الفروق في اضطراب توهّم المرض لدى عيّنة من الممرّضات العاملات في المشافي العامّة بمحافظة دمشق

أ.د. كمال يوسف بلان
كلية التربية- جامعة دمشق

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تعرّف نسبة انتشار اضطراب توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض. وكذلك تعرّف الفروق في توهّم المرض عند الممرّضات تبعاً لمتغيرات (العمر – الوضع الأسري – عدد سنوات الخدمة). وقد تكونت عيّنة البحث من (400) ممرضة من العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق.

كانت أداة الدراسة مقياس توهّم المرض، إعداد الحاج (1991). واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي. ثمّ تمّت المعالجة الإحصائية بواسطة الرّزمة الإحصائية (spss). وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- إنّ نسبة 24% من الممرضات- أفراد العيّنة- يعانين من توهّم المرض.
- لا توجد فروق في توهّم المرض لدى الممرّضات وفقاً لمتغير العمر.
- توجد فروق في توهّم المرض لدى الممرضات وفقاً لمتغير الوضع الأسري. حيث توجد فروق دالة بين متوسطي فئة (المتزوجة) وفئة (الأرملة) لمصلحة فئة الأرملة. وأيضاً فروق بين فئة (المتزوجة) وفئة (المطلقة) لمصلحة فئة المطلقة، كما توجد فروق بين فئة (العازبة) وفئة(الأرملة) لمصلحة فئة(الأرملة)، وفروق بين فئة (العازبة) وفئة (المطلقة) لمصلحة فئة (المطلقة).

- توجد فروق في توهّم المرض لدى الممرّضات وفقاً لمتغير عدد سنوات الخدمة. فقد ظهرت فروق دالة بين متوسطي الفئة (1-5) والفئة (11-15) لمصلحة الفئة (11-15)، وفروق دالة بين متوسطي الفئة (1-5) والفئة (16 وما فوق) لمصلحة الفئة (16 وما فوق)، وأيضا فروق دالة بين متوسطي الفئة (6-10) والفئة (11-15) لمصلحة الفئة (11-15)، وفروق دالة بين متوسطي الفئة (6-10) والفئة (16 وما فوق) لمصلحة الفئة (16 وما فوق).

1- المقدمة:

يعتبر توهّم المرض Hypochondria اضطراباً نفسياً يجعل الفرد يتوهّم بأنّ مرضه عضوي وقد يكون خطيراً، مع أنّ المشكلة في حقيقتها نفسيّة المنشأ، وهي تجعل المتوهّم يشعر بالضّعف، والتردّد، والقلق، وعدم الثّقة بالنفس. ويشاهد توهّم المرض بصفة واضحة في العقدين الرابع والخامس من العمر، وهو نادر الحدوث عند الأطفال، إلا في بعض حالات فقدان الأم أو الإيداع في المؤسسات الاجتماعية. كما يظهر توهّم المرض واضحاً في الشيخوخة، وقد يرجع إلى الحاجة الشديدة لدى المسنين لجذب الأنظار ولفت الانتباه إليهم، وينتشر توهّم المرض لدى الإناث أكثر من الذكور. ويلاحظ توهّم المرض أيضاً في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الإصابة الجسمية (الحويج، 2008، 34). وتتسّم الشخصية قبل المرض بالتمركز حول الذات بشكل غير ناضج والميل إلى الانعزال، والاهتمام الزائد بالصحة والجسم (فتوح،1992، 154). ويلاحظ أنّ ضحايا توهّم المرض لا يتمارضون ولا يتصنّعون المرض شعوريّاً، ولكن المؤكد أنّهم يعانون من القلق، والضعف العصبي.(المالح، 1997، 76).

إنّ توهّم المرض ناتج عن عوامل نفسية ضاغطة. ويستنتج المضطرب في سياق عملية تفسير ذاتي لعلاقات وإحساسات فيزيولوجية بسيطة تحدث معه إمكان تعرّضه لمرض خطير فيبدي اهتماماً مبالغاً في صحته، وتسيطر عليه مخاوف مرضية واعتقادات وهمية تدعم فكرة وجود المرض، وتتمحور حول مظاهره وأعراضه المتخيلة (سعد، 1993، 286).

تعتبر مهنة التمريض عملاً إنسانيّاً هدفه تقديم المساعدة للمرضى وتوفير البيئة النفسية والاجتماعية المناسبة لهم للشفاء. ويتطلّب ممّن يقوم بأداء هذه المهنة أن يتّسم بشروط وصفات علمية وأخلاقية وقدرة على تحقيق الاستجابة السريعة لكل حالة طارئة. حيث أنّ دور الممرضة لا يقتصر على الرعاية الجسمية للمريض، بل تقديم الرعاية الشاملة

له من جسمية ونفسية واجتماعية. وقد عرفت منظمة الصحة العالمية مهنة التمريض بأنّها: عمل يؤدّى بواسطة الممرضة لمساعدة الفرد مريضاً أم سليماً في القيام بالأنشطة التي تساهم في الارتقاء بصحته أو استعادة صحته في حالة المرض، أو الموت في سلام وأمان (وزارة الصحة، 1999، 7).

يعالج البحث الحالي اضطراب توهّم المرض لدى الممرّضات من حيث انتشاره، وكذلك تعرّف الفروق في توهّم المرض عند الممرّضات تبعاً لمتغيرات (العمر – الوضع الأسري – عدد سنوات الخدمة).

2- الخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يعرّف كفافي توهّم المرض: بأنّه "اضطراب نفسي المنشأ، عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، مما يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتّصاله السّويّ بالآخرين، ويشعر بالنّقص والشك في نفسه" (كفافي،1999،201).

وترى مدرسة التّحليل النّفسي أنّ توهّم المرض ينشأ نتيجة صراعات ناجمة عن مشاعر الذّنب والخوف، ومن أجل صدّ هذه الصراعات وتذليلها تتمّ إزاحة الانتباه وتركيزه على الجسم، الأمر الذي يقود إلى عدم ضرورة المواجهة مع الصراع الأساسي والانشغال بالجسم (رضوان،2007،580). كما تعتبر النظرية السلوكية أنّ توهّم المرض متعلم أو مكتسب من الآباء، حيث يتخذ الطفل منهم نموذجاً يحتذي به، والآباء أنفسهم قد يعزّزون هذا الاتجاه عن طريق الاهتمام المفرط بصحة الطفل، وهناك من يرجع هذا الاضطراب إلى نمط الشخصيّة، فالعوامل البيئية المحيطة بالطّفل تؤثّر في شخصيّته وقد تضعف مقاومته ضد بعض الاضطرابات النفسية (الحويج، 2008، 79).

وتبدو الصورة السريرية لتوهّم المرض في انشغال الفرد وقلقه الدائم على صحته واحتمال إصابته بواحد أو أكثر من الأمراض الخطيرة مثل السرطان والإيدز أو أمراض القلب، دون وجود علامات أو مرض معين، ويُعبَّر عن هذا الاحتمال بشكاوى جسميّة مستمرّة، وقد يشعر فعلاً بأحاسيس أو ظواهر جسمية بأنها مرضية وغير طبيعية بل وخطيرة، وقد يذكر اسم المرض الجسمي الذي يخشاه وينشغل باحتمال وجوده إلى حدّ يسيطر على تفكيره ومشاعره وحديثه، رغم أنّ البحوث والفحوصات المتكررة لم تظهر أي تفسير عضوي لشكواه. وقد يؤدي هذا الانشغال إلى اضطراب تكيّف الشخص مع نفسه ومع الآخرين. وقد يؤدّي إفراط الطّبيب في طلب الفحوصات المخبرية لهذا الشخص بعد الشكاوي البدنية البسيطة لديه إلى أن يتوهّم أنّ به مرضاً خفياً أو خطيراً يبحث عنه الطبيب فيزداد قلقاً. ويخاف مريض توهّم المرض من أن يكون مصاباً بمرض خطير ما، ويتحدث عن علامات المرض عنده، ويقلق من أن يتعرض للإصابة بالمرض الخطير (أبو هندي، 1998، 112). وما أن يجري فحصاً طبياً ويتضح من خلاله أنه سليم معافى من الناحية الجسمية حتى يبحث عن مرض آخر ويعاود الفحوصات والكشوف الطبية ويحزن عندما يخبره الطبيب أن جسمه سليم ويشغل باله أكثر من اللازم بأمور الصحة والمرض ويجري كثيراً من التحاليل لدرجة أنه قد يطلب إجراء الكثير من الجراحات دون حاجة واقعية لها (رشدي، 1999، 40).

