

الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

أ. د/ هناء أحمد شويخ^(٥)

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف دور كل من الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح)، وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض. وقد اشتملت أدوات الدراسة على: استمارة البيانات الأولية، ومقياس القلق العام (GAD-7)، ومقياس الكفاءة الذاتية العام (GSE)، ومقياس الرضا عن صورة الجسم، ومقياس تورنتو للأكسيثيميا للمراهقين والراشدين (TAS-20)، ومقياس التسامح لهارتلاند، ومقياس الحالة الصحية الجسمية، وقد تكونت العينة من (٦٢٥) هيئة التمريض في كلية التمريض بجامعة الفيوم، (١٣٠) ذكر، و(٤٩٥) أنثى، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين ١٩ . ٢٤ سنة، بمتوسط مقداره ٢٦.٢٦ سنة، وانحراف معياري يقدر بـ $٢.٧٥ \pm$ سنة. وجاءت نتائج الدراسة لتؤكد أن الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح (كمتغيرات مستقلة) تؤثر في الأكسيثيميا، والقلق (كمتغيرات وسيطة)، والتي بدورها تؤثر في أعراض الصحة الجسمية (كمتغير تابع).

المصطلحات الأساسية: الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن

صورة الجسم، والتسامح، والصحة الجسمية.

Alexithymia and anxiety as intermediate variables between (self-efficacy, satisfaction with body image, and forgiveness) and physical health symptoms among nursing staff

Prof. Hana Ahmed Shuwaikh (*)

Abstract:

This study aims to exploring the role of alexithymia and anxiety as intermediate variables between (self-efficacy, satisfaction with body image, and forgiveness) and physical health symptoms among nursing staff. In order to verify the hypotheses of study, a battery of questionnaires including the demographic questionnaire, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), General Self-efficacy Scale (GSE), Satisfaction with body image scale, Heartland Forgiveness Scale and Physical health symptoms scale have been used. The data were collected from a sample (n=625) (625) nursing staff working in the Faculty of Nursing at Fayoum University, (130) males and (495) females, there ages ranged from 19-24 years, with a mean of 21.26 (SD = 2.75). The results of the study confirmed that self-efficacy, satisfaction with body image, and forgiveness as independent variables affect alexithymia and anxiety as mediating variables, which in turn affect physical health symptoms as a dependent variable.

• Professor of Psychology, Faculty of Arts - Fayoum University..

Keywords: Alexithymia, Anxiety, Self-efficacy, Satisfaction with body image, Forgiveness, Physical health symptoms

مقدمة:

تعد الصحة العامة . من منظور منظمة الصحة العالمية . مفهومًا متعدد الأبعاد: فتحتوى على البعد الجسمي، والبعد النفسي، والبعد الاجتماعي. وأكد عديد من الدراسات أن الصحة الجسمية ترتبط بشكل جوهري مع الصحة النفسية، فهناك علاقة تبادلية بينهما، بمعنى أن الصحة الجسمية تؤثر على الصحة النفسية، والعكس صحيح (Hays & Stewart,1990). وأضاف "بانج" (Pang, 1998) أن تفسير الجوانب الجسمية من الموضوعات المعقدة، لتداخل الكثير من المتغيرات الشخصية والديموجرافية، منها التسامح، الاكتئاب، القلق، الانفعالات، المستوى الاقتصادي والاجتماعي...الخ، لذا تتبنى بعض الدراسات الطبية النفسية الحديثة النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي^(١) في تفسيرها للصحة الجسمية كمنظومة متعددة الأبعاد، ولم يعد تفسيرها يقتصر على النموذج البيولوجي^(٢) التقليدي، الذي يعزوها إلى عوامل بيولوجية فقط (Suls & Rothman, 2004). فكثير من الأعراض والشكاوى الجسمية تنتج عن عوامل نفسية، حيث يتحكم فيها الجهاز العصبي اللاإرادي، كما أنه من المعلوم وفقاً لمصادر الطب النفسي الحديث وعلم الأمراض النفسية وعلم النفس الإكلينيكي أن القلق والأرق والاكتئاب وانخفاض الثقة بالذات والتوتر قد تؤدي إلى شكوى الفرد من الصداع المستمر، وضغط الدم، وسقوط الشعر، وآلام العمود الفقري،

1 -Biopsychosocial Model

2 -Biological Model

وحب الشباب (Flahiff, 2005; Sperry, 2004). وقد رصد مركز البحوث النفسية بجامعة القاهرة عددًا من المشكلات والأعراض الجسمية التي تعاني منها فئة الشباب، وجاء الوهن العام، وضعف البصر، وآلام العمود الفقري، وسقوط الشعر، وآلام الأسنان، والأنفلونزا المستمرة على رأس قائمة هذه الأعراض (السيد، وآخرون، ١٩٩١).

وتعد مهنة التمريض من أنبل المهن الاجتماعية والإنسانية ذات المتطلبات الكثيرة والمهام المتعددة، وهذا ما يجعل من مهنة التمريض مصدرًا للضغوطات النفسية والمهنية والاجتماعية، ويزداد الأمر صعوبة خاصة عند العمل مع الحالات الحرجة (وهيبة ؛ مصطفى، ٢٠٢٠). فالممرضات دورًا مهمًا في الحفاظ على الصحة العامة (Smith & Ng, 2020). وبالرغم من دورهم الحيوي إلا أنهم أكثر عرضة للمعاناة من أعراض جسدية مثل خفقان القلب، والشعور بالامتلاء، وغازات في المعدة، ودوخة، وخمول، وإرهاق، وقلة النوم، وفقدان الشهية، والإحساس بالألم في أماكن متعددة بالجسم، وذلك عند العجز عن التعامل مع المشقة (Gandhi, Sangeetha, Ahmed & Chaturvedi, 2014). وأكد (Kawone, 2008) شيوع التعب كعرض جسدي بين ١٥٩٩ ممرضًا يابانيًا ممن يعملون في وحدات العناية المركزة (ICU). وبفحص (١٠٠٠) ممرضة تعمل في وحدات العناية المركزة في المراكز الصحية بصربيا، وجد أنهم يعانون من الصداع وآلام الظهر والإرهاق كأعراض جسدية (Milutinović, Golubović, Brkić, & Prokeš, 2013). وفي دراسة مسحية شملت ٣٠٩ ممرضة في المستشفيات الخاصة والعامة في كينيا وتنزانيا وأوغندا، وجدت أن ممرضات شرق إفريقيا أظهرن مستويات عالية من الشكاوى الجسدية، ويمكن تصنيف ما يقرب من ثلث العينة على أنها تعاني من الاحتراق النفسي (Doef, Mbazzi & Verhoeven, 2012). ووجد شيوع الشكاوي

الجسدية التالية بين هيئة التمريض، وهي التعب أو انخفاض الطاقة بنسبة ٤٣٪، وآلام الأطراف أو المفاصل بنسبة ٣٠٪، ومشكلات النوم بنسبة ٢٩٪، وآلام الظهر بنسبة ٢٨٪، والصداع بنسبة ١٨٪. (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). ووجدت دراسة (Humaida, 2012) أعراض جسدية مثل ارتفاع ضغط الدم والصداع والقرحة والتهاب الشعب الهوائية وآلام الظهر والأكزيما شائعة بين ٥٦ ممرضاً، تم الحصول عليهم بشكل عشوائي في مستشفى طبرجل بالسعودية.

ونظراً لتعرض المتخصصين في مجال التمريض لتجارب صادمة أكثر مما هو ملحوظ لدى عموم السكان، وذلك لطبيعة بيئة العمل، فإن تعرضهم لمعدلات الصدمات في بيئة العمل ينذر بالخطر بشكل خاص، وهذا ما دفع الباحثين إلى الكشف عن العديد من المتغيرات الديموجرافية، والمتعلقة بالعمل، والتجارب الصدمية التي يتعرض لها العاملين في مجال التمريض، وذلك لتقديم الدعم المناسب للتعافي من الصدمات وحدوث نمو ما بعد الصدمة (Okoli, Seng, Lykins & Higgins, 2021). وللسيطرة على إصابتهم بالأمراض النفسية والجسدية (Kang et al., 2020; Xiang et al., 2020).

وفي إحدى الدراسات وجد ارتباط دال إحصائياً بين الأعراض الجسدية والمتغيرات النفسية خاصة المشقة، والوحدة النفسية، وانخفاض جودة الحياة، وكون المريض أنثى، وأضافت أن تلك المتغيرات النفسية تساهم بنسبة ٣٦.١٪ في تفسير التباين في الأعراض الجسدية (Schaefert et al., 2013). وأضافت دراسة (Gandhi et al., 2014). من خلال فحص (١٢٨) العاملين بمجال التمريض. أن الشعور بالألم كعرض جسدي يرتبط إيجابياً مع المشقة المدركة، وسلبياً بالرضا عن المهنة. وتوصلت دراسة "جو" وآخرون (Gu, Tan, & Zhao, 2019) إلى أن الممرضات ذوات المستويات العالية من المشقة المهنية، وممن

يفشلون في التعامل مع هذه المشقة، هن أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، والقلق، وانخفاض نوعية النوم، والأعراض الجسدية. أظهرت نتائج دراسة "باتران" (Batan 2019) أن عبء العمل، ونقص الموارد والمساندة، والتعامل مع الحالات المتوفية هي من المصادر الرئيسية لضغوط العمل، وانعكس ذلك على معاناة الممرضات في المملكة العربية السعودية من الأعراض الجسدية التالية: آلام الظهر، والصداع، والإرهاق، وأضافت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مشقة العمل والمشكلات الصحية، وأوصت إلى ضرورة وضع خطة استراتيجية وبرامج تدخل للحد من أعراض الإجهاد بين الممرضات في المملكة العربية السعودية.

ويبين استعراض نتائج البحوث التي عنيت بالعاملين في مجال التمريض، أن أبرز الشكاوي النفسية التي بدت كنتائج سيكولوجية للمهنة هي القلق، والاكتئاب، والسلبية، والعزلة، وفقدان الأمل، وإلى جانب الآثار النفسية السابقة أكدت نتائج بعض الدراسات التأثير الجوهري لمهنة التمريض على الصحة الجسمية كما يشعر بها الفرد، وشيوع الشكاوي الطبية مثل التعب والأرق والصداع والعصبية بين العاملين في التمريض بصورة جوهريّة. لذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة أولية في استكشاف دور كل من الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح)، وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض.

وعليه تتشكل تساؤلات الدراسة:

- (١) ما هي أكثر الأعراض الجسدية شيوعاً بين هيئة التمريض؟
- (٢) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بهيئة التمريض في كل من الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية؟

- (٣) هل توجد علاقة ارتباطية بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح لدى هيئة التمريض؟
- (٤) ما مدى إسهام كل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح في التنبؤ بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض؟
- (٥) هل يعمل كل من الألكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة دوراً بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح)، وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض؟

الإطار النظري للدراسة:

[١] الألكسيثيميا:

إن الاستجابة الانفعالية وتنظيم الانفعال في الفرد يعتمد على ثلاثة نظم متداخلة، وهي النظام العصبي مشتملاً على الجهاز العصبي المستقل، ونشاط الغدد العصبية، والثاني هو النظام الحركي أي تعبيرات الوجه والتغيرات الصوتية، والثالث هو النظام المعرفي الخبراتي أي الوعي الذاتي والتقرير اللفظي للحالات الانفعالية. تتضمن عملية تنظيم الانفعالات تفاعلاً متبادلاً بين هذه النظم معاً، وذلك بالإضافة إلى عمليات التفاعل الاجتماعي للإنسان وغيرها من العوامل، ويعاني البعض من صعوبة في التعبير عما يحدث بداخلهم من مشاعر وهم مرضى الحالة المعروفة بـ (الألكسيثيميا) (من خلال: عبد القوي، ٢٠١٠). لذلك تُعد صعوبة التعرف على المشاعر (الألكسيثيميا) أحد المشكلات الحديثة نسبياً، والتي ترتبط بالكثير من المشكلات، المؤدية إلى صعوبة العلاقات الاجتماعية وتدني المودة والصدقة والتفاعل فهي تعرقل التوافق النفسي والجسدي والاجتماعي (عبلة دهمش، ٢٠١٧، ١٧).

