جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

# الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية

**– دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو–**

**مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس تخصص عمل وتنظيم وتسيير الموارد البشرية**

**من إعداد الطلبة:**

**- بوبشير يوبا**

**- أيت عيدر بوجمعة**

**تحت إشراف الأستاذة:**

**د/ لامية بوتوتة**

**السنة الجامعية:2024 / 2025**

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

# الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية

**– دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو–**

**مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس تخصص عمل وتنظيم وتسيير الموارد البشرية**

**من إعداد الطلبة:**

**- بوبشير يوبا**

**- أيت عيدر بوجمعة**

**تحت إشراف الأستاذة:**

**د/ لامية بوتوتة**

**السنة الجامعية:2024 / 2025**

**-ملخص الدراسة باللغة العربية:**

تمحورت الدراسة الحالية حول علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو. قد هدفت الى الكشف عن مدى تعرض الممرضين إلى الأخطار النفسية الإجتماعية مع تحديد درجة التعرض، والكشف عن مدى معاناة الممرضين من الإضطرابات السيكوسوماتية مع تحديد درجة التعرض، وكذلك الكشف عن العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية و الإضطرابات السيكوسوماتية ككل.

قد تم الإعتماد على المنهج الوصفي وذلك على عينة دراسة قدرت ب (114) ممرض وممرضة العاملين في بعض مصالح المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو، حيث تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية. ولتحقيق أهداف الدراسة تم الإعتماد على مقياس لقياس الأخطار النفسية الإجتماعية وبناء استبيان لقياس الإضطرابات السيكوسوماتية.

لتحليل البيانات تم الإعتماد على كل من الإحصاء الوصفي بما فيه التكرارات، المتوسط الحسابي، الإنحراف المعياري، المتوسط النظري، النسبة المئوية والإحصاء الإستدلالي بما فيه معامل الإرتباط برسون، اختبار –ت– لعينة واحدة.

بعد تحليل البيانات أظهرت نتائج الدراسة أن الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية بدرجة مرتفعة ومعناتهم من الإضطرابات السيكوسوماتية بدرجة مرتفعة وتوصلت أيضا إلى وجود علاقة طردية موجبة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والإضطرابات السيكوسوماتية.

بناءا على هذه النتائج تم تقديم بعض الإقتراحات التي من شأنها أن تحد أو على الأقل تقلل من الأخطار النفسية الإجتماعية وتقليل المعاناة من الإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين.

**الكلمات المفتاحية:** الأخطار النفسية الاجتماعية، الإضطرابات السيكوسوماتية، الممرضين.

## Study summary :

The current study focused on the correlation between psychosocial risks and psychosomatic disorders among nurses working at the Nadir Mohamed University Hospital in Tizi Ouzou . It aimed to reveal the extent to which nurses are exposed to psychosocial risks , with a determination of the degree of exposure , and to reveal the correlation between psychosocial risks and psychosomatic disorders as a whole .

The descriptive approach was adopted on a study sample estimated at

( 114 ) male and female nurses working in some departments of the University Hospital Nadir Mohamed in Tizi Ouzou state , where they are selected by purposive sampling method . To achieve the objectives of the study , a scale was used to measure psychosocial risks and a questionnaire was built to measure psychosomatic disorders .

To analyze the data , descriptive statistics were used , including frequencies , arithmetic mean , standard deviation , theoretical mean , percentage , and inferential statistics , including Pearson correlation confficient and one sample t – test .

After analyzing the data , the results of the study showed that nurses working at Nadir Mohamed University Hospital are exposed to psychosocial risks to a high degree and suffer from psychosocial risks and psychosomatic disorders .

Based on theses results , some suggestions were presented that would limit and reduce the psychosocial risks and reduce the suffering of nurses from psychosomatic disorders .

**Keywords :** psychosocial risks , psychosomatic disorders , nurses .

# كلمة شكر

نشكر الله تعالى ونحمده على نعمته وتوفيقه لنا على إتمام هذه المذكرة.

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساعدنا في مسارنا هذا حتى لو كان ذلك بكل ما تدعمنا.

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة " بوتوتة لامية " لتفضلها بقبول الإشراف على دراستنا، وعلى نصائحها وتوجيهاتها القيمة وعلى كفاءتها العلمية القيمة في إدارة هذا العمل.

# إهداء

أهدي هذه الدراسة إلى أعز ما أملك في الحياة الوالدين الكريمين اللذان سهرا على رعايتي وتربيتي وتعليمي

إلى روح أبي الطاهرة رحمة الله عليه

إلى أمي إحسانا وعرفانا وأطال الله عمرها

إلى كل العائلة خاصة إخوتي وأخواتي وأولادهم كل بإسمه أطال الله في عمرهم

إلى كل أصدقائي وزملائي وكل من ساعدني في إنجاز هذه الدراسة

يوبا

## إهداء

أقوم بإهداء هذا العمل المتواضع لمن كان لهم الكرم والفضل علي بعد الله سبحانه وتعالى

إلى أبي العزيز و الكريم أطال الله في عمره الذي لم يبخل علي بأي شيئ إذ وفر لي كل ما أحتاجه

إلى والدتي الحبيبة ونور عيني أطال الله في عمرها وأبقاها في صحة جيدة

إلى أخواتي وأولادهم

إلى كل عائلتي الكبيرة

إلى كل زملائي وأصدقائي

بوجمعة

**فهرس المحتويات**

ملخص الدراسة باللغة العربية..... أ

ملخص الدراسة باللغةالإنجليزية.....ب

كلمة شكر..... ت

إهداء..... ث

فهرس المحتويات.....ج

فهرس الجداول..... ح

مقدمة..... 1

## الفصل الأوّل: الإطار العام لإشكالية الدراسة

**1**-إشكالية الدراسة..... 04

**2**- فرضيات الدراسة..... 09

**3**- أهداف الدراسة.....09

**4**- أهمية الدراسة.....10

**5**- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة.....11

**6**- الدراسات السابقة..... 12

## الجانب النظري

## الفصل الثاني: الأخطار النفسية الاجتماعية

- تمهيد .....29

1 – مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية .....29

2 – مصادر الأخطار النفسية الاجتماعية .....32

3 – أهم الأخطار النفسية الاجتماعية التي بنيت عليها الدراسة الحالية.....37

4 – مراحل الأخطار النفسية الاجتماعية .....48

5 – طرق تقييم الأخطار النفسية الاجتماعية .....51

6 – الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية .....55

-خاتمة الفصل.....61

## الفصل الثالث: الإضطرابات السيكوسوماتية

تمهيد.....63
**1 –** مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية .....63
2 – نبذة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسد.....65
3 – النظريات المفسرة للإضطرابات السيكوسوماتية .....68
4 – خصائص وأعراض الإضطرابات السيكوسوماتية.....71
5 – أهم أنواع الإضطرابات السيكوسوماتية ..... 73
6 – تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية .....83
7 – علاج الإضطرابات السيكوسوماتية .....85
-خاتمة الفصل.....88

## الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة في جانبها التطبيقي

تمهيد.....90
1- منهج الدراسة.....90
2-وصف ميدان الدراسة .....90
3-الدراسة الإستطلاعية.....92
4-عينة الدراسة الأساسية وكيفية إختيارها.....93
5 – أدوات جمع البيانات .....98
6 – أدوات تحليل البيانات .....107
7- حدود الدراسة .....108
-خلاصة الفصل.....109

## الفصل الخامس: عرض تفسير ومناقشة النتائج

تمهيد .....111
أولا – عرض النتائج .....111
1 – عرض النتائج المتعلقة بالأخطار النفسية الاجتماعية .....111

2 – عرض النتائج المتعلقة بالإضطرابات السيكوسوماتية .....112

3 – عرض النتائج المتعلقة بعلاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالإضطرابات السيكوسوماتية ..114

ثانيا – مناقشة النتائج .....115

1 – مناقشة نتائج الفرضية الأولى .....116

2 – مناقشة نتائج الفرضية الثانية .....117

3 – مناقشة نتائج الفرضية الثالثة .....118

– الإستنتاج العام .....120
– خاتمة.....122
– الإقتراحات.....123
– قائمة المراجع .....125
– الملاحق.

- **فهرس الجداول** **الصفحة**

(1)- توزيع أفراد مجتمع عينة الدراسة الإستطلاعية.....94
(2)- توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الجنس.....95
(3)- توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب السن.....96
(4)- توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الحالة العائلية.....97
(5)- توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الاقدمية في العمل.....98
(6)- ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس.....101
(7)- ثبات مقياس الأخطار النفسية الاجتماعية بطريقة التجزئة النصفية.....102
(8)- ثبات مقياس الأخطار النفسية الاجتماعية بطريقة ألفا كرومباخ .....103
(9)- الإرتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للإستبيان.....105
(10) – ثبات إستبيان الإضطرابات السيكوسوماتية بطريقة التجزئة النصفية .....106
(11) - ثبات إستبيان الإضطرابات السيكوسوماتية بطريقة ألفاكرومباخ .....106
(12 ) – مدى تعرض الممرضين العاملين في المستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية.....112
(13) – مدى تعرض الممرضون العاملون في المستشفى الجامعي ندير محمد للاضطرابات السيكوسوماتية.....113
(14)- العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.....114

# مقدمة

**مقدمة:**

الإنسان بطبيعته كائن اجتماعي حيث يسعى للتكيف مع المجتمع والبيئة التي يعمل فيها ويحاول إشباع حاجاته البيولوجية من أكل وشرب من خلال العمل والمثابرة. ويعرف العمل أنه مجال واسع وذلك من خلال تحقيق وتقدير الذات، حيث من خلاله يكوّن الفرد صداقات وعلاقات وذلك عن طريق الإحتكاك الموجود في محيط عمله، ويهدف أيضا إلى إيجاد الأمن والإستقرار، الراحة وتحقيق الرفاهية والإبتعاد عن المشاكل والأخطار التي يتعرض لها في بيئة العمل إذ نجد أن العامل يواجه عدة تحديات تعرقله عن التوافق في حياته اليومية والمهنية ومن هذه التحديات الأخطار النفسية الاجتماعية، حيث تمس هذه الأخيرة عدة قطاعات من بينها القطاع الصحي وعلى وجه الخصوص القائمين بمهنة التمريض.

ونتيجة للتعرض لهذه الأخطار المستمرة لفترات طويلة، تظهر لدى الممرضين مجموعة من الإضطرابات ومن بينها الاضطرابات السيكوسوماتية وهي أعراض جسدية ناتجة عن عوامل نفسية وهذه الإضطرابات لا تؤثر فقط في صحة الممرضين بل في أدائهم الوظيفي أيضا، مما يؤدي إلى إنخفاض جودة الرعاية وزيادة الأخطاء الطبية.

هذا التصور دفعنا إلى الاهتمام بالكشف عن العلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وز ومن أجل ذلك تم تقسيم الدراسة الى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي.

تم تقسيم الدراسة على النحو التالي:

**الفصل الأول:** خاص بالإطار العام لإشكالية الدراسة والذي تم فيه عرض إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهداف الدراسة وأهميتها، تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة، الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

**الفصل الثاني:** تضمن هذا الفصل الأخطار النفسية الاجتماعية والذي تم فيه عرض مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية، مصادرها، مع أهم الأنواع، مراحلها، طرق تقييمها، والوقاية منها.

**الفصل الثالث:** تضمن هذا الفصل الإضطرابات السيكوسوماتية وفيه تم تناول

وقد تناولنا في الجانب النظري فصلين فصل خاص بالأخطار النفسية الاجتماعية الذي تطرقنا من خلاله إلى وفصل خاص بالإضطرابات السيكوسوماتية وتطرقنا من خلاله الى مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية، نبذة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسد، النظريات المفسرة لها، خصائصها وأعراضها، أنواعها، تشخيصها وعلاجها.

**الفصل الرابع:** تضمن هذا الفصل من الجانب التطبيقي: منهج الدراسة، ميدان إجراء الدراسة، عينة الدراسة الإستطلاعية، عينة الدراسة الأساسية وكيفية إختيارها أدوات جمع البيانات، أدوات تحليل البيانات.

**الفصل الخامس:** تضمن هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج للتأكد من صحة الفرضيات التي قمنا بصياغتها مع إنهاء هذا الفصل بإستنتاج عام وتقديم خاتمة شاملة مع تقديم بعض الإقتراحات إنطلاقا من النتائج التي توصلنا إليها ، كما تمت الإشارة في نهاية الدراسة إلى قائمة المراجع المعتمد عليها وجميع الملاحق التي تم إستخدامها.

# الفصل الأول:

# الإطار العام لإشكالية للدراسة

## 1-إشكالية الدراسة:

يعتبر العمل أساس التقدم ومفتاح الازدهار في حياة الأفراد والمجتمعات، إذ لا يمكن القول بأنه مجرد وسيلة لكسب الرزق والعيش بل وسيلة تستعمل من أجل تحقيق الذات والمساهمة في بناء الحضارة الإنسانية وذلك لا يكون إلا من خلال العمل الدؤوب، الجاد والمخلص. فمن خلال العمل يطور الشخص من قدراته ويكتسب المهارات والخبرات الجديدة وبذلك يقدم الإضافة ويخدم مجتمعه. فالعمل يرفع من قيم المسؤولية ويعزز التعاون بين العمال وعن طريقه يشعر الأفراد بالرضا عندما تظهر نتائج عملهم سواء على المستوى الشخصي أو على مستوى المنظمة.

فكل فرد له نشاط معين او بالأحرى مهنة يقوم من خلالها باشباع رغباته، فالمهن مختلفة حسب اختلاف القطاعات، من بين هذه القطاعات نجد المؤسسات الصحية بمثابة والتي هي عنصر أساسي في أي نظام بحيث تتميز بتقديم خدمات وقائية وعلاجية. فنجد أن المؤسسات الصحية تتمتع بالعديد من المهن والتي نجد من بينها مهنة التمريض التي تعد من بين المهن الإنسانية كونها تعتني بإنسان ضعيف يحتاج الى الرعاية حيث يلعب الممرضون والممرضات دورا حيويا في تقديم الرعاية الصحية للمرضى، مما يساهم في الحفاظ على صحة المجتمع وسلامته.

فمهنة التمريض هي بمثابة عماد الرعاية الصحية وقلبها النابض حيث يجمع الممرضون والممرضات بين العلم الإكلينيكي الدقيق والإنسانية، يقفون في الخطوط الأولى لرعاية المرضى والسهر على تحسين حالتهم من خلال تخفيفهم لآلامهم وتقديمهم للدعم النفسي والمعنوي. فالتمريض لا يقتصر فقط على إعطاء الأدوية أو تنفيذ التعليمات الطبية، بل هو فن من الفنون التي لا يتقنها إلا الممرضون ويتجلى هذا الفن في كيفية التعامل مع الإنسان في أسوء ظروفه وأضعف حالاته وهذا الأمر يتطلب العمل تحت مسؤولية كبيرة. فهذه المسؤولية قد تولد بعض من الضغط لدى الممرضين بالإضافة الى مجموعة من الظروف والعوامل في مكان العمل التي قد تؤدي الى تأثيرات سلبية على الصحة النفسية والاجتماعية

لديهم. قد تتضمن هذه العوامل ضغوط العمل، نقص الدعم الاجتماعي، عدم وضوح المهام والمسؤوليات. فنجد أن الضغط النفسي الاجتماعي يمثل أحد أخطر التحديات التي تواجه الممرضين يوميا، إذ أن تفاقم هذه الضغوط يولد الأخطار النفسية الاجتماعية التي تعتبر تهديدات تتجاوز المجال الجسدي وتؤثر على الصحة النفسية للممرضين وهذا راجع إلى التوتر الناجم عن الشعور بعدم القدرة على تلبية المتطلبات المهنية، العنف الداخلي في بيئة العمل، الإحتراق النفسي وغيرها من الأخطار التي تؤثر على صحة وسلامة الممرضين.

قد ذكرت (بوزوران،2024) أنه من خلال الدراسات التي أجريت حول الاخطار النفسية الاجتماعية في محيط العمل يتضح أن هذا الموضوع كان ولا يزال يجذب اهتمام الباحثين ، نظرا لما يحتويه من تأثير على صحة العامل الجسدية والنفسية ، بالإضافة الى تأثيره على أدائه في العمل ، وهذا يعود الى المتطلبات العالية التي يسعى جاهدا الى تحقيقها من ناحية ، ومن ناحية أخرى الى قيود المسؤولية المفروضة عليه، مما يجعله في اغلب الأوقات لا يحترم مواعيد و أوقات العمل، بالتالي تزايد عدد الغيابات التي تعود الى الاجهاد والاصابات المتكررة (بوزوران،2024،ص72).

تعتبر الاخطار النفسية الاجتماعية حسب ( Baradji & Ziloniz 2019 ، باراجي وزيلونيز) من بين الامراض المهنية التي أصبحت تهدد صحة وسلامة العمال، فالتعرض لهذه الاخطار يتزايد باستمرار في جميع المؤسسات، حيث بينت نتائج هذه الدراسة الى ان (25% ) من العمال الذين يعملون في الأسابيع الثابتة اعلنوا عن عدم وجود عوامل خطر او عن عدد قليل منها، وان ( 37 % ) منهم قد تعرضوا تعرضا متوسطا للاخطار النفسية الاجتماعية وعدم ملائمة توقيت العمل الذي غالبا ما يكون لمدة أسبوع، وصرح ( 15 % ) من العمال العاملين بنظام الدوام الجزئي انهم لا يملكون الاستقلالية في العمل اغلب الأوقات في جداول زمنية متغيرة وأنهم معرضون للخطر بسبب تعرضهم للعديد من العوامل، كما ان

العمال الأكثر تعرضا لتراكم عوامل الخطر قد صرحوا بشكل متكرر عن تدهور صحتهم الجسمية والعقلية.

في هذا السياق أشارت نتائج دراسة ( بوتوتة، 2020 ) حول علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتيزي وزو على عينة قدرت بـ ( 320) ممرض وممرضة أن الممرضون يتعرضون إلى الأخطار النفسية الاجتماعية بدرجة مرتفعة ووجود علاقة عكسية سالبة بين كل بعد من أبعاد الأخطار النفسية الاجتماعية والمتمثلة في الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية، الصحة والرفاهية، المعاش المهني والتوافق المهني.

كما يمكن أن تكون هناك علاقة بين الاخطار النفسية الاجتماعية والمسبب الرئيسي لها المتمثل في الضغط المهني، وهذا ما يتجلى في دراسة ( Oliveira & Al ، 2010 أوليفيرا و آخرون) حول الاخطار النفسية الاجتماعية من وجهة نظر الممرضين العاملين في مستشفى بمدينة ريو ديجانيرو، وذلك على عينة قدرت بـ ( 12) ممرض ، والتي توصلت نتائجها إلى وجود الاخطار النفسية الاجتماعية المستمدة من الضغط المهني مثل نقص الموارد البشرية والمعدات والغموض في أدوار العمل والعنف. كما أشارت إلى أنه يجب على صاحب العمل إتخاذ إجراءات وقائية للحد من الاخطار النفسية الاجتماعية المحددة وتعزيز الصحة النفسية والبدنية لفريق التمريض وتحفيزهم على المشاركة في عمليات صنع القرار التي يمكن بدورها أن تساهم في تحسين ظروف العمل.

كما بينت دراسة (حريم، 2003) حول ضغوط العمل لدى الكادر التمريضي في المستشفيات الخاصة بالأردن على عينة قدرت بـ (550) ممرضا وجود ضغوط مستمرة بدرجات متفاوتة فيما يتعلق بجوانب العمل المختلفة اذ يشعر العاملون في الجهاز التمريضي في المستشفيات الخاصة بالأردن بضغوط وظيفية ناشئة عن مختلف جوانب وعناصر العمل الذي يقومون به، لكن بدرجات متفاوتة من

حيث استمراريتها وكذلك وجود فروق في مدى استمرارية الضغوط المهنية تعزى لبعض العوامل الديمغرافية (أورد في: علو، 2022، ص 34 – 35).

ويمكن القول بان تراكم العديد من الضغوط في بيئة العمل الاستشفائية بالنسبة للممرضين يستطيع ان يولد لديهم ما يسمى بالاحتراق المهني وهذا ما يتجلى في دراسة ( Benatia , 2009 بنعطية) حول الاحتراق المهني لدى الممرضين الاستعجاليين العاملين بمستشفى قسنطينة ، الجزائر على عينة قدرت ب ( 526 ) ممرض استعجالي ، وقد اشارت النتائج الى ان ( 33.56 % ) من الممرضين العاملين في حالات الطوارئ لديهم استنفاذ عاطفي كبير و بنسبة ( 50 % ) يعانون من الشعور بالعجز وبنسبة ( 30.80 % ) لديهم تجربة الفراغ الداخلي ونسبة ( 28.50 ) لديهم رد فعل عدواني ( أورد في : بوتوتة، 2020 ، ص 26 – 27 ).

على هذا الأساس تعتبر مهنة التمريض من أكثر المهن تعرضا للاخطار النفسية الاجتماعية حسب مختلف الدراسات وهذا راجع الى طبيعة العمل المرهقة المليئة بالضغوط، حيث يمكن أن تؤدي هذه الاخطار الى ظهور نوع من الاضطرابات التي تسمى بالاضطرابات السيكوسوماتية التي تظهر فيها حالات واعراض جسدية ناتجة عن عوامل نفسية، حيث تؤثر المشاعر والضغوط النفسية على الجسم مما يؤدي الى ظهور اعراض جسدية. فهذه الاضطرابات تعكس العلاقة الوثيقة بين العقل والجسد حيث يمكن ان تؤثر الضغوط النفسية مثل التوتر والقلق والاكتئاب على وظائف الجسم المختلفة مما يؤدي الى ظهور اعراض جسدية.

فحسب عبد المعطي (2003، ص 27) فان الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة من الاعراض و الشكوى التي تكون الاعراض فيها طبية واضحة تماما ويدخل ضمنها اضطراب او خلل او إصابة بعض الأعضاء او الأجهزة في جسم المريض ولكنها ترتبط ارتباطا وثيقا بمتغيرات وعوامل نفسية

ابرزها العوامل الدافعية والعوامل الانفعالية والوجدانية، الضغوط البيئية، ومن امثلة هذه الاضطرابات الربو الشعبي، وقرح المعدة والأمعاء وضغط الدم الجوهري وامراض الشريان التاجي، والصداع النصفي والتهاب المفاصل (نواف، 2021، ص 149).

حتى طبيعة العمل تستطيع ان تؤثر على هذه الاضطرابات وفي هذا الصدد نجد دراسة (بوعالية، 2019 ) حول العمل بنظام المناوبة ودوره في ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية التي خلصت نتائجها الى وجود فروق جوهرية بين الممرضات بنظام المناوبة والممرضات بنظام العمل العادي حيث تحصلت الفئة الأولى على متوسطات درجات اعلى من الثانية في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية ، بالإضافة الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين افراد عينة الممرضات بنظام العمل بالمناوبة حسب متغير الحالة الاجتماعية حسب متغير الخبرة في العمل في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية ( أورد في: بوعالية، 2019، ص 22 – 28 ).

كما نجد كذلك بان هناك علاقة بين الإرهاق الناجم عن العمل في المؤسسات الاستشفائية بالنسبة للممرضين والاضطرابات السيكوسوماتية وهذا ما تجلى في دراسة (عبد اللازم، عصمان، 2023) حول تقييم العلاقة بين الإرهاق والاعراض النفسية الجسدية بين الممرضين العاملين بمستشفيات الفيوم بمصر على عينة قدرت بـ (86) ممرض من العاملين في وحدات العناية المركزة والتي توصلت نتائجها إلى أن (29.1 %) يعانون من الإرهاق، (65.1 %) يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية

مع وجود للدرجة النفسية الجسدية ارتباطات إيجابية مع سنوات الخبرة، نسبة احتراق عالية واعراض نفسية جسدية منتشرة بشكل كبير بينهم وترتبط بشكل وثيق بالاحتراق النفسي لديهم.

انطلاقا من هذه الإعتبارات النظرية والدراسات المذكورة سابقا يتحدد البحث الحالي بعلاقة الاخطار النفسية الاجتماعية بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين في المستشفى

الجامعي ندير محمد وقد تم طرح تساؤلات الدراسة الحالية على النحو التالي: هل يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد الى الاخطار النفسية الاجتماعية؟ هل يعاني الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد من الإضطرابات السيكوسوماتية؟ هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد؟

## 2- فرضيات الدراسة:

للإجابة على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضيات على النحو التالي:

-يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد الى الاخطار النفسية الاجتماعية

-يعاني الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد من اضطرابات سيكوسوماتية.

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو.

## 3-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التساؤلات التي تم طرحها في الإشكالية وذلك من خلال مجموعة من الأهداف المتمثلة في الكشف عن مدى تعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد إلى الأخطار النفسية الاجتماعية، والكشف عن مدى معاناتهم من الاضطرابات السيكوسوماتية مع تحديد العلاقة بين كل من مستوى التعرض إلى الاخطار النفسية الاجتماعية ومستوى المعاناة من الاضطرابات السيكوسوماتية، ومن جهة أخرى الكشف عن العلاقة بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية.

كما تهدف أيضا الى فتح المجال لدراسات أكثر توسعا في موضوع الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى فئة الممرضين، وفي الأخير ايصال الرسالة الى البيئة المهنية الميدانية بما فيهم الرؤساء والمسؤولين والمدراء من خلال تقديم اقتراحات وتوصيات تساعد على الحد او التقليل من الاخطار النفسية الاجتماعية في العمل والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين بصفة خاصة والمؤسسات الصحية بصفة عامة.

## 4- أهمية الدراسة:

نجد ان مفهوم كل من الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية من بين المفاهيم الهمة في عصرنا الحالي الذي يجب التركيز على مختلف جوانبهما، بالتالي سيزود هذا البحث المعرفة وسيقوم بإثراء الرصيد المعرفي حول موضوع الدراسة.

كما توفر الدراسة تقييما علميا وشاملا لطبيعة الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية وتساهم في حثهم على اتباع الطرق الصحيحة من اجل تفادي الاضرار السلبية لهذا الموضوع، مع الاستفادة من نتائج الدراسة من خلال تقديم نصائح وتوجيهات لاتخاذ الإجراءات اللازمة لتفادي التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية. وبالتالي سيؤدي ذلك الى عدم ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

## 5- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث إجرائيا:

**5-1-الاخطار النفسية الاجتماعية:** عبارة عن تقدير الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو من خلال إجابتهم على مقياس الأخطار النفسية الاجتماعية الذي أعده كل من(2012) Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin والذي تمت ترجمة عباراته وتكييفها إلى البيئة العربية من طرف الباحثة بوتوتة والذي يحتوي على (46) بندا موزعة على ستة (06) أبعاد والمتمثلة في الإرغامات الكمية، التنظيم والقيادة، العلاقات الأفقية، الإستقلالية الصحة والرفاهية، والمعاش المهني. والمنقطة من (5) إلى (1) وفق التدريج الخماسي لسلم ليكرت ماعدا السؤال رقم (36)، (37)، (46) المنقطة من (4) إلى (1) وفق التدريج الرباعي لسلم ليكرت.

**5-2-الإضطرابات السيكوسوماتية:** عبارة عن تقدير الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو من خلال إجابتهم على إستبيان الاضطرابات السيكوسوماتية والذي يحتوي على (28) بند موزعة على بعدين والمتمثلة في مجموعة من الأعراض النفسية ومجموعة من الأعراض الجسدية والمنقطة من (3) الى (1) وفق التدريج الثلاثي لسلم ليكرت.

## 5-3 الممرضين اجرائيا:

تتمثل عينة الدراسة في مجموع الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو الذين تتراوح أعمارهم من18سنة إلى 55سنة.

## 6- الدراسات السابقة:

### 6 -1 الدراسات التي تناولت الاخطار النفسية الاجتماعية:

**دراسة (الوائلي، 1998) حول تحديد مستويات ضغط العمل بين الممرضين العاملين في مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الخاصة في الأردن.**

هدفت إلى التعرف على مستويات ضغط العمل بين الممرضين العاملين في مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الخاصة في الأردن، وتكونت العينة من (474) ممرضا وممرضة وإستخدم الباحث مقياس كينزل (kinzels) بعد أن قام بتعريبه وإجراءات الصدق الثابت له.

وقد أشارت النتائج إلى وجود إتفاق بين أفراد العينتين بشكل عام بشعورهم بمستوى متوسط من ضغط العمل. كما قيم أفراد العينتين مصدر ضغط التعامل مع زوار المريض بالمرتبة الأولى من حيث الترتيب مقارنة بمصادر ضغط بيئة العمل الأخرى، كما توصلت إلى عدم وجود فروق في إدراك مستويات ضغط العمل تعزى إلى العمر، والحالة الاجتماعية، الدخل الشهري، وعدد الأطفال.

**دراسة ( Macoy, 1998 ماكوي) حول ظروف التكيف و الضغوط النفسية لدى الممرضين داخل أقسام الإستعجالات في مستشفيات إحدى المدن الأمريكية.**

هدفت الدراسة إلى ظروف التكيف والضغوط والضغوط النفسية لدى الممرضين وتكونت العينة من ( 52 ) ممرض و ممرضة ، وزعت عليهم استبانة تطلب منهم ترتيب ضغوط العمل لديهم.

أشارت النتائج إلى وجود بعض درجات إدراك الضغوط النفسية لدى العينة ككل، كما أوضحت أيضا أن تعليمات المسؤولية عنهم ومطالب المرضى الكثيرة، فضلا عن المتطلبات الإدارية في المشفى من المصادر الأساسية للضغوط النفسية لديهم.

**دراسة ( Chapman ,1999 تشابمان) حول العلاقة بين إدراك الممرضين لمساندة زملائهم في العمل و مستويات ضغوط العمل بمستشفيات ولاية ( أيوا ) بالولايات المتحدة الأمريكية.**

والتي هدفت إلى اختبار العلاقة بين إدراك الممرضين لمساندة زملائهم في العمل ومستويات ضغوط العمل، و تكونت العينة من (500) ممرض وممرضة أخذت من مستشفيات ولاية ( أيوا ) الأمريكية وقد استخدم الباحث استبانة معدة لهذا الغرض.

قد أشارت النتائج إلى أن الممرضين والممرضات يدركون أن انخفاض مساندة زملائهم يؤدي إلى شعورهم بزيادة في مستوى الضغط النفسي لديهم كما بينت الدراسة، أن الذين أمضوا في العمل سنين وأقل كانوا أعلى في مستويات ضغط العمل من زملائهم الاخرين (أورد في رجاء، 2008، ص 486 ص 489).

**-دراسة (Mrayyan,2004 مريان) حول الاستقلالية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات بالولايات المتحدة الامريكية.**

قد هدفت الدراسة الى الكشف عن الدور الذي يلعبه المسؤولين في تعزيز استقلالية الممرضين مع دراسة تصورات الممرضين حول استقلاليتهم في الممارسة المهنية وذلك على عينة قدرت ب (317) ممرض تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الاعتماد على استبيان من بناء الباحث.

