مجلة بحوث جامعة تعز Taiz University Research Journal
العدد (48) Issue (48)
TURJ
ISSN : 2958-7484
Vol :48.pp. 1-31
يونيو 2026م June 2026م

الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز في ضوء بعض المتغيرات

جميل عبدالقادر عوض الأديمي
باحث دكتوراه في علم النفس الإكلينيكي
كلية الآداب – جامعة تعز
Jameelaladeemi@Gmail.com

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز، والكشف عن الفروق فيها تبعاً لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة. استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، وتكوّنت عينة الدراسة من (٢٦٠) موظفاً وموظفة، بواقع (١٧٢) موظفاً و(٨٨) موظفة، يعملون في كليات ومراكز وإدارات الجامعة في مدينة تعز والحوبان، بنسبة (٣٢.٦٪) من مجتمع الدراسة، وقد تم اختيارهم باستخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية النسبية. ولتحقيق أهداف الدراسة، استُخدمت قائمة كورنيل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية (Brodman et al., ١٩٨٦)، ترجمة أبو النيل (١٩٩٥) وتكيف الباحث. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥) فأقل بين المتوسطات الحسابية والمتوسط الفرضي في جميع المقاييس الفرعية، إذ بلغت قيم الدلالة (٠.٠٠٠)، وجاءت جميع قيم (T) سالبة، مما يشير إلى أن المتوسطات الحسابية أقل من المتوسط الفرضي. إذ جاءت أعلى نسبة في اضطرابات الجهاز الهضمي (٥٢.٥٪) تليها اضطرابات الجهاز العظمي العضلي (٥١.٠٪)، وكلاهما أقل من المستوى المتوسط. كما ظهرت مستويات أقل من المتوسط في اضطرابات الجهاز العصبي (٤٥.٥٪)، والسمع والبصر (٤٤.٨٪)، والجهاز الدوري (٤٤.٨٪). في حين سجلت اضطرابات الجلد والجهاز البولي التناسلي مستوى منخفضاً (٤٢.٥٪). كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تُعزى لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة في التفاعلات الثنائية والثلاثية. في المقابل، برزت فروق طفيفة في التفاعل الأحادي؛ تمثلت في اضطرابات الجهاز العظمي العضلي باتجاه الإناث وفئات غير المطلقين، وفي اضطرابات السمع والبصر باتجاه ذوي سنوات الخبرة الأقل.

الكلمات الدالة: الاضطرابات السيكوسوماتية، موظفو جامعة تعز.

Abstract:

The study aimed to assess the level of psychosomatic disorders among Taiz University employees and to investigate differences based on gender, marital status, and years of experience. A correlational descriptive design was adopted. The study sample comprised 260 employees (172 males and 88 females) drawn from the faculties, centers, and administrative units of the university in Taiz and Al-Hawban, representing 32.6% of the study population. The sample was selected using proportionate stratified random sampling. To achieve the objectives of the study, the New Cornell Medical Index for Neurotic and Psychosomatic Symptoms (Brodman et al., 1986) was used, in its Arabic translation by Abu Al-Nile (1995), as adapted by the researcher. The results indicated statistically significant differences at the 0.05 level or lower between the arithmetic means and the hypothetical mean across all subscales, with significance values of 0.000. All t-values were negative, indicating that the arithmetic means were lower than the hypothetical mean. The highest percentage was observed in gastrointestinal disorders (52.5%), followed by musculoskeletal disorders (51.0%), both of which remained below the moderate level. Lower-than-average levels were also found in nervous system disorders (45.5%), hearing and vision disorders (44.8%), and circulatory system disorders (44.8%). While skin and genitourinary disorders recorded a low level (42.5%), the results also revealed no statistically significant differences in psychosomatic disorders attributable to gender, marital status, or years of experience in the two-way and three-way interactions. In contrast, minor differences emerged in the main effects, manifested in musculoskeletal disorders in favor of females and non-divorced participants, and in hearing and vision disorders in favor of those with fewer years of experience.

Keywords: Psychosomatic disorders, employees of Taiz University.

مقدمة البحث (Research Introduction):

في ظل تعقّد متطلبات الحياة وتسارع وتيرتها، وما يرافق ذلك من أوضاع عامة غير مستقرة، تتفاقم حدة الآثار السلبية الواقعة على الموظفين، إذ يواجهون تحديات اقتصادية متزايدة تتجسد في انخفاض مستويات الدخل، وارتفاع تكاليف المعيشة، وتراجع القدرة على تلبية الاحتياجات الأساسية، إضافة إلى غياب الاستقرار الوظيفي، وتأخر صرف المستحقات المالية في بعض الأحيان. كما قد تسهم التحديات الأمنية في تعزيز مشاعر القلق المستمر، وضعف الإحساس بالأمان، وما يترتب على ذلك من تهديد متواصل للاستقرار الأسري والمهني (علوطي ونقبيل، ٢٠٢٤).

ويُعد موظفو الجامعات من الفئات المهنية الأساسية التي تؤدي دوراً محورياً في دعم الجوانب التعليمية والإدارية والبحثية داخل المؤسسات الأكاديمية؛ إذ يسهمون في استمرارية العمل المؤسسي، وتنظيم الأنشطة الأكاديمية، وتقديم الدعم الفني والإداري لأعضاء هيئة التدريس والطلبة. وتبرز أهمية أدوارهم في تعزيز جودة التعليم وتحقيق الأهداف الاستراتيجية للجامعات، لما يتطلبه عملهم من دقة عالية، وتحمل للمسؤولية، وانضباط مهني. وعلى الرغم من هذه الأهمية، يواجه موظفو الجامعات مجموعة من الضغوط المهنية والنفسية، تتمثل في تراكم الأعباء الوظيفية، وتعدد المهام، وضيق الوقت، وغموض الأدوار أحياناً، فضلاً عن محدودية الموارد والإمكانات، وعدم الاستقرار الوظيفي في بعض البيئات، مما قد ينعكس سلباً على صحتهم النفسية والجسدية (كاظم، ٢٠٢٤).

وتعبر الأعراض والاضطرابات السيكوسوماتية عن الترابط الوثيق بين النفس والجسد، إذ تُعد نتاجاً للتفاعل المستمر بين سمات الشخصية والصراعات الانفعالية وبين وظائف الجهاز العصبي الذاتي. وتتأثر على نحو خاص أجهزة الجسم التي لا تخضع للضبط الإرادي، مثل: الرئتين والقولون (Bajestani et al., 2022).

أي أن الاضطرابات السيكوسوماتية تُعد من المشكلات الصحية والنفسية المعقدة التي تزداد في البيئات ذات الضغوط الحياتية والمهنية وعدم الاستقرار الأمني والاقتصادي. وتتمثل في أعراض جسدية حقيقية تعود في أصلها إلى عوامل نفسية وانفعالية، مثل: القلق والكبت والصراعات الداخلية والضغوط المستمرة والسمات الشخصية. وينتج عنها اختلال في آليات التكيف النفسي والجسدي، مما يعكس تداخلاً بين البعدين النفسي والعضوي، وقد يؤدي إلى صعوبات في التشخيص، وضعف التحسن العلاج في غياب مراعاة العامل النفسي.

مشكلة البحث (Research Problem):

تُعد الاضطرابات السيكوسوماتية من المشكلات النفسية الصحية في المجتمعات المعاصرة، وتنشأ نتيجة تفاعل معقد بين العوامل النفسية والفسيولوجية والاجتماعية، وتؤثر سلباً في الصحة العامة والأداء الوظيفي وجودة الحياة، خصوصاً في البيئات المهنية ذات الضغوط المرتفعة. ويُعزى انتشارها المتزايد إلى تسارع نمط الحياة والتغيرات الاجتماعية

والاقتصادية وما يصاحبها من قلق وتوتر وضعف في التعبير الانفعالي، مما يسهم في ظهورها أو تفاقمها دون أسباب عضوية كافية (غانم، ٢٠١٥).

وتعد الاضطرابات السيكوسوماتية، مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، تتضمن أبعاداً نفسية واضحة، وتُعد من أكثر هذه الاضطرابات انتشاراً وخطورة على مستوى العالم، مما دفع منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٨) إلى تصنيفها ضمن المشكلات الصحية الكبرى المهددة للصحة العامة (صندقجي، ٢٠٠٨).

وتشكل الاضطرابات السيكوسوماتية مخاطر صحية ونفسية متعددة، وتؤدي إلى انخفاض الكفاءة المهنية، وتراجع جودة الحياة، إضافة إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية، مما قد يسهم في تنامي التوتر المزمن (بويزري وعداد، ٢٠٢٢).

وأظهرت دراسات يمنية مثل دراسة وهبان (٢٠٠٨)، ودراسة رضوان والشيبة (٢٠١٧)، ودراسة ناشر والعبيدي (٢٠١٧)، ودراسة Haider et al. (2021)، وجود علاقات بين الضغوط النفسية، وضعف المساندة الاجتماعية، والخبرات الصادمة، والنمط السلوكي (أ)، والتشاؤم، وبين انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية، ومع استمرار هذه العوامل وتفاقمها في ظل الظروف الراهنة، تبرز تساؤلات بحثية حول طبيعة هذه العلاقات وحدود تأثيرها، مما يستدعي مزيداً من البحث والتقصي لفهم أعمق لأبعاد المشكلة.

وتشير إحصائية الإدارة العامة للخدمات الطبية بالجامعة لعام (٢٠٢٥م) إلى أنها قدمت خدماتها الصحية لموظفي الجامعة، إذ بلغ عدد المستفيدين من الرعاية الطبية (٥٨٠) موظفًا وموظفة، منهم (٤٢١) من الذكور و(١٥٩) من الإناث. كما توفر علاجات مستمرة للأمراض المزمنة لعدد (٣٠٧) حالات، بواقع (٢٥٨) من الذكور و(٤٩) من الإناث، وتمثلت أبرز هذه الأمراض في السكري، وأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الجهاز التنفسي، والتهاب المفاصل (الإدارة العامة للخدمات الطبية بالجامعة، ٢٠٢٦).

وفي ضوء ما تقدم، تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلين الآتيين:

١. ما مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز؟

٢. هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز وفقاً لمتغيرات الجنس والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة والتفاعل بينها لدى موظفي جامعة تعز؟

أهداف البحث (Research Objectives):

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على:

١. مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز.

٢. ترتيب الاضطرابات السيكوسوماتية حسب مستوى انتشارها.

٣. دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة.

أهمية البحث (Research Significance):

أ. الأهمية النظرية للدراسة:

- تتناول متغير الاضطرابات السيكوسوماتية بوصفه إحدى المشكلات المرتبطة بتغييرات الحياة العصرية، وما يصاحبها من آثار نفسية وجسدية.
- تتناول موظفي جامعة تعز بوصفهم فئة معرضة للسيكوسوماتية، في ظل ظروف الحرب، والضغوط الاقتصادية والاجتماعية، ما يترتب على ذلك من انعكاسات على الصحة النفسية والجسدية.
- تسلط الضوء على الآثار الصحية المحتملة الناجمة عن انتشار العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية السلبية.
- توفر معلومات عن الوضع الصحي لعينة الدراسة، وإمكانية تعزيز معارفهم، مثل: فهم طبيعة الاضطراب وطرق الوقاية العلاج، وإدارة الضغوط، وطلب المساندة الاجتماعية ؛ للحد من زيادة انتشار الاضطرابات.

