الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف – المسيلة

جامعة محمد بوضياف – المسيلة
Univercité Mohamed Boudiaf – M'sila

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم النفس والأرطفونيا
الرقم التسلسلي: .....

العنوان:

جودة الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي

– دراسة ميدانية على عينة من المعلمين بابتدائيات: (ابن باديس – سليتان الدراجي – شنيح محمد – الرجاء) بلدية المسيلة–

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر
تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
* جدي ليلى

تحت إشراف الأستاذة:
* د. قنون خميسة

السنة الجامعية: 2015/2014

بسم الله الرحمن الرحيم

شكـــــر وتقــديـــــر

الحمد الله رب العالمين والصلاة والسلام على رسول الله وعلى آله وصحبه أجمعين، ومن سار على نهجه إلى يوم الدين وبعد:

إنه لمن دواعي سروري بعد أن أكرمني الله بإنجاز هذا الجهد المتواضع، أن أتوجه بالشكر لأهل الفضل الذين بمساعدتهم وخبرتهم أخذ هذا البحث صورته النهائية، وأخص بالشكر والتقدير أستاذتي الفاضلة الدكتورة **قنون خميسة**، على تفضلها بالإشراف على الرسالة ودعمها ورعايتها وجهدها الدؤوب منذ بدء العمل حتى النهاية، ولقد كان لتوجيهاتها وأرائها السديدة بالغ الأثر في إثراء العمل وإخراجه بأفضل صورة ممكنة،

الطالبة الباحثة

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
شكر وتقدير	
فهرس الموضوعات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	
مقدمة	أ-ب
الجانب النظري	
الفصل التمهيدي : مدخل عام للدراسة	
1 - إشكالية الدراسة	5
2 - فرضيات الدراسة.....	6
3 - أهمية الدراسة	7
4 - أهداف الدراسة	7
5 - تحديد مصطلحات الدراسة إجرائيا	7
6 - الدراسات السابقة	8
الفصل الأول : جودة الحياة	
تمهيد	14
1 - تعريف جودة الحياة.....	15
2 - الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة	18
3 - أبعاد جودة الحياة	22
4 - مؤشرات جودة الحياة.....	23
5- مظاهر جودة الحياة.....	24
6 - مقومات جودة الحياة	26

7 - معوقات تحقيق جودة الحياة 27
خلاصة 29

الفصل الثاني : الاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد 31
1 ـ تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية 32
2 ـ الاتجاهات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية 35
3 ـ انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية 41
4 ـ أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية 42
5 ـ تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية 44
6 ـ خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية 47
7 ـ الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلم..... 48
خلاصة 50

الجانب الميداني

الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد 53
1 ـ المنهج المستخدم في الدراسة 54
2 ـ حدود الدراسة 54
3- عينة الدراسة 54
4 ـ الأدوات المستخدمة في الدراسة 55
5 ـ أساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة 59
خلاصة 61

الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد 63
1- عرض نتائج الدراسة..... 64
1-1- عرض نتيجة الفرضية الأولى..... 64

2-1- عرض نتيجة الفرضية الثانية 66
3-1- عرض نتيجة الفرضية الثالثة 66
2- مناقشة نتائج الدرسة 68
2-1- مناقشة نتيجة الفرضية الأولى 68
2-2- مناقشة نتيجة الفرضية الثانية 69
2-3- مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة 70
خلاصة 71
استنتاج عام 72
الاقتراحات 73
قائمة المصادر والمراجع 74
الملاحق 78

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	معوقات تحقيق جودة الحياة	28
02	نسبة انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية	42
03	تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب فيصل الزراد	44
04	خصائص العينة حسب الجنس	55
05	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الابتدائيات التي تم إجراء الدراسة فيها	55
06	قيم الوسيط، المتوسط، الانحراف المعياري، الالتواء واختبار (kolmogorov-Smirnov) لمتغير جودة الحياة	64
07	قيم الوسيط، المتوسط، الانحراف المعياري، الالتواء واختبار (kolmogorov-Smirnov) لمتغير الأمراض السيكوسوماتية	65
08	نتائج معامل بيرسون للارتباط بين متغيري جودة الحياة والأمراض السيكوسوماتية	66
09	الفروق في جودة الحياة باستخدام اختبار الفروق (ت)	67
10	الفروق في الأمراض السيكوسوماتية باستخدام اختبار الفروق (ت)	67

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	توزيع أفراد العينة حسب الابتدائيات	55
02	توزيع قيم جودة الحياة	64
03	توزيع قيم جودة الاضطرابات السيكوسوماتية	65

مقدمة:

أصبحت جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي ارتبطت بدراسات علم النفس الإيجابي، والتي تعتبر إحدى المتغيرات الأساسية للشخصية، وهدف أساسي في حياة الإنسان، ويؤدي تحقيقها إلى شعور الفرد بالرضا والبهجة والاستمتاع وتحقيق الذات والتفاؤل، وبالتالي تؤدي إلى التوجه الإيجابي نحو الحياة، غير أن هناك أشياء تعيق تحقيق جودة الحياة أو تقلل من مستواها منها الأمراض السيكوسوماتية التي أصبحت أيضا حديث العصر، والتي تعبر عن علاقة التأثير والتأثر بين الجانب النفسي والجانب الجسمي، وهذا ما أشار إليه ألكسندر، حيث أكد أن الاضطراب السيكوسوماتي ينتج عن صراع سيكو دينامي للحالات الانفعالية، حيث أن هذه الصراعات لها خاصية التأثير على أعضاء جسمية معينة.

وفي هذا الإطار ارتأينا إجراء دراسة حول العلاقة بين جودة الحياة والأمراض السيكوسوماتية، حيث أن جودة الحياة تمثلت في المجال الجسمي، النفسي، البيئي، الاجتماعي، وتمثلت الاضطرابات السيكوسوماتية في مجموع الأجهزة المتواجدة في جسم الإنسان.

وبالتالي تناولنا من خلال هذه الدراسة بالإضافة إلى الفصل التمهيدي الذي احتوى على إشكالية وفرضيات الدراسة، أما بالنسبة للفصول كان هناك فصلين في الجانب النظري وثلاثة فصول في الجانب التطبيقي، حيث أننا تناولنا في الفصل الأول متغير جودة الحياة من خلال عناصر تمثلت في تعريف جودة الحياة، الاتجاهات المفسرة لها، أبعادها، مؤشرات جودة الحياة، مظاهرها، مقوماتها، معوقات جودة الحياة.

أما فيما يخص المتغير الثاني تطرقنا إلى تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية، الاتجاهات المفسرة لها، انتشارها، أسبابها، تصنيفها وأخيرا الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلم.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقد تضمن ثلاثة فصول فيما يلي:

الفص الثالث الذي تناولنا فيه إجراءات الدراسة من خلال العناصر التالية: الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم، حدود الدراسة، عينة الدراسة، الأدوات المستخدمة فيها، وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

وتناولنا في الفصل الرابع عرض النتائج حسب الفرضيات الثلاثة المطروحة، كما تناولنا في الفصل الخامس وهو الفصل الأخير مناقشة الفرضيات الثلاثة وفقا للدراسات السابقة والإطار النظري وكذا الواقع، علما أن لكل فصل تمهيد وخلاصة.

وفيما يلي عرض للفصول السابقة بالترتيب.

الجانب النظري

الفصـــل التمهيـدي

الإطـــار العـــام للـــدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3 - أهمية الدراسة

4 - أهداف الدراسة

5 - تحديد مصطلحات الدراسة إجرائيا

6 - الدراسات السابقة

1ــ إشكالية الدراسة:

نجد أن مجال العمل جلب اهتمام العديد من الباحثين في علم النفس باعتباره نشاطا إنسانيا واجتماعيا لا يتوقف عند حدود المجال النفسي، وإنما يتجاوز العلاقات الإنسانية والمرتبط بالكثير من المتغيرات سواء النفسية أو الاجتماعية وكذلك طبيعة الحياة وجودتها للشخص العامل وما يتبعه من تأثيرات سلبية أو إيجابية، وينجم هذا التوجه مع دعوة سيلجمان الرئيس الأسبق للرابطة النفسية الأمريكية الذي دعا إلى أن يعمل علم النفس على دراسة ما يجعل الحياة جديرة بالعيش من خلال شعور الإنسان بجودتها. **(شيخي: 2013، ص 6)**

وتعتبر جودة الحياة هدفا أساسيا لكل فرد رغم الاختلافات في مضامينها ومكوناتها، فالفقير يرى بأنها تنحصر في المال وتلبية الحاجيات في حين يرى المريض أن جودة الحياة هي التمتع بالصحة الجيدة، في حين فرانك أن جودة الحياة حسن إمكانية توظيف قدرات الإنسان العقلية والإبداعية. **(شيخي: 2013، ص 6)**

وقد زاد الاهتمام بهذا المفهوم منذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية في حياة الأفراد. حيث نجد حوالي 136728 دراسة حول القلق والاكتئاب منذ عام 1887 حتى عام 2000 في مقابل 8659 عن الجوانب الإيجابية لحياة الإنسان. **(بخش: د س، ص 1)**

كما أن انخفاض أحد مجالات أو مكونات جودة الحياة لدى الفرد يؤثر عليه سلبا، خصوصا إذا ما تعلق الأمر بالمجال النفسي والصحي لديه، فتدني هذين المجالين بصفة مستمرة قد يؤدي لاحقا إلى إصابته بما يعرف الآن بأمراض العصر أي الاضطرابات السيكوسوماتية وهذه الأخيرة هي حالات معينة تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسية إلى اضطرابات انفعالية، فهي بذلك تعبير عن الاتصال الوثيق بين العقل والجسم، أي بين الشخصية والصراع الانفعالي من ناحية والجهاز العصبي المستقل من ناحية أخرى.

وعجز الفرد عن تصريف انفعالاته وعقلنتها بالشكل الصحيح يترجمها الجسد على شكل اضطرابات تصيب أي جهاز من أجهزة الجسم، وهذا قد يكون أحد الأسباب التي تعيق تحقيق جودة الحياة بجميع مجالاتها.

والمعلم باعتباره محور دراستي الحالية، نجد أن تصوره لجودة الحياة هي ذلك المزيج بين ما هو معنوي وما هو مادي. حيث أن هذين الجانبين سيتجليان بوضوح أثناء القيام بمهامه وذلك من خلال ملاحظة أن المعلم الذي يتمتع بمستوى عال في جودة الحياة يكون قادرا على العطاء، في حين انخفاضهما بالنسبة لمعلم آخر سيؤثر سلبا على مهنته وصحته النفسية والتي قد تكون سببا في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية وهذا ما أكدته أحد الدراسات في أن هناك حوالي 80 % من أمراض العصر أمراض عضوية سببها نفسي.

وفي السياق ذاته نجد أن الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلمين أصبحت شائعة بكثرة، حيث أوردت دراسة مجموعة من الاضطرابات التي قد يصاب بها المعلمين في مجال التعليم والتي نذكر منها: الصداع النصفي، اضطرابات الجهاز الهضمي، اضطرابات الجهاز الدوري. **(طعيلي: د س، ص 66)**

وبهذا تأتي دراستنا الحالية لجودة الحياة كنافذة يمكن من خلالها التعرف على المكونات التي تتضمنها جودة الحياة سواء كانت مادية أو معنوية، ومن ثم تحديد العلاقة بينها وبين الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلمين، ومن هنا كانت تساؤلات الدراسة:

1-ما طبيعة توزيع قيم متغيري جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي؟

2-هل توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس؟

2- فرضيات الدراسة:

1-تتوزع قيم متغيري جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية توزيعا اعتداليا لدى معلمي الطور الابتدائي.

2-توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي.

3- توجد فروق بين أفراد العينة في جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس.

3- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية في كونها تشمل موضوع جودة الحياة الذي يعتبر من المواضيع المهمة والحيوية خاصة في وقتنا الحالي باعتبار أن هذا المتغير ينتمي إلى علم النفس الإيجابي الذي يهدف إلى الاهتمام بالجوانب الشخصية للإنسان، وذلك من أجل تحسينها، كما تنبع أهمية الدراسة من خلال تناولنا لمتغير الأمراض السيكوسوماتية التي أصبحت من أمراض العصر الشائعة، وهذا نتيجة لعوامل وأسباب مختلفة، دون أن ننسى أهمية العينة التي تركز على المعلم الذي يعتبر شريحة مهمة في التكوين الاجتماعي، وهذا من خلال الدور الذي يلعبه في المجال التعليمي. وفي الأخير يمكن اعتبار هذه الدراسة مساهمة في إثراء البحث العلمي.

4- أهداف الدراسة:

- الكشف عن طبيعة توزيع قيم متغيري جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي.
- التعرف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي.
- الكشف عن الفروق بين أفراد العينة في جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس.

5- تحديد مصطلحات الدراسة إجرائيا:

5-1- جودة الحياة:

وفقا لمنظمة الصحة العالمية (1993): "إدراك الأشخاص إلى مكانهم في الواقع ووضعهم في الحياة وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام الذي له علاقة بأهدافهم وتطلعاتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة، الأنشطة المهنية، وأنشطة الحياة اليومية" **(شيخي: 2013، ص 16)**

وجودة الحياة إجرائيا يقصد بها الدرجة التي يحصل عليها معلم الطور الابتدائي تبعا لمقياس منظمة الصحة العالمية.

5-2- الاضطرابات السيكوسوماتية:

هي تلك الاضطرابات الناتجة عن عوامل انفعالية مصدرها البيئة الانفعالية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية المحيطة بمعلم الطور الابتدائي، ويتحدد نوعها وانتشارها من خلال استجابة أفراد العينة على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.

5-3- المعلم:

هو الفرد الذي يحتل وظيفة أساسية من وظائف المدرسة وهي التدريس والتي يتم من خلالها نقل المعرفة إلى تلاميذ المدرسة الابتدائية من أجل تنمية قدراتهم الفكرية وتلقينهم المعارف وإكسابهم خبرات ومهارات ذات مردود إيجابي في حياتهم اللاحقة من التعليم. وهذا في كل من ابتدائيات بلديات المسيلة.

6- الدراسات السابقة:

لقد اختلفت وتعددت الدراسات التي تناولت متغيري جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية، وفيما يلي سنحاول عرض بعض الدراسات:

6-1- الدراسات التي تناولت متغير جودة الحياة:

6-1-1- دراسة شيخي مريم (2013) "جودة الحياة ومصادر ضغوط العمل عند الأستاذ الجامعي":

حيث اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، كما أجريت الدراسة على عينة قوامها 100 أستاذ بجامعة تلمسان، حيث تم استخدام مقياس جودة الحياة ومقياس استبيان الضغوط، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة ومصادر ضغوط العمل عند الأستاذ الجامعي، والتعرف على مستويات جودة الحياة المدركة عن الأستاذ. وخلصت الدراسة أنه:

- توجد علاقة بين مصادر طبيعة العمل وجودة الحياة لدى الأستاذ الجامعي.
- لا توجد فروق في جودة الحياة بمجالاتها تعزى لمتغير الجنس ماعدا المجال الجسمي والمجال الاستقلالي.
- ولم تثبت فروق في جودة الحياة بمجالاتها تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

(شيخي: 2013، ص 201)

6-1-2- دراسة جين وآخرون (2008) "Jeang and Others" "حدوث الأعراض المعوية المزمنة وتأثيرها على جودة الحياة الصحية":

حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها 1417 من سكان كوريا، حيث تم اعتماد المقابلة وقياس جودة الحياة من خلال المنظور الكوري. وهدفت الدراسة إلى تقييم حدوث الأعراض المعوية المزمنة وتأثيرها على جودة الحياة الصحية. وتوصلت نتائج الدراسة أن 18,7 % من أفراد العينة تعرضوا على الأقل لعرض من أعراض النزلة المعوية المزمنة، كما أظهرت النتائج أن نسبة حدوث مرض الارتجاع المريئي المعدي وهو عبارة عن حموضة معوية وتقيؤ حامضي يعاني منه المريض بمعدل مرة واحدة أسبوعيا، أي ما يقابل 3,5 % نسبة حدوث سوء الهضم الذي لم يتم تشخيصه. أما مرض تهيج الأمعاء فكانت نسبة حدوثه 2,2 % وذلك استنادا على استبيان روم "Rome".

