

جامعة مولود معمري تيزي وزو - تامدة

Tasdawit n Mouloud Mammeri n Tizi Wezzu - Tamda

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

Tasdawit nussniwin Timdanin d Tmettiyin

قسم علم النفس

Tamehla n Tussna n Tnefsit



الصحة النفسية و العلاقة بين المريض و الممرض

دراسة ميدانية على عينة من ممرضين مصلحة الطب العقلي

بولايتي - تيزي وزو و البلدية -

مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الدكتورة:

وندلوس نسيمة - نسبية

من إعداد الطالبتين:

مزوني كاميلية

حباس سمينة

السنة الجامعية: 2025/2024

كلمة شكر

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله وتوفيقه أنجزنا هذه المذكرة، سائلين المولى عز وجل أن يجعل هذا العمل العلمي خالصاً لوجهه الكريم، وأن ينفع به كل من يطلع عليه.

نتقدم نحن، بصفتنا صاحبتَي هذه المذكرة، بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى الأستاذة الفاضلة الدكتورة

وندلوس نسيم-نسبية، المشرفة الكريمة، التي كان لإشرافها المتقن، وتوجيهاتها السديدة، ودعمها

المتواصل، الأثر البالغ في إنجاز هذا العمل. لقد كانت نموذجاً يُحتذى به في الالتزام الأكاديمي، والحكمة التربوية، والحرص على الجودة والتميز.

كما نعرب عن بالغ امتناننا لـ الدكتورة زواني نزيهة، على مساهمتها القيّمة، ومساعدتها الدائمة، التي كان لها دور فعّال في تذليل الصعوبات، وتقديم النصح والإرشاد في مراحل مختلفة من إعداد هذا البحث.

ولا يسعنا في هذا المقام إلا أن نتوجه بالشكر والعرفان لكل من قدّم لنا يد العون، أو ساندنا بكلمة طيبة، أو دعمنا بأي شكل من الأشكال، من أساتذة وزملاء وأفراد من عائلاتنا. فلهم منا خالص التقدير وجزيل الامتنان.

إهداء

...إلى من غاب جسداً، وبقي روحاً تنبض في أعماقي

إلى أبي الغالي،

...رحمة الله عليك يا من زرعت في قلبي القوة، وفي روحي الحلم

رحلت قبل أن ترى ثمرة تعبك، لكنك حاضر في كل إنجاز، في كل دعاء، في كل لحظة فخر.

أسأل الله أن يجعل هذا العمل في ميزان حسناتك، وأن ينور قبرك كما نورّت دربي.

إلى أُمي العظيمة،

...يا من حملتني حباً، وربّنتني صبراً، ورافقتني دعاءً لا يعرف الانقطاع

لولا دفء حضنك، وقوة إيمانك بي، لما خطوت هذه الخطوة اليوم.

كل كلمات الشكر تخجل أمام عطاءك، وكل النجاحات تظل ناقصة إن لم تكتمل برضاك.

إلى زوجي الحبيب،

رفيق روحي، وسندي في الحياة،

كنت دائماً الحضور الساكن في قلبي، الداعم بصمت، المشجع بصبر، والملمهم وقت الضعف.

شكراً لأنك كنت النور حين خفت الأضواء، واليد التي تمسكت بي حين تاهت خطواتي.

إلى إخوتي الأحبة: ياسين، يوسف، وآية

...أنتم الأمان حين تزلزلت الأيام، أنتم الابتسامة حين ثقل التعب، أنتم العائلة التي لا تعوّض

لكم مني محبة تملأ القلب، وامتنان لا يُحكى بالكلمات.

وإلى زهرتي الصداقة والوفاء: سعودي ميليسة وعالم إيمان،

...كنتما النور في عتمة الدرب، والضحكة وسط الزحام، والسند حين كاد التعب يثقل الخطى

شكراً لأنكما كنتما أكثر من صديقتين، كنتما عائلتي الثانية.

كاميلية

الاهداء

الى امي، بارى ليلية

التي كانت لي الوطن حين لم افهم معنى الخرائط،
والأمان حين كانت الحياة قاسية بلا ملامح.
اهديك هذه المذكرة، لا لأنها خاتمة تعب،
بل لأنها سطر صغير في روايتك العظيمة التي كتبت على صفحات ايامي.
إليك يا أمي، يا نبضًا لا يخفت، وحضنًا لا يشيخ، وسماءً لا تنطفئ نجومها...
كل خطوة في هذا الطريق كانت من نورك، كل سقطة لملمها دعاؤك،
وكل هذا الحبر... ما هو إلا دمعة من عينيك صارت حروفًا.
أهديك مذكرتي، لا كإنجاز، بل كاعتذار صغير عن كل لحظة تعبك فيها قلبي،
وكمحاولة خجولة لأردّ بعضًا مما لا يُردّ.
وكتذكير صغير ان كل مجدي ينسب اليك وكل حلم تحقق كان بدعائك،
ان كنت تقرئين هذه السطور الان
فاعلمي ان هذه المذكرة ليست نهاية تعليمي، بل بداية رد الجميل،
لكِ المجد ما حييت، ولكِ السلام ما تنفستُ.
أحبك... بقدر ما في هذه الأرض من أمهات، ولكنك أنتِ وحدكِ كل الأرض.

سمينة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى ممرضى وممرضات الطب النفسي، وتحليل طبيعة علاقتهم بالمرضى، مع فحص تأثير متغيرات مثل الجنس، الخبرة، ومنطقة العمل. شملت العينة (150) ممرضا وممرضة من مستشفى البلدية (50) وتيزي وزو (100)، واعتمد المنهج الوصفي والعيادي، باستخدام مقياس DAS-21 لقياس الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي، إضافة إلى مقياس العلاقة بين المريض والممرض (Feng وآخرون، 2024)

أظهرت النتائج أن مستوى الاكتئاب كان طبيعياً (9,83)، القلق متوسطاً (10,94)، والضغط النفسي خفيفاً (12,5). كما كانت العلاقة مع المرضى قوية (3,72) خصوصاً في أبعاد سلوك التمريض (4,05)، التفهم والاحترام والتواصل (3,88)، والتفاعل (3,69)، بينما جاء بُعد سوء الفهم وانعدام (3,23) الثقة في مستوى متوسط

بينت النتائج غياب فروق دالة في الصحة النفسية تبعاً للجنس والخبرة، مع وجود فروق لصالح ممرضى تيزي وزو مقارنة بالبلدية. أما في أبعاد العلاقة، فظهرت فروق حسب الجنس لصالح الممرضات في التواصل، وحسب الخبرة لصالح ذوي الخبرة الأكبر في التفاعل والثقة، كما سجلت فروق دالة حسب منطقة العمل (البلدية) في بعض الأبعاد، دون اختلاف في التفهم والاحترام والتواصل

كما تبين وجود علاقة عكسية بين الصحة النفسية وجودة العلاقة؛ حيث يؤثر تراجع الاكتئاب بشكل خاص على ضعف التواصل وسلوك الممرض وازدياد سوء الفهم، بينما لم يظهر ارتباط واضح مع القلق والضغط النفسي

خلصت الدراسة إلى أهمية دعم الصحة النفسية للمرضى عبر برامج إرشاد وتدريب مهني، تحسين بيئة العمل، وتوفير وحدات دعم نفسي داخل المؤسسات الصحية، مع الدعوة لدراسات مستقبلية أكثر عمقاً لرصد التطورات ووضع خطط تدخل فعالة

الكلمات المفتاحية: ممرض الطب النفسي، الصحة النفسية، العلاقة بين المريض والممرض

Résumé de l'étude

Cette étude visait à examiner le niveau de santé mentale des infirmiers en psychiatrie et la nature de leur relation avec les patients, tout en analysant l'impact du sexe, de l'expérience et de la région de travail. L'échantillon comprenait 150 infirmiers des hôpitaux de Blida (50) et Tizi Ouzou (100). Deux outils ont été utilisés : l'échelle DASS-21 (dépression, anxiété, stress) et une échelle de relation infirmier-patient développée par Feng et al. (2024).

Les résultats ont montré des niveaux variables de santé mentale : dépression normale (9,83), anxiété moyenne (10,94) et stress léger (12,5). La relation infirmier-patient était forte (3,72), particulièrement dans le comportement infirmier (4,05), la compréhension, le respect et la communication (3,88), ainsi que l'interaction (3,69), tandis que le malentendu et le manque de confiance restaient modérés (3,23).

Aucune différence significative n'a été observée en santé mentale selon le sexe ou l'expérience, mais des différences ont été relevées selon la région, en faveur de Tizi Ouzou (5,77 contre 4,54 à Blida). Concernant la relation, des écarts apparaissent selon le sexe (communication en faveur des infirmières), l'expérience (interaction et confiance en faveur des plus expérimentés) et la région (en faveur de Blida pour certaines dimensions).

L'hypothèse de corrélation a montré une relation inverse significative entre santé mentale et qualité relationnelle : une baisse de la santé mentale, notamment de la dépression, entraîne une détérioration du comportement infirmier, de la communication et de la confiance. En

revanche, aucune corrélation n'a été constatée pour l'anxiété et le stress avec d'autres dimensions comme la compréhension ou l'interaction.

L'étude recommande la mise en place de programmes de soutien psychologique, de formations professionnelles, l'amélioration des conditions de travail et la création d'unités de soutien au sein des établissements. Elle appelle aussi à des recherches futures plus approfondies pour développer des plans d'intervention adaptés.

Mots-clés : Infirmier en psychiatrie, santé mentale, relation infirmier-patient.

Study Summary

This study aimed to assess the level of mental health among psychiatric nurses and analyze their relationship with patients, while considering the impact of gender, experience, and work region. The sample included 150 nurses from Blida (50) and Tizi Ouzou (100). Two tools were used: DASS-21 to measure depression, anxiety, and stress, and a nurse-patient relationship scale developed by Feng et al. (2024).

The results showed that depression was at a normal level (9.83), anxiety at a moderate level (10.94), and stress at a mild level (12.5). The nurse-patient relationship was generally strong (3.72), especially in nurse behavior (4.05), understanding, respect and communication (3.88), and interaction (3.69), while misunderstanding and lack of trust were moderate (3.23).

No significant differences in mental health were found based on gender or experience. However, differences were observed between regions, in favor of Tizi Ouzou nurses (5.77 vs. 4.54 in Blida). Regarding the relationship, gender differences appeared in communication (favoring female nurses), and experience influenced interaction and trust (favoring more experienced nurses). Regional differences were also noted at the 0.01 level in several dimensions, this time in favor of Blida, while no difference was found in understanding, respect, and communication.

The correlation analysis revealed an inverse relationship between mental health and the quality of the nurse-patient relationship: lower mental health, especially depression, was linked to poorer behavior, communication, and trust. No significant link was observed for anxiety or stress with other dimensions such as understanding or interaction.

The study concludes that psychological support programs, professional training, improved working conditions, equitable task distribution, and psychological support units are essential. It also recommends further research to monitor nurses' mental health and design effective interventions.

Keywords: Psychiatric nurse, mental health, nurse-patient relationship.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
01	كلمة شكر
02	إهداء
04	ملخص الدراسة
09	فهرس المحتويات
13	فهرس الجداول
16	مقدمة
الإطار العام للدراسة	
19	1- الإشكالية
29	2- الفرضيات
29	3- أسباب اختيار الموضوع
30	4- أهمية الدراسة
31	5- أهداف الدراسة
31	6- تحديد مفاهيم البحث اجرائيا
الجانب النظري	
الفصل الأول: الصحة النفسية	
36	- تمهيد
37	1- تعريف الصحة النفسية
38	2- التطور التاريخي لنشأة الصحة النفسية

40	3- النظريات المفسرة للصحة النفسية
41	4- مناهج الصحة النفسية
43	5- معايير الصحة النفسية
44	6- الخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية
45	7- مستويات الصحة النفسية
47	8- أهمية الصحة النفسية
48	9- الصحة النفسية لدى ممرضين الصحة العقلية
50	10- مقياس الصحة النفسية DASS-21
53	- خلاصة الفصل
الفصل الثاني العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي	
55	- تمهيد
56	1- تعريف التمريض والممرض
58	2- متطلبات مهنة التمريض
59	3- تعريف المريض
60	4- تعريف مصلحة الطب العقلي والمريض النفسي
61	5- التمريض في مصلحة الطب العقلي وممرض الطب العقلي
62	6- وظائف ممرض الطب العقلي
64	7- العلاقة العلاجية
65	8- أنواع العلاقات العلاجية
79	9- العلاقة بين المريض النفسي وممرض الطب العقلي

82	10- صعوبات العلاقة بين مريض والممرض الطب العقلي
87	- خلاصة الفصل
الجانب التطبيق الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
90	- تمهيد
91	1- التذكير بفرضيات الدراسة
91	2- الدراسة الاستطلاعية
107	3- الدراسة الأساسية
113	4- أدوات الدراسة
120	5- الأساليب الإحصائية المستخدمة
122	6- كيفية إجراء الدراسة
الفصل الرابع عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
125	- تمهيد
126	1- عرض نتائج مستوى الصحة النفسية لدى ممرض الطب العقلي
131	2- عرض نتائج طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي
133	3- عرض نتائج مقياس الصحة النفسية لدى ممرض الطب العقلي
142	4- عرض نتائج مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي
152	5- عرض نتائج العلاقة بين مقياس الصحة النفسية ومقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي
155	6- عرض نتائج دراسة الحالة

181	7- مناقشة عامة للنتائج
210	- الخاتمة
212	- الاقتراحات
215	- قائمة المراجع
233	- الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	المحتويات
96	جدول رقم (01): يوضح التعديلات المقترحة من طرف الاساتذة الاستبيان لمقياس العلاقة بين المرض وممرض الطب العقلي
103	جدول رقم (02): يبين تصحيح مقياس dass-21
104	جدول رقم (03): يبين نتائج مقياس dass-21
105	جدول رقم (04): نتائج ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض الطب النفسي
109	جدول رقم (05): يبين خصائص عينة الممرضين حسب الجنس
110	جدول رقم (06): يبين خصائص العينة حسب العمر
110	جدول رقم (07): يبين خصائص العينة حسب سنوات الخبرة
111	جدول رقم (08): يبين خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية
115	جدول رقم (09): يوضح توزيع ابعاد مقياس ارقام عبارات المقياس (dass-21)
117	جدول رقم (10): يبين مجالات نوعية العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي جدول
118	رقم (11): يبين ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض وعدد البنود
127	جدول رقم (12): يبين درجات تحديد مستويات أبعاد الصحة النفسية
127	جدول رقم (13): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أبعاد الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)
128	جدول رقم (14): يبين التكرارات والنسب المئوية لمستويات الاكتئاب
129	جدول رقم (15): يبين التكرارات والنسب المئوية لمستويات القلق
130	جدول رقم (16): يبين التكرارات والنسب المئوية لمستويات الضغط النفسي
132	جدول رقم (17): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده

134	جدول رقم (18): يبين نتائج تحليل التباين المتعدد "ف" للفروق في الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) حسب الجنس والخبرة
137	جدول رقم (19): يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في الصحة النفسية بأبعادها حسب منطقة العمل
139	جدول رقم (20): يبين مستويات الاكتئاب حسب منطقة العمل
140	جدول رقم (21): يبين مستويات القلق حسب منطقة العمل
141	جدول رقم (22): يبين مستويات الضغط النفسي حسب منطقة العمل
142	جدول رقم (23): يبين نتائج تحليل التباين المتعدد "ف" للفروق في العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده حسب الجنس والخبرة
148	جدول رقم (24): يبين نتائج اختبار Bonferroni للمقارنات المتعددة لدلالة الفروق في سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، والتفاعل مع المريض بين فئات الخبرة
150	جدول رقم (25): يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في العلاقة بين المريض والممرضين بأبعادها حسب منطقة العمل
153	جدول رقم (26): يبين نتائج معاملات الارتباط "بيرسون" بين الصحة النفسية بأبعادها والعلاقة بين المرضى والممرضين بأبعادها
162	جدول رقم (27): يبين تصحيح مقياس dass-21
162	جدول رقم (28): يبين نتائج مقياس dass-21
163	جدول رقم (29): يبين نتائج ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض الطب النفسي
174	جدول رقم (30): يبين تصحيح مقياس dass-21
174	جدول رقم (31): يبين نتائج مقياس dass-21
175	جدول رقم (32): يبين نتائج ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض الطب النفسي
179	جدول رقم (33): يبين نتائج مقياس الصحة النفسية على حالات الدراسة
180	جدول رقم (34): يبين نتائج مقياس العلاقة بين المريض والممرض على حالات الدراسة

246	الجدول رقم (35): يبين اجابات التي قدمتها الحالة حنان في مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي المكيف
248	الجدول رقم (36): يبين نتائج الحالة حنان حسب مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي (dass-21)
249	الجدول رقم (37): يبين استجابات التي قدمتها الحالة مريم في مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي المكيف.
251	الجدول رقم (38): يبين نتائج الحالة مريم حسب مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي (dass-21)
252	الجدول رقم (39): يبين استجابات التي قدمتها الحالة لينة في مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي المكيف.
254	الجدول رقم (40): يبين نتائج الحالة لينة حسب مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي (dass-21)

مقدمة:

تعد الصحة النفسية مكونا جوهريا من مكونات الصحة العامة، اذ تعرف بانها حالة من الرفاه النفسي والعاطفي يتمكن فيها الفرد من استخدام قدراته ومهاراته بفعالية، والتعامل مع ضغوط الحياة اليومية والعمل بإنتاجية، والمساهمة في مجتمعه. وتشمل أيضا الإحساس بالتوازن النفسي، والقدرة على بناء علاقات إيجابية والشعور بالرضا حيث لا تعني الصحة النفسية مجرد غياب لاضطرابات نفسية، وإنما تشمل رفاهية الفرد النفسية والاجتماعية والعاطفية. وقد بات الاهتمام بالصحة النفسية يحظى بأهمية متزايدة في العقود الأخيرة، خاصة في ظل تزايد الضغوط النفسية والاجتماعية وانتشار الاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها. وفي هذا السياق تحتل المؤسسات الصحية النفسية مكانة محورية بوصفها فضاءات علاجية تهدف الى احتواء المرضى النفسيين وتوفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية الملائمة لهم.

من بين العناصر الأساسية داخل هذه المؤسسات، يبرز ممرض الطب العقلي الذي يعد مكونا رئيسيا في العملية العلاجية الا انهم يعتبرون من الفئات الأكثر عرضة للضغوط النفسية نتيجة طبيعة مهنتهم وما يرافقها من تحديات مهنية وعاطفية. وعلاقتهم بالمرضى النفسية التي تتسم بعلاقة إنسانية ومهنية مركبة تقوم على التعاطف، التفهم، الدعم، والاحترام، وجودة هذه العلاقة تتأثر بدورها بمجموعة من العوامل المرتبطة ليس فقط بحالة المريض بل أيضا بالصحة النفسية للممرض ذاته اذ تنعكس حالته على جودة الرعاية المقدمة.

بناءا على أهمية الموضوع وما يطرحه من ابعاد علمية وميدانية، حاولنا التقرب الى هذه الفئة وارتأينا في هذا البحث سعيا للكشف عن الصحة النفسية لممرضين الطب العقلي، وعلى نوعية العلاقة بينهم وبين المريض، والى العلاقة بين الصحة النفسية وعلاقتهم بالمرضى.

وقمنا بوضع خطة منهجية للبحث تشمل على: الإطار العام للإشكالية، والجانب النظري، والجانب التطبيقي.

الإطار العام للإشكالية الدراسة: تطرقنا فيه الى اشكالية الدراسة على ضوء الدراسات السابقة، والتساؤل، وفرضيات الدراسة، واسباب اختيار هذا الموضوع للبحث، ويحتوي ايضا على اهمية واهداف البحث، وتحديد المفاهيم الإجرائية.

ما الجانب النظري فيشتمل على الفصل الاول تحت عنوان: الصحة النفسية، الذي تناولنا فيه: تعريف الصحة النفسية، التطور التاريخي لنشأة الصحة النفسية، والنظريات المفسرة للصحة النفسية، مناهج الصحة النفسية، ومعاييرها، ومستويات الصحة النفسية، والخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية، كما تطرقنا الى أهميتها والصحة النفسية لدى ممرضين الطب العقلي، وكذلك لمقاييس الصحة النفسية. وفي الفصل الثاني تحت عنوان: العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي، ركزنا على: تعريف التمريض والممرض، ومتطلبات مهنة التمريض، وتعريف المريض وتطرقنا ايضا الى تعريف مصلحة الطب العقلي وممرض الطب العقلي، ووظائفه، ومن اهم الجوانب التي تم التركيز عليها نجد العلاقة العلاجية، وأنواعها، والعلاقة بين المريض النفسي وممرض الطب العقلي، وصعوبات العلاقة بين مريض وممرض الطب العقلي.

اما في الجانب التطبيقي فيحتوي على الفصل الثالث تحت عنوان: اجراءات المنهجية للدراسة، تطرقنا فيه الى: التذكير بفرضيات الدراسة، والدراسة الاستطلاعية، والدراسة الاساسية، كما قمنا بعرض ادوات الدراسة، والاساليب الاحصائية المستخدمة، وفي الاخير كيفية اجراء البحث. والفصل الخامس تحت عنوان: عرض ومناقشة نتائج الدراسة، الذي يحتوي على: عرض نتائج الدراسة، ودراسة الحالة، ومناقشة عامة لنتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة، والخاتمة فيها التوصيات والاقتراحات. وفي الاخير قدمنا قائمة المراجع التي استخدمناها في الدراسة، والملاحق التي تم فيها عرض ادوات الدراسة المستخدمة وإجابات الحالات.

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أسباب اختيار الموضوع

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- تحديد مفاهيم البحث إجرائيا

1- الإشكالية:

تعد مهنة التمريض من أنبل المهن ذات الطابع الإنساني حيث تتجاوز حدود تقديم العلاج الى بناء علاقة تغذي الروح والجسد معا، اذ تجمع بين العلم المتخصص والفهم النفسي مما يمكن الممرض من تقديم دعم عاطفي ونفسي يعزز عملية الشفاء، ويعتبر التمريض ركيزة أساسية في العملية العلاجية كما يعرفه المجلس الدولي للممرضين (International Council of Nurse, 2024) ان التمريض من مجالات الرعاية الصحية يتضمن تقديم الرعاية الشاملة للمريض بما في ذلك الوقاية من الامراض، الحفاظ على الصحة وتخفيف الألم، بالإضافة الى العناية بالجسم والعقل، حيث يتمتع الممرضون بمهارات فنية وعلوم طبية ونفسية للتعامل مع مجموعة متنوعة من الحالات الصحية ويعملون جنبا لجنب مع الفرق الطبية لتقديم الرعاية للمريض على جميع الأصعدة.

وهذه الواجهة المشتركة لمهام التمريض تتطلب التفاعل المستمر مع الحالات الصحية المتنوعة والتي غالبا ما تكون مصحوبة بمواقف عاطفية معقدة وصعبة، وقد أصبحت خدمات التمريض في الوقت الحاضر منظمة ومبنية على أسس علمية حديثة، وباتت هذه المهنة تشغل مكانة أساسية في المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية نظرا للخدمات التي تقدمها وللكفاءات العالية التي تتطلبها فالممرض هو حلقة وصل بين جميع العاملين في المستشفى عاطف (2022)، وهذا يتطلب جهدا جسديا ونفسيا كبير مما قد يعرضهم لمستويات عالية من التوتر والاجهاد النفسي، والذي يعد استجابة طبيعية للجسم عند مواجهة هذه التحديات المختلفة في الوسط المهني، وينشأ هذا التوتر نتيجة التفاعل بين العوامل البيئية والنفسية والجسدية وتتعدد أسبابه فقد يكون مرتبطا بالعمل، العلاقات الاجتماعية، الضغوط المالية، او حتى الاحداث الغير المتوقعة مما قد يؤثر على الصحة النفسية او الجسدية.

وهذا ما اشارت اليه دراسة جون ودنيال (Daniel & Jean, 2022) ان الاسباب الرئيسية للتوتر لدى الممرضون هي مجموعة العوامل المتعلقة بسياق العمل مع الضغوط في تنفيذ المهام اليومية وبتنظيم

العمل وكما ترتبط بالعوامل المادية والتقنية التي لا تشجع على العمل بالإضافة للعوامل الاجتماعية والاقتصادية مع المكافأة والأجور التي لا توفر الاحتياجات الشخصية والعائلية.

مهنة التمريض بتخصصاتها المختلفة تشكل بيئة عمل تتفاوت في طبيعتها وضغوطها مما ينعكس مباشرة على صحة الممرضين ومن بين هذه التخصصات نجد تمريض الصحة العامة، تمريض الطوارئ، وتمريض الأطفال، تمريض العناية المركزة، حيث تتميز باختلاف التحديات التي تواجهها في حين يعد تمريض الصحة العقلية والنفسية والذي يتميز بتركيزه على إدارة الازمات النفسية وبناء علاقة قائمة على الثقة مع المرضى ك مجال الذي يجمع بين الكفاءة العلمية والقدرة على التفاعل العاطفي بشكل متوازن. ويعد ممرض الطب العقلي مكونا رئيسيا في القوى العاملة في مجال الصحة العقلية حيث يشكل 44% بالمئة من اجمالي عدد العاملين في مجال الصحة العقلية المتخصصة في جميع انحاء العالم.

كما نجد هاورد كاتون Howard Caton المدير العام المعين للمجلس الدولي للممرضين سنة (2019) الذي اقر بانه يجب ان يكون هناك جهد عالميا للاحتفاظ بالممرضين ذوي الخبرة الذين يقومون بالرعاية والقيادة لعدد متزايد من المرضى كما دعا الى الاستثمار في خدمات الصحة العقلية والممرضون وأضاف ان ممرضون الصحة العقلية امر حيوي لتحسين الوصول الى الرعاية الصحية العقلية المهنية التي لن تحسن فقط حياة الملايين ولكن لديها أيضا نتائج إيجابية للعالم. (Emma, 2022).

كما يعتبر تمريض الطب النفسي برنامجا شموليا يحتوي على طرق علاجية وتدخلات متنوعة تهدف الى المساعدة على عودة المريض الى ممارسة حياتهم ونشاطهم الطبيعي وهو يتضمن تعزيز الصحة وبدء بيئة علاجية، ومساعدة المرضى في أنشطة الرعاية الذاتية وإدارة الادوية وكذلك توفير التثقيف النفسي والاستشارة. (Alzahrani, 2023).

ويقدر مجلس التمريض الدولي ان هناك حوالي 300000 ممرض الصحة العقلية في جميع انحاء العالم وانه يمكن لعدد كاف من الممرضون مع التدريب والخبرة وتوفير الموارد الكافية لتحسين الرعاية الصحية

للأشخاص الذين يعانون من اضطراب عقلي أو نفسي نظرا الى انهم على خط المواجهة ومع ذلك تلاحظ بينيتي (Bennett, 2022) ان العديد من الممرضون يفتقرون من تدريب على توفير الرعاية الصحية العقلية. وبالتالي يجب ان ترتبط بالتكوين الأساسي لهم. (David & all, 2022).

وهذا التميز لا يقتصر فقط على نوعية الخدمات والمهارات المطلوبة بل يمتد ليشمل بيئة عمل ذات طابع ديناميكي ومتنوع، فممرض الطب العقلي يعمل في بيئة تتسم بالتحديات المستمرة حيث يتطلب الامر التفاعل مع مرضى يعانون من اضطرابات عقلية و نفسية معقدة، و هذا ما يستدعي لمهارات استثنائية في التواصل والعلاج النفسي إضافة الى القدرة على إدارة السلوكيات الغير المستقرة والازمات النفسية لدى المرضى وحالات الطوارئ، كما يمكن ان تشمل أعباء العمل المفرطة كنفص الموظفين الدعم المحدود من الزملاء او تسلط من المشرفين، العنف او المضايقة إضافة للضغط بسبب قلة المواد و لظروف العمل المادية الغير الامنة. (World Heath Organisation, 2022).

ولتزايد عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية ونفسية، وفي السياق نجد الكاتب الصحفي علي يحي في موقع الاخبار "النبض" (2024) ان الجزائر اكدت معطيات الخريطة الصحية ان أكثر من مليون شخص يترددون سنويا على مصالح الطب العقلي غالبيتهم من شباب ومراهقين حيث باتت الصحة النفسية في الجزائر خلال السنوات الأخيرة محل اهتمام كثير من المختصين في مجال الصحة اذ تشير الاحصائيات الى استقبال مصلحة الامراض العقلية بالشرافة ما بين 100 و 200 حالة يوميا.

اضافة للعوامل الفردية التي تشمل مستوى التكيف النفسي والقدرة على التعامل مع الضغوط النفسية والتعامل مع المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية والعقلية خاصة مع الحالات المعقدة التي قد تزيد احتمالية التعرض للعنف اللفظي او الجسدي، كذلك تلعب العوامل البيئية دورا هاما بما في ذلك

نقص الموارد وضعف الدعم الاجتماعي والتنظيمي وسوء ظروف العمل، كما ان التعرض المستمر لهذه الفئة من المرضى والمواقف العاطفية المعقدة قد يؤثر سلبا على الصحة النفسية لدى الممرضين. إضافة لمتغير الجنس، العمر وكذلك الخبرة والوضعية الاجتماعية، والتي قد تسهم بشكل غير مباشر في تدهور الحالة النفسية ويؤثر بدوره على نوعية الحياة وجودة الرعاية المقدمة للمريض. فالصحة النفسية لدى الممرضين موضوعا بالغ الأهمية نظرا لطبيعة العمل والضغوط الكبيرة التي قد يتعرضون لها (زعطوط، 2024).

حيث تعتبر الصحة النفسية حالة من الرفاه النفسي تمكن الشخص من مواجهة ضغوط الحياة، وتحقيق إمكانياته والتعلم والعمل بشكل جيد، والمساهمة في المجتمع المحلي. (World Health Organisation, 2022).

والعمل في الرعاية الصحية وخاصة في وسط مشفى الامراض النفسية والعقلية قد يشكل خطرا نفسيا على توازن الممرضين،

هذا ما دعمته دراسة ايمان سلامي واخرون (Salami & all, 2018) حيث تم التوصل لنتائج تدل على وجود اعراض اضطراب نفسي في 52% من الممرضين، وذكر 69% من الممرضين حدثا مرهقا، كما تم تسجيل استهلاك التبغ في 39% والمشروبات الكحولية في 21,7% من ممرضين.

والاستنتاج بان الابعاد النفسية والاجتماعية لظروف العمل في بيئة نفسية تلعب دور في توازن شخصية مقدمي الرعاية.

كما أشارت دراسة ستلنكي (Stelnicki, 2021)، وكزلتن (Carleton, 2021)، عن اعراض

الاضطراب العقلي بين ممرضين في كندا على عينة 4267 ممرض، أي 93% بالمئة من المشاركين

نساء، ما يقرب من نصف المشاركين قد فحصوا إيجابية للاضطراب العقلي أي 47,9% بالمئة، وأنه لم تظهر الاختلافات بين الجنسين.

كما نجد مجموعة متنوعة من العناصر قد تأثر على الجانب النفسي بالدرجة الاولى، والتي قد تشمل كيفية إدراك الفرد والخبرات السابقة والظروف الحالية إضافة للعوامل الذاتية والعلمية المؤهلة لهذه المهنة. وهذا ما اشار اليه جون واخرون (Juan & all, 2022) ، في دراسة اسفرت عن نتائج تشير الى معاناة ممرضين الطب النفسي من نسبة عالية من الضيق النفسي والذي يرتبط بأساليب تكيف كما ان جودة النوم لها تأثير تنظيمي معين بعد الكشف عن عينة 812 ممرض في مدينة شاندونغ الصين. إضافة الى العديد من المتغيرات التي تؤثر كمتغير الجنس، العمر وكذلك الخبرة والوضعية الاجتماعية للممرض الطب العقلي، فالضغوط النفسية الناتجة عن التعامل اليومي مع حالات معقدة وصعبة وخاصة التعرض المستمر للاضطرابات النفسية والسلوكية العنيفة لبعض المرضى قد تؤدي الى الإرهاق النفسي وقد يزيد شعورهم بالقلق والاكتئاب وفقدان الحافز المهني مما يقلل من تركيزهم وقدرتهم على تقديم رعاية فعالة. وهذا ما اثبتته دراسة، (Alotaibi & all, 2022) في دراسة مقطعية لعينة 115 ممرض ان الاجهاد الوظيفي له تأثير سلبي على نوعية الحياة المتعلقة بصحة الممرضات كما يمكن ان يطغى على أداء الرعاية والتي قد تكون أحد العوامل التي تؤثر على نتائج المرضى.

وغالبا ما يواجه ممرضو الصحة العقلية مجموعة واسعة من الاحداث المجهدة، تتطور من رعاية المرضى خاصة الفئة العنيفة والعنوانية، إضافة للانتكاس المتكرر وسوء التشخيص للاضطرابات العقلية. هذا ما اشار اليه مقال صونيه السيد واخرون، (El Sayed & all, 2017) بعد جمع بيانات 70 ممرض ان الممرضات النفسية كان لديهم مستويات معتدلة من الاجهاد والاكتئاب المرتبطة بالعمل، ويظهر استراتيجيات مواجهة مختلفة، وان الاجهاد والاكتئاب يحدث لدى الممرضين الطب النفسي.

فالشدائد والضغوطات العاطفية في العمل يمكن ان تؤثر سلبا على صحتهم النفسية وتؤدي الى ضائقة نفسية ويمكن ان يؤثر على أداء العمل العلاجي وعلاقاتهم المهنية وأدائهم العام في العمل.

(Cynthia & all, 2021).

كما يمكن ان يكون الضغط النفسي عاملا مضاعفا للتحديات المهنية لدى ممرض الطب العقلي، ومؤثرا في الصحة النفسية نظرا لفئة المرضى التي يتعاملون معها، وقد صرح عدد كبير من الممرضون انهم يعانون من عدم الرضا، وزيادة احتمالية ترك ادوارهم، ومعدلات الارهاق المرتفعة على المستوى النفسي والجسدي. وان الصحة العقلية تواجه أكبر عدد التحديات مثل: العنف او الخوف من عنف المريض، الضيق الأخلاقي الارهاق العاطفي والجسدي، قلة الثقة والتنسيق بين الأطباء والممرضين.

(Adams, Ryan & Wood, 2021).

وفي دراسة (Anahi & Penelope, 2020)، لتحديد انتشار الإرهاق بين الممرضين العاملين في مستشفى طب النفسي بالكاب المغربي جنوب افريقيا على عينة 198 ممرض شهد معظم عدد العينة استنفادا عاطفيا، وانخفاضا في الإنجاز الشخصي وابلغ مساعدا التمريض المسجلين عن استنفاد عاطفي اعلى بكثير من الممرضات النفسية وان عدد من الممرضين الذين لديهم أكثر من 5 سنوات من الخبرة لديهم مستوى عالي من الإرهاق.

كما وثقت أبحاث متقدمة باستمرار ان الممرضين معرضين لخطر أكبر لتطوير متلازمة الإرهاق بسبب طبيعة وظائفهم، ويؤثر معدل انتشار الإرهاق بين موظفي التمريض سلبا على توفير الرعاية الصحية. لا يمكن للممرضين الذين يعانون من الإرهاق ان يوفر رعاية جيدة او تشارك بنشاط في تعزيز الصحة.

ومنها نجد دراسة (Molebastsi & all, 2024) التي هدفت الى تحديد انتشار الإرهاق والعوامل

المرتبطة به بين موظفي التمريض في المستشفيات النفسية والعامية حيث أظهرت النتائج انتشار الإرهاق

العاطفي والغاء الشخصية وتقليل الإنجاز الشخصي 65,7% و 56,9% و 54% على التوالي، وحالة التشغيل الضعيفة وسوء التواصل.

وهذا الضغط والارهاق والضيق النفسي الذي قد يعاني منه ممرضو الطب العقلي قد لا يؤثر فقط على صحتهم النفسية بل قد ينعكس على جودة الرعاية التي يقدمونها بما فيها من تفاعلات وتواصل مع المرضى. كونه وسيطا نفسيا يساعد المرضى على التعبير عن مشاعرهم والتعامل مع اضطراباتهم بوعي أكبر، مما يجعل العلاقة بينهما عنصرا أساسيا في عملية العلاج. وهذه العلاقة لا تقتصر على تقديم الأدوية أو متابعة الحالة الصحية، بل تمتد لتشمل بناء الثقة وتوفير بيئة آمنة يشعر فيها المريض بالدعم والتقبل. من خلال مهاراته في الاستماع الفعال والتواصل العلاجي، يتمكن الممرض من فهم احتياجات المريض النفسية والعاطفية، مما يساهم في تخفيف التوتر والقلق لديهم.

وهذا ما اشارت اليه (منى، 2024) في مقال ان العلاقة جانب أساسي لمهنة التمريض وأنها تعمل كمدافع عن المرضى الذين لا يستطيعون التعبير عن رغباتهم لأي سبب كان، وذكر (بيلبا، 1988) ان التفاعلات الشخصية بين المريض والممرض غالبا ما يكون لها تأثير أكبر على نتيجة مشكلة المريض، لذا فان بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة والاحترام بين الممرض والمريض قد يكون له تأثير أكبر على تحسين الحالة الصحية مقارنة بالجوانب العلاجية الطبية وحدها. هذا ما يبرز ان انشاء علاقة علاجية امر حيوي في الرعاية التمريضية حيث يشارك الممرضون في علاقات متعاطفة وداعمة ومهنية كجزء من فن التمريض (American Nurses Association, 2021) وهذا صحيح بشكل خاص في الرعاية النفسية، ونجد هلدقرد (Hildegard) التي ساهمت في مجال التمريض النفسي من خلال تطويرها لنظرية العلاقات الشخصية حيث تساعد هذه النظرية الممرضون على فهم أهمية التواصل العلاجي مع عملائهم.

وهذه العلاقة تكون ذات طابع مهني يتم فيها اخذ كل من العميل والممرض " مشاعر وعواطف وسلوكيات". (Nurse Client Relationships, 2024).

كما تعد عنصرا محوريا في فعالية العلاج النفسي حيث تؤثر بشكل مباشر على استجابة المريض، فان العلاقة العلاجية القائمة على الثقة والاحترام تساهم في تقليل مستويات التوتر والقلق لدى المرضى مما يعزز من التزامهم بالعلاج وتحسن حالتهم النفسية.

وهذا ما أكدته دراسة جامعة مونت فينسنت (Vincent University of Mount Saint, 2024)، ان ممرض الصحة العقلية يجب ان ينظر الى كل مريض كفرد له خلفية وآمال وأحلام فريدة، يركز الممرضون في هذا الدور على بناء علاقة علاجية قوية مع المرضى ويجب التعاون من مرضاهم بدلا من إجبارهم على إتباع توصيات العلاج وتحقيق جودة أفضل.

فمهامهم لم تعد تقتصر على ما يسمى بالرعاية التقنية (الضماطات والحقن وغيرها) بل تهدف الى تلبية كافة الاحتياجات الإنسانية في مجال الصحة، ونتيجة لهذا الوضع تبقى إحدى المشاكل الأساسية هي العلاقة التي تنشأ بين الممرض والمريض.

وفي هذا الصدد نجد مقال كنزة وبنوت (Kenza & Benoite, 2024) أشاروا الى ان العلاقة الجيدة بين المريض والممرض تشكل جانبا أساسيا في رعاية المرضى النفسيين، ومع ذلك فقد أظهرت الدراسات ان هذه العلاقة معرضة للخطر بشكل يتم تصنيف بعض المرضى على انهم حالات صعبة من قبل الممرضون. ولا يمكن تحقيق تحالف عمل قوي الا من خلال التفاهم المتبادل وفهم السلوكيات الصعبة للمريض وطبيعة العلاقة العلاجية.

ووفقا لكارل روجرز، فإن مواقف المعالج مثل: التوافق، التفاهم، التعاطف والتقدير الايجابي الغير المشروط، تعتبر أساسية في الرعاية والتي تركز على الشخص. كما تلعب العلاقة دورا مهما في عملية التعافي والعلاج حيث تعد هذه أساس بناء الثقة والتواصل الفعال، فممرض الطب العقلي يقدم الرعاية

الطبية والدعم العاطفي والاستماع الفعال للمريض هذا ما يساهم في فهم الاحتياجات الفردية وتعزيز الشعور بالانتماء والأمان، هذا ما توصلت اليه دراسة، (Giti, 2025) بأن كفاءة التعاطف والقدرة على السعي لفهم معاناة المرضى في جناح الطب النفسي ضرورية للممرضات لإقامة اتصال علاجي فعال في عملية شفاءهم، وتعتبر كفاءة التعامل ذات أهمية كبيرة للحفاظ على سلامة المرضى، ولمنع الاحداث السلبية التي قد تحدث للممرض في اجنحة الطب النفسي.

وفي نفس الصدد العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي وجدت دراسة، (Xiaomi, 2019) ان علاقة الممرضين الذكور مع المرضى اسوء مقابل الممرضات الاناث. وقد يعكس ذلك عدم المساواة الهيكلية في تقسيم العمل بين الجنسين حيث تتولى الممرضات معظم مهام الرعاية، وقد تكون الممرضات أكثر حساسية من الذكور ولديهن تعاطف وتواصل وخصائص رعاية أقوى، كما يشعرون بالمزيد من الاهتمام بالتواصل العاطفي، وأظهرت الدراسة ان الممرضون الذكور يعبرون عن الرعاية الإنسانية بشكل مختلف عن الممرضات الاناث، وان هناك حاجة الى معالجة عدم المساواة بين الجنسين وتعزيز القدرة على التواصل لدى ممرضين الذكور، كما وجدت ان الخبرة الأطول في العمل ترتبط بعلاقة أفضل بين الممرضة والمريض.

استنادا على ما تم التطرق اليه نجد ان الصحة النفسية لدى ممرض الصحة العقلية قد تتأثر بعوامل مختلفة او متداخلة والتي تعود بنتائج سلبية او إيجابية على العلاقة بين المريض والممرض والرعاية المقدمة. ورغم هذا الدور الفعال والحساس الذي يقوم به هذه الفئة من الممرضون في المجتمع فان الدراسات التي تناولت بعض جوانب الصحة النفسية والعلاقة بين الممرض والمريض في مصلحة الطب العقلي كانت قليلة جدا في المجتمع العربي عامة وفي الجزائر تحديدا.

ومن الدراسات الجزائرية نجد دراسة (سعيد رشيد ومرباح مليكة، 2019) في موضوع الصحة النفسية لدى الممرضين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية تيارت، والتي توصلت لنتائج انه

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين حسب كلا من الجنس وسنوات الاقدمية.

كما نجد دراسة (اليندة وبخنوس، 2017) عن تعب التعاطف لدى الممرضين العاملين في مستشفى الامراض العقلية فرنان حنافي بتيزي وزو، وكذلك دراسة (عزوز وقهار، 2022) عن مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين العاملين بمصالح الطب العقلي في الجزائر، ودراسة (سكينة سعدانة وصلاح الدين صوالحي، 2017) عن الضغوط النفسية المهنية التي يواجهها الممرضين العاملين بمصلحة الطب العقلي للنساء بباتنة والتي توصلت لنتائج ان افراد العينة يعانون من ضغوط نفسية مهنية والنسب متباينة من مرتفع لمنخفض.

وانطلاقا مما سبق تسعى هذه الدراسة للاهتمام بالصحة النفسية والعلاقة بين المريض وممرض الصحة العقلية بهدف سد هذه الفجوة، حيث تبرز مشكلة الدراسة في التساؤلات الرئيسية التالية:

- 1- ما مستوى الصحة النفسية لدى ممرضين الطب العقلي؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لعامل الجنس (ذكور - إناث) ولعامل الخبرة ولمنطقة العمل (تيزي وزو، البليدة)؟
- 3- ما طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي؟
- 4- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي على العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم الممرضون واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمريض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المريض) تعزى لعامل الجنس والخبرة ولمنطقة العمل (تيزي وزو، البليدة)؟

5- هل هناك علاقة بين الصحة النفسية بأبعادها والعلاقة بين المرضى والممرضين العاملين في مصلحة

الطب العقلي بأبعادها؟

2- الفرضيات:

1- مستوى الصحة النفسية لدى ممرضين الطب العقلي متوسط.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بين متوسطات درجات الممرضين

ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لعامل الجنس (ذكور - إناث) ولعامل

الخبرة ولمنطقة العمل (تيزي وزو، البلدية).

3- طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي متوسطة.

4- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي على

العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم الممرضون واحترامهم للمريض، سوء

الفهم وعدم ثقة المريض بالمريض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المريض) تعزى لعامل الجنس

والخبرة ولمنطقة العمل (تيزي وزو، البلدية).

5- هناك علاقة بين الصحة النفسية بأبعادها والعلاقة بين المرضى والممرضين العاملين في مصلحة

الطب العقلي بأبعادها.

3- أسباب اختيار الموضوع:

- قابلية الموضوع للدراسة العلمية باعتبار الصحة النفسية والعلاقة بين مريض وممرض الصحة العقلية

ظاهرة موجودة فعلا على ارض الواقع.

- الفضول العلمي لدراسة هذه الفئة نظرا لنوعية وطبيعة الحالات التي يقومون برعايتها وفقا للخطة العلاجية والتي قد تؤثر عليهم نفسيا وعلى علاقتهم مع مرضاهم.
- خطورة هذه الظاهرة ان لم تدرس وتعالج فتطورها يخلف اثار سلبية.
- إضافة لرغبتنا الشخصية في الخوض في مثل هذه الموضوعات وللكشف عليها خاصة وأنها داخلة في مجال تخصص علم النفس العيادي.

4- أهمية الدراسة:

تمثل الدراسة الحالية أهمية كبيرة في مجال التخصص وتبرز في طبيعة الفئة المعنية بالدراسة، أي ممرضين الطب العقلي الذين يعدون اهم الشرائح المهنية في المجتمع و بالتالي توجب ان يحظو محل اهتمام نظرا لفئة المرضى التي يتعاملون معها و لطبيعة عملهم، قصد التوصل الى مجموعة من الاقتراحات المساعدة للقيام بأدوارهم مع الحفاظ على صحتهم النفسية، والقاء الضوء على شريحة هامة من شرائح المجتمع التي لم تلاقي الاهتمام الكافي من قبل الباحثين في العالم العربي بشكل عام، كما تعد الدراسة الحالية اسهاما في مجال الدراسات النفسية المتعلقة بالتمريض والتي من شأنها ان تفتح دراسات جديدة في هذا المجال، وتلقي هذه الدراسة نظرة على الواقع التمريضي في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية اذ ان من خلالها محاولة الكشف عن الصحة النفسية والعلاقة بين المريض والممرض، وقد تغيد هذه الدراسة بالارتقاء بالعمل الصحي حيث ان ذالك قد ينعكس على المريض وعلى المجتمع ككل، ويمكن الخروج بحلول واقتراحات مناسبة لاتخاذ إجراءات كفيلة للصحة النفسية لدى هذه الفئة وللعلاقة بينهم وبين المريض من طرف المسؤولين في قطاع الصحة لهذه الفئة، وقد تغيد هذه الدراسة كليات ومعاهد التمريض في وضع الشروط والأسس الأكثر موضوعية في طرق اختيار الممرضين الذين لديهم قدر عالي من الصحة النفسية والذين لديهم كفاءة اعلى وتمكن في العامل مع مرضى العقلين، قد تغيد هذه الدراسة بإثراء المكتبات الجزائرية بموضوعات عن مهنة التمريض.

5- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى معرفة المستوى العام للصحة النفسية والعلاقة بين المريض وممرض الصحة العقلية، والى التعرف على التباين والاختلاف في مستوى الصحة النفسية لدى ممرضين الطب العقلي تبعاً لمتغير الجنس والخبرة، كما تسعى هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية والعلاقة بين مريض وممرض الطب العقلي.

