55	0.234	0.873
	داخل المجموعات	2840.84	428	6.63		
	المجموع	2845.49	431			
الجلد	بين المجموعات	15.13	3	5.04	1.731	0.160
	داخل المجموعات	1247.27	428	2.91		
	المجموع	1262.40	431			

0.001	*** 8.887	122.24	3	366.73	بين المجموعات	الجهاز العصبي
		13.75	428	5887.08	داخل المجموعات	
			431	6253.81	المجموع	
0.853	.262	2.39	3	7.19	بين المجموعات	الجهاز البولي والتناسلي
		9.15	428	3919.19	داخل المجموعات	
			431	3926.38	المجموع	
0.001	*** 11.249	120.49	3	361.47	بين المجموعات	تكرار المرض
		10.71	428	4584.441	داخل المجموعات	
			431	4945.91	المجموع	
0.122	1.941	9.41	3	28.23	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.84	428	2075.01	داخل المجموعات	
			431	2103.25	المجموع	
0.034	* 2.925	732.55	3	2197.66	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		250.47	428	107202.88	داخل المجموعات	
			431	109400.55	المجموع	

$0.001 \geq ***$

$0.01 \geq **$

$0.05 \geq *$

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=3، 428) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.001 في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي وتكرار المرض وعند مستوى دلالة 0.05 في الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير المهنة لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير المهنة لأفراد العينة.

والجدول رقم (29) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات
السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً لمتغير المهنة:

جدول (29) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية

حسب متغير المهنة

المتغير	موظف (ن = 132)	عامل (ن = 39)	حرفي (ن = 25)	لا يعمل (ن = 236)
الجهاز التنفسي	3.59	6.23	2.36	3.69
الجهاز العصبي	3.75	5.74	5.64	5.77
تكرار المرض	3.14	4.56	4.64	5.20
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	28.38	36.17	30.20	32.02

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات

السيكوسوماتية تبعاً لاختلاف المهنة:

جدول (30): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً

لمتغير المهنة

المتغير	البيان	موظف	عامل	حرفي
الجهاز التنفسي	عامل	2.63 *		
	حرفي	1.23	3.87 *	
	لا يعمل	0.10	2.53 *	1.33
الجهاز العصبي	عامل	1.98 *		
	حرفي	1.88	0.10	
	لا يعمل	2.01 *	0.02	0.13
تكرار المرض	عامل	1.42		
	حرفي	1.49	0.07	
	لا يعمل	2.06 *	0.64	0.56
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	عامل	7.79 *		
	حرفي	1.81	5.97	
	لا يعمل	3.63	4.15	1.82

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطراب الجهاز التنفسي كانت بين مجموعة ذوي المهنة (عامل) وباقي المجموعات، لصالح ذوي المهنة (عامل).
- وأن الفروق في اضطراب الجهاز العصبي كانت بين مجموعة ذوي المهنة (موظف) ومجموعتي ذوي المهنة (عامل) والذين لا يعملون، لصالح مجموعتي ذوي المهنة (عامل) والذين لا يعملون.
- أن الفروق في اضطراب تكرار المرض كانت بين مجموعة ذوي (المهنة) موظف والذين لا يعملون، لصالح مجموعة الذين لا يعملون.
- أن الفروق في الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية كانت بين مجموعة ذوي المهنة موظف وذوي المهنة عامل، لصالح مجموعة ذوي المهنة (عامل).
- لا توجد دراسة بين الدراسات السابقة تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية.
- و يفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير المهنة (موظف، عامل، حرفي، لايعمل) لصالح ذوي المهنة عامل، فهذه القضية منطقية وطبيعية فمن الأمور المتعارف عليها لدى سكان قطاع غزة أن الدخل يزداد مع زيادة التعليم والكفاءة والمهارة و التميز، فالعامل هو أدنى درجة في السلم المهني، و من ثم حظه من الدخل بسيط، وفي ظل قسوة الحياة، و الارتفاع الحاد في مستوى المعيشة، و الغلاء الفاحش الذى يتزايد بمتوالية هندسية، لا يستطيع العامل البسيط ذو الدخل البسيط أن يسد حاجات أسرته ومتطلبات الحياة، و هذا في حد ذاته كفيل أن يبقيه يدور في دائرة من الصراع النفسي اليومي، لا نهاية له و لا مخرج منه، إلا بزوال الواقع الذى أدى إلى الموقف الصراعى.

11.3.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الحادي عشر:

هل توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الدخل الشهري لدى أفراد العينة؟

قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر الدخل الشهري (1200 فما دون، 1201-2500 شيكل، 2501-3000 شيكل، أكثر من 3000 شيكل) على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، والجدول رقم (31) يبين ذلك:

جدول (31) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة

في أدائهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الدخل الشهري

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	بين المجموعات	15.98	3	5.32	0.774	0.509
	داخل المجموعات	2947.01	428	6.88		
	المجموع	2963.00	431			
الجهاز التنفسي	بين المجموعات	109.83	3	36.61	2.320	0.075
	داخل المجموعات	6754.71	428	15.78		
	المجموع	6864.55	431			
القلب والأوعية	بين المجموعات	91.14	3	30.38	*	0.030
	داخل المجموعات	4328.96	428	10.11		
	المجموع	4420.10	431			
الجهاز الهضمي	بين المجموعات	21.43	3	7.14	0.867	0.458
	داخل المجموعات	3527.23	428	8.24		
	المجموع	3548.66	431			
الجهاز العظمي	بين المجموعات	8.28	3	2.76	0.417	0.741
	داخل المجموعات	2837.21	428	6.62		
	المجموع	2845.49	431			
الجلد	بين المجموعات	2.06	3	0.68	0.234	0.873
	داخل المجموعات	1260.33	428	2.94		
	المجموع	1262.40	431			
الجهاز العصبي	بين المجموعات	299.20	3	99.73	***	0.000

	7.169	13.91	428	5954.60	داخل المجموعات	
			431	6253.81	المجموع	
0.375	1.040	9.47	3	28.41	بين المجموعات	الجهاز البولي والتناسلي
		9.10	428	3897.97	داخل المجموعات	
			431	3926.38	المجموع	
0.001	*** 15.277	159.46	3	478.40	بين المجموعات	تكرار المرض
		10.43	428	4467.51	داخل المجموعات	
			431	4945.91	المجموع	
0.089	2.186	10.58	3	31.74	بين المجموعات	أمراض متعددة
		4.84	428	2071.50	داخل المجموعات	
			431	2103.25	المجموع	
0.020	* 3.303	825.22	3	2475.67	بين المجموعات	الاضطرابات السيكوسوماتية ككل
		249.82	428	106924.88	داخل المجموعات	
			431	109400.55	المجموع	

$0.001 \geq ***$

$0.01 \geq **$

$0.05 \geq *$

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=3، 428) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78 يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.001 في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي وتكرار المرض وعند مستوى دلالة 0.05 في الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الدخل الشهري لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الدخل الشهري لأفراد العينة.