(الحمص: 2010، ص 63)

6-1-3- دراسة بينافينت وآخرون (2004) "Benavente others" "مستوى جودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من مرض الصرع":

وقد بلغ عدد المشاركين (66) مراهقا، حيث تم اعتماد المنهج الوصفي في الدراسة، واعتماد مقياس جودة الحياة لذوي الصعوبات، وكانت نتائج الدراسة على أن هناك اختلاف في جودة الحياة وفقا لمتغير الجنس. **(حسين: 2006، ص 13)**

6-1-4- التعليق على الدراسات السابقة:

- من حيث مكان إجراء الدراسة:

تختلف الدراسات السالفة الذكر من حيث مكان إجرائها، حيث نجد أن بينافينت وآخرون تم إجراؤها في ألمانيا، أما دراسة جين وآخرون "**Jeang and Others**" فتم إجراؤها في كوريا، في حين نجد أن دراسة شيخي مريم قد اتفقت مع دراستنا الحالية وذلك لإجرائها في بيئة محلية.

- من حيث الأهداف:

تنوعت الدراسات السابقة بين البحث عن العلاقة بين جودة الحياة وبعض المتغيرات، وكذا الكشف عن آثار الأمراض المعوية وتأثيرها على جودة الحياة ومعرفة

مستوى جودة الحياة، في حين جاءت دراستنا لمعرفة جودة الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية.

- من حيث العينة:

هنالك تباين من حيث العينات التي أجريت عليها الدراسات السابقة، فقد ركزت دراسة شيخي مريم على الأستاذ الجامعي، في حين كانت دراسة بينافينت وآخرون على المراهقين المرضى بالصرع، وكانت دراسة جين وآخرون "**Jeang and Others**" على المرضى، في حين أن دراستنا كانت على معلمي الطور الابتدائي.

- من حيث المنهج:

أما فيما يخص المنهج فقد اتفقت دراستنا الحالية مع كل من دراسة شيخي مريم ودراسة بينافينت وآخرون في اعتمادها المنهج الوصفي، أما دراسة جين وآخرون "**Jeang and Others**" فقد تم اعتماد المقابلة الاكلينيكية.

- من حيث الأدوات المستخدمة:

لقد اختلفت الدراسات السابقة من حيث نوع الأداة المستخدمة، مثل اعتماد مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية في دراسة شيخي مريم، واعتماد المقابلة في دراسة جين وآخرون "**Jeang and Others**"، في حين تم اعتماد مقياس جودة الحياة لذوي صعوبات التعلم في دراسة بينافينت وآخرون.

- من حيث النتائج:

من خلال العرض السابق لتلك الدراسات السابقة وجد أن جميع التي تناولت جودة الحياة بمختلف أبعادها قد اتفقت في وجود علاقة بين جودة الحياة وبعض المتغيرات، كما أن الدراسات التي كانت تهدف إلى الكشف عن الفروق وجدت فعلا أنه توجد فروق وهذا ما ستحاول دراستنا الحالية معرفته والكشف عنه.

6-2- الدراسات التي تناولت متغير الاضطرابات السيكوسوماتية:

6-2-1- دراسة الأسود، جعفور (د س) "مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي":

حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي، وكانت عينة الدراسة حولي 160 أستاذا للتعليم الثانوي بمنطقة تقرت، وكان المنهج الوصفي الاستكشافي هو المنهج المستخدم في هذه الدراسة، كما تم تطبيق اختبار يقيس الأمراض السيكوسوماتية لعبد الرحمان العيسوي، ومن أهم النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة:

- لا توجد فروق في مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق في مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي تعزى لمتغير بيئة العمل. **(زهرة، جعفور: د س، ص 316)**

6-2-2- دراسة عبد المعطي (1988) "أنواع ضغوط الحياة التي يتعرض إليها المرضى السيكوسوماتيين":

حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها 43 حالة من المرضى السيكوسوماتيين و15 حالة من الأسوياء، حيث تمت المجانسة بين المجموعتين في الجنس والذكاء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، وطبق عليهم استبيان ضغوط الحياة التي يتعرض لها المرضى السيكوسوماتيين والفروق بين المرضى السيكوسوماتيين والأسوياء في الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة، وكانت نتائج الدراسة قد أظهرت أن الأحداث المرتبطة بالعمل والدخل والأسرة كانت أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين. **(العنزي: 2003، ص 14)**

6-2-3- دراسة العيسوي: (1984) "أيهما أكثر تعرضا للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية":

حيث اقتصرت الدراسة على مجموعة من المرضى السيكوسوماتيين بلغوا ما يقارب 164 فردا، حيث تم تطبيق اختبار العوارض السيكوسوماتية. كما هدفت الدراسة إلى معرفة أيهما أكثر تعرضا للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية الذكور أم الإناث،

وكانت نتائج الدراسة أن نسبة 73 % من أفراد العينة يعانون من اضطراب أو كثر، كما كشفت النتائج أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. **(العنزي: 2003، ص 14)**

6-2-4- التعليق على الدراسات السابقة:

- من حيث مكان إجراء الدراسة:

تختلف الدراسات السالفة الذكر من حيث مكان إجرائها، حيث أن دراسة كل من عبد المعطي والعيسوي كانت في بيئة عربية في حين كانت دراسة الأسود الزهرة وجعفور ربيعة في بيئة محلية وهذا ما يتوافق مع دراستنا الحالية.

- من حيث الأهداف:

تنوعت الدراسات السابقة في البحث عن العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض المتغيرات وكذا معرفة أيهما أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، في حين تهدف دراستنا الحالية إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية.

- من حيث العينة:

نجد أن دراسة الأسود الزهرة وجعفور ربيعة قامت على شريحة أساتذة التعليم المتوالثانوي، في حين كانت دراستا عبد المعطي والعيسوي على المرضى السيكوسوماتيين.

- من حيث المنهج:

أغلبية الدراسات اعتمدت المنهج الوصفي وهذا ما تعتمده دراستنا.

- من حيث الأدوات المستخدمة:

نجد أن الدراسات السابقة قد اعتمدت على مقياس العوارض النفسية الصحية، بينما دراستنا الحالية فقد اعتمدت مقياس تحري العوارض السيكوسوماتية الذي عدله عبد الحميد شحام في دراسته.

الفصل الأول

جودة الحياة

تمهيد

1-تعريف جودة الحياة

2-الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة

3-أبعاد جودة الحياة

4-مؤشرات جودة الحياة

5-مظاهر جودة الحياة

6-مقومات جودة الحياة

7-معوقات تحقيق جودة الحياة

خلاصة

تمهيد:

إن جودة الحياة مفهوم متعدد ونسبي يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية وفق المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير واتخاذ القرارات والظروف المحيطة.

وسنتعرف على هذا المفهوم من خلال التعريفات المقدمة له والاتجاهات النظرية المفسرة، وكذا التعرف على مؤشرات قياسه، والتعرف على الأبعاد والمظاهر المرتبطة به، وكذا الإشارة إلى المقومات التي يقوم عليها، وأخيرا التطرق إلى المعوقات التي تحول دون تحقيقه.

1- تعريف جودة الحياة:

قبل التطرق إلى تعريف جودة الحياة، تجدر الإشارة إلى أنه يعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة وذلك لعدة اعتبارات:

- أن المختصين في العديد من المجالات المختلفة اعتبروا دراسة هذا المفهوم حكرا عليهم، وعرفوه من وجهة نظرهم الخاصة، ولذا ظهرت وجهات نظر متعددة وغير متفقة على تعريف محدد لهذا المفهوم. فقد استخدمه البعض لمعرفة جدوى برامج الخدمات الطبية والاجتماعية، أو للتعبير عن الرقي والتقدم، واستخدمه آخرون لتحديد إدراك الفرد لمدى قدرة الخدمات المقدمة إليه على إشباع حاجاته الأساسية.
- أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المحيرة نظرا لاستخدامه في كثير من المواقف المختلفة وفروع العلم المتعددة، فيمكن أن يشير إلى الصحة أو السعادة، أو إلى تقدير الذات، أو الصحة النفسية، أو الرضا عن الحياة. ولذا تختلف وجهات النظر وتتعدد الطرق التي يمكن أن يقاس بها، ولا يوجد اتفاق محدد حول مفهوم واحد أو طريقة واحدة لقياسه.
- أن مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمان وبتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها، فالسعادة تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، فالمريض يرى السعادة في الصحة، والفقير يرى السعادة في المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد.

يذكر (العادلي) أن مفهوم جودة الحياة يعد مفهوما نسبيا يختلف من شخص لآخر من الناحيتين (النظرية والتطبيقية) استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقدم الحياة ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة، مثل القدرة على التفكير، واتخاذ القرارات، والقدرة على التحكم.

- أن مفهوم جودة الحياة تحدده بعض المتغيرات الثقافية، مما يجعل هناك فروقا في التعريف بين الثقافات المتعددة، حيث يشير ليتمان **(Leitman)** إلى أن تعريف هذا المفهوم هو بمثابة مهمة صعبة، حيث أنه يتحدد على مدى كبير بالمتغيرات الثقافية، ولذلك فإن المجتمعات المختلفة تعرف جودة الحياة بطرق

مختلفة، ولا يوجد تعريف نموذجي ومتفق عليه في جميع الثقافات ولدى كل الباحثين.(**الهنداوي: 2011، ص ص 30-32**)

- أن مفهوم جودة الحياة مفهوم معقد يعكس الخيارات التي تتخذها في حدود القيود والمعلومات الموجودة في حياتنا. (**Mosam : 2002, P 5**)
- أن مفهوم جودة الحياة ذاتي موضوعي له مجالاته الخاصة التي تعكس اختلافات الأفراد.

على الرغم من اختلاف وجهات النظريين الباحثين باختلاف تخصصاتهم واهتماماتهم في البحث حول تعريف جودة الحياة أو وجود إشكالية حول تعريف هذا المفهوم والذي يمكن اعتباره بأنه مفهوم محير، فقد يرجع ذلك إلى بعض الظروف والمتغيرات البيئية والحياتية والثقافية، وكذلك حداثة تناوله على المستوى العلمي، وكذلك طبيعة هذا المفهوم.

والآن نتطرق إلى تعريف جودة الحياة:

1-1- جودة الحياة لغة:

الجودة أصلها من الفعل جاد، الجودة، جَاد، جُود، جودة أي صار جيدا، وهو ضد الرديء، وجَوَّدَ الشيء، أي حسنه وجعله جيدا. (**البستاني: 1994، ص 98**)

ويضيف ابن منظور عن الجودة في اللغة أنها من الفعل جَوَد، الجيد: نقيض الرديء، والجمع جياد، وجيادات: جمع الجمع، وجاد الشيء جودة: أي صار جيدا، وقد جاد جودة وأجاد بالجيد من القول أو الفعل. (**ابن منظور: 1993، ص 215**)

1-2- جودة الحياة اصطلاحا:

يشير الغنبوصي إلى وجود العديد من المفاهيم المتعددة التي تقابل هذا المفهوم مثل: التميز، الإتقان، والأحسن، ويضيف أيضا أن مستجدات الحياة وظهور الجودة ومبادئها كان من خلال أفكار طورها من عرفوا برواد الجودة أمثال "إدوارد ديمي" (**Edward Deming**)، "جوزيف جران" (**Joseph Juran**)، و"فيليب كروسبي" (**Philip Crosby**)، فهؤلاء طوروا مفاهيم أصبحت أكثر انتشارا. (**العيسوي: 2006، ص 142**)

1-3- جودة الحياة في قاموس إكسفورد:

وتعني الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدال، ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية والجودة المنخفضة عن طريق استخدامهم مجموعة من المعايير التي تميز بين النوعين من الجودة. **(مشري: 2008، ص ص 223-224)**

في حين نجد تعدد وتنوع التعريفات حول جودة الحياة، وذلك حسب توجه الباحثين وانتماءاتهم، حيث نجد منهم من عرف جودة الحياة على أنها رضا الفر د بنصيبه وقدره في الحياة، والشعور الداخلي بالراحة، ومن ثم الشعور بالاستقلال والرضا الذاتي.

بينما يرى فيلس **(Felce, 1997)** أن جودة الحياة بمفاهيمها المختلفة ترتبط بالقيم الشخصية للفرد، والتي يحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من متغيرات حياتية وما تواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضا الذاتي. **(أبو حلاوة: 2010، ص 7)**

كما يرى مصطفى الشرقاوي جودة الحياة: "هي كل ما يفيد الفرد بتنمية طاقاته النفسية والعقلية ذاتيا والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة، والمبادرة بمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع، وهذه الحالة تتسم بالشعور، وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل، والاستقرار الاقتصادي، والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة".

ويعرف ديني **(Déni)** جودة الحياة بأنها: "الإدراكات الحسية للفرد تجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية، ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وكذلك علاقاته بأهداف وتوقعاته وثوابته ومعتقداته، وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي". **(شيخي: 2014، ص ص 73-74)**

ونستخلص مما سبق أن جودة الحياة مفهوم غير ثابت لتعدد التعاريف المقدمة من طرف الباحثين، حيث نجد أن هذا التعدد ناتج عن التوجهات المختلفة لديهم، فنلاحظ مثلا أن مجموعة من الباحثين قد حصروا جودة الحياة في رضا الفرد بقدره ونصيبه في الحياة، في حين نجد من قد ربطها بإمكانات الفرد وقدراته، ونجد أيضا من باحثين آخرين ينظرون لجودة الحياة على أنها التكامل في مجالات الحياة وحاجات الفرد الشخصية، ومن خلال هذا نستخلص أن مفهوم جودة الحياة هو "مدى توافق الفردفي إشباع حاجاته، وقدرته على مواجهة الضغوط والمشاكل التي يواجهها في حياته".

2- الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

تباينت التوجهات المفسرة لجودة الحياة باعتباره مفهوم واسع يشير إلى معان متعددة، حيث أن الأفراد فيما بينهم اختلفوا في تحديد طبيعة هذا المفهوم، ولهذا نجد تعددية في تفسيره ويبرز هذا من خلال الاتجاهات الآتية:

2-1- الاتجاه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على فكرتين: الأولى أن طبيعة الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة، والثانية في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة وعلى وفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة هما:

2-1-1- نظرية لاوتن (1996):

طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة، والتي تدور حول الآتي:

أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

- **الظرف المكاني:** إذ أن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة الحياة، وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والآخر تأثيره غير مباشر يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها. **(Argyle : 1999, P 353)**

- **الظرف الزماني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم في العمر كلما كان أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة. **(Argyle : 1999, P 373)**

2-1-2- نظرية شالوك (2002):

قدم شالوك **(Schalock, 2002)** تحليلا مفصلا لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاث مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة هذا الشعور، فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته. **(مبارك: د س، ص 724)**

2-2- الاتجاه الإنساني:

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما: وجود كائن حي ملائم، ووجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع. **(مبارك: د س، ص 725)**

ومن بين أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المجال:

- **نظرية رايف (Ruff, 1999):**

تدور نظرية رايف حول مفهوم السعادة النفسية، إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته، وهذه الأبعاد هي:

البعد الأول: الاستقلالية؛ وصفاته تتمثل بقدرة الفرد على أن:

- يقرر مصيره بنفسه.
- يكون مستقلا بذاته.
- قدرته على اتخاذ القرار.

- منظم في سلوكه.
- يتصرف بطرائق مناسبة.

