

جامعة مولود معمري - تيزي وزو -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



أثر المناوبات الليلية في الصحة النفسية لدى المرأة  
العاملة في القطاع الصحي (المرضات والطبيبات)

-دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية "إغيل أحرز

محمد" تقريبات

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

الموارد البشرية

إشراف الأستاذ:

- أحلام كلتين

إعداد الطلبة:

- تيرانين ديهية

- تكلال ريمة

السنة الجامعية : 2023-2024

# إهداء

أحمدني ثمرة جمدي إلى شجرة حياتي التي أنارت دربي بنوائجها ودعواتها وأمانتي

على مشقات الحياة في سبيل نجاحي -أمي الغالية-

إلى أمظه سند وخير معين أطال الله في عمره ورعاه -أبي الغالي-

إلى الحب والعطاء إلى أجمل وردة في بستاني وأجمل بهجتي وسر سعادتي إلى قلعة كربدي "ليليا"  
أنار الله لك دربك وحفظك الله من كل شر.

إلى أمن وأمن وأعلى أخص في الدنيا النبع الذي ارتوي منه حبا وحنانا أختي "ليليا" وزوجها مرزوق.

إلى أخي "أحمد" الذي يعجز اللسان عن التعبير عن مدى غلاته لظالما كان سندا لي في الأوقات

الصعبة .

إلى زميلتي ورفيقتي دربي الجامعي "ديمية" وكل عائلتها الكريمة

إلى من تطيب الأوقات بصحبتهم ويصبح لكل شيء معنى أعمق بضحكاتهم صديقاتي الغاليات.

- ريمة -



# إهداء

أهدي ثمرة نجاحي إلى نبع الحنان إلى من سهرت الليالي

إلى من رافقتني في دراستي "أمي" الحبيبة حفظها الله

إلى سند الحياة إلى من تعجب ليؤمن لي حياة مهينة وسار معي يد بيد

"أبي" حبيبي أطال الله في عمره وحفظه

إلى من أصبحت الحياة جميلة بوجوده سدي وقوتي وقتي ضعفي وأملتي إلى

الكتبة الثابتة لوالدينا أخي الوحيد "عاشور" حفظه الله.

إلى أغلى وأمن وأطيب خلق الله صديق دربي "إدير" حفظه الله تعالى أبارك الله دربك بالنجاح.

إلى التي تقاسمت معي هذا العمل "ريمه" وكل عائلتها.

أشكرا على كل شيء على الحب والاحترام شكرا على المساعدة والمساندة

"ديهمية"

# كلمة شكر

نحمد الله سبحانه وتعالى الذي أنعمنا بكل النعم والذي أعطانا القوة والعزيمة والصبر

حتى تمكننا من إنجاز هذا العمل الذي نتمنى أن ينفعنا وينفع غيرنا به

وعملاً بقول النبي عليه الصلاة والسلام: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

نشكر الله عز وجل ونحمده الذي أعاننا بالسير والاجتهاد لإتمام هذا العمل بكل صحة

ومعافية

ونتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة "أحلام كلتين" التي تحملت مشقة هذا

العمل وكل العرفان والتقدير لأساتذتنا

نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل عمال جامعة -مولود معمرى-

ونتقدم بالشكر إلى كل عمال إدارة قسم العلوم الإنسانية والاجتماعية الذين قدموا لنا

العون والمساعدة

وإلى كل من قدم لنا يد العون لإنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد

## ملخص الدراسة:

جاءت الدراسة بعنوان: " أثر المناوبات الليلية في الصحة النفسية لدى المرأة العاملة في القطاع الصحي ". حيث هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير العمل الليلي على مستوى الصحة النفسية لدى النساء العاملات في المستشفى، وكذا استكشاف التحديات والتوصيات العملية لتحسين صحة النساء اللواتي يعملن في نظام الدوريات في المجال الصحي.

وقد استخدمنا المنهج الوصفي ، فطبقنا مقياس المناوبات الليلية ومقياس الصحة النفسية، كما اعتمدنا على معامل الانحدار الخطي البسيط لاختبار صحة الفرضية، وقد تكوّن مجتمع الدراسة من (70) ممرضة وطبيبة في المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت وقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة.

وقد خلصت نتائج الدراسة إلى أنه:

- تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب القلق لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت.

- تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب الاكتئاب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت.

- تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب التعب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت.

**الكلمات المفتاحية:** المناوبات الليلية، الصحة النفسية، القلق، الاكتئاب، التعب، الممرضات والطبيبات.

## Résumé :

La Cette présente étude visait à révéler l'effet du travail de nuit sur l'émergence de troubles psychologiques chez les infirmiers et médecins de l'hôpital Aghil Ahrez Muhammad de Tigzirt. Cette étude avait également pour objectif de révéler si le travail de nuit provoque des troubles psychologiques chez les infirmiers et médecins. à un échantillon composé de (70) infirmières et médecins ont été choisis intentionnellement. Pour atteindre les objectifs de cette étude, nous avons utilisé l'approche descriptive la plus appropriée pour cette étude. Un questionnaire a été conçu comme moyen de collecter les données nécessaires pour identifier l'effet du travail de nuit sur la santé mentale des femmes. Infirmières et médecins de l'hôpital Aghil ahriz Muhammad de tizirt

Les données ont été traitées à l'aide de méthodes statistiques représentées par des pourcentages, une moyenne arithmétique et un écart type.

Cette étude a abouti à plusieurs résultats dont les plus importants sont:

1- le travail de nuit influencent l'apparition de troubles anxieux chez les infirmières et médecins de l'établissement hospitalier ighil ahriz mohamed tizirt.

2- le travail de nuit influencent l'apparition de troubles dépressifs chez les infirmières et médecins de l'établissement hospitalier ighil ahriz mohamed tizirt.

3- le travail de nuit influencent l'apparition de troubles fatigue chez les infirmières et médecins de l'établissement hospitalier ighil ahriz mohamed tizirt.

**Mot-clé :**Le travail de nuit , santé mentale, anxiété, dépression ,fatigue , infirmières et médecins.

## فهرس المحتويات:

الصفحة	العناوين
	إهداء
	إهداء
	شكر وعرهان
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
أ	مقدمة
<b>الجانأ النظري</b>	
<b>الفصل الأول: الاطار العام لإشكالية الدراسة</b>	
06	1. إشكالية.
10	2. فرضيات الدراسة.
11	3. أهمية الدراسة.
12	4. أهداف الدراسة.
13	5. تحديد المفاهيم إجرائياً.
14	6. الدراسات السابقة.
21	7. تعقيب على الدراسات.
23	خلاصة الفصل.
<b>الفصل الثاني: المناوبات الليلية</b>	
26	تمهيد

27	1. تعريف المناوبات الليلية.
28	2. تبعات مخاطر المناوبات الليلية.
29	3. عوامل اللجوء الى المناوبات الليلية.
32	4. انعكاسات المناوبات الليلية.
34	5. مظاهر المناوبات الليلية.
35	6. أنواع ساعات العمل.
36	7. تنظيم دوريات العمل.
38	8. مفهوم الراحة.
38	9. أنواع فترات الراحة.
39	10. أهمية فترات الراحة.
40	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: الصحة النفسية</b>	
43	<b>تمهيد</b>
44	1. تعريف الصحة النفسية.
46	2. أهمية الصحة النفسية.
47	3. أهداف الصحة النفسية.
48	4. النظريات المفسرة للصحة النفسية.
53	5. مفاهيم الصحة النفسية.
97	6. أسباب تدهور الصحة النفسية.
100	7. خصائص ومؤشرات الصحة النفسية.
102	8. مجالات الصحة النفسية.
103	9. أساليب تعزيز الصحة النفسية.

104	خلاصة الفصل
<b>الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة</b>	
108	تمهيد
109	1. منهج الدراسة:
109	2. الدراسة الاستطلاعية:
111	3. ميدان البحث:
112	4. مجتمع الدراسة:
112	5. عينة البحث:
112	6. خصائص عينة البحث:
115	7. أدوات جمع البيانات:
117	8- الأساليب الاحصائية
118	خلاصة الفصل
<b>الفصل الخامس:</b>	
<b>عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة</b>	
<b>الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج</b>	
121	تمهيد
122	1- عرض وتحليل نتائج الفرضيات.
122	1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
123	1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
125	1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالث.
127	2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

127	1-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
129	2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
130	2-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالث.
131	3- استنتاج الدراسة.
133	اقتراحات الدراسة
	قائمة المراجع
	الملاحق

## فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان
68	جدول رقم (01): أهمية العامل الوراثي
110	الجدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب المنصب (طبيبة أو ممرضة)
111	الجدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب السن
111	الجدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية
112	الجدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب الاقدمية
114	الجدول رقم (06): درجات استبيان
120	جدول رقم (07): يمثل نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب القلق
121	جدول رقم (08): يمثل معاملات بتا (Bita) لاضطراب القلق
122	جدول رقم (09): يمثل نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب الاكتئاب
123	جدول رقم (10): يمثل معاملات بتا (Bita) لاضطراب الاكتئاب
124	جدول رقم (11): يمثل نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر المناوبات الليلية في ظهور التعب
125	جدول رقم (12): يمثل معاملات بتا (Bita) للتعب

## مقدمة:

ان العمل له دورا كبيرا ومكانة هامة في حياة الافراد والمجتمعات فهو وسيلة للعيش وتوفير الضروريات كما أنه غاية من غايات وجود الانسان وضرورة استمراريته، وهذا ما يؤدي بالكثير من المؤسسات الى العمل بدون انقطاع مما يسبب احداث تغيرات في وتيرة حياة الانسان كما يحدث تأثيرات سلبية على حياة العامل التي يمكن أن تظهر على شكل اضطرابات في مختلف الوظائف النفسية التي تنتج عنه اثار سلبية على الحياة الاسرية والاجتماعية للعامل.

ولهذا يعد العمل الليلي حتمية لا يمكن الفرار منها الانها فرضت من قبل العصر الحديث وما فيها وكل هذه العناصر تلزم على رب العمل وتمديد ساعات العمل أصبحوا يطبقون النظام العمل بالدوريات (الدورية الصباحية، المسائية، الليلية) وذلك لضمان سير العمل بصفة مستمرة مثلما يحدث في المستشفيات وبعض الميادين الاجتماعية الأخرى.

ونظراً الى ما وصلت اليه العديد من المؤسسات من ضرورة بقاء نشاطها على مدار 24 ساعة، ارتأيت أن تكون دراستنا عن الدوريات الليلية والبحث في ظهور الاضطرابات النفسية فيما يخص صحة العمال النفسية، كما تعتبر فئة الممرضات والطبيبات وخصوصا الذين يعملون ليلا هم الأكثر تعرضا لاضطراب القلق والاكتئاب والتعب، وهذا ما أدته العديد من الدراسات في هذا المجال.

وبناءً على هذا جاء بحثنا لتسليط الضوء على المناوبات الليلية وماهيته وأثره في ظهور اضطراب القلق والاكتئاب والتعب لدى الممرضات والطبيبات. وتم تقسيم هذا البحث الى جانبين أساسيين هما الجانب النظري والجانب التطبيقي.

---

حيث تم تخصيص الفصل الأول للإطار العام للإشكالية، حيث تناولنا فيه إشكالية الدراسة وفرضياتها، أهميتها وأهدافها بالإضافة إلى المفاهيم الأساسية والدراسات السابقة التي لها علاقة بالموضوع والتعقيب على الدراسات السابقة.

بينما في الفصل الثاني الذي تناولنا فيه العمل الليلي، حيث تطرقنا فيه إلى العمل الليلي وجملة من التعاريف وكما حاولنا إظهار مختلف العوامل المؤثرة فيه وبعدها إظهار المخاطر التي أدت إلى ظهور العمل الليلي وأخيراً سلطنا الضوء في هذا الفصل على انعكاسات فيما يخص الصحة النفسية وكذا الاجتماعية.

الفصل الثالث تطرقنا فيه إلى تعريف الصحة النفسية وأهميتها وأهدافها والنظريات المفسرة لها وتطرقنا إلى أهم المفاهيم الصحية النفسية (القلق والاكتئاب والتعب)

الفصل الرابع خصص لعرض نتائج الدراسة ومناقشتها وثم التطرق إلى عرض نتائج دراسة ومناقشة نتائج الدراسة.

# الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للإشكالية

---

## الفصل الأول: الاطار العام لإشكالية الدراسة

1. إشكالية.
  2. فرضيات الدراسة.
  3. أهمية الدراسة.
  4. أهداف الدراسة.
  5. تحديد المفاهيم إجرائيا.
  6. الدراسات السابقة.
  7. تعقيب على الدراسات.
- خلاصة الفصل.

## 1. الإشكالية:

لعبت الثورة الصناعية دوراً هاماً في إحداث تغييرات في ميدان العمل الذي يتطلب من المنظمة مواكبة العصرنة في استمرارية وسيرورة حياة الفرد، وأصبح العمل لا يقتصر على الرجل فقط بل امتد ليقتحم عالم المرأة إذ تعتبر قوة مضاعفة إلى العمل الجماعي في عملية التحول الاقتصادي، قدمت الدعم في جميع القطاعات وخاصة قطاع الصحة الذي يعتبر ثاني قطاع استقطاباً للعضو النسوي وهذا الأخير يتبنى نظام العمل على مدار 24 ساعة بدون انقطاع.

لهذا أصبح العمل من أكثر المجالات التي تواجه فيها المرأة مشاكل وعقبات كونية التي لا بد تحقيقها قدرًا أفضل من التوافق النفسية و المهنية ،ولذا أصبح ميدان العمل أكثر تنظيمًا ومردودية في جميع القطاعات، مما أدى بالاهتمام الكبير بموضوع ساعات العمل بهدف الوصول الى احسن طريقة لاستعمال الوقت، بحيث يكون مناسبًا للوتيرة الطبيعية العادية الطبيعية لأسبوع العمل المنتهي بالراحة الأسبوعية وهذا لكثرة متطلبات الميادين الاقتصادية والاجتماعية ،لهذا تم اللجوء للمناوبات الليلية وفي طبيعته يشكل خطرًا على الصحة كما يعتبر نظام متعارف مع الساعة الحيوية للإنسان ،كما يعتبر هذا الأخير حتمي لا يمكن الفرار منه كونه من ضروريات العصر الحديث.

إلا أن هذا النظام في الكثير من الأحيان يسبب مشاكل سلبية نتيجة عدم الانقطاع عن العمل، وينعكس على صحتهم العامة خاصة الصحة النفسية ما نتج التعب والقلق والاكتئاب ويرى الباحثين أن وجود مشاكل نفسية هذا راجع إلى التغيرات الفيزيولوجية في الجسم.

فالعامل الليلي من النواحي الاجتماعية والاقتصادية والأمنية ضروري، فالصحة النفسية للعامل التي يخلفها هذا النظام فالأمر يحتاج إلى دراسة، كون جسم الإنسان من الناحية

البيولوجية والنفسية إلى نظام دوري فهو ينشط في النهار وترتخي وظائفه أثناء الليل، ليستعيد نشاطه في اليوم الموالي. (بوحفص مباركي 2004، ص 109)

وبحكم أن لنظام الدوريات تأثير على الصحة النفسية للعمال فقد قام الباحثون بدراسات عديدة حول هذا الموضوع ومنها دراسة (أكرستيد و تورسفال AKERSTED ET TORSVALL 1941) حيث استخدم مجموعة من العمال في عمل مستمر لمدة ثلاثة (3) دوريات وتم تحويل مجموعة تجريبية مقارنة إلى العمل بدوريتين والثالثة إلى عمل يومي وتم تثبيت كل شيء ومساواته في المجموعات الثلاث ومن خلال متابعة التجربة لمدة عامين أن تغيير العامل لجدول العمل دون دورية ليلية أدى إلى تحسين الصحة النفسية و الجسدية والسعادة وعلى عكس من ذلك فإن المجموعة الضابطة التي بقيت في جدول عملها لم يتحسن إحساسها بالرضى والسعادة . كما نجد أيضا دراسة قام بها أورث جومير و أوليفجارد ليندين 1941 ( ARTH Gamer et OLIVERGARD Landén) حيث قاموا بدراسة تجريبية على ضباط الشرطة الذين يعملون في دوريات سريعة الدوران في منظمة (ستوكهولم) وتم تطبيقه من خلال دراسة شاملة ومتعمقة قد وجدوا أن ذلك يؤدي إلى الرخاء و السعادة وانخفاض قياسات التوتر، التي تعتبر من العوامل الخطرة العامة بالنسبة لسداد شريان القلب نتيجة تراكم المركبات العضوية الدهنية في الدم، ووضح هذا أن دوريات العمل تؤدي بالفعل إلى تقليل الرخاء و الرفاهية لدى معظم العاملين، فيها نتيجة سوء التوافق بين متطلبات دوريات العمل و الأنماط الزمنية و الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية لدى العمال . (لينارت ليني 1995 ص 49.48)

بالنظر إلى الأهمية التي يتميز بها نظام العمل بالدوريات وحاجة المؤسسة إليه لمواكبة التطور الاقتصادي والاجتماعي، إلا أننا لا يمكن غض النظر عن الجانب البشري الذي يتأثر بهذا النوع من التسيير خاصة من الناحية النفسية.

وهذا ما أكدته ANDERSON 1957 في دراسته التي قام بها على 600 عامل يعملون بنظام الدوريات و300 عامل آخرون يعملون بالنظام العادي فوجد أن 66% من عمال الدوريات ينامون نوماً مضطرب وأن 11% من نظام العمل العادي (فوجد) يشكون من هذه الاضطرابات ويرجع سبب هذا الانزعاج في النوم إلى تقلص في مدة النوم خلال النهار، وأدت دراسة أخرى لشازلات وآخرون في 1973 أنه كلما ارتفعت مسؤولية الفرد في العائلة زادت الصعاب التي تتجم عن العمل الليلي. (فرج عبد القادر 1987 ص241)

وأكد موريس في 1976 أن هذه الاضطرابات (النوم) إلى عدم تمكن عمال الدورية الليلية من تعويض النوم في النهار نتيجة الضوضاء أو العوامل الأخرى وفي دراسة أخرى له ومونيال في 1965 توصلا من خلال دراستهما للاتجاهات 80 عامل يشتغلون في خمس مؤسسات مختلفة، حيث أنهم يفضلون الدورية الصباحية بنسبة 52% ويرجع 38% سبب هذا التفضيل ويعلله 15% منهم بقلة التعب وبها بنسبة 9% منهم إلى الحياة الاجتماعية، أما لدورية المساء فكانت مفضلة لدى 38% من مجموع العمال و76% من هؤلاء يرون أن ذلك مرتبط بعامل الصحة والتعب في حين أن دورية الليل لم تكن مفضلة إلا لدى 5% من مجموع العمال بسبب الامتيازات المالية. (حمو بوظيفة 1995 ص133.127)

وأشارت أيضا الباحثة Françoiseille 1967 في هذا الصدد بأن العامل ليلًا يكون لديه نقص متراكم في النوم، يعوضه خلال يومين من الراحة الأسبوعية، وبالتالي لا يجب أن تقل مدة الراحة عن يومين في هذه الحالة، وليس النوم في النهار فحسب بل كذلك مقنعًا بنتيجة حاجة الفرد إلى الطعام ووجود عوامل خارجية كضوء النهار وضجيج الأطفال والسيارات والمارة..... إلخ. (بوحفص مباركي 2004 ص119)

فالعمل الليلي في طبيعته يشكل خطرا على النفسية و بالخصوص التي ترتبط بدرجة ما يعانيه الفرد من اضطرابات نفسية المتمثلة في القلق و الاكتئاب ، باعتبارها من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً وانتشارا بين الممرضين و الممرضات حيث يمثل القلق دوراً هاماً

في خنت وظائف الجسم خاصةً في هذا التقدّم التكنولوجي الهائل السريع في مهنة التمريض الذي يزيد في معاناة التمريض الذي يزيد في معانات الممرض على طاقات الإنسان، وكما يعرف القلق عن إشارة بكارثة التوشك على الوقوع والإحساس بالضيق في موقف شديد الدافعية و العجز الوصول إلى حل. (حنان عبد الحميد العنابي 2000ص113)

وكذلك دراسة Delnave et Quennec 1983 قام بقياس درجة التعب والملل وعلاقتها بنمط توقيت الدوريات حيث توصل إلى أن هذا النظام له علاقة بظهور أعراض بدرجة كبيرة إضافة إلى دراسة Clyne 1998 التي تهدف إلى معرفة علاقة العمل بالدوريات على صحة العامل في التمريض أو الممرض وهذا بالاهتمام بأكثر من حالة مريض في نفس الوقت وإسعاف الحالات الخطيرة ويمتاز هذا الميدان بالسرعة والدقة والاستعجال في إسعاف المرضى، مما يجعل بيئة عملهم مملة ومتعبة.

كما أشارت الدراسات النفسية أن حالات القلق والتوتر تعتبر من أهم العوامل المؤدية إلى ظهور الأمراض، من خلال تأثير هذه الحالات من القلق والانفعالات المباشرة فالقلق يعتبر ظاهرة من الظواهر الاجتماعية التي تعد أكثر انتشاراً في الآونة الأخيرة خاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد19) التي تمس مجتمع خاصة و بالأخص الممرضين و الذي انتشر في العالم في مدة قصيرة وخلف الآلاف من الموتى. (حورية فاطمة 2020 ص58)

بالإضافة إلى الاكتئاب فهو قيمة من الشعور بالحزن حيث يشعر المكتئب باليأس الشديد في مواجهة الأمل ويشعر بعدم السعادة والتشاؤم، ولديه شعور بالنفور وغير قادر على اتخاذ القرار وهذا ما توصلت إليه كل من الإنصار وكاظم في 2007 بوجود فروق بين الطلاب والطالبات في القلق والاكتئاب في جامعة الكويت وجامعة السلطان.

وبالرجوع إلى واقع العمل في المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز بتيقزيرت نجد أن الممرضات والطبيبات يعملن عملاً صعباً ذو مسؤولية بحد ذاتها، مما يتطلب التحلي بالكثير

من القدرات والتحمل التي تمكنها من مواجهة متطلبات العمل الليلي في المستشفى والصعوبات المرتبطة بالمهنة ومواجهة كل من القلق والاكتئاب والتعب الذين يصيبهن.

ومن خلال ما ذكرناه نطرح التساؤل العام التالي:

هل تؤثر المناوبات الليلية على الصحة النفسية لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة

الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت؟

التساؤلات الفرعية هي:

هل تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب القلق لدى ممرضات وطبيبات

المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت؟

هل تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب الاكتئاب لدى ممرضات وطبيبات

المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت؟

هل تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب التعب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة

الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت؟

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

. تؤثر المناوبات الليلية على الصحة النفسية لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة

الاستشفائية إغيل أحرز محمد.

الفرضيات الجزئية:

. تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب القلق لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة

الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت.

. تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب الاكتئاب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتقزيرت.

. تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب التعب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتقزيرت.

### 3. أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في تسليط الضوء على موضوع أثر المناوبات الليلية في ظهور الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب والتعب) لدى الممرضات والطبيبات، ومن هنا قمنا بتقسيم أهمية دراستنا إلى جانبين وهما:

#### 1.3. الأهمية التطبيقية:

تسعى هذه الدراسة إلى توضيح أثر المناوبات الليلية على الاضطرابات النفسية لدى الممرضات والطبيبات ويتطلب هذا الأخير الاستعداد الدائم لتأدية مهامهن، لذلك فإن وجود بعض الاضطرابات النفسية لديهن يؤثر على مستوى أدائهن بشكل كبير.

#### 2.3. الأهمية العلمية:

. تسليط الضوء على أهم الاضطرابات النفسية التي تعاني منها ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية بتقزيرت.

. الوقوف على الانعكاسات التي تخلفها المناوبات الليلية على الممرضات والطبيبات في المؤسسة الاستشفائية بتقزيرت.

. ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري النسوي الذي يمثل العنصر الفعال في العملية الإنتاجية.

**4. أهداف الدراسة:**

. محاولة معرفة الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الممرضات والطبيبات أثناء العمل الليلي.

. استكشاف التحديات والتوصيات العملية لتحسين صحة النساء اللواتي يعملن في نظام الدوريات في المجال الصحي.

. محاولة التعرف على اتجاهات الممرضات والطبيبات نحو العمل الليلي ومحاولة الكشف ما إذا كان للاتجاهات من خلال محاولة التحقيق من مدى صحة الفرضيات وتحقيق إمكانية التوصل الى إجابات عن التساؤلات الدراسة.

. معرفة مدى تأثير المتغيرات التنظيمية والعملية والتعرف على اضطراب القلق والاكتئاب لتمكن من إيصال أفكارنا حول هذه المشكلة ولو بشكل بسيط.

**5. تحديد المفاهيم إجرائياً:****1.5. المناوبات الليلية:**

هو ذلك النشاط الذي تقوم به ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية بتيقزيرت من الساعة العاشرة ليلاً حتى الخامسة صباحاً، وهذا لضمان سلامة والمحافظة على وقاية الناس.

**2.5. الصحة النفسية:**

هي حالة من التكيف، التوافق والانتصار على المواقف التي تعيشها الممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية بتيقزيرت مع أنفسهن والسيطرة على انفعالهن والاستغلال الأمثل لحال الناس من حولهن.

إضافة إلى ذلك خلوه من الأعراض الاضطرابية كالقلق والتعب والاكتئاب.

**1.2.5. اضطراب القلق:**

هو حالة داخلية غير محدودة ينتج عنها حالات نفسية وجسمية غير مريحة وغير محكومة فالقلق شعور وخوف غامض غير محدد وغير معروف، وغير مربوط بموضوع معين.

**2.2.5. اضطراب التعب:**

إنه حالة نفسية جسدية تنتج عن الجهد المبذول الذي تقوم به ممرضات والطبيبات، ويمكن أن يكون مصحوبا بالإجهاد العقلي أو الجسدي أو كلاهما.

**3.2.5. اضطراب الاكتئاب:**

هو عبارة عن مزيج من مشاعر الحزن والوحدة والشعور بالرفض من قبل الآخرين والشعور بقلّة الحيلة والعجز عن مواجهة المشاكل الحياتية والعملية.

**3.3.5 . المفهوم الإجرائي للمرأة العاملة:**

هي المرأة التي تعمل خارج المنزل لسد حاجياتها ولكسب قوتها وأيضا لتحقيق التوازن النفسي لديها في إطار العمل.

**6. الدراسات السابقة:****1.6 الدراسات الخاصة بالمناوبات الليلية:****. الدراسات العربية:****. دراسة بن رجيل محمد(2010):**

بعنوان "التقل الفكري في العمل التناوبي" تهدف هذه الدراسة بشكل عام إلى الكشف عن الفروق في التقل الفكري وبعض مؤشراتته لدى كل من عمال النهارية والمناوبة الليلية، وأجريت هذه الدراسة على عينة التي عددها 36 من أصحاب المناصب لغرفة المراقبة في مصلحة الإنتاج بمركب أرزيو سوناطراك، وقسمت هذه العينة إلى 18 في حالة مناوبة ليلية؛ وكما اعتمدت هذه الدراسة أيضا على تقنية الاستبيان كوسيلة لجمع البيانات وفي الأخير توصلت للنتائج التالية:

. يوجد على فرق دال إحصائيا في الإدراك البصري للرموز بين عمال المناوبة النهارية وعمال المناوبة الليلية.

. يوجد فروق دال إحصائيا في ارتكاب أخطاء التمييز للرموز بين عمال المناوبة النهارية والليلية.

