جامعة - الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الانعكاسات النفسية والفسيولوجية للعمل الليلي على الممرضين

- دراسة ميدانية في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم نفس تخصص عمل وتنظيم

إعداد الطالبة : **تحت إشراف:**

بوديسة وردية **الأستاذ الدكتور خلفان رشيد**

السنة الجامعية:2019-2020

جامعة - الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الانعكاسات النفسية والفسيولوجية للعمل الليلي على الممرضين

- دراسة ميدانية في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم نفس تخصص عمل وتنظيم

إعداد الطالبة : **تحت إشراف:**

بوديسة وردية **الأستاذ الدكتور خلفان رشيد**

السنة الجامعية:2019-2020

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية لمعرفة الانعكاسات النفسية والفسيولوجية للعمل الليلي على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، كما تم المحاولة من خلال الدراسة معرفة في ما إذا كان العمل الليلي يؤدي إلى ظهور القلق والاكتئاب والضغوط النفسية وتعتبر هذه الأخيرة بمثابة انعكاسات نفسية وسلوكية يمارسها العمل الليلي على الممرضين العاملين ليلا، أما فيما يتعلق بالانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي فارتأينا التوقف على اضطرابات النوم والاضطرابات الهضمية.

وقد تم إجراء البحث الميداني للدراسة في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو وفرع بالوا، وذلك على عينة من الممرضين قدرت بـ (300) ممرضا وممرضة من مختلف مصالح المركز من بينها مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الطب الداخلي، ومصلحة الجراحة العامة.

ولتحقيق ذلك تم استعمال الطريقة الإحصائية التحليلية باستعمال النسب المئوية، واختبار كا2 (x2)، وكذلك استعمال اختبار ت (t- test) لحساب الفروق لعينتين مستقلتين، واختبار أنوفا (F) كما تم تطبيق مقياس القلق والاكتئاب (HAD)، ومقياس الضغط النفسي (MSP) وذلك لقياس الانعكاسات النفسية للعمل الليلي، واستبيان الانعكاسات الفسيولوجية والعامة.

وبعد تحليل النتائج باستخدام الرزنامة الإحصائية للبحوث الاجتماعية (SPSS) تم التوصل إلى النتائج التالية:

- يمارس العمل الليلي انعكاسات نفسية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.
- يؤدي العمل الليلي إلى ظهور القلق لدى الممرضين .
- يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الاكتئاب لدى الممرضين.
- يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الضغط النفسي لدى الممرضين .
- توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين حسب الجنس.
- توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين حسب الجنس.
- توجد فروق في مستويات الضغط النفسي حسب الجنس.
- توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين حسب الحالة العائلية.
- توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين حسب الحالة العائلية.
- توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين حسب الأقدمية.
- توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين حسب الأقدمية.
- توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين حسب الأقدمية.

– يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الانعكاسات الفسيولوجية لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

– يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

– يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات الهضم لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

الكلمات المفتاحية: العمل الليلي، الانعكاسات النفسية، الانعكاسات الفسيولوجية، الرتم البيولوجي.

RESUME:

La présente étude vise à déterminer les effets psychologiques et physiologiques du travail de nuit sur les infirmiers travaillant à l'hôpital universitaire Nedir Mohamed tizi Ouzou. L'étude a également tenté de déterminer si le travail de nuit entraînait de l'anxiété, de la dépression et du stress psychologique. Ce qui concerne les effets physiologiques du travail de nuit, nous nous sommes arrêtés sur les troubles du sommeil et les troubles gastro-intestinaux.

La méthode statistique analytique a été utilisée : des pourcentages, le test x^2 et le test t pour calculer les différences de deux échantillons indépendants, et le test Anova (F).

L'étude a été réalisée sur un échantillon d'infirmiers estimé à (300) infirmières et infirmiers appartenant aux divers services du centre, notamment le département des services médicaux et chirurgicaux, le département de pédiatrie, le département de médecine interne et le département de chirurgie générale.

Pour ce faire, l'échelle d'anxiété et de dépression (HAD) et l'échelle de pression psychométrique (MSP) ont été appliquées pour mesurer les effets psychologiques du travail de nuit et du questionnaire sur les effets physiologiques et généraux.

Après avoir analysé les résultats à l'aide du calendrier statistique de recherche sociale (SPSS), les résultats suivants ont été obtenus:

- Le travail de nuit cause d'anxiété chez les infirmières.
- Le travail de nuit provoque de dépression chez le personnel infirmier.
- Le travail de nuit engendre un stress psychologique chez les infirmiers.
- Il existe des différences d'anxiété chez les infirmiers selon le genre.
- Il existe des différences de dépression chez les infirmiers selon le genre.
- Il existe des différences de pression psychologique en fonction du genre.
- Il existe des différences de dépression chez les infirmiers selon la situation familiale.
- Il existe des différences de stress psychologique parmi les infirmiers en fonction de la situation familiale.
- Il existe des différences d'anxiété chez les infirmiers en fonction de la variable d'ancienneté.
- Il existe des différences de dépression chez les infirmiers en fonction de la variable d'ancienneté.
- Il existe des différences de stress psychologique parmi les infirmiers selon d'ancienneté.
- Le travail de nuit entraîne les effets physiologiques des infirmiers travaillant à l'hôpital universitaire Nedir Mohamed tizi Ouzou.
- Le travail de nuit entraîne l'apparition de troubles du sommeil chez les infirmiers travaillant à l'hôpital universitaire Nedir Mohamed tizi Ouzou.

- Le travail de nuit entraîne l'apparition de troubles digestifs chez les infirmiers travaillant à l'hôpital universitaire Nedir Mohamed tizi Ouzou.

Mots clés: travail de nuit, effets psychologique, effets physiologique, rythme biologique.

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من أفاضت عليا من منبع حنانها وألهمتني أن للكلمة الطيبة لسانا وشفتين تلامس بهما قلب العليل فينطقها سليما معافى أمي أطال الله في عمرها.

وإلى الذي أحرق شمعة شبابه لكي يعيلنا ويعلمنا أبي الغالي أطال الله في عمره.

إلى عائلة بوديسة كبيرا وصغيرا.

وإلى الصديقتين المقربتين كهينة وفريدة والزميل زوهير.

شكر وتقدير

نتقدم بجزيل الشكر والعرفان والاحترام إلى المشرف الأستاذ الدكتور

" خلفان رشيد" على المعلومات والتوجيهات القيمة المقدمة في سبيل

انجاز هذه الدراسة، كما أتقدم بالشكر لمخبر مجتمع-تربية-عمل ***SET*** على كل

المساعدات والوسائل التي وفرها لنا،على رأسه مديرة المخبر الأستاذة الدكتورة معروف لويزة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى إدارة وعمال المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو على تعاونهم معي للقيام بالدراسة الميدانية.

فهرس المحتويات

الصفحة

ملخص الدراسة.....أ
إهداء.....ب
كلمة شكر.....ت
فهرس المحتويات.....ث
فهرس الجداول.....ج
فهرس الأشكال والمنحنيات.....ح
مقدمة.....خ

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية.

1- إشكالية الدراسة 30
2-فرضيات الدراسة.....31
3-أهمية الدراسة.....32
4-أهداف الدراسة.....32
5-تحديد المفاهيم الأساسية 32
6- الدراسات السابقة.....35

الجانب النظري

الفصل الثاني: العمل الليلي

-تمهيد
1-لمحة تاريخية حول ظهور العمل الليلي.....49
2- تعريف العمل الليلي 50
3- تنظيم العمل الليلي في التشريعات الوطنية 51
4- أهمية العمل بالمناوبة 55
5- أسباب ظهور نظام العمل بالمناوبة 55
6- البعد السوسيو اقتصادي للعمل الليلي.....56
7- العمل بالدوريات والوتيرة البيولوجية 57
8- الكرونوبيولوجيا والارغنوميا 60
9- الوتيرة البيولوجية لجسم الإنسان 60

10- طبيعة الرتم البيولوجي 61
11- أنواع الرتم البيولوجي.....61
12- الرتم البيولوجي والعمل.....62
13- ظروف ساعات العمل.....63
14- مواعيد ساعات العمل.....66
15- أوقات العمل.....67
16- تنظيم دوريات العمل.....68
17- أوقات العمل بالدوريات 71
18- استراتيجيات التكيف مع نظام العمل بالدوريات 72
- خلاصة الفصل.....73

الفصل الثالث: الانعكاسات النفسية للعمل الليلي

I- القلق

1- تعريف القلق.....77
2- تعريف القلق المهني.....77
3- النظريات التي فسرت القلق.....79
4- أنواع القلق.....83
5- أسباب القلق.....83
6- أعراض القلق.....87
7- مستويات القلق.....88
8- القلق في ظل العمل بالمناوبة.....89
9- أثار القلق.....89
10- تشخيص القلق.....90
11- مظاهر القلق وآليات التعامل معها في ظل العمل بالمناوبة.....91

II- الاكتئاب

1- تعريف الاكتئاب.....93
2- الاكتئاب في العمل.....93
3- النظريات التي فسرت الاكتئاب.....94
4- أسباب الاكتئاب.....97
5- أعراض الاكتئاب 98

6- تصنيف الاكتئاب.....99
7- العلاقة بين الاكتئاب والقلق.....100
8- الاكتئاب في العمل.....102
9- مصادر ومظاهر الاكتئاب في ظل نظام العمل بالمناوبة.....103
10- أهمية الصحة النفسية للعامل.....104
11- أهم العوامل التي تحقق الصحة النفسية للعمال.....107
12- علاج الاكتئاب في العمل.....108
13- استراتيجيات علاج الاكتئاب في العمل.....109

III- الضغط النفسي

1- تعريف الضغوط النفسية.....111
2- لمحة عن ظهور مصطلح الضغوط النفسية.....113
3- النظريات التي فسرت الضغط النفسي في العمل.....115
4- أنواع الضغوط النفسية.....120
5- أثار الضغوط النفسية على الأفراد والمؤسسات.....120
6- الضغط النفسي وأثاره الفسيولوجية.....121
7- المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية المرتبطة بالضغوط النفسية.....122
8- الآثار الاجتماعية الناتجة عن الضغوط النفسية.....123
9- مصادر الضغوط النفسية المهنية في مهنة التمريض.....126
10- مصادر الضغط النفسي في ظل نظام العمل بالمناوبة.....131
11- العوامل المهنية المسببة للضغوط النفسية.....133
12- العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للضغوط النفسية.....134
13- النتائج المترتبة عن الضغط النفسي.....135
14- أساليب مواجهة الضغوط النفسية.....136
15 استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية فالعمل.....136
خلاصة الفصل.....138

الفصل الرابع: I- الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي

تمهيد
1-.تأثر الرتم البيولوجي.....141
2- اضطرابات النوم.....145
3-.نبضات القلب.....158
4-.نظام الجهاز البولي.....159
5-.حرارة الجسم.....159
6- الاضطرابات العصبية.....160
7- الاضطرابات الهضمية.....160
8-. العمل الليلي و/أو التناوبي واحتمال الإصابة بالسرطان.....165

II- الانعكاسات المهنية

1- التعب.....168
2- أنواع التعب.....169
3-أعراض التعب.....174
4-.ظاهرة التعب لدى العمال.....174
5-.وسائل قياس التعب.....176
6- طرق مقاومة التعب.....176
7- التعب في ظل العمل الليلي أو التناوبي.....179
8- حوادث العمل.....186
9- الأداء والإنتاج.....187
10- التغيب.....188

III- انعكاسات على الحياة الأسرية

1- تزامن العوامل الاجتماعية.....190
2- اختلال الحياة الأسرية.....191
خلاصة الفصل.....192

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة في جانبها الميداني

1-تقديم ميدان الدراسة.....196
2- منهج الدراسة.....199
3- الدراسة الاستطلاعية.....199

4-عينة الدراسة وكيفية اختيارها.....200
5-أدوات جمع البيانات.....205
6- أدوات تحليل البيانات.....209
7-حدود الدراسة 209
خلاصة الفصل.....209

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1-عرض النتائج.....211
2-مناقشة النتائج.....256
الاستنتاج العام.....288
خاتمة.....290
الاقتراحات.....291
قائمة المراجع.....293
الملاحق

فهرس الجداول **الصفحة**

الجدول رقم (01): ظروف ساعات العمل انطلاقا من تنظيم العمل.....65
الجدول رقم (02): أوقات العمل بالدوريات.....71
الجدول رقم (03): الأعراض الجسمية والنفسية لاكتئاب.....99
الجدول رقم (04): أثار وأعراض الضغوط النفسية.....125
الجدول رقم (05): الاضطرابات الصحية لدى العمال العاديين والعمال بالدوريات.....163
الجدول رقم (06): الاضطرابات المرتبطة بالعمل الليلي و/أو التناوبي لدى النساء.....167
الجدول رقم (07): العدد الإجمالي للعاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.....198
الجدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....201
الجدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب السن.....202
الجدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية 203
الجدول رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي 203
الجدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية.....204
الجدول رقم (13): إجابات أفراد العينة في القلق حول الشعور بالتوتر.....211
الجدول رقم (14): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالخوف كما لو أن شيئا فضيعا سيحدث...212
الجدول رقم (15): إجابات أفراد العينة حول : البند أنا قلق.....212
الجدول رقم (16): إجابات أفراد العينة حول: لا أستطيع الشعور بالراحة بدون فعل أي شيء....213
الجدول رقم (17): إجابات أفراد العينة حول البند: الشعور بالخوف والشعور بالمعدة فارغة.....213
الجدول رقم (18): إجابات أفراد العينة حول البند: لدي كثرة الحركة وعدم استطاعة مواكبة ذلك.214
الجدول رقم (19): إجابات أفراد العينة حول البند: تنتابني نوبات من الخوف والذعر المفاجئين..214
الجدول رقم (20): إجابات أفراد العينة حول أخذ نفس الأشياء كما كانت من قبل.....215
الجدول رقم (21): إجابات أفراد العينة حول الضحك بسهولة وأخذ الجانب الإيجابي للأشياء.....215
الجدول رقم (22): إجابات أفراد العينة حول البند: أنا في مزاج جيد.....216
الجدول رقم (23): إجابات أفراد العينة حول الشعور أنه يعمل ببطء.....216
الجدول رقم (24): إجابات أفراد العينة حول البند: لم أعد أهتم بمظهري.....217
الجدول رقم (25): إجابات أفراد العينة حول السعادة مسبقا لفكرة أداء بعض الأشياء.....217
الجدول رقم (26): إجابات أفراد العينة حول التمتع بقراءة كتاب أو مشاهدة حصة تلفزيونية مفيدة أو السماع للمذياع.....218

الجدول رقم (27): إجابات أفراد العينة حول مقياس الضغط النفسي حول البند: أنا مرتاح.....218
الجدول رقم (28): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالإرهاق ووجود الانطباع من نفاذ الوقت...219
الجدول رقم (29): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من ألام جسدية: ألام على مستوى الظهر، صداع في الرأس، أوجاع في الرقبة والبطن.....219
الجدول رقم (30): إجابات أفراد العينة حول الشعور بانشغال البال والقلق.....220
الجدول رقم (31): إجابات أفراد العينة حول البند:لا أعرف أين أنا، أفكاري ليست واضحة، ولدي نقص في الانتباه والتركيز.....221
الجدول رقم (32): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالحيوية ولياقة جيدة.....222
الجدول رقم (33): إجابات أفراد العينة حول الشعور بحمل ثقيل على الأكتاف.....222
الجدول رقم (34): إجابات أفراد العينة حول التحكم بشكل سيئ في ردود الأفعال، المزاج، التصرفات.....223
الجدول رقم (35): إجابات أفراد العينة حول البند: أنا متوتر.....224
الجدول رقم (36): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق والاكتئاب 224
الجدول رقم (37): مستويات القلق لدى الممرضين والممرضات.....225
الجدول رقم (38): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاضطراب الاكتئاب.....226
الجدول رقم (39): مستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات 226
الجدول رقم (40): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات.....227
الجدول رقم (41): مستويات الممرضين والممرضات في الضغط النفسي.....227
الجدول رقم (42): اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في القلق حسب.الجنس.....228
الجدول رقم (43): الفروق في القلق لدى الممرضين حسب الجنس.....228
الجدول رقم (44): اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في الاكتئاب حسب الجنس...229
الجدول رقم (45): الفروق في الاكتئاب حسب الجنس.....229
الجدول رقم (46): اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في الضغط النفسي حسب الجنس.....229
الجدول رقم (47): الفروق في الضغط النفسي حسب الجنس.....230
الجدول رقم (48): اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في القلق حسب الحالة العائلية.....230
الجدول رقم (49): الفروق في القلق حسب الحالة العائلية.....230

الجدول رقم (50): اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في الاكتئاب حسب الحالة العائلية.....231
الجدول رقم (51): الفروق في الاكتئاب حسب الحالة العائلية.....231
الجدول رقم (52): اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في الضغط النفسي حسب الحالة العائلية.....232
الجدول رقم (53): الفروق في الضغط النفسي حسب الحالة العائلية.....232
الجدول رقم (54): الفروق في القلق حسب الأقدمية.....233
الجدول رقم (55): الفروق في الاكتئاب حسب الأقدمية.....234
الجدول رقم (56): الفروق في الضغط النفسي حسب الأقدمية.....235
الجدول رقم (57): إجابات أفراد العينة حول التغيب عن العمل.....235
الجدول رقم (58): إجابات أفراد العينة حول أخذ القسط الوافر من الراحة بعد نهاية الدوام ليلا...236
الجدول رقم (59): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من زيادة الوزن.....236
الجدول رقم (60): إجابات أفراد العينة حول إيجاد متعة في أداء المهام ليلا 237
الجدول رقم (61): إجابات أفراد العينة حول ما إذا كان وقت الراحة المقدم كاف لاسترجاع النشاط.....237
الجدول رقم (62): إجابات أفراد العينة حول ما إذا كان تنظيم العمل المعتمد يتناسب مع استرجاع الطاقة.....238
الجدول رقم (63): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالرضا عن النفس بما يقدم في العمل.....238
الجدول رقم (64): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات في الجهاز البولي (التردد على المرحاض أثناء الدوام ليلا).....239
الجدول رقم (65): إجابات أفراد العينة حول تناول المواد المنبهة (قهوة، شاي، عقاقير).....239
الجدول رقم (66): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من صعوبة في التركيز.....240
الجدول رقم (67): إجابات أفراد العينة حول المحافظة على نفس الدرجة من الانتباه من بداية المناوبة إلى نهايتها.....240
الجدول رقم (68): إجابات أفراد العينة حول إذا كان يتطلب العمل ليلا جهدا فيزيقيا كبيرا.....241
الجدول رقم (69): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالنرفزة أثناء العمل ليلا.....241
الجدول رقم (70): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالتوتر أثناء العمل ليلا.....241
الجدول رقم (71): إجابات أفراد العينة حول تفضيل العمل على انفراد بعيدا عن الآخرين.....242
الجدول رقم (72): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالراحة النفسية خلال العمل ليلا 242

الجدول رقم (73): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالضغوط جراء تراكم العمل.....243
الجدول رقم (74): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالملل من جراء العمل الليلي.....243
الجدول رقم (75): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالتعب أثناء العمل ليلا.....243
الجدول رقم (76): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من مشكلات أسرية من جراء العمل ليلا....244
جدول رقم (77): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات في النوم من جراء العمل ليلا.....244
الجدول رقم (78): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من الأرق نتيجة المهام ليلا.....245
الجدول رقم (79): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من قلة النوم.....245
الجدول رقم (80): إجابات أفراد العينة حول التوتر عند محاولة النوم عدة مرات وعدم استطاعتهم ذلك.....245
الجدول رقم (81): إجابات أفراد العينة حول إيجاد صعوبة في النوم بعد المناوبة.....246
الجدول رقم (82): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من كثرة النوم (فرط النوم) من جراء العمل في الليل.....246
الجدول رقم (83): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالنعاس التام أثناء النهار.....247
الجدول رقم (84): إجابات أفراد العينة حول الاستيقاظ ليلا بصفة متكررة.....247
الجدول رقم (85): إجابات أفراد العينة حول إذا كانت تنتابك نوبات من النعاس خلال العمل ليلا.....247
الجدول رقم (86): إجابات أفراد العينة حول وجود صعوبة في تحريك أحد الأعضاء عند النوم أو الاستيقاظ.....248
الجدول رقم (87): إجابات أفراد العينة حول استعمال الأدوية المنومة.....248
الجدول رقم (88): إجابات أفراد العينة حول الشعور بالصداع الدائم في الرأس بسبب قلة النوم...249
الجدول رقم (89): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطراب جدول النوم/يقظة.....249
الجدول رقم (90): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات هضمية جراء العمل ليلا...250
الجدول رقم (91): إجابات أفراد العينة حول استهلاك الوجبات الخفيفة أثناء العمل ليلا.....250
الجدول رقم (92): إجابات أفراد العينة حول انتظام الوجبات الغذائية منتظمة (تناول الوجبات في موعدها).....251
الجدول رقم (93): إجابات أفراد العينة حول إصابتهم بنوبات من الغثيان.....251
الجدول رقم (94): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من فقدان الشهية (نتيجة الاستهلاك المفرط للمنبهات).....252

الجدول رقم (95): إجابات أفراد العينة حول تناول أكثر من وجبة أثناء العمل ليلا.....252
الجدول رقم (96): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات معوية (الإمساك، الإسهال..253
الجدول رقم (97): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من صعوبة الهضم.....253
الجدول رقم (98): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من مشكلة الثقل المعوي.....253
الجدول رقم (99): إجابات أفراد العينة حول المعاناة من المغص.....254
الجدول رقم (100): إجابات أفراد العينة حول اللجوء لتناول العقاقير لفتح الشهية.....254
الجدول رقم (101): إجابات أفراد العينة حول تناول الوجبات الصحية.....255
الجدول رقم (102): النتائج المتعلقة باضطرابات النوم لدى الممرضين والممرضات.....275
الجدول رقم (103): النتائج المتعلقة بالاضطرابات الهضمية لدى الممرضين والممرضات.....281

فهرس الأشكال:

الشكل رقم (1): نموذج مفاهيمي لمشكلات مختلفة مرتبطة بالعمل الليلي من وجهة نظر Truker Folcard et 59
الشكل رقم (2): المصادر الداخلية والخارجية للاكتئاب والقلق.....101
الشكل رقم (3): حدوث الاكتئاب في العمل.....103
الشكل رقم (4): حدوث الضغط النفسي حسب نظرية التقدير المعرفي.....117
الشكل رقم (5): العلاقة بين الضغوط النفسية وكل الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية.....126
الشكل رقم (6): نسبة تعرض الأفراد العاملين للضغوط النفسية في العمل.....131
الشكل رقم (7): عوامل حدوث الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي.....141
الشكل رقم (8): الآثار التراكمية للتعب.....182
الشكل رقم (9): أثار العمل الليلي في صحة العامل 189
الشكل رقم (10): وحدات المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد (CHU).....197

- الرسومات البيانية:

رسم بياني رقم (01) مستويات القلق لدى الممرضين والممرضات.....256
رسم بياني رقم (02) مستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات.....258
الرسم البياني رقم (03) مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات.....259
الرسم البياني رقم (04) المستوى الكلي للضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات.....261

مقدمة:

يعتبر تحقيق الصحة النفسية في مجال العمل من الأمور الضرورية وخاصة في العصر الحالي مع كثرة الضغوطات والأعباء الملقاة على عاتق الفرد العامل وكثرة المسؤوليات الاجتماعية والمهنية، ما يجعل العامل عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية في مجال العمل، والتي تنعكس بالسلب على صحة الفرد العامل النفسية وحتى الجسدية ما يؤدي به إلى اعتلال صحته النفسية والتي تحول دون تحقيق أهداف الفرد، إذ يعتبر العمل المحور الأساسي وعنصر مهم في حياة الفرد والمجتمعات، إذ يشكل البيئة الأساسية التي يعيش فيها الفرد، وأن ازدهار الأمم ورقيها يقاس بالتقدم الذي يحققه العمل للأفراد غير أن هذا الأخير هو العجلة التي تسير وفقها المنظمة من أجل تحقيق إنتاجية أفضل، حيث يعتبر الفرد العنصر الأساسي والجوهري الذي تدور عليه العملية الإنتاجية بتفاعله مع المتغيرات الداخلية والخارجية للمنظمة.

وفي هذا الصدد، تطرقت مدرسة العلاقات الإنسانية إلى الدور الرئيسي الذي يلعبه العامل الإنساني في التنظيم، وخاصة إذا توفرت في المنظمة تلك العلاقات الشخصية بين الأفراد العاملين خاصة إذا كانت تلك العلاقات خارج أوقات العمل لكي لا يؤثر ذلك على تجمد عجلة الإنتاج، والهدف من كل ذلك هو تحقيق التوازن بين الحياة الاجتماعية أو الشخصية للعاملين وحياتهم المهنية. ولذلك يجب على المنظمات الأخذ بعين الاعتبار العامل الإنساني داخل التنظيم وحسن استغلاله، والاهتمام بالعامل الإنساني ضرورة أساسية وجوهرية، فعلى المؤسسات أخذ هذا العامل بعين الاعتبار وهذا الاهتمام يعود بالإيجاب في سبيل تحقيق إنتاجا أو مردودا لا بأس به سواء كان هذا المردود ماليا أو فكريا، وبالتالي التوصل إلى الحفاظ على الموارد المالية والبشرية على وجه الخصوص، إذ يواجه الإنسان اليوم زيادة في معدلات التغيير التي مست شتى ميادين حياته، الأمر الذي جعله يعيش في وسط فيزيقي واجتماعي غير صحي نتج عنه زيادة في الإصابة بمختلف الاضطرابات النفسية والعقلية والجسمية، إذ أن التغير الذي مس النظم الاقتصادية والاجتماعية أدى إلى تغير تسيير رتم المؤسسات خاصة الخدماتية منها، وذلك بلجوئها إلى تبني نظام العمل الليلي و/أو التناوبي الذي فرض وجوده واقع محتوم أفرزه التقدم التكنولوجي وما يحمله من خلفيات اقتصادية كزيادة الإنتاجية وتحقيق الربح السريع والاستغلال المكثف للتجهيزات والمعدات في مسايرة التطور والمنافسة، أو خلفيات اجتماعية كحاجة الإنسان الماسة لبعض الخدمات بشكل متواصل لتخفيض نسبة البطالة وزيادة فرص العمل .

ولعل من بين أهم المهن التي تعمل وفق نظام العمل الليلي نجد مهنة التمريض، التي تعتبر من المهن الشاقة والمتعبة التي تستوجب على الممرض ليلا بذل مجهود أكبر وتوفير خدمات راقية للمريض والعمل على السهر من أجل راحته، وتفادي الوقوع في الأخطاء التي تودي بحياة المرضى، وكل هذا يجعل الممرض ليلا عرضة للعديد من الاضطرابات والانعكاسات التي يمارسها العمل الليلي وطول ساعاته، إذ أن نظام العمل ليلا ذو تأثير كبير على صحة الممرضين الليليين سواء على صحتهم الفسيولوجية (الجسدية) أو على صحتهم النفسية وبالتالي تدهور الصحة العامة للممرضين العاملين في المناوبات الليلية، ولعل أكبر دليل على ذلك ما قد يعانيه الممرضين الليليين من تعب نفسي وبدني، واضطرابات في النوم نتيجة العمل في المناوبات الليلية، لأن رتم الجسم أثناء العمل ليلا يعكس الرتم الطبيعي اليومي، إذ أن أي خلل في الساعة البيولوجية الداخلية للجسم تؤثر على الصحة النفسية والجسدية للفرد، وفي ظل هذا النمط من العمل، يعاني العامل من اضطرابات الهضم التي تعود أسبابها لعدة عوامل وعادات غذائية يمارسها الممرض ليلا مثل استهلاك المأكولات الخفيفة والإقبال على تناول المنبهات والعقاقير إلى غير ذلك، بالإضافة إلى تدهور الصحة النفسية والعقلية من حيث معاناتهم من مختلف الاضطرابات السلوكية والنفسية مثل القلق والاكتئاب وحتى الضغوط النفسية من جراء العمل ليلا، بالنظر إلى تراكم هذه المشكلات التي يعاني منها العاملين ليلا وتعقدها يصبح الفرد العامل عاجزا على مواجهتها ويصبح دائما عرضة للإصابة بمثل هذه الاضطرابات وبالتالي تدهور الصحة النفسية والعقلية والجسدية، أين وصف هذا العصر بعصر الضغوط نظرا لارتفاع نسبة المشكلات الصحية الناجمة عن القلق والاكتئاب ومختلف الاضطرابات النفسية في ميدان العمل. إذ أن النتائج والآثار السلبية للعمل الليلي لا يكفي اختصارها على المستوى الفردي فحسب وإنما تتعدى ذلك، إذ تتأثر المنظمات كثيرا بنتائجه السلبية وذلك من خلال تعرض الأفراد للاضطرابات النفسية في العمل، حيث تعتبر هذه الأخيرة ظاهرة لازمت المجتمعات قديما وحديثا بالرغم من التطور التكنولوجي الذي يعيشه الفرد خاصة في العصر الحالي، إلا أنها ظاهرة لا تزال مستمرة ونظرا لخطورتها على المستوى المادي والإنساني وجب على جميع المسؤولين في كل المجالات والميادين الوقوف على أثارها ونتائجها بقصد إيجاد حلول لها بهدف التقليل منها أو على الأقل التقليص من أضرارها.

وعليه بات من الضروري الاهتمام بمختلف الآثار التي يخلفها العمل الليلي في صحة الفرد العامل عموما والممرضين في المستشفيات خصوصا، بالتالي تسليط الأضواء على العنصر الإنساني داخل المؤسسات مهما كان نشاطه وذلك لتحقيق أهداف المنظمة ولفت الانتباه لضرورة الاهتمام بصحة العامل في المؤسسة ووضع الطرق الأنجع من أجل الحد من تأثير نظام العمل الليلي في صحة العامل الجسدية والنفسية والوقوف على مختلف المشكلات التي يمكن أن تعيق العامل من أجل تحقيق الصحة النفسية في العمل ووضع استراتيجيات من أجل تحقيق الرضا في العمل من خلال

توفير الظروف الملائمة وبناء بيئة مهنية سليمة تساعد الفرد العامل على أداء مهامه على أحسن وجه، وبالتالي الوصول إلى تحقيق أهداف الفرد والمؤسسة على حد سواء.

جاءت الدراسة الحالية قصد الكشف أو التعرف على الانعكاسات النفسية والفسيولوجية التي يمارسها العمل الليلي على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، وقد تم التوقف على البعض من الانعكاسات والتي من الممكن أن تمس صحة الممرض العامل ليلا كونه يعمل في ساعات غير نمطية ويختل رتمه البيولوجي، ومن بين الانعكاسات النفسية للعمل الليلي نجد القلق، والاكتئاب، والضغوط النفسية، بالإضافة إلى الانعكاسات الفسيولوجية والعامة للعمل الليلي واضطرابات النوم، والاضطرابات الهضمية، وهل يؤدي فعلا العمل الليلي إلى ظهور هذه الاضطرابات والتي تؤدي إلى اعتلال الصحة النفسية والجسمية للممرضين؟

تم تقسيم الدراسة إلى جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث نستهل الدراسة بعرض الإشكالية وذلك في الإطار العام للإشكالية من تعريف وصياغة مشكل الدراسة، وكذلك تحديد الإشكالية وتحديد فرضيات الدراسة، أهداف وأهمية الدراسة ثم تعريف وتحديد المفاهيم الأساسية للدراسة، أما الجانب النظري تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول: فصل خصص للعمل الليلي، وفصل خصص للانعكاسات النفسية للعمل الليلي، وفصل خصص للانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي، أما فيما يخص الجانب التطبيقي من الدراسة فقد خصص للإجراءات المنهجية للدراسة في جانبها الميداني، كنوع المنهج المتبع، التعريف بميدان الدراسة، العينة، أدوات جمع البيانات، أدوات تحليل البيانات وحدود الدراسة، وفي الفصل السادس والأخير يتم فيه عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية، وفي الأخير الاستنتاج العام.

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

1-الإشكالية:

مع ظهور الثورة الصناعية التي صاحبها التطور التكنولوجي والاقتصادي، تغيرت موازين الحياة ذلك ما أدى إلى تغير في طرق معيشة الأفراد وأساليب عملهم، كما مس هذا التطور المؤسسات الصناعية والإنتاجية والتي غيرت من إستراتجياتها، وسياساتها في العمل وأدخلت عدة تعديلات لتحسين ظروف العمل وذلك بتحديد ساعات العمل وفترات الراحة اليومية والأسبوعية. تعتبر أوقات العمل بمثابة مظهر من مظاهر الخضوع لمتطلبات وقوانين العمل، حيث يخضع العامل طوال مدة عمله لمجموعة من الإرغامات والضغوطات مثل ظروف العمل، المهمة وصعوباتها، عدم القدرة على ترك مركز العمل وهذا مهما كانت طبيعة عمله، تؤدي هذه الإرغامات والضغوطات إلى إرهاق العامل نفسيا وجسديا ويظهر هذا الإرهاق في تناقص القدرة على القيام بالعمل وانخفاض سرعة العمل ودقة وفعالية العامل وحيويته في أداء مهامه، حيث أن وتيرة العمل وسرعته تصل أقصى معدلاتها في الفترة الصباحية ، ثم تبدأ في التناقص، ويعتبر التقدم الذي واكب ميدان العمل من أهم الأسباب التي أوجب على المؤسسات خاصة الخدماتية منها مسايرة هذا التقدم والتطور، بالتالي تقديم خدمات راقية لخدمة المجتمع وضمان راحة المواطن مما أوجب على هذه المؤسسات عدم انقطاع نشاطها خلال الأربعة والعشرين ساعة، وهذا ما ألزم عليها تبني نظام العمل الليلي، إذ أن مقدار العمل الذي يتم انجازه في عمل يومي قدره عشر ساعات ونصف، يساوي ويعادل ما يتم انجازه في يوم قدره أربعة عشر ساعة، وخلافا على ما كان يعتمد فإن ساعات العمل الطويلة والمتواصلة لا تزيد من كمية الإنتاج، وإنما قد يكون سببا في تناقصه وهو الأمر الذي جعل المؤسسات تسعى لوضع فترات راحة مناسبة تتخلل مدة العمل اليومي (أورد في: شريت، 2003).

يهدف الاهتمام بموضوع ساعات العمل، الوصول إلى أنجع طريقة لاستغلال الوقت استجابة لما تتطلبه بعض المؤسسات التي تستدعي العمل ليلا وذلك من أجل الاستقرار في تقديم خدماتها بدون انقطاع مما يجبر عمالها بضرورة الالتحاق بفرق متناوبة لضمان سير العمل، مثلما يحدث في المستشفيات وبعض الميادين الاجتماعية الأخرى. وللعمل الليلي إيجابيات وهذا كونه عمل بالدوريات فقد يلقى العامل قسطا من الراحة بعد نهاية المناوبة، إضافة إلى الامتيازات المالية والعلاوات التي يتحصل عليها العمال، مما يشجعهم على الإقبال للقيام به بكثرة والمساهمة في تخفيض نسبة البطالة وتشغيل عدد كبير من اليد العاملة، وفي الحالات التي ينظر فيها إلى خفض ساعات العمل في الأسبوع، فمن الضروري إعطاء الأولوية للصناعات والمهن التي تتطلب عملا ذو مردودية من الناحيتين البدنية أو الفكرية والتي تعرض العمال لأخطار صحية، وتطرح ساعات العمل الطويلة مشكلة بالنسبة للعاملين في ظروف لاإعتيادية، ونجد من بين تلك المهن مهنة التمريض أين تقتضي ساعات عمل العاملين بالتمريض تنظيما خاصا بها (أورد في: مكتب العمل الدولي، 2012)، ومن بين اهتمامات علم النفس والارغنوميا وطب العمل تهيئة الظروف المناسبة للأفراد في العمل لتحقيق أداء جيد والحفاظ على صحتهم، ومع

تطور العمل أدى إلى ظهور نظام جديد يقتضي تشغيل فرق مختلفة تتناوب على نفس العمل، ويعتبر كحتمية أفرزه التطور التكنولوجي من أجل إنتاج أوفر وسد حاجيات المستهلكين.

لكن رغم ما لهذا النظام من نتائج ايجابية لصالح معظم المؤسسات خاصة التي يجب أن يستمر العمل فيها إلا أنه قد يؤثر سلبا على العامل الذي يتناوب على مختلف الدوريات، وذلك بظهور تغيرات على طبيعة حياته لا سيما إذا استوجب عليه الحال العمل ليلا خلال وقت يحتاج فيه جسده للاسترخاء والراحة، لينام في النهار في الوقت المحدد للحيوية وممارسة مختلف الأنشطة، ما يمس السير الطبيعي للساعة البيولوجية الداخلية له، وهذا ما جاء في دراسة " المعهد البولوني" سنة (1965) حيث قام باستطلاع في تسعة مصانع مختلفة على حوالي (1836) عاملا حول إنتاجهم في مختلف الدورات، أين قدر معامل إنتاج الدورية الصباحية (99.66%) والدورية الليلية بـ (1.34%) وهو ما يؤكد أنه إذا كان الإنسان في حالة نشاط أثناء الوقت المخصص للراحة، فإن ذلك يقلل من مقدار قدراته على إنتاج كمية كبيرة، كما أنها قد تسبب في عواقب وخيمة على حياة العامل، سواء من الجانب الاجتماعي والصحي والمهني وهذه الحالة التي ينحصر فيها ترغمه على البقاء في عمله ويعيش صراعا داخليا وخارجيا يزداد يوما بعد يوم، وخلال تخطية لحدود صبره تظهر لديه سلوكات مضطربة وهذا ما أكده " تيزافنسون" (1958) بأن (89%) من عمال الليل يعانون من اضطرابات في النوم مقابل (11%) من عمال النهار، كما يتسبب تتابع الدوريات الليلية كذلك في تراكم التعب الأمر الذي يؤثر سلبا على الجهاز العصبي، ويرجع " موريس" (1976) هذه الاضطرابات إلى عدم تمكن عمال الدورية الليلية من تعويض النوم أثناء النهار نتيجة الضوضاء أو عوامل أخرى، وبالتالي تأثر الفرد يعني تأثر كيفية إنجازه لعمله (أورد في: بوظريفة، 1995)، بالإضافة إلى معاناة عمال المناوبات الليلية من ديون في النوم لأن العامل بحاجة لاسترجاع الطاقة باعتبار النوم النهاري لا يعوض ولو بنسبة قليلة النوم الليلي كون معظم الوظائف ليلا ترتخي وتفقد نشاطها، ومن الجدير بالذكر أن العمل الليلي يؤثر على نوعية النوم إذ يجد الفرد العامل ليلا صعوبة في النوم حيث تنتابه نوبات من الاستيقاظ المتكررة وعدم النوم المنتظم، وأن الظروف البيئية الغير مناسبة لا تساعد الفرد على النوم المريح ونجد من بين هذه الظروف الإضاءة الزائدة في النهار، الحرارة، الضوضاء ما يجعل الفرد يجد صعوبة في التكيف مع هذه الظروف بعد ليلة عمل شاقة (أورد في: Bayon et autres, 2009).

يفرض العمل الليلي إذن على العامل العمل في الوقت الذي يطلب فيه جسمه النوم، وأن ينام في الوقت الذي يريد فيه جسمه الاستيقاظ، مما ينتج عنه عدم التناسق بين وقت النوم والاستيقاظ وحاجة الجسم العضوية وعندما يغير العامل دوريته إلى دورية أخرى، فإن جسمه يحتاج إلى بعض الوقت للتكيف مع وقت العمل الجديد، وذلك لسيطرة الرتم اليومي وهو قدرة الجسم على التحول من النوم في ساعات معينة (عادة في الليل) إلى الاستيقاظ، والنشاط في ساعات أخرى عادة وقت النهار، كما هو الحال عند عمال الدوريات الليلية في بعض المؤسسات كالمصانع والمستشفيات وغيرها.

وفي هذا الصدد يقول الأطباء أنه أصبح من الوارد الآن أن يستخدموا مصطلح اضطرابات العمل بنظام الدوريات، حيث أن العمل بنظام الدوريات يقوم بتغير النظام اليومي للجسم، إذ يظهر العامل طوال الليل والنوم أثناء النهار وقد يواجه صعوبة في ذلك مما يقلل من إجمالي كمية النوم، وقد لا نلتفت إلى هذه الساعة إلا عندما تختل وتخلف عدة أثار على العامل في جميع جوانب شخصيته كالإحساس الدائم بالتعب، إذ يقل عنده التركيز وتزداد الأخطاء وخطر الإصابة بالأمراض الجسمية، هذا بالإضافة إلى الضغط النفسي الذي يتعرض له عمال الدوريات الليلية.

قام الباحث ليل Lille بدراسة حول النوم بالتفصيل من خلال تحليله للنوم النهاري لخمسة عشر(15) فردا يعملون في الفترة الصباحية بالنظر إلى مدتها في الليل حيث أن متوسط النوم في النهار قدر بـ (06 ساعات)، أما مدته في الفترة الليلية خلال أيام الراحة تقدر بـ (08 إلى 12 ساعة) وكانت مدة النوم خلال الليل أكبر في اليوم الثاني بالنسبة إلى اليوم الأول، وتوصل الباحث إلى أن العمل الليلي يؤثر سلبا على النوم، حيث أن النوم الليلي لا يمكن تعويضه بالنوم النهاري مهما كانت نوعيته وكميته (أورد في: عبدوني).

ويعتبر ارتباط هذا العصر بالتطورات في مختلف المجالات وفي المؤسسات خاصة، أين توجد مهن عديدة توفر خدمات للمواطنين على مدار الأربعة والعشرين ساعة، مثل الشرطة، المطافئ، الأطباء، الممرضين وغيرها من المهن، وهناك أدلة متزايدة تظهر أن نوبات العمل الليلية يمكن أن تشكل أضرارا الصحة، وقد يزيد العمل ليلا من خطر الإصابة بالنوبات القلبية والسكتات وفقا لبحث تم إجراؤه في عام (2012) في كندا والنرويج، وهذا الأمر يحتاج إلى مزيد من البحث وقد حددت الوكالة الدولية لأبحاث السرطان في السابق أن نمط العمل الليلي يعمل على تعطيل وظائف الجسم الطبيعية على مدار الساعة كسبب محتمل للسرطان، وقد تتسبب المناوبات الليلية أيضا في المشاكل الصحية القائمة مثل مرض السكري والأمراض النفسية على حد سواء، ويمكن لنوبات العمل الليلية أن تعطل لدينا وظائف الجسم الطبيعية على مدار الساعة (عن طريق التداخل مع إنتاج الهرمونات في الجسم)، وتعكر النوم وتسبب التعب؛ فالتعب الشديد يمكن أن يؤدي أيضا إلى الوقوع في حوادث. وهناك نوعان من المشكلات الصحية عندما يتعلق الأمر بدورية العمل الليلي، كما يقول الدكتور فيكتور ريفيل من جامعة ساري، وهو خبير في وتائر الجسم، أو الساعة البيولوجية للجسم، والذي يقول عندما يعمل الناس ليلا فإنهم يعملون ضد رتم الساعة البيولوجية للجسم والتي يمكن أن تشكل ضغطا على الجسم، فعلى سبيل المثال إذا كنا نتناول الطعام في الساعة (2:00) صباحاً فإن جسمنا لن يستجيب لمعالجة الغذاء والحصول على ما يطلبه من مواد غذائية وهذا يمكن أن يكون له تأثير ضار ويؤدي في النهاية إلى أمراض مثل مرض السكري، ولا نتحصل عادة على الكثير من النوم إذا كنت تعمل بنوبات ليلية فيمكن أن يكون له تأثير على الصحة العامة" (أورد في: علاء، 2016) وبل يمكن القول بأن الدوام في أوقات مختلفة أصبح أمرا اعتياديا في المجتمعات المتقدمة، حيث لا تتوقف عجلة الإنتاج عن الدوران على مدار الساعة طوال السنة، فنظام الدوريات من الأمور البالغة الأهمية بالنسبة للعامل وللعملية الإنتاجية (أورد في: شحاتة، 2006).

لعل الحديث عن الصحة الجسدية لم يعد موضوعا طبيا بحتا، بل أصبح ظاهرة اجتماعية وقد أدى تغيير خريطة الأمراض وظهور الأمراض المزمنة إلى تغيير مفهوم الصحة ومحدداتها المتفاعلة معها كالعوامل النفسية والاجتماعية الديموغرافية، وهذا ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية في تعريفها للصحة بأنها حالة من السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية، وليس الخلو من المرض أو العجز، حيث أن عقل الفرد وبدنه ومجتمعه الذي يعيش فيه يكونون وحدة متكاملة يؤثر كل منها في الأخر ويتأثر به، كما أن المثير من سلوكات الفرد وعاداته الصحية وما يقوم به من ممارسات على صلة وثيقة بصحته الجسمية والنفسية وما يتعرض له من أمراض ومعاناة قد تسبب له الوفاة أو الإعاقة أو حتى الاضطرابات النفسية والعقلية (أورد في: غالمي، 2016)، إذ أن الأخطار التي يمارسها العمل الليلي معروفة بالنسبة للذين يعملون ليلا أو نهارا، ومن المعروف أن الأفراد لديهم ساعة بيولوجية داخلية والتي تمنح لهم الطاقة ليكونوا في أوج نشاطهم نهارا والنوم ليلا، ومن الواضح أن الأفراد الذين يعملون ليلا لديهم نوعية النوم ضعيفة أو رديئة وفترات من التعب الشديد لدرجة أن الفرد لا يستطيع مقاومته خاصة نوبات التعب المفاجئة خلال فترات العمل، وبتعبير أخر هذا الخلل في الرتم البيولوجي يعود سببه لاضطرابات النوم التي يعاني منها عمال المناوبات الليلية وهذا ما يشجع تعرض العمال للإصابة بالأمراض القلبية العرقية.

ومن الملاحظ أن العامل ليلا يعمل (25 ليلة في السنة) ولذلك هو بحاجة إلى وقت فراغ وراحة للتعويض ما يعادل (10%) من ساعات العمل، مثلا الموافقة من أرباب العمل على إعطائه إجازة في شكل عطل تكميلية، ويجب أن يستفيد العامل ليلا بانتظام من فحوصات طبية كل سنتين انطلاقا من (45 سنة).

فالبرغم من أهمية هذا النظام إلا أنه له تأثيرات سلبية على عادات النوم، وعلى العلاقات الاجتماعية كزيادة حالات الطلاق، الشعور بالتعب، والنوم المتقطع، واضطرابات الشهية، المشكلات الجنسية، انخفاض عدد اللقاءات مع الأصدقاء، زيادة حوادث العمل، وانخفاض في الولاء والالتزام تجاه المنظمة، وهذه الأخيرة تزداد سوءا إذ لم تطبق العدالة في توزيع مناوبات العمل وعادة تظم الفرق البحثية للتعامل مع هذه المشكلة متخصصين في الجوانب الفسيولوجية، وبما أن المناوبة أصبحت جزءا من المجتمعات المعاصرة فإن جهود الباحثين توجه نحو إيجاد جداول عمل دورية تتناسب والطبيعة البيولوجية للعاملين في ضوء متطلبات الوظائف التي يقومون بها، ويكون الهدف النهائي هو تعرض الفرد العامل لأقل درجة من الاضطرابات في توازنه الفسيولوجي والنفسي عند تغيير توقيت العمل من فترة إلى أخرى (أورد في: عسكر، 2000)، فتأثيرات العامل بالتغيرات الناجمة عن مختلف الوتائر البيولوجية التي يعرفها جسمه، الأمر الذي يجعله يعمل جاهدا للتغلب على هذا الوضع مما يؤدي إلى الشعور بالتعب، وينجم عن ذلك نقص في التركيز والانتباه، التغيب وصعوبة التكيف وبعض الأمراض المهنية وحوادث العمل (أورد في: دويدار،2003).

وعليه فمن الضروري أن يلجأ جسم الإنسان للراحة وخاصة أثناء النوم حيث يعتبر هذا الأخير ذو نظام رتمي ذو ثلاث ساعات بيولوجية، سركادية، واجتماعية فعلى الفرد احترام أوقات الراحة المفروضة

من رتم العمل حتى لا يكون عرضة لمختلف الاضطرابات التي تصاحب نظام الساعة البيولوجية لديه (أورد في:Rohmer, 2004).

أكدت الدراسات الوبائية أن للعمل الليلي تأثير على الصحة العقلية والفسيولوجية والأداءات المعرفية بالإضافة إلى اضطرابات اليقظة، وقلة النوم، اضطرابات النوم التي تزداد مع التقدم في السن، حيث تعمل فيزيولوجية الجسم برتم دوري يعرف بالساعة البيولوجية تتوقف عليها إفرازات معظم وظائف العضوية من تنفس وهضم ودورة دموية بالإضافة إلى مشكلات في تنظيم الحياة الاجتماعية بالنسبة لعمال الليل، وظهور الغضب والنرفزة، والقلق والاكتئاب والاضطرابات الجنسية، والاضطرابات الهضمية بنسبة (30%) لدى عمال الليل، بالإضافة إلى نقص الشهية بنسبة (20 إلى 75%) بالنسبة للذين يعملون ليلا عكس الذين يعملون صباحا بنسبة (10إلى 25%)، والقرحة المعدية وانخفاض الأداء، بالإضافة إلى ارتفاع الميتابوليزم والمعاناة من السمنة، أما بالنسبة للعادات السيئة فنجد التناول المفرط للكحول والتدخين، وخطر الإجهاض والولادة المبكرة بالنسبة للنساء الحوامل العاملات ليلا، بالإضافة إلى ظهور الضغوط والتعب المزمن لدى عمال المناوبات الليلية الذي يؤدي بدوره إلى ظهور الاكتئاب (أورد في: DENIS, 2012)

ومن خلال ذلك صنف العمل الليلي من طرف (2009) (CIRC) (المركز الدولي للبحث في السرطان) Centre internationale de recherche en cancers بأنه سرطاني حيث أنه يسبب سرطان الثدي بالنسبة للنساء العاملات ليلا، بالإضافة إلى سرطان الكولون و المسالك البولية، إضافة إلى اختلال الساعة البيولوجية التي تنظم التناوب أو التعاقب للأوقات النوم واليقظة (أورد في: sophie et praz,2010)، وفي هذا الصدد أشار بينابو benabou (2015) في دراسته، التي هدفت إلى تبيان العلاقة الموجودة بين العمل الليلي أو/ التناوبي وخطر الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء العاملات ليلا، كون طبيعة الهرمونات لدى المرأة تختلف عن طبيعتها لدى الرجال بالإضافة إلى اضطرابات الرتم السركادي لدى النساء أثناء العمل ليلا، وأسفرت نتائج الدراسة أن العمل الليلي يمارس ارتفاعا أخطار الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء اللواتي عملن أكثر من 20 سنة ليلا (أورد في: Benabou, 2015)

وضحت دراسة رحماني وآخرون (2012) Rahmani et autres تأثير العمل الليلي في اليقظة لدى الطاقم الطبي في الجزائر، شملت عينة الدراسة 103 طبيب مقيم في مستشفى سيدي بلعباس وكانت نتيجة الدراسة ظهور التعب الراجع إلى سوء التعويض وديون النوم خصوصا لدى الأطباء الذين يعملون ليلا وذلك بنسبة (78 %) ، بالإضافة إلى معاناة الأطباء من صعوبة التركيز والأرق الليلي وذلك بنسبة (65 %) وكذا حالات الغضب والنرفزة وذلك بنسبة (38 %)، ضف إلى ذلك انعدام فترات الراحة والأمن في العمل لدى هذه الشريحة وذلك بنسبة (93 %) من الأطباء، وكذا ظهور الغياب عن العمل نتيجة التعب واضطرابات الذاكرة (أورد في: Rahmani et autres, 2012).

كان الهدف من دراسة شولان وآخرون (2012) Cholan et autres، والتي تعتبر من الأبحاث المتعلقة بالمشكلات النفسية المرتبطة بأعمال نوبات العمل الليلية، تقييم الاختلاف في أنماط الأعراض

النفسية بين عمال المناوبة ليلا ونهارا من الفئة العمرية (18 إلى 58) سنة، ثم تنظيم جميع المشاركين في نوبات ليلية ونهارية، حيث أتت هذه الدراسة لمقارنة تواترات الاكتئاب في تحولات مختلفة للممرضات في مستشفيات جامعة يازد للعلوم الطبية بإيران، وشارك في هذه الدراسة (150) ممرضة وذلك باستعمال استبيان، وكانت النتيجة أن الممرضات كانت تعاني من الاكتئاب في كثير من الأحيان خلال العمل ليلا، وكذا الصراع الداخلي بسبب ساعات العمل الطويلة، كما تدخل متغيرات أخرى في ذلك مثل الحالة الاجتماعية، وبينت نتائج هذه الدراسة أن الممرضات المتزوجات أكثر اكتئابا من العازبات وذلك قد يكون ناجما عن المزيد من المشكلات الأسرية كالأزواج والأطفال، بالإضافة إلى معدل ساعات العمل يوميا، الرضا عن الأجر، وكان ارتباط كبير بين العمل الليلي للممرضات وظهور الاكتئاب والقلق، والأرق، التعب المزمن فضلا عن الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، واضطرابات الجهاز الهضمي على وجه الخصوص، وأن العمل الليلي لدى الممرضات يزيد من حدة التوتر لديهن، كما يزيد من نسبة الإجهاد وخطر التمثيل الغذائي والتأثير على أنماط النوم ورتم الساعة البيولوجية، العادات الغذائية السيئة لدى الممرضات لأنهن يخترن أنواعا معينة من الأطعمة أثناء النوبة الليلية لتخفيف أعراض الأمعاء التي يتعرضن لها، بالإضافة إلى سلوكات الأكل الغير طبيعية التي تشمل استهلاك كمية كبيرة من السكر للتغلب على التعب خلال الوجبات المتغيرة (أورد في: Cholan et autres, 2012). أكدت دراسة نيكولاس وأخرون حول الارتباط الموجود بين العمل الليلي والقلق والاكتئاب والأرق والنعاس والتعب لدى عينة من الممرضات النرويجية، وتم استعمال مقياس التعب واكتئاب المستشفى (HADS)، وكان الهدف من الدراسة هو التعرف على مختلف الاضطرابات والشكاوي العقلية، حيث أجريت الدراسة على (5400) ممرضة وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن العمل الليلي يسبب الإرهاق والتعب لدى الممرضات، كما ارتبط العمل ليلا بالقلق والاكتئاب، بالإضافة إلى أن الممرضات اللواتي لديهن خبرة في العمل ليلا هن أكثر عرضة للتعب والأرق من غيرهن (أورد في: Nicolas et autres, 2013).

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

ظهور الاكتئاب، والقلق، واضطرابات المزاج إذ يلعب طبيب العمل دوار فعالا في تكيف العمال مع الساعات الغير النمطية (أورد في: Boughattas, 2012). ويعتبر التقرير الذي أعدته (DARES) في (2013) حول ظروف العمل التي يعيشها عمال الليل الذين يزاولون مهام متعددة، إضافة إلى الإرغامات الصعبة التي يحتويها رتم العمل ليلا الذي يفرض عليهم السرعة في انجاز مهامهم، وكنتيجة لذلك ارتفاع الضغط النفسي لديهم بالإضافة إلى التعب وارغامات اليقظة، ويصرح العمال بأنهم عرضة للوقوع في الحوادث أو الجروح وتضم هذه المهن مهنة الشرطة والتمريض، أما بالنسبة لعمال المصانع فيعانون من مشقة فسيولوجية مهمة و يمثلون نسبة تتراوح بين (27 و43%) (أورد في: DARES, 2013).

ولقد حاولت دراسة برودلاك وأخرون (2012)Burdelak et autres التي أجريت على (725) ممرضة وقابلة، الكشف عن الأخطار الصحية لممرضات وقابلات العمل الليلي في بولندا، وأسفرت نتائج هذه الدراسة إلى أن العمل الليلي يمارس أخطارا وأثارا سلبية في صحة الممرضات والقابلات حيث وجد أن مرض الغدة الدرقية أعلى مرتين عند النساء اللواتي يعملن 15 سنة أو أكثر في نوبات ليلية، وكذا ارتفاع ضغط الدم، زيادة الوزن (18.6 ٪) والسمنة (7.4 ٪) زيادة كبيرة في مدة العمل للممرضات، الإصابة بسرطان الثدي، عدم انتظام الدورة الشهرية، وذلك بنسبة (53 ٪) من الممرضات اللواتي عملن في المناوبات الليلية، بالإضافة إلى انتشار الأخطار الصحية، ومرض السكري، فرط شحميات الدم، السرطان، متلازمة القولون العصبي، وآلام في البطن مقارنة بعاملات النوبة النهارية، وكذا (23%) من أمرض القلب والأوعية الدموية والحالات المزمنة، وكانت الأدلة موحية ولكنها غير قاطعة فيما يتعلق بالأمراض القلبية العرقية، ومتلازمة التمثيل الغذائي، وأدلة توحي إلى وجود علاقة عكسية بين العمل الليلي وسرطان الثدي ولكن غير حاسم للسرطانات الأخرى، زيادة أخطار الإصابة بسرطان الثدي المرتبط بأعمال النوبات الليلية، سرطان البروستاتا، وسرطان القولون، وجميع أنواع السرطان (أورد في: Rubie, 2018)، وحول الأخطار التي يمارسها العمل الليلي على صحة العامل، أشار مركز (AISMT) (2013) (الجمعية المهنية للصحة وطب العمل) Association Interprofessionnelle de Santé et de Médecine de Travail إلى أن العمل الليلي يؤدي إلى اضطرابات جدول النوم/ يقظة، بالإضافة إلى ظهور الضغوط والتعب المزمن، القلق، الاكتئاب إلى درجة أن العامل ليلا يصل إلى تناول الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب، بالإضافة إلى انتشار الأخطار المرتبطة بالاستهلاك المفرط للقهوة والتدخين للقضاء على التعب والنوم المفاجئ أثناء المناوبة الليلية، وحسب النتائج التي توصل إليها المركز، يؤدي العمل الليلي إلى خفض الأداءات الفكرية لليقظة والرفع من حوادث العمل، اضطرابات الهضم، ارتفاع نسبة السكر في الدم والكلسترول وهذا نتيجة الاستهلاك المفرط للأطعمة وبطريقة غير منتظمة، زيادة على ذلك خطر الإصابة بالأمراض القلبية العرقية، والإصابة بسرطان الثدي لدى النساء العاملات ليلا، واختلال الحياة الاجتماعية والأسرية للعامل في النظام الليلي (أورد في: Aismt, 2013).

ولقد بينت دراسة رامون ورينودين (2017) Ramonnet et Ranaudin أن العمل الليلي والساعات اللاإعتيادية يؤدي إلى معاناة العمال من اضطرابات النوم واليقظة هذا ما يؤدي بالعامل إلى التناول

المفرط للأدوية المنومة لتسهيل النوم أو العكس من ذلك أي تناول المنبهات للبقاء في حالة يقظة طيلة ليلة العمل، انخفاض الميتابوليزم، ارتفاع نسبة الكوليستيرول في الدم وأخطار الإصابة بالذبحة القلبية وزيادة الوزن وارتفاع الضغط الدموي، ظهور التعب، القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى معاناة العامل من عدم التكيف والعزلة الاجتماعية والمهنية والأسرية (أورد في: Ramonnet et Ranaudin, 2017).

وفي نفس السياق أشارت CGT de l'allier (2014) (Confédération General de Travail) أن اضطرابات النوم تنتشر بكثرة لدى عمال المناوبات الليلية بنسبة (30%) حيث يعاني العمال الليليين من الأرق مقارنة بعمال النهار بنسبة (15%)، وزيادة ظهور التعب الذي يصاحب العمل ليلا، وكذا الاستهلاك المفرط للشاي والقهوة، بالإضافة إلى ظهور اضطرابات اليقظة، مما يؤدي بالعمال إلى التعرض لحوادث العمل والطرقات، بالإضافة إلى ظهور الاضطرابات الهضمية، القرحة المعدية، الاضطرابات المعوية، السمنة المرتبطة بالاختلال الهرموني بسبب الإفراز المفرط للكولسترول وعدم الانتظام في أخذ الوجبات في وقتها واستهلاك الوجبات التي تحتوي على الدهون، وعلى المدى البعيد (10 إلى 15 سنة) من الخدمة والعمل الليلي يعاني العامل من الاكتئاب والذي يعود أسبابه إلى الإحساس بالتعب وديون النوم، والضغوط والانعزال والانسحاب الاجتماعي والأسري، بالإضافة إلى اضطراب الميتابوليزم، حيث أن في تقرير حول 700 عامل ليلي بنظام الدوريات (8x3) تبين انخفاض الكلسترول ذو النوعية الجيدة (HDL)، والزيادة في الدهون الثلاثية (Triglycérides)، زيادة في الجلوكوز ، وارتفاع نسبة الكلسترول المضر للجسم، احتمال الإصابة بالسكري، والسرطان حيث وضحت ذلك العديد من الدراسات الوبائية التي أجريت حول العمل الليلي.

وهذه الاضطرابات السالفة الذكر مرتبطة باختلال الساعة البيولوجية الموجودة في الجسم وهذا مقارنة بالرتم العادي للجسم في النهار والليل، وارتفاع الميلاتونين لدى عمال المناوبات الليلية والتي تؤدي بدورها إلى مختلف الاضطرابات الخطيرة للصحة والميتابوليزم (أورد في: CGT de l'Allier, 2014).

وفي التقرير الذي أجراه أطباء العمل حول النتائج المترتبة عن الأرق من جراء العمل ليلا على عينة تكونت من (738) عاملا، تم اختيار العمال على أساس السن، الجنس، الفئة السوسيو مهنية، وكان المعيار الأساسي لهذا التقرير هو التغيب أو الغياب عن العمل، أما فيما يخص المعايير الثانوية فبنيت على المميزات الفردية والسلوكات وإدراك العمل، أسفرت نتائج هذه الدراسة أن العمال الذين يعانون من الأرق نسبة التغيب لديهم مرتفعة جدا، وأن الأخطاء المهنية ترتفع لدى هؤلاء العمال بنسبة (44%) بالمقارنة مع العمال الذين ينامون جيدا بنسبة(31.3 %)، بالإضافة إلى انخفاض الفعالية في العمل وانخفاض التقدم المهني وقلة فرص الترقية، وقد نوه أيضا في هذا التقرير على ضرورة الانتباه عند أداء العمل، والعلاقات مع الزملاء في العمل، إذ أنه من الضروري معرفة أن ظروف العمل ترتبط بأسباب التكيف أو عدم التكيف مع العمل التناوبي أو الليلي وهي بلا شك محل الدراسة في الكرونوبيولوجيا ومن الأساسي التفكير في تنظيم العمل خصوصا في ساعات الالتحاق بمركز العمل ونظام التناوب (أورد في: Adam).

ومن الواضح أن هناك علاقة بين العمل الليلي وظهور الاضطرابات الهضمية لدى العمال، وتعود هذه العلاقة إلى الأطعمة التي يتناولها العامل خلال المناوبة الليلية كما أن انعكاس الرتم السركادي اليومي يعتبر السبب الرئيسي في ظهور الاضطرابات الهضمية، كما أن السلوك الاستهلاكي الغذائي مع التغير في الحاجات الكمية والنوعية لأخذ الوجبات المختلفة يتسبب كذلك في تلك الاضطرابات.

وتجدر الإشارة إلى أن عدم الانتظام في تناول الوجبات اليومية وعدم الفصل الزمني بين وجبة وأخرى والاستهلاك المفرط للأطعمة الخفيفة يؤدي إلى الزيادة في الوزن على الأقل عشرة كيلوغرامات خاصة لدى النساء العاملات ليلا وهن يمثلن نسبة (50%) من النساء اللواتي لديهن أقدمية في العمل ليلا أكثر من ثلاث سنوات (أورد في: Rivaleau, 2003).

أجرت شايب وآخرون (2015) Chaib et autres دراسة حول تقييم اضطرابات النوم لدى العاملين بنظام ساعات العمل اللاإعتيادية في المركز الإستشفائي الجامعي بعنابة (الجزائر)، ركزت الدراسة على الموظفين الشبه طبيين والتقنيين بالمركز، وأسفرت النتائج أن نسبة (81.2%) تعمل بالتناوب من بينهم نسبة (61%) نساء، حيث كان متوسط العمر (42.1) سنة ونسبة (6 %) تعمل عمل ليلي ثابت وكان متوسط الأقدمية هو (14.7) سنة، وهناك نسبة (12.9%) لديها مخاطر معتدلة من النعاس وثمانية عمال بنسبة (3.8 %) ظهرت لديهم علامات النعاس المفرط أثناء النهار وهناك نسبة (17.3 %) لديهم اضطرابات النوم، وكشفت الدراسة أن أعراض النعاس المفرط أثناء النهار بين العاملين بنظام ساعات العمل غير العادية لذلك فإن تعزيز المراقبة الطبية لهؤلاء الموظفين هو أكثر من ضروري وذلك لتجنب خطر حوادث الطرقات، والمنزل، والعمل (أورد في: Chaib et autres,2015).

في دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية سنة (2015) حول الممرضات العاملات في المناوبات الليلية وتأثير ذلك على المنزل، الأسرة والحياة الاجتماعية، وكان الهدف من الدراسة هو فهم تجربة الممرضات اللواتي يعملن في النوبة الليلية، والتأثير على الحياة خارج العمل وطرق التعامل مع المنزل والأسرة والضغوط الاجتماعية وتشمل الصعوبات الناجمة عن العمل ليلا مشكلات النوم، والنظام الغذائي، ودورة الحيض، والتوتر/ القلق، وزياد الوزن وارتكاب الأخطاء في مكان العمل وحوادث القيادة كما تم الإبلاغ عن وقت أقل لقضاء وقت الفراغ، والمسؤوليات المنزلية، ورعاية الأطفال، والأصدقاء والعائلة، وأسفرت نتائج الدراسة أن العمل ليلا بالنسبة للممرضات يؤثر على الحياة الأسرية ورعاية الأطفال والعلاقات مع الزوج والأصدقاء والعائلة الممتدة، بالإضافة إلى التغيرات النفسية خلال فترة الحيض، الصداع، ارتفاع ضغط الدم، والاكتئاب، ومعاناة الممرضات من التعب والإجهاد بصفة مستمرة، اضطرابات الشهية وقلة الدعم الاجتماعي، كما أجريت الدراسة على (895) ممرضة في الولايات المتحدة الأمريكية ، طُلب منها الاحتفاظ بدفتر سجل التحولات ، ساعات العمل، وحوادث القيادة، حيث صرحت الممرضات عن صعوبة البقاء مستيقظات في العمل وزيادة النعاس أثناء القيادة، كما لا يُسمح بأخذ قسطا قليلا من النوم أثناء نوبات الليل على نطاق واسع أو بشكل موضوعي (أورد في: Ganesh, Vetal et 2015).

وضحت مجمل الدراسات أن للعمل الليلي أثار سلبية تختلف حدتها باختلاف طبيعة وظروف العمل، ونسعى من خلال الدراسة الإجابة على الإشكالية المتضمنة للتساؤلات التالية:

1- هل يمارس العمل الليلي انعكاسات نفسية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟

- هل يؤدي العمل الليلي إلى ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟

-هل يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟

-هل يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟

- هل توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس؟

- هل توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس؟

- هل توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس؟

- هل توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية؟

- هل توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية؟

- هل توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية؟

- هل توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية؟

- هل توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية؟

- هل توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية؟

2- هل يمارس العمل الليلي انعكاسات فسيولوجية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟

-هل يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟

-هل يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الاضطرابات الهضمية لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو؟

2- فرضيات الدراسة:

2- 1- الفرضية العامة الأولى:

- يمارس العمل الليلي انعكاسات نفسية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

الفرضية الجزئية الأولى: - يؤدي العمل الليلي إلى ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو

الفرضية الجزئية الثانية: - يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو

الفرضية الجزئية الثالثة: - يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو

الفرضية الجزئية الرابعة: - توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس.

الفرضية الجزئية الخامسة: - توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو الجنس.

الفرضية الجزئية الأولى: - توجد فروق في الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس.

الفرضية الجزئية السادسة: - توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية.

الفرضية الجزئية السابعة: - توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية.

الفرضية الجزئية الثامنة: - توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية.

الفرضية الجزئية التاسعة: - توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية.

الفرضية الجزئية العاشرة: - توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية.

الفرضية الجزئية الحادية عشرة: – توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية.

2-2- الفرضية العامة الثانية:

– يمارس العمل الليلي انعكاسات فسيولوجية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

الفرضية الجزئية الأولى: – يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات في النوم لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

الفرضية الجزئية الثانية: – يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات هضمية لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

3-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في التعرف على طبيعة العمل الليلي ومختلف الانعكاسات التي يمارسها سواءا نفسيا أو فسيولوجيا على الممرضين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، وذلك بغية إثراء المعلومات والمعطيات التي قدمها الباحثين والمختصين في علم نفس العمل والتنظيم، ولفت انتباه المعنيين والمسؤولين إلى مختلف الآثار السلبية التي يمارسها العمل الليلي في صحة الأفراد العاملين.

4-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى محاولة الكشف عن الانعكاسات التي يمارسها العمل الليلي والمتمثلة في القلق، الاكتئاب، الضغط النفسي، بالإضافة إلى اضطرابات النوم والاضطرابات الهضمية لدى الممرضين وذلك في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، والتعرف أكثر على حقيقة وجود هذه الانعكاسات قصد التشخيص وتقديم الحلول للحد منها وكذلك إثراء البحوث النفسية من خلال الدراسات والبحوث الميدانية.

5- تحديد المفاهيم الأساسية:

تحتوي الدراسة على مجموعة من المفاهيم المرتبطة بموضوع الدراسة والذي يتمحور حول العمل الليلي وما ينجم عن هذا التنظيم من العمل من انعكاسات نفسية وفسيولوجية التي يمارسها العمل الليلي على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، وتشمل الانعكاسات النفسية كل من القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، أما بخصوص الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي فتشمل الاضطرابات الهضمية، واضطرابات النوم، وعليه تتمثل المفاهيم المرتبطة بموضوع الدراسة فيما يلي:

5-1- العمل الليلي:

اصطلاحا:

حسب لاكسيل laxile العمل الليلي هو كل نشاط يقوم به الفرد خلال فترة محددة للراحة (من الساعة العاشرة مساءا إلى السادسة صباحا) وفيه تكون كل الوظائف البيولوجية معاكسة للنشاط خلال ساعات العمل العادية فترة الصباح والمساء (أورد في:laxille, 1976).

وبالنسبة لكامبنز KAMPENZ العمل بالمناوبة هو عبارة عن تنظيم ساعات العمل بحيث يمكن تشغيل فرق مختلفة من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة أثناء الأربع والعشرون ساعة.

حسب فيو VIEUX العمل الليلي هو نمط من تنظيم وقت العمل لضمان استمرارية الإنتاج بواسطة تعاقب فرق العمل على العمل دون انقطاع.

يرى كايو KAILLAU أن العمل التناوبي هو نمط من تنظيم وقت العمل لضمان الاستمرارية في الإنتاج وتتعاقب فيه فرق العمل دون انقطاع في الزمان (أورد في: لعريط: 2007).

ولعل التعريف الأكثر ملائمة للعمل الليلي هو ذلك التعريف الذي اقترحه ماكدونال ودويل (1981) Mc Donal et Doyle على أنه " نظام تتم فيه ساعات العمل على الأقل جزئيا خارج الأوقات العادية للعمل" (أورد في: بوظريفة، 1995).

نستنتج من خلال التعريفات السابقة أن العمل الليلي، هو العمل الذي يؤدى في الساعات اللاإعتيادية أين تكون وظائف الجسم مرتخية وتعكس الرتم البيولوجي العادي.

إجرائيا:

يعرف العمل الليلي إجرائيا أنه العمل في المناوبة الثالثة، وهو العمل الذي يبدأ من الساعة العاشرة مساءا إلى الساعة الخامسة صباحا، ويعتبر العمل الليلي في هذه الدراسة أنه إجابات الممرضين العاملين في المناوبات الليلية في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو على استبيان الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي.

5-2- الانعكاسات النفسية:

يعرف مصطفى فهمي الآثار النفسية الناتجة عن ظروف العمل وأنظمته، أنها عوامل مسببة للضغوط، والتي يمكن أن تؤدي إلى عدم التوافق النفسي للفرد العامل وعدم تقبل هذا الأخير لذاته وللآخرين، وينتج عن ذلك عدم الشعور بالراحة النفسية إذ أن العوامل التنظيمية التي لا تتفق مع فيزيونومية الفرد كما هو الحال بالنسبة لنظام العمل بالمناوبة، ينجم عنها انعكاسات نفسية تتمثل في عدم القدرة على التوافق النفسي، وبالتالي عدم قدرة الفرد استغلال قدراته وإمكانياته في العمل كما ينبغي.

وحسب ما أشار إليه "صلاح مخيمر" أن الانعكاسات النفسية تقاس بمدى قدرة الفرد على التصدي والتغلب على المشكلات التي تعترضه، والسعي إلى المزيد من التقدم لتحقيق أهدافه أي خفض التوتر (أورد في: لعريط، 2007).

تظهر الانعكاسات النفسية على العمال الليليين عادة في شكل اضطرابات نفسية وعصبية ناتجة عن حالات التعب والقلق التي يعيشها العامل وفق هذا النظام، وبالتالي تشكل للعامل اضطرابات، وتشمل الانعكاسات النفسية في الدراسة الحالية كل من القلق، الاكتئاب والضغط النفسي.

2 – 1 – القلق:

القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان، ويسبب كثيرا من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج (أورد في:السيد عثمان، 2001).

يعتبر القلق خبرة وجدانية غير سارة، يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر أو الاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، والقلق شأنه شأن سائر الانفعالات ينتج عن منبه يكون بمثابة إنذار بفقدان التوازن بين الفرد وبيئته، وبالتالي يؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن (أورد في: كامل، 1998).

وجاء في تعريف أخر للقلق على أنه حالة من الخوف الشديد الغامض الذي يتملك الفرد ويسبب له الكثير من مشاعر الضيق والانزعاج، فالشخص القلق يبدو دائما متوترا ومضطربا كما يتميز بفقدان الثقة بالنفس وبالتالي وجود مظاهر العجز وفقدان القدرة على التركيز. (أورد في: القذافي، 1997).

نستنتج من خلال التعريفات السابقة، أن القلق حالة نفسية تصيب الفرد نتيجة لتجمع العديد من العناصر السلوكية والإدراكية، وبالتالي تسيطر على الفرد مشاعر التوتر وعدم الارتياح.

2 –2 – الاكتئاب:

الاكتئاب هو مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية، وهو عبارة عن أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب الذات.

ويعرف كذلك الاكتئاب بأنه عبارة عن استجابة عادية تنتج عن خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل مثلا.

يعتبر الاكتئاب اضطراب نفسي يعبر عن نفسه في مجموعة من الأعراض المتزاملة بعضها عضوي وبعضها ذهني وبعضها مزاجي وبعضها يأخذ الصبغة الاجتماعية، تلك الأعراض تسمى في مجملها الزملة الاكتئابية،وهي تشتمل ببساطة عن جوانب السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة أغلبها أو بعضها والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي، وتشخيصه (أورد في: لعريط، 2006).

من خلال ما سبق يحدث الاكتئاب نتيجة وجود خلل يؤثر على التوازن النفسي والجسدي للفرد، ويكون إما تعرض لمثير أو نتيجة للفشل.

2 –3 – الضغط النفسي:

يعرف الضغط النفسي بأنه تجربة ذاتية تحدث اختلالا نفسيا أو عضويا لدى الفرد، وينتج عن عوامل في البيئة الخارجية، أو المنظمة أو الفرد نفسه (أورد في:silamy,1980).

في تعريف أخر للضغط النفسي هو حالة من عدم القدرة على التكيف مع التهديد المدرك (حقيقي أو خيالي) للصحة النفسية والجسدية والانفعالية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات والتكيفات الفسيولوجية (أورد في: المرزوقي، 2008).

أو هو حالة من التوتر النفسي الشديد التي تحدث نتيجة لوجود عوامل داخلية أو خارجية تضغط على الفرد وتؤدي به إلى اختلال التوازن واضطراب السلوك (أورد في:عبد العظيم، 2003).

من خلال التعريفات السابقة، يعتبر الضغط النفسي مجموعة من الأحداث الضاغطة التي تعترض الفرد أثناء أدائه لمهنته والتي تشكل تهديدا له.

الانعكاسات النفسية:

إجرائيا:

نعني بالانعكاسات النفسية في هذه الدراسة الآثار النفسية السلبية التي يتركها العمل الليلي في صحة الممرضين العاملين ليلا وذلك في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو والمتمثلة في القلق والاكتئاب، والضغط النفسي، وهي ما يقيسه مقياس(HAD) للقلق والاكتئاب، ومقياس (MSP) للضغط النفسي.

5-3- الانعكاسات الفسيولوجية:

3-1- اضطرابات النوم:

يعتبر النوم حاجة بيولوجية لابد من إشباعها لاسترجاع الطاقة والراحة، فعدم الإشباع أو الإشباع الناقص يؤثر على الجسد والنفس.

فاضطرابات النوم هي منغصات تلازم بعض الناس فتؤثر على كمية النوم ونوعيته الأمر الذي يجعل قدرة الفرد أقل كفاية في الأداء الوظيفي الاعتيادي فترة مستمرة شهر أو أكثر.

كما يمكن تعريف اضطرابات النوم بأنها تعذر في الأوقات الطبيعية المتعود عليها، بينما يصبح النوم ممكن في الأوقات الأخرى، كتعذره في الليل وإمكانيته في النهار وتحدث هذه الحالات عند تغيير دورية العمل من نظام زمني مألوف إلى نظام أخر.

من خلال ما سبق ذكره، تعتبر اضطرابات النوم مختلف المشكلات التي تعترض الفرد من أجل عدم الظفر بالنوم الصحي، وتتمثل في الأرق، ديون النوم والتعب نتيجة عدم أخذ القسط الوافر من النوم.

3-2- اضطرابات الهضم:

تعتبر الاضطرابات الهضمية مختلف المشكلات الهضمية التي يعاني منها الفرد، من بينها المغص في المعدة، الإسهال، القرحة المعدية، الإمساك، إلى غيرها من مشكلات الهضم والتي يسببها العمل ليلا من جراء استهلاك الأطعمة الخفيفة والمنبهات.

إجرائيا:

نقصد بالانعكاسات الفسيولوجية في الدراسة، مختلف الآثار السلبية التي يمارسها العمل الليلي على الممرضين والتي تؤثر سلبا على صحتهم الفسيولوجية، والتي تشمل اضطرابات النوم والاضطرابات الهضمية لدى الممرضين العاملين ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

6- الدراسات السابقة:

نظرا للأهمية التي يكتسيها العمل الليلي ومختلف الانعكاسات التي قد يمارسها في صحة العاملين وفق هذا النظام، نجد العديد من الباحثين الذين سلطوا الأضواء على هذا الموضوع، وفي الدراسة الحالية سوف نحاول التعرف على الانعكاسات النفسية والفسيولوجية للعمل الليلي، ومن بين الدراسات التي تعرضت لذلك نجد:

6-1- الدراسات التي تناولت الانعكاسات النفسية للعمل الليلي:

حاول لانكري (1988) Lancry في دراسته التي أجريت في فرنسا على (1700) عامل يعملون وفق نظام العمل بالمناوبة، الكشف عن أهم الاستجابات النفسية للضغط الناتج عن خصائص النظام التناوبي وخلصت الدراسة إلى ما يلي: صعوبة النوم، التعب الذهني، الخوف الدائم، السلوك العدواني، الإحباط، عدم القدرة المتزايدة على التركيز، التشاؤم وعدم الاستمتاع بالحياة،صعوبة اتخاذ القرارات، الخوف من فقدان الوعي، الخوف من الموت، الخوف من الفشل، عدم القدرة على التركيز

(أورد في: Folkard, 1985) .

بين عسكر (1988) في دراسة حول تحديد مستويات الضغط النفسي والمقارنة بينها لدى العاملين في بعض المهن الاجتماعية، حيث تكونت عينة الدراسة من (353) عاملا وشملت الدراسة مهنة التدريس، التمريض، ومهنة الخدمات النفسية والخدمات الاجتماعية، وتوصلت الدراسة إلى أن المهن الأكثر تعرضا للضغط هي مهنة التمريض، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط لدى الممرضين والممرضات وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية والجنس (أورد في: عسكر، 1988).

كما نجد دراسة كلودوري وفرات وأخرون (1990) colodoré et autres والتي حاولت الكشف عن الإفرازات النفس فسيولوجية للعمل في الدورية الليلية وكان من أهم النتائج التوصل إليها وجود علاقة مباشرة بين الاكتئاب والنشاط المهني للعامل في الدورية الليلية والذي يتميز بالخمول والضعف الذي يصاحبه نوع من الصعوبة في أداء المهام في مختلف المجالات، بالإضافة إلى ذلك أن العامل أثناء فترة الاسترجاع غالبا ما يكون كثير الشكوى من ألام عضوية، والحال نفسه أثناء العمل في النوبات المختلفة وهذا ناتج عن التعب والإرهاق الذي يسببه ضعف مخزون الطاقة الناتج عن العمل ليلا

(أورد في: colodoré et autres, 1990).

أشار جوديث وبانكس (1996) Judith et Banks في دراسة لهما والتي هدفت إلى التعرف على درجة تحمل الممرضين لضغوط العمل والصحة النفسية في مستشفيات جامعة مارشال، فتكونت العينة من

(162) ممرضا وممرضة يعملون في ثلاثة مستشفيات، استخدم الباحثان لقياس الضغوط ودرجة التحمل والصحة النفسية استبانه مسح للبيانات الديموغرافية وأسئلة موضوعية ذات إجابة محددة تتعلق بعوامل الصحة، ومقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس التحمل، وخلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة عكسية بين مستوى الصحة وكل من الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر ونقص الشعور بالانجاز.

بينت دراسة كنوتسون وبوجيلد (2000) Knutsson et Boggild أن موظفي الدوريات كانوا أكثر عرضة لحدوث المشكلات الاجتماعية التي تؤدي إلي ضغط نفسي، كذلك تغير في سلوكهم مثل اللجوء إلي التدخين وتناول أغذية غير صحية وأيضاً حدوث تغير في الروتين اليومي والذي يؤدي إلى حدوث أمراض شرايين القلب، كما أوضح أن العمل الليلي يتطلب من الجسم القيام بمجهود جسماني في وقت يكون الجسم بحاجة إلي الراحة.

أجريت دراسة أدم وآخرون (2012) Adam et autres حول اضطرابات النوم واليقظة لدى عمال المناوبات الليلية، حيث شملت عينة الدراسة (1470) عامل ألماني و(1231) عامل فرنسي، وكانت أدوات الدراسة هو إجابة العمال على استبيان بيترسبرغ حول نوعية النوم، وسلم اليقظة "إيبوارث" (Epwarth)، بالإضافة إلى استبيان النوعيات السركادية ل هورن وإستبرغ، واستبيان جودة الحياة، قسمت العينة إلى عمال نهاريين وعمال ليليين مناوبين في دورية من نوع (8x2)، بينت نتائج هذه الدراسة أن اضطرابات النوم واليقظة منتشرة بكثرة لدى عمال الليل مقارنة بعمال النهار، واختفاء هذه الاضطرابات لدى العمال الليليين الذين تكيفوا مع رتم العمل ليلا مع النوعية الجيدة من النوم التي يحضون بها بعد ساعات العمل، حيث تم الإشارة في هذه الدراسة إلى أن العمال الليليين الذين تكيفوا مع العمل ليلا أقل معاناة من اضطرابات النوم واليقظة مقارنة بالغير متكيفين، وفي هذا الإطار تدخل العديد من المتغيرات والتي تلعب دورها في اضطرابات النوم/ يقظة لدى عمال المناوبات الليلية ومن بينها السن، نوعية الحياة، نوعية النوم، النوعية السركادية، تأثير نوع التناوب، عادات النوم لدى العمال الليليين، العوامل السوسيو مهنية (أورد في: Adam et autres, 2012).

أجرى بوافنب (2012) Boivinb دراسة حول التفاعل بين السيرورة السركادية أو اليومية والتفاعل المرتبط بدورة النوم/ يقظة الذي ينظم تغير الوتيرة اليومية، وكان الهدف من الدراسة هو تبيان كيف أن التكيف اليومي مع العمل الليلي ينظم دورة النوم/ يقظة، شملت عينة الدراسة(15) شرطيا من عمر(30) سنة يعملون ليلا، حيث توجد لديهم مدتين للنوم تصل إلى ثماني ساعات ليلا أو نهارا أين تم قياس نبضات القلب ورتم القلب، بالإضافة إلى مستوى الميلاتونين لديهم في ساعة واحدة من الاستيقاظ وساعتين من النوم وهذا يسجل فيما إذا كان رجال الشرطة يتكيفون أو لا يتكيفون مع رتم العمل ليلا وهذا بالرجوع إلى مدة النوم النهاري، بينت نتيجة هذه الدراسة انخفاض رتم القلب لدى الشرطة وعدم تكيفهم مع رتم العمل الليلي، بالإضافة إلى ذلك يمارس العمل الليلي اعتلال في صحة الفرد العامل مثل ظهور الأمراض القلبية العرقية (أورد في: Bivinb, 2012).

وفى دراسة أجريت بألمانيا، وجد أن أقل من نصف العاملين في دورية ليلية قد عانوا من صعوبة في النوم أكثر من خمس ساعات فقط، وبالإضافة إلى صعوبة النوم، وُجدت عدة أعراض أخرى مثل الصداع، وصعوبة التركيز وزيادة الأخطاء أثناء العمل، وزيادة حالات قرحة المعدة، وكذلك ظهور المشكلات الاجتماعية والانفعالية، فالأطفال يجب أن يكونوا ساكتين، لا يُحدثون أي ضوضاء، وقد تجد الزوجة صعوبة في التحرك بسهولة في أرجاء المنزل لأداء مهامها بينما يكون الزوج نائما ، وبذلك، فإن كل باقي المنزل يصيبه الارتباك، كما يُجبر العامل على قضاء وقت أقل مع الأسرة، ولا يستطيع المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو في الزيارات العائلية، فكل الأنشطة اليومية يجب أن تتغير لتتلاءم مع ساعات اليقظة المتاحة (أورد في: بحوث في الصحة النفسية).

أشار جيلمور وسكوت (2002) Gilmour et Scott في دراسة حول الاكتئاب في العمل في المجتمع الكندي، إلى أن أهم مسببات الاكتئاب هي ساعات العمل المفروضة على العامل، وأن أغلبية العمال الذين يعانون من الاكتئاب كانوا ضحية ظروف العمل القاسية التي فرضت عليهم إذ كان لزاما عليهم الخضوع لها وأداء مهامهم على أحسن وجه، وتوصلت الدراسة أيضا إلى أن نصف مليون من العمال الكنديين الذين يشغلون مهن مختلفة يعانون من الاكتئاب، وكانت نسبته مرتفعة لدى النساء مقارنة بالرجال، وكانت مستويات الاكتئاب منخفضة لدى العمال المتزوجين مقارنة بالعزاب الذين كانت مستويات الاكتئاب لديهم مرتفعة (أورد في:Gilmour et Scotte, 2005).

ولقد أشارت الإحصائيات أن اضطراب الاكتئاب شائع بكثرة في أماكن العمل، حيث تبين أن (18%) من العمال صرحوا بأنهم يعانون من الاكتئاب وتجدر الإشارة إلى أن (16%) منهم من المديرين والمسؤولين، فحسب دراسة كيسلر Kessler التي توصلت إلى أن معظم الأفراد العاملين يعانون من مشاكل في الصحة النفسية والصعوبة في التكيف مع متطلبات العمل التي تتغير باستمرار،الأمر الذي يدفع الأعراض الاكتئابية للظهور التي تصيب العامل أثناء تأدية مهامه تظهر عادة بصفة خاصة في تراجع القدرة على التركيز والانتباه، وخلال عملية صبر الآراء في متن هذه الدراسة صرح العمال بأنهم يتناولون أدوية مضادة للاكتئاب، وحسبهم يعود السبب من وراء ذلك إلى الضغوطات الصادرة من المسؤولين في العمل، بالإضافة إلى معايشة الفرد العامل لمناخ عمل غير جيد يعزز فرص إصابته بالاكتئاب ولهذا فعلى العامل تحقيق التوازن بين حياته الشخصية والعملية (أورد في: Mike Schwartz).

ونجد من الدراسات المحلية ما بينته دراسة مخلوف (2003) والتي كانت حول الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية، والتي أجريت على بعض المراكز الصحية المتواجدة بمدينة المسيلة (الجزائر)، وانطلقت الدراسة من ماهية الانعكاسات السلبية للضغوط على سلوك الأطباء، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود مصادر وأسباب لضغوط العمل لدى الأطباء العاملين بالمراكز الصحية تتمثل في عدم توفر الإمكانيات المساندة مثل توفر الإمكانيات التقنية والبشرية والتسهيلات الإدارية اللازمة لتمكين الأطباء من أداء عملهم، بالإضافة إلى تحقيق مستوى ملائم من الأجر للشعور بملاءمة الدخل لمستوى المهنة، صراع الدور من أجل تحقيق التوافق بين الأخلاق والمعايير المهنية، وكذا

كثرة المرضى وازدحامهم وعدم التزامهم بالتعليمات، زيادة الشعور بالقلق والتوتر وعدم الرضا الوظيفي، العبء النفسي الناجم عن عدم القدرة على التكيف مع محيط العمل وعدم الاقتناع لما يقوم به الطبيب من أعمال داخل المركز، ضف إلى هذا خصائص الدور وتشمل مسؤولية الطبيب وثقة الآخرين به، بالإضافة إلى العوامل السلوكية مثل اضطرابات النوم واضطرابات التغذية، العوامل الاجتماعية مثل تغيير أوضاع العمل، المعيشة والأعياد...، أما العوامل المهنية فتتمثل في تغيير المسؤولية المهنية، صعوبة مع المستخدم، توجيهات عملية جديدة.

كما أظهرت نتائج الدراسة كذلك ارتباط الضغوط بالأعراض النفسية والسلوكية وحتى العضوية منها ومن بينها القلق، وظهور الأعراض الفسيولوجية، اضطرابات النوم، التغذية، الاختناق، الارتجاف، الإحباط...الخ.

بالإضافة إلى ما عمل عليه لعريط (2007) في الدراسة التي أجراها حول الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة (3×8)، حيث حاول الباحث من خلال هذه الدراسة التعرف على ما إذا كان لهذا النظام من العمل أثار نفسية على العامل الجزائري، وتمثلت الآثار النفسية في كل من القلق، الاكتئاب، والضغط النفسي، واختلال المظاهر السلوكية لدى مجموعتان من العمال، الأولى خاضعة لنظام العمل بالمناوبة (3×8)، والثانية خاضعة لنظام اليوم العادي وكان الهدف من ذلك هو معرفة أكثر العمال تعرضا للانعكاسات النفسية والسلوكية، وتوصل الباحث في هذه الدراسة إلى نتائج من بينها أن ظروف وخصائص نظام العمل التناوبي تشكل أحداثا مثيرة للضغوط التي تسهم في نشأة الاكتئاب، القلق والضغط النفسي، واختلال المظاهر السلوكية المرتبطة بذلك ومن ثم فهي بمثابة متغيرات نفسية وسلوكية تسهم في اختلال الصحة النفسية والجسدية للعمال والتي تشير إلى خبرة وجدانية تتجلى خاصة في الحزن والتشاؤم، الانشغال، الشعور بالفشل، عدم الرضا والشعور بالذنب، عدم حب الذات ، صعوبة النوم، التعب، فقدان الشهية، اللجوء إلى المهدئات والمنشطات بصورة غير صحية، وتختلف شدة هذه المظاهر تبعا لمتغير الأقدمية في العمل والحالة العائلية ذلك أن العامل في ظل العمل بالمناوبة كلما زادت أقدميته زاد مستوى تراكمات الضغوط المختلفة عليه بالإضافة إلى العبء الاجتماعي الذي يتجلى في أداء الالتزامات المختلفة للعامل، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستجابة الاكتئابية لصالح عمال المناوبة مقارنة بعمال اليوم العادي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات القلق والضغط النفسي لصالح عمال المناوبة مقارنة بعمال اليوم العادي، وكذلك من نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المظاهر السلوكية الغير صحية لصالح عمال المناوبة مقارنة بعمال اليوم العادي، ووجود فروق جوهرية في الاستجابة الاكتئابية لصالح العمال المتزوجين في نظام العمل بالمناوبة، وكذلك وجود فروق في مستوى القلق والضغط النفسي لصالح العمال المتزوجين العاملين في نظام العمل بالمناوبة، بالإضافة إلى وجود فروق جوهرية في مستوى القلق والاستجابة الاكتئابية والضغط النفسي لصالح العمال الأكثر أقدمية في نظام العمل بالمناوبة.

قدم أبو الحصين (2010) دراسة حول الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية للممرضين والممرضات في أقسام العناية المركزة المختلفة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، وعلاقتها بكفاءة الذات في ضوء بعض المتغيرات، أين تكونت العينة من (234) ممرض وممرضة، وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن الممرضين والممرضات يعانون من ضغوط نفسية كبيرة بنسبة (65%)، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعود لمتغير الجنس في الضغوط لصالح الإناث في البعد النفسي، ولصالح الذكور في بعد العلاقة مع الزملاء الأطباء والبعد المادي (أورد في: وقّاد، 2017).

حاولت دراسة لعريط وبوحارة (2016) الكشف عن الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة وعمال اليوم العادي، وذلك بغية الكشف عما إذا كان نظام العمل التناوبي يسهم في نشوء المظاهر النفسية والسلوكية التي تقلل من مستوى الأمن النفسي لديهم إضافة إلى معرفة الفروق في استجابات عمال المناوبة تبعا لبعض المتغيرات الديموغرافية، وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في مستوى الاستجابة الاكتئابية لصالح العمال المتزوجون مقارنة بالعزاب في نظام المناوبة، وكذلك وجود فروق جوهرية في مستوى القلق لصالح العمال المتزوجون مقارنة مع العزاب في نظام العمل بالمناوبة.

وفي التقرير الذي قدمته ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) حول العمل الليلي وأثاره النفسية والفسيولوجية، أن العمل الليلي يؤثر بالدرجة الأولى على نوعية النوم ومدته، بالإضافة إلى احتمال تأثيره على الأداءات المعرفية للعامل ليلا، وظهور اضطرابات في المزاج والقلق واضطرابات في الشخصية، والإصابة بداء السكري واحتمال الإصابة بالجلطات الدماغية (AVC) (Accident Vasculaire Cérébrale)، بالإضافة إلى انتشار السرطانات بمختلف أنواعها لدى عمال النوبات الليلية مثل سرطان المسالك البولية، البنكرياس، وسرطان الكولون، وسرطان المبيضين لدى النساء العاملات ليلا.

6-2- الدراسات التي تناولت الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي:

بين كل من كليتمان ورامسروب (1948) Kleitman et Ramsaroap في الدراسة التي أقيمت على مجموعة مكونة من ستة أفراد، فحص لديهم نبضات القلب على مدار الأربع والعشرين ساعة مع فاصل زمني يقدر بساعتين بين كل فحص وأخر، حيث توصلا إلى أن نبضات القلب تخضع إلى نظام الدوري لجسم الإنسان ككل، بحيث تنخفض ليلا وترتفع نهارا كما لوحظ أن تغير وقت النوم يتبعه تغير في دقات القلب أي أنها تتكيف مع حالة الجسم الجديدة، إذ أن العامل ليلا يتكون لديه نقص متراكم في النوم، يعوضه خلال يومين من الراحة الأسبوعية، وبالتالي لايجب أن تقل مدة الراحةالأسبوعيةعن يومين في هده الحالة، وليس النوم في النهار قصير فحسب، بل كذلك متقطعا نتيجة حاجة الفرد إلى الطعام ووجود عوامل خارجية كضوء النهار وضجيج الأطفال والسيارات والمارة (أورد في: بوحفص، 2004).

ونجد دراسة يات وماريوت (1953) Yett et Mariotte أين قارن الباحثان متوسط الإنتاج لعشر مصانع بالنسبة للعمال الذين يشتغلون في الليل حيث وجدا أن متوسط الإنتاج في الساعة لدى عمال دورية النهار أكثر بقليل من متوسط الإنتاج لدى دورية الليل،وأن الفروق الملاحظة بين دوريتي النهار والمساء تعود إلى التعب أثناء دورية الليل، ويمكن أن تزول هذه الفروق إذا تحصل العامل بالدورية الليلية على كمية كافية من النوم، واستطاع أن يتلذذ أكله ويهضمه جيدا، كما أن باعتبار العمل الليلي يستلزم كثرة الجهد لدى العمال ويتسبب في تعب متزايد بالمقارنة مع عمال النهار، ما أدى باتجاهات العمال السلبية نحو هذا النوع من العمل ووجدا الباحثان أن ضمن (150) عامل مستجوب على عملي النهار والليل (68%) أن مردودهم في النهار أحسن منه في دورية الليل (أورد في: طه، 2006).

بالإضافة إلى دراسة أندرسون (1957) Anderson أين قام بدراسة على (600) عامل يعملون في الليل، و(300) عامل آخر يعملون بالنظام العادي، فوجد أن (66 %) من العمال الذين يعملون ليلا ينامون نوما مضطربا، في حين أن (11) من عمال النظام العادي يشتكون من هذه الاضطرابات، ويعود هذا الانزعاج في النوم إلى تقلص هام في مدة النوم خاصة خلال الليل مع عدم قدرة العامل على تعويضه نهارا، وتؤكد هذه الدراسة رداءة النوم بالنسبة لعمال الدوريات لأن نوعية النوم نهارا لا تكون بأي حال من الأحوال كنوعيته أثناء الليل، بحيث تكون مدته نهارا أقل كما أنه يمكن أن يكون أقل عمقا بالمقارنة مع النوم ليلا، وفي نفس الصدد بين أندرسون في دراسة أخرى حول الاضطرابات الهضمية بالنسبة لعمال الدوريات على وجود اضطرابات هضمية غير قرحية لدى (46%) من عمال الدوريات بينما لم يتعد ذلك نسبة (15%) عند العمال الذين يعملون حسب التوقيت العادي، كما وجد تلك الاضطرابات المعوية كالإسهال أكثر عند عمال الدوريات مما هو عليه عند عمال النهار بنسبة (30%) مقابل (09%) ويتكرر نفس الوضع بالنسبة للإمساك المرتبط بنوبات بواسيرية متعلقة أساسا بدورية الليل (أورد في: بوظريفة، 1995).

توصل كاهن (1962) Kahn إلى أن النوم يلعب دورا رئيسيا وأساسيا في استعادة النشاط والحيوية للجسم، وقد تم إثباتها تجريبيا، كما وجد أن قلة النوم لدى الإنسان تؤدي إلى انخفاض الأداء، وتظهر حالة من الضغط النفسي في حالة استمرار الحرمان من النوم وفي نفس الإطار، توصلت الدراسة إلى ظهور اضطرابات في عملية الأيض ويؤثر نقص النوم كذلك على الحيوان، حيث وجد أن هذا الأخير يمكنه أن يبدي مقاومة وصمود عند غياب الغذاء،لكنه يظهر صبرا أقل من ذلك عند حرمانه من النوم.

ويرى "فرانك ستير"عالم الأمراض العصبية أن هناك دليل مقنع بحدوث أخطار زائدة في مرض القلب وعملية الأيض مرتبطة بنظام العمل الليلي (أورد في:www.medicalegypt.com) بالإضافة إلى اضطرابات في النوم بالنسبة للعامل في الليل، كما أكد الباحث "تيزافنسون"(1958) في دراسته أن هذه الاضطرابات توجد لدى (60%) من عمال الدوريات، مقابل (11%) من العمال العاديين، كما يتسبب تتابع الدورات الليلية كذلك في تراكم التعب، الأمر الذي يؤثر سلبا على الجهاز العصبي (أورد في: طه، 1986).

حسب ما أشار إليه كاموث وروتن (1972) Kamouth et Ruten في دراسة على خمسة أفراد يعملون في الفترة الليلية، أن مدة النوم أثناء النهار بعد مقارنة الأشخاص الذين ينامون في مكان تكثر فيه الضوضاء وآخرون ينامون في أماكن هادئة وذات جدران عازلة للصوت، تم التوصل إلى أن الضوضاء ليست السبب الرئيسي في تقلص كمية النوم، بل يعود السبب إلى العمل الليلي وخصائصه ويرجع أيضا إلى خصائص النوم في النهار(أورد في: الخالدي، 2006).

عمل كركوف (1980) في دراسته على أن نسبة كبيرة من عمال الدوريات تعاني من التوتر الشديد الذي يصاحبه كل من العصبية والنرفزة، إذ أن التوتر الشديد في أغلب الأحيان يؤدي إلى عدم القدرة على التركيز وبالتالي ينعكس سلبا على الأداء والعلاقات الاجتماعية المختلفة (أورد في: Kerkof, 1980).

وحسب ما أشار إلية كايوت في دراسة حول الآثار الاجتماعية للعمل بالفرق المتناوبة، أين قام بإجراء مقابلات مع (84) عائلة لأجراء في الصناعة الكيميائية، و(56) عائلة تقول أن الأب أو رب الأسرة يتأقلم بصعوبة مع هذا النظام وذلك نتيجة للآثار التي تظهر عليه من عصبية، قلق، نقص النوم، أمراض المعدة، أكدت هذه الدراسة أن فرقة المساء وحدها التي تكون فيها مدة النوم عادية، أما فرقة الصباح والليل فتجبر على النوم مرتين، وهذا ما أدى بأغلبية العمال إلى الشكوى من ألام المعدة. والنصف الأخر يطلبون تحويلهم إلى مصالح أخرى تعمل بالنظام العادي، لأن إحساسهم بالتعب دائم هذا ما يؤدي بهم إلى فقدان الشهية ونقص الوزن، واضطراب في النوم.

بحث كل من هادنج ووجيت (1982) hadangue et waguet في أسباب طلب التحويل من الفترة الليلية إلى الصباحية فوجدا أن (60%) من النساء و(50%) من الرجال العاملين في مؤسسة توزيع الأدوية يطلبون تغيير لأوقات العمل إلى فترة الصباح لأسباب صحية متعلقة باضطرابات عصبية واضطرابات في النوم، كما يظهر في عدم اتزان نظام الأكل، ما يمس بالساعة البيولوجية الداخلية.

أشار الحربي (2001) إلى أثر نظام الدوريات على أداء الموظفين في قسم الأمن بالتطبيق على الجمارك في ميناء الرياض، حيث استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي، وهدفت الدراسة إلى أثر نظام الدوريات على الجمارك وذلك من حيث وقت الدورية صباحا أو مساءا والكشف عن الجوانب السلبية والايجابية لهذا النظام، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نظام العمل بالدوريات يؤثر على حياة الموظف، وكذلك ظهور بعض الأعراض الصحية عليه وخاصة اضطرابات النوم وذلك بنسبة (67.4%) من إجمالي أفراد الدراسة، ومن النتائج أيضا التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة أن نظام الدوريات المعمول به يقلل من أداء العامل وذلك بنسبة(49.7%) من إجمالي أفراد العينة.

في دراسة أجراها كارلسون(2003) Karlson أن هناك علاقة ما بين أمراض شرايين القلب والعمل الليلي، إذ أظهرت النتائج أن هناك ارتفاع في نسبة دهون الدم وانخفاض في نسبة الكلسترول عند موظفي المناوبات الليلية ولم يلاحظ هذا الارتفاع عند موظفي المناوبات الصباحية بالإضافة إلى أن هناك

علاقة قوية ما بين الضغوط النفسية الناجمة عن العمل بنظام المناوبات الليلية وارتفاع مستوى دهون الدم الثلاثية وكولسترول الدم، مما يؤثر على الصحة العامة للفرد (أورد في: ميمني وأزهري، 2007) .

أشار بقادير عبد الرحمان (2006) في دراسة حول الآثار الفسيولوجية والاجتماعية للعمل الليلي على العمال الذين يعملون ليلا، حاولت الدراسة الكشف على الجانب الفسيولوجي والاضطرابات التي يتعرض لها العامل جراء عمله الليلي من جانب نوعية وكمية نومه، وكذا الاضطرابات الهضمية التي تنتابه جراء ذلك وكذا ما يمكن أن يحدثه العمل الليلي من إخلال في التنظيم اليومي للأسرة والكشف عن اضطرابات العلاقات الاجتماعية للعامل، وقد أجريت الدراسة على (140) عاملا وهي دراسة مقارنة بين العزاب والمتزوجين حيث يعملون وفق نظام دوري يفرض عليها العمل بنوبات نهارية وليلية، وأسفرت نتائج الدراسة أن للعمل الليلي أثار على صحة العامل الفسيولوجية وعلى حياته الاجتماعية، بالإضافة إلى عدم وجود فروق في الآثار الفسيولوجية بين العزاب والمتزوجين (أورد في: عزاوي، 2014).

وحسب تقرير الصحة الذي أعدته (DARES) سنة (2007) فإن العاملين في المهن الليلية يعانون بكثرة من اضطرابات النوم، واضطرابات الأوعية القلبية، والاضطرابات النفسية ، بالإضافة إلى تدني مستوى جودة الحياة والإدماج الاجتماعي (أورد في: DARES, 2011).

جاء في دراسة أقيمت في فرنسا سنة (2012) في مستشفى الطب العام، والتي كانت تهدف إلى تغيير العادات الغذائية،اضطرابات اليقظة، وكذا النوم والأكل الصباحي باستخدام استبيان موزع على (400) عامل ليلي، مع مشاركة معتبرة لكل الفئات(38%) ممرضات (24%) مساعدين، (23%)أطباء فكانت النتائج أن (55 %) من هؤلاء العمال الليليين يعانون من نقص رهيب في مدة النوم، اضطرابات في النظام الغذائي مع الاعتماد على أخذ وجبات من فترة لأخرى ولا يحترمون النمط الغذائي ذو ثلاث وجبات، هذا ما يؤدي إلى السمنة لدى العمال الليليين حيث فرض ذلك على المؤسسات المستخدمة ضرورة الاهتمام بإرغنوميا الملابس والمعدات أو التجهيزات، ففي حالة وجود العمال الذين يعانون من السمنة فعلى المؤسسة تصميم الزي الرسمي للعمل بما يتلاءم ومقاس العامل، إضافة إلى تصميم الكراسي وما يتناسب مع مقاس العامل ليلا وكل ذلك من أجل مزاولة العامل لنشاطه بصورة طبيعية، تجدر الإشارة أن السمنة تمارس عبء على العمود الفقري للعامل بنسبة (30%) وهذا ما يجعله عرضة للاضطرابات العظمية العضلية (TMS) (أورد في: posset et gouyet ; 2016).

ومن الدراسات الجزائرية ما بينه لعريط (2015) في دراسة تشخيصية لمصادر ومؤشرات ضغوط العمل بالمناوبة (8x3)، أين توصلت الدراسة إلى تشخيص مصدرين حاسمين لضغوط العمل بالمناوبة وهما التغير الدوري المستمر لفترات العمل والعمل في النوبة الليلية واللذان يقتضيهما ذلك النظام من العمل، كما أسهمت الدراسة في تشخيص المؤشرات النفسية الجسدية لضغوط العمل بالمناوبة (ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب والقولون العصبي) أما عن المظاهر المرتبطة بتلك المؤشرات والتي تم رصدها من خلال شبكة الملاحظة تمثلت في مشاعر الإحباط، الانشغال، التوتر والاستهلاك المفرط للمنشطات في النوبتين الليلية والصباحية والمهدئات أثناء النوبة المسائية والتي تؤثر سلبا على مختلف جوانب

شخصية العمال، لذلك يجب تجسيد الآليات الكفيلة بتحقيق تعايش صحي وذلك النظام من العمل من خلال السهر على إيجاد البدائل لتخصيص فترة الراحة الكافية والقيام بفحوصات دورية، إضافة إلى تقديم الخدمات الإنمائية المتعلقة بالتغذية الصحية (أورد في: لعريط، 2015).

قام مركز (ANSES) (2016) (الوكالة الوطنية للسلامة الصحية) Agence nationale de sécurité sanitaire بدراسة حول أثار العمل الليلي في الصحة، إذ ركزت هذه الدراسة بالدرجة الأولى حول الأخطار التي يمارسها العمل الليلي في صحة العامل، وأظهرت النتائج أن العمل ليلا يؤدي إلى اضطراب الوتيرة البيولوجية والاجتماعية للفرد، ومعاناة العمال الليليين من اضطرابات النوم والأرق، بالإضافة إلى خطر الإصابة بسرطان الثدي بالنسبة للنساء العاملات ليلا، وسرطان المثانة والبنكرياس، السمنة، داء السكري، وأمراض القلب التاجية، وارتفاع ضغط الدم. وتصل أخطار العمل الليلي حتى إلى التأثير في الصحة النفسية للفرد العامل ليلا، وكذا مشكلات والأداءات المعرفية للفرد، حيث تشير الدراسات إلى أن زيادة الأطعمة الغنية بالسكريات نوعا ما قد يكون تعويضا عن الحرمان من النوم والذي يتم ملاحظته أثناء العمل ليلا، كما لاحظ الخبراء أن العمل الليلي سيؤثر حتما على عوامل الخطر النفسي الاجتماعي واضطرابات النوم، والتي بدورها يمكن أن تزيد من خطر الاضطرابات العقلية (أورد في: ANSES, 2016).

أشارت دراسة كليبا Klippa (2017) حول ارتباط العمل الليلي بالقلق والاكتئاب على العمال بالمستشفيات وذلك باستعمال سلم (HAD) لقياس القلق والاكتئاب لدى عينة قدرت ب (1350) عامل يعملون أكثر من (40) ساعة في الأسبوع، وكان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة ما إذا كانت ساعات العمل الطويلة مرتبطة بزيادة مستويات وانتشار القلق والاكتئاب لدى العمال. توصلت نتائج الدراسة إلى أن القلق والاكتئاب أكثر انتشارا لدى العمال الذين يعملون ليلا مقارنة بالعمال الذين يعملون في الساعات العادية، حيث أن ساعات العمل الطويلة تؤثر بشكل كبير وواضح في الصحة الجسدية والنفسية للعامل (أورد في: Klippa, 2017).

كما نجد في هذا الصدد دراسة إيونغ وآخرون Aeyoung et autres (2017) وهي دراسة طولية هدفت إلى البحث حول تقييم ما إذا كان عمل المناوبات الليلية مرتبط بأخطار الاكتئاب لدى الممرضين باستخدام نتائج الدراسات الوبائية وذلك حسب النوع ومدة دوام العمل الليلي ونوع المهنة، أظهرت نتائج هذه الدراسة أن نوبات العمل الليلي كان مرتبطا باستمرار مع الزيادة في خطر الإصابة بالاكتئاب، وانطلاقا من هذه الدراسة هناك ارتباط بين العمل في المناوبات الليلية وخطر الإصابة بالأمراض العقلية مثل الاكتئاب والقلق وهي منتشرة بكثرة لدى الممرضين الليليين نظرا لطبيعة العمل ورتمه ليلا (أورد في: Aeyoung et autres, 2017).

بالإضافة إلى ما قام به معهد INRS (المعهد الوطني للبحث في السلامة) (institut national de recherche et de sécurité) في فرنسا سنة (2017) في بحث حول أخطار العمل الليلي، حيث تم التوصل إلى أن للعمل الليلي أثر كبير في الصحة النفسية للفرد العامل في أداءاته المعرفية، وظهور

السمنة والمعاناة من زيادة الوزن باستمرار، وخطر الإصابة بالسكري والأمراض القلبية الوعائية وانسداد الشرايين، بالإضافة إلى أن العمل الليلي يؤدي بالعامل إلى الإصابة باضطرابات القلق والاكتئاب ضف إلى ذلك تقلبات في المزاج واضطرابات الشخصية، وسرعة الانفعال اتجاه المواقف التي تصادفه سواء في حياته اليومية أو في الحياة المهنية في العمل، وتعتبر هذه الاضطرابات هي الأكثر شيوعا لدى عمال المناوبات الليلية وهذه الاضطرابات يمكن أن تمارس تأثيرها السلبي على النظام السركادي كنقص النوم واضطراباته وكذا العوامل والأخطار النفسية الاجتماعية المرتبطة بهذا التنظيم من العمل. وكما سبق الذكر حول ما يمارسه العمل الليلي من سلبيات في صحة العامل من انخفاض والأداءات المعرفية للفرد كالذاكرة بالإضافة إلى حرمان العامل من النوم لعدة ليال متتالية هذا ما يؤدي به إلى اضطرابات الساعة السركادية.

بالإضافة إلى أن العامل الكرونوبيولوجي يلعب دورا جوهريا وأساسيا في تنظيم عملية جدول النوم/ يقظة وذلك لمجرد تعرض العامل للعمل ومزاولة عمله ليلا (أورد في: INRS, 2017).

بينت الإحصائيات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا حول العمل الليلي والصحة سنة (2017) أن مشقة العمل الليلي تخل بالرتم البيولوجي، هذا ما يؤدي إلى التعب المزمن وصعوبة استعادة النشاط بالإضافة إلى ظهور اضطرابات النوم التي يمكن أن تكون مصدرا لظهور أمراض أخرى لدى عمال المناوبات الليلية، إذ أن هناك علاقة وطيدة بين العمل الليلي والصحة والدليل على ذلك أن الإنتاج يضعف أو يقل بنسبة (5%) في الليل بين الساعة منتصف الليل والسابعة صباحا، بالإضافة إلى ضياع (206 مليار دولار) سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية، وانتشار معدلات الغياب بالنسبة للعاملين وارتفاع الكلفة الصحية وحوادث العمل المتكررة، والمعاناة من المشكلات الصحية مثل انتشار الأمراض القلبية الوعائية والاضطرابات الهضمية، سرطان الثدي بالنسبة للعاملات ليلا، مشكلات في النوم والتعب المزمن بين (60 و80%)، اضطرابات المزاج، المشكلات الأسرية ونوعية الحياة بنسبة (75%) وإن كان الرتم السركادي مبني على تعاقب الليل/ النهار والذي يملي على الفرد النوم ليلا والبقاء في حالة يقظة نهارا وأن درجة اليقظة لدى العامل ليلا تأخذ مكانا كبيرا في هذا الريتم لهذا وللبقاء في حالة يقظة ليلا يستدعي على العامل بذل مجهودا مضاعفا لكي لا يؤثر عليه ذلك التناوب.

ونجد أن العديد من الدول من بينها الولايات المتحدة الأمريكية وكندا بدأت تولي اهتماما جوهريا حول خطر العمل الليلي على الصحة، أين بادرت هذه الدول على العمل بتكييف الإضاءة العلاجية (luminothérapie) وهي وسيلة لتعديل الرتم السركادي للفرد وتغيير المحيط الخارجي وذلك بوضع إضاءة تشبه أو تعادل الإضاءة النهارية الطبيعية في شدتها ودرجتها، وبالنظر إلى الأضرار التي يخلفها العمل الليلي في صحة العاملين يبدو أنه من الضروري أن الإضاءة تلعب دور أساسي في صحة العامل ليلا.

وفي الدراسة الوبائية التي أجراها باحثون بمركز السرطان التابع لجامعة سيتشوان الصينية (2018)، في دورية (Cancer Epidemiology) التابعة للجمعية الأمريكية لأبحاث السرطان، حيث تأتي نتائج تلك الدراسة استكمالا للأبحاث التي أجريت من قبل لرصد أخطار العمل ليلا، أظهرت الدراسة أن

عمل النساء طوال الليل سواء كان في المنزل أو مناوبات مسائية في عملها يزيد فرص إصابتهن بالسرطان وكان العامل المشترك بين جميع الدراسات هو السبب، حيث أن العمل الليلي وتغيير نوبات الدوام لمدة طويلة يربك الوضع الحياتي الطبيعي للإنسان وساعته البيولوجية وجهاز المناعة عنده لفترة طويلة نتيجة تعطل إنتاج الجسم لهرمون الميلاتونين المقاوم لنمو الأورام السرطانية ويعمل هرمون الميلاتونين فقط أثناء النوم في الظلام فقط، وله وظيفة طبيعية واحدة هي الاستفادة من الليل المظلم في تقوية الجهاز المناعي ووقاية الجسم من الأورام الخبيثة. ركّز الباحثون على رصد آثار عمل السيدات ليلاً على خطر إصابتهن بالسرطانات بأنواعه، وأجروا تحليلاً متنوعًا لبيانات (3909152) إصابة بالسرطان، وقعت في أمريكا الشمالية وأوروبا وأستراليا وآسيا، ووجد الباحثون أن نوبات العمل الليلية كانت مرتبطة بخطر إصابة النساء بالسرطان عمومًا بنسبة (19%) وبشكل خاص، ارتبط العمل الليلي بزيادة خطر إصابة السيدات بسرطان الجلد بنسبة (41 %)، وسرطان الثدي بنسبة (32 %) ، وسرطان الجهاز الهضمي بنسبة (18 %)، مقارنة مع النساء اللاتي لا ينخرطن في نوبات العمل الليلي، أما بالنسبة للسيدات اللاتي انخرطن في وظيفة التمريض التي تتطلب العمل ليلاً، ارتفع خطر إصابتهن بسرطان الثدي بنسبة (58%)، وسرطان الجهاز الهضمي بنسبة (35 %)، وسرطان الرئة بنسبة (28 %)، مقارنة مع الممرضات اللاتي لم ينخرطن في العمل الليلي.

وأظهرت الدراسة أيضًا أن خطر الإصابة بسرطان الثدي يتزايد بنسبة (3.3 %) لكل خمس سنوات إضافية من العمل ليلاً، وأثبتت نتائج الدراسة أن العمل الليلي كان مرتبطًا بخطر الإصابة بأنواع السرطان الشائعة لدى النساء وأبرزها سرطان الثدي، وبحسب بيانات منظمة الصحة العالمية، فإن مرض السرطان، يعد أحد أكثر مسببات الوفاة حول العالم، بنحو (13%) من مجموع وفيات سكان العالم سنوياً، وتتسبب سرطانات الرئة والمعدة والكبد والقولون، والثدي وعنق الرحم، في معظم الوفيات التي تحدث كل سنة بسبب السرطان وفق المنظمة (أورد في: https://ar.haberler.com/arabic-news-1152559/).

بالرغم من التناول الذي ارتكز على العمل الليلي، إلا أنه صب في هذا القالب العديد من الدراسات التي حاولت البحث فيه ومعرفة أهمية دراسته وجل المشكلات الصحية التي تنجر عن هذا التنظيم من العمل، وضرورة النظر فيه لغرض تحسين ظروف العمل وتحقيق الرفاهية للعامل، غير أن في حالة عدم تحقق ذلك فإن العمل الليلي ينعكس سلبا على صحة العاملين، حيث كشفت معظم الدراسات السابقة وجود الانعكاسات والآثار السلبية التي تنجر عن العمل الليلي والتي تؤثر سلبا في صحة الممرضين العاملين في المناوبات الليلية، هذا ما وضحته العديد من الدراسات التي تناولت الآثار النفسية للعمل التناوبي مثل القلق والاكتئاب والضغوط النفسية، وكذلك الآثار الفسيولوجية مثل التعب واضطرابات النوم والهضم لدى هذه الفئة.

ولقد اختلفت نتائج الدراسات باختلاف المتغيرات المدروسة وكذلك بيئات العمل التي أجريت فيها هذه الدراسات، إلا أن هناك اتفاق كبير بين هذه الدراسات وعدم الاختلاف أن العمل الليلي يؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسمية للعامل وفق هذا النظام.

الجانب النظري

الفصل الثاني

العمل الليلي

تمهيد:

إن التغير الذي مس النظم الاقتصادية والاجتماعية أدى إلى تغير تسيير المؤسسات خاصة الخدماتية منها، وذلك بلجوئها إلى تبني نظام العمل الليلي و/ أو التناوبي الذي فرض وجوده، واقع محتوم أفرزه التقدم التكنولوجي ضمانا لعدم انقطاع خدماتها 24 ساعة/24، و في ظل هذا النظام الذي فرض على العامل العمل ليلا كثيرا ما يؤدي به إلى اختلال ساعته البيولوجية واضطرابات جدول النوم/ يقظة، بالإضافة إلى جعل العامل عرضة للعديد من الانعكاسات التي يمارسها العمل الليلي في صحته سواء الفسيولوجية أو النفسية وبالتالي تدهور صحة العامل، وسيأتي هذا الفصل الذي سنتناول فيه مفهوم العمل الليلي، وأهم الأسباب التي جعلت المؤسسات أن تتبنى هذا النظام، والانعكاسات التي يخلفها العمل الليلي على العامل ليلا، إلى غير ذلك من العناصر التي سوف يحتويها هذا الفصل.

1- لمحة تاريخية حول ظهور العمل الليلي:

لم يكن العمل الليلي مطبقا قبل سنة (1919) ولكن تم التعرض له في مناقشات دولية، كالتي تمت بموجب انعقاد الدورة (191) للمجلس الإداري للمكتب الدولي للعمل في نوفمبر (1973)، أين تم اقتراح إجابات من طرف الحكومات حول المشروع الخاص بتطبيق اتفاقية رقم (89) التي تخص العمل الليلي، وقد تم طرح العديد من الاقتراحات في هذا المؤتمر من أجل تبادل الآراء ووجهات النظر في المجالس خاصة فيما يتعلق بالمشاكل التي تمحورت خلال الاتفاقيات حتى يستطيع المجلس مراجعة مقاييسه.

تجدر الإشارة أنه في عام (1829) منع القانون عمل المرأة ليلا في المصانع، لكن مئة سنة بعد ذلك وفي قانون (9 ماي 2001) أتى هذا القانون من أجل المساواة المهنية بين الرجال والنساء، وولوج المرأة سوق العمل وتقسيم ومشاركة المهام مع الرجل، لكن انطلاقا من ذلك أصبح العمل الليلي من الضرورة أن يمارس أثاره السلبية على الرجال والنساء خاصة اللواتي لديهن نشاطات في المنزل إذ تعتبر نشاطات ثقيلة وذات عبء بالنسبة للمرأة التي تعمل ليلا، حيث تجد المرأة صعوبة ومشكلات في التنظيم والمساواة بين الحياة المهنية والحياة الأسرية، ضف إلى ذلك النتائج الفردية للعمل الليلي خاصة من الجانب الفيزيولوجي والنفسي، وكذلك العوامل الاجتماعية (أورد في: DARES, 2005)، كما تم حضر تشغيل المرأة ليلا في بعض المهن، حيث أشارت العديد من الدراسات أن العمل الليلي قد يعرض النساء أثناء عدد من أيام الدورة الشهرية إلى عبء زائد ناجم عن ركود نشاطهن في الليل مقارنة بالرجال، مما يجعل حاجتهن للحماية أكثر من الرجال، ولذلك يحضر عملهن في بعض الأعمال أثناء فترة الليل التي يتكفل المشرع الوطني في كل دولة بتحديدها، على أن الأخطار وأضرار العمل الليلي لا تقف فقط على الأضرار الصحية التي يمكن أن تلحق بالمرأة العاملة، وإنما بعض الانعكاسات على الحياة العائلية

والاجتماعية للمرأة وما يمكن أن يحدث من اضطرابات في الحياة اليومية داخل المنزل وفي حياة الأسرة، مما قد ينعكس سلبا على العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة (أورد في: خلف، 2016).

تميزت فترة التسعينات على وجه الخصوص بدراسات حول أثار العمل الليلي، حيث تطورت إحصائيات العاملين بفرق متناوبة والتي توصلت في عام (1974) في البلدان الصناعية من (15 إلى 25%) من المجتمع أو الفئة العاملة، ويستنتج أنه في سنوات السبعينات أن حوالي نصف العاملين بصفة متناوبة يعملون ليلا، بشكل مفروض عليهم هذا من جهة، ومن جهة أخرى تطور تطبيق نظام العمل الليلي ذو الطابع المستمر أو الدائم في العشر سنوات الأخيرة رغم أن نظام العمل الليلي لم يشهد تطبيقه منذ فترة طويلة، إذ تم تطبيقه بشكل واسع في فترة ما بعد السبعينات، وذلك نظرا إلى توسع الحاجات وتطور مختلف مجالات الحياة، فقد أصبح هذا النظام أكثر انتشارا ليضم كلا الجنسين، ودخول المرأة مجال العمل الليلي، خاصة في القطاعات الصحية أما عقب هذه الفترة التي جاءت بعد هذا التغيير، فوجهت دراسات عديدة اهتمامها حول الآثار الناتجة عن العمل الليلي ونظام الدوريات (أورد في: cazamian, 1977). يعتبر نظام العمل الليلي جد قديم ولكن لم يعرف في السابق بالنظام الدوري لكون العمل آنذاك لم يكن منظما كما هو عليه الآن، فمثلا العمال كانوا يعملون لساعات طويلة تصل أحيانا إلى (15) ساعة أو أكثر في اليوم واستمرت تلك الحالة لغاية ظهور الثورة الصناعية، واستمر العامل يعمل أكثر من اثنتي عشر ساعة (12 سا) يوميا ولم يهتم الصناعيين وأرباب العمل بفترات الراحة والعطل، لذلك وبسبب ارتفاع الضغوطات على العامل ظهرت تنظيمات وتجمعات نقابية وعمالية تطالب بحماية العمال وحقوقهم وتحسين ظروف عملهم، أين توصلوا إلى تقليص حجم ساعات العمل اليومي والتي يجب أن لا تتعدى ثماني ساعات (08 سا) في اليوم، وتحديد فترات راحة ملائمة ودفع التعويضات المتعلقة بالحوادث والأمراض المهنية (أورد في: طارق، 2007)، وفي سنة (2009) ما يقارب (15%) من العمال في فرنسا كانوا يعملون بصفة دائمة ليلا، ومنذ سنة (1991) مليون من العمال يتمون العمل ليلا مع ارتفاع خاص في نسبة النساء العاملات ليلا والتي تمثلت في نسبة (09%) من العاملات وكان ذلك سنة (2009)، مقارنة بما كانت عليه سنة (1991) أين كانت تغطي نسبة (5.8%) وعليه فمن الضروري الوقوف على النتيجة التي يمارسها العمل الليلي في الصحة، وهذا من أجل تحسين دوريات ساعات العمل وذلك من أجل تجنب مختلف الآثار التي يمارسها هذا النظام من العمل ووضع حد لذلك (أورد في: Lie et autres, 2011).

2- تعريف العمل الليلي:

يعرف العمل الليلي على أنه السلوك الذي يتم فيه استنفاذ الطاقة، والقيام بوظائف معينة ليلا من الساعة العاشرة مساءا إلى الساعة الخامسة صباحا، حيث يكون الرتم والمسار البيولوجي للعامل كعاكس لنشاطه خلال ساعات العمل العادية (أورد في: محمد عباس، 2000).

وجاء في تعريف أخر أن العمل اللّيلي، هو العمل في المناوبة الثّالثة والتي تبدأ عموما من السّاعة الحادية عشر مساء إلى الساعة السّابعة صباحا، ويتم ذلك عادة في المؤسّسات التي تقوم بتشغيل العمال بثلاث مناوبات (أورد في: بدوي، 2003).

تعريف العمل الليلي حسب قانون11/ 90 المتعلق بعلاقات العمل:

جاءت المادة 90 المتعلقة بعلاقات العمل من قانون العمل الجزائري في العلاقات الفردية أن كل عمل ينفذ ما بين الساعة التاسعة ليلا والساعة الخامسة صباحا يعتبر عملا ليليا، تحدد قواعد و شروط العمل الليلي والحقوق المرتبطة به عن طريق الاتفاقيات الجماعية (أورد في: الجريدة الرسمية، 1990).

نستنتج من خلال التعريفات السابقة أن العمل الليلي هو ذلك النشاط الذي يقوم به الفرد العامل ليلا عندما يكون جسمه مهيأ للراحة وبالتالي استهلاك الفرد طاقة أكثر أثناء العمل ليلا، واختلال الرتم البيولوجي للفرد مقارنة بالعمل في الفترة الصباحية.

3- تنظيم العمل الليلي في التشريعات الوطنية:

يقصد بالتشريعات الوطنية تلك القوانين والمراسيم، وكذا المواد القانونية التي وضعت من أجل تنظيم العمل الليلي، وفيما يلي تنظيم العمل الليلي في التشريع الجزائري:

3-1- العمل الليلي في التشريع الجزائري:

عرفت نصوص تشريع العمل الجزائري نوعا من الاستقرار في ميدان تنظيم العمل الليلي، إذ من الملاحظ أن المشرع الجزائري أبقى على مبدأ منع تشغيل النساء والقصر من الجنسين كقاعدة عامة، بحيث لم يتأثر إلى حد اليوم بالمقاييس الدولية في هذا الشأن.

فالبنسبة لمبدأ منع النساء من العمل الليلي من الملاحظ أن كل النصوص الجزائرية المتعاقبة أخذت به كمبدأ عام من أول نص سنة (1975) وإلى يومنا هذا.

فيما يعلق بتعريف مصطلح العمل الليلي، فإن كل النصوص الجزائرية تتفق على أنه ذلك العمل الذي يقوم به العمال مابين الساعة التاسعة مساءا والخامسة صباحا، بحيث نجدها أخذت بالمعيار الزمني كما سلف الذكر، هذا كمبدأ عام غير أن المشرع الجزائري وضع بعض الاستثناءات على هذا المبدأ في كل النصوص المتعاقبة لأنه لا يمكن أن يكون المنع مطلقا مراعاة لحسن سير المؤسسة خاصة بالنسبة للمؤسسات التي تشغل أكثرية من النساء.

لذلك فقد نص المشرع الجزائري في القانون 11/90 على أن مفتش العمل المختص إقليميا هو صاحب الاختصاص في منح رخصا خاصة في هذا الشأن، إذا برز ذلك طبيعة النشاط أو خصوصيات منصب العمل وترك أمر تحديد وتنظيم قواعد وظروف العمل الليلي والحقوق المرتبطة به للاتفاقيات والاتفاقات الجماعية للعمل.

وبالنظر إلى النصوص المعمقة السالفة الذكر نستنتج أن المشرع الجزائري ذهب إلى ما يلي:

في الأمر 31/75:

– نظم العمل الليلي تنظيما دقيقا نلمس فيه تدخل الدولة كطرف قوي لحماية العامل عموما والمرأة العاملة على وجه الخصوص.

– ضيق من نطاق الاستخدام في العمل الليلي بترك تحديد مجالات الاستخدام من صلاحيات السلطات الإدارية.

– اشترط زيادة الحماية في حالات استثنائية ضرورة إصدار رخصة أو إذن من مفتشية العمل المختصة إقليميا.

بالنسبة للقانون 03/81:

– نظم العمل الليلي تنظيما محكما بحيث جعل أمر تحديد وحدات الإنتاج أو مناصب العمل التي يسمح فيها استثناء بالعمل الليلي من صلاحيات السلطة التنظيمية تصدر في شكل مرسوم.

– اشترط عند اللجوء إلى العمل الليلي استشارة ممثلي العمال والتصريح بذلك لدى مفتشية العمل المختصة إقليميا.

بالنسبة للقانون 11/90:

فإن المشرع الجزائري اكتفى بنص عام يقر فيه مبدأ المنع وترك أمر تحديد قواعده وشروطه والحقوق التي تنجر عنه إلى الاتفاقيات والاتفاقات الجماعية، وهي طريقة حديثة تتماشى مع المقاييس الدولية وحتى العربية للعمل، خاصة ما يتعلق منها بالتفاوض الجماعي باعتباره الأسلوب الأمثل لاكتساب المزيد من الحقوق، غير أنه مع قلة التمثيل النسوي في هذه الهيئات فإنه لا يخدم المرأة على وجه الخصوص على الأقل في الوقت الحاضر.

وعند معاينة بعض هذه الاتفاقيات الجماعية لمؤسسات وطنية غالبا ما تشغل عددا معتبرا من النساء مثلا أن الاتفاقيات الجماعية نسخة طبق الأصل للقانون 11/90 خاصة فيما يتعلق بالقواعد والشروط والحقوق المترتبة على العمل الليلي، فقد أوردت نفس المواد التي جاءت في القانون بنفس الألفاظ دون زيادة أو نقصان ويتعلق الأمر بالمواد 27، 28، 29 من القانون 90/ 11 ويقابلها المواد 69، 70، 71 من الاتفاقية الجماعية لشركة قطنيات الجنوب، ونفس الشيء للاتفاقيات الجماعية لشركة توزيع الكهرباء والغاز للوسط، وبحكم أن مفتشية العمل هي المختصة قانونيا بإصدار الرخص الخاصة بالعمل الليلي والسهر على حسن تطبيق القانون. والملاحظ أن المشرع الجزائري أبقى على مبدأ المنع النسبي صراحة متأثرا في ذلك بالمعايير الدولية التي تقر مثل هذا المنع لا سيما الاتفاقية الدولية رقم 89 لسنة (1948)، هذا رغم التوجه العالمي الحالي الذي يذهب إلى رفع كل من منع على تشغيل النساء ليلا بدعوى تكريس مبدأ المساواة بين الجنسين (أورد في: عطاء الله).

ومن الناحية القانونية للعمل الليلي فلقد جاء في المرسوم التنفيذي رقم 81–11 المؤرخ في ربيع الأول الموافق ل 31 جانفي 1981 يحدد كيفية حساب تعويض العمل التناوبي، وبناءا على الدستور لا

سيما المادتان 10 و11 و152 منه وبمقتضى القانون 78-12 المؤرخ في أول رمضان الموافق ل 05 أوت 1978 ويتضمن القانون الأساسي العام للعامل الجزائري لا سيما المواد 146- 153- 154 بمقتضى المرسوم رقم 89- 301 المؤرخ سنة 1979 والمتضمن ضبط أجور بعض الأصناف المهنية سنة 1980 يرسم ما يلي:

المادة الأولى: يخصص عمل التعويض التناوبي المنصوص عليه في المواد 146- 153 من القانون رقم 78- 12 المؤرخ في أوت 1978 المذكور أعلاه لتعويض تبعات الخدمة المستمرة جزافا ولا سيما أوقات العمل اللازمة لإبلاغ تعليمات العمل الليلي أيام الأعياد مدفوعة الأجر.

المادة الثانية: يحدد معدل التعويضات للعمل التناوبي حسب نموذج النوبة للمواد 03- 04- 05.

المادة الثالثة: يتقاضى العمال الموزعون أفواجا الذين يعملون في نظام مستمر (8x3)، أي النظام الذي يتم فيه إنتاج السلع أو الخدمات طوال 24 ساعة كاملة وكل أيام الأسبوع، كما في ذلك أيام الراحة الأسبوعية القانونية وأيام العطل تعويضا عن العمل التناوبي الشهري يساوي (25%) من مرتبهم الأساسي.

المادة الرابعة: يتقاضى العمال الموزعون على فوجين الذين يعملون في نظام متقطع، أي النظام الذي يتم فيه العمل على نوبة صباحية ونوبة بعد الظهر مع توقف في نهاية الأسبوع تعويضا عن العمل التناوبي يساوي(10%) من المرتب الأساسي.

المادة الخامسة: العمال الموزعون على أفواج، والذين يتخلل نشاطهم فترات الفراغ الحق في تعويض العمل التناوبي تكون نسبته (10%) من المرتب الأساسي عن النظام المتقطع.

المادة السادسة: يحدد القانون الأساسي الخاص بالمؤسسة المستخدمة قائمة مناصب العمل التي تحول حق التعويض عن العمل التناوبي وتضبط قائمة مناصب العمل المنصوص عليه في الفترة السابقة، بصفة انتقالية بقرار وزاري مشترك يصدره الوزير المكلف بالعمل والوزير الوصي، بناءا على اقتراح المؤسسة المستخدمة وذلك بعد أخذ رأي ممثلي العمل ويصدر القرار الوزاري المشترك المنصوص عليه في الفقرة السابقة بصفة انتقالية بالنسبة للوظيفة العمومية والوزير أو الوزراء المعنيين بعد أخذ رأي ممثلي العمال.

المادة السابعة: يتعين على العامل الذي لا يحضر عند انتهاء نوبته أن يبقى في منصب عمله حتى يتم استخلافه حسب المواد المنصوص عليها في التشريع الجاري العمل به فيما يخص مجال العمل اليومي ويتقاضى في هذه الحالة زيادات عن الساعات التي أداها.

المادة الثامنة: بحسب التعويض عن العمل التناوبي بصفة انتقالية وخلافا للمادة الخامسة من المرسوم رقم 79- 301 المؤرخ في 12 صفر الموافق ل: 31 ديسمبر 1979، على أساس الحدود الدنيا للأجر الإجمالي الناتج عن المرسوم المذكور.

يكون أساس الحساب انتقالي وهو أساس مرتب التثبيت بالنسبة للفئات الأخرى من العمال الذين لا يشملهم المرسوم المنصوص عليه في الفترة السابقة (أورد في الجريدة الرسمية، 1990).

3-2- العمل الليلي في التشريع الفرنسي:

كان للمشرع الفرنسي هاجس مزدوج يرمي من جهة إلى المحافظة على المرأة ووظيفتها التكاثرية ودورها الريادي في الأسرة.

ومع مرور السنوات حصل تطور في القانون الفرنسي مع كثرة الاستثناءات التي كانت ترد على القانون المنظم للعمل الليلي، وكان أخرها قانون 2001 الصادر في 2001/05/09 المتعلق بالمساواة المهنية بين الرجال والنساء الذي رفع كل من منع يخص العامل الليلي تماشيا أولا مع المقاييس الأوروبية، إضافة أن فرنسا كانت من الدول الأوروبية التي تأخرت في مواءمة قانونها الوطني مع التعليمات الأوروبية وأن المهلة التي منحت لفرنسا كانت قد انقضت في 1996/11/23 لذلك فقد أمهلتها الهيئات الأوروبية أربع سنوات لهذا الغرض.

إن المشرع الفرنسي في تعريفه للعمل الليلي فقد حدده بأنه " أي عمل يقع بين الساعة التاسعة ليلا والسادسة صباحا"، غير أنه لا يجوز لاتفاقية جماعية أن تنص على فترة أخرى للعمل الليلي تقدر بتسع ساعات متتالية تدخل في الفترة الممتدة بين الساعة التاسعة ليلا والسابعة صباحا، أو مابين منتصف الليل والخامسة صباحا، تحل محل الفترة الأولى المقررة قانونيا.

بالنسبة للعامل الليلي فقد عرفه بأنه " العامل الذي يشتغل على الأقل بالعمل الليلي المشار إليه أعلاه مرتين في الأسبوع أو الذي يقوم خلال فترة مرجعية بحد أدنى من ساعات العمل الليلي بمفهوم هذه المواد"، على أنه لا يجوز أن تتجاوز مدة العمل اليومي القصوى للعامل الليلي ثماني ساعات، أو كذلك في غياب لاتفاقية جماعية موسعة- العامل الذي يؤدي خلال اثنتي عشر شهرا متتالية، ومئتين وسبعون ساعة من العمل الليلي.

ومن الملاحظ أن المشرع الفرنسي في تعريفه للعامل الليلي، أنه لم يشر إلى جنس العامل مما يوحي بأن العمال فيه سواء، كما أن اللجوء إليه إنما يبقى أمرا استثنائيا، حيث لابد أن يأخذ في الحسبان صحة وسلامة العمال كونه عمل لابد من أن تثبت فيه حالة الضرورة بهدف ضمان استمرارية النشاط الاقتصادي أو المنفعة الاجتماعية(أورد في: عطاء الله).

وعندما يتعارض العمل الليلي مع الالتزامات العائلية الملحة، لا سيما حضانة الأطفال أو التكفل بشخص في حاجة إلى مثل هذا التكفل، فإنه يجوز للعامل أن يرفض الاشتغال بالعمل الليلي دون أن يشكل هذا الرفض خطأ مهنيا أو سبب يستوجب التسريح، ومهما يكن من أمر فإن طبيب العمل لابد أن يستشار في كل حالات التحويل الخاصة بالعمل الليلي.

من ناحية أخرى فإن طبيب العمل ملزم بإعلام العمال خاصة النساء الحوامل بالآثار السلبية للعمل الليلي على الصحة، إضافة إلى أن المشرع قرر رقابة طبية مدعمة على كل العمال الذين يعملون

ليلا وأن المشرع الفرنسي رتب عقوبات مالية وأخرى جنائية للمستخدمين الذين يخالفون نصوص القانون المتعلق بتنظيم العمل الليلي.

4- أهمية العمل بالمناوبة:

تميزت دوريات العمل قديما على أنها نظام تقليدي بالنسبة لبعض المهن كالخباز، الممرض...إلخ، ومع ذلك كانت نسبة عمال الدوريات جد منخفضة، يرجع عهد هذا النظام في بريطانيا مثلا إلى نقص الذخيرة الحربية سنة (1915)، حيث تم تمديد ساعات العمل الأمر الذي أدى إلى الحوادث والغياب ونقص الإنتاج في نفس الوقت، وعلى العموم لقد أدى التطور الاقتصادي والاجتماعي والحاجة إلى رفع الإنتاج إلى انتشار واسع لنظام العمل بالمناوبة وبرز خصوصا بعد ظهور الإضاءة الاصطناعية.

عمد أرباب العمل إلى الزيادة في ساعات العمل اليومية التي كانت طويلة إلى حد ما، مما أدى إلى ظهور ضغوط عمالية كبيرة سنتي (1918- 1919) الأمر الذي أدى إلى تزايد عمال المناوبات الذي ارتفع بين سنتي (1954- 1964)، وقد نشر المكتب الدولي للعمل نسب تزايد العمال بالدوريات خلال الفترة بين (1960- 1972) بأكثر من الضعف (أورد في: لعريط، 2007).

5- أسباب ظهور نظام العمل بالمناوبة:

5-1- أسباب اقتصادية:

- الحاجة إلى إنتاج أكبر لتلبية حاجات السوق وتحقيق الربح السريع للمؤسسات.
- رغبة المؤسسات في استغلال تجهيزاتها بصورة مكثفة لمسايرة التطور التكنولوجي والاجتماعي بالإضافة إلى المنافسة.
- ضرورة استغلال الآلات والتجهيزات طيلة الأربع والعشرون ساعة باستمرار حتى يمكن تثمينها واستغلالها من الناحية الاقتصادية.
- أدى كل من تطور وسائل النقل وتزايد عدد السكان إلى ضرورة توفير المواد الأساسية الواسعة الاستهلاك، كما أن تزايد عمليات النقل للبضائع والأشخاص أدى إلى خلق الكثير من الخدمات الموازية كل ذلك أدى إلى انتشار واسع لنظام العمل بالمناوبة بمختلف أنواعه.

5-2- أسباب تقنية:

- تتطلب بعض العمليات الصناعية وبعض الأنواع من الآلات التشغيل المتواصل لتحقيق هدف إنتاجي معين وحتى لا تصاب الآلات أو المواد المستعملة في العملية الإنتاجية بالتلف.
- زاد التطور التكنولوجي من كفاءة بعض الآلات وقدرة تحملها كالعقول الإلكترونية الشيء الذي استدعى تبني هذا النظام من العمل بشكل أوسع (أورد في، بوظريفة، 1995).

– ازدادت الحاجة إلى هذا النظام من العمل في مجال المحروقات والقطاع العسكري وفي مصانع الخدمات العامة كالمستشفيات خصوصا أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية لضرورة القيام بالمراقبة المستمرة وتحقيق الإنتاج الوفير.

5-3 – أسباب اجتماعية:

ظهور البطالة دفعت البعض إلى اقتراح تقليل عدد ساعات العمل في اليوم وتناوب عدة فرق على نفس المركز، كما أن بعض المصالح تستدعي العمل دون انقطاع إضافة إلى ضرورة تلبية حاجات المستهلك المتزايدة وحصوله على منتجات معينة بكميات كبيرة وخدمات في مواعيد محددة، مما استدعى العمل في أوقات لا اعتيادية.

6- البعد السوسيو اقتصادي للعمل الليلي:

لقد زاد الاهتمام بموضوع العمل الليلي وذلك لضمان مواصلة المصالح والأجهزة والمنفعة الاجتماعية، ونجد من بين هذه المصالح الجهاز الصحي وسلك الشرطة أو هياكل أخرى للحراسة، ويعتبر العمل الليلي نموذج لتنظيم العمل ونجد على سبيل المثال المؤسسات التي تسعى إلى تكثيف المردودية والتي تعمل وفق نظام نسق إنسان/ آلة وذلك بشكل فرق متعاقبة أو دوريات تضمن سير العمل 24/24 ساعة لضمان تفادي انقطاع النشاط، ولتحقيق هذا الهدف ارتأت العديد من المؤسسات انتهاج سياسة العمل بالفرق وكذالك تنظيم العمل بالفرق وهذا ما يغير من نسق العمل ويرفع تنوع المهام.

ولكن هذا النوع من تنظيم العمل له العديد من الإيجابيات أو المحاسن بالنسبة للمنظمات وهذا ما يسمح لها من الاهتمام بالفعالية الإنتاجية، وفي هذا التنظيم نجد أن العامل لا يستطيع التغيب أو الانقطاع عن نشاطه مهما كان نوعه وذلك لضمان تحقيق الأهداف المسطرة والاستمرارية بالنسبة للمنظمة، وعلى غرار ذلك يجب تنوع المهام بالنسبة للعاملين من أجل التصميم الجيد للأهداف المشتركة ومن أجل تحقيق ذلك يجب توفر مناخ ملائم وهو تماسك فرق العمل، والنتيجة من ذلك أن تنظيم العمل يرتكز على قواعد رسمية وعلى كل عامل أن يعي مكانته في فرقة العمل (أورد في: Lemoine, 2012).

فمن الضروري على المنظمات الاهتمام بالأثر الذي يمارسه العمل الليلي أو التناوبي في صحة العامل وبطبيعة الحال ذلك ليس محصور فقط في صحة العامل الجسدية بالنظر إلى الطاقة المبذولة طيلة ليلة عمل كاملة، أو العبء المتراكم على العامل من خلال العمل ولكن تتعدى ذلك بكثير لدرجة تأثير هذا التنظيم من العمل على الحياة الاجتماعية والمهنية للعامل ونجد على سبيل المثال التغيب، وهذه الكلفة الاجتماعية للعمل الليلي و/أو التناوبي صعبة جدا للتقدير بالنظر إلى النتائج الطبية والاجتماعية مع ساعات العمل الطويلة، وأن ساعات العمل اللاإعتيادية خاصة تلك المرتبطة بالعمل الليلي لها أثرها الظاهر في صحة العامل سواء النفسية أو الجسدية.

بالإضافة إلى ذلك اختلال رتم الحياة اليومية للعامل ليلا وصعوبة نسج أو إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعدم القدرة على استغلال أوقات فراغه والقيام بالنشاطات الرياضية والثقافية، فنظام العمل يشترط على العامل نوع من الحياة الخاصة خارج نطاق العمل، ونجد في هذا الصدد أن العامل ليلا وبعد ليلة عمل شاقة فمن الضروري أخذ قسطا وافرا من الراحة والتي تتمثل بالدرجة الأولى في تعويض النوم الذي لم يحظى به في الليلة السابقة، إذن فإن العمل الليلي لا يؤثر فقط على صحة العامل النفسية والجسدية كما سبق الذكر بل يذهب إلى أبعد من ذلك وهو التأثير على نظام حياته هذا من جانب، ومن جانب أخر الانعكاسات على الحياة الأسرية وخاصة الحياة الزوجية إذ يعاني العامل في ظل هذا التنظيم من انعدام الحوار مع الزوجة والأبناء نظرا لضيق الوقت المتاح له لمزاولة حياته الاجتماعية والجنسية بشكل طبيعي.

ومن المعروف أن العمل في توقيت غير مألوف (أي العمل خارج ساعات النهار)، أو العمل في ساعات غير نمطية يؤثر في صحة ورفاهية العمال بالإضافة إلى ذلك التغيرات على المستوى الاجتماعي والاقتصادي والإداري، وفي ذلك تأثيرا مباشرا على العمل وقيم العمل هي التي تفرض على الفرد التكيف وطبيعة العمل للدرجة التي يرى فيها الفرد العامل جزءا من التجمعات التي يمكن أن تكون داعمة له وحامل للقيم المهنية المشتركة، وبطبيعة الحال يواجه الفرد في كثير من الأحيان حالة التكيف والمرونة مع العمل، وفي هذا الإطار يشير ديجور (Dejour, 2008) أنه "لم يعد للتضامن أي مكان في هذا النموذج الجديد للعلاقة بالعمل، حيث تستجيب الإدارة التي تطلب تقديم كل منها للمنظمة إلى الصداقة الإستراتيجية، والأفراد المتعاونون في العمل هم الذين يشكلون ثقافة العزلة داخل المؤسسة". بالإضافة إلى ذلك تمارس المؤسسات التنظيمية ضغوطا أكثر على العاملين إذ تؤثر هذه الضغوطات على الفعالية للعمل مما يجعل الفرد العامل أكثر ضعفا نفسيا وأقل فعالية من حيث الإنتاج (أورد في:2016 ANSES,).

7- العمل بالدوريات والوتيرة البيولوجية:

تعمل أغلبية الوظائف البيولوجية والنفسية الفيزيولوجية للإنسان وفق وتيرة تمتد على مدار (24) ساعة وهي الوتيرة المعروفة بالوتيرة السركادية (اليومية)، حيث تكون حرارة الجسم والقوة العضلية ورتم دقات القلب في حالة الراحة وسرعة الاستجابات الحركية وكذا أداءات الذاكرة القصيرة المدى وقدرات التفكير المنطقي في أقصى طاقاتها في فترة من فترات اليوم وفي أدنى طاقاتها في فترات أخرى، فالبنسبة للذاكرة تبلغ أقصى طاقة لها في نهاية الفترة الصباحية، بينما تسجل هذه الحالة بالنسبة للاستجابات الحركية في منتصف الفترة المسائية وتكون بالنسبة للقوة العضلية في بداية الفترة الليلية فالآثار المختلفة لاستثارة الجسم ليست نفسها من ساعة إلى ساعة أخرى، فإذا كان العمل يتطلب من العامل حفظ المعلومات في الذاكرة واستعمال القوة أو البقاء في حالة من اليقظة في ساعات غير عادية فإن هذا

السلوك لا يؤدى بسهولة وهو غير فعال ولا يقي صحة العامل، فمن المعروف اليوم أن الإنسان غير متزن وأنه غير فعال في كل الأوقات على مدى (24) ساعة وبذلك فإنه من الضروري معرفة كل المعطيات الكرونوبيولوجية والعمل على إدراجها أثناء تنظيم العمل في الساعات غير المعتادة ذلك لما له من منفعة للإنسان والمنظمة.

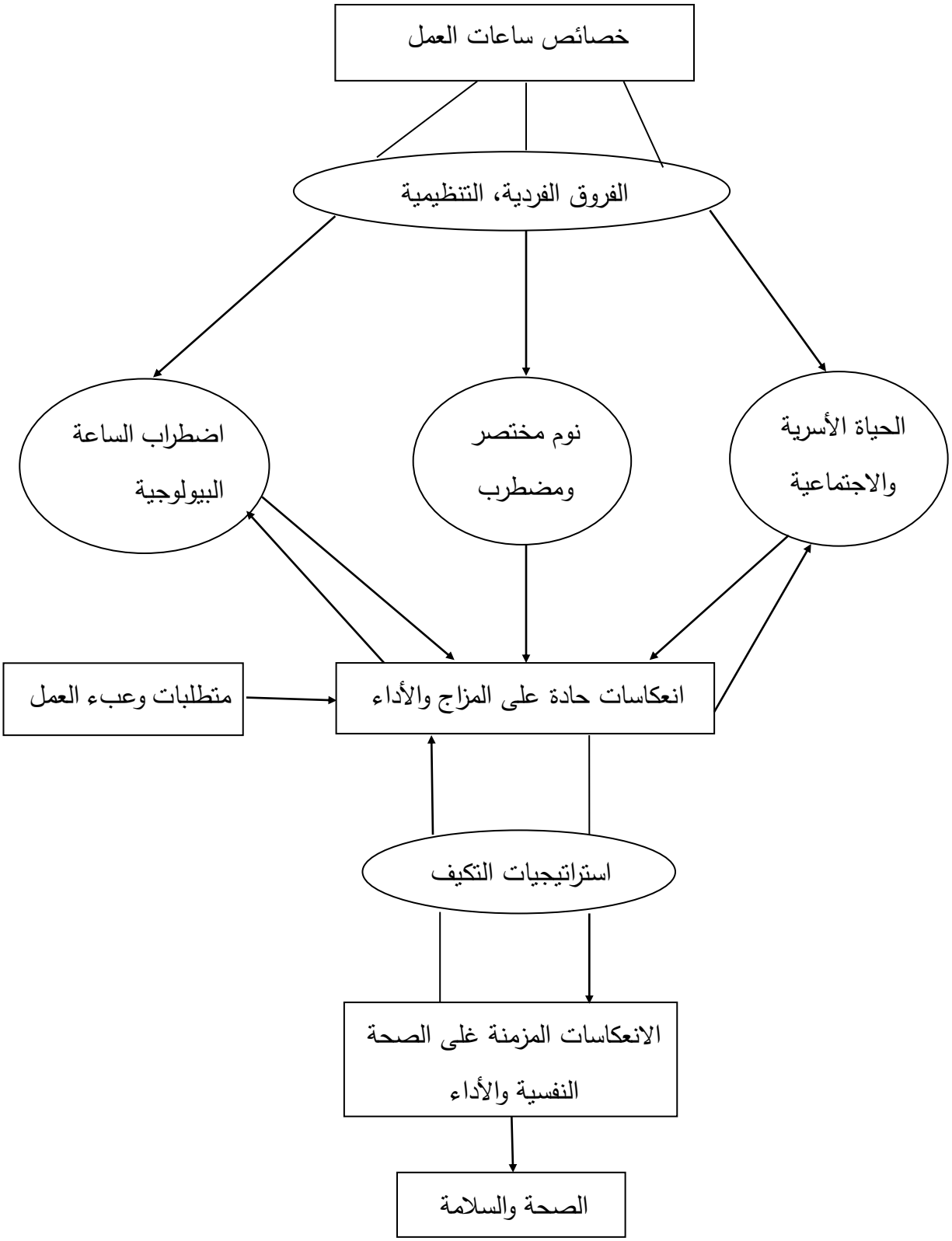
هناك العديد من الدراسات الميدانية والمخبرية التي أكدت الانخفاض الذي يصيب قدرات أغلبية العمال الذين يعملون ليلا والذين يستجيبون بالتغيير من نشاطاتهم باعتماد ميكانيزمات لتعديل النشاط والتي تؤدي إلى الرفع من مستوى العبء في العمل، ولقد خلصت الأبحاث إلى بعض النتائج منها سرعة استجابة العمال (مدة رد الفعل) تصل إلى أقصى حد لها على الساعة الثالثة وثلاثين دقيقة وتبقى على مستوى عال إلى غاية التاسعة ليلا، أما فيما يخص اختبارات الحساب أو الفرز فيمثل الأداء فيها على الساعة الثالثة وثلاثين دقيقة، وفيما يتعلق بسرعة تنفيذ الاختبارات ودقة الإجابات فقد لوحظ أن خلال بعض الأوقات تكون إجابات العمال سريعة جدا لكنها ليست بالضرورة دقيقة، في حين وفي أوقات أخرى يكون رد الفعل أقل سرعة لكن بدقة أكبر فالعمل ليلا عملا مختلفا عن العمل في النهار لأن وظائف الجسم المختلفة لا تصل كلها في أن واحد إلى أقصى طاقة لها مما يدفع بالأفراد إلى تفضيل استعمال طريقة للعمل في ساعة معينة دون أخرى (أورد في: خلفان، 2010).

وعليه تلعب الساعة البيولوجية دورا رئيسيا في الحفاظ على الصحة العامة والصحة النفسية للفرد، وإذا حدث فيها أي خلل يؤثر على الصحة مما يجعل جسم الفرد يكون عرضة للعديد من الأمراض التي تمس على وجه الخصوص الأفراد الذين يعملون ليلا، ومن أجل ذلك كشفت دراسة طبية حديثة أن العمل ليلا يزيد من عرضة الفرد للإصابة بالجلطة وأمراض القلب والسرطان، والسمنة وأمراض الكلى بسبب ما يتعرض له الجسم من تغيير في عملية التمثيل الغذائي.

وفي هذا الإطار أظهرت دراسة أجرتها كل من جامعة واشنطن وجامعة " سيري" البريطانية، أن العمل بنظام المناوبات الليلية يختل من خلاله عددا من العمليات الكيميائية التي اعتاد الجسم على القيام بها في أوقات محددة، اعتمدت الدراسة على عينة تتكون من 14 عاملا ليليا عمل 7 منهم ثلاثة أيام خلال فترة النهار بينما عمل العمال الباقون في الليل، وخلال الدراسة تم تقسيم العينة إلى فريقين والنتيجة أن الأفراد العاملين لمدة أطول معرضون بشكل أكبر لمشكلات مرتبطة بالجهاز الهضمي مثل الكبد والبنكرياس، وأن العمل الليلي يؤثر بشكل سلبي في عملية التمثيل الغذائي في الجسم (الاستقلاب)، وهو ما يؤدي إلى الهضم الغير سليم للأطعمة المستهلكة عكس عمال النهار(أورد في: https://www.hiamag.com).

والشكل الموالي يمثل نموذج مفاهيمي لمشكلات مختلفة مرتبطة بالعمل الليلي من وجهة نظر (2012) Folcard et Truker

الشكل رقم (01) نموذج مفاهيمي لمشكلات مختلفة مرتبطة بالعمل الليلي من وجهة نظر Folcard et Truker (2012)



(أورد في: Marquie, 2016).

8 – الكرونوبيولوجية والارقونوميا:

هدفت كل الدراسات التي أقيمت في ميدان الكرونوبيولوجية والمطبقة في ميدان الارقونوميا إلى تحليل تكيف الإنسان مع تغيرات دورة نشاط–استراحة المفروضة من الصناعة الحديثة، حيث تدرس تكيف الفرد مع مختلف ظروف العمل خاصة مراكز العمل التي يتم فيها تنفيذ العمل بشكل متواصل أو بفرق متناوبة Travail Posté، وفي نفس السياق، بين كل من رينبيرغ، وكليتمان وأخرون Reinberg, Kleitman et autres وجود تأثير تنظيم العمل بشكل متواصل على التواترات البيولوجية عند مستويات عديدة، حيث تتغير الملائمة الفيزيولوجية (Ajustement physiologique) عند الفرد نفسه تبعا للمدة ومن وظيفة إلى أخرى، بالإضافة إلى وجود فروق بين الأفراد المنتمين إلى نفس المجموعة كما أن التناوب السريع لا يؤثر على الجسم الإنساني مقارنة بالتناوب الأسبوعي فيجد العامل الذي يعمل وفق تنظيم بساعات خاصة نفسه أمام صراع بين تواتراته وتواترات حياة عائلته والمجتمع مما يسبب له تلف في أدائه وكفايته المعرفية كما تكون لها عواقب وخيمة على صحته وقد يؤدي به إلى الانعزال عن الحياة الاجتماعية العائلية ويعود ذلك إلى أوقات العمل التي لها تأثير على مدة النوم الليلي وأيضا على أوقات تناول وجبات الغداء مما يسبب اضطرابات هضمية (أورد في: معروف، 2008).

وفي نفس الاتجاه، يعود تغيير تواترات العامل أساسا إلى متطلبات تكنولوجية، حيث يبقى في تنافس مستمر بينه وبين الآلة كما تلعب الدوافع الفردية والعائلية كشراء سيارة أو بيت ....الخ دورا في مضاعفة مجهوداته للربح أكثر، وكذا الضغوطات التي يمارسها أرباب العمل على العامل للرفع من الإنتاجية مقابل ضمان بقائه بالمؤسسة، وأخيرا الضغوطات التي تمارسها فرق العمل والتي يمكنها أن تعدل من الوتيرة الفردية للعامل حيث وجوده ضمن جماعة عمل يؤثر عليه بالضرورة فيزيد من وتيرة عمله وفي هذا الاتجاه وجد في دراسة حول التغيرات اليومية للتعب المقدر ذاتيا من قبل فتيات ما قبل البلوغ، أن الرتم اليومي للتعب الفيزيولوجي (منحنى U) يظهر لدى الفتاة عند سن العاشرة ويكون مرتفعا في الصباح على الساعة التاسعة لينخفض ما بين الساعة الحادية عشرة إلى الساعة الثانية بعد الزوال، ثم يعود ليرتفع من جديد على الساعة الرابعة مساءا، كما لاحظ الباحثون أن هذه التغيرات تشبه تغيرات التعب عند الراشد وعادة ما يكون العمل ليلا مصحوبا بالتعب والملل أكثر من العمل في النهار، حيث أن مسؤوليات الحياة قد استنفذت في ساعات النهار ولم يحصل العامل على القدر المطلوب من الراحة، وكذلك يؤدي العمل ليلا إلى اضطراب مواعيد الطعام وتناول الوجبات اليومية بانتظام وبالتالي يجد العامل صعوبة في تغيير العادات الغذائية وحتى المهنية التي ألفها من قبل، كما يؤدي العمل الليلي إلى تفاقم حجم المشكلات والضغوط التي يتعرض لها العامل (أورد في: حمدي وأخرون، 1999).

9- الوتيرة البيولوجية لجسم الإنسان:

يمتاز جسم الإنسان بعدم الثبات طيلة النهار والليل، بل تمر مختلف وظائفه البيولوجية عبر حلقة زمنية خلال كل أربع وعشرين ساعة تبعا لما يعرف بالرتم البيولوجي اليومي، لذا يمكن تشبيه هذا الأخير

بالساعة الداخلية للجسم حيث يقوم عل أساس أن نشاط معظم الوظائف الجسمية ينخفض أثناء فترات زمنية، وكأن الأعضاء والوظائف مهيأة للعمل والنشاط خلال فترات زمنية معينة لتتباطأ أو تركد في فترات زمنية أخرى للراحة (أورد في: بوظريفة، 1995).

فالرتم البيولوجي هو بمثابة نظام دوري لوظائف الجسم تنشط في وقت معين وتقل فعاليتها في أوقات أخرى، وهكذا فإن معظم الوظائف الجسمية تكون في حالة نشاط أثناء النهار، بينما يصاب أغلبها بالخمول أثناء الليل ليفسح المجال لعمليات أخرى لتعويض وتجديد الطاقة المستهلكة مما يجعل الإنسان يكون بطبيعته مستعدا للعمل أثناء النهار والارتخاء وتعويض الطاقة أثناء الليل، إن هذا النظام الدوري لجسم الإنسان والذي بحكم علاقته بتوالي الليل والنهار كان موضوع نقاش منذ أمد بعيد، خاصة وأن البعض يرجع ذلك إلى تأثير المحيط ودليلهم على ذلك أن الصبي الرضيع لا يعرف هذا النظام الدوري، فهو خلال الأسابيع الأولى ينام أكثر مما يستيقظ، وهناك من يرى أن النظام الدوري لجسم الإنسان نظام وراثي فبيتند رايخ Pittendrigh (1960) اعتبره وراثي واعتبر أن سبب تأخره لدى الرضيع يعود إلى عدم اكتمال نمو جهازه العصبي المركزي (أورد في: بوحفص، 2004).

10- طبيعة الرتم البيولوجي:

لقد تبين أن العديد من وظائف الجسم تمر بمراحل مختلفة خاضعة بذلك لانتظام داخلي يتبعه الجسم خلال الأربعة والعشرين ساعة، كما تم التوصل إلى أن أغلب الوظائف التي درست إلى حد الآن تتبع رتما يوميا مثل حرارة الجسم، دقات القلب، ضغط الدم، حجم التنفس، القدرات الذهنية، وتجدر الإشارة إلى أن عادة ما ترتفع نهارا وتنخفض ليلا هذه الوظائف الجسمية لا تصل أعلى وأدنى مستوى لها في كلتا الحالتين. وهكذا فإن معظم الأعضاء والوظائف الجسمية تكون في حالة نشاط أثناء النهار، بينما يصاب أغلبها بالخمول أثناء الليل ليفسح المجال لعمليات أخرى لتعويض وتجديد الطاقة المستهلكة، مما يجعل الإنسان يكون بطبيعته مستعدا للعمل أثناء النهار والارتخاء وتعويض الطاقة أثناء الليل.

ولأن العمل في ساعات متداخلة ليلا يجعل الفرد في صراع دائم نظرا لطبيعة بنيته خاصة النفسية والمعرفية، وكذا بالنظر إلى الدور الذي يلعبه الفرد في محيطه العائلي أو الأسري والاجتماعي، بالإضافة إلى وظائفه في دائرة العمل والعلاقة بين المميزات الزمنية للفرد خاصة من جانب الوجهة الكرونوبيولوجية ومميزات المهمة التي ينفذها العامل مثل ساعات العمل، ورتم التناوب (أورد في: Barth et autres, 2004).

11- أنواع الرتم البيولوجي:

يرى كيناك وتريساك Quennec et Terssac (1981) أن الوتائر البيولوجية تختلف في تواترها باختلاف الوظائف والأعضاء الجسمية، وتمس هذه الريتمات كل المستويات البيولوجية من خلايا،

وأنسجة، أو مجموعة من الأعضاء كما يتميز كل رتم باستقلاليته وخصائصه من حيث الزمن، الحجم، الحد الأقصى، الحد الأدنى، حيث يمكن أن تظهر مختلف هذه الوتائر في ثلاثة أشكال رئيسية كما يلي:

أ – رتم كثير التكرار: مثل نبضات القلب والتنفس.

ب – رتم متوسط التكرار: ويتمثل في كل ما يحدث خلال اليوم الواحد ويسمى بالرتم اليومي، كما هو الحال بالنسبة للحرارة واليوم لدى الشخص، أي أنه رتم يمتد على مدى أربعة وعشرين ساعة، حيث تعدل الوظائف الفسيولوجية للجسم سلوك الكائن الحي.

ج –رتم قليل التكرار: ويدور سبعة أيام أو ثلاثين يوما أو حتى سنة كاملة كما هو الحال بالنسبة للعادة الشهرية لدى النساء (أورد في: بوظريفة، 1995).

12– الرتم البيولوجي والعمل:

إن الفرد لديه تنظيم لوقت العمل والذي يسمح له بتنظيم عمله في أحسن الظروف، والتكيف مع التحولات الفيزيقية والسيكولوجية والاجتماعية وذلك في المحيط الذي يعيش فيه وكذا التحولات البيولوجية لبنيته، والتغيرات الداخلية لجسم الإنسان تظهر باتجاه الوتائر البيولوجية التي تسير الوظائف الفسيولوجية والنفسية أو السيكولوجية، حيث تعمل الساعة البيولوجية عند البشر حسب جداول زمنية ضرورية للحياة والصحة وللبشر رتم بيولوجي يومي، وأسبوعي، وشهري، وسنوي، ويختلف مستوى الهرمون والكيميائيات الأخرى في الدم على مدى هذه الفترات الزمنية وكثير من عمليات الجسم الحيوية تتم بانتظام كل(24) ساعة وتتسق أنشطة الخلايا والغدد والكليتين والكبد والجهاز العصبي مع بعضها البعض ومع رتم النهار والليل في البيئة.

يتغير المعدل الذي تتم به عمليات الجسم تدريجيا في أثناء النوم، وعلى سبيل المثال تختلف درجة حرارة الجسم بمقدار درجة واحدة خلال فترة الأربع والعشرين ساعة وتبلغ درجة الحرارة أدنى مستوى لها في وقت الراحة ليلا، وترتفع في أثناء النهار وهي الفترة النشيطة ونسمي كل ظاهرة تتكرر باستمرار مماثل مع فترة أو مرحلة يمكن أن تزول في جزء من الثانية وذلك لعدة سنوات تابع للوظائف البيولوجية بدقة، إذ أن التطور التكنولوجي والاقتصادي للعمل فرض تغيير في وقت العمل والذي مس بالضرورة جزء مهم من الإنتاج الصناعي، والوظائف الرسمية التي يديرها مجموعة من العمال، السبب الذي يعيق الرتم البيولوجي العادي، ومن بين أشكال تنظيم العمل نجد العمل الليلي أو التناوبي والذي يمس بطريقة مختلفة عدد كبير من الهياكل والأجهزة وذلك ضمانا لعدم انقطاع خدماتها خلال الأربع والعشرين ساعة ونجد من بين هذه الهياكل تلك المختصة في الصناعات التحويلية، نظام المعلوماتية، والمستشفيات، والعمال في مثل هذه الأجهزة لا يتقبلون الصراع الموجود بين الرتم البيولوجي والعمل حيث يفرض هذا الأخير على العامل ظهور أثر كبير في صحة العامل، ويظهر ذلك في التثاؤب خلال العمل بسبب عدم كفاية ساعات النوم ورمش العينين وثقل الرأس وانخفاض الانتباه وظهور التعب، بالإضافة إلى ما سبق ذكره نجد لدى

عمال المناوبات الليلية العادات السيئة الشائعة الانتشار لدى هذه الفئة من بين هذه العادات نجد تلك المتعلقة بالأكل ومن بينها التناول المفرط للمنومات لتسهيل النوم بعد ساعات العمل الطويلة وما يقابله بالعكس استهلاك المواد المنبهة مثل القهوة والشاي للبقاء في حالة يقظة أثناء العمل والذي بدوره يؤدي إلى أمراض يتعرض لها العامل خلال المناوبة ونجد من بينها اضطرابات النوم، واضطرابات الهضم والتغذية، واختلال التوازن الغذائي نتيجة الاستهلاك المفرط للمواد الغذائية خلال ساعات العمل وهذا ما يؤدي بالعامل إلى الوقوع في مشكل الزيادة في الوزن إضافة إلى اضطرابات المزاج والأمراض القلبية العرقية الذي يعود سببها إلى ارتفاع ضغط الدم، وعدم التكيف والذي يؤدي إلى التهميش والعزلة الاجتماعية والمهنية والأسرية (أورد في:Kapitaniak et Monod, 2003).

13- ظروف ساعات العمل:

إن أردنا تعريف ساعات العمل فيمكن القول أنها الوقت الذي يكون فيه العامل تحت تصرف صاحب العمل ولا تدخل فيها فترات الراحة، وهنا رب العمل له الحق في تنظيم وقت العمل طبقا لحاجة العمل وظروف الإنتاج ويلتزم العامل لأداء عمله وفقا لتنظيم العمل أي يكون تنظيم لا يتعارض مع القانون (أورد في: بن الشيخ، 2017).

تدرس ظروف ساعات العمل من خلال ثلاثة أبعاد وهي: ساعات العمل الطويلة، الساعات الاعتيادية، وساعات العمل المرنة، حيث تتأثر نسبة متزايدة من القوى العاملة بجداول العمل غير النمطية، ويرتبط العمل الليلي باضطرابات في المجالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية للفرد، واعتلال الصحة النفسية والجسدية والتي يمكن أن يكون لها مجموعة واسعة من الآثار الصحية والأداء والسلامة (أورد في: Marquié, 2016)، وأظهر التقرير الأوروبي حول ظروف العمل أنه من الممكن والضروري دراسة العديد من المتغيرات انطلاقا من هذه الأبعاد الثلاثة، حيث أن هناك متغيرين فيما يتعلق بساعات العمل الطويلة ونخص بالذكر المدة الأسبوعية الطويلة (أقل من 45 ساعة في الأسبوع)، والمدة اليومية الشائعة والطويلة (أكثر من عشر ساعات وأكثر من خمس مرات في الشهر)، وخمس متغيرات لساعات العمل الاعتيادية المدروسة وهي العمل الليلي (أكثر من خمس مرات في الشهر) في الفترة المسائية (أكثر من عشر مرات في الشهر)، والعمل في عطلة نهاية الأسبوع (على الأقل مرة في الشهر) فيما يخص العمل التناوبي، أما فيما يتعلق بساعات العمل المرنة حللت انطلاقا من المتغيرات التالية:

المرونة اليومية لمدة العمل (عدد ساعات العمل يوميا)، المرونة الأسبوعية (عدد أيام العمل كل أسبوع)، الساعات المتغيرة والتغيرات الشهرية لساعات العمل (على الأقل مرة في الشهر).

وخلافا لما كان يعتقد فإن ساعات العمل الطويلة والمتواصلة لا تزيد في كمية الإنتاج، بل قد تكون سببا في نقصانه الأمر الذي جعل المؤسسات المعاصرة تسعى جاهدة لوضع فترات راحة مناسبة تتخلل مدة العمل اليومي، إذ يؤدي التقليل من ساعات العمل اليومية والأسبوعية إلى الزيادة في الإنتاج أو

على الأقل المحافظة على كميته الأولى ويرجع ذلك في أغلب الأحيان إلى الجهود الإضافية التي يبذلها العمال في حالة تخفيض ساعات العمل لكي يتمكنوا من المحافظة على هذا التخفيض الذي يوفر لهم متسعا من الوقت للاهتمام بشؤونهم المنزلية والأسرية والاجتماعية (أورد في عاشور: 1983).

يرى لاهمان (1926)lahmann بأن الإنتاج اليومي لا يرتبط بعدد ساعات العمل، وفي كثير من الحالات وجد أن تجاوز عدد ساعات العمل اليومية عن عشرة ساعات ينتج عنه انخفاض سرعة العمل، وفي نفس الإطار قام كوسوريس وكوهلر (1971) kossoris et kohler بدراسة حول مدى تأثير ساعات العمل اليومية والأسبوعية على الإنتاج، فتوصلا إلى أنه يمكن بلوغ مستوى الكفاءة القصوى لدى العامل الذي يشتغل لمدة ثماني ساعات أطول يوميا وأربعون ساعة أسبوعيا، وأن ساعات العمل الطويلة قد أدت إلى انخفاض في معدل الإنتاج الساعي من جهة، وزيادة نسبة الحوادث والغياب من جهة أخرى ولم تكتف الكثير من الملاحظات والدراسات بإثبات أن الوقت الإضافي يؤدي إلى نقص في كمية الإنتاج الساعي، بل راحت تفكر أنه قد يؤدي حتى إلى الغياب نتيجة المرض والحوادث، فثماني ساعات في اليوم تكون متعبة بالنسبة للعامل، فلا يمكن جعلها تسع ساعات بدون أن تسبب تأثيرات سلبية على صحة العامل، ومن الناحية الفيزيولوجية فإن زيادة ساعات العمل اليومية عن ثماني ساعات قد يؤدي إلى إرهاق وتدهور صحي للعامل خاصة في الأعمال الصعبة، بالإضافة إلى ذلك فإنه من الواضح أن العمل لمدة ثماني ساعات أثناء الليل لا يقابله العمل لنفس المدة أثناء النهار ذلك أن الساعات ليس لها نفس القيمة عند العامل، حيث أن هناك عوامل أخرى تتدخل فيما إذا كانت طبيعة العمل تفرض متطلبات كثيرة على العامل أم لا، وهل تمتاز بإعطاء فترات راحة كثيرة للعامل؟ وهل طبيعة العمل نفسها تتطلب تمديد ساعات العمل؟

عموما تبقى هذه الأسئلة المطروحة معلقة ولا إجابة لها في هذا المجال، فعلى سبيل المثال هل تستطيع المرأة أن تعمل لمدة ثماني ساعات أو أكثر خلال اليوم الواحد إذا كان العمل صعبا أو يؤدى في وضعية وقوف؟ وخصوصا أثناء فترة الدورة الشهرية وخلال فترة الحمل، إذ يجب الاعتماد على نظرة المختصين في أمراض الولادة والنساء، حول دور بعض العوامل كالتنقل بين البيت والعمل، وضعيات العمل، عبء العمل، وبعض المواد الكيميائية أو الظروف الفيزيائية في ظهور أنواع من التشوهات أو الأخطار والأمراض سواء لدى الجنين أو المرأة الحامل (أورد في: بوظريفة، 1959).

وانطلاقا من هذا نستنتج أن ظروف ساعات العمل تمثل نوع من أنواع أنظمة العمل المهمة، ضف إلى هذا أن شدة العمل الذي يتضمن أبعاد ساعات العمل التي ذكرت سابقا لا تغطي الأبعاد الزمنية لظروف العمل لذلك فإن دراسة العلاقة التي تربط العاملين بظروف عملهم تصبح ضرورية لحصر الانعكاسات السلبية للعمل حتى لا تصبح مهيمنة على سلوك العاملين بالمنظمة، فتوجه أدائهم بعيدا عن المعايير المحددة، وعليه يجب على المنظمة الواعية أن تهتم ببيئة العمل لما قد تسببه من تأثير سلبي

واضطرابات نفسية للعامل، الأمر الذي فرض على إدارة المنشآت الصناعية تهيئة الظروف المادية والنفسية والاجتماعية للعمال، ووضع البرامج الخاصة بصحتهم النفسية لتحقيق الكفاية الإنتاجية.

وانطلاقا من ذلك بات من الضروري اختبار الضغوط الزمنية التي يتعرض لها العامل في إطار ساعات عمله وخاصة عند شدة العمل وترتبط هذه الأخيرة بإرغامات رتم العمل، وأشكال تنظيم العمل (أورد في: Valeyre, 2007)، والجدول الموالي يوضح ظروف ساعات العمل انطلاقا من تنظيم العمل:

الجدول رقم (01): ظروف ساعات العمل انطلاقا من تنظيم العمل

ظروف ساعات العمل		أشكال تنظيم العمل				
		في فترة تعلم	الإنتاج الضئيل (الهزيل)	التنظيم التايلوري للعمل	البناء البسيط	أداء موحد
المدة الطويلة	أقل من 45 ساعة في الأسبوع	19.5	16.9	9.8	11.7	16.0
	أكثر من عشر ساعات في اليوم (أكثر من خمس مرات في الشهر)	16.0	14.7	8.0	9.3	13.3
الساعات الاعتيادية	العمل الليلي (أكثر من خمس مرات في الشهر)	6.6	20.4	16.1	11.2	12.6
	العمل في الفترة المسائية (أكثر من عشر مرات في الشهر)	11.0	16.2	16.2	14.7	13.9
	العمل في عطلة نهاية الأسبوع (السبت)	41.9	50.5	44.3	45.8	45.4
	العمل يوم الأحد	17.6	28.0	21.4	19.8	21.5
	العمل التناوبي	12.7	37.8	39.3	22.0	34.7
الساعات المرنة	عدد الساعات المتغيرة يوميا	42.0	31.4	20.0	35.1	34.7
	عدد الأيام المتغيرة أسبوعيا	21.2	23.4	19.5	22.1	21.7
	الساعات المتغيرة	36.8	25.6	16.5	28.3	29.2
	تغيير ساعات العمل في الشهر	28.5	24.6	21.5	22.4	25.3

(أورد في: Valeyre, 2007) (من التقرير الأوروبي الثالث حول ظروف العمل، الجمعية الأوروبية لتحسين ظروف الحياة والعمل).

14- مواعيد وساعات العمل:

إن تنظيم ساعات العمل ومراقبة مواعيدها من المواضيع التي جلبت اهتمام المعنيين بشؤون العمل، وقد أصدرت التشريعات بخصوص ساعات العمل كالتالي:

أ- عدد ساعات العمل في اليوم:

أشارت بعض الأبحاث إلى أن عدد ساعات العمل الكثيرة تؤدي إلى انخفاض الإنتاج، الأمر الذي أدى إلى تقليصها إلى أن وصلت إلى خمسة وثلاثون ساعة في الأسبوع في بعض البلدان وتختلف هذه المدة من بلد لأخر كما تختلف حسب الوقت (ليل، نهار) وحسب الجنس (ذكر، أنثى)، نوع العمل ووضعيته (الجهد الفيزيقي، وضعية الوقوف) لذلك يجب أن تؤخذ كل هذه العوامل بعين الاعتبار، وغالبا ما تتعدى هذه المدة ثماني ساعات في اليوم وفي هذا الخصوص يرى لاهمان Lahmane بأن الإنتاج يرتبط بعدد ساعات العمل، حيث أن زيادة ساعات العمل اليومي عن عشر ساعات ينتج عنه انخفاض في الإنتاج، تأثير التعب والذي يؤدي إلى انخفاض سرعة العمل.

ب- عدد ساعات العمل في الأسبوع:

اختلفت أيام العمل في الأسبوع من سبعة إلى أربعة أيام، مما أدى إلى زيادة أيام العطلة الأسبوعية، وقد عرف عدد ساعات العمل في الأسبوع تطورا وتغيرا من سبعة إلى ستة أيام، ثم خمسة أيام، وأخيرا إلى أربعة أيام في الأسبوع، ويعتبر نظام خمسة أيام الأكثر انتشارا في العالم، ونظام الأربعة أيام في الأسبوع نجده في المؤسسات الأمريكية.

- نظام الخمسة أيام في الأسبوع:

إن التغير من نظام الستة أيام إلى خمسة أيام في الأسبوع رافقه انخفاض كبير في نسبة التغيير ومن ثم زيادة الإنتاج، بالإضافة إلى أن النظام محبذ لدى أغلب العمال خاصة فئة الإناث باعتباره المناسب لهن في القيام بالأشغال المنزلية خلال العطلة الأسبوعية، إلا أن هذا النظام غير لائق من الناحية الفيزيولوجية لما تتعدى ساعات العمل اليومي ثماني ساعات.

- نظام الأربعة أيام في الأسبوع:

يعتبر هذا النظام أقل انتشارا من السابق حيث تبنته الكثير من المؤسسات خاصة الأمريكية منها، حيث يعمل العامل لمدة عشرة ساعات في اليوم وأربعة أيام في الأسبوع، وقد ذهب بور Boor (1973) إلى القول أن هناك خمسة منظمات تتحول إلى هذا النوع من تنظيم العمل، ولعل التساؤل الأساسي القائم حوله هو ذلك المتعلق بعدد ساعات العمل في الأسبوع بصفة عامة، وفي اليوم الواحد بصفة خاصة وذلك أنه كلما لوحظ أن القيام بعمل لمدة تسعة أو عشرة ساعات في اليوم يسبب الإرهاق ولا يسمح للعامل باسترجاع الطاقة المستهلكة خلال أربعة وعشرين ساعة بالرغم من استفادته من ثلاثة أيام كعطلة أسبوعية إذ أن تراكم التعب المزمن قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات على شكل انخفاض ملموس في رتم العمل،

زيادة ظهور أعراض التعب خاصة التعب المزمن، مما يؤدي بالعامل إلى ارتكاب أخطاء مهنية والتعرض للحوادث وإصابات العمل والأمراض المهنية، وبالمقابل فإن الانتقال إلى نظام الأربعة أيام في الأسبوع قد منح للعامل فرصة أكثر لاستغلال وقت الفراغ (أورد في: بن الشيخ، 2017).

15- أوقات العمل:

تعتبر أوقات العمل بمثابة مظهر هام من مظاهر الخضوع للقواعد وإتباعها، وليست أوقات العمل إلا بعد من أبعاد مدة العمل والتي تحتوي على متغيرات أخرى كتكوين أوقات الفراغ وتخفيض عدد أيام العمل، وعليه فإن هناك عدة عوامل لها دور هام في تحديد أوقات العمل منها الاقتصادية والاجتماعية والتنظيمية، وحتى اتجاهات ورغبات العمال التي قد تكون لها دخل في تحديد أوقات العمل.

وقد ظهرت أنماط مختلفة من التوقيت اليومي والتي قد يكون البعض منها أكثر ملائمة في بعض الحالات دون غيرها، سوف نتعرض فيما يلي لأهم أشكالها:

- ساعات العمل الثابتة:

في هذا النمط عادة ما يعمل العامل من الساعة الثامنة صباحا حتى منتصف النهار، ثم يعود على الثانية زوالا ويكمل العمل على الساعة السادسة مساءا مع ساعتين للراحة تتخلل فترات العمل حين يتناول العمل وجبة غذائه (الاسترجاع من الناحية الفيزيولوجية) وهناك مؤسسات تتبنى هذا التوقيت، إلا أن بعض المؤسسات تقوم بالتعديل سواء في بداية ونهاية العمل، أو في أوقات الراحة.

- ساعات العمل المتواصلة:

يختلف هذا النمط عن النمط الأول في كون فترات الراحة المتخللة لساعات العمل تتراوح ما بين ثلاثين إلى ستين دقيقة، ويدعى هذا النمط بالنمط البريطاني ويتناول العامل فيها وجبة خفيفة في منتصف النهار لتصبح الوجبة المسائية هي الأساسية، حيث ينهي العامل عمله في وقت مبكر أي على الساعة الرابعة أو الخامسة مساءا، ويتناسب هذا النمط من الناحية الاجتماعية الفيزيولوجية مع العمال الذين يعملون بعيدا عن مقر إقامتهم.

- ساعات العمل المرنة:

ينفرد هذا النمط كونه له ميزة إعطاء العمال حرية اختيار وقت الدخول للعمل والخروج منه، شرط أن يحضر جميع العمال في مجال زمني محدد عادة ما يتوسط أوقات بداية ونهاية العمل وجبة غذائية، ويطلق على ذلك ما يسمى "الكتلة الزمنية الثابتة"

ويطبق هذا النظام خاصة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية واليابان، ومن أسباب تفضيل هذا النظام لدى العمال يرجع إلى ما يلي:

- القدرة على التكيف مع ساعات العمل حسب الظروف الشخصية.
- حرية واستقلالية العمال.

- انخفاض الغيابات.
- التقليص من عبء العمل.
- التوازن بين الحياة المهنية والاجتماعية للعامل.

وبالمقابل لا يخلو هذا النظام من عيوب أهمها:

- الصعوبة في إدارة وتسيير العمال.
- الصعوبة في المحافظة على الانضباط.
- ميل العمال للعمل بإفراط لمدة طويلة للحصول على وقت فراغ أطول (أورد في: بن الشيخ، 2017).

16- تنظيم دوريات العمل:

16-1- الدوريات الدائمة والمتناوبة:

تعتمد بعض المؤسسات على دوريات العمل الدائمة وهو ما يستدعي إبقاء العمال باستمرار في دورية واحدة من الاثنتين أو الثلاث دوريات الثابتة الموجودة، أي أن العامل يعين للعمل باستمرار إما في دورة الصباح والمساء أو الليل، وكثيرا ما يستعمل هذا النمط في الولايات المتحدة الأمريكية على وجه الخصوص، في مقابل التنظيم الثابت يوجد تنظيم أخر يقوم على أساس ما يسمى بالدوريات المتناوبة أو المتحركة، بحيث يتناوب الأفراد على مختلف الدوريات التي تسير تبعا لنوع الدوران المرسوم مسبقا، كأن يعمل العامل في دورية الليل وهكذا تتوالى العملية تبعا لجدول الدوران ومدته واتجاهه.

وعلى العموم فقد توصل الباحثون أمثال فارنون وميرال (1972) Vernon et Murell إلى نتائج مختلفة في هذا المجال، حيث يفضل البعض منهم الدوريات المتحركة أفضل من الثابتة، في حين يرى البعض الأخر أن الدوريات الثابتة أفضل من المتحركة لكونها تمكن الرتم البيولوجي من التكيف كما وجد أن التكيف المقبول لدى عمال الدوريات يكون مع الدوريات الثابتة أكثر من المتحركة، بالإضافة إلى هذا يرى كل من وولكار ودولامار (1971) Walker et De la mar أن العمل الليلي المستمر أصبح ممكنا بعد تخفيض ساعات العمل وأن هناك حوالي (12%) من العمال ببريطانيا يعملون وفق هذا النمط من العمل بنظام الدوريات، إلا أنهما يؤكدان على أن الأمر بالنسبة للعمل الليلي المتواصل يجب أن يتم فحصه على أساس الفعالية والقبول، أما وسنار (1976) Wisner فيرى أنه من باب المرونة لاتساق التنظيم أن يتم القيام بالحذف التدريجي للتناوب لاستبداله بترك الفرصة للاختيار الحر لدورية ثابتة.

16-2- -التناوب المنتظم وغير المنتظم:

يتمثل العمل بالتناوب المنتظم في إتباع وتيرة زمنية معينة بصفة دائمة، كأن تتم عملية التناوب كل يوم أو كل ثلاثة أيام أو كل أسبوع بحيث يعمل العمال بالتساوي في مختلف الدوريات تبعا لوحدة زمنية محددة، أما التناوب الغير منتظم فيقضي بتوزيع متعدد لأوقات العمل بين العمال وفق جدول مرسوم على مدى

فترات مختلفة تتم وفق خطة مدروسة، حيث يتيح هذا النوع من التنظيم أيام عمل تتخللها أيام الراحة تبعا لكل دورية، كأن تعطى للعامل راحة لمدة يومين أو ثلاثة أيام قبل تنقله من الدورية الليلية إلى الدورية الصباحية، ويهدف هذا التنظيم إلى أخذ انعكاسات مختلف أنواع الدوريات بعين الاعتبار سواء تعلق الأمر بصحة العامل أو حياته الأسرية والاجتماعية، وفي الأخير يتم ضمان تساوي أيام العمل بكل دورية ويطرح التناوب مشكل الراحة الأسبوعية لأن دوريات العمل المتحركة باستمرار تختلف فيها الكيفية التي تؤخذ فيها أيام الراحة منها عن العمل العادي، كما أنها تختلف حسب كل دورية اعتبارا لهذا الوضع عمدت المؤسسات إلى تبني نظام التناوب غير المنتظم نظرا لعدم ميل أغلبية العمال إلى العمل في الدورية الليلية.

16-3- مدة التناوب:

لا توجد مدة دوران ثابتة تخص نظام العمل بالدوريات، وإنما المؤسسة هي التي تختار النموذج المناسب لها وفقا لاحتياجاتها وطبيعة عملها ونشاطها أو وفق اتجاهاتها وأراء عمالها، وينطبق هذا الإجراء على كل أنواع الدوريات التي تبنى على مبدأ الدوران، وقد تتمثل هذه المدة في يوم أو أكثر أو في أسبوع أو حتى تكون بعد أسبوعين أو شهر وعلى العموم تعرف مدة الدوران بأنها عدد أيام العمل المتتالية في نفس الدورية، وعليه يعتبر الدوران قصير المدى إذا كانت مدته لا تتجاوز ثلاثة أيام متتالية ويعتبر متوسط المدى عندما يدوم أسبوعا، إذا زاد عن أسبوع يعتبر طويل المدى.

وفي هذا الصدد طرحت تساؤلات حادة حول ما إذا كان اختيار مدة التناوب قصيرة من يوم إلى يوم أحسن من مدة طويلة على مدى عدة أسابيع أو حتى اللجوء إلى العمل الليلي الدائم، حيث يرى بعض الباحثين أنه يجب إتباع الدوران طويل المدى المتمثل في أكثر من أسبوع أو أسبوعين، وهذا على أساس أن العامل يستطيع أن يعكس رتمه البيولوجي اليومي بعد مدة من العمل وأنه كلما طالت مدة الدوران كلما استطاع جسم العامل التكيف لروتينات الدورية المعنية، بالإضافة إلى أنه يظهر نوع من الثبات ولو فترة في أوقات الوجبات والفراغ، على أنه قد يطرح نقص النوم الذي يزداد حدة كلما طالت مدة الدوران سيما إذا تعلق الأمر بالدورية الليلية وحتى بالدورية الصباحية في بعض الحالات نظرا لما يترتب عن ذلك من تراكم التعب، وفي المقابل يفضل البعض الأخر الدوران قصير المدى المتمثل في أقل من ثلاثة أيام اعتقادا منهم أنه يعتبر الأفضل من وجهة النظر البيولوجية ويرى هؤلاء الباحثون أن الجسم لا يمكنه في الواقع الوصول إلى تحقيق التكيف التام مهما طالت مدة التناوب، إذ يبقى هناك صراع بين وقت الدورية والوقت العادي، وعليه يستحسن جعل مدة التناوب سريعة وقصيرة حتى يبقى الجسم سائرا على النمط العادي في التوقيت، في مقابل هذه الرؤية يمكن للعامل استعادة نشاطه وتعويض نقص نومه خلال العمل في دورية النهار هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن الدوران قصير المدى يتداخل أقل ما يمكن مع الحياة الأسرية والاجتماعية العادية، وبالتالي فإن العامل يتحمل الدوران السريع أو القصير المدى أكثر من غيره كما أنه كلما كان قصيرا كلما كان العجز في النوم أقل مما يسمح بالتخفيف أو التخلص من ذلك بسرعة،

فمن الطبيعي أن تكون عملية الاسترجاع بعد ثلاثة أيام أسهل مما لو تم ذلك بعد أسبوع (أورد في: بوظريفة، 1995).

ومهما كانت مدة الدوران، فقد تناسب بعض العمال دون غيرهم تبعا لظروفهم وحالتهم الشخصية والنفسية وعلاقاتهم الاجتماعية ومدى تماشيها مع مدة دوران معينة دون غيرها، وفي هذا السياق توصل موت وجماعته Mott et autres (1965)، إلى أنه كان من الصعب تكييف نموذج دوران لنظام العمل بالدوريات للعمال الشباب ذوي مستوى تعليمي مرتفع أو ذوي صغار السن، في حين أن العمال الذين بإمكانهم الحصول على مهنة ثابتة إضافية نادرا ما يشتكون من تكييف أوقاتهم تبعا لوظائف أجسامهم مثل: النوم، الأكل، وعادات الأفراد.

ويتضح مما سبق أنه مهما كان نوع التنظيم لمدة تعاقب الدوريات، إلا أنها تترك أثارا بينه وبين العامل، ولذلك وجدت إجراءات للتخفيف من حدة هذه الآثار تتمثل في:

– تحديد المهام بين النهار والليل بحيث يتم الالتزام قدر المستطاع بالتقليل من عدد المهام التي تنجز ليلا والاكتفاء بالحد الضروري منها فقط، حتى يمكن تخفيض عدد العمال في الدورية الليلية، كما يستحسن تفادي الأعمال الروتينية والمملة وتلك التي تتطلب مستوى معين من اليقظة والانتباه.

– التنظيم الداخلي المحكم لفرقة العمل الليلية وذلك بتقسيم المهام وتوزيعها على كل أعضاء الفرقة، مع توعيتهم بمبادئ وأسس التعاون وتداخل المهام ولا تهدف هذه العملية إلى توضيح المهام المطلوبة من كل عضو فحسب، بل هي بمثابة وسيلة للوقاية تحسبا لتغير سلوك الفرد خلال العمل الليلي.

– التقليل من عدد ساعات العمل بالنسبة لعمال الدوريات لمنحهم وقت أكثر لاسترجاع نشاطهم (أورد في: بوظريفة، 1995).

– أخذ احتياطات خاصة لمنح التقاعد المبكر بالنسبة لعمال الدوريات، وكذا حقهم في التحويل لدورية النهار دون فقدان نسبة من أجورهم بالنسبة لمن وصلوا إلى سن معين أو كانوا في الدوريات منذ مدة طويلة، أو تم إثبات عدم صلاحيتهم للدوريات من الناحية الطبيعية.

– توفير نقل سريع وفعال عند بداية ونهاية كل دورية، وهذا نظرا لكون السفر أثناء الساعات غير الاجتماعية يزيد من طول مدة الدورية، لأن النقل العمومي غالبا ما يكون غير منتظم إن لم نقل منعدما تماما.

– يجب السهر على أن تكون الخدمات كالمطاعم ومراكز الإسعاف وغيرها من التسهيلات قابلة للاستعمال أثناء أوقات العمل لمختلف الدوريات بل ويجب أن تكون كذلك في مستوى مماثل لما هي عليه نهارا.

– إجراء فحوص طبية دورية.

– تمكين عمال الدوريات من الاتصال بمسؤولي المؤسسة خلال أوقات الدورية (أورد في: بوظريفة، مرجع سابق).

16 – 4 – اتجاه الدوران:

قد يكون اتجاه تعاقب الدوريات عاديا حيث ينتقل العمال من دورية الصباح إلى دورية المساء، ثم إلى دورية الليل، وهو ما يسمى بالاتجاه الطبيعي للدوران وقد يكون ذلك بصورة معكوسة حيث ينتقل العمال من دورية الصباح إلى دورية الليل ثم إلى دورية المساء، وهو ما يعرف بالاتجاه المقلوب للدوران وقد يتم هذا بطريقة منتظمة أو غير منتظمة، وهناك أشكال مختلفة يمكن أن يتبعها اتجاه دوران الدوريات تبعا لعوامل أخرى كمدة الدوران، وفترات الراحة التي يحتاج إليها العامل بعد كل دورية.

17 – أوقات العمل بالدوريات:

إن العمل بنظام المناوبات لا يحتوي على أوقات ثابتة، فالمؤسسة هي التي تختار الأوقات المناسبة حسب طبيعة عملها واحتياجاتها، وعليه تختلف المؤسسات في اختيارها لساعة بداية العمل ونهايته كما أنه عند اختيار أي نوع من أنواع التوقيت يجب التساؤل عن انعكاسات ذلك وتأثيره على مشكلة النوم والراحة وأوقات الفراغ، ومختلف الضغوط المهنية وعلى وجه الخصوص يجب أن تحترم أفضل الأوقات للنوم والتي تبدو محصورة مابين الساعة الحادية عشر مساءا والرابعة صباحا، الأمر الذي يساعد العمال على التحكم في ما يسمى بالعائد البيولوجي (Bio- Feedback) لأن له دور رئيسي في التحكم في مهارات التنظيم الذاتي الفسيولوجي فالشخص المتميز بهذه الصفة ينام ليلا ويستيقظ في الصباح بنشاط وإن هدده خطر أزال ما قد يصيبه من قلق أو من يقوم بحركة عصبية شاذة يمكنه أن يتخلص منها، بالإضافة إلى محاولة ترجيح الكفة لصالح العامل بطرق عديدة إذ يمكن أن يتم ذلك وفق النماذج التالية من التوقيت:

جدول رقم (02) يمثل أوقات العمل بالدوريات

النماذج	الأول	الثاني	الثالث
الدورية الصباحية	06 -14	05 -13	04 -12
الدورية المسائية	14 -22	13 -21	12 -20
الدورية الليلية	22 -06	21 -05	20 -04

– الراحة الأسبوعية:

للراحة الأسبوعية أهمية كبيرة لدى عمال الدوريات ، خاصة إذا كانت في نهاية الأسبوع، إذ تعتبر الفترة المفضلة للقاءات والمناسبات الأسرية والاجتماعية والرياضية والترفيهية، وعليه يعد توقيتها في نهاية الأسبوع أمرا مهما أو على الأقل إن تطلب الأمر برمجتها فيجب أن تكون مرة في نهاية الأسبوع وأخرى خلال أيام الأسبوع تجدر الإشارة كذلك إلى أن هذه الظواهر تحددها الفروق الفردية والظروف الشخصية لكل عامل، وقد يلجأ العامل في بعض الحالات إلى تجميع أيام الأسبوع، العطلة الأسبوعية للاستفادة من

عطلة مطولة لا سيما إذا تعلق الأمر بعمال يقطنون بعيدا عن مكان العمل ويرغبون في السفر أو في أمور أخرى تتطلب عدة أيام لتحقيقها.

- أوقات الفراغ:

يفضل العمال عادة العمل بالدوريات أكثر عن العمل العادي نظرا لما يوفره لهم من أوقات فراغ كثيرة، لكن هذه الأخيرة قد لا تكون مفيدة إذا لم يتمكنوا من استغلالها على أحسن ما يرام قد يرجع ذلك إلى عدم توفر الجو المناسب أو نقص الإمكانيات الخاصة للقيام بمختلف النشاطات على الرغم من وجود نشاطات وأعمال كافية يمكن أن يقوم بها عمال الدوريات في أوقات الفراغ المتوفرة لديهم، والتي عادة ما تكون خارج أوقات الازدحام إلا أن هناك أشياء لا يستطيع العامل بالدوريات القيام بها فقد يضيق به الحال ولا يستمتع بوقت فراغه، خاصة إن امتد هذا على مدار يوم أو أكثر أثناء أيام الأسبوع عندما تكون الزوجة تعمل والأطفال في المدرسة معنى هذا أنه لا يهم كثيرا توفر الوقت بقدر ما يجب أن يتوفر في المواعيد المناسبة والصالحة للاستخدام بالتوازي مع الرتم الأسري والاجتماعي (أورد في: بوظريفة، 1995).

- أيام الأعياد الوطنية والدينية:

تكتسي أيام الأعياد الوطنية والدينية أهمية بالغة لدى العمال، مما يستلزم معالجتها بعناية عند تنظيم سير العمل خلال هذه المناسبات فإذا تطلب الأمر مثلا حضور أغلب العمال أو البعض منهم إلى مراكز عملهم أيام الأعياد الوطنية أو الدينية، يجب الحرص على أن لا يعمل نفس العمال أثناء يوم عيدهم كل سنة كما يجب أن لا تكون الحوافز المادية والمعنوية مقتصرة على ما يحصل عليه العامل في الحالات العادية، بل يستحسن أن يكون الحافز في مستوى أهمية المناسبة الوطنية أو الدينية.

18- استراتيجيات التكيف مع نظام العمل بالدوريات:

إذا كان لابد من وجود مثل هذا النظام فإنه لابد من إيجاد استراتيجيات للتكيف معه والتقليل من أضراره وذلك من خلال ما يلي:

- **تحسين ظروف العمل:** وذلك من خلال: - توفير المكان المناسب للعمل من خلال تنظيم وتوفير ظروف عمل ملائمة كالإضاءة الكافية والحرارة المناسبة والرطوبة الملائمة، فهذا من شأنه أن يوفر الطمأنينة للعمال.

- عزل الآلات والأجهزة التي تصدر عنها الضوضاء الحادة والمزعجة والتي قد تؤثر في صحة العاملين.

- التأكد من الاختيار الحسن للعمال على حسب قدراتهم، وميولهم، وإمكانياتهم كي لا يقعون في مشكل عدم التأقلم مع العمل التكراري، لأن العمال الذين يملكون قدرا كبيرا من الذكاء يشعرون بالملل من الأعمال المكررة.

– تدريب العمال من أجل تغيير عملهم من حين لأخر كي تخفف من حدة الروتين والتكرار لنفس المهمة وكذلك التنوع من أداء الأعمال مما يعطي روح متجددة من كل عمل.

– **توفير برامج الرفاهية الاجتماعية:** كي تكون خدمات الرفاهية الاجتماعية ناجحة يجب أن تنصب على أكبر عدد ممكن من العمال وذلك من خلال:

– توفير لوازم المعيشة وذلك بمساعدة العمال في تدبير وسائل معيشتهم ونجد على سبيل المثال إعطاء قروض للعمال على أن تسدد في أجال طويلة وإنشاء جمعيات تعاونية استهلاكية تمكن العمال من إيجاد متطلبات المعيشة بأسعار معقولة وبتسهيلات مناسبة للدفع.

– توفير المواصلات وذلك عن طريق توفير وسائل النقل من أجل تسهيل تنقلهم بين مقر سكنهم ومقر العمل.

– توفير أجواء ثقافية وذلك من خلال النهوض بالجو الثقافي داخل المؤسسة وتنشيط روح التعاون والتفاعل بإقامة حفلات إضافة إلى تنشيط الملتقيات العلمية.

– **تنظيم ساعات العمل:** من خلال إعطاء فترة راحة وذلك من أجل تجديد النشاط والسماح له بأداء مسؤوليات أخرى خارج الدوام كمسؤولياتهم الاجتماعية، مما يسمح لهم بالعودة إلى روح جديدة أقدر على العمل وفي رغبة وحيوية لممارسة العمل.

– **الرعاية الصحية:** وذلك عن طريق: – وضع استراتيجيات طبية تحافظ على صحة العمال جسديا ونفسيا.

– توفير ظروف العمل الصحية وتنظيم فحوص طبية ودورية.

– اتخاذ كافة الإجراءات اللازمة للمحافظة على صحة العمال، كالاهتمام بنظافة مكان العمل بصفة مستمرة وتوفير مساحات كافية لتجنب مضايقة العمال لبعضهم البعض، وبالتالي العمل على توفير السلامة المهنية للعاملين (أورد في: بوظريفة، 1995).

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى التعريف بالعمل الليلي، والذي تلجأ إليه المؤسسات قصد عدم انقطاع خدماتها 24 ساعة/ 24، وبالتالي أخذ العمل الليلي حيزا كبيرا في ميدان العمل مما أدى إلى

زيادة الاهتمام بهذا الموضوع والتعرف على الأسباب المؤدية إلى تبني هذا النظام في المؤسسات خاصة الخدماتية منها، بالإضافة إلى الاستراتيجيات المتبعة للتكيف مع نظام العمل بالدوريات من أجل تحقيق الفرد العامل للرفاهية في العمل.

الفصل الثالث

الانعكاسات النفسية للعمل الليلي

الانعكاسات النفسية للعمل الليلي:

تظهر الانعكاسات النفسية على العامل في النظام الليلي و/أو التناوبي على شكل اضطرابات عصبية ناتجة عن حالات الغضب الغير طبيعية مصاحبة بتعب مزمن، حيث تقدر ذلك نسبة الاضطرابات عند عمال المناوبة بحوالي مرتين ونصف أكثر من عمال النهار ويشير هذا الأخير إلى حالة عابرة من الشعور باليأس وانقباض في الصدر يصيب كلا الجنسين، وهذا ما يبرر أو يؤدي إلى وجود اضطرابات عصبية ناتجة عن قلق العمال في محاولتهم التكيف مع التغيرات التي يتعرضون لها (أورد في: الشاذلي، 2001).

أما الأخطار النفسية فقد تتطور لاضطرابات نفسية اكتئابية خاصة عند النساء، إضافة لاضطرابات سلوكية ومزاج سيء في حين تتضارب نتائج البحوث والدراسات فيما يتعلق بالمشكلات والاضطرابات الصحية (النفسية منها والجسدية) الناجمة عن ممارسة المهن الليلية، ففي دراسة أجرتها جامعة كامبردج البريطانية عام (2009) بشأن الاضطرابات النفسية والانفعالية الناجمة عن ممارسة العاملين للمهن في ساعات الليل المتأخرة، مقارنة بمن يمارس المهن ذاتها في النهار ضمن المؤسسات الصناعية والخدماتية، لوحظ أن من يمارس المهنة في النهار أكثر انتظاما في حياته الاجتماعية والأسرية، وأكثر يقظة وقدرة على الاستجابة للتعليمات المقدمة من مرؤوسه في العمل، كما يتمتع بمستويات متدنية من الأرق والقلق والإجهاد النفسي، وذلك مقارنة بمن يعمل ليلا ومن المؤكد أن مستوى الإجهاد النفسي والانفعالي المرتبط بالمهن الليلية له علاقة مباشرة بإدراك الذات ومدى الارتباط العضوي مع المهنة التي يمارسها الفرد، وكذا قدرته على الاندماج المهني فيها، ومن ثم رضاه المهني، كما تلعب العوامل الاجتماعية كالأسرة ورؤساء العمل وكمية الأرباح دورا مهما في التخفيف من وطأة الضغوط النفسية والانفعالية المرتبطة بممارسة العمل الليلي (أورد في: ديب، 2016).

I- القلق:

يتعرض الفرد العامل في حياته اليومية والمهنية للعديد من المشكلات والتي تسبب له عدة اضطرابات، ومن بينها اضطراب القلق والذي يعتبر من بين الاضطرابات التي يعاني منها الفرد عامة والفرد العامل خاصة، وهو واحد من المشاعر الأساسية الطبيعية لدى الإنسان، ويظهر القلق في المواقف التي يعيشها الفرد إذ يصعب عليه السيطرة على تلك المواقف، فالفرد المصاب بالقلق نجده منقبض وخائف، فالقلق كحالة مرضية تستحق العلاج لأنه يسبب عسر في الهضم، سرعة التبول، زيادة نبضات القلب، ضيق في الصدر، مع عدم القدرة على التركيز وقد تصيب الفرد حالة من العصبية، إذ ينجم القلق نتيجة لمحاولات الفرد العامل التوازن بين المسؤوليات المهنية والاجتماعية بهدف تحقيق التوافق كما قد تزداد شدة القلق حسب نوع تنظيم العمل الغير نمطي مثل ما هو الحال في تنظيم العمل الليلي، وعليه

عدم الاستقرار في ساعات العمل وطولها هي التي تؤدي إلى عدم الاستقرار في أوقات العمل هي التي تؤثر سلبا في صحة العامل النفسية والجسدية، وعليه سوف يأتي هذا الفصل إلى تعريف القلق، أسبابه، سبل أو طرق علاجه، ومختلف العناصر التي يحتويها بنوع من التفصيل.

1- تعريف القلق:

يعرف القلق بأنه خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عند الشعور بالخوف أو التهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة ووضوح.

وجاء في تعريف أخر أن القلق حالة من التوتر الشامل ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولة الفرد للتكيف (أورد في: منسي، 2001).

وفي التعريف الذي قدمته هورني Karen Hrney أن القلق استجابة انفعالية لخطر يكون موجها إلى المكونات الأساسية للشخصية (أورد في: ملحم، 2009).

أما القلق حسب روجرز هو حالة من عدم الارتياح أو التوتر الذي تكون أسبابه غير معروفة، ناتج عن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرة الكلِّية للفرد (أورد في: العاسمي، 2011).

ويعرف القلق أيضا على أنه عبارة عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن الفقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، والمهم شخصيا للفرد، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا الفقدان أو الفشل (أورد في: رضوان، 2007).

وفي تعريف أخر القلق هو خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الفرد الأخطار، أو أنه إحساس مؤلم يشعر من خلاله الفرد أن حدثا خطيرا يوشك أن يصادفه، وغالبا ما يجهل الفرد طبيعة الخطر الذي يستشعر تهديده على نحو محدد وغالبا ما تصاحب حالة القلق بعض التغيرات الفسيولوجية مثل زيادة عدد ضربات القلب، وزيادة إفراز هرمون الأدرينالين في الدم، وتسارع معدل التنفس، إضافة إلى ذلك ضعف القدرة على التركيز والشعور بالأرق (أورد في: فوزي، 2001).

صاغت الجمعية الأمريكية للطب النفسي أكثر تعريفات القلق شيوعا فوصفته بأنه خوف أو توتر أو ضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولا إلى درجة كبيرة، كما يعد كذلك مصدره غير واضح ويصاحب القلق عدد من التغيرات الفيزيولوجية (أورد في، الحويلة، 2010).

2- تعريف القلق المهني:

يعتبر القلق الوظيفي (المهني) أحد أنواع القلق الذي يعاني منه الفرد، ويقتصر وجوده عادة في محيط العمل أو تكاد ترتبط مسبباته ببيئة العمل فقط، فالقلق الوظيفي كغيره من أنواع القلق يتميز بمجموعة من المشاعر المؤلمة والمعقدة التي يصعب على الفرد العامل تحملها (أورد في: الحلفي، 2018).

ويعرف القلق المهني أو القلق في ميدان العمل على أنه رد فعل العامل أمام متطلبات الوضعية التي يشك على أنه لا يمتلك المصادر أو الإمكانيات اللازمة لمواجهة تلك الوضعية.

وفي هذا الصدد أتى كارازاك Karasek في تأكيده على مفهوم التحكم الممكن في الوضعية، أي أنه من الضروري على العامل أن يكون متحكما بصفة جيدة في الوضعية التي يتواجد فيها وكذلك أهمية التقييم الموضوعي المقدم من طرف العامل وكذا النتائج التي يتوصل إليها من خلال عملية التقييم التي قام بها (أورد في: Decayzer, 1996).

فالقلق هو أحد الاضطرابات العصابية التي تساهم في حدوث الكثير من الاضطرابات النفسية بصورة عامة ورغم أن السلوك العام للفرد المضطرب قد يبدو طبيعيا من الناحية الظاهرية، إلا أنه قد يعاني في نفس الوقت من أعراض الاضطراب الفكري وعدم القدرة على التركيز والتوتر النفسي والجسمي، مما يؤدي إلى سرعة الاندفاع والغضب وإلى الشك والتردد، وكذا الشعور بالإرهاق النفسي والتعب الجسمي، وفقدان الشهية واضطرابات النوم.

ومن المشكلات التي يسببها القلق وتكون ذات تأثير في مجال العمل أن الفرد يتسم عادة بالعجز عن العمل بكفاءة مهما كان مستوى ذكائه، كما أنه يتمركز حول ذاته مما يحول بينه وبين إقامة علاقات اجتماعية وإنسانية سوية (أورد في: الختاتنة، 2011).

ويعتبر القلق حالة من الضيق والشدة ويسبب للفرد حالة من التوتر وعدم الاتزان الانفعالي، كما يمكن لهذه الحالة أن تكون السبب الرئيسي في نشوء أو ظهور الأمراض المزمنة لدى الفرد مثل أمراض القلب أو الشريان التاجي أو الداء القلبي الإكليلي(maladies coronariennes)، إذ أن المرضى لا تظهر عليهم أي دلائل للمرض، حيث يتطور المرض قبل أن تظهر الأعراض للمرة الأولى، وغالبا على شكل نوبة قلبية فجائية (أورد في: soultan et varescon, 2012).

وبطبيعة الحال أنه من طبيعة كل فرد أن تنتابه نوبات من القلق والضغوط التي تنجر عن طبيعة العمل، لكن هذه الحالات عابرة لدى الشخص العادي لكن يمكن أن تكون حادة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق هذا ما يؤثر على حياتهم الاجتماعية والمهنية، كما تؤثر اضطرابات القلق على سلوك الفرد وتفكيره وانفعالاته وحتى صحته الجسدية، ومن الواضح أن العوامل السوسيو اقتصادية تلعب دور جوهري في اضطرابات القلق لدى الفرد.

فالقلق حالة نفسية وفسيولوجية تتركب من تضافر عناصر إدراكية وجسدية وسلوكية لخلق شعور غير سار، كما أنه حالة مزاجية عامة تحدث من دون التعرف عليها، والقلق رد فعل طبيعي للضغط وهو يساعد أي شخص للتعامل مع الأوضاع الصعبة كما هو الحال في أماكن ووضعيات العمل المختلفة وبدفع هذا الشخص لمواجهة هذا الأمر وعندما يكون القلق مفرطا فإنه قد يندرج تحت تصنيف اضطرابات القلق، ويرتبط هذا الأخير بالجينات وقد ترتبط أيضا باستخدام الأدوية، الكحول، والمخدرات وفي معظم

الأحيان تظهر اضطرابات القلق مصحوبة بأنواع أخرى من الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب (أورد في: Agence de santé publique, 2009).

3- النظريات التي فسرت القلق:

3-1- نظرية التحليل النفسي:

يعتبر فرويد Freud من العلماء الذين ساهموا مساهمة فعالة في تفسير الشخصية الإنسانية بصفة عامة والأمراض النفسية بصفة خاصة، ومن بين المشكلات الرئيسية التي أخذت مكانة كبيرة في تفكير "فرويد" تلك المتعلقة بالأمراض أو الاضطرابات العصابية ومن بينها القلق الذي يعتبر أساس الأمراض العصابية في نظره، ويمكن تقسيم نظرة "فرويد" فيما يتعلق بالقلق إلى مرحلتين رئيسيتين أو نظرتين وهما كالتالي:

- **النظرية الأولى:** أرجع "فرويد" في البداية موضوع القلق العصابي إلى مشكلة الحرمان الجنسي، وقد استنتج ذلك من خلال خبرته الطويلة في العلاج والبيانات والملاحظات التي جمعها أثناء قيامه بعلاج الأمراض العصابية حيث لاحظ أن أغلب أولئك الذين يشكون من الأعراض العصابية يعانون من الحرمان الجنسي الذي يعود إلى موانع كثيرة تمنعهم من إشباع دوافعهم الجنسية إشباعا كاملا.

لقد فسر "فرويد" تفسيرا تحويليا للطاقة الجنسية حيث تتحول تلك الطاقة التي تسمى "اللبيدو" إلى قلق إذا لم يتم إشباعها، ويرى أن هذا التحويل يتم بطريقة فسيولوجية.

وهكذا كان "فرويد" يفسر القلق على أنه تحويل للطاقة الجنسية التي لم تشبع ويتم هذا التحويل بطريقة فسيولوجية لذلك فإن موضوع القلق قد استبعد من أبحاث التحليل النفسي لمدة طويلة والسبب من ذلك هو الغموض الذي بدا على عملية التحويل بالإضافة إلى ذلك فإن "فرويد" في نظريته الأولى لم يكن يعتبر أن القلق هو أصل الأمراض العصابية، أي أن القلق لا يؤدي إلى العصاب بل هو نتيجة للعصاب الناتج عن كبت الرغبات الجنسية.

- **النظرية الثانية:** اهتم "فرويد" في هذه النظرة بدور القلق في إحداث الأمراض العصابية حيث عمل على إبراز العلاقة القائمة بينهما، واتضح له أن القلق هو علة الأمراض العصابية كلها.

إذ أن "فرويد" في دراساته الأولى للقلق وتحليله للمخاوف المرضية وتحويله للطاقة الجنسية إلى قلق، وأن هذا التحويل هو تحويل فسيولوجي لم يجد الأدلة والبراهين الكافية لإثبات ذلك وخصوصا في المرحلة الثانية (أورد في: سعد الله، 2009).

وبعد البحوث الكثيرة التي قام بها توصل أن هناك علاقة وطيدة بين القلق الموضوعي والقلق العصابي، إذ أن كلا منهما يمثل رد فعل لخطر والفرق بينهما يعود إلى أن القلق الموضوعي رد فعل لحالة خطر خارجي يدرك الفرد مصدره، والقلق العصابي هو رد فعل لحالة خطر داخلي لا يعرق مصدره بمعنى أن القلق الموضوعي مصدره معروف لدى الفرد، بينما القلق العصابي مصدره غامض ومبهم غير

معروف لدى الفرد وبالتالي فإن علاج المصاب بالقلق العصابي يبقى من الأمور الصعبة والتي تتوقف على الفرد نفسه فإذا استطاع العلاج الوصول بالمريض إلى إدراكه أين يكمن مصدر القلق أدى ذلك إلى تخلصه من الحالة التي يعاني منها.

وكان فرويد في نظريته الأولى يعتقد أن الكبت هو الذي يتسبب في نشوء أو ظهور حالات القلق، لكنه رأى العكس من ذلك حيث أن القلق هو علة الكبت بمعنى أن القلق يؤدي إلى الكبت وليس العكس وهذا ما أتى به من جديد في نظريته الثاني لتفسير القلق.

ومن هذا المنطلق كان يعتقد فرويد أن القلق يعود إلى الكبت الذي يرجع في أساسه إلى عدم تصريف الطاقة الجنسية التي تتحول إلى عملية فسيولوجية، ولما عجز فرويد عن تفسير ظاهرة التحويل وكيفية حدوثها قام بتعديل هذه النظرية وجاء بنظرية أخرى بديلة وذلك بعد تحليله وتعامله مع حالات مرضية مختلفة تبين له فيها أن حالات الخطر الحقيقي تتحول بالتكرار إلى حالات خطر غير معروفة تثير في نفسية المصاب انفعالات وتوترات حادة تؤدي إلى نوبات من القلق الحاد الذي يسمى بالقلق العصابي (أورد في: سعد الله، 2009).

3-2- نظرية الدافع:

يفترض رواد هذه النظرية أن الإنسان لا يؤدي عمله إلا إذا شعر بقلق يحفزه على انجازه، فالقلق دليل على وجود الدافع ويحمي الإنسان من الألم بزيادة وعيه ونشاطه لتجنب مصادر القلق بمعنى أن القلق دافع للإنسان من أجل التقدم والنجاح في الأعمال التي يقوم بها، لكنهم بعد التجربة وجدوا أن زيادة القلق إلى حد كبير يؤدي إلى إعاقة الفرد عمليا خاصة في الأعمال الصعبة وبالتالي يكون القلق دافعا ومساعدا في الأعمال السهلة وذهبوا أيضا إلى أن الفرد يزداد نشاطه أثناء نوبات القلق، ويقوم بعملية التعلم (أورد في: غريب، 1998).

ما يمكن استنتاجه من خلال نظرية الدافع في تفسير القلق أن كل التصرفات أو السلوكات التي يسلكها الفرد للقيام بنشاطات معينة تأتي بدافع ما وهو الذي يدفع الأفراد على الإنجاز بغية النجاح، حيث نجد الأفراد يقلقون من جراء ذلك أي تحقيق الأهداف وهنا يكون القلق كواقي للفرد، ولكن إذا تعدى ذلك يخلق له العديد من الاضطرابات أو الأمراض النفسية.

3-3 - النظرية المعرفية:

لقد مثل علم النفس المعرفي ولا يزال اتجاها قويا في علم النفس المعاصر، للدرجة أنه أثر في العديد من المنظرين بمختلف المدارس، نجد من بينهم "سوليفان" بالمدرسة التحليلية و"باندورا" بالمدرسة السلوكية.

من هذا المنطلق يعتبر " جورج كيلي" من أبرز الذين اهتموا بتفسير الشخصية في حالتي السواء والاعتلال، معتبرا أن أي حدث كان قابل لمختلف التفسيرات وهذا يعني أن تعرض الفرد للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى بالنسبة للحالة الواحدة، وعليه فالعمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسيا

بالطرق التي يتوقع بها الأحداث، فالقلق ما هو إلا عملية توقع وخوف من المستقبل (أورد في: عبد اللطيف، 2009).

أما بيك Beck فيؤكد أن القلق استجابة انفعالية لتقييم المثيرات المهددة، فعند معاناة الفرد من القلق فهو يخبر حالة غير سارة وذاتية تتميز بمشاعر مؤلمة وغير موضوعية، مثل زيادة ضربات القلب وهكذا يعتقد المعرفيون أن المكون الأساسي لظاهرة القلق هو المكون المعرفي الذي يشير إلى أفكار الشخص والصورة الذهنية ذات الطبيعة المهددة (أورد في: بيك، 2000).

وقد ذكر اليس Ellis أن الأشخاص القلقين لديهم أفكارا غير عقلانية تكون هي السبب الحقيقي لإحساسهم بمشاعر القلق والتوتر ومن بين هذه الأفكار ما يلي:

- التمسك بحلول ذات كفاءة سابقا ولكنها غير مقبولة حاليا.
- الجمود الوظيفي أو العجز عن رؤية بدائل جديدة خاصة بعدما رسخت لديه أساليب سابقة أي أنه بمجرد تكوين فكرة معينة يصعب تطويرها أو تكوين فكرة أخرى.
- المبالغة في وصف العلاقات.
- التعميم وخاصة من الجزء إلى الكل إذ ينتقل الشخص من حوادث فرعية إلى حوادث أخرى.
- التوقعات السلبية، وتكمن في إزالة الآثار الإيجابية من الأمور ذلك لأن الفرد في هذه الحالة لا يرى إلا الجوانب السلبية للأشياء (أورد في: بن محمد، 2014).

ما يمكن استنتاجه من خلال النظرية المعرفية في تفسيرها للقلق هو أن القلق ينتج من تجارب مؤلمة وغير سارة للفرد، بالإضافة إلى أنه بمجرد تفكير الفرد أو خوفه من الفشل هذا ما يخلق لديه درجة عالية من مستويات القلق، وأن طبيعة القلق مستقاة من المكونات المعرفية للفرد التي تعتبر الأساس في تكوين الصورة الذهنية للفرد، بالتالي يحدث القلق نتيجة لعدم الاتساق بين النظام الداخلي المتعلق بالفرد وبين المثيرات الخارجية إذ تلعب هذه الأخيرة دورا مهما في شعور الفرد بالقلق.

وعليه فسرت النظرية المعرفية القلق على أساس الأنماط الخاطئة من التفكير والتشوهات المعرفية والمبالغة في تفسير الأحداث والمواقف التي يتعرض لها الفرد.

3 – 4 – النظرية السلوكية:

تعتبر وجهة نظر السلوكية متباينة تماما لوجهة نظر التحليل النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، ولا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات "الهو" و"الأنا" و"الأنا الأعلى" كما يفعل التحليليون بل إنهم يفسرون القلق على ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادر على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، بمعنى أن مثير محايد يمكن أن يرتبط بمثير أخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادر على استدعاء استجابة الخوف مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر

بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد سيشعر بهذا الخوف المبهم والذي هو القلق (أورد في: صبري، 2004).

ويؤكد باترسون Patterson أن القلق هو دافع مكتسب يتكون نتيجة لتعلم سابق أو ما يسمى بالتنشئة الاجتماعية، لذلك يضيف مدى تأثير الثقافة، التعلم، المجتمع والبيئة والظروف الاجتماعية والأدوار الخاصة بالسن والجنس، والطبقة الاجتماعية، الانتماءات المعرفية على نمو الفرد فالقلق لديه هو انفعال يمر به كل الناس خلال حياتهم اليومية (أورد في: العناني، 2000).

نستنتج أنه ما هو شائع حول النظرية السلوكية أنها تربط كل سلوكات الأفراد بالمنبهات أو المثيرات، إذ أن شعور الفرد بالقلق مهما كانت طبيعته دائما يعود إلى مثيرات داخلية كانت أو خارجية التي تلعب دورا في حدوث حالة القلق لدى الفرد.

وبالتالي فسرت النظرية السلوكية القلق على أنه استجابة اشتراطيه كلاسيكية لقوانين التعلم، إذ أن القلق يكون على أساس الحتمية المتبادلة بين السلوك والعوامل المعرفية والمثيرات البيئية.

3-5- النظرية البيولوجية:

لقد أوضحت العديد من الدراسات أثر العامل الوراثي في ظهور القلق، ومن بين الأبحاث تلك التي أجريت على التوأم حيث تبين التشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية، تؤدي إلى ظهور القلق لدى التوأم في نفس السياق أظهرت الدراسات القائمة حول الأسر أن (15%) من أبناء مرضى القلق يعانون من المرض نفسه، فقد وجد كل من سالتر وشيلدز salter et childes أن نسبة القلق لدى التوأم المتشابهة تصل إلى (50%) وأن (65%) منهم يعانون من بعض سمات القلق، ولقد اختلفت هذه النسب بين التوأم المتماثلة فوصلت إلى (4%)، كما أن سمات القلق ظهرت في (4%) من الحالات، وقد يكون هذا مؤشرا على أن الوراثة تقوم بدور هام وأساسي في الاستعداد للإصابة بالقلق، وقد تبين أيضا أن لمرحلة النمو أثر في نشأة القلق حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ظهوره لدى المسنين (أورد في: الزراد، 2000).

ترجع النظرية البيولوجية القلق إلى العوامل الوراثية لدى الفرد، إذ تلعب الوراثة دورا مهما في حدوث حالات القلق لدى الأفراد، وترتبط الوراثة بالبيئة التي يحي فيها الفرد والوالدين حيث أنه إذا كان الوالدين يعانيان من القلق فبطبيعة الحال سوف يكون الأبناء قلقين، بالإضافة إلى أن عدم نضج الجهاز العصبي للفرد يسبب القلق.

3-6- النظرية الفيزيولوجية:

يعتقد والفيزيولوجيين أن الانفعال والتوتر يتولدان من تغيرات داخلية (جسمية فيزيولوجية)، ومن منظور هذه النظرية فإن القلق النفسي يحدث نتيجة زيادة ملحوظة في نشاط الجهاز العصبي الإرادي واللاإرادي بنوعيه السمبتاوي والبراسمبتاوي فتزيد بذلك نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم فيرتفع

ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وينتقل السكر في الكبد وتزيد نسبته في الدم مع جفاف الجلد وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق مع كثرة التبول ...الخ

لذلك بين رواد هذه النظرية أن مركز الانفعال الموجود في الدماغ بالضبط التي تعمل باتصال الهيبوتلاموس ومراكز الارتسام التي تتلقى التعليمات الانفعالية من طرف مراكز النوى اللوزي ثم يعمل على تكيفها ومعالجتها مع المنبهات الخارجية مع مستوى مناطق مختلفة من القشرة المخية من بينها اللحاء الجبهي خاصة (أورد في: غالب، 2002).

4- أنواع القلق:

يقسم الباحثون القلق إلى نوعين أساسيين هما:

4-1- القلق العادي / الموضوعي: وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، وذلك لأن مصدره يكون واضحا.

4-2- القلق العصابي/ المرضي: وهو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علته، وكل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض، ويعرف القلق العصابي بأنه حالة توتر مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، ورغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية السلوكية، إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا (أورد في: العناني، 2000).

5- أسباب القلق:

باعتبار القلق حالة نفسية ترجع إلى أسباب ذاتية وموضوعية، الأولى مرتبطة بتكوين شخصية الفرد، أما الثانية فمرتبطة بالظروف والمواقف المختلفة.

5-1- الأسباب الذاتية:

- **وجود صراعات تراكمية نفسية:** يجلب الفرد معه إلى العمل كل ما يشعر به من الصراعات النفسية تكونت داخل الأسرة، فإذا كان تاريخه قد أعاقه عن تكوين علاقات تجاوب وجداني مع الآخرين، فإن استجابته تتضمن مصدرا من مصادر الخطر، لذلك نجد الشخص فاقد للثقة في رئيسه أو زميله، قد يلجأ في أحيان غالبة إلى التفكير الانهزامي المتمثل في الانسحاب بهدف حماية الذات.

- **اضطراب العلاقات الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات وعدم الشعور بالأمن:** تعتبر نظرية الحاجات من أبرز النظريات في تفسير السلوك والدافع الفردي للعامل، والتي ترى أن للفرد حاجات أولية وثانوية يجب إشباعها، ذلك أن الإخلال بها يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات، وحيث أن نظام العمل بالمناوبة يتميز بالتغيير في أوقات العمل ودوران العديد من العمليات الحيوية، فإن ذلك يؤثر على العلاقات الاجتماعية مما يؤدي إلى إحباط الحاجة للتقدير والانتماء مما يجعل العامل يشعر بأنه شخص غير مرغوب فيه، فتزداد بذلك معاناته ويصبح قلقه دائما ومستمرا.

- **الضغط النفسي:** يشير مفهوم الضغط في أبسط معانيه إلى أي شيء من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة ويمكن أن تكون مصادر الضغوط من الخارج كالأعباء اليومية وضغوط العمل والتلوث البيئي، أو بسبب عوامل عضوية داخلية كالإصابة بالأمراض ومن الأمثلة على ذلك نجد كل من الضغوط الانفعالية النفسية، الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية، تربية الأطفال...الخ، إضافة إلى الضغوط الاجتماعية كالتفاعل مع الآخرين، كثرة اللقاءات أو قلتها والعزلة أما عن ضغوط العمل فتتجلى بوضوح في نظام العمل بالمناوبة أين نجد كل من التغير المستمر لفترات العمل وكثافته يتطلب المزيد من المسؤوليات، وأخيرا نجد الضغوط الكيميائية كإساءة استخدام العقاقير، الكافيين، النيكوتين مما يعجل بظهور الضغوط العضوية كالإصابة بالمرض، صعوبات النوم، الإسراف في إجهاد الجسم، العادات الصحية السيئة واختلال النظام الغذائي.

لقد ثبت أن استمرار التعرض للضغوط يؤدي تدريجيا إلى فقدان الطاقة اللازمة لإحداث التوازن، ومن ثم تضعف في الحالات البشرية قدرة الجسم على المقاومة فيحدث القلق الحاد بعد أن يمر الفرد العامل بعدد من التغيرات والإنسان العادي يمكنه أن يتعرف على العلامات الدالة على الضغط، وبالتالي يمكنه التعامل معه قبل أن تستفحل آثاره الجسمية والنفسية، فالأعضاء الضعيفة من الجسم تستجيب أولا للضغوط، فهي التي تكون مستهدفة بشكل أسرع من غيرها للمرض، مما يفسر التأثير النوعي للضغوط على حدوث أمراض دون الأخرى، ففي حالة فشل الجهاز المناعي تحدث الأورام السرطانية، وتحدث السكتة القلبية عندما تفشل الدورة الدموية والشرايين عن أداء وظائفها الطبيعية، وتحدث أمراض المعدة عندما يفشل الجهاز الهضمي عن أداء وظائفه المعتادة بسبب قلة كمية الدم التي تصله نتيجة للتوتر الذي تثيره هذه الضغوط، ويمكن تلخيص إنذارات تزايد الضغط في كل من اضطرابات النوم، اضطرابات الهضم، اضطرابات التنفس، خفقان القلب، التوتر العضلي، الغضب لأتفه الأسباب، التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين، الإجهاد السريع، تلاحق الأمراض والتعرض للحوادث (أورد في: أحمد، 2002).

5-2- الأسباب الفسيولوجية:

هناك أسباب فسيولوجية عديدة تثير قلق الفرد، حيث توجد بعض الأمراض كالالتهاب المراري وإرهاق الكبد والاضطرابات العصبية والحساسية، وغيرها من الأمراض والاضطرابات كلها تزيد من توتر الفرد، إلا أن كل الأمراض التي يعاني منها الفرد قد تكون مصدر قلقه ضف إلى ذلك أنه قد يرافق القلق بعض المظاهر الجسمية، منها تصبب العرق، خفقان القلب وسرعة ضرباته، صعوبة التنفس، فقدان الشهية، الرغبة في القيء، الدوار والصداع، الإمساك والهزال، كثرة التبول، ارتفاع ضغط الدم، التبول اللاإرادي، زيادة الحموضة، عسر الهضم، الإحساس بالإنهاك المستمر، كما قد يرافق القلق بعض المظاهر الأخرى مثل قلة التركيز في العمل، عدم الإقدام على العمل أو الإنتاج، سعة النسيان، الرغبة في العزلة.

وفي هذا الصدد نجد أنه عندما يواجه الفرد موقفا خطرا فإن ضربات قلبه تزداد ويتنفس بدرجة أسرع ويصبح فمه جافا ويخرج العرق من كفيه، ويختلف القلق عن حالات أخرى مثل التوتر والاكتئاب وذلك من حيث أن القلق خاصية شعورية معينة وغير معروفة بالتحديد ما الذي يحدث تلك الخاصية، فالقلق ظاهرة شعورية يمكن للشخص أن يميزها ذاتيا عن خبرات أخرى مثل الألم والحزن والاكتئاب وعن التوترات الناتجة عن الجوع والعطش والجنس وسائر الحاجات العضوية، ومما هو جدير بالذكر ليس هناك قلق لا شعوري كما ليس هناك ألم لا شعوري فمن المحتمل أن يكون الشخص غير واع بسبب قلقه ولكن لا يمكن أن يكون غير واع بإحساس القلق.

وتدفع الانفعالات الحادة المتكررة البدن إلى إفراز مواد كيميائية بكمية غير معتدلة تنتج عنها تغييرات فسيولوجية التي كانت تهدف بالأساس إلى تمكين الفرد من مواجهة المواقف الخطيرة ولكنها بعد مدة طويلة أصبحت تهدد توازن الوظائف الحيوية للجسم، وتؤدي إلى اضطرابات وأمراض نفسية وبدنية، بالرغم من أنها لم تنشأ عن الجراثيم أو الجروح أو استعدادات وراثية، بل يعود سببها إلى التغيرات الفسيولوجية المفرطة كالإفرازات الكيميائية التي تسبب قرحة المعدة نتيجة شعور الفرد الدائم بالقلق والتوتر والخوف الدائم (أورد في: الأزرق، 2003).

أما عن ارتباط المظاهر الجسمية بالمشكلة النفسية، فهو ناتج عن إحساس الفرد بالخطر الذي يؤثر على إفراز هرمونات الدم، أهمها هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين وهي الهرمونات التي تؤدي إلى سرعة خفقان القلب وازدياد الحركة الدموية، وارتفاع ضغط الدم وقد ينتج عنها ازدياد نسبة السكر والكلسترول في الدم (أورد في: صموئيل).

أكد بيسنسون (1993) Besancon أنه يمكن لكل مرض سواء كان خطيرا أو هينا أن يحدث اضطراب القلق، وكثيرا ما يصاحب القلق أمراض الجهاز العصبي المركزي، وأمراض الغدد الصماء مثل فرط نشاط الغدة الدرقية ومرض السكري، وأمراض الجهاز التنفسي كالربو، وأمراض الجهاز الهضمي مثل قرحة المعدة وغيرها، وضمن هذا الإطار أتت العديد من الدراسات في المجال السيكولوجي والتي أوضحت مدى انتشار القلق لدى المرضى السيكوسوماتيين، فقد وضح العيسوي (2000) بأن مرض السكري داء طويل الأمد يصاحب الإنسان طوال حياته، وإن الإحساس بمضاعفات المرض وخطورتها لها جانبها النفسي المتمثل في شعور المريض بالخوف والقلق المفرط على حياته وصحته (أورد في: أيت حمودة، 2007).

ويصنف (DSM) اضطرابات القلق إلى (11)، فئة وفيما يلي تصنيف اضطرابات القلق حسب هذا التصنيف:

- اضطرابات هلع مع خوف من الأماكن الواسعة.
- مخاوف محددة.
- المخاوف الاجتماعية المرضية.

- الوساوس والأفعال القهرية.
- اضطرابات ما بعد الصدمة.
- اضطرابات القلق الناتج عن الضغوط الحادة.
- القلق المعمم.
- القلق الناتج عن وجود حالات صحية.
- القلق الناتج عن استخدام المواد المخدرة.
- قلق غير مشمول بالفئات الأخرى (أورد في: الداهري، 2005).

5-3- الأسباب المرتبطة بالعمل:

باعتبار نظام العمل بالمناوبة نظام غير عادي، فإن الظروف التي تسبب القلق لدى العمال عديدة أهمها:

- درجة الاستقرار في العمل: ترتبط ارتباطا وثيقا بمدى القدرة على التنبؤ بطبيعة العمل، ففي المنظمات الكبيرة يتسم فيها العمل بالتعقيد، فإن مجموعات العمل من شاغلي الوظائف الدنيا لا يشعرون بالاستقرار في المهام المسندة إليهم، مما يجعلهم لا يرتبطون بتلك المهام كونهم يجهلون إذا كان سيسمح لهم بالاستمرار في أدائها وهذا ما يسبب القلق لديهم.
- درجة التعقيد: تشير درجة التعقيد إلي مستوى الصعوبة في تنفيذ المهارات والمهام المطلوبة، فحين ينتاب العامل الشعور بأن النجاح بعيد الاحتمال فإن دافع الرغبة في الإنجاز يضعف، مما يسبب له التوتر، الانشغال المستمر والشك مما يعجل بظهور حالة القلق لديه.
- كثافة العمل: تتنوع طبيعة العمل وكثافته بحيث تتدرج من السهولة إلى الصعوبة، هذه الوضعية تستوجب التكيف لضمان تعامل سليم معها مما يحقق نوع من الراحة النفسية، أما إذا حدث خلل على مستوى ذلك التكيف لسبب من الأسباب فإن العامل في أغلب الأحيان يكون مستهدفا للتوتر والإحباط مما تزداد درجة ظهور القلق لديه.
- الظروف الفيزيقية: تعتبر الظروف الفيزيقية للعمل من أهم العوامل المؤثرة على إنتاجية ونفسية العامل، ذلك أن كل من الضوضاء، الحرارة، التهوية، والرطوبة درجاتها في موقع الإنتاج تؤثر بوضوح على جسم العامل ونفسيته، فالضوضاء إذا زادت عن حد معين فإنها تتحول إلى عامل تشتيت الانتباه، والحرارة المرتفعة تعمل على ضياع الطاقة وظهور حالات من التوتر والنرفزة لدى العامل، خاصة في الحالات التي يجد نفسه في حالة عدم التكيف مع ظروف العمل، أما التهوية الضعيفة فينجر عنها الضيق، وكل ذلك يعتبر من مؤشرات القلق لدى العامل.
- البيئة الخارجية للمنظمة: قد تمثل البيئة الخارجية مصدرا أخرا للتوتر الوظيفي ويتمثل ذلك في:

– عدم الاستقرار الاقتصادي: إذ أنه عند حدوث ركود اقتصادي بصفة عامة أو تقلبات اقتصادية يصبح الأفراد أكثر قلقا وتوترا حول أمنهم الوظيفي.

وبالتالي للقلق الوظيفي تأثير سلبي على الأداء وشخصية الفرد على وجه العموم والفرد العامل على وجه الخصوص، إذ أن هناك علاقة قوية بين القلق والأداء الوظيفي للفرد حيث يحتاج الفرد إلى القدر المناسب من القلق كونه محفزا للأداء، وأن أي اضطراب في مستوى القلق في الزيادة أو الانخفاض فإن تأثيره يكون سلبي ويضطره إلى منع الفرد على الأداء الوظيفي الجيد، وذلك نظرا لأهمية الأداء في الدخل الوطني بشكل عام وأهميته على المستوى الشخصي للفرد والأسرة وكذلك المجتمع.

– التكنولوجيا والاختراعات الجديدة: تشكل هي الأخرى مصدر تهديد لأمن الأفراد استقرارهم الوظيفي، حيث ينعكس ذلك على مستوى القلق والتوتر (أورد في: لعريط، 2007).

– المشكلات النفسية: يعاني الأفراد في المؤسسات الصناعية من مشكلات نفسية متعددة، إذ يشعر أحيانا بالاكتئاب نتيجة الضغط الذي تسببه العوامل النفسية والاجتماعية في العمل والتي تؤثر على الشخصية المهنية للأفراد العاملين، إذ أن ازدواج وكثرة المسؤوليات المهنية والاجتماعية وسعي الفرد العامل إلى تأديتها على أحسن وأكمل وجه ذلك ما يجعله فريسة للتوتر النفسي والقلق، ويظهر القلق كذلك لدى الفئات المهنية والسبب في ذلك هي الظروف التي يؤدى فيها العمل، إذ أن السعي للحفاظ على المكانة المهنية واثبات القدرات والكفاءات التي يتمتع بها الأفراد العاملين وكذلك سوء التوافق مع المهام المناطة إليهم هو الذي يشكل ضغطا وقلقا ويؤثر ذلك للدرجة التي تؤدي بالفرد العامل إلى زيادة معدلات الغياب وحتى ترك العمل.

6 – أعراض القلق: هناك أعراض عديدة للقلق يمكن تصنيفها إلى ما يلي:

6-1 – الأعراض الجسدية: تتمثل في رجفة في القلب، التعرق، الارتعاش، صعوبة التنفس، جفاف الفم، الاختناق، تصلب الصدر، ألم في البطن، انزعاج، غثيان، موجات حرارة، تنميل الأصابع، عسر الهضم، ارتفاع ضغط الدم، برودة الأطراف.

6-2 – الأعراض النفسية: تتمثل في الدوار، الخوف من فقدان السيطرة، الخوف من الموت، الشعور بالانفصال عن الواقع، فقدان الشهية، قلة النوم، التعب، الشعور بالتوتر، الملل، عدم القدرة على التركيز، الاكتئاب، وفي هذه الحالة نتعرّق كي يبرّد العرق جسمنا وفي الوقت نفسه قد نشعر بالبرد لأن الأدرينالين تسبّب بتقليص ضخ الدم إلى الجلد، بالإضافة إلى أننا نشعر بالتوتر لأن جميع حواسنا وعضلاتنا أصبحت في حالة تنبه (أورد في: مكنزي، 2013).

– **الأعراض المعرفية:** في هذه الحالة يتأثر التفكير، وتتراوح أفكار الفرد حول قلق خفيف إلى درجة الهلع، ويأتي الأفراد الذين لديهم أفكار حادة والذين يتخيلون أن موتهم قريب أو الخوف من فقدان السيطرة على وظائفه الجسدية والعقلية.

يمكن حصر أعراض القلق في الأعراض الجسمية الفسيولوجية، وتشمل: الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط الحركي الزائد، والأزمات العصبية مثل قضم الأظافر ، ورمش العينين، والصداع المستمر وتصبب العرق، والشعور بضيق الصدر، والدوار والقيء، واضطراب النوم والكوابيس، حيث أن بعض هذه الأعراض قد لا يشعر الشخص بها، وفي هذه الحالة يظهر الجسد وكأنه يعمل لمواجهة الظروف الجديدة، ظروف القلق وذلك عن طريق تعديل خاص يجربه في أجهزة الإفرازات في حالة القلق لتنبيه الجهاز العصبي كي يستطيع مواجهة الخطر، ولتمد الجسم بمزيد من الطاقة التي تصرف في الحركات المصاحبة للقلق.

أما الأعراض النفسية للقلق فتشمل القلق العام والقلق على الصحة، والعمل والمستقبل، والشعور بعدم الأمان والاكتئاب، وضعف القدرة على الإنتاج وسوء التوافق النفسي، أو المهني، أو الاجتماعي (أورد في: الخالدي والعلمي، 2009).

6-3- الأعراض البولية والتناسلية: وفي هذه الحالة تزداد عدد مرات التبول بزيادة الإحساس بضرورة إفراغ المثانة وذلك عند الانفعالات الشديدة، ومن أهم أعراض القلق النفسي في الجهاز التناسلي هو فقدان القدرة الجنسية لدى الرجل أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف، أما لدى المرأة فيتمثل في البرود الجنسي وعدم الاستجابة عادة ما يكون سببها في معظم الأحوال القلق النفسي وما يصاحبه من اضطرابات الدورة الشهرية وآلامها أو انقطاعها أو عدم انتظامها.

6-4- الأعراض الغددية: يسبب القلق الكثير من أمراض الغدد الصماء، ومن أهمها زيادة إفرازات الغدة الدرقية وداء السكري (أورد في: عبد الكافي، 2012).

7- مستويات القلق:

هناك ثلاثة مستويات للقلق وهي:

7-1- المستوى المنخفض للقلق:

يحدث حالة التنبيه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية، كما تزيد قدرته على مقاومة الخطر، وفي هذه الحالة يكون الفرد في حالة تحفز وانتظار لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها ولهذا يكون القلق في هذا المستوى ما هو إلا إشارة إنذار لخطر وشيك.

7-2- المستوى المتوسط للقلق:

يصبح الفرد في هذا المستوى من القلق أقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته اتجاه المثيرات ويتولد الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجابته وعادته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهددا وتنخفض القدرة على الابتكار ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.

7-3- المستوى المرتفع للقلق:

في مثل هذا المستوى من القلق، يحدث اضمحلال وانهيار التنظيم السلوكي للفرد ويحدث نكوص إلى أساليب أكثر بدائية، وفي هذا المستوى من القلق يصبح الفرد غير قادر على الاستجابة، ويشتت فكره، وتظهر سرعة تهيجه، وعشوائية سلوكه (أورد في: فرج، 2009).

ونستنتج مما سبق، أن القلق لدى الفرد يحدث على مستويات ثلاث إذ أن في المستوى المنخفض من القلق يكون الفرد قادرا على مواجهة تلك الحالة من القلق أو الخطر، أما في المستوى المتوسط تنخفض أو تقل قدرة الفرد على المواجهة، أما في المستوى الثالث وهو مستوى عال أو مرتفع من القلق أين يجد الفرد نفسه غير قادر تماما تخطي حالة القلق وبالتالي يحدث لديه حالة من الانهيار السلوكي، وبالتالي تتدهور الصحة النفسية لديه.

8- القلق في ظل العمل بالمناوبة:

يشير القلق في ظل العمل التناوبي إلى حالة نفسية تتسم بالضيق الناتج عن اضطراب في العلاقة المتبادلة بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها، فهو بذلك انفعال يعيق الأداء أو يسهله نظرا لكونه خبرة وقتية متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب.

إن نظام العمل بالمناوبة يسهم في اضطراب وتذبذب العلاقة بين العامل وبيئته المهنية مما يولد لديه مجموعة من مشاعر الضيق والتوتر إذا زاد مستواها عن الحد المعقول أفرزت العديد من المظاهر النفسية والسلوكية السلبية فالقلق حالة من عدم الارتياح، فالعامل القلق فرد تعيس، كلما زاد قلقه زاد احتمال استنفاذ واستنزاف طاقته ومن ثم لا يستطيع تخفيف توتراته فبدلا من السعي لتحقيق الأهداف نجده حبيسا لصراعاته الداخلية والواقع أن للقلق مستويات متفاوتة الشدة، فقد يكون مرتفعا بحيث يصعب التحكم فيه مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية وسلوكية وقد يكون مستواه معتدلا أو بسيطا قد يؤدي بالفرد إلى البلادة والخمول والأداء الفاشل فلا تستثيره الأحداث والمواقف وقد يكون دافعا لتحقيق الحاجات، أما إذا استمر هذا القلق بحيث يصبح يلازم حياة الفرد العامل لأسباب موضوعية فإنه يؤدي إلى النقص في الأداء.

إن المواقف المثيرة للقلق التي يتعرض لها الفرد العامل يوميا أثناء تفاعله مع البيئة يرتبط بشكل أساسي بأسباب كل من التوتر، الخوف، والشك ويمكن تفسير ذلك بناءا على إدراك الفرد وتقييمه لذاته وللحدث، فالقلق لدى عمال المناوبات الليلية يعتبر حالة من الضيق بسبب ضغوط العمل (أورد في: لعريط، وبوحارة، 2016).

9- أثار القلق:

9-1- على المستوى الفردي: صنف كوكس cox الآثار المتوقعة للقلق وذلك على مستوى الفرد إلى أربعة مجموعات وهي كالتالي:

– تأثيرات شخصية: نجد من بينها القلق والتعب والانقباض وسرعة الإثارة وعدم الإحساس وتدني احترام وتقدير الذات.

– تأثيرات سلوكية: كالسلوك المندفع وعدم الراحة.

– تأثيرات إدراكية: كفقدان الذاكرة وكذا عدم القدرة على التركيز.

– تأثيرات جسمية: كصعوبة التنفس وزيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم.

9-2- على مستوى المنظمة: ويدخل ضمن هذا الإطار ما يلي:

– زيادة معدلات الغياب.

– إهمال العمل.

– ارتفاع مستوى مقاومة التغيير.

– التأخير وعدم الدقة.

– كثرة الأخطاء المهنية وقلة الأداء.

– صعوبة في اتخاذ القرارات السليمة.

– تراجع البناء التنظيمي.

– ارتفاع معدل احتياجات العمل.

– ارتفاع معدلات الشكاوي، والغياب وعدم الرضا في العمل (أورد في: الصيرفي، 2005).

10- تشخيص القلق:

نظرا لوجود تشابه كبير في الأعراض بين العديد من الاضطرابات النفسية، فإن هناك بعضا من المحكاة التشخيصية والخاصة بكل اضطراب والتي تميزه بصورة أدق عن الاضطرابات النفسية الأخرى، ومن بين أهم محكاة القلق التشخيصية نجد:

1- القلق والانشغال الزائدين، حيث يحدث في معظم الأيام ولمدة ستة أشهر ويدور حول عدد من الأحداث أو الأنشطة مثل العمل، أو المدرسة إلى غير ذلك.

2- صعوبة التحكم في هذا الانشغال من طرف الفرد.

3- كلا من القلق والانشغال يكونان مصحوبان بثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية (وذلك مع وجود بعض الأعراض على الأقل لأيام أو تزيد عن أيام وجودها، وذلك خلال الستة أشهر الأخيرة) وهي على النحو التالي:

– عدم الاستقرار أو شعور الفرد أنه على وشك السقوط أو على حافة الخطر.

– سهولة الإحساس بالتعب.

– سرعة الغضب (سهولة الاستثارة).

– اضطرابات النوم (صعوبة الدخول في النوم أو الاستغراق فيه، ونوم غير مستقر، والأرق).

4- القلق أو الانشغال أو الأعراض البدنية تتسبب في ألم إكلينيكي جوهري أو قصور في الأداء الاجتماعي والمهني وغيرهما من المجالات الأخرى.

5- لا يرجع الاختلال لتأثيرات فسيولوجية مباشرة لأدوية طبية ولا يحدث انقطاعا أثناء اختلال مزاجي أو اضطراب عقلي أو نمائي متغلغل (أورد في: فرج، 2009).

11- مظاهر القلق وآليات التعامل معها في ظل نظام العمل بالمناوبة:

- الانشغال:

الانشغال هو مجموعة الأخطار والتهديدات التي يمكن أن تتواجد على مستوى تفكير الفرد أو تكون في انتظاره، فكلما زاد الانشغال ساء ما يشعر به، وكلما زاد هذا الأخير زادت طريقة التفكير سوءا لذلك فالانشغال يعتبر من الأعداء للحالة المزاجية الجيدة بالرغم من أنه يتبين في النهاية أن معظم وقت الانشغال كان أمرا لا ضرورة له، فالعامل الذي يعمل وفق نظام العمل بالمناوبة مثلا نجده أثناء العمل في النوبة الليلية منزعجا لبعض الأمور المرتبطة بتخيلاته عن ما قد يقع لأسرته) هذه الوضعية تنعكس سلبا على أدائه، نفسيته وتقديره لذاته...إلخ، عند نهاية نوبة العمل الليلية والرجوع إلى ممارسة الحياة الطبيعية مع الأسرة يتضح له أن انشغالاته السابقة لم تكن بتلك الأهمية إذ أن الانشغال كانفعال يعتبر في حالة العمل وفق نظام العمل بالمناوبة وخاصة النوبة الليلية ليس فقط بالشيء السيئ للعامل، لكنه أيضا يضيع الوقت ويفقد الطاقة.

- الآثار السلبية للانشغال في ظل العمل وفق نظام المناوبة:

هناك مجموعة من الطرق التي يستطيع فيه الانشغال أن يؤثر على تفكير العامل وسلوكه ومشاعره وعلى جسده أيضا (أورد في: لعريط، 2007).

- على مستوى التفكير:

- يبقى العامل في حالة ترقب للمشكلات التي تصادفه في العمل.
- يفقد القدرة على الانتباه الجيد.
- تركيز الانتباه على الذات أكثر من العمل.
- صعوبة اتخاذ القرارات.
- يجعل من العامل أكثر تشاؤما والميل إلى التنبؤ بما هو أسوء

- على مستوى السلوك:

- الإهمال الغير مقصود.
- التحكم في طريقة الأداء.
- دفع العامل إلى الاعتماد على الآخرين.
- أداء المهام والواجبات المرتبطة بالعمل بثقة أقل.

- **على مستوى المشاعر:**
- الإحساس بالارتباك والحيرة.
- الشعور بالفزع والخوف.
- الشعور بأنه من غير الممكن السيطرة على النفس.

يجعل من العامل بأنه مغلوب على أمره .

- **على مستوى الجسد:**
- يقلل من المقدرة على الاسترخاء والنوم الجيد.
- الشعور بالتعب.
- التوتر.
- **منع الانشغال في النوبة الليلية:**

يميل الانشغال إلى أن يقوم بهجماته عندما تكون الشخصية في أقصى حالات العجز للدفاع عن كيانها، وهذا يحدث خاصة في أوقات الليل الذي تخرج فيه الانشغالات عن كل حدودها فتلك الفترة تتصف بعدم قدرة الفرد العامل على استخدام فعالياته المختلفة، لذلك على العامل أن يكون على وعي كامل بذلك) هذا ليس وقته حيث أن الانشغال يتعلق بالمستقبل فهو يختص بالأشياء التي لم تقع بعد، لذلك فإنه لابد أن يكون هناك شيئا غير معروف وغير مؤكد.

انطلاقا مما سبق يمكن اعتبار الانشغال بأنه شعور العامل بسوء حالته المزاجية، فمعظمه غير ضروري ويمكن للانشغال أن يكون مفيدا إذا استفز العامل للقيام بالعمل والتصرف، لذلك فالخطوة الأولى هي عملية التعرف على ما هو العمل أو السبيل الذي يجب على العامل تبنيه، فيمكن التخلص من (90 %) من الانشغالات لو انتزع منها غير المهم، وغير المحتمل فيها.

ويمكن التعامل مع المزيد من الانشغالات وذلك عن طريق:

- كيفية السماح لها بأن تمضي بعيدا حيث أن التمسك بالانشغال يجعل من العامل يشعر بالقابلية للإصابة بأخطار متنوعة.
- مواجهة الانشغال بصورة مباشرة.

إذ لم يتحقق ذلك فإن الانشغال المستمر يتحول إلى عرض من أعراض القلق.

بالإضافة إلى الانشغال كمظهر من مظاهر القلق في ظل العمل بالمناوبة نجد: التوتر، الخوف، والإحباط (أورد في: لعريط، 2006).

II- الاكتئاب:

إن الاستخدام المهني لمصطلح الاكتئاب له العديد من المستويات المرجعية، منها العرض وزملة أعراض، واضطراب تصنيفي، فالاكتئاب يمكن أن يكون عرضا مثل الحزن، وكزملة أعراض حيث يكون

الاكتئاب مجموعة من علامات أو أعراض تتجمع معا (مثل الحزن والمفهوم السلبي للذات، واضطرابات النوم والشهية)، وزملة أعراض الاكتئاب هي نفسها اختلال نفسي ولكنها قد توجد كذلك بشكل ثانوي في اضطرابات تشخيصية أخرى، والاكتئاب كاضطراب تصنيفي يعني أنه وحدة تصنيفية منفصلة سوف تثبت في النهاية أنها متميزة من حيث الأسباب المرضية وسير الحالة والتنبؤ بها والاستجابة للعلاج (أورد في: فايد، 2001).

إن مفهوم الاكتئاب له معان كثيرة تجعل من الصعب تحديده أو تعريفه كونه اضطراب يمس الفرد ويؤثر في تفاعله سواء مع المحيط الخارجي أو في العلاقات الاجتماعية التي تربطه مع الآخرين وخاصة تلك المرتبطة بالأسرة وجماعات العمل التي ينتمي إليها، خاصة أن الفرد المكتئب يتسم باستمرار باضطرابات وجدانية وسوء المزاج المستمر، واليأس والتعاسة، والتشاؤم حيث نجده يعاني باستمرار من قصور في أداء أدنى الأعمال والمهام، إذ من الصعب عليه بناء علاقات اجتماعية أو مهنية على أسس متينة.

1- تعريف الاكتئاب:

أشار القاضي في تعريفه للاكتئاب (1981)، أن الاكتئاب هو حالة نفسية تتبعها انفعالات سالبة وبتغير في مستوى الدافع، كما يتصف بانطباعات معرفية غالبا ما تؤدي إلى سلوكيات خاطئة وتصطحب حالات الاكتئاب غالبا بخبرات مؤلمة وبحزن عميق وقلق ويأس واضحين (أورد في: دفع الله أحمد وعثمان علي، 2016).

2- تعريف الاكتئاب في العمل: يمكن ملاحظته في الوسط المهني من خلال عدة مظاهر ومؤشرات أبرزها انخفاض الأداء الوظيفي والتوتر المتزايد وحالات اليأس والعجز، وتقلبات المزاج، فأحيانا يكون الفرد مبتهجا وأحيانا يائسا حيث يحدث الاكتئاب لدى الفرد العامل عندما يكون في حالة شديدة من الحزن أو عندما لا يكون موفقا في بعض أمور الحياة أو العمل كما يمكن أن يحدث نتيجة ظروف ضاغطة وإذا كان الفرد على علم بالظروف المصاحبة للاكتئاب سمي اكتئابا خارجيا أو رجعيا، أما إذا كان غير معروف الأصل والمصدر سمي اكتئابا داخليا، بالإضافة لحالة الحزن المميزة لكلا النوعين من الاكتئاب والتي تميز مشاعر المريض (أورد في: لعريط وبوحارة، 2016).

وعليه نجد أن الاكتئاب باهض التكلفة من الجانب المهني مثل انخفاض الإنتاجية، وانخفاض الدافع للعمل، وتوقف عجلة العمل والإنتاج والإفراط في استهلاك الأدوية والعلاج في المستشفيات لما يكون الاكتئاب مزمنا، أين يتسم الفرد المكتئب بالمزاج المؤلم والمضطرب والحزين، ويصل إلى الدرجة التي تبدوا له الحياة بلا معنى وأهمية ويشعر في كثير من الحالات بالتوتر والضجر والملل من أي عمل يقوم به يراه روتيني، وفي هذه الحالة نجد الفرد المكتئب يرفض كل الأنشطة الترفيهية ويجد صعوبة في نسج العلاقات الاجتماعية وحتى المهنية (أورد في: Clarisse,2009).

ويعرف الاكتئاب أيضا أنه حالة نفسية تصاحبها تغيرات جسمية، وعقلية، ومعرفية، ومزاجية وتتمثل هذه التغيرات في البؤس، والحزن، واللامبالاة، والرغبة في الوحدة والعزلة، واضطرابات في النوم، والشهية للطعام، وانخفاض واضح في مستوى النشاط (أورد في:عيد العدوان وجبريل، 2014).

ومن الواضح أن الاكتئاب حالة عقلية مرضية دائمة على وجه التقريب، تتميز بنقص في التوتر العضلي والنفسي، فالفرد المكتئب، المصاب بالتعب ونقص العزيمة، عاجز عن مواجهة الصعوبات اليومية ويظل غير فاعل، بفعل القلق، ونومه مصاب بالخلل (أرق أو فرط أرق) ويعيش الفرد المكتئب في ديناميكية الحيوية المنهمكة والشعور اليائس أن قدراته العقلية وذاكرته، وقدرته على الانتباه متقهقرة.

3- النظريات التي فسرت الاكتئاب:

3-1- النظرية المعرفية من وجهة نظر بك Beck:

في بداية نمو نظريته، فرق بك Beck بين ثلاثة مستويات التي يمكن أن تلعب دورا في حدوث اضطراب الاكتئاب لدى الفرد، تعتبر الأفكار الأوتوماتيكية مستوى سطحي للمعارف والتي يمكن إخراجها للوعي بطريقة سهلة، إذ أن المكتئبين من الأفراد نمطيا لديهم أفكار سلبية عن أنفسهم وعن العالم وعن مستقبلهم (وهو ما يعرف بالثالوث الاكتئابي) وهذا الثالوث يجسد موضوعات عدم القيمة، مشاعر الذنب، عدم الكفاءة، الانهزام، الحرمان، الوحدة واليأس، وتتصف الاضطرابات الأخرى –غير الاكتئاب– بأفكار مختلفة تماما وهذه الأنماط من الأفكار أو التصورات يشار إليها بأنها أوتوماتيكية لأنها تظهر عفويا وعادة فهي تنطلق بسرعة، وربما تتلاشى دون أن يدركها الفرد إلا إذا تم توجيهه أو صدها بطريقة قصدية هذه الأفكار الأوتوماتيكية والتي تعكس تقييم الفرد للموقف الفعلي الموضوعي، تؤدي إلى استجابات المريض الانفعالية والسلوكية هذه الاستجابات سوف تكون غير سوية إلى المدى التي تكون عليه التقييمات مشوشة أو مبالغة، والتي سوف تحدث عندما تنشأ من عمل المخطط المختل وظيفيا، أما المخططات فيمكن اعتبارها نماذج داخلية لجوانب الذات والعالم التي يستخدمها الأفراد لإدراك وترميز واسترجاع المعلومات وتنمو المخططات عبر طريق من الخبرات المحددة الكثيرة، وهي متكيفة طالما تسهل عملية معالجة معلومات أكثر كفاءة، فهي تمكن الفرد من ربط معلومات جديدة بمعلومات قديمة وذلك حتى يمكن إدراكها واستعادتها بطريقة أكثر إمكانية، ويمكن أن يتخذ التصرف المناسب وقت الحاجة إليه.

وقد أوضحت الدراسات التجريبية لعلم النفس المعرفي والدراسات المعرفية الاجتماعية أن هذه الفاعلية تتضمن أوتوماتيكيا تحيز اتجاه ترميز واسترجاع أفكار متناغمة مع المخطط على حساب معلومات مضادة للمخطط، إذ أن النظريات المعرفية في الاضطرابات النفسية ترى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية لديهم مخططات معينة تدفعهم للتحيز نحو رؤية إدراك المواقف في عبارات: الفقدان، الخطر، أو أنماط أخرى من التهديد للذات (أورد في: غريب، 2007).

ويمكن تلخيص وجهة نظر "بك" Beck للاكتئاب في النقاط التالية:

– تكون نموذج بك المعرفي من أنماط معرفية ثابتة نسبيا (مخططات) وهي نظرة سالبة عن الذات وعن العالم وعن المستقبل (الثالوث المعرفي)، وعملية معالجة معلومات معيبة أو خاطئة (التشويهات المعرفية) لتكون مسؤولة عن الأساس النفسي للاكتئاب.

– إن المخططات تمثل المكونات البنائية الأساسية للتنظيم المعرفي والتي من خلالها يتعرف الكائن ويفسر ويقيم خبراته، وتتصف خبرات الفرد المكتئب بوجهات نظر سالبة مثل الإحباط، يرى نفسه بأنه غير كفء، ومشاعر الإحباط والاستياء، وتبعا لـ "بك" فإن وجدان وسلوك الفرد يتم تحديدهما إلى حد بعيد بالطريقة التي بها يبني أو يفكر في العالم الخارجي، وقد اقترح بك أن خبرات الحياة المبكرة تؤثر في طبيعة التنظيم المعرفي للفرد وذلك لأنها تخدم كأساس منه تتشكل مفاهيم سالبة عن الذات والعالم والمستقبل، وإن الأفراد الذين ينمون وجهات نظر سالبة عن الذات والذين يحافظون على وجهة النظر هذه من خلال التشوهات أو الانحرافات المعرفية يكونوا مهيئين للاكتئاب عندما تنشط المخططات بخبرات حياة سالبة مماثلة أو متشابهة بتلك التي ساهمت في نمو المخططات السالبة.

ما يمكن استنتاجه انطلاقا من التفسير المعرفي لاكتئاب، أن هذه النظرية وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي وأهملت العمليات المعرفية التي يمكن أن يكون لها دورا في حدوث حالات الاكتئاب لدى الفرد، إذ أن ما يوصف بالانحرافات أو التشوهات المعرفية هي التي تساهم في توليد الخبرات السالبة لدى الفرد وبالتالي حدوث حالات الاكتئاب.

3-2- نظرية التحليل النفسي:

ترى هذه النظرية الاكتئاب على أنه نتاج للتفاعل أو الصراع بين الواقع أو الرغبات والجوانب الوجدانية بما فيها مشاعر الذنب، وقد عبر أبراهام Abraham وهو أحد رواد التحليل النفسي ممن اهتموا بتطبيقات هذه النظرية في مجال الأمراض العقلية الذهانية، حيث عبر عن هذه النظرة التحليلية للاكتئاب وفق نظريته، إذ أن عندما لا يجد الفرد تلبية مبكرة لإرضاء رغباته الجنسية وإشباع حاجته للحب فإنه يشعر بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الحب، لكن ذلك الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات وهذا ما يسمى بالاكتئاب، لذلك نجد أن الاكتئاب لدى النظرية التحليلية ما هو إلا غضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة إلى الحب، ولكن هذا الغضب يتحول بسبب الآليات الدفاعية اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد، فالاكتئاب عادة ما يحدث ويشتد إثر وفاة موضوعات الحب أو عند الخسارة، إن هذه النوبات من الاكتئاب هي التي تتفجر وتشتد بعد فقدان موضوع الحب، فهي من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد، وكأن الكراهية اللاشعورية هي التي تتسبب في الفقدان، وهذا ما يؤدي إلى مضاعفة مشاعر الاكتئاب والغضب واتهام الذات.

والنقد الموجه للنظرية التحليلية بشكل عام، وعلى التفسيرات الفرويدية بشكل خاص، أن كثيرا من المفاهيم التي ابتكرتها تلك النظرية لوصف وتفسير الأمراض النفسية كانت عامة، وبالتالي اختصرت أكثر مما يجب من العوامل المتنوعة من السلوك المرضي في متغيرات محدودة كاللاشعور، والغرائز، وفي هذا الصدد يقول " مندلسون" أن النظرية التحليلية اتجهت إلى دمج السلوك النفسي كله في معادلة عامة، ومن ثم بسطت بشكل مخل المشكلات النفسية المركبة، كما يرى "بيك" أن المعادلة التحليلية في تفسير السلوك الإنساني المرضي استندت إلى عدد محدود من المفاهيم الفقيرة، التي وضعت دون الاعتماد على براهين علمية كافية، واعتمدت النظرية التحليلية في تفسيرها للاكتئاب وربما لكل الأمراض النفسية والعقلية على الخبرات الطفولية المبكرة، يعتبر ثغرة خطيرة ومظللة، لأنها لم تكشف لنا تأثيرات العوامل اللاحقة وضغوط الحياة (أورد في: عبد الستار).

نستنتج من خلال التفسير التحليلي لاكتئاب، أن الاكتئاب يحدث لما يكون هناك اضطرابات في نمو الشخصية إذ أن أي نقص في نمو الجهاز النفسي أو اضطراب في مرحلة نمو معينة يؤثر حتما بالسلب على مرحلة أخرى لاحقة، وربط "فرويد" سلوكات الفرد كلها بالغرائز الجنسية واللاشعور في تفسير السلوك الإنساني.

3-3- النظرية البيولوجية:

يرى أصحاب النظرية البيولوجية من خلال النظرة التي فسروا بها الاكتئاب، أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للمخ، وفي المقابل إن الأفكار والمشاعر والسلوك يمكن أن تتغير نتيجة لتغيرات كيميائية طفيفة في المخ، إذ توجد هناك ملايين النيرونات التي ترسل الرسائل الكهربائية وتستقبلها عن طريق الموصلات العصبية وبالتالي هناك العديد من الأشياء التي يمكن أن تحدث مثل خلل في الخلايا العصبية أو نقص في المقدار المنقول أو المحسوب من المادة الكيميائية، أو خلل وظيفي في عمل نيورون الاستقبال والخلل في كل تلك الأمور يسهم بشكل رئيسي في الإصابة باضطراب بالاكتئاب.

بمعنى أن النظرية البيولوجية من خلال تفسيرها للاكتئاب ترجع أسباب الإصابة بمرض الاكتئاب إلى حدوث اضطراب في الوظائف الفيزيولوجية والكيميائية للدماغ.

ومن هنا بدأت الدراسات حول النشاط البيوكميائي للمخ في ظهور أعراض الاكتئاب في خمسينات القرن العشرين، عندما اكتشف أن العقار المسمى "أبروينا زيد" الذي كان يستخدم في علاج الدرن يزيل الاكتئاب فقد أثبتت الدراسات أن:

- ناتج التمثل الغذائي لكل من النور أدرينالين والسيروتنين يظهر بمستويات منخفضة لدى المصابين بالاكتئاب.

- أثبتت الدراسات التي أجريت على أمخاخ المرضى بعد وفاتهم، أن هناك نقص في كمية الموصلات خاصة في المناطق المسؤولة عن الانفعال.

- نقص إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية.
- زيادة إفرازات الغدة الكظرية يؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية (أورد في: إسعادي، 2016).
- اضطراب الدورة الشهرية لدى النساء يؤدي إلى المرور بحالات اكتئابية.
- أثبتت الدراسات أن مرضى الاكتئاب يتميزون بوجود نسب مرتفعة من الصوديوم داخل خلاياهم.

4- أسباب الاكتئاب:

ليس هناك تفسير جامع يعلل الأسباب التي تجعل من الممكن إحداث التقلب والتغيير في الانفعال العاطفي للفرد بشكل غير طبيعي يصعب احتماله سواء جاء هذا التقلب بطيئا أو سريع، أو استمر مدة قصيرة أو طويلة، وهكذا تشعبت النظريات في محاولاتها لتفسير الاكتئاب سواء على المستوى النفسي أو العضوي أو البيئي وأنها قد تثبت صحتها، إلا أنها ظلت عاجزة في مواجهة تفسير حالات أخرى وهذا ما يؤكد أن هناك شبكة معقدة من العوامل المتداخلة التي تسبب إحداث الاكتئاب، وكما سبق الذكر أن هناك عدة أسباب للاكتئاب منها عوامل نفسية واجتماعية وانفعالية وأخرى ذاتية شخصية وأسباب عضوية أو جسمية وفسيولوجية، وأسباب معرفية عقلية تتعلق بالتفكير والاتجاهات والمعتقدات، إذ تتمثل الأسباب النفسية والانفعالية والاجتماعية في التوتر الانفعالي، والخبرات المؤلمة، وسوء التوافق، النقص في اكتساب المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على حل المشكلات وتكرار التعرض لخبرات قاسية، التقاعد من العمل وعدم التخطيط للحياة والانشغال بالتفكير السلبي، والإحساس بالعجز والكسل وعدم الانجاز وعدم الفاعلية، بالإضافة إلى المشكلات الحادة في الأسرة والعمل وخاصة إذا كانت شخصية الفرد الذي يتعرض لتلك المشكلات تتسم بالتشدد وعدم المرونة.

أما عن الأسباب الجسمية والفسيولوجية للاكتئاب فتتمثل في الأمراض المزمنة مثل الكبد والكلى وقرحة المعدة والسرطان والغدد وضعف جهاز المناعة إلى غير ذلك من الأمراض، فقدان الحواس مثل السمع والبصر، اضطراب في التفاعلات الكيميائية الحيوية للفرد، أو ضعف الوظائف الحيوية الكيميائية للجسم وعدم توازن الموصلات العصبية (أورد في عيسي، 2016) .

وهناك عامل أخر من بين العوامل الفسيولوجية يطرح نفسه وهو العامل الوراثي، حيث تكثر حالات الاكتئاب في أسر مرضى الاكتئاب نتيجة نقص المواد في الناقلات العصبية في المراكز الدماغية المسؤولة عن المزاج والانفعالات والتركيز، وفي هذا الصدد يعتقد علماء الفسيولوجيا أن الدماغ البشري يعيش في حالة تخمر كميائي دائمة، وقد أيدت البحوث والدراسات هذا الاعتقاد ولكن لا يزال الغموض يحيط بمكونات غالبية المواد المساهمة في هذا التخمر الكيميائي، وغير معلوم على وجه الدقة الطريقة التي تعمل بها الناقلات العصبية التي تم اكتشافها لهذا فإن تفسير العامل الوراثي كسبب من أسباب الاكتئاب يجب أن يعتمد على الأعراض التي يتم ملاحظتها على كل حالة، وليس على آلية حدوثه أو حقيقة التغيرات التي تجرى داخل الجسم والتي تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب.

أما عن الأسباب الذاتية الشخصية التي تسبب في حدوث الاكتئاب لدى الفرد فتتضمن تلك المتمثلة في: شعور الفرد بقلة الكفاءة أو عدمها، عدم الرضا عن الإنجاز، الإحساس بالعجز وعدم القيمة، النظرة السلبية الدائمة للحياة والذات، الاعتمادية، الضغوط البيئية، الخبرات السابقة، وأحيانا يتعرض الفرد لضغوط عصبية خارجية وداخلية في نفس الوقت مثلا الأفراد الذين عاشوا تجارب مؤلمة أو تعرضوا لحوادث مروعة، وبعد فترة من الزمن تظهر عليه أعراض الضغط العصبي في صورة كوابيس ويجدون صعوبة في النوم، وهذا ما قد يؤدي بالفرد إلى الميل للانعزال عن حياتهم اليومية العادية ومن ثم تظهر عليهم أعراض الاكتئاب (أورد في: علاء عبد الباقي، 2009).

وتزيد الأسباب العقلية المعرفية والفكرية من أعراض الاكتئاب وتطيل من المعاناة منه، وهي عمليات التفكير المشوهة أو السلبية لدى المريض وتتسم حالة الفرد في هذا الوضع في مقاومة المريض للعلاج وعدم الاستجابة، إذ أن التشويه المعرفي لتفكير المريض يجعله يفشل في فهم وإدراك أن الاستجابة العقلانية أو بديل علاجي أخر سينهي يأسه ويتخلص من الاكتئاب، وغالبا ما يرجع سبب فشل الفرد في تحقيق التكيف الإيجابي إلى الخلل الوظيفي في الجوانب الحيوية والبيئية والاجتماعية.

ومن هذا المنطلق نجد أن من أسباب الاكتئاب وجود مخطط سلبي لدى بعض الأشخاص الذين يعتقدون أنهم أقل الناس من حيث امتلاك مصادر النجاح، فيلجئون إلى تبني إستراتيجية الفشل والتشاؤم لتقليل فرص الخسارة أو الحد من زيادتها ونجدهم مستاءون دائما ولا يتوقعون أي نجاح.

وفي ظل تلك المعتقدات الفكرية السلبية، تصبح إستراتيجية المكتئبين ضد الحياة وضد أنفسهم، ويظهر التشوه المعرفي الذي يشوب بعض الأفراد المكتئبين في عبارات سلبية يظل يرددها ليبرر بها انسحابه من أي نشاط.

وما يمكن ملاحظته على الفرد المكتئب أنه في كثير من الحالات يئس، ويعتبر هذا الأخير حالة سلبية مع مكونات محيطه الطبيعي والاجتماعي، حيث تطغى على الفرد المشاعر المتدنية مثل الانزعاج الدائم والمخاوف التي لا أساس لها (أورد في: الجسماني، 1998).

5- أعراض الاكتئاب:

أجمع معظم الأطباء وعلماء النفس المرضي أن أعراض الاكتئاب تتمثل في:

- الانقباض واليأس، وانخفاض الروح المعنوية والحزن العميق والبكاء دون سبب والتشاؤم للأوضاع الحياة.
- اضطراب الوظائف العقلية مثل قلة الانتباه وقلة التركيز، واضطراب التفكير.
- بطء التفكير والاستجابة والحركة ثم الانطواء والعزلة والوحدة والانعزال والصمت والشرود والذهول.
- عدم الاهتمام واللامبالاة بالمحيط ومن حوله وقصور الدوافع والميول.
- الشعور بعدم القيمة واحتقار الذات والشعور بالخطايا والذنب ومحاولة الانتحار.

- الشعور بالضيق وانقباض النفس وفقدان الشهية للطعام والإمساك.
- الصداع والتعب وضعف النشاط العام.
- اضطرابات النوم والأرق وقلة النوم (أورد في: شكشك، 2009).
- توهم المرض والانشغال على الصحة والاعتقاد بأن مرضه ميؤوس منه.

وتنحصر أعراض الاكتئاب في، الاحتقار، الضجر، الشكوى الجسمية، عدم التركيز الذهني، البكاء، الخوف، القلق، الأرق، اضطرابات الشهية، الانفعال، التعب، عدم الاستقرار، التشاؤم، الضعف الجنسي.

والجدول الموالي يوضح الأعراض الجسمية والنفسية للاكتئاب:

الجدول رقم (03) الأعراض الجسمية والنفسية للاكتئاب

الأعراض النفسية		الأعراض الجسمية	
العرض	النسبة	العرض	النسبة
الأرق	%78	الإرهاق والكسل	%70
القلق	%5	الأرق	%68
المزاج الاكتئابي	%50	اضطرابات الهضم	%52
البكاء	%36	الصداع	%42
الشعور بالوحدة	36%	فقدان الشهية	%40
الشعور بالضجر	29%	اضطرابات الإمساك	%39
التشاؤم	25%	ألام الصدر	%29
التردد والتذبذب	25%	خفقان القلب	%29
البؤس والعجز	%22	الألم العام	%22
كره الذات	18%	فقدان الشهوة الجنسية	%21
الأفكار الانتحارية	%14	البول	%21
اليأس	%7		

(أورد في: ليفين، 1985).

6- تصنيف الاكتئاب:

ظهرت خلال السنوات الماضية عدد من الأنظمة التصنيفية، ويرجع هذا الأمر لتباين التوجهات والتنبؤات النظرية للباحثين، إذ تؤكد هذه الأنظمة على تصنيف أحادي ومزدوج وتعددي وافتراضات تشخيصية، ويفترض المجال الأحادي أساسي للاكتئاب الذي يختلف في شدته، ووفقا لذلك المجال يمكن تصنيف الاكتئاب إلى ثلاثة مستويات وهي: مستوى ضعيف، مستوى معتدل، ومستوى شديد.

وانطلاقا من ذلك يصنف الاكتئاب إلى نوعين وهما:

1- الاكتئاب العقلي أو الذهاني: وهو الناتج عن أسباب عقلية أو ذهانية، وليس له سبب شعوري أو غير شعوري لكنه راجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي (أورد في: العفيفي، 1990).

2- الاكتئاب النفسي أو العصبي: يرجع إلى عوامل فردية لا شعورية يحس فيها المريض بالحزن بدون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي، وتشمل الأنظمة التعددية على تصنيف نماذج كثيرة من الاضطرابات الاكتئابية، ومن الأمثلة على ذلك نجد ما قدمه كيت برودي Keith brodie رئيس الجمعية الأمريكية للطب العقلي، أين حدد ثلاثة أنواع من الاكتئاب وهي:

2-1- الاكتئاب الأساسي: هو مرض مزمن وغالبا ما يكون المزاج فيه مقترن بشذوذ، ويضيف كيت برودي قائلا: "أننا لا نعرف إذا كانت الأفكار الاكتئابية هي التي تسبب الإختلالات الكيميائية أو أن الإختلالات هي التي تسبب الاكتئاب".

2-2- الاكتئاب المضاعف: وهو مرض مزمن تحدث فيه فترات من الاكتئاب الحاد.

2-3- الاكتئاب المتخفي: وهو يصيب (40%) من مدمني الخمور في الولايات المتحدة الأمريكية وفيه يفوق عدد الرجال المصابين أربعة مرات عدد النساء المصابات به.

ونجد أيضا ما قدمه واتس Watts وهو خبير انجليزي في علاج الاكتئاب والذي يرى أن هناك أربعة أنواع من الاكتئاب وهي:

- **اكتئاب تفاعلي:** وهو راجع إلى ظروف الحياة اليومية، فعندما تتراكم المآسي الواحدة تلوى الأخرى وعندما يظهر توتر مخالف عن الذي تعودناه، فإن ذلك يرفع من احتمال ظهور الاكتئاب.

- **الاكتئاب الراجع لعلة جسمية:**

قد يحدث هذا النوع نتيجة لأي مرض أو إصابة في المخ، وهو يأتي مصاحبا للمرض العصبي المعروف باسم باركنسون (parkinson)، يعقب عادة الإصابة بفيروس الأنفلونزا أو فيروس التهاب الكبد الوبائي، كذلك يمكن أن يحدث عن طريق التسمم بواسطة المعادن الثقيلة مثل: الزئبق والرصاص، بالإضافة إلى مدى تأثير نقص بعض عناصر الغذاء خاصة الفيتامين (B) (أورد في: رشاد، 1997).

3- الاكتئاب الأولي داخلي المنشأ:

وهو أكثر الأنواع شيوعا ويشير لفظ الاكتئاب الأولي إلى أنه نوع من الاكتئاب الناتج عن أسباب داخلية تتمثل في اختلاف العمليات الكيمائية في المخ (أورد في: فايد، 2001).

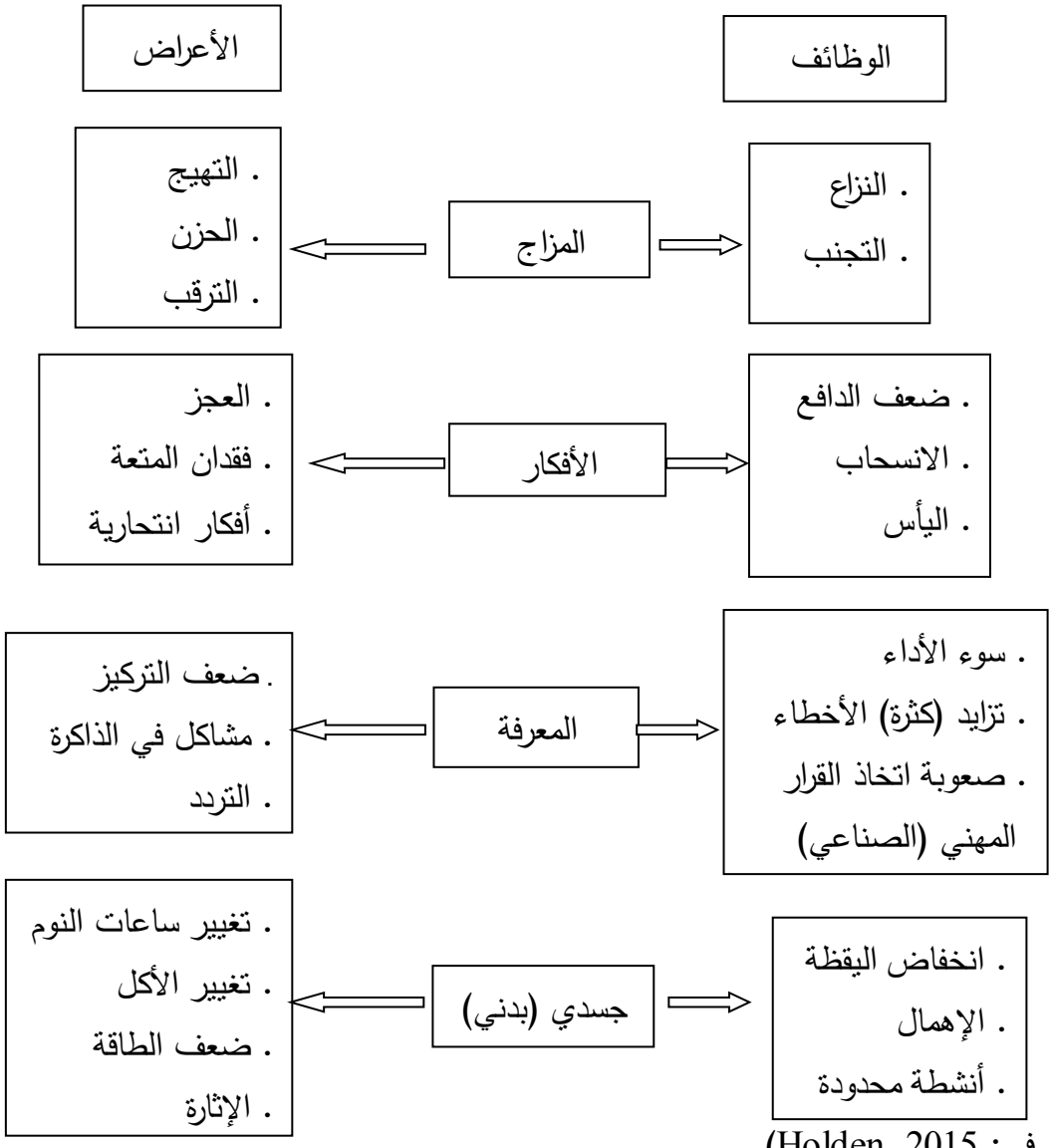
7- العلاقة بين الاكتئاب والقلق:

اختلفت الآراء حول العلاقة بين الاكتئاب والقلق حيث ذهب بعض الباحثين إلى أن الاكتئاب يعتبر اضطرابا محددا، ويرى البعض الأخر أن الوجدان الاكتئابي مرتبط بحالات وجدانية، ضف إلى ذلك أن الاكتئاب والقلق اضطرابان مختلفان يشتركان في بعض الأعراض العامة، كما أن القلق هو الاستجابة المبدئية لموقف ضاغط، وإذا حدث أن تعقد الموقف لدرجة أين لا يمكن التحكم فيه، فإن القلق يتم

استبداله بالاكتئاب، وحديثا اقترح علماء النفس الاكلينكيين أن الاكتئاب والقلق يتقاسمان عامل أساسي وجوهري، وهذا العامل العام يفسر الكثير من التداخل بين الاكتئاب والقلق، ويتكون هذا الأساس العام من مستويات مرتفعة من الوجدان السلبي ووفقا لرأي علماء النفس الاكلينكيين المحدثين، فإن ما يميز الاكتئاب عن القلق هو أنه عند التعرض لموقف ضاغط أو أسى، فإن الوجدان الايجابي يظل موجودا في القلق دون الاكتئاب.

كما يتسم القلق باستثارة فسيولوجية مرتفعة تميزه عن الاكتئاب، وهكذا فإن الغياب النسبي للوجدان الايجابي أو وجود استثارة فسيولوجية يسمح للباحثين بالتمييز وملاحظة الاختلاف بين الاضطراب الاكتئابي واضطراب القلق (أورد في: فايد، 2001). والشكل الموالي يبين المصادر الداخلية والخارجية للاكتئاب والقلق:

الشكل رقم (02) المصادر الداخلية والخارجية للاكتئاب والقلق



(أورد في: Holden, 2015).

8- الاكتئاب في العمل:

يعتبر الاكتئاب السبب الرئيس في عدم قدرة الفرد على التكيف هذا ما قد يؤثر على العديد من جوانب حياته من بينها الجانب المهني أو العمل، والنتيجة التي يمارسها الاكتئاب على العامل في محيط عمله هو نقص المردودية والإنتاجية هذا من جانب، ومن جانب أخر أهم من السابق ما يمارسه الاكتئاب من انعكاسات في صحة العامل الجسدية مثل التهاب المفاصل، ارتفاع ضغط الدم، وألام الظهر.

ومن خلال ذلك نجد أن الاكتئاب يمس بكثرة المجتمع العامل حيث أن في سنة (2002) وفي دراسة كندية تم التوصل إلى أن معظم العمال الكنديين يعانون من الاكتئاب وهذا نتيجة العمل المستمر الذي لا يعطي لهم فرص لاستعادة النشاط وتعويض الطاقة، حيث بلغت نسبتهم (71%) والذين تتراوح أعمارهم بين (25 و46 سنة) يعانون من اكتئاب مزمن وهذا ما يجعلهم يعانون أيضا من عدم القدرة على إتمام العمل، وقد يرجع ذلك أيضا إلى كثرة الضغوط في العمل هذا ما يؤدي بالعامل باللجوء إلى التغيب وذلك للهروب من الواقع الذي يصطدم به أثناء العمل.

وفي تقرير أقيم في كندا والذي سمي بالتقرير الوطني حول صحة السكان (Enquête National sur la santé de population) (ENSP) سنة (2002) تبين أن الاكتئاب يمس بالدرجة الأولى الطبقة العاملة وذلك بالنظر إلى مميزات الوظيفة وتعقد المهمة التي يشغلها العامل وكذا الصحة الجسدية والنفسية للعامل والعوامل السوسيو ديموغرافية، وذلك بالنظر إلى نتيجة الاكتئاب التي تعود إلى المشاكل التي يعيشها العامل في العمل (أورد في: Gilmour et Patten, 2005).

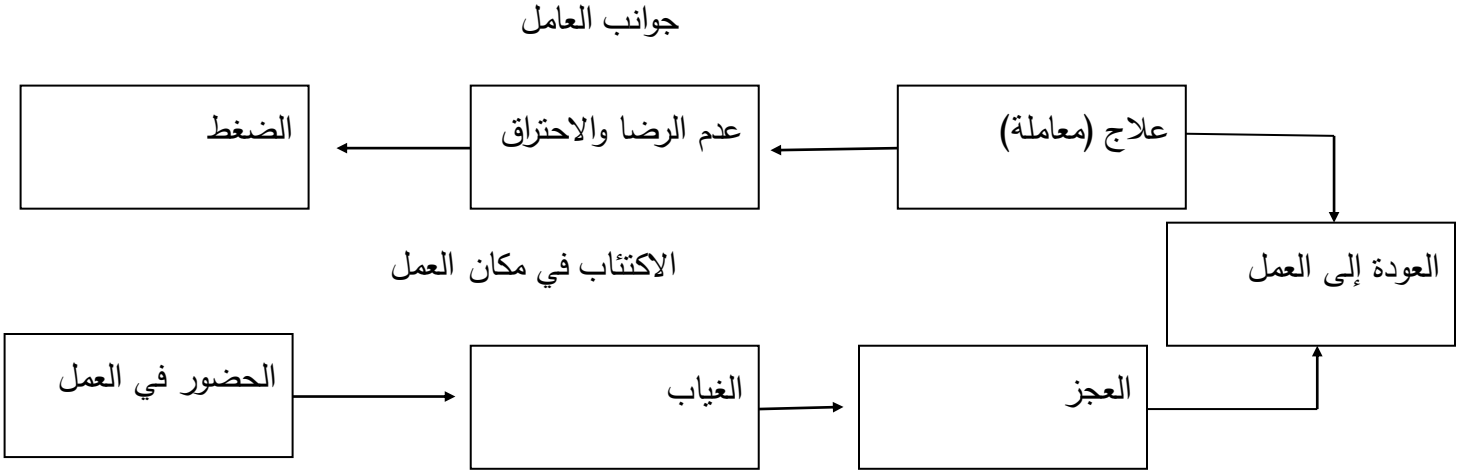
هناك زيادة في الأمراض الناجمة عن الحالات المزمنة مثل الأمراض القلبية العرقية، وأمراض المعدة والأمعاء والاضطرابات المخية وغيرها من الاضطرابات العصبية، وقد تبين أن هذه الأمراض والاضطرابات مرتبطة بردود الفعل الاكتئابية في حوالي (20%) من جميع الحالات كما تلعب الظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد دورا هاما في ظهور الاكتئاب ونجد من بينها الآثار المقلقة الناشئة عن فقدان الاستقرار والتفكك الأسري والعزلة الاجتماعية، ويعد هذا السبب الرئيسي في انتشار الاضطرابات الاكتئابية كاستجابة للعوامل النفسية الاجتماعية الضاغطة (أورد في: عبد الله، 2000)، بالإضافة إلى هذا تعرض العامل للاحتراق المهني، وقد يعود هذا الأخير لمعاناة العامل من الاكتئاب في العمل، ويظهر ذلك في التعب الفسيولوجي الذي يعود إلى انخفاض طاقة الفرد للعمل بالإضافة إلى الضعف والقلق والنتيجة على ذلك الميل لتعرض الفرد للأمراض وكذا اضطرابات النوم، بالإضافة إلى التعب الانفعالي ويرافق هذا الأخير إحساس اليأس وفقدان الفرد لقوته من أجل إكمال العمل، بالإضافة إلى احتمالات ظهور الأفكار الانتحارية وظهور التعب النفسي والذي نتيجته الاتجاهات السلبية للفرد نحو العمل ونحو ذاته وحياته ككل.

ويشير فيليب دافيزي Philippe Davezies أن العمال الذين يعانون من الاكتئاب في العمل هم العمال الذين لا يتركون متاعبهم في العمل، وهي من علامات اكتئاب الفرد الذي قد يعود إلى خلل في العمل وفي تصميمه (أورد في، Debard, 2009)، إذ يعتبر العمل أو الوظيفة أكبر مصدر للإجهاد في حياة العمال، حيث أكدت الدراسات أن الشركات تواجه كلفة ضخمة بسبب الضغط والقلق والاكتئاب، كما تواجه الأمهات العاملات ضغطا في تأمين واجباتهن كربات البيوت وواجباتهن المهنية (أورد في: أورد في: مايو كلينيك، 2002).

ومن هذا المنطلق يمكن أن توجه التدخلات مباشرة نحو كل من زيادة قدرة العامل على المقاومة أو إنقاص الضوائق في بيئة العمل المعقدة، وثمة العديد من الاستراتيجيات التي توجه نحو ظروف العمل مثل إثراء العمل، خفض الضوضاء، وتخفيف عبء العمل، وعلى الرغم من وجود التشريعات الوطنية والدولية التي تحترم البيئة النفسية للعمل والتي تؤكد على تقييم الأخطار، فإن معظم البرامج تهدف إلى إنقاص التقييم المعرفي للضوائق والتأثيرات التي تنجر عنها، أكثر من إنقاص الضوائق نفسها أو التخلص منها (أورد في: تقرير منظمة الصحة العالمية، 2005).

والشكل الموالي يوضح حدوث الاكتئاب في العمل:

الشكل رقم (03) حدوث الاكتئاب في العمل



(أورد في: Bender et Forvalden, 2008)

9- مصادر ومظاهر الاكتئاب في نظام العمل بالمناوبة:

إن الأفراد الذين يعملون في الدوريات الليلية غالبا ما يكون نشاطهم العام يتميز بالضعف والخمول بسبب مجموعة من العوامل أبرزها ظروف العمل (الإضاءة الاصطناعية، نقص الأكسجين، الرغبة في النوم، التفكير المتواصل...إلخ)، وهذه الوضعية غالبا ما تعجل بإقبال العامل على استهلاك المنشطات أو بالأحرى الإفراط منها لضمان الحصول على الطاقة اللازمة لإتمام العمل، وهذا بدوره يؤدي

إلى مجموعة من الإفرازات على المستوى النفسي الفيزيولوجي أهمها اضطرابات النوم والمعدة، إضافة إلى الاضطرابات النفس جسمية والتي تتجلى بوضوح في كثرة الشكاوي من الآلام الجسمية والتي بدورها تؤدي إلى عدم التلذذ بالطعام وفقدان الوزن، إن هذه المظاهر الاكتئابية لا تؤثر فقط على مستوى أداء العامل بل تتعدى إلى مختلف جوانب الحياة، فالجانب العلائقي يتأثر بشكل كبير، إذ يصبح العامل غير قادر على إقامة علاقات طيبة إضافة إلى صعوبة إيجاد التوازن اللازم بين متطلبات وظيفته وما يتوقعه منه أفراد عائلته (أورد في: منظمة الصحة العالمية، 2012).

هناك تأثير متبادل بين الاضطرابات النفسية والأمراض الأخرى، كالسرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والربو، فالاضطرابات النفسية يمكن أن تكون ممهدة للإصابة بالأمراض أو من عواقب الإصابة بهذه الأمراض أو نتيجة من نتائج التأثير المتبادل، وعلى سبيل المثال هناك بنيات تدل على أن الاكتئاب يعرض الناس للإصابة باحتشاء عضلة القلب، والعكس صحيح فإحتشاء عضلة القلب يزيد من احتمال الإصابة بالاكتئاب.

بناءا على ذلك يمكن اعتبار نظام العمل بالمناوبة عاملا ضاغطا يمهد لظهور الأعراض الاكتئابية والتي من أهمها كل من الشعور بثقل الأعباء، الشكاوي الجسمية والآلام العضوية، توتر العلاقات الاجتماعية والمهنية، اضطرابات النوم، مشاعر الذنب، التفكير الانهزامي، وهذه الأعراض قد تزداد حدة إذا كانت متطلبات الوظيفة من حيث المتغيرات الديموغرافية، الميول المهنية، الخصائص الانفعالية، الظروف الفيزيقية وأدوات العمل لا تنسجم مع ما يتوفر عليه العامل من خصائص، فيتجلى عن ذلك سوء التوافق المهني الذي يؤدي إلى عدم الشعور بالأمن النفسي الذي يعتبر أهم أعراض الاكتئاب بالنظر إلى خصائص نظام العمل بالمناوبة كعدم انتظام أوقات العمل والعمل في الليل فإنه من الواضح أن هذا النظام من العمل يسهم في ظهور الاكتئاب ولكن بمستويات مختلفة تبعا للاختلافات في درجة التكيف معه (أورد في: لعريط، 2007).

10- أهمية الصحة النفسية للعامل:

إن الاهتمام بالصحة النفسية في العمل له عوائد صحية واقتصادية، فالصحة النفسية للعامل لا تقل خطرا ولا أهمية عن الأمراض المهنية، فالحالة النفسية تؤثر على إنتاجية العامل، وعلى مقدار تعرضه لحوادث وإصابات العمل، وعليه من الضروري توفير الجو الصحي للعامل من الناحية النفسية والعقلية للعمال، والعمل على حل مشكلاتهم وإعطائهم حقوقهم وإلزامهم بالقيام بواجباتهم الوظيفية حتى لا ينقلب الحال إلى لجوء العمال إلى المطالبة بالحقوق العمالية أو الفوضى داخل المؤسسة أو المصنع بل ينبغي تشجيع جميع أوجه النشاط الرياضي والثقافي والاجتماعي، والعمل على محاربة العادات السيئة كإدمان الكحول والمخدرات، إذ أنه من المعروف أن الإصابة بأي من الأمراض النفسية أو العقلية أو الانحرافات السلوكية يضاعف من خطر الأمراض المهنية ويزيد من خطورتها، إذ يحتاج العمال إلى ضرورة توفير

الرعاية النفسية للتخلص من الشعور بالتعب والملل من ممارسة وأداء الأعمال الرتيبة (الروتينية) والتي تؤدي إلى إصابة العامل بالتشنجات العضلية، كما قد تؤدي الإدارة السيئة والإشراف السيئ إلى إصابة العامل بالقلق والتوتر وكثرة الضغوط في العمل خاصة حين يتلقى ملاحقة من طرف الإدارة بزيادة الإنتاجية بما يفوق طاقته هذا ما يؤدي بالعامل إلى الشعور بنوع من الضغوط في العمل وفقدان السيطرة على ذاته هذا ما يجعله عرضة للمشكلات النفسية التي مصدرها بيئة العمل (أورد في: العيسوي)، وبالتالي لم يكن هناك دراسات حقيقية لتقييم حجم الخسارة الذي تتحمله أماكن العمل المختلفة نتيجة للاضطرابات النفسية، ولكن في السنوات الأخيرة بدأت هناك دراسات عديدة كان أهمها دراسة جامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية التي أظهرت أن ربع مليون مواطن في العالم يعانون من كارثة لا يعلم عنها أحد ألا وهي المشكلات النفسية، و ويقول ميشيل ويلسون (وزير المالية الكندي السابق) أن أمريكا الشمالية وحدها تخسر (60) مليون دولار بسبب اضطراب الاكتئاب ثم أضاف بقوله " الصحة النفسية أصبحت جزء لا يتجزأ من نجاح الاستثمار الاقتصادي وأنه يجب أخذها بعين الاعتبار قبل أن تصيب العاملين بقصور وظيفي تنعكس على الإنتاج".

وحول أسباب اهتمام العالم بوضع الصحة النفسية في بؤرة الاهتمام خاصة في المجال الاقتصادي يمكن تلخيص ذلك في النقاط التالية:

– أن مرض الاكتئاب أصبح واحد من أكثر الأمراض المحدثة للقصور الوظيفي في العالم.

– أثبتت الدراسات الحديثة أن الاكتئاب يسبب الوفاة المفاجئ ويسبب الأزمات القلبية وأن توترات العمل هي أكثر الأسباب التي تؤدي إلى الاكتئاب والوفاة أيضاً.

هناك حقيقة أن الاكتئاب والأزمات القلبية هما مرضان يتصارعان للحصول على أعلى نسبة وفاة بين أفراد المجتمع وأن الاكتئاب بدأ في الزيادة ويتوقع أن يسبق مرضى القلب مع الأيام خاصة مع التقدم التكنولوجي وارتفاع الضغوط في شتى مجالات الحياة (أورد في: الصحة النفسية في العمل/ htt ps://aseermentalhealthday.com/2017/10/08).

كشفت الدراسات الطبية والسيكولوجية أن المكتئبين يصابون بمعاناة نفسية معقدة تتجلى في التقدير المنخفض للذات والإحساس بمشاعر الحزن والتشاؤم إلى جانب الاضطرابات الجسمية المتمثلة في الأرق، صعوبة التنفس، فقدان الشهية، وألام جسمية أخرى، ومن الملاحظ أن معظم الدراسات فصلت بين الجانب النفسي والجسمي للفرد، وهذا ما أدى إلى الإخلال بفهم شخصية الفرد بأسلوب متكامل وموضوعي، فقد ركز الباحثون في علم النفس على الأسباب النفسية والاجتماعية المسببة للاكتئاب، أما في الجانب البيولوجي فلم تتم معالجته إلا في العقود الأخيرة، حيث أثبت العلماء أن التغيرات في نشاط الدماغ والاكتئاب مترافقان، لكن العديد من التفاصيل لا تزال غير واضحة ولا يعرف نوع الخطر في وظيفة الدماغ الذي يسبب الاكتئاب، ولقد تم الاهتمام بمختلف المسببات النفسية للاكتئاب وأهملت علاقته بالعوامل البيولوجية مثل الدم والزمرة الدموية رغم دورها الهام في وظائف الكائن الحي، حيث ركزت

الدراسات في مجال الزمر الدموية على جوانب طبية، بيولوجية، وأهملت كليا التأثيرات النفسية لنوعية تلك الزمرة على شخصية الفرد، وهناك بعض الدراسات التي سجلت ملاحظات عن اختلاف سلوكات الفرد باختلاف الزمرة الدموية، غير أنها لم تتناول بشكل مباشر ومعمق علاقة الزمرة الدموية بمستويات الاكتئاب (أورد في: عيسي، 2016).

سعت المنظمات دائما للسيطرة على مشكلاتها الصحية والعمل على الحد منها ابتداء من جعل العامل مواظبا على العمل وضبط مواعيد تواجده في العمل مع سرعة الأداء، وتعرض هذه العادات في كثير من الأحيان العامل إلى الكثير من الضغوط النفسية وتكلفه مجهودا نفسيا شاقا قد يكون مدمرا في بعض الأحيان، ذلك لأن المديرين وطموحهم إلى تحقيق أهدافهم وتحقيق زيادة الإنتاج تجاوزا أمور الطاعة إلى أمور المهارة والابتكار والإبداع والسرعة في الأداء، مما قد يعرض العامل إلى ضغوط نفسية إضافة إلى ما يتعرض له من مشكلات وضغوط اجتماعية قد يخلقها المجتمع الصناعي، وهذه المشكلات التي يعيشها العمال تضعهم في ظروف قاسية وتوتر نفسي شديد قد يؤدي إلى الانهيار الصحي والاضطراب النفسي، لأنه في أغلب الحالات يكون مكان العمل عرضة لمعاناة العامل من الضغوط النفسية الكثيرة كتسريح العامل من العمل مما يهدد أمن واستقرار العامل، ويعرض العامل أيضا إلى بذل جهود كثيرة وتركيز انتباه كبير وباستمرار هذه الضغوط قد تؤدي هذه الحالة بالعامل إلى الكآبة خاصة في شعور العامل أنه تحت التهديد دائما بأنه معرض لخطر إنهاء الخدمات، وبالتالي إن إصابة العمال لا تضر العمال فقط بل تضر بالعملية الإنتاجية وتؤثر في الإنتاج وتحسينه (أورد في: السامراني، 2007).

وتلعب بيئة العمل السليمة دور أساسي في تحقيق الصحة النفسية للعامل في محيط العمل، حيث ذهبت المنظمات خاصة في السنوات الأخيرة إلى إصدار قرارات ووقعت اتفاقيات مع مكتب العمل الدولي حول ضرورة العناية ببيئة العمل والعناية بصحة العامل جسميا ونفسيا، وذلك لأن خلو العامل من الصراع الداخلي والاضطراب النفسي والتوتر المرضي يضمن السلامة في العمل ويضمن جودة الإنتاج، وإن النجاح الفرد في التكيف مع البيئة أمر نسبي وانعدام النزاع الداخلي للفرد أيضا مسألة نسبية وعلى هذا الأساس فإن الفرد يتمتع بصحة نفسية مادام قادرا على التوافق الداخلي ومعادلة ذلك بالتكيف مع البيئة .

والمقصود بالصحة النفسية هو قدرة الفرد على مواجهة الأزمات العادية وشعوره بالتعاطف الاجتماعي أو السعادة، وقد لا يستطيع الفرد أن يحقق هذا التكيف لعدم نمو أو نضج شخصيته اجتماعيا أو لتعرضه إلى ضغوط العمل مما يؤدي به إلى صراع نفسي داخلي قد يقوده إلى الاحتراق النفسي واضطراب حياته الاجتماعية فيصبح سريع التهيج أحيانا والشعور بالاضطهاد أو الشعور بالنقص، هذا ما يؤدي بالفرد إلى الإصابة بالكثير من الأمراض النفسية التي تظهر بين العمال نتيجة للبيئة الاجتماعية والعملية.

لقد قام الباحثان "ملتيمان وماسلو" بتقديم قائمة بأوصاف السوي من بينها: التلقائية المناسبة وانفعالية معقولة، الشعور على درجة معقولة بالأمن والطمأنينة، القدرة على إشباع حاجات الجماعة، مع

المحافظة على درجة معقولة من الفردية، درجة معقولة من فهم الذات، أهداف واقعية في الحياة مع اتصال فعال بالواقع، تكافل واثبات الشخصية، والقدرة على التعلم من الخبرة.

أما بالنسبة للفرد غير المتوافق مع البيئة الاجتماعية والمهنية فتظهر عليه علامات نجد من بينها: استنفاذ الفرد قدرة وطاقة كبيرتين من طاقته في الصراع وبعض متطلبات المجتمع ولهذا يبدو متعبا نفسيا وجسديا، العجز على المثابرة في العمل والإنتاج، يختل توازن الفرد في الأزمات التي تعترضه في بيئة العمل (أورد في: السامراني، 2006).

11- أهم العوامل التي تحقق الصحة النفسية للعمال:

11-1- رغبات العمال:

إن تحقيق رغبات العمال الضرورية، يجعلهم يتخطون مشاعر الخوف فيؤدون مهامهم على أحسن وجه هذا ما يشعرهم بنوع من الأمن والاستقرار النفسي، فقد حددت معظم هذه الرغبات فيما يلي:

- جعل الفرد العامل يشعر بالأمن والاستقرار الوظيفي في العمل.
- وضوح التعليمات الخاصة بالعمل ووضوح مهامه ومسؤولياته.
- الاهتمام بالظروف الفيزيقية للعمل.
- الوقاية من الحوادث والأمراض المهنية.
- توزيع شبكة الأجور بنوع من العدالة وذلك وفقا لمهارات وقدرات العامل في تأدية مهامه (أورد في: عويضة، 1996).
- تحديد ساعات العمل والعمل على عدم إطالتها وذلك تفاديا للتعب والإرهاق الذي يناله العامل من جراء ذلك.
- الأخذ بعين الاعتبار للشكاوي التي تصدر من العامل داخل المؤسسة.
- منح فرص الترقية والتقدم الوظيفي.
- التأمين ضد العجز والشيخوخة والموت والإصابة.
- الخدمات الترويحية واستغلال أوقات الفراغ.
- العمل على رفع مستوى رفاهية أسرهم.

11-2- الروح المعنوية:

وتتوقف على مدى إرضاء العامل لحاجاته النفسية المختلفة فهي مرهونة بعوامل أهمها القيادة الديمقراطية السليمة في المؤسسات الصناعية، وبالتالي يعتبر التقدير المنصف للعامل وتشجيعه على ما يقوم به من أعمال وإحساسه بالنجاح واحترام الذات وإشعاره باهتمام المؤسسة له بتقديم الخدمات وإتاحة الفرصة له في الحصول على العلاوات التشجيعية والترقية أمر ضروري في تحقيق الروح المعنوية للأفراد العاملين.

11-3- القيادة الديمقراطية:

إن القيادة الديمقراطية تساعد على شعور العمال بالطمأنينة والأمن النفسي في العمل وتشجيع كل فرد عامل على الإدلاء برأيه مما يتيح تنمية روح الابتكار والولاء للعمل وخلق جو للعمل الجاد وبالتالي النهوض بالمؤسسة.

11-4- رضا العامل:

تتمثل العوامل التي تؤدي إلى الرضا فيما يلي:

- عوامل تتصل بعمله وخاصة إذا كان هناك تقدم تكنولوجي بإضافة آلات جديدة تحل محل العامل أو تقوم بعمله أو بآلات جديدة لا يستطيع العامل التكيف والتعامل معها.
- تقديم الأجر الكافي الذي يفي بمتطلبات الحياة وتعينه لتحقيق وإشباع حاجات الأسرة.

11-5- العوامل الأسرية:

يعتبر العمل دائما السبيل لحل مشكلات العامل الأسرية وما يعترضها من صعاب وإذا ما قامت المؤسسة بهذا الدور من خلال المهنيين المختصين النفسيين والاجتماعيين، فهذا ما يضمن سعادة العامل وعدم تعرضه للأخطار والحوادث وبالتالي يتفرغ للعمل المنتج.

ومن بين الخدمات النفسية التي يمكن أن تؤدى في المؤسسات الصناعية نجد:

- إزالة عوامل القلق والتوتر بين العمال.
- العمل على خلق علاقات إنسانية بين العمال والمسؤولين.
- المبادرة بحل وعلاج المشكلات الاجتماعية والاضطرابات النفسية للعمال فور ظهورها.
- خلق الوعي لدى المديرين في المصانع بأهمية تكوين علاقات طيبة وكذا الاهتمام بالإدارة الديمقراطية للمؤسسات الصناعية.
- تطبيق وسائل الاختيار والتوجيه المهني للعمال.
- تنظيم عمليات التوجيه الجماعي للعمال لمعالجة مشكلاتهم الجماعية.
- وضع سياسة لتدريب العمال وذلك لإكسابهم المهارات الفنية اللازمة لاستخدام الآلات وغير ذلك (أورد في: عويضة، 1996).

12- علاج الاكتئاب في العمل:

غالباً ما أشار الخبراء إلى التدخلات الدوائية والنفسية للتخفيف من أعراض الاكتئاب التي قد تشكل حاجزاً أمام العمل أما الآثار العديدة للاكتئاب في العمل فيلعب العلاج المهني دور جوهري في ذلك إذ لا يمكن فقط التركيز على العلاج لأن ذلك لن يعيد الناس إلى العمل إذا كانوا يعانون من الاكتئاب، لكن هناك التدخل الصيدلاني، على الرغم من أن معظم الخبراء ذكروا أن الأدوية من المحتمل أن يكون لها دور إيجابي من حيث نتائج التوظيف للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب، إلا أنها لم تناقش

بالتفصيل حيث أكد العديد من الخبراء على قيمة استخدام التدخلات النفسية كمساعد للعلاج الدوائي في التخفيف من أعراض الاكتئاب في العمل ووصف أحد الخبراء كيف يمكن للأدوية العمل على رفع الحالة المزاجية ، مع ملاحظة أنه من أجل تحقيق نتائج إيجابية، هناك أعراض الاكتئاب وتأثيراتها على العمال، يجب أن تكون مقاربة إيجابية للحياة ومما لا شك فيه أن الدواء مهم حقاً في كل هذا، ولكن الأمر يتعلق بمساعدة الأشخاص على الوصول إلى النقطة التي يبدأ فيها الدواء في العمل ثم التأكد من أنهم في إطار ذهني أكثر حتى لا يصبح العمل مدمر (أورد في: Karen et Taskila, 2015).

نستنتج مما سبق هنالك نوعان أساسيان من العلاج: العلاجات النفسية بالكلام مثل إيجاد حل للمشكلات، العلاجات المعرفية السلوكية، أو أشكال أخرى من العلاج النفسي وثانيا العلاج بأدوية مضادات الاكتئاب كلا النوعين يعطى لفترة شهور ويمكن استعمال كل منهما على حدا أو كليهما معا لكن العديد من الناس يخشون أن تكون مضادات الاكتئاب مسببة للإدمان على الرغم من عدم وجود دليل على ذلك كما هو الحال في معظم الأمراض الشائعة فإن غالبية الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب سوف يشفون بشكل كامل و يستطيعون العودة للعمل ثانية كالمعتاد.

13- استراتيجيات علاج الاكتئاب في العمل:

يتوجب على جميع الشركات أن تضع في سياساتها تطوير خطط للحفاظ على الصحة النفسية والتي يجب أن تهدف لمنع حدوث الاكتئاب في مكان العمل وتشجع على علاجه بسرعة اذا حدث، يجب أن تهدف أيضا لتحسين الأداء العام للمؤسسة و العاملين فيها وتقليل الإجازات المرضية لكلا الأمراض العضوية و الاكتئاب، ويمكن علاج الاكتئاب في العمل من خلال:

13-1- زيادة التوعية:

توعية جميع العاملين في الشركة بأهمية تمييز الاكتئاب و مساعدة زملائهم الذين يمكن أن يعانوا منه هذا يجب أن يكون على جميع المستويات في مكان العمل من العاملين العاديين إلى أعلى مستويات الإدارة، ومن الطرق الشائعة لفعل ذلك تتضمن المنشورات، الملصقات الإعلانية أو حتى إعطاء معلومات عن الاكتئاب خلال مقابلات تقييم العمال.

13-2- التثقيف الصحي للعاملين:

مساعدة الموظفين للاستفادة من المعرفة أكثر حول أهمية الصحة النفسية في العمل، وكيفية تقليل الشدة النفسية تقنية ترتيب الأولويات و الاستفادة من الوقت بشكل انسب والتدريب على العمل كفريق يمكن أن تحمي الموظفين من الإصابة بالاكتئاب أو الحالات الأخرى، وبالنسبة للقوى العاملة والإدارة يجب أن يكون لديها معلومات عن كيفية تمييز حالات الاكتئاب بشكل مبكر والظروف التي يكون فيها الأشخاص أكثر عرضة للإصابة به، إذ يجب أن تتضمن سياسة الصحة النفسية نقاشات حول التخطيط الأولي للتقاعد عن العمل وتهيئة الأفراد للعيش بعد أن يتركوا العمل نهائيا بالإضافة إلى تقديم كافة صور

المساعدة المادية والمعنوية والدعم النفسي للعامل الذي يعاني من مشكلة نفسية أو سلوكية معينة لمواجهة هذه المشكلة بأسلوب جيد وفعال (أورد في: المشعان، 1994).

من المهم التأكيد بشكل خاص على أن الاكتئاب لا يؤدي للتأثير بشكل دائم في قدرة الشخص على العمل، لكن على القوى العاملة داخل المؤسسة أن تكون لديها معلومات كافية فيما يخص تمييز حالات الاكتئاب وتشخيصها في وقت مبكر، والظروف التي يمكن أن يكون فيها الأشخاص أكثر عرضة للإصابة بحالات الاكتئاب (أورد في: عاشور، 2017).

13-3- تنظيم الأعمال:

إن كيفية وطريقة تجهيز وترتيب مكان العمل قد يؤثر على الصحة النفسية للعاملين ويشمل هذا بيئة العمل، المسؤوليات الوظيفية، نوعية الإشراف وكيفية انتقاء وتدريب العاملين على بعض التعديلات الملائمة قد تجعل الموظفين أكثر رضا في مكان عملهم وربما تحسن أداء العمل بشكل كلي.

4- خدمات الصحة المهنية:

تحتاج الصحة النفسية إلى خدمات بدعم من رؤساء العمل لتطوير برامج تثقيفية للمدراء والعاملين حول الاكتئاب، وهذا يوجب عليهم مسؤولية دعم الأشخاص المصابين بالاكتئاب ومساعدتهم على العودة للعمل، وذلك بمساعدة موظفي الصحة المهنية الذين يملكون الخبرة على التعامل مع المسائل الحساسة مثل سرية المعلومات في مكان العمل، وسائل السلامة في مكان العمل و توقيت العودة للعمل إما بشكل جزئي أو بشكل كامل، ويجب أن يكونوا على دراية ببعض الأمور المتعلقة ببيئة العمل التي قد تؤدي إلى الشدة و الإجهاد النفسي (أورد في: Timms, 2007).

ويمكن إجمال كل ما سبق من خلال الاستراتيجيات المتتبعة لعلاج الاكتئاب فيما يلي:

- النظر إلى طبيعة العلاقة بين أرباب العمل والعمال، وهذا ما يوفر إطارا حول كيفية التخلص من العبء الذي يسببه الاكتئاب في مكان العمل.
- تأثير الأفراد وسلوكهم من خلال عملية تقييم الأداء المعتاد حتى مع الشركات وذلك من خلال عملية مراجعة الأداء غير المتطورة نسبيا، ويتم جمع البيانات عن التغيب بسبب الاكتئاب بشكل روتيني.
- العمل على تحسين البيئة المهنية أو بيئة العمل وتوفير الظروف الملائمة للعمل وذلك من أجل شعور العامل بالراحة وبالتالي الأداء الجيد للعمل.
- إتباع طرق شاملة ترتكز على الوقاية والتدخل المبكر لعلاج حالات الاكتئاب في العمل.

وعليه وانطلاقا من الاستراتيجيات الموضحة أعلاه، وكانت النتائج من تنفيذ هذه الاستراتيجيات لخفض الاكتئاب في العمل، والوصول إلى تحقيق إستراتيجية الصحة النفسية في كندا ما يلي:

- انخفاض بنسبة (30%) في معدلات غياب المرض بسبب مشاكل الصحة النفسية.
- (68%) من العمال أصبحوا يعتنون بصحتهم العقلية.

- (56%) من العمال قاموا بتجريب البعض من هذه الاستراتيجيات وكانوا يتبعونها بالتفصيل من أجل الضفر بالصحة النفسية الجيدة في مجال العمل.

- (51%) من العمال لاحظوا تحسن في صحتهم العقلية (أورد في: Bridges et autres).

III- الضغط النفسي:

تعتبر الضغوط النفسية أحد المواضيع التي تناولها العديد من الباحثين خاصة في ميدان العمل، نظرا لأهميته وكونه عائق تعاني منه معظم الشرائح، وخاصة مع تزايد سرعة المواقف الحياتية وتلاحق أحداثها في ضوء التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتقدم التكنولوجي في شتى مجالات الحياة ونواحيها والنتيجة من ذلك تعقد أساليب الحياة، والدليل على ذلك أصبح عصرنا الحالي يلقب بعصر السرعة، وعصر القلق، وعصر الضغوط النفسية، وفي ضوء هذه التغيرات والخصائص التي طغت على طبيعة وأساليب حياة الفرد بات من الضروري الاهتمام بموضوع الضغط النفسي في كل المجالات التربوية، والصناعية، والتجارية، وحتى المهنية منها.

سوف نتناول في هذا القسم، تعريف الضغوط النفسية، النظريات المفسرة لها، أسبابها، مراحلها، وغيرها من العناصر التي سوف يحتويها هذا القسم.

1- تعريف الضغوط النفسية:

تعرف الضغوط (stresses) إجمالا بأنها العلاقة بين الفرد والبيئة التي يرى الفرد أنها تفوق أو تقل عن قدراته وإمكاناته وتهدد رفاهيته النفسية (أورد في: جعفر حسن، 2006).

وحسب بيك Beck (1986) الضغط النفسي هو استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تسبب له الإحباط وتعوق اتزانه أو موقف يثير أفكارا عن العجز واليأس والاكتئاب (أورد في: خليفة، 2008).

أما تيلور (Taylor, 1986) فيؤكد أن الضغوط النفسية هي عملية تقييم الأحداث المهددة والمثيرة للتحدي بهدف تحديد الاستجابات المعرفية والانفعالية الفيزيولوجية لتلك الأحداث (أورد في: منصوري، 2010).

يعرف سيلي (2000) selye الضغط على أنه استجابة الفرد غير محددة التي يقوم بها الجسم كرد فعل لمطلب يواجهه، بالتالي الضغط النفسي هو استجابة الجسم للعوامل الفسيولوجية والنفسية المتكونة من محيط العمل الذي ينشط فيه الفرد (أورد في: selye,2000).

أما كوكس ومكاي cox et Mackay فيعرفا الضغط النفسي بأنه ظاهرة تنشأ عن مقارنة الشخص للمتطلبات التي تطلب منه وقدرته على مواجهة هذه المتطلبات، وعندما يحدث اختلال أو عدم توازنه في الآليات الدفاعية المهمة لدى الفرد وعدم التحكم فيها أي الاستسلام للأمر الواقع يحدث ضغطا وتظهر

الاستجابات الخاصة به وتدل محاولات الفرد لمواجهة الضغط في كلتا الحالتين النفسية والفسيولوجية المتضمنة حيل سيكولوجية ووجدانية على حضور الضغط (أورد في: أبو دلو، 2009).

في تعريف أخر للضغط النفسي: هو إحساس الفرد بالقلق عند تعامله مع المنبهات الخارجية أو بتأثير عدد من المنبهات الداخلية في إطار البيئة الاجتماعية، بما فيها من تأثيرات تمييزية تحبط هذه القوى وتزيد من التوتر النفسي (أورد في: العاسمي، 2011).

يعرف شيفر shafer (2000) الضغوط النفسية بأنها إثارة العقل والجسد ردا على مطلب مفروض عليهما (أورد في: حسين، 2006)

فالضغوط النفسية هي مجموعة من التفاعلات بين الفرد وبيئته والتي تسببت في حالة عاطفية أو وجدانية غير سارة مثل التوتر وعدم الشعور بالأمان (أورد في: حسن، 2003).

الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي: الضغوط النفسية هي تلك الظروف المرتبطة بالضغط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوع من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج من ذلك من أثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداع، الإحباط، الحرمان والقلق (أورد في: السيد عثمان، 2001).

أما لازاروس (1976) Lazarus يرى أن الضغط يظهر عندما تكون حاجات الشخص تفوق وسائله التكيفية، ويميز العناصر المضغطة الطبيعية (ظروف المحيط مثل البرد أو الحرارة الشديدين) والعناصر الضاغطة النفس الاجتماعية.

وفي تعريف أخر لجرازياني بيرلويجي وآخرون (2001) Graziani Pierluigi et autres الضغط هو إجابة العضوية للاعتداءات الفيزيولوجية والنفسية وكذا الانفعالات التي تتطلب التكيف (أورد في: برزوان، 2016).

ويتفق كل من فلتشر وباين Fletcher et Payne على أن الضغط النفسي هو نتيجة لفقدان التوازن بين المطالب أو الحاجات والرغبات الشخصية للفرد وبين إمكانيات تلبيتها أو العقبات التي تعرقل الوصول إلى تحقيقها، وبالحديث عن هذا التوازن الذي يختل يشير كومنج وكوبر Coumminge et Cooper إلى أن الأفراد يميلون إلى الحفاظ على اتجاهاتهم وعواطفهم وعلاقاتهم مع العالم الخارجي في حالة استقرار وثبات ولكل فرد عتبة ثبات انفعالي أو جسدي تحاول عمليات التكيف مع البيئة المحافظة عليها.

أما من الجانب الفسيولوجي، جاء تعريف الضغط كالتالي: المواقف الضاغطة هي مدركة كخطر مسبب استثارة فسيولوجية التي تسمح بالتكيف، وكذلك بتعبئة الطاقة للمواجهة.

كما يؤكد شولر Schuller على أن الضغط النفسي حالة ديناميكية تنشأ نتيجة مواجهة الفرد لفرص وقيود أو متطلبات لها علاقة برغباته، ويقوم الفرد بإدراك أن نتائجها مهمة وغير مؤكدة.

أما ايفانسفيتش وماتيسون Evancevich et Matteson فيعرفانه بأنه استجابة متكيفة تنتج عن أي موقف أو حدث أو تصرف، وتؤدي لتحميل الفرد بمتطلبات خاصة وغير عادية فيزيولوجية وسيكولوجية وسلوكية (أورد في: عباس، 2017).

تظهر الضغوط عندما يكون الفرد في حالة توتر وقلق، وكذا لما يكون القلق الموضوعي مضطرب فيكون الفرد لا يستطيع التكيف مع الضغوط هنا تصبح صحته معرضة للخطر، وتختلف العوامل التي يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الشعور بالضغط فيمكن أن يكون الضغط فيزيقي، داخلي، انفعالي، وخارجي، إذ تلعب المشكلات المهنية التي يعاني منها الفرد في العمل دورا جوهريا في معاناة الفرد من الضغوط سواء كانت مهنية أو نفسية.

انطلاقا من التعريفات السابقة للضغط النفسي ما يمكن استنتاجه هو أن الباحثين اختلفوا في التعريفات المقدمة، فمنهم من يرى أن الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من المثيرات التي يتعرض لها الفرد في المواقف الضاغطة، ومنهم من يرى أن الضغط عبارة عن استجابات تنحصر في ردود الأفعال التي يبديها الفرد عند مواجهة الموقف الضاغط، ومنهم من يرى أن الضغط النفسي هو تفاعل بين المثير والاستجابة إلا أن هناك عاملا مشتركا في هذه التعريفات وهو التهديد الذي يقع على كاهل الكائن الحي عندما يقيم الموقف على أنه يفوق طاقته وقدراته وهذا ما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الاستجابات من أجل التكيف مع الموقف المهدد الذي تسبب في اختلال التوازن.

2- لمحة عن ظهور الضغوط النفسية:

الضغط كلمة مشتقة من الفعل اللاتيني Stringere الذي يعني ضيق، شد، أوثق ومن الفعل الفرنسي Etreindre بمعنى طوق بذراعيه وبجسمه مؤديا إلى الاختناق الذي يسبب القلق وبمعنى أصح أنه ذلك الاحتضان الشديد بالجسم والأطراف الذي يرافقه إحساس بالضيق والقلق وقد كان ظهور هذه الكلمة في اللغة الإنجليزية أسبق منه في اللغة الفرنسية، حيث دلت على العذاب والحرمان، الضجر، أي تعبير عن قسوة الحياة بكلمة واحدة، ثم تطور هذا المفهوم منذ القرن الثامن عشر وصار يحمل النتيجة الانفعالية للضغط أما في اللغة العربية فان لهذه الكلمة معاني كثيرة أهمها: الضغط، الكرب، الإرهاق، الإنهاك، والانعصاب وتجدر الإشارة إلى إن مصطلح الضغط Stress قد ظهر بادئ الأمر كمصطلح فيزيائي يقصد به الضغط المفرط الذي تتحمله مادة معينة نتيجة عوامل فيزيقية كالحرارة الشديدة، والبرودة القاسية، ثم ظهر فيما بعد في علم النفس (أورد في: بن زروال، 2008).

لكن بالنسبة للتأصيل لمصطلح الضغط النفسي، نجد أن لفظ (stress) قد أشتق من اللفظ الفرنسي القديم (destresse) والذي يعني الاختناق والضيق أو الشعور بالظلم.

وقد تحول اللفظ في الانجليزية إلى (stress) ليعني التناقض، أما لفظة (ditress) في الانجليزية فتعني الشيء الغير مرغوب فيه أو المحبب (أورد في الفرماوي، 2009).

تشير الضغوط إلى درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات المحيطة في حياته اليومية مؤلمة كانت أو سارة والتي تحدث بعض التغيرات الفسيولوجية في الوظيفة البنائية لجسمه، علما أن تأثيرات الضغوط هذه والاستجابة لها تختلف من شخص إلى أخر تبعا لخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين، وهي فروق فردية بين الأفراد.

والضغوط مفهوم شاع استعماله في مفردات علم النفس وبعض العلوم الأخرى تبعا للمناحي والاتجاهات الفكرية للعلماء والمختصين.

إن مصطلح الضغوط الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي تمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية حينما كان يشير إلى الإجهاد، والضغط، والعبء، وهذا المفهوم كغيره من المفاهيم التي استعارها علم النفس من العلوم الأخرى، ويعتبر سيلي Selye أول من وضع هذا المفهوم حيز التطبيق في العام (1956) من خلال دراساته في كندا، وأيضا جرى استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد سيلي وكان ذلك عندما درس أثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد.

وحسب أندلر (1988) Andler عندما يكون الضغط مستمرا يمكن أن تظهر عدة أمراض، خاصة عندما يمارس هذا الأخير نشاطا على النظام الفيزيولوجي، أو عندما يكون استعدادا وراثيا لضعف في النظام العضوي.

ويرى سيلي selye في هذا الصدد أن المريض يمر بثلاث مراحل لزملة أعراض التكيف العام وهي:

- **المرحلة الأولى:**

- **رد فعل للأخطار:** وفي هذه المرحلة يقوم الجهاز العصبي السمبتاوي والغدد الأدرينالية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، وبهذه الطريقة يزيد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط، وإذا استمر التوتر انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية.

- **المرحلة الثانية:**

- **المقاومة:** حين يقاوم الكائن الحي ضغوطا ما فإن جسمه يكون في حالة تيقظ تام، لهذا يقل أداء الأجهزة المسؤولة عن النمو وإصلاح الأنسجة والوقاية من العدوى تحت هذه الظروف وبالتالي فالجسم يكون في حالة إعياء وضعف معرضا لضغوط أخرى ومنها المرض، وإذا استمرت الضغوط الأولى أو أظهرت ضغوطا أخرى، انتقل الكائن الحي إلى مرحلة ثالثة.

- **المرحلة الثالثة:**

- **الإنهاك:** لا يستطيع الجسم الاستمرار في المقاومة إلى ما لا نهاية وتظهر عليه علامات الإعياء أو التعب تدريجيا، وبعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبتاوي يتولى الأمر الجهاز العصبي

البارا سمبتاوي فتبطئ أنشطة الجسم وربما تتوقف معا، وإذا استمرت الضغوط فسيصبح من الصعوبة على الفرد المنهك أن يتكيف مع الضغوط، وهنا يؤدي استمرار التوتر إلى مشاكل نفسية منها الاكتئاب والسلوك الذهاني و/أو المرض الجسمي وربما الموت (أورد في: أبو دلو، 2009).

ولقد أصبحت ظاهرتي الضغوط النفسية والقلق في بيئة العمل محل اهتمام كثير من المديرين والمنظمات بسبب الأمراض الناجمة عن الضغوط النفسية التي قد يتعرض لها العاملين إذ تشير الكثير من الدراسات المتعلقة بالضغوط النفسية في العمل إلى أن الضغوط المتكررة يمكن أن تؤدي إلى شعور العامل بعدم الرضا عن العمل والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية– الجسمية)، فصحة العامل الجسمية قد تعتل لعوامل كثيرة أهمها الضغوط النفسية المتكررة، إذ أن هناك الكثير من الدراسات التي تشير إلى وجود علاقة إرتباطية بين الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب (أورد في: خميس، 2013).

3 – النظريات التي فسرت الضغط النفسي في العمل:

تعددت الاتجاهات والمباحث النظرية التي تناولت الضغط النفسي، والتي حاولت معالجة هذه الظاهرة بصفة عامة، لكن في كل مرة تختلف وجهات النظر لدى الباحثين وذلك باختلاف المفاهيم التي يحاولون إزالة الغموض عنها، ومن بين النظريات التي تناولت الضغوط النفسية نجد:

3 – 1 – النظرية السلوكية:

توضح هذه النظرية أن أهم المحددات للخلل الوظيفي البيولوجي، هو الاستجابة الخاصة للعضو للمواقف الانفعالية السابقة، وتؤمن هذه النظرية أنه كنتيجة للارتباط بين الموقف الانفعالي واستجابة عضو خاص يشير أي موقف ضاغط جديد استجابة لدى نفس العضو، وعندما يتكرر هذا الموقف لدرجة كافية وشديدة يظهر الخلل الوظيفي في هذا العضو، وقد أخذ أصحاب النظرية السلوكية يستخدمون مبدأ التدعيم والتغذية الرجعية لشرح تأثير العوامل السيكولوجية على العلل والاضطرابات النفسية. ويعتبر ماك جراث Mac grath أول من صاغ نموذجا في هذا المجال وأسماه نموذج العمليات، حيث يهتم هذا النموذج بالعمليات التي تحدث أثناء مواجهته أو استجابة الفرد لمصدر ضغط، ويرى "جراث" أن الموقف الضاغط أو المشهد يمر بأربع حالات تشكل حلقة مغلقة وتتمثل في: المرحلة الأولى وتسمى بالتقويم المعرفي، أما المرحلة الثانية فتسمى بعملية اتخاذ القرارات، وتسمى المرحلة الثالثة بعملية الأداء، أما المرحلة الرابعة والأخيرة فتكون بين السلوك والموقف وتسمى بعملية الحصيلة أو النتائج (أورد في: لوكيا، 2003).

3 – 2 – نظرية تناذر التكيف:

أسس هذه النظرية الطبيب الكندي "هانز سيلي" Hans selye، والذي انطلق من مسلمة أن الضغط متغير غير مستقل، وهو استجابة للبيئة الضاغطة وأن هناك استجابة أو أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الفرد يقع تحت تأثير بيئي مزعج، ويعتبر سيلي أن أعراض الاستجابة الفيسيولوجية للضغط عالمية، وهدفها هو المحافظة على الكيان والحياة (أورد في: الرشيدي،

1999)، وفي هذا الصدد يتحدث سيلي عن جملة أعراض التكيف وهي مجموعة من الأعراض والتغيرات التي تحدث عندما يتعرض الكائن الحي لضغوط شديدة من أجل تحقيق نوع من التوافق بين الكائن والبيئة الضاغطة، وتتكون هذه الأعراض حسب سيلي من ثلاث مراحل تتمثل في:

أ- مرحلة الإنذار: تمثل هذه المرحلة استعداد الجسم لمقاومة مصدر توالد الضغط.

ب- مرحلة المقاومة: تتمثل في تطبيق آليات التعامل أو المجابهة المختلفة بهدف الوصول إلى مستوى التكيف المقبول.

ج- مرحلة الإنهاك أو الإعياء: وفيها يتم صرف واستنفاذ كل الوسائل الدفاعية والتكيفية والمدخرة وعليه فإنه ينهار ويظهر الضغط الشديد أو الفشل الفسيولوجي وبالتالي يصبح الجسم غير قادر على المقاومة كما يصبح سريع التأثر بالأمراض (أورد في: العيسوي).

وفيما يخص العوامل المسببة للضغط من منظور هذه النظرية فترجعها إلى ثلاث عوامل جوهرية وهي:

- عوامل الضغط الجسدي: مثل الأحداث المزعجة، الحوادث والآلام الجسدية...إلخ.
- عوامل الضغط النفسي: مثل القلق، الانفعال، المخاوف بأنواعها، الإرهاق الفكري.
- عوامل الضغط الاجتماعية: مثل الصراعات المهنية، والعلاقات الاجتماعية السيئة، والعزلة، إذ أن ما تحدثه الضغوط من تغييرات وحتى مختلف الاستجابات حيال المواقف تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط، ونتيجة هذه التغيرات نقل مقاومة الجسم، وعندما يكون الموقف الضاغط شديدا فإن مقاومة الجسم تنهار وبالتالي تحدث الوفاة (أورد في: Lazarus et Folkman, 1984).

3-3- نظرية هانري موراي:

يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني والفصل بينهما يعد تحريفا خطرا كما يلتقي كل من الضغط والحاجة في حوار دينامي متفاعل.

واستطاع موراي أن يميز بين نمطين من الضغوط وهما:

أ- ضغط بيتا: وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.

ب- ضغط ألفا: وهي خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع.

كما قدم موراي لأهم الضغوط على النحو التالي: ضغط نقص التأييد الأسري، ضغط النقص والضياع والتعرض للكوارث، ضغط العدوان، ضغط الانقياد، ضغط الانتماء والصداقة، ضغط النبذ وعدم الاهتمام، ضغط الجنس، ضغط طلب العاطفة من الآخرين، ضغط الدونية والاحتقار، ضغط العطف على الآخرين (التسامح)، ضغط الخداع والمراوغة، ضغط السيطرة والمنع (أورد في: الرشيدي، 1999).

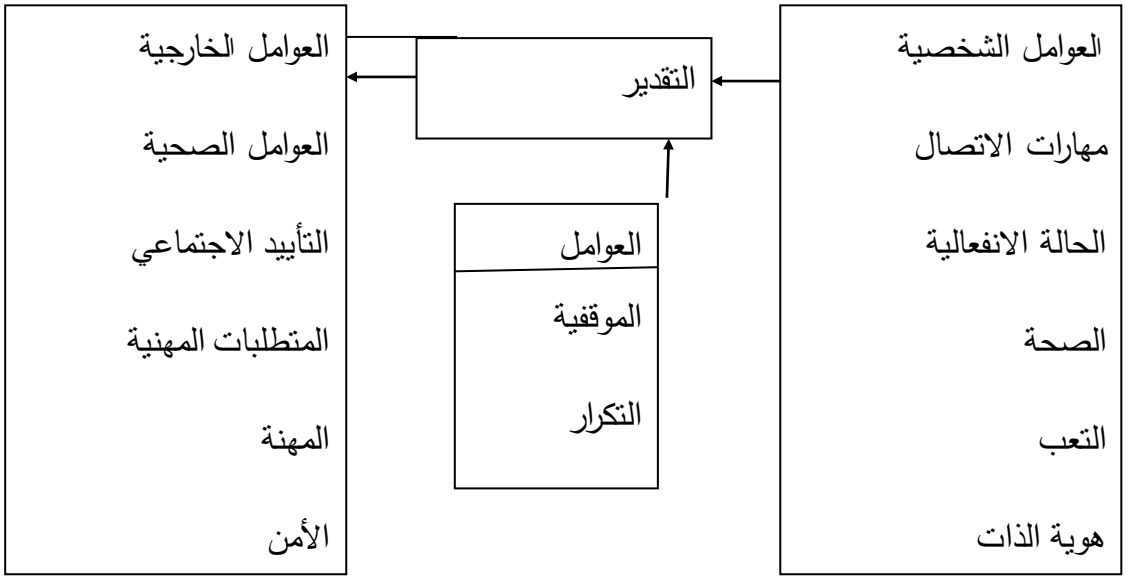
3-4- نظرية التقدير المعرفي:

قدم هذه النظرية " لازاروس" (1970) حيث ظهرت نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي والتقدير المعرفي يعتبر مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف الضاغط، ولكنه يربط بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تغيير الموقف، ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية، العوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه، وتعرف نظرية التقدير المعرفي الضغوط على أنها تنشأ عندما يوجد تناقص بين متطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين تتمثلان في:

المرحلة الأولى: الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث في حد ذاتها شيء سبب الضغوط.

المرحلة الثانية: وهي التي يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف، ويمكن رصد هذه النظرية في الشكل التالي:

الشكل رقم (04) حدوث الضغط النفسي حسب نظرية التقدير المعرفي



(أورد في: السيد عثمان، 2001).

يتضح من خلال الشكل أن ما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد أخر ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد، وخبراته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغوط وحالته الصحية كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه قبل نوع التهديد وكمه، والحاجة التي تهدد الفرد، وأخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالتغير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة.

3-5- نظرية سبيلبرجر:

تعتبر نظرية " سبيلبرجر" في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد بنى نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة والقلق كحالة، والقلق كحالة هو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة، وعلى هذا الأساس يربط " سبيلبرجر" بين الضغط والقلق حالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطا مسببا للقلق (أورد في: السيد عثمان، 2001)، ويهتم سبيلبرجر في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تجنب تلك النواحي الضاغطة، أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح له بالهروب من الموقف الضاغط (أورد في: الرشيدي، 1999).

3-6- النظرية الاجتماعية البيئية:

ظهرت هذه النظرية نتيجة لدراسات عديدة قام بها معهد البحوث الاجتماعية بجامعة ميتشغان الأمريكية، والهدف منه هو توفير إطار نظري للبحث في تأثير العمل على الصحة، ولقد استعمله العديد من الباحثين كأساس للاستعمال في دراسات متعلقة بالضغط والعمل، ولقد صيغت هذه النظرية من طرف " كان وفرانش"Kan et French، حيث يعتبرا من رواد هذه النظرية وفي سنة (1962) صاغا نموذجا سمي " النموذج الاجتماعي البيئي للضغط"

ويمثل الضغط علاقات شاملة لمجموعة من الظواهر والعمليات التي تحتوي على ستة أقسام مرتبطة بعوامل سببية، إذ أن فئات العلاقات والفرضيات موضحة بواسطة أسهم تدل على استجابات سببية، ففرضيات فئة (أ وب) لها دور في عملية تأثير البيئة الموضوعية الخارجية على البيئة النفسية، وفرضيات فئة (ب وج) تربط الحقائق في البيئة النفسية بالاستجابات المباشرة للفرد، وفرضيات (ج ود) تربط فيها تلك الاستجابة المتأثرة بالعمل بمعايير الصحة والمرض (أورد في: كشرود، 1995).

فالنموذج الاجتماعي البيئي في الضغوط يحاول أن يطور نظرية شاملة للصحة النفسية، لهذا استعمله البعض كأساس تتبع الدراسات والبحوث بداية من المجهودات التي تتعلق بفهم بيئة العمل الموضوعي، والانتهاء بدراسات الصحة والأمراض ذات العلاقة المباشرة أو غير المباشرة بالضغط. وترى المدرسة الظواهرية الأمريكية والتي تهتم بدراسة العوامل الاجتماعية والتي يعتبرونها الأصل في الإصابة بأي مرض لأنها تمثل ضغوطا كبيرة، وهذا ما يؤدي إلى الإصابة بالمرض العقلي (أورد في: لوكيا، 2002).

من خلال النظريات التي تناولت الضغط النفسي نستنتج أنه كل نظرية حاولت تفسير حدوث الضغط النفسي وذلك من خلال التركيز على الجوانب الأقرب إلى تحليلاتها مقارنة بالجوانب الأخرى، إذ أن الضغوط النفسية ظاهرة إنسانية وبيولوجية واجتماعية حيث تكشف أبعاد الضغوط المتعددة والمعقدة والتي تؤدي إلى التأثير في الصحة النفسية والفسيولوجية للفرد لأنه بطبيعة الحال جسم الفرد دائما لديه

استجابة للمثيرات الخارجية، وتتدخل كذلك في هذا المجال العوامل المعرفية التي تتمثل في إدراك الفرد للصعوبات والموقف الخطيرة التي تواجهه أو يتعرض لها، وبالتالي يسعى الفرد دائما إلى الوصول إلى تحقيق التكيف والتوازن مع البيئة التي يعيش فيها سواء كان هذا التكيف نفسيا أو بيئيا.

3-7- نموذج ليفي (Levy):

يفترض "ليفي" أن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب دورا وسيطا في العلاقة مع المرض العضوي حيث يرى أن أي تغيرات نفسية اجتماعية يمكن أن تعمل كمصدر للتوتر أو كمثيرات لاستجابات بيولوجية غير محددة، وتصطدم هذه المثيرات للفرد مع البرنامج النفسي الفسيولوجي (العوامل الوراثية، المؤثرات البيئية) وفقا لنمط معين، وتهيئ هذه الاستجابة الفرد لبعض أنماط النشاط الجسمي كالمواجهة أو الهروب في المواقف المختلفة ومن ثم تعتبر استجابة التوتر غير المحددة نذير للمرض الذي يعرف بأنه عجز في النظام النفسي الفسيولوجي على القيام بمهام ضرورية (أورد في: محمد عبد الرحمان، 1999).

3-8- نموذج ماتسون وايفانسفيك Mattson & Ivancevich:

يفترض هذا النموذج أن الضغط جزء من نظام معقد وديناميكي للتفاعل بين الفرد وبيئته المهنية وغير المهنية، وهذا النموذج دائري ترتبط فيه المواقف الضاغطة بالنتائج ويؤكد هذا النموذج على أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية، فالأفراد في المؤسسات لديهم مجموعة من المثيرات الحسية المعقدة والمتنوعة من بينها أوامر المشرف في العمل، تطبيق برامج أمنية أو صحية جديدة في المؤسسة، الضوضاء، لكن من المستحيل تجميع كل هذه المثيرات الحسية التي يتعرض لها العامل أثناء يوم العمل. وبطريقة ما يهتم العامل ببعض المثيرات دون أخرى ويضفي عليها معنى، وهذه العملية الفردية من التنظيم والتنسيق تسمى الإدراك إذ يلعب هذا الأخير دور رئيسي في الإطار النظري للضغط.

فالمواقف الضاغطة في هذا النموذج تتفاعل مع كل من الفروق الفردية البيولوجية الديموغرافية وخصائص الشخصية، وكذا ما يدور خارج المؤسسة من علاقات أسرية ومشكلات اقتصادية، وما يلي ذلك من استراتيجيات المواجهة التي إن لم تكن ناجحة في إحداث التوافق حدث الضغط لينتج عن ذلك أعراض فسيولوجية كزيادة ضربات القلب، وضعف الجهاز المناعي، وأعراض نفسية كعدم الرضا وانخفاض الروح المعنوية، وأعراض سلوكية كانخفاض النشاط ونقص الانتباه والتركيز والغضب.

وتعتبر هذه الأعراض بمثابة إنذار يعلم بحدوث نتائج سلبية وعلى وجه الخصوص المستوى الصحي والتنظيمي والأسري، ويؤكد أصحاب هذا النموذج أن كلا من المواقف الضاغطة والضغوط، والفروق الفردية، والنتائج ترتبط كل منها بالأخرى بواسطة ميكانيزمات التغذية الرجعية (أورد في: بومجان، 2016).

3-9- نموذج لازاروس:

يقوم هذا النموذج على عملية الوضعية، ويتم الاعتماد في ذلك على النشاطات المعرفية في حالة الحالات الضاغطة وبالتالي يدرك الفرد تقييم الوضعية وذلك بالاعتماد على كل السبل والموارد لمواجهة الحالة والموقف الضاغط والعناصر التي تحدد الضغوط النفسية تنتج عن التقسيم البيئي المحدد للفرد والذي يمكن أن يهدد رفاهيته، ويشمل هذا التهديد على العديد من الموضوعات وتستحوذ على طبيعة التعامل مع الضغوط والإجهاد والعمليات التي تعبر عن طبيعة ذلك التعامل بشكل أفضل وهذه العناصر السالفة الذكر (الإجهاد والضغوط) تعتبر نتاج المعاملة بين الفرد والبيئة، بالإضافة إلى عمليات التقييم التي تربط الشخص مع البيئة التي يعيش فيها ضف إلى ذلك الركائز المعرفية للفرد تلعب دورا جوهريا في تأقلم الفرد مع بيئته إذ تعتبر هذه الأخيرة المكان الذي يقيم فيه الفرد مدى توفر موارد التكيف.

4- أنواع الضغوط النفسية :

تعتبر كافة الضغوط النفسية من الظواهر الإنسانية المعقدة ،التي تتجلى في كافة المجالات البيولوجية والنفسية الاجتماعية والاقتصادية والمهنية حيث أنها تكون متجسدة في الوسط الذي يعش فيه وهي:

4-1- ضغوط البيئة الطبيعية: وما تحتويه من ضغوط الغلاف الجوي ودرجات الحرارة، الكوارث الطبيعية، ضيق السكن وضعف الإضاءة والتهوية.

4-2- ضغوط البيئة الاجتماعية: تتمثل في ضغوط المشكلات الأسرية، والتفاوت الحضاري، وكثرة الأبناء والإقران، وصراع الأجيال، واختلاف الاتجاهات والميول، وقلة نصيب الفرد من الرفاهية الاجتماعية.

4-3- الضغوط الاقتصادية: والمتمثلة في ضغوط البطالة وانخفاض الإنتاج، وعدم عدالة توزيع الناتج القومي، والتفاوت الطبقي، كذلك تأثير الحرمان والعوز المادي وقلة فرص العمل مما يزيد من حدة الضغوط.

4-4- الضغوط المهنية: وتشمل الشعور بالتوتر والإجهاد ويكون منشؤها مهنة الفرد، وما يقوم به من عمل مثل عدم التعامل مع الآخرين في البيئة المهنية، الشقاق مع الزملاء، وعدم الرضا عن المركز الوظيفي والأجر والتميز غير المبرر.

4-5- الضغوط النفسية:. ومنها ما يكون أسبابها إدمان الفرد على المخدرات أو إصابته بجروح، أو حادث، أو تعرض الفرد إلى بتر أحد الأطراف أو تشوه مظهر الفرد الخارجي، أو التعرض لبعض الأمراض والالتهابات، أو التعب الجسدي (أورد في: Phillip, 2012).

5- أثار الضغوط النفسية على الأفراد والمؤسسات:

لقد دلت دراسات عديدة على الدور الكبير الذي تلعبه ضغوط العمل في لجوء الأفراد إلى التقاعد المبكر وذلك بسبب كثرة مشاكل العمل مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية وسلوكية، يكون سببها إما طبيعة العمل أو العلاقة مع الزملاء في العمل، إذ أن الضغوط النفسية لدى الأفراد العاملين في المؤسسات يلحق ضررا بالعمل نفسه، فالتوقف عن العمل نتيجة المشكلات والضغوط يؤدي إلى تقليل حجم الإنتاج السنوي، وهذا يتطلب أن يضع أصحاب العمل برامج تساعد العمال على حل مشاكلهم المهنية والعائلية والشخصية، كما يتطلب عدم اتخاذ قرارات سريعة وعدم التفريق في المعاملة بين العمال كنصرة زملاء وإهمال آخرين بسبب العلاقات الشخصية والمصالح الذاتية، ويتطلب كذلك تعزيز ثقة العامل بنفسه وتحسين العلاقات بين الأفراد في المؤسسة الواحدة حتى يتم تحقيق هدف المؤسسة مع مراعاة البعد عن التوترات والانفعالات مما ينعكس إيجابا على الفرد والمؤسسة بحيث يكون الهدف موحد يسعى الجميع لتحقيقه، وبالتالي لا يصبح الضغط النفسي في العمل عامل قلق للأفراد والمؤسسات وإنما يتم تحويله إلى عامل إنجاز وتحفيز ونجاح للأفراد العاملين في المؤسسة (أورد في: النوايسة، 2013).

6- الضغط النفسي وآثاره الفيزيولوجية:

تعتبر المؤشرات الفيزيولوجية البدنية كضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، والتوتر العضلي من الأعراض المصاحبة للانفعالات وخاصة القلق والضغط النفسي، فقد أشار فيلفيرد (1984) Vilfred إلى أن للحالة الانفعالية أثر كبير على معدل ضربات القلب ،الصداع النصفي، الالتهابات الجلدية، قرحة المعدة، قرحة الكولون، الربو، وضغط الدم، إذ يزداد هذا المعدل بازدياد حدة الضغط النفسي وشدته ويرى ماك جويان (1979) Mac Jouyan أن أجهزة الجسم الداخلية التنفس، الدوري، العضلي تكون في حالة نشاط أثناء ممارسة أية فعالية نفسية أو حركية أو معرفية ويعني ذلك أن إدراك الفرد مثيرات العالم الخارجي وتمثلها بصورة محددة لابد من أن تظهر في مختلف المؤشرات الفيزيولوجية التي يمكن تسجيلها، ومن ثم فإن الضغط النفسي يمكن أن يؤدي إلى تقلص العضلات والأوعية الدموية وعلى هذا الأساس فإن التحكم في تحقيق الاسترخاء يؤدي إلى إزالة التوتر والشعور بالراحة.

قدم سيلي (1976) Selye أعمالاً لتوضيح مفهوم الضغط النفسي وآثاره الفيزيولوجية، إذ لاحظ أن تعرض العضوية للضغوط بشكل متكرر يظهر استجابات فيزيولوجية عليها، وهي استجابة غير محددة بمصدر مما قد يؤدي إلى الاحتراق النفسي ويؤكد سيلي أن الشخص القلق الذي يفقد احترامه لذاته أكثر عرضة للضغط النفسي، وفي هذا الصدد قد أكدت نتائج دراسة إيفازيان (1988) Aivazyan على وجود علاقة إرتباطية دالة بين ضغط الدم والاضطرابات الانفعالية وخاصة القلق والتوتر النفسي، ويفسر ارتفاع ضغط الدم وزيادة معدل ضربات القلب في الضغط النفسي بأن التحكم الزائد في الانفعالات، وكبت الغضب والعدوان، وعدم التعبير اللفظي والحركي عن الصراعات الداخلية، يؤدي إلى جهد على الجهاز

العصبي، مما يؤثر على إفراز بعض الهرمونات، مثل :الأدرينالين، والتي تؤدي بدورها إلى ازدياد في شدة المؤشرات الفيزيولوجية وهذا يؤكد على وحدة الجانب الانفعالي الفيزيولوجي في تشكل الضغط النفسي ويظهر تأثير الضغط النفسي على هذه الناحية من خلال مجموعة من الأعراض الجسمية أو النفسية منها: توتر عضلات الرقبة والظهر، ألام البطن والتي تؤدي بدورها إلى الإمساك أو الإسهال، الاضطرابات الجنسية، ضيق التنفس، اضطرابات النوم (الاستيقاظ المبكر، الكوابيس والأحلام المزعجة)، واضطرابات الهضم (أورد في: لعريط وهادف، 2016)، إذ يشير لويس Liwes إلى هذه الحقيقة بالقول فقد تكون النفس سبباً أساسياً لاضطراب وظيفة الجسم، أو يسبب هذا الاضطراب في الجسم اضطراباً آخر في النفس فليس هنا ما هو عقل وما هو جسد، فالاثنان في حالة ديناميكية (أورد في: العاسمي، 2011).

7- المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية المرتبطة بالضغوط النفسية:

ربما كانت البحوث التي وجهت في هذا الجانب أقل بكثير مما تم توجيهه إلى الأمراض الجسمية والآن يعتقد أن المشكلات النفسية التي تنتج عن الضغوط لها أهمية شديدة مثل المشكلات الجسمية إن لم تزد فالحالة النفسية للأفراد من أهم المؤشرات التي تدل على تحديد نتائج أو آثار الضغوط، لأن لكل فرد حدا معيًنا وقدرة معينة على تحمل الضغوط، إذا تجاوزها ظهرت عليه الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية والتي تتراوح بين سوء التوافق وحتى أشد الاضطرابات النفسية وطأة كالاكتئاب، وفيما يلي بعض المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية مثل الاكتئاب، القلق، القابلية للاستثارة والتعب، الغضب والعدوان، التوتر والملل، العصبية الزائدة، فقدان القدرة على التركيز، انخفاض تقدير الذات، نوبات الهلع، النسيان وضعف الذاكرة، المخاوف المرضية، عدم الصبر والتسرع، التردد المزمن، التعرض للحوادث، الإحساس بالإحباط والانزعاج، النشاط الزائد، العجز عن الاسترخاء، السلوك الاندفاعي، القرارات اللامنطقية، وزيادة الأنماط السلوكية الشاذة وغير الواقعية، نقص الدافعية في العمل وانخفاض الإنتاجية وانجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ، عدم الثقة غير المبررة في الآخرين الأرق الليلي أو زيادة معدلات النوم أو قلة النوم، الشره الزائد أو فقدان الشهية، اضطرابات الكلام، التدخين وتعاطي المخدرات.

كما قد تؤدي الضغوط النفسية إلى اضطراب النمو، وعدم الثقة في النفس وتزيد من تشتت الانتباه وترتبط بشكل أدق باضطرابات الأداء وضعفه، وكراهية موجهة نحو الذات وضعف الأنا وتصدع الهوية والميل للاغتراب وكذلك الشكوى من المرض ويترتب عن هذه التأثيرات المختلفة للضغوط على النواحي النفسية، سعي الفرد لإعادة التوازن أو التوافق النفسي والاجتماعي لديه وذلك باستخدامه لمجموعة من الآليات النفسية والسلوكية المباشرة، ويشير الباحثون إلى أن تأثير هذه الضغوط لا يكون واحدا لدى جميع الأفراد نظرا لاختلاف الخصائص والعوامل النفسية والأسرية والاجتماعية التي تميزهم، إذ تكون هذه الخصائص كمصدات أو مخففات لتأثير الضغوط على الفرد وهذا ما يؤدي إلى الحديث عن العوامل

الواقية وكيف تقي الفرد من التأثيرات السلبية للضغوط، والعوامل الواقية للضغوط هي تلك المتغيرات التي من شأنها التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الأفراد لأحداث الحياة الضاغطة، كما يطلق عليها العوامل المخففة يقترح جارميزي (1985) Garmezy تعريفا للعوامل الواقية بأنها " العوامل التي تستطيع مساعدة الفرد على مواجهة أو تحدي الآثار التي تسببها عوامل الخطر" وحسب وارنر (2005) werner، فإن مصطلح عوامل الوقاية يستعمل ليصف مخففات أو معدلات عوامل الخطر والمشقة النفسية والتي تساهم في تحسين عملية النمو، كما يرى بأنها تمثل خصائص الفرد أو البيئة والتي تساعده على المواجهة والحد من العوامل الخطرة، ويعرفها راتر Ratter بأنها " كل المتغيرات الشخصية أو الاجتماعية التي تخفف من تأثير أحداث الحياة على الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية للفرد".

ويتضح مما سبق اتفاق الباحثين على أن المتغيرات الواقية تتمثل في المتغيرات الشخصية والاجتماعية والبيئية، ووظيفتها التخفيف من تأثير الضغوط على الفرد ومساعدته على مجابهتها والتخلص من تأثير عوامل خطرة أو مهددة (أورد في: يوسفي، 2013)، وتظهر الضغوط عندما يكون الفرد في حالة توتر ولما يكون القلق الموضوعي للفرد مضطرب، وعندما لا يستطيع الفرد التكيف مع هذه الضغوط تصبح حالته معرضة للخطر وتختلف العوامل التي يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الشعور بالضغوط ويمكن أن يكون الضغط فيزيقي، داخلي، انفعالي وخارجي وتعتبر المشكلات المهنية كذلك التي يعاني منها الفرد في العمل عامل جوهري في معاناة الفرد من الضغوط.

8- الآثار الاجتماعية الناتجة عن الضغوط النفسية:

نظرا لأن كثيرا من الأفراد لا يستطيعون الفصل بين جوانب حياتهم فإن الضغوط في جانب تؤثر على الجوانب الأخرى، كالعلاقات في المنزل والعلاقات في المجتمع بشكل عام والعلاقات في العمل، فتحدث الإختلالات الزواجية، والطلاق والانفصال، والإساءة للأبناء أو الزوجة، وارتكاب المخالفات والجرائم، والشكوى من الزملاء والرؤساء،وينتج عن ذلك كثرة الصراعات التنظيمية ، وبالتالي إلى المحاكم لحل هذه الصراعات، والانسحاب والانعزال من الحياة الاجتماعية، وغير ذلك (أورد في: جمعة، 2008).

ضف إلى ذلك التأثيرات المعرفية، وهي عبارة عن نقص في مدى الانتباه والتركيز، حيث أن العقل يجد صعوبة في أن يظل في حالة تركيز، كما يزداد اضطراب القدرة والذي يفقد فيه الفرد نسبيا القدرة على التفكير، وتكمن التأثيرات المعرفية أيضا في تناقص مدى الذاكرة وبالتالي تزداد الأخطاء في المهام المعرفية والمعالجات، وتصبح القرارات المأخوذة مشكوكا فيها، وإذا أردنا التحدث عن التأثيرات الانفعالية للضغوط النفسية، فنجد أنها تتمثل في زيادة التوتر الفسيولوجي والنفسي، حيث تقل القدرة على انسجام واسترخاء العضلة حتى تعطي إحساسا بالتحسن، ويختزل القلق وعدم المبالاة مع زيادة معدل الوساوس، والتي تتضح في نزوع الفرد إلى الشكوى بجانب الاضطرابات الانفعالية ويختفي الإحساس بالصحة والسعادة، ويحدث بذلك تغيرات في سمات الشخصية لذا يتحول الأفراد الذين يتسمون بالدقة

والحرص إلى أفراد غير مبالين ومهملين، كما تظهر بعض المشكلات الشخصية مع زيادة معدل القلق والعدوانية، ويظهر الاكتئاب حيث تنخفض حيوية الفرد بشدة ويزداد الإحساس بالعجز اتجاه تأثيرات في الأحداث أو المشاعر المرتبطة بها.

وهناك بعض التأثيرات السلوكية الناتجة عن الضغوط النفسية، والتي تتمثل في نقص الحماس حيث يتخلى الفرد عن أهدافه الحياتية، وانخفاض مستوى الطاقة واضطراب عادات النوم (أورد في: باهي وآخرون، 2002).

ويمكن تلخيص أثار وأعراض الضغوط النفسية في الجدول التالي :

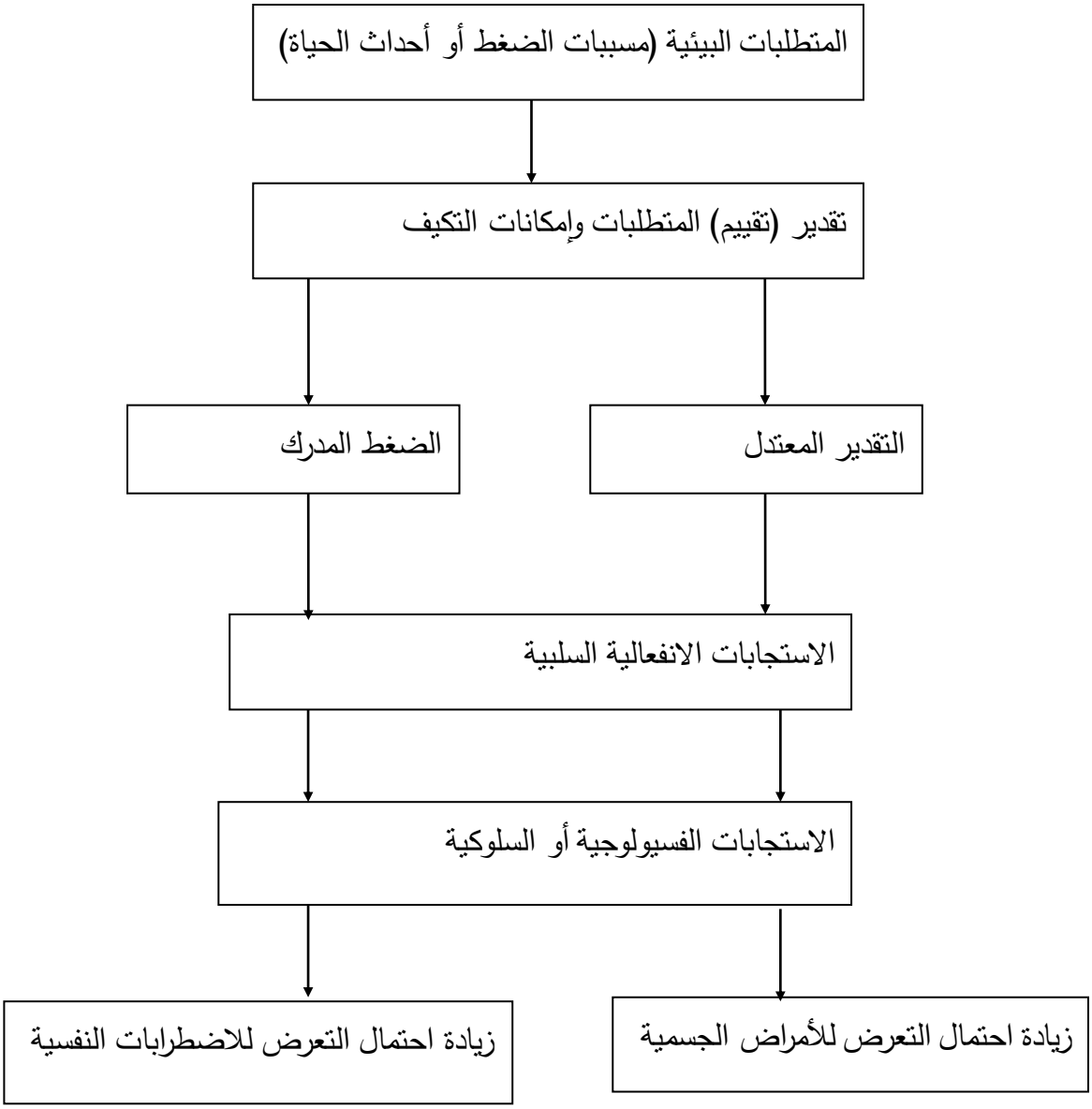
جدول رقم (4) أثار وأعراض الضغوط النفسية

الأعراض الجسدية	الأعراض الانفعالية
– العرق الزائد – التوتر العضلي – الصداع بأنواعه – ألم في العضلات – اضطرابات النوم – الاضطرابات الهضمية (إمساك/ إسهال – ألام الظهر اضطرابات جلدية – التعب وفقدان الطاقة – عدم انتظام ضربات القلب – زيادة التعرض للحوادث	استجابات الذعر – سرعة الانفعال – سرعة الغضب والعصبية – العدوانية – الشعور بالاحتراق النفسي – الشعور باليأس والقهر – الاكتئاب – زيادة التوترات – فشل في تقدير الذات
أعراض معرفية (فكرية)	أعراض خاصة بالعلاقات الشخصية
– صعوبة في التذكر – ضعف في التركيز – اضطرابات التفكير المنطقي – انخفاض في الإنتاجية – الصعوبة في اتخاذ القرار – تزايد عدد الأخطاء – فرط الانتباه واليقظة	– عدم الثقة الغير مبررة بالآخرين – تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات – تجاهل الآخرين – التفاعل مع الآخرين بشكل ألي
	أعراض سلوكية
	– فرط في التدخين – زيادة في استهلاك الخمر والمهدئات – ثورات غضب شديدة

أورد في: عسكر، 2000).

ويوضح الشكل الموالي العلاقة بين الضغوط النفسية وكل الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية:

الشكل رقم (05) العلاقة بين الضغوط النفسية والأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية



المصدر: (أورد في: بومجان، 2016).

9- مصادر الضغوط النفسية المهنية في مهنة التمريض:

تكشف المحاولات المبذولة لتحديد مصادر الضغط النفسي المهني لدى العاملين في مهنة التمريض عن مجموعة من المظاهر والأسباب التي يمكن أن تسهم في حدوث الضغط النفسي لديهم والتي تصنف على النحو التالي:

9-1- مصادر متعلقة بطبيعة العمل: وتتضمن:

– مصادر متعلقة بظروف العمل:

ويقصد بها الطبيعة المادية التي تحيط بالفرد في منصب عمله كالإضاءة والتهوية، والحرارة، والرطوبة، والضوضاء، ومكان العمل غير المريح بالنسبة للفرد العامل وهذه من شأنها أن تسبب إنهاكا جسديا وضعفا نفسيا، إذ تعتبر بيئة العمل المعقدة هي المنطلق الذي كرست الجهود البحثية حوله ذلك لأنه يمثل مصدرا من مصادر التكلفة والخسارة للكثير من المنظمات وتعتبر العلاقة بين بيئة العمل والضغط النفسي علاقة معقدة ذلك أن الكثير من المتغيرات داخلة في هذه العلاقة، وبالتالي تشترك العديد من العناصر والمتغيرات التي تسبب الضغوط النفسية في العمل ونجد من بينها: الإدارة والإشراف السيئ، الضوضاء وسوء التهوية في بيئة العمل، كثافة العمل وصعوبة تأدية المهام من طرف العامل، نمطية العمل وعدم التجديد فيه مما يجعل العمل روتينيا، عدم المشاركة في اتخاذ القرار وتحديد أهداف العمل وحل المشكلات التي يعاني منها العمال في بيئتهم المهنية (أورد في: الطريري).

تشكل بيئة العمل الصعبة أهم مصادر الضغوط النفسية والمهنية في العمل، إلى جانب الصحة والسلامة المهنية إذ تبين أنها لا تتعلق فقط بفقدان الإنتاجية وفقدان ساعات العمل ولكن أيضا ظهور الأمراض المهنية وكثرة حوادث العمل، حيث أن ظروف العمل مثل التهوية الخاطئة، والإضاءة ومستويات درجات الحرارة الغير كافية أو المرتفعة من بين عوامل الضغوط المحتملة المرتبطة بالعمل، وعليه يؤيد كوبر Cooper أن الصعوبات في التعامل مع القلق وعدم الاستقرار النفسي يمكن أن يؤدي إلى العنف، إذ أن هناك العديد من الدراسات التي تدعم أن العاملين في مجال الرعاية الصحية وخاصة العاملين في التمريض، يتأثرون بشكل خاص بخطر العنف الجسدي لا سيما في غرف الطوارئ وهو مصدر للتوتر والقلق حيث تمثل مهنة التمريض نفسها عاملا في ظهور الضغوط النفسية، بالإضافة إلى الخصائص التنظيمية والإدارية والتي تلعب دورا في التأثير على صحة الممرضات، وبالرجوع إلى الأبحاث السابقة يتضح أن من أهم مصادر ظهور الضغوط النفسية في التمريض هي طبيعة الخصائص التنظيمية بما في ذلك ظروف العمل هي التي تولد تلك الضغوط والتي يمكن أن تكون ذات طبيعة جسدية أو نفسية أو اجتماعية، إلى جانب الاستجابة للحالة الجسدية والنفسية للمرضى بالإضافة إلى زيادة الطلب على الوظائف بسبب استخدام التقنيات المتطورة، والتنافس بين المستشفيات ونقص خدمات التمريض والعبء الزائد وعدم استقلالية المهام فضلا عن انخفاض فرص التقدم المهني والترقية، إذ يرتبط الضغط النفسي لدى الممرضات بمجموعة من العوامل الشخصية والمؤسسية، ووفقا لدراسة أجراها كان وأخرون Kahn et autres أن (30%) تقريبا من الممرضات صرحن أنهن لا يمكنهن على الإطلاق ممارسة الدور المهني للتمريض وهو ما قد يشير إلى أن الممرضات يجربن الصراع بين توقعاتهم من دورهن المهني وواقع عملهن، وبالتالي تشير الحاجة الملحة إلى ضرورة إعادة تنظيم محتوى عمل الممرضات وإعطاء أولوية أعلى للدور المهني للممرضة، وعليه فإنه ليس فقط العوامل التنظيمية والمهام هي التي تسبب الضغوط

النفسية والإجهاد المهني، إذ يلعب التفاعل بين العوامل التنظيمية وخصائص العمال دورا مهما أيضا بسبب ظروف العمل المختلفة والمتغيرة (أورد في: Moustaka et Constantinidis, 2010).

- مصادر متعلقة بعبء العمل:

ويعني العبء الكمي كثرة أعمال الفرد التي عليه إنجازها في وقت غير كاف، والعبء الكيفي الذي يحدث عندما يشعر الفرد أن المهارات المطلوبة لإنجاز مستوى معين من الأداء أكبر أو يفوق قدراته، إذ أن الممرضين يقعون تحت مستويات عالية من ضغط العمل بسبب عبء العمل بنوعيه، حيث كشفت العديد من الدراسات الحديثة هذه النتيجة حيث أن العبء الزائد من أكثر أسباب الضغوط تكرارا لدى الممرضات بسبب زيادة حجم العمل لديهن وكثرة المسؤوليات التي يكلفن القيام بها، وتعد الزيادة في أعباء العمل كذلك عاملا جوهريا حتى في حدوث الضغط المهني، فالعاملون الذين يشعرون بأنهم مطالبون بالعمل لساعات طويلة وللقيام بأعمال صعبة للغاية في مهام عديدة ومتنوعة، يكونون أكثر عرضة للشعور بالضغط، ولممارسة عادات ضارة بالصحة، والأخطار الصحية أكثر من أولئك الذين لا يعانون من زيادة الأعباء. كما أن العلاقة بين عبء العمل الزائد وسوء الأوضاع الصحية أصبحت مؤكدة تماما، ففي اليابان وهي الدولة المعروفة بزيادة عدد ساعات العمل التي يكلف بها العمال، وبأسابيع العمل الطويلة، وندرة الإجازات يوجد مصطلح كاروشي (karoshi) الذي يعني الموت بسبب كثرة العمل أو العمل الزائد، فمقدار العمل الكلي الذي يؤديه الفرد أي عدد ساعات العمل التي يؤديها كل أسبوع، لا ترتبط بالضرورة بالصحة السيئة أو بالمخاطر في الصحة النفسية، ولكن إدراك الفرد لوجود العبء الزائد في العمل أكثر ارتباطا بحدوث الأمراض الجسمية والمعاناة السيكولوجية (أورد في: تايلور، 2008).

ومن المعروف أنه من الأخطار المرتبطة بالضغوط النفسية في مجال العمل، نجد محتوى العمل وصعوبة تنفيذ المهام إذ يلعب عبء ورتم العمل دورا جوهريا في ظهور الضغوط النفسية في المجال المهني.

وتدخل في هذا الصدد عوامل عديدة نجد على سبيل المثال ثقافة المؤسسة أين تلعب هذه الأخيرة دور في ظهور الضغوط في العمل فتدخل ضمن هذا الإطار ضعف الاتصالات، ضعف التسيير، نقصد وضوح أهداف المنظمة وسيرورة التنظيم بالإضافة إلى الارتباط الوثيق الذي يربط بين الحياة المهنية والحياة الاجتماعية (الخاصة) للعامل (وكل ما يتعلق بالصراع بين متطلبات العمل والحياة الاجتماعية).

وعليه تلعب الضغوط النفسية دور مهم في التأثير على صحة العامل النفسية مثل الاكتئاب، فقدان التركيز، والصعوبات في اتخاذ القرار، التعب، القلق، اضطرابات النوم، أما فيما يخص المشكلات الجسدية فتنحصر في الاضطرابات القلبية والهضمية، ارتفاع الضغط الدموي، الصداع النصفي، أما على الجانب المهني نجد زيادة معدلات الغياب، انخفاض الدافعية للعمل، انخفاض في الأداء والإنتاجية، زيادة

حوادث العمل وغيرها من المشكلات التي تعترض العامل في ميدان العمل (أورد في: organisation du travail).

9 – 2 – مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل: وتشمل ما يلي:

– غموض الدور:

وينشأ غموض الدور عندما يصبح الفرد غير متأكد من أمور كثيرة لها علاقة بوظيفته ومدى مسؤولياته، وحدود سلطته، أو عندما تتباين توقعات الآخرين بشأن دور معين والمسؤوليات المرتبطة به.

– صراع الدور:

ويظهر بسبب متطلبات العمل المتناقضة، وقد أثبتت بحوث عديدة وجود علاقة جوهرية بين صراع الدور وغموض الدور ومكونا الإعياء المهني لدى هيئة التمريض.

– المناوبة الليلية:

إن العمل الليلي يسبب ضغطا نفسيا وجسديا للعامل، وذلك بسبب عدم التناغم بين الحياة العملية المهنية والحياة الاجتماعية، إذ أن أوقات العمل الليلي من أهم الأوقات المثيرة للضغط النفسي في العمل لدى العاملين في مهنة التمريض.

ولقد بينت الدراسات أن عددا كبيرا من الأزواج الذين يعملون وفق نظام العمل بالمناوبة أنهم نادرا ما يلتقون بزوجاتهم وأولادهم لفترات طويلة بسبب خصوصية وانعكاسات طبيعة العمل الذي يقومون به وبالموازاة مع ذلك فإن نظام العمل بالمناوبة له تأثير سلبي على النوم، حيث ترتبط بحالات الشعور بالتعب، اضطرابات الشهية، ضعف القدرة الجنسية وكل ذلك يشكل في مجمله عاملا ضاغطا، إذ تصاب العضوية انطلاقا من ذلك بخلل على مستوى ساعتها البيولوجية بحيث تضطرب المسؤولية التي تحمل في سياقها درجة من الضغط النفسي وخاصة في البيئات التي تعطي وزنا وأهمية للعوامل الثقافية، فيزداد بذلك العبء إذا كانت تلك المسؤولية عن العمل وعن أفراد العائلة في أن واحد هذا التزامن يتأثر بالخبرات والممارسات المختلفة في بيئة العمل والتي تؤثر بدورها في إدراك الفرد العامل لهذه العلاقة يتحول إلى مصدر للقلق والإحباط، ويزداد هذا القلق إذ تضمن إدراكه جوانب أخرى مثل غياب الأمن الوظيفي والاجتماعي فالتوقعات الشخصية الناتجة عن نظام العمل بالمناوبة إذا استمر إدراكها بصورة سلبية كاللجوء إلى العزلة، استهلاك المنبهات والمنشطات حسب ما تقتضيه نوبات العمل المختلفة من وجهة نظر العامل (أورد في: رجاء، 2008).

– زيادة المسؤولية:

تشكل المسؤولية مصدرا أخرا لتوتر الفرد في العمل أثناء ممارسة دوره في المنظمة، وبالإمكان التفرقة هنا بين نوعين من المسؤولية، فهناك مسؤولية نحو الأفراد، ومسؤولية نحو الأشياء، وإن تعرض

الممرضات لمواقف فعلية تثير لديهن الشعور بالقلق والانعصاب بسبب تعرضهن لمواقف حياة وموت المرضى وشعورهن بالمسؤولية نحو المرضى، فضلا عن الارتباط النفسي والعاطفي بهم.

- النمو الوظيفي:

يعتبر تأخر النمو الوظيفي، وعدم القدرة على التطور المهني، والافتقار إلى فرص الترقية من أهم مسببات الضغط النفسي المهني بسبب الشعور بعدم الأمن النفسي أو الوظيفي، أو الخوف من الفصل أو التقاعد المبكر(أورد في: العزيز وأبو أسعد، 2009).

9-3- مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل: وتشمل:

- العلاقة مع الزملاء:

يمكن أن يحدث الضغط في بيئة العمل نتيجة لفقدان الفرد الدعم الاجتماعي من قبل زملائه، كما أن طبيعة العلاقة التي تربط الأفراد بعضهم ببعض تحدد درجة الضغط لديهم، فعندما تكون هذه العلاقة ذات طبيعة تنافسية وغير متوازنة الأمر الذي يزيد من حدة الضغط النفسي، إذ أن التنافس وسوء العلاقة أو التواصل مع زملاء العمل يؤدي إلى زيادة الضغط النفسي في العمل.

- العلاقة مع المرضى:

إن تقديم الخدمة التمريضية لمرضى يعانون أمراضا مختلفة وفي أوضاع نفسية سيئة هو بحد ذاته مصدر ضغط لعمل الممرض أو الممرضة، إذ أن الضغوط والإجهاد في العمل مرتفع جدا بالنسبة للعمال وعائلاتهم، حيث أثبتت بعض الدراسات أن (43%) من حوادث العمل كانت بسبب الأخطاء الناتجة عن عوامل أربعة وهي: جو العمل، كثافة العمل، المشاكل العائلية.

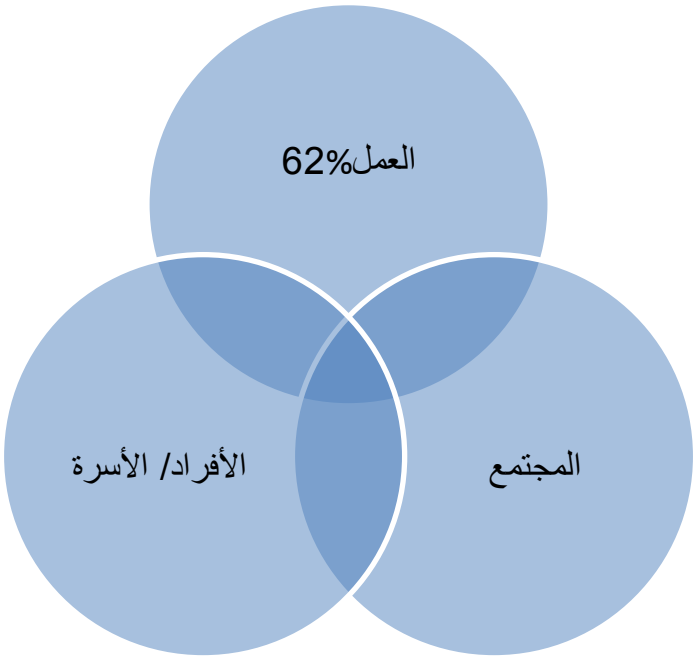
والضغوط التي تتعرض لها الممرضات في مهنتهن كثيرة ومنهكة، حيث تعد هذه المهنة من المهن الشاقة وخاصة في أقسام الطوارئ فضلا عن عملهن في أوقات مختلفة وساعات طويلة، وتلك الساعات تعزلهن عن وتيرة الحياة الاجتماعية، لهذا تعد مهنة التمريض من المهن الصعبة والشاقة في ساعات العمل الطويلة ونوعيته وكثافته، والتعامل مع المرضى في نطاق واسع وهكذا تشكل الضغوط بأنواعها إجهادا على الفرد في عمله، وتتمثل الضغوط الناتجة عن العمل بالدرجة الأولى في الإرهاق بفعل ساعات العمل الطويلة ونوعيته وأوقاته المختلفة، وفي هذه الحالة يؤدي الضغط إلى ارتفاع مستوى الهرمونات المرتبطة بالتوتر فتكون هناك شكوى من حالات مرضية كثيرة (أورد في: العزيز وأبو أسعد، 2009).

انطلاقا مما سبق، وحسب جمعية الصحة والسلامة في العمل APSSAP يمكن تلخيص مشكلات الصحة النفسية في العمل في اضطرابات أو تقلبات المزاج نجد على سبيل المثال الاكتئاب بالإضافة إلى القلق، واضطرابات في التكيف والتي تؤدي بدورها بالفرد إلى المعاناة من الاحتراق النفسي في العمل، وإذا تعرضنا إلى الأسباب أو الظروف المؤدية بالفرد إلى المعاناة من الضغوط النفسية في العمل نجد عبئ

العمل هذا ما يؤدي بالعامل إلى ضغوط كبيرة، بالإضافة إلى نقص الاعتراف، سوء العلاقات الاجتماعية سواء العلاقة مع الزملاء في العمل أو حتى مع المسؤولين، نقص الاتصال، القيادة التنظيمية والتغيير أما من الناحية الفسيولوجية فنجد أن الضغوط النفسية في العمل تمارس أثارا سلبية في صحة العامل تتمثل في الصداع النصفي، اضطرابات النوم، الاضطرابات العضلية الهيكلية، ارتفاع الضغط الدموي، ومن الجانب النفسي نجد المزاج المكتئب، اليأس، عدم الرضا، التهيج. أما من الناحية السلوكية نجد انخفاض الإنتاجية، الغياب، الإدمان، التشاؤم، نقص الدافعية للعمل، مشاعر الإحباط، الاضطرابات الجنسية والهضمية، الانعزال.

ويوضح الشكل الموالي نسبة تعرض الأفراد العاملين للضغوط النفسية في العمل.

الشكل رقم (06) نسبة تعرض الأفراد العاملين للضغوط النفسية في العمل



(أورد في: APSSAP, 2016).

انطلاقا من الشكل السابق، إن أغلبية الأفراد العاملين وهم يمثلون نسبة (62%) صرحوا أن العامل الأساسي الذي يعرضهم للضغوط النفسية هو العمل، لأن كثرة الضغوط في بيئة العمل الصعبة تدفع بالعامل إلى قتل إرادته اتجاه العمل ونقص الأداء، وعدم الرضا عن العمل وبالتالي انخفاض الإنتاجية.

10- مصادر الضغط النفسي في ظل نظام العمل بالمناوبة:

بالنظر إلى خصائص نظام العمل بالمناوبة والمتمثلة خاصة في التغير المستمر لفترات العمل، العمل في الدورية الليلية وتعارض فيزيونومية العامل مع نظام العمل التناوبي، الظروف الفيزيقية الخاصة والقاسية فإنها تشكل في مجملها عاملا ضاغطا، ذلك أن التفاعل فيما بينها يؤدي إلى إفرازات نفسية سلوكية وجسدية سلبية أهمها التعرض المستمر لكل من القلق والإحباط مما يؤدي إلى التعرض للضغط

النفسي الذي يؤثر على الأداء، الرضا الوظيفي، أمراض القلب، ارتفاع الضغط الدموي ومشكلات أخرى على العموم يمكن وضع إطار لتحليل ضغط العمل التناوبي والذي يشتمل على ثلاثة عناصر من أهمها العناصر البيئية، العناصر التنظيمية، والعناصر الفردية، وينبغي الإشارة هنا إلى أن تلك العناصر التي تؤثر وتتأثر فيما بينها.

أ- **المصادر البيئية:** يمكن أن يكون للبيئة الخارجية تأثيرات متنوعة فيما إذا كان العمال المناوبون يمرون بمرحلة ضاغطة، على سبيل المثال في حالة مرض الزوجة أو الأولاد أو أحد أفراد العائلة فإن وقع ذلك سيكون قويا على نفسية وسلوك العامل مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الضغط هذا من جهة ومن جهة أخرى فالحالة الاقتصادية إذا كانت سيئة فإنها تشكل عاملا ضاغطا يؤدي إلى القلق مما يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية غير منتظمة، أما عن البيئة الداخلية فهي تشتمل على العناصر المادية التالية:

الحرارة: تشكل الحرارة مصدرا للضغط في حالة تطرفها من حيث الزيادة أو الانخفاض والمراكز العليا للدماغ تتحكم في عملية تنظيم درجة حرارة الجسم حيث تضبطها عند درجة حرارة (37) تقريبا، فإذا ما شعر الفرد العامل عن طريق حاسته الجلدية أنه يتواجد في وسط تقل درجة حرارته عن هذا المستوى فإنه يشعر بالبرد والعكس صحيح وبالتالي يجب أن تكون درجة الحرارة في محيط العمل تتلاءم مع المعايير الإرغنومية المعمول بها (أورد في: لعريط، 2007).

الضوضاء: تعتبر الضوضاء خاصية أو هي صورة من صور التلوث الهوائي في محيط العمل، فالصوت شكل من أشكال الطاقة يتحرك في الفضاء الفيزيائي على شكل موجات ومن المهم الإشارة هنا إلى أننا لا نطلق لفظ الضوضاء على كل صوت يتحرك عبر الهواء وإنما على الصوت الغير مرغوب فيه والذي يسبب إزعاجا بسبب شدته أو بسبب وقوعه بشكل مفاجئ أو بسبب استمرار يته والتي قد تعيق العامل من استخدام قدراته العقلية في انجاز مهامه.

الإضاءة: يحدث الأثر السلبي في حالة الإضاءة المتطرفة، فالإضاءة المناسبة تساعد على سهولة الإدراك ومقابل ذلك تؤدي الإضاءة الغير مناسبة إلى مشكلة الصداع الناتج عن فقدان الطاقة بسبب التكيف للعضلات حتى تتمكن من رؤية واضحة وهذا يبدو جليا أثناء العمل في النوبة الليلية أين تكون الإضاءة اصطناعية وفترة العمل تمتد إلى ثمان ساعات متتالية.

ب- **المصادر الفردية للضغط:** انطلاقا من الفروق الفردية فإن الأفراد قد يستجيبون للضغط بطرق مختلفة فبعضهم يتكيف مع الضغط فيما يتجنبه آخرون، ويرجع ذلك إلى وجود عوامل وسيطة أو ناقلة للضغط وهي العوامل التي تقوم بإضعاف أو تأكيد العلاقة بين مصادر الضغط وتشمل هذه العوامل السن، الجنس، السمات الشخصية وتتميز أغلب الأعمال في هذا المجال بدراستها ما يسمى بنمط السلوك للشخصية (أ) ونمط السلوك للشخصية (ب).

ومن أهم النتائج المتوصل إليها على نمط السلوك للشخصيتين (أ) و(ب) ما يلي:

بالنسبة لنمط الشخصية (أ) فإنه يتميز بوجه عام بكل من الإقدام والطموح والتنافس والجرأة، يكافح الانجاز أكبر عدد من المهام في أقل وقت ممكن، منشغل دائما بالمواعيد المقررة للانجاز ولديه توجه عملي، غير صبور ويكره الانتظار، وهو في صراع مستمر مع الأفراد والأحداث والأشياء

أما فيما يخص نمط الشخصية (ب) فليس لديه أي من تلك الأنماط السلوكية، لكن بالرغم من ذلك هذا لا يعني أنهم لا يتصفون بالتنافس والدافعية في الأداء بل من الممكن أن يكونوا كذلك، لأن الاختلاف الأساسي بين النمطين يكمن في كون الشخصية (أ) يسابق الزمن بالاندفاع، بينما يعمد الشخص من النمط (ب) إلى رتم منتظم (أورد في: لعريط، 2007).

11- العوامل المهنية المسببة للضغوط النفسية:

تستخدم كلمة الضغوط عند تناول الموضوع من الناحية المهنية للدلالة على حالتين مختلفتين هما:

1- ظروف العمل المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد في مكان عمله وتسبب له نوع من الضيق والتوتر، ومن ثم فهي ترتبط بالعوامل الخارجية وتلعب بيئة العمل كذلك دور رئيسي في ظهور الضغوط النفسية حيث درس أطباء العمل المختصون بتقويم العلاقة بين العامل والآلة ومصادر الضغط المرتبطة ببيئة العمل، وأشارت دراسات المراكز النووية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن تنظيم قاعات المراقبة هو من أهم عوامل الضغط، ويتدخل في ذلك العوامل الطبيعية كالضوضاء، والحرارة، والرطوبة، مع العوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالعزلة التي تنشأ عن وضع الأجهزة الواقية للأذن، ومن الضروري الوقوف في هذا المطاف عن الآثار النفسية التي تسببها الضغوط النفسية.

2- الشعور غير السار الذي ينتاب الفرد بسبب هذه العوامل وترجع أهمية تناول العلاقة بين الضغوط والعمل إلى أهمية العمل في حياة الفرد فهو يقضي حوالي ثلث حياته في مزاولة عمله كوسيلة لإشباع حاجاته، ويؤدي عمله ضمن شبكة من العلاقات ومحيط بشري تتباين دوافعهم وتوقعاتهم، ومن الطبيعي أن يواجه الفرد مواقف واستجابات سلوكية لا تلقى القبول عنده والتي قد تتحول إلى مصادر للضغوط بالنسبة له مثل عدم كفاية الوقت للمتطلبات الوظيفية أو عدم كفاية (أورد في: معوشة وبوطبال، 2013) المردود المادي لمتطلبات الحياة أو محاولة التوازن بين متطلبات العمل والمسؤوليات الأسرية (خاصة الموظفات)، أو التفرقة في المعاملة من جانب المسؤول أو الضوضاء في مكان العمل أو عدم المشاركة في القرارات التي تخص عمل الفرد، وتجمع هذه العوامل بين عوامل تتعلق بالعمل نفسه وعوامل تتعلق ببيئة العمل الاجتماعية والمادية.

انطلاقا من ذلك إن وجود بعض المعوقات في بيئة العمل تؤدي إلى الإحساس بالعجز والقصور مما يترتب عليه حدوث الضغط النفسي الذي تكون أعراضه على شكل ضعف في الدافعية وعدم الرضا عن وضع الفرد، لهذا أصبحت ظاهرتي القلق والضغوط النفسية في بيئة العمل محلا لاهتمام كثير من

المنظمات والتي عرفت انتشارا واسعا في الأوساط المهنية والتي قد يتعرض لها العاملين إذ تشير كثير من الدراسات المتعلقة بالضغوط النفسية في العمل إلى أن الضغوط المتكررة يمكن أن تؤدي إلى شعور العامل بعدم الرضا عن العمل وإلى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية– الجسمية)، فصحة العامل النفسية قد تعتل نتيجة لعوامل كثيرة أهمها الضغوط النفسية المتكررة، حيث أن هناك الكثير من الدراسات النفسية التي تشير إلى وجود علاقة إرتباطية بين الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب (أورد في: خميس، 2013).

12- العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للضغوط النفسية:

هناك عوامل متعددة تتواجد في مختلف نواحي الحياة العائلية، في العمل، العلاقات الاجتماعية والناحية المالية، وتسبب الضيق والقلق للفرد ومن غير الواقعي تجاهل أهداف الحياة كما أن السمات والخصائص الشخصية للفرد تؤثر في نوعية استجابته فهي بمثابة عوامل وسيطة أو مخففة للآثار السلبية للضغوط على الفرد

تنشأ العوامل النفسية الاجتماعية المسببة للضغوط النفسية من التفاعل بين الإدراك وعمليات التأهيل الاجتماعي، أي من التفسير والتقييم الشخصي للأحداث التي تقع ضمن مجاله النفسي والاجتماعي، وإن امتداد وتراكم المسؤوليات الحياتية، قد يؤدي إلى نتائج سلبية وهذه المسؤوليات حسب " ريتشارد لازاروس" تتمثل في: المشاغل الصحية، مشكلة الوقت، مشاكل شخصية، البيئة، المسؤوليات المالية، مشاكل العمل، هموم مستقبلية.

وضمن إطار الأسباب النفسية والاجتماعية نجد:

التكيف: يعمل الجسم بطبيعته بصورة مستمرة للاحتفاظ بحالة التوازن في مواجهة التغيرات الحياتية التي من شأنها إحداث خلل في التوازن الكيميائي والذهني وإجبار الجسم على اللجوء إلى عملية التكيف للاحتفاظ بحالة التوازن.

الإحباط: يشعر الفرد بالإحباط عند وجود مشكل يمنعه من تحقيق هدف شخصي وفي حالة شعوره بالعجز والإحباط عامل رئيسي في ظهور حالة الاحتراق النفسي والتي تجعل الفرد يعيش في حالة اللاتوازن (أورد في: بن أحمد محمد هيجان، 1998).

زيادة العبء: في هذه الحالة يحدث زيادة المثيرات، والتي تشير إلى زيادة المتطلبات على قدرات الفرد لمواجهتها وتتمثل في العديد من العوامل تتمثل في: عدم توفر الوقت الكافي لإنجاز المتطلبات، زيادة المسؤولية، التوقعات العالية غير الواقعية وبالتالي شعور الفرد بزيادة العبء والفشل في التعامل مع المهام المطلوبة ويكون أكثر عرضة للآثار السلبية لها.

الحرمان الحسي: ويعني قلة الإثارة مثل ما يؤدي زيادة العبء إلى خبرة غير سارة، وتصبح مصدرا للضغوط فالفرد يجد نفسه يقوم بعمل مكرر أقل من قدراته فيجد حياته مملة

مفهوم الذات: ويعني اتجاه الفرد وفكرته عن ذاته، حيث ينظم ويحدد إلى درجة كبيرة مدى قابليتة للتعرض للضغوط، فالفرد الذي يدرك ذاته على أنه شخص عاجز عديم النفع، قد يقوده هذا الإدراك إلى الفشل وبالتالي تعرضه للضغوط وعدم قدرته على التعامل معها بصورة سليمة، والعكس إذا كان تكوين الفرد عن نفسه وذاته إيجابيا بدون مبالغة فإن ذلك قد يقوده إلى تحقيق النجاح (أورد في: عسكر، 2000).

13- النتائج المترتبة عن الضغط النفسي:

- **الحالة الصحية:** تسمى الضغوط بالتفاعل الصامت أو بالقائل الصامت وتكون وراء مشكلات الصداع، إصابات وأمراض القلب، التهاب المفاصل، اضطرابات الجهاز الدموي، اضطرابات الجهاز الدوري، اضطرابات الجهاز الهضمي، ارتفاع الضغوط النفسية....الخ.

بالإضافة إلى أن الضغط النفسي الزائد يولد عواقب فسيولوجية للفرد، إذ أن كل ردود أفعال الجسم لمتطلبات الضغوط تعد مفيدة في حد ذاتها، فهي تقود الجسم للاستجابة للتحديات التي يسببها الضغط فإما بالمواجهة أو بالبحث عن إستراتيجية انسحاب ملائمة وهذا الحال يطلق عليه استجابة مواجهة، تلك التي يتبناها الجهاز العصبي اللاإرادي أو الأوتونومي، لأن ذلك المستوى لا يتفاعل معه الجهاز العصبي المركزي، فهذه الاستجابة تحدث تلقائيا مثل عمليات الهضم، أو رفع معدل نبضات القلب.

- **الصداع:** يعتبر مرض الصداع واحد من أهم الأمراض وأكثرها شيوعا لدى الأشخاص المعرضين للضغط، إذ أنه ينشأ عن عوامل نفسية تؤدي إلى اضطرابات في الجهاز الدوري للفرد و تقود بدورها إلى الصداع، وذلك أن الشخص الذي يصاب بالصداع بصفة مستمرة غالبا ما تحدث أن تجتمع عليه وتتراكم مجموعة من الضغوط لا يستطيع تحملها وحينئذ تؤثر هذه الضغوط على الأوعية الدموية في الرأس، فتمتد وتؤدي إلى توتر عضلات الوجه والرأس (أورد في: هيجان، 1998).

- **أمراض القلب:** إن الأسباب الأكثر شيوعا لهذه الأمراض هي ارتفاع ضغط الدم، الإفراط في تعاطي المخدرات، وكذا زيادة الكولسترول، ومما هو معروف أن المشاكل القلبية قد تؤدي إلى إحداث السكتة الناجمة عن تراكم الدهون في شرايين القلب، وقد تبين في حالة الضغط يظهر بعض الأشخاص أكثر استعدادا وقابلية من غيرهم للإضرابات القلبية حيث يستجيبون للضغوط بالعدوانية، وقد أثبت مؤتمر أطباء القلب الذي عقد في باريس عام (1979) أن (55%) أمراض القلب والأوعية الدموية تعتبر من أشد أمراض العالم إقناعا بالإنسان حيث وصل ضحاياها إلى (60%) من وفيات العالم، ومنها ارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي (أورد في: لوكيا، 2003).

- **اضطرابات الجهاز العصبي:** وهي من الاضطرابات الانفعالية تتمثل في سرعة الانفعال وتقلب المزاج وسرعة الغضب والعدوانية والشعور بالإنهاك الانفعالي أو الاحتراق النفسي والاكتئاب وسرعة البكاء، إذ هناك صلة وثيقة بين الجهاز العصبي المناعي حيث يتألف الثاني من جملة الخلايا والأجسام المضادة

والكريات البيضاء المكلفة بحماية العضوية أمام الاعتداءات والهجمات البكتيرية الخبيثة والميكروبية، وذلك ضد كل نمو غير سليم لخلايا الجسم لهذا يمكن فهم ما ينجز عن أي اضطراب في الجهاز العصبي عن خسائر في الجهاز المناعي، و قد أكدت بعض الدراسات أن هذه القابلية المسبقة للمرض تنمو وتتطور على الخصوص لدى الأفراد الذين يملكون إمكانية ضئيلة لممارسته الإدارة والتحكم في حياتهم.

14- أساليب مواجهة الضغوط النفسية:

يعتبر حل المشكلات والتعامل أو المواجهة مع المواقف الضاغطة بما فيها الحياة المهنية والتصدي لها والتدريب عليها يعد هدفا من أهداف تحقيق الصحة النفسية والمهنية للأفراد العاملين وفي هذا الإطار يرى لازاروس وفولكمان أن الإدراك الإيجابي والسلبي لأحداث الحياة من المحددات الهامة للصحة النفسية، وذلك من أجل الوصول إلى تنمية مهارات الفرد في المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة والسيطرة عليها والحد من الاضطرابات الانفعالية التي تنتج عنها، حتى يتمكن الفرد في النهاية من الإدارة الناجحة للضغوط بينما ترتبط ضغوط الحياة بعدد كبير من الاضطرابات النفسية والجسدية فإن أساليب المواجهة تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معا، شريطة أن يعي الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي أثناء الفترات الضاغطة (أورد في: قدور بن عباد، 2011).

15- إستراتجيات إدارة الضغوط النفسية في العمل:

فيما يلي يتم التطرق للإستراتيجيات إدارة الضغوط النفسية في العمل:

- التطبيق الجيد لمبادئ الإدارة والتنظيم:

إن المخالفات التي يقع فيها كثير من الإداريين في ممارساتهم اليومية بسبب عدم إتباعهم المبادئ المتعارف عليها في الإدارة و التنظيم تسبب الكثير من الضغوط النفسية لمرؤوسيهم لذلك يتعين على المستويات الإدارية العليا ممارسة مبادئ الإدارة و التنظيم بشكل جيد، و هذا بدوره يمكن أن يشيع جوا من الانضباط الإداري و التنظيمي بين المستويات الإدارية الأدنى (أورد في: بحري، 2009).

- تحليل الوظائف:

والتي تهدف إلى معرفة درجة الضغوط في الأعمال المختلفة وبالتالي إسنادها للأفراد المناسبين، فتحليل الوظائف يمكننا من وضع نظام لتقويم الأداء يتسم بالعدالة والمنطقية مع إدراك نظام الحوافز بالمنظمة فتزول ضغوط العمل المرتبطة بهذه العوامل.

- تصميم وظائف ذات معنى:

ويتحقق ذلك من خلال ضمان أن الوظيفة تتضمن العديد من الأنشطة والمهام كما يتيح مقدار من السلطة للأداء لأن الكثير من الوظائف تفقد معناها وقيمتها لبعض الأسباب كزيادة حدة التخصص

بالقدر الذي يفقد العامل أي متعة في أداء العمل، لذا وجب تصميم الوظائف بصورة تساعد على كشف عناصرها مثل العبء الوظيفي، غموض الدور والعوامل البيئية، وهو ما يجعل الموظف يؤدي وظيفته دون ضغوط تذكر.

– الاهتمام بالاختيار المهني:

حيث تركز البرامج الحالية على التوافق بين الفرد والوظيفة على أساس المستوى التعليمي والخبرة والمهارات و التدريب وقد بدأت بعض المنظمات في إجراء مقابلات مكثفة مع العمال الجدد لاكتشاف المشكلات التي قد تحدث في العمل، وتتخذ حاليا إجراءات الاختيار بهدف التقليل من عبء العمل وذلك من خلال اختيار الشخص المناسب لشغل هذا العمل، بما يجعله متكافئا مع متطلبات العمل مما يخلق نوع من التوافق الذي يقلل من حدة الضغوط (أورد في: بحري، 2009).

– التدريب المهني:

إن التدريب المهني يساعد الفرد على تعلم معلومات واكتساب مهارات جديدة تمكنه من ممارسة وظيفته بصورة أكثر فعالية و مستويات أقل من الضغط، وإلى جانب تدريب الموظف على المطلوب أداؤه وكيفية أدائه تعمل بعض البرامج التدريبية على توعية العامل بما يمكن أن يواجهه من مشكلات في العمل، كضغوط العمل حيث أصبحت بعض المنظمات تنظم دورات تدريبية لعمالها بهدف تدريبهم على كيفية مجابهة الضغوط والتعامل معها.

– نظم المشاركة في اتخاذ القرارات:

يؤدي عدم إشراك العمال في اتخاذ القرارات، أو البعد عن مراكز اتخاذ القرارات إلى الشعور بالاغتراب الوظيفي وضغوط العمل، ومن أمثلة المشاركة في اتخاذ القرارات نجد المشاركة في اللجان، وبرامج الشكاوي، وبرامج المشاركة في الأرباح والملكية المشتركة، وتشجيع الرؤساء في تفويض جزء من سلطاتهم لمرؤوسيهم، وهو ما يشعر الموظف بالانتماء الوظيفي الذي يقلل من الضغط عليه، و تعتبر مشاركة الأفراد العاملين في عملية اتخاذ القرارات، من الأسباب الأساسية لرفع الروح المعنوية للعاملين.

– الأنشطة العلاجية في مناخ العمل:

تسعى المنظمات التي تعاني من ضغوط العمل إلى إنشاء هذه الأنشطة التي من بينها تعيين مستشار نفسي واجتماعي للعمل، وتخصيص حجرات لممارسة التمرينات الرياضية وحجرات للتركيز والاسترخاء، هذا وقد ارتأت بعض المصانع اليابانية تجربة جديدة فقد أنشأوا حجرة تسمى حجرة "السلوك العدواني" تحتوي على أكياس منفوخة تمثل شخصيات(للإشارة إلى مسببات الضغوط)، وعلى الشخص الذي يدخل هذه الحجرة أن يضرب بيده أو بمضرب بعض الأكياس لكي يفرغ بعض مشاعره النفسية السيئة.

– فتح قنوات الاتصال بين الإدارة والعمال:

ويكون ذلك بإعلام الفرد بكل ما يجري داخل المؤسسة، فعندما يحس العامل بأن شكواه ومشكلاته الخاصة به والمهنية قد أثارت اهتمام المسؤول فإن معاناته من ضغوط العمل تقل وتزداد درجة شعوره بالمكانة التي يتمتع بها داخل المنظمة، ومن بين أهم الوسائل التي تستعمل هنا هي خلايا الإصغاء والمتابعة والوقاية داخل المنظمة والتي تمثل خلية استماع لانشغالات العاملين، ومختلف الضغوط التي تؤثر فيه، حيث تحاول هذه الخلية فهم مشاكل العمل واقتراح حلول لها.

– توفير الخدمات الاجتماعية:

استحدثت بعض المنظمات برامج متكاملة لمساعدة العاملين بتوفير الخدمات الطبية والعلاجية والنصح والاستشارة والإجراءات الوقائية، وعادة ما تكون مزودة باختصاصيين مثل الأطباء والأخصائيين النفسانيين، فاليوم نجد في أغلب المؤسسات الكبرى وحدات كاملة للطب (طب العمل)، إضافة إلى تواجد مختصين في علم النفس العمل و التنظيم الذين يتواجدون على مستوى إدارة الموارد البشرية، و كذا لجان الخدمات الاجتماعية التي تهتم بتوفير السكن و الإطعام، والتي تسعى من خلالها المنظمة إلى الحد أو التقليل من مختلف ضغوط العمل التي تعترض العامل (أورد في: بحري، 2009).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل، يتضح أن الانعكاسات النفسية ليس شيئًا يجب استبعاده على أنه مجرد جزء من الوظيفة، أو الكلفة التي تدفع لكون الفرد ناجح في حياته المهنية وقد ثبت أن الضغط النفسي إما بشكل مباشر أو غير مباشر مسؤول عن الوفيات المبكرة وغير الناضجة من خلال النوبات القلبية والسكتة الدماغية وارتفاع ضغط الدم، والتوتر والأمراض المختلفة بينما يعاني العاملين من اضطرابات الصحة العقلية والجسدية بسبب بيئات العمل غير الصحية، ولا يزال ينظر إلى الاضطرابات النفسية والعقلية في العمل على أنه علامة على الضعف في العديد من المنظمات ومن الضروري على المديرين الاهتمام بذلك في مجال الصحة المهنية، بهدف التقليل من التوتر وحماية الرفاهية البدنية والعقلية للأفراد العاملين والتعرف على الآثار المضرة للضغوط النفسية في مكان العمل، وزيادة الوعي بطبيعة انتشار هذه المشكلة، ومن المأمول أن هذه المعرفة ستحفز المنظمات على استكشاف الضغوطات الموجودة في بيئات عملهم، واتخاذ خطوات للحد من منع الاضطرابات السلوكية في مكان العمل، وبالتالي العمل للحفاظ على الصحة والرفاهية للعامل.

الفصل الرابع

الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي

تمهيد:

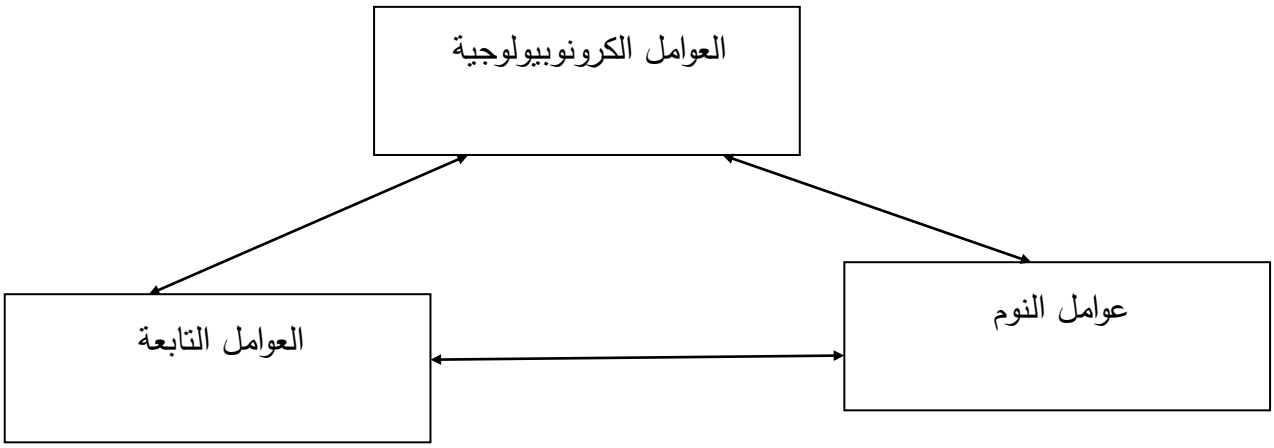
إن العمل لمدة طويلة يصل بالفرد إلى حالة من الملل، فالجسم الإنساني له رتم بيولوجي طبيعي يرتبط بتكوينه ويتناغم بصورة معينة مع ساعات النهار والليل، إذ لابد من وجود ساعات للعمل وساعات للنوم، وقد يشعر بعض الناس بالسعادة في أول النهار ويشعر البعض الأخر بهده الحالة في بداية الليل أو الظهيرة وهكذا، إن هذا التناغم يرتبط بطريقة ما مع الطبيعة حيث العمل نهارا والاستراحة ليلا، أيضا يرتبط بنظام المجتمع والبعد الاجتماعي للحياة، معنى ذلك أن خروج الإنسان عن المألوف في الطبيعة أو في المجتمع قد يسبب له إجهاد ينعكس عليه نفسيا، فنظام الدورية أو التغير المفاجئ في أوقات العمل في مهنة معينة مثل الشرطة أو التمريض أو الطب، قد يكون من مصادر الضغط النفسي عند هؤلاء، فقد أظهرت الدراسات أن حالات الإجهاد والضغط تقل كلما كان العمل منسجما مع التناغم أو الرتم الطبيعي للحياة وعلى ذالك فقد يؤدي النوم المتأخر إلى إجهاد أقل من ذلك المرتبط بالنوم والاستيقاظ المبكر.

تعتبر ساعات العمل الطويلة من المسببات الأساسية في اضطراب رتم الحياة عند الإنسان إذ تضطرب أجندة حياته الخاصة والأسرية وساعات راحته وممارسة هواياته إضافة إلى تسببها في إجهاد يؤدي إلى اضطراب فسيولوجي يؤدي تكراره إلى عواقب غير مرغوب فيها، إذ أن العمل الليلي أو التناوبي يؤثر في صحة العامل وكذلك له تأثيره السلبي على حياته الاجتماعية، وللعمل الليلي أيضا تأثيره السلبي على الرتم السركادي (رتم نوم/ يقظة)، بالإضافة إلى رتم نبضات القلب، ضف إلى ذلك نبضات القلب واضطرابات الهضم التي تظهر في ظل العمل الليلي وكذا نوعية وكمية النوم (أورد في: Demontmolin, 1996).

I- الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي:

تعتبر نتائج أو انعكاسات العمل الليلي ليست فقط تلك المرتبطة بالانعكاسات الفسيولوجية وإنما تشمل أيضا تلك المرتبطة بالتكيف مع هذا التنظيم من العمل، ويرتبط هذا التكيف بنوع من التوازن بين ثلاثة عوامل كما هي موضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم (07): عوامل حدوث الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي



(أورد في: leger).

إذا حدث هناك اختلال في التوازن بين العوامل السابقة يؤدي إلى عدم التكيف، حيث تعتبر العوامل الكرونوبيولوجية العوامل الأساسية التي تؤدي إلى التكيف مع العمل الليلي وبالتالي يحدث استقرار في الساعة البيولوجية، إذ يلعب عامل السن دورا هاما في تكيف الساعة البيولوجية حيث أن الشباب يتكيفون بسهولة مقارنة مع كبار السن إذ ينتج عن العمل الليلي نوع من عدم الاتساق في رتم الساعة البيولوجية وكذا الحرارة الداخلية للحسم، وإفراز الميلاتونين، أما فيما يخص العوامل التابعة فتدخل ضمنها العلاقة مع الزوج، ودور الأب والأم وكذا تربية الأبناء، إذ يحدث لدى العامل الليلي عدم التكيف مع الحياة الاجتماعية، أما فيما يتعلق بالمحيط فإن العامل يجد صعوبة في التكيف مع الضوضاء والأصوات المختلفة التي تصدر من الخارج وخاصة أثناء فترات الراحة الخاصة به، كما تكون لديه حساسية لدرجات الحرارة المختلفة والتعرض للضوء.

وبالنسبة للنوم فيتضح أن نوعية النوم لدى عمال المناوبات الليلية رديئة وهذا ما قد يؤثر في تكيفهم مع نظام العمل وعليه يظهر ما يسمى بديون النوم، إذ أن انتشار اضطرابات النوم لدى عمال الليل تعادل نسبة (50%) مقارنة بـ (30%) من عمال النهار، بالإضافة إلى أن ما بين (25 و30%) من العمال الليليين يعانون من الأرق مقارنة بـ (15 إلى 20%) من عمال النهار،وكذلك الاستهلاك المفرط للمنومات لدى العمال الليليين، والاستيقاظ المبكر(نوم قصير جدا ومتقطع في المتوسط ساعة واحدة لكل 24 ساعة)، وفقدان النوم واضطرابات اليقظة (أورد في: leger).

1- تأثر الرتم البيولوجي:

أشار بوظريفة (1995) على أن الرتم البيولوجي نظام دوري لوظائف الجسم تنشط في وقت معين وتقل فعاليته في أوقات أخرى، فتكون مهيأة للعمل والنشاط خلال فترات زمنية معينة وتتباطأ وتخمل خلال فترات أخرى كما هو الحال في درجة حرارة الجسم، دقات القلب، ضغط الدم، القدرات الذهنية، والتي عادة

ما ترتفع نهارا وتنخفض ليلا، وفي هذا الصدد بين بوحفص (2004) أن اضطرابات الوتيرة البيولوجية ترتبط بمختلف الوظائف البيولوجية والنفسية عند الإنسان والتي تمر عبر حلقة زمنية خلال أربع وعشرين ساعة، تبعا لما يعرف بالوتيرة البيولوجية اليومية، وعادة ما ترتفع هذه الوظائف نهارا وتنخفض ليلا (أورد في: بوحفص، 2004)، كما يؤدي العمل الليلي إلى تفاقم السلوك غير الصحي مثل حالات الربو والسكري والصرع، والصداع النصفي واضطرابات الصحة العقلية مثل القلق والاكتئاب، ومشكلات في العمل واختلال رتم الساعة البيولوجية (أورد في: Health Report, 2002).

أكد سباركس Sparks (1997)، أن ساعات العمل الطويلة تعتبر أحد عوامل الخطر المحتملة التي قد تتسبب في المشكلات الصحية لدى العمال الليليين الذين يعملون في جداول زمنية متغيرة، حيث يعتبر هؤلاء العمال الأكثر عرضة للاكتئاب الشديد وأن العمل الليلي يزيد من خطر ارتفاع المشكلات الصحية النفسية منها والفسيولوجية (أورد في: Ummul et Kameswara, 2014).

فالعامل في ظل النظام الليلي يجب أن يستفيد من ظروف جيدة من أجل أخذ القسط الوافر من الراحة والحصول على نوم أريح بعد ليلة عمل شاقة، ولتحقيق ذلك يجب على العامل عدم استهلاك المأكولات الثقيلة خاصة عند استعداده للنوم وتفادي شرب القهوة، ضف إلى ذلك عليه تنظيم الوقت بين فترة النوم وفترة اليقظة وبطبيعة الحال يستطيع أن يأخذ قيلولة ليعوض نقص النوم، ويحاول أن ينام سبعة ساعات خلال الأربعة والعشرين ساعة وأخذ قيلولة قبل الذهاب إلى العمل، ولكن بعد الليلة الأخيرة من العمل يجب النوم كالمعتاد وليس الإفراط فيه لكي يتمكن العامل من النوم في الليلة الموالية في ساعات النوم العادية، وبالتالي يؤدي العمل الليلي إلى اضطراب الرتم البيولوجي مثل اضطراب جدول النوم/ يقظة (الرتم السركادي) اضطرابات النوم، وظهور الضغوط والتعب المزمن، القلق والاكتئاب وهذا ما يقود بالعامل إلى تناول الأدوية والعقاقير المضادة للقلق والاكتئاب، بالإضافة إلى الإفراط في تعاطي الكحول والمخدرات، ففي الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال هناك (8.6) مليون شخص يؤدون وظائفهم بنظام الدوريات، سواء كانوا في مناوبة مسائية دائمًا أو يتم تدوير المناوبات على مدار الأسبوع بالنسبة للبعض من هؤلاء فإن هذا الأمر يمثل طقسًا لعبورهم نحو حياتهم المهنية، وبالنسبة لآخرين فهي الوسيلة المتاحة لتوفير احتياجاتهم المالية، لكن الدراسات تؤكد أن هذه العادة يمكن أن تسبب أخطار صحية عديدة، في المقابل قدمت دراسات أخرى أدلة قوية على أن نظام المناوبات يرتبط بعدد من الظروف الصحية الخطيرة، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسمنة، وتقول فرانك شير، عالمة الأعصاب في كلية الطب بجامعة هارفارد وبريغهام، إن هذه الاختلافات لم يمكن أن نعزوها إلى نظام الحياة المتبع، أو طبيعة الوضع الاقتصادي والاجتماعي لذلك فإن اختلاف المناوبات له علاقة أيضًا ببعض مشاكل المعدة والقرحة والاكتئاب، وزيادة احتمالية التعرض لحوادث أو إصابات العمل.

وبالنسبة للمشكلات الصحية على المدى القصير التي يمكن أن يصاب بها العامل فهي واضحة، وتشمل هذه المشاكل أعراض الجهاز الهضمي، مثل اضطراب المعدة والغثيان والإسهال والإمساك وقرحة المعدة إضافة إلى اضطرابات النوم وقلة الإنتاجية والشعور العام بالإعياء، بينما فيما يتعلق بالمشاكل الصحية على المدى البعيد فأجمعت عدة أبحاث على أنها تتعلق بشكل أساسي بمشاكل القلب والشرايين التاجية (أورد في: Guide de travail de nuit, 2016).

وأشارت العديد من الدراسات إلى أن المناوبات الليلية هي أحد عوامل الخطورة تجاه الإصابة بمرض السكري، وأظهرت دراسة يابانية أن العمال الذين يعملون في مناوبات تمتد إلى (16) ساعةً تزداد احتمالية إصابتهم بالسكري بنسبة (50%) كما أشارت دراسة أخرى عام (2007) إلى أن نسبة هرمون السيروتونين عند هؤلاء الذين يعملون ليلًا أقل من الذين يعملون نهارا، وهذا الهرمون مسؤول عن المزاج الجيد بشكل أساسي، إذ يختلف الرتم البيولوجي من حيث أوقات النشاط والخمول خلال أربعة وعشرين ساعة، إذ أن القدرة على العمل تزداد خلال ساعات الصباح وتبلغ أعلى مستوياتها ما بين الساعة التاسعة صباحا إلى الساعة الواحدة ظهرا ثم تبدأ في الانخفاض ما بين الساعة الثانية إلى الرابعة عصرا ثم ترتفع مرة أخرى من الساعة الرابعة إلى الساعة الثامنة مساءا ثم تبدأ في الانخفاض من جديد، إذ أن أهم مشكلات العامل ليلا تتمثل في المساس بهذا الرتم البيولوجي الذي يرتبط بشكل كبير في ساعات الليل والنهار.

يشير لافيل Laville خلال فترة العمل الليلي فإنه يتميز معظم العمال بالنوم الخفيف في النهار غالبا ويعانون من عدم الاسترجاع لأنهم فقدوا التعود على النوم الليلي والمقصود استرجاع الحيوية، إن الأمر لا يعدو مساسا بالدورة الطبيعية للنوم حيث يكون الرتم منتظما، واختلال مراحله وبخاصة مرحلة النوم العميق كما أكد الدكتور دفيز " Devez وهي دائرة منظمة تُنمط أنشطة كل أعضاء الجسم وغدده، والمكونات الكيميائية للدم، فنقص النوم يؤثر على إفرازات المهاد، وإذا مُس هذا النظام يختل الرتم اليومي للعامل، ويمكن أن يتسبب في ظهور أمراض صحية لديه، كأن يصاب بالاختلالات الهضمية، نتيجة تناول وجبة ليلية إضافية(أكل+ منبهات) أو أمراض القلب.

يؤثر العمل الليلي سلبا على عمال المناوبات إذ ازدادت أمراض القلب لدى هذه الفئة العاملة، والاضطرابات النفس جسمية مثل العصبية والقلق وحالات من الغضب غير الطبيعي، والعدوانية والاكتئاب، وحتى القرحة المعدية، اضطرابات اليقظة، ظهور أنواع التعب والإرهاق، حيث يقول أندلوار Andlauer(1977) الفرق في درجة التعب بين العمل ليلا والعمل نهارا في نفس الوظيفة تكافئ أقدمية سبع سنوات، ويرى كابيتانياك Kapetaniak أن هذا التعب ناتج أصلا عن تعاكس مرحلتين بين اتساقين، أي أن الاتساق الدوري لنشاطهم البيولوجي مناقض لاتساق نشاطهم المهني (أورد في: ياسين).

تنتج عن الإخلال بالسير الطبيعي للرتم البيولوجي للفرد عواقب تتمثل بالخصوص في اضطرابات وآثار على مستوى مختلف الوظائف الجسمية الفيزيولوجية والنفسية والمعرفية منها، وكل ما من شأنه أن يرافقها من اضطرابات على مستوى الوقت والعمل وما إلى ذلك من عادات واتصالات اجتماعية، ويرجع هذا بالخصوص إلى عدم قدرة مختلف هذه الوظائف على التكيف مع هدا التغير، الأمر الذي يطرح مشكلة سوء تكيف الفرد وصعوبة توافقه عند العمل بنظام الدوريات، سيما إدا وجب عليه أن يعمل أثناء الفترة الليلية، ذلك أنه يكون في هذه الحالة مخيرا لكي يحاول أن يعمل في وقت يحتاج فيه جسمه إلى النوم، لينام بعدها في وقت يصبح فيه جسمه في أ وج نشاطه واستعداده، وبالتالي يفرض عليه القيام بنشاط وسلوك مخالفين لما تعود عنه جسمه، أو بمعنى أخر مغاير للرتم البيولوجي لجسمه، نظرا لهذه الإرغامات التي يعيشها العامل ليلا بصفة خاصة أو على أساس نظام العمل بالدوريات بصفة عامة، و كل ما ينجر عنه من صعوبات في عملية تكيف الفرد وتوافقه، فقد حضي هذا الموضوع بالاهتمام والبحث من طرف الكثير من الباحثين الدين درسوا الأضرار والآثار التي يخلفها نظام العمل بالدوريات فإذا كان هناك عامل يعمل بصفة دائمة في دورية الليل، فإن الرتم البيولوجي قد يكون تقريبا عكس الرتم اليومي لشخص يعمل في دورية النهار، وكلما طرآ تغيير في نمط الدورية، كما هو الحال عند التحول من دورية النهار إلى دورية الليل، فإن الرتم اليومي سيتغير لدى أغلب الأفراد في هذه الوضعية، وهدا ليتماشى مع نمط النشاط الجديد، قد يحدث هذا الانقلاب في الرتم اليومي بعد أربعة أو خمسة أيام لدى بعض الأفراد في حين أنه قد يأخذ مدة طويلة لدى البعض الأخر، بل وقد لا يظهر أي تغيير لدى بعضهم الأخر.فقد تظهر على العامل بالدوريات الليلية اضطرابات عصبية عديدة خاصة حالات الغضب غير الطبيعي والتعب المزمن الذي لا يفارقه حتى في أوقات الراحة تقدر هذه الاضطرابات عند عمال الدوريات بحوالي مر تين ونصف أكثر منه عند عمال النهار، و تظهر أعراض هذه الإصابات العصبية في التعب والوهن والأرق وتغيير الطبع باتجاه العدوانية والاكتئاب مما يزيد في خطورة هده الأمراض هو تناول العقاقير إما للنوم نهارا أو للبقاء في حالة يقظة ليلا، وذلك بسبب ضعف الانتباه وقلة التركيز أثناء العمل ليلا (أورد في: بوظريفة، 1995). ضف إلى ذلك التأثير الذي يمارسه العمل الليلي على الصحة البدنية والعقلية، والنتيجة من ذلك نجد دوران العمل، وعدم الرضا المهني، ونقص الكفاءة المهنية للممرضات العاملات ليلا. وقد توصلت الدراسات الوبائية إلى وجود ارتباط وثيق بين العمل الليلي و/أو التناوبي وظهور الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والإرهاق. وحسب الدراسات التي قام بها كانترمان Kanterman وزملائه حول أثار التي تنجر عن العمل الليلي، أن هذا النوع من تنظيم العمل يؤدي إلى اختلال الرتم البيولوجي للجسم وينتج عن ذلك ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية (نفسية– جسمية) وبالتالي يعاني العمال من جراء هذا العمل من اضطرابات ومشكلات في النوم، وأمراض القلب والأوعية الدموية، واحتمال الإصابة بالسرطان والقرحة الهضمية، مع زيادة خطر تطوير متلازمة التمثيل الغذائي (أورد في:Jaradat ,2017).

2- اضطرابات النوم:

للنوم أهمية كبيرة في حياة الكائنات الحية إذ لابد أن يتمتع الكائن الحي بقسط من النوم، فالفرد إذا حدث وأن حرم من النوم لفترة طويلة فمن أثار الحرمان من النوم شعور الفرد بالتعب العام والإرهاق، وثقل جفون العين وجموده. أما إذا استمر الفرد في حالة من اليقظة لمدة (72) ساعة فإن أعضائه النشطة واستجاباته اتجاه المثيرات تصبح ضعيفة فيزداد النسيان ويقل التركيز وتبدو الأشياء المرئية كما لو كانت مزدوجة، أي يعاني الفرد من رؤية الهلاوس أما بالنسبة للقسط الكافي للفرد من النوم فإن ثماني ساعات تكفي الفرد العادي لاسترجاع طاقته ونشاطه في اليوم الموالي، ولكن هذا ليس إلا متوسط تقريبي فهناك فروق فردية واسعة في حاجة الأفراد للنوم حيث أن الفرد يلجأ تلقائيا إلى النوم في ساعات محددة بطريقة دورية ويطلق على هذه الظاهرة بالساعة البيولوجية كعملية ينتج عنها النوم (أورد في: عيسوي، 1991).

2-1- تعريف النوم:

يعتبر النوم حالة متكررة من اللانشاط، يخف أثناءها الوعي بالمحيط الخارجي والاستجابة له.

ويمكن تمييزه عن حالة اللاشعور التي تأتي من التخدير، أو الغيبوبة الناجمة عن المرض أو تناول العقاقير أو الكحول، بالسهولة التي يتم فيها ايقاض النائم (أورد في: سمعان، 1997).

فالنوم حالة متكررة ومؤقتة من انعدام الفعالية وتوقف التفاعل الحسي والحركي مع البيئة، ويكون عادة مصحوبا بفقدان الوعي وانخفاض مستوى الإحساس بمؤثرات البيئة حيث تنقطع الصلة بالعالم الخارجي إلى حد كبير مع هبوط نشاط الجهاز العصبي وخاصة القشرة المخية وأي اضطراب في طبيعة النوم تؤدي إلى العديد من المشكلات التي تؤثر بدورها على حياة الفرد واستقراره النفسي (أورد في: عبد القوي، 1995).

وفي تعريف أخر للنوم هو حالة فسيولوجية يفتقد فيها الفرد الاستجابة الشعورية للمثير أي أنها حالة يتوقف فيها التفاعل الحسي والحركي مع البيئة المحيطة ويقل فيها الانتباه إلى المنبهات الخارجية، والنوم يعني فسيولوجيا نوم قشرة لحاء المخ.

وقد يستجيب الفرد للنوم بسبب الإرهاق الجسمي أو الاسترخاء العضلي، وقد يكون النوم وطول فترته أحد أساليب الدفاع ضد الصراعات النفسية، ويعد بذلك أحد الأساليب الهروبية وقد يقل النوم في العديد من الاضطرابات النفسية بسبب القلق، وعموما فالنوم استجابة فسيولوجية طبيعية لاستعادة التوازن الجسمي والنفسي ولتجنب مضاعفات الإجهاد ولكن إذا زادت مدته أو قلت عن المعدل المطلوب ولتحقيق هذا التوازن فإنه يعني علامة من علامات عديد من الاضطرابات الوظيفية أو العضوية (أورد في: غانم، 2004).

ويعرف النوم كذلك بأنه حالة من عدم الوعي أو عدم الوعي الجزئي بحيث يمكن أن يعود الفرد إلى اليقظة في حالة تنبيهية (أورد في: البياتي، 2002).

يعتبر النوم أحد السلوكات المرتبطة بالصحة، ويعتبر حالة وظيفية حيوية هامة لها أهميتها في استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم والعقل الطاقة اللازمة لمواصلة القيام بعمله.

وتعد اضطرابات النوم من أشهر الاضطرابات النفسية والعضوية في العصر الحديث، ومن أكثر الاضطرابات انتشارا بين الناس حيث تقدر نسبة الأفراد الذين يعانون منها بصفة مزمنة حوالي ثلث سكان العالم فضلا عن الاضطراب العابرة للنوم .ويعتبر العمل الليلي من بين المسببات لهذه الاضطرابات النفسية والعضوية، فنجد العامل الليلي لا يعاني من اضطرابات النوم فقط بل يتجاوز ذلك إلى تأثيرات معقدة في زملة التعب العصبي وهي مجموعة الأعراض النفسية والجسمية الناجمة عن استنفاذ الطاقة في الخلايا العصبية لدى العامل بالمناوبة مع الكثير من الضوضاء والمعاناة في المنظمة الصناعية، مما ينعكس على مردود العامل على المستوى الشخصي والاجتماعي .وتتأثر الحالة المزاجية والصحية للفرد بالأفكار والمعارف ومعتقداته، فإذا كانت الأفكار تفاؤلية ، فإنّ ذلك يبعث على السعادة والفرح، وإذا كانت أفكار تشاؤميه فإنّ ذلك يبعث على الحزن وفقدان الأمل من المستقبل، ويسبب ذلك عرضة الفرد للعديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية القلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية التي تنعكس على الفرد في صورة اضطرابات جسمية، وتستمر هذه الأخيرة باستمرار الحالة النفسية للفرد (أورد في: روبي، 2014).

2-2- وظيفة النوم:

تعتبر الحاجة إلى النوم وظيفة من أقل النواحي المفهومة في أبحاث النوم. بينما أصبحت بعض وظائف النوم معروفة، فقد تم اقتراح البعض الآخر، ولكن لم يتم فهمه بالكامل أو تأكيده، بنيت بعض الأفكار الأولية عن وظائف النوم على حقيقة أن معظم (إن لم يكن كل) الأنشطة الخارجية تتوقف أثناء النوم في البداية، كان يعتقد ببساطة أن النوم آلية من آليات الجسم "لأخذ قسط من الراحة" وتقليل التعب إلا أن الملاحظات اللاحقة لمعدلات التمثيل الغذائي المنخفضة في المخ أثناء النوم تشير إلى حدوث بعض وظائف التمثيل الغذائي أثناء النوم .مع تطور رسم المخ، وجد أن للمخ نشاطًا داخليًا شبه مستمر أثناء النوم، مما يؤدي إلى فكرة أن الوظيفة قد تكون إعادة ترتيب أو تحديد دوائر الخلايا العصبية أو تقوية الروابط بينها لا تزال هذه النظريات قيد الاكتشاف، اقترح البعض الآخر وظائف للنوم تتضمن الإبقاء على التوازن الهرموني، وتنظيم الحرارة والحفاظ على معدل ضربات القلب (أورد في: شوقي، 2006).

2-3- أين توجد الساعة البيولوجية بالمخ وكيف تعمل:

اكتشف العلماء أن الساعة البيولوجية توجد في منطقة في قاع المخ تسمى تحت المهاد البصري، وأن الغدة الصنوبرية المسؤولة عن إفراز الميلاتونين هي التي تسيطر على الساعة البيولوجية للنوم واليقظة.

