جامعة إب
مجلة الباحث الجامعي

نمط السلوك (أ) وعلاقته بالأعراض النفسية- الجسدية (السيكوسوماتية) لدى أساتذة جامعة إب

طارق مكرد ناشر[1]، محمد إبراهيم العبيدي[1]
قسم علم النفس التربوي، كلية التربية، جامعة إب، اليمن[1]

ملخص:

سعت الدراسة لحالية إلى التحقق من مستوى نمط السلوك (أ) لدى أساتذة جامعة إب، وطبيعة الفروق بينهم في هذا المستوى وفقاً لمتغيرات: التخصص، والجنسية، والعمر، والتفاعل بينهما. كما سعت إلى تعرف نسب انتشار الاضطرابات النفسجسدية ومستوى أعراضها وطبيعة الفروق بين الأساتذة في مستوى هذه الأعراض وفقاً للمتغيرات السابقة. وسعت فضلاً عن ذلك إلى التحقق من طبيعة العلاقة بين مستوى نمط السلوك (أ) ومستوى الأعراض المذكورة لدى هؤلاء الأساتذة. وتألفت عينة الدراسة (التي تم اختيارها بالأسلوب الطبقي العشوائي) من (75) من الأساتذة اليمنيين والوافدين (الذكور فقط) العاملين في الجامعة من التخصصات الإنسانية والعلمية ومن الأعمار (30- أكثر من60) سنة، وبنسبة (42.13%) من مجتمع الدراسة، طبقت عليهم أربع من أدوات القياس هي: مسح جينكنز للأنشطة، قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية إعداد الباحثين، قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية المعدّلة من قبل الباحثين، قائمة مدى انطباق معايير (APA:DSM.IV.1994) للأعراض السيكوسوماتية تكييف الباحثين كذلك. ثم حللت البيانات باستخدام الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18) وبالوسائل الإحصائية المناسبة لكل هدف، وأسفرت هذه التحليلات عن النتائج الآتية:

1. مستوى مرتفع ودال إحصائيًا عند مستوى (0.05) فأقل لنمط السلوك (أ) لدى أساتذة جامعة إب، مقارنة بالمتوسط النظري لمسح جينيكنز للأنشطة.
2. فرق دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.05) فأقل في مستوى نمط السلوك (أ) بين الأساتذة ذوي التخصص العلمي والأساتذة ذوي التخصص الإنساني ولمصلحة ذوي التخصص الإنساني.
3. فروق غير دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.05) فأقل في مستوى نمط السلوك (أ) لدى الأساتذة في جامعة إب وفقًا للجنسية (يمني- وافد) والعمر (31 - 40 سنة)، (41 - 50 سنة)، (51 - 60 سنة)، (أكثر من 60 سنة). وكذلك وفقًا للتفاعل بين هذه المتغيرات المستقلة.
4. هناك (54) اضطرابًا سيكوسوماتيًا يعاني منها أساتذة الجامعة، كانت الأكثر شيوعًا منها (15) اضطرابًا هي (الإصابة بالنزلات البردية، آلام انتفاخ البطن، تساقط الشعر، عسر الهضم، آلام أسفل الظهر، التهاب المفاصل شبه الروماتزمي، اضطرابات النوم، القذف المبكر للحيوان المنوي، الحساسية الأنفية، التهاب القولون، ارتفاع ضغط الدم، كثرة مرات التبول، قرحة المعدة، الدوخة والدوار، فرط التعرق).

5. مستوى مرتفع أو وجود حقيقي ودال إحصائيًا عند مستوى (0.05) فأقل لـ (5) مجالات هي: (الجهاز التنفسي، القلب والأوعية الدموية، الجهاز الهضمي، الجهاز الهيكلي والعظمي، الجلد)، والدرجة الكلية على قائمة كورنل المعدلة للأعراض السيكوسوماتية عند أساتذة جامعة إب، مقارنة بالمتوسطات النظرية لكل منهما.

6. فروق غير دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05) فأقل في مستوى الأعراض النفسجسدية لدى أساتذة جامعة إب، في جميع مجالات القائمة والدرجة الكلية، وفقًا للتخصص، والجنسية، والعمر، والتفاعل بينهما، عدا فرق واحد دال إحصائياً عند مستوى (0.05) في متغير التفاعل بين التخصص والجنسية لمصلحة اليمنيين من التخصصات الإنسانية ولمصلحة الوافدين من التخصصات العلمية.

7. علاقة طردية ودالة إحصائيًا عند مستوى(0.05) فأقل بين مستوى نمط السلوك (أ) و(6) مجالات هي: السمع والإبصار، أعراض القلب والأوعية الدموية، أعراض جهاز الهضم، الأعراض الجلدية، أعراض الجهاز العصبي، أعراض الجهاز البولي والتناسلي، والدرجة الكلية على قائمة كورنل المعدلة للأعراض السيكوسوماتية عند أساتذة جامعة إب. وقد كانت هذه العلاقة أكثر قوة بين مستوى نمط السلوك (أ) وكل من (أعراض القلب والأوعية الدموية، وأعراض جهاز الهضم، والدرجة الكلية لقائمة الأعراض السيكوسوماتية).

مشكلة البحث:

هناك الكثير من أعضاء هيئة التدريس في جامعة إب ممن يتم تكليفهم بتدريس ساعات إضافية تتجاوز نصابهم القانوني، أو ممن يتم تعيينهم في مناصب إدارية أو قيادية، من دون الاستناد إلى أسس أو معايير نفسية أو دون أدنى معرفة لمدى ملاءمة ذلك لطبيعة مهنة التدريس في الجامعة ولخصائصهم الشخصية أو نمط السلوك الذي ينتمون إليه، وذلك بالرغم مما هو معروف عن مهنة التدريس بأنها من المهن الاجتماعية الضاغطة وعن المعلمين من ذوي نمط السلوك (أ) من أنهم الأكثر إحساسًا وشعورًا بالضغوط المهنية، والأكثر عرضة للإصابة بالأعراض النفسية - الجسدية الخطيرة الناجمة عنها. وكذلك بالرغم مما تضمنه الأدب السابق من إشارات تفيد بأن بيئة العمل التي تولد نمط السلوك (أ) هي التي تجعل الأفراد فيها أكثر استعدادًا للإحساس بضيق الوقت، وكرهاً للبطء في أداء العمل، وميلاً للقيام بأكثر من عمل في وقت واحد، ومما تضمنه هذا الأدب من توصيات بضرورة التعرف على أفراد هذا النمط من السلوك وإحاطتهم بالرعاية والمساعدة الطبية والإرشادية اللازمة، والعمل على التخفيف من مصادر الضغوط التي يتعرضون لها بدلاً من العمل في اتجاه معاكس، وتكليفهم بأعباء تدريسية أو مهام إدارية إضافية؛ لأن ذلك - خصوصًا إذا ما اقترن بغياب المساعدة اللازمة - بمرور الزمن سوف ينجم عنه زيادة في حدّة هذا النمط من السلوك والاضطرابات النفسجسدية ذات العلاقة. من هنا تتضح حاجة الجامعة الماسة إلى التعرف على أصحاب هذا النمط السلوكي من الأساتذة، ومدى حدّة هذا النمط، وحدة الأعراض النفسجسدية المرتبطة به، والتي بناءً عليها تحددت مشكلة الدراسة الحالية بالإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى نمط السلوك (أ) لدى أساتذة جامعة إب؟
2. هل يختلف هذا المستوى باختلاف جنسية الأستاذ وتخصصه وعمره؟
3. ما نسب انتشار أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أساتذة جامعة إب؟
4. ما مستوى الأعراض النفسية - الجسدية لدى أساتذة جامعة إب؟

5. هل يختلف هذا المستوى باختلاف جنسية الأستاذ وتخصصه وعمره؟
6. ما اتجاه ودلالة العلاقة بين مستوى نمط السلوك(أ) ومستوى الأعراض النفسية - الجسدية؟

أهمية البحث:

لقد تضمن التراث النفسي الإشارة إلى أن خصائص الفرد تسهم إسهامًا فاعلاً في تعرضه للضغوط وأنها تقوم بدور الوسيط بين مسببات الضغط النفسي ونتائجه، وبأنها إما قد تعمل على زيادة حدة الضغوط أو التخفيف منها(محمد، 1992: 84)، ويعني ذلك أن اختلاف الأفراد من حيث الخصائص الشخصية يجعلهم يستجيبون للضغط بطرق مختلفة، عن بعضها كثيرًا إذ قد يتكيف بعضهم مع الضغط في حين لا يستطيع بعضهم الآخر تحمله أو يعملون على تجنبه، وهو ما يوحي بوجود عوامل وسيطة أو ناقلة تقوم إما بإضعاف أو تأكيد العلاقة بين مصادر الضغط والآثار المترتبة عليه (اندروسيزلافي ومارك ولاس، 1991: 187). وفي هذا السياق توصلت دراسة بيم وروزنمان (Byme & Rosenman) إلى أن نمط السلوك (أ) نظرًا للخصائص التي يتميز بها يمثل بحد ذاته مصدرًا داخليًا للضغط ويفرض على صاحبه ظروفًا اجتماعية ضاغطة مرتفعة (دويدار، 1999: 285). حيث تتضمن خصائص هذا النمط الرغبة الشديدة لخوض المنافسات والضمير الحي والطموح والعدوانية وحب التقيد بالمهلة الممنوحة وانعدام الصبر والتعبير عن إحكام السيطرة على البيئة المحيطة كحاجة أساسية ليتجنب الشعور بانعدام الفاعلية في محيط العمل، وما يترتب على هذه الأنماط السلوكية من اضطرابات نفسجسدية بالغة الخطورة كأمراض الشرايين التاجية (Chell,1993:12 -13)، كما يوصف ذوو نمط السلوك (أ) في مجال العمل بأنه ذلك الذي يعمل لساعات طويلة وشاقة بشكل مستمر لتحقيق المواعيد النهائية لإنجاز الأعمال، وعلى الرغم من أنه مثقل بالأعباء الزائدة وأنه شخص غير قادر على الاسترخاء؛ لأنه يواصل العمل في المنزل أو في نهاية الأسبوع، ولأن تفسيره الشخصي لفشله في أداء مهمة يقوم بها يدفعه إلى العمل بجد أكثر ويبذل جهدًا أكبر، وبما يؤدي إلى وقوعه تحت ضغط أكبر (هيجان، 1998: 105). وفي نفس السياق توصلت العديد من الدراسات إلى أن ذوي نمط السلوك (أ) من الأفراد أكثر عرضة للضغوط النفسية وبأنهم الأكثر احتمالاً لأن يخبروا الضغوط، خصوصاً عندما يصبحون تحت مثيرات ضغوط معينة كأعباء العمل الكثيرة (الطريري، 1994: 46; يوسف، 2000: 262- 263)، وأنهم علاوة على ذلك الأكثر عرضة لما يترتب عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسجسدية من قبيل: السرطان، القرحة، الصداع، الحساسية... ومن قبيل: مرض الشريان التاجي للقلب الذي يُعدّ من أكبر المسببات المسؤولة عن ارتفاع نسبة الوفيات وخاصة في الدول النامية، والتي أكدت الكثير من البحوث بأن لنمط السلوك(أ) دورًا أساسيًا في التنبؤ به وبأن المرتفعين في هذا النمط من السلوك أكثر معاناةً من هذه الأعراض بالمقارنة مع المتخفضين فيه (الببلاوي، 2002: 19، 50; المشعان، 2003: 187). من جانب آخر تضمن التراث النفسي كذلك تأكيدات على أن مهنة التدريس تُعدّ من المهن الاجتماعية الضاغطة وأن قطاع التعليم يعد واحدًا من القطاعات التي يتعرض العاملون فيها للضغوط المختلفة لاسيما المعلمون (المشعان، 2000: 66 ; الببلاوي، 2002: 4). ومما لاشك فيه بأن هذه الضغوط سوف تزداد حدة عند التدريس في الجامعة ولدى أساتذة الجامعة، حيث تتعدى المهمة قضية ا لتحضير للدروس وأعمال الامتحانات إلى الإشراف على أعمال التدريب الميداني للطلبة وعلى أبحاث ومشروعات التخرج ورسائل الماجستير والدكتوراه وإجراء البحوث والتجارب العلمية اللازمة للترقيات العلمية والمشاركة في المؤتمرات العلمية...

إلخ. وبناءً على ذلك يمكننا أن نتوقع بأن يكون أساتذة الجامعة من نمط السلوك (أ) أكثر حساسية وشعورًا بالضغوط المحيطة بمهنة التدريس في الجامعة وأكثر عرضة لما يترتب عن حدة هذا الشعور واستمراره من اضطرابات نفسجسدية إن لم تؤدِّ أو تتسبب في وفاة الكثير منهم، فإنها بلاشك سوف تتسبب في اعتلال صحتهم الجسمية والنفسية وخفض مستوى فاعلية أدائهم في مجال التدريس أو في مجال الإدارة والقيادة. ومما لاشك فيه بأن التراث النفسي قد تضمن ما يدعم مثل هذه التوقعات، حيث توصلت دراسة ترافرس (Travers,1991) إلى أن المعلمين من ذوي نمط السلوك (أ) أكثر شعورًا بالضغوط المهنية وأكثر عرضًة لأمراض ضغط الدم وبعض التغيرات الكيميائية بالجسم بالمقارنة مع غيرهم. وكشفت دراسة هاكيت (Hacket,1995) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين نمط السلوك (أ) والشكوى الجسدية لدى الأساتذة العاملين في الجامعات والمراكز البحثية (عسل، 2008: 89)، ومن هنا يمكن إيجاز أهمية البحث الحالي في النقاط الآتية:

1. لهذا النوع من الدراسات قيمة تشخيصية تنبؤية وقائية، إذ من خلال تحديد خصائص شخصية الأستاذ نستطيع التنبؤ باحتمالات إصابته بالمرض، وهو الأمر الذي يجعل مهمة مقاومة المرض ووقاية الأستاذ من الإصابة به أكثر سهولة.

2. تقدير مدى حاجة أعضاء هيئة التدريس في الجامعة إلى الخدمات الإرشادية والطبية اللازمة لتعديل مستوى نمط السلوك(أ) ومستوى الأعراض النفسجسدية.

3. تقديم أساس سيكولوجي لتكليف أعضاء من هيئة التدريس بأية أعمال إضافية إلى جانب ما يقومون به من أعباء تدريسية وبحثية وإشرافية وبما يضمن ملاءمة ذلك لخصائصهم الشخصية.

4. مساعدة المسؤولين في الجامعة على خلق بيئة عمل لا تساعد على توليد أو إنتاج نمط السلوك (أ).

5. الدراسة الأولى في هذا المجال وعلى مستوى الجامعات اليمنية، وذلك في حدود ما اطلع عليه الباحثان من دراسات سابقة.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى معرفة:

1. مستوى نمط السلوك (أ) لدى أساتذة جامعة إب.
2. دلالة الفروق بين أساتذة جامعة إب في نمط السلوك (أ) وفقًا للمتغيرات الآتية:

أ- الجنسية: (يمني، وافد).

ب- التخصص: (علمي، إنساني).

ج- العمر: (31 - 40)، (41 - 50)، (51 - 60) ، (أكثر من 60 سنة).

د- التفاعل بين (الجنسية، التخصص، العمر).

3. نسب انتشار الاضطرابات النفسجسدية السائدة لدى الأساتذة في جامعة إب.
4. مستوى الأعراض النفسجسدية لدى الأساتذة في جامعة إب.
5. دلالة الفروق الإحصائية بين أساتذة جامعة إب في مستوى الأعراض النفسجسدية وفقا للمتغيرات الآتية:

أ- الجنسية (يمني - وافد).

ب- التخصص (علمي - إنساني).

ج- العمر (31 - 40)، (41 - 50)، (51 - 60) ، (أكثر من 60 سنة).

د- التفاعل بين (الجنسية، التخصص، العمر).

6. دلالة العلاقة وقوتها واتجاهها بين مستوى نمط السلوك (أ) ومستوى الأعراض النفسجسدية لدى أساتذة جامعة إب.

فرضيات البحث:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسط إجابات أفراد عينة البحث الحالي على مقياس نمط السلوك (أ) وبين المتوسط الفرضي للمقياس.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث الحالي على مقياس نمط السلوك (أ) وفقًا للمتغيرات التالية:

أ- التخصص (علمي - إنساني).

ب-الجنسية (يمني - وافد).

ج- العمر [(31 - 40) - (41 - 50) - (51 - 60) - (أكثر من 60 سنة)].

د. التفاعل (بين المتغيرات السابقة).

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسط إجابات أفراد عينة البحث الحالي على كل بعد من أبعاد قائمة كورنل المعدلة وبين المتوسط الفرضي لكل بعد من أبعاد هذه القائمة والدرجة الكلية للقائمة.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث الحالي على كل بعد من أبعاد قائمة كورنل المعدلة وعلى الدرجة الكلية عليها، وفقًا للمتغيرات الآتية:

أ-التخصص (علمي - إنساني).

ب- الجنسية (وافد - يمني).

ج- العمر [(31 - 40) – (41 - 50) - (51 - 60) - (أكثر من 60 سنة)].

د- التفاعل (بين المتغيرات السابقة).

5.توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05) فأقل بين درجات أفراد عينة البحث الحالي على مقياس نمط السلوك (أ) ودرجاتهم على كل بعد من أبعاد قائمة كورنل والدرجة الكلية للقائمة.

حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي بالآتي:

1. الحدود النظرية:

أ- نمط السلوك (أ): وفقًا لمسح جنكنز للنشاط (Jenkins Activity Survey) (المعدل من قبل الباحثان).

ب- الاضطرابات النفس - جسدية: وفقًا لثلاث أدوات هي:

أولاً: قائمة تصنيف الاضطرابات النفس - جسدية (من إعداد الباحثان).

ثانيًا: قائمة كورنل للاضطرابات النفس - جسدية (المعدلة من قبل الباحثان).

ثالثًا: معايير تشخيص الاضطرابات النفس - جسدية، وفقًا للمراجعة الرابعة لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية التي تصدرها الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (A.P.A, DSM, IV, 1994).

2. **الحدود البشرية:** أعضاء هيئة التدريس (من اليمنيين والوافدين الذكور)، ومن التخصصات العلمية والإنسانية، في جامعة إب - الجمهورية اليمنية.
3. **الحدود المكانية:** الكليات الأكاديمية التابعة لجامعة إب.
4. **الحدود الزمانية:** العام الدراسي 2010- 2011م.

تحديد المصطلحات:

1. **نمط السلوك (أ)** Type (A) Behavior

- عرفه كل من فريدمان وروزنمان (Friedman & Rosenman) سنة 1959 بأنه عبارة عن انهماك بعدوانية في كفاح مرير ومستمر لإنجاز المزيد والمزيد في أقل وقت ممكن، ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أو أشخاص آخرين (طاهر، 1998: 111).
- وقد عُرّف من قبل هوستان وسنيدر (Houstan & Snyder,1988: 9-10) بأنه: عبارة عن نشاط انفعالي يتضمن الاستعداد السلوكي والاندفاع والعدوانية والتنافسية والحرص وبعض السلوكيات من

قبيل: التوتر العضلي، اليقظة، الانفجارية، سرعة الحديث، الاستعجال في غالب الأنشطة. كما يتضمن استجابات انفعالية من قبيل: الحساسية، العداوة، الغضب.

- وعُرِّف مرة أخرى من قبل روزنمان (Rosenman,1990: 1) بأنه: عبارة عن انفعال ونشاط مركب يتضمن استعدادات سلوكية من قبيل: الطموح، العدوانية، نفاذ الصبر، وأنواع من السلوك مثل: توتر العضلات، التنبه، والأساليب اللفظية السريعة والتوكيدية واستجابات انفعالية، مثل: التهيجية، العدوانية، تزايد احتمالات الغضب.

- أما (يوسف، 1994: 85) فقد عرّفه بأنه ذلك النمط من السلوك الذي يتسم ببعض الخصال مثل: العداوة، القابلية للاستثارة، الشعور بضغط الوقت، عدم التحلي بالصبر، النشاط المتعجل، التنافس العام.

- ويعرّف النمط السلوكي (أ) بأنه عبارة عن عرض سلوكي ظاهر يتسم بالتنافس والحاجة للإنجاز والعدوان وضغط الوقت والسرعة والتوتر وشدة التنبه (دويدار، 1999: 292).

- وعرفه (البيلاوي، 2002: 6) بأنه عبارة عن مجموعة من المظاهر السلوكية والتعبيرات الانفعالية من قبيل الحركة المفرطة والتنافس الشديد والشعور غير الواقعي بضيق الوقت والطموح غير الملائم وسرعة الغضب والملل والحساسية الانفعالية والعداوة والتحدث والعمل بسرعة وعدم التحلي بالصبر والقابلية للاستشارة.

- وقد عرفه كل من (جابر، كفافي، 1996: 4047) بأنه نمط في أسلوب الحياة يرتبط مع الاحتمال المرتفع للإصابة بمرض الشريان التاجي ويتميز بالميل إلى الضغط على الأسنان وتشديد قبضة اليد والحركات الجسمية السريعة وقلة الصبر والنشاط متعدد الأوجه مثل الحلاقة أو الأكل أثناء قراءة الجريدة أو عند إجراء مكالمة هاتفية مرتبطة بالعمل.

- ويعرفه الباحثان في البحث الحالي (التعريف النظري المعتمد): هو نمط سلوكي يميز الأفراد قليلي الصبر الذين يشعرون بضغط الوقت والرغبة المفرطة في دقة الإنجاز وسرعته، ولهم طباع حادة، ويمكن مضايقتهم بسهولة، ويعيشون حالات الصراع والتحدي، وهم صعبو المراس وجادين في مسؤولياتهم، وذوي ضمير حي، ويميلون للتنافس، ويفضلون المكانة المعنوية على المكسب المادي، مع الشعور بعدم الأمان الداخلي، وتدني تقدير الذات.

- **التعريف الإجرائي:**

هو متوسط درجات الفرد التي يحصل عليها من خلال استجاباته على مسح جنكنز للأنشطة المستخدم في البحث الحالي.

2. **الأعراض النفسية - الجسدية (السيكوماتية):**

ورد في تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (1968) بأنها عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع في أسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي (المستقل).

وعرفت هذه الاضطرابات في الموسوعة البريطانية بأنها الاستجابة الجسمية للضغوط النفسية التي تأخذ شكل اضطراب عضوي.

ويرى علماء الصحة النفسية بأنها عبارة عن اضطرابات وظيفية لأي عضو من أعضاء الجسم ترتبط بالصراعات اللاشعورية وتعبر عن أعراض تحويلية ويمكن أن تظهر بأشكال متعددة وتعرف من قبل جماعة التحليل النفسي بأنها تعبير خاص عن أسلوب الحياة لدى الفرد وطرائقه في مواجهة القلق والنزعات النفسية المكبوتة (الزراد، 2000: 20-21).

وعرفها هاليداي (Halliday) بأنها اضطرابات جسمية ذات طبيعة لا يمكن تقديرها دون النظر إلى أشكال المشكلات الانفعالية أو الأحداث النفسية (عيسوي، 1994: 24- 25). ويعرفها (عبدالخالق، 1993: 335) بأنها عبارة عن اضطرابات بدنية عضوية للعامل الانفعالي الدور الأساسي في نشأتها وظهورها.