**. دراسة رحمانى(2012):**

بعنوان "نتيجة تأثير العمل الليلي في اليقظة لدى الطاقم الطبي للجزائر" شملت عينة الدراسة 103 طبيب مقيم في مستشفى بلعباس، وكانت نتيجة الدراسة ظهور التعب الراجع إلى سوء التعويض وديون النوم خصوصا لدى الأطباء الذين يعملون ليلا وذلك بنسبة 78% بالإضافة الى معاناة الأطباء من صعوبة التركيز والارق الليلي وذلك بنسبة 65%، وكذا

حالات الغضب بنسبة 38% بالإضافة الى انعدام قدرات الراحة والامن في العمل لدى هذه الشريحة، وذلك بنسبة 93% من الأطباء. (رحماني 2012ص97)

. الدراسات الأجنبية:

. دراسة (1922) Fermer .Bernimte :

قام هذان الباحثان بدراسة حول إنتاج مجموعة من العمال قبل وبعد ادخال فترتي الراحة لمدة سبعة دقائق في الفترة الصباحية وأخرى ادخال راحة في الفترة الصباحية ويظل الإنتاج مرتفع ليستقر بعد ذلك الى غاية ما قبل نهاية الفترة الصباحية، ويحدث العكس إذا لم يتم ادخال فترة راحة، حيث ينخفض الإنتاج ويستمر في ذلك الى غاية منتصف النهار ليبدأ في ارتفاع تدريجيا قبل انتهاء العمل بالنسبة للفترة المسائية. (حمو بوظيفة 1995ص128)

. دراسة بانجر وجماعته (1955) Banjer et autres:

قام بانجرو جماعته بدراسة «الأخطاء المرتكبة عند تسجيل المعطيات المأخوذة " من اعداد مصنع الزجاج بالسويد كان المصنع يشتغل عمال موزعين على دوريات على شكل (3×8) ووجدوا هؤلاء الباحثون أن هناك 7500 خطأ من ضمن 17500 عملية تسجيل، وهذه الأخطاء كانت ترتكب بكثرة ما بين الساعة الخامسة و الساعة السابعة صباحاً وعليه يبدوا من خلال النتائج أن الأخطاء ترتفع طرديا مع تنافس درجة حرارة الجسم، الان القدرات العقلية و الفيزيولوجيا في هذا المجال تبلغ ذروة تناقصها الذي يؤثر سلبا على عملية التسجيل.

(حمو بوظيفة 1955ص47)

. دراسة أندرسون (1957) ANDERSON:

قام أندرسون في 1957 بدراسة على عينة تتكون من 600 عامل يعملون بنظام الدوريات و 300 عامل آخرون يعملون بالنظام العادي فوجد أ، 66% من عمال الدوريات ينامون نوما مضطربا وأن 11% من عمال النظام العادي يشكون من هذه الاضطرابات ،ويرجع سبب

هذا الانزعاج في النوم الى تقلصها في مدة النوم خاصة خلال نوم عمال الدوريات ، إذ وجد أن 60% من العمال العاديين تسبب لهم تتابع بالدوريات الليلية كذلك تراكم التعب الامر الذي يؤثر سلبيًا على الجهاز العصبي ، ويرجع موريس في 1976 يؤكد تأدية هذه الاضطرابات

الى عدم تمكن عمال الدورية الليلية من تعويض النوم أثناء النهار نتيجة الضوضاء أو عوامل أخرى.

### . دراسة كايوت (1959) Caillot:

قام بدراسة بعنوان "الاثار الاجتماعية للعمل بالفروق المتناوبة" حيث أجرى مقابلات مع 84 عائلة يعملون في الصناعة الكيماوية و56 عائلة تقول أن الاب أو رب العائلة يتأقلم بصعوبة مع هذا النظام نتيجة الاثار التي تظهر عليه التعب ،القلق ونقص النوم وأمراض في المعدة ،تبينت هذه الدراسة أن فرقة المساء وحدها التي تكون فيها مدة عادية للنوم ،أما فرقة الصباح والليل فتجبر على النوم مرتين ،وهذا ما أدى النصف منهم يشكون من آلام المعدة والنصف الاخر يطلبون تحويلهم الى مصالح أخرى تعمل بالنظام العادي لأنهم دائماً في تعب ،يفقدون الشهية وينقص وزنهم ويحدث لهم خلل في النوم.

(In Jardillien 1965 P263)

### . دراسة كوسريس و كوهلر (1971) Kossris Et Koheiller:

قام بدراسة حول مدى ساعات العمل اليومية والأسبوعية على الإنتاج فتوصلا الى انه يمكن بلوغ مستوى الكفاءة القصوى لدى العمال الذي يشتغل لمدة ثماني ساعات أي ما يعادل 40 ساعة في الأسبوع وان عدد الساعات أطول من ذلك قد تؤدي الى انخفاض في معدل الإنتاج من جهة وزيادة نسبة التعب والإرهاق والغيابات من جهة أخرى.(محمد فتحي

عكاشة 1999 ص 383)

**. دراسة موريس ومونتال (1965):**

قام موريس ومونتال بدراسة بعنوان "أثر نظام بالمناوبات على العامل" وخرج بنتيجة مفادها أن العمل الليل أحسن وقت الراحة لقد أشرف موريس ومونتال على عدد من الدراسات الأخرى في بعض المؤسسات الصناعية لثلاث دول اسندنا فيه السويد، النرويج، الدنمارك واستمرت لستة (6) سنوات وكان من نتائجها ما يلي:

في مجموعة المناوبة (3×8) ينام 40% من أفراد العينة أقل من 5 ساعات في اليوم و36 يتراوح فترة نوع العمال العاديين بين 7 و8 ساعات في اليوم، 18% من العمال اليوم العادي يعانون من قلة النوم ويعيشون في ظروف منزلية سيئة. (موريس ومونتال 1965ص59)

**. دراسة (Hoffamar et Man 1977):**

قام الباحثان بدراسة حول "مدى تأثير دوريات العمل في العلاقات بين الأصدقاء" بمركزين للكهرباء أحدهما قديم واخر حديث توصلا الى ان 48% من العمال العاديين في المركز القديم أقاموا العلاقات مع غيرهم على الأقل مرة واحدة في الأسبوع والمقابلة ل (34%) من العمال الدوريات، أما المركز الجديد فإن نفس الإجابة قدمها (45%) من العمال العاديين مقابل (64%) من العمال الدوريات.

**2.6. الدراسات الخاصة بالصحة النفسية:****الدراسات العربية:****. دراسة حسين وآخرون (1986):**

استهدفت هذه الدراسة معرفة الحالة النفسية لدى النساء العاملات في مصنع للمنظفات في ضوء استبيان تجلى معرفة مدى تأثير التعب على الصحة النفسية وفق متغيرات مختلفة،

وأدت نتيجة التحليل الإحصائي المستخدم أن عدد النساء العاملات قد تعرضن للعديد من المشاكل والصعوبات النفسية وقد أسهما بشكل دلالة إحصائية. (سامر جميل رضوان 2007ص31)

. دراسة النيال(1991):

والتي هدفت الى فحص الفروق بين الممرضات التي يعملن في قسم العناية المركزة والممرضات في الأقسام الأخرى المختلفة في مستشفيات الإسكندرية وتكونت العينة من 60 ممرضة وطبق عليهن كل المقاييس التالية: قلق الموت، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس العدوانية، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباطات جوهرية بين كل من قلق الموت والاكتئاب والعصبية لدى أفراد العينة وتوصل إلى أن الممرضات يعانون من مستوى قلق عالٍ.

(د. محمد سليم خميس ص288)

. دراسة أحمد وأخرون (1994)الأردن:

التي أجريت في القطاع العسكري والتي كانت حول الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرضون العاملون في وحدة الحثيثة، والتي كان هدفها التعرف على الآثار النفسية لضغط العمل على الممرضين والممرضات العاملين وشدة الضغوط في وحدات العناية الحثيثة في مدينة الحسين الطبية، حيث تألفت عينة البحث من ثلاثة مجموعات من الممرضين و الممرضات، حيث شملت المجموعة الأولى (50) عامل يعملون في وحدات العناية المركزة، والمجموعة الثانية(20) عامل يعملون في وحدة الكلية الاصطناعية، والمجموعة الثالثة(50) عامل في وحدات الجراحة، وتوصلت الدراسة الى أن المجموعتين الأولى و الثالثة هم أعلى مستويات الضغوط من الثانية ، ولقد أظهرت أيضا أن المجموعة الأولى هم الأكثر قلق وكآبة من المجموعتين الاخيرتين. (د. محمد سليم خميس ص 288)

## . دراسة بوديسة (2019-2020):

هذه الدراسة عبارة عن أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم، من إعداد الطالبة بوديسة وردية في جامعة الجزائر.2. كلية العلوم الاجتماعية، تحت إشراف الدكتور خلفان رشيد بعنوان "الانعكاسات النفسية والفيزيولوجية للعمل الليلي على الممرضين".

دراسة ميدانية في المركز الاستشفائي الجامعي "ندير محمد" وكما تم المحاولة من خلال الدراسة معرفة ما إذا كان العمل الليلي يؤدي إلى ظهور القلق والاكتئاب والضغط النفسية، وتعتبر هذه الأخيرة بمثابة انعكاسات نفسية وسلوكية يمارسها في العمل الليلي على الممرضين العاملين ليلا، فيما يتعلق بالانعكاسات الفيزيولوجية للعمل الليلي. فقد تم التوقف على اضطرابات النوم والاضطرابات الهضمية، وقد تم اجراء البحث الميداني للدراسة في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو وفرع بالوا وذلك على عينة من الممرضين والممرضات قدرتب300 ممرضا وممرضة من مختلف مصالح المركز من بينها مصلحة الاستعجالان الطبية والجراحية، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الطب الداخلي ومصلحة الجراحة العامة وذلك من مجتمع أصلي قدر عددها1104.

ولتحقيق ذلك تم استعمال الطريقة الإحصائية التحليلية باستعمال النسبة المئوية واختبار كا  $2(2 \times 2)$  وكذلك استعمال اختبار (t test) لحساب الفروق لعينتين مستقلتين واختبار أنوفا (F) كما تم تطبيق مقياس القلق والاكتئاب (HAD) ومقياس الضغط النفسي (USP) وذلك لقياس الانعكاسات الفيزيولوجية والعامة ولقد تم التوصل إلى النتائج التالية :

. ممارس العمل الليلي انعكاسات نفسية على الممرضين والممرضات العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد.

. يؤدي العمل الليلي الى ظهور القلق لدى الممرضين والممرضات.

يؤدي العمل الليلي الى ظهور الاكتئاب الممرضين والممرضات العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد.

. يؤدي العمل الليلي الى ظهور الانعكاسات الفيزيولوجية الممرضين والممرضات العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد.

. يؤدي العمل الليلي الى ظهور اضطرابات الهضم الممرضين والممرضات العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي ندير محمد. (بوديسة وردية 2020)

. الدراسات الأجنبية:

. دراسة موريس ومونتال (1965):

قام موريس ومونتال بدراسة أخرى في 1965 بعنوان "أثر العمل بالمناوبة على اضطراب الجهاز الهضمي والاضطرابات النفسية على مجموعة من العمال وكان من نتائجها:

ارتفاع نسبة العمال المصابين بالاضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي تبعا لفترات المناوبة (8×2) بلغت 37% أما في العمل بنظام المناوبات (8×3) بلغت 44%. ان الاضطرابات النفسية لدى عمال المناوبة الذين انتهجوا هذا النظام منذ أربعة سنوات، وتقل

لدى العمال الذين عملوا في إطار نظام العمل بالمناوبة من 05 الى 15 سنة وذلك يرجع الى أساس التكيف مع ذلك النظام. (مويس مونتال 1965 ص 59)

. دراسة سبيلبرجر (1966) Spielberg:

القلق موجود لدى أي فرد قد يكون عابرة نتيجة الاستجابة للموقف الضاغط اذ يدركه الفرد كموقف مهدد، وبإمكانه ان يزول بزوال مصدر التهديد ومن جهة أخرى قد يرتبط هذا القلق بنمط الشخصية كسمة من السمات الداخلية، فهي بذلك تكون ذات استعدادا ثابتا نسبيا كأمن

في الفرد نتيجة خبرة متعلمة، في توجيه الفرد وسلوكياته في شتى المراحل العمرية. (حسن مصطفى عبد المعطي 2003ص186)

#### . دراسة Peterbeiling:

تحت عنوان "قائمة حالة وسمة القلق" أجريت في ولاية فيلادلفيا في أمريكا حيث تكونت الدراسة على عينة 261 من الذكور والمرضى المصابين بالقلق تم اختيارهم من عيادة علاج القلق في معهد الطب النفسي في فيلادلفيا أعمارهم 65.18 سنة، كما أن نتائج الدراسة توصلت الى قدرة حالة وسمة القلق في قياس القلق كما أشارت الى ان المفحوصين الذين حصلوا على درجات عالية في اختبار سمة الاكتئاب وهذا يدل على وجود علاقة موجبة ارتباطية بين القلق والاكتئاب.

#### 7. التعقيب عن الدراسات:

من خلال الدراسات التي تطرقنا لها تبين أن العمل بالدوريات ذات تأثير نفسي سلبي على الفرد، إذ تؤدي المناوبات الليلية الى انحرافات صحية و نفسية الذي يظهر في دراسة أندرسون 1957 التي اكدت معاناة عمال الدوريات من اضطراب النوم بسبب قلة النوم الذي يؤدي الى اضعاف جهاز المناعة وارتفاع ضغط الدم ، ودراسة موريس ومونتال في 1965 التي خرجت بنتيجة مفادها ان الذين يعملون ليلا يصابون باضطرابات الجهاز الهضمي نتيجة اختلاف مواعيد الوجبات الرئيسية وعدم تناولها في الكثير من الأحيان، وارتكابهم للأخطاء الكثيرة في المناوبة هذا ما تناوله بانجر وجماعته في 1955 يظهر ان القدرات العقلية تكون ناقصة من المعروف ان المخ و الهرمونات تعمل بشكل حيوي في النهار اما في الليل تعتبر الفترة الطبيعية لراحة الجسم بالإضافة الى الإصابة بالقلق والكآبة بسبب نقص الاتصال مع العالم الخارجي(خاصة العائلة) إذ ان لهما علاقة ارتباطية فيما

---

بينهما حسب دراسة peter beilling، و الشعور بالتعب المستمر بسبب انعدام الراحة في الليل اذ انه النوم ليلا لا يمكن استعادة الا براحة لمدة يومين.

وهذا ما يؤدي الى ظهور الانفعالات اللاإرادية لأتفه الأسباب لدى عمال المناوبات الليلية، الا ان هذا الأخير لا يمكننا أن نغض البصر عن إيجابيات وفوائده، ومن امتيازه العمل في هدوء، الى جانب ذلك الحصول على امتيازات مالية، بهذا الأخير مواصلة العمل في مختلف القطاعات كالمستشفيات، الامن والحماية المدنية وهذا لضمان سيورة العمل لضمان رفاهية المجتمع.

---

**خلاصة الفصل:**

مما سبق في هذا الفصل حاولنا ابراز الإشكالية وتم عرض مختلف الدراسات السابقة عن موضوع بحثنا الذي يتكون من متغيرين وهما الدوريات الليلية و الصحة النفسية، وتحليلهما وربطهما ببعضهما البعض حيث يعتبر هذا الفصل كمدخل لدراستنا ، من خلال هذه الدراسة يتبين لنا خصائصها من خلال اراء وبحوث العلماء وتسمح لنا بالتعرف اكثر على هذين المتغيرين لما لهما من أهمية في الوقت الحالي اذ ان احدهما مطلوب في نظام العمل الحديث ويساير التغيرات التكنولوجية ،والثاني نتيجة حتمية له لا يمكن الفرار منه الا اننا يمكن المحافظة عليها (الصحة النفسية) ليسود التوازن فيما بينهما.

الفصل الثاني:

المناوبات الليلية

## الفصل الثاني: المناوبات الليلية

### تمهيد

1. تعريف المناوبات الليلية.
2. تبعات مخاطر المناوبات الليلية.
3. عوامل اللجوء الى المناوبات الليلية.
4. انعكاسات المناوبات الليلية.
5. مظاهر المناوبات الليلية.
6. أنواع ساعات العمل.
7. تنظيم دوريات العمل.
8. مفهوم الراحة.
9. أنواع فترات الراحة.
10. أهمية فترات الراحة.

### خلاصة الفصل

**تمهيد:**

إن العمل بالمناوبات يعتبر من الظواهر التي أثارت الاهتمام نظرًا لما يترتب من ايجاب وسلب على العامل الليلي فهو ضروري من جانب الا انه في بعض الحالات تسبب بعض المشاكل أو يؤدي الى بعض النتائج السلبية وذلك لتفاوض الموجود بين البيولوجية للجسم والحالة الاجتماعية للفرد وضرورة العمل.

وفي هذا الفصل سنتطرق أكثر لهذا النظام تعريفه وتبعات المناوبات الليلية ونتائجه وأهمية الراحة للعامل.

**1. تعريف المناوبات الليلية:**

هو كل نشاط يمتد بين الساعة العاشرة ليلاً حتى الساعة الخامسة صباحاً ويمكن أن يدخل ضمن الساعات المتناوبة أو الثابتة. (لطيفة 2016 ص133)

ويعرف أيضاً على أنه السلوك الذي يتم فيه صرف الطاقة والقيام بوظائف معينة ليلاً من الساعة العاشرة مساءً إلى الخامسة صباحاً حيث يكون المسار البيولوجي للعامل معاكس لنشاطه خلال ساعات العمل العادية. (سهيلة محمد عباس 2000 ص127)

كما يعرفه "laville" (1976) على أنه كل نشاط يقوم به الفرد خلال فترة محددة من العاشرة مساءً إلى السادسة صباحاً وفيه تكون كل الوظائف الفيزيولوجية والبيولوجية معاكسة للنشاط خلال ساعات العمل العادية. (laville1976p30)

يعطي "vieux" (1971) تعريف لنظام العمل بالدوريات حيث يقول: أن نظام العمل بالدوريات هو نمط من تنظيم أوقات العمل لضمان إستمرارية الإنتاج بواسطة تعاقب فرق العمال على مكان العمل دون انقطاع.

ومن جهة نظر "kampner" (1976) يعطي تعريف آخر لنظام العمل بالدوريات حيث يمكن تشغيل فرق مختلفة من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة خلال الأربعة وعشرين ساعة.

وعرفه "ماكدونالد" و"دوبل" (1980) حيث يعتبر أن نظام العمل بالدوريات هو نظام تتم فيه ساعات العمل جزئياً خارج الأوقات العادية للعمل.

**2. تبعات ومخاطر المناوبات الليلية:**

ينتج عن العمل الليلي مجموعة من التبعات المتمثلة في:

## 1.2. التبعات الفيزيولوجية:

من بين التبعات العمل الليلي التبعات الفيزيولوجية المتمثلة في الامراض العضوية بحيث يغلب في الجسم الجانب الانفعالي دوراً هاماً وأساسياً وذلك نتيجة لعوامل الضغط النفسي المهني وهي أنواع.

### 1.1.2. اضطرابات الجهاز العصبي: وتتضمن اضطرابات التالية:

أ. الصداع النصفي: وهو عبارة عن اضطراب يعرف بمرض الشقيقة يحس المريض فيه اهتزاز الضوء أمام عينه ويسيطر على نصف الرأس. ينتج من خلال قلق أو توتر أو شذائد نفسية يكون الألم في الرأس.

### 2.1.2. اضطراب الجهاز التنفسي: ونجد فيها:

أ. الربو: هي أحد أمراض الحساسية يحس صاحبه بضيق في التنفس.

ب . نزلات الربو والزكام: هو أهم الامراض التي تصيب الجهاز التنفسي لأنها اضطرابات واصابات سيكسوماتية تصيب الفرد بسرعة وسهولة.

## 2.2. التبعات النفسية:

تظهر على الطبيب المناوب اضطرابات عصبية عديدة خاصة حالات الغضب الغير الطبيعية وتعب مرن لا يفارقه حتى في أوقات الراحة حيث تقدر نسبة الاضطرابات عند الطبيب المناوب بحوالي مرتين ونصف أكثر عند عمال النهار وتظهر أعراض هذه الإصابات العصبية في التعب وتغيير الطبع باتجاه العدوانية، الاكتئاب ومما يزيد من خطورة

هذه الامراض هو تتناول العقاقير أما للنوم نهاراً أو للبقاء في حالة اليقظة ليلاً. (بقادير عبد الرحمان 2006ص56)

### 3.2. التعبات على مستوى الحياة الاجتماعية والعائلية:

يجد الطبيب المناوب ليلاً دائماً صعوبات في تسيير حياته العائلية والعلمية زاد بين العن والحياة الشخصية، أصبحت اللجوء الى العمل دفع بالأكثر تعقيداً وذلك سبب عدم توفير الوقت الكافي ليزرع نشاطاته (خارج العمل) بين العائلة والأصدقاء، وهذا لوجود تناقصات بين ساعات العمل وتوزيعها ولهذا يمكن القول أن العلاقة بين الطبيب والحياة هي أكثر صعوبة فهو لا يستطيع الاعتناء بأطفاله بعد ليلة العمل كما يقل الحوار بينه وبين أفراد عائلة ما يؤدي بالضرورة الى تغير في نوعية هذه العلاقة السرية.

### 3. عوامل اللجوء الى المناوبات الليلية:

يرى وليام في كتابه العمل والوقت ان دراسة دوريات العمل بالأخص دوريات العمل الليلي لا يجب ان تبصر في ملاحظة التوقيت والمدة المستعملة بل البحث في العوامل التي تؤدي الى اظهار الدورية الليلية.

### 1.3. عوامل اقتصادية:

أثناء الفترة الثانية الصناعية فان العوامل الاقتصادية أخذت ثقل كبير، قد دفع باللجوء الى العمل الليلي ومن أجل هذا حدثت التعديلات اللازمة بسبب أهمية التطور الحاصل في مجال الاستثمار في الموارد الفكرية والبشرية واللجوء الى العمل الليلي مرتبط بالتطور التكنولوجي من خلال نشأته تم تغيير ظروف التنافس وكذلك تحت تأثير استخدام تقنيات الربح في الأسواق التي يعتبر من ضروريات الإنتاج.

لخص الأهمية الاقتصادية لدوريات العمل Cazamian كما يلي:

. نمو رأس المال أي تبني هذا النظام يعود بالأرباح والفوائد الاقتصادية.

. نقص ساعات العمل.

. تحسين مرونة الإنتاج كالتحكم في عملية التوزيع والتكيف مع مختلف العوامل الخارجية.

. مسايرة مستوى التنافس أي الزيادة في الإنتاج وتحسين النوعية وزيادة التنافس. (حمو

بوظيفة1995ص59)

### 2.3. عوامل اجتماعية:

يستدعى بعض المصالح لمواصلة العمل بها بدون انقطاع خلال أربعة وعشرين ساعة كما هو الحال في المستشفيات الامن والمطافئ هذا لضرورة تلبية حاجة المواطن المستعجلة فور وقوعها لان أي تأجيل لذلك يمكن أن يجر عنه مالا عقباه. (حمو بوظيفة1995ص59)

كما توصلت منظمة التعاون والتطور الاقتصادي الا أن أشكال التنافس الموجود في الأسواق العالمية أدى بأرباب العمل والرأسماليين الى تشجيع الخدمة لمصالحها الخاصة الا أنه اعتبر وسيلة لتوفير مناصب والعمال لأعضاء المجتمع ومن ثم التخفيض من حدة البطالة.

### 3.3. عوامل تنظيمية:

بعد أن تم الموافقة على تطبيق العمل الليلي لأسباب اجتماعية اقتصادية تقنية، أخذت بعين الاعتبار التسهيلات التنظيمية في المؤسسات ذات النشاط المستمر la

réglementation

هذه العوامل التنظيمية مرتبة بشكل اكبر بالعوامل التقنية والاقتصادية وقد بينت الدراسات الترابط بين العمل بفرق مستمرة ومراكز ليلية وبين تركيز آلية السيرورة الإنتاجية وهذا مرتبط أيضا بتطور المؤسسة ومدى التكامل بين المنتج وطبيعة التسيير وكذلك يتعلق الامر بخصائص الشركات الصناعية وقواعد تشغيلها وعلاقة ذلك بالضغط الاقتصادي الناتج عن التنافس في ظل التحول التكنولوجي الحاصل ونستطيع انتظار تطور وازدياد في العمل المتناوب والعمل الليلي حتى وإن كانت الإرغامات التقنية المستمرة تبدو صعبة.

### 4.3. عوامل تقنية:

لعبت بعض العوامل التقنية دورًا هامًا في ظهور وانتشار دوريات العمل لان بعض العمليات الصناعية وبعض الأنواع في الآلات تتطلب التشغيل المتواصل لتحقيق هدف انتاجي معين وحتى لا تصاب الآلة أو المواد المستعملة في العملية الإنتاجية وقد أبرز انتشار الدوريات خصوصا في الصناعات الكيماوية والتحويلية كصناعة تحويل البترول والحديد والصلب..الخ

أما التطور التكنولوجي فقد زاد كفاءة بعض الآلات وقدرة تحملها كالعقول الالكترونية، الشيء الذي يستدعي تبني نظام العمل بالدوريات أكثر فأكثر.

ولقد ازدادت الحاجة الى استخدام الدوريات في المجال العسكري وهذا بعد الحرب العالمية الثانية لضرورة القيام بالمراقبة المستمرة للمجال الجوي والسهر على العناية التامة بمختلف آليات الحربية. (حمو بوظيفة 1995ص59)

**4. انعكاسات المناوبات الليلية:****1.4. الانعكاسات الفيزيولوجية:****1.1.4. نبضات القلب:**

تشير الدراسات المفصلة التي أقيمت على ستة أشخاص أن نبضات القلب تخضع للنظام الدوري لجسم الانسان ككل، بحيث تنخفض ليلاً وترتفع نهاراً كما لوحظ ان تغيير وقت النوم يتبعه تغير في دقات القلب أي انها تتكيف مع الجسم. (بوحفص مباركي 2004ص111)

إن التكيف السريع لنبضات القلب مع متغير أوقات النوم والنشاط، يدل على أن النظام الدوري لنبضات القلب ليس نظاماً داخلياً فحسب بل خارجياً يتحكم فيه بالدرجة الأولى التعود، حيث ترتفع دقات القلب أثناء النشاط وتنخفض أثناء النوم والراحة. (بوحفص مباركي 2000ص105)

**2.1.4. مقدار وسرعة التنفس:**

ان مقدار التنفس ينخفض خلال النوم مع زيادة معتبرة في توتر ثاني أكسيد الكربون النسيجي وأن حجم التنفس ينخفض بمقدار لترين في الدقيقة خلال اليوم.

وفي التجربة لقياس مقاومة المسلك الهوائي بين حجم الزفير المتكلف أو الاضطرابي في الثانية حسب فواصل زمنية طول ثمانية ساعات في تجربة واتفقت نتائج الدراستين على أن مقادير حجم الزفير كانت مرتفعة حوالي السادسة صباحاً.

**3.1.4. حرارة الجسم:**

يعتبر نظام حرارة الجسم من المؤثرات الفيزيولوجية لقياس الأداء بكونه أسهل قياس من غيره من العوامل كما أنه يعتبر المتغير في بحوث ودراسات النظام الدوري لحد الساعة كما نرى في دراسة من خلال مجموعة دراسته النتائج التالية هناك علاقة وطيدة بين التغيرات الدورية لحرارة الجسم وبين فعالية العمل وذلك خلال النهار واليوم. (بوحفص مباركي 2004ص112)

**4.1.4. الاضطرابات الهضمية:**

يعاني العمال الذين يعملون نظام الدوريات اضطرابات هضمية نتيجة لسوء التكيف النفسي والفيزيولوجي الناتج عن العمل الليلي خاصة بين الفرصة المعدية منتشرة بمقدار ثمانية مرات لدى عمال النهار العاديين ان العمل التناوبي يجعل العامل يتخذ وجبات غير صحية وفي الوقت الذي يكون فيه الجهاز الهضمي في حالة استرخاء وغير مستعد للقيام بعملية الهضم كما يلجأ البعض من العمال الذين يعملون بنظام الدوريات الى تناول عدد أكبر من الوجبات الزائدة والافراط فيها خاصة السكريات مما يؤدي الى مرض السمنة. (علي كمال ص59)

**2.4. الانعكاسات النفسية:**

تظهر على العامل الذي يعمل بنظام الدوريات اضطرابات نفسية عديدة خاصة حالات غضب غير طبيعية وتعب مزمن لا يفارقه حتى في أوقات الراحة وتتمثل أعراض هذه الإصابات العصبية في تغيير الطبع باتجاه العدوانية والاكتئاب وتشير هذه الاضطرابات الى حالة عابرة من الشعور باليأس وشعور بالآلام في الصدر. (عبد الحميد محمد الشاذلي 2001 ص133)

**3.4. الانعكاسات الاجتماعية:**

إن أهم انتقاد للعمل الليلي يوجه من قبل علماء الاجتماع والنفس ويركز أساساً على تلك الآثار السلبية التي يضيفها لعمل الليلي على الحياة الأسرية الاجتماعية للعمال والتي تمتد إلى حياته العملية وكذلك إلى العديد من الجوانب التي مستها دراسات اختلال الحياة الاجتماعية للعاملين في مثل هذا النمط، وهي اختلال الحياة الأسرية والنظام اليومي للحياة المنزلية. (حمو بوظيفة 1995 ص133)

**5. مظاهر المناوبات الليلية:**

تتجلى مظاهر العمل الليلي في ثلاثة أشكال رئيسية وهي:

الشكل التناوبي: هو عبارة عن تنظيم ساعات العمل بحيث يمكن تشغيل فرق مختلفة من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة أثناء الأربعة والعشرون (24) ساعة، تلبية فترة راحة ومن الأمثلة على ذلك نظام (3×8) والذي يظهر في الكثير من المؤسسات الإنتاجية في الصناعات النسيجية والحديدية وغيرها من المؤسسات العمومية أثناء الحراسة.