ومن الصعب التفرقة بين توهّم المرض وعصاب النهك" النورستينيا" والمرضان صنوان حتى ليعتبرهما بعضهم اضطراباً واحداً أو كوجهي عملة لاضطراب واحد، والمريض الأول يشكو من أوجاع بدنية معينة، وفي حين يشكو المريض الثاني من تعب عام في الجسم (الحفني، 1999، 129).

وهناك أسباب عديدة تؤدي إلى توهّم المرض أهمها:

- الحساسيّة النفسيّة الزائدة عند بعض الأفراد حيث نجدهم يتوهّمون وجود مرض لديهم سمعوا عنه من الأطباء أو المرضى أو عن قراءة غير واعية في الكتب والمجلات الطبية.
- وجود القلق المرضي أو الوسواس القهري عند الفرد.
- الفشل في الحياة، وشعور الفرد بعدم قيمته.
- بعض الأساليب الوالدية في التربية، مثل قلق الوالدين المفرط نحو الطفل.

وتتعرّض العاملات في مهنة التمريض أكثر من غيرها لعدد من الضغوط النفسية والتي قد تساهم في توهّم المرض لديهنّ مثل:

- عدم التوافق بين قدرات الممرّضة ومتطلبات العمل.
- عدم توافر البيئة المناسبة لراحة الممرّضات.
- العلاقة غير المريحة مع الإدارة وزملاء العمل.
- قلّة وسائل الصحّة والسلامة والوقاية من مخاطر العدوى والأمراض.
- كثافة المناوبات وخاصة الليليّة منها.
- تعرّض الممرّضات لمواقف انفعاليّة تثير لديهنّ الشعور بالقلق كموت بعض المرضى.
- المتطلبات المادية المتزايدة في الحياة.

وقد تمّ الاطلاع على مجموعة من الدراسات التي عالجت اضطراب توهّم المرض وعلاقته ببعض المتغيّرات، وكذلك الضّغوط المهنيّة والنفسيّة التي تتعرّض لها الممرّضات والتي يمكن أن تهيئ لتوهم المرض لديهن.

فقد هدفت دراسة مارتونيز وآخرين .MartõÂnez & et al (1999) – إسبانيا- بعنوان: المبالغة في الحساسية للأعراض الجسمية في كل من اضطراب توهّم المرض واضطراب الذّعر

Somatosensory Amplification in Hypochondriasis and Panic Disorder

إلى الكشف عن نقاط الاختلاف والتشابه في المبالغات في الأعراض الجسمية بين الأشخاص الذين لديهم اضطراب الذّعر والأشخاص الذين لديهم اضطراب توهّم المرض. وكانت عيّنة الدراسة (34) شخصاً إسبانياً. وكانت أدوات الدراسة: مقياس المبالغة في الحساسية للأعراض الجسميّة، مقياس القلق كسمة، استخبار السلوك المرضي، استخبار مينيسوتا للشخصية- بُعد توهّم المرض، مقاييس التوجه نحو المرض، مقياس الاكتئاب. وأظهرت نتائج الدراسة أنّه لا توجد فروق دالة بين الأفراد المصابين باضطراب توهّم المرض واضطراب الذّعر. وهناك ارتباط بين كل من اضطراب توهّم المرض واضطراب الذّعر والاهتمام بالصحة. وأفضل التنبّؤات الخاصة بالمبالغة بالحساسية للأعراض الجسمية كانت لمصلحة الأفراد الذين لديهم اضطراب توهّم المرض، في حين أنّ أفضل التنبؤات بوجود الاكتئاب كان لمصلحة الأفراد الذين لديهم اضطراب الذّعر.

- أما دراسة كرستين وآخرين .Christine & et al (2000)- استراليا- بعنوان: ضغوط الممرّضات، تأثير استراتيجيات التأقلم والرّضا الوظيفي على عيّنة من الممرضات

Nursing Stress the effects of coping strategies and Job Satisfaction.

فقد هدفت إلى اختبار العلاقة بين ضغوط العمل وانعكاس ذلك على الرّضا الوظيفي وعلى الحالة النفسية للممرضات. وكانت عيّنة الدراسة (129) ممرضة استرالية. وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة دالة إيجابية بين الضغوط والحالة النفسية السيئة لدى الممرّضات. وهناك علاقة سلبية بين الضغوط والرضا الوظيفي. كما أنّ هناك علاقة دالة بين استخدام أساليب التعامل الإحجامية والحالة النفسيّة السيئة لدى الممرّضات.

- وهدفت دراسة هوفمان Hoffman (2001) - الولايات المتحدة الأمريكية - بعنوان: دور التوتّر في الرّضا المهنيّ بين الممرّضات المسجلات لدى أنماط نوبات العمل

Role stress Career Satisfaction among registered Nurses by work shift patterns

إلى تقصّي الفروق بين مستويات الضغوط والرضا الوظيفي في ضوء طول فترة العمل التي يقضينها يوميّاً في المشافي. وكانت عيّنة الدراسة (208) ممرضاً وممرضة في الولايات المتحدة الأمريكية. واستخدمت الدراسة استبانة ضغط العمل، استبانة الرضا الوظيفي. وبيّنت نتيجة الدراسة وجود علاقة إيجابية بين طول فترة العمل اليومية والضغط النفسي.

- وهدفت دراسة كاليسزير Kaliszer (2002) – إيرلندا- بعنوان: سمات برامج تعليم الممرّضات التي تسبّب الضغوط النفسيّة المهنية لدى طلبة مدارس التمريض

Angle from programs teaching nurses that excrete professionalism stress students nursing.

إلى تعرّف مصادر الضغوط النفسية لدى عيّنة من طالبات التمريض. وعددهنّ (110) طالبة في مدارس التمريض في إيرلندا. واستخدمت الدراسة مقياس الضغط النفسي المعد من قبل الباحث. وأظهرت نتائج الدراسة أنّ هناك خمسة مصادر أولية تسبّب الضّغوط النفسيّة لدى طالبات التمريض (ضغوط أكاديمية، العلاقات بالهيئة التعليميّة، العلاقات بالزملاء، الأمور المادية، موت المرضى).

- أما دراسة نويس وآخرين .Noyes & et al (2003) - الولايات المتحدة الأمريكية

- بعنوان: اختبار النموذج البينشخصي لاضطراب توهّم المرض

Test of an Interpersonal Model of Hypochondriasis.

فقد هدفت الدراسة إلى اختبار النموذج البينشخصي لاضطراب توهّم المرض في الولايات المتحدة الأميركية. وقد تكونت عيّنة الدراسة من (162) مريضاً مراجعاً للعيادة الطبية العامة. واستخدمت الدراسة: دليل Witeley لاضطراب توهّم المرض، استخبار الأعراض السيكوسوماتية، استخبار العلاقات، استخبار المشكلات البينشخصية، دليل العوامل الخمسة، ومقاييس التفاعل الجسدي للمريض. وأظهرت نتائج الدراسة أنّ مرضى اضطراب توهّم المرض متعلّقون بشكل غير آمن، بشكل خاص نمط التعلق القائم على الخوف. ولديهم مشكلات بين شخصيّة تمتد إلى نمط

العلاقة الجسدية التي تتطلّب الصّبر وتتضمّنها. وبالنتيجة فإنّ هـذه الدراسـة تـدعم النّموذج البين شخصي لاضطراب توهّم المرض.

- وجاءت دراسة لارابي وآخرين .Larrabee & et al (2003) - الولايات المتحـدة الأمريكية - بعنوان: الرّضا المهني لدى الممرّضات وعلاقته بترك العمل

Rediting registered nurses Job satisfaction and intent to leave

لتتعرّف أثر الرّضا المهني عن العمل لدى الممرّضات في النيّة بترك العمل لـديهنّ. وكانت عيّنة الدراسة (90) ممرضة. وبيّنت نتائجها أنّ هناك علاقة رئيسة بين عـدم الرضا والنيّة في ترك العمل. وكان عدم الرضا يتمثل بالضغوط في العمل وأسـلوب القيادة وعدم تماسك المجموعة (أطباء – ممرضين).

- وهدفت دراسة مريم (2006)- سورية- بعنوان: فاعلية برنامج تـدريبي لتنميـة مهارات إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض بدمشق، إلى إعداد برنامج تدريبي نفسي لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية المهنية ينطوي على عدد من المهارات وهي (الاسترخاء، الحوار الذّاتي الموجّـه، التّـدريب التوكيـدي، التّعبير عن المشاعر، حلّ المشاكل) والتأكّد من فاعليتهـا لـدى العيّنـة المـستهدفة بالدراسة. وتكونت عيّنة الدراسة من (204) من الممرضات العاملات في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي بدمشق. واستخدمت الدراسة مقياس مـصادر الـضغوط النفسية المهنية، ومقياس قائمة أعراض الضغوط النفسية المهنيـة ومقيـاس أسـاليب التعامل مع الضغوط والبرنامج التدريبي. وبيّنت نتائج الدراسة أنّ المعانـاة النفـسية والمهنيّة للممرّضات متوسّطة الشدة وفقـاً للمقـاييس المـستخدمة، كمـا تـستخدم الممرّضات أساليب مختلفة في التعامل مع الضغوط النفسيّة لديها.

- أمّا دراسة مارتن وجـاكوبي Martin & Jacobi (2006) – ألمانيـا- بعنـوان: أعراض توهّم المرض والقلق المرضي لدى عدد من عامّة السكان في ألمانيا.

Features of Hypochondriasis and Illness Worry in the General Population in Germany.

فقد هدفت إلى تقدير معدلات انتشار اضطراب توهّم المرض والشروط المرافقة لحالات توهّم المرض التي لا تفي بجميع المعايير التشخيصية لوصف الخصائص الصحية المرتبطة بها مثل جودة الحياة ودرجة الاستفادة من الرعاية الصحية لدى عيّنة الدراسة الممثّلة للمجتمع. شملت عيّنة الدراسة (4181) فرداً ألمانياً ممن تتراوح أعمارهم بين (18-63) عاماً. استخدمت الدراسة: نموذج المقابلة الصحيّة الألمانية وقائمة مسح الصحّة النفسيّة، كما تمّ استخدام المقابلات والتقارير الذاتية. والنتيجة العامة هي أنّ اضطراب توهّم المرض وفق المعايير الكليّة لتشخيصه وفق DSM- IV هو اضطراب نادر لدى عامة الناس.

- وفي دراسة ليبنكوت ويليمز وويلكنس Lippincott & Wilkins (2007) - الولايات المتحدة الأمريكية- بعنوان: الرضا المهني عند الممرضات بحسب المكانة في عضوية الجماعة

Registered nurse job satisfaction and Bargining unit Membership States.

تم تعرّف دلالة الفروق في مستويات الرضا المهني للممرضات المسجلات في مكان وحدات جماعية وبين غير العاملات في فرق عمل جماعية. وكانت عيّنة الدراسة (3645) ممرضة مسجلة في مينيسوتا. واستخدمت الدراسة الطريقة الاستطلاعية من قسم مينيسوتا الصحي. وبينت نتائج الدراسة أنّ العاملات في وحدات العمل الجماعية كان لديهنّ رضا مهني أعلى بالنسبة للعوائد المادية. أما غير العاملات في فرق جماعية فكان لديهنّ رضا أعلى عن الإشراف التمريضي والعناية بالمرضى وضبط العمل والعلاقات الرسمية والرضا المهني.

- وقد هدفت دراسة كريفومز وآخرين .Grayfallos & et al (2008) – اليونان- بعنوان: توهّم المرض: الخصائص الديموغرافية والجوانب المرضية المشتركة مع تشخيص أمراض نفسية أخرى

Hypochondriasis: Demographic characteristics And Comorbidity with other psychiatric diagnoses in Greece.

إلى مقارنة الخصائص السكّانية المرتبطة باضطراب توهّم المرض مع غيره من الاضطرابات السيكوسوماتية ومع اضطرابات الشخصية. وتكونت عيّنة الدراسة من (51) مريضاً ممّن يراجعون العيادات الخارجية بشكل متكرّر. واستخدمت الدراسة: استخبار آيزنك للشخصية، قائمة مينيسوتا للشخصية. وبينت نتائج الدراسة: أنّ (80%) من المرضى الذين لديهم اضطراب توهّم المرض كان لديهم اضطراب حالي آخر. وأنّ الاضطرابات التي تشترك مع اضطراب توهّم المرض والتي كانت الأكثر تكراراً هي: اضطرابات القلق (58%)، اضطرابات الاكتئاب (45%). وكانت نسبة المضطربين أعلى بين الذكور والأفراد الأكثر تعليماً.

- وهدفت دراسة العريضي (2009)- سورية- بعنوان: الرضا المهني لدى الممرضات- إلى تعرّف مستوى الرضا المهني لدى الممرضات العاملات بمستشفيات القطاع الحكومي والخاص، وبيان العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية لأفراد العيّنة والرضا المهني لديهن. وتعرّف أهم الأبعاد التي تحقق الرضا المهني بالنسبة للممرضات العاملات في القطاع (الحكومي والخاص). وتكونت عينة الدراسة من (545) ممرضة، منهم (420) ممرضة تعمل في القطاع الحكومي (125) ممرضة تعمل في القطاع الخاص. واستخدمت الدراسة استبانة لقياس مدى الرضا المهني لدى الممرضات من إعداد الباحثة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في الرضا المهني عند الممرضات بين مشافي القطاع العام والخاص لمصلحة القطاع الخاص، كما توجد فروق في مجال التخصص (القسم) عند الممرضات. ولا توجد فروق دالة إحصائياً في الرضا المهني عند الممرضات تبعاً لمتغير الوضع العائلي، وأيضاً تبعاً للمؤهل العلمي عند الممرضات. ولكنه توجد علاقة ارتباطية بين الرضا المهني وعدد سنوات الخدمة وبين الرضا المهني والعمر لدى الممرضات.

- وقد توصلت دراسة بولدا وبومان Buwalda & Bouman (2009) – بريطانيا- بعنوان: العلاج السّلوكي المعرفي لاضطراب توهّم المرض باستخدام الكتب.
Cognitive-BehaviouralBibliotherapy for Hypochondriasis: A Pilot Study

إلى تحديد ما إذا كان العلاج المعرفي السلوكي من خلال الكتب والذي يقوم على أقل قدر من التّواصل مقبولاً بالنسبة لأفراد العيّنة الذين تمّ تشخيص حالتهم وفق الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM.4 TR, 2000) على أنها اضطراب توهّم المرض، وما إذا كان هذا النوع من الوقاية قادراً على تخفيض شكاوى توهّم المرض، وبالمقابل على تخفيض الشكاوى الاكتئابية وشكاوى القلق ذات الصلة بها. وبينت نتائج الدراسة أنّ أفراد العيّنة الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي كانوا راغبين به. كما أن جميع الآثار السلبية (شكاوى اضطراب توهّم المرض) كانت تنخفض على امتداد الوقت وذلك مقارنة بنتائج قياسها في القياس القبلي. والنتيجة العامة هي أنّ العلاج القائم على استخدام الكتب يمكن أن يخفّض من اضطراب توهّم المرض ومن الشكاوى المرضية المتعلقة به.

- أمّا دراسة طليعي Talaei (2009) - إيران- بعنوان : توهّم المرض لدى طلبة العلوم الطبيّة في مدينة مشهد

Hypochondriasis in medical sciences students of Mashhad, Iran.

فقد حدّدت أعراض توهّم المرض لدى طلاب فروع العلوم الطبيّة في علاقتها مع العمر والجنس ودرجة التعليم، حيث أجريت هذه الدراسة على عيّنة مكوّنة من 500 طالباً وطالبة، وقد تمّ تطبيق اختبار توهّم المرض، وأظهرت النتائج أنّه من أصل 70 حالة كان هناك 57 حالة تظهر لديهم أعراض خفيفة، و13 حالة تظهر لديهم أعراض معتدلة. ولم يكن لاضطراب توهّم المرض علاقة بالوضع الأسري، وكان الاضطراب أكثر انتشاراً بين الإناث في هذا البحث. وظهرت أعراضه لدى طلاب العلوم الطبية في جميع المجالات لاسيما في تلك المجالات التي تحتوي على معلومات طبيّة دقيقة ومتكرّرة، وفي هذه الدّراسة كان هناك أيضاً ارتفاع في معدّل انتشار الأعراض لدى الأفراد ممّن يحملون درجة البكالوريوس أكثر من ذوي المستويات التعليمية الأخرى.

مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة:

لقد تناولت الدراسات السابقة اضطراب توهّم المرض وأعراضه وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسيّة الأخرى، كما تعرّضت إلى الضغوط النفسية لدى الممرّضات وتأثيرها على الرّضا المهني لديهنّ.

ويتميّز البحث الحالي عن الدراسات السابقة بأنّه الدراسة الأولى محليّاً وعالميّاً – على حدّ علم الباحث- التي تدرس مدى انتشار توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض وكذلك تعرّف الفروق في توهّم المرض عند الممرضات تبعاً لمتغيرات العمر والوضع الأسري وعدد سنوات الخدمة لدى عيّنة من ممرّضات محافظة دمشق العاملات في المشافي العامة.

3- مشكلة البحث:

تعدّ مهنة التمريض من المهن الشاقة، لما تتّسم به هذه المهنة من خصائص وما يرتبط بها من واجبات تفرض على العاملين فيها أوضاعاً قد تكون مصدراً للضغوط النفسية، فقد بينت بعض الدراسات أنّ العاملين في مهنة التمريض من أكثر المهنيين المعرّضين للضغوط النفسية وذلك لما تتضمّنه من مواقف مفاجئة وشعور بالمسؤولية نحو المرضى وأعباء عمل زائدة، تُعرّض العاملين في هذه المهنة إلى معاناة العديد من المشكلات النفسية (مريم،2008،478).

إنّ طبيعة مهنة التمريض تفرض على العاملات فيها التعرض إلى مواقف ضاغطة من خلال تعامل الممرضات مع فئات اجتماعية متعددة من مرضى ومرافقين وزائرين قد تختلف بطباعها وعاداتها وأسلوب التعامل معها. وقد يعرّض هذا التعامل لخطر الإصابة بالأمراض عن طريق العدوى. وقد تتدخل علاقات العمل المتمثلة بسيطرة بعض الأطباء أو الإدارة والتقليل من شأن الممرضات، ونظرة المجتمع لمهنة التمريض أحياناً. إنّ هذه الضغوط وغيرها قد تسبّب لهنّ المعاناة من بعض الاضطرابات النفسية مثل توهّم المرض وغيره.

وإذا كانت العدوى والحساسية النفسية من أسباب الإصابة بتوهّم المرض عند بعض الناس من خلال سماعهم أحاديث عن المرض من الأطباء والإعلام المرئي أو المقروء، فالحال أكثر تأثيراً لدى العاملات في مهنة التمريض اللواتي يتعرّضن لمثيرات كالاختلاط بالمرضى ورؤية الموتى وغيرها. وقد بينت نتائج دراسة مارتونيز وآخرين .MartõÂnez & et al (1999) أنّ أفضل التنبّؤات الخاصة بالمبالغة بالحساسية للأعراض الجسمية كانت لمصلحة الأفراد الذين لديهم اضطراب توهّم المرض.

ويمكننا صياغة مشكلة البحث من خلال الكشف عن الفروق بين الممرضات في توهّم المرض تبعاً لمتغيّر العمر والوضع الأسري وعدد سنوات الخدمة، والإجابة عن السؤال الآتي: ما مدى انتشار اضطراب توهّم المرض لدى عيّنة من الممرّضات العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق؟.

4- فرضيات البحث:

1- لا توجد فروق دالة إحصائياً في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض (أفراد العيّنة) وفقاً لمتغيّر العمر.

2- لا توجد فروق دالة إحصائياً في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض (أفراد العيّنة) وفقاً لمتغيّر الوضع الأسري (عازبة، متزوجة، مطلقة، أرملة).

3- لا توجد فروق دالة إحصائياً في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض (أفراد العيّنة) وفقاً لمتغيّر عدد سنوات الخدمة.

5- أهداف البحث:

- تعرّف نسبة انتشار اضطراب توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض (أفراد العيّنة).
- تعرّف الفروق في توهّم المرض عند الممرّضات تبعاً للمتغيرات الآتية: (العمر – الوضع الأسري – عدد سنوات الخدمة).

6- أهميّة البحث:

- عدم وجود دراسات محلية أو أجنبية عالجت اضطراب توهّم المرض لدى الممرضات (في حدود علم الباحث).
- تناول مهنة إنسانيّة هامّة– التّمريض- وبيان العلاقة بين توهّم المرض لدى الممرضات وعلاقته بالعمر والوضع الأسري وسنوات الخبرة.
- إلقاء الضوء على بعض العوامل المؤثرة في نشوء توهّم المرض لدى الممرضات.
- يمكن لنتائج البحث أن تفسح المجال أمام العديد من الدراسات بخصوص مهنة التمريض والمشكلات النفسيّة الناجمة عنها.
- إعداد برامج إرشادية وقائية وعلاجية للتّخفيف من توهّم المرض لدى الممرضات.
- إجراء دراسات تتناول اضطراب توهّم المرض لدى مهن أخرى.

7- مصطلحات البحث:

توهّم المرض Hypochondria: هو "انشغال بمخاوف من حصول مرض خطير، أو الانشغال بفكرة أنّ لدى الشخص مرضاً خطيراً، وهذا الانشغال مبنيّ على أساس سوء فهم الشخص للأعراض الجسدية، وهو مستمر على الرغم من التقييم الطبي المناسب والطمأنينة. ويستمر هذا الانشغال رغم هذا التقييم وبالرغم من إخبار الشخص المعني أنّه لا يملك أيّ مرض. وينتج عن هذا الانشغال مشكلة هامة سريرياً، أو أنّه يؤدي إلى اضطراب في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها من مجالات الأداء الوظيفي" (DSM4 RT, 2000, 507). ويعرّف الباحث توهّم المرض إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الممرضة في المقياس المستخدم في البحث.

