



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية
في محافظة الخليل

علا حسن ادعيس

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1439هـ/2018م

عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية في محافظة الخليل

إعداد:

علا حسن ادعيس

بكالوريوس التربية الإسلامية وأساليب تدريسها - جامعة القدس المفتوحة/ فلسطين

المشرف: د. إياد الحلاق

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي
من كلية العلوم التربوية - عمادة الدراسات العليا / جامعة القدس

1439هـ/2018م



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

كلية العلوم التربوية / الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية في محافظة الخليل

إعداد الطالبة: علا حسن ادعيس

الرقم الجامعي: 21511123

إشراف: د. إياد الحلاق

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 13 / 5 / 2018 من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

.....التوقيع:	د. إياد الحلاق	1. رئيس اللجنة:
.....التوقيع:	د. علا حسين	2. ممتحناً داخلياً:
.....التوقيع:	د. محمد بريغيث	3. ممتحناً خارجياً:

القدس - فلسطين

1439هـ - 2018

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى الله تعالى أولاً، وأسأله القبول والرضا ..
وإلى أمي رحمها الله تعالى وتقبلها وجمعني بها في الفردوس الأعلى من
الجنة ..

وإلى والدي حفظه الله تعالى وأدامه سنداً وذخراً لي ..
وإلى مهجة قلبي؛ أبنائي الغاليين (تقى، أفنان، أنصار، حميدان، عبدة)،
جعلهم الله تعالى من الصالحين والعاملين لكل خير ..
وإلى أخوتي وأخواتي وأهلي جميعاً حفظهم الله ..
وإلى جامعتي (جامعة القدس)، وجميع العاملين في كلية التربية، وعلى رأسهم
الدكتور إياد الحلاق حفظه الله ..

وإلى صديقتي وزميلاتي وزملائي وكل من كان سنداً وداعماً لي ..
إليهم جميعاً أقدم جهدي المتواضع ..

الباحثة

علا حسن ادعيس

إقرار

أقر أنا معد الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أي جزء منها، لم يقدم لنيل أية درجة علمية عليا لأية جامعة أو معهد آخر.

التوقيع:

الاسم: علا حسن ادعيس.

التاريخ: / / 2018

شكر وتقدير

انطلاقاً من الشعور بالجميل والعرفان، ومن باب التقدير فإنني:
أتقدم بالشكر الجزيل والعرفان إلى الدكتور المشرف على رسالتي؛ الدكتور إياد الحلاق، ممتنة له لتعاونه وعمق العطاء الذي قدمه لأجلي، وتسهيله ودعمه لي طوال مسيرتي التعليمية، سائلة الله تعالى أن يحفظه دائماً لكل خير ..
وأقدم بالشكر الجزيل إلى جامعتي الحبيبة، جامعة القدس، وكلّي امتنان وحب لمتابعتي الدراسة فيها ...
كما وأشكر جميع أستاذتي في الجامعة الذين تابعت معهم دراستي، ولكل ما قدموه لي مساعدة، فكل التحية والشكر لهم جميعاً...
وكل الشكر للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على ما تكبدوه من عناء في متابعة رسالتي المتواضعة وإغنائها بمقترحاتهم ..
والشكر الجزيل لأبي وأشقائي وأهلي جميعاً الذين كانوا دعماً وسنداً لي في رحلتي الدراسية ..

ملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، واختيرت عينة الدراسة بالطريقة المتاحة، حيث تكونت عينة الدراسة من (523) فردا من الذكور والإناث، بلغ عدد المصابون بالاضطرابات السيكوسوماتية منها (299) بنسبة 57% من العينة الكلية، وكانت المتوسطات الحسابية للمصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور، كما وكانت تزداد نسبة الإصابة بزيادة الفئة العمرية، حيث كانت أعلى لدى الفئة العمرية (41-50)، كما وكانت الإصابة أعلى لدى المطلقين والأرامل، وازدادت نسبة الإصابة بزيادة فترة الزواج وبزيادة عدد الأبناء؛ حيث كانت أعلى لدى المتزوجون 11 سنة فأكثر، ولمن لديهم 6 أبناء فأكثر، وكانت أيضا مرتفعة لدى من مستواهم التعليمي أقل من توجيهي ولدى الدراسات العليا. كما تباينت المتوسطات الحسابية حسب نوع الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية؛ فكانت أعلاها الإصابة بالجهاز النفسي، يليه الجهاز العصبي، ثم الجهاز الدوري والقلب، يليه الجهاز التنفسي، ثم الجهاز الهضمي، وآخرها الأعراض الجلدية.

وأظهرت المتوسطات الحسابية لعوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في مجال خبرات الإساءة في الطفولة، والتعرض للأحداث الصادمة درجة متوسطة لهذه العوامل، ودرجة منخفضة لعامل الإهمال العاطفي داخل الأسرة، الشعور بالوحدة والعزلة، والشعور بانعدام الأمان. كما وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع الدرجة الكلية لهذه العوامل لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث، وارتفاعها لدى الفئة العمرية (31-40) أكثر من الفئات العمرية الأخرى، وارتفاعها لدى الحالة الاجتماعية من المطلقين أكثر من الأرامل والمتزوجون ثم العزاب، كما أن الدرجة الكلية لعدد الأبناء من (4-5) أطفال كانت أكثر ارتفاعا منها لدى من لديهم 6 أطفال فأكثر أو عدد أقل من 4 أطفال. كما أن درجة عوامل الخطر الأسرية كانت أعلى لدى المتزوجون لفترة أكثر من 11 عاما، وأعلى لدى المستوى التعليمي (أقل من توجيهي) منها لدى من هم في مستوى توجيهي ودبلوم وبكالوريوس ودراسات عليا. وفي ضوء هذه النتائج توصي الباحثة بإجراء المزيد من الدراسات حول متغيرات الدراسة، وتصميم البرامج الأسرية الوقائية والتوعوية، والسعي لترسيخ مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية وتطبيق العلاج النفسي بالتزامن مع العلاج الجسمي.

Family Risk Factors Among Psychosomatic disorders in Hebron District

Prepared by: Ola Hasan Idais

Supervisor: Dr. Iyad Halaq

Abstract

This study aimed at identifying the family risk factors in people with Psychosomatic disorders. To achieve the objectives of the study, the descriptive method was used. The study sample was chosen by available method. The sample of this study is consisted of (523) males and females. The number of people with Psychosomatic disorders was (299) 57% of the total sample. The arithmetic means of people with psychometric psychosomatic diseases in girls are higher than in males .Also, the Rate of sickness is increasing according to the increasing of age . It was higher in the age of (41-50). Moreover , the rate of sickness in divorced and widows is high . And the rate is increasing In people who are married for eleven years or more, and in people who have six children or more . Also, it was high in people with the level of education that is lower than tawjihiy and people with higher studies . The arithmetic means differs depending on the type of infection of psychosomatic diseases. It was the highest in the infection of the psychological system , the nervous system , The circulatory system and the coronary, the respiratory system , the digestive system and finally the skin symptoms .

The arithmetic mean of family risk factors in people with Psychosomatic disorders in the field of childhood abuse experiences, exposure to traumatic events showed a moderate degree of these factors, a low degree of emotional neglect within the family, Isolation, and the feeling of insecurity. Also, this study firstly has found that the total score of these factors in males is higher than in females . Secondly, the age group (31-40) is higher than the other age groups. Thirdly, the social status of the divorced is higher than widows, married and single. the total number of children (4-5) is higher than those with 6 or more children or fewer than 4 children. Finally ,the degree of family risk factors is higher among married couples for more than 11 years, and higher in the educational level (less than directed) than those at the level of

guidance, diploma, bachelor and postgraduate studies. In light of these results, the researcher recommends further studies on the variables of study, the design of family preventive and awareness programs, and seeking to consolidate the concept of psychosomatic diseases and the application of psychotherapy in conjunction with physical therapy.

الفصل الأول: خلفية الدراسة ومشكلتها

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة:

تعدّ صحة الإنسان النفسية والجسدية من أهم ما يشغل العالم والدول ومراكز الأبحاث، ويعد توفير هذه الصحة ودعمها؛ ومعرفة أسباب ضعفها لتجنب الأفراد الوقوع في مشكلاتها، من أهم ما يمكن توفيره للإنسانية، ويعتبر الجانب النفسي لدى الأفراد مهما لصحة الإنسان كما هو في جانبه الجسدي على حد سواء، حيث أن الارتباط بينهما لا يخفى على الأطباء والمتخصصين في الجانب النفسي، ويبقى هنالك سعي دائم لدراسة مدى الارتباط بينهما ومدى تأثير كل منهما على الآخر.

ومن أهم الاضطرابات التي يهتم بدراسة علم النفس هي الاضطرابات السيكوسوماتية، وهي تعبر عن حدوث بعض الأعراض الجسدية التي يعاني منها الفرد نتيجة لبعض العوامل الانفعالية النفسية، وفيها يتم الربط بين العوامل الانفعالية التي تساهم في حدوث مشاكل جسدية ضمن شروط محددة يتم الكشف عنها لدى المريض، وتتعدد تلك العوامل الانفعالية النفسية التي تسبب هذا الاضطراب لتشمل جميع جوانب حياة الفرد، حيث أن كل ما يؤثر على نفسية الإنسان وانفعالاته يمكن أن يشكل سببا في حدوث الاضطراب السيكوسوماتي، ومن أهم عناصر حياة الفرد الأولى والمؤثرة على صحته وبنائه النفسي منذ الطفولة هو الأسرة.

وتعد الأسرة هي الإطار الأساسي للفرد، وفيها ومن خلالها ينمو ويتطور وتتحدد بقية مناحي حياته، وفيها تتم وتفاعل أهم مواقفه المؤثرة، حيث أن صحة الفرد النفسية داخل إطار هذه الأسرة ترتفع وتتأثر بعوامل التفاعل داخلها؛ سواء منذ طفولته بين أبويه أو حين يغدو راشدا وحتى يصل إلى بيت الزوجية حين يصبح زوجا ووالداً لأطفاله، كما أن صحته النفسية قد تتخفّض وتدهور بسبب بعض العوامل داخل إطار الأسرة؛ وخاصة عند وجود عوامل خطر تؤثر على الجوانب النفسية بشكل كبير، وتصيبه بالعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية.

إن وضع الأسرة في وقتنا الحاضر أصبحت تتداخل فيه الكثير من المؤثرات الخارجية والداخلية التي تهدد استقرارها وتشكل خطراً على صحة أفرادها النفسية، من حيث حجم التطور التكنولوجي الهائل، والتداخل والانفتاح الثقافي الواسع، وضعف الدعامات والروابط الأسرية التي تبرز على شكل

ما يعرف بالتفكك الأسري، وضغوط الحياة الاقتصادية والاجتماعية، والشعور بالعجز لدى الأبوين داخل الأسرة عن تأمين كل الاحتياجات التي تعترض الأبناء، ووجود الحروب والتهجير والتغيرات في العالم التي تضعف شعور الأفراد بالأمان النفسي، بالإضافة إلى حدوث مشكلات بين الزوجين ضمن هذه الظروف، وإمكانية وجود صدمات وأحداث غير مستقرة داخل الأسرة، كلها تعد أبرز عوامل الخطر الأسرية، والتي قد تتسبب في حدوث اضطرابات نفسية، ومشكلات على المدى البعيد، قد يعاني منها أفراد تلك الأسرة لفترات طويلة ما لم يتم الانتباه لها وأخذها بعين الاعتبار.

وتعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية من الاضطرابات الخطيرة التي قد تصيب الفرد داخل الأسرة في حال حدوث عوامل خطرة داخلها، حيث يمكن أن تتحول هذه العوامل الأسرية الخطرة الطارئة إلى انفعالات تتراكم وتظهر على شكل اضطرابات نفس جسدية تؤثر عليه وتمنعه من القيام بوظائف حياته بشكل جيد، وتساهم في تراجع صحة جسده دون معرفة السبب في الغالب.

وفي ظل غياب الاهتمام بمدى تأثير العوامل الأسرية على صحة الفرد، وتكرار تردد الأفراد على العيادات الطبية حاملين العديد من الشكاوى المتكررة، تغدو دراسة تأثير مثل هذه العوامل الأسرية الخطرة على هؤلاء المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية ضرورة إنسانية، وحاجة صحية واجتماعية، حيث أنها قد تهدد حياة الفرد وقدرته على القيام بدوره في الحياة في حال غيابها، ويغدو الاهتمام بمعرفة تأثيرها مدعاة للاختصاصيين النفسيين والأطباء للقيام بعملية التوأمة في العلاج وإكساب الأفراد صحة أكثر توازنا وأمانا واستقرارا.

1.2 مشكلة الدراسة:

تعد صحة الأفراد النفسية والجسدية من أهم عوامل نجاح وقوة المجتمع، وبالكشف عن الأسباب المؤدية إلى أي تراجع في صحة الأفراد ومعرفتها تتوفر فرص أكبر لتحقيق مستوى أعلى من صحة الإنسان وتحقيق جودة الحياة التي يسعى لأجلها.

إن أوضاع الأسرة في هذا العصر، ووجود العديد من عوامل الخطر التي تهدد استقرار أفرادها وفي ظل انتشار الأعراض الجسدية المتكررة لدى المرضى التي يعاني منها أفراد المجتمع، فإنه من المهم الكشف عن عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، ومعرفة الأسباب

الأسرية التي ترفع من احتمالية الإصابة بهذا الاضطراب كنتيجة لعدم التكيف مع هذه العوامل، وبالتالي العمل على توفير علاج نفسي بالتكامل مع علاج الأعراض الجسدية.

ومن أهم عوامل الخطر الأسرية التي تنتشر في مجتمعاتنا في الوقت الحاضر؛ المشاكل العاطفية ووجود الإهمال النفسي والعاطفي، ووجود مستوى اقتصادي متدني داخل الأسرة يعيقها عن تحقيق احتياجاتها الأساسية، كما أن التعرض لخبرات وأحداث صادمة مثل؛ فقدان أحد أفراد الأسرة، أو التعرض لاعتداءات عنف أو تحرش جنسي، أو تغيير مكان السكن والعجز عن التآلف الثقافي والاجتماعي في المكان الجديد، أو فقدان بيت السكن نتيجة لبعض الظروف، أو الهجرة القسرية، أو وجود شخص مدمن داخل الأسرة، أو شخص لديه إعاقة عقلية أو جسدية؛ تعد عوامل خطرة تؤثر على صحة الفرد النفسية ، كما ويمكن وجود عوامل خطرة أثناء مرحلة الطفولة الأولى والتعرض لخبرات مؤلمة فيها.

وتنشأ الحاجة لمعرفة عوامل الخطر الأسرية والكشف عنها لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في ظل غياب الاهتمام بصحة الأسرة النفسية ودعمها، والتركيز على علاج الأعراض الجسدية دون الالتفات لتوفير الصحة النفسية أو العلاج النفسي، وبالتالي تكرار حدوث هذه الأعراض دون معرفة الأسباب.

وقد حاولت هذه الدراسة الكشف عن مستويات الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة، وتوزيع الإصابة بأنواع الأعراض السيكوسوماتية لديهم، وذلك امتداداً لأهمية البحث في تأثير العوامل النفسية المختلفة على الأعراض الجسدية.

كما وتناولت هذه الدراسة خمسة مجالات من عوامل الخطر الأسري، وهي: خبرات الإساءة في الطفولة، الإهمال العاطفي في الأسرة، الأحداث الصادمة، الشعور بالوحدة والعزلة، والشعور بانعدام الأمان.

وبناء على ما تقدم، فإن الدراسة تسعى إلى دراسة عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة الخليل، وتتمثل مشكلة هذه الدراسة بالإجابة عن السؤال التالي:

1- ما هو مستوى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة في محافظة الخليل

وينتفع عنه الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي مستويات الإصابة بأنواع الأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة السيكوسوماتية في محافظة الخليل؟

- ما هو مستوى الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية لدى العينة الكلية حسب متغيرات الدراسة: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي؟

2- ما هي عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة الخليل؟
ويتفرع عنه الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مدى وجود خبرات إساءة في الطفولة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟
- ما مدى وجود إهمال عاطفي داخل الأسرة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟
- ما مدى التعرض لأحداث صادمة مؤخرًا لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟
- ما مدى الشعور بالوحدة والعزلة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟
- ما مدى الشعور بفقدان الأمان داخل الأسرة مؤخرًا لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

3- ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي؟، ومنه تتفرع الأسئلة التالية:

- ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس؟
- ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف العمر؟
- ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الحالة الاجتماعية؟
- ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف عدد الأبناء؟
- ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف فترة الزواج؟

– ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف المستوى التعليمي؟

1.3 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة بشكل أساسي إلى دراسة عوامل الخطر الأسرية الموجودة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، و يتفرع منه عدة أهداف فرعية تتمثل بالآتي:

- 1- معرفة مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة في محافظة الخليل.
- 2- معرفة توزيع أنواع الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية على أفراد العينة في محافظة الخليل.
- 3- معرفة مستوى الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية لدى العينة الكلية حسب متغيرات الدراسة: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي.
- 4- معرفة مدى معاناة المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية من خبرات إساءة في الطفولة.
- 5- معرفة مدى معاناة المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية من الإهمال العاطفي داخل الأسرة مؤخرًا.
- 6- معرفة مدى تعرض المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية لأحداث صادمة مؤخرًا.
- 7- معرفة مدى الشعور بالوحدة والعزلة مؤخرًا لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.
- 8- معرفة مدى معاناة المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية من فقدان الشعور بالأمان داخل الأسرة مؤخرًا.
- 9- معرفة مدى الاختلاف في وجود عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي.

1 . 4 أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من كونها تحاول الكشف عن مستويات الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة وأنواع تلك الأعراض أولاً؛ وتبحث في عوامل الخطر الأسرية التي قد تتسبب بحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية ثانياً، حيث أن ظروف المجتمع الفلسطيني الاجتماعية والاقتصادية

والأسرية تشكل ضغطا على أفراد الأسرة وتؤثر عليها بشكل كبير، مما يزيد من انتشار الإصابة بالاضطرابات السيکوسوماتية.

وفي ظل انتشار الاضطرابات السيکوسوماتية والاكتفاء بالعلاج الدوائي لها دون الوعي بالجانب النفسي المرتبط بها، فإن الكشف عن هذه عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بهذه الاضطرابات يلفت النظر إلى ضرورة الاهتمام بصحة الأسرة النفسية وتقديم الدعم لها من خلال البرامج الداعمة، وإلى ضرورة تقديم العلاج النفسي الملائم لهؤلاء المصابين تحديدا بالتزامن مع العلاج الدوائي للتخفيف من معاناتهم.

كما وإن الدراسات التي تناولت وجود عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية على حد علم الباحثة قليلة، وبحاجة للمزيد من تسليط الضوء عليها ودراساتها كمتغيرات نفسية اجتماعية مسببة للمرض، من أجل الحصول على المزيد من التفسيرات للعوامل المؤثرة في هذا الاضطراب بشكل أكبر.

ولهذه الدراسة أهمية من الناحية التطبيقية والنظرية برأي الباحثة كآتي:

1 . 4 . 1 الأهمية النظرية:

تتبع أهمية الدراسة من الناحية النظرية كونها تقوم بدراسة متغيرات (عوامل الخطر الأسرية والاضطرابات السيکوسوماتية) لدى أفراد العينة، وتتجلى هذه الأهمية في:

- قلة الدراسات المحلية والعربية التي تناولت موضوع الدراسة، فعلى حد علم الباحثة لا يوجد دراسات محلية أو عربية درست عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية.

- إثراء جانب مهم في البحوث والدراسات النفسية التي تتناول متغيري عوامل الخطر الأسرية، والاضطرابات السيکوسوماتية.

- تناولت الدراسة متغير عوامل الخطر الأسرية، والذي قد تم إدراجه مؤخرا في DSM-5 كمحور رئيسي من محاور تشخيص الاضطرابات النفسية تحت اسم (العوامل النفسية الاجتماعية)، ويعد هذا المتغير من أهم المتغيرات الاجتماعية التي تؤثر على الاضطراب النفسي والذي نحتاج إلى المزيد من تسليط الضوء على أثره عليها.

- تناولت الدراسة متغير الاضطرابات السيكوسوماتية التي تعبر عن العديد من المشكلات الصحية الجسدية التي يعاني منها الأفراد دون وجود أسباب فسيولوجية جسمية توضح تلك الاعتلالات الجسمية.

1 . 4 . 2 الأهمية التطبيقية:

- الدراسة تلقي الضوء للباحثين والمهتمين على أهمية دعم صحة الإنسان في الجانب النفسي والجانب الاجتماعي الأسري؛ وبناء أفراد في المجتمع أكثر صحة وتوازناً.
- رفع مستوى الوعي الاجتماعي لأهمية المؤثرات الاجتماعية داخل الأسرة في الصحة النفسية والجسدية، وذلك من خلال توفير برامج دعم نفسي وأسري.
- تحويل جزء من التركيز على عيادات الصحة الجسدية بمفردها بالتزامن مع العلاج النفسي والدعم الأسري وذلك على سبيل توزيع جهد توفير الصحة لأفراد المجتمع بشكل أفضل.
- لفت نظر الباحثين إلى أهمية المزيد من هكذا دراسات من أجل توفير الجهد والمال الذي يستهلك في متابعة صحة الأفراد جسدياً وعبر سنوات دون إنهاء حقيقي للمشكلة الصحية.

1 . 5 حدود الدراسة:

تحدد هذه الدراسة بموضوعها الرئيسي وهو عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية وذلك باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، وبعينة الدراسة وهي المرضى والزوار المتواجدين داخل بعض المستشفيات في محافظة الخليل، وبالأدوات المستخدمة وخصائصها، وهي: مقياس الأعراض السيكوسوماتية، ومقياس عوامل الخطر الأسرية الذي قامت الباحثة بإعداده، كما وتحدد هذه الدراسة بالآتي:

حدود مكانية: تناولت هذه الدراسة عينة من المرضى والمراجعين المتواجدين في العيادات والأقسام المختلفة في المستشفى الأهلي ومستشفى الميزان التخصصي، وهي من المستشفيات الرئيسية في محافظة الخليل.

حدود بشرية: اقتصرت هذه الدراسة على المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية الذين تواجدوا في بعض المستشفيات الرئيسية في محافظة الخليل وكانت تتراوح أعمارهم (20-50) عاماً. والمستشفيات

هي: المستشفى الأهلي ومستشفى الميزان التخصصي، وذلك بأقسامهم المختلفة من قسم الباطني، الجراحة، قسم الولادة، والعيادات الخارجية.

حدود زمانية: تم تطبيق إجراءات الدراسة خلال فترة الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (2017-2018)، وتم جمع العينة من المرضى والأفراد المتواجدين في المستشفيات خلال شهر فبراير 2018.

حدود مفاهيمية: المفاهيم والمصطلحات الواردة في الدراسة (عوامل الخطر الأسرية، الاضطرابات السيكوسوماتية).

الحدود الإجرائية: اقتصر على أدوات الدراسة ودرجة صدقها وثباتها، وعلى عينة الدراسة وخصائصها والمعالجة الإحصائية المستخدمة.

1 . 6 مصطلحات الدراسة:

الاضطرابات السيكوسوماتية:

عرف DSM-5 الاضطرابات السيكوسوماتية تحت بند (العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية) بأنها: تواجد عرض طبي أو حالة (بخلاف اضطراب عقلي)، تؤثر فيه العوامل النفسية أو السلوكية سلباً على الحالة الطبية، أو تفاقمها، أو تأخر الشفاء منها، وقد تتداخل هذه العوامل مع علاج الحالة الطبية، وقد تشكل مخاطر صحية إضافية على حالة الفرد طبيياً (DSM-5).

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1968) بأن : "الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع أسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي" (أبو حسين، 2012).

وعرف أبو النيل (1994) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: "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، والتي لا يصلح لها العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها شفاء تاماً، لاستمرار الاضطراب الانفعالي، وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي" (أبو حسين، 2012).

وتعرف الباحثة الأمراض السيكوسوماتية إجرائياً: بأنها الحصول على درجة (4-6) في أحد أبعاد الأعراض السيكوسوماتية الستة (البعد النفسي، أعراض القلب والأوعية الدموية، الجهاز العصبي،

الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، أعراض الجلدية) في مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية المستخدم في هذه الدراسة.

عوامل الخطر الأسرية:

تعرف عوامل الخطر الأسرية للشباب بأنها: "سمة مميزة على المستوى البيولوجي أو النفسي أو العائلي أو المجتمعي أو الثقافي الذي يسبق ويقترب باحتمال أكبر لنتائج المشكلة" O'Connell & et (al., 2009).

وتعرف عوامل الخطر التي تصيب الفرد بالمرض بأنها: "العوامل والظروف التي تزيد من احتمالات الإصابة بمرض ما. وأحياناً ما يستبدل هذا المصطلح بمصطلح محددات الحالة الصحية، على أساس أن هذه العوامل والظروف لا تزيد فقط من احتمالات الإصابة بالمرض، بل أحياناً ما تكون سبباً خلف خفض تلك الاحتمالات" (عبد الحكيم، 2012).

وحسب التعريفات الواردة لعوامل الخطر والعوامل الاجتماعية، تعرف الباحثة عوامل الخطر الأسرية بأنها: مجموعة الظروف والأحداث داخل الأسرة التي تؤثر على الجانب النفسي والاجتماعي والجسدي لدى أفرادها بطريقة مُشكلة، وتكون سبباً في زيادة احتمال هذا التأثير المُشكل على أفرادها. وإجرائياً فإن عوامل الخطر الأسرية هي وجود أحد العوامل الخطرة الأسرية التالية لدى الأفراد المصابين بالأمراض السيكوسوماتية (خبرات الإساءة في الطفولة، الإهمال العاطفي داخل الأسرة، الأحداث الصادمة، الشعور بالوحدة والعزلة، والشعور بانعدام الأمان داخل الأسرة).

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

ثانياً: الدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

1.2 عوامل الخطر الأسرية:

2 . 1 . 1 مقدمة:

تعد الأسرة والبيئة الأسرية الحاضنة الأولى للإنسان منذ ولادته، ولها عليه من الأثر ما لا يمكن تجاوزه، ويستحق الوقوف عليه ودراسته، حيث فيها يتم بناء العديد من جوانبه النفسية وانفعالاته واستجاباته السلوكية، وليس من السهل إيقاف تأثير عوامل الخطر والحماية داخل الأسرة، وتعد عوامل الخطر التي تتعرض لها الأسرة من أهم المؤثرات على حياة الإنسان، وكما نتمكن من فهم ماهية عوامل الخطر الأسرية، يمكننا تعريف الأسرة أولاً، وعواملها الخطرة التي تؤثر على أفرادها.

2 . 1 . 2 مفهوم الأسرة وعوامل الخطر:

يعرف جبارة عطية جبارة (1986) الأسرة بأنها "جماعة اجتماعية نظامية تتكون من رجل وامرأة بينهما رابطة رسمية معترف بها من المجتمع ألا وهي الزواج وكل ما ينتج عن هذه الرابطة من نسل...، ويكمل قوله بأن هذه الجماعات تقوم أساساً على إشباع الحاجات البيولوجية والحياتية الضرورية لكل ذكر وأنثى ولكل أبناء البشر الأسوياء إضافة إلى تهيئة المناخ الاجتماعي الملائم لرعاية وتنشئة وتوجيه الأبناء" (سنا، 2010)

كما يعرفها Wiksler أنها: "الوحدة الأساسية في كل المجتمعات البشرية بصرف النظر عن الفروق الثقافية، فالأسرة لا تعمل على تلبية الاحتياجات الأولية من طعام ومأوى وملبس ولكنها تلبي الحاجات الإنسانية الأخرى، كالحاجة إلى الحب والأمن والانتماء وتنقل من جيل إلى جيل التقاليد والقيم الثقافية والروحية والأخلاقية" (سنا، 2010).

إن الأسرة تعني معيشة رجل وامرأة أو أكثر معا على أساس الدخول في علاقات جنسية يقرها المجتمع وما يترتب على ذلك من حقوق وواجبات كإعانة الأطفال وتربيتهم، أولئك الذين نتيجة لهذه العلاقات أو أنها جماعة تقوم على العلاقات الجنسية بشرط أن تكون محددة ودائمة بصورة كافية لإعانة الأطفال وتربيتهم (بيومي، 2002).

كما ويعرف فرويد الحالة التي يشعر فيها الفرد بالخطر بأنها: الحالة التي يشعر فيها بشدة الغرائز، وتراكم التنبيه الشديد عليه مع عدم القدرة على الإشباع بسبب العجز البيولوجي أو العقلي، أو بسبب

الخوف من العقاب، فحالة الخطر حسب رأيه " تتكون من تقدير الشخص لقوته بالنسبة إلى مقدار الخطر، ومن اعترافه بعجزه أمامه عجزاً بدنياً إذا كان الخطر موضوعياً، وعجزاً نفسياً إذا كان الخطر غريزياً"، ويقول فرويد: "إن الموقف الذي يعتبره الطفل خطراً والذي يريد أن يحمي نفسه منه إنما هو حالة عدم الإشباع وزيادة في التوتر الناشئ عن الحاجة، وهي حالة يكون فيها الطفل عاجزاً" (سنا، 2010).

وحول عوامل الخطر فقد ذكرت Collette Chiland (1989) بأن هنالك عوامل خطر عينية يراها الطفل في أسرته من مظاهر التفكك الأسري أو المرض العقلي للوالدين والفقر، وتحدثت حول غياب أحد الوالدين وتأثيره كعامل خطر أسري، أو حدوث تغيير في أدوار الأمومة والأبوة داخل الأسرة، وأهمية حاجة الطفل لأبوين وليس لرجل وامرأة يعيش بينهما، كما وأن الأسرة المفككة تجعل الطفل يبذل جهداً نفسياً إضافياً داخلها، كما أن الرضاعة الطبيعية هي حاجة لدى الطفل في التواصل مع أمه بعيداً عن الحاجة البيولوجية لهذا الحليب، كما أن المرض العقلي للوالدين هو عامل خطر أسري، حيث يرى الطفر سلوكيات غير مفهومة ولا يستطيع تفسير ما يحدث في أسرته، أما الفقر فهو عامل خطر أسري يحرم الأفراد من التكيف والتوازن الأسري والاجتماعي (سنا، 2010).

وتعرف عوامل الخطر التي تصيب الفرد بالمرض بأنها: "العوامل والظروف التي تزيد من احتمالات الإصابة بمرض ما. وأحياناً ما يستبدل هذا المصطلح بمصطلح محددات الحالة الصحية، على أساس أن هذه العوامل والظروف لا تزيد فقط من احتمالات الإصابة بالمرض، بل أحياناً ما تكون سبباً خلف خفض تلك الاحتمالات، كما هو الحال مع نقص النشاط الرياضي والبدني، والذي يعتبر عاملاً خطراً خلف الإصابة بأمراض القلب، لكن في نفس الوقت تؤدي زيادة النشاط البدني والرياضي إلى خفض احتمالات الإصابة بأمراض القلب، وتخفف من تأثير عوامل الخطر الأخرى. ولفهم دور عوامل الخطر، ينبغي التفريق بين العلاقة الارتباطية والعلاقة السببية لهذه العوامل بالأمراض، حيث لا يعني ارتباط عامل الخطر بمرض ما تسببه في الإصابة بهذا المرض. فعلى سبيل المثال يرتبط سرطان الثدي بالجنس، حيث يصيب هذا المرض الإناث في الغالب، مما يجعل المرأة أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي، وإن كان هذا لا يعني أنه بسبب كونها أنثى قد أصيبت بالمرض، حيث يصيب السرطان الرجال أيضاً.

ويمكن تقسيم عوامل الخطر إلى مجموعتين رئيسيتين: الأولى مجموعة العوامل الأولية، وتتضمن السن، والجنس، والأصل العرقي. أما عوامل الخطر الثانوية، فتشمل: 1- الوضع الاجتماعي والدخل

المادي.2-المكان والموقع الجغرافي. 3- الاستعداد الوراثي. 4- الهوية الجنسية. 5- المهنة أو الوظيفة. 6- الميول الجنسية. 7- مستوى التوتر المزمن في الحياة اليومية. 8- نوعية وطبيعة الغذاء. 9- حجم ومقدار النشاط البدني والرياضي. 10- شرب الكحوليات وتدخين منتجات التبغ. 11- بقية المحددات الاجتماعية للحالة الصحية، مثل الظروف الاقتصادية، والعدالة الاجتماعية. وبمراجعة قائمة عوامل الخطر السابقة، نجد أن البعض منها لا حول ولا قوة لنا أمامه، مثل السن، والجنس، والأصل العرقي، بينما نجد أن البعض الآخر لا يزيد عن كونه اختيارات شخصية، ونمط أسلوب حياة اختياري، مثل شرب الكحوليات وتدخين التبغ، أو نوعية وطبيعة الغذاء، أو حجم ومقدار النشاط البدني، أو حتى الميول الجنسية. وبناء على العلاقة الارتباطية لعوامل الخطر إجمالاً، باحتمالات الإصابة بالأمراض أو الوقاية منها، وبالنظر إلى أن جزءاً لا يستهان به من عوامل الخطر تلك هي اختيارات شخصية، يمكن أن ندرك بسهولة أهمية تلك الاختيارات في تحديد الحالة الصحية للشخص، وفي احتمالات إصابته بالعديد من الأمراض، وما ينتج عنها من ألم، أو ضيق، أو إعاقة، أو وفاة مبكرة (عبد الحكيم، 2012).

ويمكن تحديد عوامل الخطر لعنف الشباب كالآتي:

عوامل الخطر على مستوى الفرد:

- فرط النشاط.
- الاندفاع.
- قلة التحكم في السلوك.
- مشاكل الانتباه.
- خلفية السلوك الاستفزازي.
- الشروع، مبكراً، في تعاطي الكحول والمخدرات والتبغ.
- المعتقدات والتصرفات المعادية للمجتمع.
- قلة الذكاء وتدني النتائج الدراسية.
- نقص الالتزام بالعمل المدرسي والفشل في الدراسة.
- الانتماء إلى أسرة ينقصها أحد الأبوين.
- مواجهة انفصال الوالدين أو طلاقهما.
- التعرض للعنف في الأسرة.

عوامل الخطر ضمن العلاقات الحميمة (الأسرة والأصدقاء والزملاء):

- نقص رصد الآباء ومراقبتهم لأطفالهم.
- الممارسات التأديبية الأبوية القاسية أو المتسامحة أو المتناقضة.
- انخفاض مستوى التعلّق بين الآباء وأبنائهم.
- قلة مشاركة الآباء في أنشطة أبنائهم.
- تعاطي الآباء لمواد الإدمان أو ضلوعهم في أعمال إجرامية.
- انخفاض مستوى دخل الأسرة.
- مخالطة زملاء جانحين.

عوامل الخطر ضمن المجتمع المحلي والمجتمع قاطبة:

- انخفاض مستويات اللحمة الاجتماعية داخل المجتمع المحلي.
- العصابات والشبكات المحلية للتزويد بالأسلحة النارية والمخدرات غير المشروعة.
- انعدام بدائل غير عنيفة لتسوية النزاعات.
- ارتفاع مستوى التفاوت في الدخل.
- التغيرات الاجتماعية والديمقراطية السريعة.
- التوسّع العمراني.
- نوعية تصريف الشؤون في البلد (القوانين القائمة في البلد ومدى تنفيذها، فضلاً عن سياسات التعليم والحماية الاجتماعية) (موقع منظمة الصحة العالمية، 2016).

2 . 1 . 3 عوامل الخطر الأسرية:

ترجع جذور العوامل المسببة للمشكلات الأسرية إلى الكيفية التي تنتمي بها تكوين الأسرة وكيفية اختيار الزوج لشريكة حياته وأهمية هذا الاختيار، وضرورة توافر التوافق العقلي والعاطفي والقيمي بين الطرفين، ولا تحقق الحياة الزوجية أهدافها بوضوح النوايا الطيبة فحسب، بل يقتضي ذلك منهم معرفة بمعنى الحياة الزوجية والأسرية والمسؤوليات المتوقعة لتحملها ووظائفها الأساسية، والأدوار التي تقوم بين أفراد الأسرة على مختلف صلاتهم والروابط التي تجمع بينهم، وإذا كانت أسباب الخلافات

والتصدعات في العلاقات الأسرية تخلف في شكلها ومظاهرها، فإنه يمكن تقسيمها بشكل عام إلى أسباب مجتمعية وأخرى فردية (السيد، 2013).