والجدول رقم (32) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في أدائهم على الاضطرابات السيكوسوماتية ذات الدلالة الإحصائية تبعاً لمتغير الدخل الشهري:

جدول (32)

يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الدخل الشهري

المتغير	1200 فما دون (ن = 132)	-1201 2500 شيكل (ن = 39)	-2501 3000 شيكل (ن = 25)	أكثر من 3000 شيكل (ن = 236)
القلب والأوعية	3.505	3.444	3.189	4.975
الجهاز العصبي	5.731	4.111	4.517	3.414
تكرار المرض	5.265	3.018	3.103	3.073
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	32.663	26.870	27.413	32.122

والجدول رقم (33) يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لاختلاف الدخل الشهري:

جدول (33)

نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الدخل الشهري

المتغير	البيان	1200 فما دون	2500 - 1201	3000 - 2501
القلب والأوعية	1201 - 2500 شيكل	0.06		
	2501 - 3000 شيكل	0.31	0.25	
	أكثر من 3000 شيكل	1.47	1.53	1.78
الجهاز العصبي	1201 - 2500 شيكل	* 1.62		
	2501 - 3000 شيكل	1.21	0.40	
	أكثر من 3000 شيكل	* 2.31	0.69	1.10
تكرار المرض	1201 - 2500 شيكل	* 2.24		
	2501 - 3000 شيكل	* 2.16	0.08	
	أكثر من 3000 شيكل	* 2.19	0.05	0.03
الاضطرابات السيكوسوماتية ككل	1201 - 2500 شيكل	* 5.79		
	2501 - 3000 شيكل	5.24	0.54	
	أكثر من 3000 شيكل	0.54	5.25	4.70

يتبين من الجدولين السابقين:

- أن الفروق في اضطراب الجهاز العصبي كانت بين مجموعة ذوي الدخل الشهري (1200 شيكل فما دون) ومجموعتي ذوي الدخل الشهري (1201 - 2500 شيكل) وذوي الدخل الشهري (أكثر من 3000 شيكل) لصالح مجموعة ذوي الدخل الشهري (1200 شيكل فما دون).
- أن الفروق في اضطراب تكرار المرض كانت بين مجموعة ذوي الدخل الشهري (1200 شيكل فما دون) وباقي المجموعات، لصالح مجموعة ذوي الدخل الشهري (1200 شيكل فما دون).
- أن الفروق في الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية كانت بين مجموعة ذوي الدخل الشهري (1200 شيكل فما دون) وذوي الدخل الشهري (1201 - 2500 شيكل)، لصالح مجموعة ذوي الدخل الشهري (1200 شيكل فما دون).
- ولم يكشف اختبار (شيفيه) عن اتجاه الفروق في اضطراب القلب والأوعية تبعاً للدخل الشهري لأفراد العينة.

لا يوجد دراسة بين الدراسات السابقة تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية.

ويفسر الباحث وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الدخل الشهري (1200 فما دون، 1201 - 2500، 2501 - 3000) وجاءت الفروق لصالح ذوي الدخل الشهري 1200 فما فوق، أن هذه القضية منطقية وطبيعية، فمصدر الصراع بين الدول والشعوب والعائلات والأشخاص على مدار التاريخ هو إقتصادي مالي، فكلما زاد الدخل قل الصراع والعكس، لهذا السبب نلاحظ ذوي الدخل المحدود يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية أكثر بكثير من ذوي الدخل المرتفعة، ولاسيما في قطاع غزة المدمر نتيجة الاحتلال اليهودي الذي دمر البنية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في قطاع غزة بالإضافة إلى الحصار الظالم الذي أفقد الناس كل أمل لهم في الحياة.

الفصل السادس

الاستنتاجات والتوصيات

- * أهم النتائج
- * الاستنتاجات
- * التوصيات
- * المقترحات

الفصل السادس

مقدمة:

يعرض الباحث في هذا الفصل أهم النتائج التي توصل إليها ومن ثم يصل إلى استنتاجات حول المشكلة والتوصيات والاقتراحات وهي على النحو التالي:

أهم النتائج:

- تشير النتائج بالنسبة إلى مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية إلى أنه جاء اضطراب تكرار المرض في المرتبة الأولى بوزن نسبي (49.8) ويليه اضطراب الجهاز العصبي بوزن نسبي (36.7) ويليه ثالثاً اضطراب القلب والأوعية الدموية بوزن نسبي (35.9)، وفي المرتبة الرابعة اضطراب الجهاز العظمي بوزن نسبي (32.8)، ويليه اضطراب الجهاز التنفسي في المرتبة الخامسة بوزن نسبي (25.4).
- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 ، ومستوى 0.05 بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز العصبي والجهاز البولي والتناسلي، وكانت الفروق لصالح الذكور.
- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في اضطرابات الجلد، وكانت الفروق لصالح الإناث.
- توجد فروق دالة إحصائياً في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية والدرجة الكلية للاضطرابات تعزى للعمر الزمني لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.
- توجد فروق دالة إحصائياً في اضطرابات السمع والإبصار والقلب والأوعية والعظم والجلد وتكرار المرض تعزى للحالة الاجتماعية لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.

- توجد فروق دالة إحصائياً في اضطرابات الجلد والجهاز العصبي وتكرار المرض وأمراض متعددة تعزى لمكان الإقامة لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.
- إن الفروق في اضطرابات الجلد كانت بين مجموعتي سكان المخيم والمدينة، لصالح ساكني المخيم.
- توجد فروق دالة إحصائياً في اضطرابات الجهاز التنفسي والهضمي والجلد والجهاز البولي والتناسلي والاضطرابات ككل تعزى للمحافظة لدى أفراد العينة المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.
- توجد فروق دالة إحصائياً في اضطرابات السمع والإبصار والجهاز العصبي وتكرار المرض والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية، تعزى لحجم الأسرة لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.
- توجد فروق دالة إحصائياً في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي تعزى للترتيب الميلاي لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.01.
- توجد فروق دالة إحصائياً في اضطرابات السمع والإبصار والجهاز التنفسي والجهاز العصبي والجهاز البولي والتناسلي وتكرار المرض والدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمستوى التعليم لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية عند مستوى دلالة أقل من 0.05.
- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.001 في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي وتكرار المرض وعند مستوى دلالة 0.05 في الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير المهنة لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.001 في اضطرابات الجهاز التنفسي والجهاز العصبي وتكرار المرض وعند مستوى دلالة 0.05 في الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الدخل الشهري لأفراد العينة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.

استنتاجات حول مشكلة البحث:

لقد أظهرت الدراسة وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية في (الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي، الجهاز التناسلي) لصالح الذكور، بحكم أن ثقافة ومعايير وقيم المجتمع الفلسطيني قد أسندت إلى الذكور مهمة توفير كافة مستلزمات الحياة المادية والمعنوية للأسرة، في ظل الحصار والموقع، وما ترتب عليه من ارتفاع نسبة البطالة، لدرجة أن 70% من الشعب الفلسطيني في قطاع غزة يعيش تحت خط الفقر. فقد جاءت نتائج الدراسة منسجمة مع الواقع القائم.

وكذلك وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية بين الفئات العمرية الثلاث ولصالح الفئة العمرية الأكبر سناً (51 سنة فما فوق).

وهذا ينسجم مع الواقع القائم في قطاع غزة، حيث إن 70% من سكان القطاع يعيشون تحت خط الفقر، وكلما تقدم بهم العمر زادت أعباء الحياة ومطالبها، فمع تقدم العمر يكبر الأبناء ويذهبون إلى المدارس وبعد المدارس الجامعات وبعد الجامعات يحتاجون إلى الزواج وإلى بيوت مستقلة، و في ظل الحصار و انتشار البطالة والفقر يتعذر الوفاء بالمطالب سابقة الذكر مما يزيد من ضغوط الحياة على كاهل رب الأسرة الذي يكون ناهز الخمسين من العمر.

كما ظهرت فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية بين الحالات الاجتماعية (متزوج، مطلق، أرمل) لصالح الأرمال، فقد أشارت العديد من الدراسات أن الغربة الاجتماعية تشكل العامل الرئيسي في نشأة الاضطرابات والأمراض النفسية، و الشعب الفلسطيني بحكم أن معركته مع الاحتلال الصهيوني لم تحسم بعد، مازال الصراع قائماً ومستمراً يوماً بعد يوم، فعلى مدار اليوم يسقط العديد من الشهداء و الجرحى، مما يترتب عليه فقدان العديد من النساء أزواجهن، وفي غياب الزوج

تصبح زوج الشهيد (الأرملة) مهينةً للمرض والاضطراب النفسي، لذلك لا تستغرب ارتفاع نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأرامل مقارنة بالمتزوجات و المطلقات.

وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير مكان الإقامة (قرية، مدينة، مخيم) لصالح المدينة، فقد أشارت العديد من الدراسات أن هناك علاقة طردية بين التقدم العلمي والتكنولوجي و بين الاضطرابات والأمراض النفسية، لذلك نجد أن نسبة المرض النفسي في الدول المتقدمة أعلى بكثير من الدول النامية، فالمدن تتميز بالإزدحام، و التلوث، والغلاء الفاحش، وضعف العلاقات الاجتماعية بين سكانها، كذلك تتميز بضعف القيم والعادات والتقاليد، حتى أن العلاقة بين جيل الآباء وجيل الأبناء واهنة وضعيفة جداً؛ لتمايز الثقافة و القيم والعادات والتقاليد، ويمثل هذا الواقع الأليم المحبط و المحزن الأرض الخصبة لنشأة الأمراض النفسية و الاضطرابات السيكوسوماتية، لذلك لا غرابة أن تظهر النتائج أن أهل المدينة ترتفع لديهم الأمراض السيكوسوماتية مقارنة بالقرية والمخيم.

كما وجدت فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير المحافظة (غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لصالح محافظة غزة؛ لأن غزة تعتبر أقدم وأكبر مدن القطاع حيث المساحة وعدد السكان فهي بمثابة العاصمة لقطاع غزة، حيث تتركز فيها جميع الدوائر الحكومية، والمؤسسات التعليمية وعلى رأسها الجامعات، ودور النشر ووسائل الإعلام، وفي الربع الأخير من القرن المنصرم و نتيجة للحواجز التي كان يصنعها الاحتلال التي تحول دون تنقل سكان القطاع، فقد هاجر لمحافظة غزة كل من كان يعمل فيها من أساتذة جامعات. وموظفي الدوائر الحكومية. ومن القواعد النفسية التي ثبتت صحتها أن هناك علاقة بين التقدم العلمي والحضاري وزيادة الاضطرابات والأمراض النفسية، لهذا السبب فلا تستغرب أن أظهرت نتائج الدراسة الحالية ارتفاع نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة غزة مقارنة بمحافظات باقي القطاع.

وهناك فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير حجم الأسرة (4 وأقل، 5-7، 8 فأكثر) لصالح ذوي الأسرة (8 أفراد فأكثر)، وهذا يتطابق مع الواقع بشكل كبير فقد أظهرت الدراسة العلمية إلى جانب الملاحظات اليومية، أن أغلب سكان قطاع غزة يعيش تحت خط الفقر، ومن القواعد المتعارف عليها بين الناس أنه كلما زاد حجم الأسرة زادت أعباء و هموم وضغوط الحياة على

رب الأسرة، ولهذا السبب نجد أن مؤسسات الإغاثة الإنسانية المحلية منها المحلية والدولية، تتصدى بالدرجة الأولى عند توزيع الإعانات للأسر التي لا دخل لها وذات الحجم الكبير، في نفس الوقت فلا غرابة أن نجد أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسر الكبيرة أعلى من الأسر التي تليها في الحجم، فالأعباء والهموم والإحتياجات والضغوط والقلق والتوتر يتزايد مع تزايد حجم الأسرة، هذا يحدث في منطقة تعاني من الحصار و الفقر والحرمان منذ زمن بعيد، وفي منطقة دمر فيها القطاع الزراعي والصناعي والحيواني والتعليمي بالكامل على يد الاحتلال اليهودي الغاصب.

ويرجع وجود فروق في الجهاز التنفسي تبعاً لمتغير الترتيب الميلادي (وحيد، الأول، الوسط، الأخير) ولصالح الطفل الوحيد والأوسط؛ لأن الطفل الأول في الأسرة يتلقى رعاية واهتمام وحنان ودفء مبالغ فيه، بحكم أنه الأول وكان الوالدان ينتظران قدومه يوماً بعد يوم على أحر من الجمر، وهذه سمة في الطبيعة الإنسانية، أما الطفل الأوسط فمستوى اهتمام الوالدين به أقل بحكم أنهما يكونان قد إستوعبا دوافع الأمومة من خلال الطفل الأول، ولذلك كثيراً ما تعاق حاجات الطفل الأوسط وهذا مما يشكل له المصدر الأساسي لاضطرابات الجهاز العصبي، لذلك من البديهي أن يقل اهتمام الوالدين بالأطفال كلما زادت نسبتهم في الأسرة و العكس صحيح.

وهناك فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير مستوى التعليم (إعدادي فدون، ثانوي، دبلوم متوسط، جامعي فما فوق) وجاءت الفروق لصالح الطلاب الإعدادي فما دون، وهذه النتيجة منطقية، فقد أشارت الدراسات و الأبحاث العلمية أن التعليم يعتبر من أهم مصادر تشكيل الوعي في العالم، فكلما زاد التعليم زاد الوعي، وكلما زاد الوعي سيطر الإنسان على الصراع ومصادره، لهذا السبب نلاحظ أن البلدان المتخلفة اجتماعياً و اقتصادياً في الأصل هي متخلفة في مجال التعليم، لذلك لا غرابة أن نجد نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة (إعدادي فدون) أعلى من مثلها من ذوي المستويات العليا تعليماً، فكلما تدنى مستوى التعليم كان الفرد مرشحاً للتعثر وللصراع في الحياة، فالتعليم هو السياج الواقي للإنسان من الاضطراب النفسي السيكوسوماتي.

ووجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير المهنة (موظف، عامل، حرفي، لايعمل) لصالح ذوى المهنة (عامل)، يرجع إلى أن الأمور المتعارف عليها لدى سكان قطاع

غزة أن الدخل يزداد مع زيادة التعليم والكفاءة والمهارة والتميز، فالعامل هو أدنى درجة في السلم المهني، ومن ثم حظه من الدخل بسيط، في ظل قسوة الحياة، وارتفاع الحاد في مستوى المعيشة والغلاء الفاحش الذي يتزايد يوميا بمتواليه هندسية، لا يستطيع العامل البسيط ذو الدخل البسيط أن يسد حاجات أسرته ومتطلبات الحياة، وهذا في حد ذاته كفيل أن يبقيه يدور في دائرة من الصراع النفسي اليومي، لا نهاية له ولا مخرج منه، إلا بزوال الواقع الذي أدى إلى الموقف الصراعي. وأخيراً إن وجود فروق في معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الدخل الشهري (1200 فما دون، 1201 - 2500، 2501 - 3000) وجاءت لصالح ذوي الدخل الشهري (1200) فما فوق يرجع إلى أن مصدر الصراع بين الدول والشعوب والعائلات والأشخاص على مدار التاريخ هو اقتصادي مالي، فكلما زاد الدخل قل الصراع والعكس، لهذا السبب نلاحظ ذوي الدخل المحدود يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية أكثر بكثير من ذوي الدخل المرتفع، ولاسيما في قطاع غزة المدمر نتيجة الاحتلال اليهودي الذي دمر البنية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في قطاع غزة بالإضافة إلى الحصار الظالم الذي أفقد الناس كل أمل لهم في الحياة.

التوصيات

من الجدير بالذكر أن الوضع الحالي لمراكز الرعاية الأولية تحتاج إلى إعادة هيكليتها، بحيث تعطى الاهتمام الأكبر لتمثيل هؤلاء المرضى، حيث تحتاج إلى المزيد من التأهيل في الرعاية النفسية والاجتماعية، وإن مراكز الرعاية الأولية تقوم بعبء أكبر مما مخطط له.