الممرضة Nurse: وهي خريجة كليّة التمريض أو إحدى مدارس التمريض وتقدم الخدمات الصحية والرعاية النفسيّة للمرضى. وقد عرّف زهران الممرضة: بأنها "الشخص الذي استوعب البرامج والمتطلبات الإنسانية والأخلاقية والعملية والعلمية

لعلم التمريض فأصبح قادراً على ممارسة عمله بعد أن أصبحت لديه المعرفة الكافيـــة لتقديم أفضل الخدمات الصحية للأفراد للوقاية من الأمراض والسهر على راحتهم أثناء المرض" زهران،2006،188). ويعرّف الباحث الممرضة إجرائياً: هي خريجة كليـــة التمريض أو إحدى مدارس التمريض وتقدم الخدمات للمرضى، وهي التي تعمل فـــي المشافي العامة بمحافظة دمشق.

8- حدود البحث:

الحدود المكانية: المشافي التابعة للقطاع العام بمحافظة دمشق.

الحدود الزمانية: طبقت أدوات البحث في الفترة مابين 28 /9/ ولغاية 2010/12/13

الحدود البشرية: تكونت عيّنة البحث من(400) ممرضة من الممرضات العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق.

9- منهجيّة البحث وإجراءاته:

9-1: **منهجيّة البحث**:

استخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث يعدّ المنهج المناسب للعلـــوم النفـــسية والاجتماعية والتربوية، والذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبّر عنها تعبيراً كمياً وكيفيا.

9-2 : **إجراءات البحث**:

9-2-1: **مجتمع البحث**: يتكوّن المجتمع الأصلي من جميع الممرّضات العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق، حيث بلغ عدد أفـــراد المجتمـــع الأصـــلي (3175) ممرضة حسب إحصاءات مديرية صحة دمشق لعام 2010.

9-2-2: عيّنة البحث: تمّ سحب عيّنة عشوائية من المجتمع الأصلي بحـــدود 12%، من الممرضات العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق. حيث بلغ عـــدد أفـــراد العينة (400) ممرضة بعد استبعاد الاستمارات غير المكتملة.

الجدول (1) يوضّح توزيع أفراد العيّنة حسب متغيّر العمر

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
من(30) أو أقل	176	%44
من(31) إلى(40)	124	%31
من(41) وما فوق	100	%25
المجموع	400	%100

الجدول (2) يوضّح توزيع أفراد العيّنة حسب متغيّر عدد سنوات الخدمة

فئة سنوات الخبرة	العدد	النسبة المئوية
من(1-5)	176	%44
من(6-10)	94	%23.5
من(11-15)	60	%15
من(16) وما فوق	70	%17.5
المجموع	400	%100

الجدول (3) يوضّح توزيع أفراد العيّنة حسب متغيّر الوضع الأسري

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
متزوجة	136	%34
عازبة	158	%39.5
أرملة	54	%13.5
مطلقة	52	%13
المجموع	400	%100

9-2-3: أدوات البحث:

تمّ استخدام الاستبانة أداة لجمع المعلومات اللازمة لتحقيق أهداف البحث، حيث استخدم الباحث مقياس توهّم المرض، إعداد الحاج (1991)، وهو مقتبس من اختبار الشخصية المتعدّد الأوجه (Hathaway & Mckinly)، والذي يعدّ محاولة لقياس خصائص الشخصيّة التي ترجع إلى النّموذج العصابي لتوهّم المرض. وقد مرّ هذا المقياس بمراجعات عديدة بغية تصحيحه، وذلك على أساس دراسة للمقياس تضمّنت عدداً كبيراً من أفراد الحالات المرضيّة الذين حصلوا على درجات عالية في العبارات

المتعلقة بتوهّم المرض دون أن تكون لديهم ظواهر رئيسة لتوهّم المرض في صورته الإكلينيكية. وتدور عبارات المقياس حول مختلف الشكاوى الجسمية وعبارات عن الصحّة العامّة وعن القدرة على العمل... ويتكوّن المقياس من (33) عبارة، وتتم الإجابة باختيار (نعم أو لا)، وتتراوح الدرجة الكليّة على هذا المقياس من (0-33) درجة، إذ إنّ كل إجابة صحيحة تعطى درجة واحدة، بينما الإجابة الخاطئة تعطى (0). وتدل الدّرجة الخام المرتفعة على ارتفاع درجة أعراض توهّم المرض، والدّرجة المنخفضة على انخفاض هذه الأعراض أو انعدامها. وقد تمّ تطبيق هذا الاختبار وتقنينه في البيئة السعودية على عيّنة من الإناث، حيث بلغ معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة "كودر- ريتشاردسون" (0.72)، أمّا معامل ثباته على عيّنة من الذكور فبلغت (0.68). وللتأكّد من الصّدق الإكلينيكي لمقياس توهّم المرض قام معدّ المقياس بمقارنة المتوسط الحسابي للدرجات في مجموعة التقنين المحلية مع المتوسّط الحسابي لبعض الحالات التي شخّصت على أنّها "توهّم للمرض" فقد أخذت بعض الحالات من الطلاب الذين يرتادون الوحدة الصحية في الجامعة، وبعض الحالات من الإناث اللّواتي قمن بمراجعة إحدى العيادات الخاصة. وبعد تطبيق الاختبار على هؤلاء أظهرت المقارنة فروقاً واضحة بين المتوسط الحسابي للمصابين بتوهّم المرض وبين المتوسط الحسابي في مجموعة التقنين العامة كما في الجدول (4).

	المتوسط الحسابي في المجموعة العامة	المتوسط الحسابي للحالات المرضية	الانحراف	الفروق
ذكور	10.50	22.3	2.93	11.8
إناث	11.38	22.7	3.64	11.32

صدق المقياس وثباته في البحث الحالي:

أ- صدق المقياس: تم عرض المقياس على عدد من الأساتذة المختصين في قسمي الإرشاد النفسي وعلم النفس، للتأكد من قدرة المقياس على قياس السّمة المراد قياسها.

ب- ثبات المقياس: تمّ حساب الجذر التربيعي لثبات المقياس والذي بلغ (0.907)، أمّا بالنسبة لدراسة ثبات المقياس من خلال إعادة تطبيقه على عيّنة مكونة من (100)

ممرضة بعد عشرين يوماً من التطبيق الأول، قام الباحث بحساب معامل الارتباط (بيرسون) لدراسة الارتباط بين نتائج التطبيقين الأول والثاني، وكانت النتيجة وجود ارتباط موجب وقيمته (0.823) وهو دال إحصائياً. وبلغ ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ (0.85)، وهذا يشير إلى وجود ثبات جيد، مما يجعل المقياس صالحاً للاستخدام.

9-2-4: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تمّ حساب الدرجات الخام لأفراد العيّنة، ومعالجتها عن طريق الرّزمة الإحصائية (spss) من خلال: النسبة المئوية، الرسم البياني، المتوسط الحسابي، تحليل التباين الأحادي (Anova)، اختبار شيفيه (Scheffe).

10- نتائج البحث وتفسيرها:

- الإجابة عن سؤال البحث: ما مدى انتشار اضطراب توهّم المرض لدى عيّنة من الممرّضات العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق؟.