قد اشارت النتائج التي توصلت اليها الدراسة الى ان الممرضون أكثر استقلالية في اتخاذ قرارات الرعاية بالمرضى من القرارات التشغيلية للوحدة وكانوا ينظرون الى استقلاليتهم على مستوى معتدل، غير ان أولئك الذين كانوا مستقلين في اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المرضى من المحتمل أيضا ان يكونوا مستقلين في عملية صنع القرار في الوحدة، كما كان لإجراءات المسؤولين علاقة قوية مع استقلالية الممرضين في اتخاذ قرار بشأن رعاية المرضى وقرارات تشغيل الوحدة وكذلك مع الاستقلالية التامة.

وقد كانت المتغيرات الثلاثة الهامة التي ابلغ عنها الممرضين لزيادة استقلاليتهم هي الإدارة الداعمة والتعليم والخبرة، اما اهم العوامل الثلاثة التي قيل انها قللت من استقلالية الممرضات هي الإدارة الاستبدادية والعلاقة مع الأطباء وعبئ العمل.

**دراسة (Tunc & kutanis ,2009 تونش وكوتاني) حول صراع الدور وغموض الدور والإحتراق لدى الممرضينوالأطباء في المستشفى الجامعي بتركيا.**

قد هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين الاحتراق وصراع الدور وغموض الدور لدى الممرضين والأطباء وذلك على عينة قدرت ب (251) فرد من بينهم (81) ممرض و(170) طبيب. تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الاعتماد على مقياس الاحتراق النفسي ( لمسلاش )burnout Maslach لصراع الأدوار وغموض الدور ومقياس ( Rizzou).

اشارت النتائج التي توصلت اليها الدراسة الى وجود علاقة قوية بين كل من صراع الأدوار وغموض الأدوار والاحتراق المهني، كما توصلت الى ان الممرضين يعانون من مستويات اعلى بكثير من صراع الدور وغموض الدور مقارنة مع الأطباء. كما توصلت الى ان صراع الأدوار والغموض في الأدوار قد يساعدان في شرح المستوى العالي للاحتراق الذي يعاني منه الممرضين مقارنة بالأطباء.

**دراسة (علواني، 2010) حول مصادر ضغوط العمل عند الممرضين بالمستشفى الجامعي بولاية وهران، الجزائر.**

حيث هدف الدراسة إلى تقييم مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين وذلك على عينة قدرت ب (96) ممرض من بينهم (54) ممرضة و(42) ممرض تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة. وفق المنهج الوصفي ولجمع البيانات تم الاعتماد على استبيان لقياس مصادر الضغوط المهنية.

اشارت النتائج التي توصلت اليها الدراسة الى ان أكثر مصادر الضغوط شيوعا لدى الممرضين تتمثل في عبئ العمل بنسبة (77 %)، ظروف المحيط الفيزيقي والامن في العمل بنسبة (77 %)، استقلالية القرار بنسبة (63.4 %) التقدير بنسبة (60.4 %). ثم العلاقة مع المريض بنسبة متوسطة وغياب الدعم الاجتماعي بنسبة (52 %)، وأخيرا صراع الدور بنسبة (43.6 %) وغموض الدور بنسبة (40.8 %) (أورد في: بوتوتة، 2020، ص ص26 – 27).

**دراسة ( لامي ، lamy 2013) حول دور الإرغامات النفسية والتنظيمية في الحالة الصحية للممرضين بمستشفيات فرنسية.**

قد هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقات الطولية بين الارغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية المميزة للوحدة الوظيفية وصحة الممرضين من اجل تحديد طبيعة هذه العلاقات بطريقة مباشرة وغير مباشرة. كما هدفت الى تحديد كمية الأثر العام للارغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية التي ترجع الى الأثر المباشر وغير المباشر. حيث بلغت عينة الدراسة (3713) ممرض من (7) مستشفيات وتمت دراسة العلاقات الطولية بين التعرض للارغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية لدى بيئة العمل في (2006) وصحة الممرضين سنة (2008). لجمع البيانات تم الاعتماد في قياس الارغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية على مستوى الوحدة الوظيفية عن طريق دليل العمل التمريضي للمؤسسة وعلى المستوى الفردي عن طريق استبيان فقدان التوازن – الجهد – المكافئة ل (siegrist) واستخدام استبيان طورته شبكة الاضطرابات العظمية العضلية لقياس ارغامات البيئة الفيزيقية في العمل، كما تم قياس تكرار اعراض الاكتئاب بواسطة مقياس لدراسات مركز علم الأوبئة.

من أبرز النتائج التي توصل اليها وجود مشاكل من بينها العلاقات السيئة مع المسؤول الهرمي والانقطاعات المتكررة اثناء القيام بالمهام المتعلقة بالرعاية. فعلى مستوى الوحدة الوظيفية تأثير الارغامات النفسية الاجتماعية والتنظيمية في صحة مقدمي الرعاية مباشرة. لتكرار اعراض الاكتئاب وارتفاع ضغط

الدم، ولكن أيضا بشكل غير مباشر من خلال العوامل الفردية، ولكن فقط لتكرار اعراض الاكتئاب سؤاء تم استخدام نسب المكونات فقدان التوازن – الجهد – المكافأة او من خلال مكونات فقدان التوازن – الجهد – المكافأة بشكل منفصل. فقد تم العثور على نفس العوامل بما فيها جهود عالية وانخفاض علامات التقدير والاحترام وانخفاض علامات الاستقرار والامن الوظيفي. ولكن لم تمس الاجر وفرص الترقية (أورد في: بوتوتة، 2020، ص 29).

– **دراسة (إسماعيل، 2015) حول مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات. دراسة ميدانية في مستشفى الأسد الجامعي في محافظة اللاذقية، سوريا.** هدفت هذه الدراسة الى التعرف على الضغوط النفسية المهنية التي يتعرض لها الممرضون والممرضات العاملين بمستشفى الأسد الجامعي وفقا لمتغيرات (النوع، والحالة الاجتماعية)، وقد تكونت عينة الدراسة من (120) ممرضا وممرضة من مختلف الأقسام بالمستشفى، واستخدمت الباحثة مقياسا للضغوط النفسية المهنية من اعدادها، وقد خلصت الدراسة الى النتائج التالية:

–معاناة افراد العينة من ممرضون وممرضات من ضغوط نفسية بنسبة كبيرة (64.59)، اذ شكل البعد المادي المرتبة الأولى، يليه بعد بيئة العمل، ثم البعد النفسي في المرتبة الأخيرة.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع في الضغوط النفسية المهنية وكانت هذه الفروق لصالح الاناث في البعد النفسي ولصالح الذكور في بعد العلاقة مع الزملاء والبعد المادي.

–وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في الضغوط النفسية المهنية، ولقد كانت هذه الفروق في البعد النفسي فقط ولصالح غير المتزوجين (أورد في: إسماعيل، 2015، ص 147).

**-دراسة (علو، 2022) حول عوامل ومستويات أخطار الضغط المهني لدى الممرضين في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو الجزائر.**

هدفت الدراسة إلى تناول ظاهرة من ظواهر الاخطار النفسية الاجتماعية والتي تتميز بأعراض ترتبط بالضغط المهني، والتي يمكن أن تخلف آثارا مدمرة لصحة العمال، وتتبع هذه الاثار تكاليف اقتصادية بالنسبة للمؤسسة، لذا كان موضوع الدراسة حول عوامل ومستويات أخطار الضغط المهني لدى الممرضين في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو. ولتحليل بيئة العمل وتقييم هذه الاخطار تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي باعتباره المنهج المناسب لمثل هذه الدراسات ، بحيث نصف من خلاله الظواهر كما هي موجودة في الواقع ، لذلك تم الاعتماد على مقياس الضغط المهني " SPPN " و اختبار " WOCCQ " لعوامل اخطار الضغط المهني في محيط العمل ، من خلال تشخيص عوامله، بحيث يمكن تفسير معاناة الممرضين من الضغط المهني الى مدى تحكمهم في ستة عوامل وهي تسيير الوقت ، تسيير المهمة ، تخطيط العمل ، المستقبل ، الموارد الضرورية ،إدارة الخطر على الذات وعلى الاخرين ، وذلك بتطبيق الاختبار المصادق من طرف مصلحة علم النفس لجامعة " Liége " على عينة متكونة من ( 236 ) ممرض وممرضة موزعين على عدة مصالح في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة وبالاعتماد على عدة أساليب إحصائية ملائمة لاختبار الفرضيات ( معامل الانحدار البسيط ، معامل الانحدار المتعدد ، و اختبار ت للفروق ) تم التوصل الى نتائج مفادها :

*مساهمة عوامل اخطار الضغط المهني في التنبؤ بمستوى الضغط المهني لدى الممرضين ، حيث كان معامل الارتباط الأعلى بين إدارة الخطر على الذات وعلى الاخرين ( المخاطر ) والضغط المهني وهي نفس قيمة الارتباط بين المستقبل المهني والضغط المهني ثم تأتي قيمة الارتباط بين إدارة الوقت والضغط

المهني في المرتبة الثالثة وفي المرتبة الرابعة قيمة الارتباط بين إدارة المهمة والضغط المهني وقيمة الارتباط بين المواد الضرورية والضغط المهني في المرتبة الخامسة ، كما اشارت مصفوفة الارتباط ان معامل الارتباط الأدنى كان بين تخطيط العمل والضغط المهني ، حيث تجدر الإشارة الى ان الارتباط سالب عكسي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( 0.01 ) بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع . كما تم استخدام في تحليل الانحدار الطريقة القياسية بحيث اظهر ان الاختبار لم يستبعد أي متغير.

* عدم وجود فروق في عوامل الضغط المهني لدى الممرضين حسب متغير الجنس كون كل من الجنسين يتحكمون بنفس الدرجة بعوامل اخطار الضغط المهني.

* وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الضغط المهني لصالح الممرضين ذكور.

**دراسة (قادري، مرزوقي، دربال، 2024) حول مستوى المخاطر النفسية الاجتماعية لدى عمال الصحة العمومية بالمستشفى المختلط هتهات بوبكر بولاية الجلفة، الجزائر.**

قد هدفت الدراسة الى معرفة مستوى المخاطر النفسية الاجتماعية لدى عمال الصحة العمومية بالمستشفى المختلط هتهات بوبكر بولاية الجلفة لعينة قدرت ب (40) من اجمالي العمال البالغ عدده (136) عامل بالمستفى، وقد تم الاعتماد في الدراسة على المنهج الوصفي. واداة دراسة ممثلة في بطارية مقاييس شملت ست محاور وهي الضغط المهني، عدم الرضا، عدم التوافق، عدم الأمان، التمييز القبلي، والعنف في بيئة العمل والتحرش الجنسي. وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأداة.

تم التوصل الى النتيجة التالية: مستوى المخاطر النفسية والاجتماعية لدى العمال بالمستشفى مرتفع – لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاطر النفسية الاجتماعية تعزى لمتغيرات الجنس، السن، الاقدمية والحالة الاجتماعية (اورد في: قادري، مرزوقي، دربال، 2024، ص 303).

## 6 – 2 الدراسات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية:

**دراسة ( براتيبا كين ، Pratibha kane 2009) المعنونة : ضغوط العمل وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضات في احد المستشفيات في الهند.**

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على التحقق من الفرضية المتمثلة في ان الاجهاد بين الممرضات مشكلة مستوطنة يساهم في حدوث مشاكل صحية للممرضات ويقلل من كفائتهن. يعد توثيق أسباب ومدى التوتر في أي وحدة او رعاية صحية امرا ضروريا لنجاح التدخلات، بالإضافة الى التحقق من مدى ضغوط العمل بين الممرضات في المستشفيات وتحديد المصادر الرئيسية للضغط ومعرفة مدى حدوث الامراض النفسية الجسدية (الاضطرابات السيكوسوماتية) المرتبطة بالتوتر. استخدمت هذه الدراسة استبيانا يتعلق بعوامل التوتر وقائمة الامراض النفسية الجسدية. استجابت (106) ممرضات وتم ادراجهن جميعا في الدراسة.

استندت الضغوطات الى أربعة عوامل رئيسية هي: الضغوط المرتبطة بالعمل، وتفاعلات العمل، والرضا الوظيفي، والضغوط المنزلية، تم ترجيح العوامل المرتبطة بالاجهاد وفقا لشدتها، تم تقسيم الدرجة الاجمالية البالغة 50 الى خفيفة، ومتوسطة، وشديدة، وارهاق. وكانت اهم أسباب التوتر هي عدم انجاز العمل في الوقت المحدد بسبب نقص الموظفين والصراعات مع أقارب المرضى، والعمل الإضافي وعدم كفاية الاجر. تم زيادة الاضطرابات السيكوسوماتية مثل الحموضة والام الظهر وتصلب الرقبة والكتف والنسيان والغضب والقلق بشكل ملحوظ بين الممرضات اللاتي لديهن درجات اجهاد اعلى. زيادة العمر او الاقدمية لم تؤدي الى انخفاض كبير في التوتر. ولوحظت مستويات معتدلة من التوتر بين غالبية الممرضات، وتزداد حالات الإصابة بالأمراض النفسية الجسدية مع زيادة مستوى التوتر. ويجب على مؤسسات

الرعاية الصحية اتخاذ تدابير وقائية عاجلة لمواجهة هذه المشكلة (أورد في: براتينا، 2009، ص 28 – 32).

**دراسة (طايبي، 2014) حول علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالاحتراق النفسي عند الممرضين لبعض مستشفيات العاصمة، الجزائر.**

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية واحتراق النفسي لدى الممرضين. أُجريت الدراسة على عينة من الممرضين في بعض مستشفيات العاصمة الجزائرية.

وخلصت إلى وجود ارتباط بين الاحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية (أورد في : طايبي، 2014 ، ص 281 , 298 ).

**دراسة (طراد، 2018) حول الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من عمال الصحة ذو النمط السلوكي (ا) و (ب). (الطبيين وشبه الطبيين) بمستشفى سليمان عميرات والمؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأم والطفل بتقرت، مستشفى محمد بوضياف بورقلة، الجزائر.**

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي وشبه الطبي) ذو الانماط السلوكية (ا) و (ب) ومعرفة الفروق على مستوى الجنس، السن والوظيفة. حيث اعتمدت الدراسة على تطبيق المنهج الوصفي الارتباطي وذلك على عينة قصدية قوامها (230) فرد بعدما تم التاكد من الخصائص السيكومترية للادوات، وخلصت نتائج هذه الدراسة الى:

إختلاف الاستجابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة يعزى فيها الاختلاف الى متغير السن والجنس، فيما عدا الوظيفة لا توجد فروق بين الاطباء وشبه الطبيين في الاضطرابات السيكوسوماتية ووجود

اختلاف في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية يعزى للنمط السلوكي للشخصية لصالح ذوو النمط (ب) (أورد في: طراد، 2018، ص 953).

**دراسة ( لعجال، قادير، مرابط ، 2022) حول الافكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية ( مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم ) لدى الممرضين ،دراسة ميدانية بالمستشفيات العمومية ( مستشفى سليمان عميرات – تقرت – مستشفى محمد بوضياف ورقلة )،الجزائر.** تهدف هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين، والكشف فيما إذا كانت هناك علاقة بين المتغيرات(الجنس والحالة الإجتماعية والخبرة المهنية نوع الإصابة). ولقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (71) ممرضا بمستشفى محمد بوضياف بولاية ورقلة ومستشفى سليمان عميرات بولاية تقرت. وقد إعتمدت الدراسة على إختبار الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني وإختبار الإضطرابات السيكوسوماتية للنواحي العصبية والسيكوسوماتية لـ قائمة كورنل، حيث تم الإعتماد على المنهج الوصفي بإعتباره أكثر تلاؤما مع موضوع ومضمون البحث، ويقوم المنهج الوصفي على دراسة وتحليل الظاهرة ومن ثم وصفها وصفا دقيقا. علاوة على المعالجة الإحصائية. وقد أسفرت الدراسة الحالية على النتائج التالية:

– لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بمستشفى محمد بوضياف ورقلة ومستشفى سليمان عميرات تقرت.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين حسب متغير الجنس.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين حسب متغير الحالة الإجتماعية.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين حسب متغير الخبرة المهنية.

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين حسب متغير نوع الإصابة (السكري).

( https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/26100)

**دراسة ( ماندانا ، ياراندي ، ساكاري ، Mandanda ,Yarandi , Sakari 2024) حول دراسة العلاقة بين السمات الشخصية من الصلابة والكمال والضغط والاعراض النفسية الجسدية ( الاضطرابات السيكوسوماتية ) لدى الممرضات في مازندران ، ايران .**

أجريت هذه الدراسة المقطعية على (340) ممرضة في مازندران، إيران، في الفترة الممتدة من 2022 الى 2023. تضمنت الأدوات المستخدمة لجمع البيانات أربعة استبيانات، وهي استبيان مقاومة كوباسا ، واستبيان طهران للكمالية متعددة الابعاد ، واستبيان اجهاد التمريض، واستبيان تاكاتا وساكاتا النفسي الجسدي. تم استخدام نمذجة المعادلة الهيكلية لتحليل المسار. تم اجراء جميع التحليلات باستخدام برنامج SPSS و V.25.0 و AMOS V.24.0.

كشفت نتائج الدراسة الحالية ان معدل انتشار الاعراض النفسية الجسدية والاجهاد بين الممرضات كان مرتفعا وان جميع معاملات المسار كانت ذات دلالة إحصائية، باستثناء مسارات التعامل مع الاجهاد وتحدي الاعراض النفسية الجسدية، والاحالة الذاتية الى الاعراض النفسية الجسدية والاحالة المجتمعية الى الاعراض النفسية الجسدية. أظهرت النتائج في النموذج النهائي، يعزى اعلى معامل (0.807) الى المسار من الكمالية الموجهة نحو الاخريين الى الاعراض النفسية الجسدية. ويرتبط المعامل الأدنى

(0.276−) بمسار مكون مقاومة الاجهاد. وقد تناول البحث الحالي مدى كفاية النموذج المقترح وتم التأكد من ملائمة النموذج المقترح.

**دراسة (Sheng Ai Jiao , Run Ai Bai , Nali , Cao Liu , 2024 شنغ آي جياو ، ران آي باي ، نالي ، كاو ليو) حول العوامل المؤثرة في الاضطرابات السيكوسوماتية للعاملين الطبيين منذ المرحلة الطبيعية لكوفيد 19 في البر الرئيسي للصين.**

خلال جائحة مرض فيروس كورونا 2019 (كوفيد – 19) كانت هناك مشاكل صحية نفسية جسدية غير معترف بها وغير معالجة بين الطاقم الطبي. وكان الغرض من هذه الدراسة هو التحقق من حالتهم النفسية الجسدية. تم اجراء استبيان عبر الانترنت على الطاقم الطبي في المستشفيات الكبرى في " جينان " في يناير 2023. في المجمل، تم جمع 1244 استبيانا صالحا، وتم تقييم حالتهم النفسية الجسدية من خلال مقياس الاعراض النفسية الجسدية ومقياس الاجهاد المدرك، وأخيرا قمنا بتحليل العوامل المؤثرة على حالتهم النفسية الجسدية عن طريق البرنامج الاحصائي (SPSS).

كانت الصحة النفسية للطاقم الطبي سيئة، ومستوى إدراك التوتر شديدا، مصحوبا بأعراض نفسية جسدية واضحة. أشار تحليل الانحدار الى ان العمر والجنس والمشاركة في الخطوط الامامية والخبرة العملية والزواج ووجود تاريخ مرضي وتاريخ الإصابة بكوفيد – 19. كانت عوامل خطر للاعراض النفسية الجسدية، في حين ان التعليم والمشاركة في الخطوط الامامية.

## 6 – 3 الدراسات التي تناولت علاقة الاخطار النفسية الاجتماعية بالاضطرابات السيكوسوماتية:

**دراسة (Shangping Zhao , 2019 شانغبينغ زاهو) حول العلاقة بين الاجهاد المهني والرفاه النفسي الجسدي بين الممرضات الصينيات في مستشفى غرب الصين.**

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العلاقة الموجودة بين الاجهاد المهني والرفاه النفسي الجسدي بين الممرضات الصينيات من خلال الفرضية المتمثلة في ان الاجهاد المهني يضعف الرفاه النفسي الجسدي للممرضات، والذي يشمل القلق والاكتئاب ونوعية النوم ومختلف الاعراض السيكوسوماتية. ومع ذلك فقد ركزت بعض الدراسات على الارتباط بين الابعاد الفرعية للاجهاد المهني (عبئ العمل وضغط الوقت ومشاكل العمل المهنية ورعاية المرضى والتفاعل والعلاقات الشخصية والمشاكل الإدارية والرفاهية النفسية الجسدية للممرضات في الصين. ولذلك فحصت الدراسة هذه الارتباطات باستخدام مسح مقطعي في سيتشوان، الصين. تم تصميم تطبيق عبر الانترنت لجمع البيانات، مع المقاييس الاجتماعية والديمغرافية والمهنية المتغيرة، واستبيان ضغوطات عمل الممرضات واستبيان صحة المريض المكون من 9 و15 عنصر، مقياس اضطراب القلق العام المكون من 7 نقاط، ومؤشر جودة النوم في بيتسبرغ. تم اجراء الاستطلاع بين 2889 ممرضة (96.7 % نساء، متوسط العمر = +31.20 بمعدل 6.72 سنة). تم تحديد العلاقات عن طريق تحليل الارتباطات والانحدار متعدد المتغيرات. كان لدى معظم الممرضات الفرنسية مستويات عالية من التوتر قدرت بنسبة (68.3%).

كشفت التحليلات متعددة العوامل ان ارتباط الكمبيوتر الشخصي بالاكتئاب كان مرتبط بالقلق ( P= 0.003 ) وجودة النوم ( P = 0.078 ) ارتبط بالقلق ( P = 0.031 ) والاعراض الجسدية ( P

=0.005 ) ارتبطت بالقلق ( P = 0.018 ) والاكتئاب ( P = 0.001 ) والاعراض الجسدية ( P = 0.025 ).

باختصار كان لدى الممرضات مستويات عالية من الاجهاد المهني، ولذلك ينبغي تنفيذ سلسلة من الاستراتيجيات لمساعدة الممرضات على التعامل مع المشاكل المذكورة أعلاه، والتي يمكن ان تعزز الرفاه النفسي الجسدي للممرضات ويكون لها تأثيرمؤقت على الاكتئاب والقلق وضعف نوعية النوم والاعراض الجسدية النفسية للممرضات.

**دراسة (درغيش، 2022) حول الضغوط النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى ممرضي مصلحة كوفيد 19 بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تمالوس بولاية سكيكدة. الجزائر.**

هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى ممرضي مصلحة كوفيد 19 بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تمالوس بولاية سكيكدة، حيث استخدم المنهج الوصفي واستبيان لجمع البيانات وزع على عينة مقدرة ب (35) ممرض.

قد توصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية، بالاضافة الى وجود علاقة ارتباطية بين (حجم العمل، ضغط الدور، صراع الدور) والاضطرابات السيكوسوماتية لدى ممرضي مصلحة كوفيد 19، وجود فروق ذات دلالة احصائية في الضغوط النفسية تعزى لمتغير السن والاقدمية وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس لدى ممرضي مصلحة كوفيد 19 بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بتمالوس.

**دراسة (بوعامر,2023) حول الضغوط المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال المؤسسة العمومية الإستشفائية المتخصصة (أم – طفل) بالأغواط، الجزائر.**

قد هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الضغوط المهنية والاضطـرابات السيكوسوماتية لدى عمال المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة (أم/ طفل) الدكتور سعدان بالأغواط، وكذا التعرف على الفروق في مستوى الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس (ذكر/ أنثى) والأقدمية المهنية (أقل من 10 سنوات/ أكثر من10 سنوات). وتم الاعتماد على المنهج الوصفي، فتكونت عينة الدراسة من 100 عامل وعاملة، اختيروا بطريقة عشوائية.

أسفرت الدراسة على النتائج التالية: 1- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصـائية بين الضغوط المهنيـة والاضطرابات السيكوسوماتية. 2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنـس (ذكر، أنثى).

**- تعقيب على الدراسات السابقة:**

تم الإعتماد في الدراسة الحالية على مجموعة من الدراسات التي تخدم الموضوع والتي تناولت كلا من المتغير المتمثل في الاخطار النفسية الاجتماعية والمتغير المتمثل في الاضطرابات السيكوسوماتية. ويمكن تلخيص أهم أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات المذكورة سابقا على النحو التالي:

تم الإعتماد في الدراسات السابقة المذكورة على المنهج الوصفي وهذا ساعدنا في كيفية اختيار المنهج المناسب للدراسة الحالية والذي تم تحديده بالمنهج الوصفي. من حيث العينة فقد اتفقت الدراسات السابقة التي تم عرضها مع دراستنا الحالية حيث أخذت العينة من عينة الدراسة من المجال الصحي ألا وهم الممرضون و ذلك في دراسة (Mrrayan, 2004 ) ، ،ودراسة ( Lamy , 2013 ) ، و دراسة دراسة

(إسماعيل ، 2015 ) ، ودراسة ( علو ، 2022) (علواني ، 2010 ) ، ما عدا في دراسة ( قادري ، مرزوقي ، دربال ، 2024 ) التي تم الإعتماد فيها على عمال الصحة العمومية و دراسة ( طراد ، 2018 ) التي تم الإعتماد فيها على عينة من الفريق الصحي ( الطبي و الشبه طبي ) و دراسة,( Nali , Cao Liu , 2024)( Sheng Ai Jiao , Run Ai Bai )، التي تم الإعتماد فيها على الطاقم الطبي ، ودراسة ( Tunc & Kutanis,2009) التي تم الإعتماد فيها على الممرضين والأطباء ودراسة ( بوعامر ، 2023 ) تم الاعتماد فيها على عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية. أما من حيث ميدان الدراسة فقد أجريت الدراسات في المستشفيات والمؤسسات الإستشفائية. أما من حيث الأدوات المستخدمة فتتمثل في إستبيانات، مقاييس وإختبارات.

نستنتج من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة أن جل الدراسات قد بحثت عن الاخطار النفسية الاجتماعية وذلك من خلال العوامل المختلفة التي تطرقت اليها، بحيث توصلت الى ان العاملين يتعرضون للاخطار النفسية الاجتماعية، ومنها من درست الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى، بحيث توصلت الى ان الممرضين يتعرضون لهذه الاضطرابات بدرجات متفاوتة.

# الفصل الثاني:

# الأخطار النفسية الإجتماعية

**تمهيد:**

تعرف الأخطار النفسية الاجتماعية من أكثر الأخطار المهنية تداولا في عصرنا هذا حيث نجد الكثير من العمال يتعرضون لهذا النوع من الأخطار في مختلف المهن والقطاعات.

من خلال هذا الفصل نسعى لإبراز أهم النقاط التي توضح مفهوم هذه الأخطار وأهم المصادر التي تؤدي إلى التعرض إليها.

## 1 – مفهوم الاخطار النفسية الاجتماعية:

### 1 – 1 مفهوم الأحطار النفسية الاجتماعية لغة:

الاخطار جمع خطر، وتعني ما يخشى حدوثه من ضرر. يقال " خطر الشيء " أي أصبح محتمل الحدوث وله تأثير غير مرغوب فيه، النفسية نسبة الى النفس وتشير الى الجوانب المتعلقة بالعقل، والمشاعر والحالة النفسية الداخلية للفرد مثل التوتر، القلق، او الاكتئاب. اما اجتماعية نسبة الى المجتمع وتشير الى التفاعلات والعلاقات بين الافراد او بين الفرد والمجتمع المحيط به (أورد في: عبد الرحمن، 2018).

تعددت التعاريف المقدمة لمصطلح الأخطار النفسية الاجتماعية. حيث اختلفت حسب اتجاهات الباحثين سنتطرق إلى بعضها.

### 1 – 2 مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية إصطلاحا:

أشار (Leka,S.etjain,A, 2010 ،ليكا. إيتجاين) أن " الاخطار النفسية الاجتماعية هي مجموعة من العوامل الناشئة عن طريقة تصميم العمل، تنظيمه، ادارته والتفاعل الاجتماعي في بيئة العمل والتي تؤثر على الصحة النفسية والجسدية للعاملين. وتشمل هذه الأخطار ظروف العمل الضاغطة مثل عبء العمل المفرط، نقص السيطرة على القرارات المتعلقة بالعمل، ضعف الدعم الاجتماعي، الغموض في الدور

الوظيفي، وانعدام التوازن بين العمل والحياة الشخصية، مما قد يؤدي الى الاجهاد المزمن، الاضطرابات النفسية، وتدهور الأداء الوظيفي".

عرفت الأخطار النفسية الاجتماعية حسب على انها جميع الضغوطات التي يمكن ان يتعرض إليها الشخص، ويكون لها تأثير على وضعيته في العمل، بينما اعتبرها البعض مجموع الوضعيات التي لها تأثير سلبي على حياة الشخص أو صحته النفسية في مجال العمل مثل عدم الشعور بالارتياح، فقدان تقدير الذات، التوتر، الإدمان، الانهيار، الانتحار، التحرش، العنف، التمييز.

وحسب الوكالة الأوربية للسلامة والصحة في العمل، فالأخطار النفسية الاجتماعية هي من أكثر الاخطار صعوبة في التحكم مقارنة بالأخطار المهنية الأخرى، وتؤثر سلبا على صحة العمال وعلى المؤسسة أورد في (سكيل،2023، ص130).

وحسب ( INRS، 2005) تشمل الأخطار النفسية الاجتماعية الأخطار المهنية التي تؤثر على الصحة البدنية والعقلية للموظفين والإجهاد والتحرش والإرهاق، العنف في مكان العمل ويمكن أن يؤدي إلى الأمراض المهنية مثل الاكتئاب والأمراض النفسية ومشكل النوم ولكن أيضا تولد اضطرابات العضلات والعظام وأمراض القلب والشرايين وحتى تسبب في حوادث العمل.

اما حسب ( Ribeil، 2016 ،p 6 ، ريبيل) فإن " الأخطار النفسية الاجتماعية تغطي الأخطار المكتسبة وغير المكتسبة من طرف الموظفين، مع الحاق الضرر بصحتهم العقلية الجسدية والاجتماعية وذلك نتيجة لعديد من الأبعاد الفردية والجماعية النشاط المهنية، وتشمل ظروف العمل والعوامل التنظيمية والعلائقية التي تتفاعل بدورها مع الوظيفة العقلية.

كما يظهر من خلال تعريف المعهد الوطني للبحث والأمن بفرنسا (inrs,2015,16 ) أن " الأخطار النفسية الاجتماعية ترجع إلى وضعية العمل التي تنشأ عنها الضغوطات الناتجة عن اختلال التوازن بين

إدراك الفرد للارغامات البيئية وكيفية مواجهتها، حيث ينشا عنه عنف داخلي بين عمال المؤسسة عن طريق التحرش النفسي والجنسي صراع بين الأفراد والجماعات وعنف خارجي ينشأ بين العمال خارج المؤسسة مثل التهديد العدواني فكل هذه الاخطار تهدد محيط العمل وعلاقات العمل (أورد في :بوتوتة،2020، ص 47-48 ).