في ضوء نتائج الدراسة يوصى الباحث بالآتي:

- الاهتمام بالخدمات النفسية لمراجعي مراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة.
- التأكيد على أهمية دور الدعم الاجتماعي والاقتصادي لمراجعي مراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة.
- إصدار نشرات توعية لمراجعي مراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة، بهدف التخفيف من الاضطرابات السيكوسوماتية.
- العمل على زيادة الثقة بالنفس و القدرة على التحكم الذاتي لدى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية، بهدف مواجهة الضغوط النفسية والتكيف مع الوضع الاجتماعي و الاقتصادي.
- العمل على تدريب العاملين في مراكز الرعاية الأولية، على أساليب الاستقبال للمراجعين والتعامل معهم و تقديم يد العون لهم و تقبلهم وجدانياً.
- استخدام أساليب الإرشاد الديني في مراكز الرعاية الأولية، بهدف تقوية الوازع الديني من خلال تعميق الإيمان لدي المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.

المقترحات

استكمالاً للجهد الذى بدأ به الباحث، وفي ضوء ما انتهى إليه بدراسته، يرى إمكانية القيام

بدراسات أخرى في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية، بحيث تتناول هذه الدراسات المقترحة

الموضوعات التالية:

- إجراء دراسة تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بمتغيرات إجتماعية و اقتصادية.
- إجراء دراسة تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية.
- إجراء دراسة تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط النفسية.
- إجراء دراسة تجريبية تتناول بعض البرامج الإرشادية لخفض الاضطرابات السيكوسوماتية على عينات من المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة.
- إجراء دراسة تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية بأنواع ضغوط العمل المختلفة.
- إجراء دراسة تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالصدمة النفسية.

المراجع

* المراجع العربية

* المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً المراجع العربية:

1. إبراهيم إبراهيم (1992) الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية، مجلة مركز البحوث التربوية ، العدد (1) قطر ، ص 187-204.
2. إبراهيم أحمد أبو زيد (1987) سيكولوجية الذات والتوافق الإسكندرية دار المعرفة الجامعية.
3. إبراهيم حامد سليمان (1992) العلاقة بين مرض ارتفاع ضغط الدم الأولى و بعض القدرات العقلية رسالة ماجستير كلية الآداب الإسكندرية.
4. أحمد عكاشة (1998) الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
5. أحمد عكاشة (1989) الطب النفسي المعاصر الطبعة الثامنة القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية
6. أدوار براون (1986): الطب العربي، ترجمة داوود سليمان على، ط2 بغداد، دار الثقافة العامة.
7. الأغا، إحسان: (2002) البحث التربوي وعناصره - مناهجه وأدواته، ط 4، الجامعة الإسلامية، غزة.
8. أمال عبد الحليم الشناوي (1999) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضغط دراسة مقارنة لحالات مرض ضغط الدم المرتفع و القرحة السعدية رسالة ماجستير كلية الآداب جامعة عين شمس.
9. أمال عبد السميع باظة (1986) العدوانية و علاقتها بأبعاد الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتين دراسة تجريبية إكلينيكية رسالة دكتوراة كلية التربية جامعة طنطا.
10. أوتو فينخل (1969) نظرية التحليل النفسى في العصاب ترجمة صلاح مخيمر وعبد رزق الجزء الثاني القاهرة مكتبة الأنجلو.
11. باكيناز حسن حسيب (1988) دراسة في العلاقات بين شخصية القائد و الاضطرابات الانفعالية السيكوسوماتية لدى العمال في الصناعة، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثالث الجزء (13)، القاهرة ، مكتبة عالم الكتب.
12. جامعة الأزهر كتاب أعضاء هيئة التدريس قسم الصحة النفسية، 2005، ص205.

13. جبالي نور الدين (1989) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية و حالات السكر رسالة ماجستير كلية الآداب جامعة عين شمس.
14. جمال تفاحة (1996) بعض الأمراض السيكوسوماتية دراسة إكلينيكية تشخيصية، رسالة دكتوراة غير منشورة القاهرة جامعة عين شمس معهد الدراسات العليا للطفولة، الدراسات النفسية و الاجتماعية.
15. جمال مصطفى تفاحة (1996) بعض الأمراض السيكوسوماتية دراسة إكلينيكية تشخيصية رسالة دكتوراة معهد الدراسات العليا للطفولة عين شمس.
16. حامد زهران (1997) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3 القاهرة عالم الكتب.
17. حسن عبد المعطي (1989) الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتين مجلة علم النفس العدد التاسع القاهرة الهيئة العامة للكتاب العدد التاسع مارس ص 29 - 43.
18. حسين طاهر (1993) أثر الضغوط النفسية على الأطفال والكبار ودور أولياء الأمور تجاه المواقف الضاغطة، مجلة التربية العدد (11) الكويت مركز البحوث التربوية ص 35 - 47.
19. رزق سند إبراهيم، مجدة محمود (1995) التوافق الزوجي وعلاقتة بضغوط الحياة دراسة مقارنة بين الزوجات العاملات والزوجات غير العاملات مجلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد الخامس عشر الجزء الول جامعة المنيا.
20. رشاد موسى و محمد محمود (2000) العلاج الديني للأمراض السيكوسوماتية القاهرة، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر.
21. زينب شقير (2002) الأمراض السيكوسوماتية (النفس _ جسمية) المجلة (1) ط 1 القاهرة مكتبة النهضة المصرية.
22. زينب محمود شقير (2005): الشخصية السوية و المضطربة ، مكتبة النهضة _ القاهرة.
23. سامي الدريعي (1997) الفروق بين مرضى الداء السكري و الإصحاء في الإستجابة لضغوط الحياة. رسالة ماجستير (غير منشورة) الرياض، أكاديمية نايف العربية، معهد الدراسات الأمنية.

24. سامي عبد القوى (1991) محاضرات في الأمراض السيكوسوماتية جامعة السويس.
25. سامى عبد القوى (1995) علم النفس الفسيولوجي الطبعة الثانية القاهرة مكتبة النهضة المصرية.
26. عابدة خطاب (1988) الإنتماء التنظيمي والرضا عن العمل دراسة ميدانية عن المرأة السعودية مجلة العلوم الاجتماعية المجلد (13) العدد (1) الرياض جامعة الملك سعود ص 1 - 104.
27. عبد الرؤوف الطلاع (2000) الضغوط النفسية و علاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية رسالة ماجستير غير منشورة القاهرة جامعة عين شمس قسم الصحة النفسية.
28. عبد الرحمن العيسوي (1984) الأمراض السيكوسوماتية ماهيتها و انتشارها و علاقتها بالصحة النفسية ، الرياض الفيصل مطابع الحرس الوطني ص 75 - 80.
29. عبد الرحمن العيسوي (1996) الأمراض السيكوسوماتية مع دراسة ميدانية على عينة من الشباب العربي و مقياس السيكوسوماتية الإسكندرية دار المعرفة الجامعية.
30. عبد الرحمن العيسوي (2000) الاضطرابات النفسجسمية ط 1 بيروت لبنان دار الراتب الجامعية.
31. عبد المنصف غازي (1984) الأمراض الجسمية النفسية القاهرة دار المعارف.
32. عبد المنصف غازي (1984) الأمراض السيكوسوماتية مصر دار المعارف.
33. عبد المنصف غازي، محمد عبد الظاهر الطيب (1984) الأمراض السيكوسوماتية، مصر، دار المعارف.
34. عبد المنعم الحنفى (1994) موسوعة الطب النفسي الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً القاهرة مكتبة مدبولي.
35. عطوف محمود ياسين (1986): علم النفس العيادي، الطبعة الثانية بيروت، دار العلم للملايين.
36. على عبد السلام (1997) المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات القاهرة رابطة الأخصائين النفسية المصرية، دراسات نفسية، المجلد السابع العدد الثاني ص 203 - 227.