ب. الأهمية التطبيقية للبحث:

- تقدم أداة لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية من تكييف الباحث، قابلة للاستخدام في البيئة اليمنية.
- تحدد مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز.
- تنبيه قيادة الجامعة على تبني سياسات وإجراءات داعمة للصحة النفسية للحد من الضغوط النفسية وآثارها السلبية.

حدود البحث (Research Delimitations):

اقتصرت هذه الدراسة على دراسة مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز (ذكور/ إناث) في ضوء بعض المتغيرات للعام (٢٠٢٥- ٢٠٢٦م).

مصطلحات البحث (Research Terms):

أ. الاضطرابات السيكوسوماتية (Psychosomatic Disorders):

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى (الاضطرابات السيكوسوماتية) بأنها: "حالة طبية جسمية حقيقية، غير نفسية، تؤثر العوامل النفسية والسلوكية في تعجيل ظهور أعراضها، أو تفاقمها، أو تأخر الشفاء منها، وبالتأثير على الفسيولوجيا المرضية تزيد تلك العوامل من خطر المعاناة، أو الوفاة، أو الإعاقة، مما يستدعى العناية الطبية" (DSM-V-TR, 2022).

ويُعرفها برودمان وآخرون معدي قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: "زملة الأعراض الجسمية التي تنشأ عن عوامل نفسية انفعالية، والتب قد تتسبب في حالة من زيادة شدتها إلى المعاناة من مرض حقيقي يصيب عضو أو جزاً من أجزاء الجسم، أو يسبب خلل في أداء وظيفة هذا العضو، ولا يفلح في علاج الأعراض وشفائها شفاء تاماً" (Brodman et al., 1946، كما ورد في أبو النيل، ٢٠٠١).

موظفو جامعة تعز (Taiz University employees):

هم الكادر الرسمي والمتعاقد في القطاعات الإدارية والمالية والفنية والخدمية في مختلف كليات ومراكز وإدارات الجامعة من الذكور والإناث.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

الاضطرابات السيكوسوماتية (Psychosomatic Disorders)

تُعرف بأنها: "اضطرابات في الوظيفة وتلف العضو نفسه، وتلعب الاضطرابات الانفعالية دوراً أساسياً سواء في بداية الأعراض أم تفاقمها، مما يميزها عن الأمراض العضوية الخالصة، وترتبط بغيرها من الأمراض الأخرى، وتظهر في العائلة الواحدة، أو الفرد الواحد، وتختلف اختلافاً واضحاً بين الجنسين" (Eysenek et al., 1972,p. 881).

وتُعرف أيضاً بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية حادة ومستمرة تصيب جهازاً عضوياً واحداً أو أكثر من أجهزة الجسم التي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي، واستمرار الانفعال السلبي يؤدي إلى تلف في أجهزة الجسم وخلل شامل في وظائفها (Division & Neal, 1978، كما ورد في غانم، ٢٠١١).

قياس الاضطرابات السيكوسوماتية:

اعتمد هذا البحث في تحديد مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز على قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية (تكيف الباحث)، والتي كُيفت لقياس شدة وانتشار الاضطرابات. وتوفر هذه القائمة تقديراً ذاتياً كمياً منظماً لمستوى الاضطرابات السيكوسوماتية داخل العينة، بما يتيح في الكشف عن الفروق الفردية وبناء تفسير علمي قائم على البيانات الإحصائية. كما تُعد نتائج هذه القائمة مؤشرات تقديرية مساعدة لقياس مستوى الاضطرابات وشدتها، وليست

حكماً تشخيصياً إكلينيكياً نهائياً، إذ يظل التشخيص معتمداً على أدوات تقييم سريرية متكاملة. ويعزز هذا التمييز بين القياس الكمي والتشخيص الإكلينيكي في الدقة العلمية للبحث وتجنب الخلط بين تقدير مستوى الأعراض واتخاذ القرار التشخيصي الإكلينيكي.

انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية:

تُشير التقارير الطبية إلى أن ما بين (٤٠٪–٦٠٪) من مراجعي العيادات اليومية يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، وأن (٥٠٪–٧٠٪) من المشكلات الجسدية تعود إلى عوامل نفسية, وأن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري تتراوح ما بين (٨٠٪– ٨٥٪)، والأعراض الأكثر شيوعاً هي الأعراض المتعلقة بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي (Hunsaker, 1986، كما ورد في بولجراف، ٢٠١٥).

وتوصلت نتائج ناشر والعبيدي (٢٠١٧) انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بنسبة (٧٤.٦٤٪) بين عينة من (٧٥) أستاذاً بجامعة إب (جميعهم ذكور)، وهو ما يمثل (٤٢.١٣٪) من مجتمع الدراسة، وتمثلت أبرزها في أعراض الجهاز التنفسي، والقلب والأوعية الدموية، والهضمي، والعظمي، والجلدي.

النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

أولاً النظريات البيولوجية: يركز النموذج الفسيولوجي على مفهوم الاستعداد للإصابة بالمرض (Diathesis)، بوصفه أساس نشوء الاضطرابات السيكوسوماتية، إذ يفترض وجود قابلية بيولوجية كامنة تزيد من احتمالية الإصابة، ومن أبرز النظريات البيولوجية: نظرية الضعف الجسدي التي تفترض أن الإصابة بالسيكوسوماتية تميل إلى الظهور في أضعف أعضاء الجسم، ويتيح إمكانية التنبؤ بموقع اضطراب لديه (Draper & White, 1964، كما ورد في غانم، ٢٠١١). وتفترض نظرية "المواجهة والهروب" أن الانفعالات كالخوف والغضب والقلق تُحدث تغيرات فسيولوجية التي قد تتحول إلى اضطرابات جسدية إذا استمرت دون تفريغ مناسب، (Cannon, 1934، كما ورد في ياسين، ١٩٨٨). وترى نظرية "الضغط"، أو "متلازمة التكيف العام (Selye, 1956)" أن الجسم يستجيب للضغوط بدفاعات هرمونية ينظمها الجهاز العصبي اللاإرادي. ومع استمرار التعرض للضغط، يختل التوازن الهرموني، مما يؤدي إلى ظهور أعراض فسيولوجية، قد تنتهي باضطرابات سيكوسوماتية (السميدان والمساعيد، ٢٠١٤).

ثانياً نظريات التحليل النفسي:

يعتمد الاتجاه التحليلي في تفسيره للاضطراب السيكوسوماتي على البناء الداخلي للشخصية، ويفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية، وقد انبثقت بعض النظريات عن هذا الاتجاه، منها:

نظرية السمات الشخصية في الاضطرابات السيكوسوماتية التي ربطت بعض الاضطرابات مثل الشقيقة وقرحة المعدة وأمراض الشريان التاجي بأنماط شخصية محددة، مع تحديد «بروفيل» خاص لكل منها (Dunbar ١٩٣٥ ، كما ورد في أميمن، ٢٠٠٤). وتفترض نظرية السيكوسوماتية كاستجابة للصراع النفسي أن الاضطرابات السيكوسوماتية تنشأ عن صراعات نفسية لا شعورية، تتأثر بطبيعة الصراع وآليات الدفاع والاستعدادات البيولوجية ضمن تفاعل نفسي جسدي، وترتبط بعض الانفعالات بأعضاء محددة؛ فمشاعر الخوف والغضب ترتبط بأمراض القلب والأوعية الدموية، في حين ترتبط مشاعر التبعية والحاجة إلى الحماية باضطرابات الجهاز الهضمي (Alexander ,1950، كما ورد في شقير، ٢٠٠٢). وتركز نظرية الألكسيثيميا على أن بعض الأفراد يعانون من صعوبة في التعرف على مشاعرهم أو التعبير عنها، مما يؤدي إلى تحويل الانفعالات غير المُعبر عنها إلى أعراض جسدية (Sinfneos ١٩٧٣، كما ورد في فاسي، ٢٠٢٢).

ثالثاً النظرية السلوكية:

ترى النظرية السلوكية أن الضغوط النفسية لا تتحول تلقائياً إلى أعراض جسدية، بل إن الفرد قد يتعلم — من خلال الخبرات السابقة — أن التعبير الجسدي عن الضيق (مثل الصداع، آلام المعدة، أو اضطرابات القولون) قد يؤدي إلى تخفيف المسؤوليات أو الحصول على اهتمام ورعاية أو تجنب مواقف ضاغطة .ومع تكرار هذا النمط، تصبح الأعراض الجسدية استجابة مكتسبة ومتعززة (أحمان، ٢٠١٧).

رابعاً النظرية المعرفية:

يفسر الاتجاه المعرفي الاضطرابات السيكوسوماتية على أنها نتاج نزعة نحو تضخيم الانتباه الموجَّه إلى الإشارات الفسيولوجية الداخلية، إذ تُفسر الأحاسيس الجسدية الطبيعية تفسيراً مشوهاً بوصفها دلالات مرضية، مما يسهم في تعاظم الشعور بالألم وتدهور الإحساس بالصحة (عبدالمعطي، ٢٠٠٣).

"وأن نشوء الاضطرابات السيكوسوماتية واستمراراها في معظم الحالات يتوقف على حدوث تأثير متبادل ومستمر بين المعرفة والانفعال والأعراض الجسمية" (بيك، ١٩٧٦/٢٠٢٤، ص. ١٦١).

خامساً النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي:

تُفسَّر الاضطرابات السيكوسوماتية كنتيجة لتفاعل معقّد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولا تُعد مجرد ظاهرة بيولوجية بل تجربة إنسانية تؤثر في إدراك الفرد وعلاقاته. ويتحدد تطورها واستمرارها من خلال تفاعل الفرد مع بيئته، وقد تتحول إلى حالة مزمنة وفق عدة أبعاد، من أبرزها: التجربة الوجدانية للاضطراب، ووظيفة الرعاية، وطبيعة العلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع (Engel, 1977).

يمكن الاستنتاج أن هناك وجهات نظر متعددة حول تفسير الاضطراب السيكوسوماتي، مما يجعل المقاربة التكاملية التي تجمع بين مختلف النظريات هي الأنسب. إذ لا يوجد نظرية واحدة شاملة، بسبب اختلافها في المبادئ والمسلمات. وتركز كل اتجاه على جانب معين ويغفل جوانب أخرى، لذا يُفضل فهم الاضطراب ضمن إطار يجمع بين الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مع مراعاة التفاعل الدينامي بين العالم الداخلي للفرد والعوامل الخارجية.

علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

يتصف الاضطراب السيكوسوماتي بظهور أعراض جسدية ناتجة عن عوامل نفسية واجتماعية تؤثر على وظيفة العضو وتوازنه، مع انعكاسات نفسية على التوافق الذاتي والاجتماعي والمهني. ويعتمد علاجه على تدخلات تكاملية نفسية ودوائية عند الحاجة. ومن أبرز الأساليب العلاجية المستخدمة للتعامل مع هذه الاضطرابات ما يلي:

أولاً العلاج الدوائي (Pharmacotherapy):

لا يؤدي العلاج الدوائي غالباً إلى الشفاء التام من الاضطرابات السيكوسوماتية، لكنه يُستخدم لضبط الأعراض وتخفيف شدتها والوقاية من مضاعفاتها، من خلال مضادات القلق والاكتئاب وموانع تأثير الأدرينالين، وذلك وفق نوع الاضطراب وتحت إشراف طبي متخصص ولفترات محددة (الوحيدي وعامر، ٢٠٢٢).

ثانياً العلاج النفسي (Psychotherapy):

يُعد العلاج النفسي من أبرز الأساليب غير الدوائية لعلاج الاضطرابات السيكوسوماتية، إذ يهدف إلى تخفيف الأعراض وفهم أسبابها، وتعديل الدوافع والسلوك، ومساعدة الفرد على حل مشكلاته وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي. ومن أبرز أنواعه:

١. **العلاج السيكوديناميكي:**

تطورت النظريات الدينامية وأسهمت في ظهور العلاج السيكوديناميكي، الذي يركز على الصراعات اللاشعورية وخبرات الطفولة وآليات الدفاع، مع الاهتمام بالعلاقة العلاجية. ويستخدم التداعي الحر لتحقيق الاستبصار، مع التركيز على المشكلات الحالية وفق مبدأ "هنا والآن."(حاتم، ٢٠٢٢).

٢. **العلاج المعرفي السلوكي (CBT):**

يُعدّ من أكثر أساليب العلاج النفسي فاعلية وانتشاراً، يرتكز على أن أفكار الفرد وتفسيراته للأحداث تؤثر في انفعالاته وسلوكه، ويقوم على علاقة علاجية تعاونية تهدف إلى تعديل الأفكار المشوهة والاعتقادات غير العقلانية واستبدالها بأخرى أكثر واقعية (الموجة الثانية)، أو التركيز على علاقة الفرد بسياق تجربته الراهنة (الموجة الثالثة)، أو دمج مبادئ وتقنيات علم النفس الإيجابي (الموجة الرابعة)، بما يسهم في مواجهة المشكلات النفسية والتخفيف من حدتها، وتؤدي الفنيات المعرفية السلوكية عبر موجاتها المختلفة دوراً محورياً في معالجة العوامل النفسية المرتبطة بالاضطرابات السيكوسوماتية (هوفمان، ٢٠١٢/٢٠١٢؛ Maymin et al., 2009).

الدراسات السابقة (Previous Studies):

هناك بعض الدراسات السابقة التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية من زوايا متعددة، إذ ركزت على مستويات انتشارها، والعوامل المرتبطة بها، والفروق تبعاً لبعض المتغيرات، ومن أبرز هذه الدراسات ما يأتي:

دراسة ناشر والعبيدي (٢٠١٧) التي هدفت إلى التعرف على مستوى نمط السلوك (أ) لدى أساتذة جامعة إب اليمنية، وفحص الفروق تبعاً لمتغيرات الدراسة، إضافة إلى قياس انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية وأعراضها والفروق المرتبطة بها، وكذلك الكشف عن العلاقة بين نمط السلوك (أ) والأعراض السيكوسوماتية. وتكونت عينة الدراسة من (٧٥) أستاذاً من الذكور (يمنيين ووافدين) من تخصصات إنسانية وعلمية، تراوحت أعمارهم بين (٣٠) وأكثر من (٦٠) عاماً. استُخدم مقياس (JAS)، وقائمة تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية، وقائمة كورنيل للجوانب العصابية والسيكوسوماتية، وقائمة معايير تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي حسب (APA, 1994 DSM-IV). ومن أبرز نتائجها انتشار (٥٤) اضطراباً سيكوسوماتياً وارتفاع دال في اضطرابات عدة أجهزة جسدية، كما كشفت عن وجود علاقة طردية دالة بين نمط السلوك (أ) ومعظم الأعراض السيكوسوماتية، خصوصاً أعراض القلب والأوعية الدموية والجهاز الهضمي والدرجة الكلية لقائمة كورنيل.

وهدفت دراسة نابتي (٢٠٢٠) إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وظهور الأعراض السيكوسوماتية. وتكونت عينة الدراسة من (٥٦) فرداً من الطاقم الطبي في مستشفيات ولاية قسنطينة –الجزائر، استُخدام مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض السيكوسوماتية لدى الطاقم الطبي، كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الأعراض السيكوسوماتية باتجاه الإناث، إضافة إلى وجود علاقة دالة بين اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى هذه الأعراض، في حين لم تُظهر النتائج علاقة دالة بين العمر والأعراض السيكوسوماتية.

أما دراسة Figueiredo-Ferraz et al. (2021) هدفت إلى التحقق من دور مشاعر الذنب كمتغير وسيط في العلاقة بين الاحتراق النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية وفق نموذج Gil-Monte (2012). تكونت العينة من (١٢٦٦) معلماً ومعلمة من إسبانيا وشمال البرتغال، تراوحت أعمارهم بين (٢١- ٦٨) سنة. استُخدم مقياس فرعي للإرهاق في العمل، ومقياس الاحتراق متضمناً الشعور بالذنب، ومقياس UNIPSICO (2016) الفرعي لقياس السيكوسوماتية. وأظهرت النتائج وجود دور وسيط لمشاعر الذنب في العلاقة بين أبعاد الاحتراق النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعلمين في إسبانيا والبرتغال، إذ تبين أن السلوكيات السلبية مثل الكسل واللامبالاة تقود إلى الشعور بالذنب، والذي يسهم بدوره في زيادة الاضطرابات السيكوسوماتية.

أما دراسة Torrubia-Perez et al. (2022) هدفت إلى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية والكشف عن الفروق وفق متغيري العمر والجنس في منطقة ريفية بإسبانيا، وأجريت الدراسة بأثر رجعي تناولت انتشار (٢٠١) اضطراباً ضمن (٢٥) فئة تشخيصية. وتكونت العينة من (٣٣٦٨٠) مشاركاً يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، منهم (١١٩٠٨) ذكوراً و(٢١٧٧٢) إناثاً، موزعين على فئات عمرية بين (١٨- أكثر من ٦٥) سنة. استُخدم معايير (ICD-10)؛ لتشخيص الاضطرابات. وأظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في (١٣) فئة تشخيصية من أصل (٢٥) تبعاً لمتغير العمر، كما تبين أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالذكور في معظم الاضطرابات، وأن احتمالية الإصابة تزداد مع التقدم في العمر.

وكذلك أجرى بو عامر وبن عبدالرحمان (٢٠٢٣) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة (أم - طفل) بالأغواط، إضافة إلى تحديد مستوى كل من الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الجنس. تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) فرد من الطاقم الطبي والطاقم المساعد، بواقع (٤٥) ذكراً و(٥٥) أنثى. استُخدم مقياس الضغوط المهنية للعمال، ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الجنس.

هدفت الدراسات السابقة إلى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالعوامل النفسية، مع اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي ودراسة الفروق وفق متغيرات ديموغرافية مثل الجنس والعمر، وتُجمع الدراسات على كون السيكوسوماتية ظاهرة متعددة العوامل. وقد تباينت الدراسات في المتغيرات النفسية، وفي طبيعة العينات وأحجامها، وفي الأدوات المستخدمة، وكذلك النتائج المتعلقة بالفروق تبعاً للجنس والعمر، إذ أظهرت بعض الدراسات فروقاً باتجاه الإناث ومع التقدم بالعمر، بينما لم تجد دراسات أخرى فروقاً دالة، ويتفق البحث الحالي مع تلك الدراسات في تناول الفروق تبعاً للجنس، بينما تختلف عنها في دراسة الفروق تبعاً لسنوات الخبرة، وكذلك في طبيعة العينة.

وقد أسهمت الدراسات السابقة في بلورة مشكلة البحث الحالي، وتحديد أهدافه وتساؤلاته وفرضياته، وبناء إطاره النظري وتحديد مفاهيمه، والاسترشاد بالأدوات والمنهجية والأساليب الإحصائية، إضافة إلى مقارنة النتائج وتفسير أوجه الاتفاق والاختلاف. ويتميز البحث الحالية بتركيزه على موظفي الجامعة، وتقديمه بيانات ميدانية تسهم في سد فجوة بحثية وتدعم تصميم تدخلات لتحسين الصحة النفسية.

وتمتاز الدراسة الحالية بتركيزها على موظفي الجامعة تعز من إداريين وفنيين، وهي فئة لم تحظَ باهتمام كافٍ مقارنة بعينات الدراسات السابقة، كما تسهم في سد فجوة بحثية عبر توفير بيانات ميدانية حديثة يمكن توظيفها في تصميم برامج لتحسين الصحة النفسية.

فروض البحث (Research hypotheses):

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة الدراسة على المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية وبين المتوسط الفرضي لها.

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات لدرجات أفراد العينة على جميع المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية، وعلى الدرجة الكلية للقائمة تبعاً لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة، والتفاعل بينها.

منهجية البحث وإجراءاتها: (Research methodology and procedures)

منهج البحث: يعتمد البحث على المنهج الوصفي الارتباطي، لمناسبته لتحقيق أهداف الدراسة.

مجتمع البحث:

شمل مجتمع البحث جميع موظفي جامعة تعز (الأساسيين والمتعاقدين) من الجنسين، العاملين في كليات ومراكز وإدارات الجامعة في تعز المدينة والحوبان خلال عام (٢٠٢٥م)، والبالغ عددهم (٧٩٨). بعد استُبعد المتوفين والمتقاعدين ومن هم خارج النطاق الجغرافي للبحث، وتم الحصول على البيانات من الإدارة العامة للشؤون الإدارية.

عينة البحث:

١. العينة الاستطلاعية:

تكوّنت العينة الاستطلاعية من (٥٢) موظفاً وموظفة، بواقع (٣٥) موظفاً و(١٧) موظفة من كليات وإدارات ومراكز جامعة تعز المدينة والحوبان، وتمثل نسبة (٢٠٪) من العينة الأساسية. وتم اختيارها بأسلوب العينة العشوائية الطبقية النسبية.

٢. العينة الأساسية:

أجري البحث على موظفي جامعة تعز (المدينة والحوبان)، واعتمد الباحث أسلوب العينة العشوائية الطبقية النسبية في اختيار العينة الأساسية، نظراً لعدم تجانس مجتمع الدراسة، بما يضمن تمثيلاً أدق لفئات المجتمع ويعزز إمكانية تعميم النتائج، ويوضح الجدول (١) ذلك.