كما عرفها أيضا (فريدريك شابال و آخرون Frédéric Chabal et al ) على أن الأخطار النفسية الاجتماعية هو تعرض موظف في المنظمة إلى الأخطار التي يمكن أن تكون الأصل أو سببا في ضعف أو تدهور مؤقت أو دائم لصحته النفسية والعقلية وحتى الجسدية (كتلك الأمراض التي ترتبط بها ارتباطا مباشرا مثل اضطرابات النوم والتركيز، التهيج وتليف القلب، الأوعية الدموية، عدم انتظام دقات القلب والاضطرابات العضلية والامراض السيكوسوماتية ). أما (جوسين، كارناس Gaussin , karne )يرى الأخطار النفسية الاجتماعية على أنها كل ما يحدث اضطرابا نفسيا أو جسديا أو عقليا مما يخلق لنا عدم القدرة على القيام بأعمالنا وواجباتنا على الوجه الأكمل (أورد في : نقبيل ، علوطي ، 2024 ، ص 13).

نستنتج من خلال التعاريف سابقة الذكر أنّ الأخطار النفسية الاجتماعية هي عبارة عن الضغوطات الناجمة من خلال الاحتكاك المتواجد بين العامل والعمل والمجتمع الذي ينتمي إليه والذي ينتج عنه الضرر بصحته النفسية والجسدية والعقلية، من بين هذه الأخطار نجد الإرهاق، الإجهاد، العنف، الضغوط النفسية والجسدية، الاحتراق والاغتراب النفسي.

## 2- مصادر الأخطار النفسية الاجتماعية:

تعد مصادر الأخطار النفسية الاجتماعية في مكان العمل حسب (عومرية، 2015، ص 6) أنها محورا أساسيا يتطلب الاهتمام والتفكير، حيث تشكل هذه المصادر تحديات تؤثر في الصحة النفسية والاجتماعية للعاملين تنحصر في مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تؤدي إلى التوتر والضغوط النفسية، ما يتطلب من المسؤولين في العمل اتخاذ إجراءات فعالة للتصدي لهذه الأخطار. يرى المختصون أن الأخطار النفسية الاجتماعية لها أسباب وعوامل مختلفة تتوقف على ثلاثة مقاربات رئيسية. تتمثل في المقاربة الفردية للمشكلة، المقاربة الهيكلية، المقاربة المتعددة الأبعاد. حيث أشار إليها ( نقبيل.علوطي. 2024. ص 14) فيما يلي:

### 2- 1 / المقاربة الفردية للمشكلة:

**2-1-1 شخصية الفرد:** حسب (نقبيل،علوطي، 2024، ص 14) فإن الشخصية تختلف من فرد لآخر في مدى شعورها بالضبط، فهناك من هو أكثر قابلية الضغوط وهناك من هو أكثر هدوءا وثقة، فهي تسير إلى الخصائص والسمات التي تتوافر في تركيب بنيان وكيان الشخص.

**2-1-2غموض الدور:** ويعني هذا عدم تأكد الفرد من شكل واختصاصات عمله، ويندرج هذا إلى عدم تأكد الفرد من توقعات الآخرين عنه فيما يجب ان يؤديه أو التصرفات الواجب ان يسلكها، يؤدي هذا الأمر إلى شعور الفرد بعدم سيطرته على عمله مما يزيد من الشعور بالضغط النفسي.

**2-1-3 صراع الدور:** يقصد به تعارض مطالب العامل التي ينبغي الفرد الوفاء بها، حيث نجد الافراد في بعض المؤسسات قد يجدون أنفسهم في بيئة تشعرهم بالحرج نتيجة للمطالب المتعارضة والتي تقود في نهاية الامر الى فشلهم، او عجزهم عن تحقيق هذه المطالب اما جزئيا او كليا.

- تعارض في مطالب العمل من حيث الأولويات.
- تعارض حاجات الفرد مع متطلبات المنظمة.
- تعارض مطالب الزملاء مع متطلبات المنظمة.
- تعارض الفرد مع قيم المنظمة التي يعمل بها.

**2-1-4 صعوبة العمل:** وتسبب شعور الفرد بعدم الاتزان وترجع صعوبته إما لعدم معرفة الفرد لجوانبه او لعدم فهمه لهذه الجوانب.

**2 – 1 – 5 الأحداث الشخصية:** ويتعرض الفرد من آن لآخر لأحداث في حياته الشخصية تمثل مقدارا من الإثارة والضغط النفسي، ولقد وجدت البحوث إن فقد الزوج أو الزوجة تمثل أعلى الأحداث من حيث الضغط النفسي يليها احداث الطلاق. الإصابة او المرض الخطير، والإحالة إلى التقاعد، والزواج، والحمل، والتغيير في المسؤولية الوظيفية ، المشاكل مع الرئيس والإجازات والأعياد.

**2 – 1 – 6 حمل العمل الزائد:** ويعتبر سببا أساسيا من أسباب ضغوط العمل التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين في هذا المجال، وذلك لما يترتب عليه من كثرة الأخطاء في الأداء وتدني مستوى صحة الفرد فالعمل يعتبر حملا على العامل وذلك عندما تفوق مطالب هذا العمل قدرات وامكانيات العامل سواء كان ذلك لكمية العمل او نوعه.

**2 – 1 – 7 حمل العمل الناقص:** إن قلة العمل يؤدي بالأفراد إلى البطالة المقنعة وتعد هذه الأخيرة سببا من أسباب ضغوط العمل إن العمل القليل لا يؤدي في الغالب إلى استثارة حماس واهتمام العمال بل قد يؤدي بهم إلى الشعور بالخوف، القلق، التمارض، الإهمال وذلك لشعورهم بعدم الحاجة إليهم ولشعورهم بعدم اهميتهم في المؤسسة.

**2– 2 / المقاربة الهيكلية (التنظيمية):**

يرى الخبراء في هذه المقاربة أن عنصر التنظيم هو أساس المشكلة بدليل أن هناك كثير من المهن الأكثر عرضة لهذه المخاطر عن غيرها، قلة الحوافز، قلة التدريب، العمل الروتيني، عدم اتاحة الفرصة لتفجير الكفاءات.

**2–2–1 تسلط الرؤساء:** تتميز المنظمات بوجود هيكل متدرج من السلطة الرسمية، فكل رئيس يمارس نفوذه وسلطته على مرؤوسيه، ويختلف المرؤوسين في قبولهم لنفوذ وسلطة الرؤساء وعادة ما يطلب من المرؤوسين الامتثال لسلطة الرؤساء وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالتوتر لدى البعض (أورد في : نقبيل ، علوطي ، 2024 ،ص 15 – 16 ).

**2 –2 –2 التنافس على الموارد:** ينظر دائما إلى الموارد على أنها نادرة أو محددة وتتنافس الأقسام والإدارات والأفراد في الحصول على أكبر قدر من هذه الموارد، ويتطلب ذلك اللجوء إلى المساومة والمناورة والمقايضة وهي أمور قد تؤدي إلى الشعور بالضغط.

**2–2–3 ظروف العمل المادية داخل المنظمة:** إن اختلاف ظروف العمل المادية من إضاءة وحرارة ورطوبة وضوضاء وترتيب مكان العمل وغيرها، من الظروف التي يمكن أن يؤدي إلى شعور الفرد بعدم مناسبة العمل وظروفه ويؤدي هذا إلى زيادة الشعور بالضغط.

**2–2–4 عدم المشاركة في اتخاذ القرار:** عملية اتخاذ القرار عملية تفاعل ديناميكي بين كافة المشاركين الذين تقع عليهم مسؤولية اختيار السياسة الملائمة لإنجاز الأهداف والمشاركة في اتخاذ القرارات يعتبر أسلوبا هاما من أساليب الإدارة الحديثة، ويقصد بالمشاركة في اتخاذ القرارات التي تتصل بالعمل وظروفه ومشاكله، فالمشاركة تعتبر باعثا قويا من الناحية الاجتماعية على العمل والإنتاج والتفوق.

**2 – 2 – 5 الصراع التنظيمي:** ويعتبر من أهم العوامل المسببة للأخطار بمختلف أشكاله، فالصراع التنظيمي داخل المنظمة والصراع خارجها والصراع بين العمال وإدارة العمل أو بين نقابات العمال والإدارة هو من الظواهر الاجتماعية المشاعة في جو المنظمات اليوم.

**2 – 2 – 6 العمل بالتناوب:** يقصد به تنظيم ساعات العمل بحيث يمكن تشغيل فرق مختلفة من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة على مدى 24ساعة، ويلعب هذا الأخير دورا مهما في ظهور مستوى مرتفع من الضغط وخاصة من خلال العمل بالدوريات والعمل الليلي.

**2– 3 / المقاربة المتعددة الابعاد (التفاعل مع المحيط):**

وفق (Ctherinevasey ، ثيرينفاسي )سبب الاضطرابات ليس العامل وحده وإنما تشكيلة معقدة والمحيط سبب رئيسي فيها، قد ساندها في هذا الطرح طبيبة العمل( Conne–perreart كون بيرارت) التي تجزم أن الاضطرابات نفسية واجتماعية نتيجة مجموعة من العمليات الجماعية والتي تتشكل أصلا مع تشكل الفرق والمجموعات. ونقصد بها البيئة النفسية الاجتماعية داخل وخارج مجال العمل ونلخصها في عدة نقاط:

- غياب الدعم الاجتماعي من الزملاء.
- عدم التعاون في الأدوار المطلوبة من الفرد.
- الرسمية الزائدة في العلاقات بين الرئيس ومرؤوسيه.
- وجود العامل في عزلة مستمرة أثناء أداء عمله.
- عدم الاستقرار والأمان الوظيفي.
- عدم العدالة في تقييم الأداء، وفي تقديم الحوافز المادية والمعنوية.
- غياب وسائل الثقافة والترفيه في مكان العمل.
- الأمراض العضوية وعدم التكفل بها.

بالإضافة إلى ذلك هناك عوامل أخرى تؤثر على الأفراد نذكر منها:

- التنافس بين منظمات العمل.
- الحياة العامة المحيطة بالعامل.
- الحياة العائلية وظروف السكن والنقل ومكان العمل.

**جدول رقم (1): العوامل المتعلقة بكل مقاربة:** حسب (نقبيل، علوطي،2024،ص18).

| عوامل متعلقة بالفرد | عوامل متعلقة بالتنظيم | عوامل متعلقة بالبيئة |
|---|---|---|
| العامل الذي يميل للتشاؤم وكثير الخوف، قلة الثقة بالنفس ،عدم توفر الكفاءة ، أحداث اجتماعية كالوفاة ، الطلاق ،المرض عدم التكيف | العمل الروتيني، ضعف الاتصال، صراع الأدوار ، تعارض الأهداف، نقص الحوافز المادية و المعنوية ، عدم التوازن بين الجهد و المقابل المادي | تفشي الصراعات، مشاكل اقتصادية، سياسية، اجتماعية ، تكنولوجية |

نستنتج أن مصادر الأخطار النفسية الاجتماعية تتمحور على ثلاث مقاربات المتمثلة أولا في المقاربة الفردية للمشكلة التي تحتوي على شخصية الفرد، غموض الدور، صراع الدور، صعوبة العمل، الأحداث الشخصية، حمل العمل الزائد، حمل العمل الناقص والتي تعتمد على الجانب الفردي للمشكلةٍ من خلال ذكر المخاطر الناجمة عنها والعمل على حلها، كما نجد ثانيا المقاربة الهيكلية (التنظيمية) التي بدورها تحتوي على ( تسلط الرؤساء، التنافس على الموارد، ظروف العمل المادية داخل المنظمة، عدم المشاركة في اتخاذ القرار، الصراع التنظيمي، العمل بالتناوب ). يرتكز هذا الجانب على العنصر الهيكلي والتنظيمي من خلالها ركز على بعض المخاطر المرتبطة بهذه المقاربة أي التنظيمية والسعي إلى حلها بطريقة علمية ... ونتجه إلى المقاربة الثالثة المتمثلة في متعددة الأبعاد (التفاعل مع المحيط) فنجد من

خلاله أن سبب الاضطرابات لا تكمن فقط مع الأفراد أو الهيكل(التنظيم) الذي يوجد في المؤسسة وإنما يكمن من خلال التفاعل مع المحيط (البيئة) الداخلي أو الخارجي.

## 3-أهم الاخطار النفسية الاجتماعية:

تتعدد أنواع الأخطار النفسية الاجتماعية، لكن أهمها تتمثل في الإجهاد (الضغط –القلق) والاكتئاب في العمل، التحرش الجنسي والمعنوي، الاغتراب والاحتراق النفسي.

### 3– 1 الأخطار المرتبطة بالإرغامات الكمية:

#### 3 – 1 – 1 عبء العمل:

يشمل عبء العمل حسب (Sperandio , 1984، سبيراندیو)، جانبين أساسيين يتمثل الجانب الأول في الإرغامات (Contraintes) المفروضة على العامل، أما الجانب الثاني فيتمثل في استجابات الفرد لهذه الإرغامات (Astrientes)، أي الخضوع لها، بالتالي يعبر عبء العمل عن صرف الطاقة والإنهاك والتعب الناتج عن أداء العمل أو عن الوقت اللازم لتنفيذ مقدار معين من العمل أو مقدار العمل المنجز (الأداء).

كما يعبر حسب (Monod et Kapitaniak , 2003، موندو وكابيتانياك) عن مجموعة ردود أفعال واستجابات الفرد في مركز عمله الناتجة عن إرغامات العمل التي يتعرض لها، مع الأخذ بعين الاعتبار المحيط الذي يحيط به.

يرتبط عبء العمل بالنسبة (Laville , 1976، لافيل) بمحتوى المهمة وبالارغامات الزمنية أو الوقتية التي يتم فيها، لذا يجب أن يصطحب نوع النشاط المنجز، بعد مرات حدوثه في الوحدة الزمنية، وبالمدة الزمنية، وهذا البعد الكمي مهم جدا، لأنه من بين العوامل المحددة في ظهور التعب.

و كما أشرنا إليه سالفا، لقد قسم مصطلح عبء العمل (Sperandio ,1985 ، سبيراندیو) إلى مكونات فيزيقية ومكونات ذهنية، ما يجعلنا سنتطرق لمفهوم كل من العبء الفيزيقي والعبء الذهني أو العبء المعرفي، لكن قبل ذلك علينا أن نوضح أن ذلك يرجع لطبيعة العمل المرتبط بدوره بطبيعة النسق إنسان / آلة ، بكونه نسق ديناميكي معقد أو نسق بسيط ، والمرتبط أيضا بطبيعة التكنولوجية المستعملة ، فالحديث عن المفهومين لا يعني بالضرورة وجود فصلا قاطعا بين العمل الذهني والفيزيقي، فهذا الفصل يعود لأسباب ديداكتية الغاية منه تسهيل الدراسة، ذلك لكون كل عمل مهم مهما كانت طبيعته بجانبيه الذهني والفيزيقي وعلى مدى غالبية طبيعة العمل على الآخر. فالحدود التي تفصل بين العمل الذهني والعمل الفيزيقي أو الجسدي ليست دائما واضحة المعالم، وإنه من السهل تحديد العمل الفيزيقي الملاحظ مباشرة، لكنه من الصعب جدا تحديد العمل الذهني.

ومن كل ما سبق، يظهر أن بعض المهام لها مكونات ذهنية أكثر أهمية من المكونة الفيزيقية، بينما البعض الآخر لها أساسا مكونة فيزيقية، لهذا سنشير فيما يلي لكل من معنى عبء العمل الفيزيقي وعبء العمل الذهني.

- **عبء العمل الفيزيقي:** يتمثل العبء الفيزيقي حسب (Laville ,1976، لافيل) في شعور العامل بالتعب العضلي الناتج عن عمل معين أو ضعف العضلات أو فقدان القوة بعدم القدرة على أداء النشاطات التي تستلزم استعمال الجسم والعضلات بالصورة التي تمكن الشخص في الحالة الطبيعية القيام بها. فيدخل العبء الفيزيقي ضمن كل الأعمال التي يطغى عليها العمل الفيزيقي أو العمل البدني (الناتج عن العمل الستاتيكي أو الوضعي ...).
- **عبء العمل الذهني :** من الصعب تعريف العبء الذهني لكن عامة تدخل ضمنه كل من نشاطات الفهم ، الإدراك واستقبال ومعالجة وتخزين البحث عن المعلومات ... والتي تعتبر جزءا منه ( تدخل في إطار العمل الذهني )، فهي تغطي مهام التحكم والمراقبة والتشخيص وحل المشكل ... وأيضا مهام القيادة والسياقة، فهي تتضمن من جهة، نشاطات ذهنية مرتبطة بنشاطات حركية، كمهام التحكم – مراقبة ( Commande – contrôle )، وتلك النشاطات الحركية لها مركبة أو مكون

ذهني لجمع ومعالجة المعلومات، التي تساعد في الحالات المعقدة، والتي يمكن أن تصبح الغالبة في الوضعيات المعقدة.

فالعبء الذهني حسب (Leplat et Cuny , 1984، لوبلا وكوني) هو متعدد الجوانب والابعاد، ويعبر عن درجة تجند الفرد لتنفيذ مهمة ما، وينتج من النشاطات ذات السيطرة الإدراكية ومرتبط بمتطلبات العمل وقدرة العامل على الاستجابة لهذه المتطلبات والتفاعل بينها، العبء مرتبط إذن بالعلاقة بين القدرة والمتطلبات والتفاعل بينها.

ويضيف كل من (Leplat et Pahlous,1979 ، لوبلا وبالوس) على أن كمية الطاقة المستخدمة في تنفيذ مهمة معينة ودرجة احتياط العامل من الطاقة ويعني بهذا التعريف أن العبء الذهني مرتبط بدرجة احتياط العامل من الطاقة التي تسمح له بمواجهة مستوى ارغامات المهمة، لهدف التحكم في درجة العبء وجعله معتدلا، مع العلم أن قدر هذه الطاقة ودرجة الاحتياط تختلف من فرد إلى آخر، لاعتبارات مختلفة متعلقة بعوامل خاصة بالفرد كالسن والتكوين والخبرة والدافع وبكيفية إدراكه للمهمة أي التصور الذي يكونه عن المهمة المسطرة وبناءا على ذلك فإن العبء المعرفي الناتج لدى فرد ما، عند انجاز مهمة معينة يكون مختلفا بالنسبة إلى فرد آخر ينفذ نفس المهمة وفي نفس الظروف ( أورد في : سعودي ، 2021 ، ص 90 – 92).

يعتبر عبء العمل الزائد حسب (فنوش، ساعد، 2013، ص 560) سببا أساسيا من أسباب ضغوط العمل التي حازت على اهتمام كبير من قبل الباحثين والمتخصصين في هذا المجال، وذلك لما يترتب على عبء العمل من تدني في الأداء واعتلال في صحة الفرد. ويقصد بزيادة كم أعباء العمل كثرة الأعمال والواجبات والمهام المطلوب من الفرد القيام بها في وقت محدد أو عدم تناسب إمكانات الفرد العملية والمهنية للقيام بهذه الواجبات.

**3 – 1 – 2 المتطلبات المعرفية:**

أصبح توليد معرفة جديدة، بالإضافة إلى حل المشكلات، جزءا لا يتجزأ من مهام عمل الموظفين. علاوة على ذلك، يجب على الموظفين اكتساب مهارات جديدة باستمرار من أجل التكيف مع المتطلبات المتغيرة بسرعة في العمل. لذلك، أصبحت المحافظة على مهارات الفرد أكثر صعوبة بسبب تنوع المهارات في السنوات الأخيرة ويواجه الموظفون في كثير من الأحيان مهام لم يتعلموها أو ليسوا على دراية بها على الأقل. لقد أصبح التعامل مع المتطلبات والمهام الجديدة ذا صلة متزايدة، ليس فقط لحياة العمل اليومية ولكن أيضا للتطوير الشخصي، فيما يتعلق بالكفاءات والمهارات المكتسبة من أجل الحفاظ على قابلية التوظيف. تشير المتطلبات المعرفية إلى المدى الذي يتطلبه إنجاز المهام أو تنسيق أعباء الهام بجهد عقلي مستمر والتقاط متطلبات المعالجة وصنع القرار والتعلم في العمل. ويمكن أن تكون هذه المتطلبات محتملة، ولكنها قد تصبح أيضا ثقيلة. في هذه الحالة نتحدث عن الحمل الزائد المعرفي. ونظرا لأن المتطلبات المعرفية غير متجانسة، فهناك حاجة لتقييم أنواع المتطلبات المعرفية التي تتطلب تكوين القدرات المعرفية، لذا كان لزوما علينا أن نعرفها تعرف متطلبات حل المشكلات بأنها المدى الذي يطلب من الفرد تشخيص المشكلات غير الروتينية وحلها، وإنشاء حلول جديدة ومنع الأخطاء أو التعافي منها (فاطمة الزهراء، 2019، ص 29 ص 30).

**3 – 1 – 3 وتيرة العمل:**

يمكن تعريف وتيرة العمل بالضغط الزمني الذي يمارس على تنفيذ المهمة، فيصبح هذا المعدل مصدر إزعاج عندما لا يسمح للموظف بتنظيم نشاطه بشكل فردي. لذلك ينبغي أن يكون من الممكن قياس الوقت اللازم لإكمال المهمة بدقة من أجل تحديد كثافة العمل الذي يمكن أن يتحمله من يقوم بتنفيذ هذه المهمة. وبالنظر إلى الدور الرئيسي لوتيرة عمل الموظف في تحديد الإنتاجية التنظيمية الشاملة، ظل

الباحثون مهتمين منذ فترة طويلة بتطوير النظرية الخاصة بوتيرة العمل (على سبيل المثال Mitchell, Harman, Lee, & Lee, 2008; Moore & Tenney, 2012; Waller Zellmer-Bruhn, & Giambatista, 2002). بالإضافة إلى معدل وتيرة عمل الموظفين، جذبت الطبيعة الديناميكية لسير العمل أيضا الاهتمام. وقد كشفت العديد من الدراسات عن عدة أنماط لوتيرة عمل، مثل تأثير التأخير، حيث يبدأ تسارع العمال تدريجيا مع إقتراب الموعد النهائي للتسليم. حيث يميل العمال إلى الإسراع فجأة في منتصف المهمة، حيث يتخذ الإيقاع شكل حرف (U)، فتتسارع وتيرة العمل في بداية المهمة ونهايتها تكون بطيئة في منتصفها. على الرغم من أنه تم تحديد عدد من أنماط وتيرة العمل إلا أن الأبحاث حول هذه الأنماط تشترك عموما في قاسم مشترك واحد هو ضيق الوقت في العمل (فاطمة الزهراء، 2019، ص 26 ص 27).

**3 – 2 الأخطار المرتبطة بالتنظيم والقيادة:**

**3 – 2 – 1 غموض الدور:** يعد غموض الدور حسب (فنوش، ساعد، 2013، ص 559) مصدرا من مصادر ضغوط العمل الرئيسية ومن أكثر مسبباتها للوظائف والمهن المختلفة فقد أوضحت إحدى الدراسات أن غموض الدور الناتج عن عدم كفاية المعلومات المتعلقة بالوظيفة يمثل مصدرا لضغوط العمل بالنسبة لثلث العاملين من عينة الدراسة. ويري البعض أن غموض الدور يحدث عندما لا تتوافر معلومات ملائمة عن الدور المطلوب من الفرد القيام به أو طريقة أداء هذا الدور أو عند التعارض بين هذه المعلومات. أما بالنسبة لنتائج غموض الدور فقد أشار إلى أن غموض الدور يؤدي إلى زيادة التوتر والشعور بعدم الجدوى والأهمية وانخفاض الدافعية والرضا والثقة في النفس.

يشير إلى عدم وضوح المهام والواجبات والاختصاصات والسلطات، أو هو الفرق بين ما هو مطلوب وماهوا مفهوم، وتنتج حالة الغموض هذه من عدة عوامل نذكر منها ما يلي:

*يمكن أن يتأثر الدور بعدم وجود وصف وظيفي للوظيفة المحددة وفي هذه الحالة يحاول الفرد أن يتعرف على دوره بنفسه.

* لمستوى الوظيفة أثره في نشوء حالة غموض الدور، وقد أشارت بعض الدراسات إلى أنه كلما كان عمل الفرد أكثر تعقيدا ويميل نحو المهام الإدارية زاد احتمال الغموض في الوظيفة.

* قد تساعد بعض الخصائص الفردية في إحداث غموض الدور من عدمه، فالشخص الواثق بنفسه أقل شعورا بهذا الغموض من الشخص الأقل ثقة بنفسه.

وهناك من أرجع غموض الدور لأربعة أسباب رئيسية هي:

• **عدم إيصال المعلومة الكافية إلى الموظف:** فيما يتعلق بالدور المطلوب منه في العمل، وخاصة من الأشخاص الأساسيين مثل المسريين والمشرفين، هذا الخلل في المعلومات الذي كثيرا ما يحدث مع الموظف الجديد يجعله غير متأكد من الدور المطلوب منه القيام به في المنظمة (أورد في: قهواجي، 2018، ص 29).

• **تقديم المعلومات غير الواضحة أو المشوشة:** من قبل الرئيس أو المشرف أو الزملاء إلى الموظف وخاصة في الحالات التي يكون فيها مثل هذه المعلومات تحمل مصطلحات فنية غير مألوفة للموظف، كما هو الحال بالنسبة للمصطلحات السببية أو الفنية.

•**عدم وضوح السلوكيات التي تمكن الفرد من أداء الدور المتوقع منه:** حيث نجد في مثل هذه الحالة الكثير من المهام المسندة إلى الموظف دون وضوح الكيفية التي يمكن للموظف من خلالها أن يقوم بتنفيذها.

• **عدم وضوح النتائج المترتبة على الدور المتوقع من الفرد:** وذلك كما هو الحال عندما يتجاوز الموظف الأهداف المطلوبة منه، أو يخفق في تحقيقها، أو أن يحقق هذه الأهداف بطريقة غير مألوفة في المنظمة (أورد في: قهواجي،2018، ص 30).

**3 – 2 – 2 صراع الدور:** يحدث صراع الدور حسب (فنوش، ساعد، 2013، ص 559) عندما تكون مطالب العمل متناقضة، أو عندما تتناقض القناعات الشخصية للفرد مع مطالب العمل الذي يقوم به، أو عند شعور الفرد بالالتزام تجاه جهات مختلفة ومتباينة. ويرى أن صراع الدور يحدث عندما تتعارض مطالب العمل التي يجب على الفرد القيام بها وفقا لتعليمات وتوجيهات المنظمة، وبعض المواقف أو المطالب الأخرى داخل المنظمة والتي تختلف عن عمله الأساس أو تتعارض مع قناعته الشخصية.

وهو يمثل حالة من الصرع أو الاختلاف بين ما يشعر به الفرد أنه يجب أن يؤديه وبين الطريقة الفعلية لأداء العمل، ويعرف بأنه عدم الاتساق بين دورين أو أكثر يتوقع أن يقوم بهما الفرد في وضع معين وحيث يتداخل أداء أحد الأدوار مع دور آخر، أو يتصارع معه، هناك حالات وأشكال كثيرة للصراع بين الأدوار نذكرها على النحو التالي:

• **الصراع بين الفرد والدور:** يحدث هذا النوع من الصراع عندما تتعارض المتطلبات الخاصة بالدور مع القيم والاتجاهات والحاجات الأساسية للفرد، ومثال ذلك حينما يجد المشرف على عمال الإنتاج صعوبة كبيرة في طرد أو فصل أحد العاملين الذي لم يتمكن من تنفيذ أهداف الخطة الإنتاجية، بسبب أن هذا العامل يعتبر رب لأسرة كبيرة هو من يعولها. هنا تتعارض القيم والاتجاهات الإنسانية للمشرف مع ما يجب عليه القيام به ضمانا لاستقامة أعمال الإنتاج التي يشرف عليها وحتى يمكن تحقيق أهداف المنظمة.

• **الصراع الناشئ عن علاقات مجموعة الدور:** يظهر هذا النوع من تعارض الدور حينما يوجد أفراد مختلفون في توقعاتهم لدور معين لشخص ما في المنظمة. ويوجد الصراع هنا نظرا لعدم قدرة الشخص القائم بالدور على إرضاء توقعات مختلف الأفراد ومثال ذلك عندما يواجه أستاذ في الجامعة مجموعة مختلفة من التوقعات الخاصة بدوره الذي يؤديه، فقد يحدث نوع من الاختلاف بين توقعات الطلبة من هذا الأستاذ وتوقعات كل من الإداريين في الجامعة وزملائه الأساتذة.

• **الصراع الناشئ عن الأدوار المتعددة:** يظهر هذا النوع من الصراع من تعدد المراكز التي يقع فيها الفرد وما يتطلبه ذلك من تعدد الأدوار المرتبطة بها، وتنشأ هذه الحالة أيضا نتيجة أداء الفرد لعدد من الأدوار المرتبطة بذلك المركز، والتي يمكن أن يكون هناك تعارض بين التوقعات الخاصة بها جميعا أو الخاصة ببعض تلك الأدوار. فمثلا إذا نشأت صداقة بين موظف ومديره فالمتوقع من المدير وفقا لدوره كمدير أن يحفظ مسافة بينه وبين موظفه. ولكن يتصادم ويتعارض مع السلوك المتوقع معه كصديق لأنه يكون ودودا متعاطفا معه، وبالتالي فالوفاء بمطلب الدورين كمدير وصديق لموظفه في آن واحد قد يكون صعبا.

وهناك من يختصر حالات صراع الدور في خمسة حالات رئيسية هي:

- لا يمكن للفرد عمل شيء دون مخالفة بعض القواعد أو القوانين.
- إتباع سلوك دور معين يتعارض مع سلوك دور آخر.
- القيام بدورين في آن واحد.
- إرغام الفرد على ممارسة قيم وأخلاق تتعارض مع قيمه وأخلاقه.
- تعدد الأدوار بحيث يقوم الشخص بعدة أدوار ولا يعرف أيا منها أن يكون لها أولوية (أورد في: قهواجي ،2018، ص 30).

