مجلة

كلية التربية | جامعة الخرطوم

السنة التاسعة

العدد العاشر

سبتمبر ٢٠١٧ م

الاحتراق النفسي لدى طلاب الثانوية العامة في الأردن وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية

د. نائل محمد عبد الرحمن أخرس

الأستاذ المشارك والمشرف على قسم التربية الخاصة

جامعة الجوف / المملكة العربية السعودية

الاحتراق النفسي لدى طلاب الثانوية العامة في الأردن وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية

د. نائل محمد عبد الرحمن أخرس
الأستاذ المشارك والمشرف على قسم التربية الخاصة
جامعة الجوف / المملكة العربية السعودية

المستخلص

هدفت هذة الدراسة إلى فحص العلاقة بين الاحتراق النفسي والأعراض السيكوسوماتية لدى طلاب وطالبات الثانوية العامة (التوجيهي) في مدينة الزرقاء في الأردن، وشملت العينة (٦٠) مفحوصًا من طلاب الثانوية العامة (التوجيهي) نصفهم من الطلاب بمتوسط عمري (17.35) وانحراف معياري قدره (0.53)، ونصفهم الآخر من الطالبات بمتوسط عمري (17.15) وبانحراف معياري قدره (0.62). أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي دال بين الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية، وأنه يمكن التنبؤ بالأعراض السيكوسوماتية من خلال الاحتراق النفسي، كما بينت النتائج عدم وجود فرق في الاحتراق النفسي تعزى لمتغير الجنس، كما لم تكن هناك فروق في الأعراض السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس باستثناء البعد القلبي، لصالح الطالبات.

Abstract

The purpose of the current study is to examine the relationship between burnout and psychosomatic symptoms among high school students in the city of Zarqa in Jordan. To achieve this point the researcher selected a sample consisting of 60 students of high school, half of them males with an average age (17.35) and a standard deviation of (0.53), and the other half were females with an average age (17.15) and a standard deviation of (0.62). The results showed a positive correlation between burnout and psychosomatic symptoms, and that psychosomatic symptoms can be predicted through burnout, and no differences in burnout due to sex, as there were no differences in psychosomatic symptoms due to the sex except for the aspect of the heart, in favor of females.

المقدمة

يشهد عالمنا المعاصر ثورة كبيرة في مجال العلم والاكتشافات التكنولوجية سرعان ما دفع الإنسان ضريبة هذه الثورة، وأخذت حياتنا اليومية في التعقيد والتصدع وسادت فيها عوامل الصراع، والقلق، والتوتر، وشاعت الاضطرابات السيكوسوماتية (النفس جسمية) وازدادت حدة وانتشارا. وتشير التقارير التي يقدمها الخبراء في المجال الطبي أن مابين (40 – 60 %) من المترددين يوميا على عيادات الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية، وأن ما بين (50 – 75%) من الأمراض بكل أنواعها ترجع إلى عوامل مرتبطة بالضغوط النفسية، ويشير تقرير آخر في ميدان الطب الصناعي أن نسبة كبيرة جدًا من حالات التغيب عن العمل ترجع أساسًا إلى شكاوى سيكوسوماتية (بختاوي، ٢٠١٥).

تعود المحاولات الأولى للتعرف على العلاقة بين أحداث الحياة والبناء الجسمي للإنسان إلى الفلاسفة الإغريق في القرنين السادس والسابع قبل الميلاد، عندما قام هيبوقراط (Hippocrates) بتطبيق مدخل عقلاني لهذه العلاقة، إلا أن تناول هذه العلاقة بأسلوب علمي بدأ منذ الثلاثينات من القرن الماضي، عندما اقترح ماير (Meyer) استخدام ما أسماه بخريطة الحياة في التشخيص الطبي بحصر الأمراض التي تصيب كافة عائلة الفرد منذ ولادته ودراستها، وأكدت بعدها لجنة خبراء الصحة العقلية في تقريرها عام (١٩٤٦) أن حجر الزاوية في الاضطرابات النفس جسمية هو الشدائد أو الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها، وأن (50%) من الأمراض التي يشكو منها الناس هي أمراض سيكوسوماتية (سالم، ٢٠٠٢).

ومع الإخفاق في التعامل مع الضغوط، وفقًا لما يتسم به الفرد من خصال نفسية، يحدث الاحتراق النفسي كخطوة أخيرة في تطور المساعي غير الناجحة في التكيف مع ظروف متعددة وعدم القدرة على التكيف مع الضغوط، ويتبدئ ذلك أحيانًا في صورة أعراض مرضية بسيطة، وفي صورة اضطرابات عضوية شديدة أحيانًا أخرى (رشاد، ٢٠٠١). وقد تظهر هذه الأعراض السيكوسوماتية في كافة مراحل تطور الشخصية الإنسانية، غير أن هناك من يرّجح زيادتها لدى فئة الشباب، مما جعل من الضروري بمكان الاهتمام بدراسة هذه المرحلة العمرية. واتجهت دراسات كثيرة لتقصي الاحتراق النفسي لدى العاملين داخل مؤسسات الانتاج كالمصانع، ومنها ما اتجه لدراسته وسط الأفراد الذين يتعاملون مع الآخرين بشكل مباشر كالمعلمين والأطباء، ومنها من اتجه لدراسته وسط اللاعبين الرياضيين، ومن يتعرضون للإصابات الجسمية. وتأتي الدراسة الحالية لتتعرض لعينات جديدة وهي طلاب وطالبات الثانوية العامة نظرًا لما يتعرضون له من ضغوط نفسية شديدة خلال سنوات دراستهم تلك. وتبرز مشكلة الدراسة في توضيح مدى العلاقة بين متغيري الاحتراق النفسي والأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من طلاب وطالبات الثانوية العامة (التوجيهي) في مدينة الزرقاء في الأردن.

الاحتراق النفسي : Burnout

في أوائل عقد السبعينات من القرن العشرين قدم هيربرت فرويدنبرجر (Hirbert Freudenberger) مصطلح الاحتراق النفسي (Burnout) لقاموس وارن لمهن الخدمات الإنسانية، ليدل على حالة من الاستنزاف البدني والانفعالي الناتجين عن حالة العمل، وكذلك للتعبير عن الاستجابات الجسمية والانفعالية الناتجة عن التعرض طويل الأمد للضغوط (Richard et al. 2006)، فالفرد لا يعاني من الاحتراق النفسي إلا إذا استُنزِفت كل موارده. ويمكن تشبيه استنزاف الموارد بتعطل السيارة عندما يستنفد وقودها، أي أن كل شيء على ما يرام غير أن لا شيء يسير لأن مصدر الطاقة غير متوفر، (خطاب ومحمود، ٢٠١٠)، وتعرف ماسلاك (Maslach, 2003) الاحتراق النفسي بأنه مجموعة أعراض تتمثل في الإجهاد العصبي واستنفاذ الطاقة الانفعالية والتجرد من النواحي الشخصية، والإحساس بعدم الرضا يترتب عليه حدوث ضغط نفسي، وعرفه عسكر (٢٠٠٠)، بحالة الإنهاك أو الاستنزاف البدني والانفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية، متمثلًا في مجموعة المظاهر السلبية، كالتعب، والارهاق، والشعور بالعجز، وفقدان الاهتمام بالآخرين والعمل، والكآبة، والسلبية في مفهوم الذات.

وعرفت الشافعي (٢٠٠٣) الاحتراق النفسي بأنه استجابة للضغط يظهر لدى العاملين بشكل أعراض الإجهاد الانفعالي جراء العمل، مما يقودهم لترك وظائفهم، وعرفه العزاوي ويحيى (٢٠٠٧) بأنه حالة من الإجهاد البدني والذهني والعاطفي يحدث نتيجة التفاعل مع الناس لفترة طويلة في مواقف تحتاج إلى بذل جهد انفعالي مضاعف، وعرفه الحايك (٢٠٠٠) بأنه حالة من الاضطراب والتوتر وعدم الرضا الوظيفي، تُصيب العاملين في المجال الإنساني والاجتماعي، ناتجة عن الضغوط النفسية الشديدة التي يتعرضون لها بسبب أعباء العمل مما يؤدي إلى استنزاف طاقاتهم وجهودهم إلى مستوى غير مقبول من الأداء.

وصفت ماسلاك (Maslach 1984) الاحتراق النفسي بأنه متلازمة الإجهاد العاطفي حيث إن الأشخاص الذين يعملون باستمرار مع الآخرين ويتعرضون للإجهاد على المدى الطويل يمكن أن يكون لديهم استنزاف عاطفي، قد يقود إلى الاحتراق النفسي والتوتر في كل من الجانب العاطفي والجسدي، والتي يمكن أن تكون مدمرة وتعجيزية. ويرافق ذلك ميل سلبي لتقويم الذات، ويصبح الشخص غير راض عن نفسه وإنجازاته. ويُعد الاحتراق النفسي متلازمة للإرهاق الانفعالي، يقود لتبدد الشخصية وعدم وجود إنجاز شخصي، ويحدث على المستوى الفردي متضمنًا المشاعر، والدوافع والمواقف والتوقعات، ويقود إلى الإجهاد الجسدي والعاطفي على حد سواء، والشعور بنقص الطاقة، والميل للعمل بشكل غير هادف وتجنب الاختلاط مع الآخرين، ويصبح الفرد عاملًا بيروقراطيًا تافهًا يعامل الناس كحالات (Shukla & Trivedi, 2008).

اعتبر بلوجن (Blogun,2004) الاحتراق النفسي حالة يصل فيها الشخص إلى درجة من الإعياء النفسي، والبدني يندمج مع إحساس بالإحباط والفشل الشخصي. ويرى لانجلان وزملاؤه (Langelaan et al., 2006) أنه يشمل الاستنزاف الانفعالي (استنزاف الطاقة العقلية)، واللامبالاة (اتجاه سلبي نحو العمل)، وانخفاض الإنجاز والانتاجية في العمل. ويشير كاسرلي وميجنسون (Casserley & Megginson, 2009) إلى أنه عبارة عن متلازمة متعددة الأبعاد، يظهر في صورة أعراض حادة من الاستنزاف الانفعالي والشعور بالأسى بصورة كبيرة، ومشاعر عدم الفاعلية، وعدم الكفاءة، وانخفاض الدافعية.

يَعتبر معظم الباحثين الاحتراق النفسي ظاهرة معقدة غير معلومة الأسباب، وهو عملية تدريجية ناشئة رداً على الأحداث المجهدة، ويدعي البعض أنه نابع من عوامل التوتر والإجهاد المتواصلة التي لم تُحل، وتوصف بأنها عملية ديناميكية، نامية على مدى فترة من الزمن، أو "تآكل" من الروح، وهو مرض يتطور تدريجياً إلى أن يجعل الفرد في حالة رهيبة، من الصعب جداً استعادة العافية فيها (Gavish & Friedman, 2010)، وأشار عدد من الباحثين لارتباطه بنمط الشخصية؛ فالعاملون ذوو الحماس الكبير والحافز القوي مرشحون للانهيار (النوري، ٢٠١١). ويرى البعض أنه محصلة نهائية أو مرحلة مأساوية متطرفة للضغوط المهنية، وهو عرض من أعراض الضغوط النفسية، يحدث عندما لا يكون هناك توافق بين طبيعة العمل وطبيعة الانسان الذي ينخرط فيه، وكلما زاد التباين بين هاتين البيئتين زاد الاحتراق النفسي (الجعفري، ٢٠٠٤). استخدم البعض مصطلح الاحتراق النفسي للإشارة إلى دوام التعرض للضغط النفسي، حيث يترك كما يرى الخطيب والقريوتي (٢٠٠٥) آثارًا سلبية على المحترق، وعلى الذين يتواصلون معه، كما يؤثر سلبًا على التفاعلات البينشخصية، وعلى الحياة الأسرية. وتؤكد بعض الدارسات بأنه يمكن ان نستدل على وجوده بثلاثة مؤشرات أو أعراض بارزة، هي:

- شعور الفرد بالإنهاك الجسمي والنفسي مما يؤدي إلى شعور الفرد بفقدان الطاقة النفسية أو المعنوية وضعف الحيوية والنشاط وبالتالي فقدان الشعور بتقدير الذات.
- الاتجاه السلبي نحو العمل وفقدان الدافعية نحو العمل.
- النظرة السلبية للذات والإحساس باليأس والعجز والفشل (www. Upower.net/ from/17596.htnt. 2009)

هناك إجماع بين الباحثين على وجود ثلاث فئات لأعراض الاحتراق النفسي، هي:

- أعراض عضوية (بدنية) وفسيولوجية : تتمثل في الأرق, وارتفاع ضغط الدم, وكثرة التعرض للصداع, والإحساس بالإنهاك والتعب, وآلام الظهر, ونقص الوزن, وضعف عام في الجسم مما قد يتولد عنه خلل في بعض أجهزة الجسم، واضطرابات في المعدة، وزيادة ضربات القلب، واضطرابات النوم (الشيخ، ٢٠٠٢).

- أعراض نفسية انفعالية : تتمثل في الإحساس بالعجز واليأس والشعور بالملل, وعدم الثقة بالنفس والتوتر, وفقدان الحماس, وفتور الهمة, والشعور بالخوف والقلق والاكتئاب والبلادة والميل إلى العزلة, (الفرح، ٢٠٠١)، والشعور المتكرر بالإحباط، والإكثار من حيل الدفاع أثناء التعامل مع الآخرين (عسكر، ٢٠٠٠).
- أعراض سلوكية واجتماعية: تبدأ بالشكوى المستمرة من العمل والأداء البطيء وإظهار عدم الرضا عن العمل مما يقود إلى الإنجاز المتدني, والتغيب عن العمل, وقد ينتهي بترك المهنة, والانعزال والانسحاب من الجماعة (البطاينه والجوارنه، ٢٠٠٤).

الاحتراق النفسي هو عبارة عن صيرورة تتطور تدريجيًا عبر الزمن (Schaufeli. & Peeters 2000)، يمر بمراحل عدة، وهي عند ماسلاك وجاكسون تتكون من ثلاثة أبعاد يمر تطورها بثلاث مراحل تتبع ترتيبًا زمنيًا معينًا تبدأ بالإنهاك الانفعالي، ثم تبلد المشاعر، وانخفاض الإنجاز الشخصي. فعندما تصبح طلبات الفرد غير محتملة، يشعر بإنهاك انفعالي، ثم تتبلد مشاعره، ثم ينجم عن ذلك فقدان الإنجاز الشخصي. أما ادلويش و برودسكي (Edelwich & Brodsky) فقد تحدثا عن أربع مراحل له، تبدأ بالحماس حيث يقوم الفرد بأعمال كثيرة وبمشاريع طموحة غير محققة، فيصبح العمل لديه كالمخدر، ومن فرط ما يقوم به من عمل يجد المحيطون به أنه يقدم الكثير، وبمرور الوقت يصبح أقل فعالية، ثم مرحلة الخمود، فيُرجِع الفرد سبب عدم قدرته إلى نقص طاقاته، رغم صرف ساعات أكثر في العمل ويشتكي من الآلام السيكوسوماتية وعدم النوم، ويلجأ إلى الأدوية ويصبح الرضا عن حاجاته الخاصة وتقدمه المهني من أولوياته، ثم مرحلة الإحباط ويشعر الفرد بالعجز، فيخمد ويصبح سريع الاستثارة وتبدأ الاضطرابات السيكوسوماتية بالظهور. تلي تلك المرحلة مرحلة اللامبالاة حيث تنخفض معنويات الفرد وينقص أداؤه، ويصاب بالإحباط ، ,مع ذلك يواصل المقاومة من أجل البقاء، ويحاول أن ينتهي من عمله في أقل وقت ممكن، ويتفادى التحديات ويحمي نفسه ممن قد يضعه في خطر (Schaufeli & Peeters, 2000).