البعد الثاني: التمكن البيئي؛ ومن صفاته:

- الكفاية الذاتية للفرد.
- قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته.
- قدرته على اختبار قيمة الشخصية.
- قدرته على التصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه.

البعد الثالث: النمو الشخصي؛ ومن صفاته:

- شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر.
- إدراكه لتطور وتوسع ذاته.
- انفتاحه للتجارب الجديدة.
- إحساسه الواقعي للحياة.
- شعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد يوم.
- سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفاعليته الذاتية.

(مبارك: د س، ص ص 726-728)

البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الآخرين؛ ومن صفاته:

- رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية.
- ثقته بالآخرين من حوله.
- قناعته برفاهية الآخرين.
- قدرته على التعاطف والتودد مع الآخرين.
- اهتمامه بالتبادل الاجتماعي.
- إظهاره للسلوك التواصلي مع الآخرين.

البعد الخامس: تقبل الذات؛ ومن صفاته:

- إظهار الفرد توجها إيجابيا نحو ذاته.
- قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية والإيجابية).
- الشعور الإيجابي لحياته الماضية.

- يظهر النقد الإيجابي لذاته.

البعد السادس: الهدف من الحياة؛ ومن صفاته أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة، لقد بين رايف أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن يطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة. **(مبارك: د س، ص 28)**

2-3- الاتجاه الاجتماعي:

يرى **(Hankiss)** أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأ منذ 1984، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدل المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي وأداء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة. ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. **(محمدي، بوعيشة: 2003، ص 6)**

2-4- الاتجاه النفسي:

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد بالمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل والتعليم، يمثل انعكاسا مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد في ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم والإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع، إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية ابراهام ماسلو. **(محمدي، بوعيشة: 2003، ص 6)**

2-5- الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة، أو نفسية، أو عقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة. **(مبارك: د س، ص ص 6-7)**

3- أبعاد جودة الحياة:

بعد استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين حول جودة الحياة، والتي خلصوا فيها إلى عدم وجود تعريف محدد وواضح يستند عليه الباحثون في مفهومها، نجد أن بعض الدراسات تشير إلى أن جودة الحياة مرادفة للدرجة أو المستوى، وأن جودة الحياة بوجه عام تشير إلى الحياة النفسية، حتى على الرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض التعريفات، وبالتالي فإن هذا المفهوم المركب يتم تقييمه بثلاث (03) ظروف وهي من خلال التقدير الذاتي والرضا الذاتي في مجالات أو جوانب معينة (المؤشرات الاجتماعية)، والموارد أو العوائق. **(Frich, et al : 2005, P 34)**

وعادة ما يتحدد في مؤشرين وهما البعد الذاتي والبعد الموضوعي. إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة، ويتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية والاقتصادية وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية.

ويشير للوتن وآخرون **(Lawten et al, 1990)** إلى أنه يجب التوسع في المؤشرات الدالة على جودة الحياة لتشمل عمليات أكثر في مجالات الحاجات الاجتماعية والإنسانية، ويرون أن المؤشرات الموضوعية والذاتية تمثل متغيرا متصلا، وأن التفرقة بينهما تكون سهلة فقط عندما تكون بين مؤشر بيئي اجتماعي كمي، إلا أنه في الكثير من الدراسات يصعب الوصول إلى هذا الفصل، كما تؤكد الدراسات على ضرورة التركيز على رؤية الفرد وإدراكه بجودة الحياة، وتقييمه الذاتي والموضوعي. **(الهنداوي: 2011، ص 39)**

ومن هنا يتحدد بعدين لجودة الحياة: **(شيخي: 2013، ص 77)**

البعد الذاتي: ويقصد بها:

- مدى الرضا الشخصي بالحياة.
- شعور الفرد بجودة الحياة.
- شعور الشخص بالسعادة.

البعد الموضوعي: وشمل:

- الصحة البدنية.
- العلاقات الاجتماعية.
- الأنشطة المجتمعية.
- العمل.
- فلسفة الحياة.
- وقت الفراغ.
- مستوى المعيشة.
- العلاقات الأسرية.
- الصحة النفسية.
- التعليم.

4- مؤشرات قياس جودة الحياة:

قد حدد فلو فيد **(Fallow Feed, 1990)** مؤشرات جودة الحياة فيما يلي **(منسي: 2002، 21):**

- **مؤشرات نفسية:** وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.
- **مؤشرات اجتماعية:** وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
- **مؤشرات مهنية:** وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبه لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

- **مؤشرات جسمية وبدنية:** وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام، والنوم، الشهية في تناول الطعام، والقدرة الجنسية.

وتستمد مؤشرات قياس الجودة من المتغيرات التي يقيسها علم النفس الإيجابي والمتمثلة في: **(معمرية: 2010، ص 106)**

- المشاعر الإيجابية أو الحياة السعيدة السارة.
- السمات الإيجابية أو الحياة النشيطة المثمرة الدؤوبة.
- الحياة الإيجابية ذات المعنى.

5- مظاهر جودة الحياة:

يرى عبد المعطي أن مظاهر جودة الحياة تتمثل في خمس حلقات فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، وهي كالتالي:

5-1- الحلقة الأولى:

العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

5-1-1- العوامل المادية الموضوعية (Objective Factors): والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقة. **(عبد المعطي: 2005، ص 40)**

5-1-2- حسن الحال (Well Being): ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

5-2- الحلقة الثانية:

إشباع الحاجات والرضى عن الحياة:

5-2-1- إشباع وتحقيق الحاجات (Full Fillment Need): وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء كالطعام والمسكن والصحة،

ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة الحياة.

5-2-2- الرضا عن الحياة (Satisfaction of life): ويعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضى.

(عبد المعطي: 2005، ص 41)

5-3- الحلقة الثالثة:

إدراك الفرد القوى والمتضمنات وإحساسه بمعنى الحياة:

5-3-1- القوى والمتضمنات الحياتية (Life Potentials): قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة **(عبد المعطي: 2005، ص 42).**

5-3-2- معنى الحياة (Meaning life): يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمة أهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بإنجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقاد الآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

5-4- الحلقة الرابعة:

الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

5-4-1- الصحة والبناء البيولوجي (Health and Biologicals): وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

5-4-2- السعادة (Happiness): وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة وهي نشوة يشعر بها الفرد عند

إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية. **(عبد المعطي: 2005، ص 43)**

5-5- الحلقة الخامسة:

جودة الحياة الوجودية وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجود. فجودة الحياة هي التي يشعر الفرد من خلالها بوجوده وقيمته، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي من خلالها يستطيع تحقيق وجوده. **(عبد المعطي: 2005، ص 43)**

6- مقومات جودة الحياة:

توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة: **(محمدي، بوعيشة: 2009، ص ص 10-11)**

- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
- القدرة على التحكم.
- الصحة الجسمية والعقلية.
- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- المعتقدات الدينية، القيم الثقافية والحضارية.
- الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له، والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحياها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة ونعني هنا الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربعة نواح أساسية والتي تؤثر بشكل كبير أو بآخر على صحة الإنسان، بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض:

- الناحية الجسمية.
- الناحية الشعورية.
- الناحية العقلية.
- الناحية النفسية.

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية.

وهذه الاحتياجات تقف جنبا إلى جنب مع مقومات جودة الحياة، بل تعتبر جزءا مكملا لها، والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع، ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته والتي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في: العجـــز – الإحبـــاط – التقـــدم في العمر – الألـــم – الخوف – ضغط العمل – الحروب – الموت – الأمل – اللياقة الجسمية، بل والراحة أيضا.

تتمثل مقومات جودة الحياة في حالة المعافاة الكاملة بدنيا ونفسيا واجتماعيا، ووفق تعريف منظمة الصحة العالمية فإن للصحة عناصر عدة هي: **(محمدي، بوعيشة: 2009، ص ص 10-11)**

- الصحة الجسدية: القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية.
- الصحة النفسية: القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها.
- الصحة الروحية: وهي صحة تتعلق بالمعتقدات والممارسات الدينية للحصول على سلام مع النفس.
- الصحة العقلية: وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح، وتناسق والشعور بالمسؤولية.
- الصحة الاجتماعية: وهي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين والاستمرار بها والاتصال مع الآخرين واحترامهم.

7- معوقات تحقيق جودة الحياة:

يتضمن البناء النفسي لكل فرد أماكن قوة ومواطن ضعف، وإذا أردنا أن نحسن جودة الحياة للإنسان علينا أن لا نركز فقط على المشكلات، بل يتعين التركيز على كل أبعاد الحياة واستخدام وتوظيف القدرات، وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين جودة الحياة.

ويجب عند وصف هذه الأخيرة أن نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية، ويقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد،

أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثير الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص **(شيخي: 2013، ص 94)**.

كما يعتبر القلق من المستقبل أحد المعيقات التي تقف وراء تحقيق جودة الحياة، حيث أنه يمثل خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة أيضا يعيشها الفرد، والذي يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطير، كالاكتئاب والاضطرابات النفسية العصبية الخطيرة. **(معمرية: 2011، ص 12)**

جدول رقم (01): معوقات تحقيق جودة الحياة (شيخي: 2013، ص 94)

	المعوقات	**القدرات**
الظروف	المرض	المهارات
الداخلية	– الإعاقات – الخبرات الحياتية السلبية	– الخبرات الحياتية الإيجابية – الحالة المزاجية الذهنية – الإيجابية والسرور
الخارجية	– نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية – ظروف الحياة أو المعيشة السيئة – سوء الاختيار	– توافر مختلف المساندة الاجتماعية – توافر نماذج رعاية جيدة أو طبية – وجود برامج توجيه وإرشاد

خلاصة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوما واسعا ومتعددا بالنظر إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في تحديده، إلا أنه يبقى مفهوما جديدا أعطى للدراسات في علم النفس بعدا إيجابيا، حيث أن الاختلافات الموجودة حوله ترجع إلى التقسيم بين النظرة الذاتية والنظرة الموضوعية لجودة الحياة، إلا أنه في الحقيقة هذا التقسيم سوى مرجعية لفهم المعنى المتعلق حولها، وبذلك تصبح جودة الحياة تكامل بين ما هو ذاتي وما هو موضوعي وهذا ما يتجلى في المظاهر المعبرة عنه.

الفصـــل الثاني

الاضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد

1-تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية

2-الاتجاهات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية

3-انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية

4-أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية

5-تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية

6-خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية

7-الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلم

خلاصة

تمهيد :

أدرك الفلاسفة القدامى العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم، وأن تغيير الحالة النفسية لدى الإنسان يؤدي إلى تغير الحالة العضوية، كما أن الحالة الجسدية يمكن بدورها أن تؤدي إلى تغير الحالة النفسية لدى الفرد، إلا أن الدراسات الطبية والنفسية المتقدمة أجمعت على أن التأثير الحاصل من النفس أكثر شدة ورضوخا وخطورة من تأثير الجسم.

واعتبر الأطباء أن معظم الأمراض التي تصيب الإنسان ليست أمراضا جسمية فقط، بل هناك أمراض عضوية تعبر عن وجود اضطراب نفسي وضغوط لم يتحملها الجهاز النفسي للإنسان يطلق عليها الأمراض النفسجسمية أو السيكوسوماتية.

وسنتناول في هذا الفصل تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية، الاتجاهات المفسرة لها، خصائص هذه الاضطرابات، أسبابها، وانتشارها وكذا تصنيفها، وكذلك سنتناول الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلم.

1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

استعملت كلمة اضطرابات سيكوسوماتية لأول مرة من طرف "**Heineth**" عام 1818، ومن ثم قام فرويد بتطويرها في القرن العشرين، وتعتبر كلمة سيكوسوماتية وليدة الطب وهي كلمة يونانية مشتقة من كلمتين "**Puch**" تعني النفس، وتمثل العوامل النفسية التي تبدأ الاضطرابات الجسمية أو تتطور بسببها، "**Soma**" وتعني الجسم، وذلك يشير إلى الجسم باعتباره المجال العضوي للتفاعلات والانفعالات النفسية وهو الذي يقاسي من آثار اضطراب نفسي **(عبد المعطي: 2003، ص 18)**.

والاضطرابات السيكوسوماتية هي تلك الاضطرابات التي تنشأ من أسباب نفسية، ولكن أعراضها تتخذ شكلا جسميا، أي أسباب نفسية المنشأ **(العيسوي: 1994، ص 31)**.

ويعرف محمود أبو النيل الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها الأمراض الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من الأعضاء نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطرابات حياة المريض، والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاءا تاما، لاستمرار الضغط الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي. **(العيسوي: 1994، ص 11)**

ويرى أحمد عزت راجح أن الاضطرابات السيكوسوماتية "عبارة عن اضطرابات ناشئة نتيجة لإثارة انفعالية محبطة، أي نتيجة قمع وإحباط الانفعالات التي أعيقت عن التعبير الصريح عن نفسها، ونسي الفرد أسبابها وملابساتها وظروفها، مع بقاء ما يصاحبها من توترات واضطرابات حشوية، فالفرد الذي يعاني صراعا انفعاليا لا شعوريا يؤدي إلى حدوث الأعراض الجسمية التي تتميز بها هذه الأمراض، الذي يعاني صراعا انفعاليا لا شعوريا يؤدي إلى حدوث الأعراض الجسمية التي تتميز بها هذه الأمراض، وهنا يقال أن الفرد يعاني مرضا جسميا نفسيا أو مرضا سيكوسوماتيا **(العيسوي: 1994، ص 13)**.

مرض نفسي جسمي "**Psychosematicill**" مرض له أسباب انفعالية، وهو غير مظاهر العصاب من أمثال القلق والاكتئاب، فهذه تزول تماما بعلاج الحالة الانفعالية، أما المرض النفسي الجسمي فله أعراض جسمية، وإن كانت بعض أسبابه أو كلها نفسية وتتأثر صحة الجسم بالحالة الانفعالية. **(العيسوي: 1994، ص 13)**

الاضطرابات النفسية الجسمية اضطرابات حقيقية جسمية ذات منشأ نفسي كالقلق والتوتر النفسي، ومن هذه الاضطرابات ما يصيب الجهاز التنفسي كالأزمة أو العضلات القلبية كما في ضغط الدم، أو الصداع أو الجلدي كالإكزيما أو الهيكل العظمي، ويظن أن بعض مميزات الشخصية تهيأ للإصابة بهذه الأمراض. **(الجاموس: 2004، ص 13)**

يشير محمود الزيادي إلى أن المقصود بالاضطرابات السيكوسوماتية هي تلك الأعراض الجسمية المرضية الناجمة عن ضغوط انفعالية نفسية، فالفرد عندما يواجه موقفا طارئا أو ضاغطا يستجيب له استجابة انفعالية مصحوبة ببعض التغيرات الفسيولوجية البسيطة، فإذا استمر الانفعال أو لم يستطع المرء الفرار منه يظل في حالة توتر دائم، ومن ثم تحدث تغيرات فيسيولوجية لا تتوقف، وهذا التغير الفيسيولوجي الداخلي يحدث مع استمرار كلفه في أنسجة الجسم. **(عبد المعطي: 2003، ص 24)**

ويرى استنمور وراجرانت أن المرض السيكوسوماتي يظهر عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب وضاغط فيستجيب على المستوى الفسيولوجي، حيث ينشط الضغط الانفعالي الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) مسببا تناوبا في وظائف مثل التقلص العضلي اللاإرادي، زيادة الإفرازات، زيادة التنفس والتي إذا ما كانت حادة فإنها يمكن أن تؤدي إلى تغييرات في البناء الجسمي مثل الربو الشعبي، وقرحة المعدة والقولون والسمنة ... إلخ. **(عبد المعطي: 2003، ص 24)**

ويمكن أن يكون الفرد واع بما يصاحب الاستجابة النفسية أو يكون غير واع بها، وبذلك تتميز الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها رد فعل فيسيولوجي جسمي ضخم ناتج عن اضطراب سيكولوجي. **(عبد المعطي: 2003، ص 24)**

يعرف كل من **Malkenson** و **Niteiman** **(1954)** الاضطراب السيكوسوماتي بأنه اضطراب وظيفي في أعضاء البدن، وتحدث هذه الاضطرابات وقت الشدة النفسية، ويمكن أن يظهر الاضطراب السيكوسوماتي لأول مرة كنتيجة لسبب عضوي، ثم يعود مرة أخرى من خلال اضطراب انفعالي، وقد يكون ذلك بسبب وجود استعداد عضوي لدى الفرد.