ويمكن تحديد الأسباب المجتمعية بخروج المرأة للعمل وارتفاع سن الزواج، بينما وضح الأسباب الفردية بمستوى التوافق الزوجي والتفاهم بين الشريكين والاستعداد للحياة الزوجية ومسؤولياتها، ومجموعة من العوامل الصحية، الاقتصادية، الاجتماعية، والنفسية والعاطفية، حيث لكل منها أثره على تماسك الأسرة (السيد، 2013).

تعرف عوامل الخطر الأسرية بأنها تجمع لعوامل خطر اجتماعية وبيئية تتجمع وتتحدى أفراد الأسرة، ومنها التفكك الأسري والطلاق، سوء المعاملة الوالدية، العنف الأسري، السلوك العائلي المعادي للمجتمع، الأبوة في سن المراهقة، هيكل العائلة، وحجم الأسرة (Wasserman at al., 2003).

وتعرف عوامل الحماية بأنها: "سمة مميزة على المستوى البيولوجي أو النفسي أو العائلي أو المجتمع بما في ذلك الأقران والثقافة، ترتبط باحتمال أقل للمشكلة أو تقلل الأثر السلبي لعامل الخطر على نتائج المشكلة" أما عوامل الخطر فتعرف بأنها: "سمة مميزة على المستوى البيولوجي أو النفسي أو العائلي أو المجتمعي أو الثقافي الذي يسبق ويقترن باحتمال أكبر لنتائج المشكلة" (O'Connell & et al., 2009).

ورد مفهوم العوامل الخطرة تحت بند المحور الرابع من المحاور الرئيسية متعددة النظام في التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5، وهو محور: مشكلات نفسية اجتماعية ومشكلات بيئية، وجاء مفسرا وموضحا أنواع العوامل الخطرة التي قد تؤدي إلى الأمراض السريرية وكيف أنها تفسر الاضطرابات وترافقها، وأن على الطبيب تسجيلها وتحديدا في السنة الأخيرة لوضع تفسير مناسب للحالة من بينته النفسية الاجتماعية والبيئية.

"يسمح المحور الرابع بفهم المشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات البيئية التي قد تؤثر على تشخيص وعلاج وانداز الاضطرابات العقلية (المحورين الأول والثاني). قد تكون المشكلة النفسية الاجتماعية أو البيئية عبارة عن حدث حياتي سلبي أو صعوبة بيئية أو قصور، أو شدة عائلية أو بين شخصية أو عدم كفاية الدعم الاجتماعي أو الموارد الشخصية، أو مشكلة أخرى متصلة بسياق حدثت فيه صعوبات الشخص. أما ما تدعى بالشدات الإيجابية، كالترقية في العمل، فينبغي إدراجها فقط إذا ساهمت أو قادت إلى مشكلة ما، مثلما هو الحال عند شخص لديه صعوبة في التأقلم مع الوضع الجديد. فضلاً عن أنها تلعب دوراً في إطلاق أو مفاقمة اضطراب عقلي، فإن المشكلات النفسية

الاجتماعية قد تتطور أيضاً كنتيجة لأمراض نفسية لدى الشخص أو قد تكون مشكلات ينبغي اعتبارها في الخطة الشاملة للتدبير .

عندما يكون لدى شخص ما مشكلات نفسية اجتماعية أو بيئية عديدة، ينبغي على الطبيب أن يسجل كل ما يقدر أنه ذو صلة. يجب على الطبيب، بصورة عامة، أن يسجل فقط تلك المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية التي كانت موجودة خلال السنة التي سبقت التقييم الراهن. بيد أنه يمكن للطبيب أن يختار تسجيل المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية السابقة للسنة الأخيرة، إذا كانت هذه المشكلات تساهم بجلاء بالاضطراب العقلي أو أصبحت بؤرة المعالجة على سبيل المثال، تجارب قتالية سابقة أدت إلى اضطراب الكرب ما بعد الرضخ.

في الممارسة العملية، سيُشار إلى معظم المشكلات النفسية الاجتماعية على المحور الرابع، ولكن عندما تكون مشكلة نفسية اجتماعية أو بيئية، البؤرة الرئيسية للاهتمام السريري، ينبغي تسجيلها أيضاً على المحور الأول ، مع ترميز مستمد من فصل «حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام السريري»

لدواعٍ عملية، وُضعت أنماط المشكلات المختلفة في الفئات التالية:

* المشكلات في مجموعة الدعم الرئيسية مثل موت أحد أفراد العائلة؛ مشكلات صحية في العائلة؛ تمزق العائلة بالانفصال؛ الطلاق أو الوحشة؛ الانتقال من البيت؛ الزواج الثاني للوالد؛ الإساءة الجنسية أو الجسدية؛ فرط الحماية الأبوية؛ إهمال الطفل؛ الانضباط غير الكافي؛ النزاع مع الأشقاء؛ ولادة شقيق.

* المشكلات المتصلة بالمحيط الاجتماعي مثل موت أو فقد صديق؛ دعم اجتماعي غير كاف؛ العيش المنفرد؛ صعوبة التطبع الثقافي؛ التمييز؛ التأقلم مع التحول في دورة الحياة (مثل التقاعد).

* المشكلات التعليمية مثل، الأمية؛ المشكلات الأكاديمية، النزاع مع المعلمين أو زملاء المدرسة؛ البيئة المدرسية غير الملائمة.

* المشكلات المهنية مثل، البطالة؛ التهديد بفقدان الوظيفة؛ جدول العمل الضاغط؛ ظروف العمل الصعبة؛ الاستياء من الوظيفة؛ تغيير العمل؛ النزاع مع المدير أو زملاء العمل.

* مشكلات السكن مثل، التشرد؛ السكن غير الملائم؛ الجوار غير الآمن؛ النزاع مع الجيران أو مع المالك.

* المشكلات الاقتصادية مثل، الفقر المدقع؛ أموال غير كافية؛ الدعم المعيشي القاصر.

* مشكلات الحصول على خدمات الرعاية الصحية مثل، خدمات الرعاية الصحية غير الكافية؛ عدم توفر نظام النقل إلى تسهيلات الرعاية الصحية؛ الضمان الصحي غير الكافي.

* المشكلات المتصلة بالعلاقة مع النظام القضائي/ الجريمة مثل، التوقيف؛ الحبس؛ المقاضاة؛ ضحية جريمة.

* مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية أخرى مثل التعرض للكوارث أو الحرب أو الاعتداءات الأخرى؛ النزاع مع حُماة (راعين) من غير الأسرة مثل المرشد أو العامل الاجتماعي أو الطبيب؛ عدم توفر مكاتب الخدمة الاجتماعية" (DSM-5, 11-12).

وبالاطلاع على ما سبق؛ فإنه حسب ما ورد في هذا البند في DSM-5 بأن الأسباب النفسية الاجتماعية عديدة ما بين المستوى التعليمي والاقتصادي والبيئي والمهني والرعاية الصحية والدعم

والمحيط الاجتماعي، وبذلك فإن العوامل الأسرية المختلفة تعد عوامل أساسية في تشخيص الاضطرابات السريرية.

وقد ركزت هذه الدراسة على خمسة عوامل نفسية أسرية خطيرة، هي: خبرات الإساءة في الطفولة بأشكالها، الإهمال العاطفي الأسري، الأحداث الصادمة، الشعور بالوحدة والعزلة، والشعور بانعدام الأمان.

2 . 1 . 4 عوامل الخطر الأسرية من وجهة نظر المدرسة التحليلية:

تشكل الأسرة عامل حماية لأفرادها منذ الطفولة، وتنمو نفس الطفل من خلال علاقاته مع أمه أولاً ومع أفراد أسرته والمحيطين به، وحدث أي اختلال في عامل الحماية الأول للطفل وهو أسرته بجميع منحتويهم، أو في حياته لاحقاً عند يصبح راشداً؛ حيث يستمر تأثير أحداث هذه الأسرة عليه، مما يشكل ذلك خطراً عليه من ناحية أخرى. مثل إشباع احتياجاته الأساسية الجسمية والنفسية والعاطفية وحمايتها. حيث يعرض النقص في إشباع هذه الاحتياجات لدى الفرد، أو التعرض لتهديد لعلاقته بأسرته، أو لأمانه الجسدي إلى الشعور بالخطر، وبالتالي حالة تنبيه شديد وتراكم للحاجة إلى الإشباع؛ أي الخطر.

وحسب رأي فرويد فإن "الحالة التي يشعر فيها الفرد بالخطر هي الحالة التي يشعر فيها بشدة الغرائز، وتراكم التنبيه الشديد عليه مع عدم القدرة على الإشباع بسبب العجز البيولوجي أو العقلي، أو بسبب الخوف من العقاب، فحالة الخطر حسب رأيه " تتكون من تقدير الشخص لقوته بالنسبة إلى مقدار الخطر، ومن اعترافه بعجزه أمامه عجزاً بدنياً إذا كان الخطر موضوعياً، وعجزاً نفسياً إذا كان الخطر غريزياً"، ويقول فرويد: "إن الموقف الذي يعتبره الطفل خطراً والذي يريد أن يحمي نفسه منه إنما هو حالة عدم الإشباع وزيادة في التوتر الناشئ عن الحاجة، وهي حالة يكون فيها الطفل عاجزاً" (سنا، 2010).

2 . 1 . 5 خبرات الإساءة في الطفولة:

2 . 1 . 5 تمهيد:

تعد مرحلة الطفولة وما يحملها الفرد منها من خبرات من أهم المراحل التي تستند عليها الكثير من السلوكيات والتغيرات التي تحدث لديه لاحقاً، بكل أشكالها الجيد منها والمسيء للطفل، ومن مواضيع الدراسات الشائكة لمرحلة الطفولة هو خبرات الإساءة التي يتعرض لها الطفل بأشكالها المختلفة من إساءة جسدية ونفسية أو الإهمال والحرمان، والإساءة الجنسية، حيث أنه ليس من السهل متابعة المراحل الأولى للطفل ودراسة تأثير ما يتعرض له من خبرات على مستقبله، وقد تناولت الكثير من الدراسات موضوع خبرات الإساءة في الطفولة على سبيل تفسير سلوك الفرد، والأسباب التي تؤدي إلى أزماته، حيث تعتبر عوامل البناء التي يتعرض لها الفرد في طفولته مما يحمله معه لمستقبله، وتستمر في التأثير على حياته.

إن مرحلة الطفولة المبكرة تعد من أهم وأكثر المراحل تأثيراً على حياة الإنسان، وتلعب دوراً هاماً في تكوين خصائصه النفسية والعقلية والاجتماعية، ومن المهم مراعاة من يتابعون الطفل وما يتعرض له في المراحل الأولى من عمره من خبرات وعمليات نفسية واجتماعية، حيث أن شخصية الفرد هي انعكاس لتلك الظروف والخبرات التي تعرض لها، بالإضافة إلى قدرته على التوافق والانسجام النفسي والاجتماعي، وهي عمليات متداخلة تتم عبر مراحل حياتية متتالية ومتراصة، وكل مرحلة تطويرية يهتم أن يمر بها الطفل إلى المرحلة التي تليها بشكل جيد، فكل مرحلة تعتمد على التي سبقتها، وأي انحراف يلحق بالطفل في إحداها سيؤدي إلى انحراف في مراحل حياته التالية (العبد الغفور وإبراهيم، 1998).

وتشير الدراسات إلى عدم وجود اتفاق وخط في المفاهيم المتعلقة بالإهمال والإساءة والعنف الموجه نحو الأطفال بشكل عام، لأن مثل هذه السلوكيات لا يمكن اعتبارها معنفة من قبل معظم الناس، فهي أفعال شائعة جداً، فقد أشارت دراسات ستراوس (Straus, 1991) إلى أن (90%) من الوالدين يستخدمون بعض أشكال العنف والإساءة الجسدية مع أطفالهم، وأن نسبة الذين تعرضوا للعقاب الجسدي تتراوح بين (93%-95%) (أبو جابر وآخرون، 2009).

كما يوضح أصحاب مدرسة التحليل النفسي أهمية السنوات الأولى من حياة الفرد، وما يتم فيها من تشكيل للعادات والميول، ويرى فرويد بأن ما قد يعانيه الفرد من الاضطرابات النفسية والعقلية في

مرحلة المراهقة والرشد يعود معظمها إلى أساليب التربية الخاطئة التي تعرض لها قبل عمر الخمس سنوات الأولى من حياته (العبد الغفور وإبراهيم، 1998).

2 . 1 . 5 . 2 تعريف الإساءة في الطفولة:

تعرف إدارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة الأمريكية (1981) إساءة معاملة الأطفال بأنها: الإيذاء الجسدي أو الإساءة الجنسية أو المعاملة القائمة على الإهمال أو سوء المعاملة للطفل تحت سن الثامنة عشر من العمر، وذلك بواسطة شخص يكون مسئولاً عن رعاية الطفل ورعايته تحت ظروف تتعرض فيها صحة الطفل أو رعايته للأذى أو التهديد. كما أن قانون حماية وعلاج سوء معاملة الطفل بالولايات المتحدة الأمريكية الذي صدر عام (1996) قد حدد تعريفاً لسوء المعاملة ينص على أن سوء المعاملة والإهمال هو في حده الأدنى أي فعل حديث أو فشل في فعل من جانب الوالدين أو مقدمي الرعاية ينتج عنه وفاة أو إيذاء جسدي أو انفعالي خطير، أو أي إساءة جنسية أو استغلال جنسي أو أي فعل أو فشل في فعل ينتج عنه خطر وشيك الحدوث لأذى كبير (الجلبي، 2003).

وقد عرف (Gliam & Gabarino) (1981) الإساءة للطفل بأنها: "أفعال من اللامبالاة والإجرام ترتكب من الوالدين أو الوصي على الطفل، ويحكم عليها بناءً على قيم المجتمع وخبرة المختصين بأنها غير ملائمة ومؤذية" (Pearce & et al., 1996).

وتعرف سوء المعاملة بأنها: أي فعل ينتج عنه التهديد بالأذى لصحة أو رعايته الشخص، أو هو أي أذى جسدي أو أي نوع من الإهمال يتعرض له الفرد من شخص مسؤول عن رعايته تحت ظروف تهدد أو تضر بسعادته (عبد الكريم، 2003).

وحدد القانون الفيدرالي لمنع إيذاء الطفل والوقاية منه تعريفاً لإيذاء الأطفال (The Federal Child Abuse Prevention and Treatment, 1974) ينص على ما يلي: (لا يعبر مصطلح إيذاء الطفل عن الإيذاء الجسدي فحسب، بل يعبر أيضاً عن سوء التغذية، والفشل في النمو والإيذاء الجنسي، والإهمال في تعليم الطفل، والإهمال في العلاج، والإيذاء العقلي، وسوء معاملة الطفل الذي لم يتعد الثامنة عشرة من عمره من جانب شخص مسؤول عن رعايته أو أن يعيش الطفل في ظل ظروف سيئة) (المسحر، 2007).

وحسب التعريفات السابقة فإنها تتفق جميعا على إيقاع الأذى بأشكاله المختلفة، الجسدي منها، النفسي، الجنسي، والإهمال والحرمان، من قبل من يقوم على رعاية الطفل مما يضر بالطفل.

2 . 1 . 5 أنماط الإساءة في الطفولة:

يرى الحديدي وجهشان (2004) أن تحديد أنماط الإساءة يصاحبها عدد من الصعوبات والتي تشمل التغير في المعايير التي تستخدم لتحديد تلك الأنماط الأساسية لإساءة معاملة الأطفال، وأيضا اختلاف التعريفات القانونية والحكومية والبحثية للإساءة، إلا أن هناك أربعة أنماط رئيسية للإساءة غالبا ما تركز عليها البحوث، وهي الإساءة البدنية أو الجسمية أو الإساءة النفسية أو العاطفية والإساءة الجنسية والإهمال، وهذه الأنماط تختلف عن بعضها البعض الآخر وإن كانت تتداخل معا، فكثيرا ما تحدث مع بعضها وقد يكون أحد الأنماط بداية لحدوث نمط آخر من أنماط الإساءة (المسحر، 2007).

2 . 1 . 5 أنماط الإساءة للطفل:

أولا: الإساءة الجسدية:

تعتبر الإساءة الجسدية من أكثر أنماط الإساءة شيوعا وذلك بسبب سهولة اكتشاف أعراضها وهي: "أفعال يقوم بها الكبار نحو الطفل مما يؤدي إلى إصابته بأذى جسدي، ويتوفر في هذه الأفعال القصد والنية والتكرار، بمعنى آخر هي الإصابات المتعددة كالتسميم، والحرق، والرفص، والعض، والرمي، والهز بعنف، والضرب بقبضة اليد أو باستخدام أداة، وسكب السوائل الساخنة، وينتج عن هذا الأذى إصابة الطفل بكدمات أو رضوض بسيطة أو شديدة أو جروح بمستويات مختلفة، أو كسور وحروق مختلفة أو الموت، وتظهر عادة عندما يقوم الراشد بهز أو رج الطفل بشدة أو ضربه ضربا قاسيا أو رميه على الحائط أو الأرض أو حرقه بأعقاب السجائر أو غير هذا" (الصايغ، 2001، ص3).

ويذكر حاجيه (1989) أن الإساءة الجسدية تشمل الاعتداء باليد كالصفع على الوجه أو توجيه اللكمات وشد الشعر والقرص والسحب والدفع بقوة والطعن بأداة حادة والكي بالنار، وأيضا هناك العض والضرب بعصاه أو سوط (حزام). فالاعتداء البدني على الطفل هو أي وسيلة تستخدم لتسبب الألم أو الضرر بجسم الطفل، وهذا النوع من الإساءة هو الأكثر شيوعا، ويترك آثارا واضحة على الجسم ويمكن ملاحظته بسرعة من خلال آثاره على جسم الطفل (المسحر، 2007).

وتعرف الإساءة الجسدية أيضا على أنها: "أية إصابة للطفل لا تكون ناتجة عن حادث، وقد تتضمن الإصابات والكدمات أو الخدوش أو آثار ضربات أو لكمات بالجسم أو الخنق والعض والدهس، والمسك بعنف وشد الشعر والقرص والبصق أو كسور في العظام أو الحرق أو إصابة داخلية أو حتى الإصابة المؤدية إلى الموت" (الجلبي، 2003).

وقد عرف DSM-5 الإساءة الجسدية للطفل وبين فيه توضيحا لأشكالها التي تعد من الأسباب النفسية الاجتماعية كآلاتي: "هي الأذى الجسدي غير الناتج عن حادث، والتي تتراوح من كدمات طفيفة لكسور شديدة أو الوفاة، والتي تحدث كنتيجة للكم والضرب والركل والعض، والهز، والرمي، والطعن، والخنق، والضرب بواسطة (اليد، والعصا، والحزام، أو شيء آخر)، الحرق، أو أي طريقة أخرى والمستعملة من أحد الوالدين، أو مقدم الرعاية، أو غيرهم من الأشخاص المسؤولين عن الطفل. ويعتبر هذا الأذى إساءة معاملة بغض النظر عن نية مقدم الرعاية في أذية الطفل" (DSM-5, p:268).

ثانيا: الاساءة النفسية:

ذكر موران وزملاؤه (2002) أن الأدبيات السابقة ومنها الأبحاث الأمريكية والبريطانية تستخدم مصطلح الإساءة العاطفية بالتبادل مع مصطلح الإساءة النفسية، ولكن مصطلح الإساءة النفسية يعتبر أفضل لوصف هذا النمط من الإساءة، وهناك أربعة صفات عامة تشترك فيها تعريفات الإساءة النفسية وهي السلوك الوالدي العدائي، ونموذج مستمر من التفاعل السلبي، وقابلية الطفل للتأثر، وأخيرا الأذى العاطفي أو النفسي، وتظهر الإساءة النفسية بواسطة الأفعال اللفظية والغير لفظية المتكررة والمفردة، المقصودة وغير المقصودة، والتي تصدر من الأقارب في موقع السلطة أو المسؤولية على الطفل، وهؤلاء لديهم إمكانية إيذاء الطفل معرفيا وعاطفيا، ويؤثرون على نموه البدني، وهذا يتضح من السلوكيات المذلة والمهينة التي تبث الرعب والخوف في نفس الطفل، وكذلك الرفض والحرمان من الحاجات الأساسية والأشياء القيمة، وإحداث المضايقة المؤثرة على الطفل، والانحراف والاستغلال، والانفصال المعرفي، والإساءة النفسية قد تلازم الإساءة الجنسية والبدنية (المسحر، 2007).

وتعرف الإساءة النفسية بأنها: "عنف واقعي أو محتمل يسبب تأثير خطير على النمو العاطفي السيء أو الرفض) ولأن إساءة المعاملة تشمل تفاعل سيء، ينبغي أن يستخدم هذا النمط كأساس أو مصدر للحكم على حدوث الإساءة" (Gillbert,1997).

كما تعرف بأنها إحساس الطفل بأنه غير مقبول ومهمل في مواقف مختلفة من قبل الوالدين، وأنه غالبا ما يتعرض للعدوان والعدائية بصورها المتباينة (ياسين وآخرون، 2000).

وقد صنف موران وزملاؤه (2002) الأنماط السلوكية التي تشملها الإساءة النفسية إلى تسعة أنماط وهي:

- 1- الإذلال والإهانة.
 - 2- التخويف أو التهريب.
 - 3- الانفصال معرفيا وإدراكيا.
 - 4- الحرمان من الحاجات الأساسية مثل الضوء والنوم والطعام ومخالطة الآخرين.
 - 5- الحرمان من الأشياء القيمة والتي لها أهمية ومعزة خاصة عنده.
 - 6- الرفض المفرط.
 - 7- التصرفات التي تهدف إلى المضايقة والإزعاج بإجباره على بعض التصرفات.
 - 8- التهديد العاطفي بتهديده بأسرته أو بمعلومات عنهم.
 - 9- الاستغلال والإفساد العاطفي.
- (المسحر، 2007).

ويعرف DSM-5 الإيذاء النفسي للطفل بأنه "الأفعال اللفظية أو الرمزية اللاعرضية من قبل أحد الوالدين أو مقدم الرعاية، مما يؤدي أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى النفسي الكبير للطفل. (لا تتضمن هذه الفئة الأفعال المسيئة الجسدية والجنسية).

أمثلة من الإيذاء النفسي: التوبيخ، الحط من قيمة الطفل، أو الإذلال والإهانة للطفل، تهديد الأطفال بالإيذاء/ أو التخلي أو التهديد بأن المتهم المزعم سوف يؤذي/ يتخلى عن الأشخاص أو الأشياء التي تهم الطفل. تقييد الأطفال (عن طريق ربط ذراعي الطفل أو الساقين معا أو تقييد الطفل إلى قطعة من الأثاث، أو حبس الطفل في منطقة صغيرة مغلقة (على سبيل المثال، خزانة)، وإلقاء المسؤولية المشين على الطفل، إجبار الطفل على إلحاق الألم بنفسه أو بنفسها، أو التأديب المفرط للطفل (أي بتواتر مرتفع جدا من حيث المدة أو الزمن، وحتى إن لم يكن في مستوى الاعتداء الجسدي) من خلال الوسائل المادية أو غير المادية" (DSM-5, p270).

ثالثا: الإهمال:

يعد الإهمال مظهرا من المظاهر السلوكية الخطيرة، وأسلوبا من أساليب التربية الخاطئة، ويمكن تعريفه بأنه ترك الوالدين الطفل من غير رعاية بدنية وعاطفية أو حماية من الأذى بحيث يترتب عليه ضرر بالطفل، ويحدث الإهمال لأسباب اقتصادية أو ثقافية أو اجتماعية، ومن مظاهر إهمال الطفل عدم العناية بغذائه وملبسه ونظافته، وفقدانه لحنان أمه وعطفها بسبب غيابها عنه لفترات طويلة، وانشغال والديه عن تربيته وتعليمه أو الإجابة على أسئلته بسبب خلافتهما أو مصالحهما الخاصة،

وعدم حمايتهما له مما يضره جسما وخلقا ودينيا، أو فشلهما في مواجهة حاجاته الضرورية، كما أن إهمال الطفل عاطفيا يمثل النوع الأخطر أثرا على نفسه، والذي يكون نتيجة عدم اتزان الوالدين انفعاليا، أو بسبب مرضهما عقليا، أو اضطرابهما نفسيا (حسن، 1970).

ويحدث الإهمال حينما يفتقر الآباء إلى رعاية أطفالهم، أو عندما يتصرف الآباء تحت ضغط الحياة أو الأزمات النفسية أو تحت تأثير الكحول والتفكك العائلي، ويكون الآباء عاجزين عن تأمين احتياجات الأطفال الأساسية المتمثلة بالمأكل المتوازن والملبس والمأوى والعناية الطبية والتعليمية وتأمين الاحتياجات العاطفية (الأمن والحب) بالإضافة إلى العادات الصحية الشخصية الجيدة والمراقبة والإشراف الجيد، فهو (الحالة التي يسمح فيها الوالدين أو من يقوم مقامهما متعمدا أو غير مبالي بأن يعاني الطفل من أشياء يمكن تلافيها، أو عدم تقديم عنصر أو أكثر من العناصر الضرورية لتطور الطفل الجسدي والعاطفي والعقلي)، ولا بد أن نفرق بين إهمال الطفل والإساءة للطفل فهما يختلفان مع أن نتائجهما متشابهة، فالاثنتان يؤديان للأذى الجسدي والنفسي وحتى الموت، ولكن الإهمال ما لا يفعله الأهل أو القائمون على رعاية الطفل، والإهمال قد يحدث في أي مكان للأطفال وفي أي عمر وفي أي مجتمع وفي أي خلفية اجتماعية أو اقتصادية (الصايغ، 2001).

وتعرف جمعية الإنسان الأمريكية (American Human Association) الإهمال بأنه: "الفشل في إمداد الطفل باحتياجاته الأساسية كالمأكل المتوازن والملبس والاحتياج والتعليم والعناية الطبية واحتياجاته العاطفية كالأمن والحب" (أمين، 1999).

وللإهمال أشكال متعددة تتضمن أفعال مؤذية، قد تصدر من الوالدين أو من الشخص المسؤول عن الرعاية ويترتب على هذه الأفعال آثارا ضارة بصحة الطفل الجسدية والنفسية، وهي على ثلاثة أشكال: الإهمال الجسدي، الإهمال العاطفي، والإهمال التعليمي (الصايغ، 2001).

ويعرف DSM-5 إهمال الطفل "بأنه أي فعل مشين مؤكد أو مشتبه فيه من السهو، من قبل أحد والدي الطفل أو مقدمي الرعاية الأخرى، مما يحرم الطفل من الاحتياجات الأساسية المناسبة للفئة العمرية وبالتالي يؤدي، أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الجسدي أو النفسي للطفل. إهمال الطفل يشمل التخلي عنه، وعدم وجود الإشراف المناسب، الفشل في تحقيق احتياجات الطفل العاطفية أو النفسية اللازمة، والفشل في توفير لوازم التعليم والرعاية الطبية والغذاء والمأوى والملبس" (DSM-5, p:269).

رابعا: الاساءة الجنسية:

إن الإساءة الجنسية تعتبر من المشاكل أو المصائب المأساوية التي تؤثر على الأطفال مهما اختلفت أعمارهم وطرق حياتهم وغالبا ما تكون هذه الإساءة من قبل أشخاص تثق بهم الأسرة كالأقارب والجيران والأصدقاء وحتى الأهل. والإساءة الجنسية عادة لا تكون تصرف أو سلوك يصاحبه عنف، ولكن تحدث عندما يكون الطفل مشترك في لعبة خلال فترة زمنية، وتعتبر الإساءة الجنسية مشكلة سرية لا يخبر عنها الطفل وذلك بسبب عدم رغبة الأطفال بإزعاج ذويهم ولشعورهم بالخجل الشديد وبأنهم السبب في حصول الإساءة من شخص معروف للطفل، وتستمر الإساءة لفترات طويلة من الزمن (الصايغ، 2001).

وتعرف الإساءة الجنسية أيضا بأنها أي سلوك جنسي بين راشد وطفل يهدف إلى إشباع وإرضاء الراشد ويتضمن ذلك المداعبة الجنسية، واللواط، والاغتصاب، والاستغلال التجاري وذلك باستخدام الطفل في ممارسة البغاء أو إنتاج الصور الجنسية، ودعارة الأطفال وإظهار العورة أمام الطفل والجنس الفموي أو المشاهدة الإيجابية لممارسات جنسية، ويعتقد أن هذه الإساءة من أقل الأنماط انتشارا بسبب السرية أو الصمت الذي يحيط بتلك الحالات من الإساءة (إسماعيل، 2001).

ويوضح DSM-5 أشكال الاعتداء الجنسي على الأطفال بأنه "يشمل أي فعل جنسي يتضمن طفلا والذي يهدف إلى تحقيق الإشباع الجنسي عند أحد الوالدين، مقدم الرعاية، أو غيرهم من الأشخاص الذين يتحملون مسؤولية الطفل. ويشمل الاعتداء الجنسي أنشطة مثل مداعبة الأعضاء التناسلية للطفل، الإيلاج، وسفاح المحارم، والاغتصاب واللواط والتعرض غير اللائق.

ويشمل الاعتداء الجنسي أيضا استغلال الطفل الجنسي دون اتصال من قبل أحد الوالدين أو مقدم الرعاية، على سبيل المثال، إجبار طفل أو خداعه، إغوائه، تهديده، أو الضغط عليه للمشاركة في أفعال تهدف لتحقيق الإشباع الجنسي للآخرين، دون الاتصال الجسدي المباشر بين الطفل والشخص المعتدي" (DSM-5, p:269).

2 . 1 . 6 الإهمال العاطفي الأسري:

الأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع، ونمو المجتمع وازدهاره يعتمد على ترابط الأسرة وتماسكها. والزواج هو الرابطة التي تقوم على أساسها الأسرة، واستقرار الزواج ونجاحه يتوقف على مدى التفاهم والرضا بين الزوجين.

ومن أهم عوامل السعادة الزوجية، التواصل الجيد بين الزوجين، فقد أظهرت الدراسات أن التواصل العاطفي الحميم يرتبط بارتفاع مستوى الرضا الزوجي كما أنه عامل أساسي لنجاح الزواج، وكشفت

الملاحظات العلمية لأنماط التفاعل بين الأزواج أن الزواج السعيد يتميز بارتفاع مستوى الاستجابات اللفظية الأكثر استثارة للسرور وانخفاض مستوى الاستجابات اللفظية السلبية، وأنه عندما يقوم أحد الزوجين بتقديم استجابات سلبية فإن ذلك يرتبط بزيادة السلوك السلبي من الطرف الآخر، والعكس صحيح (جان، 2016).

ولكي ينعم الأفراد بزواج سعيد يشبع احتياجاتهم النفسية ويمكنهم من القيام بأدوارهم الاجتماعية والنجاح في حياتهم العملية، ولكي ينجح الوالدان في تربية أبنائهم بطريقة صحيحة، لا بد من الاهتمام بدراسة العوامل التي تحافظ على الزواج وتصونه. فتصدع العلاقة الزوجية خبرة مؤلمة ذات تأثيرات سلبية على الزوجين والأسرة والمجتمع. كما أن الاستسلام لحياة زوجية يسودها الفتور العاطفي والتجاهل، أو تتسم بالتوتر والصراعات يؤثر سلباً على السعادة الشخصية، وتقدير الذات، والصحة الجسمية والنفسية (جان، 2016).

وإذا لم يتفق الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة، وإذا لم يشارك الآخر في أعمال ونشاطات مشتركة ويتبادلان العواطف فهما زوجان يعانيان من سوء التوافق الزواجي" (الخولي، 1983).

إن الزواج يسهم في إشباع العديد من الحاجات والدوافع التي يصعب إشباعها دونه، ومن هذه الحاجات الحاجة للحب والتقدير، وهذا ما أكدته دراسة "لستراوس (1945) على عينة من الشباب والفتيات عددهم 373 من المقترنين في خطوبة أو المتزوجين بالفعل منذ أقل من سنة، كانت هناك قائمة بأهم الحاجات التي كانوا يأملون إشباعها عن طريق الزواج، فجاءت الحاجة (إلى شخص يحبني) هي أول الحاجات لكل من الرجال والنساء، بينما جاءت الحاجة (إلى شخص أبوح له بأسراري) في المرتبة الثانية. فالحب إذن دافع قوي نحو التعاون في مواجهة مشكلات وإحباطات الحياة، لأنه علاقة مختارة، ويتبعه الشعور بالأمن والاطمئنان، وأن التأييد العاطفي إنما يأتي نتيجة أن الشخص محبوب من الآخرين ويحبونه لذاته وأنه ذو قيمة لديهم (بلمهيوب، 2006).

كما أن للزواج أهميته الكبرى كعملية اجتماعية وكخطوة أساسية في تكوين الأسرة، والدور الذي يسهم به في تحقيق النفسي والسعادة الشخصية لكل من الرجل والمرأة، وإشباع العديد من الحاجات النفسية والاجتماعية والفيزيولوجية التي يصعب تحقيقها دونه (عبد الرحمن، 1998).

إن من المفاهيم الإيجابية الخاصة بالزواج هو الحب؛ وحسب أدلر فإن رابطة الحب خليط من القوة والحنان لأن كلا من الرجل والمرأة يريد أن يحيط الآخر بعنايته، وأن يسبغ عليه عاطفته وحنانه من

جهة، كما أنه يريد أن يركن إليه ويتلقى منه العطف والرعاية كأنما هو مجرد طفل، وحاجاته إلى رعاية الآخرين كأنما هو أب مسؤول (ونوغي، 2014).

ويعرف فنتشام وزملاؤه (2007) الرضا الزوجي بأنه: تقييم الزوج أو الزوجة الذي يعكس التقبل والسعادة التي يخبرها الفرد تجاه علاقته الزوجية (جان، 2016).

ويعرف التواصل الزوجي بأنه لغة التفاهم بين الزوجين، والتي تنقل أفكار كل منهما ومشاعره ورغباته واتجاهاته إلى الطرف الآخر، وتحمل معاني صريحة وغير صريحة، تحدد شكل التفاعل وتوجهه الوجهة الايجابية إذا كانت أساليب التواصل جيدة، وهو ما يؤدي إلى التفاهم، والوجهة السلبية إذا كانت أساليب التواصل مشوشة، مما يؤدي إلى سوء التفاهم وقد يؤدي إلى الطلاق (مرسي، 1995).

ويعرف التواصل العاطفي بأنه: المشاركة الوجدانية والفكرية الإيجابية بين الزوجين والتي تتم من خلال إرسال واستقبال الرسائل اللفظية وغير اللفظية التي تعبر عن الحب والتفهم والاهتمام، ومن خلال الإفصاح عن الذات والسلوك الرومانسي مع شريك الحياة (جان، 2016).

وأكد محمد (2012) أن الإفصاح عن الذات وتبادل الأفكار والمشاعر بين الزوجين يزيد التقارب النفسي بين الطرفين ويقوى العلاقة الزوجية (جان، 2016).

وتوصل خطاب (2011) إلى أن الصمت وعدم الإفصاح عن الذات من المشكلات الشائعة بين المتزوجين، وأن كثير من حالات الطلاق ترجع إلى معاناة المرأة من الجفاف العاطفي وعدم تعبير الزوج عن مشاعره تجاه زوجته. كما توصلت مؤمن (2000) إلى أن مشكلات التواصل المتمثلة في توقف الحوار وانعدام التفاهم، وعدم التعبير عن الحب يمثل 33% من جملة المشكلات الزوجية (جان، 2016).

واهتم عدد من الباحثين بدراسة طرق التعبير عن الحب والحميمية بين الزوجين، وأظهرت تلك الدراسات أن مشاعر الحب يتم التعبير عنها بمفردات الحب، وكذلك تعبيرات المجاملة، وكلمات التقدير، وألفاظ التشجيع، والكلمات المعبرة عن الحنان، والصيغة غير الآمرة، كما أن المتزوجين يعبرون أيضا عن الحميمية باستخدام أساليب تواصل لفظية خاصة بهم مثل إطلاق اسم تدليل لشريك الحياة، واستخدام تعبيرات خاصة للتودد، ومن خلال المغازلات، والمداعبات، وإطلاق مسميات سرية على بعض معارفهم، وبالإضافة إلى التواصل اللفظي هناك التواصل غير اللفظي، ومن أنواع التواصل غير اللفظي بين الزوجين النظرات، وتعبيرات الوجه، والإشارات ولغة الجسد واللمسات المعبرة

عن الحنان والملاطفة. ووجد أوين (1987) أن اللمسات العاطفية بين الزوجين ترتبط بالرضا الزوجي وتسهل حل النزاعات الزوجية، وأن غيابها مؤشر على تدهور العلاقة الزوجية (جان، 2016).