ويرى شوفولي و بيترز (Schaufeli & Peeters) أن الاحتراق النفسي يبدأ باختلال التوازن بين موارد الفرد والطلبات (الضغط)، بعدها تتطور لديه مجموعة من الاتجاهات والسلوكات السلبية، hgjdتعمل كميكانيزمات مقاومة دفاعية على تقليص الإنهاك الانفعالي، ويضع الفرد مسافة بينه وبين الآخرين لحماية نفسه ضد المحيط الاجتماعي الضاغط، وهي إستراتجية مقاومة غير فعالة، إذ أنها تزيد من الضغط بدلًا من تخفيضه، وتزيد من خطورة المشاكل البينشخصية وتقلل الفعالية في تحقيق الأهداف وبالتالي ينقص الإنجاز الشخصي (Schaufeli & Peeters, 2000) .

ويرى الباحث أنه يمكن أن ينظر لمراحل الاحتراق النفسي على أنها أربع مراحل هي: مرحلة الاستغراق (Involvement) : ويكون فيها مستوى الرضا عن النفس مرتفعًا, ويبدأ مستوى الرضا بالانخفاض إذا حدث عدم اتساق بين ما هو متوقع وما يحدث بالواقع. ثم مرحلة التبلد (Stagnation): وينخفض فيها مستوى الرضا عن النفس تدريجيًا, ويشعر الفرد باعتلال الصحة, وينقل اهتمامه إلى مظاهر أخرى في الحياة. تليها مرحلة الانفصال (Detachment): ويدرك الفرد فيها ما حدث, ويبدأ في الانسحاب النفسي, مع ارتفاع مستوى الإجهاد النفسي وانخفاض الصحة النفسية. تليها المرحلة الحرجة (Juncture): وهي أقصى مرحلة في سلسلة الاحتراق النفسي وتزداد فيها الأعراض البدنية, والنفسية, والمعرفية والسلوكية, سوءًا وخطرًا, ويصل الفرد إلى مرحلة الاجتياح (الانفجار).

وترى ماسلاك (Maslach, 2003) أن للاحتراق النفسي أبعاداً ثلاثة؛ أولها: الإنهاك (الإجهاد) الانفعالي: وتصفه ماسلاك (Maslach, 2003) بأنه شعور الفرد باستنزاف انفعالي مفرط نتيجة احتكاكه بالناس الآخرين، ويعتبره شيوت وأخرون (Schute et al., 2000) سمة مميزة للتناذر وعرض جوهري للاحتراق النفسي. وهو شعور الفرد باستنزاف وتشّبع موارده الانفعالية، ونقص مصادر التزود بالطاقة، فيضع مسافة بينه وبين من يتعامل معهم. وثانيها: تبلد المشاعر: ويشير لاستجابة الأفراد عديمة الشعور تجاه الآخرين، ومعاملة الأفراد كأشياء. ويرى شيوت وآخرون (Schute et al., 2000) أنها شعور سلبي وشعور بالقسوة والإهمال يطور مشاعر السخرية وعدم الاحترام، واعتقادات وضيعة تجاه الآخرين، وتصبح العلاقة تباعدية (detached) بوضع مسافة مع الأفراد (نعموني، ٢٠٠٨). وثالثها: نقص الإنجاز الشخصي: الذي لقي أهمية قليلة من قبل الباحثين على خلاف البعدين السابقين. ويعني نقص الإنجاز وانخفاض شعور الفرد بكفاءته وإنجازه المثمر في تعامله مع الناس. ويرى شيوت وأخرون (Schute et al., 2000) أنه انخفاض شعور الفرد بكفاءته وميله إلى التقييم السلبي لذاته، وتتطور لديه أعراض الضغط والاكتئاب مما يُفقده القدرة على الاحتمال ويشعر بالإرهاق شيئًا فشيئا.

ووجدت العديد من الدراسات أن هناك تكلفة عالية للاحتراق النفسي يتكبدها أرباب الأعمال، وأشارت مقالة نيويورك تايمز (٢٠٠٤) أن ٣٠٠ بليون دولار تنفق كل عام في الرعاية الصحية المرتبطة بالتوتر والعمل الضائع. وتشير أدلة متزايدة على أن الاحتراق النفسي ربما يرتبط مع انخفاض الإنتاجية والرعاية الأقل، وانخفاض الأداء، والإرهاق، وعلى المستوى الشخصي يمكن أن يُعِيق العلاقات، والمساهمة في تعاطي المخدرات والتفكير في الانتحار (Brindley, et al., 2012).

الاضطرابات السيكوسوماتية : Psychosomatic Disorders

أطلق هينروث (Heinroth) عام (١٨١٨) مصطلح نفسجمي (Psychosomatic) على الاضطرابات الجسمية الناشئة عن العوامل النفسية، وابتكر هذا المصطلح ليشير إلى الأرق (Insomnia)، وسرعان ما اتسع ليشمل التهاب القولون المتقرح، وقرحة المعدة والأثنى عشر، والصداع النصفي، والأزمة الشعبية، والتهاب المفاصل الروماتويدي، والذبحة الصدرية. وتشير تلك التسمية إلى وجود أسباب نفسية وراء الأعراض الجسمية (البدنية). وهناك عدد كبير من المتغيرات يمكن اعتبارها عوامل مهيأة للاضطرابات السيكوسوماتية، كضغوط الحياة، والانفعالات السلبية، وانخفاض المساندة الاجتماعية. ومن المقبول القول على نطاق واسع أن أحداث الحياة الضاغطة تمثل عاملًا رئيسًا في نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية وتفاقمها؛ فتعرض الفرد لمواقف إحباطية دون مقدرته على تفريغ انفعالاته، وسد القنوات اللاشعورية للتفريغ من خلال ميكانزم الكبت، يعمل على تفريغ معظم تلك الانفعالات عن طريق الأعضاء الحشوية (فايد، ٢٠٠٥).

وتجدر الإشارة إلى أن الاهتمام بدراسة العلاقة المتداخلة بين الجسم والنفس كان مع بداية القرن العشرين؛ وأدت التطورات المتلاحقة في ميدان الطب وعلم النفس وعلم وظائف الأعضاء إلى نشأة الطب السيكوسوماتي (Psychosomatic Medicine) وتعددت الدراسات والبحوث حول آثار العوامل السيكولوجية على الوظائف الفسيولوجية لدى الإنسان والحيوان كدراسات " بافلوف " الخاصة بتأثير الفعل المنعكس الشرطي، وأبحاث "كانون" التي أكدت الآثار الفسيولوجية للمنبهات الانفعالية القوية، وأبحاث "سيلي" في الأعراض الجسمية الناشئة عن التعرض الطويل للإجهاد النفسي؛ فالأعراض السيكوسوماتية هي الناتج النهائي للعمليات الجسدية الديناميكية طويلة الأمد، تمتد جذورها إلى الاضطرابات التي حدثت في الماضي، والتي لا يتم علاجها عن طريق علاج أعراضها فحسب، بل لابد أن يتضمن العلاج معرفة أسباب المرض وخلفيته.

اشتق مصطلح الاضطرابات السكوسوماتية (Psychosomatic) من كلمتين يونانيتين: (Psych) وتعني الروح أو العقل، إشارة للعوامل النفسية التي تبدأ منها الاضطرابات الجسمية، و soma وتعني الجسم، باعتبار الجسم المجال العضوي للتفاعلات والانفعالات النفسية. وتظهر الاضطرابات السيكوسوماتية على شكل إصابة فعلية لها كل أعراض المرض العضوي، وتحدث اضطرابات وظيفية مع إصابة العضو نفسه، وتغيرات بنائية تهدد الحياة، وتسيطر على العضو المعين، وتؤدي الاضطرابات الانفعالية دورًا أساسيًا فيها، ويحدث اختلال شديد أو مزمن في التوازن الحيوي الهيموستاسي، (التوازن الفسيوكيميائي للبيئة الداخلية في الجسم) ويتغير الشكل العادي للتوازن الفسيولوجي، ويظهر على شكل مرض عضوي حقيقي سببه عوامل انفعالية كاضطراب سيكوسوماتي (الشواشره والدقس، ٢٠١٤).

الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية مألوفة للأطباء، يحدث فيها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة، لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها تمامًا (العارف، ٢٠١٤). كما عرفتها " الموسوعة البريطانية" بأنها الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية. وعرفتها دائرة المعارف البريطانية بأنها: الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطراب جسمي. أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فعرفتها بأنها مجموعة من الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع بأسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية، تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي أو الذاتي (الشواشره والدقس، ٢٠١٤).

ووصف الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع الاضطرابات الجسمية الناشئة عن عوامل نفسية بأنها ترتبط بالمثيرات البيئية ذات المغزى النفسي، متضمنة مرضًا عضويًا ملحوظًا (مثل التهاب المفاصل الروماتويدي) أو عملية مرضية فسيولوجية (مثل الصداع النصفي).

ومع تعدد التعريفات التي تناولت مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية, يرى الباحث أنها تتفق في مضمونها العام بالإشارة إلى أن الاضطرابات الإنفعالية هي السبب الرئيس في حدوثها, وأن العلاج الطبي وحده لا يجدي نفعًا دون ترافقه بالعلاج النفسي.

تتمايز الاضطرابات السيكوسوماتية عن الاضطرابات العضوية بوجود اضطرابات في الوظيفة مع وجود خلل في أحد أعضاء الجسم، مرافق باضطرابات انفعالية تقوم بدور جوهري في ترسيب وحدوث وتكرار وتفاقم المرض (أبو النيل، وعامر، ٢٠٠٦). وتشير بعض الدراسات إلى أن ما يصل إلى ثلث الأعراض الجسدية التي تتسبب في مراجعة المرضى للرعاية الصحية الأولية غير قابلة للتفسير طبيا، وأظهرت دراسة لمنظمة الصحة العالمية (٢٠٠٨) أن الصداع، وآلام المعدة لدى الأطفال، والأفكار الاكتئابية والأرق تضاعف تقريباً في الفترة من ١٩٨٥ إلى ٢٠٠٦، حيث ظهرت في اليابان على أطفال المدارس أعراض نفسية بسبب الصعوبات المدرسية والصراعات في العلاقات بين الأشخاص. وهناك أدلة تجريبية كافية تشير إلى أن الأعراض السيكوسوماتية هي السبب وراء حصول عدد كبير من الأشخاص على الرعاية الصحية (Buffington,2009).

يُصنِّف الزراد (٢٠٠٠) الاضطرابات السيكوسوماتية إلى عدة أشكال، منها: اضطرابات جهاز الهضم السيكوسوماتية كالقولون العصبي، وآلام المعدة، والحموضه، وقرحة المعدة والاثنى عشر، والتهاب البنكرياس، والتهاب الفتحة الشرجية، والإمساك المزمن، والسمنة المفرطة، وفقدان الشهية العصبي. واضطرابات جهاز التنفس، وحساسية بعض الروائح، والإصابة بالربو الشعبي. واضطراب جهاز القلب والدوران، وتشمل الخفقان، وارتفاع أو انخفاض ضغط الدم العصبي، وزيادة سرعة ضربات القلب، والذبحة الصدرية الكاذبة، والإصابة بانسداد الشريان التاجي

والأوعية الدموية. والاضطرابات السيكوسوماتية الجلدية وتشمل أرتيكاريا الجلد، وحب الشباب، والحكة، وتساقط الشعر، والأكزيما، وفرط التعرق، ومرض الصدفية. والاضطرابات الجنسية السيكوسوماتية وتشمل العنة الجنسية والبرود الجنسي لدى الرجال والنساء، والقذف المبكر أو المتأخر، واضطرابات الحيض، والعقم. واضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي مثل آلام الظهر، والتهاب المفاصل شبه الروماتزمي. واضطرابات التبول والإخراج مثل التبول اللاإرادي، وعسر أو كثرة التبول. واضطرابات الجهاز الغدي، مثل مرض السكري والتسمم الدرقي. واضطراب الجهاز العصبي، مثل الصداع النصفي، واللازمات العصبية، والدوخة، والدوار، وإحساس الأطراف الكاذب. ثم اضطرابات سيكوسوماتية أخرى، كاضطرابات النوم، واضطرابات النطق والكلام.

تعتبر مشكلة العقل والجسم جوهر إشكالية السيكوسوماتية، فالعلاقة بين العقل والمادة كانت قضية فلسفية طالما انعكست على حياة الإنسان. ومع ذلك، فإن العلاقة بين العقل والجسم وارتباطها باعتلال الصحة أصبحت المشكلة الأولى، وعلى سبيل المثال في اليونان القديمة والصين كان مفهوم الصحة والمرض شامل، حيث كانت العلاقات المتوازنة مع الآخرين ومع الطبيعة مهمة للصحة وكذلك تناول الطعام وممارسة الرياضة. وفي هذا الإطار، فإنه ليس من الصعب أن نفهم كيف يمكن لكسر العظم أن يسبب الألم، أو كيف أن مستويات الجلوكوز تؤثر على مرضى السكري. ولكنه لم يعد مفهوماً القول إن الزواج السيئ يتسبب بصحة سيئة، بسبب التركيز على النواحي السيكوسوماتية كمصدر لاعتلال الصحة. وفي المجال الطبي يتم التركيز على اهتمام المريض على مستوى التعبير (أعراض الجسم) وهي غير كافية والأعراض ستبقى، بمعنى أنه يجب التركيز على الطريقة التي يفهم الناس بها ويعيشون حياتهم، لأن المشاكل يتم ترجمتها إلى شيء جسدي .

ظلت النظرية السيكوسوماتية لعلم النفس الجسدي دون تغيير أساسي منذ كتابات فرويد، ولا تزال تبنى فرضية (الهستيريا التحويلية) لما نسميه اليوم السيكوسوماتية، مع وجود اختلاف بينهما، وهي العملية التي يتم بواسطتها إصدار شيء من الدماغ لتحويلها إلى الجسم (أعراض جسدية)، فالفرضية تقول إن اللاوعي، رغبة مكبوتة أو طاقة تتراكم في اللاوعي لأن الشخص غير قادر على تفريغ ذلك بطريقة عادية من خلال الأفكار والمشاعر والأفعال، فالطاقة النفسية محاطة بالأفكار والرغبات المحرمة، وإذا أصبحت قوية جداً سوف يحدث في نهاية المطاف أن تُفرَّغ في الجسم، مما يؤدي لظهور الأعراض السيكوسوماتية. ويرى فرويد أن ذلك يعود إلى ما يسمى بـ: "إذعان الجسد"، ويتكون من ضعف خلقي أو استعداد عضوي، فالأعراض سوف تظهر في الحلقة الأضعف في الجسم. ومع ذلك، لاحظ في وقت لاحق أن الأعراض يبدو أن لديها المعنى الرمزي الذي يمكن تفسيره، بتصور النفس كنوع من النظام الهيدروليكي المغلق وفيه يجب تفريغ

تراكمات الضغوط (من خلال الأفكار والمشاعر والأعمال) من أجل الحفاظ على الصحة النفسية.

إن فكرة استخدام العواطف كجسر بين العقل والجسد استراتيجية تبنتها كل النظريات التقليدية تقريبًا لاستخدامها كمحاولة لإيجاد رابط بين المعنى (العالَم النفسي) والجسد المادي وهو ما يميز النظرية السيكوسوماتية. وأدى هذا التوجه إلى التركيز على أهمية العوامل النفسية على الأداء الجسدي، وتم إجراء تحول في الخمسينات من القرن الماضي من الاهتمامات السيكوسوماتية في الصراعات البين نفسية والدوافع إلى الاتجاه النفسي – الفسيولوجي ، والتركيز على ما يسمى بـ: "الآليات الوسيطية" بين الرمزية (المثيرات) واستجابة أجسامهم. وأصبح ذلك واضحاً في الأدب منذ السبعينات فصاعداً. ويمكن القول إن الاتجاه النفسي الفسيولوجي اتجاه حديث يؤكد التأثير السلبي للعاطفة على الجسد، ولا تعتبر الانفعالات القوية لوحدها سبباً كافياً للمرض، لكنها واحدة من المتغيرات المهمة للغاية التي قد تتدخل بين الإنسان وبيئته بطريقة ضارة (Cederqvist, 2006).

إن دراسة ترابط العقل والجسم مصب اهتمام الطب السيكوسوماتي، ويمكن اعتبار عمليات المرض، بل وجميع الاضطرابات الصحية، نتاج تفاعلات معقدة بين العوامل التي وُجدت في مختلف الأنظمة المتفق عليها كالحيوية الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية، والتفاعل مع بعضها البعض عن طريق حلقات ردود الفعل، والتداخل بشكل متبادل بين بعضها البعض. ويمكن القول إن مسببات المرض عناصر متعددة، ونادراً ما يكون متغير واحد تماما هو المسؤول عن تفشي المرض. وينظر في الأدب السيكولوجي للانفعالات باعتبارها " رابطاً " بين بنية الشخص الذاتية وعلم وظائف الأعضاء في الجسم، على غرار الطريقة التي وجد التحليل النفسي العواطف لتكون عاملاً مفسراً في أمراض نفسية، ومع ذلك، يجب أن تكون المشاعر والعواطف قوية، وتم قمعها خلال فترة طويلة من الزمن.

لقد أصبح شعار الأطباء أنه من الواجب علينا التعرف إلى حقيقة المريض الذي انتابه المرض بدلًا من التعرف إلى حقيقة المرض الذي انتاب المريض، إشارة منهم إلى ضرورة فهم شخصية المريض ودراستها بدلاً من الاكتفاء بدراسة المرض، فالاهتمام بدراسة شخصية المريض وأحواله لا تقل أهمية عن دراسة المرض نفسه. وعلى ذلك يمكن اختصار الاتجاهات الأساسية في البحث السيكوسوماتي في اتجاهين، هما: اتجاه خاص بتحديد المتغيرات السيكولوجية التي يفترض أنها تكمن وراء العلل الجسمية، وقد استُوحِي هذا الاتجاه من نظرية التحليل النفسي، الذي يؤكد أهمية العوامل والدوافع اللاشعورية، واتجاه خاص بمحاولة اكتشاف أفضل الأساليب العلاجية للاضطرابات السيكوسوماتية، ومحاولة التخفيف من حدوثها (أخرس، ٢٠١٤).

ترى نظرية التحليل النفسي أن الأعراض الجسدية تقوم بدور رمزي للتعبير عن عوامل نفسية مكبوتة في اللاشعور، فإصابة عضو ما، لا يعود إلى ضعفه التكويني بقدر ما يعود إلى أن وظيفة هذا العضو لها علاقة بالموقف المحبط الذي سبب الاضطراب. وأكدت نظرية التحليل النفسي أن العرض المرضي ينتج من صراع انفعالي لا شعوري يرتبط بمراحل مبكرة للنمو النفسي الجنسي, وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة مُرضية تتدخل ميكانزمات الدفاع وتقود إلى زيادة التوتر الجسدي ثم تظهر على شكل اضطراب عضوي (أخرس، ٢٠١٤). وتؤكد النظرية الفسيولوجية الحشوية لجيمس لانج (James Lang) أن الانفعالات تؤدي إلى الاضطرابات الفسيولوجية الحشوية؛ ضمن التسلسل (الموقف – المنبه . استجابة فسيولوجية – انفعال)، وتدلل التجارب الاكلينيكية أنه إذا ما وقفت في سبيل التعبير عن الانفعالات عوائق صادرة من البيئة أو من الإنسان وأوهامه فإن نضالًا يقوم بالنفس، يمنع موضوعه من الظهور في حيز الشعور وهو ما يخلق حالة دائمة من التوتر، فيؤثر ذلك في حدوث اضطرابات في الوظائف العضوية (خطاب ومحمود، ٢٠١٠).

ويرى هانز سيلي (Selye. H) في نظرية الضغوط والجسم أن الجسم يستجيب لمثيرات المشقة بتحريك مصادره الفسيولوجية وأجهزته العضوية، إذ يواجه الضغوط بردود أفعال لمواجهة الخطر والضغط النفسي، وتصبح أجهزة الجسم المواجِهة في حالة من الإجهاد وينتج عن ذلك بعض الأعراض الفسيولوجية السيكوسوماتية، ويمر ذلك بمراحل ثلاث تبدأ بالإنذار من خلال صدمة تُحدِث تغيرات عديدة لمساعدة الجسم على مواجهة الضغوط، ثم يعمل الجسم على الحفاظ على حالة التوازن الداخلي العضوي والكيميائي. وفي حالة استمرار الضغوط يقوم الجسم بمجموعة من التغيرات حتى يستطيع مواجهة الأحداث والضغوط وتسمى هذه المرحلة بالمقاومة، ولكن في حالة استمرار الأحداث والضغوط يبدأ الجسم في الوصول إلى مرحلة من الإرهاق وعدم التمكن من إحداث تغيرات تساعد الجسم على مواجهة الأحداث، وعندها يصل الجسم إلى مرحلة تسمى بالإنهاك، تظهر فيها الأمراض العضوية (خطاب ومحمود، ٢٠١٠).

ترى النظرية المعرفية أن إدراك الفرد لحدث على أنه مصدر تهديد لحياته يتحول فيما بعد إلى عامل ضاغط عليه، فضلاً عن أن هذه الأحداث ذاتها تكون فعلاً ضاغطة، فيبدأ التأثير السلبي لتلك الأحداث على الفرد، بشقيه النفسي، والفسيولوجي، ويفسر المنظور السيكودينامي حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية بتفاعل عوامل ثلاثة: العضو المستهدف، والصراع اللاشعوري، وموقف الحياة الضاغطة (فايد، ٢٠٠٥). كما يركز النموذج الطبي البيولوجي على دور الوراثة في إحداث الاضطرابات السيكوسوماتية، مع التركيز على مفهوم استهداف العضو المحدد، فالإفراز المفرط للحامض المَعِدي هو علة موروثة للقرحات، إذ يقوم الجسم بدفاعات هرمونية عند التعرض للضغط من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي والتي يحدث لها نوع من سوء التعويض

الفسيولوجي للنظام الهرموني الرابط بين الغدة النخامية والمخ والغدة الكظرية، لتظهر زملة أعراض التكيف العام حيث تبدأ بمرحلة استجابة الإنذار (Alarm Reaction) إذ يكتشف الكائن ضغطًا ويستجيب له بالجهاز العصبي السمبثاوي والتنشيط الهرموني، ثم مرحلة المقاومة (Resistance) التي تتسم بمجهودات الجسم لتحييد تأثيرات الضغط، بهدف إعادة الجسم إلى حالة التوازن، ثم أخيرًا مرحلة الإنهاك (Exhaustion) مع استمرار الضغط مدة طويلة، ويصل الفرد إلى نقطة يعجز فيها عن المقاومة، ويصاب بالمرض(فايد، ٢٠٠٥).

الاحتراق النفسي والأعراض السيكوسوماتية

يعيش طلاب المرحلة الثانوية العامة ضغوطًا إضافية، كشفت عنها عديد الدراسات العلمية التي أُجريت في مختلف الدول العربية التي تطبق نظام الثانوية العامة، فبالإضافة إلى المشكلات النفسية التي يتعرض لها المراهقون العاديون هناك أكثر من ثلاثين مشكلة نفسية إضافية تتعلق بالمدرسة وبالدراسة في الثانوية العامة. وتتنوع هذه المشكلات بين عدم التكيف مع العمل المدرسي، والخوف من الامتحانات، وعدم الميل لبعض المواد الدراسية، والخوف من الفشل في الدراسة، وصعوبة الفهم، وضعف الانتباه، والتأخر الدراسي، والخوف من المستقبل، وضعف الثقة بالنفس، والعصبية، والميل إلى العنف، والاكتئاب، والقلق، وينتهي إلى خروج هذا القلق على شكل اضطرابات سيكوسوماتية. والمشكلة أن هذا القلق يُعطِّل الوظائف النفسية للطالب؛ حيث يتعطل التفكير والتركيز والذاكرة، ويقود إلى اضطرابات سيكوسوماتية.

بدأ العلماء في بداية القرن العشرين يوسعون مفهوم العلاقة بين الجسم والنفس، وأدت عدة تطورات في مجالات علم النفس والفسيولوجيا والطب إلى نشوء الاتجاه السيكوسوماتي الحديث، وأدخل مفهوم الطب السيكوسوماتي بعد إعادة استخدام مصطلح سيكوسوماتي على يد بعض علماء النفس الذين أوضحوا أن الأعراض السيكوسوماتية هي ناتج نهائي لعمليات فيزيائية ديناميكية طويلة الأمد تمتد جذورها إلى الماضي. ويعبر علماء النفس عن ذلك بقولهم إذا ما قامت في سبيل التنفيس عن الانفعال عوائق صادرة عن البيئة أو من عقائد الإنسان وأوهامه فإن نضالاً يقوم في النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعامة من الخطر الذي يهددها عندما تضع رأسها في التراب فلا تراه. وإذا استمرت الأسباب المثيرة للانفعال واضطر الفرد إلى قمعه وكبته استمرت التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعال مما يؤدي في النهاية إلى تغيرات عضوية في الأنسجة فتكون الأمراض السيكوسوماتية المزمنة (Edwards & Burnard, 2004). ووفقًا لما أوردته مكنمارا (McNamara, 2000) فإن مفهوم الضغوط يمكن تناوله من خلال نماذج ثلاثة : النموذج البيئي بتناوله للضغوط باعتبارها عاملاً مستقلاً ينشأ عندما تتضمن البيئة ما يسبب الإزعاج للفرد، بل وإيقاع الأذى به، وعندئذ لا مناص من أن يشعر بالإجهاد. وتُشَّبه تغيرات الحياة بحزمة من أشعة الضوء تتباين من حيث شدتها، وتمر من خلال سلسلة من

العدسات، وتظل هكذا حتى يحدث المرض السيكوسوماتي باعتباره استجابة للضغوط، وتمثل العدسات هنا المتغيرات الوسيطية، والتي إما أن تؤدي إلى زيادة أو تقليل سريان هذه الأشعة، وتتمثل أولى العدسات في عملية إدراك المتغيرات، إيجابية كانت أم سلبية، وأما ثاني العدسات فتتمثل في الدفاعات النفسية وطرق تعامل الفرد مع الأحداث الضاغطة. يلي ذلك عدسة تمثل الجانب الفسيولوجي للفرد، والذي يُطلق علية الصندوق الأسود، وتتم فيه كافة التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للتغيرات السيكولوجية الشعورية واللاشعورية، والتي تعمل على زيادة الاستثارة الانفعالية، يعقُب ذلك العدسة المسماة بإدارة الفرد للاستجابة، وتشمل كافة الطرق التي يستخدمها الفرد في تخفيض الاستثارة. ويلي ذلك العدسة التي تتضح من خلالها أعراض مرضية على سلوك الفرد ويصبح بحاجة للعلاج. أما العدسة الأخيرة في هذه السلسلة من العدسات فهي تلك التي يتم من خلالها تقدير شدة الحالة المرضية.

النموذج الثاني، النموذج الطبي المسمى بنموذج التوازن البيئي المتمثل بأعمال سيلي (Selye) عام (١٩٥٦) ويُنظر فيه للضغوط باعتبارها استجابة فسيولوجية عامة للجسم، ويتضمن ثلاث مراحل: مرحلة التنبيه، وفيها تحدث استثارة الفرد من خلال المنبه، ويستجيب الجسم بإفراز الهرمونات لتوفير الطاقة اللازمة لمواجهة الموقف المهدد، تليها مرحلة المقاومة، التي يقوم الفرد فيها بتركيز دفاعاته لمواجهة ما يهدده من مخاطر، وأخيرًا مرحلة التكيف/ الإجهاد، وفيها إما أن يتحقق التكيف أو يحدث التعب والإجهاد الناشئ من الخوف والتهديد. ويتبدى ذلك في أعراض كانخفاض الأجسام المضادة، وتناقص عدد كرات الدم البيضاء، وانخفاض نشاط الغدة الدرقية.

النموذج الثالث، تناول الضغوط من منظور سيكولوجي، بالتعرف على علاقة الأحداث التي نواجهها واتجاهاتنا نحوها، ويعتمد تقدير الفرد لمدى تأثره بالبيئة على إدراكه وتفسيراته لها، ويؤدي فشله إلى تغيرات عضوية مدمرة توقعه فريسة للعديد من الأمراض المزمنة، الأمر الذي يفسر العلاقة بين الاحتراق النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية.

لقد بين جارنر ونايت (Garner & Knight,2007) أن الاحتراق النفسي يرتبط سلبًا مع الصحة النفسية للفرد، وإيجابيًا مع الشعور بالإرهاق، ومن الشائع وصف الاحتراق النفسي، بالتعب الذهني والجسدي والإحباط، فهو ليس الاكتئاب. فالذين يعانون من الاحتراق النفسي يقررون أنه لم تنخفض لديهم فقط الطاقة والجهد، ولكن أيضا فقدان احترام الآخرين، وهو أكثر من مجرد الملل، وأكثر من مجرد "أزمة منتصف العمر"، ويمكن أن يسبب اليأس والشعور بالعجز ("ما هي الفائدة ... لا أستطيع تغيير النظام") (Cole & Carlin, 2009).

تؤكد شقير (٢٠٠٢) أن وحدة النفس والجسم في الإنسان ليست بالشيء المستحدث، فقد تطورت بفضل التطور التاريخي، وما صاحبه من خلق أنماط سلوكية تمثل شبكة تعقيدات في العلاقات الاجتماعية تجاه أحداث الحياة، وينجم عنه الاحتراق النفسي الذي يقود إلى خيبات الأمل

المتكررة نتيجة العوائق التي تحول بين الفرد وتحقيق احتياجاته وتوقعاته، مما يؤدي إلى عدة أعراض نفسية وجسدية قابلة للتطور بمرور الوقت (Betsy, 2009). وتشير المراجعات في التراث السيكولوجي لوجود علاقة وثيقة بين الضغوط وحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، وانتهى الأمر للقول إن المنبهات التي تُحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية، ويُعد الاحتراق النفسي مشكلة وظاهرة مصاحبة للضغوط ومحصلة نهائية لها، فهو استجابة سالبة لضغوط يمر بها الفرد، وتنتج عنها أثار عديدة كاستنفاذ الطاقة النفسية، وزيادة السلبية وقلة الدافعية. فأساليب التعامل مع الضغوط تساعد الأفراد على خفض القلق، وقديمًا قيل لا يفزع الناس من الأشياء ذاتها، ولكن من الأفكار التي ينسجونها حولها (يمينية، ٢٠١٣)، فأحداث الحياة المثيرة للمشقة المؤدية للاحتراق النفسي لها دور بارز في نشأة الاضطرابات النفسية، والنفسجسمية، ويفترض التراث النظري في مجال الطب السيكوسوماتي أن التعرض للضغوط يُعد عاملاً مهماً في تطور أمراض الأوعية القلبية (McNamara, 2000).

ويرى زيدان (٢٠٠٤) أن للاحتراق النفسي مُكوِّنات ثلاثة: مُكوِّن فسيولوجي بما يشمله من أعراض سيكوسوماتية واعتلال الصحة وفقدان الشهية. ومُكوِّن نفسي مرتبط بالمشاعر السلبية والحزن والاكتئاب والإحباط. ثم مُكوِّن سلوكي يظهر في ضعف النشاط وعدم الرغبة في العمل. ويؤكد التراث النفسي ارتباط الاحتراق النفسي بأبعاد الشخصية العصابية، والنهك العصبي (Neurasthenia) الذي يتسم بالتعب والإرهاق والإجهاد المصاحب باضطراب معوي وصداع وأرق. وينظر البعض للاحتراق النفسي في تأثيره السلبي على صحة الفرد ونفسيته على أنه شكل من أشكال الاضطرابات النفسية (Maslach, 2003). وتشير نتائج الدراسات النفسية أن الاحتراق النفسي يتسبب في ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع معدل ضربات القلب، واضطرابات المعدة، والخوف والقلق، ونقص التركيز، والحزن، والوحدة النفسية، والتعب لأقل مجهود. ويوضح الجدول رقم (١) الآثار الفسيولوجية للاحتراق النفسي على أجهزة الجسم (عبد الرحيم، ٢٠١٤):

جدول (١)

الآثار الفسيولوجية للاحتراق النفسي على كل جهاز من أجهزة الجسم

أجهزة الجسم	الآثار التي يسببها الاحتراق النفسي
الجهاز الخاص بالأوعية الدموية والقلب	أمراض الشريان التاجي،إضرابات القلب، زيادة ضغط القلب
الجهاز العضلي	توتر العضلات، ضيق التجويف الصدري، ألام الظهر
الجهاز الحركي	الروماتيزم، التهاب الأنسجة.
الجهاز التنفسي	الربو، التهاب الرئتن
جهاز المناعة	نقص المقاومة، وأمراض التسمم
الجهاز الهضمي	الأمراض المزمنة الحادة، الإسهال، الإمساك، التهاب القولون

الجهاز التناسلي	غزارة البول، البرود الجنسي، العجز الجنسي
الجلد	الأكزيما، حب الشباب، التهاب الأعصاب

هناك العديد من النظريات حاولت تفسير تأثير الاحتراق النفسي على الأمراض السيكوسوماتية، ومنها النظريات الفسيولوجية، كنظرية الضعف الجسمي (Weakness Theory – Somatic) التي ترى أنه عندما يصبح الجسم ضعيفاً فإنه يكون سريع التأثر بالضغوط، وطبقاً لذلك يرتبط الضعف الجسمي بكل من الضغط والاضطراب النفسي والفسيولوجي. ونظرية ردة الفعل النوعي (Specific Theory – Reaction) التي ترى أن وجود اختلافات وراثية تحدد طرق استجابة الأفراد للضغوط، فربما يزداد معدل ضربات القلب لدى شخص ما عند تعرضه للضغط، بينما يزداد لدى آخر سرعة التنفس. ومن ضمن النظريات الفسيولوجية أيضًا نظرية التطور والاتزان اللاإرادي (Evolution Theory and Atonomic Balance) التي ترى أن الاضطراب النفسي الفسيولوجي يؤثر على أحد الأجهزة العضوية التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي، وتُحدث الأفكار الضاغطة تغيرات جسمية تساهم في إحداث عدم اتزان بين نشاط الجهازين السمبثاوي، والباراسمبثاوي، وبذلك يسهل حدوث المرض.

ومن النظريات الأخرى التي حاولت تفسير تأثير الاحتراق النفسي على الأمراض السيكوسوماتية نظريات الضغوط النفسية، كنموذج كابلان (Caplan Model) الذي يرى أن الضغط يشير إلى المقاومة التي يبذلها الفرد ضد مؤثرات موجهة إليه من قوة خارجية، تسمى الحمل (Stress) وإذا لم تجد مقاومة من الفرد في التغلب على الحمل الزائد فإنه يشعر بحالة من الضغط تدفعه لاستخدام حيل الدفاع، التي إذا لم تستخدم على الوجه الصحيح تقود للاضطرابات السيكوسوماتية. ونظرية سيلي (Selye Theory) التي تؤكد على أن تعرض الفرد المزمن للضغوط يؤدي إلى وجود آثار بيولوجية تقود إلى الاضطرابات السيكوسوماتية. ونموذج كوبر (Cooper Model) الذي يرى أن بيئة الفرد تعتبر مصدراً للضغوط يهدد حاجاته أو يُشكل خطراً يهدد أماله فيشعر بالضغط، ويحاول التخلص منه باستخدام استراتيجيات التوافق، وإذا لم ينجح واستمرت الضغوط يُصاب بالقلق والاكتئاب والأمراض النفسية. ونظرية هب (HabbTheory) التي ترى أن تعرض الفرد للضغوط يجعله يحاول التخلص منها باستخدام حيل الدفاع، وإذا لم ينجح تظهر عليه بعض الأعراض الانفعالية كالقلق، والأمراض الجسمية (كامل، ٢٠١٢) .

وخلاصة الأمر أن نظرية الضغوط بدأت في علم وظائف الأعضاء من ردود فعل الإجهاد وأظهرت الأبحاث أن البيئة الداخلية نادراً ما تكون في حالة من التوازن في حالة التوتر، وأن ردود أفعال الجسم الفسيولوجية للاستفزازات هي جزء لا يتجزأ من رد فعل الإجهاد؛ فالفهم الحديث والأكاديمي للتوتر، هو وجود علاقة بين الشخص والبيئة التي تقوده إلى حالة من الإثارة

الفسيولوجية لفترات طويلة وخلل معرفي، واعتلال الصحة. وعند التعامل مع البشر (بدلا من الفئران) يجب أن نأخذ بعين الاعتبار تقويم الأفراد للموقف من أجل فهم الاستجابة للضغط النفسي. وهذا يعتمد إلى حد كبير على كيفية تقويم الشخص للوضع (هل هو تهديد أم تحدي ، أم يمكن التحكم فيه)؛ فالأحداث المجهدة لفرد ليس من الضروري أن تكون مرهقة لأخر.

يمكن أن يُتصور أن المستويات المزمنة من الاستجابة للخطر تؤدي إلى اختلال التوازن، وإلى اضطراب الوظائف الفسيولوجية، ووفقاً لازاروس وفوكمان (Folkman & Lazarus) فإن الإجهاد بحد ذاته ليس سبباً كافياً للمرض، بل يجب أن تتوافر شروط معينة من مثل الأنسجة الضعيفة، ومرة أخرى، شبكة معقدة من العوامل المسببة يجب أن تكون موجودة كالضغوط المهددة، ولا تحتوي فقط على الأفكار الواعية وغير الواعية، ولكن أيضا المعتقدات، والعواطف والدوافع، ومهارات التكيف والأنماط المتصلة بكل من سمات الشخصية، وردود الفعل الفسيولوجية في الجسم، وإفراز بعض الهرمونات ما يمنع نقل المغذيات إلى الخلايا الدهنية، ويحجز الأحماض الأمينية في الكبد ويؤدي لإنهيار الجلوكوز وهلم جرا. وحينما تكون آليات التكيف ليست متاحة، تكون النتيجة المحتملة اضطرابات جسدية.

هناك عدة تحديات إكلينيكية في هذا المجال؛ فمعظم منظمات الرعاية الصحية وطرق العلاج الحالية غير مناسبة لعلاج هذه المجموعة من المرضى؛ فالمرضى لديهم مشاكل مع الجسم، تتطلب علاجات جسدية كالأدوية، والجراحة التقليدية والعلاج الطبيعي، أو مشاكل مع العقل تتطلب العلاج النفسي كما العلاج والإرشاد النفسي، حيث لا يزال يُعتبر الشخص الذي يعاني من الاضطرابات السيكوسوماتية ليس مريضاً حقاً، فالمريض غالباً ما يشعر بالعار والذنب، في حين قد تواجه العاملين في مجال الرعاية الصحية مجموعة متنوعة من المشاعر السلبية تجاه هؤلاء المرضى، تتراوح بين تهيج خفيف إلى ازدراء. والمريض قد لا ينظر لسوء حالته الصحية على أساس أنها مشكلة نفسية، بل مشكلة جسدية صعبة للغاية لا يبدو أحد قادراً على علاجها. والعلاج في هذه الحالات مضيعة للوقت إذ أنها عملية تتطلب نهجاً مختلفاً للعلاج من تلك العملية التقليدية في إطار الرعاية الجسدية والعلاج النفسي، على التوالي.

هناك أدلة تجريبية كافية تشير إلى أن الأعراض السيكوسوماتية السبب وراء بحث عدد كبير من الأشخاص للحصول على الرعاية الصحية، ويبدو أن هناك اتجاهاً لافتاً نحو تشكيل أعراض سيكوسوماتية في الأطفال والمراهقين الأصغر خلال العقود القليلة الماضية، وإذا كان هذا هو الحال، فمن الضروري أن نجد العلاجات المقبولة لهذه الشروط، وهو ما يعني أنه يجب علينا اكتساب فهم جديد للسيكوسوماتية، ومن الضروري أن " نثقف " المريض عنها، فإذا كان الشخص قادرًا على التعامل مع الأفكار والمشاعر والأفعال، فإنه لن تتطور أعراض المرض لديه؛ فمفتاح العلاج هو النفسية الناجحة، وأن ينتقل المريض إلى فكرة أن الأعراض الجسمية

هي رد فعل على ما يحدث في حياته، وهذا لن يحدث من تلقاء نفسه، لأن الحل النفسي هو السبيل الوحيد للشخص كي يعي كيفية التعامل عند طلب المساعدة، وأن يعي بأن المشكلة ليست في الجسم، ولكن في العقل، ويجب أن يكون المريض مستعداً لقبول أن تلك الإجابة على مشاكله لا تكمن في مزيد من العلاج الطبي، وأنه ليس مجنوناً، ولكن طغت عليه المشاكل النفسية لدرجة أن الجسم يحاول القيام بالمرض تعبيراً عن ذلك (Bullington, 2013).

ويعرض الباحث لبعض الدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة، إذ هدفت دراسة أحمد (٢٠٠١) إلى المقارنة بين المحترقين نفسيًا وغير المحترقين في بعض خصائص الشخصية، وبينت النتائج وجود فروق دالة بين المحترقين نفسيًا وغير المحترقين في بعدي الذهانية والعصابية لصالح المحترقين، ووجود علاقة بين العصابية والاحتراق النفسي، ووجود ارتباط دال بين العصابية وفقدان الدافعية، وعدم وجود ارتباط دال بين العصابية وكل من الاحباط ، والإجهاد النفسي، ولم يرتبط بعد الانبساطية بالاحتراق النفسي، وأن العصابية والذهانية عوامل منبئة بالاحتراق النفسي لدى الذكور، وأن العصابية ووجهة الضبط مؤشرات لحدوث الاحتراق النفسي لدى الإناث.

وهدفت دراسة الفرح (٢٠٠١) إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في قطر، وأشارت النتائج أن درجة الاحتراق النفسي كان متوسطًا، وأن الذكور أكثر حساسية بنقص الشعور بالإنجاز، وأن غير القطريين العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر تعرضًا من القطريين للاحتراق النفسي.

وتوصلت دراسة يحيى وحامد (٢٠٠١) إلى أن مصادر الاحتراق النفسي الأكثر شيوعاً لدى المعلمين: ظروف العمل، والخصائص الشخصية للمعلم، وخصائص الطلبة، وأن معلمات التربية الخاصة لديهن قابلية أعلى للاحتراق النفسي من المعلمين، وفسرا ذلك بأن الإناث لديهن التزامات أسرية وواجبات عديدة في المنزل، تضاف لأعباء العمل، ورغبة متزايدة في تحقيق الذات، تزيد الأعباء عليهن، وتقلل من قدرتهن على تحمل الضغوط ، ويصبحن أكثر عرضة للاحتراق النفسي.

ودرس حسن (٢٠٠٢) أبعاد الاحتراق النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية على عينة من (١٥٠) مرشدًا طلابيًا، وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين ذوي السمات المرتفعة وذوي السمات المنخفضة في بعدي الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالانجاز لصالح المرتفعين في كل من سمات: السيطرة، والمسؤولية الاجتماعية، والانفعالية.

وأجرت سالم (٢٠٠٢) دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين ضغوط الحياة والأعراض السيكوسوماتية وبعض خصائص الشخصية، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه دالة بين ضغوط الحياة لدى الطلاب والأعراض السيكوسوماتية. وكشفت نتائج دراسة الجمالي وحسن (٢٠٠٣) أن مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتاجات الخاصة في سلطنة عُمان

كان معتدلًا، ولم تكن هناك فروق دالة تُعزى لمتغيري الجنس والخبرة التدريسية، وتبين أن المعلمين العُمانيين أكثر عرضةً من غيرهم للاحتراق في بُعدي تبلد المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز.

وهدفت دراسة ساري (Sari, 2004) للكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي ومشرفي التربية الخاصة في مدارس التربية الخاصة في تركيا، وأشارت النتائج لوجود مستويات متوسطة من الاحتراق النفسي في بعدي تبلد المشاعر ونقص الشعور بالانجاز، ووجود فروق دالة في بُعدي الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز لصالح الذكور، ووجود فروق دالة في بُعد تبلد المشاعر لصالح الإناث. ووجود فروق دالة في بُعدي الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر لصالح المعلمين الأكثر خبرة تدريسية، ووجود فروقًا دالة في بُعد نقص الشعور بالإنجاز لصالح المعلمين الأقل خبرة تدريسية . كما بينت دراسة إدوارد وبورنارد (Edwards & Burnards, 2004). أن ضغوط العمل تسبب الإحتراق النفسي وانخفاض الروح المعنوية والفاعلية في الأداء، وارتفاع معدلات الغياب وترك العمل والأمراض النفسية. وفي نفس الاتجاه توصلت دراسة سكوت (Scott, 2005) إلى أن أعراض الاحتراق النفسي تتمثل بالشعور بالتعب وارتفاع معدلات الغياب والصراع الشخصي. وقام فيرجسون وارمسترونج (Ferguson &Armstrong 2004) ، بدراسة تأثير الملامح الشخصية للمعالج وعلاقتها بضغوط مهنته, وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود مظاهر للاحتراق النفسي للمعالج أثناء عمله الاعتيادي مع المعاقين, فيما ظهرت بعض الأعراض عندما تفاعل مع أشخاص آخرين, وطور معظمهم حيلًا دفاعية لمواجهة الضغوط تقيهم من الاحتراق الوظيفي.

وهدفت دراسة ايشيكي ومورميتو (Isshiki & Morimoto, 2004) لدراسة العلاقة بين أنماط الحياة والأعراض السيكوسوماتية لدى طلاب المدارس الابتدائية وطلاب المدارس الثانوية في اليابان، وتكرر المسح سنويا لمدة ثلاث سنوات. أشارت النتائج لوجود علاقة قوية بين سلوكيات نمط الحياة والأعراض السيكوسوماتية لدى كلا الجنسين، وأن كلاً من الذكور والإناث المتمتعين بنمط حياة جيد أظهروا انخفاضًا في درجات الأعراض السيكوسوماتية. ودرس محمود (٢٠٠٥) العوامل الشخصية المسهمة في الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الابتدائية، والمرحلة الثانوية، وبينت النتائج وجود ارتباط دال سالب بين مستويات الاحتراق النفسي والثبات الانفعالي، والسيطرة والتنظيم الذاتي، ووجود ارتباط دال موجب بين مستويات الاحتراق النفسي وعاملي التوتر والاندفاعية، وأكدت النتائج أن الثبات الانفعالي والسيطرة والتنظيم الذاتي والتوتر هي من أهم عوامل الشخصية المساهمة في الاحتراق النفسي، وتبين أن معلمي المرحلة الثانوية أكثر معاناة من الاحتراق النفسي من معلمي المرحلة الابتدائية، كما كانت المعلمات أكثر احتراقًا من المعلمين، وخلصت الدراسة أن سمات الشخصية السوية تجعل المعلم أكثر قدرة على مواجهة

ضغوط العمل وتفادي الاحتراق النفسي. وهدفت دراسة فايد (٢٠٠٥) على عينة إكلينيكية إلى تحديد ما إذا كان كل من ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية تعمل كعوامل في نشأة الأعراض السيكوسوماتية، وأشارت النتائج أنه توجد علاقة دالة إيجابية بين الأعراض السيكوسوماتية وضغوط الحياة، وأن هناك علاقة دالة سالبة بين الأمراض السيكوسوماتية وكل من الضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية.

وهدفت دراسة الخطيب والقريوتي (٢٠٠٥) إلى التعرف على الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلبة العاديين والموهوبين وذوي صعوبات التعلم والإعاقات الشديدة. أشارت النتائج لعدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجة الاحتراق النفسي تُعزى لمتغيرات الجنس والمؤهل التعليمي وسنوات الخبرة والحالة الاجتماعية. وبينت دراسة القريوتي والخطيب (٢٠٠٦) عدم وجود فروق دالة في مستوى الاحتراق النفسي تُعزى للجنس أو الحالة الاجتماعية، كما بينت أن هناك فروق دالة تُعزى إلى مستوى الدخل لصالح ذوي الدخل المنخفض والمتوسط مقارنة بالمرتفع.

وفي نفس السياق قام ميلسترين وآخرين (Milstein et al,2009) بدراسة تجريبية على عينتين من المعالجين بهدف تدريبهم على بعض أساليب العلاج النفسي لمواجهة الضغوط, أظهرت النتائج أن أن التدريب يساعد في تحديد الأفراد المعرضين لخطر الاحتراق النفسي. وفي نفس السياق قام جبسون وآخرين (Gibson et al, 2009) بدراسة هدفت لاستكشاف علاقة كل من الاحتراق النفسي وفاعلية الذات لدى معالجي النطق والكلام العاملين مع الأطفال الذاتويين في مدارس أيرلندا، وأشارت النتائج أن المعالجين ذوي الخبرة وتلقوا دعمًا وإشرافًا جيدين كانوا في مستوى أعلى من الكفاية الذاتية، وأن هناك عاملين يحددان الاحتراق النفسي هما: الإجهاد العاطفي، ونقص الإنجازات الشخصية.

وهدفت دراسة عواد (٢٠١٠) لمعرفة درجة الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات، وبينت النتائج أن درجته كانت متوسطة، ولم تكن هناك فروق دالة تعزى للجنس والمؤهل العلمي والتخصص.

كما هدفت دراسة طشطوش وزملائه (٢٠١٣) إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي والرضا الوظيفي والعلاقة بينهما لدى معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الاحتراق النفسي والرضا الوظيفي كانا بدرجة متوسطة لديهم ، وأن المعلمين من حملة الماجستير لديهم مستوى احتراق نفسي أعلى، وأن المعلمين من حملة البكالوريوس لديهم رضا وظيفي أعلى، إضافة لوجود علاقة عكسية دالة بين الاحتراق النفسي والرضا الوظيفي.

وهدفت دراسة زبقنيو وزملائه (Zbigniew et al., 2014) لدراسة تأثير الجنس على الرضا عن الحياة والاحتراق النفسي لدى أخصائيي العلاج الطبيعي العاملين في وحدات الرعاية الصحية في بولندا، وأشارت النتائج أن الاحتراق النفسي بين الرجال انخفض جنبا إلى جنب مع زيادة الرضا

عن العمل، والأصدقاء والأقارب والمعارف، بينما انخفض الاحتراق النفسي بين النساء جنبا إلى جنب مع زيادة رضاهم عن الصحة، ووقت الفراغ والأصدقاء والأقارب، وأن الرضا عن الأطفال، والزواج والشراكة، والتفاعل مع الأصدقاء والحياة الجنسية يمكن أن تسهم في الحد من الاحتراق النفسي بين الرجال. وأن النساء اللواتي يشعرن بالرضا مع أطفالهن، والأسرة، هن أقل عرضة للاحتراق النفسي.

وأشارت دراسة باركمان ورفاقه (Barkmann et al., 2014) أن شكاوى الصحة السيكوسوماتية يمكن أن تُضعِف وبشكل كبير النمو النفسي والاجتماعي للأطفال والمراهقين. وسعت دراسة بختاوي (٢٠١٥) إلى الكشف عن العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والتوافق بأبعاده المختلفة لدى طلبة جامعة وهران، وأكدت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين الطلبة الأسوياء والطلبة المضطربين سيكوسوماتيا في التوافق النفسي والاجتماعي لصالح الطلبة الأسوياء وفي التوافق الأسري لصالح الطلبة السيكوسوماتيين، ووجود فروق دالة إحصائيا بين الطلبة المصابين باضطرابات سيكوسوماتية بسيطة والطلبة المصابين باضطرابات سيكوسوماتية حادة في التوافق النفسي والاجتماعي لصالح الفئة البسيطة.

تعليق على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح ندرة الدراسات التي تناولت الاحتراق النفسي في علاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية، ولدى عينة من طلبة الثانوية العامة (التوجيهي) الذين يتعرضون لضغوط شديدة، إذ أن معظم الدراسات قد تناولت الاحتراق النفسي في مجالات التعليم والعمل، مما يميز هذه الدراسة عن غيرها من حيث تناولها الاحتراق النفسي وسبر علاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من طلاب الثانوية العامة (التوجيهي) في الأردن.

مشكلة الدراسة:

تُعد مرحلة الثانوية العامة (التوجيهي)، من المراحل الدراسية المهمة في البيئة التعليمية، فباجتيازها يستطيع الطالب الاختيار ما بين الالتحاق بالدراسة الجامعية، أو العمل المهني. لذلك تُعد مرحلة مهمة؛ لأنها جسر العبور بين الطريق المدرسي، وما بعده من طرق يتخذها الطالب في حياته، ولكن للأسف في بعض الدول العربية، ومن ضمنها الأردن، يتم تحويل الثانوية العامة إلى حالة من الرعب يعيشها الطالب بتأثير من عائلته والأشخاص المحيطين به، ليكون تأثير مرحلة الثانوية العامة على الطالب سلبًا في كثير من الأحيان. وكشفت العديد من الدراسات العلمية التي أُجريت في مختلف الدول العربية التي تطبق نظام الثانوية العامة أن طلاب المرحلة الثانوية العامة يُعانون ضغوطًا إضافية، إضافة إلى المشكلات النفسية التي يتعرض لها المراهقون العاديون مما يُعَجِل إصابتهم بالاحتراق النفسي، الذي يؤثر سلبًا على صحتهم الجسمية والنفسية والاجتماعية. وأفضل ما يُعبر عن العلاقة الوثيقة بين الجسم والنفس الأمراض

السيكوسوماتية (Schonfeld, 2001). وبناءً ذلك جاءت مشكلة الدراسة الحالية للتعرف على مدى تأثير الاحتراق النفسي في إحداث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من طلاب وطالبات الثانوية العامة (التوجيهي) في الأردن.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية للدراسة: تبرز أهمية الدراسة الحالية في الجانب النظري في توفيرها مراجعات حديثة لمفهوم الاحتراق النفسي كمفهوم نفسي، وعلاقته بالأعراض السيكوسوماتية التي أطلق عليها "أمراض العصر" أو "الجسدنة" للتعبير عن شكوى مستمرة من أعراض عضوية حلت محل الأمراض النفسية من قلق واكتئاب. كما تبرز أهميتها في توفيرها لمزيد من الفهم حول دور الاحتراق النفسي كأحد العوامل التي قد يكون لها دور في ظهور وتطور الأعراض السيكوسوماتية. كما تظهر أهمية الدراسة نظريًا أيضًا في دراستها لفئة مهمة من فئات المجتمع وهي فئة طلاب المرحلة الثانوية.

الأهمية العملية والتطبيقية للدراسة: تبرز أهمية الدراسة الحالية في الجانب العملي والتطبيقي في التوصية ببناء برامج إرشادية تهدف إلى تحصين الأفراد وخاصة المستهدفين أكثر من غيرهم ضد الاحتراق النفسي ومواجهته والتغلب عليه. كما أنه من المتوقع أن تفيد نتائج هذه الدراسة العاملين في مجالي الصحة النفسية والطب النفسي بتزويدهم بمعلومات موثوقة حول علاقة الاحتراق النفسي بالأعراض السيكوسوماتية، كما تفيد نتائجها بوضع برامج إرشادية لأسر طلاب المرحلة الثانوية بضرورة التعامل مع أبنائهم بطريقة تخفف الضغوط النفسية عليهم.

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة لفحص العلاقة بين الاحتراق النفسي لدى طلاب الثانوية العامة في الأردن والأعراض السيكوسوماتية لديهم، ومعرفة مدى إمكانية التنبؤ بالأعراض السيكوسوماتية من خلال الاحتراق النفسي.

حدود الدراسة

١-الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من طلاب وطالبات الثانوية العامة (التوجيهي) في مدينة الزرقاء في الأردن.

٢-الحدود الزمانية: اقتصرت الدراسة على العينة المذكورة أعلاه نفسها للعام الدراسي ٢٠١٥/٢٠١٤.

٣-كما تحددت الدراسة بأدواتها ومنهجها التحليلي الترابطي.

مصطلحات الدراسة

الاحتراق النفسي : Psychological Burnout تعرفه ماسلاك (Maslach, 2003) بأنه مجموعة أعراض تتمثل في الإجهاد العصبي واستنفاذ الطاقة الانفعالية والتجرد من النواحي

الشخصية، والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز في المجال المهني، وغالبًا ما يترتب على هذا الوضع حدوث ضغط نفسي يلزم الفرد بالتكيف معه، لكي يقلل من احساسه بالعجز، ويتميز هذا النوع من التكييف بتدني مستوى الدافعية والشعور بعدم الرضا، وبالعلاقة الجافة مع الآخرين.

ويعرفه الباحث إجرائيًا بأنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة في أبعاد مقياس الاحتراق النفسي موضع الدراسة.

الاضطرابات السيكوسوماتية : Psychosomatic disorders تعرفها دائرة المعارف البريطانية بأنها: الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية التي تأخذ شكل اضطراب جسمي، أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فعرفت الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها مجموعة من الاضطرابات العضوية التي تتميز بأعراض ترجع بأسبابها إلى عوامل نفسية انفعالية، تقع تحت إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي أو الذاتي (الشواشره والدقس، ٢٠١٤)

ويعرفها الباحث إجرائيًا بأنها الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة في أبعاد مقياس الأمراض السيكوسوماتية موضع الدراسة.

فروض الدراسة

١. لا توجد فروق دالة بين متوسطي درجات الطلاب والطالبات على مقياس الاحتراق النفسي وأبعاده الثلاث.
٢. لا توجد فروق دالة بين متوسطي درجات الطلاب والطالبات على مقياس الأمراض السيكوسوماتية وأبعاده السبعة.
٣. توجد علاقة ارتباطيه إيجابية دالة بين الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية.
٤. يمكن التنبؤ بالأعراض السيكوسوماتية لأفراد العينة من خلال درجاتهم في الاحتراق النفسي.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي الارتباطي الذي يحاول تحديد ما إذا كان هناك رابطة بين متغيرين اثنين أو أكثر ومعرفة حجم هذه الرابطة أو العلاقة، وإمكانية استخدامها في عمليات التنبؤ.

المشاركون في الدراسة " المفحوصون ":

تضمنت عينة المفحوصين (٦٠) طالبًا نصفهم من الإناث جُمعت منهم بيانات هذه الدراسة، وتم اختيار عينة المفحوصين عشوائيًا من طلاب الثانوية العامة (التوجيهي) من مدرسة معاوية بن أبي سفيان في مدينة الزرقاء، تراوحت أعمارهم بين (١٧) و(١٨) سنة بمتوسط (17.35) وانحراف معياري قدره (0.53). في حين تم اختيار عينة المفحوصات من طالبات الثانوية

العامة (التوجيهي) من مدرسة أم الدرداء الثانوية للبنات في مدينة الزرقاء، وتراوحت أعمارهن بين (١٧) و(١٨) سنة بمتوسط (17.15) وانحراف معياري قدره (0.62).

أدوات الدراسة

أولًا: مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي Maslach Burnout Inventory MBI

يعد مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي من أكثر المقاييس استخدامًا على نطاق عالمي لقياس الاحتراق النفسي (Worley, et al., 2008) وقام عدد من الباحثين بتعريب المقياس ليتلائم مع البيئة العربية، ومنهم (مقابلة وسلامة ١٩٩٣، والطحاينه ١٩٩٥، والطوالبه ١٩٩٨، والفرح، ٢٠٠١). ويتكون المقياس من (٢٢) فقرة، موزعة على ثلاثة أبعاد: الإجهاد الانفعالي: ويقيس مستوى الإجهاد، والتوتر الانفعالي الذي يشعر به الفرد. وتبلد المشاعر: ويقيس مستوى قلة الاهتمام، واللامبالاة. ونقص الشعور بالإنجاز: ويقيس طريقة تقييم الفرد لنفسه، ومستوى شعوره بالكفاءة. بُنيت فقرات المقياس بتدرج يتراوح من (صفر إلى ٦) درجات، لتكون الدرجة الكاملة للاختبار ما بين (صفر – ١٣٢)، والدرجة على بُعد الإجهاد الانفعالي بين (صفر – ٥٤)، وعلى بُعد تبلد المشاعر بين (صفر – ٣٠)، وعلى بُعد نقص الشعور بالإنجاز بين (صفر – ٤٨).

يتمتع المقياس الأصلي بمستوى جيد من الثبات والصدق، وظهرت دلالات صدق المقياس من خلال قدرته على التمييز بين فئات مختلفة من العاملين، ممن يعانون من احتراق نفسي عالٍ، واحتراق نفسي متدنٍ، وظهر ذلك جليًا في دراسات كل من (Platisdou & Sari, 2004 Agaliotis, 2008 ، والجمالي وحسن، ٢٠٠٣، والفرح، ٢٠٠١).

وقام الباحث بتغيير صيغ عبارات مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي كي تصبح مناسبة لتطبيقها على طلاب المرحلة الثانوية لقياس احتراقهم النفسي الناتج عن الضغط الدراسي وضغط المحيطين. وللتحقق من صدق المقياس تم تطبيقه على عينة مكونة من (٣٥) طالبًا وطالبة من المرحلة الثانوية، تم استبعادهم فيما بعد من عينة الدراسة الأساسية، وأظهرت النتائج أن معاملات الارتباط لجميع الفقرات ذات دلالة إحصائية، كما يوضحها الجدول رقم (١):

جدول (١)

معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس ماسلاك للاحتراق النفسي

رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
١	**.65	١٢	**.59
٢	**.75	١٣	**.80
٣	**.58	١٤	**.78
٤	**.57	١٥	**.86
٥	**.65	١٦	**.67
٦	**.70	١٧	**.68
٧	**.77	١٨	**.70
٨	**.63	١٩	**.80
٩	**.69	٢٠	**.61
١٠	**.62	٢١	**.76
١١	**.64	٢٢	**.78

** دالة عند (.001)

اتضح من جدول (١) تراوح ارتباطات الفقرات بالدرجة الكلية بين (٠,٥٧) و (٠,٨٦) وكلها دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

كما أظهرت المعالجة الإحصائية لمقياس ماسلاك للاحتراق النفسي أن جميع أبعاد المقياس ترتبط مع بعضها ومع المقياس ككل بمعاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية، وقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين أبعاد المقاييس المختلفة والمقياس ككل، كما يوضحها الجدول(٢):

جدول (٢)

مصفوفة الارتباطات الداخلية لمقياس ماسلاك للاحتراق النفسي

المتغيرات	الإجهاد الانفعالي	تبلد المشاعر	نقص الشعور بالانجاز	المقياس ككل
الإجهاد الانفعالي	1			
تبلد المشاعر	**.892	1		
نقص الشعور بالإنجاز	**.861	**.829	1	
المقياس ككل	**.970	**.940	**.937	1

** دالة عند (.001)

اتضح من الجدول (٢) أن معاملات ارتباط أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (.001) و بناء عليه يمكن اعتبار القائمة تتمتع باتساق داخلي مقبول.

وتم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي حيث كانت قيمته (0.88) للمقياس ككل، و(0.82) لبعد الإجهاد الانفعالي, و(0.80) لبعد تبلد المشاعر، و(0.76) لبعد نقص الشعور بالانجاز.

وتعد معاملات الصدق والثبات المستخرجة معاملات مقبولة وعليه فإن مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي يتمتع بدرجة مقبولة من الاستقرار مع مرور الزمن إذ كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًا، كما أن هناك درجة عالية من الاتساق الداخلي، ويعتبر هذا مؤشرًا مناسبًا على أن مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي يمكن الاعتماد عليه لاستخدامه في هذه الدراسة.

ثانيًا: مقياس الأمراض السيكوسوماتية

تم استخدام مقياس الأمراض السيكوسوماتية إعداد كمال البناء (1987 م)، المستخدم في دراسة (النجار، ٢٠٠٩) وأعد هذا المقياس للكشف عن الاضطرابات العضوية التي تظهر لأسباب انفعالية كرد فعل للضغوط المختلفة التي يتعرض لها الفرد. ويتكون المقياس من ثمانية أبعاد: الهضمي، والقلبي، والنفسي، والجلدي، والبولي، والتنفسي، والسكري. ويُطلب من المفحوص الاستجابة على الفقرات، بتدرج يتراوح من (صفر و ١) درجة، وعليه تكون الدرجة الكاملة للاختبار تتراوح ما بين (صفر– ٦٠).

يتمتع المقياس الأصلي بثبات مرتفع حيث بلغ معامل كرونباخ ألفا للمقياس ككل (0.82) وتراوحت قيم الثبات لأبعاد المقياس بنفس الطريقة أيضًا ما بين (0.78) و (0.95) . كما كانت لفقرات المقياس ارتباط دال مع الأبعاد التي تنتمي لها، وكان هناك ارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس بشكل دال (النجار، ٢٠٠٩). وللتحقق من صدق المقياس تم تطبيقه على عينة مكونة من (٣٥) طالبًا وطالبة من المرحلة الثانوية وأظهرت المعالجة الإحصائية أن معاملات الارتباط لجميع الفقرات ذات دلالة ، يوضحها الجدول (٣).

جدول (٣)

معاملات ارتباط الدرجة بالدرجة الكلية لمقياس الأمراض السيكوسوماتية

رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
١	**.52	٢١	**.62	٤١	**.55
٢	**.57	٢٢	**.52	٤٢	**.72
٣	**.64	٢٣	**.54	٤٣	**.66
٤	**.65	٢٤	**.53	٤٤	**.67
٥	**.75	٢٥	**.67	٤٥	**.52
٦	**.75	٢٦	**.52	٤٦	**.48
٧	**.48	٢٧	**.48	٤٧	**.53
٨	**.59	٢٨	**.61	٤٨	**.62
٩	**.61	٢٩	**.53	٤٩	**.62
١٠	**.62	٣٠	**.62	٥٠	**.66
١١	**.49	٣١	**.52	٥١	**.55
١٢	**.55	٣٢	**.62	٥٢	**.63
١٣	**.59	٣٣	**.75	٥٣	**.59
١٤	**.62	٣٤	**.48	٥٤	**.71
١٥	**.66	٣٥	**.59	٥٥	**.82
١٦	**.55	٣٦	**.61	٥٦	**.56
١٧	**.63	٣٧	**.73	٥٧	**.67
١٨	**.57	٣٨	**.78	٥٨	**.62
١٩	**.64	٣٩	**.80	٥٩	**.73
٢٠	**.71	٤٠	**.54	٦٠	**.78

** دالة عند (0.001)

اتضح من جدول (٣) أن ارتباطات البنود بالدرجة الكلية تراوحت بين (٠,٤٨) و(٠,٨٢) وجميع هذه الارتباطات دالة عند مستوى (٠,٠٠١).

وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين أبعاد المقاييس المختلفة وهي موضحة بالجدول (٤)

الجدول (٤)

مصفوفة الارتباطات الداخلية لمقياس الأمراض السيكوسوماتية

أبعاد مقياس الأمراض السيكوسوماتية	البعد الهضمي	البعد القلبي	البعد النفسي	البعد الجلدي	البعد البولي	البعد التنفسي	البعد السكري	المقياس ككل
البعد الهضمي	1							
البعد القلبي	.871**	1						
البعد النفسي	.850**	.929**	1					
البعد الجلدي	.905**	.906**	.989**	1				
البعد البولي	.782**	.794**	.752**	.805**	1			
البعد التنفسي	.552**	.605**	.604**	.583**	.574**	1		
البعد السكري	.836**	.884**	.886**	.884**	.746**	.587**	1	
المقياس ككل	.928**	.962**	.954**	.960**	.849**	.667**	.939**	1

** دالة عند (.001)

اتضح من الجدول (٤) أن معاملات ارتباط أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى(.001). كما تم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي وكانت (0.89) للمقياس ككل، و(0.83) للبعد الهضمي, و(0.79) للبعد القلبي، و(0.81) للبعد النفسي، و(0.75) للبعد الجلدي، و(0.79) للبعد البولي، و(0.82) للبعد التنفسي، و(0.78) للبعد السكري. وهي نتائج تشير لتمتع مقياس الأمراض السيكوسوماتية باتساق داخلي وثبات مقبول يبرر استخدامه في الدراسة .

إجراءات الدراسة

بعد التأكد من صلاحية الأدوات المستخدمة في الدراسة تم تطبيق مقياسي ماسلاك للاحتراق النفسي والأمراض السيكوسوماتية على (٦٠) طالبًا وطالبة تم اختيارهم وفقًا للطريقة العشوائية من طلاب وطالبات الثانوية العامة (التوجيهي) في الأردن، وحسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الطلاب على فقرات المقياس المستخدمة، كما حسبت معاملات الارتباط بين درجاتهم على المقياسين للإجابة على أسئلة الدراسة .

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى: والتي نصها "لا توجد فروق دالة بين متوسطي درجات الطلاب والطالبات على مقياس الاحتراق النفسي وأبعاده الثلاث". ولتحقيق هذه الفرضية استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس الاحتراق النفسي، كما حسبت قيمة "ت" ، كما هو موضح في الجدول (٥):

جدول (٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستجابات الطلاب والطالبات على مقياس الاحتراق النفسي وأبعاده الثلاث

أبعاد مقياس الاحتراق النفسي	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"
الإجهاد الانفعالي	ذكور	30	31.43	10.91	1.29
	إناث	30	35.16	11.51	
تبلد المشاعر	ذكور	30	17.70	5.84	1.50
	إناث	30	20.06	6.34	
نقص الشعور بالانجاز	ذكور	30	26.06	8.73	1.04
	إناث	30	28.53	9.62	
المقياس بشكل عام	ذكور	30	75.20	24.32	1.33
	إناث	30	83.76	25.46	

**غير دالة

اتضح من الجدول (٥) أن الفرضية الصفرية قد تحققت حيث تَبين عدم وجود فروق دالة بين الطلاب والطالبات في الاحتراق النفسي، وأبعاده المختلفة. وتفسير تلك النتيجة بالقول أن كلاً من الطلاب والطالبات تعرضوا للاحتراق النفسي مما يبين التأثير الكبير لمرحلة الثانوية العامة وضغوطها النفسية على أفراد العينة بغض النظر عن الجنس، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة القريوتي والخطيب (٢٠٠٦)، والخطيب والقريوتي (٢٠٠٥)، ودراسة عواد (٢٠١٠) التي بينت

عدم وجود فروق دالة في الاحتراق النفسي تُعزى للجنس، وتتعارض نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة ساري (Sari, 2004)، ومحمود (٢٠٠٥)، ودراسة دالينيل وزملائه (Dahlinl et al., 2007) التي أشارت لوجود فروق في الاحتراق النفسي تعزى للجنس.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية: والتي نصها "لا توجد فروق دالة بين متوسطي درجات الطلاب والطالبات على مقياس الأمراض السيكوسوماتية وأبعاده السبعة" وللإجابة على هذه الفرضية استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس الأمراض السيكوسوماتية، كما حسبت قيمة "ت" ، كماهو موضح في الجدول (٦):

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لاستجابات الطلاب والطالبات على مقياس الأمراض السيكوسوماتية وأبعاده السبعة

أبعاد مقياس الأمراض السيكوسوماتية	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"
البعد الهضمي	ذكور	30	6.10	1.37	1.71
	إناث	30	6.76	1.63	
البعد القلبي	ذكور	30	5.86	1.61	*2.08
	إناث	30	6.76	1.73	
البعد النفسي	ذكور	30	6.03	1.86	1.85
	إناث	30	6.90	1.74	
البعد الجلدي	ذكور	30	5.90	1.56	1.81
	إناث	30	6.66	1.70	
البعد البولي	ذكور	30	3.20	.88	0.97
	إناث	30	3.43	.97	
البعد التنفسي	ذكور	30	2.23	.73	0.89
	إناث	30	2.60	.77	
البعد السكري	ذكور	30	6.23	1.67	1.75
	إناث	30	7.00	1.70	
المقياس ككل	ذكور	30	35.56	8.88	1.95
	إناث	30	40.17	9.36	

* دالة عند (0.05)

اتضح من الجدول (٦) أن الفرضية الصفرية تحققت إذ تبين عدم وجود فروق دالة بين الطلاب والطلاب في الأعراض السيكوسوماتية، وأبعاده المختلفة، باستثناء البعد القلبي إذ أظهرت النتائج وجود فروق دالة (ت= 2.08) بدلالة (0.05) لصالح الطالبات، وتفسر تلك النتيجة بأن هناك أثر للضغوط النفسية على الجسد فإذا كان تفاعل الفرد مع بيئته تدميري فإن الجهاز العصبي السمبثاوي يلعب عندها دورًا مهما وتفرز الغدد فوق الكلوية هرمون الادرينالين فتزيد ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم (النجار، ٢٠٠٩)، ويكون تأثير الضغوط أكبر لدى الإناث مقارنة بالذكور، وهذا ما أكدته دراسة جيلسما (Jellesma, 2008) من أن الأشخاص الذين يعانون الانفعالات السلبية، معرضون للكبت الاجتماعي، لافتقارهم للقدرة على تبادل محنتهم مع الآخرين ، ويؤدي إلى المشاعر المكبوتة وزيادة العزلة الاجتماعية. وأظهرت الأبحاث ارتباط هذا النوع من الشخصية بمشاكل في القلب، وتم العثور على هذه الشخصية في ما يصل الى (٥٣٪) من مرضى القلب، فقمع العواطف هو سبب العديد من أشكال اعتلال الصحة أو ما نسميه "السيكوسوماتية"؛ فالفروق الجنسية في الشكاوى الصحية خلال فترة المراهقة موجودة بانتشار أعلى باستمرار بين الفتيات نظرًا لحساسيتهن على أجسادهم خاصة خلال فترة البلوغ، ورغبة أكبر للاعتراف باعتلال الصحة، ووجدت الدراسات على الدوام مستوى أعلى من التوتر لدى الفتيات، وارتباط انتشار الأعراض النفسية لديهن مع مخاوف أداء المدرسة والتوقعات التعليمية العالية (Ostberg et al., 2014). وهذا يفسر حصول الطالبات على درجات أعلى في البعد القلبي.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة: والتي نصها "توجد علاقة ارتباطيه إيجابية دالة بين الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية " ، وللإجابة على هذه الفرضية تم حساب معامل ارتبط بيرسون، ويعرض الجدول (٧) تلك المعاملات.

الجدول (٧)

معامل ارتبط بيرسون بين مقياسي الاحتراق النفسي وأبعاده والأمراض السيكوسوماتية وأبعاده

الاحتراق النفسي الأمراض السيكوسوماتية	الإجهاد الانفعالي	تبلد المشاعر	نقص الشعور بالإنجاز	المقياس ككل
البعد الهضمي	.796 **	.757 **	.726 **	.804 **
البعد القلبي	.826 **	.761 **	.762 **	.829 **
البعد النفسي	.767	.748	.779 **	.803 **

		**	**	
البعد الجلدي	.805 **	.788 **	.775 **	.831 **
البعد البولي	.667 **	.705 **	.666 **	.777 **
البعد التنفسي	.511 **	.539 **	.476 **	.535 **
البعد السكري	.813 **	.789 **	.764 **	.835 **
المقياس ككل	.843**	.821**	.805**	.868**

** دال عند 001.

اتضح من الجدول (٧) أن هناك ارتباطاً إيجابياً دالاً بين الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية، والأبعاد المختلفة للمقياسين، وهذا يعني أنه إذا كان هناك احتراق نفسي يميل الفرد لإظهار الأعراض السيكوسوماتية.

النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة: والتي نصها "يمكن التنبؤ بالأعراض السيكوسوماتية لأفراد العينة من خلال درجاتهم في الاحتراق النفسي"، وهل يسهم الاحتراق النفسي في التباين الكلي للأعراض السيكوسوماتية؟ ولتحقيق هذه الفرضية تم حساب تحليل الانحدار الخطي البسيط للاحتراق النفسي على الأعراض السيكوسوماتية وتتضح النتائج في الجدولين (٨ و٩).

الجدول (٨)

الانحدار الخطي البسيط للقدرة التنبؤية للاحتراق النفسي في الأعراض السيكوسوماتية

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
الانحدار	3411.421	1	3411.421	114.2716	.001
الباقي	1731.513	58	29.8536		
الدرجة الكلية للعزو	5142.934	.59			

اتضح من الجدول (٨) وجود أثر دال عند مستوى (001.)؛ وبلغت قيمة ف (114.2716)، ما يشير لوجود مساهمة للاحتراق النفسي في ظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العينة.

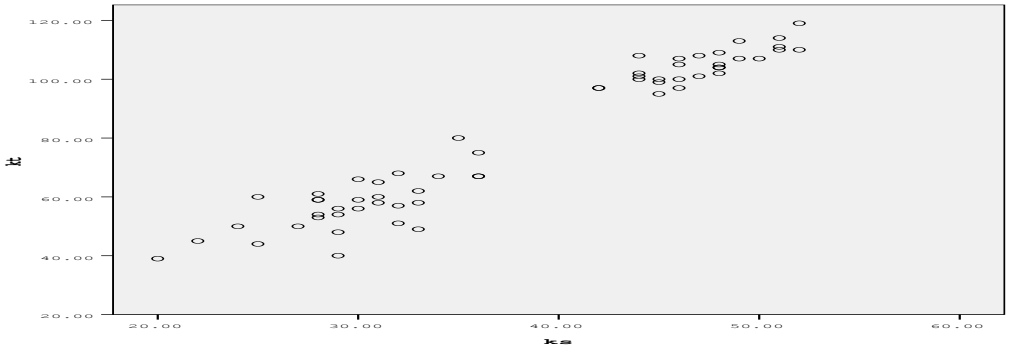
الجدول (٩)

نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للقدرة التنبؤية للاحتراق النفسي في الأعراض السيكوسوماتية

النموذج	معاملات الانحدار غير المعيارية		معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	نسبة التباين المفسر	نسبة التباين المفسر المعدل
	B	الخطأ المعياري	Beta			
ثابت الانحدار	9.199	1.016	—	9.054	.59	.58
الاحتراق النفسي	.691	.2121	.77	*3.29		

*دالة عند (.01)

اتضح من الجدول رقم (٩) أن للاحتراق النفسي قدرة تنبؤية بالأعراض السيكوسوماتية، وبلغت قيمة Beta (.77) وقيمة ت (3.29) وهي قيمة موجبة دالة عند (.01) ما يدل على أن أي تغير في درجة الاحتراق النفسي بمقدار وحدة معيارية يقابلها تغير بمقدار (.77)، وأن الإحتراق النفسي يفسر (٥٨%) من التباين الكلي للأعراض السيكوسوماتية، فارتفاع مستوى الأعراض السيكوسوماتية ناتج عن ارتفاع درجة الاحتراق النفسي وأن هناك درجة من الثقة في إمكانية التنبؤ بالأعراض السيكوسوماتية من خلال الاحتراق النفسي، كما يشير لذلك الشكل رقم (١).



الشكل رقم (١)

يوضح العلاقة بين الاحتراق النفسي والاضطرابات السيكسوماتية

**حيث ks الاضراب السيكوسوماتي، و kt الاحتراق النفسي

اتضح من الشكل رقم (١) أن العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية والاحتراق النفسي هي علاقة شبه خطية، ما يعني إمكانية التنبؤ بالأعراض السيكوسوماتية من خلال الاحتراق النفسي، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة بوير وآخرين (Bauer et al., 2006) التي بينت تأثير الاحتراق النفسي في إحداث الاضطرابات السيكوسوماتية، وأن (٢٠%) من العينة لديهم درجات متعددة من أعراض الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، وارتبط ذلك بالاحتراق النفسي، كما تتفق مع دراسة كل من ليدرر (Lederer et al., 2001) وجروسي (Grossi, 2003) حيث ارتبط الاحتراق النفسي بالاكتئاب والقلق، والاضطرابات الانفعالية، ومع نتائج دراسة ايشيكي

ومورميتو (Isshiki & Morimoto, 2004) التي أشارت لوجود علاقة قوية بين سلوكيات نمط الحياة والأعراض السيكوسوماتية. فهناك علاقة ارتباطيه إيجابية بين إدراك الطلاب لمطالب المدرسة وضغوط الواجبات المدرسية والشكاوى الصحية؛ فالاغتراب المدرسي مُعبرًا عنه بمشاعر الكراهية يزيد من خطر الأعراض النفسية. ومثل هذه التجارب تظهر جزئيا صعوبات في تحقيق الأهداف التعليمية، ويمكن أن ينظر إليها باعتبارها تعبيرا عن الإرهاق النفسي، وهذا يشير إلى كيف يصبح الإجهاد إتلافًا عندما لا يكون هناك مجال للانتعاش (Nygren et al, 2014).

إن الضغط المجتمعي على طالب الثانوية العامة يجعل من الصعوبة عليه أن يقفز قفزةً تتعلق بها حياته المستقبلية كلها، فبالإضافة إلى ضغط المجتمع؛ هناك ضغط الأسرة، والإلحاح بالمذاكرة؛ مما يجعله تحت ضغط أكبر لا يمكن تحمله. ومن المؤسف أن تأتي مرحلة الثانوية العامة بحجمها وثقلها مع فترة صعبة في حياة الشباب، هي فترة المراهقة، فتزامن المرحلتين له آثاره الكبيرة على الطالب؛ فمرحلة المراهقة بها اضطراب في المشاعر وصراعات داخلية، وعناد وتمرد وفتور وإحساس بالكيان والمسئولية ما بين نمو جسدي ونمو نفسي، وتغير في الهرمونات؛ تزيد من القلق الموجود عنده مسبقًا من الثانوية العامة. وبمثل هذه الحالة شديدة التقلب يجتاز الطالب أخطر مرحلة له، وهي أهم سنة في العمر في عرف المجتمع والأسرة؛ مما تجعل كثيرًا من الطلبة لا يستطيعون إدارة مثل هذا الصراع الكامن داخليًّا وخارجيًّا. فالطالب يعيش في دائرة مغلقة، فالمجتمع يضغط عليه، ويلوح له بإشارة كليات القمة كالطب والهندسة، وكليات القاع، والوالدان يضغطان عليه بالحصول على الأموال بشق الأنفس، وتهيئة بيئة المذاكرة، والمراهنة عليه بالحصول على أعلى الدرجات، الأمر الذي يقوم برده الطالب إليهم عبر الميل إلى الفوضى والعناد، وعدم الطاعة، وعدم تقبل النصح والانفعال الدائم، وفقدان الشهية والأرق، والإحساس بالدونية؛ هذا الضغط النفسي الشديد على الطالب أو والديه يشلُّ حركة البيت ويجعله (مكهربًا)، ويجعل الطالب كمشلول لا يستطيع القيام بأي عمل. ومحصلته الاحتراق النفسي الذي يقود للاضطرابات السيكوسوماتية كما اتضح جليا في نتائج هذه الدراسة.

فالضغوط النفسية في البيت تؤدي إلى بعض السلوكيات، منها النفسي كالتوتر والانزعاج لأسباب بسيطة، والتوقعات السيئة للمستقبل، ومنها الجسمي كالشعور بالتعب والإرهاق، والغثيان والقيء، والرغبة في التبول والتبرز مرات كثيرة، والرعشة وبرودة الأطراف، وزيادة إفراز العرق. وتشير دراسة تانكا وزملائه (Tanaka et al., 2000) أن هناك عددًا من المراهقين في اليابان يعانون من اضطرابات انفعالية، بما في ذلك الأمراض السيكوسوماتية. ووفقا لتقارير سابقة يتعرض الأطفال اليابانيين لدرجة أعلى بكثير من الأعراض الجسدية والنفسية مقارنة بالأطفال السويديين، لوجود تأثيرات أكثر ذات الصلة بالمدرسة والضغوط المتعلقة بالمنزل؛ إذ يقضي الأطفال اليابانيين وقتاً أكثر في المدرسة الإلزامية، مع وجود الإجهاد المتصل المدرسة. وكشفت دراسة

سونمارك وزملائه (Sonmark et al., 2015)، أن الشعور بضغط العمل المدرسي هو أقل انتشاراً في السويد، وارتبط ذلك بقلة الشكاوى النفسية مقارنة في فرنسا.

إن ضغوط الأسرة على طلاب الثانوية العامة يسبب ضغوطًا عقلية ينجم عنها الاحتراق النفسي ويقود لخيبات أمل متكررة نتيجة عوائق تحول بين الفرد واحتياجاته وتوقعاته، ويؤدي لتدني مفهوم الذات مترافقاً بعدة أعراض نفسية جسدية قابلة للتطور بمرور الوقت (Betsy, 2009). ونظراً لكثرة الضغوط، يحدث الكبت؛ وإذا لم نمكِّن انفعالاتهم من التعبير عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجسادهم التعبير عنها بما تستهلكه من طاقاتهم؛ فيسبب اضطرابًا في توازن الجسم الكميائي يسير بواسطة الأعصاب، فيتحرك الجهاز العصبي بمطرقته الكبيرة اللاإرادية ويضرب المعدة أو القلب أوالرئتين وتنعكس بردود أفعال أتوماتيكية مؤلمة (Brito, Roysamb, 2004). وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة سالم (٢٠٠٢) التي أشارت لوجود علاقة ارتباطيه دالة بين ضغوط الحياة لدى الطلاب والأعراض السيكوسوماتية، ومع نتيجة دراسة فايد (٢٠٠٥) التي أشارت لوجود علاقة دالة ايجابياً بين الأعراض السيكوسوماتية وضغوط الحياة، ومع نتيجة دراسة مخلوف (٢٠١٣) التي أظهرت ارتباط ضغوط العمل بالأعراض النفسية والسلوكية وحتى العضوية منها، ومع دراسة الشيخ (٢٠٠٢) التي بينت أن للاحتراق النفسي أعراضاً عضوية (بدنية) وفسيولوجية متمثلة في ارتفاع ضغط الدم, وضعف عام في الجسم وهو مما يتولد عنه خلل في بعض أجهزة الجسم، واضطرابات في المعدة، والقلب، واضطرابات النوم.

إن تأثير الثانوية العامة على الطلاب، يعتمد على تأثير البيئة المحيطة، فعندما تتم تهيئتهم بشكل جيد لهذه المرحلة، فإن ذلك يُمكِّنهم من اجتيازها، وتحقيق معدلات تسمح لهم بدخول التخصصات التي يريدونها في المرحلة الجامعية. فتأثير مرحلة الثانوية العامة يجب أن يكون إيجابياً دائماً، لما من شأنه المساعدة في إيجاد جيل من الطلاب المتعلمين، والواعين، والقادرين على النهوض في مجتمعهم، وعلى ذلك فلا بد من تخفيف أي توتر عليهم كي لا يقود للاحتراق النفسي الذي بدوره يقود للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

التوصيات

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية، يُوصى الباحث بما يلي:

١. وضع برنامج إرشادي وقائي يهدف لتزويد أولياء أمور طلاب الثانوية العامة باستراتيجيات التعامل مع أبنائهم لتخفيف الضغوط عليهم.
٢. وضع برنامج إرشادي وقائي يهدف لتقديم استراتيجية المواجهة للتعامل مع مصادر الضغوط وكيفية التغلب عليها لدى طلاب المرحلة الثانوية.
٣. العمل على إكساب الطلاب مهارات التواصل الاجتماعي بهدف رفع مستوى التأقلم مع الضغوط.

كذلك يقترح الباحث التوسع في الدراسات النفسية التي تركز على فحص المصادر النفسية والبيئية التي من شأنها أن تؤدي إلى الأعراض السيكوسوماتية.

المراجع

١. أبو النيل، هبه وعامر، أيمن (٢٠٠٦) الإبداع كاستعداد وعلاقته بالمشقة والاضطرابات النفسجمية. القاهرة، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مج ٢٥، ع ٢ ، ٢٦٣ – ٣١٧.

٢. أحمد، عصام هاشم (٢٠٠١) دراسة مقارنة بين المحترقين نفسيًا وغير المحترقين في بعض خصائص الشخصية، ووجهة الضبط، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية كلية الآداب، جامعة المينيا، ج ١٢، ٢١٩ – ٢٦٨.

٣. أخرس ، نائل محمد عبد الرحمن (٢٠١٤) الاضطرابات السلوكية والانفعالية للعاديين وغير العاديين . الرياض : مكتبة الرشد .

٤. البطاينه، أسامه والجوارنه، المعتصم بالله (٢٠٠٤) مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة ومعلماتها في محافظة أربد وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة اتحاد الجامعات العربية، المجلد ٢ العدد ٢ ص ص ٤٨ – ٧٦.

٥. الجعفري، عبداللطيف بن محمد، (٢٠٠٤) الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، شبكة الخليج – منتدى الخليج لذوي الأحتياجات الخاصة.

٦. الجمالي، فوزية وحسن، عبد الحميد (٢٠٠٣) مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة واحتياجاتهم التدريبية بسلطنة عُمان. دراسات عربية في علم النفس ٢ (١) ١٥١ –٢١١ .

٧. الحايك، هيام (٢٠٠٠) مستويات الاحتراق لدى معلمي الحاسوب في المدارس الحكومية الأردنية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

٨. الخطيب، مصطفى والقريوتي، إبراهيم أمين (٢٠٠٥) الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة العاديين والموهوبين وذوي صعوبات التعلم والإعاقات الشديدة ، المؤتمر العلمي الرابع لرعاية الموهوبين والمتفوقين ،للفترة من ١٦– ٨/١٨ ، عمان: الأردن.

٩. الزراد، فيصل محمد خير (٢٠٠٠) الأمراض النفسية – الجسدية . بيروت: دار النفائس.

١٠. الشافعي، منى عبد الكريم (٢٠٠٣) الاحتراق النفسي للعاملين مع الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، الدوحة : بحوث الملتقى الثالث للجمعية الخليجية للإعاقة في الفترة من ١٤ – ١٦ يناير .

١١. الشواشره، عمر مصطفى والدقس، مي كامل (٢٠١٤) أنماط الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة لدى عينة من المجتمع السعودي، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد الرابع والثلاثون (٢).

١٢. الشيخ، دعد (٢٠٠٢) سيكولوجية العلاقة بين الرضا المهني والاحتراق النفسي. المجلة العربية للتربية. المجلد ٢٢ العدد ٢ ، البحرين.
١٣. العارف، ليلى محمد (٢٠١٤) الاضطرابات السيكوسوماتية و آليات الدفاع النفسي و العصابية وعلاقتها بالصراع النفسي :دراسة إمبريقية على بعض المرضى المترددين على المستشفيات والمصحات والمختبرات الطبية في مدينتي الخمس و زليتن، مركز جبل البحث العلمي، العدد (٣) .
١٤. العزاوي، أنور قاسم ويحيى، إياد محمد (٢٠٠٧) الاحتراق النفسي لدى معلمات الصفوف الخاصة،جامعة الموصل، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد (٥)، العدد ٢.
١٥. الفرح، عدنان (٢٠٠١) الاحتراق النفسي لدى المعلمين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر. دراسات العلوم التربوية. ٢٨ (٢) ٢٤٧ – ٢٧١ .
١٦. القريوتي، إبراهيم والخطيب، فريد (٢٠٠٦) الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن. مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، ٢١ (٢٣) ١٣١ – ١٥٤ .
١٧. النجار، يحيى محمود (٢٠٠٩) الأمراض السكوسوماتية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد الثالث والثلاثون (الجزء الأول) .
١٨. النوري، مرتضى جبار (٢٠١١) قياس أبعاد الاحتراق النفسي وعلاقته بالمتغيرات الديموغرافية عند أعضاء الهيئة التدريسية في بعض كليات ومعاهد بغداد، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد السادس والثمانون.
١٩. بختاوي، بولجراف (٢٠١٥) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق لدى طلبة الجامعة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد ١٨.
٢٠. بريك، وسام (٢٠٠٣) ظاهرة الاحتراق النفسي لدى معلمي مدارس عمان الأساسية والثانوية العامة والخاصة وعلاقتها بمجموعة من المتغيرات الديموغرافية والمهنية. مجلة العلوم التربوية، جامعة القاهرة، العدد الأول.
٢١. حامد، رنا نجيب (٢٠٠١) مصادر الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة المعوقين عقليًا في اليمن، جامعة قطر، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد (٢٢) ، ٩٧ – ١٢٤ .
٢٢. حسن، عبد الله محمد (٢٠٠٢) مستويات وأبعاد الاحتراق النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمجرافية والنفسية لدى المرشدين الطلابيين ف المرحلتين الابتدائية والمتوسطة بإدارة تعليم العاصمة المقدسة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

٢٣. طشطوش، رامي وجروان، علي ومهيدات، محمد وبني عطا، زايد (٢٠١٣) ظاهرة الاحتراق النفسي والرضا الوظيفي والعلاقة بينهما لدى معلمي غرف المصادر في الأردن، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) المجلد ٢٧ (٨).
٢٤. رشاد، جيهان محمد (٢٠٠١) العلاقة بين التحكم في مستوى السكر بالدم وبعض سمات الشخصية لدى عينة من الأطفال، رسالة ماجستير ، كلية الآداب، جامعة عين شمس .
٢٥. زيدان،عصام (٢٠٠٤) الإنهاك النفسي لدى أباء وأمهات الأطفال التوحيدين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنوفية، العدد (١) السنة (١٩).
٢٦. سالم، إيناس عبد الفتاح (٢٠٠٢) ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لطلاب الجامعة، دراسات نفسية، مج ١٢، ع ٣، ٤١٧ – ٤٥٨.
٢٧. شقير، زينب (٢٠٠٢) الأمراض السكوسوماتية ، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
٢٨. عبد الرحيم، خالد علي محمد (٢٠١٤) مستويات الاحتراق النفسي لدى المعلمين في منطقة مبارك التعليمية بدولة الكويت، مجلة كلية التربية ببنها، العدد (٩٧)، ج (٢).
٢٩. عسكر، علي (٢٠٠٠) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط ٢, الكويت : دار الكتاب الحديث.
٣٠. عواد، يوسف (٢٠١٠) الاحتراق النفسي لمعلمي المدارس الأساسية الحكومية الناتج عن دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف العادية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) ٢٤ (٩) ٢٤٩٥-٢٥٢٦.
٣١. فايد، حسين (٢٠٠٥) ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبهات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة إكلينيكية، مجلة دراسات نفسية، المجلد الخامس عشر، العدد الأول ص ص ٥ – ٥٣ .
٣٢. كامل، أميمه مصطفى (٢٠١٢) الضغوط النفسية لدى معلمات المرحلة الابتدائي وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية، مجلة كلية التربية ببنها، العدد (٩١) يوليو (ج٣).
٣٣. محمود، عبد الله (٢٠٠٥) بعض عوامل الشخصية والمتغيرات الديمغرافية المسهمة بالاحتراق النفسي لدى المعلمين، مجلة كلية التربية بالمنصورة، ٥٧, ٢٠٣ – ٢٥٠.
٣٤. نعموني، مراد (٢٠٠٨) دراسة الاحتراق النفسي في البيئة الجزائرية، الأبعاد والمنهج، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد (١) جامعة سعد دحلب، البليده.
٣٥. يحيى، أحمد وحامد، رنا (٢٠٠١) مصادر الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة المعوقين عقليا في اليمن، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، السنة العاشرة، العدد (٢٠) .

٣٦. يمينية، مدوري (٢٠١٣) الاحتراق النفسي وعلاقته بأساليب مواجهة الضغوط وطبيعة الممارسات المهنية كما يدركها الأفراد العاملين، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد ٣٧، الجزء الثاني.

37. Barkmann, Claus· Otto, Christiane· Schön, Gerhard· Schulte - Markwort, Michael· Schlack, Robert· Ravens-Sieberer, Ulrike & Klasen, Fionna (2014) Modelling trajectories of psychosomatic health complaints in children and adolescents: results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry, 10.1007/s00787-014-0656-2.
38. Betsy Partin Vinson, (2009), Workplace Skills and Professional Issues in Speech- Language Pathology, Plural Publishing, 5521 Ruffin Road,San Diego.
39. Blogun, J. A. (2004). "COMMENTARIES". International Journal of Therapy& Rehabilitation. Vol.ll, Issue,6,.p.258.
40. Brito, o.& Roysamb, E. (2004): Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant a and host national back grownd. Journal of psychology, 45:2, 131.
41. Brindley, P.G. Patel, B. and Farnan, P.A. (2012) Psychological Burnout in Acute Care Medicine: "Physician Heal Thyself". Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine DOI 10.1007/978-3-642-25716-2. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
42. Buffington, C. A. (2009). Developmental influences on medically unexplained symptoms. Psychotherapy & Psychosomatics, 78, 139–144.
43. Bullington, J (2013) The Expression of the Psychosomatic Body from a Phenomenological Perspective, SpringerBriefs in Philosophy, DOI: 10.1007/978-94-007-6498-9_1, _ The Author(s) .
44. Casserley, Tim & Megginson, David (2009). Learning from burnout, Developing sustainable leaders and avoiding career derailment. New York, Elsevier Ltd.
45. Cederqvist, Å. V. (2006). Psychiatric and psychosomatic symptoms are increasing problems among Swedish schoolchildren. Acta Paediatrica, 95, 901–903
46. Cole TR, Carlin N (2009) The suffering of physicians. Lancet 374: 1414–1415.
47. Edwards, D, B. & Burnard, P. (2004): stress and management in clinical psychology, finding from a systematic review.
48. Ferguson, Alison and Armstrong, Elizabeth (2004), Reflections on speech-language therapists' : implications for clinical practice and education, International Journal of Language & Communication Disorders ,2004, Vol. 39, No. 4, Pages 469-507 , USA.
49. Gavish, Bella & Friedman, Isaac A (2010) Novice teachers' experience of teaching: a dynamic aspect of burnout. Soc Psychol Educ 13:141–167. DOI 10.1007/s11218-009-9108-0.

50. Garner, B. & Knight, K. (2007). "Counselor burnout and the therapeutic relationship. In K. Knight & D. Farabee (Eds.)". Treating addicted offenders: A continuum of effective practices (pp. 35-1 - 35- 13). Kingston. NJ: Civic Research Institute.
51. Gibson, J., Grey, I., & Hastings, R, (2009), Supervisor Support as a Predictor of Burnout and Therapeutic Self-Efficacy in Therapists Working in ABA Schools, Journal of Autism and Developmental Disorders DOI: 10.1007. UK.
52. Grossi G, Perski A (2003) Physiological correlates of burnout among women. J Psychosom Res 55:309–316.
53. Jellesma, F. C. (2008). Health in young people: Social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 29(2), 94–100.
54. Isshiki, Yuriko & Morimoto, Kanehisa (2004) Lifestyles and Psychosomatic Symptoms among Elementary School Students and Junior High School Students. [Environmental Health and Preventive Medicine 9, 95–102 May.
55. Langelaan, Saar; Bakker, Arnold; Doornen, Lorenz & Schaufeli, Wilmar (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference?. Personality and Individual Differences, Vol 40, pp 521-532.
56. Lederer P, Weltle D, Weber A (2001) Illness-related premature unfitness for work among civil servants in Bavaria—an evaluation in the social medical field. Gesundheitswesen 63(8– 9):509–513.
57. Maslach, C. (2003). "Job burnout: New directions in research and intervention". Current Directions in Psychological Science. 12(5). 189-192.
58. McNamara, Sarah (2000) Stress in young people What's new and what can we do ? London: Continuum.
59. Milstein, Jay M, Bonnie, MD & Raingruber, J (2009), Burnout assessment in speech-language therapist : Evaluation of an intervention to reduce stress, University of California Davis Health System, Sacramento ,USA.
60. Nygren, K., Bergström, E., Janlert, U., & Nygren, L. (2014). Adolescent self-reported health in relation to school factors. a multilevel analysis. Journal of School Nursing, 30(2), 114–22
61. Ostberg, V., Almquist, Y. B., Folkesson, L., Låftman, S. B., Modin, B., & Lindfors, P. (2014). The complexity of stress in mid-adolescent girls and boys. Child Indicators Research. doi:10.1007/s12187-014-9245
62. Richard, G. & Marion, G. & Marich, E. (2006). "Beginning Teacher Burnout in Queensland Schools Associations with Serious Intentions to leave". The Australian Educational Researcher. 33 (2). 61-76.

63. Sari, H. (2004). "An analysis of burnout and job satisfaction among Turkish special school head teachers and teachers. and the factors of effecting their burnout and job satisfaction". Educational Studies. 30 (3). 291-306.
64. Schaufeli, W.B. & Peeters, M.C.W., (2000), Job stress and burnout among correctional officers: A literature review, In International Journal Of Stress Management, Vol.7, No.1, pp754-760.
65. Schonfeld, I. (2001). "Stress in 1st-year women teacher: The context of social support and coping. Genetic". Social. and General Psychology Monographs. 127 (2). 133-168.
66. Schute, N., Toppinen, S., Kalimo, R. & Schaufeli, W.B., (2000), The factorial validity of the Maslach burnout inventory – general survey across occupational and organizational psychology, 73,pp 53-66.
67. Scott, beagrie, (2005): how to, avoid burnout, personal today, suttpn: Apr, 12, P. 27, UK.
68. Shukla, Anil & Trivedi, Tripta (2008) Burnout in Indian Teachers. Asia Pacific Education Review Copyright 2008 by Education Research Institute . Vol. 9, No.3, 320-334.
69. Sonmark, Kristina & Godeau, Emmanuelle & Augustine, Lily & Bygren, Magnus & Modin, Bitte (2015) Individual and Contextual Expressions of School Demands and their Relation to Psychosomatic Health a Comparative Study of Students in France and Sweden. Child Ind Res DOI 10.1007/s12187-015-
70. Tanaka, H., Tamai, H., Terashima, S., Takenaka, Y., & Tanaka, T. (2000). Psychological factors affecting psychosomatic symptoms in Japanese schoolchildren. Pediatrics International, 42, 354–358.
71. Worley, J. & Vassar, M. & Wheeler, D. & Barnes, L. (2008). "Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory: A review and meta-analysis of 45 exploratory factor- analytic studies". Educational and Psychological Measurement. 68 (5). 797-823.
72. www. Upower.net/ from/17596.htnt. (2009).
73. Zbigniew Śliwinski, Malgorzata Starczynska, Ireneusz Kotela, Tomasz Kowalski, Karolina Krys-Noszczyk, Danuta Lietz-Kijak, Edward Kijak, and Marta Makara-Studzinska (2014) Life Satisfaction and Risk of Burnout Among Men and Women Working as Physiotherapists. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health ;27(3):400– 412 http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0266-8.