وتقتضي الإجابة معرفة الربيع الرابع للعيّنة على مقياس توهّم المرض، إذ إنّ زيادة درجة المبحوث على المقياس تعني ارتفاع درجة أعراض توهّم المرض لديه، لذلك تمّ ترتيب درجات أفراد العيّنة على مقياس توهّم المرض ترتيباً تنازليّاً من الأدنى إلى الأعلى ثمّ حساب النسبة المئوية، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (5) النّسبة المئويّة للممرّضات اللّواتي تعانين من توهّم المرض

العيّنة	عدد الممرّضات اللّواتي تعانين من توهّم المرض حسب الربيع الرابع	النسبة المئوية
400	96	%24

يبيّن الجدول (5) عدد الممرّضات اللّواتي يعانين من توهّم المرض،حيث بلغ عددهنّ(96) ممرضة من أصل (400) ممرضة وبنسبة مئوية قدرها (24%). وهذه

النسبة مقلقة، وتؤثّر في قيام الممرّضات بواجباتهن المهنيّة تجاه المرضى. ويمكن تفسير ذلك بطبيعة العمل الصعبة لمهنة التّمريض، إذ إنّ ظروف العمل التّمريضي كالمناوبات الليليّة والالتزام بالدوام في الأعطال والأعياد.. والتعامل مع المرضى وأمزجتهم المختلفة، ورؤية المريض يتألّم أو مشاهدة الكدمات والجروح التي يعاني منها المريض، وتعرّض الممرّضات لمواقف موت بعض المرضى، والجوّ العام للمشفى وتأثيره على الحواس وخاصة النظر أو الشم ، والمقلق أيضاً من احتمال الإصابة بالعدوى. وهذا يتوافق مع نتائج دراسة دوران ومكغيليس Doran & Megillis (2007) التي بيّنت أنّ رأي الممرضات حول نوعيّة العناية في مستوى الوحدة التي يعملن بها لها تأثير على الرضا المهني من جهة وعلى التهديد بالاستقالة وترك العمل من جهة أخرى. كما أنّ تأثير العلاقات القائمة بين الممرضات والإدارة والمشرفين، وكذلك نظرة المجتمع المتدنيّة أحياناً لمهنة التمريض يؤدي دوراً هاماً في عمل الممرضات. وهذا يتوافق مع دراسة كاليسزير Kaliszer (2002) التي أظهرت نتائجها أنّ هناك خمسة مصادر أوليّة تسبّب الضّغوط النفسيّة لدى طالبات التمريض (ضغوط أكاديمية، العلاقات بالهيئة التعليمية، العلاقات بالزملاء، الأمور المادية، موت المرضى). كما يتوافق ذلك مع دراسة كرستين وآخرين .Christine & et al (2000) التي أظهرت أنّ هناك علاقة دالة إيجابية بين الضغوط والحالة النفسية السيئة لدى الممرضات، وهناك علاقة سلبية بين الضّغوط والرضا الوظيفي.

وبهذا نجد أنّ بيئة التّمريض مليئة بالضّغوط النفسيّة وأعباء العمل الكثيرة، ومتعبة للممرّضة من الناحيتين الجسمية والنفسية، وهذا يزيد من حساسيتها وتوهّمها من الإصابة بهذا المرض أو ذاك.

- نتائج الفرضيّة الأولى وتفسيرها: لا توجد فروق دالة إحصائياً في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض(أفراد العيّنة) وفقاً لمتغيّر العمر. ولاختبار صحّة الفرضيّة تمّ استخدام تحليل التباين الأحادي، للمقارنة بين متوسطات الفئات العمرية

للممرّضات (من 30 عام وأقل – من 31 إلى 40 عام – من 41 ومـــا فـــوق).

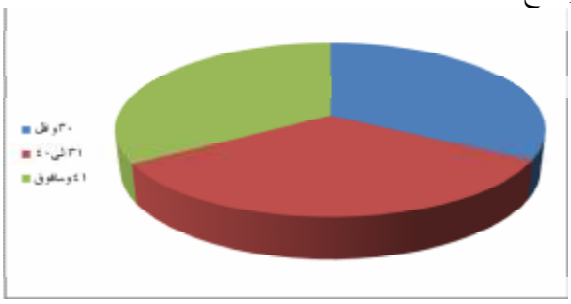
ويوضّح الجدول (6) النتائج:

الجدول (6) تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق تبعاً لمتغيّر العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	د .ح d f	متوسط المربعات	F المحسوبة	F النظرية	مستوى الدلالة	القرار
بين المجموعات	2,698	2	1,349	0,042	3,042	0,959	غير دالة
داخل المجموعات	6384,80	197	32,410				

ويبيّن الجدول (6) أنّ مستوى الدلالة (0,959)> (0,05) كمـــا أن f المحـــسوبة < f النظرية وبالتالي نقبل الفرضيّة الصفريّة ، فالفروق غير دالة ، بمعنى لا توجد فروق دالة إحصائيّاً عند مستوى دلالة 0.05 في توهّم المرض لدى العـــاملات فـــي مهنـــة التّمريض وفقاً لمتغيّر العمر.

و(الشكل 1) يوضّح ذلك:



الشّكل (1) فروق المتوسّطات بين الفئات العمريّة

ونلاحظ من الشّكل الـــسّابق أنّ متوســـطات الفئـــات العمريـــة التاليـــة:(30وأقـــل) و(31الى40) و(41ومافوق) هي متساوية تقريبا.

وقد يفسّر ذلك بأنّ الطّبيعة الصّعبة لمهنة التّمريض تفرض على جميع الفئات العمرية ضغوطاً نفسية متشابهة، لذلك كانت الدرجات بين الفئات قريبة من بعـــضها، إنّهـــا غيـــر متطابقة تماماً، فهناك اختلافات طفيفة، ولكن هذه الفروق لا يأخذها اختبار تحليـــل التبـــاين

الأحادي. وهذا يتوافق مع دراسة كرستين وآخرين .Christine & et al (2000) التي أظهرت نتائجها أنّ هناك علاقة دالة إيجابية بين الضغوط والحالة النفسية السيئة لدى الممرضات.

نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها:

لا توجد فروق دالة إحصائياً في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض (أفراد العيّنة) وفقاً لمتغيّر الوضع الأسري (عازبة، متزوجة، مطلقة، أرملة). لاختبار الفرضية تمّ استخدام تحليل التباين الأحادي، فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (7):

الجدول (7) تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق تبعاً لمتغيّر الوضع العائلي

مصدر التباين	مجموع المربعات	d f	متوسط المربعات	F المحسوبة	F النظرية	مستوى الدلالة	القرار
بين المجموعات	1466,857	3	488,952	19,816	2,650	0	دالة
داخل المجموعات	4836,298	196	24,675				

ويتّضح من الجدول (7) أنّ مستوى الدلالة < 0.05، كما أن F المحسوبة > F النظرية، وبالتالي نرفض الفرضيّة الصفريّة، فالفروق دالة، أي توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض وفقاً لمتغيّر الوضع الأسري.