جدول ١: توزيع أفراد العينة وفقاً لمكان العمل والنوع

العينة الأساسية	مقر العمل / النوع	الأمانة العامة	نيابة ش. الطلاب	الكليات العلمية	الكليات الإنسانية	المراكز والمكتبة المركزية	الإجمالي
العينة الأساسية	ذكور	٦١	١٣	٢٩	٣٣	٣٦	١٧٢
	إناث	١٨	٨	٢٨	٢٠	١٤	٨٨
	الإجمالي	**٧٩**	**٢١**	**٥٧**	**٥٣**	**٥٠**	**٢٦٠**

أداة البحث:

وفقاً لمتطلبات البحث الحالي، استعان الباحث بأداة واحدة؛ لتحقيق أهدافه واختبار فروضه وتساؤلاته في ضوء عينة الدراسة؛ وتمثلت الأداة، في قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية – تكيف الباحث.

وفيما يلي وصف للقائمة.

قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية:

اعتمد البحث على النسخة العربية (تعريب أو النيل، ١٩٩٥) من قائمة كورنيل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية من إعداد Brodman et al. (1986)، والتي تهدف إلى الكشف عن مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية، وقد خضعت لإجراءات تكييف علمية، وذلك للمبررات الآتية:

- تضم قائمة كورنيل (١٨) مقياساً فرعياً تغطي أبعاداً سيكوسوماتية ونفسية، ونظراً لاقتصار الدراسة الحالية على الاضطرابات السيكوسوماتية، فقد تم استبعاد المقاييس النفسية والعصابية المرتبطة بها.

- صياغة فقرات القائمة على هيئة أسئلة أقرب إلى أسلوب الاستجواب، مما قد يؤثر في استجابات المفحوصين.

وتم تكيف القائمة وفق مجموعة من الخطوات المنهجية المنظمة، وذلك على النحو الآتي:

مرحلة مراجعة النسخة المعربة:

تم مراجعة قائمة كورنيل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية (Brodman et al., 1986)، ترجمة أبو النيل (١٩٩٥)، بالإضافة إلى مراجعة النسخ اليمنية المتمثلة في قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية (العزي، ١٩٩٨) ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية (وهبان، ٢٠٠٨)، كما جرى تحليل أبعادها وفقراتها؛ وذلك بهدف التحقق من مدى ملاءمتها لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية في إطار البحث الحالي.

مرحلة تكيف الصورة الأولية للقائمة، وتضمنت الخطوات الآتية:

- تحديد هدف التكيف في الكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية فقط، لتعزيز الصدق البنائي للقائمة.
- تحديد المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية، المتمثلة في: اضطرابات السمع والبصر، الجهاز الهضمي، والدوري، والعصبي، والتنفسي، والعظمي العضلي، والبولي التناسلي، الجلد، والغدي.
- الصياغة بعبارات تقريرية واضحة ، تلاءم الثقافة المحلية، رباعية البدائل (٤،٣،٢،١) بدلاً من الصياغة الاستفهامية أو الاستجوابية.
- تكوّنت قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية في صورتها الأولية من (١٠٣) فقرة.
- تحكيم القائمة من مختصين للتحقق من صدق المحتوى وملاءمة الفقرات.

مرحلة التحقق من الخصائص السيكومترية:

طُبقت القائمة على العينة الاستطلاعية بهدف التحقق من وضوح الفقرات وسلامة صياغتها، واستخراج الخصائص السيكومترية، وضبط إجراءات الدراسة قبل تنفيذها النهائي، بما يسهم في دقة النتائج وموثوقيتها، وذلك على النحو الآتي:

صدق القائمة:

١. **الصدق الظاهري:** قام الباحث بتعديل الفقرات وفق نسبة اتفاق (٨٠٪) للمحكمين، لتصبح القائمة مكونة من (٧٦) فقرة، مع إعادة توزيع فقرات الجهاز الغدي على الأجهزة المرتبطة بها.

٢. **الاتساق الداخلي:** تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي باستخدام معامل ارتباط بيرسون، من خلال حساب العلاقة بين كل فقرة والدرجة الكلية لمجالها، وكذلك بين درجات المقاييس الفرعية والدرجة الكلية للقائمة، كما يوضح الجدول (٢).

أ. الاتساق الداخلي لكل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي تنتمي إليه:

جدول ٢: يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي تنتمي إليه (ن=٥٢)

المقياس الفرعي (المجال)	رقم الفقرة	ارتباط الفقرة بالمجال	رقم الفقرة	ارتباط الفقرة بالمجال	رقم الفقرة	ارتباط الفقرة بالمجال
السمع والبصر	١	0.673**	٤	0.478**	٧	0.531**
	٢	0.761**	٥	0.637**		
	٣	0.685**	٦	0.611**		
الجهاز التنفسي	٨	0.639**	١١	0.430**	١٤	0.746**
	٩	0.648**	١٢	0.585**	١٥	0.786**
	١٠	0.610**	١٣	0.421*	١٦	0.744**
الجهاز الدوري	١٧	0.748**	٢٠	0.694**	٢٣	0.511**
	١٨	0.769**	٢١	0.770**	٢٤	0.789**
	١٩	0.714**	٢٢	0.677**	٢٥	0.380**
الجهاز الهضمي	٢٦	0.435**	٣١	0.651**	٣٦	0.470**
	٢٧	0.572**	٣٢	0.649**	٣٧	0.347*
	٢٨	0.551**	٣٣	- 0.172	٣٨	0.540**
	٢٩	0.736**	٣٤	0.810**	٣٩	0.383**
	٣٠	0.578**	٣٥	0.497**	٤٠	0.546**
الجهاز العظمي الهيكلي	٤١	0.567**	٤٤	0.797**	٤٧	0.711**
	٤٢	0.819**	٤٥	0.775**	٤٨	0.762**
	٤٣	0.791**	٤٦	0.665**	٤٩	0.579**
الجلد	٥٠	0.808**	٥٣	0.716**	٥٦	0.580**
	٥١	0.593**	٥٤	0.599**	٥٧	0.481**
	٥٢	0.712**	٥٥	0.312*	٥٨	0.535**
الجهاز العصبي	٥٩	0.703**	٦٣	0.567**	٦٧	0.519**
	٦٠	0.798**	٦٤	0.546**	٦٨	0.701**
	٦١	0.772**	٦٥	0.589**		
	٦٢	0.636**	٦٦	0.365**		
الجهاز البولي التناسلي	٦٩	0.746**	٧٢	0.582**	٧٥	0.548**
	٧٠	0.702**	٧٣	0.484**	٧٦	0.516**
	٧١	0.758**	٧٤	0.743**		

** مستوى الدلالة هند 0.01، * مستوى الدلالة عند 0.05

يتضح من جدول (٢) أن معظم فقرات قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي تنتمي إليه ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، بينما ارتبطت الفقرات (١٣، ٣٧، ٥٥) عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠٥)، مما يدل على توافر الاتساق الداخلي بين الفقرات ومجالاتها. واستُثنيت الفقرة (٣٣) من المقياس الفرعي الرابع

(الجهاز الهضمي) لعدم دلالتها الإحصائية؛ لذا تم حذفها من القائمة. وبذلك أصبحت قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية في صورتها النهائية مكوّنة من (٧٥) فقرة.

ب. الاتساق الداخلي لكل مجال مع الدرجة الكلية للقائمة

جدول ٣: يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية للقائمة (ن=٥٢)

المجال/ المقياس الفرعي	الدرجة الكلية	المجال/ المقياس الفرعي	الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	المجال/ المقياس الفرعي	الدرجة الكلية
السمع والبصر	0.421**	التنفسي	0.648**	الدوري	0.781**	الهضمي	0.811**
العظمي الهيكلي	0.760**	الجلد	0.773**	العصبي	0.899**	البولي التناسلي	0.639**

** مستوى الدلالة عند 0.01.

تشير نتائج الجدول (٣) وجود ارتباطات موجبة ودالة إحصائياً بين جميع المجالات والدرجة الكلية للقائمة، إذ تراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٤٢١ –٠.٨٩٩) وجميعها عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠١)، وجميعها تدل على اتساق داخلي جيد للمقياس.

ثانياً: ثبات القائمة

تم التحقق من معاملات ثبات القائمة بطريقتي ألفا– كرونباخ، والتجزئة النصفية، والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول ٤: يبين معاملات ثبات مجالات قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية (ن= ٥٢)

م	المجالات / المقاييس الفرعية	عدد الفقرات	معامل ألفا– كرونباخ للفقرات	التجزئة النصفية	
				معامل الارتباط قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان– براون
١	السمع والإبصار	7	0.734	0.640	0.783
٢	التنفسي	9	0.806	0.750	0.859
٣	الدوري	٩	0.844	0.771	0.872
٤	الهضمي	١٤	0.838	0.722	0.838
٥	العضلي الهيكلي	9	0.883	0.796	0.887
٦	الجلد	9	0.758	0.632	0.777
٧	العصبي	10	0.793	0.536	0.698
٨	البولي التناسلي	٨	0.784	0.769	0.869

يتضح من الجدول (٤) أن قيم معاملات الثبات للمقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية باستخدام ألفا كرونباخ بين (٠.٧٣٤– ٠.٨٨٣)، وتراوحت قيم التجزئة النصفية بين (٠.٥٣٦– ٠.٧٩٦) وارتفعت بعد التصحيح إلى (٠.٦٩٨– ٠.٨٨٧)، وتشير هذه النتائج إلى أن المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية تتمتع بثبات جيد يلبي متطلبات الدراسة الحالية.

الصورة النهائية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية:

تكونت القائمة في صورتها النهائية من (٧٥) فقرة، موزعة على (٨) مجالات/ مقاييس فرعية بشكل متسلسل، وجميعها صيغت وفق مقياس رباعي الاستجابة، بحيث تمنح كل فقرة درجة تتراوح بين (١-٤)، مما يتيح قياس شدة الاضطراب السيكوسوماتي. ويوضح الجدول (٤) أيضاً مجالات القائمة، وعدد فقراتها.

الوسائل والأساليب الإحصائية (Statistical methods and procedures):

لغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة، والتحقق من صحة فروضها، تم استخدام بعض الوسائل والأساليب الإحصائية المتوافرة ضمن الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وهي كالآتي:

١. المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، الخطأ المعياري، النسب المئوية.
٢. معامل الارتباط بيرسون؛ لحساب صدق الاتساق الداخلي للفقرات مع مجالاتها، ولمجالات مع والدرجة الكلية للقائمة.
٣. معادلة ألفا لكرونباخ، والتجزئة النصفية لحساب معامل ثبات قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية.
٤. معادلة سيبرمان- بروان لتصحيح معامل الارتباط بين نصفي قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية.
٥. اختبار (One Sample T- test) لعينة ومجتمع لحساب مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية.
٦. تحليل التباين المتعدد (MANOVA)؛ لحساب الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز وفقاً لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة، والتفاعل بينها.
٧. اختبار أقل فرق دال (Least Significant Difference Test) للمقارنات البعدية لتحديد اتجاه الفروق في الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة.