ويعد "سيفنيوس" Sifneos أول من استخدم مصطلح الألكسيثيميا عام ١٩٧٣م، وكان المقصود بها حرفياً هو (عدم وجود كلمات تصف المشاعر)، وقد تم أخذها من اللغة اليونانية حيث تم تقسيمها إلى ثلاثة مقاطع: (A) تعني لا يوجد، و(Lexis) تعني كلمات، و(Thymia) تعني مشاعر، وقد أعدها اضطراباً في الأداء الانفعالي والمعرفي وضعف في القدرة على إيجاد كلمات لوصف المشاعر (Tahir et al., 2012)، وكان ذلك من خلال الملاحظات العيادية لمرضى الاضطرابات السيكوسوماتية الذين لم يتحسنوا نتيجة العلاج المبني على الاستبصار، والتحليل النفسي (Preece et al., 2017).

لا يعد مصطلح الألكسيثيميا تشخيصاً نفسياً مستقلاً مدرجاً في أي دليل تشخيصي للاضطرابات العقلية، ولكنه مصطلح يصف عدداً من الاضطرابات النفسية ذات الصلة، وقد أشارت التحليلات التصنيفية أنه يمكن تصور الألكسيثيميا على أنها بناءً بعدياً، وليس بناءً فئوياً، أي ينظر إليها على أنها سمة من السمات يتم توزيعها بشكل طبيعي بين أفراد المجتمع (In: McGillivray, 2015).

ومن الممكن وصف الألكسيثيميا بأنها سمة أو حالة، فالألكسيثيميا "كسمة" تعد صفة شخصية لا تتسم بالثبات المطلق وإنما بثبات معتدل فقط، ويفترض أنها تستمر مدى الحياة، وتنشأ نتيجة إما عوامل بيولوجية عصبية كأمراض الدماغ والعوامل الوراثية، أو نتيجة اضطراب في مهارات تنظيم الانفعالات، والتي عادةً ما تكون نتيجة خبرات صادمة في بداية مرحلة الشباب، أما الألكسيثيميا "كحالة" فيتم تفسيرها إما كرد فعل للتأقلم مع الضغوط وذلك كالأمرض الجسدية، أو مرتبطة بحدوث حالات أخرى على سبيل المثال: اضطراب استخدام المواد النفسية، والاكتئاب، واضطراب كرب ما بعد الصدمة،

وعادةً ما تستمر لفترة زمنية قصيرة وتختفي بعلاج الاضطراب أو بزوال سبب الضغوط (De-Bruin et al., 2019).

وقد تعددت التعريفات التي تم تقديمها من قبل الباحثين لمصطلح الألكسيثيميا، وذلك لتعدد وجهات نظرهم كالاتي:

عرفها البحيري (٢٠٠٩) بأنها "سمة وجدانية معرفية تتضح في وجود قصور في التعامل مع المشاعر والانفعالات، ويظهر ذلك في صعوبة التعرف على المشاعر الذاتية والتمييز بينها، وصعوبة في التواصل اللفظي الوجداني أي صعوبة في التعبير عن المشاعر والأحاسيس للآخرين، وذلك نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف المشاعر، مع عدم وجود أي اضطراب في الجهاز الصوتي أو ضعف في حاسة السمع، بالإضافة إلى محدودية التخيل المتعلق بالمشاعر مما يسبب انخفاض في مهارة التعامل مع الآخرين، ويصبح الفرد معرضاً للإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية" (ص ٨٢٥). وعرفتها داود (٢٠١٦) بأنها "سمة شخصية ذات خصائص وجدانية ومعرفية تتميز بصعوبة تحديد ووصف المشاعر والانفعالات لدى الشخص والآخرين مع نمط معرفي يتميز بتوجه خارجي" (ص ٤١٩). وتعرف بأنها "سمة شخصية تتضمن عجزاً في المعالجة المعرفية للانفعالات، وصعوبة في تحديد ماهيتها، والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية، بالإضافة إلى قصور في القدرة على التعبير عن تلك الانفعالات، وصعوبة في التعرف على انفعالات الآخرين والاستجابة لها بطريقة مناسبة مما يؤثر على جودة العلاقات البينشخصية، مع محدودية في الخيال وأحلام اليقظة، ونمط تفكير معرفي مقيد موجه خارجياً" (من خلال: بدر، ٢٠١٥، ص ٥-٦).

وتم الإشارة إليها "بأنها اضطراب وظيفي في الوظائف الوجدانية والمعرفية يتسم

بصعوبة وصف مشاعر الشخص أو عدم التعرف عليها مع محدودية في الحياة العاطفية (Tuminaro & Pallone, 2003,175).

وتعد الأكسيثيميا نمط من النقص في المعالجة المعرفية، وتنظيم الحالات الانفعالية المرتبطة بالمرضى النفسيين، وهي حالة متعددة الأوجه تتسم بصعوبة في التعرف على المشاعر والتمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية، وصعوبة في وصف المشاعر للآخرين، بالإضافة إلى محدودية وجهات النظر الانفعالية (In: Sangani & Jangi, 2019).

▪ مكونات الأكسيثيميا:

تتكون البلادة الوجدانية من ثلاثة مكونات رئيسية كما يلي:

١- صعوبة تحديد الأحاسيس^(١) :

وهي نقص كفاءة الفرد في تحديد أو التعرف على أحاسيسه، والغالب على هذه الأحاسيس - على المستوى الإدراكي - أنها أعراض جسدية عادةً ما يغيب عنها المعالجة المعرفية التي تعطي معنى لهذا الإحساس الذي تم خبرته عبر الجسد.

٢- صعوبة وصف الأحاسيس^(٢) :

وهي نقص كفاءة الفرد في التعبير اللغوي عن أحاسيسه، وذلك نتيجة هيمنة النشاط العصبي الفسيولوجي على الاستجابات بالانفصال عن النظام المعرفي والذي يتضمن المخططات "حيث يوجد بداخلها الترميز التخيلي" الذي تعطي الوصف والمسميات للأحاسيس.

٣- التفكير المتوجه نحو الخارج^(٣) :

1 -Difficulty Identifying Feelings

2 -Difficulty Describing Feelings

3 -Externally- Oriented thinking

وهو نقص الكفاءة التأملية لدى الفرد، وبالتالي يتوجه تفكيره للخارج لنقص كفاءته في تحديد ووصف أحاسيسه الخاصة (من خلال: الدواش، ٢٠١١).

▪ النظريات المفسرة للألكسيثيميا:

تعددت النظريات المفسرة للألكسيثيميا؛ وذلك لتعدد الاتجاهات والمدارس في علم النفس، لكن الجدير بالذكر أن معظم النظريات في تفسيرها لمنشأ الألكسيثيميا تطرقت إلى أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية، وعملية تكون الأعراض؛ وذلك للارتباط وثيق الصلة بالألكسيثيميا، وفيما يلي عرض لبعض هذه النظريات:

١- النموذج البيولوجي:

رأى "ماكلين" ١٩٤٩ أن الأفراد السيكوسوماتيين يجدون صعوبة عن التعبير عن المشاعر، وذلك بسبب النقص في الارتباطات بين النظام الطرفي وقشرة المخ، وقد أعد "فرايبرجر وسيفينوس" ١٩٧٦، و"نيمياه" ١٩٧٥ نظرية عصبية للخلل في تدفق المعلومات بين ما تحت المهاد ومراكز اللغة في القشرة المخية، وقد قدمت الدراسات التي أجراها "هوب وبوجن" ١٩٧٧ اللذان فحصا اثنتا عشرة حالة من نصفي المخ المنقسمين جراحياً، دليلاً تشريحياً ثابتاً عن أن النصف المخي الأيسر يكون لغوياً، تحليلياً، منطقياً، تتابعياً، واستدلالياً، بينما يكون النصف المخي الأيمن متخصص في الإدراك البصري والمكاني، والتركيبية، والجشطلتي.

إن المشاعر الذاتية ما هي إلا نتاج لنظام معالجة وجدانية أساسية، والذي يعمل منفصلاً عن الخبرة الشعورية، وحلقة الوصل في هذا النظام الخاص بانفعالات الخوف والغضب هو (اللوزة) والتي تعد جزء من اللحاء الأمامي وتقوم بتقدير الدلالة الانفعالية للمثيرات التي يواجهها الإنسان، مشتملة المثيرات من داخل العقل (التفكير - التخيل - والتذكر)، والمثيرات الخارجية والداخلية،

وتمثيل واحتواء العواطف بالكلمات والخيالات والتأمل تكون عن طريق ممرات اللوزة اللحائية، وأن الفشل في توصيل المعلومات الانفعالية من النصف الأيمن للمخ إلى النصف الأيسر يمكن أن ينتج عنه مرض فسيولوجي يصاحبه عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر (من خلال: محمد، ٢٠٠٦).

٢- النظرية السلوكية:

أشار أصحاب هذا الاتجاه إلى أن الأكسيثيميا تنشأ نتيجة لمجموعة من العادات الخاطئة التي يكتسبها الفرد، وذلك لتعرضه لبعض أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، وتعرضه إلى بعض الصدمات التي يسعي إلى عدم تذكرها، تجنباً للشعور المؤلم وعدم الارتياح؛ إذ إنها ترتبط بمثير يؤدي إلى هذه الاستجابة، وحدث تدعيم الارتباط بينهما كالتعرض للصدمات المؤلمة، كما في حالات اضطراب ما بعد الصدمة ورغبة في إزالة مشاعر الألم من حيز الشعور، مما يؤدي إلى شعوره بصعوبة في القدرة على تحديد ووصف هذه المشاعر (العاني، ٢٠١٧، ٥٨٨).

٣- النظرية الاجتماعية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الآباء الذين لديهم صعوبات في تنظيم مشاعرهم وانفعالاتهم، يكون لديهم صعوبة في تفسير انفعالات أطفالهم، حيث إن الأفراد الذين يعانون من الأكسيثيميا يفتقرون إلى الدعم الاجتماعي (سامية صابر، ٢٠١٢). حيث أن الخلل الانفعالي الأسري يرتبط بصعوبة التحديد، والتعرف على المشاعر لدى الفرد، وغياب القواعد داخل الأسرة يرتبط بزيادة التفكير الموجه خارجياً، ويرتبط النقص في الخيال بالنقص في مهارات حل المشكلات داخل الأسرة، فبيئة الأسرة المضطربة وظيفياً تؤثر على الفرد وتجعله عرضة للأكسيثيميا (Reddy,2009,10).

٤- نظرية الوعي الانفعالي:

ظهرت هذه النظرية على يد كلٍ من "لان وسكوارتس" ١٩٨٧، وقد استخدمت هذه النظرية نموذج التطور المعرفي لـ "بياجيه" في تفسير نمو وتطور الوعي الانفعالي. ويعتمد نمو الوعي الانفعالي على النمو المعرفي، حيث أن الفرد يحتاج اللغة لكي يستطيع أن يتعرف على مشاعره ويحددها ويعبر عنها، ولكي يحدث ذلك ينبغي أن يكون لديه حصيلة لغوية من الكلمات والمعاني تمكنه من التعبير عن مشاعره المختلفة، أما الأفراد ذوي الألكسيثيميا فيعانون من نقص في القدرات المعرفية التي تمكنهم من ترجمة الأحاسيس العصبية الفسيولوجية إلى كلمات، فهم ليسوا فقط يملكون القليل من الكلمات لوصف انفعالاتهم، بل أيضاً يأخذون وقتاً طويلاً للوصول إلى تلك الكلمات (من خلال: عبد النبي، ٢٠١٢).

٥- نظرية التحليل النفسي:

تم تقديم تفسيرات عديدة لمفهوم الألكسيثيميا اتفق البعض منها مع النموذج الذي كان منتشرًا في تفسير الظواهر في الخمسينيات من القرن الماضي، وهو نموذج الصراع الذي يفترض أن الألكسيثيميا تعد آلية دفاعية في مواجهة المشاعر السلبية المهددة للذات الناتجة عن خبرات قاسية صادمة، وقد ميزت "ماك دوجال" بين نوعين من الألكسيثيميا تبعًا للمنشأ. الأول أسمته بالألكسيثيميا، وأوضحت أن السمات المميزة لهذا النوع تتسم بالثبات النسبي، وأن له أساسًا تشريحيًا عصبيًا، والثاني أسمته "النفور"، وهو مصطلح يدل على أن الألكسيثيميا نفسية المنشأ. وفقًا لذلك التصور تعد الألكسيثيميا نفسية المنشأ آلية دفاعية ضد الأحداث الصادمة.

