الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالاضطرابات النفسيّة الجسديّة (السيكوسوماتيّة) لدى عينة من مُراجعي المراكز الصحية في مدينة حلب

إعداد: إشراف:

أحمد جروَة د.سوسن الشيخ محمود د.حنان لطوف

طالب دكتوراه في قسم الارشاد النفسي أستاذ مُساعد في قسم الارشاد النفسي أستاذ مُساعد في قسم الارشاد النفسي

مُلخص البحث:

هدف البحث الحالي إلى تعرّف العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى عينة البحث من مراجعي المراكز الصحية في مدينة حلب، وتعرّف مُستوى كل من الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتيّة، لدى أفراد عينة البحث، وكذلك تعرّف الفُروق في مُستوى درجة مُستوى درجة الدعم الاجتماعي المُدرك ومستوى الاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى أفراد عينة البحث حسب مُتغيّر الجنس والحالة الاجتماعيّة.

تم تطبيق أدوات البحث على عينة من المراجعين لمركزين طبيّين في مدينة حلب، تكونت العينة من (81) مريض مُراجع تم اختيارهم بالطريقة القصدية بواقع (36) ذكور، و(45) إناث.

استخدم الباحث مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية من إعداد حيدري وآخرون وإعادة حساب الخصائص السيكومترية للمقياس من جروة وآخرون (2026) ومقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من إعداد خالد (2024) ومن ثم حساب الخصائص السيكومترية له من قبل السليمان وعز الدين (2025) واستخدم المنهج الوصفي.

أظهرت نتائج البحث أنُ مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك يقع في المُستوى المتوسط وأن مُستوى الاضطرابات السيكوسوماتيّة يقع ضمن المُستوى المُرتفع، لدى أفراد العينة. إضافة الى وجود ارتباط عكسي بين الاضطرابات السيكوسوماتيّة والدعم الاجتماعي المُدرك، وعدم وجود فروق في الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى أفراد عينة البحث حسب المُتغيرات التصنيفيّة: الجنس، الحالة الاجتماعيّة.

الكلمات المفتاحية: الدعم الاجتماعي المُدرك، الاضطرابات النفسية–الجسدية، الاضطرابات السيكوسوماتية، مُراجعي المراكز الصحية.

The Association Between Perceived Social Support and Psychosomatic Disorders Among Sample of Health Centers in Aleppo City

Prepared:

Ahmad Jarwa
PhD candidate, Department of Psychological Counseling

Supervision:

Dr. Sawsan Alshekh Mahmoud
Assistant Professor, Department of Psychological Counseling

Dr. Hanan Lattouf
Assistant Professor, Department of Psychological Counseling

Abstract:

The present study aimed to examine the relationship between perceived social support and psychosomatic disorders among a sample of outpatients attending health centers in the city of Aleppo. It also sought to determine the levels of perceived social support and psychosomatic disorders within the sample, and to identify differences in the mean scores of both measures according to sex and marital status.

The research instruments were administered to a purposive sample of 81 outpatients (36 males and 45 females) attending two medical centers in Aleppo. The researcher employed the Psychosomatic Disorders Scale, developed by Heidari et al. and standardized by Jarwa et al. (2026), alongside the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, developed by Khaled (2024) and standardized by Al-Sleman and Ezzedine (2025). A descriptive research design was adopted for this study.

Findings indicated that the sample exhibited a moderate level of perceived social support, whereas the level of psychosomatic disorders was high. In

addition, a statistically significant negative correlation was observed between perceived social support and psychosomatic disorders. Finally, no statistically significant differences were found in the scores of either perceived social support or psychosomatic disorders based on sex or marital status.

Keywords: Perceived Social Support - Psychosomatic Disorders - Health Centers.

مُقدمة البحث:

تُعدّ العلاقات الاجتماعية من العوامل المهمة التي تسهم في تعزيز الصحة النفسية والجسدية للفرد، إذ إن شعور الإنسان بوجود أشخاص يساندونه ويوفرون له المساعدة والتقبل والاهتمام يمثل مورداً نفسياً واجتماعياً مهماً في مواجهة الضغوط الحياتية المختلفة. وقد أشارت الأدبيات النفسية إلى أن الدعم الاجتماعي يرتبط إيجابياً بالصحة النفسية والجسدية، ويُسهم في خفض مستويات القلق والاكتئاب، كما يعزز قدرة الفرد على التكيف مع المواقف الضاغطة ومواجهة التحديات اليومية (Szkody et al., 2024, 103).

وفي ضوء تزايد الضغوط الاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي يواجهها الأفراد في الحياة المعاصرة، يبرز الدعم الاجتماعي بوصفه أحد العوامل الوقائية التي تساعد على الحد من الآثار السلبية للضغوط النفسية وانعكاساتها الصحية المختلفة. كما تشير الأدلة البحثية إلى أن انخفاض مستويات الدعم الاجتماعي قد يرتبط بزيادة المشكلات الصحية والنفسية، الأمر الذي يجعل الأفراد أكثر عرضة لظهور الأعراض الجسدية المرتبطة بالضغوط والانفعالات النفسية.(Sadler et al., 2024, 19)

وتنبع أهمية هذا الموضوع من الطبيعة التكاملية للعلاقة بين النفس والجسد، حيث يتأثر كل منهما بالآخر بصورة مستمرة، فلا يمكن فهم الصحة الإنسانية فهماً شاملاً بمعزل عن العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة فيها. وقد أثبتت الدراسات النفسية والطبية أن الضغوط والانفعالات النفسية المختلفة قد تؤثر في أجهزة الجسم ووظائفه الحيوية من خلال تفاعلها مع الجهاز العصبي والغدد الصماء وجهاز المناعة، مما قد يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض الجسدية أو يزيد من شدة بعض المشكلات الصحية القائمة.

وفي هذا السياق، تحظى الاضطرابات السيكوسوماتية باهتمام متزايد في السنوات الأخيرة، خاصة في المجتمعات التي تشهد مستويات مرتفعة من الضغوط الحياتية والاجتماعية والاقتصادية.

وتتمثل هذه الاضطرابات في ظهور أعراض جسدية تتأثر بالعوامل النفسية والانفعالية، حيث يؤدي التعرض المستمر للتوتر والقلق والضغوط المختلفة إلى اختلال التوازن الفيزيولوجي للفرد وزيادة احتمالية ظهور الأعراض الجسدية الوظيفية.(Sadler et al., 2024, 19)

وتشير الأدبيات الحديثة إلى وجود ارتباط وثيق بين العوامل الاجتماعية والنفسية وبين الأعراض السيكوسوماتية، حيث يمكن للدعم الاجتماعي أن يسهم في التخفيف من آثار الضغوط النفسية وانعكاساتها الجسدية. كما أن ضعف الموارد الاجتماعية وانخفاض مستويات المساندة الاجتماعية قد يزيدان من قابلية الأفراد للمعاناة من أعراض جسدية مرتبطة بالتوتر والضغوط النفسية (Acoba, 2024؛ Melese et al., 2024).

وبناءً على ما سبق، تبرز أهمية دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من مراجعي العيادات الطبية في المراكز الصحية، لما لذلك من دور في تطوير تدخلات علاجية أكثر تكاملاً تراعي الأبعاد النفسية والاجتماعية إلى جانب الجوانب الطبية، بما يسهم في تحسين جودة الرعاية الصحية والحد من الأعراض الجسدية المرتبطة بالضغوط وضعف شبكات الدعم في المحيط الاجتماعي.

مُشكلة البحث:

يُعد الدعم الاجتماعي المُدرك من المتغيرات المهمة في مجال الصحة النفسية والجسدية، لما يؤديه من دور في تعزيز قدرة الفرد على مواجهة الضغوط الحياتية والتكيف مع المواقف الصعبة. وقد ازداد الاهتمام بهذا المتغير في السنوات الأخيرة نتيجة ما أظهرته البحوث من ارتباطه بمؤشرات الصحة النفسية وجودة الحياة والرفاه النفسي. وفي هذا السياق، أشار الخطيب (2016) إلى أن الأفراد الذين يحظون بمستويات مرتفعة من الدعم الأسري والاجتماعي يتمتعون بقدرة أكبر على مواجهة الضغوط والتعبير عن مشكلاتهم النفسية بصورة صحية، في حين يكون الأفراد الذين يفتقرون إلى هذا الدعم أكثر عرضة للمعاناة النفسية ومظاهرها المختلفة. كما بيّنت دراسة سليمان (2026) وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية بين الدعم الاجتماعي المُدرك والقلق الناجم عن سرطان الثدي. كذلك أشار عبد الخالق (2018) إلى أن شبكات العلاقات الاجتماعية والدعم الانفعالي تمثل عوامل حماية مهمة تسهم في تعزيز الصحة النفسية وتقليل الآثار السلبية للضغوط الحياتية المختلفة.

وانطلاقاً من الدور الوقائي للدعم الاجتماعي، برز الاهتمام بدراسة علاقته بالعديد من المشكلات النفسية والجسدية، ولا سيما تلك المرتبطة بالتوتر والضغوط المزمنة. إذ تشير الأدبيات النفسية والصحية إلى أن انخفاض مستويات الدعم الاجتماعي قد ينعكس سلباً على الصحة العامة للفرد، ويزيد من احتمالية ظهور أعراض ومشكلات صحية متعددة، الأمر الذي يدعو إلى دراسة ارتباطه بالاضطرابات السيكوسوماتية بوصفها من الاضطرابات الشائعة في البيئات التي تشهد مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية والاجتماعية.

وتُعد الاضطرابات السيكوسوماتية من القضايا المهمة التي تحظى باهتمام متزايد في المجالين الطبي والنفسي، نظراً لانتشارها الواسع بين مُراجعي المؤسسات الصحية وما تسببه من معاناة للفرد وأعباء على الخدمات الطبية. وقد أشار عبد الخالق (2018) إلى أن هذه الاضطرابات تزداد في البيئات التي تتسم بارتفاع الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، وأنها ترتبط بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر في قدرة الفرد على التكيف مع متطلبات الحياة. كما أوضح الزراد (2000، 65) أن نسبة المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية ويعانون من هذه الاضطرابات تتراوح بين (40–60%) من إجمالي المرضى، وأن نسبة (70–75%) من العمال يتغيبون عن أعمالهم بسبب اضطرابات سيكوسوماتية. وأشارت نتائج دراسة جروة وآخرون (2026) إلى أن مراجعي العيادات الطبية يمثلون فئة مهمة للبحث في هذا المجال نظراً لارتفاع معدلات الشكاوى السيكوسوماتية بينهم وما يترتب على ذلك من آثار صحية واجتماعية واقتصادية.