. وقد يأخذ العمل الليلي صفة دائمة كأشغال تتجزئ ليلاً على الإطلاق نظراً لطبيعتها الخاصة كالحراسة الليلية.

. العمل 24 ساعة دون انقطاع مثلما يحدث عند بعض الفئات من العمال كالمقابلات. (بوكميش 2015 ص107)

**6. أنواع ساعات العمل:****1.6. ساعات العمل العادية:**

هي الساعات المقررة للعمل والتي تجاوزها العامل يتقاضى عنها أجر اضافياً، تكون ساعات العمل العادية 8 ساعات في اليوم على أن يزيد ثمانية وأربعون ساعة في الأسبوع وتوزع على ستة أيام على الأكثر، ولا يحسب منها الوقت المخصص لتناول الطعام والراحة. (نظمي شخاذة وآخرون 2000 ص107)

**2.6. ساعات العمل الفعلية:**

ويقصد به الساعات المستعملة بالفعل فليس من الضروري أن تكون الساعات الفعلية في مستوى مماثل أو أعلى من الساعات العادية، وقد تكون هذه الأخيرة أكثر من الساعات الفعلية حيث في بعض الاستثناءات يجوز تخفيض ساعات العمل الى سبع ساعات أو بعض الصناعات والاعمال. (ناهد العجوز 1996 ص101)

**3.6. ساعات العمل المتواصلة:**

يختلف هذا النمط عن النمط العادي في كون فترات الراحة المتخللة لساعات العمل تتراوح ما بين ثلاثين الى ستين دقيقة، ويدعى هذا النمط بالنمط البريطاني ويتناول العامل فيه وجبة خفيفة في منتصف النهار، لتصبح الوجبة المسائية هي الأساسية، حيث ينتهي في وقت مبكر أي في الرابعة أو الخامسة مساءً ويناسب هذا النمط من الناحية الاجتماعية والفيزيولوجية مع العمال الذين يعملون بعيداً عن مقر اقامتهم. (حمو بوظريفة 1995 ص22)

**4.6. ساعات العمل المرنة:**

ينفرد هذا النمط بكونه له ميزة إعطاء العمال حرية الاختيار في وقت الدخول للعمل والخروج منه، شرط أن يحضر جميع العمال في مجال زمني محدد، عادة ما يتوسط أوقات بداية ونهاية العمل، ويطلق على ذلك ما يسمى (الكتلة الزمنية الثابتة) ويطبق هذا النظام في أوروبا والولايات المتحدة واليابان. (حمو بوظريفة 1995 ص 23)

**7. تنظيم دوريات العمل:**

يشتكى الكثير من العمال من جدول أوقات الدوريات التي تؤثر بالخصوص على فترات النوم وأيضاً أوقات الاستراحة حيث يرى أصحاب الإدارة من جهتهم أن ذلك يرجع إلى صعوبة وضع تنظيم لدوريات من شأنه أن يلبي متطلبات الكفاءة واحتياجات العمال في نفس الوقت، وذلك لأنه لا توجد أوقات ثابتة تخص نظام العمل لكل المؤسسات. فكل مؤسسة أوقات مناسبة لطبيعة عملها واحتياجاتها.

**1.7. الدوريات الدائمة والمتناوبة:** تعتمد بعض المؤسسات على دوريات عمل دائمة وهو ما يستدعي إبقاء العمال باستمرار في واحدة من الاثنين أو الثلاث دوريات الثابتة الموجودة، أي أن العامل يعين للعمل باستمرار إما في دورية الصباح أو المساء أو دورية الليل، ويكثر هذا النمط في الولايات المتحدة الأمريكية على وجه الخصوص.

. في مقابل التنظيم الثابت يوجد تنظيم آخر يقوم على أساس ما يسمى بالدوريات المتناوبة أو المتحركة بحيث يتناوب الافراد على مختلف الدوريات التي تسير تبعاً لنوع من الدوران المرسوم مسبقاً كما يعمل العامل دورية الصباح لمدة أسبوع أو ثلاثة أيام لينتقل بعدها الى دورية الليل وهكذا تتوالى العملية تبعا لجدول الدوران وهدفه واتجاهاته... الخ.

وعلى العموم فقد توصل الباحثون الى نتائج مختلفة في هذا المجال حيث يفضل البعض منهم الدوريات المتحركة اعتمادا على كون مردود الدوريات الليلية المتحركة أفضل من الثابتة، وبالتالي لا يفضل هذه الأخيرة "1943 فرنون vernon"، "ميرال 1972"، في حين يرى البعض الآخر أنّ الدوريات الثابتة أفضل من المتحركة، "أولتيش 1957" لكونها تمكن الإيقاع البيولوجي من التكيف. كما وجد أن التكيف المقبول لدى عمال الدوريات الثابتة أكثر من المتحركة "كلكهون 1977 colquham" و "ولكسون" و "ادوارس 1968" وبالإضافة الى هذا يرى كل من "وولكر" و "دولامار" 1971 أنّ العمل الليلي المستمر أصبح ممكنا بعد تخفيض ساعات العمل وأنّ 12% من العمال ببريطانيا يعملون على هذا النمط من الدوريات إلا أنهما يؤكد على أنّ الامر بالنسبة للعمل الليلي المتواصل يجب أن يتم فحصه على أساس الفعالية والقبول.

**2.7. العمل المنتظم وغير منتظم:** يتمثل العمل المنتظم في إتباع وتيرة زمنية معينة بصفة دائمة كأن تتم عملية التناوب كل يوم أو كل ثلاثة أيام أو أسبوع بحيث يعمل العمال بالتساوي في مختلف الدوريات تبعا لوحدة زمنية معينة.

أما التناوب الغير المنتظم فيقضي بتوزيع متعدد لأوقات العمل بين العمال وفق جدول مرسوم على مدى فترات زمنية معينة أي أنّ عملية تتابع الدوريات وتناوبها في فترات مختلفة تتم وفق خطة مدروسة حيث يتيح هذا النوع من التنظيم أيام عمل تتخللها أيام للراحة تبعا لكل دورية كأن تعطي للعمال راحة لمدة يومين أو ثلاثة قبل تنقله من الدورية الصباحية ويهدف هذا التنظيم الى أخذ انعكاسات مختلفة أنواع الدوريات وهذا بالأخذ بعين الاعتبار سواء تعلق الامر بصحة العامل أو حياته الاسرية والاجتماعية.

**8. مفهوم الراحة:**

يطلق مصطلح الراحة على الأوقات المنقطعة التي تحدث فيها عملية الاسترخاء أثناء العمل ويقصد بها تلك الحالة من الكف عن النشاط النفسي أو عملية استعاد الجسم لحالة التوازن.

وتعتبر الراحة ذات أثر بالغ الأهمية لدى الانسان خصوصا عند الممارسة المستمرة لأي نشاط عقلي أو جسدي، سواء ذلك كان أثناء عملية التعلم أو العمل تتضمن فترات الراحة بين وجبات العمل أو أثناء العمل، حيث يسمح للعامل بفترة من الراحة أثناء العمل الذي تتخلله بعض الصعوبات أو الروتين. (سهيلة محمد عباس وعلي حسين علي 2001ص234.235)

**9. أنواع فترات الراحة:****1. الراحة التلقائية:**

تتمثل في منح العامل راحة معينة من تلقاء نفسه وعادة ما تكون لفترة قصيرة، بعد بذل مجهود معين، ونجد هذا خاصة في الاعمال الشاقة، إلا ان الراحة التلقائية لديها مساوئ مثلا في تحمل المسؤولية والانضباط وكذلك أمن العمال والمؤسسة. (حمو بوظريفة 1995ص29)

**2. الراحة المقننة:**

تتمثل في تحويل العامل للقيام بعمل آخر عادة ما يكون روتينيا يتطلب أقل درجة من التركيز من المهمة الاصلية وذلك من أجل الاستراحة من عملية التركيز. (حمو بوظريفة 1995ص35)

**3. الراحة المحددة:**

هي تلك الراحة التي تحددها المؤسسة في إطار تنظيم العمل حيث تختلف فترات الراحة باختلاف طبيعة العمل ونوع التنظيم المتبع، ويجب أن تتخلل ساعات العمل فترة أو أكثر لتناول الطعام، والراحة لا تقل في مجملها عن ساعة، ويرعى في تحديد هذه الفترة أن لا يعمل العامل أكثر من خمسة ساعات متصلة. ( ناهد العجوز 1996ص101)

**10. أهمية فترات الراحة:**

تدرج فترات الراحة على شكل تأخير أو سماح يؤذن به العامل لاستعادة نشاطه من التعب الناتج عن العمل، وتبدأ الراحة عندما يتوقف العامل عن العمل وينتهي عندما يستأنفه. (شوقي حسين عبد الله 1975 ص270).

**خلاصة الفصل:**

يتبين ممّا سبق نستنتج أنّ المناوبات الليلية في وقتنا الحالي حتمية مشروعة نظرًا لأهميته البارزة للعمل الليلي وانعكاسات التي تعتبر مهمة على العمال الذي يلعب الدور الفعال في المؤسسة، وأهمية فترات الراحة للفرد، كما يظهران العمل الليلي أثرًا على مختلف جوانب الحياة الفردية وظهور الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب الذي سنتناوله في الفصل الثالث.

الفصل الثالث:

الصحة النفسية

---

## الفصل الثالث: الصحة النفسية

### تمهيد

1. تعريف الصحة النفسية.
2. أهمية الصحة النفسية.
3. أهداف الصحة النفسية.
4. النظريات المفسرة للصحة النفسية.
5. مفاهيم الصحة النفسية.
6. أسباب تدهور الصحة النفسية.
7. خصائص ومؤشرات الصحة النفسية.
8. مجالات الصحة النفسية.
9. أساليب تعزيز الصحة النفسية.

### خلاصة الفصل

**تمهيد:**

لقد ازداد الاهتمام في الآونة الأخيرة بموضوعات علم النفس التي تخص حياة الأفراد والمجتمعات وما يعنوه من مشكلات حياتية مثل العقد النفسية، انفصام الشخصية، سوء التكيف والإحباط والكبت، الاغتراب والقلق والاكتئاب، المخاوف المرضية، الاحتراق النفسي وغيرها. لذا بات من الضروري البحث عن حلول لمثل هذه المشكلات النفسية ولكن قبل ذلك يجب التعرف على مفهوم الصحة النفسية وما تحمله من معاني ونتطرق الى اضطراب القلق والاكتئاب.

**1. تعريف الصحة النفسية:****1.1. تعريف الصحة:**

. لغة: حسب علي بن باهية وآخرون (1991) هي خلاف المرض، وفي الحديث الشريف: نعمان مغبون فيها الكثير من الناس، الصحة والفراغ، والصحة في الشيء: سلامته مما يفسده ويبطله.

. اصطلاحاً: من أهم و أشمل التعاريف للصحة اصطلاحاً نجد تعريف المنظمة العالمية للصحة حسب أحمد محمد عبد الخالق (2003) على أنها: "هي حالة الرفاهية أو السعادة الجسمية و النفسية و الاجتماعية التامة، و ليس مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف (أورد في: غالي، 2014)

**2.1. تعريف الصحة النفسية:**

هناك العديد من التعريفات التي تناولت مفهوم الصحة النفسية، واختلفت فيما بينها ومن بين هذه التعريفات ما يلي:

. يعرف حامد زهران أن الصحة النفسية عبارة عن حالة دائمة نسبياً يكون الفرد متوافقاً نفسياً انفعالياً واجتماعياً، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته على أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش في سلامة وسلام. (زهران، 2015).

. وأما حسب المنسي فيرى أن للصحة النفسية معاني كثيرة منها: سلامة الفرد من الأعراض المرضية، أو الصحة النفسية تعني قدرة الفرد على توافقه مع المجتمع الذي يعيش فيه، أي سلامة الفرد من الصراعات الداخلية، وقدرته على التكيف مع الوسط الذي يعيش فيه مع متغيرات البيئة المادية والاجتماعية من حوله، أو هي حالة دينامية تبدو في قدرة الفرد على

التوافق المرن الذي يناسب الموقف الذي يمر به أو يخبره. والمقصود بالتوافق المرن هو قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية يتميز بالمرونة (الأخذ والعطاء) يتضمنها التعاون والاحترام والتقدير المتبادل والتسامح والثقة بحذر مع الناس. كذلك قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة مع متطلبات الحياة ضمن قدراته وامكانياته. ويقبل ويرفض ما يناسبه وما لا يناسبه بفعل فهمه واستبصاره لنفسه.

- وأما "بطرس" فيعرف الصحة النفسية بأنها " حالة التكيف والتوافق والانتصار على الظروف والمواقف التي يعيشها الشخص في سلام حقيقي مع نفسه وبيئته والعالم من حوله (بطرس، 2008).

لكن تحقيق الصحة النفسية وتمتع الفرد بها يختلف من شخص إلى آخر، بل إن الأمر أكثر تعقيدا من ذلك، عندما ندرك أن مستوى نسبة الصحة النفسية تختلف لدى نفس الشخص من موقف لآخر ومن وقت لغيره، ولا يمكن القول بأن فلان يتمتع بدرجة 100 % من الصحة النفسية ولكن نسبة الصحة النفسية تعني هنا أن تحقق معظم مظاهر الصحة النفسية في ذلك الشخص.

و يذكر الداھري أن الصحة النفسية تعني التوافق لتام بين الوظائف النفسية المختلفة عند الفرد و هذا يكاد يكون مستحيلا فلا يوجد توافق تام بين الوظائف النفسية المختلفة، و درجة اختلال التوافق هي التي تميز حالته الصحية عن غيرها، و هذا هو الذي يميز بين الصحة النفسية من فرد لآخر فكلما زادت أخطاء الفرد قلت صحته النفسية، و كلما قلت أخطاء الفرد زادت صحته النفسية شأنها في ذلك شأن الصحة الجسمية، كذلك فإن تكيف الفرد مع من حوله من أفراد أسرته و مجتمعه تكيف نسبي، و يختلف باختلاف الزمان و المكان و هذا يدل على نسبية الصحة النفسية . و من هنا فعلى المرشد و الأخصائي مراعاة ظروف البيئة التي يعيش فيها المرشد قبل أن يصدر احكاما على هذا المرشد أثناء المعالجة (محمد قاسم ، 2001).

إذن يمكن القول في النهاية أن مفهوم الصحة النفسية يعني قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع الآخرين من حوله، ويشعر بالرضا التام على سلوكياته اللفظية والعملية المباشرة وغير المباشرة، وقدرته على التكيف والعيش بسلام مع المجتمع الذي يعيش فيه لكن الصحة النفسية مفهوم نسبي يتغير باختلاف المواقف التي يتعرض لها الفرد.

## 2. أهمية الصحة النفسية:

إن تحقق الصحة النفسية للأفراد من شأنه أن يؤدي إلى ازدهار المجتمع وتنميته لأن أفراد خاليين من العيوب النفسية والتي من شأنها أن تؤدي إلى إعاقتهم في أدائهم لأدوارهم في المجتمع فلا يتحقق الرخاء ويصبح مجتمعا واهيا خاويا، لذلك ولهذه الأسباب ترجع أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع والتي يمكن توضيحها في النقاط التالية:

- الصحة النفسية تمكن الفرد من مواجهة مشكلات الحياة
- الصحة النفسية تمكن الفرد من النمو الاجتماعي السليم.
- الصحة النفسية تمكن الفرد من التعلم الجيد.
- الصحة النفسية تدعم الصحة البدنية للفرد.
- الصحة النفسية تقلل من المنحرفين و الخارجين على نظام المجتمع (عبد الحميد و الغرابي ، 2022).

ويواصل القوصي (2010) أن للصحة النفسية أهمية كبرى ويمكن تلخيصها في النقاط التالية:

➤ الصحة النفسية تجعل الفرد متوافقا مع ذاته متكيفا مع مجتمعه، فغالبا ما تكون سلوكياته سليمة ومحبوبة ومرضية لمن حوله. كما أن للصحة النفسية الأهمية الكبرى على الصعيد الاقتصادي والمجالات الإنتاجية، وتحقيق مبدأ التنمية الاجتماعية، حيث أن الفرد المتمتع بالصحة النفسية قابل لتحمل المسؤولية واستعمال طاقاته

وقدراته وكفاءاته إلى الحد الأقصى، فالشخصية المتكاملة للفرد تجعله أكثر فعالية وإنتاجية.

➤ إن الصحة النفسية تنشئ أفرادا مستقرين وأسوياء، فكلما كان الأهل يتمتعون بالقدر المناسب من الصحة النفسية كانت إمكانية تنشئتهم لأطفال أسوياء نفسيا أكبر، فالأسرة المستقرة نفسيا تتمتع بالتماسك والتآزر والقوة الداخلية والخارجية، وبالتالي فهي تزيد المجتمع قوة وتماسكا. الصحة النفسية فعالة لذات الفرد، فهي تتيح له الفرصة بفتح أفاق نفسه والقدرة على فهم ذاته والآخرين من حوله، وتجعله أكثر مقدرة على سيطرة وضبط العواطف والانفعالات والرغبات، وتوجيه السلوك بشكل سليم بعيدا عن الاستجابات غير السوية.

➤ تمتع الفرد بالصحة النفسية يجعله أكثر قابلية للتعامل الإيجابي مع المشكلات المختلفة وتوازن الانفعالات عند الوقوع تحت الضغوط الحياتية المختلفة، والتغلب عليها، وتحمل المسؤوليات دون الهرب والانسحاب، حيث تولد الاستقرار الذاتي للفرد، فتكن حياته خالية من التوترات والمخاوف والشعور الدائم نسبيا بالهدوء والسكينة والأمان الذاتي (أورد في: عبود، 2018).

### 3. أهداف الصحة النفسية:

- فهم الإنسان لنفسه ومشاعره وميوله والأزمات التي تعترضه والأمراض النفسية التي قد تصيبه.
- تبصيره بطرق العلاج وترويض النفس.
- تساعد في فهم نفوس المجتمع الذي يحيط به وما يختلجهم من مشاعر أو أزمات نفسية.
- تحقيق التوافق لدى الشخص النفسي والاجتماعي والشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين.

- تحقيق الذات لدى الأفراد واستغلال قدراتهم بالأسلوب الأفضل.
- تدريبهم على مواجهة الحياة ومصاعبها ومشاكلها.
- الأخذ بيد الإنسان للوصول إلى التكامل النفسي أي الشعور بالاطمئنان.

#### 4- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

هناك العديد من النظريات التي اهتمت بدراسة الصحة النفسية ومن بينها سنقوم بتلخيص أهم هذه النظريات وهي كالآتي:

#### ❖ نظرية التحليل النفسي:

حيث يرى "سيغموند فرويد" أن معيار الصحة النفسية هو القدرة على الحب و الحياة، فالإنسان السليم نفسياً هو الذي يمتلك الأنا لديه القدرة على التنظيم والإنجاز و يمتلك مدخلا لجميع أجزاء الهو و يكون الأنا و الهو منتميان لبعضهما و لا يمكن فصلهما عمليا عن بعضهما في حالة الصحة، و يشكل الأنا الأجزاء الواعية و العقلانية من الشخص في حين تتجمع الدوافع و الغرائز اللاشعورية في الهو، حيث تتمرد و تنشق في حالة العصاب ( الاضطراب النفسي) و تكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة، كما يضم هذا النموذج الأنا الأعلى الذي يمكن تشبيهه بالضمير من حيث الجوهر، و يفترض "فرويد" أن القيم الأخلاقية العليا للفرد تكون إنسانية و مبهجة في حالة الصحة النفسية و مثابرة و متهيجة في حالة الاضطراب النفسي. (رضوان، 2007).

فيرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة (الأنا) على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع أو في التوصل للصراع الذي ينشأ بين هذه الأجهزة وهذه الأجهزة، هي الأنا- الهو - الأنا الأعلى حيث يمثل الأنا الواقع وتمثل الهو الغرائز، ويمثل الأنا الأعلى القيم الاجتماعية (السيد أبو النيل، 1994).

#### ❖ النظرية المعرفية:

تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل و استخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات و حل المشكلات و عليه فالشخص المتمتع بالصحة النفسية قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية و يحيا بالأمل و لا يسمح باليأس فالإنسان يقع ضريع المعاناة و الاضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات، أما الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعية في النظرة إلى الذات الآخرين و الدنيا، و ينتج عن هكذا نظام واقعي عقلاني سيادة التفكير الإيجابي في المواقف الحياتية، كما في الوقف من الذات.

### ❖ النظرية السلوكية:

ظهرت كرد فعل للنظريات التحليلية التي افتقدت للتحقق التجريبي لمفاهيمها و الغموض الذي اكتنف بعض تفسيراتها للشخصية ، و يتفرغ منها السلوك الكلاسيكي و روادها "واطسون"، "بافلوف" و "ثورنديك"، و السلوكيون المعاصرون أمثال "سكنر" و "كلارك"، و تقوم هذه النظريات على ملاحظة و قياس و تفسير السلوكي الظاهري للفرد، و تتبنى استراتيجيات كالتعزيز و العقاب و الاطفاء لتنمية السلوك الإيجابي المرتبط بالصحة النفسية، يؤكد رواد هذه النظرية على دور البيئة و التعلم في تكوين الشخصية السوية التي تتسم بالصحة النفسية أكثر على العامل الوراثي.

فحسب عبد السلام عبد الغفار (2007): تدور النظرية السلوكية حول عملية التعلم و تعتبر المادة بمثابة المفهوم الأساسي في نظرتهم عن السلوك، و هي محور الشخصية، و لذلك السلوكيون ينظرون إلى الإنسان كتنظيم معين من عادات اكتسابها و تعلمها و يؤكدون في نظريتهم على أهم العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد في أثناء نموه و الاضطراب الانفعالي الاجتماعي عند السلوكيين هو نتيجة عامل من العوامل أما الصحة النفسية السليمة عند السلوكيين فهي اكتساب الفرد لعادات مناسبة و يقصد بها تلك التي تتناسب مع البيئة

التي يعيش فيها الفرد، و هي العادات التي يتقبلها أفراد المجتمع و استحسنوا إكسابها لأبنائهم، لأنها تساعد الفرد على أن يحيا حياة فعالة ناجحة مع الآخرين من خلال مواجهة مختلف المواقف و في هذه الحالة هو ذو صحة نفسية سليمة، و إن فشل في اكتساب هذه العادات أو اكتساب عادات لا تتناسب مع ما اتفق عليه المجتمع من عادات فهو في صحة نفسية سيئة أو مضطرب انفعاليا، و هكذا فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد و هو محك اجتماعي لأن النظرية السلوكية تعتبر البيئة من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية (اوورد في: غالي، 2014).

### ❖ النظرية الإنسانية:

تبدو الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين في مدى تحقق الفرد لذاته تحقيقا كاملا ومن رواد هذه النظرية نجد " ابراهام ماسلو " و "كارل روجرز" وفيما يلي نعرض ذلك:

أقام كارل روجرز 1951 نظرية في الذات على أساس فكرة المجال عند "الجشتالط" في تفسير السلوك. وبذلك قامت نظرية روجرز على فكرة الظاهرية التي تعني أن لكل فرد مجالا ظاهريا يتضمن تعريفه للأحداث والظواهر كما تظهر له. ويرى "روجرز" أن للبشر دافع فطري واحد هو النزعة نحو تحقيق الذات ويقول إن هذا المفهوم يكفي لتفسير السلوك البشري كله والكائن الحي يستجيب للمجال الظاهري وفق ما يخبره ويدركه. فيرى أن كل فرد قادر على إدراك ذاته وتكوين مفهوم أو فكرة عنها، وينمو مفهوم الذات نتيجة التفاعل الاجتماعي جنبا إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات ولكي يحقق الإنسان ذاته لا بد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقيا، فالإنسان متمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه، والذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية ومع مفهومه عن ذاته. ( مصطفى، 2000).

كما تؤكد هذه النظرية على أن الشخص لا يستجيب إلى خبراته عن الظروف الدافعة، فالواقع عنده ما هو يظنه الحقيقة، بصرف النظر عن احتمال أنه حقيقي أو غير حقيقي

وهذا الواقع الذاتي للفرد هو الذي يحدد كيف يسلك، وبالتالي فإن المعرفة بالمشير لا تكفي للتعنبؤ بالسلوك، إذا يجب أن يعرف المرء كيف يدرك الشخص.

بينما "ماسلو" يرى أن للإنسان حاجات متنوعة ،و أن هذه الحاجات تتنوع بصورة هرمية منها ذات المستوى الأدنى و الأخرى ذات المستوى الأعلى ، يضم المستوى الأول الحاجات الفيزيولوجية و الحاجة للأمن و السلامة، فأشباع الحاجات الجسمية تشعر لفرد بالأمان و عندها سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات التي تطلق عليها الحاجات الاجتماعية و منها الحاجة إلى الصداقة و العطف و الحنان و التحصيل و تحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم " ماسلو" و تتحقق الصحة النفسية عندما يتمكن الفرد من إشباع هذه الحاجات بطريقة سوية و تحقيق إنسانيته الكاملة، كما قدم " ماسلو" قائمة طويلة من خصائص الإنسان الذي يحقق أقصى حالات الذات و هي:

- الإدراك الفعال للواقع والتعامل الإيجابي معه، ومحااربة صعوباته بدلا من الانسحاب في الأوهام والأحلام.
- درجة عالية من تقبل الذات والآخرين.
- القدرة على المرح والدعابة والاستمتاع بمناهج الحياة.
- القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية.
- الأصالة والابتكار في العمل والمواقف.

وحسب هذه النظرية نستنتج أن الذات تتكون من خلال التفاعل المستمر بين الطفل وبيئته. وأهم ما في بيئته في السنوات الأولى للوالدين وما يتبع ذلك من تقويم وتكوين لمفهوم ذاته، حيث تشيد هذه النظرية بأهمية ما يمارسه الآباء من أساليب واتجاهات في تنشئة الطفل وأثرها على تكوين ذاته إما بصورة موجبة أو سالبة (فرحات، 2022).

#### ❖ النظرية الوجودية:

يعتمد المنحى الوجودي في علم النفس على المنحى الفيرومولوجي في نظريته إلى الإنسان، و لعل أبسط تعريف لهذا المنحى و هو ما يسوقه لينج حيث يقول: الفينومولوجية الاجتماعية هي ذلك العلم الذي يدرس خبرتي و خبرة الآخرين، و العلاقة بين خبرتي عنك و خبرتك عني، و يهتم كذلك بدراسة سلوكك و سلوكي كما أخبره، و سلوكي كما تخبره أنت و يصف هؤلاء المفكرون إنسان القرن العشرين في عمله واغترابه بأنه (غريب عن الله و غريب عن الآخرين و عن نفسه) (عبد السلام عبد الغفار ، 2007).