وبعض الباحثين ممن اعتنقوا نظرية التحليل النفسي في تفسير الألكسيثيميا، أكدوا على أهمية اختلال التفاعلات المبكرة بين الطفل الرضيع

والأم، أو القائمين على رعايته في نشأة الألكسيثيميا في مراحل تطويرية تالية. فقد اقترحت "ماك دوجال" أن الألكسيثيميا تعد خلافاً في تطور البناء النفسي الذي يتسم بعدم النضج، وقد وضعت افتراضها بناءً على حقيقة مفادها أن الرضيع يولد عاجزاً عن إدراك خبرته الانفعالية، وتنظيمها، والتعبير عنها، ومن ثم يتسم بدرجة مرتفعة من الألكسيثيميا وذلك نتيجة لعدم اكتمال عملية نضجه (من خلال: أنور ويونس، ٢٠١٤).

٦- النظرية النيوروبيولوجية:

تأسست على يد "سفينوس ونيمياه" ١٩٧٢، وقد أشارا إلى أن النصف الأيمن من المخ هو المسؤول عن وصف المشاعر، وإدراكها، والتعبير عنها بطريقة غير لفظية. وأرجع "سفينوس" ١٩٨٨ سبب حدوث الألكسيثيميا إلى انقطاع الألياف العصبية الترابطية بين نصفي المخ، وبالتالي انقطاع التدفق للمعلومات بين نصفي المخ، بالإضافة إلى ذلك قد أشار إلى أن أسباب حدوث التغيرات في السلوك الانفعالي يرجع إلى إصابة القشرة المخية الأمامية، وأن سلامتها يترتب عليها معالجة المعلومات الانفعالية بشكل صحيح، حيث أن سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تحدد سلامة الفرد من الألكسيثيميا (خميس، ٢٠١٤).

٧- النظرية المعرفية:

تؤكد النظرية المعرفية على وجود علاقة بين ما ن فكر فيه وما نشعر به، أو بعبارة أخرى: تحاول الإجابة على التساؤلين التاليين: هل تترتب المشاعر دائماً على التفكير؟ وهل يعتمد القلب دائماً على تقدير المخ لموقف الخبرة؟ لكن لا أحد ينكر أن انفعالاتنا تتأثر بتفكيرنا، وبالتالي فهل يمكن أن ننفعل بمعزل عن التفكير؟ والإجابة على هذا التساؤل تؤكد لنا أن الانفعالات والمشاعر

تعتمد على عاملين هما: الاستثارة الجسدية، والتصنيف المعرفي لمواقف الخبرة الانفعالية بمراكز المعالجة المعرفية بالمخ.

الجدير بالذكر أن أصحاب هذه النظرية يركزون على بعض العمليات المعرفية التي تشتمل مدركات الفرد، وتقييمه لعلاقاته الاجتماعية، حيث ذهب كل من "سكاتشر وجيروم" إلى أن العامل الرئيس في شعورنا بالانفعال هو تفسيرنا للموقف المثير للانفعال، وللاستجابات الحشوية والعضلية التي تحدث في أجسامنا، فما نشعر به من سرعة دقات القلب، وسرعة التنفس، وإفراز للعرق في ممارسة الرياضة لا يثير فينا انفعالاً، بينما نفس الاستجابات إذا حدثت في موقف يهدد حياتنا، فإننا نفسرها على أنها خوف، ومن هنا فإنه قد تثير فينا استجابات حشوية وعضلية معينة أنماطاً متنوعة من الانفعالات وفقاً لتفسيرنا للمواقف المتنوعة التي تحدث فيها، وبالتالي فالألكسيثيميا تبعاً لهذه النظرية هي حالة وجدانية تظهر قصور الفرد في إدراك وتفسير الموقف المثير للانفعال، فتحدث استجابة انفعالية مشوهة يعجز الفرد خلالها عن التمييز بين مشاعره، والاستجابات الفسيولوجية المصاحبة لموقف الانفعال، أو موقف الخبرة الانفعالية (الخولي وآخرون، ٢٠١٣).

[٢] القلق:

يُعد القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عموماً، وفي مجال الصحة النفسية خصوصاً، فالقلق حقيقةً من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي مهم في بناء الشخصية، وبالرغم من كونه خبرة غير سارة يمكن أن تؤدي إلى تصدع الشخصية، إلا أن وجوده بقدرٍ مناسب يعد ضرورة للتكامل النفسي، لأنه يخدم أغراضاً مهمة في حياة الإنسان وينبه الفرد للخطر قبل وقوعه (الدسوقي، ١٩٩٨). ويعرف القلق بأنه "عدم الاستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد، مما يسبب اضطراباً في سلوكه

ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية" (عبد الفتاح، ٢٠٠٤). وتشمل الأعراض الجسمية للقلق: الضعف العام، نقص الطاقة الحيوية، توتر العضلات، التعب، الصداع المستمر، العرق، ارتعاش الأصابع، شحوب الوجه، السرعة في نبضات القلب، الدوار، الغثيان، جفاف الفم والحلق، فقدان الشهية، اضطراب النوم، ارتفاع ضغط الدم، اضطراب في التنفس، ضيق الصدر، عسر الهضم وآلام المعدة. بينما تحتوي الأعراض النفسية للقلق: القلق العام على الصحة، العصبية، عدم الاستقرار، الخوف، توهم المرض، سوء التوافق، ضعف التركيز، شرود الذهن، الهم، الخوف من الموت (الأنصاري، ٢٠٠٣).

[٣] الكفاءة الذاتية:

يرى "باندورا" (Bandura, 1994, p.71) أن "الكفاءة الذاتية ليست سمة من سمات الشخصية، بل هي "مجموعة من الاعتقادات تدور حول قدرة الفرد على تنظيم وتنفيذ مجموعة من الأفعال والقيام بأداء السلوكيات والأدوار المطلوبة لتحقيق الأهداف المرجوة منه بنجاح في وقت محدد". ويعرفه بعض الباحثين بأنه "مدى ثقة الفرد بقدرته على التصرف بطريقة ما للوصول للهدف المرغوب فيه" (Murphy, Stein, Schlenger & Maibach, 2001). وتوصلت مجموعة أخرى إلى تعريفه بأنه "اقتناع الفرد بمدى فعاليته وكفاءته في مواجهة المواقف، خاصة المواقف التي تحتوي على المشقة والشدة غير المتوقعة" (Skevington, 1995, p.143). أما "بيكرز" وآخرون (Bekkers, Knippenberg, Borne & Berge-Henegouwen, 1996) فيشيروا إلى مفهوم الكفاءة الذاتية بأنه "التوقعات الذاتية المكونة حول قدرة الفرد على إنجاز مهام خاصة". ويعرفه "بدر" (٢٠٠٦) بأنه "إدراك الفرد أن لديه القدرة على إصدار سلوك معين لإحداث نتيجة مرغوب فيها".

وقد ميز "باندورا" بين بعدين للكفاءة الذاتية:

١- الكفاءة الذاتية المتوقعة، وهي شعور الفرد بقدرته أو عجزه عن القيام بسلوك ما أو إنجاز فعل ما، ويتضمن هذا الشعور درجة من الثقة والشعور بالقدرة على التحكم.

٢- ناتج الكفاءة الذاتية، وهي اعتقاد الفرد بأن السلوك الذي يقوم به سوف يوصله إلى النتائج التي يتمناها (Schwarzer & Renner, 2000).

▪ النظريات المفسرة للمفهوم:

ترجع بدايات ظهور مفهوم الكفاءة الذاتية إلى ثانيا النظرية الاجتماعية المعرفية، والتي ترى أن السلوك الإنساني لا يتشكل فقط من خلال العوامل البيئية الخارجية والربط بين المنبه والاستجابة، بل يتكون من خلال عوامل داخلية خاصة بالفرد، ففي عام ١٩٧٠ نبه "باندورا" إلى دور مفهوم الكفاءة الذاتية كعامل داخلي يشكل السلوك البشري، وطرح مقالة نظرية بعنوان: Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change، شرح فيها مصادر تكوين هذا الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، وكيفية تأثيره في تكوين سلوك الفرد (Pajares, 2002).

وتنحصر المصادر التي تشكل هذا الاعتقاد بالكفاءة في أربعة مصادر رئيسية، هي:

المصدر الأول: الخبرات السابقة، وهو المصدر الأكثر فعالية في تشكيل الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، وذلك لأنه مستمد من الخبرة السابقة للفرد، فالنجاحات السابقة تدعم الشعور بالكفاءة الذاتية، وعلى العكس في حالة الإخفاق المتكرر يتولد شعور منخفض للكفاءة الذاتية، وبعد تكوين هذا الاعتقاد المرتفع بالكفاءة الذاتية، يصعب تغييره حتى في ظل تعرض الفرد لأي حدث فشل عارض، وذلك لأن الأفراد ذوي الاعتقاد المرتفع بالكفاءة الذاتية ينظرون دائماً إلى العوامل الموقفية، أو الجهد غير الكافي، أو عدم دقة التخطيط، على أن

الأسباب هي التي وراء هذا الفشل العارض، وليس نتيجة قصور في قدراتهم الذاتية.

المصدر الثاني: الخبرة من خلال ملاحظة الآخرين، فملاحظة الآخرين مصدر رئيسي لتكوين الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، فرؤية أفراد ناجحين في مواقف مشابهة لما يمر به الفرد ذاته تدعم من اعتقاده بكفاءته الذاتية، وقدرته على السيطرة والتحكم في الأنشطة، وبالتالي يزداد جهده المبذول لمحاكاة ما يفعله الآخرون، في حين أن رؤية آخرين يفشلون في إنجاز مهمة مشابهة لما يقوم به الشخص، قد يضعف من اعتقاده بكفاءته الذاتية.

المصدر الثالث: الإقناع اللفظي، فالاعتقادات الخاصة بالكفاءة الذاتية تتأثر بالرسائل اللفظية الآتية من المحيطين بالفرد، فالتشجيع اللفظي يعمل على زيادة الشعور بالكفاءة الذاتية، وعلى النقيض من ذلك فإن النقد يوهن الشعور بالكفاءة الذاتية. وكلما كان التشجيع اللفظي متسقاً مع قدرات الفرد الفعلية، ساهم ذلك في تقوية الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، في حين أنه إذا قُدم هذا التشجيع اللفظي بشكل غير واقعي ولا يتلاءم مع قدرة الفرد الفعلية، أدى ذلك إلى الفشل في إنجاز المهمة، والشعور بعدم مصداقية هذا التشجيع.

المصدر الرابع: يعتمد هذا المصدر في تشكيل الاعتقاد على الحالات الجسمية والوجدانية التي يكون عليها الفرد، فعلى سبيل المثال، الشعور بالتعب والتوتر والألم يمثل مؤشراً للضعف الجسمي، والذي ينعكس على ضعف الشعور بالكفاءة الذاتية، وتساهم الحالة الوجدانية أيضاً بنفس قدر مساهمة الحالات الجسمية في تشكيل الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، فالشعور بالمزاج الإيجابي يحسن من كفاءة الفرد المدركة (Bandura, 1994; Evers, Brouwers, & Tomic, 2000; Mudde, Kok & Strecher, 1995).

وتعتمد الدراسة الراهنة على تعريف الكفاءة الذاتية بأنه "اعتقاد ذاتي لدى الفرد عن مدى قدرته على القيام بأداء السلوكيات والأدوار المطلوبة منه بنجاح في وقت معين، بالرغم من تعرضه لمجموعة من الصدمات الحياتية، ومن الممكن أن تتكشف هذه السلوكيات والأدوار المطلوبة في مجالات وسياقات حياتية مختلفة منها: مجال العمل، ومجال الأسرة، ومواجهة المرض والعلاج، ومجال العناية الشخصية".

