

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة فرحات عباس سطيف

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماجستير بعنوان:

**علاقة الضغط النفسي والمهني ببعض الاضطرابات
السيكوسوماتية لدى عينة من مدرسي الطور
الابتدائي والمتوسط**

دراسة ميدانية بولاية الأغواط

تخصص علم نفس الضغط

إشراف الدكتور:

✓ علي لونيس

إعداد الطالب:

✓ علي قويدري

لجنة المناقشة

- الدكتور : لونيس علي .علم النفس التنظيم و العمل. جامعة سطيف . مشرفا ومقررا
- الأستاذ الدكتور : شرفي محمد الصغير. علم النفس العيادي.جامعة سطيف. رئيسا
- الدكتور: تغليت صلاح الدين . علم النفس العيادي. جامعة سطيف. مناقشا
- الدكتور : بوعلي نور الدين .علم النفس التنظيم والعمل. جامعة سطيف مناقشا

السنة الجامعية 2010- 2011

أهدي ثمرة جهدي المتواضع إلى من كانا مصدر فخري واعتزازي دائما، وأنا را لي طريق العلم والمعرفة وجاهدا من أجل وصولي لما أنا فيه الآن "أمي وأبي".

إلى من ساندتني بتشجيعاتها المتواصلة وتحملت معي عبء المذكرة إلى آخر حرف كتب فيها، رفيقة دربي : زوجتي المخلصة .

إلى ابنتي الغاليتين: تقى وسعاد

إلى كل عائلة قويدري إخوتي وأخواتي، وأمي الغالية: أمي الزهرة

إلى أساتذتي الكرام ومشايخي الأفاضل الذين تعلمت على أيديهم من سنة أولى ابتدائي إلى الآن لهم مني جميل العرفان والفضل.

إلى من جمعت بيني وبينهم الأقدار فكانوا بالنسبة لي أسرة ثانية زملائي في الدراسة من طلبة السنة الرابعة علم النفس. وزملائي في تخصص علم النفس الضغط بجامعة سطيف.

إلى كل من ابتسم في وجهي سائلا عن مصير هذا العمل.

إلى من يعرفني ولم يكتبه قلبي أهدي هذا الجهد.

شكر وتقدير

بداية أ حمد الله سبحانه وتعالى وأشكره على توفيقه إياي وتسديده خطاي لإتمام هذا العمل بحوله وقوته .

ألف شكر وتقدير إلى من اقتطع من وقته ليعطي وقتي دعماً، واقتطع من جهده ليعطي لجهدي معنى، فكانت بصمته لموضوعي فخراً، وكان دعمه لرسالتي عطراً، ، أستاذي الفاضل: علي لونيس .

تقدير خاص وشكر خالص أرفعهما لأساتذتي الأفاضل بقسم علم النفس جامعة سطيف، فهذه المذكرة هي ثمرة ما قدموه من خلال السنة النظرية الجامعية وأخص بالذكر: الأستاذ شرفي، والأستاذ تغليت، والأستاذ معروف. والأستاذ مرداسي.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الأفاضل بجامعة الأغواط على تقديم يد المساعدة لإنجاز هذه المذكرة.

ولا أنسى في الأخير أن أشكر جزيل الشكر زملائي في دفعة علم النفس الضغط على المشوار الطيب الذي قضيناه في هذه الفترة.

الصفحة	الموضوع
	الإهداء
	شكر و تقدير
أ	فهرس الموضوعات
ط	فهرس الجداول
ك	فهرس الأشكال و الملاحق
1	مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها

05	أولاً: إشكالية الدراسة
09	ثانياً: فرضيات الدراسة
10	ثالثاً: الدراسات السابقة
17	رابعاً: أهداف الدراسة

الصفحة	الموضوع
17	خامسا: دواعي اختيار الموضوع.....
17	سادسا: أهمية البحث
18	سابعا: حدود الدراسة
18	ثامنا: التعريف الإجرائي لتغيرات الدراسة
<h3>الفصل الثاني: الضغوط النفسية والمهنية</h3>	
21	تمهيد
22	أولا: مفهوم الضغط النفسي
22	1-لمحة تاريخية عن استخدام مصطلح الضغط
24	2-مفهوم الضغوط.....
24	1.2 الضغوط من الناحية اللغوية
25	2- 2 تعريف الضغوط النفسية.....
27	1.2.2 الضغوط كمثيرات

الموضوع	الصفحة
2.2.2 الضغوط كاستجابات	26
3.2.2 الضغوط كعلاقة تفاعلية	28
3- الضغوط وبعض المفاهيم المرتبطة بها	29
1.3 الإحترق النفسي	29
2.3 ضغوط ما بعد الصدمة	30
3.3 الأزمة	31
4 أنواع الضغوط ومستوياتها	32
ثانيا: مصادر الضغوط ومسبباتها	35
ثالثا: بعض النماذج والنظريات المفسرة للضغوط النفسية	38
1 نموذج والتر كانون	38
2 نموذج هانز سيللي	39
3 نموذج موراي	40
4 نظرية سيبلرجر	41
5 الضغوط والمنحى السيكدودينامي	41

الموضوع	الصفحة
6 الضغوط والمنحى السلوكي	42
7 المدخل المعرفي في تفسير الضغوط	43
8 الضغط والمنحى الإنساني (نظرية الذات)	46
9 النظرية البيئشخصية	46
10 نموذج ليفي (Leavy)	47
رابعا: الضغوط المهنية	47
1- مفهوم ضغوط العمل	47
2- مصادر ومسببات ضغوط العمل	48
3- مصادر ضغوط العمل لدى المعلمين	51
4- بعض النظريات والنماذج المفسرة لضغوط العمل	52
1.4 نموذج مارشال	52
2.4 نموذج ماكرات (1976)	53
3.4 نموذج جيسون وزملاءه (1982)	54

الموضوع	الصفحة
4.4 نموذج هب Hebb	55
5.4 نموذج سيرق ووالاس	56
6-4 نموذج برات Pratt لضغوط المعلم	57
خامسا: آثار الضغوط النفسية والمهنية في مهنة التعليم	58
سادسا: طرق قياس الضغوط	62
خلاصة الفصل	66
الفصل الثالث: الإضطرابات السيكوسوماتية	
تمهيد	68
أولا: لمحة تاريخية عن الإضطرابات السيكوسوماتية	69
ثانيا: تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية	71
ثالثا: أسباب الإضطرابات السيكوسوماتية	73
رابعا: تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية	76
1.1- الأمراض السيكوسوماتية وأعراض الهستيريا	77
2.1- الأمراض السيكوسوماتية وتوهم المرض	78

الموضوع	الصفحة
3.1- الأمراض السيكوسوماتية والتمارض.....	78
4.1- الأمراض السيكوسوماتية واضطراب التجسد (التبدين)	79
خامسا: النظريات المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية.....	79
1- النظريات الفيزيولوجية.....	79
1.1- نظرية	79
كانون.....	
2.1- نظرية سيللي.....	80
3.1- نظرية بريرام.....	80
4.1- نظرية الضعف الجسمي.....	81
2- النظرية التحليلية.....	81
1.2- نظرية البروفيل الشخصي	82
2.2- نظرية الإضطرابات السيكوسوماتية كاستجابة نوعية للصراع	82
3.2- المدرسة الباريسية (بيار مارتى)	83
4.2- المقاربة السيكوسوماتية التكاملية (الإدماجية) Jean- benjamin Stora	84

الموضوع	الصفحة
.....	
3- النظرية السلوكية	84
4- الإتجاه المعرفي	86
5- النظرية المتعددة العوامل	87
سادسا: تصنيف الإضطرابات السيكوسوماتية	88
سابعا: بعض أنواع الإضطرابات السيكوسوماتية	90
1- إرتفاع ضغط الدم المزمن	90
2- الربو الشعبي	91
3- إلتهاب المفاصل الروماتيزمي	92
4- مرض البول السكري	93
5- قرحة المعدة	94
6- الصداع النصفي (الشقيقة)	96
7- إضطرابات الجلد	97
ثامنا: علاج الإضطرابات السيكوسوماتية	98

الصفحة	الموضوع
99	1-البيسيكوماتيك التحليلي
99	2-البيسيكوماتيك السلوكي
100	3-المنهج البيوطاقوي
100	4-البيسيكوماتيك الظواهري
101	5-التدريب على الإسترخاء
101	6- العلاج الطبي
103	خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية

106	تمهيد
107	أولا : منهج الدراسة
107	كيفية بناء أدوات البحث
108	ثانيا : الدراسة الاستطلاعية

الموضوع	الصفحة
ثالثا : أدوات الدراسة	108
1-مقياس الضغط النفسي والمهني	108
1-1 الخصائص السيكومترية لمقياس الضغط النفسي والمهني	111
2-مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية.....	113
2-2- الخصائص السيكومترية للمقياس	115
رابعا: الدراسة الأساسية	117
1 - مجتمع الدراسة	117
2 - عينة الدراسة	118
3- إجراءات التطبيق	118
4- الأساليب الإحصائية المستعملة	121
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	
أولا : عرض ومناقشة النتائج	123
1-عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها	123
2-عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها	125

الموضوع

الصفحة

127	3- عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها
129	4- عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها
131	5- عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها
132	6- عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها
134	7- عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها
136	8- عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها
139	ثانيا : مناقشة عامة للنتائج
140	ثالثا : الاقتراحات
143	المراجع
I	الملاحق
	ملخص الدراسة

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
33	المقارنة الطرفية بين الضغوط الإيجابية والسلبية لـ كيلي	1
49	مصادر ضغوط العمل حسب نموذج "كان وكوبر"	2
50	مصادر ضغوط العمل حسب نموذج "أيلسون"	3
64	مقياس هولمز وراهي لقياس الأحداث الضاغطة	4
78	مقارنة بين الأعراض الهيستيرية والسيكوسوماتية	5
90	تصنيف Dongier للإضطرابات السيكوسوماتية	6
110	توزيع مقياس الضغوط النفسية والمهنية على أبعاده الثمانية	7
111	معامل ثبات مقياس الضغط النفسي والمهني باستخدام طريقة ألفاكرونباخ	8
111	معامل ثبات مقياس الضغط النفسي والمهني وأبعاده الثمانية باستخدام طريقة ألفاكرونباخ	9
112	نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في الضغط النفسي والمهني	10
113	قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية	11
114	توزيع مفردات مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية على أبعاده التسعة	12
115	جدول معامل ثبات مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية بطريقة ألفاكرونباخ	13

115	جدول معامل ثبات مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده بطريقة ألفا كرونباخ	14
116	نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في الإضطرابات السيكوسوماتية	15
117	قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الإضطرابات السيكوسوماتية	16
117	جدول يبين مجتمع الدراسة لولاية الأغواط	17
118	خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس ومدة الخبرة والطور التدريسي	18
119	جدول رقم (19) أسماء المؤسسات الإبتدائية التي طبقت فيها الدراسة	19
120	جدول رقم (20) أسماء المتوسطات التي طبقت فيها الدراسة	20
123	معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين درجات الضغط النفسي والمهني ودرجات الإضطرابات السيكوسوماتية	21
123	معاملات الارتباط بين أبعاد الضغوط النفسية والمهنية وأبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية	22
125	الفروق في متوسط درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب الضغوط النفسية والمهنية	23
127	الفروق في متوسط درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الجنس	24
127	الفروق في المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد الضغوط النفسية والمهنية حسب الجنس	25
129	رقم الإحصاءات الوصفية لمقياس الضغط النفسي والمهني عند المجموعات الثلاث	26
129	نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات الضغط النفسي والمهني بين المجموعات الثلاث	27
129	المقارنة البعدية لمتوسطات الضغوط النفسية والمهنية بين المجموعات الثلاث	28
131	الفروق في متوسط درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور التدريسي	29
132	الفروق في متوسط درجة أبعاد الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور التدريسي	30

133	الفروق في متوسط درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الجنس	31
133	الفروق في المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية حسب الجنس	32
134	رقم الإحصاءات الوصفية لمقياس الإضطرابات السيكوسوماتية عند المجموعات الثلاث	33
135	نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات الإضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعات الثلاث	34
135	المقارنة البعدية لمتوسطات الإضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعات الثلاث	35
137	الفروق في متوسط درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي	36
137	الفروق في متوسط درجة أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي	37

فهرس الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
26	شكل تعريف مصطلح الضغط على أساس المنبه	1
27	شكل تعريف مصطلح الضغط على أساس الإستجابة	2
28	شكل تعريف مصطلح الضغط على أساس المنبه والإستجابة	3
44	مخطط توضيحي لنظرية التقدير المعرفي	4
53	شكل يبين نموذج مارشال	5
53	شكل يبين نموذج ماكرات Mcagrath	6
55	شكل يبين نموذج جيسون	7
56	شكل يبين نموذج هب	8
57	شكل يبين نموذج سيلاق ووالاس	9

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
I	مقياس الضغط النفسي والمهني	1
V	مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية	2

يعتبر موضوع الضغط النفسي "stresse" ونتائجه على الأفراد من الموضوعات الهامة التي شغلت بال العلماء والباحثين في مجالات الصحة العامة وعلم النفس والتربية ومختلف العلوم الإنسانية، وذلك لما تتركه من آثار ونتائج خطيرة ومدمرة على حياة الناس أفرادا وجماعات، ويرى المتخصصون في هذا المجال أن الضغط النفسي هو واحد من مشكلات العصر الحديث، وبدا واضحا بأنه يقلق المجتمعات في الجوانب السياسية أو الاقتصادية أو الإجتماعية وتفاعلاتها المتعددة وإفرازاتها، وما ينتج عنه من أمراض صحية كثيرة مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والقرحة... الخ (أحمد الغريير وأبو أسعد، 2009، ص 17).

فالتعرض المتكرر للمواقف الضاغطة يكون لها تأثير على الفرد ولكن يترتب على ذلك تأثيرات سلبية في حياته تجعله يعجز عن اتخاذ القرارات كما يعجز عن التفاعل مع الآخرين وظهور أعراض جسمية واضطرابات سيكوسوماتية وغير ذلك من نواحي الإختلال الوظيفي مما يؤدي إلى اعتلال الصحة النفسية والذي يؤدي بالفرد إلى الإنهاك والإنفعال الذي يصيب الجسم. كما أن الإضطرابات السيكوسوماتية تشكل خطرا كبيرا على توافق الفرد العام وعلى صحته النفسية. (عايدة حسن، 2001، ص 04).

إذ تشير الإحصائيات العالمية أن (80%) من الأمراض الحديثة سببها الضغوط النفسية، وأن (50%) من مشكلات المرضى المراجعين للأطباء والمستشفيات ناتجة عن الضغوط النفسية، وأن (25%) من أفراد المجتمع يعانون شكلا من أشكال الضغط النفسي. و تشير الإحصائيات الأمريكية أن (50%) أو أكثر من الأفراد في الولايات المتحدة يعانون من عرض على الأقل من أعراض الإضطرابات النفس جسمية، وأن (75%) من هؤلاء الأفراد يعانون من أمراض ناتجة عن الضغط النفسي كالقرحة واضطرابات المعدة وسرعة دقات القلب والصداع الشديد والشقيقة وارتفاع ضغط الدم وآلام الظهر. (أحمد الغريير وأحمد أبو أسعد، 2009، ص 18).

ويرى Landy (1998) أن هناك أدلة على وجود علاقة بين العمل والصحة النفسية، ومن هذه الأدلة أثبتت الكثير من الدراسات الآثار السلبية لفقدان الوظيفة، كما أن المعالجين النفسيين لاحظوا مدى تكرار الإضطرابات التي تنتج للأفراد بسبب قضايا مرتبطة بالعمل ونوعية الحياة المنخفضة. (النعاس، 2008، ص 94).

وتعتبر مهنة التدريس من أكثر المهن إثقالا بضغط العمل نظرا لما تنطوي عليها من أعباء ومتطلبات ومسئوليات بشكل مستمر، الأمر الذي يتطلب مستويات عالية من الكفاءات والمهارات الفنية والشخصية من جانب المعلم، حيث أن المعلم كغيره يتأثر بما يجري حوله من تغيرات ويتعرض لمشكلات وضغوط مختلفة، يمكن أن تعوقه في أدائه ودوره المنشود والمتوقع.

فلم يعد دور المدرسة - كما كان في الماضي - قاصراً على تلقين المعلومات واكتساب المعارف فحسب، فقد صاحب التقدم المذهل في تكنولوجيا المعلومات والتطورات الحديثة في كافة مناحي الحياة طفرة كبيرة في دور المدرسة، إذ أنه قد ألقى على المدرسة عدد من الالتزامات والمطالب تعدت دورها التربوي ليمتد ويشمل كافة جوانب نمو الطلاب الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والمهنية. وإذا كانت الضغوط النفسية تزايدت خلال النصف الثاني من القرن العشرين، فإنها أصبحت أكثر حدة خلال العقدين الماضيين بسبب تعقد المجتمع وزيادة الأعباء الموضوعية على جميع القائمين على المدارس.

وقد أشارت دراسة حسن (1998) إلى أن العوامل المسببة للضغط النفسي في مجال التربية تتمثل في اللوائح التنظيمية للمدرسة، والمسئولية الملقاة على عاتق المعلم وطريقة التدريس والبيئة المدرسية. هذا بالإضافة إلى الظروف الغير مناسبة للأداء وضعف الروح الجماعية داخل المدرسة. (أيمن الصديق، 2008، ص.ص 13-14).

إضافة لما تسببه هذه الضغوط النفسية والمهنية من آثار سلبية على صحة المعلم والمدرس والمتمثلة في الإضطرابات السيكوسوماتية كقرحة المعدة والأمراض الجلدية وآلام الظهر.... الخ.

ونظرا لأهمية هذا الموضوع، وفي ضوء إحساس الباحث بزيادة انتشار هذه المشكلة في المجال التعليمي والتربوي جاءت فكرة هذا البحث، مستهدفة الكشف عن علاقة الضغوط النفسية والمهنية بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من مدرسي الطور الابتدائي والمتوسط. وقد تم تناول هذا الموضوع من خلال خمسة فصول (ثلاثة فصول في الجانب النظري وفصلين في الجانب التطبيقي). في الفصل الأول تم التطرق إلى إشكالية البحث، أما الفصل الثاني فخصص للضغوط النفسية والمهنية والنظريات المتعلقة بها، وتم التطرق في الفصل الثالث إلى الإضطرابات السيكوسوماتية. وقد كان الفصل الرابع خاصا بإجراءات البحث والمنهجية التي يقوم عليها، بينما خصص الفصل الخامس لعرض نتائج البحث وتحليلها، ثم مناقشة هذه النتائج وتفسيرها في طور الإطار النظري والدراسات السابقة المتاحة.



الجانب النظري

إشكالية الدراسة واعتباراتها

- إشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- الدراسات السابقة
- أهداف الدراسة
- دواعي اختيار الموضوع
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث

أولاً: إشكالية البحث

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة، التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، وأحداثاً قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات حياته، وهذا من شأنه أن يجعل أحداث الحياة المثيرة للضغط تلعب دوراً في نشأة الأعراض السيكوباتولوجية عامة والأعراض الإكتئابية خاصة، ومن ثم فأحداث الحياة المثيرة للضغط وهي بمثابة متغيرات نفسية إجتماعية تسهم في اختلال الصحة النفسية لدى الفرد. (حسين فايد، 2001، ص 33).

ومع ازدياد سرعة نمط الحياة الحديثة وتعقدها وزيادة حدة المنافسة والصراع تزداد الأمراض السيكوسوماتية حدة وانتشاراً بحيث أصبحت أمراض العصر، تلك الأمراض التي ترجع لأسباب نفسية أو أزمات إجتماعية وتوترات وصراعات وانفعالات وحرمان وقسوة بينما تتخذ أعراضها شكلاً جسيماً. وتأتي هذه المجموعة من الأمراض كدليل قاطع على وجود علاقة التفاعل بين الجسم والنفس وحدوث التأثير المتبادل بينهما. وتعتبر الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأها هي حجر الزاوية في كل الإضطرابات السيكوسوماتية. (عايدة حسن، 2001، ص 3)

من هنا تبين للباحث مدى العلاقة بين الجسد والنفس، ومدى تأثير كل منهما في الآخر، أي أن العلاقة بينهما علاقة تبادلية، حيث يؤثر كل منهما في الآخر. وكلما كانت شروط النمو النفسي آمنة ومستقرة كلما كان الجسد يحقق نمواً إيجابياً. وإن الحالة الانفعالية لها تأثيرها على الجسد، فحالة الانفعال يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم، وعندما ينتج توتر في الجهاز العصبي تتغير وظيفة العضو، أو حتى يتغير بناء العضو، محدثاً الأمراض النفسية الجسمية، أو ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية. (خالد الطحان وموسى نجيب، 2008، ص 197).

ويعود الإهتمام بدراسة أثر الخبرات والأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية إلى عام 1929، حيث أجرى والتر كانون W.Canon ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للإنفعالات الشديدة والظروف المثيرة للضغط كالألم والجوع، وانتهى من ذلك إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية. (حسين فايد، 2001، ص 335).

وقد أجريت دراسات عديدة لتوضيح العلاقة بين الضغوط والأمراض السيكوسوماتية حيث أثبتت الدراسات التالية عن وجود علاقة إرتباطية موجبة بين أحداث الحياة والعديد من الاضطرابات الجسمية حيث وجد كل من Benler, et al (1981) في دراساتهم أن الضغط والإجهاد الذي يعاني منه مجموعة من

طلاب المدرسة الثانوية قد ارتبط ارتباطا إيجابيا بالميل للشعور بالصداع وأمراض الحساسية . (أمل العتري، 2004، ص 20).

وقد أشارت نتائج الدراسات التجريبية للآثار الفسيولوجية السلبية للضغوط النفسية مثل دراسات (1976, Selye), (Levy, 1985) كما كشفت نتائج دراسات كل من Stroebe, et al (1981)، و Helsing & Szklo (1985) التي بحثت الآثار النفسية والجسمية للضغوط المثيرة للمشقة عن وجود علاقة إرتباطية بين أحداث الحياة المثيرة للمشقة والعديد من الاضطرابات الجسمية مثل الذبحة الصدرية، أمراض الشريان التاجي، وآلام البطن المفاجئة، والسكر وضغط الدم، وأمراض النساء المختلفة. (أمل العتري، 2004، ص 16). وأن المفقود من الوقت بسبب هذه الأمراض كبير حيث يقدر بعشرات الملايين من الأيام كل عام. (محمود أبو النيل، 1994، ص 19).

وهكذا فإن العامل النفسي يلعب دورا قويا سواء في نشأة الأمراض الجسمية أو استمرارها أو إثارها أو ضعف مقاومة الغدد لمهاجمة المرض لدرجة أن بعض الأبحاث الحديثة تفيد بوجود ترابط بين السرطان والعوامل النفسية ومنها دراسة Patel (1991). (عبد الستار إبراهيم، 1998، ص 125).

والجدير بالذكر أن ضغوط العمل قد نالت نصيبا كبيرا من الإهتمام والدراسة في العديد من دول العالم بهدف التعرف على مصادرها والكشف عن آثارها السلبية وكيفية التعامل معها بفاعلية ونجاح، ولذلك عقدت تلك الدول العديد من المؤتمرات العلمية والندوات والبرامج التدريبية المختلفة بغية توعية العاملين وتثقيفهم حول أفضل السبل لإدارة ضغوط العمل والسيطرة عليها. (طه حسين وسلامة حسين، 2006، ص 15).

وتلحق ضغوط العمل خسائر جسيمة بالأفراد ومنظمات العمل، ويكشف تقرير صدر في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1984 أن هناك مليون عامل يتغيبون بسبب الضغوط النفسية، وتقدر التكلفة بحوالي (150) بليون دولار سنويا، ويشمل هذا الرقم تكاليف الغياب، وترك العمل، وانخفاض مستوى الإنتاجية وطلبات التعويض والتأمين ونفقات العلاج الصحي. ويشير تقرير آخر صدر مؤخرا في مجلة (H.R. Magazine, 1991) إلى أن ضغوط العمل تكلف منظمات الأعمال مبالغ طائلة تتراوح ما بين (150 و200) بليون دولار سنويا يذهب معظمها على شكل تكاليف صحية، وكذلك توصلت إحدى الدراسات إلى نتيجة مؤداها أن ما يزيد على 65% من حالات التغيب عن العمل ترجع إلى أمراض أسبابها الضغوط. (عوييد المشعان، 2001، ص 69).

وفي دراسة قام بها "جيمس هوس وزملائه" (1979) حول الضغوط المهنية بين عمال الصناعة وأثرها على صحتهم الجسمية، وقد تمثلت هذه الضغوط في أعباء العمل وصراع المهنة في داخلها وخارجها، وصراع الدور وتضارب العمل والحياة الأسرية، والمهوم الخاصة بالعمل إلى جانب الضغوط الشخصية، وتوصلت الدراسة إلى أن هذه الضغوط والشدائد المهنية قد ارتبطت بعدد من الأمراض الجسمية كالذبحة الصدرية وقرحة المعدة، والحكة الجلدية، والسعال وضغط الدم الجوهري والمخاطر المرتفعة بمرض القلب المزمن. (حسن عبد المعطي، 2003، ص 157).

وقد لاحظ (بيتر هانسون، 1996م Peter Hanson) من خلال خمسة عشر عاما قضاها في ممارسة مهنته كطبيب عائلة، أن نسبة 80% من مجموع المرضى الذين قام بعلاجهم كانوا مصابين بحالات مرضية ناجمة عن ضغوط العمل، وأن الغالبية العظمى من هذه الحالات منشؤها مكان العمل. (عويد المشعان، 2001، ص 68).

وأكدت الدراسات العديدة في الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا وبلجيكا هذه العلاقة حيث أنه وجد أن أصحاب المناصب العليا في مختلف مجالات العمل، حيث تتوفر العوامل المهيأة لذلك مثل الضغط النفسي والإجهاد الجسماني والتنافس والقلق في مجال العمل والسعي بكل جهد لإرضاء الطموحات، وارتفاع نسبة التدخين بين المدخنين خاصة في أوقات العمل، وقد لوحظ أيضا ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض القلب والشرايين بين النساء العاملات خارج المنزل، وقد نالت الشخصية ذات السلوك نوع أ (Type A Behavior Pattern) النصيب الأكثر في هذه الدراسات حيث أكدت هذه الدراسات أن نسبة معدل إصابة هؤلاء الأشخاص (ذوي الشخصية أ) هو 1.6 مرة بمرض الإحتشاء القلبي العضلي أو الموت من أمراض القلب أكثر من الشخص العادي.

<http://www.moh.gov.kw/hotline/hardpuch.htm>.

ولو استعرضنا كثير من المهن التي يتعرض أصحابها إلى مستوى من الضغوط لوجدنا أن مهنة التدريس من بين المهن الرئيسة التي يتعرض أصحابها إلى ضغوط عالية. إن البيانات التي قارنت فيها ضغوط المدرسين مع مهن أخرى، وجدت أنها تشير إلى مستوى الذي تكون الضغوط كبيرة قياسا بالمهن الأخرى.

ويتفق اليماني وبوقحوص (1996)، وهولت (Holt، 1993)، وفاربر (Farber، 1991)، وسورطي (1997)، والشافعي (1998) من أن مهنة التدريس تعد من أكثر المهن التي تسبب ضغوطا نفسية على المشتغلين بها خاصة، لأن مسبباتها تعود إلى قلة الرواتب، وزيادة عدد الحصص، وقلة دافعية الطلبة للتعلم،

وقلة انضباطهم، وقلة فرص الترقى والتعلم، وضآلة المكافآت والحوافز المادية. (عبد عساف وهدى عساف، 2007، ص 137).

وقد قام (عباس إبراهيم متولي، 2000) بدراسة عنوانها " الضغوط النفسية وعلاقتها بالجنس ومدة الخبرة وبعض سمات الشخصية لدى معلمي المرحلة الابتدائية "، هدفت إلى التعرف إلى الفروق في الضغوط النفسية لدى معلمي المرحلة الابتدائية تبعاً للجنس. كما وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المعلمين والمعلمات مرتفعي الضغوط النفسية يميلون إلى العصاب والابتعاد عن الصحة النفسية، ويشعرون بالتوتر والانفعال والشك والتردد والإحساس بالنقص وعدم الكفاءة في أداء أعمالهم وتكون علاقاتهم برؤسائهم وزملائهم سلبية.

أما دراسة كل من Burke & Green (1991) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين أساليب المواجهة وضغوط العمل، والآثار المختلفة للاضطرابات السيكوسوماتية، والعلاقة بين أساليب المواجهة ونمط الشخصية (A) & (B)، وأظهرت النتائج عن وجود تفاعل بين ضغوط العمل وأساليب المواجهة لذوي النمط (أ) فعندما ينخفض أسلوب المواجهة يزداد القلق والإحباط، كما بينت النتائج أن استخدام أساليب مواجهة فعالة تؤدي إلى انخفاض في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. (أمل العتري، 2004، ص.ص 80-81).

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

وهدف دراسة بيرج (Berg, 1993) والتي شملت 197 معلم إلى مقارنة مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمين من كل الفصول العادية، التربية الخاصة، وكان معدل الإحراق النفسي لدى معلمي الفصول العادية أعلى مقارنة بمعلمي التربية الخاصة.

من هنا يتبين أن المرض السيكوسوماتي يحدث نتيجة تراكم الانفعالات غير السارة على الفرد والتي لا تستطيع أن يعبر عنها، وبالتالي تتراكم هذه المشاعر، وتختزن في الجسد؛ لأن الفرد لم يستطيع التكيف معها أو التعبير عنها، وهكذا تستمر التوترات دون أن يعبر الفرد عن مشاعره، حتى يتوقف الانفعال عن التعبير النفسي، وغالباً لا يشكو المريض من الناحية النفسية، بل إنه يشكو من الناحية الجسمية، حيث يتوجه للعلاج الطبي الذي لا يستطيع أن يساعده، بسبب أن اضطرابه الأساسي يعود إلى أسباب نفسية، وليست جسمية، وهو ما يعبر عنه بالاضطرابات السيكوسوماتية . (الطحان، 2008، ص99).

أما واقع المدرسة الجزائرية يعكس وبشكل جلي المشاكل التي تعانيها هيئة التدريس وفي كل الأطوار التعليمية، فالإضرابات المستمرة للمدرسين والإكتظاظ في الصفوف وتعامل الإدارة والأولياء السيئ معهم، والتغير المستمر في البرامج، وما تطلعتنا عليه الصحف من عنف مدرسي خصوصا اتجاه هيئة التدريس كلها وغيرها مؤشرات دالة على الوضعية التي تعاني منها هيئة التدريس. (باهي سلامي، 2008، ص.ص 44-45).

ومن هذا المنطلق وكنتيحة للأعباء والضغوط النفسية والمهنية التي تقع على عاتق المعلم وما ينتج عنها من أمراض عضوية ارتأى الباحث في هذه الدراسة التطرق لعلاقة الضغوط النفسية والمهنية بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي والمتوسط من خلال طرح الإشكالية التالية:

هل توجد علاقة بين الضغوط النفسية والمهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الطور الابتدائي والمتوسط؟ وما دور كل من الجنس والخبرة المهنية والطور التعليمي كمتغيرات وسيطة في إحداث الفروق بين المدرسين في كل من الضغوط النفسية والمهنية والاضطرابات السيكوسوماتية؟

ويمكن تفريع السؤال الرئيسي إلى أسئلة جزئية كالتالي:

1- هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الضغط النفسي والمهني والاضطرابات السيكوسوماتية لدى العينة

الكلية من مدرسي الطور الابتدائي والمتوسط؟

2- هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية حسب درجة الضغط النفسي والمهني؟

3- هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الجنس لدى العينة الكلية؟

4- هل توجد فروق دالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الخبرة المهنية؟

5- هل توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التعليمي (إبتدائي/متوسط)؟

6- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الجنس لدى العينة الكلية؟

7- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الخبرة؟

8- هل توجد فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور التعليمي؟

ثانيا: فرضيات الدراسة

1- توجد علاقة دالة إحصائية بين الضغط النفسي والمهني والإضطرابات السيكوسوماتية لدى العينة الكلية.

2- توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب درجة الضغط النفسي والمهني.

3- لا توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الجنس.

4- لا توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الخبرة المهنية.

5- لا توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التعليمي.

6- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الجنس.

7- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الخبرة.

8- لا توجد فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور التعليمي.

ثالثا: الدراسات السابقة

1- الدراسات العربية:

1-دراسة فوزي عزت ونور جلال (1997)

هدفت هذه دراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية لدى معلمي المرحلة الابتدائية وبعض متغيرات الشخصية التي تتعلق بالسن والجنس والخبرة وأبعاد الاتجاه نحو مهنة التدريس، وقد بلغت عينة الدراسة (90) معلماً، منهم (32) من المعلمين، (58) من المعلمات، وقد بلغ متوسط عمر أفراد العينة (33,69) سنة، وكان متوسط خبرتهم التدريسية (10,76) سنة، وقد استخدم الباحثان كل من:

1_ مقياس الضغوط المهنية للمعلمين . 2_ مقياس الاتجاه نحو مهنة التدريس .

وقد أسفرت بعض النتائج عن وجود علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية للمعلمين بين بعد الضمان المالي وكل من العمر الزمني ومدة الخبرة التدريسية في الضغوط النفسية، بينما كانت هناك علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين بيئة العمل المادية وكل من العمر الزمني ومدة الخبرة التدريسية، ويدل ذلك على معاناة المعلمين في هذه المرحلة العمرية من عدم الأمن المادي الذي يسبب لهم المعاناة من الضغوط النفسية، كما تم التوصل إلى أنه كلما زاد العمر الزمني وازدادت سنوات الخبرة أدى ذلك إلى زيادة الشعور بالضغط النفسي، وقد اتضح عدم وجود علاقة دالة بين باقي أبعاد مقياس الضغوط وكل من متغير العمر الزمني ومدة الخبرة التدريسية للمعلمين والمعلمات، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعدي العمل وبيئة العمل مع التلاميذ لصالح المعلمين، مما يشير إلى استياء المعلمين من عدم ملائمة المباني أكثر من المعلمات، بينما لا توجد فروق دالة بين المعلمين والمعلمات على باقي أبعاد المقياس، كما اتضح وجود علاقة سالبة بين الضغوط النفسية المتعلقة بعلاقة المعلمين وبعضهم البعض والاتجاه نحو العمل داخل الصف، كما تبين عدم وجود علاقات دالة بين باقي أبعاد كل من مقياس الضغوط المهنية والاتجاه نحو مهنة التدريس بالنسبة للمعلمين والمعلمات.

2- دراسة الجبر (1998)

والتي كانت بعنوان: " الضغوط النفسية التي يواجهها مديرو ومديرات مدارس تجربة الإدارة المدرسية المطورة بدولة الكويت (دراسة ميدانية) " التي هدفت إلى التعرف على الفروق بين مديري المدارس من حيث إحساسهم بضغوط العمل وفقا لمتغير الجنس والمرحلة التعليمية والخبرة. وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن مديري المدارس الذين أمضوا عاما واحدا أكثر معاناة من الضغوط المهنية عن الذين أمضوا ثلاث سنوات، كما أوضحت الدراسة أن مديري المدارس الإبتدائية يعانون من ضغط أعلى مقارنة من المرحلتين المتوسطة والثانوية (جبر، 1998).

3-دراسة عويد المشعان (1998)

كان من أهدافها التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية، وكذلك التعرف على العلاقة الإرتباطية بين الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية، وقد تكونت عينة الدراسة من (746) معلم، منهم (377) ذكور، (369) إناث، وقد أستخدم الباحث الأدوات الآتية :

- 3_ مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية .

وتوصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير العبء المهني والتطور المهني لصالح الإناث، وهذا يعني أن هذين المتغيرين أكثر مصدرًا للضغوط المهنية للإناث منه للذكور، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغير الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح الإناث، وهذا يعني أن الإناث أكثر تعرضاً للاضطرابات السيكوسوماتية من الذكور كما أن الإناث أكثر تعرضاً للضغوط من الذكور في العلاقة مع الأفراد الآخرين .

4-دراسة سلطان العويضة (1999):

أجريت هذه الدراسة من أجل التعرف على العلاقة بين زيادة التعرض لضغوط العمل والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى العاملين والعاملات في قطاع التدريس (الثانوي-الإعدادي-الإبتدائي)، وكان ذلك من خلال عينة قوامها 30 عاملاً وعاملة بحيث 10 من العاملين والعاملات في كل قطاع تدريس من القطاعات السابقة.

وتم استخدام الأدوات التالية: - اختبار ضغوط العمل -قائمة كورنل الجديدة للميول العصائية والسيكوسوماتية.

ومن خلال إجراء هذه الدراسة أثبت صدق فروض الدراسة وهي:

- توجد علاقة ارتباطية بين ضغوط العمل والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى العاملين في قطاع التدريس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في التعرض لضغوط العمل والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.
- لا توجد فروق بين الذكور والإناث في قطاع التدريس في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية (سلطان عويضة، 1999، ص238).

5-دراسة يوسف محمد (1999)

قام محمد بدراسة على عينة قوامها (189) معلماً ومعلمة بهدف تحديد أهم الضغوط النفسية التي يتعرضون لها، والتعرف على الفروق بين المعلمين والمعلمات في شعورهم بالضغوط النفسية ورتبتها لديهم، وكذلك التعرف على الحاجات الإرشادية للمعلمين. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: تبين أن هناك مظاهر للضغوط النفسية كشف عنها التحليل العملي بعد التدوير المتعامد للمحاور وهي: الضغوط الإدارية،

الضغوط الطلابية، الضغوط التدريسية، الضغوط الخاصة بالعلاقات مع الزملاء. وكشفت النتائج كذلك أن الضغوط الإدارية احتلت المرتبة الأولى تلتها الضغوط الطلابية، ثم التدريسية، ثم الخاصة بالزملاء. كما تبين وجود فروق بين الجنسين في الضغوط الإدارية لصالح الذكور، أما الضغوط الطلابية، والضغوط الخاصة بالعلاقات فإن المعلمات أكثر معانات من المعلمين، أما في مجال الضغوط التدريسية فلم تظهر فروق بين الجنسين. (زياد الطحائية وآخرون، 2008، ص.ص 229-230).

6-دراسة عباس متولي (2000)

كان من أهدافها معرفة الفروق في الضغوط النفسية لدى معلمي المرحلة الابتدائية تبعاً لمتغيرات الجنس ومدة الخبرة وقد تكونت عينة الدراسة الكلية من (240) معلماً ومعلمة بالمرحلة الابتدائية، وكانت عينة المعلمين من (120) معلماً منهم (57) معلماً تراوحت مدة خبرتهم من (1_5) سنوات، (63) معلماً تراوحت مدة خبرتهم بين (6_10) سنوات، وكانت عينة المعلمات من (120) معلمة منهن (56) معلمة تراوحت مدة خبرتهن من (1_5) سنوات، (64) معلمة تراوحت مدة خبرتهن بين (6_10) سنوات، وقد استخدم الباحث الأدوات الآتية :

1_ اختبار الشخصية لبرنرويتير . 2_ مقياس الضغوط النفسية للمعلمين .

وتوصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين والمعلمات في مدة الخبرة لصالح المعلمين والمعلمات الأقل خبرة ، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين والمعلمات في الضغوط النفسية لصالح المعلمات، أي أن المعلمات الأقل خبرة أكثر معاناة من الضغوط النفسية من المعلمين والمعلمات الأكثر خبرة، كما أن المعلمات أكثر معاناة من المعلمين من الضغوط النفسية، أي أن المعلمات الأقل خبرة أكثر المجموعات معاناة من الضغوط النفسية. (عبير الصبان، 2003، ص.ص 100-101).

7- دراسة هانم ياركندي (2000)

هدفت إلى التعرف على نسبة ظهور الاضطرابات العصبية بين معلمات التعليم العام، وعلاقتها ببعض المتغيرات المرتبطة ببيئتهن المدرسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (609) معلمة من معلمات المراحل التعليمية الثلاث ، كما استخدمت الباحثة الأدوات الآتية :

1_ استبانة البيانات الأولية . 2_ مقياس مكة للشخصية .

3_ مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية .

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

8- دراسة عبد الفتاح خليفات وعماد زغلول (2001)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مصادر الضغوط النفسية لدى معلمي مديرية التربية في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من 406 من المعلمين والمعلمات. وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن المعلمين يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية.
- كما بينت هذه الدراسة أن أكثر المصادر إثارة للضغوط النفسية هي تلك المرتبطة ببعده الدخل والعلاقة بالمجتمع المحلي وأولياء الأمر والأنشطة اللامنهجية والمناخ المدرسي وعملية التدريس.
- أظهرت هذه الدراسة فروق دالة إحصائية على بعض الأبعاد تعزى للجنس خصوصاً الدخل والعلاقة بالمجتمع المحلي وأولياء الأمور والطلاب.
- كما دلت النتائج على وجود فروق دالة إحصائية بين سنوات الخبرة وكل من بعد الدخل وعملية الإشراف التربوي والعلاقة بالمجتمع المحلي وأولياء الأمور. (باهي سلامي، 2008، ص 47).

9- دراسة حمودي أحمد (2005)

تناولت الدراسة موضوع عوامل الضغط المهني وعلاقتها بالقلق والإكتئاب، وعمليات تحمل الضغوط لدى مدرسي التعليم الأساسي بأطواره الثلاثة، وعلاقتها ببعض المتغيرات (الجنس، الأقدمية، ونمط السلوك)، وأجريت الدراسة على عينة قوامها 149 مدرسا ومدرسة. وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعاني المدرسون في التعليم الأساسي من مستويات ضغط عام.
- كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المؤشر العام للضغط والأعراض الإجهادية (القلق والإكتئاب).
- توجد فروق دالة إحصائية بين متغير الخلفية الفردية (الجنس) مفاده أن المدرسين أكثر عرضة للضغوط من المدرسات.

- إن متغير الأقدمية في التعليم دل على أن فئة 10 سنوات فما فوق، أكثر معاناة من الضغط من الفئة الأقل خبرة.
- توجد فروق إحصائية دالة بين مدرسي الابتدائي ومدرسي الإكمالي لصالح مدرسي الإكمالي.

II-الدراسات الأجنبية:

10-دراسة (هيس ومالين ، 1991)

هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط وضغوط العمل وظاهرة الاحتراق النفسي لدى معلمي ومديري المدارس الحكومية، وتكونت عينة الدراسة من (65) مديراً و(242) معلماً من (09) مدارس في ولاية ألباما، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباط موجبة دالة بين ضغوط العمل ومجالي الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر ووجود علاقة سالبة دالة بين ضغوط العمل، وبعد الانجازات الشخصية في العمل كذلك وجود علاقة بين الاحتراق النفسي عند المعلمين وكل من حجم العبء المهني الكبير والعلاقة المباشرة مع الطلاب والراتب الشهري والتعويضات، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن المعلمين ذوي الضبط الخارجي يواجهون ضغوطاً أكبر من ذوي الضبط الداخلي.

11-دراسة سميث وبورك Bourke et smith (1992)

هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين ضغط العمل، وعبء العمل، والرضا المهني، وتكونت عينة الدراسة من (204) معلم ومعلمة ممن يعملون في أستراليا، وأظهرت نتائج الدراسة أن ظروف العمل وأعبائه، تؤثر بشكل مباشر في إحداث الضغط، كما بينت نتائج الدراسة أن متغيرات: الجنس، وسنوات الخبرة، والمركز الوظيفي، والعبء التدريسي، وتركيب الصف، والمدرسة، وموضوع التدريس لها تأثير في إحداث ضغوط العمل.

12-دراسة والتر جملش وجوزيف توريلي Walter Gmelch et Joseph Torelli (1993)

التي كان عنوانها " غموض الدور وضغوط العمل والاحتراق الوظيفي لدى مديري المدارس " وقد هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين غموض الدور وضغوط العمل والاحتراق الوظيفي، وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج من أهمها وجود علاقة بين المتغيرات الثلاثة، وقد أوصت الدراسة بتدريب المديرين على أساليب الاسترخاء قبل استلام مهام العمل الإدارية.

13-دراسة بيرك وجرينجلاس وشورزر Burk Greenglass & schwarzer (1996)

عنوانها " تأثير ضغوط العمل والدعم الاجتماعي وأثر عدم الثقة بالنفس على الاحتراق الوظيفي ونتائجه " وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة مسببات وآثار الاحتراق الوظيفي بين المعلمين ومديري المدارس، وذلك عبر استبانة قدمها الباحثون وقاموا بمقارنة نتائجها مع نتائج الاستبانة نفسها بعد توزيعها مرة ثانية بعد مرور سنة من توزيع الاستبانة الأولى، وقد أسفرت النتائج عن أن مصادر ضغوط العمل لدى أفراد العينة تتمثل في كمية العمل، وغموض الدور، وصراع الدور، والدعم الإشرافي، وقد أوضحت الدراسة أن من الآثار الناتجة عن ضغوط العمل هي : أمراض القلب، والشعور بالاكتئاب، كما أظهرت أيضاً أن هناك علاقة قوية بين التوقعات، وبين مستوى الاحتراق الوظيفي.

14-دراسة Nicol.Rouer et all (2001)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مصادر الضغط لدى عدة شرائح من مدرسي الكبييك، وشملت عينة الدراسة 1158 مدرسا، وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها:

- أن مستوى الضغط لدى المدرسين بشكل عام يتراوح بين المتوسط والعالي، وأن مدرسي الابتدائي لديهم مستوى عال من الضغط.

- أن التقدير الاجتماعي يعتبر مصدرا عاليا للضغط لدى قليل الخبرة ويتناقص مع تزايد مدة الخبرة، بينما عداء العمل فيتزايد مع زيادة مدة الخبرة.

- أن المصادر المتعلقة بسلوك التلاميذ والوقت والعلاقة مع الآخرين أقل ضعفا للأقل خبرة، وتسير بشكل تصاعدي مع تزايد مدة الخبرة. (باهي سلامي، 2008، ص 48).

15-دراسة ساندرز وواتكتر:

تهدف دراسة وواتكتر إلى بيان علاقة "ضغوط الحياة وأسلوب حياة المعلم" بضغط مهنة التدريس، حيث طبقت على 1400 معلم بالمرحلتين الابتدائية والإعدادية بولاية لينويا الأمريكية بمقياس clark للضغط المهني واستبيان everly لأسلوب حياة المعلم وقد أوضحت أن المعلم الذي يعاني من ضغوط في حياته العامة

هو أكثر إحساساً بضغوط المهنة وأن ضغوط المهنة ترجع لمصادر أهمها العائد الاقتصادي للمهنة وعلاقة المعلم بطلابه وتلاميذه.

16- دراسة بول بوردن :

وكان هدفها دراسة العوامل المؤثرة على النمو المهني للمعلم، فقد استخدم بوردن أسلوب المقابلة المتعمقة مع 15 معلم بالمرحلة الابتدائية تتراوح مدة الخبرة لديهم بين 4 : 28 سنة، حيث قسمت سنوات الخبرة إلى ثلاثة مستويات (5- 1 ، (10-6) ، (11 سنة فأكثر)، ومن خلال المقابلات المكثفة والطويلة مع المعلمين تبين التأثير الإيجابي على النمو المهني للمعلم لكل من : سنوات الخبرة ، خصائص شخصية المعلم، اتجاهاته نحو مهنة التدريس ، العلاقة بالزملاء والطلاب. (محمد الشراوي ومحمد أنور، 2003)

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة، وعلى الرغم من اختلاف أنواعها، وطرق دراستها إلا أنها أظهرت نتائج ودلالات علمية قيمة نوضحها على النحو الآتي :

1- هناك علاقة بين الضغوط النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى فئة المعلمين، كما أن الإناث أكثر تعرضاً للاضطرابات السيكوسوماتية من الذكور، وأن الإناث أكثر تعرضاً للضغوط من الذكور في العلاقة مع الأفراد الآخرين، كما في دراسة (عويد المشعان: 1998).

2- معاناة المعلمات الأقل خبرة من ضغوط العمل أكثر من المعلمين خاصة الضغوط المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية، بينما على العكس من ذلك نجد أنه كلما زاد العمر الزمني وازدادت سنوات الخبرة كلما زاد الشعور بالضغط النفسي المرتبط بالنواحي المادية وهذا بالنسبة للذكور، كما في دراسة (عباس متولي: 2000، فوزي عزت ونور جلال : 1997).

3- كما أن الشعور بالتهديد الوظيفي يؤثر على الصحة البدنية والعقلية ويزيد من تأثير الضغوط، وأن المرأة العاملة أكثر عرضة للضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية من الرجل، وقد يرجع ذلك إلى زيادة مسؤوليات المرأة وزيادة قدرة تحمل الرجل على الإحباط ومواجهة الصدمات النفسية عن المرأة، كما أن زيادة الدور الوظيفي يؤدي إلى مزيد من الضغط النفسي، إذ أن الفرد الذي يتعرض إلى زيادة الدور الوظيفي يكون

لديه شعور أقل بالكفاءة من الذي لا يتعرض لهذه الزيادة، كما في دراسة (يوسف محمد : 1999 ، عويد المشعان : 1998) .

4_ ارتفاع مستوى الضغوط النفسية يؤثر سلباً على الصحة النفسية والجسدية للفرد، إذ أن ارتفاع مستوى الضغوط يؤدي إلى الإصابة بالقرحة المعدية، وأمراض القلب والأمراض النفسية مثل الاكتئاب.

5_ يؤدي تراكم الضغوط النفسية دون حل إيجابي لها إلى الاحتراق النفسي الذي يعتبر استجابة سلبية لهذه الضغوط، كما أن ارتفاع مستوى الضغوط النفسية يرتبط سلباً مع المساندة الاجتماعية والعمل بجد وإنجاز، وهذا يعني أن مشاركة الآخرين في حل المشكلة والاستفادة من آرائهم والتحدث معهم يساعد في التغلب على مشكلاتهم، ومن ثم التخفيف من حدة الضغوط عليهم .

