



جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

أثر اضطرابات النوم في ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة في تيزي وزو

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس عمل وتنظيم وتسيير الموارد البشرية

إشراف الدكتور:

-علو زوهير

إعداد الطالبتين:

-بوراي ديهية

- بوراين لويزة

السنة الجامعية: 2022 - 2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و تقدير

الحمد لله و الشكر لله فقد أعان و وفق .

يطيب لنا أن نتقدم بجزيل الشكر و عظيم الامتتان إلى كل من ساهم في مساعدتنا و توجيهنا
و إرشادنا.

فالشكر أولاً لله ثم جزيل الشكر و العرفان الدكتور الفاضل: علو زوهير على تفضيله بالإشراف
على هذه الدراسة و على نصائحه و توجيهاته القيمة و التي كان لها الأثر الكبير في إتمام
هذا العمل.

و في الأخير نسأل الله العلي القدير أن يجزي الجميع عنا خير جزاء , و أن يوفقهم لما يحبه
و يرضاه انه سميع مجيب .



الإهداء

إلى التي رأني قلبها قبل عينيها.. و حضنتني أحشائها قبل يديها.. إلى شجرتي التي لا تذبل.. إلى الظل الذي أوي إليه في كل حين .. إلى ملاكي في الحياة إلى معنى الحب و إلى معنى الحنان و التقاني.. إلى بسمه الحياة و سر الوجود.. إلى من كان دعائها سر نجاحي و حنانها بلسم جراحي .

أمي الحبيبة

إلى نبراسي الذي ينير دربي .. إلى من أعطاني و لم يزل يعطيني بلا حدود.. إلى الذي باع راحة شبابه ليشق لي الطريق.. إلى من تحمل من أجلي المشاق .. إلى من رفعت رأسي عاليا افتخارا به.

أبي العزيز

إلى الشموع التي تنير لي الطريق .. الذين شجعوني و واصلوا العطاء دون مقابل.

أخواتي و أخواني

و أخيرا اهدي هذا العمل المتواضع إلى كل من كان لهم اثر على حياتي.

والى كل من أحبهم قلبي و نسيهم قلمي.

و إلى كل من يتكبد عناء قراءته سواء لتقييمه أو لنقده أو لزيادة عمله أو لإشباع فضوله

ديهية



الإهداء

الحمد لله الذي وفقنا لإتمام هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه اهدي ثمرة جهدي

إلى الوالدين الكريمين محفظها الله وأدامها نورا لدربي

الوالدة الكريمة التي كانت و لاتزال لي سندا في الحياة و الوالد الكريم الذي أتمنى الشفاء العاجل إن شاء الله.

إلى كل العائلة الكريمة من إخوة عمر ، ماستن.

أخوات سلمى .

و إلى زوجة الخال كهينة التي لطالما ساندتني.

والى كل من ساندني من قريب أو بعيد .

إلى كل من كان لهم أثر على حياتي، وإلى كل من أحبهم قلبي ونسيهم قلمي.

لويذة



فهرس المحتويات

أ	شكر وتقدير
ب	الإهداء
ث	فهرس المحتويات
ج	فهرس الجداول
ح	فهرس الأشكال
خ	ملخص الدراسة
01	مقدمة
الفصل الأول الإطار العام للإشكالية	
04	1 - إشكالية
13	2-فرضيات الدراسة
14	3-المفاهيم الأساسية للدراسة إجرائيا
14	4 - أهمية البحث
15	5 - أهداف البحث
16	6 - أسباب اختيار الموضوع
16	7 - الدراسات السابقة
الفصل الثاني اضطرابات النوم	
25	تمهيد
26	1-تعريف النوم
27	2 -أنواع النوم
30	3-تعريف اضطرابات النوم
32	4-أنواع اضطرابات النوم

37	5-نظريات اضطرابات النوم
40	6-أسباب اضطرابات النوم
41	7-علاج اضطرابات النوم
43	خلاصة
الفصل الثالث القلق	
45	تمهيد
46	1 - تعريف القلق
48	2 - أنواع القلق
52	3 - القلق في العمل
52	4 - أعراض القلق
53	5 - مستويات القلق
55	6 - مراحل القلق
55	7 - أسباب القلق
58	8 - علاج القلق
61	9 - النظريات المفسرة للقلق
67	خلاصة
الفصل الرابع الاجراءات المنهجية للدراسة	
70	تمهيد
71	1-التذكير بفرضيات الدراسة
71	2 - منهج الدراسة
72	3 - الدراسة الاستطلاعية
73	4-المعاينة
82	5-أدوات الدراسة

86	6- الأساليب الإحصائية
	الفصل الخامس عرض وتحليل ومناقشة النتائج
89	تمهيد:
90	1- عرض و تحليل النتائج
109	2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
115	3- الاستنتاج العام
117	الاقتراحات
119	قائمة المراجع
-	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل توزيع العينة حسب الجنس	74
02	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	75
03	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الاقدمية	77
04	يوضح توزيع افراد العينة حسب متغير الحالة العائلية	78
05	يوضح توزيع افراد العينة حسب المؤهل العلمي	80
06	الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	82
07	الصدق بطريقة التجزئة النصفية	83
08	الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	83
09	الصدق بطريقة التجزئة النصفية	83
10	يبين تصنيف درجات القلق حسب مقياس تايلور	84
11	الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	85
12	الصدق بطريقة التجزئة النصفية	85
13	توزيع بنود استبيان البحث حسب المحاور	86
14	إجابات الممرضين حول البند الأول	90
15	إجابات الممرضين حول البند الثاني	91
16	إجابات الممرضين حول البند الثالث.	92
17	إجابات الممرضين حول البند الرابع.	93
18	إجابات الممرضين حول البند الخامس.	94
19	إجابات الممرضين حول البند السادس.	95
20	إجابات الممرضين حول البند السابع.	97

98	إجابات الممرضين حول البند الثامن.	21
99	المتوسط الحسابي لتقييم النوم	22
100	نتائج الفرضية الثانية	23
103	تحليل الانحدار الخطي البسيط لاضطرابات النوم و تأثيره على مستوى القلق	24
104	معاملات بتا (Béta) لمساهمة اضطرابات النوم في التنبؤ بمستوى القلق	25
107	تحليل الإنحدار الخطي البسيط لشدة الأرق وتأثيره على مستوى القلق	26
108	معاملات بتا (Béta) لمساهمة شدة الأرق في التنبؤ بمستوى القلق	27

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح أنواع القلق	51
02	يوضح مستويات القلق	54
03	يوضح مستويات القلق عينة حسب متغير الجنس	75
04	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	76
05	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الاقدمية	78
06	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	79
07	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي	81
08	اعتدالية توزيع البيانات	102
09	تجمع التكرارات المقدرة و التكرار المتوقع حول الخط	102
10	توزيع البواقي.	103
11	اعتدالية توزيع البيانات	105
12	تجمع التكرارات المقدرة و التكرار المتوقع حول الخط	106
13	توزيع البواقي	106

ملخص الدراسة:

جاءت هذه الدراسة تحت عنوان "اثر اضطرابات النوم على ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعزازقة"، و هدفت هذه الدراسة الي التعرف على اثر اضطرابات النوم على ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة، حيث افترضنا في هذه الدراسة أن الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة يعانون من اضطرابات في النوم، و أيضا أن اضطرابات النوم تساهم بالتنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة، و أن الأرق يساهم بالتنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة.

لقد اعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي، و لجمع البيانات قمنا بإعداد استبيان حول متغير اضطرابات النوم و استخدمنا مقياس تايلور لمتغير القلق، و لقد أجرينا هذه الدراسة على عينة مكونة من (100) ممرض تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مجتمع أصلي قدر ب(319) ممرض، و بعد جمع البيانات و تحليلها على أساس الإحصاء الوصفي والاستدلالي، أظهرت نتائج الدراسة أن الفرضيتين الأولى و الثانية تحققتا و أن الفرضية الثالثة من فرضيات الدراسة لم تتحقق، و قد توصلنا في الأخير إلى النتائج التالية :

- أن الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة يعانون من اضطرابات في النوم.

- تساهم اضطرابات النوم بالتنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة.

- لا يساهم الأرق بالتنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة.

الكلمات المفتاحية : اضطرابات النوم ، القلق .الأرق ، الممرضين .

Résumé de l'étude en français:

Cette étude, intitulée "L'impact des troubles du sommeil sur l'apparition de l'anxiété chez les infirmiers travaillant au sein de" Établissement Public de Santé de Proximité d'azazga", vise à comprendre l'impact des troubles du sommeil sur l'apparition de l'anxiété chez les infirmiers travaillant dans cet établissement. Dans cette étude, nous avons supposé que les infirmiers de l'Établissement Public de Santé de Proximité d'azazga souffrent de troubles du sommeil, et que ces troubles du sommeil contribuent à prédire le niveau d'anxiété chez ces infirmiers. Nous avons également supposé que l'insomnie contribue à prédire le niveau d'anxiété chez les infirmiers de cet établissement.

Nous avons adopté une approche méthodologique descriptive pour cette recherche. Pour recueillir les données, nous avons élaboré un questionnaire sur les troubles du sommeil et utilisé l'échelle de Taylor pour mesurer l'anxiété. Cette étude a été menée sur un échantillon de (100) infirmiers sélectionnés de manière aléatoire parmi une population totale de (319) infirmiers. Après la collecte et l'analyse des données en utilisant des méthodes descriptives et inductives, les résultats de l'étude ont montré ce qui suit:

- Les infirmiers travaillant au sein de l'Établissement Public de Santé de Proximité d'azazga souffrent de troubles du sommeil.
- Les troubles du sommeil contribuent à prédire le niveau d'anxiété chez les infirmiers de cet établissement.
- L'insomnie ne contribue pas à prédire le niveau d'anxiété chez les infirmiers de l'Établissement Public de Santé de Proximité d'azazga.

Mots-clés : troubles du sommeil, anxiété, Insomnie ,Infirmières.

مقدمة

مقدمة:

يعتبر العمل قديم قدم التاريخ فظهوره جاء بعد وجود الإنسان على هذا الوجود و هذا من اجل تلبية حاجياته المادية و الفيزيولوجية و كان في تلك الفترة عبارة عن نشاط بسيط يقوم به الإنسان من اجل كسب قوته اليومي ، ثم بدأت هذه الظاهرة بالتطور الذي واكبه التطور التكنولوجي مع مرور الزمن و قد اهتم الكثير من المسيرين و أرباب العمل بالإنتاجية وطرق تحسينها من اجل الرفع من الإنتاج و بالتالي الرفع من قيمة الأرباح بالاعتماد على عنصرين أساسيين هما : البشري و المادي و ذلك نظرا لما تقتضيه متطلبات الحياة العصرية التي تتطلب العمل و الإنتاج المتواصل و دون انقطاع في بعض الأحيان أي طول الأربعة و عشرين ساعة (24/24) بهدف إنتاج أكثر و سد حاجيات و متطلبات الحياة ومع مرور الزمن أصبح العمل أكثر تخصصا و تنظيما حيث تنوعت التخصصات والمجالات و أصبح لكل مجال عمل خاص به .

لعل من ابرز هذه الأعمال هو العمل هو العمل في مجال التمريض ، فمهنة التمريض هي عمل إنساني بالدرجة الأولى فهي تقوم خدمات صحية للغير من خلال السهر على صحة المرضى وراحتهم و الاعتناء بهم بكل الوسائل العلاجية الجسمية منها و النفسية ، فهذه المهنة تتطلب جهد عقلي و نفسي و جسمي من اجل توفير كل سبل الراحة للمريض، فالممرضين يقع على عاتقهم مسؤولية التكفل بمرضاهم و تقديم خدمة ذات جودة عالية لهم ، لهذا يتعرض معظمهم إلى اضطرابات النوم كالأرق بسبب عدم العمل بوتيرة واحدة ونظام واحد محدد و ضغوط نفسية من المناوبات الليلية و نظام العمل كالعامل لأوقات طويلة وظروف العمل الغير مناسبة و ما يحيط بهم من توتر و قلق و الشعور بتحمل المسؤولية اتجاه المرضى ، و التعرض يوميا لحالات حرجة ، فكل هذه المواقف و المؤشرات تؤثر سلبا على العاملين في هذا المجال فلاضطرابات النوم تأثيرات سلبية على صحة الفرد سواء الجسمية أو النفسية فعلى المستوى الجسمي يؤدي اضطراب النوم لأثار ضارة على القلب والأوعية الدموية و وظائف المناعة و نقص الحركة و الأداء إما على المستوى النفسي

فيسبب اضطراب النوم بالعصبية و تقلب المزاج والتوتر و القلق . و انطلاقا من هذا جاءت فكرة تناول موضوع " اثر اضطرابات النوم في ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة. و لتحقيق ذلك تم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول كالآتي :

الفصل الأول : بعنوان الإطار العام للإشكالية تناولنا فيه إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أسباب اختيار الموضوع، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة ، تحديد المفاهيم الأساسية الإجرائية ، الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة .

الفصل الثاني : خصصناه لاضطرابات النوم حيث تطرقنا فيه إلى مفهوم النوم و أنواعه، مفهوم اضطرابات النوم ، أنواع اضطرابات النوم ، نظريات اضطرابات النوم، أسباب اضطرابات النوم، علاج اضطرابات النوم.

الفصل الثالث : خصصناه للقلق حيث تطرقنا فيه إلى مفهوم القلق و أنواع القلق، القلق في العمل، أعراض القلق، مستويات القلق، مراحل القلق، أسباب القلق، علاج القلق، النظريات المفسرة للقلق.

الفصل الرابع : خصصناه للإجراءات المنهجية للدراسة حيث تطرقنا فيه إلى منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، عينة الدراسة ، خصائص أفراد عينة الدراسة ، المجال الزمني و المكاني، أدوات الدراسة، أساليب المعالجة الإحصائية.

الفصل الخامس : خصصناه لعرض و تحليل و مناقشة النتائج و تفسيرها على ضوء الفرضيات، استنتاج عام.

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

1 - إشكالية

2-فرضيات الدراسة

3-المفاهيم الأساسية للدراسة إجرائيا

4 - أهمية البحث

5 - أهداف البحث

6 - أسباب اختيار الموضوع

7 - الدراسات السابقة

1- إشكالية:

يتميز العصر الحديث بشدة التعقيد و التغيرات السريعة التي طرأت عليه بسبب التقدم العلمي و التكنولوجي التي شهدته الحياة العصرية حيث تعقدت أمور الحياة و كثرت مطالبها مما جعل الإنسان يسعى بكل طاقته لتحقيق أهدافه و طموحاته ، و عليه فان هذا التطور مس المجال الاقتصادي بمختلف قطاعاته ، فبسبب التغيرات العلمية المتلاحقة تغيرت أسس الحياة ، الأمر الذي أدى إلى تعرض الفرد لكثير من المواقف الطاغية في العمل.

ولقد أدت ظهور الثورة الصناعية التي صاحبها التطور التكنولوجي والاقتصادي إلى تغيرات في موازين الحياة عند الأفراد ، كما مس أيضا هذا التطور خاصة المؤسسات الصناعية والإنتاجية التي غيرت من إستراتيجيتها وسياستها في العمل وأدخلت عدة تعديلات وتحسينات في ظروف العمل، تنظيم الوقت، تقسيم المهام بين العمال، تحديد ساعات الفراغ كما سعت إلى إيجاد أنظمة للعمال تضمن السير المستمر لنشاطات المؤسسة دون انقطاع في الزمن وذلك بتناوب العمال على مركز العمل، ولكن هذا النظام المستمر في مجال العمل قد يخلق آثار ومتاعب على العامل الذي يعتبر نظام متعارض مع الساعة الحيوية للطبيعة للإنسان ، فقد خلق الإنسان للعمل نهارا وللخلود للراحة والنوم ليلا ، يمكن أن يولدها هذا النظام على العمل أولا وعلى المؤسسة ثانيا التي تظهر في سوء الجانب المهني كتهور أداء العاملين مثلا، الجانب الاجتماعي كتصدع الناس والأصدقاء ومن آثاره أيضا الجانب الصحي الذي يظهر في الإرهاق علاقاته مع والإجهاد والتعب بمختلف أنواعه واضطرابات الوتيرة البيولوجية واضطرابات النوم. (بوديسة، 2019، ص21)

فالنوم ضروري للإنسان كالطعام والماء والهواء ، وهو رحمة من رب العالمين ، قال تعالى : " وجعلنا الليل لباساً - (سورة النبا الاية 10 *) أي سترًا لكم ، ولذلك أجمع العلماء على أن النوم في الليل مهم جدا لصحة الأبدان ، كما أنه آية من آيات الله عز وجل وله قيمة حيوية في حياتنا ، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية، ويركز

معظم الباحثين على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون اضطرابات النوم رغم أهمية هذا الموضوع لأننا ننام ثلث أعمارنا تقريباً ، و أن الحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الضرورية (الدسوقي 2006 ص15).

وقد شغل موضوع النوم واضطراباته أذهان الكثير من العلماء والمفكرين منذ القدم ، ولكن البحث العلمي الجاد فيه لم يظهر بجلاء إلا منذ حوالي أربعين عاما ، حيث شغل مزيدا من الاهتمام في الوقت الراهن . ويمكن أن تكون اضطرابات النوم مؤشرا لكثير من الاضطرابات العضوية والنفسية والسلوكية ، لذا فإن الحالة الصحية للجسم وما فيها من جلاء العقل واتزان الانفعالات يمكن أن تضطرب جميعها إذا ما اضطرب نوم الفرد ، ولا سيما بالحرمان ، كالإنقاص من مدة النوم الطبيعي للفرد أو الحرمان الكلي أو الجزئي منه ، وقد يكون في بداية النوم أو خلاله أو آخره ، وقد يكون خلال نوم الليل أو قيلولة النهار ، وقد يكون محدد الزمن ، أو متكرر وطويل الأمد . لهذا تعد اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات النفسية والعضوية في العصر الحديث ، و أكثرها انتشارا بين الناس حيث تقدر نسبة الذين يعانون من هذه الاضطرابات بصفة مزمنة ، والتي تزيد فيها فترة الاضطراب عن شهر ، حوالي ثلث سكان العالم فضلا عن الاضطراب العابر للنوم . (عبدوني و آخرون 2010 ص 110).

يعرف المختصون بالصحة العقلية، اضطرابات النوم بأنها: منقصات تلازم بعض الناس فتؤثر على كمية النوم ونوعيته، الأمر الذي يجعل قدرة الفرد أقل كفاءة في الأداء الوظيفي الاعتيادي، فترة تستمر شهراً أو أكثر. (الجسماني 1999، ص101) .

وتتقسم تصنيف اضطرابات النوم حسب المختصين في مجال الطب النفسي والصحة النفسية الى اضطرابات النوم الأولية وهي تصنف إلى مجموعتين هما: اضطرابات صعوبات النوم ، وتشمل اضطراب الأرق ، اضطراب فرط النوم ، واضطراب جدول النوم.

* اضطرابات مصاحبات النوم : وتشمل اضطراب الكوابيس الليلية ، اضطراب الفزع الليلي، واضطراب التجوال الليلي (المشي أثناء النوم).

و يعد الأرق من أكثر اضطرابات النوم شيوعا حيث يعاني منه حوالي 20% من سكان العالم ، و عرفه احمد عكاشة 1998 على انه حالة من عدم الاكتفاء الكمي و الكيفي من النوم و تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت . أو هو قلة النوم الكافي لحاجة الجسم و يكون إما لصعوبة البدء في النوم أو صعوبة الاستمرار فيه ، أو هو عدم القدرة في الدخول في النوم ، أو عدم القدرة على النوم للمدة التي ينبغي أن ينامها الفرد إلى جانب حدوث تقطع متكرر للنوم أثناء الليل و النهوض مبكرا بغير المعتاد. (الدسوقي2006ص30)

و درس " ويليامز " واصحابه عام 1975 مرضى الأرق الذين حولوا إلى مركز لاضطرابات لنوم، وقارنوا نومهم بنوم مجموعة ضابطة سوية . وقيس القلق بخمسة مقاييس : بروفيل حالات المزاج ، وقائمة القلق الحالة والسمة بالإضافة إلى ثلاثة من المقاييس المشتقة من قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه للشخصية : عامل من استخراج " ولش " ، ومقياس " تايلور " للقلق الصريح ، ومؤشر القلق . واتضح أن مجموعة الأرق أكثر قلقا من المجموعة السوية في كل مقاييس القلق . وعندما تم ضبط النتائج من ناحية العمر فإن مجموعة الأرق أخذت زمنا أطول للاستغراق في النوم ، وحصلت على درجة منخفضة في مؤشر كفاية النوم (النسبة المئوية للزمن المنقضى نائما بالنسبة للزمن المنقضي في السرير) وذلك بالمقارنة إلى المجموعة الضابطة السوية . ومع ذلك فقد ارتبطت هذه الفروق بمقياس الاكتئاب المشتق من قائمة مينيسوتا كما ارتبطت بمقياس القلق من القائمة ذاتها ، وحيث إن مؤشرات القلق تحدث بكثرة لدى مرضى الأرق . (عبد الخالق2018،ص7) .

واختلفت الأدبيات والدراسات السابقة بشأن انتشار اضطرابات النوم من حيث نسبة انتشارها بشكل عام، أو بشأن نسبة انتشار كل نوع من أنواع تلك الاضطرابات، أو من حيث عدد تلك الاضطرابات. ففي الوقت الذي أشارت فيه انه وفق إحصائية عام (2006) ان ما بين (50-

(70 مليون في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون بشكل مزمن من تلك الاضطرابات . وفي المملكة المتحدة يعاني 25 % من الأفراد من اضطرابات النوم مثل اضطراب فقدان التنفس، الأرق، تناذر عدم استقرار الأطراف. أما فيما يتعلق بشأن نوعية تلك الاضطرابات فقد أشارت إحصائيات (2007) وفقا إلى التصنيف العالمي لاضطرابات النوم (International classification of sleep disorders) إلى وجود أكثر من (84) اضطرابا من تلك الاضطرابات. بينما أشارت إحصائيات الطبعة الثانية من التصنيف نفسه إلى وجود (81) اضطرابا، البعض منيها شائع جدا. وهذه الاضطرابات تنتشر بنسبة 7 % بين المراهقين. ولم تظهر الدراسات السابقة وجود فروق في انتشار تلك الاضطرابات بين الذكور و الإناث، بينما أشارت إحصائيات أخرى عن وجود (70) اضطرابا مختلف للنوم . يمكن تقسيمها إلى ثلاث فئات هي: فئة النقص في كمية النوم، وفئة الاضطراب في انتظام النوم، وفئة الزيادة في كمية النوم. (علي كاظم 2014 ص288).

توصلت الدراسات الوبائية إلى أن معدلات انتشار مشكلات النوم أكثر مما نتوقع . ففي ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت إحدى الدراسات إلى أن (25 %) من أفراد عينه الدراسة (وذلك في عينة مكونة من 113 مفحوصا) يعانون من الأرق. (غانم 2006، ص275).

في حين انه من الواضح أن نظام العمل يؤثر سلبا على الصحة النفسية و الجسمية للعامل فمع مرور الوقت يتأثر العامل بسبب هذا النظام و خاصة عمال الدوريات فيظهر عليهم التعب و الإرهاق بسبب خلل في جدول النوم ،و ظهور عدة اضطرابات.

في دراسة " المعهد البولوني" سنة (1965) حيث قام باستطلاع في تسعة مصانع مختلفة على حوالي 1836 عامل حول إنتاجهم في مختلف الدورات، أين قدر معامل إنتاج الدورية الصباحية (66.99%) والدورية الليلية ب (1.34%) وهو ما يؤكد أنه إذا كان الإنسان في حالة نشاط أثناء الوقت المخصص للراحة، فإن ذلك يقلل من مقدار قدراته على إنتاج كمية

كبيرة، كما أنها قد تسبب في عواقب وخيمة على حياة العامل، سواء من الجانب الاجتماعي والصحي والمهني وهذه الحالة التي ينحصر فيها ترغمه على البقاء في عمله ويعيش صراعا داخليا وخارجيا يزداد يوما بعد يوم، وخلال تخطية لحدود صبره تظهر لديه سلوكيات مضطربة . ويرجع " موريس " (1976) هذه الاضطرابات إلى عدم تمكن عمال الدورية الليلية من تعويض النوم أثناء النهار نتيجة الضوضاء أو عوامل أخرى، وبالتالي تأثر الفرد يعني تأثر كيفية إنجاز عمله (بوديسة 2019 ص 22)

و دلت دراسات "تارساك" و آخرون (Terssac et al 1983) أن هناك تأثيرات أخرى على الأداء كانهخفاض في اليقظة عند أصحاب المناصب على غرار الصناعة الكيميائية، حيث وجد أن عمل مراقبي عملية سير الإنتاج خلال الليل يقوم على إستراتيجية مراقبة مختلفة مما هو عليه في النهار، و بعد منتصف النهار . (رجيل 2010، ص 2 .)

ويعتبر مجال الشغل والعمل من أبرز المجالات التي شهدت معاناة ومشاكل نتيجة سوء التكيف وصعوبة التوفيق من قبل العامل وتوقيت العمل، ولاسيما بعد أن شهد نظام العمل نظاما حديثا فرضته تحولات الحياة الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية، حيث برز ما يسمى بالعمل ألتناوبي أو العمل بالمناوبة والتي تعني الاستمرارية في العمل دون انقطاع ومسايرته لعجلة الوقت، ومن المتطلبات الضرورية للعمل بهذه الطريقة، إلزامية وجود العنصر البشري فهم الطرف الأساسي في معادلة العمل ألتناوبي ولا يمكن الاستغناء عنه، إلا أنه حسب طبيعة نظام العمل ألتناوبي يفرز انعكاسات وآثار سلبية تعود بالدرجة الأولى على العامل المشغل حسب هذا النظام، و من أبرزها مشاكل النوم.

ولعل هذا التطور مس العديد من القطاعات و المؤسسات منهم يريد مواكبة التقدم و منهم من يسهر على امن و سلامة و صحة من حولهم مثل الشرطة، ووحدات الحماية المدنية، و المستشفيات من أطباء، الممرضين الذين تكون ساعات عملهم (24) ساعة و رغم فعالية

نظام المناوبات أو نظام الورديات إلا أن لها تأثيرات سلبية على العامل البشري كخلق اضطرابات نفسية و فيزيولوجية كاضطرابات النوم و المشاكل الاجتماعية و التعب و الأرق اللذان ينتجان بسبب اضطرابات النوم و تزداد نسبة التعرض لنوبات قلبية و حوادث العمل من التعب و الضغط و قلة الانتباه و التركيز و ظهور اضطرابات سلوكية كالاكتئاب و القلق .

و يعد اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات انتشارا فقد اظهرت مجموعة من الدراسات العلمية التي أجريت على (16) دولة أن هناك تزايد في معدل القلق (7،17) % و تعد هذه المعدلات عالية جدا . (المسماري 2012، ص4).

قد بينت الدراسات الوبائية والبيانات المستعرضة والطولية معدلا مرتفعا من المرضية المشتركة Comorbidity بين اضطرابات النوم والاضطرابات النفسية وبخاصة الرابطة الوثيقة بين الأرق Insomnia والقلق Anxiety والاكتئاب (Morin & Ware, 1996) Depression . ودرس " موريس و اوهايون " وزملاؤه (Ohayon, Caulet, & 1998) Lemoine المرضية المشتركة للاضطرابات النفسية والأرق في الجمهور العام من أعمار (15) عاما وما بعدها ، وأجريت الدراسة عن طريق الهاتف . وظهر أن 998 منهم أي (7،) 17% منهم يشكون من الأرق ، وصنفوا إلى ست فئات :

- الأرق المرتبط باضطراب الاكتئاب ، -الأرق المرتبط ، -اضطراب الاكتئاب الذي تصاحبه أعراض الأرق ، -أعراض الأرق - الأرق الأولى-أعراض الأرق المستقلة . ودرس الباحثون خصائص كل مجموعة من الفئات الستة. كماظهر في دراسات أخرى أن أنواعا محددة من اضطرابات النوم ترتبط بزملة التعب و الإرهاق المزمن Chronic Fatigue Syndrome (CFS). و من هذه الدراسات :

(Galindo& Ciocom,1997 ; Morris ,Wearden& Battersby,1997). (عبد الخالق 2018 ص 2).

فلذا الحرمان من النوم يؤدي إلى ظهور اضطرابات في أداء الوظائف العقلية كسرعة الاستشارة و القلق وأحلام اليقظة و تراجع القدرة على الأداء و تناقص الدافع. (مختاري وعجو 2020 ص 2)

فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن اضطرابات النوم ترتبط ارتباطا وثيقا بالقلق ومن هذه الدراسات دراسة فريدمان وساتلر (1982) التي أوضحت علاقة اضطرابات النوم بالقلق؛ فقد أظهرت نتائجها أن أفراد المجموعة التي تعاني من اضطرابات في النوم كالأرق حصلت على درجة مرتفعة في القلق مقارنة بالمجموعة التي ليس لديها اضطرابات في النوم .كما أوضحت نتائج دراسة هايدين وسيكمك و شريبير ارتفاع درجات مفحوصي مجموعة اضطرابات النوم على مقياس القلق و الشكوى من الاضطرابات السيكماتية . (إبراهيم والنيال، 1993 ص 83) .

وتوصل إلى النتيجة نفسها عدد من الباحثين منهم سينج موك وكريستيل (1982) ،وبيلهاوس وآخرون (1988) ،وعبد الخالق والنيال (1992) ،وإبراهيم والنيال (1993) ،وعبد الغني (1998) ، و غريغوري (2009) ،وسفرز وآخرون(2002). (المسماري 2012 ص 2)

في دراسة قام بها كل من بيلهاوس بنويت جولدنبرج و بولرد 1988 تم تحليل سمات الشخصية ، كما تم تعريفها عن طريق قائمة مينسوتا المتعددة الأوجه و كذلك بيانات النوم لدى عينة من الذكور تراوحت أعمارهم بين 20 و 30 عاما وكانوا يعانون من قلة النوم ، وعلى هذا تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعات : المجموعة الأولى سوية، المجموعة الثانية

تميزت بالاكنتاب و القلق في حين تميزت المجموعة الثالثة بخصائص الشخصية السيكوماتية والاضطرابات السكوماتية .