ويعرف التوافق الجنسي كأحد جوانب الرضا الزوجي؛ بأنه استمتاع كلا من الزوجين بإشباع حاجاته إلى الجنس مع الطرف الآخر، بعد اتفاقهما على أهداف ذلك الإشباع وإجراءاته، وشعورهما بالمودة والحب والرضا عن تلك العلاقة، كونه يمثل متعة نفسية طويلة الأمد وليس مجرد لذة جسدية عابرة تنتهي بانتهاء العلاقة الجنسية، ومن أهدافه الصحية السكن النفسي لكلا الزوجين وإشباع حاجتي الأمومة والأبوة. أما عدم التوافق الجنسي فيقصد به عدم استمتاع كل من الزوجين أو أحدهما بالإشباع الجنسي مع الآخر، وشعوره بالإحباط والتوتر مما يفسد علاقتهما الزوجية ويؤثر على تفاعلها الزوجي بشكل عام تأثيرا سلبيا (مرسي، 1995).

ويعرف DSM-5 إهمال الشريك بأنه: "أي فعل مشين من السهو خلال السنة الماضية، من قبل الشريك والذي يحرم الشريك المعتمد من الحاجات الأساسية وبالتالي يؤدي، أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الجسدي أو النفسي للشريك المعتمد.

يتم استخدام هذه الفئة في سياق العلاقات التي يعتمد أحد الشريكين على الآخر بشكل كبير للعناية به، أو في أنشطة الحياة اليومية ومنها على سبيل المثال، الشريك غير القادر على الرعاية الذاتية نظرا للتحديات الجهرية الجسدية والنفسية/ الذهنية، أو الثقافية (على سبيل المثال، عدم القدرة على التواصل مع الآخرين وإدارة أنشطة الحياة اليومية بسبب الحياة في بيئة ثقافية مختلفة)" (DSM-5,272).

وتلخيصا لما سبق؛ فإن الإشباع العاطفي للزوجين والحب بينهما هو من أهم ركائز نجاح العلاقة الزوجية وبالتالي الحياة الأسرية، وإهمال أي من الشريكين في إشباع احتياجات الآخر العاطفية تضر بالشريك على المستوى النفسي والاجتماعي ويشكل عاملا خطرا عليه، كما أن إهمال الأفراد عاطفيا وضعف التواصل بينهم داخل الأسرة بشكل عام يشكل أيضا عاملا خطرا على صحتهم النفسية، وتظهر أشكال الإهمال العاطفي داخل الأسرة بالمظاهر التالية:

1. قلة التواصل اللفظي والتعبيري والإيحائي الحميمي بين الشريكين، وضعف التواصل العاطفي بين أفراد الأسرة بشكل عام.

2. عدم إشعار الشريك بأنه شخص مهم ومحبوب وله التقدير من قبل الآخر، وعدم إظهار الأهمية والمحبة بين أفراد الأسرة بشكل عام.

3. عدم مشاركة الشريك في اهتماماته وأنشطته وأحداث حياته اليومية، أو عدم مشاركة الاهتمامات والأحداث مع أفراد الأسرة.

4. الاستجابة العاطفية السلبية تجاه أفكار ومشاعر الشريك الوجدانية، أو إهمال المشاعر والعاطفة داخل الأسرة وإبداء استجابة سلبية تجاهها.
5. عدم التوافق الجنسي وضعف في تلبية رغبات الشريك الجسدية.

2 . 1 . 7 الأحداث الصادمة:

تعرف الصدمة النفسية (Truma) حسب مدرسة التحليل النفسي على أنها حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عند الاستجابة الملائمة حياله، وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات وآثار دائمة مولدة للمرض، وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال، وبالنسبة لكفاءاته في السيطرة على هذه الإثارات (حسنين، 2004).

ويعتبر ديانكين (Diatkine) الصدمة النفسية أنها الأثر الناتج من آثار عنيفة، تظهر في ظروف لا تكون فيه نفس الشخص في مستوى القدرة على خفض التوتر الناتج، وذلك إما لرد فعل انفعالي مفاجئ، أو لعدم قدرة النفس على القيام بإرصاد عقلي كافي، فالخبرة الشاقة تلاقي رغبة لا شعورية مما يؤدي إلى الإخلال وتوازن الأنا، فينتج عنه بتر لنظام صاد الإثارات وكبت مكثف يتولد عنه ظهور الأعراض والكف (سي موسى وزقار، 2002).

2 . 1 . 7 أشكال الصدمة النفسية:

وتأخذ الخبرات الصادمة أشكالاً مختلفة منها ما يلي:

- الخبرات الصادمة الناتجة عن فعل الطبيعة كالزلازل والبراكين والأعاصير.
- الصدمات الناتجة عن الحوادث كحوادث الطرق/ والسقوط/ صعقات الكهرباء/ والحرائق/ وأشياء أخرى مشابهة.
- الصدمات الناتجة عن العنف الجنسي بأنواعه كالاغتصاب والتحرش والاعتداء الجسدي والتعذيب والتهديد.
- الصدمات الناتجة عن العنف السياسي والحروب.
- الصدمات الناتجة عن الإهمال وسوء المعاملة بأشكالها.

- الخبرات الصادمة الناتجة عن أحداث اجتماعية كال فقدان / الطلاق / والفصل من العمل وأشياء أخرى مشابهة (حسنين، 2004).

ومما تقدم حول أشكال الصدمة النفسية، فإن جزءا منها تعد العوامل الأسرية أحد مسبباتها، مثل: خبر وفاة قريب، الطلاق، العنف بأشكاله، الإهمال وسوء المعاملة، التحرش الجنسي، أو أي خبر وحادث مؤلم قد يؤدي إلى صدمة.

2 . 1 . 7 . 2 مراحل الصدمة النفسية:

يمر الفرد عند تعرضه للصدمة النفسية بالمراحل التالية:

- مرحلة التأثير الفوري بالحدث حيث تكون الاستجابة الطبيعية هنا هي عدم تصديق ما حدث والرعب والذهول.
 - مرحلة التفاعل: وهي مرحلة التفاعل بين الضحية والمعتدي وفيها تتقمص الضحية صفات المعتدي.
 - مرحلة القبول: في هذه المرحلة تقبل الضحية بالمنافع والمساعدات التي حصلت عليها بعد حدوث الصدمة وقد تهجر الضحية معتقداتها التي آمنت بها سابقا.
 - مرحلة الخضوع والإذعان: تستسلم الضحية للأمر الواقع والنتيجة التي حصلت بعد الصدمة على أمل النجاة وتجنب الإصابة، وتكون المحصلة النهائية هي الغموض الذي يزداد تدريجيا والشعور بالذنب والإحساس بالغضب واللاواقعية والإذلال والعجز (حسنين، 2004).
- ويمر الشخص بعد أن يتعرض للحدث الصادم بأوقات ومراحل متعددة وهي:
- 1- مرحلة الكمون:

تكون في شكل حالة من التوقف وعدم التصديق، التأمل والتفكير المشتت والمركز حول الحادث ثم التذكر الدائم لظرف الحادث الصدمي. قد تدوم بضع ساعات أو تمتد إلى بضعة أشهر في بعض الأحيان تكون نقطة تحفيز لدفاعات الأنا الصدمة المواجهة العنيفة. وخلال هذه المرحلة يجب حث الفرد على التعبير عن شعوره وحالته الداخلية محاولة للتحكم في الوضع عن طريق التعبير اللفظي، والإصغاء والمساندة العاطفية، وبمجرد بداية كلامه عن حيثيات الحادث الصدمي يمكن أن نعتبر ذلك مؤشرا جيدا عن بداية تنظيم الجهاز النفسي للسيطرة على تظاهرات الصدمة.

2- متلازمة التكرار :

اضطرار التكرار هنا يحدث للشخص المصدوم حالة من استحضار الحادث الصدمي في شكل معاشة خيالية وهوائية وذلك يظهر في الكوابيس المرعبة وحالات الهذيان المؤقت في بعض الأحيان. وحالة التأثير الوجداني الكبير هو السبب في ظهور هذه النوبات من الهلع والخوف الكبيرين. ونستطيع القول بأن متلازمة التكرار في رمزيته هي نوع من الرفض للحادث الصدمي ومحاولة مواجهته مرة أخرى لتجاوزه هواميا وخياليا.

3- مرحلة إعادة تنظيم الشخصية:

بعد أن يكون العميل قد عايش الحادث الصدمي يحدث نوع من التغير في بنية الشخص فتتغير عاداته اليومية، تصرفاته مع محيطه، تصورات، وحتى نشاطه الجنسي، فيدخل في نوع من عدم الثقة مع المحيط والبحث عن الأمان وينظر إلى الاستقلالية ومحاولة إعادة التنظيم بناء النفس من جديد (يسرى وأسماء، 2014).

إن الأصل الخارجي للصدمة لا يؤثر في حد ذاته، وأن فقدان شخص قريب قد لا يكون صدميا عند شخص راشد، في حين قد يتسبب عبور الغبار عبر أشعة الشمس في إحداث ذكريات صدمية عند شخص آخر، ويرى Martin أن الصدمة المبكرة تعتبر بمثابة عنصر مؤدي إلى خلل التنظيم ونقطة بداية الأمراض نفس الجسدية، إذ أن خلل التنظيم بالوظائف النفسية يحدث بسبب أحداث صدمية تتجاوز قدرات الفرد على الإرصان العقلي، فالإرصان العقلي هو العمل الذي ينجزه الجهاز النفسي في السياقات المختلفة بقصد السيطرة على المثيرات التي تصل إليه. وسيتخلص هذا العمل في مكاملة الآثار في النفس وإقامة صلات تواصل فيما بينهم (Martin, 1976).

2 . 1 . 7 . 3 أعراض الصدمة النفسية:

وردت أعراض نفسية محددة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية للصدمة النفسية (DSM IV 1994) كما يأتي:

تعرض الشخص لحادث صدمي وحدث التالي:

أ) مر الشخص بخبرة أو شاهد أو واجه حدثاً أو أحداثاً تضمنت موتاً حقيقياً أو تهديداً بالموت أو إصابة بالغة أو تهديداً شديداً لسلامة الشخص أو الآخرين.

ب) تتضمن استجابة الشخص خوفاً شديداً وإحساساً بالعجز والرعب، وفي الأطفال يظهر هذا في صورة سلوك مضطرب أو هجاجة.

تتم إعادة معايشة الحدث الصدمي بطريقة أو بأخرى من الطرق التالية:

1- تذكر الحدث بشكل متكرر ومقتحم وضغط وذلك يتضمن صوراً ذهنية أو أفكاراً أو مدركات.

2- استعادة الحدث بشكل متكرر وضغط في الأحلام.

3- التصرف أو الشعور وكأن الحدث الصدمي (الأذوي) عائد.

4- انضغاط نفسي شديد عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تشبه بعض جوانب الحدث الصدمي.

5- استجابات فسيولوجية تحدث عند التعرض للمثيرات سابقة الذكر.

ج) التقادي المستمر لأي مثيرات مرتبطة بالحدث إضافة إلى خدر عام في الاستجابات.

د) أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم.

هـ) الأعراض مستمرة لمدة شهر على الأقل (أما إذا كانت أقل من شهر فيطلق عليها اضطراب الكرب الحاد).

و) يسبب هذا الاضطراب انضغاطاً إكلينيكيّاً واضحاً أو يؤدي إلى تدهور في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو جوانب أخرى هامة.

وفي الأطفال ربّما لا نجد عملية استعادة الحدث بالشكل المألوف كالكبار وإنما نجد عملية تمثيل الحدث أثناء اللعب، أو نجد أحلاماً مفزعة لا يستطيع الطفل ذكر محتواها (الناقلي، 1991).

2. 1. 8 الشعور بالوحدة والعزلة:

2. 1. 8 . 1 تعريف الشعور بالوحدة والعزلة:

يعرف الشعور بالوحدة النفسية بأنه: حالة يشعر فيها الفرد بالوحدة أي بالانفصال عن الآخرين وهي حالة يصاحبها معاناة الفرد لكثير من ضروب الوحشة والاعتراب والاعتماد والاكنتاب وذلك من جراء إحساسه بالوحدة (Lynch, 1977).

ويرى البعض أن الوحدة النفسية تحدث بسبب غياب الإنسان عن أحبته لفترة طويلة، أو بسبب وفاة الزوج أو الزوجة أو بسبب الطلاق أو الانفصال ويشعر المنفصلون أو المطلقون بالوحدة النفسية بدرجة أعلى من الأفراد الذين يعيشون بمفردهم ولم يتزوجوا (عبد الباقي، 2002).

كما وتعرف الوحدة النفسية بأنها: الرغبة في الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلاً عنهم مع صعوبة القدرة على التودد إليهم وصعوبة التمسك بهم بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس ، وأنه غير محبوب عاجز عن الدخول في علاقات اجتماعية قوية مع غيره يفضل أن يوجد أكبر وقت بمفرده مع شعور بالخجل والتوتر في وجود الآخرين، ولا يتفاعل معهم بشكل إيجابي ومقبول وهو شخص لا يثق بنفسه وغالباً ما يشعر بالوحدة حتى في وجود الآخرين (المزروع، 2003).

ويعرف الشعور بالوحدة النفسية أيضاً بأنه الرغبة في الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلاً عنهم مع صعوبة التودد وصعوبة التمسك بهم، بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس (شقيير، 2000).

2 . 1 . 8 . 2 مكونات الشعور بالوحدة النفسية:

تناول قشقوش مكونات الشعور بالوحدة النفسية:

1. إحساس الفرد بالضجر نتيجة افتقاد التقبل والتواد والحب من قبل الآخرين.
2. إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية وتباعد بينه وبين الوسط المحيط يصاحبها أو يترتب عليها فقد الثقة بالآخرين.
3. معاناة الفرد لعدد من الأعراض العصابية كالإحساس بالملل وانعدام القدرة على تركيز الانتباه والاستغراق في أحلام اليقظة.
4. إحساس الفرد بافتقاد المهارات الاجتماعية اللازمة لانخراطه في علاقات مشبعة مثمرة مع الآخرين (المزروع، 2003).

2 . 1 . 8 . 3 أبعاد الشعور بالوحدة النفسية:

أبعاد الشعور بالوحدة النفسية عند (ويس Weiss، 1987):

وضع (ويس Weiss) ثلاثة أبعاد أساسية لخبرة الشعور بالوحدة النفسية وهي:

- البعد الأول (العاطفة) Emotional:

حيث يحتاج الأفراد دائماً إلى الصداقة العاطفية الحميمة من الأشخاص المقربين، وإلى التأييد الاجتماعي ويتولد الشعور بالوحدة النفسية نتيجة لفقد الأفراد الشعور بالعاطفة من قبل الآخرين.

- البعد الثاني فقدان الأمل (اليأس أو الإحباط):

وهو شعور الفرد بالقلق المرتفع والضغط النفسي عند التوقع لاحتياجات لا تتحقق مما يولد الشعور بالوحدة النفسية.

- البعد الثالث (المظاهر الاجتماعية):

وهي أن شعور الفرد بالوحدة النفسية يقف حائلاً أمام تكوين الصداقات مع الآخرين، مما يولد الشعور بالانكسار، ويجعل الفرد مستهدفاً للإدمان، وانحراف المراهقين وسلوكهم سلوكاً يتسم بالعنف والعدوان (النيل، 1993).

2 . 1 . 8 . 4 مظاهر الشعور بالوحدة:

يتولد الشعور بالوحدة عندما:

- يشعر الفرد بتناقض بين نمط العلاقات الاجتماعية القائمة فعلياً بينه وبين الآخرين، ونمط العلاقات التي يجب أن يتمنى أن يقيمها معهم.
- عندما لا يكون له سوى عدد قليل من الأصدقاء ويرغب لو تكون له علاقات اجتماعية أوسع.
- عندما تكون له علاقات اجتماعية أوسع ولكنها تنفقر إلى العمق والحرارة (حمادة، 2003).

2 . 1 . 8 . 5 أنواع الوحدة النفسية:

ميز يونج (Young) بين ثلاثة أنواع من الوحدة النفسية وهي:

- الوحدة النفسية العابرة Transient : والتي تتضمن فترات من الوحدة النفسية على الرغم من أن حياة الفرد الاجتماعية تتسم بالتوافق والمواءمة.
- الوحدة النفسية التحولية Transitional: وفيها يتمتع الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي القريب ولكنهم يشعرون بالوحدة النفسية حديثاً نتيجة لبعض الظروف المستجدة كالطلاق أو وفاة شخص عزيز.

- الوحدة النفسية المزمنة Chronic Loneliness: والتي قد تستمر لفترات طويلة تصل إلى حد السنين وفيها لا يشعر الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية (النيل، 1993).

2 . 1 . 8 . 6 أشكال الشعور بالوحدة النفسية:

قدم راسيل شكلين رئيسيين للشعور بالوحدة النفسية هما :

- الوحدة النفسية العاطفية: ويعتبر داخلي المنشأ ويحدث نتيجة عدم الإشباع في العلاقات العاطفية للفرد مما يدفعه للبحث عن تلك العلاقات الحميمة الدافئة من خلال الاندماج مع الآخرين.
- الوحدة النفسية الاجتماعية: ويعتبر خارجي المنشأ ويحدث نتيجة عدم كفاية العلاقات الاجتماعية للفرد مما يدفعه للبحث عن مجموعات تشاركه الميول والاهتمامات والأفكار (خضر والشناوى، 1988).

2 . 1 . 8 . 7 تشخيص الشعور بالوحدة والعزلة:

وورد توضيح استخدام الوحدة النفسية والشعور بالعزلة في التشخيص في DSM-5 على شكل:

- "مشكلة تتعلق بالحياة على انفراد، حيث؛ "هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما تكون المشكلة المرتبطة بالحياة على انفراد هي محور اهتمام السريري أو لها تأثير على علاج الفرد أو مآل المرض. أمثلة على مثل هذه المشاكل: مشاعر مزمنة بالوحدة والعزلة، وعدم وجود هيكلية مناسبة بأنشطة الحياة اليومية (مثل، وجبات الطعام أو مواعيد النوم غير المنتظمة عدم تناسق أداء الأعمال المنزلية وصيانة المنزل).
- صعوبة الانسجام الثقافي وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما تكون صعوبة التكيف مع ثقافة جديدة (على سبيل المثال، في اعقاب الهجرة).
- الاستبعاد الاجتماعي أو الرفض: هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يكون هناك خلل في توازن القوى الاجتماعية مثل الاستبعاد الاجتماعي المتكرر أو الرفض من قبل الآخرين. أمثلة من الرفض الاجتماعي تشمل الإزعاج، الكذب، الإغاطة، والترهيب من قبل الآخرين، الاستهداف من قبل الآخرين بالإساءة اللفظية والإذلال، واستبعادهم عمدا من أنشطة الأقران، الزملاء، أو الآخرين من بيئة الشخص الاجتماعية" (DSM-5, p:276-277).

2 . 1 . 9 الشعور بانعدام الأمان:

يعرف الأمان النفسي بأنه الطمأنينة النفسية أو الانفعالية وهو الأمن الشخصي أو أمن كل فرد على حدة، وهو حالة يكون فيها إشباع الحاجات مضموناً وغير معرض للخطر وهو محرك الفرد لتحقيق أمنه وترتبط الحاجة إلى الأمن ارتباطاً وثيقاً بغريزة المحافظة على البقاء (زهران، 1988).

ويرى الدسوقي (1990) أن الأمن النفسي هو الأمن الانفعالي (emotional security): وهي حالة يحس فيها المرء بالسلامة والأمان و عدم التخوف والإشفاق على المستقبل وهي حال يكون فيها إشباع الحاجات وإرضاءها مكفولاً، و يكون أحياناً إشباع تلك الحاجات بدون جهد، وغالباً يحتاج إلى المجاهدة المعقولة، والتي سوف تجلب الرضا . وهو اتجاه مركب من تملك النفس بالثقة بالذات والتيقن من أن المرء ينتمي إلى جماعات إنسانية لها قيمتها (الخضري، 2003).

ويعرفه (الصنيع، 1995) بأنه سكون النفس وطمأنينتها عند تعرضها لأزمة تحمل في ثناياها خطراً من الأخطار، كذلك شعور الفرد بالحماية من التعرض للأخطار الاجتماعية والاقتصادية والعسكرية المحيطة به.

ويعرف ماسلو الأمن النفسي بأنه "شعور الفرد بأنه : محبوب متقبل من الآخرين له مكانه بينهم، يدرك أن بيئته صديقة ودودة غير محبطة يشعر فيها بندرة الخطر و التهديد و القلق (الخضري، 2003).

ويرى جبر (1996) أن الإحساس بالأمن النفسي مرتبط بالحالة البدنية والعلاقات الاجتماعية للفرد، وكذلك مدى إشباع الدوافع الأول به والثانوية كي يشعر الإنسان بالأمن النفسي، فانه في ذلك شأن الأمن الصحي، والأمن الغذائي، والأمن الاجتماعي، والأمن الاقتصادي، والسياسي، لابد من أن يكون الإنسان متحرراً ممن مشاعر الخوف والهلع والفرع والرغبة، وتوقع الخطر والأذى، وأن يكون مطمئناً على نفسه في حاضره وغده وأن يكون متمتعاً بالتكيف النفسي والشعور بالرضا عن ذاته وعن مجتمعه وأن يكون على علاقة وئام وانسجام مع نفسه ومع المجتمع (العيسوي، 2002).

إن الحاجة إلى الأمن هي محرك الفرد لتحقيق أمنه، وترتبط ارتباطاً وثيقاً بغريزة المحافظة على البقاء وتتضمن الحاجة إلى الأمن الحاجة إلى شعور الفرد أنه يعيش في بيئة صديقة، مشبعة للحاجات وأن الآخرين يحبونه ويحترمونه ويقبلونه داخل الجماعة، وأنه مستقر وآمن أسرياً، ومتوافق اجتماعياً، وأنه مستقر في سكن مناسب وله مورد رزق مستمر، وأنه آمن وصحيح جسمياً ونفسياً، وأنه يتجنب

الخطر ويلتزم الحذر ويتعامل مع الأزمات بحكمة وبأمن الكوارث الطبيعية، ويشعر بالثقة والاطمئنان والأمن والأمان (زهران، 1988).

2 . 1 . 1 . 9 أبعاد الأمن النفسي:

ويشير (عبد السلام، 1970) أن ماسلو حدد ثلاثة أبعاد أساسية للأمن النفسي في نظرية الحاجات هي:

- الشعور بالتقبل و الحب و علاقات الدفء و المحبة مع الآخرين.
 - الشعور بالعالم كوطن وبالانتماء و المكانة بين المجهول.
 - الشعور بالسلامة و السلام و غياب مهددات الأمن (الخطر، العدوان، الجوع).
- ومن الأسباب التي تهدد الأمن النفسي للفرد توجزها (خويطر، 2010) بما يلي:
- 1- الخطر أو التهديد بالخطر، مما يثير الخوف والقلق لدى الفرد. ويجعله أكثر حاجة إلى الشعور بالأمن من جانبه، ومن جانب - الأمراض الخطيرة مثل السرطان، وأمراض القلب وما يصاحبها في كثير من الأحيان - توتر وقلق مرتفع واكتئاب وشعور عام بعدم الأمن، وهكذا نجد الكثير من هذه المفردات التي دفعت بعض الباحثين للقول بأن القانون والدين والأخلاق والطب ما هي إلا وسائط ما وجدت إلا لأجل أن يشعر الإنسان بالأمن والطمأنينة وقد عبر الإمام علي عن العلاقة بين الأمن والخوف أجمل تعبير حيث قال: (ثمرة الخوف الأمن) (الشيرازي، 1992).
 - 2- عوامل جسمية واجتماعية: للفرد حاجات لا بد من إشباعها ليكون متوافقاً إلا أن إشباعها لا بد أن يكون بصورة اجتماعية. ولا شك في أن الظروف الاجتماعية والأسرية السيئة كالتفكك الأسري والظروف الاقتصادية السيئة والتغيرات السريعة تمثل عوامل لسوء التوافق، وقد يلجأ بعض الأشخاص إلى اتخاذ الحلول الوسطية وسيلة التوافق (عكاشة، 1989).
 - 3- عوامل نفسية: بالرغم من أن التوافق سمة أو خاصية نفسية، فإن ذلك لا يعني عدم تأثرها بالمتغيرات النفسية الأخرى، إذ أن هناك عوامل نفسية كثيرة يمكن أن تساعد على التوافق الحسن أو تزيد من حدة سوء التوافق.
- وذكرت خويطر (2010) مجموعة من الأنماط السلوكية أمام التهديد، حيث من الممكن تصنيف فعل الأفراد أمام شعورهم بالتهديد في الأنماط السلوكية الآتية:

- التوحد بالمعتدي.
- فوبيا المواجهة.
- السلوك الانسحابي.
- السلوك الهروبي.
- السلوك الاستسلامي.
- سلوك المواجهة (خويطر ، 2010).

2 . 1 . 9 . 2 العوامل المؤثرة بالأمن النفسي:

- يذكر السيد (2011) أهم العوامل والمتغيرات المؤثرة في الأمن النفسي كما يأتي:
- 1- الإيمان بالله والتمسك بتعاليم الدين: حيث يجعل الإنسان في مأمن من الخوف والقلق.
 - 2- التنشئة الاجتماعية: فأساليب التنشئة الاجتماعية السوية مثل التسامح والتقبل والتعاون والاحترام تنمي الإحساس بالأمن النفسي.
 - 3- المساندة الاجتماعية: فعندما يشعر الفرد أن هناك من يشد أزره ويقف بجانبه ويساعد في اجتياز المحن والصعاب والعقبات ينمو لديه الإحساس بالأمن.
 - 4- المرونة الفكرية: يرتبط الإحساس بالأمن إيجاباً بالتفكير والمرونة الفكرية وذلك في إطار المبادئ والقوانين وما يقره المجتمع والدين.
 - 5- الصحة الجسمية: إن الصحة الجسمية ترتبط إيجاباً بالأمن حيث الإحساس بالقوة والقدرة على التحمل والمواجهة والتعاطي مع الأحداث بصبر ومثابرة ومقاومة.
 - 6- الصحة النفسية: تقوي الصحة النفسية والتمتع بها مع الإحساس بالأمن لدى الإنسان حيث التوافق مع النفس والمجتمع، والثقة بالنفس والأفكار الإبداعية والمبتكرة والنضج الانفعالي، والاستمتاع بالحياة بكافة مظاهرها.
 - 7- العوامل الاقتصادية: فالدخل المادي للأفراد يحقق إشباع الحاجات والدوافع ويلبي الاحتياجات المادية والجسدية ويؤمن القوت وضرورات الحياة، كما أن الدخل الاقتصادي يجعل الفرد أمن على يومه وغده وحاضره ومستقبله ومستقبل أولاده.

8- الاستقرار الأسري والاجتماعي: فالاستقرار الأسري والاجتماعي يجعل الإنسان أكثر إحساساً بالأمن.

ويعرض DSM-5 ضمن المحور التشخيصي (العوامل النفسية الاجتماعية) أشكالاً للإيذاء بين الشريكين أو لشخص بالغ تهدد الأمن النفسي؛ حيث:

"أشكال الإيذاء النفسي للزوج أو الشريك يشمل: "الأفعال اللفظية أو الرمزية اللاعرضية من جانب أحد الشريكين الذي يؤدي، أو يحمل احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الكبير للشريك الآخر. وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عند حصول الإيذاء النفسي خلال العام الماضي. وتشمل أفعال الإيذاء النفسي توبيخ أو إذلال الضحية، تقييد قدرة الضحية على الرواح والغدو بحرية، عرقلة وصول الضحية للمساعدة (على سبيل المثال رجال القانون والقضاء والمساعدة الوقائية والطبية)، تهديد الضحية بالاعتداء الجسدي أو الاعتداء الجنسي، الإضرار، أو التهديد بالإضرار بأناس أو أشياء تهم الضحية، تقييد غير مجاز لوصول الضحية للموارد الاقتصادية، عزل الضحية عن الأسرة والأصدقاء، أو الدعم الاجتماعي، مطاردة الضحية، ومحاولة جعل الضحية يعتقد أنه أو أنها مجنونة".

ويذكر أيضاً أشكال الإساءة لبالغ من قبل غير الزوج أو الشريك حيث: "ينبغي أن تستخدم هذه الفئات عندما يتعرض بالغ لسوء المعاملة من قبل بالغ آخر ليس بشريك حميم. أمثلة سوء المعاملة قد تتطوي على أفعال جسدية وجنسية، أو عاطفية. أمثلة من سوء معاملة البالغ المتضمنة القوة الجسدية اللاعرضية (على سبيل المثال، الدفع والخدش، والصفع، ورمي شيء يمكن أن يضر، واللكم، والعض) والتي أدت أو لديها احتمالية منطقية للتسبب بالأذى الجسدي أو التسبب بخوف كبير، أفعال جنسية قسرية أو بالإكراه، وأفعال رمزية ذات قدرة على التسبب بالأذى النفسي (على سبيل المثال، توجيه اللوم أو إذلال الشخص، تقييد قدرة الشخص على الرواح والغدو بحرية، تقييد وصول الشخص إلى المساعدة، تهديد الشخص، الإيذاء أو التهديد بإيذاء الأشخاص أو الأشياء المهمة للشخص، تقييد الوصول إلى الموارد الاقتصادية، عزل الشخص عن الأسرة والأصدقاء، أو أي موارد الدعم الاجتماعي، المطاردة، محاول جعل الشخص يفكر أنه أو أنها مجنونة" (DSM-5, p:273).

ومما تقدم، نجد أن فقدان الشعور بالأمان له شكلين: فقدان الأمان من جهة توفير الاحتياجات وإشباعها، وفقدان الشعور بالأمان بالخطر والتهديد، وقد تبنت الباحثة في هذا البحث جانب (الشعور بالتهديد والخطر الجسدي) ببعض أشكال الإيذاء الواردة في DSM-5 .

2.2 الاضطرابات السيكوسوماتية:

2 . 2 . 1 تمهيد:

ذكر عبد المعطي (2003) بأن بعض الباحثين يرون أن خطورة الأمراض السيكوسوماتية تظهر من خلال سرعة انتشارها حيث تبين أن حوالي (60%-40%) من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، وهي أكثر انتشارا في الحضارات المعقدة المتميزة بشيوع الصراع والتنافس والقلق والخوف كما أنها أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة أين يكون التأثير بالحياة الاجتماعية واضحا، وتشيع لدى الإناث أكثر من الذكور. ونسبة كبيرة من حالات التغيب عن العمل ترجع إلى شكاوى سيكوسوماتية بنسبة (70%-75%). كما أن الدراسات تشير أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري تتراوح (80%-85%)، والأعراض الأكثر شيوعا هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي (أبو حسين، 2012).

ويذكر السيد أبو النيل وزيور (1984) أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي في الواقع منتشرة بكل المجتمعات الإنسانية، إلا أن نسبة انتشارها قد تختلف من مجتمع لآخر تبعا لظروف كل مجتمع، ولو ألقينا نظرة على أوضاع المجتمعات العربية نجد أن الأمر قد لا يختلف كثيرا، خاصة إذا ما عرفنا أن كافة البلاد العربية قد تعرضت في الخمس عقود الماضية، وما زالت تتعرض في الوقت الحاضر لنفس الهموم والأزمات والضغوط السياسية والاقتصادية والاجتماعية والتغيرات البيئية. ففي الدراسات التي أجراها أبو النيل في مصر عن الأمراض السيكوسوماتية أشار فيها إلى أن بعض كبار الأطباء في مدينة القاهرة يقدر أن نسبة انتشار هذه الاضطرابات بنسبة 50% من بين مرضاهم، وهي في التقدير الإحصائي في أوروبا وأمريكا لا تقل عن هذا الرقم إن لم تتجاوزه (الزهرة، 2010).

2 . 2 . 2 تاريخ تطور مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

تقول زينب شقير (2001) بأن الفلاسفة القدامى أدركوا العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم، وأن تغير الحالة النفسية لدى الإنسان يؤدي إلى تغير الحالة العضوية (الوظيفية)، كما أن الحالة الجسدية يمكن بدورها أن تؤدي إلى تغير في الحالة النفسية لدى الفرد، غير أن الدراسات الطبية والنفسية المتقدمة أجمعت على أن تأثير النفس في الجسم أكثر شدة ووضوحا وأكثر خطورة من تأثير الجسم في النفس، والقدماء لم يتمكنوا من تقديم والمتغيرات المنطقية التي تعتمد على أسس علمية عن كيفية

تأثير الحالة النفسية في حدوث الاضطراب العضوي، واكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين النفس والجسم ووصفها فقط.

كما أن وحدة النفس والجسم في الإنسان ليست بالشيء المستحدث، وقد تطورت تلك الوحدة القائمة والمتبادلة بين ما هو نفسي وما هو جسمي بفضل التطور الحضاري وما يصاحبه من خلق أنماط سلوكية تمثل شبكة تعقيدات في العلاقات الاجتماعية تجاه أحداث الحياة، مما يسبب ضغوطا عقلية للإنسان، ويسبب له أزمات انفعالية مزمنة قد تقضي به إلى مرض عضوي مع تغيرات بنائية تؤدي في آخر الأمر إلى ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية، وتأخذ شكل اضطراب جسمي، وتكون مسببة بأحداث سيكولوجية وضغوط انفعالية (الزهره، 2010).

ويذكر مراد (1966) أن العلاقة بين النفس والجسم علاقة قديمة قدم تاريخ الفكر الإنساني، إذا يرجع أثر العوامل النفسية في الجسم إلى هيبوقراط "أبو الطب"، والذي استطاع شفاء "برديكس" ملك مقدونيا من مرضه الجسمي، وذلك عندما قام بتحليل أحلامه، ويعكس ذلك دون شك إدراك "هيبوقراط" للعلاقة بين النفس والجسم، والتأثير بينهما، على أن مشكلة النفس والجسم لم تكن بهذه البساطة، بل إن العلاقة بينهما اختلفت الفلاسفة والمفكرون حولها، ولقد فطن العرب وعلماء الإسلام لأهمية العلاقة بين النفس والجسم، وأثر النفس في إحداث تغيرات جسمية مرضية، ومن أشهر العلماء المسلمين في هذا المجال ابن سينا (1037م-980هـ) الذي أشار إلى أن الأمراض النفسية مثل الحصر والغم والهم والغضب، والحسد تعمل على تغير في مزاج الجسم وتؤدي إلى إنهاكه واضطراب وظائفه (أبو حسين، 2012).

كما ذكر أبو النيل (1997) أن الرازي لجأ لعلاج حالة روماتيزم مفاصل عبر إثارة الانفعال، هذا وقد لجأ ابن سينا إلى شيء مشابه، حيث استخدم انفعال الخجل لعلاج إحدى مريضاته (أبو حسين، 2012).

ويرجع الفضل إلى هنيرت (1818) في استخدام تعبير "تفسجسمي" عندما كان يتحدث عن الأرق في الأمراض السيكوسوماتية، فالمريض يكون في هذه الأمراض قد فقد توافقه، ونلاحظ ذلك في إشارته إلى أنه عندما تبدأ التوترات الانفعالية في العمل فإنها تؤثر في وظائف البدن، فالغضب يجعل المعدة دائما متهيجة، ويكون ذلك بداية القرحة، وعندما تستمر هذه الانفعالات تنتج تغيرات بدنية هامة (الطلاع، 2000).

أما عن الحادثة النفسية فيقول عكاشة (1982)؛ بأنها لا تحدث بمعزل عن الوسط العضوي ووظائفه، بل إن الوسط العضوي شرط للحادثة النفسية، ولذا فإن النفس والجسم وحدة متكاملة متناسقة لا يمكن فصلهما (أبو حسين، 2012).

2 . 2 . 3 مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

عرف جيلفورد (1959) الأمراض السيكوسوماتية بأنها "أمراض جسمية نفسية، تؤدي إلى شكاوى نفسية، وغالبا ما تكون شديدة، ويشكو المريض من قلة الطعام، ويستخدم أعراضه الجسمية في إراحة نفسه، ويهتم في نفس الوقت بها، اهتماما عاما بوظائفه البدنية" (الطلاع، 2000: 58).

وعرف أبو النيل (1994) الأمراض السيكوسوماتية بأنها: "الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء، والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض، والتي لا يصلح لها العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها تماما، لاستمرار الاضطراب الانفعالي، وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي" (أبو حسين، 2012).