6_ كما أن ارتفاع مستوى الضغوط النفسية يؤثر سلباً على الاضطرابات السيكوسوماتية، إذ أن مرضى السكري أكثر إحساساً بحجم الضغوط عن غيرهم من المرضى العضويين والأسوياء.

7_ معاناة الإناث من الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من الذكور، كما أن هناك علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاه نحو المرض النفسي خاصة لدى الإناث، كما في دراسة (هانم ياركندي : 2000 ، يوسف محمد : 1994) .

8_ معاناة المرأة ذات سنوات الخبرة الأكثر من توهم المرض والاضطرابات السيكوسوماتية كما أن هناك علاقة بين العمر الزمني والاكتئاب، بينما لا توجد علاقة بين العمر الزمني والاضطرابات السيكوسوماتية، كما في دراسة (هانم ياركندي : 2000) .

9- أن متغيرات : الجنس، وسنوات الخبرة، والمركز الوظيفي، والعبء التدريسي، وتركيب الصف، والمدرسة، وموضوع التدريس، لها تأثير في إحداث ضغوط العمل كما في دراسة سميث وبورك.

رابعاً: أهداف الدراسة

من منطلق أي عمل لابد أن يستند إلى هدف يحدد مساره فالهدف من هذه الدراسة هو الوصول إلى معرفة:

- 1- نوع العلاقة بين الضغوط النفسية والمهنية والإضطرابات السيكوسوماتية في ضوء بعض المتغيرات الوسيطة (الجنس والخبرة والطور التعليمي) لدى عينة من مدرسي الطور الابتدائي والمتوسط بولاية الأغواط.
- 2- معرفة الفروق في الإضطرابات السيكوسوماتية تعود إلى مستوى الضغوط النفسية والمهنية.
- 3- معرفة الفروق في الضغوط النفسية والمهنية والإضطرابات السيكوسوماتية في ضوء متغير الجنس.
- 4- معرفة الفروق في الضغوط النفسية والمهنية والإضطرابات السيكوسوماتية في ضوء متغير الخبرة المهنية.
- 5- معرفة الفروق في الضغوط النفسية والمهنية والإضطرابات السيكوسوماتية في ضوء متغير الطور التعليمي.

خامساً: دواعي إختيار الموضوع

الدافع الأساسي لإنجاز هذه الدراسة هو حب المعرفة، والرغبة في التحكم في مفاهيم الضغوط النفسية والمهنية والإضطرابات السيكوسوماتية، وهناك دواعي أخرى تحفز على البحث في هذا الموضوع بالذات يمكن إجمالها في النقاط التالية:

- كونه موضوع حساس جدا وشائع في المجتمع ويمس شريحة هامة من المجتمع ألا وهي شريحة المدرسين؛
- معرفة مصادر الضغوط النفسية والمهنية لدى المدرسين وآثارها الصحية عليهم؛
- قلة البحوث المرتبطة بهذا المجال في بيئتنا المحلية، مما يجعل الخوض فيها أمرا ضروريا لإثراء الساحة العلمية؛
- التقرب من قطاع التربية والتعليم وخصوصا فئة المدرسين ومحاولة مساعدتهم على مواجهة ضغوط الحياة.

سادساً: أهمية البحث

ترجع أهمية هذا البحث في أنه يتعرض لجانب مهم من جوانب العملية التربوية وعنصر فاعل من عناصر هذه العملية وهو المعلم، حيث تتعزز هذه الأهمية حين نعلم أن المدرسة هي المناخ الاجتماعي الذي تتم فيه العملية التعليمية، وهي بدورها إحدى آليات التنشئة الاجتماعية.

كما ترمي أهمية هذه الدراسة للوصول إلى حقائق علمية تصور لنا مدى ارتباط الضغوط النفسية والمهنية بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة أو شريحة مهمة في المجتمع ألا وهي مدرسي الطور الابتدائي والمتوسط بمدينة الأغواط.

وتكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- بيان مصادر الضغوط النفسية والمهنية التي يتعرض لها المدرس وآثارها على صحته النفسية؛
- تقدم هذه الدراسة بعض التفسيرات المستقاة من الإطار النظري المتبنى، والدراسات السابقة المعروضة، وبذلك فهي تسهم في نقاش بعض القضايا الجوهرية التي تخص المعلم والمدرسة والعملية التربوية؛
- قد تفيد هذه الدراسة الإدارة التربوية للأخذ بعين الاعتبار الضغوط التي تواجه المدرسين وإيجاد حلول لها.
- تصور الجوانب التطبيقية التي يمكن أن تحد وتقلل الضغوط النفسية التي يتعرض لها المدرسون.

سابعاً: حدود الدراسة:

الدراسة الحالية تقع في الحدود التالية:

1- الإطار الزمني: من سبتمبر 2010 حتى فيفري 2011

2- الإطار المكاني: مدارس الطور الابتدائي والطور المتوسط بمدينة الأغواط

3- الإطار البشري: عينة عشوائية من مدرسي الطور الابتدائي والمتوسط بمدينة الأغواط

4- الإطار المنهجي: الدراسة الحالية مقيدة بمنهجها الوصفي المعتمد على أساليب الارتباط والفروق، وبأدواتها

الممثلة في مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية ومقياس الضغوط النفسية والمهنية.

ثامنا: التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

1-التعريف الإجرائي للضغط النفسي والمهني:

تعرف الضغوط النفسية والمهنية بأنها الحالة التي يدركها الشخص الذي يتعرض لأحداث أو ظروف معينة التي تواجهه في محيطه بأنها غير مريحة أو مزعجة أو على الأقل تحتاج إلى نوع من التكيف أو إعادة التكيف، وإن استمرارها قد يؤدي إلى آثار سلبية تؤثر على صحة وإنتاج الفرد كالمريض والاضطراب وسوء التوافق وعدم التوازن في إنجاز المهام .

ويعرف الضغط النفسي لدى المدرسين (إبتدائي/متوسط) إجرائياً بأنه مجموعة الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها المدرس ويدركها على أنها ضاغطة والتي يعبر عنها بالدرجة المرتفعة التي يحصل عليها من خلال الاستجابة على مقياس الضغط النفسي والمهني بأبعاده (العبء الوظيفي-صراع الدور-غموض الدور-علاقات العمل-التطوير الوظيفي-ضغوط إدارية-بيئة العمل المادية-ضغوط التلاميذ) المستخدم في الدراسة الحالية .

2-التعريف الإجرائي للإضطرابات السيكوسوماتية

تعرف 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 يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءً تاماً، لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي (محمود أبو النيل، 1994، ص25).

ويعرف إجرائياً في الدراسة الحالية من خلال مجموع الدرجات الحاصل عليها في مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية من إعداد الباحث.

3- التعريف الإجرائي للمدرسين:

نقصد بالمدرسين هم المعلمون والأساتذة الذين أوكلت لهم تربية وتعليم التلاميذ في مرحلة التعليم الإبتدائي والمتوسط.

4- التعريف الإجرائي للطور التعليمي:

نقصد بالطور التعليمي مرحلتي التعليم الابتدائي والمتوسط، حيث أن مرحلة التعليم الابتدائي هي المرحلة التي يلتحق بها الطفل بالمدرسة على سن 6 سنوات، والتي تبلغ مدتها خمس (05) سنوات، يتعلم التلميذ في هذه المرحلة التعليمية المبادئ الأساسية والتمهيدية. وتشتمل من السنة الأولى حتى السنة الخامسة ابتدائي.

أما مرحلة التعليم المتوسط هي المرحلة التي ينتقل إليها التلميذ من مرحلة الابتدائي وهي المدة التعليمية البالغة أربع (04) سنوات تنتهي بامتحان شهادة التعليم المتوسط.

5- التعريف الإجرائي للخبرة المهنية:

نقصد في دراستنا بالخبرة المهنية، المدة الزمنية التي يقضيها المدرس في أداء مهامه الوظيفية، باعتبار أن مدة الخدمة تعكس لنا خبرته بوظيفته، كما نجد أن التشريع الجزائري يعتمد في الترقيات والحوافز على المدة الزمنية التي يقضيها العامل في وظيفته.

الفصل الثاني

الضغوط النفسية والمهنية

- تمهيد
- الضغوط النفسية
- الضغوط المهنية
- الضغوط النفسية والمهنية
في مهنة التعليم
- طرق قياس الضغوط
- خلاصة الفصل

تمهيد

كانت الضغوط النفسية وما تزال إحدى الموضوعات المهمة التي تشغل بال الكثير من المتخصصين في فروع علمية مختلفة، وربما كان علماء النفس على رأس قائمة المهتمين بهذا الموضوع، لا يأتي الاهتمام بهذا الموضوع لمجرد أنه موضوع جيد للبحث، وإنما لكونه واحدا من حقائق الحياة وثوابتها، ولكونه قضية تم العامة والخاصة، فلا يكاد يوجد إنسان على وجه الأرض لا يعاني الضغوط بأشكال مختلفة وبصورة تكاد تكون يومية، وتتفاوت هذه الضغوط في شدتها وحدتها ونوعها من شخص لآخر ومن وقت لآخر لدى الشخص نفسه.

ويرجع الاهتمام بدراسة الضغوط النفسية في جانب منه أيضا للتبعات والتكاليف الباهظة التي تسببها هذه الضغوط للفرد والمجتمع على حد سواء، وتنجم هذه التكاليف عن العلاقة الوثيقة بين الضغوط النفسية وأنواع واسعة من الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية، والغياب عن العمل والاستهداف للحوادث، والصراعات والمشاجرات والسلوك العدواني، وسوء التوافق، وغير ذلك من أشكال السلوك والمشكلات التي يتعرض لها أولئك الذين يعانون من الضغوط النفسية، لكنهم في الوقت نفسه لا يملكون الأساليب والطرق الفنية الإيجابية الملائمة لمواجهتها أو التعايش معها والتقليل من تأثيراتها السلبية إلى أدنى حد ممكن.

وبالرغم من الإهتمام بموضوع الضغوط وانتشار هذا المصطلح إلا أنه يتعرض للخلط وتباين مفهومه نظرا لأنه موضوع يمثل إهتمامات مشتركة بين مختلف العلماء من أطباء وعلماء نفس وعلماء الاجتماع وعلماء الإدارة، مما يجعل وجهات النظر تختلف من حيث مفهومه، وتختلف من حيث النظريات المفسرة لطبيعته.

إن الفصل الحالي يهدف إلى استعراض ومناقشة مفهوم الضغوط النفسية والمهنية وأنواعها والآثار الناجمة عنهما وأهم النظريات المفسرة لهما بشيء من التفصيل وذلك من خلال مجموعة من المحاور مترابطة بشكل منهجي.

أولاً: مفهوم الضغط النفسي

1- لمحة تاريخية عن استخدام مصطلح الضغط

قبل البدء في تحديد معنى الضغوط ينبغي لفت الإنتباه إلى أن ظاهرة الضغوط لازمت الإنسان منذ وجوده على وجه الأرض كما جاء في قوله تعالى ﴿لقد خلقنا الإنسان في كبد﴾ [سورة البلد: الآية 4]. (قاسم الصالح، 2002، ص13)، وورد ذكر الكرب في القرآن ﴿قل الله ينجيكم منها ومن كل كرب ثم أنتم تشركون﴾ [سورة الأنعام: الآية 64]، والكرب هنا بمعنى الغم الذي يحل بالنفس (عمر النعاس، 2008، ص25).

إن هذا المفهوم الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي، تمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حينما كان يشير إلى (الإجهاد Strain، والضغط Press، والعبء Load). (الغريير وأبو سعد، 2009، ص19).

ويرجع سميث (1993) المعنى الإشتقائي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني، فكلمة الضغط Stress مشتقة من الكلمة اللاتينية Stictus وهي تعني الصرامة، وهي تدل ضمناً على الشعور بالتوتر وإثارة الضيق والذي يرجع في أصله إلى الفعل Stringere والذي يعني يشد Tighten، ولقد اشتقت كلمة الضغط من الكلمة الفرنسية Estresse وهي تعني الضيق أو القمع والإضطهاد والتي يبدو أنها تدل ضمناً على الحبس والقيود والظلم والحد من الحرية. (حسين وحسين، 2006، ص17).

فمن الناحية التاريخية فقد وجدت عدة تفسيرات ونظريات للضغط قبل ظهور هذا المصطلح، فهيبوقراط (460-377 ق م) ادعى بأن السوائل أو الهرمونات لها علاقة بالحالة المزاجية للفرد هي المسؤولة عن المرض الجسدي والعقلي، فقد استند رأيه على افتراض أن الجسم يحتوي على أربعة سوائل هي الدم، البلغم، العصارة السوداء، والعصارة الصفراء، حيث إن اختلاط هذه السوائل بنسب غير متكافئة تؤدي إلى المرض، والإستجابات السلوكية بنسب غير المرغوبة مثل الإكتئاب أو الحدة في المزاج أو الإنطواء أو التشاؤم وغيرها من المشكلات التي ربطها بهذه السوائل (علي عسكر، 1998، ص 26)، وفيما يخص المعايضة الإنفعالية للضغط فإن أرسطو (384-322 ق م) وبعد ذلك توماس الإكوييني (1221-1274م) حاولا تعريف المميزات الخاصة بين الروح والجسد، واعتبرا أن الإنفعال هو الذي يربط بينهما (Graziani et swendsen, 2005, p11).

غير أن الإستخدام الرسمي لمصطلح الضغوط Stress قد بدأ في أواخر القرن الرابع عشر، وقصد به في ذلك الحين المشقة Hardship والعسر Straits والحنة (الضراء) Adversity والأسى Affliction (جمعة يوسف، 2007، ص07).

كما يعتبر Descartes (1596-1650م) أول من وصف الرباط بين الروح والجسد

تحت مصطلح "الألم" (Graziani et swendsen, 2005, p11).

غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى اليوم متأثرا بعمل المهندس روبرت هوك Hook أواخر القرن السابع عشر، فلقد كان مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة وتقاوم قوى الطبيعة مثل الرياح والزلازل دون أن تنهار، ومن ثم كتب Hook عن فكرة الحمل والعبء كقوة خارجية، ولذلك يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة، ويكون ذلك ماثلا لاستجابة الضغط التي تصدر عن الكائن العضوي والتي تتبدى في المواجهة أو الهروب من الموقف الضاغظ (حسين وحسين، 2006، ص 17).

وخلال القرن 19 ظهر مجموعة من الأطباء الذين قاموا بأبحاث حول الإنفعالات وعلاقتها بالأمراض العيادية، ففي سنة 1812 الطبيب كورفسارت Corvisart وصف بعض الأمراض المتعلقة بالقلب، ثم جاء الطبيبان سوان Swan (1823) وكوبر Cooper (1839) اللذان استعرضا بعض الأمراض التي تسمى حاليا عندنا بقرحة الضغط (Graziani et swendsen, 2005, p11).

ثم جاءت أبحاث العالم كلود برنارد Bernard (1865) الذي بين أهمية توازن الفرد وهذا لكي يستطيع التكيف مع الأحداث الحياتية اليومية، وقد أعطى برنارد تعريفا لهذا التوازن بأنه قدرة الإنسان على المحافظة على استقراره الداخلي مهما كانت المؤثرات والإعتداءات الخارجية (Chalvin, 1984, p8).

كما أن جامس James (1884) ولانج Lange (1887) اعتبرا أن الإنفعالات تبدأ بمظاهر فيزيولوجية، أما الجوانب المعرفية فتعتبر عوامل ثانوية في هذا التحول (Graziani et swendsen, 2005, p11).

وفي سنة 1914 قام الفيزيولوجي الأمريكي (كانون) بربط مصطلح الضغط بعمليات التنظيم الهرموني للإنفعالات عند الحيوانات (Louis Crocq, 2007, p3)، ففي بحوثه على الحيوانات استخدم عبارة الضغط الإنفعالي ليصف عملية رد الفعل النفسي الفسيولوجي التي كانت تؤثر في انفعالاتها (علي عسكر، 1998، ص 26)، فاستخدم كانون كلمة الضغوط وذلك من خلال ملاحظة ردود فعل الغدة الكظرية والجهاز العصبي السمبتاوي في مواقف البرد أو الحاجة إلى الأكسجين. (إبتسام محمود ومحمد السلطان، 2009، ص 83).

وفي سنة 1945 قام كل من الطبيين العسكريين الأمريكيين (R.Grinker) و(J.Spiegel) وهما مختصان في الأمراض العقلية، قاما بإطلاق هذا المصطلح (الضغط) على مجموع الأمراض العقلية والنفسية التي ظهرت أثناء الحرب، وقد ذكرا ذلك في كتاب لهما تحت عنوان "أشخاص تحت الضغط"، وكان ذلك للإشارة إلى الحالة النفسية للجنود المعرضين لإنفعالات المعارك الشيء الذي ينتج عنه ظهور اضطرابات نفسية حادة أو مزمنة.

وفي سنة 1950 قام الفيزيولوجي الكندي هانز سيلبي (H.Selye) بتبني مصطلح الضغط للإشارة إلى ما كان يعرف منذ سنة 1936 "بالتناذر العام للتكيف" أو ما يعرف أيضا بـ "الفعل الفيزيولوجي الموحد" الذي ينتج عن العضوية عندما تتعرض لعدوان ما مهما كانت طبيعته (Louis Crocq, 2007, pp3-4).

وفي ما بين 1960 و1980 طور سيلبي Selye مفهوم الضغط إلى نقطة تقترب إلى التعريف الفلسفي حين عرف الضغط بأنه إستجابة الفرد لكل الإغراءات والمتطلبات (Michel De Clercq, 2001, p4).

ويمثل لازاروس (1966) أحد العلماء المبرزين في دراسة الضغوط النفسية وقام بتطوير هذه الدراسات بطرق متعددة، وتنبثق أعمال لازاروس من اهتمامه بأعمال المواجهة أو التعايش Coping (جمعة يوسف، 2007، ص9).

وخلاصة القول أن موضوع الضغوط كان اهتمام العلماء في الماضي وتطور كثيرا في حاضرنا المعاصر، وقد تظهر مفاهيم وتفسيرات ونظريات أخرى لهذا المصطلح في المستقبل.

2- مفهوم الضغوط:

1.2- الضغوط من الناحية اللغوية

وردت كلمة الضغط بعدة أشكال في المعاجم وذلك حسب الاستخدام والموقف الذي اقترن به، فيقال: ضغطه ضغطاً عصره وزحمه (المعجم الوجيز، 1994، ص381)، ويقال ضغط الكلام إذا بالغ في اختصاره وإيجازه، حيث يتخلى عن التفاصيل، ومن تصريفات الكلمة ضاغطة، مضاغطة، أي حين يزاحم أحدهما الآخر (الطريوي، 1994، ص07).

وفي اللغة الإنجليزية وردت ثلاث مصطلحات هي الضواغط Stressor، والضغط Stress، وقد جاءت الضواغط Stressor لتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي الفيزيائية، إجتماعية، نفسية والتي يكون لها قدرة إنشاء حالة ضغط ما، أما كلمة ضغط Stress فتعبر عن الحادث ذاته أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط، ويشير مصطلح الإنضغاط Strain إلى حالة الإنضغاط التي يعانها ويثن منها الفرد والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالإعياء والإرهاك والإحترق الذاتي (هارون الرشيد، 2004، ص15).

وقد ورد في معجم Webster New World Dictionary (1967) إن كلمة ضغط تعني القوة المحمّدة ويقال أيضا إنه القوة التي تقع على الجسم مما يحدث تغييرا في شكله تأثرا بهذه القوة (أمل العززي، 2004، ص32).

وقد استخدم الباحثون العديد من الكلمات عند الإشارة إلى لفظ الضغط، فقد استخدم أحمد عزت راجح مفهوم الأزمة Crise محل مفهوم الضغط (أحمد عزت راجح، 1973، ص447)،

ويستخدم مصطلح توتر وصراع ليدل على الضغط (فاخر عاقل، 1985، ص110)، واستعمل سمير شيخاني مفهوم البلى والتمزق (سمير شيخاني، 2003، ص11)، أما محمد قاسم عبد الله فقد استعمل مصطلح التوتر والإنعصاب (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص115)، كما استخدم باحثون آخرون مصطلحات تشير إلى مصطلح الضغط مثل (شدة، كرب، ضائقة، وطأة، تأزم نفسي، تعب نفسي، ضغط إنفعالي، مواقف متطرفة) (عمر النعاس، 2008، ص27).

ويفضل بعض الباحثين الآخرين استخدام مصطلح مثيرات المشقة أو مثيرات الضغوط Stressors للإشارة إلى الأحداث التي يمكن أن تسبب الضغوط التي هي استجابات الكائن البيولوجية والسلوكية للضغوط أو مثيرات المشقة (Davison et Neale, 1994, p191).

2.2- تعريف الضغوط النفسية

يعرف معجم علم النفس والطب النفسي الضغوط الانفعالية بأنها " مشاعر الإجهاد النفسي وعدم الراحة التي تحدث نتيجة مواجهة مواقف الخطر والتهديد وفقدان الأمن الشخصي، وكذلك الضغوط الناتجة عن صراعات داخلية وإحباطات وفقدان تقدير الذات والأسى (حسن عماد، 2006، ص08).

كما يمكن التعرف على ثلاثة إتجاهات في تناول الضغوط النفسية، وبعض الباحثين يسمي هذه الإتجاهات بمقاربات وهي: المقاربة الهندسية، والمقاربة الفيزيوطبية، والمقاربة النفسية (محمد مقداد، محمد المطوع، 2004، ص260).

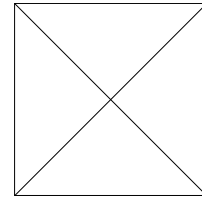
1.2.2 الإتجاه الأول: الضغوط كمثيرات (المقاربة الهندسية)

يتبنى معظم علماء النفس تعريف الضغوط باعتبارها مثيرات. وهذه المثيرات الضاغطة هي في الغالب أحداث تفرض على الشخص، أو ظروف تنبع من داخل الشخص نفسه (مثل الجوع أو الرغبة الجنسية) كما تنشأ أيضا من الخصائص العصبية لديه. وهناك أنواع عديدة من الأحداث التي توجد في البيئة المحيطة بالفرد والتي يمكن أن يطلق عليها مثيرات المشقة أو الضواغط، (جمعة يوسف، 2007، ص12). ويصنفها لازاروس وكوهين Lazarus et Cohen في ثلاث فئات هي: التغيرات الحياتية الكبرى أو الرئيسية، وهي عادة مزلزلة Cataclysmic وتؤثر في أعداد كبيرة من الأشخاص، ثم أحداث الحياة الكبرى التي تؤثر على شخص واحد أو عدد قليل من الأشخاص، ثم منغصات الحياة اليومية (Lazarus et Folkman, 1984, p12).

ومن ثم فإنه ينظر إلى الضغط في هذا الإتجاه على أنه المتغير المستقل (السبب) في البحوث (حسين فايد، 2001، ص336)، وتبنى هذا النموذج هولمز وراهي Holms et Rahe (1967) حيث أشارا إلى أن أحداث الحياة لها تأثيرات على الأفراد، ومن ثم شرعوا في تحديد أحداث الحياة

الضاغطة وأعدوا نتيجة لذلك مقياسا لقياس تأثير أحداث الحياة الضاغطة على الأفراد (حسين وسلامة حسين، 2006، ص53)، ومن ممثلي هذه المقاربة أيضا يمكن الإشارة إلى كوكس وفيرجسون (1991)، ويرى هذان الباحثان أن المثير-أي مثير- إذا كان غير مرغوب فيه فإنه يسبب للفرد حالة من الإزعاج، والقلق، والتوتر، ويصبح مصدرا من مصادر الإجهاد (محمد مقداد، المطوع، 2004، ص260).

وفق هذا الطرح يعرف الضغط على أنه القوة (المنبه) التي تؤثر على الفرد مما يؤدي إلى حدوث إستجابة توترية. والشكل التالي يوضح لنا هذا التعريف (عمار كشرود، 1995، ص.ص 307-308)



شكل رقم (01) يوضح تعريف مصطلح الضغط على أساس المنبه

وعرف الخولي (1976) الضغوط بأنها "الحالات التي يتعرض فيها الإنسان لصعوبات بيئية مستمرة، مادية معنوية، جسمية نفسية، والتي يتغلب عليها في حياته اليومية بوسيلة من وسائل التكيف مع الظروف البيئية ليحتفظ بحالة الاستقرار، ولكن كثيراً ما تشكل تلك الصعوبات إجهاداً لا يمكن التغلب عليه لإعادة التوافق" (الخولي، 1976، ص 226).

وتعرف زينب الشقير الضغوط النفسية بأنها مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته، وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الإستجابة المناسبة للموقف، وما يصاحب ذلك من اضطرابات إنفعالية وفسولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى لدى الفرد (زينب الشقير، 2005، ص166).

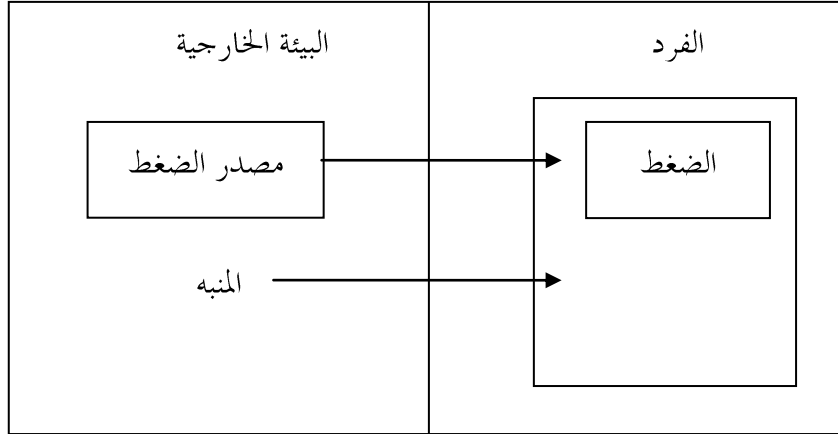
2.2.2 الإلتجاه الثاني: الضغوط كاستجابات (المقاربة الفيزيوطبية)

أصحاب هذا الإلتجاه ينظرون للضغط على أساس أنه استجابة الفرد للمثيرات، أي أنه رد فعل نفسي أو فسيولوجي يترتب عليه تغيرات بيولوجية وهو بذلك يصبح مرادفاً للفظ (الإجهاد) حيث يظهر الإجهاد على الفرد على شكل اضطرابات سلوكية وجسمية ونفسية مثل التأخر عن العمل، الأرق، الاكتئاب، أمراض القلب والأوعية الدموية.

وإن أهم من يمثل هذه المقاربة هو هانز سيلبي Seley الذي يرى أن الإجهاد هو استجابة عامة تمر بمراحل ثلاث، وقد أطلق عليها إسم تناذر التكيف العام أو General Adaptation Syndrome (المقداد، المطوع، 2004، ص261). كما أشار سيلبي إلى أن الضغط عبارة عن

مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة، مثل التغير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي (ماجدة عبيد، 2008، ص20).

ومن أصحاب هذا الإتجاه أيضا Gilbert (1977) حيث عرف الضغط النفسي بأنه: الإستجابة الفسيولوجية أو السيكولوجية التي تحدث في مواجهة حدث أو حالة خارجية (أمل العتري، 2004، ص33). والشكل التالي يوضح لنا هذا الإتجاه.



شكل رقم (02) يوضح تعريف مصطلح الضغط على أساس الإستجابة (عمار كشرود، 1995، ص 309)

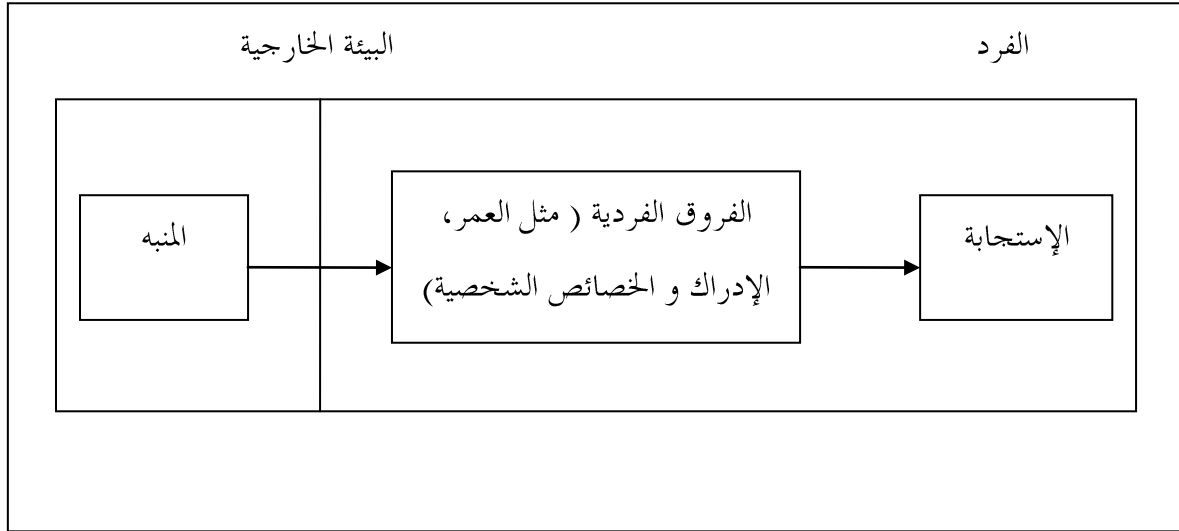
3.2.2 الإتجاه الثالث: الضغوط كعلاقة تفاعلية (المقاربة النفسية)

أصحاب هذا الإتجاه ينظرون للضغط على أنه التفاعل بين العوامل المثيرة للضغط والإستجابة له، ومن أصحاب هذه المقاربة ريتشارد لازاروس Lazarus الذي يعرف الضغط النفسي على أنه "يتعلق بعلاقة فريدة موجودة بين الشخص ومحيطه، وهي تشمل على تقييم معرفي لطلب يعيشه الشخص على أنه اختبار له، أو على أنه يتجاوز إمكاناته، أو على أنه لا يمكن الإستجابة لهذا الطلب، أي أن الطلب يضع راحة الشخص في خطر" (Anne Jolly, 2002, p61).

ومن أصحاب هذا الإتجاه نجد Teirper & Newman (1978) اللذان عرفا الضغط النفسي على أنه "حالة تنشأ عن التفاعل بين الناس وأعمالهم وتتسم بإحداث تغيرات في داخلهم وتدفعهم إلى الانحراف عن أدائهم الطبيعي" (أمل العتري، 2004، ص34).

وأشار رويين Robin إلى أن الضغوط النفسية هي تلك النوعية من الخبرة التي تنتج عن تعامل الشخص مع البيئة وينتج عنها إجهاد فسيولوجي أو نفسي إما بزيادة الإثارة أو نقص الإثارة (Robin, 1999 , p25).

هذه المجموعة من التعاريف هي عبارة عن مزج بين المدخلين السابقين. ووفق هذا الطرح يعرف الضغط على أنه نتيجة للتفاعل الموجود بين منبه بيئي واستجابة المزاج الذاتي الخاص بالفرد (أي الفروق الفردية). والشكل التالي يوضح لنا هذا التعريف.



شكل رقم (03) يوضح تعريف مصطلح الضغط على أساس المنبه و الإستجابة (عمار كشرود، 1995، ص310).

ومن خلال العرض السابق يتضح أن هناك ثلاث مكونات للضغط هي المثيرات مسببات الضغط، والاستجابة، والتفاعل بين المثيرات والاستجابة. أي أن المثيرات هي القوى التي تبدأ بها حالة الضغط لدى الفرد، وتمثل الاستجابة ردود الفعل الفسيولوجية أو النفسية. ولكي يحدث الضغط لا بد من التفاعل بين المثيرات والاستجابة لها.

وخلاصة القول أنه يمكن تعريف الضغوط النفسية بأنها الحالة التي يدركها الكائن الذي يتعرض لأحداث أو ظروف معينة بأنها غير مريحة أو مزعجة أو على الأقل تحتاج إلى نوع من التكيف أو إعادة التكيف، وإن استمرارها قد يؤدي إلى آثار سلبية كالمرض والاضطراب وسوء التوافق (جمعة يوسف، 2007، ص13).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الإصدار الرابع (DSM IV) فقد عرف الضغوط النفسية بأنها "أي حرمان يُثقل كاهل الفرد نتيجة لمروبه بحيرة غير مريحة كالمرض المزمن أو فقدان المهنة أو الصراع الزوجي" (علي علي، 2000، ص10).

3- الضغوط وبعض المفاهيم المرتبطة بها

1.3 الإحتراق النفسي

لقد عرف الإحتراق النفسي في الثلاثينات من القرن المنصرم عندما أصبح عمال الصناعة الأمريكيين يعانون كثيرا من أمراض القلب والتوتر والصداع النصفي والشعور بالإكتئاب وتدهورت

علاقتهم مع الأصدقاء والأسرة، ويعتبر فرويدنبرجر Freudenberger هو أول من استخدم مصطلح زملة أعراض الإحترق Burnout Syndrom (حسين وسلامة حسين، 2006، ص27).

حيث عرف Freudenberger الإحترق النفسي بأنه حالة تحدث نتيجة الأعباء والمتطلبات الزائدة والمستمرة، والملقاء على عاتق الفرد والتي تفوق قدرته، مما يساهم في ظهور مجموعة من المظاهر النفسية والجسدية السلبية (Freudenberger,1974 , p160).

كما يعرف الإحترق أيضا بأنه رد فعل للضغط المتصل بالعمل والذي يختلف تبعا لشدة وفترة التعرض بالضغط النفسي ويظهر على العاملين أعراض الإجهاد الانفعالي جراء العمل مما يقودهم إلى ترك وظائفهم (رمزي جابر، 2007، ص133).

أما ماسلاك (Maslach,1982) فقد عرفته بأنه مجموعة أعراض تتمثل في الإجهاد العصبي واستنفاد الطاقة الانفعالية والتجرد من النواحي الشخصية، والإحساس بعدم الرضا عن الانجاز في المجال المهني، والتي يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعاً من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس (القريوتي والخطيب، 2006، ص133).

ويرى أكرم عثمان أن هناك تداخل وخطوط ما بين الضغوط النفسية والإحترق النفسي، لذا فلا بد من أن نميز ونفرق بينهما.

لذا فقد رأى نيهاموس (Niehaus , 1989) إلى أن الفرق بين الضغوط النفسية والإحترق

النفسي يتضح في ثلاث خصائص كالآتي:

- 1- إن الإحترق النفسي يحدث نتيجة لضغوط العمل النفسية المتمثلة في تضارب الأدوار وغموضها، وازدياد حجم العمل، وظروف العمل أحواله التي تنطوي على بعض المخاطر.
- 2- إن الإحترق النفسي يحدث في معظم الأحيان لدى المعلمين الذين يلتحقون بالمهنة برؤية مثالية مؤداها أنهم لابد أن ينجحوا في مهنتهم.

3- هناك صلة وثيقة وعلاقة تناسبية متبادلة بين الإحترق النفسي والسعي إلى تحقيق المهام التي يتعذر تحقيقها (www.dakram.maktoobblog.com/983497)

يتضح مما سبق أن الإتهاك النفسي (أو الإحترق) Burnout يختلف عن الضغط Stress

حيث إن الإتهاك النفسي مرحلة متقدمة من مراحل الضغوط النفسية، لهذا فمصطلح الضغط أشمل وأعم من مصطلح الإتهاك (الإحترق)، أما مصادرها فقد تشابه، ولكن الاختلاف أن مصادر الإتهاك النفسي تستمر دون القدرة على التكيف معها، في الوقت الذي لا يجد فيه الفرد الدعم الكافي للتغلب على هذه الضغوط، وهكذا فالإتهاك والضغط مرتبطان معا، ويختلفان في استمرار الضغط وعدم القدرة على التعامل معه مما يؤدي لحدوث الإتهاك النفسي، ومع ذلك فقد اختلط الأمر على بعض الباحثين (حسام علي، 2008، ص40).

2.3 ضغوط ما بعد الصدمة

في سنة 1980 قام التصنيف الأمريكي في طبعته الثالثة بنشر مصطلح « Post Traumatic Stress Disorders » للإشارة إلى ما عرفه التصنيف الأوروبي بالعصاب الصدمي، وترجم إلى اللغة بالفرنسية بحالة الضغط ما بعد الصدمة « Etat de Stress Traumatique » (Crocq, 2007, p12).

عرف الضغط ما بعد الصدمة في التصنيف الأمريكي DSMIV (1994) بأنه اضطراب سريع التأثير يظهر عند الشخص الذي تعرض لحادث صدمي، ويعتبر الحادث صدمي عندما يكون هذا الشخص ضحية لهذا الحادث، أو يشعر عند مواجهته أنه أمام تحديد حقيقي لحياته، كما أن ردود فعل الشخص تتسم أثناء مواجهته للحادث بالرعب والخوف الشديد (Marchard et Boyer, 2003, p4).

وحسب التصنيف الأمريكي فإن تشخيص هذه الإضطرابات يستند إلى المعطيات التالية:
 أ- التأكد من وجود حدث صدمي (أي الحادثة التي هددت حياة المريض وسببت له الصدمة) وهنا يتم استبعاد ضغوطات الحياة العادية؛
 ب- تكرار معايشة الحدث الصدمي من قبل المريض، ويكمن لهذا التكرار أن يكون على شكل ذكريات أو كوابيس أو رؤى هلوسية عابرة؛
 ج- ديمومة إستمرارية السلوك التجنبي؛
 د- ديمومة العلائم المرضية (إضطرابات النوم- الحساسية النفسية- سرعة الإستثارة- إضطرابات إدراكية وردود فعل فيزيولوجية عندما يتعرض المريض لمواقف تذكره بالحادث (النايلسي، 1991، ص.ص 21-22).

الضغط والصدمة ينتميان إلى سجلين مختلفين بيوعصبي فيزيولوجي بالنسبة للضغط، ونفسي بالنسبة للصدمة، أحدهما يتكلم عن تعبئة المصادر الطاقوية والآخر عن إختراق الدفاعات النفسية، أحدهما يصف الإضطراب العصبي الإعاشي، والآخر يصف الجانب العيادي لحالة الذعر والفرع، إذ على المستوى العيادي لا يوجد مساواة بين السجلين، فغالبا يظهر أن الأفراد الذين يعانون حالة ضغط متكيف لا يعيشونه بشكل صدمي، بينما الأفراد الذين يعانون حالة ضغط متجاوز يعيشونه بشكل صدمي ويتطور فيما بعد إلى صدمة نفسية (Crocq, 2007, p12).

وعلى هذا تختلف الأحداث الصدمية عن الأحداث الضاغطة، فالأحداث الصدمية عادة تكون خارج نطاق الخبرة العادية أو المألوفة للفرد، وغالبا لا يكون لدى الأفراد المصدومين حصيلة كافية للتعرف على كيفية التعامل مع الأحداث الصدمية التي يتعرضون لها، حيث إن الأفراد في المواقف

الصدمية يشعرون أن لديهم ضبطا أو تحكما أقل في معارفهم وسلوكهم، ومن يلجئون إلى ميكانيزمات دفاعية لا شعورية مثل التفكك والكبت والإنكار (حسين وسلامة حسين، 2006، ص 29).

3.3 الأزمة Crise

عرف كابلان (1961) الأزمة بأنها حالة تنتج عندما يواجه الفرد عائقا يقف حاجزا أمام تحقيق أهدافه اليومية في وقت من الأوقات، حيث يصيب الفرد حالة لا تنظيم مع شعوره بعدم الإرتياح، مع محاولات لتجاوز هذا العائق لكنها تبوء بالفشل (Monique et Brunet, 2006, p4).

ويرى حسين طه وسلامة حسين أن الضغط يختلف عن الأزمة، فالأزمة هي الحادثة المفاجئة التي تتطلب من الفرد القيام باستجابات فورية نحوها والتي قد تؤدي بالفرد إلى مكابدة بعض المشكلات النفسية والصحية بعد حدوثها مثل الكوارث الطبيعية (حسين وسلامة حسين، 2006، ص30).

كما يعتبر Monique et Brunet أن الأزمة تظهر عندما يسبب حادث ما حالة من الضغط، ويدرك الفرد هذا الحادث على أنه يمثل تهديد له، وصعوبات غير محتملة بحيث تتجاوز مصادره للتكيف مع هذا الحادث (Monique et Brunet, 2006, p29).

4- أنواع الضغوط ومستوياتها:

ذكر الباحثون عدة تصنيفات وتقسيمات للضغوط وذلك تبعاً لأثرها على الفرد كما قسمت حسب مدتها وكذلك صنف حسب شدتها، وستناول بعض هذه الأنواع بشيء من التفصيل:

منهم من صنف الضغوط إلى صنفين ضغوط سلبية وضغوط إيجابية، ولقد ميز سيلبي بين هذين النوعين من الضغوط، حيث يطلق سيلبي على الضغط النافع أو الحسن Eu-stress الضغط السلبي Di-stress (De Clercq, et Lebigot, 2001, p4).

أ-ضغوط سلبية:

وهي الضغوط ذات الانعكاسات السلبية على صحة ونفسية الإنسان من ثم تنعكس على أدائه وإنتاجيته في العمل مثل تلك الضغوط التي ندفع في الواقع ثمنها بالإحباط وعدم الرضا عن العمل بالإضافة إلى النظرة السلبية تجاه قضايا العمل. (محمد أبو العلاء، 2009، ص11)، فالضغوط السلبية تؤثر سلباً على أداء الفرد الأكاديمي والمهني، وتوقعه عن الإنجاز والإبداع، وتؤدي إلى سوء التوافق والإكتئاب والقلق والإحساس بالإحباط والعدوان على الآخرين (حسين وسلامة حسين، 2006، ص32).

ويعتبر هذا الضغط عاملاً مساعداً على إحداث حالات ثانوية نسبياً من مثل الصداع، والإضطرابات الهضمية، والإضطرابات الجلدية، والأرق والقروح، ولكنه يمثل كذلك دوراً مهماً في الأسباب الرئيسية للموت في العالم الغربي كالسرطان، والأمراض القلبية الشريانية، واضطرابات التنفس، والإصابات الطارئة بسبب الحوادث، وتشمع الكبد والإنتحار (سمير الشبخاني، 2003، ص13).

ب- الضغوط الإيجابية:

وهو عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد نمو المرء وتطوره (كالتفكير مثلاً)، وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام ويساعد على زيادة الثقة بالنفس (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص25).

وهذا النوع من الضغوط يعطي إحساساً بالقدرة على إنجاز الأعمال السريعة والحاسمة فهي بمثابة حوافز إيجابية لما لها من تأثير نفسي وإيجابي عند شعور الفرد بالإنجاز، وما يجلبه ذلك من شعور بالسعادة والغبطة والسرور، وبالتالي فهي ليست لها أضرار على صحة الفرد، بل إن كمية من الضغط يعتبر مطلباً وشرطاً أساسياً للإنجاز. www.abegs.org/sites/doclib1.

وقد أوضح كيلي Killy (1994) آثار ونتائج كل من الضغوط الإيجابية والضغوط السلبية

الضغوط السلبية	الضغوط الإيجابية
1- تسبب انخفاض في الروح المعنوية، وشعور بتراكم العمل.	1- تمنح دافعاً للعمل ونظرة تحدي للعمل .
2- تولد ارتباكاً وتدعو للتفكير في المجهود المبذول.	2- تساعد على التفكير والتركيز على النتائج .
3- تعمل على ظهور الإنفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها	3- توفير القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر
4- تؤدي إلى الشعور بالقلق والفشل.	4- تمنح الإحساس بالمتعة والإنجاز .
5- تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل.	5- تمد الفرد بالقوة والتفاؤل بالمستقبل.
6- تسبب للفرد الشعور بالأرق.	6- تساعد الفرد على النوم الجيد.
7- عدم القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة	7- تمنحه القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.

جدول رقم (01) يوضح المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية لـ كيلي (1994) (أمل العتري، 2004، ص36)

كما يمكن أن تصنف الضغوط النفسية تبعاً لمدة تأثيرها (مؤقتة ومزمنة):

أ- الضغوط المؤقتة:

وهي الضغوط التي تحيط بالفرد لمدة وجيزة، ثم تزول، وعادة ما تكون مرتبطة بموقف مفاجئ لا يدوم أثره طويلا، وهذه الضغوط أثر محدود على الفرد إلا إذا كانت قدرة تحمله أضعف من الموقف الذي تعرض له (عربيات والخرابشة، 2007، ص54). وهذه الضغوط مثل ضغوط الإمتحانات أو انتظار مولود جديد... الخ.

ب- ضغوط دائمة أو مزمنة:

وهي التي تحيط بالفرد لمدة طويلة نسبيا، مثال ذلك تعرض الفرد لمرض مزمن، وآلام مرافقة له، يرافق ذلك ظروف وأوضاع مادية واقتصادية واجتماعية متواضعة، ولا تساعد على تحمل هذا الموقف (عربيات والخرابشة، 2007، ص54)، وهذه الضغوط المزمنة هي ضغوط سلبية تجعل الفرد يجند كل ما لديه من طاقة وإمكانات لمواجهتها، وعلى ذلك فإن حدوث الضغوط المستمرة يرتبط دائما بظهور العديد من المشكلات الجسمية والنفسية للفرد الواقع تحت الضغط (حسين وسلامة حسين، 2006، ص34).

كما صنفت الضغوط بحسب شدتها إلى ثلاثة أنواع (شديدة-متوسطة-خفيفة):

أ- ضغوط شديدة (حادة):

وينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة، وتختلف هذه الإستجابات من شخص إلى آخر، ولا يشير بالضرورة إلى وجود أمراض عقلية أو جسمية وإنما هي إستجابات عادية تشير إلى ضرورة التدخل (الغريير وأبوأسعد، 2009، ص28).

ب- ضغوط متوسطة:

مثل الضغوط الناتجة عن توزيع الجدول المدرسي وتوزيع الأنشطة المدرسية طوال العام الدراسي، واستقبال الطلاب الجدد في بداية العام الدراسي (حسين وسلامة حسين، 2006، ص34).

ج- ضغوط خفيفة:

وهي ضغوط عادية تتصل بالمواقف اليومية الراهنة التي تنشأ من التفاعلات اليومية، وينتج عنها استجابات طفيفة مع مجموعة علامات الضغط وأعراضه التي من السهولة ملاحظتها (الغريير وأبوأسعد، 2009، ص28).

إضافة إلى هذه الأنواع السابقة للضغوط، نجد تصنيفات أخرى لبعض العلماء أمثال "Moor" و"لازاروس وكوهين":

1- تصنيف Moor 1975:

يرى مور أن هناك ثلاثة أنواع من الضغوط التي يتعرض لها الفرد، ويحددها بما يأتي:

- 1.أ-**الضغوط الناجمة من التوترات الاعتيادية (Ordinary Tensions Stresses)، ويراد بها الضغوط الناجمة عن المشكلات اليومية ومن جراء عدم قدرة الفرد على إشباع بعض حاجاته وهي ضغوط غير حادة وينتج عنها استجابات طفيفة.
- 1.ب-**الضغوط النمائية (Development Stresses): وتشتمل على الضغوط الناجمة عن التغيرات النمائية التي تتطلب تغييراً مؤقتاً في العادات وفي أسلوب الحياة .
- 1.ج-** ضغوط أزمات الحياة (Life crises Stresses): وتشتمل على ضغوط المرض الشديد أو فقدان شخص عزيز، وتكون قوية وتستمر لمدة طويلة.

www.jamaa.cc/attach.php?id=4716

2-تصنيف لازاروس وكوهن (1977, Lazarus et Cohen):

حيث بينا نوعين من الضغوط:

- 2.أ-**الضغوط الخارجية: والتي تعني الأحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة.
- 2.ب-**الضغوط الداخلية (الشخصية): والتي تعني الأحداث التي تكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر وذات الفرد (الغريير وأبو أسعد، 2009، ص 29).

ثانياً: مصادر الضغوط ومسبباتها

يعرف عادل الأشول مصادر الضغوط بأنها " عبارة عن مثير له إمكانية محتملة في أن يولد

استجابة المواجهة أو الهروب منها " (عادل الأشول، 1993، ص 15).

لقد حظيت مسألة تحديد مصادر الضغوط باهتمام الكثير من الباحثين، ولذلك تعددت تصنيفات مصادر الضغوط لديهم، ومما لاشك فيه أن الإنسان عادة ما يتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط، وأن مصادر الضغوط الواقعة على الإنسان تحيط به من كل جانب وقد لا تنتهي علماً بأنها تختلف لدى الفرد الواحد من مرحلة إلى أخرى عبر المراحل النمائية التي يمر بها في حياته (حسين وسلامة حسين، 2006، ص 36).

ومن بين أهم مصادر الضغوط التي تواجه الفرد نذكر ما يلي:

1-ضغوط ومشكلات نفسية وشخصية

عند تناول شخصية الفرد وعلاقتها بمصادر الضغط فإن الاهتمام ينحصر في دور الإستعداد الشخصي في مواجهة هذه المصادر وانعكاس تلك المواجهة على الصحة البدنية والنفسية للفرد، وبهذا الصدد يتفق الباحثون في هذا المجال على أن شخصية الفرد لها دور في نوعية الإستجابة لمصادر

الضغط، وفي الغالب تعتبر شخصية الفرد عاملاً وسيطاً أو متداخلاً تخفف أو تزيد من وطأة الموقف السلبي (الضغط) على الفرد (رشيد مسيلي وفاضلي، 2009، ص 11).

حيث إن تعرض الفرد لمستوى عالي من الضغط عادة ما يصاحبه الشعور بالقلق والإحباط والتعب والإرهاق والاكتئاب والتوتر والانفعال والأرق، وانخفاض تقدير الذات.

هناك مسببات نفسية تكون مصدراً هاماً في الضغط نذكر منها:

1.1 التوافق (Adaptation)

تعتمد صحة الفرد العامة على الاحتفاظ بالتوازن بين الجانب العقلي والبدني، وتكمن الخطورة في التغيرات التي يواجهها الجسم التي من شأنها إحداث خلل في التوازن الكيميائي.