-وقد تم تحليل الفروق سن المجموعات الثلاثة و أسفرت نتائج الدراسة عن تزايد عن حدة اضطرابات النوم وارتباطها بدرجة كبيرة بالمشكلات النفسية التي يتعرض لها الفرد.

(إبراهيم علي و النبال 1993ص85).

و تعد مهنة التمريض ركنا أساسيا في المستشفيات ،و أن نجاح أو فشل هذه المستشفيات يعتمد عليه بشكل أساسي ، و لهذا فلا بد من تقدير الدور الذين يلعبه الممرض في تطويرها فالممرض شأنه كشأن جميع الناس يحتاج إلى إشباع حاجياته ، و تتأثر شخصيته بصورة مباشرة بكل ما يصيبه من ضغوطات و قلق . (عبد الجواد،2003،ص4) .

حيث بينت عدد من الدراسات في هذا المجال أن العاملين في مهنة التمريض من أكثر المهنيين المعرضين للضغوط النفسية و ذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المريض، وأعباء عمل زائدة، تعرض العاملين في هذه المهنة إلى المعاناة من العديد من المشكلات النفسية و الصحية الناجمة عن شعورهم بالضغوط النفسية في العمل . وقد أشار أبو عجمي وآخرون(1996) بان الصحة النفسية للممرض أو الممرضة ضرورية جدا فلا يستطيع الممرض المتوتر القلق أو العصبي أن يتقبل أو يتفهم احتياجات المريض بدرجة كافية و سوف تنشأ علاقة مضطربة بين الممرض و الممرضة من جهة و بينهم و المريض من جهة أخرى و مما لا شك فيه أن لضغوط العمل انعكاساتها الصحية و النفسية و الذهنية و الاجتماعية على الممرض لكونها تتعارض مع التناغم الطبيعي لجسم الإنسان و قدراته الطبيعية فقد يؤدي إلى تعب و إرهاق جسدي و عصبي يمنع الممرض من القيام بواجباته المهنية على أكمل وجه. (سايل و اخرون 2017ص3).

هدفت دراسة النجار (2015) إلى معرفة العلاقة بين قلق المستقبل و التوجه نحو الحياة لدى الممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية بمحافظة غزة، وتكونت عينة الدراسة من (228) ممرضا وممرضة، وقد استخدم مقياس قلق المستقبل من إعداد: الباحث لغرض الدراسة ومقياس التوجه نحو الحياة من إعداد: شاير وكارفر (1985) تعريب بدر الأنصاري، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة مستوى قلق المستقبل لدى الممرضون، والممرضات العاملين بالمستشفيات الحكومية بلغت نسبة (85.64 %) وهو مستوى مرتفع، وأن نسبة التوجه نحو الحياة لديهم بلغت نسبة (96.65%) وهو مستوى منخفض، وبينت النتائج عاكسة بين قلق المستقبل والتوجه نحو الحياة بحيث كلما زاد قلق المستقبل انخفض التوجه نحو الحياة، وأظهرت النتائج عدم وجود أثر دال إحصائياً بين قلق المستقبل، والتفاعلات بين متغيرات الدراسة (الجنس، والمؤهل العلمي، والخبرة، ومكان السكن، والراتب الشهري) وأشارت إلى عدم وجود أثر دال إحصائياً بين قلق المستقبل والجنس، وبينت عدم وجود أثر دال إحصائياً بين التوجه نحو الحياة والتفاعلات الثنائية بين (المؤهل العلمي، والراتب الشهري)، بينما لا يوجد أثر دال إحصائياً بين التوجه نحو الحياة، والتفاعلات المشتركة. (الخالدي 2020، ص19).

و أتت دراسة عقل (2014) للتعرف على المعوقات التي تواجه الممرضات في المستشفيات الحكومية، و الخاصة في مدينة نابلس، و معرفة اثر متغيرات الدراسة على الممرضات. واستخدمت استبانة من إعداد: الباحثة لغرض الدراسة و تكونت عينة الدراسة من 471 ممرضة، و أظهرت نتائج الدراسة وجود معوقات اجتماعية اقتصادية و ثقافية و إداري و نفسية تؤثر على عمل الممرضات كالمناوبات الليلية و العمل في أقسام الرجال، كما بينت الدراسة وجود فروق بين الممرضات المتزوجات و الممرضات العازبات لصالح الممرضات المتزوجات و يعود ذلك إلى طبيعة المسؤوليات المترتبة على عمل المرأة المتزوجة. (النجار 2015، ص12)

توصلت دراسة بوديسة (2020) إلى التعرف على الانعكاسات التي يمارسها العمل الليلي على المرضى العاملين في المستشفيات وذلك في المستشفى العمومي ندير محمد بتيزي وزو ، أجريت الدراسة الميدانية على (300) ممرض و ممرضة حيث شملت مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية، مصلحة الطب الداخلي ، مصلحة الجراحة العامة ، و مصلحة طب الأطفال .حيث توصلت الدراسة إلى أن العمل الليلي يمارس انعكاسات على المرضى أو يؤدي إلى ظهور اضطرابات النوم لدى المرضى و أن هذه الاضطرابات تؤثر على صحتهم و جودتهم في العمل.

وضحت مجمل الدراسات أن ظروف العمل و اختلاف طبيعتها تؤثر سلبا الصحة النفسية و العقلية للعامل ،بما فيهم عمال القطاع الصحي بالأخص المرضى الذين يجب عليهم السهر على صحة المواطن و العمل في أوقات مختلفة ، لذلك أتى هذا البحث للتعرف على اثر اضطرابات النوم على ظهور القلق لدى المرضى في المؤسسة العمومية للصحة الجوية لعزازقة EPSP ، و هذا ما دفعنا لطرح التساؤلات التالية :

- هل يعاني المرضى العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوية لعزازقة من اضطرابات النوم ؟
- هل تساهم اضطرابات النوم في التنبؤ بمستوى القلق لدى المرضى العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوية لعزازقة ؟
- هل تساهم شدة الارق في التنبؤ بمستوى القلق لدى المرضى العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوية لعزازقة؟

2-فرضيات الدراسة :

- الفرضية الأولى :يعاني المرضى العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوية لعزازقة من اضطرابات النوم .

- **الفرضية الثانية :** تساهم اضطرابات النوم في التنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة .
 - **الفرضية الثالثة :** تساهم شدة الارق في التنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة .
- 3-المفاهيم الأساسية للدراسة إجرائيا :**

3-1-اضطرابات النوم:

التعريف الإجرائي: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص الممرضين من خلال إجاباتهم على مقياس اضطرابات النوم ،التي تظهر نتيجة معاناة المفحوص من صعوبة في النوم أو البقاء نائما أو الشعور بالتعب و النعاس أثناء النهار .

3-2-الأرق:

التعريف الإجرائي:هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص الممرضين من خلال إجاباتهم على مقياس اضطرابات النوم الذي يحتوي على اضطراب الأرق و الذي يكون نتيجة عدم القدرة على النوم أو البقاء نائما لمدة كافية.

3-3-القلق:

التعريف الإجرائي: هو مستوى القلق في شخصية الفرد الذي يتضح من خلال استجابات أفراد العينة و هم فئة الممرضين على مقياس القلق.

3-4- الممرضين:

التعريف الإجرائي: هم فريق طبي يقوم بتقديم الرعاية الصحية المباشرة للمرضى. يشمل عمل الممرضين العديد من المهام، مثل رصد حالة المرضى، وتقديم الأدوية، وتوجيه الرعاية

الشاملة للأفراد المرضى. يعتبرون جزءًا أساسيًا في نظام الرعاية الصحية، حيث يتفاعلون بشكل مباشر مع المرضى ويسهمون في توفير الدعم الطبي والراحة.

4- أهمية البحث :

مما لا شك فيه أن للممرضين دور جد فعال في مجال الصحة و هذا نظرا للمهام الذي يقومون به من أجل تقديم الرعاية الصحية للمرضى ، و مراقبة حالتهم ، و من خلال هذا فإن أهمية الدراسة تكمن فيما يلي :

- استهدافها لشريحة هامة جدا في المجتمع تقع على عاتقها مسؤولية كبيرة و عمل نبيل هو تقديم الرعاية الصحية لأفراد المجتمع في ظل الظروف و الأزمات و المخاطر المحيطة بهم و التعامل مع الضغوط و هي فئة الممرضين.
- و ما يضيف للدراسة أهمية هو أن اضطرابات النوم و القلق تأتي في مقدمة الاضطرابات التي يشكو منها الممرضين.
- تبرز أهمية هذه الدراسة في كونها تتناول موضوعا يشكل أهمية في مجال الصحة النفسية و الشخصية، و مازال المجال في حاجة ماسة إلي مزيد من البحث و الدراسة خاصة في هذا العصر الذي زادت فيه اضطرابات النوم و القلق.
- الاهتمام بالجانب النفسي في القطاع الصحي.
- و تكمن هذه الدراسة على التحري عن اضطرابات قابلة للمعالجة قد تكون سببا للقلق مثل اضطرابات النوم.
- تقيد هذه الدراسة في المساعدة على وضع برامج إرشادية مناسبة مثل بناء برامج علاجية لتخفيف حدة القلق و تحسين نوعية النوم و للحفاظ على الصحة النفسية للممرضين.

-

5- أهداف البحث :

- تهدف الدراسة إلى محاولة الكشف عن أثر اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة L'EPSP ، و التعرف أكثر على أثر و جود هذه الاضطرابات قصد التشخيص و تقديم الحلول للحد منها.
- الكشف عن أثر الأرق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة.
- التحقق من مدى معاناة الممرضين مع القلق.
- وضع التوصيات و المقترحات التي تساعد على التقليل من التعرض للقلق بسبب اضطرابات النوم.

6- أسباب اختيار الموضوع:

من بين الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع دون غيره مايلي:

- الإسهام في خدمة الموضوع المراد دراسته.
- خطورة الظاهرة لما لها من آثار سلبية على الممرضين.
- تسليط الضوء على متغيرين حديثين نسبيا هما اضطرابات النوم و القلق.
- إثراء المكتبة العلمية.

7- الدراسات السابقة:

7-1- اضطرابات النوم:

أجريت دراسة ("آدم و آخرون 2012" Adam et autres) حول اضطرابات النوم واليقظة لدى عمال المناوبة الليلية حيث شملت عينية الدراسة (1470) عامل ألماني و (1231) عامل فرنسي و كانت أدوات الدراسة هو إجابة العمال على استبيان "بيترسبرغ" حول نوعية النوم ، وسلم اليقظة "ابيوارت" (Epwarth) بالإضافة إلى استبيان النوعيات السركاكية "لهورن و /استبرغ" و استبيان جودة الحياة.

قسمت العينة إلى عمال نهاريين وعمال ليليين مناوبين في دورية من نوع 2×8 بينت نتائج هذه الدراسة أن اضطرابات النوم واليقظة منتشرة بكثرة لدى عمال الليل مقارنة بعمل النهار واختفاء هذه الاضطرابات لدى العمال الليليين الذين تكيفوا مع العمل الليلي مع النوعية الجيدة من النوم التي يحضون بها بعد ساعات العمل . حيث تم الإشارة في هذه الدراسة إلى أن العمال الليليين الذين تكيفوا مع العمل ليلاً أقل معاناة من اضطرابات النوم و اليقظة مقارنة الغير متكيفين وفي هذا الإطار تدخل العديد من المتغيرات والتي تلعب دورها في اضطرابات النوم واليقظة لدى عمال المناوبات الليلية من بنها السن، نوعية النوم توعية الحياة عادات النوم لدى العمال الليليين والعوامل السوسيو مهنية .

(بوديسة 2019، ص 37).

دراسة محمد غانم (2002) تحت عنوان العلاقة بين اضطرابات النوم وكل من القلق الصريح والاكتئاب :هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين اضطرابات النوم وكل من القلقالصريح و الاكتئاب حيث تم استخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة. وتكونت عينة الدراسة (100) ذكور و (100) إناث و قد استخدم الباحث كل من مقياس اضطرابات النوم من إعداد الباحث ومقياس القلق ومقياس الاكتئاب. وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية:

هي وجود علاقة بين اضطرابات النوم وكل من القلق و الاكتئاب، وان عينة الإناث يعانين من القلق والاكتئاب واضطرابات النوم أكثر من الذكور. (سلامي شراد2015ص19)
-دراسة عبدوني عبد الحميد سايجي سليمة ، صباح ساعد (2006) تحت عنوان:العمل الليلي ودوره في ظهور بعض اضطرابات النوم)الأرق ، فرط النوم ، اضطراب جدول النوم واليقظة) لدى عمال الدوريات الليلية .

هدفت هذه الدراسة الى دراسة العمل الليلي ودوره في ظهور بعض اضطرابات النوم لدى الدوريات الليلية وقد بلغت عينة الدراسة (80) عاملا من مصنع الأجور الأحمر بالمنطقة

الصناعية رقم (30) سيدي غزال بسكرة ، تم استخدام استبيان مغلق يتكون من (34) سؤال مغلق ، وتوصلت الدراسة إلى أن اضطرابات النوم تؤثر على عمال الورديات الليلية وقد تخلف هذه الاضطرابات مشكلات تنعكس على الفرد صحته النفسية و الجسمية.

دراسة "موريس" و"مونتال" (1965) : قام "موريس" و"مونتال" بدراسة أثر نظام العمل بالمناوبة على العامل، وخرج بنتيجة مفادها أن العمل بالليل مغاير لفيزيونومية جسم العامل العادية وأن الليل أحسن وقت للراحة . لقد أشرفا "موريس" و"مونتال" على عدد من الدراسات الأخرى في بعض المؤسسات الصناعية لثلاث دول اسكندنافية هي السويد، النرويج والدانمارك واستمرت لست سنوات وكان من نتائجها ما يلي:

مجموعة المناوبة (3) 8 X ينام 40 % من أفراد العينة أقل من خمس (05) ساعات في اليوم و 36 % ينامون من (6 إلى 7) (ساعات يوميا، و 64 % منهم ينامون من 7 إلى 8) ساعات في اليوم .

-تتراوح فترة نوم العمال العاديون بين (7 و 8 ساعات) في اليوم .
إن 41 % من أفراد مجموعة المناوبة 8X2 ينامون من (6 إلى 7 ساعات) يوميا أما 25 % فينامون أكثر من 8 ساعات في اليوم.

- (12%) من عمال اليوم العادي يعانون من قلة النوم رغم توافر عامل الظروف المنزلية اللائقة.

- (18%) من العمال اليوم العادي يعانون من قلة النوم ويعيشون في ظروف منزلية سيئة .

- (75%) من عمال المناوبة 8X2 يعانون من قلة النوم ويعيشون في ظروف منزلية سيئة.

- (15%) من العمال المناوبين 8X2 يعانون من قلة النوم رغم توفر عامل الظروف المنزلية الجيدة،

- عمال المناوبة 8X2 فقلة النوم عندهم كبيرة ومنتشرة بكثرة تصل إلى نسبة (97%

%) في ظروف منزلية سيئة و(54 %) ممن يعيشون في ظروف منزلية جيدة .

انطلاقاً من النتائج المتوصل إليها فإن عمال المناوبة يعانون من قلة النوم.(لعريط2007،ص9)

قدم أبو الحصين(2010) دراسة حول الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات. حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية للممرضين والممرضات في أقسام العناية المركزة المختلفة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، وعلاقتها بكفاءة الذات في ضوء بعض المتغيرات أين تكونت العينة من (234) ممرض و ممرضة وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الممرضين والممرضات يعانون من ضغوط نفسية كبيرة بنسبة 65 كما أظهرت النتائج وجود فروق ذو دلالة إحصائية تعود لمتغير الجنس في الضغوط لصالح الإناث في البعد النفسي ولصالح الذكور في بعد العلاقة مع الزملاء والأطباء والبعد المادي . (بوديسة2019ص40)

وأشارت دراسة رحمانى وآخرون (Rahmani et al 2012) حول نتيجة أو تأثير العمل الليلي في اليقظة لدى الطاقم الطبي في الجزائر. شملت عينة الدراسة (103) طبيب مقيم في مستشفى سيدي بلعباس ، وكانت نتيجة الدراسة ظهور التعب الراجع إلى سوء التعويض وديون النوم خصوصا لدى الأطباء الذين يعملون ليلا وذلك بنسبة (78%) بالإضافة إلى معاناة الأطباء من صعوبة التركيز والأرق الليلي وذلك بنسبة (65) % وكذا حالات الغضب و النرفزة ذلك بنسبة (38%) بالإضافة إلى انعدام فترات الراحة والأمن في العمل لدى هذه الشريحة وذلك بنسبة (93%) من الأطباء . (بوديسة2019ص25)

دراسة احمد عبد الخالق و مايسة النبال (1992): هدفت الى معرفة العلاقة بين اضطرابات النوم و قلق السمة و الاكتئاب و الوسواس . بلغت عينة الدراسة (178) بواقع

(97) ذكرا و(81) انثى و طبق عليهم مقياس اضطرابات النوم قائمة بيك للاكتئاب و مقياس سمة القلق لسبيلبيرجر و زملائه (1983) .

و أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي :

- وجود ارتباط ايجابي بين الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات النوم كل من الاكتئاب و القلق و الوسواس وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوسواس وكل من عدد النوم المطلوبة و الفعلية.

- عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في متغيرات البحث ماعدا في متغير عدد ساعات النوم المطلوبة حيث كانت الإناث أكثر من الذكور.(ابو

خريس2008ص107)

ووفقا لدراسة أجراها بعض الباحثين بالولايات المتحدة الأمريكية فان: قلة النوم في تكون كعدم النوم من حيث التأثير السلبي على الكفاءة في العمل ،فقد ثبت بالتجربة أن الأشخاص الذين يحصلون على ثلاث إلى سبع ساعات نوم في اليوم يواجهون نفس مشاكل التي يواجهها أشخاص لم يحصلوا على أي قسط من النوم لمدة ثلاث أيام متواصلة (عبدوني و اخرون،ص111)

- وقام كل من هايدن سكيك شريبر بدراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية من مجموعة مكونة من

(45) مفحوص ممن يعانون من اضطرابات النوم و مجموعة أخرى ضابطة بلغ عددها (29) مفحوصا من ذوى النوم الطبيعي واستخدم الباحثون اختبار لقياس سلوكيات النوم ، بالإضافة إلى قائمة لتحديد بعض سمات الشخصية المرتبطة باضطرابات النوم ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع درجات مفحوصي مجموعة اضطرابات النوم على مقياس القلق والاكتئاب بالإضافة إلى الشكوى من الاضطرابات السيكوماتية وذلك بالمقارنة بالمجموعة الضابطة. (ابراهيم علي و النيال1993ص83) .

7-2- القلق :

دراسة سناء عبد العزيز، مارسيل ميخائيل، سهير ويليام، أحمد عبد الخالق: التي تجسدت في القلق حالة وسمة لدى عينة من الممرضات بلغ حجمها (148) ممرضة بواقع (66) ممرضة في مستشفى النبوي المهندس للأمراض العقلية، (27) في العناية المركزة، (30) في وحدة الحروق، 25 في الوحدة الطبية العامة وقد طبق على عينة الدراسة القائمة مقياس قلق الحالة والسمة من وضع سبيلرجر وإعداد أحمد عبد الخالق، وقد أسفرت نتيجة هذه الدراسة عن ارتفاع حالة القلق لدى عيني وحدة الحروق والوحدة الطبية العامة بالمقارنة بباقي الممرضات اللاتي يعملن في الوحدات الأخرى. (ايمان 2017ص16)

بالإضافة إلى ما بينته دراسة بوغطاس وآخرون (Boughattas et autres 2012) حول العلاقة بين العمل الليلي واضطراب القلق والاكتئاب والسمة لدى الممرضين، والتي كان الهدف منها هو معرفة أثر العمل الليلي في المزاج والوزن لدى الممرضين والتعريف بالعوامل التي تؤدي إلى اضطراب القلق والاكتئاب والسمة لدى المعالجين، أجريت الدراسة على فريقين من الممرضين فريق يعمل نهارا وفريق آخر يعمل في الدوام الليلي، وقد طبق في هذه الدراسة سلم (HAD) لقياس القلق والاكتئاب، حيث استعمل هذا السلم للبحث في اضطراب القلق والاكتئاب، وأسفرت نتائج الدراسة أن الفريقين يعانيان من إرغامات تنظيمية مرتبطة بالعمل، وظهور أعراض القلق لدى (67 %) من الممرضين الليليين مقارنة بـ (33 %) فقط لدى الممرضين النهاريين، وبعد تحليل النتائج تبين أن القلق مرتبط بالعمل الليلي خاصة لدى النساء العاملات ليلا، وأن الممرضين الليليين كان لديهم خطر خاص لتطور اضطراب القلق بالمقارنة مع عمال النهار، بالإضافة إلى وجود أعراض الاكتئاب بالنسبة للممرضين الذين لديهم الأقدمية المهنية، وما بينته هذه الدراسة هو أن العمل الليلي مرتبط بوتيرة العمل، وبالتالي يلعب دورا كبيرا في ظهور الاكتئاب و القلق و اضطرابات المزاج اذ

يلعب طبيب العمل دورا فعالا في تكييف العمال مع الساعات الغير النمطية.
(بوديسة2019ص26)

دراسة " كولكاون" (1977) قام بدراسة مقارنة بين عمال المناوبة 8X3 وعمال اليوم العادي بهدف الكشف عن الجمود في الشخصية، فتم وضع التحديد التالي لمصطلح الجمود:"فهو يعبر عن النقص في القدرة على التغيير والملائمة بما يؤدي إلى استمرار تكرار أنواع النشاط بما يتعارض مع القدرة على التكيف مما يؤدي إلى عدم الشعور بالهدوء والأمن". لقد كانت العينة مكونة من (115) عاملا بالمناوبة (8X3) و (115) عاملا بنظام اليوم العادي، وقد توصلت الدراسة إلى أن عمال (14) المناوبة لا يشعرون بالأمن والهدوء على العكس من عمال اليوم العادي.وكشفت الدراسة عن بعض أعراض القلق الناتج عن العزلة البيئية التي يختص بها نظام العمل (3 X 8).بالمناوبة. (لعريط2007،ص17)

وقد أشار يحي عبد الجواد درويش جودت، عبد عساف و سليمان الخليل (2003) بأن المرضى والمرضى والعاملين في المستشفيات يتعرضون إلى درجات متباينة من الضغوط النفسية و الاجتماعية المتعلقة بالعمل. حيث يشعرون بأن جهودهم في العمل لا تحضي بالتقدير والثواب. لذلك فإن مهنة التمريض تعتبر واحدة من المهن التي تتطلب من العاملين فيها مهام كثيرة، فهي تعد من المهن الضاغطة job full Stress التي تتوفر فيها مصادر عديدة للضغوط، تجعل بعض المرضى والمرضى غير راضين وغير مطمئنين عن مهنتهم، مما تترتب عليه آثارا سلبية تنعكس على كفاءة ذاتهم وتوافقهم النفسي والمهني(سائل و اخرون2017ص3) .

ودراسة "Caldwel & Mishara": إشكالية القلق والاكتئاب عند المرضى، وأسفرت نتائج هذه الدراسات عن ارتفاع معدل القلق لديهم، لاسيما أولئك الذين يتعاملون مع حالات العناية المركزة والمرضى المحتضرين، فقد تبين أن الممرضات ينتابهن شعور بالإحباط، والحساس بعم الفائدة فضال عن الشعور بالخوف عند التعامل مع هؤلاء المرضى. (إيمان 2017 ص 18).

الجانب النظري

الفصل الثاني

اضطرابات النوم

تمهيد

1- تعريف النوم

2 -أنواع النوم

3-تعريف اضطرابات النوم

4-أنواع اضطرابات النوم

5-نظريات اضطرابات النوم

6-أسباب اضطرابات النوم

7-علاج اضطرابات النوم

خلاصة

تمهيد :

يعتبر النوم من الوظائف البيولوجية التي مازالت غامضة إلى حد كبير، حيث يمثل أحد الحاجات الإنسانية التي لا يمكن الاستغناء عنها، فلا تستقيم حياة الفرد دون تلبية هذه الحاجة بالشكل السليم، فأي خلل يؤثر على سير عملية النوم بشكلها الطبيعي سيؤثر سلباً على حياته واستقراره النفسي ويسبب له اضطرابات تحول دون إشباعه لهذه الحاجة، ونظراً لأهمية النوم وما تحدثه اضطراباته من آثار سلبية على الصحة العامة للفرد، وجب التعرف عليها في هذا الفصل والوقوف على أعراضها، أسبابها وأنواعها.

1-تعريف النوم:

حد أنواع الأنشطة الحيوية الضرورية المرافقة لكائنات الحية والتي توجد بوجود الكائن الحي وتنتهي بموته . فالنباتات والحيوانات بمختلف أنواعها و الإنسان يمر بفترة دورية من اليقظة والنوم وقد سميت بهذه الدورة الزمنية بالسرقاديو circadien و أصلها باللاتينية circa dies وتعني اليوم و طول هذه الدورة 24 ساعة ولأهمية هذه الظاهرة في حياة الكائن الحي بشكل عام وحياة الإنسان بشكل خاص حظيت باهتمام . عدد كبير جدا من علماء و باحثين وفلاسفة وأطباء وعلماء الانثروبولوجيا و علماء النفس و الاجتماع، و اختلفت التفسيرات هذه الظاهرة باختلاف مذاهبهم و اختصاصهم منذ أن وجذ الإنسان على سطح الأرض من خلال الاهتمام بسلوكهم وحتى الوقت الحاضر. و لازال حتى هذه اللحظة باب البحث مفتوحا على مصراعيه للوصول إلى المزيد من المعلومات التي من شأنها أن تفسر أغوار هذه الظاهرة. (كاظم 2014ص276)

يقول أسعد وكحلة 2009"، أن النوم: حالة وظيفية حيوية هامة لها أهميتها يف استعداد النشاط، و حفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم، والعقل بطاقة اللازمة لمواصلة القيام بعمله . "ومما سبق يمكن تعريف النوم بأنه: "عملية فسيولوجية حيوية مهمة تتميز بالسكون النسبي حيث يتوقف هذا التفاعل الحسي م الحركي مدع البيئة، وتمد الجسم والعقل بالطاقة وذلك بهدف استعادة التوازن الجسمي م النفسي للفرد". (بوزينة و شريف 2019ص22)

يمكن تعريف النوم بأنه حالة طبيعية متكررة يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة و تصبح حواسه معزولة نسبيا عما يحيط به من أحداث.(الدسوقي 2006 ص16)

و(بافلوف) الذي عرفه بأنه حالة من الكف عند الكائن الحي تساعد على استعادة التوازن بين عمليات البناء والهدم. (المسماري 2012ص20)

ويرى (كلابرد) Kelabird أن النوم ليس نتيجة لحلول التعب، وإنما هو وظيفة حيوية يقوم بها الكائن الحي ليقى نفسه من حلول التعب. (كمال، 2005 ص 281)

وعرف النوم أيضا على انه حالة مؤقتة من انعدام الفعالية وتوقف التفاعل الحسي والحركي مع البيئة، ويكون مصحوبا بفقدان الوعي وانخفاض مستوى الإحساس بمؤثرات البيئة حيث تنقطع الصلة بالعالم الخارجي إلى حد كبير مع هبوط نشاط الجهاز العصبي وخاصة القشرة المخية وأي اضطراب في طبيعة النوم تؤدي إلى العديد من المشاكل التي تؤثر بدورها على حياة الفرد واستقراره النفسي. (بوديسة وخلفان 2020ص26)

ويعرفه (كليتمان 1963 kleitmen) بأنه: "حالة غير متغيرة من الاستثارة المنخفضة، يتسم بأنشطة متنوعة ومستمرة في حركة الجسم، والأحلام، والنظم الفسيولوجية والبيو كيميائية، ويستخدم عادة رسام المخ الكهربائي للتعرف على التغيرات التي تحدث أثناء النوم) سلامي شراد2015ص16)

2-أنواع النوم :

في القديم كان ينظر إلى النوم بأنها حالة واحدة من انخفاض مستوى الوعي والحركة والاستجابة، وإذا اختلف فإنما تختلف من حيث العمق. أما الآن فقد قسم النوم بناءً على ثلاثة قياسات فسيولوجية دقيقة إلى نوعين رئيسيين تبعاً لسرعة حركة العين تحت الجفن أثناء النوم، ففي الثلث الأول من النوم تهيمن موجة حركة العين البطيئة ويهيمن على الثلث الأخير حركة العين السريعة. (المسماري 2012ص12)

و قد اثبت العلم الحديث أن النوم ليس نوعاً واحداً، كما نعتقد فهو على الأقل نوعان مختلفان هما:.

1-2- النوع الأول:

و يطلق عليه orthodoxe sleep النوم الكلاسيكي أو النوم السوي -البطيء أو نوم قشرة المخ. و هذا النوع يتميز بأنه لا تصاحبه حركات العين السريعة، و يمكن تقسيم هذا النوع من النوم إلي أربع مراحل (إبراهيم، النيال 1993 ص79)

المرحلة الأولى (مرحلة الإرهاق أو النعاس) : هي حالة اليقظة التي تسبق الدخول في النوم، ويكون نشاط (ألفا) بين 7- 12 (هيرتز / ثانية).

وهنا تطول الفترات بين ظهور موجات ألفا وتصبح هذه الذبذبة أقل سرعةً مع احتمال ظهور الذبذبة ثيتا في هيئة سريعة.

المرحلة الثانية (مرحلة بدء النوم) : تظهر في هذه المرحلة حركات العين السريعة، التي تميز هذا النوع من النوم الذي يظهر في أثناء الأحلام. كما تظهر في هذه المرحلة الموجات المغزلية وتستمر الواحدة من (1- 2 / ثانية) تقريباً وتكون سرعة الموجات من (12-24 موجة في الثانية).

المرحلة الثالثة (مرحلة النوم الخفيف) : تتميز هذه المرحلة بوجود الموجات المغزلية، وهي حوالي (14 موجة/ ثانية) وتقل ذبذبتها تدريجياً كلما زاد النوم عمقاً ويحل محلها الذبذبة ثيتا.