6- تحديد مفاهيم البحث اجرائياً:

6-1- الصحة النفسية:

قصد بالصحة النفسية في هذه الدراسة ما تقيسه أداة DASS-21 التي طورها (Lovibond, 1995) (Depression, Anxiety and Stress Scale) وهي تتكون من (21) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد مستقلة: الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي، بمعدل (7) بنود لكل بُعد. وتعكس الدرجة التي يتحصل عليها المشارك في كل بُعد على حدة مستوى الأعراض النفسية التي يعاني منها، بحيث تشير الدرجات المرتفعة إلى وجود اضطرابات أو معاناة نفسية أكبر، بينما تشير الدرجات المنخفضة إلى مستوى جيد من الصحة النفسية.

ولا يُعتمد في هذا المقياس على درجة كلية موحدة، بل تُفسّر كل درجة في بعدها الخاص بشكل مستقل.

6-2- الممرض:

هو الشخص الذي يقوم بمختلف الاعمال والخدمات التمريضية الصحية للمرضى والعناية بهم وهو يحتاج الى المعرفة والمعلومات والمهارات ليكون ضمن الفريق الطبي وذلك بتحصيله على شهادة في علم

التمريض، وفي دراستنا هذه ستكون على فئة الممرضين العاملين بمستشفى الامراض العقلية بولاية تيزي وزو والبلدية.

6-3- مصلحة الطب العقلي:

هي المصلحة التي تتكفل بالمرضى ذوي الاضطرابات النفسية والعقلية من الجنسين، وتقدم لهم الخدمات اللازمة بهدف التشخيص والتخفيف من الاعراض والالام النفسية والعلاج سواء معاينات عادية او دوام كامل أي مقيمين، ويشمل أيضا على مجموعة من وحدات الطوارئ النفسية.

6-4- العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي:

نقصد بالعلاقة بين المريض والممرض في هذه الدراسة ما تقيسه الأداة التي طورها (Feng & all, 2024)، والموجهة لقياس جودة العلاقة كما يُدركها الممرض. يتضمن المقياس خمسة أبعاد رئيسية هي: سلوك التمريض، تفهم الممرض واحترامه للمريض، التواصل، التفاعل، وسوء الفهم وانعدام الثقة. ويُعتمد في تفسير نتائج المقياس على الدرجة الكلية التي تعكس مستوى العلاقة بشكل عام، بالإضافة إلى الدرجات الفرعية لكل بُعد على حدة، بما يتيح تحليلاً دقيقاً ومتكاملاً لمختلف مكونات العلاقة. وتشير الدرجات المرتفعة في الأبعاد الإيجابية إلى علاقة مهنية جيدة، في حين أن الدرجة المرتفعة في بُعد سوء الفهم وانعدام الثقة تدل على تراجع جودة العلاقة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الصحة النفسية

- تمهيد

1- تعريف الصحة النفسية

2- التطور التاريخي لنشأة الصحة النفسية

3- النظريات المفسرة للصحة النفسية

4- مناهج الصحة النفسية

5- معايير الصحة النفسية

6- الخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

7- مستويات الصحة النفسية

8- أهمية الصحة النفسية

9- الصحة النفسية لدى ممرضين الصحة العقلية

10- مقياس الصحة النفسية DASS-21

- الخلاصة الفصل

تمهيد:

يمكن القول إن مفهوم الصحة النفسية قد نما وتطور مع تقدم علم الصحة النفسية فبعد أن كانت الصحة النفسية تدل على معنى سلبي ومحدود، وهو خلو الفرد من الاضطرابات النفسية فقد تطورت إلى مفهوم إيجابي أكثر شمولاً بحيث أصبحت بقدرة الفرد على تحقيق التكيف ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا بدوره وتؤدي إلى حياة خالية من الأزمات والمرض النفسي، ثم بدأ يتسع مفهوم الصحة النفسية ليشمل قدرة الفرد على المحافظة على قدر من استقلاليته، بأن يعيش القيم والمثل العليا التي يؤمن بها، أي يحقق رسالته في الحياة. ونظراً لأهمية الصحة النفسية، نقدم هذا الفصل لمحاولة الإحاطة بالمفهوم الدقيق للصحة النفسية من عدة جوانب والنظر إليها من مختلف الزوايا حيث أشرنا إلى تعريف الصحة النفسية، التطور التاريخي لنشأة الصحة النفسية والنظريات المفسرة لها ومناهجها ومعايير الصحة النفسية، بالإضافة إلى الخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية ومستوياتها وأهمية الصحة النفسية ومقاييسها.

1- تعريف الصحة النفسية:

الصحة النفسية هي حالة من التوازن العاطفي والنفسي التي تمكن الفرد من التعامل بفعالية مع التحديات الحياة اليومية فإن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية الجيدة قادر على العمل بشكل جيد في المجتمع والشعور بالراحة في تفاعلاته مع الآخرين ومواجهة الصعوبات بطريقة إيجابية.

وتعرف الصحة النفسية بأنها حالة من التوازن العاطفي والنفسي التي تساعد الفرد على التكيف مع التحديات اليومية والعمل بفعالية داخل المجتمع ويشير هذا المفهوم إلى قدرة الفرد على الحفاظ على مستوى من الرفاه النفسي بما يتيح له التعامل مع الضغوط بطريقة إيجابية وتحقيق انجازات المهنية والشخصية. (WHO, 2020).

1-1- تعريف علاء الدين كفاقي 2012:

هي تقبل الذات من الشروط الأساسية للصحة النفسية فلا نتصور أن يتمتع بالصحة النفسية من يرفض ذاته أو يكرهما لأن الفرد سوف تدفعه مشاعر السلبية إلى إتيان كثير من أساليب السلوك التي تتسم حالياً بالمبالغة وعدم التعقل ليحسن صورته أمام نفسه وأمام الآخرين وهو لا يستطيع أن يحمل مشاعر مماثلة نحو نفسه. (كفاقي، 2012).

1-2- تعريف مجذوب أحمد قمر 2016:

حالة التكيف والتوافق والانتصار على الظروف والمواقف يعيشها الشخصي في سلام حقيقي مع نفسه والبيئة والعالم من حوله. (مجذوب، 2016).

1-3- تعريف عبد السلام عبد الفخار:

الحالة النفسية للفرد، وتتمثل الصحة النفسية السليمة في تكامل طاقات الفرد المختلفة مما يؤدي لحسن استثمارها وتحقيق جودة إنسانية. (صولي، 2014).

1-4- تعقيب على تعريف الصحة النفسية:

من خلال استعراض مختلف التعاريف التي تناولت مفهوم الصحة النفسية، يتبين أن هذا المفهوم متعدد الأبعاد ويعكس تداخلاً بين الجوانب النفسية والاجتماعية والذاتية للفرد. فالتعريف العام الذي يربط الصحة النفسية بالتوازن العاطفي والقدرة على التفاعل الإيجابي مع التحديات اليومية، يُبرز البُعد الوظيفي والاجتماعي لهذا المفهوم، حيث لا تقتصر الصحة النفسية على غياب الاضطرابات، بل تشمل أيضاً قدرة الفرد على العمل بكفاءة، وبناء علاقات سليمة، وتحقيق الرضا الذاتي (WHO, 2020).

أما تعريف (علاء الدين كفافى، 2012)، فقد ركّز على بعد داخلي عميق يتمثل في تقبّل الذات كشرط أساسي للصحة النفسية، مؤكداً أن رفض الذات يؤدي إلى اضطراب في السلوك، ومبالغة في التصرفات كوسيلة دفاعية لتحسين صورة الذات أمام الآخرين. وهذا يُبرز أهمية العلاقة التي يقيمها الفرد مع نفسه، ويُظهر أن الصحة النفسية تبدأ من الداخل قبل أن تنعكس على الخارج.

وفي السياق ذاته، يشير تعريف (مجذوب احمد محمد احمد قمر، 2016) إلى أن الصحة النفسية هي حالة من التكيف والتوافق مع الذات والبيئة، وتحقيق السلام الداخلي، رغم الضغوط والتحديات. وهذا التعريف يُقدّم الصحة النفسية بوصفها عملية ديناميكية نشطة، تتطلب من الفرد مرونة نفسية وقدرة على التفاعل مع المحيط بطريقة متزنة.

كما يضيف تعريف (عبد السلام عبد الفخار صولي، 2014) بُعدًا آخر يتمثل في تكامل الطاقات النفسية للفرد واستثمارها بالشكل الأمثل، مما يفضي إلى تحقيق ما أسماه بـ " الجودة الإنسانية ". ويؤكد هذا الطرح على أن الصحة النفسية لا تعني فقط التكيّف، بل تتعداه إلى تنمية الإمكانيات والارتقاء بالذات.

2- التطور التاريخي لنشأة الصحة النفسية:

إن المتتبع لنشأة علم الصحة، يجد أن موضوعات هذا العلم قديمة قدم الإنسان، فالقرآن الكريم زوج بين الصحة النفسية والصحة الجسمية، فقد خلق سيدنا آدم في صحة نفسية وجسمية كاملة، ووفر له شرطان الأمن والطمأنينة فأكرمه وأسجد له الملائكة لقوله تعالى " ولقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم " سورة التين الآية 4، وأشارت الدراسات في الحضارات القديمة إلى اهتمام الفراعنة والإغريق والصينيين القدماء بعلاج الاضطرابات العقلية وإعادة الصحة النفسية وكان العلاج على طريق الكهنة والسحرة، على أساس إن هذه الاضطرابات ناشئة على الأرواح وكانت مهمتهم طرد هذه الأرواح والشر.

2-1- عند الإغريق ظهر هيبوقراط 377365 (ق م):

أرجع الأمراض العقلية إلى خلل في الدماغ، الذي هو مركز النشاط العقلي واهتم بتشخيص حالات المنغوليا والهستيريا وقام بعلاجها بأسلوب علمي بعيدا على العلاج الخرافي.

2-2- أما " أفلاطون " 429 474 (ق م):

كانت آرائه تشاؤمية في الصحة النفسية واعتبر النفس محبوسة في البدن بشهواته، واعتقد أن الأمراض العقلية ناتجة على الشياطين مع هذا كانت له بعض الآراء الجيدة في الصحة النفسية، اعتبر المجنون غير مسؤول على أفعاله ولا يعاقب على جرائمه ودعي إلى عزل المجانين والعناية بهم.

(سفاسفه وعريبات، 2005).

2-3- أما في العصور الوسطى:

ازدهر علم الصحة النفسية في البلاد الإسلامية عكس ما كان الوضع في أوروبا، فكانت العصور الوسطى مظلمة بالنسبة لهذا العلم، وهذا ما أكدته (برنيو، 1972) بقوله انه لأكثر من ألف عام فقدت كتابات أرسطو بالنسبة للعلماء الأوروبيين، بينما أنقذت هذه الأعمال بواسطة العرب.

وهذا وقد اهتم المسلمون بموضوعات الصحة النفسية وعالجوها من خلال دراستهم العلاقة الإنسان بربه، وبنفسه وبالناس وهدفها تنمية دوافع الهدى والسيطرة وتحقيق التوازن بين مطالب الجسد والروح وقد برز في هذا المجال، " ابن سينا " و " إسحاق بن عمران " و " علي بن الحزم "

(زبدي ولمين، 2012).

2-4- أما في العصر الحديث:

قد نشأ هذا العلم في أوروبا سنة (1979) وينسب إلي " فرالي " لأنه من الأوائل في العصر الحديث الذين بحثوا في فرنسا إمكانية إعادة التكيف الاجتماعي للمجرمين والمجانين. وأشار تاريخ تطور الحياة الاجتماعية بفرنسا في أواخر القرن التاسع عشر إلى تأسيس عدد من الجمعيات التي تعمل لهذا الغرض.

(سفاسفه وعريبات، 2005).

وتوالى البحوث والدراسات الطبية والنفسية في الصحة النفسية والعلاج النفسي تعددت المجالات العلمية والدورية التي تحوي آلاف البحوث والدراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي في الوقت الحاضر. (زبدي ولمين، 2012).

3- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

لقد تعددت النظريات والاتجاهات العلمية في تفسير منشأ الاضطرابات النفسية والعصابية في ميدان علم النفس الصحة، فكل اتجاه نظري يحاول تأكيد رأيه فيما يخص سبب المرض وبالتالي تصويره لحالة الصحة بما أن الاتجاهات النظرية كثيرة ومتعددة سنحاول عرض بعض تلك الاتجاهات النظرية بطريقة مختصرة وهي كالتالي:

3-1- مدرسة التحليل النفسي:

الإنسان السليم في نظر فرويد هو الإنسان الذي يملك الأنا لديه قدرة كاملة على التنظيم والإنجاز ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء الهو ويستطيع التأثير عليه حيث في حالة الصحة لا يمكن فصلهما عن بعضهما ويشكل الأنا الأجزاء الواعية والعقلانية من الشخص في حين تتجمع الغرائز اللاشعورية في الهو حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي) وتكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة كما يضم هذا النموذج الأنا الأعلى والذي يمكن تشبيهه بالضمير من حيث الجوهر وهنا يفترض فرويد أنه في حالة الصحة النفسية تكون القيم الأخلاقية العليا للفرد إنسانية ومبهجة في حين في حالة العصاب من خلال تصورات جامدة مرهقة ولا يقاس مقدار الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات أو عدم وجودها وإنما تتجلى الصحة النفسية من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات و مواجهتها.

3-2- المدرسة المعرفية:

تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات، وعليه فالشخص المتمتع بالصحة النفسية قادر على استخدام إستراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية ويحيا على فسحة من الأمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه فالإنسان يقع ضريح المعاناة والاضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات أما الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعية في النظرة إلى الذات والآخرين والدنيا وينتج عن هكذا نظام واقعي عقلائي سيادة التفكير الإيجابي في المواقف الحياتية كما في الوقف من الذات.

3-3- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب المدرسة السلوكية أن الصحة النفسية السليمة تتمثل في اكتساب الفرد لعادات مناسبة أو ملائمة تساعده على مواجهة المواقف الصعبة وحسم الصراع واتخاذ القرار المناسب الذي يمكنه من حسن التعامل مع الآخرين بما يحقق له حياة مطمئنة في المجتمع الذي يعيش فيه وينتمي إليه، وهم ينظرون إلى الإنسان باعتباره تنظيماً معين من العادات المكتسبة أو المتعلمة ولهذا فهم يؤكدون على أهمية العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد خلال مراحل نموه ويعتبرون هذه العوامل عوامل أساسية في تشكيل سلوكه. (بخوش خرفية، 2016).

4- مناهج الصحة النفسية:

حتى يتمتع الفرد بصحة نفسية سليمة لا بد من اتباع منهج سليم ولهذا فإن الصحة النفسية تقوم على ثلاثة مناهج أساسية هم:

4-1- المنهج الوقائي:

يركز هذا المنهج على الافراد الاسوياء وصولا بهم الى أقصى درجة ممكنة من الصحة النفسية والتكيف انه يدرس مثلا قدرات الافراد وامكاناتهم وتطورها، وتوجيهها لتحقيق الفاعلية والكفاية والسعادة ان المؤسسات التربوية والاجتماعية لتحقيق الفعالية والسعادة أن للمؤسسات التربوية والاجتماعية دورا هاما في حسن رعاية أطفالها، وتنشئتهم تنشئة اجتماعية سوية حتى يتم تنمية طاقتهم وقدراتهم واستثماراتهم، وتحقيقها. (هوارى، 2016).

4-2- المنهج العلاجي:

ويرتكز على تقديم العلاج لغير القادرين على العمل بالحد الأدنى من الصحة النفسية ويلاحظ وجود اتجاهين في هذا المجال.

- **الاتجاه الطبي:** ويعتمد على وسائل التشخيص العلاج الطبي بحيث يتعاطى المريض نفسيا الادوية

الطبية من أجل تحقيق الشفاء، ومن مميزات هذا العلاج انه سريع المفعول على استثارة الجهاز العصبي او توازنه مما يؤدي الى السيطرة على السلوك العام بشكل تام خلال فترة وجيزة.

- **الاتجاه النفسي:** ويعتمد هذا الاتجاه على التعامل مع الأسباب النفسية التي تؤدي الى الاضطرابات

النفسية، فيتم ذلك عن طريق استخدام أساليب العلاج النفسي، وغالبا ما يكون هذا العلاج فرديا عن طريق جلسات علاجية تستغرق بعض الوقت كما تستخدم جلسات العلاج الجماعي تبعا لنوع الاضطرابات.

4-3- المنهج البنائي:

وهو لمن يتمتعون بالصحة النفسية، ويهدف هذا المنهج الى الرفع من مستوى شعور الأفراد بالصحة النفسية وزيادة فاعليتهم مما يؤدي الى تحقيق الذات والشعور بالسعادة والمتعة في الحياة والشعور بالرضا عن النفس وعن الآخرين. (العبودي، 2018).

من هذا الأخير نستنتج بأن هذه المناهج الثلاثة متداخلة ومتشابكة وتستخدم كلها في المحافظة على الصحة النفسية فالمنهج هو الطريق الذي يسلكه الفرد حتى يقي نفسه وغيره من الوقوع في حالات الاضطراب، أما المنهج العلاجي هم ما يتبع لعلاج الفرد من الانحراف، وبالنسبة للمنهج البنائي فهو ما يحتضنه الفرد ليزيد شعوره بالسعادة.

5- معايير الصحة النفسية:

تتحد معايير الصحة النفسية بنمط ما يدور في واقع الافراد وتواجههم من ضغوطات في الصحة النفسية. نمط اجتماعي يرتبط بوجود الانسان وواقعه ومن معايير الصحة النفسية ما يلي:

5-1- المعيار الذاتي:

وفيه يتخذ الفرد من ذاته اطارا مرجعيا يرجع اليه في الحكم على السلوك السوي أو غير السوي.

5-2- المعيار المثالي:

الذي يعيد الشخصية السوية بأنها مثالية أو ما يقرب منها وأن اللاسوية هي انحراف عن المثل العليا، لهذا فان الحكم عليها هو مدى اقتراب أو ابتعاد الفرد عن الكمال.

5-3- المعيار الاجتماعي:

ويعتمد فيه على تحديد السوي من غير سوي أي مدى الالتزام بالمعايير والقيم الاجتماعية والثقافية والدني.

5-4- المعيار الإحصائي:

يحصل فيه توزيع السوي واللا سوي من خلال الانحراف عن المتوسط اذ تتركز معظم التشابهات بين الأفراد في منتصف هذا التوزيع.

5-5- المعيار الطبي:

يحدد بعض المنظرين في الطب النفسي أن اللاسوية تعود الى صراعات نفسية لا شعورية وأن السوية هي الخلو من الاضطرابات. (الزبيدي، دس).
وأخيرا نستنتج أن كل هذه المعايير قد تعتبر أحد التصنيفات التي برزت نتيجة لتعدد النظريات النفسية لتحديد الصحة النفسية وبذلك تحديد السواء وللأسواء.

6- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

تتميز دائما الشخصية المتميز بالصحة النفسية بمجموعة من الخصائص وفيما يلي أهم هذه الخصائص التي تم وضعها من قبل ما سلو ومتلان.

وضع (ماسلو ومتلان، 1951) قائمة بالمحكمات التي تصف الشخص السوي الصحيح وهي شعور كافي بالأمن درجة معقولة من تقويم الذات أهداف واقعية في الحياة، اتصال فاعل بالواقع تكامل وثبات في الشخصية القدرة على التعلم من الخبرة تلقائية مناسبة انفعالية معقولة القدرة على اشباع حاجات

الجماعة مع درجة ما من التحرر من الجماعة أي الفردية، رغبات جسدية غير مبالغ فيها مع القدرة على اشباعها في صورة مقبولة.

ويمكن تناول خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بالتفصيل على النحو التالي:

6-1- كفاءة الفرد في مواجهة احباطات الحياة اليومية:

تختلف قدرة الناس على المشاق والصعوبات العادية التي تواجههم في الحياة، ونجد من بين الناس من ينزعج انزعاجا شديدا لأي تغير غير متوقع في مجرى الأمور أو لعدم حصوله على ما يريد، ويصل الحال ببعضهم الى البنية الفكرية التامة والانهيار الشامل عند تعرضهم للإحباطات البسيطة. وعلى العكس من ذلك تعرف عن بعض الناس صلابة قوية إزاء متاعب الحياة واحداثها اليومية ودرجة عالية من التحمل والصمود ومواجهة عقلانية لمواقف الإحباط لا يطغى عليها الانفعال أو التخبط.

6-2- تقبل الفرد الواقعي لحدوده وإمكانياته:

الشخص الواقعي مقدار لقدراته وللعالم من حوله، وهو يقيم قدراته بطريقة واقعية ولا يبالغ في تصوره. (هواري، 2016).

وأخير نستنتج أن جميع هذه الخصائص تم وضعها من قبل ما سلو ومتلان من أجل التميز بين الشخصية المتميزة بصحة نفسية سليمة والشخصية المرضية.

7- مستويات الصحة النفسية:

بما أن الصحة النفسية حالة غير ثابتة، تتغير من فرد إلى آخر ومن زمن لزمان آخر، ومن مجتمع المجتمع آخر، فإنها تتوزع على درجات ومستويات مختلفة، كما أن الاضطراب النفسي يأخذ أشكالاً متدرجة من الخطورة وفيما يلي عرض المستويات التي تميز الصحة النفسية. (عبد الله قاسم، 2001).

7-1- المستوى الراقى (العادي):

وهم أصحاب الأنا القوي والسلوك السوي والتكيف الجيد وهم الأفراد الذين يفهمون ذواتهم ويحققونها وتبلغ نسبة هؤلاء حوالي 52% بالمائة.

7-2- المستوى فوق المتوسط:

وهم أقل من المستوى السابق وسلوكهم طبيعي وجيد وتبل نسبتهم 13,5% بالمائة.

7-3- المستوى العادي (المتوسط):

وهم في موقع بين الصحة النفسية المرتفعة والمنخفضة ولديهم جوانب قوة وجوانب ضعف يظهر أحدهما أحيانا ويترك مكانه للآخر أحيانا أخرى وتبلغ نسبتهم حوالي 44% بالمائة.

7-4- المستوى الأقل من المتوسط:

هذا المستوى أدنى من السابقين من حيث مستوى الصحة النفسية وأكثر ميلا للاضطرابات وسوء التكيف، فاشلون في قيم ذواتهم وتحقيقها وتبلغ نسبتهم حوالي 13,5% بالمائة.

7-5- المستوى المنخفض:

ودرجتهم في الصحة النفسية قليلة جدا، وعندهم أعلى درجة في الاضطراب والشدوذ النفسي يمثلون خطرا على أنفسهم وعلى الآخرين ويتطلبون العزل في مؤسسات خاصة وتبلغ نسبتهم حوالي 52% بالمائة.

8- أهمية تحسين الصحة النفسية:

تلعب الصحة النفسية دوراً محورياً في تحسين الأداء الوظيفي وتعزيز بيئة عمل إيجابية، خاصة في المؤسسات الخدمية التي تتطلب جهداً عالياً وتعاملاً مباشراً مع ضغوط مهنية مختلفة، وفي هذا السياق، يمكن تبني العديد من الاستراتيجيات لتعزيز الصحة النفسية للعاملين، ومن أبرزها ما يلي:

8-1- برامج الدعم النفسي:

توفر برامج الدعم النفسي بيئة آمنة للعاملين لمناقشة مشكلاتهم النفسية والحصول على الإرشاد المناسب، وتشمل هذه البرامج جلسات استشارية نفسية دورية مع مختصين في علم النفس، إضافة إلى توفير خطوط مساعدة سرية للعاملين الذين يعانون من ضغوط نفسية شديدة. (الحاج، 2016).

كما أظهرت الدراسات أن الدعم النفسي الفعال يمكن أن يقلل من مستويات القلق والتوتر، ويحسن من رضا الموظفين وإنتاجيتهم. (Quick & all, 1997).

8-2- تحسين بيئة العمل:

يُقصد بها تنظيم المهام وتوزيع الأعباء الوظيفية بطريقة متوازنة بحيث لا يتحمل العاملون ضغوطاً زائدة عن طاقتهم، كما تشمل إعادة توزيع المهام والحد من العبء الزائد على الموظفين، مما يقلل من الضغوط المهنية. (خليفة، 2019).

كما يشمل الظروف البيئية لتكون داعماً نفسياً، وخلق بيئة عمل تشجع على التواصل الفعال والتعاون بين الموظفين. (غندور، 2018).

ويمكن تحقيق ذلك من خلال وضع أنظمة واضحة لساعات العمل، والتأكد من توزيع المهام بشكل عادل وفقاً لقدرات الموظفين. وقد أشارت الأبحاث أن تحسين هيكل العمل يقلل من الإرهاق ويحسن رضا الموظفين ورفاهتهم النفسية. (Schaufeli & Bakker, 2004).

8-3- برامج التدريب على إدارة الضغوط:

تساعد هذه البرامج العاملين على تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل مع الضغوط المهنية من خلال تدريبهم على تقنيات الاسترخاء، وتنظيم الأولويات، والتكيف مع المواقف الصعبة. كما تساهم هذه البرامج في تعزيز القدرة على التحكم في ردود الأفعال تجاه الضغوط، مما ينعكس إيجابياً على الصحة النفسية والأداء الوظيفي. وتشير الدراسات إلى أن توفير مثل هذه الدورات التدريبية يقلل من مستويات التوتر ويحسن من جودة الحياة الوظيفية. (Lazaruse & Folkman, 1984).

وبناء على ما سبق، يُعد الاستثمار في استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية خطوة ضرورية لتحسين بيئة العمل، وتقليل الضغوط المهنية، وتعزيز الأداء الوظيفي. وتظهر الدراسات أن المؤسسات التي تطبق هذه الاستراتيجيات تحقق معدلات رضا وظيفي عال، مما يساهم في استقرار واستمرارية العمل بكفاءة أكبر. (Cooper & all, 2001).

9- الصحة النفسية لدى ممرضي الصحة العقلية:

الصحة النفسية لممرضي الصحة العقلية تعني التوازن النفسي والقدرة على إدارة الضغوط الناتجة عن التفاعل مع مرضى يعانون من اضطرابات عقلية ونفسية. كما تشمل المحافظة على مستوى عالٍ من الرفاهية النفسية، والتحكم في المشاعر السلبية مثل القلق، الغضب، أو الإحباط الناتج عن طبيعة العمل المعقدة.

9-1- طبيعة عمل ممرضي الصحة العقلية وتأثيرها على صحتهم النفسية:

يواجه ممرضو الصحة العقلية تحديات متعددة تتعلق بطبيعة مرضاهم مثل:

- التعامل مع السلوك العدواني أو الانفعالي.
 - التعامل مع مرضى يعانون من أمراض نفسية حادة مثل الفصام والاكتئاب الشديد.
 - التعرض لضغط مستمر بسبب الحاجة الدائمة للانتباه والتركيز.
 - العمل بنوبات متغيرة وأوقات عمل طويلة، مما يسبب اضطرابات في النوم والحياة الاجتماعية.
- هذه العوامل تؤدي إلى ارتفاع احتمالية تعرض الممرضين لمشكلات نفسية مثل:
- الإجهاد النفسي، الاحتراق الوظيفي، الاكتئاب، القلق، واضطرابات ما بعد الصدمة.

9-2- العوامل المؤثرة في الصحة النفسية لممرضي الصحة العقلية تشمل أبرز العوامل:

- بيئة العمل: وجود دعم إداري واجتماعي من الزملاء يقلل من مستويات التوتر.
- عبء العمل: كلما زاد العبء قلّ أداء الممرض وارتفع مستوى التوتر.
- التدريب والتأهيل: كلما كان الممرض مهياً بشكل علمي ونفسي للتعامل مع الحالات، كلما قلت احتمالية تعرضه للإجهاد النفسي.
- الدعم الشخصي والعائلي: المساندة من الأسرة والأصدقاء عامل مهم للحفاظ على التوازن النفسي.

9-3- أهمية الحفاظ على الصحة النفسية لممرضي الصحة العقلية:

- ينعكس الحفاظ على الصحة النفسية بشكل مباشر على جودة الرعاية المقدمة للمرضى.
- يساهم في تقليل أخطاء العمل الناتجة عن الإجهاد أو التشتت الذهني.

- يرفع من مستوى الرضا الوظيفي ويقلل نسب التغيب أو التسرب المهني.

- يضمن بيئة عمل صحية وآمنة لكل الفريق العلاجي.

.(Edwards.D & all, 2000)

10- مقياس الصحة النفسية DASS-21 الاكتئاب، القلق والضغط النفسي-21:

هو مقياس نفسي يستخدم لتقييم مستويات الاكتئاب والقلق والتوتر لدى الافراد، قام بإعداد المقياس كل من (بيتر لوفوند، Peter Lovibond) و (سين لوفوند، Sydney Lovibond) في جامعة نيو ساوث ويلز (University of New South Wales) في استراليا عام 1995، تم تطويره كإصدار مختصر من المقياس الأصلي هي (DASS-42) يعتمد المقياس على التقرير الذاتي للمفحوص يقوم المفحوصين على الاستجابة على بنود الاختبار بناء على حالتهم المزاجية خلال الأيام السبعة الماضية.

10-1- طريقة الإجابة على المقياس:

يطلب من المفحوص تقييم مدى الحالة التي كان فيها خلال الأسبوع الماضي من خلال وضع إشارة X في الخانة المراد الإجابة عنها حيث نجد الأرقام والتي تقابلها التقديرات التالية.

0 ← أبدا. 1 ← أحيانا. 2 ← غالبا. 3 ← دائما.

10-2- تنقيط المقياس:

يتألف المقياس من ثلاثة مقاييس فرعية تقيس الاعراض الأساسية للانفعالات الوجدانية السلبية (الاكتئاب،

القلق والضغط النفسي) يوجد 7 بنود لكل بعد، يجب ضرب مجموع العناصر السبعة في كل مقياس

فرعي في 2 للحصول على النتيجة الاجمالية.

10-3- مقياس الاكتئاب:

يتم تقسيم مجموع الدرجات على مقياس الاكتئاب الفرعي إلى:

اكتئاب طبيعي (0-9)، الاكتئاب الخفيف (10-12)، الاكتئاب المتوسط (13-20)، الاكتئاب الشديد

(21-27)، الاكتئاب الشديد جدا (28-42).

10-4- مقياس القلق:

كما تم تقسيم الدرجة الفرعية للقلق الى:

القلق الطبيعي (0-6)، القلق الخفيف (7-9)، القلق المتوسط (10-14)، القلق الشديد (15-19)،

القلق الشديد جدا (20-42).

10-5- مقياس الضغط النفسي:

وقد تم تقسيم مجموع الدرجات على مقياس الضغط الفرعي إلى:

الضغط الطبيعي (0-10)، الضغط الخفيف (11-18)، الضغط المتوسط (19-26)، الضغط الشديد

(27-34)، الضغط الشديد جدا (35-42).

في أبحاث كثيرة في الصحة النفسي، استخدم مقياس (DASS-21).

(Tran & all, 2013, Yohannes & all, 2019), (Pelling & Bruton, 2017).

لقد اظهر مقياس (DAAS-21) تناسقا داخليا ممتازا وموثوقية في الاختبار إعادة الاختبار وتمت ترجمة المقياس الى 42 لغة. (Brown & all, 1997)

وجدت معظم الدراسات التي استخدمت المقياس أنه يتمتع بمعايير صدق وثبات عالية، كما تم التحقق من مدى صالحيته من خلال تحليل مكونات بنود المقياس، وأبعاده من خلال التحليل العاملي التوكيدي، بالإضافة إلى الارتباطات مع المقاييس النفسية الأخرى. (Scholten & all, 2017)

خلاصة الفصل:

في ختام هذا الفصل، يتضح أن الصحة النفسية تمثل حجر الزاوية في بناء شخصية متوازنة قادرة على التكيف مع متطلبات الحياة ومواجهة الضغوط المختلفة. وقد عُرض تطورها التاريخي من منظور يركز على المرض العقلي إلى تصور أكثر شمولاً يدمج الجوانب الإيجابية للنمو النفسي. كما تم التطرق إلى أبرز النظريات النفسية المفسرة للصحة النفسية، من بينها النظرية التحليلية، السلوكية، المعرفية، والإنسانية، إلى جانب عرض المناهج المعتمدة في دراستها كالمناهج الذاتي، الإكلينيكي، الإحصائي والاجتماعي. وقد تم تحديد معايير الصحة النفسية وخصائص الشخصية السوية، مع تصنيف مستويات الصحة النفسية بين التوافق التام والاضطرابات، مما يعكس الطابع المتدرج لهذه الحالة. وفي الختام، أُبرزت أهمية تعزيز الصحة النفسية في مختلف المراحل والفئات، خصوصاً لدى ممارسي الصحة العقلية الذين يشكلون دعامة أساسية لدعم الأفراد والمجتمعات نفسياً واجتماعياً.

الفصل الثاني

العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي

- تمهيد

1- تعريف التمريض والممرض

2 - متطلبات مهنة التمريض

3- تعريف المريض

4- تعريف مصلحة الطب العقلي والمريض النفسي

5- التمريض في مصلحة الطب العقلي وممرض الطب العقلي

6- وظائف ممرض الطب العقلي

7- العلاقة العلاجية

8- أنواع العلاقات العلاجية

9- العلاقة بين المريض النفسي وممرض الطب العقلي

10- صعوبات العلاقة بين مريض والممرض الطب العقلي

- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد الخدمات الصحية احدى الدعائم الأساسية للخدمات الاجتماعية التي تحرص الدول على تقديمها وتمويلها، وتعتبر مهنة التمريض من أكثر المهن ممارسة للضغوط على الافراد، لما قد تحمله من أعباء زائدة في المؤسسات بصفة عامة ومستشفى الامراض العقلية بصفة خاصة، لأنها ترتبط بمحيط عمل مضطرب يمارس تأثير سلبي والتي قد تأثر على العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي حيث تعتبر هذه العلاقة من اهم عناصر الرعاية الصحية النفسية، وتبنى هذه العلاقة على أساس من الثقة المتبادلة والاحترام. مما يساهم في تعزيز التفاعل الإيجابي ويساعد المريض على التفاعل مع مشاعره وأفكاره بحرية. يتطلب دور ممرض الصحة العقلية ليس فقط القدرة على تقديم الرعاية العلاجية المتخصصة، بل أيضا القدرة على فهم الاحتياجات النفسية والعاطفية للمريض، هذا ما سنتناوله في هذا الفصل.

1- تعريف التمريض والممرض:

1-1 تعريف التمريض:

هي مهنة تهتم بالإنسان ككل جسما وعقلا وروحا لتحسين وضعه الجسدي والنفسي والاجتماعي، وذلك عن طريق تقديم أفضل خدمات التمريض في حالة مرضه ومساعدته على تلبية ضرورية، وتعليم الفرد الأسس الصحية السليمة في الحياة للمحافظة على صحته الجيدة والوقاية من الامراض.

(الجنابي واخرون، 1983).

كذلك عرف التمريض بأنه تقديم الرعاية اللازمة للأفراد او الاسر او المجتمعات المحلية ضمن الفريق الطبي بهدف المساعدة لتحسين المستوى الصحي للفرد والمجتمع والوقاية من الامراض.

(حاتم، 1983).

ويعرف كذلك على انه هو الرعاية الشاملة للمريض من النواحي النفسية والاجتماعية وهي مهنة تخدم المرضى وتهتم بوقاية المجتمع كله من الامراض ورفع المستوى الصحي وكفالة الصحة للجميع.

(الزهراني واخرون، 1991).

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية (2024) يعرف التمريض على انه يشمل الرعاية الذاتية والتعاونية للأفراد من جميع الاعمار، العائلات، المجموعات والمجتمعات، سواء كانوا مرضى او اصحاء وفي جميع البيئات. ويتضمن ذلك تعزيز الصحة، الوقاية من الامراض، ورعاية المرضى، المعاقين والمتحضرين. من خلال هذه التعاريف نستنتج ان مهنة التمريض تقوم على مساعدة الانسان في تسيير او علاج مرضه وتقديمه الرعاية اللازمة من جميع النواحي.

1-2 تعريف الممرض:

وفقا لمنظمة الصحة العالمية للصحة (2020) على انه الشخص الذي استكمل برنامجا مخططا لتعليم اساسيات خدمة التمريض ويكون مؤهلا ومرخصا في بلده بتقديم خدمات مسؤولة فيما يتعلق بتعزيز الصحة ومنع الامراض ورعاية المرضى.

هو الشخص المهني الذي يقدم الخدمات التمريضية الصحية للأفراد لإدامة حياتهم ومنه حدوث الامراض والعناية بهم وكذلك القيام على راحة المريض. (الجنابي واخرون، 1989).

أيضا هم الأشخاص الذين يقومون بمختلف الاعمال التمريضية التي تحتاج الى المعرفة والمعلومات والمهارة الجيدة ليكونوا ضمن الفريق الطبي ويجب ان يحملوا شهادة البكالوريا وديبلوم في علم التمريض. (العقل، 2003).

الممرض هو الشخص المؤهل أكاديميا ومهنيا لتقديم الرعاية الصحية والتمريضية للمرضى في مختلف مراحل تواجدهم، سواء في المستشفيات او المنازل او أماكن أخرى. تتضمن مسؤوليات الممرض تسجيل العلامات الحيوية والمعلومات الطبية للمرضى، متابعة حالتهم الصحية، وتقديم الدعم العلاجي والنفسي لهم. بالإضافة الى ذلك، يساهم الممرض في تثقيف المرضى واسرهم حول الحالات الصحية وكيفية التعامل معها.

والتي تستغرق عادة دراسة لا تقل عن أربع سنوات في كلية التمريض.

(Harvard, 2024).

نستنتج ان الممرض هو ذلك الشخص الذي يكون عضو في الفريق الطبي ويتمثل في تقديم الخدمات التمريضية الصحية للمرضى وهو من أعضاء الفرقة الطبية. ما يجعله في بعض الأحيان يتعرض لضغوطات نفسية قد يكون لها اثار سلبية على صحته النفسية والجسدية.

2- متطلبات مهنة التمريض:

حسب (Phaneuf, 2012)، فإن مهنة التمريض تتطلب مجموعة من الاستعدادات والقدرات النفسية، الاجتماعية، الفيزيائية والأخلاقية لدى الممرضين لأدائها على أحسن وجه وهذه الاستعدادات تتمثل في:

1-2- الاستعدادات الجسدية:

تعتبر مهنة التمريض من بين المهن المتعبة والمنهكة والتي تتطلب من ممارسيها قدرات واستعدادات جسمية هامة من أجل أدائها وفق الشروط المطلوبة وبفعالية عالية، فمن الضروري على الممرض أن يتمتع بالصحة والسلامة الجسدية.

2-2- الاستعدادات العقلية (الفكرية):

تتطلب مهنة التمريض قدرات متنوعة كالذكاء، عدم الشرود الذهني، روح المبادرة، روح التنظيم، القدرة على اتخاذ القرارات ودقة الملاحظة.

3-2- الصفات الأخلاقية:

تتمثل هذه الصفات في العدل، خدمة الآخرين، التقاني والإخلاص، الشرف، العناية بالمرضى الدقة، الفطنة، الالتزام والمحافظة على نظام الجسم وفقاعات العلاج.

وحسب (Maslach, 1981)، فإن طبيعة الممرضين هي في حد ذاتها مصدرا للضغط المهني والاحتراق الوظيفي، كون الممرضين أكثر عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحياتهم اليومية كعبء العمل، مواجهة

الحالات الخطيرة وحالات موت المرضى اليومية غالباً ما تشعرهم بالفشل والإخفاق المهني وتأنيب الضمير. (مصطفى، 2000).

نستخلص ان لمهنة التمريض شروط ان نستطيع ان نقول ذلك وهي الاستعدادات الجسدية، العقلية والأخلاقية التي يجب ان تتوفر لدى الممرضين لتمكنهم من أداء مهامهم التمريضية جيداً. وهذا بسبب صعوبة مهنة التمريض وهذا ما أكدته عليه Maslach فحسبه التمريض مصدراً للضغط المهني والاحتراق الوظيفي.

3- تعريف المريض:

يعرف في القاموس الفرنسي " لاروس Larousse" عل انه كائن حي يعاني من مرض، او بمعنى ان أحد الأعضاء الجسم يكون قد أصيب بمرض، او من يشعر بالألم على مستوى الجسمي او النفسي. وعلى انه تغير في الحالة الصحة التي تتجلى في شكل مجموعة من العلامات والأعراض الملموسة المباشرة كما يمكن ان تكون مجموعة من الاعراض المخفية التي لا تظهر بشكل مباشر. ويختلف مفهوم المرض وفقاً للثقافات والأديان والأخلاق، وفي عدد السكان، وفقاً لعصور. يختلف تحديد الأمراض من قبل المهنيين الصحيين أيضاً وفقاً لتطور المعرفة العلمية، ووسائل الملاحظة، والمعايير التي يتم الاحتفاظ بها لتمييز مرض واحد، وما إلى ذلك. فمصطلح المرض، في اللغة الطبية الحالية، يتوافق مع مجموعة من الأعراض غير الطبيعية الناتجة عن نفس السبب المعروف.

يؤدي تحديد هويته إلى إنشاء تشخيص وعلاج مناسب، وتكييفه عالمياً مع توقعات المريض، مع مراعاة توقعاته، وفقاً لمعتقداته وقيمه. (Dictionnaire Académie de Médecine, 2020).

4- تعريف مصلحة الطب العقلي والمريض النفسي:

4-1 تعريف مصلحة الطب العقلي:

تعرف مستشفى الأمراض العقلية " حسب القانون " الأساسي للصحة الجزائرية في المادة 150، مستشفى الأمراض العقلية للولاية هو مؤسسة علاجية ومختصة بإعادة التكيف اجمالاً، ويتولى ادارته طبيب اختصاصي بالأمراض العقلية، بصفته مديراً للمستشفى ويساعده طبيب بصفته مديراً مساعداً وكذلك مكلف بالشؤون الإدارية والتسيير الاقتصادي للمؤسسة. (الجريدة الرسمية، 2009).

تعرف (البنى إبراهيم) و (مسعود صادق) مستشفى الأمراض العقلية بأنه مبنى يقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية النفسية والعقلية وإعادة التأهيل النفسي للمصابين بالأمراض النفسية والعقلية بمختلف أنواعها ودرجاتها سواء للمرضى الداخليين أو الخارجيين وكذلك يقدم التأهيل العلمي لطلاب طب العقلي والعلمي. (إبراهيم، 2015).

وعليه يمكن تعريف مستشفى الأمراض العقلية بأنها مؤسسة علاجية تختص بمعالجة المصابين بالأمراض العقلية والاضطرابات النفسية من الجنسين.

4-2 تعريف المريض النفسي:

هو المريض الذي يعاني من الاضطرابات العقلية التي تؤثر على تكيفه الاجتماعي، والذي يتم رعايته

والاعتناء به في المصحة العقلية. (Grand Dictionnaire Terminologique, 2005).

5- التمريض في مصلحة الطب العقلي والممرض النفسي:

1-5 التمريض في مصلحة الطب العقلي:

التمريض النفسي والصحة العقلية هو تخصص تمريضي يوفر رعاية شاملة للأفراد المعرضين لخطر الاضطرابات العقلية وتعاطي المخدرات والمشاكل السلوكية او الذين يعانون منها لتعزيز صحتهم الجسدية والنفسية الاجتماعية. يركز هذا التخصص على العلاقات الإنسانية كأدوات علاجية ويأخذ في الاعتبار العوامل الخارجية المؤثرة على الصحة العقلية.

لا يقدم ممرضو الصحة النفسية والعقلية الرعاية الجسدية فحسب، بل يقومون أيضا بالتواصل الاجتماعي والعمل على تسهيل العملية العلاجية والتواصل مع مرضاهم لخلق بيئة آمنة وممتعة تعزز التغيير الإيجابي. (Adapté de l'American Psychologica Association, 2022).

وحسب (Masseix, 1998) التمريض في مصلحة الطب العقلي تستجيب الى متطلبات لحل مشكلة، مساعدة ودعم المرضى الذين يعانون من انهيار، اضطرابات او اعاقات عقلية. يسجلون في خطوات علاجية قابلة للتطور، لتسمح للفرد المصاب باحتفاظ او استعادة استقلاليتة هويته وحرية العمل واتخاذ قرارات في المجتمع. (Masseix, 1998).

2-5 تعريف ممرض الطب العقلي

حسب جنه ريش (Jenneh, 2020) لتعمل ممرضات الصحة العقلية النفسية على تحسين أو دعم الرفاه العقلي والبدني للأشخاص الذين يعانون من الصحة العقلية أو الحالات السلوكية قد يدعمون أيضًا الأشخاص المقربين من شخص يعاني من هذه الشروط، مثل أفراد الأسرة أو الشركاء الرومانسيين. وفقًا لجمعية الممرضات النفسية الأمريكية، قد تعمل مع الأفراد والمجموعات والعائلات والمجتمعات. ويقومون بتقييم احتياجات الصحة العقلية وتطوير خطة رعاية التمريض. ثم يقومون بتنفيذ الخطة وتقييم فعاليتها بمرور الوقت.

الممرض في الطب النفسي يطلب منه العمل في خدمات متنوعة: مع البالغين، الأطفال (طب نفس الأطفال) أو مع كبار السن (طب نفس الشيخوخة). يمكنه أيضًا أن يعمل في مركز طبي نفسي أو مركز طبي نفسي تربوي، مركز استقبال، أو مؤسسة للصحة النفسية (مثل مستشفى للأمراض النفسية). تستقبل هذه الخدمات أشخاصًا يعانون من اضطرابات في الأكل، الإدمان، أو أمراض مثل الاكتئاب، الاضطراب ثنائي القطب أو الفصام. يجب على ممرض الطب النفسي أن يبني علاقة ثقة، أي "رعاية علائقية" مع المريض من أجل مرافقته في مساره العلاجي.

كما يجب أن يكون قادرًا على القيام بالعناية التقنية مثل أخذ عينات دم أو تركيب المحاليل الوريدية. وكل هذا في سياق خاص جدًا حيث يكون المريض أحيانًا في حالة من الضيق النفسي والجسدي الشديد. (CGOS, 2020).

6- وظائف ممرض الطب العقلي:

تعتمد الوظائف التي يقوم بها على احتياجات عملائها، وإعداد الرعاية الصحية، وتدريبهم الخاص.

قد تشمل وظيفة:

- تقييم الخلل الوظيفي ومراقبة وتقييم التقدم.
- مساعدة الناس على استعادة أو تحسين قدرات المواجهة.
- إدارة الأدوية العقلية والمساعدة في مراقبة وإدارة آثارها الجانبية.
- تعزيز العوامل والبيئات التي تساعد على منع المزيد من الإعاقة.
- تعزيز الصحة العامة.
- المساعدة في أنشطة الرعاية الذاتية.
- إدارة ومراقبة أنظمة العلاج النفسي.
- توفير التثقيف الصحي، مثل التعليم النفسي.
- المساعدة في تدخل الأزمات أو الإدارة.
- تقديم المشورة الأساسية، مثل التوجيه العام أو غيرها من أنواع الدعم الشخصي.
- تنفيذ دور مدير الحالة للمساعدة في تنسيق ودعم الرعاية مع أخصائي الرعاية الصحية الآخرين.
- المشاركة مع العملاء في الأنشطة الترفيهية.
- إجراء جلسات جماعية أو علاج عائلي.
- المساعدة في تثقيف العائلات وغيرها من أعضاء الدعم الشخصي حول قضايا الصحة العقلية وعوامل نمط الحياة التي قد تساعد في تحسين أو تقاوم حالة شخص ما. (CGOS, 2020).

7- العلاقة العلاجية:

العلاقة التي نتحدث عنها هنا تنتمي إلى المجال المهني، مما يعني أنها تخضع لقواعد اجتماعية محددة مسبقاً، تُحدد مسبقاً الهوية الاجتماعية، الأدوار، وأنماط التفاعل بين الأطراف المعنية. هذه العلاقات تكون مقيدة بممارسات متكررة، أو حتى سيناريوهات ثابتة، وهو الأمر الذي يبدو جلياً في سياقات الرعاية الصحية. يعود ذلك، جزئياً، إلى حاجة مقدمي الرعاية إلى الأمن والفعالية التي يوفرها الاستقرار في العلاقات الإنسانية. وفي المقابل، يتوقع مقدمو الرعاية من المرضى ليس فقط تبني السلوكيات المتوقعة منهم، ولكن أيضاً القيام بذلك في فترات زمنية قصيرة جداً.