37. على عسكر (1998) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الكويت، القاهرة ، الجزائر دار الكتاب الحديث.
38. فايز الحاج (1996) الطب السيكوسوماتي، الرياض دار الإستشارات الطبية والتأهيلية.
39. فرج، صفوت: (1997) القياس النفسي، ط3، الأنجلو المصرية، القاهرة.
40. فيصل الزراد (1984) الأمراض العصابية و الذهانية و الاضطرابات السلوكية ط1 بيروت لبنان دار القلم.
41. فيصل الزراد (2000) الأمراض النفسية _ الجسدية أمراض العصر ط1 بيروت دار النفائس.
42. كمال عبد المحسن البنا (1988) التوافق النفسى للمديرين دراسة عن العلاقة بين النمط الإداري ونوع الاضطراب السيكوسوماتي في الصناعة رسالة دكتوراة كلية الآداب جامعة عين شمس.
43. لطفى فطيم (1979) العلاقة بين نمط الشخصية و الأمراض السيكوسوماتية رسالة دكتوراة كلية البنات جامعة عين شمس.
44. مايسه أحمد النبال (1991) الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال و علاقتها ببعدي العصابية و الإنبساط دراسة عاملية مقارنة ، مجلة دراسات نفسية، ك1، ج2، إبريل ص177- 197.
45. مجدي محمود زينة (1994): مكونات العلاقة بين المشكلات النفسية و الأمراض السيكوسوماتية لدي المراهقين بالمعاهد الدينية و المداري العامة، رسالة غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس.
46. محمود أبو النيل (1994) الأمراض السيكوسوماتية في الصحة النفسية ط 2 القاهرة المؤسسة الإبراهيمية.
47. محمود أبو النيل، مصطفى زيور (1984): الأمراض السيكوسوماتية، دراسات عربية وعالمية، القاهرة، مكتبة الخانجي.
48. محمود السيد أبو النيل (1984) الأمراض السيكوسوماتية الأمراض الجسمية النفسية المنشأ دراسات عربية و عالمية الطبعة الأولى القاهرة مكتبة الخانجي.
49. مختار حمزة (1979) سيكولوجية ذوي العاهات و المرضى ط4، جدة دار المجتمع العلمي

50. مصطفى زيور (1986) بحوث مجمعة في التحليل النفسي ببيروت دار النهضة العربية.
51. منى حسين أبو طيره (1989) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة رسالة دكتوراة كلية الآداب جامعة عين شمس.
52. نادية محمد جان (2000) إستراتيجيات التعايش مع ضغوط الحياة و علاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى طالبات كلية التربية للبنات بالرياض، رسالة دكتوراة ، كلية التربية، الأقسام الأدبية
الرئاسة العامة لتعليم البنات.
53. نجية إسحاق عبد الله ورأفت السيد عبد الفتاح (1995) العوامل النفسية في أمراض السرطان، دراسة في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، مجلة علم النفس ، العدد (33) الهيئة المصرية للكتاب، السنة التاسعة.
54. هانم ياركندي (2000) الصحة النفسية في المفهوم الإسلامي ط1 الرياض دار عالم الكتاب.
55. والتر كوفيل و آخرون (د.ت) الأمراض النفسية، ترجمة محمود الزياىدى، مكتبة سعيد رأفت، جامعة عين شمس.
56. يوسف محمد (1994) الاضطرابات الوجدانية و السيكوسوماتية و علاقتها بالإتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من الجنسين في دولة الإمارات العربية المتحدة المجلة العربية للعلوم الإنسانية العدد (48) جامعة الكويت ص 170.

ثانياً المراجع الأجنبية:

57. Arnetz B. Brenner S. O. Levi L. Hjelm R. (1991) Neuro-endocrine and Immunologic Effects of Unemployment and Job Insecurity 18 European Conference on Psychosomatic Research Psychotherapy and Psychosomatic research Vol (55) PP (2 – 4) , 76 _ 80 .
58. Burke R. J. & Greenglass , E. R. (1991) The Relationship Between Stress and Coping Among Type (A) on Canada , Journal of Social Behavior and Personality Vol 6 (7) PP 361 _ 373 .

59. Carson , R.C. et Al (1996) Abnormal psychology and modern life college publishers Harper Collins .
60. 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.
61. Coleman J. S. (1968) Abnormal psychology and Modren life third ed Scott foresman and company .
62. Corsini R. J. (1987) Concise Encyclopedia of psychology USA a wiely interscience publication John Wiley & Sons – inc .
63. costin F. & Draguns J. G. (1989) Abnormal psychology Pattern Issues interventions New York , John wiley & Sons .
64. Davison G. C. & Neale J. M. (1996) Adnormal psychology sixth ed New York , John wiley & Sons , Inc .
65. Frone , M. R. Russell, M., Cooper , M. L. (1991) Relationship of work and Family Stressors to Psychological Distress The independent moderating influence of social support Mastery active coping and self focused attention . Journal of Social Behavior and Personality Vol 6 (7) PP 227 _ 250 .
66. Grassi et al (1999) illness behavior , emotional stress and psychological factor among a symptomatic HIV infected patients Vol (68) No (1) PP 95 _100 .
67. Grassi L. & Rosti G. (1996) psychological morbidity and adjustment to illness long-term cancer survivor six year follow up study psychosomatics Vol (37) No (6) pp 523 – 532 .
68. Greenwald, D.F (1984). Responsivily, Nonresponsivily in Psychosomatic Disorders ,Jan 1984, J. Of Clinical Psychology, Vol. 40 ,No. 1, P. 40-50.
69. Hamilton V. L. Hoffman W. , Bromman C. I. , Rauma, D (1993) Unemployment , Distress, and Coping A panel study of auto workers, Journal of Personality and Social Psychology , Vol 65 (2) PP 234 - 247.
70. Hotes & Heck (1990) Gender, Coping and Psychological Medicine, 20, PP 125 - 135.
71. Hovanitz G. A. (1986) Live Events Stress and Coping style as Contributors to Psychopathology Vol. No 42 , PP 34 - 41 .

- 72.Lazarus R. & Folkman S. (1980) An Analysis of Coping in a Middle – Aged Community Sample Journal of health and Social Behavior, PP 219 - 239.
- 73.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.
- 74.Liedtke R. Lempa-Wolfgang K. Hans-Werner (1991) Defensive Behavior and Symptologies 1 yr. after inpatient Psychotherapy. Germany , Zeitschrift _ Fur- Psychosomatische _ medizin _ und _ Psychoanalyse (2) 185 – 193.
- 75.Lindstrom K. Harrell , Joseph J, (1992) Coping with Job stress by managers of different career stages in Finland and the United States Scandinavian Journal of work , Environment and Health Vol 18 (Supp12) 14-17 .
- 76.Long B. C. (1993) Strategies of male managers , A Prospective Analysis of Predictors of Psychosomatic symptoms and job satisfaction Journal of Vocational Behavior , 42, PP 184 _ 199 .
- 77.Long I. Faller H. Schilling S. (1989) Coping with iilness in Pancreas Tectomized patients from Psychosomatic- Psychotherapeutic Point of View U. Heidelberg , Fed Rep Germany . Psychosomatic – Medizishe Psychologie , Jul vol 39 (7) 239-247 .
- 78.Moss R. H. & Halahan G. J. (1985) Life Stress and Death Personality Coping and Family Support in Stress Resistance Journal of Personality & Social Psychology 49 (3) PP 739 – 747 .
- 79.Murphy, Michael A. Tosi Donaldj , Pariser, Roslyn F. (1989) Psychological coping and Bio-feedback, Columbus Ohio, USA Psychological Reports 1989 Jun . Vol 64 (3 , Pt2) 1343 – 1350.
- 80.Nakano K. (1991) Coping Strategies and Psychologicalail Symptoms in A Japanese sample Journal of Clinical Psychology Vol 47 , No 3 , PP 346 – 350.
- 81.Olson, & H & Defrain, J (1994) Marriage and the family diversity and strengths May Field Publishing company U.S.A California .