وتهبط العمليات الحيوية مثل التنفس وضربات القلب، وتكون عضلات الجسم مسترخية جداً .

المرحلة الرابعة (مرحلة النوم العميق) : يكون النائم في حالة استرخاء تام، ونادراً ما يتحرك غير مدرك للعالم الخارجي، ومن الصعوبة إيقاظه، وفي هذه المرحلة يحتمل أن يقوم النائم بالمشي أو الكلام، وتكون موجات دلتا هي الغالبة على رسم المخ.

المرحلة الخامسة (مرحلة النوم شديد العمق): في هذه المرحلة تظهر موجات بيتا وتصل إلى 1 هيرتز / ثانية. تزداد العمليات الحيوية مثل التنفس وضربات القلب، لكن نشاط الجهاز العصبي ينخفض وتكون العضلات مسترخية، ما عدا العضلات المحركة للعين، وفي هذه المرحلة يظهر الحلم أكثر من غيره في المراحل السابقة.

وتستغرق هذه المرحلة من (20-25) (من إجمالي وقت النوم، ولها مميزات الواضحة على صعيد التخطيط الدماغي؛ ففيها تكون الموجات منخفضة، وأشبه بالتخطيط أثناء اليقظة، (المسماري 2012 ص12).

2-2- النوع الثاني :

هو النوم الخفيف أو النشاط أو المتناقض "sleep paradoxical" و يسمى أيضا النوم المصاحب لحركة العينين العيين تتحرك في جميع الاتجاهات وكأنها تبحث عن سيئ ما بينما تكون الجفون مغلقة .و هو النوم الخاص بالأحلام وفيه يزداد توارد الدم إلى المخ و يكون في حالة نشاط أشبه ما تكون بحالته في اليقظة و يبدو ان هذا النوع من النوم يساعد على تطور المخ و الذاكرة و لذلك فان الأطفال و صغار الحيوانات يقضون فترات كبيرة من نومهم في هذا النوع مقارنة بالبالغين و يقضي معظم البالغين من (20-30%) من نومهم في هذا النوع .

يدخل الإنسان البالغ في هذه المرحلة بعد 90 دقيقة من استغراقه في النوم ينطبق وتكرر كل 90 دقيقة طول الليل و تتراوح عدد مرات هذا على الأفراد من 20-60 عاما في ليلة النوم الطبيعي من 4-6 مرات طبقا لمدة النوم الكلية . في أول الليل تكون قصيرة (10 دقائق) (وتزداد بتقدم الليل حتى تصل إلى 30 دقيقة عند الفجر . أي أن الإنسان يحلم من 10-30 دقيقة كل ساعة ونصف.

وأثناء هذا النوع من النوم يتحرك الإنسان وتزداد ضربات القلب والتنفس والعصارة المعدية هو نوع لا يتسم بالعمق. وحرمان الإنسان من هذا النوع من النوم يعنى حرمانه من الأحلام الأمر الذي يؤدي لإصابته بالهلاوس والهزات النفسية ، فالأحلام هي صمام الأمان الذي يحفظ التوازن النفسي للإنسان على حد قول الدكتور عادل صادق أستاذ الطب النفسي بجامعة عين شمس. (لشريف 2020ص46)

3- مفهوم اضطرابات النوم :

شغل موضوع النوم واضطراباته أذهان الكثير من العلماء والمفكرين منذ القدم ، ولكن البحث العلمي الجاد فيه لم يظهر بجلاء إلا منذ حوالي أربعين عاما ، حيث شغل مزيدا من الاهتمام في الوقت الراهن . ويمكن أن تكون اضطرابات النوم مؤشرا لكثير من الاضطرابات العضوية والنفسية والسلوكية ، لذا فإن الحالة الصحية للجسم وما فيها من جلاء العقل واتزان الانفعالات يمكن أن تضطرب جميعها إذا ما اضطرب نوم الفرد ، ولاسيما بالحرمان ، كالإنقاص من مدة النوم الطبيعي للفرد أو الحرمان الكلي أو الجزئي منه ، وقد يكون في بداية النوم أو خلاله أو آخره ، وقد يكون خلال نوم الليل أو قيلولة النهار، وقد يكون محدد الزمن، أو متكرر وطويل الأمد.(عبدوني و اخرون ص110)

لهذا تعد اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا بين الناس و هي شائعة ضمن أعراض أمراض نفسية كجسمانية كثيرة مثل القلق الاكتئاب ، أو تكون مستقلة بذاتها و ف جميع الحالات تشكل اضطرابات النوم مصدرا إضافيا لقلق الإنسان و هذا القلق لا يتوقف على الإنسان الذي عانى من الأرق وحده بل يمتد في معظم الأحيان في الأشخاص المحيطين به؛ حيث يعانون من صعوبة التعامل معه بسبب سرعة الاستشارة والعصبية الزائدة لديه.

عرف علي كاظم اضطرابات النوم على أنها مجموعة من التناذرات syndromes التي تتميز بخلل أو اضطراب في عدد ساعات النوم التي يحتاجها الفرد أو نوعية النوم أو خلل في الظروف الفسيولوجية المرتبطة بالنوم، أو الناتجة عن الضغوط الانفعالية. (كاظم، 2010: 276)

يقصد باضطرابات النوم الصعوبات أو المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم أو إلى سوء نظامه، وهي إما أن تظهر في بداية النوم أو في أثنائه. (المسماري 2012 ص17)

و عرفة كورتس. (2007) Curtis, بأنه مجموعة من الأعراض التي تتميز باضطراب أو اختلاف في كمية النوم أو نوعيته أو توقيته أو في السلوك أو الظروف الفسيولوجية المرتبطة بالنوم ، ويمكن أن تؤثر اضطرابات النوم على حياة الفرد العاطفية أو تسبب له مشكلات في حياته الاجتماعية والمهني. (Curtis , 2007 p01)

عرفه المختصون بالصحة العقلية :بأنه منغصات تلازم بعض الناس فتؤثر على كمية النوم ونوعيته، الأمر الذي يجعل قدرة الفرد اقل كفاءة في الأداء الوظيفي الاعتيادي، فترة شهر أو أكثر. (الجسماني، 1999 ص101)

كما عرفها انور البنا 2007 على أنها حدوث مشكلة أو خلل في كمية النوم وحدة النوم ، وبذلك يحدث خلل بالنسبة للإنسان فيشعر بالتعب والإرهاق الشديدين. (البنا 2007 ص590).

وعرفها (أديب الخالدي، 2006) بأنها حالات اضطرابية غير عابرة ومزيج من الصعوبات والمصاحبات للنوم نتيجة للضغوطات النفسية، والمدرسية، والاجتماعية، وعدم إشباع الحاجة للنوم، فتؤثر على الجهاز العصبي، وتؤدي إلى ضعف الانتباه وإغراق الإدراك وبطء النشاط الحركي . (الخالدي، 2006 ص4).

-تصنيف اضطرابات النوم: قد أسهمت جهود الكثير من المشتغلين في دراسة النوم واضطراباتهم إلى ظهور تصنيفات عديدة لاضطرابات النوم، وتعرض الباحثة في هذا السياق أهم هذه التصنيفات شيوعاً في الدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت بتصنيف اضطرابات النوم.

إيقاع النوم اضطرابات النوم اضطرابات مخلات النوم الأرق فرط النوم إيقاع النوم واليقظة غفوات النوم المفاجئة اضطرابات النوم المرتبطة بالنفس الكوابيس الليلية المشي أثناء النوم الفزع الليلي.

4-انواع اضطرابات النوم :

1-4- الارق insomnia : هو اضطراب الدخول في النوم أو مواصلة النوم والذي لا يرتبط باضطرابات جسمية ويعزى عادة إلى القلق والتوتر ، والاكتئاب أو عوامل بيئية معاكسة . وهو أيضا عدم القدرة على الدخول في النوم أو عدم القدرة على أن ننام الوقت الذي نعتقد أنه ينبغي أن ننام أو حدوث تقطع متكرر في النوم أثناء الليل . ويعرف أيضا بأنه حالة من عدم الاكتفاء الكمي أو الكيفي من النوم يستمر لفترة لا بأس بها من الوقت. (عبدوني و اخرون ص117)

وهو من أكثر اضطرابات النوم شيوعا وانتشارا، ويتسم بالشكوى في صعوبة البدء في النوم أو المحافظة عليه والاستمرار فيه، أو عدم كفاية ساعات النوم، أو الاستيقاظ المبكر قبل أخذ الفرد كفايته منه، أو الشعور بعدم الراحة بعد الاستيقاظ، ويرجع ذلك إلى النوم المتقطع الذي تتخلله فترات من الاستيقاظ وغالبا ما يقع الفرد فريسة الأرق خاصة إذا كان يعاني من التوتر أو القلق النفسي، وتجدر الإشارة إلى أن الأرق هو من أخطر أعراض الاكتئاب ، وينتج عن ذلك إجهاد وتعب خلل ساعات النهار بما يمكن أن يؤثر في حسن أداء الفرد لوظائفه المر به.

لا يعد الأرق مرضاً محدداً لكنه عرض شامل يتمثل في عدم القدرة على النوم، وهو أكثر شكاوى النوم شيوعاً. يشمل الأرق مشاكل مختلفة للنوم حيث يجد بعض المرضى صعوبة في النوم (أرق بداية النوم)، وبعضهم قد ينام بسهولة لكنه لا يستطيع الاستمرار في النوم (أرق الحفاظ على النوم)، والبعض يستيقظ مبكراً جداً. يمكن لحالات الأرق العابر أن تبدأ وتنتهي سريعاً ارتباطاً بموقف حياتي معني، في حين أن هناك بعض الأشخاص الذين يخوضون معركة دائمة مع الأرق، ولا يشعرون بالقدرة على أن ينالوا قسطاً كافياً من النوم. يرتبط الأرق بالعديد من الظروف النفسية. (ديلو وفوستر 2012 ص 84)

وهو حالة عدم اكتفاء كمي أو كفي من النوم، تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت. ولكن لا يجب أن يعتبر معدل الاختلاف في النوم عند تشخيص الأرق، الكمية الطبيعية من النوم. (البناء 2008 ص 592)

2-4- اضطرابات فرط النوم: Hypersomnie: يتميز هذا الاضطراب بزيادة ساعات النوم حيث يشعر الفرد بالنعاس المستمر، ونوبات من النوم الطويل وتكون حالة النوم إما نوم نهاري لفترات طويلة، أو نوم ليلي يستمر حتى ساعات متأخرة من النهار. وغالباً ما يؤدي اضطراب فرط النوم إلى إحداث خلل نفسي أو إعاقة للنشاط الاجتماعي والوظيفي، وقد يصاب الفرد بحالة من النوم الانتيابي تكون على هيئة نوبات لا يمكن للفرد مقاومتها بشكل يومي، ويكون لدى الفرد حالة من ارتخاء العضلات وحالة من الانفعال الشديد ثم تحدث نوبة النوم وبشكل متكرر، وتكون لدى الفرد زيادة في النعوسة والشكاوى المستمرة والبارزة في زيادة ساعات النوم. (عبدوني وآخرون، ص: 118)

وقد شخص خبراء الصحة المختصين بأمراض مشاكل النوم الأشخاص العاديين يحصلون على تشخيص سلبي إذا كان نومهم أثناء الليل لساعات قليلة (أقل من 6 - 8) (أو تم إيقاظهم مراراً أثناء النوم ، في حين أن المصابين بمرض النوم الزائد يحصلون على

تشخيص سلبي حتى ولو حصلوا على نوم مريح ولساعات كافية ، أي ما بين 6 - 8 ساعات يومياً . (البنا 2008ص593)

ومن أهم مظاهره :الميل إلى النوم المبكر عن مواعيده المعتادة، وصعوبة الاستفاقة من النوم، والشعور بالتعب . و من أسبابه أيضا الاضطرابات الوجدانية مثل الكآبة، الحزن أو بسبب السمنة ويظهر لدى الشباب الذين لديهم زيادة مفردة في الشهية.

(شايح و شلابي 2018ص14)

3-4- اضطرابات جدول النوم واليقظة Disorders Schedule Wake - Sleep :

وهو حالة من فقدان للترامن بين برنامج الفرد في النوم واليقظة وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق وإما من فرط النوم ، وبالتالي فإن الفرد المصاب بهذا الاضطراب لا ينام عندما يريد ، بل ينام في أوقات أخرى لا يريد ، وتحدث الحالات المعتادة من هذا النوم في حالات الانتقال بالطائرة إلى مسافات بعيدة ، وتبديل دورة العمل من نظام زمني مألوف إلى نظام آخر.(البنا 2008ص593)

- ويشخص اضطراب جدول النوم واليقظة بناء على توافر المحكات التالية - : نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليتناسب مع المتطلبات الاجتماعية ولتتناسب مع أغلب الأشخاص في محيط الفرد.
- يعاني الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء النوم ومن فرط النوم أثناء الاستيقاظ أكثر من شهر.

4-4- النعاس Somnolence : وهي الشعور بالنعاس أثناء اليقظة مع الاستعداد للوقوع

بسرعة في النوم إذا ما تهيأت له الإمكانيات التي تساعد على النوم. والفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب يجد من الصعب عليه البقاء مستيقظا فهو ينام ويستيقظ ثم يعود للنوم ثانية

وهكذا. وتكثر هذه الحالات لدى الأفراد الذين تتسم حياتهم بالفراغ والملل وفقدان الحوافز (شايح و شلابي 2018ص14)

وهي الشعور بالنعاس أثناء اليقظة مع الاستعداد للوقوع بسرعة في النوم إذا ما تيسرت له الإمكانيات التي تساعد عن النوم. والفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب يجد من الصعب عليه البقاء مستيقظا، فهو ينام ويستيقظ ثم يعود لنومه ثانية. وهكذا تكثر هذه الحالات لدى الفرد الذين تتسم حياتهم بالفراغ و الملل وفقدان الحوافز.

5-4- اضطرابات النوم المفزعة و الكوابيس Night Mare And Terror Disorder

ثانيا - مصاحبات النوم: وتتضمن ثلاث مجموعات هي :

1- اضطرابات أحلام النوم المزعجة: وهي تشبه حالة الرعب أثناء النوم فكلما تشيران إلى حالة الفزع، إلا أن الفرق بينهما هو أن أحلام الكوابيس تحدث أثناء فترات النوم الحالم بينما رعب الليل يحدث أثناء فترات النوم غير الحالم. وتحدث حالة أحلام الكوابيس بين الرابعة و السادسة صباحا (كاظم 2010ص 290-291)

وما هي إلا نوبات ليلية من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي، ويقوم الفرد من نومه جالسا أو واقفا عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي ثم يصرخ صرخة رعب، وفي أحيان كثيرة يسرع إلى الباب كما لو كانت هناك محاولة هروب، وإن كان نادرا جدا ما يترك الفرد الغرفة. أما الكابوس ما هو إلا خبرة حلم محمل بالقلق والخوف ثم يليه استرجاع تفصيلي شديد لمحتوى الحلم. (البناء 2007ص593)

2- اضطراب المشي أثناء النوم: Disorder Waking Sleep هو اضطراب يحدث أثناء النوم ويحدث تبادل الوعي؛ إذ تجتمع في ظواهر النوم واليقظة أثناء نوبة التجول، ويقوم الفرد

من سريته غالباً أثناء الثلث الأول من النوم ويسير متجولاً مبدئياً مستوى منخفضاً من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية. (عكاشة، 1998 ص 517)

لكن استمرار هذه الأعراض بعد البلوغ يدل على وجود صراع نفسي لا تظهر أعراضها إلا أثناء النوم أو أحد أعراض الهستيريا الانفصالية التي يحدث فيها انفصال بين السبب والعرض نتيجة للكبت الشديد، أي يدل على وجود معاناة نفسية عند الراشدين. (إبراهيم والنيال، 1993 ص 82)

3- اضطراب شلل النوم: هو فقدان القدرة على الحركة ينتاب النائم وهو بين النوم واليقظة، ويمثل شلل النوم انقلاباً سريعاً من النوع الأول للنوم (الكلاسيكي) إلى النوع الثاني (النقيض) والعكس صحيح، ويصحو الفرد فجأة، لكن جسمه في حالة من الارتخاء الشديد المميز للنوع الأول من النوم الكلاسيكي. (إبراهيم والنيال، 1993 ص 81)

وفي أثناء شلل النوم لا يستطيع الفرد الصراخ أو الحركة، وتستغرق هذه النوبة من ثوان إلى دقائق تمر ببطء شديد. (عكاشة، 1993 ص 253)

ويحدث هذا الاضطراب مع بداية النوم أو عند نهايتها، وقد يتكرر في الليلة الواحدة مما يثير الخوف أكثر لدى النائم، وأثناء سيطرة شلل النوم لا تبدو أي علامات على النائم ويمكن للشخص العودة إلى حالته بمجرد لمسها أثناء نومه، وإن كانت تزول تلقائياً تاركةً إجهاداً وتعباً. (المسماري 2012 ص 35)

5- النظريات المفسرة لاضطرابات النوم :

1-5- النظرية السمية الكيميائية :

ومن أبرز أنصار هذه النظرية العالمان (هنري بيرو وليجنذر) وتقترض هذه النظرية أنها أثناء النشاطات الجسمية والفسولوجية المختلفة، ومن خلال العديد من العمليات الكيميائية والحيوية

التي تحدث داخل جسم الإنسان ينتج العديد من الفضلات، وهذه الفضلات عندما تزيد نسبتها في الدم وخاصة في السائل الدماغي تؤثر على المراكز العصبية؛ فيشعر الإنسان بالتعب فيحدث النوم، وأثناء النوم يتخلص الجسم تدريجياً من هذه النواتج الضارة فيستعيد الجهاز العصبي نشاطه ويستيقظ الإنسان من النوم . ويؤخذ على هذه النظرية أنها لا تفسر حدوث النوم واليقظة المفاجئة، وهكذا يمكن القول بأن هذه النظرية توضح أسباباً تهيئ الفرد للنوم، لكنها لا تفسر النوم ذاته ولا توضح طبيعتها . (الدسوقي، 2006 : 128)

2-5- نظرية التحليل النفسي: اهتم علماء التحليل النفسي بدراسة صعوبة النوم عند الأطفال وفسروها بعدة عوامل منها قلق الانفصال، والقلق الأوديبي، والخوف من ظهور الرغبات المكبوتة، وفيما يلي عرض لكل عامل من هذه العوامل

1-2-5 : ضعف الأنا : أشار فرايبرج إلى أن الأطفال يعانون من صعوبات النوم في السنة الثانية؛ لأن (الأنا) Ego في هذا السن ضعيفة لا تقوى على حل الصراعات الشرجية، ومن هنا يفزع الطفل ويضطرب نومه

2-2-5 - قلق الانفصال : يفصل النوم الطفل عن والديه، ويشعر بعض الأطفال بالقلق من هذا الانفصال، فيكرهون النوم، ويقاومون الذهاب إلى الفراش أو يسهرون ويعانون الأرق، أو النوم الخفيف المتقطع، أو يرفضون النوم إلا في أحضان أمهاتهم، وهذا يعني أن صعوبات النوم هي رفض الطفل الانفصال عن أمه لتعلقه بها أو لخوفه من الوحدة التي يشعر بها في النوم.

3-2-5- القلق الأوديبي : يصاحب القلق الأوديبي الذي يعاني به الأطفال من سن 4-6 سنوات صعوبات في النوم؛ ففي سن ما قبل المدرسة يسقط الولد خوفه من أبيه على أي شيء مثل الأشباح، والحيوانات المفترسة، ويستدل علماء التحليل النفسي على صحة هذا التفسير من انتشار الفزع أثناء النوم عند الأطفال.

ب. المنبهات الخارجية: وهي تتكرر على نحو منظم أو متناسق وهذا يؤدي إلى النوم.

5-5- النظرية النيورونية للنوم: يفترض أنصار هذه النظرية أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد وتقارب اتصال الخلايا العصبية في المخ، بالإضافة إلى نقص الدورة الدموية للمخ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ حدث النوم، وإذا انحصر تلاشى النوم. (الشربيني، :1994 140).

5-6- النظرية الوعائية: يُعد العالم الفسيولوجي (موسو) من أوائل أنصار هذه النظرية، وتقترض هذه النظرية أن السبب في حدوث النوم هو نقص في كمية الدم التي تذهب إلى المخ، حيث توجد مناطق عصبية في المخ مرتبطة عن طريق وصلات عصبية، وهذه المناطق هي المسؤولة عن الحفاظ على دورة النوم واليقظة.

وهذه المناطق هي: (أ) التكوين الشبكي: وهي شبكة من الخلايا العصبية تتحكم في حالة اليقظة، وتجعلنا متيقظين فإذا انتهت من عملها نبدأ نشعر بالنعاس. (إبراهيم والنيال 1993 ص 80)

(ب) وهي مجموعة نوبات تمتد من النخاع المستطيل حتى المخ ولها تأثيرها الخاص على النوم، وأي تلف في هذه المنطقة يؤدي إلى الأرق.

(ج) - الخلايا العظمى للغطاء أو الحاف: وهي موجودة بالقنطرة، ولها دور فعال في النوم؛ إذ تتفاعل منطقة الخلايا العظمى بالغطاء مع الجسم الأزرق؛ لتغير النوم التزامني إلى غير تزامني والعكس، وهذه الخلايا العظمى لها أهمية واضحة خاصة في النوم غير المتزامن، كما أن تلفها يؤدي إلى زوال هذا النوع من النوم.

(د) - الجسم الأزرق: يحتوي على (النور أدرينالين) وله دور في عملية النوم واليقظة؛ ففي عملية اليقظة إذا حدث قطع عرضي فإن ذلك يؤدي إلى زيادة نشاط أنوية الحافة، وهذا يؤدي إلى زيادة السيروتونين الذي يثبط نشاط التكوين الشبكي عن طريق مساراته، وهذا

يعني زيادة النوم، وأما دوره في النوم فيؤدي إلى التغير من النوم المتزامن إلى النوم غير المتزامن.

(هـ) - الهيبوثلامس: يعتبر مركز الاستيقاظ حيث يؤدي إلى إضافة بعض الأنواء إلى اليقظة، بينما تؤدي إصابة بعض الأجزاء إلى النوم (المسماري 2012 ص 24)

6- اسباب اضطرابات النوم: تنقسم الاضطرابات إلى عدة أقسام ومن بين هذه الأسباب

أولاً: الأسباب الوراثية: أظهرت نتائج بعض الدراسات أن اضطراب غفوة النوم المفاجئة ينتشر بين أقارب الدرجة الأولى بنسبة تتراوح بين (5%) و (15%) بينما ينتشر اضطراب فرط النوم بنسبة (25%) بين أقارب الدرجة الأولى وتدل النتائج السابقة أن اضطرابات النوم ترجع لأسباب وراثية (الدسوقي، 2006، ص 113)

ثانياً: الأسباب النفسية: فمن الأسباب الكامنة وراء اضطراب النوم والقلق والصراعات الداخلية والإثارة الزائدة والتوتر المرتبط بالموقف والخوف من الظلام والقصص المخيفة الفزع والكوابيس والخوف من فقد القدرة على السيطرة الإرادية أثناء النوم (نفس المرجع السابق)

ثالثاً: الأسباب العضوية: الألم والتنفس والجوع والعطش هذه العوامل تؤثر إلى حد معين في طبيعة النوم وعمقه ومدته فقد تجعله متقطعاً غير مريح أو تدفعه إلى الأرق أو عدم النوم بالإضافة إلى كفقر الدم أو اختلال الهرمونات أو سوء التغذية أو تناول الأدوية أو إصابة الجهاز العصبي (الدسوقي، 2006، ص 113)

رابعاً: الأسباب البيئية: تنشأ هذه الأسباب نتيجة لظروف بيئية ومن بينها: الضوضاء الخارجية، الأحداث الاجتماعية، السفر، تغيير مكان النوم، جو غرفة النوم، الإضاءة القوية.

خامسا: الأسباب الاجتماعية التربوية: من بين الاضطرابات الاجتماعية التي تؤثر في النوم وهي اتجاهات عن ساعات النوم الزائدة وعدم توفير عادات صحية للنوم، ضيق السكن، نظام التغذية، العلاقات الاسرية. (الدسوقي 2006 ص115)

يمكن القول أن أسباب هذه الاضطرابات تختلف حسب اختلاف حالة الشخص المصاب إذ أن هذه الأسباب حتى ولو كانت تمس جوانب مختلفة من الشخص ألا أنها ذات أثر وعلاقة مباشرة مع هذه الاضطرابات فشدها واستمراريتها يؤدي بصورة مباشرة في تعقد الحالة أكثر، وصعوبة علاج اضطرابات النوم.

7- علاج اضطرابات النوم :

لا يوجد ما يدعو للقلق عند مواجهة اضطراب مؤقت في النوم، فقد تكون حالة بسيطة وعابرة ناتجة عن انفعالات، أو انشغال البال، أو تغيير في المكان والظروف، وفي هذه الحالة يمكن إتباع هذه الإرشادات لتحقيق هدف نوم صحي

1. استيقظ من نومك في موعد ثابت كل يوم
2. لا تمكث في الفراش أكثر من المدة المعتادة بالنسبة لك قبل اضطرابات النوم
3. توقف عن استخدام المواد المؤثرة على الجهاز العصبي التي تحتوي على النيكوتين والكافيين والمواد المنبهة مثل الشاي والقهوة والكحول والسجائر
4. تجنب النوم نهارا حتى يمكن النوم لفترة متواصلة أثناء .
5. التدريبات الرياضية والنشاط خلل اليوم يساعد على نوم جيد ليال
6. تجنب الأنشطة المثيرة قبل النوم، ويمكن يكون الاستماع والقراءة الخفيفة بديلا لمشاهدة الأفلام المثيرة في المساء
7. الاستحمام بماء دافئ في درجة حرارة الجسم في المساء يساعد على نوم جيد .
8. تناول الطعام في وجبات منتظمة، وتجنب الوجبات الثقيلة ليال .
9. ممارسة أسلوب الاسترخاء التدريجي، يؤدي إلى التخلص من التوتر والدخول في النوم.

خلاصة:

انطلاقا مما سبق ، و مما تم عرضه في هذا الفصل فان اضطرابات النوم تتمثل في ذلك الخلل في كمية النوم سواء بالزيادة أو النقصان ، و تتمثل مجملا في الصعوبات التي يلاقيها الفرد في نومه ، و هذه الاضطرابات لديها عدة أسباب و مسببات منها العضوية ، النفسية والاجتماعية التي لها دور في أحداث الخلل ، كما هذه الاضطرابات يتم تشخيصها تبعا للتصنيف الذي تنتمي له . و أخيرا و ليس أخرا يتم علاج هذه الاضطرابات وفق الاختلاف و التصنيف المحدد لاضطرابات النوم.

الفصل الثالث

القلق

تمهيد

1- تعريف القلق

2- أنواع القلق

3- القلق في العمل

4- أعراض القلق

5- مستويات القلق

6- مراحل القلق

7- أسباب القلق

8- علاج القلق

9- النظريات المفسرة للقلق

الخلاصة

تمهيد:

تعد دراسة القلق من الموضوعات الهامة التي لا زالت تحتل إلى حد كبير مكان الصدارة في البحوث النفسية، خاصة وأنها نعيش في عصر غامض مخوف بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، ولا يعتبر القلق السمة المميزة لعصرنا الحالي فقط، فالقلق قديم قدم الإنسانية.

لذلك يعتبر القلق من المواضيع الهامة في علم النفس ، حيث أثار اهتمام العديد من الباحثين و علماء النفس فهو من المشاعر الإنسانية مثله مثل الفرح و الحزن و الخوف ؛ و هو أحد الاضطرابات النفسية العصبية ويعني القلق الشعور بالتوتر و الإحساس بالخطر حيث يخلق لدى الفرد حالة عدم التوازن النفسي لدى الفرد .

كما يسبب له الشعور بالضيق و التوتر و عدم الارتياح و الضعف؛ كما يشكل ألم و معاناة جسمية و نفسية لدى الشخص المصاب به؛ و يعتبر القلق أكثر الأمراض النفسية شيوعا لدى البشر خاصة في عصرنا الحالي الذي أطلق عليه اسم " عصر القلق "

و بما أنه أحد محاور دراستنا فقد خصصنا له فصل نتطرق فيه إلى تعريف القلق و أنواعه و أسبابه و مختلف أعراضه، و بالإضافة إلى مختلف النظريات التي فسرت القلق و طرق معالجة القلق و تشخيصه.

1-تعريف القلق Anxiety :

1-1- تعريف القلق لغة :

قلق : الشئ حركه و غيره و أزعجه ،و هو إحساسٌ بالضيق والحرَج، وقد يصاحبه بعضُ الألم

وقلق: اضطرب و انزعج؛أي اضطراب وانزعج فهو قلق ومقلق ، والقلق حالة انفعالية بالخوف مما قد يحدث .

و يعرف لسان العرب القلق : بأنه " القلق من قلق و القلق و الانزعاج ، و يقال بات قلق و أقلقه غيره ، و القلق لا يستقر بمكان واحد .(جيهان راحم .2021 ص28)

1-2- تعريف القلق اصطلاحا :

يعد القلق مشكلة ذائعة الانتشار و متغلغلة في مجتمع الحديث حيث يغلفها الوصف الشائع لعصرنا الحديث " عصر القلق " و قد أصبح إشارة لظاهرة مرضية يتعرض لها الأفراد بمستويات مختلفة.

-يعتبر القلق حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوي و يتضمن مكونات ثلاثة:ذاتية, عضوية و سلوكية.

و هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيرا من الكدر و الضيق و الألم. و الشخص القلق يتوقع الشر دائما و يبدو متشائما ، و هو يتشكك في كل أمر يحيط به و يخشى أن يصيبه منه ضرر .(أنس شكشك .2009.ص10)

فالقلق يشير إلى حالة نفسية يكون فيها شعور الفرد بالاضطراب و الانزعاج تابعا عن ظروف غامضة أي أن القلق يشير إلى مشاعر عامة من الاضطراب و الكدر بشأن أمر غير محدد و شائع و غير مؤكد, و كثير ما يكون في صورة مشوهة من التهديد أو الخطر

و بسبب الطبيعة الغامضة لمثيرات القلق و محفزاته, فإن الشخص يكون متذبذبا في الكيفية التي يسلك بها . لأن طبيعة الخطر و مصدره مبهمان , و من ثم من الصعب جدا التكيف مع الخطر المبهم . كما أن استجابة الفرد السلوكية للخطر المبهم قد تكون غير متناسبة مع الخطر الحقيقي . (معتر سيد عبد الله.2016.ص24)

و يرجع رسوخ استعمال مفهوم القلق في علم النفس الى " سيغموند فرويد " SIGMUND FREUD 1894 حين فصل عصاب القلق عن مجموعة أمراض الوهن العصابي. و اعتبر القلق أساس كل الأمراض العصبية و هو في نظره الظاهرة الأساسية و المشكلة الرئيسة في العصاب .