وتعرف الموسوعة البريطانية (1966) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطراب جسمي مثل الربو، قرحة المعدة، ضغط الدم المرتفع، التهاب المفاصل الروماتيزي، وقرحة القولون وغيرها. **(العنزي: 2003، ص 43)**

في حين يرى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية وضع الاضطرابات النفسجسمية تحت العامل النفسي المؤثر على الحالة العقلية الطبية، وأشار إلى أثر سمات الشخصية وأسلوب التعايش السلبي مع العوامل الجسمي. **(العنزي: 2003، ص 44)**

أما حسب لطفي الشربيني في معجم مصطلحات الطب النفسي، فمصطلح جسمي نفسي يدل على وجود عوامل نفسية وراء الاضطرابات الجسدية، وتضم مجموعة الاضطرابات النفسية الجسدية قائمة طويلة من الأمراض التي تصيب وظائف أجهزة الجسم المختلفة، ومن أمثلتها فرط ضغط الدم، أمراض القلب، داء السكري، وبعض أمراض الجهاز الهضمي. **(الشربيني: د س، ص 148)**

أما جرينكر 'Grinker' فيرى أن الاضطراب السيكوسوماتي هو اتجاه يشمل في كليته اتصالات تعاقد بين أنظمة جسدية نفسية اجتماعية وثقافية. **(زايدي: 1998، ص 173)**

في حين يراها أحمد عكاشة أنها "اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما، وعادة ما يكون ذلك من الجهاز العصبي اللاإرادي، وهي تختلف عن الأعراض التحويلية الهستيرية في أن هذه الأخيرة عبارة عن تحول القلق إلى أعراض تشمل الجهاز الحركي والحسي والإرادي ولها معناها الرمزي في الحياة اللاشعورية. **(عكاشة: 1998، ص 537)**

وكتعليق على التعريفات السابقة نجد أن جميع من قاموا بإعطاء تعاريف حول الاضطرابات السيكوسوماتية قد اتفقوا على نقطة جوهرية مفادها أن أصل الاضطراب هو الانفعال، حيث يعتبر هذا تعبيرا عن الاتصال الوثيق بين العقل والجسم، أي بين الشخصية والصراع الانفعالي. وبالتالي يمكن القول أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية ذات منشأ نفسي.

2- الاتجاهات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

2-1- الاتجاهات البيولوجية:

2-1-1- اتجاه الضعف الجسمي:

تقوم هذه النظرية التي نادى بها كل من وايت ودرابر "**White et Draperet**" (1964) على افتراض مفاده أن الفرد يصاب في أضعف عضو به، حيث أن الاضطراب أول ما يصيب العضو الضعيف أو الأكثر قابلية، كما يحدث في ضعف الأجهزة التنفسية كالربو الشعبي وضعف الجهاز أو الأوعية الدموية في حالة ضغط الدم الجوهري، ويشير رمضان محمد القذافي (1999) إلى أن ضعف أعضاء الجسم يرجع إلى العوامل الوراثية والإصابات السابقة بالأمراض ونوعية الغذاء وطبيعة البيئة المحيطة وما شابه ذلك، والتي قد تؤثر على بعض أعضاء الجسم فتضعفها وتجعلها عرضة للتأثر بالضغوط وحالات التوتر.

وتشير الدراسات إلى أن هذا الضعف قد يشمل جميع أعضاء الجسم، وقد يرتكز في معظم الحالات –في عضو معين- بحيث تتسلط التوترات والإجهادات النفسية وغير النفسية على هذا العضو الضعيف فتضعفه، وقد يؤدي بهذا العضو إلى الاضطراب الوظيفي أو المرض السيكوسوماتي. **(أحمان: 2011، ص ص 92-93)**

2-1-2- اتجاه رد الفعل النوعي الاستجابة الجسمية الخاصة:

يؤيد بعض الباحثين أن هناك اختلافات من المحتمل أنها محددات وراثية، وذلك في الطرق التي يستجيب بها الأفراد نحو الضغوط، وقد اكتشف أن للناس نماذج آلية خاصة للاستجابة للضغوط، فترى أن معدل دقات القلب يزيد لدى فرد ما بينما يستجيب آخر بزيادة معدل التنفس بدون تغيرات في معدل نبضات القلب، ووفقا لهذه النظرية نجد اختلاف الأشخاص في طرق استجابتهم للضغوط، والجهاز الذي يستجيب قد يكون على الأرجح هو مركز الاضطراب السيكوسوماتي. **(العنزي: 2004، ص 27)**

مثال ذلك: نجد شخصا يستجيب بزيادة إفرازات حامض المعدة، وقد يكون أكثر حساسية للإصابة بقرحة المعدة، وآخر يستجيب للضغوط بزيادة ضغط الدم، ويكون هذا الشخص أكثر عرضة للإصابة بضغط الدم الجوهري. **(العنزي: 2004، ص 28)**

2-1-3- اتجاه التقييم والتوازن الذاتي التلقائي:

إن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث في الأجهزة التي يتحكم فيها الجهاز العصبي اللاإرادي والذي يمكن أن نقسمه إلى جزئين: السمبثاوي الذي يعمل في حالات الطوارئ والأخطار، والباراسمبثاوي الذي يعمل أثناء الحالات التي يكابد فيها الإنسان خطرا ذي طارئ، ويعمل هذان الجهازان في تناغم وتناسق وأحيانا يعمل كلا منهما في مقابل الآخر، وذلك ليدير الوظائف الداخلية للجسم، ويمكن وصف هذا التوازن بأنه معقد أو بسيط في بعض الأحيان، ويكون هذا التناسق والانسجام واضحا، فالجهد العنيف لنشاط الجهاز السمبثاوي يعوضه زيادة نشاط الجهاز الباراسمبثاوي بعد زوال الخطر أو حالة الطوارئ. **(علي جزر: 2001، ص 28)**

وتستجيب لذلك الأمعاء والأوعية الدموية والغدد ليظل الجسم بعيدا عن الضرر الجسمي، وعندما يوجد الخطر الجسمي الخارجي يتأثر الجهاز السمبثاوي ليعد الجسم إما للقتال أو الهرب، فيزيد من معدل ضربات القلب، ضغط الدم، معدل التنفس وإطلاق الكبد لكمية كبيرة من السكر في مجرى الدم والأوعية الدموية المتصلة بالمعدة والمعي والجلد الذهني أو المخ، ولكن الخطر الجسمي الحقيقي عادة ما يكون عابرا، أي أنه بعد زواله يعود الجسم لحالته الطبيعية، فتسترخي عضلاته وتبطؤ ضربات القلب ثانية ويجري الدم إلى المخ ويستأنف الاستيعاب، كل هذا يكون تحت تأثير الجهاز الباراسمبثاوي.

ويضيف سيمونس 1961 "**Simeons**" إلى أن عقولنا تنطلق إلى النقطة التي تدرك بها الآخرين أكثر من إدراكنا للأخطار الجسمية، وهي تتخيل أو تدرك الأخطار الاجتماعية مثل الغضب الذي يحدثه الانزعاج من موقف حاضر أو الندم على الماضي أو القلق على المستقبل، كل هذا يؤثر على نشاط الجهاز السمبثاوي ويجعله ينشط ولكن لا يكون هذا التأثير في قوته كاستجابة القتال أو الهرب من خطر خارجي، كما أنها لا تمر بسهولة. **(علي جزر: 2001، ص 28)**

إن مشاعر الاستياء، الندم والقلق من شأنها أن تجعل الجهاز السمبثاوي مستثارا والجسم في حالة دائمة من الطوارئ، وأحيانا يحدث ذلك بحيث لا يستطيع الجسم تحمله، ونجد في هذه الحالة أنه من الضروري التوازن بين استجابات السمبثاوي والباراسمبثاوي الذي يصبح أكثر صعوبة، ولذا فإن الأفكار الضاغطة التي تحول يمكن أن تحدث تغيرات

جسمية والتي تظل فترة أطول وتساهم في عدم التوازن بين نشاط الجهاز السمبثاوي والباراسمبثاوي. **(علي جزر: 2001، 29)**

2-2- اتجاه التحليل النفسي:

اعتبر رأي فرويد في الهستيريا قفزة نوعية من الفكر إلى الجسد، رغم أنه ظل بعيدا عن السيكوسوماتيك، ولكن تلامذته وأتباعه ارتبطوا بهذا الميدان من خلال ملاحظتهم أن الحالة الجسدية لبعض مرضاهم كانت تتحسن بشكل ملحوظ أثناء علاجهم بالعلاج النفسي التحليلي، ثم ارتكز ألكسندر على أنماط دانبار ووضع أسس مدرسة السيكوسوماتيك التحليلية من خلال محاولته التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية والتحليل النفسي. **(شحام: 2007، ص 74)**

فبالنسبة لدانبار أن سبب الاضطرابات ليس دوما نفسيا، فقد يكون خارجيا لكن بنية الشخصية هي التي تجعل جزءا من الجسم هشا مما يؤهله للتأثر ومن ثم التجسيد، أما ألكسندر فيؤكد أن الاضطراب السيكوسوماتي ناتج عن صراع سيكودينامي للحالات الانفعالية المصاحبة للسيرورات النفسية، وهذا في دراسته لسبعة أمراض افترض وجود صراع ديناميكي خاص، وقد افترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية، في حين أن مشاعر التبعية والحاجة للحماية ينعكس في الغالب على الجهاز الهضمي بمعنى أنه يربط بين عقدة معينة ومرض معين. **(شحام: 2007، ص 74)**

كما تؤكد الباحثة النفسية دوتش أن العامل النفسي دوما وراء الحوادث والكوارث المفاجئة غير المتوقعة وظروف الحرمان أو الشدة، فالعضو المصاب نتيجة لذلك الأذى النفسي منذ الطفولة يصبح موضع انفعال دائم، ويكون فيها ما يدعى (عصاب العضو). ويذهب أدلر إلى الشعور بالنقص في عضو معين يقود إلى المرض السيكوسوماتي، ويركز التحليليون على خبرات المريض السابقة وتراكمها وتكرارها، وبالذات الطفولة كسبب حتمي في حدوث المرض السيكوسوماتي. **(بطرس: 2008، ص ص 387-388)**

ويرى رويش أنها تعبير رمزي للصراعات اللاشعورية التي تتحول إلى لغة للجسم، ووفقا لرأيه فإن المرضى السيكوسوماتين إما أن يكونوا غير ناضجين في طريقة الاتصال بالآخرين ويفشلون في تعلم التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم لفظيا، إذ أنه تبعا

لعدم كفاية المريض في التعبير اللفظي يرتد إلى أشكال سيكوسوماتية رمزية كوسيلة لإخبار الآخرين بحاجاته السيكولوجية وصراعاته. ويذكر أن الغثيان أو الدوار يمكن أن يعبر عن عدم مقدرة المعدة عن التعبير عن الأشياء غير السارة التي يشعر بها الفرد، والتي يجب أن يأخذها من الآخرين، ويمكن أن تفسر كسبيل للقول بأنه يشعر بحمل زائد مصحوب بضغط. **(عبد المعطي: 2003، ص 48)**

ومن ناحية أخرى فقد أشار كلينمونتز "Kleinmuntz" (1974) إلى أن هناك من يعتبرون أن الاضطرابات السيكوسوماتية تمثل ارتدادا إلى مرحلة اعتمادية تنقلب فتحدث اضطرابات معدية معوية وبذلك فإن الأعراض الرمزية لقرحة المعدة تدل على الارتداد الذاتي اتجاه الأم، والأفراد الذين لديهم قرح بالغشاء المطاطي للقولون لديهم اضطرابات عميقة في مفتاح علاقاتهم بالأشياء. **(عبد المعطي: 2003، ص 48)**

ويعتقد كثير من علماء النفس التحليلي أن مفتاح فهم الربو هو حالة الخوف الطفلية لدى المريض من أنه سوف يعزل أو يفصل عن أمه، حيث يعتمد المريض الربوي ظاهريا على أمه وفي نفس الوقت يشعر بالمرارة من هذا الاعتماد وينكره، وتمتاز علاقته بأمه بالتذبذب والتغير وتعتبر كل نوبة بكاء تعبير رمزي لأجل الأم. **(العيسوي: 2000، ص 97)**

وترتكز هذه النظرية على مراحل النمو في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، فأرجع قرحة القولون إلى عملية التدريب على النظافة في الصغر، وما يرتبط بها من مواقف انفعالية بسبب المعاملة الوالدية المتشددة لتنظيم عملية الإخراج وكبت الطفل لرغبته في معاقبتهما. وينعكس الانفعال في صورة اضطراب سيكوسوماتي متمثل في قرحة القولون، وحسب ألكسندر دائما توجد عوامل مسؤولة عن الإصابة باضطرابات السيكوسوماتية وهي قابلية العضو للعطب نتيجة هشاشته، البنية النفسية الصراعية وآليات الدفاع وأخيرا الظروف الحالية المثيرة للدفاع. **(شحام: 2007، ص ص 74-75)**

وفي ظل هذا السياق نجد المدرسة الباريسية بريادة بيار مارتي التي ركزت على عملية التعقيل الذي يشير إلى العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الإثارات عن طريق البناء، هذه الإثارات النزوية لا بد من تفريغها، وفي حالة عدم التفريغ وتراكمها يؤدي إلى تفاعل التجسد، والتعقيل يعالج كما وكيفا التمثيلات والصور النفسية للقيام بربط الإثارات

النزوية من خلال أنظمة وشبكات التمثيلات مع ترابط الإثارات المختلفة والترابط المملوء بالعاطفة. **(معاليم: 2008، ص ص 48-49)**

ويميز بيار مارتي بين نوعين من الأعصبة: الأعصبة الغير نمطية وهي أعصبة غير مألوفة ودون أعراض، فهي تصاحب الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث غالبا ما تعكس الصراعات الداخلية وسوء تنظيم اللاشعور، كما يرى مارتي أن السيكوسوماتيين إجمالا تغيب الأحلام لديهم وتعود للظهور بعد العلاج النفسي، أما الأعصبة النمطية في الأمراض النفسية التي تكون فيها الحياة الخيالية الهوامية والأحلام غنية لدى المصابين بها، وبالتالي فهم أقل عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية. **(الزراد: 2000، ص 105)**

ولا يمكن أن نغفل عن المقاربة الأمريكية في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يشير وولف "**H.Wolf**" إلى دور البيئة الاجتماعية وتجارب الماضي والعوامل البيولوجية وأحداث الحياة في مجرى الاضطراب ومدته، كما تناول كل من أنجل وآدمسون حالة نفسية أطبقوا عليها تناذر التخلي كنتيجة لضعف الآليات الدفاعية مما يؤدي إلى فقدان العزيمة والهمة، وهي حالة نفسية تمهد لظهور المرض سريريا (دراسة حول السرطان). **(شحام: 2007، ص 76)**

2-3- الاتجاه السلوكي:

من رواده بافلوف، سكنر وواطسن، واهتمام هذه النظرية يرتكز على جانبين: تنظيم السيرورات العادية يسمح للمخ ببناء سلوكات مكيفة واختلال هذا التوازن تنجر عنه اضطرابات سيكوسوماتية، هذه الاختلالات مفادها ارتفاع ضعف الإثارة والكف. **(معاليم: 2008، ص 24)**

حيث انتهى بافلوف إلى أن السلوك السوي يتم بين النظم الثلاثة للجهاز العصبي (نظام الأفعال المنعكسة، النظام الإشاري الأول والنظام الإشاري الثاني).