وعرف راجح (1965) الأمراض السيكوسوماتية بأنها: "الأمراض الجسمية التي ترجع في المقام الأول إلى عوامل نفسية، سببها مواقف، وضغوط انفعالية كثيرة كالظروف الاجتماعية، وهي تنفّس في الحضارات المعقدة التي يشبع فيها الصراع، والاحتكاك الشديد بين الناس، والتنافس المرير بينهم، والظروف الاقتصادية المقلقة والبطالة إلى غير ذلك من الظروف التي تستنزف الفرد، وتثير في نفسه العداوة، والبغضاء، والقلق والخوف، دون أن يسمح له بالتعبير عن هذه الانفعالات تعبيرا صريحا (أبو حسين، 2012).

كما عرفها العيسوي (1990) بأنها "الأمراض التي تنشأ من أسباب أو عوامل نفسية واجتماعية، ولكن أعراضها تتخذ شكلا جسمى أو عضويا" (أبو حسين، 2012).

وعرف (T&Millon, 1974) الأمراض السيكوسوماتية بأنها "أمراض جسمية ناتجة عن عدم قدرة المريض على تجنب المضايقات أو التنفيس عن التوترات النفسية المتراكمة، وهكذا فإن ردود الأفعال تصبح مكبوحة، وتتهيج داخليا حتى تخلق خلا جسمى" (أبو حسين، 2012).

وعرفها طه (1988) بأنها "أمراض جسمية تنشأ بسبب نفسي، ويحدث فيها تلف في البناء التشريحي للعضو بحيث يمكن للأشعة، أو التحاليل، أو الطب اكتشاف هذا التلف، إلا أن العلاج الطبي وحده لا يفلح في شفاء المريض، وبالتالي لا بد من اقترانه بالعلاج النفسي حتى يعالج سبب المرض، حيث أن هناك بعض الأعراض الجسمية التي تنتج عن اضطراب عصيب للنفس البشرية، كبعض أمراض السكر، وضغط الدم، واللذين ينجمان عن مخاوف، وانفعالات شديدة أغلبها على المستوى اللاشعوري (أبو حسين، 2012).

وعرفها هاس (Hass, 1979) بأنها "الأمراض البدنية التي يمكن أن يكون لها جذور سيكولوجية، فالكائن البشري عبارة عن وحدة متكاملة، يعمل فيها الجسم والنفس معا في نظام متكامل، وقد يكون للعنصر النفسي أهمية قليلة أو كثيرة، وهذه الأمراض المتكررة الحدوث والتي لها عنصر نفسي أساسي، نسميها بالأمراض السيكوسوماتية، وهي تبقى في البداية جسمية بكل معنى الكلمة، ولكنها غالبا ما تكون ناشئة عن التفاعل بين المتغيرات الجسمية، والانفعالية، وتتأثر بمواقف حياة الفرد وضغوطها" (الطلاع، 2000).

ويرى (Dongier, 1976) أن الأمراض السيكوسوماتية تطلق على مجموعة من الأمراض؛ كارتفاع الضغط الشرياني، والقرحة المعدية والربو الشعبي ... الخ، وهذه الأمراض تلعب دورا رياديا في ظهورها. ففي هذه الحالة يفترض وجود علاقة دقيقة بين السبب والنتيجة، بين الحالة العقلية والاختلال العضوي. ويتعلق الأمر بالأمراض التي يلعب فيها الضغط دورا أساسيا، كذلك يمكن للحوادث الضاغطة قصيرة الأمد أو منطقة أن تمارس نشاط مستمر بواسطة عمليات عقلية على مستوى النظام العصبي والغدد الصماء، مما يؤدي إلى تغيرات في الحالة الوظيفية للأعضاء (الزهرة، 2010).

وذكر الزراد (2000) أن أصحاب مدرسة التحليل النفسي، يذهبون إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد، والطرق المستخدمة من طرفه في مواجهة القلق والنزاعات النفسية المكبوتة، وهذا حسب أتوفنجل (الزهرة، 2010).

ويرى كل من أيزنك (Eysenck) وأرنولد (Arnold) وميلي (Meili) أن مصطلح سيكوسوماتي يستخدم بمعاني مختلفة، والاستخدام الأكثر انتشارا هو للدلالة على عدد من الأمراض التي لها صفات مميزة، وتعميم أكثر: فإنه ينظر إلى المرض باعتباره علاقة بين الفرد وبيئته، ويعتبر كلاهما تكاملا للظواهر الجسمية والنفسية، وهناك اتفاق على أن من الصفات المميزة للأمراض

السيكوسوماتية: أنها اضطرابات في أعضاء الجسم مع تلف فيها، وتلعب الاضطرابات الانفعالية جزءاً أساسياً في التعجيل ببداية حدوث الأعراض وعودتها أو تفاقمها. كما تميل إلى أن تكون مرتبطة باضطرابات مماثلة لدى الفرد في فترات مختلفة من حياته أو الأسرة الواحدة (الزهرة، 2010).

ويشير ليدز "Lids" إلى أن الطب في تشخيصه لبعض الأمراض قد تحول من البحث عن سبب وحيد للمرض إلى اعتبار وجود عوامل متعددة يمكن أن تقلب الاتزان الحيوي لدفاعات الكائن الحي. فقد وجد مجال أكبر للمحددات الانفعالية بالنسبة لما نسميه بالأمراض السيكوسوماتية، وأصبح من الواضح أن العوامل الشخصية يمكن أن تؤثر في بداية حدوث هذه الأمراض واستمرارها، أو تضعف من المقاومة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من خلال تعزيز الإهمال اللاشعوري أو إبدائه (الزهرة، 2010).

وذكر زهران (1997) بأن دانييل لاجاش يذهب إلى أن السيكوسوماتيك هو كل الحيل الانفعالية والحيل الفسيولوجية المتضمنة في العمليات المرضية للفرد، بتركيز الاهتمام على تأثير كل من العاملين (الانفعالي والبدني) في الآخر وعلى الفرد باعتباره كلا، وفي نفس السياق يذهب ستافورد كلارك في توضيحه لمفهوم السيكوسوماتيك بقوله: إن اختلاف الأمراض في الجسم ليس حقيقة كما يبدو، فكل من مرض الذبحة الخائقة والصداع النصفي، على سبيل المثال، يعتمدان في ظهورهما على تغيرات في تدفق الدم في الشرايين لإمداد القلب وأجزاء معينة من المخ، وزيادة على ذلك فإن هذه الشكاوى تظهر بمساعدة الجهاز العصبي اللاإرادي، لكن العامل الذي تشترك فيه هو الجزء الأكبر الذي يلعبه الضغط الانفعالي باستمرار. أما برنارد ريس (Bernard. r f) فيشير إلى دور البيئة في تعريفه للاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: الاضطرابات التي تحدث في وظائف جسم الكائن الحي بسبب عوامل بيئية تسبب القلق والصراع والتوترات، ويشير إلى وجود (آليات فسيو عصبية كيميائية) تترجم الشدة الخارجية إلى عرض عضوي. ولا بد من الاهتمام بما أسماه بالحلقة المفقودة بين المكونات الجسمية والنفسية للمرض السيكوسوماتي، وهو ما يتفق مع تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1968) بأن : الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع أسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي" (أبو حسين، 2012).

2 . 2 . 4 خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

هنالك العديد من الخصائص للاضطرابات السيكوسوماتية، منها:

- 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 وإحاحا على العضو المصاب.

وتميز الاضطراب السيكوسوماتي عن غيره من الاضطرابات الأخرى بالآتي:

- 1- وجود اضطراب انفعالي كعامل مسبب.
 - 2- ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية.
 - 3- تختلف الإصابة بهذه الاضطرابات بين الجنسين اختلافا ملحوظا.
 - 4- قد توجد مختلف الأعراض أو تتألى لدى الفرد الواحد.
 - 5- غالبا ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو ما شابه.
 - 6- يميل الاضطراب لاتخاذ مراحل مختلفة.
 - 7- العلاج العضوي لا يؤدي إلى تحسن كامل إلا مع استمرار العلاج النفسي، أي "فشل العلاج الجسدي الطويل في شفاء الاضطراب" (أبو حسين، 2012).
- وذكر الزراد (1984) بأنه لوحظ أن هذه الاضطرابات أكثر شيوعا لدى الإناث منها لدى الذكور، وبين الشباب والشابات بين عمر (20-40) سنة فأكثر من باقي مراحل العمر، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعا المتعلقة بالجهاز الدوري، والهضمي، والجنسي، كما أن لهذه الاضطرابات مضمونا رمزيا (أبو حسين، 2012).

2 . 2 . 5 النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

قسمت الزهرة (2010) في دراستها النظريات التي فسرت السيكوسوماتية إلى: نظريات فسيولوجية؛ حيث ترجع إلى الضعف النوعي أو النشاط الزائد للأجهزة العضوية للفرد عند الاستجابة للضغط،

ونظريات سيكولوجية (نفسية)؛ والتي تدرس العوامل الانفعالية واللاشعور والقيم المعرفية وعوامل الشخصية.

وستقدم الباحثة التفسير النظري للاضطراب السيكوسوماتي حسب نظرية الاقتران الشرطي، النظرية السلوكية، التحليل النفسي، خصائص الشخصية، النظرية المعرفية، والنظرية الاجتماعية، وذلك حسب ما ذكرته (الزهرة، 2010) كالآتي:

2 . 2 . 5 . 1 نظرية الاقتران الشرطي:

ذكر الزراد (2000) بأن (بافلوف) أكد على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلاف في العمليات العصبية خصوصا "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، والاضطراب السيكوسوماتي هو استجابة تدعمت مع الوقت نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة. ويشير بافلوف إلى أن التآزر بين النظم العصبية يؤدي إلى التوازن بين عمليات النشاط العصبي (الإثارة والكف)، ويعني ذلك التآزر بين وظائف الجهاز العصبي السمبثاوي "الإثارة"، ووظائف الجهاز العصبي البارسمبثاوي "الكف". وهذه الوظائف هي التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية مقر الاضطرابات السيكوسوماتية، فإذا اضطرب هذا التوازن أصيب الإنسان بالاضطراب السيكوسوماتي.

2 . 2 . 5 . 2 نظرية التحليل النفسي:

ذكر بني يونس (2008) أن رأي فرويد حول الهستيريا اعتبر بمثابة قفزة نوعية من الفكر إلى الجسد، رغم أنه ظل بعيدا عن السيكوسوماتيك بسبب إصراره على الابتعاد عن كل ما يتجاوز الجهاز النفسي. لكن تلامذته وأتباعه قاموا بتطبيق المبادئ التحليلية في الميدان النفسي - الجسدي. ويؤكد فرانز ألكسندر (1950) وهو أستاذ الطب الباطني في جامعة فيينا بأن الاضطراب السيكوسوماتي ناتج عن صراع سايكو دينامي للحالات الانفعالية المصاحبة للسيرورات النفسية. وقد افترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير في أعضاء معينة. فالانفعالات اللاشعورية تم كبتها وبعد ذلك يتم تفريغها عن طريق عضو معين يتفق وطبيعة هذه الانفعالات المكبوتة. فإحباط الرغبات الاعتمادية لدى الفرد

ومشاعر التبعية والحاجة للحماية تنعكس على صعيد الجهاز الهضمي، وترتبط بالإصابة بقرحة المعدة، وكبت الرغبات والدفعات العدوانية يستثير حالة انفعالية مزمنة مسؤولة عن ارتفاع ضغط الدم ... الخ.

وحسب الكسندر توجد ثلاثة عوامل مسؤولة عن الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية هي: قابلية العضو للعطب نتيجة هشاشته والبنية النفسية للصراعات وآليات الدفاع وأخيرا الظروف الحالية المثيرة للانفعال.

وذكر بيار مارتي وجان بنجمان ستورا (1992) بأن الوظائف الجسدية تتخذ شكلها من علاقة الرضيع ثم الوليد التي تحدد بعض نماذج النشاطات الذهنية التفضيلية لدى الفرد. فيقول مارتي إن قسما كبيرا من الأمراض الجسدية هو علاقة مباشرة مع أنوات "جمع أنا" تفتقر إلى بعض مقوماتها وهي ضعيفة ومختلة وظيفيا. أما سامي علي فيرى أن الإسقاط وسيلة لتعويض اختلال تنظيم الجهاز النفسي وضعف "الأنا"، وأن تجسيد الحالات النفسية عن طريق أمراض نفسية-جسدية يتم عن طريق النقص في قدرة المريض على الإسقاط، هذا النقص نابع أصلا عن عدم استيعاب المريض للمفهوم بشكل جيد.

2 . 2 . 5 . 3 نظرية خصائص الشخصية:

ذكرت (Caroline, 2000) بأن فلاندرز دانبار (1935) اقتبست مقياسا كاملا للشخصية، أو بروفيا للأشخاص الذين يعانون من أمراض مختلفة، من ذلك ما أسمته الشخصية "القرحية"، والشخصية ذات "الضغط المرتفع" والشخصية "المصابة بالتهاب المفاصل"، وهكذا ومن خلال هذا التعريف أرادت أن تقدم صورة شمولية وكاملة عن شخصية مرضاها، وأدمجت عددا من العوامل؛ منها العامل التاريخي والعامل الفيزيقي والعامل الانفعالي، تلك العوامل التي تسهم في نشأة المرض. كما وقامت بمقارنات لسمات الشخصية لكل مجموعة من الحالات التي لها قابلية للإصابة بالحوادث الجسمية. ومجموعة حالات مرض القلب "الجلطة" في العديد من الجوانب: تاريخ الأسرة، الأزواج، الأولاد، الصحة، التاريخ الشخصي، الطباع، الحالات التي ظهر فيها المرض. وتوصلت إلى أن الاضطرابات النفسية بنية لعلامات عصابية مبكرة (هوس، كذب، سرقة، مشي خلال النوم، صراخ

وكلام أثناء النوم) عند الحالات التي لها قابلية الإصابة بالحوادث الجسمية. في حين أن حالات مرض القلب لها نسب ضعيفة من العلامات العصابية المبكرة.

2 . 2 . 5 . 4 النظرية السلوكية:

ذكر عيسوي (1994) أن أصحاب النزعات السلوكية يذهبون إلى القول " لماذا نهتم بالمفاهيم الغامضة وغير القابلة للقياس التجريبي للتحقق من صدقها أو بطلانها؟" إشارة منهم إلى عدم إمكانية إخضاع الفروض التحليلية إلى المحك التجريبي. لذلك اعتمد علماء المدرسة السلوكية في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية بالأعراض نفسها والعوامل الموقفية المتضمنة في الموقف أو البيئة بدلا من الفروض الغيبية والمفاهيم الغامضة. واستخدموا مفاهيم ومبادئ محددة قابلة للملاحظة والقياس والتجريب مثل مبدأ نظرية التعلم.

وتقول الزهرة (2010) بأن بعض السلوكيين يرون أن الاضطرابات السيكوسوماتية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها من قلقه وتوتراته ويجد من خلالها حلا لصراعاته. كما أن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشتراط.

2 . 2 . 5 . 5 النظرية المعرفية:

ذكر الزراد (2000) بأن جراهام وتلامذته أجروا مجموعة من الدراسات حول عينات من مرضى السيكوسوماتيك، بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية، وتبين له وجود عنصرين هامين في هذه الاضطرابات هما: ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن، وما يرغب الفرد في معرفته في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة. مثلا مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم ولا يقدر على عمل شيء، ومريض القولون يشعر أنه مصاب بأذى ويريد التخلص من المسؤولية، ومريض الصداع النصفي يشعر أنه اضطر إلى انجاز عمل ما يريد أن يستريح، ومريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد.

2 . 2 . 5 . 6 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 انجل في النظرية الفلسفية 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، ورد الفعل السيكولوجي والفسولوجي لكم هائل من المطالب التي تتادي بإعادة التوافق.

2 . 2 . 6 تصنيف الأعراض السيكوسوماتية:

يمكن تصنيف أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية كآلاتي:

- اضطراب الجهاز العصبي:
من أهم اضطرابات الجهاز العصبي: الصداع النصفي، وإحساس الأطراف الكاذب.
- اضطراب الجهاز الدوري:
من أهم اضطرابات الجهاز الدوري: الذبحة الصدرية، عصاب القلب، ارتفاع ضغط الدم، انخفاض ضغط الدم، الإغماء.
- اضطراب الجهاز التنفسي:
من أهم اضطرابات الجهاز التنفسي: الربو الشعبي، التهاب مخاطية الأنف، والحساسية الأنفية المزمنة، ونزلات البرد.
- اضطراب الجهاز الهضمي:
من أهم اضطرابات الجهاز الهضمي: قرحة المعدة، التهاب المعدة المزمن، التهاب القولون العصبي، الشراهة، التقيؤ العصبي، الإمساك والإسهال المزمنين.
- اضطراب الجهاز الغدي:
من أهم اضطرابات الجهاز الغدي: مرض السكر، البدانة (السمنة المفرطة)، والتسمم الدرقي (فرط إفراز الغدة الدرقية).
- اضطراب الجهاز التناسلي:
من أهم اضطرابات الجهاز التناسلي: العنة (الضعف الجنسي عند الرجل)، القذف المبكر، القذف المعوق (القذف البطيء)، البرود الجنسي عند المرأة، اضطراب الحيض، الحمل الكاذب، الإجهاض المتكرر، والولادة المتعسرة.

- اضطراب الجهاز البولي:
من أهم اضطرابات الجهاز البولي: احتباس البول، كثرة مرات التبول، سلس البول (التبول اللاإرادي).
- اضطراب الجهاز العضلي الهيكلي:
من أهم اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي: آلام الظهر (لومباجو)، التهاب المفاصل الروماتزمي، اضطرابات العضلات، ضعف الهمة والنشاط.
- اضطراب الجلد:
من أهم اضطرابات الجلد: الارتيكاريا، الحكاك (الهرش)، الأكزيما العصبية، سقوط الشعر (الثعلبة)، فرط العرق، الحساسية، حب الشباب (زهران، 1997).

2. 2. 7 تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

أكد Guttman (1966) على أهمية عدد من العوامل والشروط اللازمة لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي الذي 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 التغيرات الجسدية والانفعالية في وقت واحد.

2- العوامل الانفعالية الكامنة وراء الانهيار الجسدي يفترض عموماً كونها 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- يزمن الاعصاب للجهاز العصبي المركزي مقروناً بالاختلال الوظيفي المزمن، ويقيد من الضبط الإرادي للحالة. وهذا يؤدي إلى تغيرات مورفولوجية في تركيب النسيج، ويتطور النمو

المرضي، ويكون المرض هو النقطة التي فيها يكون الفرد قد وصل إلى حالة توافق جيدة والنقطة التي عندها انهيارات ميكانيزمات الدفاع والتكيفات السابقة.

5- يحدث الانهيار السيكوسوماتي إذا وجد ضعفا وراثيا أو مكتسبا للجهاز العضوي. وتوجد عوامل إضافية أخرى لحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية وهي ليست عوامل مؤكدة أو مكونات أساسية، منها:

- يتضمن المرض السيكوسوماتي نكوصا فسيولوجيا ونفسيا يحدث لدى الأشخاص الأقل نضجا.
- تشارك بعض أزمات الحياة في الانهيار السيكوسوماتي والميكانيزمات المرضية والقابلة للتشريط، والتي يتم تشريطها في الطفولة في المرحلة المبكرة.

ويعتمد تأثير الاضطراب السيكوسوماتي في عضو معين على الضعف التكويني المحتمل لهذا العضو، الأمراض والحوادث السابقة في تاريخ حياة الفرد، وجود بعض الأمراض في هذا العضو عند احد أقرباء المريض، طبيعة الضغط الانفعالي، المعنى الرمزي للعضو بالنسبة للمريض، الكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض من خلال العرض الذي انتقاه (الزهرة، 2010).

وذكر أبو النيل (1994) بأن هاليدي "Halliday" قد حدد 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- تختل الإصابة بهذه الامراض ما بين الجنسين اختلافا ملحوظا.
- 4- ترتبط باضطرابات سيكوسوماتية أخرى، وقد تحدث في آن واحد أو تتوالى لدى المريض الواحد من آن إلى آخر.

5- غالبا ما يوجد تاريخ عائلة "Family History" للإصابة بنفس المرض أو ما يشابهه.

6- يميل مسار المرض إلى اتخاذ مراحل مختلفة (الزهرة، 2010).

وقد حدد الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-5) فترة استمرارية لأعراض اضطراب العرض الجسدي "Somatic Symptom Disorder" أكثر من ستة شهور، مع ثبات في ظهورها خلال تلك الفترة، مع سيطرة لأفكار القلق حول هذا المرض، وأفكار غير متناسبة مع خطورة أعراضه، ووقت وطاقة مفرطين مخصصين للأعراض والمخاوف الصحية (DSM-5).

ثانياً: الدراسات السابقة

بعد الرجوع الى الأدب التربوي المنشور في المجالات العلمية ورسائل الدكتوراة والماجستير، وجدت الباحثة عدد قليل جداً من الدراسات العربية التي تتناول متغير (عوامل الخطر الأسرية)، وعدد غير كافي من دراسات الاضطرابات السيكوسوماتية حسب ما حصلت عليه الباحثة، وفي هذا الفصل تلخيص لأهم الدراسات التي ترتبط بموضوع الدراسة:

2 . 3 دراسات عوامل الخطر الأسرية:

لم تتمكن الباحثة من العثور على دراسات عربية تدرس متغير "عوامل الخطر الأسرية" بشكل مباشر كما هو وارد في هذه الدراسة، بينما عثرت على بعض من الدراسات الأجنبية حول الموضوع، وستقوم الباحثة بإيراد أقرب الدراسات لأنواع عوامل الخطر الأسرية التي تناولتها الدراسة.

1- قامت **سهام معنوق (2012)** بدراسة بعنوان: "إساءة المعاملة الوالدية وعلاقتها بالسلوك العدواني لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي".

وهدفَت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين إساءة المعاملة الوالدية والسلوك العدواني لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي ببعض ابتدائيات مدينة المسيلة، واعتمدت المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس السلوك العدواني للأطفال من إعداد نظمي مصطفى، وقائمة خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة لبشير معمريّة، وطبق المقياسين على عينة مكونة من (200) تلميذ وتلميذة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة بين إساءة معاملة الأب بمختلف أنماطها (الإساءة الجسدية، اللفظية، الإهمال والحرمان) والسلوك العدواني لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي، كما بينت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد علاقة بين إساءة معاملة الأم بمختلف أنماطها والسلوك العدواني.

2- في ملخص لدراسة أجراها **Ilva Elena Schulte, Franz Petermann (2011)**، نقلها موقع Springer Link بعنوان "عوامل الخطر العائلية لتطوير أعراض الجسدية والاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين: مراجعة منهجية".

هدفت الدراسة إلى فحص ما إذا كان يمكن استخلاص عوامل الخطر العائلية لتطوير أعراض الجسدية والاضطرابات الجسدية لدى الأطفال والمراهقين من الدراسات التي بحثت في المراحل

النمائية، من آلام البطن الوظيفية واضطرابات الجسدية، وتم إجراء مراجعة منهجية للمقالات المنشورة باللغة الإنجليزية والألمانية منذ عام 1990، وتم العثور على ثلاث وعشرين دراسة من الدراسات ذات الصلة. وقد تم تحديد عوامل الخطر الأسرية التوضيحية التالية لتطوير أعراض الجسدية والاضطرابات الجسدية كالآتي: وجود نتائج ذات دلالة إحصائية بين الأمراض العضوية لدى الآباء، والاضطرابات النفسية لأفراد العائلة المقربين، والمناخ الأسري المختل، والخبرات الصادمة في الطفولة والتعلق غير الآمن. وترتبط معظم عوامل الخطر العائلي المفترضة بالعديد من الاضطرابات النفسية للأمراض الأخرى وبالتالي فهي غير محددة في الغالب. وهناك حاجة لمزيد من الدراسات الطولية، والتي تؤخذ الاعتلال المشترك وغيرها من عوامل الخطر المفترضة، لتحديد عوامل خطر عائلية محددة لتطوير أعراض الجسدية والاضطرابات الجسدية.

3- أجرت **وفاء حسن على خويطر (2010)** دراسة بعنوان: "الأمن النفسي و الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) وعلاقتها ببعض المتغيرات".

وهدفَت الدراسة إلى وصف وتحليل واقع المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) من حيث؛ معرفة مستوى الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة)، ومعرفة ما إذا كان مستوى الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) يتأثر ببعض المتغيرات الآتية: (الحالة الاجتماعية، نمط السكن، المؤهل التعليمي، العمل، عدد الأبناء)، وتألّفت عينة الدراسة الفعلية من (10%) من عدد المجتمع الأصلي، أي (237) امرأة (146 أرملة (91 مطلقة) امرأة (مطلقة وأرملة) من محافظة غزة، وتم استخدام استمارة جمع المعلومات واختبار الأمن النفسي، واختبار الوحدة النفسية، وتوصلت إلى نتائج مفادها أن المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) تشعر بمستوى مرتفع نسبياً من الأمن النفسي، كما أوضحت الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين كل من الأمن النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة).

وأوضحت النتائج أن درجة الوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) بمدينة غزة كانت متوسطة وهي 61.17%.

4- دراسة **عبيدي سناء (2010)** بعنوان "العوامل الأسرية التي تجعل الطفل في خطر -تصورات الأخصائي النفسي في ولاية قسنطينة"

هدفت الدراسة إلى البحث عن بنية وطبيعة تصورات الأخصائيين النفسيين لأهم العوامل الأسرية التي تجعل الطفل في خطر في مختلف جوانبها الاجتماعية والصحية والاقتصادية، وكانت عينة الدراسة هي خمسة من الأخصائيين النفسيين في الجزائر، واتبعت معهم أسلوب المقابلة، وأهم النتائج التي وصلت لها:

- الخطر هو الانحراف عن المعايير الاجتماعية، أي تلك المعايير الخاصة بالأسرة وبهيات المجتمع.
- الطفل في خطر هو كل طفل يعيش وضعيات تهدد أمنه واستقراره، وهذه الوضعيات تمس جميع الجوانب الحياتية للطفل سواء أكانت داخلية أو خارجية.
- أهم العوامل الأسرية التي تجعل الطفل في خطر هي الاضطرابات النفسية للأسرة ثم تأتي بعض المشاكل العلائقية والاجتماعية ثم الاقتصادية.

5- دراسة أجرتها **ريحاني الزهرة (2010)** بعنوان "العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية -دراسة مقارنة بين النساء المعنفات وغير المعنفات"

وهدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين تعرض المرأة للعنف الأسري وإصاباتها بالاضطرابات السيكوسوماتية، وأهم الخصائص النفسية والاجتماعية والمعرفية والاقتصادية المميزة للمرأة المعنفة والمصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. ومقارنتها مع مثيلاتها من النساء غير المتعرضات للعنف والإساءة داخل أسرهن، وتم اختيار عينة مكونة من (60) سيدة، مقسمة إلى مجموعتين بالتساوي كما يلي: عينة النساء المعنفات (30)، وعينة من النساء غير المعنفات (30)، وتم تطبيق أدوات الدراسة عليهن، والمتمثلة في: مقياس العنف الأسري ضد المرأة، و اختبار كورنل لتحري العوارض السيكوسوماتية. وتوصلت الدراسة إلى تأكيد وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التعرض للعنف الأسري والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. كذلك انه كلما ارتفع مستوى العنف الذي تتعرض له النساء المعنفات ارتفع مستوى شدة الاضطراب السيكوسوماتي الناتج عنه. كذلك عدم وجود فروق دالة إحصائية بين النساء المعنفات في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف خصائصهن. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء المعنفات وغير المعنفات في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لصالح النساء المعنفات. وبالتالي؛ فإن تعرض المرأة للعنف الأسري بشكل متكرر وشديد يؤدي إلى إصابتها باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة، ومتفاوتة الشدة من حالة إلى أخرى.

6- أجرى فضل أبو هين (2007) دراسة بعنوان " التعرض للخبرات الصادمة وعلاقته بالاضطرابات النفس جسمية لدى الفتيان الفلسطينيين : دراسة للصدمات النفسية التي تلت اجتياح بيت حانون".

وهدفّت الدراسة إلى مقارنة أوضاع الاضطرابات النفس جسمية عند المراهقين بعد الاجتياح الإسرائيلي للشمال، وتحديد مدى وحجم ظهور أعراض الاضطرابات نفس جسمية عند المراهقين الفلسطينيين بعد الاجتياح الإسرائيلي، مثل تقلصات الوجه ورعشة اليد وضيق التنفس والشعور بالتوتر وعدم القدرة على الاسترخاء، وتحديد أهمية تأثير بعض المتغيرات الخاصة بالمراهقين الفلسطينيين كالجنس، ومكان التواجد أثناء الاجتياح، ومدى وجود شهيد أو أسير أو مفقود من أفراد الأسرة أو وجود شهيد أو أسير أو مفقود من الأصدقاء أو الجيران أو الاعتقال، أو رؤية أحد الأشخاص يضرب أو يعذب أو يقتل من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي، وكذلك تأثير واحد أو أكثر من هذه المتغيرات على الاضطرابات النفس جسمية. وأجريت هذه الدراسة على عينة من المراهقين الفلسطينيين من ثلاث مناطق تقع ضمن محافظة شمال قطاع غزة، وهي بيت حانون وهي المستهدفة أصلاً من هذه الدراسة ومراهقي بيت لاهيا وجباليا وقد بلغ عدد أفراد العينة حوالي (٤٥1) مراهقاً، وقد طبق على عينة الدراسة اختبار قياس الاضطرابات النفس جسمية وبينت نتائج الدراسة أن المراهقين من منطقة بيت حانون أكثر تأثراً ولديهم اضطرابات نفسية جسمية مقارنة بباقي المناطق الأخرى، وبينت الدراسة أن الإناث أكثر اضطراباً من الذكور وأن المراهقين الذين فقدوا أو تعرضوا شخصياً أو شاهدوا أحد أفراد الأسرة يتعرض أمامهم ظهرت لديهم الاضطرابات النفس جسمية أكثر من العينة التي لم تتعرض.

7- دراسة (Denja, 2004) بعنوان " استقصاء عن الحب والتوافق بين النساء المتزوجات" في كالابار بنيجيريا وذلك على عينة مكونة من 500 زوجة، هدفت إلى تقدير مراحل الحب الثلاث والتي تؤدي إلى التوافق الزوجي، وذلك بهدف معاونة المرشد الزواجي على فهم قضايا الحب والزواج، كما تهدف أيضاً إلى تحديد مكونات التوافق الزوجي مثل التقدير والاحترام .. الخ، وتراوحت أعمارهن بين (25 - 50) سنة، تم إجراء استفتاء يتناول 8 أبعاد، تعطي وصفاً بسيطاً للوضع ، وقد تم إعطاؤهن مهلة يومين للقراءة والإجابة وعادت جميع الاستبيانات ،كما تم إجراء مقابلة مع المشاركات عند الحاجة للاستيضاح .

وأظهرت النتائج بأن من الأبعاد التي تسهم في زيادة الحب أو نقصانه، وبالتالي التوافق بين الزوجين أو انفصالهما ما يلي: الانجذاب للزوج وتقديره، والاستقرار العاطفي، وتبادل الهدايا، والحب الرومانسي، والانفتاح بين الزوجين بمشاركة أحلامهم وطموحاتهم وهمومهم، والتسامح والتحمل والصبر (باصويل، 1429هـ).

8- دراسة المطوع (1998) بعنوان " أولويات الحياة الزوجية ".

تألفت عينة الدراسة (200) رجلا و(200) امرأة ، في دولة الكويت، واستخدم الباحث استبانة لجمع المعلومات عن أهم الحاجات التي يريدونها كل طرف من الآخر مع ترتيبها حسب الأهمية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- ترتيب حاجات الرجل :الاهتمام بالبيت، ثم العاطفة وإخراج المشاعر، ثم تحمل المسؤولية، ثم تبادل الحديث.
- ترتيب حاجات المرأة: العاطفة وإخراج المشاعر، ثم الاحترام المتبادل، ثم تحمل المسؤولية، ثم الثقة المتبادلة ،ثم الشعور بالأمن.
- حاجات مشتركة: تحمل المسؤولية، والعاطفة، والاحترام المتبادل، وتوجد أمور ينفرد بها الرجل وهي الاهتمام بالبيت وتبادل الحديث، وهناك أمور تنفرد بها المرأة مثل الشعور بالأمن والثقة المتبادلة، ويلاحظ أن المطوع قارن بين نتائج الزوجات كمجموعة مقابل الأزواج كمجموعة، وترى الباحثة أنه رغم أهمية نتائج دراسة المطوع لكن الأفضل أن تقارن كل زوجة بزوجةها كما اتبعت في دراستها (باصويل، 1429هـ).

2 . 4 دراسات الاضطرابات السيكوسوماتية:

- 1- قام فواز أيوب المومني وإسراء جبر الفريحات (2016)، بإجراء دراسة بعنوان " القدرة التنبؤية لبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية بحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى اللاجئين السوريين". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وعن القدرة التنبؤية لبعض العوامل الاجتماعية والبيئية في التنبؤ بحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى اللاجئين السوريين في الأردن، ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدم مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية (PHQ-15) المعد من

قبل كرونكي وسبيتريز وويليمزو، وتم اتباع المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من (600) لاجئاً ولاجئة، اختيروا بالطريقة المتيسرة، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية جاء متوسطاً، وأن المتغيرات المتنبئة بدلالة إحصائية بالاضطرابات السيكوسوماتية هي: (الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والقاطنين بالمخيم)، في حين لم تكن المتغيرات الآتية: (مدة الإقامة، والتعرض لصدمة سابقة، واتجاهات الأردنيين السلبية، والعزلة، والعودة القسرية، والحالة الاجتماعية، والقاطنين بالمدينة والمخيم) متنبئة بدلالة إحصائية بالاضطرابات السيكوسوماتية.

2- دراسة أجراها فواز أيوب المومني وسلام لافي عمارين (2016) بعنوان "الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديموغرافية"

وهدف هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي، وتكونت عينة الدراسة من (275) مريضاً مصاباً بالقولون العصبي، تم اختيارهم من مختلف المستشفيات والمراكز الصحية في مدينة إربد في الأردن بالطريقة المتيسرة، ولجمع البيانات تم استخدام مقياس الضغوط النفسية الذي أعده ليم إير وتيساير (Psychological Stress Measures PSM-9)، وقام الباحثان بتعريبه، والتأكد من صدقه وثباته، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي كان مرتفعاً، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغيري نوع القولون العصبي، ومدة الإصابة بالقولون العصبي، حيث كانت الفروق لصالح نوع الإسهال المتكرر، ومدة الإصابة من (سنة - أقل من 5 سنوات). 3- دراسة فرحات يسرى وبركة أسماء (2014)، بعنوان: "أثر الصدمات النفسية في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى القصور الكلوي".

وهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير الصدمة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، وتقديم بعض اقتراحات في ما يخص الصدمة، ومعرفة نوعية الصدمات النفسية في حدوث الأمراض السيكوسوماتية، وأجريت الدراسة عيادياً بمصلحة تصفية الدم بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، على ثمانية حالات تراوحت أعمارهم ما بين 27 - 67 سنة، منهم ستة رجال وامرأتان مصابون بمرض القصور الكلوي المزمن، يخضعون جميعهم لتصفية الدم ثلاث مرات في الأسبوع، واستخدم تقنيتين شبكة إمكانات تصدي الجسم للأمراض والمقابلة النصف موجهة، وقد توصلت الدراسة إلى أنه كلما كانت الصدمات النفسية قوية في المراحل النمائية السابقة (الطفولة، المراهقة، والرشد)، وكلما كانت البنية النفسية هشة و دفاعاتها ضعيفة، كلما كانت مؤشراً قوياً للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

4- أجرى ليو وكساو وليزانغ وكنياوا (2014)، (Liu, Xiao, Lizhang & Kunyao,) دراسة هدفت إلى التعرف إلى الضغوط النفسية وعلاقتها بانتشار القولون العصبي لدى عينة من (450) ممرضة صينية، أظهرت نتائجها أن عوامل الاضطرابات النفسية، واستهلاك الكحول، والتدخين، والعمل بالمناوبات الليلية، والمستوى المنخفض من النشاط البدني قد أسهمت بانتشار القولون العصبي بدرجة مرتفعة لدى الممرضات (المومني وعمارين، 2016).