و يعرفه على أنه : "هو حالة الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الفرد و يسبب له الكثير من الانقباض و الضيق و الألم " أي أن القلق سببه مجهول يؤثر على الفرد فيسبب له حالة من التشتت و عدم الاطمئنان . (زعتر نوردين.2010.ص 01)

أما تعريف "هورني" HORNBY: القلق هو " استجابة انفعالية لخطر يكون موجهاً إلى المكونات الأساسية للشخصية ، ومن هذه المكونات ما هو عام بين كل الناس مثل : الحرية ، حب الحياة ، ومنها ما هو خاص تختلف قيمته حسب الشخص وثقافته وبيئته ومرحلة نموه وجنسه مثل : السمعة والمركز الاجتماعي والاقتصادي ، ويتخذ القلق مظاهر سلوكية مختلفة كالحذر والحيلة والخوف ، وهذا القلق يسلب بالتدريج السمات الأصلية للفرد ويبعدها عن ذاته الحقيقية. (بن عبد الله فوزية 2014.ص50)

و القلق حسب "روجرز" ROGERS هو حالة من عدم الارتياح أو التوتر الذي تكون أسبابه غير معروفة ناتج عن عدم الاتساق بين مفهوم الذات و الخبرة الكلية للفرد (بوديسة وردية 2020.ص77)

تعريف "عكاشة" للقلق بأنه : " شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر ، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، ويأتي في نوبات متكررة ، مثل السحبة في الصدر أو ضيق تنفس إلخ ، وكما يعرض عكاشة تعريف آخر للقلق بأنه رد فعل نفسي وجسدي نتيجة للشد العصبي ومواقف الحياة اليومية غير المريحة ، كما ويعتبر صمام الأمان الذي يقوم بتحذير وجود خطر ما يهدده وضرورة تجنب هذا الخطر من خلال سلوك أو ردود فعل معينة أو من خلال سلسلة من التغيرات الفسيولوجية الداخلية والتي من شأنها مساعدة الإنسان علي التعامل مع موقف الخطر الوشيك سواء بالهرب من الموقف أو مواجهة الموقف . (راحم جيهان 2021 ص 29)

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فقد صاغت أكثر من تعريف للقلق ومنها : " هو عبارة عن خوف وتوتر وضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة ، ويعد مصدره كذلك غير واضح ويصاحب كلا من القلق والخوف عدد من التغيرات الفيزيولوجية " (بوديسة وردية 2020 ص)

و من التعاريف السابقة للقلق نستنتج أنه حالة انفعالية غير مريحة و هي إحدى الحالات النفسية الشائعة التي يشعر بها الفرد بالتوتر ، الانزعاج ، عدم الارتياح و الإحساس بالخطر غالبا لا يكون له سبب موضوعي ، و يصاحب هذه الحالة العديد من الأعراض النفسية و الجسمية و يمكن أن يؤثر أيضا على العديد من جوانب الحياة اليومية للفرد مثل : العلاقات الاجتماعية و العمل و التي تأثر عليه سلبا حيث تستمر لمدة معينة و بصفة متكررة .

2- أنواع القلق :

ذهب مجموعة من العلماء إلى محاولة حصر أنواع القلق النفسي و تصنيفه إلى عدة أنواع بحيث ارتأينا إلى ذكر الأنواع التي عليها شبه إجماع من قبل علماء النفس .

2-1- القلق الموضوعي :

و يسمى بالقلق الطبيعي أو القلق الواقعي و هو رد فعل يحدث لدى الفرد عند إدراكه خطراً واقعاً أو ينتظر حدوثه بعد وجود إشارة تدل عليه .

و هو رد فعل مقبول لخطر خارجي , هدفه حماية الإنسان من الأخطار الحقيقية و ينشأ عن غريزة حفظ الذات , و القلق الموضوعي عبارة عن خوف عادي مفيد , يجعل الشخص يستعد لمواجهة الخطر الذي يتهدهده أو الهروب منه أو الاستسلام والخضوع له. و مصدر القلق يكون واضحاً في هذا النوع, فالفرد يشعر بالقلق مثلاً إذا اقترب وقت الامتحان و عادة يرتبط هذا النوع من القلق في مثل هذه الحالات و غيرها بالعالم الخارجي . (راحم جيهان 2021 ص 30)

2-2- القلق العصابي :

القلق العصابي هو عبارة عن فوبيات شديدة من القلق تصاحبها بعض الأعراض كالصداع و الخوف إخ , و القلق العصابي قد ينتقل إلى الإنسان السوي بالوراثة أو بسبب أزمة نفسية معينة , كما يرى الأخصائيون أن القلق المرضي و العصابي يعتبر من المستويات المرتفعة من القلق , و تكمن الصعوبة في الاكتشاف المبكر له , حيث يظل كامناً داخل الشخص ثم يظهر المرض فجأة بصورة حادة تدعو للانزعاج كما أن هذا النوع من القلق يؤدي بصاحبه إلى الوقوع رهينة للضيق و التوتر و الإحساس بالعجز و الفشل . (أوشن نادية 2015 ص 30)

و يعتبر القلق العصابي خوف غامض غير مفهوم , و لا يستطيع الشخص الذي يشعر به أن يعرف سببه . و يأخذ هذا القلق يتربص الفرص لكي يتعلق بأية فكرة أو أي شيء خارجي , أي أن هذا القلق يميل عادة إلى الإسقاط على أشياء خارجية . وقد ميز فرويد بين

ثلاثة أنواع من القلق العصابي هي : القلق الهائم الطليق ، القلق المخاوف المرضية و قلق الهستريا .

• القلق الهائم الطليق :

هو حالة خوف عام شائع طليق مستعد لأن يتعلق بأية فكرة مناسبة ، لكي يجد مبررا لوجوده . و هو يؤثر في أحكام الفرد و يؤدي إلى توقع الشر . و يسمى فرويد هذه الحالة " بالقلق المتوقع " و الأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما أسوء النتائج ، و يفسرون كل ما يحدث لهم نذير سوء .

• القلق المخاوف المرضية :

هي مخاوف تبدو غير معقولة و لا يستطيع المريض أن يفسر معناها. و بالرغم شعور المريض بغرابتها إلا أنه لا يستطيع التخلص منها . و قلق المخاوف المرضية يتعلق بشئ خارجي معين كالخوف من الحيوانات أو من الأماكن المرتفعة أو الأماكن المغلقة أو الماء ... إلخ .

• قلق الهستيريا :

يرى فرويد هذا النوع من القلق يبدو واضحا أحيانا و غير واضحا في بعض الأحيان . و يرى أن الأعراض الهستيرية مثل الرعدة، الإغماء، اضطراب خفقان القلب و صعوبة التنفس إنما تحل محل القلق. بذلك يزول شعور القلق أو يصبح غير واضح . (محمد عثمان نجاتي 1977 ص 10)

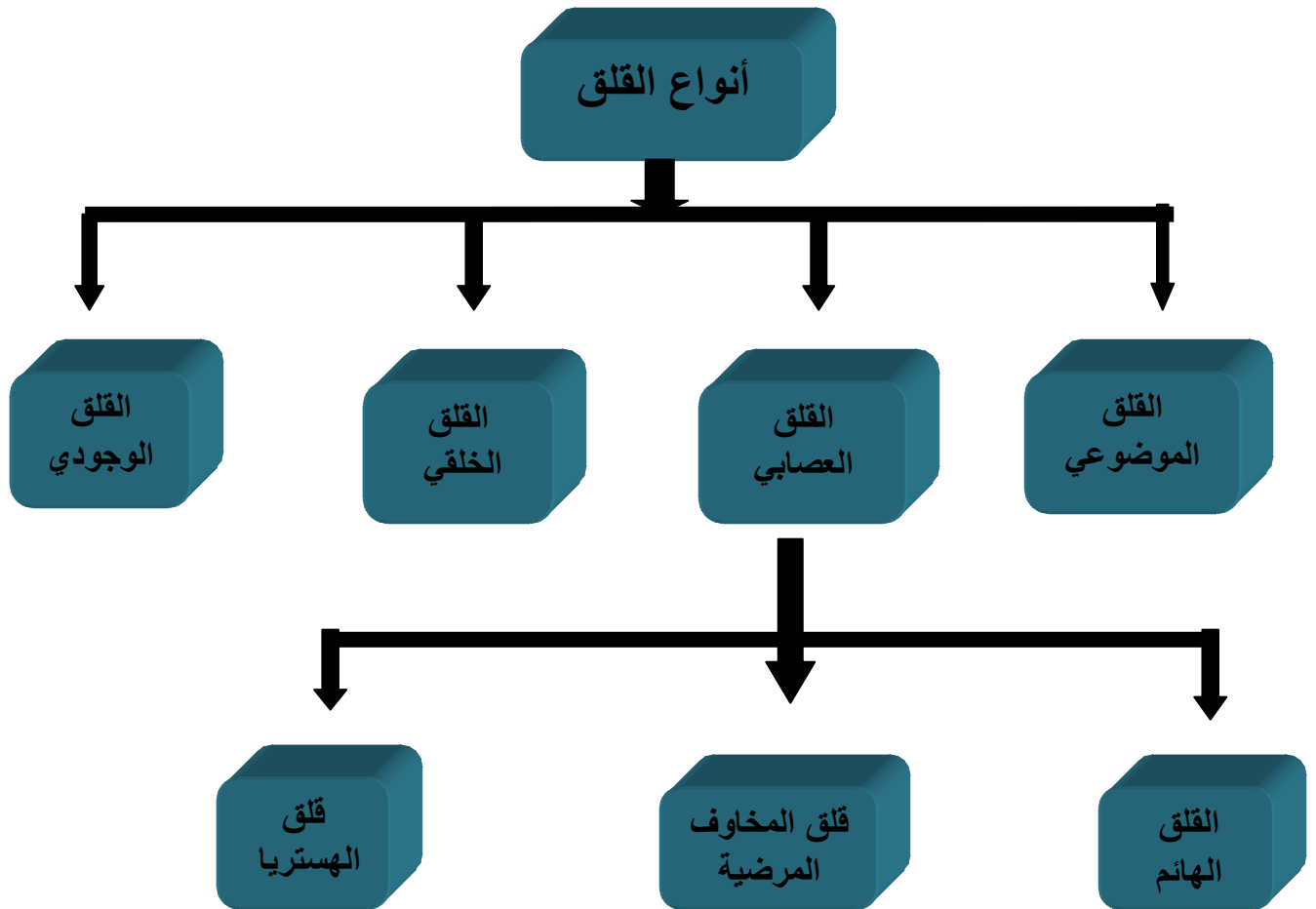
2-3- القلق الخلقي :

يكون هنا مصدر القلق داخليا إذ يمارس في صورة الإحساسات بالذنب في " الأنا" فهو ينشأ من إحباط دافع " الذات العليا " و ينتج عندما يرتكب الإنسان أعمال مخالفة للضمير أو يفكر في ارتكابها و هذا النوع شأنه القلق العصابي فالإحساس بالذنب يحدث في صورة

مختلفة، في صورة قلق عام دون وعي بسببه و في صورة مخاوف، مرضية، أو في صورة قلق متعلق بأمراض العصاب نفسها.

2-4- القلق الوجودي :

في هذا النوع من القلق يمتلك الشخص مشاعر بأن الحياة لا قيمة لها و يفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله، و هو اضطراب انفعالي تميزه خصائص وجدانية كالإحساس بالملل و الفراغ و مشاعر الاكتئاب، فمن الناحية الفكرية تسيطر على الفرد أفكار بأن الحياة لا معنى لها و ليس لها أهمية، أما من الناحية السلوكية يصبح الأشخاص غير مكترئين للقيام بأي نشاط .و من أهم العلماء الذين تكلموا عن القلق الوجودي هما " جان بول سارتر " و " آرثر ميلر " .
(بركاني فاطمة الزهراء.2016.ص17)



الشكل رقم (01) يوضح أنواع القلق

3- القلق في العمل :

هناك العديد من الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى القلق المرتبط بالعمل، ومن أبرز هذه الأسباب:

- الإحساس بالتوتر، الشك و الخوف من أي شيء له علاقة بالعمل.
- تجنب العمل لكي يضيفي الانفعال على جنب (Mettre à distance l'émotion)
- الذعر و القلق و هياج الانفعالي في حالة المواجهة أو المجابهة أو الاستفزاز (Paroxysme émotionnel)

- سلوك دفاعي قهري لمحاولة السيطرة على الأمور. (صابري سحنونة.2015.ص26)

4- أعراض القلق :

يؤثر القلق في جسم الإنسان فيحدث كثير من التغيرات سواء كانت نفسية أو جسمية و التي يجب معرفتها و التي تساعد في تحديد عملية العلاج المناسبة فنذكر أهم الأعراض التي يتميز بها القلق :

4-1- الأعراض النفسية:

و أواها الخوف الذي هو مقترن تماما بالقلق , و قد يتجاوز إلى خوف مفرط حين يشند القلق , و يصاب المريض بالتوتر و التهيج العصبي و سرعة الانفعال و الغضب و يفقد الشهية للطعام . و توقع الأذى و المصائب , وعدم الثقة و الطمأنينة و الرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة بالإضافة لهذا كله يحدث للقلق بعض الأعراض العقلية مثل : ضعف التركيز و كثرة النسيان و الأوهام المرضية الجسمية , و في حالات ينتاب المريض شعور بانفصال الجسد عن البيئة و انفصال الذات عن الجسد . (جيهان راحم.2020. ص32)

و تتمثل الأعراض النفسية أيضا في نوبة الهلع التلقائي . و ضعف الأعصاب الانفعال الزائد، و عدم القدرة على الإدراك و التميز، اختلاط التفكير و زيادة الميل إلى العدوان.(منيا سميح مصطفى حماد .2012.ص 28)

4-2- الأعراض الجسمية:

وتظهر هذه الأعراض على أعضاء متعددة جدا ، فتشمل القلب و ارتفاع في نبضاته و تقلصاته المؤلمة ، و ارتفاع ضغط الدم ، كما يشمل الجهاز الهضمي و التنفسي فيشعر المصاب بالقلق بصعوبة في البلع أو الإحساس بغصة بالإضافة إلى ضيق أو سرعة في وتيرة التنفس . و يشعر باضطراب معوي مما قد يحدث غثيانا أو إسهالا أو إمساكا. و الجهاز العضلي يتأثر كذلك حيث تحدث تقلصات عضلية مؤلمة في الساقين و الذراعين و الألم في الصدر بالإضافة إلى الإحساس الجلدي بالحرارة و التعرق و كذلك برودة الأطراف و اضطرابات النوم و الصداع و فقدان الشهية و تجدر الإشارة إلى كلما زادت حدة القلق هذه الأعراض و تعددت. (جيهان راحم . 2020. ص 32)

5- مستويات القلق:

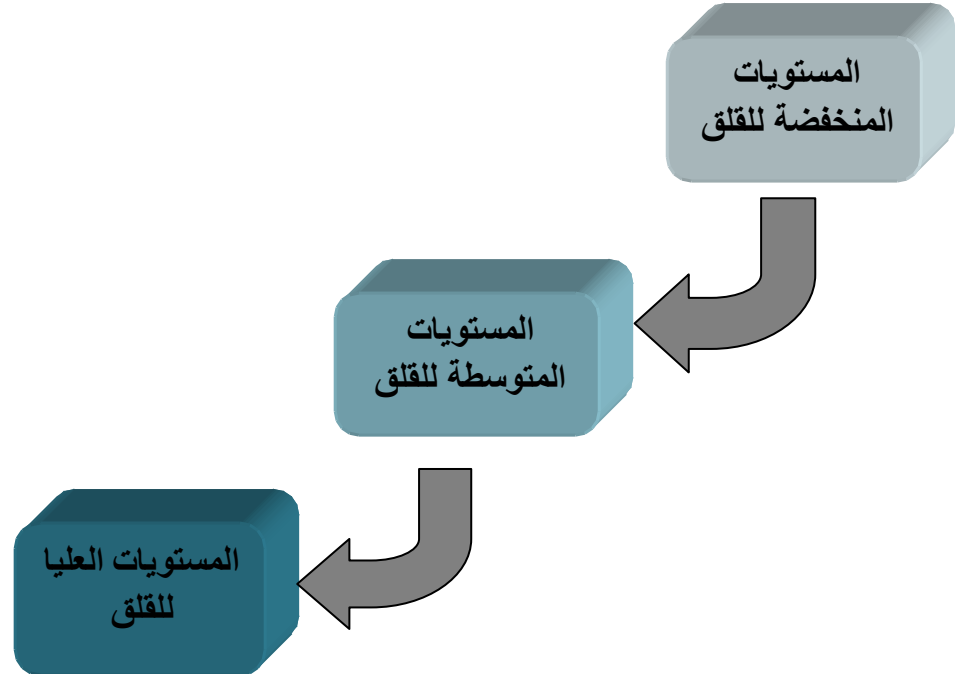
لقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود القلق في حياة الإنسان لكن بدرجات مختلفة، تختلف من شخص لأخر، و يتكون من ثلاثة مستويات كما يلي :

أولاً: المستويات المنخفضة للقلق :

تحدث حالة التنبيه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية، كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر ويكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها، الفرد ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إلى إنذار لخطر وشيك الوقوع (فاروق السيد عثمان .2001.ص36)

ثانياً: المستويات المتوسطة للقلق: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته، ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة وتكون استجابته وعادته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهدداً وتتنخفض القدرة على الابتكار، ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة. (تومي نصيرة .2021. ص23)

ثالثاً : المستويات العليا من القلق: يحدث اضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد ويحدث نكوص إلى أساليب أكثر بدائية كان يمارسها الفرد و هو في مرحلة الطفولة ، وينخفض التأزر والتكامل انخفاضاً كبيراً في هذه الحالة . و بالتالي لم يعد الفرد قادراً على التميز الصحيح بين المنبهات الضارة و غير الضارة. و يظهر ذلك في صورة الكئيبة للمصاب بالقلق العصابي في ذهوله ، و تشتت فكره ، و وحدته و سرعة تهيجه ، و عشوائية سلوكه، و كأن أجهزة الضبط المركزية لديه قد اختلت . (فاروق السيد عثمان .2001.ص36)



الشكل رقم (02) يوضح مستويات القلق

6- مراحل القلق :

حدد "سيلي" Selly في دراسته للتوتر و القلق، ردود الفعل التي تحدث معا في ثلاثة مراحل رئيسية هي:

1-مرحلة الإنذار: هي مجموعات من التنبيهات يدرك الفرد أنها مؤشر للقلق و نذكر

منها: الحزن و الكآبة، صعوبة التركيز في العمل، عدم القدرة على تحمل الإجهاد، الشعور العام بالخوف، فقدان الشهية أو الإفراط في الأكل، آلام القولون أو المعد، آلام في عضلات الرقبة أسفل الظهر، جفاف الفم، عسر الهضم، اضطراب في عملية الإخراج.

2-مرحلة المقاومة : بعد هذه المنبهات الدالة على حدوث نوع من التوتر يحاول الفرد

معالجة الموقف و هو هنا قد يلجأ إلى إنكار الواقع حيث يرفض الفرد أن يعترف بالواقع الذي يواجهه أو قد يلجأ إلى آليات دفاعية: الكبت أو إلى عمليات التبرير أو الإسقاط.

3-مرحلة الإنهاك: تظهر هذه المرحلة إذا فشل الفرد في السيطرة على أسباب التوتر

حيث يستمر معه القلق لفترات طويلة و من ثم يفقد الجسم قدرته على التكيف و تصبح طاقته منهكة و مجهدة و تضعف و سائل الدفاع لديه و يتعرض للعديد من الأمراض مثل:

الصداع ، القرحه ، الجلطة الدموية، أمراض السكر، الفشل الجنسي، إرتفاع ضغط الدم و صعوبة الهضم. و تعتبر هذه المرحلة من أخطر المراحل و أصعبها و تشكل تهديدا للفرد و صحته.(صابري سحنونية.2015.ص27)

7- أسباب القلق:

أصبح الانتشار الواسع للقلق في عصرنا الحالي يشكل ظاهرة ملموسة في كل المجتمعات تقريبا . فهو حالة عاطفية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض الأحيان، ولكن إذا كان القلق

مستمرًا ومفردًا فقد يؤثر على الحياة اليومية والصحة النفسية والجسدية. و ترجع إلى أسباب ذاتية و موضوعية، الأولى مرتبطة بتكوين شخصية الفرد، أما الثانية فمرتبطة بالظروف و المواقف المختلفة ، يمكن اختصارها فيما يلي :

7-1- الأسباب الذاتية :

• الأسباب الوراثية :

بعض الأشخاص الذين يعانون من حالات القلق قد يكون لديهم استعداد وراثي تجاه القلق ويمكن لهذه الظروف في بعض الأحيان أن تنتقل داخل العائلة الواحدة، ومع ذلك، فإن القلق عند أحد الوالدين أو أي حالة صحية نفسية أخرى لا يعني أنك ستصاب بالقلق تلقائيًا .

رغم أن للوراثة دور في ظهور القلق، لكنها ليست السبب الوحيد، فقد توجد بعض العائلات و الأسر، يعاني فيها فرد من مرض القلق أما بقية أفراد الأسرة لا يعانون منه. لأن البنية النفسية تختلف من فرد لآخر فهناك أشخاص لديهم بنية نفسية ضعيفة، و بالتالي يكونوا مهينين للإصابة بأمراض نفسية، لكن الأفراد الذين لديهم بنية نفسية قوية، لا يتعرضون لأي منها. (بركاني فاطمة الزهراء. 2015. 25)

• الأسباب النفسية :

الضعف النفسي العام و هو الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي المفروضة من الظروف و الأزمات أو الصدمات و الشعور بالذنب، النقص، العجز و الخوف من العقاب. (بنضوره عبد المالك . 2021. ص 64)

أي السبب النفسي للأفراد يجعلهم يختلفون في استجاباتهم لمشاعر القلق في المواقف التي يتعرضون لها و حالتهم الداخلية التي تسببها رغبات الفرد لنفسه و طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو طبيعة الضغوط الاستعداد، كالضعف العام جسديا و نفسيا. (بن حامد ليلي. 2020. 34)

• الأسباب الفسيولوجية :

توجد بعض الأمراض كالتهاب المراري و إرهاق الكبد و الاضطرابات العصبية الحسية، و غيرها من الأمراض و الاضطرابات كلها تزيد من توتر الفرد، إلا أن كل الأمراض التي يعاني منها الفرد قد تكون مصدر قلقه ضيف إلى ذلك أنه قد يرافق القلق بعض المظاهر الجسمية، منها تصبب العرق، خفقان القلب و سرعة ضرباته، صعوبة التنفس ، فقدان الشهية، الرغبة في القيء، الدوار و الصداع، الإمساك و الهزال، كثرة التبول، ارتفاع ضغط الدم، التبول اللاإرادي ، زيادة الحموضة، عسر الهضم، الإحساس بالإرهاك المستمر، كما قد يرافق القلق بعض المظاهر الأخرى مثل قلة التركيز في العمل، عدم الإقدام على العمل أو الإنتاج، سعة النسيان، الرغبة في العزلة. (بوديسة وردية.2019.ص84)

7-2- الأسباب المرتبطة بالعمل :

• كثافة العمل:

تتنوع طبيعة العمل و كثافة بحيث تتدرج من السهولة إلى الصعوبة. هذه الوضعية تستوجب التكيف لضمان تعامل سليم معها مما يحقق نوع من الراحة النفسية. أما إذا حدث خلل على مستوى ذلك التكيف لسبب من الأسباب فإن العامل في أغلب الأحيان يكون مستهدفا للتوتر و الإحباط مما يعجل في ظهور القلق لديه.

• درجة الاستقرار في العمل :

ترتبط ارتباط شديد بمدى القدرة على التنبؤ بطبيعة العمل، ففي المنظمات الكبيرة مثلا التي يتسم العمل فيها بالتعقيد فإن مجموعات العمل من شاغلي الوظائف الدنيا لا يشعرون بالاستقرار في المهام المسندة إليهم ، مما يجعلهم لا يرتبطون بتلك المهام كونهم يجهلون إذا كان سيسمح لهم بالاستقرار في أدائهم و هذا ما يسبب القلق لديهم .

• درجة التعقيد:

تشير إلى مستوى الصعوبة في التنفيذ المهارات المطلوبة فحين ينتاب العامل الشعور بأن النجاح بعيد الاحتمال فإن دافع الرغبة في الإنجاز يضعف، مما يسبب له التوتر، الانشغال المستمر و الشك مما يعجل بظهور حالة قلق لديه.

• الظروف الفيزيائية:

هي من أهم العوامل المؤثرة على إنتاجية و نفسية العامل، ذلك أن كل من الضوضاء، الحرارة و التهوية. درجاتها في موقع الإنتاج تؤثر بوضوح على جسد و نفسية العامل. و أمثلة على ذلك كالتالي:

- الضوضاء إذا زادت عن حد معين فإنها تتحول إلى عامل تشتيت الانتباه.

-الحرارة المرتفعة تعمل على ضياع الطاقة.

- التهوية الضعيفة تفرز الضيق. (لعريط بشير .2006.ص 95)

8- علاج القلق:

رغم صعوبة علاج القلق فإنه من أكثر الاضطرابات النفسية استجابة للعلاج،حيث يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه.و يختلف العلاج حسب الفرد، و شدة القلق ، ووسائل العلاج المتاحة للفرد ، و من الأساليب العلاج المستخدمة في مجال علاج القلق ما يلي :

8-1- العلاج السلوكي:

من بين العلاجات لاضطراب القلق العلاج السلوكي ، الذي أثبت نجاحه في معالجة القلق و المخاوف الشديدة ، و قبل أن تمتد إلى معالجة المخاوف والأماكن المفتوحة كان العلاج السلوكي قد أختبر على المخاوف البسيطة ، و تطورت في الثمانيات تطورا واضحا و خاصة

الأساليب المعرفية للمخاوف المعقدة ، و بالأخص المخاوف الاجتماعية و القلق العام و الهلع ، و طرق العلاج السلوكية كثيرة و متباينة و هي أكثر من 40 طريقة .

إن أساليب العلاج تكون فعالة طبقا للمدى الذي يخفض به المكونات المعرفية غير المشجعة، و يمكن القيام بالعلاج السلوكي للمخاوف بالعلاج السلوكي للمخاوف في تخیلات المريض أو في الواقع الفعلي، و قد يتضمن علاج التعريض التدريجي، و كذلك يوجد العلاج بالاسترخاء التدريجي. (بنضوره عبد المالك.2021.ص78)

8-2- العلاج النفسي:

يهدف إلى تطوير شخصية المريض و زيادة بصيرته و تحقيق التوافق باستخدام طرق و تقنيات تشجيع المريض على المشاركة الوجدانية و إعادة الثقة بالنفس و إدارة المخاوف و الشعور بالأمن النفسي (راحم جيهان.2020.ص41)

نتبع في معظم الحالات العلاج النفسي المباشر و المقصود به التفسير و التشجيع ، الإحاء و الاستماع إلى صراعات المريض، أما التحليل النفسي فيحتاج لكثير من الوقت و الجهد و المال، و لذا يستحسن إتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة، التي يتطلب علاجها الوقت و المال.

و أكثر أنواع العلاج النفسي شيوعا في الوقت المعاصر في اضطراب القلق هو العلاج النفسي المعرفي، و هو محاولة تغيير النظم المعرفية في التفكير، من خلال هذا العلاج المتخصص. (أحمد عكاش.2011.ص146)

8-3- العلاج البيئي و الاجتماعي:

يهدف هذا العلاج إلى تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المريض و تزيد من قلقه، مثل تغيير نوع العمل، و إيجاد الحلول للمشكلات الأسرية، وإرشاد الأسرة إلى تغيير أنماط سلوكهم

مع الفرد الذي يعاني من القلق، مما يساعد المريض علي الشفاء. (أميمة أمبارك فضل الله المسماري.2012.ص39)

8-4- العلاج الكيميائي:

يعتمد بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة، ففي حالات القلق الشديد نحتاج إلى إسعاف سريع لتهذئة المريض وإراحته قبل التفكير في العلاج النفسي لأن هناك خطر الانتحار أي سهولة المرور إلى الفعل، أما في حالات الرعب و الانهيار و الإغماء نستعمل طريقة النوم الدائم و ذلك بتزويد المريض بكميات من الدواء و المنومات و المهدئات بحث ينام 20 ساعة في كل 24 ساعة فيكون خلالها قد تمتع باسترخاء عقلي و جسمي، أما حالات القلق الحاد و المتوسط يمكن إعطائها حقن مثل : الفليوم أو اليبيريوم، أما حالات القلق المزمن و المتكرر فتعطي نفس المواد السابقة الذكر مع إضافة بعض العقاقير ضد الاكتئابية. (مانع كريمة .2020.ص17)

8-5- العلاج الكهربائي:

يستخدم في علاج حالات القلق التي تصاحبها أعراض اكتئابية شديدة ، و يكون العلاج بتعرض المريض لصدمة كهربائية تعيد تنظيم المواد الكيميائية و الهرمونات العصبية التي تصل بين قشرة المخ و الهيبوثلامس

8-6- العلاج الجراحي:

يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد و الاكتئاب، و التي لا تتحسن بالعلاج النفسي ،السلوكي،البيئي، الكيميائي أو الكهربائي، و التي تشل حياة المريض اجتماعيا، خاصة في الشخصيات السوية قبل المرض و هنا نلجأ إلى العملية

الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق و التوتر، و حتى يستطيع المريض العودة للحياة الاجتماعية العادية.