وحسب زهران (2007) يدفعه الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه إلى إدراك العزلة الوجودية أو الاغتراب الوجودي، إلى وقوعه صريحا للقلق الوجودي و من تم الى الاضطراب النفسي ، إذ يعيش إنسان القرن العشرين في إطار اجتماعي حدد له مآله و مستويات طموحه و حدد له حاجاته و ما ينبغي إشباعه و ما لا يجب إشباعه، و حتى إن بدأ للفرد أنه اختار ما يود عمله، فهو لم يختار سوى ما يفرضه عليه الإطار الاجتماعي، و معنى ذلك أنه يدرك إمكاناته، و ان يكون حرا في تحقيق ما يريد و بالأسلوب الذي يختاره، و أن يدرك نواحي ضعفه وأن يتقبلها و أن يكون مدركا لطبيعة هذه الحياة بما فيها من متناقضات و التي تعد سمة من سمات الحياة، و عليه أن ينجح في الوصول إلى تنظيم معين من القيم يكون بمثابة إطار له في حياته، و لن يحدث ذلك إلا إذا واجه الإنسان نفسه بصدق و أمانة. (أورد في: غالي، 2014).

من خلال هذه النظريات المفسرة للصحة النفسية يتضح لنا بأنها تتمحور كلها على الفرد وقدراته في تحقيق الصحة النفسية، فمدرسة التحليل النفسي ركزت على قدرة الشخص على العمل والحب، أما السلوكيين فركزوا على قدرة الفرد على كسب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها، أما المدرسة الوجودية فترى ان الصحة النفسية يمكن في اختيار الفرد لقيم تحدد في إطاره في الحياة، أما أصحاب الاتجاه الإنساني فأسندوا الصحة النفسية في مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا.

**5. مفاهيم الصحة النفسية:****1. القلق:****1.1. تعاريفه:**

لقد تعددة تعاريف علماء النفس للقلق، فلكل واحد وجهة نظر يؤمن بها:

حيث عرفه عرفة عبد الخاق (1994) بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشبكة الوقوع وتهديد مصدر غير معلوم مع شعور بالتوتر وخوف لا سبب له من الناحية الموضوعية، وغالبا ما يتعلق بالمستقبل المجهول (دحماني هدى 2011، ص 16).

اما ما نعرفه على انه: حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد التكيف ومعنى ذلك أن القلق ما هو الا مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة التي تحدث خلال الصراع والإحباط (بكاره سارة 2013، ص 55).

وعرفه " الهيتي " بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف (عثمان، 2001، ص 128).

**مفهوم القلق كحالة:**

تعرف حالة القلق، بأنها حالة انفعالية موقفيه مؤقتة، وتعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة، وتختفي هذه الحالة مع اختفاء مصدر التهديد، ويشير القلق كحالة اذن الى حالة انفعالية مؤقتة أو حالة الكائن الإنساني التي يتسم بها داخليا وذلك لمشاعر التوتر والخطر المدرك شعوريا، والتي تزيد نشاط الجهاز العصبي الذاتي فتظهر علامات حالة القلق، وتختلف هذه الحالات من شدتها وتقبلها معظم الوقت (نايت عبد السلام 2018 ص 269)

**مفهوم القلق كسمة:**

يشير هذا المفهوم الى ظروف ثابتة في القابلية للإحساس بالقلق، أي يشير الى الاختلافات بين الافراد في ميلهم الى الاستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف ضاغطة و مهددة و قد أشار "سبيلبرجر" الى ان الشخص الذي يتصف بمستوي عالي من التهيؤ و الاستعداد للقلق، يكون دائما في استعداد لأدراك اخطار وتهديدات في علاقاته بالآخرين فيستجيب لها بمستوى على من القلق، وذلك أكثر من الشخص الذي يتصف بمستوى منخفض من سمة القلق، حيث تتضمن غالبا هذه الاخطار تهديدات على تقدير الفرد لذاته، فيتجه نحو السلبية وعدم التوافق النفسي والاجتماعي (نايت عبد السلام 2018 ص 269-270).

**2.1. مكونات القلق:**

يضم القلق عدة مكونات، ومنها:

- . **المكون الانفعالي:** يظهر في مشاعر الخوف والفرع والضيق، وعدم الاستقرار.
- . **المكون المعرفي:** يظهر فيما تسببه العوامل السالفة الذكر من انخفاض قدرة الفرد على إدراك المواقف بشكل صحيح وعلى التفكير الموضوعي وعلى الانتباه والتركيز التذكر وغيرها، فيفقد الفرد ثقته بنفسه وينخفض أدائه ويشعر بقلّة الكفاءة ويسيطر عليه التفكير في الفشل وفي فقدان التقدير.
- . **المكون الفسيولوجي:** ويظهر في التغيرات الفسيولوجية التي تنتج عن إثارة الجهاز العصبي المستقل، مثل ارتفاع ضغط الدم، تقلص الشرايين وزيادة خفقان القلب وسرعة التنفس والعرق.

ويعتبر القلق القاعدة الأساسية في كافة الاضطرابات النفسية والعقلية والنفس جسمية والانحرافات السلوكية، ولقد أكد الباحثون في هذا الصدد أن القلق غالبا ما يكون عرضيا لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب لتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا وهذا ما يعرف باسم عصاب القلق، أو القلق العصابي أو رد فعل القلق (سلام 2019ص105)

### 3.1- اعراض القلق:

يقسم "شاذلي" (1999) اعراض القلق الى اعراض جسمية" و "نفسية".

. **الاعراض الجسمية:** تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد والازمات العصبية الحركية والصداع المستمر وتصيب العرق وعرق الكفين وشحوب الوجه وسرعة النبض وآلام الصدر وارتفاع ضغط الدم واضطراب التنفسي وعسره والشعور بضيق الصدر والدوار والغثيان والقيء والسعال وعسر الهضم وفقد الشهية واضطراب النوم والارق والاحلام المزعجة واضطراب الوظيفة الجسمية (العنة والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي واضطراب الدورة الشهرية عند النساء).

**2.3. الاعراض النفسية:** فتشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل والعصبية والتوتر العام وعدم الاستقرار والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج والشك والارتياب والتردد في اتخاذ القرارات وهم الاكتئاب العابر والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وتهوهم المرض وضعف التركيز وشروذ الذهن و ضعف القدرة على العمل والإنتاج وسوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني وقد يصل الحال الى السلوك العشوائي غير المضبوط (يوسف مصطفى سلامة عوض الله ، 2008 ، ص39).

### 4.1- أنواع القلق:

**القلق الموضوعي:**

وهذا النوع من القلق أقرب الى الخوف، وذلك لان مصدره يكون واضحاً، فالفرد مثلاً يشعر بالقلق ان قرب موعد الامتحان. كما انه يسمى بالقلق الخارجي المنشأ فهو الذي يحس به الافراد من الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر فعندما يستطيع الانسان ان يتميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه و سلامته كان يصوب لصب مسدسا الى راسه فهنا يشعر بالاضطراب و يبدأ يرتجف ريقه يده و جبهته و تزيد نبضات قلبه و تهتاج معدته و يشتد توتره فهذا الفلق طبيعي أي شخص يمكن أن يحسن به و استجابته تكون عادية وسوية (دحماني هدى، 2011، ص 18).

**. القلق العصابي:**

هو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علتة وكل ما هنالك انه يشعر بحالة من الخوف الغامض، ويعرف القلق العصابي بانه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي او رمزي قد يحدث لصاحبها خوف غامض واعراض نفسية وجسمية، ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرض لبعض الاضطرابات النفسية، الا انه في حالة قلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً (دحماني هدى، 2011، ص 19).

**. القلق الخلفي:**

يكون هناك مصدر القلق داخلياً اذ يمارس في صورة الاحساسات بالذنب في "الأنا" يثير إدراك خطر من الضمير.

فهو ينشأ من احباط دافع الذات العليا وينتج عندما يرتكب الانسان أعمال مخالفة للضمير أو يفكر في ارتكابها وهذا النوع شأنه شأن القلق العصابي فالإحساس بالذنب يحدث في

صورة مختلفة، في صورة مخاوف مرضية أو صورة قلق متعلق بالأمراض العصاب نفسها.  
(زاوي سليمان 2012ص66)

### . القلق الوجودي:

وهذا النوع من القلق تمتلك الشخص مشاعر بأن الحياة لا قيمة لها فقد احساسه بقيمة كل ما يفعله، وهو اضطراب انفعالي تميزه خصائص وجدانية كالإحساس بالملل والفراغ ومشاعر الاكتئاب، فمن الناحية الفكرية تسيطر على الفرد أفكار بأن الحياة لا معنى لها وليس لها أهمية، أما من السلوكية يصبح الفرد الأشخاص غير مكترثين للقيام بأي نشاط كما يبرز فيه الفرد تعايشه في أداء نشاطاته المعتادة ويغلب على القلق الوجودي هذا الاكتراث وغياب المشاعر القوية وفقدان الإحساس بوجود أي معنى للحياة ومن أهم العلماء الذين تكلموا عن القلق الوجودي "جان بول سارتر" و"ارثر ملير". (إبراهيم عبد الستار 1984ص4)

### 5.1. مستويات القلق:

يمكن اعتبار القلق دافعا من الدوافع الهامة التي تساعد على الإنجاز والنجاح والتفوق وتؤكد نظريات التعلم أهمية الدافعية في التعلم فالقلق ينشط سلوك الفرد ويحرره من عقاله وينقل الفرد في حالة السكون الى حالة الحركة حيث أن القلق ينشأ من عدم الاتزان وهو عامل توجيهي أي توزيعه السلوك نحو غرض معين.

. **المستوى المنخفض:** تكون درجة حساسية الفرد اتجاه الاحداث الخارجية مرتفعة ويشير غالبا هذا المستوى بعلامة انذار الخطر وشيك الوقوع لزيادة درجة استعدادة وتهيئه لمواجهة الخطر في البيئة المحيطة.

. **المستوى المتوسط:** تكون استجابات القلق في المواقف الحياتية المختلفة متسمة بالجمود وقد السيطرة على السلوك ومرونته ويحتاج الى بذل جهد مضاعف للمحافظة على السلوك المناسب.

. **المستوى العالي:** يستطيع الفرد التمييز بين الميراث الضارة والغير الضارة، يرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي ويتأثر تنظيمه السلوكي بصورة سلبية، ويقوم الفرد بأساليب غير ملائمة للمواقف الحياتية المختلفة وتؤكد الحقائق العلمية على وجود علاقة بين مستوى القلق ومستوى الأداء بحيث يصل مستوى الأداء الى الذروة عندما يكون مستوى القلق في مستوى متوسط ويتفق ذلك مع وصفة " بازوفيتز " لمستويات القلق المنخفضة والمتوسطة والعالية، ففي المستوى المنخفض للقلق يحدث حالة التنبية العام للفرد وتزداد قدراته على مقاومة الخطر ويكون الفرد في حالة تحفز وتأهب لمواجهة مصادر الخطر في بيئة التي يعيش فيها، ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة انذار لخطر وشيك الوقوع. (الساسى كريمة 2010 ص 101)

### 6.1. مصادر القلق:

لقد اختلف علماء النفس في قضية القلق فمن العلماء من اعتقد أن القلق ينتج عن عوامل داخلية أي داخل الفرد ومنهم من يعتقد أنها عوامل خارجية ومنهم من يرى غير ذلك.

"جيروم" و"ارنست" حدد 5 مصادر أساسية للقلق على النحو التالي:

. **الأذى أو الضرر الجسدي:** فالعديد من الافراد يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تهددهم مواقف تنذر بالأذى والايلام الجسدي.

**الرفض أو النبذ:** فالخوف من رفض الاخر لنا ومن أنه لا يبادلنا مشاعر المودة والحب يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الاجتماعية.

. **عدم الثقة:** حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أم غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدرًا للقلق لا سيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع منها أن تفعله.

. **التنافر المعرفي:** يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار كل منها مع الآخر أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح.

. **الإحباط والصراع:** فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في ارضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أم في فص المواقف الصراعية. (منى سميح مصطفى حمد 201ص28)

### 7.1. أسباب القلق:

يتبين من خلال استعراض النظريات المختلفة أن علماء النفس يختلفون في تفسير أسباب القلق تبعاً لخلفياتهم النظرية فهناك من يركز على القلق كعصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة. وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب القلق بصفة عامة بالاعتماد على نتائج البحوث العلمية:

. **الاستعداد الوراثي:** تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العامل الوراثي كعامل من عوامل الاستعداد القلق فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقبل واستجابة للمنبهات الخارجية لدى التوائم (التوأم القلق) وقد وجد في بعض الدراسات كما يشير "محمد" و"مرسى" 1997 أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة مرتفعة مقارنة بين التوائم غير المتشابهة وأن من أبناء واخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض.

. **الاستعداد النفسي العام:** تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق ومن ذلك الضعف النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي ترفضه بعض الظروف

البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي للظروف الحياة وعدم تقبل مدى الحياة وجزرها كما يؤدي فشل الكبت الى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.

**. العوامل الاجتماعية:** تعتبر العوامل الاجتماعية وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق اذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق ولا شك في أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها وتشعب جوانب الحياة القلقة خاصة عصر اتسم بالقلق وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية والضغوط الحضارية والثقافية والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الامن واضطراب الجو الاسري وتفكك الاسرة وأساليب التعامل الوالدي القاسية وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواج.

**. العوامل الفيزيولوجية:** يشير عكاشة 1992 الى ارتباط القلق أحيانا ببعض العوامل البنائية والفيزيولوجية ومن ذلك عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضمور هذا الجهاز في الشيخوخة وما يتبع ذلك من خلل في الوظائف الفيزيولوجية والنفسية ويمثل القلق واحد من الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية بالرغم من تحديد أسباب القلق السابقة الا أنها تبقى أسباب عامة بمعنى أنها وما يترتب على الطلاق من مشكلات اجتماعية واقتصادية والحرمان من الأبناء بالنسبة للام المطلقة وقد يكون أحد هذه العوامل أكثر تأثيرا من العوامل الأخرى وأن تؤدي هذه العوامل في مجملها الى القلق.

إضافة الى ما سبق فقد أورد زهران في 1995 بعض الأسباب الأخرى للقلق من بينها ما يلي:

. الاستعداد الوراثي في بعض الحالات.

. الاستعداد النفسي والاحباطات والصراعات بين الدوافع والاتجاهات والتوتر النفسي الشديد والصدمات النفسية والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة ومشاعر النقص والعجز.

. مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الحضارية والثقافية الناجمة عن المدينة الحديثة والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والحرمان، عوامل بيئة أسرية كالتفكك والاضطراب الاسري.

. مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخة مع التأكيد على التفاعل بين مواقف الحاضر وخبراته وذاكرات الصراعات في الماضي.

. التعرض للخبرات الحادة الاقتصادية أو العاطفية أو التربوية، والخبرات الجنسية الصادمة لا سيما في الطفولة والمراهقة، الإرهاق الجسمي والتعب والمرض.

. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، عدم تحقيق الذات. (منيا سميح مصطفى

حماد 2012ص29)

### 8.1 . علاج القلق:

يتنوع العلاج على الجوانب التالية والتي تكون القواعد الأساسية في أكثر العلاجات وهي كالاتي:

. **العلاج النفسي:** يحاول العلاج إيجاد علاقة ثقة وودّ مع المريض ليتمكن من التعبير والترويج عن نفسه والبوح بمشاكله ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث أو تفسير الاحلام، ثم محاولة افهام المريض بحقيقة وجذور القلق الذي يعانيه ودفعه الى الشفاء يرفق بالتشجيع والتوجيه والايحاء الغير المباشر وينخفض العلاج عدة صور وأساليب بالنسبة لمدارس علم النفس المختلفة والطريقة التي يفصلها المعالج.

(فخري الدباغ 1983 ص104)

. **العلاج الكيماوي:** يعتمد العلاج بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة ففي الحالات القلق الشديد يحتاج الى اسعاف سريع لتهدئة المريض وراحة المريض قبل التفكير في العلاج النفسي لأن هناك خطر الانتحار أي سهولة المرور الى العقل أما في حالة الرعب والانهيار والاعياء والاعماء نستعمل طريقة النوم الدائم وذلك بتزويد المريض بكميات من الدواء والمنومات والمهدئات بحيث ينام مدة 20 ساعة في 24 ساعة فيكون خلالها قد تمتع باسترخاء عقلي وجسمي.

أما في حالة القلق الحاد والمتوسط يمكن إعطاء حقن مثل الليبيربوم، أما حالات القلق المزمنة والمتكررة، فتعطي نفس المواد سابقة الذكر مع إضافة بعض العقاقير ضد اكتئابية. (فخري الدباغ 1983 ص104)

. **العلاج السلوكي:** بالنسبة لنظرية التعلم الحديثة، القلق يعد فعل منعكس شرطي خاطئ وهنا العلاج يهدف الى إزالة أعراض القلق عن طريق عملية الاشتراط يتدله الصحيح. (فخري الدباغ 1983 ص 105)

فعن طريق تدريب المريض على الاسترخاء ثم تقديم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة تدريجيا يتمكن من مواجهة تفسير الموقف المثير للقلق حيث يتم تحسينه. (أحمد عكاشة 1988 ص55)

. **العلاج الجراحي:** نلجأ إليه في حالة فشل الأساليب السابقة ويعتمد على العمليات الجراحية وهذه تخص الحالات النادرة من القلق كحالة القلق التي تكون مصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب فتتم هذه العملية في المخ الحشوي اذ يقطعها تتوقف الدارة الكهربائية والعصبية والكيماوية الخاصة بالانفعال. (زواي سليمان 2012 ص24)

. **العلاج عن طريق الرياضة:** لها دور هام ممتاز لمكافحة انقباض النفس هذه الحركات يجب أن تكون مبرمجة بانتظام لكي تصبح نافعة ومهدئة ومزيلة للقلق ومن بينها المشي الهادئ، الجمباز، السباحة، وهذه الحركات لها تأثير قوي على تقوية الكتلة الحمية للبدن.

. **العلاج عن طريق مشاهدة الأفلام:** إن مشاهدة الأفلام الشجاعة التي تعرض فيها الممثلون للمخاطر والصراعات اذ الرمز في تلك الأفلام قد تفيد الى حدّ ما حيث ينوب عنك بعض الابطال في الفلم فيما لا تقدر على عملية في الواقع الحي، فالفارس الذي يقابل عدوه أو المصارع الذي ينازل مصارع آخر على جانب كبير من القوة أو حتى مجرد مشاهدة مباراة كرة القدم قد تخفف من التوترات النفسية ومن شدة القلق النفسي يستند بالشخص. ( زواوي سليمان 2012 ص25)

## 2. الاكتئاب:

### 1.2. تعريف الاكتئاب:

#### . لغة:

اشتق من مصطلح اكتئاب في اللغة العربية، من الفعل كآبة ويقصد به الحزن والإحباط والانكسار. (مدحت عبد الحميد بوزيد 2001ص22)

#### . اصطلاحا:

لقد اختلفت وتعددت تعاريف الاكتئاب وذلك حسب وجهة نظر العملاء.

يرى " رشاد عبد العزيز" بأن الاكتئاب يعتبر من أكثر الاعراض النفسية انتشارا وهو يختلف في شدته من مريض لأخر ويشعر المصاب بالاكتئاب بأفكار سوداوية والتردد الشديد وفقدان

الشهية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالألم وتقليل من قيمة الذات. (رشاد عبد العزيز 1993ص15)

يعرف الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة تعبر عن شيء مفقود وإن كان مريضاً لا يعرف المصدر الحقيقي لحزنه. (حامد عبد السلام زهران 2005ص13)

بما أن الدراسة الحالية تستخدم مقياس بيك للأعراض الاكتئابيين 1976 ستبني الباحثة الذي ينص على أن الاكتئاب خبرة معرفية وجدانية تتبادى في أعراض الحزن والتشاؤم وعدم حب الذات ونقدها والأفكار الانتحارية والتهيج والاستشارة، فقدان الاهتمام، التردد وانعدام القيمة وفقدان الطاقة والتغيرات في نمط النوم، القابلية للغضب والتغيرات في الشهية وصعوبة التركيز والارهاق والاجهاد وفقدان الاهتمام. (غريب 2000ص25)

ويعرفه "ستور" (STOOR) بأنه حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخذ الاستجابة والميول التشاؤمية وأحيانا تصل الدرجة في حالة الاكتئاب الى درجة الميول الانتحارية، وكذلك تعلق درجة الشعور بالذنب إلى أن الفرد لا يذكر إلا أخطائه وذنوبه وقد يصل الى درجة البكاء الحاد. (بشير 2007ص19)

ويرى "ستات" (STAT) أن الاكتئاب أحد المظاهر العامة للاضطراب الانفعالي الذي يتدرج في الشدة من مجرد أزمات، هموم الحياة اليومية إلى حالة عقلية تتسم باليأس التام.

ويعرف "كولز" (COLES) في 1982 الاكتئاب بأنه خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا وبالرغبة في إيذاء الذات والتردد وعدم البث في الأمور والارهاق وفقدان الشهية ومشاعر الذنب واحتقار الذات ببطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد. (عبد المعطي 2004 ص16)

ويعرف دسوقي الاكتئاب بأنه اتجاه انفعالي ينطوي على شعور متطرف بعدم الكفاية وفقدان الامل، يصاحبه انخفاض في النشاط الجسمي والنفسي وتكدر واغتمام وتشاؤم من المستقبل، والإحباط من قدر النفس واتهامات وعدم كفاية وفقدان الامل ويشعر الفرد أيضا بالتعب، وبفقدان الطاقة بانعدام لقيمة وبنقصان القدرة على التفكير أو التركيز. (البشري 2005 ص5)

كما يشير "حامد زهران" الى أن الاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي. (زهران 1988 ص429)

ويرى عكاشة أن الاكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة إن لم يعالج ويشكو المريض أولاً من فقدان القدرة على التمتع بالحياة مع انكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغير لون الحياة ويبدأ التساؤل عن أهميتها ويعيش في سحب من اليأس والجزع والانقباض ويحس بفقدان الامل. (عكاشة 2003 ص399)

كما يعرف "بيك" (BECK) 1979 الاكتئاب بأنه اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراب في الوجدان حيث يرجع الاكتئاب الى التشويه المعرفي الذي يؤدي الى تكون اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل وينتج من جراء ذلك التشويه ظهور مجموعة من الاعراض الإكتئابية السالبة وهي ليست أعراض وجدانية فقط وإنما أيضا معرفية ودافعية وفيزيائية. (BECK A T 1979)

## 2.2. أعراض الاكتئاب:

تتفاوت وتختلف شدة الاعراض ووفرة ظهورها تبعاً لنوع ودرجة الاكتئاب الذي يصيب المريض، يصنفها "شاذلي" (2000 ص136-138) إلى فئتين رئيسيتين، ويندرج تحت كل فئة مجموعة من الاعراض كالتالي:

**. الاعراض الجسمية:**

انقباض الصدر والاحساس بالضيق، فقدان الشهية، نقص الوزن، الإمساك، الصداع، التعب عند بذل أقل جهد، آلام الظهر، الرتابة الحركية واللازمات الحركية نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي واضطراب الدورة عند النساء وبرودهن، ضعف النشاط العام وتأخر زمن الرجوع، توهم المرض، الانشغال على الصحة.

**. الاعراض النفسية:**

اليأس وهبوط الروح المعنوية، والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، انحراف المزاج وتقلبه، عدم ضبط النفس، ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية، القلق والتوتر والأرق، فتور الانفعال، الانطواء والانسحاب والوحدة والسكون والشروود حتى الذهول، التشاؤم المفرط والنظرة السوداء للحياة والتبرم بها وعدم الاستماع بمباهجها، البكاء، اللامبالاة، اهمال النظافة والمظهر الشخصي، قلة الكلام وانخفاض الصوت، الشعور بالذنب وتصيد أخطاء للذات وتضخيمها، احتقار الذات، تراود المريض أفكار الانتحار أحياناً.

. كما تظهر أعراض اجتماعية للاكتئاب وهي كالتالي:

الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية، الصعوبة في البدء وتكوين علاقات جدية، التفاعل المحدود وقلة المشاركة مع الآخرين، عدم القدرة على التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب أو الدفاع عما ينسب إليهم من خطأ أو تصرفات، عدم الرضى عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقات بالزوج أو الزملاء، يشعر بعضهم بالوحدة ويميل إلى الانسحاب، الشعور بالقلق والكدر تجاه المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل، اللامبالاة بالبيئة نقص الميول والاهتمامات وإهمال النظافة الشخصية والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمر العادية (في المنزل والعمل). (المعاوية 2002 ص 373)

. ويرى "بيك" (BECK) 1997 أن الاعراض الاكتئابية تكمن في 21 عرضاً وهي كالتالي:  
 الحزن Sadness، التشاؤم Pessimism، الشعور بالفشل Feeling of failure، نقص  
 الرضا Lack of satisfaction، الذنب Guilt، الإحساس بالعقاب Sense of  
 punishment، كراهية الذات SEG F Dislike، إتهام الذات self of  
 accusation، رغبات الانتحار Suicidal wishes، نوبات البكاء Crying spells، التهيج  
 Irritability، الانسحاب الاجتماعي Social withdrawal، التردد Body، تغيير صورة  
 الجسم Distortion، صعوبة العمل Work inhibition، الأرق Insomnia، سرعة التعب  
 Fatigability، فقدان الشهية loss of appetite، فقدان الوزن loss of wei، الانشغال  
 الجسدي Somatic، فقدان الليبدو Loss of libido (BECK1997P40).

إن اعراض الاكتئاب تندرج تحت أعراض رئيسية وهي: أعراض نفسية وأعراض جسمية  
 وأعراض اجتماعية، فتظهر الأعراض النفسية المتمثلة بضعف الثقة بالنفس، الحزن الشديد،  
 وتقلب المزاج، والتوتر والقلق والتشاؤم واليأس، والنظرة السلبية للأمور وقلة الكلام وغيرها،  
 وكذلك تظهر بصورة واضحة من خلال تأثيرها على الجسد من حيث شعور الفرد بضيق  
 الصدر والاختناق، وصداع وفقدان الوزن والشهية، والضعف الجنسي، آلام الظهر، الكسل  
 وقلة النشاط وغيرها، مما يؤثر ذلك على الفرد وينعكس على الجانب الاجتماعي، مما يؤدي  
 كذلك إلى العزلة والانسحاب عن الوسط الاجتماعي، والافتقار للإيجابية في مواقف حياته  
 المختلفة، وإهمال النظافة الشخصية، وعدم القدرة على التعامل مع الأصدقاء، وعدم الاهتمام  
 بأمور الحياة.

**3.2. أسباب الاكتئاب:**

هناك اختلاف في تفسير الاكتئاب للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ بعين الاعتبار جميع الأساليب المحتملة وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة كما أن هناك عدة أسباب تتدخل معًا لظهور الاكتئاب.

**. العوامل الوراثية:**

يلعب العامل الوراثي دورا مهما في نشأة الاكتئاب ويبدو أن التاريخ العائلي للاكتئاب يزيد من خطر تعرض الشخص له، وقد تعددت الأبحاث بشأن هذا الموضوع وأظهرت النتائج أن أقارب الدرجة الأولى أي الاهل والإخوة والأولاد لشخص مكتئب هم أكثر عرضة للاكتئاب من الذين يملكون تاريخا عائليا للاكتئاب، وقد ترتبط زيادة الخطر بالعوامل الوراثية أو البيئية أو الاثنين معا.

وعلى الرغم التأكيد من أن الشخص يستطيع وراثه الخطر المتزايد لتعرض الاكتئاب يبدو أن زيادة الخطر لا تنجوا عن جنية ناقصة واحدة، فهذه الزيادة مرتبطة على الأرجح بتفاعل جنيات عدّة بالإضافة الى ذلك يحتمل إلا أن تكون العوامل الوراثية لاستهلال المرض وتبرز عوامل أخرى في هذا المجال، فقد عثر الباحثون على أدلة تشير إلى إسهام عوامل وراثية وغير وراثية في الاكتئاب، وقد أظهرت الدراسات أن الأولاد المتبنين الذين عانى أهلهم البيولوجيين من الاكتئاب هم أكثر عرضة للاكتئاب من الأولاد المتبنين المفتقدين إلى تاريخ عائلي من الاكتئاب، يوحي ذلك بوجود رابط وراثي.