**3 – 3 الأخطار المرتبطة بالاتصال الأفقي:**

**3 – 3 – 1 الدعم الاجتماعي:** تشير دراسات حول التحيز الإيجابي إلى أن الناس يتوقعون عموما أن تكون تفاعلاتهم وعلاقاتهم مع زملاء العمل مهنية أو ودية أو محايدة وليس سلبية أو عدائية ونتيجة لذلك، فإن التفاعلات الإيجابية تؤكد ببساطة مثل هذه التوقعات، وبالتالي قد لا تكون دائما بارزة جدا في التأثير على مواقف العمل. ومع ذلك فعندما يواجه الأفراد توقعات أو معلومات غير مؤكدة على شكل تفاعلات سلبية مثل استبعادهم أو تجنبهم من قبل الأفراد الآخرين في مكان العمل فإن تشخيص العلاقات الإيجابية مع توفر الإشارات المتعلقة بمكانتهم الاجتماعية العامة قد يكون أعلى، تؤثر الشبكات الاجتماعية غير الرسمية في أماكن العمل على مجموعة واسعة من النتائج المهمة للموظفين، بما في ذلك أدائهم وتطور مسارهم الوظيفي ومع ذلك فإن تأثير هذه الشبكات على التعلق والانسحاب الوظيفي للموظفين لا يزال مجالا تحت الدراسة. بالنظر إلى تعلق / انسحاب الموظفين له أثار هائلة على التكلفة والأداء بالنسبة للمنظمات من المهم أن نفهم كيف يمكن للشبكات الاجتماعية للموظفين التأثير في هذه النتائج (أورد في: فاطمة الزهراء، 2019، ص 38).

**3 – 4 الأخطار المرتبطة بالصحة والرفاهية:**

**3 – 4 – 1 الاحتراق الوظيفي:** تصنف الأخصائية النفسية "ماسلاش (Maslach , 1980) الاحتراق الوظيفي على أنه حالة نفسية وفيزيولوجية ناتجة عن تراكم عوامل الإجهاد المهنية، كما تشير إلى أن الاحتراق يظهر من خلال الفجوة بين ما يكون عليه الفرد وما يجب عليه فعله. إنه يمثل تلاشيا للقيم والكرامة والروح والإرادة. هو معاناة مستمرة تتعزز تدريجيا، وتتدرج بالفرد إلى دوامة يصعب الخروج منها. ويضيف الباحثان أنه عندما يتغلب الاحتراق الوظيفي على الفرد، تقع له ثلاثة أحداث هي شعور الفرد بأنه مرهق بشكل مزمن، ويشعر بأنه مسخرة وينفصل عن عمله، ويتزايد شعوره بأنه غير كفئ في عمله.

فهو إذن حالة من الإنهاك الجسدي والعاطفي والذهني التي تحدث بسبب التعرض المستمر لمواقف العمل المتطلبة عاطفيا (أورد في: فاطمة الزهراء، 2019، ص96).

**3 – 4 – 2 الضغط :** تعتبر ضغوط العمل بوصفها مصطلحا قد نشأ في المؤسسات والمنظمات التي تعتمد في تحقيقها لأهدافها بصورة رئيسية على العنصر البشري حيث يفترض من هده العناصر أن تقوم بواجباتها المهنية بأسلوب يتسم بالفعالية لتقديم الخدمات المنتظرة منها على أكمل وجه، ولكن بالرغم من الرغبة الصادقة التي قد تكون لدى أولئك المهنيين ومؤسساتهم في تذليل العقبات التي تقف في طريق تقديم الخدمات المطلوبة، إلا أن هناك معوقات وصعوبات في بيئة العمل تحول دون قيامهم بدورهم بصورة كاملة، وهذا ما يطلق عليه بضغوط العمل ، وهي بشكل عام المتغيرات التي تحيط بالعاملين وتسبب لهم الشعور بالتوتر. وتكمن خطورة هذا الشعور في نتائجه السلبية التي تتمثل في حالات مختلفة منها القيام بالواجبات بصورة آلية تفتقد إلى الاندماج الوجداني والتشاؤم وقلة الدافعية وفقدان القدرة على الابتكار. حيث تولد ضغوط العمل حالات عدم الاتزان النفسي والجسمي ومحصلة هذه الحالات، تظهر في العديد من مظاهر الاختلال في أداء العمل الأمر الذي يدفع المنظمات الحديثة إلى مواجهة مشاكل ضغوط العمل وتتولد هذه الضغوط عادة من عوامل موجودة في العمل أو في بيئة العمل المحيطة. كما أن الضغوط في العمل تدل على مجموعة المواقف أو الحالات التي يتعرض لها الفرد في مجال العمل والتي تؤدي إلى تغيرات جسمية ونفسية نتيجة لردود فعله في مواجهتها. ويرى المفكرون بأنه لا يمكن تحسين أداء العاملين وزيادة إنتاجهم إلا برفع عوامل هذه الضغوط عنهم وبحد أدنى تخفيف حدتها عليهم. وقد جاء مفهوم ضغوط العمل نتيجة لتطبيقات مفاهيم علم النفس التطبيقي في قطاعات الجيش والصناعة والتي كان الهدف منها تصميم المهام بكفاءة ويذكر أن جميع تلك الأفكار تنظر إلى الضغوط على أنها مثيرات يتعرض لها الفرد سواء أكانت هذه المثيرات داخلية أم خارجية وأن الفرد يستجيب لهذه المثيرات بطريقة تتمثل في الآثار أو النتائج التي تتركها على الفرد، سواء كانت هذه الأثار في شكل استجابة

جسمية أو نفسية أو سلوكية وأن الفروق الفردية تلعب دورمهما بالنسبة لتباين استجابات الأفراد تجاه هذه المثيرات أو الضغوط. إن التحليل السابق يوضح لنا الفرق بين الضغوط في العمل وبعض المفاهيم الأخرى مثل القلق، الإجهاد، الإحباط، التعب، الاحتراق النفسي في هذه المفاهيم تعد نتاجا لضغط العمل (أورد في: مكناسي، 2017، ص 212 ص 213).

**3 – 5 الأخطار المرتبطة بالمعاش المهني:**

**3 – 5 – 1 ضعف الالتزام:** يرتبط مفهوم الالتزام حسب (بوزيان، 2021، ص13) بمفهوم الولاء، حيث عبر كانتر عن الالتزام " بأنه الاستعداد والرغبة في زيادة العمل والولاء " والالتزام الوظيفي يعكس مدى توحيد الافراد مع مؤسساتهم وتعاطفهم بها " وعرفة صلانيك " أنه الحال الذي يصبح الفرد فيها محدد بأفعاله التابعة من تفكيره ومعتقداته التي قد تؤيد وتحدد نشاطاته وارتباطاته.

إن الالتزام الوظيفي يمثل أحد المؤشرات الأساسية للتنبؤ بعديد من النواحي السلوكية وخاصة معدل دوران العمل فمن المفروض أن الأفراد الملتزمون سيكونون أطول بقاء في المؤسسة وأكثر عملا نحو تحقيق أهدافها وينقسم إلى ثلاث أنواع:

*الالتزام الاستمراري: وهو قوة الفرد ورغبته اتجاهه في البقاء والاستمرار في المؤسسة التي يعمل بها.

* الالتزام المعياري: هو شعور الفرد بأنه ملزم بالبقاء بسبب ضغوط الآخرين مثل الرؤساء والزملاء.

* الالتزام العاطفي: وهو توافق أهداف الفرد مع أهداف وقيم المؤسسة ويريد الفرد المشاركة في تحقيق الأهداف وتدعيم هذه القيمة.

نستنتج أن أهم الأخطار النفسية الاجتماعية تتمحور في الإرغامات الكمية التي تحتوي على عبئ العمل، وتيرة العمل، المتطلبات المعرفية. ونجد أيضا الأخطار المرتبطة بالتنظيم والقيادة لديها أيضا

غموض الأدوار، صراع الأدوار. والاخطار المرتبطة بالعلاقات والاتصال الأفقي ونجد فيها الدعم الاجتماعي. بالإضافة إلى الأخطار المرتبطة بالصحة والرفاهية حيث نجد فيها الضغط والاحتراق الوظيفي. وتوصلنا أيضا للتذكير بالأخطار المرتبطة بالمعاش المهني أينا وجدنا فيها ضعف الالتزام.

## 4- مراحل الاخطار النفسية الاجتماعية في العمل:

تتطور مراحل الأخطار النفسية الاجتماعية في مكان العمل على مراحل متعددة، حيث يتفاعل الفرد مع مختلف التحديات على مدى الوقت. حيث أشار (نقبيل، علوطي، 2024، ص 23) إلى مراحل تطور هذه الأخطار على النحو التالي:

- **التحديات المهنية والضغوط:**

في المراحل الاولى، يواجه العامل تحديات مهنية تتمثل في زيادة الضغوط والمسؤوليات. يمكن أن تكون المهام الصعبة والمواعيد النهائية الضيقة مصدرا التوتر والتحديات النفسية.

- **العلاقات الاجتماعية والتواصل:**

تدخل العلاقات الاجتماعية في المرحلة الثانية، حيث يؤثر التفاعل مع الزملاء والرؤساء على الصحة النفسية. قد يحدث التمييز أو الصراعات بين الفرق مما يزيد من التوتر والتحديات الاجتماعية.

- **التمييز وعدم المساواة:**

في المرحلة التالية، يزيد التركيز على مشكلات التمييز وعدم المساواة. قد يواجه العامل تحديات ناتجة عن اختلافات في المعاملة أو فرص النمو المحدودة، مما يؤثر على الرفاه النفسي والاجتماعي.

- **الإجهاد وتدهور الصحة:**

في المراحل المتقدمة، يزداد تأثير الضغوط والتحديات على الصحة النفسية، حيث ذكر (أحمد، دن، 2019، ص 7) أنه يمكن أن يؤدي إلى الإجهاد وتدهور الصحة العامة. يصبح التوازن بين الحياة المهنية والشخصية أكثر تحديا.

- **الانعزال وفقدان الروح المجتمعية:**

في المراحل النهائية، قد يواجه الفرد خطر الانعزال الاجتماعي نتيجة للتحديات النفسية والاجتماعية. يمكن أن يؤدي هذا الانعزال إلى فقدان الروح المجتمعية وتأثير سلبي على الصحة النفسية.

لمواجهة هذه المراحل يجب تبني أساليب إدارة الضغوط وتعزيز التواصل الفعال، بالإضافة إلى تعزيز الوعي بأهمية الصحة النفسية والاجتماعية في مكان العمل.

وعادة ما تمر عملية التعرض الضغوط العمل بثلاث مراحل أساسية هي التالي مرحلة الإنذار المبكر ومرحلة المقاومة الضغوط العمل ومرحلة أخيرة هي مرحلة الإنهاك وسنحاول التفصيل في كل مرحلة من خلال ما يلي: (أحمد دن، 2019، ص7).

**مرحلة الإنهاك المبكر:**

في حين ذكر ( نقبيل ، علوطي ، 2024، ص 24 ) أن مرحلة الإنهاك المبكر أنها مرحلة يشعر فيها المورد البشري داخل المنظمة باقتراب حلول الخطر وهذا بعد تعرضه للعديد من المثيرات الداخلية أو الخارجية.

**مرحلة المقاومة:**

عقب المرحلة الأولى أو الصدمة ينتقل المورد البشري إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة المقاومة ومن خلال تلك المقاومة يقوم الفرد بسلوكيات وردود أفعال دفاعية وهذا من خلال مهاجمته لمصادر الضغط الداخلي والخارجي أو التعامل والتعايش والتكيف معها بهدوء أو تجاهل هذه المصادر فإذا نجحت هذه الممارسات الدفاعية في التقليل من الشعور بالضغط تكون هذه المرحلة هي الأخيرة أما إذا فشلت هذه الممارسات ينتقل المورد البشري إلى المرحلة التي تليها.

**مرحلة الإنهاك:**

هي المرحلة الأخيرة وتحدث هذه المرحلة عندما يتعرض المورد البشري للضغوط لمدة زمنية طويلة وبصفة متكررة ومستمرة حيث يصاب على إثرها بالإنهاك نتيجة لتكرر المقاومة ومحالة التعايش مع الضغط وتظهر عليه بعضاً من مظاهر مثل التفكير في التخلي عن العمل وانخفاض كبير في الدافعية نحو العمل.

نستنتج أن الأخطار النفسية الاجتماعية تمر عبر مختلف المراحل التي تكمن على التحديات المهنية والضغوط، العلاقات الاجتماعية والتواصل، التمييز وعدم المساواة، الإجهاد وتدهور الصحة، الانعزال وفقدان الروح المجتمعية. ونجد أن كل مرحلة تليها مرحلة أخرى وتكمل من شدة خطورتها. وقد لخصت هذه المراحل على ثلاثة مراحل أساسية نجد أولا مرحلة الإنهاك المبكر وفي هذه المرحلة نجد أن الفرد يستطيع أن يشعر بالصدمة أو باقتراب الخطر، وثانيا تليها مرحلة المقاومة وفي هذه المرحلة يقوم الفرد بردود أفعال اتجاه المخاطر التي تترتب عليه، نجد أخيرا مرحلة الإنهاك وفي هذه المرحلة نجد أن الفرد يتعرض لضغوطات كثيرة لمدة طويلة ومن خلالها لا يستطيع أن يخرج من الوضع الذي يعيشه.

## 5 – طرق تقييم الأخطار النفسية الاجتماعية:

### 5 – 1 / أهمية تقييم الأخطار:

يمكن استخدام تقييم المخاطر لخفض التكاليف الناجمة عن حوادث العمل والأمراض المهنية بالإضافة أن تقييم المخاطر السليم سيكون مفيد بالنسبة للمؤسسات حيث أن تكاليف الحوادث والأمراض ستنخفض وتقييم المخاطر يؤدي بالتالي إلى تنظيم أفضل داخل المؤسسة وهو ما يعني زيادة الإنتاجية وزيادة في الجودة.

### 5 – 2 / الهدف من تقييم الأخطار:

في كل مكان لدى أرباب العمل مسؤولية بصفة عامة لضمان سلامة وصحة العمال في كل ما يتعلق بعملهم، والغرض من تقييم المخاطر هو جعل صاحب العمل قادرا على اتخاذ الخطوات اللازمة لحماية سلامة وصحة العمال وتشمل هذه ما يلي:

- الوقاية من المخاطر المهنية
- حماية للعاملين في مجال المعلومات
- تدريب العمال
- إنشاء منظمة ووسائل التنفيذ واتخاذ التدابير اللازمة.

### 5 – 3 طرق تقييم الأخطار:

هناك عديد من الأدوات والمنهجيات لتقييم المخاطر المساعدة للشركات والمنظمات الخاصة بالصحة والسلامة فإن اختيار طريقة يعتمد على الظروف الكامنة في مكان العمل مثل عدد العاملين ونوع الأنشطة والمعدات المستخدمة لهذا العمل وخصائص معينة من أماكن العمل والمخاطر المحددة.

أدوات تقييم المخاطر أكثر انتشارا وشيوعاً من قوائم المراجعة والتي هي فعالة جدا في مساعدة على الكشف على المخاطر، أنواع أخرى من أدوات تقييم المخاطر هي أدلة ووثائق التوجيه والكتيبات والاستبيانات والأدوات التفاعلية ويمكن أن تكون هذه الأدوات إما عامة أو محددة لفئة واحدة أو خطر، وقد طورت وكالة أدوات التقييم المخاطر قاعدة بيانات مع الأدوات في جميع أنحاء أوروبا وتحدياتها بانتظام.

من بين طرق تقييم الأخطار: (أورد في: كحلوش، 2020، ص 168).

**5 – 3 – 1 : نموذج طلب مراقبة Le Modèle Demande Contrôle** : وهو معروف في الادبيات العلمية والوبائية والصحة في العمل تحت اسم Modèle Job Strain او نموذج طلب مراقبة الذي صمم من طرف كرازاك وثورل Karasek et Theorell في نهاية السبعينات ، الذي يقترح ثنائية بين المطلب النفسي المرتفع والعرض القراري المنخفض في العمل الذي يحدث لدى العمال حالة من الضغط ( Strain ) الذي يتجاوز قدرات التكيف الفردية والذي على شكل مشاكل جسدية وذهنية نفسية، النموذج يرتكز على النظرية النفسية البيولوجية للضغط (Stress) التي أصبحت مشهورة في سنوات السبعينات ، والتي صممت على أساس الحركات الاجتماعية التي شهدتها أوروبا والولايات المتحدة الامريكية والتي كانت تهدف إلى ديمقراطية العمل.

صمم نموذج كرازاك (Karasek) في نهاية عام (1979)، وبعد ذلك تم تعميقه من طرف (Karasek et Theorell) في نهاية عام (1990)، وهو يستند إلى إستبيان تم التحقق من صدق نسخته الإنجليزية، مؤخرا تم التحقق من صدق النسخة باللغة الفرنسية، وهو يعتمد على ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

المطلب النفسي: والذي يمثل العبء النفسي المرتبط بإنجاز المهام الكمية وتعقد المهام، المهام غير المتوقعة وإرغامات الوقت، الانقطاع والمطالب المتناقضة.

العرض القراري: وهو يتضمن مفهومين وهما الاستقلالية في اتخاذ القرار والتحكم (السيطرة) والذي يعني القدرة على اختيار كيفية العمل والمشاركة في اتخاذ القرار الذي يتعلق به، واستخدام الكفاءات والذي يعني القدرة على استعمال كفاءاته ومهاراتهم وتطويرها.

الدعم الاجتماعي في العمل: الذي يعرف بالمساعدة والاعتراف من الزملاء والمشرفين في العمل، ترتكز فرضية كرازاك على أن الجمع بين المطلب النفسي المرتفع وضعف مستوى عرض القرار يؤدي إلى وضعية ضغط نفسي، اجتماعي، عاطفي وبالتالي زيادة خطر التعرض لأمراض القلب والاوعية الدموية وهذا الضغط يزيد بسبب نقص الضغط الاجتماعي في العمل.

حسب نموذج العرض القراري يعرف على أنه إمكانية منح العامل حرية لمراقبة العمل، وذلك عن طريق استعمال كفاءاته أو عن طريق إمكانية إتخاذ القرار في العمل، حيث يقترح النموذج:

الثنائية الارتباطية والازدواجية بين المطلب النفسي الضعيف والعرض القراري المرتفع لا يحدث الضغط أو قليل الضغط، حيث أن العامل الكفء يكون في حالة Low Strain.

المطالب النفسية المرتفعة المصحوبة بعرض قراري مرتفع يسمح للعامل بإكساب كفاءات جديدة والتي تعطي نتائجها في العمل تسمى "فعال".

المطلب النفسي والعرض القراري الضعيف يعطي حالة من العمل تسمى " Passif".

في سنوات الثمانينات أضاف جوهانسون و هال Johanson et Hall إلى نموذج كرازاك Karasek بعد الدعم الاجتماعي في العمل ، ولكن في الواقع لم يكن من الممكن معرفة العلاقة الموجودة بين الدعم الاجتماعي وأمراض القلب والاوعية الدموية والامراض النفسية، إلا من خلال دراسة شملت عينة ممثلة ومعتبرة من السويديين، حيث بين الباحثين أن ضعف الدعم الاجتماعي من طرف

الزملاء في إرتباطية بالمطلب النفسي المرتفع وعرض القرار المنخفض، يسمى حالة التوتر Job– strain والذي يتسبب في زيادة إحتمال حدوث الامراض القلبية الوعائية لدى العمال والعاملات.

بداية من الدراسات الأولى الوبائية سواء العرضية أو الطولية تبين وجود علاقة بين حالات التوتر Job strain والتوتر الحاد Job iso–strain، مكونات هذا النموذج تؤدي إلى الإصابة بالأمراض المختلفة سواء الجسدية العقلية والنفسية بما في ذلك الاكتئاب، الضغط النفسي والقلق، زيادة نسبة الكورتيزول، أمراض القلب والاوعية الدموية، مرض السكري وانخفاض عام في الأداء الجسدي وآلام عامة.

يسمح نموذج كرازاك Karasek بوضع علاقة بين المعاش في العمل والاخطار التي يسجلها هذا العمل على الصحة، والذي يرتكز على استبيان يسمح بتقييم كل عامل لوحده من حيث شدة أو كثافة المطلب النفسي الذي يتعرض له، عرض القرار الذي يملكه والدعم (المساندة) الاجتماعي الذي يتلقاه في محيط العمل.

من المهن التي يتعرض لها العامل حسب نموذج Job– strainالعمل الذي لا يحتاج إلى كفاءات عالية منها (40 %) من الصناعة Durocasse، (39 %) النسيج والجلود، (36 %) عمال الضرائب وعمال الاعمال الحرة، (39 %) عمال الإعلام الآلي، (33 %) عمال الفنادق والمطاعم. (أورد في: كحلوش، 2020، ص169).

لقد تطرقنا في هذا العنصر إلى تقييم الأخطار النفسية وذلك من خلال الاعتماد على نموذجين من نماذج تقييم المخاطر المتمثلة في نموذج كرازارك الذي اعتمد على ثلاثة أبعاد أساسية وهي المطلب النفسي، العرض القراري والدعم الاجتماعي في العمل حيث يسمح هذا النموذج بوضع علاقة بين المعاش في العمل، الأخطار التي يسجلها هذا العمل على الصحة والذي يرتكز على استبيان يسمح

بتقييم كل عامل لوحده من حيث شدة أو كثافة المطلب النفسي الذي يتعرض له، عرض القرار الذي يملكه والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه في محيط العمل.

## 6 – الوقاية من الاخطار النفسية الاجتماعية:

تعتبر الأخطار النفسية الاجتماعية من بين الأخطار المهنية الأكثر ضررا لدى الموظفين في مكان العمل أو البيئة التي يعيش فيها، والتي أصبحت تسبب له مشاكل عديدة ومعقدة.

وللحد من هذه الأخطار أو التخفيف منها، وضع المختصون والمهتمون بالصحة النفسية في ميدان العمل تصنيفات عدة للوقاية نذكر منها ما يلي:

***الوقاية الأولية:** وتهدف إلى الحد من ظهور الأخطار النفسية الاجتماعية والنتائج المرافقة لها وذلك بالقضاء على الأسباب المرتبطة بمواقف العمل وتشمل المظاهر التالية:

– مناقشة موضوع الوقاية والاجتماعات لا إدارية.

– إشتراك المسؤولين الإجرائيين.

– وضع خطة وقائية وتدابير وإجراءات التقييم الأخطار النفسية الاجتماعية: المحتوى، الوتيرة، نتائج الإجراءات المتخذة من قبل (إعادة التنظيم، تغيرات تقنية، تكوينات، الإستبيانات، والمقابلات).

– تعديل ساعات العمل، وضع إجراءات لحل النزاعات، إعادة تصميم فضاء العمل ...

– إستشارة العمال للنظر في مسألة الأخطار النفسية الاجتماعية.

– تكوين المدراء والمسيرين في الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية.

– تحسين التصورات والمعارف حول الأخطار النفسية الاجتماعية والعمل على بثها ونشرها على عمال الصحة والميدان الاجتماعي وكذا المؤطرين والمسؤولين على التوظيف وتحسين ظروف العمل.

– تحضير وتكوين مهنة الطّب والتمريض للمعاناة البشرية (أورد في: إيديري، 2016، ص 76).

***الوقاية من الدرجة الثانية:** وهي تفترض فشل أو عدم كفاية الوقاية الأولية، وتتمثل في محاولة تخفيف وكبح آثار الأخطار النفسية الاجتماعية الموجودة في ميدان العمل وتهدف إلى مساعدة العمال في تنمية المعارف والاستجابات اتجاه المواقف ذات الخطر النفسي الاجتماعي والحد من مدة التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية والتكفل بالحالات في بدايتها ومن أهم مظاهرها:

– تشجيع التبادلات حول الصعوبات التي يصادفها العمال في نشاطاتهم المهنية.

– العمل على التشخيص المبكر للأفراد ذوي القابلية للإصابة، والعمل على مساعدتهم وذلك في سرية تامة.

– تطوير الاستراتيجيات للتكفل المبكر بالأشخاص المعرضين للصدمات.

– وضع إجراءات تسمح بمعالجة العنف والضغط في العمل، التحرش والتمييز بين العمال.

– توعية وتحسيس العمال حول الأشخاص الواجب اللجوء إليهم واستشارتهم في حالة متاعب ومشاكل ذات مصدر نفسي اجتماعي لها علاقة بالعمل.

– إعادة النظر في تكوين العمال.

* **الوقاية من الدرجة الثالثة:** أي إعادة بناء صحة العمال التي تعرضت لزعزعة ومشاكل من جراء الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل والتدخل من أجل العلاج لتفادي تكرار أو تفاقم الاضطراب من ثم إعادة إدماجهم في العمل. (أورد في: إيديري، 2016، ص 77).

لمواجهة هذه الأخطار، من الحكمة المزج بين المستويات الثلاثة للوقاية ، لكن مع إعطاء الأولوية للتدخل على الأسباب العميقة للأخطار النفسية الاجتماعية والتي غالبا ما ترتبط بتنظيم العمل ( الوقاية الأولية ) وفي ذات الوقت مساعدة العمال في إدارة الصعوبات اليومية الضاغطة والمستنزفة ( الوقاية من الدرجة الثانية ) ، أخيرا التكفل فرديا ودون هوادة بالأشخاص المعتلين (الوقاية من الدرجة الثالثة ) تعتمد الوقاية إذن على العلاقة الجيدة ما بين هذه المستويات الثلاثة التي ينبغي أن تدمج ضمن سعي شامل للوقاية من الأخطار المهنية ( أورد في :إيديري ، 2016 ، ص 78 ).

جاء في دليل (الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية RPSفي قطاع الطب الاجتماعي بفرنسا) بمشاركة مؤسسات الألب العليا والعمل الجماعي متمثلة في جمعيات خدمات التمريض المنزلي ومجموعة مؤسسات الصحة المهنية سنة (2011من ص 11إلى ص18) تحت عنوان الوقاية في النشاط ( prévention la action)، الاستراتيجية التالية هناك خمس مراحل لنهج الوقاية اختصرها الباحث في ما يلي:

**المرحلة الأولى: تثبيت نهج:**

تثبيت المبادئ الأساسية لاستخدامها للوقاية من PRSوفق النقاط التالية:

- الاتفاق على نطاق التدخل.
- إعطاء أهمية لنشر المصطلحات المستخدمة.
- الاتفاق على طريقة عمل (مثل إنشاء أفرقة عاملة، التواصل مع الموظفين، تحديد أهداف وجدول زمني).
- التركيز على عدد قليل من القضايا في وقت واحد (أورد في: قرنيعي، 2018، ص 102).
- تحديد العوامل ذات الصلة بتوافق جماعي.

**المرحلة الثانية: تحديد المخاطر:** وتتم بالطرق التالية:

المقابلات الفردية والجماعية (النهج النوعي): وهي تهدف إلى:

- السماح للموظفين للتعبير وفهم شروط التعرض.
- تحديد الفجوة بين العمل المقرر والعمل الحقيقي، والفجوة في الترتيبات الإدارية.
- تقدير وسائط التعاون داخل الجماعة.
- تقدير طبيعة الصعوبات.

استخدام الإستبيانات (النهج الكمي):

وتهدف إلى تحسين التعاون، والتعرف على أكثر الضغوط.

الملاحظات:

هي أيضا تهدف لإيجاد الحلول الممكنة لحالات من التوتر.

كل هذه الطرق لا يستبعد بعضها بعضا، يمكن أن تستخدم بصورة متزامنة أو متتالية.

**المرحلة الثالثة: تحديد خطة عمل:**

وضع خطة عمل ليست مجرد سرد عددا من الإجراءات يجب أن تتضمن خطة العمل:

- الأهداف
- المسؤولون عن الإجراءات المختلفة
- الإستثمار الشمالي
- معايير التقييم
- الجدول الزمني للإنتهاء

وعلاوة على ذلك ينبغي أن تشمل خطة العمل ثلاثة مستويات من الوقاية:

_الوقاية الأولية: إجراءات الوقائية، هو أن تعمل على عوامل التعرض المخاطر النفسية الاجتماعية.

_ الوقاية الثانوية: إجراءات تصحيحية، هو أن تعمل على الصعوبات الحالية الجماعية والفردية.

_الوقاية الثالثة: إجراءات علاجية، هو أن تعمل على النتائج الفردية من المعاناة في العمل.

**المرحلة الرابعة: تنفيذ عمليات:**( أورد في: قرنيعي، 2018، ص 103).

- تطوير المهارات (التدريب، والدروس الخصوصية)
- تحسين تنظيم (توضيح وظائف، تطوير الأدوات الجماعية المشتركة، الحد من حالات العمل المعزول.
- الحد من الإجهاد البدني.
- تحسين الاتصالات.

**المرحلة الخامسة: تقييم خطة العمل /تقييم التنفيذ والنتائج:**

وذلك من خلال:

- التطور الإيجابي للمؤشرات.
- تقييم مدى ملائمة هذا العمل مع الأهداف.
- تحسين المناخ الاجتماعي والعلاقات، من خلال القنوات غير الرسمية والتجريبية (مثل المقابلات).
- إنشاء جهاز الوقاية دائم.

_ تقييم العمل وتنفيذها والنتائج واحدة من أكثر الحلول المعتمدة على نطاق واسع هو إنشاء فريق متعددة التخصصات، ويتمثل في ضمان تحقيق وظائف جهاز الوقاية.

هذه المجموعة متعددة التخصصات يمكن أن تتكون من الإدارة وممثلي الموظفين، والطبيب المهني.....(أورد في: قرنيعي، 2018، ص 104).

نجد من خلال هذا العنصر الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية في مجال أو ميدان العمل مجموعة من التصنيفات التي بفضلها يستطيع استنتاج أو معرفة مختلف المخاطر والذي بدوره يسعون

إلى الحد والوقاية من هذه المخاطر ولقد ركزنا أيضا على أهم المراحل لنهج الوقاية. لقد اختصرها الباحث على خمسة (05) مراحل والمتمثلة في تثبيت نهج، تحديد المخاطر، تحديد خطة عمل، تنفيذ عمليات، تقييم خطة العمل / تقييم التنفيذ والنتائج. ونجد في هذه المراحل أن كل واحدة تكمل الأخرى.

**خلاصة الفصل**

تعد الأخطار النفسية الاجتماعية من بين أكثر الأخطار المهنية المنتشرة في بيئة العمل والتي تعد أيضا موضوعا جد هاما والتي لا بد من ذلك السعي على التخلص منها.

وانطلاقا من هذا وجب إيجاد حلول لازمة ومناسبة التي تساهم في أمن وسلام العمال، المؤسسة والعمل للحد من هذه الأخطار، كذلك السعي لتقليلها لأجل العمل في جو ملائم وآمن.

# الفصل الثالث:

# الإضطرابات السيكوسوماتية

**تمهيد:**

يعيش الفرد في بيئة مليئة بالعديد من الأحداث والمواقف التي تؤثر عليه، حيث يمكن أن تمثل سببا لتهديد صحته حيث يؤدي ذلك إلى عدم الاتزان النفسي والجسمي لديه، فالأفراد يختلفون في طبيعة الإستجابة لمثل هذه المواقف، فهناك من يتوافق معها بطريقة إيجابية مما يدفعه لاستعادة اتزانه وحياته الطبيعية كما نجد أيضا من يصعب عليهم التوافق معها مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الإضطرابات من بينها الاضطرابات السيكوسوماتية التي تعتبر وثيق بين النفس والجسم بينهما علاقة تكاملية تعمل على مبدأ التأثر والتأثير. في هذا الفصل سنتناول هذا المفهوم بالتفصيل والدقة من خلال عرض أهم العناصر النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية.