" بدون انتظام في السلوكيات، وبدون قواعد وأفعال متكررة تؤطر العمل، وبدون جداول زمنية ثابتة، فإن الأفعال البشرية العشوائية وغير المتوقعة لن تكون قادرة على التنسيق فيما بينها."

(Rynaud, 1997)

يسمح هذا النوع من العلاقات لمقدمي الرعاية، في معظم الأحيان، بتوفير جهدهم العاطفي والمعرفي. ومع ذلك، في الواقع، لا توجد أي علاقة متطابقة تماماً مع أخرى، فكما يصف (غارفينكل)، بعيداً عن كونه

" أحمقاً ثقافياً " غارقاً في مجموعة من القواعد التي يقتصر على استيعابها وتكرارها، فإن الفاعل الاجتماعي هو فرد " كفاء"، حيث يطبق " معرفة عملية " حقيقية ضرورية لفهم بيئته والتكيف معها.

.(Coulon, 1987).

في إطار مقارنة منهجية، لا يمكننا تبني رؤية أحادية الاتجاه أو ثابتة للعلاقة، ولا يمكننا الاكتفاء بنموذج خطي يعتمد على مفهوم المرسل والمستقبل. بل يجب أن نعتبر العلاقات كعناصر ديناميكية تتطور باستمرار، في تفاعل متبادل مع البيئة المحيطة.

لا تأتي علاقات الرعاية بمحض الصدفة، فهي، إلى جانب الرعاية التقنية، تعكس المنهجية السريرية المطبقة في رعاية المريض.

بالتالي، فإن العلاقات بين مقدمي الرعاية والمرضى وعائلاتهم تكون في آنٍ واحد منظمة وغير متوقعة، مما يجعلها حساسة دائماً بغض النظر عن السياق. ومن الواضح أن هذا التمييز تحليلي بحت، إذ أن مقدمي الرعاية يختبرون مختلف أبعاد العلاقة بشكل متزامن.

ومع ذلك، مع تطور البروتوكولات والإجراءات (مثل إجراءات الاستقبال وجمع البيانات المعيارية)، يمكن أن نميل إلى الحديث عن تفاعلات أكثر من كونها علاقات حقيقية.

8- أنواع العلاقات العلاجية:

دون السعي إلى تحديد جميع التفاعلات والعلاقات العلاجية المتعددة، أظهرت العديد من الأبحاث التي استندت إلى وصف وتحليل وفهم المواقف الواقعية أنه، وفقاً لأهداف التفاعل (مثل المساعدة، التعليم، الإعلام، الدعم...)، يمكن تحديد أشكال مختلفة من العلاقات بين الممرضة والمريض (أو أسرته) استناداً إلى المفاهيم التي تقوم عليها.

كل علاقة علاجية فريدة من نوعها، فهي إبداع خاص، يجب أن تفسح المجال للمفاجآت والغير المتوقع. ومع ذلك، فإن ما يمكن أن يكون مشتركاً بين مجموعة من العلاقات، هو المفاهيم الأساسية والسمات المرتبطة بها، والتي تحدد محتوى العلاقة وتوجهه.

في المؤلفات المهنية، نجد سبعة أنواع من العلاقات العلاجية تحظى بدرجة متفاوتة من الإجماع حولها:

8-1 - العلاقة القائمة على المجاملة: la relation de civilité

هذه العلاقة تندرج ضمن التفاعلات الاجتماعية، فهي تقع خارج نطاق الرعاية المباشرة وتستند إلى رموز ثقافية واجتماعية مكرسة، حيث يؤدي كل طرف دورًا محددًا، سواء كان ذلك بوعي أم لا.

كما أوضح (Rocheblave, 1968) تتبلور فكرة الدور كنموذج مرجعي يستند إليه سلوك الأفراد أثناء التفاعل. لذلك، نقترح تعريف الدور على أنه نموذج منظم للسلوكيات يرتبط بالموقع الذي يشغله الفرد داخل سياق تفاعلي معين. (Rocheblave, 1968).

في سياق العلاقة بين مقدم الرعاية والمريض، تشمل العلاقة القائمة على المجاملة مجموعة من الالتزامات الاجتماعية التي يجب على مقدم الرعاية احترامها، مثل: اللطف، اللباقة، الأدب، النظافة، وتوفير معالم هوية واضحة (مثل تقديم نفسه للمريض).

في هذا النوع من التفاعل، الذي يمكن أن يكون غير شخصي للغاية، من المهم الأخذ بعين الاعتبار نظرية (MacLuhan, 1964)، والتي تنص على أن الوسيلة (الشكل) في التواصل لها نفس أهمية الرسالة (المضمون)، أي أن طريقة التقديم تؤثر بشكل مباشر على جودة التفاعل.

8-2 - العلاقة العلاجية la relation de soins :

يمكن أن تكون هذه العلاقة مجرد تفاعل بسيط أو علاقة متكاملة، وذلك بحسب الأطراف المتفاعلة، مدى معرفتهم ببعضهم البعض، والسياق الذي تتم فيه الرعاية الصحية، سواء كان ذلك في المنزل، داخل المستشفى، أو في غرفة العمليات.

تعد هذه العلاقة الأكثر شيوعاً في الوسط الاستشفائي، حيث تشكل وسيلة للتواصل بين مقدم الرعاية والمريض أو عائلته. يتم تفعيلها من قبل مقدم الرعاية أثناء تقديم العلاجات التقنية أو العلاجات المريحة. وهي تركز على الحاضر، أي على الإجراء الطبي الجاري، النشاط الحالي، المستقبل القريب للمريض مثل: العلاج، الراحة، الألم، جدول الرعاية، الزيارة الطبية... وبالتالي، فهي علاقة يغلب عليها الطابع المعلوماتي.

خلال التفاعلات الرسمية أو غير الرسمية، قد توفر هذه العلاقة معلومات مهمة يقدمها المريض، ولكن ما يظل في المقام الأول هو الإجراء التقني نفسه. ومع ذلك، في ظل تعقيد التكنولوجيا الطبية المتزايد وارتفاع ضغط العمل على الطاقم الطبي، من الصعب على مقدمي الرعاية أن يكونوا في آنٍ واحد متاحين ومستعدين نفسياً للاستماع بعمق إلى المرضى.

تلعب آلية توزيع العمل داخل فرق الرعاية الصحية دوراً كبيراً في جودة العلاقة بين الممرض والمريض. حيث يمكن أن تؤدي إلى تفتيت العمل، أو على العكس، تعزيز استمرارية الرعاية (من خلال تعيين ممرض مرجعي لكل مريض).

هذه الاستمرارية تساهم بشكل كبير في بناء علاقة قوية بين مقدم الرعاية والمريض، من خلال التعرف على المريض بشكل أفضل، وفهم احتياجاته وطلباته، والتعرف على موارده، وإدراك مشاعره.

8-3 - علاقة التعاطف la relation d'empathie :

ينظر إلى التعاطف غالباً على أنه النهج الأكثر ملاءمة في العلاقة بين مقدم الرعاية والمريض. منذ عام 1963، حينما قام كارل روجرز بتطوير مفهوم التعاطف، حاول العديد من الباحثين تقديم تعريف دقيق لهذا المفهوم. في الكتاب الجماعي " التعاطف "، يقول ديستي (Decety, 2004):

" هناك تقريبًا نفس عدد التعريفات لمفهوم التعاطف بقدر عدد المؤلفين الذين كتبوا عنه."

في العلاقة العلاجية، فإن التعاطف يكون من النوع المعرفي، على عكس التعاطف العاطفي الذي يُستخدم في العلاج النفسي.

وفي مجال التعاطف المعرفي، نجد تعريفًا واسعًا ومتفقًا عليه قدمه بيدينييلي (Pedinielli, 1994):

" التعاطف هو أن تشعر بالعالم الداخلي للعميل وفقًا للمعنى الذي يحمله له، أن تشعر به وكأنه عالمك الخاص، ولكن دون أن تفقد أبدًا خاصية "، (كما لو).

ويتميز التعاطف بمكونين أساسيين:

1- استجابة عاطفية تجاه الآخر، والتي تتضمن أحيانًا (ولكن ليس دائمًا) مشاركة حالته العاطفية.

2- القدرة المعرفية على تبني منظور الشخص الآخر وفهم حالته دون الخلط بين مشاعره ومشاعرنا الشخصية. (decety, 2004).

في مقاله علم الأعصاب: " آليات التعاطف "، يوضح (decety, 2004) أن التعاطف يتطور لدى الفرد بالتوازي مع وعيه بذاته وبالآخرين. ومع ذلك، عندما يصبح التعاطف مفهومًا أساسيًا في العلاقات المهنية، يجب العمل على تعزيزه وتعليمه. كما يضيف أن التعاطف في السياقات المهنية يُستخدم لفهم وضع الآخر والتفاعل معه بطريقة مناسبة، مع ضرورة الحفاظ على مسافة نفسية، وهو ما يتطلب تركيزًا وانتباهًا مستمرًا.

ولا يقتصر التعاطف على التواصل اللفظي فقط، بل يشمل السلوكيات والتصرفات أيضًا، لأن البشر يتلقون ويرسلون الرسائل من خلال عمليتين مختلفتين: معرفية وسلوكية. لذا، فإن التعاطف هو موقف

نشط وواعٍ، يعبر عنه مقدم الرعاية تجاه المريض، مما يجعله أساساً لعلاقة قائمة على الثقة والاحترام المتبادل. كان مفهوم التعاطف موضوعاً مثيراً للجدل لفترة طويلة في مجال التمريض.

تشير المقالات المنشورة حول هذا الموضوع على مجلة فرنسية *Recherches en Soins Infirmiers* من قبل (Garyfallia & Janice, 1999) تؤكد وجود توجهات فكرية مختلفة حوله.

اليوم وبالنظر إلى تأثير جامعات العلوم الإنسانية على مهنة التمريض، يتم الاعتراف بالتعاطف كواحد من المفاهيم العلائقية الأكثر استخداماً في التمريض.

قام (G. Forsyth, 1980) بدراسة مفهوم التعاطف لتكييفه مع سياق الرعاية التمريضية لتكييفه مع بيئة التمريض، وخاصة فيما يتعلق بموقف الممرضات في علاقتهن بالمرضى.

ومن خلال تحليله لهذا المفهوم، يمكن تحديد السمات التالية:

- التعاطف يتطلب وعياً وإرادةً من قبل الممرضة، أي أنه علاقة مقصودة وليست تلقائية.
- يستلزم الاستماع الفعّال، مما يعني إعطاء معنى للكلمات بناءً على الشخص الذي ينطق بها، حيث يتم اعتبار الشخص كمرجع أساسي.
- التعاطف له حدود زمنية، إذ يقتصر على التفاعل الجاري فقط.
- يتطلب الموضوعية والابتعاد عن إصدار الأحكام القيميّة.
- يُمكن للممرضة تأكيد صحة تجربتها في العلاقة، أي أن معرفتها بالمريض تسمح لها بتحليل محتوى المحادثة دون التأثير بتصوراتها الذاتية. (Forsyth, 1980)

يُستخدم التعاطف كدعم للعلاقات بين الممرض والمريض، والتي تركز على تخصيص الرعاية، مثل جمع البيانات، وتقييم احتياجات وموارد المريض وأسرته، ووضع نهج سريري متعدد التخصصات، واتخاذ

قرارات الرعاية مع المريض، والمساعدة في إدارة المشاعر (التوتر، القلق، فقدان...)، ومعالجة المشاكل الاجتماعية، وتقديم الدعم النفسي.

د. جورلاند (Jorland, 2006)، مدير الأبحاث في المركز الوطني للبحث العلمي في فرنسا،

(Centre National de la Recherche Scientifique)، اهتم بنتائج الأبحاث التي أجريت في

عدة دول حول التعاطف لدى الممرضات والأطباء، حيث قال:

تُظهر النتائج أنه كلما أظهرت الممرضون تعاطفًا أكبر، كان المرضى أقل قلقًا أو اكتئابًا أو غضبًا.

وبمعنى آخر، لا يُعزز التعاطف فقط العلاج الطبي، ولكنه يسهل أيضًا العلاقة العلاجية. فمن خلال بذل

جهد لفهم مرضاهم، تجعل الممرضات عملهن أكثر سهولة. (Jorland, 2006)

8-4- علاقة المساعدة النفسية : la relation d'aide psychologique

يتم الإفراط في استخدام العلاقة مصطلح المساعدات في التمريض لأنه في ظل هذا المصطلح يخفي

تمثيلات وممارسات مختلفة تمامًا، والتي لا يشبه بعضها سوى علاقة المساعدة كما وصفها روجرز.

إن علاقة المساعدة، التي تستند إلى الثقة والتعاطف، هي علاقة لأغراض علاجية تهدف إلى المساعدة

بطريقة عرضية أو طويلة، مريض (و/أو عائلة) لإدارة الموقف الذي يعتبره مثير بالنسبة له: الإعلان عن

التشخيص الصعب، و تفاقم المرض، نهاية الحياة، الخسارة، و المرض المزمن ... العلاقة المساعدة

تستهدف أيضا الأشخاص الذين يواجهون (كشاهدي كضحية)، مع هذه حالات الأزمات العنيفة حسب

شدتها وحدوثها الغير المتوقع: العنف، الاغتصاب، الأزمة الأسرية، المضايقة، الحادث ... كل شخص،

اعتمادًا على عتبة التسامح، سيحتاج إلى مساعدة نفسية بشكل أو بآخر في كثير من الأحيان خلال فترة

قصيرة بعد الحدث. وهكذا يلخص روجرز أغراض علاقة المساعدة:

" علاقة المساعدة النفسية هي علاقة تسمح فيها دفء القبول وغياب جميع القيود، لجميع الضغوط الشخصية من جانب مقدم الرعاية، للشخص الذي ساعد في التعبير عن مشاعره ومواقفه ومشاكله قدر الإمكان." (Rogers, 1963).

في كتابه، تصر (Hetu, 2000) على علاقة المساعدة، على أن المساعدة التي يحتاجها الشخص، فريدة، محددة من قبل الشخص نفسه، يحدد ان علاقة المساعدة تدور حول ثلاث مكونات:

1- وجود قصور لدى الشخص يقلل من استقلاليته، مما يحد من قدرته على تلبية المتطلبات العادية في الإطار الاجتماعي المشترك.

2- هذا القصور الداخلي يؤدي إلى حاجة متزايدة للمساعدة من قبل المؤسسات الطبية أو الاجتماعية، تفوق تلك التي تليها وسائل الدعم العادية.

3- هذه الحاجة الخاصة، المرتبطة بالهشاشة المحددة للشخص، تستدعي تخصيص المساعدة لتتناسب مع احتياجاته الفردية.

ان علاقة المساعدة ليست مجرد علاقة تعاطف أو ثقة، علاقة المساعدة هي علاقة منظمة جيداً، ذات حدود واضحة من حيث الزمن، والمسؤولية، وإدارة المشاعر التي يفرضها المستشار على نفسه.

في هذه التجربة الفريدة من الحرية العاطفية الكاملة، وضمن إطار محدد بدقة، يكون العميل قادرًا على التعرف على دوافعه وبنية النفسية، سواء كانت إيجابية أو سلبية، وفهمها بشكل أفضل مما قد يحدث في أي علاقة أخرى. (Hetu, 2000).

أن هذا النوع من العلاقة لا يمكن أن يُمارَس من قبل المساعد دون تدريب يتجاوز بكثير الإطار النظري،

ويتطلب مسبقاً عملاً على مشاعره الخاصة. ويوصي روجرز الأشخاص الذين يمارسون علاقة المساعدة بطرح 10 أسئلة على أنفسهم:

- 1- هل أنا صادق؟
- 2- هل لدي وعي جيد بتجاربي الداخلية؟
- 3- هل أتذكر أن الشخص الذي أمامي هو فرد فريد بتجربته الخاصة؟
- 4- هل أستطيع الإصغاء بتعاطف حقيقي؟
- 5- هل أستطيع قبول الآخر دون إصدار أحكام؟
- 6- هل يمكنني خلق جو من الثقة؟
- 7- هل أستطيع مرافقة الشخص دون محاولة التحكم فيه؟
- 8- هل أنا واعٍ بحدودي الخاصة؟
- 9- هل أستطيع إدارة مشاعري دون إسقاطها على الآخر؟
- 10- هل أنا مستعد للالتزام بصدق في علاقة المساعدة هذه؟

(Rogers, 1961).

لقد أدرجت العديد من التكوينات بعد الحصول على الدبلوم الحكومي برامج تدريبية متخصصة في علاقة المساعدة، مثل: الممرضون الإكلينيكيين، دبلوم جامعي في علاج الألم، دبلوم جامعي في الرعاية التلطيفية، دبلوم جامعي في مرافقة نهاية الحياة، دبلوم جامعي في علم الأورام، تدريب متخصص في

علاج الفتحات الجراحية (Stomathérapie)... كما تُعتبر التكوينات المستمرة وسيلة جيدة لتمكين الممرضات من اكتساب المهارات اللازمة في هذا المجال.

إذا لم يكن جميع الممرضون قادرين على ممارسة علاقة المساعدة مع المريض، فعليهم مع ذلك أن يكونوا قادرين على تقييم الحالة النفسية للمريض واستدعاء الأشخاص المختصين الأكثر قدرة على مساعدته، مثل الأطباء النفسيين، الأخصائيين النفسيين، الممرضات، أو المتطوعين المدربين. ان المريض الذي يُقيم علاقة ثقة مع ممرضة سيكون أكثر ميلاً للحديث عن مواضيع حساسة وقبول المساعدة.

5-8 - الارشاد النفسي: le counseling

العلاقة القريبة من علاقة المساعدة هي نشاط الارشاد النفسي " Counseling " نشأ هذا النشاط في البلدان الأنجلو سكسونية، تم إدخاله في فرنسا مع ظهور المرضى الذين يعانون من الإيدز. يوصف على انه طريقة دعم حيث يهدف الى تسهيل حياة الشخص بطريقة تحترم قيمه وموارده الشخصية وقدرة اتخاذ القرار.

تعتمد هذه الطريقة على المقابلة الطريقة التي يمكن أن يختلف أسلوبها اعتماداً على المدارس النظرية المرجعية.

تُمكن هذه المقابلات المريض من التعبير عن صعوباته، وتقليل شعوره بالقلق إلى مستويات أكثر تحكماً، واستكشاف تفاعلاته الخاصة، واتخاذ قراراته بنفسه. (Pedinielli, 1994)، مثل علاقة المساعدة، يتطلب الارشاد من مقدمي الرعاية تكويناً قوياً.

غالبًا ما تمارس هذه العلاقة من قبل علماء النفس والأطباء والممرضات، في إطار المشاورات المتخصصة.

8-6- العلاقة العلاجية la relation thérapeutique :

تستخدم هذه العلاقة في الطب النفسي مع المرضى الذين يعانون من الأمراض العقلية أو السلوكيات الإدمانية. الغرض منه هو علاج المريض. يتم تنفيذها كجزء من مشروع الرعاية العلاجية، ودائمًا بوصفة طبية. يمكن الممرضون العاملون في القطاع النفسي إجراء المقابلات العلاجية بعد تلقي تدريب مناسب.

8-7- العلاقة التربوية: la relation éducative

تعد هذه العلاقة من أكثر العلاقات استخدامًا من قبل مقدمي الرعاية، ويتم تنفيذها عندما يتعين على المريض، لأسباب صحية، تغيير عاداته الحياتية (النظام الغذائي، نمط الحياة...) أو الخضوع لعملية فطام (الكحول، المخدرات، التبغ...) أو ممارسة الرعاية الذاتية (الحقن، القسوة...). تشمل هذه العلاقة نهجًا نفسيًا يعتمد على معرفة الشخص وبيئته (تمثيلات، عواطفه، موارده، قدراته، احتياجاته)، ونهجًا معرفيًا (ما يجب أن يعرفه الشخص فكريًا وما يحتاج إلى تذكره)، ونهجًا تقنيًا (إتقان الحركات التقنية والمهارات اليدوية).

العلاقة المستخدمة على نطاق واسع من قبل مقدمي الرعاية، يتم تنفيذها، عندما يكون لأسباب صحية، يجب أن يغير المريض عادات الحياة (النظام الغذائي، إيقاع الحياة...) يخضع للفطام (الكحول، المخدرات، التبغ...) أو يجب أن يمارس السيارة - الرعاية (الحقن، المسح...). ويشمل كل من النهج النفسي الذي يعتمد على معرفة الشخص ومن حوله (التمثيلات، والموارد، والقدرات، والاحتياجات)، ونهج

إدراكي (الذي يجب على الشخص أن يعرفه فكريًا وإذا لزم الأمر) ونهجًا تقنيًا (إتقان الإيماءات التقنية، اليدوي المعتمدة).

لتحقيق نتائج إيجابية، يمكن أن تستند العلاقة التربوية إلى الالتزام بالعلاج. في الواقع، لا تقتصر العلاقة التربوية، التي تُعرف أيضًا بالنهج التربوي، على مجرد نقل المعرفة من مقدم الرعاية إلى المريض، بل تشمل أيضًا الدعم والمرافقة النفسية، مما يساعد المريض على اتباع الإرشادات المبررة بحالته الصحية واستعادة جودة حياة مرضية له.

يمكن أن تتزامن العلاقة التربوية مع علاقة المساعدة عندما يتعين على المريض، في الوقت نفسه، تعلم كيفية التكيف مع نمط حياة جديد (الغذاء، السكري، علاج دوائي مكثف، فغر...) واستعادة توازنه بعد الصدمة النفسية التي تعرض لها.

تمت دراسة مفهوم الالتزام العلاجي "l'Observance" في البداية في مجال الطب. ويعود تطوره إلى التحولات الاجتماعية التي شهدتها الطب خلال العشرين سنة الماضية، مما أدى إلى إقامة علاقة بين الطبيب والمريض أكثر احترامًا وانفتاحًا متبادلًا.

من العوامل المهمة الأخرى التي ساهمت في ظهور هذا المفهوم، هو التركيز المتزايد على جودة الحياة في حالات الأمراض المزمنة، والإعاقات، والعلاجات الثقيلة. لقد انتقلنا من نهج علاجي كان يتمحور حول المرض نفسه، إلى نهج يركز على المريض وجودة حياته. ومع ذلك، فإن النهج التربوي وحده لا يمكنه تلبية هذا المطلب الجديد بشكل كامل.

ريو وسيلفان (Rioux & Sylvain, 2004)، عملتا على تكييف مفهوم الالتزام العلاجي في مجال

التمريض. في دراستهما التحليلية لهذا المفهوم، عرفت الالتزام العلاجي بأنه:

" العمل على الامتثال بشكل مستمر وطوعي لوصفة طبية، أو عادة، أو قاعدة، أو سلوك، مع احترام التعليمات أو الإرشادات المقدمة " وتتمثل السمات الأساسية لهذا المفهوم فيما يلي:

- يجب أن يشعر المريض بأنه مفهوم، مدعوم، وراضٍ عن تلقي المساعدة، مع الحفاظ على استقلاليته.
- أخذ تمثيلاته، معتقداته، ثقافته، وعاداته الحياتية في الاعتبار.
- تكييف المعرفة التي يجب أن يكتسبها مع قدراته العقلية.
- مساعدة المريض على تجاوز الصدمة العاطفية و/أو النفسية التي تسببها حالته الصحية الجديدة (علاقة المساعدة).
- مساعدة المريض على تحديد جميع الموارد المتاحة له، حتى يستعيد جودة حياة مرضية له.
- في تنفيذ العلاقة التربوية، لا تكون النتائج دائماً مضمونة، حيث يحدث غالباً عدم الالتزام، رغم الدعم الذي يمكن أن يقدمه مقدمو الرعاية.
- في مقاله " تحديد عوامل عدم الالتزام "، يقول جيرو (Giraud, 2002)، " الالتزام هو تحدي سريري لمهني الصحة ". (Giraud, 2000).

8-8 - علاقة الدعم الاجتماعي la relation de soutien social:

هذه العلاقة فريدة من نوعها، لأنها تتعلق أكثر بعلاقة بين العائلة والمقربين والمريض. يتمثل دور مقدم الرعاية في العمل كوسيط بين المريض وأسرته (المساعدين الطبيعيين). يمكن لمقدم الرعاية تقديم دعم مباشر للمريض، لكنه يمكن أيضاً مساعدة العائلة التي قد تكون مرهقة

بسبب تقديم الرعاية والدعم لشخص يعاني من مرض حاد أو مزمن، إعاقة، اضطراب نفسي، خرف شيخوخي، إدمان، أو يكون في مرحلة نهاية الحياة...

وفقاً لحالة المريض، وضعه الشخصي، وطبيعة مرضه، قد يُطلب من المساعدين الطبيين تقديم الدعم لفترة قصيرة أو، على العكس، لفترة طويلة جداً. ان تطور الممارسات الطبية (إقامات استشفائية أقصر فأقصر، الحضور الدائم للعائلات بجانب المرضى في المستشفيات، الاستشفاء الجزئي)، إلى جانب تطور الرعاية المنزلية ونقص أماكن الإيواء لكبار السن أو ذوي الإعاقة، يجعل من علاقة الدعم الاجتماعي أولوية يجب تطويرها لدى المهنيين الصحيين.

8-9- الدعم الاجتماعي للمريض : le soutien du patient

هذه العلاقة فريدة من نوعها، لأنها تتعلق أكثر بعلاقة بين العائلة والمقربين والمريض. يتمثل دور مقدم الرعاية في العمل كوسيط بين المريض وأسرته (المساعدين الطبيين). يهدف هذا الدعم إلى مساعدة المريض ودعمه في تعبئة جميع موارده (الجسدية، النفسية، العاطفية، الإدراكية، المادية...) حتى يتمكن من مواجهة وضعه، الحفاظ على كرامته، تخفيف معاناته، أو إنهاء حياته في أفضل الظروف الممكنة.

لم يعد هناك شك في التأثير الإيجابي للدعم الاجتماعي على حالة المرضى. فقد أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث التي أجريت منذ السبعينيات ذلك، مثل دراسات كابلان (Caplan, 1974)، كاسل (Cassel, 1974)، وكوب (Cobb, 1976).

مفهوم الدعم الاجتماعي مفهومًا معقدًا يصعب استيعابه. هناك عدة مقاربات لفهمه، إحداها تركز أكثر على الشبكة الاجتماعية من الناحية الكمية، بينما تأخذ الأخرى بعين الاعتبار البعد النوعي (الأشخاص المهتمون بالنسبة للمريض الذين يقدمون له الرعاية والحماية).

في الواقع، هاتان المقاربتان تكملان بعضهما البعض.

"بدلاً من اعتبار الدعم الاجتماعي مفهومًا موحدًا، يجب النظر إليه على أنه مفهوم متعدد الأبعاد، وقد حاول الباحثون توضيحه من خلال بناء تصنيف وظيفي للدعم."

(Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994)

يمكننا العثور على هذا التصنيف لدى مختلف الباحثين، حيث تتفرع منه أربع مجالات رئيسية:

- **دعم عاطفي:** يُعرّف على أنه الحب، الحماية، والموافقة التي يمنحها شخص لآخر.
- **دعم بالتقدير:** يهدف إلى تعزيز رؤية الشخص الإيجابية لذاته، وكفاءاته، وقيمه، وموارده، مما يعزز ثقته بنفسه.
- **الدعم المادي والمالي (أو الدعم الأدائي):** يشمل المساعدة في الأنشطة اليومية مثل الرعاية الطبية، التغذية، الأعمال المنزلية، الأنشطة الترفيهية، النقل، بالإضافة إلى الدعم المالي.
- **الدعم المعلوماتي:** يتضمن تقديم النصائح، المساعدة في البحث عن المعلومات الهامة، وربط المريض بأشخاص يمكنهم مساعدته.

يعتمد تأثير الدعم على المجال الذي ينتمي إليه وعلى الشخص الذي يقدمه، مما يجعله أكثر أو أقل فاعلية بالنسبة للمريض. على سبيل المثال، يتوقع المرضى من مقدمي الرعاية دعمًا معلوماتيًا أكثر من

الدعم العاطفي. (Monique Formarier, 2007)

9- العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي:

يعد طاقم التمريض جوهر مهنة الرعاية، ويكمن في صميم دورهم تطوير علاقات فعّالة مع المرضى. ففي الولايات المتحدة، فالعلاقة الشخصية تُعتبر حجر الأساس في نهج التمريض النفسي القائم على الفرد والموجه نحو التعافي.

على الصعيد الدولي، تحظى العلاقة العلاجية بأهمية كبيرة في سياسات جمعيات التمريض الأوروبية والأسترالية، والتي تشدد على الحاجة إلى الاتصال الإنساني والقدرة على إظهار علاقات علاجية فعّالة لقد تم تصور العلاقة التمريضية على أنها عملية شخصية علاجية مهمة، تعمل بشكل تعاوني مع عمليات إنسانية أخرى تجعل الصحة ممكنة للأفراد والمجتمعات.

هذا التحالف العلاجي، أي العلاقة التي تربط بين المريض والممرض " هو بين إنسان وآخر" وتتميز كل علاقة ثنائية بفراقتها، مما يتطلب بذل جهد متجدد في كل علاقة جديدة. يرى الممرضون أن بناء هذا التحالف يتطلب تلاقي المهارات المهنية الشخصية مع الخبرات الحياتية، بينما يراه العملاء كعامل حيوي في تعزيز التعاون والشعور بالفهم.

وقد شهد هذا المفهوم مؤخرًا تركيزًا متجددًا، مع التأكيد على النماذج التي تركز على المستهلك وتشجع على التعافي الشخصي بمساعدة التحالف العلاجي. كما يعتبر التحالف العلاجي العامل الأهم في نتائج العلاج للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، متجاوزًا نوع العلاج أو النموذج المقدم.

وقد نشأ هذا المفهوم بداية في حقل التحليل النفسي ثم تم تعميمه إلى سياقات علاجية متعددة، حيث عُرِف التحالف بأنه اتفاق على الأهداف والمهام، ورابطة علاجية بين المعالج والعميل. ويمكن قياس هذه الظاهرة باستخدام أدوات مختلفة من منظور كل من المحترف والمستخدم للخدمة، مع وجود فروق ملحوظة بين الاثنين.

وفي عصر تتزايد فيه التفاعلات العلاجية عن بُعد، لا تزال العلاقة العلاجية وملحقاتها تُعتبر عناصر جوهرية للتغيير، سواء أُجريت الجلسات عبر الهاتف، أو من خلال الحوار عبر الإنترنت، أو حتى من خلال روبوتات الدردشة المؤتمتة بالكامل.

تقليديًا، ركزت البحوث على فهم وتحسين التحالف بين المعالج والعميل في سياقات العلاج الفردي. وعلى النقيض من هذه الأدوار العلاجية المباشرة، هناك أيضًا أعضاء في الطاقم يتولون دور تنسيق الرعاية أو يعملون كأشخاص رئيسيين في متابعة الحالة، حيث يقومون بالتقييم والتواصل وتنظيم الرعاية مع الأفراد. وكل هذه الأدوار تتطوي بطبيعتها على بناء وصيانة تحالف فعال، ولهذا السبب بدأت الأبحاث تشمل تعريفات واستكشافات للعلاقة كما تتشكل في هذه الأدوار، حيث تظل مرتبطة بنتائج العلاج ويتم تطويرها في بيئات متنوعة.

يقوم طاقم التمريض بتنسيق الرعاية وتقديم علاجات قصيرة المدى، والتي تتطلب "رغم قصر مدتها أو ربما بسببه" بناء تحالف فعال بمهارة. الأشخاص الذين يتلقون الدعم من طاقم التمريض بتنسيق الرعاية وتقديم العلاجات القصيرة، والتي تتطلب، على الرغم من طبيعتها القصيرة الأمد (أو ربما بسببها)، مهارات عالية في بناء التحالف العلاجي. الأشخاص الذين تدعمهم خدمات الرعاية الثانوية هم غالبًا من الذين يعانون من صعوبات نفسية حادة، في سياقات علاقات اجتماعية معقدة وصعبة. في هذا السياق، يسعى الممرضون إلى بناء علاقات تتسم بالتبادلية، والتناغم، والانتماء مع المرضى، ويقدر المرضى أن يُنظر إليهم كأشخاص وليس كمجرد مستفيدين من الخدمات، مما يتطلب استخدامًا ماهرًا للذات من طرف الممرض.

يرى أن العلاقات العلاجية مع منسقي الرعاية في المجتمع هي أساس التعافي، حتى أكثر من أهمية الخطط العلاجية المحددة. ومع ذلك، فإن هذه العمليات المعقدة تصطدم بتحديات عدة منها الإرهاق

المهني، وصعوبة جذب المرضى، والعمل الجماعي غير الفعّال، إضافة إلى القيود الهيكلية والتنظيمية التي تحد من نوعية الرعاية التي يمكن أن يقدمها الممرضون.

تلعب العلاقة العلاجية التي يكوّنها طاقم التمريض دورًا محوريًا في أماكن الرعاية النفسية، خصوصًا في أقسام الإقامة الداخلية، حيث يقضي المرضى أكبر قدر من الوقت مع الممرضين، وتُعد العلاقة معهم عنصرًا أساسيًا للتقدم العلاجي. هناك ترابط محسوس بين جودة العلاقة العلاجية وجودة الرعاية المقدمة. يتطلب التفاعل في هذه السياقات الصعبة توازنًا في النهج، وفهمًا شخصيًا مخصصًا، واستخدامًا فعالًا للذات لدعم النمو المرتبط بالتعافي.

لكن كيفية تطوير هذه الكفاءات المحددة لم يتم توضيحها بالكامل في الأدبيات العلمية، ولا تحظى بالدعم الكافي من الهياكل الخدمية. يمكن أن تعيق التحالف العلاجي عوامل فردية وتنظيمية، مما يجعله غير مرئي ومكبوتًا في الممارسة، حيث يضطر الممرضون للتنقل ضمن "حقول ألغام" علاقات متضاربة وصعبة. ورغم الجهود والقيمة المحتملة، فإن محاولات بناء تحالف علاجي قوي في مجال الصحة النفسية قد تُحبط بسبب بيئات عمل معقدة.

علاوة على ذلك، فإن التفاعلات بين طاقم التمريض والمرضى غالبًا لا تستند إلى نظريات نفسية موجهة للعلاقات، وهناك فجوة كبيرة بين النظرية والممارسة، مما قد يجعل كلا الطرفين عرضة لصعوبات في العلاقة وتأثيرات سلبية على الصحة النفسية والنتائج العلاجية.

يبدو أن الخدمات والمستخدمين والطاقم جميعًا يدركون قيمة التحالف العلاجي، وأن خصائصه الجوهرية قد تم استكشافها ومفهمتها، ورغم ذلك لا توجد أنظمة مدعومة نظريًا أو مبنية على أدلة كافية لتطويره والحفاظ عليه. ومع هذا النقص في الدعم المستهدف، أبلغ العديد من العاملين عن شعورهم المتزايد بالإرهاق نتيجة إدارة علاقات معقدة وعاطفية للغاية، مما قد يؤدي إلى تراجع مشاعر التعاطف في الوقت

الذي تكون فيه أكثر أهمية، ويُصعب الحفاظ على الكوادر التمريضية، مما جعل تحسين ذلك أولوية استراتيجية في المملكة المتحدة وعلى المستوى الدولي.

رغم ذلك، توجد بعض المبادرات الواعدة لدعم بناء علاقات فعالة، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن الإشراف السريري يمكن أن يحمي من الاحتراق المهني، وأن المناقشات الجماعية المستندة إلى النظريات النفسية يمكن أن تعزز المشاعر الإيجابية تجاه المرضى وتقلل من لوم الذات لدى الموظفين. كما أن التدريب الجماعي القائم على النماذج النفسية قد يحسّن من تفاعل المرضى مع الخدمات. ومع ذلك، لا يوجد حتى الآن ملخص نقدي شامل للتدخلات التي استهدفت على وجه التحديد العنصر الأساسي في العلاج، التحالف العلاجي، لفئة العاملين الذين يمتلكون القدرة والسياق لتقديم علاقات رعاية وتعاطف، وهم الممرضون. (Jana & all, 2024).

10- صعوبات العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي:

العلاقة العلاجية تعد جانبًا محوريًا في مهنة التمريض، خاصة في رعاية الأشخاص المصابين بالأمراض العقلية. (Roche & all, 2011).

على الرغم من التغيرات التنظيمية، فقد ثبت بوضوح أن ممرضات الصحة العقلية يملن إلى إعطاء الأولوية للمرضى الذين يعانون من مشاكل قصيرة الأمد، ويصبحن محبطات عند التعامل مع المرضى ذوي الاحتياجات والإعاقات المستمرة.

في الواقع، يحتاج الممرضون إلى إيجاد معنى حقيقي لرعايتهم ليتمكنوا من المشاركة الفعالة في العلاقة العلاجية، ليس من السهل العمل مع أشخاص تختلف تجربتهم الحياتية وواقعهم اليومي اختلافًا كبيرًا عن واقعنا. (Repper & all, 1994).

وان لا التكوين المهني ولا الخبرات العادية تجهزهم لمواجهة تحدي العمل مع مثل هؤلاء الأشخاص معظم الدراسات في مجال الطب النفسي، يُعتبر مقدم الرعاية هو أداة العلاج الأساسية، وأدواته هي الكلمة والاستماع. " العمل بالقرب من معاناة الأفراد النفسية يشكل عبئاً عقلياً ثقيلاً. "

(Estryn Behar & all, 2006).

يُطلب من مقدمي الرعاية استثماراً شخصياً كبيراً، مما يؤدي إلى انعكاسات نفسية تؤثر بشكل ملحوظ على حياتهم المهنية والشخصية. وفقاً لنفس المؤلف (2006)، فإن 53% من مقدمي الرعاية غير راضين عن نقص الدعم النفسي. وان الأمراض النفسية الخطيرة والمزمنة تتطلب رعاية معقدة، سواء على المستوى الطبي أو الاجتماعي أو الشخصي.

يعتمد المرضى بشكل كبير على الخدمات الصحية وغالباً ما يعانون من أمراض مصاحبة تزيد من صعوبة التعامل معهم. وبالتالي، يتطلبون من الممرضات تفرغاً كاملاً لضمان علاقة علاجية مثالية، وهو ما يتجاوز في كثير من الأحيان طاقة الممرضات وقدرتهن على التحمل.

إن استمرارية الرعاية وتعقيد المشكلات التي يواجهها المرضى واليأس الذي يعانون منه، كلها عوامل تجعل من الصعب على مقدمي الرعاية الاستمرار في عملهم ومن بينها المشاعر السلبية الأكثر شيوعاً التي يتم الإبلاغ عنها في الدراسات: اليأس، الإحباط، الملل، القلق، العجز، والشعور بالفشل.

في بعض الحالات، تختفي مشاعر التعاطف، لا سيما عند التعامل مع المرضى الذين يعانون من أفكار انتحارية مزمنة.

من الصعب على مقدمي الرعاية التعامل مع رفض بعض المرضى لتحسين حياتهم وعدم حصولهم على أي تقدير لمجهودهم المبذول. حتى المهنيين الأكثر تحفيزاً يصابون بالإحباط واليأس بسبب نقص النجاح

في عملهم على سبيل المثال، يأمل المريض في الشفاء لكنه يعاني من انتكاسات متكررة، بينما يسعى المهنيون إلى التحسين لكنهم يصطدمون بعدم التقدم.

ويؤدي ذلك إلى مشاعر سلبية تجاه أفكار المريض وإلى التشاؤم بشأن العلاج. إن الأمر محبط للغاية بسبب التناقض بين الطموح (شفاء المريض) وما يُجبر المهنيون على فعله (تقديم رعاية طويلة الأمد والحفاظ على الموارد المتاحة).

باختصار، يرتبط نقص تقدم المرضى عمومًا بنقص التفاوض لدى المهنيين.

(Goodwin & Gore, 2000) يسلطان الضوء على قلق الطاقم التمريضي بشأن المسؤولية وعبء اعتماد المرضى عليهم. إذ يخشى مقدمو الرعاية أن يصبحوا هم أنفسهم معتمدين، ضعفاء أو عدائيين تجاه المرضى.

تشير دراستان إلى أن الطاقم التمريضي يتعرض بشكل متكرر للعنف الجسدي واللفظي، مما يشكل عاملاً رئيسياً لعدم الرضا في العمل. (Estryn & all, 2006) في الواقع، يواجه مقدمو الرعاية تصاعد العدوانية، الإهانات، الضرب، البصق، السرقة، التهديدات بالقتل والاعتداءات الجسدية. تؤدي هذه الزيادة في العنف إلى شعور بعدم الأمان في بيئة العمل وصعوبة في الحفاظ على العلاقة العلاجية مع المرضى.

عند الحديث عن الرعاية طويلة الأمد والحالات المزمنة في الطب النفسي، وجدت الباحثة العديد من الدراسات التي تذكر مفهوم مدير الحالة (Gestionnaire de Cas (GDC) مما يجعل من الصعب استبعاده.

وفقاً لـ (Repper, 1994) مدير الحالة تعني وجود شخص مسؤول وحيد للحفاظ على علاقة دعم طويلة الأمد مع المريض، بغض النظر عن الموقع وعدد الأطراف الوسيطة المعنية. يُعتبر مدير الحالة داعماً، وسيطاً، ومدافعاً عن المريض.

تكشف نتائج دراسة (Repper) عن المبادئ الأساسية لعمل مدير الحالة. حيث تمنح إدارة الحالة لمقدم الرعاية فرصة للعمل مع نفس المرضى لفترات طويلة، مما يسمح له بأخذ الأمور ببطء، تحديد أهداف صغيرة، التحلي بالاستمرارية والمثابرة، وتجنب الإرهاق في العلاقة مع المرضى. كما تمنحه القدرة على البقاء إيجابياً حتى في مواجهة رفض المرضى.

يعتمد (GDC) على نهج فردي يركز على المريض إذ يبدأ بمعالجة المهام العاجلة مثل المشاكل المالية، السكن، والاستحقاقات الاجتماعية، مما يساعد على بناء علاقة جيدة مع المريض. بعد ذلك، ينتقل إلى العمل على الصعوبات الفعلية مثل تحسين التواصل وتعليم المهارات الحياتية. يهدف هذا النهج إلى تعديل سلوك المريض من خلال تطوير فهم مختلف لمشكلاته. وفقاً لنفس المؤلف، فإن إحدى السمات المميزة لهذا النهج هي المرونة الكبيرة الممنوحة للمريض، مما يجعله يشعر بالاستقلالية، والاحترام، ويزيد من إحساسه بالرعاية الحقيقية.

إن هذه المرونة تعزز العلاقة العلاجية، بناء الثقة، المشاركة الطوعية للمريض، والمتابعة البعيدة المدى. يشير إلى أن الشعور بالأمل والتوقعات الإيجابية للمستقبل يُعتبران عنصرين أساسيين في عملية التعافي من الأمراض النفسية. تُظهر نتائج هذه الدراسة بوضوح أن مديري الحالة (GDC):

1- الذين لديهم توقعات إيجابية تجاه مرضاهم يقدمون رعاية ذات جودة أفضل مقارنة بأولئك الذين لديهم توقعات منخفضة تجاه مرضاهم.

2- وبالتالي، يبدو أن مدير الحالة، وفقًا للأبحاث التي استعرضتها الكاتبة، يلعب دورًا هامًا في التغلب على الصعوبات المرتبطة بالعلاقة العلاجية في سياق الأمراض النفسية المزمنة داخل المستشفيات.

(Lucie Magnin, 2012) .

خلاصة الفصل:

تلعب العلاقة بين ممرض الصحة العقلية والمريض دورًا حاسمًا في نجاح العلاج النفسي، حيث تؤثر طبيعة هذه العلاقة على استجابة المريض للخطة العلاجية. فالممرض لا يقتصر دوره على تقديم الرعاية الطبية، بل يمتد ليشمل الدعم العاطفي والتوجيه النفسي، مما يساعد على خلق بيئة علاجية آمنة وثقة متبادلة. ومع ذلك، يواجه الممرض تحديات كبيرة مثل الضغط النفسي والتعامل مع الحالات المعقدة، مما قد يؤثر على جودة الرعاية المقدمة. لذا، يعد تحسين مهارات التواصل، وتعزيز الدعم المهني للممرضين، وتوفير بيئة علاجية مناسبة من العوامل الأساسية لتعزيز العلاقة بين المريض والممرض، مما يساهم في تحقيق نتائج إيجابية في الصحة النفسية للطرفين.

الجانِب التّطبيقي

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد

1- التذكير بفرضيات الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

3- الدراسة الأساسية

4- أدوات الدراسة

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة

6- كيفية إجراء الدراسة

- خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق الى الاشكالية وفرضيات الدراسة، وكذا الجانب النظري، سنتطرق الى الجانب التطبيقي الذي يعد اساس وعماد كل بحث علمي، للكشف عن التساؤلات التي تم طرحها، وذلك بالاعتماد على الإجراءات المنهجية المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الاساسية التي تضم منهج الدراسة وحدود الدراسة ومجتمع الدراسة وعينة الدراسة، مع تحديد ادوات جمع البيانات والتقنيات الاحصائية المستخدمة في الدراسة. كما يتضمن كيفية اجراء البحث.

1- التذكير بفرضيات الدراسة:

- مستوى الصحة النفسية لدى ممرضين الطب العقلي متوسط.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لعامل الجنس (ذكور - إناث) ولعامل الخبرة ولمنطقة العمل (تيزي وزوو، البلدية).
- طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي متوسطة
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي تعزى لعامل الجنس (ذكور - إناث) ولعامل الخبر ولمنطقة العمل (تيزي وزوو، البلدية).
- هناك علاقة بين الصحة النفسية والعلاقة بين المرضى وممرضون الطب النفسي.

2- الدراسة الاستطلاعية:

- تعد الدراسة الاستطلاعية أول خطوة يلجأ إليها الباحث لأنها خطوة هامة في البحوث العلمية وتسبق الدراسة الرئيسية للبحث، فمن خلالها تظهر لنا صورة شاملة للبحث، كما تسمح باكتشاف ميدان الدراسة والتحقق من وجود عينة البحث والتعرف عليها.
- لهذا قبل الشروع في العمل قمنا ببحث استطلاعي، كان الهدف منه هو معرفة مدى قابلية انجاز البحث، وضبط متغيرات البحث، ومعرفة مدى صالحة الادوات ولتحقيق هذا الهدف توجهنا الى مصلحة

الاستشفائية للأمراض العقلية والنفسية " فرنان حانفي " ومستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو و كذلك مستشفى الامراض العقلية فرانز فانون بولاية البليدة وفي كل من المستشفيات التالية تم استقبالنا من طرف رئيس المصلحة وقمنا بشرح موضوع دراستنا لهم والعينة التي نبحث عنها، وقد اثار اهتمامهم موضوع دراستنا، وقبل الاشراف على عملنا ومساعدتنا على جمع العينة المراد دراستها، طلب منا انشاء طلب ورقي يحمل فيه موضوع البحث والعينة المطلوبة والمقاييس التي ستستعمل.

- قمنا باختبار مقياس العلاقة بين المريض والممرض الذي قام بتطويره كل من:

Yajie Feng, Chaojie Liu, Siyi Tao, Chen Wang, Huanyu Zhang¹, Xinru Liu, Zhaoyue Liu, Wei Liu, Juan Zhao, Dandan Zou, Zhixin Liu, Junping Liu, Nan Wang, Lin Wu, Qunhong Wu, Yanhua Hao, Weilan Xu, and Libo Liang

في الصين سنة 2024 (Feng and all, 2024).

مع العلم انه لم يطبق في البيئة الجزائرية لحد الان، وقمنا بترجمة المقياس الى اللغة العربية والفرنسية.

- كما استخدمنا مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي DASS-21 .