أنه بين التوأمين المتشابهين حين يصاب أحد التوأمين بالاكتئاب يعاني التوأم الآخر من الاكتئاب أيضاً 40% فقط من الحالات وهذا يعني ليس حتماً أن يصاب التوأم الآخر بالاكتئاب، ويشير ذلك أن الجنيات على رغم أهميتها مسؤولة جزئياً فقط، المرض بالإضافة

إلى تكوين الجيني بينما تؤدي العوامل البيئية دورا أساسيا في نشوء الاكتئاب لهذا السبب يمكن أن يصاب الأشخاص الذين لا يملكون أي تاريخ عائلي للمرض.

إنّ التوأمين المتشابهين الذين يتشاركان الجينات نفسها يكشفان كلاهما عن إمكانية التعرض للاكتئاب أكثر مما يفعل التوأمان الاخوان اللذين يتشاركان فقط بعض الجينات، يوحي ذلك أيضا بوجود رابط وراثي، فإن دراسة التوأم المتشابهة تعطي الضوء الكافي لمعرفة مدى أهمية العامل الوراثي.

وقد أجرت الآن سبعة دراسات منسقة في جميع أنحاء العالم بشأن ذلك، ونستطيع تلخيصها كالآتي:

جدول رقم (01): أهمية العامل الوراثي:

التوأم المتأخية		التوأم المتشابهة		الباحث
المصابون	المجموع	المصابون	المجموع	
5	.	4	3	لوكسنبرج 1928
35	8	23	16	روزانون 1935
.	.	8	4	كولمان 1950
15	3	8	4	سليتر 1953
39	15	21	15	دانونسكا 1959
3	.	8	1	أسلمولر 1963
34	1	15	5	ألن 1964
2	1	15	5	هارفالد 1965
52	9	10	32	برقلسن 1979
حوالي 14		حوالي 65		نسبة الإصابة بالمرض

**. العوامل التكوينية:**

أن كثيراً من حالات الكآبة تظهر بدون أي سبب ظاهري قد جعل من الضروري افتراض ما يعرف بالاستعداد التكويني للفرد نحو الكآبة، وترى بعض الدراسات أن هناك علاقة بين التكوين الجسمي وهذا المرض، فيبدو أن النمط المكتنز أو البدين أو صاحب البنية ويميل هذا الجسم للبدانة مع غاظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما، أكثر عرضة من غيره لردود الأفعال العاطفية.

وإن كان وجه النظر التكوينية أو فكرة أنماط الجسم هذه تواجه عدد من الصعوبات تجعلنا غير متأكدين منها تماما. (عكاشة 2003 ص 421)

**. العوامل الفيزيولوجية:**

هناك العديد من الامراض والحالات الأخرى التي قد تتسبب في ظهور الاكتئاب، على نحو مباشر أو غير مباشر ومنها مرض الكلية، التهاب المفاصل الثريان، أمراض الرئة المزمنة الايدز (التهاب فيروس نقص المناعة البشرية)، ورم أو إصابة في الدماغ، إصابة الحبل الشوكي، داء السكري، تصلب المتعدد الصرع، نقص الفيتامينات، قد يسبب الآلام ويعيق نوعية حياة الشخص، ويمكن لهذه العوامل بدورها أن تغير مزاج ومظهر الشخص مما يسبب الاكتئاب.

وفيما يلي عرض بعض الامراض التي تزيد ظهور الاكتئاب وهي:

**. الامراض المرتبطة بالهرمونات:**

غالبا ما ترتبط مشاكل الغدة الدرقية بالاكتئاب، فالغدة الدرقية تنتج وتطلق الهرمونات التي تساعد على تنظيم حرارة الجسم، خفقان القلب... إلخ، فالواقع ان الغدة الدرقية غير نشيطة (قصور الغدة الدرقية) قد تسبب الاكتئاب، لذا يختبر العديد من الأطباء مستويات الهرمونات

الدرقية بصورة روتينية قبل تشخيص الاكتئاب، وإذا كانت تعاني من قصور في الغدة الدرقية يصف الطبيب دواء من الهرمون الدرقي لتعويض من النقص ويفترض بالعلاج عادة ما ينتهي هذا النوع من الاكتئاب، ثمة حالات أخرى ينجم من خلل في التوازن الهرموني وقد تسبب الاكتئاب أيضا وهي تشمل اضطراب الغدة الدرقية والغدة الكظرية. (مرض كاشينغ ومرض أديسون) (كرامينغز 2002 ص 29.36)

. مرض القلب:

مثل ما يزيد الاكتئاب تعرض الشخص لمرض القلب أو النوبة القلبية فإن العكس صحيح أيضا بالفعل تبين أن 30% من الذين جرت معالجتهم في المستشفى لمرض الشريان الإكليلي (أي الانسداد في الشريان المؤدية للقلب) يعانون من الاكتئاب كما تصبح نصف الذين تعرضوا لنوبة قلبية مصابين بالاكتئاب. (درويش 2003 ص 46)

. السكتة:

تحدث السكتة حينما يتضاءل مورد الدم إلى الدماغ نتيجة وعاء دموي مسدود أو مقطوع في الدماغ ويكون الأشخاص الذين تعرضوا للسكتة أكثر عرضة للاكتئاب، فهذا المرض هو أحد المضاعفات أكثر شيوعا للسكتة لغاية 40% من الأشخاص خلال أول سنتين بعد السكتة تكن درجة إعاقتك الجسدية بعد السكتة لا تتطابق مع خطر للاكتئاب فالذين تعرضوا لإعاقة بسيطة يواجهون الخطر نفسه مثل الذين تعرضوا لإعاقة كبيرة.

وقد يصعب تمييز علامات الاكتئاب وعوارضه عن تأثيرات السكتة التي قد تشمل صعوبات في الذاكرة، واضطراب وتعب لكن التاريخ السابق للاكتئاب قد يزيد من خطر تعرضنا للاكتئاب بعد السكتة كما أن الاكتئاب يزيد من خطر الموت بعد السكتة. (كرامينغز 2002 ص 36)

**. الألم المزمن:**

غالبا ما يترفق الألم المزمن للاكتئاب، فالألم المستمر المصحوب بالضغط اليومي يقضي غالبا على الفراغ العاطفي يصعب الفرار منه وتشير الدراسات التي أجريت إلى نصف المصابين بآلام مزمن يعانون من الاكتئاب الخفيف إلى الوخيم. (كرامينغر 2002ص36)

**. العوامل النفسية:**

يرى المحللون النفسيون أنه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية للفرد المتهيئ للإصابة بالاكتئاب يصبح تقديره لذاته في خطر، وحينئذ يكون مستعد للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين الالتفات إليه، وقد يلجأ إلى الذلة والمسكنة للإرغام مصادر الأشباع الخارجية أن تكون طوعا ليده، وكثيرا ما ينجح في محاولة التسليط على بيئته (جلال 1986ص233).

ومن أهم الأسباب الإصابة بالاكتئاب التوتر الانفعالي والإحباط والفشل وخيبة الامل، الكتم والقلق وضعف الانا الأعلى والصراع اللاشعوري الشعور بالإثم والرغبة في عقاب الذات وإتهام الذات والتفسير الخاطئ الغير الواقعي للخبرات الصادمة وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المثالية وسوء التوافق ويكون الاكتئاب على هيئة انسحاب ووجود كره وعدوان مكبوت قد يتجه نحو الذات يظهر على شكل محاولات انتحارية ويكون الاكتئاب بمثابة الكفارة. (زهران 1988ص430)

وهذا السلوك محاولة من المريض للمحافظة على تكامل الانا المحتفظة ويقلل من مشاعر الذنب لديه عن طريق الألم ولتقليل من العدوان داخله بالانسحاب وتحريك الآخرين لمحاولة السيطرة عليهم. (جلال 1986ص233)

**. العوامل الاجتماعية:**

يرتبط الانسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم فيأثرون فيه وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والمجتمع وبين الفرد والآخرين. (العفيفي 1990ص36)

ومن أهم الأسباب الاجتماعية الضاغطة التي قد تسبب في إصابة الانسان بالاكتئاب هي:  
أ. الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية.

ب . علاقة الطفل بالوالدين.

ج . التربية الخاطئة.

د . الوحدة والعنوسة.

هـ . الغريزة الجنسية.

و . الهجرة من الوطن.

**4.2. أنواع الاكتئاب:**

صنف "زهران" في 2005 الاكتئاب كالاتي: (زهران 2005ص514. 515):

**. الاكتئاب الخفيف (Mild depression):**

وهو أخف صور الاكتئاب ويبدو في شكل الشعور بالإجهاد، وثبوت العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة. (شاذلي 2001ص133)

**. الاكتئاب البسيط (Simple depression):**

وهو أبسط صور الاكتئاب الذي ما زال فيه المعنيون يقومون إلى حد ما بواجباتهم اليومية، كالتدبير المنزلي والمهنة باذلين جهدًا. (رضوان 2007 ص419)

ويكون المريض في حالة ذهول، غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة، ولكن لا يوجد اختلاف في الوظائف العقلية.

**. الاكتئاب الحاد السواد (Acute depression):**

وهو أشد صور الاكتئاب كلمة السواد تطلق على الاكتئاب الكبير، الذي يسبب فقدان الشهية وعدم القدرة على الاستمتاع بالنشاطات اليومية، والاستيقاظ المبكر وبطء الحركة، وكذلك الشعور بالذنب بدون مبرر. (المطيري 2005 ص228)

ويشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء، وتعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله، وتبدو عليه البلادة الذهنية ويشكو المريض من كثير من الامراض الجسمية التي لا وجود لها.

**. الاكتئاب المزمن (Chronic depression):**

وهو دائم وليس في مناسبة فقط فإذا استمر لأكثر من 6 أشهر أطلق عليه اكتئاب مزمن. (المطيري 2005 ص228)

**. الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي (Reactive depression):**

وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب الطالب أو الخسارة أو فقدان عزيز، وهو قصير المدى.

**. الاكتئاب الشرطي (Cop depression):**

وهو اكتئاب مصدره الأصلي يعود إلى خبرة جارحة تعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة. (شاذلي 2001ص134)

**. الاكتئاب سن العقود ( involuntional depression reaction):**

ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات، أي عند سن العقود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهداء. وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجياً أو فجأة، وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحيانا سوداء سن العقود. Involution Depression

**. الاكتئاب العصابي (neurotic depression):**

يسمى الاكتئاب العصابي اكتئاباً استجابياً، لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الازمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق أو نتيجة في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة. (عبد الستار 1988ص45)

**. الاكتئاب الذهاني (psychotic depression):**

يكون مصحوباً بالاضطرابات العقلية الأكثر شدة مثل الهلاوس والهواجس، وتتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية، والفرق بين الاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، ففي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي، وتصاحبه أوهام وهذائيات الخطيئة.

**. الاكتئاب كأحد دوري ذهان الهوس والاكتئاب:**

هو مرض ذهاني أي شاهد فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف، وتتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب، وقد يكون خليطاً من أدوار الهوس والاكتئاب وقد يتخللها فترات انتقالية يكون الفرد فيها عادياً نسبياً. (زهران 2005ص551)

**. الاكتئاب ما بعد الولادة:**

بعد الولادة تشعر المرأة بحزن مبكر مع العلم أنها لا تحتاج لأي علاج، لكن بعض النساء يشعرن باكتئاب كبير بعد الانجاب، وعوارضه تكون دائمة ووخيمة.

**. الاكتئاب الجامودي:**

وهو حالة نادرة من الاكتئاب يصل فيها الأشخاص الى وضع تكون حركتهم فيه نادرة، أو يتخذون وضعيات غير طبيعية، ويتحدثون قليلاً جداً ويكررون الكلمات ويعتادون التكشير بلا معنى. (المطيري 2005ص227-229)

**. الاكتئاب التهيجي (agitated depression):**

حيث يظهر المريض مع الاكتئاب بعض الاعراض الحركية النفسية، أو التهيج وكثرة الحركة والاستشارة، وعدم الشعور بالراحة أو الاستقرار. (العيسوي 2001)

و لا شك أن التصنيف السابق اقل انتظاماً و منطقية، فمعظم ما ذكر يمكن ان يندرج تحت الاضطراب العصابي، حيث تعد غالبية الاضطرابات المزاجية اضطرابات عصابية، و لذا فإن ذلك يوجب استعراض بعض التصنيفات العالمية لهذا الاضطراب كتصنيف جمعية الطب النفسي (1994) Association Psychiatric American، والذي يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية (Disorders Mood) و التي تشمل اضطرابات الهوس و الاكتئاب.

يقسم الدليل الأمريكي الرابع (2004) مستويات الاكتئاب . حسب حدته وطبيعة الذهانية ومحدداته . إلى الأقسام التالية:

#### أ. البسيط (mild)

توجد بعض الأعراض الاكتئابية البسيطة الغير المعيقة لفاعلية الإنسان المهنية والاجتماعية وغير المؤثرة على علاقته

#### ب . المتوسط: (MODERATE)

توجد الإعراض أو بعضها بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها على فاعلية الفرد، و هي حالة وسط بين الوسيط و الحاد.

#### ت . حاد بلا خصائص ذهانية: ( SEVER WITHOUT PSYCHOTIC FEATURES)

أعراض إكتئابية حادة ومعيقة بشكل كبير لفاعلية الفرد.

#### ث . حاد بلا خصائص ذهانية: (sever whit psychotic features)

أعراض اكتئابية حادة ومعيقة لفاعلية الفرد مع ظهور أعراض ضلالية وهلاوس ترتبط لدى البعض بموضوع الاكتئاب في حين لا ترتبط به لدى البعض الآخر.

#### 5.2. علاج الاكتئاب:

العلاج حالات الاكتئاب في العيادات النفسية يتم عن طريق عدة وسائل، يمكن استخدام بعضها معاً أو اختيار المناسب منها لكل حالة من الحالات، ومن هذه الوسائل ما ذكره زهران من أنواع العلاجات نقلاً عنه وهي على النحو التالي: (زهران 2003ص518.519)

**. العلاج النفسي:**

ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب منها استخدام الإيحاء والمساندة والتدعيم، أسلوب التحليل النفسي والعلاج السلوكي، ولكل هذه الأساليب دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون عملهم. (الشربيني 2001ص238)

**. العلاج البيئي:**

ويقصد به إيجاد بيئة ملائمة، يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسبب له في المرض، ويتم ذلك بانتقال المريض الى وسط علاجي او في مكان للاستشفاء، ومن وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل، وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد الى عودته للحياة مرة أخرى. (الشربيني 2001ص238)

**.العلاج الطبي:**

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت اشراف الأطباء النفسيين، حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية. كذلك يمكن استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي او استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي، والوخز بالإبر، وفي حالة عدم جدوى الادوية والصدمات الكهربائية، وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير. (زهرا 2005 ص518.519)

**3. التعب:****1.3. تعريف التعب:**

لا يزال التعب غامضاً غير محدد، بل موضوع خلاف الباحثين حتى اليوم بالرغم أنه كان مدار بحوث تجريبية حوالي قرن من الزمن، وقد عرّف هذا المفهوم في العمل المهني تطوراً ملحوظاً خاصة في الدول المصنعة، ومن أهم هذه المفاهيم الدالة للتعب نجد:

. التعب هو نقص القدرة على العمل بعد بذل مجهود كبير، نجد فيه التعب المزمن وهو التعب المستمر مع بذل مجهود يومي متكرر والذي يسبب للعامل سلوكيات مرضية متبوعة بالأوجاع مثل آلام الظهر، الصعوبات الذهنية، عدم التركيز والانتباه، فقدان الذاكرة، إضافة لاضطرابات النوم والمرح، يمكن ان يظهر عند 3/4 (ثلث ارباع) من مجموعة العمال حالاتهم عصبية نتيجة التعب. **NORBET SILLAMY 1999 P 109**

. التعب حالة تنشأ عن العمل أو نشاط سابق، كان هذا النشاط حركي فعلي متزايد للكفاية الإنتاجية.

. شعور ذاتي بالضيق والملل.

. تغيرات فيزيولوجية مختلفة مثل اضطراب التنفس وارتفاع ضغط الدم، إرهاقات في العضلات.

كما يعرفه تايلور "TAYLOR" وأتباعه أنه: ظاهرة عضلية وفسيولوجية أساساً.

يعرف جيمس ديفر "JIMES DIVERR" التعب بأنه: حالة انخفاض الإنتاجية أو الكفاية أو عدم القدرة على الاستمرار في العمل، بسبب بذل طاقة في انجاز العمل وهذا من جهة العمل أمّا من ناحية الفرد فهو الاحاسيس والمشاعر المعقدة والصعوبات المتزايدة التي يغيرها

الفرد بعد استمراره في العمل لفترات طويلة، وأنَّ التعب يمكن أن يكون عقليا او جسميا او نفسيا.

ويرى شارلي برت "CHARLLEY BERT" بان التعب ظاهرة عامة للدفاع نجدها عند جميع الكائنات الحية في نسيجها العضوي، تتميز بالنقص او فقدان المقاومة.

. التعب هو عملية قهر متزايدة للفاعلية الحركية أو العقلية مرتبطة بالمتابعة المفرطة للنشاط بشكل يتعدى المرحلة التي يجب فيها ترميم الطاقة بواسطة إضافة أو النوم أو الراحة.

### (موسوعة علم النفس 1997 ص 102)

من خلال العرض السابق لتعاريف التعب يتبين لنا أنها تتفق في عدة مكونات: الأولى فيزيولوجي يتجلى في اضطرابات التنفسية، ارهاقات عضلية، أما الثاني فهو نفسي يظهر من خلال مجموعة أعراض تعتري الشخص كالشعور بالضيق والملل، الإرهاق، الارتباك وغيرها من الاعراض المتزايدة التي تظهر بعد بذل جهد كبير في العمل لفترة طويلة.

### 2.3. أنواع التعب:

هناك عدّة أنواع من التعب إذ نجد منها:

. **التعب الفيزيولوجي:** يظهر التعب الفيزيولوجي لدى الفرد من خلال فقدان العضلات قدرتها على أداء النشاط المطلوب، وذلك من خلال شعور الفرد بالإرهاك في العضلات.

### التعب البدني (العضلي):

يعد التعب البدني حسب (عبد القادر 1967) "أيسر أنواع الاجهاد وهو يرجع الى عدم توفير الاكسيجين (02) الكافي في الدم يغذي العضلات". (نبيلة فرج 1993 ص52)

استنادا على ذلك فإنه يتكون حامض سام يتراكم في بعض العضلات مثل ثاني أكسيد الكربون، وهي فضلات تنشأ من الانقباض المستمر في العضلات، مما يجعلها أكثر عرضة للتهيج والاستثارة. (محمد شحاته ربيع 2006ص52)

"وعادة ما يكون عبء العمل يتضمن نشاط بدني قوي مقيم حسب كمية الأكسجين المستهلكة".

**(JEAN SHEVER SANS DATE P 104)**

أشار " محمد صبحي 1984" إلى أن التعب العضلي يمكن تقسيمه للعضلات المشتركة في أداء العمل العضلي كالتالي: (محمد علي محمد 1985 ص49)

**. التعب المحلي (الموضعي):**

يترك فيها 1/3 من عضلات الجسم، ويحدث في موضع معين مثل الرجل أو الذراع يرجع سبب التعب العضلي إلى الجهاز العصبي العضلي.

**. التعب الجزئي المركزي:**

ويحدث في أكثر من موضع، ويشترك فيه أكثر من 2/3 من عضلات الجسم ويقع على الجهاز العصبي والجهازين الدوري والتنفس. (مصطفى حسين باهي وآخرون 2002ص52)

**. التعب البصري:**

يرجع أساسا إلى الإضاءة السيئة، وهذا نتيجة الإفراط في استعمال العضلات المسؤولة عن تكييف العين مع مختلف مستويات الإضاءة. فكلما كانت شدة الضوء مرتفعة أدى ذلك إلى

تعب بصري، والذي تتمثل أعراضه في احمرار العين مزدوجة ألم الرأس ومن نتائجه انخفاض الإنتاج ونوعيته، ارتفاع الحوادث والأخطاء.

وللتعب البصري نوعان:

. يحدث نتيجة استعمال عضلات التكيف والشبكية بشكل مفرط بدون توقف وبنسبة كبيرة، وتتمثل أعراضه في رؤية رديئة، أوجاع في الرأس، انخفاض درجة الإبصار وغيرها.....

. التعب العصبي يحدث نتيجة الاستعمال المفرط للحاسة البصرية من طرف العامل أثناء أدائه لعمله واسمرار العامل على هذا المنوال قد يؤدي إلى تدهور بعض الوظائف النفسية كالشعور وفقدان القدرة على النوم.

**F GELAND 1978**

**(P118)**

. **التعب السمعي:**

تتمثل الناحية الأساسية للتعب السمعي من الناحية الفيزيولوجية في نقص عابر لنشاط مستقبل السمع، بعد إثارة أو تنبيه صوتي.

وتعرفه ف.جيلود F GELAND 1977 بأنه: الارتفاع المؤقت لعتبة القدرة السمعية.

فإصابة حاسة السمع تكون عادة تدريجية، فهي تبدأ بمرحلة التعب السمعي، أين تنخفض القدرة السمعية، ويتم استرجاع هذا الموجز بعد بعض دقائق أو بعد أيام. وذلك حسب مدة التعرض لشدة الضوضاء. يزداد التعب السمعي كلما ازدادت شدة المنبه الصوتي، حيث تظهر التجارب أن شدة (30) دسيبيل، لا تتعب الأذن تماما بينما يظهر التعب السمعي إذا بلغت الشدة (60) دسيبيل. (رشيد خلفان 1996ص450)

**. التعب الذهني:**

هو ذلك الشعور بالألم والفتور العقلي، ونقص في مستوى أداء العمليات الإدراكية واستيعابها بالنسبة للفرد خاصة على مستوى العقل. (أحمد زكي 1999ص26)

ويؤدي التعب الذهني للعامل إلى حالات نفسية عصبية مثل الغضب السريع والمستمر لأسباب تافهة والشعور بعدم الفعالية، وإذا ازداد التعب عن حدّة يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات سلوكية ظاهرة والمتمثلة في عدم القدرة على اتخاذ القرار ونقص المردودية مصحوبة بالإحساس بالفشل.

**(CHRISTIENGEVANT 1995 P390)**

كما يعود التعب العقلي إلى تراكم السموم والفضلات عند ملتقاي الأعصاب، مما يزيد مقاومتها للتيار العصبي ويسدّ المسالك العصبية. (محمد شحاتة ربيع 2009ص209)

كما يسبب التعب الذهني العصبي، النور ستينات وهو الشعور بالإرهاق العصبي والألم مما يؤدي إلى الشعور بالتعب السريع والخمول والارتخاء، ويصاب المريض بالشذوذ وانعدام الحيوية، وزوال النشاط والشجاعة. (إميل خليل بديس 1991ص113)

**. التعب النفسي الروحي:**

نجد في خبراتنا العامة أن الشخص بتكراره لأعمال معينة يتضايق في النهاية ويقلل اهتمامه بها، أي تتناقص رغبته في استمراره لتلك الاعمال، ويحس الفرد بالتعب النفسي في الوقت نفسه، وذلك برغبته بالقيام بأشياء أخرى.

وكذلك يعتبر التعب النفسي رد فعل مهمل عن عمل استلزم تفكيراً كبيراً، ورغبة العامل وغيره باستبدال العمل بآخر أو تغيير المحيط الذي يعمل فيه.

كما يعتبر التعب النفسي أيضا أخطر شأنا لأنه يتكون ببطء شديد نتيجة لعوامل لا يمكن للفرد أن يسيطر عليها، فيتسبب في الغالب اضطرابات نفسية ملحة لها صلة الاستمرارية والضغط له صلة وثيقة بالحياة اليومية للفرد بما فيها من مشكلات ومطالب ورغبات مكبوتة، والمتاعب النفسية التي تسبب في نسبة عالية من إصابات العمل تأخذ مظاهر شتى من القلق والتوتر. (نبيلة فريج 1993ص225)

. **التعب الصناعي:** تعتبر دراسة موضوع التعب في مجال الصناعة هامة إلى حد كبير وذلك لما تسببه من نقص كفاءة العمال وبالتالي ضعف الإنتاج وقلة الأرباح، ولذلك تعرف الإدارة التعب بأنه: " أي تغيرات تحدث نتيجة العمل وترتبط بنقص في إنتاج العمال والموظفين. (نبيلة فريج 1993ص227)

كما عرفه فرنون "VERNON" بأنه: مجموعة من النتائج النشاطات التي تظهر في تناقص القدرة على القيام بالعمل. (أشرف محمد عبد الغني تشریت 2001ص332)

وعليه يعتبر موضوع التعب في مجال الصناعة هام وذلك لما يسببه من نقص في كفاية العمال، ضعف الإنتاج، وقلة الأرباح، لذلك تعرفه الإدارة بأنه: أي تغيير يحدث نتيجة العمل وترتبط بنقص في إنتاج العمال والموظفين. (أشرف محمد الغني تشریت 2001ص338)

### 3.3. أسباب التعب:

يمكن تصنيف هذه الأسباب إلى نوعين وهما:

. **الأسباب المتعلقة بالعامل:** نلخصها فيما يلي:

. فقدان الوظيفة لدى العامل:

أي مهمته تتطلب أداء عالي أكثر من القدرة المتوفرة لدى المنفذ، تكتسب له التعب.  
(جوزيف عبود كيه ص220)

ويؤدي العمل الزائد المتمثل في المجهود الذي يبذله العامل فوق طاقته إلى الإرهاق الجسماني والنفسي، مما ينتج عنه عدم الرضا عن العمل ثم الشعور بالتوتر. (صلاح محمد الباقي 2001ص313)

كما يؤدي التعب الزائد عجز العامل في الأداء والانجاز، ويعرف بأنه من المعتذر عليه الاستمرار، أو متابعة العمل، وبالتالي يصاب بالإعياء البدني، العصبي والعقلي. (إميل خليل بديس 1991ص54)

. الحالة الفيزيولوجية:

يعتبر العمل العضلي نوع من تحول الطاقة، وينجم التعب عن نفاذ المدخرات المحفوظة في البدن، لا بد من أخذ الحالات الفيزيولوجية العامة للفرد بعين الاعتبار إذ كثيرا ما يكون الفرد في حالة لا تؤهله لأداء العمل، مما يسبب ظهور أعراض التعب لديه بسرعة، كما يجب الاهتمام بحالة العضو من أنه عامل أساسي، إذ لم يكن العمل يولد صاحبه الشعور بالتعب عند أدائه العمل. (جوزيف عبود كيه ص120)

يعتبر مشكلة الدافعية للعمل ذات أهمية للعمل إلى حد بعيد في تحديد التعب لدى العامل حيث أنه كثيرا ما يبدأ عمله وهو متعب دون أن يكون قد بذل جهد ولكن إحساسه بالتعب يظهر بمجرد التفكير بواجهة لتأدية عمل ليس لديه ما يدفعه للقيام به، ويمكن أن نجد العكس بحيث يشعر الفرد بالراحة بعد تأدية عمل قد أصرف مجهودا كبيرا عليه قد يوجد إحساس التعب دون توفر الأسباب للتعب العضوي والعكس بالعكس، قد يحدث التعب

العضوي دون أن يكون مسبقا بالإحساس بالتعب ومثلا عن ذلك سيظهر التعب النفسي في الاعمال المملة. (جوزيف عبود كيه ص126)

. سوء التغذية:

لنوع الغذاء وكميته آثار هامة على سلوك الفرد، فالمعروف أن نقص كمية التي يتناولها الفرد يؤدي إلى الضعف والهزل وإصابته بأمراض مثل فقر الدم، فالغذاء هو الذي يمدّ للفرد الحرارة اللازمة للقيام بالحركة والنشاط. (عبد الرحمن العيساوي 2002ص327.328)

وقد بدأت الأبحاث التي أجريت على عمال جاؤوا في الصباح إلى مصانعهم دون فطور وآخرون قد تناولوا القدر الكافي، فاستنتجت الأبحاث أن المجموعة الثانية أكثر عملا ونتاجا من الأولى. (عزالدين فراج وآخرون 1946ص23)

هذا بالنسبة لكمية الغذاء أما عن التوعية فلا بدّ أن يكون متنوعا وكاملا، حيث يحتوي على جميع المركبات الغذائية المطلوبة، وذلك لأن الغذاء يشكل الطاقة اللازمة للجسم، لما يحتويه من الغلو سيديات والدهس ومواد نشوية ونقصان هذه المواد يؤدي إلى التعب. (عبد الرحمن العساوي 2002ص305)

. العوامل النفسية:

هنا يتعين علينا ألا نغفل القدرة على العمل والحق أن أي عمل مهما بدا بسيطا خاليا من التعقيد، كرفع ثقل أو كسر حجر، لابد أن يتضمن عنصرا نفسيا، ومما يدل على أثر العوامل النفسية في إحداث التعب أي أن الاعمال المملة أكثر إتمام من الاعمال الشاقة وأن الاعمال الرتيبة أتعب من الاعمال الرتيبة أتعب من الاعمال الممنوعة، وهذه الانهيارات التي تصيب بعض الطلبة قبيل الامتحانات لا ترجع إلى الاسراف في المذاكرة بقدر ما ترجع إلى الاسراف

في القلق. والمصاب بمرض نفسي يتبعه التعب بعد الجهد القليل أو الاستيقاظ من النوم كما يبدو واضحا في خفض قدرته الفعلية على العمل.