5- دراسة سناء محمد إبراهيم أبو حسين (2012) تحت عنوان "الصلابة النفسية والأمل وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظ شمال غزة" وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى كلا من الصلابة النفسية والأمل وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة، كما هدفت إلى التعرف على الفروق بين متوسطات درجات الصلابة النفسية والأمل والأعراض السيكوسوماتية تبعا للمتغيرات التالية: العمر، المستوى الاقتصادي، العمل، حجم الأسرة (عدد الأبناء)، والتعرف على درجة التفاعل بين كل من منخفضي أو مرتفعي الصلابة والأمل على الأعراض السيكوسوماتية، وتم استخدام الأدوات: مقياس الصلابة النفسية، ومقياس الأمل ومقياس الأعراض السيكوسوماتية، وتم تطبيق هذه الأدوات على عينة تكونت من (217) من الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة بواقع 21% من حجم العينة الكلية، وتوصلت إلى ارتفاع مستوى الصلابة النفسية والأمل لدى أفراد عينة الدراسة من الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة، حيث تقع عند وزن نسبي (74.4%)، (78.3%) على التوالي، ووجود علاقة دالة سالبة بين الأمل والصلابة النفسية؛ كل على حدة مع الأعراض السيكوسوماتية.

6- دراسة أجرتها ریحاني الزهرة (2010) بعنوان "العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية -دراسة مقارنة بين النساء المعنفات وغير المعنفات -" وهدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين تعرض المرأة للعنف الأسري وإصاباتها بالاضطرابات السيكوسوماتية، وأهم الخصائص النفسية والاجتماعية والمعرفية والاقتصادية المميزة للمرأة المعنفة والمصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. ومقارنتها مع مثيلاتها من النساء غير المتعرضات للعنف والإساءة داخل أسرهن، وتم اختيار عينة مكونة من (60) مفردة مقسمة إلى مجموعتين بالتساوي كما يلي: عينة النساء المعنفات (30)، وعينة من النساء غير المعنفات (30)، وتم تطبيق أدوات الدراسة عليهن، والمتمثلة في: مقياس العنف الأسري ضد المرأة، و اختبار كورنل

لتحري العوارض السيكوسوماتية. وتوصلت الدراسة إلى تأكيد وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التعرض للعنف الأسري والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. كذلك انه كلما ارتفع مستوى العنف الذي تتعرض له النساء المعنفات ارتفع مستوى شدة الاضطراب السيكوسوماتي الناتج عنه. كذلك عدم وجود فروق دالة إحصائية بين النساء المعنفات في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف خصائصهن. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء المعنفات وغير المعنفات في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لصالح النساء المعنفات. وبالتالي: فإن تعرض المرأة للعنف الأسري بشكل متكرر وشديد يؤدي إلى إصابتها باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة، ومتفاوتة الشدة من حالة إلى أخرى.

7- دراسة أجراها **الغصين (2010)**، هدفت إلى معرفة مدى انتشار الأعراض السيكوسوماتية لدى الأشخاص الذي عانوا فقدان أحد أفراد العائلة نتيجة الحرب على غزة ومقارنة مدى انتشارها مع الأشخاص الذين لم يعانون من الفقدان، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، وتم تطبيق مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية على عينة بلغ حجمها (528) من الجنسين بواقع (290) من الذكور، و(238) من الإناث، وتوزعت العينة على مجموعتين للمقارنة بين الذين فقدوا شهداء نتيجة الحرب على غزة والذين لم يفقدوا من جميع محافظات غزة، وأظهرت نتائج الدراسة أن الوزن النسبي لانتشار الأعراض السيكوسوماتية تراوح بين (15.1 - 23.7)% لدى أفراد العينة الكلية، ولم تجد الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذين عانوا الفقدان وأقرانهم الذين لم يعانون في الأعراض السيكوسوماتية، وكذلك لم تجد فروقاً ذات دلالة إحصائية يعزى لمتغير الجنس في أبعاد الأعراض السيكوسوماتية إلا في بعد أعراض الجهاز التنفسي لصالح الذكور، وهناك فروق في الأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة تعزى للعمر الزمني لصالح كبار السن، وكذلك لصالح المتزوجون والأرامل وذوي الدخل المحدود وسكان المخيم والمدينة، ووجدت فروقاً لصالح العمال وربات البيوت، وأظهرت الدراسة أن سكان شمال غزة يعانون أكثر من الأعراض السيكوسوماتية (أبو حسين، 2012).

8- قامت **منى عبد اللطيف جاد الحق (2005)** بإجراء دراسة بعنوان "قصور الرعاية الاجتماعية وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية"

وهدفَت الدراسة إلى فحص العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية، واستخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من (128) فرداً من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية، ووزعت على

هذه العينة استمارة مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الايوائية، ومقياس الانحرافات السلوكية، ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية (من إعداد كمال البنا 1987)، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- وجود ارتباط سالب دال احصائياً بين مستوى الرعاية الاجتماعية في المؤسسات الرسمية والأهلية والاضطرابات السيكوسوماتية ما عدا اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلية واضطرابات الجهاز البولي والتناسلي.

- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية في المؤسسات الرسمية والأهلية والانحرافات السلوكية ما عدا الميل للعزلة الاجتماعية والسرقة .

- عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ما عدا كلاً من الميل للعزلة الاجتماعية والعناد.

- عدم وجود فروق دالة احصائية بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.

9- دراسة عبد الرؤوف الطلاع (2000)، بعنوان "الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الاسرائيلية".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسرى المحررين من السجون الاسرائيلية، والتعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية للأسرى والاضطرابات السيكوسوماتية، والفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسرى المرتبطة بالعمر عند الاعتقال والحالة الاجتماعية، وتكونت عينة الدراسة من (450) أسيراً، وللتحقق من أهداف الدراسة استخدم الباحث الآتي: مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، ومقياس 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.

10- دراسة Zhang, et, al. (1992)، هدفت الدراسة إلى معرفة آثار الأحداث الضاغطة وأحداث الطفولة السالبة على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد طبقت الدراسة على ثلاثة مجموعات: المجموعة الأولى مكونة من (282) ذكور وإناث لديهم اضطرابات سيكوسوماتية، والمجموعة الثانية مكونة (282) ذكور وإناث مصابين بالسرطان، والمجموعة الثالثة مكونة من (273) ذكور وإناث 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، وأظهرت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعة الأولى تزداد عندهم ضغوط 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، وأظهرت الدراسة أيضاً أن ضغوط الحياة وتكرارها يصيب الفرد بالاضطرابات السيكوسوماتية، كما أوضحت النتائج أن أسلوب المساندة الاجتماعية أظهر فاعلية في عدم الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، مما يدل على أن هناك علاقة ارتباطية بين أسلوب المواجهة والاضطرابات السيكوسوماتية (أبو حسين، 2012).

11- دراسة أبو طيرة (1990)، والتي هدفت إلى معرفة علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلبة جامعة عين شمس، وتكونت عينة الدراسة من (200) طالباً وطالبة من جامعة عين شمس، وقد بلغ متوسط العمر لعينة الذكور (20.35) ولإناث (20.22)، واستخدمت الباحثة قائمة كورنل واختبار اضطرابات السيكوسوماتية واختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي واختبار أيزنك للشخصية ومقاييس اتجاهات التنشئة الاجتماعية للأبناء.

وأظهرت النتائج وجود ارتباط موجب بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكلا من متغيرات التوتر والميل للسلوك الإجرامي، وعلاقة سالبة بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومتغيرات الانبساط والانتماء والمجاعة الاجتماعية، ووجود ارتباط موجب بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من متغيرات الرفض والتشدد والإهمال، ووجود ارتباط سالب بين هذه الارتباطات ومتغيرات التقبل والتسامح والاستقلال، كما وجدت فروق بين منخفضي ومرفعي الاضطرابات السيكوسوماتية في بعض متغيرات الشخصية الخاصة بالتوتر والميل للسلوك الإجرامي والذهانية والعصابية وسوء التوافق، وكذلك وجود فروق بين المجموعتين بالنسبة لبعض متغيرات التنشئة الخاصة بأساليب التقبل والرفض والتشدد والإهمال، كما كشف التحليل العاملي عن وجود

مكونات عاملية بين الاضطرابات السيكوسوماتية والشخصية والتنشئة الاجتماعية، وهذه العوامل هي عامل الاضطرابات السيكوسوماتية، وعامل الأعراض العصابية في مقابل الميول الاجتماعية، وعامل التقبل في مقابل الرفض، وعامل الضبط من خلال الشعور بالذنب والتبعية، وعامل التشدد، وقد وجدت فروق بين الذكور والإناث بالنسبة لمتغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية ومتغيرات الشخصية كالعصابية والميل للسلوك الاجرامي، ووجود فروق أيضاً بينها بالنسبة لبعض متغيرات التنشئة الاجتماعية (أبو حسين، 2012).

12- دراسة أجراها **حسين عبد المعطي (1989)** بعنوان "الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتي".

وهدفَت الدراسة إلى استكشاف الأحداث الصارمة المؤثرة فيهم، وتكونت عينة الدراسة من (43) مريضاً، صنفوا حسب الاضطراب إلى (8) حالات قرحة معدية، (8) حالات ضغط الدم الجوهري، (7) حالات ربو شعبي، (14) حالة الآم المفاصل المزمنة، (6) حالات اضطرابات جلدية، و (15) فرداً من الأسوياء وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأحداث المرتبطة بالدخل والعمل والعلاقات الأسرية والأحداث الخاصة بالمجال الصحي كانت أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين (الزهرة، 2010).

2 . 5 تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض ومراجعة بعضاً من الدراسات السابقة العربية والأجنبية، لاحظت الباحثة الآتي:

– العينات:

تنوعت مجتمعات عينات دراسات السيكوسوماتية السابقة، حيث أجريت على: مرضى سيكوسوماتيين تم تشخيصهم من قبل أطباء (عبد المعطي، 1989)، طلاب جامعة (أبو طيرة، 1990)، مصابين بالأعراض السيكوسوماتية والسرطان (Zhang, et, al. 1992)، أسرى محررون من السجون الاسرائيلية (الطلاع، 2000)، أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية (جاد الحق، 2005)، النساء المعنفات (الزهرة، 2010)، أشخاص فقدوا أحد أفراد العائلة في الحرب (الغصين، 2010)، الأمهات المدمرة منازلهن (أبو حسين، 2012)، ممرضات (ليو وكساو وليفانغ وكنياوا، 2014)، مرضى القصور الكلوي (يسرى وأسماء، 2014)، مرضى القولون العصبي (المومني وعمارين، 2016)، اللاجئين السوريين (المومني وفريحات، 2016).

أما عينة المرضى السيكوسوماتيين في هذا البحث تألفت من أفراد من المجتمع في محافظة الخليل، والذين ليسوا بتابعين إلى فئة مجتمعية محددة أو مؤسسة خاصة.

أما عينات عوامل الخطر الأسرية؛ فلم تعثر الباحثة على دراسة مباشرة لها، بينما في دراسات العناصر التي تشملها فهناك عينة: رجال ونساء من دولة (المطوع، 1998)، نساء متزوجات (Denjar, 2004)، فتيان (أبوهين، 2007)، أخصائيين نفسيين (سنا، 2010)، نساء معنفات وغير معنفات (الزهرة، 2010)، نساء مطلقات وأرامل (خويطر، 2010)، تلاميذ سنة خامسة ابتدائي (سهام، 2012). واتفقت هذه الدراسة في عينتها مع دراسة (المطوع، 1998)، حيث أن العينة ليست محددة بجهة أو مؤسسة أو فئة خاصة من المجتمع.

– المتغيرات:

في ضوء المتغيرات التي تناولتها الدراسات السابقة، والتي تنوعت بين عوامل الخطر الأسرية المختلفة، كل متغير في دراسة على حدة، تقوم هذه الدراسة على دراسة متغيرات العوامل الأسرية الخطرة معا في دراسة واحدة وهي: (خبرات الإساءة في الطفولة، الإهمال العاطفي الأسري، الشعور بالوحدة والعزلة، الأحداث الصادمة، والشعور بانعدام الأمان)، وتم اختيار المتغيرات بالاستعانة بما ورد في الدراسات السابقة من عوامل أسرية متنوعة، ومنها دراسة المومني والفريحات التي درست المتغيرات التالية: (الجنس، المؤهل العلمي، التعرض لصدمة سابقة، الحالة الاجتماعية، الشعور بالعزلة، ومكان السكن)، وقد تم تحديد المتغيرات الديموغرافية لهذه الدراسة: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد سنوات الزواج، حجم الأسرة (عدد الأبناء)، والمستوى التعليمي.

واستعانت الباحثة بالدراسات السابقة من حيث استخدام الأدوات، والمنهج الوصفي الذي استخدمته معظم الدراسات السابقة، وصياغة تساؤلات الدراسة. واستعانت الباحثة بالدراسات السابقة من حيث استخدام الأدوات، والمنهج الوصفي الذي استخدمته معظم الدراسات السابقة، وصياغة تساؤلات الدراسة.

الفصل الثالث: الطريقة والاجراءات

الفصل الثالث:

الطريقة والإجراءات

من أجل تحقيق هدف هذه الدراسة وهو دراسة عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل، واختلافه لدى بعض المتغيرات مثل: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج للمتزوجين، عدد الأبناء، والتحصيل الأكاديمي، قامت الباحثة بمجموعة من الإجراءات لاستكمال هذه الدراسة.

ويتضمن هذا الفصل وصفا مفصلا للإجراءات التي قامت بها الباحثة؛ ومن ذلك تعريف بمنهج الدراسة، ووصف مجتمعها، وتحديد العينة التي تبحثها، كما وتوضح الأدوات التي تم استخدامها (الاستبانة)، والتأكد من صدق هذه الأدوات وثباتها، ثم توضح الإجراءات المتبعة والمعالجة الإحصائية التي استخدمت في استخلاص نتائج الدراسة وتحليلها. وفيما يلي وصف هذه الإجراءات:

3 . 1 منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، ويعرف بأنه المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل من الباحثة فيها. والتي تحاول الباحثة من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقة بين مكونات والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو المشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة بالفحص والتحليل.

3.2 مجتمع الدراسة:

تألف مجتمع هذه الدراسة من المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة الخليل.

3.3 عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة من عينة استطلاعية وعينة فعلية كالاتي:

أ. عينة استطلاعية (Pilot Sample):

قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (54) شخصا من الأفراد من خلال المجمعات الطبية، من أجل التحقق من صدق وثبات الأدوات، وقد كانت عينة قصدية للمراجعين في المجمعات الطبية.

ب. عينة فعلية (Actual Sample):

تكونت العينة الفعلية من (299) من المرضى السيكوسوماتيين، حيث قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة على عينة بلغت (523) من الأفراد من المرضى والمراجعين للعيادات الخارجية والزوار في مستشفيات رئيسية في محافظة الخليل، وقد تم تحديد المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية منهم بناء على الأداة المستخدمة لهذا الخصوص وهي أداة الأعراض السيكوسوماتية، وبلغ عددهم (299) من العينة الأصلية، وهو ما نسبته (57%) من العينة الأصلية، وقد تم اختيارهم باستخدام العينة المتاحة.

كما واستبعد عدد (3) من استبانات العينة الأصلية بسبب عدم صلاحيتها للتحليل والدراسة، ويبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

جدول (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	أنثى	155	51.8
	ذكر	144	48.2
العمر	من 20-30 سنة	134	44.8
	من 31-40 سنة	92	30.8
	من 41-50 سنة	73	24.4
الحالة الاجتماعية	أعزب/ عذباء	40	13.4
	متزوج/ة	254	84.9
	أرمل/ة	3	1.0
	مطلق/ة	2	.70
فترة الزواج	أعزب	36	12.0
	أقل من سنتين	43	14.4
	من 3-10 سنوات	73	24.4

49.2	147	11 سنة فأكثر	
23.4	70	لا يوجد	عدد الأبناء
12.0	36	طفل وحيد	
19.1	57	2-3 أطفال	
25.1	75	4-5 أطفال	
20.4	61	6 أطفال فأكثر	
33.8	101	أقل من توجيهي	المستوى التعليمي
38.8	116	توجيهي/دبلوم	
23.4	70	بكالوريوس	
4.0	12	دراسات عليا	

4.3 أدوات الدراسة:

1.4.3 مقياس عوامل الخطر الأسرية:

قامت الباحثة ببناء مقياس عوامل الخطر الأسرية بعد الاطلاع على العديد من المقاييس التي تقيس متغيراته المختلفة والدراسات السابقة، كل على حدة، ومنها مقياس بشير معمرية (2009) حول خبرات الإساءة في الطفولة، ومقياس الوحدة النفسية من إعداد (RUSSEL,1988) وقد قام بتقنيته (خضر والشناوي، 1988)، وبالعودة إلى DSM-5 أيضا وجوانب العوامل النفسية الاجتماعية تحت بند المحور الرابع لتشخيص الأعراض، ومن ثم قامت الباحثة ببناء فقرات المقياس بما ويتناسب البيئة الفلسطينية وتركيباتها الاجتماعية، وثقافتها الأسرية.

وقد تكون المقياس في صيغته النهائية من (32) فقرة، موزعة على خمسة أبعاد هي: خبرات الإساءة في الطفولة (9) فقرات، الإهمال العاطفي داخل الأسرة (10) فقرات، الأحداث الصادمة (3) فقرات، الشعور بالوحدة والعزلة (6) فقرات، والشعور بانعدام الأمان داخل الأسرة (4) فقرات.

وقد صيغت فقرات المقياس لتكون استجابة المفحوصين بنعم أو لا، وقد بنيت فقراته لتكون موجبة وسالبة، ويتم تصحيح الاستجابة بقيمة (0) للاستجابة (لا)، وقيمة (1) للاستجابة (نعم)، ويتم تحديد مستوى وجود عامل الخطر الأسري لدى المفحوص بناء على عدد استجاباته لفقرات البعد الواحد التي

تزيد من نسبة وجود هذا العامل لديه، ويبين الجدول (2.3) أبعاد المقياس وتوزيع درجات تقييم الاستجابات للأبعاد كالآتي:

جدول (2.3) أبعاد مقياس عوامل الخطر الأسرية ودرجات تقييمها

البعاد	درجات التقييم		
	منخفضة	متوسطة	مرتفعة
خبرات الإساءة في الطفولة	(3-1)	(6-4)	(9-7)
الإهمال العاطفي داخل الأسرة	(3-1)	(6-4)	(10-7)
الأحداث الصادمة	(1)	(2)	(3)
الشعور بالوحدة والعزلة	(2-1)	(4-3)	(6-5)
الشعور بانعدام الأمان داخل الأسرة	(1)	(2)	(4-3)

1.1.4.3 صدق مقياس عوامل الخطر الأسرية:

قامت الباحثة بتصميم الاستبانة بصورتها الأولية، ومن ثم تم التحقق من صدق أداة الدراسة بعرضها على المشرف و (10) من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة، حيث وزعت الباحثة الاستبانة على عدد من المحكمين. وطلبت منهم إبداء الرأي في فقرات الاستبانة من حيث: مدى وضوح لغة الفقرات وسلامتها لغوياً، ومدى شمول الفقرات للجانب المدروس، وإضافة أي معلومات أو تعديلات أو فقرات يرونها مناسبة، ووفق هذه الملاحظات تم إخراج الاستبانة بصورتها النهائية. من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك اتساق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي تبين ذلك:

جدول (3.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات

لعوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.411**	0.000	12	0.485**	0.000	23	0.490**	0.000
2	0.416**	0.000	13	0.359**	0.000	24	0.437**	0.000
3	0.453**	0.000	14	0.509**	0.000	25	0.418**	0.000
4	0.473**	0.000	15	0.512**	0.000	26	0.393**	0.000
5	0.431**	0.000	16	0.281**	0.000	27	0.271**	0.000
6	0.195**	10.00	17	0.517**	0.000	28	0.379**	0.000
7	0.456**	0.000	18	0.586**	0.000	29	0.380**	0.000
8	0.326**	0.000	19	0.497**	0.000	30	0.446**	0.000
9	0.443**	0.000	20	0.234**	0.000	31	0.270**	0.000
10	0.497**	0.000	21	0.243**	0.000	32	0.272**	0.000
11	0.599**	0.000	22	0.156**	70.00			

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2.1.4.3 ثبات مقياس عوامل الخطر الأسرية:

قامت الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات لمجالات الدراسة حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا، وكانت الدرجة الكلية لعوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل (0.831)، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الأداة بثبات يفي بأغراض الدراسة. والجدول التالي يبين معامل الثبات للمجالات والدرجة الكلية.

جدول (4.3): نتائج معامل الثبات للمجالات

المجالات	معامل الثبات
التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك	0.715
الإهمال العاطفي في الأسرة	0.790
الأحداث الصادمة	0.756

0.766	الشعور بالوحدة والعزلة
0.763	الشعور بانعدام الأمان في الأسرة
0.831	الدرجة الكلية

2.4.3 مقياس الأعراض السيكوسوماتية:

بعد اطلاع الباحثة على العديد من مقاييس الأعراض السيكوسوماتية، استخدمت الباحثة مقياساً قامت بإعداده (أبو حسين، 2012) في دراستها: (الصلابة النفسية والأمل وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة) حيث وجدت الباحثة أن المقياس ملائم لاستخدامه في قياس الأعراض السيكوسوماتية، وقد قامت الباحثة بالتحقق من خصائصه السيكو مترية (الصدق والثبات).

وتكون المقياس في صيغته النهائية من (36) فقرة، موزعة على ستة أبعاد، لكل بعد (6) فقرات، وقد صيغت فقرات المقياس لتكون استجابة المفحوصين بنعم أو لا، وجميع فقراته موجبة، ويتم تصحيح الاستجابة بقيمة (0) للاستجابة (لا)، وقيمة (1) للاستجابة (نعم)، ويبين الجدول (5.3) أبعاد المقياس وتوزيع الفقرات على الأبعاد.

جدول (5.3) أبعاد وفقرات مقياس الأعراض السيكوسوماتية:

الأبعاد	الفقرات
البعد النفسي	6-1
القلب والأوعية الدموية	12-7
الجهاز التنفسي	18-13
الجهاز العصبي	24-19
الجهاز الهضمي	30-25
أمراض الجلد	36-31

وتم احتساب الحصول على (4-6) درجات في البعد الواحد وجود إصابة سيكوسوماتية لدى المفحوص في هذا البعد، حيث تعبر كل فقرة في البعد الواحد عن أحد الأعراض السيكوسوماتية في ذلك البعد.

1.2.4.3 صدق مقياس الأعراض السيكوسوماتية:

للتأكد من صدق أداة الدراسة المتمثلة بمقياس الأعراض السيكوسوماتية، قامت الباحثة بعرض الأداة على (10) من المحكمين من المختصين في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي والإرشاد النفسي والتربوي، من جامعة القدس وجامعة الخليل وجامعة النجاح، وأخصائيين من مؤسسات الصحة النفسية في الضفة الغربية، (ملحق (1))، بالإضافة إلى محكم لغوي، وقد تم الأخذ بآراء وتعديلات المحكمين، وتكون المقياس بصورته النهائية من (36) فقرة.

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك اتساق داخلي بين الفقرات. والجداول التالية تبين ذلك:

جدول (6.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات

أعراض النفس جسمية في محافظة الخليل

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	.252**0	0.000	13	.466**0	0.000	25	.257**0	0.000
2	.308**0	0.000	14	.388**0	0.000	26	.353**0	0.000
3	.307**0	0.000	15	.405**0	0.000	27	.246**0	0.000
4	.165**0	0.004	16	.543**0	0.000	28	.322**0	0.000
5	.204**0	0.000	17	.548**0	0.000	29	.278**0	0.000
6	.298**0	0.000	18	.466**0	0.000	30	.364**0	0.000
7	.436**0	0.000	19	.352**0	0.000	31	.294**0	0.000
8	.406**0	0.000	20	.309**0	0.000	32	.357**0	0.000
9	.468**0	0.000	21	.293**0	0.000	33	.309**0	0.000
10	.377**0	0.000	22	.354**0	0.000	34	.302**0	0.000
11	.478**0	0.000	23	.348**0	70.00	35	.380**0	0.000
12	.255**0	0.000	24	.427**0	70.00	36	.345**0	0.000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2.2.4.3 ثبات مقياس الأعراض السيكوسوماتية:

قامت الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات الدراسة حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا، وكانت الدرجة الكلية لأعراض النفس جسمية في محافظة الخليل (0.787)، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الاداة بثبات يفي بأغراض الدراسة. والجدول التالي يبين معامل الثبات للمجالات والدرجة الكلية.

جدول (7.3): نتائج معامل الثبات للأبعاد

الأبعاد	معامل الثبات
البعد النفسي	0.711
القلب والأوعية الدموية	0.731
الجهاز التنفسي	0.738
الجهاز العصبي	0.721
الجهاز الهضمي	0.730
أمراض الجلد	0.709
الدرجة الكلية	0.787

3. 5 إجراءات تطبيق الدراسة:

- قامت الباحثة بمجموعة من الإجراءات لتنفيذ هذه الدراسة وفق الخطوات التالية:
- 1- الاطلاع على الأدب السابق والمقاييس السابقة ومن ثم إعداد الأدوات.
 - 2- أخذ عينة استطلاعية للتأكد من صدق وثبات الأداة وإجراء التعديلات.
 - 3- قامت بعرض الاستبانة على المحكمين للأخذ بآرائهم وإجراء التعديلات اللازمة.
 - 4- الحصول على تسهيل مهمة لجمع العينة من المستشفيات الرئيسية في محافظة الخليل (المستشفى الأهلي، مستشفى الميزان التخصصي، مستشفى الخليل الحكومي)، وتمت الموافقة في المستشفيات الأولين على العمل لجمع العينة، أما مستشفى الخليل الحكومي فكانت إجراءاته معقدة ولم تتاح للباحثة فرصة جمع عينة من خلاله.

- 5- قامت الباحثة بتوزيع الاستبانة بنفسها ومتابعة تعبئتها وجمعها في المستشفيات الاثنين في أقسامها (الباطني، الولادة، الجراحة، والعيادات الخارجية)، وبالغياب عن المستشفى ثم العودة كل فترة، وبلغ مجموع ساعات العمل على جمع الاستبانة (22) ساعة من العمل خلال شهر شباط.
- 6- بلغت حصيلة الاستبانات التي تم جمعها (526) استبانة.
- 7- بعد فرز الاستبانات تم استبعاد (3) استبانات كونها غير صالحة.
- 8- تم إدخال البيانات إلى الحاسوب وترميزها.
- 9- تم حساب عدد الأفراد المصابين بالأعراض السيكوسوماتية وبلغ (299) شخصا من العينة.
- 10- تم علاج البيانات إحصائيا واستخراج النتائج.

6.3 متغيرات الدراسة:

1.6.3 المتغيرات المستقلة:

شملت الدراسة المتغيرات المستقلة الآتية:

الجنس:	ذكر، أنثى
العمر:	(20-30) سنة، (31-40) سنة، (41-50) سنة
الحالة الاجتماعية:	أعزب/عزباء، متزوج/متزوجة، أرمل/أرملة، مطلق/مطلقة
عدد سنوات الزواج:	أقل من سنتين، (3-10) سنوات، (11) سنة فأكثر
عدد الأبناء:	لا يوجد، طفل وحيد، (2-3) طفل، (4-5) طفل، أكثر من (6) أطفال.
المستوى التعليمي:	أقل من توجيهي، توجيهي/دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا.

2.6.3 المتغيرات التابعة:

وتمثلت في استجابات المفحوصين على أدوات الدراسة، وهي: مقياس عوامل الخطر الأسرية، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية.

7.3 المعالجة الإحصائية:

استخدم لمعالجة بيانات الدراسة وتحليلها واستخراج النتائج برنامج المعالجة الإحصائية (SPSS)، وذلك باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (ت) (t- test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

3. 8 صعوبات البحث:

- لاحظت الباحثة أثناء التجول في أقسام المستشفيات وجود عدد غير قليل من الأشخاص غير القادرين على القراءة بشكل لافت، حيث من بين كل 100 شخص تقريبا كان هنالك ما بين 7-8 أشخاص غير قادرين على القراءة، وهذا ما لا تتوقعه الباحثة.
- واجهت الباحثة صعوبة في الحصول على مراجع سابقة خاصة بمتغير (عوامل الخطر الأسرية) وحدة واحدة.

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

نتائج الدراسة

4 . 1 تمهيد:

تضمن هذا الفصل عرضا كاملا ومفصلا لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة وهو "عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة الخليل" وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة على أداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها.

4 . 2 نتائج أسئلة الدراسة:

1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي الأول:

ما هو مستوى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة في محافظة الخليل؟
تكونت العينة الكلية (523) من الأفراد من المرضى والمراجعين للعيادات الخارجية والزوار في مستشفيات رئيسية في محافظة الخليل، وقد تم تحديد المصابين بالأمراض السيكوسوماتية منهم بناء على الأداة المستخدمة لهذا الخصوص وهي أداة الأعراض السيكوسوماتية، وبلغ عددهم (299) من العينة الأصلية، وهو ما نسبته (57%) من العينة الأصلية، وقد تم اختيارهم باستخدام العينة المتاحة.

السؤال الفرعي الأول:

ما هي مستويات الإصابة بأنواع الأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة السيكوسوماتية في محافظة الخليل؟

جدول (4 . 1): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب البعد النفسي

الدرجات	العدد	النسبة المئوية
0	7	2.3
1	20	6.7
2	41	13.7
3	44	14.7
4	88	29.4
5	65	21.7
6	34	11.4

يتبين من الجدول بأن عدد المصابين (بالأعراض النفسية) السيكوسوماتية بلغ عددهم (187) فرداً، بنسبة (62.54%).

جدول (4 . 2): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد أعراض القلب والأوعية الدموية.

الدرجات	العدد	النسبة المئوية
0	19	6.4
1	34	11.4
2	48	16.1
3	57	19.1
4	55	18.4
5	54	18.1
6	32	10.7

يتبين من الجدول بأن عدد المصابين (بأعراض القلب والأوعية الدموية) هو (141) فرداً أي ما نسبته (47.1%) من العينة.

جدول (4 . 3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد الجهاز التنفسي

الدرجات	العدد	النسبة المئوية
0	43	14.4
1	60	20.1
2	63	21.1
3	53	17.7
4	40	13.4
5	26	8.7
6	14	4.7

يتبين من الجدول بأن عدد الأفراد المصابين (بأعراض الجهاز التنفسي) هو (80) فرداً، أي ما نسبته (26.75%) من العينة.

جدول (4 . 4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد الجهاز العصبي

الدرجات	العدد	النسبة المئوية
0	9	3.0
1	22	7.4
2	35	11.7
3	56	18.7
4	96	32.1
5	43	14.4
6	38	12.7

يتبين من الجدول بأن عدد المصابين (بأعراض الجهاز العصبي) هو (177) أي ما نسبته (59.2%) من أفراد العينة.

جدول (4 . 5): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد الجهاز الهضمي

الدرجات	العدد	النسبة المئوية
0	15	5.0
1	50	16.7
2	68	22.7
3	74	24.7
4	56	18.7
5	28	9.4
6	8	2.7

يتبين من الجدول بأن عدد الأفراد المصابين (بأعراض الجهاز الهضمي) هو (92) فرداً، أي ما نسبته (30.77%) من أفراد العينة.

جدول (4 . 6): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد أمراض الجلد

الدرجات	العدد	النسبة المئوية
0	118	39.5
1	67	22.4
2	40	13.4
3	35	11.7
4	21	7.0
5	8	2.7
6	10	3.3

يتبين من الجدول بأن عدد المصابين (بأعراض السيكلوسوماتية الجلدية) هو (39) فرداً، أي ما نسبته (13%) من العينة.

جدول (4 . 7) توزيع أفراد العينة حسب إصابتها بنوع الأعراض السيكوسوماتية

النسبة المئوية	عدد الأفراد	البعد السيكوسوماتي
62.54%	187	الأعراض النفسية
47.1%	141	القلب والأوعية الدموية
26.75%	80	الجهاز التنفسي
59.2%	177	الجهاز العصبي
30.77%	92	الجهاز الهضمي
13%	39	الأعراض الجلدية

يتبين من الجدول بأن الأعراض النفسية السيكوسوماتية هي الأعلى إصابة بين أفراد العينة، تليها أعراض الجهاز العصبي، القلب والأوعية الدموية، الجهاز الهضمي، الجهاز التنفسي، وأخيرا الأعراض الجلدية أقل الأعراض السيكوسوماتية إصابة بين أفراد العينة.

كما ويتبين من الجدول (4 . 8) المرفق في الملحق (4)، بأن من أصيبوا بأعراض سيكوسوماتية لبعد واحد فقط بلغ عددهم (103) فردا، أي ما نسبته (34.45%) من أفراد العينة المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، بينما بلغ عدد المصابين ببعدين من الأعراض السيكوسوماتية (78) فردا، أي ما نسبته (26%) من أفراد العينة، بينما كان المصابون بثلاث أبعاد من الأعراض السيكوسوماتية بالتزامن بلغ عددهم (56) أي ما نسبته (18.7%) من أفراد العينة، وبلغ عدد المصابين بأربعة أبعاد من الأعراض السيكوسوماتية بالتزامن (33) فردا أي ما نسبته (11%) من أفراد العينة، وكان (19) فردا من أفراد العينة مصابون بخمسة أبعاد من أعراض السيكوسوماتية بالتزامن أي ما نسبته (6.35%)، أما من أصيبوا بستة أبعاد من الأعراض السيكوسوماتية فبلغ عددهم 10 أفراد أي ما نسبته (3.35%) من أفراد العينة المصابين بالأمراض السيكوسوماتية.

السؤال الفرعي الثاني:

ما هو مستوى الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية لدى العينة الكلية حسب متغيرات الدراسة: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي؟

جدول (4 . 9): توزيع متغيرات الدراسة في العينة الكلية

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	أنثى	261	49.9
	ذكر	262	50.1
العمر	من 20-30 سنة	241	46.1
	من 31-40 سنة	158	30.2
	من 41-50 سنة	124	23.7
الحالة الاجتماعية	أعزب/ عزباء	78	14.9
	متزوج/ة	439	83.9
	الأرامل والمطلقين	6	1.2
فترة الزواج	أعزب	66	12.6
	أقل من سنتين	84	16.1
	من 3-10 سنوات	139	26.6
	11 سنة فأكثر	234	44.7
عدد الأبناء	لا يوجد	129	24.7
	طفل وحيد	69	13.2
	2-3 أطفال	98	18.7
	4-5 أطفال	126	24.1
	6 أطفال فأكثر	101	19.3
المستوى التعليمي	أقل من توجيهي	157	30.0
	توجيهي/دبلوم	207	39.6
	بكالوريوس	139	26.6
	دراسات عليا	20	3.8
الدرجة الكلية		523	100

جدول (4 . 10) توزيع أفراد عينة المصابين بالأمراض السيكوسوماتية حسب متغيرات الدراسة

مقارنة بنفس المتغيرات في العينة الكلية

المتغير	المستوى	عدد المصابين بالأمراض السيكوسوماتية حسب المتغيرات	عدد الأفراد حسب المتغيرات في العينة الكلية	النسبة المئوية للأفراد المصابين حسب المتغيرات من العينة الكلية
الجنس	أنثى	155	261	59.4
	ذكر	144	262	54.9
العمر	من 20-30 سنة	134	241	55.6
	من 31-40 سنة	92	158	58.2
	من 41-50 سنة	73	124	58.9
الحالة الاجتماعية	أعزب/ عزباء	40	78	51.3
	متزوج/ة	254	439	57.9
	الأرامل والمطلقين	5	6	83.3
فترة الزواج	أعزب	36	66	54.5
	أقل من سنتين	43	84	51.2
	من 3-10 سنوات	73	139	52.5
	11 سنة فأكثر	147	234	62.2
عدد الأبناء	لا يوجد	70	129	54.3
	طفل وحيد	36	69	52.2
	2-3 أطفال	57	98	58.2
	4-5 أطفال	75	126	59.5
	6 أطفال فأكثر	61	101	60.4
المستوى التعليمي	أقل من توجيهي	101	157	64.3
	توجيهي/دبلوم	116	207	56
	بكالوريوس	70	139	50.4
	دراسات عليا	12	20	60

يتبين من الجدول (4 . 10) بأن نسبة الإناث المصابات بالأمراض السيكوسوماتية 59.4% من العينة الأصلية، بينما بلغت نسبة الذكور 54.9%. أما نسبة الأفراد الذين أعمارهم (20-30) بلغت نسبة المصابين بينهم 55.6%، وفي الفئة العمرية (31-40) بلغت نسبة المصابين 58.2%، أما أفراد الفئة العمرية (41-50) بلغت المصابين منهم 58.9%. وفي متغير الحالة الاجتماعية بلغت نسبة المصابين من الأعزب/ عزاب 51.3%، والمتزوجون نسبتهم 57.9%، والأرامل والمطلقون نسبتهم 83.3%. وحسب متغير فترة الزواج؛ كانت نسبة الإصابة لدى فترة أقل من سنتين 51.2%، ومن 3-10 سنوات كانت النسبة 52.5%، و11 سنة فأكثر 62.2%. وحسب متغير عدد الأبناء بلغت نسبة الإصابة بين من ليس لديهم أطفال 54.3%، ومن لديهم طفل وحيد بلغت النسبة لديهم 52.2%، ومن لديهم 2-3 أطفال بلغت النسبة 58.2%، ومن لديهم 4-5 أطفال بلغت النسبة لديهم 59.5%، ومن لديهم أكثر من 6 أطفال بلغت النسبة 60.4%. وحسب متغير المستوى التعليمي فكانت نسبة الإصابة بين الأفراد في المستوى أقل من توجيهي 64.3%، ولدى الأفراد ذوو المستوى دبلوم/ توجيهي 56%، ولدى الأفراد بكالوريوس 50.4%، ولدى الأفراد في مستوى الدراسات العليا 60%.