• التعريف النظري المعتمد: هو تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، المشار إليه في إجراءات البحث.

• التعريفات الإجرائية:

1. الاضطرابات النفسجسدية (السيكوسوماتية): هي الاضطرابات التي يؤشر عليها الفرد في عينة البحث الحالي تحت بديل (موجودة لديّ)، وتعزز وجودها تأشيره على بديلي (مشخص)، وبديل (لم أتعالج بعد).

2. مستوى شدة واستمرارية الأعراض النفسجسدية (السيكوسوماتية): هو حاصل جمع البديل الذي يؤثر عليه الفرد في مقياس شدة الأعراض والبديل الذي يؤشر عليه الفرد في مقياس استمرارية الأعراض ويحسب بمجموع أوزان هذه البدائل لكل مجال من مجالات قائمة كورنل المعدلة في البحث الحالي والدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على هذه القائمة.

3. معايير التشخيص: هو التأشير تحت بديل (تنطبق عليّ) على جميع معايير تشخيص الاضطرابات النفسية- الجسدية الواردة في قائمة معايير التشخيص وفقًا لـ(APA:DSM,IV,1994) المستخدمة في البحث الحالي.

الإطار النظري:

أولاً: نمط السلوك (أ):

- ظهور المصطلح وتطور المفهوم:

ظهر مصطلح نمط السلوك (أ) في منتصف الخمسينات من القرن الماضي على يد فريدمان وروزنمان (Friedman & Rosenman)، وهما طبيبان متخصصان في أمراض القلب وذلك بعد أن أجريا عددًا من الدراسات عن النوبات القلبية والشخصيات المّيالة إلى التعرض لضغوط الحياة وأمراض الشرايين التاجية للقلب، اتضح من خلالها أن هؤلاء المرضى يسلكون بأسلوب متشابه في كثير من النواحي، فضلاً عن أنها أسفرت عن وضع تخطيط لشخصية المرء المهيأ للإصابة بهذا المرض وذلك في بداية الستينات من القرن ذاته، أطلقا عليه (الاستهداف السلوكي للإصابة بمرض الشريان التاجي أو سلوك النمط (أ) (دويدار، 1999: 283 - 284; البيلاوي، 2002: 22 ; عسل، 2008: 80). ومما تجدر الإشارة إليه أن هذا المصطلح قد استخدم في بداية ظهوره من قبل الكثير من الباحثين على أنه نمط الشخصية (أ)، إلا أن تراكم البحوث والدراسات في هذا المجال وزيادة مستوى دقة الملاحظات الإكلينيكية أدت إلى استبداله بمصطلح نمط السلوك (أ)، حيث أن المصطلح الأول يشير إلى وجود سمة للشخصية تتضمن عدد من الخصائص الأساسية والجوهرية ذات الثبات النسبي مع التنظيم النفسي للفرد في حين نجد أن نمط السلوك (أ) يشير إلى توليفة من الخصائص السلوكية القابلة للملاحظة والقياس تظهر لدى بعض الأفراد تحت ظروف معينة وفي مواقف معينة، وبالتالي فإن نمط السلوك (أ) ليس بعدًا أو سمة شخصية وإنما هو أسلوب سلوكي وانفعالي مبالغ فيه يستجيب به الأفراد الذين يمتلكون خصائص شخصية مرسبة (البيلاوي، 2002: 21- 22). وهو ينمو ويتطور من خلال التفاعل بين صفات شخصية الفرد واستعداده الوراثي والمتطلبات البيئية. أو كما أشار روزنمان وآخرون (Rosenman,et.al) إلى أن نمط السلوك (أ) يستمد من التفاعل بين صفات شخصية الفرد واستعداده الوراثي ومحيطه البيئي وإدراكه لمسببات الضغوط على أنها تحديٍّ شخصي له وأن التفاعل بين هذه العمليات يؤدي في النهاية إلى انبثاق نمط حياة غالبًا ما يكون مرتبط بالتنبه النفسجسمي (يوسف، 1994: 76 ; البيلاوي، 2002، 22).

- الخصائص المميزة لنمط السلوك (أ) وبعض المتغيرات المرتبطة بها:

هناك خصائص نفسية مرضية كثيرة لأصحاب الدرجة المرتفعة على مقاييس نمط السلوك (أ)، إذ يفترض فريدمان (Friedman) أن العامل الكامن المسؤول عن ظهور هذا النمط من السلوك واستمراره هو عدم الأمان الداخلي أو الدرجة غير الكافية من تقدير الذات (المشعان، 2003: 187)، في حين يفترض جونستن (Johnston) بأن هذا النمط ينشأ من تصميم داخلي للرغبة في ضبط الشخص للبيئة وحدوث القلق عند فقدان هذا الضبط (الزراد، 2000: 142). أما عن أكثر الجوانب الملاحظة والظاهرة في هذا النمط من السلوك فإنها تتمثل في الرغبة العاتية للدخول في منافسات حادة، سواءً كان ذلك في الأنشطة الترويحية أو في مجال العمل والمثابرة في الحصول على تقدير واحترام الآخرين والسعي الحثيث لإحراز مكانة مرموقة والمشاركة الدءوبة في الوظائف المتعددة التي تحدد لها مهلة زمنية معينة وانتهاج إيقاع سريع في الحياة ومعدل أداء متسارع في العمل وقابلية لترسيب مستويات عالية من الكوليسترول وحدوث تخثر للدم بسرعات عالية وكهولة الأوعية الدموية وزيادة معدلات الإصابة بأمراض الشريان التاجي (الجارودي، 2001: 3). ووفقًا لدراسات أخرى فإن أصحاب النمط السلوكي (أ) يتميزون بالرغبة في الإنجاز، التنبه الزائد (يقظة عقلية وجسمية غير عادية)، سرعة الحديث، توتر عضلات الجبهة، الشعور بضغط الوقت والحاجة، الغضب، العدوانية، نفاذ الصبر، عدم التأني، التململ وعدم الاستقرار (Harre & Lamb,1986: 286)، وأنهم علاوة على ذلك يتميزون بحاجتهم الملحة لضبط ذواتهم وبالحرص والرغبة في السيطرة على زمام الأمور في البيئة المحيطة بهم، ووضع معايير عالية للأداء والانهماك الشديد في العمل (إدمان العمل)، والشعور بعدم الرضا عن وظائفهم وشيوع الأعراض النفسجسدية في أوساطهم (طاهر، 1998: 112- 113 ; البلاوي، 2002: 23، 50). وفي هذا الصدد أشار (عبدالخالق وآخرون، 1992: 11- 12) إلى أن حاجة هؤلاء إلى ضبط ذواتهم والتحكم في أنفسهم فيما يتعلق بكل أحداث الحياة التي تواجههم حتى عندما يكون ذلك غير ملائم تجعلهم تحت ضغوط مستمرة أوجدوها بأنفسهم. وتوصل كل من بيم وروزنمان (Byme & Rosenman) إلى أن التفاعل بين نمط السلوك (أ) والضغط النفسي الاجتماعي قد يكون من المسببات التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسجسدية التي يتعرض لها أصحاب هذا النمط من السلوك ذلك لأن كل منهما يؤدي إلى تنشيط الجهاز العصبي التلقائي وتنبيهه بما يؤدي إلى ظهور الأمراض القلبية الوعائية (دويدار، 1999: 285)، وخلصت الحارودي (2001: 23) إلى أن الاقتران بين نمط السلوك (أ) والضغوط مرتبط بتكوين الانسدادات التاجية للقلب، في حين توصلت دراسة (مايسة شكري) إلى أن بعض الخصائص الفرعية لهذا النمط من السلوك (القلق، الغضب، المنافسة، السرعة، نفاذ ا لصبر) تحدث تغيرات فسيولوجية في وظيفة الهيبوثلاموس والغدد النخامية التيموسية، والليمفاوية، الادريثالية، ينجم عنها اضطرابات في معدل إنتاج خلايا الدم البيضاء، وبما يؤدي في النهاية إلى الإصابة بالسرطان (البلاوي، 2002: 49)، كذلك أشار(المشعان، 2003: 188)إلى شعور أصحاب نمط السلوك (أ) بعدم وجود الوقت الكافي لعمل ما يرغبون به يدفعهم إلى القيام بعدة أعمال في وقت واحد (كالقراءة والتحدث مع شخص ما على الهاتف أو تناول الطعام) وقضاء وقت أقل مع أفراد عائلاتهم، وقيادة السيارة بسرعة، ومقاطعة أحاديث الآخرين، والشعور بالضيق عند الوقوف في طوابير. وأضافت(طاهر، 1998: 113) إلى ذلك بأن الشعور بضغط الوقت والحاجة لدى أصحاب نمط

السلوك (أ) يؤدي بهم إلى ترجمة المعلومات التي يتلقاها الفرد منهم إلى قرارات سريعة وإلى ضغط عقلي ومعرفي قد يشكل معوقًا أساسيًا لاتخاذ القرارات المعقدة اللازمة للنجاح في الوظائف الإدارية في مستويات الإدارة العليا. وفيما يتعلق بحاجة أصحاب هذا النمط من السلوك إلى السيطرة على البيئة من حولهم، فقد أشار كل من هيوستن وساينذر (Houston&Synder,1988:18) إلى أن

استجاباتهم تشير إلى محاولة الاحتفاظ بالتحكم في أحداث الحياة التي تهدد شعورهم بالسيطرة على البيئة، فيما أشار عدد آخر من الباحثين والمختصين إلى أن هذه الرغبة تُعدّ من العناصر الأساسية التي تؤثر في عملية اتخاذ القرار لديهم وتجعلهم يسلكون بطريقة تجعل البيئة المحيطة بهم أكثر تحديًا وإلحاحًا من قبيل: الميل إلى عدم تفويض السلطة وكثرة الشكوى في أعباء العمل التي يقومون بها، وعدم الرضا عن أعمالهم ومصادر رزقهم، والبحث عن نتائج مباشرة وقصيرة المدى والميل إلى التطويل والمبالغة في أسلوب المواجهة المعرفية للمواقف، والتعرض للضغوط الموقفية، والاستجابة الشديدة للمواقف الغامضة والضاغطة والعدوانية أحيانًا، (طاهر، 1998: 113 ; البيلاوي، 2002: 22- 23، 50).

وأما فيما يتعلق بخصائص ذوي النمط السلوكي (أ) في مجال العمل، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أنهم يفضلون العمل مستقلين ويميلون إلى الأعمال التي تتضمن مهامًا متنوعة وأنهم بحاجة إلى التدريب للتخفيف من شعورهم بإلحاح الوقت وضغطه، ولزيادة قدرتهم على الصبر والتأني قبل أن يتم تكليفهم بأداء المهام التي تتطلب تعاونًا وصبرًا وتركيزًا أو العمل على تخصيصهم للمهام التي تتناسب مع سماتهم الشخصية ؛ فيما أشارت دراسات أخرى إلى أن نمط السلوك (أ) في مجال العمل مرتبط بالمكانة المهنية العالية والخوف من الفشل وتقدير الذات المهني المرتفع(الجارودي، 2001: 23).

- التفسيرات المختلفة للعلاقة بين نمط السلوك (أ) والأعراض النفسجسدية:

ظهرت العديد من التفسيرات للعلاقة بين المتغيرين المذكورين، منها أن ذلك ربما يرجع إلى محاولة الأفراد ذوي النمط (أ) التكيف مع العوامل الضاغطة للعمل فيزداد مستوى الكوليسترول في الدم ويزداد احتمال تكون خثره دموية أو ارتفاع في ضغط الدم أو زيادة في إفراز هرمون أ لنورادرنالين الذي يعرقل عملية انتظام نبض القلب، ومن هذه التفسيرات كذلك أن الهرمونات الفسيولوجية التي تتوسط العلاقة بين نمط السلوك (أ) وأمراض القلب التاجية تؤدي إلى رفع نشاط الشرايين التاجية، مما يسرع من التلف الذي يصيبها مع مرور الزمن ويسهم في تجميع الصفائح الدموية المسببة لخثرة الدم التي تكون في شكل تجلط دموي، (عبدالرحمن، 1999: 284). ويضيف (ويليامز ،1990: 103- 104) بأن النظرية الأكثر شيوعًا في تكون الانسدادات التاجية هي أن العملية تبدأ بإصابة ما في الغشاء المبطن للشريان وأن الزيادات الكبيرة والمتكررة في كيماويات الجسم والمتضمنة في الاستجابة للشدائد عند أصحاب هذا النمط السلوكي تساهم في تكوين تلك الإصابة. وفي هذا الصدد أشار يوسف (1994) في دراسته التي أكدت على وجود علاقة ارتباطيه طردية معنوية بين نمط السلوك (أ) والأعراض المرضية الجسمية عند الجنسين، إلا أن أصحاب هذا النمط السلوكي يستجيبون للأمور كما لو كانوا في حالة حرب مستمرة مع حيوان مفترس، نظرًا للزيادة الكبيرة في مستوى الإيبفرين والنورايبفرين في دمائهم وفي ضغط الدم وضربات القلب وفي ما يحدث من تغيرات في رسم القلب الكهربائي لديهم تتفق مع الاستجابات الواضحة لمثيرات الضغوط التي يقوم بها الفرع السيمبثاوي من الجهاز العصبي المستقل لديهم. في حين

أكد(الخواجه ،2000: 241) أن الخصائص السلوكية التي تميز نمط السلوك (أ) قد تؤثر على العمليات الفسيولوجية التي تحدث في جسم الإنسان ومع استمرار هذه التغيرات يبدأ ظهور اضطرابات فسيولوجية عديدة كالسرطان.

- التفسيرات النظرية المختلفة لنمط السلوك (أ):

1. نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي:

استندت هذه النظرية في تفسيرها للسلوك إلى الأفكار الآتية:

أ- السلوك (حركي/ لفظي).

ب- البيئة (الظروف الضاغطة والظروف الفيزيقية والزمان والمكان).

ج- العامل المعرفي (العلاقات المباشرة للسلوك الصريح ومدى التأثير في الآخرين).

د- الظروف الاجتماعية (الناس، الجيران، الأصدقاء...إلخ).

هـ- التنبه للعوامل البيئية.

وبناءً على ذلك، فإن هذا النمط من السلوك يُعدّ نتاج تفاعل العوامل البيئية الاجتماعية والفيزيقية والعوامل النفسية، حيث نجد أن أصحاب هذا النمط السلوكي يتقنون الاستجابة الإيجابية على المدى القصير ويستبعدون الاستجابات السلبية على المدى البعيد، ومن ثم يتعلمون الاستجابات الإيجابية (المشبعة) والتي تشكل سلوكهم فيما بعد، ويحاولون من خلالها تحسين تصوراتهم عن ذواتهم بوصفها أسلوبًا تكيفيًا (الجارودي، 2001: 27). وفي هذا الصدد أضاف (كريم ،1991: 41) إلى أن نمط السلوك (أ) يتحدد من قبل ذوي الاتجاه المعرفي الاجتماعي من خلال:

أ-التعرف على مدى تفاعل البيئة والسلوك والجانب المعرفي والعوامل النفسية والاجتماعية في ظهور النمط.

ب- تحديد بعض العمليات التي تتضمن اكتساب نمط السلوك (أ).

ج- فحص العوامل السابقة واللاحقة لهذا السلوك والعوامل المشجعة على تكراره واستمراره.

2. نظرية التحليل النفسي:

أصحاب هذا الاتجاه يفترضون بأن لدى ذوي النمط السلوكي (أ) قلقًا مرتفعًا، وأن أعراض الوسواس القهري التي تظهر عليهم ما هي إلا دفاعًا يستهدف السيطرة على هذا القلق، وأن هذا الدفاع ينجح بفضل قدرته على منع دخول مواد مؤلمة (للأنا) من اللاشعور إلى الشعور. كذلك يفترضون أن أصحاب النمط (أ) يشبعون حياتهم بأنشطة تشبه العمل بحيث لا يكون لدى المشاعر والأفكار غير المرتبطة بذلك العمل أي أمل في الوصول إلى الوعي (رايت، 1990: 124). وبناءً على ذلك يمكن تفسير خاصية (إدمان العمل) لدى جماعة نمط السلوك (أ) بأنه عبارة عن مظهر من مظاهر الوسواس القهري للسيطرة على القلق (الجارودي، 2001: 28).

3. نظرية مفهوم الذات لروجرز:

يسلم (روجرز) بدافع رئيس واحد هو (النزعة إلى تحقيق الذات) أي أن لدى الكائن الحي نزعة أساسية واحدة تكافح ليحقق هذا الكائن الذي يعيش الخبرة ذاته ويحافظ على بقائها، ويزيد من قيمتها. وبأن هناك مصدرًا رئيسًا واحدًا للطاقة في الكائن وليس في جزء منه، وأن أفضل تصور له أن تتصوره نزعة نحو الكمال والتحقيق ونحو المحافظة على الكائن الحي وزيادة قيمته، (عبدالحميد، 1986: 541). وفي ضوء ذلك يمكن تفسير نمط السلوك (أ) بأنه عبارة عن مواجهة مع الصّعاب والعقبات للوصول إلى الكمال وتحقيق الأهداف وزيادة القيمة (الجارودي، 2001: 29).

4. نظرية المجال لـ(كبرت ليفين):

يقول (ليفين) مؤسس هذه النظرية: قد يشرع شخص في القيام بعمل وهو يعلم علم اليقين أن عليه أن يحتمل

توترًا متزايدًا، لكنه يتوقع في الوقت نفسه أن النهاية الأخيرة ستكون توازنًا كاملاً بين القوى، ولا تعني حالة التوازن أن النظام يخلو من التوتر... والتوازن يعني إما أن التوتر داخل النظام الكلي متعادل أو أن نظامًا جزئيًا يوجد به قدر غير متعادل من التوتر معزول عزلاً محكمًا ومنفصل عن بقية النظم الشخصية الداخلية... وقد تحتوي الشخصية على عدد من مثل هذه النظم المتوترة والمعزولة عزلاً محكمًا مما يجعلها مصدرًا مستمرًا للتزود بالطاقة اللازمة لحدوث العمليات النفسية (جابر، 1986: 300). وهذا يعني أن الفرد يتحمل توترًا متزايدًا لكي يحقق النجاح ويتغلب على العقبات، والنجاح هو التوازن، والتوازن لا يعني الخلو من التوتر، فهو مصدر مستمر للتزود بالنشاط والحيوية، والنشاط هو خاصية النمط السلوكي (أ)، أي أنه يتمتع بالنشاط والحيوية لكي يحقق النجاح ويتغلب على العقبات، والتوتر مستمر لكي يتزود بالطاقة ويتمتع بالنشاط وهي من خصائص نمط السلوك (أ)، (الجارودي، 2001: 29).

5. النظرية الفيزيولوجية:

الاتجاه الفيزيولوجي يرى بأن أصحاب نمط السلوك (أ) يحاولون تبرير قلقهم ونمطيتهم عن طريق التنافس والجدية والصلابة، ومن ثم يعرضون أنفسهم لمستويات مرتفعة من الانعصاب (الضغط)، أي أنهم ينكرون مشاعر القلق والغضب، الأمر الذي يؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية يصبح عندها الجهاز العصبي (السيمبثاوي) في حالة نشاط شديد، وكلما زاد القلق والغضب والتوتر زاد النشاط وزادت الأحمال على الجهازين العصبي والدوري. وقد حاولت البحوث اختبار صحة هذه الفرضية، حيث عَدَّ الأفراد المتنافسين على أنهم في حالة نشاط شديد، واختيرت نتيجة لذلك مجموعتان: مجموعة من ذوي نمط السلوك (أ) وأخرى من ذوي نمط السلوك (ب) من الذكور، وطلب منهم التعامل مع موقف معين، وأثناء الأداء أعطيت لهم بعض التعليقات، واتضح أن أفراد المجموعة الأولى تفاعلوا بطريقة تؤكد أن الجهاز السيمبثاوي لديهم يعمل بسرعة (حيث زادت ضربات القلب وارتفع ضغط الدم وزاد مستوى الادرينالين في الدم)، في حين لم يسلك أفراد المجموعة الثانية أو يتفاعلوا بنفس الطريقة، وتوصل أسلير وزملاؤه إلى صحة هذه الفرضية كذلك، إلا أنهم يرون أنه يجب أن نكون في غاية التأني قبل أن نصل إلى تأييد كامل لهذه النظرية، حيث حذروا من خطر تداخل عوامل أخرى وتفاعلها معًا، وذلك من قبيل: هل الجهاز العصبي السيمبثاوي يصبح نشطًا لأن الأفراد يتعلمون من الموقف أم أن الموقف هو الذي ينجم عن النشاط الزائد لهذا الجهاز؟ أو ما هي النتيجة في حالة أن نضع السلالة وضغوط البيئة والتدخين في الحسبان، (كريم، 1991: 44).

6. نظرية يونج التحليلية:

هذه النظرية ترى أن الشخص الذي يعطي الحقيقة قيمة سوف ينفق قدرًا كبيرًا من الطاقة في البحث عنها، وأن الشخص الذي يعطي القوة قيمة كبيرة سوف يكون مدفوعًا بقوة للعمل على بلوغها، وأما إذا كان لشيء ما قيمة تافهة فإنه لن يرتبط إلا بقدر ضئيل من الطاقة. ويسلم (يونج) كذلك بأن الذات هي هدف الحياة أو الهدف الذي يحاول الناس بلوغه دائمًا، إلا أنهم نادرًا ما يبلغونه وأنها (أي الذات) تحرّك سلوك الإنسان وتدفعه نحو البحث عن الكلية. وبناءً على ذلك يمكن تفسير نمط السلوك (أ) من خلال الطاقة والذات، حيث نجد أن من خصائصه الطموح والتنافس وهذا يخلق لديه نوعًا من التوتر لبلوغ الحاجات، وكلما كانت الحاجة أقوى كانت الطاقة المبذولة أقوى، كذلك نجد أن من خصائص هذا النمط السلوكي الميل إلى تقدير عال للذات وبأنه دائماً يبحث عن الكلية والكمال،

وهو ما ترمي إليه الذات في هذه النظرية، (الجارودي، 2001: 30- 31).

- أساليب تقويم نمط السلوك (أ):

هناك عدد من المقاييس لنمط السلوك (أ) بعضها ارتبط ببعض المؤشرات الدالة على الإصابة بأمراض الشريان التاجي (طريقة المقابلة الشخصية المبرمجة، المسح النشاطي لجنكنز، مقياس نمط السلوك (أ) لفرامنجهام). وبعضها الآخر لا يمكن ربطه بهذه المؤشرات: مقياس بورتنر (Bortner,1969)، المقياس التعميمي، بطارية اختبار بورتنر وروزنمان (Bortner & Rosenman,1967)، المقياس المعدل لمقياس سليز (Sales,1969). وفي الدراسة الحالية سوف يتم استعراض المقاييس الآتية:

1. المقابلة الشخصية المبرمجة (Structured Interview)

تتضمن هذه الطريقة (25) سؤالاً يتم توجيهها إلى الأفراد، وتتعلق بطرقهم الخاصة والمميزة في رد الفعل تجاه مجموعة من المواقف المختلفة التي من شأنها أن تثير قلة الصبر والعدوان وحب التحدي لدى الشخصيات من نمط السلوك (أ)، وبعض هذه الأسئلة توجه بطريقة (استفزازية) من شأنها أن تستثير أسلوب الحديث (المقاطعة) الذي يعد مؤشرًا لهذا النمط من السلوك أو تستثير الضيق لدى الشخص المعرّض للوقوع بسهولة في فخ الاستفزاز، وفي هذه الطريقة يستند تصنيف نمط السلوك على ما يرد من قبل الفرد بشأن سلوكيات النمط. وعلى طريقة الحديث التي تلاحظ أثناء المقابلة وهي الأكثر أهمية عند التوصل إلى حكم نهائي ونتيجة لهذه المقابلة يصنف الأفراد ضمن واحدة من أربع فئات هي: النمط (أ) مكتمل الخصائص - النمط (أ) ناقص الخصائص - النمط (أ - ب) أو مختلط الخصائص – النمط (ب) أو الغياب التام لخصائص نمط السلوك (أ)، (الجارودي، 2001: 24).