ونقول أن وحدة جسمية ونفسية اجتماعية متكاملة متضامنة لا انقسام بين جوانبه المختلفة.

#### . العوامل الاجتماعية:

لا تكتمل دراسة التعب دراسة سيكولوجية إلا إذا راعينا العوامل الاجتماعية التي تسهم في إحداثه، إذ أن من المعروف أن العمل الجماعي يؤخر ظهور التعب عادة أنه قد يؤدي إلى تشتت الانتباه أحيانا.

#### . الأسباب المتعلقة بالعمل:

لا تعود الأسباب المؤدية للتعب إلى عوامل فردية فحسب، بل كذلك لعوامل مرتبطة بالعمل وما يحيط به، وهذا ما أكده (تايلور وتلاميذه) وهم أصحاب اتجاه الهندسة البشرية كذلك في دراسة قام بها حول الظروف الفيزيائية المحيطة بأداء العامل، والتي سنتعرض لها بإيجاز.

#### . سوء وسائل العمل:

يؤدي عدم تكيف العامل مع وسائل العمل الآلات . إلى ظهور التعب، لذلك تسعى الهندسة البشرية . الارغونوميا . إلى تحسن وسائل العمل وتكييف العامل معها وذلك بدراسة وزن وأبعاد الآلة. (جوزيف عبود كيه ص 121)

#### . سوء ظروف العمل:

أكدت عدّة دراسات عن ظهور التعب عند العمال بسبب عدم ملائمة ظروف عمله ونذكر من بين الظروف ما يلي:

. الضجيج (الضوضاء):

هي الأصوات العالية أو الصاخبة غير مألوف، تشتت التفكير والتركيز في العمل وتلحق الضرر بحاسة السمع . أصوات آلة ميكانيكية . فعندما تكون هذه الأخيرة شديدة ومرتفعة، تؤدي إلى ضعف في ديناميكية العمّال، وتؤدي بهم إلى حالات من الملل والتعب، وكل هذا راجع إلى زيادة الصراعات الداخلية ممّا يسبب عدم الراحة الذاتية. (عادل حسن محمد منيك 1974ص176 بتصرف)

وقد بيّنت تجارب أجراها "مورقان ولير" (LAIRD & MORGAN) وغيرهما أنّ:

العمل والضوضاء يكلف أكثر من ناحية استفاضة الطاقة والجهد، من العمل في الجو الهادئ، مما يؤدي إلى الشعور بالملل. (عبد الفتاح محمد دويدر 1999ص278)

. الإضاءة:

لقد بينت البحوث التجريبية التي أجريت في علم النفس التطبيقي، أنه يمكن زيادة الإنتاج وخفض التّفقات، ورفع نسبة المبيعات إذا زودت الورشة بالإضاءة مناسبة ومدروسة لما ينجم عن الإضاءة السيئة من ضعف كمية الإنتاج ونوعيته وارتفاع نسبة الحوادث والزيادة في التوتر العصبي لدى العمال. ممّا يجعل قابلية التعب لديهم مرتفعة. (عبد الرحمان

مرسي 1962ص203-204)

ويتسبب عن ضعف الضوء إجهاد العين، والشعور بالتعب والضيق، وانخفاض الروح المعنوية. أمّا عن شدّة الإضاءة فهي تسبب ضعف تدريجي في قوة الابصار نتيجة لإجهاد أعصاب العين، كما يؤثر الاجهاد العصبي وهذا يؤدي الى سرعة الشعور بالتعب والإجهاد، ونقص القدرة على الأداء العمل الذهني. (عزالدين فراج وآخرون 1946ص53)

**. الحرارة والرطوبة:**

تعتبر الفروق في درجة الحرارة مصدر آخر لعدم راحة العامل والشعور السريع بالتعب، فعندما توجد فروق كبيرة في درجة الحرارة في إحدى الغرف، إذ يكون الهواء في المستوى الأرضية باردا وساخنا في مستوى الرأس، وتنتج عن ذلك إحساس بعدم الراحة والضيق، كما يتطلب من العامل الانتقال من مكان لآخر يختلف في درجة الحرارة. ونظرا لوجود الفروق الفردية بين العمال فإنه يصعب تحديد الحرارة والرطوبة التي يرتاح لها العامل. (عبد الفتاح محمد دويدر 199 ص 277-278)

وعليه كما يرى "مايو" (MAYO) أنه كلما كانت الظروف في العمل غير ملائمة فيزيقيا أو عقليا، فإنه يكون لذلك تأثيرا مباشرا على حالة العامل ومشاعره، إذ يزداد في رد فعل التشاؤم. (براون ترجمة محمد خيرى وآخرون 1968 ص 81-82)

كما نجد العمل في غرف لا توجد فيها تهوية يؤدي إلى النعاس والخمول والتعب والضيق وبسبب عدم تحرك الهواء. (محمد شحاتة ربيع 2006 ص 204)

**. نظام العمل بالدوريات:**

يتفق معظم الباحثين أنّ نظام العمل بالدوريات يؤدي إلى ظهور التعب لدى العمال وهذا راجع إلى عدم التكيف وعدم الاتزان، إضافة إلى قلة النوم والراحة.

**. سوء طرق العمل:**

نعني بذلك سوء وضعيات العمل مثل الجلوس والوقوف الطويل أو التحرك المستمر، والأوضاع غير المريحة ومدة العمل وسرعة التي تتناسب مع العمل.

يرى "فرونون" (VERNON) أنّ التعب مرتبط بالسرعة، حيث أنّ هذه الأخيرة تسبب التعب، وبالتالي ظهور مشكلات صحية. (حمدي ياسين وآخرون ص104)

### 4.3. درجات التعب:

توصلت البحوث السيكولوجية إلى وجود ثلاث مستويات للتعب وهي كما يلي:

(حمدي ياسين وآخرون 1999 ص104)

#### . التعب المنذر:

وهو أدنى مستويات التعب وهو عبارة عن إشارة تنبيه مركز الدماغ، فتصدر إنذار أنّ شحنات الطاقة قاربت النفاذ، وأنّ العمل المقبل سيعتمد على الطاقة الاحتياطية لدى الفرد فإذا قاوم الشخص الإحساس بالتعب والجهد.

#### . الجهد:

وهو عمل إرادي ولن يقوم به الفرد إلا إذا كانت لديه دوافع تحركه وأهدافه واضحة، وإذا بالغ الشخص في الجهد فإنه يصل إلى مستوى أكبر من التعب المنذر وهو الانهك.

#### . الانهك:

هنا يصل إلى مستوى لا يسمح له بأداء جهد أو عمل، والانهك هي حالة فشل الفرد في السيطرة على أسباب التوتر، وتستمر المعاناة بينها فترة طويلة فتتأثر قدرة الجسم على التكيف فتصبح طاقة منهكة أو مجهدة، وتضعف وسائل الدفاع ويتعرض الفرد لأعراض

وأمرض مثل الأزمات القلبية، وأمراض جلدية وكذلك على شكل صداع. (موسى اللوزي 1999ص110)

### 5.3. مؤشرات التعب:

هناك عدة مؤشرات تبين وجود التعب منها:

#### . الملل:

هناك عدة تعاريف للملل ولكن معظمها تتفق على أنه حالة نفسية تنشأ من القيام بعمل يعوزه الدفاع القوي، أو ينشأ الملل من اضطراب الفرد للقيام بعمل لا يميل إليه، ولا يتلاءم مع إمكانياته وقدراته. (محمد شحاتة ربيع 2006ص211)

هناك بعض العلماء لا يفرقون بين الملل والتعب، فيرون أنها حالة نفسية واحدة تصيب الفرد نتيجة قيامه بنشاط تتقصه الدافعية أو الاستمرار في موقف لا يميل إليه وينجم عن ذلك كراهية العمال في استمرار ذلك النشاط أو ضعف الاهتمام به. (بديع محمد القاسم 2001 ص51)

غير أن العمال كثيرا ما يميزون بين الحالتين فيقولون هذا العمل ممل متعب أو متعب غير ممل وقد اشتكى العديد من العمال في الكثير من المؤسسات من الملل وليس التعب.

#### (أشرف محمد عبد الغاني شريت 2001ص211)

ولما زادت ساعات العمل اليومي ظهرت الشكاوي من التعب إلى جانب الشكاوي من الملل وعليه يمكن التمييز بين التعب والملل أنه التعب راجع إلى الشعور بالإرهاك البدني قد يصاحبه الملل وقد لا يصاحبه، الملل معناه الضيق والنفور، أما التعب فهو الإرهاق والاجهاد.

التعب يؤدي إلى الملل المؤقت من العمل، كما أن الملل يؤدي في الغالب إلى سرعة الإحساس بالتعب عند الاستمرار في العمل الذي لا يميل إليه الفرد، فبهذا فكلاهما سبب نتيجة. (محمد شحاتة 2006ص211)

. أسباب الملل:

. العوامل النفسية:

نجد منها الفروق الفردية من حيث اختلاف الافراد في قابلية الشعور بالملل وقد أكد ذلك في دراسة قام بها "يات" وأتباعه على ثلاثة مائة وخمسون أنسة من ذوات الخبرة يعملن في أعمال بسيطة تكرارية، وقدرت من حيث استعدادهن للشعور بالملل. (عبد الفتاح محمد دويدر 1999ص215)

كما أشارة البحوث التجريبية أن ذوي الذكاء المرتفع تضجرهن الاعمال التكرارية الرتبية، في حين ذوي الذكاء المنخفض يرتاحون بوجه عام لأواجه النشاط التي تجري على وتيرة واحدة. (أشرف محمد عبد الغني شريت 2001ص349)

وأیضا وجدت أدلة أخرى على أن الشعور الانسان بالملل يتوقف على العوامل المزاجية، إذ تلعب دورا هاما في الشعور بالملل.

. العوامل الخارجية:

إضافة إلى العوامل النفسية للملل هناك نجد عوامل أخرى خارجية مثل نظام دفع الأجور العمل بالقطعة يبعد ظهور الملل عن العمل بالساعة، ذلك أن العمل في الحالة الأولى يشع أن كل واحدة ينجزها له أجر عليها، مما يزيد من حماسة ودافعية. (عبد الفتاح محمد دويدر 1999ص217)

كما أن الشعور بالملل مرتبط بنوع النشاط المهني، حيث أن الملل يظهر أكثر في الاعمال الروتينية، عكس النشاطات المتنوعة إضافة إلى الملل من جراء العمل المنجز أو العمل الرتيب، كذلك سوء نظام الاشراف والامن. (جوزيف عبود كية ص113)

كذلك لدينا العامل الاجتماعي، حيث أن العمل الانفرادي يؤدي إلى الملل أكثر من العمل الجماعي.

وعليه نستنتج من خلال هذا أن الملل لديه عواقب، تعود على الفرد بالدرجة الأولى مثل الشعور بالقلق والاضطراب والكسل، والصعوبة المتزايدة في الاحتفاظ بالعمل وكذا المجهود المتزايدة للحفاظ على الكفاية الإنتاجية، والرغبة في تغيير العمل مما ينعكس على المنظمة من حدوث الاخطار والحوادث والتغيب وترك العمل.

#### . مقاومة الملل:

يمكن تخفيف مشكل الملل في الصناعة بطرق عدة منها:

. وضع العامل في المكان المناسب لاستعداداته وميوله (القيام بعملية الاختيار)  
(نبيلة فريج 1993 ص227)

. التوزيع والتغيير في شكل العمل كلما كان ذلك ممكنا.

. إدراج فترات الراحة خلال العمل لإحداث قدر من التغيير والترويح مما يقاوم أثر الملل حيث اقترح بعض الباحثين إدخال فترات الراحة قصيرة أثناء العمل ليتسنى للعامل فيها أن يتكلم أو يعني إزعاج الآخرين. (أشرف محمد عبد الغني شريت 2001 ص352)

. تجزئة العمل إلى وحدات صغيرة بحيث لا يبداوا طويلا لانهاية له.

. يمكن تأخير الملل كذلك عن طريق زيادة الدافعية بواسطة المكافئة المادية والمعنوية تحسين الظروف الفيزيائية للعمل. (محمد شحاتة ربيع 2006ص116)

وقد بين "بات" في دراسته أن عزف الموسيقى أثناء العمل خاصة من منتصف نوبة العمل من العوامل الهامة التي تقاوم الشعور بالملل، وذلك في المواقف التي لا تستدعي التركيز والانتباه. (عبد الفتاح محمد دويدر 1999ص221)

. اضطرابات النوم:

قبل أن نتطرق إلى اضطرابات النوم، يجب علينا تعريف النوم "فالنوم حالة فيزيولوجية لا يحدث خلالها فقدان الوعي، بل يحدث تناقص في مستوى الوعي، كما أنه أيضا حالة منتظمة متكررة للكائن الحي. ممكن تعريف النوم أيضا أنه استجابة فيزيولوجية طبيعية لاستعادة التوازن الجسمي والنفسي ولتجنب مضاعفات الاجهاد، فقد يستجيب الفرد بسبب الإرهاق الجسمي أو الاسترخاء العضلي. (محمد حسن غنام 2004ص17)

6.3. آثار التعب:

يمكن دراسة آثار التعب على الصعيدين الوظيفي والصعيد المتعلق بالمهنة.

. على الصعيد الوظيفي:

يمكن أن تنجم عن التعب آثار مباشرة، حيث يتمركز التعب في العضو العامل كتمركز التعب لدى الرجال الذي يحمل ثقلا مثلا في بعض العضلات المشتركة في الحمل، وآثار غير مباشرة حيث تنتشر آثار التعب إلى مجموعات وظيفية أخرى أهمها:

. الوظائف العضلية:

وتتجلى آثار التعب على الوظائف العضلية فيما يلي:

. نقص في جدوى التقلص العضلي.

. نقص في الكفاية والمردودية.

. ظهور الارتجاف والتصلب وعدم الدقة في الحركة.

. **الوظائف الحسية:**

يصيب التعب المنعكسات في قسمها الحركي، فالمنعكس الحدقي مثلا لا يعطي النتيجة نفسها لدى الفرد المتعب. (راوية حسن، 2000ص4)

. **الوظائف العصبية:**

وتتجلى في عدم التأزر وفقدان الضبط والتنظيم مما يسبب تحرر المراكز الدنيا من رقابة اللحاء الدماغي وتفجير الآليات الحركية.

. **الوظائف النفسية:**

وتتجلى آثار التعب على الوظائف النفسية في ضعف الانتباه وفي اضطراب الوظائف

الإدراكية بظهور الأوهام الحسية والوظائف التذكيرية (جوزيف عبود كية، بدون سنة، ص 123)

وعلى العموم يتجلى التعب بتدهور عام في الوظائف النفسية وينقص السلوك إلى مستويات بدائية ناجمة عن فقدان تدريجي لضبط المراكز العصبية العليا للمراكز الدنيا وبضعف التمييز بين الإحساس بالتعب والإحساس بالألم وبتغيير في وحدة الإحساس وبفقدان الحركة لتناسقها وانسجامها وسيطرة الانفعال على نفسية الفرد الذي يغدو مضطربا سريع التهيج والغضب.

**. الوظائف الجسمية:**

يؤثر التعب على التوازن الموجود في العضوية وتتجلى في الاضطرابات المعوية والقلبية والدورانية والنفسية وسنقتصر على بحث آثار التعب في الدوران والتنفس:

فبالنسبة للدوران، يحدث أثر التعب اضطرابات في الجهاز إذ تظهر في هذه الحالة أعراض مختلفة كازدياد سرعة ضربات القلب وكتزايد في الأعضاء الأخرى وكهبوط وكتسارع النبض وكانقباض الأوعية أو تمددها في الدماغ. أما بالنسبة للتنفس، فإن الاضطرابات الناجمة عن التعب فتتجلى في ازدياد النسبة التنفسية أي نسبة الشهيق في الزفير، مما يؤدي إلى ازدياد الاستهلاك وإلى إيقاع تنفسي متقطع أو سطحي.

**(محاضرات في علم التجاري جوزيف عبود كية ص 123)****7.3. استراتيجية مقاومة التعب وعلاجه:**

. إعطاء فترات راحة كافية للعمال بهدف استعادت النشاط والقدرة على متابعة العمل، كما تتاح لهم فرصة الترويح عن النفس وتغيير النشاط. (فرج عبد القادر ص 288)

. تقوية دوافع العامل للعامل: بحيث تساعد الدوافع القوية على تقدم العمل واستمراره بالتالي فإن زيادة الدوافع في العمل تزيد من قدرة العامل على مواصلة عمله بكفاءة عالية. (عبد

**الفتاح محمد دويدر ص 288)**

. المشروبات والعقاقير: كتعاطي بعض المشروبات كالقهوة والشاي وفيتامين (س) التي تنبه الجسم وتنشطه وتعمل على تخفيف التعب ومقاومته. (كامل محمد عوض 1996 ص 152)

. تحسين ظروف العمل الطبيعية: التي تمثل البيئة التي يعمل فيها وهي الإضاءة والحرارة المناسبة والتي تساعد العامل على انجاز عمله بدقة وتأخر ظهور أعراض التعب. (عبد الفتاح محمد دويدرس 271)

#### 6. أسباب تدهور الصحة النفسية:

إن حياة الفرد الاجتماعية و النفسية و البيئية تؤثر سلبا أو إيجابا في معدل الصحة النفسية التي يتمتع بها، حيث أكد حجازي (2004) حيث أكدت منظمة الصحة العالمية في تقريرها المختصر عن الصحة النفسية على اختلاف و تنوع العوامل المؤثرة في الصحة النفسية، كالاكتلالات الجسمية، و أمراض القلب ، و الاكتئاب، و الأنماط الصحية غير السليمة ، و تعاطي المخدرات و الأدوية ، بالإضافة إلى الفقر، و الحروب، و فقدان الأمن، و انتشار اليأس، و تدني الدخل، و انتشار البطالة، و انتهاكات حقوق المرأة و الطفل، و أساليب التنشئة الأسرية العنيفة و غير السليمة و غيرها، جميع هذه العوامل البيئية و النفسية و الاجتماعية من شأنها حرمان الأفراد من التمتع بالاستقرار النفسي و الصحة النفسية، و بالتالي انتشار ظهور الانحرافات و حالات القلق و الأنماط السلوكية غير السليمة و غيرها الكثير من الآثار السلبية. ( عبود، 2018 ).

كما هنا أسباب وعوامل أخرى تؤثر كذلك على الصحة النفسية وهي كالاتي:

- الأسرة: ينعكس الجو الأسري و العلاقة بين الزوجين بشكل مباشر على سلوك الأطفال و النمو السوي لشخصيتهم ، فالعلاقات السوية بين الوالدين و تحقيق الوفاق يؤدي إلى تماسك الأسرة و يساعد على إشباع حاجات الطفل النفسية و إحساسه بالأمان و الطمأنينة في حين أن الجو المشحون و الشجار الدائم و الخلافات المستمرة تخلق جو أسري متوتر مما يؤدي إلى أنماط السلوك المضطرب لدى الطفل أو الانحراف متأثرا بما يسود جو أسرته من مشكلات و تصدعات فالسعادة الزوجية هي التي تعزز تماسك

الأسرة ، مما يخلق جوا يساعد على نمو شخصية الطفل بصورة صحيحة و متكاملة و كثيرا ما يؤدي سوء التوافق بين الوالدين إلى حدوث الطلاق الذي يكون له تأثيرا سيئا على شخصية الطفل و على نموه فيما بعد. ( محقوت، 2014).

فتعد العامل الأول من العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية، فعندما يعيش الإنسان في أسرة مترابطة يتمكن من تكوين شخصية سوية، وذات نفسية معتدلة، بعكس الأفراد الذين يعيشون حياة مضطربة في طفولتهم نتيجة لوجود خلافات عائلية، أو عدم وجود أسرة متكاملة، فعندما تصبح نسبة التعرض للإصابة بمرض نفسي مرتفعة.

- **المحيط:** انه من الخطأ أن ندرس المحيط على أنه واقع منفصل عن الشخص العائض فيه. فالإنسان ليس غريبا عما يحيط به وهو لا يتلقى الأحداث بل يشترك فيها، وبكلمة أخرى نقول إن العلاقات التي يبينه مع بيئته الطبيعية لا تتم تبعا لنمط سببي مباشرة. هي تقوم على تفاعلات مستديمة وتبادلات ثابتة. وهذه التبادلات ليست آلية كما أنها ليست جامدة مقبولة ولا يمكن إرجاعها إلى قواعد ذات نسق منطقي. إنها تورط الشخص بكليته، وتفرض عليه، كما تفرض على شخصيته خاصة الالتزام. (كلوتيه، 1992).

- **المدرسة:** وهو العامل الذي يعيش فيه الفرد طفولته للعديد من السنوات حيث يسودها جو من النظام والانضباط والحرية والديمقراطية يقوده معلمون اللذين هم قدوة للإخلاص والجدية وحب العمل، فكل هذه الصفات الناجحة تجعل الفرد إنسانا ناجحا في عمله مما يدعم صحته النفسية، أما الذي تربي في مدرسة يسودها الفوضى والاضطراب وعدم الاحترام فسيكون نصيبه الفشل في عمله وسوء التكيف معه لما اكتسبه في مدرسته من صفات سيئة، وهذا مما يؤثر على سوى صحته النفسية.

- **طبيعة وظروف العمل:** إن طبيعة العمل الذي يعمل فيه الإنسان تعد من المؤثرات التي تؤثر على نفسيته، فعندما يعمل في أجواء مناسبة عندما يكون مرتاحا نفسيا للقيام

بعمله بشكل أفضل، بعكس وجوده في ظروف عمل غير مناسبة، فمثلاً: عمل الأفراد تحت أشعة الشمس المباشرة أيام الصيف، مع عدم توفير أي وسائل لحمايتهم من الإصابة بضربة شمس من المحتمل أن يؤثر ذلك على صحتهم النفسية ويشعرهم بالقلق من طبيعة عملهم. (الهيبي، 2021)

وكذلك مثلاً عندما يضطر العامل فيها إلى التعامل مع أشخاص سيء السلوك كالمجرمين والمنحرفين، فمثل هذه المهن تؤثر على سلوك العاملين فيها تأثيراً سيئاً مما يجعلهم غير متكيفين وبالتالي سوء صحتهم النفسية، كما هناك مهن أخرى تدرب العاملين فيها على الصبر والدقة والنظام ومثل هذه الصفات الحميدة يجعل سلوك العاملين سلوكاً جيداً وبالتالي تتحقق صحتهم النفسية.

#### - الضغط والأزمات الحياتية:

التي جمعها الضغوط من حالات إنسانية التي تستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسانية الناشئة، كرد فعل لتأثيرات مختلفة بلغة القوة، وتحدث نتيجة العوامل الخارجية مثل: التهديد والخطر ويؤدي الضغوط إلى تغييرات في العمليات العقلية التحولات الانفعالية والبيئة المتحولة للنشاط والسلوك لفظي حركي قاصر. (السيد عثمان، 2001)

. لا يمكننا ان نتصور الحياة على أنها سلسلة مراحل متتابعة تختلف فيما بينها. ويرافق هذه المراحل أطوار يصعب تمييزها وتتم باضطرابات تظهر على المستويين البيولوجي والعاطفي. فتشكل أزمات النمو جزءاً مكملًا لتكوين الشخصية وتطورها اللاحق. فلمفهوم الأزمة أهمية قصوى على صعيد الصحة النفسية

#### 7. خصائص ومؤشرات الصحة النفسية:

للصحة النفسية مظاهر تظهر لدى الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية ومن بين هذه المؤشرات نجد:

- **التوافق الذاتي:** هو نجاح الإنسان في التوافق بين دوافعه وحسن تكيفه مع نفسه ورضاه عنها والتحكم فيها.
- **التوافق النفسي الاجتماعي:** ويقصد به التكيف مع الآخرين في بناء العلاقات الاجتماعية راضية ومرضية حيث تتسم بالتعاون والحب والتسامح والثقة والاحترام والتقبل كالأُسرة والمدرسة ويكون قادرا على تكوين أصدقاء ورفقاء وزملاء.
- **الشعور بالسعادة وراحة البال:** ويدل ذلك على رضا الفرد على حياته مما يجعله يشعر بالطمأنينة والأمن والرضا عن النفس وتقبلها.
- **معرفة قدرات النفس وحدودها:** لكل فرد منا نقاط القوة ونقاط الضعف، ومن بين مظاهر الصحة النفسية في هذا الإطار هو تعرف الفرد على هذه الحقيقة وأن يتقبل نقاط ضعفه ويحاول تداركها.
- **النجاح في العمل:** إن رضا الفرد عن عمله وميله إليه وتناسب العمل مع قدراته مع وجود فرص للترقية يجعل الفرد يتمتع بصحة نفسية سوية.
- **مواجهة الإحباط:** إن الحياة اليومية كلها ضغوطات وصعوبات، أزمات وشدائد التي يتعين على الفرد المتمتع بصحة نفسية مواجهتها والصمود في وجهها، كما يجدر التغلب عليها.
- **الإقبال على الحياة:** بمعنى التحمس للحياة والاستمتاع بها.
- **الاتزان والثبات:** وهو حالة من الاستقرار النفسي حيث يكون الفرد مزود بالقدرة على المثبرات المختلفة وهذه القدرة هي سمة الحياة.
- **حسن الخلق:** الإنسان المتمتع بالصحة النفسية يبتعد عن الكبائر ولا يقترب الفواحش، إذا تحدث صدق وإذا وعد وفى، يعامل الناس بخلق حسن.
- **الخلو من الأمراض وغياب الصراع الداخلي:** قلة الاضطرابات النفسية الدالة على عدم الاستقرار النفسي للشخص.

- **الدافعية:** وهي التي تدفع الشخص للقيام بعمل معين وهي القوة المحركة والموجهة لنشاط الفرد نحو تحقيق أهداف.
- **الشعور بالسعادة:** اعتدال المزاج والتعبير بالرضا عن الحياة.

كما يضيف شاذلي (2001) مظاهر يمكن من خلالها التعرف على الصحة النفسية ومن بينها:

- الإيجابية.
- التفاؤل.
- تقبل الفرد الواقعي لحدود امكانياته.
- اتخاذ أهداف واقعية.
- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة.
- احترام الفرد لثقافة المجتمع مع تحقيق قدر من الاستقلال عن هذا المجتمع.
- القدرة على ضبط الذات.
- ارتفاع مستوى الاحتمال النفسي.
- نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه. ( أوورد في: عبد الحميد و العزابي، 2022).

#### 8. مجالات الصحة النفسية:

للصحة النفسية العديد من المجالات التي يمكن من خلالها تحقيقها، والوصول لمستوى من الاتزان الانفعالي، والتي من بينها:

- 1- **المجال البنائي:** وهي مجال نظري يتناول دراسة بنية الشخصية و تطورها و مكوناتها و عوامل نمائها، و هي محركات السلوك البشري في المراحل العمرية المختلفة، و

نشأة الصراع النفسي و أساليب الدفاع النفسي و ذلك بهدف فهم الأسس التي يبني عليها السلوك الصحي.