## 1 – مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

**1 – 1 مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية لغة:** كلمة سيكوسوماتي مشتقة من كلمة سيكو ( psycho ) وتعني الروح أو العقل أو النفس، وكلمة (soma) تعني البدن أو الجسم في اللغة اليونانية. أما في اللغة العربية فيطلق على مصطلح (سيكوسوماتي) (النفسجسدية) وقد تختصر هذه الكلمة إلى (النفسجسمي) (أورد في: نواف، 2021، ص 149).

**1 – 2 مفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية إصطلاحا:**

حسب (عمار، زاهرة، 2022، ص8) فإن الإضطرابات السيكوسوماتية هي" الاضطرابات التي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة لضغوط نفسية متراكمة تترك تلفا وآثارا فيسيولوجية كخلل في أعضاء الجسم ويمكن للطبيب كشفه باستخدام وسائله التشخيصية". ويعرفها عشوي بأنها" مجموعة من الأمراض الجسمية التي

تسببها عوامل نفسية وخاصة الانفعالات الشديدة وتختلف الاضطرابات النفسجسمية عن العصابات في وجود أساس عضوي للاضطرابات النفسجسمية" (أورد في: عباسة،2018، ص 115).

ذكر تاريخ الطب إلى أن أول مرة استخدم فيها مصطلح الاضطرابات النفس – جسمية أو الأمراض السيكوسوماتية هو عام (1818) من قبل الطبيب النفسي " هنروت " الذي أدخل هذا المصطلح في الدراسات الطبية الألمانية، كما أدخل أيضا مصطلح جسمي نفسي عام (1828) وكان يقصد المصطلح الأول تأثير الميول والرغبات الجنسية والمكبوتة على مرضى السل ومرضى الصرع ومرضى السرطان، بينما يقصد بالمصطلح الثاني الاضطرابات التي يغير فيها العامل الجسمي من الحالة النفسية.

فإن المصطلح الذي يطلق على الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatique مشتق من كلمتين يونانيتين Psych بمعنى الروح أو العقل، وتمثل العوامل النفسية التي تبدأ منها الاضطرابات الجسمية أو تتطور بسببها، و soma الجسم وذلك لاعتبار الجسم المجال العضوي للتفاعلات والإنفعالات النفسية وهو الذي يعاني من آثار اضطراب النفس، أي المعنى اللاشعوري للاضطراب. ويشير هذا الربط إلى أن وظائف الإنسان تتدخل فيها الوظائف الفيسيولوجية والسيكولوجية باستمرار وتعتمد كل منها على الأخرى (أورد في: عمار، زاهرة، 2022، ص 9).

أشار إليها (درغيش، مصيبح، 2022، ص 362 ) أنها الأمراض التي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه وتكون من الجدية والإصرار بحيث لا يفلح العلاج الطبي المعروف في شفائها شفاء تاما لإستمرار الاضطراب الانفعالي المسبب لها وهي اضطرابات ذات الإصابة العضوية الموضوعية والتي تعود أسبابها إلى عوامل نفسية والتي تحتاج إلى تشخيص وقياس ثم علاج طبي مرفوقا بتكفل نفسي ،إذ تعتبر الاضطرابات السيكوسوماتية اضطرابات عضوية انفعالية تمس صحة أعضاء وجسم المريض وتظهر على مستوى الجهاز الهضمي والتنفسي والعصبي والتناسلي من خلال عدة أمراض واعتلالات صحية تستدعي علاج طبي وتكفل نفسي مستمر.

في حين أشار (نيل ودافيسون Neal &Davison) إلى انها مجموعة من الإضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية، وتتضمن إصابة جهاز عضوي واحد أو أكثر من أجهزة الجسم المختلفة والتي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي وأن استمرار الضغط والانفعال السيئ على الجسم يقود إلى تدهور في أجهزة الجسم وشلل تام عن أداء وظائفها، وأن المجال ينفسح ليشمل العديد من أجهزة الجسم والتي تتبدى في إصابة عضو أو أكثر.

وذكر) جالاتين Gallatin ) أن الإضطرابات السيكوسوماتية تنتج عن أسباب نفسية، غالبا ما تلعب الضغوط النفسية الحادة دورا كبيرا في حدوثها وأن الالام النفسية تنعكس في حدوث مرض مزمن أو أكثر في أجهزة الجسم المختلفة، والأمر في هذه الحالة لا يقتصر على جهاز من أجهزة الجسم دون غيره، بل قد يشمل الاضطراب والتلف لجميع أجهزة جسم الفرد (أورد في: غانم،2011، ص 26).

وأشارت (بوشوشة، نايت عبد السلام، 2021، ص 302) أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي تلك الاضطرابات الجسمية الناشئة عن تفاعل عدة عوامل بيو – نفس –اجتماعية، ترتبط بسمات معينة في الشخصية تجعل الفرد غير متوافق مع الوضعيات الضاغطة التي يدركها كمهددة لحسن كيانه وتفوق مصادره التكيفية، بمعنى تصبح أساليب أو طرق تعامله مع الضغط (Coping) غير فعالة في التخفيف أو الحد من تأثير حوادث الحياة المدركة كمهدد.

من خلال التعاريف سابقة الذكر نستنتج أن الاضطرابات السيكوسوماتية عبارة عن اضطرابات جسمية ناتجة من عوامل نفسية، فهي علاقة تفاعلية بين النفس والجسد تؤثر بدورها على مجموع الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي.

## 2 – نبذة تاريخية عن العلاقة بين النفس والجسد:

إن فكرة العلاقة بين النفس والجسد قديمة قدم الفكر الإنساني، فالتاريخ يذكر أن هيبوقراط (أبو الطب) كان يتحرى حياة المريض وصراعاته وطريقة نومه وأحلامه ويذكر أنه استطاع شفاء برد يكاس ملك

مقدونيا من مرضه الجسمي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه ويعكس ذلك دون شك إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسد.

أما أفلاطون (427 – 347 ق. م) الذي يعتبر المؤسس النظري لمدرسة الطب النفسي والجسدي ( السيكوسوماتيك) فقد أبدى رأيا لا يزال السيكوسوماتيون المعاصرون يتمسكون به ويعتبرونه أساسا نظريا لمدرستهم فقد ذكر أن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للجسد ككل، وهذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا لانهم يفصلون النفس عن الجسد عند معالجتهم للجسم البشري.

أما أرسطو (384 – 322 ق. م) فقد أشار أن الروح أو النفس ماهي إلا مجموعة من الوظائف الحيوية لدى الكائن الحي، أي وظائف الجسم وبها يتميز عن الجماد ومن دونها لا يكون الجسم أكثر من جثة هامدة (سلامي، 2008، ص 104).

أما مساهمة العلماء المسلمين في علاقة النفس بالبدن، فإنها تعتبر جد هامة وهنا تجدر الإشارة إلى العلامة ابن سينا (370 – 428) ففي حالة علاجية حيث كانت المريضة جارية في بلاط الملك أصيبت بروماتيزم مفاجئ في المفاصل وصارت غير قادرة على أن تأخذ الوضع الطبيعي ولم يستطع أطباء الملك حيالها شيء، رجع ابن سينا إلى العلاج النفسي إذ أمر بأن تكشف عورتها فبدأ يرفع ملابسها بادئا بالخمار ... ونظرا لحالة الخجل التي انتابتها، أنتج ذلك وهجا من الحرارة أوقف المزاج الروماتيزمي ووقفت المريضة معتدلة كاملة العلاج.

ومع مطلع القرن السابع عشر نجد أن ديكارت (1596– 1650) قدم للبحث السيكولوجي دعما كبيرا، حيث يرى أن الجسد الة تتحرك وتتصرف وفق طرائق يمكن التنبؤ بها إذا عرفت مداخلاتها وما يمكن التنبؤ به خاضع للبحث العلمي وبالتالي فإن العضوية الإنسانية والحيوانية قابلة للبحث العلمي.

وابتداءا من القرن الثامن عشر بدأ إعادة النظر في موقفهم من النفس وعلاقتها بالجسد حتى توصل العالم (فان دوش Van Dusch )في العام (1868) الى وضع نمط نفسي خاص بمرضى القلب، وكان هنروث

Heinroth أول من استعمل مصطلح بسيكوسوماتيك وذلك في عام (1818). إلا أن الاستخدام الدقيق للمصطلح أتى في عام (1922) في الكتابات الطبية الألمانية ولم يستعمل في اللغة الإنجليزية حتى أوائل الثلاثنيات عندما استخدمته الدكتورة (هيلين فلاندروز Héléne Flandrez) في مؤلفها حول الانفعالات والتغيرات الجسدية.

وبالرغم من التطور المستمر في مجال البسيكوسوماتيك، تبق هناك صعوبات يواجهها العلماء مثل أين يوجد الخط الفاصل الذي يعزل الأمراض النفس جسمية عن غيرها من الأمراض؟ في هذا يقول تقرير لجنة خبراء الصحة العقلية (1964)، إن هذا يضعنا أمام التناقض في الاستخدامين اللذين يستخدم فيهما مصطلح النفسجسمية فإننا إذا قصرنا استعمالنا للمصطلح على اضطرابات معينة فإننا بذلك نتجاهل وحدة الاتجاه في الطب ونؤكد التوازي بين العقل والجسم وحينئذ يكون هناك إغراء بإهمال العوامل النفسية في بعض الاضطرابات وإهمال العوامل الجسمانية في بعض الحالات الأخرى (أورد في: سلامي، 2008، ص 104 -107).

نستنتج أن العلاقة بين النفس والجسد تعتبر بمثابة أحد أعمق الأسئلة الفلسفية والعلمية عبر التاريخ، حيث يجسد الجسد الجانب المادي الملموس، أما النفس فنجد بأنها تمثل الجانب العقلي الغير ظاهر. إذ تنبثق عدة تساؤلات حول كيفية التفاعل بينهما، وفي هذا الصدد رأى ديكارت في ثنائية العقل والجسد أنهما وجهان لحقيقة واحدة كاملة مطلقة. كما نجد أيضا بأن بعض النظريات تحمل أفكار تؤثر في الصحة الجسدية وذلك يظهر في الأمراض النفسجسدية، ويظهر ذلك من خلال كون الجسد يؤثر على النفس من خلال الأمراض العضوية التي تغير من مزاج الإنسان.

## 3 – النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

### 3 – 1 النظرية الفيزيولوجية:

يرى "كانون" ان أصل الانفعالات لا يكمن في الوظيفة الحشوية، وانما متمركز في الجهاز العصبي المركزي، حيث ان الهروب او القتال يؤدي الى مجموعة من التظاهرات الفيسيولوجية التي بإمكانها ان تفرز هرمون خاص يسمى " هرمون الاجهاد " والمعروف الان بـ " الأدرينالين". فقد لاحظ ان الخوف، الألم، الغضب والجوع من شانها ان تؤدي الى افراز الادرينالين الذي يؤدي الى ارتفاع ضغط الدم وتسارع نبضات القلب، وتوصل كانون لأدلة علمية تثبت بان هذه التغيرات قابلة لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحول الى امراض واصابات عضوية.

قد أدخل Selye مفهوم الإجهاد سنة (1935) كاستجابة غير خاصة لاعتداء كيمائي أو فيزيقي بحيث يحدث عند وجود ضغط إفراز مفرط لهرمون قشري كضري مهما كانت العوامل الضاغطة يستجيب الجسم بنفس الطريقة ويصبح الجسم ضحية ميكانزماته الدفاعية. كما وسع مفهوم الإجهاد من خلال وصفه للتأذر العام للتكيف " SGA " والذي قسمه إلى 03 مراحل والمتمثلة في:

مرحلة الاستعداد، مرحلة المقاومة، مرحلة الاستنفاذ، وفيها تستنفذ قدرات الجسم على التكيف مع عوامل الشدة (أورد في: كربال، 2010، ص 40).

### 3 – 2 النظرية التحليلية:

تعتمد هذه النظرية في تفسيرها الاضطرابات السيكوسوماتية على البناء الداخلي للشخصية ويفترض وجود علاقة سببية بين مكونات الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية، حيث افترض أتباع " فرويد " وجود أسباب تحليلية لا شعورية تكمن وراء الإصابة بهذه الاضطرابات.

فانطلاقة " فرويد " لم تكن نحو البسيكوسوماتيك ولكن دراساته تمحورت بشكل أساسي نحو الهيستيريا وكان ذلك بتبيان أثر الصراع النفسي في إحداث الاضطرابات الهيستيرية – الجسدية. وهكذا فإن تطبيق المبادئ التحليلية في الميدان النفسي – الجسدي لم يأت على يد " فرويد " وإنما أتى على يد تلاميذه وأتباعه.

فمنذ دراسة " فرويد Freud " للهستيريا مع " Breur برور" عام 1895 أطلق نظرية المنشأ النفسي للاضطراب الجسدي – الهستيري معارضا بذلك نظرية العالم الفرنسي (P . janet جانت) القائلة بعودة هذا الاضطراب إلى تحسس الجهاز العصبي. ومن خلال دراساته كان أول من أعاد النظرة إلى وحدة النفس والجسد ممهدا لظهور البسيكوسوماتيك وهو الاتجاه الذي تتبعه فيه Sami ALI، Marty، Nacht ناتش ، مارتي ، سامي علي ، و ألكسندر Alexander حيث توصل إلى مبدأ إمكانية تحويل الصراع النفسي إلى مظاهر جسدية كتعويض جنسي.

كما لا يمكن إهمال دور ألكسندر Alexander الذي يعتبر واضع أسس مدرسة السيسكوسوماتيك التحليلية، حيث حاول التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية والتحليل النفسي. وقد افترض أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة، فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية، في حين أن مشاعر التبعية ولحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي، وبهذا يكون ألكسندر Alexander من أوائل مطبقي التحليل النفسي في مجال البسيكوسوماتيك (أورد في: طراد، 2021، ص 104 – 105).

**3 – 3 النظرية المعرفية:**

أجرى جراهام ( L . Grahem ) وتلاميذه مجموعة دراسات حول عينات من المرضى السيكوسوماتين بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفيسيولوجية وتبين له من خلال المقابلات أن هناك عنصرين على مستوى من الأهمية في الاضطراب السيكوسوماتي:

–ما يشعر به الفرد من سعادة وحزن.

–ما يرغب الفرد في معرفته او عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة.

مثلا مريض الحساسية الجلدية يشعر وكأنه مصاب بضرر أو أذى، ويريد التخلص من المسؤولية. ومريض الربو ويشعر وكأنه يريد الابتعاد عن مواقف البرد والأشخاص ومريض قرحة الاثني عشر يشعر بالحرمان ويريد الانتقام والثأر من مسبب هذا الحرمان ومريض الضغط الدموي المرتفع الجوهري يشعر بالتهديد والأذى ويستاء من أي شيء، ومريض الصداع النصفي يشعر وكأنه اضطر إلى انجاز عمل ما ويريد أن يستريح.

**3 – 4 النظرية السلوكية**

لقد توصل " بافلوف " من تجاربه على الاشتراط الكلاسيكي إلى مفهوم التعزيز، كما توصل إلى مفهوم إطفاء الاستجابة ومفهوم الكف (الداخلي والخارجي والفارقي)، حيث انتهى بافلوف إلى أن السلوك السوي يتم بين النظم الثلاثة للجهاز العصبي (نظام الأفعال المنعكسة والنظام الاشاري الأول والنظام الإشاري الثاني). وأشار بافلوف إلى أن التآزر بين هذه النظم العصبية يؤدي إلى التوازن بين عمليات النشاط العصبي (الإثارة والكف) ويعني ذلك التآزر بين وظائف الجهاز العصبي السمبتاوي (الإثارة) ووظائف الجهاز العصبي الباراسمبتاوي (الكف) وهذه الوظائف هي التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية مقر الاضطرابات السيكوسوماتية، فإذا اضطرب هذا التوازن أصيب الانسان بالاضطراب. وقد تأثر ببافلوف زعيم المدرسة السلوكية الأمريكية جون واطسون الذي أكد على أن (الإستجابة حسية أو حركية). ويرى بعض السلوكيون أن الاضطرابات السيكوسوماتية عادات تعلمها الانسان ليخفف بها درجة قلقه وتوتراته ويجد حلا لصراعاته. وبهذا الشكل تكون هذه العادات هادفة تحقق للفرد مكسبا، حتى الكبت هو عبارة عن استجابة تخفف من حدة القلق على الفرد (معزز إيجابي)، ويرى هؤلاء أن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشتراط، فالطفل الذي يغار من أخيه المولود الجديد يلجأ إلى استجابة

تبوله على نفسه بهدف جلب اهتمام الأم نحوه، والتخفيف من حدة غيرته، ومع التكرر يلجأ الطفل إلى هذه الاستجابة التي تصبح كعادة أو كعرض سيكوسوماتي (أورد في: كربال، 2010، ص 47 – 48).

نستنتج من خلال ما تم إستعراضه من النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية بما فيها النظرية الفيزيولوجية التي يكمن أساسها في الجهاز العصبي الدي يستقبل الضغط ويجعل الجسم مجبر على استعمال الميكانيزمات الدفاعية، أما النظرية التحليلية التي درس فيها فرويد الهيستيريا ومن ثم جاء تلاميذه لتجسيد المبادئ التحليلية في الميدان النفسي، ثم جاء Alexander ألكسندروحاول التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية والتحليل النفسي ، ثم النظرية المعرفية التي تزعمها جراهام وتلاميذه بحيث حاولو الوصول إلى فهم العمليات المعرفية والعقلية على حساب العمليات الفيسيولوجية، النظرية السلوكية التي إشتهر بافلوف بتجاربه على الاشتراط كما نجد أيضا جون واطسون بحيث توصل كليهما إلى الإستجابة تكون حسية أو حركية.

## 4 – خصائص وأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية:

### 4 –1 خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية:

–تلعب العوامل الانفعالية دورا هاما وأساسيا سواء في ظهور الاعراض الجسمية أو زيادة التأثير فيها وهذا ما يميزها من الأمراض العضوية.

–اضطرابات في وظائف الأعضاء، وتلف واضح في العضو نفسه.

–تمر الاضطرابات السيكوسوماتية في مراحل مختلفة حيث تصبح في النهاية اضطرابات مزمنة.

–تختلف الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس، فبعض الاضطرابات تكون أكثر شيوعا عند النساء مقارنة بالرجال فمثلا حالة روماتيزم المفاصل أكثر شيوعا عند النساء، وحالات الربو تكون ضعفها لدى الأولاد عن البنات وتنعكس النسبة عندما يتقدم السن.

-قد يصاب الفرد باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة ومتعددة، وتختلف الحالة من شخص لآخر فالبعض يصاب باضطراب أو عدة اضطرابات.

-تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة لعدم فاعلية أساليب المواجهة.

-غالبا ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو ما يشابهه.

-العلاج العضوي لا يؤدي إلى تحسن كامل إلا مع استمرار العلاج النفسي (أورد في: كربال، 2010، ص 50).

**4 – 2 أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية:**

– تغير السمات الشخصية للفرد، حيث تظهر عليه علامات من التشوش والاهتزاز النفسي.

– تأثير متبادل بين النفس والجسد، فالجسد يتأثر بالحالة النفسية للفرد، كما ان نفسية الفرد تتأثر بالحالة المرضية للجسد.

– معاناة الفرد من الحالة النفسية السلبية على مدار فترة طويلة من الزمن.

-تغير في وظائف الجسم.

– عدم فعالية العلاج الدوائي في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية الذي يعاني منه الشخص (أورد في: عمار، زاهرة، 2022، ص 14).

نستنتج من خلال هذا العنصر الذي تطرقنا إليه أن خصائص وأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية مرتبطة بالدرجة الأولى بالعوامل الانفعالية، كما أنها اضطرابات تصيب كلا الجنسين، تقتصر على الأعضاء التي تتأثر بالجهاز العصبي، كما أنها مرتبطة في بعض الأحيان بالجانب الوراثي. ما يميز أيضا هذه الأعراض وجود علاقة تأثير بين النفس والجسم.

## 5 – أهم أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية:

### 5 – 1 اضطرابات الجهاز الهضمي والتغذية:

#### 5 – 1 – 1 قرحة المعدة:

ذكر (سلامي ، 2008 ، ص 133 ) أن قرحة المعدة تتشكل بمجرد وصول الطعام إلى المعدة فإنها تفرز العصارات المعدية لهضمه ، ولكن التوتر الانفعالي يؤدي إلى تدفق كمية كبيرة من العصارات الهضمية ذات الطبيعة الهضمية ، وهذه الكمية تزيد من الكمية المطلوبة فتؤدي إلى هضم الطعام و كذلك إلى هضم ( أو تخريش ) الغشاء المخاطي المبطن لجوف المعدة ثم الجدار المعدي مكونة تقرحات وعادة ما تكون القرحة في مدخل المعدة العلوي أو في بوابة المعدة أي في مخرج المعدة السفلي وهي تندر في الانحناء الكبير للمعدة و تكثر في الانحناء الصغير ( أورد في: سلامي، 2008، ص 133).

تشير الإحصائيات إلى أن واحد من بين ثمانية أو عشرة أشخاص يعانون من قرحة المعدة في زمن معين من الحياة، حيث ذكرت الأحمدي إلى أن الضغط يتسبب في نقص كمية الدم المتدفقة إلى المعدة وزيادة إفرازها للأحماض مما يقلل من قدرتها على الهضم ويؤدي على المدى البعيد إلى إصابتها بالقرحة وتنتشر قرح المعدة والأمعاء بين الذين يضطلعون بمسؤوليات جسام كالأطباء ورجال الإدارة والتنفيذ.

وتعتبر القرحة من الاضطرابات السيكوسوماتية المرتبطة بالضغط، ففي دراسة لبلادي (1958) عن نمو القرحة والاجهاد توصل إلى أن الجمع بين الصدمة الكهربائية ومحاولة الحذر لمدة طويلة لتفاديها قد سبب قرحة قاسية في معدة القردة التي أجريت عليها التجربة. كما توصل عبد المعطي (1989) إلى أن الاحداث المتصلة بالعمل والدخل والاسرة من أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين، حيث كان مرضى قرحة المعدة أكثر تأثرا بأحداث العمل، حيث يصعب التئام القرحة وقد يصل الأمر إلى إجراء عملية جراحية يتم من خلالها قطع بعض الأعصاب الباراسمبتاوية المسؤولة عن تلك الاضطرابات.

كما توجد علاقة قوية بين التهاب الأمعاء وتقرحها والجهاز العصبي اللاإرادي، ففي حالة التشخيص وعدم ثبوت وجود دليل عضوي للإصابة مع بقاء الألم في الأمعاء الغليظة، فإن مصدر هذه المعاناة هو العامل النفسي الذي أدى إلى تهيج المعي الغليظ (Colon Irritable) نتيجة الضغوط المسلطة على المريض، حيث في هذه الحالة يختل التوازن بين الجهاز السمبتاوي المرخي وبين الجهاز الباراسميتاوي القابض للعضلات الملساء المبطنة للمعي الغليظ ويكون التيار العصبي في اتجاه الباراسميتاوي. وهو بذلك يتفاعل بشدة مع ظروف الحياة فيكون هادئا عند الراحة ويقل إفرازه للأنزيمات الهاضمة، أما في حالة الانفعال كالغضب مثلا فيحتفظ بالدم أكثر ويزيد من إفرازاته التي تؤثر وتحفر في غشائه المخاطي بشكل متزايد مما يعرضه للبكتيريا والجراثيم، وقد تبين أن (86%) من مرضى التهاب القولون قد مروا بأزمة خطيرة في حياتهم الخاصة في الفترة السابقة للمرض مباشرة (أورد في: شحام، 2015، ص 550).

**5 – 1 – 2 التهاب القولون:**

أشار (طراد، 2021، ص 122) أنّ التهاب القولون هو تهيج القولون أي الجزء الأسفل من الأمعاء الغليظة بسبب وجود تقرحات وأكثر أعراض هذا المرض شيوعا هو كثرة نوبات التبرز، حيث كثيرا ما يعاني المريض آلاما في البطن كما يصاحبها أحيانا ارتفاع في درجات الحرارة مع التقيؤ وفقدان الشهية.

وأشارت (عباسة، 2018، ص 135) أنّ "خلل في وظيفة القولون، بمعنى أن تقلصات الأمعاء وحركاته الطبيعية قد أصبحت مختلة لأسباب عديدة، فتنتج مجموعة من الأعراض التي يشتكي منها المريض وهي آلام في المنطقة السفلية من البطن، انتفاخ وإمساك وإسهال متكرر".

ذكر (عطوف،1981، ص 155) أنّه لو نظرنا من خلال ميكروسكوب شعاعي للأجزاء السفلى من القناة الهضمية داخل جسم طالب عند تسلمه أسئلة الامتحان أو مسافر في رحلة طويلة مرهقة فإننا سنرى هذه الأجزاء تتحرك حركة غير عادية تعكس الخوف والتوتر وهذا برهان على أن القولون كالجزء العلوي للأمعاء الدقيقة يعتبر من أكثر أجزاء الجسم استجابة لأنواع (التوتر الانفعالي). كما أوضح العلماء أن نزول الإفرازات

المخاطية بالبراز واستمرار حالات الإمساك، كلها دلائل على تعرض القولون لحالة من الاضطراب السيكوسوماتي. فالقولون والمعدة والأمعاء الدقيقة عرضة للقرحة، وعرضة أيضا للنزيف أو الثقب الذي يمكن أن تتعرض إليه المعدة أيضا (أورد في: عطوف، 1981، ص 55).

ويتجه التحليل الفرويدي لقرحة القولون بالعودة لمراحل نمو الطفل الأولى، فهذا التحليل يعتبر حالات قرحة القولون هي من بقايا المرحلة الشرجية السادية. فالطفل في مرحلة التدريب على الإخراج يقاتل سيطرة والديه بالإسهال والإمساك تعبيرا عن ثورته ضد أسلوب أبويه في عملية تطبيعه الاجتماعي، هذه النزاعات تنتهي شعوريا ولكنها تعيش معه في الداخل مكونة منه إنسانا ذو شخصية سادية استية تتسم باليأس، التشاؤم، العداء الخفي وتأتي الضغوط فتنشئ من داخله الصراعات ويعود بالنكوص إلى المرحلة الإستية حين يتعرض هذا الجزء من جسمه في حالات القلق للتوتر العضلي – النيرولوجي وينتج عن ذلك قرحة القولون.

**5 – 1 – 3 الإسهال:**

هو أحد الاضطرابات المعدية الشائعة ذو مصدر نفسي تعود أسبابه للشخص وطريقة عيشه وإلى طبيعة الأطعمة التي يتناولها وكذا طريقة نشأته منذ الولادة. ولقد ذكر ألكسندر ومساعدوه بأن الإمساك رد فعل أو استجابة من الالتزام بالعطاء وفي هذه الحالة يجب التفكير في العلاقة بين الام والطفل خلال عملية التدريب على النظافة، فالإمساك قد يكون نوعا من العجز الشرجي أوفي بعض الأحيان ينشأ عن القلق من أن يهاجم.

**5– 1 – 4 الشراهة:**

هي الإفراط في الأكل دون تمييز أو إدراك حتى يفقد الوعي أحيانا، وفي ضوء التحليل الدينامي لظروف الطعام نلاحظ ارتباط الطعام بالحب والعطف، وتبدأ سيرورتهم من الأم التي تحس أنها لم تقم بواجبها أمام

طفلها مما يؤدي إلى توفير الطعام للطفل فيصبح الطعام جرعة من العطف والحنان ويعمم الطفل هذا الشعور إذا ما تعرض إلى الضغوط فإن الطعام هو الوسيلة التي تخفف من التوتر.

**5 – 1 – 5 فقدان الشهية العصبي:**

هو رفض الطعام وعدم الرغبة فيه أو الإقبال عليه، وقد يحدث نتيجة اضطراب في الغدد أو كرد فعل للخوف من السمنة ومن بين اعراضه، النحافة وجفاف الجلد وبرودة الأطراف ونقص الوزن وانقطاع الحيض والإعياء السريع. حيث يرى كوفيل (Coofel) أن الفرد يفقد الشهية نتيجة لاضطراب انفعالي إذ يرتبط في أغلب الأحيان بدافع لا شعوري لمقاومة النمو، وعقاب الذات نتيجة شعور بالذنب (أورد في: عباسة، 2018، ص 136).

**5 – 2 الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز النفسي:**

**5– 2 – 1 النزلات البردية:**

ذكر (عباسة، 2018، ص 137) أن حالات الزكام العادي تأتي نتيجة العديد من أنواع الفيروسات المحيطة بنا والأفراد الذين لا يصابون بها لديهم مناعة، حيث ثبت أن المناعة تتأثر بالحالة الإنفعالية للفرد وأن الأفراد الذين يداهمهم الزكام باستمرار قد خفت أعراض النزلات البردية عندهم عندما استجابوا للعلاج النفسي.

**5 – 2 – 2 حمى القش:**

أشار (عطوف، 1981، ص 176) أن حمى القش هي أحد أنواع الحمى وتظهر على شكل زكام شديد يكون أحيانا موسميا ويصاحبه دائما حالات من ضيق التنفس وانسداد الانف مع مخاط مستمر، وتلعب الحالة النفسية دورا كبيرا في تطور العرض السيكوسوماتي وطبيعي لإنسان في حالة انفعال شديد كالحزن أو البكاء بأن يلعب الانف لديه دورا كبيرا في الاستجابة الانفعالية، وقد اكتشف أحد علماء التحليل النفسي علاقة كبيرة بين حمى القش والصراع الجنسي وبالذات حالات الكبت الجنسي والبرود الجنسي.

**5 – 2 – 3 الربو الشعبي:**

الربو من الناحية الطبية نوع من أنواع الحساسية ويصبح الفرد الحساس مفرط الحساسية لمثيرات هذه الحساسية التي لم تكن ضارة فيما سبق ثم أصبحت مثيرة لردود فعل فيسيولوجية ذات طابع مرضي وهنا يزداد افراز بعض المواد الكيمياوية مثل الهستامين وهو عبارة عن الأمينات التي توجد في كل أنسجة الحيوانات والنباتات ويقوم بتوسيع الشعيرات الدموية ويخفض من ضغط الدم وينبه الافرازات المعدية، وقد يسبب وفاة المريض في بعض الأحيان.

السبب الحقيقي للإصابة بأي نوع من أنواع الحساسية غير معروف في بعض الحالات وأن كانت ترد إلى العنصر الوراثي أو التكوين للجسم.

ولكن ( سترينج streng) يرى أن العوامل الانفعالية تلعب دورا في رد فعل الخلايا، وقد تبين أن هذا الرد للفعل يحدث نتيجة امتزاج العوامل الانفعالية مع وجود المادة المثيرة للحساسية، ورأى أيضا أنه من الممكن منع حدوث هذا العرض بإزالة العامل الانفعالي عن طريق العلاج النفسي أو عن طريق تحييد المادة المثيرة للحساسية طبيا أو خفض إحساس الأنسجة ومن الجدير بالذكر أن رد فعل الحساسية قد يحدث في غيبة المادة التي تثيره. أما عن تفسير حدوث الربو نتيجة عوامل نفسية يرجع إلى بروفيل الشخصية فمرضى الربو يعتمدون في سلوكهم الظاهري على غيرهم.