عرض النتائج وتفسيرها (Results and interpretation):

نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية وبين المتوسط الفرضي لها".

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة ومجتمع (One Sample T- test) بعد التأكد من تحقق جميع شروط تطبيقه، والجدول (٥) يوضح ذلك.

جدول ٥: يوضح نتائج اختبار (T) لعينة ومجتمع (One Sample T- test) بين المتوسط الحسابي للعينة والمتوسط الفرضي للمقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية لها (ن= ٢٦٠)

المتغير	عدد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية T	درجة الحرية	الدلالة	النسبة المئوية	مستوى الدلالة واتجاهها
السمع والبصر	٢٦٠	١.٧٩	0.383	٢.٥٠	-29.995	٢٥٩	٠.٠٠٠	٤٤.٨٪	جميعها دالة باتجاه المتوسط الفرضي
الجهاز التنفسي	٢٦٠	١.٧٥	0.339	٢.٥٠	-35.605	٢٥٩	٠.٠٠٠	٤٣.٨٪	
الجهاز الدوري	٢٦٠	١,٧٩	0.375	٢.٥٠	-30.594	٢٥٩	٠.٠٠٠	٤٤.٨٪	
الجهاز الهضمي	٢٦٠	٢.١٠	0.369	٢.٥٠	-17.585	٢٥٩	٠.٠٠٠	٥٢.٥٪	
العظمي العضلي	٢٦٠	٢.٠٤	0.610	٢.٥٠	-12.211	٢٥٩	٠.٠٠٠	٥١.٠٪	
الجلد	260	1.70	0.389	٢.٥٠	-33.292	٢٥٩	٠.٠٠٠	٤٢.٥٪	
الجهاز العصبي	٢٦٠	1.82	0.416	٢.٥٠	-26.270	٢٥٩	٠.٠٠٠	٤٥.٥٪	
البولي التناسلي	٢٦٠	1.70	0.530	٢.٥٠	-24.400	٢٥٩	٠.٠٠٠	٤٢.٥٪	

تشير نتائج الجدول (٥) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) فأقل بين المتوسطات الحسابية والمتوسط الفرضي (٢.٥٠) في جميع المقاييس الفرعية، إذ بلغت قيم الدلالة (٠.٠٠٠). كما جاءت جميع قيم (T) سالبة، مما يدل على أن المتوسطات الحسابية أقل من المتوسط الفرضي. وبالنظر إلى النسب المئوية، فإن مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية يقع ضمن المستوى أقل من المتوسط في معظم المجالات (٤٣.٨٪-٥٢.٥٪)، باستثناء اضطرابات الجلد والجهاز البولي التناسلي التي جاءت منخفضة (42.5%). وقد سجل الجهاز الهضمي أعلى نسبة (٥٢.٥٪)

يليه العظمي العضلي (٥١.٠٪)، لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة بوجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠.٠٥) باتجاه المتوسط الفرضي. ويُعزى ذلك إلى خصائص البيئة الجامعية التي تميزها عن غيرها من بيئات العمل، والمتمثلة في شيوع التعاقدات غير المستقرة، بما يعزز الشعور بعدم الأمان الوظيفي، وتدني الرواتب أو عدم انتظامها مقارنة بحجم الجهد والمسؤوليات، وارتفاع التوقعات المهنية مقابل محدودية الموارد والدعم، وضعف فرص التدريب والترقية والتقدير، إضافة إلى تأثرها بالأزمات الاقتصادية والحروب، مما يضاعف الضغوط الواقعة على العاملين فيها.

تتسق هذه النتيجة مع عدد من الأطر النظرية المفسِّرة للاضطرابات السيكوسوماتية، ولا سيما المقاربات التحليلية التي تربطها بالصراعات اللاشعورية (Alexander, 1950)، وبالتكتم (Sifneos, 1973) ، وضعف معالجة الانفعالات (Marty, 1992).كما تتوافق مع نظرية التعبير التعويضي عن الصدمات اللاشعورية (Dejours, 2008).وتتوافق مع نظرية النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Engel, 1977).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات التي تناولت انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى فئة مجتمعية وعاملين في قطاعات مختلفة كدراسة ناشر والعبيدي (٢٠١٧)، ودراسة نابتي (٢٠٢٠)، ودراسة يويزري وعداد (٢٠٢٢)، ودراسة Torrubia-Perez et al. 2022)، ودراسة بو عامر وعبدالرحمان (٢٠٢٣) والتي أشارت إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية تتباين في مستويات انتشارها، وترتبط طردياً بالضغوط المهنية، والأحداث الصادمة والنط السلوكي (أ)، والاحتراف النفسي. وعكسياً بالمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية، مما يعزز اتساق النتائج الحالية مع تلك الدراسات السابقة.

وتتعارض هذه النتيجة مع توصلت إلية دراسة الردعان (٢٠٢٠) على معلمات في البيئة الكويتية، ودراسة البادري (٢٠٢٣) على الإداريين والمعلمين في البيئة العمانية، واللتان أشارتا إلى تدني في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية. ويعزى هذا الاختلاف إلى تباين الظروف البيئية، إذ ترتبط النتائج المنخفضة في تلك الدراسات بانخفاض مستوى التوتر المزمن نتيجة الإحساس بالأمان الوظيفي، وتوافر خدمات الدعم الصحي النفسي والعضوي، إضافة إلى الاستقرار الاقتصادي وانخفاض القلق المرتبط بالاحتياج المادي، وجودة بيئة المحيطة.

نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد العينة على جميع المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة، والتفاعل بينها".

للإجابة عن هذا الفرض استخدم الباحث تحليل التباين المتعدد (MANOVA)؛ نظراً لتعدد المتغيرات التابعة المتمثلة في المقاييس الفرعية للقائمة وتعدد المتغيرات المستقلة (الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة). وبعد التأكد إحصائياً من ملاءمة افتراضات وشروط تطبيق الأسلوب الإحصائي المتمثلة في حجم العينة، وتجانس التباين، والتعددية الخطية، والقيم المتطرفة. والجدول (٦) يوضح نتيجة تحليل التباين المتعدد.

جدول 6: يوضح نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA) دلالة الفروق المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً لمتغيرات الجنس والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة

المتغير المستقل	المقاييس الفرعية	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (Eta)
الجنس	السمع والبصر	0.041	١	0.041	0.290	0.591	0.001
	الجهاز التنفسي	0.007	١	0.007	0.056	0.813	0.000
	الجهاز الدوري	0.038	١	0.038	0.267	0.606	0.001
	الجهاز الهضمي	0.232	١	0.232	1.754	0.187	0.007
	العظمي العضلي	1.404	١	1.404	4.015	0.046*	0.017
	الجلد	0.226	١	0.226	1.521	0.219	0.006
	الجهاز العصبي	0.059	١	0.059	0.334	0.564	0.001
	البولي التناسلي	0.011	١	0.011	0.042	0.838	0.000
الحالة الاجتماعية	السمع والبصر	1.183	3	0.394	2.781	0.042*	0.034
	الجهاز التنفسي	0.113	3	0.038	0.315	0.814	0.004
	الجهاز الدوري	1.083	3	0.361	2.553	0.056	0.032
	الجهاز الهضمي	0.350	3	0.117	0.881	0.452	0.011
	العظمي العضلي	0.204	3	0.068	0.194	0.900	0.002
	الجلد	0.196	3	0.065	0.441	0.724	0.006
	الجهاز العصبي	0.113	3	0.038	0.215	0.886	0.003
	البولي التناسلي	1.793	3	0.598	2.215	0.087	0.027
سنوات الخبرة	السمع والبصر	0.160	3	0.053	0.377	0.770	0.005
	الجهاز التنفسي	0.039	3	0.013	0.110	0.954	0.001
	الجهاز الدوري	0.082	3	0.027	0.194	0.900	0.002
	الجهاز الهضمي	0.136	3	0.045	0.342	0.795	0.004
	العظمي العضلي	3.080	3	1.027	2.935	0.034*	0.036
	الجلد	0.537	3	0.179	1.208	0.307	0.009
	الجهاز العصبي	0.391	3	0.130	0.746	0.526	0.007
	البولي التناسلي	1.348	3	0.449	1.665	0.175	0.030
التفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية	السمع والبصر	1.048	3	0.349	2.463	0.063	0.030
	الجهاز التنفسي	0.160	3	0.053	0.448	0.719	0.006
	الجهاز الدوري	0.121	3	0.040	0.284	0.837	0.004
	الجهاز الهضمي	0.415	3	0.138	1.044	0.374	0.013

المتغير المستقل	المقاييس الفرعية	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (Eta)
	العظمي العضلي	1.098	3	0.366	1.046	0.373	0.٠١٣
	الجلد	0.063	3	0.021	0.141	0.935	0.002
	الجهاز العصبي	0.100	3	0.033	0.191	0.902	0.00٢
	البولي التناسلي	0.230	3	0.077	0.284	0.837	0.00٤
التفاعل بين الجنس وسنوات الخبرة	السمع والبصر	0.109	2	0.055	0.386	0.680	0.00٣
	الجهاز التنفسي	0.008	2	0.004	0.032	0.969	0.000
	الجهاز الدوري	0.143	2	0.072	0.507	0.603	0.00٤
	الجهاز الهضمي	0.371	2	0.186	1.403	0.248	0.٠١٢
	العظمي العضلي	1.310	2	0.655	1.872	0.156	0.٠١٦
	الجلد	0.451	2	0.226	1.522	0.220	0.٠١٣
	الجهاز العصبي	0.087	2	0.044	0.250	0.779	0.00٢
	البولي التناسلي	0.113	2	0.056	0.209	0.811	0.00٢
التفاعل بين الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة	السمع والبصر	1.682	9	0.187	1.751	0.228	0.٠٤٨
	الجهاز التنفسي	0.359	9	0.040	1.611	0.963	0.٠١٣
	الجهاز الدوري	1.342	9	0.149	1.464	0.398	0.٠٣٩
	الجهاز الهضمي	2.085	9	0.232	1.307	0.079	0.٠٦٣
	العظمي العضلي	5.071	9	0.563	1.382	0.113	0.٠٥٨
	الجلد	1.953	9	0.217	1.605	0.162	0.٠٥٣
	الجهاز العصبي	2.058	9	0.229	1.751	0.234	0.٠٤٨
	البولي التناسلي	3.356	9	0.373	1.611	0.197	0.٠٥٠
التفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة	السمع والبصر	0.005	3	0.187	0.269	0.998	0.000
	الجهاز التنفسي	0.307	3	0.040	1.240	0.463	0.٠١١
	الجهاز الدوري	0.391	3	0.149	1.272	0.431	0.٠١٢
	الجهاز الهضمي	0.107	3	0.232	0.539	0.848	0.00٣
	العظمي العضلي	1.301	3	0.563	0.422	0.296	0.٠١٦
	الجلد	0.566	3	0.217	0.176	0.285	0.٠١٦
	الجهاز العصبي	0.283	3	0.229	0.269	0.656	0.00٧
	البولي التناسلي	0.342	3	0.373	1.240	0.737	0.00٥

* مستوى الدلالة عند 0.05.