و في هذه العملية يتم قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ و التلاموس أو قطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي، ثم تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال، و يصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة. (أحمد عكاش.2011.ص147)

النظريات المفسرة للقلق :

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب القلق، وقد يرجع هذا التعدد أو الاختلاف إلى التوجيهات النظرية المتنوعة التي تهتم بتفسير القلق، وبناء على ذلك سيتم عرض أهم النظريات التي تناولت هذا الجانب للوصول إلى تفسير كامل و واضح لهذه الظاهرة و من أهم الاتجاهات :

1-نظرية التحليل النفسي للقلق :

تعتبر النظرية الفرويدية أولى النظريات التي قامت بدراسة القلق حيث يعتبر أكثر علماء النفس استخدموا لهذا المصطلح و ينظر إليه باعتباره إشارة إنذار لحدوث خطر أو تهديد للإنسان.

حيث ينظر فرويد إلى القلق على أساس انه خبرة انفعالية مؤلمة و إشارة تنبه للأنا ضد الرغبات المكبوتة باتخاذ وسائلها الدفاعية ضد ما يهددها، و فسر هذا التهديد بأنه رغبات مكبوتة و دوافع جنسية أو عدوانية كبثها الأنا في اللاشعور، و قسم القلق إلى ثلاثة أنواع منها : القلق الموضوعي (الواقعي) و القلق الخلقي و القلق العصابي (المرضي) و يميزه فرويد إلى القلق الهائم الطليق و قلق المخاوف المرضية و القلق الهستري، ثم جاء بعده

الفرويديين الجدد و اختلفوا معه في انه مقلو من موضوع الغرائز في مسألة ظهور القلق إلى أنهم بالرغم من ذلك ابقوا مشكلة الغرائز.

حيث فسر أرتورانك للقلق على أساس صدمة الولادة (القلق الأولي) و هو أهم خبرة للانفصال عن الأم و اعتبر قلق الولادة المصدر الذي تنشأ عنه حالات القلق الثانية (قلق الفطام، قلق المدرسة، قلق الزواج)

أما ألفرد ادلر فقد فسر حدوث القلق من خلال التفاعل الدينامي بين الفرد و المجتمع، و عدم قدرة الفرد التخلص من الشعور بالدونية و العجز.

و تقول كارن هورني أن فقدان الأمن النفسي يؤدي إلى القلق الأساسي الذي ينشأ في المرحلة الأولى من حياة الطفل نتيجة اضطراب العلاقة بينه و بين الوالدين، و أن هناك ثلاثة عناصر تؤدي إلى القلق و هي الشعور بالعجز و العداوة و العزلة .

و يضيف هاري سولفان تفسيراً آخر للقلق، حيث ارجع ظهور القلق إلى عدم الاستحسان في العلاقات الشخصية و الاجتماعية و قال إن الخبرة و التجربة الايجابية تجلب الأمان و الطمأنينة للفرد. (بن حامد ليلي.2020.ص35)

2- تفسير القلق عند المدرسة السلوكية :

تفسير القلق عند أصحاب هذه المدرسة أنه نتاج التعلم الخاطئ من المحيط الذي يعيش فيه الفرد حيث أن القلق المرضي هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف ز مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، فالقلق إذن عند السلوكيون ما هو إلا استجابة متعلمة وفقاً لمبادئ التعلم الإشرطي، و لقد قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير و الاستجابة، و القلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق

ما دام أننا نخبره كخبر غير سار، و أي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة للتوافق.

فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف يمدنا بتصور عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي. (زعتن نور الدين. 2010. ص 15)

3- تفسير القلق عند المدرسة السلوكية الحديثة:

و مع تطور النظرة إلى مفهوم القلق مع السلوكيون الجدد الذين حاولوا الخروج من الدائرة الضيقة لفكر " واطسون " اخذين بعين الاعتبار العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة، و من أهمهم نذكر:

"دولا رد " و " ميلر " و استخداما في نظريتهم مفاهيم خاصة بهما، و القلق لديهما يعتبر دافعا مكتسبا أو يقابل الاكتساب (و هو كنتاج يرتبط بمثيرات داخلية و أخرى خارجية و القلق يكون نتيجة الصراع بكافة أشكاله.

" وولي " يعتبر القلق من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن العضوي و هو السبب وراء تعلم جميع العادات السيئة و الاضطرابات السلوكية. (رزقي منى. 2019. ص 28)

4- تفسير القلق عند المدرسة المعرفية:

يرتكز هذا التفسير على افتراضات أساسية تقوم على كون العمليات العقلية هي أساس التوتر في سلوك الأفراد، بحيث أن التفسيرات التي يقدمونها حول أسباب الأعمال التي يقومون بها في حياتهم اليومية تنتج سلوكيات مختلفة، فمثلا المصاب القلق كاضطراب تسيطر عليه تصورات ذهنية مفادها أن هناك حادث خطير سيقع فتؤدي هذه التصورات إلى اضطراب التفكير و يصبح في موقف ينذر بالخطر فيعمل الدماغ باحتياج شديد في مواجهة ذلك

التهديد المفترض، كما أن خبرة القلق تكون مصحوبة في الغالب بتشويش ذهني أي عدم القدرة على التفكير بشكل سليم.(زعتر نور الدين.2010.ض15)

يرى " إليس " أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى إحداث القلق، فالفرد هو الذي يسبب لنفسه القلق و يتزايد لديه عندما يعتقد ذلك الفرد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة و الإنجاز و المنافسة، حتى يمكن أن يعتبر شخصا ذا أهمية ما يسبب في إحداث القلق .

ويرى " بيك " أن القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات و لذلك فأى حركة أو صوت و تغيرات في الوسط الذي يعيش فيه يتم ترجمتها إلى نوع من الخطر و بالتالي يكون الفرد أفكاره عن الخطر المتوقع و يكون تفكيره مشتتا و مشوها، و يرتبط تفكيره بمفهومه عن الخطر، و علامات هذا الخطر إنه يفقد تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية و بالتالي يزداد القلق.

و هكذا يعتبر المعرفيين أن المكون الرئيسي لظاهرة القلق هو الجانب المعرفي الذي يشير إلى أفكار المفحوص والصور الذهنية ذا الطبيعية المهددة.(صابري سحنونية.2015.ض35)

5- تفسير النظرية الجستالتية للقلق :

ينظر الجشتالتيون إلى القلق من خلال ثلاثة مضامين هي:

- المضمون السيكولوجي: حيث يفترض أن ثمة صراع بين إقدام الفرد على الاتصال بالبيئة لإشباع حاجاته و بين إحجامه عن إتمام هذا الاتصال لأسباب اجتماعية واقعية و اشتراطيه.

• المضمون الفسيولوجي: يعرف باسم معدلات القلق و يكون ظاهرا في ضيق التنفس و نقص الأكسجين.

• المضمون المعرفي: حيث إن ترقب العواقب الوخيمة لأفعالنا هو الذي يشكل المضمون المعرفي لقلقنا أي أن القلق لا يدور حول مفعله الفرد حول العقاب المنتظر في المستقبل، و من ثم يعيش الشخص في القلق في فجوة تفصل بين الحاضر و المستقبل و لا تتسلل الأحداث في حياته بشكل سليم إذا يقلق الفرد حين يترك الآن و يقفز إلى المستقبل المتصور الذي لم يولد بعد و مازال في رحم الغيب. (عميرات آسية. 2021. ص21)

6- تفسير نظرية العلاقات الإنسانية المتبادلة ل " ستاك سوليفان " Sullivan :

تعتبر من أحدث النظريات السيكلوجية التي أولت عناية كبيرة لتفسير القلق و إبراز عوامله و علاقة الاضطرابات النفسية بديناميات الشخصية و مكوناتها، إذ يركز في نظريته على العلاقات التي تربط الطفل بالأشخاص الذين يتعايشون في بيئته من جهة و علاقته بأمه من جهة أخرى ، حيث يرى أن تنشئة الطفل الاجتماعية و تربيته و تعليمه تتلخص في اكتسابه لبعض الأعمال و العادات التي يستحسنها الولدان. فالقلق حسبه يحدث نتيجة لعدم رضا الوالدين و عدم استحسانهم للسلوكات التي يقوم بها الطفل في بيئته الاجتماعية .

كما يتصور " ستاك سوليفان " أن القلق يحدث نتيجة أخطار حقيقية أو خيالية أو وهمية، تهدد إحساس الفرد بالأمن. و يؤكد على أهمية العوامل الاجتماعية، النفسية و الطبيعية التي تشكل تهديدا مباشرا أو غير مباشر لحياة الإنسان و تؤدي إلى اضطراب علاقاته بالآخرين: فتحت ظاهرة القلق لديه.

و يربط " سوليفان " القلق بالتوتر الناتج عن أخطار حقيقية أو وهمية تهدد أمن الفرد، و يرى أنهما يلعبان دورا مهما في حياته، حيث يمكن أن يتراوح سلوكه بين حدود الارتخاء التام

أو الانشراح، كما يفضل " سوليفان " أن يسمه بالتوتر المطلق، و هناك مصدران أساسيان للتوتر هما :

- التوترات الناشئة عن حاجات الكائن العضوي، فالتوصل إلى إزالة توتر العضلات الملساء اللاإرادية و الشعور بالراحة و الارتخاء.

- التوترات الناتجة عن القلق، و تؤدي إلى نفس المصير رغم محاولات الإشباع الجسماني.

" فالقلق عند " سوليفان " قوة لها أثرها في تكوين الذات و النفس غير أنها قوة معوقة، إذ تقلل من قوة الملاحظة كما تقلق من القدرة على التميز و تعوق الحصول على المعلومات كما تعوق الفهم و تؤدي إلى قصر النظر..." (بن درف إبراهيم.2017.ص19)

الخلاصة :

و في الأخير يمكننا القول أن القلق هو مرض من أمراض العصر لأنه أساس الاضطرابات و الأمراض النفسية المنتشرة في جميع المجتمعات و يعتبر نقطة بداية الأمراض النفسية و الجسمية، و حالة من التوتر الشامل يشعر ها الفرد في مواقف مختلفة مما يؤدي بافرد إلى اضطرابات نفسية.

هذه الأخير التي تجعل الفرد يعيش في دوامة صراع خاصة إذا تعلق الأمر بالجانب المهني الذي يتطلب منه الفطنة و التركيز هذا ما يستدعي العلاج و المتابعة من أجل التخلص منه و حتى يستطيع الفرد القيام بمهامه.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1-التذكير بفرضيات الدراسة

2- منهج الدراسة

3- الدراسة الاستطلاعية

4-المعاينة

5-أدوات الدراسة

6- الأساليب الإحصائية

تمهيد:

بعدما تم التطرق إلى الجانب النظري و تحديد إشكالية البحث و ما يتعلق بها من متغيرات، خصصنا هذا الجزء للجانب التطبيقي الذي نسعى من خلاله لعرض مختلف الخطوات التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذا الأخير. فبعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية، الفرضيات، الهدف و الأهمية، بالإضافة إلى المقاربة النظرية للمفاهيم الأساسية للدراسة و المتمثلة في اضطرابات النوم و القلق.

سنسعى إلى التطرق للإجراءات المنهجية التي تعتبر جانبا هاما في أي بحث حيث سنتناول فيه أولا المنهج المدروس، مكان الدراسة، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

1-التذكير بفرضيات الدراسة:

- يعاني الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة من اضطرابات النوم .
- تساهم اضطرابات النوم في التنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة.
- تساهم شدة الارق في التنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة .

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية إحدى الخطوات الهامة في البحث العلمي حيث تساعد الباحث في مختلف مراحل بحثه، بدءاً من التعرف على موضوع الدراسة و تحديد إطاره العام وصياغة تساؤلاته وفرضياته ومن ثم تحديد المنهج الأكثر ملائمة لطبيعة موضوع الدراسة والأدوات المناسبة لجمع البيانات و المعلومات و التحقق من صلاحية هذه الأدوات قبل تطبيقها، كما تساعد الدراسة الاستطلاعية في التعرف على خصائص الفئة المدروسة.

بعد الحصول على ترخيص من قسم علم النفس، اتجهنا إلى "المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة " وهي مؤسسة حكومية تابعة لوزارة الصحة. وانتشرت على ثلاثة دوائر: (عزازقة . بوزقن . مقلع) بما في ذلك 12 بلدية، وقد تم الموافقة على ذلك المدير، والذي بدوره وجهنا إلى أخصائية العمل والتنظيم، ولكن عدم توفر العدد الكافي من أفراد العينة أجبرنا على الانتقال إلي المؤسسات العمومية للصحة الجوارية المتواجدة في كل من دائرة (عزازقة . بوزقن . مقلع).

باشرنا هذا التبرص في الفترة الممتدة من 21 إلى مارس 26، أين قمنا باكتشاف ميدان العمل الذي سوف تجرى فيه الدراسة الأولية والدراسة الأساسية ومعرفة هيكلها التنظيمي

ومختلف الأقسام ونظام العمل الخاص بها، وتهدف الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها إلى ضبط متغيرات البحث والتأكد من مدى صلاحية أداة البحث من حيث الصدق والثبات.

وبالتالي قمنا بتوزيع المقياس على عينة قدر عددها ب(30) عامل وعاملة من أصل (319) عامل من المجتمع الأصلي، التي تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

وكان الغرض من هذه الدراسة:

-التأكد من سلامة لغة المقياس ومعرفة أفراد العينة بطريقة الإجابة.

-التأكد من توفر العينة المناسبة ومدى استجابتها.

-التأكد من مدى شمولية بنود الأدوات في تغطية أهداف الدراسة ووضوحها.

-التأكد من ثبات وصدق المقياس.

-الوقوف لدى الصعوبات والتصدي لها والتقليل منها في الدراسة الأساسية.

وبالتالي توصلت إلى:

-وضوح بنود المقياس وأنه يقيس ما أعد لقياسه.

-المقياس يمتاز بدرجة عالية من الصدق والثبات وبذلك فالمقياس جاهز لتطبيقه في الدراسة الأساسية.

3 - منهج الدراسة:

لحل أي مشكلة في مجال البحث العلمي يجب اختيار المنهج المناسب بالاعتماد على طبيعة المشكلة نفسها، حيث يعتبر منطلق كل بحث ميداني، و هو المسلك الذي يسلكه الباحث من أجل تقصي الحقيقة.

و تعتبر مشكلة اضطرابات النوم و القلق معقدة، ذلك أنها تتعلق بالتفاعل اليومي للفرد ، هذا ما جعلنا نعتمد على المنهج الوصفي كونه يناسب دراسة بحثنا الذي يمكننا من التصوير الدقيق للظاهرة المدروسة و إقامة علاقات بين عناصرها، بهدف جمع البيانات و الحقائق التي تتعلق بطبيعة الموضوع أثر اضطرابات النوم في ظهور القلق لدى الممرضين، فالمنهج الوصفي يهتم بدراسة الظواهر الطبيعية و الاجتماعية و الدراسات الوصفية، و هو أسلوب للنظر في الظواهر و الكشف عن الحقائق كما يجب أن تكون في الواقع، و ذلك بالاعتماد على الطرق الموضوعية في التفسير للظاهرة محل للدراسة، وبالتالي التوصل إلى تفسيرات يمكن تعميمها.

4-المعاينة:

تعد المعاينة من أحد المراحل التي يمر عليها الباحث عند إجرائه للدراسة، وذلك من أجل التعرف على مجتمع الدراسة وميدان البحث وتتمثل هذه الخطوات في:

4-1-مجتمع الدراسة:

هو المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة، و قد أجريت هذه الدراسة على الممرضين و قدر عدد المجتمع الأصلي (319) شبه طبي في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية : (عزازقة . بوزقن . مقلع).

4-2- عينه الدراسة:

يعد اختيار العينة من أهم الأمور الضرورية في الدراسة كونها تعتبر أساس البحث العلمي و من دونها لا يستطيع الباحث أن ينطلق في بحثه العلمي أو دراسته الميدانية، و عليه تمثلت عينة دراستنا عن الممرضين و التي تقدر ب (100) من المجموع المجتمع الأصلي المقدر ب (289)، بعد استبعاد عينة الدراسة الاستطلاعية التي تقدر ب (30) والتي بلغت نسبتهم (34.60%).

4-2-1- طريقة اختيار العينة: قمنا باختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة أي يكون لكل عنصر في المجتمع الإحصائي نفس الفرصة للانتقاء بعبارة أخرى، فإن احتمال اختيار أي عنصر من عناصر المجتمع الإحصائي هو نفسه، بغض النظر عن خصائصه أو صفاته.

4-2-2- خصائص أفراد عينة الدراسة:

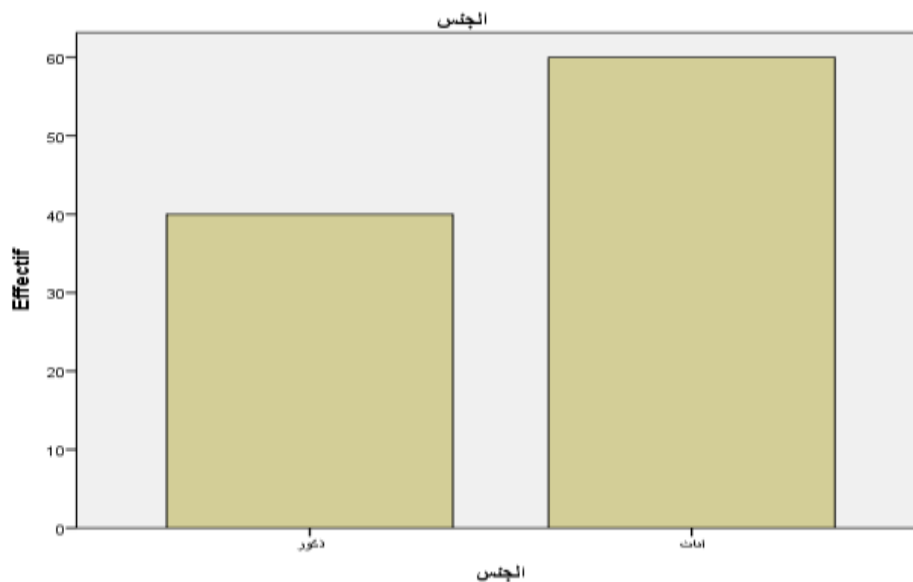
1- خصائص العينة حسب متغير الجنس:

جدول رقم (01) يمثل توزيع العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	40	40%
أنثى	60	60%
المجموع	100	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية الممرضين هم من فئة الإناث حيث بلغت نسبتهن 60% ، في حين أن نسبة الذكور بلغت 40%.

هذا يدل على أن مهنة التمريض هي مهنة نسائية بشكل عام، حيث تميل النساء إلى اختيار هذه المهنة أكثر من الرجال، فهناك العديد من الأسباب التي تجعل النساء يفضلن مهنة التمريض، منها: توفر هذه المهنة فرص عمل مستقرة وجيدة الأجر، كما تسمح هذه المهنة للنساء بالعمل في مجال يخدم المجتمع ويساعد الآخرين. بالإضافة إلى أن هذه المهنة تتطلب مهارات إنسانية ورعاية، وهي صفات تميز النساء بشكل عام. وبالطبع، هناك أيضًا رجال يعملون في مهنة التمريض، ولكن نسبتهم أقل من النساء. وحتى يتضح الفرق بين الجنسين في عينة الدراسة قمنا بتمثيلها بأعمدة نسبية :



شكل رقم (03) يوضح توزيع افراد العينة حسب متغير الجنس

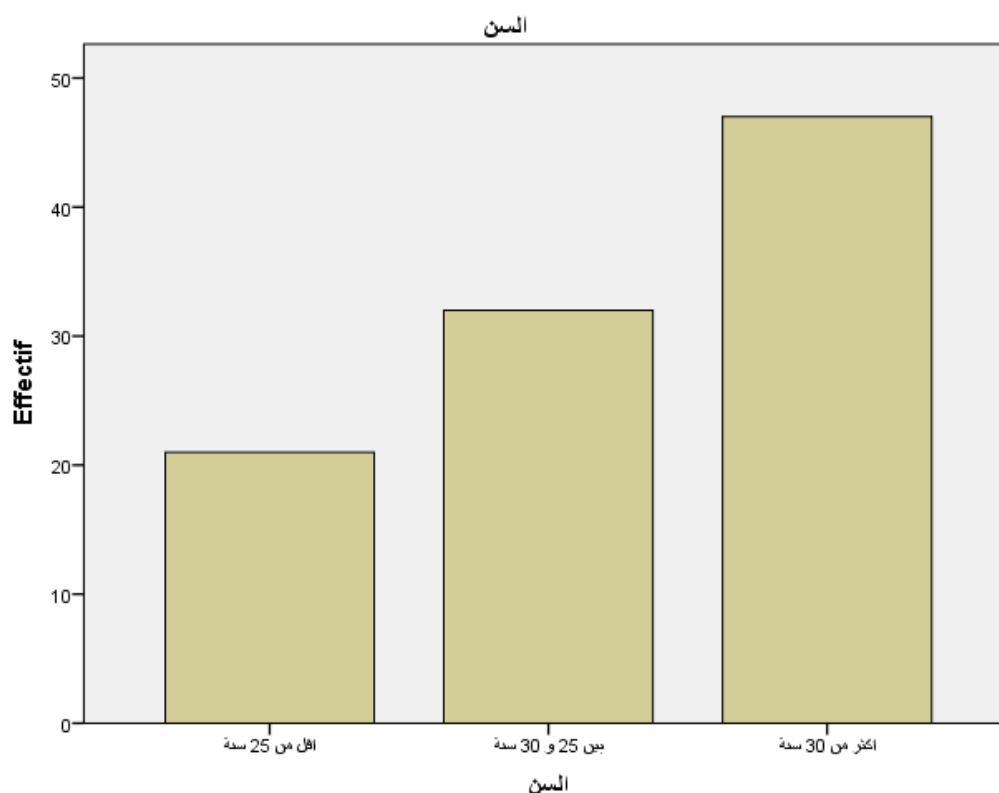
2- خصائص العينة حسب متغير السن :

جدول رقم(02) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة
اقل من 25 سنة	21	21.0%
بين 25 سنة و 30 سنة	32	32.0%
اكثر من 30 سنة	47	47.0%
المجموع	100	%100

من خلال هذا الجدول نجد أن أكبر نسبة تتمثل في الممرضين الذين بلغوا أعمارهم أكثر من 30 سنة حيث بلغت 47.0% ، ثم تليها نسبة الأفراد الذين بلغت أعمارهم ما بين 25 و 30 سنة حيث بلغت 32.0% ثم تليها فئة اقل من 25 سنة بنسبة 21 من مجموع 100 . وهذا يشير إلى أن مهنة التمريض تجذب المزيد من الأشخاص الذين هم في منتصف العمر أو أكبر سناً. قد يكون هذا بسبب عدة عوامل، مثل الحاجة إلى خبرة أكبر في هذه المهنة، أو رغبة الأشخاص في الالتحاق بمهنة مزدهرة وذات مكافآت.

وحتى نستطيع توضيح الفارق بين الفروق العمرية في عينة الدراسة قمنا بتمثيلها في أعمدة نسبية :



شكل رقم (04) يوضح توزيع افراد العينة حسب متغير الجنس

3- خصائص العينة حسب متغير الاقدمية:

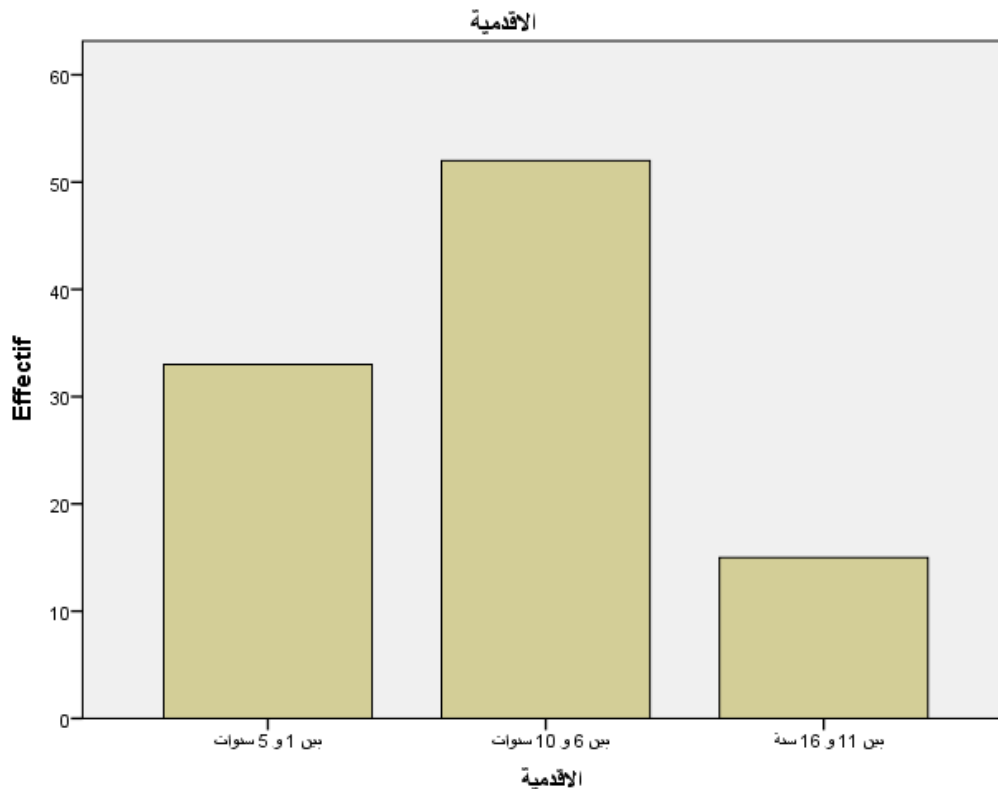
جدول رقم (03) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الاقدمية

الاقدمية	التكرار	النسبة
بين 1 سنة الى 5 سنوات	33	33.0%
بين 6 سنوات الى 10 سنوات	52	52.0%
بين 11 سنة الى 16 سنة	15	15.0%
المجموع	100	100%

من خلال الجدول الموضح لنسبة الأقدمية في العمل بالنسبة للممرضين ، فإن نسبة الاقدمية التي بين 6 سنوات إلى 10 سنوات كانت الأكبر حيث بلغت نسبتها 52% ، ثم تليها فئة ما بين 1 سنة إلى 5 سنوات التي بلغت نسبتها 33% ، و في الأخير تأتي فئة ما بين 11 سنة و 16 سنة التي بلغت نسبتها 11% ،

هذا يعني أن معظم الممرضين في هذا النموذج لديهم خبرة متوسطة إلى طويلة. هذا أمر جيد، حيث أن الممرضين ذوي الخبرة لديهم عادةً مهارات ومعرفة أكثر من الممرضين الجدد. وهناك عدة أسباب محتملة لتوزيع الأقدمية، هذا من الممكن أن تكون هناك حاجة متزايدة للممرضين ذوي الخبرة في النظام الصحي. أو من الممكن أن يكون هناك عدد أكبر من الممرضين الذين ينتقلون إلى وظائف جديدة أو يغادرون المهنة بعد بضعة سنوات.

و حتى يتضح الفارق بين الاقدمية في العمل لعينة الدراسة قمنا بتمثيلها بأعمدة نسبية :



شكل رقم (05) يوضح توزيع افراد العينة حسب متغير الاقدمية

4- خصائص العينة حسب الحالة العائلية:

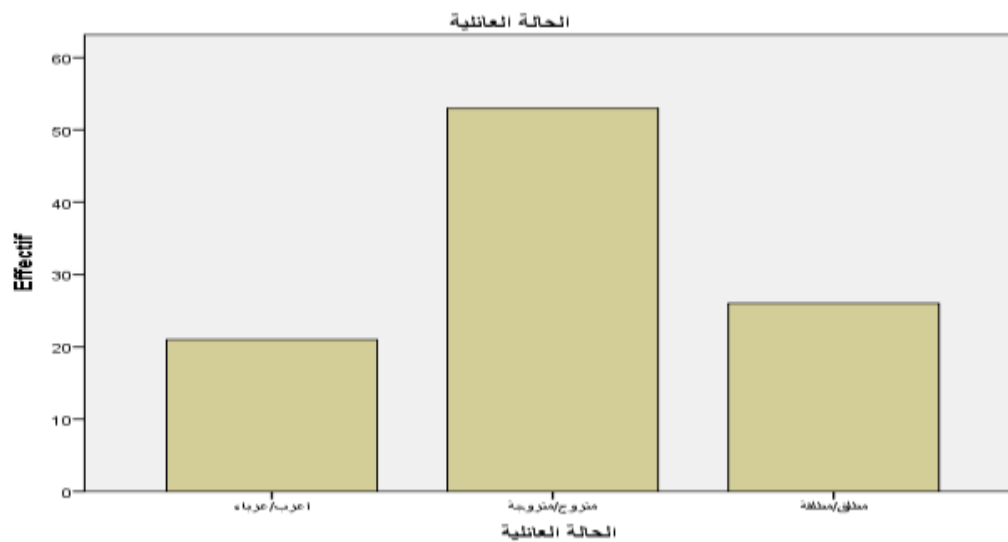
جدول رقم (04) يوضح توزيع افراد العينة حسب متغير الحالة العائلية

الحالة العائلية	التكرار	النسبة
اعزب/عزباء	21	21%
متزوج/متزوجة	53	53%
مطلق/مطلقة	26	26%
المجموع	100	100%

يتضح من خلال الجدول رقم (04) الموضح نسبة توزيع الممرضين حسب متغير الحالة العائلية بالنسبة لعينة الدراسة، أن نسبة المتزوجين كانت الأكبر حسب بلغت 53% وتليها نسبة المطلقين بنسبة قدرة ب 26% ، و نسبة العزوبية بلغت 21%.

يمكن تفسير هذه النتائج من خلال إرجاعها إلى عدة عوامل، منها أن الزواج هو الوضع الطبيعي للأغلبية العظمى من الناس. بالإضافة إلى أن مهنة التمريض تتطلب ساعات عمل طويلة ومرهقة، مما قد يشكل صعوبة بالنسبة للعزباء والمطلقين. كما أن مهنة التمريض تتطلب التزامًا كبيرًا، مما قد يشكل صعوبة بالنسبة للعزباء والمطلقين الذين لديهم التزامات أخرى ويمكن أن يكون الجدول الزمني المتقلب والضغط العملية يمكن أن يؤثران على القدرة على بناء والحفاظ على العلاقات الشخصية.