2.1 الإحباط (Frustration)

يشعر الفرد بالإحباط عند وجود عائق يمنعه من تحقيق هدفه أو في حالة شعوره بالعجز لتغيير الموقف غير المرغوب فيه، وفي الغالب يتجسد رد الفعل في انفعال الغضب، ومن الطبيعي أن يصحب ذلك إفراز للهرمونات التي ترتبط بالمواقف الضاغطة.

3.1 زيادة الحمل (Overload)

ويحدث ذلك عندما تزيد المتطلبات على قدرات الفرد لمواجهتها مثل عدم وجود وقت كافي لإنجاز المتطلبات وزيادة المسؤولية وعدم وجود مساندة اجتماعية.

4.1 الحرمان الحسي (Sensory Deprivation)

مثل قلة الإثارة التي تتمثل في المهام الروتينية التي لا تتطلب مجهود فكري أو بدني إذ أن الفرد يجد نفسه يزاوّل عملاً خالٍ من الإثارة يفقده الرغبة في الأنشطة اليومية ويشعر أنه منهكاً ويؤدي عملاً أقل من قدراته (عبير الصبان، 2003، ص.ص 56-57).

5.1 أنماط الشخصية

هناك أنماط للشخصية تستجيب للضغوط أكثر من غيرها من الشخصيات، فقد وجد فرديمان وروزمان أن نمط الشخصية (أ) الذين يمتازون بـ (التنافس، العدوان اللفظي، التحفز والجدية، عدم القدرة على الإسترخاء، يغضبون بسهولة، ويمتازون بالعدوانية) قد تعرضوا لمعدل أعلى من مرض القلب التاجي مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون من نمط (أ)، وقد اكتشفت بحوثهم والدراسات الأخرى وجود علاقة قوية بين نمط السلوك (أ) والخطر للإصابة المتزايد للإصابة بمرض القلب والموت المبكر.

كما وصف كل من توميشوك ودريهر Temoshok and Dreher في كتابهما السلوك ذات النمط (ج) والسرطان نمطاً آخر للشخصية وهو النمط الميال للسرطان، وأصحاب هذا النمط يستجيبون للفشل المتكرر والضغط والإستسلام وتطوير شعور بالعجز واليأس.

كما ناقش ألبرت أليس مؤسس العلاج السلوكي الإنفعالي العقلاني مجموعة صفات الشخصية التي سماها الإعتقادات اللاعقلانية، ويعتقد أليس Ellis أن أفكارنا السلبية واعتقاداتنا غير المنطقية عن الناس والأشياء هي الأساس لضغطنا وعصباتنا.

كما اقترح أيضا غيردانو وآخرون (Girdano et al) نمطا آخر للشخصية وهي الشخصية القلقة الإنفعالية التي تمتاز برودة فعل قلق ذاتية مستمرة تحافظ على الإستجابة للضغط النفسي، حتى بعد أن يختفي المثير الضاغط. (الغريير وأبو أسعد، 2009).

6.1 مركز التحكم في الأحداث (داخلي خارجي)

يعد روتر (Rotter) هو صاحب مفهوم مركز التحكم في نظريته (التعلم الإجتماعي)، ويعد نوع الضبط من أكثر الصفات الشخصية تأثيرا في زيادة حدة الضغوط أو قلتها لدى الفرد، فالفرد الذي يعتقد أنه يستطيع التحكم بالأحداث والسيطرة عليها بدرجة كبيرة هو الأكثر تحملا للتهديدات والضغوط التي يتعرض لها في حياته من ذلك الشخص الذي لا يعتقد بأنه يستطيع التحكم بمراكز الأحداث، ويعزى ذلك إلى مؤثرات خارجية كالحظ أو الصدفة أو القدر أو الفرصة (عمر العباس، 2008، ص 49).

2-الضغوط والمشكلات الصحية:

المرتبطة بالصحة الجسدية والفسولوجية كالصداع وارتفاع ضغط الدم وحركة المعدة، وارتفاع معدل ضربات القلب والغثيان، والدوخة والرعدة والإصابة بالمرض وصعوبات النوم والعادات الصحية السيئة واختلال النظام الغذائي (زينب الشقير، 2005، ص 178).

3-الضغوط الشخصية والأسرية

الصراع بين دور الشخص في المنزل ودوره في العمل، التعرض للمخاطر الطبيعية والبشرية، المشكلات مع أفراد الأسرة، المشكلات مع توقعات أعضاء الأسرة، المشكلات مع الأصدقاء والأقارب، الزواج من شريك حياة متعدد الأدوار، الاختلالات الزوجية، الاختلالات الجنسية، الطلاق والانفصال، مشكلات خاصة بالتسلسل الهرم في الأسرة، التعرض للإساءة في الطفولة، المسؤولية عن الأطفال، مشكلات الأبناء في المدرسة والجامعة، أسلوب الحياة الفردي، الضواغط في السفر والعطلات، الضواغط في الأعياد والمناسبات الاجتماعية، محاولة القيام بأدوار متعددة في الوقت نفسه (جمعة يوسف، 2007، ص 17).

4-الضغوط والمشكلات الإجتماعية

التمثلة في سوء العلاقة بالآخرين وصعوبة تكوين صداقات اجتماعية، ويرى علماء السلوك أن العلاقة الجيدة بين الأفراد المبنية على التأييد والثقة والمساندة والتعاون تسهم في خلق بيئة اجتماعية صحية وعكس ذلك سواء كان سوء الثقة أو عدمها قد يؤدي إلى نشؤ علاقات متوترة، يسودها الحقد

والكراهية وبذلك تصبح العلاقات بين الأفراد مصدرًا من مصادر الضغوط (أمل العتري، 2004، ص41).

5- الضغوط والمشكلات الاقتصادية:

قد أوضحت دراسة Harburg (1973) بأن الأفراد الذين يعانون الضغوط النفسية هم الأفراد الذين يعيشون مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض، ويعيشون في منطقة مزدحمة بالسكان، وأن هؤلاء يعيشون اضطرابات أسرية، ويعانون من ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض النفسية والجسدية (زينب الشقير، 2005، ص177). فالمشاكل الاقتصادية لها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير، وخاصة حينما يتعرض لأزمات مالية أو فقدان العمل بشكل نهائي إذا ما كان مصدر رزقه فيعكس ذلك على حالته النفسية، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مساندة متطلبات الحياة (أمل العتري، 2004، ص40).

6- الضغوط والمشكلات الدراسية

المتعلقة بظروف الدراسة مثل صعوبة التعامل مع الزملاء والمعلم، وصعوبة التحصيل الدراسي، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على أداء الواجبات المترتبة، والفشل في الإمتحانات، والخوف من الرسوب (معزي عياش، 2004، ص17).

ثالثا: بعض النماذج والنظريات المفسرة للضغوط النفسية

1- نموذج والتر كانون

يطلق على هذا النموذج إسم المواجهة أو الهروب لأن هذه الاستجابة تجعل الفرد إما أن يواجه الموقف أو أن يتجنبه ويهرب منه (عبد الرؤوف الطلاع، 2000، ص17). تعد هذه النظرية من أوائل النظريات التي اعتمدت على الجوانب الفسيولوجية أو البيولوجية في تفسير ودراسة الضغوط النفسية على يد صاحبها العالم الفسيولوجي والأستاذ بجامعة هارفرد " والتر كانون" 1932 أثناء دراسة للكيفية التي يستجيب بها كل من الإنسان والحيوان للتهديدات الخارجية (إبتسام محمود وسلطان السلطان، 2009، ص83)، إذ استخدم في بداية القرن العشرين مصطلح "التوازن الجسمي" Homeostasis للتدليل على نزعة الكائن الحي بالإستعانة على مصادرها للمحافظة على حالة الإتزان، فالكائن الحي يدرك الخطر في البيئة والإستجابة تكون إما الدفاع أو الهرب (الغريب وأبو أسعد، 2009، ص21)، ثم استخدم مصطلح "الضغط" للدلالة على تلك الأحوال الداخلية والخارجية التي تؤثر في عملية الإستقرار والإتزان الداخلي الخارجية (إبتسام محمود وسلطان السلطان، 2009، ص83).

كما بين كانون في نظريته التأثيرات العضوية التي ترافق سلوك الهرب أو الهجوم تجاه الخطر والتي تهدد حالة الإستقرار التي يعيشها الجسم (Graziani et Swendsen, 2005, p20)، وهو

يرى أن المهاد (Hypothalamus) هو المركز الأصلي لتلك الاستجابة الخاصة بالضغط وله وظيفة مزدوجة في الحالات الطارئة، وهي التحكم في الجهاز العصبي المستقل وتنشيط الغدة النخامية ولذلك يطلق على المهاد مركز الضغط، والجهاز العصبي المستقل هو المسئول عن تنظيم وحدوث الاستجابات الفسيولوجية عن طريق مجموعة من الوظائف الهامة التي يقوم بها عند وقوع الفرد تحت وطأة الضغط النفسية، وهي قيام الجهاز العصبي المستقل بعملية تنظيم فاعلية أعضاء الجسم وإفراز مادة الأندروفين (Endorphin) ثم إفراز مادة الأدرينالين (Adrenaline) (عبير الصبان، 2003، ص44).

2- نموذج هانز سيلبي

هانز سيلبي يعتبر الأب المؤسس لموضوع الضغط، رغم أنه لم يستعمل هذا المصطلح إلا مؤخرا (Anne joly, 2002, p53)، وكان سيلبي بحكم تخصصه كطبيب متأثراً بتفسير الضغط تفسيراً فسيولوجياً، وتنطلق نظرية هانز سيلبي من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط Stressor يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة (فاروق عثمان، 2001، ص98).

وقدم سيلبي هذه النظرية عام 1956 ثم أعاد صياغتها مرة أخرى عام 1976، ويؤمن بأن درجة معتدلة أو متوسطة من الضغط النفسي تؤدي إلى اضطراب التوازن الجسمي، وقد أطلق سيلبي على هذه النظرية بعد صياغتها متلازمة التكيف العام General Adaptation Syndrom (GAS) (الغريير وأبو أسعد، 2009، ص60).

وقد قسم سيلبي مجموعة الأعراض التكيفية للضغط أو ردود الفعل تجاه المصادر الضاغطة إلى ثلاث

مراحل:

أ- مرحلة الإنذار أو التنبيه (Alarm Phase)

ب- مرحلة المقاومة (Resistance Phase)

ج- مرحلة الإستنزاف أو الإنهاك (Exhaustion Phase)

1.2 مرحلة الإنذار La phase d'alarme

تمثل مرحلة الإنذار رد الفعل الأولي للموقف الضاغط عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الدماغ وبالتحديد إلى الغدة النخامية، وهذا بدوره يرسل رسائل عصبية وكيميائية للأجهزة المعنية في الجسم، حيث يفرز هرمون الأدرينالين، يزداد التنفس، يزداد السكر والدهون في الدورة الدموية، تشد العضلات لتهيأ الجسم لعملية المواجهة، وتعرف هذه التغيرات بالإستثارة العامة (علي عسكر، 1998، ص28).

2.2 مرحلة المقاومة La phase de résistance

وتحدث هذه المرحلة عندما يكون التعرض للضغوط متلازما مع التكيف، وهنا تختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات واستجابات أخرى تدل على التكيف (هارون الرشيدى، 2004، ص51).

3.2 مرحلة الإهناك La phase d'épuisement

إذا استمر التهديد واستنفدت الأعضاء الحيوية قواها اللازمة للصمود، الأمر الذي يؤدي في بعض الحالات المتطرفة إلى الموت، فعلى سبيل المثال مع أن الجسم لديه القدرة على التكيف مع ضغط الدم العالي إلا أن استمرار زيادته يؤدي إلى المساهمة في تلف الكبد والقلب، وكما أن هناك أدلة علمية تبين أن استمرار الضغط يمكن أن يؤدي إلى ضعف جهاز المناعة في الجسم وفي الحالات القصوى إلى الوفاة (علي عسكر، 1998، ص28).

وقد وجهت لهذه النظرية بعض الانتقادات خاصة من طرف السيكوسوماتيين مفادها أن سبيلي لم يتعرض إلى عامل بنية الفرد الشخصية وآليات دفاعه العقلية أي الفروق الفردية، كما أنه يعني بالمجهودات العوامل الفيزيائية والكيميائية والعضوية أكثر مما يعني بها الأحداث والمواقف الرمزية والاجتماعية وهو بذلك يركز على شمولية التناذر العام للتكيف أكثر مما يركز على الفروق الفردية في الإستجابة لعوامل الإجهاد (الهاشمي لوكية وفتيحة بن زروال، 2006، ص55).

3- نموذج موراي Murray

يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة ويعرف الضغط بأنه "صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين" (فاروق عثمان، 2001، ص100)، كما عرف أيضا موراي الضغط النفسي سنة 1939 بأنه "موقف فعال غير خامد في البيئة المادية أو الاجتماعية، يؤثر في سلامة الفرد بصورة فعلية أو محتملة، وقد يكون الضغط مرغوبا فيه أو غير مرغوب فيه لأنه إما أن يكون بصورة (وعدا) إشباع حاجة أو (تهديدا) لإحباطها وصدها" (بشير لعريط، 2009، ص104).

واستطاع موراي أن يميز بين نمطين من الضغوط هما:

أ- ضغط بيتا Beta Stress : وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الأفراد.

ب- ضغط ألفا Alpha Stress : وهي خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع

أو كما يظهرها البحث الموضوعي.

ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط غالبا بضغوط بيتا ومن المهم برغم ذلك إكتشاف المواقف التي تتسع فيها الشقة بين ضغوط بيتا التي يستجيب لها الفرد وبين ضغط ألفا الموجودة بالفعل (هارون الرشيدى، 2004، ص65).

4- نظرية سبيلبرجر Spielberger

قدم سبيلبرجر نظريته عن القلق والتي تعتبر مقدمة ضرورية حيث يرى أن القلق نوعان: قلق السمة وهو استعداد طبيعي أو اتجاه طبيعي يجعل القلق يعتمد على الخبرات الماضية وقلق الحالة، وهو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة وتسبب الضغوط قلق الحالة ولا يحدث ذلك مع قلق السمة، وقد ركز سبيلبرجر في نظريته على الإطار البيئي كضغوط، وعرض تمييزا بين كل من القلق، الضغوط والتهديد:

1.4 القلق: عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط.

2.4 الضغوط: يشير هنا المصطلح إلى الاختلافات في الأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي.

3.4 التهديد: يشير هذا المصطلح إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص (عبد العزيز عبد المجيد، 2005، ص35).

وكان لنظرية (سبيلبرجر) نتيجة خاصة في فهم طبيعة القلق واستفادت منها كثير من الدراسات تحقق خلالها صدق فروض ومسلمات نظريته.

www.jamaa.cc/attach.php?id=4716

5- الضغوط والمنحى السيكدينامي:

تتكون الشخصية لدى فرويد من جوانب ثلاثة (الهو) ويمثل الجانب البيولوجي في الشخصية، وهي مستودع المحفزات الغريزية والمحتويات المكبوتة لدى الفرد، وتسير وفقا لمبدأ اللذة، أما (الأنا) فهو يمثل الجانب السيكدولوجي في الشخصية، ويقوم بدور الوساطة والتوفيق بين (الهو والأنا الأعلى) حيث يعمل على تحقيق التوازن بين مطالب هو ومتطلبات الواقع الخارجي والذي يمثله (الأنا الأعلى) والذي يعكس قيم ومعايير المجتمع (ماجدة بماء الدين، 2008، ص132).

وتأسيسا على ما سبق ينظر أنصار التحليل النفسي التقليدي إلى (الكدر أو المشقة النفسية) من منظور نفسي داخلي، حيث يؤكدون على دور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد كل من السلوك السوي واللاسوي للفرد وأن خبرات الطفولة المبكرة هي الأساس في تشكيل شخصية الفرد فيما بعد، فالفرد حينما يتعرض لمواقف ضاغطة ومؤلمة فإنه يسعى إلى تفرغ إنفعالاته السلبية الناتجة عنها عبر ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية، وعلى هذا فالقلق والخوف أو أي انفعالات سلبية أخرى تكون مصاحبة للمواقف الضاغطة التي يمر لها الفرد يتم تفرغها بصورة لا شعورية عن

طريق الكبت أو الإنكار وغيرها من ميكانيزمات الدفاع النفسية اللاشعورية (حسين وسلامة حسين، 2006، ص62).

وطبقا لهذه النظرية فإننا جميعا لدينا صراعات لاشعورية وعند بعض الناس هذه الصراعات تكون أكثر حدة وقوة، واعتبر فرويد أنه من بين أهم وأبرز عوامل الدفاع تجاه الضغوط نجد الكبت الذي تكون فيه الذكريات مرعبة جدا ومؤلمة ومستثناة من الوعي والإدراك، وهذا الكبت نادرا ما يكون ناجحا والذين يعانون منه تبرز لديهم أمراض مثل الشريان التاجي والسرطان وغيرها من الأمراض السيكوسوماتية www.hossam.elplog.com

6- الضغط والمنحى السلوكي

أما النظرية السلوكية فتقوم على منهج أو طريقة التعلم بمناهجه، وأن لكل استجابة مثير والعلاقة بين السلوك والمثير إما إيجابية أو سلبية، وأن الشخصية عبارة عن منظمات سلوكية متعلمة ثابتة نسبيا وتتمايز من خلال الأفراد، وأن هناك قوانين تحكم السلوك الإنساني كالتعزيز والعقاب والإنطفاء والتعميم وتعتبر هامة في تعديل السلوك (الغريو وأبو أسعد، 2009، ص68).
ومن رواد هذه المدرسة ، باندورا وسكينر.

يرى سكينر أن الضغط هو أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية وأنه ينتج عن تفاعل الفرد مع البيئة، ومن ثم لا يستطيع الفرد تجنبه والإحجام عنه، وبعضهم يواجهون الضغط بفاعلية، أما عندما تفوق شدة الضغط قدرتهم على المواجهة فإنهم يشعرون بتأثيرات تلك الضغوط البيئية عليهم (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص133).

أما باندورا فيوضح العلاقة بين العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة، وطبقا لذلك توجد ثلاثة عناصر تتفاعل مع بعضها وتؤثر في بعضها بعضا، فالإستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر في مشاعر الفرد، أيضا تتأثر بطريقة إدراكه للموقف، فالإستجابات السلوكية غير التوافقية الصادرة عن الفرد للموقف الضاغط تكون غير مفيدة في حل المشكلات والتغلب على الموقف، بل تؤدي إلى تكديس الضغوط لديه. ومعظم سلوك الفرد يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد لسلوك الآخرين (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص.ص133-134).

ويشير باندورا أيضا إلى قدرة الفرد في التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات، وأن درجة فعالية الذات في التغلب على الخبرات الضاغطة تتوقف على البيئة الإجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع الضغوط (حسين وسلامة حسين، 2006، ص65).

وتعتبر فعالية الذات عند باندورا هي شكل من التقييم المعرفي الذي يقوم به الفرد تجاه المواقف التي يتعرض لها، وهي تشير إلى اعتقاد الشخص أنه يستطيع التأثير على البيئة التي يعيش فيها، وأن

فعالية الذات تتوسط العلاقة بين تقييمات الضبط واستراتيجيات المواجهة (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص134).

7- المدخل المعرفي في تفسير الضغوط

-نظرية التقدير المعرفي لازاروس Lazarus

يعرف ريتشارد لازاروس الضغط على أنه "يتعلق بعلاقة فريدة موجودة بين الشخص ومحيطه وهي تشمل على تقييم معرفي لطلب يعيشه الشخص على أنه اختبار له، أو أنه يتجاوز إمكاناته، أو أنه لا يمكن الإستجابة لهذا الطلب، أي أن الطلب يضع راحة الشخص في خطر" (Anne jolly, 2002, p61).

وفي موضع آخر عرف لازاروس الضغط النفسي على أنه "تسوية (تفاعل Transaction) خاصة بين الفرد والوضعية التي يقيمها على أنها تتجاوز موارده (قدراته) وتضع راحته في خطر" (Marilou Bruchon, 2001, p68)

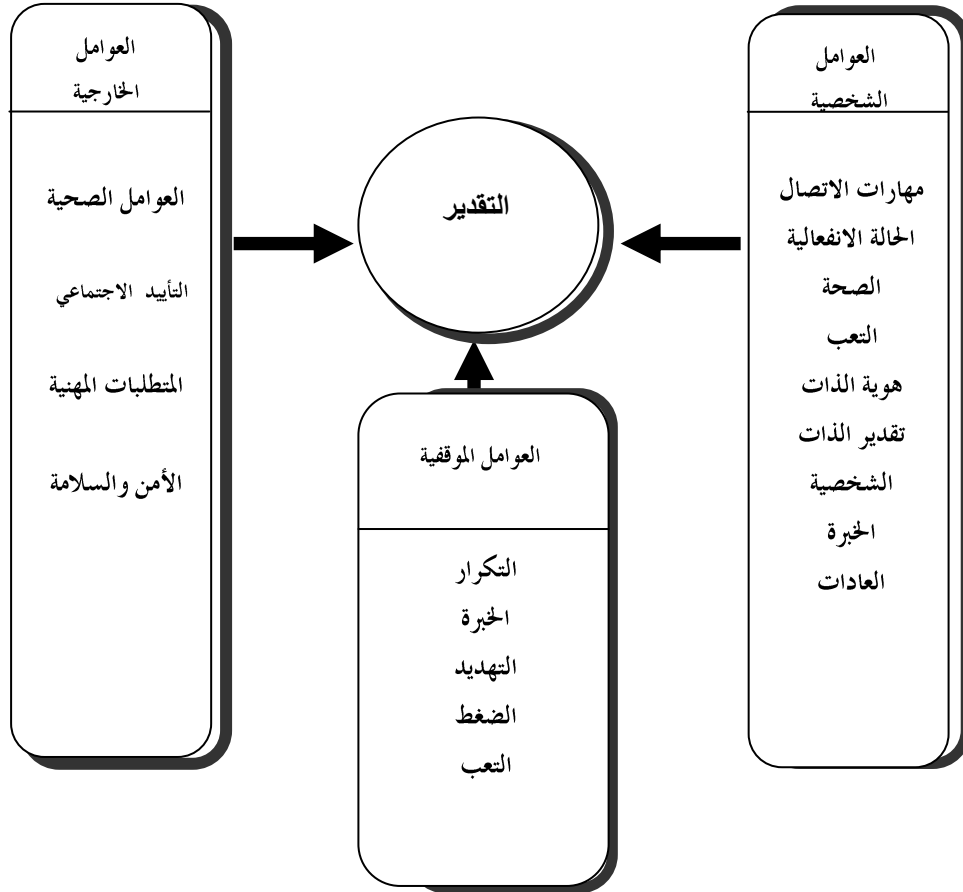
قدم لازاروس هذه النظرية نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك الحسي حركي، حيث يعتمد التقدير المعرفي على طبيعة الفرد بينما يكون إدراك كم التهديد ليس لإدراك مصدر الضغوط فقط بل للعلاقة بين الضغوط البيئية المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية حيث يعتمد تقدير الموقف على العديد من العوامل الشخصية وعلى عوامل أخرى خارجية بيئية اجتماعية، وتحدد هذه النظرية أن الضغط ينشأ بوجود تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين: أ- معرفة الأحداث التي تسبب الضغوط .

ب- تحديد الطرق التي تلائم التغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف (عبد العزيز عبد المجيد، 2005، ص37).

وقد أكد على أن الضغوط الناتجة من الجوانب النفسية لا يمكن قياسها بصورة مباشرة وإنما يستدل عليها من ردود الفعل أو من معرفتنا للمواقف التي يمر بها الفرد، وقد اتفق مع العديد من الباحثين فيما يتعلق بالتأثيرات النفسية أو عوامل مرتبطة بشخصية الفرد في نوعية رد الفعل للمواقف الحياتية (عسكر، 1998، ص37) .

و يؤكد في نمودجه عن الضغوط على وجود متغيرات وسيطة تتوسط العلاقة بين الفرد والبيئة مشددا على العمليات المعرفية لدى الفرد ودورها في الإستجابة للضغوط ومواجهتها، وهو ما يسميها بعملية التقييم الأولي والثانوي، أي أن طريقة تفكير الفرد حيال المواقف التي يتعرض لها هي التي تسبب الضغط له، وأن الفرد عندما يواجه موقف أو حدث في الحياة فإنه يحاول تقييمه معرفيا بصورة أولية لتحديد معنى الموقف ودلالته، ثم بعد ذلك يقوم بعملية تقييم ثانوي لتحديد مصادر المواجهة التي يستند إليها في التعامل مع الموقف، ثم القيام باستجابة المواجهة إزاء الموقف الضاغط (حسين وسلامة

حسين، 2006، ص63)، ثم تأتي مرحلة إعادة التقييم La réévaluation ويقصد بإعادة التقييم "التغيير في التقييم المبدئي (الأولي والثانوي) وهو يقوم عند الحصول على معلومات جديدة عن المحيط أو عن الفرد نفسه، وقد تكون إعادة التقييم نتيجة مجهودات المواجهة Coping وتسمى في هذه الحالة إعادة التقييم الدفاعية، ويصعب تمييزها عن إعادة التقييم القائمة على معلومات جديدة . (De Keyser et Hansez, 1996, p09)



شكل(04) : مخطط توضيحي لنظرية التقدير المعرفي (فاروق عثمان، 2001، ص101)

يتضح من الشكل (04) أن ما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبراته الذاتية ومهارته في تحمل الضغوط وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه قبل نوع التهديد وكمه والحاجة التي تهدد الفرد، وأخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة (فاروق عثمان، 2001، ص101).

فهي تفترض بأن تفكير الفرد هو المسؤول عن انفعالاته وسلوكه وأن الإرشاد المعرفي وتنظيم استراتيجيات تعيد تشكيل الأفكار التي أدت إلى أخطاء معرفية وانفعالية. أما بيك Beck فقد أكد أن ردود الفعل الانفعالية ناتجة عن النظام المعرفي الداخلي، وأن عدم الإتفاق بين الداخل والخارج يؤدي إلى الإضطرابات النفسية (الغريرو وأبو أسعد، 2009، ص70)،

والضغوط الخارجية تتوازي معها الضغوط الداخلية التي تتمثل في الأفكار الإنهزامية داخل الفرد، وهنا يكون الضغط خارجيا وداخليا مثلما يحدث مع مرضى الاكتئاب بل أحيانا لا يكون هناك ضغط خارجي ويكون التركيز على الضغط الداخلي، حيث يعتقد الفرد أن الفشل ناتج عن عجزه وقلته حيلته وعدم كفاءته، وتعتبر الأفكار الإنهزامية محكات تؤثر على الحالة النفسية للفرد، والأفكار المعطوبة عادة ما تكون غير منطقية وتؤدي للإضطراب النفسي بأنواعه، وهنا يكون الإنسان عدوا لنفسه فالعدو من الداخل وليس من الخارج (شليبي، 2001، ص.ص 286-287).

ويرى إلبرت إليس Ellis رائد طريقة الإرشاد العقلاني الإنفعالي أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في ذاتها، وإنما تتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف وعلى نسق الإعتقادات اللاعقلانية التي يكونها الفرد عن هذه الظروف والأحداث الضاغطة (حسين وسلامة حسين، 2006، ص 68).

أما (ميكينبوم) فقد ركز على الحديث الداخلي Inner-speech أو المحادثة الداخلية Inner dialogue، حديث الذات أو الحوار الداخلي Self-talk في محاولة لتغييرها. وكذلك اهتم بالتخيلات Images على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغيرات في التفكير وفي الشعور والسلوك (www.psy-cognitive.net).

أما نموذج إندلر (1990) Endler فهو يشبه نموذج لازاروس، فيؤكد على العلاقة الدينامية بين الفرد والبيئة، وأن البيئة تؤثر في سلوك الفرد بالأحداث في البيئة، ويعرف البيئة بأنها الخلفية أو السياق الذي من خلاله يحدث السلوك، في حين أن الموقف هو الخلفية العابرة أو المؤقتة أو المثير (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 131).

ويستخدم إندلر كلمة الضغط لوصف التفاعل بين الشخص والموقف الذي من خلاله يدرك الفرد التهديد أو الخطر، كما يعترف إندلر بالعوامل الفينومينولوجية والمعرفية كجوانب هامة في الشخصية، ويرى إندلر أن متغيرات الشخصية تتفاعل مع المتغيرات الموقفية لتساهم في إدراك الفرد للموقف في البيئة، فإذا أدرك الفرد الموقف مهددا أو خطرا فإن ذلك يؤدي إلى زيادة قلق الحالة لديه، والزيادة في قلق الحالة تؤدي إلى استجابات وسلوكيات المواجهة للموقف (حسين وسلامة حسين، 2006، ص 60).

8- الضغط والمنحى الإنساني (نظرية الذات)

يفترض روجرز أن هناك عالما واقعيا ذا طبيعة خاصة، ولكل شخص درجة ما من دقة الوعي بعالمه، وهي ما تسمى مجال وعيه الظاهري، هناك عنصران للمجال الظاهري وهما "مفهوم الذات" والذات المثالية"، ومن المتطلبات الأساسية للصحة النفسية إنسجام العناصر المكونة من العالم الواقعي، والمجال الظاهري، ومفهوم الذات، والذات المثالية، كل منها مع الآخر. وإذا وجدت تناقضات حادة

بين أي من هذه العناصر وغيره من العناصر الأخرى فإن الفرد يمر بحالة من عدم التوافق (عبد الفتاح دويدار، 1994، ص.ص 166-167).

وعلى هذا يُكون مفهوم الفرد عن ذاته، فإذا كان مفهوم الفرد عن ذاته إيجابياً فإنه يكون أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط، أما إذا كان مفهوم الذات سلبياً فإن الفرد يدرك الموقف على أنه يمثل تهديداً وخطراً على مستوى التوافق لديه، ومن ثم يكون عرضة للقلق والضغوط والضييق (حسين وسلامة حسين، 2006، ص 67).

أما ما سلو فقد وضع الدوافع على شكل سلسلة أو هرم متدرج تبدأ بالحاجات الفسيولوجية مثل الجوع والعطش ثم تأخذ في الإرتقاء نحو حاجات نفسية أعلى كالحاجة إلى الإلتواء والحب والتقدير وتحقيق الذات، ولا يمكن للفرد إشباع الحاجات العليا التي في قمة الهرم دون إشباع الحاجات الفسيولوجية الأولية في قاعدة الهرم، والفرد لا يشبع هذه الحاجات العليا إلا بعد أن يتحرر من سيطرة وإشباع الحاجات الدنيا، وهذا يؤدي إلى الشعور بالضغط لدى الفرد، فتنج الضغوط عندما يفشل الفرد في إشباع الحاجات الأولية وكذلك الحاجات النفسية (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 135).

9- النظرية البيئشخصية في تفسير الضغوط

يشير كارسون وآخرون (Carson et al, 1996) إلى أن الضغوط التي يعانيها الفرد تعزو إلى أنماط التفاعل المختلفة وظيفياً بين الأفراد، فالفرد كائن إجتماعي لا يعيش بمعزل عن الآخرين، بل هو في تفاعل دائم مستمر ويؤثر فيهم ويتأثر بهم، والضغوط النفسية كسلوك غير توافقي تنشأ عن العلاقات البيئشخصية كما هو في الصراعات الزوجية والتوتر في العلاقات بين أفراد الأسرة ومع الآخرين (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 136).

وطبقاً لهذه النظرية يمكن خفض الضغوط من خلال العلاج البيئشخصي الذي يركز على التقليل من المشاكل التي تحدث داخل العلاقات البيئشخصية ومساعدة الأفراد على تحقيق وبناء علاقات إيجابية وسوية مع بعضهم بعضاً، ويتم ذلك من خلال تعليم الأفراد مهارات بيئشخصية جديدة تكون أكثر فعالية وتمكنهم من التعامل مع المواقف المختلفة (حسين وسلامة حسين، 2006، ص 69).

10- نموذج ليفي (Leavy)

يفترض ليفي (Leavy) أن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب دوراً وسيطاً في العلاقة مع المرض العضوي حيث يرى أن أي تغيرات نفسية اجتماعية يمكن أن تعمل كمصدر للتوتر أو كمثيرات لاستجابات بيولوجية غير محددة، وتصطدم هذه المثيرات للفرد مع البرنامج النفسي الفسيولوجي (العوامل الوراثية، المؤثرات البيئية) وفقاً لنمط معين، وتهمي هذه الاستجابة الفرد لبعض أنماط النشاط الجسمي كالمواجهة أو الهروب في المواقف المختلفة، ومن ثم تعتبر استجابة التوتر غير

المحددة نذير للمرض الذي يُعرف بأنه عجز أو فشل في النظام النفسي الفسيولوجي على القيام بمهام ضرورية (محمد عبد الرحمن، 1999، ص304).

رابعا: الضغوط المهنية

1- مفهوم ضغوط العمل

تعتبر ضغوط العمل من القضايا التي لازمت الإنسان منذ وجوده على الأرض، وكان هذا العمل ولازال مصدراً للمتاعب، ولقد ترتب على هذا وما صاحبه من شقاء بعض المخاطر والتحديات أو ما يعرف بالضغوط.

إن تعدد المتغيرات التي يحتويها الضغط وتعدد شمولية إطار دراسته وارتباطه بالكثير من العلوم كعلم الاجتماع وعلم النفس، وعلم النفس الاجتماعي، وغيرها من العلوم الأخرى أحدثت نوعاً من الغموض لمفهوم الضغط بشكل عام ومفهوم ضغط العمل بشكل خاص، مما أدى إلى تعدد التعريفات في ضغوط العمل.

وهنا يتبين أن ضغوط العمل ترتبط ببيئة العمل وتعرف بأنها:

حالة من الإجهاد العقلي والجسمي وتحدث نتيجة الحوادث التي تسبب تلفاً أو إزعاجاً، أو تحدث نتيجة لعوامل عدم الرضا أو نتيجة للصفات العامة التي تسود بيئة العمل، كما أنها تحدث نتيجة للتفاعل بين هذه المسببات جميعاً، وأن حدة الضغوط تتوقف على مدى استجابة الفرد لتأثير هذه العوامل أثناء التفاعل مع الموقف (عمر النعاس، 2008، ص30).

كما يعرف ضغط العمل بأنه يحدث نتيجة لوجود متطلبات للوظيفة أو للعمل غير متوافقة مع القدرات العقلية والجسمية والفسيولوجية للموظف مما يجعله غير متوازن في أداء مهامه .

(Greiner,Krause,2005,p145).

ويرى عويد المشعان ضغوط العمل Work stress بأنها المصادر التي توجد في مجال العمل وتفرض حملاً زائداً على العاملين، ويترتب عليها درجة من التوتر والضييق يسعى الفرد إلى تجنبها أو التقليل منها. (المشعان، 2001، ص72).

ويعرف المكتب الدولي للأمن المهني الضغط بأنه استجابات جسدية وعاطفية ضارة ومؤذية تظهر عندما لا يكون هناك تناسب بين متطلبات العمل وقدرات الفرد ومصادره (آيت همودة وآخرون، 2008، ص152).

وتعرف الوكالة الأوروبية من أجل الصحة والأمن في العمل الضغط بأنه حالة تأتي من اختلال الإدراك بين الشخص والصعوبات التي تواجهه في محيطه، وبين إدراكه لقدراته لمصادره لمواجهة هذه الضغوط، وتؤثر هذه الضغوط على صحة وإنتاج الفرد (Dominique et al., 2009, p4).

ويشير تعريف الرابطة الوطنية للصحة والسلامة المهنية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن ضغط العمل يمثل الاستجابات الانفعالية والجسمية المؤلمة والتي تحدث عندما تكون متطلبات الوظيفة غير ملائمة لاحتياجات الموظف أو قدراته وطاقاته (Niosh, 1999, p5).

ولقد عرف الرفاعي ضغوط العمل على أنها نمط معقد من حالة عاطفية ووجدانية وردود فعل فسيولوجية استجابة لمجموعة من الضغوط الخارجية، أما الإجهاد فهو التأثير المتجمع للضغوط، والذي يتمثل بشكل رئيسي في الانحراف عن الحالة المعتادة سبب التعرض للحوادث الضاغطة (محمد أبو العلا، 2009، ص10).

ويرى الكبيسي أن ضغوط العمل بأنها إفرازات بيئية تولد آثارا جانبية وأجواء مثيرة للقلق والتوتر والإحباط، وقد تؤدي هذه الظاهرة إلى إثارة قدرات الفرد لتعميق التوافق النفسي ورفع درجات التحمل والتضحية لدى العاملين لكنها حين تتعظم وتعمق ويشد تأثيرها السلبي فإنها تنتهي بانقراض البعض أو انسحابه أو احتراقه (الكبيسي، 1998، ص25).

2- مصادر ومسببات ضغوط العمل

ظهرت العديد من التصنيفات والنماذج التي وضعها الباحثون لتصنيف مصادر ضغوط العمل، وقد سلك الباحثون ثلاث مسارات لتصنيف مصادر الضغوط المهنية وهي:

1.2 النموذج الثنائي: تصنيف ضغوط العمل في مجموعتين رئيسيتين:

هذا النموذج وضعه Brief مع كل من Vansell و Schuler، يتألف من مجموعتين رئيسيتين مسببة لضغوط العمل، كل مجموعة تشتمل على عدد من العناصر الفردية، ويندرج تحت كل عنصر فرعي عدد من مسببات ضغوط العمل.

فالجموعه الرئيسية الأولى تشتمل على ثلاث مجموعات فرعية هي: السياسات التنظيمية؛ والهيكلي التنظيمي؛ والمراحل التنظيمية.

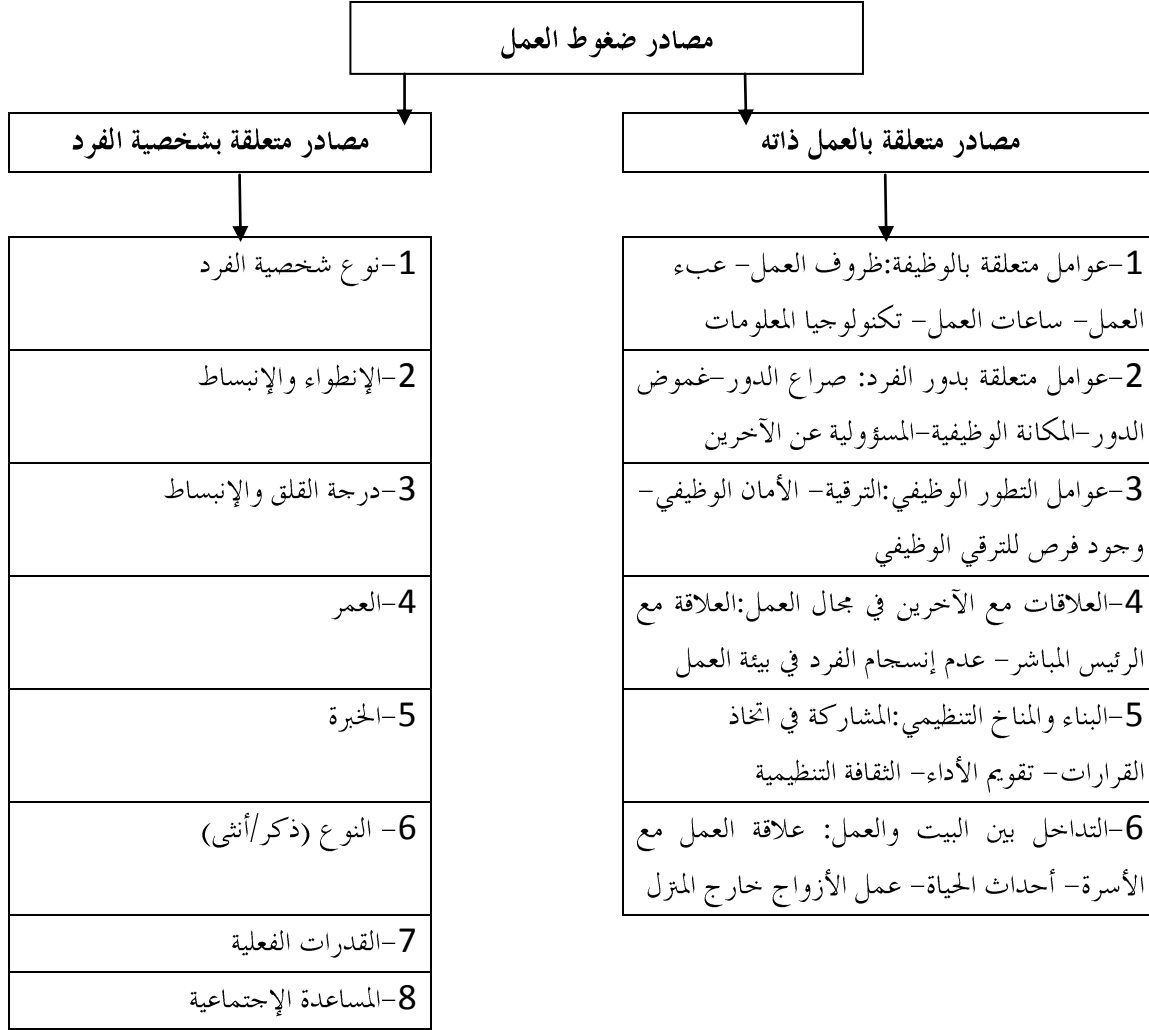
وتشتمل المجموعة الرئيسية الثانية على خمس مجموعات فرعية هي: تجهيزات بيئة العمل المادية؛ والسلامة والصحة المهنية؛ وعلاقات العمل الشخصية؛ ومتطلبات الوظيفة؛ ومتطلبات الدور (نجاح القبلان، 2004، ص90).

وسار عسكر على المسار نفسه في تقسيم مصادر ضغوط العمل التي يواجهها الفرد، حيث قسمها إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تتعلق بمصادر العمل نفسه والمجموعة الثانية تتمثل في البيئة المادية (الفيزيائية):

المجموعة الأولى تتكون من: صراع/تعارض الدور؛ وغموض الدور؛ وطبيعة العمل؛ وزيادة الحمل الوظيفي؛ وقلة الحمل الوظيفي؛ والدوام/المنابذة؛ والمسؤولية عن الآخرين؛ وفرص غير كافية للتطوير المهني؛ والمناخ التنظيمي؛ وغياب المعلومات المرتدة حول الأداء.

المجموعة الثانية: ترتبط بالبيئة المادية للعمل، تتمثل بالضغوط الناتجة عن افتقار بيئة العمل المادية إلى عوامل الراحة والصحة الجسمية والسلامة النفسية للعاملين مثل: الحرارة؛ والإضاءة؛ والضوضاء؛ وتصميم المكتب (علي عسكر، 1998).

أما هارود كان وكاري كوبر (1993) فقد قسما مصادر الضغوط المهنية إلى قسمين وهما: المصادر المتعلقة بالعمل ذاته، والمصادر المتعلقة بشخصية الفرد، والجدول رقم (02) يوضح ذلك.



جدول رقم (02) مصادر ضغوط العمل حسب نموذج "كان وكوبر" (نايف توم، 2005، ص32)

2.2 النموذج الثلاثي: يصنف مصادر الضغوط إلى ثلاث مجموعات رئيسية

أبرز أنصار هذا الإتجاه حسب ما أشار هيجان هم بريف Brief وشولر Shuler وفانسل Vansel عام 1981، وإليوت Elliott وإيسدورفير Eisdorfer عام 1982، وأبيلسون Abelson عام 1988، ثم جيردانو Girdano وإيفرلي Everly وداسك Dusek عام 1995 (هيجان، 1999، ص80).

يرجع أصحاب هذا الإتجاه بشكل عام مسببات ضغوط العمل إلى ثلاثة أسباب رئيسة هي العوامل المتعلقة بالفرد، والعوامل المتعلقة بالمنظمة، والعوامل المتعلقة بالبيئة.

ويتبع Macgrath نموذجا ثلاثيا تنقسم فيه ضغوط العمل إلى ثلاثة أنماط تتمثل في التقسيم التالي:

أ- ضغوط ناتجة عن البيئة المادية التي يتعرض لها الفرد داخل المنظمة أثناء تأدية الأعمال والواجبات وممارسة المسؤوليات المتنوعة.

ب- ضغوط ناتجة عن البيئة الاجتماعية في العمل من خلال التفاعل مع الزملاء.

ج- ضغوط ناتجة عن النظام الشخصي للفرد ذاته كالحصائص المتوارثة مثل القلق والأساليب

الإدراكية (نجاح القبلان، 2004، ص.ص 92-93).

أما أبليلسون Abelson فقد وضع نموذجاً يقسم فيه مصادر ضغوط العمل نوضحها في الجدول التالي:

مسببات الضغط البيئية	مسببات الضغط الفردية	مسببات الضغط التنظيمية
1-التغير الوظيفي والحاجة إلى التكيف.	1-الإحباط الوظيفي	1-عدم وجود الحوافز المادية الملائمة.
2-التغير التكنولوجي.	2-غموض العمل وتداخل الأعمال مع الغير	2-عدم وجود التصور الواضح للرفعي الوظيفي.
3-تغيير طبيعة أو مكان الوظيفة.	3-الإلتصال البيئي.	3-التخصص الضيق.
4-الترقية.	4-التمييز والفرقة وعدم العدالة في المعاملة.	4-العمل الزائد.
5-إعداد تنظيم الجهاز الإداري.	5-البيروقراطية.	5-عدم كفاية الوقت لإنجاز الأعمال.
6-تغيير وقت العمل.	6-العمل الممل.	6-صعوبة العمل.
7-التفكير في التقاعد.		7-صعوبة اتخاذ القرار.
8-بيئة العمل الطبيعية (الضوضاء، الحرارة، الرطوبة، البرودة).		
9-طريقة أداء العمل (الجلوس، الوقوف، التركيز على بعض الحواس في أداء العمل)		

جدول رقم (03) مصادر ضغوط العمل حسب نموذج "أبليلسون" (نايف تويم، 2005، ص34)

3.2 النموذج متعدد الأبعاد: يصنف مصادر ضغوط العمل في أربع مجموعات رئيسية فأكثر

من أهم مصادر ضغوط العمل الذي تبناه المير في دراسته (1995) والذي يتألف من أربع

مجموعات من مصادر ضغوط العمل هي:

3.2.أ. الفيزيائية: وتشمل عوامل الإضاءة، ودرجة الحرارة، والضوضاء، وتلوث الهواء، وانتشار مواد كيميائية سامة ومواد إشعاعية، ومخاطر على أمن وسلامة الموظف، وتلعب البيئة المادية دوراً كبيراً في صنع الضغوط في منظمات العمل في عصرنا الحاضر.

3.2.ب. جماعة العمل: وتشمل ضعف العلاقة مع زملاء العمل، والمرؤوسين والمديرين، والافتقار إلى تماسك الجماعة، والصراع بين أفراد الجماعة، ونقص الدعم الاجتماعي من الجماعة ومؤازرتها.

3.2. ج. الفردية: وتشمل عوامل: صراع الدور، وغموض الدور، والعبء الزائد والمنخفض في العمل، وقلة الرقابة والمسؤولية، وعدم الاستقرار الوظيفي، وعدم توافر فرص التقدم والترقية والنمو المهني.

3.2. د. التنظيمية: وتشمل عوامل ضعف تصميم الهيكل التنظيمي، وعدم وجود سياسة محددة وواضحة، وعدم المشاركة في اتخاذ القرارات (المشعان، 2001، ص.ص 74-75).

ويعتقد أصحاب هذا الإتجاه أنه من الصعب حصر مسببات ضغوط العمل في فئتين أو ثلاثة، لذلك يرون أن أي منهج يتصدى لمعرفة ضغوط العمل ينبغي أن يكون متعدد الأبعاد، ويميل إلى هذا الإتجاه كل من كوبر Cooper، وديريك Derek وتورينجتون Torrigton عام 1979، وكويك Quick et Quick عام 1984، وغيرهم (نجاح القبلان، 2004، ص34).

3-مصادر ضغوط العمل لدى المعلمين:

ذكرت إحدى الدراسات من خلال استعراض أربعة عشر دراسة بحث عن أسباب وأعراض

الإجهاد النفسي وتبين فيها وجود ثمانية أسباب رئيسية للإجهاد النفسي وهي:

1.1 العمل لفترات طويلة دون الحصول على قسط كاف من الراحة.

2.1 غموض الدور.

3.1 فقدان الشعور بالسيطرة على مخرجات العمل أو الإنتاج.

4.1 الشعور بالعزلة في العمل وضعف العلاقات المهنية.

5.1 الزيادة في عبء العمل وتعدد المهام المطلوبة.

6.1 الرتابة والملل في العمل.

7.1 ضعف استعداد الفرد للتعامل مع ضغوط العمل.

وعن أعراض ومؤشرات الإجهاد النفسي تؤكد إحدى الدراسات بأنه يمكن أن نستدل على

وجود الإجهاد النفسي بواسطة ثلاثة مؤشرات أو أعراض بارزة هي:

أ- شعور الفرد بالإفئاك الجسمي والنفسي مما يؤدي إلى شعور الفرد بفقدان الطاقة النفسية أو المعنوية وضعف الحيوية والنشاط وبالتالي إلى فقدان الشعور بتقدير الذات.

ب- الاتجاه السلبي نحو العمل والفئة التي يقدم له الخدمة (طلاب، مرضى، مسترشدين)، وفقدان الدافعية نحو العمل.

ج- النظرة السلبية للذات والإحساس باليأس والعجز والفشل (السرطاوي، 1997، ص54).

كما أن هناك دراسات أخرى قامت بتوضيح المصادر الرئيسية للضغط الذي يواجه المعلمين

خلال فترة التعليم في المدارس، أما أكثر عشرة مصادر معروفة وشائعة فهي:

1-تقييم المعلم.

2-التعامل مع السلوكيات السيئة.

3-التأقلم مع ضغط العمل.

4-التدريس المناسب.

5-تحضير الدروس

6-التعامل مع المسؤوليات.

7-عدم التعامل مع المعلم على أنه معلم حقيقي.

8-تعديل المبادئ والذات.

9-التأقلم مع الزملاء.

10-تدريس المواضيع الحساسة (كيرياكو، 2004، ص.ص 61-62).