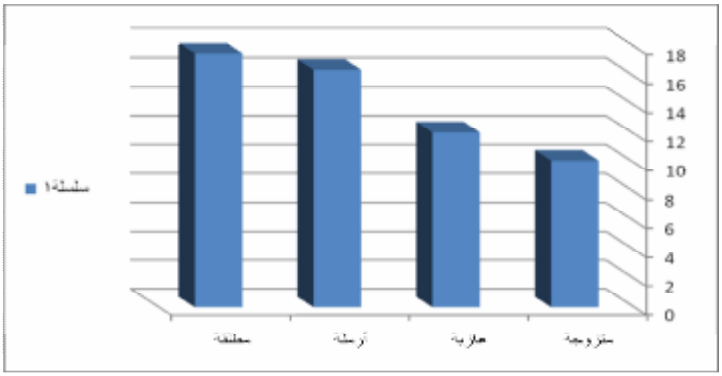
ولمعرفة الفئات التي تختلف عن بعضها (فئة المتزوجة، فئة العازبة، الأرملة، المطلقة) تمّ إجراء اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات المتعدّدة والجدول (8) يوضّح ذلك:

الجدول (8) اختبار شيفيه للمقارنات المتعدّدة لدلالة الفروق وفقاً لمتغيّر الوضع الأسري

الوضع الأسري	الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة	القرار
فئة المتزوجة فئة العازبة	1.81-	0.185	غير دالة
فئة الأرملة	6.28-	0.000	دالة
فئة المطلقة	7.37-	0.000	دالة
فئة العازبة فئة الأرملة	4.46-	0.001	دالة
فئة المطلقة	5.56-	0.000	دالة
فئة المتزوجة	1.78	0.185	غير دالة
فئة الأرملة فئة المتزوجة	6.28	0.000	دالة
فئة العازبة	4.46	0.001	دالة
فئة المطلقة	1.09-	0.887	غير دالة
فئة المطلقة فئة المتزوجة	7.37	0.000	دالة
فئة العازبة	5.56	0.000	دالة
فئة الأرملة	1.09	0.887	غير دالة

ويحدّد لنا الجدول (8) الفروق بالمقارنة بين فئات الوضع الأسري، حيث تبيّن النتائج فروقاً دالة بين متوسّطي فئة (المتزوجة) وفئة (الأرملة) لمصلحة الفئة الأخيرة وأيضاً فروق بين فئة (المتزوجة) وفئة(المطلقة) لمصلحة الفئة الأخيرة، وكما توجد فروق بين فئة (العازبة) وفئة(الأرملة) لمصلحة فئة(الأرملة) وفروق بين فئة (العازبة) وفئة (المطلقة) لمصلحة فئة (المطلقة). بمعنى أنّ هناك فروقاً دالة في توهّم المرض لمصلحة فئة (المطلقة) وفئة (الأرملة) وربما يعود ذلك إلى تحمّل هاتين الفئتين ضغطاً إضافيّاً يتمثّل بفقدان السّند والشّريك في الحياة وما يتخلّله من معاني الأمن والحنان والقوّة معاً، وتأثير ذلك على الحالة النفسيّة للمرأة فهناك عدد ليس بقليل من هاتين الفئتين يشعرن بالحزن والأسى والكآبة والهمّ النفسي بسبب فقدان الشريك، ناهيك عن النظرة المتدنيّة من قبل المجتمع للمرأة المطلقة أحياناً، الأمر الذي يجعلها في كثير من الأحيان تنظر للحياة نظرة تشاؤميّة. وقد تشعر المطلقة أو الأرملة أنّ الوضع الأسري ليس على ما يرام وتنتابه صعوبات متعدّدة، ولذلك يأتي توهّم المرض كتبرير داخلي للفشل في الحياة الزوجية كمطلقة أو التحسّر على ذكريات الماضي السعيدة عند الأرملة. وقد يؤدّي ذلك إلى زيادة الاهتمام بالجسد والتعويض عن طريق

الانتباه المتزايد للذات والاهتمام بالرعاية التي تتلقّاها من الآخرين، ولذلك يوجد سبب أمام الممرّضة الأرملة للقلق على صحّتها ووظائف جسدها وسعادتها، وهذا قد يقودها إلى توهّم المرض أكثر من غيرها من الممرّضات اللّواتي يعشن مع أزواجهنّ بسعادة. وتختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة (2009, Talaei) التي بيّنت عدم وجود علاقة بين اضطراب توهّم المرض والوضع الأسري. والشكل (2) يوضّح الفروق بين متوسّطات الفئات لمتغيّر الوضع الأسري:



الشّكل (2) فروق المتوسّطات بين فئات الوضع الأسري

ويبيّن الشّكل (2) الفروق بين متوسّطات فئات الوضع الأسري فنلاحظ متوسّط المطلّقات على مقياس توهّم المرض أعلى من متوسّط الأرامل، أي أنّ المطلقات لديهنّ درجات توهّم مرض أكثر من الأرامل. كما أنّ متوسّط فئة الأرامل أعلى من متوسّط فئة العازبات، وكذلك أيضاً متوسّط فئة العازبات أعلى من متوسّط فئة المتزوجات .

- نتائج الفرضيّة الثالثة:

لا توجد فروق دالة إحصائياً في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التّمريض (أفراد العيّنة) وفقاً لمتغيّر عدد سنوات الخدمة. ولاختبار صحة الفرضيّة تمّ استخدام التباين الأحادي، والجدول (9) يبيّن النتائج:

الجدول (9) تحليل التّباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق وفقاً لمتغيّر عدد سنوات الخدمة

مصدر التباين	مجموع المربعات	df	متوسط المربعات	F المحسوبة	F النظرية	مستوى الدلالة	القرار
بين المجموعات	1186.733	3	395.578	15.407	2.751	0	دالة
داخل المجموعات	5032.222	196	25.675				

يبيّن الجدول (9) أنّ مستوى الدلالة <0.05 ، كما أنّ Fالمحسوبة > Fالنظريّة وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية فالفروق دالة ، بمعنى توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 في توهّم المرض لدى العاملات في مهنة التّمريض وفقاً لمتغيّر عدد سنوات الخدمة .

ولمعرفة الفئات التي تختلف عن بعضها تمّ إجراء اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات المتعدّدة والجدول (10) يوضّح ذلك:

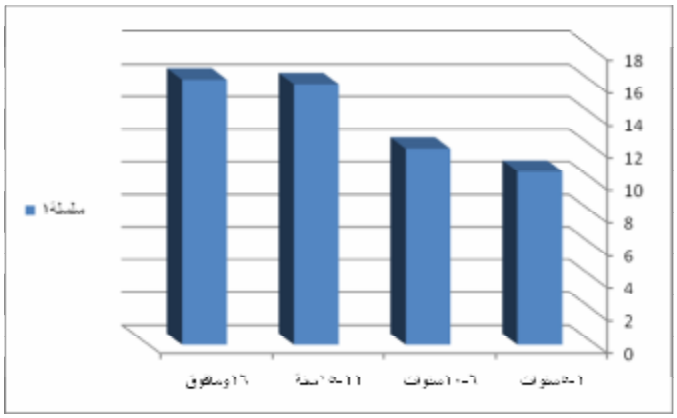
الجدول (10) اختبار شيفيه للمقارنات المتعدّدة لدلالة الفروق وفقاً لمتغيّر عدد سنوات الخدمة.

سنوات الخدمة	الفرق بين المتوسطين	مستوى الدلالة	القرار
فئة (1-5) فئة (6-10)	-1,397	0,508	غير دالة
(11-15)	-5,397	0	دالة
(16و ما فوق)	-5,683	0	دالة
فئة (6-10) (1-5)	1,397	0,508	غير دالة
(11-15)	-4	0,011	دالة
(16 و ما فوق)	-4,285	0,003	دالة
فئة (11-15) (1-5)	-5,397	0	دالة
(6-10)	4	0,011	دالة
(16 وما فوق)	-0,285	0,997	غير دالة
فئة 16 وما فوق (1-5)	5,683	0	دالة
(6-10)	4,283	0,003	دالة
(11-15)	0,285	0,997	غير دالة

إنّ اختبار شيفيه في الجدول (10) يحدّد لنا اتجاه الفروق حيث يقارن كل مجموعة مع المجموعات الأخرى فقد ظهرت فروق دالة بين متوسطي الفئة (1-5) والفئة (11-15) لمصلحة الفئة (11-15)، كما ظهرت فروق دالة بين متوسطي الفئة (1-5) والفئة (16 ومافوق) لمصلحة الفئة (16 وما فوق) . وأيضاً فروق دالة بين متوسّطي الفئة (6-10) والفئة (11-15) لمصلحة الفئة (11-15) وفروق دالة بين متوسطي الفئة (6-10) والفئة (16 ومافوق) لمصلحة الفئة (16 ومافوق) .