كما لديهم مشاعر بعدم الكفاءة والمواءمة ويمكن تمييز نمطين من شخصية المصابين بالربو السيكوسوماتي النمط الأول يبدي اعتمادا كبيرا على الآخرين وهو سلبي في تعامله مع الآخرين، أما النمط الثاني يستخدم حيلة من حيل الدفاع اللاشعورية وهي التكوين العكسي ليحمي نفسه من اعتماده على الغير ولذلك فهو مندفع وعدواني ودائما مستعد في الدخول في مجالات حامية (أورد في: بنجابي، 1999، ص 75).

**5 – 3 الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الدوراني والقلب:**

**5 – 3 – 1 ارتفاع ضغط الدم:**

أشار (غانم، 2011، ص 192) إلى أن التحكم الزائد في الانفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظي والمرئي عن الصراعات الداخلية يؤدي إلى جهد على الجهاز العصبي مما يؤثر على إفراز بعض الهرمونات مثل الإدرينالين والريدنين والتي تؤدي بدورها إلى زيادة ضغط الدم وعادة ما يكون مرض الضغط المرتفع من ذوي الشخصيات الوسواسية الذين يميلون للإتقان والنظام، مما يجعل تكيفهم مع المجتمع صعبا ومجهدا.

إن كل شخص لديه بالطبع ضغط دم لأن القلب يضخ الدم خلال الجسم تحت ضغط ولو استمر ضغط الدم مرتفعا، حيث إن قراءة ضغط الدم 140 /90 تعد عالية ويكون الجهاز الدوري القلب والاوعية الدموية تحت ضغط وشدة، وحين يحدث ذلك لسنوات يكون الفرد في خطر متزايد من حدوث جلطة أو أزمة قلبية.

وضغط الدم هو عبارة عن قوة الضغط الذي يمثله الدم أثناء سريانه داخل الشرايين على الجدار الداخلي لهذه الشرايين، وهذا الضغط هو الذي يحافظ على استمرار تدفق الدم ونقله من القلب إلى جميع خلايا الجسم، حيث تقوم الشرايين بتنظيم الضغط وكمية الدم المارة بها عن طريق التمدد والتقلص المنتظم من نبضات القلب، فإذا ما فقدت هذه الشرايين مرونتها لأي سبب من الأسباب عندها تزيد مقاومة الشرايين لمرور الدم وتعتبر عاملا هاما ما لمعرفة مستوى ضغط الدم والسيطرة عليه.

**5 – 3 – 2 أمراض الشرايين التاجية:**

أشار إليها (سلامي، 2008، ص 143) أنها عبارة عن حدوث ضيق في الأوعية الدموية التي تحمل الأكسجين الذي يغذي عضلة القلب. وتشمل الذبحة القلبية، الجلطة القلبية، موت عضلة قلبية وغيرها. ويؤكد معظم الأطباء المختصين في هذه الأمراض أن الإصابة بأمراض انسداد الشرايين التاجية تكون أكثر

حدوثا عند الناس الذين يتكلمون بصوت عال وعند الناس المرهقين بسبب ظروفهم المعاشية كما أن غالبية المصابين بهذه الأمراض هم من الناس فائقي الحيوية الذين يركزون كل حواسهم نحو هدف معين، وإن أغلب هؤلاء المرضى كثيرو الطموح ويقومون باستهلاك أنفسهم دون حساب من أجل بلوغ أهدافهم التي ترتكز تدعيم قوتهم في المجتمع.

**5 – 3 –3 عصاب القلب:**

حسب (عطوف، 1981، ص ص 163– 164) فإن عصاب القلب عبارة عن أعراض مختصة بالقلب ولكنها سيكولوجية الأصل والأعراض هي ارتعاش وخفقان القلب وقصر في التنفس وتشنج ولغظ وألم. ولا بد من فحص طبي مسبق قبل تشخيص المرض على أنه اضطراب سيكوسوماتي لوجود أعراض مثيلة في أمراض القلب العضوية وكذلك لا نستطيع تشخيص عصاب القلب قبل أن نتحقق من وجود توتر وصراع انفعالي. ومن الخبرات الأساسية التي تساعد على ظهور عصاب القلب:

اهتمام الطبيب الزائد بقلب المريض، فشل المريض في أن يجتاز فحصا جسميا، حدوث مرض في القلب أو (وفاة فجائية) لأحد أصدقاء المريض أو لفرد من عائلته، ظهور أعراض قلبية بسيطة على المريض بشكل فجائي وغير متوقع وربما (تكون وقتية)، كالأعراض التي تحدث نتيجة عوامل ثانوية كاستعمال المخدرات والإدمان على الخمور أو التدخين الشديد والإسراف في القهوة.

وهذه الأسباب السابقة لا تهيئ الفرصة لعصاب القلب إلا عند الأشخاص الذين يعانون من (قلق) أساسي والمشغولين دائما بوظائف أجسامهم ولا يوجد شكل واحد لتوافق الشخصية في هذا الاضطراب، لكن الخوف الدائم من الموت والكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض من جذب اهتمام البيئة عن طريق المرض يعتبران عاملين لهما دلالة هامة في كل الحالات تقريبا. وذكر (عباسة، 2018، ص 138) أنّ أول من وصف العصاب الطبيب الأمريكي الفريد ستيل (1863) قائلا بأنه ينشا من حالة قلق وصراع وإحباطات

وشدة نفسية مزمنة أو متكررة ومرضى عصاب القلب قلقون بسبب خوفهم من الموت ومن النوبات القلبية وتقدر نسبة حدوث هذا العصاب بحوالي 11 % الى 12 % من مرضى القلب ولدى النساء أعلى منه لدى الرجال، وعادة يعالج المريض بالعلاج الكيمائي عن طريق الأدوية والعلاج النفسي.

**5 –4 الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العضلي والهيكلي:**

**5 – 4 – 1 أوجاع الظهر:**

حسب (طراد، 2021، ص 120) فإن أوجاع الظهر عبارة عن الام أسفل الظهر وشتى أنواع الشكاوي الغضروفية والعضلية وحتى التشنج العضلي (المغص Cramps) والآلام المرتبطة بالعصعص. وفي دراسة قام بها " جيمس هاليدي " أحد الأساتذة البريطانيين في الأمراض السيكوسوماتية وجد أن المصابين بألم الظهر يكونون في غاية الاستقامة ويميلون إلى الإخلاص في العمل بشكل ملحوظ ... وقد يكون ألم الظهر رد فعل لحالة اكتئاب.

وذكر (شحام، 2015، ص 554) أن ألآلآم أسفل الظهر ترتبط باضطرابات عصابية مختلفة كما قد تنشأ عن توترات مستمرة مستعصية الحل أو قد تمثل تعبيرا رمزيا عن معاناة المريض واستيائه من ثقل المسؤوليات وأعباء الحياة وحسب دراسة لأحد أساتذة البسيكوسوماتيك البريطانيين (جيمس هاليدي) تبين أن المصابين بألآم الظهر يكونون في غاية الاستقامة ويميلون للتمسك بأرائهم وقد يكون كرد فعل لحالة اكتئاب.

**5 – 4 –2 التهاب مفاصل الروماتيزم:**

وهو مصطلح عام يشير إلى عدد من الظروف المختلفة التي يمكن أن تحدث تورم وألم بأربطة المفاصل، كذلك آلام أسفل العمود الفقري، وتزداد شدة هذا الاضطراب مع الجهد الانفعالي الذي يتعرض له الفرد والسمة الشخصية المشتركة هو الإحساس بالجهر والنبذ والثورة مع ميول عدوانية مصحوبة بالشعور بالذنب نحو الأقارب.

ويضيف " دانبر Dunber " أن شخصية مريض المفاصل تتميز بالصراعات الجنسية والعدوانية المكبوتة وعدم الكفاية والحاجة لجلب الانتباه.

ويقول أبو النيل قد يرجع روماتيزم المفاصل أوآلام المفاصل لمشكلة انفعالية بسيطة، وقد يكون قناعا لاضطراب انفعالي عميق مدفون وقد يؤدي ذلك إلى إصابة على مستوى نسيج العضو فتتورم المفاصل وتشتد الالام (أورد في: طراد، 2021، ص 121).

التهاب المفاصل الروماتيزمي يصيب الافراد في مختلف الأعمار حيث يرتبط بضعف الشخصية والضغوط البيئية المختلفة ويعتبر تعبيرا عن العدوانية عن طريق الألم المستمر. والاصابة بهذا المرض تنبئ عن تهيؤ وراثي يمكن الاستدلال عليه من خلال بروتين يوجد في الدم يعرف باسم العامل الروماتويدي الذي يشير وجود إلى استهداف الشخص للإصابة بهذا المرض ويوجد في دم المرضى بنسبة (50 %) ويبقى التفاعل بين العوامل الانفعالية والوراثية واضحا حسب دراسة قام بها الدكتور (ستانفورد ميروتز Stanford Meyerowitz) على التوائم المطابقة (أورد في: شحام، 2015، ص 553).

**5 – 5 اضطرابات الجهاز العصبي:**

**5 – 5 – 1 الصداع:**

هناك عوامل سيكوإنفعالية عديدة تؤدي إلى الصداع فحسب ( عطوف، 1981، ص ص 165 – 166 ) قد تحدث أنواع من الصداع ناجمة عن التوتر نتيجة تغيرات في أوعية القلب تؤدي إلى زيادة في الضغط الداخلي للجمجمة ونحن ننظر إليها باعتبارها أعراض ثانوية للارتفاع الأساسي في الضغط ويرتبط الصداع في أغلب الأحيان من وجهة نظر السيكوديناميةبالكراهية المكبوتة وأما الصداع النصفي فله أساسه التكويني

والسيكوديناميي وهو دائما شديد ومصحوب بالغثيان والقيء وباضطراب الرؤية البصرية وقد لاحظ بعض الباحثين أن هذا النوع من الصداع يرتبط بحالات الهستيريا والصرع.

صنفت الجمعية العالمية للصداع نحو (100) نوع مختلف لاضطرابات الصداع معظمها ذات أسباب غير معروفة، غير أن الأبحاث دلت على أن معظمها مصدرها الجملة العصبية المركزية من خلال آليات عضلية ووعائية، مثل الصداع التوتري الناتج عن تشنج في عضلات الرأس والكتفين وأعلى الظهر والشقيقة كصداع وعائي. ويلعب الضغط دورا هاما في حدوثه، لأنه يسبب تغيرات بيولوجية نتيجة النشاط العصبي الهرموني، مما يؤدي إلى اضطرابات في الجهاز الدوري خاصة على مستوى الدورة الدماغية فينتج الصداع فالشخص المصاب به غالبا ما تجتمع عليه مجموعة من الضغوط المتراكمة المؤثرة في الاوعية الدموية للرأس، مما يسبب توتر عضلات الرأس وبالتالي الإحساس بألم الصداع.

وفي دراسة على (400) مريض تبين أن الصداع الراجع للتوتر النفسي حدث بشكل خاص في حالات الشعور بالذنب والقلق، مواقف الصراع وفي دراسة على مجموعة من المرضى ذوي الاستعداد للاستجابة بالصداع وآلام الرأس، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية أدت إلى توترات عضلية في عضلات الجبهة. ومعظم النوبات يسبقها التعرض للضغط والإحباط، فضغوط العمل مثلا والمشاجرات عوامل مهددة للإصابة به. وأشار (لينش، 1977) إلى أن الضغط هو أهم عامل في حدوث الصداع النصفي وأن الألم يكون غالبا في الفترة التي تلي التعرض للضغط مهما كانت مصادره، وتؤكد الدلائل على وقوف الاحباطات والضغوط النفسية والمواقف المهددة للذات اجتماعيا أو نفسيا واقتصاديا كالخوف من الفصل في العمل أو الرسوب في الامتحان أو الفشل في الزواج وراء حالات الصداع النصفي (أورد في: شحام، 2015، ص 551).

يتضح لنا أن للاضطرابات السيكوسوماتية عدة أنواع منها نجد اضطرابات الجهاز الهضمي والتغذية التي تعتبر اضطرابات تمس المعدة والأعضاء المرتبطة بها بحيث تم الإشارة إلى كل من قرحة المعدة التي تتمثل في إنتاج كميات كبيرة من العصارات والتي تؤدي بدورها إلى حدوث تقرحات على مستوى المعدة، التهاب القولون الذي يمثل حدوث خلل على مستوى القولون يؤدي إلى ظهور آلام حادة ويصل في بعض الأحيان إلى نزيف، الإمساك المزمن ثالثا، الشراهة وفقدان الشهية العصبي. ومنها الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز النفسي والمتمثلة في كل من النزلات البردية حمى القش المتمثلة في زكام شديد الربو الشعبي وهو نوع من أنواع الحساسية المفرطة. الاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز الدوراني والقلب التي تشمل ارتفاع ضغط الدم، أمراض الشرايين التاجية التي تتجلى على شكل ضيق في الأوعية الدموية، عصاب القلب. والاضطرابات السيكوسوماتية للجهاز العضلي والهيكلي والتي تشمل كل من أوجاع الظهر إلتهاب مفاصل الروماتيزم واضطرابات الجهاز العصبي بما فيها الصداع ومجملا يمكن القول أن كل هذه الإضطرابات يمكن إرجاعها للحالة الإنفعالية ومدى تأثيرها على الجسد.

**6 – تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:**

ان تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي حسب ما ذكره (مناع، 2016، ص368) يعتمد أولا على إجراء الفحوص الطبية اللازمة والتي تشمل في العادة فحص الجهاز العصبي، الأحشاء الداخلية، القلب الجهاز التنفسي مع التأكد على موضع الألم والاضطراب وبعدها دراسة تاريخ حياة المريض لكي يتبين وجود العامل الانفعالي وفيما يلي عرض للمعايير التشخيصية:

-وجود حالة طبية عامة.

-عوامل نفسية تؤثر عكسيا على الحالة الطبية بإحدى الوسائل التالية:

-تؤثر العوامل على الحالة الطبية العامة كما يتضح الارتباط الزمني بين العوامل النفسية ونمو أو تفاقم أو تأخر شفاء المريض.

-تتداخل العوامل النفسية مع العلاج من الحالة الطبية العامة.

تشكل العوامل النفسية مخاطر صحية إضافية للفرد.

تعمل الاستجابة الفيسيولوجية المرتبطة بالضغوط النفسية على ترسم أو تفاقم الأعراض الخاصة بالحالة الطبية العامة.

ذكر ( قويدري ، 2020 ، ص ص 562 - 563) أن تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية وفقا لما ورد في تصنيف الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس DSM – 5 الأعراض الخاصة أنّ واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية، أفكار ومشاعر أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي : أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص ، استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو أعراض الشخص، الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية، الحالة العرضية تبقى ثابتة عادة تستمر لمدة تزيد عن 6 أشهر.

أعاد DSM V صياغة معايير التشخيص من أجل الاعتماد بشكل أقل على الأنماط الصارمة للأعراض الجسدية والمزيد على الدرجة التي تكون فيها أفكار المريض ومشاعره وسلوكياته بشأن أعراضه غير متناسبة أو مفرطة. تكون الأعراض شديدة بشكل عام بما يكفي للتأثير على العمل والعلاقات وتقود الشخص إلى استشارة الطبيب وتناول الدواء وتشمل المعايير الرئيسية المدرجة في DSM V هي كما يلي:

-الأعراض الجسدية.

-الأفكار المفرطة والمشاعر والسلوكيات المتعلقة بهذه الأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها:

-ارتفاع مستوى القلق المرتبط بالصحة.

مخاوف غير متناسبة ومستمرة حول خطورة الأعراض الطبية.

الإفراط في الوقت والطاقة المخصصان لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية.

المزمن: تستمر الحالة الجسدية لأكثر من 6 أشهر.

يتضح لنا من خلال ما تم التطرق إليه التشخيص يعتبر خطوة مهمة جدا سواء للإنسان المريض أو حتى الإنسان الذي يتمتع بصحة جيدة، فالإنسان المريض سيتمكن من معرفة مكمن الخطر أو الإضطراب الذي يعاني منه وبالتالي سيباشر العلاج مباشرة. فالتشخيص يشمل الأعراض المتمثلة في أعراض جسدية تصاحبها آلام شديدة تؤدي إلى التأثير على الحياة اليومية للفرد ومن أجل تشخيص جيد تم الإعتماد على المعايير الرئيسة التي تم ذكرها سابقا.

## 7 – علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن الطب السيكوسوماتي يؤكد أثر العوامل النفسية والاجتماعية في الاضطرابات الجسمية يحدد الأنماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي، ولهذا يذهب بعلاج هذه الأمراض ويبحث عن طريق علاجها ومن بين سبله العلاجية حسب (عباسة، 2018، ص 146) ما يلي:

**7 – 1 العلاج الدوائي:**

استعمال العقاقير في الأمراض السيكوسوماتية يعتبر من أسرع حالات العلاج والتهدئة في الامراض ولا يؤدي إلى الشفاء التام ومن الأدوية التي تستعمل لهذا الغرض نذكر:

-مضادات القلق من أجل تلطيف حدة التوتر ومساعدة المريض على الاسترخاء.

-مضادات الاكتئاب من أجل علاج الاكتئاب الذي يصاحب الأمراض السيكوسوماتية.

-الأدوية المانعة لفعل الادرينالين يمنع تأثير الجهاز العصبي اللاإرادي على أعضاء الجسم.

**7– 2 العلاج النفسي:**

ويتمثل في العلاج النفسي للجوانب النفسية المرتبطة بالارتباطات حيث وجد أن العلاج المعرفي السلوكي مفيد في بعض الاضطرابات مثل: الصداع، التبول اللاإرادي، فقدان الشهية والشراهة، ومن الأمور المدعمة للعلاج ضرورة تعاون آهل المريض مع القائمين بالعلاج وستدعي العلاج الكشف عن العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية التي قد تسبب هذه الاضطرابات.

ومن وسائل هذا العلاج تقنيات الاسترخاء التي تمارس بشكل فردي أو جماعي وبذلك يحصل المريض على الراحة والانبساط والاعتماد أيضا على التنويم المغناطيسي للمريض وتخليصه من آلامه الذي يستعمل خاصة في اضطراب الجلد والربو(عباسة، 2018، ص 146).

**7 – 3 العلاج بالإرشاد النفسي:**

يعرف على أنه عملية إرشاد الفرد إلى طرق مختلفة تساعده على إستخدام قدراته للتكيف مع الوسط الاجتماعي المنتمي إليه فالإرشاد النفسي للمريض يساعد على تعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها المريض ويمده بطرق مختلفة تساعده على استخدام قدراته مع الواقع المعاش، حيث هناك علاج جماعي

في الحالات المتشابهة كالقرحة والسمنة ... إلخ، والعلاج الفردي كالاضطرابات الجنسية. ويكون هذا العلاج بالمقابلة العيادية والعلاقة الارشادية بين المرشد والمسترشد.

**7 – 4 التغذية الرجعية الحيوية:**

هي عملية تدريبية تسمح للمريض بتغيير بعض الوظائف الحشوية والفيزيولوجية للجسم وهي عادة ما تكون اللاإرادية وآلية، وذلك باستخدام أجهزة إلكترونية لكشف وقياس المتغيرات الفيزيولوجية (نبضات القلب، ضغط الدم، التوتر العضلي، موجات الدماغ) وبعدها تتم التغذية الراجعة الحسية. فالتدريب المتواصل يساعد على التحكم المستمر في الاستجابة الفيزيولوجية المراد تغييرها، وهي تستخدم في مجال التحكم في الآلام، والصداع، وارتفاع الضغط الدموي والربو، السكري(عباسة، 2018، ص 146).

نستنتج مما سبق الذكر أنّه من المهم والضروري مواجهة هذه الاضطرابات عن طريق مختلف العلاجات الممكنة التي حددها الطب السيكوسوماتي، وهي عديدة من بينها العلاج الدوائي الذي يعتبر ضروريا خاصة وأنه فعال ويؤدي إلى الشفاء وفيه تستعمل عدة أدوية ومضادات مختلفة، أيضا العلاج النفسي الذي يتخذ منحنى مختلف تماما عن العلاج الدوائي فهو يتمثل في علاج الجوانب النفسية فهو مفيد لبعض الاضطرابات ومن أجل نجاح العلاج يجب أن يكون هناك إتحاد وتآزر بين عائلة المريض والطبيب القائم على عملية العلاج. كذلك العلاج بالارشاد النفسي مهم جدا فهو يتمثل في مساعدة الفرد وإيصاله للطريق الصحيح وكل ذلك بغية التأقلم مع المحيط الذي ينتمي إليه، أيضا العلاج عن طريق التغذية الرجعية الحيوية المتمثلة في شكل تدريب من أجل تغيير بعض السلوكيات، تستخدم من أجل فرض السيطرة على عدة اضطرابات كالصداع.

**خلاصة الفصل:**

ومن خلال ما تم التطرق إليه من تعاريف ونظريات نجد بأنها تؤكد كلها على العلاقة الموجودة بين الجسم والنفس، بالإضافة للتأثير المتبادل بينهما. كذلك الإختلاف الجوهري للتفسيرات حول هذه الاضطرابات وذلك بحسب اختلاف النظريات والاتجاهات، كما نستنتج أن الاهتمام الطبي الحديث بالعلاقات بين العقل والجسد والتقدم البحثي أدى إلى زيادة الوعي حول العلاقة الهادفة بين الحالات الانفعالية والاضطرابات السيكوسوماتية.

# الفصل الرابع :

# الإجراءات المنهجية للدراسة

**تمهيد:**

تعد الدراسة الميدانية وسيلة هامة للكشف عن الحقائق في مجتمع الدراسة، حيث عن طريقها يمكننا جمع المعلومات والبيانات وتحليلها لدعم الجانب النظري وتأكيده . حيث سنتطرق الى الإجراءات المنهجية في جانبها التطبيقي الذي سنتناول من خلاله المنهج المتبع في الدراسة، وصف ميدان الدراسة كيفية إجراء الدراسة الاستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس المعتمد عليها من الصدق والثبات بمختلف طرقها، كما سيتم التطرق إلى عينة الدراسة وكيفية اختيارها ومن ثم ذكر أهم الأدوات المعتمد عليها في جمع البيانات وأهم الأدوات المعتمد عليها في تحليل البيانات وأخيرا تحديد حدود الدراسة.

## 1- منهج الدراسة:

من أجل أن تكون الدراسة علمية يجب تحديد المنهج الذي يصلح استخدامه للظاهرة المدروسة في إطار الموضوع والمحتوى المراد دراسته. لذا اقتضت الدراسة الحالية الإعتماد على المنهج الوصفي كونه الأكثر ملائمة للدراسات الإرتباطية حيث تمثلت في علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

## 2- وصف ميدان الدراسة:

تم إجراء الدراسة الحالية في المستشفى الجامعي ندير محمد، الذي يقع في ولاية تيزي وزو يحده من الشمال وسط مدينة تيزي وزو، من الجنوب المجمع الرياضي أوّل نوفمبر، من الشرق الطريق الوطني رقم (1) ومن الغرب شارع لامالي أحمد، حيث تبلغ مساحته الإجمالية (42.287.50 متر مربع)، أما مساحة البناء تقدر بـ (11.587 متر مربع).

تم افتتاح المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو في 28 جويلية (1955) حيث شمل عددا محدودا من التخصصات الطبية وفي عام (1974) أصبح قطاعا صحيا بفضل مختلف الوحدات الصحية المرتبطة به، وفي عام (1982) تحوّل من القطاع الصحي إلى القطاع الصحي الجامعي (SSU) وذلك من خلال افتتاح التدريب الطبي متعدد التخصصات، وبهذا أصبح (CHU) مؤسسة إدارية عامة ملحقة بوزارة الصحة، وقد تم إنشاؤها بموجب المرسوم رقم 25/86 المؤرخ 11 فبراير (1986) الذي تم الإنتهاء منه وتعديله بموجب المرسوم رقم 294/86 المؤرخ 16 ديسمبر 1986 حيث تم إنشاء مركز مستشفى جامعة تيزي وزو بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ 2 ديسمبر 1989 الذي يحدد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل مراكز المستشفيات الجامعية وكجزء من مهامها يدير المركز الإستشفائي الجامعي (CHU) في تيزي وزو مجلس إدارة يرأسه مدير عام مع مجلس علمي وتساعده لجنة استشارية، حيث تم تثبيت المقر الرئيسي للمستشفى الجامعي تيزي وزو بمستشفى ندير محمد .

المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد هو مؤسسة إدارية عامة بسعة (1043) سريرا مقسما إلى (42) قسم، حيث يشمل جميع التخصصات الطبية والجراحية، البيولوجيا، الأشعة وغيرها من الإستكشافات كما يعتبر مؤسسة مرجعية يغطي عدد سكانها حوالي 03 مليون نسمة، بالإضافة إلى مهنته المضيافة فإنه يوفر التدريب، حيث يتكون من: وحدة الأم ندير محمد، وحدة بلوا، عيادة الأسنان، طب العمل.

يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي هو المسؤول فيما يتعلق بمؤسسة التعليم العالي والتدريب في العلوم الطبية، ومهام التشخيص، الإستكشاف والرعاية، الوقاية والتدريب، الدراسة والبحث ومن أبرز مهامه ما يلي:

- **الصحة:** يعمل على ضمان أنشطة التشخيص والرعاية والإستشفاء والإستعجالات الطبية الجراحية والوقاية وكذلك أي نشاط يساهم في حماية وتعزيز الصحة والسكان، **و**يعمل على تطبيق البرامج الصحية

الوطنية والإقليمية والمحلية، والمساهمة في تعزيز وحماية البيئة في مجالات الوقاية والنظافة والصرف الصحي ومكافحة المضايقات والشرور الإجتماعية، بالإضافة إلى هذه المهام، تضمن وحدة الرعاية الصحية للسكان المقيمين في المناطق المجاورة.

– **التدريب:** يعمل على ضمان التعاون مع مؤسسة التعليم العالي للتدريب في العلوم الطبية والتدريب المتخرج والدراسات العليا في العلوم الطبية والمشاركة في تطوير وتنفيذ البرامج ذات الصلة، المشاركة في تدريب وإعادة تدريب وتطوير العاملين الصحيين.

– **البحث:** يعمل على القيام في إطار اللوائح المعمول بها بإجراء الدراسات والبحوث في مجال العلوم الصحية وتنظيم الندوات والملتقيات وأيام دراسية وغيرها من الأحداث التقنية والعلمية لتعزيز أنشطة الرعاية والتدريب والبحث في العلوم الصحية ( أورد في: بوتوتة، 2020، ص 174).

## 3- الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية مرحلة تمهيد للدراسة الأساسية في أي بحث من البحوث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، وتعد خطوة أساسية وهامة تساعدنا في التعرف على الميدان الذي ستطبق فيه الدراسة لذا يكمن الهدف من إجراء دراسة استطلاعية في التحقق من مدى إمكانية الوصول في الدراسة النهائية إلى العينة المستهدفة والتأكد من مدى توفر المتغيرات التي بنيت عليها الدراسة الحالية والتي تكمن في كل من الأخطار النفسية الإجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية والعينة المتمثلة في الممرضين العاملين في بعض المصالح العلاجية لمستشفى الجامعي ندير محمد، حيث هدفنا من خلال الدراسة الإستطلاعية إلى التحقق من جميع البنود الواردة في أدوات القياس المتمثلة في مقياس الأخطار النفسية الاجتماعية لـ Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin (2012) واستبيان الاضطرابات السيكوسوماتية المعتمد عليها ومدى وضوح عباراتها وكذا مدى قياسها للظاهرة المدروسة.

قد تم إجراء الدراسة الإستطلاعية في شهر فيفري (2025) في المستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو وذلك على عينة قدّرت ب (50) ممرض ممرضة تمّ اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة وذلك من ضمن الممرضين الذين يعملون في بعض من المصالح العلاجية للمستشفى بما فيها مصلحة الجراحة العامة، مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض الدم، مصلحة غسل الكلى، مصلحة طب الكلى، مصلحة المسالك البولية مصلحة جراحة الأحشاء، مصلحة الإستعجالات. حيث أظهروا حماسا ورغبة في المشاركة فيما يخص موضوع الدراسة المتمثل في علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالاضطرابات السيكوسوماتية وهذا بعد إحاطتهم أن هدف الدراسة علمي سيستخدم لغرض بحت فقط حول الأخطار النفسية الاجتماعية التي يمكن أن يعانوا منها جراء ذلك قصد تقديم اقتراحات تساعدهم على القيام بمهامهم وتحقيق الاستقرار والرفاهية في مهنتهم.

بعد اختيار عينة الدراسة تمّ توزيع على أفرادها مقياس الأخطار النفسية الإجتماعية الذي تبنيناه من أطروحة " بوتوتة "( 2020 ) حول علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين – دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد –وذلك بعد عرضهما على مجموعة من المتخصصين في علم النفس العمل والتنظيم وقد كان غرضنا من ذلك التأكد من مدى صلاحية الأدوات المعتمد عليها ومدى وضوح عباراتها وسلامة تعليماتها.

وبعد جمع البيانات واختبارها احصائيا توصلنا إلى تحقق صدق الأداتين بنوعيها صدق المحكمين وصدق الإتساق الداخلي، مع تحقق خاصية الثبات بنوعيها ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية والتي سيتم عرض نتائجها بالتفصيل في عنصر الخصائص السيكومترية لأدوات القياس.

## 4-عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

تم إدراج عينة الدراسة في مجموع الممرضين من كلا الجنسين ( ذكورا واناث) بلغ عددهم (1104) ممرض يعملون في مختلف الأقسام العلاجية التابعة للمستشفى الجامعي ندير محمد والتي

يبلغ عددها (42) مصلحة علاجية، حيث تم توزيع (120 ) استمارة ونظرا لضياع البعض واستبعاد الإستمارات التي تتسم باجابات ناقصة أصبح حجم عينة الدراسة الأساسية (114) ممرض وممرضة يمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (10,82%) تم إختيارهم بطريقة العينة القصدية، وذلك في نفس المصالح العلاجية التي تمت فيها الدراسة الإستطلاعية التي تتمثل في كل من مصلحة الجراحة العامة ، مصلحة طب الأطفال، مصلحة أمراض الدم، مصلحة غسل الكلى، مصلحة طب الكلى مصلحة المسالك البولية، مصلحة جراحة الأحشاء، مصلحة الإستعجالات . مع استبعاد (50) ممرض من ضمن الذين شاركوا فيها حيث يمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (53, 4%)، وقد حافظنا على نفس المصالح العلاجية اسنادا لما تم التوصل إليه نتائج أولية أشارت إلى تعرض الممرضين فعلا للأخطار النفسية الإجتماعية في هذه المصالح.