وفي ضوء ما سبق، اهتم عدد من الباحثين بدراسة العلاقة بين العوامل الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية، حيث أشارت نتائج عبد الخالق (2018) إلى أن ضعف شبكات العلاقات الاجتماعية وغياب الدعم الانفعالي يرتبطان بزيادة حدة الاضطرابات النفسجسمية وانخفاض قدرة الفرد على مواجهة الضغوط. كما أكد الخطيب (2016) أن نقص الدعم الأسري والاجتماعي قد يدفع الأفراد إلى التعبير عن معاناتهم النفسية من خلال أعراض جسدية، خاصة في الثقافات التي تقل فيها فرص التعبير المباشر عن الانفعالات. كذلك تدعم نتائج دراسة سليمان (2026) أهمية الدعم الاجتماعي بوصفه عاملاً واقياً يحد من التأثيرات النفسية السلبية المرتبطة بالضغوط والأزمات الصحية.

وعلى الرغم من أهمية النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، فإن معظمها تناول الدعم الاجتماعي المُدرك أو الاضطرابات السيكوسوماتية كلٌّ على حدة، كما أن الدراسات العربية والمحلية التي بحثت العلاقة بين المتغيرين لدى مراجعي المراكز الصحية ما تزال محدودة، الأمر الذي يكشف عن

وجود فجوة بحثية تستدعي المزيد من الدراسة والبحث، خاصة في ظل الظروف الاقتصادية والأمنية والاجتماعية والبيئية التي شهدتها مدينة حلب خلال السنوات الماضية وما نتج عنها من ضغوط قد تؤثر في مستويات الدعم الاجتماعي والصحة النفسية والجسدية للأفراد.

ومن خلال عمل الباحث الميداني في المجال الإنساني ضمن المراكز الصحية بمدينة حلب، لاحظ تزايداً مستمراً في أعداد مراجعي العيادات الطبية، إلى جانب تكرار الشكاوى ذات الطابع السيكوسوماتي بين عدد من المراجعين، الأمر الذي أثار اهتمامه بدراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية لدى هذه الفئة.

ومن هنا تتحدد مشكلة البحث في الإجابة عن السؤال الآتي:

ما طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مراجعي المراكز الصحية في مدينة حلب؟

أهمية البحث: تتجلى أهمية البحث في النقاط التالية:

1- أهمية المُتغيرات التي سوف يتناولها البحث وهي: الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية لتأثيرهما المباشر على أداء الفرد وتوازنه النفسي.

2- أهمية العينة المُستهدفة: مراجعين العيادات الطبية في المراكز الصحية.

3- قد تفيد نتائج البحث الادارات والقيادات في المؤسسات المتنوعة في معرفة تأثير الدعم الاجتماعي على المرضى وانعكاسه على صحتهم الجسدية حتى يتم الاتجاه نحو الاهتمام بصحتهم النفسية.

4- قد تفيد نتائج البحث الحالي الأخصائيين للتوعية بأهمية الدعم الاجتماعي للمرضى المراجعين للأطباء وبرامج علاجية لخفض الاضطرابات السيكوسوماتية.

أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى:

1. تعرّف مُستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مراجعي العيادات الطبية في المراكز الصحية في مَدينَةِ حلب.
2. تعرّف مُستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مراجعين العيادات الطبية في المراكز الصحية في مَدينَةِ حلب.
3. تعرّف العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مراجعي العيادات الطبية في المراكز الصحية في مَدينَةِ حلب.

4. تعرّف الفُروق بين مُتَوسّطي درجات أفراد العيّنة على مقيَاس الدعم الاجتماعي المُدرك تِبعَاً لمُتَغيّر الجنس (ذكر/ انثى).
5. تعرّف الفُروق بين مُتَوسّطي درجات أفراد العيّنة على مقيَاس الاضطرابات السيكوسوماتية تِبعَاً لمُتَغيّر الجنس (ذكر/ انثى).
6. تعرّف الفُروق بين مُتَوسّطي درجات أفراد العيّنة على مقيَاس الدعم الاجتماعي المُدرك تِبعَاً لمُتَغيّر الحالة الاجتماعية (أعزب / متزوج).
7. تعرّف الفُروق بين مُتَوسّطي درجات أفراد العيّنة على مقيَاس الاضطرابات السيكوسوماتية تِبعَاً لمُتَغيّر الحالة الاجتماعية (أعزب / متزوج).

أسئلة البحث:

1- ما مُستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مراجعي العيادات الطبية في المراكز الصحية في مَدينَةِ حلب.
2- ما مُستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مراجعي العيادات الطبية في المراكز الصحية في مَدينَةِ حلب.

فرضيات البحث:

1- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مُستوى دلالة (0.05) بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ودرجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.
2- لا توجد فروق دالة احصائياً عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك تعزى لمتغير الجنس: (ذكر/انثى).
3- لا توجد فروق دالة احصائياً عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس: (ذكر/انثى).
4- لا توجد فروق دالة احصائياً عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية: (أعزب/ متزوج).
5- لا توجد فروق دالة احصائياً عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية: (أعزب/ متزوج).

حُدود البحث:

- حدود زمانية: تم تطبيق أدوات البحث خلال الفترة الزمنية ما بين: 2026/5/19 وحتى 2026/6/11م
- حدود مكانية: عيادات مركز أبناء الكلمة الإنجيلي، مستوصف نور الاحسان الخيري.
- الحدود البشريّة: المراجعين للمراكز الصحية في مدينة حلب.

- حدود موضوعية: الدعم الاجتماعي المُدرك، والاضطرابات السيكوسوماتيّة.

مُصطلحات البحث:

1- **الدعم الاجتماعي المُدرك (Perceived Social Support):** أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقاءه والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في مواقف الحياة كافة، والتي تشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه ويدركها مما يزيد من كفاءته الاجتماعية (جيلان، 2021، 71).

ويُعرّف إجرائيّاً: بالدَرجة الكُلية التي يحصل عليها أفراد العيّنة عند استجابتهم على فقرات مقيَاس الدعم الاجتماعي المُدرك المُستخدم في هذا البَحْث من إعداد خالد (2025)، وتمت حساب خصائصه السيكومترية مجدداً من قبل سليمان وعز الدين (2025).

2- **الاضّطِرابات السيكوسوماتيّة (Psychosomatic Disorders):** هِيَ تَغَيُّرات جِسميّة تنتُج عَن أساليب تَعايُش سلبيّة معَ مُختلف جوانب البيئة وتَتَأثر بِسِمات الشَخصيّة (DSM-IV,2013).

وتُعرّف إجرائيّاً: بالدَرجة الكُلية التي يحصل عليها أفراد العيّنة عند استجابتهم على فقرات مقيَاس الاضطرابات السيكوسوماتية المُستخدم في هذا البَحْث من إعداد حيدري وآخرون (2021)، وتقنين جروة وآخرون (2026).

الإطار النظري

أولاً: الدعم الاجتماعي:

يُعد الدعم الاجتماعي أحد المفاهيم الأساسية في علم النفس الاجتماعي والعلوم السلوكية، حيث حظي باهتمام واسع منذ سبعينيات القرن العشرين نظراً لدوره في تفسير العديد من الظواهر النفسية والصحية. ويشير مفهوم الدعم الاجتماعي إلى الموارد النفسية والمادية والمعنوية التي يحصل عليها الفرد من خلال علاقاته الاجتماعية، والتي تسهم في تعزيز صحته النفسية والجسدية (أحمد، 2023، 92) .

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأفراد الذين يتمتعون بشبكات اجتماعية قوية وداعمة يتمتعون بصحة أفضل مقارنة بغيرهم، سواء على المستوى النفسي أو الجسدي، مما يؤكد أهمية الدعم الاجتماعي كعامل وقائي ضد الضغوط الحياتية (Cohen & Wills, 1985, 311).

كما يشير الباحثون إلى أن الدعم الاجتماعي لا يقتصر على المساعدة الفعلية، بل يمتد إلى إدراك الفرد لتوفر هذا الدعم، وهو ما يعرف بـ "الدعم الاجتماعي المُدرك"، والذي يُعد أكثر تأثيراً في الصحة النفسية من الدعم الفعلي نفسه.

مفهوم الدعم الاجتماعي المُدرك (Perceived Social Support):

يُعرّف الدعم الاجتماعي المُدرك بأنه إدراك الفرد لمدى توفر المساعدة والرعاية والدعم من الأشخاص المحيطين به، وشعوره بأنه محبوب ومقبول وموضع اهتمام من قبل الآخرين (Zimet et al., 1988, 31).

وتؤكد الدراسات أن الدعم الاجتماعي المُدرك يمثل بُعداً معرفياً ذاتياً، يختلف عن الدعم الاجتماعي الفعلي الذي يعتمد على كمية أو نوع المساعدة المقدمة، حيث إن الإدراك الذاتي للدعم قد يكون أكثر تأثيراً في التكيف النفسي(Cohen & Wills, 1985) .

ويعرفه يوشينو وزملاءه (Uchino et al, 2018) الدعم الاجتماعي المُدرك بأنه الاستلام المُدرك أو الفعلي للموارد الاجتماعية (مثل الملموسة، العاطفية) وهو أحد أكثر المؤشرات موثوقية لمعدلات المرض والوفيات فهو عامل تنبؤ قوي جدًا بالحالة الصحية وطول العمر، وقد ثبت ذلك في عدد من الدراسات الوبائية والطبية.

وفي الأدبيات العربية، يُنظر إلى الدعم الاجتماعي المُدرك على أنه "إحساس الفرد بالقيمة والتقدير والاهتمام الناتج عن الدعم الذي يتلقاه من الآخرين في بيئته الاجتماعية" (غنون،2016، 45).

ويرى الباحث أنه التقييم الذاتي الذي يقوم به الفرد لمدى كفاية وفعالية الدعم الذي يتلقاه من شبكته الاجتماعية، سواء كان ذلك الدعم عاطفياً أو مادياً أو معرفياً.

مصادر الدعم الاجتماعي المُدرك:

تتنوع مصادر الدعم الاجتماعي المُدرك التي يستمد منها الفرد إحساسه بالدعم، وتشمل:

- **الأسرة** :المصدر الأساسي والأكثر تأثيراً
- **الأصدقاء** :يوفرون الدعم العاطفي والمساندة الاجتماعية.
- **شريك الحياة** :يمثل دعماً خاصاً ومكثفاً.
- **المؤسسات الاجتماعية** :مثل المدارس والمراكز الاجتماعية والصحية.

وقد أشار مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك متعدد الأبعاد (MSPSS) إلى ثلاثة مصادر رئيسية للدعم، وهي: الأسرة، الأصدقاء، والشخص المهم في حياة الفرد .(Zimet et al., 1988)

نظريات تفسير الدعم الاجتماعي:

1- نظرية الأثر المباشر:(Direct Effect Theory)

تفترض هذه النظرية أن الدعم الاجتماعي يؤثر تأثيراً مباشراً وإيجابياً على الصحة النفسية للفرد، بغض النظر عن مستوى الضغوط الحياتية التي يتعرض لها. إذ يُسهم توفر شبكة اجتماعية داعمة في تعزيز مشاعر الانتماء والقبول الاجتماعي، وزيادة الإحساس بالأمان والاستقرار النفسي، مما ينعكس إيجاباً على الحالة المزاجية ويقلل من احتمالية ظهور الاضطرابات النفسية. كما أن وجود علاقات اجتماعية مستقرة وداعمة يساعد الفرد على بناء تقدير إيجابي للذات وتطوير استراتيجيات تكيف أكثر فاعلية في مواجهة تحديات الحياة اليومية.

2- **نظرية الحماية من الضغوط:(Buffering Hypothesis)**

تفترض هذه النظرية أن الدعم الاجتماعي لا يعمل فقط بشكل مباشر، بل يؤدي دوراً وقائياً أو تعديلياً في تخفيف أثر الضغوط النفسية على الفرد. فوجود الدعم الاجتماعي يعمل كـ "عازل" أو وسيط يحمي الفرد من الانعكاسات السلبية للأحداث الضاغطة، بحيث يقلل من إدراك شدة الضغوط أو يخفف من استجابتها الانفعالية. ووفقاً لهذا التصور، فإن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي يكونون أكثر قدرة على التكيف مع المواقف الضاغطة، وأقل عرضة للاضطرابات النفسية والجسدية مقارنة بالأفراد ذوي الدعم المنخفض. كما أن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً وقائياً مهماً في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والنتائج الصحية السلبية (Cohen & Wills, 1985, 314).

أبعاد الدعم الاجتماعي المُدرك:

يتكون الدعم الاجتماعي المُدرك من مجموعة من الأبعاد التي تعكس أشكال المساندة المختلفة التي يحصل عليها الفرد من الآخرين، حيث لا يقتصر على جانب واحد، بل يشمل جوانب متعددة متكاملة.

ويُعد الدعم العاطفي من أهم هذه الأبعاد، حيث يتمثل في مشاعر الحب والاهتمام والتعاطف التي يتلقاها الفرد من الآخرين، وهو ما يعزز لديه الشعور بالأمان والانتماء.

كما يشمل الدعم المادي، الذي يتمثل في تقديم المساعدة الملموسة مثل المال أو الخدمات، خاصة في المواقف التي تتطلب تدخلاً عملياً.

إلى جانب ذلك، يظهر الدعم المعلوماتي الذي يتجسد في تقديم النصائح والإرشادات التي تساعد الفرد في حل مشكلاته واتخاذ قراراته.

كما يُضاف إلى ذلك دعم التقدير، الذي يتمثل في تعزيز احترام الذات والشعور بالقيمة من خلال التشجيع والتقدير من الآخرين(House, 1981, p. 27) .

يرى الباحث أن هذه الأبعاد تمثل البناء المتكامل للدعم الاجتماعي المُدرك، وأنها تتكامل فيما بينها لتشكّل تجربة الدعم الكلية لدى الفرد.

الخصائص النفسية للدعم الاجتماعي المُدرك

يتميز الدعم الاجتماعي المُدرك بخصائص نفسية تجعل منه متغيرًا بالغ الأهمية في تفسير السلوك الإنساني والتكيف النفسي. ومن أبرز هذه الخصائص طابعه الذاتي، حيث لا يعتمد فقط على وجود علاقات اجتماعية فعلية، بل على كيفية إدراك الفرد لهذه العلاقات وتقييمه لمدى نفعها له.

كما يتميز هذا المفهوم بالتعقيد، إذ يتضمن أبعاداً متعددة تتداخل فيما بينها، مثل الدعم العاطفي والمادي والمعلوماتي، مما يعكس تنوع أشكال التفاعل الاجتماعي.

ومن الخصائص المهمة أيضاً أن الدعم الاجتماعي المُدرك يعمل كعامل وقائي، حيث يقلل من تأثير الضغوط النفسية على الفرد، ويساعد في الحفاظ على توازنه النفسي.

كذلك، يرتبط الدعم الاجتماعي المُدرك ارتباطاً وثيقاً بالصحة النفسية، إذ تشير الدراسات إلى أن الأفراد الذين يدركون توفر الدعم لديهم يتمتعون بمستويات أقل من القلق والاكتئاب، ومستويات أعلى من الرضا عن الحياة.(Cohen, 2004, 678-682)

أهمية الدعم الاجتماعي المُدرك:

تتجلى أهمية الدعم الاجتماعي المُدرك في عدة جوانب، منها:

- تحسين الصحة النفسية وتقليل القلق والاكتئاب.
- تعزيز القدرة على التكيف مع الضغوط والأزمات.
- زيادة الرضا عن الحياة والرفاه النفسي.
- زيادة الثقة بالنفس وتقدير الذات.

وقد أظهرت الدراسات أن الدعم الاجتماعي يعد من أهم العوامل المرتبطة بانخفاض معدلات المرض والوفيات، ويُعد متنبئاً قوياً بالصحة العامة (Cohen, 2018, 148).

ويرى الباحث أنه طالما أن الدعم الاجتماعي المُدرك يعمل على تحسين الصحة النفسية وتعزيز القدرة على التكيف مع الضغوط فإنه قد يكون من العوامل المؤثرة في ظهور أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية.

ثانياً: الاضطرابات السيكوسوماتية:

تُعد الاضطرابات السيكوسوماتية من الموضوعات المهمة في علم النفس الصحي والطب النفسي، لكونها تعكس التفاعل المعقد بين العوامل النفسية والجسدية. حيث أظهرت الدراسات الحديثة أن الصحة النفسية تؤثر بشكل مباشر في الوظائف الفسيولوجية للجسم، وأن الضغوط النفسية والانفعالية قد تكون سبباً رئيسياً في ظهور العديد من الأمراض الجسدية (الوحيدي وآخرون، 2022، 206).

كما أن فهم هذه الاضطرابات يساعد في تشخيص الحالات التي لا يمكن تفسيرها تفسيراً عضوياً فقط، مما يؤكد على ضرورة تبني المنظور التكاملي (النفسي–الجسدي) في تفسير المرض.

مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية (Psychosomatic disorders):

لغةً: مصطلح السيكوسوماتية (نفس –جسدي) هو مصطلح مكون من قسمين: سيكو: تعني النفس. وسوماتي: تعني الجسد ويعبر المصطلح عن وحدة الفرد في التفاعل المتبادل ما بين النفسي والجسدي وترابط أحداث المتكررة للعوامل الانفعالية الواعية وغير الواعية التي تجعل الجهاز العصبي يؤثر على الوظائف العضوية للجسم (بن علي ،2014، 18).

اصطلاحا: ورد تعريفها في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة بأنها: هِيَ تَغَيُّرات جِسميّة تنتُج عَن أساليب تَعايُش سلبيّة معَ مُختلف جوانب البيئة وتَتَأثر بِسِمات الشَخصيّة (DSM–IV,2013).

أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية

تشمل الاضطرابات السيكوسوماتية العديد من الأنواع التي تصيب أجهزة مختلفة في الجسم، ومن أبرزها:

1- اضطرابات الجهاز الهضمي: مثل القولون العصبي وقرحة المعدة، حيث يُعد التوتر النفسي من أهم العوامل المؤثرة فيها.

2- اضطرابات الجهاز القلبي: مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، والتي قد ترتبط بالقلق والانفعالات

3- اضطرابات الجهاز التنفسي: مثل الربو الشعبي الذي يتأثر بالحالة النفسية للفرد.

1- اضطرابات الجلد: مثل الإكزيما والصدفية، والتي تتفاقم مع الضغوط النفسية.

2- اضطرابات الألم المزمن: مثل الصداع وآلام العضلات، والتي ترتبط بالتوتر والانفعالات.

وقد بينت الدراسات أن هذه الاضطرابات قد تشمل معظم أجهزة الجسم، نتيجة التأثير المباشر للجهاز العصبي والهرموني (Oyama, 2024, p. 1)

أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية: تتعدد أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية، ومن أبرزها:

1- الضغوط النفسية: تُعد الضغوط النفسية من أهم العوامل المسببة، حيث يؤدي الضغط المزمن إلى اضطراب في وظائف الجسم.

1- القلق والاكتئاب: ترتبط هذه الاضطرابات النفسية بظهور أعراض جسدية مختلفة، خاصة إذا استمرت لفترات طويلة.

2- العوامل البيئية والاجتماعية: مثل الظروف المعيشية الصعبة أو المشكلات الأسرية.

3- العوامل البيولوجية: مثل الاستعداد الوراثي أو ضعف الجهاز المناعي (Liu & Li, 2021, 1) .

كما يرى الباحث أن التفاعل بين هذه العوامل هو المسؤول عن نشوء الأعراض السيكوسوماتية.

النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية: تُعدّ النظريات المفسِّرة للاضطرابات السيكوسوماتية من الإطارات التفسيرية المهمة التي حاولت فهم العلاقة المعقّدة بين العوامل النفسية والجسدية والاجتماعية في نشوء هذه الاضطرابات، وقد تنوعت هذه التفسيرات تبعاً للمنظور العلمي الذي تنطلق منه، ويمكن عرضها على النحو الآتي:

1- **النظرية البيولوجية:**

ترى هذه النظرية أن الاضطرابات السيكوسوماتية تنشأ أساساً نتيجة عوامل جسدية وفسيولوجية، حيث تؤدي التغيرات في عمل الجهاز العصبي والغدد الصماء والهرمونات إلى ظهور أعراض جسدية واضحة. فاختلال التوازن في الاستجابات العصبية، خاصة في الجهاز العصبي الذاتي، قد ينعكس في صورة أعراض عضوية مثل اضطرابات المعدة، والصداع، وارتفاع ضغط الدم. كما تشير هذه النظرية إلى أن الاستعداد الوراثي والبيولوجي قد يجعل بعض الأفراد أكثر عرضة للاستجابة الجسدية للضغوط النفسية مقارنة بغيرهم.

2- **النظرية النفسية (التحليلية):**

تركّز هذه النظرية على البعد النفسي الداخلي للفرد، حيث ترى أن الصراعات النفسية غير المحلولة أو المكبوتة داخل اللاشعور يمكن أن تتحول إلى أعراض جسدية بديلة. وقد أشار Sigmund Freud إلى

هذا المفهوم من خلال تفسيره لحالات الهستيريا، حيث اعتبر أن الأعراض الجسدية قد تكون تعبيراً رمزياً عن صراعات نفسية داخلية لم يتم التعبير عنها بشكل مباشر. وبذلك تصبح الأعراض الجسدية وسيلة غير واعية للتنفيس عن التوترات الانفعالية المكبوتة.

3- **النظرية السلوكية المعرفية:**

تفسر هذه النظرية الاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك، حيث تؤدي الأفكار السلبية وأنماط التفكير المشوّهة إلى زيادة مستوى التوتر النفسي، والذي ينعكس بدوره على استجابات جسدية غير طبيعية. كما أن التعزيزات السلوكية، مثل الحصول على اهتمام أو إعفاء من المسؤوليات نتيجة المرض، قد تسهم في استمرار الأعراض أو زيادتها. وبذلك فإن تعديل أنماط التفكير والسلوك يعدّ مدخلاً أساسياً في خفض الأعراض الجسدية المرتبطة بالضغوط النفسية.

4- **النموذج التكاملي (البيولوجي–النفسي–الاجتماعي):**

يُعد هذا النموذج من أكثر النماذج شمولاً في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يؤكد أن المرض لا ينشأ نتيجة عامل واحد فقط، بل هو نتاج تفاعل معقّد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فالتعرض للضغوط النفسية، إلى جانب القابلية البيولوجية، وظروف البيئة الاجتماعية، جميعها تتداخل في تشكيل الاستجابة المرضية. وقد أشار تقرير PTE Psychiatry (2018) إلى أن هذا النموذج يوفّر فهماً أكثر دقة وشمولية للاضطرابات النفسجسمية، إذ يفسر اختلاف استجابة الأفراد للضغوط تبعاً لاختلاف هذه العوامل وتفاعلها المستمر.(PTE Psychiatry, 2018, p. 3)

محكات تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية حسبDSM5:

يرتكز تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية في الدليل التشخيصي على مجموعة من العلامات العيادية، والتي يمكن توضيحها على النحو الآتي:

A- وجود عرض أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة:

حيث يعاني الفرد من عرض جسدي واحد أو أكثر يسبب له ألماً أو انزعاجاً واضحاً، ويؤدي إلى تعطّل ملحوظ في الأداء الوظيفي والحياة اليومية.

B- وجود أفكار أو مشاعر أو سلوكيات مفرطة مرتبطة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية:

ويتجلى ذلك بواحد على الأقل من المظاهر الآتية:

1. أفكار مستمرة وغير متناسبة حول خطورة الأعراض الجسدية.

2. مستويات مرتفعة ومستمرة من القلق المرتبط بالصحة أو بالأعراض الجسدية.
3. تخصيص وقت وجهد مفرطين للانشغال بالأعراض أو المخاوف الصحية.

C- استمرار الحالة المرضية:

على الرغم من أن العرض الجسدي الواحد قد لا يكون مستمراً بشكل دائم، إلا أن الحالة تبقى قائمة وثابتة نسبياً، وغالباً ما تستمر لأكثر من ستة أشهر.

مع تحديد ما إذا كان:(Specifiers)

- **مع ألم مسيطر (سابقاً اضطراب الألم):** ويُستخدم هذا المحدد عندما تكون الأعراض الجسدية لدى الفرد ذات طابع ألم واضح ومسيطر.
- **مستمر:** يتميز المسار المستمر بوجود أعراض شديدة، وضعف وظيفي ملحوظ، واستمرارية زمنية تتجاوز ستة أشهر.

تصنيف الشدة:

- **خفيف:** يتحقق معيار واحد فقط من المعايير المذكورة.
- **متوسط:** يتحقق اثنان أو أكثر من المعايير.
- **شديد** :يتحقق اثنان أو أكثر من المعايير، مع وجود شكاوى جسدية متعددة أو عرض جسدي واحد شديد للغاية.

(DSM-IV, p. 124)

تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

يُعد تشخيص هذه الاضطرابات معقداً نسبياً، حيث يتطلب: استبعاد الأسباب العضوية وتقييم الحالة النفسية

استخدام أدوات تشخيصية مثل مؤشر كورنيل الطبي الذي يُعد من الأدوات المهمة التي تساعد في الكشف عن التفاعل بين الأعراض النفسية والجسدية(Brodman et al., 1951, 152) .

الدراسات السابقة:

<u>الدراسات التي تناولت الدعم الاجتماعي المُدرك:</u>

1- دراسة أحمد (2023): سوريا.

بعنوان: الدعم الاجتماعي: مفهومه، أبعاده وأدواته.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم الدعم الاجتماعي وأبعاده وأدوات قياسه، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وركزت على تحليل الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بالدعم الاجتماعي، وقد توصلت الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي المُدرك يتكون من عدة أبعاد رئيسية (عاطفي، معلوماتي، مادي، دعم التقدير)، كما أكدت النتائج على أهمية الدعم الاجتماعي المُدرك في تحسين الصحة النفسية والتكيف مع الضغوط، واعتبرته من أهم المتغيرات المؤثرة في التوازن النفسي للفرد.

2- دراسة كروك وآخرون(Krok et al., 2024) بولندا.

Perceived and Received Social Support and Illness Acceptance Among Breast Cancer Patients: The Serial Mediation of Meaning-Making and Fear of Recurrence

الدعم الاجتماعي المُدرك والمستلم وقبول المرض لدى مريضات سرطان الثدي: الدور الوسيط المتسلسل لصنع المعنى والخوف من الانتكاس.

هدفت الدراسة إلى فحص دور كل من البناء المعنوي (إيجاد معنى للحياة) والخوف من الانتكاس كوسيطين متسلسلين في العلاقة بين الدعم الاجتماعي (المُدرك والمستلم) وقبول المرض لدى مريضات سرطان الثدي. شملت الدراسة (246) امرأة مصابة بسرطان الثدي ويتلقين العلاج في مراكز الأورام، وتم استخدام مقاييس للدعم الاجتماعي، والبناء المعنوي، والخوف من الانتكاس، وقبول المرض.

أظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعي، سواء المُدرك أو الفعلي، يرتبط إيجابياً بقبول المرض، إلا أن هذا التأثير يحدث بشكل غير مباشر عبر مسارين متتابعين: أولاً من خلال تعزيز البناء المعنوي وإيجاد معنى للخبرة المرضية، ثم عبر تقليل الخوف من الانتكاس. كما تبين أن البناء المعنوي يُعد الوسيط الأقوى في هذا النموذج، مما يشير إلى أن مساعدة المرضى على إعادة بناء معنى إيجابي لتجربتهم المرضية أكثر تأثيراً من التركيز فقط على خفض الخوف من الانتكاس.

3- دراسة خالد (2025): مصر.

بعنوان: الدعم الاجتماعي المُدرك وتحسين جودة الحياة: بحث ميداني على عينة من مريضات سرطان الثدي

هدف البحث إلى دراسة أبعاد الدعم الاجتماعي المُدرك وتأثيره في تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. وقد طُبِّق البحث على عينة عمدية من مريضات سرطان الثدي، حيث قامت الباحثة بتوزيع استمارة الاستبانة على المترددات على كلٍّ من مركز العلاج الإشعاعي للأورام بمستشفى القوات

المسلحة، ومركز الأورام بمستشفى بني سويف الجامعي، وبلغ إجمالي العينة (98) مريضة، أسفرت نتائج الدراسة عن عدد من النتائج المهمة، من أبرزها أن مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك بجميع أبعاده كان مرتفعاً لدى مريضات سرطان الثدي، مما يعكس الأهمية الكبيرة للدور الذي يؤديه الدعم الاجتماعي في حياتهن. كما أظهرت النتائج أن دعم الفريق الطبي (الأطباء، التمريض، الأخصائيين) جاء في المرتبة الأولى ضمن مصادر الدعم الاجتماعي، كما أكدت النتائج وجود علاقة إيجابية بين مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك ومستوى تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، مما يشير إلى أن ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي يرتبط بتحسن واضح في جودة الحياة. وبناءً على ذلك، يبرز هذا البحث أهمية الدعم الاجتماعي المقدَّم من مختلف الأطراف المحيطة بالمريضات، سواء من الأسرة، أو الأصدقاء، أو الجيران، أو الفريق الطبي، ودوره الفاعل في تحسين جوانب حياتهن المختلفة وتعزيز توافقهن النفسي والاجتماعي.

4- دراسة السليمان وعز الدين (2026): سوريا.

بعنوان: الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة اللاذقية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مريضات سرطان الثدي ومستوى القلق الناجم عن المرض، إضافة إلى فحص العلاقة بينهما، والكشف عن الفروق تبعاً لمدة الإصابة (أقل من سنة، سنة فأكثر). وتكونت العينة من (130) مريضة تم اختيارهن بطريقة قصدية، واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي باستخدام مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك (خالد، 2025) ومقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي.

أظهرت النتائج أن مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك كان متوسطاً، بينما كان مستوى القلق مرتفعاً، مع وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية بينهما. كما بينت النتائج وجود فروق في الدعم الاجتماعي لصالح المريضات حديثات الإصابة (أقل من سنة)، خاصة في بعد دعم الأصدقاء والدرجة الكلية، دون فروق في الدعم الأسري والطبي. وفيما يتعلق بالقلق، لم تظهر فروق في الدرجة الكلية أو القلق المرتبط بالعلاج، بينما وُجدت فروق في القلق الجسمي والقلق الأسري لصالح حديثات الإصابة.

<u>الدراسات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية:</u>

1- دراسة سلامي: (2009) الجزائر.

بعنوان: مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي: دراسة ميدانية على عينة من أربع ولايات جزائرية

هدفت للتعرف عن مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي في الجزائر، أجريت الدراسة على في 41 بلدية من أربع ولايات: غرداية، الاغواط، الجلفة والمدية من مُدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي، المنهج المستخدم للدراسة المنهج الوصفي حيث اعتمد على مجموعة من المقاييس لقياس الضغوط وأيضاً مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية. نتائج الدراسة توصلت لما يلي أن مدرسي المراحل الثلاثة (الابتدائي، المتوسط والثانوي) يعانون من أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية وأيضا يعانون من الضغوط بمستو ى عال.

2- دراسة الأسود وجعفور: (2010) الجزائر.

مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي

هدفت الى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي المرحلة الثانوية في الجزائر، وعينة البحث تتكون من 160 معلم ومعلمة من المرحلة الثانوية في منطقة تقرت. حيث اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الاستكشافي واستُخدمت أداة لجمع البيانات هي اختبار يقيس الاضطرابات السيكوسوماتية من إعداد عبد الرحمن عيسوي الذي يحتوي على 27 فقرة يتم الإجابة عليه بنعم أو لا. وتوصلت الدراسة إلى وجود نسبة عالية من الأمراض السيكوسوماتية لدى معلمي المرحلة الثانوية عينة الدارسة، ولم توجد فروق ذات دلالة احصائية في المعاناة من الأمراض السيكوسوماتية ترجع للجنس وللمادة التعليمية المدرسة ولعامل الخبرة.

3- دراسة الجوالده والتل: (2015) الجزائر.

بعنوان: الفروق في الأعراض السيكوسوماتية بين معلمي أطفال صعوبات التعلم والتوحد

قام الباحثان بدراسة بعنوان " الفروق في الاعراض السيكوسوماتية بين معلمي أطفال صعوبات التعلم والتوحد" تضمنت الدراسة عينة قصدية تتكون من 86 معلماً ومعلمة، 40 منهم معلمي أطفال صعوبات التعلم، و46 منهم من معلمي أطفال التوحد، تهدف الدراسة الى التعرف على الفروق الموجودة في الاعراض السيكوسوماتية لمعلمي صعوبات التعلم والتوحد، وذلك من خلال استخدام المنهج الوصفي وتطبيق مقياس الاعراض السيكوسوماتية الذي ادى الى النتائج التالية: مستوى الأعراض السيكوسوماتية لدى معلمي اطفال صعوبات التعلم جاء بمستوى متوسط.

مستوى الأعراض السيكوسوماتية لدى معلمي اطفال التوحد جاء بمستوى مرتفع.

وجود فروق ذات دلالة احصائية في الأعراض السيكوسوماتية ككل لصالح معلمي اضطراب التوحد، وجود فروق ذات دلالة احصائية في استجابات عينة البحث في الأعراض السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

4- دراسة مقداد، ومنقوشي: (2021) الجزائر.

بعنوان: القلق العصابي لدى أساتذة التعليم المتوسط المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية

هدفت الدراسة إلى تعرف على مستوى القلق العصابي لدى اساتذة التعليم المتوسط المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي من خلال دراسة حالتين، تم استخدام فيهما الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية حيث تم تطبيق الدراسة على حالتين، مقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية، اختبار رورشاخ، وقد توصلت الدراسة الى التالي: يعاني اساتذة التعليم المتوسط المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية من قلق عصابي مرتفع.

5- دراسة جروة وآخرون: (2026) سوريا.

بعنوان: الضغوط المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من العاملين مراجعي العيادات الطبية في مدينة حلب

هدف البحث إلى تعرّف العلاقة بين الضُغوط المهنيّة والاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى عينة البحث من العاملين مراجعي العيادات الطبيّة في مدينة حلب، وتعرّف مُستوى كل من الضغوط المهنيّة، ومُستوى الاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى أفراد عينة البحث، وكذلك تعرّف الفُروق في مُستوى درجة الضغوط المهنيّة ومُستوى درجة الاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى أفراد عينة البحث حسب مُتغيّر الجنس والحالة الاجتماعيّة. تم تطبيق أدوات البحث على عينة من الموظفين المراجعين لمركزين طبيّين في مدينة حلب، تكونت العينة من (54) مريض مُراجع تم اختيارهم بالطريقة القصدية بواقع (32) ذكور، و(22) إناث.

استخدم الباحث مقياس الضُغوط المهنيّة من إعداد جروة (2024) ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية من إعداد حيدري وآخرون (2021) واستخدم المنهج الوصفي.

أظهرت نتائج البحث أن مُستوى الضغوط المهنيّة يقع في المُستوى المرتفع وأن مُستوى الاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى أفراد العينة يقع ضمن المُستوى المُرتفع أيضاً. إضافة الى وجود ارتباط موجب بين الضُغوط المهنيّة والاضطرابات السيكوسوماتيّة، وعدم وجود فروق في الضُغوط المهنيّة والاضطرابات السيكوسوماتيّة لدى أفراد عينة البحث حسب المُتغيرات التصنيفيّة: الجنس، الحالة الاجتماعيّة.

بعض الدراسات العربية والاجنبية التي تناولت الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية معاً:

1- دراسة كوهين وهوبيرمان (1983) :(Cohen & Hoberman) الولايات المتحدة الأمريكية.

Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress

بعنوان: الأحداث الإيجابية والدعم الاجتماعي كعوامل واقية من ضغوط التغيرات الحياتية

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والأعراض الجسدية المرتبطة بالضغوط النفسية، حيث اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الارتباطي، وتم تطبيق الدراسة على عينة من الأفراد البالغين، باستخدام مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ومقياس الأعراض الجسدية المرتبطة بالتوتر، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي المُدرك والأعراض السيكوسوماتية، حيث كلما زاد إدراك الفرد للدعم الاجتماعي قلت الأعراض الجسدية الناتجة عن الضغوط النفسية.

2- دراسة زيمت وآخرون (1988) :(Zimet et al.) الولايات المتحدة الأمريكية.

The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

بعنوان: مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك متعدد الأبعاد

هدفت الدراسة إلى قياس الدعم الاجتماعي المُدرك من مصادره المختلفة، حيث استخدم الباحثون المنهج الوصفي، وتم تطبيق مقياس MSPSS على عينة مكونة من 277 طالب جامعي، وقد أظهرت النتائج أن انخفاض الدعم الاجتماعي المُدرك يرتبط بارتفاع مستويات التوتر والاضطرابات الجسدية، مما يدل على أن الدعم الاجتماعي يمثل عامل حماية ضد الاضطرابات السيكوسوماتية.

3- دراسة كوهين (2004) :(Cohen) الولايات المتحدة الأمريكية.

بعنوان: العلاقات الاجتماعية والصحة.**Social Relationships and Health**

هدفت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي والصحة الجسدية والنفسية، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي من خلال مراجعة الدراسات السابقة، وقد توصلت الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي المُدرك يلعب دوراً أساسياً في تقليل الاضطرابات الجسدية المرتبطة بالعوامل النفسية (السيكوسوماتية)، كما أظهرت النتائج أن ضعف الدعم الاجتماعي يزيد من احتمالية ظهور الأعراض الجسدية الناتجة عن الضغط النفسي.

4- دراسة لموشي: (2007) الجزائر

بعنوان: الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى المسنين.
هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى المسنين، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، وتم تطبيقها على عينة من 52 مسناً، باستخدام مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ومقياس الرضا عن الحياة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود مستوى منخفض من الدعم الاجتماعي المُدرك لدى عينة الدراسة، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والرضا عن الحياة، حيث كلما ارتفع الدعم الاجتماعي المُدرك ارتفع مستوى الرضا عن الحياة لدى المسنين والعكس صحيح.

التعقيب على الدّراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية، يتضح أنها عالجت الموضوع في اتجاهات متعددة، سواء بدراسة كل متغير على حدة أو من خلال تحليل العلاقة بينهما، حيث ركزت بعض الدراسات على الدعم الاجتماعي كمتغير تفسيري للصحة النفسية، بينما تناولت أخرى الاضطرابات السيكوسوماتية في سياق الضغوط النفسية والعوامل المهنية، في حين ربطت فئة ثالثة بين المتغيرين مباشرة.

من حيث الأهداف:

تشترك الدراسة الحالية مع دراسات (لموشي، 2007؛ زيمت وآخرون، 1988؛ كوهين وهوبيرمان، 1983؛ كوهين، 2004) في دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي والمتغيرات النفسية والجسدية، كما تتفق مع دراسات (جروة وآخرون، 2026؛ الأسود وجعفور، 2010؛ الجوالدة والتل، 2015) في تناول الاضطرابات السيكوسوماتية. في المقابل، تختلف عن الدراسات التي ركزت على القلق أو جودة الحياة أو قبول المرض) السليمان وعز الدين، 2026؛ خالد، 2025؛ (Krok et al., 2024 لكونها تركز على العلاقة المباشرة دون متغيرات وسيطة.

من حيث العينة:

تتشابه الدراسة الحالية مع دراسات (جروة وآخرون، 2026؛ سلامي، 2009) في استهداف المراجعين أو العاملين في بيئات صحية، وتقترب من دراسة جروة من حيث البيئة (حلب)، بينما تختلف عن الدراسات التي استهدفت الطلاب أو الأيتام أو مرضى السرطان، مما يمنحها خصوصية في دراسة مراجعي المراكز الصحية.

من حيث المنهج:

تتفق الدراسة الحالية مع أغلب الدراسات (لموشي، 2007؛ زيمت وآخرون، 1988؛ جروة وآخرون، 2026؛ خالد، 2025) في اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي، وتختلف عن الدراسات التجريبية أو العيادية أو التحليلية مثلKrok et al., 2024) ؛ مقداد ومنقوشي (2021).

من حيث الأدوات:

تتفق مع دراسات استخدام مقاييس الدعم الاجتماعي المُدرك (زيمت وآخرون، 1988؛ لموشي، 2007؛ كوهين وهوبيرمان، 1983)، وكذلك مقاييس الاضطرابات السيكوسوماتية (جروة وآخرون، 2026؛ الأسود وجعفور، 2010)، وتمتاز بتعدد الأدوات المستخدمة بما يعزز دقة القياس.

من حيث النتائج:

تتفق النتائج مع دراسات (زيمت وآخرون، 1988؛ كوهين وهوبيرمان، 1983؛ كوهين، 2004؛ لموشي، 2007) التي أكدت العلاقة السلبية بين الدعم الاجتماعي والأعراض الجسدية، كما تدعمها دراسات (جروة وآخرون، 2026؛ سلامي، 2009) التي أوضحت ارتباط الضغوط بالاضطرابات السيكوسوماتية، بينما تختلف عن الدراسات التي تناولت متغيرات وسيطة مثل القلق أو جودة الحياة أو قبول المرض.

ويرى الباحث أن الدراسة الحالية تتميز بتركيزها على العلاقة المباشرة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مراجعي المراكز الصحية في مدينة حلب، مما يضيف قيمة علمية مهمة في ظل ندرة الدراسات العربية التي تناولت هذه العلاقة في سياق إكلينيكي محلي يعاني من ضغوط نفسية واجتماعية متراكمة، وبالتالي تسهم في سد فجوة بحثية واضحة في هذا المجال.

منهج البَحْث وإجراءاته

أولاً: منهج البَحْث: استخدم الباحث المنهج الوصفي لأنه أكثر ملاءمة لأهداف البَحْث الحالي، ويعرف هذا المنهج بأنه: "منهج يصف دَرجة العلاقة بين المُتَغيّرات وصفاً كمياً؛ لأن الغرض من جمع البيانات هو تحديد الدَرجة التي ترتبط بها المُتَغيّرات مع بعضها بعضاً" (أبو علام، 2004، 245).

ثانياً: مُجتمع البَحْث: يتحدد المجتمع الأصلي للبحث الحالي بالمراجعين للعيادات الطبية في مركزين صحيين في مَدينَةِ حلب، بلغ عدد المراجعين بشكل دوري خلال عام 2025 في كلا المركزين حوالي 26.000 مراجع من جميع الفئات العمرية والجنسين وفق احصائيات المركزين التي سحبت العينة منهما.

ثالثاً: عينة البحث: تم اختيار مركزي أبناء الكلمة الإنجيلي ونور الاحسان الخيري ضمن مدينة حلب بالطريقة القصدية، ثم تم سحب عينة من المراجعين البالغين بطريقة عشوائية بسيطة تراوحت أعمارهم ما بين 19 و69، وبلغت عينة البحث (81)، كما هو مبين في الجدول التالي الذي يحتوي تفاصيل عينة من المراجعين للعيادات الطبية في مركزين صحيين في مَدينَةِ حلب.

الجدول (1) توزع أفراد العينة على متغيرات البحث التصنيفية (الجنس، الحالة الاجتماعية)

المتغيرات التصنيفية		المجموع
ذكور	36	81
اناث	45	
أعزب	25	81
متزوج	56	

رابعاً: أدوات البحث:

أ- مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من إعداد خالد (2025) وتقنين سليمان وعز الدين (2025):

<u>أولاً: وصف المقياس:</u> تمَّ الاعتماد في البحث الحالي على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من إعداد وتصميم خالد(2025) وتم حساب خصائصه السيكومترية من قبل سليمان وعز الدين(2025) حيث تم استخدامه على عينة من المريضات المصابات بالسرطان في مدينة اللاذقية ويتكون المقياس من (19) بند تقيس أبعاد الدعم الاجتماعي المُدرك، ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد كما يلي: البعد الأول: يقيس الدعم الأسري أو العائلي الذي يقدم للمريضة ويتكون من (7) عبارات، والبعد الثاني يقيس دعم الأصدقاء والجيران

والأقارب ويتكون من (7) عبارات، والبعد الثالث يقيس الدعم الطبي من الإجراءات الطبية والنفسية من الفريق الطبي للأطباء والتمريض والإخصائيين ويتكون من (5) عبارات، وتم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي في تصحيح الاستجابات، حيث يتم تصحيح الاستجابات على التدرج التالي: أوافق بشدة (5)، أوافق (4)، محايد (3)، أرفض (2)، أرفض بشدة (1).

وكانت جميع البنود إيجابية، وبذلك تصبح أعلى درجة تحصل عليها المفحوصة على المقياس (95) وأدنى درجة تحصل عليها هي (19)، ومتوسط المقياس (57) وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود دعم اجتماعي مُدرك مُرتفع على حين الدرجة المُنخفضة تشير إلى انخفاض الدعم الاجتماعي المُدرك.

ثانياً: الخصائص السيكو مترية لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك:

أولا: صدق المقياس:

1- صدق الاتساق الداخلي:

قامت سليمان وعز الدين بتطبيقه على عينة سيكومترية مُكونة من (70) مريضة بمشفى جامعة اللاذقية. ثم تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك بين درجة كل بند والدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد المقياس، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

كانت معاملات ارتباط بيرسون للأبعاد مع بعضها البعض وارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائية تراوحت بين (**0.675) و(**0.915) عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يشير إلى درجات صدق اتساق داخلي جيدة.

وأيضاً معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه جميعها دالة إحصائية وتتراوح ما بين (**0.643) و(**0.695) عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يشير أنّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي مقبولة

2- الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

جميع الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بالنسبة لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك كَكُلّ وأبعاده الفرعية وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الصدق التمييزي.

ثانياً: ثبات المقياس: بلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل 0.921، بينما بلغت قيمة معامل التجزئة النصفية سبيرمان براون 0.934، وتم استخدام المقياس على العينة بالدرجة الكلية دون حساب الأبعاد.

ب- مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية/ إعداد حيدري وآخرون 2021 وتقنين جروة وآخرون (2026):

أولاً: وصف المقياس:

يتألف المقياس من 39 بنداً ايجابياً أوزان الإجابة خماسية وهي: أبداً1، قليلاً2، أحياناً3، غالباً4، دائماً5. وتم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي في تصحيح الاستجابات، وبذلك تصبح أعلى درجة تحصل عليها المفحوصة على المقياس (195) وأدنى درجة تحصل عليها هي (39) ومتوسط المقياس (117)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود اضطرابات سيكوسوماتية مرتفعة على حين الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض الاضطرابات السيكوسوماتية.

ثانياً: الخصائص السيكومترية للأداة: تم تطبيق المقياس على عينة سيكومترية عددها (78) فرداً من المراجعين للعيادات الطبية من مركزين صحيين في مَدينَةِ حلب

- **الصدق: صدق المُحكِّمين:** تم تحكيمه من قبل المختصين في مجال علم النفس والإرشاد النفسيّ في جامعتي حمص وحلب، والبالغ عَدَدُهم (12)، ولم يطرأ تعديل على بنود المقياس.

1- **صدق الاتساق الداخلي:** تم حساب معامل ارتباط كُل بند مع الدَرجة الكُليّة للمقيَاس باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) وكانت معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0.291*) و(0.806**) مُعظَمُها دالة إحصائياً ومُرتفعة عند مُستوى دلالة (0.01)، باستثناء بعض البنود التي كانت ارتباطاتها دالة إحصائياً عند مُستوى دلالة (0.05) وهي (15و38).

صدق الفُروق الطرفيّة (التمييزي): تم تحديد مجموعة الأداء الأعلى ومجموعة الأداء الأدنى على المقيَاس، وذلك في العيادات الطبية ضمن المراكز الصحية وقد بلغ حجم المجموعة العُليا (20) فرداً، وحجم المجموعة الدُنيا (20) فرداً، وكانت الفُروق بين مُتَوسّطات المجموعتيّن الدُنيا والعُليا لصالح أفراد المجموعة العليا عند مُستوى دلالة أقل من (0.01) في الدَرجة الكُلية على مقياس على مقيَاس الاضطرابات السيكوسوماتية.

- **الثبات:** تأكد الباحث من ثبات المقيَاس باستخدام الطرائق الآتية:

1- **إعادة إجراء الاختِبار (ثبات بالإعادة):** تم حساب ثبات الإعادة عن طريق معامل الارتباط بيرسون، بين درجات الأفراد في التطبيق الأول ودرجات الأفراد في التطبيق الثاني وبلغت قيمة الارتباط (0.89**) المقيَاس يتميز بدَرجة عالية من الثبات

2- **ثبات الاتساق الداخلي للمقياس:** بلغ معامل ألفا كرونباخ 0.862 وبلغت قيمة معامل التجزئة النصفية سبيرمان براون 0.867

خامساً: عرض نتائج البحث ومناقشتها:

أولا: الاجابة عن أسئلة البحث:

السؤال الأول: للإجابة عن سؤال البحث ما هو مُستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مراجعي العيادات الطبية في المراكز الصحية، تم تحديد مستويات مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك وفق قانون طول الفئة: طول الفئة = المدى/ عدد الفئات.

وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وتقسيمها على ثلاث فئات. والجدول رقم (2) يوضح مستويات الدعم الاجتماعي المُدرك

الجدول (2) مستويات الدعم الاجتماعي المُدرك لدى أفراد عينة البحث

مستويات الدعم الاجتماعي المُدرك	مجال الفئة	التكرار	النسبة
مُنخفض	(44.3-19)	8	%9.87
مُتوسط	(69.7-44.4)	53	%65.43
مُرتفع	(95-69.8)	20	%24.68

يتبين من الجدول رقم (2) أن النسبة الأكبر من أفراد عينة البحث حصلوا على درجات تقع ضمن المستوى المتوسط لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك إذ بلغت نسبتهم 65.43% من أفراد العينة، فيما بلغت قيمة المُتَوسّط الحسابي لأفراد العيّنة (68.24) بانحراف معياري 13.9.

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مراجعي العيادات الطبية جاء في مجمله متوسطاً، وهو ما يعكس امتلاك أفراد العينة لشبكات مساندة فعّالة تُسهم في تعزيز قدرتهم على مواجهة الضغوط المرتبطة بالحالة الصحية. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة zimet et al زيمت وآخرون (1988) التي أكدت أن الأفراد الذين يدركون توفر الدعم لديهم يميلون إلى تقييم بيئتهم الاجتماعية بشكل إيجابي، مما يرفع من مستوى الدعم المُدرك لديهم.

ويبدو أن ارتفاع نسبة الأفراد ذوي الدعم المتوسط إلى المرتفع في الدراسة الحالية يعكس وجود مصادر مُساندة يشعر بها المراجعون بدرجات متفاوتة، وهو ما ينسجم مع الاتجاه العام الذي أشارت إليه دراسة زيمت حول أهمية إدراك الدعم بغض النظر عن مصدره.

كما تتقاطع هذه النتيجة مع ما أشار إليه كوهين وهوبيرمان Cohen & Hoberman1983 من أن إدراك الفرد لوجود دعم حوله يسهم في تخفيف أثر الضغوط النفسية، الأمر الذي قد يفسر ارتفاع مستويات الدعم المُدرك لدى أفراد العينة الحالية.

وتدل هذه النتائج مجتمعة على أن المراجعين يمتلكون موارد اجتماعية تساعدهم على التكيف، بما يتوافق مع الأدبيات التي تؤكد الدور المحوري للدعم الاجتماعي في تعزيز الصحة النفسية.

السؤال الثاني: للإجابة عن سؤال البحث ما هو مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مراجعي العيادات الطبية، تم تحديد مستويات مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وفق قانون طول الفئة:

طول الفئة = المدى/ عدد الفئات.

وذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس حيث تم تقسيمها على ثلاث فئات. والجدول الآتي رقم (3) يوضح مستويات مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.

الجدول (3) مستويات الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد عينة البحث

مستويات الاضطرابات السيكوسوماتية	مجال الفئة	التكرار	النسبة
مُنخفض	(39–91)	12	%16.04
مُتوسط	(92–144)	33	%39.51
مُرتفع	(145–195)	36	%44.45

يتبين من الجدول رقم (3) أن النسبة الأكبر من أفراد عينة البحث حصلوا على درجات تقع ضمن المستوى المرتفع لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية إذ بلغت نسبتهم 44.45% من أفراد العينة، وأنّ المُتَوسّط الحسابي لأفراد العيّنة بلغ (133.26) بانحراف معياري 39.10.

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى ارتفاع مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مراجعي العيادات الطبية، حيث أظهرت البيانات أن غالبية أفراد العينة يقعون ضمن المستويين المتوسط والمرتفع، وهو ما يعكس وجود ضغوط نفسية ممتدة تسهم في زيادة الشكاوى ذات الطابع النفسجسمي. وتتوافق هذه النتيجة مع ما توصل إليه كوهين (2004) cohen الذي أكد أن الأعراض السيكوسوماتية ترتفع بوضوح لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوط نفسية مستمرة، وأن هذه الاضطرابات تمثل استجابة تفاعلية بين العوامل النفسية والجسدية. ويبدو أن ارتفاع المتوسط الحسابي في الدراسة الحالية يعكس إدراكاً متزايداً للأعراض المرتبطة بالتوتر، الأمر الذي ينسجم مع ما طرحه كوهين حول الدور المحوري للضغوط في تعزيز ظهور الاضطرابات النفسجسمية. كما يمكن تفسير هذه النتيجة بأن مراجعي العيادات الطبية غالباً ما يكونون

أكثر حساسية تجاه المؤشرات الجسدية والانفعالية، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات الاضطرابات المُدركة لديهم.

وبذلك تؤكد نتائج الدراسة الحالية الاتجاهات النظرية التي ترى أن الاضطرابات السيكوسوماتية ترتبط ارتباطاً مباشراً بمستوى الضغوط التي يواجهها الفرد، وأن ارتفاعها يُعد مؤشراً على الحاجة إلى تدخلات نفسية داعمة.

ثانياً: مناقشة فرضيات البحث:

الفرضية الأولى: نصت الفرضية على أنه " لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ودرجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون كما يبين الجدول رقم (4) التالي:

الجدول (4) دلالة العلاقة بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ودرجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية

العينة	معامل الارتباط R	درجة الحرية	R الجدولية	مستوى الدلالة	الحكم
81	−0.711	79	0.232	0.000	دالة

من الجدول رقم (4) نلاحظ أنَّ نتائج تحليل معامل ارتباط بيرسون وجود علاقة ارتباطية عكسية سالبة قوية بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مُراجعي المراكز الصحية في مدينة حلب، حيث بلغ معامل الارتباط

(R = −0.711) ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، إذ بلغت القيمة الاحتمالية Sig) (0.000 =، كما تجاوزت القيمة المحسوبة لمعامل الارتباط القيمة الجدولية البالغة (0.232). وتشير هذه النتيجة إلى أنه كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى المراجعين انخفض مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لديهم.

وتنسجم هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كوهين وهوبيرمان (1983) التي أكدت وجود علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والأعراض النفسجسمية، مبينة أن الأفراد الذين يدركون توفر الدعم حولهم يكونون أقل عرضة لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية. كما تتوافق النتيجة مع الاتجاهات النظرية التي ترى أن الدعم الاجتماعي يمثل مورداً نفسياً يحمي الفرد من التأثيرات السلبية للضغوط، وفق ما طرحته نماذج التقييم المعرفي.

ومن منظور الباحث الميداني، فإن هذه النتيجة تبدو منطقية في ضوء الملاحظة المباشرة لتفاعل المراجعين داخل المراكز الصحية؛ إذ يظهر أن الأفراد الذين يحظون بمساندة اجتماعية—مهما كان مصدرها—يميلون إلى التعامل مع الضغوط الصحية والنفسية بدرجة أعلى من التكيف، مما ينعكس على انخفاض شكاواهم الجسدية ذات المنشأ النفسي. بينما يميل الأفراد الذين يفتقرون إلى الدعم إلى تضخيم الإحساس بالأعراض الجسدية، ويظهرون مستويات أعلى من التوتر والقلق، وهو ما يتطابق مع ما لاحظه الباحث خلال المقابلات والزيارات الميدانية للعيادات الطبية ضمن المراكز الصحية.

وبذلك تؤكد نتائج الدراسة الحالية أن الدعم الاجتماعي ليس مجرد عامل مساعد، بل يمثل عنصراً وقائياً أساسياً يسهم في الحد من الاضطرابات السيكوسوماتية وتعزيز التوازن النفسي والصحي لدى المراجعين.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالّة احصائياً عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك تعزى لمتغير الجنس: (ذكر/انثى).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام قانون T-test كما هو مبين في الجدول (5) الآتي:

الجدول رقم (5) الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك وفقاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	Sig	القرار
ذكور	36	59.61	14.12	79	0.40	0.689	غير دال
إناث	45	60.92	13.56				

تشير نتائج الجدول (5) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك، حيث بلغت قيمة الدلالة (Sig = 0.689) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على أن الجنس لا يشكل عاملاً مؤثراً في إدراك الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة.

وتتسق هذه النتيجة مع الاتجاهات التي أشارت إليها بعض الدراسات السابقة، مثل دراسة زيمت وآخرون

(1988)التي أوضحت أن إدراك الدعم الاجتماعي يرتبط بعوامل نفسية ومعرفية أكثر مما يرتبط بالخصائص الديموغرافية، وأن الجنس لا يُعد محدداً رئيسياً لاختلاف مستويات الدعم المُدرك. كما تتوافق النتيجة مع الأدبيات النظرية التي ترى أن الدعم الاجتماعي يُبنى على طبيعة العلاقات الاجتماعية المتاحة للفرد وجودتها، وليس على كونه ذكراً أو أنثى، مما يجعل الفروق بين الجنسين غالبًا غير جوهرية في هذا المجال.

ويرى الباحث أن إدراك الدعم يرتبط بدرجة انفتاح الفرد على محيطه وقدرته على طلب المساندة، وهي عوامل شخصية أكثر منها مرتبطة بالجنس. وبذلك تؤكد نتائج الدراسة الحالية أن الدعم الاجتماعي المُدرك يتسم بالاستقرار عبر الجنسين، وأن الفروق الفردية في إدراكه تُعزى لعوامل نفسية واجتماعية أخرى أكثر تأثيراً من متغير الجنس.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة احصائياً عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الجنس: (ذكر/انثى).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام قانون T–test كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (6) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	Sig	القرار
ذكور	36	151.46	22.64	79	0.812	0.792	غير دال
إناث	45	153.82	24.31				

تشير نتائج الجدول (6) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث بلغت قيمة الدلالة (Sig = 0.792) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على أن الجنس لا يشكل عاملاً مؤثراً في شدة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة كوهين وهوبيرمان (1983) التي أوضحت أن الأعراض السيكوسوماتية ترتبط بدرجة التعرض للضغوط النفسية أكثر من ارتباطها بالخصائص الديموغرافية، وأن الجنس لا يُعد محدداً جوهرياً لظهور هذه الاضطرابات. كما تتوافق النتيجة مع ما طرحته الأدبيات النظرية التي ترى أن الاضطرابات النفسجسمية تنشأ من تفاعل معقد بين الضغوط والانفعالات والتقييم المعرفي، وهي عوامل تتشابه لدى الجنسين في البيئات الصحية المشابهة.

ومن منظور الباحث، فإن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث يبدو منطقياً في ضوء الملاحظة المباشرة لسلوك المراجعين داخل المراكز الصحية؛ إذ يظهر أن كلا الجنسين يواجهان مستويات متقاربة من الضغوط الصحية والاجتماعية، كما أن استجابتهم الانفعالية للأعراض الجسدية تتشابه إلى حد كبير، خاصة في المواقف التي ترتبط بالقلق الصحي أو الخوف من المضاعفات. وقد لاحظ الباحث أن شدة الاضطرابات السيكوسوماتية ترتبط غالباً بمدى قدرة الفرد على إدارة الضغوط وتنظيم انفعالاته، وهي مهارات تختلف بين الأفراد بغض النظر عن الجنس. وبذلك تؤكد نتائج الدراسة الحالية أن الاضطرابات السيكوسوماتية تتأثر بعوامل نفسية ومعرفية أكثر من تأثرها بالجنس، وأن الفروق الفردية في التعامل مع الضغوط هي العامل الأكثر تحديداً لشدة هذه الاضطرابات.

الفرضية الرابعة لا توجد فروق دالة احصائيا عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية: (أعزب/ متزوج).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت- ستودنت، T-test) للعينات المستقلة، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية، كما هو مبين في الجدول (7) الآتي:

الجدول (7) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	Sig	القرار
أعزب	25	130.18	16.32	79	692	0.591	غير دال
متزوج	56	131.83	14.21				

تشير نتائج الجدول (7) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد العُزّاب والمتزوجين في مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك، حيث بلغت قيمة الدلالة (Sig = 0.591) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على أن الحالة الاجتماعية لا تُعد عاملاً مؤثراً في إدراك الدعم الاجتماعي لدى أفراد العينة. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة زيمت وآخرون (1988) التي أوضحت أن إدراك الدعم الاجتماعي يرتبط بطبيعة العلاقات الاجتماعية وجودتها أكثر من ارتباطه بالمتغيرات الديموغرافية، بما فيها الحالة الاجتماعية، وأن الدعم المُدرك يتحدد وفقًا لتجارب الفرد الذاتية وشبكة تفاعلاته اليومية وليس وفقاً لوضعه الاجتماعي.

كما تتوافق هذه النتيجة مع الأدبيات النظرية التي ترى أن الدعم الاجتماعي يُعد مفهوماً إدراكياً يعتمد على تقييم الفرد لمصادر المساندة المتاحة له، سواء كان متزوجاً أو أعزب، وأن جودة العلاقات الاجتماعية قد تكون أكثر تأثيراً من عددها أو شكلها الرسمي. ومن منظور الباحث الميداني، فإن كلا الفئتين يحصلان على مستويات متقاربة من المساندة، سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو المُحيط الاجتماعي، وأن إدراك الدعم يتأثر بدرجة انفتاح الفرد على الآخرين وقدرته على طلب المساندة أكثر من تأثره بوضعه الاجتماعي.

وقد لاحظ الباحث خلال العمل الميداني أن بعض المتزوجين لا يحصلون بالضرورة على دعم أعلى من العازبين، كما أن العديد من العازبين يمتلكون شبكات دعم قوية من الأسرة أو الأصدقاء، مما يجعل الفروق بين المجموعتين غير جوهرية.