[٤] الرضا عن صورة الجسم:

بدأ الاهتمام بالدراسة النظرية لمفهوم صورة الجسم منذ بداية القرن العشرين، وظهر في أعمال "سكيلدر" Schilder (١٩٣٥)، ومع بروز أهمية مفهوم صورة الجسم كمحدد للتوافق النفسي والاجتماعي للفرد في مجال علم النفس بصفة عامة، وعلم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، تعددت التعريفات النظرية والإجرائية المقترحة لهذا المفهوم، فقد عرف "تومبسون" Thompson (١٩٩٠) صورة الجسم بأنها "الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم، إلى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة"، وأضاف "روزين" Rosen وآخرون (١٩٩١) بأنها "صورة ذهنية . إيجابية أو سلبية . يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة"(من خلال: الدسوقي، ٢٠٠٦، ص ١٦)، ويشير "الشقير" (١٩٩٨) إلى مفهوم صورة الجسم بأنه "صورة ذهنية (عقلية) يكونها الفرد عن جسمه سواء مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم"، وأضاف أن هذا المفهوم يشتمل على المكونات التالية: (١) الجاذبية الجسمية، (٢) التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، (٣) التآزر بين شكل الوجه وباقي

أعضاء الجسم الخارجية والداخلية، (٤) المظهر الشخصي العام، (٥) التناسق بين الجسم والقدرة على الأداء لأعضاء الجسم المختلفة، (٦) التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير. وتعرف صورة الجسم بأنها "تصور الفرد عن جسده، ويعتمد تكوين هذا التصور على الإحساسات الداخلية والتغيرات العقلية، والخبرات العاطفية والتخيلات" (Gove, 1993, p. 520). وأشار "فاندين بوس" (Vandenbos, 2007, p.128) لصورة الجسم بأنها "صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسمه، وتشتمل هذه الصورة الخصائص الجسمية والوظيفية للجسم، واتجاهات الفرد نحو هذه الخصائص".

وقد ميز الباحثون بين نوعين لصورة الجسم: الأولى: تشمل صورة الجسم المدركة (مثال: تقدير حجم الجسم والتي يبدو فيها تباين المعايير المثالية للجسم)، والثاني: الاتجاه نحو صورة الجسم (مثال: الاتجاهات الوجدانية والمعرفية والسلوكية نحو مظهر وحجم الفرد) (Cash, 1990). كما أشار بعض الباحثين إلى وجود ثلاثة أبعاد يدور حولها مفهوم صورة الجسم، وهي: (١) الأساس الفسيولوجي وهو الإحساسات الصاعدة للمخ عن وضع الجسم وأجزائه، وشكله، والتناسق العضلي بين أجزائه. (٢) البناء الجنسي ويشتمل على موضوعات الاقتتان بالنفس، والجاذبية الجنسية، والاهتمام الجمالي بالجسم من خلال الملابس وأنماط الزينة الأخرى. (٣) الأساس الاجتماعي ويحتوى على الموضوعات الاجتماعية المرتبطة بالجسم مثل الخوف من الخجل، وصورة الجسم لدى الآخرين، والقصور في الحركات الجسمية في نظر الآخرين (Baxter, 1998; Rowe, 1996, pp.4-5).

وقد ميز "شونتز" Shontz (١٩٦٩) الإدراكات المرتبطة بالجسم إلى مكونين رئيسيين، هما: (١) المكون الإدراكي ويشتمل على المعلومات الخاصة بوضع الجسم، وحجمه، والتناسق بين أجزائه، وسُمى هذا المكون بالمخطط

الجسمي، (٢) المكون المعرفي . الوجداني، ويشتمل على العمليات المعرفية والمشاعر الوجدانية المترتبة على المكون الإدراكي للجسم، وسمى ذلك بصورة الجسم (Rowe, 1996, p.5). بينما توصل "الدسوقي" (٢٠٠٦) إلى وجود ثلاثة مكونات لمفهوم صورة الجسم، وهي: (١) المكون الإدراكي ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه، (٢) المكون الذاتي ويركز على عدد من الموضوعات مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم، (٣) المكون السلوكي ويعكس تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

وقد أكدت بعض الدراسات أن الرضا عن صورة الجسم يرتبط بطريقة أو بأخرى بالشعور بالسعادة والاطمئنان، فالفرد الذي يشعر بالجاذبية الجسمية راض عن صورته الجسمية، شخص سعيد يتمتع بقبول اجتماعي من قبل الآخرين، ناجح في علاقاته الاجتماعية (من خلال: كفاي ؛ النيال، ١٩٩٦).

على ضوء كل ما سبق من تعريفات يمكن بلورة التعريف الذي ستستند إليه الدراسة الراهنة للمفهوم فيما يأتي: أن الرضا عن صورة الجسم هو "درجة رضا الفرد عن صورة ذهنية يكونها عن الموضوعات المرتبطة بجسمه من حيث مظهره الخارجي مثل حجم وشكل الجسم، وشكل أعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وما قد يصاحب هذه الصورة الذهنية من مشاعر وانفعالات إيجابية أو سلبية"، ويشتمل هذا المفهوم المكونات التالية: (أ) تقييم المظهر العام، (ب) الجاذبية الجسمية، (ج) تقييم وزن الجسم (النحافة/السمنة)، (د) تقييم الصحة واللياقة الجسمية، (هـ) المثاليات والتوقعات، (و) الانفعالات السلبية، (ي) تقييم الطول (الغباشي، شويخ، ٢٠١١).

[٥] التسامح:

يرجع الاهتمام بدراسة التسامح إلى ارتباطه بالصحة النفسية والجسمية والروحية، حيث أثبتت الدراسات أن التسامح يُعد خطوة مهمة لاستعادة العلاقات المتصدعة والثقة والمتبادلة بين طرفي العلاقة نحو مزيد من التناغم، ويسهم في حل المشكلات القائمة، ويمنع من حدوث مشكلات مستقبلية، حيث أن التسامح يعزز ويدعم جودة العلاقات الاجتماعية المعقدة، التي لها أبعادها المعرفية والوجدانية والسلوكية والدينية (Norrish & Robinson, 2013).

ويُعرف التسامح بأنه "عملية متعمدة يتم بمقتضاها الانصراف الذهني عن الاستياء الذاتي من جراء ما ارتبك الفرد من أخطاء في حق الآخرين أو في حق ذاته، ومع الاعتراف بالخطأ، والتوقف عن النقد الذاتي اللاذع، وتخفيض الانفعالات والأفكار والسلوكيات السلبية تجاه الذات واستبدال الانفعالات والأفكار والسلوكيات الإيجابية بها" (أنور، صلاح، ٢٠١٠). ويعرف التسامح بأنه "عملية متعمدة تتضمن حدوث تحول من الاستجابة السلبية (الانتقام من المسيء) إلى الاستجابة الإيجابية، فالفرد المتسامح يحاول بشكل فعال أن يحول انفعالاته وأفكاره وسلوكياته تجاه المسيء إلى أخرى إيجابية، وذلك بغض النظر عن ردود فعل المسيء كالاعتذار عن سلوكه السابق أو ندمه (Green, Burnette & Davis, 2008).

ويشير إلي التسامح بأنه "عملية معرفية ووجدانية وسلوكية تحول أفكار الفرد ومشاعره وسلوكياته المتعلقة بفعل الإساءة من السلبية إلى الإيجابية (أحمد، مصطفى، محمد، ٢٠٢١).

وهناك ثلاث مكونات للتسامح هي المكون المعرفي (الأفكار الإيجابية)، والمكون الوجداني (المشاعر الإيجابية)، والمكون السلوكي (السلوكيات الإيجابية)، وكذلك هناك أنواع كثيرة للتسامح منها: التسامح المعرفي،

والوجداني، والزائف، الأحادي، والمتبادل، والمتسامح مع الذات، والتسامح مع الآخر، والتسامح مع المواقف (أنور، ٢٠١٥).

[٦] الصحة الجسمية:

يعد مفهوم الصحة من المفاهيم المعقدة في معناها، حيث يكون من الصعب وضع تعريف محدد له، فهو لم يعد يشير إلى وجود أو غياب المرض أو العجز الجسمي، وبالتالي تعرف الحالة الصحية الجسمية بأنها "حالة تحدد وضع الفرد على بُعد الصحة/المرض، وهو بُعد يمتد بين طرفين أحدهما يمثل الصحة الجسمية في أعلى درجاتها، والطرف الآخر يمثل المرض الجسمي في أعلى درجاته، وفيما بين الطرفين درجات من الصحة/المرض الجسمي. فكلما ازدادت المعاناة من الأعراض الجسمية الدالة على المرض، اقترب الشخص من قطب المرض، وكلما قلت خبرته بتلك الأعراض ابتعد عن قطب المرض وازداد اقترابه من قطب الصحة. ومن أمثلة الأعراض المرضية الجسمية: الأوجاع والآلام الجسمية، الصداع، آلام المفاصل، التعب والإجهاد، الدوخة، الغثيان، فقدان الشهية، صعوبة التنفس... الخ (الغباشي ؛ شويخ، ٢٠٠٨).

عندما نستعرض الإطار النظري للدراسات النفسية الطبية الحديثة في مجال علم نفس الصحة الإكلينيكي، يتجلى لنا بوضوح أن هناك نماذج عديدة لتفسير أسباب الصحة والمرض، ومن ضمن النماذج التي قُدمت في هذا الإطار النموذج الطبي الحيوي^(١) Biomedical Model، والنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي^(٢) Biopsychosocial Model، وفيما يلي عرض لهما:

1 -

2 -

(أ) **النموذج الطبي الحيوي:** ويعزو هذا النموذج في تفسيره للأمراض إلى عوامل بيولوجية فقط، حيث يرى أن حدوث الأمراض يعتمد على العمليات الجسمية غير الطبيعية Aberrant Somatic Processes، مثل عدم التوازن الكيميائي الحيوي، أو حدوث خلل فسيولوجي عصبي. كما يفترض أنه لا يوجد تأثير للعمليات النفسية والاجتماعية في حدوث المرض. ومن ثم عجز هذا النموذج عن تفسير لماذا يصاب بعض الأفراد بمرض معين دون الباقين؟، هذا السؤال دفع البعض إلى تصور أن هناك عوامل نفسية واجتماعية هي التي تؤثر بالإضافة على العوامل الحيوية في حدوث سواء المرض أو حتى الوقاية منه. ونتيجة لهذه الوجة من النظر ظهر النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

(ب) **النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي:** والذي اعتمد على نظرة أعمق لدور المتغيرات النفسية والاجتماعية في زيادة احتمالات الإصابة بالمرض، أو الشفاء منه، وهذا معناه أنه يتعامل مع المرض كمنظومة متعددة الأبعاد. أبعاد بيولوجية ونفسية واجتماعية، لذا تغلب هذا النموذج على العيوب الموجودة في النموذج الطبي الحيوي، حيث أكد على دور كل من العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية كمحددات مهمة للصحة والمرض؛ فكل من العمليات المرئية^(١) (كوجود المساندة الاجتماعية، الاكتئاب)، والعمليات غير المرئية^(٢) (كالاضطراب الذي يصيب الخلية، وعدم التوازن الكيميائي) يتفاعلان معاً لحدوث كل من الصحة والمرض(الغباشي، ٢٠٠٢؛ Suls & Rothman, 2004).

ومن ثم يتسم هذا النموذج بالتكامل للأسباب التالية:

1 -Macro-level Processes

2 -Micro-level Processes

(١) يمدنا بفهم متعمق للعلاقة بين الجسم والنفس، وأشكال التفاعل بينهما، فهو يؤكد على متغيرات الشخصية، وعلى الدور الذي تلعبه الانفعالات والعوامل النفسية في إحداث تغيرات بدنية وأمراض جسدية، وفي إعاقة الشفاء أو تأجيله مما يهدد توافق الفرد.

(٢) يأخذ في الاعتبار التفاعل والعلاقات المتبادلة بكل الوظائف الجسدية في سوائها أو مرضها، ومن ثم ضرورة تكامل العلاج الجسدي والنفسي لتحقيق علاج ناجح للأعراض المرضية التي تعد تعبيراً عن اضطراب جسدي ونفسي في إطار شخصية المريض ووحدها (مبروك، ٢٠٠٢).

ومن الواضح أن أهداف الدراسة الراهنة تقتضي البعد عن النموذج البيولوجي التقليدي، الذي يعزو المرض إلى عوامل بيولوجية فقط، وتقترب مما يُعرف بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في تفسيره للمرض.

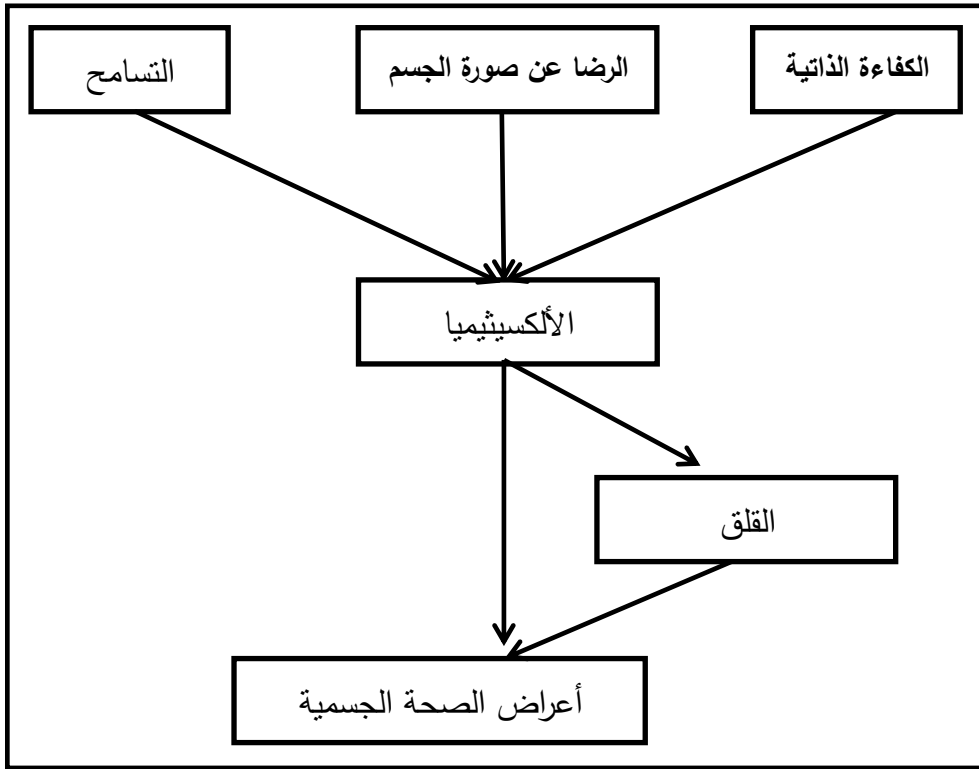
ثانياً: الأطر النظرية المفسرة لمفاهيم الدراسة:

تستمد الدراسة الراهنة الإطار النظري لها من شقين؛ الأول والخاص بالعلاقة بين متغيرات الدراسة (الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) من ناحية وأعراض الصحة الجسدية من ناحية أخرى، وهو يتسق مع النتائج السابقة المؤكدة أن الشكاوى الجسدية تنتج عن عوامل نفسية (Pang, 1998; Flahiff, 2005; Sperry, 2004. Gandhi et al., 2014; Kawone, 2008). أما الشق الثاني والمتعلق بالعلاقة بين متغيرات الدراسة والصحة الجسدية، وهو يتماشى مع بعض النماذج المفسرة لأسباب الصحة والمرض، ومن ضمن النماذج التي قُدمت في هذا الإطار النموذج الطبي الحيوي، والنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

ونتصور من الدراسات والأطر النظرية السابقة أن العلاقة بين متغيرات الدراسة يحكمها نموذج مقترح، يمثل فيه الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة

الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

الجسم، والتسامح (كمتغيرات مستقلة)، تؤثر في الأكسيثيميا، والقلق (كمتغيرات وسيطة)، والتي بدورها تؤثر في أعراض الصحة الجسمية (كمتغير تابع)، وستحاول الدراسة الراهنة التحقق من مدى صدق هذا النموذج في ضوء النتائج المستخلصة، وفيما يلي شكل النموذج المقترح:



شكل (١) نموذج مقترح لطبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة

فروض الدراسة:

- (١) يوجد تباين ملحوظ في نسب شيوع الأعراض الجسدية بين هيئة التمريض.
- (٢) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بهيئة التمريض في كل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية.
- (٣) توجد علاقة ارتباطية بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح لدى هيئة التمريض.
- (٤) يسهم كل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح في التنبؤ بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض.
- (٥) يعمل كل من الألكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة دوراً بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح)، وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض.

منهج وإجراءات الدراسة:

(أ) العينة:

تكونت عينة الدراسة من (٦٢٥) هيئة التمريض في كلية التمريض بجامعة الفيوم، (١٣٠) ذكر، و(٤٩٥) أنثى، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين ١٩ . ٢٤ سنة، بمتوسط مقداره ٢٦.٢١ سنة، وانحراف معياري يقدر بـ \pm ٢.٧٥ سنة.

(ب) أدوات الدراسة:

[١] استمارة البيانات الأولية: وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة: كالنوع، والعمر، ومستوى الاقتصادي، ووجود شكوى جسمية أو عدمه، وتقدير الحالة الصحية.

[٢] مقياس تورنتو للألكسيثيميا للمراهقين والراشدين Toronto

Alexithymia Scale (TAS-20) "تايلور" و"باجبي" و"باركر" (Taylor, Parker & Bagby, 1994)، وتعريب وتقنين (كفافي، الدواش، ٢٠١١):

يتكون المقياس من (٢٠) بنداً يقيس الألكسيثيميا، وقد صيغت البنود علي شكل عبارات إيجابية وأخرى سلبية، بواقع (١٥) عبارة إيجابية، و(٥) عبارات سلبية، ويصحح المقياس علي متصل من خمس نقاط تبدأ بالرفض القوي وتنتهي بالموافقة القوية وتمثل نقطة الوسط الحياد، ويعبر الحد الأعلى للدرجة (١٠٠) عن ارتفاع الألكسيثيميا بينما يعبر الحد الأدنى للدرجة (٢٠) عن انخفاض الألكسيثيميا، ويتألف مقياس تورنتو للألكسيثيميا من ثلاث مقاييس فرعية: (١) صعوبة وصف المشاعر: ويحتوي علي ٥ بنود هما: (٢، ٤، ١١، ١٢، ١٧)، (٢) صعوبة تحديد المشاعر: ويحتوي علي ٧ بنود هما: (١، ٣، ٦، ٧، ٩، ١٣، ١٤)، (٣) التفكير الموجه خارجياً: ويحتوي علي ٨ بنود هما: (٥، ٨، ١٠، ١٥، ١٦، ١٨، ١٩، ٢٠). وتم حساب صدق وثبات المقياس في بيئته الأجنبية كان معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ (٠.٨٦)، وكان معامل الصدق بطريقة الصدق العاملي (٠.٩٨)، وعن صدقه وثباته في البيئة العربية قام الباحثين بحساب معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق وبلغ المعامل (٠.٨٩)، وحساب معامل الصدق بطريقة الصدق البنائي وكانت النتائج دالة عند (٠.٠١) و عند (٠.٠٥)، وكذلك بطريقة الصدق التباعدي وبلغ معامل الارتباط (٠.٧٨)، وكان دالاً عند (٠.٠١).

[٣] مقياس القلق العام (Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

(Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006): يتكون من (٧) بنود تقيس أعراض القلق العام، ويتطلب المقياس أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة (بند) عليه، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق

العبارة (لا على الإطلاق - عدة أيام - أكثر من نصف الأيام - كل يوم تقريباً)، وتم التحقق من الكفاءة السيكومترية لهذا المقياس في العديد من العينات العربية، وجاء معامل ألفا كرونباخ ٠.٩١٨ (Sawaya et al., 2016).

[٤] مقياس الكفاءة الذاتية العام General Self-efficacy Scale

(GSE)_(Schwarzer & Jerusalem, 1995): ويتكون من (١٠) بنود مصممة لقياس المعتقدات الذاتية الإيجابية التي يستخدمها الفرد لمواجهة متطلبات الحياة المتنوعة. وتتراوح الإجابات لكل بند ما بين ١ إلى ٤، حيث تشير الدرجة العليا إلى اعتقاد مرتفع بالكفاءة الذاتية. وتتراوح معاملات ألفا كرونباخ في دراسات متعددة للمقياس ما بين ٠.٧٥ و ٠.٩٤، كما ارتبط المقياس بالمتغيرات الاجتماعية المعرفية (النية، وتنفيذ النوايا، والنتائج المتوقعة، والتنظيم الذاتي) إيجابياً بشكل دال، مما يؤكد صدق المقياس (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005).

[٥] مقياس الرضا عن صورة الجسم: من إعداد "كفافي" و"النيال"

(١٩٩٦)، ويتكون من (٣٨) بنود تصف مدى الرضا عن الهيئة الجسمية، وانتظمت هذه البنود في المحاور التالية: متعلقات الوزن، والجاذبية الجسمية، والتأزر العضلي، وتناسق أعضاء الجسم. أما عن تقدير الدرجة على المقياس فيتم بمنح البند الواحد درجة من خمسة بدائل هي: درجة واحدة (غير راضي وغير سعيد مطلقاً)، ودرجتان (غير راضي وغير سعيد إلى حد ما)، وثلاث درجات (لا ترضيني ولا تسعدني)، وأربع درجات (راضي وسعيد إلى حد ما)، وخمس درجات (راضي وسعيد جداً)، ويتم تقدير الدرجة الكلية على المقياس عن طريق جمع درجاته على البنود من خلال مقياس الشدة التدريجي (من ١- ٥ درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على الاستخبار ١٩٠ درجة (٥ x ٣٨ = ١٩٠)، ويشير ارتفاع الدرجة على المقياس إلى رضا الفرد وسعادته بهيئته

الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

الجسمية. وقد طبق الاختبار على عينة قطرية (ن=١٠٠)، وأخرى مصرية (ن=١١٠) من طلاب الجامعة، وقد تراوحت معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية على المقياس ما بين ٠.٢٢ و ٠.٧٤، كما حُسب الثبات بطريقة ألفا . كرونباخ، وجاء المعامل ٠.٨٩٧ عند العينة القطرية، و ٠.٨٩١ عند العينة المصرية.

[٦] مقياس التسامح لهارتلاند Heartland Forgiveness Scale إعداد

(Thompson, Snyder & Hoffman, 2005)، وترجمة (أحمد، مصطفى، محمد، ٢٠٢١): يتكون المقياس (١٨) بند، مقسمة على ثلاثة أبعاد فرعية، وهي: بُد التسامح مع الذات، ويقبس مدى قدرة الفرد على مسامحه ذاته، ويمثل في مقياس هارتلاند بالفقرات (١-٦)، ويُعد التسامح مع الآخرين: ويقبس مدى قدرة الفرد على مسامحة الآخر، ويمثل الفقرات (٧-١٢)، ويُعد التسامح مع المواقف، ويعكس قدرة الفرد على مسامحة الأحداث السلبية في حياته، وتمثل الفقرات (١٣-١٨)، حيث يتكون كل بُد من ٦ فقرات، ويتم الإجابة عليها من خلال مقياس ليكرت الخماسي، وهي كالتالي: صحيح دائماً (٥)، أحياناً صحيح (٤)، محايد (٣)، أحياناً غير صحيح (٢)، غير صحيح دائماً (١). وقد تحقق الباحثين من الكفاءة القياسية للمقياس من خلال ارتباطه بمحك خارجي وهو مقياس زينب الشقير، وجاء معامل الارتباط ٠.٦٢ دال عند مستوى ٠.٠١، وجاء معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ٠.٦، وتم حساب معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت معاملات الارتباط على التوالي: ٠.٥٣، ٠.٧٣، ٠.٧٢ دالة عند مستوى ٠.٠٠١.

[٧] مقياس الحالة الصحية الجسمية لـ "الغباشي" و"شويخ" (٢٠٠٨):

يتكون من ثلاثين بنداً مصاغة في شكل جمل تقريرية تعبر عن أعراض

مرضية جسدية من قبيل: الصداع، والأوجاع، والآلام الجسمية، والقىء، التعب والإجهاد، الأرق، فقدان الشهية، اصفرار الوجه، تتميل في الأطراف، الدوخة، صعوبة في التنفس... الخ، ويجيب الفرد على المقياس باختبار البديل الذي ينطبق عليه من بين أربعة بدائل كاستجابة على كل بند، أي طبقاً لمقياس التدرج السابق إيضاحه، وتمنح الاستجابة "يحصل كثير قوي" أربع درجات، و"يحصل كثير" ثلاث درجات، و"يحصل بس مش كثير" درجتان، و"مبحصلش" درجة واحدة، يتم جمع الدرجات من على البنود كلها لحساب الدرجة الكلية على المقياس، والتي يبلغ حدها الأقصى ١٢٠ درجة (٣٠ بند x ٤ درجات)، وطبقاً لهذا تصبح الدرجة المرتفعة على المقياس مؤشراً على ازدياد المعاناة من اضطرابات الحالة الصحية الجسمية، وتم التحقق من كفاءة القياسية للمقياس من خلال طرق الصدق التقاربي والتبايدي، والاتساق الداخلي، وجاءت معاملات الثبات بطريقتي ألفا والقسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان. براون ٠.٩٥، و ٠.٩٠ على التوالي.

الصلاحية القياسية للأدوات:

تم تقييم الصلاحية القياسية للأدوات باستخدام مجموعة مكونة من مائة مشارك (٥٠ ذكر، ٥٠ أنثى)، تراوحت أعمارهم بين ١٨-٢٣ سنة، بمتوسط عمري مقداره ٢١.٤٥ وانحراف معياري ١.٩٦ سنة.

أولاً: الصدق: تم إتباع الطريقتين الآتيتين لتقييم صدق الأدوات:

(١) **طريقة المجموعات المتضادة:** تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية لكل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية، حيث تمثل المجموعة الأولى أقل ٢٥٪ (الربيع الأدنى) من المشاركين، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى ٢٥٪ (الربيع الأعلى)، ثم

الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

بيان دلالة الفرق بين المجموعتين المتطرفتين، وأتضح قدرة المقاييس على التميز الجوهرى بين المجموعتين الطرفيتين، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على صدق الأدوات المعنية.

(٢) **طريقة تقدير الاتساق الداخلى:** من خلال حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة المُجمعة على كل مقاييس الدراسة، وجاءت جميع بنود مقاييس الدراسة مرتفعة الدلالة عند مستوي ٠.٠٠١، وتراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠.٧١ و ٠.٨٤، وبالتالي لم يتم حذف أي بند.

ثانياً: ثبات الأدوات

تراوحت معاملات الثبات لمقاييس الدراسة (الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية) المستخلصة من طريقتي ألفا كرونباخ والقسمه النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان . براون بين ٠.٨١ و ٠.٩٦، مما يشير إلى تمتع المقياسين بمؤشرات ثبات جيدة.

النتائج:

نتائج الفرض الأول: والخاصة بتحديد نسب شيوع كل عرض جسدي بين هيئة التمريض، وقد أظهرت النتائج وجود تباين ملحوظ في نسب شيوع هذه الأعراض الجسدية بين هيئة التمريض، ويوضح جدول (١) هذه النسب.

جدول (١)

نسب شيوع كل عرض جسدي بين هيئة التمريض مرتبة تنازلياً

م	الأعراض الجسدية	التكرار	النسبة
١	التعب والإجهاد باستمرار.	٥٨٤	٪٩٣.٤٤
٢	تركيزي ضعيف.	٥١٩	٪٨٣.٠٤
٣	نسيان أغلب الأشياء الآن.	٥١٥	٪٨٢.٤٠
٤	الأوجاع والآلام الجسمية.	٥٠٩	٪٨١.٤٤
٥	الصداع بشكل دائم.	٤٩٧	٪٧٩.٥٢
٦	التعب بعد ممارسة أبسط المهام.	٤٨٦	٪٧٧.٧٦
٧	تناقص طاقتي.	٤٧٥	٪٧٧.٦٠
٨	الآلام في المفاصل.	٤٦٩	٪٧٦.٨٠
٩	فرز كميات من العرق.	٤٦٣	٪٧٦.٦٤
١٠	آلام في المعدة.	٤٦٠	٪٧٦.٤٨
١١	دوخة بشكل مستمر.	٤٤٢	٪٧٥.٥٢
١٢	نزلات البرد بشكل دائم.	٣٣٧	٪٥٣.٩٠
١٣	تزداد سرعة ضربات القلب.	٣٢٣	٪٥١.٧٠
١٤	الآلام في عضلاتي حتى بدون ممارسة أي عمل.	٣١٧	٪٥٠.٧٠
١٥	كوابيس ليلية.	٢٩١	٪٤٦.٦٠
١٦	تنميل في أطراف.	٢٩٠	٪٤٦.٤٠
١٧	عسر هضم بشكل دائم.	٢٨٧	٪٤٥.٩٠
١٨	وجهي مصفر.	٢٧٧	٪٤٤.٣٠
١٩	صعوبة في التنفس.	٢٦٥	٪٤٢.٤٠
٢٠	تناول بعض الوصفات الطبية للتخلص من آلامي.	٢٥١	٪٤٠.٢٠
٢١	تذبذب في ضغط الدم.	٢٤٦	٪٣٩.٤٠
٢٢	تناول الفيتامينات والمقويات العامة في هذه الأيام.	٢٢٨	٪٣٦.٥٠
٢٣	الآلام حادة في الصدر.	٢١٨	٪٣٤.٩٠
٢٤	الشعور بالغثيان.	٢١٣	٪٣٤.١٠
٢٥	التردد بشكل شبه دائم على الأطباء خلال هذه الفترة.	٢١١	٪٣٣.٨٠

الألكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

٢٦	تشنجات عضلية.	٢٠٤	٣٢.٦٠%
٢٧	اضطراب في الدورة الدموية.	١٩٨	٣١.٧٠%
٢٨	ارتفاع في درجة حرارة جسمي.	١٥٣	٢٤.٤٨%
٢٩	القيء.	١٥١	٢٤.٢٠%
٣٠	تناول العقاقير المهدئة.	٩٦	١٥.٤٠%

يتضح من الجدول (١) تباين في نسب شيوع كل عرض جسدي بين هيئة التمريض، فقد جاءت كل من الأعراض الجسدية . التعب والإجهاد باستمرار، تركيزي ضعيف، نسيان أغلب الأشياء الآن، الأوجاع والآلام الجسمية، الصداع بشكل دائم، التعب بعد ممارسة أبسط المهام، تناقص طاقتي، الآلام في المفاصل، فرز كميات من العرق، آلام في المعدة، دوخة بشكل مستمر . أكثر شيوعاً بين هيئة التمريض، ويتضح هذا من خلال نسب تكرارها التي تراوحت ما بين ٧٥٪ إلى ٩٣٪ بين أفراد العينة، في حين ظهرت مجموعة أخرى من الأعراض الجسدية أقل شيوعاً بين هيئة التمريض، وهي: ارتفاع في درجة حرارة جسمي، القيء، تناول العقاقير المهدئة، وكانت نسب شيوعهم ما بين ١٥٪ إلى ٢٤٪، أما عن باقي الأعراض الجسدية فقد توزعت ما بين هاتين الفئتين؛ الأكثر والأقل شيوعاً.

نتائج الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بهيئة التمريض في كل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية: وتم استخدام اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطتين لمجموعتين مستقلتين.

جدول (٢)

دلالة قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث بهيئة التمريض في كل من القلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والألكسيثيميا، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية

م	البند	عينة الذكور (ن=١٣٠)		عينة الإناث (ن=٤٩٥)		قيمة "ت"	دلالة
		ع	م	ع	م		
١-	الألكسيثيميا	١٣.٣٩	٦٥.٨٩	١٢.١٣	٤.١٩-	٠.٠٠١	
٢-	القلق	٤.٨٣	١٤.٣٣	٤.٦٦	٣.٠٥-	٠.٠٠٢	
٣-	الكفاءة الذاتية	٥.٥٥	٢٨.٠٨	٥.١٦	٤.٢٠	٠.٠٠١	
٤-	الرضا عن صورة الجسم	١٧٦.١٩	٢٥.٩٨	١٧٤.٥٢	١٩.١١	٠.٨٢	غير دال
٥-	التسامح	٤٧.٨٥	١٢.٨٨	٥٧.٤٤	١٢.٦١	١.٥٦	غير دال
٦-	أعراض الصحة الجسمية	٤٥.٧٤	١٦.٨٢	٥٧.٦٣	١٨.٧١	٦.٥٨-	٠.٠٠١

يتضح من الجدول السابق (٢):

- ١- بالنسبة لمتغيرات الألكسيثيميا، والقلق وأعراض الصحة الجسمية: جاءت النتائج لتؤكد وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث بهيئة التمريض في المتغيرات عند مستوى ٠.٠٠١، حيث جاءت الإناث أكثر شعوراً في الألكسيثيميا والقلق، وانخفاضاً في أعراض الصحة الجسمية بالمقارنة بالذكور.
- ٢- أما عن متغير الكفاءة الذاتية: فقد جاء الذكور أكثر كفاءة ذاتية من الإناث.

الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

٣- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل من الرضا عن صورة الجسم، والتسامح.

نتائج الفرض الثالث: توجد علاقة ارتباطيه بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح لدى هيئة التمريض:

جدول (٣)

دلالة معاملات الارتباط بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح لدى هيئة التمريض

م	المتغيرات	أعراض الصحة الجسمية	الدلالة
١-	الأكسيثيميا	٠.٥٢	٠.٠٠١
٢-	القلق	٠.٥٢	٠.٠٠١
٣-	الكفاءة الذاتية	٠.١٨-	٠.٠٠١
٤-	الرضا عن صورة الجسم	٠.١٩-	٠.٠٠١
٥-	التسامح	٠.٠٤	غير دال

يتضح من الجدول (٣) ما يأتي:

١- فيما يتعلق بالعلاقة ما بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الأكسيثيميا، والقلق: فقد ارتبط أعراض الصحة الجسمية بكل هذه المتغيرات بشكل دال وإيجابي عند مستوى ٠.٠٠١، بمعنى أن ارتفاع أعراض الصحة الجسمية يلازمه ارتفاع كل من الأكسيثيميا والقلق، والعكس صحيح.

٢- أما عن أعراض الصحة الجسمية وكل من الكفاءة الذاتية والرضا عن صورة الجسم: ظهر ارتباط سلبي دال بين الكفاءة الذاتية والرضا عن

صورة الجسم عند مستوى ٠.٠٠٠١، بمعنى أن ارتفاع أعراض الصحة الجسمية يلزمه انخفاض كل من الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم والعكس صحيح.

٣- في حين لم توجد علاقة ارتباطية بين أعراض الصحة الجسمية والتسامح لدى هيئة التمريض.

ونستخلص مما سبق وجود تلازم إيجابي بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الألكسيثيميا والقلق، وتلازم سلبي مع كل من الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم.

نتائج الفرض الرابع: يسهم كل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح في التنبؤ بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض:

جدول (٤) نتائج معامل الانحدار المتغيرات المنبئة: الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح لدى هيئة التمريض

المتغير التابع: أعراض الصحة الجسمية

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	B	Beta	"ت"	الدلالة	نسبة الإسهام
الألكسيثيميا القلق الكفاءة الذاتية الرضا عن صورة الجسم التسامح الثابت ف	أعراض الصحة الجسمية	٠.٤٦	٠.٣١	٨.١١	٠.٠٠١	%٢٤
		١.٤٥	٠.٣٦	٩.٢٨	٠.٠٠١	%٣٥
		-٠.٠٧	-٠.٠٢	-٠.٥٩	غير دال	%٣
		-٠.٠٥	-٠.٠٦	١.٦٩	غير دال	%٤
		٠.١٧	٠.٠٢	٠.٧٤	غير دال	%٥
		-٣.١٠				
ف		٦٧.٠٨			٠.٠٠١	
نسبة الإسهام الكلي		%٥٩				

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بالجدول (٤) أن كل من الألكسيثيميا والقلق من المتغيرات التنبؤية بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة

الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

التمريض من المتغيرات الدالة عند مستوي ٠.٠٠١، في حين اختفت القدرة التنبؤية لكل الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جميعها (الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) فسرت ٥٩٪ من التباين في أعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض، كما ساهم متغير القلق بنسبة ٣٥٪، يليه متغير الأكسيثيميا الذي فسّر ٢٤٪، وأخيراً ظهرت باقي المتغيرات الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح فتراوحت ما بين ٣٪ و ٥٪.

نتائج الفرض الخامس: والخاصة بنتائج تحليل المسار الخاصة بالنموذج المقترح وهو يعمل كل من الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة دوراً بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح)، وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض:

يوضح الجدول التالي (٥) جودة مؤشرات حسن مطابقة النموذج . الذي يفترض أن الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح كمتغيرات مستقلة، تؤثر في الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة، والتي بدورها تؤثر في أعراض الصحة الجسمية كمتغير تابع . مع البيانات المستمدة من الدراسة، حيث جاءت جميع قيم مؤشرات المطابقة أقرب للواحد الصحيح.