وإن تتابع الليل والنهار والظلام والضوء على سطح الأرض، هو المؤثر على تلك الساعة البيولوجية، لذا نجد أن وقت النوم واليقظة لدى الإنسان وباقي الكائنات الحية يتزامن مع الزمن الجغرافي، وأنه لا يمكن للساعة البيولوجية أن تعمل بدون تأثير الضوء والظلام، لذلك فإن ضبط الساعة البيولوجية محتاج إلى تتابع أو توالي الليل والنهار (أورد في: شوقي، مرجع سابق).

تلعب الساعة البيولوجية والرتم اليومي أهمية بالغة في دورة النوم واليقظة، حيث تخضع لتنظيم طبيعي لا يتأثر بالظروف الخارجية، وتمتد على مدى (24) ساعة وتعرف بالساعة الحيوية البيولوجية، وأن الظروف والأنشطة التي يقوم بها الإنسان على مدار اليوم مثل التعرض للضوء والظلام، وانتظام تناول وجبات الطعام وعلامات التوقيت الأخرى لا تؤثر في عمل هذه الساعة الحيوية، إذ يرتبط النوم بصفة خاصة بالساعة البيولوجية، وخلال ساعات اليوم ينام البالغين فترة واحدة تتراوح بين ثماني وتسع ساعات في المتوسط، بينما ينام صغار السن أكثر من مرة خصوصا الأطفال قبل سن عامين نظرا لعدم اكتمال تكوين الساعة البيولوجية لديهم، ويحتفظ كل شخص بضبط منتظم للساعة البيولوجية في داخله، ولقد أجريت تجارب لتأكيد وجود هذه الساعة الداخلية على بعض الأشخاص تم وضعهم في عزلة كاملة بعيدا على أدوات ضبط الوقت ومع ذلك استمر رتم هذه الساعة الداخلية في نظام دوري على مدار (24) ساعة على الرغم من أنهم لا يستطيعون إدراك الزمن خلال فترة العزلة، وهناك عاملان مهمان في النوم الطبيعي الأول هو الشعور بالتعب، والعامل الثاني هو التوقيت البيولوجي للجسم والدماغ بما يعرف بالساعة البيولوجية التي تجعلنا نستيقظ من النوم في ساعات محددة كل صباح، وتشعرنا بالنعاس في وقت محدد مساءا، ولذلك فإن عمال المناوبات الليلية والنهارية كالممرضات مثلا يشكون من بعض الأعراض الصحية كالأرق، والإعياء والصداع، وضعف التركيز ولتخفيف من حدة هذه الأعراض تستخدم حبوب الميلاتونين لتعيد الجسم إلى وضعه الطبيعي، أجريت دراسة في جامعة شيكاغو على عدد من المتطوعين لعدم النوم فوجدت أن الحرمان من النوم يقلل من قدرة البالغين على تأدية الوظائف الحيوية الأساسية مثل: تخزين النشويات، وعمليات الدماغ، بل ويؤثر على نظام إفراز الهرمونات، فقد ترك المتطوعين لينامو ثماني ساعات عدة أيام، ثم أربع ساعات عدة أيام فأدى ذلك إلى قلة تحمل الجلوكوز في الدم واضطراب في وظائف الغدد الصماء التي تؤدي إلى أعراض مشابهة لأمراض الشيخوخة، أو المراحل الأولى لمرض السكري، كما قلت قدرتهم على إفراز الأنسولين بنسبة (30%) وأخذ (40%) وقتا أطول لتنظيم معدل السكر في الدم بعد وجبة دسمة من النشويات، كما لوحظ عليهم ظهور حالات توتر

وتعكر المزاج، حيث تعتبر هذه الأخيرة علامة أخرى من علامات الشيخوخة وهذا يوضح ما يقوله العلماء والباحثين أن الحرمان من النوم له علاقة بأعراض تقدم السن مثل السكر واضطرابات ضغط الدم التي تؤدي إلى الأزمة القلبية (أورد في: الحلو، 2013).

أما مصطلح الوتيرة السركادية فيحدث فيه يحدث رتم حر في غياب المعلومات عن الزمن والليل والنهار، وينظم هذا الرتم مركز في المخ يقع في قاع الجمجمة ويؤدي تلف هذا الجزء من المخ إلى اختفاء التنظيم المعتاد لدورة النوم/ يقظة، وتصبح ساعات النوم وساعات النشاط موزعة عشوائيا على امتداد اليوم (أورد في: الشربيني، 2005)، وفي هذا الصدد بينت العديد من الدراسات أن الساعة البيولوجية الإنسانية تتأثر إلى حد كبير بالمحيط الضوئي، وكذا للتغير في ساعات التعرض للضوء والظلام وهذا ما يسمى بالساعة الداخلية. وبالتالي فمن الضروري توافق الساعة البيولوجية للإنسان انطلاقا من الرتم السركادي أو اليومي، إذ من الشائع أن الساعة البيولوجية هي بمثابة الساعة الحيوية للجسم والتي تنظم وقت النوم ومستوى الهرمونات ودرجة الحرارة في الجسم، وتعرف التغيرات الحيوية والنفسية التي تتبع دورة الساعة الحيوية في (24) ساعة بالريتم اليومي وأنماط سلوكية دورية إيقاعية أي تحت فواصل زمنية منتظمة، تتفق غالبا مع دورة الليل والنهار (أورد في: Koné, 2015)، فاضطراب النوم وعدم حصول الفرد على حاجته وكفايته من النوم يؤدي إلى ضعف وقلة طاقته الجسمية وشرود ذهنه، واضطراب مزاجه وانخفاض إنتاجه وسوء علاقته بالآخرين، فعدم انتظام ساعات النوم يؤدي إلى عدم انتظام التغيرات الكيميائية التي تحدث عادة أثناء النوم واليقظة، كما أن قلة عدد ساعات النوم لها أثر سلبي على الصحة الجسمية والنفسية والعكس صحيح أي أن كثرة النوم يمارس أثره السلبي في صحة الفرد النفسية والجسدية، ونجد أن اضطرابات النوم ترتبط ارتباطا وثيقا بالاضطرابات النفسية المختلفة، وعليه اضطراب النوم من أول مظاهر الاكتئاب والقلق والهوس والفصام وغيرها، وهناك نسبة كبيرة من اضطرابات النوم لا تصل إلى درجة المرض النفسي ولكنها ناتجة عن سوء تنظيم النوم وهذا أمر شائع ولابد للإنسان أن ينتبه لأسس النوم الصحي وتفادي كل المسببات التي يمكن أن تؤدي به إلى الوقوع في اضطرابات النوم (أورد في: سرحان: 2007).

2-4- النظريات المفسرة لاضطرابات النوم:

ظهرت اتجاهات عديدة تحاول إيجاد تفسيرا موضوعيا لظاهرة اضطرابات النوم، منها ماهو نفسي أو بيولوجي أو بيئي، ومن أكثر الاتجاهات الموضوعية في تفسير اضطرابات يذكر خليفة (2008) ما يلي:

أ- **الاتجاه النفسي:** يعتمد الاتجاه النفسي في تفسير اضطرابات النوم على أن العوامل البيئية بكافة متغيراتها التي تؤثر في الفرد وفي تنشئته وتطوره، كذلك أساليب التنشئة والتعلم والعوامل الكامنة في اللاشعور جميعها تكون سببا وراء حدوث اضطرابات النوم.

ب الاتجاه البيولوجي(النظرية العصبية): تفترض هذه النظرية وهي أكثر النظريات قبولا في الأوساط العلمية، بأن هناك عدة مناطق في الدماغ بما في ذلك نواة التلاموس والهيبوتلاموس والتي يعتقد بأنها تختص في إحداث النوم، ومع أن البعض يرى بأن هذه المراكز تتأثر بفعل مواد كيميائية وهرمونية، بعضها له فعل التنشيط ويحدث اليقظة، وبعضها فعل المعاكس من إحداث النوم.

إن الإحساس بالنعاس أو الإغفاء أو بدء النوم لا يمكن أن يكون عمليات انعكاسية وتلقائية، فهناك مراكز في الدماغ مسؤولة عن تنظيم وتتابع هذه العمليات، وتوجد مناطق في الدماغ هي المسؤولة على عمليات تنظيم النوم، وضبط التناسق بين عمليات القشرة المخية والمراكز الحسية الأخرى وصولا إلى حالة النوم المريح وما يلازمه من تغيرات وظيفية وحسية. ويعتبر النوم عكس اليقظة، فهناك في الأصل ما ينبه الإنسان إلى اليقظة المستمرة والمراكز المسؤولة عن هذه اليقظة تقع في المخ المتوسط ويسمى التكوين الشبكي أو الجهاز المنشط أو الميقظ المركزي وإن كف عن عمله أو ضعف أو انقطاع المنبهات الداخلية والخارجية كالبعد عن الضوضاء والانزعاج وبالتواجد في السكون والهدوء والاسترخاء يدفع الإنسان إلى النوم، وفي حالة الاستيقاظ عند حدوث تنبيه خارجي كالضوضاء أو داخلي كالألم يصعد إلى جهاز الميقظة المركزية (التكوين الشبكي) فتنبه ويستيقظ الفرد إذا كان ضعيفا يتحرك قليلا دون يقظة كاملة.

ج النظرية الكميائية: من أبرز أنصار هذه النظرية العلمان الفرنسيان هنري بيرونPieron وليجندر Legender، تنظر هذه النظرية إلى أن جسم الإنسان أثناء نشاطاته الجسمية والفسيولوجية المختلفة، ومن خلال العديد من العمليات الكيميائية والحيوية التي تحدث داخل الجسم ينتج العديد من العمليات أو المواد الضارة أو السموم، وهذه الفضلات أو السموم عندما تزيد نسبتها في الدم وخاصة في السائل الدماغي الشوكي تؤثر على المراكز العصبية فيشعر الإنسان بالتعب والخمول ويحدث النوم، وأثناء النوم يتخلص الجسم تدريجيا من هذه النواتج الضارة عن طريق انحلالها وتأكسدها فيستعيد الجهاز العصبي نشاطه ويستيقظ الإنسان من النوم، وحسب هذه النظرية النوم وظيفة حيوية تحمي الجسم من التسمم وتهيئه لاستعادة نشاطه وحيويته.

ولكن ما يؤخذ على هذه النظرية أنها لا تفسر النوم المفاجئ، وكذلك اليقظة المفاجئة، كما أنها لا تنسجم مع ما نلاحظه في الحياة اليومية أين يوجد أفراد يكتفون بنوم خفيف سريع لا يتجاوز بضع دقائق يغفو فيها ثم ينهض نشطا ليستأنف عمله المعتاد فمتى حدث التسمم ومتى زال، كما أن هذه النظرية لا تفسر أيضا لماذا لا ينام الأفراد الذين لا يبذلون مجهودا بدنيا شاقا مدة أقل من الأفراد الذين يبذلون مجهودا جسميا أو عقليا شاقا، فالمفروض حسب هذه النظرية أن الفرد الذي يتعب أكثر تزداد تلك السموم في جسمه وبالتالي يجب أن ينام فترة أطول من أولئك الذين لا تتكون في أجسامهم تلك السموم بتلك الكمية نظرا أنهم في حالة راحة أكثر، وهكذا فإن هذه النظرية توضح أسبابا تهيئ الفرد للنوم ولكنها لا تفسر النوم ذاته ولا توضح طبيعته (أورد في: خليفة، 2008).

2-5- تصنيف اضطرابات النوم:

يصاب بعض الأفراد باضطرابات النوم مثل الأرق، ويعتبر هذا الأخير عدم قدرة الفرد على النوم وعند الاستيقاظ يشعر بالتعب وعدم الراحة مما يؤدي إلى عدم أداء الفرد لعمله في النهار، لذلك تنتابه الفرد وساوس وأفكار تقلق راحته ويفشل في الاسترخاء أو الراحة.

كما أن بعض الأفراد يصابون بكثرة النوم، حيث أنهم ينامون ساعات كثيرة في النهار والليل بالرغم من أخذهم كفايتهم من النوم إلا أنهم يشعرون بالنعاس دائما، وهذه العادة قد تسبب لهم الكثير من المتاعب والحوادث. كما أن بعض الأفراد يحدث لديهم اضطرابات في النوم عندما تتغير ساعات عملهم وخاصة الذين يعملون في المناوبات ليلا ونهارا أو في الدوام الصباحي والمسائي سواء كان ذلك في المدارس أو المستشفيات (أورد في: منسي، 2001).

يمكن أن تكون اضطرابات النوم مؤشرا للكثير من الاضطرابات العضوية والنفسية والسلوكية، لذا فعن الحالة الصحية للجسم وما فيها من تأثير على العقل واتزان الانفعالات يمكن أن تكون جميعها مضطربة إذا ما عانى الفرد من اضطرابات في النوم، ولا سيما بالحرمان كالنقصان من مدة النوم الطبيعي للفرد أو الحرمان الكلي أو الجزئي منه، وقد يكون في بداية النوم أو خلاله أو أخره، وقد يكون خلال نوبة الليل أو أثناء القيلولة في النهار وقد يكون كذلك محدد الزمن أو بتكرار وطويل الأمد، لهذا تعد اضطرابات النوم من أشهر الاضطرابات النفسية والعضوية في العصر الحديث (أورد في: جمعة، 2000). وهناك عوامل أخر تتدخل في اضطرابات النوم لدى عمال المناوبات الليلية مثل اضطرابات الميتابوليزم، وتغير العادات الغذائية (الحمية الغذائية الغير منتظمة) وعدم الانتظام في أخذ الوجبات اليومية، الإفراط في استهلاك المواد الغنية بالكافيين مثل القهوة، واستهلاك المواد المشروبات الكحولية والغازية خلال العمل ليلا (أورد في: Vincent, 2014).

تعد دراسة اضطرابات النوم مفيدة بشكلٍ خاص لأنها تعطي فكرة عن أجزاء الدماغ التي أدت إلى تغير عملية النوم يتم هذا عن طريق مقارنة الصور والأنماط النسيجية للأفراد الطبيعيين والمصابين غالباً ما يتضمن علاج اضطرابات النوم طرقًا سلوكية والعلاج النفسي مع العلم أنه يمكن استخدام تقنيات أخرى. يعتمد اختيار طريقة العلاج لشخصٍ معين على تشخيص المريض، والتاريخ الطبي والنفسي، والتفضيلات، كما يعتمد أيضًا على الطبيب المعالج. غالبًا ما تتوافق المقاربات السلوكية أو المعالجة النفسية والعلم الدوائي ويمكن تجميعها بكفاءة للوصول إلى أفضل الفوائد العلاجية.

يرتبط بذلك مجال آخر ألا وهو طب النوم والذي يتضمن تشخيص وعلاج اضطرابات النوم وحرمان النوم، وهي أسباب رئيسية للحوادث.

وتتمثل اضطرابات النوم في صعوبات النوم ويحدث اضطرابات في كمية النوم أو كيفيته أو توقيته لذلك تصنف اضطرابات النوم إلى:

– **اضطرابات النوم الثانوية:** هي أعراض تدل على مرض جسمي أو مرض نفسي، أو مرض عقلي، هي ناتجة أيضا عن ضغوط نفسية أو عن تعاطي الكحول، وعن تغيرات في أوقات العمل وطول ساعاته.

– **اضطرابات النوم الرئيسية:** وهي لا تقترن بأي اضطراب طبي أو عقلي ومن بعض أعراضها:

– عدم الإحساس بالتوازن الذي يعقب النوم عادة.

– الإحساس بالنعاس التام خلال النهار.

– ضياع فترات من الوقت عبثا سواء أثناء العمل اليومي أو عند التنقل في رحلات العمل.

– الشعور بالضيق والكرب خلال النهار مما يتدخل في نوعية عمل الفرد وعلاقاته بغيره.

(أورد في: الدسوقي، 2002).

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

ويتسم الأفراد الذين يعانون من الأرق بالتنبه الزائد، وقد يشعرون بأنهم مستيقظون برغم من كونهم نياما، واتضح أن المشكلة ليست في الفشل في النوم أكثر من كونها فشلا في الراحة والسكون والاسترخاء أثناء النوم، ومن بين أسباب الأرق الاضطرابات النفسية إلى جانب الاكتئاب الذي تم ذكره سابقا نجد بالإضافة إلى ذلك القلق، الكوابيس، واختناق النوم (لدى السمان ومن لديهم عرضة لارتفاع ضغط الدم واختلال ريتم القلب) وهو انقطاع التنفس أثناء النوم لعدة ثواني قليلة ولكنها كافية لإتلاف نمط النوم فيستيقظ الفرد محاولا التنفس، فيختل جدول النوم/ يقظة (أورد في: شحاتة، 2010)، غير أن تقديرات حدوث الأرق تتباين بشكل كبير ومن الأمور المثيرة لشغف الأخصائيين النفسيين على وجه الخصوص هذه الاحتمالية المتزايدة لمرضى الاكتئاب، ولقد ربط بين الأرق وبين الصحة البدنية المعتلة وسوء استخدام العقاقير والكحول، ونقص الكفاءة في العمل وفي العلاقات الاجتماعية. ويمكن معاينة الأرق من خلال تكرار حدوثه في التأخر في الدخول في النوم (أرق بداية النوم) والذي يحتمل أن يكون أكثر أشكال الأرق شيوعا، فترة غير كافية من النوم تكرار الاستيقاظ (أرق مواصلة النوم)، نقص الاستمتاع بالنوم، الشعور بالتعب بعد النوم، أما بالنسبة للنوع الثاني لأسباب الأرق يعود إلى عامل عضوي معروف مثل الأمراض الجسدية بمختلف أنواعها، أو تعاطي العقاقير فإنه لا يشخص إذا كان الأرق يعود إلى التفاعل الانفعالي المصاحب لمرض عضوي، وليس راجعا للحالة المرضية العضوية نفسها، وكثير من الاضطرابات الجسمية تحدث الأرق مثل ألم المفاصل أو الذبحة الصدرية بسبب الألم الذي تحدثه ولها

أعراض أثناء النوم واليقظة، بينما هناك اضطرابات جسمانية تحدث أعراضا أثناء النوم فقط، لهذا يمكن أن يرتبط اضطراب الأرق بتعاطي العقاقير المنشطة، كما أن الاضطراب قد يرتبط بإدمان الكحول.

وبالنسبة للأرق الأولي فعادة ما يبذل الفرد مجهودات ناجحة للدخول في النوم، فيزداد توتره ويختفي النوم، وقد يحدث الأرق الأولي كمضاعفات للأرق الذي له سبب نفسي أو سبب عضوي معروف، ولعلاج الأرق فينصح المريض المؤرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم فقط، وإذا لم يدركه النوم خلال خمس دقائق فعليه أن ينهض لفعل شيء أخر، وقد يكون تغيير مكان النوم مفيدا، كما تفيد التمارين الرياضية في خفض درجة الأرق وشدته، كما يفيد العلاج النفسي في فهم أسباب الأرق والعمل على حلها، أما فيما يخص إعطاء العقاقير المهدئة للحصول على النوم فيحدث خطورة الإدمان على هذه العقاقير (أورد في: عبد القادر، 2005).

تظهر العديد من التغيرات والاضطرابات السلوكية للفرد، وتشيع حالات الإصابة بـ الحرمان من النوم، الذي قد يكون ضروريًا في بعض الأحيان في المجتمعات الحديثة لأسباب مهنية ومحلية مثل الخدمات على مدار الساعة، والأمن، والمشاريع عبر المناطق الزمنية ...إلخ فكل هذا يبين مدى أهمية فهم آثار الحرمان من النوم. على الرغم من أن معظم الدراسات قد تمت من العقد الأول من القرن العشرين من أجل توثيق آثار الحرمان من النوم، لكن أسس السلوك العصبي لهؤلاء لم يتم دراستها إلا مؤخرًا (أورد في: ليندزاي وبول، 2000).

ارتبط الحرمان من النوم باحتمال وقوع الحوادث والأخطاء المهنية .كما تبين أن الحرمان من النوم له تأثير ضار على العمليات الإدراكية، وبالأخص الوظائف المتباينة أو تعدد المهام كما أن له أيضًا تأثيرات على المزاج والعاطفة، وهناك عدة تقارير على زيادة الميل إلى الغضب، أو الخوف أو الاكتئاب مع ديون النوم .مع ذلك، تبدو بعض الوظائف الإدراكية العليا بلا تغيير ولو كانت أبطأ قليلاً .كثير من هذه الآثار تختلف من شخصٍ لآخر أي بينما يعاني البعض من درجاتٍ عالية من الضعف الإدراكي بسبب نقص النوم، يعاني البعض الآخر من تأثيرات ضئيلة.

– **فرط (كثرة) النوم:** وتتسم بكثرة وزيادة النوم خلال النهار مع نوبات أو هجمات من النوم (لا ينتج عن كفاية ساعات النوم)، وهذه المشكلة أيضا لا تقل أهمية عن الأرق، بل قد يكون لها مضاعفات فزيادة النعاس أثناء النهار أو زيادة احتمالات النوم في أوضاع غير مناسبة للنوم والأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة قد ينامون في أوضاع غير مناسبة كالنوم أثناء القراءة، أو أثناء مشاهدة التلفاز، أو النوم حتى في الأماكن العامة، والنوم في أماكن العمل ويمكن أن يصل هذا الاضطراب إلى التأثير الكبير في حياة الفرد بما فيها التعرض لحوادث السيارات نتيجة النوم أثناء قيادتها بالإضافة إلى الوقوع في حوادث العمل بالنسبة للفرد العامل، وزيادة النعاس مشكلة شائعة نسبيا فقد أظهرت بعض الدراسات أن (5%) من الأفراد يعانون منها، وهي اضطراب مجهول السبب يتميز بنعاس معاود لا يمكن مقاومته ويرافق ذلك عرض أو

أكثر من أعراض نجد من بينها نوبات فجائية من النوم لا يمكن مقاومتها مترافقة بحركة الغين السريعة، هلاوس تحدث في أواخر النوم قبل الاستيقاظ (أورد في: أحمد محمد، 1992).

ومما سبق إن هذه المظاهر يمكن للشخص السوي الشعور بها لدرجة ما، ولكن عندما تكون شديدة تصل إلى الدرجة أين يمكن لها أن تسبب في مشكلات للفرد مثل اختلال الأعمال الاجتماعية والمهنية.

- **شلل النوم:** وهو عدم القدرة على تحريك الجسم أو أحد أعضائه عند بداية النوم أو عند الاستيقاظ، وتستغرق أعراض شلل النوم من ثوان إلى عدة دقائق وخلالها يحاول بعض المرضى طلب المساعدة أو حتى البكاء، لكن دون جدوى وتختفي الأعراض مع مرور الوقت أو عندما يحدث ضجيج الهلوسة التي تسبق النوم وهي أحلام تشبه الحقيقة تحدث عند بداية النوم ويصعب أحيانا تفريقها عن الواقع توصف بالهلوسة وتكون في بعض الحالات مخيفة، وما يميز هذه الأحلام أنها تحدث عند بداية النوم في حين أن الأشخاص الطبيعيين يبدؤون الأحلام بعد ساعة ونصف من بدء النوم (أورد في: وادي والجنابي، 2005).

2-6- أسباب اضطرابات النوم:

أولا: الأسباب العضوية: من الأسباب الرئيسية، نجد الإصابة بالأمراض ما يؤدي إلى خلق حالة غير معتادة مما تقود إلى أرق النوم أو عدم انتظامه، بالإضافة إلى الأسباب المرتبطة بالنوم ولكنها عابرة ومؤقتة بعضها خاص بالفرد مثل الإكثار من تناول العقاقير المنبهة وبعض هذه الأسباب خارجية مثل الضوضاء، تغيير في المناخ، الانتقال من العمل النهاري إلى العمل الليلي، وما يترتب على التقاعد من اختلال دورة النوم يقظة، وكذا الإجهاد الجسمي الناتج عن التعب لأنه في هذه الحالة يجد الفرد صعوبة في النوم وبالتالي فإن الإجهاد يمثل عنصرا أساسيا لعدم النوم بالإضافة إلى المشكلات المرتبطة بالنوم وهي مزمنة ومستمرة.

ثانيا: الأسباب النفسية: يمكن للأسباب النفسية والاجتماعية إحداث اضطرابات النوم المختلفة منها الضغوط النفسية والاجتماعية، سوء تنظيم رتم نوم/ يقظة، الانفعالات المؤلمة مثل الحزن والهم، بالإضافة إلى التوتر والقلق الذي يعد من بين العوامل الهامة التي تقود إلى الاضطراب وعدم النوم، وكذا العادات السيئة في الطعام والشراب، وزيادة الوزن والسمنة.

ثالثا: الظروف البيئية: مثل الانتقال إلى مكان جديد لأن مما لا شك فيه أن بعض الأشخاص لا يمتلكون القدرة السريعة على التوافق مع الظروف الجديدة وأنهم يستغرقون وقتا طويلا حتى يتواءموا مع الظروف الجديدة وتبدأ دورة التوافق والتكيف، وهكذا تتعدد العوامل التي يمكن أن تقود إلى حدوث اضطرابات النوم ما بين عوامل عضوية أو نفسية أو مؤثرات خاصة بالبيئة فإذا التقت كل هذه العوامل فلا بد أن يدخل الفرد في حالة اضطراب (أورد في: غانم، 2006).

2-7- العمل الليلي واضطرابات النوم:

إن حاجة الفرد للنوم تتبع رتما بيولوجيا مثل ساعة موجودة في جسم الفرد (الرتم الكرونوبيولوجي)، وهذا الأخير يفرض علينا فترات من النوم واليقظة التي تتناوب خلال (24) ساعة، إذ أن أعمال التحول وساعات العمل الطويلة ارتبطت بعدد من القضايا الصحية، وتشمل هذه الأخطار زيادة في مشاكل التمثيل الغذائي، وأمراض القلب، والصعوبات في الجهاز الهضمي، والسمنة، وبعض أنواع السرطان.

وبعد ليلة طويلة من العمل الشاق واستنفاذ الطاقة الموجودة في الجسم من الضروري على العامل أخذ القيلولة في النهار وهي فترة راحة أو استرخاء من (10 إلى 20) دقيقة وتشمل الفترة ما بين الواحدة زوالا (13:00)، والثالثة مساءا (15:00)، وتعتبر القيلولة عامل أساسي لدى عمال المناوبات لاستعادة النشاط والطاقة المستهلكة بعد ليلة العمل الطويلة، تختلف القيلولة عن النوم الليلي ولا تؤثر فيه إذا كانت متوسطة أو ومضة، فإذا كان النوم يجدد وينشط ويحافظ على خلايا الجسم والدماغ، فإن القيلولة تساهم في إراحة الدماغ والاسترخاء البدني والعضلي، وتعزيز قدرة الإدراك والتلقي، وقد أكد الباحثين أن فترات القيلولة في منتصف النهار لمدة نصف ساعة تلغي تأثير التعب وتعيد الاستقرار والحيوية والنشاط للذهن والجسم، كما أكدت البحوث أن أخذ غفوة قصيرة أثناء العمل يجدد الطاقات الفكرية والجسدية للعاملين، ويزيد إنتاجيتهم وقدرتهم على تحمل ظروف العمل بصورة أفضل، كما تساهم القيلولة من التخلص من القلق ما يجعل العامل نشطا ويقظا حتى المساء لبدء العمل وهكذا، ولكن لا يجب على العامل النوم لفترة طويلة لتفادي الأرق الذي ينجر عن كثرة أو فرط النوم، وإذا احترم العامل هذه المعايير تكون اليقظة بالنسبة لهذا العامل طبيعية أو عادية في اليوم الموالي بعد منتصف النهار وتكون يقظته ممتازة في نهاية اليوم (أورد في: Mullens et Halter, 2002)، ومن الطبيعي أن يعاني الفرد من اضطرابات النوم والاستيقاظ لدى خروج نسق نومه الطبيعي عن دورة الليل والنهار، كالحرمان المزمن من النوم وتقطع النوم خلال فترة النهار وتعكر المزاج وزيادة الخمول وظهور أعراض اضطرابات الجهاز الهضمي، وينعكس سلبا على أداء العامل وعن علاقاته الاجتماعية وواجباته العائلية ونقص الحوار مع أفراد عائلته إلا بعد وقت طويل كونه يقضي معظم وقته في النوم بعد العمل ليلا، وتعود أسباب عدم القدرة على النوم السليم أثناء النهار بعد الانتهاء من العمل الليلي إلى احتمالات عدة أبرزها التغير المفاجئ في مواعيد النوم والاستيقاظ أو اضطراب في إفراز بعض الهرمونات كهرمون الميلاتونين الذي يتداخل في عمل النوبة الليلية مع قدرة الجسم على إصلاح تلف الحمض النووي الذي يحدث من العمليات الخلوية الطبيعية وهرمون الميلاتونين هو الهرمون المسؤول عن تنظيم ساعة الجسم الداخلية أو الارتفاع النسبي في درجة حرارة الجسم المصاب لفترة النهار، أو رداءة نوعية النوم أثناء ساعات النهار مقارنة مع الليل (أورد في: Laville,1976)، تسمى اضطرابات النوم التي تنتج عن العمل التناوبي باضطرابات النوم الحادة وهي التي تدوم أقل من سبعة أيام على الأقل، والاضطرابات تحت الحادة إذا دامت من سبعة أيام إلى ثلاثة أسابيع، أما اضطرابات النوم المزمنة فتتمثل في تلك التي تدوم أكثر من ثلاثة أشهر، وهذه الاضطرابات

مرتبة إلى اضطرابات خفيفة وهذا إذا كانت ديون النوم تتراوح من ساعة إلى ساعتين في اليوم، وتكون معتدلة إذا كانت ديون النوم من ساعتين إلى ثلاث ساعات يوميا، وتكون حادة إذا كانت ديون النوم تتعدى ثلاث ساعات في اليوم . وهناك عوامل أخرى تتدخل في اضطرابات النوم لدى العمال الليليين أو المناوبات الليلية مثل السن، التدخين، التغذية، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للعامل، فيعتبر هذا الأخير عامل جوهري لأن العامل الذي يقضي ليلة عمل شاقة ومتعبة في اليوم الموالي عند نهاية العمل إذا كانت لا تتوفر لديه الإمكانيات في المنزل مثلا يكون المنزل مريح فهذا يؤدي بالعامل إلى عدم أخذ القسط من الراحة وحتى أنه يلجأ إلى النوم ولكن لا يحض بالقسط الوافر من الاسترخاء للتعويض. بالإضافة إلى ما سبق فهناك مشكل أخر يواجهه العمال الليليين وهو اضطرابا الميتابوليزم ويتمثل في اختلال الرتم البيولوجي اليومي للجسم، وتغير العادات الغذائية (الحمية الغذائية الغير منتظمة)، وكذا عدم الانتظام في أخذ الوجبات اليومية، والإفراط في استهلاك المواد الغنية بالكافيين مثل القهوة، واستهلاك المشروبات الكحولية خلال ليلة العمل، بالإضافة إلى اختلال النموذج الاجتماعي للوقت والذي يؤدي بدوره إلى معاناة الفرد من الضغوط (الضغوط المتعلقة بالوقت، وصراع العمل وعدم العمل) (أورد في: Costa, 2010).

كما يؤدي العمل الليلي و/أو التناوبي إلى انخفاض وقت النوم العام ساعة إلى ساعتين كل (24) ساعة، لكن مع مرور الوقت تظهر لدى عمال المناوبات الليلية المعاناة من الحرمان المزمن للنوم بالإضافة إلى خطر ارتفاع النعاس ذلك خلال فترة اليقظة وعلى وجه الخصوص خلال ساعات العمل ومن الضروري معرفة وقت النوم على مدار الأربع والعشرين ساعة وذلك في أوقات العمل، وذلك لتتبع وقت النوم الغير كافي لدى هؤلاء العمال إذ من الضروري أن يكون النوم سبعة ساعات خلال (24) ساعة وهذا ليحصل العامل على نوم نظيف ومريح وذلك لتسهيل عملية التكيف مع العمل الليلي، إذ من الضروري إعلام العمال بذلك حيث أن العامل بعد ليلة كاملة من العمل الشاق والمتعب فمن الضروري أخذ القسط الوافر من الراحة للاسترجاع، حيث أن بعض العمال بالرغم من قضاء ليلة كاملة من العمل لا ينال منهم التعب بسرعة وهذا راجع إلى الفروق بين العمال والتركيبة الجسمية للفرد إذ يدخل ذلك في إطار العوامل السوسيو ديموغرافية المرتبطة بالسن، الجنس، عبء الأسرة، مدة الرحلة أو المسافة التي يقطعها العامل من مكان إقامته إلى مكان العمل، إذ يلعب هذا العامل الأخير دور أساسي في ظهور التعب لدى العامل حيث أنه إذا كان مكان الإقامة بعيد عن مكان العمل فيستغرق العامل مدة طويلة للوصول وهذا ما يزيد من المشقة بالنسبة للعامل، وخاصة إذا كان العامل لم يحظى بالنوم المريح في الليلة السابقة لمزاولة العمل.

من الآثار ذات الصلة بالصحة لعمال النوبات الليلية، فإن النوم المضطرب هو الأكثر شيوعًا ومن الآثار الرئيسية الملاحظة للتحولات الرئيسية الثلاثة (الليل ، الصباح وبعد الظهر) على أنماط النوم واليقظة، آلية تعطيل النوم فيما يتعلق ريتم الساعة البيولوجية والأثر المحدد لجوانب تنظيم التحول مثل

سرعة واتجاه الدوران أكثر الأعراض الحادة إثارة للقلق هي صعوبة الحصول على النوم، وقصر النوم، ونعاس أثناء ساعات العمل التي تستمر إلى أيام متتالية (أورد في:Torbjörn, 2003) فمن الضروري على طبيب العمل إجراء فحوص دورية للعمال في النظام الليلي وذلك عن طريق مراقبة نوم العمال عن طريق تخصيص أجندة للنوم، من خلالها يملأ العامل خلال الفترة المرتبطة على الأقل أسبوعين من العمل ويدون العامل ساعة النوم والاستيقاظ، والمدة التي استغرقها في النوم، وهل صادفته نوبات من الاستيقاظ المتكرر، وكيف يكون إحساسه بعد الاستيقاظ من النوم، وهل كان نومه مريح أم متقطع إلى غير ذلك من الملاحظات وهذا انطلاقا من الفحص الطبي الأول الذي يجرى من طرف طبيب العمل، وعلى هذا الأخير إيجاد حلول ولو جزئية لاضطرابات النوم واليقظة التي يعاني منها العمال الليليين من خلال تنظيم وقت النوم، وتجنب التناوب ذو الرتم السريع، وكذا تنظيم ساعات ورتم العمل (أورد في: HAS, 2012).

2-8- اضطراب جدول النوم/ يقظة:

إن اضطراب جدول النوم/ يقظة أو موعدهما أو رتمهما يختل لدى من يعانون من هذا الاضطراب، فيضطرب لديهم الرتم الطبيعي للنوم واليقظة أو البرنامج أو الجدول الاعتيادي لهما والمعروف في المجموعة الاجتماعية المهنية التي ينتمي إليها الفرد ويناسب متطلباتها، وينجم عن ذلك شكوى من الأرق أو كثرة النوم. وغالبا ما يعاني المضطرب هنا من الأرق في الليل وكثرة النوم أثناء النهار. ويرتبط هذا الاضطراب بتغيير ساعات العمل (دوريات ليلية ونهارية)، أو بكثرة تغيير وقت النوم ويحدث هذا بتكرار أكبر لدى الأفراد الذين تتغير أوقات نومهم وتتسم بعدم الانتظام، ولكن ظهر أن للعوامل الانفعالية والمعرفية دورا كبيرا في ذلك.

يتبين أن بعض الأفراد لديهم تقدم زمني عن جدول النوم/ يقظة العادي (نوم مبكر جدا واستيقاظ مبكر جدا) والغالبية منهم من كبار السن، على حين أن آخرين لديهم تأخر عن هذا الجدول (نوم متأخر جدا واستيقاظ متأخر جدا) وقد ينتج ذلك اختلال وظيفي في الريتم البيولوجي اليومي أو في الوقت الذي يجعل الفرد يدرك الزمن، وقد ينجم عن ظروف اجتماعية، إذ توجد أنواع أخرى من اضطرابات دورة النوم/ يقظة والتي تنشأ عن عدم انتظام أوقات النوم، وقضاء فترات نوم متقطعة في النهار ويؤدي ذلك إلى الأرق ليلا رغم أن الساعات الكلية للنوم أثناء اليوم تكون ملائمة للسن لكنها غير منتظمة، ويترتب على هذا الاضطراب ويصاحبه – كما هو متوقع- الشعور بالإجهاد والكسل والوهن، فضلا عن احتمال ظهور أثار معرفية كتشتت الانتباه وعدم التركيز، مع إمكانية الوقوع في الحوادث (أورد في: أحمد محمد، 1992).

نستنتج أنه توجد ثلاثة أنواع من اضطرابات اليقظة والنوم وتتمثل في: النوم كثير التغير، والنوم المتقدم أو المتأخر، النوم الغير منتظم. أو اليقظة راجع ظاهريا إلى تغيير وقت النوم كثيرا، ويرتبط عادة

بتغيير مواعيد العمل من خلال دوريات مختلفة، أما النوع الثاني الذي يتمثل في المتقدم أو المتأخر، فيتسم بأن بداية النوم ونهايته إما متقدمة بطريقة واضحة أو متأخرة بالنسبة لما يرغبه الشخص من النظام التقليدي لمجتمع معين، وبالنسبة للنوع الثالث الغير منتظم فيتسم بالعشوائية حيث لا توجد فترة عظمى للنوم، ويلاحظ لدى غير الملتزمين بنظام نوم معين، وبعضهم قد ينامون أوقات قصيرة من النوم أثناء النهار.

ويصاحب رتم النوم واليقظة الشعور بالكدر والكسل والوهن ونقص الطاقة، ومسار الاضطراب متغير، والإعاقة في صورة خلل متفاوت في العمل والعلاقات الاجتماعية، ومن مضاعفاته عدم التركيز والحوادث والاضطرابات الجسمانية مثل قرحة المعدة.

2-9- الميكانيزمات العصبية في النوم واليقظة:

تنتشر المناطق الدماغية التي تؤثر في دورة النوم واليقظة، ولا يوجد ما يسمى "بمركز النوم". ولكن تشابك عدة مناطق في هذه الوظيفة أهمها:

- التكوين الشبكي (الممتد من جذع المخ حتى المهاد القشرة).
- الحافة (مجموعة نواة تمتد من النخاع المستطيل إلى المخ المتوسط).
- الخلايا العظمى للغطاء أو اللحاف.
- الجسم الأزرق (ويخرج منه الحزمة النور أدرينالية الخلفية).

يلعب التكوين الشبكي – والذي يجرى على امتداد وسط جذع المخ– دورا كبيرا في اليقظة، فأي خلل في هذا الجزء يؤدي إلى النوم أو الغيبوبة، أما الحافة والتي تمتد من وسط جذع المخ حتى خلف المخ المتوسط فلها تأثيرها الخاص على النوم، فعطب هذه المنطقة يؤدي إلى الأرق وتحتوي نواة الحافة على الأمين الحيوي سيروتونين، ويحتمل أن تؤثر هذه المسارات السيروتونينية على النوم، بتثبيط نشاط التكوين الشبكي.

ويحتوي مكان الجسم الأزرق على النور أدرينالين، ويخدم هذا الموضع وظيفة اليقظة وكذلك مرحلة التغير من النوم المتزامن إلى النوم الغير متزامن، تنشأ الحزمة النور أدرينالينية الخلفية من مكان الجسم الأزرق، وقد أثبتت العديد من الأبحاث أن هذا المسار مسؤول عن اليقظة، فإذا قطعنا عرضيا هذا المسار لنتج زيادة في النوم، وكذلك زيادة في نشاط نواة الحافة مما يؤكد أهمية التفاعل المتبادل بين مناطق المخ المختلفة في عمليتي النوم/ يقظة. وعادة ما يتحكم في السلوكيات المهمة ذات الدوافع عدة مناطق، وينطبق ذلك على النوم فمثلا يؤدي التنبيه المعوي ذو التردد البطيء إلى النوم، ويشابه ذلك الاندفاعات الواردة للمخ أثناء حركة الأمعاء أثناء الهضم، ويفسر ذلك رغبة الفرد في النوم بعد وجبة دسمة ويصل العديد من السيالات الواردة من الأحشاء والأعضاء الداخلية إلى منطقة المخ المستطيل وتسمى بنواة المسار الأوحد التي لها تأثير على التكوين الشبكي (أورد في: عكاشة، 2005).

2-10- اضطرابات النوم والقلق:

للنوم وظيفة هامة في الحفاظ على حيوية الجسد والعقل وتجديد النشاط، ويتم تنظيم عملية النوم واليقظة عن طريق مراكز المخ وما يعرف بالساعة البيولوجية التي تحدد ميل الشخص إلى الناس والوقت الذي يمضيه في النوم أثناء الليل حتى حين موعد الاستيقاظ في الصباح، ويختلف الأفراد في المدة التي تكفيهم في النوم إذ نجد البعض تكفيهم ساعات قليلة أما البعض الأخر إلى أكثر من تسع ساعات من النوم للشعور بالاكتفاء، وهذا يعني أن حاجة الإنسان من النوم ثابتة وهي كما يظن البعض ست ساعات يوميا أمر لا أساس له، كما أن كمية النوم المعتادة قد تتغير مع العمر.

وفي حالة القلق يتأثر نمط النوم ليس فقط من حيث عدد الساعات التي يقضيها الفرد نائما، ولكن من حيث طبيعة هذا النوم وشعور الارتياح الذي يفترض أن يصاحبه، ومدى الاستفادة من النوم في تجديد النشاط، وعندما تنتاب الفرد نوبات من القلق لا يستفيد من النوم بالقدر الكافي، هذا ما يؤدي به إلى قضاء ليلة من الأرق ويؤدي هذا الأخير بالفرد إلى عدم النوم لعدة أيام وربما لأسابيع، وهذا عادة لا يكون وصفا واقعيا فالفرد يحصل على قدر من النوم كل ليلة لكن نوم متقطع مع القلق لا يحقق إشباع وارتياح بل يضاعف في مشاعر التوتر والقلق (أورد في: الشربيني).

إن موضوع تفسير ظاهرة النوم أن النظريات الفسيولوجية المبكرة كانت تعتبر النوم ناتجا عن تراكم المواد السامة الناتجة عن النشاط وبذل الجهد، وكان هناك نظريات يمكن وصفها بأنها نظريات سلبية تزعم أن الوضع العادي الطبيعي للمخ هو أن يكون في حالة نوم وأن المثيرات الحسية أو تلك الشحنة من الإحساسات ضرورية لحالة اليقظة أو لحالة النشاط أو الفاعلية، كما ترى هذه النظريات وجود مركز للنوم أو آلية أو عملية من العمليات الخاصة بالنوم، وهذه العملية هي التي تغلق أو تفصل بين أجزائه بطريقة دورية.

3- نبضات القلب: أثبتت الدراسات التي قام بها كليتمان ورامسروب (1948) على مجموعة مكونة من ستة أفراد فحصلت لديهم نبضات القلب على مدار أربع وعشرين ساعة مع فاصل زمني بساعتين بين كل فحص وأخر على أن نبضات القلب تخضع لنظام دوري لجسم الإنسان ككل بحيث تنخفض ليلا وترتفع نهارا، كما لوحظ أن تغير وقت النوم يتبعه تغير في دقات القلب مع تغير أوقات العمل والنوم والنشاط يدل على أن النظام الدوري لنبضات القلب ترتفع أثناء النشاط وتنخفض أثناء النوم والراحة ، إلى جانب ذلك فقد كشفت الدراسة أن الأشخاص الذين يعملون في الليل يعرضون أنفسهم للإصابة بأمراض القلب أكثر من غيرهم، لأن الجسم قد صمم كي يتباطأ في الليل وأن التغيرات التي تطرأ على أنساق النوم تترك تأثيرات على طبيعة عمل القلب والجسم

بالإضافة إلى ذلك تتجلى الأخطار الجسدية للعمل الليلي بأمراض قلبية عرقية، حيث تبين في إحدى الدراسات أن القلب لايستجيب للعمل الجاد في الليل كما في النهار، لأنه مصمم على التباطؤ في

الليل، كما أم مستويات الكلوكوز والشحوم الثلاثية التي تخزن الطاقة أكثر ارتفاعا في الليل، كذلك يساعد على تكدس الشحوم داخل الشرايين ويؤهب لحدوث أمراض القلب والشرايين والبدانة أيضا (أورد في: ديب، 2016).

4 – نظام الجهاز البولي: عادة ما ينام الفرد دون الشعور إلى التبول وهذا نتيجة عدم شرب الماء ليلا كما هو شائع لدى العامة، حيث يرى روبينسون (1960) Robinson أن السبب وراء ذلك لا يعود فقط لتناول السوائل ليلا، ودعم هذه الفكرة فولكر Folker حين وجد في دراسته إن الحاجة للتبول تتغير حسب فترتي الليل والنهار مرجعه إلى عملية نظام دوري داخلي خاص بجسم الإنسان وقد قام بتجربته هذه على مجموعة من الأفراد تحت ظروف تجريبية حسب جدول يومي معين لشرب السوائل وتناول الطعام بمقادير محسوبة، حيث تعززت هذه النتائج بدراسات فيزيولوجية أخرى كالامتصاص الأنبوبي وامتصاص مختلف أنواع الذوبان من الإفرازات الهرمونية النخامية والهرمون ضد الإدرار البولي (أورد في: بوحفص، 2004).

5– حرارة الجسم: تعتبر حرارة الجسم من أهم المؤشرات الفيزيولوجية لأنه متغير أساسي في دراسة بحوث النظام الدوري لحد الآن، أوضح (kohn, 1998) أن النظام الدوري لحرارة الجسم الطبيعية ترتفع في النهار ما بين الساعة الخامسة صباحا إلى السابعة مساءا بينما تنخفض في الليل مابين الساعة الحادية عشرة ليلا والرابعة صباحا متبوعا بارتفاع أبطأ لكنه تصاعدي خلال التسع ساعات الموالية، ثم تبدأ بالانخفاض خلال الليل، ويتراوح معدل التغيرات في درجة الحرارة بين (11° إلى 12°) كما أن هذه التغيرات لا تتوقف على الحرارة الخارجية أو النشاط العضلي فقط، بل وجدت لدى الأفراد النائمين مثلما وجدت لدى الأفراد اليقظين تحت ظروف ثابتة.

بينت دراسة كليتمن وجاكسون (1950) Kleitman et Jackson العلاقة بين حرارة الجسم وفعالية العمل لدى مجموعة من البحارة تقوم بمهام الحراسة دورية ليلا ونهارا، استغرقت الدراسة مدة عشرين يوما، بحيث ينام الأفراد في ساعات مختلفة (حسب جداول العمل) لكن في أيام متتالية تضمنت اختبارات الأداء كل من اختبار "رد الفعل" و"اختبار تسمية الألوان"، حيث كانت فعالية العمل تمثل (24) ساعة مكون من الأداء (رد الفعل وتسمية الألوان)، ومن درجة حرارة الجسم خلال اليوم (24 ساعة)، ومن نتائج هذه الدراسة أن الأداء اتبع اتساق أو رتم حرارة الجسم، رغم اختلافه من اختبار رد الفعل إلى اختبار تسمية الألوان ففي هذا الأخير كان المنحنى تابعا لمنحنى حرارة الجسم، أما في حالة اختبار رد الفعل فإن المنحنيين تشابها خلال النهار واختلفا خلال الليل وهذه النتيجة اعتبرها كليتمن (1963) Kleitman مساندة لما استخلصه سابقا حول الأداء اليومي للعامل أي كلما ارتفعت حرارة الجسم ارتفع الأداء، بغض النظر عن جدول العمل عن نماذج النوم، أما كوهن فقد استنتج من خلال مجموعة من الدراسات وجود علاقة وطيدة بين التغيرات الدورية لحرارة الجسم وبين فعالية العمل، وذلك خلال النهار والليل وفي جميع

الأنظمة الدورية، وأن مدة تكيف أو اتساق كل من حرارة الجسم والأداء، مع دورات العمل والنوم في أوقات غير عادية لا تزيد عن أسبوع من ممارسة الروتين الجديد، إن التعب والأرق الجزئي (فقدان النوم جزئيا) يقلل من علاقة حرارة الجسم بالأداء إضافة إلى ذلك فإن هذه النتائج تعطي أفضلية للعمل الليلي المتواصل بدل نظام الدورات الأسبوعية (أسبوع عمل في الليل والأسبوع الموالي العمل خلال النهار) وذلك حتى يتمكن الفرد من استعمال تكيف حرارة جسمه، لأن هذا الأخير (التكيف) يستغرق مدة تتراوح من أربعة إلى ستة أيام ابتداء من تغير جداول العمل والنوم (أورد في بوحفص، 2004).

6- الاضطرابات العصبية:

يظهر على العامل بالدوريات اضطرابات عصبية عديدة خاصة حالات الغضب غير الطبيعية والتعب المزمن الذي لا يفارقه حتى في أوقات الراحة. تقدر هذه الاضطرابات لدى عمال الدوريات بحوالي مرتين ونصف أكثر منه لدى عمال النهار، وتظهر أعراض هذه الإصابات العصبية في التعب والأرق مما يزيد في خطورة هذه الأمراض هو تناول العقاقير إما للنوم نهارا أو البقاء في حالة يقظة ليلا، تتمثل أعراض الاضطرابات العصبية في تغير الطبع باتجاه العدوانية والاكتئاب ويشير هذا الأخير إلى حالة عابرة من الشعور باليأس وانقباض في الصدر، كما قد تكون هذه الاضطرابات نتيجة الإختلالات الناتجة عن نقص النوم أو سوء التغذية (أورد في: بوظريفة، 1995).

وقد بين أكرستاتد وتورسفان (1978) Akerstatd et Torsvane ، من خلال دراسته التي قاما بها على عمال يعملون بنظام الدوريات في صناعة الصلب بالسويد، أن هذا النوع من العمل يمارس أثرا جسديا وعقليا واجتماعيا، نظرا لما له من أثر على القلب والأوعية والجهاز الهضمي والتنفسي، كما يؤثر على الإدراك والجهاز العصبي. وعلى العموم، يمكن أن تكون اضطرابات الجهاز العصبي ناتجة عن قلق عمال الدوريات في عملية محاولتهم التكيف مع التغيرات التي يتعرضون لها في عملهم وصعوبة التوفيق في حياتهم الأسرية والاجتماعية، كما قد تعود هذه الاضطرابات إلى الإختلالات الناتجة عن نقص النوم أو سوء التغذية، أما عن الاضطرابات الهضمية (كصعوبة الهضم، الثقل المعوي، الإسهال)، فغالبا ما تكون نتيجة أخطاء في الحمية سيما عندما يتعلق الأمر باستهلاك المأكولات الخفيفة.

7- الاضطرابات الهضمية:

إن تنظيم تناول الوجبات يعتبر ذات أهمية كبيرة لصحة الفرد، فعلى الرغم من ذلك فإن الكثير أيضا لا يستطيعون الالتزام بمواعيد ثابتة لأسباب عديدة فقد نجد الأفراد الذين يتبعون نظاما ثابتا يشعرون بالإرهاق والقلق عند فوات مواعيد تناول الوجبات، مما يسبب لهم مشكلات هضمية في بعض الأحيان وبشكل عام فإن انتظام تناول الوجبات يساعد على إتمام عملية الهضم والامتصاص والإخراج بصورة عادية، كما يقلل من بعض التوتر الناتج عن خلل في تقديم الوجبات اليومية وعدم انتظامها وكلما كان

مواعيد الوجبات منتظم انعكس ذلك إيجابيا على صحة الإنسان، خاصة لما تخضع تلك الوجبات للاشتراكات والمواصفات الصحية السليمة (أورد في: سلامة، 2000).

يعتبر الجهاز الهضمي عرضة للعديد من الاضطرابات، بعضها خفيف ويسبب إزعاجا بسيطا ومؤقتا، والبعض الأخر أكثر خطورة ومزمن ومن بين هذه الاضطرابات نجد التهاب المعدة والأمعاء والإسهال...، ويحدث التهاب المعدة والأمعاء في أغشية المعدة والأمعاء وقد يتسبب عن عوامل متعددة مثل تناول كميات كبيرة من الطعام والشراب، أو بسبب تناول الأطعمة الملوثة، أو تسمم الغذاء وتظهر الأعراض في العادة بين ساعتين أو أربع ساعات بعد تناول الطعام، ومن الأعراض التي يسببها هذا الالتهاب: الإسهال، المغص، الدوخة، أما القرحة الهضمية تنتج عن فتحة متقرحة في غشاء المعدة أو الإثني عشر، وإن أسباب القرحة ليست معروفة تماما حيث أن أسباب القرحة ليست معروفة تماما، مع أنه يعتقد أن أسباب القرحة تعود أصولها إلى عوامل نفسية، والاعتقاد السائد حاليا أن القرحة تتفاقم نتيجة التعرض إلى الضغط ولكن ليس بالضرورة أن يكون الضغط هو السبب المؤدي إلى حدوثها (أورد في: تايلور، 2008).

أوضح كل من فريدمان وروزنمان Freidman et Rosenman أن الاستجابة الفسيولوجية للضغط النفسي، والتي تعتبر عادة تغيرات هرمونية أو اضطرابات في الجهاز الهضمي أو نقص الأنسجة اللمفاوية والعضلية، حيث أوضحا وجود وساطة فيزيولوجية في عملية الضغط النفسي توضح الارتباط بين مستوى الكولسترول في الدم وأحداث العمل الضاغطة، كذلك تبين أيضا أن فقدان الشهية واضطرابات النوم، وأمراض القلب والذبحة الصدرية قد تكون ناتجة عن التعرض للضغوط النفسية (أورد في: بونامكي، 1988).

ينعكس سوء التكيف النفسي والفسيولوجي الناتج عن العمل بالدوريات على الناحية الصحية للعامل، ويظهر هذا بوضوح في شكل اضطرابات هضمية، إذ أن في ظل نظام العمل الليلي يأخذ العامل وجبات غير صحية وفي غير مواعيدها، أي في وقت يكون فيه الجهاز الهضمي في حالة استرخاء وغير مستعد للقيام بعملية الهضم، كما أن الوجبة التي يلجأ العامل ليلا لأخذها عادة ما تكون باردة ويتم أخذها بدون شهية، الأمر الذي يؤدي بالعمال إلى الإفراط في تناول بعض التوابل والعقاقير لفتح الشهية والإقبال على التدخين ومرافقة الوجبة ببعض المنشطات كاستهلاك القهوة أو الشاي وهذا ما يساعد العامل ليلا للبقاء في حالة يقظة أثناء العمل، هذا من جهة ومن جهة أخرى يساعد تناول المهدئات أو المنومات لأخذ قسط من النوم ما يجعل عملية الهضم تمر من سيئ إلى الأسوء، وبالتالي فإن الاضطرابات الهضمية التي تظهر لدى عمال الدوريات ترجع أساسا إلى تغير الرتم اليومي في إفراز الغدد الهضمية هذا من جهة وفقدان الشهية من جهة أخرى، بالإضافة إلى طبيعة الوجبات التي يتم تناولها من طرف العامل وعادات الأكل إذ يمل معظمهم إلى استهلاك المأكولات الخفيفة عادة، فنجد العامل يواجه صعوبات كبيرة في التخطيط لأوقات الوجبات العادية، الأمر الذي يدفع به إلى التخلي عن وجبة أو أكثر خلال اليوم الواحد

ويتم ذلك خصوصا لوجبتي الفطور والغذاء إذ كثيرا ما يضطر إلى التضحية بإحدى الوجبتين على الأقل لمواصلة نومه، كما أنه كثيرا ما يتم استبدال الوجبات العادية بمأكولات خفيفة قلما تكون صحية، ضف إلى ذلك هناك من يجد نفسه مجبرا على تناول عدد أكبر من الوجبات الزائدة مما يخلق ضعفا زائدا على الجهاز الهضمي الأمر الذي قد يتسبب في السمنة كما هو الحال بالنسبة للعمال في دورية الليل (أورد في: عبدوني). إذا كان العمال يجدون صعوبة في التكيف مع نظام العمل بالدوريات فإن الظروف السيئة التي يعيشونها تزداد تأزما، ولقد توصل ماك غيير Mac Girr (1966) إلى وجود الظروف الصحية التي تجعل بعض الأفراد غير صالحين لدوريات العمل خاصة المرضى المتداولين عن العلاج المتواصل بواسطة المخدرات مثل مرض الصرع والسكر، والأمراض المعوية الحادة مثل القرحة المعوية والقولونية، الأمراض القلبية، وأمراض الدورة الدموية، بالإضافة إلى أعراض القلق والضغط الحاد. ووجد الباحثون أن أولئك الذين عملوا لثلاث مناوبات ليلية أو أكثر، في الشهر الواحد لمدة (10) سنوات، زادت عندهم فرصة الإصابة بأمراض الشرايين التاجية بنسبة (15 إلى 18%) مقارنةً بأولئك الذين لم يكن لديهم نظام تغيير المناوبات في محل عملهم، وهذا التأثر أو عامل الخطورة الجديد وصفه العلماء بأنه عامل متواضع أو بسيط. وذكر الباحثون أيضًا أن نتائجهم هذه التي توصلوا إليها تنطبق فقط على النساء، لأن نظام تبديل المناوبات الليلية قد يكون له تأثير مختلف في الرجال .(أورد في: بوظريفة، 1995).

وفي هذا المجال توصل ثيزافنسون (958) Thiis evenson من جهة، واينسون (1964) Aanson من جهة أخرى إلى إظهار الفروق في تكرار الاضطرابات الهضمية وغيرها من الأمراض الأخرى بين العمال العاديين والعمال بنظام الدوريات (8x3) والجدول الموالي يظهر النتائج التي توصل إليها الباحثان.

الجدول رقم (05): الاضطرابات الصحية لدى العمال العاديين وعمال الدوريات.

الباحث	ثيزافنسون Thiis evenson	اينوسن Aanoson			
العمال / الاضطرابات	عمال النهار	عمال دوريات (8x3)	عمال النهار	عمال دوريات (8x3)	عمال محالون على العمل في النهار
اضطرابات معدية	10.8	35	7.5	6.0	19.0
القرحة المعدية	7.7	13.4	6.6	10.0	32.6
اضطرابات معوية	9.0	30.0	11.6	10.2	10.6
اضطرابات عصبية	25	64.0	13.0	10.0	32.5
اضطرابات قلبية	–	–	2.6	1.1	0.85

(أورد في: بوظريفة، 1995).

تظهر على العامل بالدوريات اضطرابات عصبية عديدة خاصة حالات الغضب الغير طبيعية وتعب مزمن لا يفارقه حتى في أوقات الراحة، تقدر هذه الاضطرابات لدى عمال الدوريات بحوالي مرتين ونصف أكثر منه لدى عمال النهار، وتظهر أعراض هذه الإصابات العصبية في التعب والوهن والأرق وتغيير الطبع باتجاه العدوانية والاكتئاب ومما يزيد من خطورة هذه الأمراض هو تناول العقاقير إما للنوم نهارا أو للبقاء في حالة يقظة ليلا.

وقد بين أكرستاتد وتورسفان Akerstedt et Torsvall (1978)، من خلال الدراسة التي قاما بها على عمال يعملون بنظام العمل بالدوريات في صناعة الحديد والصلب بالسويد، أن هذا النوع من العمل يمارس أثرا جسديا وعقليا واجتماعيا نظرا لما له من أثر على القلب والأوعية والجهازين الهضمي والتنفسي، كما يؤثر على الإدراك والجهاز العصبي بصفة عامة، وقد بين مولت وجماعته Molt et autres (1965) أن العمل بالدوريات يمارس أثرا على صحة العامل من حيث اتجاه رتم سير الجهاز الهضمي والنوم وكذلك الأكل وفقدان الشهية، كما يرى ميرس وأخرون Meers et autres (1978) أن الحالة الصحية للعامل تتوتر في الأشهر الستة الأولى من العمل بالدوريات ويزيد هذا وضوحا بعد أربعة سنوات من العمل بالدوريات.

وعلى العموم يمكن أن تكون اضطرابات الجهاز العصبي ناتجة عن قلق عمال الدوريات في عملية محاولتهم التكيف مع التغيرات التي يتعرضون لها في عملهم وصعوبة التوفيق في حياتهم الاجتماعية والأسرية، كما قد تعود هذه الاضطرابات إلى الإختلالات الناتجة عن نقص النوم، أو سوء التغذية أما الاضطرابات الهضمية (كصعوبة الهضم، الثقل المعوي، الإسهال) فغالبا ما تكون نتيجة أخطاء في الحمية خاصة عندما يتعلق الأمر باستهلاك المأكولات الخفيفة.

مما سبق يتضح أن الأمراض المهنية الخاصة بعمال الدوريات تطرح مشكلا كبيرا، ليس لدرجة خطورتها ولكن لأهمية الفئة الواسعة من العمال التي تشملها على العموم توجد فروق فردية فيما يخص تدهور صحة عمال الدوريات، فبعضهم أكثر عرضة لبعض الأمراض من بعضهم الأخر، وعليه يجب إتاحة الفرصة لهؤلاء العمال للتحول إلى العمل العادي أثناء النهار كما يستحسن إدخال مبدأ الاختيار المهني لعمال الدوريات حتى يتم انتقاء القادرين منهم على التكيف معها، ضف إلى ما سبق أن الاضطرابات الهضمية بصفة خاصة والاضطرابات بصفة عامة قد تعمل على انتشار ظاهرة الغياب وما إلى ذلك من مؤشرات سوء التكيف، بل وحتى إلى الحراك المهني ابتداء من الأشهر الأولى لتعيين العامل للعمل بالدوريات (أورد في: بوظريفة، 1995).

وعادة ما يتقدم الأطباء والمختصون في تنظيم الدوريات بشروط وبخصوص تحضير الوجبات الخاصة بعمال الدوريات سيما المتعلقة منها بدورية الليل، والتي تعتبر بمثابة وجبة زائدة عن الوجبات الثلاثة العادية (الفطور، الغذاء، العشاء)، فزيادة على برمجة هذه الوجبة نسبة إلى الجهد المبذول يجب أن تحتوي على مأكولات سهلة الهضم مثل اللحوم البيضاء، الجبن الطري، الفواكه، الحبوب، الحساء، الحلويات والمشروبات غير الغازية أو غير الكحولية أو غير المنبهة في المقابل يجب أن تكون خالية من المأكولات الصعبة الهضم مثل اللحم الأحمر، الشحوم، المرق، الجبن المتخمر، ومختلف التوابل والعقاقير، بالإضافة إلى المشروبات الكحولية أو الغازية أو كثيرة التنبيه.

وقد يواجه المنظمين لدوريات العمل بعض الصعوبات التنظيمية الأخرى المتعلقة بالوجبات على مستوى المؤسسة، إذ يفضل بعض العمال ما يحملونه معهم من مأكولات محضرة بمنازلهم رافضين بذلك الوجبات التي تقدمها المؤسسة وخاصة إذا كانت هذه الأخيرة مدفوعة الأجر هذا من جهة، ومن جهة أخرى يصعب تقديم وجبات خاصة ببعض العمال كاللذين يعانون من أمراض معينة مثل مرض السكري أو كل من يتبعون حمية معينة لأسباب مختلفة قد تكون صحية أو حتى عقائدية اجتماعية، كما أنه من الصعب تحضير نفس الوجبات لمختلف عمال المؤسسة بغض النظر عما إذا كانت أعمالهم خفيفة أو ثقيلة، فقد لا تكون مرضية بالنسبة لمن لا يحتاج الحريرات الزائدة أو العكس، كما هو الحال بالنسبة لعمال الإدارة والقائمين بالأعمال الشاقة أو بالنسبة للشباب من العمال، من جهة والمتقدمين في السن (أورد في: بوظريفة، 1995).

8- العمل الليلي و/أو التناوبي واحتمال الإصابة بالسرطان:

أكدت البحوث التي اهتمت بالعمل الليلي أو التناوبي وخطر الإصابة بالسرطان، وعلى وجه الخصوص خطر الإصابة بسرطان الثدي لدى العاملات ليلا إذ حاولت الدراسات الوبائية تأكيد وجود علاقة بين العمل الليلي وخطر الإصابة بالسرطان، وهذه الدراسات المختلفة ركزت خصوصا على ارتفاع معتدل لخطر الإصابة بسرطان الثدي لدى العاملات اللاتي يعملن في المناوبات الليلية بعد عدة سنوات من الخدمة ليلا هذا بالمقارنة مع العاملات اللاتي يعملن بانتظام نهارا، بالنسبة للدراسات الأولى التي أقيمت حول الموضوع وكان ذلك عام (1990) أكدت أن هناك علاقة وطيدة بين العمل الليلي واحتمالية الإصابة بالسرطان، وانطلاقا من ذلك أثبت الباحث "بوكالا" وآخرون Pukkala et autres هذا الرأي حيث أن هناك احتمال كبير للإصابة بسرطان الثدي لدى العاملات، وفي سنة (2001) أتى الباحث هنسون Hanson الذي وجد في دراسة أجراها على (7035) حالة أي من النساء العاملات ليلا وتوصل إلى أن (95%) من النساء اللاتي يعملن ليلا بانتظام محتمل إصابتهن بسرطان الثدي، وهناك عوامل أخرى تتدخل في ذلك من بينها العوامل السوسيو اقتصادية، السن، وعدد الأطفال هذا من جهة، ومن جهة أخرى وفي نفس السنة ذهب الباحث شيرنهامر Schernhammer إلى التأكيد على وجود علاقة بين العمل الليلي واحتمالية الإصابة بسرطان الثدي لدى العاملات ليلا وهذا بعد دراسة واسعة أجراها الباحث على (78562) نساء عاملات في المستشفيات، وبعد عشر سنوات من المتابعة وجد أن هناك (2441) حالة محتملة وذلك لوحظ خاصة لدى النساء اللاتي عملن بين(15 و29) سنة ليلا وكذلك لوحظ الارتفاع لدى النساء اللاتي لديهن أكثر من (30) سنة خدمة، وأخذ بعين الاعتبار في هذه الدراسة عامل التكيف أو التوافق مع العمل وكذا نوعية الحياة خارج نطاق العمل مثل النشاطات الفيزيقية والتغذية (أورد في: Bayon, 2009).

وبالاستناد على التراث النظري، يؤدي العمل الليلي إلى معاناة الفرد من المشكلات الصحية على المدى البعيد، فأجمعت عدة أبحاث على أنها تتعلق بشكل أساسي بمشاكل القلب والشرايين التاجية. إحدى الدراسات أشارت إلى أن المناوبات الليلية تزيد من إمكانية الإصابة بأمراض القلب بنسبة (40%) وأشارت الدراسة أيضًا إلى زيادة الخطورة، كلما زادت فترة العمل في هذه المناوبات. دراسة أخرى أشارت إلى زيادة احتمالية الإصابة بالسكتة الدماغية عند العاملين في المناوبات الليلية لكل خمس سنوات من العمل الليلي، لكن هذه الأخطار لا تظهر بشكل عام إلا بعد العمل في المناوبات الليلية لمدة 15 عامًا كبداية لظهور هذه الأخطار، وأشارت أيضًا عدد من الدراسات إلى أن المناوبات الليلية هي أحد عوامل الخطورة تجاه الإصابة بمرض السكري، وأظهرت دراسة يابانية أن العمال الذين يعملون في مناوبات تمتد إلى 16 ساعةً تزداد احتمالية إصابتهم بالسكري بنسبة (50%). كما أشارت دراسة أخرى عام (2007)

إلى أن نسبة هرمون السيروتونين في هؤلاء الذين يعملون ليلًا أقل من الذين يعملون بالنهار، وهذا الهرمون مسؤول عن المزاج الجيد بشكل أساسي.

قام باحثون أمريكيون بالبحث في السجلات الطبية لحوالي (189) ألف سيدة على مدى 24 عامًا ماضية، ولاحظوا وجود ارتباط كبير بين أنماط دوران المناوبات التي تسمح للناس بالعمل بين المناوبات الليلية والصباحية، وبين الإصابة بأمراض القلب التاجية. واقترح الباحثون ضرورة القيام بالمزيد من الدراسات لتوضيح ما إذا كان نظام المناوبات هذا يمكن أن يتغير، أو يتم تعديله للحد من مثل هذه الأخطار، وكان باحثون قد أعلنوا سابقًا عن التأثيرات الصحية السلبية للعمل في المناوبات الليلية لكن ما يميز هذه الدراسة كان العدد الهائل من السجلات التي تتبعها الباحثون، وهي الأكبر من نوعها بهذا الشأن، مما جعل الدراسة أكثر جدية، ونتائجها أكثر قربًا للحقيقة وفي الحقيقة أن طول ساعات العمل وساعات العمل الغير نمطية هي مؤشر من مؤشرات اختلال الرتم البيولوجي للعامل ليلا، بالتالي تؤدي بالعامل إلى العزلة والانسحاب الاجتماعي (عدم الاحتكاك بالآخرين أثناء النهار لأن العامل يقضي معظم نهاره نائما لتعويض النوم الليلي)، كما تؤدي ساعات العمل الطويلة بالعامل إلى ظهور أعراض النرفزة والعصبية وحتى العنف اتجاه الآخرين، وهذا ما يشكل عبء على العامل وصعوبة في التكيف مع ظروف العمل التي تملي عليه العمل ليلا، والنتائج التي تترتب عن ذلك تتمثل في: طلب العامل التحويل للعمل في مركز أخر، طلب الاستقالة، التسريح أو الصرف عن العمل نتيجة كثرة الأخطاء المهنية، اللجوء إلى التقاعد في سن مبكرة نظرا للعبء الذي تخلفه ساعات العمل الطويلة من تعب والضغوط على العامل، وكذا التأثير على نوعية وكمية الإنتاج لأن العامل في هذه الوضعية لا يستطيع بذل مجهود إضافي من أجل تحقيق الفعالية نظرا للظروف والإمكانات المتاحة لأداء العمل (أورد في: INRS, 2007).

والجدول الموالي يبين الاضطرابات المرتبطة بالعمل الليلي و/ أو التناوبي لدى النساء:

الجدول رقم (06): الاضطرابات المرتبطة بالعمل الليلي و/ أو التناوبي لدى النساء

الحالة أو نوع الخطر	العناصر الواجب رصدها بعد كل فحص طبي	العناصر الطبية أو الشبه طبية للتقييم الموصى به	الدورية الموصى بها	تدابير القياس أو الرقابة الموصى بها
السرطان	سرطان الثدي	– التوجيه نحو الطبيب الذي يضمن الفحص الطبي النسائي	الفحص الطبي النسائي سنويا	– التوعية حول عامل الخطر لسرطان الثدي. – ضمان تحقيق الفحص الطبي النسائي
		– ربط شهادة العرض مع اللوائح وتتبع العرض	إعطاء نسخة للعامل عند مغادرة المؤسسة	
الحمل	الحمل	– زيارة الطبيب من أجل الفحص مباشرة. – العودة من إجازة الأمومة. – توقفات عن العمل بعد العودة من إجازة الأمومة.	– تقرير النشاط السنوي من طبيب العمل.	– التوعية بالمخاطر حول الحمل (الإجهاض العفوي، الولادة المبكرة). – المتابعة الطبية للحمل. – تجنب العمل الليلي بعد 12 أسبع من الحمل لتفادي الأخطار التي تتجر على صحة الحامل.

(أورد في: HAS, 2012).

II– الانعكاسات المهنية للعمل الليلي:

مما لا شك فيه أن للعمل الليلي انعكاسات مهنية، وتعود هذه الأخيرة سلبا على حياة الفرد العامل الوظيفية أو المهنية وقد يؤدي ذلك بالعامل إلى ترك منصب عمله نتيجة تلك الأعباء التي تتجر عن طبيعة العمل ليلا، ويتم عرض هذه الانعكاسات فيما يلي:

1- التعب:

1-1- تعريف التعب:

التعب هو حالة عامة تنشأ من عمل أو نشاط سابق – حركيا كان هذا النشاط أم عقليا- ويبدو في مظاهر ثلاث متلازمة ومترابطة تتمثل في نقص في الشعور بالضيق والألم، تغيرات فسيولوجية مختلفة، ونقص الكفاية الإنتاجية (أورد في: شريت، 2001).

فالتعب هو حالة فيزيولوجية عابرة ومتغيرة الاتجاه تتميز بنقص قابلية العضوية للإثارة وانخفاض فاعليتها الوظيفية، وخاصة بالنسبة لوظائف العلاقة الخاصة بالجهاز العضلي المخطط، وأعضاء الحواس والجملة العصبية، والتعب يرافقه إحساس جسمي ونفسي مرهق أو مؤلم، ويطرأ بصورة تعقب جهدا وإرهاقا ذهنيا أو حسيا، ويتغير اتجاه التعب تلقائيا بالراحة أو انقطاع الضرر المسبب للتعب، والتعب بوصفه ارتكاسا طبيعيا هو في الوقت نفسه إشارة إنذار واستخدام دفاعات العضوية (أورد في: Norbert Sillalmy, 1991).

وفي تعريف دريفر Drever للتعب يشير إلى أن التعب انخفاض في الإنتاجية أو الكفاية أو القدرة على الاستمرار في العمل بسبب بذل الطاقة السابقة في انجاز العمل، أما من ناحية الفرد فهو الأحاسيس والمشاعر المعقدة والصعوبة المتزايدة التي يجدها الفرد بعد استمراره في العمل لمدة طويلة (أورد في: طه، 2006).

ويرى فيرنون التعب على أنه مجموع نتائج النشاطات التي تظهر في تناقص القدرة على القيام بالعمل، حيث عادة ما يصاحب الشعور بالتعب عدم الثبات وعدم الاستقرار والقلق والضيق الشديد، واضطراب في الحالة الانفعالية للفرد مما يؤدي إلى انخفاض أدائه نتيجة تعرضه للضغوط الناتجة عن بيئة العمل المعقدة والصعبة أو حتى الظروف الناتجة عن طبيعة الفرد ذاته (أورد في: عويضة، 1996).

كما أن العمل الذهني المتواصل يؤدي إلى تعب جسمي لأنه يقترن بتكيف حسي حركي من التوتر والانقباض العضلي يشمل أغلب الجهاز الحركي، كما أن التواصل في الجسم يؤدي إلى الإرهاق والتعب العقلي (أورد في: شحاتة، 2010).

ويمكن اعتبار التعب بأنه مجموعة من الأعراض القابلة للقياس، حيث ينقسم إلى تعب ذهني وتعب فيزيقي ويرجع ذلك خصوصا إلى طبيعة العمل وغموضه، فيرتبط التعب مباشرة بالعمل، ومن المؤكد أن التعب الذهني أو إحساس التعب مرتبط دائما باضطرابات الانتباه، ويتبع متلازمة التعب: اضطرابات استقبال المعلومات، اضطرابات الإدراك، اضطرابات التنسيق، اضطرابات الانتباه والتركيز،

اضطرابات التفكير واضطرابات الوظائف الحركية، اضطرابات العلاقات الاجتماعية (أورد في: Sperandio, 1988).

2- أنواع التعب: توجد ثلاثة أنواع عامة للتعب وهي:

- **التعب الفسيولوجي:** يقصد بالتعب الفسيولوجي النقص في الطاقة الكامنة في العضلات وقد أشار ستارلنج إلى أن ظاهرة التعب من المحتمل أن تتوقف على عاملين هما: استهلاك المادة القابضة أو المواد التي تزود هذه المادة القابضة بالطاقة الكامنة أو تراكم مخلفات هذا الانقباض ويمكن أن ينظر إلى هذه المخلفات على أنها النتيجة الكيميائية للنشاط العضلي، ومن بين هذه المخلفات حامض اللاكتيك ومن التجارب المعروفة أنه يمكن إحداث التعب صناعيا في العضلة من محلول ذلك الحامض.

فإذا حقن حيوان في حالة راحة بدم حيوان في حالة إعياء شديد من مجهود عضلي كبير ظهرت على الحيوان المستريح علامات التعب متمثلة في تغير درجة حرارته إلى بطء في تنفسه ثم النوم، وعند استنفاذ هذه الطاقة تتناقص قدرة العضلات على أداء عملها والمعتقد هو أن النقص في الطاقة الكامنة في العضلات هو التعب الفسيولوجي.

فالجهد الجسمي الكثيف المستمر يقتضي تنشيط الاستقلاب الخلوي، ويتطلب مزيدا من الأكسجين والسكر ويسبب تسرب البوتاسيوم ومحلول الصوديوم محله ويؤدي إلى تكوين فضلات عمل وظائفي كحمض اللبن، وتتعاظم الإرتكاسات الخلوية لاستبعاد هذه العناصر الضارة، ولكن الفاعلية الحيوية الكيمائية مكبوحة بالنظر إلى أن الدم لا يمكنه أن يقدم الكفاية من الأكسجين ويترتب على ذلك تسمم ذاتي للجسم الذي يكون إحساسه بالتعب هو التعبير الذاتي عن هذا التسمم. ويظهر التعب العضلي بفعل نقص في قابلية إثارة العضلة، والتشنجات وتصلب العضلة المؤلم. عندما يكون التعب عاما تتأثر كل الأجهزة الكبيرة كالتنفس وجريان الدم يتسارعان واليقظة تنقص والفرد في مثل هذه الحالات عليه أن يثبت انتباهه لأن زمن ارتكاسه يطول وهذا الأمر يعرضه للحوادث ويتخلى التعب الحاد الذي يحس به الفرد بعد جهد عنيف أو في نهاية نهار طويل من العمل، أما التعب المزمن الذي يلي جهدا يتكرر يوميا جهدا يفوق إمكانات التجديد الذي تقدمه الراحة، فإنه على العكس يستقر استقرارا تدريجيا ونلاحظ ذلك لدى العامل الذي يؤدي عملا روتينيا ذو رتم سريع في ورشة صاخبة، ويظهر التعب المزمن بنقص الاندفاعية الحيوية (مثل غياب النشاط، فقدان الاهتمام بالعمل، انعدام الرغبة الجنسية) والاضطرابات الوظيفية الهضمية أو القلبية، والآلام المنتشرة (في الرأس، وفي الظهر والبطن)، والصعوبات العقلية (تعذر تركيز الانتباه، النسيان، أفكار مرهقة)، وتغيرات النوم (إفراط في النوم أو القلق) والمزاج (قابلية التهيج، العدوانية، التشاؤم، القلق، وعدم اتخاذ القرار)، بل يسبب التعب المزمن في بعض الأحيان أفات نفسية جسمية (قرحة المعدة، التوتر الشرياني)، وعلاج التعب هو الراحة الكاملة ولكن التقنية العلاجية الحقيقية وقائية تكمن في جعل الجهد متوازنا بفعل فترات زمنية من الراحة، وفي تعويض صرف الطاقة بتغذية

متوازنة وفي تنظيم أوقات العمل والبيئة على نحو يلغي كل الأضرار (ضوضاء غير مفيدة، الإضاءة المتعبة، التواترات بين الأفراد، إلخ)، وأخيرا في إتباع قواعد الصحة في الحياة من توفير محيط العمل الملائم، تنسيق ريتم العمل، عبء العمل، والروتين، الأمن في العمل (أورد في: Sillalmy , 2001).

ولقد بين ستارلينج Starling أنه من المحتمل أن تتوقف ظاهرة التعب على عاملين أساسيين، هما: استهلاك المادة القابضة أو المواد التي تزود هذه المادة القابضة بالطاقة الكامنة أو تراكم مخلفات هذا الانقباض، ويمكن أن ينظر إلى هذه المخلفات على أنها النتيجة الكيميائية للنشاط العقلي (أورد في: عبد الغني، 2001).

- **التعب النفسي:** وينتج التعب النفسي عن الضيق بالنسبة للذين يزاولون أعمالا بمفردهم، حيث يؤخر العمل الجماعي التعب والإحساس به. ويقصد بالتعب النفسي الإحساس بالضيق الذي يصاحب الأداء المستمر لأي عمل من الأعمال، وعادة ما يصاحب الشعور بالتعب عدم الثبات وعدم الاستقرار والقلق والضيق الشديد، والاضطراب في الحالات الانفعالية مما يؤدي إلى اضطرابات في علاقات الفرد الاجتماعية داخل المصنع وخارجه.

ونجد من الخبرات العامة أن الفرد بتكراره لأعمال معينة يتضايق في النهاية ويقل اهتمامه بها، وبعبارة أخرى تتناقص رغبته في الاستمرار في أداء تلك الأعمال وقد يحس الشخص بالتعب ويحس في نفس الوقت برغبته في القيام بأي شيء أخر، وبذلك يجمع أغلب الباحثين أن حدوث الإحساس بالضيق والتعب يتناسب مع التغيرات الفسيولوجية في العضلات والعكس صحيح، فالتغيرات الفعلية في التكوين الفسيولوجي للعضلات تكون قد حدثت إلى الحد الذي يشعر فيه الشخص بالضجر والتعب، فإذا كانت مثل هذه العلاقة صحيحة فإن مشكلات التعب والتخلص منه يمكن تبسيطها إلى حد كبير.

ويرى الباحثون أن حدوث الإحساس بالضيق والتعب يتناسب مع التغيرات الفسيولوجية في العضلات والعكس صحيح، فالتغييرات الفعلية في التكوين الفسيولوجي للعضلات تكون قد حدثت إلى الحد الذي يشعر فيه الشخص بالضجر، والتعب فالشخص الذي يقوم بعمل روتيني غير مرغوب فيه يعرف أن الإحساس بالضيق يسبق الإحساس بالتعب الفسيولوجي، الأمر الذي يؤدي إلى الإحساس بالضيق من الأعمال الرتيبة أكثر مما ينتج عن الأعمال المنوعة. كما ينتج عن الأعمال المفروضة أكثر مما ينتج عن الأعمال التي يقوم بها الشخص باختياره الحر (أورد في: حمزاوي ومومي).

ويرى الأطباء النفسيون، ومن بينهم عالم النفس الانجليزي "هادفيلد" في كتابه " سيكولوجية القوة" أن الجانب الأكبر من التعب الذي يحسه الفرد ناشئ عن أصل ذهني بل الحقيقة أن التعب الناشئ عن أصل جسماني لهو في غاية الندرة، وإن التعب الذي يحسه العمال الذين يتطلب عملهم الجلوس المتواصل راجع إلى عوامل نفسية ومن بين هذه العوامل الضيق والإحساس بعدم التقدير والقلق، هذه العوامل كلها تشعر العاملين بالتعب الذي بدوره يضعف مقاومتهم الجسمية لأبسط الأمراض ويقلل من إنتاجهم ويكونون بعد نهاية العمل في حالة من الإعياء والصداع العصبي الذي ليس له أصل أو منشأ عضوي، وقد أشارت

إلى ذلك شركة "متروبوليتان الأمريكية للتأمين على الحياة " في نشرة وزعتها بعنوان "التعب" وقالت فيها: أن المجهود الشاق في حد ذاته قل ما يسبب التعب والمقصود بذلك ذلك التعب الذي لا يزول بعد نوم عميق، أو فترة معقولة من الراحة، وإنما القلق والتوتر هي العوامل الأساسية في ابتعاث التعب ولو بدا أن المجهود العقلي أو الجسماني هو الأصل والسبب إلا أن العضلة المتوترة هي العضلة العاملة فيجب أخذ القسط الوافر من الراحة وإن لم يحدث ذلك سوف يتسبب في خلق تعب عصبي (أورد في: كانيجي). تتمثل دوافع التعب النفسي للعمال في العمل الروتيني والممل الذي يقوم به بعض العمال دون أن تكون لهم فرصة إدخال أي تطوير أو تعديل أو حتى تنويع في المهام، على هذا العمل لأنه بطبيعة الحال العمل الروتيني يتطلب يقظة وانتباه مستمر من طرف العامل، ضف إلى ذلك أن عدم قيام العامل بالعمل الذي يناسبه فقد يؤدي بعض العاملين أعمالا لا تتطلب أداء فيصاب هؤلاء بالتعب النفسي والإرهاق العصبي، عدم ميل بعض العمال للعمل وهذا ما يؤدي إلى ضيق فرص العمل المتاحة وقد يلجأ العمال إلى القيام بوظائف لا يميلون إليها حيث يعتبر عدم ميل العامل للعمل من أهم العوامل التي توصل العامل للتعب النفسي السريع في العمل.

كثيرا ما يعاني العمال من التعب النفسي إذا كان غير متوافق ومتكيف مع جماعة العمل التي يعمل فيها، وإذا كان هذا العامل يتبنى قيما واتجاهات وأنماط سلوك لا ترضى عنها الجماعة في العمل ولا توافق عليها، فالعامل حتى إذا كان منشغلا معظم وقت العمل في الإنتاج والتعامل مع الآلات إلا أنه طول يوم العمل يقوم بأشكال من الاتصالات بأفراد من جماعة العمل أو بالرئيس.

يصاب العاملين بالتعب النفسي إذا فرضت عليهم نظم ولوائح العمل الصارمة، أداء العمل بطريقة ولا يرضون عنهم ولديهم أفكار لتطوير هذا الأداء والعمل ولكنهم لا يستطيعون ذلك لأن عليهم إخضاع أنفسهم ليقودوا النظم واللوائح المفروضة على العمل وعليهم، بالإضافة إلى الظروف المادية الغير مناسبة والتي يراها العامل غير إنسانية، والمشكلات الخاصة بالعاملين مثل مواجهة مطالب المعيشة والغلاء عادة ما يحبط العامل ويستنزف قواه وعادة ما يؤدي هذا إلى أن يعاني العامل من التعب النفسي خاصة إذا كان الأجر الذي يحصل عليه العامل نتيجة العمل لا يكفي إشباع حاجاته الأساسية وحاجات أفراد أسرته (أورد في: بن الشيخ، 2017).

- **التعب الصناعي:** يعرف فيرنون التعب الصناعي بأنه مجموع نتائج النشاطات التي تظهر في تناقص القدرة على القيام بالعمل (أورد في: المشعان، 1994).

ويلاحظ أن التعريف السابق للتعب لا يتفق تماما مع تعريفاته الفسيولوجية والنفسية.

ويعرف التعب الصناعي أيضا بأنه نقص في القدرة على العمل الجسمي أو الذهني نتيجة عمل سابق. فالتعب ظاهرة طبيعية، فبعد عمل شاق عادة ما يشعر العامل بالتعب وقد يزول هذا التعب جزئيا بعد فترة راحة قصيرة أثناء العمل، ولكن كثيرا ما يشتد التعب بالفرد بحيث يحتاج إلى فترة راحة طويلة. وكثيرا ما يذهب هذا التعب بالنوم لعدد من الساعات.

والتعب الذي يعاني منه العامل لا يؤدي إلى تخفيض الإنتاج فحسب، ولكنه يتميز كذلك بتغييرات في التوازن العضوي داخل جسم العامل تصيب الجهاز الهضمي والجهاز العصبي والغدد الصماء وكيمياء الدم وإفرازات الجسم وحالة العضلات، وعادة ما يمثل التعب الشديد زيادة عمليات الهدم عن البناء داخل جسم العامل، ويرتبط التعب عادة بعدد ساعات العمل وطولها والجهد المبذول فيه، ويختلف مقدار التعب الذي يعاني منه العامل بعد يوم العمل باختلاف طبيعة العمل المؤدى وعوامل التهوية والتدفئة والإضاءة وغيرها من ظروف العمل. ضف إلى هذا يختلف مقدار التعب الذي يعاني منه العام باختلاف حالة العامل الصحية ومدى ميل العامل للعمل وإقباله عليه (أورد في: المشعان، 1994).

ولقد بين "أريس" أن منحنى الإنتاج يمكن أن يظل مرتفعا وثابتا إذا كانت الحوافز قوية بدرجة كافية بالرغم من التغيرات الفسيولوجية التي تبين استهلاكا كبيرا للطاقة، ونادرا ما تهتم الإدارة بالتمسك بمستوى عال من الإنتاج باستهلاك طاقة قد ينتج عنها انخفاض إنتاج العمال بمرور الوقت.

من المؤكد أن التعب الشديد يقود إلى زيادة نسبة ارتكاب الحوادث وعلى سبيل المثال في إحدى مصانع القنابل والقذائف في أثناء الحرب العالمية الثانية في انجلترا انخفض معدل الحوادث بنسبة (60%) بين العاملات عندما انخفضت ساعات العمل من (12) ساعة يوميا إلى (10) ساعات يوميا. ويجب التمييز بين الحوادث التي تنتج عن التعب حقيقة وتلك التي تنتج عن السرعة الزائدة في أداء العمل، وبطبيعة الحال يتبع السرعة في العمل زيادة الإنتاج ولذلك عند فصل أثر هذين العاملين أي عامل التعب مستقلا عن عامل السرعة فإنه يثبت معدل الإنتاج أو أن يتم التحكم في معدل الإنتاج ثم يتم دراسة الحوادث (أورد في: عويضة، 1997).

يشير كازاميان Cazamian إلى أن التعب شعور موجع وشاق في نفس الوقت، حيث يجد الفرد نفسه في هذا الوضع في حالة من الصعوبة في التصرف والتكيف، إذا فالتعب عامل نفسي وجسماني في نفس الوقت وكذا ذاتي وموضوعي مرتبط بالفرد، حيث تلعب العوامل الجسمية وأخرى نفسية دور رئيسي في ظهور الاضطرابات المهنية لدى الفرد العامل، ونجد من العوامل الجسمية الإمكانيات الجسدية التي تلعب دورا هاما في عملية التوافق فعدم تناسب هذه الإمكانيات مع متطلبات العمل ينتج عنه عدم القدرة على الأداء المرغوب والجيد فينجر عنه قابلية العامل للوقوع في الحوادث وسوء توافق ذاتي واجتماعي والإصابة بالإجهاد الكبير والملل، ومن الضروري الإشارة في هذا الصدد بأن هناك علاقة بين الاضطرابات المهنية وبين الحالة الصحية والمكانة الاجتماعية أما انخفاض القدرات العقلية فله ارتباط كبير في ظهور التعب ووقوع حوادث العمل والتغيب، أما العوامل النفسية في ظهور الاضطرابات المهنية والتي لها دور في ظهور سلوكات غير مرغوب فيها مثل التغيب والصراعات الاجتماعية ودوران العمل، فالاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب تعيق عملية التوافق المهني حيث تولد سلوكات عدوانية من طرف العامل تعبيرا عن تلك المشاعر (أورد في: غباري، 1991).

إن عضو التعب مركز عصبي يقع أو يتمركز في قاعدة المخ الذي يسمى بالهيبوتلاموس الذي له علاقة بقشرة الدماغ وهو يعتبر مركز الشعور والتفكير، ومن الملاحظ أن الفرد لا يتعب من عدم وإنما هناك ظروف تجعله كذلك وخاصة تلك المتعلقة بالعمل، حيث أنه منذ بدء العمل البشري والفرد في محاولة للتكيف مع متطلبات العمل المتغيرة باستمرار، وذلك من خلال التغيير والفعل والتكيف مع الآلات والمعدات المصنعة التي تعتبر ملكية للعمل بالرغم من الصعوبة والتعقد التي تحتويها تلك الآلات نجد الفر العامل دائما محاولا التكيف معها رغم الإرغامات التي تواجهه في محيط العمل هذا ما يؤدي به إلى بذل جهد أكبر ويؤدي به هذا الأخير إلى التعب.

ومن الملاحظ أن عند التحدث عن التعب نتصادف مع عاملين متناقضين وهما التعب النفسي والذي هو أداة ضبط لبلوغ الهدف ألا وهو العمل الجيد والمتقن، والعامل الأخر هو التعب العضلي الذي ينجر عن العمل الشاق في محيط العمل، ولكن هذا التعب يزول بمجرد أخذ العامل قسطا من الراحة ولكن ذلك التشنج العضلي الذي يعاني منه العامل يمكن أن يتكرر بمجرد استئناف العمل بعد تلك الفترة من الراحة (أورد في: Cazamian, 1978). فمن الضروري الفصل بين مختلف أنواع التعب حيث نجد التعب العضلي، ولكن التعب العضلي لا يمارس فقط أثر على العضلة بل يلعب دور في تعب الجهاز العصبي والعضلات التي لم تعمل، بالإضافة إلى ذلك نجد التعب العصبي الذي يتواجد في المراكز الرئيسية للجهاز العصبي وتؤدي إلى المعاناة من العبء العضلي أو عبء الأعضاء الحسية حيث تتعرض هذه الأخيرة للتعب المتواجد على مستوى بيئة العمل كتعرض الأذنين والعينين للتعب الشديد والمزمن من جراء الظروف الفيزيقية للعمل مثل الضوء والضوضاء، وقبل تعرض الأعضاء الحسية للتعب الذي ينتج عن ذلك تتعرض أولا المراكز الدماغية المسؤولة عن تلك الأعضاء، ومن الضروري أيضا أن نستنتج العديد من مستويات التعب التي تتدرج من التعب العادي أو الطبيعي والتعب المرضي، إذ أن التعب الفيزيولوجي أو العادي في هذه الحالة من التعب يشعر الفرد بالإرهاق والنعاس الشديدين خاصة عند نهاية العمل، والتعب هنا بمثابة إشارة تنبيه للفرد ليأخذ قسطا من الراحة الضرورية للاسترخاء وعودة عضلات الجسم إلى حالتها الطبيعية من النشاط بعد زوال التعب، أما التعب المزمن وهو تعب مرضي يؤدي إلى اضطرابات مختلف وظائف الجسم الفيزيولوجية، والنفسية، والنفس جسمية، ما يؤدي بالفرد في هذه الحالة من التعب إلى فقدان القوة الفيزيقية والذهنية، فقدان الذاكرة وعدم التركيز، تشتت الانتباه، إذ أن علاقة التعب بالانتباه هي نفس علاقة التعب بالانفعال، فالتعب يؤدي إلى قابلية الفرد للانفعال إذ أن التعب هو فقدان التنبه من جهة مع وجود شدة التنبه من جهة أخرى (عن طريق العقاقير أو التعاطي) فإن هذا يحدث إنهاكا جسميا ونفسيا، بالإضافة إلى اضطرابات المزاج، القلق، وحالات من النرفزة، اضطرابات النوم، القرحة المعدية.

ولهذا من الصعب التفرقة بين التعب الفيزيقي والتعب الذهني، حيث يرى بعض الباحثين أمثال لوبلا leplat أن هذا التمييز يبين أكثر أعراض التعب، إذا يصبح هذا التمييز عملي فالتعب الفيزيقي يكون

على مستوى العضلة ونظام القلب والأوعية الدموية، أما التعب الذهني سببه المظاهر الوظيفية للجهاز العصبي المركزي (أورد في: Guélaud et autres, 1975).

3- أعراض التعب:

نجد في هذا الصدد التعب الحاد والتعب المزمن، فالتعب الحاد هو نتيجة أو يظهر بسبب نقص النوم على المدى القصير أو لفترات طويلة من النشاط الفيزيقي أو الذهني، ومن الممكن معالجته بأخذ قسط وافر من النوم والراحة الكافية، أما فيما يتعلق بالتعب المزمن وهو نوع من أنواع التعب الذي يدوم مدة ستة أشهر، إذ يتميز الأشخاص الذين يعانون من التعب المزمن على المدى الطويل يعانون من الاحتراق واستنفاذ الطاقة، ويجدون صعوبات التعامل مع الحياة اليومية وغالبا ما تظهر عليهم أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا، إذ أن التعب دائما يحل وسط سلامة وأمن العمال وتقتصر أعراض التعب فيما يلي:

- **الأعراض الفيزيقية للتعب:** تشمل الأعراض الفيزيقية على الأرق، التثاؤب، ثقل الجفون، النوم الجزئي (فترات النوم العرضية، والغير ملاحظة والتي تستمر من ثانية إلى ثلاثون ثانية)، ضف إلى ذلك فقدان الشهية، اضطرابات الهضم، زيادة الضعف العام للجسم، والقابلية الشديدة للتعرض للأمراض.
- **الأعراض الذهنية (المرتبطة بالمردودية):** وهذه الأعراض مرتبطة بالدرجة الأولى بالصعوبة في التركيز، انخفاض الانتباه، تراجع أوقات رد الفعل، النسيان، اضطرابات الذاكرة، خلل في المنطق (الأفكار اللامنطقية)، زيادة خطر التعرض للحوادث المهنية والتنفيذ الغير مناسب للمهام.
- **الأعراض الانفعالية:** تتمثل في الشعور بالاكتئاب طيلة الوقت، القلق، التهيج، وعدم الاستقرار الانفعالي.

انطلاقا مما سبق، تظهر علامات التعب عندما يختل الرتم السركادي أو الساعة البيولوجية للجسم وهذا يظهر في معظم الحالات لدى العمال الليليين خاصة عندما تطول ساعات العمل، هذا ما يعرض العمال للتعب الشديد إذ يظهر هذا الأخير خاصة في أماكن العمل التي تتميز بإضاءة ضئيلة (حيث أن العامل في هذه الحالة يبذل جهدا إضافيا لرؤية الأشياء بوضوح) والحرارة المرتفعة (أورد في: scienceau service de la vie, 2017).

4- ظاهرة التعب لدى العمال:

يعتبر التعب ظاهرة طبيعية، ويظهر في شكل فقدان القدرة على أداء العمل أو نقصانها، ويحدث التعب نتيجة للممارسة الطويلة للعمل، وزيادة التعب لها أضرار قد تؤدي إلى الانهيار العصبي للعامل أو العجز عن مقاومة جسمه للتعب والإرهاق، ومن الضروري معرفة كيفية نشوء التعب أو كيف يصاب الفرد بالتعب، وذلك بهدف تقليله ومواجهته، وهذا ما يؤدي إلى الوقوف على ضرورة عمل العضلة، حيث أنه ما

هو معروف أن العضلة عندما تبدأ في الانقباض تتسع الأوعية الدموية التي تغذيها وذلك حتى تمدها بكميات أكثر من الدم وكميات أكثر من الأكسجين اللازم لنشاط العضلة ثم تبدأ العضلة في استخدام الجلوكوز المخزن بها كوقود ومصدر للطاقة حيث يتم تحويله إلى "حمض اللاكتيك"، وعندما تتكرر انقباضات العضلة بصفة مستمرة ولمدة طويلة تضيق الأوعية الدموية بسبب ضغط العضلة عليها، وبالتالي يتقص امتداد الدم والأكسجين، ويعتبر هذا الأخير هو الذي يعمل على غسيل العضلة وتخليصها من المخلفات الناتجة عن التحولات الكيميائية التي تحدث داخل العضلة ويدفعها بعيدا عن الدم وعلى ذلك تفقد العضلة قدرتها على أداء النشاط المطلوب، وبذلك يشعر الفرد بالتعب، فالأوكسجين يستخدم في عملية إحراق الجلوكوز لتوليد الطاقة اللازمة للنشاط العضلي، وانطلاقا من هذا يتضح أهمية كل من القلب والرئتين في توصيل الأكسجين، فالرئة هي التي تمتص الأكسجين من الهواء والقلب باعتباره المضخة يعمل على دفع الأكسجين والدم خلال الأوعية الدموية إلى العضلات ولذلك يلاحظ أن العامل المصاب بفقر الدم يشعر بالتعب أسرع من العامل السليم، فمن الملاحظ أن ضعف الحالة الصحية عامة يؤدي إلى الشعور بالتعب والإرهاق (أورد في: الختاتنة، 2013) ويؤدي العمل الروتيني والذي يقوم فيه العامل بنفس الحركة مرات متكررة إلى الشعور بالتعب، ومما يساعد على سرعة شعور العامل بالتعب هو بيئة العمل للمصنع بما فيه من حرارة وبرودة وضوضاء أو أتربة أو غبار أو دخان أو رطوبة، وكل ذلك قد يؤدي إلى سرعة إصابة العمال بالتعب، ولقد وجد أن سوء التغذية ونقص الفيتامينات من العوامل المسؤولة عن الشعور بالتعب، وذلك لأن الغذاء لما يحتويه من مواد نشوية وسكرية وذهنية يعتبر مصدرا للطاقة اللازمة للجسم فالعامل يحتاج إلى وحدات حرارية تمكنه من القيام بعمله، وتختلف هذه الوحدات الحرارية باختلاف العمل وطبيعته حيث أن كل نشاط يتطلب حريرات التي تتناسب وذلك النشاط لكي لا يفقد جسم العامل توازنه ويصبح عرضة للعديد من الاضطرابات والأمراض الناتجة عن سوء التغذية، ومن العوامل الأكثر تأثيرا في سرعة شعور العامل بالتعب سرعة العامل في أداء العمل وزيادة ساعات العمل، وطول ساعات العمل.

إضافة إلى هذه العوامل العضلية السابقة في حدوث التعب بعض العوامل النفسية، من بينها القلق الذي يزيد من سرعة شعور العامل بالتعب ومن ذلك أيضا عدم توفر التكيف المهني والنفسي والصحي، وعدم شعور العامل بالرضا عن العمل وعدم اتفاق العمل مع الميول المهنية للعامل، وكذلك حالات تشتت الذهن، بالإضافة إلى المشكلات الأسرية وقد يكون الشعور بالتعب نتيجة لعوامل لا شعورية كالاحتماء في التعب أو المرض للتخلص والتحرر من تحمل مسؤولية القيام بالأعباء، وللتعب أثار سيئة على كل من العامل من جهة وعلى الإنتاج من جهة أخرى، حيث أوضحت الدراسات بأنه يصبح هناك انخفاض في الإنتاج كما هو متوقع (كنتيجة لتأثير التعب والملل)، وينتقل التعب في حالات نوعية بمعنى أن التعب من عمل معين قد ينشد الراحة في عمل أخر، ولعل في هذا الصدد يتم الاقتراب من علاج الملل عن

طريق تغيير وتنويع نوع النشاط والذي يزاوله الفرد، ولكن هل يحدث انتقال لأثر التعب، بمعنى أن تعب الفرد من نشاط سابق معين انتقل إلى الفرد عند بدء مزاولته لنشاط أخر (أورد في: الختاتنة، 2013).

ومن الضروري الوقوف في هذه الحالة على كيفية مواجهة ظاهرة التعب في العمل، ومن البديهي أن تقليل الشعور بالتعب يتطلب الأمر توفير سبل الرعاية الصحية والعقلية والنفسية للعمال وحل مشكلاتهم المهنية والأسرية والاجتماعية وتوقيع الكشف الطبي عليهم وتوفير الغذاء الجيد وتحديد ساعات العمل وتقرير فترات للراحة وضرورة سير العمل مع قدرات العامل واستعداداته وميوله وسمات شخصيته، مع ضرورة سبل التدريب المهني الفعال وحماية العمال من الظروف الفيزيقية السيئة للعمل التي قد تحيط بهم خلال العمل كالإضاءة، التهوية، والألوان المريحة، وحماية العمال من الغازات والأتربة (أورد في: العيسوي).

5- وسائل قياس التعب:

طالما أن التعب حالات نوعية، فإن قياسه ينبغي أيضا أن يكون نوعيا، بمعنى أن يرتبط قياس التعب بنوع النشاط الخاص الذي يقيس التعب نتيجة استمرار مزاولته، ومن وسائل قياس حسب بن الشيخ (2017) نجد: 1- تقدير الفرد مدى تعبه، بحيث يقدر حالة تعبه على سلم للتقدير نحدد له أبعاده، ومن الأفضل أن تكون بين (1 و5) بحيث يكون (1) أقلها تعبا و(5) أكثرها تعبا، إلا أن من أهم ما يؤخذ على هذه الطريقة ذاتيتها، فقد يقدر الفرد حالة تعبه الشديد بمستوى (3) مقارنة يقدر غيره حالة تعبه البسيط بمستوى (4).

2- تقدير أو قياس تعب الفرد عن طريق كمية إنتاجه، فالفرد المتعب تقل قدرته على مزاولة العمل وبالتالي تقل إنتاجيته فالعامل عندما يكون في أوج نشاطه في الفترة الصباحية يعطي مردودية أكثر هذا المقارنة بالفترة المسائية عندما يقل النشاط وتظهر علامات التعب فالمردودية تقل.

ومن ميزة هذه الطريقة في التقدير أنها موضوعية إلى حد كبير وقابلة للتحديد الدقيق.

3- تقدير تعب الفرد عن طريق نوعية الإنتاج، فالفرد المتعب تقل جودة ما ينتجه بغض النظر عن كمية المنتج، كما تكثر فيه الأخطاء

4- مقاييس أخرى فسيولوجية كقياس تزايد اضطرابات التنفس والنبض والسكر في الدم والانقباضات العضلية، إلا أن ما يعيب مثل هذه المقاييس أنها معقدة وغير دقيقة ولا تكاد تصلح إلا لقياس التعب العضلي وليس الذهني (أورد في: دويدار، 2004).

6- طرق مقاومة التعب:

يمكن المقاومة أو الحد من نسبة التعب في أماكن العمل والسعي لعلاجه حتى لا يكون السبب أو العائق بالنسبة للعامل من أجل الوصول إلى تحقيق أعلى مستويات الإنتاجية والمردودية كما ونوعا،

بالإضافة إلى علاج التعب في محيط العمل للوصول بالفرد العامل إلى تحقيق الرفاهية في العمل، ويمكن تحقيق النجاح في ذلك بإتباع ما يلي:

– إعطاء فترات راحة كافية عندما يحس العامل بالتعب فالراحة تكاد تكون أنجح علاج للتعب، ففي فترة الراحة الممنوحة للفرد يستعيد من خلالها قدرته ونشاطه لمواصلة العمل ويتخلص من الآثار الفسيولوجية والنفسية التي تنتج عن التعب، كما تتاح في فترات الراحة فرصة الترويح عن النفس وتغيير النشاط وتنويعه مما يذهب ويزيل الملل المترتب عن التعب.

– تقوية دوافع الفرد للعمل، إذ أن الفرد لا يستمر في العمل إلا إذا كان هناك دافع إليه وبالتالي فإن زيادة الدوافع للعمل تزيد قدرة العامل على مواصلة عمله بكفاءة عالية، ومن دوافع العمل ارتفاع الأجر والعلاوات والمكافآت التشجيعية وإتاحة الفرص للترقية، والمزايا المختلفة التي تكون وفقا للتفوق في العمل وذلك لإحداث نوع من المثابرة والاجتهاد الشخصي من قبل الفرد العامل ووجود نوع من المنافسة بين الزملاء في العمل من جهة بلوغ معدلات أعلى في العمل وتحسين ورفع مستوى الإنتاجية من جهة أخرى تنمي قدرة العاملين في بلوغ الأهداف من خلال الحصول على الترقيات وتحسين شبكة الأجور ما يزيد من دافعيتهم للعمل أكثر.

– المشروبات والعقاقير حيث أن تناول بعض المشروبات كالقهوة والشاي والكولا تنبه الجسم وتنشطه، وبالتالي تعمل على التخلص من التعب ومقاومته ضف لذلك بعض العقاقير المنشطة والمنبهة.

– تحسين ظروف العمل الفيزيقية نجد من بين هذه الظروف الإضاءة والتهوية والحرارة، والموسيقى...الخ، إذ أن هذه التحسينات تمكن العامل من انجاز عمله بيسر ودقة فنجد أنه عندما تكون ظروف عمل ملائمة ومناسبة للعمل فإن العامل لا يتعب بسرعة والعكس صحيح (أورد في: دويدار، 2004). فمثلا عند وجود العامل في ورشة عمل أين لا تتوفر فيها الإضاءة المناسبة نجده يبذل جهد أكبر من أجل إدراك ورؤية الأشياء الصغيرة التي تحيط به وهذا لتفادي وقوعه في حوادث.

وفي هذا الصدد بين الباحث كاريل Karil أن إتباع عادات صحية في الطعام والنوم والتفكير والابتعاد عن الخمول وقلة النشاط البدني، تزيد كلها في نشاط العمليات الفسيولوجية وتحدث تغييرات نهائية في الجهاز العصبي، وبهذه الطريقة يكتسب الجسم اكتمالا أفضل وقوة عصبية أعظم وقدرة أكثر للتغلب على عوامل التعب والإجهاد.

وقدم بعض الباحثين مجموعة من الاقتراحات لمقاومة عوامل التعب المزمن وتمثلت في النوم الصحي، التغذية المتزنة، ممارسة النشاط البدني والتفكير الإيجابي (أورد في: بن يعقوب، 2017).

وتأييدا لجيمس ويليام James, W الذي يصرح بإمكانية التخلص من العادات السيئة المكتسبة وتغييرها بالعادات الجيدة، حيث يلخص بعض الطرق للحلول دون الإرهاق العصبي والاحتفاظ بالطاقة كالتالي:

– فعل الأشياء طبقا لأهميتها وتوفير الطاقة العصبية للواجبات المهمة، حب العمل الذي نمارسه، التخلص من المشاعر والأفكار السلبية، الاستراحة قبل بدء التعب.