2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي الثاني:

ما هي عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة الخليل؟ قامت الباحثة بحساب الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل. جدول (11.4): الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لعوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل

الرقم	الدرجة	العدد	النسبة المئوية
1	منخفضة (0-10)	164	54.8
2	متوسطة (11-21)	129	43.1
3	عالية (22-32)	6	2.0

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل أن حصل

نسبة 54.8% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 43.1% على درجة متوسطة ونسبة 2% على درجة عالية. وقد بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (10.24) وانحراف معياري (5.641) وهذا يدل على أن مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل جاءت بدرجة منخفضة وبنسبة 32% تقريباً.

النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الأول:

ما مدى وجود خبرات إساءة في الطفولة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟ قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرته.

جدول (12.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرته

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
2	هل تعرضت للصراخ في وجهك أثناء طفولتك؟	.710	.4550	عالية
4	هل تعرضت للشتم والإساءة الكلامية في طفولتك؟	.550	.4990	متوسطة
1	هل تعرضت للضرب أثناء طفولتك؟	.540	.5000	متوسطة
3	هل تعرضت للدفع أو الركل من أسرتك في الطفولة؟	.430	.4960	متوسطة
9	هل كنت تحصل على ما تشتهي من الأطعمة والأغراض في الطفولة؟	.390	.4890	متوسطة
7	هل حصلت على الحب والحنان بشكل كافٍ في طفولتك؟	.320	.4660	منخفضة
5	هل حصلت على الرعاية والاهتمام اللازمين في طفولتك؟	.270	.4430	منخفضة
8	هل تعرضت للإهمال في الأسرة فترة طفولتك؟	.230	.4240	منخفضة
6	هل تعرضت للتحرش الجنسي أثناء الطفولة؟	.080	.2720	منخفضة
	الدرجة الكلية	3.5084	2.25752	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرته أن المتوسط الحسابي للدرجة

الكلية (3.50) وانحراف معياري (2.257) وهذا يدل على أن مجال التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك جاء بدرجة متوسطة.

وقد حصل 40.5% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 38.8% على درجة متوسطة ونسبة 10.4% على درجة عالية، ونسبة 10.4% على درجة معدومة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (2.4) أن فقرة واحدة جاءت بدرجة عالية و(4) فقرات جاءت بدرجة متوسطة وبدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل تعرضت للصراخ في وجهك أثناء طفولتك؟ " على أعلى متوسط حسابي (0.71)، يليها فقرة " هل تعرضت للشتم والإساءة الكلامية في طفولتك؟ " بمتوسط حسابي (0.55). وحصلت الفقرة " هل تعرضت للتحرش الجنسي أثناء الطفولة؟ " على أقل متوسط حسابي (0.08)، يليها الفقرة " هل تعرضت للإهمال في الأسرة فترة طفولتك؟ " بمتوسط حسابي (0.23).

النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الثاني:

ما مدى وجود إهمال عاطفي داخل الأسرة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟ قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال الإهمال العاطفي في الأسرة.

جدول (13.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال

الإهمال العاطفي في الأسرة

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
10	هل يتقبل أفراد أسرتك أخطاءك وهفواتك مؤخرًا؟	.380	.4870	متوسطة
1	هل ينصت أفراد أسرتك لحديثك عن رغباتك أو همومك بشكل كافٍ مؤخرًا؟	.320	.4690	منخفضة
7	هل تعاني من غياب طويل لرب الأسرة عن البيت مؤخرًا؟	.320	.4660	منخفضة
3	هل تشعر بإشباع لاحتياجاتك العاطفية من قبل أفراد أسرتك مؤخرًا؟	.310	.4620	منخفضة
6	هل يتحاور معك أفراد أسرتك حول ما يتعلق بهموم ومستلزمات البيت بشكل كافٍ مؤخرًا؟	.300	.4590	منخفضة
4	هل تشعر بقلّة انتباه من قبل أفراد أسرتك حول مظهرك وملابسك مؤخرًا؟	.290	.4530	منخفضة

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
5	هل تحصل على مراعاة من قبل أفراد أسرتك لما تحبه أو تكرهه مؤخراً؟	290.	4550.	منخفضة
9	هل يتفهم أفراد أسرتك لحظات حزنك وغضبك مؤخراً؟	290.	4530.	منخفضة
2	هل تحصل على كلمات الحب والاهتمام بشكل كاف من قبل أفراد أسرتك مؤخراً؟	280.	4490.	منخفضة
8	هل تشعر بأهمية وجودك داخل أسرتك مؤخراً؟	190.	3930.	منخفضة
الدرجة الكلية		2.9666	2.67957	منخفضة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال الإهمال العاطفي في الأسرة أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.96) وانحراف معياري (2.679) وهذا يدل على أن مجال الإهمال العاطفي في الأسرة جاءت بدرجة منخفضة.

وقد حصل 42.5% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 21.7% على درجة متوسطة ونسبة 14% على درجة عالية، ونسبة 21.7% على درجة معدومة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (3.4) أن فقرة واحدة جاءت بدرجة متوسطة و (9 فقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل يتقبل أفراد أسرتك أخطاءك وهفواتك مؤخراً؟" على أعلى متوسط حسابي (0.38)، يليها فقرة " هل ينصت أفراد أسرتك لحديثك عن رغباتك أو همومك بشكل كافٍ مؤخراً؟" والفقرة " هل تعاني من غياب طويل لرب الأسرة عن البيت مؤخراً؟" بمتوسط حسابي (0.32). وحصلت الفقرة " هل تشعر بأهمية وجودك داخل أسرتك مؤخراً؟" على أقل متوسط حسابي (0.19)، يليها الفقرة " هل تحصل على كلمات الحب والاهتمام بشكل كاف من قبل أفراد أسرتك مؤخراً؟" بمتوسط حسابي (0.28).

النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الثالث:

ما مدى التعرض لأحداث صادمة مؤخراً لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟ قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال الأحداث الصادمة.

جدول (14.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الأحداث الصادمة

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
3	هل تعرضت لسماع خبر صادم لا زلت تذكره حتى اللحظة مؤخراً؟	.670	.4730	عالية
1	هل تعرضت لفقدان أحد المقربين خلال الفترة الأخيرة؟	.490	.5010	متوسطة
2	هل تعرضت لحادث أثر على حالتك الصحية خلال الفترة الأخيرة؟	.400	.4900	متوسطة
الدرجة الكلية		1.5552	1.01307	متوسطة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال الأحداث الصادمة أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (1.55) وانحراف معياري (1.013) وهذا يدل على أن مجال الأحداث الصادمة جاء بدرجة متوسطة. وقد حصل 29.1% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 32.1% على درجة متوسطة ونسبة 20.7% على درجة عالية، ونسبة 18.1% على درجة معدومة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (4.4) أن فقرة واحدة جاءت بدرجة عالية، وفقرتين جاءت بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة " هل تعرضت لسماع خبر صادم لا زلت تذكره حتى اللحظة مؤخراً؟" على أعلى متوسط حسابي (0.67)، ويليهما فقرة " هل تعرضت لفقدان أحد المقربين خلال الفترة الأخيرة؟" بمتوسط حسابي (0.49). وحصلت الفقرة " هل تعرضت لحادث أثر على حالتك الصحية خلال الفترة الأخيرة؟" على أقل متوسط حسابي (0.40).

النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الرابع:

ما مدى الشعور بالوحدة والعزلة لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية؟ قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال الشعور بالوحدة والعزلة.

جدول (15.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشعور بالوحدة والعزلة

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
6	هل تفضل المكوث وحيدا بعيدا عن الآخرين مؤخرا؟	.490	.5010	متوسطة
2	هل تشعر وكأنك تعيش بمفردك مؤخرا؟	.360	.4800	متوسطة
5	هل يصعب عليك التعرف على الآخرين والتواصل معهم مؤخرا؟	.300	.4580	منخفضة
3	هل تجد من يساندك أو يحادثك عندما تحتاج لذلك مؤخرا؟	.280	.4500	منخفضة
4	هل تشعر بأنك فرد فعال وذو قيمة في المجتمع مؤخرا؟	.210	.4110	منخفضة
1	هل تشعر بأنك شخص غير مرغوب به بين من هم حولك مؤخرا؟	.180	.3830	منخفضة
الدرجة الكلية		1.8227	1.51237	منخفضة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال الشعور بالوحدة والعزلة أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (1.82) وانحراف معياري (1.512) وهذا يدل على أن مجال الشعور بالوحدة والعزلة جاءت بدرجة منخفضة. وقد حصل 48.2% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 24.7% على درجة متوسطة ونسبة 5.4% على درجة عالية، ونسبة 21.7% على درجة معدومة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (5.4) أن فقرتين جاءتا بدرجة متوسطة و(4) فقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل تفضل المكوث وحيدا بعيدا عن الآخرين مؤخرا؟" على أعلى متوسط حسابي (0.49)، يليها فقرة " هل تشعر وكأنك تعيش بمفردك مؤخرا؟" بمتوسط حسابي (0.36). وحصلت الفقرة " هل تشعر بأنك شخص غير مرغوب به بين من هم حولك مؤخرا؟" على أقل متوسط حسابي (0.18). يليها الفقرة " هل تشعر بأنك فرد فعال وذو قيمة في المجتمع مؤخرا؟" بمتوسط حسابي (0.21).

النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الخامس:

ما مدى الشعور بفقدان الأمان داخل الأسرة مؤخرا لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟ قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مجال الشعور بانعدام الأمان في الأسرة.

جدول (16.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشعور بانعدام الأمان في الأسرة

الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
2	هل تتعرض للشتم والإساءة الكلامية داخل أسرتك مؤخراً؟	.150	.3550	منخفضة
4	هل تعرضت حياتك أو مقربين منك للتهديد مؤخراً؟	.130	.3340	منخفضة
1	هل تتعرض للعنف الجسدي (الضرب) في أسرتك مؤخراً؟	.080	.2670	منخفضة
3	هل تتعرض لتحرشات جنسية من أحدهم في أسرتك مؤخراً؟	.040	.2040	منخفضة
	الدرجة الكلية	.39460	.834310	منخفضة

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مجال الشعور بانعدام الأمان في الأسرة أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (0.394) وانحراف معياري (0.834) وهذا يدل على أن مجال الشعور بانعدام الأمان في الأسرة جاءت بدرجة منخفضة. وقد حصل 18.7% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 3.7% على درجة متوسطة ونسبة 1% على درجة عالية، ونسبة 76.6% على درجة معدومة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (6.4) أن جميع الفقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل تتعرض للشتم والإساءة الكلامية داخل أسرتك مؤخراً؟" على أعلى متوسط حسابي (0.15)، يليها فقرة " هل تعرضت حياتك أو مقربين منك للتهديد مؤخراً؟" بمتوسط حسابي (0.13). وحصلت الفقرة " هل تتعرض لتحرشات جنسية من أحدهم في أسرتك مؤخراً؟" على أقل متوسط حسابي (0.04). يليها الفقرة " هل تتعرض للعنف الجسدي (الضرب) في أسرتك مؤخراً؟" بمتوسط حسابي (0.08).

3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي الثالث:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي؟ وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله للأسئلة الفرعية التالية، وكانت الإجابة عنها كالآتي:

نتائج السؤال الفرعي الأول:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف الجنس؟

تم فحص السؤال الفرعي الأول بحساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل حسب لمتغير الجنس.

جدول (17.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد العينة في مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل حسب متغير الجنس

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المجال
2.23706	3.2452	155	أنثى	التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك
2.25281	3.7917	144	ذكر	
2.72193	3.1613	155	أنثى	الإهمال العاطفي في الأسرة
2.62651	2.7569	144	ذكر	
1.03419	1.4839	155	أنثى	الأحداث الصادمة
.987660	1.6319	144	ذكر	
1.48820	1.9226	155	أنثى	الشعور بالوحدة والعزلة
1.53588	1.7153	144	ذكر	
.740980	.33550	155	أنثى	الشعور بانعدام الأمان في الأسرة
.922710	.45830	144	ذكر	
5.67381	10.1484	155	أنثى	الدرجة الكلية
5.62396	10.3542	144	ذكر	

يتبين من خلال الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للذكور (10.35) أعلى من الإناث (10.14).

وكان الذكور أكثر تعرضاً للإساءة في الطفولة داخل الأسرة، والأحداث الصادمة، والشعور بانعدام الأمان، بينما كان الإناث أكثر تعرضاً للإهمال العاطفي في الأسرة، والشعور بالوحدة والعزلة.

نتائج السؤال الفرعي الثاني:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف العمر؟

تم فحص السؤال الفرعي الثاني تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير العمر.

جدول (18.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل

الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير العمر

المجال	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك	من 20-30 سنة	134	3.3657	2.06853
	من 31-40 سنة	92	3.5761	2.36845
	من 41-50 سنة	73	3.6849	2.45446
الإهمال العاطفي في الأسرة	من 20-30 سنة	134	3.0746	2.74376
	من 31-40 سنة	92	3.1196	2.84718
	من 41-50 سنة	73	2.5753	2.31491
الأحداث الصادمة	من 20-30 سنة	134	1.4403	1.01501
	من 31-40 سنة	92	1.5217	.999760
	من 41-50 سنة	73	1.8082	.995230
الشعور بالوحدة والعزلة	من 20-30 سنة	134	1.9478	1.52334
	من 31-40 سنة	92	1.8478	1.56145
	من 41-50 سنة	73	1.5616	1.41408
الشعور بانعدام الأمان في الأسرة	من 20-30 سنة	134	.42540	.870370
	من 31-40 سنة	92	.44570	.893990
	من 41-50 سنة	73	.27400	.672070
الدرجة الكلية	من 20-30 سنة	134	10.2537	5.65777
	من 31-40 سنة	92	10.5109	6.00640
	من 41-50 سنة	73	9.9041	5.17517

يتبين من خلال الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعمر من 31-40 سنة (10.51) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للعمر من 20-30 سنة (10.25)، ومن ثم من 41-50 سنة بمتوسط حسابي (9.90).

ومن الملاحظ أن التعرض للإساءة في الطفولة لدى الفئة العمرية (41-50) أعلى متوسط حسابي، تليها الفئة العمرية (31-40)، ثم تليها الفئة العمرية (20-30)، بينما تعاني الفئة العمرية (31-40) من متوسط حسابي للإهمال عاطفي أعلى، تليها الفئة العمرية (20-30)، بينما المرحلة العمرية (41-50)، أما الأحداث الصادمة فيلاحظ أن المتوسط الحسابي أعلى لدى المرحلة العمرية الأكبر، ثم تليها مرحلة (31-40) ثم المرحلة العمرية (20-30)، أما بالنسبة للشعور بالوحدة والعزلة فقد كانت أعلى متوسط حسابي لدى المرحلة العمرية (41-50) تليها المرحلة العمرية (31-40)، وأقل منهما المرحلة (20-30)، وبالنسبة للشعور بانعدام الأمان فإن المرحلة العمرية (31-40) أعلى متوسط حسابي، تليها الفئة العمرية (20-30)، تليها المرحلة (41-50).

نتائج السؤال الفرعي الثالث:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الحالة الاجتماعية؟

تم فحص السؤال الفرعي الثالث تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (19.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل

الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير العمر

المجال	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك	أعزب/ عزباء	40	3.6000	2.16972
	متزوج/ة	254	3.4921	2.28544
	أرمل/ة	3	3.0000	1.73205
	مطلق/ة	2	4.5000	2.12132
الإهمال العاطفي في الأسرة	أعزب/ عزباء	40	3.6250	2.90612
	متزوج/ة	254	2.8465	2.63528

أرمل/ة	3	3.6667	3.78594
مطلق/ة	2	4.0000	.000000
أعزب/ عذباء	40	1.4500	1.06096
متزوج/ة	254	1.5748	1.00607
أرمل/ة	3	1.3333	.577350
مطلق/ة	2	1.5000	2.12132
أعزب/ عذباء	40	2.4250	1.50021
متزوج/ة	254	1.7205	1.49987
أرمل/ة	3	2.3333	1.52753
مطلق/ة	2	2.0000	1.41421
أعزب/ عذباء	40	.32500	.655840
متزوج/ة	254	.40550	.860260
أرمل/ة	3	.66670	1.15470
مطلق/ة	2	.00000	.000000
أعزب/ عذباء	40	11.4250	5.65634
متزوج/ة	254	10.0394	5.63642
أرمل/ة	3	11.0000	7.81025
مطلق/ة	2	12.0000	1.41421

يتبين من خلال الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمطلقين (12.0) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للعزباء (11.42)، ومن ثم للأرامل بمتوسط حسابي (11.0)، ومن ثم للمتزوجين بمتوسط حسابي (10.03).

ونلاحظ أن المتوسط الحسابي للمطلقين كان مرتفعاً، وأعلى درجة في متغيري التعرض لخبرات الإساءة في الطفولة والإهمال العاطفي، بينما كان منعدماً في متغير (الشعور بانعدام الأمان).

وكان المتوسط الحسابي لخبرات الإساءة في الطفولة والأحداث الصادمة أعلى المتوسطات الحسابية لعوامل الخطر الأسرية لدى المتزوجين.

أما لدى الأرمال فإن المتوسط الحسابي للشعور بانعدام الأمان والشعور بالوحدة والعزلة والإهمال العاطفي أعلى من متوسطات العوامل الأسرية الأخرى (خبرات الإساءة في الطفولة، والأحداث الصادمة).

أما الأعزب/ عزباء فقد كان المتوسط الحسابي للمتغيرات: الإهمال العاطفي والتعرض لخبرات الإساءة في الطفولة والشعور بالوحدة مرتفعاً أكثر من العوامل الأسرية الخطرة الأخرى: انعدام الشعور بالأمان والأحداث الصادمة.

نتائج السؤال الفرعي الرابع:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف عدد الأبناء؟

تم فحص السؤال الفرعي الرابع تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير فترة الزواج.

جدول (4 . 20): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير فترة الزواج

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	فترة الزواج	المجال
2.15344	3.6389	36	أعزب	التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك
1.93184	3.5116	43	أقل من سنتين	
2.08185	3.2603	73	من 3-10 سنوات	
2.45692	3.5986	147	11 سنة فأكثر	
2.92282	3.8333	36	أعزب	الإهمال العاطفي في الأسرة
2.73689	2.5581	43	أقل من سنتين	
2.58905	2.8630	73	من 3-10 سنوات	
2.62780	2.9252	147	11 سنة فأكثر	
1.05409	1.4444	36	أعزب	الأحداث الصادمة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	فترة الزواج	المجال
.959880	1.5349	43	أقل من سنتين	
.999810	1.4384	73	من 3-10 سنوات	
1.02572	1.6463	147	11 سنة فأكثر	
1.50132	2.5556	36	أعزب	الشعور بالوحدة والعزلة
1.48152	1.7442	43	أقل من سنتين	
1.36045	1.6164	73	من 3-10 سنوات	
1.55743	1.7687	147	11 سنة فأكثر	
.731930	.41670	36	أعزب	الشعور بانعدام الأمان في الأسرة
.908920	.46510	43	أقل من سنتين	
.983700	.41100	73	من 3-10 سنوات	
.758020	.36050	147	11 سنة فأكثر	
5.76084	11.8889	36	أعزب	الدرجة الكلية
5.50435	9.8140	43	أقل من سنتين	
5.44884	9.5890	73	من 3-10 سنوات	
5.71877	10.2993	147	11 سنة فأكثر	

يتبين من خلال الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للعزاب (11.88) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه لفترة الزواج 11 سنة فأكثر (10.29)، ومن ثم لأقل من سنتين بمتوسط حسابي (9.81)، ومن ثم من 3-10 سنوات بمتوسط حسابي (9.58).

ومن الملاحظ بأن المتوسط الحسابي في خبرات الإساءة في الطفولة والشعور بانعدام الأمان؛ أعلى لدى العزاب والمتزوجون لأكثر من 11 عاماً وبنتيجة متقاربة، وكانت المتوسطات الحسابية للإهمال العاطفي داخل الأسرة أعلى لدى العزاب، ومتقاربة لدى المتزوجون (3-10) سنوات والمتزوجون لأكثر من 11 عاماً، وكانت المتوسطات الحسابية أيضاً في متغير الأحداث الصادمة مرتفعة أكثر لدى المتزوجون لأكثر من 11 عاماً، أما المتوسطات الحسابية للشعور بالوحدة والعزلة كانت أعلى لدى العزاب، ومتقاربة لدى المراحل الزوجية الأخرى.

نتائج السؤال الفرعي الخامس:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف فترة الزواج؟

تم فحص السؤال الفرعي الخامس تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير عدد الأبناء.

جدول (21.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير

عدد الأبناء

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	عدد الأبناء	المجال
2.21144	3.3286	70	لا يوجد	التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك
1.90967	3.3056	36	طفل وحيد	
1.96508	3.4912	57	2-3 أطفال	
2.51124	3.6667	75	4-5 أطفال	
2.46228	3.6557	61	6 أطفال فأكثر	
2.82656	3.1571	70	لا يوجد	الإهمال العاطفي في الأسرة
2.83669	2.8056	36	طفل وحيد	
2.77102	3.0000	57	2-3 أطفال	
2.75995	3.2400	75	4-5 أطفال	
2.19550	2.4754	61	6 أطفال فأكثر	
1.04515	1.4571	70	لا يوجد	الأحداث الصادمة
.937320	1.2500	36	طفل وحيد	
.887820	1.5439	57	2-3 أطفال	
1.09742	1.7200	75	4-5 أطفال	
.998090	1.6557	61	6 أطفال فأكثر	
1.54437	2.1429	70	لا يوجد	الشعور بالعزلة بالوحدة
1.43731	1.6389	36	طفل وحيد	
1.43336	1.7368	57	2-3 أطفال	

1.67203	1.9600	75	4-5 أطفال	الشعور بانعدام الأمان في الأسرة
1.32422	1.4754	61	6 أطفال فأكثر	
.593270	.28570	70	لا يوجد	
.971010	.50000	36	طفل وحيد	
1.05340	.54390	57	2-3 أطفال	
.933460	.44000	75	4-5 أطفال	
.574500	.26230	61	6 أطفال فأكثر	
5.67264	10.3714	70	لا يوجد	الدرجة الكلية
5.61885	9.5000	36	طفل وحيد	
5.36908	10.3158	57	2-3 أطفال	
6.26223	11.0267	75	4-5 أطفال	
5.07151	9.5246	61	6 أطفال فأكثر	

يتبين من خلال الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعدد الأبناء من 4-5 أطفال (11.02) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للذين لا يوجد عندهم أبناء (10.37)، ومن ثم من 2-3 أطفال بمتوسط حسابي (10.31)، ومن ثم لـ 6 أطفال فأكثر بمتوسط حسابي (9.52)، يليه لطفل وحيد بمتوسط حسابي (9.5).

ومن الملاحظ بأن المتوسط الحسابي للتعرض لخبرات الإساءة في الطفولة كانت أعلى لدى الفئات التي لديها عدد أطفال، وأقل لدى من ليس لديهم أطفال أو طفل وحيد، أما الأحداث الصادمة فكانت المتوسط الحسابية لها أعلى لدى الفئات: (2-3)، (4-5)، (6 فأكثر)، بينما هي أقل لدى من لديهم طفل وحيد أو بدون أطفال، وكان المتوسط الحسابي للشعور بالوحدة والعزلة أعلى لدى من ليس لديهم أطفال ويليه من لديه (4-5) أطفال. أما عن الشعور بانعدام الأمان داخل الأسرة فكان المتوسط الحسابي أعلى لدى من لديهم: (2-3)، (4-5)، (طفل وحيد) أطفال، وأقل لمن ليس لديهم أطفال أو لديهم 6 أطفال فأكثر.

نتائج السؤال الفرعي السادس:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف المستوى التعليمي؟

تم فحص السؤال الفرعي السادس تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

جدول (22.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير المستوى التعليمي

المجال	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك	أقل من توجيهي	101	3.8119	2.29658
	توجيهي/دبلوم	116	3.3966	2.32521
	بكالوريوس	70	3.3571	2.12668
	دراسات عليا	12	2.9167	1.92865
الإهمال العاطفي في الأسرة	أقل من توجيهي	101	3.1683	2.48221
	توجيهي/دبلوم	116	2.8879	2.74344
	بكالوريوس	70	2.9286	2.95533
	دراسات عليا	12	2.2500	2.00567
الأحداث الصادمة	أقل من توجيهي	101	1.7327	1.04777
	توجيهي/دبلوم	116	1.6207	.974950
	بكالوريوس	70	1.3000	.983190
	دراسات عليا	12	.91670	.792960
الشعور بالوحدة والعزلة	أقل من توجيهي	101	2.0099	1.61552
	توجيهي/دبلوم	116	1.7069	1.52667
	بكالوريوس	70	1.7286	1.32885
	دراسات عليا	12	1.9167	1.50504
الشعور بانعدام الأمان في الأسرة	أقل من توجيهي	101	.56440	.963490
	توجيهي/دبلوم	116	.31900	.741320

70	.30000	.748910	بكالوريوس	الدرجة الكلية
12	.25000	.866030	دراسات عليا	
101	11.2871	5.54137	أقل من توجيهي	
116	9.9310	5.94281	توجيهي/دبلوم	
70	9.6143	5.24002	بكالوريوس	
12	8.2500	4.86406	دراسات عليا	

يتبين من خلال الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمستوى التعليمي لأقل من توجيهي (11.28) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للتوجيهي/الدبلوم (9.93)، ومن ثم للبكالوريوس بمتوسط حسابي (9.61)، ومن ثم للدراسات العليا بمتوسط حسابي (8.25).

ومن الملاحظ بأن المتوسطات الحسابية للتعرض لخبرات الإساءة في الطفولة والإهمال العاطفي والأحداث الصادمة والشعور بانعدام الأمان، أعلى لدى من هم أقل من (توجيهي) وأقل قيمة لدى من مستواهم التعليمي هو الدراسات العليا.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس:

مناقشة النتائج والتوصيات

5 . 1 مناقشة النتائج:

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، حول عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل، وعدد من التوصيات بناء على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة من معطيات.

5 . 1 . 1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما هو مستوى الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة من محافظة الخليل؟

بلغ عدد المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية (299) فرداً، وهو ما نسبته (57%) من العينة الأصلية، وترى الباحثة أن هذه النتيجة مرتفعة وتقدم مؤشراً قوياً على مدى انتشار الأعراض السيكوسوماتية بين أفراد المجتمع في محافظة الخليل، وتفسر أسباب الكثير من الأعراض والشكاوى الجسدية التي يعاني منها الأفراد دون وجود علاج طبي جسدي ينهي تلك الشكاوى، وقد يعود ذلك لأسباب تتعلق بظروف الأسرة وضغوطاتها المختلفة، ولأسباب أخرى خارج نطاق الأسرة، وذلك بفعل ظروف الشعب الفلسطيني ووقوعه تحت نير الاحتلال، وتعتيدات الحياة تحت هذه الظروف الاحتلالية، كما أن الجهل بأهمية الجانب النفسي في صحة الإنسان بشكل عام قد يقف وراء تفاقم هذه المشكلات الجسدية السيكوسوماتية، كما وترى الباحثة بأن هنالك ضعف في لجوء الأفراد إلى المراكز والمؤسسات التي تقدم العلاج النفسي والدعم الأسري بسبب الوصمة التي قد تلحق بهم، وعدم شعورهم بأهمية ذلك أيضاً.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة أبو حسين (2012) حيث وصلت نسبة الأعراض السيكوسوماتية إلى 60.4% لدى أفراد العينة، وتتفق مع دراسة (الشمري، 2014) حيث بلغت نسبة الأعراض السيكوسوماتية الشديدة 50.8%.

السؤال الفرعي الأول:

ما هي مستويات الإصابة بأنواع الأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة السيكوسوماتية في محافظة الخليل؟

بلغت نسبة المصابين بالأعراض النفسية 62.54%، تليها أعراض الجهاز العصبي 59.2%، تليها أعراض القلب والأوعية الدموية 47.1%، تليها أعراض الجهاز الهضمي 30.77%، تليها أعراض الجهاز التنفسي 26.75%، وآخرها الأعراض الجلدية 13%. وتتفق هذه النتائج كثيرا مع دراسة أبو حسين (2012) مع اختلاف نسب الإصابة، حيث كانت أكثرها إصابة أعراض البعد النفسي 65.5%، تليها أعراض الجهاز العصبي 63.9%، تليها أعراض القلب والأوعية الدموية 61.1%، تليها أعراض الجهاز الهضمي 60.6%، تليها أعراض الجهاز التنفسي 58.2%، وآخرها أعراض الجلدية 53.5%.

وتبين أيضا من الجدول (4 . 8) الوارد في هذه الدراسة بأن من أصيبوا بأعراض سيكوسوماتية لبعد واحد فقط بلغ عددهم (103) فردا، أي ما نسبته (34.45%) من أفراد العينة المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، بينما بلغ عدد المصابين ببعدين من الأعراض السيكوسوماتية (78) فردا، أي ما نسبته (26%) من أفراد العينة، بينما كان المصابون بثلاث أبعاد من الأعراض السيكوسوماتية بالتزامن بلغ عددهم (56) أي ما نسبته (18.7%) من أفراد العينة، وبلغ عدد المصابين بأربعة أبعاد من الأعراض السيكوسوماتية بالتزامن (33) فردا أي ما نسبته (11%) من أفراد العينة، وكان (19) فردا من أفراد العينة مصابون بخمسة أبعاد من أعراض السيكوسوماتية بالتزامن أي ما نسبته (6.35%)، أما من أصيبوا بستة أبعاد من الأعراض السيكوسوماتية فبلغ عددهم 10 أفراد أي ما نسبته (3.35%) من أفراد العينة المصابين بالأمراض السيكوسوماتية.

وترى الباحثة بأن الإصابة بأكثر من بعد واحد لدى أفراد العينة يعد مؤشرا على ارتفاع الأعراض السيكوسوماتية حيث بلغ عددهم 196 فردا، أي ما نسبته 65.55% من أفراد العينة، كما أنه كلما زاد عدد الأبعاد المصابة فإنه يزيد من الحاجة والضرورة لمتابعة الأفراد نفسيا وطبيا وتوفير الصحة المناسبة لهم، كما أن ارتفاع نسب أعراض الجهاز النفسي والعصبي والقلب والأوعية الدموية ومقاربة مستوى نسبة الإصابة بها إلى ما بين 50%-60% يحتاج إلى نظرة جادة للمصابين بهذه الأعراض، وهي نتيجة هامة في مجال الطب الجسمي، لتركيز اهتمام أكبر على تأثيرات الجانب النفسي على الأعراض التي يتردد أفرادها على العيادات بشكل عام، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الأعراض النفسية والعصبية مرتبطة بالضغوطات الحياتية بشكل عام، حيث أن الأعراض تتركز ما بين الشعور

بالضغط والاهتزاز من الداخل، والتوتر والرغبة في البكاء والضعف العام والوهن في الجسم .. الخ من الأعراض النفسية والعصبية والقلبية، ومؤثراتها من أعلى العوامل المنتشرة بين أفراد المجتمع في محافظة الخليل والمجتمع الفلسطيني بشكل عام، وذلك تبعاً لطبيعة الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الفلسطينيون ما بين العوامل الأسرية والعوامل الاجتماعية المحيطة، دون وجود وسائل تنفيس ملائمة وكافية لتلك الضغوطات، وبالتالي تحولها إلى أعراض سيكوسوماتية.

كما لاحظت الباحثة بأن أفراد العينة عند وصولهم إلى فقرات الأعراض السيكوسوماتية أثناء وضع استجاباتهم على الاستبانة، كانوا يبدون حالة تفاعل كبير، وشكوى بأنهم يعانون من أعراض كثيرة، ويبدؤون بالتساؤل حول الأسباب والعلاقات مع العوامل الأسرية، ويقولون: نعاني من أعراض ومشاكل صحية كثيرة، وكان واضح الجهل في إمكانية علاج هذه الأعراض باللجوء للعلاج النفسي أو المتابعة الأسرية.

السؤال الفرعي الثاني:

ما هو مستوى الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية لدى العينة الكلية حسب متغيرات الدراسة: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي؟

يتبين من الجدول (4 . 10) بأن نسبة الإناث المصابات بالأمراض السيكوسوماتية 59.4% من الإناث في العينة الأصلية، بينما بلغت نسبة الذكور 54.9%. وتتفق هذه النتيجة مع ما أوردته أبو حسين (2012) نقلاً عن الزراد (1984) بأن الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر شيوعاً لدى الإناث منها لدى الذكور، وتعود الباحثة هذه النتيجة إلى أن الإناث أكثر تفاعلاً مع العوامل الانفعالية وتأثراً بها؛ لطبيعة تقلباتهن الفسيولوجية، وطبيعة المسؤوليات الملقاة على عاتقهن ما بين تربية الأطفال والإنجاب دون وجود منافذ دعم أسري قوي لهن في أدوارهن، ومجالات للتعبير والتفيس عن ضغوطهن.

أما نسبة الأفراد الذين أعمارهم (20-30) بلغت نسبة المصابين بينهم 55.6%، وفي الفئة العمرية (31-40) بلغت نسبة المصابين 58.2%، أما أفراد الفئة العمرية (41-50) بلغت المصابين منهم 58.9%. وتختلف هذه النتيجة مع ما أوردته أبو حسين (2012) نقلاً عن الزراد (1984) بأن الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر شيوعاً بين الشباب والشابات بين عمر (20-40) سنة فأكثر من باقي مراحل العمر. وتعود الباحثة هذه النتيجة إلى تراكم الضغوطات مع مرور الوقت للفئات العمرية الأكبر، نتيجة تراكم أحداث الحياة، وبالتالي زيادة فرص التفيس بشكل أكبر مع تقدم العمر من خلال

الاضطراب السيكوسوماتي، كما أن تقدم العمر قد يحرم الفرد من وجود أفراد يتفهمون مشاعره وانفعالاته ورؤيته للحياة، وهذا يزيد أيضا من تراكم الانفعالات وتحولها لأعراض سيكوسوماتية. وفي متغير الحالة الاجتماعية بلغت نسبة المصابين من الأعزب/ عزباء 51.3%، والمتزوجون نسبتهم 57.9%، والأرامل والمطلقون بلغت نسبتهم 83.3%. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى صعوبة الوضع الاجتماعي للمطلقين والأرامل، وصعوبة تكيفهم الانفعالي والنفسي مع أوضاع حياتهم الجديدة، ووجود ضغط اجتماعي تجاههم، ونظرة غير راضية حول وضعهم الاجتماعي تتمثل في وصمة اجتماعية مرفوضة، كما أنهم محرومون من أشخاص داعمين يتفهمونهم، وبالتالي تراكمات انفعالية أعلى لديهم نتيجة لوضعهم الاجتماعي؛ مما يعني فرص أكبر للتحويلات السيكوسوماتية. كما أن الاختلاف بين المتزوجين والعزباء يعزى على الفارق في الأعباء والمسؤوليات الكبير الذي يلقي على المتزوجين بمجرد الارتباط بالشريك، مما يزيد من فرصة إصابتهم بالأعراض السيكوسوماتية.