جدول (٥)

مؤشرات حسن مطابقة النموذج

القيمة	مؤشرات حسن المطابقة
٠.٩٩	مؤشر حسن المطابقة GFI
٠.٩٨	مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI
٠.٩٨	مؤشر حسن المطابقة المعياري NFI

مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمها عند الوصف بالجزء السابق، وذلك بما يخدم التساؤلات الخمسة التي قامت عليها الدراسة، وذلك للوصول إلى نظرة إجمالية لنتائج الدراسة تساعدنا في وضع مجموعة من التوصيات.

المحور الأول: نتائج نسب شيوع ممارسة السلوكيات الخطرة بين طلاب

الجامعة:

فقد أشارت النتائج الراهنة إلى صحة الفرض الأول القائل بأن هناك تباين بين نسب شيوع كل عرض جسدي بين هيئة التمريض، حيث أظهرت النتائج وجود تباين ملحوظ في نسب شيوع كل عرض جسدي بين هيئة التمريض، فقد جاءت بعض الأعراض الجسدية أكثر شيوعاً بنسب تتراوح ما بين ٧٥٪ إلى ٩٣٪ بين هيئة التمريض، وتتمثل هذه الأعراض في: التعب والإجهاد باستمرار، تركيزي ضعيف، نسيان أغلب الأشياء الآن، الأوجاع والآلام الجسمية، الصداع بشكل دائم، التعب بعد ممارسة أبسط المهام، تناقص طاقتي، الآلام في المفاصل، فرز كميات من العرق، آلام في المعدة، دوخة بشكل مستمر، في حين جاءت بعض الأعراض الجسدية أقل شيوعاً بين هيئة التمريض بنسب تتراوح ما بين ١٥٪ إلى ٢٤٪، وهي: ارتفاع في درجة حرارة جسمي، القيء، تناول العقاقير المهدئة. وهذه النسب في مجملها تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي وجدت شيوع أعراض جسدية مثل خفقان القلب، والشعور بالامتلاء، وغازات في المعدة، ودوخة، وخمول، وإرهاق، وقلة النوم، وفقدان الشهية، والإحساس بالألم في أماكن متعددة بالجسم لدى هيئة التمريض (Gandhi et al., 2014)، وأكد (Kawone, 2008) شيوع التعب

كعرض جسدي بين هيئة التمريض في وحدات العناية المركزة (ICU). كذلك وجد أنهم يعانون من الصداع وآلام الظهر والإرهاق كأعراض جسدية (Milutinović et al., 2013). ووجد شيوع الشكاوي الجسدية التالية بين هيئة التمريض، وهي التعب أو انخفاض الطاقة بنسبة ٤٣٪، وآلام الأطراف أو المفاصل بنسبة ٣٠٪، ومشكلات النوم بنسبة ٢٩٪، وآلام الظهر بنسبة ٢٨٪، والصداع بنسبة ١٨٪ (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). وجدت دراسة (Humaida, 2012) شيوع أعراض جسدية مثل ارتفاع ضغط الدم والصداع والقرحة والتهاب الشعب الهوائية وآلام الظهر والأكزيما.

ومن ثم نستخلص أن هناك تأييد من كافة الدراسات التي أجريت سواء في بيئات أجنبية أو عربية أن هيئة التمريض يشيع فيما بينهم العديد من الشكاوي الجسدية، مما ينعكس على تقدير حالتهم الصحية.

المحور الثاني: الفروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بهيئة

التمريض في كل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة

الجسم، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية:

فيما يتصل بالإجابة عن سؤال الدراسة الثاني، فقد أجابت النتائج الراهنة عنه، وأشارت إلى صحة الفرض الثاني . بشكل جزئي . القائل بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بهيئة التمريض في كل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح، وأعراض الصحة الجسمية. حيث تشير النتائج المستخلصة . في مجملها . إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بهيئة التمريض في متغيرات القلق، والألكسيثيميا، وأعراض الصحة الجسمية عند مستوى ٠.٠٠١، فقد جاءت الإناث أكثر شعورًا بكل من الألكسيثيميا والقلق، ومعاناة من مشقة أعراض الصحة الجسمية من الذكور، أما عن متغير الكفاءة الذاتية، فقد جاء

الذكور أكثر كفاءة ذاتية من الإناث في مجال التمريض. في حين اختلفت الفروق بينهما في كل من الرضا عن صورة الجسم، والتسامح. وهذه النتائج بهذا الشكل تتفق مع ما توصلت إليه دراسات متعددة، منها على سبيل المثال دراسة "فلان" وأوبستاد" (Fallan & Opstad, 2016) التي وجدت أن الإناث أقل شعورًا بالكفاءة الذاتية من الذكور. وأكد ذلك "كانج" و"كيم" (Kang & Kim, 2020) حين وجد فروق بين طلاب وطالبات التمريض في الكفاءة الذاتية بشكل عام، في حين اختلفت الفروق في الكفاءة المهنية.

المحور الثالث: توجد علاقة ارتباطية بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الألكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح لدى هيئة التمريض:

حيث تشير النتائج المستخلصة . في مجملها . إلى وجود تلازم إيجابي بين أعراض الصحة الجسمية وكل من الألكسيثيميا والقلق من ناحية، وتلازم سلبي مع كل من الكفاءة الذاتية والرضا عن صورة الجسم من ناحية أخرى. بمعنى أن ارتفاع كل من الألكسيثيميا والقلق، وانخفاض كل من الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم تصاحب المعاناة من مشقة أعراض الصحة الجسمية، أما عن التسامح فقد اختلفت العلاقة بين وبين أعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض.

وهذه النتائج بهذا الشكل تتفق مع ما توصلت إليه دراسات متعددة، ومجملها أن الألكسيثيميا والقلق يتلازمان مع المعاناة من الأعراض الجسمية، وتدهور الحالة الصحية (Lumley, Stettner & Wehmer, 1996; Shahidi, Molaie & Dehghani, 2012; Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro, & Kaszniak, 2000; Noyes, Happle & Yagla, 1999). كما أضافت أن الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم من المتغيرات المرتبطة بالصحة

الأكسيثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

(Dadipoor, Alavi, Ghaffari & Safari-Moradabadi, 2021; Faghri, الجسمية
.Simon , Medina, & Gorin, 2016)

المحور الرابع: نتائج إسهام كل من الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح في التنبؤ بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض:

تدعم النتائج الراهنة صحة الفرض الرابع، حيث أوضحت نتائج تحليل الانحدار أن الأكسيثيميا، والقلق من المتغيرات التنبؤية بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض عند مستوي دلالة جوهري، في حين اختفت القدرة التنبؤية لكل من الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح بأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جَمِيعُها (الأكسيثيميا، والقلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) فسرت ٥٩٪ من التباين في أعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض، كما ساهم متغير القلق بنسبة ٣٥٪، يليه متغير الأكسيثيميا الذي فسّر ٢٤٪، وأخيراً ظهرت باقي المتغيرات الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح فتراوحت ما بين ٣٪ و٥٪. وهذه النتيجة تتسق مع ما استخلصته الدراسات الطولية من أن القلق والأكسيثيميا من المتغيرات ذات التأثير السلبي التنبؤي للمرض الجسدي (Shahidi, Molaie & Dehghani, 2012).

المحور الخامس: نتائج تحليل المسار للنموذج المقترح الذي يفترض أن الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح (كمتغيرات مستقلة)، تؤثر في الأكسيثيميا، والقلق (كمتغيرات وسيطة)، والتي بدورها تؤثر في أعراض الصحة الجسمية (كمتغير تابع): حيث أيدت النتائج جودة مؤشرات حسن مطابقة النموذج المقترح مع البيانات المستمدة من الدراسة.

وتستخلص هذه النتيجة أن متغيرات الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح تؤثر بشكل مباشر ومستقل في كل من الألكسيثيميا، والقلق، والتي مع ارتفاعها ينعكس ذلك سلبياً على الحالة الصحية الجسمية لدى هيئة التمريض، أي أن انخفاض كل من الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح يجعل العاملين في مجال هيئة التمريض أكثر قلقاً وشعوراً بالألكسيثيميا، التي بدورها يزيدان من الاستثارة الفسيولوجية، مما يسبب اضطراباً في حالتهم الجسمية، وتدعم هذه النتيجة من قبل تطور النموذج التكاملية للشخص في الموقف^(١) في حصر خمس فئات من المتغيرات التي تساهم في تشكيل اضطرابات الصدمة وهي: الشخصية، التنظيم الانفعالي، التوافق، الآليات الدفاعية للأنا، العوامل الوقائية ومصادر المواجهة (Agaibi & Wilson, 2005). وتتسق نتائج الدراسة الراهنة مع الإطار النظري للدراسات النفسية الطبية، والتي تفسر الصحة والمرض في ضوء النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، وهذا معناه أن تلك الدراسات الحديثة تتعامل مع الصحة الجسمية (نموذجاً للصحة) كمنظومة متعددة الأبعاد: أبعاد طبية ونفسية واجتماعية، وتبتعد تماماً عن النموذج الطبي الحيوي الذي يعتمد على العوامل الطبية فقط كمحددات رئيسة في فهم الصحة والمرض (Witlich, 2005).

خاتمة البحث:

(١) انتهت الدراسة الراهنة إلى أن مساهمة العديد من المتغيرات في تشكيل الصحة الجسمية، وقد أمكن معرفة بعضها في ضوء الدراسة الراهنة. مثل القلق، والكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والألكسيثيميا، والتسامح

(١) An integrative Person × Situation model

الأكسثيميا، والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض

لدى هيئة التمريض، ولكن هناك متغيرات أخرى يجب تركيز البحوث الحديثة على اكتشافها.

(٢) ضرورة توفر إطار نظري مفسر لأعراض الصحة الجسمية يأخذ في اعتباره العوامل النفسية المرتبطة بهه في بيئة التمريض.

(٣) من المهم عمل دورات تدريبية للعاملين في التمريض المستهدفين للأعراض الجسمية المنخفضة، لمساعدتهم في فهم الاحتياجات والمتطلبات النفسية، وكيفية الاستعانة بها في مواجهة الأعراض الجسمية والنفسية الخاصة بهم.

المراجع

إبراهيم، على إبراهيم ؛ النيال، مایسة (١٩٩٤). صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية "دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر". دراسات نفسية، ٤(١)، ٤٠-٤١.

أحمد، محمد ؛ مصطفى، رنیا ؛ محمد، صفاء (٢٠٢١). نموذج بنائي للعلاقة بين كل من التواضع الفكري والتسامح والعمر لدى المعلمين بأسبوط. مجلة دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، كلية التربية، جامعة أسبوط، ٤(٣)، ٤٠-٥٨.

الأنصاري، بدر (٢٠٠٣). الفروق بين طلبة وطالبات جامعة الكويت في القلق والاكتئاب. المؤتمر السنوي العاشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

البحيري، محمد رزق (٢٠٠٩). إسهام بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالألكسيثيميا لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات القراءة الموهوبين نفسياً. دراسات نفسية، ١٩(٤)، ٨١٥-٨٨٣.

الخولي، هشام عبد الرحمن، وعراقي، الزهراء مهني، ومحمد، محمد شعبان أحمد. (٢٠١٣). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالألكسيثيميا لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، ٤١(٤)، ج ٢، ١١٥-١٧٢.

الدسوقي، مجدي (١٩٩٨). مقياس مظاهر القلق لدى المراهقين. القاهرة: الأنجلو المصرية.