**جدول رقم (1): يبين توزيع أفراد مجتمع الدراسة الدراسة:**

| المجتمع الأصلي | عينة الدراسة الاستطلاعية | النسبة المئوية | المجتمع الأصلي للدراسة بعد حذف عينة الدراسة الاستطلاعية | عينة الدراسة الأساسية | النسبة المئوية |
|---|---|---|---|---|---|
| 1104 | 50 | 4,53% | 1054 | 114 | %10,82 |

يتضح من خلال الجدول رقم (1) أن افراد المجتمع الأصلي لعينة الدراسة الإستطلاعية قد بلغ عددهم ( 1104 ) ممرض وممرضة ، أما حجم عينة الدراسة الإستطلاعية فقد قدرت ب (50) ممرض وممرضة وذلك بنسبة مئوية تتمثل في ( 4,53%)، أما أفراد المجتمع الأصلي للدراسة بعد حذف عينة

الدراسة الإستطلاعية قد بلغ عددهم ( 1054 ) ممرض وممرضة، أما حجم عينة الدراسة الأساسية فقد قدرت ب ( 114 ) ممرض وممرضة وذلك بنسبة مئوية تتمثل في (10,82%).

**- خصائص عينة الدراسة:**

تتوزع عينة الدراسة حسب مجموعة من الخصائص المتمثلة في كل من الجنس، السن، الحالة العائلية، الأقدمية في العمل.

**- حسب الجنس:**

**جدول رقم (2): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.**

| التكرارات / الجنس | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| **الذكور** | 40 | %35,1 |
| **الإناث** | 74 | %64,9 |
| **المجموع** | 114 | %100 |

يتضح من خلال الجدول رقم (2) أنّ أغلبية أفراد عينة الدراسة تتكوّن من فئة الإناث حيث بلغ عددهن (74) ممرضة ويمثلن نسبة مئوية تقدر بـ (64,9%) من مجموع أفراد عينة الدراسة في حين بلغ عدد الذكور (40) ممرضا ويمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (35,1%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

نستنتج أن نسبة الممرضات تفوق نسبة الممرضين وقد يكون ذلك راجع إلى طبيعة مهام مهنة التمريض التي تجلب النساء أكثر من الرّجال.

-السن:

**جدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب السن.**

| السن / التكرارات | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| **أقل من 30 سنة** | 38 | %33,3 |
| **من 30 الى 40 سنة** | 42 | %36,8 |
| **أكثر من 40 سنة** | 33 | %28,9 |
| **المجموع** | 114 | % 100 |

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أنّ عدد الممرضين الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (أقل من 30 سنة) قد بلغ عددهم (38) ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (33,3%) حيث تمثل أصغر نسبة من مجموع أفراد العينة، ونلاحظ أنّ الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (من 30 سنة الى 40سنة) قد بلغ عددهم (42) ممرض وممرضة ويمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (36,8%)، في حين نلاحظ أن الذين ينتمون الى الفئة العمرية (أكثر من 40 سنة) قد بلغ عددهم (33) ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (28,9%).

نستنتج أن غالبية أفراد عينة الدراسة ينتمون إلى الفئة العمرية المنحصرة بين (30إلى 40 سنة) وذلك دليل على الإقبال الكثيف لفئة الشباب نحو مهنة التمريض.

- حسب الحالة العائلية:

**جدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.**

| الحالة العائلية / التكرارات | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| أعزب | 51 | %44,7 |
| متزوج | 63 | %55,3 |
| المجموع | 114 | %100 |

يتضح من خلال الجدول رقم (4) أنّ أغلبية أفراد عينة الدراسة من فئة المتزوجين، وقد بلغ عددهم (63) ممرض وممرضة حيث يمثلون نسبة مئوية قدرت بـ (55,3%)، في حين تليها فئة العزاب التي بلغ عددها (51) ممرض وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (44,7%).

**-حسب الأقدمية في العمل:**

**جدول رقم (5): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية في العمل.**

| الاقدمية / التكرارات | العدد | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| **أقل من 5 سنوات** | 36 | %31,6 |
| **من 5 الى 10 سنوات** | 41 | %36,0 |
| **أكثر من 10 سنوات** | 36 | %31,6 |
| **المجموع** | 114 | %100 |

يتضح من خلال الجدول رقم (5) أنّ أغلبية أفراد عينة الدراسة يتمتعون بأقدمية عمل (ما بين 5 إلى 10 سنوات) وقد بلغ عددهم (41) ممرض وممرضة بنسبة مئوية تقدر بـ (36,0%)، في حين نجد أن أفراد العينة الذين بلغ عددهم (36) ممرض وممرضة يتمتعون بأقدمية عمل (أقل من 5 سنوات) بنسبة مئوية تقدر بـ (31,6%) ، كما نجد أيضا أفراد العينة الذين بلغ عددهم ( 36 ) ممرض و ممرضة يتمتعون بأقدمية عمل ( أكثر من 10 سنوات ) بنسبة مئوية تقدر ب ( 31,6% ) .

## 5-أدوات جمع البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية تم الإعتماد على مقياس الأخطار النفسية الاجتماعية الذي اقتبسناه من أطروحة بوتوتة (2020 ) حول علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين – دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد- لقياس الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل

ولقياس الاضطرابات السيكوسوماتية تم الإعتماد على بناء استبيان، حيث سنتناولهما فيما يلي ببعض من التفصيل.

**5-1 – مقياس الأخطار النفسية الإجتماعية:**

لقياس الأخطار النفسية الاجتماعية تم الإعتماد على مقياس Dupret, Bocéréan, Teherani & Feltrin (2012) للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل الذي يحتوي على (46 بندا) موزعة على ستة أبعاد تتمثل فيما يلي:

-بعد الإرغامات الكمية: يحتوي على (06) بنود ترجع إلى عبء العمل، وتيرة العمل المتطلبات المعرفية وتتمحور البنود المرقمة في الاستبيان من البند (01) إلى البند (06).

-بعد التنظيم والقيادة: يحتوي على (16) بند ترجع إلى التنبؤ، الاعتراف، العدل، وضوح الأدوار صراع الأدوار، جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي، الدعم الاجتماعي من طرف المسؤول الهرمي الثقة مابين العمال والإدارة وتتمحور البنود المرقمة في الإستبيان من البند (07) إلى البند (22).

-بعد العلاقات الأفقية: يحتوي على (04) بنود ترجع إلى الثقة مابين الزملاء، الدعم الاجتماعي من طرف الزملاء وتتمحور البنود المرقمة في الإستبيان من البند (23) إلى البند (26).

-بعد الإستقلالية: يحتوي على (04) بنود ترجع إلى مجال التدخل، إمكانية التطور وتتمحور البنود المرقمة في الاستبيان من البند (27) إلى البند (30).

-بعد الصحة والرفاهية: يحتوي على (11) بند ترجع إلى تقييم الصحة الذاتية، الضغط، الاحتراق المتطلبات الإنفعالية، صراع أسرة / عمل، إنعدام الأمن المهني وتتمحور في البنود المرقمة في الاستبيان من البند (31) إلى البند (41).

-بعد المعاش المهني: يحتوي على (05) بنود ترجع إلى معنى العمل، الإلتزام بالمنظمة، الرضا في العمل وتتمحور في البنود المرقمة في الاستبيان من (42) إلى (46).

### ➢ 3 – 1 – 1 الخصائص السيكومترية للمقياس الأخطار النفسية الإجتماعية:

**اوّلا: الصدق**

لتحديد مؤشرات الصدق من مقياس الأخطار النفسية الإجتماعية تم الإعتماد على كل من صدق المحكمين وصدق الإتساق الداخلي، حيث سنتناولهما فيما يلي ببعض من التفصيل.

**صدق المحكمين:**

بعد إتمام مقياس الأخطار النفسية الإجتماعية تم عرضه على خمسة (05) أساتذة في العلوم الإنسانية والاجتماعية وعلم النفس وفق تخصص علم النفس العمل والتنظيم، وذلك للحكم على مدى صلاحية محتواه ومدى سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومدى ملائمتها للبيئة الجزائرية.

بناءا على الملاحظات التي قدمها المحكمين هناك اتفاق على أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه وكذا سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومناسبتها ما عدا بعض العبارات التي أشار الأساتذة المحكمين بوجود خلل في صياغتها اللغوية كما قمنا بحساب نسبة اتفاق الأساتذة المحكمين على مدى صدق المقياس الحالي وذلك بتطبيق معادلة كوبر، حيث تم ايجاد أن نسبة الإتفاق تتراوح ما بين (80) إلى (100) مما يدل على أن المقياس الحالي صادق بحسب أراء المحكمين.

**صدق الإتساق الداخلي:**

تمت دراسة صدق الإتساق الدّاخلي عن طريق تحديد الإرتباط بين كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك طبقا لمعادلة بيرسون. قد أسفرت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

- **ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس.**

**جدول رقم (6): ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس.**

| الأبعاد | الدرجة الكلية | الإرغامات الكمية | التنظيم والقيادة | العلاقات الأفقية | الإستقلالية | الصحة والرفاهية | المعاش المهني |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الدرجة الكلية | 1 | ,370** | ,400** | ,488** | ,542** | ,457** | ,322* |
| الإرغامات الكمية | ,370** | 1 | ,757** | ,651** | ,336* | ,356** | ,551** |
| التنظيم والقيادة | ,400** | ,757** | 1 | ,448** | ,538** | ,279* | ,742** |
| العلاقات الأفقية | ,488** | ,651** | ,488** | 1 | ,591** | ,491** | ,481** |
| الإستقلالية | ,542** | ,336* | ,538** | ,591** | 1 | ,591** | ,439** |
| الصحة والرفاهية | ,457** | ,356** | ,279* | ,491** | ,591** | 1 | ,465** |
| المعاش المهني | ,322* | ,551** | ,742** | ,481** | ,439** | ,465** | 1 |

****دالة عند (0.01) / * دالة عند (0.05).**

يتضح من خلال الجدول رقم (6) أن جميع أبعاد المقياس مرتبطة بالدرجة الكلية للمقياس إرتباطا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، (0.05)، وهذا ما يسمح لنا بالقول أنّ الصدق عن طريق الإتساق الداخلي قد تحقق.

**ثانيا ثبات المقياس:**

للتأكد من ثبات المقياس تم الإعتماد على طريقتين بما فيها طريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا كرومباخ.

### 2-1 طريقة التجزئة النصفية:

لحساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية، تمّ تجزئة بنود المقياس إلى جزئين الأسئلة التي تنتمي للنصف الأوّل والأسئلة التي تنتمي إلى النصف الثاني، من ثم تم حساب معامل الإرتباط برسون بين النصف الأوّل والنصف الثاني للمقياس كما هو موضح في الجدول التالي.

**جدول رقم (7): الثبات بطريقة التجزئة النصفية.**

| القيمة / الأسئلة | برسون | سبيرمان براون |
|---|---|---|
| الأسئلة الفردية | 0.790** | 0.859** |
| الأسئلة الزوجية | | |

يتضح من خلال الجدول رقم (7)، أن قيمة بيرسون قد بلغت (0.790**) وهي قيمة قوية تدل على الإرتباط الموجب بين النصف الأوّل والنصف الثاني للمقياس، وبعد التصحيح باستعمال معادلة سبيرمان وبراون بلغ معامل الثبات الكلي (0.859**) وهو معامل ثبات قوي ودال إحصائيا هذا ما يؤكد على ثبات الإختبار وإمكانية تطبيقه.

**2-2 طريقة ألفا كرومباخ:**

**جدول رقم (8): الثبات بطريقة ألفا كرومباخ.**

| المتغير | معامل ألفا كرومباخ |
|---|---|
| **الأخطار النفسية الإجتماعية** | **0.81** |

يتضح من خلال الجدول رقم (8) أن قيمة معامل ألفا كرومباخ قد بلغت (0.81) وهي قيمة قوية تدل على ثبات الإختبار.

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن معامل الصدق بما فيه صدق المحكمين، صدق الإتساق الداخلي ومعامل الثبات بما فيه التجزئة النصفية، معامل الفا كرومباخ قد تحققا بدرجة عالية ممّا يمكن من تطبيق المقياس على عينة الدراسة الأساسية **(أنظر ملحق رقم 2)**.

**2-5 استبيان الاضطرابات السيكوسوماتية:**

لقياس الإضطرابات السيكوسوماتية تم الإعتماد على بناء استبيان يحتوي على (28) بند وقد توزعت حسب بعدين على النحو التالي:

- بعد الاعراض الجسدية: يحتوي على (14) بند وتشمل كل البنود المرقمة في الاستبيان من البند (01) إلى البند (14).

-يبعد الاعراض النفسية: يحتوي على (14) بند وتشمل كل البنود المرقمة في الاستبيان من البند (15) إلى البند (28).

كما تمّ حساب صدق وثبات الإستبيان على عينة الدراسة الإستطلاعية التي تتكوّن من (50) ممرضا وممرضة من ضمن الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو كما يلي:

- **الخصائص السيكومترية لإستبيان الاضطرابات السيكوسوماتية:**

**اوّلا: الصدق**

لتحديد مؤشرات صدق استبيان الإضطرابات السيكوسوماتية تم الاعتماد على طريقتين الممثلة في كل من صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي حيث سنقدم النتائج التي تم التوصل اليها:

**1- صدق المحكمين:**

بعد اتمام بناء اسئلة استبيان الاضطرابات السيكوسوماتية تم عرضه على (05) أساتذة في علم النفس وفق تخصص علم النفس العمل والتنظيم، وذلك للحكم على مدى سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومدى ملائمتها للبيئة الجزائرية.

وبناءا على الملاحظات التي قدمها المحكمين اتفقوا على أن الإستبيان يقيس ما وضع لقياسه وكذا سلامة الصياغة اللغوية لعباراته ومناسبتها ما عدا بعض العبارات التي أشار الأساتذة المحكمين بوجود خلل في صياغتها اللغوية، كما قمنا بحساب نسبة اتفاق الأساتذة المحكمين على مدى صدق الإستبيان الحالي وذلك بتطبيق معادلة كوبر، حيث تم ايجاد أن نسبة الاتفاق تتراوح ما بين (80) إلى (100) مما يدل على أن الاستبيان الحالي صادق بحسب أراء المحكمين.

**2- صدق الإتساق الداخلي:**

**جدول رقم (9): الإرتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للإستبيان.**

| الأبعاد | الدرجة الكلية | الاعراض الجسدية | الاعراض النفسية |
|---|---|---|---|
| **الدرجة الكلية** | 1.00 | ,979** | ,955** |
| **الاعراض الجسدية** | ,979** | 1.00 | ,963** |
| **الاعراض النفسية** | ,955** | ,963** | 1.00 |

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (9) أن جميع درجات أبعاد الإستبيان مرتبطة بالدرجة الكلية للإستبيان إرتباطا دالا إحصائيا وذلك بمستوى دلالة (0.01)، (0.05).

**ثانيا: ثبات الإستبيان:**

**1- طريقة التجزئة النصفية:**

تمّ تجزئة فقرات الإستبيان إلى جزئين، الأسئلة التي تنتمي للنصف الأوّل المتمثلة في الأسئلة الفردية والأسئلة التي تنتمي إلى النصف الثاني من الإستبيان المتمثلة في الاسئلة الزوجية، من ثم تم حساب معامل الإرتباط بيرسون بين النصف الأوّل والنصف الثاني.

**جدول رقم (10): الثبات بطريقة التجزئة النصفية**

| القيمة / المتغيرات | قيمة برسون | قيمة سبيرمان براون |
|---|---|---|
| الأسئلة الفردية | 0.938** | 0.909** |
| الأسئلة الزوجية | | |

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن قيمة بيرسون قد بلغت (0.938**) بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة قوية وهذا ما يدّل على الإرتباط الموجب بين النصف الأوّل والنصف الثاني للإستبيان وبعد التصحيح باستعمال معادلة سبيرمان وبراون بلغ معامل الثبات الكلي (0.909**) وهو معامل ثبات قوي ودال إحصائيا وهذا ما يؤكد على ثبات الإختبار وإمكانية تطبيقه.

**2- طريقة ألفا كرومباخ:**

**جدول رقم (11): حساب الثبات بطريقة ألفا كرومباخ.**

| المتغير | معامل ألفاكرومباخ |
|---|---|
| الاضطرابات السيكوسوماتية | 0.914 |

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أنه قد تمّ حساب الثبات بطريقة ألفا كرومباخ وقد قدرت قيمته بـ (0914) وهو معامل قوي يدل على ثبات الإختبار.

نستنتج من خلال النتائج أن معامل الصدق والثبات لإستبيان الاضطرابات السيكوسوماتية قد تحققا بدرجة عالية ممّا يمكننا من تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية **(أنظر ملحق رقم 3)**.

على هذا الأساس نستنتج فيما يخص دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات القياس بما فيها الصدق بنوعيه صدق المحكمين وصدق الإتساق الداخلي والثبات بنوعيه التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرومباخ سواء بالنسبة لإستبيان الأخطار النفسية الإجتماعية أو لإستبيان الإضطرابات السيكوسوماتية فانها قد تحققت بنسب عالية لكلا المتغيرين، هذا ما يسمح لنا بالقول أن أدوات القياس المعتمدة في هذه الدراسة صادقة وثابتة وهذا يمكننا من تطبيقها في الدراسة الأساسية.

## 6- أدوات تحليل البيانات:

إن الدراسة العلمية مبنية على تقنيات إحصائية تساعدها في الوصول إلى نتائج وتحليلات دقيقة، فمن أجل اختبار الفرضيات التي تمت صياغتها قمنا بالإعتماد على مجموعة من الأدوات الإحصائية التي تتناسب معها وتتمثل في كل من الإحصاء الوصفي بما فيه النسب المئوية، التكرارات بالنسبة لدراسة خصائص عينة الدراسة والمتوسط الحسابي، المتوسط النظري، الإنحراف المعياري بالنسبة لتحديد درجة تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية ودرجة تعرضهم للإضطرابات السيكوسوماتية.

كما إعتمدنا في دراستنا الحالية على أدوات الإحصاء الإستدلالي بما فيها معامل الإرتباط برسون معادلة سبيرمان براون، معادلة ألفا كرومباخ لحساب صدق وثبات الإستبيان، معامل الإرتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية، كما طبقنا كل من اختبار –ت– لعينة واحدة لتحديد ما إذا كان الممرضون يتعرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية وما إذا كان الممرضون يتعرضون للاضطرابات السيكوسوماتية. وقد تمت معالجة البيانات بالإعتماد على برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS VersioN 20.

## 7- حدود الدراسة :

**الحد المكاني:** تم تطبيق الدراسة بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو دون غيره من المستشفيات

**الحد الزماني:** تم تطبيق الدراسة في الفترة الممتدة بين 06 فيفري إلى 25 مارس.

**الحد الموضوعي:** تم الإعتماد في هذه الدراسة على موضوع الأخطار النفسية الاجتماعية وموضوع الإضطرابات السيكوسوماتية.

**الحد البشري:** تم الإعتماد في هذه الدراسة على عينة الممرضين دون غيرهم من الفئات الأخرى العاملة في نفس ميدان الدراسة.

**خلاصة الفصل:**

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم الخطوات المستعملة في الدراسة الميدانية مع إستعراض أهم الأدوات المستخدمة في جمع وتحليل البيانات ومدى ملائمة المنهج المتبع لموضوع الدراسة، كما تطرقنا إلى التعريف بميدان الدراسة مع تحديد عينة الدراسة وكيفية إختيارها مع خصائصها المناسبة لدراسة الموضوع الذي تطرقنا إليه. كما تعتبر في نفس الوقت المرحلة التي تمهد لنا المرور إلى المرحلة الأخيرة من الدراسة الميدانية والمتمثلة في مرحلة عرض ومناقشة النتائج.

# الفصل الخامس:

# عرض تفسير ومناقشة النتائج

**تمهيد:**

يعتبر فصل عرض ومناقشة النتائج من أهم أجزاء البحث العلمي، حيث يتم فيه تحليل البيانات التي تم جمعها وربطها بالأهداف والأسئلة البحثية ومن ثم تفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة. وفي هذا الفصل سنسعى إلى تقديم رؤية شاملة وموضوعية للنتائج التي تم التوصل إليها مع تحديد مدى تحقق الفرضيات.

## أوّلا-عرض النتائج:

بعد تطبيق أدوات جمع البيانات المعتمد عليها في الدراسة الحالية على عينة الممرضين في المستشفى الجامعي ندير محمد، وبعد تفريغها وحسابها سيتم عرض النتائج التي تم التوصل إليها في الجداول الإحصائية التالية:

### 1-عرض النتائج المتعلقة بالأخطار النفسية الإجتماعية:

لدراسة مدى تعرض الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد للأخطار النفسية الإجتماعية تمّ الإعتماد على كل من الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي، الإنحراف المعياري، المتوسط النظري للإستبيان والإحصاء الإستدلالي المتمثل في حساب إختبار -ت- لعينة واحدة حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

**جدول رقم (12): مدى تعرض الممرضين العاملين في المستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية.**

| المتغير | حجم العينة | المتوسط النظري | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | قيمة–ت– لعينة واحدة | قيمة الدلالة Sig | الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الأخطار النفسية الاجتماعية | 114 | 138 | 153,54 | 22,430 | 73,08 | ,000 | دالة |

**مستوى الدلالة المعتمدة (0.05)**

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (12) أنّ متوسط الأخطار النفسية الإجتماعية التي يتعرض لها الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد قد بلغ (153,54) بانحراف معياري (22,430)، في حين بلغت قيمة المتوسط النظري للإستبيان (138)، أمّا قيمة (T) لعينة واحدة فقد قدرت بـ (73,08) بمستوى دلالة (,000) = Sig وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05). بالتالي نستنتج أن الممرضون الذين يعملون في المستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون إلى الأخطار النفسية الإجتماعية بدرجة مرتفعة.

## 2–عرض النتائج المتعلقة بالاضطرابات السيكوسوماتية:

**–عرض النتائج المتعلقة بمدى تحقيق الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد الاضطرابات السيكوسوماتية.**

لدراسة مدى تحقيق الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد توافق مهني تمّ الإعتماد على كل من الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي، الإنحراف المعياري، المتوسط النظري

للإستبيان والإحصاء الإستدلالي المتمثل في حساب اختبار –ت– لعينة واحدة، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

**جدول رقم (13): مدى تعرض الممرضون العاملون في المستشفى الجامعي ندير محمد للاضطرابات السيكوسوماتية**

| المتغير | حجم العينة | المتوسط النظري للاستبيان | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة–T– لعينة واحدة | قيمة الدلالة Sig | الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الاضطرابات السيكوسوماتية | 114 | 56 | 71,55 | 18,496 | 41,30 | ,000 | دالة |

**مستوى الدلالة المعتمدة (0.05)**

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (13) أنّ متوسط الاضطرابات السيكوسوماتية الذي يحققه الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد قد بلغ (71,55) بإنحراف معياري (18,496)، في حين بلغ المتوسط النظري للإستبيان (56)، أمّا قيمة (T) لعينة واحدة فقد قدرت بـ (41,30) بمستوى دلالة (,000) = Sig وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05). نستنتج أن الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لاضطرابات سيكوسوماتية بدرجة مرتفعة.

**3- عرض النتائج المتعلقة بعلاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.**

لدراسة علاقة الأخطار النفسية الإجتماعية بالاضطرابات السيكوسوماتية تمّ الإعتماد على حساب معامل الإرتباط برسون بين كلا المتغيرين حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (30) فيما يلي:

**جدول رقم (14): العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.**

| القيمة / المتغيرات | قيمة بيرسون | قيمة Sig. (bilatérale) | مستوى الدلالة | الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| الأخطار النفسية الاجتماعية | ,711** | ,000 | 0.01 | دالة |
| الاضطرابات السيكوسوماتية | | | | |

يتضح من خلال الجدول رقم (14) لدراسة العلاقة بين الأخطار النفسية الإجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية أن قيمة برسون قد بلغت ر= (,711**) بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة موجبة طردية دالة إحصائيا. بالتالي نستنتج أنه توجد علاقة موجبة طردية بين الأخطار النفسية الإجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو.

## ثانيا-مناقشة النتائج:

بعد عرض النتائج التي تحصلنا عليها في المعالجة الإحصائية لإختبار الفرضيات سنقوم في هذا العنصر بالتذكير بفرضيات الدراسة ومن ثم سنقوم بمناقشة ما تم التوصل اليه من نتائج في ضوء ما تطرقنا اليه في الجانب النظري مع مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة وما تمت ملاحظته في الدراسة الميدانية.

- **التذكير بالفرضيات:**

قبل مناقشة النتائج سيتم التذكير بفرضيات الدراسة الحالية والتي جاءت على النحو التالي:

-**الفرضية الأولى:** يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد الى الاخطار النفسية الاجتماعية.

-**الفرضية الثانية:** يعاني الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد من اضطرابات سيكوسوماتية.

-**الفرضية الثالثة:** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو.

**مناقشة نتائج الفرضية الأولى:** يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد الى الاخطار النفسية الاجتماعية.

قد تم التوصل من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (12) إلى تأكيد تعرض الممرضين للأخطار النفسية الإجتماعية في العمل، حيث قدرت قيمة الدلالة لـ اختبار –ت– لعينة واحدة (,000) = Sig وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما دل على تعرض الممرضين إلى الأخطار النفسية الإجتماعية ولتحديد مستوى التعرض تمت مقارنة قيمة المتوسط الحسابي المقدرة

بـ (153,54)مع قيمة المتوسط النظري للإستبيان المقدرة بـ (138) بالتالي المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط النظري ما يدل على تعرض الممرضين الى مستوى مرتفع من الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل.

قد دلت هذه النتائج على أن الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لمستوى مرتفع من الأخطار النفسية الإجتماعية، بالتالي تقبل الفرضية البحثية الأولى القائلة: يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد الى الاخطار النفسية الاجتماعية وترفض الفرضية القائلة بالعكس: لا يتعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد إلى أخطار نفسية إجتماعية. ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تتفق مع دراسة (Tunc & kutanis , 2009) حول تعرض الممرضين لمستويات أعلى بكثير من صراع الدور وغموض الدور، كما تتفق مع نتائج دراسة (علواني، 2010) حول مصادر ضغوط العمل والمتمثلة في عبء العمل بنسبة (77%)، ظروف المحيط الفيزيقي والأمن في العمل بنسبة (77%)، إستقلالية القرار بنسبة (63.4 %)، التقدير بنسبة (60.4%) العلاقة مع المريض بنسبة متوسطة وغياب الدعم الاجتماعي بنسبة (52 %)، صراع الدور بنسبة (43.6 %) وغموض الدور بنسبة (40.8%). كما تتفق كذلك مع نتائج دراسة (Chapman , 1999) حول العلاقة بين إدراك الممرضين لمساندة زملائهم في العمل ومستويات ضغوط العمل بحيث أشارت نتائجها إلى إنخفاض مساندة الممرضين لزملائهم يؤدي إلى شعورهم بزيادة مستوى الضغط

على هذا الأساس فإن تعرض الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد للأخطار النفسية الاجتماعية يرجع إلى عدة أسباب وذلك حسب إجابات أفراد عينة الدراسة منها التأخر في إنجاز أعمالهم كذلك عملهم ضمن وتيرة مرتفعة طوال اليوم، أيضا بسبب تقديمهم لطلبات متناقضة في العمل، مع التفاوت في إلقاء المساعدة والدعم من طرف الزملاء خاصة عند دخول عدد كبير من المرضى في آن

واحد مما يصعب عليهم التحكم في تعدد المهام، مع صعوبة التدخل في كمية العمل الموكلة إليهم وتعرضهم للضغط خاصة في بعض المصالح والتي من بينها مصلحة الإستعجالات.

**مناقشة نتائج الفرضية الثانية:** يعاني الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد من اضطرابات سيكوسوماتية، حيث توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (13) إلى تحقيق الممرضين لمستوى مرتفع للاضطرابات السيكوسوماتية حيث قدرت قيمة الدلالة لإختبار –ت– لعينة واحدة (,000) =Sig وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما دلّ على تعرض الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد للاضطرابات السيكوسوماتية ولتحديد درجة الاضطرابات السيكوسوماتية تمت مقارنة قيمة المتوسط الحسابي المقدرة بـ (71,55) مع قيمة المتوسط النظري للإستبيان المقدرة بـ (56) بالتالي المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط النظري ما يدل على درجة مرتفعة من الاضطرابات السيكوسوماتية .

دلت هذه النتائج على أن الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون لمستوى مرتفع من الاضطرابات السيكوسوماتية، بالتالي تقبل فرضية البحث الثانية القائلة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو. وترفض الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو.

ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تتفق مع نتائج دراسة ( ماندانداء، ياراندي، ساكاري، 2024 ) حول العلاقة بين السمات الشخصية والصلابة والكمال والضغط والأعراض النفسية الجسدية ( الإضطرابات السيكوسوماتية ) لدى الممرضات في مازندران، إيران حيث كشفت نتائج الدراسة أن معدل إنتشار الأعراض النفسية الجسدية والإجهاد بين الممرضات كان مرتفعا. بالإضافة إلى أنها تتفق مع

نتائج دراسة (عبد اللازم، عصمان، 2023) حول تقييم العلاقة بين الإرهاق والأعراض النفسية الجسدية بين الممرضين العاملين في وحدات العناية المركزة بمستشفيات الفيوم بمصر التي توصلت نتائجها إلى أن (29.1%) يعانون من الإرهاق و (65.1%) يعانون من الإضطرابات السيكوسوماتية .

على هذا الأساس فإن معاناة الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو من مستوى مرتفع من الإضطرابات السيكوسوماتية يرجع إلى ظهور لديهم عدة أعراض من بينها الصداع المتكرر دون وجود سبب طبي واضح، معاناتهم من الصعوبة في النوم والأرق وشعورهم بإرهاق جسدي دون بذل جهد مع تفاعلهم لأتفه الأسباب ومعاناتهم من التعب المزمن بسبب ساعات العمل الطويلة.

**مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو.

تم التوصل من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (14) إلى تأكيد وجود علاقة بين الاخطار النفسية الاجتماعية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد، حيث قدرت قيمة بيرسون ب (**,711) بمستوى دلالة (0.01) وهي قيمة موجبة طردية.

ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية من نتائج تتفق مع نتائج دراسة ( بوعامر ، 2023 ) حول الضغوط المهنية وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال المؤسسة الإستشفائية المتخصصة ( أم – طفل ) بحيث أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط المهنية والإضطرابات السيكوسوماتية ، كما تتفق مع نتائج دراسة ( درغيش ، 2022 ) حول الضغوط النفسية وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى ممرضي مصلحة كوفيد 19 حيث توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية بين الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية.

على هذا الأساس فإن تعرض الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي نذير محمد من الأخطار النفسية الاجتماعية يؤدي بهم إلى المعاناة من الإضطرابات السيكوسوماتية.