2. مسح جنكنز للنشاط (Jenkins Activity Survey)

وهو عبارة عن استبيان تقرير ذاتي ذي اختبارات متعددة ويشتمل على ثلاثة عوامل هي: السرعة ونفاذ الصبر، الانشغال بالعمل، القيادة الخشنة، التنافس، فضلاً عن الدرجة العاملية الكلية للنمط (أ) العام. ويتكون من (52) بندًا، ويتسم بثبات وصدق مرتفعين، وقد ظهرت أول صورة له في عام 1964، وفي 1990، وضعت الصورة المختصرة لهذا المقياس والمكونة من (13) بندًا فقط موزعة على العوامل السابقة (الجارودي، 2001: 25). وقد قام (عبدالخالق) بتعريب وتقنين هذه الصورة المختصرة وتبين من ذلك أنها تتمتع بمؤشر للصدق التلازمي بلغ (0.59) للذكور و(0.47) للإناث، كما تبين أنه يتمتع بمؤشر مقبول للثبات بلغ بعد تصحيحه بمعادلة (سبيرمان - براون) (0.77) للذكور، (0.67) للإناث، (عبدالخالق وآخرون، 1992: 18- 19).

3. مقياس فرامنجهام للنمط (أ) Framingham Type (A) Scale

وهو عبارة عن مقياس من نوع التقارير الذاتية بواسطة الأشخاص الخاضعين للفحص ويتضمن (10) بنود لتقويم: الرغبة والدافع التنافسي، الإحساس بضغط الوقت، مفهوم الشخص لضغوط العمل. وقد تم انتقاء هذه البنود من قائمة تضم (300) بندًا - وضعت في الأساس لتقويم السمات النفسية المميزة لمجموعة من مرضى القلب شاركوا في إحدى الدراسات التي قام بها (فرامنجهام) - وذلك بواسطة لجنة من الخبراء. وفي هذا المقياس كل بند يقاس كوحدة مستقلة ذات ميزان منفصل ثم يستخرج حاصل جمع الدرجات على البنود للحصول على درجة إجمالية لنمط السلوك (أ) والذين يحصلون على درجات أعلى من متوسط العينة يتم اعتبارهم من نمط السلوك (أ) في حين يتم اعتبار من يحصلون على درجات أقل من المتوسط من نمط السلوك (ب)، (الجارودي، 2001: 25 - 26).

- أساليب تعديل نمط السلوك (أ)

1. العلاج السلوكي المعرفي Cognitive - Behavioral Therapy

أشار كل من كيلي ووستون (Kelly & Stone) إلى أن هذا النوع من العلاج يستند إلى المبادئ العامة التي قدمها (ميكينبوم، 1985) عن كيفية مواجهة الضغوط، وهو عبارة عن نظام تدريب يؤكد على تفاعل الفرد مع البيئة تقضي المرحلة الأولى منه بتطوير الوعي بأحداث البيئة التي من شأنها استثارة رد فعل ذوي نمط السلوك (أ)، وكيفية الإحساس البدني بوصفها مؤشرات للمواجهة الفعالة. أما المرحلة الثانية من هذا العلاج فتقدم ردود فعل معرفية بديلة تجاه الأحداث التي عادة ما تستحث السلوك المدمر لأصحاب هذا النمط السلوكي(الجارودي، 2001: 31).

2. نموذج التعلم المعرفي-الاجتماعي - Cognitive Social Learning

وهذا النموذج يركز على مساعدة ذوي النمط السلوكي(أ) على فهم الطبيعة النفسية الاجتماعية التي يتضمنها سلوكهم والتي تؤدي إلى إصابتهم ببعض المشكلات القلبية. وقد اتضح من خلال بعض الدراسات أن هذا النوع من الإرشاد العلاجي قد أسفر عن تعديل سلوك النمط (أ) وعن انخفاض ملحوظ في ظهور المشكلات القلبية (Costin & Draguns,1989: 199).

3. العلاج السلوكي عن طريق الاسترخاء:

أكد (باتسي وسيتكوث، 2000) أن أصحاب نمط السلوك (أ) يحصلون من خلال هذا الأسلوب على تغيرات فسيولوجية وأن من أساليب الاسترخاء التنفس العميق واليوغا، وإرخاء العضلات. وأضاف بأنه عندما يتعود الفرد من هؤلاء على معرفة متى يكون الجسد مشدوداً يصبح بالإمكان استحثاثه على الاستجابة المطلوبة كي يريحه بأقصى سرعة ممكنة في أثناء التصرفات اليومية المعتادة. وبذلك يعتادون على تفحص علامات الشد بانتظام مثل إطباق الأسنان أو العبوس أو القرع بالأصابع أو بالقدم أو حتى الكتفين وما شابه، (الجارودي، 2001: 31).

4. التدريب على إدارة القلق وتدبره
Anxiety Management Training

بحسب ما أورده كيلي وستون (Kelly & Stone) فإن هذا الأسلوب يستخدم لتقليل تكرار ظهور سلوكيات النمط (أ) كردود فعل تجاه القلق، ويعتمد على التعرف على علامات القلق الشخصي وعلى استخدام الاسترخاء العضلي والتخيل لتقليل التوتر قبل أن يصل إلى حد المشكلة، وأنه يُعدّ مهارة للتحكم الذاتي أو وسيلة هادفة للتعامل مع القلق وبواعث الضغوط التي ولدت هذا القلق، (الجارودي، 2001: 32).

5. التمرينات الرياضية:

إن ممارسة نوع من النشاط البدني يُعدّ من الطرق السهلة والأكثر فائدة في تحقيق تعامل الجسم الفعال مع المواقف الضاغطة، وقد أكد الباحثون في المجال الفسيولوجي أن المؤشر الصحي الرئيس بالنسبة للإنسان هو قدرة القلب والأجهزة الحيوية على التحمل الذي يتحقق ويتطور من خلال النشاط الرياضي المنتظم غير التنافسي، وذلك لتجنب الشعور السلبي أو الإهانة الشخصية، حيث وجد أن ممارسة أنشطة: الجري، المشي، قيادة الدراجة، التزحلق، لها مردود إيجابي أكثر مقارنة بالرياضات التنافسية التي يعد الفوز فيها أهم من الأداء، وحيث وجد كذلك بأن النشاط البدني يكون مؤثراً وفعالاً عندما يكون مصدرًا للمتعة ويتناسب مع شخصية الفرد المزاجية والجسمية، (عسكر، 1998: 171- 173).

6. توضيح القيم Values - Clarification

الهدف من هذا العلاج وفقًا لما أورده كل من كيلي وستون (Kelly & Stone) توضيح الكيفية التي يستطيع من خلالها نمط السلوك (أ) تلبية الاحتياجات والقيم

الشخصية وجعل القيم والتقويم الذاتي واضحًا أمام أصحاب هذا النمط وتخصيص الوقت والمجهود الشخصي، وأولى مراحل ذلك تعريف نمط السلوك (أ) بأنه تعبير عن محتوى الفرد من القيم الشخصية كجزء لا يتجزأ من استيفاء احتياجات احترام الذات، وتوضيح الكيفية التي يظهر بها في حياتهم، أما المرحلة التالية فإنها تتضمن المراجعة المنظمة للقيم والمعايير التي يعتنقها ذوو النمط المذكور من السلوك (الجارودي، 2001: 33).

ثانيًا: الاعراض النفسجسدية (السيكوسوماتية):

- تعريف مفهوم الأعراض النفسجسدية:

يشير هذا المصطلح إلى نوع من المرض العضوي نجد فيه دورة وأسباب مرتبطة بعوامل نفسية هامة، ويتضمن عادة أمراض من قبيل: القرحة المعدية، الربو، ضغط الدم الأولي ليست محددة بجهاز فسيولوجي، (Carson,et al,1996: 938). وقد عرفت هذه الأعراض من قبل (عكاشة، 1989: 355) بأنها عبارة عن اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً هاماً عادة ما يكون من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي وعادة ما يعاني فيها المريض من القلق والاكتئاب الذي قد يهدد حياته. وهناك من أشار إلى أن هذا المصطلح يستخدم للإشارة إلى الأعراض الجسمية الناجمة عن استمرار تعرض الفرد لضغوط انفعالية متزايدة والتي غالباً ما تؤدي إلى اضطراب في وظيفة العضو المصاب وتكوينه التشريحي، (عبدالقوي، 1995: 354). ويرى (عيسوي، 1994: 24) أن هذا المفهوم يشير إلى مجموعة من الأعراض والشكاوي غير العادية ذات الأعراض الطبية الواضحة تماماً والتي تتضمن خللاً أو إصابة بعض الأعضاء في جسم المريض ذات ارتباط وثيق بعوامل ومتغيرات نفسية. وهناك من عرف هذه الأعراض بأنها عبارة عن أعراض جسيمة في أعضاء وأجهزة الجسم المختلفة مرتبطة بعوامل نفس اجتماعية، (Gatchel & Blanchard, 1993: 1). ويمكن من خلال هذه التعريفات أن نخلص إلى الاستنتاجات الآتية:

أ- بالرغم من تعدد التعريفات فإن ذلك لم يؤثر على المفهوم العام لهذا النوع من الاضطرابات النفسجسمية.

ب- للشفاء من هذه الأمراض لابد أن يقترن العلاج الطبي بالعلاج النفسي.

ج- الاضطراب النفسجسدي يختلف عن اضطراب التغير (التحول) في كونه عبارة عن مرض حقيقي يسبب تلفًا في الجسم ينجم عنه ألم حقيقي وغير وهمي في حين يتركز تأثير اضطراب التحول بصورة عامة على وظائف الأجهزة العضلية اللاإرادية، (حسن، 2001: 71).

- النظريات المفسرة للاضطرابات النفسجسدية:

أولاً: النظريات النفسية:

1. نظرية التحليل النفسي:

أرجعت هذه النظرية مسألة ظهور الأمراض السيكوسوماتية إلى حالات انفعالية لاشعورية خاصة بكل اضطراب، وقد ورد ذلك من خلال فرانز الكسندر (F.Alexander) المحلل النفسي الذي يعمل في مدرسة شيكاغو للتحليل النفسي والذي يُعدّ من أكثر علماء التحليل النفسي اهتماماً بهذا الاتجاه (الزراد، 2000: 13 ; حسن، 2001: 67). حيث يتم في المرحلة الأولى كبت الانفعالات اللاشعورية، وفي مرحلة تالية يتم تفريغها عن طريق عضو معين يتفق وطبيعة هذه الانفعالات المكبوتة. فإحباط الرغبات الاعتمادية لدى الفرد مرتبط بالإصابة بقرحة المعدة وكبت الرغبات العدوانية مرتبط باستثارة حالة انفعالية مزمنة مسؤولة عن ارتفاع ضغط الدم...إلخ، (عبدالقوي، 1995: 335). في حين ذهبت فلاندرز دنبار (Flandars Dunbar) في اتجاه آخر وقدمت بروفيلاً للأشخاص الذين يعانون من أمراض مختلفة بدلاً من

التركيز على صراع واحد، من ذلك ما أسمته الشخصية القرحية والشخصية ذات الضغط المرتفع والشخصية المصابة بالتهاب المفاصل وهكذا، (عيسوي، 1996: 185).

2. نظرية خصائص الشخصية:

حاول رواد الاتجاه الدينامونفسي في تفسير نشأة الأمراض السيكوسوماتية ربط اختيار الأعراض (Symptom Choice) بنوع الشخصية أو نمط السلوك، وفي هذا السياق قدم كل من فريدمان وروزنمان (Friedman & Rosenman) نمطين من أنماط السلوك ذات الصلة بالاضطرابات السيكوسوماتية هما: نمط (A)، الذي يتسم الأفراد فيه بعدد من الخصائص (ذكرت في الجزء الأول من الإطار النظري)، تضعهم تحت ضغط يؤثر على أجهزة القلب والأوعية الدموية، ونمط السلوك (B) الذي يتميز الأفراد فيه بأنهم أكثر هدوءًا وصبراً. وقد أكدت الدراسات بأن سبب عدائية أفراد نمط السلوك (A) ما يجعلهم عرضةً للإصابة بأمراض القلب يتمثل في أنهم يستجيبون للضغوط بمستوى عال من نشاط الجهاز العصبي الذاتي وباستجابة فسيولوجية عالية تؤدي بدورها إلى ضعف القلب. وأكدت الدراسات كذلك بأن ذلك قد أدى إلى تطوير علاج نفسي يهدف إلى تعليم أفراد هذا النمط كيفية التعامل مع الضغوط بفاعلية أكثر تحت مسمى (أساليب إدارة الضغوط)، (; Gatchel,1995: 92-93 Davison & Neale,1996: 201).

ثانيًا: نظرية الضغوط النفسية الاجتماعية:

أشار كل من أولسن وديفرين (Olson & Defrain) إلى أن الأطباء قد اعتقدوا لبعض الوقت بأن أحداث الحياة ذات العلاقة بتصاعد الاستثارة الانفعالية، يمكن أن تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية، وأنه يمكن لمشاكل الحياة اليومية الأساسية أن تؤثر على الصحة بطرق مختلفة. وقد أكد الباحثان بأن هذه النظرية تفترض بأن الجسد الإنساني يكافح باستمرار لكي يصل إلى حالة الاتزان البدني أو الاتزان في الوظائف، إلا أن أحداث الحياة تقلب حالة توازن الجسم وتنادي بإعادة التوافق، وأن الكثير من التغيرات في الحياة تحدد قدرة الجسم على إعادة التوافق، وبالتالي فإن النتيجة هي الضغوط أو هي رد الفعل السيكولوجي والفسيولوجي لكمٍ هائل من المطالب التي تنادي بإعادة التوافق (حسن، 2001: 68).

ثالثًا: النظريات الفسيولوجية:

1. نظرية الاستجابة النوعية:

وفقاً لهذه النظرية فإن الأفراد يستجيبون للضغط بطرق مختلفة، وأن محددات ذلك ترجع إلى الوراثة، فهناك من يستجيب بزيادة معدل ضربات القلب، وهناك من يستجيب بزيادة معدل التنفس، ونتيجة لذلك يصبح عضو الجسم الأكثر استجابة للضغوط هو المسؤول عن أي اضطراب سيكوماتي لاحق، إذ على سبيل المثال نجد أن من يستجيب للضغوط بزيادة ضغط الدم يصبح أكثر عرضة للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

2. **نظرية الضعف الجسمي:**

وهذه النظرية تفترض بأن العلاقة بين الضغط واضطراب سيكوفسيولوجي تكمن في ضعف جسمي معين، إما بسبب عوامل وراثية أو نتيجة الأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد. فالجسم الإنساني الذي يوجد فيه جهاز تنفسي ضعيف ممكن يهيئ الفرد للإصابة بالربو والجسم الذي يوجد فيه جهاز هضمي ضعيف قد يعرض الفرد للإصابة بالقرح، (Davison & Neale,1996: 200).

3. نظريات الاقتران الشرطي:

تسلم هذه النظريات بأن المرض السيكوسوماتي بشكل عام عبارة عن استجابة تدعمت مع مرور الوقت نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة. فعندما يستثار شخص ما، فإن تغيرات ذاتية فسيولوجية تحدث من قبيل:

زيادة ضربات القلب، سرعة التنفس...، وإذا ما أخذت بعض المواقف الحياتية صفة الاستمرار وحدث تدعيم لإحدى هذه الاستجابات فإن ذلك يؤدي إلى اختيارها من بين الاستجابات الفسيولوجية الأخرى، وقد أكد ذلك ما أثارته هذه النظريات من إمكانية لتغيير الاستجابات الجسمية كقرحة المعدة والصداع النصفي، وارتفاع ضغط الدم، من خلال عمليات إشراطية (عبدالقوي، 1995: 357 ; الزراد، 2000: 100).

4. التهيؤ المرضي- الضغط (منحى تكاملي):

وفقًا لما أورده كل من كوستن ودراجنز (Costin & Draguns,1989: 196)، هذا الاتجاه يرى بأن الاضطراب السيكوسوماتي يمثل نتاجًا للقابلية المرضية البيولوجية، ونتاجًا لتأثير الضغوط البيئية وكيفية إدراك الفرد لهذه الضغوط والتكيف معها ؛ لأن الضغط الفسيولوجي يحدث غالبًا عندما تدرك الضغوط كمهددات فعلية للصحة الجسمية أو النفسية، وبأننا غير قادرين على التكيف معها بشكل مناسب ثم يظهر بأساليب مختلفة من قبيل: التوتر العضلي، ارتفاع معدل ضربات القلب، الاستجابة الجلدية... وعندما تصبح هذه الاستجابات مزمنة جدًا أو شديدة قد تشكل مقدمات للمرض الجسمي أو لتفاقم مرض موجود بالفعل. و يُعدّ نظرية هانز سيلي (Hans selye) من النظريات التي تنتمي إلى هذا الاتجاه في تفسير نشأة الأمراض السيكوسوماتية.

رابعًا: النظرية متعددة العوامل:

يرى المنتمون إلى هذا الاتجاه أن تفسير نشأة الأعراض السيكوسوماتية يتطلب أخذ كل العوامل التي ركزت عليها النظريات والاتجاهات السابقة بعين الاعتبار وأن يتضمن علاوة على ذلك عدد من المتغيرات الأخرى لاسيما وأن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي البيولوجي) ليست علاقة إستاتيكية، وإنما هي علاقة ديناميكية يحدث فيها التفاعل والحركة بالقدر الذي لا نستطيع فيه فصل أي عامل عن العوامل الأخرى (حسن، 2001: 68 - 69).

تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

أورد كولمان (Coleman,1968) تصنيفًا لهذه الأمراض على أساس الجهاز أو العضو المتأثر إلى (10) مجموعات، هي:

1. رد فعل نفس فسيولوجي للجلد: ويتضمن بعض التهابات الجلد العصبية، الاكزيما، بعض حالات الطفح الجلدي وحب الشباب والأمراض التي تلعب فيها العوامل الانفعالية دورًا سببيًا.
2. رد فعل نفس فسيولوجي للجهاز العضلي والهيكل العظمي: وتتضمن ألم الظهر والشد العضلي والروماتيزم والتهاب المفاصل.
3. رد فعل نفس فسيولوجي للجهاز التنفسي: وتتضمن التشنجات الشعبية، الربو، حمى القش، الالتهاب الشعبي المتكرر.
4. رد فعل نفس فسيولوجي للقلب والأوعية الدموية: وتتضمن الأزمة القلبية المفاجئة، ضغط الدم المرتفع، تشنجات الأوعية الدموية، الصداع النصفي.
5. رد فعل نفس فسيولوجي دموي ولمفاوي: وتتضمن أي اضطرابات في الدم والأجهزة الليمفاوية يكون للعامل الانفعالي دور رئيس فيها.
6. ردود فعل نفس فسيولوجي معدي- معوي: وتتضمن أمراض مثل: قرحة الإثنى عشر، القولون المخاطي، التهاب المعدة المزمن، الإمساك، الحموضة، حرقان فم المعدة، فقدان الشهية.
7. رد فعل نفس فسيولوجي بولي تناسلي: وتتضمن بعض أنواع اضطرابات الطمث والتبول المؤلم والانقباض المهبلي المؤلم.

8. رد فعل نفس فسيولوجي للغدد الصماء: وتتضمن صورة الغدة الدرقية مع الأعراض المصاحبة لعدم التوازن في الغدد، زيادة نشاط الغدة الدرقية، السمنة، الأمراض الذي يكون للانفعالات دور واضح فيها.

9. رد فعل نفس فسيولوجي للجهاز العصبي: وتتضمن فقدان القوة البدنية مع التعب وآلام العضلات وبعض الأمراض التشنجية.

10.رد فعل نفس فسيولوجي للأعضاء ذات الإحساس الخاص: وتتضمن أمراض مثل: التهاب الملتحمة (باطن الجفن) المزمن.

وفي هذا السياق أشار كورسيني (Corsini,1987) إلى أن نظام التصنيف الدولي الثالث للأمراض قدم تصنيفًا لهذه الأمراض على أساس مدى تضمنها للضرر في الأنسجة من عدمه إلى مجموعتين وذلك على النحو الآتي:

1. الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضررًا في الأنسجة، مثل: الربو، التهاب الجلد، الاكزيما، القرحة المعدية، القولون المخاطي، القولون المتقرح، طفح الجلد، مرض الأقزام النفسي الاجتماعي.

2. الأمراض السيكوسوماتية غير المتضمنة ضررًا في الأنسجة، مثل: تصلب الرقبة (صعوبة الالتفات)، الفواق (احتياج الهواء)، زيادة معدل التنفس، الكحة النفسية، التثاؤب، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، بلع الهواء القيء، عسر الطمث النفسي، صر الأسنان (تآكلها) (حسن، 2001: 72).

ومما تجدر الإشارة إليه، أنه في معظم هذه الأمراض توجد فترات زيادة مفاجئة في الأعراض متبوعة بفترات اختفاء، ويبدو أن هذا التتابع في الظهور والاختفاء مرتبط بكم القلق الذي يتعرض له الفرد على فترات مختلفة. ومن المهم أن نلاحظ كذلك أن هناك اختلافات من حيث الجنس في حدوث بعض هذه الأمراض، حيث نجد أن القرح الهضمية منتشرة جدًا بين الرجال، في حين نجد أن التهاب المفاصل الروماتيزمي والقولون المخاطي منتشر جدًا بين السيدات (حسن، 2001: 72–73).

وفي البحث الحالي، تم اعتماد معايير تصنيف هذه الاضطرابات وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية للرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA:DSM, IV,1994).

الدراسات السابقة:

- أجرى سميث وآخرون (Smith & et.al (1984 دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الغضب والعصابية ونمط السلوك (أ) وخبرة الإصابة بالذبحة الصدرية، وأثر ذلك على الأداء في عينة من مرضى القلب تألفت من (50) مريضًا، تراوحت أعمارهم ما بين (29 - 70) سنة، وطبق عليهم مقياس مسح جينكنز للنشاط ومقياس الشخصية لأيزنك ومقياس العصابية ومقياس الغضب. وأظهرت النتائج تكرر الإحساس بآلام الذبحة الصدرية بشكل ملحوظ في حالة الغضب وارتباط نوبات الذبحة الصدرية مع القيام بأداء الأنشطة وسلوك النمط (أ) ومع الغضب والعصابية.