و لتوضيح الفارق بين الحالة العائلية لعينة البحث قمنا بتمثيلها بأعمدة نسبية :



شكل رقم (06) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

5- خصائص العينة حسب المؤهل العلمي :

جدول رقم (05) يوضح توزيع افراد العينة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة
جامعي	87	%87
ثانوي	13	%13
المجموع	100	%100

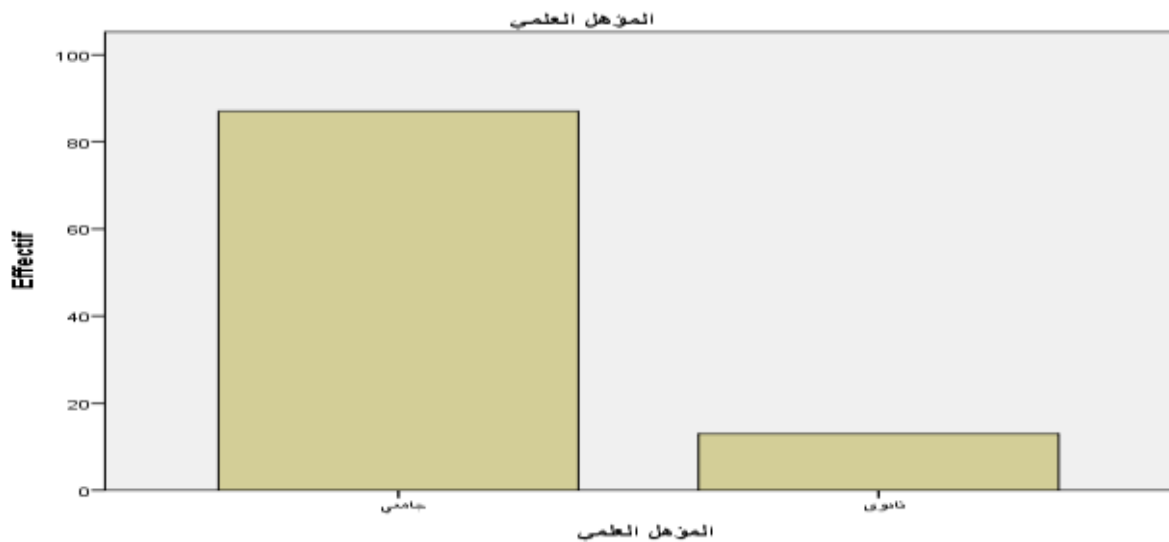
يتضح من خلال الجدول رقم (05) الموضح لنسبة توزيع الممرضين حسب متغير المؤهل

العلمي بالنسبة لعينة الدراسة ، فان نسبة المؤهل العلمي للتعليم الثانوي قليلة بنسبة 13% ،

وأن نسبة المؤهل العلمي للتعليم الجامعي 87% ، حيث أصبح اليوم نسبة التعليم الجامعي اكبر من كل المستويات بصفة عامة .

هذا يعني أن الغالبية العظمى من الممرضين في عينة الدراسة لديهم مؤهل جامعي، سواءً كان بكالوريوس أو ماجستير أو دكتوراه. فهذا مؤشر إيجابي على تطور التعليم في الجزائر، حيث أصبح التعليم الجامعي أكثر انتشاراً من التعليم الثانوي، مما يعني أن الممرضين في الجزائر أصبحوا أكثر كفاءة ومعرفة، مما يؤثر إيجاباً على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

و ليتضح الفارق بين المؤهلين العلميين لعينة الدراسة قمنا بتمثيلها في اعمدة نسبية :



شكل رقم (07) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

6- مكان وزمان إجراء البحث:

تعتبر مجالات الدراسة إحدى أهم الركائز التي تقوم عليها الدراسة الميدانية حيث يعد تحديدها عملية ضرورية في إجراء البحث العلمي والمقصود بمجالات الدراسة، والمتمثلة في ما يلي:

6-1- المجال المكاني:

لقد تم إجراء الدراسة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة (Établissement Public de Santé de Proximité d'azazga) ، تقع المؤسسة على الطريق الوطني رقم 12 بعد 38 كلم شرق ولاية تيزي وزو.

تأسست المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة يوم 1 نوفمبر و 1986 و هي مؤسسة حكومية تابعة لوزارة الصحة.

و تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج .و تغطي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة مايقدر عدد سكانها بنحو 250.000 نسمة . و انتشرت على ثلاثة دوائر : (عزازقة . بوزقن . مقلع) بما في ذلك 12 بلدية.

6-2- المجال الزماني:

أجريت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من 19 مارس 2023 إلى 02 ماي 2023 .

7-أدوات الدراسة:

بهدف جمع البيانات التي تخدم موضوع البحث لقد استعملنا أداتين لقياس متغيرات البحث هما **استبيان النوم « Questionnaire du sommeil »** لفهم اضطرابات النوم، أما فيما يتعلق بالقلق تم الاستعانة بمقياس تايلور للقلق لتحديد مستوى القلق.و قد تم ترجمتهم حيث تمت عملية الترجمة بدقة واهتمام، حيث تم التركيز على الصحة اللغوية للنص الأصلي. تم استخدام مصطلحات فنية بعناية لضمان الدقة والتواصل الفعال، و قد تم توجيه الاستبيان المترجم لخمسة محكمين من الأساتذة ذوي خبرة. و أظهرت آراء المحكمين أن الترجمة كانت عميقة ودقيقة، وتم تقييمها بشكل إيجابي فيما يتعلق بالوضوح والدقة و استنتاجًا من آراء المحكمين، يُقترح تحسين بعض النقاط مثل مزيد من التركيز على بعض الألفاظ وتجنب

الجملة الطويلة التي قد تكون معقدة لبعض القراء وقد تم تصحيح هذه النقاط. و سنطراً الآن على التعريف لهذه الأدوات على النحو التالي:

7-1- استبيان النوم : Questionnaire du sommeil

قام بتصميمه جمعية « Réseau Morphé » التي تتكون من مجموعة مهنيي الصحة مشغولين في إدارة اضطرابات النوم بالتنسيق مع نفسانيين و قد صمم هذا الاستبيان سنة (2017)، الذي يهدف إلى فهم اضطرابات النوم كالأرق و اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب. بحيث تم ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من قبل الطالبتان مع الأخذ بعين الاعتبار شروط الترجمة و الحفاظ على فعالية قياسه الأصلية، و تم عرضه على (5) محكمين من الأساتذة.

7-1-1- الخصائص السيكومترية: للتأكد من صدق وثبات المقياس اعتمدنا على الإختبارات التالية:

1-محور تقييم الإضطرابات:

أ- ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (06): الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

العينه	المقياس	قيمة ألفا كرونباخ
30	تقييم الاضطرابات	0.80

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن الاستبيان يتميز بثبات مرتفع والمقدر ب(0.80) وهي قيمة مرتفعة وثابتة.

ب-الصدق بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (07): الصدق بطريقة التجزئة النصفية

العينه	التجزئة النصفية	
	معامل الارتباط سبيرمان براون	الصدق الذاتي بالجذر التربيعي
30	0.918	0.96

يتضح من خلال الجدول أن المقياس يتميز بصدق مرتفع إذ قدر الصدق الذاتي ب(0.96) وهي قيمة تدل على أن المقياس لديه صدق مرتفع.

2-محور تقييم شدة الأرق:

أ-ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (08): الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

العينه	المقياس	قيمة ألفا كرونباخ
30	تقييم شدة الأرق	0.94

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن الاستبيان يتميز بثبات مرتفع والمقدر ب(0.94) وهي قيمة مرتفعة وثابتة.

ب-الصدق بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (09): الصدق بطريقة التجزئة النصفية

العينه	التجزئة النصفية	
	معامل الارتباط سبيرمان براون	الصدق الذاتي بالجذر التربيعي
30	0.99	0.99

يتضح من خلال الجدول أن المقياس يتميز بصدق مرتفع إذ قدر الصدق الذاتي ب(0.96) وهي قيمة تدل على أن المقياس لديه صدق مرتفع.

7-2- مقياس تايلور للقلق :

في هذه الدراسة تم الاعتماد على مقياس (تايلور للقلق) ، و الذي يصنف ضمن مقاييس الورقة و القلم، و يعتبر أحد الاختبارات التي يتم إجراؤها لتحديد مستوى القلق الذي و ضعته العالمية النفسية جانيت تايلور عام 1953. يتكون هذا المقياس من 49 عبارة و لديه درجة عالية لقياس مستوى القلق بشكل موضوعي، عن طريق الأعراض الظاهرة و الصريحة التي يعاني منها شخص ما و يناسب هذا المقياس جميع الأعمار. و كل عبارة أمامها (نعم) و (لا) يتم اختيار من بينهما الإجابة المناسبة، و من بين 49 عبارة هناك 10 عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف. و قد تم ترجمته من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية مع الأخذ بعين الاعتبار شروط الترجمة و الحفاظ على فعالية قياسه الأصلية، و تم عرضه على (5) محكمين من الأساتذة.

- طريقة تصحيح الاستبيان :

يتم حساب الإجابة ب (نعم) بنقطة واحدة، في حين أن الإجابة ب (لا) يتم حسابها صفر. أما بالنسبة للعبارات العكسية الموجودة به فيكون عكس الحساب، بمعنى أن الإجابة ب (نعم) تحصل على درجة صفر، و الإجابة ب (لا) تحصل فيها على نقطة واحدة.

و يتم جمع الدرجات و تصنف وفقا للجدول التالي:

الجدول رقم (10) يبين تصنيف درجات القلق حسب مقياس تايلور

الدرجات	المستوى
0 - 16	قلق منخفض جدا
17 - 19	قلق بسيط
20 - 24	قلق متوسط
25 - 29	قلق شديد
30 فما فوق	قلق شديد جدا

7-2-1- الخصائص السيكومترية:

أ- ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (11): الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

العينة	المقياس	قيمة ألفا كرونباخ
30	مستوى القلق	0.74

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن الاستبيان يتميز بثبات مرتفع والمقدر ب(0.74) وهي قيمة مرتفعة وثابتة.

ب-الصدق بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (12): الصدق بطريقة التجزئة النصفية

العينة	التجزئة النصفية	
	معامل الارتباط سبيرمان براون	الصدق الذاتي بالجزر التربيعي
30	0.91	0.95

يتضح من خلال الجدول أن المقياس يتميز بصدق مرتفع إذ قدر الصدق الذاتي ب(0.95) وهي قيمة تدل على أن المقياس لديه صدق مرتفع.

جدول رقم (13) توزيع بنود استبيان البحث حسب المحاور

المحور	موضوع المحور	البنود	طريقة الاجابة
الاول	تقييم النوم	8/7/6/5/4/3/2/1	وضع دائرة حول الرقم الانسب لكل موقف
الثاني	تقييم الاضطرابات	/20/19/18/17/16/15/14/13/12/11/10/9 22/21	نعم / لا
الثالث	تقييم شدة الارق	/34/33/32/31/30/29/28/27/26/25/24/23 .37/36/35	دائما / احيانا/ ابدا
الرابع	القلق	/49/48/47/46/45/44/43/42/41/40/39/38 /61/60/59/58/57/56/55/54/53/52/51/50 /73/72/70/71/69/68/67/66/65/64/63/62 .86/85/84/83/82/81/80/79/78/76/75/74	نعم / لا

8- الأساليب الإحصائية :

من أجل التأكد من صحة توقعات الفرضيات المصاغة والتأكد من الخصائص السيكومترية تم الاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية وهي كالتالي:

8-1- الإحصاء الوصفي: يهتم الإحصاء الوصفي بعمليات جمع وتنظيم وتلخيص

البيانات العددية، الرقمية بدلالة بعض المقاييس لأغراض الوصف والمقارنة وعليه فإن الإحصاء الوصفي يتعلق بجمع وتمثيل وتنظيم وتلخيص البيانات (سالم عيسبدر، 2007، ص 13).

8-2- الإحصاء الاستدلالي:

يهتم بالنظرية والمنهجية + استخلاص النتائج والتي تتجاوز مجموعة البيانات الخاصة التي تم فحصها (عماد عضاب عيابية، 2007، ص 14).

8-3- النسب المئوية: يلجأ الباحث إلى استخراج النسب المئوية لمتغيرات سؤال معين في كمية واحدة مقارنة بين هذه المتغيرات، بحيث تصحيح عملية المقارنة يسيرها بدل من تحليل المعطيات اعتمادا على كل التوزيعات التكرارية فقط، ولحساب النسب المئوية لتكرار معين يقسم هذا التكرار على المجموع الكلي ويضرب في 100 (علو زوهير، 2015، ص 141).

8-4- معامل الارتباط سبيرمان براون: أو ما يسمى معامل الارتباط وهو يخص العلاقة بين المتغيرات وليس مهما أيهما يكون المتغير التابع أو أيهما مستقل. بحيث يستعمل لحساب الفرضيات (عبد الحميد المجيد السكرابي، 2007، ص 22).

8-5- الانحدار الخطي البسيط: هو أداة إحصائية تستعمل لبيان العلاقة بين متغيرين كميين بحيث يمكن توقع قيمة المتغير التابع المسيطر عليه من المتغير المستقل المسيطر عليه. على سبيل المثال، إذا كان الباحث يعرف العلاقة بين إنفاق أسرة ما وبين عدد أفرادها في مدينة ما فإنه يمكن التنبؤ بالاستهلاك الشهري عن طريق الانحدار الخطي البسيط بمجرد تحديد عدد الأفراد بصورة عامة. (مصطفى خالف، 2009).

8-6- معادلة ألفا كرونباخ: تستعمل لحساب الثبات.

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

1- عرض و تحليل النتائج

2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

3- الاستنتاج العام

الاقتراحات

تمهيد:

بعد التعرف على خصائص العينة و أدوات المستخدمة في البحث، يأتي هذا الفصل للكشف على مختلف النتائج المتحصل عليها بعد إجراء الدراسة الميدانية و بعد تطبيق استبان النوم، و مقياس تايلور للقلق، و ذلك لغرض التأكد من تحقيق أو عدم تحقيق فرضيات الدراسة التي عرضت في بداية الدراسة. و يتضمن هذا الفصل مرحلتين أساسيتين، تتمثل المرحلة الأولى في عرض نتائج الدراسة، في حين تتضمن المرحلة الثانية تحليل و مناقشة النتائج المتوصل إليها.

1- عرض و تحليل النتائج:

بعد توزيع مقاييس البحث على الممرضين، تم جمع البيانات و تفرغها في البرنامج الإحصائي "spss" (الحزمة الإحصائية للبحوث الاجتماعية) و ذلك بالاعتماد على جملة من أساليب الإحصاء الوصفي .

1-1- عرض نتائج تقييم النوم :

بعد إجابة أفراد العينة على بنود تقييم النوم: قمنا بتفرغ البيانات و حساب درجة كل فرد من أفراد العينة على محاور المقياس، تم الحصول على نتائج تم تبويبها في جداول كما يلي:

الجدول رقم (14): إجابات الممرضين حول البند الأول

س1 ماهي فرصة نومك أثناء الجلوس و القراءة؟							
العينة				0			
				1			
				2			
				3			
100				التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
				39	39.0%	18	18.0%
				16	16.0%	27	27.0%

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول رقم (14) أن فرصة النوم لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعزازقة أثناء الجلوس و القراءة كما يلي :

نلاحظ أن (39) من الممرضين أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (39 %) و (18) ممرضين أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (18 %) . كما أجابوا (16) ممرضين على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (16 %) و (27) من الممرضين أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (27 %) .

يمكن لنا تقديم عدة تفسيرات محتملة لهذه النتيجة، كطبيعة العمل التي قد يكون عمل المرضى شاقًا جسديًا وعقليًا، مما يؤدي إلى الشعور بالتعب والنعاس، وكذا الساعات الطويلة التي قد يعمل المرضى ساعات طويلة، مما يزيد من احتمالية الشعور بالنعاس بالإضافة إلى البيئة المحيطة والتي قد تكون البيئة المحيطة بالمرضى غير مريحة أو مملة، مما يؤدي إلى الشعور بالنعاس.

جدول رقم (15) إجابات المرضى حول البند الثاني

س2 ما هي فرصة نومك أثناء مشاهدة التلفاز ؟							
العينة							
0		1		3		4	
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
17	17.0%	16	16.0%	22	22.0%	45	45.0%

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول رقم (15) أن فرصة النوم لدى المرضى أثناء مشاهدة التلفاز كما يلي:

نلاحظ أن (17) من المرضى أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (17.0 %) و (16) مرضى أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (16.0 %). كما أجابوا (22) مرضى على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (22.0 %) و (45) من المرضى أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (45.0 %).

ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى مجموعة من العوامل التي قد تؤثر على قدرة الممرضين على النوم أثناء مشاهدة التلفاز. بعض هذه العوامل تشمل الشخصية التي قد يكون لدى بعض الأشخاص قدرة أكبر من غيرهم على النوم أثناء وجود ضوضاء أو أنشطة أخرى في الخلفية. الحالة الصحية والتي قد يجد الأشخاص الذين يعانون من مشاكل في النوم صعوبة في النوم أثناء مشاهدة التلفاز. التعب الذي قد يكون من الأسهل للأشخاص الذين يعانون من التعب الشديد النوم أثناء مشاهدة التلفاز. نوع المحتوى الذي يتم مشاهدته: قد يكون من الأسهل للأشخاص النوم أثناء مشاهدة المحتوى الذي هو رتيب أو ممل. بالإضافة إلى البيئة التي قد يكون من الأسهل للأشخاص النوم أثناء مشاهدة التلفاز في بيئة مريحة وهادئة. في حالة الممرضين، قد تلعب بعض العوامل المحددة دوراً في قدرة هؤلاء الأشخاص على النوم أثناء مشاهدة التلفاز. على سبيل المثال، قد يكون الممرضون الذين يعملون في ورديات ليلية أكثر عرضة للنوم أثناء مشاهدة التلفاز خلال النهار. قد يكون الممرضون الذين يعانون من ضغوط العمل أو الإرهاق أكثر عرضة للنوم أثناء مشاهدة التلفاز أيضاً.

جدول رقم (16) إجابات الممرضين حول البند الثالث.

س3 ما هي فرصة نومك أثناء الجلوس بدون حركة في مكان عام ؟							
العينه							
0		1		3		4	
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
53	53.0%	11	11.0%	15	15.0%	21	21.0%

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء الجلوس بدون حركة في مكان عام كما يلي:

نلاحظ أن (53) من الممرضين أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (53.0 %) و (11) ممرضين أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (11.0 %). كما أجابوا

(15) ممرضين على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (15.0 %) و (21) من الممرضين أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (21.0 %) .

بشكل عام، فإن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء الجلوس بدون حركة في مكان عام تعتبر منخفضة. وذلك قد يعود إلى عدة أسباب، منها:

-طول ساعات العمل التي ينجزها الممرضون، مما يؤدي إلى التعب والإرهاق.

-الضوضاء والحركة في الأماكن العامة، مما قد يؤثر على النوم.

-طبيعة عمل الممرضين الذي يتطلب منهم اليقظة والتركيز.

جدول رقم (17) إجابات الممرضين حول البند الرابع.

س4 ما هي فرصة نومك أثناء ركوب سيارة أو حافلة دون توقف لمدة ساعة ؟							
العينة		0		1		3	
100		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
		15	15%	15	15%	26	26%
						44	44%

يتضح من خلال الجدول رقم (17) أن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء ركوب سيارة أو حافلة دون توقف لمدة ساعة كما يلي:

(15) من الممرضين أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (15.0 %) و (15) ممرضين أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (15.0 %). كما أجابوا (26) ممرضين على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (26.0 %) و (44) من الممرضين أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (44.0 %) .

بشكل عام، فإن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء ركوب سيارة أو حافلة دون توقف لمدة ساعة تعتبر عالية. وذلك قد يعود إلى عدة أسباب، منها طبيعة العمل المرهقة للممرضين، مما يؤدي إلى التعب والإرهاق. وكذا بيئة السيارة أو الحافلة المريحة، مما يساعد على النوم. بالإضافة لعدم وجود مسؤوليات أو ضغوط أثناء ركوب السيارة أو الحافلة.

جدول رقم (18) إجابات الممرضين حول البند الخامس.

س5 ما هي فرصة نومك أثناء الاستلقاء بعد الظهر عندما تسمح الأمور بذلك ؟							
العينه		0		1		3	
100		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
		8	8.0%	10	10.0%	21	21.0%
						61	61.0%

يتضح من خلال الجدول رقم (18) أن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء الاستلقاء بعد الظهر عندما تسمح الأمور بذلك كما يلي:

(8) من الممرضين أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (8.0 %) و (10) ممرضين أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (10.0 %). كما أجابوا (21) ممرضين على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (21.0 %) و (61) من الممرضين أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (61.0 %).

وبناءً على هذه البيانات، يمكن القول أن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء الاستلقاء بعد الظهر عندما تسمح الأمور بذلك هي 61%. كما أن فرصة النوم لدى الممرضين هي أعلى بكثير من فرصة عدم النوم أو النوم قليلاً. ويمكن تفسير هذه النتائج بعدة عوامل، منها ساعات العمل الطويلة التي تتطلب من الممرضين أن يكونوا يقظين ونشطين طوال اليوم، طبيعة العمل الشاقة التي تتطلب من الممرضين أن يقوموا بالعديد من المهام في وقت قصير، ضغوط العمل التي تواجه الممرضين والتي يمكن أن تؤدي إلى الإرهاق والتعب. ولذلك فإن فرصة النوم لدى الممرضين هي أمر مهم للحفاظ على صحتهم وسلامتهم وكفاءتهم في العمل.

جدول رقم (19) إجابات الممرضين حول البند السادس.

س6 ما هي فرصة نومك أثناء الجلوس و التحدث مع شخص ما ؟							
العينة		0		1		3	
100		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
		60	60.0%	8	8.0%	21	21.0%
						11	11.0%

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول رقم (19) أن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء الجلوس و التحدث مع شخص ما كما يلي:

نلاحظ (60) من الممرضين أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (60.0 %) و (8) ممرضين أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (8.0 %). كما أجابوا (21) ممرضين على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (21.0 %) و (11) من الممرضين أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (11.0 %) .

وبناءً على هذه النتائج، يمكننا تفسير هذه النتائج بالعديد من العوامل، منها طبيعة عمل الممرضين يتطلب عمل الممرضين التركيز واليقظة، خاصةً عند التعامل مع المرضى، لذلك قد يكون من الصعب عليهم النوم أثناء الجلوس والتحدث مع شخص ما، الظروف المحيطة قد تلعب الظروف المحيطة أيضًا دورًا في إمكانية النوم لدى الممرضين، مثل الضوضاء أو الإزعاج. الحالة الصحية للممرضين قد يكون بعض الممرضين أكثر عرضة للنوم أثناء الجلوس والتحدث مع شخص ما بسبب الحالة الصحية لديهم، مثل التعب أو الإرهاق. وبشكل عام، فإن هذه النتائج تشير إلى أن معظم الممرضين لا ينامون أثناء الجلوس والتحدث مع شخص ما، ولكن هناك نسبة لا بأس بها من الممرضين الذين قد يشعرون بالنعاس أثناء هذه الحالة.

جدول رقم (20) إجابات الممرضين حول البند السابع.

س7 ما هي فرصة نومك أثناء الجلوس بعد وجبة غذاء دون كحول ؟							
العينه		0		1		3	
100		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
		32	32.0%	12	12.0%	32	32.0%
		24	24.0%				

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن فرصة النوم لدى الممرضين أثناء الجلوس بعد وجبة غذاء دون كحول كما يلي:

نلاحظ أن (32) من الممرضين أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (32.0 %) و (12) ممرضين أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (12.0 %) . كما أجابوا (32) ممرضين على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (32.0 %) و (24) من الممرضين أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (24.0 %) .

هناك عدة أسباب محتملة لهذه النتائج. قد يكون السبب الرئيسي هو أن تناول وجبة غذاء كبيرة يمكن أن يسبب النعاس. كما أن بعض الممرضين قد يكونون أكثر عرضة للنعاس بعد تناول الطعام بسبب عوامل أخرى، مثل قلة النوم أو الإجهاد.

جدول رقم (21) إجابات الممرضين حول البند الثامن.

س8 ما هي فرصة نومك داخل سيارة متوقفة لبعض دقائق ؟								العينة
0		1		3		4		100
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
64	64.0%	12	12.0%	16	16.0%	8	8.0%	

يتضح من خلال الجدول رقم (21) أن فرصة النوم لدى الممرضين داخل سيارة متوقفة لبعض دقائق كما يلي:

نلاحظ أن (64) من الممرضين أجابوا بعدم وجود فرص النوم بنسبة مئوية (64.0 %) و(12) ممرضين أجابوا بفرصة منخفضة للنوم بنسبة مئوية (12.0 %) كما أجابوا (16) ممرضين على وجود فرصة متوسطة للنوم بنسبة مئوية (16.0 %) و (8) من الممرضين أجابوا بوجود فرصة كبيرة للنوم بنسبة مئوية (8.0 %) .

من الممكن أن تكون هذه النتائج مرتبطة بعوامل مختلفة، مثل طبيعة عمل الممرض الذي يتطلب اليقظة والتركيز المستمرين، ظروف عمل الممرض، مثل الساعات الطويلة والضغط النفسية، البيئة المحيطة بالسيارة المتوقفة، مثل الضوضاء والضوضاء.

جدول رقم (22) المتوسط الحسابي لتقييم النوم

العينه	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية
100	11.63	4.00	100 %

يتضح من خلال الجدول رقم (22) أن المتوسط الحسابي لتقييم النوم لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قدر ب (11.63) بانحراف معياري (4.00) بنسبة مئوية قدرت ب (100%) هذا يدل على أن الممرضين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة:

(المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة و المؤسسات التابعة لها في كل من دائرة عزازقة، بوزقن و مقلع).

هذا يدل على أن الممرضين لديهم فرصة نوم متوسطة و هذا يعود لإجابتهم على (5) بنود من أصل (8) بعدم وجود فرصة للنوم. و كذلك إجابتهم بوجود فرصة كبيرة للنوم في (3) بنود و هذا ما بين لنا أن الممرضين لديهم فرصة متوسطة من النوم.

1-2- عرض نتائج الفرضية الأولى: التي مفادها "يعاني الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لعزازقة من اضطرابات النوم".

جدول رقم(23): نتائج الفرضية الأول

العينة	البند	لا		نعم	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
100	1	38	%38.0	62	62.0%
	2	46	46.0%	54	54.0%
	3	32	%32.0	68	68.0%
	4	40	%40.0	60	%60.0
	5	48	%48.0	52	%52.0
	6	48	%48.0	52	%52.0
	7	46	%46.0	54	%54.0
	8	38	%38.0	62	%62.0
	9	32	%32.0	68	%68.0
	10	54	%54.0	46	%46.0
	11	52	%52.0	48	%48.0
	12	54	%54.0	46	%46.0

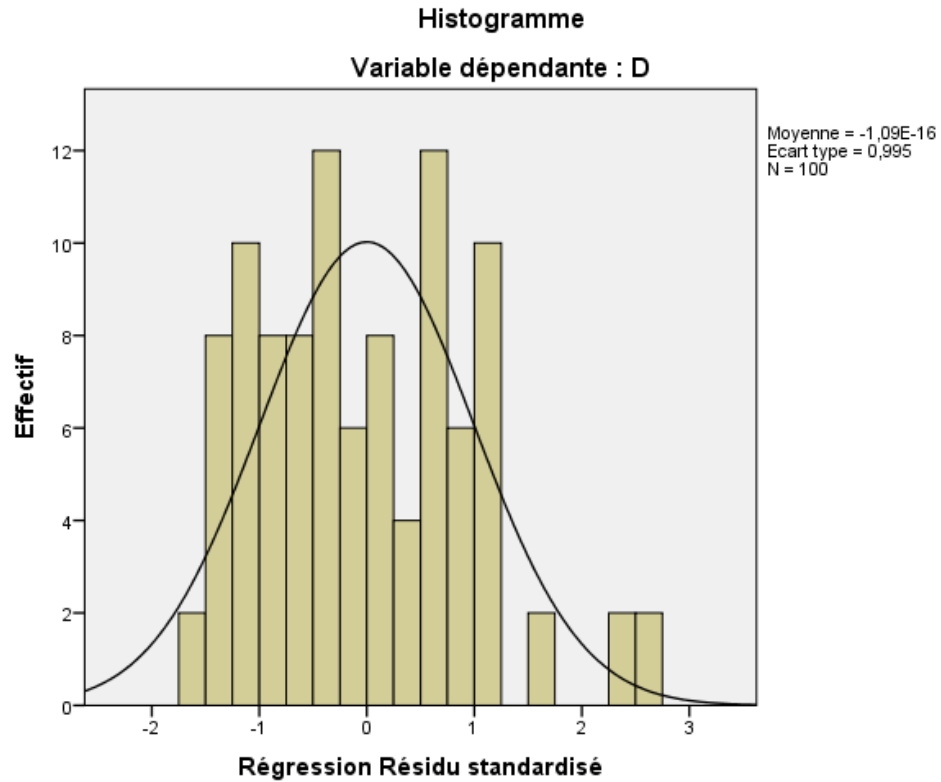
13	56	%56.0	44	%44.0
14	58	%58.0	42	%42.0
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية		
20.42	1.93	%100		

يتضح من خلال الجدول رقم (23) الذي يمثل نتائج إجابات الممرضين على استبيان اضطرابات النوم اين أظهرت أن الممرضين في المؤسسة الجوارية يعانون من اضطرابات النوم ، وهذا ما يؤكد (62.0%) من مجموع المستجوبين حول معاناتهم من صعوبات في النوم ، و (60.0%) منهم يحسون بعدم الرغبة في النوم ، كما اقر (62.0%) من مجموع الممرضين أنهم يعانون من النعاس المفرص أو نوبات من النعاس أثناء العمل ، فمجموع اجابات الممرضين حول هذه البنود و غيرها و بعد حساب المتوسط الحسابي الذي قدر ب (20.42) بانحراف معياري (1.93) .