وتعتبر الراحة أحسن علاج للتعب، وقد أدت فترات الراحة إلى زيادة في الإنتاج تتراوح ما بين (8%) و(20%) إلا أن هناك شكا في مدى التحسين الذي تسببه الراحة لدافعية الأفراد لمدى ما يمكن أن تسهم به نحو تخفيف وطأة التعب، وذلك نظرا لأن هذين العنصرين متداخلين في أثرهما على الأداء ومن الصعب التميز بينهما، وإن لم يقم المسؤولين بإعطاء هذه الفترات من الراحة فإن العمال سوف يختلسونها بالرغم منهم، وهذا ما هو معروف بفترات الراحة المتلفة أو غير المسموح بها، فهي فترات راحة غير منتظمة يستثمرها العامل في الإنتاج الفعلي كالفترات التي يستغرقها الموظف في تناول الشاي أو في الورشة مع زميله أو استقبال صديقه أثناء فترة العمل.

وينبغي الإشارة في هذا الخصوص إلى أن هناك ما يعرف بساعات العمل الرسمية وهي الساعات المحددة رسميا للعمل، وساعات العمل الفعلية هي الساعات التي يستثمرها العامل فعلا في الإنتاج، ومن الجدير بالذكر أنه كلما زادت ساعات العمل الرسمية الفارق بين عدد ساعات العمل الرسمية وعدد ساعات العمل الفعلية، بحيث يعمل هذا في نهاية الأمر على خفض الإنتاج النهائي، ولعل ما يؤيد ذلك أنه قد قامت مصلحة العمل بالولايات المتحدة الأمريكية بدراسة في اثنا عشر مصنعا للمعادن فوجدت أن العمل (40) ساعة في الأسبوع بمعدل (08) ساعات يوميا، أي العمل خمسة أيام فقط في الأسبوع يؤدي أعلى إنتاج في الساعة، أما إذا زادت ساعات العمل الأسبوعي على (40)أو (48) ساعة حدثت زيادة إضافية في مقدار الإنتاج (أورد في: بن الشيخ، 2017)، ومن هنا كانت أهمية تنظيم فترات الراحة في أي عمل من الأعمال الصناعية أن يقوم بمراجعة دقيقة بجميع التجارب التي أجريت في هذا المجال ويدل عدد كبير من التجارب على ما يلي:

– يختلف الحد الأقصى لفترات الراحة ومكانها من عمل لأخر.

– أفضل وقت لتقديم فترات الراحة قبل انخفاض مستوى الإنتاج مباشرة.

– المواظبة على العمل فترات قصيرة ثم الاستراحة أفضل من المواظبة الثابتة لمدة طويلة دون استراحة.

ومن خلال ذلك ارتأى "أوين" إلى أن إيجاد فترتين للراحة خلال اليوم انقضت فترات الراحة التي يأخذها العمال أنفسهم وأدت إلى سرعة العمل، ومن المحبذ أن تحدد الإدارة طول فترات الراحة وتوزيعها ثم تطبق هذا النظام رسميا لأنه إذا ما حدث وأن ترك العامل عمله ليحدد فترات الراحة الأفضل والأنسب له فإنه لا يحدد دائما تلك الفترات التي تعد ذات قيمة كبيرة بالنسبة إليه وللإنتاج الصناعي (أورد في: بن الشيخ، 2017).

7- التعب في ظل العمل الليلي أو التناوبي:

تظهر ظاهرة التعب لدى العمال بعد كل عمل شاق أو تناوب طويل والنتيجة من ذلك تظهر في سوء تكيف العامل مع وضعيات العمل المختلفة، إذ تواجهه صعوبات وعراقيل شتى في ذلك خاصة مع التنظيمات المتعددة والمعقدة للعمل، ويرتبط التعب الذهني أو الصناعي مع ساعات العمل الطويلة والمتعبة التي يعاني في ظلها العامل حيث ينال التعب من العامل ويجعله عرضة لحوادث العمل وسوء التوافق مع ساعات العمل الطويلة، ومن الجدير بالذكر أنه مهما كان نوع التعب عضلي، أو ذهني، أو عصبي فإنه يتميز بميزة واحدة ويصنف التعب حسب درجة تأثيره على الفرد وتزداد تلك الدرجات صعوبة من لحظة انتقال التعب من التعب الطبيعي أو الفسيولوجي إلى التعب المزمن أو المرضي الذي يعاني منه العامل ما يجعله عرضة للعديد من الاضطرابات الأخرى من بينها النرفزة والعدوانية (أورد في: Cazamian, 1974).

يعتبر التعب ظاهرة معقدة، وبالنظر إلى ذلك لا يوجد تعب واحد بل توجد أتعاب عضلية، عصبية، فكرية وهي كلها مترابطة (أي أنه إذا وجد تعب عضلي بطبيعة الحال يؤثر على الوظائف الأخرى للجسم) ولهذا فإن التعب يضعف الانتباه، يخفض التنسيق بين وظائف الجسم ويطيل من وقت ردة فعل الفرد اتجاه المثيرات كما يسبب في عدم التكيف، فقدان اختلال التوازن، يخفض المقاومة، ويخفض من درجة رضا الفرد في العمل، بالإضافة إلى هذا التعب يولد التغيب عن العمل، إن التعب حالة نوعية بمعنى أن الفرد الذي يكون متعبا من نشاط عضلي موصول قد يبحث عن الراحة في نشاط ذهني والعكس صحيح، فالتعب ليس سوى إرهاق جسدي والذي يتولد إما عن سبب مادي بحت أو نشاط فكري مكثف أو راحة طويلة أحيانا فيتطور هذا التعب والإرهاق ليصل إلى درجة عالية ليأخذ فيها مظهرا مرضيا فالعمل الذي يكون بعد إجهاد وإنهاك جسمي عادة ما يكون قليل النفع وشحيح المردودية، أما العمل والإنتاج بعد فترة من الراحة واستعادة النشاط يكون أكثر فائدة وأعمق أثر.

وفي هذا الصد أكد كل من ألفريدسون Alfredsson وأخرون (1991) Alfredson, Akerstedt,et autres أن التعب أكثر انتشارا لدى عمال المناوبات الليلية بالمقارنة مع غيرهم في المجتمع العامل، وبين كولر (1990) Koller أن العمال المناوبين كان لديهم إحساس مرتفع بالتعب مقارنة بعمال النهار، ولهذا وضع جونسون Jenson بكل وضوح مستويات التعب ونوعية النوم وذلك بالنظر إلى ساعات العمل التناوبي، وانطلاقا من ذلك تبين أنه من البديهي انخفاض اليقظة لدى العامل ليلا وذلك بين الليلة الأولى من العمل والليلة الثالثة وكذا الليلة الخامسة من العمل، حيث تنخفض مستويات اليقظة من ليلة إلى أخرى حيث تتراكم صعوبات النوم أين يجب توسيع الوقت بين الليلة الأولى من العمل والليلة الخامسة وهذا ما يساعد العامل على أخذ قسطا وافرا من الراحة واسترجاع قواه ونشاطه في الليالي الموالية.

ويضيف كينر وسيفر Kiner et Schiffer (2003) أن النوم خلال أوقات العمل يمكن أن يكون كنتيجة للعمل الليلي، خصوصا عند الاستيقاظ باكرا وهذا ما يرفع خطر الإصابة بالحوادث إذ أن قلة النوم واحدة من أسباب التعب الشديد مع أقل حركة أو مجهود

إن اليقظة والرفاهية في العمل بالنسبة للأفراد العاملين على ثلاثة مناصب تتحسن عندما يكون النسق التقليدي بالتناوب على هذه المناصب، وذلك عندما تكون المراكز متشابهة مع النسق ذو الدورية السريعة كل يومين أو ثلاثة أيام فيمكن للعامل بإحداث تغيير مع زملائه وذلك لتفادي الملل لدى العامل على تلك المراكز، ضف إلى هذا عدم إرهاق الجسم فوق طاقته العملية ومن الأفضل أن الفرد هو الذي يتحكم في العمل وليس العكس وذلك بالتخطيط العملي للنشاطات اليومية مع اعتماد فترات من الراحة بين فترة وأخرى (أورد في: Daniel et autres,2005).

وفي ظل ذلك تعتبر أسباب التعب متعددة ومن أهم وأبرز هذه الأسباب نجد مدة العمل بالنسبة للأعمال التي تتطلب بذل جهد أكبر لأدائها والأعمال التي تتميز بشدة متوسطة والتي تبدأ بإثارة أعراض التعب خلال (44) ساعة أسبوعيا، وفي هذا الصدد أقيمت العديد من الدراسات في أوقات متزامنة وفق معايير مختلفة وانطلاقا من ذلك وجد أن التغيب والحوادث ترتفع بطريقة متتابعة وذلك بالنظر إلى الوقت الضروري لتعويض الاستهلاك الطاقوي لجسم الإنسان خاصة عند طول ساعات العمل، بالنسبة للأعمال الشاقة الساعات اليومية أحيانا لا يجب أن تتعدى 4 إلى 5 ساعات مثلا (العمل في محيط عمل غير طبيعي، الإرهاق الذهني ...إلخ)، إذ أن بعض الأعمال الخفيفة والسهلة تسمح بترقب الأوقات الطويلة نوعا ما، إذن مدة العمل يجب أن تكون مرتبطة بتصميم شاق نوعا ما وانطلاقا من ذلك يجب دراسة مراكز العمل وذلك بالبحث عن جميع عوامل التعب التي يمكن أن تؤثر في العامل، وأن وتيرة العمل سهل للإيجاد لأن كل فرد يمتلك وتيرة خاصة بالعمل ومن الواضح أن إرغامات العمل ورتم العمل الطويل من المسببات الرئيسية لظهور التعب لدى الفرد في ظل نظام العمل بالفرق إذ أن ساعات العمل الطويلة تفرض على العمال التكيف معها والنتيجة عن ذلك ظهور التعب، والسبيل الوحيد للتكيف مع هذا التعب والتخلص منه هو تعويض الطاقة وذلك التعب المرتبط بالعمل النهاري يمكن تعويضه أثناء الليل (أي أن العامل يعمل في النهار ويستفيد من فترات الراحة بالليل ليكون في أوج نشاطه في اليوم الموالي)، والتكيف مع ساعات العمل تختلف شدتها إذا ما قورن العمل في النهار أو في منتصف النهار أو العمل ليلا حيث ينتج عن العمل ليلا التعب المزمن وفي الحقيقة العامل يجد صعوبة كبيرة للتكيف مع هذا النظام من العمل وخاصة أن أثناء العمل ليلا هناك تغير في رتم النوم مما يثير اختلال التوازن الكلي للجسم لأن الليلة الواحدة من النوم التي يفقدها العامل خلال العمل لا يمكن تعويضها أبدا بالنوم نهارا، لأنه على العموم يكون النوم مضطربا في كميته ونوعيته.

وفي هذا السياق نجد إشكالا أخر يطرح نفسه من جراء العمل ليلا وهو اضطرابات الميتابوليزم أين يمكن أن تكون هذه الاضطرابات مزمنة ولا يمكن تفاديها.

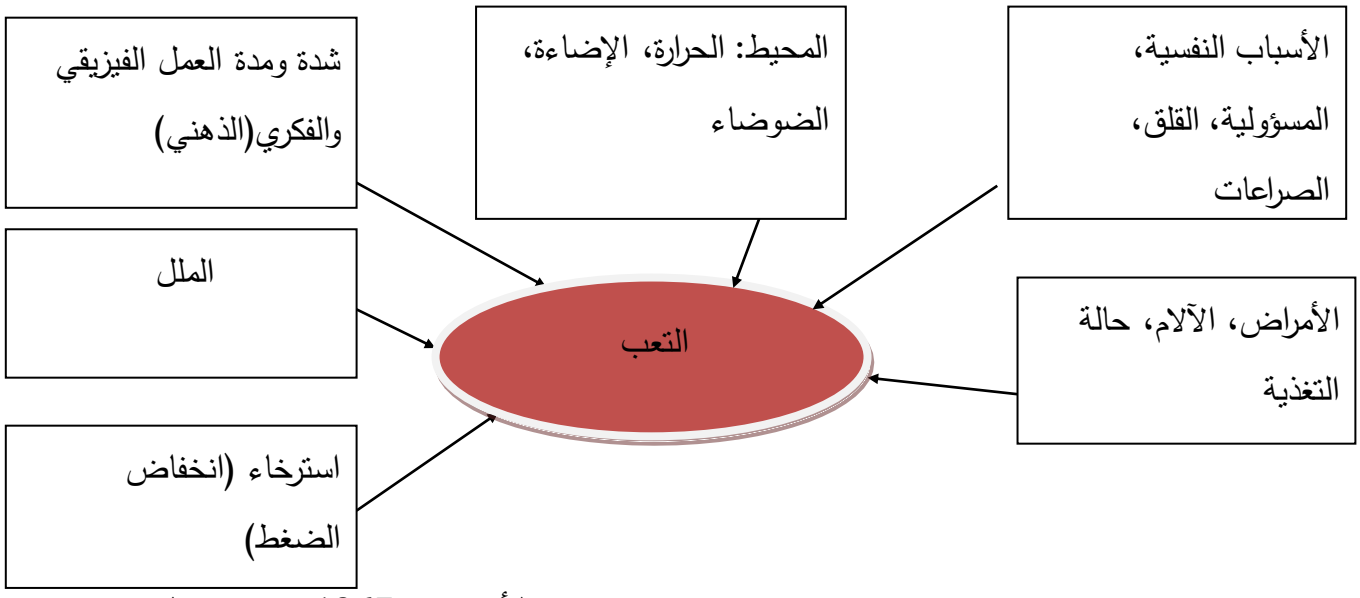
إن تغيير ساعات العمل يمنح للعامل ولو بالقدر القليل إمكانية الاعتياد على رتم العمل الجديد للاستفادة على الأقل من إمكانية النوم في ظروف عادية، وفي هذا الصدد نجد العديد من العوامل التي تفرض نفسها نجد من بينها بعد المسافة بين مكان العمل ومكان الإقامة (عوامل التعب)، الحالة الاجتماعية، فرصة العمال أن يحظوا بالرغبة في العمل نهارا، السن (لأن العامل الشاب بحاجة إلى النوم، والعمال الكبار في السن يجدون صعوبة في التكيف)، ظهور العُصابات التي تزداد حدة بالنظر إلى التغير في ساعات العمل، ويساعد محيط العمل الغير طبيعي في ظهور التعب ونجد على سبيل المثال الضوضاء، الإضاءة، بيئة العمل الملوثة، الاهتزازات. وتعتبر الأسباب الخارجية للتعب (تلك المتعلقة بالعامل خارج نطاق العمل) هي تلك المرتبطة بالسكن أين يقيم العامل إذ أنه من الضروري تعويض الطاقة المستهلكة والاستفادة من فترات الراحة خاصة إذا تم النظر إلى استعمال العمل لوسائل النقل يوميا للتنقل إلى مكان العمل، وهذا ما يمكن تسميته بالظروف الاجتماعية للعمل ولما تتوفر الظروف الاجتماعية الملائمة لتكيف العامل مع عمله هذا يلعب دور جوهري وأساسي في التقليل من الحوادث (أورد في: Fremont et autres Valentin, 1970).

ومن الضروري معرفة أن فعل العمل الليلي معاكس تماما لفسيولوجية جسم الفرد، وعلى الأفراد الذين يعانون من التعب المزمن من جراء العمل الليلي والذي يجعله يجد صعوبة كبيرة للتكيف مع متطلبات العمل المتغيرة، وفي هذا الصدد يستطيع العامل التحول للعمل نهارا وتغيير ساعات العمل بعد المشاورة مع طبيب العمل، ولكن في كثير من الأحيان نجد أن الفرد العامل ليلا هو المسؤول عن إحساسه بالتعب لأنه لا يولي الاهتمام بفترات الراحة والدور الذي تلعبه هذه الأخيرة في القضاء على التعب خاصة بعد ليلة العمل وساعات العمل الطويلة، فعلى الفرد أن يحظى بالنوم المريح بعد العمل والتغذية الصحية فإن حدث عكس ذلك فيحس الفرد بالتعب المزمن والذي بحد ذاته يعتبر مرضا حين لا يستطيع الفرد التكيف معه (أورد في: Dominique et Pia, 2017)، وتشير متلازمة التعب المزمن إلى حالة من التعب المتكرر، ولا تختفي أعراض التعب حتى بعد الراحة حيث تعتبر منظمة الصحة العالمية التعب المزمن على أنه مرض عصبي خطير وهو على القائمة الأمريكية لأمراض المعدية الجديدة، حيث أن أسباب هذا المرض ليست واضحة بعد، ولكن من بين الأسباب المحتملة للتعب المزمن نجد: الصدمات النفسية، الاكتئاب الشديد، اضطرابات النوم، سوء تصرف الدماغ اتجاه التوتر، اضطراب الجهاز العصبي الذاتي، نقص الكورتيزون في الجسم، قصور الغدة الدرقية، أما عن أعراض متلازمة التعب المزمن نجد: الشعور بالوهن العصبي (التعب الشديد)، عدم تحمل الكثير من المجهود العقلي والعضلي، ألام حادة في المفاصل، الصداع النصفي، ألام في الرقبة، صعوبة في التوازن والمشي (الشعور بالدوار والغثيان، الشعور بفقدان الاتجاه)، ضيق في التنفس، اضطرابات سمعية بصرية (طنين، تشوش الرؤية)، الاختلال العقلي (قلة التركيز، ضعف الذاكرة، الحساسية، وحتى انتفاخ العقد اللمفاوية بالرقبة والإبط، اضطراب الجهاز الحراري كالتعرق والشعور بالحرارة)، بالإضافة إلى اضطرابات هضمية كعسر

الهضم وخاصة متلازمة الكولون العصبي (أورد في: متلازمة التعب المزمن https://ar.wikipedia.org/wiki/).

والشكل الموالي يوضح الآثار التراكمية لمختلف أسباب التعب:

الشكل رقم (08): الآثار التراكمية لمختلف أسباب التعب



(أورد في: Granjean, 1967).

التعب هو انخفاض في الكفاية الإنتاجية وفي القدرة على الاستمرار في العمل، بسبب بذل الطاقة في انجاز العمل، ويمكن أن يكون التعب ذهني، حسي أو عصبي ولقد اتفق الباحثون على أن الإحساس بالتعب في المناوبة الليلية أكثر منه في النهار، وأن التعب حالة فسيولوجية نفسية تنشأ من الاستمرار لفترة طويلة في العمل حتى وإن كان ميل الفرد شديد ودافعه قوي لأداء العمل (أورد في: دويدار، 2004).

يعتبر موضوع التعب في ميدان العمل من الموضوعات الهامة والتي لقيت العناية في بحوث علم نفس العمل والتنظيم لأن التعب من العوامل الهامة المؤثرة على الإنتاج من جهة وعلى الحوادث من جهة أخرى. كما أنه يؤثر على الغياب والتمارض ويؤثر بصورة مباشرة على الكفاءة الإنتاجية.. يعتبر التعب أمر نفسي جسمي ولا يوجد تعب نفسي إلا ويصاحبه تعب جسمي والعكس صحيح، كما أن العمل العقلي المتواصل يؤدي إلى تعب جسمي لأنه يقترن بتكيف حسي حركي وقدر من التوتر والانقباض العضلي يشمل أغلب الجهاز الحركي كما أن التواصل في النشاط الجسمي يؤدي إلى الإرهاق والتعب العقلي (أورد: في شحاتة، 2010).

يميز خلفان (2010) بين التعب الفيزيقي والتعب الذهني والذي يكون على أساس الأعراض التي يظهر بها كل نوع من التعب وليس بالنظر إلى طبيعتها، فالتمييز بينهما يكون تمييزا عمليا، فالتعب

الفيزيقي هو تعب العضلات وتعب النظام القلبي العرقي، أما التعب الذهني فهو التعب الذي تسببه التظاهرات الوظيفية للجهاز العصبي المركزي.

فالتعب الذهني ظاهرة تصاحب العمل، وهو مرتبط بالمهمة وبخصائص العامل، كما يمكن أن يرتبط أيضا في بعض الأحيان بالجهد في العمل، وهو مصطلح اختلف فيه الأطباء وعلماء النفس والفيزيولوجيين حول تحديد محتواه نظرا لصعوبة التمييز بشكل دقيق بينه وبين التعب الفيزيقي.

يظهر التعب الذهني على درجات مختلفة حيث صنف إلى خمسة مستويات وهو تصنيف اعتمد أساسا على قدرة الفرد على مواجهة الانخفاضات التي تظهر على مستوى السلوك (الأداء) وتتلخص هذه المستويات حسب (Richter, 2000) فيما يلي:

1- أداء عقلاني ومردود مرضي لا يظهر أي عرض لانخفاض الأداء ومستوى التنشيط ولا تلف في المزاج.

2- تعويض كلي يتميز بارتفاع التنشيط التقني الفيزيولوجي المحيطي وارتفاع ملحوظ للجهد الذهني وارتفاع تغير معايير الأداء.

3- تعويض متدني يضاف إلى ما وصف في المستوى الثاني: إخفاق يمس الأفعال، إحساس بالتعب، ارتفاع النشاط النفسي- الفيزيولوجي (تواتر القلب، الضغط الدموي).

4- يضاف إلى التعويض المذكور في المستوى الثالث انخفاض يمس المردود: انخفاض معايير الأداء.

5- اضطرابات وظيفية أخرى: اضطرابات في العلاقات الاجتماعية والتعاون في مكان العمل، ظهور أعراض التعب المرضي (فقدان نوعي للنوم، إجهاد) (أورد في: خلفان، 2010).

يرى معظم الباحثين أن نظام العمل بالدوريات يؤدي إلى ظهور التعب عند العمال، حيث ترى الجمعية الوطنية لظروف العمل،أن التعب مرتبط أساسا بالصعوبة في التكيف، ونقص النوم وكذا العمل الليلي الشاق بالنسبة للجسم، وغالبا ما ينظر للتعب على أنه يخفض من سرعة ودقة العمل، الأمر الذي غالبا ما تكون له انعكاسات على سجلات الإنتاج والحوادث، كما يفترض أن التأثيرات التراكمية للتعب قد تكون مسئولة على ارتفاع نسبة التعب، إلا أن هذه المقاييس الموضوعية، بالرغم من أهميتها تبقى مجرد مؤشرات للتعب.

أكدت مختلف الدراسات الفسيولوجية أن نظام العامل بدورية الليل يبدل مجهودا أكبر بالمقارنة مع ذلك الذي يتطلبه العمل نهارا، لأن العامل ليلا يقوم بعمله لما يكون جسمه في حالة استرخاء و يحاول النوم نهارا لما يكون جسمه في أوج حيويته ونشاطه، اعتبارا لهذا يتأثر العامل بالتغيرات الناتجة عن مختلف الوتائر البيولوجية التي يعرفها الجسم، الأمر الذي غالبا ما يجعله يعمل جاهدا للتغلب على هذا الوضع، كما يدفع به الإحساس بالتعب المزمن والشعور بالتوتر وزيادة الحساسية وقلة التركيز والإرهاق.

ومن المحتمل أن تجعل هذه الوضعية العامل عرضة لتناول الكثير من المهدئات وأقراص النوم للتغلب على ما يعانيه من جراء سوء التكيف، وحتى ينام بشكل جيد في وقت مبكر ويكون جسمه في حالة

نشاطه، وعندما يفيق من نومه قد يعمد إلى تناول المنشطات التي تساعده على البقاء في حالة يقظة استجابة لحاجته إلى بدل جهد كبير للعمل في وقت يكون فيه جسمه في حالة ركود، لعل أخطر من هذا أن هده العملية ذات التأثير العكسي قد تتطور لتتخذ شكل إدمان إدا ما تعود جسم العامل عليها، حيث يصعب التخلص منها، كما قد يحتاج العامل إلى الزيادة في كمية المنشطات أو المهدئات أكثر فأكثر مفعولها يقل تدريجيا كلما تعود عنها وكلما ازداد إحساسه بالإعياء، وقد تخلف هذه الوضعية انعكاسات خطيرة على حياة العامل سواء كان هذا على مستوى الأداء أو على مستوى الحوادث أو حتى على مستوى الصحة النفسية للفرد و علاقته بالأسرة والمجتمع. قام كازاميان cazamian (1983) بدراسة حول عمال مركز للصناعات النووية واعتمد أساسا على المخطط الكهربائي للدماغ، سواء كانوا في مراكز عملهم أو في بيوتهم، فتمكن من الوقوف على التعب العضلي وإلى أن العامل الليلي يكون مصحوبا بزيادة التعب الأمراض العصبية و السيكولوجية.، وقد وجد بار هاد وبافنوت Bahrdt et paf note (1970)
أن (99%) من عمال دورية الليل يشتكون من أعراض التعب في نهاية الدورية بالمقارنة مع (66 %) من العاملين بدورية الصباح، يرجع هذا التعب إلى قلة النوم خصوصا بعد اليوم الأول من العمل الليلي بحيث لا ينام(5%) منهم أكثر من 6 ساعات و(25 %) أقل من 4 ساعات، كما توصل الباحثان إلى تحديد بعض الأعراض الذاتية للتعب والتي تظهر أكثر لدى عمال دورية الليل، إذ تتكرر لدى (86%) منهم بعد 4 ساعات من العمل، وتتمثل هذه الأعراض في الإنهاك البدني (83%)، آلام في الأطراف السفلى (78%)، الصداع (56%)، ضعف التركيز (50%) (أورد في: بوظريفة، 1995).

وعلى الرغم من أن التعب يؤدي إلى ارتكاب الحوادث، ولكن النقطة المحددة من التعب التي عندها نستطيع أن نقول إن العامل سوف يرتكب حادثا ما لا نستطيع أن نحدد تحديدا مطلقا، ولكن من المؤكد أن التعب الشديد يقود إلى زيادة نسبة ارتكاب الحوادث وعلى سبيل المثال في إحدى مصانع القنابل والقذائف أثناء الحرب العالمية الثانية في انجلترا انخفض معدل الحوادث بنسبة (79%) بين العاملات عندما انخفضت ساعات العمل من (12) ساعة يوميا إلى (10) ساعات يوميا، وتجدر الإشارة إلى أنه يجب التمييز بين الحوادث التي تنتج عن التعب حقيقة وتلك التي تنتج عن السرعة الزائدة في أداء العمل، وبالطبع يتبع السرعة في العمل زيادة في الإنتاج ولذلك عندما نريد أن يفصل أثر هذين العاملين، أي عامل التعب وعامل السرعة، فإننا نثبت عامل الإنتاج، أو أن نتحكم في معدل الإنتاج ثم ندرس الحوادث التي تنجر عن ذلك (أورد في: عويضة، 1997).

ومن الجدير بالذكر أن عدد ساعات العمل وتوزيعها في اليوم يصف البعد الزمني للعمل، وإذا نظرنا إلى مدة العمل بالنسبة للعمال اليدويين نجدها منخفضة بالمقارنة بمدة العمل لدى الإطارات أين نجدها مرتفعة وهذا الاختلاف يعود إلى نوعية الخدمات التي تؤدى، وإذا نظرنا إلى مرونة ساعات العمل (Flexibilité des horaires de travail) نجدها متزايدة أيضا وكذا ساعات العمل غير النمطية (horaires atypiques).

تعتبر ساعات العمل المرنة، والتي تمثل النقيض لترتيبات العمل التقليدية أي العمل بالأجر، والتي تفرض على العمال العمل على مدار يوم عمل قياسي يمتد من الساعة التاسعة صباحًا حتى الخامسة مساءً. وفي حالة العمل في ساعات العمل المرنة، نجد أن هناك مدة رئيسية (تبلغ حوالي نصف إجمالي وقت/يوم العمل) يكون من المتوقع فيها على العمال العمل (على سبيل المثال، من الساعة الحادية عشر صباحًا حتى الثالثة مساءً)، في حين تدخل باقي مدة اليوم في إطار "ساعات العمل المرنة" التي يختار فيها الموظفون وقت عملهم، شريطة الوصول إلى إجمالي عدد الساعات اليومية أو الأسبوعية أو الشهرية المطلوبة في المنطقة التي يتوقعها صاحب العمل، وتنفيذ جميع مهام العمل. وتسمح سياسة ساعات العمل المرنة للموظفين بتحديد الوقت الذي سيعملون فيه، في حين تسمح سياسة أماكن العمل المرنة لهم باختيار مكان عملهم، وفي هذا الصدد أسس هالر شركة في المملكة المتحدة في عام (1971)، وسجل العلامة التجارية لها باسم "Flextime" التي تعني حرفيًا "ساعات العمل المرنة" وظلت هذه العلامة التجارية مملوكة للشركة التي خلفت شركة "Flextime"، وفي عام (2003) بلغت نسبة الرجال، الذين يعملون بنظام ساعات العمل المرنة في المملكة المتحدة (17.7%)، في حين بلغت نسبة السيدات (26.7%)، (مكتب الإحصاء الوطني عام (2003) وصارت ساعات العمل المرنة أمرًا شائعًا في بريطانيا، في القطاعين الخاص والعام على حدٍ سواء، ويظهر أيضًا هذا النظام عادةً في وظائف مكتب الدعم والوظائف الإدارية في المنظمات التجارية والمجالس المحلية.

وفي سنة (2003) قدمت بريطانيا تشريعًا منح الموظفين الذين لديهم أبناء تقل أعمارهم عن (6) أعوام، أو مَن لديهم أبناء معاقون تحت سن (18) عامًا، الحق القانوني في طلب العمل وفق نظام الساعات المرنة من صاحب العمل وقد أوضحت دراسة أجراها مكتب الإحصاء الوطني سنة (2005) أن (71%) من الموظفات و(60%) من الموظفين على علم بالحقوق التي يمنحهم إياها تشريع (2003). وفي الفترة ما بين عامي (2003) و(2005)، تقدم أكثر من (14%) من إجمالي عدد الموظفين بطلبات للعمل بنظام الساعات المرنة، وبدءًا من عام (2007)، صار حق طلب العمل بنظام الساعات المرنة شائعا وساري المفعول (أورد في: Laurent, 2006).

ومن مزايا ساعات العمل المرنة التي تعود على الموظف تحسن التوازن بين حياته العملية والشخصية، وانخفاض معدل التردد على العمل، وتراجع الإرهاق، وزيادة عدد الإجازات، وانخفاض معدلات المرض، أما المزايا التي تعود على الشركة، فتشمل كلاً من زيادة الدافع للعمل لدى الموظفين، ورفع كفاءة العمليات وفعاليتها، وتراجع الإرهاق لدى الموظفين، وانخفاض عدد الأخطاء، هذا فضلاً عن تمكن أصحاب الأعمال من جعل الموظفين يعملون ساعات عمل إضافية دون دفع أجر إضافي على ذلك، وانخفاض عدد المرافق اللازمة، وتراجع معدلات المرض، يمكن كذلك أن تساعد ساعات العمل المرنة في عمليات التوظيف واستبقاء العاملين وقد كان هذا النظام خيارًا شائعًا في عام (2009)

لأصحاب الأعمال الذين يحاولون خفض تكاليف اليد العاملة دون الحاجة لفصل العاملين أثناء الركود، يمكن أن يساعد كذلك في توفير تغطية من العاملين في غير ساعات العمل الرسمية، وخفض الحاجة لساعات العمل الإضافية بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تساعد ساعات العمل المرنة في تحسين توفير فرص متساوية للعاملين غير القادرين على العمل في ساعات العمل الرسمية (أورد في: Laurent, 2006).

8- حوادث العمل:

إن المصانع التي تكون فيها فترة العمل عشرة ساعات يوميا فمعدل حوادث العمل يرتفع بشدة في الساعتين الأخيرتين بسبب التعب، وإن معدلات الحوادث تسبب التلف في المعدات والمواد الخام أعلى في الدورتين المسائيتين (أورد في: شحاتة، 2006).

وتزداد حوادث العمل في الساعات الأخيرة من العمل مقارنة بالساعات الأولى، كما تزداد نسبة الحوادث في مناخ التنظيم السيء (أورد في: بشار يزيد الوليد، 2009)، حيث أن عمال المناوبات الليلية يعانون دوما من نقص في كمية النوم، وهذا ما يؤدي إلى ارتفاع حوادث الطرقات بالنسبة للعمال السائقين وكذا ارتفاع حوادث العمل، ويرى بعض الباحثين أن هناك طرق لإبقاء العامل في حالة يقظة طيلة ساعات العمل ليلا وعلى سبيل المثال استعمال الإضاءة الاصطناعية والإضاءة العلاجية لكن لا يجوز على العامل مقابلة تلك الأضواء مباشرة ذلك لتفادي الضرر الذي تلحقه الإضاءة بالعين، وبعد نهاية النوبة الليلية على العامل تفادي الإضاءة الحادة لأنه يكون في حالة تعب وذلك للاستفادة من النوم المريح بعد العودة إلى المنزل، كما تلعب التغذية المتزنة وممارسة التمارين الرياضية دورا مهما في القضاء على اضطرابات النوم التي تؤدي إلى حوادث العمل لدى عمال المناوبات. وعليه فمن الضروري على العامل الليلي معرفة أعراض نوبات النعاس التي تنتابه خلال العمل ومن بينها تصلب الرقبة، التثاؤب، الحكة في العينين، الحساسية في الجفون، ... وعلى العامل عند زيارة طبيب العمل إخباره بكل الصعوبات التي تواجهه عند النوم وانخفاض اليقظة أثناء العمل ومن العوامل الشخصية المسؤولة عن حوادث العمل نجد التعب، إذ يؤدي هذا الأخير إلى ارتكاب الحوادث ولكن النقطة المحددة من التعب التي عندها نستطيع أن نقول أن العامل سوف يرتكب حادثا ما لا نستطيع أن نحددها تحديدا مطلقا، ولكن من المؤكد أن التعب الشديد يقود إلى زيادة نسبة ارتكاب الحوادث، ضف إلى ذلك أن انخفاض ساعات العمل يؤدي إلى انخفاض الحوادث. لذلك فمن الضروري التمييز بين الحوادث التي تنتج عن التعب حقيقة وتلك التي تنتج عن السرعة الزائدة في أداء العمل، وبالطبع يتبع السرعة في العمل زيادة في الإنتاج ولذلك عند الفصل في أثر هذين العاملين، أي عامل التعب مستقلا عن عامل السرعة فإننا نثبت معدل الإنتاج أو نتحكم في معدل الإنتاج ثم ندرس الحوادث، ولقد قامت بذلك وزارة الصحة الأمريكية والطريقة التي اتبعت في ذلك كانت قسمة معدل الحوادث أو عدد وحدات الإنتاج خلال فترة معينة من الزمن، وبعد ذلك يمكن اعتبار

عدد الحوادث التي تقع بالنسبة لكل وحدة من وحدات الإنتاج (أورد في: Archives des maladies professionnelle et de l'environnement, 2012).

9- الأداء والإنتاج:

تتطلب بعض المهن استمرارية العمل، أي أن يكون العمل بها طول اليوم الأمر الذي دفع أرباب المصانع والشركات أن يقسموا العمل على ثلاث نوبات، وهذا يعني أن بعض العمال يعملون في نوبات نهارية، والبعض الأخر يعملون في نوبات ليلية، على أن يتم التغير كل أسبوع أو كل شهر وفقا لنظام الموضوع، وقد تبين لبعض الباحثين أن الدين يعملون ليلا يختلف أداؤهم وإنتاجهم عن الذين يعملون نهارا، لصالح الذين يعملون في النهار، وأسفرت نتائج هذه الدراسات على أن نوبات العمل أكثر تأثير على العمل والإنتاج، ويمكن أن تتبلور نتائج هده الدراسات إلى ما يلي:

- إذا قام العمال بأداء وظائفهم مرة في النهار وأخرى ليلا فإن أدائهم بالنهار سوف يكون أفضل من أدائهم بالليل، في النوبة النهارية أكثر إنتاجا من النوبة الليلية.
- إن أغلب العاملين يفضلون العمل نهارا عن العمل ليلا وحتى يستطيعون الوفاء بالتزاماتهم الاجتماعية والحياتية.

إن العمل الليلي يكون عادة مصحوبا بالتعب والملل أكثر من العمل في النهار، حيث أن مسؤوليات الحياة قد استنفدت ساعات النهار ولم يحصلوا على القدر الكافي أو المطلوب من الراحة، فضلا على أن العمل ليلا يؤدي إلى اضطراب مواعيد الطعام، وأن أغلبهم لم يتعود العمل بالليل، و يصعب عليه تغيير العادات التي ألفها من قبل على أن المشكلات والضغوط المصاحبة للعمال الذين في نوبات الليل يمكن التغلب عليها من خلال العلاقات الإنسانية الجيدة وزيادة الخدمات ومضاعفة الحوافز ومراعاة الترقيات وشعور الفرد بالأمن النفسي وإحساسه بقيمته وأهميته (أورد في: حمدي، 2008).

تشير البحوث التي أجريت حول أثر الدورية على الإنتاج كالولايات المتحدة الأمريكية ودول أوروبا أن الإنتاج يتدنى كما وكيفا لنفس العامل في الدورية الثانية والثالثة عن الدورية الأولى الصباحية، أي أن الإنتاج في الدورية الصباحية أعلى كما ونوعا عن الدوريتين المسائيتين، ولقد كشفت دراسة حديثة للصناعات البريطانية لويات وماريوت lwyatt et Marriot والتي نشرت عام (1953) عن بعض المشكلات والنتائج المتضمنة في النوبات الليلية ، فإنه إذا كلف نفس الأفراد بالعمل في نوبة نهارية ونوبة ليلية بالتناوب وكان معظمهم أكثر إنتاجا في النوبة النهارية عنهم في نوبة العمل.

إذا للعمل الليلي أو التناوبي أثار معروفة في صحة العامل، ومن بين الاضطرابات التي يمارسها العمل الليلي على العامل نجد تلك المرتبطة باضطرابات النوم أو الافتقار إلى النوم خاصة عند العمل ليلا بدون توقف وظهور الأرق والتعب واضطرابات اليقظة والانتباه.

بالإضافة إلى هذا انتشار الضغوط والاضطرابات العصبية من بينها سرعة الانفعال، العدوانية، القلق، الاكتئاب، الاحتراق النفسي وظهور حالات الانتحار نتيجة الاضطرابات المزمنة، واستهلاك

الكافيين والكحول والإفراط في تناول المنومات من أجل الاستفادة من أوقات للراحة والنوم لتعويض الطاقة التي استهلكها العامل ليلا، وانتشار سرطان الرحم لدى النساء العاملات ليلا إضافة إلى الاضطرابات الهضمية والمعوية ونجد ضمنها اضطرابات الشهية، وسرطان الكولون، والتهابات المعدة (gastrite colite) لدى عمال المناوبات الليلية وذلك بنسبة(2.38%) مقارنة بعمال النهار وذلك بنسبة (1.03%)، بالإضافة إلى قرحة الإثني عشرية (ulcère duodénal) لدى العامل ليلا بنسبة (1.37%) مقارنة بعمال النهار بنسبة (0.69%)، وتعتبر القرحة الإثني عشرية أحد أنماط القرحة الهضمية وتسمى أيضا بالقرحة العفجية وتصيب هذه الأخيرة الغشاء المخاطي في الجهاز الهضمي العلوي وتعد من أكثر الأنواع انتشارا، إلا أنها لا تتحول إلى أعراض سرطانية، فهي تختلف تماما عن القرحة المزمنة التي تصيب بعض أجزاء المعدة ومن بين أعراضها شعور الشخص المصاب بالقرحة في الجزء العلوي من البطن، وكذلك الغثيان وفي بعض الحالات نجد الشخص المصاب بالقرحة الإثني عشرية يشعر بالرغبة في تناول الطعام بعد ثلاث ساعات من تناول الوجبة، وتوجد حالات أين يشعر الشخص المصاب بامتلاء المعدة فور البدء بتناول الطعام، وفي غالبية الأحيان نجد الأشخاص المصابين بالقرحة وزنهم زائد وذلك لإفراطهم في تناول الأطعمة كثيرا للتخلص من الآلام التي يعاني منها (أورد في: SNPHARE).

10- التغيب: يعتبر الغياب عن العمل هو عدم حضور العامل إلى عمله في أيام العمل المقررة وذلك بسبب الإصابة أو المرض الذي يعيقه للالتحاق بعمله لأي سبب من الأسباب والملاحظ أن عمال الدوريات أو المناوبات الليلية أكثر تغيبا عن العمل من غيرهم (أورد في: فريج، 1993).

فالتغيب متفق عليه أنه ظاهرة مرضية، ويعتبر من بين المشكلات المعقدة التي تعاني منها المؤسسات بسبب وجود عوامل سلبية متراكمة تتعلق بالعمل الصناعي، وتؤثر على مدى انتظام وانضباط العامل في عمله فهو يشكل عرضا وأثرا سلبيا لعدة مشكلات سلوكية وتنظيمية، فالتغيب هنا يمكن تشبيهه بالصداع الذي ينذر بوجود خلل في الأجهزة والوظائف الجسمية للإنسان والذي يجب بالتالي معالجته وتشخيصه (أورد في: عشوي، 1992) وبالخصوص إذا كانت ظروف العمل الليلي صعبة وليست ملائمة لتأدية المهام على أحسن وجه بالإضافة إلى نقص الخدمات الأساسية والضرورية، ويرى بعض الباحثين أن التغيب في الدورية النهارية يكون بسبب انتقال العمال من دورية الليل إلى دورية النهار، فيعانون من التعب الناتج عن دورية الليل، أي يحدث امتداد وتراكم لتأثير التعب أثناء الدورية الليلية لينعكس ذلك على دورية النهار، وتزداد نسبة التغيب كلما كانت عدد الأيام والأسابيع المتتالية التي تقوم فيها دورية الليل الطويلة (أورد في: الدقس، 1999).

انطلاقا من هذا، وكما سبق وأن ذكرنا نجد أن عامل التغيب لدى العمال الليليين مرتبط بعناصر أخرى جوهرية نجد من بينها اضطرابات النوم وقلته، الاضطرابات السيكولوجية والفسيولوجية، ضف إلى ذلك الاضطرابات الهضمية، الأمراض القلبية الوعائية، إلى غير ذلك من الاضطرابات التي ذكرناها سابقا

وكذا عامل التعب الذي يعتبر أهم المشكلات التي يعاني منها العمال الليليين التي تحول دون وجود حلول لذلك.

ومما سبق الشكل الموالي يوضح أثر العمل الليلي في صحة العامل:

الشكل رقم (09): أثار العمل الليلي في صحة العامل

(أورد في: Loissonee et Vernon, 2000).

نستنتج من خلال الشكل أعلاه أن العمل الليلي يمارس تأثيرا سلبيا في صحة العامل، إذ أن أثاره قصيرة المدى تختلف من فرد لأخر وذلك باختلاف السن، والجنس، ونمط العيش، والوضعية الاجتماعية للفرد العامل ليلا، الأداء، واضطرابات النوم، واختلال الرتم البيولوجي للعامل ليلا وفقدان التوازن العضوي واختلال رتم النوم وذلك من خلال النوم نهارا لتعويض النوم الليلي، أما بالنسبة للتغير الوظيفي للرتم البيولوجي للفرد يمكن أن يؤدي إلى أثار طويلة المدى ومن بين هذه الآثار نجد التعب المزمن، اضطرابات الهضم، وأمراض القلب والشرايين.

III- انعكاسات على الحياة الأسرية:

إن أوقات المناوبات الليلية قد تؤدي إلى ظهور اضطرابات في الساعة والأوقات المعتادة التي تخالف نشاطات الأسرة، فمن الصعب على العامل أن يتفادى مختلف المشاكل التي يطرحها هذا النظام على مستوى العلاقة الزوجية بصفة عامة، إذ نجد أن ساعات العمل لا تسمح بلقاء الزوجين كثيرا خاصة إذا كان كلاهما يعمل، هذا ما يخلق اضطراب على مستوى حياتهم الجنسية، ضف إلى ذلك خلق نوع من عدم الاستقرار الاجتماعي مما يجعل الأسرة تضطر إلى إدخال تعديلات كثيرة على حياتها اليومية مثلا الاستعانة أو اللجوء للمربيات للاعتناء بالأولاد، وبهذا يتضاءل دور الأب والأم بدرجة كبيرة في أداء مهامهم كالسهر على تربية الأبناء وذلك ما يزيد من استقلالية الأطفال، وهذا بطبيعة الحال ما قد يؤدي إلى ظهور بعض أشكال الانحرافات والسلوكات الغير سوية لديهم، هذا ما يجعل الفرد العامل يشعر بنوع من النقصان ايزاء تأدية مهامه كمسؤول على أفراد أسرته وصعوبة أداء الأدوار المفروضة عليه، حيث أن العامل ليلا يفقد الاتصال بالمجتمع ولذلك سميت بفترة الموت الاجتماعي، وبهذا تكون ظاهرة الموت الاجتماعي بالنسبة للعامل ليلا عاكسة حقا لكل الصعوبات التي يتلقاها العامل من الناحية العائلية والاجتماعية (أورد في: Laville , 1976).

يطرح النوم وما يرتبط به من مشاكل على مستوى العلاقة الزوجية والحياة الأسرية ككل، فعودة العامل من العمل بدورية الليل، لينام وذلك لاسترجاع نشاطه تكون في وقت يستعد فيه باقي أفراد أسرته للنهوض، وكذا مباشرة نشاطاتهم اليومية بالمقابل فإن أفراد العائلة بدورهم ينزعجون من نهوضه أو قدومه مبكرا من العمل، مما يخلق خلافات داخل الأسرة، الشيء الذي يجعل الزوجة تسهر على تحديد نشاطات الأطفال في ظل أوقات النوم مثل اللعب الذي يكون عادة مصحوبا بالثرثرة والصياح.

ولقد أشار أوليتش عام (1967) في دراسته على عمال الدوريات الليلية (3×8) حيث توصل إلى أن نسبة (74%) من العمال يشتكون من الاضطرابات التي يسببونها لعائلاتهم، أما زوجاتهم فيشتكين من استحالة نسج علاقتهم الودية مع الناس في السهرات الفنية ومختلف المناسبات والحفلات، واضطرابات العلاقة الزوجية (أورد في: بوظريفة، 1995).

1- تزامن العوامل الاجتماعية:

إن أهم انتقاد للعمل الليلي يوجه عادة من قبل علماء الاجتماع والنفس، ويركز أساسا على تلك الآثار السلبية التي يضفيها العمل الليلي على الحياة الأسرية والحياة الاجتماعية للعامل، والتي تمتد إلى حياته العملية وكذلك إلى تنظيم المحيط المدني الذي يتأثر مباشرة بجداول العمل.

ومن ضمن الجوانب التي مستها دراسات تزامن العوامل الاجتماعية ما يلي:

2- اختلال الحياة الأسرية:

تناولنا سابقا أثر العمل الليلي على الحياة الأسرية للعامل الليلي و حياته الجنسية لكن على وجه العموم وسنتعرض في تزامن العوامل الاجتماعية للعمل الليلي بنوع من التفصيل

يعتبر اختلال الحياة الأسرية السبب المباشر لرفض العمل الليلي من طرف العمال وعائلاتهم، إذ أن أثار العمل بالليل سواء كان منتظما أو دوريا تتضح في جوانب من الحياة الأسرية وهي كالأتي:

أ- النظام اليومي للحياة المنزلية: إذ أن عدم توافق استعمال الزمن الأسري مع استعمال زمن العامل يجعل هذا الأخير أمام الاختيارات التالية:

- يتبع العامل الروتين اليومي لأسرته على حساب فترات نومه (خاصة أثناء تناول وجبات الطعام، والزيارات، واستقبال الضيوف...الخ).

- يجعل الأسرة تتبع روتينه الشخصي، وهو شيء ممكن إذا ما كانت الأسرة صغيرة الحجم.

- يتبع العامل روتينا خاصا به مستقلا عن أسرته، حيث يهمش حياته ولا يعيش حياة أسرته (أورد في: الدقس، 1999).

وفي كل هذه الاختيارات الثلاث، فإن المصاعب موجودة سواء من حيث تحضير وتنظيم وجبات الطعام أو من حيث العمل المنزلي كالتنظيف والترتيب ورعاية الأطفال، ثم أن نوم العامل لابد أن يختل بسبب نشاط باقي أفراد الأسرة لأن حاجته للنوم تتعارض وحرياتهم.

ب- العلاقات الأسرية: إن العمل الدوري بطبيعته يقلص من عدد الساعات التي يقضيها أفراد الأسرة مع بعضهم البعض، وبالتالي فإن دور العامل كأب أو أم مسؤول على رعاية وتربية الأطفال قد يصبح غامضا وفي كثير من الأحيان يجعله في حرج من أمره كرب الأسرة تنشد رعايته وتنتظر إرشاداته.

ج- صعوبات الحياة الاجتماعية: لاحظت العديد من الدراسات أن الإحساس بعدم الارتياح والعزلة موجودة لدى معظم عمال الليل، فدائرة الأصدقاء ضيقة لدى عمال الليل نتيجة صعوبة الحصول على أصدقاء جدد، إلا أن المحيط يلعب دورا مزدوجا، فكلما ارتفع عدد العمال ليلا أو بجداول الدوريات صعب اكتساب أصدقاء جدد، وفي المقابل فإن إحساسهم بوجودهم على هامش الحياة الاجتماعية يقل، حيث أوضح استفتاء حول هذا الموضوع بإحدى المدن الصغيرة في بريطانيا أن العمل الليلي كان مقبولا وعاديا لأن أغلب السكان كانوا يمارسونه.

د- الاتزان النفسي والأدوار الأسرية: تصطدم متطلبات أدوار الحياة الأسرية ومتطلبات أدوار الحياة العملية مما يجعل العامل في حيرة من أمره بحيث يزيد قلقه نتيجة صراع الدور الذي يعيشه، هذه الوضعية تجعل مؤشر احترام الذات منخفضا لدى الشخص المعني مما يضاعف من عدم اتزانه النفسي.

هـ- استعمال أوقات الراحة: يختل استعمال أوقات الراحة من عامل لأخر تبعا لظروف كل واحد، فالكثير من العمال يشتغلون عملا مأجورا ثانيا سواء في مؤسسة أخرى أو عملا حرا كالأعمال التجارية والحرفية، بغض النظر عن التشريع به في مجال ازدواجية النشاط المهني ومن المؤكد في هذا المجال أن نوعية

المسكن لها دور كبير في تحديد طريقة استعمال أوقات الراحة، حيث تعتبر أوقات الراحة عنصر أساسي في ظاهرة دوران العمل، فساعات العمل الطويلة والعمل الليلي من العوامل المؤثرة سلبا على العامل بالإضافة إلى عدم وجود أوقات للراحة والترويح مما يؤدي إلى دوران العمل وتشير ظاهرة دوران العمل إلى تحرك العامل أو انتقاله من مكان عمله إلى مكان عمل أخر، وبتعبير أخر هي الحركة أو الحالة الناتجة عن ترك بعض العاملين للخدمة داخل التنظيم أو المؤسسة الصناعية، وإحلال عاملين آخرين جدد محلهم في العمل.

ومن الملاحظ أن ظاهرة دوران العمل تتعلق بحركة العامل داخل العمل بانتقاله إلى عمل أخر داخل المؤسسة التي يعمل بها أو خارجها، وأن المهم في نهاية المطاف يكون العامل قد غير مكان عمله (أورد في: الدقس، 1999).

و- الحياة المهنية: لا توجد تشريعات تنظم أجر العامل أو العمل الليلي، غير أن الاختلاف بين الأجر في النهار والأجر في الليل راجع في الأساس إلى بعض العلاوات، كعلاوة الطعام أو علاوة الساعات المتأخرة بالليل، وفي هذا الصدد نجد مسألة التحول من العمل الليلي إلى العمل النهاري صعبة المنال ومع ذلك فإن نتيجة ضغط الاتحادات والنقابات المهنية على المؤسسات فإن البعض منها يسمح بهذا التحويل وبنفس الأجر بعد عدد معين من السنوات التي يقضيها العامل في جداول العمل الليلي ثم أن هناك إمكانية تحويل الليلي إلى العمل بالنهار لظروف صحية (أورد في: بوحفص، 2004).

إن العمال الليليين يتميزون بالسلوك الإنسحابي كما أنهم من جهة أخرى يشعرون بالعزلة المهنية (أي عزلة العامل من الحياة اليومية للمؤسسة) كأحد أهم معوقات الحياة المهنية للعمال الليليين كونهم يشعرون بنقص الإعلام داخل المؤسسة، كون المستجدات التنظيمية تصلهم بطريقة شفوية كما أن هذا النوع من العمال يسود لديهم شعور بعدم المساواة بينهم وبين باقي العمال فيما يتعلق بالتسهيلات التي توفرها المؤسسة كبعض أنواع التكوين أو وسائل تحسين الحياة الاجتماعية للعامل.

ي- السكن: يعتبر حجم المسكن وموقعه من أهم العوامل التي تؤثر على نوعية الراحة لدى العامل وعلى الجو العائلي وحسب الدراسة التي أجراها كايو Caillot (1959) بفرنسا فإن صعوبات النوم تتوقف على حجم المسكن وتتمثل هذه الصعوبات في نسبة (50%) في حالة المساكن المكونة من غرفة ومطبخ، و(41%) بالنسبة للمساكن المكونة من ثلاث غرف، كما أن موقع المسكن يلعب دورا هاما في هذا المجال فالمحيط الريفي يساعد أكثر على النوم من المحيط الحضري (أورد في: بوحفص، 2004).

خلاصة الفصل:

انطلاقا مما سبق، ومما لا شك فيه أن العمل الليلي يمارس العديد من الآثار أو الانعكاسات السلبية على العاملين إذ أن هذا النوع من تنظيم العمل لا يناسب صحة العامل ورتمه البيولوجي، مما يعرض العامل في ظل العمل الليلي و/أو التناوبي للعديد من المشكلات الجسدية والتي تحول دون تحقيق

الفرد العامل لأهدافه سواء المهنية أو حتى الاجتماعية، إذ يعرضه هذا النمط من العمل للصراع الدائم من خلال المحاولة للتكيف مع رتم العمل الليلي وساعات العمل الطويلة والشاقة بالنسبة إليه، ويؤدي ذلك بالعامل إلى سوء التوافق النفسي والمهني والذي يؤدي بدوره إلى انخفاض الأداء والمردودية.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية في جانبها التطبيقي

تمهيد:

يتناول هذا الفصل من الدراسة التعريف بالمنهجية المتبعة في البحث، ويعرض فيه تقديم ميدان البحث، نوع البحث، كيفية اختيار عينة البحث، أدوات جمع البيانات، وأدوات تحليل البيانات، وأخيرا حدود البحث.

1- تقديم ميدان الدراسة:

تم الاهتمام في دراستنا بموضوع الانعكاسات النفسية والفسيولوجية للعمل الليلي على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، يقع المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد (CHU) وسط مدينة تيزي وزو وهو مستشفى تابع لوزارة الصحة، تقدر مساحته (42.287.50 متر مربع)، إذ يعتبر أكبر مستشفى في هذه المنطقة.

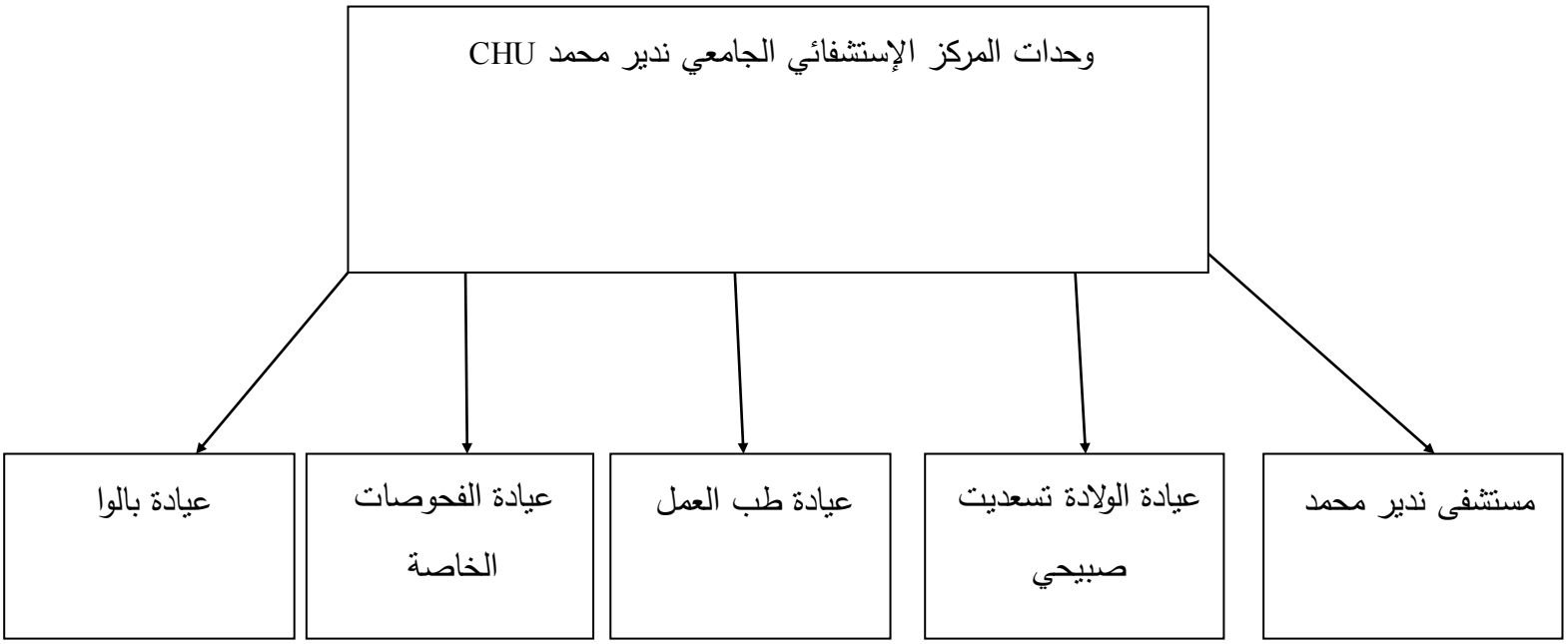
تم تدشين المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد من طرف المستعمر الفرنسي في (1 أوت 1955) كمستشفى مدني بطاقة استيعاب تقدر ب (100) سرير ويتكون آنذاك من مصلحتين فقط، تتمثلان في مصلحة الولادة، ومصلحة طب الأطفال تحتوي كل منها على فرع للرجال وفرع للنساء وذلك بطاقة (28) سرير، وبعد الاستقلال أصدرت السلطات الجزائرية مرسومين متعلقين بالمستشفى وهما:

المرسوم رقم (86- 302) الصادر في 16 ديسمبر (1986)، الذي تحول بموجبه إلى مركز استشفائي جامعي أطلق عليه اسم " ندير محمد" والذي يتكون من خمس وحدات وهي كالتالي:

- مستشفى ندير محمد، عيادة الولادة صبيحي تسعديت، عيادة الأسنان، عيادة طب العمل، عيادة الفحوصات العامة، عيادة بالوا.

والشكل الموالي يوضح ذلك:

شكل رقم (10): وحدات المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد (CHU).



في 28 جويلية (1955)، فتحت بعض المصالح أبوابها مؤقتا وذلك بداية من تاريخ 1 أوت (1955) حيث كان المستشفى في تلك الفترة يحتوي على بعض الأنشطة الطبية وفي عام (1974) أصبح المستشفى الجهوي بتيزي وزو قطاعا صحيا، وذلك بفضل إضافة مختلف الوحدات، وفي عام (1982) تحول القطاع الصحي بتيزي وزو إلى مركز استشفائي جامعي (CHU) وذلك بفتح التكوين الشبه طبي متعدد الأنشطة.

يعتبر المركز الإستشفائي الجامعي (CHU) هيئة عمومية ذو طابع إداري تابع لوزارة الصحة أنشأ تبعا للمرسوم التنفيذي رقم (85- 86) المؤرخ في 11 فيفري (1986) المعدل والمتمم بالمرسوم رقم 86/ 249 المؤرخ في 16 ديسمبر (1986)، تتمثل مهام المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد أنه مؤسسة عمومية للصحة والتكوين في مجال العلوم الطبية له مهام متعددة يمكن تلخيصها فيما يلي

- التكفل بالعلاج ذو التخصص العالي، المشاركة في تحقيق البرامج الوطنية للصحة، التأطير والقيام بمختلف البحوث العلمية.

أما فيما يتعلق بالعدد الإجمالي للعاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، فهو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم(7): العدد الإجمالي للعاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد

نوع العمل	العدد
الأطباء المقيمين	580
الممرضين والشبه طبيين	1104
طبي (Médical)	359
استشفائي جامعي (Hôspitalo universitaire)	152
المتعاقدين (Contractuel)	712

يوضح الجدول رقم (7) العدد الإجمالي للعاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو لسنة (2018)، حيث يبلغ عدد الأطباء المقيمين (580) طبيب مقيم، أما الممرضين والشبه طبي فعددهم يصل إلى (1104) ممرضا وشبه طبيا، وفيما يخص الطبيين فعددهم يصل إلى (395)، و(152) استشفائي جامعي، وبخصوص المتعاقدين فبلغ عددهم (712) متعاقدا.

وتتحد مهام المركز فيما يلي:

- الأخذ بعين الاعتبار الفحوصات الأكثر تخصصا.

- تشجيع البحوث العلمية.

- المشاركة في انجاز البرنامج الوطني للصحة.

- المشاركة في التكوين والترقية في العلوم الطبية (الممرضين، التقنيين الساميين في الصحة، مساعدي التمريض...).

يتكون المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو من عدة هياكل من بينها:

- **الإدارة العامة:** يعتبر المدير العام هو المسؤول على تسيير شؤون المركز، ويتم ذلك في تنظيم ومراقبة مجمل الأعمال التي تنجز على مستوى المركز.

- **الأمانة العامة:** إن الأمانة العامة هي المكلفة بتنظيم وتنشيط الأعمال الإدارية والتقنية للمؤسسة.

- **مجلس التوجيه:** دوره هو اقتراح كل المعايير وتهيئة الظروف الطبيعية لتحقيق الأهداف، كما يعمل على وضع برامج الوقاية.

- **المجلس العلمي:** وهو المكلف بشؤون المؤسسة وبكل الأعمال التقنية والعلمية برئاسة الطبيب رئيس المصلحة وتتمثل مهمة هذا الأخير (الطبيب رئيس المصلحة) في تصميم برامج التكوين في البحوث الطبية وذلك بالتنسيق والتعاون مع الهياكل الأخرى.

- **اللجنة الاستشارية:** يترأسها المدير العام ودورها هو تأدية المهام وعلى وجه الخصوص وضع اقتراحات للمجلس العلمي، كما يهتم بالميزانية (كل ما يتعلق بميزانية الأدوية، المعدات الطبية، وأجور العمال).

- **مديرية النشاطات البيداغوجية:** تقوم هذه المديرية بالأساس بمتابعة أعمال المستشفى، وتقديم التقارير، إدارة المكتبة وكذا القيام بحملات إعلامية للمصالح الطبية المتواجدة في المركز.

- **المكتبة:** تعتبر المكتبة المكان الذي يلجأ إليه الطلبة المتربصين إلى جانب الأطباء والإداريين العاملين في المركز، وتحتوي مكتبة المركز على أزيد من (2049) كتابا.

2- منهج الدراسة:

تحديد منهج البحث هو منطلق كل دراسة ميدانية، وهو الطريق الذي يسلكه الباحث من أجل الوصول إلى اختبار تحقق الفرضيات التي انطلق منها قصد التشخيص والتحديد والإلمام بمختلف جوانب الموضوع الذي هو محل الدراسة، وباعتبار الدراسة الحالية جاءت للتعرف على الانعكاسات النفسية والفسيولوجية التي يمارسها العمل الليلي على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بمختلف مصالحه، من مصلحة الطب الداخلي، مصلحة الاستعجالات الطبية، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الجراحة العامة، هذا ما دفعنا إلى استعمال المنهج الوصفي وهو أسلوب للنظر في الظواهر والكشف عن الحقائق كما يجب أن تكون في الواقع، وذلك بالاعتماد على الطرق الموضوعية في التفسير للظاهرة محل الدراسة، وبالتالي التوصل إلى إيجاد تفسيرات يمكن تعميمها.

3- الدراسة الاستطلاعية:

قبل البدء في التطبيق الفعلي للأدوات المستعملة في الدراسة والمتمثلة في مقياس (HADS) لقياس القلق والاكتئاب لدى الممرضين، وكذلك مقياس (MSP) لقياس الضغط النفسي، واستبيان الانعكاسات الفسيولوجية والعامة للعمل الليلي، لذلك قمنا بزيارة ميدانية إلى المركز الإستشفائي

الجامعي ندير محمد بتيزي وزو وهذا منذ شهر جويلية (2018)، أين قمنا بإجراء محادثات مع مسؤول المركز والذي قام بتوجيهنا إلى مختلف المصالح المتواجدة في المركز، وبعد القيام بالمعاينة الميدانية والتأكد من توفر عينة البحث والتي تتمثل في الممرضين العاملين في الدوام الليلي، قمنا بتوزيع (100) نسخة من مقاييس الدراسة وذلك في مصلحة الطب الداخلي، مصلحة الاستعجالات الطبية، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الجراحة العامة.

وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التأكد من صدق أدوات البحث والتي تمثلت في مقياس القلق والاكتئاب (HADS) (Hospital Anxiety and Depression Scale) وكذا مقياس الضغط النفسي (MSP) وهي خاصة بالانعكاسات النفسية، أما فيما يخص الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي تم استعمال الاستبيان من تصميم الباحثة.

ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية هو وضوح وسلامة بنود العبارات في أدوات البحث، إذ تتسم أدوات الدراسة بالثبات وذلك حسب درجة استجابة عينة الدراسة الاستطلاعية لذلك والذي يجعلها قابلة للقيام بالدراسة الأساسية، حيث تم الاستعانة بمجموعة من الأساتذة المحكمين لضبط لغة المقياس، وقبل تطبيقها فعليا طبق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية التي تكونت من (100) ممرضا وممرضة.

4- عينة الدراسة:

4-1 عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

لقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية (العمدية)، أين قصدنا فئة الممرضين العاملين ليلا وتكونت عينة البحث من (300) ممرضا وممرضة من أصل (1104) (وتجدر الإشارة إلى أنه تم توزيع في الأصل (500) مقياسا على الممرضين من مختف مصالح المركز)، حيث يشمل هذا العدد الممرضين، ومساعدي التمريض، والشبه طبيين، وشملت العينة على العديد من مصالح المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو وفرع بالوا كونه تابع للمركز الإستشفائي وذلك للحصول على عينة كبيرة من الممرضين والتي تساعدنا للقيام بالدراسة، ومن بين هذه المصالح نجد مصلحة الاستعجالات الجراحية والطبية، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الطب الداخلي، ومصلحة الجراحة العامة، وتم توزيع أدوات البحث بالتعاون مع رئيس كل مصلحة، وبالرغم من ذلك تم ضياع العديد من الاستبيانات التي تم توزيعها وهذا يعود إلى طبيعة العمل لدى الممرضين وتغيير في فرق العمل وبالتالي كانت هناك صعوبات في التواصل معهم بقصد استرجاع الاستبيانات.

4-2- خصائص العينة:

تتميز عينة الدراسة بعدة خصائص وهي موزعة على النحو التالي:

1- توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

جدول رقم (8): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكور	137	%45.7
إناث	163	%54.3
المجموع	**300**	**%100**

يتبين من خلال الجدول رقم (08) أن أغلبية أفراد العينة إناث حيث بلغ عددهن (163) ممرضة ويمثلن نسبة (54.3%)، بينما بلغ عدد الممرضين الذكور (137) ممرضا بنسبة (45.7%)، ويرجع هذا السبب ربما إلى ميل النساء أكثر إلى مهنة التمريض بالمقارنة مع الذكور.

2- توزيع أفراد العينة حسب السن:

جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	التكرارات	النسبة المئوية
]30-20]	66	%21.9
]40-30]	123	%41.1
]50-40]	68	%22.7
]60-50]	43	%14.3
المجموع	**300**	**%100**

يتبين من خلال الجدول رقم (09) المتعلق بتوزيع أفراد عينة البحث حسب متغير السن أن أغلبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (30- 40) سنة حيث بلغ عددهم (123) ممرضا وممرضة بنسبة (41.1%)، أما الممرضين الذين تتراوح أعمارهم بين (40-50) سنة فبلغ عددهم (68) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (22.7%)، بينما الممرضين الذين تتراوح أعمارهم بين (20-30) سنة بلغ عددهم (66) ممرضا وممرضة، أما فيما يخص الممرضين والممرضات الذين تتراوح أعمارهم بين (50-60) سنة فبلغ عددهم (43) ممرضا وممرضة بنسبة (14.3%) من المجموع الكلي لأفراد عينة البحث.

3- توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية:

الجدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

الحالة العائلية	التكرارات	النسبة المئوية
متزوج	165	%55
أعزب	132	%44
مطلق	01	%0.3
أرمل	02	%0.7
المجموع	**300**	**%100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أغلبية أفراد العينة من المتزوجين حيث بلغ عددهم (167) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (55.7%)، ويمثل العزاب نسبة (43.3%) ويقدر عددهم بـ (130) ممرضا وممرضة، بينما المطلقين بنسبة (0.7%) ويمثله فردا واحدا فقط، أما فئة الأرامل فعددهم ممرضين اثنين (02) وذلك بنسبة (0.7%).

4- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
ثانوي	92	%30.7
جامعي	208	%69.3
المجموع	**300**	**%100**

يتبين من خلال الجدول رقم (11) أن معظم أفراد العينة من مستوى جامعي، حيث بلغ عددهم (208) ممرضا بنسبة (69.3%) بينما بلغ عدد الممرضين ذوو المستوى الثانوي (92) ممرضا ومثلوا نسبة (30.7%)، وما هو ملاحظ من خلال إجابات أفراد العينة أن معظمهم جامعيين وخصوصا الممرضين الذين يتلقون التكوين الشبه الطبي أغلبهم جامعيين، حيث أن خلال توزيع الاستبيانات وجدنا ملاحظات أنهم لديهم مستوى (بكالوريا+2 أو بكالوريا+3).

5- توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية:

جدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية

الأقدمية	التكرارات	النسبة المئوية
]05-01]	90	%30
]10-05]	62	%20.67
]15-10]	63	%21
]20-15]	16	%5.33
]25-20]	04	%1.33
]30-25]	49	%16.33
]35-30]	16	%5.33
المجموع	**300**	**%100**

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن أفراد العينة الذين تتراوح أقدميتهم من (1- 5) سنوات قدر عددهم (90) ممرضا وممرضة بنسبة (30%)، بينما الأفراد الذين تتراوح أقدميتهم بين (10-15) سنة فقد قدر عددهم (63) ممرضا وممرضة بنسبة (21%)، وبالنسبة للممرضين الذين تتراوح أقدميتهم بين (5-10) فبلغ عددهم (62) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (21%)، وفيما يتعلق بالممرضين الذين تتراوح أقدميتهم بين (25-30) سنة في مهنة التمريض بلغ عددهم (49) ممرضا وممرضة بنسبة (16.33%)، أما بالنسبة للممرضين والممرضات الذين تتراوح أقدميتهم من (15-

20، 30–35) سنة فبلغ عددهم (16) ممرضا وممرضة بنسبة (5.33%)، وفيما يتعلق بالممرضين الذين تتراوح أقدميتهم (20–25) سنة فبلغ عددهم (04) ممرضين ويحتلون نسبة (1.33%).

مما سبق يتضح أن معظم أفراد عينة الدراسة يمثلون جنس الإناث بنسبة (54.3%)، أما فيما يخص عامل السن فيتضح أن معظم أفراد العينة يتراوح سنهم بين (30– و40) سنة وبلغ عددهم (123) ممرضا بنسبة (41.1%)، وفيما يتعلق بالحالة العائلية فمعظم أفراد عينة الدراسة من المتزوجين إذ قدر (169) ممرضا وذلك بنسبة (56.3%)، وبخصوص المستوى التعليمي فتبين أن أغلب أفراد العينة من مستوى جامعي حيث قدر عددهم (208) ممرضا بنسبة (69.3%)، أما الأقدمية يتضح أن معظم الممرضين ذووا أقدمية من (05 –10) سنوات وقدر عدهم (62) ممرضا وذلك بنسبة (20.67%).

5– أدوات جمع البيانات:

بهدف جمع البيانات التي تخدم موضوع البحث تم استعمال مقياس القلق والاكتئاب (HADS)، (Hospital Anxiety and Depression Scale) أما فيما يتعلق بالضغط النفسي، فقد تم استعمال مقياس (MSP) (mesure de stresse psychologique) لقياس الانعكاسات النفسية للعمل الليلي، وفيما يخص الانعكاسات الفسيولوجية والعامة للعمل الليلي تم استعمال الاستبيان من تصميم الباحثة.

– وصف أدوات الدراسة:

نتطرق فيما يلي إلى وصف الأدوات التي استعملت في الدراسة وتتمثل فيما يلي:

1 – مقياس (HADS):

– وصف الأداة:

صمم مقياس (HADS) من طرف الباحثان الإسكندنافيان A.S.zigmond et R.P snaith(1983)، ترجم المقياس إلى اللغة الفرنسية من طرف الباحث J.F Lépine، وجه هذا المقياس في البداية إلى فئة المرضى وصمم لقياس اكتئاب المستشفى، وبعد ذلك عمم على جميع فئات المجتمع حيث استبعد مصممي هذا المقياس البنود التي تقيس الأعراض المرضية، وكان الهدف من بناء هذا المقياس هو التعرف على أعراض الاكتئاب والقلق وذلك بالنظر إلى الأعراض العضوية للحالة المصابة، يتكون المقياس من (14) بندا، (7) بنود تقيس القلق و (7) بنود تقيس الاكتئاب، تتمثل البنود التي تقيس القلق في البنود رقم (1– 3– 5– 7– 9– 11– 13)، أما بالنسبة للبنود التي

تقيس الاكتئاب تتمثل في البنود رقم (2- 4- 6- 8- 10- 12- 14)، وهي مرقمة من (0 إلى 3) أو من (3 إلى 0) وذلك لتفادي التكرار، والنتيجة العامة لبنود المقياس من (0 إلى 42)، وسلم من (0 إلى 21)، والدرجة الكلية للمقياس تكون كلما كانت الدرجات المتحصل عليها من المقياس مرتفعة كلما كانت الأعراض حادة، وتتمثل الدرجات المتحصل عليها خلال المقياس كالتالي:

من (0 إلى 7) درجات غياب أو عدم وجود القلق والاكتئاب، من (8 إلى 10) درجات قلق واكتئاب معتدلين، من (11 إلى 14) درجة قلق واكتئاب شديدين، أما من (15 إلى 21) درجة قلق واكتئاب مزمنين.

- الخصائص السيكومترية للأداة:

بعد تحكيم المقياس قمنا بتطبيقه على عينة تكونت من (100) ممرضا وممرضة يعملون في المناوبة الليلية، ولقد قدر معامل الثبات لمقياس القلق والاكتئاب (HADS) بـ (0.80) وهو ثبات عالي وبالتالي المقياس صالح لتطبيقه في الدراسة الأساسية.

2 - مقياس (MSP) للضغط النفسي:

فيما يلي وصف مفصل لمقياس الضغط النفسي (MSP)

- وصف الأداة:

صمم هذا المقياس من طرف (LEMYRE L &.TESSIER R) (1988)، ويعتبر هذا النموذج وسيلة لقياس الضغط النفسي، ويتكون هذا المقياس من (9) بنود، والإطار النظري العام الذي وضع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي يدمج المعلمات البيئية والعمليات الفردية والإدراك والتعامل مع الضغوطات فكانت مناسبة تماما لدراسة الضغوط النفسية في سياق الرعاية الصحية الأولية والأبحاث الصحية للسكان، يتكون مقياس الضغط النفسي (MSP) من (49) عنصرا، وتوجد النسخة من ذات المقياس والتي تتكون من (25) بندا ونسخة أخرى تتكون من (09) عناصر، وقد تم تطبيق النسخة المختصرة من المقياس والتي تتكون من (09) بنود في الدراسة الحالية.

(MSP) (mesure de stresse psychologique) يتكون من (09) بنود و(08) اختيارات للإجابة وكل اختيار تمنح له درجة وهي مرقمة من (01) إلى (07) وهي كما يلي:

- مطلقا (2) درجة، قليلا جدا (03) درجات، قليلا (04) درجات، تقريبا (05) درجات، ليس سيئا (06)، درجات، كثيرا (07) درجات، كثيرا جدا (08) درجات.

وتتمثل طريقة حساب مقياس الضغط النفسي (MSP) باستعمال المعادلات التالية:

درجات الفرد =9- النتيجة المتحصل عليها من طرف الفرد.

أما فيما يتعلق بمتوسط مجموع النقاط لأفراد العينة حول ما يتعلق بالإجابات على المقياس يكون كالتالي:

متوسط مجموع النقاط= مجموع الدرجات الفردية

عدد الدرجات الفردية

في حالة عدم إجابة الفرد على بند واحد من بنود مقياس الضغط النفسي (MSP) نطبق المعادلة التالية:

إجمالي درجات الفرد= مجموع البنود المجاب عليها

عدد البنود المجاب عليها

في حالة عدم الإجابة على بندين أو أكثر من المقياس يتم إلغاء الإجابة، وبالتالي سحب الفرد من العينة.

- الخصائص السيكومترية للأداة:

بعد تحكيم مقياس الضغط النفسي (MSP) من طرف أساتذة من التخصص، طبقت الأداة على عينة (100) ممرض وممرضة من المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، تم التأكد من أن المقياس قابل لتطبيقه في الدراسة الأساسية إذ قدر ثبات مقياس الضغط النفسي بـ (0.72) وهو ثبات عالي، وبالتالي يصلح المقياس للإجراء الدراسة الأساسية.

3- استبيان الانعكاسات الفسيولوجية والعامة للعمل الليلي:

ملاحظة: تم التطرق للانعكاسات العامة للعمل الليلي، والتي تشمل على الانعكاسات المهنية وكذا الانعكاسات الاجتماعية، وكان من الضروري إدراجها انطلاقا من التراث النظري للدراسة حيث يمارس العمل الليلي عدة أثار وانعكاسات أخرى على الممرضين إضافة للانعكاسات الفسيولوجية التي تم تناولها في الدراسة الحالية.

- الخصائص السيكومترية للأداة:

قبل تطبيق الأداة تم توزيعها على أساتذة متخصصين في علم النفس العمل والتنظيم، وتم ضبطها من خلال المحاور والأسئلة النى تخدم موضوع البحث ومدى ملائمة البنود للأداة، وكذلك التحقق من سلامتها اللغوية، وكان الغرض من ذلك هو حساب معامل الاتفاق بين المحكمين على كل بند من بنود الاستبيان وذلك بحساب معادلة لوشي لصدق البنود.

تم حساب الثبات الخاص باستبيان الانعكاسات الفسيولوجية والعامة للعمل الليلي، وذلك باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وقدر ثبات أداة الدراسة ب (0.72) وذلك بعد تطبيقه على عينة قدرت ب (100) ممرضا وممرضة للتحقق من أن الأداة صالحة لتطبيقها في الخطوة الموالية من الدراسة ألا وهي الدراسة الأساسية.

- وصف الأداة:

صمم هذا الاستبيان لقياس الانعكاسات الفسيولوجية والعامة للعمل الليلي، يتكون من (45) بندا موزع على ثلاثة محاور وهي:

المحور الأول:

خاص بالانعكاسات العامة للعمل الليلي ويضم هذا المحور (22) بندا وهي أسئلة مغلقة تتم الإجابة عليها ب (نعم) أو (لا) وهي تضم السؤال رقم (01)، (02)، (03)، (04)، (05)، (06)، (07)، (08)، (09)، (10)، (11)، (06) (12)، (13)، (14)، (15)، (16)، (17)، (18)، (19)، (20)، (21)، (22).

المحور الثاني:

وهذا المحور خاص باضطرابات النوم في ظل العمل الليلي، ويحتوي هذا المحور على (13) بندا مغلقا تتم الإجابة عليها ب (نعم) أو (لا)، وهي موضحة في السؤال رقم (23)، (24) ،(25)، (26)، (27) ، (28) ،(29)، (30)، (31)، (32)، (33) (34)، (35).

المحور الثالث:

يتمثل المحور الثالث من الاستبيان في اضطرابات الهضم في ظل العمل الليلي، يتضمن هذا المحور (10) بنود مغلقة وتضم السؤال (36) (37)، (38)، (39)، (40)، (41)، إ(42)، (43)، (44)، (45).

6 – أدوات تحليل البيانات:

يتطلب لكل دراسة استخدام أساليب إحصائية محددة وخاصة بها، فقد تعددت الأساليب الإحصائية بتعدد أغراض البحث وهذا من أجل الوصول إلى معالجة وتحليل البيانات بطريقة علمية وموضوعية، وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على الإحصاء الوصفي والمتمثل في النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما تم الاستعانة بالإحصاء الاستدلالي والمتمثل في استخدام (كا^2 أو X^2) لحساب الدلالة الإحصائية، واختبار ت (test T) لعينتين مستقلتين وذلك لحساب الفروق بين أفراد عينة البحث وذلك بالنسبة للجنس، الأقدمية، والحالة العائلية، كما تم الاستعانة ب اختبار أنوفا (Anova)، واختبار ليفين (F) للتجانس، وذلك باستخدام الحزمة الإحصائية المطبق للعلوم الاجتماعية SPSS (Version 19).

7 – حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على معرفة الانعكاسات النفسية والفسيولوجية والعامة للعمل الليلي، لدى الممرضين العاملين في المناوبات الليلية وذلك في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، حيث أجريت الدراسة في مختلف مصالح المركز من مصلحة الطب الداخلي، مصلحة الاستعجالات الجراحية والطبية، ومصلحة الجراحة العامة، ومصلحة طب الأطفال، والنتائج التي سوف يتم التوصل إليها يمكن تعميمها فقط في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو أو بتعبير أخر يمكن تعميم النتائج فقط على مستوى المصالح التي تمت فيها الدراسة الميدانية وليس كل المستشفيات الجزائرية، لأنه تختلف ظروف العمل من مستشفى لأخر.

خلاصة الفصل: تم التطرق من خلال هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للدراسة في جانبها التطبيقي، من خلال التوقف على التعريف بميدان البحث المتمثل في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، بالإضافة إلى التعرف على خصائص عينة البحث المتمثلة في الممرضين العاملين في النظام الليلي في المركز، كما تم وصف الدراسة الاستطلاعية وزمان إجرائها، وكذلك التعرف على تقنيات وأدوات جمع البيانات والمتمثلة في المقاييس المستعملة لتحليل الانعكاسات النفسية للعمل الليلي والمتمثلة في مقياس القلق والاكتئاب (HADS)، ومقياس الضغط النفسي (MSP)، وبخصوص الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي تم استعمال الاستبيان المقسم إلى ثلاث محاور، وكذلك التعرف على أدوات تحليل البيانات، وحدود البحث.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

بعد التعرف على خصائص العينة والأدوات المستخدمة في البحث، يأتي هذا الفصل للكشف على مختلف النتائج المتحصل عليها بعد إجراء الدراسة الميدانية وبعد تطبيق استبيان الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي، ومقياس (HAD) لقياس القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى مقياس (MSP) (mesure de stress psychologique) لقياس الضغط النفسي والغرض من ذلك هو التأكد من تحقق أو عدم تحقق فرضيات الدراسة، ويتضمن هذا الفصل مرحلتين أساسيتين، تتمثل المرحلة الأولى في عرض نتائج الدراسة، في حين تتضمن المرحلة الثانية تحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، يليها الاستنتاج العام.

1- عرض النتائج:

بعد مرحلة تطبيق الاستبيانات والمقاييس في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو وذلك على عينة تكونت من (300) ممرض وممرضة، سوف نتطرق إلى عرض النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية كما هو موضح في الجداول التالية:

1-1- عرض النتائج المتعلقة بالقلق والاكتئاب:

فيما يلي عرض مختلف النتائج المتحصل عليها حول القلق

- عرض النتائج المتعلقة بالقلق:

جدول رقم (13) إجابات أفراد العينة في القلق والاكتئاب حول الشعور بالتوتر

الإجابات / السؤال	معظم الوقت		دائما		أحيانا		أبدا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أشعر بالتوتر	47	%15.7	46	%15.3	179	%59.7	28	%9.3	**300**	**100**

يبين الجدول رقم (13) إجابات أفراد العينة فيما يخص الشعور بالتوتر، إذ أن الممرضين الذين أجابوا أنهم يشعرون بالتوتر (أحيانا) قد بلغ عددهم (179) ممرضا وبنسبة (59.7%)، أما بالنسبة للممرضات والممرضين الذين يشعرون بالتوتر معظم الوقت فقد قدر عددهم (47) ممرضا بنسبة (15.7%)، أما بالنسبة للممرضين الذين كانت إجاباتهم (دائما) فقد قدر عدد الممرضين الذين أجابوا حول ذلك (46) ممرضا ومثلوا نسبة (15.3%)، أما بخصوص الذين كانت إجاباتهم حول شعورهم بالتوتر بـ (أبدا) بمعنى أنهم لا يشعرون بالتوتر على الإطلاق فقد بلغ عدد الممرضين الذين أجابوا بذلك (28) ممرضا بنسبة (9.3%).

جدول رقم (14) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالخوف كما لو أن شيئا فضيعا سيحدث

الإجابات / السؤال	نعم واضح جدا		نعم لكنها ليست خطيرة		نعم لكنها لا تقلقني		لا على الإطلاق		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أشعر بالخوف كما لو أن شيئا فضيعا سيحدث لي	59	%19.7	33	%11	103	%34.3	105	%35	**300**	**100**

يوضح الجدول رقم (14) إجابات أفراد عينة البحث حول الشعور بالخوف كما لو أن شيئا فضيعا سيحدث، ومن خلال الإجابات المتحصل عليها أن الممرضين الذين أجابوا بـ (لا على الإطلاق) قدر عددهم (105) ممرضا بنسبة (35%)، أما بالنسبة للذين أجابوا بـ (نعم لكنها لا تقلقني) فقد قدر عددهم (103) ممرضا من إجمالي أفراد عينة البحث وهم يمثلون نسبة (34.3%)، أما الممرضين والممرضات الذين أجابوا بـ (نعم واضح جدا) فقد قدر عددهم (59) ممرضا ومثلوا نسبة (19.7%)، أما فيما يخص الذين أجابوا بـ (نعم لكنها ليست خطيرة) فقدر عددهم (33) ممرضا بنسبة (11%).

جدول رقم (15) إجابات أفراد العينة حول البند أنا قلق

الإجابات / السؤال	غالبا		ليس غالبا		أحيانا		أحيانا جدا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أنا قلق	104	%34.7	65	%21.7	105	%35	26	%8.7	**300**	**100**

نلاحظ من خلال رقم (15) الخاص بإجابات الممرضين العاملين في المناوبات الليلية في المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حول ما يتعلق بالقلق لدى هذه الفئة، أن الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أحيانا) قدر عددهم (105) ممرضا بنسبة (35%)، أما بالنسبة للذين أجابوا بـ (غالبا) فقد قدر عددهم (104) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (34.7%)، وفيما يرتبط بالممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (ليس غالبا) فبلغ عددهم (65) ممرضا من إجمالي العينة بنسبة (21.7%)، وبخصوص الممرضين الذين أجابوا بـ (أحيانا جدا) فقد قدر عددهم (26) ممرضا بنسبة (8.7%).

جدول رقم (16) إجابات أفراد العينة حول عدم الشعور بالراحة بدون فعل أي شيء

الإجابات / السؤال	نعم مهما حدث		نعم		نادرا		أبدا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لا أستطيع الشعور بالراحة بدون فعل أي شيء	16	%5.3	110	%36.7	99	%33	75	%25	**300**	**100**

يظهر من خلال الجدول رقم (16) المتعلق بإجابات أفراد العينة حول عدم استطاعة الشعور بالراحة بدون فعل أي شيء، أن الممرضين الذين أجابوا بـ (نعم) فقد قدر عددهم (110) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (36.7%)، أما بخصوص الممرضين الذي أجابوا بـ (نادرا) بلغ عددهم (99) ممرضا وممرضة وهم يشكلون نسبة (33%)، وبخوص الممرضين الذين كانت إجاباتهم (أبدا) قدر عددهم (75) ممرضا وممرضة بنسبة (25%)، وكان عدد الممرضين والممرضات الذين أجابوا بـ (نعم مهما حدث) (16) ممرضا وممرضة بنسبة (5.3 %).

جدول رقم (17) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالخوف والشعور بالمعدة فارغة

الإجابات / السؤال	أبدا		أحيانا		غالبا		في كثير من الأحيان		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لدي شعور بالخوف وأشعر بمعدتي فارغة	63	%21	135	%45	43	%14.3	59	19.7%	**300**	**100**

يبين الجدول رقم (17) إجابات أفراد عينة البحث فيما يخص الشعور بالخوف وكذا الشعور بالمعدة فارغة، أن الممرضين الذين أجابوا بـ (أحيانا) قدر بـ (135) ممرضا وممرضة بنسبة (45%)، أما بالنسبة للذين أجابوا ب (أبدا) فقد قدر عددهم (63) ممرضا من إجمالي أفراد عينة البحث وهم يشكلون نسبة (21%)، وبخصوص الممرضين الذين كانت إجاباتهم بـ (في كثير من الأحيان) فقدر عددهم (59) ممرضا وممرضة بنسبة (19.7%)، أما الذين أجابوا ب (غالبا) فوصل عددهم (43) ممرضا بنسبة (14.3%).

جدول رقم (18) إجابات أفراد العينة حول البند لدي كثرة الحركة ولا أستطيع مواكبة ذلك

الإجابات / السؤال	نعم		قليلا		غالبا		كثيرا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لدي كثرة الحركة ولا أستطيع مواكبة ذلك	50	%16	132	%45	67	%22.3	51	%16.7	**300**	**100**

يوضح الجدول رقم (18) الخاص بإجابات الممرضين والممرضات العاملات في المناوبات الليلية وذلك في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، أن الممرضين الذين كانت إجاباتهم بـ(قليلا) فقد قدر عددهم (132) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (45%)، أما الممرضين والممرضات الذين كانت إجاباتهم بـ(غالبا) فبلغ عددهم (67) ممرضا وممرضة بنسبة (22.3%)، أما فيما يرتبط بالإجابات التي كانت بـ (كثيرا) فقد قدر عدد الممرضين الذين أجابوا بذلك (51) ممرضا وممرضة وهم يمثلون نسبة (16.7%)، وفيما يخص الممرضات والممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (نعم) حول ما يتعلق بمعاناتهم من كثرة الحركة يقدر عددهم (50) ممرضا وممرضة بنسبة (16 %).

جدول رقم (19) إجابات أفراد العينة حول إنتياب نوبات من الخوف والذعر المفاجئين

الإجابات / السؤال	كثيرا جدا		غالبا		ليس كثيرا		أبدا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تنتابني نوبات من الخوف والذعر المفاجئين	29	%11	38	%12	137	%46.7	96	%30.3	**300**	**100**

يبين الجدول رقم (19) إجابات أفراد عينة البحث فيما يرتبط بالبند تنتابني نوبات من الخوف والذعر المفاجئين، أن الممرضين الذين أجابوا بـ (ليس كثيرا) فقد قدر عددهم (137) ممرضا بنسبة (46.7%)، أما بخصوص الممرضين الذين أجابوا بـ (أبدا) فقدر عددهم (96) ممرضا وممرضة بنسبة (30.3%)، وبالنسبة للممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (غالبا) فقدر عددهم (38) ممرضا بنسبة (12%)، وقدر عدد الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (كثيرا جدا) (29 ممرضا) بنسبة (11%).

- عرض النتائج الخاصة بالاكتئاب:

نقوم فيما يلي بعرض النتائج المتعلقة بالاكتئاب

جدول رقم (20) إجابات أفراد العينة حول أخذ نفس الأشياء كما كانت من قبل

الإجابات / السؤال	نعم بنفس القدر		ليس كثيرا		قليلا فقط		أكثر تقريبا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أخذ نفس الأشياء كما كانت من قبل	35	%11.7	140	%46.7	67	%22.3	58	%19.3	**300**	**100**

يوضح الجدول رقم (20) إجابات أفراد العينة حول البند المتعلق بـ أخذ نفس الأشياء كما كانت من قبل، فقد قدر عدد الممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (ليس كثيرا) قد قدر عددهم (140) ممرضا وممرضة بنسبة (46.7%)، أما بالنسبة للذين كانت إجابتهم بـ (قليلا فقط) قدر عددهم (67) ممرضا وممرضة بنسبة (22.3%)، وبالنسبة للممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أكثر تقريبا) فبلغ عددهم (58) ممرضا وذلك بنسبة (19.3%)، وقد قدر عدد الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (نعم بنفس القدر) قدر عددهم (35) ممرضا وممرضة بنسبة (11.7%).

جدول رقم (21) إجابات أفراد العينة حول الضحك بسهولة وأخذ الجانب الإيجابي للأشياء

الإجابات / السؤال	بقدر ما في الماضي		أكثر مما كان من قبل		أقل من قبل		لا أكثر		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أضحك بسهولة وأخذ الجانب الإيجابي للأشياء	58	%19.3	91	%30.3	92	%30.7	59	%19.7	**300**	**100**

يتبين من خلال الجدول رقم (21) المتعلق بإجابات الممرضين والممرضات العاملات في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد حول البند الذي ينص "أضحك بسهولة وأخذ الجانب الإيجابي للأشياء"، أن عدد الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أقل من قبل) (92) ممرضا بنسبة (30.7%)، أما الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أكثر مما كان من قبل) فبلغ عددهم (91) ممرضا بنسبة (30.3%)، وبالنسبة للممرضات والممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (لا أكثر) فقد قدر عددهم (59) ممرضة وممرضا بنسبة

(19.7%)، وفيما يخص الذين أجابوا بـ (قدر ما في الماضي) فقد قدر عددهم (58) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (19.3).

جدول رقم (22) إجابات أفراد العينة حول الحالة المزاجية

الإجابات / السؤال	أبدا		أحيانا		غالبا		معظم الوقت		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أنا في مزاج جيد	29	%9.7	64	%21.3	128	%42.7	79	26.3%	**300**	**100**

يتضح من خلال الجدول رقم (22) الخاص بإجابات أفراد العينة حول ما يتعلق بالحالة المزاجية، أن عدد الممرضين الذين أجابوا بـ (غالبا) (128) ممرضا بنسبة (42.7%)، وبخصوص الذين أجابوا بـ (معظم الوقت) قدر عددهم (79) ممرضا بنسبة (26.3%)، أما بالنسبة للذين كانت إجابتهم بـ (أحيانا) فقد قدر عددهم (64) ممرضا وممرضة بنسبة (21.3%)، وفيما يخص الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أبدا) فقد قدر عدد الممرضين (29) ممرضا وممرضة بنسبة (9.7%).

جدول رقم (23) النتائج المتعلقة بإجابات أفراد العينة حول الشعور أنه يعمل ببطء

الإجابات / السؤال	دائما تقريبا		في كثير من الأحيان		أحيانا		أبدا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أشعر أنني أعمل ببطء	42	%14	45	%15	145	%48.3	68	%22.7	**300**	**100**

يتبين من خلال الجدول رقم (23) الخاص بإجابات الممرضين حول البند "أشعر أنني أعمل ببطء"، أن عدد الممرضين الذين أجابوا بـ (أحيانا) (145) ممرضا وممرضة بنسبة (48.3%)، وفيما يخص الممرضين الذين أجابوا بـ (أبدا) فقد قدر عددهم (68) ممرضا بنسبة (22.7%)، أما الممرضات والممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (في كثير من الأحيان) قدر عددهم (45) ممرضا بنسبة (15%)، أما الذين كانت إجابتهم بـ (دائما تقريبا) فقد قدر عددهم (42) ممرضا وممرضة بنسبة (14%).

جدول رقم (24) إجابات أفراد العينة حول عدم الاهتمام بالمظهر

الإجابات / السؤال	لا على الإطلاق		لا أعيره أهمية كبيرة		غير مهم		ليس بكثير من الاهتمام		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لم أعد أهتم بمظهري	21	%6.3	150	%50	65	%21.7	64	%21.3	**300**	**100**

يوضح الجدول رقم (24) إجابات أفراد العينة حول عدم الاهتمام بالمظهر فقدر عدد الممرضات والممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (لا أعيره أهمية كبيرة) (150) ممرضا بنسبة (50%)، وبخصوص الذين كانت إجابتهم بـ (غير مهم) فقد قدر عددهم (65) ممرضا وممرضة بنسبة (21.7%)، وبالنسبة للممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (ليس بكثير من الاهتمام) فقدر عددهم (64) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (21.3%)، وفيما يتعلق بالذين كانت إجابتهم بـ (لا على الإطلاق) فقد قدر عددهم (21) ممرضة وممرضا بنسبة (6.3%).

جدول رقم (25) إجابات أفراد العينة حول السعادة مسبقا لفكرة أداء بعض الأشياء.

الإجابات / السؤال	كما في السابق		أقل من السابق		أكثر من قبل		تقريبا أبدا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أسعد مسبقا لفكرة أداء بعض الأشياء	96	%32	82	%27.3	111	%36.7	11	%3.3	**300**	**100**

يوضح الجدول رقم (25) إجابات الممرضين والممرضات حول "السعادة مسبقا لفكرة أداء بعض الأشياء"، فقد قدر عدد الممرضين الذين أجابوا بـ (أكثر من قبل) (111) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (36.7%)، أما الأفراد الذين كانت إجابتهم بـ (كما في السابق) قدر عدد الممرضين (96) ممرضا وممرضة بنسبة (32%)، وفيما يخص الأفراد الذين أجابوا بـ (أقل من السابق) فقدر عددهم (82) ممرضا بنسبة (27.3%)، أما الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (تقريبا أبدا) فقد قدر عددهم (11) ممرضا وممرضة بنسبة (3.3%).

جدول رقم (26) إجابات أفراد العينة حول التمتع بقراءة كتاب أو مشاهدة حصة تلفزيونية مفيدة أو السماع للمذياع

الإجابات / السؤال	غالبا		أحيانا		نادرا		نادرا جدا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
يمكنني التمتع بقراءة كتاب أو مشاهدة حصة تلفزيونية مفيدة أو السماع للمذياع	101	%33.7	107	%35.7	64	%21.3	28	%9.3	**300**	**100**

يمثل الجدول رقم (26) إجابات الممرضين والممرضات حول " التمتع بقراءة كتاب أو مشاهدة حصة تلفزيونية مفيدة أو السماع للمذياع"، إذ قدر عدد الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أحيانا) (107) ممرضا وممرضة بنسبة (35.7%)، أما بخصوص الممرضين والممرضات الذين أجابوا بـ (غالبا) فقد بلغ عددهم (101) ممرضا وممرضة وهم يمثلون نسبة (33.7%)، وبخصوص الذين أجابوا بـ (نادرا) قدر عددهم (64) ممرضا وذلك بنسبة (21.3%)، أما الممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (نادرا جدا) فقد قدر عددهم (28) ممرضا وممرضة بنسبة (9.3%).

- عرض النتائج المتعلقة بالضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات:

نقوم فيما يلي بعرض النتائج المتعلقة بالضغط النفسي لدى الممرضات والممرضين العاملين ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو

جدول رقم (27) إجابات أفراد العينة حول الضغط النفسي فيما يخص الإحساس بالراحة

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أنا مرتاح	43	%14.3	84	%28	35	%11.7	68	%22.7	31	%10.3	34	%3.11	3	%1	2	%7

يوضح الجدول رقم (27) إجابات أفراد العينة في الضغط النفسي، حول الإحساس بالراحة فقد قدر عدد الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (قليلا) بـ (68) ممرضا وممرضة بنسبة (22.7%)، وفيما يخص الممرضات والممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أبدا) فقد قدر عددهم (43) ممرضا وممرضة بنسبة (14.3%)، وفيما يتعلق بالذين كانت إجابتهم بـ (قليلا جدا) بلغ عددهم (35) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (11.7%)، أما الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (تقريبا) بلغ عددهم (31) ممرضا

وممرضة بنسبة (10.3%)، وبالنسبة للممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (ليس سيئا) فقد قدر عددهم (34) ممرضا وممرضة بنسبة (3.11%).

جدول رقم (28) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالإرهاق ووجود الانطباع من نفاذ الوقت

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أشعر بالإرهاق ولدي الانطباع من نفاذ الوقت	44	%14.7	46	%15.3	28	%9.3	34	%11.3	23	%7.7	6	%2	53	%17.6	66	%22

يتضح من خلال الجدول رقم (28) الخاص بإجابات أفراد العينة حول "الشعور بالإرهاق، ووجود الانطباع من نفاذ الوقت"، أن الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (كثيرا) فقد قدر عددهم (53) ممرضا وممرضة بنسبة (17.6%)، وبالنسبة للذين أجابوا بـ (مطلقا) فبلغ عددهم (46) ممرضا وبنسبة (15.3%)، أما الممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (أبدا) فقد قدر عددهم (44) ممرضا وممرضة من إجمالي أفراد العينة، وبخصوص الذين أجابوا بـ (قليلا) فقد قدر عددهم (34) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (11.3%)، وبالنسبة للذين أجابوا بـ (قليلا جدا) فقد قدر عددهم (28) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (9.3%)، أما بخصوص الممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (ليس سيئا) فقدر عددهم (6) ممرض وممرضة بنسبة (2%).

جدول رقم (29) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من ألام جسدية: ألام على مستوى الظهر، صداع في الرأس، أوجاع في الرقبة والبطن.

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أعاني من ألام جسدية: ألام على مستوى الظهر، صداع في الرأس، أوجاع في الرقبة والبطن	45	%15	32	%10.7	45	%15	45	%15	15	%5	40	%13.3	40	%13.3	38	%12.7

يبين الجدول رقم (29) الخاص بإجابات أفراد عينة البحث حول "المعاناة من ألام جسدية، ألام على مستوى الظهر، صداع في الرأس، أوجاع في الرقبة والبطن"، أن عدد الممرضين الذين كانت إجاباتهم بـ (أبدا) و(قليلا) قدر عددهم (45) ممرضا وممرضة بنسبة (15%)، أما بخصوص الأفراد الذين كانت إجابتهم بـ (ليس سيئا) و(كثيرا) قدر عددهم (40) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (13.3%)، وفيما يتعلق بالذين كانت إجابتهم بـ (مطلقا) فقد قدر عددهم (32) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (10.7%)، وفيما يتعلق بالذين أجابوا بـ (تقريبا) فقدر عددهم (15) ممرضا وممرضة بنسبة (5%).

جدول رقم (30) إجابات أفراد العينة حول الشعور بانشغال البال والقلق

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أشعر بأنني منشغل البال وقلق	66	%22	40	%13.3	39	%13	52	%17.3	21	%7	50	%16.7	26	%8.7	6	%2

يتبين من خلال الجدول رقم (30) الذي يحتوي على إجابات أفراد عينة البحث حول "الشعور بانشغال البال والقلق"، أن عدد الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (أبدا) قدر عددهم (66) ممرضا وممرضة بنسبة (22)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين كانت إجابتهم بـ (قليلا) فقدر عددهم (52) ممرضا وممرضة بنسبة مئوية قدرت بـ (17.3%)، أما الممرضات والممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (ليس سيئا) فقد قدر عددهم (50) ممرضا وممرضة وهم يمثلون نسبة (16.7%)، أما بخصوص الذين كانت إجابتهم بـ (قليلا جدا) فقدر عددهم (39) ممرضا وذلك بنسبة (13%)، وفيما يخص الذين أجابوا بـ (تقريبا) فقد قدر عددهم (21) ممرضا وممرضة من إجمالي أفراد عينة البحث ويمثلون نسبة (7%)، أما بالنسبة للذين أجابوا بـ (كثيرا جدا) فقد قدر عددهم (6) ممرضين بنسبة (2%).

جدول رقم (31) إجابات أفراد العينة حول البند:لا أعرف أين أنا، أفكاري ليست واضحة، ولدي نقص في الانتباه والتركيز.

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لا أعرف أين أنا، أفكاري ليست واضحة، ولدي نقص في الانتباه والتركيز	110	%36.7	54	%18	30	%10	21	%7	7	%2.3	26	%8.7	10	%3.3	42	%14

يتبين من خلال الجدول رقم (31) المتعلق بإجابات الممرضات والممرضين حول البند "لا أعرف أين أنا، أفكاري ليست واضحة، ولدي نقص في الانتباه والتركيز"، أن عدد الممرضين الذي كانت إجابتهم بـ (أبدا) (110) ممرضا وذلك بنسبة (36.7%)، أما ما يتعلق بالممرضين الذين أجابوا بـ (مطلقا) قدر عددهم (54) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (18%)، أما بخصوص الممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (كثيرا جدا) فبلغ عددهم (42) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (14%)، وبالنسبة للذين أجابوا بـ (قليلا جدا) فبلغ عددهم (30) ممرضا وممرضة وهم يمثلون نسبة (10%)، وحول ما يتعلق بالممرضين الذين أجابوا بـ (قليلا) فقد بلغ عددهم (21) ممرضا وممرضة بنسبة مئوية قدرت (7%)، أما الذين أجابوا بـ (كثيرا) بلغ عددهم (10) ممرضين وذلك بنسبة (3.3%)، وبخصوص الممرضين والممرضات الذين كانت إجابتهم بـ (تقريبا) فقد وصل عددهم (7) ممرضين بنسبة (2.3%).

جدول رقم (32) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالحيوية ولياقة جيدة

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أشعر بالحيوية ولياقة جيدة	68	%22.7	57	%19	18	%6	48	%16	12	%4	40	%13.3	40	%13.3	17	%5.7

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) المتعلق بإجابات أفراد العينة حول "الشعور بالحيوية ولياقة جيدة"، أن عدد الممرضين الذين أجابوا بـ (أبدا) (68) ممرضا بنسبة (22.7%) من إجمالي عينة البحث، أما بخصوص الذين كانت إجابتهم (مطلقا) فقدر عدد الممرضين (57) ممرضا وذلك بنسبة (19%)، أما الذين أجابوا بـ (قليلا) فقد عددهم (48) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (16%)، أما فيما يتعلق بالذين كانت إجاباتهم بـ (ليس سيئا) و(كثيرا) قدر عددهم (40) ممرضا بنسبة (13.3%)، أما فيما يخص الممرضين الذين كانت إجاباتهم بـ (قليلا جدا) قدر عددهم (18) ممرضا بنسبة (16%)، وفيما يتعلق بالممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (كثيرا جدا) فبلغ عددهم (17) ممرضا ويمثلون نسبة (5.7%)، وبالنسبة للذين كانت إجاباتهم بـ (تقريبا) فقد بلغ عددهم (12) ممرضا وممرضة بنسبة(4%).

جدول رقم (33) إجابات أفراد العينة حول الشعور بحمل ثقيل على الأكتاف.

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أشعر أنني أحمل ثقلا كبيرا على أكتافي	58	%19.3	55	%18.3	15	%5	38	%12.7	30	%10	32	%10.7	23	%7.7	48	%16

يوضح الجدول رقم (33) إجابات الممرضات والممرضين العاملين في المستشفى الجامعي ندير محمد حول "الشعور بحمل ثقيل على الأكتاف" فقد قدر عدد الممرضين الذين كان إجابتهم (أبدا) (58) ممرضا ومثلوا نسبة (19.3%)، أما فيما يخص الممرضين الذين أجابوا بـ (مطلقا) حول نفس البند قدر عددهم (55) ممرضا وممرضة من إجمالي عينة البحث بنسبة (18.3%)، وبخصوص الممرضين الذين

أجابوا بـ (كثيرا جدا) فعدد الممرضين وصل إلى (48) ممرضا ومثلوا نسبة (16%)، وبالنسبة للممرضين الذين أجابوا بـ (قليلا) بلغ عدد الممرضين (38) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (12.5%)، وحول ما يرتبط بالإجابات التي كانت (ليس سيئا) فمثل (32) ممرضا وممرضة ومثلوا نسبة (10.7%)، أما الممرضين والممرضات الذين أجابوا بـ (تقريبا) فبلغ عددهم (30) ممرضا وذلك بنسبة (10%)، وفيما يخص الذين أجابوا ب (كثيرا) فقدر عددهم (23) ممرضين فقط ومثلوا نسبة (7.7%)، وبخصوص الذين كان اختيارهم (قليلا جدا) بلغ عدد الممرضين الذين أجابوا حول ذلك (15) ممرضا وممرضة بنسبة (05%).