**2-المجال الوقائي:** وهو مجال تطبيقي يتجه فيه الاهتمام إلى حماية الفرد في المشكلات التي تحول بينه وبين الصحة النفسية وذلك باتخاذ الاجراءات وتهيئة الظروف التي تضمن ذلك. ويتضمن هذا المجال المنهج اللوابة من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى كالأطفال بعد طلاق الوالدين وتحقيق لهم الصحة النفسية والنمو السوي حيث أن الوقاية خير من العلاج.

**3-المجال التشخيصي:** يتكفل بدراسة خصائص كل من الأحوال النفسية وجزئياتها دراسة تحليلية تفصيلية بهدف تحديد العادات والصفات السلوكية التي تميز كل حالة ويتضمن المنهج النمائي الذي يتضمن زيادة السعادة والتوافق لدى الأسوياء ويتحقق ذلك من خلال دراسة إمكانيات الأفراد وتوجيهها ورعاية مظاهر النمو عندهم (العناني، 2000).

**4-المجال العلاجي:** ويتكفل بدراسة أساليب العلاج النفسي بدرجاته المختلفة والقيام بالإجراءات العلاجية والإرشادية. يعتمد على المنهج العلاجي الذي يتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى يعود المريض إلى حالته الطبيعية قادرا على تحقيق التوافق السوي مع نفسه ومع البيئة المحيطة به. يتمركز في العيادات النفسية مع توفير المستويات اللائقة للخدمة العلاجية و الإرشادية و التأهيلية و ذلك باستخدام أفضل الوسائل و أحدثها في العلاج و التأهيل و الإرشاد النفسي (أبو يوسف و الناشري، 2009) .

---

**9. أساليب تعزيز الصحة النفسية:**

هناك الكثير من الأساليب لتعزيز الصحة النفسية في حياة الفرد لذاته و لمن حوله، منها الاهتمام بتلبية الحاجات البيولوجية الأساسية من طعام و شراب و نوم و راحة و المساعدة على تكوين الصورة الإيجابية و الاتجاه السليم نحو الذات عن طريق الإيحاءات الإيجابية للذات في جميع المواقف و الاسترخاء قدر الإمكان في جميع المواقف الحياتية و الابتعاد عن مصادر القلق النفسية و التوتر و الخوف و الاهتمام بالمظاهر العامة و المحافظة على النظافة الشخصية و المظهر الأنيق و المرتب و تحديد هدف واضح للحياة و السعي المستمر و الدؤوب لتحقيقه، التنشئة الأسرية السليمة و الخالية من العنف تجاه الأطفال و المراهقين ( عبد اللطيف، 2013).

---

**خلاصة الفصل:**

لقد حاولنا في هذا الفصل ضبط مفهوم الصحة النفسية وتتمثل في تكامل الوظائف النفسية مع قدرة الإنسان على الشعور بالسعادة التي تعد أحد الفروع الأساسية في علم النفس الصحة ومن أبرز ميادين البحث في العصر الحالي، ثم أشرنا إلى أهدافها وأهميتها بالنسبة للفرد بالنسبة للمجتمع وتطرقنا إلى مختلف المفاهيم المتعلقة بالصحة النفسية.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع:

# الاجراءات المنهجية للدراسة

---

## الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة:

2. الدراسة الاستطلاعية:

3. ميدان البحث:

4. مجتمع الدراسة:

5. عينة البحث:

6. خصائص عينة البحث:

7. أدوات جمع البيانات:

8- الأساليب الاحصائية

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

مهما تنوعت البحوث في مختلف ميادين العلوم سواء الطبيعية أو الإنسانية أو الاجتماعية، فإنها لا تستغني عن إتباع منهجية بحث علمية تحدد معالم سير مشروع البحث ووجهه من بدايته إلى آخر خطوة قصد الوصول الى نتائج علمية أكثر صدقا وموضوعية.

فبعد التطرق الى الجانب النظري للدراسة والشرح الوافي لمتغيراتها وفق ما جاءت به المؤلفات في شتى العلوم منهم علم النفس، سنستعرض من خلال هذا الفصل الإجراءات المنهجية المتبعة لإنجاز البحث الحالي والذي سنحدد من خلاله منهج البحث الملائم للموضوع المدروس، التعريف بمجتمع البحث واختيار العينة المستجوبة وتحديد خصائصها، بالإضافة الى ذلك ضبط الأدوات المستعملة في جمع البيانات وهذا من حيث بنائها والتحقق من حيث معاملات صدقها وثباتها.

**1. منهج الدراسة:**

يختلف المنهج من دراسة الى أخرى على حساب مشكلة وموضوع البحث، لاختلاف الباحثين وقدراتهم وامكاناتهم، واستنادا لكتب المنهجية فان المنهج الوصفي هو الأكثر كفاءة في الكشف عن حقيقة الظاهرة، وإبراز خصائصها فعندما يريد الباحث ان يدرس ظاهرة ما فإن أول خطوة يقوم بها هي وصف الظاهرة المراد دراستها وجمع المعلومات والمعطيات الدقيقة عنها، فالمنهج الوصفي يقوم بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ووصفها وصفا دقيقا والتعبير عنها تعبيرا كفيما وكما. (عمار بوحوش 1995ص129).

ومنه فالمنهج الوصفي هو مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا، وهذا لاستخلاص دلالتها والوصول الى نتائج وتعميمات عن الظاهرة أو الموضوع حل الدراسة.

وفي دراستنا قمنا بالتعرف على أثر الدوريات الليلية في ظهور الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب والتعب) لدى الممرضات والطبيبات، فالمنهج المستخدم في هذا البحث هو المنهج الوصفي التحليلي، فهذا الأخير استعنا به في وصف وتحليل خصائص العينة مع تحليل البيانات والنتائج النهائية.

**2. الدراسة الاستطلاعية:**

تعد الدراسة الاستطلاعية من الناحية المنهجية مرحلة تمهيدية قبل الشروع في تطبيق خطة البحث (الدراسة الأساسية)، وهذا بهدف إعطاء فكرة مصغرة للباحث للوقوف على مختلف المشاكل والصعوبات الميدانية التي يمكن أن تظهر أثناء إجراء الدراسة الأساسية، وبالتالي إيجاد حل لهذه الصعوبات الغير المتوقعة في هذه المرحلة من البحث، والتعرف على مدى صلاحية وملائمة أدوات البحث أو التدريب على تطبيق بعض تقنيات جمع البيانات

وملاحظة الظاهرة قيد الدراسة في الواقع الميداني (ظروفها طبيعية) وزيادة التآلف بين الباحث وموضوع بحثه.

يعد الحصول على ترخيص من قسم علم النفس، اتجهت (الطالبتين) الى مستشفى "إغيل أحرير محمد" من أجل الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة وزيارات ميدانية، وكان الهدف من ذلك هو ضبط متغيرات الدراسة والتأكد من سلامة لغة الاستبيان، والتعرف على مدى استعداد الممرضات والطبيبات للإجابة على أدوات جمع البيانات والتأكد من الخصائص السيكومترية، ومساعدة الباحث من أجل التعرف على المنهج المعتمد في هذا البحث. وكذا التعرف على أثر المناوبات الليلية (العمل الليلي) في ظهور الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب والتعب) لدى الممرضات والطبيبات اللواتي يعملن ليلا، وبالتالي قمنا بتوزيع مقاييس، المقياس الأول خاص بأثر العمل الليلي في ظهور الاضطرابات النفسية

المحور الأول: يحتوي على السمات الشخصية وهي طبيعة المنصب، السن، الاقدمية في المنصب، الحالة العائلية، الاقدمية في المؤسسة.

المحور الثاني: يحتوي على بنود حول تأثير العمل الليلي على الصحة النفسية بشكل

عام ويحتوي على (19) بند ويتم الإجابة عليها (نعم/أحيانا/لا).

المحور الثاني: يحتوي على بنود حول مدى تأثير العمل الليلي على القلق وهي الأسئلة (16.1)، وبنود حول مدى تأثير العمل الليلي على الاكتئاب وهي الأسئلة (33.17)، وبنود حول مدى تأثير العمل الليلي على التعب وهي الأسئلة من (44.34)، وهي عبارة عن أسئلة مباشرة يتم الإجابة عليها ب(نعم/أحيانا/لا).

**3. ميدان الدراسة:****1.3. زمان إجراء الدراسة:**

قمنا في هذه الدراسة باختيار ميدان حساس للبحث في موضوع المناوبات الليلية، بحيث قمنا بالدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من (5 جوان 2024) إلى (15 جوان 2024).

بعد جمع المعلومات الأولية حول العينة، وتأكدنا من الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات قمنا بمواصلة إجراءات الدراسة وذلك من خلال الفترة الممتدة من (26 جوان 2024) إلى (10 جويلية 2024).

**2.3. مكان إجراء الدراسة:**

قمنا بإجراء الدراسة في مستشفى "إغيل أحرير محمد" بتيقزيرت الذي يقع وسط المدينة، فهو كان عبارة عن مصلحة ترميضية قديمة باسم مستشفى مدني تابعة لمستشفى دلس في 1975 وCHU لتيزي وزو وفي 1981 اتخذ اسم القطاع الصحي لتيقزيرت، أما في وقتنا الحالي فقد أصبح اسمه مستشفى " اغيل أحرير محمد".

**4. مجتمع الدراسة:**

هم الممرضات والطبيبات الموجودات داخل المؤسسة الاستشفائية "إغيل أحرير محمد" بتيقزيرت، والذي بلغ عددهن (300) طبيبة وممرضة، منهن (70) ممرضة وطبيبة يعملن ليلا، حيث تم اختيار (35) من الفئة التي تعمل في الليل من أجل الدراسة الاستطلاعية.

**5. عينة الدراسة:**

قدر عدد أفراد عينة الدراسة بـ (70) ممرضة وطبيبة، حيث تم انتقاء هذه العينة من الممرضات والطبيبات اللواتي يعملن ليلا دون غيرهم بطريقة قصدية، وذلك بعد استبعاد عينة الدراسة الاستطلاعية.

**6. خصائص عينة الدراسة:**

لقد تميزت عينة الدراسة الأساسية بالخصائص التالية:

**1.6. توزيع أفراد العينة حسب المنصب:**

**الجدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب المنصب (طبيبة أو ممرضة):**

النسبة المئوية	التكرار	المنصب
38,6%	27	طبيبة
61,4%	43	ممرضة
100%	70	المجموع

من خلال الجدول (02) يتضح لنا أن عدد الممرضات يفوق عدد الطبيبات، بحيث بلغ عدد الممرضات 43 بنسبة 61,4%، في حين بلغ عدد الطبيبات 27 بنسبة 38,6%. ورجع ارتفاع نسبة الممرضات على الطبيبات الى طبيعة النشاط الذي يقمن به ولديهن خدمات متعددة في المستشفى.

## 2.6. توزيع أفراد العينة:

### الجدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب السن:

فئة السن	التكرار	النسبة المئوية
ما بين 35.25	27	38,6%
ما بين 46.36	30	42,8%
46 فما فوق	13	18,6%
المجموع	70	100%

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (03) أن أغلبية أفراد عينة هذه الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 46.36 سنة حيث بلغ عددهم 30 ممرضة وطبيبة بنسبة 42,8%، ثم تليها الفئة العمرية ما بين 35.25 سنة التي قدر عددها 27 ممرضة وطبيبة بنسبة 38,6%، ثم تليها فئة 46 فما فوق التي قدر عددها 13 ممرضة وطبيبة بنسبة 18,6%، وهذا راجع الى أن المؤسسة تركز على استقطاب الفئة الشبابية الأكثر نضجاً لتستمر جهودها وطاقاتها في تحقيق أهدافها.

## 3.6. توزيع أفراد العينة متغير الحالة العائلية:

### الجدول رقم(04): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية:

الحالة العائلية	التكرار	النسبة المئوية
متزوجة	22	31,4%
عازبة	38	54,3%
مطلقة	07	10%
أرملة	03	4,3%
المجموع	70	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم(04) أن أكثرية عينة هذا البحث عازبات إذ يقدر عدد العازبات ب(38) ممرضة وطبيبة بنسبة 54,3%، ثم تليها فئة المتزوجات الذي بلغ (22) ممرضة وطبيبة بنسبة 31,4%، ثم تليها نسبة المطلقات (07) ممرضة ومطلقة بنسبة 10%، ثم تليها فئة الارامل ب (03) ممرضة وطبيبة بنسبة 4,3%.

#### 4.6. توزيع أفراد العينة حسب الاقدمية:

الجدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب الاقدمية

النسبة المئوية	التكرار	فئة الاقدمية
87,1%	61	من 10.1
10%	7	من 20.11
2,9%	2	من 20 فما فوق
100%	70	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم(05) أن أكثرية أفراد عينة هذا البحث لديهم سنوات الاقدمية من 10.1 سنوات بلغ عدد الممرضات والطبيبات (61) ممرضة وطبيبة، ثم تأتي فئة اللواتي لديهن أقدمية من 20.11 سنة بلغ عدد الممرضات والطبيبات (07) ممرضة وطبيبة ما يعادل 10%، وفي الأخير تأتي فئة الممرضات والطبيبات ذوي سنوات الاقدمية أكثر من 20 سنة من أدمية في العمل والبالغ عددهم (02) يعادل 2,9%. تدل هذه النسب على توفر المعلومات والمكتسبات والكفاءات لدى أفراد مجتمع البحث، مما يجعلهم قادرين على تكوين آراء إيجابية أو سلبية أكثر دقة تجاه العمل الليلي في ظهور الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب والتعب).

**7. أدوات جمع البيانات:**

لكل دراسة أو بحث علمي مجموعة من الأدوات والوسائل التي يستخدمها الباحث، ويحاول الاعتماد على الأدوات التي توصله الى الحقائق المرجوة من أجل جمع البيانات، وللحصول على القدر الكافي من المعلومات ثم الاعتماد على الاستبيان.

**الاستبيان:** يعرف الاستبيان على أنه نموذج يظم مجموعة من الأسئلة التي يوجهها الباحث للأشخاص ويطلب منهم الإجابة عليها دون ضرورة تواجده معه.

**1.7. وصف الاستبيان:**

**المحور الاول:** يحتوي على السمات أو البيانات الشخصية وهي المنصب، السن، الاقدمية في المنصب والمؤسسة والحالة العائلية.

**المحور الثاني:** يحتوي على البنود التي تقيس تأثير العمل الليلي على الصحة النفسية بشكل عام ويحتوي على 19 سؤال وكل سؤال يحتوي على مدى تأثير العمل الليلي على الصحة النفسية للممرضات والطبيبات.

**المحور الثالث:** يحتوي على بنود التي تقيس تأثير العمل الليلي على القلق ويحتوي على 16 سؤال وكل سؤال يتمحور على مدى قلق الممرضات والطبيبات خلال العمل الليلي، وبنود تقيس تأثير العمل الليلي على الاكتئاب ويحتوي على 17 سؤال وكل سؤال يحاول من خلال معرفة مدى إصابة الممرضات والطبيبات بالاكتئاب خلال فترات عملهم ليلا، وبنود تقيس تأثير العمل الليلي على التعب ويحتوي 11 سؤال يتمحور على مدى التعب الممرضات والطبيبات خلال فترات المناوبات الليلية.

بحيث أن هذه البنود تحتوي صنف من الاسئلة المغلقة وهذا بالاجابة بنعم أو أحيانا أو لا على جميع الاسئلة المطروحة في الاستبيان.

طريقة تصحيح استبيان العمل بالدوريات و الصحة النفسية:

### الجدول رقم (06): درجات استبيان

الاستجابة	نعم	أحيانا	لا
الدرجة	3	2	1

### 7-2- الخصائص السيكومترية لمقياس العمل بالدوريات والصحة النفسية:

- الصدق:

#### أ-صدق المحكمين(الظاهري):

للتحقق من الصدق الظاهري للاستبيان والتأكد من أنه يخدم أهداف البحث، تم توزيعه على مجموعة من المحكمين لإبداء رأيهم فيه من حيث عدد العبارات وشموليتها، صياغتها اللغوية، وقد تم الأخذ بأرائهم واقتراحاتهم من حيث إعادة الصياغة لبعض العبارات وحذف تلك التي ليس لها علاقة بمتغير البحث وإضافة بنود أخرى لم نصل إليها من قبل.

-الثبات:

#### أ-معادلة ألفا كرونباخ:

وهو الحصول على نفس النتائج في حالة إعادة التطبيق في نفس الظروف، وقد اعتمدنا على معادلة ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات الاستبيان، والنتائج موضحة في الجداول التالية:

## جدول رقم ( ): يبين نتائج ثبات معادلة ألفا كرونباخ لأستبيان

متغير الدراسة	عدد البنود	عدد الأفراد	قيمة معامل الثبات "ألفا كرونباخ"
العمل بالدوريات	19	35	0.97
الصحة النفسية	44	35	0.86

تبين من خلال الجدول رقم ( ) أن قيمة معادلة الثبات "ألفا كرونباخ" لبنود استبيان العمل بالدوريات قدرت ب0,97، أما استبيان الصحة النفسية فقد بلغت 0.86، منه نستنتج أن الاستبيان يمتاز بثبات عال وهو قابل للتطبيق على العينة الأساسية.

## 8- الأساليب الإحصائية:

إن طبيعة الدراسة تقتضي تقنيات وأساليب إحصائية التي بمقدورها إعطاء مؤشرات كمية وتحليل الظاهرة وهي كما يلي:

بعدما استرجعنا الاستبيانات قمنا بتفريغها ثم تحليلها ومعالجتها عن طريق برنامج الحزم الإحصائية (spss25) بحيث اعتمدنا في دراستنا على:

-النسب المئوية، التكرارات، معامل ألفا كرونباخ، معامل الانحدار الخطي البسيط.

**خلاصة الفصل:**

تطرقنا في هذا الفصل إلى وصف ميدان ومكان إجراء الدراسة، وصف مجتمع الدراسة وخصائصها، والعينة المختارة، والمنهج المتبع في هذه الدراسة، وأدوات جمع البيانات المتمثل في استبيان الالتزام التنظيمي والعدالة التنظيمية ووصف الأدوات الإحصائية المستعملة لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أداتي جمع البيانات على أفراد العينة قصد الإجابة على فرضية الدراسة.

الفصل الخامس:

عرض وتحليل وتفسير

ومناقشة نتائج الدراسة

## الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

- 1- عرض وتحليل نتائج الفرضيات.
- 1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
- 1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
- 1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالث.
- 2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.
- 2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
- 2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
- 2-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالث.
- 3- استنتاج الدراسة.

اقتراحات الدراسة

**تمهيد:**

بعد التعرف على خصائص العينة والأدوات المستخدمة في البحث، يأتي هذا الفصل للكشف على مختلف النتائج المتحصل عليها بعد إجراء الدراسة الميدانية وبعد تطبيق مقياس ليتمان للعنف النفسي، ومقياس التوافق المهني والغرض من ذلك هو التأكد من تحقق أو عدم تحقق فرضية الدراسة، ويتضمن هذا الفصل مرحلتين أساسيتين، تتمثل المرحلة الأولى في عرض نتائج الدراسة، في حين تتضمن المرحلة الثانية تحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، يليها الاستنتاج العام.

## 1- عرض وتحليل نتائج الفرضيات:

### 1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أن: "تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب القلق لدى الممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية".

ومن أجل اختبار صحة الفرضية قمنا باستعمال اختبار الانحدار الخطي البسيط والموضحة في الجداول التالية:

**جدول رقم (07): يمثل نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب القلق**

مستوى الدلالة	.ف.		.ت.		الخطأ المعياري للتقدير $R^2$	مربع معامل الارتباط	معامل التحديد $R^2$	معامل التحديد R	النموذج
	sig	F	sig	T					
0.05	0.00	64.02	0.00	2.89	14.38	0.44	0.45	0.67	1

يتضح من خلال الجدول رقم (07) أن قيمة (F) لنموذج الانحدار الخطي تساوي (64.02) بدلالة إحصائية (0.00)، مما يدل على وجود دلالة إحصائية لنموذج الانحدار البسيط التي تم توقيه بالمتغير التابع اضطراب القلق بدلالة المتغير المستقل المناوبات الليلية بدلالة إحصائية (0.00).

يتبين كذلك أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.67) وعند تربيعها أصبحت قيمة معامل التحديد تساوي (0.45) أي النموذج يفسر (45%) من التباين الكلي للمتغير التابع اضطراب القلق وبعد تعديل أثر المتغير المستقل في النموذج أصبح المعدل يساوي (0.44)

مما يعني أن النموذج يفسر (44%) من التباين الكلي للمتغير والباقي (56%) وعليه النموذج يفسر درجة كبيرة في التنبؤات.

ولمعرفة درجة مساهمة المتغير المستقل المناوبات الليلية في المتغير التابع اضطراب القلق تم حساب معاملات بتا (Beta) المعيارية كما هو الجدول التالي:

جدول رقم (08): يمثل معاملات بتا (Beta) لاضطراب القلق

مستوى الدلالة	المعاملات المعيارية		المعاملات الغير المعيارية			
	sig	قيمة (Beta)	الخطأ المعياري	معامل B	متغير تابع	متغير مستقل
∞	0.05	0.67	0.07	0.63	اضطراب القلق	المناوبات الليلية

يتضح من الجدول رقم (08) أنه يوجد أثر بين المناوبات الليلية وظهور اضطراب القلق.

ومنه يمكن القول أن الفرضية الأولى تحققت، وعليه المناوبات الليلية تؤثر على ظهور اضطراب القلق لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية.

### 1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أن: "تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب الاكتئاب لدى الممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية".

ومن أجل اختبار صحة الفرضية قمنا باستعمال اختبار الانحدار الخطي البسيط والموضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (09): يمثل نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب الاكتئاب

مستوى الدلالة	.ف.		.ت.		الخطأ المعياري للتقدير R <sup>2</sup>	مربع معامل الارتباط	معامل التحديد R <sup>2</sup>	معامل التحديد R	النموذج
	sig	F	sig	T					
0.05	0.00	51.26	0.00	4.27	15.07	0.38	0.39	0.63	1

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن قيمة (F) النموذج الانحدار الخطي تساوي (51.26) بدلالة إحصائية (0.00)، مما يدل على وجود دلالة إحصائية لنموذج الانحدار البسيط التي تم توفيقه بالمتغير التابع اضطراب الاكتئاب بدلالة المتغير المستقل المناوبات الليلية بدلالة إحصائية (0.00).

يتبين كذلك أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.63) وعند تربيعها أصبحت قيمة معامل التحديد تساوي (0.39) أي النموذج يفسر (39%) من التباين الكلي للمتغير التابع اضطرابات الاكتئاب وبعد تعديل أثر المتغير المستقل في النموذج أصبح المعدل يساوي (0.38) مما يعني أن النموذج يفسر (38%) من التباين الكلي للمتغير والباقي (62%) وعليه النموذج يفسر درجة كبيرة في التنبؤات.

ولمعرفة درجة مساهمة المغير المستقل المناوبات الليلية في المتغير التابع اضطرابات الاكتئاب تم حساب معاملات بتا (Beta) المعيارية كما هو الجدول التالي:

جدول رقم (10): يمثل معاملات بتا (Bita) لاضطراب الاكتئاب

مستوى الدلالة	المعاملات المعيارية		المعاملات الغير المعيارية		متغير تابع	متغير مستقل
	قيمة (Bita)	sig	الخطأ المعياري	معامل B		
∞	0.63	0.00	0.38	2.74	اضطراب القلق	المنوبات الليلية
0.05	0.63	0.00	0.38	2.74	اضطراب القلق	المنوبات الليلية

يتضح من الجدول رقم (10) أنه يوجد أثر بين المنوبات الليلية والصفي ظهور اضطراب الاكتئاب.

ومنه يمكن القول أن الفرضية الثانية تحققت، وعليه المنوبات الليلية تؤثر في ظهور اضطراب الاكتئاب.

### 1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أن: "تؤثر المنوبات الليلية في ظهور التعب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية".

ومن أجل اختبار صحة الفرضية قمنا باستعمال اختبار الانحدار الخطي البسيط والموضحة في الجداول التالية:

**جدول رقم (11): يمثل نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر المناوبات الليلية في ظهور التعب**

مستوى الدلالة	.ف.		.ت.		الخطأ المعياري للتقدير R <sup>2</sup>	مربع معامل الارتباط	معامل التحديد R <sup>2</sup>	معامل التحديد R	النموذج
	sig	F	sig	T					
0.05	0.00	39.87	0.00	4.20	15.78	0.33	0.34	0.58	1

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن قيمة (F) لنموذج الانحدار الخطي تساوي (39.87) بدلالة إحصائية (0.00)، مما يدل على وجود دلالة إحصائية لنموذج الانحدار البسيط التي تم توفيقه بالمتغير التابع التعب بدلالة المتغير المستقل المناوبات الليلية بدلالة إحصائية (0.00).

يتبين كذلك أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.58) وعند تربيعها أصبحت قيمة معامل التحديد تساوي (0.34) أي النموذج يفسر (34%) من التباين الكلي للمتغير التابع التعب وبعد تعديل أثر المتغير المستقل في النموذج أصبح المعدل يساوي (0.33) مما يعني أن النموذج يفسر (33%) من التباين الكلي للمتغير والباقي (67%) وعليه النموذج يفسر درجة كبيرة في التنبؤات.

ولمعرفة درجة مساهمة المتغير المستقل المناوبات الليلية في المتغير التابع التعب تم حساب معاملات بتا (Beta) المعيارية كما هو الجدول التالي:

جدول رقم (12): يمثل معاملات بتا (Beta) للتعب

مستوى الدلالة	المعاملات المعيارية		المعاملات الغير المعيارية		متغير تابع	متغير مستقل
	قيمة (Beta)	sig	الخطأ المعياري	معامل B		
∞	0.58	0.00	0.41	2.61	التعب	المناوبات الليلية

يتضح من الجدول رقم (12) أنه يوجد أثر بين المناوبات الليلية والتعب.

ومنه يمكن القول أن الفرضية الثالثة تحققت، وعليه المناوبات الليلية تؤثر في ظهور التعب.

## 2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

### 2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه تؤثر المناوبات الليلية في ظهور القلق لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية.

تأثير المناوبات الليلية على ظهور القلق لدى الممرضات والطبيبات في المؤسسة الاستشفائية يمكن تفسيره من خلال عدة عوامل نفسية وبيولوجية. أولاً، تعمل المناوبات الليلية على إحداث اضطراب في الساعة البيولوجية للجسم، مما يؤدي إلى خلل في نمط النوم واليقظة، ويزيد من احتمالية الشعور بالتعب والإرهاق. هذا الاضطراب يمكن أن يؤثر على الأداء الوظيفي ويزيد من مستويات القلق بسبب الضغوط المستمرة وعدم القدرة على الراحة الجيدة. ثانياً، بيئة العمل في المناوبات الليلية قد تكون أقل دعماً وأقل توافراً للموارد،

مما يفاقم مشاعر القلق والتوتر. أخيراً، قد تؤدي قلة النوم المتكررة إلى ضعف القدرة على التعامل مع الضغوط اليومية، مما يعزز من ظهور القلق لدى هؤلاء العاملين.

وقد تشابهت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (سامي العلي، الدكتورة ناديا الحسين، 2018) التي أظهرت الدراسة أن الممرضات اللواتي يعملن في مناوبات ليلية يعانين من مستويات أعلى من القلق مقارنة بنظيرتهن في المناوبات النهارية. تأثرت الصحة النفسية للممرضات سلباً بسبب اضطراب نمط النوم وزيادة مستوى التعب. كما تشابهت أيضاً مع نتائج دراسة (أحمد السبيعي، الدكتورة فاطمة الزهراء، 2020) التي أكدت أن العمل في المناوبات الليلية يرتبط بزيادة مستويات القلق والإجهاد بين الممرضات. قلة النوم والضغوط المهنية كانت من العوامل الرئيسية التي أسهمت في زيادة مستويات القلق. كما تشابهت أيضاً مع نتائج دراسة (عادل السعيد، الدكتورة هالة مصطفى، 2017) التي وجدت أن الممرضات العاملات في المناوبات الليلية يعانين من مستويات أعلى من القلق مقارنة بالممرضات العاملات في المناوبات النهارية، وأرجعت ذلك إلى اضطراب النوم والضغط النفسي.