الدسوقي، مجدي (٢٠٠٦). اضطراب صورة الجسم: الأسباب . التشخيص . الوقاية . العلاج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

الدواش، فؤاد محمد (٢٠١١). الألكسيثيميا (البلادة الوجدانية) كمؤشر تنبؤي بالأعراض المرضية لدى المراهقين والراشدين. **المجلة المصرية لعلوم المراهقين، (٤)، ١- ٢٩.**

السيد، عبد الحليم وآخرون (١٩٩١). **المشكلات النفسية والاجتماعية لطلاب جامعة القاهرة. جامعة القاهرة: منشورات مركز البحوث النفسية.**
العاني، انتصار كمال (٢٠١٧). **قصور التعبير عن المشاعر وعلاقته بالذكاء الوجداني لدى تلامذة الصف السادس الابتدائي. جامعة بغداد. مجلة كلية التربية للبنات، (٢)، ٥٨٣-٦٠٤.**

الغباشي، سهير فهيم (٢٠٠٢). **اتجاهات حديثة في علم نفس الصحة. المجلة الاجتماعية القومية، القاهرة: مركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٣٩ (٣)، ١٠٩-١٤٤.**

الغباشي، سهير؛ شويخ، هناء (٢٠٠٨). **البطالة بين الشباب ومخاطر الصحة النفسية والجسمية المرتبطة بها. دراسات عربية في علم الذات، ٧ (٤)، ٨٣٥-٨٧٩.**

أنور، أميمة، ويونس، فيصل عبد القادر (٢٠١٤). **الألكسيثيميا: نظرة في المفهوم وإرهاصاته وتطورات النظرية. المجلة الاجتماعية القومية، ٥١ (٢)، ١٧- ٥٤.**

أنور، عبير؛ صلاح، فاتن (٢٠١٠). **دور التسامح والتفاؤل في التنبؤ بنوعية الحياة لدي عينة من الطلاب الجامعيين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، ٣٩ (٣)، ٤٩١- ٥٧١.**

أنور، عبير (٢٠١٥). **التسامح النظرية والبحث والممارسة. تحرير ميشيل امكلو (مترجم)، المركز القومي للترجمة.**

بدر، أحمد سمير أحمد (٢٠١٥). فاعلية برنامج كورت لتخفيف الألكسيثيميا لدى عينة من الأطفال ذوى صعوبات القراءة. *مجلة البحث العلمي في التربية*، ١٦، ج ٢، ١-٣٢.

بدر، فائقة (٢٠٠٦). كفاءة الذات المدركة وعلاقتها بالقدرة الكتابية والتحصيل الدراسي لدى ذوات صعوبات التعلم من طالبات المرحلة المتوسطة. *دراسات نفسية*، ١٦ (٣)، ٣٩٥-٤٣٤.

خميس، إيمان أحمد (٢٠١٤). إسهام بعض المتغيرات في التنبؤ بالألكسيثيميا لدى معلمات رياض الأطفال. *مجلة الطفولة والتربية*، ٦ (٢٠)، ٢٥٩-٣٤٩.

داود، نسيمة علي (٢٠١٦). العلاقة بين الألكسيثيميا (Alexithymia) وأنماط التنشئة الوالدية والوضع الاقتصادي الاجتماعي وحجم الأسرة والجنس. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ١٢ (٤)، ٤١٥-٤٣٤.

دهمش، عبلة (٢٠١٧). مستوى صعوبة التعرف على المشاعر (الألكسيثيميا) دراسة وصفية مقارنة بين المراهقين العدوانيين وغير العدوانيين. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد بوضياف المسيلة.

شقيير، زينب (١٩٩٨). مقياس صورة الجسم. القاهرة: النهضة المصرية. عبد الفتاح، نيرة (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

عبد القوي، سامي (٢٠١٠). علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم (ط.٢). مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد النبي، سامية محمد صابر محمد (٢٠١٢). الألكسيثيميا وعلاقتها بنوعية (جودة) النوم لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. دراسات نفسية،

٢٢(٢)، ٢٦٩-٣٠٢.

كفافي، علاء الدين ؛ الدواش، فؤاد (٢٠١١). مقياس تورنتو للألكسيثيميا. القاهرة: الأنجلو المصرية.

كفافي، علاء الدين ؛ النيال، مایسة (١٩٩٦). صورة الجسم وبعض التغيرات لدى عينات من المراهقات "دراسة ارتقائية ارتباطيه عبر ثقافية". مجلة علم النفس، ١٠، ٦-٤٣.

مبروك، عزة (٢٠٠٢). مؤشرات التنبؤ بالتقييم الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين. دراسات نفسية، ١٢(٣)، ٣٩٧-٤١٥.

محمد، صلاح الدين عراقي (٢٠٠٦). دراسة العلاقة بين عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) والتعلق الوالدي لدى الراشدين. مجلة كلية التربية، (٥٤)، ١٩٣-٢٤٤.

وهيبة، عيشاوي ؛ مصطفى، عوفي (٢٠٢٠). مصادر الضغوط المهنية لدى فئة الممرضات وكيفية الحد منها. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ١٢(٧)، ١٤٣-١٥٦.

Agaibi, C., & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 6(3), 195-216.

Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V.S. Ramachaudran, (Ed.), *Encyclopaedia of Human Behaviour* (pp.71-81), New York: Academic Press.

Batran, A. (2019) Work Related Stress among Saudi Nurses Working in Intensive Care Units. *Open Journal of Nursing*, 9, 1143-1152.

Baxter, N., (1998). *The Body Image after Breast Cancer Questionnaire: The Design and Testing of a Disease Specific Measure*. Ph.D., Department of Medical Science, University of Toronto.

- Bekkers, M., Knippenberg, V., Borne, H., & Berge-Henegouwen, G. (1996). Prospective Evaluation of Psychological Adaptation to Stoma Surgery: The Role of Self-Efficacy. *Psychosomatic Medicine*, 57(2), 183-191.
- Cañadas-De la Fuente, G., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G., & De la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*, 52(1), 240-249.
- Cash, T. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 51-79). New York: Guilford Press.
- Dadipoor, S., Alavi, A., Ghaffari, M., & Safari-Moradabadi, A. (2021). Association between self-efficacy and general health: a cross-sectional study of the nursing population. *BMC Nurs*, 21, 20(1), 49.
- De-Bruin, P., De-Haan, H. & Kok, T. (2019). The prediction of alexithymia as a state or trait characteristic in patients with substance use disorders and PTSD. *Psychiatry Research*, 282(112634), 1-6.
- Doef, M., Mbazzi, F. & Verhoeven, C. (2012). Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. *NURSE HEALTH AND WELL-BEING*, 21(11), 1763-1775.
- Evers, W., Brouwers, A., & Tomic, W. (2002). Burnout and Self-efficacy: A Study on Teachers Beliefs When Implementing an Innovative Educational System in the Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72,227-243.
- Faghri, P., Simon, J., [Medina, H.](#), & [Gorin, L.](#) (2016). Effects of Self-efficacy on Health Behavior and Body Weight. [*Journal of Obesity & Weight loss Therapy*](#), 6(25), 121-124.
- Fallan, L., & Opstad, L. (2016). Student self-efficacy and gender personality interactions. *International Journal of Higher Education*, 5(3), 32-44.
- Flahiff, J. (2005). Healing adult acne: your guide to clear skin & self-confidence. *Library Journal*, 130(15), 20-25.
- Gandhi, S., Sangeetha, G., Ahmed, N., & Chaturvedi, S. (2014). Somatic symptoms, perceived stress and perceived job

- satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 77-81.
- Gove, P. (1993). *Webster's Third New International Dictionary of the English Language Unabridged*. Massachusetts: Merriam-Webster.
- Green, J., Burnette, J., & Davis, J. (2008). Third –party forgiveness : (Not) forgiving your close others betrayer. *Society for Personality and Social Psychology*, 34(3), 407-418.
- Gu, B., Tan, Q. & Zhao, S. (2019). The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Medicine*, 98(22), 15896-15899.
- Hays, R., & Stewart, A., (1990). The Structure of Self – Reported Health in Chronic Disease Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2 (1), 22-30.
- Humaida, I. (2012). Relationship between Stress and Psychosomatic Complaints among Nurses in Tabarjal Hospital. *Open Journal of Medical Psychology*, 1(3), 15-19.
- Inkeles, P. M. (1995). *The role of alexithymia in substance abuse and substance abuse relapse*. [Doctoral Dissertation, Faculty of the Miami Institute of Psychology of the Caribbean center for advanced studies]. ProQuest dissertations and theses database. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/role-alexithymia-substance-abuse-relapse/docview/304273953/se-2?accountid=178282>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B.X., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 7, 14-17.
- Kang, S. & Kim, H. (2020). Gender Differences in Factors Influencing Self-Efficacy toward Pregnancy Planning among College Students in Korea. *Int J Environ Res Public Health*, 17(10), 3735.
- Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *J Occup Health*, 50(1), 79-85.

- Lane, R., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. & Kaszniak, A. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosom Med*, 62, 492-501.
- Lumley, M., Stettner, L. & Wehmer, L. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(60), 505-518.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 139, 439-457.
- McGillivray, L. (2015). *Alexithymia in a psychiatric population: Stability and relationship with therapeutic outcome*. [Doctoral Dissertation, Edith Cowan University]. Edith Cowan University Research Online. <https://ro.ecu.edu.au/theses/1668>
- Milutinović, D., Golubović, B., Brkić, N., & Prokeš, B. (2013). Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. *Arh Hig Rada Toksikol*, 63(2), 171-180.
- Mudde, A., Kok, G., & Strecher, V. (1995). Self-Efficacy as a Predictor for the Cessation of Smoking: Methodological Issues and Implications for Smoking Cessation Programs. *Psychology and Health*, 10, 353-367.
- Murphy, D., Stein, J., Schlenger, W. & Maibach, E. (2001). Conceptualizing the Multidimensional Nature of Self-Efficacy: Assessment of Situational Context and Level of Behavioral Challenge to Maintain Safer Sex. *Health Psychology*, 20(4), 281-290.
- Norrish, J. & Robinson, J. (2013). An applied framework for positive education. *International Journal of Well-being*, 3(2), 147-161.
- Noyes, R., Happle R. & Yagla, S. (1999). Correlates of Hypochondriasis in a Nonclinical Population. *Psychosomatics*, 40 (6), 461-469.
- Okoli, C., Seng, S., Lykins, A., Higgins, J. T. (2021). Correlates of post-traumatic growth among nursing professionals: A cross-sectional analysis. *J Nurs Manag*. Mar; 29(2):307-316.
- Pajares, F. (2002). *Overview of Social Cognitive Theory and of Self - Efficacy*. Available on: <http://www.emory.edu/ EDUCATION/ mfp/eff.html>.
- Pang, K. (1998). Symptoms of depression in elderly Korean immigrants. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 22(10), 93-122.

- Pirlot, G. & Corcos, M. (2012). Understanding alexithymia within a psychoanalytical framework. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1403-1425. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00657.x>
- Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K. & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 119, 341-352. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.003>
- Reddy, S. (2009). Alexithymia and collectivism in survivors of domestic violence: An exploratory study. USA: The Chicago School of Professional Psychology.
- Rowe, D., (1996). *Development and Validation of a questionnaire to measure body image*. Ph.D., the University of Georgia.
- Sangani, A. & Jangi, P. (2019). The relationship between alexithymia and shyness in nursing students with mediating roles of loneliness and social identity. *Res Dev Med Educ*, 8(1), 41-47. <https://doi.org/10.15171/rdme.2019.008>
- Sawaya, H., Atoui, M., Hamadeh, A., Zeinoun, P., & Nahas, Z. (2016). Adaptation and initial validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder-7 Questionnaire (GAD-7) in an Arabic speaking Lebanese psychiatric outpatient sample. *Psychiatry Research*, 239, 245-252.
- Schaefer, R., Höner, C., Salm, F., Wirsching, M., Leonhart, R., Yang, J., Wei, J., Lu, W., Larisch, A., & Fritzsche, K. (2013). Psychological and behavioral variables associated with the somatic symptom severity of general hospital outpatients in China. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(3), 297-303.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In: J. Weinman, S. Wright, & M. Johnson (Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio, Causal and Control Beliefs* (pp. 35-37). Windsor: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-Cognitive Predictors of Health Behavior: Action Self- Efficacy and Coping Self-Efficacy. *Health Psychology*, 19(5), 487-495.

- Shahidi, S., Molaie, A., & Dehghani, M. (2012). Relationship between health anxiety and alexithymia in an Iranian sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 591-595.
- Skevington, M. (1995). *Psychology of Pain*. New York: John Wiley & Sons.
- Smith, G. & Ng, F. (2020). COVID-19: emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs*. 29,1425–1432.
- Sperry, L. (2004). From psychosomatics to family health psychology. *Contemporary Family Therapy*, 12(3), 189-191.
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Tahir, I., Ghayas, S. & Tahir, W. (2012). Personality traits and family size as the predictors of alexithymia among university undergraduates. *Journal of Behavioural Sciences*, 22(3), 104.
- Thompson, J. (2009). *Emotionally dumb: An overview of alexithymia*. Soul Books.
- Tuminaro, D. & Pallone, N. (2003). Alexithymia, verbal intellectual deficit, and neurological dysfunction in relation to risk-taking behavior. *Current Psychology*, 22, 175-184.
- VandenBos, G., (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Witlch, A., (2005). *Medical adherence: A structural approach to the logic of middle - class allergic rhinitis patient behavior*. PH.D, The University of Alabama at Birmingham.
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 7, 228–229.