جدول رقم (34) إجابات أفراد العينة حول التحكم بشكل سيئ في ردود الأفعال، المزاج، التصرفات

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أتحكم بشكل سيئ في ردود أفعالي، مزاجي، تصرفاتي	96	%32	37	%12.3	66	%22	28	%9.3	12	%4	31	%10.3	16	%5.3	14	%4.7

يتضح من خلال الجدول رقم (34) المتمثل في إجابات أفراد العينة على البند "التحكم بشكل سيئ في ردود الأفعال، المزاج، التصرفات"، أن عدد الممرضين الذين كانت إجاباتهم (أبدا) (96) ممرضا وممرضة بنسبة (32%)، أما الذين كانت إجابتهم بـ (قليلا جدا) فقد قدر عددهم (66) ممرضا وذلك بنسبة (22%)، أما فيما يتعلق بالممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (مطلقا) فقدر عددهم 37) ممرضا وذلك بنسبة (12.3%)، وبخصوص الممرضين الذين أجابوا بـ (ليس سيئا) فبلغ عددهم (31) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (10.3%)، وبالنسبة للذين أجابوا بـ (قليلا) فقدر عددهم (28) ممرضا بنسبة (9.3%)، وبخصوص الذين أجابوا بـ (كثيرا) قدر عددهم (16) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (5.3%)، أما فيما يتعلق بالممرضات والممرضين الذين كانت إجابتهم بـ (كثيرا جدا) فقد قدر عددهم (14) ممرضا وممرضة من إجمالي عينة البحث وبنسبة (4.7%).

جدول رقم (35) إجابات أفراد العينة حول أنا متوتر

الإجابات / السؤال	أبدا		مطلقا		قليلا جدا		قليلا		تقريبا		ليس سيئا		كثيرا		كثيرا جدا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أنا متوتر	60	%20	29	%9.7	25	%8.3	37	%12.3	19	%6.3	16	%5.3	75	%25	39	%13

يتبين من خلال الجدول رقم (35) الخاص بإجابات أفراد عينة البحث حول البند "أنا متوتر"، أن عدد الأفراد الذين أجابوا بـ (كثيرا) (75) فردا وذلك بنسبة (25%)، وفيما يخص الذين كانت إجابتهم بـ (أبدا) فقد قدر عددهم (60) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (20%)، وفيما يتعلق بالممرضين الذين أجابوا بـ (كثيرا جدا) فبلغ عددهم (39) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (13%)، وبالنسبة للذين أجابوا بـ (قليلا) فبلغ عددهم (37) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (12.3%)، أما فيما يتعلق بالممرضين الذين أجابوا بـ (مطلقا) فقد قدر عددهم (29) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (9.7%)، وبخصوص الممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (قليلا جدا) قدر عددهم (25) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (8.3%)، وفيما يتعلق بالممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (تقريبا) فبلغ عددهم (19) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (6.3%)، وبخصوص الممرضات والممرضين الذين أجابوا بـ (ليس سيئا) فبلغ عددهم (16) ممرضا وممرضة من إجمالي أفراد العينة بنسبة (5.3%).

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق:

الجدول رقم (36) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق والاكتئاب

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	**300**	10.07	3.31

يتبين من خلال الجدول رقم (36) المتعلق بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق لدى أفراد العينة، إذ قدر المتوسط الحسابي للقلق بـ (10.07) وذلك بانحراف معياري يساوي (3.31).

مستويات القلق والاكتئاب لدى الممرضين:

نتطرق فيما يلي لمستويات القلق لدى الممرضين والممرضات العاملات ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

مستويات القلق:

الجدول رقم (37) مستويات القلق لدى الممرضين والممرضات

التكرارات / المستويات	ت	%
عادي (0- 7)	68	%22.67
معتدل (8- 10)	106	%35.33
شديد (11- 14)	90	%30
مزمن (15- 21)	36	%12
المجموع	**300**	**100**

من خلال الجدول رقم (37) الخاص بمستويات القلق، يتضح أن الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو تمركزوا في مستويات متفاوتة من القلق، فقد قدر عدد الممرضين الذين كان مستوى قلقهم معتدل (106) ممرضا وممرضة وتراوحت درجاتهم بين (8- 10) درجات قدر عددهم (106) ممرضا وممرضة بنسبة (35.33%) وهم يمثلون الأغلبية من إجمالي أفراد العينة، أما بالنسبة للممرضات والممرضين الذين كان مستوى قلقهم شديد فقدر عددهم (90) ممرضا وممرضة بنسبة (30%)، وبخصوص الممرضين الذين كان مستوى قلقهم عادي قدر عددهم (38) ممرضا وممرضة بنسبة (22.67%)، وفيما يتعلق بالذين كان مستوى قلقهم مزمن فقد بلغ عددهم (36) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (12%).

ويعود هذا التفاوت لدى الممرضين فيما يخص الدرجات التي تحصل عليها في القلق إلى درجة التحمل لنظام العمل الليلي لدى كل ممرضا وممرضة وكذلك التكيف مع هذا النظام، حيث أن الممرضين والممرضات الذين كانت نسبة قلقهم مزمن مثلوا أقلية من إجمالي العدد الكلي لعينة البحث أين قدر عددهم (36) ممرضا وممرضة بنسبة (12%)، وربما يعود وجود هذه الفئة في مستوى مزمن من القلق كثرة الضغوطات وزيادة أعباء العمل والمسؤوليات التي يصطدم بها الممرضين أين يجد صعوبة في التكيف مع هذا النوع من نظام العمل وكذا صعوبة التوفيق بين المسؤوليات الاجتماعية الملقاة على عاتقه والمسؤوليات المهنية التي تفرض عليه العمل بجهد أكبر.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاضطراب الاكتئاب:

الجدول رقم (38): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاضطراب للاكتئاب.

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاكتئاب	**300**	8.97	3.98

يتبين من خلال الجدول رقم (38) المتعلق بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاضطراب الاكتئاب لدى أفراد العينة، فقد قدر المتوسط الحسابي للاكتئاب بـ (8.97) وانحراف معياري قدر بـ (3.98).

مستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات:

فيما يلي سوف نتطرق لمستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات العاملات ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

الجدول رقم (39) مستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات.

التكرارات / المستويات	ت	%
عادي (0- 7)	105	%35
معتدل (8- 10)	99	%33
شديد (11- 14)	64	%21.33
مزمن (15- 21)	32	%10.67
المجموع	**300**	**100**

يوضح الجدول رقم (39) مستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات، إذ أن (105) ممرضا وممرضة تمركزوا في المستوى العادي من الاكتئاب إذ تراوحت درجاتهم بين (0- 7) درجات بنسبة (35%)، أما بخصوص الممرضين الذين تراوحت درجاتهم بين (8- 10) والذين كان مستواهم معتدل فقد قدر عددهم إلى (99) ممرضا وممرضة يمثلون نسبة (33%)، وفيما يتعلق بالذين كانت درجاتهم بين (11- 14) وكان مستواهم شديد قدر عددهم (64) ممرضا وممرضة بنسبة (21.33%)، وفيما يرتبط بالممرضين والممرضات الذين كان مستوى اكتئابهم مزمن وتراوحت درجاتهم بين (15- 21) فقد قدر عددهم (32) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (10.67%).

من خلال النتائج المتعلقة بمستويات الاكتئاب بالنسبة للممرضين والممرضات الذين كان مستواهم عادي والذين مثلوا أغلبية أفراد العينة فقدر عددهم (105) ممرضا وممرضة وربما يعود ذلك إلى

سنوات الخبرة والتكيف مع نظام العمل الليلي، أما الأقلية التي كانت مستوياتهم مزمنة فقد قدر عددهم (32) ممرضا وممرضة ويعود ذلك إلى إحساس الممرضين بالوحدة النفسية وكذا كثرة المشكلات والمسؤوليات التي تنصب على عاتق هذه الفئة، كما يعاني الممرضين الليليين من صعوبة نسج علاقات اجتماعية ناجحة مع غيرهم نظرا لاختلاف نمط عيشهم واختلال جدول حياتهم أين يجدون أنفسهم مجبورين على تغيير نمط عيشهم حيث يعملون ليلا ويخلدون للنوم صباحا حيث يستعدون معظم الأفراد لبداية يومهم والقيام بنشاطاتهم الاجتماعية.

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات:

الجدول رقم (40) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات.

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغط النفسي	**300**	35.07	11.35

يتبين من خلال الجدول رقم (40) المتعلق بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط النفسي لدى أفراد العينة، أن المتوسط لمتغير الضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات قدر بـ f(35.07) وذلك بانحراف معياري بلغ (11.53).

مستويات الممرضين والممرضات في الضغط النفسي

نقوم فيما يلي بعرض مستويات الممرضين والممرضات في الضغط النفسي.

الجدول رقم (41) مستويات الممرضين والممرضات في الضغط النفسي

المستويات / التكرارات	ت	%
منخفض (05 درجات)	00	%00
متوسط (17 درجة)	131	%43.67
مرتفع (33 درجة)	114	%38
مزمن (45 درجة)	55	%18.33
المجموع	**300**	**100**

يوضح الجدول رقم (41) مستويات الضغط النفسي للممرضين والممرضات، حيث أن عدد الممرضين الذين كان مستواهم من الضغط النفسي متوسط قدر بـ (131) ممرضا وممرضة بنسبة (43.67%)، وفيما يتعلق بالذين كان مستواهم مرتفع فقد قدر عددهم (114) ممرضا وذلك بنسبة (38%)، وبالنسبة للذين كان مستواهم من الضغط النفسي مزمن فقد قدر عددهم (55) ممرضا وممرضة وبنسبة (18.33%)، أما الممرضين والممرضات اللواتي كان مستوى الضغط النفسي لديهم منخفض فلم نسجل أي حالة بخصوص ذلك.

بلغ المستوى الكلي للضغط النفسي المتعلق بكل أفراد العينة ب (34.22) وهو مستوى مرتفع وذلك حسب المستويات المقدمة في مقياس الضغط النفسي (MSP) أين تم تقسيم مجموع الدرجات المتعلقة بأفراد العينة في المقياس على العدد الإجمالي من أفراد العينة ($\frac{10268}{300}$)

- عرض النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي بين الجنسين :

الفروق في مستويات القلق حسب الجنس:

الجدول رقم (42) اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في مستويات القلق حسب الجنس

F اختبار ليفين للتجانس	SIG (الدلالة الإحصائية)	& (مستوى الدلالة)
11.84	0.00	0.05

يمثل الجدول رقم (42) اختبار ليفين للتجانس، في هذه الحالة اختبار ليفين (F) غير متجانس لأن قيمة مستوى الدلالة (&) (0.05) أكبر من قيمة الدلالة الإحصائية (SIG) (0.00) كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (43) الفروق في مستويات القلق لدى الممرضين والممرضات حسب الجنس

العينة	المتغير	الجنس	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	Sig	&	القرار الإحصائي
300	القلق	ذكور	137	9.20	2.66	-4.44	0.00	0.05	دالة
		إناث	163	10.82	3.62				

يتضح من خلال الجدول رقم (43) المتعلق بالفروق في مستويات القلق لدى الممرضين والممرضات حسب الجنس، أن المتوسط الحسابي للقلق لدى الممرضين الذكور قدر بـ (9.20) وذلك بانحراف معياري قدر (2.66)، أما بخصوص المتوسط الحسابي بالنسبة للممرضات فقد قدر بـ (10.82) وذلك بانحراف معياري قدر بـ (3.62).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها فقد قمنا بحساب الفروق وذلك باستخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين وتم التوصل إلى أن قيمة (T) قدر بـ (-4.44)، حيث تشير هذه القيمة إلى وجود فروق بين الجنسين في القلق لأن ألفا (&) (0.05) أكبر من الدلالة الإحصائية (sig) (0.00)، حيث ترجع هذه الفروق في القلق لصالح الإناث لأن متوسطهن الحسابي أكبر من متوسط الذكور.

الفروق في الاكتئاب حسب الجنس:

الجدول رقم (44) اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في مستويات الاكتئاب حسب الجنس

&	SIG	F
0.05	0.70	0.14

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن مستوى الدلالة (&) تساوي (0.05)، أما قيمة الدلالة الإحصائية (sig) تساوي (0.70)، وبالتالي اختبار ليفين (f) متجانس.

الجدول رقم (45) الفروق في مستويات الاكتئاب حسب الجنس.

العينة	المتغير	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	SIG	&	القرار الإحصائي
300	الاكتئاب	ذكور	137	7.80	3.63	−4.82	0.00	0.05	دالة
		إناث	163	9.96	4.02				

يبين الجدول رقم (45) الخاص بالفروق بين الجنسين في مستويات الاكتئاب، ويتضح أن المتوسط الحسابي للاكتئاب لدى الممرضين الذكور قدر بـ (7.80) وذلك بانحراف معياري يساوي (3.63)، أما فيما يرتبط بالمتوسط الحسابي للممرضات في الاكتئاب فقد قدر بـ (9.96) وذلك بانحراف معياري يساوي (4.02).

ومن خلال نتائج الدراسة الميدانية تم حساب الفروق وذلك باستخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين تم التوصل إلى أن قيمة (T) قدر بـ (4.82−)، حيث تشير هذه القيمة إلى وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب لأن ألفا (&) تساوي (0.05) أكبر من الدلالة الإحصائية (sig) تساوي (0.05)، وهي فروق لصالح الإناث لأن متوسطهن أكبر من متوسط الذكور.

الفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الجنس:

جدول رقم (46) اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الجنس

&	SIG	F
0.05	0.34	4.51

يبين الجدول رقم (46) أن اختبار ليفين (f) متجانس لأن قيمة الدلالة الإحصائية (sig) تساوي (0.34) وهي أكبر من قيمة مستوى الدلالة والتي تساوي (0.05).

جدول رقم (47) الفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الجنس

العينة	المتغير	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	SIG	&	القرار الإحصائي
300	الضغط النفسي	ذكور	137	31.15	9.12	-5.77	0.00	0.05	دالة
		إناث	163	38.37	12.00				

يبين الجدول رقم (47) الخاص بالفروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين حسب الجنس، أن المتوسط الحسابي بالنسبة للممرضين الذكور قدر بـ (31.15) وذلك بانحراف معياري قدرت قيمته (9.12)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي للممرضات فقدر بـ (38.37) وانحراف معياري يساوي (12.00).

تم حساب الفروق باستخدام (T) لعينتين مستقلتين، وإيجاد أن قيمة (t) قدر بـ (-5.77) حيث تشير هذه القيمة إلى وجود فروق بين الجنسين في الضغط النفسي لأن (&) (0.05) أكبر من الدلالة الإحصائية (sig) (0.00)، وبالتالي تعود الفروق دائما لصالح الإناث.

الفروق في مستويات القلق حسب الحالة العائلية:

جدول رقم (48) يمثل اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في مستويات القلق حسب الحالة العائلية

F	SIG	&
1.70	0.18	0.05

يبين الجدول أن قيمة ليفين للتجانس (F) تساوي (1.70)، وقيمة الدلالة الإحصائية (SIG) تساوي (0.18)، أما قيمة مستوى الدلالة (&) تساوي (0.05) وبالتالي اختبار ليفين متجانس.

جدول رقم (49) الفروق في مستويات القلق حسب الحالة العائلية

العينة	المتغير	الحالة العائلية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	SIG	&	القرار الإحصائي
300	القلق	متزوج	167	10.20	3 .30	0.74	0.00	0.05	دالة
		أعزب	133	9.91	3.33				

بالعودة إلى الجدول رقم (49) والذي يبين الفروق في مستويات القلق حسب الحالة العائلية، يتبين أن المتوسط الحسابي بالنسبة المتزوجين والذين قدر عددهم (167) يساوي (10.20) وذلك بانحراف معياري قدر قيمته (3.30)، أما فيما يتعلق بالمتوسط الحسابي بالنسبة للممرضين العزاب فوصلت قيمته (9.91) وبانحراف معياري يساوي (3.33).

ومن خلال النتائج تم حساب الفروق وذلك باستخدام اختبار –T– لعينتين مستقلتين و التوصل إلى أن قيمة –T– قدرت ب (0.74) بحيث تشير هذه القيمة إلى وجود فروق بين المتزوجين والعزاب في القلق لأن قيمة ألفا (&) (0.05) أكبر من الدلالة الإحصائية (sig) (0.00)، وعليه توجد فروق في القلق فيما يتعلق بالحالة العائلية وتعود الفروق لصالح الممرضين المتزوجين لأن متوسطهم بلغ (10.20).

الفروق في مستويات الاكتئاب حسب الحالة العائلية:

جدول رقم (50) اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في مستويات الاكتئاب حسب الحالة العائلية

&	SIG	F
0.05	0.19	1.70

يتضح من خلال الجدول رقم (50) أن قيمة ليفين للتجانس (F) تساوي (1.70)، وقيمة الدلالة الإحصائية (SIG) تساوي (0.19)، أما قيمة مستوى الدلالة (&) تساوي (0.05) وبالتالي اختبار ليفين متجانس.

جدول رقم (51) الفروق في مستويات الاكتئاب حسب الحالة العائلية

العينة	المتغير	الحالة العائلية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	SIG	&	القرار الإحصائي
300	الاكتئاب	متزوج	167	9.46	4.14	2.42	0.00	0.05	دالة
		أعزب	133	8.35	3.71				

يتضح من خلال الجدول رقم (51) المتعلق بالفروق في مستويات الاكتئاب حسب الحالة العائلية، أن المتوسط الحسابي بالنسبة للمتزوجين قدر بـ (9.64) وذلك بانحراف معياري قدر بـ (4.14)، وفيما يخص المتوسطات الحسابية بالنسبة للممرضين العزاب فيما يخص متغير الاكتئاب فقدرت قيمتها (8.35) بانحراف معياري قدره (3.71).

ومن خلال النتائج الموضحة تم حساب الفروق بين الممرضين والممرضات فيما يرتبط الحالة العائلية وذلك فيما يخص الاكتئاب بين المتزوجين والعزاب باستخدام اختبار –T– للعينتين المستقلتين،

والتوصل من خلال النتائج أن قيمة اختبار –T– قدر بـ (2.42) بحيث تشير هذه القيمة إلى عدم وجود فروق بين المتزوجين والعزاب فيما يتعلق بالاكتئاب لأن ألف (&) (0.05) أكبر من قيمة الدلالة الإحصائية (sig) (0.00)، وعليه توجد فروق بين المتزوجين والعزاب في الاكتئاب وذلك لصالح المتزوجين الذين بلغ متوسطهم إلى (9.64).

الفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الحالة العائلية:

جدول رقم (52) اختبار ليفين (F) للتجانس فيما يتعلق بالفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الحالة العائلية

&	SIG	F
0.05	0.18	1.76

يتبين من خلال الجدول رقم (52) أن قيمة ليفين للتجانس (F) تساوي (1.76)، وقيمة الدلالة الإحصائية (SIG) تساوي (0.18)، أما قيمة مستوى الدلالة (&) تساوي (0.05) وبالتالي اختبار ليفين متجانس.

جدول رقم (53) الفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الحالة العائلية

العينة	المتغير	الحالة العائلية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	SIG	&	القرار الإحصائي
300	الضغط النفسي	متزوج	167	36.83	10.57	3.04	0.00	0.05	دالة
		أعزب	133	32.87	11.94				

نلاحظ من خلال الجدول رقم (53) أن المتوسط الحسابي بالنسبة للممرضين المتزوجين قدر بـ (36.83) وذلك بانحراف معياري يساوي (10.57)، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي بالنسبة للممرضين العزاب فقدر بـ (32.87) بانحراف معياري بلغ (11.94).

وبالتالي ومن خلال هذه النتائج تم حساب الفروق وذلك باستخدام اختبار –T– لعينتين مستقلتين، والتوصل إلى أن قيمة –T– قدر بـ (3.04) بحيث تشير هذه القيمة إلى وجود فروق بين المتزوجين والعزاب في الضغط النفسي لأن ألفا (&) (0.05) أكبر من الدلالة الإحصائية (sig) (0.00)، وتعود الفروق لصالح الممرضين المتزوجين بمعنى أن الممرضين المتزوجين هم أكثر عرضة للضغط النفسي والدليل على ذلك بلغ متوسطهم الحسابي (36.83).

الفروق في مستويات القلق حسب الأقدمية:

جدول رقم (54) الفروق في مستويات القلق حسب الأقدمية

المتغير	الأقدمية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	Sig	&	القرار	العينة
القلق	]1-5[	89	9.94	3.57	2.25	0.00	0.05	دالة	300
	]5-10]	66	9.22	2.72					
	]10-15]	62	10.50	2.59					
	]15-20]	16	10.31	2.44					
	]20-25]	4	13.25	5.61					
	]25-30]	46	10.04	4.07					
	]30-35[	17	11.64	3.29					

يتضح من خلال الجدول رقم (54) المتعلق باختبار أنوفا (ANOVA) (F) للفروق في الأقدمية بالنسبة لمستويات القلق، أن القلق كان مرتفعا لصالح الممرضين ذووا الأقدمية التي تتراوح ما بين (20 و25) سنة أين بلغ متوسطهم (13.25) بانحراف معياري قدر بـ (5.61)، يليه بعد ذلك القلق لصالح الممرضين ذووا الأقدمية بين (30 و35) سنة وذلك بمتوسط (11.64) وبانحراف معياري قدر بـ (3.29)، ويليه وبدرجات متفاوتة الممرضين ذووا الأقدمية ما بين (10 و15) سنة يليه بعد ذلك من (15 و20) سنة، حيث تراوحت متوسطاتهم بين (10.50) و(10.31) و(10.50) وبانحراف معياري قدره (2.59) و(ثم في المطاف الأخير الممرضين الذين يملكون خبرة من (1 و5) سنوات ثم من (5 و10) وذلك بمتوسط تراوح بين (9.94) و(9.22) وبانحراف معياري وصلت قيمته إلى (3.57) و(2.79)، وقيمة أنوفا (ANOVA) (F) قدرت بـ (2.25) وقيمة الدلالة الإحصائية (sig) (0.00) أما قيمة مستوى الدلالة (&) (0.05)، بمعنى أنها دالة إحصائيا.

الفروق في مستويات الاكتئاب حسب الأقدمية:

جدول رقم (55) الفروق في مستويات الاكتئاب حسب الأقدمية

المتغير	الأقدمية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	sig	&	القرار	العينة
الاكتئاب	]1-5[	89	8.12	4.20	6.47	0.00	0.05	دالة	300
	]5-10[	66	8.33	2.79					
	]10-15[	62	10.09	3.5					
	]15-20[	16	10.06	1.84					
	]20-25[	4	14.50	4.72					
	]25-30[	46	7.91	4.87					
	]30-35[	17	12.35	3.88					

يتبين من خلال الجدول رقم (55) المتعلق بـ باختبار أنوفا (ANOVA) (F) للفروق في الأقدمية بالنسبة لمستويات الاكتئاب، وبالعودة إلى النتائج يتضح أن الاكتئاب يعود لصالح الممرضين ذووا الأقدمية من (20 و25) سنة أين بلغ متوسطهم (14.50) بانحراف معياري قدره (4.72)، ويليه مباشرة الممرضين ذووا الأقدمية من (30 و35) سنة فقد قدر متوسطهم (12.35) وذلك بانحراف معياري قدر بـ (3.88)، ثم الممرضين ذوي الأقدمية بين (10 و15) سنة ثم (15 و20) سنة وذلك بمتوسط بلغ (10.09) و(10.06) أما الانحراف المعياري لهذه الفئة فقدر بـ (3.5) و(1.84)، أما في المراتب الأخيرة احتلها الممرضين ذوي الأقدمية من (5 و10) سنوات قدر متوسطهم (8.33) بانحراف معياري (2.79)، يليه الممرضين ذوي الأقدمية من (1 و5) سنوات بمتوسط (8.12) وبانحراف معياري قدر بـ (4.20)، ثم الممرضين ذوي الأقدمية من (25 و 30) سنة بمتوسط (7.91) وبانحراف معياري قدر بـ (4.87)، أما قيمة أنوفا (ANOVA) (F) قدرت بـ (6.47) وقيمة الدلالة الإحصائية (sig) (0.00) أما قيمة مستوى الدلالة (&) (0.05)، بمعنى أنها دالة إحصائيا.

الفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الأقدمية:

جدول رقم (56) الفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الأقدمية

المتغير	الأقدمية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	sig	&	القرار	العينة
الضغط النفسي	[1-5[	89	35.35	11.90	4.38	0.00	0.05	دالة	300
	[5-10[	66	32.42	9.87					
	[10-15]	62	35.77	9.70					
	[15-20]	16	28.43	12.14					
	[20-25]	4	49.50	16.90					
	[25-30]	46	35.43	10.81					
	[30-35[	17	43.23	12.45					

يبين الجدول رقم (56) المتعلق باختبار أنوفا (ANOVA) (F) المتعلق بالفروق في الأقدمية بين الجنسين للضغط النفسي، أن مستوى الضغط النفسي مرتفع لصالح الممرضين ذوي الأقدمية من (20 و25) سنة أين بلغ متوسطهم (49.50) بانحراف معياري قدره (16.90)، يليه مباشرة بعد ذلك الممرضين ذو الأقدمية من (30 و35) سنة أين بلغت متوسطاتهم (43.23) وذلك بانحراف معياري قدره (12.45)، ثم الضغط النفسي كان مرتفعا لصالح الممرضين ذوي الأقدمية من (25 و30) و(10 و15) سنة فقد بلغت متوسطاتهم (35.77) و(35.43) وذلك بانحراف معياري بلغ (10.81) و(9.70)، ويأتي بعد ذلك الضغوط لصالح الممرضين ذووا الأقدمية من (15 و20) سنة إذ قدر متوسطهم (28.43) وبانحراف معياري بلغ (12.14)، أما قيمة اختبار أنوفا (ANOVA) (F) قدرت بـ (4.38) وقيمة الدلالة الإحصائية (sig) (0.00) أما قيمة مستوى الدلالة (&) (0.05)، بمعنى أنها دالة إحصائيا.

1-2- عرض النتائج المتعلقة بالانعكاسات العامة للعمل الليلي:

نعمل فيما يلي على عرض النتائج المتعلقة بالانعكاسات العامة للعمل الليلي

جدول رقم (57) إجابات أفراد العينة حول التغيب عن العمل

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		$كا^2$	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تتغيب عن العمل؟	287	%95.7	13	%4.3	250.253	300	100

يتضح من خلال الجدول رقم (57) والذي يتضمن إجابات أفراد العينة حول تغيبهم عن العمل، أن معظم الأفراد أجابوا بـ"نعم" وقدر عددهم (287) ممرضا وممرضة وبنسبة (95.7%)، ومثلت أغلبية الممرضين وذلك يعود بطبيعة الحال إلى طبيعة تنظيم ساعات العمل، حيث يلجأ الممرضين إلى أخذ العطل المرضية نظرا للتعب الذي ينال منهم أثناء العمل ليلا، أما بالنسبة للمرضين والممرضات الذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (13) ممرضة وممرضة و بنسبة (4.3%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) khi-deux= 250.253 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1)) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (250.253) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (58) إجابات أفراد العينة حول أخذ القسط الوافر من الراحة بعد نهاية الدوام ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تأخذ قسطا وافرا من الراحة بعد نهاية دوامك ليلا؟	256	%85.3	44	14.7%	149.813	300	100

يتضح من خلال الجدول رقم (58) المتعلق بإجابات أفراد عينة البحث حول ما إذا كانوا يأخذون القسط الوافر من الراحة بعد نهاية المناوبة الليلية أن الإجابات كانت بـ " نعم" وهم يمثلون (256) ممرضا وممرضة و بنسبة (85.3%)، وهذا بطبيعة الحال بالنسبة للممرضين الذين يخلدون إلى النوم مباشرة بعد العمل ليلا، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ " لا" بلغ عددهم (44) ممرضا وممرضة ويمثلون نسبة (14.7 %) وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) khi deux= 149.813 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (149.813) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (59) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من زيادة الوزن

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من زيادة الوزن؟	264	%88	36	12%	173.280	300	100

يتضح من خلال الجدول رقم (59) المتضمن معاناة أفراد العينة من زيادة الوزن أن معظم الإجابات كانت بـ "نعم" وقد قدر عددهم (264) ممرضا ممرضة وبنسبة (88%)، أما بالنسبة للممرضين الذين أجابوا بـ " لا" بلغ عددهم (36) من إجمالي أفراد عينة البحث وذلك بنسبة (12%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) khi deux= 173.280 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (173.280) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (60) إجابات أفراد العينة حول إيجاد المتعة في أداء المهام ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تجد متعة في أداء مهامك ليلا ؟	115	%38.3	185	%61.7	16.333	300	100

يتضح من خلال الجدول رقم (60) والذي يحتوي على إجابات أفراد عينة البحث حول ما إذا كانوا يجدون متعة في أداء المهام ليلا، فكانت معظم الإجابات " لا" وقدر عدد الممرضين الذين أجابوا بذلك (185) ممرضا وممرضة وبنسبة(61.7%)، أما فيما يتعلق بالذين أجابوا بـ " نعم" فقد بلغ عددهم (115) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (38.3%)، وحسب المقابلات التي قمنا بها مع الممرضين فقد صرحوا أنهم لولا تنظيم العمل الذي يفرض ذلك (أي عملهم ليلا) فمعظمهم يحبذون العمل نهارا والاستراحة ليلا، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=16.333 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (16.33) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (61) إجابات أفراد العينة حول ما إذا كان وقت الراحة المقدم كاف لاسترجاع النشاط.

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل وقت الراحة المقدم لك كاف لاسترجاع نشاطك؟	243	%81	57	%19	115.320	300	100

يظهر من خلال الجدول رقم (61) والذي يتضمن إجابات أفراد العينة على كفاية الوقت المقدم لاسترجاع النشاط والطاقة، أن أغلبية الممرضين والممرضات أجابوا أن الوقت كاف لاستعادة النشاط بلغ عددهم (243) من إجمالي أفراد العينة ومثلوا نسبة (81%)، أما بالنسبة للذين كانت إجابتهم بـ " لا" أي عدم كفاية وقت الراحة لهم فبلغ عددهم (57) ممرضا وممرضة و بنسبة (19%) ويعود ذلك إلى الفروق الفردية والاختلافات بين الأفراد وطبيعة الفرد بحد ذاته حيث أنه الأفراد الذين أدلوا بعدم كفاية فترات الراحة من الذين يجدون صعوبات في الخلود مباشرة بعد المناوبة، بالإضافة إلى الالتزامات التي يلتزم بها خارج العمل، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux= 115.320 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (115.320) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (62) إجابات أفراد العينة حول ما إذا كان تنظيم العمل المعتمد يتناسب مع استرجاع الطاقة.

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تنظيم العمل المعتمد يتناسب مع استرجاع الطاقة؟	75	%25	225	%75	75.000	300	100

يظهر من خلال الجدول رقم (62) الذي يتمثل في مناسبة الوقت المعتمد لاسترجاع الطاقة أن أقلية من أفراد العينة من الذين أجابوا بـ " نعم" بلغ عددهم (75) و بنسبة (25%)، أما بالنسبة الذين أجابوا بـ "لا" فبلغ عددهم (225) ممرضا وممرضة وبنسبة (75%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=75.000 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (75.000) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (63) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالرضا عن النفس حول ما يقدم في العمل.

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالرضا عن نفسك بما تقدمه في العمل؟	242	%80.7	58	%19.03	112.853	300	100

يوضح الجدول رقم (63) إجابات أفراد عينة البحث حول ما يتعلق بشعورهم بالرضا عن النفس بما يقدمونه في العمل، حيث أدلى معظم الأفراد أنهم راضون عن أنفسهم بما يقدمونه في العمل وبلغ عددهم (242) ممرضا وممرضة بنسبة (80.7%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد قدر عددهم (58) ممرضا وممرضة بنسبة (19.03%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux= 112.853) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (112.853) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (64) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات الجهاز البولي.

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من اضطرابات في الجهاز البولي (التردد على المرحاض أثناء الدوام ليلا؟	168	%56	123	%44	147.000	300	100

يبين الجدول رقم (64) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من اضطرابات في الجهاز البولي وترددهم على المرحاض أثناء العمل ليلا، فقد أجاب (168) فردا بـ "نعم" وذلك بنسبة (56%)، أما بالنسبة للذين أجابوا بـ "لا" فقد قدر عددهم (123) فردا وشكلوا نسبة (44%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=147.000 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (147.000) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (65) إجابات أفراد العينة حول تناول المواد المنبهة (قهوة، شاي، عقاقير) للحفاظ على النشاط أثناء الدوام.

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تتناول المواد المنبهة (قهوة، شاي، عقاقير) للحفاظ على نشاطك أثناء الدوام؟	252	%84	48	%16	138.720	300	100

حسب الجدول رقم (65) المتمثل في إجابات الممرضين العاملين في مستشفى ندير محمد بتيزي وزو حول تناول المنبهات كالقهوة والشاي والعقاقير للحفاظ على نشاطهم أثناء الدوام، فقد كانت أغلبية الإجابات بـ "نعم" وبلغ عددهم (252) ممرضا وممرضة بنسبة (84%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ"لا" فقد مثلوا أقلية من إجمالي أفراد عينة البحث وبلغ عددهم (48) ممرضا وممرضة بنسبة (16%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=138.720 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (138.720) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (66) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من صعوبة في التركيز

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من صعوبة في التركيز ؟	78	%26	222	%74	69.120	300	100

يوضح الجدول رقم (66) إجابات أفراد عينة البحث حول معاناتهم من صعوبة في التركيز، فقد قدر عدد الممرضين الذين أجابوا بـ نعم (78) ممرضا وممرضة وشكلوا نسبة (26%)، أما فيما يتعلق بالإجابات التي كانت بـ "لا" بلغ عدد الأفراد (222) ممرضا وممرضة بنسبة (74%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi = deux=69.120) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (69.120) وهي دالة عند مستوى (0.01).

جدول رقم (67) إجابات أفراد العينة حول المحافظة على نفس الدرجة من الانتباه من بداية المناوبة إلى نهايتها

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تحافظ على نفس الدرجة من الانتباه من بداية المناوبة إلى نهايتها؟	161	%53.7	139	%64.3	1.61	300	100

يبين الجدول رقم (67) المتعلق بإجابات أفراد عينة البحث فيما يخص محافظتهم على نفس الدرجة من الانتباه من بداية المناوبة إلى نهايتها، فقد قدر إجمالي عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (161) ممرضا وممرضة وبنسبة (53.7%)، أما فيما يخص الأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد بلغ عددهم (139) ممرضا وممرضة وشكلوا نسبة (64.3%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) 1.61= khi deux) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (1.61) وهي غير دالة إحصائيا.

جدول رقم (68) إجابات أفراد العينة حول إذا كان العمل ليلا يتطلب جهدا فيزيقيا كبيرا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل يتطلب العمل ليلا جهدا فيزيقيا كبيرا؟	140	%46.7	160	%53.3	1.33	300	100

يوضح الجدول رقم (68) إجابات أفراد العينة حول ما إذا كان العمل ليلا يتطلب جهدا فيزيقيا كبيرا، فقد بلغ عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (140) ممرضا وممرضة بنسبة (46.7%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد بلغ عددهم (160) ممرضة وممرضة ومثلوا نسبة (53.3%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=1.33 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (1.33) وهي غير دالة إحصائيا.

جدول رقم (69) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالنرفزة أثناء العمل ليلا.

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالنرفزة أثناء عملك ليلا؟	232	%77.3	68	%22.7	89.653	300	100

يبين الجدول رقم (69) إجابات أفراد العينة حول شعورهم بالنرفزة أثناء عملهم ليلا، وكانت أغلبية الإجابات بـ "نعم" وبلغ عدد الأفراد الذين مثلوا ذلك (232) فردا بنسبة (77.3%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (68) فردا بنسبة (22.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=89.653 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (89.653) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (70) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالتوتر أثناء العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالتوتر أثناء العمل ليلا ؟	163	%54.3	137	45.7%	112.853	300	100

يبين الجدول رقم (70) إجابات أفراد عينة البحث حول شعورهم بالتوتر أثناء العمل ليلا، فيتضح أن (163) من إجمالي أفراد العينة أجابوا بـ "نعم" وقدرت نسبتهم المئوية (54.3%)، أما فيما يخص الأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد بلغ عددهم (137) فردا بنسبة (45.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=112.853 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (112.853) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (71) إجابات أفراد العينة حول تفضيل العمل على انفراد بعيدا عن الآخرين

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تفضل العمل بمفردك بعيدا عن الآخرين؟	139	%46.3	161	%53.7	1.61	300	100

يبين الجدول رقم (71) إجابات الممرضين والممرضات حول تفضيلهم للعمل بمفردهم بعيدا عن الآخرين، فقد بلغ عدد الممرضين الذين أجابوا بـ "نعم" (139) ممرضا وممرضة بنسبة (46.3%)، وفيما يخص الإجابات التي كانت بـ "لا" بلغ عدد الممرضين (161) ممرضا وممرضة بنسبة (53.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux =1.61 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (1.61) وهي غير دالة إحصائيا.

جدول رقم (72) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالراحة النفسية خلال العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالراحة النفسية خلال العمل ليلا ؟	175	%58.3	125	%41.7	89.653	300	100

يوضح الجدول رقم (72) إجابات الممرضين والممرضات حول شعورهم بالراحة النفسية خلال العمل ليلا، فقد قدر عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (175) فردا بنسبة (58.3%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" بلغ فقد عددهم (125) فردا ومثلوا نسبة (41.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux= 89.653 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (89.653) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (73) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالضغوط من جراء تراكم العمل

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالضغوط جراء تراكم العمل؟	114	%38	186	%62	17.280	300	100

يبين الجدول رقم (73) شعور الأفراد بالضغوط من جراء تراكم العمل، فقد قدر عدد الممرضين الذين أجابوا بـ "نعم" (114) ممرضا وممرضة بنسبة (38%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين كانت إجاباتهم بـ "لا" فقدر عددهم (186) ممرضا وممرضة وشكلوا نسبة (62%)، وتبين المعالجة الإحصائية (khi deux=17.280 (s=0.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (17.280) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (74) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالملل من جراء العمل الليلي

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالملل من جراء العمل الليلي؟	157	%52.3	143	%47.7	0.65	300	100

بالعودة إلى الجدول رقم (74) المتمثل في إجابات أفراد العينة حول ما إذا كانوا يشعرون بالملل من جراء العمل الليلي، فقد بلغ عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (157) ممرضا وممرضة وذلك بنسبة (52.3%)، أما بالنسبة للأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد بلغ عددهم (143) ممرضا وممرضة وشكلوا نسبة (47.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (khi deux =17.280 (s=0.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (17.280) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (75) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالتعب أثناء العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالتعب أثناء العمل ليلا؟	219	%73	81	%27	63.480	300	100

يوضح الجدول رقم (75) الخاص بإجابات الممرضين والممرضات حول الشعور بالتعب أثناء العمل ليلا، أن أغلبية أفراد العينة كانت إجابتهم بـ "نعم" وقدر عددهم (219) ممرضا وممرضة وبنسبة (73%)، أما فيما يخص الأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد قدر عددهم (81) ممرضا وممرضة وشكلوا نسبة قليلة قدرت بـ (27%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=63.480 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (63.480) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (76) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من مشكلات أسرية من جراء العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من مشكلات أسرية من جراء العمل ليلا؟	241	%80.3	59	%19.7	110.413	300	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (76) الملخص لمعاناة الممرضين والممرضات من مشكلات أسرية من جراء العمل ليلا، وقد قدر عدد الممرضين الذين أجابوا بـ "نعم" (241) ممرضا وممرضة وهم يمثلون نسبة (80.3%)، أما فيما يتعلق بالممرضين الذين أجابوا بـ "لا" قدر عددهم (59) ممرضا وممرضة وبنسبة (19.%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux =110.413 وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (110.413) وهي دالة إحصائيا.

- عرض النتائج المتعلقة بمحور اضطرابات النوم:

جدول رقم (77) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات في النوم من جراء العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من اضطرابات في النوم من جراء العمل ليلا؟	175	%58.3	125	%41.7	41.813	300	100

يتبين من خلال الجدول رقم (77) المتعلق بإجابات أفراد العينة حول معاناتهم من اضطرابات النوم من جراء العمل ليلا، أن أغلبية الإجابات كانت بـ "نعم" وقدر (157) ممرضا وممرضة وبنسبة (58.3%)، أما بالنسبة للذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (125) ممرضا وممرضة بنسبة (41.7%)،

وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=41.813) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (41.813) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (78) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من الأرق نتيجة المهام ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من الأرق نتيجة مهامك ليلا؟	206	68.7%	94	31.3%	41.813	300	100

يوضح الجدول رقم (78) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من الأرق نتيجة مهامهم ليلا، حيث أن (206) فردا أجابوا بـ "نعم بنسبة (68.7%): أما بالنسبة للأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد قدر عددهم (94) فردا بنسبة (31.3%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=41.813) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (41.813) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (79) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من قلة النوم

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من قلة النوم؟	121	40.3%	179	59.7%	11.213	300	100

يوضح الجدول رقم (79) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من قلة النوم، فقد بلغ عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (121) فردا وذلك بنسبة (40.3%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (179) فردا بنسبة (59.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (deux=11.213 khi) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (11.213) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (80) إجابات أفراد العينة حول التوتر عند محاولة النوم عدة مرات وعدم استطاعتهم ذلك.

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تتوتر عندما تحاول النوم عدة مرات ولا تستطيع؟	149	%49.7	151	%50.3	147.000	300	100

يبين الجدول رقم (80) إجابات أفراد العينة حول توتر الممرضين عند محاولتهم النوم عدة مرات وعدم استطاعة ذلك، فقد كانت معظم الإجابات بـ "نعم" ومثل ذلك (149) فردا من إجمالي عدد أفراد العينة بنسبة (49.7%)، أما بالنسبة للذين أجابوا بـ "لا"فقد قدر عددهم (151) فردا بنسبة (50.3%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=147.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (147.000) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (81) إجابات أفراد العينة حول إيجاد صعوبة في النوم بعد المناوبة

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تجد صعوبة في النوم بعد المناوبة؟	171	%57	129	%43	5.880	300	100

يبين الجدول رقم (81) إجابات أفراد العينة حول إيجادهم صعوبة في النوم بعد المناوبة، فقد قدر عدد الممرضين والممرضات الذين أجابوا بـ "نعم" (171) ممرضا وممرضة بنسبة (57%)، أما بالنسبة للذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (129) ممرضا وممرضة بنسبة (43%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=5.880) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (5.880) وهي غير دالة إحصائيا.

جدول رقم (82) إجابات أفراد العينة المعاناة من كثرة النوم (فرط النوم) من جراء العمل في الليل

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من كثرة النوم (فرط النوم) من جراء العمل في الليل؟	220	%73.3	80	%26.7	65.333	300	100

يوضح الجدول رقم (82) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من فرط النوم من جراء العمل ليلا، حيث قدر عدد الأفراد الذين كانت إجاباتهم بـ "نعم" (220) فردا وبنسبة (73%)، أما فيما يخص الأفراد الذين كانت إجابتهم "بـ لا" فقدر عددهم (80) فردا وذلك بنسبة (26.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=65.333) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (65.333) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (83) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالنعاس التام أثناء النهار

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالنعاس التام أثناء النهار؟	255	%85	45	%15	147.000	300	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (83) المتمثل في شعور الممرضين بالنعاس التام أثناء النهار، أن معظم الإجابات كانت بـ "نعم" وقدر عددهم (255) من الحجم الإجمالي لعينة البحث وبنسبة (85%)، أما فيما يخص الأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فمثلوا أقلية من أفراد العينة وقدر عددهم (45) فردا وبنسبة (15%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux =147.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (147.000) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (84) إجابات أفراد العينة حول الاستيقاظ ليلا بصفة متكررة

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تستيقظ ليلا بصفة متكررة؟	118	%39.3	182	%60.7	16.653	300	100

يبين الجدول رقم (84) إجابات أفراد العينة حول استيقاظهم ليلا بصفة متكررة، وما يمكن ملاحظته من خلال ذلك أنه بلغ عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (118) فردا بنسبة (39.3%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (182) فردا بنسبة (60.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux =16.653) وذلك عند درجة الحرية لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (16.653) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (85) إجابات أفراد العينة حول ما إذا كانت تنتابهم نوبات من النعاس خلال العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تنتابك نوبات من النعاس خلال العمل ليلا؟	161	%53.7	139	%46.3	173.280	300	100

يوضح الجدول رقم (85) إجابات أفراد العينة حول النوبات من النعاس التي تنتابهم خلال العمل ليلا، فقدر عدد الذين أجابوا بـ "نعم" (161) ممرضا وممرضة بنسبة (53.7%)، أما فيما يخص الممرضين والممرضات الذين أجابوا بـ "لا" فقد عددهم (193) ممرضا وممرضة وهم يشكلون نسبة (46.3%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=173.280) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (173.280) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (86) إجابات أفراد العينة حول وجود صعوبة في تحريك أحد الأعضاء عند النوم أو الاستيقاظ

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تجد صعوبة في تحريك أحد أعضائك عند النوم أو الاستيقاظ؟	287	%95	13	%4.3	250.253	300	100

من خلال الجدول رقم (86) المتعلق بإجابات أفراد العينة فيما يخص إيجادهم صعوبة في تحريك أعد الأعضاء عند النوم أو الاستيقاظ، أن أغلبية الممرضين والممرضات يعانون من هذا المشكل والدليل على ذلك إجابتهم بـ "نعم" وقد قدر عددهم (287) ممرضا وممرضة بنسبة (95%)، أما فيما يتعلق بالذين أجابوا بـ "لا" فمثلوا أقلية من إجمالي أفراد العينة بلغ عددهم (13) ممرضا وممرضة وشكلوا نسبة (4.3%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=250.253) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (250.253) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (87) إجابات أفراد العينة حول استعمال الأدوية المنومة

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تستعمل الأدوية المنومة؟	256	%85.3	44	%14.7	149.813	300	100

يبين الجدول رقم (87) إجابات أفراد عينة البحث حول استعمال الأدوية المنومة، إذ أجاب أغلبيتهم بـ "نعم" وقد وصل عددهم إلى (256) فردا بنسبة (85.3%)، أما فيما يخص بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد قدر عددهم (44) فردا بنسبة (14.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000)

(khi deux=149.813) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (149.813) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (88) إجابات أفراد العينة حول الشعور بالصداع الدائم في الرأس بسبب قلة النوم

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تشعر بالصداع الدائم في الرأس بسبب قلة النوم؟	264	%88	36	%12	173.280	300	100

يبين الجدول رقم (88) إجابات الممرضين والممرضات حول بشعورهم بالصداع الدائم في الرأس بسبب قلة النوم، وقد وصل عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (264) ممرضا وممرضة بنسبة (88%)، أما فيما يخص الممرضين والممرضات الذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (36)، وذلك بنسبة (12%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=173.280) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (173.280) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (89) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطراب جدول النوم/يقظة

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من اضطراب جدول النوم/يقظة؟	115	38.3%	185	61.7	16.333	300	100

يظهر الجدول رقم (89) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من اضطراب جدول النوم/ يقظة، فقد بلغ عدد الأفراد الذين كانت إجاباتهم بـ "نعم" (115) فردا بنسبة (38.3%)، أما فيما يخص الذين أجابوا بـ "لا" وصل عددهم (185) فردا بنسبة (61.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=16.333) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (16.333) وهي دالة إحصائيا.

- عرض النتائج المتعلقة بمحور الاضطرابات الهضمية:

نقوم فيما يلي بعرض النتائج المتعلقة بالاضطرابات الهضمية لدى الممرضات والممرضين العاملين ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

جدول رقم (90) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات هضمية جراء العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من اضطرابات هضمية جراء العمل ليلا؟	243	%81	57	%19	115.320	300	100

يوضح الجدول رقم (90) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من اضطرابات هضمية من جراء العمل ليلا، فقدر عدد الأفراد الذين أجابوا "نعم" (243) فردا بنسبة (81%)، أما فيما يخص الأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد قدر عددهم (57) فردا بنسبة (19%)، وتوضح المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=115.320) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (115.320) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (91) إجابات أفراد العينة حول استهلاك الوجبات الخفيفة أثناء العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تستهلك الوجبات الخفيفة أثناء عملك ليلا؟	75	%25	225	%75	75.000	300	100

يبين الجدول رقم (91) إجابات أفراد العينة حول استهلاكهم للوجبات الخفيفة أثناء عملهم ليلا، فقد قدر عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (75) فردا بنسبة (25%)، وفيما يخص الذين أجابوا بـ "لا" قدر عددهم (225) فردا وذلك بنسبة (75%)، وتشير المعالجة الإحصائية (s=0.000) (deux=75.000 khi) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (75.000) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (92) إجابات أفراد العينة حول انتظام الوجبات الغذائية (تناول الوجبات في موعدها)

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل وجباتك الغذائية منتظمة (تناول الوجبات في موعدها)؟	242	%80.7	58	%19.3	112.853	300	100

يوضح الجدول رقم (92) إجابات الممرضين والممرضات حول انتظام الوجبات الغذائية (تناول الوجبات في موعدها)، فقد قدر عدد الأفراد الذين كانت إجابتهم بـ "نعم" (242) فردا بنسبة (80.7%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" قدر عددهم (58) فردا بنسبة (19.3%)، وتوضح المعالجة الإحصائية (khi deux =112.853 s=0.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (112.853) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (93) إجابات أفراد العينة حول إصابتهم بنوبات من الغثيان

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تصيبك نوبات من الغثيان؟	168	%56	132	%44	115.320	300	100

يوضح الجدول رقم (93) إجابات الممرضين حول إصابتهم بنوبات من الغثيان، فقدر عدد الممرضين الذين أجابوا بـ "نعم" (168) ممرضا بنسبة (56%)، وفيما يخص الممرضين الذين كانت إجابتهم بـ "لا" فقدر عددهم (132) ممرضا بنسبة (44%)، وتشير المعالجة الإحصائية (s=0.000 khi deux=115.320) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (115.320) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (94) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من فقدان الشهية نتيجة الاستهلاك المفرط للمنبهات

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من فقدان الشهية نتيجة الاستهلاك المفرط للمنبهات؟	252	%84	48	%16	138.720	300	100

يوضح الجدول رقم (94) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من فقدان الشهية نتيجة الاستهلاك المفرط للمنبهات، فقد قدر عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (252) فردا بنسبة (84%)، أما فيما يتعلق بالأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (48) فردا بنسبة (16%)، وتوضح المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=138.720) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (138.720) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (95) إجابات أفراد العينة حول تناول أكثر من وجبة أثناء العمل ليلا

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تتناول أكثر من وجبة أثناء العمل ليلا؟	78	%26	222	%74	69.120	300	100

يبين الجدول رقم (95) الخاص بإجابات أفراد العينة حول ما يتعلق بتناولهم أكثر من وجبة أثناء العمل ليلا، أن (78) ممرضا أجابوا بـ "نعم" بنسبة (26%)، أما فيما يخص الممرضين الذي كانت إجابتهم بـ "لا" وصل عددهم (222) ممرضا وقدرت نسبتهم (74%)، وتشير المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=69.120) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (69.120) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (96) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من اضطرابات معوية (الإمساك، الإسهال)

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من اضطرابات معوية (الإمساك، الإسهال)؟	161	%53.7	139	%46.3	112.853	300	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (96) الخاص بإجابات أفراد العينة حول معاناة الممرضين من اضطرابات معوية (الإمساك، الإسهال)، أن عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (161) ممرضا بنسبة (53.7%)، أما فيما يخص الأفراد الذين أجابوا بـ "لا" فقد قدر عددهم (139) فردا بنسبة (46%)، وتوضح المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux =112.853) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (112.853) وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01).

جدول رقم (97) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من صعوبة الهضم

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من صعوبة الهضم؟	140	%46.7	160	%53.3	69.120	300	100

يوضح الجدول رقم (97) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من صعوبة الهضم، أن (140) فردا كانت إجابتهم "نعم" بنسبة (46%)، أما فيما يخص الأفراد الذين كانت إجابتهم "لا" قدر عددهم (160) فردا بنسبة (53.3%)، وتشير المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=69.120) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (69.120) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (98) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من مشكلة الثقل المعوي

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من مشكلة الثقل المعوي؟	232	%77.3	68	%22.7	89.653	300	100

يبين الجدول رقم (98) إجابات الممرضين حول معاناتهم من مشكلة الثقل المعوي، فقد قدر عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (232) ممرضا بنسبة (77.3%)، أما فيما يخص الممرضين الذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (68) ممرضا ومثلوا نسبة (22.7%)، وتوضح المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=89.653) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (89.653) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (99) إجابات أفراد العينة حول المعاناة من المغص في المعدة

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تعاني من المغص في المعدة؟	163	%54.3	137	%45.7	89.653	300	100

يبين الجدول رقم (99) إجابات أفراد العينة حول معاناتهم من المغص في المعدة، فقد أجاب (163) ممرضا بـ "نعم" وذلك بنسبة (54.3%)، أما فيما يخص الممرضين الذين أجابوا "لا" فقد قدر عددهم (137) ممرضا بنسبة (45.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=89.653) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (89.653) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (100) إجابات أفراد العينة حول اللجوء لتناول العقاقير لفتح الشهية

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تلجأ لتناول العقاقير لفتح الشهية؟	139	%46.3	161	%53.7	138.720	300	100

يوضح الجدول رقم (100) إجابات أفراد العينة حول لجوئهم لتناول العقاقير لفتح الشهية، فقد قدر عدد الأفراد الذين أجابوا بـ "نعم" (139) فردا بنسبة (46.3%)، وفيما يتعلق بالذين أجابوا بـ "لا" فقدر عددهم (161) فردا وذلك بنسبة (53.7%)، وتشير المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=138.720) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (138.720) وهي دالة إحصائيا.

جدول رقم (101) إجابات أفراد العينة حول تناول الوجبات الصحية

إجابات أفراد العينة / محتوى السؤال	نعم		لا		كا^2	المجموع	
	ت	%	ت	%		ت	%
هل تتناول الوجبات الصحية؟	175	%58.3	125	%41.7	75.000	300	100

يتبين من خلال الجدول رقم (101) أن عدد الممرضين الذين أجابوا بـ "نعم" حول تناولهم للوجبات الصحية قدر عددهم (175) ممرضا وبنسبة (58.3%)، أما فيما يخص الممرضين الذين أجابوا بـ "لا" قدر عددهم (125) ممرضا بنسبة (41.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=75.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (75.000) وهي دالة إحصائيا.

2- مناقشة النتائج:

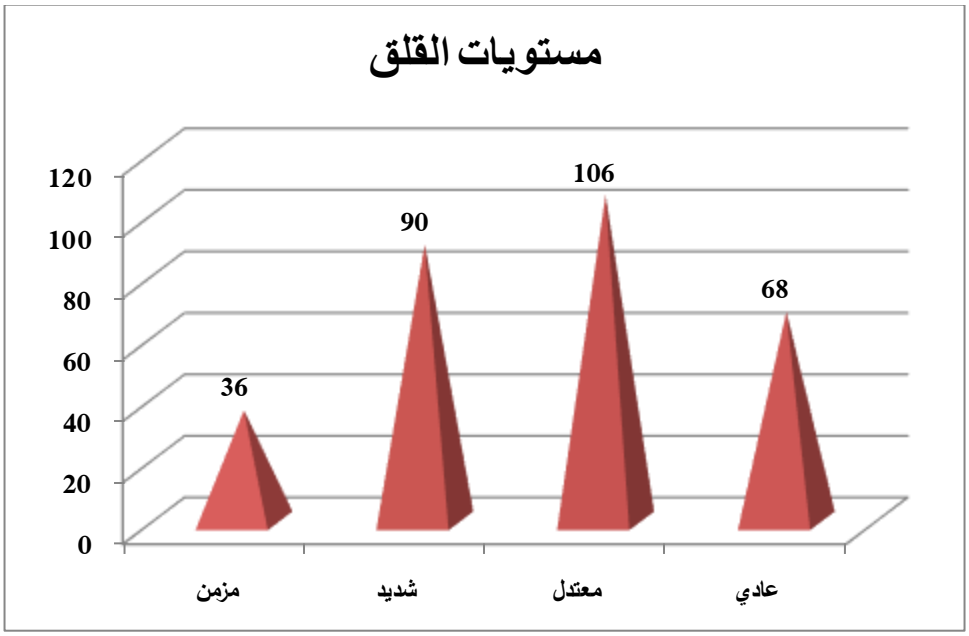
2-1- مناقشة النتائج المتعلقة بالانعكاسات النفسية للعمل الليلي:

التذكير بالفرضية العامة الأولى: - يمارس العمل الليلي انعكاسات نفسية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

2-1-1- مناقشة النتائج المتعلقة بمستويات القلق لدى الممرضين والممرضات:

التذكير بالفرضية الجزئية الأولى: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

رسم بياني رقم (01) مستويات القلق لدى الممرضين والممرضات



يوضح الرسم البياني رقم (01) مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، فتراوحت المستويات بين القلق العادي وذلك بنسبة (22.67%)، والقلق المعتدل بنسبة (35.33%)، وبالنسبة للممرضين الذين كان مستوى قلقهم شديد كانت نسبتهم (30%)، وفيما يخص الذين كان مستوى قلقهم مزمنا فمثلوا نسبة (12%) من إجمالي أفراد العينة.

وعليه فإن مستوى القلق لدى الممرضين كان معتدلا، ويعود وجود الممرضين في المستوى المعتدل من القلق بالرغم من طبيعة العمل ليلا ربما إلى تكيفهم مع هذا النظام، وهذا المستوى المعتدل لدى هذه الفئة لا تنفي إطلاقا معاناتها من القلق في ظل العمل الليلي والدليل على ذلك وجود بعض الممرضين في المستوى الشديد وحتى المزمن من مستويات القلق، وقد يسبب هذا المستوى المزمن من القلق للممرضات والممرضين العاملين ليلا نوعا من المعاناة سواء على الصعيد الاجتماعي أو حتى

المهني من خلال العلاقات مع المشرف أو الزملاء في العمل، وحتى في كيفية التعامل مع المرضى الذين هم تحت مسؤوليتهم إذ يكون هناك عبء كبير عليهم وخاصة في تفادي الوقوع في أخطاء طبية.

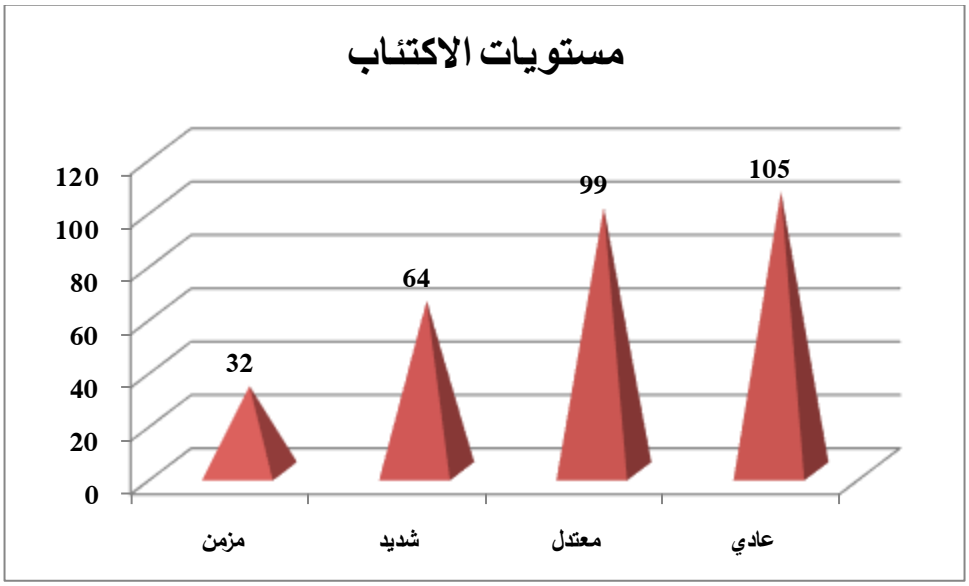
وبالتالي الفرضية التي مفادها: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو قد تحققت وذلك بنسب متباينة.

يعود احتلال أغلبية أفراد عينة البحث للمستوى المعتدل إلى وصول الممرضين لدرجات من التكيف مع نظام العمل ليلا، بالرغم من أن رتم العمل ليلا يتطلب استنزاف القوى الجسدية وحتى العقلية للممرضين لأنه من الصعب التعامل مع بيئة العمل الصعبة، هذا ما أشارت إليه دراسة للإتحاد الأوروبي على أثر ظروف العمل على صحة العمال، وأكدت النتائج وجود علاقة بين ظروف العمل الصعبة والصحة الجسمية للعامل، بالإضافة إلى وجود علاقة بين الظروف الفيزيقية للعمل والصحة النفسية أين ارتبطت المشكلات الصحية بقطاع الصناعة والإنتاج بنسبة (25.9%) مقارنة بغيره من القطاعات، فالعامل يشعر بالقلق حين يصعب عليه التكيف مع محيط عمله والتحكم فيه وخاصة في ظل ظروف بيئة فيزيقية (ضوضاء، إضاءة) غير ملائمة، والتي تجعله يعيش حالة من التداخل والتضارب بين خصائص ومتطلبات المهام التي يقوم بها والعوامل الاقتصادية والتنظيمية المحيطة به والتي تفرض عليه بذل مجهود أكبر للحصول على مردودية أكثر، فيصبح العامل في ظل ذلك عرضة لضغوطات ومشكلات متعددة تجعله يشعر بعدم الارتياح النفسي والتوتر ومن ثم القلق حيث تصبح هذه الأخيرة عائقا أمام تمكنه من أداء ومزاولة العامل لمهامه على أحسن وأكمل وجه، ومن جهة أخرى التعامل كذلك مع المرضى وخاصة في الحالات المزمنة، بالإضافة إلى قدرة الممرضين على المقاومة ووجود الحافز لدى هذه الفئة لمواجهة الخطر الذي يحيط به من خلال البيئة التي يعيش فيها سواء البيئة الاجتماعية أو حتى المهنية، ولكن يحدث في الكثير من الأحيان أين يكون القلق مصدرا ليكون اضطرابا نفسيا تعتل من خلاله الصحة النفسية وحتى الجسدية للممرض العامل ليلا وفي هذه الحالة يصبح الممرضين أقل قدرة على السيطرة وتظهر من خلال ذلك حالات من التوتر والخوف والانزعاج، وبالتالي يؤدي به هذا الوضع إلى حالات من عدم التوافق سواء على الصعيد النفسي أو حتى المهني، ولكن النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة لا تنفي عدم معاناة الممرضين العاملين في المناوبات الليلية من القلق، وأكبر دليل على ذلك تواجد البعض منهم في المستوى المزمن من القلق، وهذا يدل على استنزاف القوة وعدم القدرة على التكيف مع رتم العمل وبالتالي يعاني الممرض من سوء التكيف مع بيئة العمل وعدم القدرة على أداء المهام بشكل جيد.

2-1-2- مناقشة النتائج المتعلقة بمستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات:

التذكير بالفرضية الجزئية الثانية: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

رسم بياني رقم (02) مستويات الاكتئاب لدى الممرضين والممرضات



نلاحظ من خلال الرسم البياني أعلاه والذي يمثل مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، أن نسبة (35%) كان مستوى اكتئابهم عادي، وبخصوص الممرضين الذين كان مستواهم من الاكتئاب معتدل مثلوا نسبة (33%)، أما الذين كان مستوى اكتئابهم شديد فقد قدرت نسبتهم (21.33%)، وبالنسبة للذين كان مستواهم من الاكتئاب مزمن بلغت نسبتهم (10.67%).

وعليه تحققت الفرضية التي مفادها: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

أتت نتائج هذه الدراسة متطابقة لما توصلت إليه Klippa (2017) حول ارتباط العمل الليلي بالقلق والاكتئاب لدى عمال المستشفيات، وكذلك دراسة شولان وآخرون (2012) Cholan et autres، والتي بينت أن العمل في المناوبات الليلية يرتبط بالمشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب، بالإضافة إلى ما توصلت إليه دراسة بوغطاس وأخرون (2012) Boughattas & al التي بينت أن العمل الليلي يرتبط ارتباط وثيق بظهور الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب، وكذلك ما توصل إليه مركز (AISMT) Association Interprofessionnelle de Santé et de Médecine de Travail (2013) إلى أن العمل

الليلي يؤدي إلى ظهور الضغوط والتعب المزمن، القلق، الاكتئاب إلى درجة أن العامل ليلا يصل إلى تناول الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب.

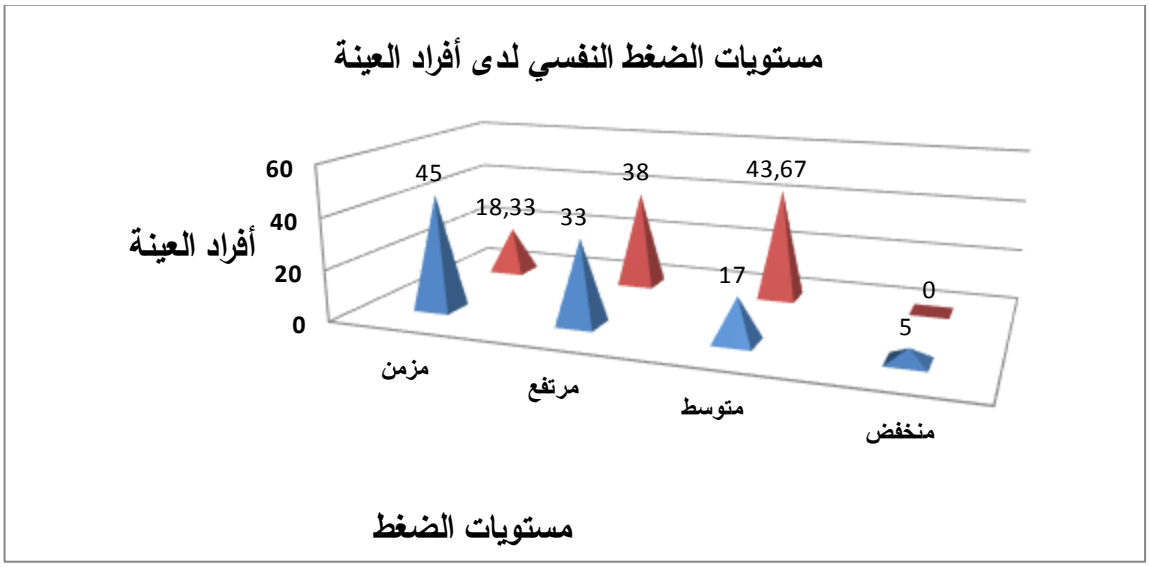
انطلاقا من النتائج التي تم التوصل إليها أي وجود الممرضين العاملين في النظام الليلي في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو في المستوى العادي من الاكتئاب، هذا لا يعني أن الممرضين لا يعانون من الاكتئاب ولكن اكتئابهم يزول بزوال الموقف الذي يؤدي إلى معاناة الممرضين من حالات الاكتئاب، حيث يعتبر هذا الأخير من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا في مجال العمل.

ويعود احتلال الممرضين المستوى العادي من الاكتئاب إلى التكيف مع رتم العمل بالرغم من ساعات العمل الطويلة والمرهقة، والتعامل مع الوقت الذي تؤدى فيه المهام ألا وهو العمل ليلا والذي يحمل في طياته التعب والمشقة بالنسبة للممرضين، وبطبيعة الحال توجد حالات أين يعاني الممرض من الاكتئاب المزمن والذي يعود إلى كثرة الأعباء والمسؤوليات الملقاة على عاتق هذه الشريحة من العمال كون مهنة التمريض من المهن الحساسة والصعبة.

2-1-3- مناقشة النتائج المتعلقة بمستويات الضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات:

التذكير بالفرضية الجزئية الثالثة: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

الرسم البياني رقم (03) مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات

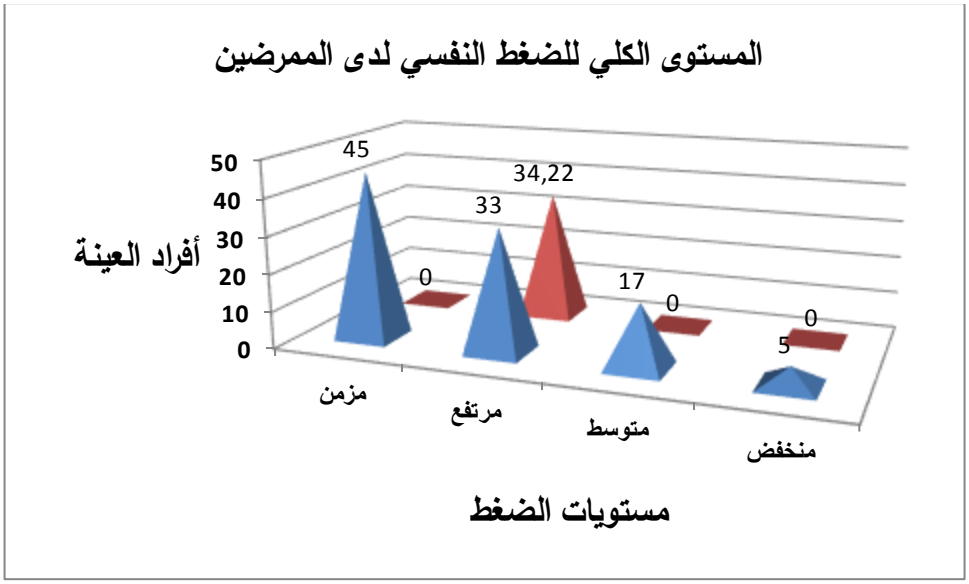


بالعودة إلى الشكل البياني أعلاه الخاص بمستويات الضغط النفسي لدى أفراد العينة، يتضح أن نسبة الممرضين الذين كان مستوى ضغطهم النفسي متوسط قدرت بـ (43.67%)، أما الممرضين الذين كان مستوى ضغطهم مرتفعا قدرت نسبتهم بـ (38%)، والذين كان مستوى ضغطهم مزمنا قدرت نسبتهم (18.33%).

وبالعودة إلى النتائج المتحصل عليها في الدراسة من خلال المستويات التي تحصل عليها أفراد العينة فيما يتعلق بالضغط النفسي لديهم، يتضح أن الممرضين كان مستواهم في الضغط النفسي متوسطا لكن هذا لا يعني تمركز الممرضين في المستويات المتوسطة فقط من الضغط النفسي.

ويعود هذا التباين في المستويات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، أنه من غير الممكن أن لا يشعر الممرضين والممرضات بالضغط النفسي وخاصة في مهنة التمريض التي تعتبر مهنة متعبة وشاقة والتنظيم الذي يمارس فيه الممرض مهامه وهو العمل ليلا أين يعاكس الساعة البيولوجية الداخلية للفرد، إذ أنه ليلا تكون معظم وظائف الجسم خاملة لكن أثناء العمل ليلا يكون العكس حيث يبذل الممرض مجهودات كبيرة للظفر برتم العمل ليلا والتكيف معه للبقاء في حالة من الانتباه واليقظة طيلة ليلة العمل الطويلة، أما بالنسبة للممرضين الذين كانت مستويات ضغطهم النفسي مرتفعة فمثلوا أغلبية أفراد العينة وربما يعود ذلك إلى كثرة الضغوطات والمسؤوليات الملقاة على عاتق الممرضين والممرضات خاصة المسؤوليات المزدوجة بين المهنة والبيت وبالتالي من الصعب على الممرض التوفيق بينهما خاصة في خضم الإرغامات التي يفرضها العمل الليلي وعليه تزايد الأعباء والمسؤوليات هي التي تؤدي بالممرضين إلى ارتفاع مستويات ضغطهم النفسي وكذلك زيادة سنوات الخبرة تلعب دورا في ذلك، إذ تعتبر محاولة التكيف مع تنظيم العمل من المشكلات التي تحول دون حلها من طرف الممرضين هذا ما يخلق لديهم كتلة من الضغوطات النفسية التي يمكن أن تؤثر سلبا على صحة الممرضين النفسية وحتى الجسدية، أما فيما يتعلق بالممرضين الذين كانوا في المستوى المزمن من الضغط النفسي فشكلوا أقلية من إجمالي أفراد عينة البحث فقدر عددهم (55) ممرضا وممرضة (بالعودة إلى الجدول رقم 41)، وقد يعود ذلك إلى عدم قدرة الممرضين على التكيف ولو بنسبة قليلة مع العمل الليلي كونه نظام متعب إضافة إلى ذلك التعامل الكثير مع المرضى والحالات المزمنة خاصة في مصلحة الاستعجالات أين يتم دائما التعامل مع الحالات الطارئة، وكذلك حتى العلاقات مع الزملاء في العمل التي لا تتسم بالطابع التعاوني، وتضاخم المسؤوليات الاجتماعية كتربية الأبناء والعلاقات مع الأزواج والزوجات وخاصة مع متطلبات الحياة العصرية والتي تفرض على الأفراد اللحاق بعجلة التكنولوجيا، وكذا صعوبات نسج العلاقات الاجتماعية وذلك يسبب التوتر والقلق للأفراد داخل مؤسسات العمل، وكذلك المشكلات وعدم الانسجام بين الممرضين والمسؤولين عن العمل مما يجعلهم عرضة دائمة للصراعات والنزاعات مع المسؤول، كل هذه العوامل يمكن أن يكون لها دورا جوهريا في معاناة الممرضين والممرضات العاملات ليلا من ضغوط نفسية مزمنة.

الرسم البياني رقم (04) المستوى الكلي للضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات:



يوضح الرسم البياني أعلاه المستوى الكلي للضغط النفسي لدى الممرضين والممرضات، إذ أن المستوى الكلي للضغط النفسي قدر بـ (34.22) وهو مستوى مرتفع من الضغط النفسي، ويعود ذلك إلى طبيعة المهنة الصعبة والوقت الذي يمارس فيه هذه المهنة ألا وهو العمل الليلي، ويعتبر هذا الأخير ذو تأثير كبير في صحة الممرضين استنادا إلى الدراسات السابقة وحتى الدراسة الحالية أين تم التوصل إلى أن العمل الليلي ذو انعكاس أو تأثير سلبي في صحة الممرضين العاملين ليلا ويمس الصحة الجسدية والنفسية على حد سواء، حيث يبقى الضغط النفسي لدى الممرضين اضطرابا صعبا في حالة المعاناة منه خاصة عند كثرة الأعباء الحياتية والمسؤوليات المهنية والاجتماعية، وفي هذه الحالة نجد الممرضين العاملين ليلا يجدون صعوبات كبيرة في التكيف مع ساعات العمل الطويلة والشاقة والمتعبة ويدخل في هذا الإطار كذلك المسؤوليات اتجاه الزوجات والأزواج والأولاد وخاصة في الأعياد والمناسبات والعطل، حيث نجد الممرضين العاملين ليلا يملكون رتما خاصا بهم بالمقارنة مع عمال النهار مما يجعل العمال في ظل هذا النظام يعاني في كثير من الحالات من العزلة التي تعود إلى تنظيم العمل وخاصة بعد ليلة العمل الطويلة، وربما في بعض الأحيان لا يأخذ الممرض القسط الوافر من الراحة والنوم لاسترجاع الطاقة هذا ما ينعكس سلبا على حالته النفسية إذ يصاب بحالات من التوتر والقلق والعصبية، وكل هذه العناصر تشكل ضغطا نفسيا للممرضين العاملين في المناوبات الليلية، وهذا ما بينه التقرير الذي أعدته (DARES) في (2013) حول ظروف العمل التي يعيشها عمال الليل حيث يزاولون مهام متعددة، إضافة إلى الإرغامات الصعبة التي يحتويها رتم العمل ليلا الذي يفرض عليهم السرعة في انجاز مهامهم، ونتيجة ذلك ارتفاع الضغط النفسي لديهم بالإضافة إلى التعب وارغامات اليقظة، ويصرح العمال بأنهم عرضة للوقوع في الحوادث أو الجروح وتضم هذه المهن مهنة الشرطة والتمريض، أما بالنسبة لعمال

المصانع فيعانون من مشقة فسيولوجية مهمة و يمثلون نسبة تتراوح بين (27 و43%) نظرا لمشقة العمل، وبالتالي تؤثر الضغوط النفسية في الصحة وحتى على العلاقات الأسرية إذ يواجه الممرضين الضغوط في العمل والضغوط الأسرية في نفس الوقت هذا ما يؤدي به إلى العيش دائما في مواقف ضاغطة، ومهما كانت درجة التحمل لدى الممرض لهذه المواقف يجب توفر مصادر تدعمه من الخروج من حالات الضغوط، مثل توفر الدعم من الأسرة والزملاء في العمل وحتى الأصدقاء المقربين من أجل تعدي مرحلة الضغوط النفسية والحضي بدرجة من الاستقرار النفسي والرضا في العمل.

وعليه الفرضية التي مفادها: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو قد تحققت.

وتتناسب نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي توصل إليها لانكري (1988)، وكذلك تتناسب مع دراسة كارلسون (2003) Carlson.

وترتبط الضغوط النفسية أشد الارتباط بمعاناة الممرضين من حالات القلق والاكتئاب ويؤدي به هذا إلى تفاقم وتفشي الاضطرابات النفسية وبالتالي اعتلال الصحة النفسية للفرد العامل ويؤثر ذلك على العلاقات الاجتماعية والأسرية.

وبالعودة إلى الرسم البياني رقم (03) والذي يمثل المستوى الكلي للضغط النفسي لدى الممرضين، أن المستوى كان مرتفعا، ويعود هذا الارتفاع في مستوى الضغط النفسي إلى حالات التوتر التي يصاب بها الممرضين العاملين ليلا، إذ يعتبر الضغط النفسي في العمل من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وخاصة عند كثرة وصعوبة المسؤوليات الملقاة على عاتق الممرضين في هذه الحالات، حيث يعتبر العصر الذي نعيش فيه هو عصر الضغوط التي تهدد حياة الفرد سواء الاجتماعية أو حتى المهنية، وإن أردنا البحث عن أسباب الضغوط النفسية في العمل لدى الممرضين لوجدنا أن هناك مزج بين الضغوط الأسرية وكذلك الضغوط التي تسببها المهنة للفرد خاصة إذا كانت ذات طابع صعب ومتعب مثلما هو الحال في مهنة التمريض، أين يسبب رتم وروتين العمل لدى الممرضين ضغوطا نفسية متأزمة وخاصة في حالة الإدمان على العمل ويعتبر هذا الأخير مؤشر أساسي في معاناة الممرضين من الضغوط النفسية، ناهيك عن الأسباب الأخرى والتي يمكن لها أن تتدخل وتشكل خطورة لحياة الممرضين العاملين في المناوبات الليلية مثل القلق والإجهاد، وحتى في بعض الحالات التناول المفرط للمنبهات والمهدئات وكذلك نقص النوم، أو عدم أخذ الكفاية منه يؤدي إلى اختلال رتم الفرد ومعاناته من الضغط النفسي وذلك بمستويات ونسب متباينة.

ويلعب الروتين اليومي للحياة اليومية للممرضين كذلك دورا أساسيا في معاناتهم من الضغط النفسي، إذ أن كثرة الأعمال والنشاطات سواءا الاجتماعية أو المهنية وعدم التوفيق بينها يسبب للفرد حالات من الضغط التي لا يستطيع في كثير من الحالات تكريس الممرض وقت للراحة ولو بالقدر القليل، وبالتالي هذا الروتين يقضي على قدرات الفرد، والتي تفسح المجال لظهور اضطرابات أخرى نفسية كانت

أو جسدية التي تنجر عن معاناة الممرضين من الضغوط النفسية، ونجد من بين هذه المشكلات مثلا صعوبة واضطرابات التكيف سواءا مع الحياة الاجتماعية والأسرية أو حتى المهنية وبالتالي اضطراب في العلاقات الاجتماعية لدى هذه الفئة، وتنجر كذلك عن الضغوط النفسية الشعور بالتعب، واضطرابات النوم، وحتى اضطرابات الهضم والشهية.

وفي مثل هذه الحالات من الضروري على الممرضين في ظل العمل الليلي الأخذ بعين الاعتبار كل ما قد يسبب له اعتلال صحتهم النفسية والجسمية، وذلك من خلال محاولة التكيف مع رتم العمل، والنوم الصحي خاصة بعد ليلة العمل الطويلة والمتعبة، وتناول الأطعمة الصحية، وكذلك ممارسة التمارين الرياضية من أجل الحد من الوقوع في المشكلات النفسية من جراء تراكم العمل وتحقيق الصحة النفسية في العمل للعامل على وجه العموم والممرضين العاملين في المستشفيات على وجه الخصوص.

2-1-4- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى الممرضين:

- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات القلق حسب الجنس:

التذكير بالفرضية الجزئية الرابعة: توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وز حسب الجنس.

بالعودة إلى الجدول رقم (43) الصفحة (229) الذي يحتوي على الفروق في مستويات القلق لدى الممرضين حسب الجنس، يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها وبعد حساب الفروق بين الجنسين باستخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين وبعد تطبيق اختبار ليفين للتجانس (F) =(11.84) وكان الاختبار غير متجانس، تشير المعالجة الإحصائية أن قيمة (T) =(-4.44) وبالتالي تشير هذه القيمة إلى وجود فروق بين الجنسين في مستويات القلق لأن مستوى الدلالة (&) =(0.05) وذلك أكبر من قيمة (sig)= (0.00) وهي دالة إحصائيا، تدل هذه النتائج أن الفروق في مستويات القلق تعود لصالح الممرضات الإناث لأن متوسطهن الحسابي قدر بـ (10.28) وهو أكبر من متوسط الممرضين الذكور الذين قدر متوسطهم (9.20).

وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها: توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو حسب الجنس، وذلك لصالح الإناث.

وهذه النتيجة أتت معاكسة للنتيجة التي توصلت إليها إليزابيت كليبا (2017) Elisabeth Klippa، حيث بينت أن هناك ارتباط بين العمل الليلي والاكتئاب على العمال في المستشفيات وذلك باستعمال سلم (HAD)، وتتطابق نتائج الدراسة الحالية مع ما بينته دراسة بوغطاس وأخرون (2012) أن النساء العاملات ليلا هن أكثر عرضة للقلق.

وما يمكن الإشارة إليه من خلال النتائج أن الفروق في مستويات القلق كانت لصالح الإناث، ويعود ذلك إلى أن الممرضات العاملات في النظام الليلي هن أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية في ميدان العمل وخاصة إذا امتزج عبء العمل بالأعباء المنزلية مثل القيام بالأعمال المنزلية كالتنظيف والطبخ مثلا وكذا مسؤولية تربية ورعاية الأبناء، وليست فقط هذه الأسباب هي الجوهر في حدوث القلق لدى الممرضات ولكن تدخل ضمن هذا الإطار عوامل أخرى أكثر تعقيدا تجعل الممرضات تعانين من زيادة درجات القلق لديهن، ونجد على سبيل المثال تقلبات المزاج لدى الممرضات الذي يسببه تأثير الهرمونات خاصة أثناء فترة الدورة الشهرية بالإضافة إلى الخوف من فقدان المرضى وكذلك القلق من الموت وبخاصة أثناء التعامل مع الحالات الصحية الحرجة والمزمنة وكل ذلك يجعل الممرضات قلقات بالمقارنة مع الممرضين الذكور، ويضاف إلى هذا التجارب المهنية الحاسمة التي تترك أثرا سلبيا في نفسية هذه الفئة العاملة أين تجد الممرضات صعوبات كبيرة في نسج علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما تلعب بيئة العيش دورا حاسما في ذلك نجد مثلا أن الممرضات اللواتي يقطن في القرى هن الأكثر عرضة للقلق أين تكون سجينة العادات والتقاليد والنظرة التي يبدونها اتجاه عمل المرأة ليلا مقارنة باللواتي يقطن في المدن، وتصادم متطلبات الأدوار الأسرية ومتطلبات الحياة المهنية هذا ما يجعل الممرضة العاملة في النظام الليلي تعيش في حالات من القلق المرتفعة نتيجة صراع الأدوار التي تؤديها بين العمل والبيت، إذ أنه بات من الضروري الاهتمام بسيكولوجية المرأة العاملة وذلك تفاديا لاعتلال صحتها النفسية والجسدية، وبالتالي التوفيق لأقصى درجة في أداء واجباتها كأم وزوجة وربة بيت، ذلك نجد أن الممرضات يفهمن واجباتهن وهو أهم دليل على مستوى خلقها وأداء مهامها، ويعتبر الواجب هو الذي يلزم الفرد وحثه على أداء عمل دون أخر، ولعل معاناة الممرضات من القلق هو الإحساس بسمو المهنة والقيم الإنسانية لما تؤدي عملها وواجباتها اتجاه المرضى وإنقاذ حياتهم والشيء الضروري والأهم هو الحرص على أداء الأمانة المهنية، لذلك يكون مستوى قلق الممرضات أعلى.

2-1-5- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات الاكتئاب حسب الجنس:

التذكير بالفرضية الجزئية الخامسة: توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس.

من خلال الجدول رقم (45) الصفحة (230) المرتبط بالفروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين حسب الجنس، يتضح أن اختبار ليفين للتجانس (F) ==(0.14) وقيمة الدلالة الإحصائية (sig) = (0.70) ومستوى الدلالة الإحصائية (&) = (0.05) وعليه اختبار ليفين (F) متجانس، يتبين من خلال النتائج وبعد حساب اختبار (T) لعينتين مستقلتين لحساب الفروق بين الجنسين، توضح المعالجة الإحصائية أن قيمة اختبار (T)= (-4.82) وهي دالة إحصائيا وتشير هذه القيمة إلى وجود

فروق بين الجنسين في مستويات الاكتئاب لأن مستوى الدلالة (&) = (0.05) وهي أكبر من قيمة (sig) = (0.00).

وتوضح النتائج المتحصل عليها في الدراسة أن الفروق في مستويات الاكتئاب تعود لصالح الإناث اللواتي قدر متوسطهن (9.96) إذا ما قرناه بمتوسط الممرضين الذكور الذين قدر متوسطهم بـ (7.80).

وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها: توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس، وذلك لصالح الإناث.

تتطابق هذه النتائج مع دراسة جيلمور وسكوت (2002) Gilmour et Scott، في الدراسة التي أجرياها حول الاكتئاب في العمل في المجتمع الكندي أين كانت نسبة الاكتئاب لدى النساء العاملات أكبر بالمقارنة مع الذكور.

والنتائج المتوصل إليها في الدراسة تنطبق مع النتائج التي توصل إليها لعريط (2007) حول الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة، وتمثلت الآثار النفسية في كل من القلق والاكتئاب والضغط النفسي.

وتعود هذه الفروق لصالح الممرضات في الاكتئاب إلى تقلب المزاج لديهن وبخاصة الممرضات المتزوجات اللواتي قد يعانين من مستويات عالية من الاكتئاب نجد على سبيل المثال اكتئاب ما بعد الولادة أو اكتئاب الإجهاض، أما من الناحية المهنية فيعتبر البقاء طيلة ليلة عمل كاملة بنفس الدرجة من اليقظة والتركيز أمر ضروري وذلك لتفادي الوقوع في الأخطاء الطبية، كون مهنة التمريض من المهن الشاقة والصعبة حيث يكون التعامل بالدرجة الأولى مع المرضى والحرص بدرجة عالية على تقديم خدمات راقية من أجل الحفاظ على صحة المرضى، كما يمس هذا النوع من تنظيم العمل بالصحة النفسية والجسدية للممرضات العاملات في مثل هذا التنظيم، وعليه فمن الضروري أن يتلاءم نظام العمل وشخصية وقدرات وكفاءات ومهارات المرأة فإذا كان تنظيم العمل من النوع الروتيني مثل ما هو الحال العمل في ساعات غير نمطية كالعمل ليلا، فمشقة العمل وطول ساعاته يؤدي بالدرجة الأولى إلى إحساس الممرضات بالتعب المزمن والذي يؤثر على صحتها النفسية مما يخلق لها نوعا من النرفزة والعصبية والغضب لأتفه الأسباب، بالإضافة إلى أنه في بعض الحالات الممرضة يكون لديها عبء وضغط خاصة إذا كانت في غرفة العمليات الجراحية فمن أهم مهامها في هذه الحالة هو إعطاء الأدوات المناسبة للطبيب الجراح، وعند نهاية العملية الجراحية تقوم باستقبال المريض وتحرص على صحته حرصا شديدا، وهناك عامل مهم يطرح نفسه في معاناة الممرضات من الاكتئاب أكثر من الممرضين الذكور ألا وهو تربية الأبناء، إذ بات عليها من الصعب التوفيق بين العمل والقيام بالواجبات إزاء الأبناء والأزواج فبالرغم من وجود درجة من التوفيق بين الحياة المهنية والاجتماعية إلا أنه توجد حالات أين تكون فيها المرأة قد عانت من ضغوط جراء تراكم العمل وزيادة المسؤوليات الوظيفية، أين نجد أن

الممرضات العاملات في المناوبات الليلية وبعد ليلة طويلة من العمل الشاق والمتعب نجدها مرغمة للعودة إلى المنزل والقيام بالواجبات المنزلية، وبالنسبة للممرضات المتزوجات اللواتي لديهن أبناء وبخاصة اللواتي يقطن في القرى أين تواجهها إرغامات التنقل وأخذ الأبناء إلى المدرسة أو دور الحضانة، فبالرغم من أنه في بعض الحالات تجدن مساندة من طرف أزواجهن إلا أن ذلك لا يكفي نظرا لزيادة حجم المسؤولية وخاصة اللواتي لديهن أكثر من ثلاثة أبناء أين يستدعي الأمر رعاية أكبر، هذا ما يجعل الممرضات عرضة للاضطرابات السلوكية وسوء التكيف وصعوبة اتخاذ القرار وبالتالي بات من الضروري تقديم الدعم المعنوي لهذه الفئة العاملة ومد يد العون لها ذلك للتخفيف من تراكم الأعباء الاجتماعية والمهنية لتفادي سوء التوافق وتحقيق الصحة النفسية.

2-1-6- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط النفسي حسب الجنس:

التذكير بالفرضية الجزئية السادسة: توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس.

يتضح من خلال الجدول رقم (47) الصفحة (231) الذي يبين الفروق في الضغط النفسي حسب الجنس لدى الممرضين العاملين ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، أين كان اختبار ليفين (F) = (4.51) وقيمة الدلالة الإحصائية (sig)= (0.34) وهي أكبر من قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (&)= (0.05) مما يعني أن اختبار ليفين (F) متجانس، ومن خلال النتائج التي توصل إليها الدراسة وبعد حساب الفروق بين الجنسين باستخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين تشير المعالجة الإحصائية أن قيمة (T)= (-5.77) وبالتالي توضح هذه القيمة وجود فروق بين الجنسين في الضغط النفسي لأن مستوى الدلالة (&)= (0.05) وهذه القيمة أكبر من قيمة (sig)= (0.00) وهي دالة إحصائيا، وتوضح هذه النتيجة وجود فروق في القلق بين الذكور والإناث وذلك لصالح الإناث أين قدر متوسطهن (38.37) مقارنة بمتوسط الذكور الذي قدر بـ (31.15).

وبالتالي تحققت الفرضية التي تنص: توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الجنس، لصالح الممرضات.

تتطابق هذه النتائج مع النتائج التي توصل إليها أبو الحصين (2010)، والتي توصلت إلى معاناة الممرضين من ضغوط نفسية كبيرة بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الضغوط النفسية حسب الجنس وذلك لصالح الإناث.

وأتت هذه النتائج معاكسة لنتائج دراسة عسكر (1988)، والتي بينت عدم وجود فروق بين الممرضين والممرضات في مستويات الضغط النفسي، عكس ما توصلت إليها الدراسة الحالية التي أسفرت عن وجود فروق في مستويات الضغط النفسي حسب الجنس وذلك لصالح الممرضات.

ويتضح من خلال النتائج التي تتعلق بالفروق بين الجنسين في مستويات الضغط النفسي حسب الجنس وذلك لصالح الممرضات الإناث، وإذا دل ذلك على شيء إنما يدل على أن الممرضات هن الأكثر عرضة لمثل هذه الاضطرابات إذ أن العوامل الاقتصادية والاجتماعية هي من أرغمت المرأة الولوج إلى عالم الشغل وبالتالي بات من الصعب عليها التوفيق بين الالتزامات والمسؤوليات المهنية، وعليه يعتبر تحقيق الذات والترقية لأعلى المناصب لدى هذه الفئة هو من جعلها عرضة للضغوط النفسية وبالتالي ففي العديد من الحالات تواجه المرأة العاملة العديد من الصعوبات سواءا كانت في المنزل مع الزوج والأولاد، وحتى مع أفراد الأسرة الممتدة بالنسبة للممرضة الغرباء اللواتي يعانين من المشكلات العاطفية وصعوبة نسج علاقات اجتماعية مع الآخرين سواءا في ميدان العمل أو حتى مع الأفراد الآخرين والمسؤولين في العمل، وبالتالي كل هذه العوامل يمكن أن تشكل ضغوطا نفسية للممرضة حيث أن الميدان الصحي هو الميدان الأكثر قسوة وصعوبة فيما يخص مجال العمل، كون التعامل لا يقتصر على أفراد عاديين بل يقتصر على المرضى وبالتالي السعي لتقديم خدمات راقية والسهر من أجل تحقيق صحة المرضى هو الهدف الأسمى بالنسبة للممرضين وحتى الأطباء أين نجدهم يبذلون جهودا أكبر من أجل تحقيق تلك الأهداف المسطرة من طرف الطاقم الطبي كون نظام عملهم جماعي وكل هذه العوامل تقف دون تحقيق الصحة النفسية للممرضين ولو بدرجة نسبية، وبالتالي بات من الضروري الاهتمام بالروح المعنوية وتنمية الثقة في النفس وفي الخبرات التي تمتلكها الممرضات العاملات في المستشفيات العمومية، كون هذه الأخيرة تتوفر على ضغوط وأعباء أكثر من المستشفيات الخصوصية حيث تحتوي على نسب كبيرة من المرضى.

وإذا تم الوقوف على العوامل المسببة للضغوط النفسية لدى الممرضات العاملات في المناوبات الليلية، إذ أن تقديم الخدمات الليلية للمرضى هو الجزء الأهم من عمل الممرضة، ويجب أن تكون طيلة ليلة العمل هي المسؤولة عن راحة المرضى وعلاجهم، ونجد أن العوامل البيئية تلعب دورا جوهريا في ذلك إذ أن عدم الدعم من طرف الأزواج مثلا يجعلهن أكثر عرضة للضغوط النفسية، ضف إلى ذلك الموقع الجغرافي حيث يعتبر البعد عن مكان العمل وصعوبة الحصول على وسائل النقل للوصول إلى العمل أو في طريق العودة بعد ليلة عمل طويلة وشاقة ومتعبة من العوائق التي تعتبر إرغاما متعبا بالنسبة للممرضين أو الممرضات على حد سواء، وكذلك يمكن للعلاقات مع الزميلات في العمل بالنسبة للممرضات وحتى العلاقة بالمرضى أن يشكل ضغوطا نفسية متأزمة للممرضات في مكان العمل، وأن سلوك التكيف مع الممرضات يمكن أن يمثل أحد العوامل الوقائية التي بدورها يمكن أن تقلل من أثار الضغوط النفسية في العمل والإجهاد إذ يؤثر هذين الأخيرين في أداء الممرضات لمهنتهن داخل المستشفى وكذلك يؤثر بشكل سلبي على رفاهيتهن في العمل.

2-1-7- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات القلق حسب الحالة العائلية:

التذكير بالفرضية الجزئية السابعة: توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية.

بالعودة إلى الجدول رقم (49) الصفحة (231) الذي يوضح الفروق في مستويات القلق لدى الممرضين حسب الحالة العائلية، ومن خلال النتائج التي تم التحصل عليها من خلال الدراسة وبعد حساب الفروق بين الجنسين باستخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين، توضح المعالجة الإحصائية أن قيمة (T) = (0.74) وتوضح هذه القيمة وجود فروق بين الجنسين في مستويات القلق لدى الممرضين حسب متغير الحالة العائلية لأن مستوى الدلالة (&)= (0.05) وهي أكبر من قيمة (sig)= (0.00) بما يعني أنها دالة إحصائيا، وتوضح هذه النتيجة وجود فروق في مستويات القلق لدى الممرضين حسب متغير الحالة العائلية لصالح المتزوجين حيث بلغ متوسطهم (10.20) مقارنة بالممرضين العزاب الذين قدر متوسطهم (9.91).

وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها: توجد فروق في القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية، لصالح الممرضين المتزوجين والممرضات المتزوجات.

تتطابق هذه النتائج مع نتائج دراسة بوغطاس (2012) والتي أسفرت على وجود القلق لدى الممرضات، وأن الممرضين الليليين كان لديهم خطر خاص لتطور اضطراب القلق بالمقارنة مع عمال النهار، بالإضافة إلى وجود أعراض الاكتئاب بالنسبة للممرضين الذين لديهم الأقدمية المهنية، وما بينته هذه الدراسة هو أن العمل الليلي ليس فسيولوجي ولا يتواجد تناوب في رتم العمل، وبالتالي يلعب العمل الليلي دور كبير في ظهور الاكتئاب، والقلق، وكذلك تتطابق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصل إليها الباحثان لعريط وبوحارة (2016) التي بينت وجود فروق في مستويات القلق لدى عمال المناوبة لصالح العمال المتزوجين.

وتعود هذه الفروق لصالح الممرضين المتزوجين إلى عدة عوامل والتي تكمن في زيادة المسؤوليات العائلية والاقتصادية والمهنية التي يعيشها الممرضين المتزوجين مقارنة بالممرضين العزاب، وتعود تلك المسؤوليات بالدرجة الأولى إلى المسؤولية خاصة إزاء الأبناء والأزواج فالبنسبة للممرضين المتزوجين من كلا الجنسين يجدون صعوبة في العلاقات الجنسية مع الأزواج والزوجات، وكذا زيادة وكثرة الأعباء مثل عدم أخذ القسط الوافر من الراحة وخاصة نهارا بعد نهاية المناوبة نظرا لكثرة الضوضاء التي تصدر من المحيط الخارجي أو حتى ضجيج الأبناء خاصة في عطلة نهاية الأسبوع وهذا يقف دون أخذ الراحة الكافية بعد ليلة العمل المتعبة مما يجعل الممرضين عرضة للقلق وذلك بمستويات عالية وكذا أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والعقلية والتوتر، والدليل على ذلك وحسب المقابلات التي

أجريت مع الممرضين أثناء القيام بالدراسة الميدانية بأن زيادة العبء في المسؤوليات الملقاة على عاتقهم يسبب لهم حالات من القلق والغضب حتى لأتفه الأسباب، بالإضافة إلى ميلهم للعزلة خاصة بعد نهاية المناوبة الليلية وكذا القلق اتجاه الأبناء خاصة لعدم توفر الوقت للبقاء معهم أو الحضور في نشاطاتهم الترفيهية في عطلة نهاية الأسبوع أو العطل المدرسية، بالنسبة للأولاد أن عدم وجود الأم أو الأب في المنزل أثناء العمل ليلا يولد لديهم نوعا من الحرمان العاطفي وبالتالي تسوء التنشئة الاجتماعية السليمة للطفل، وكذلك بالنسبة للأزواج والزوجات فعدم المشاركة في تقسيم المسؤوليات الاجتماعية يولد نوعا من القلق لدى فئة الممرضين المتزوجين مما يولد نوعا من الصراع لقلة اللقاءات بينهم نظرا لطبيعة العمل ليلا.

2-1-8- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات الاكتئاب حسب الحالة العائلية:

التذكير بالفرضية الجزئية الثامنة: توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية.

من خلال الجدول رقم (51) الصفحة (232) الذي يوضح الفروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين حسب متغير الحالة العائلية، ومن خلال النتائج يوضح اختبار ليفين للتجانس (F)= (1.70) وقدرت قيمة الدلالة الإحصائية (sig)= (0.19) ومستوى الدلالة الإحصائية (&)= (0.05) مما يعني أن اختبار ليفين متجانس.

وبعد استخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين أين قدرت قيمة (T)= (2.42) وقيمة (sig)= (0.00) وقيمة (&)= (0.05) وهي دالة إحصائيا، وعليه توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب متغير الحالة العائلية وذلك لصالح المتزوجين أين قدر متوسطهم (9.46) مقارنة بمتوسط العزاب الذين قدر متوسطهم (8.35).

وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها: توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وز حسب الحالة العائلية، لصالح المتزوجين.

ومما لا شك فيه أن الاضطرابات النفسية والسلوكية مثل الاكتئاب نجدها لدى هذه الفئة المتزوجة مرتفعة إذا ما قارناها بالعزاب، ويعود ذلك إلى زيادة حدة الاكتئاب نتيجة ضغوطات الحياة اليومية والمهنية إذ أنه من المعروف أن الممرضين المتزوجين هم الأكثر عرضة لاكتئاب نظرا لزيادة الأعباء والمسؤوليات مما يسبب لهم ضررا نفسيا ونجد الممرضين في مثل هذه الحالات يميلون إلى العزلة والوحدة وبالتالي يصعب عليهم إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، ويعود هذا الفارق في مستويات الاكتئاب لصالح الممرضين المتزوجين إلى الاصطدام بين المسؤوليات الزائدة والارغامات التي تحول دون تحقيق الصحة النفسية للممرضين المتزوجين، وفي هذا الصدد نجد أن الممرضات المتزوجات هن الأكثر عرضة للاكتئاب مقارنة بالممرضين الذكور ويعود ذلك إلى عدة عوامل نجد على سبيل المثال معاناتها من

اكتئاب ما بعد الولادة وكذلك الإقدام على تناول حبوب منع الحمل التي تؤدي بدورها إلى حدوث الاكتئاب والذي يؤثر على حياتها الاجتماعية والمهنية وترتفع مستويات الاكتئاب عند عدم توفر المساندة من قبل الأزواج وكذلك كثرة المشكلات الأسرية والسعي دائما إلى إيجاد الحلول لها هذا ما يؤدي بهن إلى الدخول في حالات من الاكتئاب المزمن والذي يصعب التعامل معه.

وتتطابق هذه النتائج مع النتائج توصل إليه جيلمور وسكوت Gilmour et Scott (2002)، في دراسة حول الاكتئاب في العمل في المجتمع الكندي، وتتطابق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصل إليها لعريط وبوحارة (2016)، حيث أثبت الباحثين وجود فروق في الاكتئاب لدى العمال الليليين لصالح العمال المتزوجين، بالإضافة إلى ما توصلت إليه دراسة شولان وأخرون Cholan et autres (2012)، والتي تعتبر من الأبحاث المتعلقة بالمشكلات النفسية المرتبطة بالعمل في المناوبات الليلية، حيث أسفرت نتائج هذه الدراسة أن الممرضات المتزوجات هن أكثر اكتئابا من الممرضات العازبات.

1 – 1 –9 – مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الحالة العائلية:

التذكير بالفرضية الجزئية التاسعة: توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية.

يتبين من خلال النتائج التي يوضحها الجدول رقم (53) الصفحة (233) والذي يوضح الفروق في مستويات الضغط النفسي بين الممرضين حسب الحالة العائلية تبين أن اختبار ليفين (F) متجانس وبعد تطبيق اختبار (T) =(3.04) وقيمة (sig)= (0.00) وقيمة (&)= (0.05) مما يعني أنها دالة إحصائيا حيث أن الفروق في مستويات الضغط النفسي حسب متغير الحالة العائلية كانت لصالح الممرضين المتزوجين من كلا الجنسين أين قدر متوسطهم (36.83) وقدر عددهم بـ (167) ممرضا وممرضة إذا ما قارناهم بالممرضين العزاب الذين قدر متوسطهم (32.87) بعدد (133) ممرضا وممرضة.

وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها: توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الحالة العائلية، وذلك لصالح المتزوجين.

وتتطابق هذه النتائج مع نتائج دراسة لعريط (2007) التي توصلت إلى وجود فروق جوهرية في مستوى الضغط النفسي لصالح المتزوجين.

وتعود الفروق في مستويات الضغط النفسي لصالح الممرضين المتزوجين والممرضات المتزوجات، وانطلاقا من ذلك يتعرض الممرضين العاملين في المناوبات الليلية لمثل هذه الحالات من الضغوط النفسية وكل ما يدور في بيئة عمله، أين تؤدي بيئة العمل إلى معاناة الممرضين من ضغوط نفسية حادة ومزمنة وإن لم يبادر للتخفيف منها وعلاجها تتسبب له بالتعب النفسي الشديد والذي يؤدي به إلى اتخاذ القرارات الغير سليمة سواء كانت على الصعيد الاجتماعي والعاطفي أو حتى الصعيد العملي

والمهني وقد يؤدي به الأمر إلى التفكير بترك العمل، وتسفر الضغوط النفسية في العمل إلى أنها تخلق للفرد حالة من عدم التوازن بين الفرد وقدراته وبين ما تتطلبه مهنة التمريض إلى جانب أنها مهنة نبيلة وإنسانية إلا أنها شاقة ومتعبة وخاصة في ظل العمل ليلا الذي يفرض على الممرض بذل جهد وتركيز كبيرين وينتج عن ذلك الشعور بحالة من التشاؤم والعزلة وفقدان الدافعية لانجاز العمل وبالتالي فقدان الرغبة في العمل ومعاناة الممرض المتزوج من حالات الغضب والنرفزة ودرجات عالية من العصبية وبالتالي فقدان الشعور بالأمن والاستقرار.

وعليه تعتبر الاضطرابات النفسية والسلوكية في العمل حديث العصر نظرا للتقدم التكنولوجي الذي بات يدفع الفرد العامل إلى اللحاق بعجلة الإنتاج بأعلى درجة من المردودية وزيادة المسؤوليات الأسرية، وهذه الظروف هي التي دفعت إلى السعي لتحقيق الرقي والتقدم العملي مما فرض عليه بذل مجهودات أكبر في سبيل تحقيق ذلك، أين يؤدي ذلك إلى الإفراط أو بعبارة أخرى الإدمان على العمل وهذا حتما يؤدي بالممرض المناوب إلى المعاناة من الإجهاد الذي يرتبط برتم العمل ليلا، وهناك عامل أساسي يطرح نفسه في حدوث الضغط النفسي لدى الممرضين المتزوجين ألا وهو زيادة التعب والأرق وقلة النوم خاصة أثناء رعاية الأبناء حتى في حالة مرض أحد الأبناء أو أحد الزوجين وبالتالي توفير الرعاية الزائدة في مثل هذه الحالات، ونجد أن الممرض بعد العمل ليلا يجد صعوبة في تحقيق ذلك لأنه من الضروري الخلود إلى النوم للاستفادة من فترات الراحة التي تمنح له مما قد يؤدي به في مثل هذه الحالات إلى عدم التوافق الزواجي لدى الممرضين سواء بالنسبة للزوجات أو الأزواج نظرا لكثرة المسؤوليات العائلية والمنزلية مثل تربية الأبناء والواجبات الزوجية، وكذلك المسؤولية التي يفرضها العمل والتي تفرضها الحياة المهنية وبالتالي يؤدي كل ذلك إلى حالات من عدم التوافق الزواجي والذي يعود إلى قلة اللقاءات بين الزوجين والتي يفرضها العمل ليلا وعليه تكون الحياة الزوجية في كثير من مثل هذه الحالات عرضة للعراقيل والمشكلات والتي تحول دون تحقيق الرضا الزواجي والسعادة داخل الأسرة، ويعتبر ممارسة النشاطات اليومية والقيام بالأعمال المنزلية من الأمور التي قد تسبب ضغطا نفسيا للممرضين.

2- 1-10- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات القلق حسب الأقدمية:

التذكير بالفرضية الجزئية العاشرة: توجد فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية.

يبين الجدول رقم (54) الصفحة (234) المتعلق بالفروق في مستويات القلق حسب الأقدمية لدى الممرضين، ويتضح من خلال النتائج أن القلق كان لصالح الممرضين ذووا الأقدمية التي تتراوح بين (20- 25) سنة حيث بلغت متوسطاتهم (13.25)، يليه بعد ذلك القلق لصالح الممرضين ذووا الأقدمية بين (30- 35) سنة بمتوسط (11.64). وبعد حساب الفروق باستخدام اختبار أنوفا (F)= (2.25) وقدرت قيمة الدلالة الإحصائية (sig)= (0.00) ومستوى الدلالة الإحصائية (&)= (0.05) مما يعني

أنها دالة إحصائيا، والفروق في مستويات القلق بين الممرضين حسب متغير الأقدمية تعود لصالح الممرضين ذووا الأكثر أقدمية.

وعليه تحققت الفرضية التي تنص على: وجود فروق في مستويات القلق لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية، لصالح الممرضين ذوو الأكثر أقدمية.

وتتطابق هذه النتائج مع النتائج التي توصل إليها لعريط (2007) والتي أسفرت بوجود فروق جوهرية في مستوى القلق لصالح الممرضين الأكثر أقدمية.