- وأجرى سميث (Smith (1984 دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين نمط السلوك (أ) والغضب والعصابية والصدق التمييزي للأفراد لدى عينة من المرضى تألفت من (50) مريضًا تتراوح أعمارهم بين (20 - 70) سنة ممن أجريت لهم عملية قسطرة ولم يعرفوا بعد نتيجة العملية، وطبقت عليهم مقاييس: مسح جينكنز للنشاط، فرامنجهام لنمط السلوك (أ)، الغضب، العصابية لأيزنك، وأوضحت النتائج صلاحية المقياسات الخاصة بنمط السلوك (أ) للتنبؤ بالإصابة الاكلينيكية بأمراض القلب، وكذلك أوضحت ارتباط الدرجات على مسح جينكنز للنشاط مع مقياس الغضب وارتباط الدرجات على مقياس فرامنجهام مع الغضب والعصابية.

• وفي دراسة قام بها كل من بيرن وروزنمان (1986) Byrne & Rosenman استهدفت كشف علاقة نمط السلوك (أ) المعرّض للإصابة بمرض الشريان التاجي بخبرة المعاناة الوجدانية. تألفت عينة الدراسة من مجموعة من الذكور تراوحت أعمارهم بين (40 - 49) عام، وطبق عليهم مقياس مسح جينكنز للنشاط ومقياس هوبكنز للأعراض الجسمية ومقياس القلق. أسفرت النتائج عن علاقة موجبة بين نمط السلوك (أ) وكل من العصابية والقلق.

• وهدفت الدراسة التي قام بها بيرناردو وآخرون (1987) Bernardo,et.al إلى معرفة ما إذا كانت مخاطر الإصابة بأمراض الشريان التاجي ذات علاقة ببعض المتغيرات النفسية لدى أصحاب نمط السلوك (أ). وتألفت عينة الدراسة من (252) فرداً. وأظهرت النتائج دعمًا لفرضية أن حالات الإصابة بأمراض الشريان التاجي تكون أكثر احتمالاً عند ذوي النمط (أ) الذين يتميزون بالعصابية والطابع الشرس وبشكل يفوق أولئك الذين يظهرون نمط السلوك (أ) فقط.

• واهتمت دراسة سيجمان (1988) Siegman بكشف العلاقة بين (العدوانية السلوك الشفهي لنمط السلوك (أ) المعرّض للإصابة بأمراض الشريان التاجي) واحتمال الإصابة بأمراض الشريان التاجي، وأسفرت النتائج عن علاقة موجبة بين التعبير العلني عن العدوانية والإصابة بهذه الأمراض، وكذلك بين السلوك الشفهي الذي يتسم بالحديث بصوت عال مع وجود تقطعات ووقفات متكررة أثناء الحديث، وبين الإصابة بهذه الأمراض. في حين أسفرت عن علاقة سالبة بين الإصابة بأمراض الشريان التاجي وبين العدوانية المستترة (الكبت العصابي).

• أما دراسة إرفاين وآخرين (1989) .Irvine,et al ، فقد هدفت إلى الكشف عن الفروق في الشخصية بين المصابين بضغط الدم ا لمرتفع والعادمين وتأثير المعرفة بحالة ضغط الدم المرتفع، وتألفت عينة الدراسة من (162) مريضًا من مرضى ضغط الدم تتراوح أعمارهم بين (25- 64) عامًا كان حوالي (80) منهم يعرفون أنهم مصابون و(82) لا يعرفون ذلك، وكذلك من (218) من الأسوياء. طبقت عليهم مقاييس: الشخصية لأيزنك، القلق كحالة وسمة، مسح النشاط لجينكنر. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أ- المصابون بضغط الدم المرتفع والواعون بذلك كانوا أعلى وبشكل معنوي من المصابين غير الواعين بالإصابة ومن الأسوياء في العصابية والقلق كحالة وسمة.

ب- ذوو نمط السلوك (أ) كانوا أعلى وبشكل معنوي من الأسوياء في غضب الحالة.

ج- عدم وجود فروق معنوية بين الأسوياء وبين المصابين غير الواعين بالإصابة.

د- عوامل الشخصية ليست سمة مميزة لضغط الدم المرتفع لكنها تعكس تأثير التعرض لرعاية طبية أو معرفة بحالة ضغط الدم.

• وأجرى برادفورد (1989) Bradford دراسة هدفت إلى كشف العلاقة بين أساليب القيادة والضغوط المهنية ونمط السلوك (أ) لدى مديري المدارس. وتألفت عينة الدراسة من (56) مديرًا من مدراء المدارس الوسطى والثانوية بولاية كارولينا طبقت عليهم مقاييس: نمط السلوك (أ)، الضغوط المهنية، الكفاية المهنية. وأوضحت النتائج أن مديري المدارس من ذوي نمط السلوك (أ) كانوا الأكثر شعورًا بالضغوط المهنية من ذوي النمط (ب) وأن هناك علاقة بين نمط السلوك (أ) وأسلوب القيادة. وقد أوصت الدراسة بضرورة التعرف على مديري المدارس من ذوي نمط السلوك (أ) وتقديم الخدمات الإرشادية لهم.

• وكـذلك أجـرى كـرامير (1991) Cramer دراسـة استهدفت الكشف عن علاقة نمط السلوك (أ) بالانبساط والعصابية والألم النفسي والأعراض الجسمية. وتألفت عينة الدراسة من (3065) امرأة و(2520) رجلاً طبقت عليهم مقاييس: الصحة العامة، أيزنك للشخصية، الأعراض الجسمية. وأسفرت النتائج عن علاقة موجبة ذات دلالة معنوية بين نمط السلوك (أ) وبين الأعراض الجسمية والألم النفسي والعصابية ومقياس الكذب لدى الرجال والنساء. كما أسفرت عن علاقة ارتباط موجب ومعنوي بين نمط السلوك (أ) وبين الإصابة بأمراض الشريان التاجي لدى الرجال.

• وفي دراسة قام بها ديري وآخرون (1991) Deary & et.al استهدفت بحث العلاقة بين نمط السلوك (أ) وكل من العصابية، الانبساط، التوتر الزائد، أمراض الشريان التاجي. وتألفت عينة الدراسة من (54) من الذكور و(46) من الإناث من طلبة المستوى الدراسي الأول في كلية الطب تتراوح أعمارهم بين (17 - 20) سنة أسفرت النتائج عن علاقة موجبة بين نمط السلوك (أ) والعصابية. وعلاقة سالبة بين هذا النمط من السلوك والانبساط لدى الإناث. كما أسفرت عن ظهور أعراض جسمية بسيطة وحديثة وحصول الأشخاص الذين لديهم تاريخ أسري يتصف بالتوتر الزائد على درجات عالية في العصابية.

• وهدفت الدراسة التي قام بها ترافرس (1991) Travers إلى الكشف عن الضغوط المهنية والاستجابات الكيميائية الحيوية لدى المعلمين في بريطانيا. وتألفت عينة الدراسة من (5000) معلمًا. وتم جمع البيانات باستخدام مقياس للضغوط المهنية وآخر لنمط السلوك (أ) وثالث لأساليب المسايرة. وإجراء فحص طبي لعينات من الدم وقياس ضغط الدم، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن المعلمين من ذوي نمط السلوك (أ) كانوا الأكثر شعوراً بالضغوط المهنية وعرضةً لأمراض ضغط الدم وبعض التغيرات الكيميائية بالجسم بالمقارنة مع غيرهم.

• أما دراسة بروو آخرين (1993) .Bru &et.al ، فقد هدفت إلى دراسة مدى الارتباط بين سمات الشخصية وبين ألم العمود الفقري بدءاً من منطقة الرقبة والأكتاف ومنطقة الظهر الدنيا، وتألفت عينة الدراسة من (586) من النساء العاملات في المستشفيات طبقت عليهم مقاييس مسح النشاط المعدل لجينكنز، أيزنك للشخصية، العصابية، الانبساط، القلق. وأوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العصابية والقلق والغضب وسرعة التهيج والرغبة في الإنجاز ونفاذ الصبر لدى أفراد العينة من ذوي نمط السلوك (أ) ووجود تأثير دال للتفاعل بين العصابية والقلق ونمط السلوك (أ) في الشكوى من الألم في منطقة الظهر الدنيا، غير أن هذا التأثير يتأثر بخصائص متطلبات العمل الوظيفي.

• واهتمت دراسة هاكيت (Hacket) بالتعرف على تأثير التفاعل بين التحكم المحسوس ونمط السلوك (أ) على نتائج العمل لدى الأساتذة في الجامعات والمراكز البحثية. وتألفت عينة الدراسة من (189) من الأساتذة العاملين في الجامعات والمراكز البحثية طبقت عليهم مقاييس: التحكم المحسوس، الرضا الوظيفي، الأداء، الشكوى الجسدية. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين هذه المقاييس، (عسل، 2008: 89).

• وأجرى مختار دراسة سنة (1995) هدفت إلى معرفة الفروق في سمات الشخصية بين مرضى ضغط الدم الجوهري والأسوياء ومعرفة مدى نجاح علاج مرضى هذا الضغط بطريقة الاسترخاء أو العائد الحيوي المرتجع. وتألفت عينة الدراسة من (20) مريضًا ومريضة، تراوحت أعمارهم بين (30- 50) عامًا و(20) من الأسوياء، طبقت عليهم المقاييس الآتية:

1. استبيان أيزنك للشخصية (E.P.Q) (العصابية، الانطوائية، الكذب).
2. مقياس سيبلبرجر للقلق (حالة وسمة).
3. مقياس جيليفورد للاكتئاب كسمة.
4. مقياس (بك) للاكتئاب كحالة.

أما أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، فكانت:

1. فروق ذات دلالة معنوية بين المرضى والأسوياء في متغيرات: العصابية، الانطوائية، الميل إلى الكذب، الاكتئاب كسمة، قلق السمة. في حين لم تظهر مثل هذه الفروق بين المجموعتين في متغير القلق كحالة مما يدل على أن سمات الشخصية والحالات الانفعالية قد تأثرت بالضغط المرتفع كمتغير مستقل.
2. مقدار التأثير بين المجموعتين يتراوح بين كبير ومتوسط، حيث كان كبيرًا على أبعاد: العصابية، الكذب، الاكتئاب كحالة، ومتوسط على أبعاد: الانطوائية، الاكتئاب كسمة، قلق الحالة، وتراوحت القيم بين (0.06 - 2.7)، (حسن، 2001: 124).

• كذلك أجرى بيرتولوتي وآخرين (1995) Bertolotti & et.al دراسة استهدفت بحث ما إذا كانت سمات: القلق، العصابية، الاكتئاب، تتفاعل مع نمط السلوك (أ) للتأثير على ردود الفعل العضوية والنفسية. وتألفت عينة الدراسة من (70) من الذكور الإيطاليين الأصحاء الذين تطوعوا للمشاركة في الدراسة تتراوح أعمارهم بين (35 - 59) سنة، وبعد أن تم التأكد من حالة القلب الصحية لديهم من خلال مراجعة التاريخ الطبي والأسري وإجراء الكشف الطبي تم تصنيفهم باستخدام المقابلة الشخصية إلى مجموعتين [مجموعة نمط السلوك (أ) ومجموعة ليست من نمط السلوك (أ)]، ثم بعد ذلك تم تقييم ردود أفعالهم من ناحية القلق والعصابية والاكتئاب ومعدل ضربات القلب وأشارت النتائج إلى أن المجموعة الأولى (نمط السلوك (أ) كانت أعلى من المجموعة الثانية في كل من العصابية وردود فعل عضلة القلب وإلى أنها- بالمقابل- سجلت درجات أقل بالمقارنة مع المجموعة الثانية في الاكتئاب.

• وفي دراسة قام بها لافانكو (Lavanco) هدفت إلى معرفة العلاقة بين أعراض الإنهاك والرضا الوظيفي ونمط السلوك (أ) لدى المعلمين والممرضات في صقليه. تألفت عينة الدراسة من (100) معلم وممرضة أظهرت النتائج - على مستوى الممرضات- درجات أقل في الرضا الوظيفي والإنهاك بالمقارنة مع المعلمين وعلاقة ارتباطية موجبة بين الإنهاك ونمط السلوك (أ)، وسلبية بين هذا النمط من السلوك والرضا الوظيفي. في حين أظهرت النتائج - فيما يتعلق بالمعلمين - تكيفًا أكبر مع العمل بالمقارنة مع الممرضات وعلاقة ارتباطية موجبة بين نمط السلوك (أ) والرضا الوظيفي، (عسل، 2008: 89).

منهجية البحث وإجراءاته:

اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي، الذي يستند إلى دراسة الواقع، ويهتم بوصفه وصفًا دقيقًا، ويعبّر عنه تعبيرًا كميًا أو كيفيًا، (عبيدات، 2001، 19)؛ لأنه أكثر مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية انسجاماً مع طبيعة البحث الحالي وأهدافه وإجراءاته. وقد تم ذلك وفقاً للإجراءات الآتية:

أولاً: وصف مجتمع البحث:

تألف مجتمع البحث الحالي من جميع أعضاء هيئة التدريس (الأساتذة) في جامعة إب، ووفقًا للخواص الآتية:

1. ممن يحملون شهادة الدكتوراه فقط.
2. من الجنسية اليمنية، ومن الوافدين من جنسيات متعددة، أبرزها (العراق، مصر، السودان، الهند، كوبا).
3. من التخصصات العلمية والإنسانية.
4. من الذكور فقط، (لا يوجد من فئة الإناث من أعضاء

هيئة التدريس سوى أربع).

وبذلك تألف المجتمع الأصلي للبحث من (178) أستاذًا، كان منهم:

أ- (65) أستاذًا يمنيًا من التخصصات العلمية.

ب- (72) أستاذًا يمنيًا من التخصصات الإنسانية.

ج- (14) أستاذًا وافدًا من التخصصات العلمية.

د- (27) أستاذًا وافدًا من التخصصات الإنسانية.

والجدول (1) يوضح ذلك.

جدول (1)
يوضح خصائص مجتمع البحث الحالي*

الكليات / الجنسية	الكليات العلمية					الكليات الإنسانية					
	طب الأسنان	الهندسة	الزراعة	العلوم	المجموع	التربية إب	التربية النادرة	الآداب	التجارة	المجموع	المجموع الكلي
اليمنيين	7	16	15	27	65	17	14	31	10	72	137
الوافدين	1	3	3	7	14	6	10	9	2	27	41
المجموع	**8**	**19**	**18**	**34**	**79**	**23**	**24**	**40**	**12**	**99**	**178**

*تم الحصول على هذه الإحصائية من إدارة الشؤون الأكاديمية في جامعة إب، علماً أن الإحصائية للعام الدراسي 2010-2011م.

ثانيًا: وصف عينة البحث الحالي وطريقة اختيارها:

نظرًا لطبيعة البحث الحالي، وأهدافه، تم اعتماد أسلوب (العينة الطبقية العشوائية) لاختلاف خواص أعضاء هيئة التدريس من حيث الجنسية (يمنيين - وافدين)، ومن حيث التخصص (علمي - إنساني)، وقد تم استخدام الأسلوب المتناسب (لاختلاف أعداد أعضاء هيئة التدريس وفقًا لهذه الخواص). وبذلك تألفت عينة البحث الحالي من (75) أستاذًا، وبنسبة (42.13%) من المجتمع الأصلي، ووفقًا للآتي:

1. الأساتذة اليمنيون من التخصصات العلمية (31) أستاذًا، تم اختيارهم عشوائيًا بنسبة (47.69%) من مجتمع البحث الأصلي.
2. الأساتذة اليمنيون من التخصصات الإنسانية (27) أستاذًا، تم اختيارهم عشوائيًا بنسبة (37.50%) من مجتمع البحث الأصلي.
3. الأساتذة الوافدون من التخصصات العلمية (7) أساتذة، تم اختيارهم عشوائيًا بنسبة (50%) من مجتمع البحث الأصلي.
4. الأساتذة الوافدون من التخصصات الإنسانية (10) أساتذة، تم اختيارهم عشوائيًا بنسبة (37.03%) من مجتمع البحث الأصلي.
5. الأساتذة (اليمنيون + الوافدون) ومن التخصصات (العلمية + الإنسانية) من الفئة العمرية (31 - 40) سنة، كان عددهم (25) أستاذًا.
6. الأساتذة (اليمنيون + الوافدون) ومن التخصصات (العلمية + الإنسانية) من الفئة العمرية(41 - 50) سنة، كان عددهم (32) أستاذًا.
7. الأساتذة (اليمنيون + الوافدون) ومن التخصصات (العلمية + الإنسانية) من الفئة العمرية (51 - 60) سنة، كان عددهم (14) أستاذًا.
8. الأساتذة (اليمنيون + الوافدون) ومن التخصصات (العلمية + الإنسانية) من الفئة العمرية (60 فما فوق)، كان عددهم (4) أساتذة.

والجدول (2) يوضح خصائص العينة.

جدول (2)
يوضح خصائص عينة البحث الحالي

الجنسية والتخصص	الفئة العمرية					المجموع
	30 سنة فما دون	من (31- 40) سنة	من (41- 50) سنة	من (51- 60) سنة	60 سنة فما فوق	
يمني علمي	-	13	15	2	1	31
يمني إنساني	-	12	12	3	0	27
وافد علمي	-	-	3	3	1	7
وافد إنساني	-	-	2	6	2	10
المجموع	**0**	**25**	**32**	**14**	**4**	**75**

ثالثًا : أدوات البحث :

وفقًا لمتطلبات البحث الحالي، فقد تم تجهيز (4) أدوات، هي :

1. مسح جنكنز للأنشطة (JAS).
2. قائمة تصنيف الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية).
3. قائمة كورنل الجديدة Cornell index.
4. قائمة معايير تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) وفقًا لـ(APA:DSM,IV,1994).

وللطبيعة الباثالوجية للاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية)، فقد اعتمد الباحثان (3) ثلاثة معايير لقياس وتشخيص هذه الاضطرابات عند أعضاء هيئة التدريس، هي الأدوات (2 ، 3، 4) الوارد ذكرها سابقًا. وفيما يأتي وصف لكل أداة من هذه الأدوات والتعديلات التي تم إجراؤها والإجراءات السيكومترية التي تم القيام بها على كل أداة من هذه الأدوات، كي تكون صالحة للتطبيق :

1. مسح جينكنز للأنشطة : Jenkins Activities (JAS) Survey **لقياس نمط السلوك (أ) :**

• وصف الأداة :

من إعداد جينكينز وآخرون (Jenkins & et.al,1979)، وهو عبارة عن استبيان تقرير ذاتي صمم أساسًا بهدف التنبؤ بمشاكل القلب، والتي غالبًا ما يصاب بها الأفراد الذين يتسمون بخصائص سلوكية معينة أطلق عليها (فريدمان وروزنمان) (Friedman & Rosenman) اسم النمط (أ) للشخصية، ثم طور إلى نمط السلوك (أ)، (الجارودي، 2001، 55)، وقام بترجمته وتقنينه على البيئة المصرية الباحثان (محمد السيد عبدالرحمن وفوقية حسن عبدالمجيد رضوان)، والصورة العربية لهذا المسح تتألف من (51) فقرة تتوزع بالتساوي على ثلاثة مجالات (أبعاد) خاصة لوصف سلوك النمط (أ) هي :

أ- السرعة ونفاذ الصبر :

يتعامل الفرد وفقًا لهذا البعد في حياته بضغط الوقت وإلحاحه كصفة مستمرة مميزة لنمط السلوك (أ)، فالأفراد الذين يسجلون درجات مرتفعة على هذا البعد يميلون إلى الأكل بسرعة كبيرة، ويصبحون عديمي الصبر عند التحدث مع الآخرين، ويستعجلون الآخرين دائمًا، ولهم طباع حادة، ويمكن مضايقتهم أو إزعاجهم بسهولة.

ب- الانهماك أو الانشغال الزائد بالعمل :

يعبّر هذا البعد عن درجة الالتزام والإخلاص في الأنشطة المهنية وتكريس الوقت للعمل. فالأفراد الذين يسجلون درجات مرتفعة على هذا البعد يقررون أن لديهم صراعًا وتحديًا، وضغوطًا مهنية، فهم يعملون أوقاتًا إضافية، ويواجهون إنجازات هامة في الأوقات القاتلة أو الحاسمة، وإنهم يفضلون التعزيزات المعنوية على التعزيزات المادية.

ج- التنافس وصعوبة المراس :

يتضمن هذا البعد مفهوم الفرد عن نفسه على إنه : يصعب

توجيهه أو صعب المراس، حي الضمير، مسؤول جاد، متنافس ويبذل مجهودًا أكثر من الآخرين، ذو مستوى اجتماعي مرتفع، لكنه انفعالي.

والصورة العربية لهذا المسح مصاغة فقراتها على شكل مواقف سلوكية لفظية، تختلف بدائل الإجابة عنها من فقرة لأخرى، حيث تتراوح هذه البدائل من (2 - 5) بدائل. ويتميز هذا المسح بمعاملات صدق وثبات مرتفعين، وله صورة مختصرة من (13) فقرة أو بند قام (عبدالخالق) بتعريب وتقنين هذه الصورة المختصرة (عبدالخالق وآخرون، 1992، 18-19)، والمسح المعتمد في البحث الحالي هو الصورة العربية المؤلفة من (51) فقرة والمعدلة من قبل الباحثين وليس الصورة المختصرة.

• التعديلات التي أجريت في البحث الحالي على (مسح جينكينز للأنشطة):

أ- مبررات إجراء هذه التعديلات:

- اختلاف بدائل الإجابة في الصورة الأصلية والعربية من فقرة لأخرى، مما يربك المستجيبين، ويصعب على برنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) تعريفها ومعالجتها إحصائيًا.
- تأثر المواقف اللفظية لهذا المسح بثقافات غير عربية، ولذلك تطلب إعادة صياغة الفقرة بما ينسجم والثقافة العربية، ومنها اليمنية.
- مرور فترة طويلة على صدور هذا المسح (33) سنة من عام 1979 وحتى الآن.
- بعض الفقرات مصاغة لطلبة الجامعة، وعينة البحث الحالي أساتذة جامعة.

ب- التعديلات التي أجريت في البحث الحالي على (مسح جينكينز للأنشطة): وفقًا للمبررات الواردة في الفقرة (أ) أعلاه ومن أجل تكييف هذا المسح على عينة البحث الحالي، تم إجراء التعديلات الآتية:

- تحويل بدائل الإجابة على الفقرات من مواقف لفظية إلى مقياس رباعي تدريجي هو (دائمًا، أحيانًا، نادرًا، لا إطلاقًا)، وقد أعطيت الدرجات (3، 2، 1، صفر) على التوالي لهذه البدائل من أجل تحديد مستوى نمط السلوك (أ) في كل بعد من أبعاده الثلاثة وفي الدرجة الكلية. وتم حساب المتوسط الفرضي من خلال ضرب أعلى درجة يحصل عليها الفرد على العبارة وهي (3) في عدد الفقرات (51) مقسومًا على (2) فيكون (76.5).
- تم إعادة صياغة الفقرات بعبارات تقريرية لفظية بدلاً من المواقف السلوكية اللفظية، مع الحرص الشديد في المحافظة على الفكرة نفسها الواردة في الفقرة الأصلية.
- تم تعديل الصياغات اللغوية بما ينسجم وطبيعة ثقافة المجتمع العربي بصورة عامة واليمني بصورة خاصة، وبما ينسجم وخصائص عينة البحث الحالي.

• الإجراءات السيكومترية التي تم اعتمادها في البحث الحالي على (مسح جينكينز للأنشطة):

أ-إجراءات تقدير الصدق الظاهري للمسح: حيث تم عرضه على مجموعة من المحكمين الخبراء في العلوم النفسية*، وطلب منهم قراءة كل فقرة من فقرات المسح هذا والتأشير أمامها (صالحة أو غير صالحة) في قياس البعد الذي تنتمي إليه وقياس نمط السلوك (أ) وفقًا للأبعاد التي تنتمي إليه، مع إجراء التعديلات المناسبة وفقًا للثقافة العربية بصورة عامة واليمنية بصورة خاصة، مع بيان صلاحية بدائل الإجابة. وبعد حساب التكرارات والنسب المئوية لآراء الخبراء، تم قبول الفقرة والمجال الذي حصل على نسبة اتفاق 90% فأكثر، وبذلك لم تحذف أي فقرة، وإنما تم إجراء التعديلات المشار إليها في الفقرة (ثانيًا).

ب- إجراءات تقدير صدق البناء: حيث تم حسابه بأسلوبين هما:

الأول: إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والمجال

الذي تنتمي إليه. حيث تم معالجة البيانات لعينة البحث الأساسية البالغة (75) أستاذًا عن طريق الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18) وباستخدام معامل ارتباط بيرسون، حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًا، وهذا يعني أن (مسح جينكينز للأنشطة) يمتلك معاملات صدق بناء (اتساق داخلي) عالية. والجدول (3) يوضح ذلك.

جدول (3)

يوضح معاملات صدق البناء (الاتساق الداخلي) (لمسح جينكينز للأنشطة) وفقاً للأسلوب الأول*

المجال الأول: السرعة ونفاذ الصبر			المجال الثاني: الانهماك أو الانشغال الزائد بالعمل			المجال الثالث: التنافس وصعوبة المراس		
الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة
1	0.292	0.011	18	0.349	0.002	35	0.565	0.000
2	0.425	0.000	19	0.358	0.002	36	0.530	0.000
3	0.503	0.000	20	0.507	0.000	37	0.673	0.000
4	0.648	0.000	21	0.665	0.000	38	0.597	0.000
5	0.577	0.000	22	0.632	0.000	39	0.531	0.000
6	0.598	0.000	23	0.523	0.000	40	0.524	0.000
7	0.600	0.000	24	0.558	0.000	41	0.525	0.000
8	0.285	0.012	25	0.540	0.000	42	0.374	0.001
9	0.382	0.001	26	0.301	0.009	43	0.501	0.000
10	0.623	0.000	27	0.320	0.005	44	0.711	0.000
11	0.585	0.000	28	0.505	0.000	45	0.588	0.000
12	0.705	0.000	29	0.516	0.000	46	0.628	0.000
13	0.522	0.000	30	0.579	0.000	47	0.539	0.000
14	0.610	0.000	31	0.620	0.000	48	0.709	0.000
15	0.590	0.000	32	0.298	0.009	49	0.590	0.000
16	0.701	0.000	33	0.345	0.002	50	0.511	0.000
17	0.471	0.000	34	0.458	0.000	51	0.380	0.001

*تم استخراج هذه النتائج بواسطة الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18) وبالاستعانة بمعاملات ارتباط بيرسون.

الثاني: إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل مجال من المجالات الفرعية والدرجة الكلية على هذا المسح. حيث تمت معالجة البيانات على عينة البحث الأصلية البالغة (75) أستاذًا عن طريق برنامج (SPSS) الإصدار (18) وباستخدام معامل ارتباط (بيرسون) حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًا. والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4)

يوضح معاملات صدق البناء (الاتساق الداخلي) (لمسح جينكينز للأنشطة) وفقاً للأسلوب الثاني*

المجال	معامل الصدق	ومستوى الدلالة
الأول السرعة ونفاذ الصبر	0.712	0.000
الثاني الانهماك أو الانشغال الزائد بالعمل	0.827	0.000
الثالث التنافس وصعوبة المراس	0.826	0.000

* تم استخراج هذه النتائج بواسطة الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وبالاستعانة بمعاملات ارتباط بيرسون.

ج- إجراءات تقدير الثبات للمسح: وقد تم ذلك باستخدام طريقتين:

الأولى: ألفا كرونمباخ: حيث تم حساب الثبات بهذه الطريقة على عينة البحث الأساسية البالغة (75) أستاذًا، عن طريق برنامج (SPSS) الإصدار (18) لكل مجال فرعي والدرجة الكلية على هذا المسح. وقد تراوحت قيم الثبات بهذه الطريقة بين (0.712 – 0.881). والجدول (5) يوضح ذلك.

الثانية: التجزئة النصفية: حيث حسب الثبات بهذه الطريقة على عينة البحث الأساسية البالغة (75) أستاذًا، عن طريق برنامج (SPSS) الإصدار (18)، وباستخدام معادلة (هورست) لاستخراج ثبات التجزئة النصفية للمجالات الفرعية والدرجة الكلية على المسح، كون عبارات كل مجال وعبارات المسح فردية.

(ألجلبي، 2005:137) وقد تراوحت قيم الثبات بهذه الطريقة بين (0.725 - 0.802). وكما هو مبين في الجدول (5) الذي يتضح منه أن جميع معاملات الثبات وبالطريقتين الأولى والثانية عالية.

جدول (5)
يوضح معاملات الثبات بطريقتي (ألفا كرونمباخ) والتجزئة النصفية لـ(مسح جينكينز للأنشطة)

طريقة الثبات	معامل الثبات	المجال الأول	المجال الثاني	المجال الثالث	الدرجة الكلية
الفاكرونمباخ	معامل الثبات	0.836	0.712	0.855	0.881
التجزئة النصفية	معامل الثبات	0.739	0.755	0.802	0.725

2. قائمة تصنيف الاضطرابات النفسية – الجسدية (السيكوسوماتية):

حيث قام الباحثان بإعداد قائمة بأسماء الاضطرابات النفسجسدية بناءً على التصنيف الطبي الوارد في (الزراد، 2000: 56- 64)، والذي تم بناؤه من خلال خمسة عشر مرجعًا، مع مراعاة ورود تصنيفها في معايير التشخيص الطبي النفسي الأمريكي المراجعة الثالثة (APA,DSM,III, 1983)، والمراجعة الرابعة (APA,DSM,IV, 1994)، والتصنيف الفرنسي للاضطرابات السيكوسوماتية.

• خطوات إعداد القائمة:

أ- حصر الاضطرابات النفسجسدية الخاصة ب الذكور الراشدين فقط، وكتابتها في قائمة مع الحرص الشديد على كتابة الاضطراب باللغتين العربية والإنجليزية، وكما هو مصنف طبياً في التصنيفات الطبية العالمية، ووضع تعريف صغير أمام مصطلح الاضطراب الذي يحتاج إلى معرفة أكثر عن خواصه، ومن هذه الخطوة خرج الباحثان بقائمة تصنيف شملت (10) مجالات من الاضطرابات النفسجسدية، يتضمن كل منها عددًا من الاضطرابات، وكما هو مبين أدناه.

رقم التصنيف	نوع الاضطراب وصنفه	رقم التصنيف	نوع الاضطراب وصنفه	رقم التصنيف	نوع الاضطراب وصنفه
أولاً	**اضطرابات جهاز الهضم**	3	عصاب القلب Cardiac neurosis	4	ضمور العضلات Muscular Atrophy
1	قرحة المعدة Gastric ulcer	4	الذبحة الصدريةAngina pectoris	5	العض على النواجذ
2	قرحة الأثنى عشر Peptic ulcer	5	ضغط الدم الجوهري (الأساسي) Essential blood pressure	**سابعًا**	**اضطرابات الإخراج**
3	التهاب المعدة المزمن Chronic ulcer	6	انخفاض ضغط الدم Hypotention	1	التبول اللاإرادي Enuresis
4	التهاب القالون Colitis	7	ارتفاع ضغط الدم Hypertention	2	التبرز اللاإرادي Encopresis
5	الإمساك المزمن Chronic constipation	**رابعًا**	**الاضطرابات الجلدية**	3	كثرة مرات التبول Polyuria
6	الإسهال المزمن Chronic Diarrhea	1	ألشري (الارتكاريا)Hives or Urticaria	4	احتباس البول Anuria
7	فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa	2	الحكّة (الهرش) Pruritis	**ثامنًا**	**اضطرابات الغدد والهرمونات**
8	الشراهة في تناول الطعام Bulimia	3	حب الشباب Acne vulgaris	1	مرض السكر Diabetes
9	عسر الهضم Dyspepsia	4	الأكزيما (الاكنّة الوردية) Eczema or Acne Rosacea	2	سكر الدم Blood Sugar
10	آلام انتفاخ البطن والتجشؤ (الفواق) Abdomen Pain and accordion abdomen and belching	5	تساقط الشعر (الجرد) Alopecia	3	ازدياد سكر الدمHyperglycemia
11	السمنة المفرطة Excessive obesity	6	فرط التعرق Hyperhidrosis	4	نقصان سكر الدم Hypoglcemia
12	التهاب الفتحة الشرجية Anus inflammation	7	الحساسية الذاتية للكريات الحمر Auto erythrocyte sensitization	5	البدانة Oomsbesity
13	التهاب البنكرياس Pancreatitis	8	مرض الصدفية (القوباء)Lmpetigo	6	تسمم الدرقية Hyperthyroidism
14	التهاب الزائدة الدودية Appendicitis	9	مرض رينو Raynauds disease	**تاسعًا**	**اضطرابات الجهاز العصبي** Sensory and motor sympt

رقم التصنيف	نوع الاضطراب وصنفه	رقم التصنيف	نوع الاضطراب وصنفه	رقم التصنيف	نوع الاضطراب وصنفه
15	اضطرابات الكبد والحويصلة الصفراء Liver and bile diseases	**خامسًا**	**الاضطرابات الجنسية**	1	الصداع Headache
16	أعراض مرض كرون Crohns disease symptoms	1	العنة الجنسية (البرود لدى الرجل) Impotence	2	الصداع النصفي (الشقيقة) Migraine
ثانيًا	**اضطرابات جهاز التنفس**	2	القذف المبكر(للحيوان المنوي) Premature ejaculation	3	الخلجات أو اللزمات العصبية Motor symptom (tics)
1	الربو الشعبي (العصبي) Asthma Nervosa or bronchial Asthma	3	القذف المتأخر(للحيوان المنوي) Retarded ejaculation	4	الدوخة والدوار Dizziness and vertigo
2	الإصابة بالنزلات البردية The colds	4	عسر الجماع Dyspareunia	5	إحساس الأطراف الكاذب Phantom Limbs
3	حمى القش Hay Fever	5	(العقم الذكري) Sterility	**عاشرًا**	**اضطرابات سيكوسوماتية أخرى** Undifferentiated somatoform disorder
4	التدرن الرئوي (السل) Pulmonary tuberculosis	6	متلازمة الكوفاد (لدى الرجال) Couvades syndrome	1	التعرض للحوادث والكسور (الاستهداف) Proneness
5	الحساسية الأنفية (الروائح)	**سادسًا**	**اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي**	2	الإحساس بالألم Pain (disorder)(pain sensitivity)
ثالثًا	**اضطرابات جهاز القلب والدوران**	1	آلام الظهر(اللمباجو) Lumbago	3	اضطرابات النوم Sleep disorders
1	الخفقان أو لغط القلب الوظيفي Tachycardia and functional Dysrhythmias	2	التهاب المفاصل شبه الروماتزمي Rheumatoid Arthritis	4	السرطان Cancer
2	الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية Thrombosis	3	فقدان التناسق العضلي Abasia	5	نزيف الأذن الوسطى (مرض مينير) Menieres syndrome
				6	اضطرابات النطق والكلام الناجمة عن العوامل النفسية والحرمان البيئي

ب- وضع بديلين للإجابة أمام كل اضطراب لقياس مدى وجود هذا الاضطراب عند الفرد من عدمه: (موجود، غير موجود).

ج- تقدير الصدق الظاهري للقائمة: حيث عرضت قائمة تصنيف الاضطرابات على مجموعة من المحكمين الخبراء في مختلف التخصصات الطبية*، وطلب منهم قراءة قائمة التصنيف بشكل جيد (كل بحسب تخصصه الطبي)، وبيان ما إذا كانت هذه الاضطرابات الموجودة في القائمة مصنفة بشكل صحيح ضمن فئة التخصص أم لا، وحذف الاضطرابات الموجودة في القائمة، غير الموجودة في الممارسة الإكلينيكية الطبية. أو إضافة اضطرابات أخرى غير موجودة أصلاً في القائمة وبيان صلاحية بديلي الإجابة. وبعد حساب التكرارات والنسب المئوية لآراء الخبراء، تم الإبقاء على وجود الاضطراب في القائمة التي حصلت على نسبة اتفاق (100%)، حيث لم يحذف الخبراء أي اضطراب من القائمة، وإنما تعديل كتابة بعض المصطلحات الطبية، وأخذت هذه التعديلات بنظر الاعتبار.

د- **تقدير صدق التكوين الفرضي للقائمة**: وقد تم ذلك من خلال التأكد من مطابقة كل اضطراب في قائمة التصنيف مع وجوده في معايير تصنيف الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) وفقًا لتصنيف (APA:DSM,IV,1994) والتصنيفات العلمية لهذه الاضطرابات التي ذكرها (الزراد، 2000: 56- 64)، حيث كانت نسبة المطابقة 100%.

هـ- **تقدير الثبات للقائمة**: بحسب ثبات قائمة تصنيف الاضطرابات النفسية – الجسدية (السيكوسوماتية) بطريقة (parallel) لكل فئة من فئات تصنيف الاضطرابات

وللقائمة الكلية، ولعينة البحث الأساسية البالغة (75) أستاذًا وبالاستعانة بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18). والجدول (6) يظهر أن جميع معاملات ثبات القائمة بهذه الطريقة كانت دالة عند مستوى (0.05) فأقل.

جدول (6)
يوضح معاملات ثبات قائمة تصنيف الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) بطريقة (parallel)

فئة الاضطراب	جهاز الهضم	جهاز التنفس	جهاز القلب والدوران	الاضطرابات الجلدية	الاضطرابات الجنسية	الجهاز العضلي والهيكلي	اضطرابات الإخراج	الغدد والهرمونات	الجهاز العصبي	اضطرابات أخرى	القائمة الكلية
معامل الثبات	0.675	0.646	0.676	0.659	0.683	0.642	0.688	0.687	0.659	0.637	0.697

3. قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية (Cornell Index):

- **وصف القائمة:**

وهي من إعداد (كيف برودمان) Keev Brodman و(ألبرت ج.إردمان) Albert J. Erdmann و(هارلود ج. ولف) Harld G.Wolf و(بول في. مسكوفتش) Paul F.Miskovitz، عام 1986، وقام (محمود السيد أبو النيل) بتعريبها وإعدادها، عام 1995، وهي تتكون من (223) فقرة (عبارة) موزعة على (18) مجالاً (عاملاً) من العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية، وتهدف إلى التعرف على النواحي العصابية والانفعالية والسيكوسوماتية.

وهي صورة معدلة لقائمة كورنل (Cornell Index) التي أعدها (أرثر وايدر) Weider,A. وآخرون، وذلك بعد أن ظهرت الحاجة إلى أداة سريعة للتقييم السيكاتري والسيكوسوماتي لعدد كبير من الأشخاص في مواقف مختلفة ومتعددة، (حسن، 2001: 152). وقد صيغت فقرات هذه القائمة على شكل أسئلة يجاب عنها بأحد الخيارين (نعم، لا) في ورقة إجابة منفصلة، زمن تطبيق هذه القائمة يتراوح بين (50 - 60) دقيقة، كما أنَّ بعض الدراسات (حسن، 2001: 153)، تعطى لمن يجيب بـ(نعم) درجة واحدة، ومن يجيب بـ(لا) تعطى (صفرًا) وأما المجالات التي تعمل القائمة على قياسها فهي:

- المجال (A): السمع والإبصار: عدد عباراته (13) عبارة تبدأ من تسلسل (1- 13) في القائمة، تقيس النواحي الخاصة بمتاعب أجهزة السمع والأبصار في الجسم، ومدى معاناة الفرد من مشاكل العين وارتداء النظارات، وكذلك متاعب الأذن.

- المجال (B): الجهاز التنفسي: عدد عباراته (17) عبارة، تبدأ من تسلسل (14- 30) في القائمة، وتقيس نواحي خاصة بالأعراض البدنية المصاحبة للاضطراب الانفعالي، كالصعوبة في التنفس والعادات الضارة مثل التدخين.

- المجال (C): القلب والأوعية الدموية: عدد عباراته (19) عبارة، تبدأ من تسلسل (31- 49) في القائمة، وتقيس نواحي خاصة بمجموعة الآلام المتعلقة بالقلب ومتاعبه ومشاكله مثل (ضغط الدم، آلام الصدر وغيرهما).

- المجال (D): الجهاز الهضمي: عدد عباراته (20) عبارة، تبدأ من تسلسل (50- 69) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بمتاعب الجهاز الهضمي وزيادة أو نقصان الوزن والجراحة التي أجريت في هذا الجانب، والصعوبات المتعلقة بعملية تناول الطعام.

- المجال (E): الجهاز العظمي: عدد عباراته (11) عبارة تبدأ من تسلسل (70- 80) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بآلام العظام أو الكسور ومتاعب مثل الروماتيزم، ومدى قدرة الفرد على الاستمرار في العمل لفترة طويلة، ومتاعب الظهر.

- المجال (F): الجلد: عدد عباراته (7) عبارات، تبدأ من تسلسل (81- 87) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بمتاعب

الجلد والأعراض الجسمية المباشرة التي تؤثر في جلد الفرد مثل (العرق وجروح الجلد المستمرة).

- المجال (G): الجهاز العصبي: عدد عباراته (17) عبارة، تبدأ من تسلسل (88- 105) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بمجالات الصداع التي يتعرض لها الفرد ومشاكل مثل الإغماء والارتعاش أو بعض حالات الشلل والمتاعب وأعراض التشنج أو الصرع بين أفراد الأسرة.

- المجال (H): الجهاز البولي والتناسلي: عدد عباراته (13) عبارة، تبدأ من تسلسل (106- 118) في القائمة، تقيس نواحي خاصة مرتبطة بالمتاعب والأعراض الجسمية التي يتعرض لها الجهاز البولي والتناسلي مثل (الآلام والالتهابات والإفرازات والمشاكل المتعلقة بالقدرات الجنسية أو مشاكل الكلى والمثانة وعمليات التحكم في التبول.

- المجال (I): التعب: عدد عباراته (7) عبارات، تبدأ من تسلسل (119- 125) في القائمة، تقيس مجموعة الأعراض والشكاوى البدنية التي ليس لها سبب حقيقي مثل (أعراض الإنهاك والتعب).

- المجال (J): تكرار المرض: عدد عباراته (9) عبارات، تبدأ من تسلسل (126- 134) في القائمة، تقيس مجموعة الأعراض المرية المتكررة والحالة الجسمية التي تعم الفرد وتسود في معظم الفترات وقدرة الفرد على أداء مهام عمله.

- المجال (K): أمراض متنوعة: عدد عباراته (18) عبارة، تبدأ من تسلسل (135- 152) في القائمة، تقيس مجموعة الأعراض والأمراض المختلفة التي تعرض الفرد للإصابة بها مثل (الملاريا، والحمى القرمزية والسكر).

- المجال (L): العادات: عدد عباراته (20) عبارة، تبدأ من تسلسل (153- 172) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بالعادات الضارة التي اعتاد الفرد على القيام بها، مثل (السهر والتدخين وتعاطي المواد المخدرة أو المهدئات أو اقتناء حيوانات غير أليفة).

- المجال (M): عدم الكفاية: عدد عباراته (12) عبارة، تبدأ من تسلسل (173- 184) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بالحالة الانفعالية للفرد وما يصاحبها من تغيرات جسمية (كالإغماء وحالات الخوف التي تنتاب الفرد عندما يكون مع أناس غرباء (تعكس العبارات عدم كفاية الشخص في مواقف الحياة).

- المجال (N): الاكتئاب: عدد عباراته (6) عبارات، تبدأ من تسلسل (185- 190) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بالشعور باليأس وعدم الثقة بالنفس والحزن وضيق الاهتمامات وانخفاض عام في النشاط النفسي والجسمي.

- المجال (O): القلق: عدد عباراته (9) عبارات، تبدأ من التسلسل (191- 199) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بالتوتر الدائم والتململ وسرعة التهيج والضيق والشعور بالخوف دون سبب واضح.

- المجال (P): الحساسية: عدد عباراته (6) عبارات، تبدأ من التسلسل (200- 205) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بمدى شفافية إحساسات الفرد وسهولة إيذائه في مشاعره وسرعة تأثره بالغضب وعدم قدرة الفرد على مواجهة المواقف الشائكة أو المعقدة وعجزه عن التوافق مع الآخرين.

- المجال (Q): الغضب: عدد عباراته (9) عبارات، تبدأ من التسلسل (206- 214) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بمدى اندفاع الفرد وقدرته على التحكم في انفعالاته، والحالات التي يتعرض فيها للاستثارة والغضب.

- المجال (R): التوتر: عدد عباراته (9) عبارات، تبدأ من من التسلسل (215- 223) في القائمة، تقيس نواحي خاصة بحالات الخوف المفاجئ والرعشة المستمرة والأفكار المزعجة والإحساس بالقابلية للاستشارة والاستهداف للأفكار المخيفة، (حسن، 2001: 152- 155).

وتختص المجالات الثمانية الأولى بالنواحي الجسمية، وتشمل (118) عبارة، أما المجالات العشر (10) الأخيرة، فتهتم بالنواحي المزاجية والانفعالية وتشمل (105) عبارات، (الطحان ونجيب، 2008: 209).

• التعديلات التي أجريت على (قائمة كورنل) في البحث الحالي ومبررات إجرائها:

أ- مبررات إجراء التعديلات:

- القائمة تضم (10) مجالات فرعية لا تختص بالنواحي السيكوسوماتية بصورة مباشرة، والبحث الحالي يتحدد بالاضطرابات السيكوسوماتية فقط.

- عبارات القائمة مصاغة على شكل أسئلة، والدراسات الحديثة في القياس النفسي لا تشجع على مثل هذه الصياغات، لأنها تشعر الفرد بموقف استجواب.

- بدائل الإجابة ثنائية (نعم ، لا) وفي الاختبارات والمقاييس الإكلينيكية، تتطلب بدائل الإجابة قياس معيارين (الشدة، والتكرار).

- تأثر إعداد القائمة الأصلية بالثقافة الغربية.

ب- التعديلات التي أجريت على القائمة في البحث الحالي:

- حذف المجالات العشر (10) الأخيرة من القائمة التي لا تختص بالنواحي السيكوسوماتية بصورة مباشرة، والإبقاء على المجالات الثمانية الأولى التي تختص بالنواحي السيكوسوماتية فقط، بمعنى الإبقاء على (118) عبارة الأولى وحذف (105) عبارات الأخيرة.

- إعادة صياغة العبارات من صياغتها بطريقة الأسئلة إلى صياغتها على شكل عبارات تقريرية لفظية مع المحافظة على فكرة العبارة نفسها.

- تحويل سلم بدائل الإجابة من ثنائي (نعم - لا) إلى مقياسين وبدائل رباعية وكالآتي:

الأول: شدة المعاناة من الأعراض: تحته أربعة بدائل للإجابة هي: (تنطبق عليّ بدرجة شديدة – تنطبق علي بدرجة متوسطة - تنطبق علي بدرجة ضعيفة - لا تنطبق عليّ أبدًا). وأعطيت له الدرجات (3، 2 ، 1، صفر) على التوالي.

الثاني: استمرار المعاناة من الأعراض: تحته أربعة بدائل للإجابة أيضًا هي: (تحدث لي دائمًا - تحدث لي قليلاً - نادرًا ما تحدث لي - لا تحدث لي إطلاقًا)، وأعطيت له الدرجات (3 ، 2، 1 ، صفر) على التوالي. وتحسب درجة الفرد على الفقرة من خلال حاصل جمع درجة البديل الذي يختاره في مقياس الشدة زائدًا درجة البديل الذي يختاره في مقياس التكرار. وهذه إضافة جديدة ونوعية وتنسجم وطبيعة المقاييس الإكلينيكية. ووفقًا لهذا الإجراء فإن أعلى درجة يحصل عليها الفرد على مقياس الشدة هي (3) وأعلى درجة على مقياس الاستمرار هي (3) كذلك، فتكون أعلى درجة على الفقرة هي (6). وعندما يضرب هذا الرقم في عدد الفقرات (118) ويقسم على (2) يكون الناتج (354) وهو المتوسط الفرضي للقائمة، وهكذا بالنسبة للمجالات الفرعية يضرب الرقم (6) في عدد فقرات المجال ثم يقسم على (2).

- تعديل بعض الصياغات اللغوية بما ينسجم والثقافة العربية ومنها اليمنية، مع المحافظة على فكرة العبارة نفسها.

• الإجراءات السيكومترية التي تم اعتمادها في البحث الحالي على قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية.

أ- إجراءات تقدير الصدق الظاهري للقائمة المعدلة:

عرضت القائمة على مجموعة من المحكمين الخبراء في مختلف التخصصات الطبية* وطلب منهم قراءة قائمة كورنل (المعدلة من قبل الباحثين) وبيان ما إذا كانت عبارات القائمة صالحة لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية أم لا، مع إجراء التعديلات المناسبة، وبيان صلاحية بدائل

الإجابة المؤلفة من مقياسين (مقياس الشدة) و(مقياس التكرار) لبيان مستوى أعراض هذه الاضطرابات. وبعد حساب التكرارات والنسب المئوية لآراء الخبراء، تم الإبقاء على وجود (العبارة) التي حصلت على نسبة اتفاق (100%)، حيث لم يحذف الخبراء أي عبارة من عبارات القائمة، وإنما تم إجراء تعديلات في الصياغات اللغوية، وقد تم الأخذ بهذه التعديلات، وأدرجت ضمن التعديلات المشار إليها في الفقرة (ثانيًا).

ب- **إجراءات تقدير صدق البناء للقائمة المعدلة**: وقد تم حسابه بأسلوبين:

الأول: إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والمجال الذي تنتمي إليه، حيث تمت معالجة البيانات عن طريق الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18) وباستخدام معامل ارتباط بيرسون، حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًا، وهذا مؤشر على أن القائمة تمتلك معاملات صدق بناء عالية أو مرتفعة. والجدول (7) يوضح ذلك.

جدول (7)

معاملات صدق البناء (الاتساق الداخلي) لقائمة كورنل المعدلة وفقاً للأسلوب الثاني

المجال الأول			المجال الثاني			المجال الثالث			المجال الرابع			المجال الخامس			المجال السادس			المجال السابع			المجال الثامن		
الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة
1	0.623	0.000	14	0.586	0.000	31	0.572	0.000	50	0.348	0.002	70	0.561		81	0.767	0.000	88	0.629	0.000	106	0.493	0.000
2	0.566	0.000	15	0.666	0.000	32	0.560	0.000	51	0.489	0.000	71	0.566		82	0.768	0.000	89	0.607	0.000	107	0.592	0.000
3	0.578	0.000	16	0.624	0.000	33	0.528	0.000	52	0.477	0.000	72	0.732		83	0.710	0.000	90	0.603	0.000	108	0.328	0.000
4	0.473	0.000	17	0.534	0.000	34	0.492	0.000	53	0.529	0.000	73	0.758		84	0.501	0.000	91	0.415	0.000	109	0.551	0.000
5	0.246	0.032	18	0.403	0.000	35	0.596	0.000	54	0.491	0.000	74	0.773		85	0.788	0.000	92	0.659	0.000	110	0.669	0.000
6	0.601	0.000	19	0.539	0.000	36	0.468	0.000	55	0.527	0.000	75	0.552		86	0.582	0.000	93	0.628	0.000	111	0.432	0.000
7	0.429	0.000	20	0.589	0.000	37	0.285	0.013	56	0.511	0.000	76	0.600		87	0.789	0.000	94	0.541	0.000	112	0.657	0.000
8	0.274	0.017	21	0.332	0.004	38	0.520	0.000	57	0.286	0.013	77	0.599					95	0.501	0.000	113	0.629	0.000
9	0.384	0.001	22	0.356	0.002	39	0.511	0.000	58	0.550	0.000	78	0.697					96	0.450	0.000	114	0.537	0.000
10	0.412	0.000	23	0.695	0.000	40	0.544	0.000	59	0.555	0.000	79	0.499					97	0.530	0.000	115	0.572	0.000
11	0.297	0.017	24	0.667	0.000	41	0.500	0.000	60	0.341	0.003	80	0.384					98	0.727	0.000	116	0.729	0.000
12	0.246	0.026	25	0.653	0.000	42	0.599	0.000	61	0.448	0.000							99	0.363	0.001	117	0.528	0.000
13	0.561	0.000	26	0.703	0.000	43	0.458	0.000	62	0.462	0.000							100	0.344	0.003	118	0.743	0.000

المجال الأول			المجال الثاني			المجال الثالث			المجال الرابع			المجال الخامس			المجال السادس			المجال السابع			المجال الثامن		
الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الصدق	مستوى الدلالة
			27	0.295	0.015	44	0.500	0.000	63	0.517	0.000							101	0.398	0.000			
			28	0.548	0.000	45	0.534	0.000	64	0.423	0.000							102	0.434	0.000			
			29	0.271	0.019	46	0.283	0.014	65	0.281	0.014							103	0.556	0.000			
			30	0.319	0.005	47	0.345	0.002	66	0.371	0.001							104	0.556	0.000			
						48	0.529	0.000	67	0.394	0.000							105	0.390	0.001			
						49	0.423	0.000	68	0.590	0.000												
									69	0.455	0.000												

الثاني: إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل مجال من المجالات الفرعية والدرجة الكلية على (قائمة كورنل المعدلة في البحث الحالي). حيث تمت معالجة البيانات إحصائيًا على عينة البحث الأساسية البالغة (75) أستاذًا، عن طريق برنامج (SPSS) الإصدار (18)، وباستخدام معامل ارتباط بيرسون، حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًا. وهذا يعني أن جميع المجالات والدرجة الكلية لقائمة كورنل المعدلة في البحث الحالي تمتلك معاملات صدق عالية. والجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8)

معاملات صدق البناء (الاتساق الداخلي) لقائمة كورنل المعدلة وفقاً للأسلوب الثاني

المجال / المعاملات	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن
معامل الصدق	0.561	0.806	0.663	0.831	0.678	0.685	0.777	0.656
مستوى الدلالة	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

ج- **إجراءات تقدير ثبات قائمة كورنل المعدلة**: حيث تم تقديره في البحث الحالي بطريقتين:

الأولى: ألفا كرونمباخ: حيث تم حساب الثبات بهذه الطريقة على عينة البحث الأساسية البالغة (75) أستاذًا، عن طريق برنامج (SPSS) الإصدار (18) لكل مجال فرعي والدرجة الكلية على القائمة. وقد تراوحت قيم الثبات بهذه الطريقة بين (0.641 - 0.939)، والجدول (9) يوضح ذلك.

الثانية: التجزئة النصفية: وقد تم حسابه بهذه الطريقة على عينة البحث الأساسية كذلك وباستخدام (سبيرمان - براون) لاستخراج ثبات التجزئة النصفية للمجالات متساوية العبارات، و(جتمان) للمجالات مختلفة العبارات، وللدرجة الكلية كذلك. وقد تراوحت قيم الثبات بهذه الطريقة بين (0.601 - 0.833). والجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9)
معاملات الثبات بطريقتي (ألفاكرونمباخ) و(التجزئة النصفية) لقائمة كورنل المعدلة في البحث الحالي

طريقة الثبات	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن	الدرجة الكلية
ألفا كرونمباخ	0.641	0.826	0.776	0.781	0.821	0.823	0.812	0.815	0.939
التجزئة النصفية	0.676	0.894	0.858	0.774	0.705	0.777	0.601	0.612	0.833

4. قائمة تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) وفقًا لمعايير (APA:DSM,IV,1994) :

• خطوات إعداد القائمة :

أ- إدراج جميع معايير اضطراب الجسدنة (التجسيد) (Somatization Disorder) المرقم (81- 300) الواقع تحت تصنيف الاضطرابات جسدية الشكل (Somatoform Disorders) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (المعايير التشخيصية للرابطة الأمريكية للطب النفسي* (APA:DSM,IV,1994) والتي تتضمن (4) معايير رئيسية هي (أ ، ب، ج، د) والمعيار الثاني (ب) يتألف من (4) معايير فرعية هي (1 ، 2، 3، 4)، والمعيار الثالث (ج) يتضمن الاختيار بين أحد معيارين هما (1 ، 2). تستخدم هذه المعايير في التشخيص الطبي - النفسي والتشخيص النفسي من أجل معرفة وتشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) من قبل الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي. ويتطلب ضرورة انطباقها على الفرد كي يتم تشخيصه على أنه يعاني من هذه الاضطرابات.

ب- وضع بديلين للإجابة أمام كل معيار: (ينطبق علي)، (لا ينطبق علي)، وبحيث يطلب من المفحوص أن يؤشر تحت أحد البديلين، ويتم اعتماد وجود الاضطراب النفسي - الجسدي (السيكوسوماتي) في هذه القائمة عندما يؤشر المفحوص تحت بديل (ينطبق عليّ) على كل معايير القائمة المطلوبة لتشخيص هذه الاضطرابات. وكما هو مبين في القائمة أدناه.

قائمة معايير تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية)
وفقاً ل (APAP:DSM,IV,1994) **المعدة في البحث الحالي**

رقم المعيار	المعايير	تنطبق عليّ	لا تنطبق عليّ
أ	يجب أن تكون لديك شكاوي جسمية كثيرة بدأت عندك قبل سن الثلاثين واستمرت لسنوات عديدة وأدت بك إلى طلب العلاج أو أثرت عليك سلبًا من النواحي الاجتماعية أو المهنية أو الوظائف المهمة الأخرى.		
ب	توجد في أدناه (4) معايير فرعية تمثل أربعة مواصفات يجب أن تتأكد من أن هذه المواصفات موجودة عندك سابقا بحيث تشكل أرضية لما تعاني به الآن من اضطرابات وهي:		
1	يجب أن يكون لديك تاريخ مرضي للشعور بالألم من (4) على الأقل من أعراض الألم التالية: 1. الرأس 2. البطن 3. الظهر 4. المفاصل 5. الأطراف 6.الصدر 7. المستقيم 8. التبول 9. الألم أثناء الجماع الجنسي.		
2	يجب أن يكون لديك تاريخ مرضي لاثنين (2) على الأقل من أعراض المعدة أو الأمعاء التالية غير أعراض الألم السابقة: 1. غثيان 2. انتفاخ 3. إسهال 4. عدم تحمل أطعمة مختلفة عديدة.		
3	يجب أن يكون لديك تاريخ مرضي لواحد (1) على الأقل من الأعراض الجنسية أو التناسلية التالية: 1. عدم الاهتمام بالجنس 2. اضطراب الانتصاب 3. اضطراب القذف.		
4	يجب أن يكون لديك تاريخ مرضي لواحد (1) على الأقل من الأعراض التالية التي توحي بوجود مرض عصبي لا يرتبط بالشعور بالألم: 1.اختلال التوافق الحركي 2.اختلال التوازن 3.الشلل 4.الضعف العضلي الموضعي 5. صعوبة البلع. 6.احتباس الصوت 7.احتباس البول 8. الهلاوس 9. فقدان الإحساس باللمس 10. فقدان الإحساس بالألم 11.ازدواج الرؤيا 12. العمى 13. الصمم 14. نوبات التشنج 15. النسيان 16. فقدان الوعي الذي لا يحدث عن طريق الإغماء.		
ج	يجب أن يكون موجود عندك إما (1) وإما (2) من الآتي:		
1	المعايير الموجودة في (ب) سابقاً يجب أن لا يكون سببها جسمي أو نتيجة لتناول دواء أو أي من مواد الإدمان وإنما ناشئة من عوامل نفسية في الأغلب.		
2	يجب أن تتأكد إن الأعراض المرضية النفسية الجسمية الموجودة لديك لا تمنعك تماما من مزاولة مهنتك أو لا تؤثر عليك بشكل واضح في وظائفك الاجتماعية، بحيث تسبب لك إعاقات.		
د	يجب أن تتأكد أن الأعراض أو الاضطرابات التي تعاني منها، انك لا تعملها متعمدا وأنها لم تكن بهدف التمارض.		

ج- **تقدير الصدق الظاهري للقائمة**: بالرغم من أن هذه المعايير تصدرها الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) ويتم مراجعتها بين فترة وأخرى ولم توضع أساسًا إلا بناءً على اتفاق الدراسات الطبية النفسية وتضاف اضطرابات أو تحذف أو تعدل معاييرها في كل مراجعة بناءً على هذه الدراسات، إلا إنه في البحث الحالي تم التأكد من موثوقيتها (بالإضافة إلى ما ذكر) عن طريق عرض قائمة المعايير على مجموعة من المحكمين الخبراء في مختلف التخصصات الطبية*، وطلب منهم قراءة معايير التشخيص بشكل جيد ومقارنتها مع النسختين الإنكليزية (الأصلية) والنسخة العربية لهذه المعايير والتأكد من مطابقتها مع إصداراتها الأصلية، مع بيان صلاحية استخدامها لأغراض تشخيص الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) في البحث الحالي. أسفرت نتائج هذا الإجراء عن نسبة اتفاق (100%) بين الخبراء عن مدى تطابق هذه المعايير مع معايير (APA) في إصدارها الأصلي وترجمتها العربية. مع إدراج بعض التعديلات بضرورة وضع بدائل للإجابة وتبسيط المعايير بلغة مفهومة، وقد تم الأخذ بهذه التعديلات.

د- **تقدير الثبات للقائمة**: حيث تم تقدير ثبات قائمة معايير تشخيص الاضطرابات النفسية – الجسدية (السيكوسوماتية) وفقًا لـ(APA:DSM,IV,1994) المعدة في البحث الحالي بطريقة (parallel)، ومن خلال استجابات أفراد عينة البحث الأساسية. وبعد الاستعانة بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18)، استخرج ثبات القائمة بهذه الطريقة، حيث كانت قيمته تساوي (0.678)، وهو دال عند مستوى (0.05) فأقل.

عرض النتائج وتفسيرها:

أولاً: النتائج الخاصة بالهدف الأول:

تحقيقًا للهدف الأول الذي خصص للتعرف على مستوى نمط السلوك (أ) لدى أساتذة جامعة إب، طبق مسح جينكنز للأنشطة لقياس نمط السلوك (أ) بصورته النهائية على أفراد عينة الدراسة، وتم اختيار الفرضية الصفرية (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس نمط السلوك (أ) وبين المتوسط الفرضي لهذا المقياس)، وذلك باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة (one sample test)، ومن خلال الاستعانة ببرنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18) والجدول (10) يوضح نتائج ذلك.

جدول (10)
الاختبار التائي (one sample test) للفرق بين متوسط درجات الأساتذة والمتوسط الفرضي لمسح جينكنز للأنشطة

أفراد العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية	درجة الحرية	مستوى الدلالة المحسوب	مستوى الدلالة الفرضي	قيمة مستوى الدلالة واتجاهها
75	94.75	19.579	76.5	8.071	74	0.0001	0.05	دالة لصالح العينة

يتبين من الجدول (10) أن هناك فرقاً ذا دلالة معنونة عند مستوى (0.05) فأقل ودرجات حرية (74) وبمستوى ثقة زاد على (0.0001) بين متوسط درجات أساتذة الجامعة على مقياس نمط السلوك (أ) (مسح جينكنز للأنشطة) البالغ (94.75) وبين المتوسط الفرضي لهذا المقياس البالغ (76.5). وهو ما يمكن عَدّه مؤشرًا على وجود مستوى عال (مرتفع) لهذا النمط من السلوك عند أساتذة جامعة إب والذي ربما يرجع إلى أن هؤلاء الأساتذة يعانون من ضغوط غير عادية و يواجهو ظروفًا اجتماعية ومهنية متنوعة انعكست على طريقة إدارتهم وإدراكهم لها وولدت لديهم نوع من الشعور بعدم الأمان الداخلي، وحالت دون تحقق الدرجة اللازمة من تقدير الذات، وإن كل ذلك ربما تفاعل مع وجود بعض الاستعدادات والقابليات لنمو هذا النمط من السلوك لدى الغالبية العظمى منهم.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالهدف الثاني للدراسة:

ومن أجل تحقيق الهدف الثاني من أهداف البحث الذي خصص للتعرف على دلالة الفروق بين أساتذة جامعة إب في مستوى نمط السلوك (أ) وفقًا لمتغيرات: الجنسية (يمني، وافد)، التخصص (إنساني، علمي)، العمر (31 - 40 سنة)، (41- 50 سنة)، (51 - 60 سنة) ، (أكثر من 60 سنة)، ووفقًا للتفاعل بين هذه المتغيرات، فقد تم اختبار الفرضية الصفرية (لا توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس نمط السلوك (أ) وفقاً للمتغيرات المذكورة ووفقًا للتفاعل فيما بينها)، وذلك باستخدام تحليل التباين ثلاثي الاتجاه (Three way ANOVA) ذو التصميم العاملي (2 × 2 × 4)، وبالاستعانة ببرنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18)، وقد أسفر هذا التحليل الإحصائي عن النتائج الموضحة في الجدول (11).

جدول (11)
خلاصة تحليل التباين ثلاثي الاتجاه (Three Way ANOVA) لدرجات الأساتذة على نمط السلوك (أ) تبعاً لـ (الجنسية، العمر، التخصص، التفاعل)

المتغير المستقل مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	القيمة الفائية f	مستوى الدلالة sig	قيمة مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
التخصص	1744.731	1744.731	1	5.249	0.025	دالة	لصالح الإنساني
الجنسية	239.034	239.034	1	0.719	0.400	غير دالة	
العمر	504.496	168.165	3	0.506	0.680	غير دالة	
التخصص × الجنسية	556.838	556.838	1	1.675	0.200	غير دالة	
التخصص × العمر	728.205	242.735	3	0.730	0.538	غير دالة	
الجنسية × العمر	1197.390	598.695	2	1.801	0.174	غير دالة	
التخصص × الجنسية × العمر	128.444	128.444	1	0.386	0.536	غير دالة	

علمًا ان مستوى الدلالة الفرضي في البحث الحالي هو (0.05). وقد تعذر على اختباري (شيفيه) Scheffe و(توكي) Tukey HSD بيان اتجاه الفروق لمتغيري (التخصص والجنسية)؛ كون مستوياتهما ثنائية، وهما يعالجان المتغيرات التي تكون مستوياتهما ثلاثة فأكثر، (بالانت، 2007: 259- 264)، لذلك تم الاستعانة بالإحصاء الوصفي لبيان طبيعة هذه المتغيرات، ولبيان اتجاه الفروق لمتغير (التخصص)، كونه دالاً إحصائيًا. والجدول (12) يوضح ذلك.

جدول (12)
المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات مجموعات الدراسة على مقياس مسح جينكنز للأنشطة

المتغير المستقل ومستوياته		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة N	الخطأ المعياري	أدنى درجة	أعلى درجة
المتغير	المستويات						
التخصص	علمي	91.725	18.558	38	4.739	82.252	101.198
	إنساني	100.750	18.326	37	3.925	92.908	108.592
الجنسية	يمني	98.344	19.456	58	3.813	90.721	105.967
	وافد	93.028	20.341	17	5.115	82.803	103.252
العمر	(31 – 40) سنة	93.663	17.895	25	3.649	86.368	100.958
	(41 – 50) سنة	95.021	21.593	32	4.520	85.986	104.056
	(51 – 60) سنة	98.667	16.204	14	5.263	88.146	109.188
	(أكثر من 60 سنة)	94.833	25.859	4	9.609	75.625	114.042

يتضح من الجدولين السابقين، جدول (11) وجدول (12) الخاصين بالهدف الثاني، أن هناك فرقًا دالاً إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.025) وبدرجة حرية واحد في متغير التخصص بين أساتذة جامعة إب من (التخصصات العلمية والإنسانية) ولصالح التخصصات الإنسانية، حيث كان متوسط إجاباتهم على مقياس نمط السلوك (أ) هو

(100.750) وبانحراف معياري مقداره (18.826) وبخطأ معياري مقداره (3.925)، وهو أعلى من المتوسط الحسابي لإجابات الأساتذة من التخصصات العلمية، حيث كان متوسط إجاباتهم (91.725) وبانحراف معياري مقداره (18.558) وبخطأ معياري مقداره (4.739). ولم تظهر نتائج التحليل الإحصائي لهذا الهدف باستخدام تحليل التباين الثلاثي (Three Way ANOVA) فروقًا ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل لأي من المتغيرات المستقلة الأخرى (الجنسية - العمر - التفاعل). وربما يرجع ارتفاع مستوى نمط السلوك (أ) لدى الأساتذة ذوي التخصصات الإنسانية إلى كونهم أكثر حساسية واجترارًا لما هو سائد من مشكلات اجتماعية واقتصادية وسياسية في البلد من خلال ممارستهم لتخصصاتهم، أو قد يكون ذلك عبارة عن نوع من التعويض في إثبات وتعزيز الذات قياسًا بأساتذة التخصصات العلمية الذين ينظر إليهم المجتمع أحياناً على أنهم أكثر مكانة وأهمية من التخصصات الإنسانية، بحيث أضحوا أكثر ميلاً إلى المنافسة والإنجاز، والشعور بضغط الوقت والحاجة، ونفاذ الصبر، بحكم ما يضعونه أحيانًا لأنفسهم من أهداف عالية المستوى ومتعددة الأشكال نتيجة لذلك. وأما بالنسبة لعدم ظهور فروق دالة إحصائيًا وفقًا لمتغيري الجنسية والعمر فإن ذلك ربما يرجع إلى أن النمط يصبح توجهًا عامًا في الشخصية ويتميز بالثبات النسبي عند الفرد يجعله يستجيب وفقاً لتكوين هذا النمط لديه، خصوصاً عندما يستقر بعد عمر الثلاثين سنة وهو ما يؤكد أصل نظريات الأنماط بصورة عامة ونمط السلوك (أ) بصورة خاصة. وهذا هو ما تؤكده الخصائص العمرية للعينة، كونهم جميعاً من أعمار تجاوزت الثلاثين سنة.

ثالثًا: نتيجة الهدف الثالث، الذي ينص على:

- معرفة نسب انتشار الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) لدى أساتذة جامعة إب.

ولتحقيق هذا الهدف، تم الاستعانة بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18) وباستخدام الإحصاء الوصفي، تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لعينة البحث البالغة (75) أستاذًا. وتم ترتيب هذه التكرارات والنسب المئوية تنازلياً من أعلى تكرار ونسبة إلى أدنى تكرار ونسبة مئوية، من خلال إجاباتهم على قائمة تصنيف الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية). والجدول (13) يوضح ذلك.

جدول (13)
يوضح نسب انتشار الاضطرابات النفسية – الجسدية (السيكوسوماتية)لدى أساتذة جامعة إب

الترتيب التنازلي	الرقم الأصلي للتصنيف	الفئة المرضية	اسم الاضطراب	التكرار	النسبة المئوية %
1	18	اضطرابات جهاز التنفس	الإصابة بالنزلات البردية	34	45.3
2	10	اضطرابات جهاز الهضم	آلام انتفاخ البطن	29	38.7
3	31	الاضطرابات الجلدية	تساقط الشعر (الجرد)	27	36
4	9	اضطرابات جهاز الهضم	عسر الهضم	23	30.7
5	40	اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي	آلام الظهر (اللمباجو) آلام أسفل الظهر (الدسك)	22	29.3
6	41	اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي	التهاب المفاصل شبه الروماتزمي	19	25.3
6	56	اضطرابات سيكوسوماتية أخرى	اضطرابات النوم	19	25.3
7	36	الاضطرابات الجنسية	القذف المبكر للحيوان المنوي	18	24
8	21	اضطرابات جهاز التنفس	الحساسية الأنفية	16	21.3
9	4	اضطرابات جهاز الهضم	التهاب القولون	15	20
10	27	اضطرابات جهاز القلب والدوران	ارتفاع ضغط الدم	14	18.7
10	44	اضطرابات الإخراج	كثرة مرات التبول	14	18.7
11	1	اضطرابات جهاز الهضم	قرحة المعدة	13	17.3
11	53	اضطرابات الجهاز العصبي	الدوخة والدوار	13	17.3

الترتيب التنازلي	الرقم الأصلي للتصنيف	الفئة المرضية	اسم الاضطراب	التكرار	النسبة المئوية %
12	32	الاضطرابات الجلدية	فرط التعرق	12	16
13	50	اضطرابات الجهاز العصبي	الصداع العصبي	11	14.7
13	51	اضطرابات الجهاز العصبي	الصداع النصفي (الشقيقة)	11	14.7
14	55	اضطرابات سيكوسوماتية أخرى	الإحساس بالألم (قلة الصبر في تحمل الألم حتى وإن كان بسيطاً)	10	13.3
15	8	اضطرابات جهاز الهضم	الشراهة في تناول الطعام	9	12
15	26	اضطرابات جهاز القلب والدوران	انخفاض ضغط الدم	9	12
16	5	اضطرابات جهاز الهضم	الإمساك المزمن	8	10.7
16	19	اضطرابات جهاز التنفس	حمى القش (حساسية الأنف الموسمية للحشائش)	8	10.7
16	30	الاضطرابات الجلدية	حب الشباب	8	10.7
17	11	اضطرابات جهاز الهضم	السمنة المفرطة	7	9.3
17	37	الاضطرابات الجنسية	القذف المتأخر للحيوان المنوي	7	9.3
17	45	اضطرابات الإخراج	احتباس البول	7	9.3
18	7	اضطرابات جهاز الهضم	فقدان الشهية العصبي	6	8
18	17	اضطرابات جهاز التنفس	الربو الشعبي (العصبي)	6	8
18	34	الاضطرابات الجلدية	مرض رينو (البرودة المفرطة لليدين أو القدمين)	6	8
18	48	اضطرابات جهاز الهضم	البدانة	6	8
18	54	اضطرابات سيكوسوماتية أخرى	التعرض للحوادث أو الكسور (الاستهداف)	6	8
19	2	اضطرابات جهاز الهضم	قرحة الاثنى عشر	5	6.7
19	3	اضطرابات جهاز الهضم	التهاب المعدة المزمن	5	6.7
19	12	اضطرابات جهاز الهضم	التهاب الفتحة الشرجية	5	6.7
19	22	اضطرابات جهاز القلب والدوران	الخفقان أو لغط القلب الوظيفي (سماع ضربتان للقلب في آن واحد)	5	6.7
19	29	الاضطرابات الجلدية	الحكّة (الهرش)	5	6.7
19	46	اضطرابات الغدد والهرمونات	ازدياد سكر الدم	5	6.7
19	52	اضطرابات الجهاز العصبي	الخلجات أو اللزمات العصبية	5	6.7
20	24	اضطرابات جهاز القلب والدوران	عصاب القلب (الخوف من توقف القلب)	4	5.3
20	33	الاضطرابات الجلدية	مرض الصدفية (القوباء)	4	5.3
20	35	الاضطرابات الجنسية	العنة الجنسية (البرودة لدى الرجل)	4	5.3
21	14	اضطرابات جهاز الهضم	التهاب الزائدة الدودية	3	4
21	15	اضطرابات جهاز الهضم	اضطرابات الكبد والحويصلة الصفراء	3	4
21	20	اضطرابات جهاز التنفس	التدرن الرئوي (السل)	3	4
21	23	اضطرابات جهاز القلب والدوران	الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية	3	4
21	25	اضطرابات جهاز القلب والدوران	الذبحة الصدرية	3	4
21	28	الاضطرابات الجلدية	الشري (الارتكاريا) (طفح جلدي أحمر)	3	4
21	42	اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي	فقدان التناسق العضلي	3	4
22	6	اضطرابات جهاز الهضم	الإسهال المزمن	2	2.7
22	59	اضطرابات سيكوسوماتية أخرى	اضطرابات النطق والكلام الناجمة عن العوامل النفسية.	2	2.7
23	13	اضطرابات جهاز الهضم	التهاب البنكرياس	1	1.3
23	47	اضطرابات الغدد والهرمونات	نقصان سكر الدم	1	1.3
23	57	اضطرابات سيكوسوماتية أخرى	السرطان	1	1.3
23	58	اضطرابات سيكوسوماتية أخرى	(مرض مينير) نزيف الأذن الوسطى	1	1.3

يتضح من الجدول (13) أن هناك (54) اضطرابًا نفسيًا - جسديًا (سيكوسوماتيًا) موجودًا لدى أساتذة جامعة إب بنسب متفاوتة، وأن هناك (5) خمسة اضطرابات غير موجودة إطلاقًا لديهم، هي:

1. أعراض مرض كرون (Crohans disease) وهو التهاب مزمن يصيب الجهاز الهضمي، يتميز بتقرحات في كل طبقات جدران الأمعاء.
2. العقم الذكري (Sterility).
3. متلازمة الكوفاد (Couvdes syndrome)، (لدى الرجال): وهي أعراض جسمية وهمية تجعل الرجل يلازم الفراش والبيت ولا يرغب في الخروج طالما زوجته حاملاً.
4. ضمور العضلات (Muscular Atrophy).
5. تسمم الدرقية (Hyperthyroidism).

ومن أجل تحديد نسب انتشار الاضطرابات النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) الأكثر شيوعًا (السائدة) لدى أساتذة جامعة إب، تم اعتماد نسبة قطع تمييزي (27%) العليا من الاضطرابات المرتبة تنازلياً من أعلى إلى أدنى في الجدول السابق، والبالغ عددها (54) اضطرابًا. ووفقًا لهذا الإجراء تبين أن هناك (15) اضطرابًا سيكوسوماتيًا، هم الأكثر شيوعاً لدى أساتذة جامعة إب، وهذه الاضطرابات الشائعة (السائدة) هي على التوالي:

1. الإصابة بالنزلات البردية.
2. آلام انتفاخ البطن.
3. تساقط الشعر.
4. عسر الهضم.
5. آلام الظهر (اللمباجو)آلام أسفل الظهر (ألدسك).
6. التهاب المفاصل شبه الروماتزمي.
7. اضطرابات النوم.
8. القذف المبكر للحيوان المنوي.
9. الحساسية الأنفية.
10. التهاب القولون.
11. ارتفاع ضغط الدم.
12. كثرة مرات التبول.
13. قرحة المعدة.
14. الدوخة والدوار.
15. فرط التعرق.

إن هذا الانتشار الواسع للاضطرابات السيكوسوماتية بين أساتذة جامعة إب، يعد مؤشرًا واضحًا على مدى المعاناة النفسية لهذه الشريحة المهمة في المجتمع، نتيجة الضغوط الشديدة والمتنوعة التي يواجهونها، والعوامل الاجتماعية الصعبة التي يتعرضون لها، بالرغم من الاعتراف بالحقيقة الباثالوجية من أن الاستعداد المرضي يسهم بنسب متفاوتة بالتفاعل مع العوامل المرسبة في نشوء الأعراض المرضية، حيث يذكر (الزراد، 1996) "أن الصراعات الانفعالية ومعاناة القلق والإحباط والفشل وقمع الغضب والانفعال، وعدم القدرة في التعبير عن المشاعر والرغبات والحقد الشديد والعدوان المكبوت والشعور بالنقص، والاضطهاد والظلم، وعدم القدرة على تأكيد الذات والضغط الانفعالي المستمر والإحباطات المتراكمة، والحرمان العاطفي، والمعاناة من مشاعر الإثم والذنب، وتعرض الفرد لظروف اجتماعية صعبة، مثل ضعف الوعي الصحي وعدم الاهتمام بالعلاج أو الوقاية من الأمراض وكثرة العوامل السلبية والاتجاهات المتصارعة التي ينتجها المحيط، وحوادث الحياة اليومية، كذلك الحروب والكوارث الجسيمة والمفاجئة، زيادة على العوامل الاستعدادية، كالاستعداد الوراثي والخبرات غير الصحية للطفولة المبكرة، تعد من أهم أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية"، (الزراد، 1996: 73-76).

ويعتقد الباحثان - كونهما جزءًا من مجتمع البحث الحالي - أن جميع هذه الأسباب وأخرى غيرها، ربما هي التي تقف وراء انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أساتذة جامعة إب، ومما عزز هذه النتيجة هو النسبة العالية لمدى انطباق معايير (APA:DSM,IV,1994) على أفراد عينة البحث، حيث أشارت هذه النتيجة، إلى أن نسبة

(78.64%) من أساتذة الجامعة انطبقت عليهم المعايير في أن ما يعانون منه من اضطرابات وأعراض تعود إلى الاضطرابات السيكوسوماتية وليس لاضطرابات أخرى.

رابعاً: نتيجة الهدف الرابع، الذي ينص على:

- معرفة مستوى الأعراض النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) لدى أساتذة جامعة إب .

ولتحقيق هذا الهدف، تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسط إجابات أفراد عينة البحث الحالي على كل بعد من أبعاد قائمة كورنل المعدلة وبين المتوسط الفرضي لكل بعد من أبعاد هذه القائمة والدرجة الكلية للقائمة).

وقد تمت الاستعانة ببرنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، الإصدار (18)، ومن خلال استخدام الاختبار التائي لعينة واحدة (One sample test)، تم استخراج النتائج الموضحة في الجدول (14).

جدول (14)
يوضح نتائج الهدف الرابع (مستوى الأعراض السيكوسوماتية لدى أساتذة جامعة إب)

بعد الأعراض السيكوسوماتية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية T	درجة الحرية	مستوى الدلالة المحسوب	مستوى الدلالة الفرضي	قيمة مستوى الدلالة واتجاهها
1.السمع والإبصار	29.28	12.555	39	6.705-	74	0.001	0.05	دالة لصالح الفرضي
2.الجهاز التنفسي	56.63	18.645	51	2.613	74	0.011	0.05	دالة لصالح العينة
3.القلب والأوعية الدموية	64.72	14.540	57	4.598	74	0.001	0.05	دالة لصالح العينة
4.الجهاز الهضمي	69.03	22.369	60	3.495	74	0.001	0.05	دالة لصالح العينة
5.الجهاز العظمي	36.12	8.786	33	3.075	74	0.003	0.05	دالة لصالح العينة
6.الجلد	23.77	6.100	21	3.938	74	0.001	0.05	دالة لصالح العينة
7.الجهاز العصبي	49.87	12.041	51	0.815-	74	0.418	0.05	غير دالة
8.الجهاز البولي والتناسلي	39.60	11.224	39	0.463	74	0.645	0.05	غير دالة
9.الدرجة الكلية للأعراض السيكوسوماتية	377.40	44.895	354	4.514	74	0.001	0.05	دالة لصالح العينة

يتضح من الجدول (14)، أن الدرجة الكلية لإجابات أفراد عينة البحث على قائمة كورنل للأعراض النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) كانت دالة لصالح أفراد عينة البحث، وهناك خمسة أبعاد أخرى دالة كذلك لصالح أفراد عينة البحث هي أعراض (الجهاز التنفسي، والقلب والأوعية الدموية، والجهاز الهضمي، والجهاز العضمي، وأعراض الجلد). وهذا يعني أن هذه الأعراض السيكوسوماتية لها وجود حقيقي عند أفراد عينة البحث، أي أن أساتذة جامعة إب يعانون من هذه الأعراض بدرجة ملحوظة. وبالرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة، نجد أن هذه الأعراض، هي الأكثر وضوحًا في تشخيصها على إنها أعراض سيكوسوماتية، تلعب العوامل النفسية دوراً كبيراً في ظهورها، وهذه النتيجة تعزز نتيجة الهدف الثالث من أن الاضطرابات السيكوسوماتية السائدة لدى أساتذة جامعة إب، هي اضطرابات لها وجود حقيقي في حياتهم، وليست ناشئة عن أخطاء الصدفة أو القياس أو غيره من الأسباب.

خامسًا: نتيجة الهدف الخامس، الذي ينص على:

- معرفة دلالة الفروق الإحصائية بين أساتذة جامعة إب في مستوى الأعراض النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) وفقًا للمتغيرات الآتية:

1. الجنسية: (يمني، وافد).

2. التخصص: (علمي، إنساني).
3. العمر: (31- 40)، (41 - 50)، (51 - 60) ، (أكثر من 60 سنة).
4. التفاعل بين (الجنسية × التخصص × العمر).

ولتحقيق هذا الهدف، تم اختبار الفرضية الصفرية الآتية:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث الحالي على كل بعد من أبعاد قائمة كورنل المعدلة وعلى الدرجة الكلية عليها وفقًا للمتغيرات الآتية:

1. الجنسية: (يمني، وافد).
2. التخصص: (علمي، إنساني).
3. العمر: (31 - 40)، (41 - 50)، (51 – 60) ، (أكثر من 60 سنة).
4. التفاعل بين (الجنسية × التخصص × العمر).

وقد تمت الاستعانة ببرنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18)، ومن خلال استخدام (تحليل التباين المتعدد) (MANOVA *) بعد التأكد إحصائيًا من مناسبة جميع شروط هذا الأسلوب لبيانات ومتغيرات هذا الهدف، وهي (حجم العينة، الطبيعة الناظمية، القيم المتطرفة، الخطية، التجانس، المعالجة الخطية والمتعددة، تجانس مصفوفات التباين). وتم اعتماد مطابقة أسلوبي (Wilk's Lambda), (Pillai's Trace) لاستخراج دلالة الفروق في التجمعات الخطية للمتغيرات التابعة، "حيث يعد الأول أكثر دقة في تلافي أي مشكلات في البيانات، مثل: صغر حجم العينة، أو عدم تساوي العينات، أو مخالفة الفرضيات. والثاني هو الأكثر شيوعاً في الاستخدام"، (بالانت، 2007: 287).والجدول (15) يوضح ذلك.

جدول (15)
يوضح دلالة الفروق في التجمعات الخطية للمتغيرات التابعة لأبعاد الأعراض السيكوسوماتية والدرجة الكلية عليها وفقاً لـ(الجنسية والتخصص والعمر والتفاعل بينهما)

المتغير المستقل	أسلوب مصدر الأثر	قيمة أسلوب مصدر الأثر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الجنسية	Pillai's Trace	0.097	0.736	0.659
	Wilk's Lambda	0.903	0.736	0.659
التخصص	Pillai's Trac	0.072	0.530	0.829
	Wilk's Lambda	0.928	0.530	0.829
العمر	Pillai's Trac	0.568	1.665	0.034
	Wilk's Lambda	0.513	1.725	0.026
التخصص× الجنسية	Pillai's Trac	0.151	1.223	0.303
	Wilk's Lambda	0.849	1.223	0.303
التخصص× العمر	Pillai's Trac	0.275	0.719	0.828
	Wilk's Lambda	0.746	0.709	0.838
الجنسية × العمر	Pillai's Trac	0.183	0.706	0.783
	Wilk's Lambda	0.823	0.701	0.788
التخصص× الجنسية× العمر	Pillai's Trac	0.032	0.230	0.984
	Wilk's Lambda	0.968	0.230	0.984

يتضح من الجدول (15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل وبدرجة حرية (8) في التجمعات الخطية للمتغيرات التابعة، لمتغير العمر فقط، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل في التجمعات الخطية للمتغيرات التابعة وفقًا لـ(الجنسية أو التخصص أو التفاعل).

وفي الخطوة الثانية لاستخدام أسلوب (تحليل التباين المتعدد MANOVA)، تم معرفة دلالة الفروق الإحصائية في المتغيرات التابعة (غير التجميعية) في كل بعد من أبعاد الأعراض السيكوسوماتية والدرجة الكلية لقائمة (كورنل) المعدلة لهذه الأعراض، وفقًا للمتغيرات السابقة (الجنسية والتخصص والعمر والتفاعل بينهما). والجدول (16) يوضح ذلك.

جدول (16)

يوضح نتائج تحليل التباين المتعدد (دلالة الفروق في المتغيرات التابعة غير التجميعية وفقاً لمتغيرات الجنسية والتخصص والعمر والتفاعل بينهما)

المتغير المستقل مصدر التباين	المتغير التابع أبعاد الأعراض السيكوسوماتية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة f (ف)	قيمة مربع إيتا Eta	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة مستوى الدلالة واتجاه الفروق
التخصص (علمي - إنساني)	1. السمع والإبصار	154.648	154.648	0.944	0.015	0.335	1	غير دالة
	2. التنفس	16.778	16.778	0.072	0.001	0.790	1	غير دالة
	3. القلب والأوعية	3.333	3.333	0.016	0.000	0.900	1	غير دالة
	4. الهضم	48.557	48.557	0.108	0.002	0.744	1	غير دالة
	5. العظام	19.746	19.746	0.261	0.004	0.611	1	غير دالة
	6. الجلد	96.795	96.795	2.676	0.041	0.107	1	غير دالة
	7. الجهاز العصبي	32.753	32.753	0.230	0.004	0.633	1	غير دالة
	8. الجهاز البولي والتناسلي	0.007	0.007	0.000	0.000	0.994	1	غير دالة
	9. الدرجة الكلية للأعراض	8.746	8.746	0.004	0.000	0.948	1	غير دالة
الجنسية (يمني - وافد)	1. السمع والإبصار	54.622	54.622	0.333	0.005	0.566	1	غير دالة
	2. التنفس	128.202	128.202	0.507	0.009	0.463	1	غير دالة
	3. القلب والأوعية	170.894	170.894	0.810	0.013	0.372	1	غير دالة
	4. الهضم	196.551	196.551	0.436	0.007	0.511	1	غير دالة
	5. العظام	43.671	43.671	0.578	0.009	0.450	1	غير دالة
	6. الجلد	0.695	0.695	0.019	0.000	0.890	1	غير دالة
	7. الجهاز العصبي	520.307	520.307	3.661	0.056	0.060	1	غير دالة
	8. الجهاز البولي والتناسلي	5.901	5.901	0.047	0.001	0.829	1	غير دالة
	9. الدرجة الكلية للأعراض	64.960	64.960	0.032	0.001	0.859	1	غير دالة
العمر 1. (31 - 40) 2. (41 - 50) 3. (51 - 60) 4. (أكثر من 60)	1. السمع والإبصار	398.513	132.838	0.811	0.038	0.493	3	غير دالة
	2. التنفس	276.220	92.073	0.393	0.019	0.759	3	غير دالة
	3. القلب والأوعية	1312.834	437.611	2.075	0.091	0.113	3	غير دالة
	4. الهضم	785.637	261.879	0.581	0.027	0.629	3	غير دالة
	5. العظام	576.162	192.054	2.541	0.110	0.064	3	غير دالة
	6. الجلد	108.570	36.190	1.000	0.046	0.399	3	غير دالة
	7. الجهاز العصبي	867.457	289.152	2.034	0.090	0.118	3	غير دالة
	8. الجهاز البولي والتناسلي	792.829	264.276	2.115	0.093	0.107	3	غير دالة
	9. الدرجة الكلية للأعراض	2495.438	831.813	0.410	0.019	0.747	3	غير دالة
التفاعل التخصص × الجنسية	1. السمع والإبصار	13.779	13.779	0.084	0.001	0.773	1	غير دالة
	2. التنفس	1043.465	1043.465	4.449	0.067	0.039	1	دالة
	3. القلب والأوعية	412.148	412.148	1.954	0.031	0.167	1	غير دالة
	4. الهضم	540.423	540.423	1.200	0.019	0.278	1	غير دالة
	5. العظام	184.662	184.662	2.444	0.038	0.123	1	غير دالة
	6. الجلد	7.375	7.375	0.204	0.003	0.653	1	غير دالة
	7. الجهاز العصبي	288.441	288.441	2.029	0.032	0.159	1	غير دالة
	8. الجهاز البولي والتناسلي	3.714	3.714	0.030	0.000	0.864	1	غير دالة
	9. الدرجة الكلية للأعراض	3760.192	3760.192	1.852	0.029	0.178	1	غير دالة
التفاعل التخصص × العمر	1. السمع والإبصار	85.515	28.505	0.174	0.008	0.914	3	غير دالة
	2. التنفس	741.302	247.101	1.053	0.049	0.375	3	غير دالة
	3. القلب والأوعية	352.856	117.619	0.558	0.026	0.645	3	غير دالة
	4. الهضم	836.230	278.743	0.619	0.029	0.605	3	غير دالة
	5. العظام	152.911	50.970	0.674	0.032	0.571	3	غير دالة

المتغير المستقل مصدر التباين	المتغير التابع أبعاد الأعراض السيكوسوماتية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة f (ف)	قيمة مربع إتيا Eta	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة مستوى الدلالة واتجاه الفروق
	6. الجلد	179.056	59.685	1.650	0.074	0.187	3	غير دالة
	7. الجهاز العصبي	94.891	31.630	0.223	0.011	0.880	3	غير دالة
	8. الجهاز البولي والتناسلي	327.554	109.185	0.874	0.041	0.460	3	غير دالة
	9. الدرجة الكلية للأعراض	1272.288	424.096	0.209	0.015	0.890	3	غير دالة
التفاعل الجنسية × العمر	1. السمع والإبصار	420.831	210.415	1.284	0.040	0.284	2	غير دالة
	2. التنفس	538.073	269.036	1.147	0.036	0.324	2	غير دالة
	3. القلب والأوعية	588.513	294.256	1.395	0.043	0.256	2	غير دالة
	4. الهضم	51.801	25.900	0.058	0.002	0.944	2	غير دالة
	5. العظام	135.333	67.666	0.895	0.028	0.414	2	غير دالة
	6. الجلد	16.466	8.233	0.228	0.007	0.797	2	غير دالة
	7. الجهاز العصبي	135.558	67.779	0.477	0.015	0.623	2	غير دالة
	8. الجهاز البولي والتناسلي	44.833	22.416	0.179	0.006	0.836	2	غير دالة
	9. الدرجة الكلية للأعراض	456.002	228.001	0.112	0.004	0.894	2	غير دالة
التفاعل التخصص × الجنسية × العمر	1. السمع والإبصار	40.475	40.475	0.247	0.004	0.621	1	غير دالة
	2. التنفس	10.084	10.084	0.043	0.001	0.836	1	غير دالة
	3. القلب والأوعية	13.376	13.376	0.063	0.001	0.802	1	غير دالة
	4. الهضم	207.972	207.972	0.462	0.007	0.499	1	غير دالة
	5. العظام	9.333	9.333	0.124	0.002	0.726	1	غير دالة
	6. الجلد	12.900	12.900	0.357	0.006	0.553	1	غير دالة
	7. الجهاز العصبي	41.597	41.597	0.293	0.005	0.590	1	غير دالة
	8. الجهاز البولي والتناسلي	120.865	120.865	0.967	0.015	0.329	1	غير دالة
	9. الدرجة الكلية للأعراض	1519.616	1519.616	0.748	0.012	0.390	1	غير دالة

يتضح من الجدول (16) أن الفروق الإحصائية، لم تكن دالة عند مستوى (0.05) لجميع المتغيرات المستقلة (الجنسية والتخصص والعمر والتفاعل بينهما)، وفي جميع المتغيرات التابعة (غير التجميعية) لكل أبعاد الأعراض السيكوسوماتية والدرجة الكلية لإجابات أفراد عينة البحث البالغة (75) أستاذًا على قائمة كورنل المعدلة للأعراض السيكوسوماتية، عدا التفاعل بين (الجنسية والتخصص)، وفي البعد الثاني فقط وهو (جهاز التنفس) حيث كانت قيمة (f) تساوي (4.449) وهي دالة عند مستوى (0.039) وهو أقل من مستوى الدلالة الفرضي (0.05). ولأجل بيان اتجاه الفروق لهذه النتيجة، تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية، لتعذر اختباري (شيفيه) Scheffe (وتوكي) Tukey HSD على معالجة بيانات هذه النتيجة، وبيان اتجاه الفروق، كون أن مستويات متغيري الجنسية والتخصص ثنائية. والجدول (17) يوضح ذلك.

جدول (17)
يوضح اتجاه الفروق في التفاعل بين (التخصص والجنسية) في البعد الثاني من الأعراض السيكوسوماتية

التخصص	الجنسية	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
علمي	يمني	31	62.65	13.822	4.909
	وافد	7	75.43	13.600	6.591
إنساني	يمني	25	67.11	16.239	3.610
	وافد	10	65.40	15.862	5.514

يتضح من الجدول (17) إن الأساتذة الوافدين من التخصصات العلمية، لديهم شكاوي في الجهاز التنفسي أعلى من شكاوي الأساتذة اليمنيين في التخصصات العلمية. وأن الأساتذة اليمنيين من التخصصات الإنسانية يشكون أكثر من الأساتذة الوافدين في التخصصات الإنسانية من أعراض جهاز التنفس. وقد تعود أسباب هذه الفروق التفاعلية بين (الجنسية والتخصص) في بعد أعراض الجهاز التنفسي، إلى أن الأساتذة الوافدين من التخصصات العلمية، يتعرضون لضغوط مهنية أشد من الأساتذة اليمنيين من نفس التخصص، كون النصاب التدريسي

والأعباء الأكاديمية للأساتذة الوافدين أعلى من النصاب التدريسي والأعباء الأكاديمية لليمنيين، زيادة على ما يعانيه الأساتذة الوافدين من ضغوط شديدة بسبب الغربة وابتعادهم عن أهلهم وأوطانهم، أو بسبب تزايد مشاعر القلق والخوف من احتمال إلغاء عقودهم مع الجامعة. وتستمر هذه المشاعر سنوياً وتزداد حدتها في بداية شهر آذار (مارس) حتى منتصف شهر تموز الشهر السابع من كل عام (الوقت الذي يعلن فيه تجديد العقود أو إلغاؤها). وقد ظهرت هذه الفروق في أعراض الجهاز التنفسي بالذات دون غيرها من الأعراض السيكوسوماتية، ربما بسبب طبيعة عملهم في المختبرات العلمية، مما يجعلهم أكثر عرضة لآثار المواد الكيميائية. أما كون الأساتذة اليمنيين من التخصصات الإنسانية، أكثر معاناة من الأساتذة الوافدين في نفس التخصصات، من أعراض جهاز التنفس، فقد يعود إلى تساويهم مع الأساتذة الوافدين في الضغوط المهنية والاجتماعية، واختلافهم عنهم في شدّة الاستعداد المرضي فيما يتعلق بأعراض جهاز التنفس فقط، وهذا التفسير يعزز النتائج الأخرى لهذا الهدف في عدم وجود فروق دالة إحصائياً في جميع المتغيرات المستقلة والتابعة، عدا النتيجة التي فسرت سابقاً. أي أن جميع أفراد عينة البحث يشتركون بنفس خصائص الاستعداد والضغوط لجميع الأعراض السيكوسوماتية، سوى أعراض جهاز التنفس.

سادساً: نتيجة الهدف السادس، الذي ينص على:

- معرفة الدلالة الإحصائية وقوتها واتجاهها للعلاقة بين مستوى نمط السلوك (أ) ومستوى الأعراض النفسية - الجسدية (السيكوسوماتية) لدى أساتذة جامعة إب.

ولتحقيق هذا الهدف، تم التحقق من الفرضية البديلة الآتية:

(توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسط درجات أفراد عينة البحث الحالي على مقياس نمط السلوك (أ)، ومتوسط درجاتهم على كل بعد من أبعاد قائمة كورنل المعدلة والدرجة الكلية للقائمة).

ومن خلال الاستعانة ببرنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (18)، وبعد استخدام (معامل ارتباط بيرسون) Berson Correlation، تم استخراج النتائج الموضحة في الجدول (18).

جدول (18)
يوضح معاملات الارتباط لتحقيق الهدف السادس
العلاقة بين سلوك النمط (أ) وأبعاد الأعراض السيكوسوماتية والدرجة الكلية لقائمة كورنل المعدلة

الأبعاد	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن	الدرجة الكلية
معامل الارتباط	0.238	0.151	0.327	0.300	0.181	0.264	0.226	0.226	0.334
مستوى الدلالة	0.040	0.195	0.004	0.009	0.121	0.022	0.051	0.051	0.003

يتضح من الجدول (18) أن هناك علاقة دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05) فأقل بين نمط السلوك (أ) وكل من البعد الأول (أعراض السمع والإبصار)، والبعد الثالث (أعراض القلب والأوعية الدموية)، والبعد الرابع (أعراض جهاز الهضم)، والسادس (الأعراض الجلدية)، والدرجة الكلية لقائمة (الأعراض السيكوسوماتية)، وكذلك بين سلوك النمط (أ) وكل من البعدين السابع (أعراض الجهاز العصبي) والثامن (أعراض الجهاز البولي والتناسلي)، إذا ما تم تقريب مستوى الدلالة لمعامل ارتباط كل منهما إلى مرتبتين بعد الكسر. ويشير الجدول وكذلك إلى أن هذه العلاقة أكثر قوة ما بين سلوك النمط (أ) وكل من الأبعاد (الثالث والرابع والدرجة الكلية لهذه الأعراض). بينما لم تشر نتائج تحليل بيانات هذا الهدف إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين سلوك النمط (أ) وكل من البعدين الثاني (أعراض التنفس)، والبعد الخامس (أعراض جهاز العظام والهيكل). وهذا يؤكد ما جاء به

الإطار النظري لنمط السلوك (أ)، وأغلب نتائج الدراسات السابقة، من أن هناك علاقة طردية بين مستوى نمط السلوك (أ) والإصابة بالأعراض السيكوسوماتية، حيث أظهرت نتيجة هذا الهدف علاقة طردية دالة وقوية بين نمط السلوك (أ) وأعراض القلب وجهاز الهضم، التي يؤكد الإطار النظري والدراسات السابقة على أن من يكون لديه مستوى مرتفع من نمط السلوك (أ) سيكون عرضة للإصابة المؤكدة بهذين النوعين من الأعراض السيكوسوماتية. وفعلاً أظهر الهدف الأول للبحث الحالي وجود مستوى دال ومرتفع لنمط السلوك (أ) عند أساتذة الجامعة. ومن النتائج الأصلية للبحث الحالي أيضًا، هو الخروج بنتائج تؤكد العلاقة، ليس بين نمط السلوك (أ) وأعراض القلب وجهاز الهضم فحسب، بل مع أنواع عديدة أخرى من الأعراض السيكوسوماتية، التي تم الإشارة إليها ضمن العلاقات الدالة مع نمط السلوك (أ).

أما النتيجة التي أظهرت عدم وجود علاقة دالة بين نمط السلوك (أ) وكل من نوعي الأعراض السيكوسوماتية والبعدين الثاني والخامس أعراض (جهازي التنفس والعظام) هو من احتمالية أن تعود أسبابهما ليس لنمط السلوك (أ)، وإنما أسباب أخرى، وما يؤكد هذه النتيجة هو أن معايير (APA:DSM,IV,1994) لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية، لم تنطبق تمامًا (100%) على جميع أفراد العينة، وإنما كانت نسبة انطباقها هو (78.64%).

التوصيات*:

اعتمد الباحثان ثلاثة معايير لتوصيات البحث الحالي، هي:

1. أن تكون مبنية على نتائج البحث حصرًا.
2. أن تكون إجرائية وواقعية قابلة للتنفيذ.
3. أن تكون موجهة لجهة معلومة.

وهذه التوصيات هي:

1. أن يقر مجلس جامعة إب توصية بتقليل العبء الأكاديمي والنصاب التدريسي لأعضاء هيئة التدريس، بالتساوي مع أعضاء هيئة التدريس من الوافدين، ترفع إلى الجهات العليا ليتم إقرارها والعمل بموجبها.
2. أن تعتمد رئاسة الجامعة وعمادات الكليات آلية يتم من خلالها إرسال أي من أعضاء هيئة التدريس إلى مركز الإرشاد النفسي والتربوي في الجامعة من أجل تقييمه (نفسيًا وجسديًا) وبين أهليته، في حال النية بتكليفه بمهام إضافية (تدريسية أو إدارية أو إشرافية أو غيرها).
3. أن تعمل رئاسة الجامعة على توفير التأمين الصحي المجاني لأعضاء هيئة التدريس (يمنيين ووافدين).
4. أن تعتمد رئاسة الجامعة نظام التعاقد لمدة سنتين أو ثلاثة مع الأساتذة الوافدين الذين ترغب باستمرار التعاقد معهم بدلاً من نظام السنة الواحدة المعمول به حاليًا، وأن تقوم بإبلاغ من لا ترغب بالتعاقد معهم قبل ستة أشهر على الأقل من انتهاء السنة الأخيرة من العقد.
5. أن يقوم مركز الإرشاد النفسي والتربوي بتصميم وتطبيق برامج إرشادية (نمائية ووقائية وعلاجية) فردية وجماعية لأعضاء هيئة التدريس الراغبين في الاستفادة من هذه البرامج، خصوصًا من يعانون من مستوى مرتفع من نمط السلوك (أ) ولديه شدة واستمرار في الأعراض السيكوسوماتية.
6. أن يقوم مركز الإرشاد النفسي بطبع وتوزيع مطويات على أعضاء هيئة التدريس في الجامعة، تتضمن إرشادات ومعلومات عن طبيعة نمط السلوك (أ) والأعراض السيكوسوماتية المرتبطة به، وكيفية تقليل مستوى نمط السلوك (أ) والوقاية من هذه الأعراض المرتبطة به.
7. أن تقوم الجهات المعنية بالأنشطة (الرياضية والفنية والاجتماعية والأدبية) في رئاسة الجامعة أو عمادات

الكليات، بترغيب وتشجيع وإشراك أعضاء هيئة التدريس بهذه الأنشطة وتقديم الدعم المناسب.

المقترحات:

استكمالاً لما توصل إليه البحث الحالي من نتائج، يوصي الباحثان، بإجراء البحوث الآتية:

1. نمط السلوك (أ) وعلاقته بوجهة الضبط والمساندة الاجتماعية وخبرات الطفولة عند أساتذة الجامعة.
2. فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى نمط السلوك (أ) عند عينة من أساتذة الجامعة.
3. برنامج تقييم نفسي متعدد الأبعاد للأعراض السيكوسوماتية التي يعاني منها أساتذة الجامعات اليمنية (بناء وتطبيق).
4. أثر العلاج السلوكي - المعرفي في خفض مستوى الأعراض السيكوسوماتية التي يعاني منها أساتذة الجامعة.
5. التوافق النفسي الاجتماعي وعلاقته بالأعراض السيكوسوماتية لدى أساتذة الجامعة.

المراجع العربية:

1. اندرودي سيزلافي ومارك جي والاس. (1991): **السلوك التنظيمي والأداء**، ترجمة جعفر أبو القاسم أحمد، مراجعة: علي عبدالوهاب، الرياض: معهد الإدارة العامة.
2. بالانت، جولي. (2007): **التحليل الإحصائي باستخدام برامج SPSS**. (ترجمة: خالد العامري)، ط2، دار الفاروق للنشر والتوزيع، الجيزة، مصر.
3. البلاوي، إيهاب عبدالعزيز. (2002): نمط السلوك (أ) ووجهة الضبط كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط العمل وزملة الأعراض المصاحبة لها لدى معلمي التربية الخاصة، دراسة منشورة في **مركز الخدمة للاستشارات البحثية** (شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية)، كلية الآداب، جامعة المنوفية، العدد الحادي عشر.
4. جابر، عبدالحميد جابر. (1986): **نظريات الشخصية: البناء - الديناميات - النمو - طرق البحث - التقويم**، القاهرة: دار النهضة العربية.
5. جابر، عبدالحميد وعلاء الدين كفافي. (1996): **معجم علم النفس والطب النفسي**، ج(8)، دار النهضة العربية، القاهرة.
6. الجارودي، فخرية يوسف. (2001): **سلوك الشخصية من نمط (أ) وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة**. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
7. ألجلبي، سوسن شاكر. (2005): **أساسيات بناء الاختبارات والمقاييس النفسية**، مؤسسة علاء الدين للطباعة والنشر، دمشق، سوريا.
8. حسن، عايدة شكري. (2001): **ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
9. الخواجه، جاسم محمد. (2000): علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان، **دراسات نفسية**، المجلد (10) العدد (2): 215-244.
10. دويدار، عبدالفتاح محمد. (1999): الفروق بين مرضى القلب وغير المصابين به في نمط السلوك (أ) والميل العصابي والدافع للاتجار، **المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس**.
11. الرابطة الأمريكية للطب النفسي (ب.ت): **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية** (المعايير التشخيصية)، ترجمة: (أمينة السماك وعادل مصطفى)، مكتبة المنار الإسلامية، الكويت.
12. رايت، لوجان. (1990): **العلاقة بين نموذج سلوك النمط (أ) وأمراض الشريان التاجي**، ترجمة لطفي محمد فطيم، الثقافة العالمية، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد (52): 114 - 146.
13. الزراد، فيصل محمد خير. (2000): **الأمراض النفسية - الجسدية (أمراض العصر)**، الطبعة الأولى، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.
14. طاهر، هدى جعفر. (1998): سلوك النمط (أ) في علاقته بالميول والاختبار المهني، **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، جامعة الكويت، المجلد (26)، العدد (4): 111- 136.
15. الطحان، محمد خالد ونجيب، موسى محمد. (2008): فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين. **مجلة البصائر**، العدد(2)، المجلد(12)، (ص193- 230).

16. الطريري، عبدالرحمن سليمان. (1991): **الضغط النفسي: مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه**، الرياض، مكتبة العبيكان.

17. عبدالخالق، أحمد محمد. (1993): **أصول الصحة النفسية**، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية.

18. عبدالخالق، أحمد محمد، وعبدالفتاح دويدار، ومايسة النيال، وعادل كريم. (1992): سلوك النمط (أ) وعلاقته بأبعاد الشخصية، دراسة عاملية، **مجلة العلوم الاجتماعية**، المجلد (20)، العدد (3، 4): 9 - 31.

19. عبدالرحمن، محمد السيد. (1999): **علم الأمراض النفسية والعقلية**، الجزء (2)، دار قبا للطباعة والنشر، القاهرة.

20. عبدالقوي، سامي. (1995): **علم النفس الفسيولوجي**، الطبعة الثانية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

21. عبيدات، ذوقان وآخرون. (2001): **المنهج العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه**، ط7، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

22. عسكر، علي. (1999): **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها (الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق)**، دار الكتاب الحديث، الكويت.

23. عسل، خالد محمد. (2008): النمط السلوكي (أ) وعلاقته بمستوى الكمالية والرضا الوظيفي لدى عينة من معلمي المرحلة الابتدائية، **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، المجلد (18) العدد (58): 80 - 105.

24. عكاشة، أحمد. (1989): **الطب النفسي المعاصر**، الطبعة الثامنة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

25. عيسوي، عبدالرحمن. (1994): **الأمراض السيكوسوماتية**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

26. كريم، عادل شكري. (1991): **نمط الشخصية (أ) وعلاقته ببعض المتغيرات، دراسة عاملية إكلينيكية**. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة المستنصرية.

27. محمد، لطفي راشد. (1992): نحو إطار شامل لتفسير ضغوط العمل وكيفية مواجهتها، **مجلة الإدارة العامة**، الرياض، العدد (75): 69 - 95.

28. مختار، ممدوح. (1995): **قياس بعض السمات الشخصية والانفعالية لدى عينة من الراشدين من مرضى ضغط الدم الجوهري وإمكانية خفضه بالتغذية المرتجعة الحيوية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.

29. المشعان، عويد سلطان. (2003): العلاقة بين سلوك النمط (أ) والرضا الوظيفي لدى عينة من المدرسين الكويتيين والمصريين، **المجلة التربوية**، المجلد (17) العدد (67): 187- 215.

30. هيجان، عبدالرحمن أحمد. (1998): **ضغوط العمل (منهج شامل لدراسة مصادرها، نتائجها، كيفية إدارتها)**، معهد الإدارة العامة، الرياض.

31. ويليامز، ردفورد. (1990): كيف يشفى أصحاب النمط (أ) من عللهم (القلب المطمئن)، ترجمة لطفي محمد فطيم، **الثقافة العالمية**، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد (52): 103- 113.

32. يوسف، جمعة سيد. (1994): علاقة نمط السلوك (أ) بالأعراض المرضية (الجسمية النفسية)، دراسة مقارنة، **مجلة كلية الآداب.** جامعة القاهرة، العدد (17): 73- 107.

33. يوسف، جمعة سيد. (2000): **دراسات في علم النفس الإكلينيكي**، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

1. Bernardo, M.; de-flores, t.; Valdes, M. & Master, L (1987): Coronary Heart Disease and Psychological Variables: Is type (A) enough to increase the risk? **Personality and Individual Differences**, 8(5): 733-736.

2. Bertolotti, G; Sanavio, E.; Angelino, E; Seghizzi, P; et Al (1995): Psycholophysiological reactivity, depression, neuroticism, and type (A) behavior: An Interactive effect? **Stress Medicine**, 11(2): 123–129.

3. Bradford, N. (1989): An investigation of the relationships among Leadership styles, occupational stress, and type (A) behavior of principals. **Dissertation Abstracts International**, Vol (50) (10A): 3114.

4. Bru, E.; Mykletun, R.; Svebak, S. (1993): Neuroticism, Extraversion anxiety and type "A" behavior as mediators of neck, shoulder and Lower back pain in female hospital staff. **Personality and individual Differences**. 15(5):485–492.

5. Byrne, D.G & Rosenman, R.H (1986): Type)A) behavior and the experience of affective discomfort. **Journal of psychosomatic Research**, 30(6):663-672.

6. Carson,R.C,et Al.(1996): "**Abnormal Psychology and modern life**", College Publishers, Harper Collins.

7. Chell, E. (1993): What types of people? **In the Psychology of behavior in organizations**. Hong Kong: University New Castle Upon Tyne, Second Edition.

8. Costin,F.&Draguns,J.G.(1989):"**Abnormal Psychology, Pattern Issues, Interventions**", New York, John Wiley & sons.

9. Cramer, D. (1991): Type (A) behavior pattern, extraversion, neuroticism and psychological distress. **British Journal of Medical psychology**, 64(1):73–83.

10. Davision, G.C, & Neale, J.M. (1996): "**Abnormal Psychology**. Sixthed, New York, John wiley & sons, inc.

11. Deary, L. J.; Maclullich, A.M. & Mardon, J. (1991): Reporting of minor physical symptoms and family incidence of hypertension and Heart disease: Relationships with personality and type (A) behavior, **personality and Individual Differences**. 12, 747–751.

12. Gatchel, R.J, & Blanchard, E.B, (1993): **"Psycho physiological Disorders, Research an clinical Applications**, American Psychological Association, Washington, DC.

13. Gatchel, R.J, (1995): **Stress and Coping**, New York: Longman Publishing.

14. Harre, R. & Lamb, R. (1986): **The dictionary of physiological and Clinical Psychology**, Oxford Publishing Services.

15. Houstan, B. & Snyder, C. (1988): **Type (A) behavior Pattern: Research, Theory, and intervention**, New York: John Wiley & sons.

16. Irvine, M.J, et Al. (1989): "Personality difference between hypertensive and normotensive individuals: influence of Knowledge of hypertension status., Psychosomatic – **Medicine sep**. – oct, Vol (51) N (5): 537–549.

17. Rosenman, R. (1990): Type (A) behavior pattern: A personal overview. **Journal of Social Behavior & Personality**, Vol (5): 1–24.

18. Siegman, A. W. (1988): **Type (A) and beyond**: the meaning of hostility, neuroticism and speech style for Coronary Heart disease. Zeitschritt – fure – klinische – psychologie.

19. Smith, T.W. (1984): Type (A) behavior, anger, and neuroticism: the disciminant validity of self reports in a patient sample, **British Journal of Clinical Psychology**, 23 (2): 147–148.

20. Smith, T.W; Follick, M. J. & Korr, K.S. (1984): Anger, Neuroticism, Type (A) behavior and the experience of angina. **British Jornal of Medical Psychology**, 57(3): 249-252.

21. Travers, C. (1991): Occupational Stress among teachers in the U.K: A Nation wide Survey, **Dissertation Abstracts International**, Vol (53) (04A): 993.