82. 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.
83. Pestonjee, D. M. & Muncherji N. (1991) Executive health An oft-neglected aspect of HRD. India , Vikalpa Jul _ sep Vol 16 (13) PP 12 – 34.
84. Ranchor, Adelita & Sander man Ropert (1991) The Role of Personality and Socio-economic Status in the Stress- illness Relation A longitudinal study European Journal of Personality Vol. (5) PP 93 – 108 .
85. Schussler, G. (1992) Coping Strategies & Individual Meanings of Illness Printed in Great Britain . Vol 34 No (4) pp 427- 437.
86. Sensky , Tom (1989) Cognitive Therapy with Patients with Chronic Physical Illness U LondoM Charing Cross & Westminster Medical school , west Middle Sex University Hosp, Isle worth, England, Psychotherapy and Psychosomatics Vol 52 (1-3) PP 26 – 32.
87. Sloper P. Knussen, C., Turner S. & Cunningham, C. (1991) Factors Related to Stress and Satisfaction with Life in Families of children with Down's Syndrom Victoria University of Manchester Hester Adrian Research Ctr., England Journal of Child psychology and psychiatry and Allied Disciplines , May Vol 32 (4) PP 655 – 676.
88. Solomon Z., Mikulincer , M. & Habershaim , N. (1990) Life Events Coping Strategies Social resources and somatic complaints among combat stress reaction casualties British Journal of Medical Psychology , Vol 63 , PP 137 – 148 .
89. Stomier , L. M. Machemer P Hardinghouse , W (1992) Einmeditative stress bewaltigung Sprogramm bie Psychosomaticchen patienten Uosnbruck Germany Psychotherapie , psychosomatic Medizinische Psychologie , Dec Vol 42 (12) PP 436 – 443 .
90. Stone A. , Neale J. (1984) New Measure of Daily Coping Development and Preliminary Results Journal of Personality and Social Psychology Vol 46 , No. 4, PP 892 – 906 .
91. Zhang , Yoo , Song Weizhen Yoo , ling Yia Chaoyun etal. (1992) Preliminary analysis of revised life event experience schedule 560 Patient Acta Psychologica – sinica Vol 24 (1) PP 35 – 42 Chinese Academy Sciences Inst of Psychology , Beijing , China .

الملاحق

- * موافقة لجنة هلسنكي.
- * رسالة من الجامعة إلى مدير عام تنمية القوى البشرية.
- * رسالة الموافقة على تطبيق الاستبانة من مدير عام تنمية القوى البشرية.
- * رسالة من الإدارة العامة بإحصائية المراجعين لمراكز الرعاية الأولية.
- * الصورة الأولية لمقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.
- * الصورة النهائية لمقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.

ملحق رقم (1)

ملحق رقم (2)

ملحق رقم (3)

ملحق رقم (4)

ملحق رقم (5)

الصورة الأولى لمقياس كورنيل الجديد (1995)

للاضطرابات السيكوسوماتية

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ الفاضل/ الأخت الفاضلة حفظه/ها الله ،،

يقوم الباحث بإعداد رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، بعنوان "مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة"، و يرجو منك الباحث قراءة كل موقف من المواقف التالية، ووضع علامة (x) أمام كل موقف من المواقف بنعم أو لا حسب إنطباق الحالة عليك، علماً بأنة لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، يرجى الإجابة على جميع فقرات المقياس التالية بالكامل، ما دامت تعبر عن وضعك و رأيك الشخصي، وأن البيانات التي سيتم جمعها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط:

البيانات الشخصية :

1- الجنس: ذكر أنثى

2- العمر: _____ سنة

3- الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج/ة مطلق/ة أرمل/ة

4- المواطنة: لاجئ مواطن

5- مكان الإقامة: قرية مخيم مدينة _____

6- المحافظة: غزة شمال غزة الوسطى خان يونس رفح

7- عدد أفراد الأسرة: _____

8- ترتيبك بالأسرة: وحيد الأول وسط الأخير

9- المستوى التعليمي:

ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم متوسط جامعي دراسات عليا

10- نوع العمل: موظف/ة حكومي موظف قطاع خاص عامل/ة صانع

مزارع تاجر ربة بيت لا يعمل

11- دخل الأسرة الشهري: أقل من 600 شيكل من 601 - 1200 شيكل من 1201 - 2500 شيكل

من 2501 - 3000 شيكل أكثر من 3000 شيكل

12- المستوى التعليمي للأب: ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم متوسط جامعي دراسات عليا

13- المستوى التعليمي للأم: ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم متوسط جامعي دراسات

م.	حالة السمع والبصر	نعم	لا
1.	هل تحتاج لنظارة للقراءة		
2.	هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة		
3.	هل تطرف عينك أو تدمع بإستمرار		
4.	هل عيناك غالباً ما تكون حمراوين أو ملتهبين		
5.	هل يحدث لك غالباً فقدان كامل للرؤية		
6.	هل عادة تعاني من آلام شديدة في عينيك		
7.	هل أحسست بسحابات في العين		
8.	هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكوما (مياه زرقاء بالعين)		
9.	هل تستعمل عدسات لاصقة		
10.	هل عانيت أبدأً من ازدواج الرؤية		
11.	هل تسمع بصعوبة		
12.	هل إستعملت مساعدات سمعية (سماعات)		
13.	هل تلاحظ طنين في أذنيك		
م	حالة الجهاز التنفسي	نعم	لا
14.	هل عليك أن تطرد البلغم من زورك كثيراً		
15.	هل كثيراً ما تحس بغصة خانقة في زورك		
16.	هل أنفك مسدود بإستمرار		
17.	هل أنفك برشح بإستمرار		
18.	هل سبق أن أصبت بنزيف حاد في الأنف		
19.	هل تعاني كثيراً من شدة البرد		
20.	هل يجعلك تكرر الأصابة بالبرد تعيساً طوال الشتاء		
21.	هل أصبت بالحمى (حرارة شديدة بكل الجسم)		
22.	هل تعاني من مرض الربو		
23.	هل تعاني من إلتهاب الجيوب الأنفية		
24.	هل تضايقت الكحة المستمرة		
25.	هل حدث أن كانت كحتك مصحوبة بدم		

م	لا	نعم
26.		هل تعاني من إلتهاب الشعبي
27.		هل يحدث أحياناً أن تعرق عرقاً غزيراً أثناء الليل
28.		هل أجريت كشف بأشعة أكس على صدرك في السنتين الأخيرتين
29.		هل أصبت من قبل بالإلتهاب الرئوي
30.		هل أنت مدخن
م	لا	نعم
		حالة القلب و الأوعية
31.		هل تعاني من الذبحة الصدرية
32.		هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية
33.		هل يعاني أفراد عائلتك من متاعب قلبية
34.		هل سبق أن عمل لك رسم قلب
35.		هل عملت إختبار للضغط أو رسماً للقلب بعد تمرين رياضي شاق
36.		هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس
37.		هل تقوم بتدريبات منظمة (يومياً)
38.		هل سبق أن اخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جداً أو منخفض
39.		هل سبق أن علمت بأن نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك
40.		هل تشعر بالألم في القلب أو الصدر
41.		هل غالباً ما تكون نبضات قلبك سريعة
42.		هل تشعر بصعوبة في التنفس
43.		هل تصبح مقطوع الأنفاس قبل أي شخص آخر
44.		هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك
45.		هل تعاني من تورم في مفصل القدم
46.		هل سبق أن تناولت أدوية لتخليص جسمك من الماء
47.		هل سبق أن أصابتك حمى روماتيزمية
48.		هل سبق أخبارك بوجود ضغط في قلبك
49.		هل سبق أخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك
م	لا	نعم
		حالة الجهاز الهضمي
50.		هل فقدت أكثر من نصف أسنانك
51.		هل تعاني من نزيف في اللثة
52.		هل تعاني من صعوبة في البلع
53.		هل تعاني من إلتهابات في الفم

م	نعم	لا
54.		هل تعاني من التهابات في الشفة (أو الشفتين)
55.		هل سبق لك أن عانيت من آلام أثناء البلع
56.		هل تعاني من تهيج في القولون أو المعدة
57.		هل سبق أن حدث لك فتق (إفتاق)
58.		هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية للجزء العلوى من الجهاز الهضمي
59.		هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة
60.		هل سبق أن كان لديك حصوات مرارية
61.		هل سبق أن أجريت كشفاً على فتحة الشرج
62.		هل سبق حدوث إلتهاب في الغشاء المخاطي للقولون
63.		هل سبق أن أصابك الدوسنتريا
64.		هل زاد وزنك مؤخراً
65.		هل نقص وزنك مؤخراً
66.		هل سبق أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية
67.		هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن
68.		هل سبق أن أصبت بقرحة
69.		هل سبق أن لاحظت وجود دم في البراز
	نعم	لا
		حالة الجهاز العظمي
70.		هل سبق أن حدث لك كسور في العظام
71.		هل تعاني من وجود عظام ضعيفة أو هشّة
72.		هل تتناول الأسبرين بانتظام بسبب إلتهاب المفاصل (الروماتيزم)
73.		هل تعاني كثيراً من آلام و تورمات في مفاصلك
74.		هل تشعر بتلبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار
75.		هل عادة تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك
76.		هل أنت مقعد بسبب الرماتيزم الشديد (إلتهاب المفاصل)
77.		هل ينتشر الرماتيزم (داء المفاصل) في عائلتك
78.		هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة
79.		هل تجد صعوبة في الإستمرار في العمل بسبب آلام الظهر
80.		هل تعاني من عجز خطير أو عاهة
81.		هل تعاني من أصابات جلدية مزمنة

م	حالة الجلد	نعم	لا
.82	هل كثيراً ما يظهر طفح جلدي لديك		
.83	هل جلدك حساس جداً أو رقيق		
.84	هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة		
.85	هل يحدث غالباً أحمرار شديد في وجهك		
.86	هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد		
.87	هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك		
م	حالة الجهاز العصبي	نعم	لا
.88	هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس		
.89	هل الصداع منتشر في عائلتك		
.90	هل الضغط و الصداع في الرأس غالباً ما يجعل حياتك بائسة		
.91	هل يحدث لك نوبات سخونة أو برودة		
.92	هل غالباً ما تعاني من نوبات شديدة من الدوخة		
.93	هل كثيراً ما تشعر بالأغماء		
.94	هل أصبت بالأغماء أكثر من مرتين في حياتك		
.95	هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي جزء من أجزاء جسمك		
.96	هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل		
.97	هل سبق أن أصبت بضربة أفقدتك الوعي		
.98	هل حدث لك ارتعاش أحياناً في الوجه أو الرأس أو الأكتاف		
.99	هل سبق أن حدث نوبة مرض أو تشنج (صرع)		
.100	هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك		
.101	هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة		
.102	هل تعاني من التهتهة أو اللعنة		
.103	هل تمشي أثناء النوم		
.104	هل تتبول في الفراش		
.105	هل كنت تتبول في الفراش و عمرك من 8 سنوات إلي 14 سنة		
م	حالة البولي و التناسلي	نعم	لا
.106	هل غالباً ما تكون أعضائك التناسلية بها آلام أو إتهاب		
.107	هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية		
.108	هل سبق أن أخبرك الطبيب بأن عندك فتق		

م	نعم	لا
109.		هل سبق أن كان تبورك مصحوب بدم
110.		هل لديك مشكلة عند بدء التبول
111.		هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية
112.		هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي
113.		هل سبق أن كان لديك حصوة ي الكلية
114.		هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول
115.		هل عادة ما تتبول كثيراً أثناء النهار
116.		هل تعاني من غالباً من حرقان شديد عندما تتبول
117.		هل أحياناً ما تفقد التحكم في المثانة
118.		هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة
م	نعم	لا
حالة تكرار المرض		
119.		هل كثيراً ما تكون مريضاً
120.		هل كثيراً ما تلامز الفراش بسبب المرض
121.		هل أنت دائماً صحتك ضعيفة
122.		هل تعتبر شخصاً دائماً المريض
123.		هل أنت شخص من عائلة أفرادها دائمي المرض
124.		هل آلام الصداع الشديد تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك
125.		هل تقلق كثيراً و تكون منزعجاً بخصوص صحتك
126.		هل أنت دائماً مريض و غير سعيد
127.		هل ضعف الصحة يجعلك دائماً بائساً

م	حالة أمراض متنوعة	نعم	لا
128.	هل سبق أن أصبت بمرض الحمى القرمزية		
129.	هل أصبت في طفولتك بحمى رماتيزمية أو آلام شديدة أو أرتعاشات في الأطراف		
130.	هل سبق أن حدث لك مرض الملاريا		
131.	هل سبق علاجك من أنيميا حادة		
132.	هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث		
133.	هل سبق أن أصبت بمرض السكر		
134.	هل أخبرك الطبيب أن لديك إلتهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)		
135.	هل سبق أن عالجتك الطبيب من ورم أو سرطان		
136.	هل تعاني من أي مرض مزمن		
137.	هل وزنك أقل من المعدل		
138.	هل وزنك أزيد من المعدل		
139.	هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك		
140.	هل سبق لك إجراء عملية خطيرة		
141.	هل سبق أن حدثت لك إصابة خطيرة		
142.	هل غالباً ما تحدث لك حوادث صغيرة أو أصابات		
143.	هل سبق أن عانيت من حالة في الغدة الدرقية		
144.	هل تعاني من انخفاض في نسبة السكر في الدم (هيبوجسليكميا)		
145.	هل سبق لك عمل إختبار نسبة الجلوكوز		

ملحق رقم (6)

الصورة الأولى لمقياس كورنيل الجديد (1995)

للاضطرابات السيكوسوماتية

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخ الفاضل/ الأخت الفاضلة حفظه/ها الله ،،

يقوم الباحث بإعداد رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، بعنوان "مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة"، و يرجو منك الباحث قراءة كل موقف من المواقف التالية، ووضع علامة (x) أمام كل موقف من المواقف بنعم أو لا حسب إنطباق الحالة عليك، علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، يرجى الإجابة على جميع فقرات المقياس التالية بالكامل، ما دامت تعبر عن وضعك و رأيك الشخصي، وأن البيانات التي سيتم جمعها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط:

البيانات الشخصية :

1- الجنس: ذكر أنثى

2- العمر: _____ سنة

3- الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج/ة مطلق/ة أرمل/ة

4- المواطنة: لاجئ مواطن

5- مكان الإقامة: قرية مخيم مدينة _____

6- المحافظة: غزة شمال غزة الوسطى خان يونس رفح

7- عدد أفراد الأسرة: _____

8- ترتيبك بالأسرة: وحيد الأول وسط الأخير

9- المستوى التعليمي:

ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم متوسط جامعي دراسات عليا

10- نوع العمل: موظف/ة حكومي موظف قطاع خاص عامل/ة صانع

مزارع تاجر ربة بيت لا يعمل

11- دخل الأسرة الشهري: أقل من 600 شيكل من 601 - 1200 شيكل من 1201 - 2500 شيكل

من 2501 - 3000 شيكل أكثر من 3000 شيكل

12- المستوى التعليمي للأب: ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم متوسط جامعي دراسات عليا

13- المستوى التعليمي للأم: ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم متوسط جامعي دراسات

م.	حالة السمع والبصر	نعم	لا
1.	هل تحتاج لنظارة للقراءة		
2.	هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة		
3.	هل تطرف عينك أو تدمع باستمرار		
4.	هل عينك غالباً ما تكون حمراوين أو ملتهبين		
5.	هل يحدث لك غالباً فقدان كامل للرؤية		
6.	هل عادة تعاني من آلام شديدة في عينيك		
7.	هل أحسست بسحابات في العين		
8.	هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكوما (مياه زرقاء بالعين)		
9.	هل تستعمل عدسات لاصقة		
10.	هل عانيت أبدأً من أزواج الرؤية		
م	حالة الجهاز التنفسي	نعم	لا
11.	هل عليك أن تطرد البلغم من زورك كثيراً		
12.	هل كثيراً ما تحس بغصة خانقة في زورك		
13.	هل أنفك مسدود باستمرار		
14.	هل أنفك برشح باستمرار		
15.	هل سبق أن أصبت بنزيف حاد في الأنف		
16.	هل تعاني كثيراً من شدة البرد		
17.	هل يجعلك تكرر الأصابة بالبرد تعيساً طوال الشتاء		
18.	هل تعاني من إلتهاب الجيوب الأنفية		
19.	هل تضايقت الكحة المستمرة		
20.	هل حدث أن كانت كحتك مصحوبة بدم		
21.	هل تعاني من إلتهاب الشعبي		
22.	هل يحدث أحياناً أن تعرق عرقاً غزيراً أثناء الليل		
23.	هل أجريت كشف بأشعة أكس على صدرك في السننين الأخيرتين		
24.	هل أصبت من قبل بالإلتهاب الرئوي		
25.	هل أنت مدخن		

م	حالة القلب و الأوعية	نعم	لا
.26	هل يعاني أفراد عائلتك من متاعب قلبية		
.27	هل سبق أن عمل لك رسم قلب		
.28	هل عملت إختبار للضغط أو رسماً للقلب بعد تمرين رياضي شاق		
.29	هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس		
.30	هل سبق أن علمت بأن نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك		
.31	هل تشعر بآلام في القلب أو الصدر		
.32	هل غالباً ما تكون نبضات قلبك سريعة		
.33	هل تشعر بصعوبة في التنفس		
.34	هل تصبح مقطوع الأنفاس قبل أي شخص آخر		
.35	هل تعاني من تورم في مفصل القدم		
م	حالة الجهاز الهضمي	نعم	لا
.36	هل تعاني من نزيف في اللثة		
.37	هل تعاني من صعوبة في البلع		
.38	هل تعاني من التهابات في الفم		
.39	هل تعاني من التهابات في الشفة (أو الشفتين)		
.40	هل سبق لك أن عانيت من آلام أثناء البلع		
.41	هل تعاني من تهيج في القولون أو المعدة		
.42	هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية للجزء العلوى من الجهاز الهضمي		
.43	هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة		
.44	هل سبق حدوث إتهاب في الغشاء المخاطي للقولون		
.45	هل سبق أن أصابك الدوسنتريا		
.46	هل نقص وزنك مؤخراً		
.47	هل سبق أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية		
.48	هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن		
.49	هل سبق أن لاحظت وجود دم في البراز		

م	حالة القلب و الأوعية	نعم	لا
50.	هل تتناول الأسبرين بانتظام بسبب إلتهاب المفاصل (الروماتيزم)		
51.	هل تعاني كثيراً من آلام و تورمات في مفاصلك		
52.	هل تشعر بتلبس في عضلاتك ومفاصلك بإستمرار		
53.	هل عادة تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك		
54.	هل أنت مقعد بسبب الرماتيزم الشديد (إلتهاب المفاصل)		
55.	هل ينتشر الرماتيزم (داء المفاصل) في عائلتك		
56.	هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة		
57.	هل تجد صعوبة في الإستمرار في العمل بسبب آلام الظهر		
م	حالة الجلد	نعم	لا
58.	هل تعاني من أصابات جلدية مزمنة		
59.	هل كثيراً ما يظهر طفح جلدي لديك		
60.	هل جلدك حساس جداً أو رقيق		
61.	هل يحدث غالباً أحمرار شديد في وجهك		
62.	هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد		
63.	هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك		
م	حالة الجهاز العصبي	نعم	لا
64.	هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس		
65.	هل الصداع منتشر في عائلتك		
66.	هل الضغط و الصداع في الرأس غالباً ما يجعل حياتك بائسة		
67.	هل يحدث لك نوبات سخونة أو برودة		
68.	هل غالباً ما تعاني من نوبات شديدة من الدوخة		
69.	هل كثيراً ما تشعر بالأغماء		
70.	هل أصبت بالأغماء أكثر من مرتين في حياتك		
71.	هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي جزء من أجزاء جسمك		
72.	هل سبق أن اصبت بضربة أفقدتك الوعي		
73.	هل حدث لك أرتعاش أحياناً في الوجه أو الرأس أو الأكتاف		

م	نعم	لا
.74		هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك
.75		هل تقرض (تعض) أظفرك بصورة ضارة
.76		هل تمشي أثناء النوم
.77		هل كنت تتبول في الفراش و عمرك من 8 سنوات إلي 14 سنة
م	نعم	لا
		حالة البولي و التناسلي
.78		هل غالباً ما تكون أعضائك التناسلية بها آلام أو إتهاب
.79		هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية
.80		هل سبق أن أخبرك الطبيب بأن عندك فتق
.81		هل سبق أن كان تبولك مصحوب بدم
.82		هل لديك مشكلة عند بدء التبول
.83		هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية
.84		هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي
.85		هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول
.86		هل عادة ما تتبول كثيراً أثناء النهار
.87		هل تعاني من غالباً من حرقان شديد عندما تتبول
.88		هل أحياناً ما تفقد التحكم في المثانة
.89		هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة

م	حالة تكرار المرض	نعم	لا
90.	هل كثيراً ما تكون مريضاً		
91.	هل كثيراً ما تلازم الفراش بسبب المرض		
92.	هل أنت دائماً صحتك ضعيفة		
93.	هل تعتبر شخصاً دائم المرض		
94.	هل أنت شخص من عائلة أفرادها دائمي المرض		
95.	هل آلام الصداع الشديد تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك		
96.	هل تقلق كثيراً و تكون منزعجاً بخصوص صحتك		
97.	هل أنت دائماً مريض و غير سعيد		
98.	هل ضعف الصحة يجعلك دائماً بانساً		
م	حالة أمراض متنوعة	نعم	لا
99.	هل أصبت في طفولتك بحمى رماتيزمية أو آلام شديدة أو أرتعاشات في الأطراف.		
100.	هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث		
101.	هل سبق أن أصبت بمرض السكر		
102.	هل أخبرك الطبيب أن لديك إلتهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)		
103.	هل سبق أن عالجتك الطبيب من ورم أو سرطان		
104.	هل تعاني من أي مرض مزمن		
105.	هل وزنك أقل من المعدل		
106.	هل وزنك أزيد من المعدل		
107.	هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك		
108.	هل سبق أن حدثت لك إصابة خطيرة		
109.	هل غالباً ما تحدث لك حوادث صغيرة أو أصابات		