(Depression, Enxirty, and Stress Scale-21)، النسخة العربية المختصرة للمقياس الأصلي

(dass-42)، قام بإعداد المقياس كل من بيتر لوفوند (Peter Lovibond)، وسين لوفوند

(Sydney Lovibond) في جامعة نيو ساوث ويلز (University of New South Wales)

في استراليا عام 1995.

وهو عبارة عن استبيان تتم الاستجابة عليه من خلال التقرير الذاتي صمم لقياس الاعراض الأساسية للانفعالات الوجدانية السلبية الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي.

2-1 طريقة تعديل مقياس العلاقة بين المريض والممرض:

بما ان مقياس العلاقة بين المريض والممرض ل (Feng and all, 2024) لم يطبق من قبل في البيئة الجزائرية في حدود دراستنا. والنسخة الاصلية باللغة الانجليزية، توجب علينا ترجمته الى اللغة العربية واللغة الفرنسية حتى يكون صالح للتطبيق.

- صدق المحكمين:

بعد تعديل بنود المقياس ليصبح ملائم لعينة بحثنا، قمنا بتوزيع المقياس على مجموعة من الاساتذة تخصص علم النفس في جامعة مولود معمري تيزي وزو، وذلك بهدف التأكد من صلاحية المقياس، وان البنود تتناسب مع موضوع بحثنا.

وقد تحصلت على موافقة الاساتذة المحكمين، وقد قاموا بتوجيهنا الى بعض التعديلات لبعض البنود من الناحية اللغوية والتعبير من اجل ان تصبح قابلة الاستخدام في بحثنا وهي في الجدول التالي:

الجدول رقم (01): يوضح التعديلات المقترحة من طرف الاساتذة الاستبيان لمقياس العلاقة بين المرض وممرض الطب العقلي.

التعديل	واضحة	المحاور والبنود المعدلة باللغة العربية	المحاور والبنود المعدلة باللغة الفرنسية	المحاور والبنود الاصلية باللغة الإنجليزية
		1- سلوك التمريض	1-Comportement Infirmier	1- Nursing behavior
	X	- أنا أشجع المرضى على مناداتي عندما يواجهون مشاكل كمشاعر التعرض لنوبة قلق او هلع.	- J'encourage les patients à m'appeler lorsqu'ils ont des problèmes tels que des sentiments d'anxiété ou des crises de panique.	- I encourage patients to call me when they have problems.
	X	- يمكنني تقديم العمليات التمريضية الروتينية للمرضى في الوقت المناسب.	- Je suis capable de fournir des soins infirmiers de routine aux patients en temps voulu.	- I can give patients routine nursing operations in a timely manner
	X	- عندما يكون المريض في حالة طارئة، يمكنني الحكم والتعامل معه بشكل صحيح وفقاً لمعايير التمريض.	- Lorsqu'un patient se trouve dans une situation d'urgence, je suis capable de le juger et de le traiter correctement selon les normes infirmières.	- When a patient has an emergency, I can correctly judge and deal with it according to the nursing standard.

- I have enough time and ability to give patients corresponding guidance and health education	- Je dispose du temps et des capacités nécessaires pour fournir aux patients les conseils et l'éducation sanitaire appropriés.	- لدي الوقت الكافي والقدرة على تقديم الإرشادات والتثقيف الصحي المناسب للمرضى.	X	
- I can relieve the pain and stress of patients through my nursing work.	-Je peux soulager la douleur psychologique et le stress des patients grâce à mon travail d'infirmier.	- يمكنني تخفيف الألم النفسي والتوتر لدى المرضى من خلال عملي التمريضي.	X	
- I can basically solve the patient's nursing problems.	- Je peux résoudre les problèmes infirmiers spécifiques aux patients, tels que le refus de prendre des médicaments et la résistance à la thérapie médicamenteuse.	- يمكنني حل مشاكل التمريض الخاصة بالمرضى بشكل أساسي, مثال عند رفض اخذ جرعات الادوية الخاصة به و مقاومة العلاج الدوائي.	X	
2- Nurse understanding and respect for patient	2- L'infirmier comprend et respecte le patient	2- تفهم الممرضون واحترامهم للمريض		

- I can understand and respect the feelings of patients when they are sick.	- Je peux comprendre et respecter les sentiments des patients lorsqu'ils sont en état de crise psychologique ou sanitaire.	- يمكنني فهم واحترام مشاعر المرضى عندما يكونون في حالة أزمة نفسية أو صحية.	X	
- I can call the patient affectionately.	- Je peux appeler le patient avec affectio.	- يمكنني مناداة المريض بمودة.	X	
- I have no prejudice against the patients I care for.	- Je n'ai pas de préjugés à l'égard des patients dont je m'occupe, ni de préjugés en fonction du type de trouble dont le patient psychiatrique peut souffrir.	- ليس لدي أي أحكام مسبقة ضد المرضى الذين أقوم برعايتهم.	X	
- I can protect the patient's information and privacy.	- Je peux protéger les informations et la vie privée des patients.	- أستطيع الحفاظ والالتزام بسرية المعلومات وخصوصية المريض.	X	
- I am also patient with patients who cannot describe the disease in detail.	- Je suis également patient avec les patients qui ne sont pas en mesure de décrire leur maladie mentale en détail.	- أنا صبور مع المرضى الذين لا يستطيعون وصف المهم النفسية ومرضهم بالتفصيل.	X	
3- Patient misunderstanding and mistrust in nurse	3- Incompréhension et méfiance à l'égard de l'infirmière	3- سوء الفهم و عدم ثقة المريض بالمرضى		

- The patient is very rude to me.	- Le patient n'est pas poli avec moi.	- المريض غير مؤدب معي.	X	
- Patients have questioned the performance of my nursing operations and professional skills.	- Les patients ont mis en doute mes performances et mes compétences professionnelles en matière de soins infirmiers.	- لقد تساءل المرضى عن الأداء والمهارات المهنية لعمليات التمريض التي أقوم بها.	X	
- When caring for a patient, the patient or the patient's family often supervises me.	- Pendant que je m'occupe du patient, il m'observe souvent ou observe sa famille.	- اثناء رعايتي بالمريض، في الكثير من الأحيان يراقبني او تراقبني عائلته.	X	
- Patients do not trust my explanation and health education.	- Les patients ne font pas confiance à mes explications et à mon éducation à la santé.	- لا يثق المرضى بالشرح و التثقيف الصحي الذي اقدمه لهم.	X	
- During the communication process, the patient or the patient's family often express excessive emotion.	- Pendant le processus de communication, le patient ou sa famille exprime souvent des émotions excessives.	- خلال عملية التواصل، غالبًا ما يعبر المريض أو عائلته عن المشاعر المفرطة.	X	

4- Communication with patient	4- Communiquer avec le patient	4- التواصل مع المريض		
– I'm not willing to spend time listening to patients' concerns about their condition.	– Je ne suis pas disposé à passer du temps à écouter les préoccupations des patients concernant leur état de santé.	– لست على استعداد لتخصيص بعض الوقت في الاستماع إلى مخاوف المرضى بشأن حالتهم.	X	
– I do not have enough energy to patiently answer questions from patients or their families.	– Je n'ai pas l'énergie nécessaire pour répondre patiemment aux questions des patients ou de leur famille.	– لا أملك الطاقة الكافية للإجابة بصبر على أسئلة المرضى أو عائلاتهم.	X	
– I think a lot of the patient's words are useless, so I will interrupt him/her soon.	– Je pense qu'une grande partie des paroles du patient sont inutiles, alors je l'interromps rapidement.	– أعتقد أن الكثير من كلام المريض غير مجدي ، لذا أقاطعه/ها على الفور.	X	
– I think I have clearly expressed my meaning and I don't need to spend time explaining to patients.	– Je pense que j'ai clairement communiqué mes intentions et que je n'ai pas besoin de passer du temps à expliquer aux patients.	– أعتقد أنني اعبر عن مقصدي بوضوح ولا أحتاج إلى تخصيص الوقت في الشرح للمرضى (مثال عند إعطاء تعليمة للمريض).	X	
5- Interaction with patient	5- Interagir avec le patient	5- التفاعل مع المريض		

– Before special examination or surgery, I can inform the patient of the matters needing attention in time.	– Avant un examen spécial ou une procédure de traitement, je peux informer le patient des choses qui nécessitent une attention particulière en temps opportun.	– قبل إجراء فحص خاص أو عملية علاجية، يمكنني إبلاغ المريض بالأمور التي تحتاج إلى الاهتمام في الوقت المناسب.	X	
– Maintain proper eye contact when communicating with patients.	– Maintenir un contact visuel approprié lors de la communication avec les patients.	– الحفاظ على التواصل البصري المناسب عند التواصل مع المرضى.	X	
– Patient or family member will thank me for the care operation.	– Le patient ou un membre de sa famille me remerciera pour le processus de soins.	– سيشكرني المريض أو أحد أفراد أسرته على الرعاية المقدمة.	X	

2-2- نتائج الدراسة الاستطلاعية في دراسة حالة:

كما قمنا بإجراء مقابلة النصف موجهة على ممرضة الطب النفسي بهدف التحقق من مدى ملائمة أدوات البحث للعينة المدروسة ولقد قمنا بتقديم عرض هذه الحالة.

2-2-1- تقديم حالة حنان:

حنان شابة تبلغ من العمر 30 سنة متزوجة وتعمل كممرضة في الطب العقلي بمستشفى فرنان حنفي لأمراض العقلية في قسم طب النفسي للأطفال لديها 5 سنوات من الخبرة، حيث حصلت على شهادة ليسانس في علوم التمريض، وهي الابنة الوسطى من عائلة تتكون من اب وام وأختين واخ.

2-2-2- عرض وتحليل لمسار المقابلة مع الحالة:

بدأت حنان أثناء المقابلة مرتاحة ومستعدة حيث شرحنا لها موضوع بحثنا ومهمة لإجراء المقابلة والإجابة على الأسئلة، وكانت متعاونة معنا في تقديم تجربتها في هذا المجال حيث عندما كنا نوجه لها أسئلة كانت تجيب بكل اريحية وسلاسة وقد صرحت ان العمل كممرضة كان حلمها منذ الصغر، وأنها راضية على الخدمات التي تقدمها بالرغم من انه عمل شاق وصعب ويحتاج الى جهد كبير وأنها كانت تعمل من الثامنة صباحا الى الرابعة مساء وأحيانا تتناوب في الليل. وأنها تتكفل من 10 الى 15 مريض يوميا. وعند طرح أسئلة حول حالتها النفسية بدأت متوترة حيث قالت انها:

(tikwal tqeliqagh tichki waligh imaniw ilhala agi ttivitigh adhedragh

dimudan dgha ttchegi3agh ala la collage inu alma wallagh imaniw cv

adkemplagh lxedma inu)

بمعنى انها أحيانا تشعر بالتوتر والقلق وفي هذه الحالة تتجنب التواصل مع المرضى وأرسل زميلتي في العمل حتى اشعر بالراحة والقدرة على مواصلة عملي بشكل عادي، وبانها تتعامل معهم بهدوء وصبر وحسب قولها بان:

(zrigh lahlak nsn iyjan ades3un les comportement am widak)

بمعنى اعلم ان هذه السلوكيات بسبب اضطراباتهم، وهذا ما يجعلها تتفهم أكثر الوضع ووفقا (لكارل روجرز، 1902)، فإن مواقف المعالج مثل "التوافق، التفاهم، التعاطف والتقدير الايجابي الغير المشروط" تعتبر أساسية في الرعاية والتي تركز على الشخص.

وقالت: " في اللول جاتني بزاف صعبة نتعامل معاهم بصح مع الوقت وليت نتحكم بروحي".

بمعنى أصبحت تتحكم في انفعالاتها بعد مرور الوقت. وكانت الحالة منفعلة قليلا وبدى التوتر عليها وقالت بان العمل في المصحة العقلية تختلف كثيرا عن الخدمات الصحية الأخرى وحتى المعاملة من مريض نفسي لآخر يختلف، وان العمل مع المريض النفسي يتطلب التفهم.

وهذا ما اشير اليه في مقال، (Samuel Venel & Solange Brisbout, 2023) ان ادماج المهنيين

حديثي التخرج يمثل تحديا رئيسيا على عدة مستويات أساسية وهي جودة الرعاية، إدارة المخاطر،

نقل الكفاءات، والاحتفاظ بالإطار المهني. وإن عملية اختيار المهنة التي يتم تنفيذها خلال التكوين الأساسي تتجلى بشكل أوضح في سياق الممارسة الذي يختاره الممرض بنفسه. هذا الاختيار سينتج عن ميوله، والتدريبات الميدانية التي قام بها ومساره الفردي. وسيتم تأكيد هذا الاختيار أو نفيه من خلال أولى تجاربه المهنية. وستسمح له هذه المرحلة الحاسمة من التجربة ببناء مهارات وهوية مهنية تركز على الاحتياجات الخاصة بالتخصص الذي اختاره، وفي تخصصات الطب النفسي يضيف ضرورة الاهتمام بالأخر، وينتظر من الممرض في الطب النفسي أن يطور خبرته في مجال الملاحظة السريرية والمهارات التواصلية.

وصرحت الحالة انه لإقامة علاقة علاجية ناجحة يجب كسب ثقة المريض وذلك يظهر من خلال قولها:

(temxalaf lxedma seg modin ar wayed yarna lxedma amdsen yuhwaj

afham iwakn anaxdem une relation thérapeutique wadkesvagh la

confiance ins)

بمعنى يختلف العمل من مريض لأخر وإن العمل يحتاج للفهم لأنشاء علاقة علاجية وكسب ثقته، وهذا

ما تؤكده دراسة (Annick Perrin-Niquet, 2015) حيث اشارت الى ان في الطب النفسي تعد

العلاقة العلاجية والعلاج النفسي من الأدوات العلاجية الأساسية، وإن العناصر الشخصية والحميمية

المتعلقة بالشخص ستكون محور التبادلات مع المريض.

وهذا ما تؤكدته دراسة (Annick Perrin-Niquet, 2015) حيث اشارت الى ان في الطب النفسي تعد

العلاقة العلاجية والعلاج النفسي من الأدوات العلاجية الأساسية، وان العناصر الشخصية والحميمية

المتعلقة بالشخص ستكون محور التبادلات مع المريض.

وفي الأخير عند طرح أسئلة عن الدعم والتطوير المهني صرحت ان الإدارة والزملاء لهم دور كبير في

تخفيف الضغط النفسي حيث يتعاونون فيما بينهم ويتفاهمون.

ولان الممرضين يتعرضون للضغط في العمل تقترح الحالة انه يجب التدريب عن مهارات الحفاظ على

الصحة النفسية للمحافظة على التوازن النفسي.

2-2-3- عرض وتحليل نتائج مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي 21-dass ومقياس العلاقة

بين المريض وممرض الطب النفسي للحالة حنان:

جدول رقم (02): بين تصحيح مقياس 21-dass

المحاور	رقم البند	الدرجات الفردية	الدرجة الكلية
الاكتئاب	21.17.16.13.10.5.3	1 0 0 2 2 2 0	7
القلق	20.19.15.9.7.4.2	0 0 2 2 1 2 0	7
الضغط النفسي	18.14.12.11.8.6.1	2 1 3 0 3 1 1	11

- من خلال إجابات الحالة لينة عل مقياس dass-21 حصلت على 7 نقاط في كل من بعد الاكتئاب وبعد القلق، اما في بعد الضغط النفسي حصلت على 11 نقطة.

2-2-4- نتائج مقياس dass-21:

جدول رقم (03): يبين نتائج مقياس dass-21

البعد	الدرجة الأقصى	درجة الحالة	التفسير
الاكتئاب	42 - 28	14	متوسط
القلق	42 - 20	14	متوسط
الضغط النفسي	42 - 35	22	متوسط

من خلال الجدول رقم (03) تبين ان لدى الحالة درجة الاكتئاب والضغط النفسي والقلق متوسطة.

2-2-5- عرض وتحليل نتائج الحالة حنان على مقياس العلاقة بين المريض وممرض:

- نتائج مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي والابعاد الفرعية:

جدول رقم (04): نتائج ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض الطب النفسي

البعد	عدد البنود	عدد نقاط	الدرجة	المجال	التفسير
سلوك التمريض.	6	22	3,6	]4,2-3,4[	قوية
تفهم الممرضون واحترامهم للمريض.	5	12	2,4	]2,6-1,8[	ضعيفة
سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض.	5	14	2,8	]3,4-2,6[	متوسطة
التواصل مع المريض.	4	9	2,2	]2,6-1,8[	ضعيفة
التفاعل مع المريض.	3	10	3,33	]3,4-2,6[	متوسطة
الدرجة الكلية لمقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي.	23	67	2,91	]3,4-2,6[	متوسطة

حسب الجدول رقم (04) نجد ان العلاقة بين الحالة لينة والمريض علاقة متوسطة بدرجة 2,91، كما نجد تباين في نوعية العلاقة بين ابعاد المقياس من ضعيفة ومتوسطة وقوية بحيث العلاقة في بعد سلوك

التمريض 3,6، وهذا يشير الى علاقة قوية. بينما في بعد سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمررض نجد العلاقة متوسطة بدرجة 2,8 وكذلك بالنسبة لبعد التفاعل مع المريض بدرجة 3,33، ونجد العلاقة ضعيفة في كلا من بعد التواصل مع المريض بدرجة 2,2، وبعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض يدرجه 2,4.

2-2-5- مناقشة الحالة:

حسب معطيات المقابلة ونتائج المقاييس نجد ان الصحة النفسية لدى الحالة حنان متوسطة في كل من مستويات الاكتئاب والقلق بدرجة 14، والضغط النفسي بدرجة 22، وكون مهنة التمريض كان حلمها منذ الصغر جعلها راضية على الخدمات التي تقدمها بالرغم من التعب والمشقة. وفي حالة شعورها بالقلق او التوتر تتجنب التواصل مع المريض واستدعاء زميلة لتقديم الخدمة، وهذا ما دعمه نتائج مقياس العلاقة بين المريض والمررض بحيث ودنا ان العلاقة من حيث بعد التواصل مع المريض ضعيفة بدرجة 2,2. وكذلك بالنسبة لبعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض بدرجة 2,4. اما بالنسبة لسلوك التمريض نجد ان العلاقة قوية بدرجة 3,6، كون الحالة كانت مهنة التمريض حلمها منذ الصغر فهي لديها كفاءة في تقديم الخدمات التمريضية اللازمة للمريض، وتشير نتائج المقياس الى ان العلاقة بين المريض والمررض كانت علاقة متوسطة بشكل عام، سواء من حيث الثقة والتفاعل. هذا يشير الى تواصل مقبول لكن غير كاف لتحقيق علاقة علاجية فعالة ومتكاملة. واكدت الممرضة ان التعامل مع المرضى النفسيين يتطلب تفهما عميقا لحالاتهم، وأنها في بداية مشوارها احتاجت الى الوقت للتكيف وضبط انفعالاتها، خاصة في المواقف الصعبة. كما اشارت الى أهمية التعامل مع المرضى بهدوء. مع الحرص على بناء الثقة. وفي هذا الصدد أشار اليه كل من (Bordin, 1979) و (Rogers, 1957)، حيث اكدا ان العلاقة العلاجية

الفعالة تقوم على عناصر أساسية مثل الثقة المتبادلة، والقبل غير المشروط، والاحترام، والتواصل العاطفي، وإن هذه الناصر تشكل القاعدة الأساسية التي تبنى عليها نتائج العلاج الإيجابية.

كما أشار Rogers الى أهمية الصدق والتعاطف والاتساق الداخلي للممارس العلاجي كوسائل تعزز من انفتاح المريض وتفاعله داخل العلاقة العلاجية.

3- الدراسة الأساسية:

تعد الدراسة الاساسية الانطلاقة الفعلية للبحث الميداني، حيث قمنا بالتنقل الى المستشفى الجامعي ندير محمد الجناح الخاص بالأمراض العقلية ومستشفى الامراض العقلية فرنان حنفي بتيزي وزو والى مستشفى فرانتز فانون للأمراض العقلية بولاية البليدة عدة مرات من اجل توزيع مقياس الصحة النفسية ومقياس العلاقة بين المريض والممرض على عينة مسؤولين الممرضين والذين سيقومون بدورهم بتوزيعها على الممرضين. بطريقة عشوائية بلغت 150 ممرض.

3-1- منهج الدراسة:

المنهج هو الطريقة التي يتعين على الباحث الالتزام به في بحثه، حيث يقوم بإتباع مجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير البحث، ويسترشد بها الباحث في سبيل الوصول الى الحلول الملائمة لمشكلة البحث. (الخضر، 1996).

فالمنهج هو الطريق الذي يسلكه الباحث للوصول الى النتائج العلمية، ونحن في دراستنا هذه اعتمدنا على منهجين:

- **المنهج الوصفي:** هو أحد اشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لظاهرة او مشكلة محددة وتصويرها كميًا، عن طريق جمع البيانات والمعلومات عن الظاهرة وتحليلها وتصويرها كميًا عن طريق جمع البيانات والمعلومات عن الظاهرة وتحليلها وتصنيفها (ربحي مصطفى عليان، 2000).

وعرف المنهج الوصفي كذلك: بأنه طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي، للوصول الى اغراض محددة لوضع اجتماعية معينة (عمار بوحوش، محمود الذنيبات، 2002).

- **المنهج العيادي:** كونه المنهج المناسب للبحوث النفسية والتربوية. كما يسمح لنا بالتعرف عن قرب على موضوع دراستنا، كونه يعتمد على دراسة الحالة التي بصفة شاملة وعميقة. ويقوم المنهج العيادي على دراسة الحالة، باعتباره الانسب للفهم الشامل للحالة الفردية.

والطريقة المثلى لجمع المعلومات من خلال تاريخ الحالة المتحصل عليها عن طريق المقابلة والملاحظة وكذا الاختبار المطبق عليها، وذلك بهدف الكشف عن الظروف والاحباطات التي واجهها الفرد في حياته (مشابقة، 2008).

فحسب لجاش (D lagache) يدرس علم النفس العيادي السلوك بطريقة موضوعية، محاولا الكشف عن كينونة الفرد والحقيقة التي يشعر بها والسلوكات التي يقوم بها في وضعية معينة، مع البحث بنية ومعنى ومدلول هذا السلوك والكشف عن الصراعات الدافعة له وطرق التخلص منها (Reuchlin. M, 1979)

3-2- عينة الدراسة:

تمثلت عينة الدراسة في 150 من عدد ممرضين الطب النفسي من كل الجنسين ومختلف الفئات العمرية وطبقت عليهم مقياس الصحة النفسية ومقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي.

3-3 خصائص العينة:

الجدول رقم (05): يبين خصائص عينة الممرضين حسب الجنس

الجنس	عدد الافراد	النسبة المئوية
الذكور	65	43,3%
الاناث	85	56,7%
المجموع	150	100%

يتضح من الجدول رقم (05) أن معظم الذين أجابوا على المقاييس هم الإناث بنسبة 56,7% بالمئة أما عدد الذكور الذين أجابوا على المقاييس فتقدر نسبتهم بـ 43,3% بالمئة من مجموع الافراد.

الجدول رقم (06): يبين خصائص العينة حسب العمر

العمر	التكرارات	النسبة المئوية
20 – 30	43	28,7%
31 – 40	40	26,7%
41 – 50	34	22,7%
51 فما فوق	33	22,0%
المجموع	150	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (06) الموجود أعلاه ان عمر اغلبية افراد العينة اللذين اجابوا على المقاييس يتراوح ما بين 20 سنة الى 30 سنة بنسبة 28,7% بالمئة والذين يتراوح عمرهم ما بين 40 سنة الى 31 سنة بنسبة 26,7% بالمئة، ثم يليهما من يتراوح عمرهم ما بين 50 الى 41 سنة بنسبة 22,7% بالمئة. بينما جاءت نسبة اللذين يتعدى عمرهم 51 سنة ضعيفة قدرت بـ 22,0% بالمئة.

الجدول رقم (07): يبين خصائص العينة حسب سنوات الخبرة

الخبرة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
6 أشهر – سنة	12	8,0%
2 – 5 سنوات	37	24,7%
6 – 10 سنوات	33	22,0%

12,0%	18	11-15 سنة
11,3%	17	16 - 20 سنة
22,0%	33	21 سنة فما فوق
100%	150	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (07) ان 33 ممرض لديهم خبرة اعلى والتي تتراوح من 21 سنة فما فوق بنسبة 22,0% بالمئة. ثم يليها 17 فرد لديهم خبرة من 16 سنة الى 20 سنة بنسبة 11,3% بالمئة. ثم يليه 18 ممرض لديهم خبرة من 11 سنة الى 15 سنة بنسبة 12,0% بالمئة. ويليها 33 فرد لديهم خبرة من 6 سنوات الى 10 سنوات بنسبة 22,0% بالمئة. ثم يليها 37 من عدد الممرضين الذي يمثل الأغلبية من حيث سنوات الخبرة والتي تتراوح من سنتين الى 5 سنوات بنسبة 24,7% بالمئة. بينما جاءت نسبة 8,0% لدى 12 ممرض حيث تتراوح خبرتهم من 6 أشهر الى سنة.

الجدول رقم (08): خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الحالة الاجتماعية
28,7%	43	(عزباء) أعزب
62,0%	93	(متزوجة) متزوج
7,3%	11	(مطلقة) مطلق
2,0%	3	(أرملة) أرمل
%100	150	المجموع

يبين الجدول رقم (08) ان اغلبيية مجموعة العينة متزوج (متزوجة) بنسبة 62,0% بالمئة. والتي تمثل 93 ممرض، ثم يليها 43 ممرض عازب(عزباء) بنسبة 28,7% بالمئة. ويليها 11 فرد مطلق (مطلقة) وتقدر نسبتهم 7,3% بالمئة. ونجد نسبة ضعيفة جدا تقدر ب 2,0% بالمئة، لفئة الارمل (الارملة) وتمثل 3 افراد فقط من مجموعة العينة.

3-4 طريقة اختيار العينة:

تم اختيار العينة بطريقة قصدية تمثل الممرضين العاملين بمستشفى الامراض العقلية فرنان حنافي وفي مستشفى الجامعي ندير محمد الجناح الخاص بالأمراض العقلية وكذلك مستشفى الامراض العقلية فرانز فانون بولاية البليدة وقد تحصلنا على الموافقة من قبل المسؤولين على الممرضين لإجراء البحث الميداني.

3-5 الحدود الزمنية ومكان الدراسة:

اجريت هذه الدراسة بين الفترة الممتدة بين 11 مارس 2025 الى غاية 29 افريل 2025 بمستشفى الامراض العقلية والنفسية فرنان حنفي بولاية تيزي وزو وبمستشفى الجامعي ندير محمد في الجناح الخاص بالأمراض العقلية، وبمستشفى الامراض العقلية فرانز فانون بولاية البليدة.

4 - أدوات الدراسة:

4-1- مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي:

DASS-21 (Depression, Enxirity, and Stress Scale- 21) النسخة العربية المختصرة

للمقياس الأصلي (DASS-42).

قام بإعداد المقياس كل من بيتر لوفوند (Peter Lovibond) وسين لوفوند (Sydney Lovibond)

في جامعة نيو ساوث ويلز. (University of New South Wales) في استراليا عام 1995.

وهو عبارة عن مقياس تتم الاستجابة عليه من خلال التقرير الذاتي صمم لقياس الاعراض الأساسية

للانفعالات الوجدانية السلبية الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي. تتوزع بنود هذا المقياس على ثلاثة

مقاييس فرعية:

المقياس الأول: لقياس " الاكتئاب " 14 بندا في النسخة الكاملة و 7 بنود للنسخة المختصرة لتقييم

اضطراب المزاج، فقدان الامل والشعور باليأس، انخفاض قيمة الحياة، احتقار الذات، فقدان الاهتمام /

والمشاركة، فقدان الاستمتاع وانعدام التلذذ، قصور ذاتي، العجز، الكسل والخمول.

المقياس الثاني: لقياس " القلق " 14 بندا في النسخة الكاملة و 7 بنود للنسخة المختصرة، لتقييم مستوى

الاستثارة الذاتية، القلق الموقفي، التأثير الجسمي الحركي، تأثير التجارب الشخصية في حالة القلق.

المقياس الثالث: لقياس " الضغط النفسي " 14 بندا في النسخة الكاملة و 7 بنود للنسخة المختصرة،

لتقييم مستوى الحساسية للاستثارة المزمنة والغير محددة، صعوبة الاسترخاء، الاستثارة العصبية والتهيج،

القابلية للاستثارة والهيجان ورد الفعل المفرط، نفاذ الصبر. ويقوم المفحوصين على الاستجابة على بنود

الاختبار بناء على حالتهم المزاجية خلال الأيام السبعة الماضية، استخدم مقياس DASS-21 في

أبحاث كثيرة في الصحة النفسية. (Pelling & Brunton, 2017).

لقد اظهر مقياس DASS-21 تناسقا داخليا ممتازا وموثوقية في الاختبار - إعادة الاختبار، تمت ترجمة

المقياس DASS-21 الى 42 لغة. (Brown & all, 1997).

وجدت معظم الدراسات التي استخدمت المقياس أنه يتمتع بمعايير صدق وثبات عالية، كما تم التحقق من

مدى صالحيته من خلال تحليل مكونات بنود المقياس، وأبعاده من خلال التحليل العاملي التوكيدي،

بالإضافة إلى الارتباطات مع المقاييس النفسية الأخرى. (Scholten & all, 2017).

وعلى البيئة الجزائرية استخدم كل من الدكتورة صونيا عيواج والدكتور رشيد زياد مقياس dass-21

تحديدا بجامعة باتنة وتبسة كلية العلوم الاجتماعية الإنسانية سنة 2022 تحت موضوع البحث " نمذجة

العلاقة السببية بين الضغط النفسي والقلق والاكتئاب والاحتراق النفسي: دراسة التأثيرات المباشرة وغير

المباشرة على الاحتراق النفسي لدى الممرضين.

4-2- توزيع بنود مقياس: dass-21

جدول رقم (9): يوضح توزيع ابعاد مقياس ارقام عبارات المقياس (dass-21)

البعاد	رقم العبارات
الاكتئاب	21 - 17- 16- 13 -10- 5- 3
القلق	20 -19 -15 9- 7 -4 -2
الضغط النفسي	14 - 18 -12 -11 -8 -6 -1

4-3- طريقة الإجابة على المقياس:

يطلب من المفحوص تقييم مدى الحالة التي كان فيها خلال الأسبوع الماضي من خلال وضع إشارة × في الخانة المراد الإجابة عنها حيث نجد الأرقام والتي تقابلها التقديرات التالية.

0 ← لا تنطبق على إطلاقاً. 1 ← تنطبق على نوعاً ما. 2 ← تنطبق على بدرجة كبيرة

3 ← تنطبق على كثيراً.

4-4- تنقيط المقياس:

يتألف المقياس من ثلاثة مقاييس فرعية تقيس الأعراض الأساسية للانفعالات الوجدانية السلبية (الاكتئاب والقلق والضغط النفسي) يوجد 7 بنود لكل بعد، يجب ضرب مجموع العناصر السبعة في كل مقياس فرعي في 2 للحصول على النتيجة الإجمالية.

4-5- تفسير الدرجات:

المقياس	عادي	خفيف	متوسط	شديد	شديد جدا
الاكتئاب	9-0	12-10	20-13	27-21	42-28
القلق	6-0	9-7	10-14	19-15	42-20
الضغط النفسي	10-0	11-18	19-26	34-27	42-35

4-6- مقياس العلاقة بين المريض والممرض :

وضع من طرف (Feng & all) سنة (2024) يهدف الى قياس العلاقة بين المريض والممرض ويحتوي على 23 عنصر ويقيس 5 ابعاد وهي: سلوك التمريض، تفهم الممرضون واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المريض.

4-7- طريقة الإجابة على المقياس:

تطبيق هذا المقياس يقدم للمرضين في شكل استبيان ورقي ويطلب منهم تعبئة الإجابات باستخدام مقياس لكارتر يتدرج من 1 "لا أوافق بشدة" الى 5 "أوافق بشدة" وينبغي ان يشرح للمرضين هدف الدراسة بشكل واضح مع التأكيد على سرية المعلومات.

1 ← لا أوافق بشدة 2 ← لا أوافق 3 ← محايد

4 ← أوافق 5 ← أوافق بشدة

4-8- طريقة تنقيط المقياس:

بعد تطبيق المقياس والحصول على الإجابات نقوم بتنقيطه بالطريقة الإحصائية، حيث قمنا أولاً بحساب المدى لتحديد المجالات التي تكون فيها العلاقة قوية أو ضعيفة أو متوسطة بحيث.

$$\text{عدد البدائل} = 5 \quad \text{عدد البدائل} = 1 - 0,8$$

عدد البدائل

وقمنا بتحديد المجالات وهي كالتالي:

الجدول رقم (10): مجالات نوعية العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي

المجال	نوعية العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي
[1,8-1]	ضعيفة جداً
[2,6-1,8]	ضعيفة
[3,4-2,6]	متوسطة
[4,2-3,4]	قوية
[5-4,2]	قوية جداً

من خلال الجدول رقم المجالات التالية (10) ان من المجال [1,8-1] نوعية العلاقة بين المريض

وممرض الطب النفسي تكون ضعيفة جداً، ومن [2,6-1,8] ضعيفة، [3,4-2,6] متوسطة،

[4,2-3,4] قوية، [5-4,2] قوية جداً.

- في تنقيط المقياس الكلي قمنا بتقسيم النتيجة الكلية لعدد البدائل المجاب عليها على عدد البنود الكلية والتي هي 23 بند للحصول على النتيجة النهائية وتصنيف نوعية العلاقة.

وكذلك حساب نتيجة كل بعد من ابعاد المقياس وتقسيمه على عدد البنود التي يحتوي عليها والحصول على النتيجة النهائية وتصنيف نوعية العلاقة، وفي البنود العكسية نقوم بعكس البدائل.

كالتالي: 5←1 4←2 3←3 2←4 1←5

ويتكون ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض على عدد مختلف من البنود وهي كالتالي:

جدول رقم (11): يبين ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض وعدد البنود

عدد البنود	ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض
6	سلوك التمريض
5	تفهم الممرضون واحترامهم للمريض
5	سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض
4	التواصل مع المريض
3	التفاعل مع المريض
23	المقياس الكلي

يبين الجدول رقم (11) ان عدد البنود في كل ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض، حيث نجد بعد

سلوك التمريض لديه 6 بنود، وفي كل من بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض وبعد سوء الفهم وعدم

ثقة المريض بالمرض يتكونان من 5 بنود، وفي بعد التواصل مع المريض نجد 4 بنود، وفي بعد التفاعل مع المريض 3 بنود.

4-9- المقابلة العيادية نصف موجهة:

المقابلة العيادية نصف موجهة ليست مقابلة عيادية حرة ولا مقيدة بل تقع بينهما، حيث يكون دور المختص العيادي فيها هو الإصغاء إلى الحالة والتدخل فقط لتوجيه الحديث نحو ما يخدم أهداف المقابلة ما يسمح لها بالتعبير بكل حرية وتلقائية كما تشجعها على الكلام حيث يقوم المختص النفسي بطرح بعض الأسئلة المفتوحة لتوجيه مسار المقابلة في موضوع محدد وللحالة حرية الإجابة في إطار الموضوع وذلك وفق مسار مسطر مسبقا باستخدام دليل خاص بنوع الموضوع والظاهرة المراد دراستها (Bourouais, 2009).

في سياق موضوع الصحة النفسية، تعتبر المقابلة النصف موجهة أداة فعالة لفهم الأبعاد النفسية والاجتماعية التي تحكم العلاقة بين المريض وممرض الصحة العقلية. فهي تتيح للمشارك (سواء كان ممرضًا أو مريضًا) التحدث عن تجاربه ومشاعره الشخصية، وتوضيح كيفية تأثير حالتهم النفسية على العلاقة التفاعلية داخل بيئة العلاج. كما تسهم هذه المقابلات في تسليط الضوء على التحديات التي قد يواجهها الممرضون أثناء رعاية المرضى النفسيين، وكذلك على الدعم النفسي والمهني الذي يحتاجونه لتحسين جودة العلاقة العلاجية. من خلال هذا النوع من المقابلات، يمكن للباحثين الوصول إلى رؤى معمقة حول ديناميكيات العلاقة العلاجية، مما يساعد على تطوير ممارسات

أكثر إنسانية وفعالية في مجال الصحة النفسية ويتكون دليل المقابلة العيادية نصف موجهة من:

- **المحور الأول:** معلومات عامة يهدف إلى جمع معلومات أساسية عن المشارك مثل العمر، الجنس،

سنوات الخبرة، ومكان العمل لفهم خلفيته المهنية والشخصية.

- **المحور الثاني:** الصحة النفسية للمريض يستكشف هذا المحور الحالة النفسية للمرضى وتأثيرها على

سلوكهم وتفاعلهم داخل المؤسسة العلاجية.

- **المحور الثالث:** تأثير الصحة النفسية للمريض على العلاقة مع المرضى يركز على كيف تؤثر الحالة

النفسية للمريض على جودة التواصل والعلاقة المهنية مع المرضى النفسيين.

- **المحور الرابع:** التحديات في العمل مع مرضى الطب العقلي يناقش الصعوبات اليومية التي يواجهها

المرضى أثناء تعامله مع المرضى مثل الضغوط النفسية، السلوكيات العدوانية، أو نقص الموارد..

- **المحور الخامس:** الدعم والتطوير المهني يتناول الدعم المتاح للمرضى من حيث التدريب، الإشراف،

والموارد التي تساهم في تطويرهم المهني وتحسين جودة الرعاية.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

ان الأساليب الإحصائية كثيرة ومتنوعة وتعتبر من الجوانب المهمة في الدراسة، لأنها توصلنا الى النتائج

التي تساعدنا في التحليل والتفسير .بعد القيام بالتفريغ كل الاستبيانات والمقاييس في الحاسوب اليه عن

طريق برنامج اكسل، اعتمدنا بعدها على البرنامج الاحصائي لحزمة العلوم الاجتماعية SPSS لمعالجة هذه البيانات، عن طريق عدة اختبارات احصائية تدرج ضمن الاحصاء الوصفي، وذلك بالاستعانة بالأساليب الاحصائية التالية :

- **معاملي الفا كرو نباخ واوميجا:** طريقة التناسق الداخلي لحساب ثبات المقياس وابعاده .
- **المتوسط الحسابي:** الغرض منه معرفة متوسط اجابات الافراد على المقاييس، ويتم حساب المتوسط الحسابي لدرجات افراد العينة على بنود الاختبار. ويعد من المقاييس النزعة الذي يوضح مدى تقارب درجات من بعضها واقتربها من المتوسط، وهو مجموعة الدرجات المتحصل عليها من مجموع افراد العينة.
- **الانحراف المعياري:** يعتبر من اهم مقاييس التشتت ويعرف انه الجذر التربيعي لمتوسط مربعات القيم عن متوسطها الحسابي، والانحراف المعياري يساعدنا في معرفة توزيع العينة، ومدى انسجامها.
- **تحليل التباين المتعدد " ف " MANOVA:** للفروق في العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المرض) حسب الجنس والخبرة.
- **اختبار " بينفروني " Bonferroni:** للمقارنة المتعددة للتعرف على الفروق بين كل فئتين من فئات الخبرة على حدة. حيث سوف يتم فقط تقديم المقارنات الدالة احصائياً فقط.
- **اختبار " ت " لعينتين مستقلتين للتحقق من دلالة الفروق بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو والممرضين العاملين منطقة البليدة في العلاقة بين المريض والممرضين.**

- معامل الارتباط بيرسون: للتعرف على العلاقة الارتباطية بين أبعاد الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) والعلاقة بين المرضى والممرضين بأبعادها (سلوك التمريض، تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المرض) لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي.

وتم استخدام التكرارات في الحسابات لمعرفة اجابة كل حالة على كل سؤال حسب الاجابات المتضمنة، وتنظيمها في جداول لمعرفة التباين في استجابات افراد العينة. كما تم استخدام النسبة المئوية من اجل تحليل البيانات وتفسيرها. واستخدمنا كل هذه التقنيات الاحصائية من اجل معرفة تأثير الصحة النفسية لدى ممرض الطب النفسي على علاقته مع المريض.

6 - كيفية اجراء الدراسة:

قمنا بالتنقل الى مستشفى فرنان حنفي للأمراض العقلية والنفسية عدة مرات في ايام مختلفة، حيث قمنا بكتابة طلب خطي يشرح فيه موضوع البحث ووسائل الدراسة التي سنقوم بتطبيقها وكذلك العينة التي نحتاج اليها، وبعد انتظار مدة أسبوع تحصلنا على الموافقة لإجراء البحث، وقمنا بتسليم 50 مقياس للمسؤول عن الممرضين في المستشفى لتسليمهم للممرضين والإجابة عليهم وفي يوم اخر وزعنا نحن شخصيا 40 مقياس على كل من مسؤول جناح المستشفى ليوزعها على الممرضين الذين لم يقوموا بالإجابة على المقياس من قبل، وكذلك قمنا بمقابلة ودراسة الحالتين. اما بنسبة لمستشفى الجامعي ندير محمد حيث تحصلنا على الموافقة لإجراء الدراسة على 15 فقط من الممرضين الذين يعملون في الجناح الخاص للأمراض العقلية، وتم الإجابة من طرف 10 ممرض فقط. منهم، كذلك بنسبة لمستشفى فرانز فانون لولاية بليدة في البداية تلقينا صعوبة كبيرة لقبول اجراء بحثنا ومقابلة رئيس المصلحة ولكن بعد

الإصرار الكبير تمكنا من مقابلته وشرحنا له موضوع البحث والهدف من اخذ العينة ودراستها فتم قبول الطلب وقدمنا 50 مقياسا للمسؤول عن الممرضين واستغرقوا مدة 25 يوم لملاء 50 مقياس ذلك لان المصلحة تعمل بنظام تبديل الفرق التمريضية كل 15 يوم.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- تمهيد

- 1- عرض نتائج مستوى الصحة النفسية لدى ممرض الطب العقلي
- 2- عرض نتائج طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي
- 3- عرض نتائج مقياس الصحة النفسية لدى ممرض الطب العقلي
- 4- عرض نتائج مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي
- 5- عرض نتائج العلاقة بين مقياس الصحة النفسية ومقياس العلاقة

بين المريض وممرض الطب العقلي

6- عرض نتائج دراسة الحالة

7- مناقشة عامة للنتائج

- الخاتمة

تمهيد:

بعد ان تطرقنا في الفصل السابق الى الإجراءات المنهجية للدراسة، سيتضمن هذا الفصل عرض وتحليل نتائج الدراسة ودراسة الحالة ومناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة والخاتمة.

في هذا الجانب سنكشف عن نتائج الدراسة الإحصائية والدراسة العيادية لبعض الحالات وسنقوم بعرضها وتحليلها بحيث تم ترتيبها وفق تسلسل منهجي علمي يبدأ بالفرضيات الوصفية لتحديد مستوى المتغيرات (الصحة النفسية، العلاقة مع المريض)، ثم الفرضيات المقارنة لدراسة تأثير متغيرات ديموغرافية (الجنس، الخبرة، منطقة العمل)، وأخيراً الفرضية الارتباطية التي تبحث العلاقة بين المتغيرين الرئيسيين.

هذا التدرج (من الوصف إلى المقارنة ثم الارتباط) يُعتبر من المبادئ المعتمدة في البحوث النفسية، حيث يتيح فهم الظاهرة ثم تفسيرها بشكل علمي ومنظم.

1- عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية

1-1- عرض نتائج مستوى الصحة النفسية لدى ممرض الطب العقلي:

- ينص التساؤل الأول على: ما مستوى الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) لدى ممرضين الطب العقلي؟

تم استخدام الاحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية) للتحقق من مستوى أبعاد الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) لدى ممرضين الطب العقلي. حيث تم المقارنة بين المتوسطات الحسابية لدرجات أبعاد الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) بمستويات المقياس، كما يلي:

جدول (12): درجات تحديد مستويات أبعاد الصحة النفسية

(الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)

الضغط النفسي	القلق	الاكتئاب	
10-0	6-0	9-0	طبيعي
18-11	9-7	12-10	خفيف
26-19	14-10	20-13	متوسط
34-27	19-15	27-21	شديد
42-35	42-20	42-28	شديد جدا

جدول (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أبعاد الصحة النفسية

(الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)

أبعاد الصحة النفسية	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معيار تحديد المستوى	المستوى
الاكتئاب	150	9,83	7,84	9-0	طبيعي
القلق	150	11,35	10,94	14-10	متوسط
الضغط النفسي	150	12,95	8,16	18-11	خفيف

يتضح من الجدول (13) أن مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي طبيعي، حيث أن المتوسط الحسابي لدرجات الاكتئاب (9,83) يندرج ضمن المجال "طبيعي" (0-9)، بانحراف معياري (7,84). ومستوى القلق لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي متوسط، باعتبار أن المتوسط الحسابي لدرجات القلق (10,94) يندرج ضمن المجال "متوسط" (10-14)، بانحراف معياري يقدر بـ (10,94). كما أن مستوى الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي خفيف، لأن المتوسط الحسابي لدرجات الضغط النفسي (12,5) يتواجد ضمن المجال "خفيف" (11-18)، بانحراف معياري يقدر بـ (8,16).

كشفت نتائج التساؤل الأول على أن مستوى أبعاد الصحة النفسية؛ الاكتئاب طبيعي، والقلق متوسط، والضغط النفسي خفيف لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي. وعليه عدم قبول صحة الفرضية الأولى التي تنص بأن الصحة النفسية لدى ممرضي الطب العقلي متوسط، وبالتفصيل كشفت نتائج الدراسة التكرارات والنسب المئوية لأبعاد الصحة النفسية كالتالي:

التكرارات والنسب المئوية لأبعاد مقياس الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي):

جدول (14): التكرارات والنسب المئوية لمستويات الاكتئاب

النسبة %	التكرار	مستويات الاكتئاب
87,3%	131	طبيعي
7,3%	11	خفيف
5,3%	8	متوسط

شديد	0	0,0%
شديد جداً	0	0,0%
المجموع	150	100%

تبين من خلال الجدول رقم (14) ان اغلبية الافراد لديهم مستوى طبيعي من الاكتئاب وتمثل 87,3% من افراد العينة، مما يعكس توازن نفسي لدى الممرضين، بينما يمثل الاكتئاب بدرجاته المختلفة الخفيف 7,3%، المتوسط 5,3%، وهي نسبة تشير للتدخل المبكر لتجنب تفاقم وضع الحالات.

كما تشير النتائج الى غياب الحالات ذات الاكتئاب الشديد والشديد جداً، مما قد يدل على استراتيجيات تكيف ومواجهة الصعوبات التي يفرضها الوضع المهني.

جدول (15): التكرارات والنسب المئوية لمستويات القلق

مستويات القلق	التكرار	النسبة %
طبيعي	102	68,0%
خفيف	26	17,3%
متوسط	18	12,0%
شديد	4	2,7%
شديد جداً	0	0,0%
المجموع	150	100%

تبين من خلال الجدول رقم (15) ان اغلبية الافراد يعانون من مستوى طبيعي من القلق 68,0%، مما يعكس وضعاً نفسياً مستقرًا لدى العينة محل الدراسة. بينما يمثل القلق بدرجاته المختلفة الخفيف 17,3%، المتوسط 12,0%، الشديد 2,7%، وهي نسبة غير مهمة تشير الى ضرورة التدخل الوقائي المبكر وتستحق اهتماماً من المختصين. كما تشير النتائج الى غياب الحالات ذات القلق الشديد جداً، مما قد يدل على فعالية بيئة العمل او أساليب التكيف لدى الافراد.

جدول (16): التكرارات والنسب المئوية لمستويات الضغط النفسي

النسبة %	التكرار	مستويات الضغط النفسي
82,7%	124	طبيعي
17,3%	26	خفيف
0,0%	0	متوسط
0,0%	0	شديد
0,0%	0	شديد جداً
100%	150	المجموع

من خلال الجدول رقم (16) تظهر النتائج ان الأغلبية من افراد العينة يعيشون بمستوى ضغط نفسي طبيعي 82,7%، هو مؤشر إيجابي على التوازن النفسي والصحة العقلية للعينة، وعدم تسجيل أي حالات في مستويات الضغط النفسي المتوسط او الشديد او الشديد جداً، وهذا قد يكون راجع لتوفر بيئة عمل

داعمة او فعالية استراتيجيات التعامل مع الضغوط، لكن وجود 17,3% يعانون من ضغط نفسي خفيف يستدعي انتباها لوقاية هذه الفئة من احتمالية تصاعد الحالة إذا لم تتم معالجتها.

حسب نتائج الدراسة التكرارات والنسب المئوية لأبعاد الصحة النفسية نجد ان 5,3% من افراد العينة يعانون من درجة متوسطة من الاكتئاب 12,0% يعاني من القلق المتوسط، ويعاني 2,7% من قلق شديد، وقد تكون العوامل راجعة لطبيعة العمل وفئة المرضى المتعامل معها، وهذه النسب تدل على ضرورة التدخل لمبكر لحماية هذه الفئة من العاملين الذين قد تتفاقم حالتهم مع التعرض المستمر للعوامل التي شكلت بؤادر المعاناة من القلق والاكتئاب.

2- عرض نتائج طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي:

- التساؤل الثاني الذي ينص على: ما طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي؟

تم استخدام الاحصاءات الوصفية (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية) للتعرف على طبيعة العلاقة بين المريض والممرضين لدى ممرضين الطب العقلي.

ولتحقيق ذلك تم مقارنة المتوسطات الحسابية لدرجات العلاقة بين المريض والممرضين بالمستويات المحددة في المقياس بقسمة مدى الاستجابة $4 (5 - 1 = 4)$ على عدد المستويات $5 (4 / 5 = 0,80)$ ، كما يلي:

[1,8 - 1]: العلاقة بين المريض والممرض ضعيفة جداً.

[2,6 - 1,8]: العلاقة بين المريض والممرض ضعيفة.

[2,6 – 3,4]: العلاقة بين المريض والممرض متوسطة.

[3,4 – 4,2]: العلاقة بين المريض والممرض قوية.

[4,2 – 5]: العلاقة بين المريض والممرض قوية جدا.

جدول (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات العلاقة بين

المريض والممرضين بأبعاده

العلاقة بين الممرض والممرضين وأبعاده	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معياري تحديد المستوى	نوعية العلاقة
سلوك التمريض	150	4,05	0,75	[4,2 – 3,4]	قوية
تفهم الممرضين واحترامهم للمريض	150	3,88	0,68	[4,2 – 3,4]	قوية
سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض	150	3,23	0,83	[3,4 – 2,6]	متوسطة
التواصل مع المريض	150	3,74	0,94	[4,2 – 3,4]	قوية
التفاعل مع المرض	150	3,69	0,84	[4,2 – 3,4]	قوية
العلاقة بين المريض والممرضين	150	3,72	0,47	[4,2 – 3,4]	قوية

يوضح الجدول رقم (17) أن العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم الممرضين

واحترامهم للمريض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المرض) قوية، باستثناء بُعد سوء الفهم وعدم ثقة

المريض بالممرض لدى العاملين في مصلحة الطب العقلي. فقد بلغ المتوسط الحسابي للمجموع الكلي

للعلاقة بين المريض والممرضين (3,72) لأنه يندرج ضمن المجال القوي (3,4 - 4,2)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,47).

وجاءت أيضاً طبيعة سلوك التمريض، وتفهم الممرضين واحترامهم للمريض، والتواصل مع المريض، والتفاعل مع المرض قوية لأن المتوسطات الحسابية لها تتراوح بين (3,69 - 4,05)، تندرج ضمن المجال القوي (3,4 - 4,2)، بانحرافات معيارية تتراوح بين (0,68 - 0,84). في حين أن سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض جاء متوسطاً، باعتبار أن المتوسط الحسابي (3,23) يندرج ضمن المجال المتوسط (2,6 - 3,4)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,83).

توصلت نتائج التساؤل الثاني إلى أن العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المريض) قوية، باستثناء بُعد سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض متوسط لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي. وعليه عدم قبول الفرضية الثانية التي تنص على أن طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي متوسطة.

3- عرض نتائج مقياس الصحة النفسية لدى ممرض الطب العقلي:

- ينص التساؤل الثالث على أن: هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي على مقياس الصحة النفسية بأبعادها تعزى لعامل الجنس والخبرة ومنطقة العمل (تيزي وزو، البلدية)؟

تم استخدام تحليل التباين المتعدد "ف" MANOVA في حالة عدم الأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين المتغيرين المستقلين (الجنس، الخبرة) لدى ممرضين الطب العقلي، للتعرف على دلالة الفروق في الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) حسب متغيري الجنس والخبرة.

جدول (18): نتائج تحليل التباين المتعدد "ف" للفروق في الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) حسب الجنس والخبرة

المتغيرات التابعة	الفئات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	قيمة p
الاكتئاب	ذكر	65	5,09	3,41	0,112	0,738
	أنثى	85	4,78	4,29		
القلق	ذكر	65	5,52	6,74	0,216	0,643
	أنثى	85	5,79	4,29		
الضغط النفسي	ذكر	65	6,35	3,75	0,375	0,541
	أنثى	85	6,56	4,34		
الصحة النفسية	ذكر	65	16,12	9,25	0,368	0,545
	أنثى	85	17,13	11,96		
الاكتئاب	6 أشهر - سنة	12	5,08	3,78	0,766	0,576
	2 - 5 سنوات	37	4,41	4,23		
	6 - 10 سنوات	33	5,97	3,95		
	11 - 15 سنة	18	5,00	4,17		
	16 - 20 سنة	17	4,00	3,28		

		3,80	4,79	33	21 سنة فما فوق	
0,979	0,153	3,88	5,83	12	6 أشهر - سنة	القلق
		4,38	5,19	37	2 - 5 سنوات	
		3,88	5,48	33	6 - 10 سنوات	
		3,85	5,83	18	11 - 15 سنة	
		4,43	5,82	17	16 - 20 سنة	
		8,90	6,18	33	21 سنة فما فوق	
0,921	0,284	3,98	6,33	12	6 أشهر - سنة	الضغط النفسي
		4,07	6,54	37	2 - 5 سنوات	
		4,35	6,15	33	6 - 10 سنوات	
		4,38	6,17	18	11 - 15 سنة	
		3,81	6,18	17	16 - 20 سنة	
		4,05	7,09	33	21 سنة فما فوق	
0,991	0,104	10,81	17,25	12	6 أشهر - سنة	الصحة النفسية
		11,64	16,14	37	2 - 5 سنوات	
		11,40	17,61	33	6 - 10 سنوات	
		11,42	17,00	18	11 - 15 سنة	
		10,39	16,00	17	16 - 20 سنة	
		10,02	16,39	33	21 سنة فما فوق	

يتضح من الجدول (18) أن الفروق في الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) لدى المرضى العاملين في مصلحة الطب العقلي غير دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 حسب الجنس والخبرة. وبالتفصيل يتضح بأنه لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين المرضى والمرضات في:

الصحة النفسية ($F = 0,368$; $p = 0,545$; $p > 0,05$)،

وفي الاكتئاب ($F = 0,112$; $p = 0,738$; $p > 0,05$) ،

والقلق ($F = 0,216$; $p = 0,643$; $p > 0,05$)،

والضغط النفسي ($F = 0,375$; $p = 0,541$; $p > 0,05$)،

حيث أن المتوسطات الحسابية للمرضى والمرضات متقاربة في الصحة النفسية (16,12 مقابل 17,13) والاكتئاب (5,09 مقابل 4,78) والقلق (5,52 مقابل 5,79) والضغط النفسي (6,35 مقابل 6,56). كما لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين فئات الخبرة لدى المرضى في الصحة النفسية، وفي الاكتئاب، والقلق، والضغط، ويبدو ذلك من خلال تقارب المتوسطات الحسابية لدى فئات الخبرة لدى المرضى في الصحة النفسية التي تتراوح بين (16,00-17,61)، والاكتئاب (4,00-5,97)، والقلق (5,19-6,18)، والضغط النفسي (6,15-7,09).

وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في درجات المرضى العاملين في مصلحة الطب العقلي على مقياس الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) تعزى

لعاملي الجنس والخبرة، بمعنى أنه لا يؤثر متغيري الجنس والخبرة بشكل دال عند مستوى 0,05 على الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) لدى ممرضين الطب العقلي.

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي على مقياس الصحة النفسية بأبعادها تعزى لعامل منطقة العمل؟

لاختبار هذا التساؤل تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين للتحقق من دلالة الفروق بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو والممرضين العاملين منطقة البليدة في الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسية).

جدول (19): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في الصحة النفسية

بأبعادها حسب منطقة العمل

الصحة النفسية بأبعادها	تيزي وزو (ن=100)		البليدة (ن=50)		قيمة "ت"	درجة الحرية	قيمة p
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الاكتئاب	5,08	4,00	4,58	3,78	0,74	148	0,463
القلق	5,77	4,24	4,54	3,09	*2,02	128,27	0,045
الضغط النفسي	6,42	4,17	6,58	3,94	-0,23	148	0,822
الصحة النفسية	17,27	11,41	15,54	9,62	0,97	114,28	0,332

*دالة عند مستوى 0,05

يتضح من الجدول (19) بأنه لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو ومنطقة البلدية في:

الصحة النفسية ($t(114.28) = 0.97 ; p = 0.332 ; p > 0.05$),

وفي الاكتئاب ($t(148) = 0.74 ; p = 0.463 ; p > 0.05$),

والضغط النفسي ($t(148) = -0.23 ; p = 0.822 ; p > 0.05$).

في حين توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو ومنطقة البلدية في القلق ($t(128,27) = 2.02 ; p = 0.045 ; p < 0.05$).

وجاءت الفروق لصالح الممرضين العاملين بمنطقة تيزي وزو بمتوسط (5,77) أكبر من متوسط

الممرضين العاملين بمنطقة البلدية (4,54)، بانحرافين معياريين يقدران بـ (4,24) و (3,09).

توصلت نتائج التساؤل الثالث الى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في درجات

ممرضين الطب العقلي على مقياس الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي)

تعزى لعاملي الجنس والخبرة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في الصحة النفسية

وبعديها (الاكتئاب والضغط النفسي).

في حين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في القلق لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي تعزى لعامل منطقة العمل لصالح منطقة تيزي وزو.

وعليه عدم قبول الفرضية الثالثة التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات

درجات الممرضين ومتوسطات درجات الممرضات على مقياس الصحة النفسية تعزى لعامل الجنس

(ذكور - إناث) ولعامل الخبرة ولمنطقة العمل (تيزي وزو، البلدية).

- وبالتفصيل نجد مستويات الاكتئاب والقلق والضغط النفسي كما يلي:

جدول (20): مستويات الاكتئاب حسب منطقة العمل

مستويات الاكتئاب	طبيعي	خفيف	متوسط	شديد	شديد جداً	المجموع
						منطقة العمل
تيزي وزو	85	10	5	0	0	100
	64,9%	90,9%	62,5%	0,0%	0,0%	66,7%
البلدية	46	1	3	0	0	50
	35,1%	9,1%	37,5%	0,0%	0,0%	33,3%
المجموع	131	11	8	0	0	150
	100%	100%	100%	0,0%	0,0%	100%

من خلال الجدول رقم (20) يتضح من المقارنة بين المنطقتين ان مستويات الاكتئاب متوسطة نسبيا في تيزي وزو مقارنة بالبلدية، حيث نجد هناك 5 حالات تعاني من الاكتئاب بدرجة متوسطة اي 62,5% في منطقة تيزي وزو بينما في ولاية البلدية سجلنا 3 حالات لديها الاكتئاب المتوسط أي 37,5%، وكذلك في الحالات الخفيف نجد 90,9% في تيزي وزو اما في البلدية نجد 9,1%، ومستوى طبيعي يمثل نسبة في 64,9% تيزي وزو وفي 35,1% منطقة البلدية. وفي كلا المنطقتين لم تسجل حالات اكتئاب شديد او شديد جدا.

جدول (21): مستويات القلق حسب منطقة العمل

مستويات القلق	طبيعي	خفيف	متوسط	شديد	شديد جداً	المجموع
						منطقة العمل
تيزي وزو	64	17	15	4	0	100
	62,7%	65,4%	83,3%	100,0%	0,0%	66,7%
البلدية	38	9	3	0	0	50
	37,3%	34,6%	16,7%	0,0%	0,0%	33,3%
المجموع	102	26	18	4	0	150
	100%	100%	100%	100%	0,0%	100%

من خلال الجدول رقم (21) يتضح من المقارنة بين المنطقتين ان مستويات القلق اعلى نسبيا في تيزي وزو مقارنة بالبلدية، حيث نجد هناك 4 حالات تعاني من القلق الشديد في منطقة تيزي وزو بينما في ولاية البلدية ام تسجل حالات القلق الشديد، وكذلك في الحالات المتوسطة نجد 83,3% في تيزي وزو اما

في البلدية نجد 16,7%، ومستوى خفيف يمثل نسبة 65,4% في تيزي وزو و 34,6% في منطقة البلدية، واما عن المستوى الطبيعي 62,7% في تيزي وزو , 37,3% في البلدية. وكلا المنطقتين لم تسجل حالات قلق شديد جدا.

جدول (22): مستويات الضغط النفسي حسب منطقة العمل

مستويات الضغط النفسي	طبيعي	خفيف	متوسط	شديد	شديد جداً	المجموع
						منطقة العمل
تيزي وزو	81	19	0	0	0	100
	65,3%	73,1%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%
البلدية	43	7	0	0	0	50
	34,7%	26,9%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%
المجموع	124	26	0	0	0	150
	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

من خلال الجدول رقم (22) يتضح من المقارنة بين المنطقتين نجد ضغط نفسي خفيف يمثل نسبة 73,1% في تيزي وزو، و 26,9% في منطقة البلدية، واما عن المستوى الطبيعي 65,3% في تيزي وزو , 34,7% في البلدية. ولا توجد الحالات المتوسطة او الشديدة او الشديدة جدا في كلا من المنطقتين. وهذا قد يدل على نوع من الحفاظ على توازن الصحة النفسية

4- عرض نتائج مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي:

- ينص التساؤل الرابع على ان :هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي على العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده تعزى لعاملي الجنس والخبرة ولمنطقة العمل (تيزي وزو، البلدية)؟

ولاختبار هذا التساؤل تم حساب تحليل التباين المتعدد " ف " MANOVA في حالة عدم الأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين المتغيرين المستقلين (الجنس، الخبرة)، للتحقق من دلالة الفروق في العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المرض) حسب متغيري الجنس والخبرة لدى ممرضين الطب العقلي.

جدول (23): نتائج تحليل التباين المتعدد "ف" للفروق في العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده حسب الجنس والخبرة

المتغيرات التابعة	الفئات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	قيمة p
سلوك التمريض	ذكر	65	24,58	4,52	0,099	0,753
	أنثى	85	23,74	4,93		
تفهم الممرضين واحترامهم للمريض	ذكر	65	19,65	3,76	0,149	0,700
	أنثى	85	19,27	3,27		
	ذكر	65	16,69	4,10	0,645	0,423

		4,24	15,71	85	أنثى	سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض
0,037	4,450	3,92	14,20	65	ذكر	التواصل مع المريض
		3,53	15,48	85	أنثى	
0,363	0,833	1,84	11,42	65	ذكر	التفاعل مع المرض
		2,89	10,64	85	أنثى	
0,903	0,015	10,64	86,45	65	ذكر	العلاقة بين المريض والممرضين
		11,30	84,79	85	أنثى	
0,077	2,038	2,23	25,58	12	6 أشهر - سنة	سلوك التمريض
		3,89	23,11	37	2 - 5 سنوات	
		5,13	22,97	33	6 - 10 سنوات	
		6,11	23,83	18	11 - 15 سنة	
		5,94	23,76	17	16 - 20 سنة	
		3,91	26,15	33	21 سنة فما فوق	
0,833	0,421	3,87	20,58	12	6 أشهر - سنة	تفهم الممرضين واحترامهم للمريض
		3,03	19,16	37	2 - 5 سنوات	
		3,34	19,15	33	6 - 10 سنوات	
		3,69	19,33	18	11 - 15 سنة	
		3,09	19,06	17	16 - 20 سنة	
		4,10	19,85	33	21 سنة فما فوق	
0,006	3,460	4,68	19,42	12	6 أشهر - سنة	

		3,97	15,65	37	2 - 5 سنوات	سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض
		3,75	14,55	33	6 - 10 سنوات	
		4,25	16,44	18	11 - 15 سنة	
		5,06	15,00	17	16 - 20 سنة	
		3,29	17,48	33	21 سنة فما فوق	
0,273	1,286	4,01	15,42	12	6 أشهر - سنة	التواصل مع المريض
		3,26	15,81	37	2 - 5 سنوات	
		4,28	13,79	33	6 - 10 سنوات	
		4,12	15,61	18	11 - 15 سنة	
		4,20	14,47	17	16 - 20 سنة	
		3,01	14,76	33	21 سنة فما فوق	
0,025	2,654	1,76	12,00	12	6 أشهر - سنة	التفاعل مع المريض
		2,61	10,73	37	2 - 5 سنوات	
		2,79	10,36	33	6 - 10 سنوات	
		2,41	10,94	18	11 - 15 سنة	
		2,77	9,76	17	16 - 20 سنة	
		1,71	12,12	33	21 سنة فما فوق	
0,003	3,764	9,54	92,58	12	6 أشهر - سنة	العلاقة بين المريض والممرضين
		9,47	84,68	37	2 - 5 سنوات	
		11,18	80,70	33	6 - 10 سنوات	
		14,79	85,44	18	11 - 15 سنة	
		9,91	82,88	17	16 - 20 سنة	

		8,62	90,06	33	21 سنة فما فوق	
--	--	------	-------	----	-------------------	--

يوضح الجدول (23) أن الفروق في العلاقة بين المريض والممرضين بأبعادها (سلوك التمريض، تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التفاعل مع المريض) لدى ممرضين الطب العقلي غير دالة عند مستوى 0,05 حسب الجنس، باستثناء وجود فروق دالة عند مستوى 0,05 في التواصل مع المريض حسب الجنس. وأن الفروق في العلاقة بين المريض والممرضين ببعدي سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، والتفاعل مع المريض دالة عند مستوى 0,05 لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي حسب الخبرة، بينما لا توجد فروق دالة عن مستوى 0,05 في سلوك التمريض، وتفهم الممرضين واحترامهم للمريض في حسب الخبرة.

وبالتفصيل يتضح بأنه لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين والمرضات في

العلاقة بين المريض والممرضين ($F = 0,015$; $p = 0,903$; $p > 0,05$),

وفي سلوك التمريض ($F = 0,099$; $p = 0,753$; $p > 0,05$),

وتفهم الممرضين واحترامهم للمريض ($F = 0,149$; $p = 0,700$; $p > 0,05$),

وسوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض ($F = 0,645$; $p = 0,423$; $p > 0,05$),

والتفاعل مع المريض ($F = 0,833$; $p = 0,363$; $p > 0,05$),

ويبدو ذلك من خلال تقارب المتوسطات الحسابية للممرضين والمرضات في العلاقة بين المريض والممرضين (86,45 مقابل 84,79) وسلوك التمريض (24,58 مقابل 23,74) وتفهم الممرضين

واحترامهم للمريض (19,65 مقابل 19,27) وسوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض (16,69 مقابل 15,71)، والتفاعل مع المريض (11,42 مقابل 10,64).

في حين أنه توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين والممرضات في التواصل مع المريض ($F = 4,450$; $p = 0,037$; $p < 0,05$)، لصالح الممرضات بمتوسط حسابي (15,48) أكبر من المتوسط الحسابي للممرضين (14,20).

وبالتفصيل أيضاً يتضح بأنه توجد فروق دالة إحصائية في العلاقة بين المريض والممرضين ببعدي سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض، والتفاعل مع المريض حسب الخبرة أن متغير الجنس لا يؤثر بشكل دال إحصائياً على العلاقة بين المريض والممرض في معظم الأبعاد: سلوك التمريض ($F = 0,099$; $p = 0,753$)،

تفهم الممرضين واحترامهم للمريض ($F = 0,149$; $p = 0,700$)،

سوء الفهم وعدم الثقة ($F = 0,645$; $p = 0,423$)،

والتفاعل مع المريض ($F = 0,833$; $p = 0,363$).

حيث تجاوزت القيم الاحتمالية p في جميعها مستوى الدلالة 0,05، ما يعكس تقارباً في المتوسطات الحسابية بين الممرضين والممرضات.

ومع ذلك، تم تسجيل فرق دال في بُعد " التواصل مع المريض ($F = 4,450$; $p = 0,037$)"، حيث

تفوقت الممرضات بمتوسط حسابي (15,48) مقارنة بالممرضين (14,20)، مما قد يُعزى إلى ما يتميز به من مهارات تواصل وجدانية.

أما بالنسبة لمتغير الخبرة، فقد بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في:

العلاقة الكلية بين المريض والممرضين ($F = 3,764$; $p = 0,003$)،

وفي بعدي سوء الفهم وعدم الثقة ($F = 3,46$; $p = 0,006$)،

والتفاعل مع المريض ($F = 2,654$; $p = 0,025$).

ما يدل على تأثير تراكم الخبرة في تحسين جودة العلاقة العلاجية. في المقابل، لم تُسجل فروق دالة في:

أبعاد سلوك التمريض ($F = 2,038$; $p = 0,077$)،

تفهم الممرضين واحترامهم ($F = 0,833$; $p = 0,421$)،

والتواصل مع المريض ($F = 1,286$; $p = 0,273$).

حيث كانت المتوسطات الحسابية لجميع فئات الخبرة متقاربة مثلاً:

في سلوك التمريض تراوحت بين (22,97 و 26,15)، مما يشير إلى أن هذه الأبعاد قد تكون ناتجة عن

التكوين المهني الأساسي المشترك، وليس عن عدد سنوات الخبرة فقط.

بما أن قيمة "ف" دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض، والتفاعل

مع المريض حسب الخبرة، فانه سوف يتم حساب اختبار "بينفروني" Bonferroni للمقارنة المتعددة

للتعرف على الفروق بين كل فئتين من فئات الخبرة على حدة. حيث سوف يتم فقط تقديم المقارنات الدالة

احصائياً فقط.

جدول (24): نتائج اختبار Bonferroni للمقارنات المتعددة لدلالة الفروق في سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض، والتفاعل مع المريض بين فئات الخبرة

الأبعاد	المقارنات	متوسط الفرق MD	قيمة p
سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض	6 أشهر - سنة 10-6 سنوات	4,87*	0,007
التفاعل مع المريض	16 - 20 سنة 21 سنة فما فوق	-2,36*	0,021
العلاقة بين المريض والممرضين	6 أشهر - سنة 10 - 6 سنوات	11,89*	0,015
	21 سنة فما فوق	-9,36*	0,006

*دال عند 0,05

يتضح من الجدول (24) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 في سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض بين ذوي خبرة 6 أشهر - سنة وذوي 10 - 6 سنوات ($p = 0,007$; $p < 0,05$) بمتوسط فرق كبير يقدر بـ (4,87) لصالح ذوي خبرة 6 أشهر - سنة، ووجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 في التفاعل مع المريض بين ذوي خبرة 16 - 20 سنة وذوي خبرة 21 سنة فما فوق ($P = 0,021$; $p < 0,05$) بمتوسط فرق يقدر بـ (2,36) لصالح ذوي خبرة 21 سنة فما فوق.

كما توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 في العلاقة بين المريض والممرضين بين ذوي خبرة 6 أشهر - سنة وذوي خبرة 10 - 6 سنوات ($p = 0,021$; $p < 0,05$) بمتوسط فرق كبير يقدر بـ (11,89) لصالح ذوي خبرة 6 أشهر - سنة، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 في العلاقة بين المريض والممرضين بين ذوي خبرة 10 - 6 سنوات وذوي خبرة 21 سنة

فما فوق ($p = 0,006$; $p < 0,05$) بمتوسط فرق كبير يقدر بـ (-9,36) لصالح ذوي خبرة 21 سنة

فما فوق. وبالتالي توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 بين ذوي خبرة 6 أشهر - سنة

وذوي 6-10 سنوات في سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرضى لصالح ذوي خبرة 6 أشهر - سنة، وبين

ذوي خبرة 16-20 سنة وذوي خبرة 21 سنة فما فوق في التفاعل مع المريض لصالح ذوي خبرة 21 سنة

فما فوق، وفي العلاقة بين المريض والمرضى ذوي خبرة 6 أشهر - سنة وذوي خبرة 6 - 10 سنوات

لصالح ذوي خبرة 6 أشهر - سنة، وبين ذوي خبرة 6 - 10 سنوات وذوي خبرة 21 سنة فما فوق لصالح

ذوي خبرة 21 سنة فما فوق.

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المرضى العاملين في مصلحة الطب العقلي على

مقياس العلاقة بين المريض والمرضى بأبعادها تعزى لعامل منطقة العمل؟

تم استخدام اختبار " ت " لعينتين مستقلتين للتحقق من دلالة الفروق بين المرضى العاملين في منطقة

تيزي وزو والمرضى العاملين منطقة البلدية في العلاقة بين المريض والمرضى بأبعادها (سلوك

التمريض، تفهم المرضى واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرضى، التواصل مع

المريض، التفاعل مع المرض).

جدول (25): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في العلاقة بين المريض والممرضين

بأبعادها حسب منطقة العمل

قيمة p	درجة الحرية	قيمة "ت"	البلدية (ن=50)		تيزي وزو (ن=100)		العلاقة بين المريض والممرض بأبعادها
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0,000	148	^{**} -4,22	3,60	26,28	4,53	23,18	سلوك التمريض
0,075	82,89	-1,80	3,90	20,20	3,20	19,05	تفهم الممرضين واحترامهم للمريض
0,000	148	^{**} -3,90	3,76	17,94	4,13	15,23	سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض
0,083	121,37	-1,75	3,13	15,62	3,99	14,58	التواصل مع المريض
0,000	141,46	^{**} -4,20	1,67	11,98	2,71	10,47	التفاعل مع المرض
0,000	148	^{**} -5,15	9,16	91,56	10,65	82,48	العلاقة بين المريض والممرضين

^{**}دالة عند مستوى 0,01

يتضح من الجدول (25) أنه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,01 في العلاقة بين المريض

والممرض وأبعاد (سلوك التمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التفاعل مع المرض) لدى

الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي حسب منطقة العمل (تيزي وزو، البلدية). في حين لا توجد

فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في بُعديتهم المرضيين واحترامهم للمريض، والتواصل مع

المرضى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي حسب منطقة العمل.

وبالتفصيل يتضح بأنه توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو

ومنطقة البلدية في:

العلاقة بين المريض والمرضى (t (148) = -5,15 ; p = 0,000 ; p < 0,01)،

وفي سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض (t (148) = -4,22 ; p = 0,000 ; p < 0,01)،

سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض (t (148) = -3,90 ; p = 0,000 ; p < 0,01)،

والتفاعل مع المريض (t (141,46) = -4,20 ; p = 0,000 ; p < 0,01).

وجاءت الفروق بين الممرضين في منطقة تيزي وزو ومنطقة البلدية لصالح الممرضين العاملين بمنطقة

البلدية هذا يعني أن ممرضي البلدية يظهرون كفاءة أكبر في هذه الجوانب من العلاقة العلاجية، وهو ما

قد يُعزى إلى ظروف عمل أفضل، أو تكوين مهني أكثر فعالية، أو استقرار أكبر داخل المؤسسات

الصحية في هذه الولاية.

في المقابل، لم تظهر فروق دالة في بُعدي تفهم الممرضين للمريض والتواصل معه، ما يشير إلى تشابه

الأداء في هذين الجانبين بين المنطقتين .

توصلت نتائج التساؤل إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 في العلاقة بين المريض والممرض وفي أبعاد (سلوك التمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التفاعل مع المرض) لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي حسب منطقة العمل (تيزي وزو، البليدة) لصالح منطقة البليدة.

في حين لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو ومنطقة البليدة في بُعدي تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، والتواصل مع المريض.

5- عرض نتائج العلاقة بين مقياس الصحة النفسية ومقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي:

- التساؤل الخامس الذي ينص على أن: هل هناك علاقة بين الصحة النفسية بأبعادها والعلاقة بين المرضى والممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي بأبعادها؟

لاختبار التساؤل الخامس الذي تم استخدام معامل الارتباط "بيرسون" للتعرف على العلاقة الارتباطية بين أبعاد الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) والعلاقة بين المرضى والممرضين بأبعادها (سلوك التمريض، تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المرض) لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي.

جدول (26): نتائج معاملات الارتباط "بيرسون" بين الصحة النفسية بأبعادها والعلاقة بين المرضى والمرضى بأبعادها

الصحة النفسية	الضغط النفسي	القلق	الاكتئاب	
-0,27**	-0,19*	-0,25**	-0,30**	سلوك التمريض
-0,15	-0,13	-0,16	-0,17*	تفهم المرضى واحترامهم للمريض
-0,28**	-0,20*	-0,18*	-0,31**	سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرضى
-0,18*	-0,13	-0,14	-0,19*	التواصل مع المريض
-0,09	0,04	-0,06	-0,12	التفاعل مع المرض
-0,36**	-0,25**	-0,28**	-0,40**	العلاقة بين المريض والمرضى

** دال عند مستوى 0,01 * دال عند مستوى 0,05

يتضح من الجدول (26) أن هناك علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 بين الصحة النفسية والعلاقة بين المريض والمرضى الطب النفسي (-0,36). وبالتفصيل يتضح بأنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة احصائية بين أبعاد الصحة النفسية (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) والعلاقة بين المريض والمرضى التي تتراوح فيها معاملات الارتباط بين (-0,40 و -0,25).

كما توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 بين الصحة النفسية بأبعادها

(الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) وسلوك التمريض، حيث تتراوح معاملات الارتباط بين (-0,19-

و-0,27)، وكذلك توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة احصائية بين الصحة النفسية بأبعادها

(الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) وسوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرضى، حيث تتراوح معاملات

الارتباط بين (-0,18 و-0,31).

بالإضافة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة احصائية بين الاكتئاب وتفهم الممرضين

واحترامهم للمريض (-0,17)، وبين الاكتئاب والتواصل مع المريض (-0,19)، وبين الصحة النفسية

والتواصل مع المريض (0,18) لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي.

في حين أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 بين كل من الصحة النفسية

(-0,15) ببُعديها؛ القلق (-0,16)، والضغط النفسي (0,13) بتفهم الممرضين واحترامهم للمريض، كما

لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى 0,05 بين كلا من القلق (-0,14) والضغط

النفسي (-0,13) بالتواصل مع المريض، بالإضافة إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية

عند مستوى 0,05 بين الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) والتفاعل مع المريض

والتي تتراوح معاملات الارتباط بين (-0,12 و0,04).

توصلت نتائج التساؤل الخامس إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة احصائية بين الصحة

النفسية والعلاقة بين المريض والممرض ($r = -0,36$) حيث أنه كلما تدهورت الصحة النفسية للممرضين

(أي زادت مستويات الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي)، كلما ساءت جودة العلاقة بينهم وبين المرضى.

وهذا يعني مثلاً أن الممرض الذي يعاني من القلق أو الاكتئاب قد يُظهر سلوكاً تمييزياً أقل مهنية، أو

يكون أقل تفهماً للمريض، مما يزيد من احتمال سوء الفهم أو ضعف الثقة بين الطرفين. هذه النتائج تبرز

أهمية تعزيز الصحة النفسية لدى الممرضين، لأنها تؤثر بشكل مباشر على جودة الرعاية والعلاقة العلاجية مع المرضى في مصلحة الطب العقلي.

6- عرض نتائج دراسة الحالة:

من أجل التعرف على الصحة النفسية والعلاقة بين مريض وممرض الطب العقلي، قمنا بالتقرب إلى المصلحة الاستشفائية للطب العقلي والنفسي - فرنان حنفي - بتيزي وزو تحت إشراف مختص نفسي في الطب العقلي للأطفال.

من أجل إجراء مقابلة عيادية نصف موجهة باستخدام دليل المقابلة مع ممرضتين أجرينا معها المقابلة بشكل فردي كما قمنا بتوزيع عليهما مقياس القلق والاكتئاب والضغط النفسي (DASS-21) ومقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي للإجابة عليه.

6-1- الحالة الأولى مريم:

6-1-1- تقديم الحالة:

المرمضة " مريم " تبلغ من العمر 32 سنة متزوجة تسكن مع أهل زوجها في ولاية تيزي وزو، تحصلت على شهادة البكالوريا والتحقت بالمعهد الشبه الطبي لمدة 3 سنوات وبعد التوظيف المباشر تم توجيهها مباشرة إلى المؤسسة الاستشفائية فرنان حنفي المتخصصة في الأمراض العقلية مصلحة الطب العقلي للرجال.

6-1-2- عرض وتحليل مضمون المقابلة:

في 21 أبريل 2025 أجريت مقابلة مع الحالة في المكتب الخاص للمختص النفسي، حيث سادت أجواء من الهدوء والطمأنينة، بدا على الحالة الارتياح والابتسامة، وأبدت استعدادها للتعاون بعد أن قمت بتقديم نفسي وشرحت لها موضوع مذكرتي الى تناولت مسألة الصحة النفسية والعلاقة بين المريض وممرض الصحة العقلية، وعقب ذلك انتقلنا مباشرة إلى الحديث عن بياناتها الشخصية.

وبعدها تطرقنا في المعلومات الخاصة بالتمريض في مستشفى الطب العقلي ، فأثناء حديثنا في هذا المجال أوضحت أنها اختارت هذه المهنة عن قناعة تامة حيث راودها حلم أن تصبح ممرضة منذ طفولتها ،وهي راضية تجاه مهنتها والخدمات التي تقدمها وتعتبره عمل إنساني وله أثر إيجابي، فهي تسعى في تقديم الدعم للفئات المهمشة نفسيا، وهذا ما أكدته دراسته (أبو العمرين، 2008) حيث أن العناية التمريضية تؤثر على المريض عقليا ونفسيا وجسميا وعاطفيا وروحيا وبالتالي تؤثر على سرعة تماثله للشفاء وعادة يأتي المريض إلى المستشفى أو العيادة قلقا وخائفا وفاقدًا للسيطرة على وضعه بشكل عام والتعامل الخاص قد يؤدي إلى زيادة هذه المشاعر والخاوف وبالتالي يجب على الممرض أو ممرضة أن يستمع بعقلية متفتحة لشكوى المريض وأفكاره ومشاعره وظروفها الخاصة حتى يتمكن من التخفيف من حدة تلك المشاعر ووضع الحلول المناسبة لمشاكل المريض الجسدية والنفسية . ورغم أنها كانت تحب مهنتها وتعجبها لكن في بداية عملها صرحت أنها تفاجأ كثيراً حيث قالت:

" في لول فرحت بزاف كي حققت حلمي بصح هديك الفرحة ولتلي شوك."

وقد ذكرت الممرضة أنها لم يسبق لها أن خضعت لأي تدريب مخصص للتعامل مع هذه الفئة من المرضى وتعد هذه التجربة الأولى لها في العمل مع أشخاص يعانون من اضطرابات عقلية، فهي تعمل

من الثامنة صباحا إلى الرابعة مساءً وتتكفل حوالي من 25 إلى 30 مريض يوميا، وتقول دائما نعيش ضغوط نفسية أثناء فترات الدوام.

" نتنفسوا غير كي نكملوا من الخدمة ولا كي نخرجو كونجي بصح كيما قلت تبقى مهنة شريفة وإنسانية قبل كلشي هذا ما جعلني ارتاح."

وهذا ما أكدته دراسة (لاماش، 1989)، إلى أن العاملين بقطاع الصحة من مشرفين وأطباء وممرضين يظهرون استعدادا كبير للإصابة بالضغط نتيجة الضغوطات النفسية والاجتماعية وهذا لكونهم عرضة لمواجهة العديد من المواقف الضاغطة وغالبا ما تعتبر العناية بالآخرين كأحد الأسباب الرئيسة المؤدية للضغط لذلك فإن ممارسة هذه المهنة في حد ذاتها مصدر للضغوط. (أيمن عود، 2006).

وصرحت أن رغم كل الضغوطات والصعوبات التي تواجهها مع المرضى، خاصة وقت إعطاء الحقن والأدوية إلا أن هناك فئة لا تقدر مجهوداتها وتعبها وأضافت أن التعامل مع مختلف الحالات يتطلب صبرا كبيرا وحساسية مفرطة تجاه مشاعر المرضى وهدا ما أكدته دراسة (ابتسام أحمد، 2008) أن هناك بعض المشكلات التي يواجهها العاملون في مهنة التمريض فمنها النظرة الاستعلائية للآخرين عليهم وعدم الثقة بجهودهم وعدم اعتراف عدد من الأطباء بالمستوى العلمي والثقافي للممرضين وتصورهم بأن طبيعة عمل الممرض تختصر على تضميد الجروح وحقن الإبر و تقديم الطعام والدواء للمرضى ، وكل هذا يؤدي إلى عدم انسجام و اختلال مستوى الأدوار الصحة النفسية الذي بدوره قد يؤدي إلى انخفاض في مستوى الإنتاجية و الأدوار في العمل.

رغم أن دراسة (ابتسام أحمد) تعود إلى سنة (2008)، فإن نتائجها لا تزال تجد صداها في واقع التمريض الحالي.

فرغم تطور التكوين الأكاديمي للممرضين اليوم، حيث أصبح أغلبهم يتحصلون على شهادة البكالوريا ويخضعون لتكوين جامعي يمتد لأكثر من ثلاث سنوات، إلا أن النظرة النمطية ما تزال تلاحق هذه الفئة، إذ يُختزل دور الممرض في أداء مهام تقنية بسيطة مثل الحقن وتقديم الأدوية والطعام، دون الاعتراف بالجانب الإنساني والعلمي لمهنتهم.

أما عندما تكون الحالة النفسية سيئة للحالة فهي تفضل ألا تقابل المرضى بتلك الحالة وترسل زميلتها لمواصلة العمل، حيث قالت:

"نهار لي نكون فيه مقلقة ومشى مليحة نفضل نبعث زميلتي في العمل على أن أقابل المرضى بتلك الحالة".

فحسب دراسة (النداوي، 1994) أن العاملين في وظائف التمريض يشعرون بضغط عمل أعلى مما يشعرون بها العاملون في الوظائف الأخرى. (حسن محمد، 2008).

ثم سألتها هل تشعر بالإرهاق عند التعامل مع تلك الفئة من المرضى فأجابته:

"نعم نشعر بإرهاق شديد وهذا أثر ميم على حياتي الزوجية حتى راجلي وليت تجور مشاكل معاه."

وهذا ما أكدته دراسة (Santiago Ramirez Ehira & all, 2021)، أن التمريض مهنة معرضة لخطر الإرهاق النفسي نتيجة للتعرض اليومي لمواقف صعبة كالوفاة، والرعاية المرتبطة بالألم وبالإضافة إن ذلك قد تسبب بعض الوحدات مثل وحدات العناية المركزة ضغطا نفسيا كبيرا نظرا لارتفاع معدلات الأمراض والوفيات ويؤدي الإرهاق النفسي إلى تدهور جودة الرعاية، مما يزيد من خطر وفاة المرضى نتيجة ضعف الأداء والأخطاء في بيئة الرعاية.

أثناء حديثها عن الصعوبات النفسية التي تواجهها في عملها اليومي، خيم عليها صمت مفاجئ، وكأن الكلمات خانتها للحظة. بدت متأثرة بشدة، وبدأت عيناها تدمعان في صمتٍ حمل الكثير من الألم، وكأن ذاكرتها استحضرت مشهداً لا يُنسى من ماضيها المهني. بعد لحظات من التردد، تمتعت بنبرة حزينة تختلط فيها الصدمة بالحسرة وقالت:

" عمري ما ننسا هداك النهار ... واحد من المرضى كسر طاقة وبهذاك زجاج فتح كرشو، وزاد ذبح روحو هديك الصورة ما زالت حاضرة بين عينا، وما فارقتنيش الا يومنا هذا وكى نتفكرها تحكمني الرجفة."

هذه الحادثة، رغم مرور الزمن، ما زالت تترك أثراً نفسياً بالغاً في نفسها، وتعكس حجم الضغوط والانفعالات الصادمة التي قد يواجهها ممارسو الصحة العقلية خلال أداء مهامهم. وبعد ما أكملنا من أسئلة حول حالتها النفسية تطرقنا إلى الى معرفة علاقتها مع مرضى الطب العقلي حيث صرحت أن العلاقة بين الممرض والمريض في مصلحة الطب العقلي تختلف تماماً عن باقي المصالح لأن في هذه المصلحة يجب أن تكون حذراً جداً مع المرضى لأنهم فئة حساسة جداً حيث قالت:

" Il faut faire très attention, ces cas sont très sensibles "

وعندما سألتها هل تختلف طريقة تعاملها حسب نوع الاضطراب فأجابته بأن لكل مريض معاملة خاصة وقالت:

"كي يكون واحد **agressive** لازم تعسي روحك **surtout** كي يلحق وقت دواء ولا **les injection**، اما كي يكون لمريض عندو **le stress** ولا **la dépression**، تما نتواصل معاه ونسمعلو ونشجعو باه يعبرلي على مشاعرو."

وفي هذه اللحظة شعرت الحالة بقلق فلاحظة ان رجليها تهتز وسكتت لبضع دقائق فتركته تأخذ نفس ثم واصلنا الحديث.

وهذا ما اشارت اليه دراسة (Wood & Ryan, 2021)، أن الصحة العقلية تواجه أكبر عدد من التحديات مثل العنف أو الخوف من عنف المريض، الضيق الأخلاقي، الإرهاق العاطفي والجسدي، قلة الثقة والتنسيق بين الأطباء والممرضين.

وحسب ما قالتها الحالة أن لكل اضطراب طريقة خاصة يجب اتباعها لتخفيف معاناة المرضى لما سألتها عن الأساليب التي تستخدمها ل تهدئة المرضى أثناء نوبات الغضب أو القلق فقالت:

"عندي تقنيات نديرهم معاه مثلا التنفس العميق، التحدث بصوت منخفض ووتيرة بطيئة، تغير المكان، استخدام عبارات تهدئة النفس."

فهذه بعض التقنيات الفعالة التي تطبقها الحالة على المرضى لتخفيف من نوباتهم.

اما بنسبة لدعم الإدارة لها فأجابته أن في الواقع الإدارة تقرض أحيانا الكثير من الضغوطات من خلال زيادة الأعباء وساعات العمل الطويلة وعدم توفر الدعم الكافي وهذا ما يسبب توتر نفسي، ومع ذلك فإن تعاون الزملاء ودعمهم يلعب دورا مهما في تخفيف هذه الضغوطات حيث قالت:

"مزيا كاين mes collègues نتعاونوا مع بعضانا ونسيوا نخففوا من ضغط لي دير هولنا

".l'administration

وهذا ما أشارت اليه دراسة (Sara K. Wells, 2024)، يمكن أن يكون لمكان العمل تأثير كبير على الصحة النفسية للمرضى منها ساعات العمل الطويلة والاعباء النفسية والجسدية الثقيلة وجدول العمل المناوبة والتعرض المتكرر للمعاناة الإنسانية.

وفي الأخير صرحت أن ليس هناك آليات دعم نفسي للمرضى في المستشفى كجلسات التفريغ النفسي أو الإشراف مهني، حيث قالت:

"ميندك نعيشو des moments difficiles وين يموت لمريض ولا نتعاملو مع des cas

بزاف صعاب، ويخلوك تواجه هداك الضغط وحدك ونتمنى يخمو فينا شوية."

فهنا الحالة تتمنى ان توفر لهم المستشفى جلسات التفريغ النفسي لتخفيف من ضغوطات العمل والصدمات النفسية التي تواجههم يوميا.

وعقب الانتهاء من اجراء المقابلة الاكلينيكية قامت الحالة بالإجابة على مقياس الصحة النفسية ومقياس العلاقة بين المريض وممرض، وأوضحت لها ان الهدف من هذه الدراسة هو توفير بيانات قد تسهم في تعزيز الجوانب النفسية لهذه الفئة ودفع عجلة التغيير نحو الأفضل.

6-1-3- عرض وتحليل نتائج مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي 21-dass ومقياس العلاقة

بين المريض وممرض الطب النفسي للحالة مريم:

جدول رقم (27): بين تصحيح مقياس 21-dass

المحاور	رقم البند	الدرجات الفردية	الدرجة الكلية
الاكتئاب	21.17.16.13.10.5.3	2 0 0 1 1 1 1	6
القلق	20.19.15.9.7.4.2	1 1 1 2 3 1 1	10
الضغط النفسي	18.14.12.11.8.6.1	2 3 2 3 3 2 3	18

من خلال إجابات الحالة مريم عل مقياس 21-DASS حصلت على 6 نقاط في بعد الاكتئاب وبعد القلق حصلت على 10 نقاط، اما في بعد الضغط النفسي حصلت على 18 نقطة.

- نتائج مقياس 21-DASS:

جدول رقم (28): يبين نتائج مقياس 21-DASS

البعد	الدرجة الاقصى	درجة الحالة	التفسير
الاكتئاب	42-28	12	خفيف
القلق	42-20	20	شديد جدا
الضغط النفسي	42-35	36	شديد جدا

من خلال الجدول رقم (28) تبين ان لدى الحالة درجة الاكتئاب 12 خفيفة، بينما درجة القلق شديدة جدا بدرجة 20 ، وكذلك بالنسبة للضغط النفسي شديد جدا بدرجة 36.

6-1-4- عرض وتحليل نتائج الحالة مريم لمقياس العلاقة بين المريض وممرض:

- نتائج مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي والابعد الفرعية:

جدول رقم (29): نتائج ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض الطب النفسي

البعد	عدد البنود	عدد نقاط	الدرجة	المجال	التفسير
سلوك التمريض.	6	21	3,5	[4,2 - 3,4]	قوية
تفهم الممرضون واحترامهم للمريض.	5	17	3,4	[4,2 - 3,4]	قوية
سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض.	5	18	3,6	[4,2 - 3,4]	قوية
التواصل مع المريض.	4	11	2,7	[3,4 - 2,6]	متوسطة
التفاعل مع المريض.	3	11	3,6	[4,2 - 3,4]	قوية
الدرجة الكلية لمقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي.	23	78	3,3	[3,4 - 2,6]	متوسطة

تشير نتائج مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي إلى وجود تباين في نوعية العلاقة تبعاً للأبعاد الفرعية للمقياس، حيث أظهرت النتائج أن العلاقة العامة بين الطرفين جاءت متوسطة بدرجة كلية بلغت 3,3، وتقع ضمن المجال [2.6-3.4].

وقد سجّل بُعد سلوك التمريض درجة 3,5، مما يشير إلى علاقة قوية تعكس احترام الممرضين للأخلاقيات المهنية أثناء تعاملهم مع المرضى وكما حصل بُعد تفهم الممرضين واحترامهم للمريض على درجة 3,4، وهو ما يدل على مستوى عالٍ من التفهم وتجنّب إصدار الأحكام المسبقة فكلاهما يقع في المجال [4.2 - 3.4].

من جهة أخرى، أحرز بُعد التفاعل مع المريض أعلى درجة بلغت 3,6، مما يعكس تجاوباً فعالاً من قبل الممرضين مع احتياجات المرضى.

في المقابل، جاء بُعد سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض بنفس الدرجة 3,6، ورغم تصنيفه العددي ضمن المجال القوي [3,4 - 4,2] إلا أن مضمونه يعكس وجود بعض الحواجز في الثقة أو التواصل من جهة المرضى.

أما بُعد التواصل مع المريض فقد سجّل 2,7، وهو ما يُصنّف ضمن المجال المتوسط [2,6-3,4]. ويشير إلى ضعف نسبي في هذا الجانب، مما يبرز الحاجة إلى تطوير مهارات التواصل لدى الممرضين. بوجه عام، توضح هذه النتائج تباين جودة العلاقة العلاجية باختلاف الأبعاد، الأمر الذي يستدعي التركيز على تقوية الجوانب الضعيفة وتعزيزها لضمان علاقة أكثر فعالية وإنسانية بين المريض وممرض الطب النفسي.

6-1-5- مناقشة الحالة:

تعكس حالة الممرضة "مريم" صورة نفسية معقدة تتسم بتداخل مشاعر الإرهاق، الضغط النفسي، والقلق، وهي مؤشرات واضحة على الضغوط النفسية الناتجة عن الممارسة اليومية في بيئة العمل داخل مستشفى الأمراض العقلية، خاصة مصلحة الطب العقلي للرجال، حيث يتطلب التعامل اليومي مع المرضى المصابين باضطرابات عقلية حساسية مفرطة، يقظة دائمة، ومهارات تواصل عالية أشارت "مريم" إلى أنها، وعلى الرغم من حبها الكبير للمهنة واقتناعها بدورها الإنساني، فقد واجهت منذ بداية مسارها المهني صدمة مهنية مبكرة، نتيجة غياب التدريب المسبق والدعم النفسي، مما جعلها تواجه الواقع المهني الصعب دون موارد كافية.

هذا يتقاطع مع نتائج دراسة (Sampson & all, 2022)، التي تشير إلى أن مهنة التمريض، وخاصة في قطاع الصحة النفسية، تتسم بارتفاع نسب التوتر، والقلق، والإرهاق النفسي، ما يضع العاملين بها في خطر متزايد للإصابة بالاضطرابات النفسية.

ويبرز الإرهاق النفسي كعنصر أساسي في تجربة "مريم"، حيث صرحت بوضوح عن تأثير عملها اليومي على حياتها الزوجية، ووجود مشاكل مستمرة مع زوجها.

وهذا يتوافق مع نتائج الدراسة (konstantinos Tsaras & all, 2018)، التي اعتبرت التمريض من أكثر المهن المرتبطة بالاكتئاب والقلق، بسبب ما يتعرض له العاملون من ضغط نفسي دائم، مما ينعكس سلباً على استقرارهم العاطفي والاجتماعي. من منظور علم النفس العيادي، يمكن تحليل تجربة "مريم" باستخدام نموذج، (Lazarus & Folkman, 1984) الذي يفترض أن الضغط النفسي لا يعتمد فقط على المثيرات الخارجية، بل على كيفية إدراك الفرد لهذه المثيرات، ومدى توفر الموارد النفسية

والاجتماعية لمواجهتها.

في حالة " مريم "، نجد أن غياب الدعم المؤسسي، سواء في شكل إشراف مهني أو جلسات تفريغ نفسي، إضافة إلى نظرة المجتمع النمطية تجاه المرضى، ساهم في تقليص قدرتها على التكيف، وزاد من حدة الضغط.

ومما يعزز هذا الاستنتاج، أن "مريم" لجأت إلى تطوير استراتيجيات خاصة لتهذئة المرضى، مثل تقنيات التنفس العميق والتواصل اللفظي الهادئ، ما يعكس رغبتها في تقديم رعاية ذات جودة إنسانية، لكنها تقتصر للدعم المؤسسي اللازم لمواصلة هذا الجهد دون أن تدفع الثمن من سلامتها النفسية. إذ أن تقديم الرعاية في بيئة مليئة بالتحديات دون قنوات دعم واضحة يساهم في تعميق الإحساس بالوحدة المهنية والإنهاك. ختاماً، تكشف هذه الحالة عن حاجة ملحة إلى تطوير برامج دعم نفسي داخل المؤسسات الاستشفائية، خصوصاً في أقسام الطب العقلي، لضمان حماية العاملين، وتحقيق توازن بين جودة الرعاية وسلامة مقدميها.

6-2- الحالة الثانية لينة:

6-2-1- تقديم الحالة:

الحالة لينة تبلغ من العمر 24 سنة عزباء، تعيش في أسرة تتكون من أب وأختين صغيرتين، مستواها التعليمي جامعي حيث حصلت على شهادة ليسانس في علوم التمريض، اما الحالة الاقتصادية متوسطة، تسكن في بلدية عزازقة. للحالة سنتين و6 أشهر من الخبرة في مستشفى الامراض العقلية في جناح الطب العقلي للأطفال.

6-2-2- عرض وتحليل مضمون المقابلة:

في 20 أبريل أجريت المقابلة مع الحالة، في المكتب الخاص بأحد المختصين النفسيين. كانت الظروف العامة للقاعة ملائمة. والحالة مرتاحة نوعاً ما، حيث قبلت بكل اريحية أن أقوم بإجراء المقابلة معها.

بعد أن أخبرتها بموضوع بحثنا الذي يتطرق على موضوع الصحة النفسية لمرضى الطب النفسي والعلاقة بينهم وبين المريض، ثم قمنا مباشرة بجمع البيانات الشخصية، وانتقلنا إلى المعلومات حول العمل في مشفى الطب النفسي حيث قالت انها منذ ان كانت صغيرة كانت مهتمة بمجال الصحة وكانت تريد أن تصبح طبيبة أسنان ولكن المعدل الذي تحصلت عليه في البكالوريا لم يسمح فاخترت تخصص التمريض وأنها حالياً راضية على مهنتها والخدمات التي تقدمها، حيث تعمل مع أكثر من 50 طفلاً مريضاً يومياً.

وقالت:

" ttghodeniya igardan aka manettwaligh yelwaqth ni igiylaq aduraren
adeghren nuthni attsufrin si lahlak anechetagi yittajan adhasagh si
lemghidath "

بمعنى ان الأطفال يشيرون شفقتها عندما تراهم وأن في الوقت الذي يجب أن يكونوا فيها يدرسون ويلعبون فهم يعانون من المرض وهذا يجعلها تشعر بالشفقة والعاطفة.

وكانت ايماءات الحالة تعبر عن ذلك ويظهر ذلك في انحناء راسها للأسفل وعينيها حيث تعبر عن اسفها الشديد ومدى اثارة المواقف التي تعيشها في المشفى، وان العمل مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات يثير عاطفتها والشفقة.

وهذا ما أشارنا اليه في الإشكالية عن دراسة (بارك ليندة وبخنوس ياسمينه، 2017) عن تعب التعاطف

لدى الممرضين العاملين في مستشفى الامراض العقلية فرنان حنفي بتيزي وزو ان طبيعة العمل لدى

ممرضين الطب العقلي يجعلهم يعانون من تعب التعاطف لكلا الجنسين.

وعند طرح أسئلة حول الحالة النفسية وصفت حالتها النفسية اثناء العمل في مصلحة الطب النفسي

" بالإرهاق"، سواء من الناحية العملية ومن الناحية الإنسانية في دراسة.

كما صرحت الحالة بان عندما تكون في حالة سيئة تنسحب من العمل او توجه المريض لزميلة أخرى

وهذا كي لا تؤثر على المريض او في تقديم الخدمات حيث قالت:

" akn yevghu yiligh cvpo mi le patient ilaq toujours attilid bien akudes

xas mm yenayamd lhaja uylaqara ak attfeq3ed ar ljihas ngh adesvaned

udem n diri "

بمعنى ان مهما تكون حالتي النفسية ليست جيدة يجب دائما ان أكون جيدة مع المريض حتى لو قال لي

شيء ما يجعلني في حالة غضب، لا يجب ان اظهر أنى غاضبة في وجهه.

وهنا الممرضة تذكرت موقف حدث بينها وبين ولي امر لطفل حيث قام بشتمها، وقالت ان في ذلك الوقت

لم تفعل شيء ولم ترد عليه فقط انسحبت وطلبت من زميلتها ان تتولى خدمة الولي لأنها لم تستطع

التواصل ومقاومة الموقف وأنها بكيت، واثاء حديثها ظهرت علامات التوتر وتجنبت التواصل البصري

معي وبدأت عينيها تدمع، وقالت بان في هذه الحالة تأثرت.

حسب ما قالته الحالة فهناك مواقف من خلال عملها تؤثر عليها عاطفيا لاسيما الضيق الأخلاقي الذي

تعرضت له.

فحسب دراسة (Sara Lamoureux & all, 2024)، كشفت عن علاقات بين الضيق الأخلاقي وكل من الإرهاق العاطفي، التعب، والتشاؤم، وانخفاض الإحساس بالتماسك، ورداءة المناخ الأخلاقي، وضعف الدعم الأخلاقي.

وأظهرت عوامل مثل غياب اتخاذ القرار، سوء سلوك الزملاء، ضغط الوقت، الجوانب المهنية، والسياسات والقوانين، العدوان، وسلامة المرضى كعوامل مساهمة في الضيق الأخلاقي، وأنه لم تحد أي تدخلات موجهة لمعالجة الضيق الأخلاقي لدى الممرضين في أقسام الصحة النفسية الحادة. وإن هذا الضيق منتشر بين الممرضين في هذا السياق، ويرتبط بنتائج سلبية على الأداء المهني. وإن هناك حاجة ماسة لإجراء بحوث تهدف الى تطوير واختبار تدخلات قائمة على الأدلة لمعالجة الضيق الاخلاقي لدى ممرضون الصحة النفسية، وتقييم اثار هذه التدخلات على الافراد والنظام الصحي وجودة الرعاية. وفي هذه الاثناء توقفت عن طرح الأسئلة لتستريح ويكون بإمكانها تواصل المقابلة، وبعد حوالي دقيقتين ارتخت وبدا التوتر ينقص وطلبت مواصلة المقابلة.

وبعد طرح أسئلة عن كيف تتعامل مع شعور الإرهاق وصرحت انها تضع حدود بين العمل والحياة الشخصية حيث قالت:

"mara fghagh syagi ttettugh akk lxedma ttettugh ansa ideofghagh»

بمعنى ان عنما تخرج من المشفى تنسى العمل وتنسى من اين خرجت.

وهنا الحالة تظهر استراتيجيات المواجهة الخاصة بها بحيث تعمل على عدم تأثير حياتها المهنية على حياتها الشخصية.

وهذا ما دعمه مقال صونيه السيد وآخرون (Sonia El Sayed & all, 2017) بعد جمع بيانات 70

ممرض ان الممرضات النفسية وتوصلت لمجموعة من النتائج تنص بان لديهم مستويات معتدلة من

الاجهاد والاكتئاب المرتبطة بالعمل، ويظهر استراتيجيات مواجهة مختلفة.

وعند الانتهاء من أسئلة حول حالتها النفسية وضحت لها اننا سننتقل لفقرة تخص العلاقة بين الممرض

والمريض وكانت الحالة تبدو عليها الفضول والانفتاح معنا للإجابة وكانت تقوم بهز راسها وتبتسم

ووصفت العلاقة في هذه المصلحة بالخدمات الحساسة وان العلاقة تكون مليئة بالتعاطف والسعي للعمل

وبذل كل المجهود حتى يرتاح المريض ويشفى.

وهذا ما تؤكدته دراسة (Giti, 2025) بان كفاءة التعاطف والقدرة على السعي لفهم معاناة المرضى في

جناح الطب النفسي ضرورية للممرضات لإقامة اتصال علاجي فعال في عملية شفاءهم، وتعتبر كفاءة

التعامل ذات أهمية كبيرة للحفاظ على سلامة المرضى، وللمنع الاحداث السلبية التي قد تحدث للممرض

في اجنحة الطب النفسي.

وحسب ما قالته الحالة ان الخدمة في مشفى الامراض العضوية وفي مشفى الامراض النفسية والعقلية

مختلف، بحيث اشارت انها عملت سابقا بمستشفى عمومي في بلدية عزازقة، وان هذا الاختلاف يكمن في

المعلومات الصحية التي ستعرفها عن المريض بحيث في المستشفى الطب النفسي تعرف الكثير من

المعلومات الصحية ولا تتمحور فقط على مرضه النفسي في بعض الأحيان يتعرفون حتى على المستوى

المعيشي للحالة ويقومون بمساعدته ماديا.

وأنها لما انتقلت في العمل الى مستشفى الطب العقلي فرنان حنفي لم يكن لها خبرة عن كيفية العمل مع

المرضى النفسيين وأنها لم تحتك بهم مسبقا وتتطلب منها بعض الوقت للتكيف في هذه المصحة العقلية، وان حالتها النفسية في اول أيام عملها كانت مرهقة وتشعر بتعاطف كبير اتجاه المرضى، وان كلما رأت مريض حالته متأزمة كالعنيف...الذي يصرخ... الأطفال واولياءهم. وكانت الحالة في ايامها الأولى في العمل مرهقة عاطفيا ونفسيا ولكن بعد مرور الوقت تكيفت مع الوضع المهني.

وفي هذا الصدد اشار جون واخرون (Juan & all, 2022) في دراسة اسفرت عن نتائج تشير الى معاناة ممرضين الطب النفسي من نسبة عالية من الضيق النفسي والذي يرتبط بأساليب تكيف وان جودة النوم لها تأثير تنظيمي معين بعد الكشف عن عينة 812 ممرض في مدينة شانغونغ الصين. إضافة الى العديد من المتغيرات التي تؤثر كمتغير الجنس، العمر وكذلك الخبرة والوضعية الاجتماعية لمرضى الطب العقلي.

وعند طرح سؤال حول الاختلاف في التعامل حسب الاضطراب النفسي قالت:

" ih yemxalaf amk atilid par exemple yowen aggressive ilaq athamid

wtthamid imanik nagh yiwn ma yes3u les délire nagh di les crises

lfeq3ath atejagh alma teksas iwakn asnahdar nagh ankemel adawi

ins tikwal mayefqa3 mlih nettakas dwa yarna xas uttyevghara on est

obligé atendawi."

بمعنى نعم، هناك اختلاف حسب نوع الاضطراب النفسي مثلا مرض عنيف ستعمل على حمايته وعلى حماية نفسك، وفي نوبات الغضب ستتذكره حتى تمر النوبة لنكلمه او لنكمل العلاج وفي حالات الغضب

والأزمة الشديدة نقوم بتهديته بالدواء. وأنه يجب اقناع المريض بضرورة العلاج إذا اظهر المقاومة. بحيث

الحالة تعمل على حماية المريض كأولوية لأنه مضطرب قد يؤدي نفسه وكذلك تعمل على حماية نفسها

من المريض.

هذا ما أشار اليه (Ryan & Wood, 2021) ان الصحة العقلية تواجه أكبر عدد من التحديات مثل:

العنف او الخوف من عنف المريض، الضيق الأخلاقي الارهاق العاطفي والجسدي، قلة الثقة والتنسيق

بين الأطباء والممرضين. كما تدعم الدراسة قول الحالة:

" Par rapport ar la pression l'administration tharsagh mlih mi imduk al idwi

xedmagh ça va nttemsefham lukan machi aka wamag adkchmagh i la

dépression achehal aya. "

بمعنى بالنسبة " للضغط " الإدارة هي التي تضغط علينا كثيرا، ولكن زملاء العمل هناك تفاهم ونعمل

كفريق طبي موحد ولولا هكذا فقد كنت سأدخل في الاكتئاب منذ زمن. فالحالة هنا تصرح ان ضغط

الإدارة وطبيعة العمل كان قد يكون سبب في دخولها للاكتئاب ولكن دعم زملائها والفريق الطبي الذي

تعمل معهم متفاهمين ولا يضغطون عليها هذا ما وأخف عليها الضغوط وأنقذها من الدخول في اكتئاب.

وفي هذا الصدد نجد دراسة (Hsiu-Fen Hsieh & all, 2021) التي أظهرت بان الضغط النفسي لم

يكن لديه تأثير مباشر دي دلالة إحصائية على اعراض الاكتئاب لدى الممرضين النفسيين، لكنه كان له

تأثير وساطة كامل على اعراض الاكتئاب من خلال الإرهاق المهني وجودة النوم. وأظهرت هذه الدراسة

ان تقبيب الإرهاق المهني وتحسين جودة النوم يلعبان دورا مهما في مواجهة اعراض الاكتئاب لدر ممرضون قسم الطب النفسي. وانه يجب على مديري الرعاية الصحية توفير بيئة أفضل للتقليل من الإرهاق المهني ولتحسين جودة النوم.

وحسب ما قالتها الحالة ان بالنسبة للمريض فيجب ان نكون دائما في الخدمة ونحترم اختياراته لممرض او لطبيب لان الهدف الأول هو راحة المريض وان هذا لا يؤثر عليها بل بالعكس تفضل ان يختار المريض ممرض اخر لتستريح من العمل.

وفي الأخير سألتها عن التطوير والدعم المهني وقالت ان ليس هناك اليات دعم نفسي للممرضين في المشفى كجلسات تفريغ او اشراف مهني. واقتрحت ان يكون التكوين شامل وعميق في مجال الصحة العقلية حيث قالت:

" Drus ineghra naxdem kn ahath 4 ar 5 les séance "

بمعنى ان خلال التكوين تلقت فقط من أربعة الى خمسة حصص فقط عن مجال التمريض في الصحة العقلية. واقتрحت الحالة ان تكون هناك كفاءة في التكوين وان يتعمقوا في كل مجال ويحيطون به استعدادا للعمل فيه.

اما بالنسبة للصحة النفسية وللحفاظ عليها فالحالة ترى بان دعم الإدارة والزملاء يساعد في تعزيز الصحة النفسية، وانه يجب تلقي تدريب على مهارات الحفاظ على الصحة النفسية وان تكون جزءا من التدريب المهني للممرضين في الطب العقلي.

ثم بعد الانتهاء من اجراء المقابلة العيادية قامت بالإجابة على مقياس الصحة النفسية والعلاقة بين

المريض والممرض، وشرحت لها بان اجوبتها ستساعدنا في هذه الدراسة التي نقوم بها وسنطرح المعلومات التي تساعد في تطوير مجال التمريض في مستشفى الامراض العقلية والنفسية.

6-2-3- عرض وتحليل نتائج مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي 21-das ومقياس العلاقة

بين المريض وممرض الطب النفسي للحالة لينة:

جدول رقم (30): بين تصحيح مقياس 21-dass

المحاور	رقم البند	الدرجات الفردية	الدرجة الكلية
الاكتئاب	21.17.16.13.10.5.3	0 2 0 3 1 1 2	9
القلق	20.19.15.9.7.4.2	2 1 2 2 0 0 2	9
الضغط النفسي	18.14.12.11.8.6.1	1 2 2 2 2 0 2	11

من خلال إجابات الحالة لينة عل مقياس 21-dass تحصلت على 9 نقاط في كل من بعد الاكتئاب وبعد القلق، اما في بعد الضغط النفسي تحصلت على 11 نقطة.

- نتائج مقياس 21-DASS:

جدول رقم (31): يبين نتائج مقياس 21-DASS

البعد	الدرجة الاقصى	درجة الحالة	التفسير
الاكتئاب	+28	18	متوسط
القلق	+20	18	شديد
الضغط النفسي	+34	22	متوسط

من خلال الجدول رقم (31) تبين ان لدى الحالة درجة الاكتئاب 18 والضغط النفسي 22 وهو ما يشير لدرجة متوسطة، بينما درجة القلق لديها شديدة حيث بدرجة 18.

6-2-4- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية على مقياس العلاقة بين المريض وممرض

- نتائج مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي والابعاد الفرعية:

جدول رقم (32): نتائج ابعاد مقياس العلاقة بين المريض والممرض الطب النفسي

البعد	عدد البنود	عدد نقاط	الدرجة	المجال	التفسير
سلوك التمريض.	6	21	3,5	[4,2 – 3,4]	قوية
تفهم الممرضون واحترامهم للمريض.	5	18	3,6	[4,2 – 3,4]	قوية
سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض.	5	14	2,8	[3,4 – 2,6]	متوسطة
التواصل مع المريض.	4	9	2.2	[2,6 – 1,8]	ضعيفة
التفاعل مع المريض.	3	12	4	[4,2 – 3,4]	قوية
الدرجة الكلية لمقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي.	23	74	3,2	[3,4 – 2,6]	متوسطة

حسب الجدول رقم (32) يشير الى نتائج مختلفة لأبعاد العلاقة بين الممرض والمريض. حيث أن أعلى درجة كانت في بعد "سلوك التمريض" بعد الحصول على (21 نقطة من 6 بنود) بمتوسط (3.5)، ضمن المجال [3.4-14.2]، وهو ما يُصنف ضمن الفئة "قوية"، ما يدل على سلوك مهني إيجابي من الحالة لينة. كما تحصلت في بعد "تفهم الممرضون واحترامهم للمريض" على (18 نقطة من 5 بنود) بدرجة (3.6)، ضمن نفس المجال وبتصنيف "قوي"، مما يعكس تقديراً جيداً للمرضى من قبل الحالة. في المقابل، كان هناك بُعد يُصنف ضمن "ضعيف" وهو "التواصل مع المريض"، حيث حصل فقط على (9 نقاط من 4 بنود) بدرجة (2.2) ضمن المجال [1.8-2.6]، ما يدل على وجود ضعف في التواصل بين الحالة والمريض.

كذلك، البعد الخاص بـ "سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض" حصل على (14 نقطة من 5 بنود) بدرجة (2.8)، ضمن المجال [2.6-3.4] وتم تصنيفه على أنه "متوسط". أما فيما يخص البعد الأخير "التفاعل مع المريض"، فقد حصل على (12 نقطة من 3 بنود) بدرجة (4) وبتصنيف "قوي"، مما يعني أن درجة التفاعل منخفضة. وبشكل عام، فإن الدرجة الكلية لمقياس العلاقة بين الممرض والمريض كانت (74 نقطة من 23 بنداً) بدرجة (3.2)، وتقع ضمن المجال [2.6-3.4] مما يصنفها كـ "متوسطة".

من خلال هذه البيانات، يتضح أن هناك جوانب قوية في العلاقة بين الممرض والمريض، مثل الاحترام وسلوك التمريض، في حين تظهر الحاجة إلى تحسين التواصل الفعال مع المرضى، وهو جانب مهم لتحقيق رعاية صحية شاملة وإنسانية.

6-2-5- مناقشة الحالة:

حسب معطيات المقابلة النصف موجهة الحالة متعاطفة مع المرضى والأطفال كونها تعمل في الجناح الخاص بالطب النفسي للأطفال، وتعمل على التوازن العاطفي وعلى خدمة المريض كأولوية. اما بالنسبة للإرهاق الناتج عن طبيعة عملها فهي تستخدم استراتيجيات خاصة بها للحفاظ على الصحة النفسية ولتقديم خدمات الرعاية بجودة.

وفي هذا الصدد نجد دراسة (Mariam Célmént & all, 2018) أظهرت النتائج ان هناك شروطا متتابعة لتعزيز العلاقة التمريضية، منها خصائص شخصية لدى الممرضة، وتدخلات تمريضية محددة، إضافة الى عوامل مرتبطة بالسياق العلاجي. وقد تبين ان العلاقة بين الممرضة والمريض تتحسن من خلال ممارسة سلوك التمريض حيث تعزز الامل والتمكين الذاتي والوعي لدى المريض.

كما توصلت هذه الدراسة الى انه يتعين على التكوين التمريضي ان يسعى نحو تنمية مهارات الاستماع الفعال والنزعة الإنسانية لدى الممرضون، وانه يجب إعادة تنظيم الخدمات التمريضية بما يسمح بتوفير وقت كاف للاستماع الى المرضى، وان تعطى الأولوية للاستماع لتجربة الشخص المريض وصوته في خطة الرعاية. كما اشارت الحالة لينة الى لزوم ان خلال المسار التكويني يجب التعمق في تخصص تمريض الطب العقلي وزيادة عدد الحصص التعليمية والخروج في تربية ميدانية استعدادا للعمل في هذا التخصص لتحسين جودة التكوين في مجال التمريض في الصحة العقلية والعمل على دعم هذه الفئة من الممرضين نفسيا إضافة على ذلك اقترحت الحالة تلقي التدريبات على مهارات الحفاظ على الصحة النفسية وان تكون جزءا من التدريب المهني للممرضين في الطب العقلي.

وفي هذا الصدد نجد دراسة (Kevin Gournay, 2012) ان الممرضين النفسيين يمكن العثور عليهم في معظم دول العالم المتقدم، بينما لا يزال التمريض النفسي غير معرف كاختصاص مستقل في العديد من دول العالم النامي.

ومع ذلك تم إطلاق عدد من المبادرات، أبرزها مبادرة جنيف للطب النفسي في اوروبا الشرقية والاتحاد السوفياتي السابق، ومبادرات منظمة الصحة العالمية في الدول الافريقية لتوفير تدريب متخصص في تقنيات التمريض النفسي.

ومن خلال نتائج مقياس العلاقة بين المريض والممرض اتضح ان جانب التواصل مع المريض ضعيف وذلك ما ظهر في المقابلة بحيث عندما تشعر بالتوتر والقلق تتجنب التواصل مع المريض. وفي صدد الصحة النفسية كشفنا على مستوى متوسط من الاكتئاب والضغط النفسي ومستوى شديد من القلق حسب النتائج المتحصل عليها من خلال اجوبتها في مقياس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي DASS-21.

وفي هذا الصدد نجد دراسة (Carine Maillard, 2012) التي كشفت مستوى التوتر لدى الممرضون العاملون في مجال الطب النفسي مفرط ويعاني من الاحتراق المهني والانهاك العاطفي لدى ثلث الطاقم التمريضي الأوروبي.

6-2-6 نتائج مقياس الصحة النفسية ومقياس العلاقة بين المريض والممرض على حالات الدراسة:

(أ) نتائج مقياس الصحة النفسية:

جدول رقم (33): نتائج مقياس الصحة النفسية على حالات الدراسة

الابعاد	الحالة حنان	الحالة مريم	الحالة لينة
الاكتئاب	14	12	18
	متوسط	خفيف	متوسط
القلق	14	20	18
	متوسط	شديد جدا	شديد
الضغط النفسي	22	36	22
	متوسط	شديد	متوسط

من خلال الجدول رقم (33) ان الحالة حنان لديها مستوى متوسط في كل من الاكتئاب بدرجة (14) والقلق (14) والضغط النفسي (22).

اما بالنسبة للحالة مريم لديها مستوى خفيف بدرجة (12) وكذلك الحالة لينة لديها مستوى متوسط بالنسبة لبعد الاكتئاب (18)، اما بالنسبة لبعد القلق (20) والضغط النفسي (36) نجد الحالة مريم تعاني من مستوى شديد جدا لكلا البعدين.

وكذلك الحالة لينة تعاني من قلق شديد (18)، وضغط نفسي متوسط (22). ويمكن تفسير هذا الاختلاف على انه راجع للفروق الفردية وطريقة إدراك مواقف الضغوط وإدارتها.

ب) نتائج مقياس العلاقة بين المريض والممرض على حالات الدراسة:

جدول رقم (34): نتائج مقياس العلاقة بين المريض والممرض على حالات الدراسة

البعد	الحالة حنان	الحالة مريم	الحالة لينة
سلوك التمريض	3,6	3,5	3,5
	قوية	قوية	قوية
تفهم الممرضون واحترامهم للمريض	2,4	3,4	3,6
	ضعيفة	قوية	قوية
سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض	2,8	3,6	2,8
	متوسطة	قوية	متوسطة
التواصل مع المريض	2,2	2,7	2,2
	ضعيفة	متوسطة	ضعيفة
التفاعل مع المريض	3,3	3,6	4
	متوسطة	قوية	قوية
نتيجة المقياس الكلي	2,9	3,3	3,2
	متوسطة	متوسطة	متوسطة

من خلال الجدول رقم (34) تبين في النتيجة الكلية لمقياس العلاقة بين المريض والممرض للحالات

الثلاثة متوسطة بدرجة (2,9) للحالة " حنان " و(3,3) للحالة " مريم " و(3,2) للحالة " لينة " .

مع فروق في نتيجة الابعاد بحيث نجد ان طبيعة العلاقة في بعد سلوك التمريض قوية لدى كل من

الحالات الثلاثة بدرجة (3,6) للحالة " حنان " ودرجة (3,5) لكلا من " مريم " و " لينة " .

وكذلك في بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض وبعد التفاعل مع المريض نجد العلاقة قوية في هذين

البعدين بالنسبة للحالة " مريم " و " لينة " حيث نجد درجة بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض للحالة

" مريم " (3,4) وفي بعد التفاعل نجد (3,6).

وبالنسبة للحالة " لينة " نجد درجة بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض (3,6) وفي بعد التفاعل نجد

(4)، بينما " حنان " نجد العلاقة ضعيفة في بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض بدرجة (2,8)،

وعلاقة متوسطة في بعد التفاعل مع المرضى (3,3).

وفي بعد التواصل مع المريض الحالة " حنان " و " لينة " لديهما علاقة ضعيفة بدرجة (2,2)، اما

بالنسبة للحالة " مريم " لديها علاقة متوسطة بالنسبة لهذا البعد بدرجة (2,7).

7- مناقشة عامة للنتائج:

7-1 تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

يتبين من خلال تحليل نتائج الفرضية الأولى أن مرضي الطب العقلي يتمتعون بمستوى طبيعي من

الاكتئاب، ومستوى متوسط من القلق، ومستوى خفيف من الضغط النفسي. حيث تشكّل هذه النتائج مؤشراً

على درجة من التوازن النفسي العام.

- أولاً: الاكتئاب (المستوى الطبيعي):

يشير وجود مستوى طبيعي من الاكتئاب (9,83) والذي يندرج ضمن المجال "طبيعي" (0 - 9) إلى أن المشاركين في الدراسة لا يعانون من أعراض اكتئابيه مرضية، ما يعكس نوعاً من التكيف النفسي مع ضغوط المهنة حسب ما اشارت اليه الحالات التي قمنا بدراستها.

ويُعزى هذا التكيف إلى عدة عوامل، من أبرزها الدعم الذي توفره فرق العمل فيما بينها، فمثلا الحالة لينة صرحت بان لولا الدعم والتفاهم الذي يسود فريق عملها لدخلت في حالة اكتئاب منذ مدة.

وهذا ما تدعمه دراسة اجراها (Shah & all, 2022) شملت 210 ممرضا، أظهرت النتائج ان 57% بالمئة من ممرضي الطب العقلي يعانون من اعراض اكتئابية تتراوح بين الخفيفة والمتوسطة، بسبب قلة الدعم النفسي وضعف التقدير الاجتماعي.

كما هو الحال في الحالات الثلاثة التي قمنا بدراستها حيث أظهرت نتائج مقياس 21-dass في بعد الاكتئاب مستويات متوسطة لكلا من الحالة حنان ولينة وخفيف بالنسبة للحالة مريم.

وهذا قد يكون راجع إلى أساليب المواجهة التي تلعب دوراً هاماً في تعزيز المناعة النفسية، بحيث نجد ان الحالة لينة تقوم بتنظيم حياتها الشخصية والمهنية وان ما تعيشه في البيئة العملية تنسأه عند خروجها من العمل كوسيلة للتخفيف وللحفاظ على الصحة النفسية.

كما قد يكون الاكتئاب المتوسط ناجما عن التعرض المتكرر لحالات انتحارية او سلوكيات عدوانية، بينما الاكتئاب الخفيف في الحالة المزمنة، على سبيل المثال، خلال دراستنا الميدانية اثناء توزيع المقاييس شرحنا المقياس لاحد الممرضين الذي يعمل في مصلحة الطب العقلي للرجال - ولاية البليدة - ومن خلال حديثنا

صرح بان هؤلاء المرضى يشكلون خطرا وانهم بعد الوقت يتعودون على سلوكياتهم التي قد يقومون بإيذاء أنفسهم او يقدمون على محاولة الانتحار او حتى محاولة قتل أحد زملاء العمل، أي ان التعرض المستمر لهذه الاحداث تبقي دائما للمرضين على استعداد لمواجهةها ورفع سقف توقعاتهم لاي سلوك قد يصدر منهم.

وهذا ما تدعمه دراسة (Kelly & all, 2020) الى ان 42% بالمئة من ممرضي الطب العقلي يظهرون اعراض اكتئابية خفيفة الى متوسطة بعد التعرض المتكرر للعنف اللفظي او لمحاولات انتحار فاشلة، مما يتطلب تدخلات وقائية عاجلة.

كما تشير نتائج دراستنا الى ان 87,3% بالمئة من مجموع العينة لديهم مستوى طبيعي من الاكتئاب أي 131 ممرض، و7,3% من افراد العينة لديهم اكتئاب خفيف ونسبة 5,3% من افراد العينة يعانون من درجة متوسطة من الاكتئاب.

حيث تتوافق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت اليه دراسة (Liao & all, 2024) والتي اظهرت ان غالبية ممرضي الطب العقلي لا يعانون من اعراض اكتئابيه، وأشاروا الى ان مستوى الاكتئاب طبيعى ضمن العينة التي قاموا بدراستها والتي شملت 65 ممرضا وممرضة، حيث استخدموا مقياس بيك للاكتئاب (BDI) لتقييم الاعراض الاكتئابية واطهرت النتائج ان 18,75% بالمئة فقط من المشاركين 12 ممرضا سجلوا درجات تشير الى وجود اعراض اكتئابيه، في حين ان 81,25% بالمئة لم تظهر عليهم الاعراض، وأشاروا الى ان غالبية العينة يتمتعون بمستوى اكتئاب طبيعى، وفي التحليلات الإحصائية اقررو بان العوامل المؤثرة في ظهور الاعراض الاكتئابية شملت عدد ساعات العمل، والحالة الصحية العامة. حيث تبين قلة النوم وزيادة ساعات العمل، والحالة الصحية المتدهورة كانت مرتبطة بارتفاع

احتمالية ظهور اعراض الاكتئاب.

وهذا يبرز أهمية التدخلات الوقائية التي تركز على تحسين جودة النوم وتنظيم ساعات العمل للحفاظ على الصحة النفسية للمرضين.

مع ذلك فإن هذا المستوى " الطبيعي " لا يُعد بالضرورة دليلاً على غياب المخاطر النفسية، إذ تُشير بعض الدراسات إلى أن الاكتئاب قد يكون مقنّعا أو خافتا ويظهر في أشكال غير مباشرة كالتعب المزمن أو الانفصال المهني (Maslach & Leiter, 2016).

كما نبهت دراسة (Liu & all, 2020) إلى أن حتى العاملين الذين يسجلون درجات طبيعية قد يكونون عرضة للتدهور النفسي في حال غياب آليات دعم مؤسسية.

- ثانيًا: القلق (المستوى المتوسط):

أما مستوى القلق لدى المرضى العاملين في مصلحة الطب العقلي متوسط، باعتبار أن المتوسط الحسابي لدرجات القلق (10,94) يندرج ضمن المجال "متوسط" (10-14)، بانحراف معياري يقدر بـ (10,94).

كما تشير نتائج دراستنا الى ان 68,0% بالمئة من عينة الدراسة لديها قلق طبيعي، و 17,3% بالمئة لديهم مستوى خفيف من القلق، و 12,0% بالمئة من المرضى الذين لديهم قلق متوسط، وبالنسبة للحالات نجد الحالة حنان لديها مستوى متوسط من القلق يقدر بـ 14 درجة، وهي نتيجة منطقية بالنظر

إلى طبيعة العمل في الطب العقلي، حيث يواجه الممرضون مواقف طارئة وسلوكيات غير متوقعة من المرضى، ما يُقيهم في حالة استعداد نفسي دائم (Stuart, 2014).

القلق هنا لا يصل إلى حد الإعاقة، لكنه يعكس حالة من الضغط المعرفي والانفعالي المرتبط بالمسؤولية المرافقة للعمل مع مرضى يعانون من اضطرابات عقلية شديدة، مثلاً الحالة حنان ذكرت ان في اول أيام عملها تشعر بالتوتر والقلق وفي هذه الحالة تتجنب التواصل (وهذا قد انعكس نتيجة ضعيفة في بعد التواصل في مقياس العلاقة بين المريض والممرض) مع المرضى وأرسل زميلتي في العمل حتى تشعر بالراحة والقدرة على مواصلة عملها بشكل عادي، وبأنها تتعامل معهم بهدوء وصبر، وأصبحت تتحكم في انفعالاتها بعد مرور الوقت.

فظهر نتائج الدراسة ان مستوى القلق لدى ممرضي الطب العقلي متوسط هوما يمكن تفسيره بمجموعة من العوامل المهنية والاجتماعية. فعلى الرغم من أن هؤلاء الممرضين لم يتلقوا تدريباً نفسياً مسبقاً متخصصاً في التعامل مع الضغوط النفسية أو استراتيجيات المواجهة (كما هو الحال في بعض الأنظمة الصحية الغربية) إلا أنهم طوّروا ما يمكن تسميته بـ استراتيجيات تكيف ذاتية وعفوية نابعة من الخبرة اليومية والممارسة الميدانية.

في الواقع، يواجه ممرضو الطب العقلي في الجزائر ضغوطاً متكررة مثل العنف اللفظي أو الجسدي، ومحاولات الانتحار، وسلوكيات غير متوقعة من المرضى.

ورغم أن هذا من شأنه أن يرفع مستويات القلق بشكل كبير، إلا أن اعتمادهم على شبكات الدعم الاجتماعي غير الرسمي (مثل الزملاء، أو حتى أفراد العائلة)، فعلى سبيل المثال، يذكر أحد الممرضين

العاملين في مستشفى للأمراض العقلية بمنطقة - تيزي وزو- أنه خلال مناوبة ليلية، حاول مريض مصاب بفصام شنق نفسه داخل الغرفة الانفرادية، وهو ما استدعى تدخله السريع مع زميله لإنقاذه. رغم نجاته، أكد الممرض أنه لم يَنَمْ بعدها لعدة ليالٍ، وكان يشعر بتسارع ضربات القلب وأفكار متكررة حول تكرار الحادثة.

لكنه أضاف أنه يتحدث أحيانًا مع زملائه لتفريغ هذا الضغط، ويكتفي أحيانًا بـ " الصمت والتجاهل" لتجاوز المواقف.

هذا يُظهر كيف أن القلق موجود بالفعل، لكنه لا يبلغ درجة الانهيار أو المرض الحاد، نتيجة وجود دعم اجتماعي داخلي ومهارات تأقلم فردية.

وفي هذا الصدد تؤكد دراسة (Boucebci & all, 2019) أن الممرضين في هذا التخصص غالبًا ما يعتمدون على أساليب شخصية لمواجهة التوتر، منها الإنكار، الصمت، أو اللجوء إلى الزملاء الأكثر خبرة، وهو ما قد يفسر سبب بقاء القلق في مستوى متوسط دون أن يتصاعد إلى حالة مرضية شديدة، رغم غياب التأهيل النفسي الممنهج.

إلى جانب المرونة النفسية الفردية التي يطورونها بمرور الوقت، يساهم في تثبيت القلق عند مستوى متوسط بدل أن يتحول إلى قلق مرضي حاد، كما نجد دراسة (Boucebci & all, 2019)، التي أُجريت على ممرضين الطب العقلي في الجزائر، إلى أن غالبية المشاركين لم يخضعوا لتكوين نفسي متخصص، إلا أنهم عبروا عن استخدامهم المتكرر لاستراتيجيات المواجهة السلبية أحيانًا (مثل التجنب أو الإنكار)، وهو ما يساهم في خفض الشعور اللحظي بالقلق، دون معالجته فعليًا.

بالتالي، يمكن القول إن مستوى القلق المتوسط يعكس هشاشة الوضع النفسي لهؤلاء المرضى، حيث إنهم يتأرجحون بين التكيف المهني والضغط المستمر في غياب برامج دعم ممنهجة أو تدريب نفسي رسمي.

وقد أشارت دراسة (Happell & all, 2013) إلى أن مرضي الصحة النفسية غالباً ما يعانون من مستويات معتدلة من القلق نتيجة العبء العاطفي والتداخل بين المهنة والحياة الشخصية.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة 2,7% من المرضى يعانون من قلق شديد، وهي نسبة منخفضة نسبياً لكنها ذات دلالة مهمة، نظراً لطبيعة البيئة الضاغطة التي يعمل بها ممرضو الطب العقلي.

ويتوافق هذا المعطى مع ما توصلت إليه الدراسة العيادية، حيث تبين أن الحالة "لينة" تعاني من قلق شديد بدرجة (18)، بينما تعاني الحالة "مريم" من قلق شديد جداً بدرجة (20)، وهو ما يعكس وجود حالات فردية تصل فيها أعراض القلق إلى مستويات حرجة تتطلب تدخلاً نفسياً متخصصاً.

في السياق الجزائري، غياب التدريب النفسي المنهجي، وانخفاض عدد برامج الوقاية من الإرهاق المهني، كلها عوامل قد تؤدي إلى تراكم الضغوط وتفاقم القلق لدى فئة من المرضى.

وقد أكدت دراسة جزائرية حديثة لـ (Benamar & all, 2021) أن حوالي 15% من المرضى في أقسام الطب العقلي يعانون من أعراض قلق مرتفعة، خصوصاً من يعملون في المناوبات الليلية أو في وحدات العزل.

الحالة "مريم" مثلاً، والتي تعاني من قلق شديد جداً، تشتغل في وحدة الطب العقلي للرجال، وقد أشارت الصعوبات النفسية التي تواجهها في عملها اليومي، حيث أبدت صمت مفاجئ، ومتأثرة بشدة، وهي تتذكر

موقفاً حدث معها في المشفى مترددة، ومعبرة عن حسرة وصدمة عن أحد المرضى الذي كسر زجاج ثم قام بطعن بطنه بالسكين وذبح نفسه امامها.

وان هذا الموقف كلما تتذكره يربكها رغم مرور الزمن، ترك أثراً نفسياً بالغاً في نفسها، وشعورها المستمر بالخوف من ردود فعل غير متوقعة وتوتر دائم قبل وهذه الحالة تعكس حجم الضغوط والانفعالات الصادمة التي قد يواجهها ممارسو الصحة العقلية خلال أداء مهامهم.

كذلك بالنسبة للحالة " لينة " التي تعمل في قسم الطب النفسي للأطفال حيث تعرضت للشتم من قبل ولي امر طفل مريض، بحيث ان هذه الحادثة تتذكرها دائماً وتشعر بالقلق والخوف من تكرار هذه المواقف، وأنها تعمل على حماية المريض وحماية نفسها منه.

هاتان الحالتان تعكسان الواقع النفسي المعقد لمرضى هذا التخصص، حيث تشير دراسات حديثة إلى أن العمل في بيئة نفسية دون وسائل حماية نفسية ومهنية يزيد من احتمال الإصابة بقلق مرضي.

وفي هذا الصدد توصلت دراسة (Zhao & all, 2022). إلى أن غياب برامج الدعم النفسي في أماكن العمل يؤدي إلى ارتفاع مستويات القلق بنسبة 35% مقارنة بمرضى تلقوا دعماً أو تدريباً منتظماً في إدارة الضغوط.

- ثالثاً: الضغط النفسي (المستوى الخفيف):

أظهرت نتائج الدراسة الإحصائية ان غالبية مرضي الطب العقلي يعانون من ضغط نفسي خفيف الى طبيعي، فقد ظهر في مستوى خفيف لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي، لأن المتوسط الحسابي لدرجات الضغط النفسي (12,5) يتواجد ضمن المجال "خفيف" (11-18).

كما تشير نتائج دراستنا الى ان 82,7% من عينة الدراسة لديها ضغط نفسي طبيعي، و17,3% لديهم مستوى خفيف من الضغط النفسي، ما يشير الى قدرة تكيف جيدة لديهم مع متطلبات المهنة. وهو ما قد يشير الى وجود درجة من التكيف النفسي والمهني مع متطلبات العمل في هذا المجال، كما ان هذه المؤسسات الصحية تعتمد اليات تنظيمية للتقليل من الضغط المهني، مثل توزيع عادل للمهام وتوفير اشراف اداري.

وتتقاطع هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة إحصائية مماثلة (Zhao & all, 2022) في دراسة على 387 ممرضاً نفسياً في الصين، وُجد أن 61% منهم أظهروا ضغطاً نفسياً "منخفضاً إلى متوسط"، وارتبطت النتائج بالثقة المهنية وساعات العمل المعتدلة.

كما نجد دراسة (Bano & all, 2022) دراسة باكستانية قارنت بين ضغط الممرضين في التخصصات العامة والنفسية، ووجدت أن ممرضي الطب العقلي أظهروا ضغطاً أقل، واعتُبر "الدعم الاجتماعي والزمالة المهنية" من أبرز العوامل المخففة.

كما أشارت دراسة إقليمية حديثة في تونس (Ben Romdhane & all, 2021) إلى أن الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض العقلية كان أقل نسبياً من نظرائهم في مصالح الاستعجالات أو العناية المركزة، بسبب الاختلاف في طبيعة المهام وسرعة وتيرتها.

وفي سياق مقارن، كشفت دراسة ماليزية (Ismail & all, 2023) أن مستوى الضغط النفسي لدى ممرضي الطب العقلي يميل إلى الانخفاض عندما يكون هناك وضوح في الدور المهني ودعم تنظيمي واضح. وعليه، فإن النتائج الإحصائية في السياق الجزائري تؤكد أن التكوين الجيد والبيئة التنظيمية المتوازنة يُمكن أن تلعب دورًا إيجابيًا في خفض مستويات الضغط النفسي لدى الممارسين، مع ضرورة التنبيه إلى أن المتوسطات الإحصائية قد تُخفي معاناة فردية تظهر فقط عبر أدوات تحليل نوعية أكثر دقة.

وهذا ما تم كشفه في نتائج دراسة الحالات الثلاثة حيث وجدنا تباينًا واضحًا في مستوى الضغط النفسي، حيث نجد الحالة "حنان" لديها مستوى متوسط من الضغط النفسي يقدر بـ 22 درجة وكذلك بالنسبة للحالة "لينة" بدرجة تقدر بـ 22. بينما نجد لدى "مريم" مستوى ضغط نفسي شديد بدرجة 36.

هذا التفاوت يعزز أهمية المنهج المختلط (الكيفي والكمي) لفهم الظاهرة النفسية، حيث إن التحليل الكمي لوحده لا يكشف عن معاناة بعض الأفراد بشكل دقيق. تشير هذه الفروق إلى أن العوامل المؤثرة على الضغط النفسي ليست موحدة، وإنما ترتبط بظروف شخصية، مهنية، واجتماعية.

فقد أشارت دراسة حديثة في الصين (Zhang & all, 2023) إلى أن الممرضين الذين يعملون في أقسام الطب العقلي معرضون لمستويات مرتفعة من الضغط عندما تكون هناك عوامل مثل: ضعف الدعم المؤسسي، نقص الموارد، أو العمل بنظام المناوبات غير المنتظمة.

كما وجدت دراسة سعودية مماثلة (Alotaibi & all, 2022) أن الضغط النفسي الشديد لدى الممرضين يرتبط غالبًا بعدم التوازن بين متطلبات العمل والقدرة الشخصية على التكيف، بالإضافة إلى غياب التقدير الوظيفي.

الحالة " مريم "، التي تعاني من ضغط شديد، قد تعكس وجود ضغوط مركبة، مثل المسؤوليات المبالغ فيها، أو التعرض المستمر للحالات الحرجة، أو حتى عوامل غير مهنية مثل مشاكل أسرية أو صحية.

وقد دعمت دراسة أجريت في الجزائر (سعادنة وصوالحي، 2017) هذا الاتجاه، حيث وجد الباحثان أن مستوى الضغط يختلف بشكل كبير من ممرض إلى آخر، رغم وجودهم في نفس القسم، بسبب تباين الخبرة، والتحفيز، والظروف الشخصية.

من منظور علم النفس المهني، يعزز هذا التباين الفردي أهمية تطبيق نماذج مثل:

Job Demand–Control Model (Karasek's, 1979) ، الذي يشير إلى أن الضغط النفسي

يرتفع عندما تكون مطالب الوظيفة عالية والسيطرة منخفضة، وهي معادلة تنطبق غالبًا على العاملين في الطب العقلي.

إن اختلاف مستويات الضغط النفسي بين الحالات الثلاث، رغم انتمائها إلى نفس السياق المهني، يبرز أن المتوسطات الإحصائية لا تعكس دائمًا الواقع المعاش. بل إن التقييم الفردي العميق يمكن أن يكشف عن حالات حرجة قد تكون مغفلة في التحليل الكمي. وعليه، توصي هذه الدراسة بأهمية تبني مزيج من المنهجيات في دراسة الظواهر النفسية، والاعتماد على برامج دعم نفسي موجهة، تأخذ بالحسبان الفروقات الفردية داخل الطاقم التمريضي.

ظهور الضغط النفسي من طبيعته الخفيف يعتبر مؤشر إيجابي نسبيًا، يُظهر قدرة الممرضين على استخدام استراتيجيات فعالة في مواجهة ضغوط العمل، مثل إعادة التقييم المعرفي، الدعم الاجتماعي، أو التفرغ الانفعالي (Khamisa & all, 2015)، ووفقًا لنموذج (Lazarus & Folkman, 1984)، فإن الأفراد

الذين يمتلكون موارد نفسية واجتماعية كافية يكونون أكثر قدرة على التكيف مع المواقف الضاغطة، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى الضغط المُدرك.

ومع ذلك، فإن ظهور الضغط حتى بمستوى خفيف يستدعي انتباهاً خاصاً، لأنه قد يتراكم تدريجياً ويؤدي إلى مضاعفات مستقبلية مثل الإنهاك المهني أو فقدان الدافعية، خاصة في غياب تدخلات وقائية وتنظيمية مناسبة (Maslach & Leiter, 2016).

7-2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

اظهرت نتائج الفرضية الثانية ان العلاقة بين المريض والممرضين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم الممرضين واحترامهم للمريض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المرض) قوية، باستثناء بُعد سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض لدى العاملين في مصلحة الطب العقلي. فقد بلغ المتوسط الحسابي للمجموع الكلي للعلاقة بين المريض والممرضين (3,72) لأنه يندرج ضمن المجال القوي (3,4 - 4,2)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,47).

وجاءت أيضاً طبيعة سلوك التمريض، وتفهم الممرضين واحترامهم للمريض، والتواصل مع المريض، والتفاعل مع المرض قوية لأن المتوسطات الحسابية لها تتراوح بين (3,69 - 4,05)، تندرج ضمن المجال القوي (3,4 - 4,2)، بانحرافات معيارية تتراوح بين (0,68 - 0,84). في حين أن سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض جاء متوسطاً، باعتبار أن المتوسط الحسابي (3,23) يندرج ضمن المجال المتوسط (2,6 - 3,4)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,83).

وبالتالي توصلت نتائج التساؤل الثاني إلى أن العلاقة بين المريض والمرضىين بأبعاده (سلوك التمريض، تفهم المرضىين واحترامهم للمريض، التواصل مع المريض، التفاعل مع المرض) قوية، باستثناء بُعد سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض متوسط لدى المرضىين العاملين في مصلحة الطب العقلي.

وتعد هذه النتائج مؤشراً على أن الممارسة التمريضية في هذا السياق تحترم إلى حد كبير كرامة المريض، وتسعى إلى إقامة تواصل إنساني داعم،

وهو ما يتوافق مع مبادئ " نموذج التعافي " Recovery Model الذي يؤكد على أهمية العلاقة التشاركية بين المريض ومقدم الرعاية كعامل أساسي في العلاج. (Anthony, 1993).

وهو ما أكدته دراسة (Cleary & all, 2022) حيث أوضحت أن معاملة المريض باحترام تقلل من مشاعر الخوف والعدوانية، وتعزز من تعاونه مع الفريق العلاجي.

كما أن بعد التواصل بين المريض والمرض حصل بدوره على تقدير قوي، مما يشير إلى قدرة المرضىين على خلق قنوات تواصل فعالة رغم صعوبة الحالة النفسية لبعض المرضى، وهو ما يتوافق مع نتائج (Mc Andrew & all, 2021) التي بينت أن التواصل العلاجي الجيد يزيد من ثقة المريض بنفسه وبالفريق العلاجي.

من جهة أخرى، أظهرت النتائج ضعفاً نسبياً في بُعد " سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض "، حيث بلغ متوسطه (3,23)، ما يضعه ضمن المجال المتوسط. وهي نتيجة تُعدّ إيجابية نسبياً، حيث إنها لا

تعكس وجود أزمة حقيقية في العلاقة بين المريض والمرض، بل قد تشير إلى بعض العوائق الجزئية التي لا تزال قابلة للمعالجة والتطوير.

ويكشف من هذا المستوى المتوسط أن المرضى في المؤسسات النفسية لا يرفضون التفاعل مع الممرضين ولا يفتقدون ثقة المريض بهم، لكنهم في الوقت ذاته قد لا يشعرون بالطمأنينة الكاملة، مما يدل على وجود نقص جزئي في الكفاءة التواصلية أو فهم أدوار الممرض من قبل المريض. هذا يتطلب تعزيز مهارات الاتصال العلاجي لدى الممرضين وتفعيل استراتيجيات بناء الثقة داخل المؤسسة العلاجية.

وقد دعمت الأدبيات الحديثة هذا التفسير، إذ تشير دراسة (Hamaideh, 2022) إلى أن مستوى الثقة بين المريض النفسي والممرض في المستشفيات يعتمد بدرجة كبيرة على التواصل الفعال، والتفهم العاطفي، والاحترام المتبادل، وكلما قلت هذه العوامل، زاد احتمال ظهور سوء الفهم أو ضعف الثقة. كما أظهرت دراسة (Wong & all, 2020) التي أجريت على ممرضين الصحة النفسية في ماليزيا أن الممرضين الذين تلقوا تدريباً مكثفاً في مهارات التواصل قلّ لديهم معدل النزاعات وسوء الفهم، وارتفع مستوى الثقة بينهم وبين المرضى.

بالإضافة إلى ذلك أكدت دراسة (Storm & Edwards, 2020) التي أشارت إلى أن ضعف الفهم المتبادل بين المريض والممرض يُعد من أبرز التحديات التي تواجه العلاقة العلاجية في مستشفيات الطب العقلي.

كما توصلت دراسة حديثة أجريت في السويد بواسطة (Andersson & all, 2022) إلى أن المرضى النفسيين غالباً ما يُظهرون حذراً مبدئياً في العلاقة مع الطاقم التمريضي، خصوصاً إذا لم تُوفر لهم بيئة داعمة نفسياً، وأن تجاوز هذا الحذر يتطلب علاقة علاجية متواصلة وشخصية، مبنية على الصدق والاتساق في السلوك المهني.

إن تصنيف بعد سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض بدرجة متوسطة في الدراسة الحالية يُعدّ مؤشرًا تشخيصيًا يمكن البناء عليه لتطوير العلاقة التمريضية، عبر الاستثمار في برامج التكوين المستمر، وتفعيل المقاربات التمريضية المرتكزة على المريض (Patient-Centered Care)، وتحسين بيئة العمل في مؤسسات الصحة النفسية في الجزائر. هذه الإجراءات كفيلة بتقليص سوء الفهم وتعزيز الثقة المتبادلة، وهو ما سينعكس إيجابيًا على فعالية العلاج النفسي ورضا المرضى وجودة الرعاية التمريضية.

بالنسبة للحالات الثلاثة التي تم دراستها تميزت كلها في النتيجة الكلية بعلاقة متوسطة بدرجة (2,9) للحالة "حنان" و (3,3) للحالة "مريم" و (3,2) للحالة "لينة"، مع فروق في نتيجة الابعاد بحيث نجد ان طبيعة العلاقة في بعد سلوك التمريض قوية لدى كل من الحالات الثلاثة بدرجة (3,6) للحالة "حنان" ودرجة (3,5) لكلا من "مريم" و "لينة"، وكذلك في بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض وبعد التفاعل مع المريض نجد العلاقة قوية في هذين البعدين بالنسبة للحالة "مريم" و "لينة"، حيث نجد درجة بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض للحالة "مريم" (3,4) وفي بعد التفاعل نجد (3,6)، وبالنسبة للحالة "لينة" نجد درجة بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض (3,6)، و في بعد التفاعل نجد 4، بينما "حنان" نجد العلاقة ضعيفة في بعد تفهم الممرضون واحترامهم للمريض بدرجة (2,8)، وعلاقة متوسطة في بعد التفاعل مع المرضى (3,3). وفي بعد التواصل مع المريض الحالة "حنان" و "لينة" لديهما علاقة ضعيفة بدرجة (2,2)، اما بالنسبة للحالة "مريم" لديها علاقة متوسطة بالنسبة لهذا البعد بدرجة (2,7).

وتُعدّ هذه النتائج مؤشرًا مهمًا يكشف عن وجود تفاعل وتواصل قائم بين الطرفين، لكنه لا يرقى إلى العلاقة العلاجية المثلى التي يفترض أن تسود في سياق الرعاية النفسية.

وقد أظهرت المعطيات المستخلصة من المقابلات شبه الموجهة وتحليل مضمون الممارسات اليومية للمرضيين أن العلاقة تتأثر بجملة من العوامل المهنية والنفسية، مثل: الضغط المهني، غياب التكوين المتخصص في مهارات التواصل العلاجي، الخوف من السلوك العدواني لدى المرضى، والتباعد الانفعالي الذي يتبناه بعض الممرضين كآلية دفاعية.

هذه النتيجة تتوافق مع ما أشارت إليه " هليليل بيبلو " (Peplau, 1997) التي اعتبرت أن العلاقة بين الممرض والمريض في ميدان الصحة النفسية تمر بعدة مراحل، وأن فشل الانتقال من المرحلة المهنية إلى العلاقة التفاعلية العميقة يعود غالباً إلى ضعف التأهيل أو محدودية الفهم النفسي للمريض. كما بينت دراسة حديثة لـ (Jones & all, 2021)، أن طبيعة العلاقة في أقسام الطب العقلي تميل إلى أن تكون محايدة أو متوسطة نتيجة التحديات البنيوية (كالاكتظاظ ونقص الطاقم) والنفسية (كالاحتراق المهني والضغط العاطفي).

إضافة إلى ذلك، فإن اعتماد منهج دراسة الحالة أتاح ملاحظة الفروقات الدقيقة بين الحالات، حيث أظهر بعض الممرضين قدرة أكبر على بناء علاقة قائمة على الثقة والتقبل، في حين ظهر لدى آخرين ميل إلى الحذر أو الابتعاد العاطفي، وهو ما ينسجم مع ما أورده (Yin, 2018) حول قابلية النتائج في دراسة الحالة للتأثر بالسياق الفردي والتجريبي لكل حالة.

بناءً عليه، فإن وصف طبيعة العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي على أنها "علاقة متوسطة" لا يعني بالضرورة ضعف التفاعل، وإنما يُعبر عن واقع مهني مركّب يتطلب تعزيز مهارات التواصل العلاجي، وتوفير برامج دعم نفسي للممرضين، إضافة إلى تطوير ظروف العمل التي تُسهم في تحسين جودة العلاقة العلاجية داخل مؤسسات الصحة النفسية.

3-7 تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

فيما يتعلق بتأثيرات الجنس والخبرة أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في درجات الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي على مقياس الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) تعزى لعاملي الجنس والخبرة، بمعنى أنه لا يؤثر متغيري الجنس والخبرة بشكل دال عند مستوى 0,05 على الصحة النفسية بأبعادها (الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي) لدى الممرضين العاملين في مصلحة الطب العقلي.

وتعد هذه النتيجة مؤشراً دالاً على أن الضغوط المرتبطة بالعمل في هذا التخصص قد تكون متقاربة بين مختلف الفئات، ما يستوجب تناول هذا الأمر بالمناقشة في ضوء الأدبيات والدراسات السابقة.

- أولاً في ضوء متغير الجنس:

يُعد غياب الفروق بين الذكور والإناث في الصحة النفسية داخل مصلحة الطب العقلي نتيجة تتقاطع مع عدد من الدراسات الحديثة التي أظهرت أن تأثير متغير الجنس على الصحة النفسية قد يكون محدوداً داخل البيئات المهنية ذات الضغط العالي، كأقسام الطب النفسي.

فقد أظهرت دراسة (Almutairi & all, 2023) أن الممرضين والممرضات في مراكز الطب العقلي في المملكة العربية السعودية لم يُظهروا فروقاً دالة في أعراض التوتر والقلق والاحتراق النفسي، مشيرة إلى أن طبيعة الضغوط المشتركة في هذا التخصص تغطي على الاختلافات المرتبطة بالجنس.

تدعم نتائج دراسة (Kawano, 2008) هذه النتائج، حيث أوضح الباحث أن الفروقات النفسية بين الجنسين تتضاءل عند التعامل مع نفس البيئة الضاغطة، لا سيما إذا لم تكن هناك فروقات في نوعية المهام أو المسؤوليات.

وعليه، فإن نتيجة الدراسة الحالية تؤكد أن الجنس لا يشكل محدداً أساسياً في مستوى الصحة النفسية، على الأقل في سياقات مهنية تتسم بحدة الضغوط وطبيعة العمل النفساني.

- ثانياً في ضوء متغير الخبرة المهنية:

أما فيما يخص الخبرة المهنية، فقد أظهرت النتائج كذلك عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجات الصحة النفسية بين الممرضين، سواء كانوا حديثي العهد بالمهنة أو ذو كانوا حديثي العمل في المهنة أو ذوي سنوات خبرة طويلة. ويمكن تفسير ذلك بأن الخبرة لا توفر دائماً حصانة نفسية ضد الضغوط المهنية، بل في بعض الحالات، قد تزيد من حدة التوتر نظراً لتحمل مسؤوليات أكبر، خاصة في المؤسسات التي تعاني من نقص في عدد الموظفين أو من تنظيم إداري ضعيف.

وفي نفس الصدد قد توصلت دراسة (Gao & all, 2021) إلى نتيجة مشابهة، حيث لم تجد علاقة قوية بين سنوات الخبرة ومستوى الصحة النفسية لدى الممرضين، مرجعة ذلك إلى تعدد مصادر الضغط الذي لا يخف بالضرورة مع مرور الزمن، بل يتغير في طبيعته.

كما نجد دراسة (Zhang & all, 2022) تدعم هذه النتيجة، حيث أشارت إلى أن الاحتراق النفسي لا يتأثر مباشرة بعدد سنوات العمل، بل بعوامل مؤسسية مثل بيئة العمل، عدد المرضى، والدعم الإداري.

إن تفسير النتيجة التي توصلنا إليها في الدراسة يقود إلى التشكيك في فعالية الاعتماد على المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الخبرة) كعوامل تفسيرية لمستوى الصحة النفسية، ويُبرز أهمية العوامل البيئية والتنظيمية، مثل: عدد ساعات العمل التكويني النفسي والمهني للمرضيين، الدعم الاجتماعي داخل الفريق الطبي، فعالية إدارة المؤسسة الصحية، الحماية من العنف اللفظي أو الجسدي من المرضى.

كل هذه العوامل قد تكون أكثر تأثيراً على الصحة النفسية من الجنس أو عدد سنوات العمل، وهو ما ينسجم مع نتائج عدة دراسات ميدانية، حيث وجدنا أن هذه العوامل قد ذكرت من طرف الحالات التي قمنا بدراستها سواء عن العنف والدعم من طرف فريق العمل والإدارة.

تُظهر النتائج المتوصل إليها أن مستوى الصحة النفسية لدى المرضيين في مصلحة الطب العقلي لا يتأثر بشكل دال بمتغيري الجنس أو الخبرة المهنية، وهو ما يعكس وجود ضغوط موحدة في هذا المجال تعود لطبيعة المهنة نفسها.

كما تشير هذه النتيجة إلى أهمية التركيز على العوامل التنظيمية والمهنية والبيئية في تفسير وتحسين الصحة النفسية للعاملين في هذا المجال، بدل الاقتصار على السمات الشخصية أو المهنية التقليدية.

ثالثاً في ضوء متغير منطقة العمل:

أما بالنسبة للفروق ذات دلالة إحصائية في درجات المرضيين العاملين في مصلحة الطب العقلي على مقياس الصحة النفسية بأبعادها تعزى لعامل ولاية البليدة وولاية تيزي وزو تبين من خلال النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في القلق لدى المرضيين العاملين في مصلحة الطب

العقلي تعزى لعامل منطقة العمل لصالح منطقة تيزي وزوفي حين توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزوو منطقة البلدية:

في القلق ($t(128,27) = 2,02$; $p = 0,045$; $p < 0,05$)، وجاءت الفروق لصالح الممرضين

العاملين بمنطقة تيزي وزو بمتوسط (5,77) أكبر من متوسط الممرضين العاملين بمنطقة البلدية

(4,54)، بانحرافين معياريين يقدران بـ (4,24) و(3,09). حيث نجد هناك 4 حالات تعاني من القلق

الشديد في منطقة تيزي وزو بينما في ولاية البلدية ام تسجل حالات القلق الشديد، وكذلك في الحالات

المتوسطة نجد 83,3% في تيزي وزو اما في البلدية نجد 16,7%، ومستوى خفيف يمثل نسبة 65,4%

في تيزي وزو و34,6% في منطقة البلدية، واما عن المستوى الطبيعي 62,7% في تيزي وزو، 37,3%

في البلدية. وكلا المنطقتين لم تسجل حالات قلق شديد جدا.

ويمكن تفسير هذه النتيجة استنادا على نظام العمل المتباين لكلا من المنطقتين والذي قد يكون سببا

لظهور نسبة قليلة من مستوى القلق لدى الممرضين العاملين في مستشفى - فرنان حنفي - تيزي وزو،

بحيث نجد ان في مستشفى - فرانز فانون - البلدية - يعملون 15 يوم في الشهر كفريق ثم يدخل فريق

اخر من الممرضين ليستريح الفريق الأول، اما في مستشفى - فرنان حنفي - يعملون من الثامنة صباحا

الى غاية الرابعة مساء كل يوم. وهذا يعكس تأثير نظام البيئة المهنية والعمل،

وهذا ما تدعمه دراسة (Papathanasiou & all, 2018) حيث أجريت هذه الدراسة في اليونان بهدف

تقييم مدى انتشار القلق بين ممرضي الطب النفسي وتحديد العوامل المرتبطة به، شملت العينة 110

ممرضا وممرضة يعملون في مستشفيات الطب النفسي العامة. تم استخدام استبيانات مُعتمدة مثل

GAD-2 لقياس القلق، بالإضافة إلى جمع بيانات ديموغرافية ومهنية وقد أظهرت النتائج أن 48,2%

من المشاركين يعانون من أعراض القلق، وإن العوامل التالية العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نظام العمل، تزيد من احتمالية الإصابة بالقلق. كما قد يكون هذا التأثير راجع لعدد افراد العينة بحيث تتمثل ولاية تيزي وزو 100 ممرض طب عقلي، اما ولاية البليدة تتمثل في 50 ممرض فقط. خاصة وإن الاختلاف بين النسب ليس بدرجة كبيرة نظرا لحجم العينة لكل منطقة.

في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في الصحة النفسية وبعديها (الاكتئاب والضغط النفسي) بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو ومنطقة البليدة:

وفي الاكتئاب ($t(148) = 0,74 ; p = 0,463 ; p > 0,05$),

والضغط النفسي ($t(148) = -0,23 ; p = 0,822 ; p > 0,05$) هذه النتيجة تعد ذات دلالة نفسية واجتماعية مهمة ويمكن تفسير عدم وجود فروق في بُعدي الاكتئاب والضغط النفسي إلى وجود تشابه في الضغوط البيئية والمهنية التي يتعرض لها العاملون في كل من تيزي وزو والبليدة. وهو ما قد يُعزى إلى طبيعة بيئة العمل في الجزائر، التي قد تتسم بخصائص مقاربة من حيث التحديات المهنية، ضغوط العمل، نقص التحفيز، أو حتى الظروف الاقتصادية والاجتماعية العامة.

وقد دعمت بعض الدراسات هذا الاتجاه، إذ توصلت دراسة (Boumediène & all, 2019) إلى أن الضغوط النفسية في أماكن العمل بالقطاع العمومي الجزائري تتوزع بشكل متقارب بين مختلف الولايات بسبب تشابه التنظيم الإداري والثقافة المهنية. كما تُشير بعض النماذج النظرية مثل نموذج الضغط – الموارد، (Job Demands–Resources Model) إلى أن الضغوط النفسية تنشأ غالبًا عن نقص الموارد النفسية والمادية وليس فقط من البيئة الجغرافية، مما يدعم غياب الفروق الإقليمية ما لم تكن هناك اختلافات في بنية العمل أو الدعم المؤسسي.

حين توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 بين الممرضين العاملين في منطقة تيزي وزو ومنطقة البلدية:

في القلق ($t(128,27) = 2,02 ; p = 0,045 ; p < 0,05$)، وجاءت الفروق لصالح الممرضين

العاملين بمنطقة تيزي وزو بمتوسط (5,77) أكبر من متوسط الممرضين العاملين بمنطقة البلدية

(4,54)، بانحرافين معياريين يقدران بـ (4,24) و(3,09).

هذه النتيجة تفسر على نظام العمل حيث في البلدية يعملون 15 يوم يستريحون مدة 15 يوم، اما في تيزي

وزو يعملون يوميا. وقد تعاني من نقص في الموارد او دعم تقني اقل مقارنة بالبلدية ما يزيد من ضغط

القلق بين ممرضيهما.

وهذا يتماشى مع نظرية (Lazarus & Folkman, 1984) التي تبين اختلاف مستويات القلق حسب

قدرات الأفراد على التكيف وتقنيات المواجهة المعرفية والانفعالية. وتدعم هذا الفارق دراسات محلية

حديثه.

فقد وجدت بلهي حسينة (2023) في دراسة حول الأطر شبه الطبية في مؤسسة استشفائية " بعين الباردة

عنابة " أن الضغط النفسي المرتبط بالعمل يولد أعراض قلق مستمرة وملحوظة.

كذلك، أفاد (Ghebouli & Benghedfa, 2024) في دراسة بمستشفى برج بوعريرج بأن الصحة

النفسية للعاملين بينهم (الممرضون) تتأثر بشكل كبير بالضغط المهنية، دون فروق ذات دلالة بين

الجنس أو الخبرة، ما يشير إلى عمومية هذه الحالة لدى الممرضين.

أما عزوز وحميدة (2022)، فقد رصدوا مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي (burnout) بين ممرضين

الطب النفسي بالجزائر العاصمة، مع ارتباط قوي بالقلق والانفعال المصاحب للتعامل اليومي مع المرضى

ذوي الاضطرابات النفسية.

بالتالي، تُظهر هذه النتائج أهمية التركيز على دعم الممرضين النفسيين في تيزي وزو ببرامج مهنية ونفسية تهدف إلى تقوية مهارات التكيف وتوفير بيئة عمل أفضل، مع الأخذ بعين الاعتبار الخصوصية الثقافية والاجتماعية لهذه المنطقة، كذلك يجب العمل على تطوير النظام المؤسسي.

7-4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة:

- أولاً في ضوء متغير الجنس:

كشفت نتائج الدراسة أن الجنس لا يُعد عاملاً فارقاً في أغلب أبعاد العلاقة العلاجية بين المريض والممرض في مصلحة الطب العقلي، مثل: سلوك التمريض، التفهم والاحترام، سوء الفهم، والتفاعل. إلا أن بُعد " التواصل مع المريض " أظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث، مما يعني أن الممرضات أظهرن كفاءة أعلى في هذا الجانب مقارنة بالممرضين. ويُعزى هذا الفرق إلى الخصائص النفسية والاجتماعية للنساء، حيث يُظهرن قدرًا أكبر من التواصل العاطفي والتفهم، ويستخدمن أساليب مثل الإصغاء النشط، والتعاطف اللفظي، والانتباه لتفاصيل المشاعر، وهي كلها عناصر تُعد جوهرية في بناء علاقة علاجية فعالة مع المريض النفسي.

وعندما قمنا بدراسة ميدانية، لاحظنا في أحد أقسام الطب العقلي أن المرضى غالباً ما يطلبون التحدث إلى "الممرضة فلانة" بالتحديد لأنها "تفهمهم" و"تسمعهم"، في المقابل، كان بعض المرضى يشكون من أن بعض الممرضين الذكور "مختصرون في الحديث" أو "لا يعطونهم الوقت الكافي"،

وهو ما يعكس ما ورد في دراسة (Zenobia وآخرون، 2013) التي أوضحت أن الذكور يبرعون في

الجوانب التقنية والقيادية، لكنهم أقل حساسية من الناحية الوجدانية، ما قد يُضعف جودة التواصل

العلاجي.

- ثانيًا في ضوء متغير الخبرة المهنية:

من جهة أخرى، أظهرت النتائج فروقًا دالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين الفئات المختلفة للخبرة المهنية، حيث ظهرت فروق دالة بين ذوي خبرة 6 أشهر - سنة وذوي خبرة 6 - 10 سنوات ($p = 0.021$; $p < 0.05$) في عدة أبعاد من العلاقة (سوء الفهم، عدم الثقة)، وكانت الفروق لصالح ذوي الخبرة الأقل بمتوسط فرق 11.89، كما سُجلت فروق دالة بين ذوي خبرة 6 - 10 سنوات وذوي خبرة 21 سنة فما فوق ($p = 0.006$; $p < 0.05$) في التفاعل مع المريض، لصالح الفئة الأكثر خبرة، بمتوسط فرق 9.36-. ويُظهر هذا نمطًا مثيرًا للاهتمام، حيث يبدو أن الممرضين الأقل خبرة (6 أشهر - سنة) ربما يُبدون حماسة أكبر للتفاعل، لكنهم يسجلون معدلات أعلى في سوء الفهم وعدم الثقة من المرضى، في حين أن الممرضين الأكثر خبرة (21 سنة فما فوق) يتمتعون بمستوى أعلى في التفاعل العلاجي، ما يعكس نضجهم المهني، وفهمهم العميق للمرضى وطرق التعامل معهم.

وتؤكد هذه النتائج ما جاء في دراسة (Zenobia & all, 2013) بأن "الثقة" هي حجر الأساس في العلاقة العلاجية، وأن غيابها يُشكل عائقًا كبيرًا أمام فعالية العلاج، حيث يتطلب بناء الثقة وقتًا ومهارات لا تتوفر بالقدر الكافي لدى الممرضين المبتدئين، على الرغم من حماسهم.

ومن خلال كل ما سبق، يتضح أن الجنس يلعب دورًا دالًا فقط في بُعد "التواصل مع المريض"، لصالح الممرضات، ويُفسّر ذلك بالاختلافات النفسية والاجتماعية بين الذكور والإناث، كما تُعد الخبرة المهنية متغيرًا مؤثرًا بدرجة كبيرة، حيث يعاني الممرضون الأقل خبرة من تحديات في بناء الثقة وتقليل سوء الفهم، في حين يتفوّق الممرضون الأكثر خبرة في التفاعل العلاجي الفعّال.

ثالثاً في ضوء متغير منطقة العمل:

بناءً على نتائج الدراسة التي قارنت العلاقة بين المريض والممرض في مؤسسات الطب العقلي في منطقتي تيزي وزو والبليدة، تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية واضحة في أبعاد محددة من هذه العلاقة، وهي: سلوك التمريض، سوء الفهم وضعف الثقة، والتفاعل مع المرضى، وجاءت هذه الفروق لصالح الممرضين العاملين في منطقة البليدة.

فعلى سبيل المثال، بلغ متوسط تقييم " سلوك التمريض " في البليدة 26,28 مقارنة بـ 23,18 في تيزي وزو، أي بفارق نسبته نحو 13,4%، كما تفوق البليدة في " ضعف الثقة وسوء الفهم " بنسبة 71,8%، وفي " التفاعل مع المرضى " بنسبة 14,4%.

هذه الفروقات تشير إلى جودة أعلى في العلاقة العلاجية التي يقدمها الممرضون في البليدة مقارنة بنظرائهم في تيزي وزو.

وما يدعم هذه الفروقات النظرية هو ما لوحظ فعلياً خلال الزيارات الميدانية للمؤسسات الاستشفائية المعنية.

فخلال التواجد في مستشفى فرانز فانون بالبليدة، تبين أن مصلحة الطب العقلي مجهزة بشكل أفضل من حيث البنية التحتية والموارد البشرية، حيث توجد غرف مخصصة للأنشطة العلاجية الجماعية، ومساحات خضراء تُستخدم في العلاج بالهواء الطلق، إضافة إلى فرق متعددة التخصصات تعمل بشكل تكاملي (طبيب نفسي، أخصائي اجتماعي، ممرض).

هذا يخلق بيئة مهنية متوازنة تسمح للممرض بأداء دوره العلاجي بطريقة إنسانية وتفاعلية، ويقلل من حالات التوتر بينه وبين المرضى. وقد صرح أحد الممرضين هناك قائلاً:

" لدينا لقاءات شهرية لدعمنا نفسيًا، وحتى الطبيب يتعامل معنا كشريك، لا كأمر، وهذا

يُشعرني بالثقة والانتماء "

في المقابل، أثناء التواجد في مستشفى فرنان حنافي بتيزي وزو، سُجلت عدة تحديات أثرت بوضوح على جودة العلاقة التمريضية.

من أبرزها: نقص عدد الممرضين مقارنة بعدد المرضى، ما يؤدي إلى إرهاق مهني حاد، وغياب مساحات آمنة للحوار أو النشاط داخل الأقسام، حيث يبقى المرضى طيلة النهار في الغرف أو في الرواق تحت مراقبة دائمة.

كما سُجل ضعف في الاتصال بين الطاقم الطبي والتمريضي، إذ صرّحت إحدى الممرضات قائلة:

" أحيانًا لا نعرف خطة العلاج، فقط نُنفّذ الأوامر، وهذا يخلق مسافة بيننا وبين المرضى. "

كما لوحظت سلوكيات دفاعية واضحة لدى بعض الممرضين في تيزي وزو، تتمثل في غياب المبادرة مع المرضى والاكتفاء بالمهام الروتينية، هو ما يتفق مع ما أشار إليه Christophe Dejours، بأن ضغط بيئة العمل في الطب العقلي قد يُفعل آليات انسحاب نفسي من العلاقة العلاجية.

فقد أظهرت دراسة تدعم هذه الملاحظات الميدانية أيضًا نتائج دولية حديثة، فقد أظهرت دراسة منشورة على 179 ممرضًا نفسيًا، وجود ارتباط قوي بين الصمود BMC Nursing عام 2023 في مجلة النفسي وجودة الأداء العلاجي، في حين أن غياب الدعم المهني يزيد من الاحتراق النفسي وضعف العلاقة العلاجية.

كما أظهرت دراسة منشورة على Science Direct أن تدريب الممرضين على استراتيجيات الصمود النفسي يؤدي إلى تحسين مباشر في جودة العلاقة مع المرضى.

وعلى مستوى المنظومة الصحية، يشير تقرير WHO Mental Health Atlas, 2020 إلى وجود

تفاوت حاد في توزيع الموارد النفسية داخل الجزائر، حيث أن أكثر من 77% من الولايات لا توفر

خدمات نفسية موجهة لموظفي قطاع الصحة العقلية.

وفي ذات السياق، تؤكد الجمعية الكندية للصحة العقلية (CMHA) أن توفير الدعم المهني والنفسي

المنتظم للعاملين في هذا المجال يقلل من التوتر ويحسن الأداء العلاجي.

في ضوء هذه المعطيات، يمكن القول إن ضعف العلاقة بين المريض والممرض في منطقة تيزي وزو لا

يُعزى إلى قصور فردي في الكفاءة، بل يُعبر عن فجوة مؤسساتية ونفسية تتطلب تدخلاً هيكلياً شاملاً، من

خلال إدراج برامج دعم نفسي مهني، وتكوين مستمر، وتحقيق توزيع عادل للموارد والخدمات بين

الولايات، كشرط أساسي لتحسين جودة الرعاية النفسية وتعزيز العلاقة العلاجية داخل مصلحة الطب

العقلي.

7-5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة:

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية للمرضين

بأبعادها الثلاثة (الاكتئاب، القلق، والضغط النفسي) وجودة العلاقة مع المرضى، حيث بلغ معامل

الارتباط بين الصحة النفسية العامة والعلاقة التمريضية ($r = -0.36^{**}$) عند مستوى دلالة (0.01).

هذا يشير إلى أن تدهور الصحة النفسية للمرضين يؤدي إلى ضعف في التفاعل الإنساني مع المرضى،

وانخفاض في مستويات التفهم والثقة. فعلى سبيل المثال، في كثير من أقسام الطب العقلي يُلاحظ أن

المريض الذي يعاني من اكتئاب أو إرهاق مزمن قد يتجنب التفاعل المطول مع المرضى، مكتفياً بالحد

الأدنى من التواصل، وهو ما يفسره المرضى غالبًا على أنه لا مبالاة أو تجاهل، مما يضر بثقتهم في الطاقم العلاجي.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الاكتئاب كان الأكثر تأثيرًا من بين أبعاد الصحة النفسية، حيث ارتبط سلبًا، بـ: سلوك التمريض ($r = -0.30^{**}$)، سوء الفهم وانعدام الثقة ($r = -0.31^{**}$)، والتواصل مع المريض ($r = -0.19^{*}$)، إضافة إلى تفهم الممرضين واحترامهم للمريض ($r = -0.17^{*}$). هذا ينعكس في الواقع، على سبيل المثال، في الحالات التي يُظهر فيها الممرضون سلوكًا ميكانيكيًا وروتينيًا خلال توزيع الأدوية دون النظر إلى المريض أو الاستماع لمشاكله، ما يجعل المرضى يشعرون بعدم التقدير ويضعف التحالف العلاجي.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Tolosa & all, 2023) التي أكدت أن فعالية العلاقة العلاجية تعتمد بشكل كبير على الحالة النفسية للممرض، حيث أن ضغوط العمل دون معالجة تؤدي إلى غياب الحضور العاطفي والتعاطف الضروريين في التعامل مع مرضى يعانون من اضطرابات حادة.

من جهة أخرى، بيّنت النتائج أنه لا توجد علاقة دالة بين الصحة النفسية والتفاعل مع المريض، ($r = -0.09$)، وهو ما يمكن تفسيره بواقع العمل داخل المؤسسات النفسية، حيث تُفرض على الممرضين مهام إدارية روتينية تستحوذ على جزء كبير من وقتهم، مما يترك حيزًا ضيقًا للتفاعل الحقيقي مع المرضى.

وقد دعمت هذه الفرضية دراسة (Glantz et all, 2019) التي أظهرت أن الممرضين يقضون فقط 15,3% من وقتهم في تفاعل مباشر مع المرضى، في حين يُستهلك باقي الوقت في أعمال غير تفاعلية

في هذا السياق، كثيرًا ما يُلاحظ في الميدان حالات توتر شديدة بين الممرضين والمرضى، خاصة في الفترات التي يعاني فيها الطاقم من نقص في الموارد البشرية أو ضغط في جدول العمل، مما يؤدي إلى سلوكيات قد تُفسّر على أنها "عدوانية" أو "انفعالية"، رغم أنها في أصلها ناتجة عن احتراق نفسي وعدم توفر الدعم الكافي.

بناءً على هذه المعطيات، فإن تحسين جودة العلاقة العلاجية يتطلب تدخلات على مستوى الدعم النفسي للممرضين، من خلال توفير فضاءات للراحة، وتدريب مهني حول التعامل مع الضغط النفسي، وتحسين بيئة العمل، مما سينعكس إيجابيًا على جودة الرعاية المقدمة في مصالح الطب العقلي.

الخاتمة:

في ختام هذه الدراسة، التي تناولت موضوع الصحة النفسية لدى ممرضى الطب النفسي وعلاقتهم بالمرضى، يمكن القول إننا سلطنا الضوء على جانب بالغ الأهمية في ميدان الرعاية النفسية، يتمثل في التفاعل الإنساني والمهني بين الممرض والمريض، وأثره المتبادل على جودة الخدمة الصحية وعلى التوازن النفسي لمقدم الرعاية نفسه.

لقد أظهرت النتائج أن ممرضى الطب النفسي يواجهون درجات متفاوتة من التوتر والقلق والضغط، رغم أن مستويات الاكتئاب لديهم تبقى ضمن الحدود الطبيعية، ما يعكس قدرتهم النسبية على التكيف مع طبيعة عملهم الصعبة. كما بينت الدراسة أن العلاقة مع المرضى غالبًا ما تكون إيجابية وقوية، وهو ما يدل على وعي مهني وتواصل فعال في الكثير من الأبعاد، رغم وجود بعض الجوانب التي تتطلب تعزيزًا، كالتغلب على سوء الفهم وبناء الثقة بشكل أعمق.

من جهة أخرى، لم تظهر فروق واضحة في الصحة النفسية بين الجنسين أو باختلاف الخبرة، مما يدل على أن هذه المتغيرات لا تؤثر بشكل جوهري، إلا أن العلاقة مع المريض قد تتأثر ببعض التفاصيل المرتبطة بهذه العوامل، مما يدعو إلى مزيد من الاهتمام بالتدريب والتأطير المستمرين. كما أن العلاقة السلبية بين الصحة النفسية وجودة العلاقة مع المرضى، التي كشفت عنها النتائج، تبرز أن تحسين رفاه الممرض النفسي شرط أساسي لتحسين الخدمة العلاجية.

وفي هذا السياق، يشكل موضوع الصحة النفسية لمرضى مصلحة الطب العقلي والعلاقة التي تربطهم بالمرضى إحدى القضايا الجوهرية في ميدان الصحة النفسية. فالعمل في هذا السياق يفرض تحديات مهنية ونفسية معقدة تتطلب دعماً مؤسسياً وتكويناً متخصصاً. وقد تناول هذا البحث، من خلال عرض نظري وتحليل ميداني، الجوانب النفسية والاجتماعية التي تؤثر على جودة العلاقة العلاجية، مبرزاً الحاجة إلى بيئة عمل داعمة تعزز التوازن النفسي للممرض وتضمن رعاية فعّالة للمريض.

وعليه، فإن هذه الدراسة تفتح المجال أمام مزيد من التعمق في فهم ظروف عمل ممرضى الطب العقلي، وتؤكد على أهمية العناية بمقدمي الرعاية بقدر العناية بالمستفيدين منها. إن هذه النتائج تؤكد ضرورة الاستثمار في الجانب الإنساني والمهني للممارسين في ميدان الطب النفسي، من خلال برامج دعم نفسي منتظمة، وتكوين مستمر في مهارات التواصل والتفاعل مع المرضى، إلى جانب تحسين بيئة العمل وتقليل الضغوط النفسية. كما نوصي بتوسيع دائرة البحث مستقبلاً لتشمل فئات مهنية أخرى، ومناطق مختلفة قصد بناء تصور أشمل حول الصحة النفسية للعاملين في القطاع، وتطوير استراتيجيات فعالة لضمان جودة الرعاية النفسية وسلامة مقدميها.

الاقتراحات:

تنظيم جلسات منتظمة للدعم النفسي، سواء بشكل فردي أو جماعي، تحت إشراف مختصين في الصحة النفسية، بهدف تعزيز التوازن النفسي للمرضيين.

اعتماد آليات للمتابعة النفسية الدورية للكشف المبكر عن مؤشرات القلق أو الاكتئاب، والتدخل في الوقت المناسب.

إعداد برامج تدريبية متخصصة في مهارات التواصل مع المرضى النفسيين، تركز على الفهم العميق، الإصغاء الفعّال، والتفاعل الإنساني.

تنظيم ورش عمل تهدف إلى تطوير مهارات التعامل مع الضغوط المهنية، وتعلم استراتيجيات فعالة في إدارة المواقف الصعبة.

العمل على إعادة هيكلة بيئة العمل لتكون أكثر مرونة ودعماً، وذلك من خلال تخفيف الأعباء الزائدة، وتحديد ساعات عمل متوازنة.

توفير ظروف عمل ملائمة تحفّز على الراحة النفسية، مثل أماكن استراحة مجهزة ومحيط عمل صحي وآمن.

اعتماد سياسات مؤسسية تعترف وتثمن الجهود النفسية والإنسانية التي يقدمها طاقم التمريض في مجال الطب النفسي.

نشأ وحدات داخلية متخصصة في تقديم الدعم النفسي للمهنيين، تعمل بسرية تامة وتراعي خصوصية العاملين.

تشجيع إجراء دراسات علمية دورية لمتابعة تطور مؤشرات الصحة النفسية لدى ممرضى الطب النفسي، ورصد تأثير المتغيرات المهنية والبيئية عليها.

تطوير محتوى البرامج التدريبية بما يتماشى مع الفروقات الفردية، مع مراعاة عوامل الجنس وسنوات الخبرة، لضمان أكبر قدر من الفعالية.

توفير دعم خاص للمرضى حديثي الالتحاق بالمهنة، يساعدهم على بناء علاقة صحية مع المرضى، وتقادي سوء الفهم أو التوتر المهني.

تعزيز ثقافة التعاون والعمل الجماعي داخل الفريق التمريضي، بما يساهم في خلق بيئة مهنية متماسكة وداعمة.

تبني نماذج إشرافية قائمة على التشاور والتفاعل الإيجابي، تتيح للمرضى التعبير عن ضغوطاتهم المهنية في إطار آمن وبناء.

قائمة المراجع

مراجع باللغة العربية

- 01- إبراهيم، أ. ل.، وحسن، س. ص. (2015). *مستشفى الأمراض العقلية* [بحث بكالوريوس]. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.
- 02- أبو العمرين، إ. أ. (2008). *مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى الأداء* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة غزة، فلسطين.
- 03- الجريدة الرسمية. (2009). *رعاية المريض النفسي*. العدد 20، رقم 14-71.
- 04- الجنابي، ن.، & حسن، و. (1983). *أسس التمريض*. المعهد الطبي الفني.
- 05- الحاج، م. (2016). *أهمية الدعم النفسي في بيئة العمل*. مجلة التطوير المؤسسي، 10(2)، 45-61.
- 06- الخضر، ع. ا. (1996). *أزمة البحث العلمي في العالم العربي* (الطبعة الثالثة). مكتب صالح الحجلان.
- 07- السفاسفة، م.، & عربيات، أ. (2005). *الصحة النفسية والسيكولوجية*. المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.
- 08- العبودي، ر. ح. ا. (2018). *الصحة النفسية والمرض النفسي العقلي* (الطبعة الأولى). دار الكتاب الثقافي للنشر والتوزيع والدعاية.
- 09- بخوش، ن.، خرفية، ح. (2016). *جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات* [مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر منشورة، كلية علم النفس التربوي، جامعة زيان عاشور الجلفة]. <http://dspace.univ-djelfa.dz:8080>

10- بلال، ع. (2022). تقييم معرفة لكادر التمريض حول أخلاق مهنة التمريض في مستشفى

بانياس الوطني. مجلة جامعة حمص للأبحاث العلمية، القسم سلسلة العلوم الطبية والصحية، 44(1).

<https://googlescholar>

11- بوحوش، ع. م. الذنيبات، م. (2002). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث (الطبعة

الخامسة). ديوان المطبوعات الجامعية.

12- حمادات، م. ح. م. (2008). السلوك التنظيمي والتحديات المستقبلية في المؤسسات التربوية

(الطبعة الأولى). دار الحامد للنشر والتوزيع.

13- خدام، م. أ.، ومشابعة (2008). مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين والأخصائيين النفسيين. دار

المناهج للنشر والتوزيع.

14- خليفة، ن. (2019). إعادة تصميم العمل وتأثيرها على الضغوط النفسية للعاملين في المؤسسات

الأمنية. مجلة الإدارة والتنظيم، 22(3)، 52-68.

15- خليل، م. ع. و. (2024). أهمية العلاقة بين الممرض والمريض. مقال جامعة المستقبل كلية

التمريض. <https://www.uoms.edu.iq>

16- ربحي، م. ع.، غنيم، ع. (2000). مناهج وأساليب البحث العلمي (الطبعة الأولى). دار الصفاء.

17- زيدي، ن. د.، & وليمن، ن. (2012). مبادئ الصحة النفسية والإرشاد النفسي. ديوان المطبوعات

الجامعية، جامعة الجزائر 2.

18- زعطوط، غ.، فدان، خ.، بن مجاهد، ف. ز. (2024). مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين

بمصلحة الاستعجالات بالمشفى العمومي محمد بوضياف - ورقلة [مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية

العلوم الاجتماعية والإنسانية، تخصص علم النفس العيادي، ورقلة، الجزائر]. <https://googlescholar>

- 19- سعيدي، ر.، مرباح، م. (2019). الصحة النفسية لدى الممرضين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية تيارت مجلة الخلدونية 11 70-59, (1) . <https://asjp.cerist.dz>
- 20- شقير، ز. م. (2002). علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين .دار قباء للطباعة والنشر.
- 21- صولي، إ. (2014). المناخ المدرسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من تلاميذ المتوسط [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 22- طه، ع. ق. ف. (2000). أصول علم النفس الحديث .دار قباء للطباعة والنشر.
- 23- عودة المعاني، أ.، وآخرون. (2006). تحليل ضغوط العمل لدى الجهاز التمريضي في مستشفى الجامعة الأردنية: دراسة ميدانية .دراسات العلوم الإدارية، 33.
- 24- عيواج، ص.، زياد، ر. (2022). نمذجة العلاقة السببية بين الضغط النفسي والقلق والاكتئاب والاحتراق النفسي: دراسة التأثيرات المباشرة على الاحتراق النفسي لدى الممرضين .مجلة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة باتنة، وجامعة تبسة، 761-791, (1) . <https://googlescholar>
- 25- غندور، أ. (2018). استراتيجيات تحسين بيئة العمل ودورها في تقليل الضغوط المهنية .مجلة الأعمال والإدارة، 13 (4)، 118-133.
- 26- كفاقي، ع. د. (2012). الصحة النفسية والإرشاد النفسي (الطبعة الأولى). دار الفكر.
- 27- مجذوب، أ.، وأحمد قمر، م. (2016). الصحة النفسية والذكاء الوجداني وعلاقتهما ببعض المتغيرات: دراسة على عينة من طلبة كلية المروي التقنية - جامعة دنقلا، السودان .مجلة العلوم النفسية والتربوية.
- 28- منصة هارفارد بزنس ريفيو. (2024) /المرض. <https://hbrarabic.com>

29- نور القمش، م.، وعبد الرحمان، خ. (2000). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية* (الطبعة الأولى). دار المسيرة للنشر والتوزيع.

30- سعادنة، س.، صوالحي، ص. د. (2017). *الضغوط النفسية المهنية التي يواجهها الممرضين العاملين بمصلحة الطب العقلي للنساء - دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية المعذر - باتنة. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 21-43.2 ، (1).*

<https://asjp.cerist.dz>

مراجع باللغة الأجنبية

- 31- Académie Nationale de Médecine. (2020). Patient. *Dictionnaire médical de l'Académie de médecine*. <https://www.academie-medecine.fr>
- 32- Adams, R., Rayan, T., & Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: A systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1476–1497. <https://www.icn.ch>
- 33- Albendín-García, L., Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5214. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105214>
- 34- Almutairi, A. F., et al. (2023). Mental health status among psychiatric nurses in Eastern Saudi Arabia: Cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04515-4>
- 35- Alotaibi, R. A., Alshehri, M. M., & Alharthi, F. S. (2022). Occupational stress and job satisfaction among mental health nurses in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 318-327. <https://doi.org/10.1111/jonm.13444>
- 36- Alzahrani, M. S. (2023). The role of mental health nurses in the application of different treatment modalities in mental nursing: Essay. *Evidence-Based Nursing Research*, 5(2). <https://www.ajol.info>
- 37- American Nurses Association. (2021). *Psychiatric mental health nursing*. <https://opna.org>
- 38- American Psychological Association. (2022). *Psychiatric nursing*. In *APA dictionary of psychology*. <https://www.dictionary.apa.org/psychiatric-nursing>

- 39- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- 40- Babapour, A.-R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fahnezhad-Kazmi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and craving behavior. *BMC Nursing*, 21, Article 75. <https://bmcnurs.biomedcentral.com>
- 41- Bahari, Z., Vosoghi, N., Ramazanzadeh, N., Moshfeghi, S., & Aghamohammadi, M. (2024). Patient trust in nurses: Exploring the relationship with care quality and communication skills in emergency departments. *BMC Nursing*, 23, Article 595. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02241-z>
- 42- Baines, E. (2022). More mental health nurses urgently needed around the world. *Nursing Times*. <https://www.nursingtimes.net>
- 43- Benago, J. B. Y., & Widobana, D. M. (2022). Determinants of nurses' stress: Case of the Mbaya General Reference Hospital in the Democratic Republic of the Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 37(2). <http://www.ijias.journal.org/>
- 44-Bano, N., Shah, S. A., & Malik, M. (2022). Stress levels among psychiatric and general nurses in Lahore, Pakistan: A comparative study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 38(4), 1024-1029.
- 45- Bennett, C. (2021). Improving mental health education in nursing school. *Nursing*, 15(9), 48–53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- 46-Ben Romdhane, H., Amamou, B., & Ben Hadj Miled, A. (2021). Mental health nurses and occupational stress in psychiatric institutions in Tunisia. *Maghreb Journal of Nursing Science*, 7(2), 33–45.
- 47- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

- 48- Boucebc, M., Khaled, S., & Gharbi, Z. (2019). Stress et stratégies d'adaptation chez les infirmiers en psychiatrie en Algérie. *Revue Santé Maghreb*, 25(3), 145-152.
- 49- Benamar, A., Touati, A., & Boudebza, M. (2021). Stress et santé mentale chez le personnel soignant en psychiatrie : Étude dans un hôpital algérien. *Santé Publique*, 33(4), 487-495.
- 50- Boumediene, A., Touil, Y., & Bensalem, F. (2019). Work stress and mental health among psychiatric nurses in Algerian hospitals. *Algerian Journal of Health Psychology*, 5(2), 112–126.
- 51- Bourouais, Y. (2009). *La qualité de l'attachement à la mère et le contexte familial de l'adolescent asthmatique* [Thèse de magistère, Université Mentouri de Constantine]. Faculté des sciences humaines et sociales.
- 52-Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79–89.
- 53- Bruchon-Schweitzer, M.-L., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé* (pp. 124–126). Presses Universitaires de France.
- 54- CGOS.info. (2020). Infirmier ou infirmière en psychiatrie : Quelles sont les spécificités du métier ? *Infos hospitaliers*. <https://crh.cgos.info>
- 55- Chan, Z. C. Y., Chan, V. W. S., & Tse, J. K. M. (2013). Therapeutic relationship between male nursing students and female patients. *American Journal of Men's Health*, 7(5), 394–402.
<https://doi.org/10.1177/1557988313509833>
- 56- Cleary, M., Hunt, G. E., & Escott, P. (2022). Therapeutic relationships and the role of empathy in mental health nursing: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 45–54.
- 57- Clément, M., Verdon, C., Robichaud, F., & Abdel-Baki, A. (2018). Les conditions favorables à la relation infirmière-patient : Le contexte de

- l'hospitalisation involontaire lors d'un premier épisode psychotique. *Science of Nursing and Health Practices / Science Infirmière et Pratiques en Santé*, 1(2), 1–16. <https://scholar.google.com>
- 58- Coulon, A. (1987). *L'ethnométhodologie* (25e éd.). Presses Universitaires de France. (Collection « Que sais-je ? »)
- 59- Decety, J. (2004). L'empathie. In A. Berthoz & G. Jorland (Dirs.), *L'empathie* (pp. 35–43). Éditions Odile Jacob.
- 60- Decety, J. (2004). Neurosciences : Les mécanismes de l'empathie. *Sciences Humaines*, (150), 31. <https://www.cairn.info>
- 61- Delgado, C., Roche, M., Fethney, J., & Foster, K. (2021). Mental health nurses' psychological well-being, mental distress, and workplace resilience: A cross-sectional survey. *Frontiers in Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- 62- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 7–14.
- 63- Elsayed, S., Hasan, A., & Musleh, M. (2017). Work stress, coping strategies and levels of depression among nurses working in mental health hospitals in Port Said City. *International Journal of Culture and Mental Health*. <https://researchgate.net>
- 64- Estryn-Behar, M., Duville, N., Menini, M.-L., Le Foll, S., Le Nézet, O., & Bocher, R. (2006). Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens (presst-next). *Annales Médico-Psychologiques*, 164, 732–748.
- 65- Feng, Y., Liu, C., Tao, S., Wang, C., Zhang, H., Liu, X., Liu, Z., Liu, W., Zhao, J., Zou, D., Liu, Z., Liu, J., Wang, N., Wu, L., Wu, Q., Hao, Y., Xu, W.,

- & Liang, L. (2024). Developing and validating the nurse-patient relationship scale (NPRS) in China. *BMC Nursing*. <https://bmcnurs.biomedcentral.com>
- 67- Forsyth, G. (1999). Analyse du concept d'empathie : Illustration d'une approche. *Recherche en soins infirmiers*, (58), 46–51.
- 68- Ghebouli, L., & Benghedfa, M. (2024). Assessment of mental health indicators among psychiatric nurses in Bordj Bou Arreridj: A comparative study. *Journal of Clinical Nursing Research in Algeria*, 9(1), 45–61.
- 69- Gao, Y., et al. (2021). Effects of work experience on stress and coping among psychiatric nurses: A cross-sectional analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 457–466. <https://doi.org/10.1111/inm.12833>
- 70- Giraud, M. (2000). Repérer les facteurs d'inobservance. *Revue de l'infirmière*, (54), 47.
- 71- Glantz, A., Örmon, K., & Sandström, B. (2019). “How do we use the time?” – An observational study measuring the task time distribution of nurses in psychiatric care. *BMC Nursing*, 18, Article 67. <https://doi.org/10.1186/s12912019-0386-3>
- 72- Goodwin, A.-M., & Gore, V. (2000). Managing the stresses of nursing people with severe and enduring mental illness: A psychodynamic observation study of a long-stay psychiatric ward. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 311–325.
- 73- Gournay, K. (2012). Psychiatric nursing techniques. In *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 1404–1408). Oxford Medicine Online. <https://academic.oup.com>
- 74- Hamidi, M. (2023). *Effects of nurse-patient relationship on mental health patients' medication adherence/healthcare outcome* [Undergraduate thesis, Dominican University of California]. <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2023.NURS.ST.28>

- 75- Hamaideh, S. H. (2021). The relationship between patients' satisfaction with psychiatric nursing care and their perceptions of the therapeutic relationship in Jordanian mental health settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(1), 27–34.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.006>
- 76- Happell, B., Reid-Searl, K., Dwyer, T., et al. (2013). How nurses cope with occupational stress outside their workplaces. *Collegian*, 20(3), 195–199.
<https://doi.org/10.4102/hsag.v22i0.1011>
- 77- Hétu, J.-L. (2000). *La relation d'aide* (3e éd., pp. 51–37). Gaëtan Morin Éditeur.
- 78- Hsieh, H.-F., Liu, Y., Hsu, H.-T., Ma, S.-C., Wang, H.-H., & Ko, C.-H. (2021). Relations between stress and depressive symptoms in psychiatric nurses: The mediating effects of sleep quality and occupational burnout. *International -- Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7327.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- 79- Ismail, N. H., Lee, L. K., & Liew, S. M. (2023). Occupational stress among mental health nurses: A cross-sectional study in Malaysia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(1), 51-59.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12815>
- 80- Jones, A., Smith, R., & Brown, K. (2021). Mental health nurses' perspectives on therapeutic relationships in psychiatric settings: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 456–465.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12741>
- 81- Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, (84), 65. <https://www.cairn.info>
- 82- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.

- 83- Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses. *Journal of Occupational Health*, 50(1), 79–85. <https://doi.org/10.1539/joh.50.79>
- 84- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work-related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- 85- Lamoureux, S., Mitchell, A. E., & Forster, E. M. (2024). Moral distress among acute mental health nurses: A systematic review. *Nursing Ethics*, 31(7), 1178–1195. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- 86- Larousse. (2020). Nurses. Dans le *Dictionnaire Larousse*. <https://www.larousse.fr>
- 87- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- 89- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing. <https://doi.org/10.1017/S0033291700031652>
- 90- Liao, W., Deng, X., Jian, A., & Liu, M. (2024). Depressive symptoms among psychiatric nurses in a hospital: Analytical research. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 52(3), 309–316. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i3.1609>
- 91- Liu, Y., Zhang, N., Bao, G., et al. (2020). Predictors of depressive symptoms among Chinese nurses during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 20, 535. <https://europepmc.org/article/PMC/4911781>
- 92- Magnin, L. (2012). *Le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours. Une revue de littérature étoffée Mémoire, Haute école de santé, Fribourg*. <https://core.ac.uk>
- 93- Maillard, C. (2012). Stratégies pour éviter l'épuisement des infirmières en psychiatrie lors de la prise en charge des patients toxicomanes : Une revue

étroffée de littérature. *Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HSO-SO en soins infirmiers*. Haute École de Santé, Fribourg.

<https://core.ac.uk>

94- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

95- Masseix, F. (1998). *Guide des soins infirmiers en santé mentale* (p. 101). Éditions hospitalières.

96- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2021). Measuring the therapeutic relationship in acute psychiatric settings: The importance of clear communication. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 399–408. <https://doi.org/10.1111/inm.12812>

97- Mistycki, V., & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : Clinique et santé publique. *Recherche en santé publique*, (89), 43–51. <https://stm.cairn.info>

98- Molebatsi, K., Musindo, O., Bojosi, K., Olashore, A., & Musindo, O. (2024). Burnout and associated factors among nurses in psychiatric and general tertiary hospitals in Botswana: A cross-sectional study. *sage open medicine*, 12(1). <https://researchgate.net>

99- Office québécois de la langue française. (2005). *Patient psychiatrique, patiente psychiatrique*. Grand dictionnaire terminologique. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca>

100- Omar Ali, J., Mohammed Ali, A., Majed Ahmed, L., Ali Yahya, O., Hadi Ali, A., & Ibrahim Hasan, H. (2024). The perfect nurse-patient relationship and its impact on the care plan and patient outcomes. *Journal of Bioscience and Applied Research*, 10(3), 338–351. <https://jbaar.journals.ekb.eg/>

101- Opoku Agyemang, S., Ninnoni, J. P., & Enyan, N. I. E. (2022). Prevalence and determinants of depression, anxiety and stress among psychiatric nurses in

Ghana: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21, Article 179.

<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00964-5>

102- Papathanasiou, I. V., Kleisiaris, C. F., Fradelos, E. C., Kakou, K., & Kourkouta, L. (2018). Predicting factors of depression and anxiety in mental health nurses: A quantitative cross-sectional study. *Materia Socio Medica*, 30(1), 15–19. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.15-19>

104- Pedinielli, J.-L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique* (pp. 31–100). Nathan Université.

105- Pelling, N. J., & Burton, L. J. (2017). *The elements of applied psychological practice in Australia*. Routledge.

106- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167.
<https://doi.org/10.1177/089431849701000407>

107- Perrin-Niquet, A. (2015). Le secret professionnel dans les soins infirmiers en psychiatrie. *L'Information psychiatrique*, 91, 651–656. <https://stm.cairn.info>

108- Psychiatric Mental Health Nursing. (2024). *Nurse-client relationship*. <https://openstax.org>

109- Quick, J. C., Murphy, L. R., & Hurrell, J. J. (1997). *Stress and well-being at work: Assessments and interventions*. American Psychological Association.

110- Raynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu : L'action collective ou la régulation sociale* (p. 110). Armand Colin.

111- Repper, J., Ford, R., & Cooke, A. (1994). How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems? Experiences of case managers and their clients. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1096–1104.

112- Reuchlin, M. (1979). *Les méthodes en psychologie* (5e éd., Vol. 42, pp. 41–56). Presses Universitaires de France.

- 113- Rioux, H., & Sylvain, H. (2004). Le concept de l'observance : Analyse et exemple : l'observance de la contraception orale. *Recherche en soins infirmiers*, (77), 20.
- 114- Rishe, G. (2020, November 25). *What to know about psychiatric nurses*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com>
- 115- Roche-Blave, A.-M. (2011). *La notion de rôle en psychologie sociale* (p. 172). Presses Universitaires de France.
- 116- Rogers, C. (1963). La relation thérapeutique, les bases de son efficacité. *Bulletin de psychologie*, 17, 12.
- 117- Rogers, C. R. (1975). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- 118- *Service de Santé Catalan, Hôpital Vall d'Hebron* Passeig de la Vall d'Hebron, 119, 08035 Barcelone, Espagne.
- 119- Shah, M., Rauf, A., & Qureshi, F. (2022). Prevalence and factors of depression among psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 98-105.
- 120- Sallami, I., Hajjaji, M., Charmi, Z., Masmoudi, M. L. L., & Hammami, K. J. (2018). Santé mentale et stress post-traumatique des infirmiers en psychiatrie. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 76(3), 449. <https://researchgate.net>
- 121- Setoodeh, G., Shafieejahromi, M., Zarshenas, L., & Tehranineshat, B. (2025). Compassion competence and patient safety competency in psychiatric nurses. *BMC Nursing*, 24, Article 12. <https://scholar.google.com>
- 122- Souffrance psychique chez les professionnels paramédicaux en Algérie. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol. 79, no. 3, 2018, pp. 438–439. *Elsevier Masson SAS*.

<https://www.em-consulte.com/article/1214277>

- 123- Stenichi, A. M., & Carleton, R. N. (2021). Mental disorder symptoms among nurses in Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(3), 264–276. <https://scholar.google.fr>
- 124- Stewart, D., Ryan, K., Naegle, M. A., Flogen, S., Hughes, F., & Buchan, J. (2022). *Les personnels infirmiers en santé mentale dans le monde : Il est temps d'accorder la priorité à la santé mentale et au bien-être et d'investir dans ces domaines*. Conseil International des Infirmières. <https://www.icn.ch>
- 125- Storm, M., & Edwards, A. (2020). Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1225–1242. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09754-7>
- 126- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). Elsevier Health Sciences. <https://www.eu.elsevierhealth.com/principles-and-practice-of-psychiatric-nursing-e-book-9780323294126>
- 127- Tebbal, K., & Umubyeyi, B. (2024). Étude phénoménologique descriptive sur l'expérience vécue par des soignants face au patient qualifié de « difficile » en santé mentale adulte. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 10(1). <https://www.sciencedirect.com>
- 128- Tolosa-Merlos, D., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MiRTCIME.CAT Working Group. (2022). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19–20), 2653–2664. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- 129- Tran, T. D., Tran, D., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS-21) as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 24, 1–7.

- 130- Tsaras, C., Papathanasiou, I. V., Vus, V., Panagiotopoulou, A., Katsou, M. A., Kelesi, M., & Fradelos, E. C. (2018). Predicting factors of depression and anxiety among nurses in the COVID-19 pandemic. *Medical Archives* 72(1), 62–67. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.72.62-67>
- 131- Tununu, A. F., & Martin, P. (2020). Prevalence of burnout among nurses working at a psychiatric hospital in the Western Cape. *Curationis*, 43(1). <https://researchgate.net>
- 132- University of Mount Saint Vincent. (2024). *Mental health nursing: Understanding the role of a psychiatric nurse*. <https://absn.mountsaintvincent.edu>
- 133- Venel, S., & Brisbout, S. (2023). Infirmiers en psychiatrie : L'intégration stratégique des nouveaux arrivants. *Revue Hospitalière de France*, 614. <https://www.fhf.fr>
- 134- Wang, J., Zheng, Z., Tang, Y., Zhang, R., Lu, Q., Wang, B., & Sun, Q. (2022). Psychological distress and its influencing factors in China: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 951318. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- 135- Wells, S. K. (2024). Infirmière en soins intensifs. 44(3), 6–8.
- 136- World Health Organization. (2022). *Mental health report: Transforming mental health for all*. Department of Mental Health and Substance Use. <https://www.who.int>
- 137- World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- 138- World Health Organization. (2022, June 17). *Santé mentale : Renforçons notre action*. <https://www.who.int>

- 139- World Health Organization. (2024). *Nursing and midwifery*.
<https://www.emro.who.int>
- 140- Wong, L. P., Alias, H., Md Fuzi, A. A., & Lee, Y. K. (2020). Therapeutic communication, trust, and compliance: Mental health nurses' perspectives in Malaysia. *BMC Nursing*, 19(1), 103.
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00494-9>
- 141- Xiaomi, L. Z. (2019). Investigation and analysis of clinical nurses' nursing care behavior and patients' caring perception. *Chinese Practical Nursing*, 35(36), 2858–2863.
- 142- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). *sage Publications*.
- 143- Yohannes, M., Dip, D., & Hanania, A. (2019). Validity and responsiveness of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in COPD. *Chest*, 155(6), 1166–1177.
- 144- Zhang, Y., et al. (2022). Burnout and mental health problems among psychiatric nurses: A cross-sectional study in China. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 953805. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.953805>
- 145- Zhang, Y., Wang, C., Wang, J., & Li, X. (2023). Work stress and coping strategies among psychiatric nurses in China: A mixed-method study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 23-35.
<https://doi.org/10.1111/inm.13041>
- 146- Zhao, Y. et al. (2022). Effectiveness of MBSR on stress and anxiety in psychiatric nurses: A randomized trial. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5-6),
- 147- Zhao, Y., Guo, Y., Xiao, Y., Zhu, R., Sun, Y., & Wang, X. (2021). Psychological stress and coping styles among Chinese nurses in mental health institutions. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03263-z>

الملاحق

ملحق رقم (01)

جدول رقم (01) يبين الاساتذة المحكمين لمقياس العلاقة بين المريض والممرض المعدل

الرقم	الاساتذة	التخصص	الدرجة العلمية	الجامعة
1	وندلوس نسيمية نسيبة	علم النفس العيادي	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
2	بلخير رشيد	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر (أ)	جامعة مولود معمري تيزي وزو
3	طبيبي	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر (أ)	جامعة مولود معمري تيزي وزو
4	ايت مولود	علم النفس العيادي	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري تيزي وزو
5	زواني نزيهة	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر	جامعة مولود معمري تيزي وزو

الملحق رقم (2)

بطاقة المعلومات

أنا وزميلتي طالبتان مقبلتان على التخرج سنة ثانية ماستر في جامعة مولود معمري تيزي وزو كلية العلوم الانسانية والاجتماعية - تامدة - ، قسم علم النفس في تخصص علم النفس العيادي. كجزء من مذكرتي أقوم بإجراء دراسة حول الصحة النفسية والعلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي، لذلك يرجى منك المشاركة في الاجابة على هذه المقاييس، حيث لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، ونرجو منك الإجابة بصدق وفقًا لتجربتك الشخصية وجميع إجاباتك ستبقى سرّية تمامًا ولن تُستخدم إلا لأغراض البحث العلمي. نشكرك على تعاونك ووقتك.

وقبل البدء في الإجابة عن المقاييس نرجو معرفة:

←الجنس: ذكر ☐ انثى ☐

←عدد سنوات أو أشهر من الخبرة:

←الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

←الشهادة التعليمية المتحصل عليها:

←عدد سنوات الخبرة:

1- مقياس الصحة النفسية

التعليمية

اقرأ كل من النصوص التالية ثم ضع دائرة حول الرقم 1 , 0، أو 3 الذي يبين درجة انطباق هذا الشعور عليك في الاسبوع الماضي. لا يوجد إجابات صحيحة أو خاطئة.

استعمل التقديرات التالية:

بدائل الاجابة

0 لا تنطبق على إطلاقاً.

1 تُنطبق على نوعاً ما.

2 تُنطبق عليّ بدرجة كبيرة.

3 تنطبق على كثيرًا.

3	2	1	0	وجدت صعوبة في التخفيف من الضغط.	1
3	2	1	0	شعرت بجفاف في حلقى.	2
3	2	1	0	لم أستطع على الإطلاق الإحساس بمشاعر إيجابية	3
3	2	1	0	شعرت بصعوبة في التنفس (مثلاً: شدة التنفس السريع، اللهثان بدون القيام بمجهود جسدي).	4
3	2	1	0	وجدت صعوبة في المبادرة للقيام بأشياء.	5
3	2	1	0	كنت أميل إلى ردة الفعل المبالغ فيها تجاه المواقف والأحداث.	6
3	2	1	0	شعرت برجفة (على سبيل المثال باليدين).	7
3	2	1	0	شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي).	8
3	2	1	0	كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابى وأسبب إحراجاً لنفسى.	9
3	2	1	0	شعرت بأن ليس لدى أى شيء أرجوه (أطمح إليه).	10
3	2	1	0	شعرت بأننى مضطرب ومنزعج.	11
3	2	1	0	أجد صعوبة في الاسترخاء.	12
3	2	1	0	شعرت بالحزن والغم.	13
3	2	1	0	كنت لا أستطع تحمل أى شيء يحول بينى وبين ما أرغب في القيام به.	14
3	2	1	0	شعرت بأننى على وشك الوقوع في حالة من الرعب.	15
3	2	1	0	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء.	16
3	2	1	0	شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص.	17
3	2	1	0	شعرت أنني سريع الانفعال.	18
3	2	1	0	كنت واع/واعية بضربات قلبي في غياب مجهود جسدي (مثلاً، زيادة في معدل الدقات، أو فقدان دقات القلب).	19
3	2	1	0	شعرت بالخوف دون أى سبب وجيه.	20
3	2	1	0	شعرت بأن الحياة لا معنى لها.	21

2- مقياس العلاقة بين المريض والممرض

التعليمة

يرجى قراءة كل عبارة بعناية، ثم وضع علامة (✓) في الخانة التي تُعبّر عن درجة موافقتكم عليها. تعني التقديرات التالية

1 = اختلف بشدة 2 = لا اتفق 3 = محايد

4 = اتفق 5 = أتعق بشدة

5	4	3	2	1	1- سلوك التمريض
					- أنا أشجع المرضى على مناداتي عندما يواجهون مشاكل (كمشاعر التعرض لنوبة قلق أو هلع).
					- يمكنني تقديم العمليات التمريضية الروتينية للمرضى في الوقت المناسب.
					- عندما يكون المريض في حالة طارئة، يمكنني الحكم والتعامل معه بشكل صحيح وفقاً لمعايير التمريض.
					- لدي الوقت الكافي والقدرة على تقديم الإرشادات والتثقيف الصحي المناسب للمرضى.
					- يمكنني تخفيف الألم النفسي والتوتر لدى المرضى من خلال عملي التمريضي.
					- يمكنني حل مشاكل التمريض الخاصة بالمريض بشكل أساسي، (مثال عند رفض اخذ جرعات الادوية الخاصة به و مقاومة العلاج الدوائي).
2- تفهم الممرضون واحترامهم للمريض					
					- يمكنني فهم واحترام مشاعر المرضى عندما يكونون في حالة ازمة نفسية او صحية.
					- يمكنني مناداة المريض بمودة.
					- ليس لدي أي احكام مسبقة ضد المرضى الذين أقوم برعايتهم او تحيز (حسب نوع الاضطراب الذي قد يعاني منه المريض).
					- أستطيع الحفاظ و الالتزام بسرية المعلومات و خصوصية المريض
					- أنا صبور مع المرضى الذين لا يستطيعون وصف مرضهم بالتفصيل.
3- سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالممرض					
					- المريض غير مؤدب معي.

					- المرضى يشككون في مهاراتي وقدراتي المهنية التمريضية.
					- اثناء رعايتي بالمريض، في الكثير من الأحيان يراقبني أو تراقبني عائلته.
					- لا يثق المرضى بالشرح والتثقيف الصحي الذي أقدمه لهم.
					- خلال عملية التواصل، غالبًا ما يعبر المريض أو عائلته عن المشاعر المفرطة.
4- التواصل مع المريض					
					- لست على استعداد للاستماع لانشغالات المرضى حول حالته الصحية.
					- لا أملك الطاقة الكافية للإجابة بصبر على أسئلة المرضى أو عائلاتهم.
					- أعتقد أن الكثير من حديث المريض غير مجدي، لذا أقاطعه على الفور.
					- أعتقد أنني اعبر عن مقصدي بوضوح ولا أحتاج إلى تخصيص الوقت في الشرح للمرضى (مثال عند إعطاء تعليمة للمريض).
5- التفاعل مع المريض					
					- قبل إجراء فحص خاص أو عملية علاجية، يمكنني إبلاغ المريض بالأمور التي تحتاج إلى الاهتمام في الوقت المناسب.
					- الحفاظ على التواصل البصري المناسب عند التواصل مع المرضى.
					- سيشكرني المريض أو أحد أفراد أسرته على الرعاية المقدمة.

الملحق رقم (3)

Fiche d'information

Dans le cadre de notre mémoire de fin d'études en Master 2 de psychologie clinique à l'Université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou, nous réalisons une étude sur la santé mentale vécue et la relation entre le patient et l'infirmier en santé mentale. Nous sollicitons votre participation en répondant à des questionnaires. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, seules votre sincérité et votre expérience personnelle comptent. Toutes les réponses resteront strictement confidentielles et utilisées uniquement à des fins scientifiques. Merci pour votre temps et votre collaboration.

Avant de commencer à répondre aux questionnaires, veuillez indiquer :

- L'âge :
- Sexe : Homme ☐ Femme ☐
- Etat civil : célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé ☐ veuf/veuve ☐
- Diplôme obtenu :
- Nombre d'années ou de mois d'expérience :

Échelle de santé mentale d'ass-21

Instruction :

Veuillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de la dernière semaine. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0, 1, 2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.

L'échelle de notation est la suivante :

- 0 = ne s'applique pas du tout à moi.
- 1 = s'applique un peu à moi, ou une partie du temps.
- 2 = s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps.
- 3 = s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps.

1 – J’ai trouvé difficile de décompresser.	0	1	2	3
2 – J’ai été conscient(e) d’avoir la bouche sèche.	0	1	2	3
3 – J’ai eu l’impression de ne pas pouvoir ressentir d’émotion positive.	0	1	2	3
4 – J’ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique.	0	1	2	3
5 – J’ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.	0	1	2	3
6 – J’ai eu tendance à réagir de façon exagérée.	0	1	2	3
7 – J’ai eu des tremblements (par exemple, des mains.	0	1	2	3
8 – J’ai eu l’impression de dépenser beaucoup d’énergie nerveuse.	0	1	2	3
9 – Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).	0	1	2	3
10 – J’ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir	0	1	2	3
11 – Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).	0	1	2	3
12 – J’ai eu de la difficulté à me détendre.	0	1	2	3
13 – Je me suis senti(e) abattu(e) et triste.	0	1	2	3
14 – J’ai été intolérant(e) à tout ce qui m’empêchait de faire ce que j’avais à faire	0	1	2	3
15 – J’ai eu le sentiment d’être presque pris(e) de panique.	0	1	2	3
16 – J’ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.	0	1	2	3
17 – J’ai eu le sentiment de ne pas valoir grand-chose comme personne.	0	1	2	3
18 – J’ai eu l’impression d’être assez susceptible.	0	1	2	3
19 – J’ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l’absence d’effort physique (sensation d’augmentation de mon rythme cardiaque ou l’impression que mon cœur venait de sauter).	0	1	2	3
20 – J’ai eu peur sans bonne raison.	0	1	2	3
21 – J’ai eu l’impression que la vie n’avait pas de sens.	0	1	2	3

Echelle de la relation infirmier-patient

– Ce questionnaire cherche à mieux comprendre votre expérience personnelle à travers une série d'énoncés reflétant la nature de la relation et des interactions entre les patients et les infirmier(ère)s.

Instructions pour répondre

– Veuillez lire attentivement chaque énoncé, puis cocher (✓) la case qui correspond à votre degré d'accord avec celui-ci.

– Ce questionnaire utilise une échelle de réponse à cinq niveaux :

1 = Pas du tout d'accord

2 = Pas d'accord

3 = Neutre

4 = D'accord

5 = Tout à fait d'accord

1- Comportement infirmier	1	2	3	4	5
– J'encourage les patients à m'appeler lorsqu'ils ont des problèmes (tels que des sentiments d'anxiété ou des crises de panique).					
– Je suis capable de fournir des soins infirmiers de routine aux patients en temps voulu.					
– Lorsqu'un patient se trouve dans une situation d'urgence, je suis capable d'évaluer et traiter correctement selon les normes infirmières.					
– Je dispose du temps et des capacités nécessaires pour fournir aux patients les conseils et l'éducation sanitaire appropriés.					
– Je peux soulager la douleur psychologique et le stress des patients grâce à mon travail d'infirmier.					
– Je peux résoudre les problèmes infirmiers spécifiques aux patients (tels que le refus de prendre des médicaments et la résistance à la thérapie médicamenteuse).					

2- L'infirmier comprend et respecte le patient					
- Je peux comprendre et respecter les sentiments des patients lorsqu'ils sont en état de crise psychologique ou sanitaire.					
- Je peux appeler le patient avec affection.					
- Je n'ai pas de préjugés à l'égard des patients dont je m'occupe. (Ni de préjugés en fonction du type de trouble dont le patient psychiatrique peut souffrir).					
- Je peux protéger les informations et la vie privée des patients.					
- Je suis également patient avec les patients qui ne sont pas en mesure de décrire leur maladie en détail.					
3- Incompréhension et méfiance à l'égard de l'infirmière					
- Le patient n'est pas poli avec moi.					
- Les patients ont mis en doute mes performances et mes compétences professionnelles en matière de soins infirmiers.					
- souvent le patient ou sa famille m'observe quand je m'occupe de lui.					
- Les patients ne font pas confiance à mes explications et à mon éducation à la santé.					
- Pendant le processus de communication, le patient ou sa famille exprime souvent des émotions excessives.					
4- Communiquer avec le patient					
- Je ne suis pas disposé à passer du temps à écouter les préoccupations des patients concernant leur état de santé.					
- Je n'ai pas l'énergie nécessaire pour répondre patiemment aux questions des patients ou de leur famille.					
- Je pense qu'une grande partie du discours du patient sont inutiles, alors je l'interromps rapidement.					
- Je pense que j'ai clairement communiqué mes intentions et que je n'ai pas besoin de passer du temps à expliquer aux patients.					

5– Interagir avec le patient					
– Avant un examen spécial ou une procédure de traitement, je peux informer le patient des choses qui nécessitent une attention particulière en temps opportun.					
– Maintenir un contact visuel approprié lors de la communication avec les patients.					
– Le patient ou un membre de sa famille me remerciera pour le soin prodigés.					

ملحق رقم (4)

مقابلة نصف موجهة

1- معلومات عامة

- العمر:
- الجنس: الذكر ☐ الأنثى ☐
- الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐
- الشهادة التعليمية المتحصل عليها:
- عدد سنوات الخبرة:

2- التمريض في مشفى الطب العقلي

- كيف تم اختيارك لهذه المهنة؟
- هل انت راض على هذه المهنة وعلى الخدمات التي تقدمها؟
- كيف تصف طبيعة العمل في هذه المصلحة؟
- ما هي مدة العمل اليومية او الأسبوعية؟
- كم عدد المرضى الذين تتكفل بهم يوميا؟
- هل تشعر ان هذا العمل قد أثر على طريقة تفكيرك ومشاعرك؟ كيف؟

3- الحالة النفسية لدى ممرض الطب النفسي

- كيف تصف حالتك النفسية اثناء العمل في مصلحة الطب العقلي؟
- هل تشعر ان طبيعة العمل تؤثر على تفاعلك مع المرضى؟ كيف؟
- في حال كنت في حالة نفسية سيئة، هل تشعر أن يؤثر على مستوى الرعاية التي تقدمها للمرضى؟
- كيف تتعامل مع المرضى الذين قد يظهرون مشاعر سلبية تجاهك بسبب حالتك النفسية؟
- هل سبق ان وجدت صعوبة في ضبط انفعالاتك اثناء التعامل مع مريض نفسي؟
- هل تشعر بالإرهاق النفسي عند التعامل مع هذه الفئة من المرضى؟ وكيف تتعامل مع هذا الشعور؟
- كيف يساعدك وعيك بحالتك النفسية في بناء علاقة علاجية متوازنة مع المريض؟

4- العلاقة بين الممرض والمريض في مصلحة الطب العقلي

- هل ترى ان العلاقة بين الممرض والمريض في هذا التخصص تختلف عن باقي المصالح الطبية؟ كيف؟
- كيف تصف علاقتك بالمرضى في مصلحة الطب العقلي؟
- هل يختلف طريقة تعاملك معهم حسب نوع الاضطراب النفسي؟ كيف؟
- كيف تتعامل مع المرضى الذين يرفضون التواصل او يظهرون مقاومة للعلاج؟
- هل تجد أن هناك صعوبة في الفصل بين العاطفة والعمل عند التعامل مع المرضى؟-
- ما هي الأساليب التي تستخدمها ل تهدئة المرضى اثناء نوبات الغضب او القلق؟
- هل يختار المريض مع من يتفاعل مع أعضاء السلك الطبي؟

5- الدعم والتطوير المهني

- هل هناك اليات دعم نفسي للمرضى في مؤسستك، مثل جلسات التفريغ النفسي او اشراف مهني؟
- هل تعتقد ان التكوين في مجال التمريض يكفي للتعامل مع هذه الفئة "المرضى النفسانيين"؟
- هل ترى أن دعم الإدارة والزملاء في مكان عملك يساعد في تعزيز صحتك النفسية؟
- هل تتلقى تدريباً أو دعماً خاصاً للمساعدة في الحفاظ على صحتك النفسية أثناء العمل في الطب العقلي؟
- هل تعتقد أن التدريب على مهارات الحفاظ على الصحة النفسية يجب أن يكون جزءاً من التدريب المهني للمرضى في الطب العقلي؟

ملحق رقم (5)

الجدول رقم (35) يبين اجابات التي قدمتها الحالة حنان في مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب النفسي المكيف

5	4	3	2	1	1- سلوك التمريض
	×				- أنا أشجع المرضى على مناداتي عندما يواجهون مشاكل (كمشاعر التعرض لنوبة قلق او هلع)
		×			- يمكنني تقديم العمليات التمريضية الروتينية للمرضى في الوقت المناسب
	×				- عندما يكون المريض في حالة طارئة، يمكنني الحكم والتعامل معه بشكل صحيح وفقاً لمعايير التمريض
	×				- لدي الوقت الكافي والقدرة على تقديم الإرشادات والتثقيف الصحي المناسب للمرضى
		×			- يمكنني تخفيف الألم النفسي والتوتر لدى المرضى من خلال عملي التمريضي
	×				- يمكنني حل مشاكل التمريض الخاصة بالمريض بشكل أساسي، (مثال عند رفض اخذ جرعات الادوية الخاصة به و مقاومة العلاج الدوائي)
2- تفهم الممرضون واحترامهم للمريض					
		×			- يمكنني فهم واحترام مشاعر المرضى عندما يكونون في حالة ازمة نفسية او صحية
			×		- يمكنني مناداة المريض بمودة
				×	- ليس لدي أي احكام مسبقة ضد المرضى الذين أقوم برعايتهم او تحيز (حسب نوع الاضطراب الذي قد يعاني منه المريض)
			×		- أستطيع الحفاظ و الالتزام بسرية المعلومات و خصوصية المريض
	×				- أنا صبور مع المرضى الذين لا يستطيعون وصف مرضهم بالتفصيل

3- سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض					
	×				- المريض غير مؤدب معي
			×		- المرضى يشكون في مهاراتي وقدراتي المهنية التمريضية
	×				- اثناء رعايتي بالمريض، في الكثير من الأحيان يراقبني او تراقبني عائلته
		×			- لا يثق المرضى بالشرح و التثقيف الصحي الذي اقدمه لهم
		×			-خلال عملية التواصل، غالبًا ما يعبر المريض أو عائلته عن المشاعر المفرطة
4- التواصل مع المريض					
	×				- لست على استعداد للاستماع لانشغالات المرضى حول حالته الصحية
	×				- لا أملك الطاقة الكافية للإجابة بصبر على أسئلة المرضى أو عائلاتهم
	×				- أعتقد أن الكثير من حديث المريض غير مجدي ، لذا أقاطعه على الفور
		×			- أعتقد أنني اعبر عن مقصدي بوضوح ولا أحتاج إلى تخصيص الوقت في الشرح للمرضى (مثال عند إعطاء تعليمات للمريض)
5- التفاعل مع المريض					
	×				- قبل إجراء فحص خاص أو عملية علاجية، يمكنني إبلاغ المريض بالأمور التي تحتاج إلى الاهتمام في الوقت المناسب
		×			- الحفاظ على التواصل البصري المناسب عند التواصل مع المرضى
		×			- سيشكرني المريض أو أحد أفراد أسرته على الرعاية المقدمة

الجدول رقم (36): يبين نتائج الحالة حنان حسب مقياس

الاكتئاب والقلق والضغط النفسي (dass-21)

3	2	1	0	وجدت صعوبة في التخفيف من الضغط.	1
3	2	1	0	شعرت بجفاف في حلقي.	2
3	2	1	0	لم أستطع على الإطلاق الإحساس بمشاعر إيجابية	3
3	2	1	0	شعرت بصعوبة في التنفس (مثلاً: شدة التنفس السريع، اللهثان بدون القيام بمجهود جسدي)	4
3	2	1	0	وجدت صعوبة في المبادرة للقيام بأشياء	5
3	2	1	0	كنت أميل إلى ردة الفعل المبالغ فيها تجاه المواقف والأحداث	6
3	2	1	0	شعرت برجفة (على سبيل المثال باليدين)	7
3	2	1	0	شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	8
3	2	1	0	كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي وأسبب إحراجاً لنفسي	9
3	2	1	0	شعرت بأن ليس لدي أي شيء أرجوه (أطمح إليه)	10
3	2	1	0	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	11
3	2	1	0	أجد صعوبة في الاسترخاء	12
3	2	1	0	شعرت بالحزن والغم	13
3	2	1	0	كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	14
3	2	1	0	شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب	15
3	2	1	0	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء.	16
3	2	1	0	شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	17
3	2	1	0	شعرت أنني سريع الانفعال	18
3	2	1	0	كنت واع/واعية بضربات قلبي في غياب مجهود جسدي (مثلاً، زيادة في معدل الدقات، أو فقدان دقات القلب)	19
3	2	1	0	شعرت بالخوف دون أي سبب وجيه	20
3	2	1	0	شعرت بأن الحياة لا معنى لها	21

ملحق رقم (6)

الجدول رقم (37): يبين استجابات التي قدمتها الحالة مريم في مقياس العلاقة بين المريض وممرض الطب العقلي المكيف.

5	4	3	2	1	1- سلوك التمريض
	×				- أنا أشجع المرضى على مناداتي عندما يواجهون مشاكل (كمشاعر التعرض لنوبة قلق أو هلع)
		×			- يمكنني تقديم العمليات التمريضية الروتينية للمرضى في الوقت المناسب
		×			- عندما يكون المريض في حالة طارئة، يمكنني الحكم والتعامل معه بشكل صحيح وفقاً لمعايير التمريض
		×			- لدي الوقت الكافي والقدرة على تقديم الإرشادات والتثقيف الصحي المناسب للمرضى
	×				- يمكنني تخفيف الألم النفسي والتوتر لدى المرضى من خلال عملي التمريضي
	×				- يمكنني حل مشاكل التمريض الخاصة بالمريض بشكل أساسي، (مثال عند رفض اخذ جرعات الادوية الخاصة به و مقاومة العلاج الدوائي)
2- تفهم الممرضون واحترامهم للمريض					
	×				- يمكنني فهم واحترام مشاعر المرضى عندما يكونون في حالة أزمة نفسية او صحية
	×				- يمكنني مناداة المريض بمودة
		×			- ليس لدي أي احكام مسبقة ضد المرضى الذين أقوم برعايتهم او تحيز (حسب نوع الاضطراب الذي قد يعاني منه المريض)
	×				- أستطيع الحفاظ و الالتزام بسرية المعلومات و خصوصية المريض
			×		- أنا صبور مع المرضى الذين لا يستطيعون وصف مرضهم بالتفصيل

3- سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض					
				×	- المريض غير مؤدب معي
		×			- المرضى يشككون في مهاراتي وقدراتي المهنية التمريضية
		×			- اثناء رعايتي بالمريض، في الكثير من الأحيان يراقبني او تراقبني عائلته
			×		- لا يثق المرضى بالشرح و التثقيف الصحي الذي اقدمه لهم
		×			-خلال عملية التواصل، غالبًا ما يعبر المريض أو عائلته عن المشاعر المفرطة
4- التواصل مع المريض					
			×		- لست على استعداد للاستماع لانشغالات المرضى حول حالته الصحية
		×			- لا أملك الطاقة الكافية للإجابة بصبر على أسئلة المرضى أو عائلاتهم
		×			- أعتقد أن الكثير من حديث المريض غير مجدي ، لذا أقاطعه على الفور
×					- أعتقد أنني اعبر عن مقصدي بوضوح ولا أحتاج إلى تخصيص الوقت في الشرح للمرضى (مثال عند إعطاء تعليمة للمريض)
5- التفاعل مع المريض					
	×				- قبل إجراء فحص خاص أو عملية علاجية، يمكنني إبلاغ المريض بالأمر التي تحتاج إلى الاهتمام في الوقت المناسب
		×			- الحفاظ على التواصل البصري المناسب عند التواصل مع المرضى
	×				- سيشكرني المريض أو أحد أفراد أسرته على الرعاية المقدمة

الجدول رقم (38): يبين نتائج الحالة مريم حسب مقياس

الاكتئاب والقلق والضغط النفسي (21-dass)

3	2	1	0	وجدت صعوبة في التخفيف من الضغط.	1
3	2	1	0	شعرت بجفاف في حلقي.	2
3	2	1	0	لم أستطع على الإطلاق الإحساس بمشاعر إيجابية	3
3	2	1	0	شعرت بصعوبة في التنفس (مثلاً: شدة التنفس السريع، اللهثان بدون القيام بمجهود جسدي)	4
3	2	1	0	وجدت صعوبة في المبادرة للقيام بأشياء	5
3	2	1	0	كنت أميل إلى ردة الفعل المبالغ فيها تجاه المواقف والأحداث	6
3	2	1	0	شعرت برجفة (على سبيل المثال باليدين)	7
3	2	1	0	شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)	8
3	2	1	0	كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي وأسبب إحراجاً لنفسي	9
3	2	1	0	شعرت بأن ليس لدي أي شيء أرجوه (أطمح إليه)	10
3	2	1	0	شعرت بأنني مضطرب ومنزعج	11
3	2	1	0	أجد صعوبة في الاسترخاء	12
3	2	1	0	شعرت بالحزن والغم	13
3	2	1	0	كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به	14
3	2	1	0	شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب	15
3	2	1	0	فقدت الشعور بالحماس لأي شيء.	16
3	2	1	0	شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص	17
3	2	1	0	شعرت أنني سريع الانفعال	18
3	2	1	0	كنت واع/واعية بضربات قلبي في غياب مجهود جسدي (مثلاً، زيادة في معدل الدقات، أو فقدان دقات القلب)	19
3	2	1	0	شعرت بالخوف دون أي سبب وجيه	20
3	2	1	0	شعرت بأن الحياة لا معنى لها	21

ملحق رقم (7)

الجدول رقم (39): يبين استجابات التي قدمتها الحالة الثانية لينة في مقياس العلاقة بين

المريض وممرض الطب النفسي المكيف

5	4	3	2	1	1- سلوك التمريض
		×			- أنا أشجع المرضى على مناداتي عندما يواجهون مشاكل (كمشاعر التعرض لنوبة قلق أو هلع)
			×		- يمكنني تقديم العمليات التمريضية الروتينية للمرضى في الوقت المناسب
	×				- عندما يكون المريض في حالة طارئة، يمكنني الحكم والتعامل معه بشكل صحيح وفقاً لمعايير التمريض
	×				- لدي الوقت الكافي والقدرة على تقديم الإرشادات والتثقيف الصحي المناسب للمرضى
	×				- يمكنني تخفيف الألم النفسي والتوتر لدى المرضى من خلال عملي التمريضي
	×				- يمكنني حل مشاكل التمريض الخاصة بالمريض بشكل أساسي، (مثال عند رفض اخذ جرعات الادوية الخاصة به و مقاومة العلاج الدوائي)
2- تفهم الممرضون واحترامهم للمريض					
	×				- يمكنني فهم واحترام مشاعر المرضى عندما يكونون في حالة ازمة نفسية او صحية
	×				- يمكنني مناداة المريض بمودة
		×			- ليس لدي أي احكام مسبقة ضد المرضى الذين أقوم برعايتهم او تحيز (حسب نوع الاضطراب الذي قد يعاني منه المريض)
		×			- أستطيع الحفاظ و الالتزام بسرية المعلومات و خصوصية المريض
	×				- أنا صبور مع المرضى الذين لا يستطيعون وصف مرضهم بالتفصيل

3- سوء الفهم وعدم ثقة المريض بالمرض					
		×			- المريض غير مؤدب معي
			×		- المرضى يشكون في مهاراتي وقدراتي المهنية التمريضية
		×			- اثناء رعايتي بالمريض، في الكثير من الأحيان يراقبني او تراقبني عائلته
		×			- لا يثق المرضى بالشرح و التثقيف الصحي الذي اقدمه لهم
×					-خلال عملية التواصل، غالبًا ما يعبر المريض أو عائلته عن المشاعر المفرطة
4- التواصل مع المريض					
		×			- لست على استعداد للاستماع لانشغالات المرضى حول حالته الصحية
	×				- لا أملك الطاقة الكافية للإجابة بصبر على أسئلة المرضى أو عائلاتهم
	×				- أعتقد أن الكثير من حديث المريض غير مجدي ، لذا أقاطعه على الفور
	×				- أعتقد أنني اعبر عن مقصدي بوضوح ولا أحتاج إلى تخصيص الوقت في الشرح للمرضى (مثال عند إعطاء تعليمة للمريض)
5- التفاعل مع المريض					
	×				- قبل إجراء فحص خاص أو عملية علاجية، يمكنني إبلاغ المريض بالأمر التي تحتاج إلى الاهتمام في الوقت المناسب
×					- الحفاظ على التواصل البصري المناسب عند التواصل مع المرضى
		×			- سيشكرني المريض أو أحد أفراد أسرته على الرعاية المقدمة

الجدول رقم (40): يبين نتائج الحالة لينة حسب مقياس

الاكتئاب والقلق والضغط النفسي (dass-21)

3	2	1	0	1 وجدت صعوبة في التخفيف من الضغط.
3	2	1	0	2 شعرت بجفاف في حلقي.
3	2	1	0	3 لم أستطع على الإطلاق الإحساس بمشاعر ايجابية
3	2	1	0	4 شعرت بصعوبة في التنفس (مثلا: شدة التنفس السريع، اللهتان بدون القيام بمجهود جسدي)
3	2	1	0	5 وجدت صعوبة في المبادرة للقيام بأشياء
3	2	1	0	6 كنت أميل إلى ردة الفعل المبالغ فيها تجاه المواقف والأحداث
3	2	1	0	7 شعرت برجفة (على سبيل المثال باليدين)
3	2	1	0	8 شعرت بأنني أستهلك الكثير في الطاقة العصبية (شعرت بأنني أستهلك الكثير من قدرتي على تحمل التوتر العصبي)
3	2	1	0	9 كنت خائفاً من مواقف قد أفقد فيها السيطرة على أعصابي وأسبب إحراجاً لنفسي
3	2	1	0	10 شعرت بأن ليس لدي أي شيء أرجوه (أطمح إليه)
3	2	1	0	11 شعرت بأنني مضطرب ومنزعج
3	2	1	0	12 أجد صعوبة في الاسترخاء
3	2	1	0	13 شعرت بالحزن والغم
3	2	1	0	14 كنت لا أستطع تحمل أي شيء يحول بيني وبين ما أرغب في القيام به
3	2	1	0	15 شعرت بأنني على وشك الوقوع في حالة من الرعب
3	2	1	0	16 فقدت الشعور بالحماس لأي شيء.
3	2	1	0	17 شعرت بأن قيمتي قليلة كشخص
3	2	1	0	18 شعرت أنني سريع الانفعال
3	2	1	0	19 كنت واع/واعية بضربات قلبي في غياب مجهود جسدي (مثلا، زيادة في معدل الدقات، أو فقدان دقات القلب)
3	2	1	0	20 شعرت بالخوف دون أي سبب وجيه
3	2	1	0	21 شعرت بأن الحياة لا معنى لها