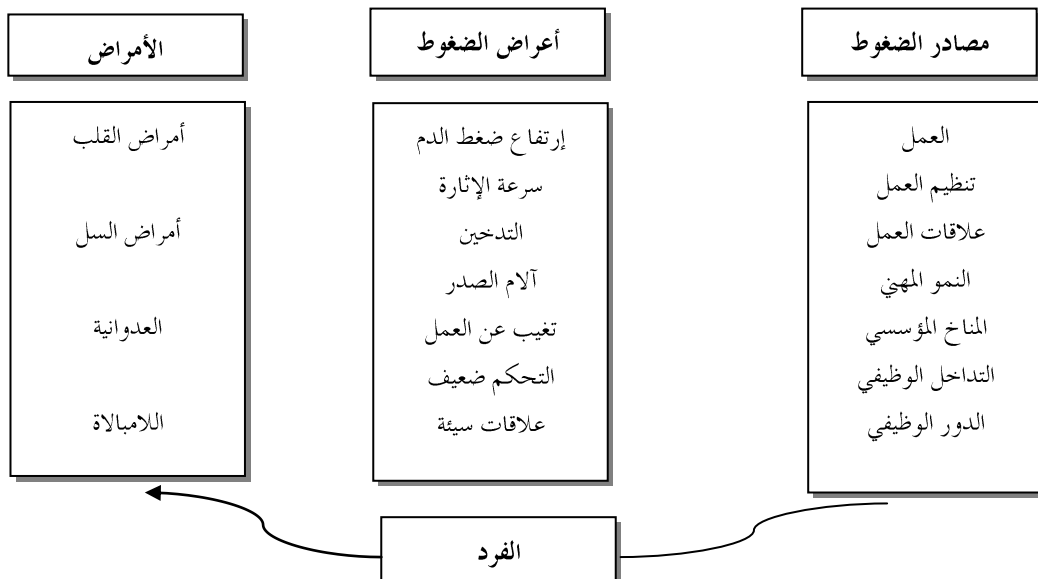
ويعتبر "دينكيزو" Decenezo و"روبيتر" Robbins (1999) الهيكل التنظيمي مصدرا

للضغوط داخل المدرسة، فالقواعد الزائدة وقلة فرص المشاركة للأفراد العاملين في عملية صنع القرار داخل المدرسة تؤدي إلى وجود نوع من التوتر للضغط بين العاملين وإدارة المدرسة، أما المناخ التنظيمي فيتسم هذا المناخ بأنه غير صحي وغير محفز على تحسين الأداء نظرا لشيوع السلبية واللامبالاة والخوف والحذر بين الأفراد العاملين داخل المدرسة وعدم قدرتهم على التواصل (حسين وسلامة حسين، 2006، ص228).

4- بعض النظريات والنماذج المفسرة لضغوط العمل:

4-1 نموذج مارشال:

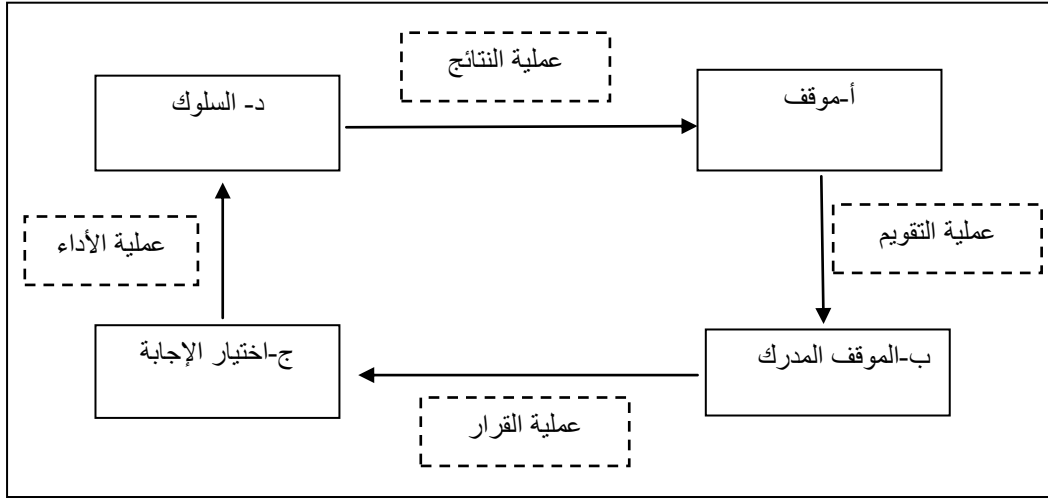
في هذا النموذج يحدد مارشال العوامل المسببة للضغوط في العمل، والأعراض التي تظهر على الفرد نتيجة تعرضه لضغط العمل، وهي أعراض خاصة بالفرد تؤدي به في النهاية إلى أمراض القلب، وأعراض خاصة بالمؤسسة تؤدي إلى العدوانية وتكرار الحوادث، ويمكن رصد نموذج مارشال في الشكل رقم (05)



شكل رقم (05) نموذج مارشال (فاروق عثمان، 2001، ص102)

2-4 نموذج ماكرات Mcgrath (1976)

يرى ماكرات أن إدراك الفرد لضغوط العمل يتم بعد تقديم الفرد لموقف الضغط، وتحديد إستجابة معينة تكون سلوكية تطوعية وليست فسيولوجية نفسية. ويوضح الشكل رقم (06) نموذج ماكرات



شكل رقم (06) نموذج ماكرات Mcagrath (سعيد الشرم، 2005، ص141)

ويتضح من النموذج السابق أن عملية التقويم المعرفي للموقف تؤدي إلى إدراك الموقف، ثم اتخاذ القرار نحو تحديد الإستجابة المناسبة له، وفي ضوء ذلك القرار تتحدد عملية الأداء التي تمثل سلوك الفرد، ووفقا لهذا السلوك تتحدد النتائج المترتبة على مواجهة ضغوط العمل.

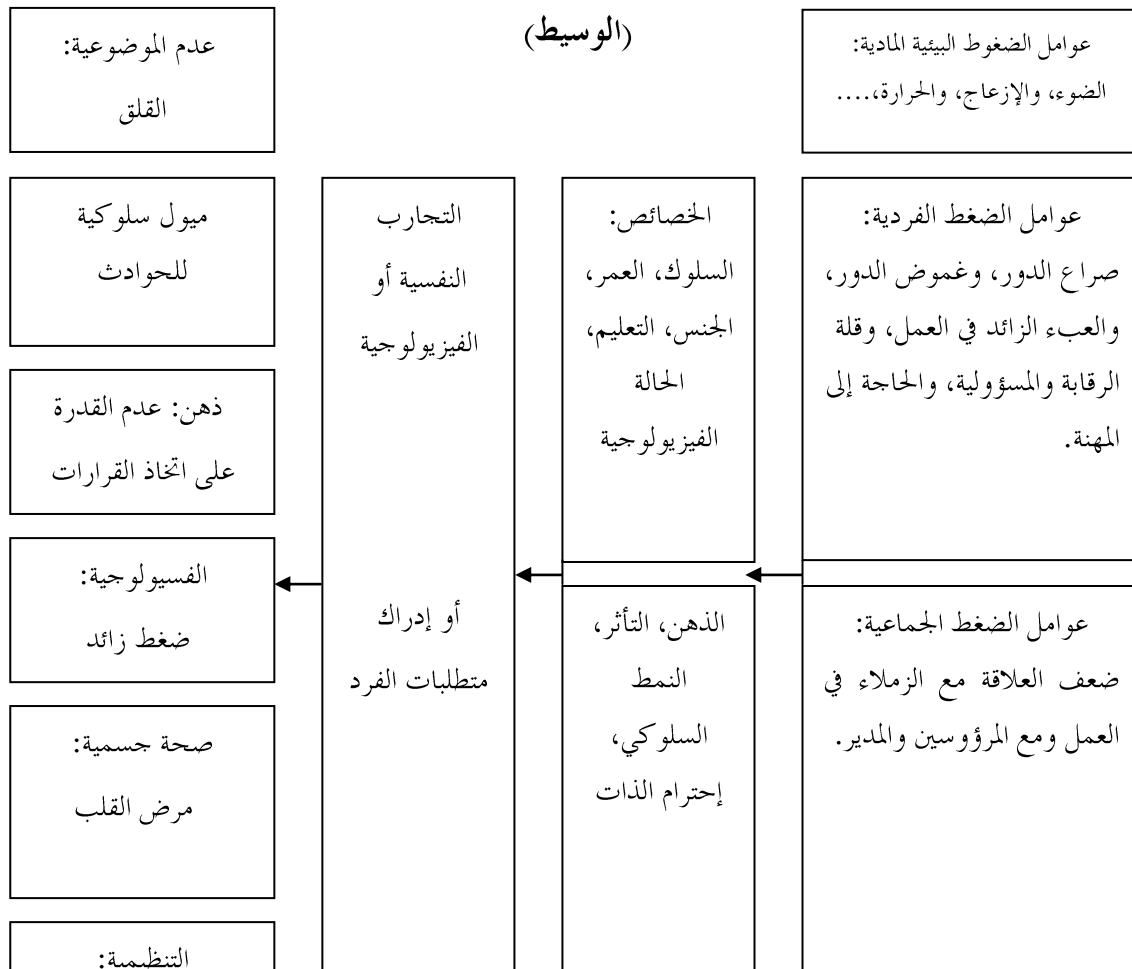
3-4 نموذج جيسون وزملاءه (1982)

يوضح هذا النموذج العلاقة بين المؤثرات في الضغوط المهنية والفروق الفردية والضغط، وآثار ذلك على العمل، وقد قسم هذا النموذج عوامل ضغوط العمل إلى أربعة مجموعات هي:
 -عوامل ضغوط البيئة المادية مثل: الضوء، والإزعاج، والحرارة، وتلوث الهواء.
 -عوامل الضغوط الفردية: وتشمل عوامل مثل: صراع الدور، وغموض الدور، والعبء الزائد في العمل، وقلة الرقابة والمسؤولية، والحاجة إلى المهنة.
 -عوامل الضغوط الجماعية مثل: ضعف العلاقة مع الزملاء في العمل ومع المرؤوسين والمدير.

-عوامل الضغوط التنظيمية مثل: ضعف تصميم الهيكل التنظيمي، وعدم وجود سياسات محددة، والحاجة إلى المشاركة (نايف تويم، 2005، ص68).

ويوضح الشكل رقم (07) نموذج جيبسون وزملاؤه :

عوامل الضغط في العمل . الفروق الفردية . الضغوط . نتائج الضغط .

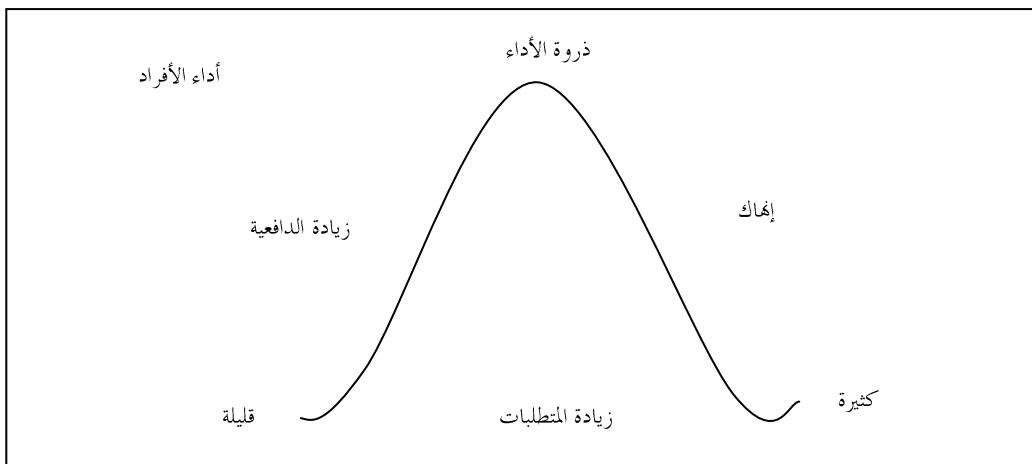


شكل (07) يبين نموذج جيبسون (نايف تويم، 2005، ص69)

4-4 نموذج "هب" Hebb

لقد اهتم هب Hebb بدراسة العلاقة بين الأداء الخاص بدور المدير والمتطلبات الملقاة على عاتقه من ضغوطات العمل، وفي هذه النظرية أكد "هب" أن العمل ذا المتطلبات القليلة يؤدي إلى الملل حيث أن الزيادة في المتطلبات تعتبر نوعاً من الحوافز والمنشطات، ولكن هذه المتطلبات لو زادت على قدرة الفرد على الإستجابة لها والتوافق معها فإنها تؤدي إلى مستوى عالٍ من القلق، وبالتالي تقل قدرة الفرد على التركيز ونقل قدرته على الأداء بوجه عام، وقد تؤدي الزيادة المستمرة في المتطلبات والزائدة عن قدرات الفرد إلى التعب وفقدان الرغبة في الأداء ككل، وبالتالي تؤدي إلى الإنهاك النفسي وما يتبعه من أعراض كالإنطواء والإثارة لأتفه الأسباب وعدم القدرة على الأداء (فاروق عثمان، 2001، ص104).

ويمكن رصد نموذج "هب" في الشكل رقم (08)

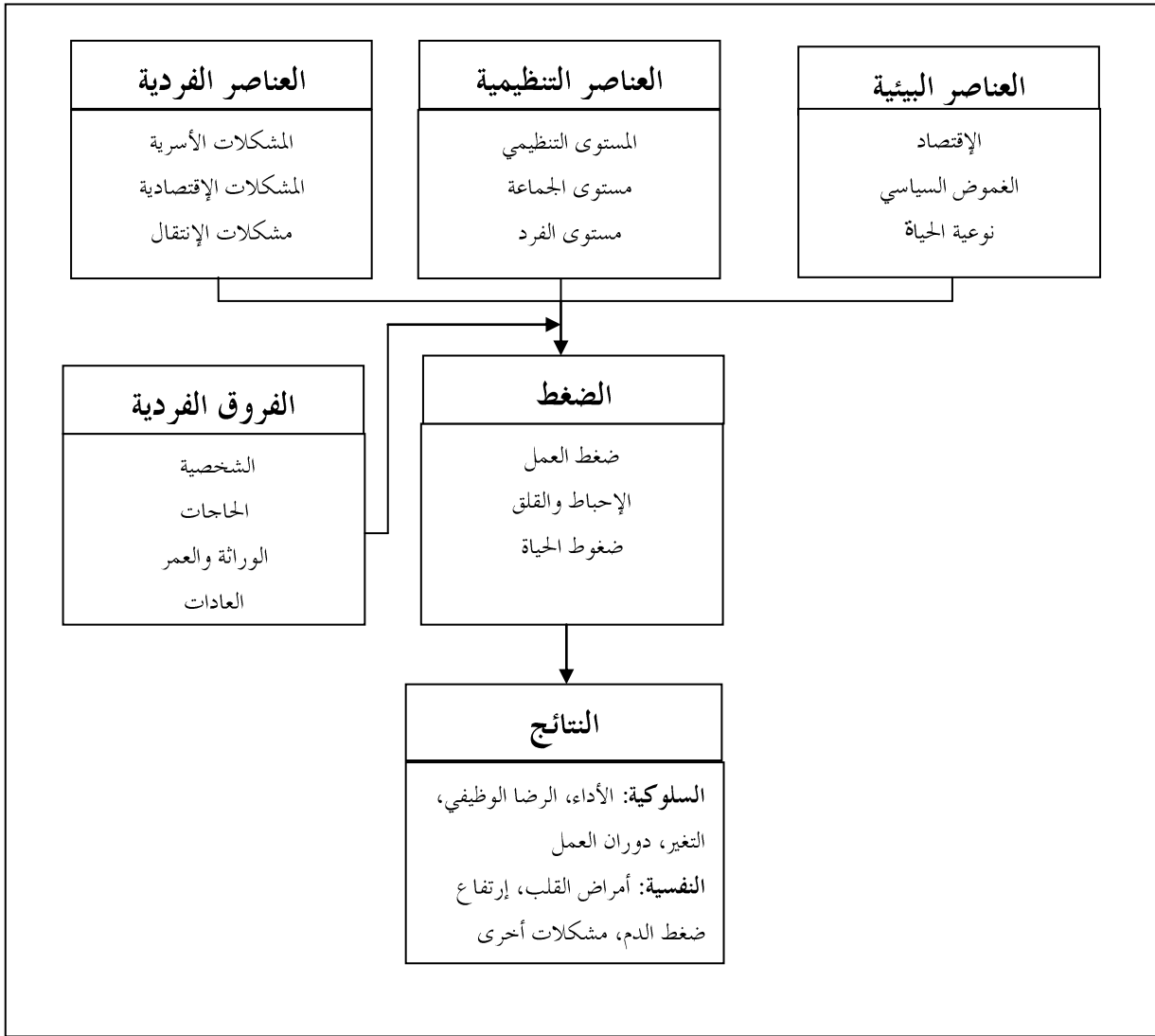


شكل رقم (08) نموذج "هب" (فاروق عثمان، 2001، ص104)

5-4 نموذج سيلاق ووالاس Szilag et wallas (1987)

تقوم فلسفة هذا النموذج على أن الضغوط الخاصة بالعمل تنبع من مصادر ثلاثة رئيسية هي: البيئة، والمنظمة، والعوامل الفردية.

وتسهم هذه العناصر مجتمعة في خلق أنماط مختلفة ومتنوعة من الضغوط على العاملين، ولكن الفروق الفردية تجعل حدة هذه الضغوط تختلف من فرد إلى آخر، ورغم تباين حدة الضغوط من فرد إلى آخر إلا أن هذه الضغوط الناجمة عن هذه المصادر ترتب في النهاية آثارا سلوكية ونفسية وصحية وجسمانية على العاملين الذين تعرضوا لهذه الضغوط، كما أنها تنظم آثارا سلبية على المنظمة التي ينتمي إليها العامل (نايف تويم، 2005، ص73). ويوضح الشكل رقم (09) نموذج سيلاق ووالاس في تفسير ضغوط العمل.



شكل رقم (09) نموذج سيلاق ووالاس (نايف تويم، 2005، ص74)

4-6 نموذج برات Pratt لضغوط المعلم

لقد استعرض برات في هذا النموذج المواقف المسببة للضغط التي تواجه المعلم، وقد حددها في ثلاثة مصادر رئيسية:

أ: المواقف خارج البيئة المدرسية: وهي عبارة عن تلك الأحداث التي تقع خارج إطار العمل محدثة أثرا على أداء المعلم في عمله وكفاءته وعطاءه وتشمل أعمار التلاميذ، مستويات الأسرة الإقتصادية والإجتماعية وأعمار المعلمين وجنسياتهم... الخ.

ب: المواقف داخل البيئة المدرسية: وهي عبارة عن تلك الأحداث التي تقع داخل حدود المدرسة والعمل وتشمل علاقة الزملاء في المدرسة، خصائص الطلبة مثل العدوانية والنشاط الزائد وعدم التعاون، مشكلات النظام والضبط المدرسي والفصل الدراسي، مشكلات ترتبط بالإدارة.

ج: المواقف الذاتية للمعلم: وتشمل سمات وقدرات وإمكانات واتجاهات المعلم ورضاه أو عدم رضاه عن المهنة ومستوى الدافعية والإنجاز... الخ.

ويعتبر هذا النموذج هاما حيث يحدد مصادر الضغوط التي يواجهها المعلم من أبعادها المختلفة دون إغفال جانب فيها ويركز على الجانب المهني للمعلم (الغريير وأبو أسعد، 2009، ص66).

خامسا: آثار الضغوط النفسية والمهنية في مهنة التعليم:

1- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية

يطلق على الضغوط النفسية مصطلح (المرض الخفي)، وللضغوط بمختلف تصنيفاتها آثار ونتائج سلبية ضارة تنعكس على الفرد، قد تدفع البعض إلى الهلاك واليأس والإحباط، كذلك على بيئته من عمل وأسرة. وتتباين هذه النتائج وتختلف من فرد إلى آخر في حدتها ونوعها.

ولهذا فقد اهتم الباحثون بدراسة التأثيرات السلبية الناجمة عن الضغوط، وفيما يلي وصف لبعض الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط.

1.1- الآثار الفسيولوجية:

في دراسة أجراها بايك ورفاقه (Pike et al.) (1997) تبينوا أن الأفراد الذين اتسمت حياتهم بالتعرض للضغوط المزمنة، أظهروا تطرفا في النشاط السيمبتاوي، وتناقصا في نشاط الخلايا القاتلة، كرد فعل على الضغط الحاد الذي تم تعريضهم إليه في المختبر، مقارنة مع أشخاص كانوا أقل

تعرضا للضغط في بيئاتهم (شيلي تايور، 2008، ص392)، كما أوضح غريب عبد الفتاح أن هناك علاقة واضحة وصریحة بين الضغط النفسي وبين الأمراض الجسمية أهمها: السرطان، قرحة المعدة، السكري، الأمراض الجلدية، اضطرابات النوم، أمراض القلب (زينب الشقير، 2005، ص172).

كما أكدت دراسة (Parker & Decotis, 1984) أن للضغوط تأثيرات سلبية في ارتفاع ضغط الدم، وزيادة سرعة نبضات القلب، والصداع المزمن، وجفاف الفم (مازن حتاملة، 2002، ص205).

وقد لخص سمير شيخاني بعض آثار الضغوط الجسمية فيما يلي: تغيرات في أنماط النوم- التعب- تغيرات في الهضم (الغثيان، القيء، والإسهال)- فقدان الدافع الجنسي- آلام الرأس- آلام وأوجاع في أماكن مختلفة من الجسم- العدوى- عسر الهضم- الدوار- الإغماء- التعرق- الإرتعاش- تمل اليدين والقدمين- الوجيب (خفقان القلب بسرعة وقوة)- نبضات قلب خاطئة (سمير شيخاني، 2003، ص.ص 18-19).

2.1- الآثار النفسية والسلوكية:

أكدت بعض الدراسات ارتباط تناول المزيد من الطعام في حالة زيادة الضغوط أو الإحباط أو اللجوء إلى التدخين أو الشرب وتعاطي المخدرات، الإدمان على الإنترنت وفي الغالب ما يقوم هذا الشاب بهذا السلوك أي الإدمان على الإنترنت هروبا من عالمه الحقيقي ومشكلاته في عالم الحقيقة والواقع (العيسوي، 2008، ص.ص 214-215). وقد أشار لازاروس (1966) إلى أن الآثار السلوكية للضغوط تشمل تغيرات في تعبيرات الوجه والإقدام والإحجام، كذلك اضطرابات النوم والتي تظهر في شكل أرق وفزع ليلي وكوابيس خاصة، وقد تظهر اضطرابات بشكل معاكس من خلال الإفراط في النوم وشروود الدهون وكثرة التخيل والأحلام المزعجة، ونقص الميول والحماس والشك في الزملاء (الفرماوي وأبو سريع، 1993، ص56).

وفيما يلي ببعض الاضطرابات النفسية والسلوكية الناتجة عن الضغوط:

الإكتئاب- القلق- القابلية للإستشارة والتعب- الغضب والعدوان- التوتر والملل- العصبية الزائدة- - إنخفاض تقدير الذات- نوبات الهلع- اللوازم والخلجات- المخاوف المرضية- عدم الصبر والتسرع- التردد المزمن- التعرض للحوادث- الإحساس بالإحباط والإنزعاج- النشاط الزائد- العجز عن الإسترخاء- السلوك الإندفاعي- الإستجابات الإنشاقية التحويلية- كرب ما بعد الصدمة- الأرق وقلة النوم- الشره الزائد أو فقدان الشهية- اضطرابات الكلام- التدخين وتعاطي المخدرات (جمعة يوسف، 2007، ص.ص 35-36).

3.1- الآثار المعرفية

تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد، ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية:

نقص الإلتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الإستدعاء والتعرف وتزداد الأخطاء- عدم القدرة على اتخاذ القرارات ونسيان الأشياء- فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات- التعبيرات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعن الآخرين- إضطراب التفكير حيث يكون التفكير النمطي والجامد هو السائد لدى الفرد بدلا من التفكير الإبتكاري (حسين وسلامة حسين، 2006، ص.ص 44-45).

4.1- الآثار الإجتماعية

وتشمل إنهاء العلاقات والعزلة والإنسحاب وانعدام القدرة على قبول وتحمل المسؤولية وال فشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة (الغريب وأبو أسعد، 2009، ص52). كما تشمل أيضا عدم الثقة المبررة في الآخرين- لوم الآخرين- نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة- تصيد أخطاء الآخرين- التهكم والسخرية من الآخرين- تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين- تجاهل الآخرين- التفاعل مع الآخرين بشكل آلي (غياب الإهتمام الشخصي/تفاعل يكتنفه البرود) (علي عسكر، 1998، ص41).

2- آثار الضغوط النفسية في مهنة التعليم

وصف شاندر وزملاؤه مهنة التعليم بأنها أم المهن لأنها تسبق جميع المهن، كما أنها لازمة لها، وبذلك تعتبر المصدر الأساسي الذي يمد المهن الأخرى بالعناصر البشرية المؤهلة علمياً واجتماعياً وفنيا وأخلاقياً (نور الدين عبد الجواد ومصطفى متولي، 1993، ص20).

كما ينظر للمعلم على أنه من الركائز الأساسية في العملية التربوية التي من أهدافها عمليتي التعليم والتعلم، ولأسباب متعددة يتعرض المعلم إلى بعض الظروف التي لا يستطيع التحكم فيها والتي تحول دون قيامه بدوره بشكل فعال، الأمر الذي يساهم في إحساسه بالعجز عن القيام بالمهام المطلوبة منه، وبالمستوى الذي يتوقعه منه متخذو القرارات، بالإضافة إلى الآثار السلبية الخطيرة التي يتركها على تعليم الطلاب، إن الشعور بالعجز مع استنفاد الجهد يؤدي به إلى حالة من الإنهاك الانفعالي والاستنزاف النفسي، ومن ثم الإحساس بعدم الرضا وهو مفهوم يشير إلى مدى الإشباع الذي يحققه العمل أو الوظيفة لحاجات الفرد المادية والمعنوية (جواد خليل وعزيزة شريبر، 2008، ص.ص 683-684).

فإنه حسب تصنيف منظمة العمل الدولية تعد مهنة التدريس من أكثر مجالات العمل ضغوطاً فهي أكثر المهن الضاغطة وذلك من خلال ما تذخر به البيئة التعليمية من مثيرات ضاغطة يرجع بعضها إلى شخصية المعلم التي تحدد قدرته على التكيف مع المتغيرات السريعة والكبيرة في مجال التعليم ومؤسساته وما ينظم أو يقيد عملها من قرارات ولوائح وقوانين ويرجع البعض الآخر إلى البيئة الاجتماعية الخارجية التي يعيش فيها المعلم ومدى تقديرها لدوره ولأهمية التعليم (www.gulfkids.com/ar/=434).

وقد أقر المكتب الدولي للعمل أن الضغط عند المدرسين ظاهرة عالمية معترف بها، يظهر في حالة تعب أو وهن عصبي حاد يرجع إلى الإحباط والحصر أمام مهنة التدريس، ومن أعراضه الكلاسيكية نجد التهيج، الغضب، الإنهاك، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، القرحة، ومرض الكلى... الخ، فهو حقيقة مرض مهني (آيت حمودة وآخرون، 2008، ص152).

إن وجود مستوى عال من الضغط لدى المعلمين يؤدي إلى نتائج غير محمودة فهي على سبيل المثال تسبب بانخفاض معنويات المعلمين وتؤثر على قدرتهم وحماسهم في التدريس، ويؤثر الضغط على نوعية التدريس من خلال اتجاهين:

أولاً: إذا كان المعلم يجد أن التعليم يسبب له الضغط عبر السنين الطويلة من التدريس، فإن هذا الأمر سيؤثر على الرضا الوظيفي لدى المعلم مما يقوده إلى كره التعليم.

ثانياً: عندما يتعرض المعلم للضغط فإن ذلك يؤثر في مستوى التفاعل مع الطلبة في غرفة الصف، ذلك أن التعليم يعتمد على المناخ الإيجابي في الغرفة الصفية وإقامة علاقة طيبة مع التلاميذ، فعندما يشعر المعلم بالضغط فإن تلك الروح الفعالة تجاه الطلاب سوف تختفي، وسوف يكون رد فعل المعلم سلبياً للأحداث، وربما عدوانياً (كيريماكو، 2004، ص23).

هذه الحالة إذا لم يسارع في علاجها فقد يكون لها أثر سيء على الطلاب وعلى جو المدرسة العام بل قد يتعدى أثرها إلى مستقبل المعلم التعليمي نفسه، بحيث تترسخ هذه النظرة فتؤثر على نظرة المعلم للطلاب والتعليم بشكل عام.

1.2 آثارها على الطلاب:

الطلاب مركز التعليم، فأى خلل أو ضعف في أحد عناصر العملية التعليمية، خاصة المعلم، يكون أثرها كبيراً عليهم.

وفي هذه الحالة، فالأثر مباشر وعميق، فالطالب الذي لا يرى المعلم لا يبالي بالإعداد للدرس أو يتأخر في الحضور أو لا يهتم بالواجبات المدرسية سيتولد لديه شعور مماثل بعدم الاهتمام بهذه الأشياء، وبرود المعلم في أدائه لدرسه سيفقد الطلاب الدافعية للتعلم، مما يجعل الدرس مملاً، وهذا بدوره يزيد من الضغط النفسي لدى المعلم.

أيضا القرارات التي يتخذها المعلم في تقويم طلابه وهو في هذه الحالة يرجح أنهما لا تكون دقيقة.

2.2 آثارها على جو المدرسة العام:

تعاون المعلمين ونشاطهم أساس نجاح المدرسة، والمعلم الذي يمر بهذه الحالة ليس لديه دافعية للتعاون والمشاركة، بل قد يزيد الأمر سوءاً بأن يأخذ في تثبيط زملائه من العمل الجماعي والتعاون في نشاطات المدرسة، فيفتقد بذلك الجو الجماعي التعاوني في المدرسة لتصبح مجموعة من الأفراد الذين لا يجمعهم إلا المكان فقط، فلا تربطهم أهداف مشتركة ولا هموم ومطالب مشتركة . وهذا الجو أيضا يزيد في الضغط النفسي للمعلم، بحيث تتسع دائرته، فبدلاً من الفصل تصبح المدرسة ذاتها غير مريحة له، فلا يشعر بالرغبة في البقاء فيها . ويلاحظ هنا أن بعض نتائج وآثار المشكلة أصبحت تعزز المشكلة وتعمقها وتوسع دائرتها، بحيث تدخل المشكلة في حلقة مفرغة كلما تقدم بها الوقت، يصعب معها العلاج.

3.2 آثارها على المعلم:

المعلم بشر، يتأثر بعواطفه وما يتعرض له من ضغوط وما يدور في بيئته. وهذا النوع من الضغط النفسي إذا لم يبادر بعلاجه يتسبب في تعب نفسي شديد للمعلم قد يتسبب في اتخاذ قرارات غير سليمة، مثل قرارات المشاركة في بعض الأنشطة المدرسية أو أنشطة النمو العلمي، وقد تصل تلك القرارات إلى ترك التدريس بالكلية . أيضا تؤثر هذه الحالة سلباً على نظرة المعلم للعملية التعليمية، ونظرته للطلاب، وهي نظرة إذا لم تعدل فقد تتأصل فتصبح دائمة، بحيث يكون لدى المعلم قناعة بأن الطلاب كسالى ولا يفهمون وأن العمل معهم جهد ضائع، وأن المعلم فقط مسؤول عن أداء درسه ولو بأقل جهد، وليس له علاقة بزملائه في المدرسة ما دام قائماً بدرسه www.ac.ly/vb/attechement.php=1547 .

سادساً: طرق قياس الضغوط النفسية

لا شك أن غموض وتباين تعريفات الضغوط النفسية بين العلماء أدى إلى تنوع طرق القياس لها، فالضغوط متغير معقد ومتعدد العوامل، ومن ثم توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها منها الملاحظة والمقابلات والاستبيانات (حسين وسلامة حسين، 2006، ص47).

وجدير بالذكر أن هناك طرقاً متعددة لقياس وفحص مستوى الضغوط، منها:

أ- المقاييس الفسيولوجية.

ب- المؤشرات الكيميائية الحيوية.

ج- المقاييس والاختبارات النفسية التي تضم:

ج.أ- أساليب التقرير الذاتي Self-reports ومنها:

ج.أ.أ- الاستبيانات أو الاستخبارات Questionnaires

ج.أ.ب- المقابلات Interviews

ج.ب- المقاييس السلوكية Behavioral Scales وتضم:

ج.ب.أ- الملاحظة في المواقف الطبيعية والمصطنعة Observation .

ج.ب.ب- الاختبارات الأدائية Performance Scales

وسوف نعرض فيما يلي نماذج من أساليب فحص وقياس مستوى الضغوط.

1-فحص الاستعداد

إن أول خطوة على طريق إدارة الضغوط هي فحص مدى استعداد الفرد للتعرض للضغوط، وبعد اكتمال هذه الخطوة يستطيع الشخص أن يعرف مستوى الضغط الملائم ومدى تعرضه للآثار السلبية للضغوط، فالإجراء أو التصرف الذي يتخذه الفرد في الموقف يتأثر بمدى استعداده الذي يعرف بأنه " المزاج المعتاد أو الإطار الذهني للفرد، فتحت الضغط المتزايد قد يحتفظ الفرد بهدوئه أو قد يصبح متوترا جدا، ومن ثم فإن الاستعداد يؤثر في مستوى الضغوط لدى الفرد، فالشخص مرتفع النشاط سوف يكرس مستوى مرتفعا من الضغوط، والشخص الذي يتزعج بسرعة ودائما قد يفضل مستوى منخفضا جدا من الضغوط، كما أن الاستعداد يمكن أن يؤثر في قابلية التعرض أو احتمال المعاناة من الآثار السلبية للضغوط المتزايدة. (جمعة يوسف، 2007، ص.ص 25-62).

2-فحص التغيرات الحياتية

أحداث الحياة وتبادلاتها سواء كانت سلبية أو إيجابية من شأنها أن تشكل ضغوطا على الفرد يستجيب الجسم لها بنفس الطريقة مما يفرضي إلى احتمال الإصابة بمختلف الأمراض العضوية مستقبلا. قدم هولمز وراهي Holmes & Rahe مقياسهما لقياس أحداث الحياة الضاغطة الذي أُطلق عليه مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعي، وهو يتكون من 43 حدثاً حياتياً تتباين في مدى ما تثيره من مشقة، بعضها إيجابي والآخر سلبي.

وتبنى معظم الباحثين مقياس هولمز وراهي وزملائهما بصيغته الأساسية أو معدلا، تمثل هذه العناوين المختلفة مواقف عائلية وشخصية ومهنية لها أبعاد إقتصادية ومالية واجتماعية تضطر الأفراد إلى التكيف مع التغيرات (ستورا، 1997، ص29). وأطلق على هذا المقياس بمقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعي.

مقياس هولمز وراهي 1967

100	موت قرين	1
73	طلاق	2
65	إفتراق الزوجين	3
63	سجن	4

63	موت قريب من العائلة	5
53	مرض أو حادث شخصي خطير	6
50	زواج	7
47	تسريح من الوظيفة	8
45	العودة إلى الحياة العامة	9
45	الإحالة على التقاعد	10
44	تغير خطير في الصحة أو تصرف قريب	11
40	حبل	12
39	صعوبات جنسية	13
39	مجيء عضو جديد إلى العائلة	14
39	إعادة تكيف مهني خطير (اندماج، إفلاس)	15
38	تغير مالي هام (إلى الأسوأ أو الأفضل)	16
35	تغير ملحوظ في عدد المناقشات مع القرين (زيادة أو نقصاناً، حول تعليم الأولاد، العادات...)	17
37	موت صديق حميم	18
36	تغيير نوع العمل	19
31	اتخاذ رهن (أو شراء مسكن أو تجارة...)	20
30	حجز عقار مرهون أو مرتبط باستدانة	21
29	تبدل ملحوظ في المسؤولية المهنية	22
29	سفر عائلة ولد	23
29	مشاكل مع أقرب الزوج أو الزوجة	24
28	نجاح شخصي استثنائي	25
26	زوجة بدأت العمل خارج البيت أو تركت عملها	26
26	بداية العام الدراسي أو نهايته	27
25	تغيير قاهر في البيئة	28
24	تغير في العادات الشخصية	29
23	صعوبة مع رب العمل	30
20	تغيير ظروف العمل أو توقيته	31
20	تبديل السكن	32
20	تغيير المؤسسة المدرسية	33
19	تغيير في العمل أو في مدة التسلية	34
19	تغيير في النشاطات الرعاوية	35
18	تغيير النشاطات مع الآخرين	36
17	عقد شراء بالدين (تلفزيون، سيارة..)	37
16	تغيير ساعات النوم	38
15	تغيير عدد المشاركين في الاجتماعات العائلية	39
15	تبديل ملحوظ في عادات الأكل	40
13	عطل	41
12	عيد الميلاد	42
11	تجاوز بسيط للقانون	43

جدول رقم (04) مقياس هولمز وراهي لقياس الأحداث الضاغطة (ستورا، 1997، ص.ص 30-31)

تفسير الدرجات

100-200 : هذا يعني أن قابلية تعرضك للضغوط منخفضة .

201-240: هذا يعني أن قابلية تعرضك للضغوط متوسطة.

205 فأكثر: هذا يعني أن قابلية تعرضك للضغوط مرتفعة.

3- الطرق الفسيولوجية:

تستخدم بشكل قليل، وتستهدف قياس معدل التنفس وسرعة ضربات القلب، ومعدل ضغط الدم، وجدير بالذكر أن بعض الدراسات قد استخدمت كلا من الإستيبيانات والطرق الفسيولوجية في جميع البيانات، وذلك لأن الإعتقاد على الطرق الفسيولوجية وحدها في قياس الضغوط يعتره الشك وعدم الصدق، فمثلا انخفاض مستوى الكورتيزول في الجسم يمكن أن يكون علامة إيجابية في بعض الأوقات وأيضاً علامة سلبية في أوقات أخرى، وهذا يعني أن الفرد حينما يكون مسترخياً يزداد مستوى الكورتيزول، ولكنه عندما يكون منهكاً أو مجهداً فإن الجسم لا يستطيع أن ينتج كمية كبيرة من الكورتيزول، وبالتالي ينخفض مستواه ويكون علامة فسيولوجية سلبية تعبر عن معاناته (حسين وسلامة حسين، 2006، ص 47).

في الحقيقة لا توجد وسيلة قياس مناسبة لكل المجتمعات لقياس الضغوط، لذلك تختلف وسائل وطرق قياس الضغوط باختلاف المجتمعات وباختلاف المجال الذي تعد له المقاييس، فهناك مقاييس تستهدف قياس الضغوط المهنية، ومقاييس أخرى أعدت لقياس الضغوط الأكاديمية لدى الطلاب، ومقاييس أعدت لقياس الضغوط الأسرية وضغوط الوالدين، كما أن المقاييس المستخدمة في قياس الضغوط تختلف باختلاف العمر الزمني للأفراد، فهناك مقاييس لدى الأطفال والمراهقين، وكذلك الراشدون (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 40).

خلاصة الفصل

تعرضنا في هذا الفصل إلى ستة محاور للإلمام بمفهوم الضغوط النفسية والمهنية من عدة زوايا محاولين أن نربط بينها منهجيا، ففي المحور الأول تم التمهيد فيه إلى مفهوم الضغوط النفسية من خلال التطرق إلى الجذور التاريخية في استعمال هذا المصطلح، كما استعرضنا في هذا المحور بعض تعاريف الضغوط النفسية فقد تعددت وجهات النظر في ذلك، حيث تعرفنا على ثلاثة إتجاهات (الضغوط كمثيرات، الضغوط كاستجابات، الضغوط كعلاقة تفاعلية)، كما أشرنا في هذا المحور أيضا إلى أنواع الضغوط فهي ليست على درجة واحدة فهناك ضغوط إيجابية وأخرى سلبية، وهناك ضغوط مزمنة وأخرى مؤقتة... الخ.

أما المحور الثاني فقد تناولنا فيه مصادر ومسببات الضغوط حيث تعددت هذه المصادر إلى مشكلات إجتماعية ونفسية ومشكلات اقتصادية وأسرية، وأخرى دراسية. وتطرقنا في المحور الثالث إلى بعض النماذج والنظريات النفسية التي فسرت الضغوط النفسية، مثل نموذج سيللي، وسيلبلجر، ولازاروس، وبعض النظريات التي تناولت هذا المفهوم كنظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، والاتجاه المعرفي.

بعد استعراض هذه المحاور ارتأينا أن نخصص المحور الرابع للضغوط المهنية لما له من أهمية في مجال العمل، حيث تطرقنا فيه إلى بعض مفاهيم ضغوط العمل وأيضاً أشرنا في هذا المحور إلى بعض المصادر التي تسبب الضغوط المهنية، كما تناولنا أيضا بعض النماذج والنظريات التي تناولت هذا المفهوم.

وبما أن موضوع دراساتنا يستهدف شريحة المعلمين فقد خصصنا محورا يتناول الآثار السلبية للضغوط النفسية والمهنية التي تمس هذه الفئة الهامة في المجتمع، إذ ركزنا في المحور الخامس على الآثار السلبية الناجمة عن هذه الضغوط بصفة عامة والآثار التي تمس المعلمين بصفة خاصة حيث يمتد أثر هذه الضغوط إلى الطالب والتلميذ، وأيضا تكون آثارها سلبية على الجو العام في المدرسة.

أما المحور السادس والأخير فقد خصصناه إلى طرق قياس الضغوط النفسية، حيث أشرنا في هذا المحور إلى أنه لا توجد طريقة واحدة لقياس الضغوط فهناك الطرق الفسيولوجية، وطريقة الإستيانات والإختبارات، وأيضا طريقة الملاحظة، كما أن طرق قياس الضغوط تختلف باختلاف المجتمعات وباختلاف المجال الذي تعد له المقاييس.

الإضطرابات السيكوسوماتية

- تمهيد
- لمحة تاريخية عن الإضطرابات
السيكوسوماتية
- تعريف الإضطرابات
السيكوسوماتية
- أسبابها
- تشخيصها
- النظريات المفسرة للإضطرابات
السيكوسوماتية
- بعض أنواع الإضطرابات
السيكوسوماتية
- علاجها

تمهيد

منذ وجود الإنسان على سطح الأرض، وهو يسعى دائماً لإشباع حاجاته الأساسية التي توفر له البقاء كالماء والغذاء والأمن والاستقرار. وإن هذه الدوافع إذا لم يتم إشباعها ينتج عنها اضطرابات نفسية تؤثر في الجسد، ففي القرن الخامس قبل الميلاد، قام أفلاطون بدراسة العلاقة بين الجسد والنفس، التي طالما كانت العلاقة بينهما محلاً للجدال والنقاش والدراسات من قبل الفلاسفة وعلماء النفس، وأضاف أنه من الخطأ التفرقة بين شفاء الروح وشفاء الجسد. وهذا ما أشار إليه ابن سينا (980-1037م) حيث نقل وحدة النفس - والجسم إلى الميدان العملي أو التطبيقي، عندما قام بوضع حمل صغير وذئب مفترس في مكان واحد دون أن يتمكن أحدهما من الوصول إلى الآخر، وكان يقدم إليهما الطعام، وقام بملاحظة التطورات العضوية لدى الحمل الذي تعرض إلى حالة من الخوف والتوتر والذعر، فلاحظ أن الحمل قد أصيب بالهزال التدريجي، حتى مات بسبب معاناته من هذه الضغوط الإنفعالية. (محمد الطحان، 2008، ص 197).

من هنا تبين للباحث مدى العلاقة بين الجسد والنفس، ومدى تأثير كل منهما في الآخر، أي أن العلاقة بينهما علاقة تبادلية، حيث يؤثر كل منهما في الآخر. وكلما كانت شروط النمو النفسي آمنة ومستقرة كلما كان الجسد يحقق نمواً إيجابياً. وإن الحالة الانفعالية لها تأثيرها على الجسد، فحالة الانفعال يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم، وعندما ينتج توتر في الجهاز العصبي تتغير وظيفة العضو، أو حتى يتغير بناء العضو، محدثاً الأمراض النفسية الجسمية، أو ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية.

أولاً: لحة تاريخية عن الإضطرابات السيكوسوماتية:

أدرك الفلاسفة القدامى العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم، إلا أنهم لم يتمكنوا من تقديم أدلة وتفسيرات منطقية تعتمد على أسس علمية في تفسير كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الإضطراب العضوي، واكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة ووصفها فقط، علما أن التفسيرات القديمة كانت تعتمد على حدوث أمور غيبية. (فيصل خير الزراد، 2000، ص 10).

والواقع أنه تم تبين هذه العلاقة (العقل والجسم) منذ ما يقرب من 4500 عام، عندما كان إمبراطور الصين الأصغر (وانج تي)، وله مؤلف في الطب الباطني، قد لاحظ أن الإحباط قد يصيب الناس بأمراض عضوية، وأوصى بأن تستكشف أفكار الناس ورغباتهم. (فيصل خير الزراد، 1984، ص 128).

ويعتبر أفلاطون (427-347 ق م) وهو تلميذ سقراط المؤسس النظري لمدرسة الطب النفسي الجسمي (السيكوسوماتيك)، وفي هذا المجال أبدى رأيا لا يزال يتمسك به السيكوسوماتيون إلى يومنا هذا، فقد قال أفلاطون: إن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم تنظر للجسد ككل وهذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا إذ هم يفصلون النفس عن الجسد عند معالجتهم للجسم البشري (محمد النابلسي، 1992، ص.ص 26-27).

وقد فطن العرب وعلماء الإسلام لأهمية العلاقة بين النفس والجسم، وأثر النفس في إحداث تغيرات جسمية مرضية . ومن أشهر العلماء المسلمين أبو علي بن سينا (980-1037م) الذي أشار في كتابه " القانون في الطب" إلى ما يسمى بوقتنا الحاضر (الضغوط النفسية) (أمل العتري، 2004، ص 42)، إذ يعود إليه الفضل في نقل وحدة النفس والجسد إلى الميدان التجريبي، حتى يمكننا القول بأنه مؤسس مدرسة خاصة به في هذا المجال، ومن أهم تجاربه في الميدان قيامه بربط ذئب وحمل في غرفة واحدة (دون أن يتمكن أحدهما من ملامسة الآخر) وتم مراقبة تطورات تعرض الحمل لهذا التهديد. وتلخصت نتائج التجربة بالهزال التدريجي لغاية موت الحمل خوفا. وتتأكد أهمية هذه التجربة عندما نرى أن علماءنا المعاصرين ينهجون نهجا ويكررونها بأساليب مختلفة، فالباحث (راب) ومعاونوه درسوا أثر سماع الفئران لصوت القط وهو يهاجم فئرانا أخرى، وكانت نتائجهم متطابقة مع نتائج ابن سينا إذ كان التهديد الذي يسمى بالشدة النفسية سببا في موت الفئران (عبد الرحمن مرحبا، النابلسي، 1991، ص.ص 80-81). كذلك نجد الكثيرين من أمثال فخر الدين الرازي (545-606 هـ) الذي قام بعلاج الأمير بن نوح من روماتيزم المفاصل (فيصل الزراد، 2000، 10)، نجد أيضا الطبيب عيسى الجوسي (990م) الذي أشار إلى أن الأمراض النفسية مثل الحصر والغم والهـم

والغضب والحسد تغير في مزاج الجسم وتؤدي إلى إنهاكه واضطراب وظائفه، والكثير من الأطباء المسلمين أكدوا على العلاقة بين النفس والجسد، ولعل السبب في ذلك أن الإسلام عندما جاء أكد على أهمية الجانب النفسي أو الروحي في شفاء الأمراض الروحانية الجسدية (أمل العتري، 2004، ص 42).

وفي العصور الوسطى نجد الألماني "فشنر" أو "فخنر" في كتابه (المادة والطاقة) يقول: "كلاهما متفاعلان مثل الجسم والعقل". (فيصل الزراد، 2000، ص 10).

ثم أكد Descartes (1596-1650م) على أن العقل أو الروح هي كينونة منفصلة وغير قادرة على التأثير على الأمور الجسدية أو العمليات المعدة بطريقة مباشرة، وقد أشار إلى أن العقل والجسد يستطيعان التفاعل مع بعضهما مع الغدة الصنوبرية الموجودة في منتصف المخ والتي هي الرابط الحيوي بين الجسم والعقل (عايدة حسن، 2001، ص 02). وهذه الفكرة تزامنت مع عصر النهضة والتطور في الطب وطغت على الفكرة القديمة والتي ارتبطت بالطبيب اليوناني أبقراط بأن سوائل أو هرمونات لها علاقة بالحالة المزاجية للفرد هي المسؤولة عن المرض الجسدي والعقلي. فقد استند رأيه على افتراض أن الجسم يحتوي على أربعة سوائل هي: الدم، البلغم، العصارة السوداء، العصارة الصفراء، حيث أن اختلاط هذه السوائل بنسب غير متكافئة تؤدي إلى المرض، والإستجابات السلوكية غير المرغوبة مثل الإكتئاب أو الحدة في المزاج أو الإنطواء والتشاؤم وغيرها من المشكلات التي ربطها بهذه السوائل. (علي عسكر، 1998، ص 25).

وأصبحت النظرية ذات السوائل الأربعة شائعة حتى قرون قليلة ماضية، وكانت توضح كيف أن العوامل الجسدية أو البيولوجية عوامل تتفاعل معا وتؤثر على الشخصية أو الحالة النفسية للفرد، وهي تتضمن الإعتقاد القائل بأن العوامل النفسية من الممكن أن تسبب الأمراض العضوية (عايدة حسن، 2001، ص 02)، ولم يفقد نموذج الثنائية نفوذه إلا في منتصف القرن التاسع عشر بفضل الطبيب الفرنسي المشهور كلود برنارد (Claude Bernard) الذي بدأ يؤكد على دور العوامل النفسية في الأمراض الجسمية. (علي عسكر، 1998، ص 25).

وفي القرن الثامن عشر، بدأ الأطباء بالبحث في علاقة الجسد والنفس، ففي عام (1818م) استخدم الطبيب النفسي الألماني هينروث (Heinroth) كلمة بيسيكوسوماتيك للمرة الأولى، والتي تتحدث عن علاقة النفس بالجسد. وتوصل العالم Dulsi (1868م) إلى وضع نمط بمرض القلب نتيجة التوتر النفسي. (خالد الطحان، 2008، ص 198).

وفي مطلع القرن العشرين، بدأ الاهتمام بالعوامل النفسية وتأثيرها على الجوانب العضوية، وساهم العالم بافلوف في تطور مفهوم السيكوسوماتيك حيث قام بدراسة ردود الفعل الجسمية إزاء المثيرات الخارجية. أما العالم كانون (Canon) توصل إلى أن الإنسان إذا تعرض لمواقف حياتية مؤلمة وانفعالية يؤدي ذلك إلى إفراز الجسم لكميات كبيرة من الأدرينالين التي تؤدي إلى إحداث تغيرات وظيفية في الجهاز العصبي اللاإرادي وفي وظائف الأعضاء مثل إرتفاع الضغط، توسع حدقة العين، شحوب اللون، زيادة ضربات القلب، وارتفاع سكر الدم، وزيادة عدد الكريات الحمراء في الدم... الخ (العززي، 2004، ص.ص 42-43).

ثم دخل هذا المفهوم في الدراسات الطبية الإنجليزية من قبل الباحثة "فلاندروز دينبار" (Dunber H.F) التي وضعت كتابا حول الإضطرابات والتغيرات الجسدية (فيصل الزراد، 2000، ص10). وهذا بفعل دراسات "جانيه" و"فرويد" اللذان اكتشفا أن هناك بعض الإضطرابات لأسباب سيكولوجية (عبد الحميد الشاذلي، 2000، ص 163).

وهناك العديد من الدراسات والتجارب التي ساهمت في تطور ومعرفة الاضطرابات السيكوسوماتية مثل دراسة Fredman & Hobb في (1949) حيث أشارت إلى أثر عملية الأسرى في الحرب على أجهزة الجسم وأجرى عدة دراسات في معسكرات الإعتقال، وتبين لهم أن نسبة 145/144 يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية (العززي، 2004، ص 43). ومن الدراسات المتقدمة في هذا المجال دراسة "هانز سيللي" 1980 الذي اهتم بدراسة عامل الشدة النفسية وتصنيفها إلى جسدية ونفسية واجتماعية.

أما في عالمنا العربي أول من استخدم مصطلح الإضطرابات السيكوسوماتية هو الدكتور "يوسف مراد" 1942. ومن المشاهير الذين اهتموا بالإضطرابات السيكوسوماتية الطبيب والحلل النفسي "مصطفى زيور" كذلك "محمد أحمد النابلسي، و"فيصل محمد خير الزراد" (فيصل الزراد، 2000، ص 16).

ثانيا: تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية

تعددت التعريفات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية واختلفت حسب التخصصات والاتجاهات العلمية، ولكن هذا التعدد لم يؤثر في المفهوم العام للاضطرابات السيكوسوماتية.

ولغويًا نجد أن كلمة سيكوسوماتي مشتقة من كلمتين:

- النفس Psych وتمثل العوامل النفسية التي منها تبدأ الإضطرابات الجسمية أو تتطور بسببها.

- الجسم Soma وذلك يشير إلى الجسم باعتباره المجال العضوي للتفاعلات والإنفعالات النفسية،

وهو الذي يقاسي من آثار اضطراب النفس (حسن عبد المعطي، 2003، ص18).

وفي اللغة العربية يطلق على مُصطلح (سيكوسوماتي) نفس جسمي، وتختصر هذه الكلمة إلى

النفسجسمي.

ويعرف أبو النيل 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 يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءً تاماً، لاستمرار

الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي (محمود أبو النيل، 1994، ص25).

ويعرف "أيزنك" الأمراض النفسجسمية وذلك في موسوعة علم النفس بأنها تشمل عدة معان، ومن

أهمها ما يشير إلى عدد محدود من الإضطرابات ذات الصفات المعينة، والمعنى الثاني هو أن لفظ سيكوسوماتية

يقصد به أسلوب كلي في ممارسة الطب وهو أقل شيوعاً، ويؤكد على العلاقة المتبادلة بين الفرد وبيئته، وأن

الفرد وبيئته متكاملان من الناحيتين السيكولوجية والمادية، والمعنى الثالث يعتبر أن المرض مشكلة إيكولوجية أي

مشكلة في علاقة الفرد مع بيئته (أشرف عبد الغني شريت، 2001، ص353).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية Diagnositcs and

of Mental Disorders (DSM-IV) Statistical Manual

فقد وضع الاضطرابات النفسجسمية تحت العامل النفسي المؤثر على الحالة الطبية 316

وأشار إلى أثر سمات الشخصية وأسلوب التعايش السلبي على العوامل الجسمية.

(DSM -IV, 1996,P292)

أما عبد المنعم الميلادي فيعرفها بأنها مجموعة من الأمراض العضوية التي تتدخل العوامل النفسية فيها

كمسبب لها أو على الأقل تزيد من شدتها (عبد المنعم الميلادي، 2004، ص44)

ويعرف Bouchard, M (1977) الإضطرابات السيكوسوماتية بأنها اضطرابات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات البيوية والوظيفية للعضوية المعرضة لعوامل انفعالية، وبهذا المعنى فإن معظم الأعراض الجسدية التي لا يمكن معرفة أسبابها الميكانيكية فهي اضطرابات سيكوسوماتية (نور الدين جبالي، 2007، ص 65).

ويرى حامد زهران الإضطرابات السيكوسوماتية بأنها اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي (بسبب الإضطرابات الإنفعالية)، تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (حامد زهران، 1997، ص 468).

وتعرف دائرة المعارف البريطانية الإضطرابات السيكوسوماتية بأنها استجابات جسمية للضغط الإنفعالية، تأخذ شك اضطرابات جسمية مثل الربو وقرحة المعدة وضغط الدم المرتفع والتهاب المفاصل الروماتيزمي وقرحة القولون وغيرها (زينب الشقير، 2005، ص 204).

أما أحمد عكاشة فعرف الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً هاماً وقوياً وأساسياً، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي (أحمد عكاشة، 1998، ص 545).

ويعرف كارل هاس Hass (1979) المرض السيكوسوماتي بأنه أي مرض جسمي يمكن أن يكون له جذور سيكولوجية، فالكائن البشري عبارة عن وحدة متكاملة يعمل فيها الجسم والنفس معا في نظام واحد متكامل، وقد يكون للعنصر النفسي أهمية قليلة أو كثيرة، هذه الأمراض المتكررة الحدوث التي لها عنصر نفسي أساسي هي ما نسميها بالأمراض السيكوسوماتية وهي تبقى في البداية جسمية بكل معنى الكلمة، ولكنها غالبا ما تكون ناشئة عن التفاعل بين المتغيرات الجسمية والإنفعالية وتتأثر بمواقف حياة الفرد وضغوطها (حسن عبد المعطي، 2003، ص 20).

ويرى سامي عبد القوي أن الإضطرابات السيكوسوماتية تشير إلى الأعراض الجسمية الناتجة من استمرار تعرض الفرد لضغوط انفعالية متزايدة مما يؤدي إلى اضطراب وظيفة العضو المصاب وكذلك تكوينه التشريحي (سامي عبد القوي، 1995، ص 345).

كما تعرفها الموسوعة العربية الميسرة بأنها تلك الأمراض الجسمية المصحوبة باضطراب وظيفي أو تلف عضوي وتكون ناتجة عن تأثير العوامل النفسية مثل القلق والتوتر والحاجة والعطف، وتصيب الأجهزة الخاضعة

لتأثير الجهاز العصبي المستقل، كما تشمل كذلك بعض الأمراض الجلدية، والعلاج النفسي عامل قوي في علاج هذه الأمراض (نور الدين جبالي، 2007، ص 63).

ومن الواضح أن جميع التعريفات النفسية السابقة تتفق على أن:

- 1- الإضطرابات السيكوسوماتية هي أعراض جسمية لها أسباب مرتبطة بعوامل نفسية وانفعالية وذلك من خلال الجهاز العصبي الإرادي، وقد يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الإنفعالات.
- 2- أن الأمراض العضوية الناتجة عن الإضطرابات الإنفعالية تتطلب علاجاً طبياً للأعضاء المصابة.
- 3- أن العلاجات الطبية لا تؤدي إلى تحسن الحالة الجسمية ما دام السبب النفسي قائم.
- 4- أنها اضطرابات مزمنة ذات مراحل.
- 5- أن نشأة المرض في العضو أو الأعضاء لا يفيد في خفض التوتر وهذا ما يميزها عن الاضطراب المهستير.

واختار الباحث تعريف 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 يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءً تاماً، لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي (محمود أبو النيل، 1994، ص 25).

التعريف الإجرائي للإضطرابات السيكوسوماتية:

وتعرف الإضطرابات السيكوسوماتية لدى المدرسين (إبتدائي/متوسط) إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها المدرسون من خلال الاستجابة على مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية بأبعاده التسعة (الجهاز الهضمي-جهاز القلب والدوران- الجهاز التنفسي- الجهاز العصبي- إضطرابات الجلد-الجهاز الحركي- إضطرابات الغدد- إضطرابات الحواس- توهم المرض).

ثالثاً: أسباب الإضطرابات السيكوسوماتية

إختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للإضطرابات السيكوسوماتية فمنهم من فسر حدوث الاضطراب السيكوسوماتي بحدوث ضغوط الحياة وأزماتها أو الإستعداد الفسيولوجي بوراثة عضو أو

جهاز عضوي ضعيف، ومنهم من أعزى هذا الاضطراب إلى خطأ في عملية التشريط والإستجابة للمثيرات البيئية والداخلية، إلا إن تطور حدوث الاضطراب ويفسره لنا الجانب الفسيولوجي كحلقة وصل بين المتغيرات السابقة كلها وبين ظهور الاضطراب السيكوسوماتي (أمل العتزي، 2004، ص45).

ويمكن أن نوضح بعض هذه الأسباب على النحو الآتي:

1.3-العوامل المتعلقة بالوراثة: يقصد بها عوامل الإستعداد الوراثي، وأثر العوامل المؤثرة على الجنين قبل ولادته، وظروف الحمل والولادة، وأمراض الأم، وظروف التغذية، وتناول الأم للعقاقير، أو الكحول أو المخدرات، أو تعرضها للحوادث، إضافة إلى أثر التدخين، والحالة النفسية للأم، والزمرة الدموية (RH)، وعمر الأم، وتعرض الأم لأشعة إكس، وعوامل الولادة... الخ، مما قد يؤدي بالجنين إلى الإصابة أو التعرض لاضطراب عضوي الذي يرسب لديه الضعف بعد ولادته، أو التعرض للإصابات، والأمراض، مع ضعف جهاز المناعة لديه (فيصل الزراد، 2000، ص73).

2.3-اضطراب العلاقة بين الطفل والوالدين: خاصة الأم في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج، ونقص الأمن وفقدان الحب والخوف من الانفصال، والحرمان، والحاجة إلى القبول، وفقر واضطراب المناخ الإنفعالي في المنزل وسيادة جو العدوان والمشاحنات والغيرة، والخلافات الأسرية، وسوء التوافق الزوجي... الخ (حامد زهران، 1997، ص470).

3.3-نمط الشخصية: فقد بينت الدراسات التجريبية والسريية أن هناك نمطين للشخصية هما (أ) و(ب).

فالنمط (أ) الذي يتميز بالعدوان والتنافس والطموح المرتفع وعدم التنظيم، والشعور الدائم بضيق الوقت، وكأنه يعمل تحت آخر لحظة، وكثرة الأعمال المطلوب إنجازها في وقت قصير، يسارع الزمن ويشعر بفقدان الصبر، أمثال هؤلاء عرضة للإضطرابات السيكوسوماتية (وخاصة القلبية والدورانية).

أما النمط (ب) فعلى العكس، معتدل الطموح ومنظم، ويترك وقتا للراحة، إنه أقل عرضة لهذه

الإضطرابات (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص332).

4.3-الصراع الإنفعالي الطويل: مثل الصراع بين الإعتماد على الغير وبين الإستقلال، والكبت الإنفعالي (وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة)، والعدوان المكبوت واحتزان الحقد والغيط، والشعور الطويل بالظلم، والضغط الإنفعالي الشديد والمستمر والتوتر النفسي، والإنفعال الطويل المزمّن واستدخال التوتر

وتحويله داخليا وتسلطه على عضو ضعيف فيحدث اضطراب في وظيفته العادية، والحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق، والمطامح غير الواقعية أو غير الممكن تحقيقها (حامد زهران، 1997، ص470).

5.3- التجارب العاطفية والجنسية الصادمة: الحرمان العاطفي والجنسي، ومعاناة مشاعر الإثم والذنب لارتكاب المعصية أو محرم، والحب المحرم، والخوف المرضي من الإشباع الغريزي، والخوف من عقوبة المجتمع ووالدين، وتعرض الفرد لمواقف عنيفة كما في حالة الحروب، ووقوع الكوارث الجسيمة والمفاجئة مما لم يتهيأ إليه الفرد، وهذا ما يؤدي إلى استنفاد طاقة الفرد وعدم قدرته على التحمل (الزراد، 2000، ص75).

6.3- عوامل مهنية: فهناك بعض الأعمال والمهن التي تخلق ضغطا وتوترا دائمين في الشخص مثل الآلة الكاتبة والأعمال الإدارية والسكرتارية ورجال الأعمال، فهذه المهن تجعل صاحبها أكثر عرضة للأمراض السيكوسوماتية كالقرحة وضغط الدم وعصاب القلب (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص332).

ويلخص سعد جلال التسلسل في حدوث الإضطرابات السيكوسوماتية كما يلي:

- وجود استعداد تكويني يقوم على الوراثة.

- وجود استعداد تكويني تكون نتيجة للخبرات الأولى والتطور الأول، والمقصود بالخبرات هنا الخبرات الفسيولوجية والنفسية ويدخل في ذلك فترة الحمل وفترة المهد.

- تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة والتي تؤثر في نظم الأعضاء.

- ضعف عضو من الأعضاء كما في حالات الإصابة أو العدوى.

- وجود العنصر في حالة نشاط لحظة الإجهاد النفسي أو الثورة الإنفعالية.

- المعنى الرمزي للعضو في نظام شخصية الفرد.

- توقف النمو النفسي وبالتالي جمود العضو في تطور وظائفه (سعد جلال، 1985، ص268).

أما العالم والفيلسوف (باسيرز) فيوضح كيفية ظهور المرض النفسجسمي ونوعية العلاقة بين النفس والجسم كما يلي:

أ- العلاقة الآلية (الميكانيكية) وهي علاقة إيجابية مباشرة على آليتها بأنها رد فعل يعوق الحد الطبيعي قوة واندفاعا كأن يحدث إسهال على أثر انفعال شديد.

ب-العلاقة المكتسبة بالمنعكسات الشرطية، فالمنعكس العضوي الناتج عن حافظ عاطفي قوي يمكن أن يثبت ويعيد نفسه بحافظ أقل درجة، وأبسط مثال على ذلك الإسهال الذي حدث مبدئيا نتيجة رعب شديد يمكن أن يعيد نفسه برعب أضعف وأقل درجة.

ج-علاقة رمزية بين المرض والعاطفة كما يجري في الهستيريا، فالشخص الذي يصاب بالعمى فإن موقفه الرمزي هو الإنكار، وعدم الرؤية للألم والأساة والمصاعب، وكذلك هذا المرض تجاه الشيء المائل (محمد جاسم محمد، 2004، ص.ص 58-59).

أما جوثمان Guttman فيشترط لظهور الأمراض السيكوسوماتية ظهور العوامل الإنفعالية أو مصادر الضغوط بتاريخ سابق لظهور التغيرات الجسدية بفترة زمنية لا يمكن أن تكون الإستجابة الإنفعالية للمحن والضغوط مؤقتة، وكذلك الإختلال الوظيفي العضوي كما هو في المواقف الضاغطة العادية، وبمرور الوقت تزيد مقاومة الإضطراب وينتقل إلى الإهيار الجسدي الذي يعتمد على عدد كبير من العوامل الإستعدادية والبيئية. لا يعني هذا أن الإنفعالات تسبب المرض وحدها ببساطة ولكن الضغوط الإنفعالية تظهر وتدرج بوضوح قبل أن تصبح الحالة جسدية ولكن تحدث كل من التغيرات الجسدية والإنفعالية في وقت واحد. (باهي سلامي، 2009، 168).

رابعاً: تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية:

يقصد بالتشخيص (Diagnosis) فحص الأعراض المرضية وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة ثم إطلاق إسم مرض معين على نوعية الأعراض في ضوء علاقة الأعراض ببعضها في زملة مرضية.

إن تشخيص الأمراض السيكوسوماتية يعتمد أولاً على إجراء الفحوص الطبية التي تشمل في العادة فحص الجهاز العصبي، والأحشاء الداخلية، والقلب، وجهاز التنفس، مع التأكيد على موضع الألم أو الإضطراب. وقد يتبادر إلى ذهن الطبيب لأول وهلة أن السبب عضوي بحت، لكن بعد دراسة تاريخ حياة المريض، وتاريخ المرض يتبين أن العامل الأساسي وراء الإضطراب هو العامل النفسي (فيصل الزراد، 2000، ص102).

وقد لا يعترف المريض بأن مرضه نفسي جسدي ويصر على أنه عضوي فقط، وحين يعرف ذلك تظهر أساليب دفاعية عنده بشكل واضح وقد تزيد النوبة حدة خلال التشخيص (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص332).

أورد الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في إصداره الثالث DSM-III (1987) عددا من المحكات التشخيصية للأمراض السيكوسوماتية أو الإضطرابات السيكوفيزيولوجية، إلا أنه في الإصدار الرابع DSM-IV (1994) من هذا الدليل وردت هذه المحكات تحت عنوان العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الصحية، وكانت هذه المحكات على النحو التالي:

أ- وجود حالة طبية عامة.

ب- عوامل نفسية تؤثر عكسيا (سلبيا) على الحالة الطبية بإحدى الوسائل التالية:

1- تؤثر العوامل على الحالة الطبية العامة كما يتضح من الارتباط الزمني بين العوامل النفسية ونمو أو تفاقم أو تأخر الشفاء من الحالة الطبية العامة.

2- تتداخل العوامل النفسية مع العلاج من الحالة الطبية العامة.

3- تشكل العوامل النفسية مخاطر صحية إضافية للفرد.

4- تعمل الإستجابة الفسيولوجية المرتبطة بالضغط النفسية على ترسيب أو تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية العامة (حسن عبد المعطي، 2003، ص 28).

إن تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية ليس بالأمر السهل على الأخصائي، بل هو يحتاج إلى مهارة وخبرة طبية ونفسية عالية، وذلك خشية وقوع التباس أو تداخل مرضي بين الأمراض العضوية والأمراض السيكوسوماتية مما ينعكس سلبا على حياة المريض. وقد ذكر كل من إدوارد ويس (E.Weiss) وأنجلش (English, O.S) في كتابهما عن الطب السيكوسوماتي طبعة لندن عام (1950) أن هناك ملاحظات هامة في تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية يجب أخذها بعين الإعتبار، من أجل أن يؤدي التشخيص الجيد إلى وضع استراتيجية علاجية صحيحة وهادفة. ومن أبرز هذه الملاحظات:

1- يلاحظ من خلال التاريخ الأسري للمريض أن هناك أدلة على وجود مشاكل في الطفولة مثل الأعصاب، والحرمان العاطفي من الأبوين أو أحدهما، وتقمص شخصية أب مريض أو أم مريضة، والحساسية للعوامل الإنفعالية التي تحدث بسبب البلوغ، أو الزواج، مع وجود تجارب صادمة، وشخصية هشّة.

2- النظر في تاريخ حالة المريض للوقوف على الجوانب المرضية والسوية لديه، ومدى استبصاره بنفسه أم أنه لا يستطيع أن يرى نقاط الضعف في نفسيته أو شخصيته ويؤكد على أن مشكلته عضوية بحتة.

3- إزمان الحالة وتردد المريض على عيادات الأطباء وإجراء كافة الفحوص والتحليل والاختبارات الطبية دون وجود سبب عضوي واضح يفسر للأخصائي شكوى المريض.

4- أن لا ينظر إلى المريض بمعزل عن سياقه الاجتماعي للكشف عن الضغوط الخارجية التي هي عوامل مساعدة على الانفجار لمن لديه استعداد داخلي.

5- الكشف عن المكاسب الثانوية التي يحققها المريض من خلال مرضه العضوي، وما يرمز إليه اضطراب العضو الذي يشكو منه المريض (فيصل الزراد، 2000، ص 107).

1- التشخيص الفارق:

في هذا الإطار عند تناول تشخيص الأمراض السيكوسوماتية ينبغي التفرقة أو التمييز بين أعراضها وأعراض الأمراض الأخرى التي ربما تتشابه معها في الجوانب الجسمية والنفسية، حتى لا يوجد تداخل بين الأمراض السيكوسوماتية وغيرها ولتقييمها تقييما دقيقا، ولذلك ينبغي التفرقة في التشخيص بين:

1.1- الأمراض السيكوسوماتية وأعراض الهستيريا:

الهستيريا التحولية حالات مرضية يحدث فيها قصور أو توقف عضوي يؤثر على وظيفة حركية إرادية أو حسية، يرتبط رمزيا بعوامل سيكولوجية، وعلى ذلك فإن الخلل العضوي يصيب جانبا حركيا (كالشلل، أو عدم التآزر، أو التشنجات وفقدان الوعي...)، وقد يصيب جانبا حسيا (كفقدان السمع أو الرؤية أو اللمس... أو غيرها)، ويرتبط أي عرض منها بصراعات ومكاسب ثانوية من وراء هذه الأعراض (حسن عبد المعطي، 2003، ص 30).

وقد وضع محمد قاسم عبد الله جدولا يقارن فيه بين الأعراض الهستيرية والسيكوسوماتية

المرض النفسي-الجسمي (السيكوسوماتي)	الهستيريا
-يصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) أو الإرادي.	1-تصيب الأعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي.
-الأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات إنفعالية تخل بتوازن العصبي الذاتي.	2-الأعراض هي تعبيرات رمزية مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضا شخصيا لدى المريض.
-يكثر بمرضه كثيرا، كما أن عنصر المنفعة والكسب فيه غير موجود أو خفي في حال وجوده.	3-لا يكثر الهستيري باضطرابه، بل إن عنصر المنفعة والكسب الذي يتوخاه واضح.

جدول رقم (05) (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص334)

2.1- الأمراض السيكوسوماتية وتوهم المرض Hypochondriasis

هذا المرض يختلف عن الهستريا، فالمريض يخلق مرضا ليس له أي أساس في الواقع، ويكون صاحب هذا المرض لديه الإهتمام الزائد بالوظائف الجسمية، والقلق الذي لا يستند إلى سبب، ويتمثل بالخوف الدائم والإهتمام الزائد بالصحة النفسية فيشكو الفرد غالبا من آلام واضطرابات يصعب فهمها، ولا يوجد لها أساس عضوي واضح.

وهو اضطراب نفسي المنشأ ناشئ عن اعتقاد راسخ بوجود مرض ما، رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهنا يركز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي يؤدي ذلك إلى انحصار تفكيره في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بشكل يطغى على كافة اهتماماته الأخرى.

يكثر هذا المرض في العقد الرابع أو الخامس من العمر، وقد يحدث في الأطفال عند فقد الأم، كما يظهر هاجس المرض كثيرا في الشيخوخة وفي الإناث أكثر من الذكور (نور الهدى الجاموس، 2004، ص22).

3.1- الأمراض السيكوسوماتية والتمارض *Malingering*

فالفرد المتمارض يتظاهر بأنه مريض وذلك لتجنب موقف غير سار، هذا التجنب للمواقف الصعبة أو غير السارة يصبح نموذجا يشار به إلى اضطراب في السلوك أو يدل على العصاب النفسي الضمني، أما في الأمراض السيكوسوماتية فإن المريض يعاني معاناة حقيقة ويشعر بألم واضطراب فعلي واختلال وظيفي في العضو المصاب.

4.1- الأمراض السيكوسوماتية واضطراب التجسد (التبدين) *Somatisation*

واضطراب التبدين يتميز بوجود تاريخ لأشكال من الإضطرابات البدنية المتعددة التي تبدأ قبل سن الثلاثين وتستمر لعدة سنوات، وينتج عنه البحث عن علاج أو حدوث قصور في مجالات الأداء الإجتماعي الوظيفي، وتشمل أعراض الألم بالرأس أو البطن أو الصدر أو المستقيم، وقد تشمل أعراضا معوية كالإنتفاخ، الغثيان، التقيؤ أو غيرها دون وجود علامات عضوية أو أعراض فسيولوجية محددة المعالم، وهي أعراض لا تنتج عن قصد أو إدعاء وترتبط إلى حد كبير بالقلق أو الإكتئاب، وربما تؤدي الأعراض الجسمية إلى مزيد من الشعور بالقلق والإكتئاب، وبذلك تختلف أعراض التبدين عن الأمراض السيكوسوماتية في أن الأمراض السيكوسوماتية تصيب جهازا عضويا محددًا من أعضاء الجسم ويظهر الخلل بصورة إكلينيكية واضحة المعالم (حسن عبد المعطي، 2003، ص32).

خامسا: النظريات المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية

1- النظريات الفيزيولوجية:

يعتبر العالم الروسي بافلوف Pavlow رائد هذه المدرسة فعن طريق دراسته للإرتكاسات (ردود الفعل الجسدية أمام المثيرات الخارجية) استطاع أن يرسي مبادئ النظرية اللحائية-الحشوية، وهذه النظرية ما لبثت وأن تحولت إلى مدرسة طبية فارضة تفكيرا طيبا خاصا ومميزا (بيار مارتي وآخرون، 1992، ص 19). واهتمام هذه النظرية يركز على جانبيين تنظيم السيرورات العادية يسمح للمخ ببناء سلوكيات مكيفة، واختلالات هذا التوازن تنجر عنها اضطرابات سيكوسوماتية، هذه الاختلالات مفادها إرتفاع ضغط الإثارة والكف (صالح معاليم، 2008، ص 24).

وقد ساهم مجموعة من العلماء في تطور هذه المدرسة نذكر منهم كانون، سيللي، بيكوف Bykow،

وبريرام Pribram

1.1- نظرية كانون:

تعرض هذا العالم لحادثة تسببت بأحداث خوف عميق من الموت لديه، فلاحظ أن هذا الخوف أدى لإصابته بارتعاش في أطرافه إضافة لعدد من المظاهر العصبية-النباتية. ولاحظ أن مثل هذه الاضطرابات تظهر لدى الحيوان إثر حقنة بمادة الأدرينالين. وكانت نتيجة أبحاثه أن تعرض الإنسان للمواقف الإنفعالية (الخوف، الألم، الغضب، الجوع... الخ) من شأنه أن يؤدي لإطلاق جسده لكميات من الإدرينالين من شأنها إحداث المظاهر العصبية-النباتية مثل ارتفاع الضغط، تسارع نبض القلب، توسع حدقة العين، الشحوب... الخ.

هذا وقد توصل كانون للأدلة العلمية التي تثبت بأن هذه التغيرات قابلة للإستمرار، لإحداث ردود فعل تعويضية بل هي قابلة لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحويل إلى أمراض وإصابات عضوية غير قابلة للتراجع. وذلك في حال عدم تفرغ طاقة الإنفعالات في فعل أو أفعال تواجه الإثارات المتسببة بإحداث الإنفعالات (بيار مارتي وآخرون، 1992، ص.ص 20-21).

2.1- نظرية سيللي:

وقد قسم ردود أفعال الكائن البشري تجاه المثيرات المزعجة إلى ثلاثة مراحل:

-مرحلة الإنذار أو مرحلة الإسعافات: ويحدث خلال هذه المرحلة أن يقوم الفص الأمامي للغدة النخامية بإفراز هرمون A.C.T.H وهو الهرمون المنبه للغدة الكظرية، فهو ينشط لحاء الغدة الكظرية لإفراز المزيد من هرمون الأدرينالين وهرمون الكورتيزول لمجابهة الخطر.

-مرحلة المقاومة أو التكيف: فإذا استمر الضغط في تنبيهاته الدائمة فقد يتبع مرحلة الإنذار مرحلة مقاومة، وخلال هذه المرحلة توقف التغيرات الفسيولوجية التي حدثت في المرحلة السابقة، وتحدث زيادة في مقاومة العنصر الضاغط، وتنخفض مقاومة المنبهات الأخرى معا، وإذا استمر الضغط تدخل العضوية في المرحلة الثالثة وهي:

-مرحلة الإجهاد: وهي المرحلة التي يصل فيها الجسم (العضوية) إلى مرحلة لا يستجيب بعدها لأي منبه إنذار أو مقاومة، كما تفقد الغدد المفرزة للهرمونات السابقة قدرتها على مزيد من الإفراز، وتحدث فوضى عضوية لما يحدث خلالها من استجابات وردود أفعال غير موزونة وغير متناسقة تؤدي إلى حدوث الضرر البدني الدائم أي الإضطراب السيكوسوماتي، وهي ما يطلق عليه سيلبي أمراض زملة التكيف العام (نور الدين جبالي، 2007، ص.ص 70-71).

3.1-نظرية بريبرام Pribram:

ينتمي هذا الباحث إلى مدرسة جديدة متفرعة عن المدرسة الفيزيولوجية وهي المدرسة الفيزيولوجية العصبية، وتتركز نظريته حول الطريقة التي يعمل وفقها الدماغ، إذ أن بريبرام يرى أن الدماغ يعمل وفق مبدأ الهولوجرام Hologram، أي أن كل خلية من خلايا الدماغ تحتزن كامل المعلومات التي يحويها الدماغ ولكن بدرجات متفاوتة من الوضوح. يطلق على هذا المبدأ اللودونة العصبية *Plasticité cérébrale*.

وهذه النظرية مدعمة بتجارب جون John على القطط تستطيع أن تفسر قائمة طويلة من الإضطرابات والأمراض النفسية الجسدية ومن ضمنها حالات الشلل الهيستيري، ويمكننا تلخيص هذا التفسير من خلال إحدى تجارب جون، إذ أقدم على تدمير المنطقة البصرية في الدماغ الأيسر للقط واحتفظ بالمنطقة البصرية اليمنى السليمة، فكانت النتيجة أن القط احتفظ بقدرته على الإبصار، ولكن جون ما لبث أن دمر المنطقة اليمنى أيضا، ومن الوجهة النظرية التخصصية التي توزع الوظائف على المناطق الدماغية فقد كان من المفروض أن يصاب القط بالعمى، لكن القط موضوع التجربة احتفظ بقدرته على الإبصار بالرغم من تدمير كلتا المنطقتين البصريتين في كلا النصفين الدماغيين. وهذه النتيجة ليست بالمفاجئة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار

النظرية الهولوغرافية التي تشرح هذه النظرية بالقول بأن الفترة الفاصلة بين تدمير المنطقتين أتاح لخلايا دماغية غير مختصة بالإبصار كي تتمرن وتتكامل مطورة المعلومات البصرية الثانوية فيها. وذلك وصولاً إلى قدرة الخلايا الجديدة غير المختصة على القيام بدور الخلايا المختصة المدمرة (بيار مارتى وآخرون، 1992، ص.ص 26-27).

ومن بين النظريات الفيزيولوجية أيضاً المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية نجد:

4.1-نظرية الضعف الجسمي:

تشير هذه النظرية إلى أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد، ونوعية الغذاء الذي يتناوله الإنسان كل ذلك يؤدي إلى اضطراب وظيفة عضو معين من أعضاء الجسم ويصبح هذا العضو ضعيفاً وأكثر إنجراحاً عند تعرضه للضغط، وتبعاً لنظرية الضعف الجسمي فإن العلاقة بين الضغط واضطراب سيكوفسيولوجي معين تكمن في ضعف عضو جسمي معين، فالجسم الإنساني الذي يوجد به جهاز تنفسي ضعيف لأسباب وراثية مثلاً من الممكن أن يهيئ الفرد للإصابة بالربو، أو جهاز هضمي ضعيف يعرض الفرد للإصابة بالقرح (عايدة شكري، 2001، ص 65).

2-النظرية التحليلية

إن انطلاقة فرويد الأساسية لم تكن نحو البسيكوسوماتيك، ولكن دراساته تمحورت بشكل أساسي نحو الهستيريا وكان البادئ بتبيان أثر الصراع النفسي في إحداث الإضطرابات الهستيرية-الجسدية. وقد ظل فرويد بعيداً عن البسيكوسوماتيك بسبب إصراره الواعي والمقصود على الإبتعاد عن كل ما يتجاوز الجهاز النفسي.

وهكذا فإن تطبيق المبادئ التحليلية في الميدان النفسي-الجسدي لم يأت على فرويد وإنما أتى على يد تلامذته (مارتي وآخرون، 1992، ص.ص 29-30).

كان نشوء هذه المدرسة على يد علماء أمثال "ألكسندر" ثم تطورت على أيدي كل من "ناخت" و"مصطفى زبور"، ومن ثم "بيار مارتى" و"سامي علي" وغيرهم، وتعتمد هذه المدرسة التحليل النفسي في

علاجها للمرضى الجسديين على أن التحليل البسيكوسوماتي يختلف بعض الإختلاف عن التحليل التقليدي وخاصة من حيث الأهداف العلاجية، إذ يهدف العلاج البسيكوسوماتي للوصول للمريض إلى أفضل حالات توازنه النفسي-الجسدي وأفضل حالات القدرة على التعجيل (النابلسي، 1991، ص.ص 193-194).

يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على البناء الداخلي للشخصية، ويفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية، وهو يمثل أعمال فرانز الكسندر وفلاندرز دانبار Alexander et Dunbar حيث افترض أتباع فرويد وجود أسباب تحليلية لاشعورية تكمن وراء الإصابة بهذه الاضطرابات، وقدموا تفسيراً قائماً على الدينامية السيكلوجية أي العوامل والتغيرات النفسية التي يتعرض لها الفرد، ومؤدى هذه النظرية أن الأعضاء الجسمية المصابة ليست سوى تعبير رمزي عن بعض الصراعات اللاشعورية التي ينعكس أثرها في صورة القرح وغير ذلك من الاضطرابات السيكوسوماتية (عبد الرحمن العيسوي، 2000، ص.ص 223).

1.2- نظرية البروفيل الشخصي

وقد وضعت فلاندروز دينبار Dunbar نظريتها القائمة على نمط الشخصية أو البروفيل الشخصي Personality profile، وذلك من خلال مجموعة من الدراسات السيكوسوماتية شملت ثمان (8) أنواع من هذه الاضطرابات وهي: حالات الكسور، إلتهاب اللوز، اضطرابات الشريان التاجي، إرتفاع ضغط الدم، روماتيزم القلب، الحمى الروماتيزمية والسكري. وقد استخدمت منهجا ارتباطيا محاولة التعرف على سمات الشخصية لكل اضطراب على حدة، وتميز كل عرض عن الآخر مما مكنها من وصف شخصية المريض المصاب باضطراب الشريان التاجي وشخصية المصاب بالتهاب المفاصل والمصاب بالسكري (جبالي، 2007، ص.ص 76).

ومن هذا البروفيل أرادت أن تقدم صورة كاملة عن شخصية مرضاها، وأدجت عدد من العوامل منها العامل التاريخي والفيزيقي والانفعالي تلك العوامل التي تسهم في نشأة الاضطراب (عبير الصبان، 2003، ص.ص 71).

2.2- نظرية الاضطرابات السيكوسوماتية كاستجابة نوعية للصراع

ظهر هذا الاتجاه على يد فرانز ألكسندر Alexander F (1950) الذي رفض مفهوم دينبار لوجود علاقة بين نمط الشخصية (بروفيل الشخصية) وظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، ويرى أن

نمط الحياة وبعض الإستعدادات قد ينتج عنها بعض المظاهر الفيسيولوجية أكثر من بعض، وأنه ليس هناك علاقة مباشرة بين نمط الشخصية والإضطراب البدني، وأن أي علاقة قد نجدتها بين هذين المتغيرين إلا ويكون متغيرا وسيطا بينهما وهو نمط حياة الفرد نفسه (جبالي، 2007، ص77).

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

وقد افترض فرانز ألكسندر أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فالخوف والغضب ينعكسان على صعيد القلب والأوعية، في حين أن مشاعر التبعية والحاجة للحماية ينعكسان غالبا على الصعيد الهضمي. كما أشار إلى أن الإستعداد للإصابة بمرض ما (بسبب الوراثة أو طبيعة الجسم... الخ) غير كاف للإصابة بهذا المرض ما لم تصرف إليه العوامل الإنفعالية المكبوتة وغير المعبر عنها (مارتي، 1992، ص46).

3.2- المدرسة الباريسية (بيار مارتي)

يعتبر مارتي أن الإنسان هو وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة، وهو يعتبر أيضا بأن لهذه الوحدة فرديتها وتميزها عن سائر الوحدات الأخرى (البشر). فالطفل منذ ولادته بل وقبلها يولد مميزا (تبعاً وراثته، ظروف حملة، الحالة النفسية للأم أثناء الحمل... الخ) ومجهزا بالآليات الدفاعية-الجسدية (المناعية) التي تتيح له مقاومة الإلتهابات، العوامل الفيزيائية والكيميائية والفيروسات... الخ. إلا أن توطيد هذه الآليات الدفاعية من جسدية ونفسية إنما يتم من خلال علاقة الطفل بالأم (مارتي وآخرون، 1992، ص.ص 53-54).

ويعتبر المبدأ التطوري من أهم المبادئ التي ارتكزت عليها نظرية بيار مارتي حيث يرى أن الفرد يتميز بنوعين من التطور تطور طولي ويتعلق بتطور داخل الجنس البشري هذا من جهة، من جهة أخرى داخل عائلته وهذا النوع من التطور له تأثير هام على الفرد من الجانب الوراثي، وهذا ما يجعل عنده خصائص بشرية وأخرى عائلية، والنوع الآخر هو التطور الفردي أي أن الفرد يولد وهو عبارة عن مجموعة من الوظائف تمثل

تنظيما وتسلسلا تطوريا تحدث خلال تطور الكائن البشري. بمعنى الوظائف البدائية عند الإنسان تتطور من الأبسط إلى الأعقد (Debray, 1983, p19).

وتلخص هذه النظرية في أن العرض السيكوسوماتي لا يحمل أي معنى رمزي فهو "أبله" حسب تعبير مارتني، وذلك نتيجة انعدام الوسائل الرمزية وضعف أو ندرة النشاطات التخيلية لدى السيكوسوماتيين، ولهذا فإن العرض السيكوسوماتي يعوض الأخيلة Fantasmes إذ أن السيكوسوماتيين غير قادرين على وصف عواطفهم ومشاعرهم، وتعوزهم القدرة على التعبير عن مشاعرهم وأنفسهم، ما يؤدي إلى اضطرابات في علاقتهم مع الموضوع الخارجي (جبالي، 2007، ص74).

كما ركزت مدرسة باريس على غياب التعقيل Mentalisation في السيرورات النفس-جسدية، يركز هذا المفهوم على التقسيمة الأولى لفرويد، أين يلعب ما قبل الشعور دور عامل الربط بين تمثيلات الأشياء وتمثيلات الكلام، هذا النشاط هو محقق في الإقتصاديات النفس-جسدية (صالح معاليم، 2008، ص43).

ويؤكد مارتني Marty أن غالبية المرضى السيكوسوماتيين ينتمون إلى إحدى فئتي العصاب: إما العصاب السلوكي أو العصاب الطبائعي الذي ميزه عن سائر أنواع الأعصاب، وقد فسر هذا النوع من العصاب بعدم الكفاية التي يشكو منها تنظيم الجهاز النفسي (جبالي، 2007، ص74).

وقد قسم مارتني الأعصاب الطبائعية إلى:

1-الأعصاب الطبائعية حسنة التعقيل.

2-الأعصاب الطبائعية غير مؤكدة التعقيل.

3-الأعصاب الطبائعية سيئة التعقيل.

4-الأعصاب السلوكية التي يفصلها عن سائر أنواع الأعصاب الطبائعية (مارتني وآخرون، 1992،

ص62).

4.2 المقاربة السيكوسوماتية التكاملية (الإدماجية) Jean- benjamin Stora

يعرض فيها ستورا نموذجاً متكاملًا لطريقة حدوث الاضطرابات، يعتمد على معطيات المقاربات السيكوسوماتية السابقة، مضاف إليها النظريات الطبية الحديثة مثل النظرية العامة لأجهزة الجسم (Villence F, 1998). la théorie générale des systèmes

هذه المقاربة السيكوسوماتية التكاملية ل'approche psychosomatiques Jeans benjamin Stora intégrative de تضع دينامية الإجهاد والمتغيرات النوعية أي الخاصة (بالجهاز النفسي) والمتغيرات الكمية التي تتعلق (بالجسد و فيزيولوجيته) كقاعدة أساسية تفسر على أساسها الاضطرابات السيكوسوماتية وذلك من خلال تفاعل واستجابة خمس أجهزة رئيسية، ألا وهي الجهاز النفسي، والجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المستقل أو الطرفي، وتأثيره على الجهاز الهرموني ووظائف الأعضاء الإعاشية و الجهاز المناعي، ودور الجينات والوراثة. (J.B stora, 2010)

3- النظرية السلوكية

يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على مبادئ المدرسة السلوكية ونظريات الإشراف في التعلم وأهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية، ولم يهتم علماء السلوكية بفكرة المعنى الرمزي للعرض المرضي، ولكن اهتموا بالعرض نفسه (العوامل الموقفية) المتضمنة في الموقف بدلا من الفروض الغيبية (الصراع اللاشعوري)، وقد اعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة اشتراط (التعلم الشرطي) أي أن الفرد يكون لديه أصلا حساسية نحو الغبار وهذه الحساسية تؤدي به إلى الربو عن طريق تعميم المثير، وبالتالي يصبح أي شيء مرتبط بالغبار يثير نوبة الربو، إضافة إلى ذلك فإن المرضى بالاضطرابات السيكوسوماتية يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المكافآت أو التعزيزات نتيجة لكونهم مرضى (المعاملة الخاصة أو المعالجة) أي وجود ارتباط بين المرض والمكافأة (عبير الصبان، 2003، ص72).

وفي أواخر الستينات صارت هذه النظرية تؤمن بإمكانية التحكم في استجابات الجهاز العصبي المستقل بواسطة وسائل الإشراف الفعالة، فمن خلال تجارب كل من ميسلر وديكار عام 1971 تبين أنه عن طريق التغذية الرجعية المناسبة تمكن الفأر الأبيض تعلم كيفية إحداث تغييرات فسيولوجية في الأوعية الدموية الخاصة به، مما جعل إحدى أذنيه تتورد والأخرى تشحب. وهذا ما يدل على إمكانية التحكم الإرادي -ولو جزئيا- في استجابة الجهاز العصبي المستقل الإرادي.

وهكذا أخذ أصحاب هذه النظرية في استخدام مبدأ التدعيم والتغذية الرجعية في تفسير تأثير العوامل السيكولوجية على الإضطرابات الجسمية (هاشمي لوكيا، بن زروال، 2006، ص 47).

ويرى أصحاب المدرسة الإجرائية (من أتباع العالم سكنر) أن الإستجابات العصبية اللاإرادية يمكن تشريطها وسيليا. وقد أشار ميللر Miller (1969) إلى إمكانية تعلم عملية التحكم في بعض الإستجابات الحشوية. وأكد شابيرو من خلال دراساته عام 1980 على ذلك واعتبر أن عملية تطوير أجهزة التغذية الراجعة الحيوية أفادت كثيرا في هذا المجال.

ويلخص لنا آيزنك في موسوعة علم النفس بعض الإفتراضات المتعلقة برد الفعل النوعي لدى الأفراد والتعرض للإضطرابات السيكوسوماتية، إذ يرى أن كل فرد يختلف عن الآخر في عدة صفات، خاصة من حيث الإستجابة إلى المواقف الشديدة، حيث لا يظهر اضطراب سيكوسوماتي لدى كل من تعرض إلى حالات من الشدة، وأكد آيزنك على أهمية نمط الشخصية والإستعداد وكذلك طبيعة الأحداث الإنفعالية ومواقف الشدة المسببة للإضطراب (فيصل الزراد، 2000، ص 99).

ولقد أبتكر علماء السلوكية فكرة جديدة في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية هي نظرية التعلم الذاتي، فلقد طور لاشمان Lachman (1972) اتجاهها جديدا في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية يعتمد على نظرية التعلم السلوكية، فالتصور الرئيسي عنده هو أن السلوك الإنفعالي يتكون من استجابات مركبة عامة تشمل ميكانيزمات الإستجابة العصبية المستقلة (جبالي، 2007، ص 69).

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

جاءت الأساليب المعرفية ردة فعل للأساليب السلوكية، ويرى أصحابها أن الإنسان يتميز بالتفكير، وأن سلوك الإنسان ليس محكوماً بالمشيرات الحسية وحدها.

ويرى أصحاب هذا الإتجاه أن سلوك الإنسان يتأثر بطريقة تفكيره وتفسيره للمشيرات، وأن كثيرا من السلوكيات هي نتيجة للأفكار غير العقلانية، ويمكن تعديلها من خلال التغيير في التفكير.

ويرى روتر (Rotter 1966) أن هناك ارتباط بين الوضع الصحي الجيد للفرد واتجاهه للضبط، فذوي الضبط الداخلي أكثر تمتعا بالصحة الجسدية وذلك لاتخاذهم استراتيجيات معرفية لتعزيز المحافظة على صحتهم من خلال تجنب السلوكيات الخطرة من جهة واعتقادهم أن وضعيتهم الصحية الجيدة أو المضطربة محصلة لسلوكهم الشخصي، عكس ذوي الضبط الخارجي الذين يرون أن وضعهم الصحي منوط بالقدر والصدفة، فأصحاب الضبط الداخلي أكثر مجاهدة للضغوط المؤدية للإصابة الجسدية، وأن الضبط الصحي متغير أساسي في غياب أو حضور الإضطراب الجسدي.

ويؤكد دور إدراك الضبط في تحديد النمط كلا من البرت أليس Ellis ومن قبله بيك Beek على أن البنية المعرفية يمكن أن تكون المسؤولة عن ظهور الإستجابات الإنفعالية المختلفة المؤدية إلى الإضطراب الجسدي (جبالي، 2007، ص.ص 80-81).

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

1_ ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن .

2_ ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة.

مثلا: مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم وهزيل ولا يقدر على عمل شيء، ومريض القولون التقرحي يشعر وكأنه مصاب بضرر أو أذى ويريد التخلص من المسؤولية، ومريض الربو يشعر وكأنه يريد الابتعاد عن مواقف البرد والأشخاص، ومريض الصداع النصفي يشعر وكأنه اضطر إلى عمل ما ويريد أن يستريح، ومريض آلام أسفل الظهر يشعر أنه يعمل لدرجة التعب (فيصل الزراد، 2000، ص.ص 100-101).

5- النظرية متعددة العوامل

قد أصبح معروفا أن معظم الأمراض لها أكثر من سبب، وتتعدد العوامل في إحداثها، فأعراض القلب على سبيل تعزى إلى العديد من العوامل المتداخلة مثل الإستعداد الجسمي والعوامل الوراثية ونوعية الطعام الذي يتناوله الفرد، وتدخين السجائر، ونقص النشاط الجسمي والرياضي وأخير الضغط النفسي والإنفعالي.

وقد أخذ منظور تعدد العوامل في شق طريقه في التنظير السائد للأمراض بشكل عام والأمراض السيكوسوماتية بشكل خاص، ويتناول هذا التنظير كلا من الضغط والإستجابات الإنفعالية والفسولوجية المرتبطة بالإضطرابات السيكوسوماتية (عايدة شكري، 2001، ص68).

ويرى الإتجاه التفاعلي أن المرض ينشأ نتيجة التفاعل بين الإستعداد الوراثي للإصابة بالمرض، وبين الضغوط البيئية والتي تعجل بحدوث المرض الذي كان كامنا (باهي سلامي، 2009، ص171).

وقد أكدت كل من نظرية الإستجابة النوعية ونظرية الضعف الجسمي على أن الإستعدادات الفسيولوجية للمرض إنما تنشط بفعل الضغوط، ولكن أي نوع من الضغوط، وهل تتعامل مع أحداث أو مواقف تحدث الضغوط عند كل الناس مثل فقدان الوظيفة أو وفاة أحد أفراد الأسرة والحقيقة أن الأمر قد لا يحتمل ذلك لأن الواقع يبدو أنه يشير إلى أن بعض المواقف الضاغطة البسيطة يمكن أن يكون لها تأثير قوي في إحداث المرض، كذلك فإن الحالات الإنفعالية النوعية، الإتجاهات المؤدية لسوء التوافق التي وضعتها النظريات النفسية يمكن أن تلعب دورا هاما في زيادة حساسية الفرد بما يجعله يستجيب بشكل أكبر للخبرات الحياتية المؤلمة والتي ليس من الضروري أن تكون خبرات شديدة الخطورة.

ويرى سامي عبد القوي أن النظرية المفسرة للأمراض السيكوسوماتية تتطلب تكاملا بين العديد من النظريات، إذ أنه لا توجد نظرية واحدة تعطينا تفسيرا واضحا وشاملا للإضطراب السيكوسوماتي، فهي إذا

تناولت بعدا في علاقته بالمرض السيكوسوماتي أغفلت أبعادا أخرى لا نستطيع استبعادها في تفسير هذا الإضطراب.

كما يرى أن تفسير الأعراض والإضطرابات السيكوسوماتية لا يمكن أن يقتصر على النواحي الفسيولوجية أو الوراثية والتكوينية فقط، ولا على النواحي الإنفعالية فقط، بل يجب أن تشمل عملية تفسير المرض السيكوسوماتي العديد من المتغيرات لأن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الإجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والبيولوجي) ليست علاقة استاتيكية بل هي علاقة ديناميكية يحدث فيها التفاعل والحركة بالقدر الذي لا نستطيع فيه فصل أي عامل عن العوامل الأخرى (عايدة شكري، 2001، ص69).

ويوافق الطالب الباحث رأي الأستاذ سامي عبد القوي في تفسير الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية بأن يتطلب التفسير وجهة نظر متكاملة بين العديد من الإتجاهات والنظريات دون إهمال أي بعد من الأبعاد أو متغير من متغيرات، وأن الإصابة بهذه الإضطرابات عبارة عن تفاعل بين عدة متغيرات سواء كانت نفسية أو بيولوجية أو بيئية أو إجتماعية.

سادسا: تصنيف الإضطرابات السيكوسوماتية

اختلفت تصنيفات هذه الأمراض حسب آراء العلماء والباحثين، لكن هناك عدة اضطرابات وأمراض أصبح متفق عليها أن منشأها وأصلها نفسي، كارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة والصداع النصفي والربو الشعبي... الخ (باهي سلامي، 2009، ص171).

وقد حاول الكثير من العلماء تصنيف هذه الإضطرابات، ومن بين هذه التصنيفات نذكر ما يلي:

وضع ألكسندر (1950) قائمة بسبعة أمراض سيكوسوماتية وهي ضغط الدم الأولي، القرحة الهضمية، التهاب المفاصل الروماتيزمي، الغدة الدرقية وفرط نشاطها، الربو الشعبي، القولون، والتهاب الجلد العصبي.

وبعدها قدم نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض قائمة للأمراض السيكوسوماتية متضمنة الآتي:

- الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضرر في الأنسجة: مثل الربو، التهاب الجلد، الإكزيما، القرحة المعدية، القولون المخاطي، القولون المتقرح، طفح الجلد، مرض الأقزام النفسي الإجتماعي.

- الأمراض السيكوسوماتية الغير متضمنة ضرر في الأنسجة: مثل تصلب الرقبة "وهو داء في الرقبة بصعوبة الإلتفاف"، احتياج الهواء، فواق "حازوقة" وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتثاؤب، إضطرابات القلب والأوعية الدموية، كحة سببها نفسي، بلع الهواء، القيء، وعسر الطمث الناتج عن سبب نفسي وصر الأسنان "تاكلها" (عايدة شكري، 2001، ص72).

كما قام المكتب الفدرالي بأمريكا بتصنيف الأمراض التالية التي تعود أصلا إلى الأزمات النفسية، وهي: ضغط الدم الجوهري، والتهاب المفاصل الروماتيزمي وقرحة المعدة والأمعاء، وتضخم الغدة الدرقية، والربو وأمراض التنفس، والطفح الجلدي، واللمباجو وعرق النسا، والصداع النصفي، والذبحة الصدرية، والبهاق، والبول السكري، والجلطة الدموية، وسلس البول العنيد، وحالات الإمساك والمغص، وأمراض القلب وأمراض الشريان التاجي والإسهال المزمن (باهي سلامي، 2009، ص172).

أما تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي D.S.M IV فينظر للأمراض السيكوسوماتية على أنها اضطرابات تصيب الأعضاء وتتمثل في: الإضطرابات العامة مثل (آلام الرأس، البطن، المفاصل، الأطراف، الصدر، آلام الطمث وأثناء الجماع) واضطرابات الجهاز الهضمي (الغثيان، القيء، الإسهال، عدم الإرتياح لنوع معين من الطعام)، الإضطرابات الجنسية (اضطرابات الدورة عند الإناث، عدم القدرة على الإنتصاب عند الذكور)، الإضطرابات المرتبطة بالجهاز العصبي (عدم الإتران، الشلل، أو ضعف عضو ما، عدم القدرة على الإحساس باللمس أو الألم، رؤية الأشياء مزدوجة، الصمم أو فقدان الوعي)، اضطرابات الجهاز التنفسي مثل (حساسية الصدر، النهجان، الربو)، اضطرابات الجهاز الدوري (ارتفاع ضغط الدم)، الإضطرابات الجلدية (الأكزيما) (جمال تفاعحة، 1996، ص65).

كما يوجد أيضا التصنيف الفرنسي للإضطرابات السيكوسوماتية الصادر عن مدرسة البسيكوسوماتيك في باريس الذي يعمل به منذ 1978، وهذا التصنيف يعتمد على ترميز الإضطرابات السيكوسوماتية بالأرقام، وقد اعتمد هذا التصنيف على الدراسة التي قام بها العالم الفرنسي بيير مارتى Martie في مستشفى باريس قسم البسيكوسوماتيك حيث أجرى دراسة على 323 مريضا يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية. ويتصف التصنيف الفرنسي بالشمولية، والتفصيل، والتفكير الديناميكي الذي يأخذ بعين الإعتبار تطورات الفرد وماضيه، وقدراته على التكيف، وحالته المرضية (الزراذ، 2000، ص61).

وهذا التصنيف يعتمد على أربعة ركائز أساسية هي: البنية الأساسية، المميزات العظمى الإعتيادية،

الخصائص العظمى الحالية، والخصائص المترتبة على العلاج النفسي (مارتي وآخرون، 1992، ص 120).

كما قام أيضا Dongier بوضع تصنيف أمراض عضوية من باب الفحص الطبي عن طريق أجهزة عصرية لا تخطأ في التشخيص، ولكنها لا تستجيب للأدوية الموصوفة للمريض، أدى ظهور المرض من جديد يفترض على المعالج تغيير وجهة نظره وطريقة تقاربه للمرض بالأخذ بعين الإعتبار العوامل النفسية الصدمية المعاشة من طرف المريض.

الأجهزة	العناصر الفيزيولوجية العادية والإستجابات الإنفعالية	الإضطرابات الوظيفية	الأمراض
جهاز الدوران	ارتفاع وانخفاض خفقان القلب وضغط الدم	نفس الأعراض زائد الإغماء	تأزم هذه الأعراض وتصبح إصابة الجهاز دائمة
الجهاز التنفسي	ارتفاع وانخفاض الوزن، التنفس، سعال، تأوه Soupir	ضغط صدري، ارتفاع وسرعة التنفس	الربو ، السل
الجهاز الحركي	توتر وتلاشي العضلات	تيبس العضلات عناج، أو ألم قطني، وهن	التهاب المفاصل المزمن التطوري
الجهاز الهضمي	غثيان، جشاعة، حموضة، فقدان الشهية	إمساك، إسهال، ألم معوي	قرحة معدية، قرحة معوية نزيفية
الجهاز الغدي	إفرازات فيزيولوجية مفرطة مختلفة ذات الآثار العضوي المتنوع	أكل مفرط، فقدان الشهية، اضطراب الحيض، تذبذب ارتفاع نسبة السكر في الدم	القهم العقلي، البدانة أو السمنة، فقدان الحيض، داء سكر الدم، السلعة الدرقية

عجز كلي مع انعدام الرغبة	إضطراب الانتصاب، قذف سريع، ميل جنسي مثلي	وهن وتذبذب في الرغبة، إرهاق وصدمات نفسية، ميل جنسي مثلي	الجهاز التناسلي للذكر
انحباس الحيض، برودة جنسية	اضطراب الحيض، منظومة هيستيرية	نفور من الجماع، عدم النضج العاطفي، خوف وصدمات نفسية، ميل جنسي مثلي، اضطراب في الإفرازات الهرمونية	الجهاز التناسلي للمرأة
الصدفية، الإكزيما، الحكة، الثعلبة	حساسية مفرطة للإنفعال واستجابات جلدية متنوعة حسب السن، حساسية كيميائية	حكك، بقع، حب الشباب، عرق، إفراز مفرط للدمم أي الزهم	الجهاز الجلدي
الصداع النصفي أو الشقيقة	الدوار، آلام الرأس	ارتعاش، ألم مبهم، تحرك على مستوى أي عضو	الجهاز العصبي

جدول رقم (06) تصنيف Dongier للإضطرابات السيكوسوماتية (صالح معاليم، 2008،

ص62)

سابعاً: بعض أنواع الإضطرابات السيكوسوماتية

1- إرتفاع ضغط الدم المزمن

هناك الكثير من التعريفات السيكلوجية لإرتفاع ضغط الدم المزمن من بينها ما قدمه والتر كوفيل وآخرون "ويسمى ضغط الدم المرتفع المزمن دون وجود أساس عضوي بارتفاع ضغط الدم الأساسي ويتسم في مراحله الأولى بوجود فترات وقتية وعرضية من ارتفاع الضغط، فإذا استمرت المشكلة الإنفعالية للمريض دون حل فسيستمر الضغط بمرور الوقت عند مستوى عال. واستمرار هذا الضغط المرتفع يضع عبئا ثقيلا على الأوعية الدموية وقد يؤدي إلى بعض الكوارث مثل نزيف في المخ أو جهد زائد على القلب. وكلاهما قد يؤدي

إلى الموت وطالما أن ارتفاع الضغط الأساسي يؤدي إلى تغيرات عضوية مدمرة، فيجب أن نعتبره مشكلة طبية كما هو مشكلة سيكولوجية" (عايدة شكري، 2001، ص 77).

ويعرف أيضا بأنه ارتفاع دائم لحجم الدم ويتجاوز القياس المرجعي المعمول به طبيا والذي حده الأقصى يتراوح بين 95/140 مم في سن 40 سنة و95/160 مم في سن 60 سنة (صالح معاليم، 2008، ص 65).

ويمثل فرط ضغط الدم مشكلة طبية خطيرة، ولذلك عدة أسباب: ففي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها، هناك على الأقل 58 مليون شخص يعانون من فرط ضغط الدم، وتقدر نسبة الوفيات السنوية بفرط ضغط الدم بحوالي 960 ألف وفاة، إضافة إلى ذلك، يعتبر فرط ضغط الدم عاملا من عوامل الخطورة لحدوث اضطرابات القلب، والفشل الكلوي، وجلطات الدماغ (شيلي تايلور، 2008، ص 740).

أسبابه متعددة ومتعلقة بعوامل خطيرة، خاصة بالتغذية وبظروف معيشية شاقة، وباستعدادات وراثية ثقيلة عبر الأجيال، وبعوامل نفسية تتمثل في الحوادث الصدمية المؤلمة وهشاشة على مستوى بنية الشخصية، العامل النفسي يرجعنا بالضرورة إلى مراحل النمو لكشف إشكالية طبيعة الخلل المتسبب في ظهور المرض (صالح معاليم، 2008، ص 66).

وقد تمكن العلماء من التعرف على بعض عوامل الخطورة التي تسبب فرط ضغط الدم، فالرجال قبل سن الخمسين معرضون للإصابة بفرط ضغط الدم المزمن أكثر من النساء، بينما يكون ارتفاع ضغط الدم أكثر انتشارا بين النساء بعد هذه السن. وقد تكون العوامل الإنفعالية جزءا من عوامل الخطورة للإصابة بفرط ضغط الدم، فقد وجد أن الإنفعال السلبي يتنبأ بتطور فرط ضغط الدم، وأن التزعة إلى الغضب، ومشاعر عدم الثقة والشك والإرتياب، والسعي المتواصل في مواجهة احتمالات خسارة عالية ترتبط أيضا بتطور فرط ضغط الدم (شيلي تايلور، 2008، ص.ص 741-742).

وقد تبين من بعض الدراسات أن السمات الشخصية لحالات المصابين بضغط الدم أنهم يعانون من الخجل في علاقاتهم وأنشطتهم، الإستسلام والشعور بعدم الإرتياح عند وجود الآخرين، إنهم متخوفون ويشعرون بالعجز، وضعف الثقة بالنفس، صراعات نفسية ترافقها مخاوف وكرهية (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص 342).

كذلك التحكم الزائد في الإنفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظي والحركي عن الصراعات الداخلية يؤدي إلى جهد على الجهاز العصبي مما يؤثر على إفراز بعض الهرمونات مثل الأدرينالين والرئين والتي تؤدي بدورها إلى ازدياد ضغط الدم وعادة ما يكون مرضى الضغط المرتفع من ذوي الشخصيات الوسواسية الذين يميلون للإلتقان والنظام مما يجعل تكيفهم مع المجتمع صعبا ومجهدا (رأفت عسكر، 2004، ص 233).

2- الربو الشعبي

ويطلق عليه أحيانا الربو العصبي *asthma nervosa* ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعبات وتورم أغشيتها المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية والشعور بالضغط على القفص الصدري والنهجان وصعوبة مرور الهواء إلى ومن الرئتين، وتحدث النوبات عادة عقب أحداث انفعالية (حامد زهران، 1999، ص 473).

وهو مرض صدري ينتج عن التهاب وحساسية في الشعب الهوائية هذا الإلتهاب يؤدي إلى ضيق في هذه الشعب وبالتالي ظهور أعراض الربو وهي نوبات السعال وضيق التنفس وصغير في الصدر، ويصحب في بعض الأحيان بأمراض حساسية أخرى مثل حساسية الجلد والأنف والعين (Blacque-Belain, 1985, p280).

ويقول العلماء بوجود نوعين من الربو:

- ربو خارجي: أسبابه لعوامل خارجية كالتراب والغبار والطعام وشعر الحيوان

- ربو داخلي: أسبابه تعود لاضطراب في الجهاز الغدي والإنفعالي، واضطرابات في عمليات التمثيل الغذائي (الهدم والبناء) بالجسم، ويمكن للنوعين أن يتواجدا معا:

الأول: يمكن أن يشفى حين يتعد المريض عن مثيراته الخارجية.

الثاني: لا يمكن ذهابه من أجسامنا وعقولنا إلا بإزالة الحالة الإنفعالية (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص 340-341).

كما ثار جدل طويل حول مدى الأهمية النسبية لتأثير العوامل الفسيولوجية والسيكولوجية في حدوث مرض الربو الشعبي، فقد أشار هاس Hass (1979) إلى أن نصف المصابين بالربو الشعبي يعزى المرض

لديهم إلى عوامل خارجية كمثيرات الحساسية، أو عوامل داخلية كعدوى الجهاز التنفسي، في حين أن ما بين 5-20% من الحالات ترجع إلى عوامل انفعالية (حسن عبد المعطي، 2003، ص 65).

ولقد عرضت دنبار لسبع حالات فوجدت أن اعتمادهم القوي على الأم اعتمادا مبالغا فيه، وتقول دنبار أن الأم ليست المشكلة الأولى لدى مريض الربو، وذلك لأن الجنس أحد الصعوبات الشائعة المتمثلة عندهم والمتصلة اتصالا وثيقا بالأمومة. وبوجه عام وجدت دنبار أن المريض بالحساسية لديه حب استطلاع وإغواء جنسي-ليس من الضروري أن يكون رغبة جنسية قوية- ويميلون للخوف منها لأن أي تعبير عن حب استطلاعهم أو أي محاولة لإرضاء الإغواء سوف تسبب فقد عناية الأم وعطفها (أبو النيل، 1994، ص 115).

أما مدرسة "شيكاغو" الأمريكية وعلى رأسها "الكسندر" فقد لخصت البحوث العالمية فيما يخص خلفية الشخصية وميزة الصراع التحتي المتسبب في ظهور الربو، وبينوا على قيمة وفعالية العامل النفسي في نوبة الربو، ويكشفون الدينامية النفسية القائم عليها رد الفعل الحساسى والنوبة الربوية في ما يلي:

- يكون الانفصال عن الأم المشكلة الإنفعالية الأساسية.

- تأخذ النوبة قيمة صرخة مكبوتة اتجاه الأم.

- تتميز أمهات المصابون بالرفض تجاه أولاهم، وتفتخرن بتبعيتهم لهن المبكرة.

- كثيرا ما يظهر الربو في الطفولة الأولى.

- تظهر للتروات الجنسية دلالة ومعنى في سببية انفجار النوبة.

- يعاني الربويون من العلاقات الزوجية أو يصعب عليهم الزواج خوفا من تلقي صورة الأم الغازية.

- تجاوز صراعاتهم مع صورة الأم أو صورة أموية ترزع فيهم مقاومة فعالة ضد الحساسية.

تكلم باروك وميلار عن غياب دور الأب وعدم قدرته لتكفل الوظيفة الرجولية والقضيبية

والتي تُكون الشخصية القاعدية لكل فرد (صالح معالم، 2008، ص 73).

3- إتهاب المفاصل الروماتيزمي

التهاب المفاصل الروماتيزمي مرض معروف منذ القدم، وهو مرض غالبا ما يصيب الكبار عندما يجف السائل الموجود بين عظمي المفصل، ولذلك فعندما يجف تحدث الإلتهابات وتورم الغضاريف ويحدث الروماتيزم بآلامه المعروفة، غير أن التهاب المفاصل الروماتيزمي - كأحد الأمراض السيكوسوماتية- قد يصاب به الناس في كل الأعمار بل حتى الشباب منهم مرتبطين باضطراب في تنظيم الشخصية ويستثار بالضغوط البيئية والإحباطات التي تثير القلق (حسن عبد المعطي، 2003، ص136).

ويشير مصطلح التهاب المفاصل إلى أكثر من ثمانين مرضا، تهاجم المفاصل أو الأنسجة الموصلة الأخرى، وفي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها أكثر من 43 مليون أمريكي مصاب بالتهاب المفاصل. ويؤثر المرض عادة على المفاصل الصغيرة في اليدين والقدمين وكذلك الرسغ والركبة والكاحل والعنق. في الحالات الشديدة فقد يمتد الإلتهاب ليلحق الضرر بعضلة القلب والأوعية الدموية والأنسجة الواقعة تحت الجلد.

والجدير بالذكر أن الشفاء الكلي من هذا المرض يحصل في قرابة نصف الحالات، بينما النصف الآخر تقريبا يبقى مصابا بالتهاب المفاصل بدرجات متفاوتة، والأكثر خطورة أن العجز الشديد يكون من نصيب حوالي 10% من المرضى (تايلور، 2008، ص.ص 830-831).

ويبدأ هذا المرض وتزداد شدته مع الجهد الإنفعالي الذي يتعرض له الفرد ويحتمل أن يكون هذا الجهد وفاة الزوج أو صديق، أو الطلاق أو النبذ، أو الإجهاض أو خيبة الأمل... الخ.

ويوافق البعض على أن الصفة المشتركة في هؤلاء الإحساس بالهجر والنبذ والثورة مع الميول العدوانية مصحوبة بالشعور بالذنب (رأفت عسكر، 2004، ص234).

كما يلعب الخوف والقلق دورا في زيادة توتر الجهاز العضلي والهيكلية، وعندما يزمن الخوف والقلق ويستمر التوتر فإن الجهد العضلي الناجم عنه يكون مؤلما، وقد تكون اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلية تعبيرا رمزيا عن استياء المريض من المسؤوليات التي تثقل كاهله (حامد زهران، 1999، ص477).

في ضوء أعمال ألكسندر Alexander أمكن وصف خصائص الشخصية المميزة لمريض التهاب المفاصل الروماتيزمي بأنه يواجه صعوبات في السيطرة على دفعاته العدوانية، ولكن سلوكه يكون مزيجا من ضبط النفس وممارسة السيطرة على الآخرين، ويتفاهم حالات التهاب المفاصل عندما يعاق التصريف للدفعات العدوانية نتيجة لتغير ظروف الحياة الخارجية كفقْدان الشخص الذي كان المريض يتحكم فيه، فيكون ذلك

عاملا مرسبا، وغالبا ما يترسب المرض أيضا عندما ينجح الزوج أو الأب أو الإبن في محاولة للوقوف ضد التحكم والسيطرة (حسن عبد المعطي، 2003، ص 137).

4-مرض البول السكري

يعد مرض البول السكري أحد الأمراض السيكوسوماتية كثيرة الانتشار والتي يزداد انتشارها مع تعقد الحضارة المعاصرة يطلق عليه أحيانا داء السكري. ويتميز عموما بإدراج البول وارتفاع نسبة السكر فيه وفي الدم وزيادة عطش المريض، وقد يغيب المريض عن وعيه في الحالات الشديدة وقد يموت وقد تحدث الوفاة من بعد تأثير مضاعفات أخرى (علي وادي والجنابي، 2005، ص 105).

والسكري حالة عجز مزمن في العمليات الأيضية، والناجم عن إفراز كميات غير كافية من الأنسولين أو استخدامه بصورة صحيحة. ويتم إفراز هرمون الأنسولين من خلايا بيتا في البنكرياس، وعندما لا يكون الأنسولين كافيا، أو تتطور المقاومة للأنسولين (أي أن الجلوكوز لم يعد يستخدم من قبل الخلايا)، يبقى الجلوكوز في الدم بدلا من دخوله للخلايا، مما ينجم حالة تسمى هيوجلاسيميا Hypoglycemia.

وهناك نوعان رئيسيان من مرض السكري: يسمى الأول بالنمط I المعتمد على الأنسولين، أما النمط الثاني فيدعى II غير معتمد. ويظهر النمط الأول عادة في مرحلة مبكرة من الحياة نسبيا وبنسبة أكبر لدى البنات ما بين الأعمار 5 و6 سنوات أو ما بين 10 و13 سنة. أما النمط الثاني من السكري II فيحدث عادة بعد سن الأربعين (تايلور، 2008، ص.ص 760-762).

أما عن مضاعفات مرض السكر نجد إصابة كل من: جفون العين، شلل مؤقت في عضلات العين، تورم القرنية، حدوث إختلال بالكلية ناجم عن إصابة الأوعية الدموية، حدوث التهابات ومضاعفات في القدمين بسبب قصور الدورة الدموية الناجم من ضيق الشرايين في الأطراف السفلى الذي قد يؤدي بدوره إلى عدم تغذية أطراف القدم وقد تصل إلى غرغرينا السكر في أطراف الأصابع.

أما الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر نجد: مشاعر الإكتئاب الحادة، الخجل، القلق الشديد، إنخفاض مفهوم الذاتية لديه، سوء التوافق النفسي، صعوبة التركيز واضطرابات الذاكرة، صعوبة حل المشكلات (فوقية رضوان، 2003، ص 105).

تشير الأبحاث إلى أن مرضى كلا الصنفين من السكري النمط I والنمط II حساسون لآثار الضغوط النفسية، التي يمكن لها أن تعجل من حدوث النمط الأول لدى الأفراد الذين تكون جيناتهم مصابة. كما أن الأشخاص من ذوي الخطورة العالية للإصابة بالسكري يزداد لديهم معدل السكر في الدم بشكل غير طبيعي لدى تعرضهم للضغوط، وتعمل الضغوط على تفاقم كلا النمطين بعد اكتشاف المرض (تايلور، 2008، ص764).

وقد وجدت دنبار F. Dunbar أن النموذج الغالب لدى مرضى البول السكري يتركز في الحرمان وتزايد الميول الشخصية السلبية، كما أن الخلق لديهم يلعب دورا أساسيا في مواقف الحياة (أبو النيل، 1994، ص304).

5- قرحة المعدة:

قرحة المعدة عبارة عن حفرة أو قطع أو التهاب في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة (الإثني عشر) تحدث بسبب زيادة إفراز العصارات الهاضمة مثل حامض الهيدروكلوريك والببسين التي تعمل على تحلل وهضم الطعام في الظروف العادية، أما في الحالة المرضية فإن هذه العصارات تعمل على تآكل الغشاء المخاطي ثم تأكل المعدة نفسها.

ويبدو أن معظم القرحة تكون ناتجة عن زيادة **Oversecretion** هذه العصارات الهاضمة، وفشل في حماية نسيج المعدة مما يؤدي إلى حدوث القرحة التي ينتج عنها إدماء داخلي ودوار بالرأس (دوخة)، وغثيان، وألم وتقيؤ دموي (حسن عبد المعطي، 2003، ص40).

وتذكر التقارير الإنجليزية أن إصابات القرحة قد ازدادت بسبة 400% إبان الغارات الألمانية على لندن خلال الحرب الثانية (النايلسي، 1991، ص6).

وقد لاحظ كثير من الأطباء بين الحالة العصبية ونشأة القرحة في المعدة وفي المعى الإثني عشر وتمتاز اليوم بعض المهن والحرف التي تتطلب قدرا كبيرا من الخطر واليقظة بقدراتها على إصابة أصحابها بالقرحة الهضمية من هذه الوظائف الإدارية العليا وقيادة السيارات وأعمال الحراسة الخطرة وما إلى ذلك، وإذا ما تساءلنا

أيهما أكثر إصابة بالقرحة الرجال أم النساء لوجدناها أنها تزيد عدة أضعاف في الرجال عنها في النساء (العيسوي، 1994، ص.ص 81-82).

وقد كشفت دراسات تجريبية إرتباط القرحة بالأحداث التالية: الفشل والإحباط، صراع بين الشخص والأم أو مع من يرمز إليها من سلطة، في حالات الحمل لزوجة مريض أو وضعها لحمل، شعور شديد بالذنب، مشاحنات أسرية وعدم الإعتماد على النفس، العمل تحت ظروف الضغوط وقمع الرغبات (محمد قاسم عبد الله، 2004، ص 337). ولا ننسى هنا الأسباب العضوية للقرحة من الأمراض في الغدد الصماء، إلى عقاقير معينة إلى الخمر... الخ (رأفت عسكر، 2004، ص 232).

معظم أرباب القرح لديهم مشكلات لا شعورية خاصة بالإعتماد على الغير فلم يتمكنوا من تجاوز الرغبة الطفلية بالإلتصاق في شخص ما في الغالب ما تكون الأم، ذلك الشخص الذي يمنحهم الحب والعطف والرعاية والذي سوف يتخذ لهم القرارات، تتصارع هذه الرغبة اللاشعورية مع صورتهم الذاتية بأنهم مستقلون (العيسوي، 1994، ص 82).

ويتميز مريض القرحة بأنه جسور، دعوب، يعمل بإتقان وإخلاص، مثابر ولكن يعترف بلهفته للسلبية الإعتمادية مما يسبب له صراعا يوقعه في المرض. كذلك يقال أن مريض القرحة يتميز بالشخصية الفمية، وأنه قد ثبت في نضوجه في المراحل المبكرة مما جعله يعتمد على الغذاء السليبي، ليس فقط من ناحية الطعام بل الحب والنجاح، ويلاحظ أن مريض القرحة يتحسن بالطعام وتساء حالته عند الجوع (رأفت عسكر، 2004، ص 232).

6-الصداع النصفي (الشقيقة)

يصنف الصداع كأحد اضطرابات الجهاز الدوري السيكوسوماتية، لأنه ينشأ عن تمدد في شرايين الجمجمة، كما ينشأ عن الإضطرابات الدورية داخل الرأس، وعند كثير من الناس فإن أزمة الألم تكون حادة

ومستمرة لساعات قليلة أو كثيرة، ويمكن أن يغطي الألم كل الرأس أو ينحصر في أحد الجوانب (وهو الغالب). وقد يصاحبه حالات من الدوخان والقيء، ويمكن أن تحدث النوبات بصورة متكررة لعدة مرات في الأسبوع أو لمرات قليلة في السنة (حسن عبد المعطي، 2003، 93).

ولقد سمي الصداع النصفي بالصداع الأسري، ويشير بذلك لعلاقته بالعوامل الوراثية، كما سمي "بالنموذج الحسي للصرع" وذلك لارتباطهما ببعضهما البعض (أبو النيل، 1994، ص290).

وهناك أعراض منذرة تشير إلى قرب حدوث الصداع عند بعض المرضى قبل الشعور بالقلق أو الإكتئاب أو حدوث ذبذبات انفعالية، وأحيانا يرى المريض بقعا سوداء ما تلبث لأن تتلاءم حتى تحجب جزءا من الرؤية أمامه لفترة ثم يحدث الصداع، وقد يكون مصحوبا بغثيان وقيء، وأحيانا ما تكون الأوعية الدموية بالرأس ظاهرة. وتحدث بعض المضاعفات عند بعض المرضى مثل شلل بالجزء المقابل لجهة الصداع أو شلل في حركات العين أو اضطراب في الكلام (الميلادي، 2004، ص.ص 46-47).

ولقد استطاع وولف وآخرون Wolff, et Al. (1968) أن يتابعوا دورة المرض من الناحية الفسيولوجية فوجدوا أن الموقف الذي يتميز بالضغط الإنفعالي يجعل الشعيرات والأوعية الدموية في الرأس تنبض أي تتمدد وتنقبض، وبذلك تستثار الأطراف النهائية للأعصاب الموجودة في الشرايين، وهنا تبدأ مشاعر الألم وقد تصل الحالة إلى قمة المرض والصداع وقد تزول فجأة بزوال الموقف الإنفعالي كما بدأت فجأة (حسن عبد المعطي، 2003، ص94).

ويتميز مرضى الصداع النصفي بالطموح الزائد، وعادة ما ينشئون في أسرة محافظة متمتة تعتنى بكمال أطفالهم وبعدهم هن الأخطاء، مما يؤدي إلى إحساس عدائي نحو الأبوين أو من يقوم مقامهما وكبت هذا الإحساس مع نبذ الدوافع الجنسية بواسطة الأنا الأعلى والذي يؤدي إلى مزيد من الإحباط والذي يسبب الصداع النصفي، وعادة ما يكون هؤلاء المرضى من الشخصيات الوسواسية ذات الضمير الحي مع الطموح الزائد وذكاء فوق المتوسط (رأفت عسكر، 2004، ص234).

ولقد درس فيس Weiss أربعة وعشرين مريضا من وجهة النظر السيكوسوماتية فوجد أنهم يتسمون: شخصية قهرية، عدم القدرة على التعبير على الكراهية، حدوث عجز بدرجات مختلفة لدى الرجال، برود لدى النساء، رغبة من جانب المريض في إلقاء اللوم على مصرانه لأنه من وجهة نظره هو سبب الصداع (أبو النيل، 1994، ص290).

7- إضطرابات الجلد

الجلد هو عضو الإحساس العام، ويتصل بالجهاز العصبي وبالجهاز الدوري وبالجهاز الغددي، ويخضع للحالات الإنفعالية، ويظهر عن طريقه التعبير الإنفعالي الشعوري واللاشعوري، ويخضع للتأثير المباشر من الجهاز العصبي الذاتي، ويخضع للتأثير غير المباشر لنشاط الغدد، والجلد هو الغطاء الخارجي للجسم وهو واجهة الشخصية ومظهرها وهو حلقة الوصل بين الذات الداخلية وبين العالم الخارجي، ومن ثم فله أهمية خاصة عند الفرد، وقد يؤدي الشعور بالذنب إلى "تشويه الذات" في صورة أعراض نفسية جسمية في الجلد (حامد زهران، 1999، ص.ص 477-478).

وينشأ الجلد والجهاز العصبي من نفس المصدر ولذا نجد الترابط المستمر بين الأمراض الجلدية والنفسية، بل إنه عادة ما نعبّر عن انفعالاتنا بطريقة جلدية، احمرار الوجه بسبب الخجل أو الحرج، الشحوب من الخوف، العرق من الفزع، وقوف الشعر في حالات الرعب (رأفت عسكر، 2004، ص.ص 234).

وتشمل اضطرابات الجلد السيكوسوماتية ما يلي:

1-الإرتكاريا: حكة بالجلد تؤدي إلى بروز في الجلد يشبه أثر الضرب في الجسم على شكل رقع من الطفح الجلدي.

2-الإكزيما: احمرار الجلد، تقشير وارشح به، ويكسى بقشور.

3-الصداف (الصدفية): مرض جلدي مزمن، علاماته المتكررة: رقع من القشور اللامعة.

4-الحكة الجلدية: عادة ما يتطلب الجلد الحك في المساء خاصة في مناطق الأرجل وحول الأعضاء التناسلية.

5-حب الشباب: عبارة عن بثور تظهر في أعقاب البلوغ (حسن عبد المعطي، 2003، ص.ص 119).

6-الثعلبة: وهو مرض جلدي، عبارة عن تساقط الشعر في منطقة محددة.

7-سقوط الشعر: الذي ينتج عن أمراض مزمنة مثل الأنيميا الحادة ومرض السكر والتهاب الجيوب الأنفية وأمراض الغدد الصماء والتهاب الزائدة الدودية (الزراد، 2000، ص.ص 305-306).

8- فرط العرق: ويكون العرق غزيرا عادة في الكفين وبطن القدمين، وتكون الأطراف باردة (حامد زهران، 1999، ص 478).

من الناحية السببية يرى المعالجون النفسيون أنه يجب ألا يقفزوا بسرعة إلى التفسيرات السيكولوجية مباشرة ويشيروا إلى الإضطرابات الجلدية باعتبارها سيكوسوماتية. ومن هذه العوامل نجد:

1-العوامل الفسيولوجية:

1.1-الحساسية: فكثير من أنواع التهابات الجلد تكون ناتجة عن مادة مثيرة للحساسية.

2.1-الإستعداد الوراثي: إذ كثير ما تظهر أعراض الإرتكاريا والإكزيما على الكثيرين من أفراد الأسرة الواحدة.

2-العوامل السيكولوجية:

1.2-الصراعات المكبوتة: كانت مدرسة التحليل النفسي من أول المدارس التي اهتمت بالربط الإضطرابات الجلدية والصراعات النفسية، حيث يرون أن بعض الحالات حرمت من حب الأم والتصقت بالأب، أو بعض الحالات يكون نتيجة الإحباط والفشل في الحب.

2.2-خصائص الشخصية: بعض الحالات مثل الجلد العصابي يتميز صاحبه بأنه عاش طفولته في ظل حماية زائدة، وحالات حب الشباب الحاد تكون شخصيات أصحابها غير ناضجة انفعاليا.

3.2-تأثير ضغوط الحياة:غالبا ما تستثار الإضطرابات الجلدية السيكوسوماتية بعوامل الضغط الإنفعالي المرتبطة بأحداث الحياة (حسن عبد المعطي، 2003، ص.ص 120-123).

ثامنا: علاج الإضطرابات السيكوسوماتية

تؤكد الخبرات الطبية والنفسية على أن الإضطرابات السيكوسوماتية تستعصي على العلاج الطبي وحده، كما تستعصي على العلاج النفسي وحده، لذلك كان من الضروري الإعتماد على تكامل طرق العلاج الطبي والنفسي والإجتماعي، وعادة ما يتم التأكيد في علاج الإضطرابات السيكوسوماتية على النقاط التالية:

1-يفضل معاملة المريض السيكوسوماتي على أنه معوق بشكل مزمن وبحاج إلى الإهتمام والعطف أكثر من حاجته إلى العلاج، والنظر إلى أعراضه بجد واهتمام، وتوفير جو الطمأنينة والثقة، ونصحه على عدم تعاطي الأدوية وإجراء فحوصات جديدة، وتشجيعه على التعبير على مشاعره.

2-يجب التركيز على السبب الواضح وراء الإضطراب، وهو العامل الإنفعالي النفسي، والعمل على حل الصراعات النفسية، والتخفيف من القلق وإعادة الثقة بالنفس، والأحسن تعديل حياة المريض، وإعلام المريض على عدم فائدة العلاج الطبي دون توفير الراحة الفكرية، والنفسية والجسمية والعصبية، وأن يدرّب نفسه على الوضوح والصراحة وتأكيد الذات، والتصرف بإرادة، وأن يعبر عن دوافعه ورغباته.

3-من الضروري على المعالج (الطبيب أو الأخصائي النفسي) أن يقوم بتوحيد مفهوم المتعلق بالنواحي النفسية والنواحي الجسمية، كما أنه يمكن توطيد العلاقة بين المريض والأخصائي، والإستفادة من دينامية هذه العلاقة التي يمكن اعتبارها معيارا سليما لقوة وفعالية العلاج النفسي، ولا بد للمعالج الإنتباه وبوجه خاص إلى بعض الصفات الطبائية والمزاجية المتعلقة بالتنظيم الوجداني والغريزي والعاطفي بالنسبة إلى المريض (الزراد، 2000، ص.ص 501-505).

ولعلاج الإضطرابات السيكوسوماتية نجد أكثر من مدرسة أهمها:

1-البسيوكوسوماتيك التحليلي:

كان نشوء هذه المدرسة على يد علماء من أمثال ألكسندر ثم تطورت على أيدي كل من ساشا ناخت ومصطفى زيور، ومن ثم بيار ماري، وسامي علي، وغيرهم، وتعتمد هذه المدرسة التحليل النفسي في علاجها للمرضى الجسديين، على أن التحليل السيكوسوماتي يختلف بعض الإختلاف عن التحليل التقليدي وخاصة من حيث الأهداف العلاجية، إذ يهدف العلاج السيكوسوماتي للوصول بالمريض إلى أفضل حالات توازنه النفسي-الجسدي وأفضل حالات القدرة على التعقيل (النابلسي، 1991، ص.ص 193-194).

ويعتبر ألكسندر من أوائل مطبقي التحليل النفسي في مجال البسيكوسماتيك، كان يرى أن المرضى المصابين بالمرض الواحد قد يملكون علائم مشتركة ولكنهم لا يملكون شخصيات متشابهة. كذلك لا يمكننا أن نعمل دور هورني Horney التي نشرت علاج مرض الشقيقة عن طريق التحليل الذاتي.

وفي الولايات المتحدة طرح العالم ناخت Nacht الأسس الحديثة للبيكوسوماتيك من خلال تأليفه كتاب "الشفاء مع فرويد" (Guérir avec Freud) الذي يدعو فيه لاستخدام المبادئ الفرويدية في العلاج الطبي، وتتلخص آراء هذا العالم بالدعوة إلى الوحدة النفسية-الجسدية، ومن هنا دعوته لتخطي الأعراض، المرضية والأسلوب الطبي التقليدي إلى نظرة شاملة للجسد.

كما يعتبر سامي علي واحد من كبار السيكوسوماتيين المعاصرين، وهو يشدد على أهمية ودور عدم تناسق التطور النفسي منذ مراحل الطفولة في إحداث الأمراض النفسية-جسدية، إذ أن عدم التناسق هذا يحول دون تأسيس آليات دفاعية عقلية ملائمة مما يؤدي إلى ضعف الأنا. ولعل كتاب البروفسور سامي علي De la projection هو أكثر كتبه إعراباً لنظريته وشرحاً لها (مارتي وآخرون، 1992، ص.ص 47-50).

2- البيكوسوماتيك السلوكي:

نتيجة لطغيان المدرسة السلوكية في الولايات المتحدة مال البيكوسوماتيون الأمريكيون نحو هذه المدرسة وعمدوا إلى تحديد أنماط سلوكية مشتركة بين مرضى المرض الواحد فوضعوا أنماط سلوكية خاصة بمرضى القرحة والربو والسرطان والذبحة القلبية... الخ.

وانطلاقاً من هذه الأنماط (مجموعة تصرفات ومسالك لا علاقة لها بالشخصية الأساسية للمريض) فإن هؤلاء الباحثين يرون أن العلاج النفسي هؤلاء المرضى إنما يكمن في تعديل هذه الأنماط السلوكية، فمثلاً مريض الذبحة يتبع نمطاً سلوكياً متميزاً بالجمود والعدائية والرغبة القوية بالمنافسة وعلى العلاج النفسي أن يتوجه لتعديل هذه الصفات (النايلسي، 1991، ص 194).

كما يتم تدريب الفرد على التحكم في التغيرات الفيزيولوجية عن طريق الإسترخاء والتخلص المنظم والتدريجي من الحساسية النفسية وتسعى إلى تحقيقه عملية التغذية البيولوجية المرتدة والتي يعرفها Fullaer 1980 بأنها إحدى الوسائل العلاجية التي يتم من خلالها الإستفادة من الكم المتناهي من المعرفة البشرية وخاصة ما يتصل منها بالعلاج السلوكي والطب الجسمي، أو هي عملية التعلم التي تتم بواسطة أجهزة إلكترونية معقدة لإمداد المريض بمعلومات وافية عن الحالة الفيزيولوجية التي لا يعي درجة توترها أو استرخائها حتى يصبح نشطاً في العملية العلاجية ويحافظ على صحته بغرض تدريبه على إخضاعها لسيطرته وإرادته (محمد الشناوي، 1998، ص.ص 401-402).

3- منهج بيو-طاقوي La bioénergie

يعرفه 1988 Lowen A. "كوسيلة لفهم الشخصية عن طريق الجسم باستعمال السيرورات الطاقوية داخله فيما يخص تنشيطه، هذه السيرورات تضمن إنتاج الطاقة عن طريق التنفس، الأيض **métabolisme**، ثم تفريغها بالحركية". البيو-طاقوية هي شكل من أشكال العلاج الذي ينسق بين تركيبة العمل الجسدي والنفسي لتمكين الفرد من حل مشاكله الوجدانية الصراعية والإنفعالية لتحقيق رغباته في الحياة على أحسن وجه.

كل ضغط نفسي يولد توتر جسدي، ويشكل طبيعي إذا غاب الضغط زال التوتر. العمل بيو-طاقوي على الجسد يستدعي تدليك وتمارين خاصة، تطبيق البيو-طاقوية يضع الجسم في حالة ارتخاف وذلك من خلال حركات خاصة. أثناء انتقال هذه الإرتجاجات إلى كل الجسم تحس بأنك ملتحم ومنسجم في قطعة واحدة مما يؤدي إلى توازن طبيعي في الفكر والحركية. الجزء التحليلي من العلاج يساعده على فهم إشكالية (لماذا)، هذه التثبيطات والإنسدادات، وهي في أغلب الأحيان لا واعية ومصدرها هو خبرات الطفولة الأولى. ونساعده على تقبل والتكلم على انفعالاته المكبوتة داخل إطار الوضعية العلاجية المراقبة.

يتضمن هذا العلاج 102 تمارين تشمل كل أجزاء الجسد وترتكز كلها على التنفس (صالح معاليم، 2008).

4- البسيكوسوماتيك الظواهري

وتختص هذه الطريقة في علاج الآثار النفسية الناجمة عن المرض الجسدي وخاصة عندما يكون هذا المرض قادرا على تفجير قلق المريض أو تفجير هوام الموت لديه، وحاليا أصبح استخدام هذا العلاج على نطاق واسع ولا يزال يتسع تدريجيا وهو يقسم الأمراض الجسدية إلى:

- الأمراض ذات النوبات: مثل الربو والقرحة... الخ، وهذه الأمراض تتسبب في إحداث الجروح النرجسية إضافة إلى تسببها في إحياء قلق من نوع متوقع وهو قلق النوبة أو ما يسمى بـ "هوام لحظة النوبة".

- الأمراض الخطرة ذات التطور التدريجي: مثل السرطان والسل والإيدز... الخ، وغالبا ما تفجر هذه الأمراض المستيريا مضافا إليها مظاهر النعمة العدائية.

-الجراحات: وهي على درجات متفاوتة الخطورة والأهمية، فالمظاهر النفسية المتبدية لدى المريض الجراحي تختلف باختلاف الشخصية الأساسية للمريض وباختلاف خطورة المرض الذي يستدعي إجراء الجراحة.

-الأمراض المتسببة بالوساوس: وهذه الأمراض أكثر من أن تحصر ذلك أن المريض صاحب الشخصية الوسواسية يكون عرضة لتوهم المرض انطلاقا من أي مظهر جسدي ذاتي يحسه أو أي اضطراب وظيفي يصيبه (النابلسي، 1991، ص195).

5-التدريب على الإسترخاء

يعتمد الإسترخاء على تعليم المريض شد وإرخاء عضلات جسمه بشكل منتظم، وفي الوقت ذاته يركز انتباهه على المشاعر المختلفة التي يحس بها، قد استخدم التدريب على الإسترخاء بنجاح في تخفيف التوتر العضوي والنفسي وخفض القلق وذلك لعلاج مجموعة كبيرة متنوعة من الإضطرابات السيكوسوماتية كالصداع النصفي، وفرط ضغط الدم، وذوي النمط السلوكي (أ)، وأيضا يستخدم في علاج أزمات الربو، والألم المزمن والأرق.

فلقد قام الأطباء البريطانيون في مستشفى "ثورث ويك بارك" بإجراء بحوث طبية على بعض المرضى الذين يعانون من التوتر العالي وضغط الدم المرتفع فوجدوا أن الإسترخاء له أثر في تخفيف ضغط الدم أكثر من بعض الأدوية. ويفيد تقرير صادر عن اللجنة الطبية البريطانية التابعة لكلية الصحة والأمراض الإستوائية أن كثيرا من المرضى الذين يعانون ارتفاع ضغط الدم قد استفادوا كثيرا من حضور دورات علاجية خاصة بالإسترخاء والتمارين النفسية وعلاج التوتر (حسن عبد المعطي، 2003، ص111).

6-العلاج الطبي

هناك قائمة طويلة من الأدوية التي باتت مستخدمة على نطاق واسع في علاج الإضطرابات السيكوسوماتية وخاصة الوظيفية أي لا تركز على أي أساس عضوي، وهذه أدوية نفسية تساعد على إحداث توازن نفسي، لكن استخدامها لا يعني عن العلاج الطبي الدوائي ، كما لا يعني عن العلاج النفسي لهؤلاء المرضى، ومن هذه الأدوية:

-سيلبيريد: وهو مصنف في عداد المهدئات العظمى، له تأثير في علاج حالات الإنهيار المقترن بمظاهر جسدية وظيفية مثل الصداع، خفقان القلب، الدوار، حالات الشقيقة، الإضطرابات الهضمية وحالات الصدمة النفسية.

-ديازيبام: يستعمل في علاج حالات القلق المصاحب لحالات الوهن، زيادة تحسس الجهاز العصبي، حالات التوتر النفسي المصاحب للإصابات الجسدية (الربو، الذبحة، القرحة، ارتفاع ضغط الدم)، الإرهاق المهني.

-لورازيبام: يستخدم في علاج اضطرابات سن اليأس، علاج الشدة النفسية وآثارها، وكذا آلام المعدة.

-كلورازيبان: علاج عوارض القلق الناجمة عن الإصابة بالأمراض الجسدية كالذبحة، كما يستخدم في علاج هوام لحظة النوبة أي الخوف من تكرار النوبة القلبية أو غيرها من الإصابات الجسدية (النابلسي، 1991، ص.ص 80-81).

وهناك أيضا العلاج الوهمي (بلاسيبو) Placebo وهو علاج بأدوية بدون مفعول كيميائي يرتكز مفعولها على الإيحاء والإيمان بالعلاج خاصة عندما تكون للمعالج سمعة كبيرة، فأكبر الأطباء يلجؤون إلى هذا العلاج أمام إضطرابات راسخة لا تخضع للعلاجات المعتادة، فإذا كان لبعض الأعشاب مفعولا كيميائيا على جسم الفرد فإن عددا من الأعشاب لها مفعول مهدئ أو بلاسيبو لأن الإيمان بمفعوله يؤدي إلى تحولات كيميائية في الدماغ تؤدي إلى التخفيف من الألم والمرض (بدره ميموني، 2003، ص 156).

خلاصة الفصل

تعرضنا في هذا الفصل إلى مجموعة من المحاور للإلمام بمفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية من عدة زوايا محاولين أن نربط بينها ربطا منهجيا، ففي المحور الأول تطرقنا إلى لمحة تاريخية عن ظهور هذا المصطلح فلم يظهر هذا المصطلح إلا في القرن الثامن عشر على يد "هينروث"، ثم تطور هذا المفهوم على يد علماء لاحقين أمثال كانون ودنبار وألكسندر وسامي علي وبيار مارتى وغيرهم من العلماء.

ثم تطرقنا إلى مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية لغة واصطلاحا واستعرضنا بعض تعاريف الإضطرابات السيكوسوماتية، وخلصت مجمل التعاريف أن هذه الإضطرابات هي أعراض جسمية لها أسباب مرتبطة بعوامل نفسية وانفعالية وذلك من خلال الجهاز العصبي الإرادي.

وفي المحور الثالث أشرنا إلى أسباب الإضطرابات السيكوسوماتية، فمنهم من فسر حدوث الاضطراب السيكوسوماتي بحدوث ضغوط الحياة وأزماتها أو الإستعداد الفسيولوجي بوراثة عضو أو جهاز عضوي ضعيف، ومنهم من أعزى هذا الاضطراب إلى خطأ في عملية التشريط والإستجابة للمثيرات إلى غيرها من الأسباب. أما المحور الرابع فقد تناول تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية وفي هذا الإطار عند تناول تشخيص الأمراض السيكوسوماتية ينبغي التفرقة أو التمييز بين أعراضها وأعراض الأمراض الأخرى التي ربما تتشابه معها في الجوانب الجسمية والنفسية، حتى لا يوجد تداخل بين الأمراض السيكوسوماتية وغيرها ولتقييمها تقييما دقيقا.

وفي هذا الفصل تناولنا أيضا بعض النظريات المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية مشيرين فيه إلى النظرية الفيزيولوجية والنظرية التحليلية والنظرية السلوكية والإتجاه المعرفي، والنظرية المتعددة العوامل.

أما المحور السادس فقد كان التطرق فيه إلى تصنيف الإضطرابات السيكوسوماتية حيث اختلفت تصنيفات هذه الأمراض حسب آراء العلماء والباحثين. كما استعرضنا في المحور السابع بعض أنواع الإضطرابات السيكوسوماتية كقرحة المعدة، والتهاب المفاصل، والبول السكري، والأمراض الجلدية.

أما المحور الأخير فقد أشرنا فيه إلى بعض أنواع العلاجات المستخدمة في هذا المجال، وذكرنا فيه مجموعة من العلاجات والمناهج مثل البسيكوسوماتيك التحليلي والسلوكي والظواهرى، والمنهج البيوطاقوي، والتدريب على الإسترخاء والعلاج الطبي.



الفصل الرابع

منهجية البحث وإجراءاته

تمهيد

- منهج الدراسة
- الدراسة الاستطلاعية
- أدوات الدراسة
- الدراسة الأساسية
- إجراءات التطبيق
- الأساليب الإحصائية المستخدمة

بعد دراسة الموضوع من الجانب النظري ستتم محاولة الإلمام بالموضوع في هذا الجزء ودراسته دراسة تطبيقية حتى تعطى له الصبغة المنهجية والعلمية وذلك بتطبيق مقياسين أحدهما خاص بالضغوط النفسية والمهنية والثاني يقيس الإضطرابات السيكوسوماتية. وفي هذا الفصل سيتم عرض إجراءات الدراسة التطبيقية بداية بالمنهج المعتمد في الدراسة الحالية ثم التعريف بأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية ثم الدراسة الأساسية وذلك بتعريف مجتمع الدراسة وتحديد العينة المختارة منه وخصائصها ومحددات اختيارها تليها إجراءات التطبيق والأساليب الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات وفي الأخير فصل لعرض النتائج المتوصل إليها مع مناقشتها وتفسيرها.

أولاً : منهج الدراسة

من أجل تحليل ودراسة الإشكالية المطروحة واستجابة لطبيعة الموضوع تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وذلك باستخدام كل من الطريقتين الارتباطية والفارقية حيث أنه أكثر ملائمة لأهداف الدراسة الحالية.

ويتمثل هذا المنهج في تحديد ظواهر معينة واكتشاف كل من العلاقات والفروق بين تلك الظواهر لدى أفراد العينة، كما أن الأسلوب الارتباطي يوضح إلى أي حد يرتبط متغيران، وإلى أي حد تتفق التغيرات في أحد العوامل مع التغيرات في عامل آخر، أي أن الأسلوب الارتباطي تظهر أهميته كأسلوب تمهيدي للكشف عن الظاهرة موضوع الدراسة. (الدردير، 2004، ص 59).

كيفية بناء أدوات البحث:

توصل الطالب الباحث إلى بناء أدوات البحث الحالية والمتمثلة في أداتين الأولى مقياس يقيس الضغوط النفسية والمهنية، أما الأداة الثانية فمقياس الإضطرابات السيكوسوماتية وذلك بعد اتباع الخطوات العامة التالية:

- اطلع الطالب الباحث على ما توفر لديه من تراث سيكولوجي وإطار نظري متصل بصفة مباشرة، أو غير مباشرة بأهداف الدراسة الحالية.
- استفاد الطالب الباحث من الإطلاع على بعض المقاييس والإختبارات المستخدمة -الأجنبية والعربية- الخاصة بالضغوط النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية.
- اجتهد الطالب الباحث في الإطلاع على المصادر الحديثة في كيفية بناء المقاييس والإختبارات النفسية.

استخدم الباحث مقاييسين لجمع البيانات وكانت المراحل على النحو التالي:

1- إعداد مقاييسين أوليين (الضغوط النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية) من أجل استخدامهما في جمع البيانات والمعلومات.

2- عرض المقاييسين على الأستاذ المشرف من أجل اختبار مدى ملائتهما لجمع البيانات.

3- تعديل المقاييسين بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.

4- تم عرض المقياسين على مجموعة من المحكمين (07 محكمين) من جامعة الأغواط وجامعة سطيف والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والتوجيه وتعديل وحذف ما يلزم، بعد موافقة المشرف.

5- إجراء دراسة اختباريه ميدانية أولية للمقياسين من خلال توزيعهما على عينة استطلاعية بلغ حجمها 79 معلم ومعلمة من مدينة الأغواط.

6- توزيع المقياسين على جميع أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسة.

ثانيا : الدراسة الاستطلاعية

إن الدراسة الإستطلاعية تهدف إلى الوقوف على الثغرات والنقائص المتعلقة خاصة بصياغة فقرات المقاييس المستعملة، وهذا قصد صياغتها وتنقيحها، كما تمكن الباحث من استطلاع الميدان للوقوف على الصعوبات التي تحول دون تطبيقها على الوجه الصحيح، كما تهدف أيضا إلى اختبار صدق وثبات المقاييس المعتمدة فيها، وقد تم تطبيق هذه الأخيرة على عينة إستطلاعية بلغ قوامها (79) مدرسا ومدرسة من عينة الدراسة، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية عن ملاءمة المقاييس وتمتعها بصدق وثبات مقبولين.

ثالثا : أدوات الدراسة

لكل دراسة أو بحث علمي مجموعة من الأدوات والوسائل التي يستخدمها الباحث ويطوعها للمنهج الذي يستخدمه ويحاول اللجوء إلى الأدوات التي توصله إلى الحقائق المرجوة. وللحصول على القدر الكافي من المعلومات والمعطيات التي تفيد في موضوع الدراسة الحالية تم الاعتماد على مقياسين :

- مقياس الضغوط النفسية والمهنية (إعداد : الطالب الباحث)

- مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية (إعداد : الطالب الباحث).

كون أن أداة المقياس تعتبر أكثر عملية، فهي تسمح بجمع معلومات جديدة ومستمدة من المصدر وبصورة سريعة، كما تعتبر وسيلة اتصال بين الباحث والمبحوث ويتضمن سلسلة متعلقة بالمشاكل التي يرجو الباحث جمع المعلومات حولها.

وسوف يتم شرح الأدوات السابقة على النحو التالي :

1- مقياس الضغط النفسي والمهني :

اعتمد الباحث في إعداد مقياس الضغوط النفسية والمهنية للمدرسين على التراث البحثي والدراسات السابقة التي تناولت الضغوط النفسية والضغوط المهنية، وذلك لغرض التعرف على ماهية الضغوط والنتائج المتوصل إليها من خلال الدراسات.

وقد اطلع الباحث على كل من مقاييس:

- مقياس الضغوط النفسية للمعلمين من إعداد حكيمة آيت حمودة.
- مقياس ضغوط العمل من إعداد صلاح الدين أبو العلا.
- مستويات ضغوط العمل من إعداد نايف التويم.

وقد توصل الطالب الباحث إلى مجموعة من الأبعاد التي تسبب حدوث الضغوط النفسية والمهنية لدى المدرسين، من خلال الإتصال ببعض الأساتذة والمدرسين ومناقشتهم حول أهم الضغوط التي يتعرض لها المعلم، وتم حصرها في ثمانية أبعاد رئيسية، و أصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من 57 مفردة بمقياس استجابة خماسي موزعة على ثمانية عوامل هي: العبء الوظيفي-غموض الدور-صراع الدور-علاقات العمل-ضغوط إدارية- التطوير الوظيفي-بيئة العمل المادية-ضغوط التلاميذ.

1-1 العبء الوظيفي: يمثل هذا العامل خصوصية المهنة، كونها من أكثر المهن الإجتماعية ضغطا واستنزافا لطاقة المعلم، وركزت فقراتها على مدى إحساس المعلم بالعبء الوظيفي الذي يتحمله والوقت الذي يستغرقه لمزاولة نشاطه المهني تحضيرا وتصحيحا وتدريسا.

وعدد فقرات هذا العامل (10) وتمثلها في الإستبيان الفقرات التالية: (01-09-17-25-33-41-48-52-55-56).

1-2 غموض الدور: والذي يتمثل في عدم وضوح الأهداف المحددة للمعلم، وأيضا من خلال القواعد والإجراءات التي يشعر المدرس أنها غير مفهومة، وعدد فقرات هذا العامل (08) ، وتمثلها في الإستبيان الفقرات التالية (02-10-18-26-34-42-49-53).

3-1 صراع الدور: يمثل هذا العامل بعض القرارات الذي يحس المدرس أنه يشوبها بعض التناقضات، أو تنفيذ بعض الأعمال التي لا تتفق مع مبادئه، وعدد فقرات هذا العامل (05)، وتمثلها في هذا المقياس الفقرات التالية (03-11-19-27-35).

4-1 علاقات العمل: حيث أن سوء التفاهم بين أعضاء الفريق التربوي، وما ينجم عنه من صراعات معلنة وغير معلنة من شأنه أن يؤثر على أداء المعلمين في التدريس، ويتشكل هذا العامل من (07) فقرات، ممثلة في المقياس كالتالي: (04-12-20-28-36-43-50).

5-1 ضغوط إدارية: يسلط الضوء هذا العامل على علاقة المعلمين بالطواقم الإدارية، وما ينعكس عنه من علاقات تسودها المرونة أو الشدة في اتخاذ القرارات وتوجيه الإرشادات، أو في تبني مواقف صارمة في ما يطرح من مشاكل، مما ينعكس سلبا أو إيجابا على الأداء التربوي للمدرسين، ولقد صيغت هذه العبارات في (08) فقرات، وتمثلها في المقياس البنود التالية: (05-13-21-29-37-44-51-54).

6-1 التطوير الوظيفي: إن شعور المدرس بعدم وجود فرص للترقية أو التقدم الوظيفي، أو إحساسه بقلّة الفرص في تعلم مهارات جديدة لتطوير مهاراته، قد يؤثر ذلك على الأداء المهني والتربوي للمدرس، وعدد الفقرات التي تقيس هذا العامل (06)، ممثلة في الأرقام التالية (06-14-22-30-38-45).

7-1 بيئة العمل المادية: تستهدف فقرات هذا العامل في مدى إسهام نقص الوسائل والتجهيزات في إعاقة المعلم وإجهاده، كوسائل التدريس من سبورة وكتب، أو قاعات التدريس وما تتوفر عليه من تهوية وتدفئة، ومدى توفر المؤسسة التعليمية على وسائل الترفيه وملء الفراغ، عدد فقرات هذا العامل (06)، ممثلة في الأرقام التالية (07-15-23-31-39-46).

8-1 ضغوط التلاميذ: تركز هذه الفقرات على التلميذ كونه مصدر شغب وضجيج، وفي كونه لا ينجز ما يطلب منه من واجبات منزلية، إلى جانب سوء الأدب مع المدرس، تشكل هذه الفقرات في مجملها عامل ضغط

يستتزم طاقة وجهد المدرس. وعدد فقراته في المقياس (07)، ممثلة كالتالي: (08-16-24-32-40-57-47).

أرقام العبارات	البعء
56-55-52-48-41-33-25-17-09-01	العبء الوظيفي
53-49-42-34-26-18-10-02	غموض الدور
35-27-19-11-03	صراع الدور
50-43-36-28-20-12-04	علاقات العمل
54-51-44-37-29-21-13-05	ضغوط إدارية
45-38-30-22-14-06	التطوير الوظيفي
46-39-31-23-15-07	بيئة العمل المادية
57-47-40-32-24-16-08	ضغوط التلاميذ

جدول (07): توزيع مفردات مقياس الضغوط النفسية والمهنية على أبعاده الثمانية

-مفتاح التصحيح :

يتم تقدير الدرجات على المقياس بإعطاء الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) المقابلة للاستجابات (موافق بشدة، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق على الإطلاق) . وتتراوح درجة الفرد على المقياس فيما بين 57 درجة كحد أدنى، و285 درجة كحد أقصى.

فالفرد الذي يعاني من ضغوط نفسية ومهنية هو الذي يحصل على درجات مرتفعة في عوامل المقياس الثمانية، وبالتالي فإن الدرجة الكلية على المقياس تساوي مجموع درجات الفرد في عوامل المقياس الثمانية أو تساوي مجموع درجات الفرد على مفردات المقياس (57 عبارة).

2- الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية :

2-1- ثبات المقياس:

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) والنتائج يلخصها الجدول التالي:

طريقة ألفا كرونباخ:

المقياس	العينة	معامل الثبات
مقياس الضغط النفسي والمهني	79	0.933

جدول (08) : معامل ثبات مقياس الضغط النفسي والمهني باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن = 79)

والجدول التالي يبين معامل ثبات لأبعاد المقياس الثمانية:

العينة	معامل الثبات <input type="checkbox"/>	المقياس وأبعاده
79	0.933	مقياس الضغط النفسي والمهني
	0.773	بعد العبء الوظيفي
	0.688	بعد غموض الدور
	0.693	بعد صراع الدور
	0.721	بعد علاقات العمل

	0.812	بعد الضغوط الإدارية
	0.753	بعد التطوير الوظيفي
	0.645	بعد البيئة المادية
	0.651	بعد ضغوط التلاميذ

جدول (09) : معامل ثبات مقياس الضغط النفسي والمهني وأبعاده باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن =

79)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل يساوي 0.933، بينما تراوحت معاملات الثبات لأبعاد المقياس الثمانية ما بين 0.64 إلى 0.812 ، هذه النتائج تدل على أن المقياس بأبعاده الثمانية يتمتع بثبات معقول يتيح استعماله.

2-2 صدق المقياس:

أ- الصدق التمييزي

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 21 فردا، بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
-------	---	---	-------------	------------	---------------

0.000	-16.876	40	17.832	147.29	21	المجموعة الدنيا
			8.538	219.76	21	المجموعة العليا

جدول (10): نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في الضغط

النفسي والمهني

يلاحظ من خلال الجدول (10) أن قيمة ت دالة عند أقل بكثير من 0,01.

ب_ الصدق التكويني باستعمال الاتساق الداخلي

تم تقدير الصدق أيضاً باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية

للمقياس ، والجدول رقم (11) يوضح النتيجة .

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.23	0.004	30	0.467	0.000
02	0.269	0.016	31	0.448	0.000
03	0.353	0.001	32	0.249	0.027
04	0.523	0.000	33	0.505	0.000
05	0.514	0.000	34	0.603	0.000
06	0.521	0.000	35	0.522	0.000
07	0.377	0.001	36	0.648	0.000
08	0.341	0.002	37	0.545	0.000
09	0.393	0.000	38	0.572	0.000
10	0.276	0.014	39	0.384	0.000
11	0.551	0.000	40	0.441	0.000

0.000	0.467	41	0.000	0.499	12
0.000	0.612	42	0.000	0.606	13
0.000	0.433	43	0.000	0.592	14
0.000	0.577	44	0.002	0.349	15
0.000	0.556	45	0.002	0.342	16
0.000	0.653	46	0.000	0.400	17
0.000	0.569	47	0.000	0.547	18
0.001	0.373	48	0.000	0.441	19
0.001	0.356	49	0.000	0.393	20
0.000	0.476	50	0.000	0.546	21
0.000	0.594	51	0.000	0.475	22
0.000	0.423	52	0.000	0.385	23
0.000	0.547	53	0.001	0.357	24
0.000	0.581	54	0.000	0.388	25
0.000	0.508	55	0.000	0.452	26
0.000	0.488	56	0.000	0.466	27
0.020	0.261	57	0.000	0.479	28
			0.000	0.546	29

جدول (11) قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الضغوط

النفسية والمهنية

يتضح من الجدول السابق أن الفقرات رقم 02-10-57 دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) وباقي بنود المقياس جميع دالة إحصائياً عند مستوى (0,01) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق.

2- مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية :

قام الطالب الباحث في هذه الدراسة بتصميم مقياس للإضطرابات السيكوسوماتية الذي يتكون من

43 بنداً، بعد الإطلاع الباحث على:

- قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية
- تصنيف المدرسة الباريسية للإضطرابات السيكوسوماتية (بيار مارتي).
- ويحتوي هذا المقياس المعد من طرف الطالب على تسعة أبعاد:
- الجهاز الهضمي: (قرحة المعدة- الإمساك- عسر الهضم- آلام الأمعاء- فقدان الشهية- الشراهة في تناول الطعام- الإصابة بالزائدة الدودية)
- جهاز القلب والدوران: (انخفاض وارتفاع ضغط الدم- الذبحة الصدرية- الإصابة بنوبات قلبية- نبضات القلب)
- الجهاز التنفسي: (التهاب الربو- مرض السل- الإصابة بتلات البرد- صعوبات التنفس)
- الجهاز العصبي: (الشقيقة- الصداع الحاد- ارتعاش وخلجات في الجسم- حالات الدوار- الإغماء)
- الجهاز الحركي: (آلام الظهر- إتهاب المفاصل الروماتيزمي- آلام في الذراعين والساقين)
- إضطرابات الغدد: (مرض البول السكري- إضطرابات الغدة الدرقية- زيادة الوزن)
- إضطرابات الجلد: (الإكزيما أو الحكة- سقوط الشعر- التعرق)
- إضطرابات الحواس: (إضطرابات في الأنف والأذن والعين والحنجرة)
- توهم المرض: (كثرة زيارة الطبيب- تناول الأدوية- القلق على صحة الجسم- الشعور الدائم بالإرهاق).

والجدول التالي يوضح أبعاد المقياس التسعة وأرقام كل عبارة في المقياس

أرقام العبارات	البعد
----------------	-------

43-41-39-34-28-19-10-01	الجهاز الهضمي
35-29-20-11-02	جهاز القلب والدوران
30-21-12-03	الجهاز التنفسي
36-31-22-13-04	الجهاز العصبي
23-14-05	الجهاز الحركي
24-15-06	إضطرابات الغدد
25-16-07	إضطرابات الجلد
42-40-37-32-26-17-08	إضطرابات الحواس
38-33-27-18-09	توهم المرض

جدول(12) : توزيع مفردات مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية على أبعاده التسعة

-مفتاح التصحيح :

يتم تقدير الدرجات على المقياس بإعطاء الدرجات (1،2،3،4) المقابلة للاستجابات (أبدأ، نادراً، أحياناً، دائماً) . وتتراوح درجة الفرد على المقياس فيما بين 43 درجة كحد أدنى، و172 درجة كحد أقصى.

فالفرد الذي يعاني من الإضطرابات السيكوسوماتية هو الذي يحصل على درجات مرتفعة في عوامل المقياس التسعة، وبالتالي فإن الدرجة الكلية على المقياس تساوي مجموع درجات الفرد على مفردات المقياس (43 عبارة).

3- الخصائص السيكومترية للمقياس :

3-1 ثبات المقياس:

طريقة ألفا كروباخ : تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية .

المقياس	عدد البنود	عدد الأفراد	معامل الثبات
الإضطرابات السيكوسوماتية	43	79	0.90

جدول رقم (13): جدول معامل ثبات مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية بطريقة ألفا كرونباخ

أما بالنسبة لثبات المقياس وأبعاده التسعة فالجدول التالي يبين ذلك

المقياس وأبعاده	معامل الثبات <input type="checkbox"/>	العينة
مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية	0.90	79
الجهاز الهضمي	0.779	
جهاز القلب والدوران	0.516	
الجهاز التنفسي	0.488	
الجهاز العصبي	0.726	
الجهاز الحركي	0.716	
إضطرابات الغدد	0.250	
إضطرابات الجلد	0.356	
إضطرابات الحواس	0.750	

	0.750	توهم المرض
--	-------	------------

جدول رقم (14): جدول معامل ثبات مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية وأبعاده طريقة ألفا

كرونباخ ($n = 79$)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل يساوي 0.90، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، كذلك فإن أغلب أبعاد المقياس التسعة معامل ثباتها أكبر من 0.50 ، هذه النتيجة تتيح استعمال المقياس في هذه الدراسة.

3-2 صدق المقياس:

أ- الصدق التمييزي:

يقصد بصدق الاختبار مدى صلاحيته لقياس ما وضع لقياسه، وقد تم حساب صدق مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية بطريقة الصدق التمييزي، حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم أخذت (27%) من الدرجات أعلى التوزيع و(27%) من الدرجات أدنى التوزيع، وكان عدد الأفراد في كل منهما 21 فردا بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (Spss) والجدول التالي يوضح النتائج :

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
21	64.86	6.650	40	-22.247	0.000
21	111.90	7.049			
المجموعة الدنيا					
المجموعة العليا					

جدول رقم (15): يبين الفروق بين المجموعة الدنيا و المجموعة العليا في متوسط درجة الإضطرابات

السيكوسوماتية

ب- الصدق التكويني باستعمال الاتساق الداخلي

تم تقدير الصدق أيضاً باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية للأبعاد المنتمية إليها، والجدول رقم (16) يوضح النتيجة .

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
23	0.642	0.000	01	0.615	0.000
24	0.316	0.005	02	0.523	0.000
25	0.466	0.000	03	0.377	0.002
26	0.464	0.000	04	0.466	0.000
27	0.69	0.017	05	0.489	0.000
28	0.337	0.002	06	0.318	0.004
29	0.348	0.002	07	0.395	0.000
30	0.540	0.000	08	0.398	0.000
31	0.399	0.000	09	0.512	0.000
32	0.438	0.000	10	0.587	0.000
33	0.437	0.000	11	0.320	0.004
34	0.489	0.000	12	0.180	0.004
35	0.548	0.000	13	0.575	0.000
36	0.485	0.000	14	0.644	0.000
37	0.607	0.000	15	0.393	0.000
38	0.391	0.000	16	0.401	0.000
39	0.456	0.000	17	0.375	0.001
40	0.585	0.000	18	0.422	0.000
41	0.298	0.008	19	0.464	0.000

0.000	0.562	42	0.000	0.527	20
0.025	0.253	43	0.000	0.539	21
			0.000	0.422	22

جدول (16) قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الإضطرابات
السيكوسوماتية

يتضح من الجدول السابق أن كل معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0,01)، ما عدا الفقرتين
27 و 43 فهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) ، مما يدل على أن فقرات المقياس تتمتع بدرجة
جيدة من الصدق.

4- الدراسة الأساسية

4-1 مجتمع الدراسة

أ-مجتمع الدراسة:

شمل مجتمع الدراسة جميع مدرسي الطور الابتدائي والطور المتوسط بولاية الأغواط حسب إحصاءات
مديرية التربية والتعليم ولاية الأغواط من العام الدراسي 2010/2011.

والجدول التالي يوضح ذلك:

1527 أستاذ	أساتذة التعليم المتوسط
1574 معلم	معلمي الطور الابتدائي

جدول رقم (17) : يبين مجتمع الدراسة لولاية الأغواط (المصدر مديرية التربية لولاية الأغواط

(2010)

4-2 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية بعد تطبيق جميع أدوات الدراسة من 318 مدرس ومدرسة،
والجدول التالي يوضح خصائص العينة من الجنس والخبرة المهنية والطور التعليمي.

المتغير	الخاصية	العدد	النسبة المئوية	المجموع
الجنس	ذكور	122	%38.36	318
	إناث	196	%61.63	
مدة الخبرة	أقل من 10 سنوات	70	%22.01	318
	بين 11 و 20 سنة	93	%29.24	
	أكثر من 21 سنة	155	%48.74	
الطور التعليمي	مدرسي المتوسط	118	%37.10	318
	مدرسي الإبتدائي	200	%62.89	

جدول (18) : خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس و مدة الخبرة والطور التعليمي

3-4 : إجراءات التطبيق

أجريت هذه الدراسة في الطور الإبتدائي والطور المتوسط بمدينة الأغواط وشملت 450 مدرسا ومدرسة، حيث طبقت هذه العملية في 24 مؤسسة إبتدائية، و 11 متوسطة، اختيرت بطريقة عشوائية. وتيسيرا لعملية جمع المعلومات تمت الاستعانة ببعض مدراء المؤسسات التعليمية (إبتدائي، ومتوسط)، وقد تم شرح هدف الدراسة وبنود المقياسين وفقراتهما لكل مدرس بصورة واضحة، وبعد التأكد من فهمهم لهدف الدراسة والمقياسين معا، تم الشروع في عملية التوزيع، وقد استغرقت عملية جمع الاستمارات حوالي شهرين.

وبعد جمع الإستمارات تم قبول 318 بعد استبعاد الإستمارات غير الكاملة، كما أن بعض المدرسين

لم يرجعوا استماراتهم.

والجدول التالي يبين أسماء المؤسسات الإبتدائية والمتوسطات التي أجريت فيها الدراسة الميدانية بمدينة الأغواط:

1- المؤسسات الإبتدائية

الرقم	إسم المدرسة	الإستمارات المقبولة
01	محمد رزوق	08
02	فرحات بن شهرة (حي ساسي)	04
03	محبوبي الحاج	10
04	خديجة أم المؤمنين	06
05	مبارك الملي	11
06	عطاء الله جرفاف	11
07	أحمد شطة	10
08	محمد دوة	04
09	احمد قلوزة	10
10	بن مبارك معمر	06
11	05 جويلية	09
12	أحمد التاوتي	13
13	عبد القادر الشايفة	04
14	محمد نويوة	08
15	محمد أوباتي	10
16	دالي ابراهيم	07

07	العربي تبسي	17
10	الطاهر دبي	18
10	لخضر فشكار	19
07	علي بوزياني	20
08	الطاهر بلحوت	21
10	حراث عبد القادر	22
07	أحمد النوعي (البرج)	23
10	08 ماي 1945	24
200	المجموع	

جدول رقم (19) أسماء المؤسسات الابتدائية التي طبقت فيها الدراسة

2- المتوسطات

الإستمارات المقبولة	إسم المتوسطة	الرقم
---------------------	--------------	-------

11	الشيخ محمد عزوز	01
08	الزهراء	02
15	محمود بن عمر	03
10	الرق الحاج	04
15	الأخوان الرش	05
13	شراك عبد القادر	06
08	العمرى السايح	07
10	سنوسى الجيلاى	08
08	المصالحه	09
11	كوىسى المبروك	10
09	17 أكتوبر	11
118	المجموع	

جدول رقم (20) أسماء المتوسطات التي طبقت فيها الدراسة

4-4 : الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

استعان الطالب الباحث في هذه الدراسة بنظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (spss) وهو أكثر الأنظمة الإحصائية استخداما لإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية المختلفة في شتى أنواع البحوث. وقد تم

استخدام نسخة الإصدار (15.0) نظرا لما تتوفر عليه من مميزات غير متاحة في الإصدارات السابقة. أما الأساليب الإحصائية الموظفة من خلال هذا البرنامج فقد تمثلت أساسا فيما يلي :

- اختبار "ت" للعينات المستقلة (independent samples test)

- تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance)

- معامل الارتباط الثنائي (بيرسون) (correlation bivariate)

- اختبار تجانس التباين (test of homogeneity of variance)

- معامل ألفا كرونباخ (Alpha-Cronbach)

- تحليل التباين الأحادي أنوفا (one way anova)

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

- عرض ومناقشة النتائج
- مناقشة عامة للنتائج
- اقتراحات

أولا: عرض ومناقشة النتائج

الفرضية الأولى: توجد علاقة دالة إحصائية بين الضغط النفسي والمهني والإضطرابات السيكوسوماتية لدى العينة الكلية.

جدول رقم (21): يبين معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من مقياس الضغط النفسي والمهني والدرجات المتحصل عليها من مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية.

قيمة معامل الارتباط	العينة	مستوى الدلالة Sig. (2-tailed)
0.407(**)	318	0.000

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

يتبين من خلال الجدول رقم (21) أن معامل الارتباط بيرسون بين مقياس الضغط النفسي والمهني وبين مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية دال إحصائيا عند مستوى دلالة يقل عن (0.01)، وقد بلغ معامل القيمة (0.407).

الدلالة	الإضطرابات السيكوسوماتية									العناء الوظيفي	الضغوط النفسية والمهنية
	توهم المرض	إضطرابات الخواس	إضطرابات الجلد	إضطرابات العدد	الجهاز الحركي	الجهاز العصبي	الجهاز التنفسي	جهاز القلب والدوران	الجهاز الهضمي		
(**)	0,352(**)	0,320(**)	0,205(**)	0,320(**)	0,447(**)	0,332(**)	0,349(**)	0,278(**)	0,405(**)		
دال عند أقل من 0.01	0,241(**)	0,241(**)	0,134(*)	0,100	0,247(**)	0,263(**)	0,218(**)	0,169(**)	0,319(**)	غموض الدور	
	0,215(**)	0,248(**)	0,139(**)	0,119(**)	0,277(**)	0,272(**)	0,209(**)	0,192(**)	0,325(**)	صراع الدور	
(*)	0,170(**)	0,155(**)	0,107	0,44	0,182(**)	0,152(**)	0,213(**)	0,145(**)	0,224(**)	علاقات العمل	
دال عند أقل من 0.05	0,114(**)	0,164(**)	0,124(*)	0,50	0,157(**)	0,129(**)	0,201(**)	0,155(**)	0,257(**)	ضغوط إدارية	
	0,191(**)	0,238(**)	0,097	0,090	0,275(**)	0,251(**)	0,202(**)	0,201(**)	0,286(**)	التطوير الوظيفي	
	0,240(**)	0,290(**)	0,137(**)	0,107	0,289(**)	0,293(**)	0,283(**)	0,236(**)	0,333(**)	البيئة المادية	
	0,306(**)	0,315(**)	0,163(**)	0,131(*)	0,238(**)	0,276(**)	0,252(**)	0,248(**)	0,373(**)	ضغوط التلاميذ	

جدول(22): معاملات الارتباط بين أبعاد الضغوط النفسية والمهنية وبين أبعاد الإضطرابات

السيكوسوماتية

يتبين من خلال (الجدول 22) أن معاملات الارتباط بين الضغوط النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية موجبة ودالة إحصائيا عند عينة الدراسة الكلية وذلك عند مستوى دلالة يقل عن (0.01)، أما إذا فحصنا الارتباطات التفصيلية بين أبعاد المتغيرين المدروسين (الضغوط النفسية والمهنية والإضطرابات السيكوسوماتية) سنجد أن هناك:

- ارتباط موجب دال إحصائيا بين العبء الوظيفي وجميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية عند مستوى دلالة يقل عن (0.01).

- ارتباط دال إحصائيا بين غموض الدور وجميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية ما عدا بعد إضطرابات الغدد.

- ارتباط دال إحصائيا بين بعد علاقات العمل وجميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية ما عدا بُعدي إضطرابات الغدد والإضطرابات الجلدية.

- نفس الشيء بالنسبة لبعء التطوير الوظيفي، حيث يوجد ارتباط دال بينه وبين جميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية ما عدا بعدي إضطرابات الغدد و الإضطرابات الجلدية.

- أما بعد صراع الدور فيوجد ارتباط دال إحصائيا بينه وبين جميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية، أما مستوى الدلالة فيقل عن (0.05) بينه وبين بعد الإضطرابات الجلدية، وبينه وبين باقي الأبعاد فيقل عند مستوى دلالة أقل من (0.01).

- أيضا هناك ارتباط دال إحصائيا بين بعد الضغوط الإدارية وجميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية ما عدا بعد إضطرابات الغدد.

- نفس الأمر بالنسبة لبعء بيئة العمل المادية يوجد ارتباط دال إحصائيا بينها وبين جميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية ما عدا بعد إضطرابات الغدد.

- أما البعد الأخير الخاص بضعوط التلاميذ فنلاحظ وجود ارتباط دال إحصائيا بينه وبين جميع أبعاد الإضطرابات السيكوسوماتية.

ويمكن تفسير النتائج التي تم التوصل إليها من أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية في أن مهنة التعليم مهنة شاقة، يتحمل ضغوطها المدرسون، من خلال المصادر الثمانية التي يتكون منها مقياس الضغوط النفسية والمهنية، وتسهم هذه الأبعاد رغم تفاوت شدتها ومستوياتها في إحباط المدرس وإرهاقه الأمر الذي يفضي إلى انعكاس هذه الضغوط على الجوانب الإنفعالية، كحالات القلق والتذمر الذي يؤثر بدوره على الجوانب الصحية للفرد مما يؤدي إلى الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية.

وكمثال على ذلك زيارة المفتش المفاجئة للمدرسين، يمثل ذلك كما هائلا من الضغوط لدى بعض المدرسين والمدرسات، حيث يتولد عنه شعور بالقلق والخوف من رؤية المفتش قد تعرضهم للعقاب، مثل الخوف من عدم التحضير الجيد للدروس أو عدم رضا المفتش للطريقة التي يتبعها المعلم للتوصيل المعلومة للتلاميذ، أو اكتشافه لضعف المستوى العلمي للتلاميذ، فكل هذا يولد ضغوطا لدى المدرس يحاول أن يكتبها إلى حذما، فتحاول أن تعبر عن نفسها على شكل احمرار الوجه، زيادة دقات القلب، شعور بالغثيان، صداع، إسهال وقد يتولد عنها الإصابة لاحقا بإحدى الإضطرابات السيكوسوماتية.

وهذا ما يوضحه جالاتين Gallatin الذي يرى بأن الضغط الناتج عن أسباب نفسية له دور كبير في حدوث الأمراض السيكوسوماتية التي تظهر في صورة آلام واضطرابات جسمية... فقد يسبب الضغط الانفعالي الملح والصراع النفسي فسادا في نظام الضبط والتوازن الهرموني، أو تمزقا في أجزاء معينة من الجسم.(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص20).

ويرى الباحثون أن ضغوط أحداث الحياة تجعل الإنسان عرضة للاهيار العصبي والوقوع فريسة الأمراض الجسمية والنفسية وأن الشعور بانعدام الثقة، وقلة التحمل، وعدم القدرة على التحكم في الأحداث والمشكلات هي مسببات للمرض الجسيمي والنفسي (مصطفى حسين، 2002، ص.ص 206-207).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع البحوث والدراسات السابقة التي أظهرت أن الضغوط النفسية والمهنية لها علاقة بالإضطرابات السيكوسوماتية منها: دراسة سلطان العويضة (1999)، أجريت هذه الدراسة من أجل التعرف على العلاقة بين زيادة التعرض لضغوط العمل والإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى العاملين والعاملات في قطاع التدريس (الثانوي-الإعدادي-الإبتدائي)، وقد أظهرت هذه الدراسة أنها توجد علاقة إرتباطية بين ضغوط العمل والإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى العاملين في قطاع التدريس.

ودراسة (هيبس ومالين، 1991) التي أظهرت وجود العلاقة بين مركز الضبط وضغوط العمل وظاهرة الاحتراق النفسي لدى المعلمين، وأيضا دراسة كل (هانم ياركندي: 2000، يوسف محمد: 1994)، هذه الدراسات بينت أن هناك علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والضغوط النفسية، كما أن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر تأثراً بالضغوط النفسية من الأسوياء.

2-الفرضية الثانية: توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب درجة الضغط

النفسي والمهني

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط الإضطرابات السيكوسوماتية عند مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية والمهنية. وقد تم ترتيب أفراد العينة حسب درجاتهم في الضغوط النفسية والمهنية وذلك بأخذ نسبة 27% من الأعلى فكان العدد (159) فردا، و27% من الأدنى فكان (159) فردا.

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
159	81.17	19.439	316	-5.290	0.000
159	92.51	18.468			

جدول رقم (23): يبين الفروق في متوسط درجة السيكوسوماتية حسب الضغوط النفسية والمهنية (مجموعة منخفضي الضغوط النفسية والمهنية و مجموعة مرتفعي الضغوط النفسية والمهنية)

يتبين من خلال الجدول رقم (23) وجود فروق جوهرية دالة بين المتوسطين في الإضطرابات السيكوسوماتية لصالح مرتفعي الضغط النفسي والمهني، حيث كان متوسط درجات السيكوسوماتية عند المدرسين ذوي الضغوط النفسية المرتفعة (92.51) بينما بلغ متوسط السيكوسوماتية لدى المدرسين ذوي الضغوط النفسية والمهنية المنخفضة (81.17) والفرق بينهما (-5.290) وقد كانت قيمة (ت) دالة عند أقل بكثير من (0.01).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع البحوث والدراسات السابقة التي أظهرت وجود فروق في متوسط درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب درجة الضغط النفسي والمهني لصالح مرتفعي الضغط النفسي والمهني منها: دراسة (المشعان، 1998)، وكذلك دراسة (هانم ياركندي، 2000)، وأيضا دراسة (هيبس ومالين، 1991) حيث أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة ارتباط موجبة دالة بين ضغوط العمل

ومجالي الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر كذلك وجود علاقة بين الاحتراق النفسي عند المعلمين وكل من حجم العبء المهني الكبير والعلاقة المباشرة مع الطلاب والراتب الشهري والتعويضات.

ومن خلال هذه النتائج نستنتج أنه كلما انخفضت درجة الضغوط النفسية والمهنية لدى الفرد كلما انخفضت لديه نسبة الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، وبالمقابل كلما ارتفعت درجة الضغوط النفسية والمهنية كلما كان الفرد معرضاً أكثر للإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، وهي نتيجة طبيعية في ضوء النظريات المفسرة للضغوط النفسية والمهنية التي ترى في الضغط النفسي والمهني بأنه حالة من الإجهاد العقلي والجسمي وتحدث نتيجة الحوادث التي تسبب تلفاً أو إزعاجاً، أو تحدث نتيجة لعوامل عدم الرضا أو نتيجة للصفات العامة التي تسود بيئة العمل، كما أنها تحدث نتيجة للتفاعل بين هذه المسببات جميعاً، وأن حدة الضغوط تتوقف على مدى استجابة الفرد لتأثير هذه العوامل أثناء التفاعل مع الموقف (عمر النعاس، 2008، ص30). وجاءت هذه النتيجة مؤكدة لنظرية هانز سيللي الذي قدم نظريته عام 1956 ثم أعاد صياغتها مرة أخرى عام 1976، ويؤمن بأن درجة معتدلة أو متوسطة من الضغط النفسي تؤدي إلى إضطراب التوازن الجسمي، وقد أطلق سيللي على هذه النظرية بعد صياغتها متلازمة التكيف العام **General Adaptation Syndrome (GAS)** (الغريير وأبو أسعد، 2009، ص60).

إن كثرة الضغوط والأعباء الملقاة على عاتق المعلم، قد تدفع به إلى به إلى الوقوع في دائرة الإضطراب الإنفعالي، ومن ثم الإضطراب السيكوسوماتي وفقاً لما تم الإتفاق عليه من وجود علاقة وثيقة بينهما، فإذا أخذنا في الإعتبار أن طبيعة المعلم تتطلب منه بالإضافة إلى مخزونه المعلوماتي والمعرفي، القدرة على التفاعل الجيد مع التلاميذ على كافة المستويات السلوكية والشخصية والإنفعالية والمزاجية، بات من الواضح إذن التعرض بحثياً للضغوط الواقعة عليه، ومن ثم محاولة الإقلال منها، حتى نضمن في المقابل قدرة جيدة على التعامل مع التلاميذ (سلطان عويضة، 1999، 211).

3-الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الجنس.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط درجة الضغوط النفسية والمهنية تعزى إلى متغير الجنس.

جدول رقم (24): يبين الفروق في متوسط درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
122	188.96	30.998	316	2.66	0.008
196	179.83	28.638			

العدد	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	البعد
122	ذكور	36,41	6,501	0.009	العبء الوظيفي
196	إناث	34,55	5,853		
122	ذكور	16,63	4,037	0.001	صراع الدور
196	إناث	15,14	3,769		
122	ذكور	23,38	5,388	0.026	غموض الدور
196	إناث	22,10	4,632		
122	ذكور	20,59	4,588	غير دال	علاقات العمل
196	إناث	20,31	5,454		
122	ذكور	24,28	24,28	0.038	ضغوط إدارية
196	إناث	22,87	22,87		
122	ذكور	19,54	4,673	0.026	التطوير

	4,843	18,31	196	إناث	الوظيفي
0.094	4,192	22,43	122	ذكور	بيئة العمل
	3,900	21,65	196	إناث	المادية
غير دال	4,512	25,70	122	ذكور	ضغوط التلاميذ
	4,236	24,95	196	إناث	

جدول رقم (25): يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد الضغوط النفسية والمهنية حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

يتبين من خلال الجدول (24) وجود فروق دالة بين المتوسطين في درجة الضغوط النفسية والمهنية بين الذكور والإناث لصالح الذكور، حيث كان متوسط درجات الضغط النفسي والمهني عند الذكور (188.96) بينما بلغ عند الإناث (179.833) والفرق بينهما (2.66) عند مستوى دلالة (0.008) وهي أقل من قيمة (0.01). أي توجد فروق بين الذكور (المدرسين) والإناث (المدرسات) تفسر لصالح المدرسين، أي بمعنى أن المدرسين أكثر شعورا بالضغط المهني حسب ما يقيسه المعد لذلك. أما من حيث أبعاد المقياس فنلاحظ عدم وجود فروق بين المدرسين والمدرسات في بعدي ضغوط التلاميذ والعلاقات العامة.

وعليه نرفض فرضية البحث لعدم تحققها وبالتالي توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الجنس.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة سميث وبورك Bourke et smith (1992)، حيث تكونت عينة الدراسة من (204) معلم ومعلمة ممن يعملون في أستراليا، وأظهرت نتائج الدراسة أن ظروف العمل وأعبائه، تؤثر بشكل مباشر في إحداث الضغط، كما بينت نتائج الدراسة أن متغيرات: الجنس، والعبء التدريسي، وتركيب الصف، والمدرسة، وموضوع التدريس لها تأثير في إحداث ضغوط العمل.

و دراسة عبد الفتاح خليفات وعماد الزغلول (2001)، حيث أجريت الدراسة على عينة متكونة من 406 من المعلمين والمعلمات. وتوصلت هذه الدراسة إلى أن المعلمين يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أي أن الذكور أكثر معاناة من الإناث في الضغوط النفسية والمهنية، إلى طبيعة المجتمع وثقافته والتي تجعل من الرجل المسؤول على متطلبات الحياة والإنفاق على الأسرة، وأيضا التفاعلات الإجتماعية داخل المدرسة وخارجها تجعله أكثر شعورا بالضغط، وأيضا طريقة تعامل المسؤولين وأولياء أمور التلاميذ مع المدرسين الذكور تكون أكثر حزما منها مع المدرسات نظرا لثقافة المجتمع السائدة. ويبدو أيضا أن حصول المرأة على عمل في حد ذاته قد يكون بالنسبة لها مجالا لإثبات الذات من جهة، ومن جهة أخرى عامل من عوامل الدعم المادي خاصة في ظل ظروف اجتماعية صعبة تعاني منها الأسرة الجزائرية.

4-الفرضية الرابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الخبرة المهنية

يوجد تباين في الإصابة بدرجة الضغوط النفسية والمهنية تعزى لمتغير مدة الخبرة المهنية.

جدول (26) رقم الإحصاءات الوصفية لمقياس الضغط النفس والمهني عند المجموعات الثلاث

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة	العدد	المتوسط	الإ انحراف المعياري
الضغوط النفسية والمهنية	أقل من 10 سنوات	70	183.26	28.378
	بين 11 و 20 سنة	93	189.41	30.617
	أكثر من 21	155	179.29	29.631
	المجموع	318		

جدول رقم (27) : نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات الضغط بين المجموعات الثلاث

المتغير المقاس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الضغوط	بين المجموعات	5396.191	2	1855.596	3.068	0.048

		387.167	315	277018.941	داخل المجموعات	النفسية والمهنية
			317	282415.132	المجموع	

جدول رقم (28) المقارنات البعدية لمتوسطات الضغوط النفسية والمهنية بين المجموعات الثلاث

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة	الفرق بين المتوسطين	الدلالة
الضغوط النفسية والمهنية	مج1/ مج2	-6.151	غير دالة
	مج1/ مج3	3.483	غير دالة
	مج2/ مج3	9.634(*)	دال عند 0.05

من خلال الجدول رقم (27) نلاحظ أن قيمة التباين بلغت (3.068) عند مستوى دلالة 0.048 وهي أقل من 0.05 وبالتالي فهو دال إحصائياً ونقول أنه يوجد تباين في مستوى الضغوط النفسية والمهنية يعزى إلى متغير الخبرة المهنية (أقل من 10 سنوات، وبين 11 و 20 سنة وأكثر من 21 سنة). وحتى نعرف اتجاه الفروق قمنا بإجراء مقارنات بعدية بين المجموعات الثلاث اعتماداً على اختبار (Sheffe) وهو أحد الاختبارات التي تشترط تساوي التباينات في المجموعات الثلاثة. يوضح الجدول رقم (28) الفرق بين متوسطي المجموعتين الثانية التي تتراوح مدة خبرتها من 11 سنة إلى 20 سنة والمجموعة الثالثة والتي تتراوح مدة خبرتها أكثر من 21 سنة (9.634) عند مستوى دلالة أقل من (0.05). أي أن المدرسين الذين تتراوح خبرتهم المهنية ما بين 11 و 20 سنة أكثر شعوراً بالضغط المهني والنفسي من المجموعتين الأولى والثالثة ثم تأتي المجموعة الثالثة التي مدة خبرتها أكثر من 21 سنة، ثم تليها الفئة الأولى الأقل من 10 سنوات.

وعليه نرفض فرضية البحث لعدم تحققها وبالتالي توجد فروق دالة إحصائياً في درجة الضغوط النفسية

والمهنية حسب متغير الخبرة المهنية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى كون المجموعة الأولى أي الأقل من 10 سنوات أقل شعورا بالضغط، حيث أن هذه الفئة أكثر حماسة للعمل، كما أن لديهم نوع من الإستعداد وتحمل الأعباء التي تعترضهم في طريقهم خاصة وأن فرص العمل أصبحت نادرة نظرا لكثرة المتخرجين من الجامعات، والطلب المتزايد على الوظائف، لذا فإن الحصول الشاب على وظيفة مستعد لأن يتحمل من أجلها المشاق والضغوط. بينما نجد الفئة الثالثة أكثر من 21 سنة فنظرا لخبرتها الطويلة وتجاربها المتعددة مع المواقف الضاغطة فإنها استطاعت أن تكون لنفسها استراتيجيات وأساليب لمقاومة الضغوط، فأصبح لدى المعلم في هذه المرحلة مناعة وحصانة واستعداد لمواجهة المواقف الضاغطة بتوظيفه لخبراته السابقة في مواجهة الضغوط التي تتشابه فيما بينها. أما المجموعة الوسطى وهي التي تتراوح خبرتها المهنية ما 11 و 20 سنة فهي الأكثر شعورا بالضغط لأنها تعرضت للعديد من المواقف الضاغطة ولم تكون بعد أساليب لمقاومة ومواجهة الضغط النفسي والمهني.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة عباس متولي 2000 حيث توصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين والمعلمات في مدة الخبرة لصالح المعلمين والمعلمات الأقل خبرة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين والمعلمات في الضغوط النفسية لصالح المعلمين، أي أن المعلمين الأقل خبرة أكثر معاناة من الضغوط النفسية من المعلمين والمعلمات الأكثر خبرة.

كما دلت دراسة عبد الفتاح خليفات وعماد زغلول (2001) على وجود فروق دالة إحصائية بين سنوات الخبرة وكل من بعد الدخل وعملية الإشراف التربوي والعلاقة بالمجتمع المحلي وأولياء الأمور.

واتفقت أيضا هذه الدراسة مع دراسة حمودي أحمد 2005 حيث وجد أن متغير الأقدمية في التعليم دل على أن فئة 10 سنوات فما فوق، أكثر معاناة من الضغط من الفئة الأقل خبرة.

واختلفت هذه الدراسة مع دراسة فوزي عزت ونور جلال 1997 حيث توصلنا إلى أنه كلما زاد العمر الزمني وازدادت سنوات الخبرة أدى ذلك إلى زيادة الشعور بالضغط النفسي. كما توصل عويد المشعان في دراسته إلى وجود فروق غير دالة في مصادر ضغوط العمل حسب مجموعات الخبرة.

5-الفرضية الخامسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور التدريسي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط درجة الضغوط النفسية والمهنية تعزى إلى متغير الطور التدريسي.

جدول رقم (29): يبين الفروق في متوسط درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور

التدريسي (مجموعة مدرسي الابتدائي ومجموعة مدرسي المتوسط)

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
200	180.27	31.413	316	-2.425	0.016
118	188.60	26.241			الابتدائي
					المتوسط

العدد	الطور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	البعد
200	إبتدائي	35,27	6,009	العبء الوظيفي
118	متوسط	35,25	6,452	
200	إبتدائي	15,49	4,068	صراع الدور
118	متوسط	16,09	3,684	
200	إبتدائي	22,03	4,992	غموض الدور
118	متوسط	23,55	4,792	
200	إبتدائي	20,10	5,530	علاقات العمل
118	متوسط	20,96	4,349	
200	إبتدائي	22,81	6,122	ضغوط إدارية
118	متوسط	24,43	5,326	
200	إبتدائي	22,40	4,976	التطوير الوظيفي
118	متوسط	18,48	4,486	

4,239	21,68	200	إبتدائي	بيئة العمل المادية
3,609	22,40	118	متوسط	
4,311	24,42	200	إبتدائي	ضغوط التلاميذ
4,073	26,64	118	متوسط	

جدول رقم (30): يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور

التدريسي (مجموعة مدرسي الإبتدائي ومجموعة مدرسي المتوسط)

يتبين من خلال الجدول (29) وجود فروق دالة بين المتوسطين في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب المستوى التعليمي بين مجموعة مدرسي الطور الإبتدائي ومجموعة الطور المتوسط لصالح مدرسي الطور المتوسط، حيث كان متوسط درجات الضغوط النفسية والمهنية عند مدرسي الطور الإبتدائي (180.27) بينما بلغ عند مدرسي الطور المتوسط (188.60) والفرق بينهما (-2.425) عند مستوى دلالة (0.016) وهي أقل من قيمة (0.05).

وهذا يعني أن مدرسي مرحلة المتوسط أكثر عرضة للضغوط من مجموعة مدرسي مرحلة الإبتدائي.

وعليه نرفض فرضية البحث لعدم تحققها وبالتالي توجد فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور التعليمي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة لكون نشاطات المرحلة الإبتدائية لا تتطلب جهدا كبيرا مثلما هو الشأن في مرحلة المتوسط، ومن جهة أخرى فإن إجراءات التقويم المتمثلة في الفروض والاختبارات والواجبات المترتبة لها قيمة كبيرة في هذه المرحلة مما يشكل عبئا زائدا على المدرسين في مرحلة المتوسط أكثر مما هو عليه في مرحلة الإبتدائي. أيضا نجد أن التلميذ في طور المتوسط هو في مرحلة المراهقة وهذا يتطلب من الأستاذ جهدا مضاعفا للتعامل معهم وخاصة وأنهم في سن حرجة تبدأ بتشكيل شخصياتهم مع إحساسهم بنوع من الإستقلالية والتفرد بالرأي، ولفت الإنتباه، بخلاف معلم مرحلة الإبتدائي الذي يتعامل مع تلاميذ أكثر طواعية ويستطيع التحكم في تصرفاتهم وسلوكياتهم في القسم.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة حمودي أحمد 2005 الذي وجد أن مدرسي مرحلة المتوسط أكثر عرضة للضغط من مدرسي مرحلة الابتدائي. وبالمقابل اختلفت هذه النتيجة مع دراسة الجبر (1998) حيث أوضحت الدراسة أن مديري المدارس الابتدائية يعانون من ضغط أعلى مقارنة من المرحلتين المتوسطة والثانوية.

6-الفرضية السادسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير

الجنس

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط الإضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى متغير الجنس.