أولاً: الفروق من حيث الجنس

يتضح من الجدول (٦) وجود فروق دالة إحصائياً في اضطرابات الجهاز العظمي العضلي تبعاً لمتغير الجنس، إذ بلغت قيمة (F=4.015) عند مستوى دلالة (٠.٠٤٦). ولغرض تحديد اتجاه الفروق وفق متغير الجنس، تم الاعتماد على المتوسطات الحسابية، نظراً لكونه متغيراً ثنائي المستوى (ذكور/إناث)، مع الاستناد إلى الانحرافات المعيارية والخطأ المعياري، وذلك كما يوضحه الجدول (٧).

جدول ٧: يوضح المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية
لعينة البحص وفقاً لمتغير الجنس في اضطرابات الجهاز العظمي العضلي

المتغير المستقل	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
الجنس	ذكر	١٧٢	2.03	0.597	0.046
	أنثى	٨٨	2.06	0.637	0.068

تشير نتائج الجدول (٧) إلى تقارب كبير في المتوسطات الحسابية في اضطرابات الجهاز العظمي العضلي تبعاً لمتغير الجنس، إذ بلغ المتوسط الحسابي لدى الذكور (٢.٠٣)، في حين بلغ لدى الإناث (٢.٠٦). ويُلاحظ أن الفارق بين المتوسطين طفيف جداً باتجاه الإناث. وقد يُعزى ذلك إلى قدرة الأفراد على التكيف مع التوترات المشتركة في ظل ظروف الحرب وعدم الاستقرار النفسي والاقتصادي، وما يرتبط بهما من تحديات معيشية وأسرية، إلى جانب فاعلية أساليب التعبير الانفعالي الإيجابية التي تسهم في خفض مستوى التأثر بالضغوط. كما قد تُفسَر هذه الفروق الطفيفة بوجود قدر من التنظيم في الأدوار والمسؤوليات الأسرية لدى الأفراد، وما يصاحب ذلك من شعور بالمسؤولية والتخطيط للمستقبل بصورة أكثر اتزاناً، إضافة إلى تبنّي أنماط حياة صحية نسبياً مثل انتظام النوم والتغذية والنشاط البدني، مما يعزز من القدرة على التكيف النفسي والجسمي ويحد من الاستجابات السيكوسوماتية.

تتسق هذه النتيجة مع توجهات تحليلية تشير إلى أن التعبير عن الانفعالات وتنظيمها أو كبتها تؤثر في الاستجابات السيكوسوماتية، بما في ذلك الصراعات اللاشعورية وصعوبات إدارة الانفعالات (Marty et al., 1992). كما تتفق هذه مع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Engel, 1977).

وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع نتائج دراسة وهبان (٢٠٠٨)، ودراسة نابتي (٢٠٢٠)، ودراسة Torrubia-Perez et al. (2022)، ولا تتفق مع دراسة بو عامر وبن عبدالرحمان (٢٠٢٣)، بعدم وجود فروق حسب متغير الجنس.

ثانياً: الفروق من حيث الحالة الاجتماعية

تشير النتائج في الجدول (٦) إلى وجود فروق دالة إحصائياً في اضطرابات السمع والبصر تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، إذ بلغت قيمة (F=2.781) عند مستوى دلالة (٠.٠٤٢). وفي ضوء دلالة نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، تم إجراء اختبار المقارنات البعدية باستخدام أسلوب أقل فرق دال (LSD) لتحديد اتجاه الفروق. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً، إذ بلغت قيمة (ف) مستوى دلالة (٠.٠٤٢)، لذا نرفض الفرضية الصفرية جزئياً ونقبل الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في اضطرابات السمع والبصر (الجدول ٨).

جدول ٨: يوضح نتائج قيم اختبار LSD كاختبار بعدي للمقارنات بين متوسطات عينة الدراسة وفقاً للحالة الاجتماعية في اضطرابات السمع والبصر.

المتغير	فئات المتغير	المتوسطات الحسابية	عازب		متزوج		أرمل		مطلق	
			فرق المتوسطات	مستوى الدلالة	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية	عازب	1.77	–	–	- 0.40	0.513	- 0.13	0.374	0.37	0.010
	متزوج	1.81	0.40	0.513	–	–	- 0.09	0.517	0.41	0.003
	أرمل	1.89	0.13	0.374	0.09	0.517	–	–	0.50	0.008
	مطلق	1.39	- 0.37	0.010	- 0.41	0.003	- 0.50	0.008	–	–

تشير نتائج الاختبارات البعدية في الجدول (٨) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين فئة المطلقين وكل من فئات العازبين، والمتزوجين، والأرامل، وذلك باتجاه الفئات الثلاث الأخيرة، استناداً إلى المتوسطات الحسابية ودلالتها الإحصائية التي تتراوح بين (٠.٠٠٣ – ٠.٠١٠)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠.٠٥). مما يعكس اختلاف فئة المطلقين عن الفئات الأخرى في مستوى اضطرابات السمع والبصر. وفي المقابل، لم تُظهر نتائج اختبار المقارنات البعدية (LSD) وجود فروق دالة إحصائياً بين العازبين والمتزوجين، ولا بين العازبين والأرامل، ولا بين المتزوجين والأرامل، وهو ما تؤكده تقارب المتوسطات الحسابية لهذه الفئات، بما يشير إلى تقارب مصادر الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية.

وقد يُعزى ذلك إلى ما يواجهه العازبون من شعور بالوحدة، وضعف الأمان النفسي، وقلة الدعم الاجتماعي، إلى جانب صعوبات الاستقرار الأسري والاقتصادي، وتزايد تحديات الزواج في ظل ارتفاع تكاليف المعيشة وضعف الدخل، مما يسهم في زيادة التوتر والقلق وانعكاساتهما على الصحة النفسية والجسدية.

في حين قد يواجه المتزوجون ضغوطاً نفسية واجتماعية واقتصادية مرتبطة بالمسؤوليات الأسرية وظروف المعيشة، مما يؤدي إلى توتر العلاقات وتراكم القلق، والغضب، والحزن، والشعور بالعجز والذنب، ومع كبتها وضعف الدعم تزداد انعكاساتها على الصحة الجسدية.

وتُظهر النتائج أن فئة الأرامل هي الأكثر معاناة من اضطرابات السمع والبصر مقارنة ببقية فئات العينة، بمتوسط حسابي (١.٨٩) ونسبة (٤٧.٣٪). وقد يُعزى ذلك إلى تداخل أثر خبرة الفقد بوصفها حدثاً صادماً مع استمرار مشاعر الحزن، والخوف، والوحدة، إضافة إلى ضعف الدعم والمساندة الاجتماعية. كما تسهم ظروف الحرب والأزمات الاقتصادية وتزايد الأعباء المعيشية، مما يسهم في تفاقم الضغوط النفسية، وزيادة احتمالية الاضطرابات السيكوسوماتية لدى هذه الفئة.

وتشير نتائج الاختبارات البعدية (LSD) إلى أن فئة المطلقين هي الأقل تعرضاً لاضطرابات السمع والبصر مقارنة ببقية فئات العينة، بمتوسط حسابي (١.٣٩) ونسبة (٣٤.٨٪)، مما يعكس مستوى منخفضاً نسبياً من الأعراض. وقد يُعزى ذلك إلى توافر عوامل وقائية، أسهمت في تجاوز آثار الطلاق، مثل المرونة النفسية والتركيز على المستقبل، إلى جانب فاعلية

الدعم الأسري والمجتمعي في خفض مشاعر العزلة، والحد من استمرار الانفعالات السلبية، كما أن بيئة العمل قد تسهم في تخفيف الضغوط النفسية، وتعزيز الاستقلالية والثقة بالنفس،
والدعم الاجتماعي، والاستقرار المادي، إضافة إلى تنظيم الحياة اليومية وتقليل الشعور بالوحدة. مما يدفع الأفراد إلى التكيف الإيجابي والاهتمام بإعادة بناء حياتهم. أي أن تأثير الطلاق يتحدد بعوامل متعددة لا بالطلاق بحد ذاته.
تتسق هذه النتيجة مع نظرية ومع متلازمة التكيف العام (Selye, 1956)، ومع نظرية التكتم أو العجز في التعبير الانفعالي (Sifneos, 1973). وتتسق مع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي(Engel, 1977).
وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة مناع (٢٠١٨)، ودراسة باظة وحسين (٢٠٢١)، ودراسة الشهري (٢٠٢١)، التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في بعض الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، وباتجاه المتزوجين والأرامل، بما يعكس تأثير الضغوط الأسرية أو خبرات الفقد في زيادة الانفعالات وتجسيدها في أعراض جسدية.
وتتباين نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه دراسة الردعان (٢٠٢٠) على عينة من المعلمات في الكويت، ودراسة الحربي (٢٠٢٣) على عينة من الصحفيين السعوديين، التي لم تُشر إلى فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية. وقد يُعزى ذلك لاختلاف البيئات الثقافية والاجتماعية ومستويات الضغوط الحياتية السائدة، الأمر الذي قد يُحد من تأثير الحالة الاجتماعية بوصفها متغيراً فارقاً في بعض البيئات.
وتتعارض نتيجة فئة المطلقين مع نتائج دراسة العيد (٢٠١١) ودراسة بن سي علي (٢٠٢٣)، اللتين أشارتا إلى ارتفاع الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المطلقات. ويمكن تفسير انخفاضها لدى فئة المطلقين في جامعة تعز بدور بيئة العمل في توفير الدعم النفسي والاجتماعي وتعزيز الاندماج المهني والاجتماعي، مما يخفف من الضغوط ويحد من تحولها إلى أعراض سيكوسوماتية.

ثالثاً: الفروق من حيث سنوات الخبرة

في ضوء دلالة نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، تم إجراء اختبار المقارنات البعدية باستخدام أسلوب أقل فرق دال (LSD) لتحديد اتجاه الفروق. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير سنوات الخبرة في اضطرابات الجهاز العظمي العضلي، إذ بلغت قيمة (ف) مستوى دلالة (٠.٠٣٤)، لذا نرفض الفرضية الصفرية جزئياً ونقبل الفرضية البديلة بوجود فروق دالة إحصائياً تعزى لمتغير سنوات الخبرة في اضطرابات الجهاز العظمي العضلي (الجدول ٩).

جدول (٩): يوضح نتائج قيم اختبار LSD كاختبار بعدي للمقارنات بين متوسطات عينة الدراسة في اضطرابات الجهاز العظمي العضلي وفقاً لسنوات الخبرة.