وبذلك تؤكد نتائج الدراسة الحالية أن الدعم الاجتماعي المُدرك يتسم بالاستقرار عبر الفئات الاجتماعية المختلفة، وأن العوامل الشخصية والنفسية تلعب دوراً أكبر في تحديده مقارنة بالحالة الاجتماعية.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مُستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية: (أعزب/ متزوج).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت- ستودنت، T-test) للعينات المستقلة، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (8) دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	Sig	القرار
أعزب	25	151.25	23.98	79	-0.545	0.632	غير دال
متزوج	56	153.38	24.21				

يتبين من الجدول (8) أن قيمة Sig أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية 0.05 وبالتالي لا يوجد فروق إحصائية دالّة بين الذكور والاناث في الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، يمكن فهم هذه النتيجة على أنها مؤشر إلى أن متغير الجنس (الذكور/الإناث) لا يُعد عاملاً حاسماً أو مُحدداً في شدّة الأعراض السيكوسوماتية لدى أفراد العيّنة المدروسة. أي أن الذكور والإناث، ضمن هذا السياق، يتشابهون

في مستوى معاناتهم من الأعراض السيكوسوماتية، وهو ما قد يُعزى إلى اشتراكهم في ظروف حياتيّة وضغوط بيئية واجتماعية متقاربة مشتركة (اقتصادياً، اجتماعياً، أو أمنياً).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النماذج النظرية الحديثة في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، والتي تؤكد أن هذه الاضطرابات لا ترتبط بشكل مباشر بالمتغيرات الديموغرافية البسيطة، بل تتأثر بدرجة أكبر بعوامل نفسية ومعرفية مثل: مُستوى إدراك الضغوط، أساليب المُواجهة، الكفاءة الانفعالية، والدعم الاجتماعي المُدرك. فالفرد – بغض النظر عن جنسه – إذا كان يفتقر إلى استراتيجيات تكيف فعّالة أو يعاني من ضغوط مزمنة دون تفريغ مناسب، فإنه يكون أكثر عرضة لظهور أعراض جسدية ذات منشأ نفسي.

وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه العديد من الدراسات السابقة، التي أكدت أن شدة الأعراض السيكوسوماتية ترتبط أساساً بدرجة التعرض للضغوط الحياتية، ونوعية الاستجابة لها، ومدى توفر موارد الدعم النفسي والاجتماعي، أكثر من ارتباطها بمتغيرات مثل الجنس أو الحالة الاجتماعية. وفي هذا السياق، تُظهر دراسة جروة (2026) أن جودة الدعم الاجتماعي وفاعلية استراتيجيات التعامل مع الضغوط تمثلان العامل الأكثر تأثيراً في تحديد شدة الشكاوى الجسدية ذات الأصل النفسي.

وعليه، فإن هذه النتيجة تعزز التوجه نحو التركيز في إعداد البرامج العلاجية والإرشادية المتخصصة لتنمية مهارات التكيف، وتعزيز الدعم الاجتماعي، وإدارة الضغوط، بدلاً من التركيز على الخصائص الديموغرافية.

مقترحات البحث:

في ضوء نتائج البحث الحالي، يقترح الباحث إجراء الدراسات الآتية:

1. إجراء دراسات مقارنة وتكرارية على عينات ديموغرافية وبيئات متنوعة (حضرية وريفية)؛ للتحقق من مدى ثبات وتعميم العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والاضطرابات السيكوسوماتية في البيئة العربية والمحلية.
2. تنفيذ بحوث تجريبية وشبه تجريبية لقياس فاعلية البرامج الإرشادية والنفسية القائمة على تعزيز الدعم الاجتماعي في خفض مستويات الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المرضى.
3. دراسة الدور الوسيط والمعدل لمتغيرات نفسية واجتماعية أخرى (مثل: الصلابة والمرونة النفسية، الرضا عن الحياة، واستراتيجيات مواجهة الضغوط) في العلاقة بين الضغوط النفسية والأعراض السيكوسوماتية.

4. الاعتماد على المناهج البحثية الحديثة (الطولية والنوعية)؛ لتتبع تطور العلاقة بين المتغيرين عبر الزمن، والفهم المتعمق للخبرات الشخصية المعيشية للمرضى.

مراجع البحث:

المراجع العربية:

- إبراهيم، علا. (2015). فاعليّة برنامج معرفي سلوكي في خفض حِدّة بعض أعراض الجهاز الهضمي السيكوسوماتيّة. **مجلّة البحث العلمي في الآداب**، 2(16)، 333-376.
- أبو علام، رجاء. (2004). **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية** (ط.4). دار النشر للجامعات: **مصر**.
- أحمد، عبير مفيد .(2023) .الدعم الاجتماعي: مفهومه، أبعاده وأدواته. **مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية**، 45(6)، 91-104.
- الأسود، الزهرة وجعفور، ربيعة. (2010). مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي. **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، (1)، الجزائر: 303-318.
- بن علي، امينة. (2014). التعقيل لدى مرضى سيكوسوماتيين، **[رسالة ماجستير غير منشورة]**، جامعة بن باديس مستغانم: الجزائر.
- جروة، أحمد. (2024). الضُغوط المِهَنيّة وعلاقتها بالتدفّق النفسيّ لدى في الجمعيّات الخيريّة والمُنظّمات الإنسانيّة في مَدينَةِ حلب، **[رسالة ماجستير غير منشورة]**، جامعة حمص: حمص.
- جروة، أحمد؛ والشيخ محمود، سوسن؛ ولطوف، حنان. (2026). الضُغوط المهنيّة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسدية (السيكوسوماتية) لدى عينة من العاملين مُراجعي العيادات الطبية في مدينة حلب. **مجلة جامعة حمص**، 48(7)، 11-58.
- الجوالده، فؤاد عيد؛ والتل، سهير ممدوح. (2016). الفروق في الأعراض السيكوسوماتية بين معلمي أطفال صعوبات التعلم والتوحد. **مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية**.13(1)، 172-200.
- جيلان، هنادي. (2021). الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بإدمان الانترنت لدى المراهقين. **المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات**، 2(19) 65-115.
- خالد، ريمان عيد محمود. (2025). الدعم الاجتماعي المُدرك وتحسين جودة الحياة "بحث ميداني على عينة من مريضات سرطان الثدي". المجلة العلمية لكلية الآداب. 14(2)، 33-101.
- الخطيب، محمد عبد الكريم .(2016) .**علم النفس الصحي**. عمّان: دار الفكر.

- الدسوقي، كمال. (1999). **علم الأمراض النفسية (التصنيفات والأعراض المرضية) الكتاب الأول.** بيروت: دار النهضة العربية.
- الزراد، فيصل محمد خير. (2000). **الأمراض النفسية جسدية أمراض العصر، ط1.** بيروت: دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.
- سلامي، باهي. (2009). الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسمية) لدى معلمي المدرسة الابتدائية دراسة ميدانية على عينة من معلمي أربع ولايات جزائرية. دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 9(3) ، 167-202.
- السليمان، شذا؛ وعز الدين، رازان. (2025). الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة اللاذقية. **مجلة جامعة حمص**، 47(25)، 123-190.
- عباسة، أمينة. (2018). الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أساتذة التعليم المتوسط. **[رسالة دكتوراه غير منشورة]**، جامعة وهران2. الجزائر
- عبد الخالق، أحمد محمد. (2018). **الصحة النفسية** .القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- غنون، خميسة. (2016). الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية. **مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية**،6 (10)، 213-232.
- لفلوف، شذا والخولي، زياد وسلوطة، أحمد (2026). المناعة النفسية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي لدى المراهقين الأيتام في مدينة حمص. مجلة جامعة حمص، 47(28)،89-142
- لموشي، حياة؛ وعزاق، رقية. (2022). الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى المسنين. **مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية**، 5(2)، 140-150.
- معوشة، عبد الحفيظ وبوطبال، سعد الدين. (15-16 يناير 2013). **الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية وأساليب التعامل معها**. ورقة مقدمة إلى الملتقى الدولي الثاني حول ظاهرة المعاناة في العمل بين التناول السيكولوجي والسوسيولوجي، الجزائر: جامعة خنشلة.
- مقداد، أميرة؛ ومنقوشي، فاطمة. (2021) القل العصابي لدى أساتذة التعليم المتوسط المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية. **مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية**، 5(1)، 359-382 **الدولية للعلوم الاجتماعية**، (18)، 1170_1184.

- الوحيدي، عمار، وزاهرة، عامر .(2022) .أمراض الاضطرابات السيكوسوماتية من منظور علم النفس الجسدي. **مجلة الحكمة**، 22(15)، 205–232.

المراجع الأجنبية:

- Acoba, E. F. (2024*). Perceived stress, social support, and mental health outcomes*. Journal of Affective Disorders.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. London: Washington. Press.
- Brodman, K., Erdmann, A. J., Lorge, I., & Wolff, G. (1951). *The Cornell Medical Index-Health Questionnaire*. Journal of the American Medical Association, 145(3), 152–157.
- Cohen, S. (2004*). Social relationships and health. American Psychologist*, 59(8), 676–684. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Dambi, J. M., Corten, L., Chiwaridzo, M., Jack, H., Mlambo, T., Jelsma, J., & Verheyden, G. (2018). *A systematic review of the psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*. Health and Quality of Life Outcomes, 16(1), 80.
- Dariusz Krok, Ewa Telka, Dagna Kocur, *Perceived and Received Social Support and Illness Acceptance Among Breast Cancer Patients: The Serial Mediation of Meaning-Making and Fear of Recurrence, Annals of Behavioral Medicine,* Volume 58, Issue 3, March 2024, Pages 147–155, https://doi.org/10.1093/abm/kaad067
- Heidari, Z., Feizi, A., Rezaei, S., Roohafza, H., & Adibi, P. (2021). *" Psychosomatic symptoms questionnaire (PSQ-39):* A psychometric study among general population of Iranian adults": Publisher correction.

- Liu, Y., & Li, H. (2021). *Psychosomatic disorders and family factors*. Paper presented at the meeting of the international seminar on Advances in Education, Teaching and E-learning (ISAETE 2021), China.
- Melese, A. K., et al. (2024*). The direct effect of social support on mental health: The mediating role of psychological capital.* Current Psychology.
- Oyama, O. (2024). *Psychosomatic disorders*. EBSCO. https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/psychosomatic-disorders
- PTE Psychiatry. (2018). *Psychosomatic disorders*.
- Sadler, M. S., et al. (2024*). Social support, self-efficacy, and health outcomes in chronic illness. Journal of Psychosomatic Research*. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111836
- Szkody, E., et al. (2024*). Social support and help-seeking worldwide.* Tilburg University Press.
- Uchino, B.N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J., Fisher, E.B. (2018*). Social Support and Physical Health: Models, Mechanisms, and Opportunities. In: Fisher, E., et al. Principles and Concepts of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-93826-4_12
- Yang, L., et al. (2025*). Social support and anxiety: A moderate mediation model. Frontiers in Psychology*.
- Zhou, Z., et al. (2024). *Psychosomatic disorders and their relational mechanisms*. arXiv.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.