وهذا يعني أنّ هناك فروقاً دالة لمصلحة الفئات التي تتضمّن عدد سنوات أكثر في الخدمة، وقد يعود ذلك إلى المدّة الطّويلة التي قضتها الممرّضة في هذه المهنة، وما يتخلّل ذلك من ملل ورغبة في الخلاص من متاعب هذه المهنة وضغوطها وقلقها، هذا يتوافق مع دراسة هوفمان Hoffman (2001) التي بيّنت وجود علاقة إيجابية بين طول فترة العمل اليومية والضغط النفسي. كما يمكن تفسير تأثير سنوات الخدمة بحبّ الممرّضة لمهنتها، فإذا كانت الممرّضة غير محبّة لمهنتها، سينتهي بها الأمر مع مرور الزّمن إلى كره المهنة، وهذا يزيد من حساسية الممرّضة نحو مهنة التمريض وتوهّمها للمرض مع ازدياد عدد سنوات خدمتها. كما أنّ العلاقات الإيجابيّة بين الممرّضات والأطبّاء تؤدي دوراً هاماً في الرّضا عن المهنة ولو كانت مدة الخدمة طويلة، وهذا يتوافق مع دراسة لارابي وآخرين Larrabee & etal (2003) التي بيّنت أنّ عدم رضا الممرّضات عن العمل يتعلّق بأسلوب القيادة وعدم تماسك المجموعة (أطباء – ممرضين).

والشّكل (3) يوضّح الفروق بين متوسّطات الفئات بالنّسبة لعدد سنوات الخدمة:



الشّكل (3) فروق المتوسّطات بين فئات عدد سنوات الخدمة

ويبيّن الشّكل (3) الفروق بين متوسّطات الفئات التّابعة لمتغيّر عدد سنوات الخدمة، فنلاحظ أنّ متوسّط فئة (16 وما فوق) أعلى من متوسّط فئة (11-15) أي أنّ الممرّضات ضمن فئة (16ومافوق) لديهنّ مؤشّرات توهّم مرض أكثر. ونلاحظ أيضاً أنّ متوسّط فئة (11-15) أعلى من متوسّط فئة (6-10) سنوات، ومتوسّط فئة (6-10) أعلى من متوسّط فئة (1-5) سنوات.

11- المقترحات:

- الاهتمام بواقع مهنة التمريض وطبيعة عمل الممرّضات وتلبية متطلباتهنّ واحتياجاتهنّ النفسيّة والمهنيّة.
- القيام بدراسات متعددة تتعلق بمهنة التمريض والمشكلات النفسيّة الناجمة عنها.
- إعداد برامج إرشاديّة وقائيّة وعلاجيّة للتّخفيف من توهّم المرض لدى الممرّضات.
- إجراء دراسات أخرى تدرس اضطراب توهّم المرض لدى مهن أخرى.

المراجع باللغة العربية:

- أبو هندي، وائل.(1998). **الوسواس القهري من منظور عربي**. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- الحاج، فايز محمد علي.(1991). **مقياس توهّم المرض**. السعودية: مطبعة المدينة.
- الحفني، عبد المنعم.(1999). **موسوعة الطب النفسي**. م2، ط2، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- الحويج، صالح المهدي.(2008). **التوهّم المرضي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
- رضوان،سامر جميل.(2007). **الصحّة النفسيّة**.ط 2،عمان:دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- رشدي، هند.(1999). **التخلّص من الوهم والخوف**. القاهرة: دار الفكر العربي.
- زهران، مضر.(2006). **إدارة المستشفيات والرّعاية الصحيّة**. ج1، عمان: دار زهران.
- سعد، علي. (1993). **علم الشذوذ النفسي**. *منشورات جامعة دمشق،كلية التربية*.
- العريضي، صفاء. (2009). "**الرّضا المهني لدى الممرّضات**". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- فتوح، مدحت فؤاد.(1992). **تنظيم مجتمع المسنّين**. القاهرة: عالم الكتب.
- كفافي، علاء الدين.(1999). **الإرشاد والعلاج النّفسي الأسري**. القاهرة: دار الفكر العربي.
- المالح، حسان.(1997). **الطب النفسي والحياة**. *ط1، دمشق: دار الإشراقات*.
- مريم، رجاء.(2008). "**مصادر الضغوط النفسيّة المهنيّة لدى العاملات في مهنة التمريض**"*مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية*،المجلد24،العدد(2)،ص 478.
- مريم، رجاء.(2006)." **فاعليّة برنامج تدريبيّ لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسيّة المهنيّة لدى العاملات في مهنة التمريض في دمشق**". رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- وزارة الصحة.(1999). **تاريخ وآداب أخلاقيّات التمريض**. دائرة التمريض، دمشق.
-

References in English Language

- Buwalda F. M & Bouman T. K. (2009). Cognitive-Behavioral Bibliotherapy for Hypochondriasis: A Pilot Study. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, (37) 3.Cambridge University Press. (http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&a)
- Christine, H et al. (2000). Nursing Stress the effects of coping strategies and job satisfaction in sample of Australian Nurses. Journal of Advanced Nurses, Vol (31), No(3).p: 397-407.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV-TR) .(2000). (4th ed.) American Psychiatric association, Washington, DC.
- Doran, Diane & Megillis, Linda. (2007). Female nurses perceptions of hospital work environments, J Nurse Manage, Apr:15 (3): p264-73.
- Grayfallos G., Adamopoulou Ar., Karastergiou An., Bozikas V., Voikli M., VaxevanisAth., Stylopoulos El., & Christofridris G.(2008). Hypochondriasis: Demographic characteristics and Comorbidity with other psychiatric diagnoses in Greece. Hellinc Psychiatry Central Hospital, (5)2, P.75-80.
- Hoffman, A. (2001). Role Stress and Career Satisfaction Among registered Nurses by work shift patterns. Master Abstracts International, Vol (39), No(1): p.194.
- Kaliszer, M.(2002). Aspects of Nurse Education programmers that frequently cause Stress to nursing student-fact-finding sample survey. Eric. Reports, Washington .D.C.
- Larrabee JH, Jenney MA, Ostrow (2003). Predicting registered nurse Job Satisfaction and Intent to Leave. J Nursed, May; 33(5): p.71-83.
- Lippincott Williams & Wilkins, Inc. (2007). Registered Nurse Job Satisfaction and collective Bargaining Unit Membership Status. Journal of Nursing Administration. October, 37(10): p.471-476.
- Martin A. & Jacobi F. (2006).Features of Hypochondriasis and Illness Worry in the General Population in Germany. Psychosomatic Medicine, 68, P. 770-777.
- MartõÂnez M. Pilar, Amparo Belloch and Cristina Botella. (1999). Somatosensory Amplification in Hypochondriasis and Panic Disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy Clin. Psychol. Psychother,6, P. 46- 53.
- Noyes, Russell JR., Scott P. Stuart, Douglas R. Langbehn, Rachel L. Happel,Susan L. Longley, Barbara A. Muller, & Steven J. Yagla (2003). Test of an Interpersonal Model of Hypochondriasis. Psychosomatic Medicine, 65,P. 292–300.

- Talaei, A. (2009): Hypochondriasis in medical sciences students of Mashhad, Iran, European Psychiatry. Volume 24, Supplement 1, Page:980.

.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2012/1/15