المتغير	فئات المتغير	المتوسط الحسابي	أقل من (١٠) سنوات		(١٠ – ٢٠) سنة		(٢١ – ٣٠) سنة		أكثر من (٣١) سنة	
			فرق المتوسطات	مستوى الدلالة	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة
سنوات الخبرة	أقل من (١٠) سنوات	٢.٢٧	–	–	٠.٣١	٠.٠٠٣	٠.٢٨	٠.٠٠٩	٠.١٧	٠.٣١٩
	(١٠ – ٢٠) سنة	١.٩٦	- ٠.٣١	٠.٠٠٣	–	–	- 0.03	0.721	- 0.14	0.358
	(٢١ – ٣٠) سنة	١.٩٩	- 0.28	0.009	0.03	0.721	–	–	- 0.11	0.475
	أكثر من (٣١) سنة	٢.١١	- 0.17	0.319	0.14	0.358	0.11	0.475	–	–

تُظهر نتائج الجدول (٩) وجود تباين في المتوسطات الحسابية لاضطرابات الجهاز العظمي العضلي تبعاً لسنوات الخبرة، إذ سجلت فئة أقل من (١٠) سنوات أعلى متوسط حسابي بلغ (٢.٢٧)، تلتها فئة أكثر من (٣١) سنة بمتوسط قدره (٢.١١)، ثم فئة (٢١– ٣٠) سنة بمتوسط (١.٩٩)، في حين جاءت فئة (١٠– ٢٠) سنة في المرتبة الأخيرة بمتوسط (١.٩٦). وأظهرت نتائج المقارنات البعدية فروقاً دالة إحصائياً بين فئة أقل من (١٠) سنوات وكل من فئتي (١٠– ٢٠) سنة عند مستوى دلالة (٠.٠٠٣)، و(٢١–٣٠) سنة عند مستوى دلالة (٠.٠٠٩)، بينما لم تُسجل فروق دالة مع فئة أكثر من (٣١) سنة. كما لم تُظهر باقي المقارنات بين الفئات الأخرى فروقاً ذات دلالة إحصائية.

وتشير هذه النتائج إلى أن اضطرابات الجهاز العظمي العضلي تتركز بدرجة أكبر لدى ذوي الخبرة الأقل من (١٠) سنوات مقارنة ببعض الفئات الأخرى، بما يعكس خصوصية هذه الفئة من حيث التعرض أو الاستجابة لهذه الاضطرابات. وعليه، تُرفض الفرضية الصفرية جزئيًا، وتُقبل الفرضية البديلة التي تفيد بوجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) فأقل تبعًا لبعض مستويات سنوات الخبرة.

وقد يُعزى ذلك إلى ضعف الخبرة المهنية وحداثة الاندماج في بيئة العمل الجامعية، وما يرافقه من ضغوط مرتبطة بإثبات الكفاءة والتكيف مع متطلبات بيئة العمل الإداري والفني، في ظل كونهم من المتعاقدين برواتب متدنية جداً، مما يعزز الشعور بعدم الأمان الوظيفي، وارتفاع مستوى القلق، وصعوبات في التكيف، وظهور استجابات سيكوسوماتية تتمثل في آلام وتوترات عضلية متكررة.

وتشير النتائج إلى أن المتوسط الحسابي لذوي الخبرة أكثر من (٣١) سنة قدره (٢.١١) وهو أعلى نسبياً من متوسط فئتي (١٠–٢٠) سنة و(٢١–٣٠) سنة، إلا أن الفروق لم تكن دالة إحصائياً. وهذه النتيجة لا تنفي وجود ميل أو معاناة لبعض أفراد العينة من نفس الفئة بالاضطراب، خصوصاً من الأفراد الذين درجاتهم أكبر من المتوسط الحسابي للفئة.

واستناداً إلى الأطر النظرية النفسية السابقة، يمكن تفسير انخفاض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى ذوي الخبرة التي تزيد عن (٣١) سنة من موظفي جامعة تعز باكتسابهم عبر الزمن خبرات مهنية وشخصية مكنتهم من تطوير استراتيجيات مواجهة أكثر فاعلية في التعامل مع ضغوط العمل، إلى جانب امتلاكهم مهارات أعلى في تنظيم المهام وإدارة الأعباء الإدارية والفنية، مما يسهم في تقليل تراكم التوتر النفسي والحد من تحوله إلى استجابات جسدية.

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات كل من سعود (٢٠١٤ في البيئة السورية، والردعان (٢٠٢٠) في البيئة الكويتية، والتي لم تجد فروقاً دالة إحصائياً تبعاً لمتغير سنوات الخبرة. وقد يُعزى ذلك إلى امتلاك ذوو الخبرة الأعلى مهارات أفضل في التكيف وإدارة الضغوط، ووجود أنظمة حماية مهنية واجتماعية تقلل من أثر سنوات الخبرة على الصحة النفسية والجسدية، إلى جانب اختلاف طبيعة المسؤوليات الوظيفية عبر المراحل المهنية.

وفي المقابل، لا تتفق مع ما أظهرته دراسات كل من ناشر والعبيدي (٢٠١٧) ، وناجي (٢٠٢٠)، إضافة إلى دراسة Torrubia-Perez et al. (2022)، التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً تميل باتجاه ذوي الخبرة الأعلى. وتفسير ذلك بتراكم الضغوط المهنية عبر سنوات العمل، وما يصاحبه من إجهاد مزمن نتيجة طبيعة العمل الجامعي التي تتصف بتعدد الأعباء المهنية، وكثرة المسؤوليات والمهام الإشرافية، إلى جانب محدودية الموارد وضعف الحوافز وتراجع الاستقرار الوظيفي في بعض الحالات قد يسهم في انخفاض الرضا المهني، مما يجعل سنوات الخبرة الطويلة في هذه البيئة عاملاً مرتبطاً بزيادة التعرض للضغوط النفسية وانعكاسها في صورة استجابات سيكوسوماتية.

رابعاً: التفاعلات الثنائية والثلاثية

تشير نتائج الجدول (٦) كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) في المقاييس الفرعية، تبعاً للتفاعلات الثنائية والثلاثية بين المتغيرات قيد الدراسة. ويستند ذلك إلى قيم (F) التي تراوحت بين (٠.٦١٤–١.٢٢٥)، وجميعها جاءت عند مستويات دلالة أكبر من (٠.٠٥)، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية تُعزى إلى التفاعلات الثنائية أو الثلاثية لهذه المتغيرات. وبناءً على ذلك، تم قبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود تفاعل بين متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة.

ويعكس هذا النمط من النتائج قدراً من التجانس في استجابات أفراد العينة، بصرف النظر عن اختلاف خصائصهم الديموغرافية، بما يشير إلى محدودية تأثير هذه المتغيرات وعدم وجود تأثيرات تفاعلية جوهرية تسهم في تفسير التباين في الاضطرابات السيكوسوماتية. كما أظهرت قيم (Wilk's Lambda) أنها تراوحت بين (٠.٧٢٧–٠.٩٥٤)، وجميعها غير دالة إحصائياً عند مستويات دلالة تتراوح بين (٠.٢٨١–٠.٨٩٠)، وهو ما يشير إلى انخفاض نسبة التباين المفسَّر في المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية الناتج عن تفاعل متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة، مما يعكس محدودية القدرة التفسيرية لهذه المتغيرات الديموغرافية في هذا السياق.

وقد يُعزى عدم وجود تفاعل ثنائي أو ثلاثي بين متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة في الاضطرابات السيكوسوماتية إلى تشابه ظروف العمل والضغوط المهنية التي يتعرض لها أفراد العينة داخل الجامعة بغض النظر عن خصائصهم الديموغرافية، مما أدى إلى درجة من التجانس في الاستجابات، ويعكس في الوقت ذاته أن العوامل التنظيمية والنفسية العامة قد تكون أكثر تأثيراً في تفسير هذه الاضطرابات من التفاعلات بين المتغيرات الديموغرافية، كما أن غياب التأثير التراكمي عند اجتماع هذه المتغيرات يشير إلى محدودية قدرتها التفسيرية مقارنة بعوامل أخرى مثل الضغوط النفسية وأساليب التكيف، إضافة إلى ما قد يعكسه تجانس العينة نسبياً من ضعف التباين الكافي لظهور تفاعلات دالة إحصائياً بينها.

الاستنتاجات:

توصلت الدراسة إلى الآتي:

أولاً: مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية

تُظهر النتائج أن مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز أقل من المتوسط الفرضي، في جميع المقاييس الفرعية، مما يشير إلى قدرة غالبية أفراد العينة على التكيف بصورة إيجابية.

ثانياً: طبيعة انتشار الأعراض

١. تُعد اضطرابات الجهاز الهضمي الأكثر شيوعاً، تليها اضطرابات الجهاز العظمي العضلي، ثم العصبي، والسمع والبصر، والدوري وأمراض القلب، وجاءت جميعها أقل من المتوسط.

٢. تسجل اضطرابات الجلد والجهاز البولي التناسلي مستوىً منخفضاً.

ثالثاً: أثر المتغيرات الديموغرافية

١. لا توجد فروق دالة إحصائياً في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغيرات الجنس والحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة، بما في ذلك التفاعلات الثنائية والثلاثية، مما يدل على محدودية تأثيرها في تفسير مستوى الاضطرابات.

٢. ظهور فروق طفيفة في بعض المقاييس الفرعية، إذ أن اضطرابات الجهاز العظمي العضلي كانت أعلى لدى الإناث ولدى فئات العازبين والمتزوجون والأرامل، وانخفاضها لدى فئة المطلقين.

٣. اضطرابات السمع والبصر كانت أعلى لدى فئة ذوي سنوات الخبرة الأقل من (١٠) سنوات.

رابعاً: الدلالة العامة للنتائج

تشير النتائج إلى وجود عوامل وقائية مثل التكيف النفسي، الدعم الاجتماعي، والانشغال بالعمل، تقلل من تحول الضغوط والعوامل النفسية الأخرى إلى أعراض جسدية.

التوصيات:

١. دعم مركز الإرشاد والبحوث النفسية في الجامعة مادياً وبشرياً وتدريبه، لتمكينه من أداء مهامه النفسية بكفاءة عالية، واستحداث وحدات نفسية في الكليات ترتبط إدارياً وفنياً بمركز الإرشاد والبحوث النفسية.

٢. إعداد وإصدار نشرات توعوية في مجالات الصحة النفسية ذات الصلة بالموظفين، ومنها الاضطرابات السيكوسوماتية وما يرتبط بها من عوامل نفسية.

٣. تفعيل تطبيق المقاييس النفسية لأغراض الفحص المبكر للعوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية والمهنية، بما يتيح التعرف على الأفراد الأكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية، والكشف عن المشكلات النفسية مثل القلق، الاكتئاب، أو الاحتراق الوظيفي، وغيرها من المشكلات.

٤. تقديم دعم نفسي فردي وجماعي للأفراد الذين يعانون من ضغوط، أو تعرضوا لأحداث صادمة، أو يعانون من مشكلات نفسية.، وإحالة المشكلات الشديدة إلى مختصين أو جهات علاجية متخصصة.

٥. تصميم وتنفيذ برامج تدريبية في تنمية مهارات إدارة الضغوط، والتوافق المهني، وإدارة الانفعالات وحل المشكلات، بما يسهم في الحد من الاضطرابات السيكوسوماتية.

٦. تقديم استشارات نفسية وتنظيمية لصنّاع القرار، لتطوير السياسات الجامعية، وتحسين المناخ الوظيفي، وخفض الصراعات في بيئة العمل.

٧. تدريب القيادات الإدارية على أساليب القيادة الداعمة نفسياً، بما يسهم في خفض التوتر الوظيفي، ويعزز الشعور بالأمان الوظيفي والدعم الاجتماعي للموظفين، لتبني داعمة للصحة النفسية.

المقترحات:

١. إجراء دراسات تتناول الاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء متغيرات نفسية، مثل: الكبت الانفعالي، أساليب التوافق، الصلابة النفسية، الاحتراق النفسي، والدعم الاجتماعي، بما يسهم في تفسير التباين غير المفُسر في نتائج الدراسة الحالية.

٢. إجراء دراسات تتضمن متغيرات تنظيمية ومهنية مستقبلية، مثل: الرضا الوظيفي، الضغوط المهنية، العدالة التنظيمية، وغموض الدور، لما لها من أثر محتمل في زيادة أو تخفيف الاضطرابات السيكوسوماتية باستخدام اختبارات إسقاطيه.

٣. إجراء دراسات تجريبية أو شبه تجريبية لقياس فاعلية برامج إرشادية أو علاجية لخفض الأعراض السيكوسوماتية لدى الموظفين.

٤. تطوير أو تكييف أدوات قياس محلية للسيكوسوماتية الفرعية تتلاءم مع الخصوصية الثقافية والاجتماعية والظروف الضاغطة المرتبطة بالبيئات المتأثرة بالحرب، بما يسهم في رفع دقة القياس والتفسير.

٥. دراسة أثر الظروف الاستثنائية الناتجة عن الحرب وعدم الاستقرار الاقتصادي في زيادة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي جامعة تعز.

المراجع:

أبو النيل، محمود السيد. قائمة كورنيل للاضطرابات السيكوسوماتية. المكتبة الإبراهيمية لطباعة الأفست، القاهرة،٢٠٠١.

أحمان، لبنى. مصدر الضبط الصحي كمتغير وسيط بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. مجلة العلوم الإنسانية. قسنطينة، العدد (٤٧)، ٢٠١٧.

الإدارة العامة للخدمات الطبية، جامعة تعز. تقرير الخدمات الصحية للعاملين في الجامعة لعام ٢٠٢٥، تقرير غير منشور، جامعة تعز ٢٠٢٦.

أميمن، عثمان علي. في الصحة النفسية. الدار العلمية، بني غازي، ٢٠٠٤.

البادري، سعود مبارك مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بين الإداريين والتدريسيين بالمدارس الحكومية بسلطنة عمان وعلاقتها بالصمود النفسي. مجلة دراسات نفسية وتربوية، مسقط، العدد(١)، ٢٠٢٣.

باظة، آمال عبدالسميع مليجي، حسين، معوض، مروة نشأت ،وغنى زين العابدين.(٢٠٢١). الهزيمة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الزوجات المترددات على محكمة الأسرة, مجلة كلية التربية، كفر الشيخ، العدد(١٠١)، ٢٠٢١.

بن سي علي، زكية، ونحوي، عائشة. العوامل الشخصية المساهمة في ظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى المطلقة .. دراسة عيادية لحالة انموذج بتطبيق TAT. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، سكرة الجزائر، العدد(١)، ٢٠٢٢.

بوعامر، نعيمة، وبن عبدالرحمان، أمال. الضغوط المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة (أم – طفل) بالأغواط. مجلة الإنسان والمجال، الجزائر، العدد(١)، ٢٠٢٣.

بولجراف، بختاوي. علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق لدى طلبة الجامعة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، وهران، العدد(١٨)، ٢٠١٥.

بويزري، سمراء، وعداد، حسن. دراسات الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال وحدة المكيفات الهوائية بالمؤسسة الوطنية لصناعة الأجهزة الكهرومنزلية. مجلة أبعاد، الجزائر.العدد(١)، ٢٠٢٢.

بيك، آرون. (٢٠٢٤). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، مؤسسة هنداوي، القاهرة، ٢٠٢٤.

حاتم، وهيبة. التحليل النفسي والعلاجات السيكودينامية: بين النظرية والممارسة. مجلة طبنة للدراسات العلمية والأكاديمية، الجزائر، العدد (١)، ٢٠٢٢.

الحربي، عدنان بن نوري المغامسي. مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الصحفيين السعوديين العاملين في المؤسسات السعودية في ضوء بعض المتغيرات: دراسة ميدانية. المجلة العلمية لبحوث الصحافة، جامعة القاهرة، العدد(٢٥)، ٢٠٢٣.

الردعان، دلال عبدالهادي. مستوى الضغوط المهنية كدالة تنبؤية لأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمات المرحلة المتوسطة في دولة الكويت في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة الطفولة والتربية، جامعة الاسكندرية، العدد (٤٢)، ٢٠٢٠.

رضوان، شعبان جاب الله والشيبة، هويدا عبدالله عمر. العلاقة بين المساندة الاجتماعية والأعراض النفسية الجسمية لدى عينة من طلاب الجامعة اليمنية. دراسة عربية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، العدد(٣)، ٢٠١٧.

سعود، ناهد. أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمستوى الاضطراب لنفسي الجسدي (السيكوسوماتي) . دراسة ميدانية على عينة من المرضى المراجعين مستشفى الأمراض الجلدية والزهرية بجامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق، العدد(٢)، ٢٠١٤.

السميران، ثامر حسين، والمساعيد، عبدالكريم عبدالله. سيكولوجية الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها. دار الحامد للنشر والتوويع، عمان، ٢٠١٤.

شقير، زينب الأمراض السيكوسوماتية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ٢٠٠٢.

الشهري، نواف مناع. الصلابة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية (دراسة تطبيقية لدى عينة من سجناء وغير سجناء في محافظة جدة). المجلة العربية للنشر العلمي، عمان، العدد(٢٧)، ٢٠٢١.

صندقجي، محمد. الأمراض السيكوسوماتية. دار الهدى للطباعة والنشر، أم البواقي، ٢٠٠٨.

عبدالرحمن، محمد السيد علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب– الأعراض– التشخيص– العلاج). مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ١٩٩٩.

عبد المعطي، حسن مصطفى. الأمراض السيكوسوماتية (التشخيص، الأسباب، العلاج)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠٣.

العزي، أروى. التوافق وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية (النفس– جسمية) لدى طالبات السكن الجامعي في صنعاء. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، طرابلس، العدد(٣٣)، ١٩٩٨.

علوطي، عاشور ، ونقبيل، عبدالمليح. الصحة النفسية والمخاطر السيكوإجتماعية. مركز اليقظة البيداغوجية جامعة محمد بوضياف المسيلة، ٢٠٢٤.

العيد، أحمد، وزيد الخير، سميرة. أنماط الشخصية أ، ب، ج لدى عمال الجماعات المحلية وعلاقتها بالرفاة النفسي في العمل. مجلة الجامع في الدراسات

النفسية والعلوم التربوية، المسيلة، العدد(١)، ٢٠٢٣.

غانم، محمد حسن. الاضطرابات السيكوسوماتية (تأصيل نظري ودراسات ميدانية)، دار غريب، القاهرة، ٢٠١١.

غانم، محمد حسن. الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية (تأصيل نظري ودراسة ميدانية).مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠١٥.

فاسي، آمال. الألكستيميا (الأولية، الثانوية) وعلاقتها بنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية، سطيف، العدد(٢)، ٢٠٢٢.

كاظم، بيداء جواد. الإحباط الوظيفي وعلاقته بالتماسك النفسي لدى موظفي الجامعة. مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، جامعة بابل العدد(٤)، ٢٠٢٤.

مارتي، بيار، ستورا، جان بونجامان، والنابلسي، محمد أحمد. مبادئ البسيكوسوماتية وتصنيفاته، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، ١٩٩٢.

مناع، هاجر، وبوشلائق، نادية. مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عمال الحماية المدنية. دراسة ميدانية لدى عمال الحماية بمدينة ورقلة. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، العدد(٢٧)، ٢٠١٦.

نابتي، سهير. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بظهور الأعراض النفسية الجسدية لدى الطاقم الطبي بمصلحة

الاستعجالات (دراسة ميدانية بمستشفيات ولاية قسنطينة). مجلة الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر ٢، العدد (١)، ٢٠٢٠.

ناجي، عايدة. الصحة النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالأداء المهني لدى القابلات: دراسة ميدانية بمصلحتين للولادة بأم البواقي. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة العربي بن مهيدي – أم البواقي، ٧(٢)، ٢٠٢٠.

ناشر، طارق مكرد، والعبيدي، محمد إبراهيم. نمط السلوك (أ) وعلاقته بالأعراض النفسية– الجسدية (السيكوسوماتية) لدى أساتذة جامعة إب. مجلة الباحث الجامعي للعلوم الإنسانية، جامعة إب، العدد (٣٤)، ٢٠١٧.

الوحيدي، عمار يوسف، وعامر، زاهرة خالد. أمراض الإضرابات السيكوسوماتية من منظور علم النفسي الجسدي. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، أم البواقي، العدد(٤)، ٢٠٢٢.

وهبان، على حسن. ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الجامعة في البيئة العربية (اليمن– الجزائر) دراسة مقارنة،{أطروحة دكتوراه جامعة الجزائر}، ٢٠٠٨.

هوفمان، س. جي. (٢٠١٢). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر – الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠١٢.

ياسين، عطوف محمود. الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية). منشورات بحسون الثقافية، بيرت، ١٩٨٨.

English References

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed. Text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. Washington, 2022

Bajestani, A., Shahabizadeh F., Vaziri S., & Kashani F. Effectiveness of integrative therapy on distress and psychosomatic symptoms in female patients with gastrointestinal dysfunction with type D personality. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences .No(2), 2022.

Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. American Association for the Advancement of Science, No(3). Washington, 1977.

Esyenck.H.J, Arnold. W, and Meili. R. Encyclopedia of Psychology. Fontona Collins, London No.2., 1972.

Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P., Grau-Alberola, E., & Ribeiro do Couto. The mediator role of feelings of guilt in the process of burnout and psychosomatic disorders: A cross-cultural study. Frontiers in Psychology, No(12), Lausanne, 2021.

Haider, S. M., Saleh, M. A. Q., Bawazir, A. A., Warren, M. A., Meyer, S., & Inocencio, S. Short reports: Exploring the role of optimism on psychosomatic disorders and life stressors among Yemeni medical students. Middle East Journal of Positive Psychology, No(7), Dubai, 2021.

Maymin, P. Z & Langer, E. J. Cognitive biases and mindfulness. Humanities and Social Sciences Communications, No (8). London, 2021