وتعود هذه الفروق في مستويات القلق لصالح الممرضين ذووا الأكثر أقدمية في العمل مما يعني أن الممرضين العاملين ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد يجدون صعوبة في التكيف مع تنظيم العمل ليلا، إذ أن الممرضين الذين لديهم مدة كبيرة في الخدمة وبالرغم من أنهم اكتشفوا خبايا هذه المهنة النبيلة وفي نفس الوقت صعبة ومتعبة نظرا لعبء العمل الزائد الذي يلقى على عاتق الممرضين القدامى في مهنة التمريض، وعليه فإن التعامل مع المرضى الذين يحتاجون رعاية أكثر يجب على الممرض تحمل كل تلك الأعباء، وكذلك بذل مجهودات أكبر من أجل تأدية المهام ليلا على أحسن وجه وتفادي لوقوع في الأخطاء الطبية خاصة في حالات التعامل مع الحالات الحرجة التي تستدعي التدخل السريع في أي وقت اقتضى ذلك، وبالتالي تعتبر الأقدمية المهنية جوهر في تفادي الممرض الوقوع في مختلف المشكلات التي تعترضه في العمل والتي تحول دون تحقيق أهدافه المهنية ولكن مهما كانت مدة الأقدمية للممرض في مجال مهنة التمريض كبيرة دائما نجد هذه الفئة لا تتكيف بسهولة وخاصة في ظل العمل الليلي أين توجد حالات يكون فيها الممرض في حالة صحية لا تسمح له بمزاولة مهامه ليلا حيث تنخفض درجة اليقظة والانتباه والتركيز لديه في الحالات المرضية مما يجعله عرضة للوقوع في الأخطاء الطبية الخطيرة التي يمكن أن تودي بحياة المرضى إذ أن الأقدمية وحدها لا تكفي ليتكيف الممرض مع نظام العمل ليلا بل تتدخل في ذلك عوامل أخرى خارجية التي تعترض تحقيق الممرضين العاملين في المناوبات الليلية الرضا المهني في مهنة التمريض.

2 – 1 – 11 – مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات الاكتئاب حسب الأقدمية:

التذكير بالفرضية الجزئية الحادية عشر: توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية.

من خلال الجدول رقم (55) الصفحة (235) الذي يوضح الفروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين حسب الأقدمية، تبين أن الاكتئاب كان لصالح الأقدمية التي تتراوح بين (20– 25) سنة وذلك بمتوسط (14.50)، ليليه بعد ذلك الاكتئاب لصالح الممرضين ذووا الأقدمية التي تتراوح بين (30– 35) سنة وقدر متوسطهم (12.35)، وتوضح النتائج وبعد حساب اختبار أنوفا (F)= (6.47) وقدرت قيمة

الدلالة الإحصائية (sig)= (0.00) ومستوى الدلالة الإحصائية (&)= (0.05) مما يعني أنها دالة إحصائيا.

وعليه الفرضية التي مفادها: توجد فروق في مستويات الاكتئاب لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية قد تحققت، وذلك لصالح الممرضين ذووا الأكثر أقدمية.

وتتطابق هذه النتائج مع النتائج التي توصل إليها لعريط (2007) من خلال وجود فروق جوهرية في الاستجابة الاكتئابية لصالح العمال ذووا الأكثر أقدمية، بالإضافة إلى ما بينته دراسة بوغطاس وآخرون (2012) إلى انتشار أعراض الاكتئاب بالنسبة للممرضين الأكثر أقدمية في العمل.

وتعتبر هذه الفروق في مستويات الاكتئاب حسب الأقدمية وإن دلت على شيء إنما تدل على كثرة العراقيل التي تقف في وجه الممرضين العاملين ليلا ذووا الأكثر أقدمية، إذ بات من الضروري على الممرضين الليليين بذل مجهودات أكبر للتكيف وطبيعة العمل ليلا وتعود معاناة هذه الفئة من الاكتئاب بدرجات عالية إلى السنوات الطويلة التي يقضيها الممرض داخل المستشفى والتعامل مع الحالات المزمنة مما يؤدي بهم إلى الشعور باليأس ما يجعل الممرض عرضة للاكتئاب وكذلك عند فقدان المرضى هذا ما يؤدي بهم إلى الشعور الدائم بالتوتر خاصة عند الحالات الطارئة وبذل مجهودات جبارة من أجل إنقاذ حياة المرضى وتقديم خدمات راقية تكون في مستوى مهنة التمريض، ويعتبر البقاء طيلة ليلة كاملة من أجل الوقوف على المرضى والاعتناء بهم ليس بالشيء السهل وكذا سعي الممرضين من أجل تحقيق أهدافهم المهنية والعملية ما يؤدي بهم إلى الوقوع في حالات من الاكتئاب، وتعتبر حالات الاكتئاب هاجس يطارد الصحة النفسية للممرضين العاملين في المناوبات الليلية وقد يعود ذلك إلى الجو السائد داخل المستشفى وكثرة المرضى وكذا الخوف من انتقال الأمراض والأوبئة وبالتالي يؤدي هذا الحال بالممرضين إلى العزلة والوحدة النفسية التي يسببها هذا النوع من تنظيم العمل ويعتبر هذا الأخير هو من فرض وجود أو انتشار هذه الاضطرابات النفسية في مجال العمل وبالتالي اعتلال الصحة النفسية والجسدية للممرضين والممرضات العاملات في المناوبات الليلية.

2-1-12- مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في مستويات الضغط النفسي حسب الأقدمية:

التذكير بالفرضية الجزئية الثانية عشر: توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية.

من خلال الجدول رقم (56) الصفحة (236) الذي يوضح الفروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين حسب الأقدمية، يتبين من خلال النتائج أن الفروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المناوبات الليلية في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو كانت لصالح الممرضين الذين تتراوح أقدميتهم بين (20- 25) سنة وذلك بمتوسط (49.50)، يلي بع ذلك الفروق لصالح الممرضين ذووا الأقدمية التي تتراوح بين (30- 35) سنة وبلغ متوسطهم (43.23).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها باستخدام اختبار أنوفا (F)= (4.38) وقيمة الدلالة الإحصائية (sig)= (0.00) ومستوى الدلالة الإحصائية (&)= (0.05) مما يعني أنها دالة إحصائيا.

وعليه الفرضية القائلة: توجد فروق في مستويات الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حسب الأقدمية قد تحققت، لصالح الممرضين ذووا الأكثر أقدمية.

وقد تعود هذه الفروق في مستويات الضغط النفسي لصالح الممرضين ذووا الأكثر أقدمية إلى التعب الذي يتراكم على الممرض طيلة سنوات الخدمة، وكذا طبيعة ورتم العمل خاصة عند كثرة واكتضاض المرضى وانعدام الوسائل والشروط التي تتلاءم ومهنة التمريض.

وهناك عوامل أخرى قد تؤدي بالممرض إلى المعاناة من الضغط النفسي ألا وهي زيادة حجم المسؤوليات التي تقع على عاتقه وكذا كثرة المجهودات المبذولة من طرفه من أجل الترقيات والنمو المهني، وكثرة الفترة التي يقضيها في العمل إذ يشكل ذلك الوسيلة الوحيدة لإشباع الحاجات المادية من جهة والحاجات النفسية من جهة أخرى، أين نجد الممرض دائما يسعى إلى تحقيق ذاته في العمل من أجل الوصول إلى أهدافه بالإضافة إلى كثافة العمل بالنسبة للممرض ذو الأكثر أقدمية وكثرة التعامل مع المسؤول مما يخلق نوعا من الضغط النفسي في العمل نظرا لما يتطلبه العمل من إرغامات المهام التي تستند إلى الممرض في ظل العمل الليلي، ويمكن كذلك لنوع العلاقات مع الزملاء في العمل أن تسبب ضغوطا نفسية لدى الممرضين مما يؤدي إلى ظهور السلوكات العدوانية في مجال العمل، وكذلك كثرة المنافسة من أجل الترقية. وعليه تلعب الأقدمية دور مهم في ظهور بعض المشكلات المرتبطة ببيئة العمل والتي يمكن بدورها أن تؤثر على الصحة النفسية والجسدية للممرض العامل ليلا ونجد مثلا الظروف الفيزيقية مثل نقص التهوية أين تحل مكانها رائحة الأدوية والتي تسبب للممرضين ضغوطا مزمنة، وكذا طول ساعات العمل مثلما هو الحال في العمل ليلا، وكذلك فترات الراحة القصيرة التي تمنح للممرض بعد نهاية المناوبة لا تكفيه لاسترجاع الأنفاس وأخذ القسط الوافر من الراحة مما يعني صعوبة تعويض النوم الليلي بالنوم أثناء النهار، بالإضافة إلى كل هذا الوجبات التي يتناولها الممرض خلال ليلة العمل أين يستهلك بكثرة المأكولات الخفيفة التي لا تكون صحية وكذا استهلاك المنبهات كالقهوة والشاي طيلة سنوات الخدمة للبقاء على رتم عمل موحد مما يخلق لديه نتيجة ذلك اضطرابات هضمية والمغص في المعدة والوقوع في مشكلة الكولون العصبي، وعليه كل تلك المشكلات السالفة الذكر تؤدي بالممرض العامل ليلا إلى معاناته من الضغوط النفسية.

وعليه في الأخير نقول أن الفرضية العامة الأولى والتي مفادها: يمارس العمل الليلي انعكاسات نفسية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو قد تحققت.

2-2- مناقشة النتائج الخاصة بالانعكاسات الفسيولوجية والعامة:

التذكير بالفرضية العامة الثانية: يمارس العمل الليلي انعكاسات فسيولوجية على الممرضين العاملين في المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

2-2-1- مناقشة النتائج المتعلقة باضطرابات النوم لدى الممرضين والممرضات:

التذكير بالفرضية: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات في النوم لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

جدول رقم (102) اضطرابات النوم لدى الممرضين والممرضات

إجابات أفراد العينة / الانعكاسات	نعم		لا		مج		$كا^2$ المحسوبة	الحكم
	ت	%	ت	%	ت	%		
المعاناة من اضطرابات في النوم من جراء العمل ليلا	175	%58.3	125	%41.7	300	100	41.81	دالة
المعاناة من الأرق نتيجة مهامك ليلا	206	%68.7	74	%31.3			41.81	دالة
لمعاناة من قلة النوم	121	%40.3	179	%59.7			11.21	دالة
التوتر عندما تحاول النوم عدة مرات ولا تستطيع	149	%49.7	151	%50.3			147.00	دالة
إيجاد صعوبة في النوم بعد المناوبة الليلية	171	%57	129	%43			5.88	غير دالة
المعاناة من كثرة النوم (فرط النوم) من جراء العمل في الليل	220	%73.3	80	%26.7			65.33	دالة
الشعور بالنعاس التام خلال النهار	255	%85	45	%15			147.00	دالة
الاستيقاظ ليلا بصفة متكررة	118	%39.3	182	%60.7			13.65	دالة
هل تنتابك نوبات من النعاس خلال العمل الليلي	161	%53.7	139	%46.3			173.28	دالة
إيجاد صعوبة في تحريك أحد أعضائك عند النوم أو الاستيقاظ	287	%95.7	13	%4.3			250.28	دالة
استعمال الأدوية المنومة	244	%61	156	%39			149.81	دالة
الشعور بصداع دائم في الرأس بسبب قلة النوم	256	%85.3	44	%14.7			173.28	دالة
المعاناة من اضطراب جدول النوم/يقظة من جراء العمل الليلي	264	%88	36	%12			16.33	دالة

درجة الحرية =1

مستوى الدلالة= 0.01

يوضح الجدول رقم (102) إجابات أفراد العينة حول اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين في المناوبات الليلية في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، إذ أن نسبة الممرضين الذين أجابوا بأنهم يعانون من اضطرابات النوم من جراء العمل الليلي (58.3%)، وبينت المعالجة الإحصائية

(s=0.000) (khi deux=41.813) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (41.813) وعند مستوى الدلالة (0.01) تبين أنها دالة إحصائيا هي دالة إحصائيا، أما فيما يتعلق بالسؤال الثاني والعشرون المرتبط بمعاناة الممرضين والممرضات العاملات ليلا من الأرق نتيجة مهامهم ليلا فأغلب إجابات أفراد العينة كانت بـ "نعم" بمعنى أنهم يعانون من الأرق من جراء العمل ليلا بنسبة (68.7%)، وتبين المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux =41.813)وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (41.813) وهي دالة إحصائيا، وفيما يتعلق بالإجابات حول السؤال الثالث والعشرون المرتبط بمعاناة الممرضين من قلة النوم، فقد قدرت نسبة الأفراد الذين كانت إجاباتهم أنهم يعانون من قلة النوم أي عدم كفاية الوقت المتوفر للراحة لاسترجاع الطاقة (40.3%)، فتوضح المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux11.213) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (11.213) عند مستوى الدلالة (0.01) تبين أنها دالة إحصائيا وهي دالة إحصائيا، أما فيما يتعلق بالإجابات المتعلقة بالسؤال الرابع والعشرون المرتبط بالتوتر عند المحاولة للنوم عدة مرات ولا يستطيعون أين بلغت نسبة الذين أجابوا بأنهم يعانون من هذه المشكلة (49.7%) وبينت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=147.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (147.000) عند مستوى الدلالة (0.01) وهي دالة إحصائيا.

وفيما يرتبط بإجابات أفراد العينة حول السؤال الخامس والعشرون المتعلق بإيجاد الممرضين صعوبات في النوم بعد المناوبة الليلية بلغت نسبة الممرضين والممرضات الذين يعانون من هذه المشكلة (57%)، أوضحت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=5.880) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (5.880) وهي غير دالة إحصائيا، وفيما يخص الإجابات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على السؤال السادس والعشرون المتعلق بمعانات الممرضين والممرضات من كثرة النوم (فرط النوم) من جراء العمل في الليل إذ احتل الذين يعانون من فرط في النوم نتيجة العمل الليلي نسبة (73.3%) أين أدلى بعض الممرضين من خلال الملاحظات التي وضعوها على أسئلة الاستبيان وخاصة أرباب وربات البيوت أنه بعد المناوبة لا يخلدون مباشرة إلى النوم نظرا للمسؤوليات الاجتماعية التي تنصب على عاتقهم فنجدهم مضطرين للقيام بتلك المسؤوليات والتضحية بفترات الراحة والاستمتاع بها من أجل استرجاع الأنفاس إذ أنهم في فترات معينة ينال منهم التعب سواء قبل المناوبة أو بعدها نظرا لعدم أخذ القسط الوافر من الراحة المقدمة لهم هذا من جهة، ومن جهة أخرى وبين المسؤوليات المنصبة على عاتقهم من جهة أخرى، حيث مثلت أغلبية أفراد عينة الدراسة فقد دلت المعالجة الإحصائية المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=65.333) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (65.333) وهي دالة إحصائيا.

وبالعودة إلى النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الميدانية وبالخصوص إجابات أفراد العينة على السؤال السابع والعشرون المتمثل في شعور الممرضين والممرضات بالنعاس التام أثناء النهار فقد كانت معظم الإجابات "نعم" بنسبة (85%) وتدل هذه النتائج أن أغلبية أفراد العينة يعانون من النعاس التام أثناء النهار ويعود ذلك إلى تراكم ديون النوم التي يعاني منها الممرضين الليليين وعدم كفاية فترات الراحة المتاحة لهذه الفئة، أوضحت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=147.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (147.000) وهي دالة إحصائيا، أما بخصوص الإجابات المتحصل عليها حول السؤال الثامن والعشرين المتعلق باستيقاظ الممرضين والممرضات ليلا وبصفة متكررة إذ احتل الممرضين الذين يعانون من الاستيقاظ بصفة متكررة أثناء النوم نسبة (39.3%)، أشارت المعالجة الإحصائية المتعلق بالإجابات حول هذا البند (s=0.000) (khi deux=16.653) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (16.653) وهي دالة إحصائيا.

وبخصوص إجابات أفراد العينة على السؤال التاسع والعشرين فيما يتعلق ب هل تنتابهم نوبات من النعاس خلال العمل ليلا فقد أوضحت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=173.280) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (173.280) وهي دالة إحصائيا، وفيما يرتبط بالإجابات المتحصل عليها حول السؤال ثلاثون حول إيجاد أفراد العينة صعوبة في تحريك أحد الأعضاء عند النوم أو الاستيقاظ أين احتل الذين يعانون من النعاس خلال العمل ليلا نسبة (53.7%)، فقد أوضحت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=250.253) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (250.253) وهي دالة إحصائيا، أما فيما يرتبط بالإجابات التي تم الحصول عليها حول السؤال الواحد والثلاثون في استعمال الممرضين والممرضات العاملين والعاملات ليلا للأدوية المنومة أين احتل الممرضين الذين يستعملون الأدوية المنومة نسبة (61%) فقد أوضحت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=149.813) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) deux لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (149.813) وهي دالة إحصائيا أما فيما يرتبط بإجابات أفراد العينة حول الشعور بالصداع الدائم في الرأس بسبب قلة النوم بلغ نسبة الممرضين الذين يعانون من الصداع (85.3%) تشير المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=173.280) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (173.280) وهي دالة إحصائيا.

أما بخصوص الإجابات المتحصل عليها حول معاناة أفراد العينة من اضطراب جدول النوم/ يقظة من جراء العمل الليلي فقد مثل الممرضين الذين يعانون من هذه المشكلة نسبة (88%)، أي أغلبية أفراد عينة البحث يعانون من اضطرابا جدول النوم /يقظة حيث أن في فترات الليل الجسم يستعد للراحة واستعادة النشاط، لكن في ظل هذا التنظيم من العمل العامل يجب أن يستعد للعمل في المناوبة أي البقاء

مستيقظا طيلة الليل هذا ما يؤدي إلى اضطراب جدول النوم /يقظة، فقد أوضحت المعالجة الإحصائية المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=16.333) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (16.333) وهي دالة إحصائيا.

وبالتالي يعتبر الممرضين العاملين في المناوبات الليلية أو الساعات الغير نمطية أكثر عرضة لاضطرابات النوم، مما قد يعرضهم للحوادث بشكل كبير نتيجة لفقدان التركيز الناتج عن عدم أخذ القسط الوافر من الراحة وكمية النوم التي يحتاجها الجسم لاستعادة النشاط بعد نهاية المناوبة الليلية، ضف إلى هذا احتمال ظهور مشكلات أخرى مثل ضعف الذاكرة، القلق والتي تعود بتأثيرات سيئة على الحالة العامة للجسم، وبالتالي اختلال الساعة البيولوجية للفرد لأن الجسم مهيأ للعمل خلال فترات الصباح وترتخي عضلاته في الليل، وفيما يخص وضعية العمل ليلا تختلف درجة التكيف مع هذا النوع من تنظيم العمل من فرد لأخر، حيث نجد اختلال في مواعيد النوم والاستيقاظ. وعليه على الفرد أن يأخذ القسط الوافر من الراحة حتى لا تتراكم ديون النوم لتعويض النقص في ساعات النوم لاحقا، فالحرمان من النوم يزيد من أخطار الإصابة بالسمنة وخطر ارتفاع ضغط الدم والنوبات القلبية والسكتات الدماغية.

ومن خلال ذلك نجد أن اضطرابات النوم لدى الممرضات والممرضين العاملين ليلا في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو تشمل على الأرق أو النوم لساعات طويلة ومتواصلة دون الإحساس بالراحة أو استعادة النشاط، ويعتبر طول ساعات العمل والعمل في دوريات متغيرة وبوتيرة عمل عالية يؤدي في كثير من الأحيان إلى خطر ظهور الأرق هذا ما يؤثر على أداء الفرد لعمله، والجدير بالذكر أن معظم عمال المناوبات الليلية يستهلكون بشكل مفرط للكافيين والنيكوتين، ومما هو معروف أن القهوة والشاي والكولا إلى غير ذلك من المشروبات تحتوي على مادة الكافيين التي تعتبر من المواد المنبهة والتي يستعملها العامل ليلا عادة للحفاظ على نفس الدرجة من اليقظة أثناء المناوبة الليلية، وبالتالي يلعب النوم دورا أساسيا في استعادة النشاط والحيوية للجسم، وقد تبين ذلك من خلال عدة دراسات ومن بينها دراسة "ماتز" وجماعته (1960)، أن قلة النوم لدى الفرد تؤدي إلى انخفاض في أدائه مما يؤدي إلى ظهور حالة من الضغوط النفسية وهذا في حالة استمرار الحرمان من النوم، وفي نفس السياق ما توصل إليه كوهن Kahn (1962) ، وتسبب اضطرابات النوم في اختلال العديد من هرمونات الجسم مثل اضطرابات في عملية الأيض.

تتطابق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصل إليها "تيزافنسون" (1958) أن معظم عمال الدوريات يعانون من اضطرابات النوم بالمقارنة مع عمال النهار، ويرجع "موريس" (1976) اضطرابات النوم إلى عدم تمكن عمال الدوريات الليلية من تعويض النوم أثناء النهار، وتتطابق أيضا هذه النتائج مع النتائج التي توصل إليها تقرير الصحة الذي أعدته (DARES) سنة (2007)، بالإضافة إلى تطابقها مع دراسة شايب وآخرون (2015) Chaib et autres، بالإضافة إلى تطابقها ودراسة الحربي (2001)،

وكذلك تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع ما بينته دراسة أدم وآخرون (2012) Adam et autres والتي أجريت حول اضطرابات النوم واليقظة لدى عمال المناوبات الليلية.

وإذا توقفنا عند هذه النقطة المهمة أن العامل ليلا يجد صعوبة في تعويض النوم أثناء النهار بعد نهاية النوبة الليلية وهذا راجع إلى عدة أسباب، حيث أنه خلال الدراسة الميدانية أدلى العديد من الممرضين أنه خلال نهاية المناوبة وبعد الرجوع إلى المنزل والخلود إلى النوم يجدون صعوبة كبيرة في النوم مباشرة وتتدخل عدة عوامل في ذلك مثل عدم توفر البيئة والجو المناسب للنوم ونجد على سبيل المثال ارتفاع أو انخفاض درجة الغرفة، أو وجود إضاءة زائدة في الغرفة وقد أدلى العديد من الآباء، أن الأولاد عند الذهاب إلى المدرسة يصدرون أصوات وضجيج تمنع الأب من الخلود مباشرة إلى النوم وأخذ القسط الوافر من الراحة ، أما بالنسبة للممرضات العاملات ليلا خاصة المتزوجات منهن فقد أدلين أنه عند نهاية المناوبة والرجوع إلى المنزل يستحيل الخلود إلى النوم مباشرة بعد العودة لأنه توجد مسؤولية الأولاد، بالإضافة إلى القيام بالأعمال المنزلية هذا ما يؤثر على جدول النوم يقظة لأن جسم الإنسان له رتم خاص حيث يعمل في النهار وترتخي أو تخمل عضلاته في الليل للخلود إلى النوم وتعويض الطاقة اللازمة للاستيقاظ في الصباح الباكر لكن في حالة العاملين ليلا عموما والممرضين على وجه الخصوص يحدث العكس لأنهم يزاولون مهامهم ليلا، ومن بين المشكلات التي يعاني منها الممرضين العاملين ليلا هو مشكلة النوم أثناء القيادة مما يعرضهم للوقوع في الحوادث المرورية، ضف إلى ذلك عدم قدرة الممرضين من النوم خاصة في الساعات المناسبة لذلك ويعود السبب حسبهم إلى طبيعة العمل وتنظيمه الذي يقتضي البقاء مستيقظا طيلة ليلة المناوبة مما يلزم على الممرضين ليلا بذل جهدا أكبر من طرفهم لتحقيق ذلك، لأنه في مهنة التمريض يستوجب البقاء في حالة يقظة لضمان توفير الرعاية الدائمة للمرضى.

وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

وما يمكن استنتاجه من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج الدراسة الميدانية في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، وبالعودة إلى مختلف الإجابات التي أدلى بها الممرضين العاملين في المناوبات الليلية خاصة فيما يتعلق باضطرابات النوم لدى هذه الفئة إذ تعتبر اضطرابات النوم من المشكلات الصحية الخطيرة حيث تؤدي هذه المشكلة إلى ضعف نشاط الفرد أثناء النهار، وفقدانه للقدرة على التركيز وأداء وظائفه المهنية ضف إلى ذلك اعتلال صحته النفسية والجسدية نتيجة حرمانه الدائم من النوم ومعاناته من الأرق، وبخاصة عند محاولة الفرد النوم لمرات متكررة ولا يستطيع هذا ما يؤدي به إلى ظهور اضطرابات نفسية شديدة الارتباط باضطرابات النوم نجد من بينها القلق والاكتئاب وشعور الفرد الدائم بالانزعاج والضيق والتوتر، ولعل أكبر دليل على ذلك لجوء أغلبية عمال المناوبات الليلية إلى تناول العقاقير والحبوب من أجل قضاء فترة من الراحة أثناء النوم، ولكن في حالة ما

إذا حدث الإدمان على هذه العقاقير ينعكس ذلك بالسلب على صحة الفرد وعدم أخذ القسط الوافر من الراحة أثناء النوم مما يؤدي إلى تفاقم اضطرابات النوم لدى الفرد، وتجدر الإشارة في هذا الصدد أنه بات من الضروري والمهم الاهتمام بالساعة البيولوجية، حيث تعتمد هذه الأخيرة للنوم وقتا معينا إذ أن معظم وظائف جسم الإنسان تكون نشيطة في الصباح للقيام بمختلف النشاطات والأعمال المناطة للفرد، وتركد أو تخمد هذه الوظائف أثناء فترة الليل لأخذ القسط الوافر من الراحة لتعويض الطاقة المستهلكة أثناء النهار.

وعليه تعتبر اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين ليلا من المشكلات الصحية الصعبة التي تزعج الفرد عامة والفرد العامل خاصة، إذ تؤدي اضطرابات النوم إلى الحرمان من النوم وأخذ القسط الوافر من الراحة وبالخصوص في ظل العمل الليلي والتناوبي أين تأخذ الساعة البيولوجية لجسم الإنسان منحى أخر وتكون معاكسة لنشاطه اليومي، ومما هو معروف أن الإنسان يعمل في النهار ويخلد للنوم في الليل لتعويض الطاقة المستهلكة، لكن في ظل العمل الليلي يحدث عكس ذلك تماما أين يكون الفرد في أوج نشاطه ويقظة للقيام بمهامه في العمل، وهذا ما بينته دراسة مركز ANSES (2016) حول أثار العمل الليلي في الصحة، إذ أظهرت نتائج هذه الدراسة أن العمل ليلا يؤدي إلى اضطراب الوتيرة البيولوجية والاجتماعية للفرد، ومعاناة العمال الليليين من اضطرابات النوم والأرق، وفي ظل مهنة التمريض تكون مسؤولية الممرض أكبر والخوف من الوقوع في الأخطاء الطبية أو الغفوات المفاجئة من النوم نتيجة التعب والأرق الذي ينال من الممرضين العاملين في المناوبات الليلية، وكنتيجة للتعب يمكن أن يعانوا من مشكلة الإفراط في النوم والتي تعتبر من اضطرابات النوم الأكثر شيوعا إذ ينام الفرد بكثرة دون نيل قسطه من الراحة بعد التعب الذي يواجه هذه الفئة العاملة، والتي تسببها الآثار التي تترتب عن الحرمان من النوم وبالتالي تضاؤل مستويات الفرد العامل في أداء مهامه الاجتماعية والمهنية.

وتعتبر القيلولة من الأمور المهمة للعامل وخاصة بعد ليلة عمل شاقة ومتعبة لدى بعض الأفراد الذين يجدون صعوبة كبيرة في الخلود إلى النوم مباشرة، وخاصة مع الضوضاء التي تصدر من المحيط الخارجي وضجيج الأبناء عند الذهاب إلى المدرسة والزوجة أثناء القيام بالأعمال المنزلية، هذا ما يسبب الأرق لهذه الفئة العاملة والذي يحدث نتيجة سواء الصعوبة التي يجدها الفرد في الخلود إلى النوم مباشرة بعد ليلة العمل أو حتى الاستيقاظ المتكرر من النوم أثناء الليل، ويحدث أن تسبب اضطرابات النوم أعراض في صحة العامل ليلا سواءا الفسيولوجية وحتى النفسية، فمن الناحية الفسيولوجية تصاحبها حركة العين السريعة نتيجة فقدان النوم واحمرار العينين والحكة على مستوى العينين والرمش نتيجة فقدان النوم، ويصاحب ذلك ألام الأعضاء والتشنجات العضلية ومن الناحية النفسية يحدث لدى الفرد ذو النوم المضطرب، هذا ما بينته دراسة بقادير (2006) في دراسته حول الآثار الفسيولوجية والاجتماعية للعمل الليلي على العمال الذين يعملون ليلا، حيث يعانون العمال من اضطرابات في النوم وذلك من جانب نوعية وكمية نومهم، وبالتالي تنتشر لدى العمال في المناوبات الليلية حالات من التوتر والنرفزة والعصبية

والقلق والاكتئاب والميل إلى العزلة وبالتالي تأثير ذلك على علاقاته الاجتماعية والأسرية وتقل الزيارات للأقارب في الأعياد والمناسبات العائلية والدينية إذ يجد العامل في ظل نظام العمل الليلي صعوبات في نسج علاقات اجتماعية وطيدة نتيجة اختلال رتمه البيولوجي أي العمل ليلا والنوم أثناء النهار.

2-2-2- مناقشة النتائج المتعلقة بالاضطرابات الهضمية لدى الممرضين والممرضات:

التذكير بالفرضية: يمارس العمل الليلي اضطرابات هضمية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو .

جدول رقم (103) الاضطرابات الهضمية لدى الممرضين والممرضات

إجابات أفراد العينة / الانعكاسات	نعم		لا		مج		كا² المحسوبة	الحكم
	ت	%	ت	%	ت	%		
المعاناة من اضطرابات هضمية جراء العمل ليلا	243	%81	57	%19	300	100	115.320	دالة
استهلاك الوجبات الخفيفة أثناء العمل ليلا	75	25%	225	%75			75.000	دالة
انتظام الوجبات الغذائية (تناول الوجبات في موعدها)	242	%80.7	58	%19.3			112.853	دالة
الإصابة بنوبات من الغثيان	168	%56	132	%44			.115.32	دالة
المعاناة من فقدان الشهية (نتيجة الاستهلاك المفرط للمنبهات)	252	%84	48	%16			138.720	دالة
تناول أكثر من وجبة أثناء العمل ليلا	78	%26	222	%74			69.120	دالة
المعاناة من اضطرابات معوية (الإمساك، الإسهال)	161	%53.7	139	%46.3			112.853	دالة
المعاناة من صعوبة الهضم	140	%46.7	160	%53.3			69.120	دالة
المعاناة من مشكلة الثقل المعوي	232	%77.3	68	%22.7			89.653	دالة
المعاناة من المغص في المعدة	163	%45.3	137	%45.7			89.653	دالة
اللجوء لتناول العقاقير لفتح الشهية	139	%46.3	161	%53.7			138.720	دالة
تناول الوجبات الصحية	175	%58.3	125	%41.7			75.000	دالة

درجة الحرية =1

مستوى الدلالة= 0.01

بالعودة إلى الجدول رقم (103) المتعلق بالاضطرابات الهضمية لدى الممرضين العاملين ليلا، وفيما يخص إجابات أفراد عينة البحث على السؤال الرابع والثلاثون والذي يتضمن معاناة الممرضين من اضطرابات هضمية من جراء العمل ليلا فإن أغلبية الممرضين العاملين ليلا يعانون من اضطرابات الهضم لدرجة أنهم احتلوا نسبة (81%)، وتوضح المعالجة الإحصائية (s=0.000) (115.320= khi deux) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (115.320) وهي دالة إحصائيا، وفي نفس السياق وبالعودة دائما إلى الإجابات المتحصل عليها من خلال الدراسة الميدانية، نجد الإجابات المرتبطة بالسؤال الخامس والثلاثون المتعلق باستهلاك الوجبات الخفيفة من طرف الممرضين أثناء العمل ليلا، أين احتل الممرضين الذين يستهلكون الوجبات الخفيفة أثناء العمل ليلا نسبة (75%)، وتشير المعالجة الإحصائية المتعلقة بالإجابات المرتبطة بهذا البند من الاستبيان (s=0.000) (khi deux=75.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (75.000) وهي دالة إحصائيا، أما فيما يخص الإجابات الممثلة للسؤال السادس والثلاثين والذي ينص على ما إذا كانت الوجبات التي يتناولها الممرضين منتظمة أو بتعبير أخر تناول الوجبات في وقتها وبالعودة إلى النسب المئوية المتحصل عليها من خلال الدراسة نجد أن معظم أفراد العينة يتناولون الوجبات في وقتها والدليل على ذلك احتلالهم نسبة وصلت (80.7%)، أما الذين أجابوا بعدم تناول الوجبات في وقتها وذلك بنسبة (19.3%) وحسب ما أدلى به بعض الممرضين وبالرجوع دائما إلى الملاحظات المدونة على الاستبيانات أن البعض منهم لا يتناولون الوجبات اليومية في وقتها خاصة بعد النهاية من العمل ليلا يخلدون مباشرة إلى النوم نظرا للتعب الذي ينال منهم، إذ أنه بعد النوبة الليلية يستغرقون في النوم لمدة طويلة ولا يستيقظون لأخذ وجبة فطور الصباح ولا حتى الغذاء ويقومون بذلك بشكل مستمر، وربما يدخل في ذلك العديد من المتغيرات من بينها التكيف مع نظام العمل وبخاصة الممرضين الجدد بالمقارنة مع الذين يمتلكون خبرة في ميدان التمريض، بينت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=112.853) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (112.853) وهي دالة إحصائيا.

أما فيما يرتبط بالإجابات المتعلقة بالسؤال السابع والثلاثون المرتبط بإصابة الممرضين بنوبات من الغثيان مثل الممرضين الذين يعانون من هذه المشكلة نسبة (56%)، وأشارت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=115.320) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (115.320) وهي دالة إحصائيا، وفي نفس السياق الذي يرتبط باضطرابات الهضم لدى الممرضين العاملين ليلا ومن خلال إجابات العينة حول السؤال الثامن والثلاثون المتعلق بمعاناة الممرضين من فقدان الشهية وذلك نتيجة الاستهلاك المفرط للمنبهات من الملاحظ أن أغلبية أفراد العينة يعانون من فقدان الشهية الذي يعود إلى الاستهلاك المفرط للمنبهات ذلك بنسبة (84%)، وضحت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=138.720) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1)

لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (138.720) وهي دالة إحصائيا، وفيما يخص الإجابات المرتبطة بالسؤال التاسع والثلاثون الذي يتضمن تناول أكثر من وجبة أثناء العمل ليلا ومثل الممرضين الذين لديهم هذا السلوك الغذائي نسبة (26%) من إجمالي عينة البحث، أشارت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=69.120) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (69.120) وهي دالة إحصائيا، وبخصوص الإجابات التحصل عليها حول السؤال الأربعين والذي يتضمن المعاناة من اضطرابات معوية مثل الإمساك والإسهال أين أدلى (53.7%) من الممرضين أنهم يعانون من هذه المشكلة الهضمية، وأشارت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi =112.853) deux وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (112.853) وهي دالة إحصائيا.

أما فيما يرتبط بالإجابات التي تعلقت بالسؤال الواحد والأربعون المتمثل في المعاناة من صعوبة الهضم، مثل الأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة نسبة (46.7%)، وبينت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=69.120) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (69.120) وهي دالة إحصائيا، وفيما يتعلق بالإجابات المتحصل عليها حول السؤال الثاني والأربعون المتمثل في معاناة الممرضين العاملين ليلا من الثقل المعوي اتضح أنه (77.3%) من إجمالي عينة البحث يعانون من مشكلة الثقل المعوي، فقد وضحت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=89.653) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (89.653) وهي دالة إحصائيا، وفيما يتعلق بالإجابات المرتبطة بالسؤال الثالث والأربعون المتضمن المعاناة من المغص في المعدة حيث احتل الممرضين الذين يعانون من مشكلة المغص في المعدة نسبة (45.3%)، فقد أظهرت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=89.653) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (89.653) وهي دالة إحصائيا، ودائما في نفس الصدد المرتبط باضطرابات الهضم لدى الممرضين العاملين ليلا وفيما يتعلق بالإجابة على السؤال الرابع والأربعون المتعلق بلجوء الممرضين الليليين لتناول العقاقير لفتح الشهية أين احتل الممرضين الذين يلجئون لتناول العقاقير نسبة (46.3%)، أين أشارت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (138.720= khi deux) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (138.720) وهي دالة إحصائيا، أما فيما يخص مجمل إجابات أفراد عينة البحث فيما يتعلق بالسؤال الخامس والأربعون المتمثل في تناول الوجبات الصحية من طرف الممرضين العاملين ليلا توصلت النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة أن نسبة (58.3%) فقط من إجمالي عدد أفراد عينة الدراسة هم الذين يتناولون الوجبات الصحية ويهتمون لذلك، فقد أشارت المعالجة الإحصائية (s=0.000) (khi deux=75.000) وذلك عند درجة الحرية (ddl:1) لإجابات أفراد العينة قيمة كا^2 تساوي (75.000) وهي دالة إحصائيا.

وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها: يمارس العمل الليلي اضطرابات هضمية لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

وتتطابق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصلت إليها الدراسات الوبائية أن للعمل الليلي تأثير على الصحة العقلية والفسيولوجية والأداءات المعرفية ضف إلى اضطرابات اليقظة، وقلة النوم، اضطرابات النوم التي تزداد مع التقدم في السن، حيث تعمل فيزيولوجية الجسم برتم دوري يعرف بالساعة البيولوجية تتوقف عليها إفرازات معظم وظائف العضوية من تنفس وهضم ودورة دموية بالإضافة إلى مشكلات في تنظيم الحياة الاجتماعية بالنسبة لعمال الليل، وظهور الغضب والنرفزة، والقلق والاكتئاب والاضطرابات الجنسية، والاضطرابات الهضمية بنسبة (30%) لدى عمال الليل، بالإضافة إلى نقص الشهية بنسبة (20 إلى 75%) بالنسبة للذين يعملون ليلا عكس الذين يعملون صباحا بنسبة (10إلى.25%)، والقرحة المعدية وانخفاض الأداء، بالإضافة إلى ارتفاع الميتابوليزم والمعاناة من السمنة، أما بالنسبة للعادات السيئة فنجد التناول المفرط للكحول والتدخين، بالإضافة إلى تطابقها مع دراسة أندرسون (1957)، ودراسة بيكر (2004)، وكذلك تتطابق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج CGT de l'allier (2014) التي بينت أن العمل بالنظام الدوري والتناوبي تنجر عنه العديد من الآثار السلبية في صحة العاملين ومن بينها الاضطرابات الهضمية.

وانطلاقا من النتائج المرتبطة باضطرابات الهضم لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، ما يمكن استنتاجه من ذلك أنه من الشائع أن أعضاء الجسم تعمل بشكل مختلف ليلا ونهارا، وهي مبرمجة لتكون في أوج نشاطها خلال ساعات النهار والاسترخاء أثناء ساعات الليل، والجهاز الهضمي للإنسان مثله مثل بقية أعضاء الجسم فإنه في حالة العمل ليلا تتدهور عملية الهضم العادية لأنها تعاكس الرتم البيولوجي أو الساعة البيولوجية لجسم الإنسان، وحسب نتائج الدراسة الميدانية فإن الممرضين العاملين في المناوبات الليلية غالبا ما يعانون من مشكلات واضطرابات في الجهاز الهضمي يعود ذلك للعديد من الأسباب والعوامل، نجد من بينها قضم الوجبات الخفيفة على غير العادة والتي لا تستغرق وقتا طويلا لإعدادها وتناول الوجبات اليومية في الأوقات المبرمجة للراحة، أما فيما يخص العادات الغذائية للممرضين العاملين ليلا فإن معظمهم يستهلكون المأكولات الخفيفة وبكثرة ويعود ذلك سواء لعدم توفر الوقت الكافي لتناول الوجبات أو تحضيرها في المنزل وأخذها إلى العمل نظرا لتفاقم المسؤوليات الملقاة على عاتق هذه الفئة العاملة خاصة في حالة المتزوجين والمتزوجات منهم، أو إنها عادات غذائية تعودوا عليها، أما بالنسبة للممرضين الذكور فيقبلون بكثرة على التدخين أثناء العمل ليلا وفيما يخص استهلاك المنبهات كالقهوة والشاي فنجد الممرضين والممرضات يقبلون بشكل مفرط على هذه المنبهات للبقاء في حالة يقظة أثناء الليل والقضاء على نوبات النعاس التي تنتابهم والتي قد تؤدي إلى نتائج كارثية على أدائهم وارتكاب الأخطاء الطبية الفادحة التي تودي بحياة المرضى، لكن

الاستهلاك المفرط للمنبهات من طرف الممرضين العاملين ليلا تبقيهم يقظين خلال فترة النوبة وتزيد من أدائهم لكنها قد تعطل النوم أثناء النهار.

وفي نفس السياق فإن الممرضين العاملين في المناوبات الليلية لا يتناولون الوجبات الصحية، ويقبلون على تناول المشروبات التي تحتوي على الكافيين التي تعزز البقاء مستيقظا أثناء ساعات العمل ليلا، إلا أن ما يتم تجاهله أن الإفراط من هذه المشروبات ينعكس سلبا على الجهاز الهضمي إذ أن تناول المأكولات ذات النوعية الرديئة لا يتم استقلابها بشكل صحيح من طرف الجسم إذ أن استهلاك العامل ليلا للمأكولات التي تحتوي على الزيوت والتوابل تؤدي إلى رفع الكوليستيرول في الدم، بالتالي يؤثر ذلك في ظهور قرحة المعدة، وكما صرح أحد الممرضين أنه يعاني من مشكلة عسر الهضم ويعود ذلك حسبه إلى تناول كميات كبيرة من الأطعمة ويتم تناولها بسرعة، كما أنه خلال ليلة العمل صرح معظم الممرضين أنهم يتناولون أكثر من وجبة أثناء الليل.

وبالتالي بات من الضروري على الممرضين العاملين في المناوبات الليلية استهلاك الأغذية الصحية واختيار الأطعمة الغنية بالفيتامينات والتي لا تؤثر على المعدة والجهاز الهضمي، وبالتالي تفادي كل المشكلات الهضمية التي يمكن أن تواجه الممرضين في مثل هذه الحالات إذ يستوجب إتباع نظام غذائي صحي وتفادي المأكولات الخفيفة والدهنية خاصة أثناء العمل ليلا حيث يصعب هضمها بالنظر إلى أن رتم الجسم في الليل يكون معاكس لما يكون له خلال النهار، وعلى الممرضين كذلك عدم الإكثار من استهلاك المنبهات كالقهوة والشاي فالبرغم من أنها تساعد الممرضين في الحفاظ على نفس الدرجة من اليقظة منذ بداية العمل إلى نهايته وتفادي نوبات النعاس التي تفاجئهم خلال ليلة العمل، ولكن ذلك يعود سلبا على صحته سواءا الجسدية أو النفسية وظهور حالات من التوتر والنرفزة والعصبية نتيجة الإفراط في استهلاك المنبهات، وقد تؤثر هذه الأخيرة كذلك في ظهور اضطرابات النوم حيث يجد الممرضين في معظم الأحيان صعوبة كبيرة في الخلود إلى النوم مباشرة بعد العمل ليلا.

فبالرغم من الدور الذي تلعبه هذه المنبهات في حالات اليقظة خلال ليلة العمل الكاملة، إلا أنه في الحالات التي ينال التعب من الممرضين لدرجة أين يكون التعب مزمنا ولا يستطيع الممرض مقاومته أو التغلب عليه فتناول المنبهات في مثل هذه الحالات لا تجدي نفعا فينال النعاس من الممرضين وبالخصوص في الحالات التي لا ينعم بها من النوم المريح بعد ليلة العمل المتعبة.

وانطلاقا من نتائج الدراسة الميدانية وبالعودة إلى الإجابات التي أدلى بها الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو حول الانعكاسات الفسيولوجية التي يمارسها العمل الليلي على الممرضين، وعليه بات من الضروري الاهتمام بدراسة العمل الليلي وانعكاساته لأنه بالغ الأهمية ويعود ذلك للدور الفعال الذي يلعبه الفرد العامل داخل المؤسسة، إذ يعتبر الفرد العامل اللبنة الرئيسية لنجاح أو فشل المؤسسة مهما كان نوعها ونوع الخدمات التي تقدمها، وعلى وجه الخصوص المستشفيات العمومية كونها قطاع خدماتي وحساس ويهتم بصحة الأفراد والعمل على سلامتهم وتقديم

الخدمات الراقية والحفاظ على سلامتهم داخل المستشفى، فمن الضروري الاهتمام بالعامل الإنساني داخل التنظيم وكذا لفت الانتباه إلى كل العوامل والعناصر والمشكلات التي يمكن أن تواجه الفرد دون البلوغ إلى تحقيق الأهداف والحد من إنتاجيته ويكون ذلك ذو تأثير مباشر على العامل من مختلف الجوانب.

إذ أن الظروف بشتى أنواعها سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو تلك المرتبطة بالفرد ذاته هي التي أرغمت هذا النوع من تنظيم العمل، وما على العامل إلا الخضوع للإرغامات التي يمارسها هذا النمط من تنظيم العمل إذ يمارس هذا الأخير أي العمل الليلي العديد من الآثار والتي تؤثر بالسلب على حياة العامل النفسية والجسدية من بينها التعب الذي ينال من عمال المناوبات الليلية لكن بنسب متفاوتة ويعود ذلك إلى وجود الفروق الفردية بين الأفراد ودرجة التحمل بالنسبة لكل فرد عامل ليلا، بالإضافة إلى أن التكيف مع طبيعة هذا التنظيم من العمل يلعب دورا جوهريا في مقاومة التعب المزمن الذي ينتاب عمال المناوبات الليلية، بالإضافة إلى التوتر والنرفزة، زيادة الوزن، اضطرابات في الجهاز البولي، صعوبة التركيز والانتباه، والضغوط، والعبء المزدوج الذي ينصب على الممرضين والممرضات العاملات ليلا وذلك صعوبة التوفيق أو الدمج بين الحياة الأسرية والمهنية وحسب تصريح أحد الممرضين أن العمل ليلا يعرض الحياة الأسرية والزوجية للمخاطر، ضف إلى ذلك توتر الرتم البيولوجي للجسم وبالتالي اختلال الساعة البيولوجية الداخلية للفرد العامل ليلا إلى غير ذلك من النتائج التي ترتبت عن العمل الليلي كما وضحتها الدراسة الميدانية والتي تم التطرق إليها من خلال الجدول الذي احتوى على الانعكاسات الفسيولوجية للعمل الليلي، وأثناء القيام بالدراسة الميدانية في المركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو، ومن خلال المقابلات المتكررة مع رؤساء المصالح وأثناء توزيع أدوات الدراسة، حدث حديث مطول مع رئيس مصلحة المستخدمين لمصلحة الجراحة العامة والذي مد لنا يد العون طيلة إجراء الدراسة وأثناء التردد للمركز بغرض جمع البيانات التي تخدم موضوع الدراسة، إذ وضعنا رئيس المصلحة في مقابلات مع العديد من الممرضين العاملين ليلا والممرضات العاملات ليلا، وأثناء الحديث مع رئيس المصلحة والذي صرح أنه عمل ليلا لمدة عشر سنوات قبل أن يتصدر هذا المنصب أين أدلى أن العمل الليلي ليس عملا سهلا على الإطلاق، إذ أنه بعد نهاية المناوبة الليلية دائما يعاني من التعب وبعد الرجوع إلى المنزل صرح بأنه من المستحيل النوم مباشرة بعد العودة إلى البيت خصوصا عندما تكون لديه التزامات عائلية مثل (مرافقة الأطفال إلى المدرسة، مرض أحد أفراد الأسرة ونقله إلى المستشفى...)، لكن في المساء بعد نهاية النهار وأثناء الخلود إلى النوم ينام مباشرة ولا تنتابه تلك الفترات المتكررة من الاستيقاظ وذلك نتيجة التعب المزمن الذي لا يفارقه بعد العمل ليلا (كما صرح أنه في بعض الأحيان يأخذ الاحتياطات وتفادي الخوف من الوقوع في أخطاء أثناء التعامل مع المرضى وتقديم الخدمات الصحية اللازمة). ومما لا شك فيه أن العمل في المستشفيات العمومية ليس بالشيء الهين، ذلك لانعدام الإمكانيات وظروف العمل الصحية والملائمة للممرضين من أجل العطاء أكثر في العمل، وبالتالي تعتبر ظروف العمل الصحية المحفز الأساسي وحب العمل أكثر.

بالإضافة إلى ذلك وفي نفس السياق وضعنا رئيس المصلحة في مقابلات متعددة مع الممرضات والممرضين، أين صرح العديد منهم أن العمل ليلا عملا شاقا وصعبا خاصة بالنسبة للنساء ربات البيوت أين يصعب الدمج بين الالتزامات الخاصة بالعمل والتزامات الأسرة وتربية الأولاد، إذ أنه مباشرة بعد نهاية المناوبة الليلية يذهبن إلى البيت لكن ليس من أجل الخلود إلى النوم ولكن تقابلهن مباشرة الأعمال المنزلية والتزامات الأزواج والأبناء، مما يجب عليهن بذل طاقة أكبر للتوفيق بين الواجبات الأسرية والمهنية، أما بخصوص أثار العمل الليلي فصرحت إحدى الممرضات أنها تعاني من التعب بكثرة ويتزايد خاصة في الأيام التي لا تأخذ فيها القسط الوافر من الراحة الذي يتاح لها، أو يتراكم التعب من جراء الليلة السابقة التي لم تنم فيها، بالإضافة إلى معاناتهن من تشوش في الرؤية بالنسبة للممرضات اللواتي يقدن السيارة حيث تعانين من تشتت في الانتباه والتركيز أثناء القيادة مما يجعلهن يخفن من خطر الوقوع في حوادث مرورية، أما الممرضات الأخريات فصرحن أنهن يعانين من اضطرابات في النوم وقلته ويعود ذلك حسبهن إلى طبيعة رتم الفرد إذ أن هناك العديد من الممرضين الذين صرحوا أنهم عندما ينال منهم التعب لا يستطيعون النوم إذ لا يستطيعون تعويض الطاقة التي استهلكوها طيلة ليلة العمل الطويلة والمتعبة إذ يلجأ العديد منهم إلى تناول الأدوية المنومة من أجل أخذ القسط الوافر من النوم والراحة.

وبالتالي تحققت الفرضية العامة الثانية التي مفادها: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الانعكاسات الفسيولوجية لدى الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

وتتطابق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية سنة (2015)، بالإضافة إلى تطابقها ودراسة كركوف (1980)، وكذلك تتطابق النتائج مع النتائج التي توصل قام بها مركز (ANSES) (2016) بدراسة حول أثار العمل الليلي في الصحة إذ ركزت هذه الدراسة بالدرجة الأولى حول الأخطار التي يمارسها العمل الليلي في صحة العامل، وكذلك تتطابق مع نتائج الدراسات الوبائية التي أجراها باحثون بمركز السرطان التابع لجامعة سيتشوان الصينية (2018)، حول مختلف الأخطار التي يمارسها العمل في صحة الممرضات ليلا.

الاستنتاج العام:

تناولت الدراسة الحالية الانعكاسات النفسية والفسيولوجية للعمل الليلي على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو، وكان الهدف من الدراسة هو معرفة ما يحمله هذا التنظيم من العمل من إيجابيات وسلبيات للعامل والمؤسسات.

وفي سبيل تحقيق ذلك تم القيام بدراسة نظرية وتطبيقية، أين تم الإحاطة بالموضوع من كل جوانبه ودراساته السابقة، حيث تعتبر هذه الأخيرة بمثابة الدعامة الرئيسية للجانب الميداني، وقد أتت هذه الدراسة لاختبار الفرضيات المرفقة في الإطار العام لإشكالية البحث، وتم الاعتماد في الدراسة على مقياس القلق والاكتئاب (HADS) ومقياس الضغط النفسي (MSP) وذلك لقياس الانعكاسات النفسية للعمل الليلي، وكذلك تم استعمال استبيان لقياس الانعكاسات الفسيولوجية، وقد احتوت عينة الدراسة على (300) ممرضا وممرضة عاملين في نظام العمل الليلي وذلك في مختلف مصالح المركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو وكذلك فرع بالوا كونه تابع للمركز.

وبعد القيام بالدراسة الميدانية للبحث تم التوصل إلى النتائج المتعلقة بكل من المقاييس التي تم استعمالها في الدراسة، وكذلك الاستبيان وذلك بهدف التعرف على ما إذا كان العمل الليلي يؤدي إلى انعكاسات نفسية، وتتمثل الانعكاسات النفسية في القلق والاكتئاب والضغوط النفسية، وكذلك التعرف على وجود فروق في القلق والاكتئاب والضغط النفسي وذلك حسب متغير الجنس والحالة العائلية الأقدمية والانعكاسات العامة للعمل الليلي، أما الانعكاسات الفسيولوجية فتتمثل في اضطرابات النوم واضطرابات الهضم، ولتحقيق ذلك تم الاستعانة بالتحليل الإحصائي باستعمال اختبار كا2، واختبار ت (T test) لعينتين مستقلتين وكذلك اختبار أنوفا (F)، ومن أجل الحصول على ذلك تم الاعتماد على الرزنامة الإحصائية للبحوث الاجتماعية SPSS.

وبعد المعالجة الإحصائية تم عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة بمناقشتها على ضوء الدراسات السابقة، وتم التوصل إلى أن الفرضية التي مفادها: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور القلق لدى الممرضين لم تتحقق، أما فيما يتعلق بالفرضية التي تنص: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الاكتئاب لدى الممرضين لم تتحقق، أما فيما يخص الفرضية القائلة: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور الضغوط النفسية لدى الممرضين قد تحققت، وبالتالي تحققت الفرضية العامة التي تنص: يمارس العمل الليلي انعكاسات نفسية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي نذير محمد بتيزي وزو قد تحققت.

وفيما يخص الفروق، فبالنسبة للفرضية التي مفادها: توجد فروق في القلق لدى الممرضين حسب الجنس قد تحققت، أين كانت الفروق لصالح الممرضات، وفيما يتعلق بالفرضية القائلة: توجد فروق في الاكتئاب حسب الجنس قد تحققت وذلك لصالح الممرضات دائما، أما فيما يخص الفرضية التي تنص: توجد فروق في الضغط النفسي حسب الجنس تحققت لصالح الممرضات.

أما بخصوص الفرضية التي مفادها: توجد فروق في القلق والاكتئاب والضغط النفسي حسب الأقدمية تحققت لصالح الممرضات والممرضين ذووا الأكثر أقدمية بالمقارنة بالممرضات والممرضين ذووا الأقل أقدمية، وبخصوص ما يتعلق بالفروق في القلق والاكتئاب والضغوط النفسية حسب متغير الحالة العائلية، فإن الفرضية التي تنص: بوجود فروق في القلق والاكتئاب والضغوط النفسية حسب الحالة العائلية قد تحققت وذلك لصالح الممرضين المتزوجين والممرضات المتزوجات.

وفيما يخص الانعكاسات العامة والفسيولوجية للعمل الليلي فإن الفرضية التي مفادها: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين قد تحققت، أما بخصوص الفرضية القائلة: يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات الهضم لدى الممرضين قد تحققت، وبالتالي تحققت الفرضية العامة الثانية التي تنص: يمارس العمل الليلي انعكاسات فسيولوجية على الممرضين العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي ندير محمد بتيزي وزو.

خاتمة:

انطلقت هذه الدراسة لمعرفة ما يمارسه العمل الليلي من انعكاسات وأثار سلبية على الممرضين العاملين في المستشفى الجامعي ندير محمد بتيزي وزو، ومما لا شك فيه أن هذه الفئة ما هي إلا عينة من العمال الذين يعانون من جراء هذا التنظيم من العمل كونه يمارس تأثيرات سلبية في صحة العاملين ضمن هذا النظام.

ومن المعروف أن العمل هو الذي يحقق للفرد حاجاته النفسية والاقتصادية، إذ يعتبر العمل عنصرا جوهريا في ازدهار المجتمعات ويتوقف ذلك على ضرورة تحسين ظروف العمل بالنسبة للعامل وتوفير بيئة مهنية سليمة تساعد العامل على العطاء وأداء مهامه على أحسن وجه، لذلك بات من الضروري على المسؤولين في العمل الالتفات إلى الحاجات التي تساعد العامل نحو تحقيق التقدم المهني هذا من جهة، ومن جهة أخرى تحقيق حاجات العامل الشخصية، ولكن الحاجة إلى العمل وتقديم الخدمات بدون انقطاع هي التي فرضت انتهاج تنظيم العمل ليلا، إذ يعاني العاملين في نظام العمل الليلي من مشكلات مختلفة سواء تلك المتعلقة بالصحة الجسدية أو حتى النفسية، حيث أن العمل ليلا يعرض العامل للاضطرابات النفسية والعقلية في العمل وحتى جسديا يؤثر هذا النمط من العمل في صحة العامل، حيث أن محاولة العامل التكيف مع العمل ليلا يستوجب استنزاف قدراته وصحته النفسية والجسدية، وأن ساعات العمل الطويلة تؤدي بالعامل إلى الإحساس بالتعب وكذلك استهلاك الأطعمة الخفيفة والمنبهات توقع العامل ليلا في مشكلات صحية وخيمة، إضافة إلى ذلك اضطرابات النوم التي يعاني منها العاملين في المناوبات الليلية نتيجة البقاء مستيقظا طيلة ليلة المناوبة.

وعليه بات من الضروري الاهتمام بالصحة النفسية والجسدية للعاملين في ظل المناوبات الليلية عموما والممرضين العاملين في المستشفيات العمومية خصوصا، وذلك من أجل تحقيق التوافق النفسي والمهني والحفاظ على صحة العاملين من أجل تفادي اعتلال صحتهم الجسدية والنفسية، لأنه من الضروري الحفاظ على الصحة من أجل السلامة وتحقيق الرفاهية في العمل وبالتالي الوصول إلى درجة من الرضا المهني وتحقيق أهداف العامل من جهة والمؤسسة من جهة أخرى، لأنه من الضروري الحفاظ على العنصر البشري داخل التنظيم باعتباره عجلة الإنتاج.

الاقتراحات:

- العمل على تحسين أوقات العمل لتجنب الضغط على العمال بصفة عامة والممرضين العاملين في المستشفيات بصفة خاصة.

- إتباع نظام غذائي صحي وتفادي الاستهلاك المفرط للوجبات الخفيفة و المنبهات أثناء العمل ليلا.

- العمل على توفير بيئة عمل ملائمة وسليمة للعمل في أحسن الظروف.

- منح إجازات وعطل من أجل عدم ملل الممرضين خاصة في ظل العمل الليلي.

- العمل على تفادي القلق والاكتئاب والضغوط النفسية التي تنجر عن العمل ليلا.

- السعي لتحقيق الصحة النفسية للعاملين في المناوبات الليلية.

- الابتعاد عن تناول الحبوب المنومة من طرف الممرضين خاصة بعد نهاية النوبة الليلية.

- أخذ قسط من الراحة أثناء العمل ليلا خاصة عند تراكم التعب لتفادي الوقوع في الأخطاء الطبية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- باللغة العربية:

1- أبو دلو، جمال.(2009). **الصحة النفسية**. الأردن: دار أسامة للنشر. الطبعة الأولى.

2- أحمد شوقي، إبراهيم.(2006). **أسرار النوم رحلة في عالم الموت الأصغر**.مصر: نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

3- أحمد محمد، عبد الخالق.(1992). **أصول الصحة النفسية**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية. الطبعة الثانية.

4- إسعادي، فارس. (2016). **أثر الظروف الفيزيقية على ظهور الاضطرابات التنظيمية والنفسية لدى العاملين في المؤسسات الصناعية**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في إدارة الموارد البشرية، الجزائر.

5- الأزرق، بن علو. (2003). **كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

6- البياتي، خليل إبراهيم. (2002). **علم النفس الفسيولوجي**. الأردن: دار وائل للطباعة والنشر. الطبعة الأولى.

7- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، اتفاقيات دولية قوانين مراسيم قرارات وأراء، مقررات، قانون رقم 90-11 المؤرخ في رمضان 1410هـ الموافق ل 21 أفريل 1990م. المتعلق بعلاقات العمل.

8- الجسماني، عبد العلي. (1998). **الأمراض النفسية تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها**. لبنان: الدار العربية للعلوم. الطبعة الأولى.

9- الحلفي، ماجد رحيمة. (2018) . **القلق الوظيفي لدى القيادات الجامعية العليا في جامعة ميسان وعلاقته بأدائهم الوظيفي من وجهة نظر الموظفين معهم. مجلة كلية التربية**. العراق، 01، 53.

10- الحلو، حكمت. (2013). **سيكولوجية النوم والأحلام**. الأردن. دار زهران للنشر والتوزيع.

11- الحويلة، أمثال الهادي. (2010). **القلق والاسترخاء العضلي، مفاهيم ونظريات وعلاج**. الطبعة الأولى.

12- الخالدي، محمد أديب. (2006). **علم النفس الإكلينيكي "المرضي"**. الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع. الطبعة الثانية.

13- الختاتنة، سامي محسن. (2011). **علم النفس الإداري**. الأردن: دار الحامد للنشر. الطبعة الأولى.

14- الختاتنة، سامي محسن. (2013). **علم النفس الصناعي**. مصر: دار الحامد للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

15- الداهري، صالح حسن أحمد. (2010). **مبادئ الصحة النفسية**. عمان: دار وائل للنشر. الطبعة الثانية.

16- الداهري، صالح حسن.(2005). **مبادئ الصحة النفسية**. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

17- الدسوقي، مجدى محمد .(2002). **اضطرابات النوم، لأسباب، التشخيص، الوقاية العلاج**. القاهرة: المكتبة لأنجلو المصرية. الطبعة الأولى.

18- الدقس، محمد. (1999). **علم الاجتماع الصناعي**. الأردن: مؤسسة الوراق للخدمات الحديثة للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

19- الرشيدي، هارون توفيق. (1999). **الضغوط النفسية**. القاهرة: المكتبة الأنجلو مصرية.

20- الزراد، فيصل. (2000). **الأمراض النفسية- الجسدية- وأمراض العصر**. بيروت: دار النفاس للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

21- الزيودي، محمد حمزة. (2007). مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات. **مجلة جامعة دمشق**، 23، 02، 01، 31.

22- السامراني، نبيه صالح. (2006). **علم النفس البيئي مفاهيم وحقائق ونظريات وتطبيقات**. الأردن: دار زهران للنشر.

23- السامراني، نبيه صالح. (2007). **أعرض الأمراض النفسية والعصابية تربويا ومهنيا**. الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

24- السيد عثمان، فاروق. (2001). **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. القاهرة: دار الفكر العربي. الطبعة الأولى.

25- السيد، محمد عبد الرحمان. (2000). **علم الأمراض النفسية**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

26- الشربيني، لطفي عبد العزيز.(بدون تاريخ). **كيف تتغلب على القلق المشكلة والحل**. بيروت: دار النهضة العربية.

27- الشربيني، لطفي. (2005). **النوم المشكلات والعلاج**. بيروت: دار النهضة العربية. الطبعة الأولى.

28- الصيرفي، محمد. (2005). **الضغط والقلق الإداري**. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

29- الطريري، عبد الرحمان بن سليمان. (ب ت). الضغط **النفسي مفهومه. تشخيصه. طرق علاجه ومقاومته.**

30- العاسمي، رياض.(2011).فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد المتمركز على العميل والتغذية الراجعة البيولوجية في تخفيض درجة الضغط النفسي والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المعلمين .**مجلة جامعة دمشق**، 27، 2، 20،10.

31- العزيز، أحمد نايل وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). **التعامل مع الضغوط النفسية**. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

32- العفيفي، عبد الحكيم. (1990). **الاكتئاب والانتحار**. لبنان: الدار المصرية اللبنانية للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

33- العناني عبد الحميد، حنان.(2000). **الصحة النفسية** . عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

34- العيسوي، عبد الرحمان محمد. (ب ت). **علم النفس والإنتاج**. الأزاريطة: مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر.

35- العيسوي، عبد الرحمان. (ب ت). **علم النفس البيئي**. الإسكندرية: منشأة المعارف.

36- العيسوي، عبر الرحمان. (ب ت). **سيكولوجية العمل والعمال**. لبنان: دار الراتب الجامعية.

37- الفرماوي، حمدي علي ورضا، عبد الله. (2009). **رضا الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة وجهات نفسية في سبيل التنمية البشرية**. عمان: دار صفاء. للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى

38- القذافي، محمد رمضان. (1997). **العلوم السلوكية في مجال الإدارة**. الازاريطة: المكتب الجامعي الحديث. الطبعة الأولى.

39- اللوزي، موسى. (2002). **التنظيم وإجراءات العمل**. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

40- المشعان، عويد سلطان. (1994). **علم النفس الصناعي**. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

41- أيت حمودة، حكيمة. (2007). سمة القلق وعلاقتها بإدراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيكوسوماتيين . **مجلة الوقاية والأرغنوميا مجلة نفسية - اجتماعية –** صحية. الجزائر، 01، 113، 127.

42- باهي، مصطفى حسين وحشمت، حسين أحمد والسيد، حسن نبيل. (2002). **المرجع علم النفس الفسيولوجي نظريات – تحليلات – تطبيقات**. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية. الطبعة الأولى.

43- بحري، صابر. (2014) . **استراتيجيات إدارة ضغوط العمل الفردية والتنظيمية. مجلة جيل للعلوم الإنسانية والاجتماعية**، 02، 135.

44- بحوث في الصحة النفسية.(ب ت). **قراءات في علم النفس الصناعي والتنظيمي: ظروف العمل**. 273، 301.

45- بدوي، أحمد زكي. (2003). **معجم المصطلحات الاقتصادية**. دار الكتاب المصري. الطبعة الثانية.

46- برزوان، حسيبة. (2016). فعالية إستراتيجية المواجهة في تسيير الضغط النفسي. **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، 24، 101، 110.

47- بقادير، عبد الرحمان. (2016). الإيقاع البيولوجي للإنسان من زاوية الأهمية الوظيفية لعملية النوم. **مجلة الحوار المتوسطي**، الجزائر، 13، 14، 42، 59.

48- بن أحمد محمد هيجان،عبد الرحمان. (1998). **ضغوط العمل منهج شامل لدراسة مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها**. الرياض: معهد الإدارة العامة.

49- بن الشيخ، عياش. (2017). **محاضرات في الأرغنوميا**. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. البويرة، 01، 59.

50- بن زروال، فتيحة.(2008). علاقة الضغط النفسي بمركز الضبط. **مجلة العلوم الإنسانية**، 29، 117، 136.

51- بن يعقوب، نعيمة. (2017). برنامج مقترح لوقاية الطلبة من التعب العصبي. **مجلة أبحاث نفسية وتربوية**. مخبر التطبيقات النفسية والتربوية. قسنطينة، 10، (07- 31)، 01، 31.

52- بوحفص، مباركي .(2004) . **العمل البشري** . الجزائر: دار الغرب للنشر والتوزيع. الطبعة الثانية.

53- بوظريفة، حمو .(1995). **الساعة البيولوجية**. الجزائر: شركة دار الأمة للنشر والتوزيع.الطبعة الأولى.

54- بومجان، نادية. (2016). **بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة**. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الإرشاد والتوجيه. الجزائر.

55- بونامكي، رايالينا. (1988). **الصحة النفسية للنساء الفلسطينيات تحت الاحتلال الإسرائيلي**. ترجمة أحمد بكر.القدس: جمعية الدراسات العربية.

56- بيك، أرون. ترجمة يعقوب، عادل مصطفى. (2000). **العلاج المعرفي للاضطرابات الانفعالية**. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر. الطبعة الأولى.

57- تقرير منظمة الصحة العالمية. (2005). **الوقاية من الاضطرابات النفسية التدخلات الفعالة والخيارات السياسية**. القاهرة: مركز البحوث الوقائية في جامعة نايجميجين وجامعة ميستريخت.

58- تيلور، شيلي. ترجمة درويش بريك، وسام شاكر دواد، فوزي. (2008). **علم النفس الصحي**. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

59- جعفر حسن، هدى. (2006) . التشاؤم والتفاؤل وعلاقتهما بضغوط العمل والرضا عن العمل. **دراسات نفسية، الكويت**، (16)، 83، 111.

60- جمعة، سيد يوسف. (2000). **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**. القاهرة: دار غريب. الطبعة الأولى.

61- جمعة، سيد يوسف. (2008). **إدارة الضغوط**. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث. الطبعة الأولى.

62- حسن، راوية.(2003). **السلوك التنظيمي المعاصر**. الإسكندرية: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.

63- حسين، طه عبد العظيم.(2006). **إدارة الضغوط التربوية والنفسية**. الأردن. دار الفكر للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

64- حمدي، علي. (2008).**سيكولوجية الاتصال وضغوط العمل**.القاهرة: دار الكتاب الحديث. الطبعة الأولى.

65- حمدي، ياسين وعسكر، علي والموسوى، حسن. (1999). **علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق**. الكويت: دار الكتاب الحديث. الطبعة الأولى.

66- حمزاوي، سهى ومومي، دليلة. (ب ت). أثر التحول الصناعي على الصحة النفسية للعامل داخل المصانع. **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**. عدد خاص الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، 238، 255.

67- خلف، ياسر عبد الرحمان. (2016). **المرأة في سوق العمل**. السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية. الطبعة الأولى.

68- خلفان، رشيد. (2010). **تحليل ظروف العمل السائدة في المؤسسة الإنتاجية الجزائرية – حالة قطنية تيزي وزو والشركة الوطنية للصناعات الكهرومنزلية**-. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم. الجزائر.

69- خليفة، وليد السيد وعيسى، مراد علي. (2008). **كيف يتعلم المخ ذو اضطرابات النوم**. الإسكندرية: دار الوفاء للطباعة والنشر.

70- خليفة، وليد السيد. وعيسى، علي.(2008). **الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي**. الإسكندرية: دار الوفاء. الطبعة الأولى.

71- خميس، محمد سليم. (2013). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي. **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، ورقلة، 13، 285، 298.

72- دفع الله أحمد، عبد الباقي. عثمان علي، نائلة.(2016). فعالية برنامج إرشادي علاجي لتدعيم حب الحياة والهناء الشخصي لمرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهانية بمستشفى كسلا التعليمي السوداني. **مجلة العلوم النفسية والتربوية**. السودان، 06 (27)، 01، 22.

73- دويدار، عبد الفتاح محمد. (2004) .**أصول علم النفس المهني والصناعي والتنظيمي وتطبيقاته**. الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية.

74- ديب، يسرى. (2016) . مهن العمل الليلي أضرارها بالجملة وتعويضاتها غائبة، إجبار الساعة البيولوجية على العمل ليلا يسبب اضطرابات كثيرة. **صحيفة تشرين**. يومية سياسية. مؤسسة الوحدة للحافة والطباعة والنشر والتوزيع. سوريا، 13016.

75- ربيع، محمد شحاتة (2010). **أصول علم النفس**.الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

76- رجاء، مريم.(2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض. **مجلة جامعة دمشق**، 24، 02، 8، 9، 10.8- رشاد، علي. (1997). **علم النفس المرضي**. القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع. الطبعة الثانية.

77- رضوان، سامر. جميل. (2007).**الصحة النفسية**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.الطبعة الأولى.

78- روبي، محمد.(2014). فاعلية برنامج علاجي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية في خفض زملة التعب العصبي. **مجلة البحوث والدراسات**. تيارت، 09، 249، 268.

79- س، لنيدزاي وج، بول. ترجمة صفوت، فرج. (2000). **مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

80- سرحان، وليد. (2007). **أحاديث في السلوك الإنساني**. الأردن: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

81- سعد الله، الطاهر. (2009) . الإطار النظري لظاهرة القلق "من وجهة نظر التحليل النفسي". **مجلة البحوث والدراسات**، 07، 235، 256.

82- سلامة، بهاء الدين إبراهيم. (2000) **صحة الغذاء ووظائف الأعضاء**. القاهرة: دار الفكر العربي. الطبعة الأولى.

83- شحاتة، محمد .(2006) . **أصول علم النفس الصناعي** . الإسكندرية: دار قباء للطباعة والنشر.

84- شحاتة، محمد ربيع. (2010). **علم النفس الصناعي والمهني**: عمان. دار المسيرة للنشر.الطبعة الأولى.

85- شريت، أشرف محمد عبد الغني (2003) . **علم النفس الصناعي أسسه وتطبيقاته**. الأزاريطة: المكتب الجامعي الحديث.

86- شريت، أشرف محمد عبد الغني. (2001) . **سيكولوجية الصناعة**. الأزاريطة: المكتب الجامعي الحديث

87- شكشك، أنس عبدو. (2009). **الأمراض النفسية والعلاج النفسي**. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

88- صبري، محمد علي. (2004). **الصحة النفسية والتوافق النفسي**. الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية. الطبعة الأولى.

89- صموئيل، حبيب. (بدون تاريخ). **القلق**.القاهرة: دار الثقافة للنشر. الطبعة الأولى.

90- طارق، كمال. (2007). **علم النفس المهني والصناعي**. مصر: مؤسسة شباب الجامعة للطباعة والنشر.

91- عاشور، أحمد صقر. (1983). **إدارة القوى العاملة، الأسس السلوكية وأدوات البحث التطبيقي**. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

92- عاشور، ثائر.(2017). **الاكتئاب (أسبابه- أعراضه- أنواعه- طرق علاجه)**. دار الخليج للنشر والتوزيع.

93- عباس، سمير. (2017). آليات التعبير عن مقاومة التغيير في المنظمات وكيفية التعامل معها- دراسة الأبعاد النفسية. **مجلة أبحاث نفسية وتربوية**، جامعة برج بوعريريج، 10، 183، 222.

94- عبد الرحيم النوايسة، فاطمة. (2013). **الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة**. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

95- عبد القادر، فاضل. (2005). **كيف تتغلب على القلق والاكتئاب والأرق؟**. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

96- عبد القوي، سامي. (1995). **علم النفس الفيزيولوجي**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية. الطبعة الثانية.

97- عبد الكافي، إسماعيل عبد الفتاح. (2012). **القلق والاكتئاب وكيفية التخلص منهما**. الدار الثقافية للنشر. الطبعة الأولى.

98- عبد اللطيف، حسين فرج. (2009). **الاضطرابات النفسية**. الأردن: دار الحامد. الطبعة الأولى.

99- عبد الله، مجدي أحمد محمد. (2000). **علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب**. الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية.

100- عبدوني، عبد الحميد.(بدون تاريخ). العمل الليلي ودوره في ظهور اضطرابات النوم (الأرق، فرط النوم، اضطراب جدول النوم يقظة) لدى عمال الورديات الليلية . **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**.عدد خاص بالملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، 03.

101- عزاوي، جيلالي (2014). **نظام العمل بالمناوبة وعلاقته بالضغط المهني لدى أعوان الحماية المدنية**، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، الجزائر.

102- عسكر، علي .(2000). **الأسس النفسية للسلوك في مجال العمل**. الكويت: دار الكتاب الحديث.الطبعة الأولى.

103- عسكر، علي. (1988) . مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، (16)، 04.

104- عشوي، مصطفى. (1992). **أسس علم النفس الصناعي والتنظيمي**. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.

105- عطاء الله، تاج.(ب ت). العمل الليلي في تشريع العمل الجزائري بين المساواة والحماية القانونية للمرأة. **مجلة الدراسات القانونية والسياسية**. الأغواط، 01، 01، 22.

106- علاء عبد الباقي، إبراهيم. (2009). **الاكتئاب أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقاية**. القاهرة: عالم الكتب للنشر. الطبعة الأولى.

107- علاء، خلود. أضرار العمل الليلي. **صحيفة وطني الحبيب**. المملكة العربية السعودية. 30 أوت 2016.

108- عويضة، كامل محمد محمد. (1996). **علم النفس الصناعي**. بيروت: دار الكتب العملية. الطبعة الأولى.

109- عيد العدوان، فاطمة وجبريل، موسى عبد الخالق. (2014). فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري. **مجلة جامعة الشارقة**.(11)، 01، 203، 233.

110- عيسوي، عبد الرحمن محمد. (1991). **علم النفس الفسيولوجي دراسة في تفسير السلوك الإنساني**.بيروت: دار النهضة العربية. 1- عيسي، محمد. (2016). **مستويات الاكتئاب وفقا لنوع الزمرة الدموية. مجلة أفكار وأفاق**. الجزائر، 08، 93، 119.

111- غالب، مصطفى. (2002) .**في سبيل موسوعة نفسية**. بيروت: دار مكتبة الهلال. الطبعة الثانية.

112- غالمي، عديلة. (2016) . الإدمان على الانترنت وعلاقته بسلوك النوم المرتبط بالصحة لدى الشباب – دراسة ميدانية لبعض رواد مقاهي الانترنت ومدمني الانترنت-. **مجلة العلوم الإنسانية**، بسكرة، 44، 99، 112.

113- غانم، محمد حسن.(2004). **النوم واضطراباته**. الإسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر.

114- غانم، محمد حسن.(2006). **دراسات في الشخصية والصحة النفسية**. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

115- غباري، محمد سلامة ومنصور يوسف علي، أميرة. (1991). **مدخل إلى علاج المشكلات العمالية من منظور الخدمة الاجتماعية**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث. .

116- غريب، عبد الفتاح غريب. (2007). الاضطرابات الاكتئابية التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، (17)، 56، 39، 97.

117- غريب، عبد الفتاح. (1998). **علم الصحة النفسية**. القاهرة: المكتبة الأنجلو مصرية.

118- فايد، حسين. (2001). **الاضطرابات السلوكية أسبابها تشخيصها وعلاجها**. القاهرة: دار طيبة للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

119- فايد، حسين. (2003). **الاضطرابات السلوكية**. الإسكندرية: مؤسسة حورس للنشر والتوزيع.

120- فايد، حسين.(2001). **العدوان والاكتئاب في العصر الحديث**. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

121- فرج عبد القادر، طه.(2006). **علم النفس الصناعي والتنظيمي**. القاهرة: جامعة عين الشمس. الطبعة التاسعة.

122- فرج، حسين عبد اللطيف. (2009). **الاضطرابات النفسية** . عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

123- فوزي، إيمان.(2001). في الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق. الطبعة الأولى.

124- قدور بن عباد، هوارية. (2011) . استراتيجيات التعامل مع مواقف الضغط النفسي لدى المرأة العاملة على ضوء متغير الحالة العائلية. **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**. جامعة وهران، 02، 40.

125- كارنيجي، ديل ترجمة الزيادي، عبد المنعم محمد. (ب ت). **دع القلق وابدأ الحياة**. دار الإبداع للإعلام والنشر. الطبعة السادسة عشر.

126- كامل، سهير أحمد. (1998). **دراسات في علم النفس المرضي**. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للطبع.

127- كشرود، عمار الطيب. (1995). **علم النفس الصناعي والتنظيمي الحديث، مفاهيم ونظريات**. ليبيا: منشورات جامعة قار يونس.

128- لعريط، بشير وبوحارة، هناء. (2016). الانعكاسات النفسية والسلوكية (الاكتئاب، القلق، الاحتراق النفسي) لنظام العمل بالمناوبة 8x3. **حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية**، 18، 567، 591.

129- لعريط، بشير وهادف، رانيا. (2016). الضغوط النفسية لدى القيادة الوسطى في منظمة فرتيال. **مجلة دراسات وأبحاث المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية**، 23، 01، 17.

130- لعريط، بشير. (2007). الأخصائي النفسي وإدارة ضغوط نظام العمل بالمناوبة. **مجلة العلوم الإنسانية**، عنابة، 28، 175، 181.

131- لعريط، بشير. (2015). دراسة تشخيصية لمصادر ومؤشرات ضغوط العمل بالمناوبة (8x3) دراسة ميدانية بمركب البلاستيك بسكيكدة. **مجلة العلوم الإنسانية**، 04، 202، 2015.

132- لعريط، بشير.(2007).**الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة(8×3)**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم، الجزائر.

133- لوكيا، الهاشمي. (2002) . الضغط النفسي في العمل. **مجلة دراسات نفسية وتربوية**. 6، 07، 08.

134- لوكيا، الهاشمي. (2003). **الإجهاد لدى المكتبيين الجامعيين**. مشروع بحث. ج 01، 06.

135- ليفين ولين. (1985). **سيكولوجية الاكتئاب**. الرياض: دار المريخ للنشر.

136- مايو كلينيك. ترجمة مركز التعريب والبرمجة. (2002). **الاكتئاب**. لبنان: الدار العربية للعلوم .الطبعة الأولى

137- محمد عباس، سهيلة. (2000) .**إدارة الموارد البشرية**.: عمان.دار وائل للطباعة والنشر.

138- مختار، حمزة جمال. (2005). **قلق المستقبل لدى أبناء العاملين بالخارج. مجلة العلوم التربوية**. القاهرة، 01، 69.

139- مدثر، سليم أحمد.(2002). **الصحة النفسية**.الإسكندرية: المركز العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

140- مرزوق، مها حامد.(2010) . الرضا الوظيفي والقلق العام لدى عينة من معلمات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة دراسة مقارنة بين المدارس الحكومية والأهلية. **مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس**، 04، 01، 239.

141- معروف، لويزة. (2008). **دراسات كرونونفسية في المدرسة الجزائرية دراسة مقارنة للتغيرات اليومية والأسبوعية للانتباه والسلوكات داخل القسم والتغيرات الأسبوعية لمدة النوم الليلي والنشاطات خارج المدرسة بين تلاميذ السنة السادسة ابتدائي المتمدرسين حسب نظام الدوام الواحد ونظام الدوامين**. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التربية. الجزائر.

142- معمرية، بشير.(2009). القلق الاجتماعي.المواقف المثيرة.نسب الانتشار.الفروق بين الجنسين وبين مراحل عمرية. **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية**. باتنة، 21، 22، 135.

143- معوشة، عبد الحفيظ وبوطبال، سعد الدين.(2013). **الضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية وأساليب التعامل معها**. الملتقى الدولي الثاني حول ظاهرة المعاناة في العمل بين التناول السيكولوجي والسوسيولوجي. 253، 267.

144- مكتب العمل الدولي .(2012).**حقوق المرأة العاملة والمساواة بين الجنسين**.جنيف: الطبعة الثانية.

145- مكنزي، كوام، ترجمة.أمان الدين، هلا .(2013). **القلق ونوبات الذعر**. الرياض: مكتبة الملك فهد للنشر. الطبعة الأولى.

146- منسي، حسن .(2001). **الصحة النفسية**. الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

147- منصوري، مصطفى. (2010). الضغوط النفسية والمدرسية وكيفية مواجهتها. الجزائر: منشورات قرطبة.

148- منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون. (2012). **العبء العالمي للاضطرابات النفسية وضرورة الاستجابة الشاملة المنسقة من جانب قطاع الصحة والقطاع الاجتماعي على المستوى القطري**. ج 65/ 10، البند 02، 13، 01، 07.

149- ميمني، تحية عبد الله وأزهري، أحمد.(2007) .بعض التغيرات الكيمو حيوية في الدم الناجمة من تأثير الضغوط النفسية للعاملين في المناوبات الليلية. **Saudi Journal of Biological Sciences**، 14 (02)،113،109.

150- نوربير، سيلامي ترجمة وجيه، أسعد. (2001). **المعجم الموسوعي في علم النفس**. الجزء الثاني. سوريا: منشورات دار الثقافة.

151- هيجان، عبد الرحمن أحمد محمد. (1998). **ضغوط العمل**.: الرياض. معهد الإدارة العامة.

152- وادي، علي أحمد والجنابي، إخلاص أحمد.(2005). **أساسيات علم النفس الفسيولوجي**. الأردن: دار جرير للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

153- وقاد، سمية. (2017). بناء مقياس الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات. **مجلة العلوم النفسية والتربوية**، الوادي، 4 (01)، 211، 224.

154- ياسين، أمنة.(بدون تاريخ). **العمل بالنظام الليلي والتناوبي وأثره على التوافق العام دراسة ميدانية على عينة من موظفي الجمارك والأمن الوطني**. جامعة وهران. الجزائر.

155- يوسفي، حدة. (2013). الصلابة النفسية ودورها الوقائي من الضغوط النفسية. **مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية**، باتنة، 28، 213، 240.

- باللغة الأجنبية:

156- Adam, A. Courthiat, C. Vespignani, H. Emser, W. Hannarth, B. (2007). **Effets des horaires de travail posté et de nuit sur la qualité du sommeil, la vigilance et la qualité de vie : étude interrégional franco- allemande**, Elsevier, Masson, 482, 493.

157- Adam, A. Courthlat, C. Dousset, B. **vigilance et qualité de vie des travailleurs postés et de nuit: effets des horaires de travail sur la qualité de sommeil et la vigilance**, communications orales 278.

158- Aeyoung, L. Seung, K. Jung, J. Young, M. (2017). **Night chift work and risk of depression: meta- analysis of observational stydies**, JKM, the Korean academy of medical science, 32, 07, 1092, 1096.

159- Agence de santé publique de canada.(2009). **Santé mentale – troubles anxieuses**,canada 13, 07, 60.

160- ANSES Agence Nationale de Sécurité Sanitaire. (2016). **Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit**, rapport d'expertise collective, édition scientifique.

161- ANSES. Agence national de sécurité sanitaire. (2016). **Troubles mentaux, hypertension, cancers…le travail de nuit est un cauchemar pour la santé**, paris

162- Aismt (association interprofessionnelle de santé et de médecine de travail). (2013). **Travail de nuit- travail posté**, 19, 01, 02.

163- Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. (2012). **Surveillance médicaux- professionnelle des travailleurs postés et/ ou de nuit,** Elsevier, Masson, 73, 775, 776.

164- Barth, B. Quennec, Y. Verdier, F. (2004). **L'analyse de l'activité de travail en postes de nuit : bilan de 25 ans de recherches et perspectives**, presse universitaire de France, 67, 41, 61.

165- Bayon. V, Prévot. E, Léger. D. (2009). **Travail posté et cancers**. Médecine de sommeil, Elsevier, Masson, 6, 25, 30.

166- Benabu, j.c et Stoll, f et Gonzalez, M et Mathelin, C.(2015). **Travail de nuit**, **travail posté: facteur de risque du cancer du sein**, revue de la littérature, 43, 791, 799, masson.

167- Bender, A. Farvolden, P.(2008). **Depression and the workplace: a progress report**, current medecine groupe, canada, 74, 78.

168- Bivinb, D. Boudreau, P. Dumonta, G. (2012). **L'adaptation circadienne au travail de nuit affect la variabilité du rythme cardiaque**, congrès de sommeil , bordeaux, 52.

169- Boughattas, W. El maalal, O. Ben cheikh, R. Mrizak, N. (2012). **Relation entre le travail de nuit, les troubles anxiodépressifs des maladies de l'environnemen**t, 73, 557, 592.

170- Bridges, S. Malvika, V. Pederson, R. **depression in the workplace. Policy recommendations haw to tackle the leading cause of disability worldwide**, Rahde public policy, Lundbeck.
171- Capitaniak & Cazamian.(1977) .**le travail de nuit**, 1er édition, presse centrale, suisse.
172- Capitaniek, B. Monod, H. (2003). **Ergonomie**, 2em édition. Masson. Paris.
173- Cazamian, P. (1974). **Leçons d'ergonomie industrielle une approche globale**, éditions Cujas, paris.
174- Chaib, S. Gueraui, S. Nezzal, A. (2015). **Travail en horaires atypiques et sommeil chez le personnel hospitalier**, laboratoire santé environnement-service de médecine du travail, universit badji mokhtar, Annaba, Algérie, 3, 15, 19.
175- Cholman, H. Halvani, I. Haboubati, H. Nodouchan, S. (2012). **Effect of chift work on the frequency of depression in nursing staff of Azad university of medical sciences**, journal of community health research, (01), 104, 109.
176- Clarisse, F. (2009). **Les dépressions**, édition springer, France.
177- Costa, G. (2010). **Sommeil et rythme de travail**, document pour le medecin de travail, n 122, 2eme trimestre, 199, 208.
178- Dakayzer. (1996). **Vers une perspective transactionnelle de stress au travail.**
179- Daniel. R, Céline.D, Olivia.L.(2005). **Travail de nuit sans alternance: trajectoires professionnelles et santé**. Etude réalisée sue mandat du seco, 01, 328.
180- DARES, (2005). **Travail de nuit et de soir depuis dix ans: une progression plus rapid pour les femmes que pour les hommes**, 402, 01.
181- DARES. (2014). **Le travail de nuit des salariés en 2009,fréquent dans les services publics en augmentation dans l'industrie et pour les femmes**, février, 09,03,09.
182- DARES. (août 2014) analyses,**le travail de nuit en 2012 essentielle dans le tertiaire**, 62,06.
183- Debard, A.(2009). **La dépression**, APIRAF, psychologie du travail, 01, 08.
184- Demontmolin, M. (1996). **L'ergonomie**, édition la découverte, 3eme édition, paris.
185- DENIS, G (2012).**travail de nuit: des travailleurs en rupture, dossier** spéciale 24/28, 1er semestre.03
186- Elisabeth, K. Bjarete, S. Greth, T. (2017). **Working overtime is associated with anxiety and depression: the hordland health study**, American college of occupational and environmental medecin, joem, 50, 658, 666.
187- **family and social life**, Nursing Division, Molloy College, Rockville Centre, New York, United States, 05, 10,70, 78.

188- Forest, J. (2016). APSSAP.(Association Paritaire pour la Santé et la Sécurité au travail, secteur «Administration Provinciale»**, stresse au travail: a chacun son cinéma** France, 01, 23.
189- François, G. Beauchsne, M. N. Jack, G. Roustong, G. (1975). **Pour une analyse des conditions du travail ouvrier dans l'entreprise** , recherche du laboratoire d'économie et de sociologie du travail, 4eme édition, librairie Armond colin, paris.
190- Fremont, H. Valentin, M. (1970). **L'ergonomie: l'homme au travail**, dunod économie.
191- Gilmour, H. Patten, S. (2005), **la dépression au travail**, statistique canada, n°75-001, 01, 14.
192- Granjean, E. (1967). **Précis d'ergonomie organisation physiologique du travail**, édition dunod, bruscelles.
193- HAS (Haute Autorité de Santé). (2012). **Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ ou de nuit**, méthode "recommandations pour la pratique clinique",société française de médecine du travail, 01, 48.
194- Health Raport. (2002). **Schift work and health,** Canada, 04, 03, 82.
195- Holden, J. (2015), **depression and Anxiety in the workplace**, mental healt commission, Canada, 01, 30.
196- https://ar.haberler.com/arabic-news-1152559/.
197- https://www.francetvinfo.fr/sante/troubles-mentaux-hypertension-cancers-le-travail-de-nuit-est-un-cauchemar-pour-la-sante_1511643.html
198- https://www.hiamag.com
199- INRS (institut national de recherche et de sécurité), (2007), **dépister les risques psychosociaux**, 01,49.
200- INRS. (2017). **Travail de nuit et travail posté**, 01, 16.
201- Jarada, Y.M.(2017). **Workplace Stress Among Nurses Stressful working conditions, shift work, and workplace aggression among Nurses in Hebron District, West Bank, Palestine**, Section for Preventive Medicine and Epidemiology Department of Community Medicine and Global Health, 01, 117.
202- Katsou, M, A. Klesi, M. (2018), **predicting factors of depression and anxiety in mental health nurses: a quantitative cross- sectional study**, journal of the academy of medical sciences in Bosnia and Herzegovina, 72 (01), 62, 67.
203- Koné, Y.(2015). Le **travail mondialisé du jour et le travaille ment local la nuit**, association française des anthropologues, (03), 142, 143, 307, 324.
204- La CGT de l'Allier (Confédération General du Travail) . (2014). **Horaire décalé et travail de nuit: conséquence sur la santé.** La Conférence Inernationale sur la Santé, France, 01, 30.

205- Lauren, L .(2006). **Flexibilité des horaires de travail et inégalité sociales, condition de travail et relations professionnelles**, données sociales, 371, 378.
206- Lazarus, R . Folkman, S. (1984). **Stress appraisal au coping**, new York.
207- Leger, D, Metalaine, A, **travail de nuit et travail posté**, centre de sommeil et consultation de pathologie professionnelle, paris, 01, 48.
208- Lemoine, C. (2012). **Psychologie du travail et des organisations**, dunod, paris.
209- Lie, JA. Zeinolddiny, S. Kjuus, H. (2011). **Travail de nuit er risque de cancer du sein dans une cohorte d'infirmières norvégiennes: évaluation de l'exposition selon différents modalités**, revue de presse, Elsevier, Masson, 137 (11), 380, 381.
210- Marquie, J. C. (2016). **Le travail de nuit : conséquences sur le sommeil et les performances**, les cahiers de l'actif, Toulouse, 482, 27, 42.
211- Mike, S.**Dépression en milieu de travail**, La Great West, Centre pour la santé mental en milieu de travail, 03, 08.
212- Moustaka, E. Constantinidis, TH.(2010). **Sources and effects of work – related stress in nursing**, health science journal, 4, (4), 210, 216.
213- Mullens, E. Halre, E. (2002). **Organisation du travail en équipes alternantes les rythmes des horaires postés**. **Rappels physiologiques sur le sommeil**. France, 01, 10.
214- Nicolas, M.F, Stale, P, Bent, E. (2013). **Association between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses**, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, 08, 08, 01, 07.
215- Nicole, S, Bertrand, M, Yves, R. **pénibilité de travail de nuit**, syndicat national des praticiens hospitaliers et anesthésistes réanimateurs élargi "SNPHARE", saint pierre, Marseille, 01, 06.
216- Norbert sillamy.(1991). **dictionnaire de psychologie**; edition larousse, canada.
217- Ordre National des Infirmiers (2018), **dépression, épuisement professionnel, mal –être: quelle réalité au sein de notre profession?**, France, 01, 08.
218- organisation du travail & stress. **Série protection de la santé des travailleurs**, n° 03.
219- phillip, J. Dewe, Michael, P. Cooper, L. (2012). **Theories of psychological stress at work. Springer science**. New yourk. (6), 02, 01, 38.
220- Rahmani, K. Kandouci, C. (2012). **5eme congrès international d'épidémiologie adelf- epiter**, revue d'épidémiologie et de santé publique, (60), 97, 148.
221- Ramonnet, CH. Ranaudin, S. (2017). **Sommeil et travail- sommeil et horaires décalés ou de nuit**, service de santé au travail, France, 01, 05.

222- Rivaleau, CH. (2003). **Le travail de nuit**, code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1929, France, 01, 06.
223- ROHMER et.al (2004). **Etude de rythme veille/ sommeille, de l'activité motrice générale et de comportement de travailleurs postés obèses:l'exemple des infirmières**, 67,04.
224- Santé au travail.(2016). **guide de travail de nuit, législation, rythme& bonnes habitudes**,74, 01, 07.
225- science au service de la vie. (2017). **Incidence de la fatigue sur la sécurité**, canada, 01, 04.
226- selye, (2000). **Psychologie du travail et de l'entreprise**, institut de travail, université du broxelle.
227- serge, S. isabelle, V.(2012). **Psychologie de la santé**, 1er édition, puf, paris.
228- Sperandio, J. C.(1988). **L'ergonomie du travail mental**, 2éme édition, Masson, France.
229- Stora, B. j. (1991). **Le stress**, 2eme édition, France.
230- Torbjörn, A. (2003). **Occupational Medicine**, 53, 89, 94.
231- **travail de nuit, rythmes et alimentation,** (décembre 2016). 15°atelier de nutrition de l'institut pasteur, France.
232- Ummul, S, Kameswara, R.(2014). **Shift work and depression**, international journal of environmental research and development, 04, 04, 417, 422.
233- Valeyre, A. (2007), **les conditions de travail des salariés dans l'union européenne a quinze selon les formes d'organisation**, travail et emploi, n°112, 35, 47.
234- Vernon, M, Loissonee, G M. (2000). **Travail posté et travail de nuit**, 19eme symposium international, congrès n° 81, 1er trimestre, 65.
235- Vincene, B. (2014).**rythme et horaires de travail: travail posté, travail de nuit**, 01, 03.
236- Vital, S. Ganesh, J.(2015). **Nurses working the night shift: Impact on home,**
242- www.medicalegypt.com.
243-Colodoré (M) et Foret(G).(1990**).psycho physiological effects of early morning bright exposur in adults**.psychonoendocrinology.N:15.
244- Dominique, J. Pia, M. (2017), **travail de nuit: comment lutter contre la fatigue?**, 01, 03.
245-Folcard, S (1985) and all.**chronobiology and shift work.current issues and trends**.
246- GILMOUR, H et SCOTTE, P.(2005). **La dépression au travail**, canada, 75, 01, 10.
247- https://search.yahoo.com/yhs/search?hspart=Lkry&hsimp=yhs-newtab & published.

248- https://www.francetvinfo.fr/sante/troubles-mentaux-hypertension-cancers-le-travail-de-nuit-est-un-cauchemar-pour-la-sante_1511643.html
249- Laville, A. (1976) .**l'érgonomie,** que sais je, 5e édition, puf, paris.
250- pousset, j p et gouyet, A.(2016). **Service de santé au travail, obésité morbide et poste de travail**, archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 77, 792, 798, France.
251- **Santé et sécurité au travail** . (2002), Rapport introductif au 15°eme congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail Genève, 01, 08.
252- SOPHIE,M.PRAZ,CH. (2010) .**travail de nuit et ses conséquences sur le sommeil et la qualité de l'éveil. Institut universitaire romand de santé au travail, rythmes de la vie, rythmes de sommeil**, 14octobre, Genève.
253 -https ://ar.wikipedia.org/wiki/متلازمة التعب المزمن

الملاحق

ملحق رقم (01): مقياس القلق والاكتئاب (HAD)

أشعر بالتوتر		
ق	3	معظم الوقت
	2	دائما
	1	أحيانا
	0	أبدا
أخذ نفس الأشياء كما كانت من قبل		
إ	0	نعم، بنفس القدر
	1	ليس كثيرا
	2	قليلا فقط
	3	أكثر تقريبا
أشعر بالخوف كما لو أن شيئا فضيعا سيحدث لي		
ق	3	نعم، واضح جدا
	2	نعم، لكنها ليست خطيرة
	1	نعم لكنها لا تقلقني
	0	لا على الإطلاق
أضحك بسهولة وأخذ الجانب الإيجابي للأشياء		
إ	0	بقدر ما في الماضي
	1	أكثر مما كان من قبل
	2	أقل من قبل
	3	لا أكثر
أنا قلق		

ق	3	غالبا
	2	ليس غالبا
	1	أحيانا
	0	أحيانا جدا
أنا في مزاج جيد		
إ	3	أبدا
	2	أحيانا
	1	غالبا
	0	معظم الوقت
لا أستطيع الشعور بالراحة بدون فعل أي شيء		
ق	0	نعم، مهما حدث
	1	نعم
	2	نادرا
	3	أبدا
أشعر أنني أعمل ببطء		
إ	3	دائما تقريبا
	2	في كثير من الأحيان
	1	أحيانا
	0	أبدا
أشعر بالخوف والشعور بالمعدة فارغة		
ق	0	أبدا
	1	أحيانا
	2	غالبا
	3	في كثير من الأحيان
لم أعد أهتم بمظهري		
إ	3	لا على الإطلاق
	2	لا أعيره أهمية كبيرة
	1	غير مهم

	0	ليس بكثير من الإهتمام
لدي كثرة الحركة ولا أستطيع مواكبة ذلك		
ق	3	نعم
	2	قليلا
	1	غالبا
	0	كثيرا
أسعد مسبقا لفكرة أداء بعض الأشياء		
إ	0	كما في السابق
	1	أقل من السابق
	2	أكثر من قبل
	3	تقريبا أبدا
تنتابني نوبات من الخوف والذعر المفاجئين		
ق	3	كثيرا جدا
	2	غالبا
	1	ليس غالبا
	0	أبدا
أستمتع بقراءة كتاب أو مشاهدة حصة تلفزيونية مفيدة أو السماع للمذياع		
إ	0	غالبا
	1	أحيانا
	2	نادرا
	3	نادرا جدا

ملحق رقم (02):

مقياس الضغط النفسي (MSP)

	أبدا	مطلقا	قليلا جدا	قليلا	تقريبا	ليس سيئا	كثيرا	كثيرا جدا
	1	2	3	4	5	6	7	8
أنا مرتاح								
أشعر بالإرهاق ولدي الانطباع من نفاذ الوقت								
أعاني من ألام جسدية: ألام على مستوى الظهر، صداع في الرأس، أوجاع في الرقبة والبطن								
أشعر بأنني منشغل البال وقلق								
لا أعرف أين أنا، أفكاري ليست واضحة، ولدي نقص في الانتباه والتركيز								
أشعر بالحيوية ولياقة جيدة								
أشعر أنني أحمل ثقلا كبيرا على أكتافي								
أتحكم بشكل سيئ في ردود أفعالي، مزاجي، تصرفاتي								

ملحق رقم (03):

استبيان الانعكاسات الفسيولوجية والعامة للعمل الليلي:

سيدي سيدتي، في إطار تحضير أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس تخصص العمل والتنظيم جامعة الجزائر –2–، حول " الانعكاسات النفسية والفسيولوجية للعمل الليلي" نرجوا منكم الإجابة على هذه الأسئلة حيث أنه لا تتوفر إجابات صحيحة أو خاطئة، والنتائج المتحصل عليها لا تستخدم إلا لأغراض علمية.

نرجوا من سيادتكم الإجابة على الأسئلة بوضع علامة (x) في الخانة التي تراها مناسبة لإجابتك. وشكرا على تعاونكم.

بيانات عامة:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

السن:.....

الحالة العائلية: متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

المستوى التعليمي:.....

الأقدمية:.....

اضطرابات فيزيولوجية وعامة:

1- هل تتغيب عن العمل؟	نعم	لا
2- هل تأخذ قسطا وافرا من الراحة بعد نهاية دوامك ليلا؟	نعم	لا
3- هل تعاني من زيادة الوزن؟	نعم	لا
4- هل تجد متعة في أدائك لمهامك ليلا؟	نعم	لا
5- هل وقت الراحة المقدم لك كاف للاسترجاع نشاطك؟	نعم	لا
6- هل تنظيم العمل المعتمد يتناسب مع استرجاع الطاقة؟	نعم	لا

7- هل تشعر بالرضا عن نفسك بما تقدمه في العمل؟ نعم لا

8- هل تعاني من اضطرابات في الجهاز البولي(التردد على المرحاض أثناء دوامك ليلا)؟نعم لا

9- هل تتناول المواد المنبهة(قهوة، شاي، عقاقير) للحفاظ على نشاطك أثناء الدوام؟ نعم لا

10- هل تعاني من صعوبة في التركيز ؟ نعم لا

11- هل تحافظ على نفس الدرجة من الانتباه من بداية المناوبة إلى نهايتها؟ نعم لا

12- هل يتطلب العمل ليلا جهدا فيزيقيا كبيرا؟ نعم لا

13-هل تشعر بالنرفزة أثناء عملك ليلا؟ نعم لا

14- هل تشعر بالتوتر أثناء العمل ليلا؟ نعم لا

15- هل تفضل العمل بمفردك بعيدا عن الآخرين؟ نعم لا

16- هل تشعر بالراحة النفسية خلال العمل ليلا؟ نعم لا

17- هل تشعر بالضغوط جراء تراكم العمل؟ نعم لا

18- هل تشعر بالملل من جراء العمل الليلي؟ نعم لا

19- هل تشعر بالتعب أثناء العمل ليلا؟. نعم لا

20- هل تعاني من مشكلات أسرية من جراء العمل ليلا نعم لا

محور اضطرابات النوم:

21- هل تعاني من اضطرابات في النوم من جراء العمل ليلا؟ نعم لا

22- هل تعاني من الأرق نتيجة مهامك ليلا؟ نعم لا

23- هل تعاني من قلة النوم؟ نعم لا

24- هل تتوتر عندما تحاول النوم عدة مرات ولا تستطيع؟ نعم لا

25- هل تجد صعوبة في النوم بعد المناوبة الليلية؟ نعم لا

26- هل تعاني من كثرة النوم (فرط النوم) من جراء العمل في الليل؟ نعم لا

27- هل تشعر بالنعاس التام خلال النهار؟ نعم لا

28- هل تستيقظ ليلا بصفة متكررة؟ نعم لا

29- هل تنتابك نوبات من النعاس خلال العمل الليلي؟ نعم لا

30- هل تجد صعوبة في تحريك أحد أعضائك عند النوم أو الاستيقاظ؟ نعم لا

31- هل تستعمل الأدوية المنومة؟ نعم لا

32- هل تشعر بصداع دائم في الرأس بسبب قلة النوم؟ نعم لا

33- هل تعاني من اضطراب جدول النوم/يقظة من جراء العمل الليلي؟ نعم لا

محور الاضطرابات هضمية:

34- هل تعاني من اضطرابات هضمية من جراء العمل ليلا؟ نعم لا

35- هل تستهلك الوجبات الخفيفة أثناء عملك ليلا؟ نعم لا

36- هل وجباتك الغذائية منتظمة (تناول الوجبات في موعدها؟ نعم لا

37- هل تصيبك نوبات من الغثيان؟ نعم لا

38- هل تعاني من فقدان الشهية (نتيجة الاستهلاك المفرط للمنبهات)؟ نعم لا

39- هل تتناول أكثر من وجبة أثناء العمل ليلا؟ نعم لا

40- هل تعاني من اضطرابات معوية (الإمساك، الإسهال)؟ نعم لا

41- هل تعاني صعوبة الهضم؟ نعم لا

42- هل تعاني من مشكلة الثقل المعوي؟ نعم لا

43- هل تعاني من المغص في المعدة؟ نعم لا

44- هل تلجأ لتناول العقاقير لفتح الشهية؟ نعم لا

45- هل تتناول الوجبات الصحية؟ نعم لا

Annex 1 :Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Je me sens tendu (e) ou énervé (e)		
A	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais
Je prend plaisir aux même choses au'autrefois		
D	0	Oui, tout autant
	1	Pas autant
	2	Un peu seulement
	3	Presque plus
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		
A	3	Oui, très nettement
	2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
	1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	Pas du tout
Je ris facilement et vois le bon coté des chose		
D	0	Autant que par le passé
	1	Plus autant qu'avant
	2	Vraiment moins qu'avant
	3	Plus de tout
Je me fais du souci		
A	3	Très souvent
	2	Assez souvent
	1	Occasionnellement
	0	Très occasionnellement
Je suis de bonne humeur		
D	3	Jamais
	2	Rarement
	1	Assez souvent
	0	La plupart du temps
Je ne peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)		
A	0	Oui, quoi qu'il arrive
	1	Oui, en général
	2	Rarement
	3	Jamais
J'ai l'impression de fonctionner au ralenti		
D	3	Presque toujours
	2	Très souvent
	1	Parfois
	0	Jamais
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué		
A	0	Jamais
	1	Parfois

	2	Assez souvent
	3	Très souvent
Je ne m'intéresse plus à mon apparence		
D	3	Plus du tout
	2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
	1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	0	J'y prête autant d'attention que par le passé
J'ai la bougeotte et n'arrive pas tenir en place		
A	3	Oui, c'est tout à fait le cas
	2	Un peu
	1	Assez souvent
	0	Très souvent
Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines chose		
D	0	Autant qu'avant
	1	Un peu moins qu'avant
	2	Bien moins qu'avant
	3	Presque jamais
J'éprouve des sensations soudaines de panique		
A	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision		
D	0	Souvent
	1	Parfois
	2	Rarement
	3	Très

Annexe 2:. La Mesure du stress psychologique MSP-9

Cochez le chiffre qui indique le mieux le degré auquel chaque affirmation s'est appliquée à vous récemment, c'est-à-dire dans les 4 à 5 derniers jours.							
PAS DU TOUT	PAS VRAI-MENT	TRÈS PEU	UN PEU	QUEL-QUE PEU	PAS MAL	BEAU-COUP	ÉNOR-MÉ-MENT
1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis détendu(e)							
Je me sens débordé(e); j'ai l'impression de manquer de temps							
J'ai des douleurs physiques: maux de dos, maux de tête, mal à la nuque, maux de ventre							
Je me sens préoccupé(e), tourmenté(e) ou anxieux (anxieuse)							
Je ne sais plus où j'en suis, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration							
Je me sens plein(e) d'énergie, en forme							
Je sens peser un grand poids sur mes épaules							
Je contrôle mal mes réactions, mes émotions, mes humeurs, mes gestes							
Je suis stressé(e).							
Lemyre et Tessier, 1988, 2002.							