## الإستنتاج العام:

كحوصلة عامة نستنتج أن ما توصلنا إليه من خلال الجانب الميدان ي للدراسة يدعم ما تم عرضه في الجانب النظري الذي تطرقنا إليه في الأدبيات المرتبطة بمتغيرات الدراسة والمتمثلة في الأخطار النفسية الإجتماعية ، حيث تحققت جميع فرضيات الدراسة سواء المتعلقة بالمستوى أو العلاقة، هذا ما يثبت أنّ الأخطار النفسية الإجتماعية كعامل مهدد لصحة وسلامة الممرض في بيئة العمل.

بعد إختبار فرضيات الدراسة أسفرت النتائج كما يلي:

يتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى أنّ الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يتعرضون الى أخطار نفسية اجتماعية وذلك بدرجة مرتفعة.

كما يتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية أنّ الممرضون العاملون بالمستشفى الجامعي ندير محمد يعانون من الإضطرابات السيكوسوماتية بدرجة مرتفعة.

وانطلاقا لما تم التوصل إليه يمكن القول أنّه قد تمت الإجابة على كل التساؤلات التي طرحناها في الدراسة الحالية وذلك من خلال تحقق فرضيات الدراسة التي قمنا بصياغتها وهذا يمكننا من الحكم على الفرضية العامة التي صغناها على النحو التالي: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاخطار النفسية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد تيزي وزو، وبالتالي نرفض الفرضية القائلة بالعكس: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأخطار النفسية الإجتماعية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي ندير محمد.

على هذا الأساس فإنّ تعرض الممرضين إلى مجموعة من الإرغامات في العمل بما فيها عبء العمل وتيرة العمل، المتطلبات المعرفية وتعرضه لغموض في الأدوار التي يؤديها أو حدوث صراع أو تناقض

في هذه الأدوار، وانخفاض جودة القيادة من طرف المسؤول الهرمي من خلال ضعف الدعم الإجتماعي فكلها عوامل تؤدي إلى معاناتهم للإضطرابات السيكوسوماتية.

كما يمكن أيضا لعلاقات العمل الصعبة التي تفتقر إلى الدعم الإجتماعي ما بين الممرضين تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية كالضغط، الإحتراق، كلها أخطار تؤدي إلى المعاناة لإضطرابات سيكوسوماتية لدى الممرضين. بالتالي كلما ارتفع مستوى الأخطار النفسية الإجتماعية المذكورة إرتفع مستوى الإضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين.

## خاتمة:

وختاما يمكن القول أن الاخطار النفسية الاجتماعية عائق كبير يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض التي تعرقل الفرد في حياته الشخصية والإجتماعية التي تشكل تهديدا كبيرا للصحة النفسية و العقلية والجسدية، حيث تؤثر سلبا على الأفراد والجماعات على حد سواء. تختلف هذه الأخطار وتتنوع بين الضغوط النفسية، الإحتراق، عبء العمل والتي يمكن أن تؤدي إلى تفاقم المشكلات الاجتماعية مثل الخلافات الأسرية وتراجع الدافعية نحو العمل.

وفي هذا السياق فإن الأخطار النفسية الاجتماعية تعد من أبرز التحديات التي يتعرض لها الممرضون في بيئة العمل وذلك يعود لطبيعة مهنتهم الشاقة كذلك إلى ضغوط العمل الطويلة التي يتعرضون لها. بالإضافة لبعض الإضطرابات السيكوسوماتية التي قد تصيبهم، فكل هذه العوامل قد تنعكس سلبا على صحتهم النفسية وبالتالي على جودة الرعاية المقدمة للمرضى، فهذه الإضطرابات لا تؤثر فقط على حياة الممرضين الشخصية والمهنية ، بل تمتد آثارها السلبية إلى جودة الرعاية المقدمة للمرضى بحيث تؤدي إلى إنخفاض مستوى الأداء ، زيادة الأخطاء ، التغيب والدوران بالإضافة إلى الإستقالة فأصبح اليوم من الواجب على المؤسسات الصحية والطبية تبني استراتيجيات فعالة لمواجهة هذه التحديات وذلك من خلال تحسين بيئة العمل، توفير برامج الدعم النفسي، تعزيز التقدير المادي والمعنوي للممرضين رفع الوعي بأهمية الصحة النفسية في قطاع الصحة .

في النهاية فإن الاهتمام الجيد بصحة الممرضين النفسية والجسدية تعتبر بمثابة إستثمار في الطاقم الطبي، إذ أن تمتعهم بصحة جيدة سيساهم في رفع جودة الخدمة مما ينعكس إيجابا على صحة المرضى لذا فمن الواجب العمل على دعم هذه الفئة.

**- الإقتراحات:**

بناء على النتائج التي توصلنا اليها من خلال الدراسة الميدانية نستعرض مجموعة من الإقتراحات التي تساعد على تخفيف التعرض للأخطار النفسية الإجتماعية في مجال التمريض من ناحية والمساهمة في تقليل التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضين من ناحية أخرى ومن أهم ما توصلنا إلى اقتراحه ما يلي:

-تحسين ظروف العمل وذلك من خلال تقليل ساعات العمل الطويلة وتوفير أعداد كافية من الممرضين من أجل ضمان جودة الخدمة وتخفيف العبء على الزملاء.

-توفير الدعم النفسي عن طريق إنشاء وحدات متخصصة، بالإضافة إلى تنظيم ورشات عمل حول إدارة الضغوط وذلك من أجل إعطاء فكرة عامة للممرضين حول الموضوع.

-تقديم الحوافز المادية والمعنوية والتي تتمثل في مكافآت مالية، تقدير الممرضين والقيام بترقية عادلة.

-تعزيز المهارات النفسية للممرضين من خلال تدريبهم على التعامل مع أصعب الحالات التي قد يتعرض لها المرضى، بالإضافة إلى زرع ثقافة التفكير الإيجابي.

-الاهتمام بالصحة النفسية عن طريق ممارسة الرياضة من أجل تخفيف التوتر.

-وضع حدود بين العمل والحياة الشخصية بغية تجنب العمل الإضافي المفرط، وأخذ فترات مناسبة من الراحة.

-تنظيم ملتقيات ومحاضرات خاصة بالأخطار النفسية الاجتماعية وذلك من أجل تفادي تفاقم هذه الأخطار التي تنتج أعراض تصيب أفراد مع اقتراح مجموعة من الحلول التي يمكن أن تساعد في التقليل عنها.

# قائمة المراجع:

## قائمة المراجع:


1- أبو دلو، جمال (2009). الصحة النفسية. عمان: دار أسامة للنشر.

2 -إسماعيل، رزان (2015). مصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الممرضين والممرضات، دراسة ميدانية في مستشفى الأسد الجامعي في محافظة اللاذقية. سوريا: مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 37، العدد (1).

3- براتيبا، كين (2009). ضغوط العمل وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الممرضات في أحد المستشفيات في الهند: المجلة الهندية للطب المهني والبيئي.

4- بوتوتة، لامية (2020). علاقة الاخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين. دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص عمل وتنظيم. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.

5- بوزوران، فريدة (2024). الاخطار النفسية الاجتماعية. أسباب وكيفية الوقاية منها. الجزائر: مجلة الاكاديمية الدولية للعلوم النفسية والتربوية والارطفونيا، جامعة مولود معمري تيزي وزو.

6- بوزيان، رانيا (2021). ضغوط العمل وأثرها على الاستقرار الوظيفي. دراسة ميدانية لعينة من عمال المؤسسة الإستشفائية لطب العيون صداقة الجزائر – كوبا بورقلة. مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي. الطور الثاني في ميدان العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية.

7-بوشوشة مريم، كريمة نايت عبد السلام، (2021). الألكستيميا والاضطرابات السيكوسوماتية: مجلة آفاق علمية، المجلد 13، العدد 05.

8-بوعالية، شهرزاد (2019). العمل بنظام المناوبة ودوره في ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية. دراسة ميدانية على بعض الممرضات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسطيف، الجزائر: مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الأغواط، المجلد 7، العدد 33.

9-بوعامر نعيمة، بن عبد الرحمان آمال (2023). الضغوط المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة (أم – طفل) بالاغواط، الجزائر: مجلة الانسان والمجال، المجلد 9، العدد 1.

10–حنيف بنجابي، ايمان بنت عبد اللطيف (1999). أثر العوامل النفسية والضغوط الاجتماعية على إحتمال إصابة النساء السعوديات بالاضطرابات السيكوسوماتية بالمستشفيات العامة بمكة المكرمة. دراسة ميدانية. دراسة مقدمة الى قسم علم النفس بكلية التربية جامعة أم القرى متطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس – تخصص ارشاد نفسي.

11–درغيش بشرى، مصيبح وئام (2022). الضغوط النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى ممرضي مصلحة كوفيد 19. دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية تمالوس ولاية سكيكدة. جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر: مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، المجلد 16، العدد 2.

12–دوار، فاطمة الزهراء (2019). عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالإضطرابات العظم–عضلية. دراسة ميدانية بالمؤسسة الجزائرية للسباكة Afon spa. أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه " ل. م. د " في علم النفس والأرغونوميا، جامعة وهران 2، الجزائر.

13–رجاء، مريم (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض. دراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق كلية التربية سوريا: مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد الثاني.

14– الزراد، فيصل محمد خير (2000). الامراض النفس جسدية، ط 1، دار النفائس، بيروت.

15–سعودي، ملحة (2021). عبء العمل وصحة العامل. جامعة مولود معمري تيزي وزو. الجزائ: مجلة مجتمع تربية عمل، المجلد 06، العدد 1.

16– سكيل، رقية (2023). مفهوم الاخطار النفسية الاجتماعية في العمل. كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف. الجزائر: مجلة العلوم الإنسانية، مجلد 34، عدد 1.

17– سلامي، باهي (2008). مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي. رسالة لنيل دكتوراه في علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر.

18– شحام، عبد الحميد (2015). الضغوط الحياتية والاضطرابات السيكوسوماتية: مجلة العلوم الإنسانية، مجلد ب، العدد 43.

19– صفاء عبد اللازم، عصمان على (2023). العلاقة بين الإرهاق والاعراض النفسية. مستشفى الفيوم. مصر: المجلد 9 (4) أبريل 2018 (مكمل) المجلة الماليزية للتمريض.

20- طراد، نفيسة (2021). علاقة نمط الشخصية (أ – ب) واستراتجية المواجهة بالاستجابة السيكوسوماتية لدى عينة من الفريق الصحي (الطبي وشبه الطبي). رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث تخصص علم النفس المرضي المؤسساتي. جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

21- طراد، نفيسة (2018). الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من عمال الصحة ذو النمط السلوكي (ا) و (ب). دراسة ميدانية على عمال الصحة (الطبيين وشبه الطبيين). مخبر علم النفس العصبي والاضطرابات المعرفية والسسيوعاطفية. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.

22- عباسة، أمينة (2018). الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أساتذة التعليم المتوسط. أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم في علم النفس، جامعة وهران، الجزائر.

23- عطوف، محمود ياسين (1981). علم النفس العيادي القسم الأول. دار العلم للملايين. لبنان: مؤسسة ثقافية للتأليف والترجمة والنشر، الطبعة الأولى، بيروت.

24- علو، زوهير (2022). عوامل ومستويات أخطار الضغط المهني لدى الممرضين. دراسة ميدانية في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس تخصص عمل وتنظيم. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.

25- عمار يوسف الوحيدي، زاهرة خالد عامر (2022). أمراض الاضطرابات السيكوسوماتية من منظور علم النفس الجسدي: مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 10، العدد 04.

26- غانم، محمد حسن (2011). الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية. مصر: تأصيل نظري ودراسة ميدانية، مجلة الانجلو المصرية.

27- قادري عبد الباقي، مرزوقي كريمة، دربال أمال (2024). مستوى المخاطر النفسية الاجتماعية لدى عمال الصحة العمومية في بيئة العمل. دراسة ميدانية بالمستشفى المختلط هتهات بوبكر بولاية الجلفة. الجزائر: جامعة طاهري محمد بشار: مجلة الساورة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، المجلد 10، العدد 01.

28- قرنيعي، أحمد (2018). نموذج مقترح لتقييم الاخطار النفسية الاجتماعية في بيئة العمل لدى الطاقم الطبي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث تخصص علم النفس العمل وتسيير الموارد البشرية. جامعة زيان عاشور بالجلفة. الجزائر.

29 –قهواجي، أمينة (2018). صراع الدور وتأثيره على الأداء الوظيفي. جامعة أمحمد بوقرة بومرداس. الجزائر: مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات، مجلد 2، عدد 12.

30– قويدري، على (2020). قلق المستقبل وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من الطلبة. دراسة ميدانية بجامعة الأغواط الجزائر: مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 20، العدد 01.

31– كربال، مختار (2010). استراتجيات المواجهة لدى المساجين وعلاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، تخصص علم النفس الصدمي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا. جامعة بوزريعة، الجزائر.

32 –ماندانا عبد الكريمي، محسن صادقي ياراندي، باريسا ساكاري (2024). دراسة العلاقة بين السمات الشخصية من الصلابة والكمال والضغط والاعراض النفسية الجسدية (الاضطرابات السيكوسوماتية) لدى الممرضات. مازندران. إيران. علم النفس BMC، المجلد 12.

33– مكانسي، محمد (2017). مصادر ضغوط العمل تحليل ومناقشة. كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة 8 ماي 1945 قالمة الجزائر: مجلة أبحاث نفسية وتربوية، مجلد 4، عدد 10

34– مناع هاجر. مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى عمال الحماية المدنية. دراسة ميدانية لدى عمال الحماية المدنية ورقلة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر: مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27.

35– نصير فنوش، شفيق ساعد (2013). مستويات ومصادر الضغوط المهنية لدى فئة العمال، الملتقى الدولي الثاني حول ظاهرة المعاناة في العمل بين التناول السيكولوجي والسوسيولوجي. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.

36– نعيمة، طايبي (2014). علاقة الاعراض السيكوسوماتية بالاحتراق النفسي عند الممرضين. دراسة ميدانية لبعض مستشفيات العاصمة. الجزائر: مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 2، العدد 3.

37– نقبيل عبد المليح، علوطي عاشور (2024). الصحة النفسية والمخاطر السيكوإجتماعية في العمل. الجزائر: دار النشر مركز اليقظة البيداغوجية جامعة محمد بوضياف المسيلة.

38– نواف ، مناع الشهري ( 2021 ) .الصلابة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية . دراسة تطبيقية لدى عينة من السجناء وغير السجناء في محافظة جدة. رسالة مقدمة الى قسم علم النفس بكلية

الآداب بجامعة الملك عبد العزيز لنيل درجة الماجستير في علم النفس الجنائي، المملكة العربية السعودية، العدد السابع والعشرون.

39 -Shanping Zahoo , ( 2019 ) , La relation entre le stress professionnel et le bien-être psychophysique chez les infirmières chinoises, la troisième unité de soins complets, hôpital de Chine occidentale, université du Sichuan, n° 37, Guoxuexiang, Chengdu, Sichuan 610041, République populaire de Chine.

Email : Zspzjl18@163.com

40- Sheng Ai Jiao , Run Ai Bai , Nali , Cao Liu Facteurs influençant les troubles psychosomatiques des professionnels de santé pendant la phase naturelle du Covid-19 en Chine continentale, European Journal of Public Health, vol. 34, n° 3, juin 2024.

41-https://dspace.univouargla.dz/jspui/handle/123456789/26100

# الملاحق

## ملحق رقم ( 1 )

## مقياس الأخطار النفسية الاجتماعية في صورته المترجمة

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص عمل و تنظيم و تسيير الموارد البشرية

**استبيان**

السلام عليكم و رحمة الله تعالى وبركاته

في إطار إنجازنا مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس تخصص عمل وتنظيم و تسيير الموارد البشرية حول موضوع **" الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية " دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد .** نرجو منكم المساعدة في الإجابة على أسئلة هذا الاستبيان بوضع علامة ( X ) أمام الإجابة التي تتوافق معكم . نحيطكم علما أن إجابتكم ستستخدم لغرض علمي بحت فقط .

**لكم منا فائق الإحترام والتقدير .**

**أولا : البيانات الشخصية :**

**الجنس :** ذكر ☐ انثى ☐

**السن :** أقل من 30 سنة ☐ 30 سنة الى 40 سنة ☐ 40 سنة فأكثر ☐

**الاقدمية :** أقل من 5 سنوات ☐ 5 سنوات الى 10 سنوات ☐

أكثر من 10 سنوات ☐

**الحالة العائلية :** أعزب ☐ متزوج ☐

**المؤهل العلمي :** شهادة جامعية ☐ شبه طبي ☐ شهادة التمريض ☐

**إسم المصلحة التي تعمل فيها :** .....

**ثانيا : مقياس الأخطار النفسية الاجتماعية :**

| الأسئلة | دائما | غالبا | أحيانا | نادرا | أبدا |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 – هل تتأخر في إنجاز عملك ؟ | | | | | |
| 2 – هل لديك الوقت الكافي لإنجاز المهام الموكلة إليك؟ | | | | | |
| 3 – هل تعمل ضمن وتيرة مرتفعة طوال اليوم ؟ | | | | | |
| 4 – هل من الضروري الحفاظ على وتيرة عملك ؟ | | | | | |
| 5 – هل توجه نظرك إلى أشياء كثيرة أثناء القيام بعملك ؟ | | | | | |
| 6 – هل يتطلب عملك أن تتذكر أشياء كثيرة ؟ | | | | | |
| | **إلى حد كبير جدا** | **إلى حد كبير** | **تقريبا** | **إلى حد ضعيف** | **إلى حد ضعيف جدا** |
| 7 – هل أنت على إطلاع مسبق حول مهنة التمريض ؟ | | | | | |
| 8 – هل تتلقى كل المعلومات التي تحتاجها لإنجاز عملك على احسن وجه ؟ | | | | | |
| 9 – هل تعترف الإدارة وتقدر العمل الذي تقوم به؟ | | | | | |
| 10 – هل تعامل بإنصاف في عملك ؟ | | | | | |
| 11 – هل يتم حل الصراعات في العمل ؟ | | | | | |
| 12 – هل يتم تقسيم العمل بعدل ؟ | | | | | |
| 13 – هل يتصف عملك بأهداف واضحة ؟ | | | | | |
| 14 – هل أنت على علم بما يتوقعه الآخرون منك في العمل ؟ | | | | | |
| 15 – هل تقدم لك طلبات متناقضة في العمل ؟ | | | | | |
| 16 – هل وجب عليك أحيانا القيام بأشياء كان من الأجدر القيام بها بشكل مختلف ؟ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17 – إلى أي حد يمكن القول أن المسؤول عليك في العمل يعطي أولوية كبيرة للرضا عن العمل ؟ | | | | | |
| 18 – إلى أي حد يمكن القول بأن المسؤول عنك كفأ في العمل ؟ | | | | | |
| | **دائما** | **غالبا** | **أحيانا** | **نادرا** | **أبدا** |
| 19 – إلى أي قدر يبدي المسؤول عنك في العمل إستعداده للإستماع إليك في طرح مشاكلك في العمل ؟ | | | | | |
| 20 – هل تتلقى الإعانة والدعم من قبل المسؤول في العمل ؟ | | | | | |
| | **إلى حد كبير جدا** | **إلى حد كبير** | **تقريبا** | **إلى حد ضعيف** | **إلى حد ضعيف جدا** |
| 21 – هل تمنح الإدارة الثقة لموظفيها فيما يخص قدرتهم في إنجاز العمل على أحسن وجه ؟ | | | | | |
| 22 – هل تثق في المعلومات التي تصدر عن الإدارة ؟ | | | | | |
| 23 – هل يوجد تعاون جيد ما بين الزملاء في العمل ؟ | | | | | |
| 24 - بشكل عام هل يثق الموظفون في بعضهم البعض ؟ | | | | | |
| | **دائما** | **غالبا** | **أحيانا** | **نادرا** | **أبدا** |
| 25 – هل تتلقى المساعدة والدعم من طرف الزملاء ؟ | | | | | |
| 26 – هل يبدي زملائك إستعداد لسماع مشاكلك في العمل ؟ | | | | | |
| | **إلى حد كبير جدا** | **إلى حد كبير** | **تقريبا** | **إلى حد ضعيف** | **إلى حد ضعيف جدا** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 – هل لديك مساحة كبيرة للتدخل في عملك ؟ | | | | | |
| 28 – هل يمكن لك التدخل في كمية العمل الموكلة إليك ؟ | | | | | |
| 29 – هل يتطلب منك عملك إتخاذ مبادرات ؟ | | | | | |
| 30 – هل يمنح لك عملك إمكانية تعلم أشياء جديدة؟ | | | | | |
| | **ممتازة** | **جيدة** | **متوسطة** | **بالأحرى سيئة** | **سيئة** |
| 31 – بصفة عامة هل تقول أن صحتك : | | | | | |
| | **طوال الوقت** | **غالبا جدا** | **أحيانا** | **غالبا قليلا** | **أبدا** |
| 32 – هل تعرضت للإنفعال في العمل ؟ | | | | | |
| 33 – هل تعرضت للضغط ؟ | | | | | |
| 34 – هل شعرت أنك منهك القوى ؟ | | | | | |
| 35 – كم مرة شعرت أنك منهك إنفعاليا ؟ | | | | | |
| | **دائما** | **غالبا** | **أحيانا** | **نادرا** | **أبدا** |
| 36 – هل تشعر أن عملك يسبب لك حالات عدم الاستقرار إنفعاليا ؟ | | | | | |
| 37 – هل تعتبر عملك شاق من الناحية الإنفعالية ؟ | | | | | |
| | **نعم عموما** | **إلى حد ما** | **نعم لكن قليلا** | **لا على الإطلاق** | |
| 38 – هل تشعربأن عملك يستنفذ طاقتك ويؤثر سلبا في حياتك الشخصية ؟ | | | | | |
| 39 – هل تشعر بأن عملك يأخذ منك الكثير من الوقت لدرجة أنه يؤثر سلبا في حياتك الشخصية ؟ | | | | | |
| | **إلى حد كبير جدا** | **إلى حد كبير** | **تقريبا** | **إلى حد ضعيف** | **إلى حد ضعيف جدا** |
| 40 – هل أنت قلق من فكرة فقدان عملك ؟ | | | | | |
| 41 – هل أنت خائف من تحويلك إلى مركز عمل آخر دون إرادتك ؟ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 42 – هل للعمل الذي تقوم به معنى ؟ | | | | | |
| 43 – هل لديك إحساس بأن العمل الذي تقوم به عملا مهما ؟ | | | | | |
| 44 – هل تنصح صديق مقرب بالترشح للتوظيف في مؤسستك ؟ | | | | | |
| 45 – هل تفكر بأن مؤسستك لها أهمية كبيرة بالنسبة لك ؟ | | | | | |
| | **راض جدا** | **راض** | **غير راض** | **غير راض على الإطلاق** | |
| 46 – إلى أي حد أنت راض عن عملك بشكله العام مع الأخذ بعين الإعتبار كل جوانبه ؟ | | | | | |

| | نعم | أحيانا | لا |
|---|---|---|---|
| 1 – تعاني من صداع متكرر دون وجود سبب طبي واضح . | | | |
| 2 – تشعر بألم في المعدة عند القلق أو التوتر . | | | |
| 3 – تشعر بسرعة خفقان القلب دون سبب واضح . | | | |
| 4 – تشعر بضيق التنفس دون سبب واضح. | | | |
| 5 – تعاني من آلام مزمنة في الظهر دون وجود سبب عضوي واضح . | | | |
| 6 – تعاني من آلام متكررة في الرقبة . | | | |
| 7 – تعاني من إضطرابات في الجهاز الهضمي عند التوتر . | | | |
| 8 – تعاني من الصعوبة في النوم المريح . | | | |
| 9 – تعاني من الأرق و صعوبة في النوم . | | | |
| 10 – تعاني من الإستيقاظ المتكرر ليلا . | | | |
| 11 – تشعر بإرهاق جسدي دون بذلك جهد كبير . | | | |
| 12 – تعاني من إضطرابات في شهية تناول الطعام عند شعورك بالتوتر . | | | |
| 13 – تشعر بألم مفاجئ في أماكن مختلفة في جسدك عند الغضب . | | | |
| 14 – تعاني من مشكلات جلدية بسبب التوتر | | | |
| 15 – تشعر بالقلق المستمر دون وجود سبب واضح . | | | |
| 16 – تعاني من نوبات غضب شديدة لأتفه الأسباب . | | | |
| 17 – تشعر بالحزن دون سبب واضح معظم الوقت . | | | |
| 18 – تفقد الرغبة في القيام بالأنشطة اليومية المعتادة . | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19 – تشعر بصعوبة في التركيز و إتخاذ القرارات . | | | |
| 20 – تنفعل لأتفه الأسباب . | | | |
| 21 – لديك أفكار متكررة عن الفشل في كل ما تقوم به . | | | |
| 22 – تشعر بالتوتر أثناء إنجاز مهامك | | | |
| 23 – تعاني من مشاعر الحزن و الإحباط لفترات طويلة بعد الملل . | | | |
| 24 – تشعر بالإرهاق العاطفي بعد العمل . | | | |
| 25 – تشعر بعدم التحكم في الإنفعالات و الغضب أثناء التعامل مع المرضى . | | | |
| 26 – تجد صعوبة في الإستمرار عن تقديم الرعاية بجودة عالية بسبب الإرهاق النفسي . | | | |
| 27 – تشعر بألم مفاجئ في أماكن مختلفة في جسدك عند الغضب | | | |
| 28 – تعاني من مشكلات جلدية بسبب التوتر . | | | |

# ملحق رقم (2) صدق و ثبات استبيان
# الأخطار النفسية الاجتماعية في البيئة الجزائرية

**ـ الصدق بطريقة الاتساق الداخلي للأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل.**

**Corrélations**

| | | x | x1 | x2 | x3 | x4 | x5 | x6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| x | Corrélation de Pearson | 1 | ,370** | ,400** | ,488** | ,542** | ,457** | ,322* |
| | Sig. (bilatérale) | | ,008 | ,004 | ,000 | ,000 | ,001 | ,023 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| x1 | Corrélation de Pearson | ,370** | 1 | ,757** | ,651** | ,336* | ,356** | ,551** |
| | Sig. (bilatérale) | ,008 | | ,000 | ,000 | ,017 | ,007 | ,000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| x2 | Corrélation de Pearson | ,400** | ,757** | 1 | ,448** | ,538** | ,279* | ,742** |
| | Sig. (bilatérale) | ,004 | ,000 | | ,007 | ,000 | ,020 | ,000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| x3 | Corrélation de Pearson | ,488** | ,651** | ,448** | 1 | ,591** | ,491** | ,481** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,007 | | ,004 | ,003 | ,000 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| x4 | Corrélation de Pearson | ,542** | ,336* | ,538** | ,591** | 1 | ,591** | ,439** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,017 | ,000 | ,004 | | ,005 | ,001 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| x5 | Corrélation de Pearson | ,457** | ,356** | ,279* | ,491** | ,591** | 1 | ,465** |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,007 | ,050 | ,003 | ,005 | | ,001 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| x6 | Corrélation de Pearson | ,322* | ,551** | ,742** | ,481** | ,439** | ,465** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,023 | ,000 | ,000 | ,000 | ,001 | ,001 | |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل.**

**Corrélations**

| | | xn | xp |
|---|---|---|---|
| xn | Corrélation de Pearson | 1 | ,790** |
| | Sig. (unilatérale) | | ,001 |
| | N | 50 | 50 |
| xp | Corrélation de Pearson | ,790** | 1 |
| | Sig. (unilatérale) | ,001 | |
| | N | 50 | 50 |

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (unilatéral).

**Corrélations**

| | | | xn | xp |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | xn | Coefficient de corrélation | 1,000 | ,859** |
| | | Sig. (unilatérale) | . | ,000 |
| | | N | 50 | 50 |
| | xp | Coefficient de corrélation | ,859** | 1,000 |
| | | Sig. (unilatérale) | ,000 | . |
| | | N | 50 | 50 |

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

**حساب الثبات بطريقة ألفا كرومباخ لمقياس الأخطار النفسية الإجتماعية في العمل.**

**Statistiques de fiabilité**

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|---|---|
| ,810 | 6 |

## ملحق رقم (3) : نتائج صدق وثبات إستبيان الإضطرابات السيكوسوماتية.

### حساب صدق الإتساق الداخلي للأبعاد والدرجة الكلية لإستبيان الإضطرابات السيكوسوماتية

**Corrélations**

| | | y | y1 | y2 |
|---|---|---|---|---|
| y | Corrélation de Pearson | 1 | ,979** | ,955** |
| | Sig. (unilatérale) | | ,000 | ,000 |
| | N | 50 | 50 | 50 |
| y1 | Corrélation de Pearson | ,979** | 1 | ,963** |
| | Sig. (unilatérale) | ,000 | | ,000 |
| | N | 50 | 50 | 50 |
| y2 | Corrélation de Pearson | ,955** | ,963** | 1 |
| | Sig. (unilatérale) | ,000 | ,000 | |
| | N | 50 | 50 | 50 |

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (unilatéral).

**Statistiques de fiabilité**

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|---|---|
| ,914 | 2 |

**Corrélations**

| | | yn | yP |
|---|---|---|---|
| yn | Corrélation de Pearson | 1 | ,938** |
| | Sig. (unilatérale) | | ,000 |
| | N | 50 | 50 |
| yP | Corrélation de Pearson | ,938** | 1 |
| | Sig. (unilatérale) | ,000 | |
| | N | 50 | 50 |

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (unilatéral).

**Corrélations**

| | | | yn | yP |
|---|---|---|---|---|
| Rho de Spearman | yn | Coefficient de corrélation | 1,000 | ,909** |
| | | Sig. (unilatérale) | . | ,000 |
| | | N | 50 | 50 |
| | yP | Coefficient de corrélation | ,909** | 1,000 |
| | | Sig. (unilatérale) | ,000 | . |
| | | N | 50 | 50 |

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (unilatéral).

**Statistiques sur échantillon unique**

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|---|---|---|---|---|
| x | 114 | 153,5439 | 22,43068 | 2,10083 |

**Test sur échantillon unique**

| | Valeur du test = 0 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | t | ddl | Sig. (bilatérale) | Différence moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | |
| | | | | | Inférieure | Supérieure |
| x | 73,087 | 113 | ,000 | 153,54386 | 149,3817 | 157,7060 |

**Statistiques sur échantillon unique**

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|---|---|---|---|---|
| y | 114 | 71,5526 | 18,49664 | 1,73237 |

**Test sur échantillon unique**

| | Valeur du test = 0 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | t | ddl | Sig. (bilatérale) | Différence moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | |
| | | | | | Inférieure | Supérieure |
| y | 41,303 | 113 | ,000 | 71,55263 | 68,1205 | 74,9848 |

**Corrélations**

| | | y | x |
|---|---|---|---|
| y | Corrélation de Pearson | 1 | ,711** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 |
| | N | 114 | 114 |
| x | Corrélation de Pearson | ,711** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | |
| | N | 114 | 114 |

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).