وأشار بافلوف إلى أن التآزر بين هذه النظم العصبية يؤدي إلى التوازن بين عمليات النشاط العصبي (الإثارة والكف) ونعني بذلك التآزر بين وظائف الجهاز العصبي السمبثاوي (الإثارة) ووظائف الجهاز العصبي الباراسمبثاوي (الكف). وهذه الوظائف التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية مقر الاضطرابات السيكوسوماتية، فإذا اضطرب هذا التوازن أصيب الإنسان بالاضطراب، وأدت أبحاث بافلوف إلى أبحاث أخرى مثل أبحاث

رازان الذي حاول إيجاد نوع من الإشراط الجسمي الداخلي الناتج عن استجابات حشوية ووسائط تشترك مع مثيرات حشوية معينة، حيث يشير واطسن إلى أن الاستجابة لا يشترط فيها أن تكون خارجية وإنما داخلية عضلية، غدية وعصبية. **(الزراد: 2000، ص ص 95-96)**

ويرى بعض السلوكيين أن الاضطرابات السيكوسوماتية إن هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها درجة قلقة ويجد حلا لصراعاته، كما أن الاضطرابات هي نتيجة تعلم فاشلة تمت عن طريق الإشراط، فالطفل الذي يغار من أخيه المولود الجديد يلجأ إلى استجابة تبوله على نفسه بهدف جلب اهتمام الأم نحوه، والتخفيف من حدة غيرته، ومع التكرار يلجأ الطفل إلى هذه الاستجابة التي تصبح كعادة أو كعرض سيكوسوماتي. **(الزراد: 2000، ص 96)**

وقد اعتبر أحد علماء السلوكية أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة اشتراط أو تعلم شرطي، فلقد افترض أن الإنسان قد يكون لديه أصلا حساسية نحو الغبار، هذه الحساسية قد تجره إلى الربو، ولكن بعد ذلك عن طريق عملية تعميم المثير، وبذلك يصبح أي شيء مرتبط بالغبار أو رؤيته كرؤية أي نبات خارج المنزل، بل حتى التفكير في هذا النبات قد يثير نوبة من النوبات الربوية. **(العيسوي: 1994، ص 190)**

كما يرى ياسبرز أن المرض النفسي الجسمي له شكلين: **(بطرس: 2008، ص 387)**

- علاقة آلية: وهي ردة فعل تفوق الحد الاعتيادي من حيث القوة والاندفاع مثل حدوث إسهال، أو قيء على أثر انفعال شديد.
- علاقة إكتسابية بالمنعكسات الشرطية: وهي نوع من التكرار القائم على مبدأ المنعكس الشرطي، فالإنسان الذي رفع سماعة التلفون وتلقى نبأ مؤلم عنيف ثم سقطت يده في شلل وظيفي، يمكن أن يصاب بوهن اليد والشلل كلما سمع نبأ مؤلم، فهناك تكرار وانتقال وتثبيت للمنعكس الشرطي.

يرى لاشمان أن الاستجابات العصبية يمكن تعلمها من خلال التشريط الإجرائي، وتعلم الاستجابة العصبية على أساس التدعيم أو المكافأة، حيث يستمر الحصول على الاضطرابات إذا استمر الحصول على المعزز وسيليا. **(الزراد: 2000، ص 100)**

2- 4- الاتجاه المعرفي:

أجرى جراهام (1972) "**Graham**" دراسة حول عينات من مرضي السيكوسومات بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية، وتبين له من خلال المقابلات أن هناك عنصرين على مستوى الأهمية في الاضطرابات السيكوسوماتية هما:

-ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن.

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

فمثلا مريض الحساسية الجلدية يشعر وكأنه مهزوم وهزيل ولا يقدر على عمل شيء، ومريض قرحة الإثني عشر يشعر بالحرمان، ويريد الانتقام والثأر من مسبب ذلك، ويبدو أنه من الصعوبة المنهجية ربط العمليات المعرفية بالعمليات الفيسيولوجية.

(الزراد: 2000، ص ص 100-101)

3- انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية:

يرى بعض الباحثين أن خطورة الاضطرابات السيكوسوماتية تظهر من خلال انتشارها، حيث تبين أن حوالي (40% - 60%) من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، وهي أكثر انتشارا في الحضارات المعقدة المتميزة، بشيوع الصراع والتنافس والقلق والخوف، كما أنها أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة حيث التأثر بالحياة الاجتماعية واضحا، وتشيع لدى الإناث من الذكور. ونسبة كبيرة جدا من حالات التغيّب عن العمل ترجع لأسباب نفسية جسمية بنسبة (70% - 75%)، كما أن الدراسات تشير أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري تتراوح (80% - 85%)، والأعراض الأكثر شيوعا هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري. **(عبد المعطي: 2003، ص 15)**

ويورد فيصل خير الزراد مجموعة من المعطيات المتضمنة نسبة انتشار الاضطرابات حسب ما يلي:

وتقتصر على عرض الجدول الذي يبين توزيع الاضطرابات السيكوسوماتية حسب النسبة المئوية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (02) يوضح نسبة انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية

(الزراد: 2000، ص ص 75-76)

الاضطراب	النسبة المئوية
الربو	% 7,4
سرطان الثدي	% 7,4
آلام العمود الفقري	% 5
تقرح الأمعاء	% 4,3
الصداع	% 37
الشقيقة	% 3,4
ضغط الدم	% 3,4
أمراض المستقيم	% 3,4
مستقيم نازف	% 3,4
مرض السكري	% 3,4
داء الصدف	% 3,1
اضطرابات النوم	% 1,2

4- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:

4-1- عوامل متعلقة بالوراثة:

وليست العوامل الوراثية، حيث تستبعد الاضطرابات المتعلقة بالوراثة مباشرة مثل الهيموفيليا والأنيميا، أو إلى خلل في الكروموزومات، أما العوامل المتعلقة بالوراثة فيقصد بها عوامل الاستعداد الوراثي وأثر العوامل المؤثرة على الجنين قبل ولادته وظروف الحمل والولادة وأمراض الأم وظروف التغذية.

ويرى سونتاج ولستر (1953) "**Sontage, Lister**" أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الانفعالية للأم وبالحالة الجسمية والبيئة الداخلية والخارجية، فأي اضطراب للأم ينعكس على الطفل وما يحدث أثناء الحمل ينعكس على الطفل ويلازمه بعد الولادة.

والسؤال الذي يفرض نفسه هو: لماذا يستجيب أحد الأعضاء للضغوط بينما نجد على نحو آخر عضوا مشابها تحت ضغط مشابه يمكن أن يحتار بين أن يجاهد أو يهرب، وعضو آخر يستجيب بأنماط توافق عصابية أو دهانية؟

وأجابت الأبحاث حول أهمية دور العوامل الوراثية والمناعية، وكذلك الخبرة السابقة في حدوث الاضطراب، فالاستجابة للضغوط يمكن أن تأخذ شكل الانهيار الجسدي الذي يعكس تأثر النمط الجسدي لسوء التكيف النفسي. **(علي جزر: 2001، ص 31)**

ويرى جلهورن (1967) "**Gellhern**" أن بعض الدراسات في علم أسباب المرض ربطت بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومفهوم العضو القابل للإصابة، وافترضت هذه الدراسات عامل الاستعداد الوراثي في نشأة وتطور الاضطرابات السيكوسوماتية، فعندما يتعرض عضو معين لمؤثرات بيئية ينشأ الاضطراب السيكوسوماتي باتخاذ المؤثرات الداخلية والخارجية. **(علي جزر: 2001، ص 34)**

4-2- اضطراب علاقة الطفل بوالديه:

خاصة في عملية الغذاء والتدريب على الإخراج ونقص الأمن وفقدان الحب والخوف من الانفصال والحرمان، والحاجة إلى القبول واضطراب المناخ الانفعالي في المنزل وسيادة جو العدوان والمشاحنات والغيرة والخلافات الأسرية وسوء التوافق الزواجي. **(زهران: 2005، ص 470)**

4-3- العوامل الانفعالية:

التي يتعرض لها الفرد في حياته، والصراع الانفعالي بين الاعتماد على الآخرين وبين الاستقلال وقمع الغضب والانفعال وعدم المقدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات والحقد الشديد، والعدوان المكبوت، وعدم القدرة على تأكيد الذات والضغط الانفعالي المستمر والإحباطات المتراكمة التي تتولد عنها ضغوط نفسية شديدة تؤدي بالفرد إلى اليأس والانهيار.

ويرى جروديك "**G. Groodek**" أن لكل مرض سببا نفسيا أدى إليه أو ساهم في تطوره، وكل اضطراب هو تعبير رمزي عن المكبوتات، ويرى "**H. Hild**" أنه ليس هناك أمراض سيكوسوماتية بل مرضى سيكوسوماتيين. **(الزراد: 2000، ص 72)**

ويلخص الزهران هذه العوامل فيما يلي: **(زهران: 2005، ص 470)**

- الحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق أو الفشل.
- المطامع غير الواقعية.
- الكبت الانفعالي وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة.

- الإحباطات المتراكمة والمستمرة دون التعبير اللغوي أو النفسي الحركي عنه.
- الشعور الطويل بالظلم والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغيظ.
- الصراع الانفعالي الطويل مثل الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال.

4-4- العوامل الاجتماعية:

كتعرض الفرد لمواقف عنيفة كما في حالة الحرب ووقوع الكوارث الجسمية، وهذا ما يؤدي إلى استنفاذ الطاقة وعدم قدرته على التحمل، حيث يرى جيمس هالداي أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه على شكل أمراض واضطرابات لدى أفراده، كما أن التغير الاجتماعي السريع يزيد من هذه الأمراض، ويرى "**R. Nomis**" و "**Mc. Gennis**" (1970) أن التأثيرات البيئية الاجتماعية تلعب دورا مهما في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية، وكذلك فإن الطبقات الاجتماعية الفقيرة التي ينتشر فيها ضعف الوعي الصحي وعدم الاهتمام بالعلاج أو الوقاية من الأمراض وكثرة العوامل السلبية والاتجاهات المتصارعة التي ينتجها المحيط يمكن أن تمهد لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. **(الزراد: 2000، ص ص 75-76)**

5- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

تعددت تصنيفات الاضطرابات السيكوسوماتية، ونخص هنا بالذكر تصنيف فيصل محمد خير الزراد الذي صنفها حسب نوع الاضطراب:

جدول رقم (03): يمثل تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب فيصل الزراد (الزراد: 2000، ص ص 52-62)

الجهاز	اسم الاضطراب
جهاز الهضم	القرحة المعدية
	قرحة الإثنا عشر
	التهاب المعدة المزمن
	التهاب القولون
	الإمساك المزمن
	فقدان الشهية العصبي
	الشراهة في تناول الطعام

جهاز الهضم	عسر الهضم
	آلام انتفاخ البطن والتجشؤ (الفواق)
	السمنة المفرطة
	التهاب الفتحة الشرجية
	التهاب البنكرياس
	التهاب الزائدة الدودية
	اضطرابات الكبد والحويصلة الصفراء
	أعراض مرض كرون
جهاز التنفس	الربو الشعبي
	الإصابة بالنزلات البردية
	حمى القش
	التدرن الرئوي (السل)
	الحساسية الأنفية (للروائح)
جهاز القلب والدوران	الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية
	عصاب القلب
	الذبحة الصدرية
	ضغط الدم الجوهري (أو الأساسي)
	انخفاض ضغط الدم
	ارتفاع ضغط الدم
	الخفقان أو لغط القلب الوظيفي
الاضطرابات الجلدية	الشري (الأرتيكاريا)
	الحكة (الهرش)
	حب الشباب
	الأكزيما (الأكنة الوردية)
	تساقط الشعر
	الحساسية الذاتية للكريات الحمر
	مرض الصدفية (القوباء)
	مرض رينو

الجهاز	اسم الاضطراب
الاضطرابات الجنسية	العنة الجنسية أو البرود الجنسي لدى الرجل
	البرود الجنسي لدى المرأة
	القذف المبكر (للحيوان المنوي)
	القذف المتأخر
	تشنج المهبل
	عسر الجماع
	اضطرابات الحيض
	العقم (الأنثوي والذكري)
	الإجهاض المتكرر (الإملاس)
	آلام الحوض
	الحمل الكاذب
	متلازمة الكوفاد (لدى الرجال)
اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي	آلام الظهر
	التهاب المفاصل شبه روماتزمي
	داء الرجز (فقدان التناسق العضلي)
	ضمور العضلات
	العض على النواجد
الاضطرابات الإخراج	التبول اللاإرادي
	التبرز اللاإرادي
	احتباس البول
اضطرابات الغدد والهرمونات	مرض السكر
	سكر الدم
	ازدياد سكر الدم
	نقصان سكر الدم
	البدانة
	التسمم الدرقي

الجهاز	اسم الاضطراب
اضطرابات الجهاز العصبي	الصداع
	الصداع النصفي (الشقيقة)
	الحلجات أو الأزمات العصبية
	الدوخة والدوار
	إحساس الأطراف الكاذب
اضطرابات سيكوسوماتية أخرى	الطفل الضاوي (الذي لا ينمو)
	التعرض للكسور والحوادث
	الإحساس بالألم
	اضطرابات الحمل
	اضطرابات الولادة
	السرطان (الثدي، الجهاز التناسلي)
	نزيف الأذن الوسطى (مرض مينير)
	اضطرابات النطق والكلام الناجمة عن العوامل النفسية

6- خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

تتميز الاضطرابات السيكوسوماتية بالخصائص التالية: **(العيسوي: 1997، ص 27)**

- اضطراب في الوظيفة مع إصابة العضو نفسه، وهي بهذا تختلف عن الاضطرابات العقلية.
- تلعب الاضطرابات الانفعالية دورا أساسيا فيها سواء من ناحية بدئها وظهورها أو عودة الأعراض، وبهذا تختلف عن الاضطرابات العضوية.
- أنها اضطرابات مزمنة.
- تميل للارتباط باضطرابات سيكوسوماتية أخرى، وقد يحدث هذا في فترات مختلفة من حياة المريض.
- توجد فروق بين الجنسين في حدوثها، فالربو يحدث لدى الأولاد والبنات بنسبة واحدة قبل البلوغ، وبعد ذلك يكون أقل لدى الرجال، وقرحة القولون تكون أعلى عند الرجال، والغدة الدرقية لدى النساء، ومن أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية الربو، ارتفاع الضغط، القرحة، الصداع النصفي، الحساسية، اضطراب الدورة عند المرأة.

- أن العوامل النفسية تلعب دورا هاما وحاسما في حياة مرضى الروماتيزم، فالروماتيزم يمثل منطقة هامة بين الطب النفسي والطب العضوي. **(صادق: 1986، ص 144)**

7- الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلم:

الاضطرابات النفسية الفيسيولوجية هي حالات معينة تكون التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسية إلى اضطرابات انفعالية، هذه الاضطرابات التي تسمى بالأمراض السيكوسوماتية، إنما هي تعبير عن الاتصال الوثيق بين العقل والجسم، أي بين الشخصية والصراع الانفعالي من ناحية والجهاز العصبي المستقل من ناحية أخرى، ونظرا لتعدد هذه الاضطرابات التي تصيب المعلم نتيجة للضغوط وكذا صعوبة حصرها وتداخلها. وهنا سنبرز أهم الأمراض شيوعا عنده بشيء من الإيجاز، وذلك على النحو التالي:

7-1- الصداع:

يعتبر الصداع واحدا من أكثر الأمراض شيوعا لدى الأشخاص المعرضين للضغوط، إذ أنه غالبا ما ينشأ عن عوامل نفسية تؤدي إلى اضطرابات في الجهاز الدوري، فبالنسبة للمعلم فقد يؤدي الشغب داخل القسم من طرف التلاميذ وكثرة الواجبات داخل المدرسة وخارجها، اكتظاظ المقررات الدراسية، التعليمات الإدارية الصارمة وغيرها من العوامل التي تعرض المعلم للصداع. **(طعيلي: د س، ص 67)**

7-2- اضطرابات الجهاز الهضمي:

تعتبر اضطرابات الجهاز الهضمي من الاضطرابات المألوفة بالنسبة لكثير من الأشخاص الذين يعانون ضغوط العمل، وذلك على اعتبار أن هذه الاضطرابات تمثل رد فعل جسم الفرد تجاه هذه الضغوط، هذه الاضطرابات غالبا ما تشمل: قرحة المعدة، وقرحة القولون، والسمنة المفرطة، قد يتعرض المعلم إلى هذا النوع من الاضطرابات خاصة إذا كان قليل النضج، غير اجتماعي، الطموح فوق اللزوم.

7-3- اضطرابات الجهاز الدوري:

تلعب العوامل السيكولوجية مثل الضغط والتوتر والقلق دورا ملحوظا في طبيعة الأمراض التي تصيب القلب والأوعية الدموية، فقد أثبت مؤتمر أطباء القلب الذي عقد في

باريس عام 1979م وحضره ما يزيد 2000 طبيب يمثلون 96 دولة أن أمراض القلب والأوعية الدموية تعتبر من أشد أمراض العالم فتكا بالإنسان، حيث وصل ضحاياها ما بين 55% إلى 60% من وفيات العالم. **(طعبلي: د س، ص 7)**

هذا وتحدثت الكثير من الدراسات الطبية والتربوية على أن مهنة التعليم من أكثر المهن التي يصاب العاملون فيها بأمراض مختلفة منها الأمراض السيكوسوماتية، وهذا حسب دراسة نشرت في مجلة "المعلم" التي تصدر عن جمعية المعلمين الكويتية، وهذه الأمراض هي ضعف البصر، الضغط السكري، أمراض القلب، الحساسية، ضعف السمع، التهاب الأحبال الصوتية، الصداع، والقولون العصبي. **(أبو ظفرة موسى: د س، ص 6)**

خلاصة:

تعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية ظاهرة العصر الحديث، نظرا للتطور التكنولوجي وتعقيدات الحياة وكثرة الضغوط التي تؤدي في غالب الأحيان إلى الإصابة بهذه الأمراض.

فعجز الإنسان عن تصريف الانفعالات والتخفيف من الضغوطات يترجمها الجسد على شكل اضطرابات تصيب أي جهاز من أجهزة الجسم.

كما أن الإصابة بهذه الأمراض تختلف من فرد لآخر حسب بنية الشخصية وقدرة الفرد على التحكم في انفعالاته والسيطرة عليها.

وعليه فإننا نعتقد بأن غالبية الأمراض النفسية والجسدية التي يعاني منها الإنسان الحالي إنما هي نتاج أعباء الحياة العصرية وضغوط العمل.

الجانب التطبيقي

الفصـــل الثالث

الإجراءات المنـهجية للدراسة

تمهيد

1 ـ المنـهج المستخدم في الدراسة

2 ـ حدود الدراسة

3 ـ عينـة الدراسة

4 ـ الأدوات المستخدمة في الدراسة

5 ـ الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

خلاصة

تمهيد:

يسعى كل باحث من خلال دراسته إلى إيجاد حل للإشكال الذي طرحه، حيث تتم الإجابة عليه من خلال إثبات أو نفي الفرضيات التي تمت صياغتها كإجابات مؤقتة لتساؤلات الدراسة، وذلك بإخضاعها للدراسة العلمية عن طريق اختبار الفروض ميدانيا، ولكي يتسنى ذلك ينبغي على الباحث اعتماد منهج معين يلائم طبيعة الموضوع، بالإضافة إلى تحديد مجالات دراسته المكانية والزمانية والبشرية، ومنه يتم تحديد أدوات جمع البيانات الميدانية التي تخدم موضوع الدراسة، وكذا الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة المتغيرات المراد دراستها. وهذا ما سنتعرف عليه من خلال هذا الفصل.

1- المنهج المستخدم في الدراسة:

إن البحث العلمي لا يمكن أن يقوم دون منهج واضح يساعده في البحث عن أسباب مشكلة موضوع الدراسة بحيث يلائم هذا المنهج طبيعة الموضوع، وذلك لضمان الحصول على نتائج يمكن تعميمها والوثوق فيها. وعليه فإن المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والفارقي، ارتباطي لأنه يدرس العلاقة بين المتغيرين، وبما أننا بصدد إبراز العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية استعنا بهذا المنهج لأنه يتناسب وطبيعة موضوع الدراسة، "وهو يهتم بالكشف عن العلاقات بين متغيرين أو أكثر لمعرفة مدى ارتباط بين هذه المتغيرات، والتعبير عنها بصورة رقمية". **(ملحم: 2000، ص 329)**، وفارقي لأنه يدرس الفروق بين المتغيرين.

وفي دراستنا الحالية نسعى من خلال استخدام المنهج الوصفي الارتباطي للبحث عن العلاقة القائمة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي. كما نسعى في دراسة الفروق من خلال استخدام المنهج الفارقي للكشف عن الفروق بين متغيري الدراسة.

2- حدود الدراسة:

تمثلت حدود هذه الدراسة في الإطار الزماني، وذلك من 2014 إلى 2015، ومكان إجرائها المتمثل في بعض ابتدائيات بلدية المسيلة، وكذا حجم العينة المقدر بـــ 60 معلم ومعلمة، كما تمثلت أيضا حدود هذه الدراسة في مدى فعالية وملاءمة الأداتين اللتان تم استخدامهما لقياس متغيري جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية، دون أن ننسى مدى نجاعة الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة للإجابة عن التساؤلات المطروحة، وهذا ما يجعل نتائج هذه الدراسة مرتبطة بحدودها.

3- عينة الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على عينة قصدية قدرت بـــ(60) معلما ومعلمـــة، مـــنهم (32) ذكر و(28) أنثى، موزعين على 5 ابتدائيات متواجدة في بلدية المسيلة.

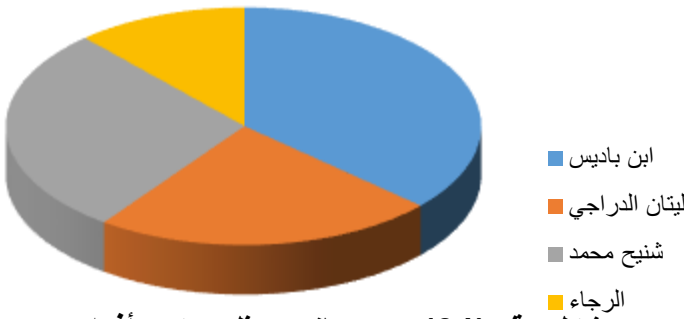
جدول رقم (04) يمثل خصائص العينة حسب الجنس

الجنس		المجموع
ذكور	إناث	
32	28	60
% 53,33	% 26,67	% 100

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك تقارب بين الجنسين من خلال العدد.

جدول رقم (05) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الابتدائيات التي تم إجراء الدراسة فيها:

المدرسة	عدد المعلمين
ابتدائية ابن باديس	22
ابتدائية سليتان الدراجي	14
ابتدائية شنيح محمد	17
ابتدائية الرجاء	07



شكل رقم (01) رسم بياني يمثل توزيع أفراد العينة حسب الابتدائيات

4- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

يتم تحديد وسائل جمع البيانات كخطوة أساسية في الدراسة الميدانية، وذلك للتمكن من الحصول على أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة، ويتم هذا التحديد وفقا لطبيعة الموضوع المعالج والمنهج المستخدم، حيث تتوقف القيمة العلمية لهذه الدراسة الأداة المستخدمة. فأداة الدراسة هي الوسيلة التي يجمع بها الباحث بياناته، وليس هناك تصنيف موحد لهذه الأدوات. وقد يستفيد الباحث من أكثر من أداة واحدة في بحثه لتحقيق متطلبات فروضه. **(الدويدري: 2000، ص 305)**

ولقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

4-1- مقياس جودة الحياة:

4-1-1- وصف مقياس جودة الحياة:

وضع هذا المقياس منظمة الصحة العالمية (1996) ليقدم بروفيل مختصر عن مستوى الجودة السائد في حياة الفرد. وهو يتكون من 26 بند، يتضمن بندين (2) لجودة الحياة العامة والصحة العامة.

وقد قامت الباحثة بشرى إسماعيل أحمد (2008) بتعريب هذا المقياس وترجمته إلى اللغة العربية وذلك بمساعدة اثنين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في اللغة الإنجليزية. وتم تعريب جميع عبارات المقياس، وبعد الانتهاء من ذلك قامت الباحثة بعرضه على أربعة من أساتذة علم النفس لتحكيم الصورة التي أعدت للغة العربية من حيث الصياغة اللغوية وبدائل الإجابة ومدى انتماء العبارة للبعد.

- الصورة النهائية للمقياس:

تكونت الصورة النهائية للمقياس من 26 عبارة، منها عبارتين عن جودة الحياة عامة والصحة العامة، و24 بند موزعة على أربعة أبعاد فرعية للمقياس كما يلي:

جودة الحياة العامة: بند رقم (1)

الصحة العامة: بند رقم (2)

المجال الجسدي: (3-14-16)

المجال الاستقلالي: (10-12-13-15-18-17)

المجال البيئي: (4-8-9-23)

المجال النفسي: (6-7-11-19-25-26)

المجال الاجتماعي: (20-21-22)

4-1-2- كيفية التصحيح لمقياس جودة الحياة:

قسيمة الإجابة تحتوي على (05) بدائل للإجابة (سيئة جدا، سيئة إلى حد ما، جيدة إلى حد ما، لا سيئة ولا جيدة، جيدة جدا)، في كل من البند الأول والبند رقم (11)، أما كل من البنود (3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 14، 15، 26) فكانت بدائل الإجابة كالتالي: (ليس دائما، بدرجة قليلة، بدرجة متوسطة، كثيرا، بدرجة بالغة)، أما البنود (2،

16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25) فكانت بدائل الإجابة بـــ(غير راض أبدا، سيء نوعا ما، لا راض ولا غير راضي، جيد نوعا ما، راض جدا)، حيث يعطى لها التدريجات التالية (1، 2، 3، 4، 5) على نفس الترتيب، علما أن أكبر درجة قد يحصل عليها المفحوص هي (130) وهذا إذا أجاب على كل عبارات هذا المقياس بدرجة (5) (26 عبارة)، وأدنى درجة يمكن الحصول عليها هي (26) إذا أجاب المفحوص على كل عبارات هذا المقياس بالبديل الذي يأخذ التدريجة (1).

وبالتالي يمكن تحديد الحدود الفعلية للمقياس بـــ:

130 = 5 X 26

104 = 4 X 26

78 = 3 X 26

52 = 2 X 26

26 = 1 X 26

ومنه يمكن الحصول على المجالات التالية في تفسير الخاصية المقاسة وهي:

[26 – 52] منخفضة.

[52 – 78] متوسطة.

[78 – 104] عالية.

[104 – 130] عالية جدا.

4-1-3- الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

أ- الثبات:

يقصد بالثبات قدرة الأداة على تقدير السلوك بشكل لا يتغير بتغير الظروف والزمان، والمقياس الثابت هو الذي ينتج قيما متساوية إذا ما تكرر إجراؤه عدة مرات.

نظرا لعدم تمكننا من الحصول على خصائص هذا المقياس، قمنا بحساب خصائصه بعد توزيع المقياس على عينة قوامها (30) فردا.

- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معامل الارتباط بين نصفي المقياس، حيث قدرت قيمته "0,68"، وبالتعويض في المعادلة التصحيحية لسبيرمان براون بلغت قيمة الثبات الكلي "0,81" وهذا يدل على أن هذا المقياس يتمتع بالثبات.

ب- الصدق:

يقصد بالصدق مدى صلاحية استخدام درجات المقياس للقيام بتفسيرات معينة. **(أبو علام: 2004، ص 413)**

- الصدق التمييزي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق الصدق التمييزي، والذي يقوم على أساس استخراج نسبة 27 % بين مجموعتين؛ مجموعة عليا ومجموعة دنيا في درجات الأفراد، حيث بلغت قيمة "T" "2,38"، أما الصدق فكانت قيمته "0,82".

وبهذا نستطيع القول أن مقياس جودة الحياة صادق وثابت بالطرق التي تم استخدامها.

4-2- قائمة كورنل للأمراض السيكوسوماتية:

4-2-1- وصف القائمة:

أعدت قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية من طرف كل من برودمان، إردمان، وولف (1946) كأداة تتضمن أسئلة عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصابية، والطب نفسية، كما تكشف عن حالات القلق وتوهم المرض والاتجاهات المضادة للمجتمع، واضطرابات التشنج النصفي والربو والقرح الهضمية، وتركز بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالاضطرابات السيكوسوماتية. **(أحمان: 2011، ص 169).**

وبعد أربعين عاما من صدور صيغة 1946م للقائمة، قام فريق من الباحثين برودمان، إردمان، وولف وميسكلوفيتش بإخراج طبعة جديدة للقائمة هي طبعة 1986، والتي تمثل تطويرا كبيرا للقائمة، والذي يتجلى في كون القائمة الجديدة تضمنت 18 مقياسا بدلا من 10 مقاييس عام 1946. وقد قام محمود أبو النيل بتعريب الصورة الأخيرة التي ظهرت عام 1986. **(أحمان: ص 170).**

أما في دراستنا الحالية فقد تم استخدام القائمة المعدلة من طرف عبد الحميد شحام في رسالته المكملة لنيل شهادة الماجستير.

4-2-2- كيفية تصحيح قائمة كورنل للأمراض السيكوسوماتية:

قسيمة الإجابة تحتوي على بديلين (نعم، لا) ويعطى لها التدريجات التالية (1- نعم) (0 - لا). علما أن أعلى درجة يمكن الحصول عليها هي (84) إذا أجاب الفرد على جميع البنود بـــ(نعم)، وأدنى درجة يمكن الحصول عليها هي (0) إذا أجاب الفرد على جميع البنود بـــ(لا).

4-2-3- الخصائص السيكومترية لقائمة كورنل للأمراض السيكوسوماتية:

أ- حساب الثبات:

تم حساب ثبات القائمة بطريقة التجزئة النصفية، حيث قدرت قيمته بـــ (0,94) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وبعد تطبيق معادلة سبيرمان براون لتصحيح الثبات قدرت القائمة ككل بـــ (0,97)، وهي قيمة كبيرة مما يدل على ثبات القائمة.

ب- حساب الصدق:

تم اعتماد طريقة واحدة لحساب صدق القائمة وهي اعتماد طريقة الصدق الذاتي والذي بلغت قيمته (0,97) وهي قيمة كبيرة مما يدل على صدق القائمة.

وبهذا يمكن القول أن القائمة تتمتع بالثبات والصدق.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لا شك أن أي دراسة لا تكاد تخلو من الجانب الإحصائي الذي يعد أحد ركائز البحث العلمي، وهذا بالنظر إلى إسهامات علم الإحصاء في تحليل النتائج بالدقة المطلوبة والمراد الوصول إليها.

ومن هنا اعتمدنا على جملة من الأساليب الإحصائية في معالجة بيانات هذه الدراسة، وكذلك الاستعانة ببرنامج (**$SPSS_{20}$**).

- فيما يخص وصف مجتمع عينة الدراسة اعتمدت على الأعمدة البيانية.
- فيما يخص الخصائص السيكومترية:
  - التجزئة النصفية عن طريق معامل بيرسون.
  - معادلة سبيرمان براون: لتصحيح الطول.

- الصدق التمييزي عن طريق (T_{test}).
- الصدق الذاتي.

- فيما يخص النتائج:

- معامل بيرسون للعلاقة.
- اختبار (T_{test}) للفروق.
- اختبار **Kolmogorov-Sminov** لمعرفة توزيع قيم المتغيرات.

خلاصة:

يعتبر هذا الفصل كفصل تمهيدي للجانب التطبيقي، لذا فقد حاولنا من خلاله استعراض الخطوات الأولى للدراسة الميدانية، والتي تعتبر خطوات أساسية في كل دراسة ميدانية، حيث قمنا بتعريف مصطلحات الدراسة إجرائيا تبعا للمقاييس المستخدمة، كما قمنا بتحديد طبيعة المنهج المستخدم في هذه الدراسة والمتمثل في المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي (المقارن)، أما اختيار العينة فكان بطريقة قصدية إضافة إلى تحديد المقاييس المستخدمة في الدراسة والمتمثلة في جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، وقائمة تحري العوارض السيكوسوماتية، وأخير الأساليب الإحصائية المستخدمة، معامل الارتباط بيرسون، معادلة سبيرمان براون.

الفصـــل الرابع

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض نتائج الدراسة

1-1- عرض نتيجة الفرضية الأولى

1-2- عرض نتيجة الفرضية الثانية

1-3- عرض نتيجة الفرضية الثالثة

2- مناقشة نتائج الدراسة

2-1- مناقشة نتيجة الفرضية الأولى

2-2- مناقشة نتيجة الفرضية الثانية

2-3- مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة

خلاصة

تمهيد:

لقد اعتمدنا في عرضنا للنتائج من خلال هذا الفصل على دليل الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار 20 ($SPSS_{20}$). وبما أننا حددنا سابقا طبيعة المنهج المستخدم ونوع عينة الدراسة فإننا سنحاول من خلال نظام (SPSS) عرض نتائج الفرضيات المطروحة سابقا وفقا للأساليب الإحصائية المناسبة لها، وبعد عرضنا لهذه النتائج نقوم بمناقشتها على ضوء الدراسات السابقة، والإطار النظري.

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

تشير هذه الفرضية إلى أنه تتوزع قيم كل من جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي توزيعا اعتداليا (طبيعيا).

للتأكد من طبيعة التوزيع، قمنا بحساب كلا من الوسيط، المتوسط، الانحراف المعياري، الالتواء واختبار (kolmogorov-Smirnov) لقيم المتغيرات السابقة.

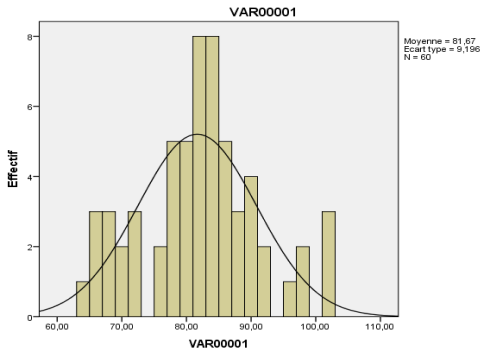
1-1-1- توزيع قيم جودة الحياة:

الجدول رقم (06) يمثل قيم الوسيط، المتوسط، الانحراف المعياري، الالتواء واختبار (kolmogorov-Smirnov) لمتغير جودة الحياة :

متغيرات الدراسة	الوسيط	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	اختبار kolmogorov-Smirnov	مستوى الدلالة
جودة الحياة	82	82	9,19	0,01	0,07	0,20

من خلال الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

قدرت قيمة الوسيط بـــ (82) وهي مساوية لقيمة المتوسط المقدرة كذلك بـــ (82)، كما أن قيمة الالتواء كانت (0,01) وهي قريبة من الصفر، وهذا يدل على أن التوزيع اعتدالي، وهذا ما تؤكده نتيجة اختبار (kolmogorov-Smirnov) والمقدرة بـــ(0,07) عند مستوى الدلالة (0,20) مما يدل على أنه توزيع اعتدالي لقيم جودة الحياة لدى أفراد العينة.



شكل رقم (02) توزيع قيم جودة الحياة

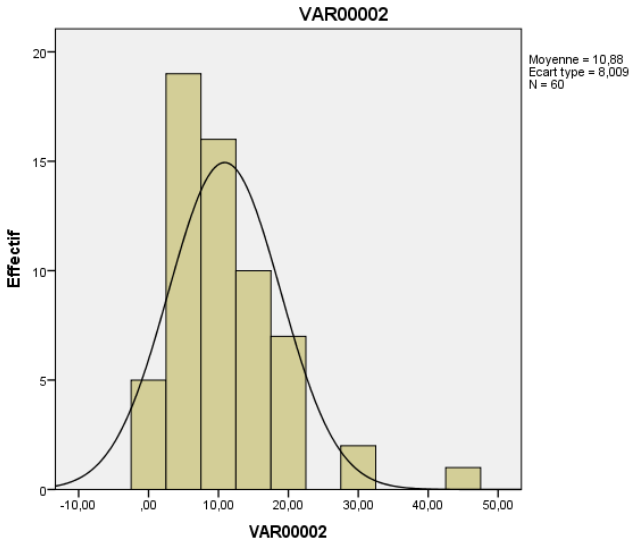
يمثل الشكل المقابل مدرج تكراري لتوزيع قيم جودة الحياة على أفراد العينة. يلاحظ تمركز قريب من الوسط للقيم، وهذا يؤكد التوزيع الطبيعي لقيم المتغير.

1-1-2- توزيع قيم الاضطرابات السيكوسوماتية:

الجدول رقم (07) يمثل قيم الوسيط، المتوسط، الانحراف المعياري، الالتواء واختبار (kolmogorov-Smirnov) لمتغير الاضطرابات السيكوسوماتية:

متغيرات الدراسة	الوسيط	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	اختبار kolmogorov-Smirnov	مستوى الدلالة
الاضطرابات السيكوسوماتية	9	4	8	1,52	0,11	0,06

قدرت قيمة الوسيط بـــ (9) وهي أكبر من قيمة المتوسط المقدرة بـــ (4)، كما أن قيمة الالتواء أكبر من الصفر حيث قدرت بـــ 1,53 عند مستوى الدلالة (0,06)، وهذا ما تؤكده أيضا نتيجة اختبار (kolomogorov-Sminov) والمقدرة بـــ (0,11). وبهذا فإن توزيع قيم هذا المتغير غير اعتدالي.



شكل رقم (03) يوضح توزيع قيم الاضطرابات السيكوسوماتية

نلاحظ من خلال المدرج التكراري أن توزيع قيم الاضطرابات السيكوسوماتية يتمركز باتجاه اليمين نحو القيم الصغيرة.

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

تشير هذه الفرضية إلى أنه "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي".

للتأكد من صحة هذه الفرضية، قمنا بحساب معامل الارتباط لبيرسون لمعرفة طبيعة الارتباط بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية.

وفيما يلي جدول يوضح ذلك:

الجدول رقم (08): نتائج معامل بيرسون للارتباط بين متغيري جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية

	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	مجموع أفراد العينة
جودة الحياة / الاضطرابات السيكوسوماتية	-0,01	غير دال	60

من خلال الجدول نلاحظ ما يلي:

أن قيمة معامل الارتباط لبيرسون تساوي (-0,01) وهي قيمة ضعيفة غير دالة إحصائيا، وبالتالي فإنه لا توجد علاقة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية، ومنه يمكن أن نستنتج أن الفرضية السابقة والتي تنص على توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لم تتحقق.

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تشير هذه الفرضية إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار الفروق (T_{test}) بين الجنسين لمعرفة هل هناك فروق بين الجنسين أم لا. وفيما يلي جدول يوضح ذلك:

جدول رقم (09) يوضح الفروق في جودة الحياة باستخدام اختبار الفروق (ت)

	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	مستوى الدلالة
جودة الحياة	ذكور	32	83,43	7,93	1,61	غير دال
	إناث	28	79,64	10,22	1,58	غير دال

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن قيمة المتوسط بلغت (83,43) فيما يخص الذكور و(79,64) فيما يخص الإناث، كما قدرت قيمة الانحراف المعياري لدى الذكور بـــ (7,93) ولدى الإناث بـــ (10,22)، وهي قيم قريبة من بعضها، حيث لا توجد فروق كبيرة بين المتوسطات أو الانحرافات. أما فيما يخص قيمة اختبار الفروق (ت) فقد قدرت قيمته بـــ (1,61) لدى الذكور و(1,58) لدى الإناث وهي قيم غير دالة إحصائيا، مما يؤكد غياب الفروق بين الجنسين فيما يخص جودة الحياة.

جدول رقم (10) يوضح الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية باستخدام اختبار الفروق (ت)

	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	مستوى الدلالة
الاضطرابات السيكوسوماتية	ذكور	32	11,31	7,99	0,44	غير دال
	إناث	28	10,39	8,14	0,44	غير دال

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن قيمة المتوسط بلغت (11,31) فيما يخص الذكور و(10,39) فيما يخص الإناث، كما قدرت قيمة الانحراف المعياري لدى الذكور بـــ (7,99) ولدى الإناث بـــ (8,14)، وهي قيم قريبة من بعضها، حيث لا توجد فروق كبيرة بين المتوسطات أو الانحرافات. أما فيما يخص قيمة اختبار الفروق (ت) فقد قدرت قيمته بـــ (0,44) لدى الذكور و(0,44) لدى الإناث وهي قيم متساوية وغير دالة إحصائيا، مما يؤكد غياب الفروق بين الجنسين فيما يخص الاضطرابات السيكوسوماتية.

ومنه يمكن الاستنتاج أن الفرضية السابقة لم تتحقق.

2- مناقشة نتائج الدراسة:

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

لقد أشرنا سابقا من خلال الفرضية الثانية إلى أنه تتوزع قيم كل من جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية توزيعا اعتداليا لدى معلمي الطور الابتدائي.

- بالنسبة لتوزيع قيم جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية:

من خلال عرضنا السابق لنتائج هذه الفرضية توصلنا إلى أن قيم جودة الحياة لا تخضع للتوزيع الطبيعي، وإنما تتوزع توزيعا ملتويا، أما فيما يخص توزيع قيم الاضطرابات السيكوسوماتية فهو اعتدالي.

2-1-1- فيما يخص التوزيع الطبيعي لقيم جودة الحياة:

قد تعود طبيعة هذا التوزيع إلى مجموعة من العوامل التي لها علاقة بالعينة، وهذا ما قد تثبته نظرية رايف (1999) من خلال بعد التمكن البيئي للفرد والذي يقصد به قدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته، وكذا بناء علاقات اجتماعية إيجابية بينه وبين الأفراد الآخرين، حيث أن كل هذه الأمو تساعد في تحقيق أمثل لجودة الحياة. وبالتالي يكون هناك تقارب بين الأفراد في مضامينها، خصوصا إذا كانوا في بيئة عمل واحدة.

وقد اختلفت نتيجة هذه الفرضية مع مفهوم العادلي لجودة الحياة حيث يرى أنها مفهوم نسبي يختلف من شخص إلى آخر من الناحيتين (النظرية والتطبيقية) استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقدم الحياة ومتطلباتها.

2-1-2- بالنسبة لتوزيع قيم الاضطرابات السيكوسوماتية:

يمكن تفسير التوزيع غير الطبيعي لقيم الاضطرابات السيكوسوماتية في كون أن هناك تباين في سن أفراد العينة وكذا خبرة العمل، وبالتالي تختلف استجابات أفراد العينة لهذه الضغوط التي يواجهونها، وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع ما جاءت به نظرية اتجاه رد الفعل النوعي والاستجابة الجسمية الخاصة، فمضمون هذه النظرية يرى أن للناس نماذج آلية خاصة للاستجابة للضغوط، فترى أن معدل دقات القلب يزيد لدى فرد ما، بينما يستجيب آخر بزيادة معدل التنفس بدون تغييرات في معدل نبضات القلب، كما أننا نجد شخص يستجيب بزيادة إفرازات حامض المعدة، وقد يكون أكثر حساسية للإصابة بقرحة المعدة، وأن آخر أيضا يستجيب للضغوط بزيادة ضغط الدم.

واختلفت ما جاءت به فرضيتنا مع ما جاءت به دراسة كل من الأسود الزهرة وجعفور ربيعة وهذا من خلال دراستهما حول مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي، حيث أثبتت هذه الدراسة عدم وجود فروق في مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين الأساتذة.

2-2- مناقشة نتيجة الفرضية الثانية:

نصت هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي، وقد أظهرت النتائج من خلال تطبيق معامل الارتباط لبيرسون ما يلي:

غياب العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية.

وجاءت هذه النتيجة متوافقة مع تصورات وآراء أفراد العينة أنه ليس بالضرورة من يكون يتمتع بجودة حياة عالية لا يصاب بأمراض سيكوسوماتية أو العكس، كما اختلفت نتائج هذه الفرضية مع دراسة جين وآخرون (2008) فيما يخص الأعراض المعوية المزمنة كأحد الأمراض السيكوسوماتية وأثرها على جودة الحياة، حيث أجريت هذه الدراسة في كوريا وهدفت إلى تقييم حدوث الأعراض المعوية المزمنة وتأثيرها على جودة الحياة، وكانت من بين نتائج هذه الدراسة وجود تأثير بين الأمراض المعوية المزمنة وجودة الحياة.

2-3- مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة:

نصت هذه الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في كل من جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية، وقد أظهرت نتائج اختبار الفروق "ت" عدم صحة هذه الفرضية.

وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع دراسة زهرة الأسود وجعفور ربيعة التي تم إجراؤها على قرابة (160) أستاذ من التعليم الثانوي بمنطقة تقرت، وكانت من أهم النتائج المتوصل إليها أنه لا توجد فروق في مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي تعزى لمتغير الجنس، كما أنه لا توجد فروق في مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي تعزى لمتغير بيئة العمل، كما تتفق نتائج هذه الفرضية أيضا مع ما أشار إليه استنهور وراجرانت أن المرض السيكوسوماتي يظهر عند

جميع الأفراد في حال تعرضهم لمواقف ضاغطة ومضطربة. أما فيما يخص جودة الحياة فيرى الاتجاه الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين وهما وجود كائن حي ملائم ووجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، وبالتالي تكون هناك بيئة طبيعية وهناك بيئة اجتماعية، وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة، وبالتالي لا يكون هناك فرق في مستويات الجودة الحياتية بين الأشخاص ما داموا يعيشون في بيئة واحدة.

بينما أتت نتائج دراستنا متعارضة مع دراسة بينافينت وآخرون (2004) فيما يخص جودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من مرض الصرع، وقد بلغ عدد المشاركين 66 مراهقا، وكانت نتائج هذه الدراسة أن هناك اختلاف في جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من مرض الصرع الذي يعتبر أحد الاضطرابات السيكوسوماتية وفقا للجنس.

خلاصة:

بعد عرضنا لنتائج الفرضيات المطروحة من خلال استخدام أساليب إحصائية مناسبة لها، اعتمادا على دليل الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (الإصدار 20)، كالوسيط، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الالتواء، اختبار Kolomogorov-Smirov، معامل الارتباط بيرسون، واختبار الفروق "ت"، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- تتوزع قيم متغير جودة الحياة توزيعا طبيعيا لدى معلمي الطور الابتدائي.
- تتوزع قيم متغير الاضطرابات السيكوسوماتية توزيعا غير طبيعي لدى معلمي الطور الابتدائي.
- لا توجد علاقة بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي.
- لا توجد فروق في جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي تعزى لمتغير الجنس.

استنتاج عام:

لقد تمحورت هذه الدراسة حول موضوع جودة الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الابتدائي ببعض ابتدائيات بلدية المسيلة، ومن خلال عرضنا للنتائج المتوصل إليها ومناقشتها وفقا للدراسات السابقة والإطار النظري وكذا الواقع، توصلنا إلى عدم وجود ارتباط بين جودة الحياة والاضطرابات السيكوسوماتية.