جدول رقم(31): يبين الفروق في متوسط درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
122	86.39	21.528	316	0.749	
196	87.12	18.885			

يتبين من خلال الجدول (31) أنه لا توجد فروق بين المتوسطين في مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية، حيث كان متوسط درجات الإضطرابات السيكوسوماتية عند المدرسين الذكور (86.39) بينما بلغ عند الإناث (87.12) والفرق بينهما (0.749) وقد كانت قيمة (ت) أكبر من (0.05).

البعء	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإلتحاف المعياري
الجهاز الهضمي	ذكور	122	15.20	4.573
	إناث	196	15.21	3.973
جهاز القلب والدوران	ذكور	122	9.30	3.028
	إناث	196	8.82	2.144

2.171	6.63	122	ذكور	الجهاز التنفسي
1.903	6.73	196	إناث	
3.577	9.64	122	ذكور	الجهاز العصبي
3.134	10.30	196	إناث	
2.621	7.29	122	ذكور	الجهاز الحركي
2.545	7.18	196	إناث	
1.754	4.46	122	ذكور	جهاز الغدد
1.509	4.38	196	إناث	
2.182	5.55	122	ذكور	الإضطرابات الجلدية
2.242	5.81	196	إناث	
4.852	17.17	122	ذكور	إضطرابات الحواس
4.569	16.94	196	إناث	
3.525	11.15	122	ذكور	توهم المرض
3.310	11.73	196	إناث	

جدول رقم(32): يبين الفروق في المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد الإضطرابات

السيكوسوماتية حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

وعليه نقبل فرضية البحث لتحقيقها وبالتالي لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الإضطرابات

السيكوسوماتية حسب متغير الجنس.

وتتنفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة سلطان عويضة 1999 التي أظهرت عدم وجود فروق في

متوسط درجة الإضطرابات السيكوسوماتية بين المدرسين والدراسات.

وتفسير ذلك أن قوة الضغوط والإنفعالات المتولدة عنها التي يتعرض لها الذكور والإناث هي التي يكون لها السيادة في الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، وليس الكون الفرد ذكرا أم أنثى، حيث هناك بعض الإناث يكن أكثر جلدا وتحملا في مواجهة الضغوط والإنفعالات التي يتعرض لها عن الذكور، والعكس صحيح، فبالتالي يرجع ذلك إلى طبيعة الشخصية نفسها ومدى شعور الذكر أو الأنثى بقوة الضغوط التي تواجههم، وما تمثله هذه الضغوط بالنسبة لهم وحرصهم على ظهور هذه الإنفعالات أو اختفاءها، فكل ذلك يكون له التأثير الأكبر في الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية وليس نوع الفرد ذكرا كان أم أنثى.

واختلفت الدراسة الحالية مع دراسة عويد المشعان 1998 حيث وجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث في الإضطرابات السيكوسوماتية، حيث حصلت الإناث (مدرسات) على متوسطات أعلى من المدرسين الذكور، وتوصل نفس الباحث في دراسة أخرى سنة 2002 إلى وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث، حيث وجد أن الإناث أكثر تشاؤما واضطرابا نفسيا وجسديا من الذكور. وفي نفس الإتجاه توصل يوسف محمد عبد الفتاح 1997 إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الإضطرابات السيكوسوماتية بحيث توصل الباحث إلى أن الذكور أكثر معاناة من العصبية والقلق والإرعاد، كما أنهم أكثر ميلا إلى السلوك السيكوباتي، كما وجد أن الإناث أكثر معاناة من الحساسية والشك واضطرابات التنفس والدورة الدموية.

7-الفرضية السابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير

الخبرة المهنية

يوجد تباين في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير مدة الخبرة المهنية.

جدول (33) رقم الإحصاءات الوصفية لمقياس الإضطرابات السيكوسوماتية عند المجموعات الثلاث

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة	العدد	المتوسط	الإنحراف المعياري
الإضطرابات السيكوسوماتية	أقل من 10 سنوات	70	80.77	18.782
	بين 11 و 20 سنة	93	90.20	20.147

19.784	87.84	155	أكثر من 21	
		318	المجموع	

جدول رقم (34) : نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات الإضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعات الثلاث

المتغير المقاس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الإضطرابات السيكوسوماتية	بين المجموعات	3711.192	2	1855.596	4.793	0.009
	داخلك المجموعات	1371.783	315	387.167		
	المجموع	125668.821	317			

جدول رقم (35) المقارنات البعدية لمتوسطات الاضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعات الثلاث

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة	الفرق بين المتوسطين	الدلالة
الاضطرابات السيكوسوماتية	مج1/ مج2	-9.433(*)	دال عند 0.01
	مج1/ مج3	-6.790	غير دالة
	مج2/ مج3	-2.643	غير دالة

من خلال الجدول رقم (34) نلاحظ أن قيمة التباين بلغت (4.793) عند مستوى دلالة 0.009 وهي أقل من 0.01 وبالتالي فهو دال إحصائيا ونقول أنه يوجد تباين في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية يعزى إلى متغير الخبرة المهنية (أقل من 10 سنوات، وبين 11 و20 سنة وأكثر من 21 سنة).

وحتى نعرف اتجاه الفروق قمنا بإجراء مقارنات بعدية بين المجموعات الثلاث اعتمادا على اختبار (Sheffe) وهو أحد الاختبارات التي تشترط تساوي التباينات في المجموعات الثلاثة.

يوضح الجدول رقم (35) الفرق بين متوسطي المجموعتين الأولى التي تتراوح مدة خبرتها أقل من 10 سنوات والمجموع الثانية والتي تتراوح مدة خبرتها ما بين 11 و 20 سنة هو (-9.433) عند مستوى دلالة (0.01)، إذن فهو دال إحصائيا . أي أن المجموعة الثانية التي تتراوح مدة خبرتها ما بين (11 و 20 سنة) هي الأكثر إصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية حيث متوسط حسابها (90.20)، أما المجموعة الثالثة التي تتراوح مدة خبرتها (أكثر من 21 سنة) فقد بلغ متوسط الحساب (87.84)، بينما بلغ عند المجموعة الأولى (80.77) والتي تتراوح مدة خبرتها (أقل من 10 سنوات).

وعليه نرفض فرضية البحث لعدم تحققها وبالتالي توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الخبرة المهنية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المجموعة الثانية (ما بين 11 و 20 سنة) هي الأكثر الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، حيث وجدنا في الفرضية الرابعة من هذا البحث أن هذه المجموعة هي الأكثر شعورا بالضغط النفسي والمهني، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى التي تقول أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية والمهنية والإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية.

إذن فالعلاقة واضحة بين الضغوط النفسية والإنفعالات والأمراض التي تصيب الدم والقلب والأوعية الدموية، وأجهزة الجسم المختلفة، فكلما زادت مدة الاضطراب الانفعالي وشعر الفرد بزيادة الضغوط النفسية عليه انعكس ذلك على أعضاء الجسم المختلفة وأحدث تغيرات بنائية في أحد أعضاء الجسم حسب الاستعداد التكويني.

وقد أوضحت البحوث أن الضغوط المزمنة تقلل من القدرة على مقاومة الأمراض وتزيد من تأثيراتها. ويعتمد تأثير الضغوط على شدة وبقاء الضغوط، واحتمال التعرض لها الاستهداف. كما أن الضغوط المستمرة يمكن أن تؤدي غالبا إلى استجابة بدنية معينة معتمدة على نقطة الضعف أو ما يمكن أن نطلق عليه الحلقة الأضعف، والمقصود بالحلقة الأضعف هنا هو ذلك الجهاز الجسمي (المعدة، الأمعاء، الجهاز التنفسي،... الخ) (جمعة يوسف، 2007، ص33).

وقد وجدت دراسة ستيفن Stephen (1997) أن هناك علاقة مباشرة بين ضغوط العمل وبعض الأمراض كأمراض القلب والصداع النصفي والربو وقرحة المعدة واضطرابات الدورة الشهرية عند النساء وزيادة نشاط الغدة الدرقية وأمراض الجلد.

وتشير العديد من الدراسات منها دراسة بارون وكرينبير Baron et Grenber (1990) إلى أن ارتفاع ضغط العمل قد يضعف جهاز المناعة عند الإنسان ويقلل من قدرته على مقاومة الكثير من الأمراض الخطيرة (عمر النعاس، 2008، ص62).

8-الفرضية الثامنة: لا توجد فروق دالة إحصائية في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط الإضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى متغير الطور التدريسي.

جدول رقم (36): يبين الفروق في متوسط درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي (مجموعة مدرسي الطور الإبتدائي ومجموعة الطور المتوسط)

العدد	م	ع	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
200	85.75	18.896	316	0.202	
118	88.69	21.476			

العدد	الطور	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	البعد
200	إبتدائي	14.91	4.010	الجهاز الهضمي
118	متوسط	15.72	4.491	
200	إبتدائي	8.87	2.260	جهاز القلب والدوران
118	متوسط	9.23	2.919	

1.919	6.63	200	إبتدائي	الجهاز التنفسي
2.152	6.81	118	متوسط	
3,234	9.99	200	إبتدائي	الجهاز العصبي
3,475	10.15	118	متوسط	
2,566	7,17	200	إبتدائي	الجهاز الحركي
2,588	7,31	118	متوسط	
1,467	4,26	200	إبتدائي	جهاز الغدد
1,792	4,68	118	متوسط	
2,180	5,65	200	إبتدائي	الإضطرابات الجلدية
2,289	5,82	118	متوسط	
4,494	16,82	200	إبتدائي	إضطرابات الحواس
4,959	17,37	118	متوسط	
3,414	11,46	200	إبتدائي	توهم المرض
3,390	11,59	118	متوسط	

جدول رقم (37): يبين الفروق حسب الأبعاد التسعة في المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجة

الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي (مجموعة مدرسي الطور الإبتدائي ومجموعة الطور المتوسط)

يتبين من خلال الجدول (36) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مقياس الإضطرابات

السيكوسوماتية، حيث كان متوسط درجات الإضطرابات السيكوسوماتية عند مدرسي الطور الإبتدائي

(85.75) بينما بلغ متوسط درجات الإضطرابات السيكوسوماتية عند مدرسي الطور المتوسط (88.69) وقد كانت قيمة (ت) (0.202) وهذه القيمة أكبر من (0.05) إذن فهي غير دالة إحصائياً.

كما نلاحظ في الجدول (37) الذي يوضح الفروق في المتوسطات حسب الأبعاد التسعة لمقياس الإضطرابات السيكوسوماتية أنه لا توجد فروق في جميع هذه الأبعاد بين مجموعة مدرسي الطور الابتدائي ومجموعة الطور المتوسط.

وعليه نقبل فرضية البحث لتحقيقها وبالتالي لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي.

وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة سلطان عويضة (1999) التي أظهرت وجود فروق في متوسط درجة الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية بين المدرسين في الطور الابتدائي والمتوسط لصالح المدرسين في الطور الابتدائي .

ويمكن تفسير هذه النتيجة الحالية بعدم وجود فروق بين المدرسين في الطورين الابتدائي والمتوسط في الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية حيث أن المعلمين من كلا الطورين قد يتعرضون للإصابات بهذه الإضطرابات بسبب المهنة وليس بسبب المرحلة التعليمية، حيث أن مهنة التعليم في حد ذاتها هي مهنة شاقة، فإنه حسب تصنيف منظمة العمل الدولية تعد مهنة التدريس من أكثر مجالات العمل ضغوطاً فهي أكثر المهن الضاغطة، وذلك من خلال ما تزخر به البيئة التعليمية سواء كانت في مرحلة الإبتدائي أو المتوسط من مشيرات ضاغطة يرجع بعضها إلى شخصية المعلم التي تحدد قدرته على التكيف مع المتغيرات السريعة والكبيرة في مجال التعليم ومؤسساته وما يقيد عملها من قرارات ولوائح وقوانين ويرجع البعض الآخر إلى البيئة الاجتماعية الخارجية التي يعيش فيها المعلم ومدى تقديرها لدوره، إذ تؤدي الضغوط الداخلية والخارجية التي يتعرض لها المعلم إلى استنزاف جسمي وانفعالي يؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كقرحة المعدة وضغط الدم، وقد يكون عرضة للاحتراق النفسي .

ثانيا : مناقشة عامة للنتائج

انتهت الدراسة الحالية بمجموعة من النتائج، تم عرضها وتفسيرها في ضوء التراث النظري المتاح، والدراسات السابقة المتوفرة، ويمكن إجمال ما انتهت إليه الدراسة فيما يلي:

- بينت الفرضية الأولى في الدراسة الحالية عن طبيعة الارتباط بين الضغوط النفسية والمهنية وبين الإضطرابات السيكوسوماتية عند عينة من المعلمين. وقد جاءت النتيجة مؤيدة لهذا الفرض حيث تبين أن هناك ارتباطا موجبا دالا إحصائيا بين الضغوط النفسية والمهنية والإضطرابات السيكوسوماتية عند عينة الدراسة.

- أما الفرضية الثانية، فقد استهدفت اختبار الفروق في الإضطرابات السيكوسوماتية بين المدرسين حسب درجة الضغط النفسي والمهني، كما جاءت النتيجة مؤيدة كذلك لهذا الفرض، حيث تبين أن هناك فروق جوهرية دالة إحصائيا بين المدرسين مرتفعي ومنخفضي الضغط النفسي والمهني في الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية لصالح المدرسين ذوي الضغط النفسي والمهني المرتفع، وهي نتيجة طبيعية في ضوء النظريات المفسرة للضغوط النفسية والمهنية حيث أن التعرض المتكرر للمواقف الضاغطة يكون لها تأثير على الفرد ويترتب على ذلك تأثيرات سلبية في حياته تجعله يعجز عن اتخاذ القرارات كما يعجز عن التفاعل مع الآخرين وظهور أعراض جسمية واضطرابات سيكوسوماتية وغير ذلك من نواحي الإحتلال الوظيفي مما يؤدي إلى اعتلال الصحة النفسية والذي يؤدي بالفرد إلى الإتهاك والإنفعال الذي يصيب الجسم.

- أما الفرضية الثالثة فقد كان هدفها اختبار الفروق في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الجنس، وقد أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أنه توجد فروق دالة بين المدرسين والمدرسات لصالح الذكور. وتفسير ذلك يعود إلى طبيعة المجتمع وثقافته والتي تجعل من الرجل المسؤول على متطلبات الحياة والإنفاق على الأسرة.

- في الفرضية الرابعة حاولنا الكشف عن الفروق في درجة الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الخبرة المهنية، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن المدرسين الذين تتراوح خبرتهم المهنية ما بين 11 و20 سنة أكثر شعورا بالضغط المهني والنفسي من المجموعتين الأولى والثالثة ثم تأتي المجموعة الثالثة التي مدة خبرتها أكثر من 21 سنة، ثم تليها الفئة الأولى الأقل من 10 سنوات.

- الفرضية الخامسة، جاءت لتوضيح الفروق في الضغوط النفسية والمهنية حسب متغير الطور التدريسي، وأظهرت هذه النتائج أن مدرسي مرحلة المتوسط أكثر عرضة للضغوط من مجموعة مدرسي مرحلة الإبتدائي، وقد فسرت هذه النتيجة لكون نشاطات مرحلة المتوسط تتطلب جهدا كبيرا وتشكل عبئا زائدا على المدرس

وتتعامل مع تلاميذ في سن حرجة وهي بداية مرحلة المراهقة مما يشكل إرهاقا وضغطا يثقل كاهل المدرس في هذه المرحلة أكثر مما عليه الحال في الطور الابتدائي.

- كما استهدفت الفرضية السادسة، اختبار الفروق في درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الجنس، وقد أسفرت نتائج الدراسة على عدم وجود اختلاف بين المدرسين والمدرسات في درجة الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، ومرد ذلك يرجع ذلك إلى طبيعة الشخصية نفسها ومدى شعور الذكر أو الأنثى بقوة الضغوط التي تواجههم، فكل ذلك يكون له التأثير الأكبر في الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية وليس نوع الفرد ذكرا كان أم أنثى.

- أما الفرضية السابعة فقد كان هدفها اختبار فروق في درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الخبرة المهنية، وبينت هذه الدراسة أن المجموعة الثانية من المدرسين والمدرسات والتي تتراوح مدة خبرتها ما بين (11 و20 سنة) هي الأكثر إصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، ثم تليها المجموعة الثالثة التي تتراوح مدة خبرتها (أكثر من 21 سنة)، ثم تأتي المجموعة الأولى والتي تتراوح مدة خبرتها (أقل من 10 سنوات). وقد فسرنا هذه النتيجة بأن المجموعة الثانية هي الأكثر شعورا بالضغط النفسي والمهني وهذا ما يؤكد العلاقة القوية بين الضغوط النفسية والمهنية والإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية.

- أما الفرضية الثامنة والأخيرة فجاءت للكشف عن الفروق في درجة الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي. فأوضحت الدراسة عدم وجود فروق بين المدرسين في الطور الابتدائي والمدرسين في الطور الابتدائي في درجة الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، وقد فسرت هذه النتيجة إلى طبيعة مهنة التعليم وما تتوفر عليه هذه البيئة التعليمية من مثيرات ضاغطة تؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض الجسمية.

ثالثا: الاقتراحات :

تعتبر الدراسة الحالية محدودة، ومقيدة بمنهجها الوصفي، وعينتها الصغيرة من مجموع العينة الكلية، ولذلك يمكن اعتبارها دراسة أولية. وبناء على هذا تبرز الحاجة إلى المزيد من الدراسات في هذا المجال.

أما بخصوص الإقتراحات فقد اقترح الطالب الباحث ما يلي:

1- ضرورة وجود سياسة محددة الأهداف ذات رؤية مستقبلية واضحة فيما يتعلق بخلق استراتيجيات جديدة للارتقاء بالمنظومة التعليمية وفي مقدمتها الاهتمام بالمعلم الذي هو العنصر الفاعل حقا في العملية التربوية.

- 2- العمل على وضع وتصميم استراتيجيات وقائية وعلاجية للحد من ضغوط مهنة التدريس التي يتعرض لها المعلم لما تتركه من عواقب وخيمة الأثر على صحته النفسية والجسدية وبالتالي على العملية التعليمية برمتها.
- 3- إعداد وتنفيذ ورش عمل دورية خاصة بالمعلمين حول كيفية التعامل مع الضغوط من أجل رفع مستوى السلوك التكيفي لديه في البيئة المدرسية، وخاصة في مجال التعامل مع التلاميذ والتكيف مع العبء الوظيفي .
- 4- مساعدة المعلم على تنمية قدراته الإبداعية والابتكارية من خلال إشباع حاجاته الثقافية والذاتية والمادية وذلك حتى ينجح في تحقيق تربية مستقبلية نوعية لأبناء مجتمعه.
- 5- إعطاء المزيد من الاهتمام لظروف العمل في المدارس من خلال توفير بيئة عمل مناسبة تجعل المعلمين قادرين على تقديم المزيد من الإنجازات ويشعرون بالراحة النفسية والاستقرار الوظيفي.
- 6- توفير الحوافز المعنوية والمادية للمعلمين وتشجيعهم وخلق فرص للترقية والتطوير الوظيفي لهم والعمل على تحسين أحوالهم المعيشية برفع مستوى العائد المادي الذي يتقاضونه شهريا بما يتناسب مع متطلبات الواقع وارتفاع مستوى المعيشة داخل المجتمع.
- 7- دعوة أولياء الأمور للمشاركة في إدارة وحل مشكلات أبنائهم المدرسية من خلال عقد الاجتماعات والجلسات المستمرة لمجالس الآباء والأمهات، لتزويدهم بأنجع الطرق والأساليب العلمية اللازمة للتعامل معها وإيجاد الحلول المناسبة لها.



قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية

- القرآن الكريم.

1. إبتسام، محمود. محمد، السلطان. (2009). المساندة الإجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة. عمان: دار الصفاء صفاء للنشر والتوزيع. ط1.
2. إبراهيم، عبد الستار. (1998). الإكتئاب اضطراب العصر. الكويت: عالم المعرفة.
3. أبو العلا، محمد (2009). "ضغوط العمل وأثرها على الولاء التنظيمي دراسة تطبيقية على المدراء العاملين في وزارة الداخلية في قطاع غزة". رسالة ماجستير (غير منشورة). الجامعة الإسلامية غزة. فلسطين.
4. أبو النيل، محمود. (1994). الأمراض السيكوسوماتية. ج2. بيروت: دار النهضة العربية. لبنان.
5. الأشول، عادل عز الدين. (1993). "الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال متخلفين عقليا". مجلة الإرشاد النفسي. العدد1. مركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس. ص ص 15-35.
6. آيت حمودة، حكيمة. خطار، زاهية. بوشودوب. (2008). "أهمية مركز الضبط في إدارة الضغوط المهنية لدى مدرسي التعليم الثانوي". مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس. المجلد6. العدد2. دمشق. ص ص 147-186.
7. باهي، سلامي. (2008). "مصادر الضغوط المهنية لدى مدرسي الابتدائي دراسة ميدانية على عينة من أربع ولايات جزائرية". مجلة دراسات. العدد8. جامعة الأغواط. ص. ص 43-70.
8. تايلور، شيلي. (2008)، علم النفس الصحي. ترجمة وسام بريك. فوزي داود، عمان: دار الحامد. ط1.
9. تفاحة، جمال السيد. (1996). "الأمراض السيكوسوماتية - دراسة إكلينيكية تشخيصية". رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
10. تويم، نايف (2005). "مستويات ضغوط العمل وسبل مواجهتها في الأجهزة الأمنية في الرياض". دراسة ماجستير (غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. قسم العلوم الإدارية. الرياض. المملكة العربية السعودية.
11. جابر، رمزي. (2007). "دراسة تقويمية لظاهرة الاحتراق النفسي للمدرّب". مجلة جامعة الأقصى. المجلد الحادي عشر. العدد الأول. يناير. ص ص 129-151.
12. الجاموس، نور الهدى. (2004). الإضطرابات النفسية-الجسمية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع. الأردن.
13. جبالي، نور الدين. (2007). "علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي"، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم علم النفس وعلوم التربية.

14. الجبر، زينب. (1998). " الضغوط النفسية التي يواجهها مديرو ومديرات مدارس تجربة الإدارة المدرسية المطورة بدولة الكويت (دراسة ميدانية) "، سلسلة الدراسات التربوية والنفسية، مجلد3، ص.ص 34-60.
15. جلال، سعد. (1985). في الصحة العقلية- الأمراض النفسية والنفسية والعقلية والإضطرابات السلوكية. القاهرة: دار الفكر العربي. مصر
16. جمعة، سيد يوسف. (2007). إدارة الضغوط. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث - كلية الهندسة.
17. حتاملة، مازن. (2002). "مصادر الضغط لدى طلبة كلية الرياضة في جامعة اليرموك". مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد3. العدد4. ديسمبر. البحرين. ص ص 201-244.
18. حسام، علي. (2008). " الإهمالك النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من معلمي الفئات الخاصة بمحافظة المنيا". رسالة ماجستير (غير منشورة). تخصص الصحة النفسية. جامعة المنيا. مصر.
19. حسن ، عماد أحمد. (2006). " مدى فعالية برنامج تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة وأثره في مهارات الاستذكار والتحصيل الأكاديمي". مجلة كلية التربية. جامعة أسيوط. المجلد (22). العدد الأول. ص ص 02-112 .
20. حسين، طه عبد العظيم. حسين، سلامة عبد العظيم. (2006). استراتيجيات الضغوط التربوية والنفسية. عمان: دار الفكر ط1.
21. حمودي، أحمد. (2005). "عوامل الضغط المهني وعلاقتها بالقلق والإكتئاب وعمليات التحمل لدى مدرسي التعليم الأساسي". رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية العلوم الإجتماعية. قسم علم النفس وعلوم التربية. جامعة وهران.
22. الخليل، جواد. شيرير، عزيزة. (2008). "الرضا الوظيفي وعلاقته ببعض المتغيرات (الديموجرافية) لدى المعلمين". الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية). المجلد السادس عشر. العدد الأول. يناير. غزة. فلسطين. ص.ص 683-711.
23. الدردير، عبد المنعم أحمد. (2004). دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي. القاهرة: عالم الكتب.
24. دويدار، عبد الفتاح محمد. (1994). في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي. بيروت: دار النهضة العربية.
25. راجح، أحمد عزت. (1973). أصول علم النفس. مصر: المكتب المصري الحديث.
26. الرشيدى، هارون توفيق. (2004). الضغوط النفسية، طبيعتها، نظرياتها. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
27. رضوان، فوقية حسن. (2003). الإضطرابات النفسية تشخيص-علاج. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
28. الزراد، فيصل محمد خير. (2000). الأمراض النفسية-الجسدية. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية.

29. الزراد، فيصل محمد خير. (1984). الأمراض العصابية والذهانية والإضطرابات السلوكية. ط1. بيروت: دار العلم.
30. ستورا، جان بنجامان. (1997). الإجهاد أسبابه وعلاجه. تعريب أنطوان إ. هاشم. بيروت: منشورات عويدات. ط1.
31. السرطاوي، زيدان أحمد. (1997). "الاحتراق النفسي ومصادره لدى معلمي التربية الخاصة . دراسة ميدانية". مجلة كلية التربية. العدد 21. الجزء 1. جامعة عين شمس .
32. الشاذلي، عبد الحميد. (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. ط2. الإسكندرية المكتبة الجامعية.
33. الشرم، سعيد بن عطية. (2005). "المناخ التنظيمي في كليات بعض الجامعات السعودية وعلاقته بالضغط المهنية لأعضاء هيئة التدريس". رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية التربية بالقاهرة. جامعة الأزهر. 1425هـ
34. شريت، أشرف عبد الغني. (2001). المدخل إلى الصحة النفسية. الإسكندرية: جامعة الإسكندرية. كلية رياض الأطفال.
35. شقير، زينب محمود. (2002). الأمراض السيكوسوماتية (النفس-جسدية). المجلد (1). ط1. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
36. شقير، زينب محمود. (2005). الشخصية السوية والمضطربة. ط3. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
37. شكري، عائدة. (2001). " ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالإضطرابات السيكوسوماتية والسويات دراسة مقارنة "، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة عين شمس، كلية الآداب. قسم علم النفس، مصر.
38. شليبي، محمد أحمد (2001). مقدمة في علم النفس المعرفي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
39. الشناوي، محمد محروس، وعبد الرحمن، محمد السيد. (1998). العلاج السلوكي الحديث. القاهرة: دار قباء.
40. الشيخاني، سمير. (2003). الضغط النفسي طبيعته، أسبابه. بيروت: دار الفكر العربي. ط1.
41. الصبان، عبير. (2003). " المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة"، رسالة ماجستير (غير منشورة). تخصص صحة نفسية. جامعة أم القرى. مكة المكرمة.
42. الصديق، أيمن. (2008). "الضغوط النفسية لدى المرشدين المدرسين بمراحل التعليم العام بمدينة مكة المكرمة". رسالة ماجستير (غير منشورة). تخصص توجيه تربوي ومهني. جامعة أم القرى. مكة المكرمة.
43. الطحايبة، زياد لطفي. الخالدي، حسن محمد. أبو الطيب، محمد حسن. (2008): "ضغوط العمل وسبل

مواجهتها لدى الأعضاء العاملين بالإتحادات الرياضية بالأردن"، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية. مجلد 20. العدد 2. يوليو. السعودية. ص.ص 217-260.

44. الطحان، محمد خالد ونجيب، محمد موسى. (2008). "فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الإضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات". البصائر. المجلد 12. العدد 2. سبتمبر. ص ص 193-230.
45. الطريفي، عبد الرحمان سليمان. (1994). الضغط النفسي مفهومه تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته. الرياض: مطابع شركة الصفحات الذهبية المحدودة.
46. الطلاع، عبد الرؤوف. (2000). "الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية". رسالة ماجستير (غير منشورة). القاهرة: جامعة عين شمس. قسم الصحة النفسية.
47. عبد الجواد، نور الدين. متولي، مصطفى. (1993). مهنة التعليم في الخليج العربي. الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج العربي.
48. عبد الرحمن، محمد. (1999). علم الاضطرابات النفسية والعقلية. الكتاب (1). الجزء (2). القاهرة: دار قباء.
49. عبد القوي، سامي (1995). علم النفس الفيزيولوجي. ط2. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
50. زهران، حامد عبد السلام. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. القاهرة: عالم الكتب.
51. عبد الله، محمد قاسم. (2004). مدخل إلى الصحة النفسية. ط2. عمان: دار الفكر. الأردن.
52. عبد المعطي، حسن. (2003). الأمراض السيكوسوماتية، التشخيص - الأسباب - العلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق. مصر.
53. عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع. ط1.
54. عثمان، فاروق السيد. (2001). "القلق وإدارة الضغوط النفسية". القاهرة: دار الفكر العربي.
55. عربيات، أحمد. الخرابشة، عمر. (2007). "الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطلبة المتفوقون". مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس. جامعة دمشق. المجلد 05، العدد 02، ص.ص 48-68.
56. عساف، عبد محمد. عساف، هدى خالد. (2007). "ضغوط مهنة التدريس لدى معلمي المرحلة الأساسية

الدنيا في مدينة نابلس بفلسطين ومدى تأثيرها بالمتغيرات الديمغرافية"، مجلة العلوم التربوية والنفسية. مجلد 8. العدد 1. مارس. كلية التربية البحرين. ص ص 133-153.

57. عسكر، رأفت السيد. (2004). علم النفس الإكلينيكي، التشخيص والتنبؤ. القاهرة: الزقازيق.

58. عسكر، علي. (1998). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. الكويت: دار الكتاب الحديث.

59. عكاشة، أحمد (1998). الطب النفسي المعاصر. الطبعة 9. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

60. علي، علي. (2000). "المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية

لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية". مجلة علم النفس. العدد 53. السنة 14. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ص 6_22.

61. العتري، أمل سليمان. (2004). "أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالإضطرابات

النفسيجيمسة "السيكوسوماتية" دراسة مقارنة". رسالة ماجستير (غير منشورة). تخصص علم النفس. جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية.

62. العويضة، سلطان. (1999). "علاقة الضغوط المهنية بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من المعلمين

والمعلمات بمدينة الرياض". مجلة الآداب والعلوم الإنسانية. العدد الثاني. أفريل. جامعة المنيا. القاهرة. ص.ص 209-242.

63. العيسوي، عبد الرحمن. (1994). الأمراض السيكوسوماتية. بيروت: دار النهضة العربية.

64. العيسوي، عبد الرحمن. (2000). الإضطرابات النفسجسمية. ط1. بيروت: دار الراتب الجامعية.

65. العيسوي، عبد الرحمن. (2008). "كيفية مواجهة ضغوط الحياة المعاصرة". مجلة التربية. العدد 166. السنة 37. سبتمبر. الدوحة. قطر. ص.ص 206-218.

66. الغرير، أحمد نايل. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

67. فاخر، عاقل. (1985). معجم علم النفس. بيروت: دار العلم للملايين.

68. فايد، علي حسين. (2001). دراسات في الصحة النفسية. ط1. مصر: المكتب الجامعي الحديث.

69. الفرماوي، حمدي. أبو سريع، رضا. (1993). الضغوط النفسية تغلب عليها وابدأ الحياة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

70. قاسم، حسن صالح. (2000). "إضطرابات ما بعد الضغوط". مجلة الثقافة النفسية. المجلد 13، العدد 49. بيروت دار النهضة العربية.

71. القبلان، نجاح قبلان. (2004). مصادر الضغوط المهنية في المكتبات الأكاديمية في المملكة السعودية.

الرياض: مكتبة الملك الفهد الوطنية، السلسلة الأولى (41).

- 72.** القريوتي، إبراهيم. الخطيب، فريد. (2006). "الإحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن". مجلة كلية التربية. جامعة الإمارات العربية المتحدة. السنة الحادية والعشرون. العدد 23. ص ص 131-154.
- 73.** الكبيسي، عامر بن خضير. (1998). التطوير التنظيمي وقضايا معاصرة. الدوحة: دار الشرق للطباعة والنشر والتوزيع.
- 74.** كشرود، عمار الطيب. (1995). علم النفس الصناعي و التنظيمي الحديث: مفاهيم، نماذج، نظريات. بنغازي: جامعة قازيونس. المجلد الثاني.
- 75.** لعريط، بشير. (2009). "الإنعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة (8x3)". رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة قسنطينة.
- 76.** لوكية، هاشمي. بن زروال، فتيحة (2006). الإجهاد. عين مليلة: دار الهدى للطباعة والنشر. الجزائر.
- 77.** مارتى، بيار. ستورا، بونجامان، النابلسي، أحمد. (1992). مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته. بيروت: مؤسسة الرسالة.
- 78.** محمد، عبد العزيز عبد الحميد. (2005). "سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي". القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- 79.** مرحبا، عبد الرحمن والنابلسي، محمد أحمد. (1991). "ابن سينا مؤسس البسيكوسوماتيك". مجلة الثقافة النفسية. المجلد 2. العدد 7. جويلية. طرابلس. لبنان: دار النهضة العربية. ص.ص 80-89
- 80.** مسيلي، رشيد. فاضلي، أحمد. (2009). "شدة إدراك الضغط النفسي وعلاقته بالإكتئاب ومشاعر اليأس لدى فئة من محاولي الإنتحار". مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 13، جامعة الجزائر. ص.ص 07-32.
- 81.** مصطفى، حسين باهي وآخرون. (2002). علم النفس الفسيولوجي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 82.** المشعان، عويد سلطان. (2001). " مصادر الضغوط في العمل: دراسة مقارنة بين الموظفين الكويتيين وغير الكويتيين في القطاع الحكومي". مجلة جامعة الملك سعود. مجلد 13. العلوم الإدارية (1). الرياض. ص ص 67-112.
- 83.** معاليم، صالح. (2008). محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 84.** المعجم الوجيز. (1994). مجمع اللغة العربية. طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم.
- 85.** معزي، عياش. (2004). "علاقة الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الشخصية لدى العاملين في المرور بمدينة الرياض". رسالة ماجستير (غير منشورة)، تخصص الرعاية والصحة النفسية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

المملكة العربية السعودية.

86. مقداد، محمد. المطوع ، محمد حسن.(2004). "الإجهاد النفسي واستراتيجيات المواجهة والصحة النفسية". مجلة العلوم التربوية والنفسية. المجلد 5. العدد 2. يوليو. البحرين. ص ص 253-280.
87. الميلادي، عبد المنعم. (2004). الأمراض والإضطرابات النفسية. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة. مصر.
88. ميموني، بدرة معتصم. (2003). الإضطرابات النفسية والعقل عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
89. النابلسي، محمد أحمد. (1991). الصدمة النفسية. بيروت: دار النهضة العربية.
90. النابلسي، محمد أحمد. (1991). مبادئ العلاج النفسي ومدارسه. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
91. النعاس، عمر. (2008). الضغوط المهنية والصحة النفسية، منشورات جامعة ليبيا: 7 أكتوبر. ط1.
92. هيجان، عبد الرحمان أحمد. (1999). ضغوط العمل منهج شامل لدراسة مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها. معهد الإدارة العامة. 1419 هـ .
93. وادي، علي أحمد والجنابي، إخلاص.(2005). أساسيات علم النفس الفسيولوجي. ط1. عمان: دار جرير للنشر والتوزيع.

مراجع باللغة الأجنبية

94. Alain, Blacque-Belain. (1985). Dictionnaire Medical Clinique pharmacologique et thérapeutique. 3eme edition. Alger : O.P.U.
95. Chalvin, dominique. (1984). faire face aux stress de la vie quotidienne. 2^e édition. Paris : Entreprise moderne d'édition librairies techniques.
96. Crocq, louis. (2007). Traumatismes psychiques prise en charge psychologique des victimes. Paris : Elsevier Masson.
97. Davison, G.C. Neale, J.N. (1994). Abnormal Psychology. 6th ed. New York: John Wiley et Sons, Inc.
98. De Clercq, michel. Lebigot, françois. (2001). les traumatismes psychique. Paris : Masson.
99. De Keyser, V. Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail. Pistes d'évaluations méthodologiques. Cahiers de Médecine du Travail, Université de Liège, 33 (3), 133-144.
100. Debray, R.(1983). L'équilibre psychosomatique organisation mentale des diabetiques. Bordas.
101. Dominique et al. (2009). le stress au travail les étapes d'une démarche de prévention. Pris : Edition (INSR) ED 6011.
102. Freudenberger, H. (1974) . "staff Burnout" . Journal of Social Issues , 50 (1). pp 159 – 165.
103. Graziani, Pierluigi. Swendsen, Joel. (2005). le stress émotions et stratégies d'adaptation. Paris : Arman colin.

104. Greiner, B.A. Krause, N.(2005). **Objective stress factors, accidents, and absenteeism in transit operators.** A theoretical framework and empirical evidence. Occupational Health Psychology.
105. Jolly, Anne. (2002). "**Stress et traumatisme, Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence**", Thèse obtenue de grade de Docteur de l'université de Reims. discipline psychologie. Décembre.
106. Lazarus, R.S. Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping.** NewYork: Springer Publishing Comp.
107. Marchard, Andre. Boyer, Richard. (2003). **la prévention du trouble du stress post-traumatique chez les employés de dépanneurs victimes de vols à main armes.** Québec : IRSST, c.
108. Marilou, Bruchon. Schweitzer . **Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress.** France : revue soins infirmiers. nm 67.
109. Mini DSM-IV Critères diagnostiques version française. (1996). Paris : Masson S.A .
110. Niosh. (1999). **Stress at work.** DHHS Publication No. 99-101.Cincinnati. OH: National Institute for Occupational Safety and Health.
111. Robin, thomas ridlle. (1999). **the relationship between life stress, work sterss and traumatic sterss and burntout and cynicism in police officer.** ph. D. Unites states international university
112. Sequan,monique. Brunetn, alin. (2006). **Intervention en situation de crise et en contexte traumatique.** France : gaetan morin editeur, Chenliere éducation
113. Stora, Jean- benjamin,(2010), **Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations:** l'approche de la psychosomatique intégrative, annales medico-psychologiques, revue psychiatrique, in press, corrected prof, available online 7 may 2010.
114. Villence F,(1998),**stress et immunologie** ,PUF ,paris.

المواقع الإلكترونية:

115. 2008 أكرم عثمان ، في 28 نيسان www.dakram.maktoobblog.com/983497
116. هانم ياركندي www.abegs.org/sites/apd/doclib1/05/0502010.doc
117. محمد جاسم ولي www.jamaa.cc/attach.php?id=4716
118. محمد الشيراوي ومحمد أنور
www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=2&id=434
119. خالد مفتاح قريط www.ac.ly/vb/attechement.php?attachement=1547ed=1272319686
120. www.hossam.elplog.com
121. www.psy-cognitive.net
122. <http://www.moh.gov.kw/hotline/hardpuch.htm>



الملاحق

1- مقياس الضغط النفسي والمهني

البيانات الشخصية

الجنس: ذكر أنثى السن:

مدرس: ابتدائي متوسط عدد السنوات التي قضيتها في التعليم

المادة التي تدرسها:

رقم البند	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
1.	أشعر بالملل مع بداية كل أسبوع دراسي					
2.	أشعر بعدم وضوح الأهداف المحددة لي في عملي					
3.	أشعر بأن قدراتي غير موظفة كما يجب					
4.	أجواء العمل في المدرسة تتسم بالتوتر					
5.	إن المدير لا يأخذ بعين الإعتبار اقتراحاتي لحل مشاكل الأقسام التي أدرسها					
6.	أشعر بعدم توافر فرص التقدم في وظيفتي الحالية					
7.	إن الوسائل التي أعمل بها غير مناسبة للتدريس (السيبورة، الطباشير ، الكتب ...)					
8.	كثيرا من التلاميذ الذين أدرسهم لا ينجزون واجباتهم المدرسية					
9.	مهنة التعليم تتطلب مني الكثير من الجهد					
10.	أشعر بتداخل الصلاحيات الممنوحة لي مع الآخرين					
11.	أشعر بأنني أعمل في ظل سياسات متعارضة					
12.	عدم توفر روح الصداقة في جو العمل					
13.	لا أرتاح لكثير من أساليب تعامل المدير مع المدرسين					
14.	أشعر بقلّة الفرص المتاحة في تعلم مهارات جديدة					
15.	أشعر بالملل في أوقات الفراغ نظرا لانعدام وسائل الترفيه في المدرسة					

					16. أغلب التلاميذ الذين أدرسهم ينقصهم الإحترام للمعلم
					17. إن كتابة التقارير الخاصة بالتلاميذ يكلفني كثيرا من الجهد
					18. أحس بأنني غير قادر على تحديد مطالب عملي
					19. أشعر بأنني أقوم أحيانا بتنفيذ بعض الأعمال التي لا تتفق مع مبادئ الخاصة
					20. تضايقتي مشاعر الغيرة بين المدرسين
					21. في كثير من الأحيان هناك سوء تفاهم بيني وبين المدير
					22. لا أخدم مستقبلي الوظيفي إن بقيت في عملي
					23. أشعر بأن الأقسام المكتظة تسبب لي إرهاقا مضاعفا
					24. لا يهتم كثير من أولياء أمور التلاميذ بمتابعة أبنائهم
					25. إن مهنة التعليم لا تترك الوقت الكافي للعناية بأسرتي
					26. أشعر بالإنزعاج حين تتدخل الإدارة في عملي المهني
					27. أشعر بأنني أؤدي بعض النشاطات بطريقة خاطئة
					28. يضايقتني عدم التعاون الكافي بين الزملاء
					29. أشعر بالضيق أن الإدارة لا تبادر بحل المشاكل المطروحة
					30. أشعر بأني أعمل في وظيفة غير مناسبة لي
					31. عدم وجود الوسائل التعليمية المساعدة يزيد من شعوري بالإحباط.
					32. أشعر بالإنزعاج من كثرة عدد التلاميذ في القسم
					33. حجم العمل الموكل لي فوق طاقتي
					34. لا أتمتع بالسلطات الكافية للقيام بالأعمال المسندة إلي
					35. القرارات العليا يشوبها بعض التناقضات أحيانا
					36. يضايقتني ما يحدث من خلافات بين الزملاء
					37. أشعر بأنني أختلف مع المدير في وجهات النظر
					38. أشعر بالأسى من عدم تشجيع المؤسسة للإبداعات
					39. يتوقف العمل بسبب نقص الموارد المطلوبة لإتمامه
					40. أجد صعوبة في شرح المنهاج المقرر للتلاميذ
					41. أشعر بالتعب جراء التحضير المستمر للدروس

					42. بعض الإجراءات المعمول بها في المؤسسة غير مفهومة
					43. أجد صعوبة في التفاهم مع كثير من الزملاء
					44. مدير المدرسة لا يهتم كثيرا بشؤون المدرس
					45. أحس أن الوظيفة الحالية لا تشبع طموحاتي
					46. الظروف الفيزيائية في مكان العمل غير مناسبة
					47. يصعب التعامل مع مختلف عقليات التلاميذ
					48. أشعر بالسلبية تجاه عملي
					49. أعاني من نقص المعلومات لأداء العمل المكلف به
					50. لا يتبادل الزملاء المعلومات في مجال التخصص
					51. بعض اللوائح تحمل المعلم أكثر من طاقته
					52. أشعر بانخفاض فعاليتي في الأداء
					53. أهداف المؤسسة التي تطمح الإدارة للوصول إليها غير واضحة
					54. الإداريون يعاملون المدرس بجفاء
					55. أشعر بالإرهاق البدني مع نهاية اليوم الدراسي
					56. أجد صعوبة في التركيز
					57. أشعر بالإرهاق عند تصحيح إمتحانات التلاميذ

1. العبء الوظيفي: 01-09-17-25-33-41-48-52-55-56

2. غموض الدور: 02-10-18-26-34-42-49-53

3. صراع الدور: 03-11-19-27-35

4. العلاقات في العمل: 04-12-20-28-36-43-50

5. ضغوط إدارية: 05-13-21-29-37-44-51-54

6. التطوير الوظيفي: 06-14-22-30-38-45

7. بيئة العمل المادية: 07-15-23-31-39-46

8. ضغوط التلاميذ: 08-16-24-32-40-47

الإستبيان الثاني: مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية

رقم البند	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
-1	هل تشعر بآلام واضطرابات في الأمعاء				
-2	هل تعاني من انخفاض في ضغط الدم				
-3	هل تعاني من التهاب الربو				
-4	هل كثيرا ما تشعر بالإغماء				
-5	هل تشعر بآلام في الظهر تمنعك من الإستمرار في العمل				
-6	هل تعاني من أعراض مرض البول السكري				
-7	هل تعاني من اضطرابات جلدية كالإكزيما أو الحكة				
-8	هل تعاني من الحساسية الأنفية تجاه الطباشير				
-9	هل أنت شخص دائم المرض				
-10	هل تعاني من عسر الهضم				
-11	هل أصبت بذئجة صدرية				
-12	هل سبق وأن أصبت بمرض السل				
-13	هل تتناوبك نوبات من الصداع الحاد				
-14	هل تعاني من التهاب المفاصل الروماتيزمي				
-15	هل تشعر بزيادة وزنك جراء السمنة				
-16	هل تعاني من سقوط الشعر				
-17	هل تحتاج إلى نظارة في عملك				
-18	هل تكثر من زيارة الطبيب				
-19	هل أنت مصاب بإمساك مزمن				
-20	هل تعاني من ارتفاع في ضغط الدم				
-21	هل تعاني من الإصابة بالترلات البردية				
-22	هل تشعر بارتعاش في الجسم				
-23	هل تعاني من آلام قاسية في أحد أطرافك				
-24	هل أصبت باضطرابات في الغدة الدرقية				
-25	هل تعرق بشدة حتى في الجو البارد				
-26	هل تدمع عيناك				
-27	هل تجهد نفسك في القلق على صحتك				

				هل أنت مصاب بقرحة في المعدة	-28
				هل سبق وأن أصبت بنوبة قلبية	-29
				هل تشعر أحيانا بصعوبة في التنفس	-30
				هل تعاني من مرض الشقيقة	-31
				هل تسمع بصعوبة	-32
				هل تشعر دائما بالتعب والإرهاق لدرجة تمنعك عن العمل	-33
				هل تعاني من قرحة في القولون	-34
				هل تحس بأن نبضات قلبك سريعة	-35
				هل كثيرا ما يحدث لك حالات من الدوار	-36
				هل تحس بطنين في أذنك	-37
				هل تتناول الأدوية بكثرة	-38
				هل تعاني من شراهة في تناول الطعام	-39
				هل تشعر بآلام في الحنجرة	-40
				هل تعاني من فقدان الشهية	-41
				هل ييح صوتك أثناء الدرس	-42
				هل سبق أن أصبت بالتهاب الزائدة الدودية	-43

1- الجهاز الهضمي: 43-41-39-34-28-19-10-01

2- جهاز القلب والدوران: 35-29-20-11-02

3- الجهاز التنفسي: 30-21-12-03

4- الجهاز العصبي: 36-31-22-13-04

5- الجهاز الحركي: 23-14-05

6- اضطرابات الغدد: 24-15-06

7- اضطرابات الجلد: 25-16-07

8- اضطرابات الحواس: 42-40-37-32-26-17-08

9- توهم المرض: 38-33-27-18-09

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط بين الضغط النفسي والمهني وبين الإضطرابات السيكوسوماتية وذلك لدى عينة من المدرسين بولاية بالاغواط. كما سعت الدراسة أيضا إلى معرفة أثر كل من الجنس والطور التعليمي والخبرة المهنية في إحداث الفروق بين الضغط النفسي والإضطرابات السيكوسوماتية. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استعمال أداتين تمثلت الأولى في مقياس الضغط النفسي والمهني وتمثلت الثانية في مقياس الإضطرابات السيكوسوماتية من إعداد الباحث. وقد تم جمع البيانات وتحليلها إحصائيا اعتمادا على نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية spss . وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- 1/ - توجد علاقة دالة إحصائيا بين الضغط النفسي والمهني وبين الإضطرابات السيكوسوماتية لدى العينة الكلية من المدرسين.
- 2/ - توجد فروق دالة إحصائيا في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب درجة الضغط النفسي والمهني.
- 3/ - توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الضغط النفسي والمهني حسب متغير الجنس لدى العينة الكلية من المدرسين لصالح المدرسين الذكور.
- 4/ - توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الضغط النفسي والمهني حسب متغير الخبرة المهنية لدى العينة الكلية من المدرسين.
- 5/ - توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي والمهني حسب متغير الطور التعليمي لدى العينة الكلية لصالح مدرسي الطور المتوسط.
- 6/ - لا توجد فروق دالة إحصائيا في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الجنس.
- 7/ - توجد فروق دالة إحصائيا في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الخبرة المهنية.
- 8/ - لا توجد فروق دالة إحصائيا في الإضطرابات السيكوسوماتية حسب متغير الطور التدريسي.

Abstract

This study aimed at revealing the relationship that links between psychological and professional stress and psychosomatic troubles in a sample of teachers in Laghouat. It also attempted to know the influence of sex, educational phase and professional experience in creating differences between psychological stress and psychosomatic troubles. In order to reach the study objectives, two instruments were used, while the first was psychological and professional stress scale, the second was psychosomatic disorders scale designed by the researcher and were practised on a sample of teachers. Data were collected and analysed statistically based on SPSS

The study resulted in the following :

- 1- There is a statistically significant relation between psychological and professional stress and psychosomatic disorders at the teachers sample.
- 2- There are statistically significant differences in psychosomatic troubles according to psychological and professional stress grade.
- 3- There is a statistically significant differences in the psychological and professional level according to sex variable at the whole sample of teachers in favour of male teachers.
- 4- There are statistically significant differences in psychological and professional stress level according to professional experience variable at the whole sample of teachers.
- 5- There are statistically significant differences in psychological and professional stress according to educational phase variable at the whole sample in favour of middle school teachers.
- 6- There are no statistically significant differences in psychosomatic disorders according to sex variable at the teachers sample.
- 7- There is a statistically significant differences in psychosomatic troubles according to professional experience variable.
- 8- There are no statistically significant differences in psychosomatic disorders according to educational phase variable at the teacher's sample.