وحسب متغير فترة الزواج؛ كانت نسبة الإصابة لدى فترة أقل من سنتين 51.2%، ومن 3-10 سنوات كانت النسبة 52.5%، و 11 سنة فأكثر 62.2%، ومن الملاحظ أن النتيجة فارقة لدى المتزوجون 11 سنة فأكثر، وازدادت المتوسطات للمصابين مع زيادة عدد سنوات الزواج، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى ازدياد الأعباء والمسؤوليات الحياتية، وتراكم العوامل الانفعالية لدى هذه الفئة ما بين عوامل أسرية وأخرى خارجية، دون وجود منافذ حياتية للتنفيس في المجتمع الخليي الذي هو جزء من المجتمع الفلسطيني، مع مسؤوليات أسرية ومتطلبات داخلية عالية، وصعوبة التنسيق والتوازن مع المهام الاجتماعية الخارجية، وبالتالي فرص أكبر لتحويلها إلى الأعراض الجسدية.

وحسب متغير عدد الأبناء بلغت نسبة الإصابة بين من ليس لديهم أطفال 54.3%، ومن لديهم طفل وحيد بلغت النسبة 52.2%، ومن لديهم 2-3 أطفال بلغت النسبة 58.2%، ومن لديهم 4-5 أطفال بلغت النسبة 59.5%، ومن لديهم أكثر من 6 أطفال بلغت النسبة 60.4%.

ومن الملاحظ بأن النسبة بالإصابة بالأعراض السيكوسوماتية كانت أكبر لدى من لديهم أطفال أكثر؛ وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن ازدياد عدد الأبناء يزيد من الأعباء والمسؤوليات والمهام الأسرية، وضغوطات التربية والاحتياجات الاقتصادية، مع صعوبة التوازن مع المجتمع في ظل هذه الأعباء، وبالتالي تراكم أعلى للانفعالات النفسية التي تتحول مع الوقت إلى أعراض جسدية سيكوسوماتية.

وحسب متغير المستوى التعليمي فكانت نسبة الإصابة بين الأفراد في المستوى أقل من توجيهي 64.3%، ولدى الأفراد ذوو المستوى دبلوم/ توجيهي 56%، ولدى الأفراد بكالوريوس 50.4%، ولدى الأفراد في مستوى الدراسات العليا 60%.

ومن الملاحظ ارتفاع النسبة لدى من هم أقل من توجيهي والدراسات العليا؛ وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي المتدني يؤدي إلى الجهل بمتطلبات الحياة وبفهم أساليب التفاعل المتوازن مع الظروف المتخلفة، كما وأنه يؤدي إلى ضعف النضج الانفعالي أيضا نتيجة لذلك الجهل، مما يجعل فرص إصابتهم بالتحولات السيكوسوماتية أعلى. أما ارتفاع هذا المستوى لدى الدراسات العليا فقد يكون مرتبطا بارتفاع مستوى الوعي الذي يضع صاحبه أمام مسؤوليات أكبر تجاه الأحداث والحياة المحيطة، وهذا بدوره سيرفع من مستوى تراكم الانفعالات الحياتية أكثر، وزيادة التحولات السيكوسوماتية لديه.

5 . 1 . 2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما هي عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية في محافظة الخليل؟

تبين من نتائج هذه الدراسة بأن عوامل الخطر الأسرية جاءت كالاتي:

خبرات الإساءة في الطفولة: متوسط حسابي (3.50) وبدرجة متوسطة.

الإهمال العاطفي داخل الأسرة: متوسط حسابي (2.96) وبدرجة ضعيفة.

التعرض للأحداث الصادمة: متوسط حسابي (1.55) وبدرجة متوسطة.

الشعور بالوحدة والعزلة: متوسط حسابي (1.82) وبدرجة ضعيفة.

الشعور بانعدام الأمان: متوسط حسابي (0.394) وبدرجة ضعيفة.

ومن الملاحظ بأن خبرات الإساءة في الطفولة، وتليها التعرض للأحداث الصادمة بدرجة متوسطة، ويليهما عامل الإهمال العاطفي داخل الأسرة، يليها الشعور بالوحدة والعزلة، ويليهما الشعور بانعدام الأمان، هو ترتيب تنازلي لهذه العوامل على التوالي لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.

وبشكل عام؛ فإن نظام الأسرة وطبيعتها الثقافية تفسر هذه النتيجة، مما سيتم توضيحه وتفسيره بالتفصيل في الأسئلة الفرعية.

وتفسر الباحثة انخفاض درجة الشعور بانعدام الأمان والشعور بالوحدة والعزلة داخل الأسرة بطبيعة البنية الأسرية الاجتماعية في محافظة الخليل التي تدعم هذه الجوانب، حيث يقدم نظام الأسرة وترابطها في محافظة الخليل وسيلة داعمة تقلل من نسبة الشعور بالوحدة والعزلة أو انعدام الأمان، وقد عبر عن ذلك العديد من أفراد العينة أثناء وضع استجاباتهم على فقرات انعدام الشعور بالأمان؛ حيث تساءلوا عن ضرورة وجود الفقرات كونها غير منطقية الحدوث في مجتمع الخليل. وفي المقابل كان هنالك ارتفاع لمتوسط خبرات الإساءة في الطفولة والتعرض للأحداث الصادمة، وترى الباحثة بأن متوسطات العوامل الثلاث الأولى الأعلى تحتاج للمزيد من الدراسات بشكل منفرد لها.

السؤال الفرعي الأول:

ما مدى وجود خبرات إساءة في الطفولة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لفقرات مجال التعرض لخبرات الإساءة في الطفولة داخل الأسرة جاء بدرجة متوسطة، حيث بلغ قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (3.50) وانحراف معياري (2.257). وقد حصل 40.5% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 38.8% على درجة متوسطة ونسبة 10.4% على درجة عالية، ونسبة 10.4% على درجة معدومة.

وتشير النتائج الواردة في الجدول رقم (4 . 12) أن فقرة واحدة جاءت بدرجة عالية و(4) فقرات جاءت بدرجة متوسطة وبدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل تعرضت للصراخ في وجهك أثناء طفولتك؟ " على أعلى متوسط حسابي (0.71)، يليها فقرة " هل تعرضت للشتم والإساءة الكلامية في طفولتك؟ " بمتوسط حسابي (0.55)، يليها فقرة " هل تعرضت للضرب أثناء طفولتك؟ " بمتوسط حسابي (0.54)، ثم تليها فقرة " هل تعرضت للدفع أو الركل من أسرتك في الطفولة؟ " بمتوسط حسابي (0.43). وحصلت الفقرة " هل تعرضت للتحرش الجنسي أثناء الطفولة؟ " على أقل متوسط حسابي (0.08)، يليها الفقرة " هل تعرضت للإهمال في الأسرة فترة طفولتك؟ " بمتوسط حسابي (0.23).

ومن الملاحظ أن أعلى أنواع الإساءة في الطفولة تكرر لدى عينة الدراسة هو الصراخ والشتم والإساءة الكلامية والضرب والدفع والركل، بينما فقرات الإهمال والحرمان والحصول على الحب أقل تكراراً؛ وتعزو الباحثة بأنه لا يوجد وعي أسري كافٍ بالتعاطي مع الأطفال والسلوك الأنسب في حال وجود ما لا يرضي الأهل في سلوكيات أطفالها، مع تشريع لعملية الضرب والإساءة كوسائل تربوية

تؤدب الطفل دون الوعي بالأساليب التربوية السليمة في هذه المواقف، وقد أبدى غالبية أفراد العينة استغرابهم من عدم وجود أفراد قد تعرضوا للضرب والاعتداء الجسدي والنفسي في طفولتهم، واعتبروا ذلك أمراً حتمياً الحدوث لدى الطفل؛ وهذا يفسره ثقافة المجتمع الخليلي الذي يميزه طابع "القسوة والشدّة" في التعامل، واستخدام الأساليب التربوية المسيئة مع الطفل، دون وجود وعي بأنها تؤذي الطفل ويحمل آثارها في حياته لاحقاً، كما أن هنالك ضعف في إدراك تأثير المراحل الأولى من حياة الطفل على بقية حياته؛ قد يصل أحياناً إلى الاستهجان من المجتمع. إن هذه الدرجة من الإساءة تؤثر على الأفراد ويحملون نتائجها وأنماطها الانفعالية لاحقاً إلى الرشد، وتخترن حتى يبدؤون بالتنفيس عنها خلال مواقفهم الجديدة بأنواع مختلفة من الأعراض السيكوسوماتية.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة سناء (2010) حول أكثر أنواع الإساءة في الطفولة التي كان من ضمنها: الطفل في خطر هو الطفل الذي يعيش وضعيات تهدد أمنه واستقراره، وهذه الوضعيات تمس جميع الجوانب الحياتية للطفل سواء أكانت داخلية (في الأسرة) أو خارجية، وبعض المشاكل العلائقية والاجتماعية. كما وتتفق مع نتائج دراسة أبو طيرة (1990) والتي خلصت إلى وجود ارتباط موجب بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية وكل من متغيرات الرفض والتشدد والإهمال في التنشئة الاجتماعية، ووجود ارتباط سالب بين هذه الارتباطات ومتغيرات التقبل والتسامح والاستقلال. كما وتتفق مع دراسة Zhang, et, al. (1992) التي توصلت إلى أن أفراد المجموعة التي تعاني من الاضطرابات السيكوسوماتية تزداد عندهم ضغوط الحياة وتكرارها وتأثير الأحداث العائلية والأحداث السالبة في الطفولة أكثر من المجموعة المصابة بالسرطان والمجموعة السليمة في الدراسة.

السؤال الفرعي الثاني:

ما مدى وجود إهمال عاطفي داخل الأسرة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟ أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لفقرات مجال الإهمال العاطفي داخل الأسرة جاء بدرجة منخفضة، حيث بلغ قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.96) وانحراف معياري (2.679). وقد حصل 42.5% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 21.7% على درجة متوسطة ونسبة 14% على درجة عالية، ونسبة 21.7% على درجة معدومة.

وتشير النتائج الواردة في الجدول رقم (4 . 13) أن فقرة واحدة جاءت بدرجة متوسطة و(9 فقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل يتقبل أفراد أسرتك أخطاءك وهفواتك مؤخرًا؟" على أعلى متوسط حسابي (0.38)، يليها فقرة " هل ينصت أفراد أسرتك لحديثك عن رغباتك أو همومك بشكل كافٍ مؤخرًا؟" والفقرة " هل تعاني من غياب طويل لرب الأسرة عن البيت مؤخرًا؟" بمتوسط حسابي (0.32). وحصلت الفقرة " هل تشعر بأهمية وجودك داخل أسرتك مؤخرًا؟" على أقل متوسط حسابي (0.19)، يليها الفقرة " هل تحصل على كلمات الحب والاهتمام بشكل كافٍ من قبل أفراد أسرتك مؤخرًا؟" بمتوسط حسابي (0.28).

ومن الملاحظ أن أعلى أنواع الإهمال العاطفي داخل الأسرة تكرر لدى عينة الدراسة هو عدم تقبل الأسرة للأخطاء وعدم الإنصات للحديث حول الرغبات والهموم، والغياب الطويل لرب الأسرة، وجاءت هذه الفقرات بدرجة متوسطة، وتعزو الباحثة بأن هذه الدرجة الكلية المنخفضة من الإهمال العاطفي إلى أن هناك شعور فعلي مرتفع بالاستقرار العاطفي لدى أفراد العينة؛ أو بأن الفقرات الثلاث التي جاءت بدرجة متوسطة هي ذات تأثير كبير على من يعانون منها، حيث أن حالة الغياب الطويل لرب الأسرة حالة متكررة لدى المجتمع الفلسطيني والذي تعد محافظة الخليل بأنها جزء منه، حيث يضطر رب الأسرة للسفر أو التوجه لمناطق أخرى من أجل العمل وجلب الرزق، أو بسبب اعتقال رب الأسرة أو استشهاد، كما أن هنالك ضعف في التواصل الأسري وتقبل أخطاء الآخر تعود إلى طبيعة الثقافة الاجتماعية في محافظة الخليل داخل الأسرة، وضعف أيضا في الحديث حول الرغبات والهموم وهذا يعود أيضا إلى طبيعة الثقافة الاجتماعية، وارتفاع مستوى الصلابة والتحمل المطلوب من الأفراد في حياتهم بسبب تكرار مشاهد اعتداءات الاحتلال، واعتبار رغبات الفرد وهمومه أمر يمكن بل ومفروض أن يتجاوزه الأفراد لوحدهم، وهذا أثر حتى على مستوى تواصل الفرد داخل أسرته وتقييمه لأهمية التعبير عن ذاته، وعن رغباته وهمومه والتنفيس عنها. وجميع العوامل السابقة هي عوامل مؤثرة قد تؤدي إلى تراكم التنبيه للاحتياجات النفسية والعاطفية، وبالتالي تراكم الانفعالات التي يتم التنفيس عنها بالاضطراب السيكوسوماتي.

كما تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن تأثير العوامل الأسرية الخطرة الأخرى من خبرات الإساءة في الطفولة والأحداث الصادمة هو أعلى من مجال (الإهمال العاطفي). وهذا يستدعي المزيد من الدراسات لتفسير تأثير العوامل العاطفية بشكل أدق.

وتختلف هذه النتائج مع دراسة حسين عبد المعطي (1989) التي خلصت إلى أن العلاقات الأسرية بالإضافة إلى عوامل أخرى ذكرتها الدراسة، كانت أهم الأحداث المؤثرة في المرضى النفسيين.

السؤال الفرعي الثالث:

ما مدى التعرض لأحداث صادمة مؤخراً لدى المصابين بالاضطرابات النفسية؟

أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لفقرات مجال التعرض لأحداث صادمة داخل الأسرة جاء بدرجة متوسطة، حيث بلغ قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (1.55) وانحراف معياري (1.013). وقد حصل 29.1% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 32.1% على درجة متوسطة ونسبة 20.7% على درجة عالية، ونسبة 18.1% على درجة معدومة.

وتشير النتائج الواردة في الجدول رقم (4 . 14) أن فقرة واحدة جاءت بدرجة عالية، وفقرتين جاءتا بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة " هل تعرضت لسماع خبر صادم لا زلت تذكره حتى اللحظة مؤخراً؟" على أعلى متوسط حسابي (0.67)، ويليهما فقرة " هل تعرضت لفقدان أحد المقربين خلال الفترة الأخيرة؟" بمتوسط حسابي (0.49). وحصلت الفقرة " هل تعرضت لحادث أثر على حالتك الصحية خلال الفترة الأخيرة؟" على أقل متوسط حسابي (0.40).

وتعزو الباحثة بأن هذه الدرجة الكلية المتوسطة من الأحداث الصادمة إلى الخلل التنظيمي النفسي والانفعالي المنفوق على حدوثه بسبب الأحداث الصادمة، وبالتالي عدم القدرة على الإصرار العقلي مع مرور الوقت كما أشار إليه مارتن (Martin, 1976, p125)، كما أن الأحداث الصادمة من الأمور التي يتوقع تعرض الأفراد لها عادة في مختلف مناحي الحياة، وتحديدًا الأسرية، حتى باختلاف الأماكن والثقافات، ويضاف إلى ذلك ارتفاع تعدد مظاهرها وصورها داخل المجتمع الفلسطيني وتحديدًا الخليل، التي تتعرض لأحداث قتل وإعدام للفلسطينيين بشكل كبير، مما قد يجعل كل أسرة على صلة بأسرة شهيد أو مصاب، كما تتعرض بيوتها لاقتحامات كثيرة، ويقطن في وسطها بؤرة استيطانية تؤثر على الحياة العامة فيها، عدا عن الأحداث السياسية المختلفة التي تؤثر عليها، وترفع من عدد الأحداث الصادمة التي تصل إلى معظم أسر الأفراد في محافظة الخليل. وتراكم انفعالات هذه الأحداث تتحول إلى أعراض سيكوسوماتية لاحقاً.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة أبو هين (2007) في تأثير الأحداث الصادمة على الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية، حيث توصلت إلى أن المراهقين الذين فقدوا أو تعرضوا شخصياً أو شاهدوا أحد أفراد الأسرة يتعرض أمامهم للتعذيب أو الضرب أو القتل ظهرت لديهم الاضطرابات النفس جسمية أكثر من العينة التي لم تتعرض لذلك. واتفقت أيضاً مع دراسة يسرى وأسماء (2014) حيث توصلت الدراسة إلى أنه كلما كانت الصدمات النفسية قوية في المراحل النمائية السابقة (الطفولة، المراهقة، والرشد)، وكلما كانت البنية النفسية هشة و دفاعاتها ضعيفة، كلما كانت مؤشراً قوياً للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. واختلفت هذه الدراسة مع دراسة الغصين (2010) حيث لم تجد الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذين عانوا فقدان لأحد أفراد العائلة وأقرانهم الذين لم يعانون في الأعراض السيكوسوماتية.

السؤال الفرعي الرابع:

ما مدى الشعور بالوحدة والعزلة لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لفقرات مجال الشعور بالوحدة والعزلة داخل الأسرة جاء بدرجة منخفضة، حيث بلغ قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (1.82) وانحراف معياري (1.512). وقد حصل 48.2% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 24.7% على درجة متوسطة ونسبة 5.4% على درجة عالية، ونسبة 21.7% على درجة معدومة.

وتشير النتائج الواردة في الجدول رقم (4 . 15) أن فقرتين جاءتا بدرجة متوسطة و(4 فقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل تفضل المكوث وحيدا بعيدا عن الآخرين مؤخرا؟" على أعلى متوسط حسابي (0.49)، يليها فقرة " هل تشعر وكأنك تعيش بمفردك مؤخرا؟" بمتوسط حسابي (0.36). وحصلت الفقرة " هل تشعر بأنك شخص غير مرغوب به بين من هم حولك مؤخرا؟" على أقل متوسط حسابي (0.18). يليها الفقرة " هل تشعر بأنك فرد فعال وذو قيمة في المجتمع مؤخرا؟" بمتوسط حسابي (0.21).

وتعزو الباحثة بأن هذه الدرجة الكلية المنخفضة من الشعور بالوحدة والعزلة إلى طبيعة التآزر والترابط الاجتماعي داخل أسر مجتمع محافظة الخليل، وبالتالي قلة تأثير هذا المجال على الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية، وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج خويطر (2010)، حيث أنها خلصت

إلى أن درجة الوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) بمدينة غزة كانت متوسطة وهي 61.17%.

السؤال الفرعي الخامس:

ما مدى الشعور بفقدان الأمان داخل الأسرة مؤخراً لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية؟ أظهرت النتائج بأن الدرجة الكلية لفقرات مجال الشعور بانعدام الأمان داخل الأسرة جاء بدرجة منخفضة، المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (0.394) وانحراف معياري (0.834). وقد حصل 18.7% من أفراد العينة على درجة منخفضة، ونسبة 3.7% على درجة متوسطة ونسبة 1% على درجة عالية، ونسبة 76.6% على درجة معدومة.

وتشير النتائج في الجدول رقم (4 . 16) بأن جميع الفقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " هل تتعرض للشتم والإساءة الكلامية داخل أسرتك مؤخراً؟" على أعلى متوسط حسابي (0.15)، يليها فقرة " هل تعرضت حياتك أو مقربين منك للتهديد مؤخراً؟" بمتوسط حسابي (0.13). وحصلت الفقرة " هل تتعرض لتحرشات جنسية من أحدهم في أسرتك مؤخراً؟" على أقل متوسط حسابي (0.04). يليها الفقرة " هل تتعرض للعنف الجسدي (الضرب) في أسرتك مؤخراً؟" بمتوسط حسابي (0.08).

ومن الملاحظ بأن التعرض لأحداث غير آمنة داخل نطاق الأسرة منخفضاً، وتعزو الباحثة بأن هذه الدرجة المنخفضة من الشعور بانعدام الأمان داخل الأسرة إلى طبيعة نظام الترابط الأسري الاجتماعي الداعم للأفراد في محافظة الخليل، ووجود قوانين أسرية عميقة بتوفير الحماية للأسرة من المحيط الخارجي، وقلة أحداث الاعتداء من المحيط الداخلي، وتتوقع الباحثة عمق أكبر لتأثير أحداث انعدام الأمان داخل الأسرة رغم قلة تكرارها بين أفراد العينة. وتتفق هذه النتائج مع دراسة خويطر (2011) حيث توصلت إلى أن المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) تشعر بمستوى مرتفع نسبياً من الأمن النفسي. واختلفت مع دراسة الزهرة (2010) التي توصلت إلى أن تعرض المرأة للعنف الأسري بشكل متكرر وشديد يؤدي إلى إصابتها باضطرابات سيکوسوماتية مختلفة، ومتفاوتة الشدة من حالة إلى أخرى.

5 . 1 . 3 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فترة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي؟

وستتم مناقشة نتائج هذا السؤال من خلال نتائج الأسئلة الفرعية كالآتي:

السؤال الفرعي الأول:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف الجنس؟

تبين خلال هذه الدراسة بأن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للذكور (10.35) أعلى من الإناث (10.14). وكان الذكور أكثر تعرضاً للإساءة في الطفولة داخل الأسرة، والأحداث الصادمة، والشعور بانعدام الأمان، بينما كان الإناث أكثر تعرضاً للإهمال العاطفي في الأسرة، والشعور بالوحدة والعزلة. وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى طبيعة ثقافة المجتمع في تربية الذكور والأساليب التي تتبع معهم، حيث تتسم بشيء من القسوة وتحمل المسؤولية بشكل أكبر، وارتفاع العوامل الأخرى لدى الإناث لحاجتهن الأكبر للاهتمام العاطفي ومشاركة أحداثهم اليومية أكثر من الذكور؛ وبالتالي تأثير أعلى لديهن من جهتها على الإصابة بالأعراض السيکوسوماتية.

السؤال الفرعي الثاني:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف العمر؟

حسب متغير العمر، تبين بأن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعمر من 31-40 سنة (10.51) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للعمر من 20-30 سنة (10.25)، ومن ثم من 41-50 سنة بمتوسط حسابي (9.90).

ومن الملاحظ أن التعرض للإساءة في الطفولة لدى الفئة العمرية (31-40) أعلى متوسط حسابي، تليها الفئة العمرية (41-50)، ثم تليها الفئة العمرية (20-30).

وتعزو الباحثة ذلك إلى تغير مستوى النضج لدى الأفراد وقدرتهم على التكيف، وإدراكهم لتأثير الإساءة في الطفولة عليهم وإدراك قيمتها، حيث أن المرحلة العمرية (20-30) لا يدرك فيها الفرد

تأثير طفولته على الحاضر، بل لا يهتم لذلك، ثم يرتفع هذا النضج والوعي في مرحلة (31-40)، ويصبح الفرد مدركا لما حصل معه، وغالبا يكون لديه أطفال ويستطيع إدراك عالم الطفولة وتأثيراتها وأساليب الوالدية فيها أكثر، وبالتالي يمكنه أن يستجيب بشكل واعي ودقيق حول كل ما حصل في طفولته، ثم يقل هذا الشعور بالإساءة في مرحلة الطفولة بعد أن يتجاوز عمر 40 عاما، ويتجاوز تركيزه عليها نتيجة لارتفاع النضج وقدرته على تجاوز هذه الإساءات.

وتعاني الفئة العمرية (31-40) من متوسط حسابي للإهمال عاطفي أعلى، تليها الفئة العمرية (20-30)، بينما تعاني المرحلة العمرية (41-50) من إهمال عاطفي أقل.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الفئة العمرية الأكبر تصبح أكثر قدة على تلبية رغباتها واهتماماتها العاطفية وتقبل الآخرين، وتتغير طبيعة هذه الاهتمامات العاطفية قليلا، وتقل هذه القدرة كلما قل العمر بشكل عام، وتعتبر المرحلة (20-30) فترة أفضل عاطفيا للأفراد حيث مسؤوليات أسرية وحجم للأسرة أقل منها في مرحلة (31-40)، بينما هنالك تركيز أعلى في المرحلة (31-40) على تلبية الاحتياجات العاطفية مع وجود معيقات أسرية تعرقل ذلك.

أما الأحداث الصادمة فيلاحظ أن المتوسط الحسابي أعلى لدى المرحلة العمرية الأكبر، ثم تليها مرحلة (31-40) ثم المرحلة العمرية (20-30)، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى تراكم الأحداث بتقدم العمر وبالتالي أن تكون الأحداث الصادمة أكثر لدى الأعمار الأكبر.

أما بالنسبة للشعور بالوحدة والعزلة فقد كانت أعلى متوسط حسابي لدى المرحلة العمرية (41-50) تليها المرحلة العمرية (31-40)، وأقل منهما المرحلة (20-30)، وتعزو الباحثة ذلك أيضا إلى طبيعة المرحلة العمرية التي قد تصل بالشخص إلى الشعور بالوحدة، حيث أن الفرد يقل شعوره بوجود أشخاص داعمين له مع ازدياد في همومه ورغبته في الإنصات له من قبل الآخرين والتواصل معهم. كما أن المشاغل تزداد للفئات العمرية الأكبر وبالتالي يقل التواصل بينهم وبين أفراد أسرته، وتتغير أيضا اهتماماتهم، مما يرفع من شعورهم بالوحدة فيمن يشاركونهم ما يهمهم.

وبالنسبة للشعور بانعدام الأمان فإن المرحلة العمرية (31-40) أعلى متوسط حسابي، تليها الفئة العمرية (20-30)، تليها المرحلة (41-50).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى حجم المسؤولية الكبير في الحياة، والتداخل بين أعباء كثيرة لدى الفئة العمرية (31-40) وبالتالي التعرض لمواقف يشعرون فيها بانعدام الأمان أكثر، بينما تتميز الفئة العمرية الأكبر بنضج أعلى وبالتالي قدرة أكبر على التعامل مع تقلبات الحياة وحماية أنفسهم.

السؤال الفرعي الثالث:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف الحالة الاجتماعية؟

تبين في متغير الحالة الاجتماعية أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمطلقين (12.0) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للعزباء (11.42)، ومن ثم للأرامل بمتوسط حسابي (11.0)، ومن ثم للمتزوجين بمتوسط حسابي (10.03). ومن الملاحظ أن المتوسط الحسابي للمطلقين كان مرتفعاً، وأعلى درجة في متغيري التعرض لخبرات الإساءة في الطفولة والإهمال العاطفي، بينما كان منعماً في متغير (الشعور بانعدام الأمان). وكان المتوسط الحسابي لخبرات الإساءة في الطفولة والأحداث الصادمة أعلى المتوسطات الحسابية لعوامل الخطر الأسرية لدى المتزوجين. أما لدى الأرامل فإن المتوسط الحسابي للشعور بانعدام الأمان والشعور بالوحدة والعزلة والإهمال العاطفي أعلى من متوسطات العوامل الأسرية الأخرى (خبرات الإساءة في الطفولة، والأحداث الصادمة). أما الأعزب/عزباء فقد كان المتوسط الحسابي للمتغيرات: الإهمال العاطفي والتعرض لخبرات الإساءة في الطفولة والشعور بالوحدة مرتفعاً أكثر من العوامل الأسرية الخطرة الأخرى: انعدام الشعور بالأمان والأحداث الصادمة.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة خويطر (2010) فيما يتعلق بالمطلقين، وتختلف بالنتيجة الخاصة بالأرامل، حيث توصلت دراستها إلى نتائج مفادها أن المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) تشعر بمستوى مرتفع نسبياً من الأمان النفسي، وأوضحت النتائج أن درجة الوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) بمدينة غزة كانت متوسطة وهي 61.17%.

وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى ظروف المطلقين والأرامل كفئة اجتماعية تعاني من ضعف القبول والاهتمام بها، وإلى شعور أعلى لديهم بالإساءة، وبالتالي تأثير هذه العوامل على انفعالاتهم وتحولها إلى أعراض سيکوسوماتية.

السؤال الفرعي الرابع:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف عدد الأبناء؟

في دراسة متغير عدد الأبناء، فقد تبين أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعدد الأبناء من 4-5 أطفال (11.02) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للذين لا يوجد عندهم أبناء (10.37)، ومن ثم من 2-3 أطفال بمتوسط حسابي (10.31)، ومن ثم لـ 6 أطفال فأكثر بمتوسط حسابي (9.52)، يليه لطفل وحيد بمتوسط حسابي (9.5). ومن الملاحظ بأن المتوسط الحسابي للتعرض لخبرات الإساءة في الطفولة كانت أعلى لدى الفئات التي لديها عدد من الأطفال، وأقل لدى من ليس لديهم أطفال أو طفل وحيد، أما الأحداث الصادمة فكانت المتوسط الحسابية لها أعلى لدى الفئات: (2-3)، (4-5)، (6 فأكثر)، بينما هي أقل لدى من لديهم طفل وحيد أو بدون أطفال، وكان المتوسط الحسابي للشعور بالوحدة والعزلة أعلى لدى من ليس لديهم أطفال ويليه من لديه (4-5) أطفال. أما عن الشعور بانعدام الأمان داخل الأسرة فكان المتوسط الحسابي أعلى لدى من لديهم: (2-3)، (4-5)، (طفل وحيد) أطفال، وأقل لمن ليس لديهم أطفال أو لديهم 6 أطفال فأكثر.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مسؤولية حجم الأسرة المرتبط بعدد الأبناء يرفع من مستوى تأثير العوامل الانفعالية المختلفة على الفرد، وبأن من لديهم (4-5)، (2-3) أطفال، هم ممن يتحملون أعباء أسرية أكبر ممن ليس لديهم أطفال أو ممن لديه طفل وحيد أو 6 أطفال فأكثر، حيث أن من لديهم 6 أطفال فأكثر غالباً ممن تجاوز أبناءهم مراحل الطفولة وقلت مسؤولياتهم. وتتركز معظم العوامل الخطرة لدى الأسرة ذات عدد الأطفال (2-5) أطفال، وهي مرحلة تكون فيها مراحل الطفولة الأولى للأبناء، مع أعباء احتياجات أكبر منها لدى الفئات الأخرى، ويرافق هذه المسؤوليات وهذا الحجم الأسري إدراك أعلى للأحداث وبالتالي تفاعل انفعالي أكبر يرافقها، مما يزيد من فرصة تحولها لأعراض سيكوسوماتية.

السؤال الفرعي الخامس:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف فترة الزواج؟

حسب متغير فترة الزواج، فقد تبين أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للعزاب (11.88) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه لفترة الزواج 11 سنة فأكثر (10.29)، ومن ثم لأقل من سنتين بمتوسط حسابي (9.81)، ومن ثم من 3-10 سنوات بمتوسط حسابي (9.58). ومن الملاحظ بأن المتوسط الحسابي في خبرات الإساءة في الطفولة والشعور بانعدام الأمان؛ أعلى لدى العزاب والمتزوجون لأكثر من 11 عاماً وبنتيمة مقارنة، وكانت المتوسطات الحسابية للإهمال العاطفي داخل الأسرة أعلى لدى العزاب، ومقارنة لدى المتزوجون (3-10) سنوات والمتزوجون لأكثر من 11 عاماً، وكانت المتوسطات الحسابية أيضاً في متغير الأحداث الصادمة مرتفعة أكثر لدى المتزوجون لأكثر من 11 عاماً، أما المتوسطات الحسابية للشعور بالوحدة والعزلة كانت أعلى لدى العزاب، ومقارنة لدى المراحل الزوجية الأخرى.

وتعزو الباحثة النتيجة المرتبطة بالعزاب إلى أن الزواج يقلل من تأثير بعض العوامل السلبية على الفرد، مثل الإهمال العاطفي والشعور بالوحدة والعزلة والشعور بانعدام الأمان، وهذه العوامل لدى العزاب مما يجعلهم أفراداً معرضين أكثر للتأثر بتلك العوامل، أما عن المتزوجون 11 سنة فأكثر، فإنهم أيضاً أكثر تراكمًا لتأثير العوامل المختلفة، وهذا يجعلهم أكثر عرضة لتحول الانفعالات الناتجة عن تراكم تلك العوامل إلى أعراض سيکوسوماتية.

السؤال الفرعي السادس:

ما مدى الاختلاف بين عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالاضطرابات السيکوسوماتية باختلاف المستوى التعليمي؟

في دراسة متغير المستوى التعليمي تبين أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمستوى التعليمي لأقل من توجيهي (11.28) حصل على أعلى متوسط حسابي، يليه للتوجيهي/الدبلوم (9.93)، ومن ثم للبكالوريوس بمتوسط حسابي (9.61)، ومن ثم للدراسات العليا بمتوسط حسابي (8.25). ومن الملاحظ بأن المتوسطات الحسابية للتعرض لخبرات الإساءة في الطفولة والإهمال العاطفي والأحداث

الصادمة والشعور بانعدام الأمان، أعلى لدى من هم أقل من (توجيهي) وأقل قيمة لدى من مستواهم التعليمي هو البكالوريوس والدراسات العليا، وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى تأثير مستوى التعليم والوعي على التفاعل المتوازن مع أحداث الحياة الأسرية الذي يزداد بازدياد المستوى التعليمي بفرق واضح، وخطورة تأثير الجهل على الأسرة وانعكاس أحداثها على غير المتعلمين، وبالتالي تحول هذه الانعكاسات السالبة للعوامل الأسرية إلى انفعالات متراكمة تتحول إلى أعراض سيكوسوماتية.

خلاصة:

من خلال استعراض نتائج الدراسة، كان من الواضح مدى انتشار الأعراض السيكوسوماتية بين أفراد العينة بنسبة بلغت 57% من العينة، كما تبين وجود مؤشر لأثر عوامل الخطر الأسرية المختلفة على الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية، ومن الواضح بالنسبة للباحثة بأن تراكم أحداث ترتبط بالعوامل الأسرية الخطرة، مع قلة القدرة على التوازن الانفعالي والتكيف مع تلك الأحداث والتكيف منها، نتيجة للجهل، أو ضعف الإدراك والنضج لإدارة المواقف الأسرية المختلفة، ووجود جهل في تأثير خبرات الإساءة في الطفولة على حياة الفرد وكيفية إدارة وتربية الطفل، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية السيئة المختلفة، وتنوع حجم المسؤوليات داخل الأسرة، وبالتالي تنوع المتطلبات الملقة على عاتق الأفراد، وضعف القدرة في التعبير عن الاحتياجات والرغبات والتواصل الداعم مع الآخرين داخل الأسرة، جميعها تتحول إلى تراكمات انفعالية تتحول لاحقا إلى أعراض سيكوسوماتية بأنواع مختلفة من الأعراض.

5 . 2 ملاحظات حول مجريات تطبيق هذه الدراسة:

- 1- تبين لدى الباحثة حب كبير من أفراد العينة لتعبئة الاستبانة، واهتمام واضح بها إلى درجة مناقشة الكثيرين للعنوان مع الباحثة، وحب للاطلاع على النتائج لاحقاً. حيث أن فقرات الاستبانة كانت تمس حياة أفراد العينة بشكل مباشر ومؤثر، وهذا مما شجع الباحثة على الاستمرار أكثر في جمع العينة.
- 2- لاحظت الباحثة جهلاً بيناً في تأثير خبرات الإساءة في الطفولة على حياة الفرد أثناء جمع العينة، حالات استنكار واستغراب لأسئلتها، وبأن الطبيعي لدى الأفراد بشكل عام هو التعرض للضرب والأذى، وهذا كان مؤشراً على ارتفاع هذا العامل لديهم.
- 3- لاحظت الباحثة أيضاً استغراب من فقرات الشعور بانعدام الأمان وبأنها غير مرتبطة بالدراسة من قبل أفراد العينة، وهذا كان مؤشراً واضحاً على أن هذا العامل منخفض في محافظة الخليل حسب توقع الباحثة.