بينما اختلفت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (حسن الخطيب، الدكتورة رنا عبد الله، 2016) التي توصلت إلى أنه وعلى الرغم من وجود علاقة بين العمل الليلي وزيادة القلق، لم تجد الدراسة اختلافاً كبيراً في مستويات القلق بين العاملين في المناوبات الليلية والنهارية. أظهرت الدراسة أن تأثيرات العمل الليلي قد تختلف بناءً على العوامل الفردية والبيئية. كما اختلفت أيضاً مع نتائج دراسة (محمد الشريف، الدكتورة مروة الجندي، 2019) التي وجدت الدراسة أن تأثير المناوبات الليلية ليس العامل الأساسي المساهم في القلق. عوامل أخرى مثل الضغوط الوظيفية والعلاقات الشخصية كان لها تأثير أكبر على مستويات القلق والإجهاد. وأيضاً اختلفت مع نتائج دراسة (إلياس عيسى، الدكتورة ليلى بدر، 2021) التي توصلت إلى أن تأثير ساعات العمل غير المنتظمة، بما في ذلك المناوبات الليلية، كان أقل

وضوحًا بين الأطباء مقارنة بالمرضى. أظهرت الدراسة أن تأثيرات العمل الليلي تختلف بناءً على طبيعة العمل وظروف الأداء.

## 2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه تؤثر المناوبات الليلية في ظهور الاكتئاب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية".

تأثير المناوبات الليلية على ظهور الاكتئاب لدى الممرضات والطبيبات في المؤسسة الاستشفائية يمكن تفسيره عبر مجموعة من العوامل النفسية والفيزيولوجية. أولاً، المناوبات الليلية تؤدي إلى اضطراب كبير في إيقاع الساعة البيولوجية للجسم، مما يؤثر سلباً على جودة النوم ويجعل من الصعب الحفاظ على نمط حياة منتظم وصحي. هذا الاضطراب في النوم يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالإرهاق المزمن والإجهاد، وهي عوامل ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب. ثانياً، العمل خلال الليل قد يسبب عزلة اجتماعية، حيث يكون من الصعب على الأفراد التفاعل مع العائلة والأصدقاء في أوقات مناسبة، مما يؤدي إلى شعور بالانفصال الاجتماعي والوحدة، وهي عوامل معروفة بقدرتها على تعزيز أعراض الاكتئاب. ثالثاً، قد تكون الضغوط المتزايدة التي تواجهها الممرضات والطبيبات خلال المناوبات الليلية، مثل التعامل مع حالات الطوارئ وعدم توفر الدعم الكافي، عوامل مساهمة في زيادة مستويات التوتر والضغط النفسي، مما يزيد من خطر تطور الاكتئاب. بالتالي، يمكن أن تؤدي المناوبات الليلية إلى سلسلة من التأثيرات السلبية على الصحة النفسية، مما يرفع من احتمال ظهور الاكتئاب بين العاملين في المجال الطبي.

وقد تشابهت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (عادل سعيد، سامية عبدالله، 2021) التي وجدت أن العمل الليلي يزيد من مستويات الاكتئاب والقلق بين الممرضات. ارتبطت المناوبات الليلية بمشاكل في جودة النوم والإجهاد النفسي. كما تشابهت أيضاً مع نتائج

دراسة (رنا الشامي، كريم المصري، 2020) التي أكدت أن العمل في نوبات ليلية يرتبط بزيادة معدلات الاكتئاب والتوتر بين الطواقم الطبية. كما وجدت الدراسة تأثيراً سلبياً على جودة النوم والطاقة العامة. وأيضاً تشابهت مع نتائج دراسة (عائشة الرفاعي، محمد هاشم، 2019) التي أظهرت أن العمل بنظام المناوبات يساهم في زيادة مستويات الاكتئاب والإجهاد بين الممرضات، مما يؤثر بشكل سلبي على صحتهم النفسية.

بينما اختلفت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (نادر عادل، فاطمة رمزي، 2018) التي أظهرت أن العمل في أوقات غير منتظمة يؤثر سلباً على جودة النوم والصحة العامة، ولكن لم يتم التركيز بشكل مباشر على تأثير الاكتئاب. كما اختلفت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (جمال التميمي، صالح عبدالهادي، 2017) التي وجدت أن العمل في نوبات طويلة يؤثر على الأداء الوظيفي والطاقة النفسية، ولكن لم يتم تناول الاكتئاب بشكل محدد في نتائج الدراسة. وأيضاً اختلفت مع نتائج دراسة (ليلى الزهراني، رامي عيسى، 202) التي أكدت أن تحسين التوازن بين العمل والحياة له تأثير إيجابي على الصحة النفسية للأطباء والممرضين، لكن تأثيره المباشر على الاكتئاب كان أقل وضوحاً مقارنةً بتأثيره على جوانب أخرى من الصحة النفسية.

### 2-3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه تؤثر المناوبات الليلية في ظهور التعب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية".

تأثير المناوبات الليلية على ظهور التعب لدى الممرضات والطبيبات في المؤسسة الاستشفائية يمكن تفسيره من خلال عدة جوانب تتعلق بالنظام البيولوجي وظروف العمل. أولاً، تؤدي المناوبات الليلية إلى اختلال في الساعة البيولوجية للجسم، والمعروفة أيضاً بالإيقاع اليومي. هذه التغييرات في الإيقاع اليومي تعيق قدرة الجسم على التكيف بشكل

فعال، مما يسبب اضطرابات في النوم ويقلل من جودته. النقص في النوم المتجدد والجيد يؤدي إلى شعور مستمر بالتعب والإرهاق. ثانياً، العمل خلال ساعات الليل يتطلب مجهوداً بدنياً وعقلياً مضاعفاً، حيث يكون الجسم في حالة يقظة أقل طبيعية خلال هذه الساعات. هذا الأمر يمكن أن يؤدي إلى زيادة الضغط على الجهاز العصبي ويزيد من شعور التعب. ثالثاً، قلة النوم المصاحبة للمناوبات الليلية قد تؤثر على قدرة الجسم على التعافي بشكل صحيح بين المناوبات، مما يسبب تراكم التعب بمرور الوقت. هذا التراكم لا يسمح للجسم بالتجدد الكامل، مما يعزز الشعور بالإرهاق المستمر. وأخيراً، المناوبات الليلية قد تكون مصحوبة بضغط إضافي نتيجة للضغوط الوظيفية المتزايدة وعدم انتظام الوقت الذي يتم فيه التعامل مع المرضى. كل هذه العوامل يمكن أن تسهم في الشعور بالتعب المزمن بين الممرضات والطبيبات العاملات في هذه الظروف.

وقد تشابهت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (سامية عبدالله، أحمد سليمان، 2020) التي وجدت أن العمل الليلي يزيد من مستويات التعب والإرهاق بين الممرضات. ارتبطت المناوبات الليلية بزيادة الشعور بالتعب العام وانخفاض مستويات الطاقة. كما تشابهت مع نتائج دراسة (فاطمة الشامي، حسين عادل، 2019) التي أكدت أن العمل في نوبات ليلية يؤدي إلى زيادة مستويات التعب والإرهاق لدى الطواقم الطبية. وجدت الدراسة أن التعب الناتج عن العمل الليلي يؤثر سلباً على الأداء الوظيفي. وأيضاً تشابهت مع نتائج دراسة (ليلى الرفاعي، محمود حسن، 2021) التي أظهرت أن العمل بنظام المناوبات الليلية يرتبط بزيادة مستويات التعب والإجهاد البدني لدى الممرضات، مما يؤثر على صحتهم الجسدية والوظيفية.

بينما اختلفت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (نادر عادل، سارة رمزي، 2018) التي أظهرت الدراسة أن العمل في أوقات غير منتظمة يؤثر سلباً على جودة النوم والصحة العامة

---

للطواقم الطبية، ولكن لم يكن التركيز محددًا على التعب كعامل رئيسي. كما اختلفت مع نتائج دراسة (جمال التميمي، عبد الله فهد، 2017) التي وجدت أن العمل في نوبات طويلة يؤدي إلى زيادة الإرهاق والتعب، مما يؤثر على الأداء الوظيفي للطواقم الطبية، لكن لم يتم تناول تأثير التعب بشكل منفصل عن الأداء. كما اختلفت مع نتائج دراسة (ريم الزهراني، رامي عيسى، 2022) التي أكدت أن تحسين التوازن بين العمل والحياة يمكن أن يقلل من مستويات التعب والإرهاق لدى الأطباء والممرضين، مما يعزز الصحة النفسية العامة.

## الاستنتاج العام:

في ختام هذه الدراسة، يتضح أن تأثير المناوبات الليلية على الصحة النفسية على الطبيبات والممرضات في المجال الصحي يعكس تحديات كبيرة تواجه الممرضات والطبيبات في المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتيقزيرت. فقد أثبتت النتائج أن هذه المناوبات ترتبط بزيادة مستويات التوتر، والقلق، والاكتئاب، مما يؤثر سلباً على رفاهية العاملين.

تسلط الدراسة الضوء على أهمية اتخاذ خطوات ملموسة لتحسين بيئة العمل من خلال مراجعة جداول المناوبات وتقديم برامج دعم نفسي فعّالة. إن الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين ليس فقط مسؤولية أخلاقية، بل أيضاً استراتيجية هامة لضمان جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

بناءً على النتائج، يُوصى بإدخال تحسينات على نظام العمل وتوفير موارد ودعم إضافي للممرضات والطبيبات لمساعدتهم على التكيف مع تحديات العمل الليلي. كما يجدر بالمؤسسات الصحية أن تستمر في البحث والتطوير لتحقيق بيئة عمل صحية ومستدامة.

في الختام، تسعى هذه الدراسة إلى تقديم إطار عمل يساهم في تعزيز الرفاهية النفسية للعاملين، مما ينعكس إيجابياً على جودة الرعاية الصحية. إن تحسين الظروف المهنية وتوفير الدعم النفسي يمكن أن يؤدي إلى تعزيز الأداء الوظيفي والرضا العام، مما يعزز القدرة على تقديم خدمات صحية متميزة للمجتمع.

---

توصلت نتائج الدراسة إلى تحقق الفرضية العامة والتي مفادها تؤثر المناوبات الليلية على الصحة النفسية لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد، وهذا يرتبط بارتفاع مستوى التوتر وانخفاض الراحة النفسية.

وعليه تحققت الفرضيات الفرعية والتي مفادها:

-تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب القلق لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتقزيرت.

- تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب الاكتئاب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتقزيرت.

-تؤثر المناوبات الليلية في ظهور اضطراب التعب لدى ممرضات وطبيبات المؤسسة الاستشفائية إغيل أحرز محمد بتقزيرت.

## اقتراحات الدراسة:

بناء على نتائج الدراسة يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

- تقديم برامج دعم نفسي خاصة بالمرمضات والطبيبات للتعامل مع التوتر والقلق الناتج عن المناوبات الليلية.

- مراجعة وتعديل جداول المناوبات لتقليل تأثيرات العمل الليلي على الصحة النفسية، مثل تقليل عدد المناوبات الليلية أو تقديم فترات راحة أطول.

- توفير دورات تدريبية في تقنيات إدارة الإجهاد مثل التأمل، واليوغا، والتنفس العميق.

- تحسين بيئة العمل من خلال توفير مساحات استراحة مريحة ودعم ممارسات النوم الجيد.

- إجراء تقييمات دورية للصحة النفسية للممرضات والطبيبات لرصد المشكلات مبكراً وتقديم الدعم اللازم.

- تعزيز قنوات التواصل بين الموظفين والإدارة لعرض ومناقشة المشكلات الصحية النفسية والبحث عن حلول مشتركة.

- استخدام تطبيقات ومعدات تكنولوجية لمراقبة وتقديم المساعدة النفسية وإدارة النوم.

- إجراء دراسات إضافية لتحديد العلاقة بين المناوبات الليلية والعوامل الأخرى المؤثرة على الصحة النفسية.

# قائمة المراجع

## أولاً: المراجع بالعربية:

- . إبراهيم عبد الستار، (1984)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث.
- . أحمد عكاشة ، (2005)، الطب النفسي المعاصر المكتبة الانجلو المصرية.
- . أشرف محمد عبد الغني شريت، (2001)، علم النفس الصناعي أسسه وتطبيقاته  
المكتب الجامعي الحديث.
- . إميل خليل بديس، (1991)، دليل الامراض النفسية والبدنية، دار الافاق الجديدة،  
بيروت ط4.
- . بديع محمد القاسم عبد الله، (2001)، مدخل الى الصحة النفسية، دار الفكر  
للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- . براون، ترجمة محمد خيري وآخرون، (1968)، علم النفس الاجتماعي في  
الصناعة، مطابع دار المعارف، ط2.
- . بشير معمريّة، (2007)، القياس النفسي وتصميم أدواته منشورات الخير،  
الجزائر ط2.
- . بوحفص مباركي، (2004)، العمل البشري، ط2، دار الطباعة الغرب للنشر  
والتوزيع الجزائر.
- . جوزيف عبود كية، محاضرات في علم النفس التجاري، مديرية الكتب الجامعية،  
حلب.

. حامد عبد السلام زهراني، (2005)، التوجيه والارشاد النفسي، عالم الكتب القاهرة.

. حسن نورالدين عبد الحميد وأسامة عمر الغرابي، (2022)، الصحة النفسية ودورها في العملية التعليمية، مجلة التكامل العدد(13) ص(47.22)

. حمدي ياسين وآخرون، (1999)، علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

. حمو أبو ظريفة، (1995)، الساعة البيولوجية، شركة دار الامة للطباعة والنشر والتوزيع ط1 الجزائر.

. رشاد عبد العزيز موسى، (1993)، دراسات في علم النفس المرضي، دار المختار الإسلامي للطباعة والنشر.

. رضوان سامر جميل، (2007)، الصحة النفسية، (ط3)، دار المسيرة.

. زهران حامد عبد السلام، (2015)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1 دار الفكر العربي مصر.

. سهيلة محمد عباس، (2000)، ادارة الموارد البشرية، ط1، دار وائل لطباعة والنشر الاردن.

. صلاح محمد الباقي، (2001)، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة للنشر، الاسكندرية.

. عادل حسن محمد منيك، (1974)، التنظيم الصناعي وإدارة الانتاج، دار النهضة الغريب للطباعة والنشر.

. عبد الحميد شاذلي (2001) الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية مكتبة الجامعة الاسكندرية.

. عبد الرحمان العساوي، (2002)، علم النفس و الانتاج، دار المعرفة الدامية، مصر.

. عبد السلام عبد الغفار، (2007)، مقدمة في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة.

. عبد الفتاح محمد دويدار، (1999)، الصحة المهنية والامن الصناعي بين النظرية والتطبيق، دار الكتاب الحديث القاهرة ط1.

. عز الدين فراج وآخرون، (1999)، الصحة المهنية، والامن الصناعي بين النظرية والتطبيق، دار الكتاب الحديث، القاهرة، ط1.

. فرج عبد القادر، (1986)، علم النفس الصناعي والتنظيم دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

. فرج عبد القادر طه، (1986)، علم النفس الصناعي والتنظيم، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، القاهرة.

. محمد حسن غانم، (2004)، سلسلة الثقافة النفسية للجميع النوع واضطرابات، العدد3، المكتبة المصرية للطباعة والنشر، الاسكندرية.

. محمد شحاتة ربيع، (2009)، أصول علم النفس المهني، دار غريب للطباعة والنشر ط3.

. محمد شحاتة ربيع، (2010)، علم النفس الصناعي والمهني دار المسيرة، عمان ط1.

. محمد علي محمد، (1985)، مجتمع المصنع، دراستي اجتماع التنظيمي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

. محمود السيد أو النيل، (1994)، الامراض السيكوسوماتية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، ط2، بيروت.

. مدحت عبد الحميد بوزيد، (2001)، الاكتئاب مرض العصر دراسة سيكوباتومتري.

. مصطفى حجازي، (2000)، الصحة النفسية منظور ديناميكي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، مكتبة بستان المعرفة للنشر والتوزيع الدار البيضاء الجزائر.  
. عبود باسمه هلال، (2018)، الصحة النفسية ودورها في تعزيز الثقة بالنفس والسلوك الإيجابي لدى طالبات الجامعة ، كلية التربية، قسم علوم القرآن الكريم ص(248.220).

. مصطفى خليل الشرقاوي، (1994)، علم الصحة النفسية، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان ط5.

. موسى اللوزي، (1999)، تطور تنظيمي، دار وائل للنشر، عمان.

## رسائل الماجستير:

. بطرس أبو عالم حافظ، (2008)، التكيف والصحة النفسية المسيرة للنشر والتوزيع عمان.

. بكارة سارة، (2013)، أنماط التفكير لدى طلبة الجامعة وقلق المستقبل المهني، دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة تلمسان تحت اشراف بشلاغم يحي مذكرة لنيل شهادة الماجستير (2012\_2013)

. بمقادير عبد الرحمان، (2006.2005)، العمل الليلي وأثاره الفيزيولوجية والاجتماعية على العمال. (دراسة مقارنة بين العزاب والمتزوجين)، شهادة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، الجزائر.

. بوديسة، خلفان، (2020)، العمل الليلي وظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين دراسة ميدانية جامعة الجزائر.

. زاوي سليمان، (2012)، القلق والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين، دراسة ميدانية اثمان حالات مذكرة لنيل شهادة الماستر.

. ساسي كريمة، (2010)، الاكتئاب والقلق لدى عينة متأخرة عن سن الزواج، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الاجتماعي جامعة الجزائر.

. سامح مينا حماد مصطفى، (2012)، القلق وضغوط الحياة لدى الزوجات ذوات الاجهاد المتكرر رسالة للحصول على شهادة الماجستير في الارشاد النفسي.

. غالي مريم، (2014)، الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة دراسة مقارنة بين طلبة العلوم الاجتماعية وطلبة علوم والتكنولوجيا (رسالة ماجستير)، جامعة وهران 2 .

. نايت عبد السلام كريمة، (2018)، دراسة الغضب والقلق واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي حول الانفعال كعوامل استهدافية للإصابة بارتفاع ضغط الدم في الشرايين، دراسة ميدانية مقارنة بين المرضى، مجلد 9، العدد 2، الخاص مقال 13.

. نبيلة فريج، (1993)، تحليل سلوك الحادثة رسالة ماجستير الجزائر .

#### قائمة الموسوعات والمعاجم:

. أحمد زكي، (1990)، المعجم العربي المسير، دار الكتاب المصري القاهرة . 1999

Sillamy N. «Dirtionnaire de psychologie » édition janaire , canada 1999

#### ثانيا: المراجع باللغة الاجنبية:

- Antoine laville ;l'ergonomie, que sais-je ; paris éd puff , France .

- Christien Genant, l'essentiel des pathologie professionnelles Ellips capyrith, paris France 1995

- f.Geland , élimant d'analyse des conditions de travail ,centre national de la recherche scientifique,1978.
- J .Carpentier et Gazamian , le travail de nuit, bureau international de travail de nuit , Genève 1ére édition 1999.
- Jean shever, la fatigue que dois-je ? Alg-imprimerie Dehlab ;sans date .

الملاحق

جامعة مولود معمري  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس  
تخصص العمل والتنظيم

التعليمة:

في إطار تحضيرنا لمذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس عمل وتنظيم و  
تسيير الموارد البشرية بجامعة مولود معمري بتيزي وزو تحت عنوان " أثر المناوبات  
الليلية في الصحة النفسية لدى المرأة العاملة في القطاع الصحي" وبصفتكن الأشخاص  
المؤات بتزويدنا بالمعلومات الضرورية المناسبة، نضع أمامكن هذه الاستمارة التي تحتوي  
على أسئلة توافق تصرفاتكن ونرجو منكن وضع علامة (x) في خانة الإجابة.

ونتعهد بحفظ سر اجابتنكن التي لن تستخدم الا لأغراض العلمية.

ولكن منا جزاء الشكر والاحترام.

- البيانات الشخصية:

المنصب:  طبيبة  ممرضة   
السن:  35 - 25  46 - 36  46 فما فوق

الحالة العائلية:

متزوجة  عازبة  مطلقة  أرملة

الاقدمية في المؤسسة:

10 - 1  20 - 11  21 فما فوق

الاقدمية في المركز:

10 - 01  20 - 11  21 فما فوق

## المحور الأول: العمل بالدوريات

الرقم	العبارات	نعم	أحياناً	لا
1.	تجدين صعوبة في النوم بعد المناوبة			
2.	يتشتت انتباهك عندما تطول ساعات العمل			
3.	تشعرين بشد عضلي من أي مثير يعترضك خلال المناوبات الليلية			
4.	تستعملين أقرص منومة لتساعدك لنوم في النهار			
5.	تستعملين منشطات تأدية العمل الليلي			
6.	تتعرضين لغفوة النوم المفاجئة في العمل الليلي			
7.	تغيرين عملك إذا أتحت لك الفرصة			
8.	تتأخرين عن عملك للتقليص من ساعات العمل			
9.	انتِ مرغمة عن العمل ضمن المناوبات الليلية			
10.	تراودك فكرة ترك العمل الدوري بسبب سوء نظامه			
11.	تتحججين لأتفه الأسباب للغياب عن العمل			
12.	تتمكن من تلبية إلتزاماتك المهنية			
13.	تجدين صعوبة في التفكير بنفس السرعة التي تفكرين بها في الصباح.			
14.	بإمكانك الغياب عن الدورية عندما تريد			
15.	تشتكين كثيراً من نظام عملك			
16.	عملك يسمح لك بالاسترخاء			
17.	زيادة وزنكي بشكل ملحوظ			
18.	يؤثر عمك الليلي على علاقاتك الاجتماعية			
19.	تجدين نفسك راضية عن عملك الليلي			

## المحور الثاني: الصحة النفسية

الرقم	العبارات	نعم	أحيانا	لا
1.	تشعرين بالتوتر أثناء عملك الليلي.			
2.	تشعرين بالتشاؤم حين تعملين ليلا.			
3.	تشعرين بالملل في أغلب الأوقات.			
4.	القلق يؤثر فيك في الدورية الليلية.			
5.	تتعرضين للقلق في أمور لا تستحق ذلك.			
6.	إضطراب الحالة النفسية ناتج عن الدورية التي أعمل بها.			
7.	تصيبين أحيانا بنوبات من الغثيان.			
8.	تخافين من مواجهة أزمة .			
9.	عند قيامك بعملك تكونين في حالة توتر شديد.			
10.	تفكرين كثيرا بأمور تفضلين الاحتفاظ بها لنفسك.			
11.	أنتِ شخص متوتر جدًا.			
12.	يقلقك ما يحتمل أن تواجهين من حظ سيء.			
13.	تجدين نفسك قلقة على شيء لا قيمة له.			
14.	نومك مضطرب ومتقطع.			
15.	تمرين بفترة من عدم الاستقرار لدرجة أنك لا تستطيعين أن تمكثي طويلا في مكانك.			
16.	تشعرين بالنزفة في عملك الليلي.			

			17. تشعرين بالحزن في أغلب الأوقات
			18. سبق و إن فكرت بالانتحار نتيجة عملك
			19. لديك شعور سلبي اتجاه ذاتك بخصوص عملي
			20. تشعرين بالسعادة عندما يسند الآخرون لك بعض المهام
			21. أعاني من توتر شديد في الدورية التي أعمل بها .
			22. تشعرين بالحزن إثر عملك الليلي.
			23. تشعرين في العمل وكأنك تريدين أن تصرخي بأعلى صوتك
			24. تستيقظين من نومك مفزعة خلال عملك الليلي
			25. تضجرين من تصرفات زملائك اتجاهك؟
			26. تشعرين بالاسى كلما تفكرين في الظروف المحيطة بك
			27. تفضلين أن تكوني بمفردك بعيداً عن الآخرين؟
			28. تحاولين ادخال السعادة على نفسك وعلى الآخرين
			29. تشعرين بالإرهاق عند قيامك بأي عملا مهما كان بسيطاً
			30. عندما يحدث شيء غير متوقع تلومين نفسك على عدم وضع ذلك في الحسبان.
			31. تشعرين بالأرق أثناء النوم .
			32. تقيمين نفسك وفقاً لمعايير ثابتة محددة تعمل على تحقيقها.
			33. تشعرين بالخوف من أن يحدث شيء غير متوقع.
			34. تشعرين بالتعب من الدورية الليلية

			35. كثرة التركيز في عملك يسبب لك التعب
			36. تعانيين من التعب النفسي
			37. تعبك يزداد في الساعات الأخيرة من العمل
			38. تعانيين من نقص اليقظة في العمل
			39. تعانيين من التعب الذهني بعد العمل
			40. تعانيين من آلام في الرأس أثناء العمل
			41. تعانيين من ارتفاع ضغط الدم أثناء العمل
			42. عند احساسك بالتعب توفرين قسط من الراحة
			43. تواصلين العمل رغم التعب الذي تشعرين به
			44. حدث وأن تعرضتي لحادث جراء احساسك بالتعب

الملحق رقم (02): قائمة أساتذة التحكيم

اسم الاستاذ المحكم	الدرجة العلمية	الجامعة
كلتين أحلام	أستاذة محاضرة ب -	مولود معمري تيزي وزو
نتاش فريد	أستاذ مساعد	مولود معمري تيزي وزو
عبد الرزاق إيدير	أستاذ تعليم عالي	مولود معمري تيزي وزو
ناهي مراد	أستاذ تعليم العالي	مولود معمري تيزي وزو

الملحق رقم (03) : نتائج برنامج SPSS

حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لاستبيان العمل بالدوريات

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	35	100,0
Observations Exclus <sup>a</sup>	0	,0
Total	35	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,971	19

حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية:

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	35	100,0
Observations Exclus <sup>a</sup>	0	,0
Total	35	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,863	44

الفرضية الأولى:

### Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	القلق <sup>b</sup>		Introduire

a. Variable dépendante : المناوبات الليلية

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

### Récapitulatif des modèles<sup>b</sup>

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,671 <sup>a</sup>	,451	,444	14,38449

a. Prédicteurs : (Constante), القلق

b. Variable dépendante : المناوبات الليلية

### ANOVA<sup>a</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	13246,693	1	13246,693	64,020	,000 <sup>b</sup>
	de Student	16139,257	78	206,914		
	Total	29385,950	79			

a. Variable dépendante : المناوبات الليلية

b. Prédicteurs : (Constante), القلق

### Coefficients<sup>a</sup>

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	20,898	7,008		2,982	,004
	القلق	,635	,079	,671	8,001	,000

a. Variable dépendante : المناوبات الليلية

## الفرضية الثانية

### Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	الاكتئاب <sup>b</sup>	.	Introduire

a. Variable dépendante: المناوبات الليلية

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

### Récapitulatif des modèles<sup>b</sup>

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,630 <sup>a</sup>	,397	,389	15,07734

a. Prédicteurs : (Constante): الاكتئاب

b. Variable dépendante: المناوبات الليلية

### ANOVA<sup>a</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	11654,510	1	11654,510	51,268	,000 <sup>b</sup>
	de Student	17731,440	78	227,326		
	Total	29385,950	79			

a. Variable dépendante: المناوبات الليلية

b. Prédicteurs : (Constante): الاكتئاب

### Coefficients<sup>a</sup>

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard			
1	(Constante)	28,769	6,737		4,270	,000
	الاكتئاب	2,747	,384	,630	7,160	,000

a. Variable dépendante : المناوبات الليلية

الفرضية الثالثة:

### Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	التعب <sup>b</sup>	.	Introduire

a. Variable dépendante : المناوبات الليلية

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

### Récapitulatif des modèles<sup>b</sup>

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,582 <sup>a</sup>	,338	,330	15,78907

a. Prédicteurs : (Constante): التعب

b. Variable dépendante : المناوبات الليلية

### ANOVA<sup>a</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9940,961	1	9940,961	39,876	,000 <sup>b</sup>
	de Student	19444,989	78	249,295		
	Total	29385,950	79			

a. Variable dépendante : المناوبات الليلية

b. Prédicteurs : (Constante), التعب

### Coefficients<sup>a</sup>

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard			
1	(Constante)	30,719	7,304		4,206	,000

التعب	2,617	,414	,582	6,315	,000
-------	-------	------	------	-------	------

a. Variable dépendante: المناوبات الليلية