فنستطيع القول بان هذه النسبة تظهر بان الممرضين يعانون من اضطرابات النوم ، وهذا راجع إلى طبيعة المهنة و ارغاماتها. ويمكن القول أن الفرضية الأولى تحققت.

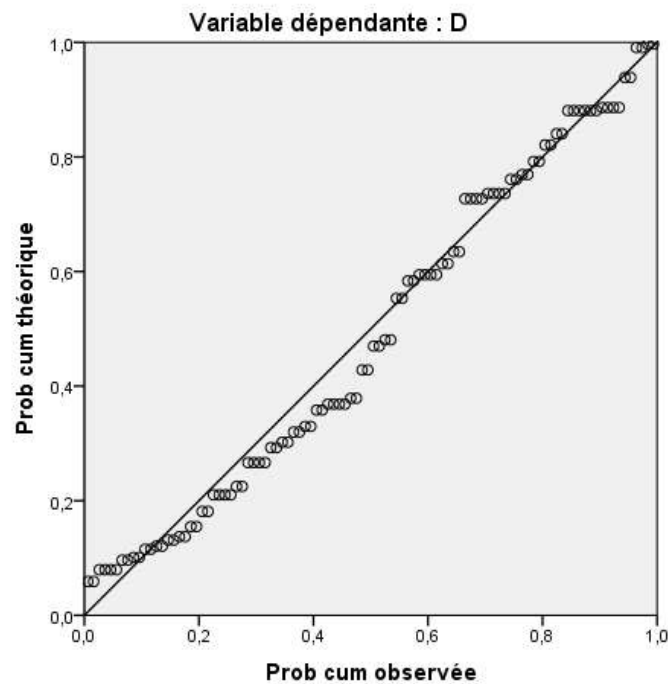
1-3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية حسب معامل الانحدار البسيط: التي مفادها تساهم اضطرابات النوم في التنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعزازقة.

و فيما يلي أشكال توضيحية لتوزيع اعتدالية البيانات و الذي يعتبر شرط من شروط معامل الانحدار.

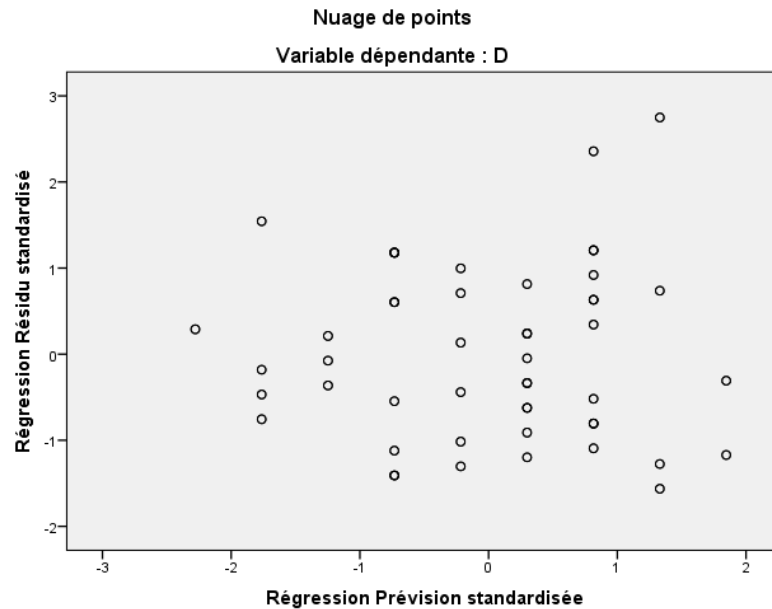


شكل رقم (08): اعتدالية توزيع البيانات

Diagramme gaussien P-P de régression de Résidu standardisé



شكل رقم (09): تجمع التكرارات المقدرة و التكرار المتوقع حول الخط



شكل رقم (10): توزيع البواقي.

يتضح من خلال الأشكال السابقة اعتدالية توزيع البواقي و تجمع البيانات حول الخط المستقيم و بالتالي فان البواقي تتبع التوزيع الطبيعي و هو من شروط صحة إجراء تحليل الانحدار.

جدول رقم (24): تحليل الانحدار الخطي البسيط لاضطرابات النوم و تأثيره على مستوى

القلق

مستوى الدلالة	ت		ف		الخطا المعياري	مربع معامل	معامل التحديد	معامل التحديد	النموذج
	T		F		للتقدير	الارتباط	R ²	R	
					R ²				
دالة	0.00	213.62	0.00	4.55	3.74	0.69	90.6	0.82	1

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن قيمة (ف) لنموذج الانحدار الخطي يساوي (213.6) بدلالة إحصائية (0.00) مما يدل على وجود دلالة إحصائية لنموذج الانحدار الخطي البسيط الذي تم توقيه بالمتغير القلق بدلالة اضطرابات النوم بدلالة إحصائية (0.10).

يتبين كذلك أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.82) وعند تربيعها أصبحت قيمة معامل التحديد تساوي (0.69) أي أن النموذج يفسر (69%) من التباين الكلي للمتغير التابع مستوى القلق.

وبعد تعديل أثر المتغير المستقل في النموذج أصبح المعدل يساوي (0.68) مما يعني أن النموذج يفسر (68%) من التباين الكلي للمتغير والباقي (32%) وعليه النموذج يفسر درجة متوسطة من التنبؤات.

ولمعرفة درجة مساهمات المتغير المستقل اضطرابات النوم في المتغير التابع مستوى القلق تم حساب معاملات بتا (Béta) المعيارية كما هو موضح في الجدول التالي:

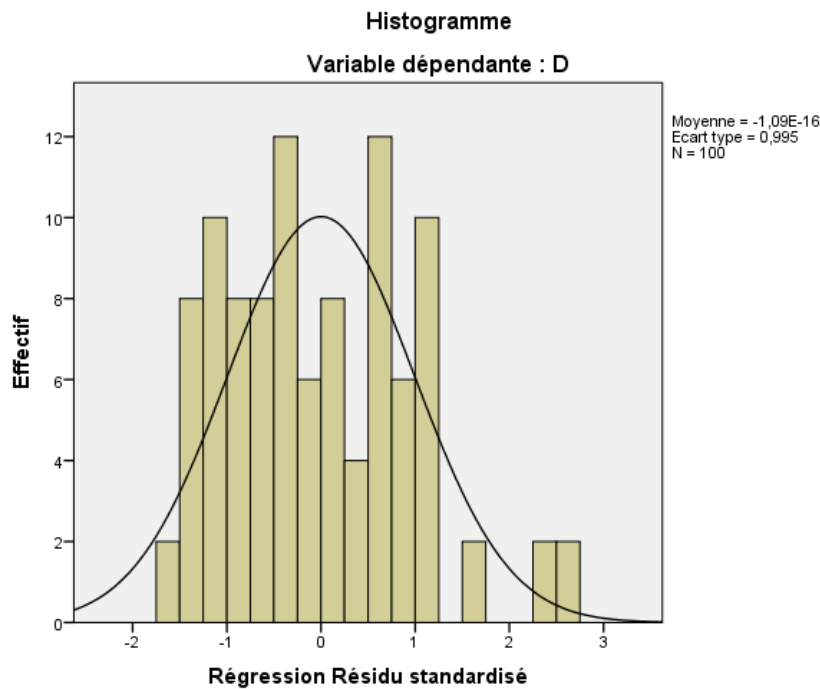
جدول رقم (25): معاملات بتا (Béta) لمساهمة اضطرابات النوم في التنبؤ بمستوى القلق

المعاملات غير العادية		المعاملات المعيارية		مستوى الدلالة	
المتغير المستقل	المتغير التابع	معامل B	الخطا المعيارية	Béta قيمة بتا	Sig مستوى الدلالة
اضطرابات النوم	القلق	2.63	3.69	0.82	0.00

يتضح من خلال الجدول رقم (26) أنه تساهم اضطرابات النوم بالتنبؤ بمستوى القلق وعليه الفرضية تحققت.

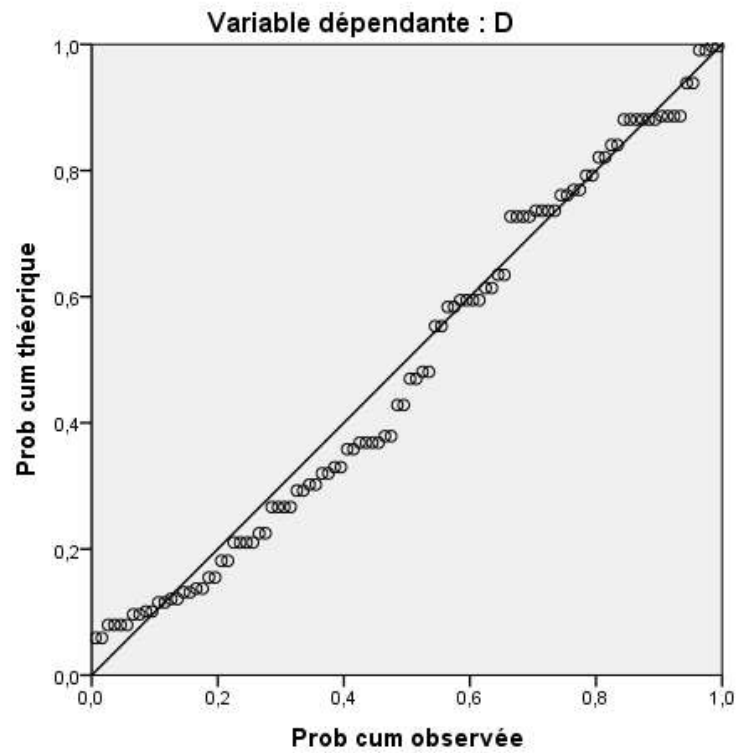
1-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة حسب معامل الانحدار البسيط: التي مفادها "تساهم شدة الأرق في التنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعزازقة.

و فيما يلي أشكال توضيحية لتوزيع اعتدالية البيانات والذي يعتبر شرط من شروط معامل الانحدار.

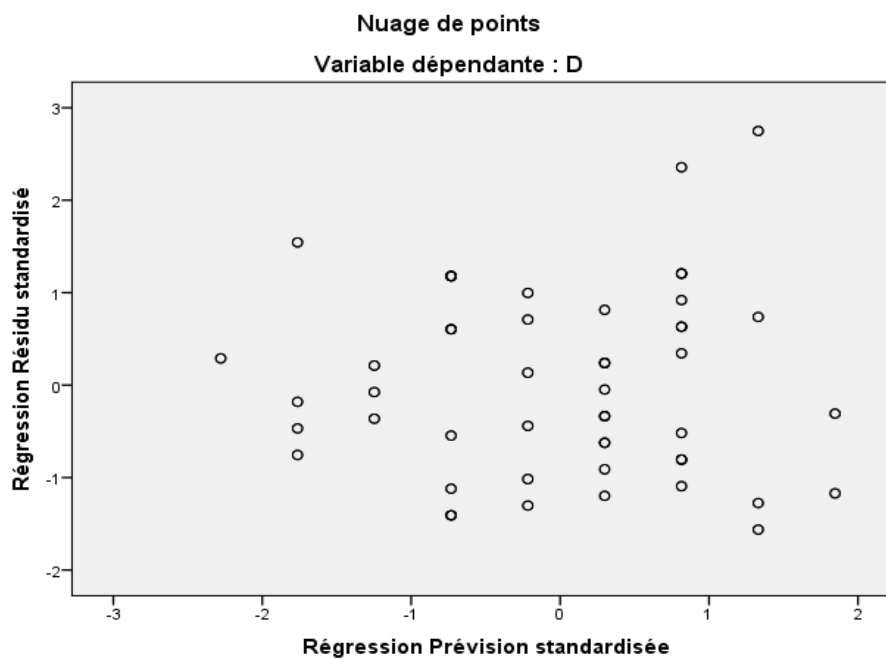


شكل رقم (11): اعتدالية توزيع البيانات

Diagramme gaussien P-P de régression de Résidu standardisé



شكل رقم (12): تجمع التكرارات المقدرة و التكرار المتوقع حول الخط



شكل رقم (13): توزيع البواقي

يتضح من خلال الأشكال السابقة اعتدالية توزيع البواقي وتجمع البيانات حول الخط المستقيم وبالتالي فإن البواقي تتبع التوزيع الطبيعي وهو من شروط صحة إجراء تحليل الانحدار.

جدول رقم (26): تحليل الانحدار الخطي البسيط لشدة الأرق وتأثيره على مستوى القلق

النموذج	معامل التحديد	معامل التحديد	مربع الارتباط	الخطا المعياري للتقدير	ت		ف		مستوى الدلالة
					R	R 2	Sig	F	
1	0.04	0.00	-0.00	6.19	18.73	0.00	0.17	0.67	غير دالة

يتضح من خلال الجدول رقم (27) أن قيمة (ف) لنموذج الانحدار الخطي يساوي (0.17) بدلالة احصائية (0.67) مما يدل على عدم وجود دلالة احصائية لنموذج الانحدار الخطي البسيط الذي تم توقيفه بالمتغير مستوى القلق بدلالة شدة الأرق بدلالة احصائية (0.67).
يتبين كذلك أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.04) وعند تربيعها أصبحت قيمة معامل التحديد تساوي (0.00) أي أن النموذج يفسر (0%) من التباين الكلي للمتغير التابع مستوى القلق.

وبعد تعديل أثر المتغير المستقل في النموذج أصبح المعدل يساوي (-0.00) مما يعني أن النموذج يفسر (0%) من التباين الكلي للمتغير والباقي (100%) وعليه النموذج يفسر درجة عالية جدا من التنبؤات.

ولمعرفة درجة مساهمات المتغير المستقل شدة الأرق في المتغير التابع مستوى القلق تم حساب معاملات بتا (Béta) المعيارية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (27): معاملات بتا (Béta) لمساهمة شدة الأرق في التنبؤ بمستوى القلق

المعاملات غير العادية		المعاملات المعيارية		مستوى الدلالة	
المتغير المستقل	المتغير التابع	معامل B	الخطا المعيارية	Béta قيمة بتا	Sig مستوى الدلالة
شدة الأرق	القلق	0.04	0.11	0.42	0.67
					0.05

يتضح من خلال الجدول رقم (28) انه لا يساهم شدة الأرق بالتنبؤ بمستوى القلق، من الفرضية لم تتحقق.

2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

بعد عرض النتائج الجدولة اعتمادا على مجموعة من الاساليب الاحصائية الوصفية والاستدلالية المناسبة مع معطيات البحث الحالي ، و بغرض تفسير نتائج البحث الميداني وإختبار الفرضيات وإعتمادا على معامل الانحدار البسيط لمعرفة مدى صدق التوقعات المعبر عنها من خلال كل فرضيات البحث . ومنه سنقوم بتحليل وتفسير النتائج كما يلي:

2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

توصلت الفرضية الأولى إلى "أن الممرضين يعانون من اضطرابات في النوم".

توصلت الفرضية الأولى إلى "أن الممرضين يعانون من اضطرابات في النوم".

ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن الممرضين العاملين في المناوبات الليلية خاصة فيما يتعلق باضطرابات النوم لدى هذه الفئة، إذ تعتبر اضطرابات النوم من المشكلات الصحية الخطيرة حيث تؤدي هذه المشكلة إلى ضعف نشاط الفرد أثناء النهار، وفقدانه للقدرة على التركيز وأداء وظائفه المهنية ضف إلى ذلك اعتلال صحته النفسية والجسدية نتيجة حرمانه الدائم من النوم ومعاناته من مختلف الأمراض النفسية، وبخاصة عند محاولة الفرد النوم لمرات متكررة ولا يستطيع ذلك ما يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية شديدة الارتباط باضطرابات النوم، كالأرق بسبب عدم العمل بوتيرة واحدة و نظام واحد محدد من بينها القلق والاكتئاب وشعور الفرد الدائم بالانزعاج والضيق والتوتر، ولعل أكبر دليل على ذلك لجوء أغلبية عمال المناوبات الليلية إلى تناول العقاقير والحبوب من أجل قضاء فترة من الراحة أثناء النوم، ولكن في حالة ما إذا حدث الإدمان على هذه العقاقير ينعكس ذلك بالسلب على صحة الفرد مما يؤدي إلى تفاقم اضطرابات النوم لديه، وتجدر الإشارة في هذا الصدد أنه بات من الضروري والمهم الاهتمام بالساعة البيولوجية، حيث تعتمد هذه الأخيرة للنوم وقتا معينا إذ أن معظم وظائف جسم الإنسان تكون نشيطة في الصباح للقيام بمختلف النشاطات

والأعمال، وتركز أو تخمد هذه الوظائف أثناء فترة الليل لتعويض الطاقة المستهلكة أثناء النهار، وعليه تعتبر اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين ليلا من المشكلات الصحية الصعبة التي تزعج الفرد عامة والفرد العامل خاصة، إذ تؤدي اضطرابات النوم إلى الحرمان من النوم وبالخصوص في ظل العمل الليلي والتناوبي أين تأخذ الساعة البيولوجية لجسم الإنسان منحى آخر وتكون معاكسة لنشاطها اليومي فيتعرض العاملون بجدول منوبات العمل الليلي لزيادة خطر الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية و الجسدية كرد فعل لاختلال الساعة البيولوجية فان إيقاع العمل يؤدي إلى تغيرات في الإيقاعات النموذجية للساعة البيولوجية، ومما هو معروف أن الإنسان يعمل في النهار ويخلد للنوم في الليل لتعويض الطاقة المستهلكة، لكن في ظل العمل الليلي يحدث عكس ذلك تماما أين يكون الفرد في نشاط و هو في حالة يقظة للقيام بمهامه في العمل، وفي ظل مهنة التمريض تكون مسؤولية الممرض أكبر والخوف من الوقوع في الأخطاء الطبية أو الغفوات المفاجئة من النوم نتيجة التعب والأرق الذي ينال من الممرض العامل في المناوبات الليلية، وكنتيجة للتعيب يمكن أن يعانون من مشكلة الإفراط في النوم والتي تعتبر من اضطرابات النوم الأكثر شيوعا إذ ينام الفرد بكثرة دون نيل قسطه من الراحة بعد التعب الذي يواجهه هذه الفئة العاملة، والتي تسببها الآثار التي تترتب عن الحرمان من النوم، وبالتالي تضائل مستويات الفرد العامل في أداء مهامه الاجتماعية والمهنية.

تتطابق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصلت إليه دراسة كل من (Dares, 2007) ودراسة شايب وآخرون (al & Chaib 2015)، بالإضافة إلى تطابقها مع دراسة الحربي (2001) التي أسفرت إلى أن العمل الليلي يؤدي إلى ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين في المؤسسة الإستشفائية. مع تشابهت مع نتائج دراسة بوديسة وردية (2020) التي توصلت إلى أن العمل الليلي يمارس انعكاسا أو تأثير في اضطرابات النوم لدى الممرضين، وتشابهت أيضا مع نتائج وجدت دراسة بوديسة، وردية وخلفان، رشيد

(2020) وقد توصلت إلى أن 49% من الممرضات المشاركات في الدراسة يعانون من اضطرابات النوم، حيث كانت الأعراض الأكثر شيوعاً هي الأرق والقلق وصعوبة التركيز. كما تشابهت مع نتائج دراسة بوديسة، وردية. (2021) التي وجدت دراسة أخرى أجريت في مستشفى المقاصد الخيرية في القدس عام 2021 أن 31% من الممرضين المشاركين في الدراسة يعانون من أعراض الأرق، كما وجدت أن الممرضين الذين يعملون مناوبات ليلية أكثر عرضة للإصابة بالأرق، وأيضاً تشابهت مع نتائج دراسة العلي وآخرون (2022) أجريت في جامعة أن 40% من الممرضين المشاركين في الدراسة يعانون من اضطرابات النوم، حيث كانت الأعراض الأكثر شيوعاً هي الأرق وصعوبة الاستغراق في النوم.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

توصلت الفرضية الثانية إلى أنه "تساهم اضطرابات النوم بالتنبؤ بمستوى القلق".

ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن الممرضين العاملين في المناوبات الليلية أو الساعات الغير نمطية يتعرضون للحوادث بشكل كبير نتيجة لفقدان التركيز الناتج عن عدم أخذ القسط الوافر من الراحة وكمية النوم التي يحتاجها الجسم لاستعادة النشاط بعد نهاية الدورية الليلية، بالإضافة إلى احتمال ظهور مشكلات أخرى مثل القلق تعود بتأثيرات سيئة على الحالة العامة للجسم، وبالتالي اختلال الساعة البيولوجية للفرد لأن الجسم مهياً للعمل خلال فترات الصباح وترتخي عضلاته أثناء الليل، وفيما يخص وضعية العمل ليلاً تختلف درجة التكيف مع هذا النوع من تنظيم العمل من فرد لآخر، حيث نجد اختلال في مواعيد النوم والاستيقاظ. وعليه على الفرد أن يأخذ القسط الوافر من الراحة حتى لا تتراكم ديون النوم لتعويض النقص في ساعات النوم الحق، فالحرمان من النوم يزيد من أخطار الإصابة بارتفاع مستويات القلق وبارتفاعه ستننتج مشاكل عويصة يصعب تشخيصها ومعالجتها فقد تتحول قلة النوم بد

ذاتها إلى مصدر للقلق و التوتر. فهناك عدد من الأسباب التي قد تفسر العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق. على سبيل المثال، قد يؤدي عدم الحصول على قسط كافٍ من النوم إلى زيادة مستويات الكورتيزول، وهو هرمون التوتر. وقد يؤدي ذلك بدوره إلى زيادة القلق والتهيج. بالإضافة إلى ذلك، قد يؤدي اضطرابات النوم إلى صعوبة في التركيز واتخاذ القرارات، مما قد يساهم في مشاعر القلق فالكائن البشري يستطيع تحمل الحرمان من الطعام لمدة معينة، بينما لا يمكنه الحرمان من النوم لمدة طويلة، حيث يلعب النوم دوراً أساسياً في استعادة النشاط و الحيوية للجسم فقد أوضح الباحثون أن الحرمان من النوم يسبب مقاومة الجسم لهرمون الأنسولين المنظم للسكر في الدم و يزيد من مستويات هرمون التوتر .

وجدت العديد من الدراسات العربية السابقة أن هناك علاقة بين اضطرابات النوم والقلق. كزيادة فترة اليقظة بصفة عامة و المعاناة من الفزع الليلي و الكوابيس و توقف التنفس و غيرها من الاضطرابات، على سبيل المثال، وجدت دراسة الغامدي وآخرون التي أجريت عام 2022 على عينة من طلاب جامعة الملك سعود في السعودية أن الطلاب الذين يعانون من اضطرابات النوم لديهم مستويات أعلى من القلق من أولئك الذين لا يعانون من اضطرابات النوم. كما وجدت دراسة خليفة وآخرون أجريت عام 2021 على عينة من مرضى الاكتئاب في مصر أن مرضى الاكتئاب الذين يعانون من اضطرابات النوم لديهم مستويات أعلى من القلق من أولئك الذين لا يعانون من اضطرابات النوم. كما تشابهت مع نتائج دراسة كمال الدين بوقرة، وزهرة بن عودة، وأحمد بوقرة (2020) التي أجريت على عينة من كبار السن في الجزائر أن كبار السن الذين يعانون من اضطرابات النوم لديهم مستويات أعلى من القلق من أولئك الذين لا يعانون من اضطرابات النوم. كما أشارت دراسة رحمانى وآخرون (2012) حول نتيجة أو تأثير العمل الليلي في اليقظة لدى الطاقم الطبي في الجزائر، شملت عينة الدراسة (103) طبيب مقيم في مستشفى سيدي بلعباس، وكانت نتيجة الدراسة ظهور التعب الراجع إلى سوء التعويض وديون النوم خصوصاً لدى الأطباء الذين يعملون

ليال وذلك بنسبة (78%) بالإضافة إلى معاناة الأطباء من صعوبة في التركيز والأرق الليلي وذلك بنسبة (65%) وكذا حالات الغضب والنرفزة وذلك بنسبة (38%) بالإضافة إلى انعدام فترات الراحة والأمن في العمل لدى هذه الشريحة وذلك بنسبة (93%) من الأطباء.

بينما اختلفت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (Wang et al, 2021) أجريت عام 2021 على عينة من البالغين وجدت أن اضطرابات النوم ترتبط بالقلق لدى الأشخاص الذين لديهم تاريخ من القلق، ولكن ليس لدى الأشخاص الذين ليس لديهم تاريخ من القلق. كما توصلت أيضا أن اضطرابات النوم لا ترتبط بالقلق.

2-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

توصلت الفرضية الثالثة إلى أنه "لا يساهم الأرق بالتنبؤ بمستوى القلق".

ومن خلال ذلك نجد أن اضطرابات النوم تشمل على الأرق أو النوم لساعات طويلة ومتواصلة دون الإحساس بالراحة أو استعادة النشاط، ويعتبر طول ساعات العمل والعمل في دوريات متغيرة وبوتيرة عمل عالية يؤدي في كثير من الأحيان إلى خطر ظهور الأرق هذا ما يؤثر على أداء الفرد لعمله، والجدير بالذكر أن معظم عمال المناوبات الليلية يستهلكون بشكل مفرط الكافيين والنيكوتين ومما هو معروف أن القهوة والشاي إلى غير ذلك من المشروبات التي تحتوي على مادة الكافيين و تعتبر من المواد المنبهة التي يستهلكها العامل ليلا عادة للحفاظ على نفس الدرجة من اليقظة أثناء المناوبة الليلية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الممرضين الذين يتبنون استراتيجيات تركز على المشكلة وإيجاد حلول لها هم أكثر قدرة على حل هذه المشكلات والتصدي لمختلف الأزمات المحيطة، وأنهم يتعاملون مع المشكلة أو الأزمة ويقدمون الحلول لمواجهةها، من خلال جمع معلومات حول المشكلة، حيث يواجهون المشكلة أو الضغوطات الموجودة ويحاولون القيام بشيء حيالها وبالتالي

يتخلصون بشكل غير مباشر من مشاعرهم السلبية، مما يعكس لديهم روح الأمل والتفاؤل، وينظرون إلى الأزمات المستقبلية نظرة إيجابية بمزيد من العمل والمثابرة والحفاظ على البيئة من التلوث، ووضع الخطط البناءة لتحقيق المزيد من الدعم لنصرة البيئة، وبالتالي يقل لديهم القلق والتوتر بشأن الأزمات الحالية والمستقبلية. وبالرغم من أنه قد يمتلكهم بعض القلق إلا أنه يكون مصحوبا بتقديم المساعدة والعون، والحرص على الوقوف يدا من أجل إيجاد حلول لهذه الأزمات.

تشابهت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (حمد إبراهيم، إيمان أحمد، هبة الله محمد، 2021) التي أجريت على عينة من طلاب الجامعة في مصر، أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين القلق وقلة النوم. حيث أظهرت النتائج أن الطلاب الذين يعانون من القلق أكثر عرضة للإبلاغ عن قلة النوم من الطلاب الذين لا يعانون من القلق. كما وجدت دراسة عربية أخرى للباحثين (عبد الله العنزي، عبد العزيز الرشيد، محمد العصيمي، 2020)، أجريت على عينة من مرضى القلق في السعودية، أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين القلق وقلة النوم. حيث أظهرت النتائج أن مرضى القلق الذين يعانون من قلة النوم أكثر عرضة للإصابة بأعراض القلق الشديد، كما تشابهت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (Aismt, 2013) وحول الأخطار التي يمارسها العمل الليلي على صحة العامل أشار إلى أن العمل الليلي يؤدي إلى اضطرابات جدول النوم/ يقظة، بالإضافة إلى ظهور الضغوط والتعب المزمن، القلق، الاكتئاب إلى درجة أن العامل ليلاً يصل إلى تناول الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب.

3- الاستنتاج العام:

بدأت الدراسة كمحاولة لفهم تأثير اضطرابات النوم على ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في عزازقة.

تعد اضطرابات النوم واحدة من بين أكثر الاضطرابات النفسية التي بدأت تنتشر في عصرنا الحالي ، وهذا يؤكد أن لعالمنا دورة تشبه الليل و النهار مدتها(24ساعة) وأجسامنا تتوافق بيولوجيا مع هذا التوقيت، ففي وقت متأخر من الليل وفي ساعات الصباح الأولى تكون درجة حرارة الجسم في أدنى مستوى لها، سواء كاف الفرد نائماً أو. مستيقظا ويكون النشاط العقلي في ادني مستوياته ثم تتزايد مره أخرى مع قدوم الفجر. والنوم جزء ضروري من هذا التوافق، والوقت الطبيعي هو ذلك الجزء من الليل الذي يبلغ فيه كل النشاطات الحيوية أدنى نقطة في ذروتها(نشاطها). و الأفراد الذين يبقون مستيقظين أثناء الليل يتجاهلون ساعتهم الداخلية العامة (الساعة البيولوجية) في أجسامهم يجدون صعوبة في أن يظلون مستيقظين من اجل العمل فينتج عن ذلك نقص في أدائهم و الشعور بالضغط و القلق لان جسم الإنسان مهياً بيولوجيا للنوم في الليل و اليقظة في النهار .

توصلت الدراسة أن هذا التنظيم للعمل عكس سلباً على الممرضين، ومن أهم الآثار السلبية له هي اضطرابات النوم. وهذا يجعل الساعة البيولوجية للفرد له دور أساسي في الحفاظ على صحته العامة والنفسية، وأغلبها يؤثر على الصحة ويتسبب الأمراض.و قد تؤدي اضطرابات النوم إلى ضعف نشاط الفرد، و فقدانه للقدرة على التركيز و أداء وظائفه المهنية ضف إلى ذلك اعتلال صحته النفسية و الجسدية نتيجة حرمانه الدائم من النوم و هذا ما يخلق عدة اضطرابات لدي الممرضين، كما أن شدة الأرق لدى الممرضين تساهم بشكل ملحوظ في زيادة مستويات الضغط و القلق لديهم .لذلك،يجب أن يكون هناك اهتمام خاص بالعاملين الليليين واتخاذ الاحتياطات الصحية اللازمة للحفاظ على صحتهم.