5 . 3 التوصيات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية توصي الباحثة:

- تدريب وتأهيل الأطباء في المرافق الصحة الحكومية والعيادات الخاصة على برامج تدخل مهنية مع المرضى المصابين بهذا الاضطراب، وتحويلهم للعلاج النفسي وقت الحاجة.
- سن وتشريع قانون يجيز خدمة الأخصائي النفسي والمرشد النفسي، وجعلها مهنة رسمية ضمن إطار الخدمات الطبية، لتسهيل ودعم مهمته في تقديم العلاج النفسي للمرضى.
- تصميم برامج لتدريب الوالدين على استخدام أساليب التربية السليمة في مراحل الطفولة المختلفة، وتوعيتهم بخطورة الإساءة للطفل على حياته لاحقاً.
- تصميم برامج توعية لبناء نظام أسري قائم على العلاقات الداعمة والأمنة.
- تصميم برامج توعية في إدارة المشاعر والأزمات للتعامل مع أحداث الحياة الصعبة والصادمة.
- توعية المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية بنوع مرضهم، وأهمية توجيههم لتلقي المساعدة والدعم النفسي للتخلص من معاناتهم الجسدية.
- نشر التوعية في المجتمع بكافة الوسائل حول أهمية الجانب النفسي في العلاج الجسدي على مستوى الأفراد والباحثين في ميدان الصحة والحكومة.
- إجراء المزيد من الدراسات حول عوامل الخطر الأسرية من حيث: أنواعها، مستوياتها، وانتشارها بشكل أكثر تفصيلاً.
- إجراء المزيد من الدراسات حول الأمراض السيكوسوماتية، من حيث انتشارها، ومستوى الوعي المجتمعي بها، والعلاقة بينها وبين المزيد من المتغيرات، من أجل إدراك أكبر لطبيعة هذه الأمراض، وإثراء المكتبات العربية بهذه الدراسات بشكل أفضل.

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع العربية:

- أبو جابر، ماجد؛ علاء الدين، جهاد؛ عكروش، لبنى؛ الفرّح، يعقوب (2009). إدراكات الوالدين لمشكلة إهمال الأطفال والإساءة إليهم في المجتمع الأردني، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد5، عدد1، 15-44.
- أبو حسين، سناء محمد إبراهيم (2012). الصلابة النفسية والأمل وعلاقتهما بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، غزة، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- أبو هين، فضل (2007). التعرض للخبرات الصادمة وعلاقته بالاضطرابات النفس جسمية لدى الفتيان الفلسطينيين: دراسة للصدّات النفسية التي تلت اجتياح بيت حانون. كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة.
- إسماعيل، أحمد السيد محمد (2001). الفروق في إساءة المعاملة وبعض متغيرات الشخصية بين الأطفال المحرومين من أسرهم وغير المحرومين من تلاميذ المدارس المتوسطة بمكة المكرمة. مجلة دراسات نفسية، المجلد الأول، العدد 24، ص 266 - 297.
- أمين، سهى أحمد (1999). المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال (التشخيص والعلاج). دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- باصويل، أمل بنت أحمد بن عبد الله (1429هـ). التوافق الزوجي وعلاقته بالإشباع المتوقع والفعلّي للحاجات العاطفية المتبادلة بين الزوجين. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
- بلمهيوب، كلثوم (2006). الاستقرار الزوجي. سلسلة دراسات منشورة في الحبر، الجزائر.
- بيومي، محمد أحمد (2002). الأسرة والمجتمع. دار المعرفة الجامعية.

- جاد الحق، منى عبد الطيف عبد الحميد (2005). قصور الرعاية الاجتماعية وعلاقته بالاضطرابات السيکوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.
- جان، نادية سراج محمد (2016). الرضا الزوجي وعلاقته بالتواصل العاطفي وعدد سنوات الزواج وعدد الأبناء والمرحلة العمرية للأبناء. دراسة منشورة، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد (5)، العدد (9).
- الجلبي، سوسن شاكر (2003). آثار العنف وإساءة معاملة الطفل على الشخصية المستقبلية. دراسة غير منشورة في زمن الحصار الاقتصادي والحروب على العراق، كلية التربية، جامعة بغداد.
- حسن، محمد علي (1970). علاقة الوالدين بالطفل وأثرها على جناح الأحداث. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- حسنين، عائدة عبدالهادي (2004). الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- حمادة، محمد (2003). دراسة لبعض العوامل المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية لدى المتقاعدين من معلمي القطاع الحكومي ووكالة الغوث. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- خضر، علي السيد؛ والشناوي، محمد محروس (1988). الشعور بالوحدة والعلاقات الاجتماعية المتبادلة: رسالة الخليج العربي، العدد 25: 119-148.
- الخصري، جهاد (2003). الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظة غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية ومتغيرات أخرى. رسالة ماجستير لكلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

- الخولي، سناء (1983). الزواج والعلاقات الأسرية. دار النهضة العربية للطباعة والنشر، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.
- خويطر، وفاء حسين علي (2010). الأمن النفسي و الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (2017). ترجمة أنور الحمادي.
- زهران، حامد عبد السلام (1988). الأمن النفسي دعامة أساسية للأمن القومي العربي والعالمي. ندوة الأمن القومي العربي، اتحاد التربويين العرب، بغداد.
- زهران، حامد (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3، عالم الكتب، القاهرة.
- الزهرة، ریحاني (2010). العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيکوسوماتية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، مدينة بسكرة، الجزائر.
- سناء، عبيدي (2010). العوامل الأسرية التي تجعل الطفل في خطر دراسة ميدانية لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة منتوري قسنطينة.
- السيد، ابراهيم جابر (2013). التفكك الأسري الأسباب والمشكلات وطرق علاجها. دار التعليم الجامعي، ط1، الاسكندرية.
- سي موسى، عبد الرحمن؛ زقار، رضوان (2002). الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق (نظرة الاختبارات الاسقاطية)، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة، ط1، الجزائر.
- شقير، زينب محمد (2000). الشخصية السوية والمضطربة. مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

- الشمري، محمد بجل منور (2014). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأعراض السيكوسوماتية. رسالة ماجستير غير منشورة . جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الإدارية والاجتماعية، الرياض.
- الشيرازي، السيد محمد الحسيني (1992). الاجتماع. ج2، دار العلوم، بيروت.
- الصايغ، ليلي (2001). الإساءة: مظاهرها وأشكالها وأثرها على الطفل. ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر نحو بيئة خالية من العنف من للأطفال العرب. مركز حماية الطفل، عمان، الأردن، ص 1 - ص13.
- الصنيع، صالح (1995). دراسات في التأصيل الإسلامي لعلم النفس، الرياض. دار عالم الكتب.
- الطلاع، عبد الرؤوف (2000). الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الاسرائيلية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة شمس، قسم الصحة النفسية، القاهرة.
- عبد الباقي، سلوى (2002). موضوعات في علم النفس الاجتماعي. مركز الإسكندرية.
- عبد الحكيم، أكمل (2012). مفهوم المرض وأهمية عوامل الخطر، جريدة الاتحاد.
<http://www.alittihad.ae/wajhatdetails.php?id=68150>
- عبد الرحمن، محمد السيد (1998). دراسات في الصحة النفسية، الجزء الأول، دار الرقباء للطباعة والنشر، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- عبد السلام، فاروق (1970). القيم وعلاقتها بالأمن النفسي. مجلة كلية التربية، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة، ص 119-136.

- العبد الغفور، فوزية يوسف؛ إبراهيم، معصومة أحمد (1998). أساليب التنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة عند الأسرة الكويتية. *المجلة العربية للعلوم الإنسانية*، العدد (64)، ص 55-96.
- عبد الكريم، عزة مبروك (2003). سوء معاملة الكبار: الأسباب والنتائج. دراسة منشورة، *مجلة دراسات نفسية*، المجلد الثالث عشر، العدد الرابع والثلاثون.
- عبدالمجيد، السيد (2011). الأمن النفسي - المؤثرات والمؤشرات. *مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر*، ج 1 (145)، 290 - 302.
- عكاشة، احمد (1989). *الطب النفسي المعاصر*، ط8، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- العيسوي، عبد الرحمن (2002). *الوجيز في علم النفس العام*. ط1، دار المعرفة الجامعية.
- مرسى، كمال إبراهيم (1995). *العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس*. الطبعة الثانية، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
- المزروع، ليلي (2003). فعالية برنامج إرشادي لتنمية المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى. *مجلة الإرشاد النفسي*، العدد (6).
- المسحر، ماجدة أحمد حسن (2007). *إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة كما تدركها طالبات الجامعة وعلاقتها بأعراض الاكتئاب*. دراسة لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس، جامعة الملك سعود.
- معتوق، سهام (2012). *إساءة المعاملة الوالدية وعلاقتها بالسلوك العدواني لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة المسيلة، المسيلة.

- معمريّة، بشير (2007). خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية في مرحلة الرشد المبكر (دراسة ميدانية على عينة من الشباب). *مجلة شبكة العلوم النفسية*، (13)، ص 96 - 113.
- منظمة الصحة العالمية (2016). *مجلة وقائع*، رقم 356، *عنف الشباب*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/ar>
- المومني، فواز أيوب؛ عمارين، سلام لافي (2016). الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية والديموغرافية. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، مجلد 12، عدد 3، ص 287-302.
- المومني، فواز أيوب؛ الفريحات، إسراء جبر (2016). القدرة التنبؤية لبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية بحدوث الاضطرابات السيکوسوماتية لدى اللاجئين السوريين. *المجلة الاردنية للعلوم الاجتماعية، عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية*، المجلد 9، العدد 3، ص 305-321.
- النابلسي، محمد أحمد (1991). *الصدمة النفسية - علم نفس الكوارث والحروب*. دار النهضة، بيروت.
- النيال، مایسة (1993). بناء مقياس الوحدة النفسية ومدى انتشارها لدى مجموعات عمرية متباينة من أطفال المدارس بدولة قطر. *مجلة علم النفس*، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (25)، ص 102 - 117.
- ونوغي، فطیمة (2014). أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة من خلال تطبيق اختبار MMPI2. دراسة لنيل شهادة الدكتوراة في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، مدينة بسكرة.

- ياسين، محمد ؛ الموسوي، حسن ؛ الزامل، محمد (2000). إساءة معاملة طفل ما قبل المدرسة وخصائصه النفسية، دراسة عبر ثقافية بين المجتمع الكويتي والمصري. *المجلة التربوية*، جامعة الكويت، العدد الخامس والخمسون، المجلد الرابع عشر، ص 31 - ص 75.
- يسرى، فرحات؛ أسماء، بركة (2014). أثر الصدمات النفسية في حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى القصور الكلوي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

المراجع الأجنبية:

- Gilbert, Neil (1997). **Combating child abuse, international perspective, and Trends**. New York, Oxford, Oxford university Press.
- Ilva Elena Schulte, Franz Petermann (2011). **Familial Risk Factors for the Development of Somatoform Symptoms and Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review**.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10578-011-0233-6>
- Lynch, J. (1977). **The broken heart. The Medical Consequences of Loneliness**, New York.
- Martin, Seligman (1976). **Learned Helplessness Theory, the American psychologist**
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E.. (2009). Youth Government (2009). **Risk & Protective Factors**.
<https://youth.gov/youth-topics/youth-mental-health/risk-and-protective-factors-youth>
- Pearce, John; Pezzot, Terry; Pezzot, Pearce (1996). **Psychotherapy of abused and Neglected child. The Guilford**, New York, London.

- Wasserman et al., (2003). **Risk and Protective Factors Of Child Delinquency.**

<https://www.ncjrs.gov/html/ojjdp/193409/page2.html>

الملاحق

ملحق (1): أسماء المحكمين:

الرقم	اسم المحكم	التخصص	الجامعة
1.	د. توفيق سلمان	طبيب نفسي	بيت لحم
2.	د. إبراهيم خميس	طبيب نفسي	مستشفى الأمراض العصبية والنفسية
3.	د. نجاح الخطيب	الصحة النفسية	جامعة القدس
4.	د. إياد العزة	طبيب نفسي	مركز حلول للصحة النفسية
5.	د. عمر الريماوي	علم النفس الإكلينيكي	جامعة القدس
6.	أ.د. جمال أبو مرق	علم النفس	جامعة الخليل
7.	د. حافظ عمرو	علم النفس	جامعة الخليل
8.	د. قتيبة اغبارية	علم النفس الإكلينيكي	جامعة النجاح
9.	د. سيزر حكيم	علم النفس الإكلينيكي	مركز إرشاد الأسرة والطفل
10.	د. حاتم عابدين	علم النفس	جامعة الخليل

ملحق (2): الاستبانة قبل التحكيم:

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة السيد/.....المحترم.

تحية طيبة، وبعد:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان "عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل"، لذا تضع الباحثة بين يديك استبانة خاصة لجمع البيانات اللازمة. ومن المهم إبداء رأيك في فقرات هذه الاستبانة، وعليه أرجو من شخصك الكريم أن تتفضل علينا بالمشاركة في تحكيم فقرات هذه الاستبانة وإبداء الرأي حول مقروئيتها ومناسبتها للبيئة الفلسطينية، وإبداء النصح والمشورة فيما ترونه مناسباً.

مع خالص تقديري واحترامي

الباحثة: علا ادعيس

إشراف: د. إياد الحلاق

أولاً: المعلومات الشخصية:

ضع إشارة (√) أمام الصفة التي تنطبق على حالتك:

- الجنس: () أنثى () ذكر
- العمر: () (30-20) سنة () (40-31) سنة () (50-41) سنة
- الحالة الاجتماعية: () أعزب/عزباء () متزوج/ة () أرمل/ة () مطلق/ة
- فترة الزواج (للمتزوجين): () أقل من سنتين () (10-3) سنوات () (11) سنة فأكثر
- عدد الأبناء: () لا يوجد () طفل وحيد () (3-2) طفل () (5-4) طفل () (6) أطفال فأكثر
- المستوى التعليمي: () أقل من توجيهي () توجيهي/ دبلوم () بكالوريوس () دراسات عليا

ثانيا: عوامل الخطر الأسرية:

يرجى الإجابة بـ (نعم) أو (لا) أمام العبارات التالية في المربع وفق ما يتناسب وحالتك بوضع إشارة (×):

الرقم	الفقرة	نعم	لا
أولاً: التعرض للإساءة في الطفولة			
1-	هل تعرضت للضرب أثناء طفولتك؟		
2-	هل تعرضت للصراخ في وجهك أثناء طفولتك؟		
3-	هل تعرضت للدفع أو الركل من أسرتك في الطفولة؟		
4-	هل تعرضت للشتم والإساءة الكلامية في طفولتك؟		
5-	هل حصلت على الرعاية والاهتمام اللازمين في طفولتك؟		
6-	هل تعرضت للتحرش الجنسي أثناء الطفولة؟		
7-	هل حصلت على الحب والحنان بشكل كافٍ في طفولتك؟		
8-	هل تعرضت للإهمال في الأسرة فترة طفولتك؟		
9-	هل كنت تحصل على ما تشتهييه من الأطعمة والأغراض في الطفولة؟		

ثانياً: الإهمال العاطفي			
		هل ينصت أفراد أسرتك لحديثك عن رغباتك أو همومك بشكل كافٍ؟	-1
		هل تحصل على كلمات الحب والاهتمام بشكل كاف من قبل أفراد أسرتك؟	-2
		هل تشعر بإشباع لاحتياجاتك العاطفية من قبل أفراد أسرتك؟	-3
		هل تشعر بقلّة انتباه من قبل أفراد أسرتك حول مظهرك وملابسك؟	-4
		هل تحصل على مراعاة من قبل أفراد أسرتك لما تحبه أو تكرهه؟	-5
		هل يتحاور معك أفراد أسرتك حول ما يتعلق بهموم ومستلزمات البيت بشكل كاف؟	-6
		هل تعاني من غياب طويل لرب الأسرة عن البيت؟	-7
		هل تشعر بأهمية وجودك داخل أسرتك؟	-8
		هل يتفهم أفراد أسرتك لحظات حزنك وغضبك؟	-9
		هل يتقبل أفراد أسرتك أخطائك وهفواتك؟	-10
ثالثاً: الأحداث الصادمة			
		هل تعرضت لفقدان أحد الأقارب من الدرجة الأولى خلال الفترة الأخيرة؟	-1

		هل تعرضت لحادث سير أثر على حالتك الصحية خلال الفترة الأخيرة؟	-2
		هل تعرضت لسماع خبر صادم لا زلت تذكره حتى اللحظة مؤخراً؟	-3
رابعاً: الشعور بالوحدة والعزلة			
		هل تشعر بأنك شخص غير مرغوب به بين من هم حولك؟	-1
		هل تشعر وكأنك تعيش بمفردك؟	-2
		هل تجد من يساندك أو يحادثك عندما تحتاج لذلك؟	-3
		هل تشعر بأنك فرد فعال وذو قيمة في المجتمع؟	-4
		هل يصعب عليك التعرف على الآخرين والتواصل معهم؟	-5
		هل تفضل المكوث وحيداً بعيداً عن الآخرين؟	-6
خامساً: الشعور بانعدام الأمان في الأسرة			
		هل تتعرض للعنف الجسدي (الضرب) في أسرتك؟	-1
		هل تتعرض للشتم والإساءة داخل أسرتك؟	-2
		هل تتعرض لتحرشات جنسية من أحدهم في أسرتك؟	-3
		هل تعرضت حياتك أو مقربين منك للتهديد مؤخراً؟	-4

ثالثاً: مقياس الأعراض النفس - جسمية:

هل شعرت بأحد الأعراض التالية خلال الستة أشهر الأخيرة:

الرقم	العبارة	نعم	لا
-1	هل تشعر بالضعف والوهن في أجزاء جسمك؟		
-2	هل تشكو من اضطراب في تذكر الأشياء؟		
-3	هل تشعر بفقدان الاهتمام في الحياة؟		
-4	هل تبكي لأتفه الأسباب؟		
-5	هل تجد من الصعب أن تركز ذهنك في عمل ما؟		
-6	هل أنت قلق على صحتك؟		
-7	هل تشعر بالضيق عند أخذ النفس؟		
-8	هل تشعر بتقل في الأرجل والأذرع؟		
-9	هل تحس بسرعة ضربات القلب؟		
-10	هل تحس بآلام في الظهر تمنعك من الاستمرار في العمل؟		
-11	هل تشعر بآلام في القلب والصدر؟		
-12	هل تعاني بعض أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟		
-13	هل تحس بما يشبه الغصة في صدرك؟		
-14	هل يتصبب العرق منك؟		

		هل تعاني من برودة في الأطراف حتى في الجو الحار؟	-15
		هل تشعر بضيق التنفس مع الزفير؟	-16
		هل تعاني من اضطرابات في الجهاز التنفسي؟	-17
		هل تعاني من الكحة المستمرة؟	-18
		هل تحس بإرهاق عام وشعور بالضعف؟	-19
		هل تشعر بزغلة في النظر وعدم وضوح الرؤية؟	-20
		هل تحس بأنك عصبي وتهتز من الداخل؟	-21
		هل تعاني من الكسل والخمول؟	-22
		هل تعاني كثيرا من الصداع؟	-23
		هل تعاني من تقلص في العضلات؟	-24
		هل تعاني من فقدان شهية للطعام؟	-25
		هل تعاني من اضطرابات في الأمعاء؟	-26
		هل تلاحظ أن وزنك يقل؟	-27
		هل تعاني من عسر الهضم والانتفاخ؟	-28
		هل تحس بتخفيف الحموضة بعد تناول اللبن؟	-29
		هل تشعر بأن شهيتك مفتوحة للأكل؟	-30
		هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟	-31

		هل تشعر بحساسية في جلدك؟	-32
		هل يحدث احمرار شديد في وجهك؟	-33
		هل تعاني من حكة شديدة في جلدك؟	-34
		هل تعاني من زيادة العرق في اليدين؟	-35
		هل يتعرض أجزاء من جلدك للاحمرار مع وجود قشور عليها؟	-36

مع خالص شكري وامتناني

ملحق (3): الاستبانة بعد التحكيم:

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي المواطن/ أختي المواطنة:

تحية طيبة وبعد..

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان "عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، راجية من حضرتكم التكرم بالإجابة على فقرات هذه الاستبانة، ووضع إشارة (√) أمام الفقرات بما يتناسب وحالتكم.

شاكراً لكم جهودكم وأمانتكم العلمية وحرصكم على إنجاح هذه الدراسة، علماً أن إجابتك ستكون سرية، ولا تشكل أي نوع من الاختبار، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

مع خالص تقديري واحترامي لتعاونكم

الباحثة: علا ادعيس

إشراف: د. إياد الحلاق

أولاً: المعلومات الشخصية:

ضع إشارة (√) أمام الصفة التي تنطبق على حالتك:

- الجنس: () أنثى () ذكر
- العمر: () (30-20) سنة () (40-31) سنة () (50-41) سنة
- الحالة الاجتماعية: () أعزب/عزباء () متزوج/ة () أرمل/ة () مطلق/ة
- فترة الزواج (للمتزوجين): () أقل من سنتين () (10-3) سنوات () (11) سنة فأكثر
- عدد الأبناء: () لا يوجد () طفل وحيد () (3-2) طفل
- () (5-4) طفل () (6) أطفال فأكثر
- المستوى التعليمي: () أقل من توجيهي () توجيهي/ دبلوم () بكالوريوس () دراسات عليا

ثانيا: عوامل الخطر الأسرية:

يرجى الإجابة بـ (نعم) أو (لا) أمام العبارات التالية في المربع وفق ما يتناسب وحالتك بوضع إشارة (√)

الرقم	الفقرة	نعم	لا
أولاً: التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك (قبل عمر 18 عام)			
-1	هل تعرضت للضرب أثناء طفولتك؟		
-2	هل تعرضت للصراخ في وجهك أثناء طفولتك؟		
-3	هل تعرضت للدفع أو الركل من أسرتك في الطفولة؟		
-4	هل تعرضت للشتم والإساءة الكلامية في طفولتك؟		
-5	هل حصلت على الرعاية والاهتمام اللازمين في طفولتك؟		
-6	هل تعرضت للتحرش الجنسي أثناء الطفولة؟		
-7	هل حصلت على الحب والحنان بشكل كافٍ في طفولتك؟		
-8	هل تعرضت للإهمال في الأسرة فترة طفولتك؟		
-9	هل كنت تحصل على ما تشتهييه من الأطعمة والأغراض في الطفولة؟		
ثانياً: الإهمال العاطفي في الأسرة (مؤخراً)			
-1	هل ينصت أفراد أسرتك لحديثك عن رغباتك أو همومك بشكل كافٍ مؤخراً؟		
-2	هل تحصل على كلمات الحب والاهتمام بشكل كافٍ من قبل		

		أفراد أسرته مؤخراً؟	
-3		هل تشعر بإشباع لاحتياجاتك العاطفية من قبل أفراد أسرته مؤخراً؟	
-4		هل تشعر بقلّة انتباه من قبل أفراد أسرته حول مظهره وملابسه مؤخراً؟	
-5		هل تحصل على مراعاة من قبل أفراد أسرته لما تحبه أو تكرهه مؤخراً؟	
-6		هل يتحاور معك أفراد أسرته حول ما يتعلق بهموم ومستلزمات البيت بشكل كاف مؤخراً؟	
-7		هل تعاني من غياب طويل لرب الأسرة عن البيت مؤخراً؟	
-8		هل تشعر بأهمية وجودك داخل أسرته مؤخراً؟	
-9		هل يفهم أفراد أسرته لحظات حزنك وغضبك مؤخراً؟	
-10		هل يتقبل أفراد أسرته أخطاءك وهفواتك مؤخراً؟	
ثالثاً: الأحداث الصادمة			
-1		هل تعرضت لفقدان أحد المقربين خلال الفترة الأخيرة؟	
-2		هل تعرضت لحادث أثر على حالتك الصحية خلال الفترة الأخيرة؟	
-3		هل تعرضت لسماع خبر صادم لا زلت تذكره حتى اللحظة مؤخراً؟	
رابعاً: الشعور بالوحدة والعزلة			

1-	هل تشعر بأنك شخص غير مرغوب به بين من هم حولك مؤخرًا؟		
2-	هل تشعر وكأنك تعيش بمفردك مؤخرًا؟		
3-	هل تجد من يساندك أو يحادثك عندما تحتاج لذلك مؤخرًا؟		
4-	هل تشعر بأنك فرد فعال وذو قيمة في المجتمع مؤخرًا؟		
5-	هل يصعب عليك التعرف على الآخرين والتواصل معهم مؤخرًا؟		
6-	هل تفضل المكوث وحيدًا بعيدًا عن الآخرين مؤخرًا؟		
خامسًا: الشعور بانعدام الأمان في الأسرة (مؤخرًا)			
1-	هل تتعرض للعنف الجسدي (الضرب) في أسرتك مؤخرًا؟		
2-	هل تتعرض للشتيم والإساءة الكلامية داخل أسرتك مؤخرًا؟		
3-	هل تتعرض لتحرشات جنسية من أحدهم في أسرتك مؤخرًا؟		
4-	هل تعرضت حياتك أو مقربين منك للتهديد مؤخرًا؟		

ثالثًا: مقياس الأعراض النفس - جسمية:

هل شعرت بأحد الأعراض التالية خلال (6 أشهر الأخيرة)؟

الرقم	العبارة	نعم	لا
1-	هل تشعر بالضعف والوهن في أجزاء جسمك؟		
2-	هل تشكو من اضطراب في تذكر الأشياء؟		
3-	هل تشعر بفقدان الاهتمام في الحياة؟		

		هل تبكي لأتفه الأسباب؟	-4
		هل تجد من الصعب أن تركز ذهنك في عمل ما؟	-5
		هل أنت قلق على صحتك؟	-6
		هل تشعر بالضييق عند أخذ النفس؟	-7
		هل تشعر بثقل في الأرجل والأذرع؟	-8
		هل تحس بسرعة ضربات القلب؟	-9
		هل تحس بآلام في الظهر تمنعك من الاستمرار في العمل؟	-10
		هل تشعر بآلام في القلب والصدر؟	-11
		هل تعاني بعض أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟	-12
		هل تحس بما يشبه الغصة في صدرك؟	-13
		هل يتصبب العرق منك؟	-14
		هل تعاني من برودة في الأطراف حتى في الجو الحار؟	-15
		هل تشعر بضيق التنفس مع الزفير؟	-16
		هل تعاني من اضطرابات في الجهاز التنفسي؟	-17
		هل تعاني من الكحة المستمرة؟	-18
		هل تحس بإرهاق عام وشعور بالضعف؟	-19
		هل تشعر بزغلة في النظر وعدم وضوح الرؤية؟	-20
		هل تحس بأنك عصبي وتهتز من الداخل؟	-21
		هل تعاني من الكسل والخمول؟	-22
		هل تعاني كثيرا من الصداع؟	-23

		هل تعاني من تقلص في العضلات؟	-24
		هل تعاني من فقدان شهية للطعام؟	-25
		هل تعاني من اضطرابات في الأمعاء؟	-26
		هل تلاحظ أن وزنك يقل؟	-27
		هل تعاني من عسر الهضم والانتفاخ؟	-28
		هل تحس بتخفيف الحموضة بعد تناول أحد منتجات الحليب؟	-29
		هل تشعر بأن شهيتك مفتوحة للأكل؟	-30
		هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟	-31
		هل تشعر بحساسية في جلدك؟	-32
		هل يحدث احمرار شديد في وجهك؟	-33
		هل تعاني من حكة شديدة في جلدك؟	-34
		هل تعاني من زيادة العرق في اليدين؟	-35
		هل يتعرض أجزاء من جلدك للاحمرار مع وجود قشور عليها؟	-36

مع خالص شكري وامتناني

الملحق (4):

جدول (4. 8) الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب عدد الأبعاد لدى المصاب

الواحد للأعراض النفس-جسمية

عدد الأبعاد	العدد	النسبة المئوية	المعدل التراكمي
1	34	11.4	11.4
2	20	6.7	18.1
4	24	8.0	26.1
5	19	6.4	32.4
6	6	2.0	34.4
12	9	3.0	37.5
13	2	.7	38.1
14	35	11.7	49.8
15	8	2.7	52.5
23	5	1.7	54.2
24	5	1.7	55.9
Valid 25	1	.3	56.2
26	1	.3	56.5
34	5	1.7	58.2
36	1	.3	58.5
45	4	1.3	59.9
46	2	.7	60.5
123	6	2.0	62.5
124	20	6.7	69.2
125	5	1.7	70.9
134	3	1.0	71.9
145	9	3.0	74.9
146	1	.3	75.3

234	4	1.3	76.6
236	1	.3	76.9
245	53	1.0	77.9
246	1	.3	78.3
346	1	.3	78.6
456	2	.7	79.3
1234	15	5.0	84.3
1235	1	.3	84.6
1236	1	.3	84.9
1245	7	2.3	87.3
1246	2	.7	88.0
2345	4	1.3	89.3
2346	1	.3	89.6
3456	2	.7	90.3
12345	13	4.3	94.6
12346	3	1.0	95.7
12356	2	.7	96.3
12456	1	.3	96.7
123456	10	3.3	100.0
Total	299	100.0	

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
(1)	أسماء المحكمين	129
(2)	الاستبانات قبل التحكيم	130
(3)	الاستبانات بعد إجراء التعديلات	138
(4)	الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب عدد الأبعاد لدى المصاب الواحد للأعراض النفس-جسمية	144

فهرس الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
66	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة	1 . 3
68	أبعاد مقياس عوامل الخطر الأسرية ودرجات تقييمها	2 . 3
69	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات لعوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل	3 . 3
69	نتائج معامل الثبات للمجالات	4 . 3
70	أبعاد وفقرات مقياس الأعراض السيكوسوماتية	5 . 3
71	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات أعراض النفس جسدية في محافظة الخليل	6 . 3
72	نتائج معامل الثبات للأبعاد	7 . 3

77	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب البعد النفسي	1 . 4
77	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد أعراض القلب والأوعية الدموية	2 . 4
78	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد الجهاز التنفسي	3 . 4
78	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد الجهاز العصبي	4 . 4
79	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد الجهاز الهضمي	5 . 4
79	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بعد أمراض الجلد	6 . 4
80	توزيع أفراد العينة حسب إصابتها بنوع الأعراض السيكوسوماتية	7 . 4
144	الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب عدد الأبعاد لدى المصاب الواحد للأعراض النفس - جسمية	8 . 4
81	توزيع متغيرات الدراسة في العينة الكلية	9 . 4
82	توزيع أفراد عينة المصابين بالأمراض السيكوسوماتية حسب متغيرات الدراسة مقارنة بنفس المتغيرات في العينة الكلية	10 . 4

83	الأعداد والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لعوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل	11 . 4
84	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال التعرض للإساءة في الطفولة داخل أسرتك	12 . 4
85	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الإهمال العاطفي في الأسرة	13 . 4
87	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الأحداث الصادمة	14 . 4
88	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشعور بالوحدة والعزلة	15 . 4
89	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمجال الشعور بانعدام الأمان في الأسرة	16 . 4
90	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد العينة في مستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل حسب متغير الجنس	17 . 4
91	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير العمر	18 . 4
92	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيکوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير العمر	19 . 4

94	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير فترة الزواج	20 . 4
96	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير عدد الأبناء	21 . 4
98	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى عوامل الخطر الأسرية لدى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية في محافظة الخليل يعزى لمتغير المستوى التعليمي	22 . 4

فهرس المحتويات

أ.....	إقرار
ب.....	شكر وتقدير
ج.....	ملخص
د.....	Abstract
2.....	الفصل الاول: خلفية الدراسة وأهميتها
2.....	1 . 1 المقدمة:
3.....	1 . 2 مشكلة الدراسة:
6.....	1 . 3 أهداف الدراسة:
6.....	1 . 4 أهمية الدراسة:
7.....	1 . 4 . 1 الأهمية النظرية:
8.....	1 . 4 . 2 الأهمية التطبيقية:
8.....	1 . 5 حدود الدراسة:
9.....	1 . 6 مصطلحات الدراسة:
12.....	الفصل الثاني: أولاً: الإطار النظري
12.....	2 . 1 . 1 مقدمة
12.....	2 . 1 . 2 مفهوم الأسرة وعوامل الخطر
15.....	2 . 1 . 3 عوامل الخطر الأسرية:
18.....	2 . 1 . 4 عوامل الخطر الأسرية من وجهة نظر المدرسة التحليلية:
19.....	2 . 1 . 5 خبرات الإساءة في الطفولة:
19.....	2 . 1 . 5 . 1 تمهيد

21	2 . 1 . 5 . 2 أنماط الإساءة في الطفولة
21	2 . 1 . 5 . 3 أنواع الإساءة للطفل
25	2 . 1 . 6 الإهمال العاطفي الأسري
29	2 . 1 . 7 الأحداث الصادمة
29	2 . 1 . 7 . 1 أشكال الصدمة النفسية
30	2 . 1 . 7 . 2 مراحل الصدمة النفسية
31	2 . 1 . 7 . 3 أعراض الصدمة النفسية
32	2 . 1 . 8 الشعور بالوحدة والعزلة
32	2 . 1 . 8 . 1 تعريف الشعور بالوحدة والعزلة
33	2 . 1 . 8 . 2 مكونات الشعور بالوحدة النفسية
33	2 . 1 . 8 . 3 أبعاد الشعور بالوحدة النفسية
34	2 . 1 . 8 . 4 مظاهر الشعور بالوحدة
34	2 . 1 . 8 . 5 أنواع الوحدة النفسية
35	2 . 1 . 8 . 6 أشكال الشعور بالوحدة النفسية
35	2 . 1 . 8 . 7 تشخيص الشعور بالوحدة والعزلة
36	2 . 1 . 9 الشعور بانعدام الأمان
37	2 . 1 . 9 . 1 أبعاد الأمن النفسي
38	2 . 1 . 9 . 2 العوامل المؤثرة بالأمن النفسي
40	2.2 الاضطرابات السيكوسوماتية
40	2 . 2 . 2 تاريخ تطور مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية
42	2 . 2 . 3 مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية
45	2 . 2 . 4 خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية

45	2 . 2 . 5 النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية.....
46	2 . 2 . 5 . 1 نظرية الاقتران الشرطي.....
46	2 . 2 . 5 . 2 نظرية التحليل النفسي.....
47	2 . 2 . 5 . 3 نظرية خصائص الشخصية.....
48	2 . 2 . 5 . 4 النظرية السلوكية.....
48	2 . 2 . 5 . 5 النظرية المعرفية.....
48	2 . 2 . 5 . 6 نظرية الضغوط النفسية الاجتماعية.....
49	2 . 2 . 6 تصنيف الأعراض السيكوسوماتية.....
50	2 . 2 . 7 تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.....
52	2 . 3 دراسات عوامل الخطر الأسرية.....
56	2 . 4 دراسات الاضطرابات السيكوسوماتية.....
62	2 . 5 تعقيب على الدراسات السابقة.....
65	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات.....
65	3 . 1 منهج الدراسة.....
65	3.2 مجتمع الدراسة.....
65	3.3 عينة الدراسة.....
67	3.4 أدوات الدراسة.....
67	3.4.1 مقياس عوامل الخطر الأسرية.....
70	3.4.2 مقياس الأعراض السيكوسوماتية.....
71	3.4.2.1 صدق مقياس الأعراض السيكوسوماتية.....
72	3.4.2.2 ثبات مقياس الأعراض السيكوسوماتية.....
72	3 . 5 إجراءات تطبيق الدراسة.....

73	6.3 متغيرات الدراسة.....
73	1.6.3 المتغيرات المستقلة.....
74	7.3 المعالجة الإحصائية.....
74	3. 8 صعوبات البحث.....
76	الفصل الرابع: نتائج الدراسة.....
76	4 . 1 تمهيد.....
76	4 . 2 نتائج أسئلة الدراسة.....
76	1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي الأول.....
83	2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي الثاني.....
84	النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الأول.....
86	النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الثالث.....
87	النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الرابع.....
88	النتائج المتعلقة بالسؤال الفرعي الخامس.....
89	3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرئيسي الثالث.....
101	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات.....
101	5 . 1 مناقشة النتائج.....
101	5 . 1 . 1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول.....
105	5 . 1 . 2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.....
106	السؤال الفرعي الأول:.....
107	السؤال الفرعي الثاني:.....
109	السؤال الفرعي الثالث:.....
110	السؤال الفرعي الرابع:.....

111	السؤال الفرعي الخامس:
112	5 . 1 . 3 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث.....
112	السؤال الفرعي الثاني:
114	السؤال الفرعي الثالث:
115	السؤال الفرعي الرابع:
116	السؤال الفرعي الخامس:
116	السؤال الفرعي السادس:
118	خلاصة:
119	5 . 2 ملاحظات حول مجريات تطبيق هذه الدراسة.....
120	5 . 3 التوصيات.....
121	قائمة المصادر والمراجع.....
121	المراجع العربية.....
127	المراجع الأجنبية.....
130	ملحق (2): الاستبانة قبل التحكيم.....
146	فهرس الملاحق.....
147	فهرس الجداول.....
151	فهرس المحتويات.....