كما وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى غياب الفروق حسب متغير الجنس بالنسبة للمتغيرين.

ومن خلال هذا الطرح يتبين لنا أن مفهوم جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص إلى آخر، وهو مرتبط بالمعايير التي يعتمدها الأفراد في تسيير أمور حياتهم، أما بالنسبة للاضطرابات السيكوسوماتية فقد لاحظنا من خلال النتائج المتوصل إليها أن هناك تباين في الاضطرابات السيكوسوماتية التي يعاني منها المعلمين، وذلك حسب طبيعة الضغوط التي يواجهونها، وكيفية استجابتهم لها، وبهذا يتحدد نوع الاضطراب والجهاز الذي يحمل نوع الاضطراب.

- **الاقتراحات:**

في الأخير يمكن إدراج مجموعة من الاقتراحات والمتمثلة فيما يلي:

- توسيع دائرة البحث في هذا المجال ن خلال:
- اختبار عينات أكبر حجما.
- إجراء هذه الدراسات على عينات مغايرة، أو إجراء هذه الدراسة كدراسة مقارنة بين العاديين والمرضى الذين يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية.
- ربط متغير جودة الحياة بمتغيرات أخرى.
- إعطاء أهمية أكثر للعلاقة بين الجانبين النفسي والعضوي.
- أن تكون هناك دراسات وأبحاث عربية مكثفة حول موضوع جودة الحياة باعتبار أن البيئة العربية تختلف عن البيئة الأجنبية، وبالتالي يتغير مفهوم جودة الحياة بتغير المجال البيئي.

المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أولا: المصادر:

- القرآن الكريم.

ثانيا: المراجع باللغة العربية :

- **الكتب :**

1-أبو حلاوة محمد السعيد (2010): جودة الحياة المفهوم والأبعاد، جامعة الإسكندرية.

2-بخش طه أميرة (دون سنة): جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

3-بطرس حافظ بطرس (2008): التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار المسيرة، الأردن.

4-بوحوش عمار (2001): مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط3، ديوان المطبوعات.

5-الجاموس نور الهدى محمد(2004): الاضطرابات النفسية-الجسمية السيكوسوماتية، اليازوري، الأردن.

6-رجاء محمود أبوعلام، (2007)،مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط6، دار النشر للجامعات، مصر.

7- الزراد فيصل محمد خير(2000): الأمراض النفسية-جسدية أمراض العصر، ط1، دار النفائس، بيروت.

8- زهران عبد السلام حامد(2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب، القاهرة.

9- صادق عادل (1986): الألم النفسي والعضوي، توزيع الأهرام، مصر.

10- عبد المعطي حسن مصطفى(2003): الاضطرابات السيكوسوماتية التشخيص-الأسباب-العلاج، زهراء الشرق، القاهرة.

11- عبيد ماجدة بهاء الدين السيد(2008): الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، ط1، دار صفاء، عمان.

12- عكاشة أحمد (1998): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة.
13- العيسوي عبد الرحمان (دون سنة): أمراض العصر- الأمراض النفسية والعقلية و السيكوسوماتية، درا المعرفة الجامعية.
14- العيسوي عبد الرحمان(1994): الاضطرابات السيكوسوماتية مع دراسة ميدانية على عينة من الشباب العربي ومقياس السيكوسوماتية، دار النهضة، بيروت.
15- العيسوي عبد الرحمان(2000): الاضطرابات النفسجسمية، ط1، دار الرتب الجامعية، بيروت.
16- فؤاد البهي السيد (1978)، علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر، القاهرة
17- مزيان محمد (1999): مبادئ في البحث النفسي التربوي، ط2، دار العرب للنشر والتوزيع، الجزائر.
18- معاليم صالح(2008): محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
19- معمرية بشير (2010):مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان.
20- ملحم سامي (2000): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان.
21- النابلسي محمد أحمد وآخرون(1991): الصدمة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت.

- **المجلات العلمية:**

1-أبو ظفرة موسى (د س): مهنة التعليم شاقة، مجلة الابتسامة، الكويت.
2-زايدي نصر الدين (1988): الأمراض السيكوسوماتية لدى الأستاذ الجامعي، عروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية، 25-26-27 ماي، الجزء الأول، منشورات جامعة الجزائر.
3-الغنيوصي السالم سليم (2006): جودة المناخ الجامعي من وجهة نظر ...، كلية التربية بجامعة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس عمار.
4-مبارك بشرى عناد (1990): جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد 99، جامعة دبالي.

5-مشري سلاف (2014): جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، الجزائر.

6-نعيسة رغداء علي (2012): جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الأول، سوريا.

- **الرسائل و الأطروحات الجامعية:**

1-أحمان لبنى: دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، رسالة دكتوراه غير منشورة، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر، 2011-2012.

2-الحمص صالح إسماعيل عبد الله (2010): قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، مذكرة ماجستير، غزة.

3-شيخي مريم (2014): طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، مذكرة ماجيستير، جامعة تلمسان، الجزائر.

4-علي جزر سحر علي طه: مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين، رسالة ماجستير، علم النفس، جامعة عين شمس، القاهرة، 2001.

5-العنزي أمال سليمان تركي: أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية"، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، علم النفس، جامعة الملك سعود، السعودية، 1425/1424هـ.

6-الهنداوي محمد حامد إبراهيم (2011): الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة، مذكرة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.

- **الدراسات والمؤتمرات:**

1-حسين فوقيه أحمد السيد (2006): العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي، جامعة بني سويف.

2-طعبلي محمد الطاهر (د س): ضغوط العمل لدى معلم المدرسة الابتدائية واستراتيجية التكفل بها، الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، جامعة الجزائر.

3-عادل الأشول (2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، المؤتمر العلمي الثالث، جامعة الزقازيق، مصر.

4-عبد المعطي حسن مصطفى (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث "الإنتماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.

5-محمدي فوزية، أمال بوعيشة (2013): معوقات جودة الحياة الأسرية، الملتقى الوطني الثاني، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- **القواميس والمعاجم:**

1-البستاني كرم وآخرون (1994): المنجد في اللغة والأعلام، دار المشرق للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

2-ابن منظور جمال (1994): لسان العرب، دار الفكر للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

المراجع باللغة الأجنبية:

1- Argyl, n (1990) : causes and correl ates of happiness nd, kahneman : E Diener & schwanz (eds) well being, the foundations of hedonic psychology.
2- Bryan H. Masam (2002): quality of life, public planning and private living, Canada.
3- C Eriser, R Morse (2001) : quality of life measures in chronic diseases of childhood, univercity of sheffeeld, UK.
4- Fush n.B (1992) : use of the quality of life inventory in problem assessment care, human horizons series, London/

الملاحق

ملحق رقم (01): مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة"
World Health Organization Quality Of Life
إعداد منظمة الصحة العالمية
تعريب (د.بشرى إسماعيل أحمد) 2008

الاسم (اختياري): .....

الجنس: (ذكر، أنثى) **العمر: ( ) سنة**

التعليمات:

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة. فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي عن البنود التالية، وأمام كل منها خمسة اختيارات وعليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع دائرة حول حرف هذا الاختيار، ولاحظ جيدا أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الإجابة عنه، واعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد سوى الباحثة ولأغراض البحث العلمي.

م	العبارة
1	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جدا
2	ما مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راض جدا (ب) راض نوعا ما (ج) غير راض نوعا ما (د) لا راض ولا غير راض (هـ) غير راض أبدا
3	في رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
4	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
5	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
6	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
7	إلى أي مدى يمكنك التركيز بعقلك حول مختلف الأمور؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة

8	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
9	هل هناك اهتمام بالصحة في بيتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
10	هل تملك القدرة والقوة الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
11	ما مدى تقبلك لبنائك الجسدي؟ (أ) سيئ جدا (ب) سيئ نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيئ ولا جيد (هـ) جيد جدا
12	هل أنت كفء لإشباع حاجياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
13	ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
14	إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
15	كم أنت قادر للتنقل هنا وهناك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
16	إلى أي مدى أنت راض عن نومك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
17	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
18	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
19	ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
20	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
21	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
22	كم أنت راض عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقاؤك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا

23	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
24	ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
25	ما هو مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟ (أ) غير راض أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راض ولا غير راض (د) جيدة نوعا ما (هـ) راض جدا
26	هل تشعر بالحزن، الاكتئاب والقلق؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة

الملحق رقم (02): اختبار تحـــري العوارض السيكوسوماتية

1- الاسم (اختياري): .....

2- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

3- السن: 25- 35 سنة ☐ 35 - 45سنة ☐ أكبر من 46 سنة ☐

4- الأقدمية: 1-5 سنوات ☐ 6-10 سنوات ☐ 11 سنة فما فوق ☐

أختي العزيزة

في إطار قيام الباحث بدراسة حول العلاقة بين الضغوط النفسية والأمراض السيكوسوماتية لدى معلمي المرحلة الابتدائية، وبصفتك الشخص المعني والقادر على تزويدنا بالمعلومات المناسبة في هذا الموضوع، نرجو منك التكرم بالإجابة على جميع أسئلة هذا الاختبار بعناية وصراحة، ونحيطك علما أن هذه المعلومات مآلها الاستخدام في البحث العلمي فقط، كما أنه لا توجد إجابة خاطئة وأخرى صحيحة ولك مني الشكر الجزيل مسبقا على تعاونك معنا.

الباحثة

التعليمات:

للإجابة نرجو منك قراءة كل عبارة ثم الإجابة عنها، فالسؤال الذي ينطبق عليك أجب عنه (بنعم) بوضع العلامة (×) أمام (نعم)،و السؤال الذي لا ينطبق عليك أجب عنه (بلا) بوضع نفس العلامة أمام (لا)

مثال:

الأبعاد	هل تنطبق عليك الأعراض التالية ؟	نعم	لا
	هل شهيتك للطعام جيدة ؟	×	
	هل تعاني من اضطراب في الجهاز الهضمي ؟		×

الأبعاد	الجملة	نعم	لا
أ- السمع والإبصار	1- هل تحتاج للنظارة عند القراءة ؟		
	2- هل تحتاج للنظارة لرؤية الأشياء البعيدة ؟		
	3- هل عادة تعاني من آلام شديدة في عينيك ؟		
	4- هل تسمع بصعوبة ؟		
	5- هل غالبا ما تسمع طنينا في أذنيك ؟		
ب - الجهاز التنفسي	6- هل كثيرا ما تطرد البلغم من حلقك ؟		
	7- هل أنفك يرشح باستمرار ؟		
	8- هل تعاني كثيرا من نزلات البرد ؟		
	9-هل تعاني من مرض الربو ؟		
	10-هل تعاني من السعال المستمر ؟		
	11- هل حدث أن كان سعالك مصحوبا بدم ؟		
	12- هل تعاني من الالتهاب الشعبي ؟		
	13- هل يحدث أحيانا أن تعرق عرقا غزيرا أثناء الليل ؟		
	14- هل أجريت كشفا بأشعة أكس على صدرك في السنتين الأخيرتين ؟		
	15- هل أصبت من قبل بالالتهاب الرئوي ؟		
	16- هل أنت مدخن؟		
ج- القلب والأوعية الدموية	17- هل تعاني من نوبات صدرية مؤلمة (ألم ضيق الصدر) ؟		
	18- هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية ؟		
	19- هل يعاني أفراد عائلتك من متاعب قلبية ؟		
	20- هل سبق أن عمل لك رسم قلب ؟		
	21- هل تصحو أثناء الليل بسبب ضيق التنفس ؟		
	22- هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جدا أو منخفض ؟		
	23- هل غالبا ما تكون نبضات قلبك سريعة ؟		
	24- هل تعاني من تورم في مفصل القدم ؟		
	25- هل سبق و أن أصبت بحمى روماتيزمية ؟		
د- الجهاز الهضمي	26- هل تعاني من صعوبة في البلع ؟		
	27- هل تعاني من التهابات في الفم ؟		
	28- هل تعاني من تهيج في القولون أو المعدة ؟		
	29- هل سبق حدوث التهاب في الغشاء المخاطي للقولون ؟		
	30- هل زاد وزنك مؤخرا ؟		

	31- هل نقص وزنك مؤخرا ؟			
	32- هل سبق و أن أصبت بقرحة ؟			
هـ- الهيكل العظمي والعضلي	33- هل تعاني كثيرا من تورمات و آلام في مفاصلك ؟			
	34- هل تعاني من وجود عظام ضعيفة ؟			
	35- هل تشعر بتيبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار ؟			
	36- هل ينتشر الروماتيزم (داء المفاصل) في عائلتك ؟			
	37- هل تعاني عادة من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك ؟			
	38- هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام أسفل الظهر ؟			
و- الجلد	39- هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة ؟			
	40- هل كثيرا ما يظهر طفح جلدي لديك ؟			
	41- هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة ؟			
	42- هل يحدث غالبا احمرار شديد في وجهك ؟			
	43- هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد ؟			
	44- هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك ؟			
و- الجهاز العصبي	45- هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس ؟			
	46- هل الصداع منتشر في عائلتك ؟			
	47- هل تحدث لك نوبات سخونة أو برودة ؟			
	48- هل غالبا ما تعاني من نوبات شديدة من الدوخة ؟			
	49- هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل ؟			
	50- هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك ؟			
	51- هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة ؟			
	52- هل تعاني من التهتهة أو اللعثمة ؟			
ز- ط- التعب	63- هل غالبا ما تحدث لك نوبات من الإجهاد الكامل أو التعب ؟			
	54- هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية ؟			
	55- هل لديك مشكلة عند بدء التبول ؟			
	56- هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية ؟			
	57- هل سبق أن كان لديك حصوة في الكلية ؟			
	67- هل تعاني من إجهاد عصبي شديد ؟			
	68- هل ينتشر الإجهاد العصبي بين أفراد عائلتك ؟			
ي-	69- هل كثيرا ما تلازم الفراش بسبب المرض ؟			

	58- هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول ؟		
	59- هل عادة ما تتبول كثيرا أثناء النهار ؟		
	60- هل تعاني غالبا من حرقان شديد عندما تتبول ؟		
	61- هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة ؟		
	62- هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة ؟		
ج- التعب	63- هل غالبا ما تحدث لك نوبات من الإجهاد الكامل أو التعب؟		
	64- هل عادة تحس بالتعب والإجهاد في الصباح؟		
	65- هل يجهدك أي مجهود ولو كان ضئيلا؟		
	66- هل يحدث أن تكون متعبا جدا ومنهكا لدرجة أنك لا تستطيع تناول الطعام؟		
	67- هل تعاني من إجهاد عصبي شديد؟		
	68هل ينتشر الإجهاد العصبي بين عائلتك؟		
هـ- تكرار المرض	69- هل كثيرا ما تلازم الفراش بسبب المرض؟		
	70- هل صحتك ضعيفة دائما؟		
	71- هل تعتبر شخصا دائم المرض؟		
	72- هل أنت شخص من عائلة أفرادها دائمي المرض؟		
	73- هل تقلق كثير وتكون منزعجا بخصوص صحتك؟		
	74- هل سبق علاجك من أنيميا حادة؟		
	75- هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث؟		
	76- هل سبق أن أصبت بمرض السكر؟		
	77- هل أخبرك الطبيب أن لديك التهابا بالغدة الدرقية (عنقك)؟		
	78- هل سبق أن عالجت من ورم أو سرطان؟		
	79- هل تعاني من أي مرض مزمن؟		
	80- هل وزنك أقل من المعدل؟		
	81- هل وزنك أزيد من المعدل؟		
	82- هل أخبرك الطبيب بوجود أورمة متضخمة في ساقيك؟		
	83- هل تعاني من انخفاض نسبة السكر في الدم (هيبوجسليميا)؟		
	84- هل سبق لك عمل اختبار نسبة الجلوكوز؟		