بالإضافة إلى ذلك، يجب تقديم الدعم الاجتماعي لهؤلاء العاملين. ومع ذلك، يمكن أن يكون من الصعب تحقيق ذلك في بعض المؤسسات التي تعتمد على العمل الليلي كجزء من سياستها لضمان استمراريتها.

وعليه توصلت دراستنا إلى النتائج التالية:

- أن الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة يعانون من اضطرابات في النوم.

- تساهم اضطرابات النوم بالتنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة.

- لا يساهم الأرق بالتنبؤ بمستوى القلق لدى الممرضين العاملين في المؤسسة العمومية في الصحة الجوارية لعزازقة.

الاقتراحات :

على ضوء النتائج المتحصل عليها يمكن تقديم الإقتراحات التالية:

- يمكن إجراء دراسة أكبر حجمًا لتشمل عددًا أكبر من الممرضين من مختلف المؤسسات الصحية.
- يمكن استخدام أدوات قياس أكثر دقة لتقييم اضطرابات النوم والقلق.
- يمكن دراسة العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق على المدى الطويل.
- يمكن دراسة تأثير اضطرابات النوم والقلق على جودة عمل الممرضين ورعاية المرضى.
- اقتراح إنشاء برنامج علاجي نفسي من أجل التكفل بالممرضين الذين يعانون من اضطرابات النوم و القلق.
- وضع حملات تحسيسية يمكن الاطلاع من خلالها على آراء الممرضين و هذا ما يمكن من تغيير أو الإبقاء على هذا الأسلوب.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1-المراجع باللغة العربية:

1- الكتب:

1. أحمد عكاشة (2001). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية
2. احمد عكاشة ، طارق عكاشة 2010 : الطب النفسي المعاصر ؛ ط 15 مكتبة الانجلو المصرية .
3. أنس شكشك (2009) . القلق رهاب العصر . دار الكتاب العربي ،بيروت - لبنان .
تأليف موشي زيدنر - جيرالد ماثيوس . ترجمة أ.د. معتز سيد عبد الله - أ.د. الحسين
4. الخالدي ، أديب (2006) مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج ، عمان : دار وائل للنشر والتوزيع.
5. الشربيني ، احمد (1994) الأرق واهم علاج وأحداث الدراسات عن النوم والأحلام ومشكلة الأرق .القاهرة : مكتبة ابن سينا.
6. زعتر نور الدين (2010) . القلق ، سلسلة الأمراض النفسية، الطبعة الأولى.
7. ستيفن ديبلو، راسل فوستر 2012 : ترجمة نهى بهمن 2015 ;النوم مدة قصيرة جدا
موسسة الهنداوي للنشر و الطباعة .
8. عبد العلي الجسماني (1999) : العناية بالعقل و النفس ، ط1 بيروت .
9. عكاشة ، احمد (1993) علم النفس الفسيولوجي ، الطبعة الثامنة ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
10. عكاشة ، احمد (1993) علم النفس الفسيولوجي ، الطبعة الثامنة ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
11. عكاشة ، احمد (1998) الطب النفسي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

12. فاروق السيد عثمان (2001) . القلق و إدارة الضغوط النفسية ، الطبعة الأولى. دار الفكر العربي. القاهرة.
13. كمال ، طارق (2005) الصحة النفسية للأسرة ، الإسكندرية : مؤسسات شباب الجامعة.
14. مجدي محمد الدوسوقي (2006) : اضطرابات النوم (الاسباب ، التشخيص ، الوقاية و العلاج ; ط1 مكتبة الانجلو المصرية .
15. محمد حسن غانم (2006) : الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية (الوبائيات ، التعريف ، محاكات التشخيص ، الاسباب ,العلاج) ط1 مكتبة الانجلو المصرية .
16. محمد عثمان نجاتي (1977) . ترجمة كتاب سيجمند فرويد، الكف و العرض و القلق، الطبعة الرابعة، دار الشروق ، القاهرة .
17. محمد عبد المنعم (2016) ، القلق، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الأداب - الكويت

2- الرسائل والاطروحات الجامعية:

1. اميمة مبارك فصل الله المسماري (2012) : اضطرابات النوم و علاقتها لقلق السمة لدى طلاب جامعة بنغازي دراسة لاستكمال متطلبات درجة الاجازة العليا ماجستير .
2. أوشن نادية (2015) . التوجيه الجامعي و علاقته بتقدير الذات و قلق المستقبل المهني للطلاب في ضوء بعض المتغيرات، دراسة ميدانية بجامعة الحاج لخضر باتنة، مذكرو ماجستير في علوم التربية ، جامعة الحاج لخضر، باتنة
3. بركاني فاطمة الزهراء (2016) . القلق و الاستجابة الإكتئابية لدى المرأة المستأصلة الرحم، دراسة عيادية لأربع حالات بالمؤسسة العمومية ابن سينا بفرندة، مذكرة ماستر، في علم النفس العيادي ، جامعة ابن خلدون، تيارت.
4. بن حامد ليلي (2020) . أساليب المعاملة الوالدية و علاقتها بالقلق لدى المراهقين المتمدرسين، دراسة ميدانية على عينة من التلاميذ متوسطة الفارابي، مقارين، مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

5. بن درف ابراهيم (2017) . الخصائص السيكومترية لمقياس سبيلبرجر (سمة القلق و حالة القلق) الصورة (ي) لدى عينة من تلاميذ التعليم الثانوي بمدينة مستغانم، مذكرو الماجستير في علم النفس ، جامعة وهران 2.
6. بن رجيل محمد (2009) : الثقل الفكري في العمل التناوبي (دراسة مقارنة بين العمل النهاري و العمل الليلي) .
7. بن عبد الله فوزية (2014) . اضطراب القلق العام، كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية ، جامعة سطيف 2.
8. بنصورة عبد المالك (2021) . أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين مفهوم الذات و تخفيض القلق الإكتئاب لذوي الإعاقات الحركية، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة محمد بن أحمد، وهران 2 .
9. بوديسة وردية ؛خلفان رشيد (2020) :الانعكاسات النفسية و الفيزيولوجية للعمل اليالي على الممرضين دراسة ميدانية في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد تيزي وزو ؛ اطروحة الدكتوراه في علم النفس عمل و تنظيم جامعة الجزائر 2.
10. بوديسة وردية 2019 :العمل اليالي و ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين دراسة ميدانية في احدى مؤسسات استشفائية بتزي وزو .
11. تومي نصيرة (2021) .مظاهر القلق لدى الطفل المتعرض للتحرش الجنسي.دراسة عيادية لحالتين في مدينة بسكرة، مذكرة ماستر تخصص علم النفس العيادي،جامعة محمد خيضر، بسكرة.
12. جيهان راحم. (2021). فاعلية تقنية الاسترخاء في تخفيف القلق لدى مرضى السيکوسوماتیک ، دراسة ميدانية لحالتين ، مذكرة ماستر، في علم النفس العيادي جامعة العربي بن مهدي أم البواقي.
13. حميدة ايمان (2020) القلق و الضغط النفسي لدى ممرضين مصلحة الاستعجلات في ظل جائحة كورونا كوفيد 19, .

14. رزقي منى (2019) . القلق كحالة و سمة لدى أطباء الاستعجالات المختصين في التخدير و الإنعاش، مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعو 8 ماي 1995، قالمة.
15. زهير علو (2014)، مصادر الضغط المهني وعلاقتها بالسلوك العدواني لدى اساتذة التعليم المتوسط، مذكرة ماجستير، جامعة تيزي وزو.
16. سايل حدة ,بلمهوب كلثوم,قلاتي لمياء (2017) :تسير الضغط النفسي لدى ممرضي مصلحة جراحة القلب ; دراسة حالة جامعة الجزائر 2 .
17. شايع فاطم الزهراء , شلابي نادية (2018) : اضطرابات النوم و علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين مذكرة ماستر جامعة اكلي محند اولحاج بويرة.
18. شراد فضيلة, سلامي فاطمة(2015) : اضطرابات النوم لدى المقبلين على شهادة البكالوريا ; مذكرة لنيل شهادة الماستر جامعة ابن خلدون.
19. صابري سحنونة (2015). الإسترخاء و أثره علا خفض القلق لدى الزوجة العاملة، مذكرة ماستر كلية العلوم الاجتماعية، جامعة محمد بن احمد، وهران 2 .
20. عائشة الشريف , جميلة حرمة (2020) : ادمان الفايسبوك و علاقته باضطرابات النوم لدى الطالب الجامعي مذكرة لنيل شهادة ماستر بجامعة احمد دارية ادرار .
21. عزروق البتول (2020) : ادمان الانترنت و علاقتها باضطرابات النوم لدى الطلبة الجامعيين ,مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس.
22. عميرات أسية (2021) . مسببات القلق النفسي لدى الأطباء و الممرضين العاملين بمصلحة كوفيد 19 ، دراسة ميدانية بمستشفى محمد الصديق بن يحي، مذكرة ماستر في علوم التربية ، جامعة محمد الصديق بن يحي. جيجل .
23. لعريط بشير (2007) . الانعكاسات النفسية و السلوكية لنظام العمل بالمناوبة ، دراسة ميدانية بمركب المواد البلاستيكية بسكيكدة، أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة منتوري، قسنطينة.
24. مانع كريمة (2020) . إستراتيجية مواجهة القلق لدى الأطفال القاطنين بالعمارات في ظل جائحة كورونا ، دراسة عيادية لثلاثة حالات بولاية سكيكدة،جامعة محمد خيضر، بسكرة.

25. مختاري سيليا عجو دليلة (2020): اضطرابات النوم و علاقتها بالاكتئات لدى المراهقين المقبلين على اجتياز شهادة البكالوريا مذكرة ماستر في علم النفس العيادي جامعة اكلي محند ولحاج البويرة.
26. منار خالدي (2020) : مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض في ظل ازمة كورونا (كوفيد19) مذكرة لنيل شهادة ماستر جامعة بسكرة .
27. منيا سميح مصطفى حماد (2012) . القلق و ضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الإجهاض المتكرر. مذكرة الماجستير في الإرشاد النفسي، الجامعة الإسلامية، غزة .
28. يحي عبد الجواد درويش جودة (2003) : اطروحة لاستكمال متطلبات درجة الماجستير في الصحة العامة بكلية الدراسات العليا جامعة نابلس فلسطين .

3- المجلات:

1. ابراهيم علي النيال ; د- مایسة احمد النیال (1993) : مشكلات النوم و علاقتها ببعض اضطرابات الانفعالية دراسة امبريقية لدى عينة من طالبات جامعة قطر ; مجلة مركز البحوث التربوية التربوية بجامعة قطر .
2. أحمد بن محمد بن عبد الله الغامدي، وعبد الله بن محمد بن عبد الله آل مبارك، وصالح بن عبد الله بن صالح الغامدي(2002) : العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق لدى طلاب جامعة الملك سعود في السعودية ;مجلة الصحة النفسية، المجلد 16، العدد 3،
3. احمد عبد الخالق (2018) : اضطرابات النوم و علاقتها بالقلق و الاكتئاب ; دراسة تنبؤية , جامعة الكويت .
4. انور البنا (2007): المواقف الحياتية الطاغية و علاقتها باضطرابات النوم و اليقظة لدى طلبة جامعة الاقصى ; مجلة الجامعة الاسلامية ,المجلد السادس عشر .

5. إيمان أحمد محمد خليفة، ومنى محمد أحمد بدوي، ومحمد عبد الغفار: (2021) محمد العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق لدى مرضى الاكتئاب في مصر: مجلة العلوم النفسية، المجلد 24، العدد 3،
6. عبد الله العنزي، عبد العزيز الرشيد، محمد العصيمي، (2020). "علاقة القلق بقلة النوم لدى مرضى القلق". المؤلفون: . المجلة السعودية للطب النفسي، المجلد 27، العدد 4، صفحات 169-176
- محمد إبراهيم، إيمان أحمد، هبة الله محمد. (2021). "علاقة القلق بقلة النوم لدى طلاب الجامعة". المجلة المصرية للطب النفسي، المجلد 38، العدد 3، صفحات 163-170.
7. رضوان علي محمد ابو خريص (2008) : علاقة قلق الامتحان باضطرابات النوم و الصراع النفسي لدى طلبة المرحلة الجامعية , دراسة ميدانية استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الاجازة العالية الماجستير .
8. عبدوني عبد الحميد ساعد صباح سايمة سايجي(2010) : العمل اليالي و دوره في ظهور بعض اضطرابات النوم (الأرق فرط النوم اضطرابات جدول النوم بو اليقظة) لدى عمال الورديات الليلية مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية .
9. علي محمود كاظم (2014) : قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الإعدادية ; مجلة كلية التربية الاساسية جامعة بابل.
10. العلي، خالد محمد وعبدالله، محمد عبدالرحمن وعبدالله، نورة عبدالله. (2022). اضطرابات النوم لدى الممرضين في المستشفيات الحكومية في دولة الكويت. مجلة العلوم الطبية. 29(1)، 1-10.
11. كمال الدين بوقرة، وزهرة بن عودة، وأحمد بوقرة العلاقة بين اضطرابات النوم والقلق لدى كبار السن في الجزائر ;مجلة العلوم النفسية، المجلد 23، العدد 3، 2.
12. النجار يحيى محمود (2015) : قلق المستقبل و علاقته بالتوجه نحو الحياة لدى الممرضين و الممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات قطاع غزة دراسة ميدانية ; مجلة البحوث التربوية و النفسية غزة .

II - المراجع باللغة الأجنبية:

1. curtis,d (2007) : Medical dectionaey ; health and Medecine - encyclopedia, university of phonix sharing and distributing usa.
2. Wang, L., Zhang, Y., Chen, Y., Liu, J., & Wang, T. (2021). Sleep quality as a risk factor for anxiety : a prospective study of middle-aged and older adults. study of middle-aged and older adults. Sleep Medicine, 70, 15-23.

الملاحق

الملحق رقم (01)

الاستبيان في صورته النهائية

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص : عمل و تنظيم و تسير الموارد البشرية

استبيان البحث

في إطار إنجازنا لمذكرة ماستر و تحت عنوان : "أثر اضطرابات النوم في ظهور القلق لدى الممرضين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لغزاقة L'EPSP" يسرنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يحتوي على مجموعة من الأسئلة لذا نرجو منكم التفضل بالإجابة على الأسئلة الواردة بهذه الاستمارة بدقة وموضوعية. يضمن لكم الباحث سرية المعلومات المقدمة و التي لن تستخدم إلا في إطار هذه الدراسة. يرجى الإجابة بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة.

المحور الأول: البيانات الشخصية

1- الجنس:

☐

أنثى

☐

ذكر

2- السن:

☐

- أكثر من 30 سنة

☐

- من 25 إلى 30 سنة

☐

- أقل من 25 سنة

3 - الأقدمية في العمل :

☐

- من 6 إلى 10 سنوات

☐

- من سنة إلى 5 سنوات

☐

- 17 سنة و أكثر

☐

- من 11 إلى 16 سنة

4 الحالة العائلية:

☐

- متزوج / متزوجة

☐

- أعزب / عزباء

☐

- أرمل / أرملة

☐

- مطلق / مطلقة

5- المؤهل العلمي:

- مستوى ثانوي

- مستوى جامعي

ثانياً: تقييم النوم في استبيان "EPWORTH"

فيما يلي بعض المواقف الشائعة نسبياً حيث نطلب منك تحديد فرص النوم والمواقف قد تشعر فيه بالنعاس. كما إذا لم تكن في إحدى هذه الحالات مؤخراً، فحاول تخيل كيف يمكن أن تؤثر عليك هذه الحالة.

- استخدم النموذج التالي عن طريق وضع دائرة حول الرقم الأنسب لكل موقف.

0 لا توجد فرصة للنوم

1 فرصة منخفضة للنوم

2 فرصة متوسطة للنوم

3 فرصة كبيرة للنوم

الموقف	إمكانية النوم
جالس و أقرأ	0 1 2 3
أثناء مشاهدة التلفاز	0 1 2 3
جالس بدون حركة في مكان عام (محطة حافلات)	0 1 2 3
أثناء ركوب سيارة أو حافلة بدون توقف لمدة ساعة	0 1 2 3
مستلقياً بعد الظهر عندما تسمح الظروف بذلك	0 1 2 3
جالس و تتحدث مع شخص ما	0 1 2 3
جالس بعد وجبة غذاء دون كحول	0 1 2 3
داخل سيارة متوقفة لبضعة دقائق	0 1 2 3

ثالثاً: اضطرابات النوم

يشير الاستبيان في مجمل هذه الاضطرابات التي تزعجك والمتكررة: (اقرأ كل عبارة جيداً ثم ضع علامة (x) أماما الخانة التي تراها مناسبة).

العبارة	نعم	لا
تعاني من صعوبة في النوم.		
تستيقظ في منتصف الليل.		
تستيقظ مبكراً.		

		تحس بعدم الرغبة في النوم.
		لديك اضطراب في لتنفس.
		تشخر أو تتنفس بصوت عال أثناء النوم.
		لاحظ أفراد عائلتك أو محيطك انقطاعا لتنفس أثناء نومك.
		تعاني من النعاس المفرط أو نوبات من النعاس.
		تأخذ قيلولة أكثر من مرتين في الأسبوع.
		تشعر بالإزعاج من الحاجة لمقاومة الرغبة في النوم خلال النهار.
		حدث وأن أحسست بالرغبة في النوم أثناء القيادة.
		لديك جداول نوم مضطربة.
		لا تنام في الليل لكي تنام فيا لصباح وبعد الظهر.
		تعاني من اضطرابات أخرى كالكوابيس و المشي أثناء النوم.

رابعاً: مؤشر شدة الأرق

أبداً	أحياناً	دائماً	العبارة
			تواجه صعوبة في النوم.
			تواجه صعوبة فيا لاستيقاظ المبكر في الصباح.
			تعتقد أن صعوبات نومك تؤثر على أدائك اليومي.
			تشعر أحياناً وكأنك تختنق أثناء النوم.
			تتحرك كثيراً أثناء النوم.
			تستيقظ أكثر من مرتين للتبول أثناء الليل.
			تعاني من ارتداد حمض المعدة إلى الحلق عند النوم.
			لديك تعرق ليلي.
			تعاني من الصداع عندما تستيقظ.
			يزعجك السعال الليلي.
			تشعر بألم يوقظك أو يمنحك من النوم.
			هل لديك أحاسيس مزعجة أو مؤلمة في ساقيك (وأحياناً ذراعيك)
			لديك انطباع أحياناً أنك تسمع وتحس أشياء غير موجودة (كما في الحلم) وكابوس اليقظة (في وقت النوم أو عندما تتعب في اليوم)
			تشعر أحياناً أنك "مشلول" عندما اتستيقظ من نومك أو عندما تكون نائماً.
			يجب عليك ضبط العديد من المنبهات للاستيقاظ فيا لصباح.

خامساً : مقياس القلق (مقياس تايلور)

لا	نعم	العبارة
		أنا لا أتعب بسرعة.
		تصبني نوبات من الغثيان
		أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.
		كثيراً ما أصاب بصدا ع .

		أعمل تحت ضغط كبير.
		لا أستطيع التركيز على شيء واحد.
		أنا قلق بشأن المال والأعمال.
		كثيراً ما ألاحظ أن يدي ترتجف عندما أحاول القيام بشيء ما.
		أحمر خجلاً أكثر من الآخرين.
		أعاني من الإسهال مرة في الشهر أو أكثر.
		أنا قلق بشأن المصائب المحتملة .
		أنا عملياً لا أستحي أبداً.
		أخشى في كثير من الأحيان أنني سأحمر خجلاً
		تنتابني كوابيس كل بضع ليالٍ.
		عادة ما تكون يدي وقدمي دافئة بدرجة كافية.
		أتعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.
		أحياناً عندما أشعر بالحرج ، أتصيب عرقاً وهذا ما يزعجني كثيراً.
		نادراً ما ألاحظ قلبي ينبض و نادراً ما أعاني من ضيق في التنفس.
		أشعر بالجوع طوال الوقت تقريباً.
		نادراً ما أعاني من الإمساك.
		لدي متاعب كثيرة في معدتي.
		مررت بفترات فقدت فيها النوم بسبب القلق.
		نومي متقطع ومضطرب.
		أحلم كثيراً بالأشياء التي من الأفضل الاحتفاظ بها في نفسي.
		أنا محرج بسهولة.
		أنا أكثر حساسية من الآخرين.
		كثيراً ما أجد نفسي قلقاً بشأن شيء ما.
		أتمنى أن أكون سعيداً مثل الآخرين.
		عادة ما أكون هادئاً ولا أشعر بالضيق بسهولة .
		أبكي بسهولة.
		أشعر بالقلق حيال شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريباً .
		أنا سعيد في معظم الأوقات .
		يجعلني الانتظار متوتراً.
		أعاني فترات من القلق الشديد لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً على كرسي.
		أحياناً أصبح متحمساً لدرجة أنني أجد صعوبة في النوم.
		لقد شعرت أحياناً أن الصعوبات كانت تتراكم بشكل كبير لدرجة أنني لم أستطع التغلب عليها.
		يجب أن أعترف أنني كنت في بعض الأحيان قلق إلى درجة كبيرة حول شيء غير مهم.
		لدي مخاوف قليلة جداً مقارنة بأصدقائي.
		كنت خائف من الأشياء أو الأشخاص الذين أعرف أنهم لن يؤذوني.
		أنا بالتأكيد سقطت بلا فائدة في بعض الأحيان.
		أجد صعوبة في التركيز على مهمة أو وظيفة.
		أنا عادة خجول.
		أنا أميل إلى التعامل مع الأمور بجد.
		أنا شخص متوتر.
		الحياة ضغوط ومضايقات بالنسبة لي في معظم الوقت.

		في بعض الأحيان أعتقد أنني لست جيدًا على الإطلاق.
		أنا بالتأكيد أفتقر إلى الثقة بالنفس.
		كثيرا أشعر بأنني سوف انفجر من الضيق و الضجر.
		أتأثر كثيرا بالأحداث.

الملحق رقم (02)

نتائج الدراسة

تقييم الإضطرابات

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,807	14

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,753
		Nombre d'éléments	7 ^a
	Partie 2	Valeur	,801 ^b
		Nombre d'éléments	7 ^c
	Nombre total d'éléments		14
Corrélation entre les sous-échelles			,799
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,918
	Longueur inégale		,918
Coefficient de Guttman split-half			,914

a. Les éléments sont : B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7.

b. La valeur est négative en raison d'une covariance moyenne négative parmi les éléments. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Vous pouvez vérifier les codages des éléments.

c. Les éléments sont : B8, B9, B10, B11, B12, B13, B14.

تقييم شدة الأرق

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,944	15

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,804
		Nombre d'éléments	8 ^a
	Partie 2	Valeur	,780
		Nombre d'éléments	7 ^b
		Nombre total d'éléments	15
Corrélation entre les sous-échelles			,904
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,995
	Longueur inégale		,995
Coefficient de Guttman split-half			,994

a. Les éléments sont : C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8.

b. Les éléments sont : C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15.

القلق

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,742	49

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,416
		Nombre d'éléments	25 ^a
	Partie 2	Valeur	,596
		Nombre d'éléments	24 ^b
		Nombre total d'éléments	49
Corrélation entre les sous-échelles			,851
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,919
	Longueur inégale		,919
Coefficient de Guttman split-half			,915

a. Les éléments sont : D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14, D15, D16, D17, D18, D19, D20, D21, D22, D23, D24, D25.

b. Les éléments sont : D25, D26, D27, D28, D29, D30, D31, D32, D33, D34, D35, D36, D37, D38, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48, D49.

Statistiques

		sex	age	enciente	etaticvile	niveau
N	Valide	100	100	100	100	100
	Manquante	0	0	0	0	0

Tableau de fréquences

sex

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	homme	40	40,0	40,0	40,0
	femme	60	60,0	60,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

age

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	moins de 25 ans	21	21,0	21,0	21,0
	entre 25 ans et 30 ans	32	32,0	32,0	53,0
	plus de 30 ans	47	47,0	47,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

enciente

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	entre 1 ans et 5 ans	33	33,0	33,0	33,0
	entre 6 ans et 10 ans	52	52,0	52,0	85,0
	entre 11 et 16 ans	15	15,0	15,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

etatcivile

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	celibataire	21	21,0	21,0	21,0
	marie	53	53,0	53,0	74,0
	divorcée	26	26,0	26,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

niveau

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	universitaire	87	87,0	87,0	87,0
	licencié	13	13,0	13,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Statistiques

		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8
N	Valide	100	100	100	100	100	100	100	100
	Manquante	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau de fréquences

A1

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	لا توجد	39	39,0	39,0	39,0
	فرصة منخفضة	18	18,0	18,0	57,0
	فرصة متوسطة	16	16,0	16,0	73,0
	فرصة كبيرة	27	27,0	27,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

A2

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	لا توجد	17	17,0	17,0	17,0
	فرصة منخفضة	16	16,0	16,0	33,0
	فرصة متوسطة	22	22,0	22,0	55,0
	فرصة كبيرة	45	45,0	45,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

A3

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	لا توجد	53	53,0	53,0	53,0
	فرصة منخفضة	11	11,0	11,0	64,0
	فرصة متوسطة	15	15,0	15,0	79,0
	فرصة كبيرة	21	21,0	21,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

A4

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	لا توجد	15	15,0	15,0	15,0
	فرصة منخفضة	15	15,0	15,0	30,0
	فرصة متوسطة	26	26,0	26,0	56,0
	فرصة كبيرة	44	44,0	44,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

A5

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	لا توجد	8	8,0	8,0	8,0
	فرصة منخفضة	10	10,0	10,0	18,0
	فرصة متوسطة	21	21,0	21,0	39,0
	فرصة كبيرة	61	61,0	61,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	لا توجد	60	60,0	60,0	60,0
	فرصة منخفضة	8	8,0	8,0	68,0
	فرصة متوسطة	21	21,0	21,0	89,0
	فرصة كبيرة	11	11,0	11,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

		Effectifs	Pourcentage e	Pourcentage e valide	Pourcentage e cumulé
Valide	لا توجد	32	32,0	32,0	32,0
	فرصة منخفضة	12	12,0	12,0	44,0
	فرصة متوسطة	32	32,0	32,0	76,0
	فرصة كبيرة	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	لا توجد	64	64,0	64,0	64,0
	فرصة منخفضة	12	12,0	12,0	76,0
	فرصة متوسطة	16	16,0	16,0	92,0
	فرصة كبيرة	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

[illegible]

Statistiques					
		B11	B12	B13	B14
N	Valide	100	100	100	100
	Manquante	0	0	0	0

Tableau de fréquences

B1					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	oui	62	62,0	62,0	62,0
	non	38	38,0	38,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B2					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	oui	54	54,0	54,0	54,0
	non	46	46,0	46,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B3					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	oui	68	68,0	68,0	68,0
	non	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B4

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	oui	60	60,0	60,0	60,0
	non	40	40,0	40,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B5

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	oui	52	52,0	52,0	52,0
	non	48	48,0	48,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B6

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	oui	52	52,0	52,0	52,0
	non	48	48,0	48,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B7

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé
Valide	oui	54	54,0	54,0	54,0
	non	46	46,0	46,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B8

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
			e	e valide	e cumulé

Valide	oui	62	62,0	62,0	62,0
	non	38	38,0	38,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B9

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage e valide	Pourcentage e cumulé
Valide	oui	68	68,0	68,0	68,0
	non	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B10

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage e valide	Pourcentage e cumulé
Valide	oui	46	46,0	46,0	46,0
	non	54	54,0	54,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B11

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage e valide	Pourcentage e cumulé
Valide	oui	48	48,0	48,0	48,0
	non	52	52,0	52,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B12

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage e valide	Pourcentage e cumulé
Valide	oui	46	46,0	46,0	46,0
	non	54	54,0	54,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B13

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	44	44,0	44,0	44,0
	non	56	56,0	56,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

B14

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	42	42,0	42,0	42,0
	non	58	58,0	58,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
A	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
B	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
C	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
D	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Tableau de bord

	A	B	C	D
Moyenne	11,6300	20,4200	30,8500	70,6400
N	100	100	100	100
Ecart-type	4,00922	1,93938	5,28267	6,17182

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	B ^b	.	Entrée

a. Variable dépendante : D

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,828 ^a	,686	,682	3,47868

a. Valeurs prédites : (constantes), B

b. Variable dépendante : D

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	2585,123	1	2585,123	213,625	,000 ^b
	Résidu	1185,917	98	12,101		
	Total	3771,040	99			

a. Variable dépendante : D

b. Valeurs prédites : (constantes), B

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	16,836	3,698		4,553	,000

B	2,635	,180	,828	14,616	,000
---	-------	------	------	--------	------

a. Variable dépendante : D

Statistiques des résidus^a

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	58,9939	80,0728	70,6400	5,11002	100
Résidu	-5,43796	9,56204	,00000	3,46106	100
Erreur Prévision	-2,279	1,846	,000	1,000	100
Erreur Résidu	-1,563	2,749	,000	,995	100

a. Variable dépendante : D

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	C ^b	.	Entrée

a. Variable dépendante : D

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,042 ^a	,002	-,008	6,19775

a. Valeurs prédites : (constantes), C

b. Variable dépendante : D

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	6,655	1	6,655	,173	,678 ^b
Résidu	3764,385	98	38,412		
Total	3771,040	99			

a. Variable dépendante : D

b. Valeurs prédites : (constantes), C

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	69,126	3,690		18,733	,000
C	,049	,118	,042	,416	,678

a. Variable dépendante : D

Statistiques des résidus^a

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	69,9111	71,1382	70,6400	,25928	100
Résidu	-11,59828	16,40172	,00000	6,16637	100
Erreur Prévision	-2,811	1,921	,000	1,000	100
Erreur Résidu	-1,871	2,646	,000	,995	100

a. Variable dépendante : D

(الملحق رقم 03)

- قائمة الاساتذة المحكمين :

- الاستاذ الدكتور ايدير عبد الرزاق
- الاستاذ الدكتور الاحسن حمزة
- الاستاذة ساسي فضيلة
- الاستاذ الدكتور حديبي سمير
- الاستاذ الدكتور قدور عثمان

(الملحق رقم 04)

- الهيكل التنظيمي العام للمؤسسة:

